

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University For Security Sciences



المخدرات والمؤثرات العقلية

أسباب التعاطي وأساليب المواجهة

د. عبد الإله بن عبد الله المشرف

د. رياض بن علي الجوادي

الرياض

الطبعة الأولى

١٤٣٢هـ - ٢٠١١م

٢٠١١، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية - الرياض - (ح)

المملكة العربية السعودية. ص. ب ٦٨٣٠ الرياض : ١١٤٥٢
هاتف ٢٤٦٣٤٤٤ (٩٦٦.١) فاكس ٢٤٦٤٧١٣ (٩٦٦.١)

البريد الإلكتروني : Src@nauss.edu.sa

Copyright© (2011) Naif Arab University

(for Security Sciences (NAUSS

ISBN 9- 55 - 8006- 603- 978

KSA 2463444 (1+P.O.Box: 6830 Riyadh 11452 Tel. (966

.Fax(966 + 1) 2464713 E-mail Src@nauss.edu.sa

١٤٣٢هـ) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية (ح)

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

المشرف، عبدالاله بن عبدالله

المخدرات والمؤثرات العقلية: أسباب التعاطي وأساليب المواجهة/ عبدالاله بن

عبدالله المشرف، الرياض ١٤٣٢هـ

٢٢٠ ص، ١٧ × ٢٤ سم

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٨٠٠٦-٥٥-٩

١- ادمان المخدرات - علم النفس ٢- العلاج النفسي أ- الجوادبي، رياض

ب- العنوان

ابن علي (مؤلف مشارك)

١٤٣٢ / ٢٨٣٧

ديوي ٦، ١٥٧

رقم الايداع: ١٤٣٢ / ٢٨٣٧

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٨٠٠٦-٥٥-٩

حقوق الطبع محفوظة لـ
جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

كافة الأفكار الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي
صاحبها، ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر الجامعة



المحتويات

٣	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأبعادها
٥	١. ١ مقدمة الدراسة
١١	٢. ١ مشكلة الدراسة
١٢	٣. ١ أهداف الدراسة
١٢	٤. ١ أهمية الدراسة
١٣	٥. ١ منهج الدراسة
١٥	٦. ١ ملامح الدراسة
٢٥	٧. ١ المفاهيم والمصطلحات
٣٩	الفصل الثاني: الآثار المترتبة على تعاطي المخدرات
٤١	١. ٢ الآثار الصحية لتعاطي المخدرات
٥١	٢. ٢ الآثار النفسية لتعاطي المخدرات
٥٦	٣. ٢ الآثار الاجتماعية للوقوع في المخدرات
٦٠	٤. ٢ الآثار الاقتصادية للمخدرات
٦٥	الفصل الثالث: النظريات المفسرة للإدمان
٦٨	١. ٣ النظريات النفسية في تفسير ظاهرة الإدمان
٧٣	٢. ٣ النظريات الاجتماعية في تفسير ظاهرة الإدمان
٧٦	٣. ٣ النظريات النفسية الاجتماعية
٧٧	٤. ٣ النظريات الأنثروبولوجية
٧٨	٥. ٣ تفسير التعاطي في ضوء الطب العقلي
٧٩	٦. ٣ النظريات الفارماكولوجية وتفسير الإدمان

٨٣	الفصل الرابع: الأسباب النفسية والاجتماعية المسؤولة عن الإدمان
٩١	١. ٤ الأسباب النفسية
٩٥	٢. ٤ الأسباب الاجتماعية
١٠٣	الفصل الخامس: أساليب مواجهة ظاهرة الإدمان
١٠٨	١. ٥ الأسلوب الوقائي
١٤٣	٢. ٥ الأسلوب العلاجي
١٧٦	٣. ٥ الأسلوب الإنشائي
١٨١	الفصل السادس: أسباب الانتكاس وأساليب المواجهة
١٨٣	١. ٦ ظاهرة الانتكاس
١٨٧	٢. ٦ أسباب الانتكاس
١٩٤	٣. ٦ أساليب مواجهة الانتكاسة
٢٠٢	الخاتمة
٢٠٧	المراجع

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأبعادها

١ . مشكلة الدراسة وأبعادها

١ . ١ مقدمة الدراسة

في العاشر من مارس من سنة (٢٠٠٩م) نشرت المفوضية الأوروبية تقريرها عن أسواق المخدرات في العالم. وقد بيّن هذا التقرير أنّ جهودا كبيرة بُذلت على مدى السنوات العشر الماضية لمكافحة المخدرات: فقد وضعت سياسات كاملة لمكافحة المخدرات على مستوى العالم، وكُثِّفت الجهود لمساعدة متعاطي المخدرات واعتمدت تدابير أكثر صرامة ضد تجار المخدرات، ولكنّ النتائج كانت مخيبة للآمال إلى حدّ كبير (European Commission, 2009):

حيث لم تحو الدراسة التي استند إليها هذا التقرير أيّ عنصر يظهر تراجع مشكلة المخدرات على مستوى العالم في الفترة من ١٩٩٨ - ٢٠٠٧م. وبصفة عامة فقد تحسّن الوضع بشكل طفيف في بعض البلدان الأكثر غنى في العالم، ولكنّه ازداد سوءا في بعض البلدان الأخرى إلى حدّ «الوحشية»، خصوصا في بعض البلدان النامية أو التي تعيش مرحلة انتقالية.

ويؤكّد هذا التقرير أنه إضافة إلى أنّ ظاهرة المخدرات العالمية لم يطرأ عليها تحسّن منذ ١٩٩٨م، فإنها أصبحت أكثر تعقيدا في أكثر البلدان الغربية:

- حيث انخفضت أسعار المخدرات بنسبة تتراوح بين ١٠ و ٣٠٪ رغم

تشديد العقوبات لبائعي المخدرات مثل الهيروين أو الكوكايين.

- كلّ المؤشرات تدلّ على أنّ الحصول على المخدر أصبح أكثر سهولة.

- أصبح تعاطي القنب في أوساط الشباب في بعض البلاد الغربية شائعا

إلى حدّ أن نحو ٥٠٪ من أولئك الذين ولدوا بعد عام ١٩٨٠م، ذاقوا القنب على الأقل مرّة في حياتهم. رغم أنّ الغالبية منهم يتوقف عن تعاطيه بعد أوّل سنّي البلوغ.

- وعلى المستوى الاقتصادي، أقرّ التقرير بصعوبة إعطاء رقم حقيقي عن حجم سوق المخدرات في العالم لغياب المعطيات الدقيقة حول إنتاج المخدرات واستهلاكها وترويجها في أماكن كثيرة من العالم، ولكن أعطى تقديرات لحجم تجارة بعض المواد، ويكفي منها رقم واحد لنعرف مدى التأثير الذي تمارسه المخدرات على الواقع الاقتصادي العالمي، حيث يقدر التقرير أنه بالنسبة إلى القنب وحده تصل مداخيله في أوروبا وأمريكا وأوقيانوسيا فقط إلى ٧٠ مليار يورو لعام ٢٠٠٥ بينما تقدره منظّمة ONUDC بـ ١٢٥ مليار يورو. وبالرجوع إلى منظّمة الأمم المتحدة ممثلة في مكتب المخدرات والجريمة، تحقق تجارة المخدرات أرقاما خيالية تتراوح بين ٣٠٠ و ٤٠٠ مليار يورو في العام الواحد، أي ما يقابل ١٠ آلاف يورو في اللحظة. بينما ينفق الاتحاد الأوروبي وحده ٦,٥ مليارات يورو في السنة الواحدة كتكاليف لاستمرار أجهزة المكافحة في عملها. ورغم كلّ هذا الإنفاق، وكلّ التشريعات القانونية المستحدثة لمعاكبة مروجي المخدرات، فإنّ أثر المكافحة يبقى محدودا إلى حدّ كبير لأنّ ما يُضبط من المخدرات في الاتحاد الأوروبي لم يتجاوز قط ١٥٪ من حجم المخدرات المتداولة في دول الاتحاد، ومثل هذه النسبة لا تؤثر على كبار تجار المخدرات عبر العالم في شيء، وإنما تبدأ في التأثير عندما يبلغ المحجوز ما قيمته ٧٥٪ من المتداول.

- ومن النقاط المهمة التي أثارها التقرير، ضعف النظام الدولي لجمع البيانات والمعلومات عن مشكلة المخدرات في العالم. وإذا كان الاتحاد الأوروبي قد استثمر مبالغ كبيرة لتنمية أنشطته في رصد مشكلة المخدرات عن طريق المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان (OEDT)، فمن غير الواقعي أن نتوقع وضع آليات مثلها لجمع البيانات على المستوى العالمي.

وبالمقابل، يدخل عامل جديد في عالم المخدرات بدأ يبشّر منذ حين بإمكانية فهم علمي لظاهرة الإدمان، وبالتالي بإمكانية فتح آفاق جديدة للوقاية من المخدرات ولل علاج منها، ويتمثل هذا العامل في النجاحات التي تحقّقها البحوث البيو-عصبية (بيولوجيا الأعصاب) في العقدين الأخيرين. فقد نشر تقرير حديث (OEDT, 2009) أنّ التطورات التي تشهدها بحوث الدماغ تسمح لنا بأن نفهم كيف تتشكل ظاهرة الإدمان، وتنبأ فرصا جديدة لإيجاد استراتيجيات أكثر فعالية للوقاية ولل علاج الطبيعيين والنفسيين. فالكثير من الاكتشافات في مجال البيولوجيا العصبية كفيلة بأن تغير إجاباتنا تجاه مشكل المخدرات، وبأن تفتح الإمكانيات لاستثمار مساحة أكبر من التقنيات لعلاج الإدمان أو للوقاية منه. ومن هذه الإمكانيات التي بدأت تظهر في الأفق، الحقن التي تستهدف المخدر في دم الشخص، وتمنعه من الوصول إلى الدماغ والتأثير فيه. ومنها كذلك زرع الجسيمات التي تحوي مخدرا تفرزه شيئا فشيئا بطريقة بطيئة، وهو ما يُساعد على تخفيض كمية المخدر بالتدريج. ومنها الاختبارات الجينية التي تساعد العلماء على اكتشاف الجينات التي تزيد من قابلية الإدمان. هذا فضلا عن التقنيات المتطورة لتصوير الخلايا والتي تساعد على اكتشاف الدماغ من الداخل، وعلى تسليط الضوء على مسارات الإدمان.

ومثل هذه الاكتشافات والإمكانات الجديدة التي تفتحها البحوث العلمية في مجال الإدمان ومعالجته لن تمرّ دون أن تثير ردود أفعال عكسية وجدلا حول الجوانب الأخلاقية أو ذات العلاقة بالحرية الشخصية، والدعوات حثيثة إلى أخذها بعين الاعتبار في تقييم هذه الاكتشافات في عالم بيولوجيا الأعصاب. (OEDT, 2009).

خلاصة القول، فإن الأرقام والدراسات تبوح بأمرين أساسيين لا يناقض أحدهما الآخر في شيء:

الأول: أن الجهود المبذولة لمكافحة المخدرات كبيرة على المستويات جميعها الثاني: أن السياسات المعتمدة إلى حدّ الآن لم تنجح في الحدّ من هذا المشكل الذي يورق العالم، ولا يستثني أحدا.

إن هذا لا يناقض ذلك في شيء، فالنتائج كما تقول التقارير الدولية ليست في مستوى الجهود والأموال المبذولة فضلا عن الآمال والطموحات. وقد تكون المشكلة حينها مشكلة «كيف» لا مشكلة «كم». أي أننا علينا أن نراجع جهودنا التي نبذلها في سبيل مكافحة المخدرات، لا لنبذل أكثر، وإنما لنبذل بطريقة مختلفة عمّا تعودناه. أي لنبذل بطريقة أحسن.

المخدرات إحدى المشاكل الإنسانية التي تزداد مع الأيام خطورة بفعل تطور أنماط الاستهلاك ووسائل الاتصال. وقد امتدت آثارها إلى جوانب مختلفة من الحياة البشرية، وأضحت سببا مباشرا في انتشار عدد لا بأس به من الجرائم الخطيرة ومن الآفات الصحية والنفسية والاجتماعية: تُقوّض مقوّمات المجتمع وتنخره من الداخل، وتهدّد حياة الشباب، حتّى أصبحت بحقّ «الموت» مُعبأً في أقراص وحقن، و«السُّمّ» معروضا في ألف شكل وشكل، وأضحى ضحاياها بنو الإنسان من كل جيل وجنس وطبقة اجتماعية.

إن المتابع لقضية المخدرات على الصعيد العالمي يجد أن هذه القضية أصبحت من أكبر المعضلات التي تعاني منها كافة دول العالم وشعوبها، فخطورتها أصبحت ماثلة أمام جميع الدول، مما دفعها إلى أن تعمل على محاربة هذه الآفة من خلال الاتفاقيات والبروتوكولات والمعاهدات. حتى باتت المخدرات - خلال السنوات الأخيرة - أزمة تقض مضاجع كل الحكومات لما هو معروف من أضرارها الصحية والاقتصادية والاجتماعية بشكل عام، ولكن كذلك لما أضحت تُسببه من مشاكل أمنية بشكل خاص، وذلك لارتباطها بالجريمة والجريمة المنظمة وقضايا غسيل الأموال وشبكات الإرهاب عبر العالم.

ومما يزيد العالم قلقاً، ما تؤكد الأرقام من الازدياد المطرد لهذه الآفة، ولا يخفى ما لهذا الازدياد من أثر سلبي على المجتمعات وعلى اقتصاديات الدول، وما يظهره من فشل السياسات والبرامج إلى حدّ الآن في إيقاف هذا الزحف المخيف للإنسانية، وهو ما يتطلب مزيد حشد الجهود وإبرام الاتفاقيات ودعم العمل المشترك فيما بين الدول في إطار منظورات (approches) شاملة، ومعالجات عميقة.

ولم تعد مشكلة المخدرات مقصورة على شريحة معينة من المجتمع تتسم بعمر معين وبمستوى ثقافي محدود، بل تفاقمت حتى أصبحت مشكلة تعاني منها كلّ شرائح المجتمع بمختلف مستوياتها، وقد تنادت الدول والمنظمات الدولية لمحاربة هذا الداء العضال، واستخدمت في ذلك أساليب متنوعة: شملت تحريمها دولياً، واعتبار بيعها أو ترويجها أو تعاطيها مخالفة يستحق عليها الجاني العقاب الذي قد يصل إلى الإعدام في بعض الدول مثل المملكة العربية السعودية، كما حرصت كثير من المؤسسات التثقيفية على السعي

الحديث نحو نشر الوعي حول أخطار هذه الآفة ومضارها على الفرد والمجتمع والدولة.

ووفق تقرير الأمم المتحدة لعام (٢٠٠٨م) عن ظاهرة المخدرات، وصل عدد المتعاطين للمخدرات على مستوى العالم إلى (٢٠٨) ملايين مدمن ومستخدم ومتعاطٍ للمخدرات في أنحاء المعمورة (الجدول ١). ويتركز التعاطي لدى المراهقين من الجنسين الذين وقعوا ضحايا لهذه الظاهرة، كما بلغ حجم الاستثمار العالمي لتجارة المخدرات قرابة (٥٠٠) بليون دولار سنوياً.

وأصبحت تجارة المخدرات تمثل المرتبة الثالثة من حيث الحجم، أي تشكل ما بين (٩ - ١٠٪) من حجم التجارة العالمية - بعد تجارة النفط والسلاح، وهذا المؤشر يوضح أن المخدرات أصبحت خطراً عالمياً، وتحتاج إلى تضافر جميع الجهود في مواجهتها.

الجدول رقم (١) يبين عدد المتعاطين في العالم^(١)

العام	عدد المتعاطين في العالم
٢٠٠٣/٢٠٠٤ م	١٨٥,٠٠٠,٠٠٠ مدمن
٢٠٠٤/٢٠٠٥ م	٢٠٥,٠٠٠,٠٠٠ مدمن
٢٠٠٥/٢٠٠٦ م	٢٠٠,٠٠٠,٠٠٠ مدمن
٢٠٠٦/٢٠٠٧ م	٢٠٨,٠٠٠,٠٠٠ مدمن

(1) United Nations: 2008 World Drug Report: 30.

١. ٢. مشكلة الدراسة

ونظراً لما تتسم به مشكلة المخدرات من التشعب والتعقيد، فقد تصدت لها الآلاف من الدراسات العربية والغربية تحاول مقاربتها من جهة من الجهات علّها تساهم في كشف بعض أبعادها، وتساعد على توفير طرح علمي يسعف الأمم بحلول عملية للوقاية من المخدرات وللعلاج منها، خاصة وأنّ القناعة راسخة لدى الجميع أنّ المعالجة الأمنية رغم أهميتها، ورغم ما تحقّقه من نجاح مطّرد، فإنها لا تكفي لمواجهة هذا الداء العضال إذ لم تتضافر معها جهود وقائية وعلاجية تعمل كلّها على تطويق الأزمة وعلى تقوية جهاز المناعة في المجتمع. وتأتي هذه الدراسة في هذا السياق محاولة الاستفادة من البحوث والدراسات السابقة في المجال، علّها تنجح في مزيد إحكام الرؤية من خلال ما تراكم مع الأيام من الأفكار والتجارب والتصورات، وتقف مجدداً مع مشكلة المخدرات من حيث أسباب الوقوع فيها، والطرق الأمثل للخلاص منها.

وعليه، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي: «ما هي أسباب تعاطي المخدرات وما هي أساليب مواجهتها»؟

وللإجابة عن سؤال الدراسة الرئيس ينبغي الإجابة عن الأسئلة التالية:

١ - ما أثر المخدرات والمؤثرات العقلية في حياة الإنسان؟

٢ - ما أهم الأسباب المؤدية إلى تعاطي المخدرات؟

٣ - ما هي أهمّ أساليب مكافحة المخدرات؟

١. ٣ أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى المساهمة في رسم تصور شامل ومتكامل لأزمة المخدرات من حيث أسبابها وكيفية مواجهتها، وتوفير أساليب عملية لمكافحة المخدرات، واستقراء أهم المعوقات والمشكلات التي تواجه هذه المساعي. وبصورة أكثر تحديداً، فإن هذه الدراسة تهدف إلى:

- ١ - تحديد مفهوم المخدرات والمؤثرات العقلية.
- ٢- تحديد أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية.
- ٣- تحديد أثر هذه المخدرات على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية.
- ٤ - شرح أهم أسباب التعاطي للمخدرات في ضوء تطور الدراسات والبحوث النفسية والاجتماعية والبيولوجية.
- ٥ - الكشف عن أهم الأساليب المساعدة على مواجهة المخدرات وعلى مكافحة ظاهرة الإدمان.

١. ٤ أهمية الدراسة

يأتي اهتمام الباحثين بهذه الدراسة نتيجة لما يريانه من تطوّر متزايد لأعداد الواقعين في شرك المخدرات على المستويين الوطني والدولي، وللنزيف الصحي والحضاري والاقتصادي الذي تُحدثه هذه الآفة في جسد البشرية ولا يزال حجمه يتّسع يوماً بعد يوم.

وبشكل أكثر تحديداً، فإن أهمية هذه الدراسة تنبع من الأبعاد التالية:

١- إن هذه الدراسة قد تفيد الباحثين في شأن المخدرات بمادة علمية
تؤلف بين مختلف المنظورات والتصورات، وتجتهد في تحديث
المواقف والمعطيات والاستنتاجات، تربط السابق باللاحق بطريقة
تيسر على الدارسين تبين الخيط الناظم، وتمهد لاجتراح النظريات
المساهمة في تفسير ظاهرة تعاطي المخدرات.

٢- إن هذه الدراسة تفيد المؤسسات العاملة على مكافحة المخدرات لأنها
توفر لها مادة علمية كفيلة بكشف العديد من الوسائل والآليات
المناسبة لمكافحة المخدرات.

٣- إن هذه الدراسة تفيد كل المعنيين بفهم ظاهرة الإدمان وكيفية
مواجهتها من أولياء ومسؤولين ومؤسسات تعليمية وإعلامية...

١. ٥ منهج الدراسة

هذه دراسة وصفية، يتمثل الدافع الأساسي لإجرائها في محاولة الإسهام
في بلورة تصور أكثر عمقا للأسباب المؤدية إلى الوقوع في أسر المخدرات،
والعوامل المساعدة على التخلص منها أفرادا وجماعات. ولذا فإن الدراسة
في جملتها تتبع الأسلوب التحليلي التركيبي النظري (Analytic synthetic
Approach) كطريقة للتعرف على المخدرات والمؤثرات العقلية من حيث
مفهومها وأنواعها وأسباب تعاطيها وأساليب مواجهتها ومكافحتها. ويقوم
هذا الأسلوب على مسح أدبيات الموضوع المتوافرة وتحليلها، بغية تعرف
نتائج البحوث والدراسات في هذا المجال، من أجل وضع تصور متكامل
لمشكلة المخدرات: أسبابا وأساليب مواجهة. ولهذا لم ير الباحثان حاجة إلى
أن يفردا جزءاً خاصاً في هذه الدراسة لاستعراض الدراسات السابقة ذات
الصلة، لأن الدراسة بمجملها تقوم على ذلك المنهج.

وللإجابة على أسئلة الدراسة حسب المنهج الوصفي تتبع الباحثان الأسلوب التحليلي التركيبي النظري كطريقة للتعرف على محاور الدراسة في جوانبها المختلفة. وقد كان أمامنا لتحقيق هذه الغاية طريقان كان بإمكاننا أن نسلکہما في عرض المادة:

يقوم الأول على اتباع ما جرت به العادة من عرض للدراسات السابقة دراسة دراسة، ومحاولين الكشف عن النتائج التي بلغتھا. وهذا العمل وإن كان أيسر من حيث وضوح المسار وبساطة المنطق، ولكنه في الحقيقة لا يُضيف جديداً لأنه يُراكم النتائج فوق بعضها، ولا يظفر في الأخير بمنطق واحد يؤلف بينها.

ولذلك أعرضنا عن هذا الطريق الأول، وولينا وجوهنا شطر الثاني رغم ما به من وعورة، لأنها وعورة الإنتاج وإنجاب الجديد حتى ولو كان شكلياً. لأنّ معاناة التنظيم والهيكلية عبر مسار تحليلي هو الذي من شأنه أن يضمّ الشبيه إلى شبيهه تمهيدا لاجتراح الجديد، وتوليد النظريات والمفاهيم المساعدة على مزيد فهم ظاهرة تعاطي المخدرات المعقدة التي يمتزج فيها النفسي بالاجتماعي، والطبيعي بالمصنّع، والذاتي بالموضوعي، ليضع أمام الباحثين مشكلة دقيقة لم تقصّر الدراسات في تناول الكثير من جوانبها وما زالت، غير أنّ هذه الدراسات التجزئية تحتاج بين الفينة والأخرى إلى عمليات تركيب وتأليف كفيلة بأن تدفع بالتصورات حول الظاهرة المعالجة، وقمينة بأن تبلور الرؤى والمواقف على قدر عمق النظرة وشموليتها. وعلى جناحي التفكيك والتركيب أو التحليل والتأليف يعلو سقف المعرفة البشرية حول هذه الظاهرة وغيرها من الظواهر.

١. ٦ ملامح الدراسة

يمكن تلخيص الملامح الأساسية للدراسة في القضايا الأساسية التالية:

القضية الأولى

كان لا بدّ من التّعرّض إلى تعريف المخدّرات والمؤثرات العقلية، محاولين الإتيان ولو بطريقة سريعة على أنواع المخدرات وعلى أهمّ الآثار المترتبة على كلّ واحد منها، متوجّين هذا المدخل بمعجم لأهمّ المفاهيم في عالم المخدّرات. والحقيقة أنّنا في هذا المدخل لم نأت بجديد لأنّه ليس مقصودا لذاته وإنما هو تمهيد طبيعي للقسمين الأساسيين اللذين سيأتيان بعده.

القضية الثانية

التّعرّف إلى أسباب الظواهر باعتباره أمرا أساسيا لفهمها، وهو مقدمة ضرورية لمعالجتها أو لمكافحتها مكافحة عميقة وجذرية. وقد حاولت ذلك عديد الدّراسات العربية والأجنبية، ليقف الكثير منها على أنّ أسباب حدوث الإدمان كلّ مرّكب ومتفاعل:

وقد حاول أحمد عبد العزيز الأصفر (٢٠٠٤م) توضيح ظاهرة التركيب هذه مستندا في ذلك إلى جملة من الدراسات التي سبقته ليخلص في الأخير إلى أنّ العوامل المؤدية إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات يمكن حصرها في أربعة:

١ - طبيعة المخدر من حيث سهولة الحصول عليه فضلا عن خصائصه الكيميائية

٢- الخصائص النفسية والاجتماعية للمدمنين

٣- العوامل الاجتماعية لظاهرة الإدمان

٤- الأبعاد الاقتصادية والسياسية لانتشار ظاهرة التعاطي.

بينما تشير دراسات أخرى (المجذوب، ٢٠٠٦م) إلى أن الإدمان يحدث نتيجة للتفاعل بين ثلاثة عوامل رئيسة هي المخدر والإنسان والمجتمع، وذلك على النحو التالي:

أولاً: بالنسبة إلى المخدر، وهو العامل الأول في قضية الإدمان، واستخدامه يخضع لعدد من العوامل التي منها:

١- توفر المخدر وسهولة الحصول عليه مما يجعل سعره في متناول الكثيرين، فتتسع بالتالي الفرصة للتعاطي والإدمان.

٢- طريقة التعاطي مثل تعاطي المخدرات بالفم أو الشم فإنه يسهل الإدمان عليها، بينما يقلل استخدامها بطريق الحقن من فرص الإدمان يضاف إلى ذلك مرات التعاطي، فالتعاطي المستمر واليومي يزيد من فرص الإدمان بخلاف الاستخدام المؤقت والذي يحدث في المناسبات كالأعياد والأفراح وغيرها فإنه يقلل من فرص الإدمان.

٣- نظرة المجتمع للمادة المخدرة، كأن ينظر إليها بشيء من التسامح لسبب غير صحيح مثل الظن بأن الإسلام حرم الخمر ولم يجرم المخدرات لأنه لم يرد لها ذكر في القرآن ولا في السنة، وهو ظن خاطئ.

٤- الخواص الكيميائية والبيولوجية للمخدر، فقد ثبت علمياً أن لكل مخدر خواصه وتأثيراته المختلفة على الإنسان، كذلك ثبت أن أي

شخص بعد أن يستخدم أنواعا مختلفة من المخدرات فإنه لا يلبث أن يفضل «صنفا» منها ويدمن عليه، وذلك لوجود نوع من التوافق بين هذا المخدر وتأثيراته من جهة وشخصية هذا الإنسان من جهة أخرى، لدرجة أنه قيل إن الشخص يبحث عن المخدر الذي يناسب شخصيته، وهو ما يقول عنه العوام «المزاج».

فالشخص المصاب بالاكتئاب يستخدم مخدرات تسبب له الإحساس بالرضا والسرور والتعالي. في حين أن الشخص الذي يعاني من التفكك الداخلي في الذات واضطراب في العلاقات بالآخرين أو في الوجدان والمشاعر وهو ما يعرف بـ(الشخصية الفصامية) يفضل المخدرات التي تساعده على إعادة الانتظام والإحساس بالواقع.

ثانياً: الإنسان الذي يتكون من جسم ونفس يتفاعلان باستمرار لدرجة أنه يصعب الفصل بينهما ولذلك تتداخل العوامل التي تؤثر في النفس مع العوامل التي تؤثر في الجسم وهي التي سنتناولها في ما يلي باختصار:

١ - العوامل الجسمية تنحصر في: الوراثة والعوامل المكتسبة والأخطاء الطبية العلاجية وأخيراً الأسباب البيولوجية للاعتياد وهي التي تسمى الناقلات العصبية.

٢ - العوامل النفسية التي تلعب دوراً في التعاطي والإدمان هي:

أ - تخفيض التوتر والقلق.

ب - تحقيق الاستقلالية والإحساس بالذات.

ج - الإحساس بموقف اجتماعي متميز، والوصول إلى حياة مفهومة.

- د - الإحساس بالقوة والفحولة.
- هـ - إشباع حب الاستطلاع.
- و - الإحساس بالانتماء إلى جماعة غير جماعته.
- ز - الوصول إلى الإحساس بتقبل الجماعة.
- ح - التغلب على الإحساس بالدونية.
- ط - التغلب على الأفكار التي تسبب له الضيق.
- ي - الخروج على القوالب التقليدية للحياة (المغامرة).
- ك - حب الاستطلاع وملء الفراغ.

وهناك من يضيفون دوافع أخرى إلى ما تقدم منها على سبيل المثال:

- الرغبة في التجريب
- الهروب من المشاكل
- الرغبة في زيادة المرح
- الرغبة في زيادة القدرة الجنسية
- الصراع بين التطلعات الطموح والإمكانات المتاحة
- الفشل في حل الصراع بالطرق المشروعة
- الإحساس بالاغتراب والقهر الاجتماعي
- الرغبة في الاستقرار النفسي.

ثالثاً: العوامل الاجتماعية، فمشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، مثلها مثل غيرها من المشكلات الاجتماعية ورائها عوامل اجتماعية عديدة

هامة ومؤثرة تتباين من مجتمع إلى آخر، بل ومن فرد إلى فرد آخر ومن هذه العوامل (غانم، ١٩٩٨ م؛ العفيفي، ١٤٠٦ هـ):

- ١- العلاقات الأسرية.
 - ٢- تعاطي الأبوين أو أحدهما للمخدرات.
 - ٣- تأثير جماعات الأصدقاء.
 - ٤- السلوك المنحرف للشخص.
 - ٥- درجة التدين.
 - ٦- وجود المخدر.
 - ٦- التدخين وشرب الخمر.
 - ٧- وسائل الاتصال الجماهيري.
 - ٨- الثقافة السائدة.
 - ٩- المستوى الاجتماعي الاقتصادي.
- وقد قامت عديد الدراسات على محاولة تفسير ظاهرة الإدمان علمياً، محاولة البحث في القضايا التالية:

- ١- تحديد الخلايا العصبية المسؤولة عن التأثير السلبي بالمخدر
- ٢- تحليل الفروق الفردية بين الناس في علاقتهم بالمخدرات سواء أكانت هذه الفروق ذاتية أو خارجية تتعلق بمثيرات القلق أو بالتعرض إلى المخدر.
- ٣- تحليل التجارب الأولى مع تعاطي المخدر ودورها في التأدية إلى الإدمان.
- ٤- تحليل آثار الامتناع لدى الأشخاص الذين يعيشون حالة اعتماد.

٥- تحليل الآثار الشرطية للمخدرات. فالذي يظهر منذ الوهلة الأولى أن بعض الوضعيات البيئية كفيلة وحدها بأن تطلق حاجة ملحة إلى المخدر لدى شخص ما، وهو ما قد يدفعه إلى الانتكاس رغم أنه ممسك عن التعاطي منذ أسابيع أو أشهر عديدة. وتشير الدراسات إلى أن المراد هنا تلك الوضعيات السياقية التي ارتبطت في الماضي إما بالإحساس بنشوة التعاطي أو بالإحساس بألم الاحتياج إليه.

وبعد عدد من البحوث المخبرية المتكررة هنا وهناك بلغت هذه الدراسات عددا من النتائج المهمة خلاصتها أن هناك اختلافات فردية طبيعية بين الناس فيما يتعلق بالهشاشة تجاه المخدرات (Stinus et Cadot, 2009).

وفي السياق ذاته أجرت مجموعة بحثية تنتمي إلى المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي بفرنسا INSERM تجربة على عدد من الفئران لفهم ظاهرة الإدمان والعودة إلى الإدمان وتوصلوا إلى جملة من النتائج التي نشرت في مجلة «Science» في عددها ٥٦٨٦، وأهم هذه النتائج:

١- أن عددا محدودا من الفئران المستهلكة للمخدرات ظهرت عليها علامات الإدمان (١٧٪ للفئران، بينما هو ١٥٪ للإنسان). وهذا العدد من الفئران المدمنة:

أ- لم تعد قادرة على وضع حدّ لحجم الكمية المتناولة من المخدرات.
ب- أظهرت دافعية جدّ كبيرة للمخدرات.

ج- كانت تحرص على الحصول على كمّية من المخدر رغم ربط عمليات الحصول عليه بعقوبة.

٢- أن هذه الفئران التي أظهرت استعدادا للإدمان هي ذاتها التي ظهر على نسبة كبيرة منها الاستعداد للانتكاس ومعاودة التعاطي رغم طول مدة الإقلاع نسبيا.

ومن هنا خلص الفريق إلى أن ظاهرة الاستعداد للإدمان هي ذاتية عند بعض الفئران ولا تعلق لها بعوامل النشاط أو الزيادة في الخوف أو حتى الزيادة في كمية المخدرات المستهلكة.

كما خلصوا إلى أن الإدمان ليس فقط نتيجة للتعرض الطويل للمخدر، بل هو كذلك نتيجة لدرجة هشاشة كل فرد أمام الإدمان. (Unité Inserm, 2004)

القضية الثالثة

أساليب مواجهة ظاهرة الإدمان والتي يمكن أن تُعرض بأكثر من طريقة، وكل طريقة من هذه الطرق تصلح أن تكون مدخلا من المداخل لتناول مسألة مكافحة المخدرات، ومنهجيا واضحا تُنظّم فيه الأساليب والوسائل والأدوات الكفيلة بمواجهة مشكلة المخدرات، ورغم أننا اصطفينا في الأخير طريقة ثلاثية قوامها البحث في مستويات التعامل مع المخدرات بالنسبة إلى الإنسان أساسا، لأنّه كان لا بدّ أن تُحسم مسائل العرض وكيّفياتها في لحظة ما بحسب الهدف من الدراسة أو بحسب ما نقدره من فعالية العرض. فلا نرى بأسا من بعض التحليل لبعض الطرائق الأخرى لما تتوافر عليه من الأبعاد التي تسمح باستكمال الصورة حول أساليب المواجهة.

ولأنها تفتح آفاقا للنظر كثيرا ما نغفل عنها فنحصر أنفسنا في جهة وتغيب عنا جهات كثيرة غيرها. ولو أردنا توسيع المواجهة أفقيا وعموديا،

قلنا بأننا يمكن أن نقسم أساليب المواجهة تقسيمات عدة باعتبارات مختلفة،
ومن أهم هذه التقسيمات:

يمكن تقسيم هذه الأساليب باعتبار من يقوم بها من حيث عدده إلى:

- أساليب فردية.

- أساليب جماعية.

فقد يعي الفرد خطورة المشكل ويعزم على مواجهته، ولكنه لن ينجح
حتى يجد احتضاناً من الإرادة الجماعية، كما أن الإرادة الجماعية قد تتعلق بصد
الخطر، ولكنها لا تكون هذه الإرادة مجدية ما لم تجد تفهما وانخراطاً عملياً من
الأفراد.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب باعتبار حيّز التحرك ومدى اتساع الجهود
إلى:

- أساليب وطنية.

- أساليب دولية.

فلا يمكن للجهود الوطنية أن تنجح إذا لم تجد سنداً حقيقياً من الجهود
الدولية، ولا يمكن للجهود الدولية أن تنجح إذا لم تجد التزاماً من الجهود
الوطنية في كل بلد.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب من حيث أدواتها إلى:

- أساليب قانونية.

- أساليب أمنية.

- أساليب طبية.

- أساليب تربوية.

- أساليب إعلامية.

كما يمكن تقسيم هذه الأساليب من حيث مجال عملها إلى:

- أساليب نفسية.

- أساليب اجتماعية.

- أساليب اقتصادية.

- أساليب صحية.

وهذا التقسيم وفيّ إلى حدّ كبير إلى بنية المدخل والقسم الأول من هذه الدراسة، أي إلى مسألتي: آثار المخدرات، وأسباب التعاطي، وكأنّه يحاول أن يحفر في كلّ سبب ليستخرج منه مادة يعالج بها مشكل التعاطي للمخدرات.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب من حيث مكان المواجهة وأرضها إلى:

- المواجهة على الحدود.

- المواجهة على النت.

- المواجهة على وسائل الإعلام.

- المواجهة على وسائل الاتصال.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب باعتبار المخدر ذاته من حيث توفره أو

علاقة الإنسان به إلى:

- مكافحة العرض.

- مكافحة الطلب.

وهو أسلوب في العرض رغم كونه ثنائياً، إلا أنه يمكن أن يتضمن الأبعاد الثلاثة التي سنراها في تقسيمنا الأخير الذي اتخذناه لبحثنا سبيلاً إضافة إلى المكافحة الأمنية: أما المكافحة الأمنية فتكاد تكون صريحة في مكافحة العرض. وأما مكافحة الطلب، فهي تنطوي ضمناً على البعد الوقائي والبعد العلاجي وحتى البعد النمائي.

ويمكن أخيراً أن نتناول أساليب مواجهة المخدرات من حيث دور الإنسان فيها إلى:

- أساليب وقائية.

- أساليب علاجية.

- أساليب نمائية.

وقد اخترنا أن نبي القسم الثاني من هذا البحث على هذا التقسيم الثلاثي لجملة من الأمور نُجملها في التالي:

الأمر الأول: أن هذا التناول يتعلّق بالإنسان مباشرة في حالاته كلّها: متوقياً من الوقوع في أسر المخدرات، أو واقعا فيها، أو مُبادرا إلى توعية الآخرين بعدم الوقوع فيها. ولقناعتنا بأنّ جوهر عمليّة التغيير الحقيقي والعميق والدائم إنّما موثّلها إلى شخصية الإنسان، كان لا بدّ إذن أن نصطفي هذا التقسيم ليكون جسرا بلوغ أهدافنا من الدراسة في قسمه الثاني.

الأمر الثاني: أنّ هذا التناول يضمن لك أن تكون في تماسّ مع كلّ جهات النظر الأخرى، ويتقاطع معها في أكثر من نقطة بطريقة أو بأخرى. فمقتضى الحكمة عندها أن يُرّشح هذا النوع من التناول لأنه يضمن

لك أن يكون طرحك جامعاً إلى حدّ بما يضمن حدّاً أدنى من اكتمال الصورة، إذ على قدر اكتمالها تكون فعالية المواجهة أكبر.

١. ٧ المفاهيم والمصطلحات

نعرض فيما يلي عدداً من المفاهيم التي نحتاجها في دراستنا، وهي في الحقيقة مصطلحات يسود استخدامها في أغلب ميادين الحديث عن المخدرات:

المخدّر: هو لغة من الخدر وهو الضعف والكسل والفتور والاسترخاء يقال: تخدّر العضو إذا استرخى فلا يطيق الحركة. وعرف الفقهاء المخدر، أو المفسد بأنه تغطية العقل، أي هو ما غيّب العقل والحواس، وذكروا الحشيش مثلاً عليه. والحقيقة أن هذا التعريف لا ينطبق تماماً على واقع المخدرات والأولى أن تعرّف بأنها ما يشوّش العقل والحواس بالتخيّلات والأهلاس بعد نشوة وطرب وتؤدّي بالاعتیاد عليها إلى الإذعان لها.

فهي أية مادة يتعاطاها الناس بهدف تغيير الطريقة التي يشعرون بها أو يفكّرون أو يتصرفون. ويشمل هذا الوصف الكحول والتبغ، كما يشمل المخدرات الأخرى الطبيعية أو المصنوعة. وفي الماضي كان معظم المخدرات المستعملة تصنع من نباتات، أي من نباتات تزرع ثم تحوّل إلى مخدّرات مثل الكوكايين والهيريون والقنب (أو المرخوانا). وفي القرن العشرين، اكتشف الناس كيف يصنعون المخدرات من الكيمياءويات، وهي تعرّف بأيّ مخدّرات من صنع الإنسان، أو مخدّرات تركيبية وهي تشمل «سبيد» و«اكستاسي» و«ل س د» و«باتو» و«هوت آيس» و«كلينكس» و«ميث» وما إلى ذلك. (منظمة الأمم المتحدة، ٢٠٠٣م، ص ١٠)

وتستخدم منظمة الصحة تعبير المواد النفسية بدلا من المخدرات لأن الأخير يشمل مواد واستخدامات علمية أو أخرى عادية غير محظورة أو خطيرة. عندما نستخدم تعبير «المخدرات» نعني به المواد التي تُحدث الاعتماد (الإدمان) والمحرم استخدامها إلا لأغراض طبية أو علمية، أو إساءة استخدام المواد والعقاقير المتاحة للحصول على التأثيرات النفسية. وبعض المخدرات مواد طبيعية وبعضها مصنّعة، وتشمل المهدئات والمنشطات والمهلوسات أو المستخرجة من نباتات طبيعية كالحشيش والأفيون والهيريون والماريخوانا والكوكايين أو المواد التي تستنشق مثل الأسيون والجازولين.

علما بأنّ هذا المصطلح قد أُسقط من نظام تصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن هيئة الصحة العالمية في مراجعاته المعروفة باسم «ICD10» واستُخدم مكانه «المواد النفسية». (سويف، ١٩٩٦م)

أنواع المخدرات بحسب إنتاجها

اخترنا أن نفصّل الحديث في المخدّرات معتمدين التصنيف المبني على كيفية إنتاجها، لأنّه يساعدنا على تبيّن بعض الأبعاد العلمية في تكوّن المخدّرات، ويُجَنّبنا إلى حدّ بعض التداخل الذي يمكن أن يعترضنا في التصنيفات الأخرى مثل التأثير، لأنّ المادّة المخدّرة الواحدة قد يكون لها أكثر من أثر في آن واحد. ولأنّه يتيح لنا تغطية كامل أنواع المخدرات بنوع من الإيعاب. علما بأنّنا سنفرد الأنواع بجدول جامع في نهاية هذا الفصل لتكون الصورة شاملة ومكتملة:

المخدرات الطبيعية (Drugs Narcotics)

هي المواد الطبيعية أو المصنّعة التي تحتوي على عناصر منبهة أو مسكّنة والتي من شأنها إذا استعملت بشكل متكرر في غير الأغراض الطبية الموجهة أن تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية على بنية الجسم ووظائفه إلى الإدمان، وتسبب أضراراً بدنية، وعقلية، وتغير في السلوك الإنساني الطبيعي، ومزاجه، وانفعالاته وعواطفه وأحاسيسه، وأسلوب تفكيره، وتنتج من نباتات طبيعية مثل الحشيش والأفيون والكوكا والقات، والتي تحتوي أوراقها وأزهارها وثمارها على المادة الفعالة المخدرة، كما يمكن أن يتم تناول هذه الأوراق والأزهار والثمار مباشرة.. (العشماوي، ١٤١٤ هـ، ص ٦٨) ومن هذه المخدرات الطبيعية:

الحشيش (القنب): عرفت الشعوب القديمة الحشيش وصنعوا من أليافه الجبال والأقمشة وأسماه الصينيون واهب السعادة وأطلق عليه الهندوس اسم مخفف الأحزان أما كلمة القنب فهي كلمة لاتينية معناها ضوء، وقد سمي الحشيش بهذا الاسم لأن متعاطيه يحدث ضوءاً بعد وصول المادة المخدرة إلى ذروة مفعولها. ومن المادة الفعالة في نبات القنب هذا يصنع الحشيش، ومعناه في اللغة العربية «العشب» أو النبات البري، ويرى بعض الباحثين أن كلمة حشيش مشتقة من الكلمة العبرية «شيش» التي تعني الفرح، انطلاقاً مما يشعر به المتعاطي من نشوة وفرح عند تعاطيه الحشيش.

الأفيون: وأول من اكتشف الخشخاش (الأفيون) هم سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد ومنها انتشر إلى مناطق العالم المختلفة، وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا

يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى ٣٣٠٠ ق.م عن موسم حصاد الأفيون، وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان ولكنهم أساءوا استعماله فأدمنوه، وأوصى حكماؤهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس وأبو قراط ومن أرسطو إلى فيرجيل. كما استطاعت الولايات المتحدة الأمريكية الدخول إلى الأسواق الصينية ومنافسة شركة الهند الشرقية في تلك الحرب، ف وقعت اتفاقية مماثلة عام ١٨٤٤، وكان من نتائج تلك المعاهدات الانتشار الواسع للأفيون في الصين، فوصل عدد المدمنين بها عام ١٩٠٦ م، على سبيل المثال خمسة عشر مليوناً، وفي عام ١٩٢٠ م، قدر عدد المدمنين بـ ٢٥٪ من مجموع الذكور في المدن الصينية. واستمرت معاناة الصين من ذلك النبات المخدر حتى عام ١٩٥٠ م، عندما أعلنت حكومة ماوتسي تونغ بدء برنامج فعال للقضاء على تعاطيه وتنظيم تداوله.

القات: شجرة معمرة يراوح ارتفاعها ما بين متر إلى مترين، تزرع في اليمن والقرن الأفريقي وأفغانستان وأواسط آسيا. اختلف الباحثون في تحديد أول منطقة ظهرت بها هذه الشجرة، فبينما يرى البعض أن أول ظهور لها كان في تركستان وأفغانستان يرى البعض الآخر أن الموطن الأصلي لها يرجع إلى الحبشة. وقد عرفته اليمن والحبشة في القرن الرابع عشر الميلادي، حيث أشار المقرئزي في خطه (١٣٦٤ - ١٤٤٢ م) إلى وجود «.. شجرة لا تثمر فواكه في أرض الحبشة تسمى بالقات، حيث يقوم السكان بمضغ أوراقها الخضراء الصغيرة

التي تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي، كما تضعف الشهية والنوم..». وقد انتشرت عادة مضغ القات في اليمن والصومال، وتعمقت في المجتمع وارتبطت بعادات اجتماعية خاصة في الأفراح والمآتم وتمضية أوقات الفراغ، مما يجعل من مكافحتها مهمة صعبة. وكان أول وصف علمي للقات جاء على يد العالم السويدي بير فورسكال عام ١٧٦٣ م.

المخدرات المصنّعة

يتم إنتاجها عن طريق معالجة أو تصنيع تقني للمخدرات من النباتات الطبيعية مثل: المورفين والهيريون ومشتقات الأفيون الأخرى أو الكوكايين المشتقة من نبات الكوكا. ومن أشهر هذه المخدرات المصنّعة:

المورفين: وهو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني سير تبرز عام ١٨٠٦ م، من فصلها عن الأفيون، وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى الإله مورفيوس إله الأحلام عند الإغريق. وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية خاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات المتحدة الأمريكية (١٨٦١ - ١٨٦١ م) ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد.

الهيريون: وهو أيضاً أحد مشتقات المورفين الأشد خطورة، اكتشف عام ١٨٩٨ م، وأنتجته شركة باير للأدوية، ثم أسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة.

الكوكايين: عرفت أميركا اللاتينية الكوكايين قبل أكثر من ألفي عام ومنها انتشر إلى معظم أنحاء العالم ولا تزال هذه القارة أكبر منتج له حتى

الآن. عرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في أميركا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، وينتشر استعماله لدى هنود الأنكا، وفي عام ١٨٦٠م، تمكن العالم ألفرد نيمان من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظراً لتأثيره المنشط على الجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة في المشروبات الترويحية وبخاصة الكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبها عام ١٩٠٣م، وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية وكثرت الدعايات التي كانت تؤكد على أن تأثيره لا يزيد على القهوة والشاي، ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي أنجلو ماريان، واستخدمته تلك الشركات في أكثر من ١٥ منتجاً من منتجاتها. وانعكس التاريخ الطويل لزراعة الكوكا في أميركا اللاتينية على طرق مكافحته فأصبحت هناك إمبراطوريات ضخمة - تنتشر في البيرو وكولومبيا والبرازيل - لتهدية إلى دول العالم، وتمثل السوق الأميركية أكبر مستهلك لهذا المخدر في العالم.

المخدرات التخليقية (الكيماوية)

هي مواد لا ترجع إلى أصل المخدرات الطبيعية أو إلى أصل المواد المصنّعة وإنما هي مواد تتركب من عناصر كيميائية، لغرض التخدير والتهدئة أو التنبيه والحفز والتي منها على سبيل المثال: حبوب الهلوسة (LSD) وكثير من الأدوية الأخرى وتحدث التأثيرات نفسها التي تحدثها المخدرات الطبيعية. ومن هذه المخدرات الكيماوية:

المنومات والمهدئات Tranquilizer & Hypnotic: وهي المواد التي تحدث بطئاً أو نقصاناً في وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى بطء ونقصان في بعض الوظائف الأخرى في الجسم، كالبطء في التفكير وفي الكلام، وكسل في الحركة، واسترخاء في العضلات، وهزال عام، وضعف في التنفس، وانخفاض في ضغط الدم، فيشعر المتعاطي أو المدمن بالخمول أو النعاس أو النوم جراء تعاطيه أدوية المنبهات أو المهدئات والمسكنات، أو تناوله لنباتات القات، الكوكا أو يمكن أن تؤخذ من الكفائين (الشاي، القهوة، الكولا، الكاكاو، القات، التبغ... وغيرها) ومن الكورال، الباربيتورات، البارالوهيد، بروميد الكالسيوم. (النجيمي، ٢٠٠٤م، ص ١٢)

المهلوسات Hallucinogens: وهي أنواع مختلفة من العقاقير مثل حبوب الهلوسة (LSD)، ومع أنه ليس لبعضها تأثير إدماني كبير إلا أنها تؤثر على نفسية المتعاطي وسلوكه (أبو عمة، ١٩٩٨م، ص ٢١). وتؤدي إلى إدراك خيالي لبعض الظواهر والموضوعات وأشياء غير موجودة في الواقع، ومصدر هذه المهلوسات من الميكالين، فطر البتول، والقنب الهندي، وفطر الأمانيت.

المذيبات الطيارة Sedative Hypnotic: وهي مواد تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية) وتؤثر على الدماغ والكبد والرئتين، ويتم تعاطيها عادة عن طريق الاستنشاق، فتحدث استرخاء ودوخة، وفي بعض الأحيان هلوسة ويكون مصدرها من الفول، والأثير، الكروفورم، البنزين، أو أكسيد الأزوت. (البريشن، ٢٠٠٦م، ص ١٥).

الكوكايين

كوكايين، كراك، كوك، C، شارلي،
حلويات الأنف، toot، بازوكا، big
C، كيك، ليدي، stardust، كوكو،
flake، مستر كوفي، بلانش، كوكس،
ثلج.

الأمفيتامينات

أمفيتامينات، سييد، آيس، براونز،
فوت بولز، hearts، oranges، wake
ups، حسناوات سمراء، كريستال
ميث، كراك ميث، cat، shag، أبيض،
rippers، bennies، براونز، جرينيز،
بيب بيلز.

الإكستاسي

إكستاسي، آدم، ecnesse، MDM،
AMDM، CTX، إيف، MDE،
MDEA.

القنب

قنب، مرخوانا، (blow)، راتنج،
حشيش، زيت، أخضر، (grass)،
(hooch))، عشبة، مخدر، (dope)،
(gungun))، جانجا، هاش، ليف،
(pot)، بانغو، (hemp)، مرخوانا،
عصيّ بوذا، عصيّ الغرزة، كيف، ماري
جان، سنسميلا، تُشراس، شت، H.
وتستخدم المرخوانا أحيانا مع مواد
مخدرة أخرى مثل PCP أو كراك
الكوكايين. وفي تلك الحالات تظهر
تشكيلة جديدة تماما من الأسماء مثل
(قارب)، (amp)، (acc) الخ.

الهروين

مطرقة، حصان، nod، junk، H،
smack، shag، أبيض، بيغ، سييدة
بيضاء، joy powred، white stuff،
boy، hairy، harry، joy powred.

ومن المراجع الجيدة لأسماء الشارع:

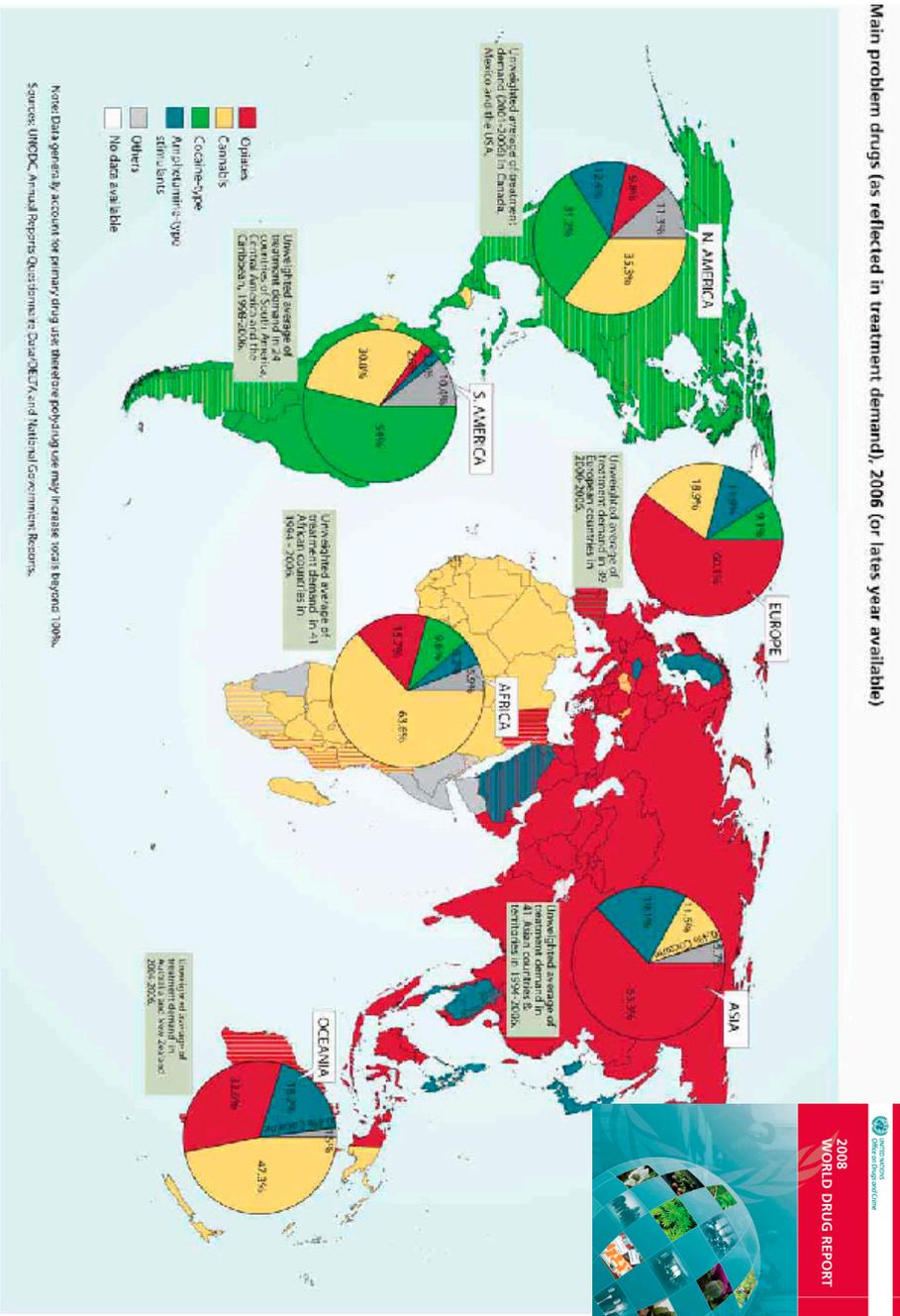
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/streetnames/default.asp>

الشكل رقم (١) الاسماء الشائعة لأنواع المخدرات



الشكل رقم (٢) التصنيفات المختلفة للمخدرات

Main problem drugs (as reflected in treatment demand), 2006 (or latest year available)



الشكل رقم (٣) أنواع المخدرات موزعة على نسب استهلاكها في العالم

الإدمان Addiction: وهو التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، وعجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه. ويظهر عليه أعراض الانسحاب إذا انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. ومن أهم أبعاده:

ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة (التحمل)، والإدمان له مظاهر فسيولوجية واضحة، وحالة تسمم عابرة أو مزمنة، ورغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأي وسيلة، بالإضافة إلى تأثيره المدمر على الفرد والمجتمع. (العشاوي، ١٤١٤ هـ، ص ٥٣)

وقد استمرت المحاولات من العشرينيات وحتى أوائل الستينيات لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود باعتبار أن التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان. ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين: الإدمان والتعود، على أن يحلّ محلّهما معاً مصطلح جديد هو الاعتماد.

الاعتماد Dependence: وهو حالة نفسية وأحياناً جسمية تنتج عن التفاعل بين كائن حي وبين أحد العقاقير، وتتسم باستجابات سلوكية واستجابات أخرى، وتتضمن هذه الحالة نوعاً من القهر لتناول العقار باستمرار أو دورياً، وقد يصحب الاعتماد نوع من التحمل Tolerance أو لا يصحبه، كما قد يعتمد الشخص على أكثر من عقار. الاعتماد الجسمي (أو العضوي) Physical Dependence: وهو حالة تكيف الجسم وتعوده على عقار ما بحيث تظهر على المتعاطي بعض

الآلام الجسمية الشديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة. لتظهر على الفور بعض الأعراض الأليمة للجسم والتي تسمى أعراض الانسحاب withdrawal symptoms. (العشاوي، ١٤١٤ هـ، ص ٥٣).

الاعتماد النفسي Psychological Dependence: وهو حالة تعني الشعور النفسي بارتياح نحو عقار معين، ينتج عنها دافع نفسي لتناول ذلك العقار لتحقيق الارتياح أو للشعور باللذة أو لتجنب القلق، كما أن هناك علاقة وثيقة بين الاعتماد الجسمي والاعتماد النفسي، وعادة يحدث الاعتماد النفسي قبل الاعتماد الجسمي. (البريشن، ١٤١٤ هـ، ص ٥٣).

الاعتماد الاجتماعي Social Dependence: وهو الاستمرار في تعاطي مادة معينة في مناسبات اجتماعية معينة، وغالباً ما يكون دافعها الشعور بالسعادة والمتعة. (عثمان، ١٩٨٩ م، ص ٣٢).

الاشتياق (أو اللهفة) Craving: وهو مصطلح يشير إلى حالة الرغبة في التعاطي، ولللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة. (سوييف، ١٩٩٦ م؛ البريشن، ٢٠٠٢ م، ص ٢٠).

الانسحاب Withdrawal: وهو الحالة الناجمة عن منع أو امتناع الفرد عن تعاطي المواد المخدرة بعد إدمانها وتعود الجسم على المخدر ولا يستطيع أن يؤدي وظائفه بدون مخدر وتتكون الأعراض الانسحابية من زيادة في ضربات القلب، ورعشة جلدية وفي العضلات والأطراف، والغثيان والتقيؤ، والإسهال، والتعرق، وقلة النوم، ورشح الأنف وفقدان الشهية، وهلوسة أحياناً. (البريشن، ٢٠٠٢ م، ص ٢١).

وتنجم هذه الأعراض عن محاولة الجسم التخلص من آثار سموم المخدر، وتختلف حسب نوع المخدر. وتبلغ هذه الأعراض أشدها في الأفيون ومشتقاته وبالأخص الهيروين حيث تتراوح مدتها بين يومين وأربعة أيام، ويمكن أن تنتهي ببعض المتعاطين إلى الوفاة. ومن أمثلة أعراض الانسحاب في حال إدمان الأمفيتامينات (المنشطات والمنبهات): مزاج مكتئب وشعور بالتعب واضطراب في النوم وأحلام مزعجة. وبالنسبة إلى الانسحاب الكحولي تتمثل الأعراض في الارتعاشات الشديدة والغثيان والتقيؤ والشعور بالضيق والتوعك والضعف وسرعة ضربات القلب والعرق المتزايد، إضافة إلى المزاج المكتئب والتهيج.

المواد النفسية Psychoactive drugs: هي المواد المحدثه للاعتماد (الإدمان) طبيعية كانت أو مصنعة. وتشمل هذه المواد: الكحوليات (المشروبات الكحولية) والأمفيتامينات، والباربيتورات (مثل الفاليوم، والميلتاون، وسائر المواد المهدئة)، والقنبيات (مستحضرات القنب، الماريغوانا في الغرب، والبانج والجانجا والكاراس في الهند، والكيف في شمال أفريقيا، والحشيش في مصر)، والكوكايين، والمهلوسات (مثل الليسيرجايد، والميسكالين، والساييلوسيين)، والقات، والأفيونيات (الأفيون، والمورفين، والهيروين، والكوداين)، والمواد الطيارة (الاستنشاقية: مثل الأستون، والجازولين). ويستخدم اليوم مصطلح المواد النفسية بدلا من المخدر.

التحمل Tolerance: وهو تغير عضوي يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من

قبل بجرعة أقل. (Arif and Westermeyer, 1988). ويمكن أن يحدث التحمّل بفعل عوامل فيزيولوجية أو عوامل نفسية اجتماعية. وقد يكون التحمّل عضوياً أو سلوكياً. والتحمل العضوي عبارة عن تغير في الخلايا المستقبلية بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة. ويُقصد بالتحمّل السلوكي تغير في تأثير المادة المتعاطاة ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة. (WHO Dictionary, 1988)

الفصل الثاني

الآثار المترتبة على تعاطي المخدرات

٢. الآثار المترتبة على تعاطي المخدرات

٢. ١. الآثار الصحية لتعاطي المخدرات

يمكن إجمال الآثار الصحية لتعاطي المخدرات بصفة عامة في الأمور التالية: (الأصفر، ٢٠٠٤ م، ص ١٠٧-١٠٨)

- ١- فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى النحافة والضعف العام مصحوباً باصفرار الوجه، وقلة الحيوية والنشاط، وحدوث الدوار والصداع المزمن، واختلال التوازن والتأزر العضلي العصبي.
 - ٢- اضطراب وظيفي في حواس السمع والبصر.
 - ٣- التهيج الموضعي للأغشية المخاطية للشعب الهوائية.
 - ٤- اضطراب الجهاز الهضمي.
 - ٥- إتلاف الكبد.
 - ٦- التأثير السلبي على النشاط الجنسي.
 - ٧- الإصابة بالسرطان.
 - ٨- اضطراب في الإدراك الحسي العام.
 - ٩- اختلال في الاتزان.
 - ١٠- اضطراب الوجدان.
 - ١١- العصبية الزائدة والحساسية الشديدة والتوتر الانفعالي.
- أمّا تفصيلاً فيمكن توزيع الآثار على العناصر التالية:

٢. ١. ١. الآثار الصحية لتعاطي الكحوليات

أمّا تفصيلاً، فتعتبر الكحوليات من أقدم المواد المخدرة وأوسعها انتشاراً في العالم، حيث عرفته الكثير من الحضارات القديمة، فقد وجد في بعض برديات المصريين القدماء عام ٣٥٠٠ ق.م حديث عن الخمر والإثم الذي يلحق شارها، كما تعرف عليه اليونانيون القدماء وكانوا يشربونه بكثرة، وهو جزء من الحياة اليومية للعديد من المجتمعات، كما تستخدمه بعض الديانات في احتفالاتها الدينية.

أما تأثيره الفسيولوجي فيبدأ بعد وصوله إلى الدم في فترة تتراوح بين ٥ - ١٠ دقائق، ويتوقف هذا التأثير على نسبة تركيز مادة (الكحول الإيثيلي)، فهناك أنواع وهي من أكثر الكحوليات انتشاراً تكون نسبة تركيز الكحول الإيثيلي ١ - ٢٠، أما بعض أنواع الخمور فإن نسبة الإثانول هي ١ - ٢ وبذلك تكون خطورتها أشد.

وتعمل الكحول على تشييط وظيفة قشرة المخ إذا وصل تركيزه في الدم إلى ٠,٠٥٪ حيث يبدأ إحساس الشارب بتأثير الخمر ونشوتها المزيفة. وإذا زادت النسبة عن ١,٠٪ فتتأثر مراكز الحركة في المخ، ويبدأ معها ترنح الشارب وتلعثمه ولا يستطيع السيطرة على نفسه. وإذا بلغت نسبة التركيز ٢,٠٪ فتسيطر على المخمور انفعالات متضاربة كأن يضحك ويبكي في الوقت نفسه، وإذا وصلت النسبة ٣,٠٪ فلا يستطيع المدمن أن يرى أو يسمع أو يحس وتتوقف مراكز الإحساس لديه تماماً، وحينما تصل النسبة بين ٤,٠ - ٥,٠٪ فيدخل المدمن في غيبوبة. ويموت شارب الخمر إذا وصلت نسبة تركيز الكحول في الدم بين ٦,٠ - ٧,٠٪ حيث تصاب مراكز التنفس وحركة القلب بالشلل.

ويتوقف ذلك على قدرة الشخص على الاحتمال (الإطاقة) وعلى سرعة تناول الكحول وعلى حالة المعدة وقت التناول إذا كانت مليئة بالطعام أو فارغة.

٢. ١. ٢ الآثار الصحية لتعاطي الأفيون

يعتبر الأفيون من أكثر المهبطات الطبيعية شهرة حيث يحتوي على أكثر من ٣٥ مركباً كيميائياً أهمها المورفين والكوداين. ويستخرج الأفيون من العصارة اللبنية لنبات الخشخاش الذي يزرع وسط مزارع القمح والشعير، وقد ينمو تلقائياً كما هو الحال في الدول الواقعة في شمال البحر الأبيض المتوسط. ويعتبر الأفيون من أخطر أنواع المخدرات حيث تؤدي كمية قليلة منه إلى الأعراض التالية: (مختار، ١٤٢٥هـ؛ موسى وآخرون، ١٤٠٩هـ)

- الرغبة في النوم والنعاس.
- ارتخاء الجفون ونقص حركتها.
- حكة بالجسد.
- اصفرار الوجه.
- ازدياد العرق.
- احتقان العينين والحدقة.
- الشعور بالغثيان.
- اضطراب العادة الشهرية عند النساء.
- انخفاض كميات السائل المنوي.
- الإصابة بالزهري نتيجة استخدام إبر ملوثة.

وعند تشريح جثث مدمني الأفيون وجدت آثار تدل على تأثيره على الجهاز العصبي متمثلة في احتقان المخ وقلة نشاطه وتعرضه للنزف.

ومن آثاره السلبية الأخرى إبطاء حركة التنفس، وتقليل معدل النبض القلبي، وتليف بعض خلايا الكبد، وتقليل حركة المعدة مما يتسبب في الإصابة بالإمساك المزمن.

٢. ١. ٣. الآثار الصحية لتعاطي المنومات

تشتق المنومات أو الباربيتورات من حمض الباربيتوريك وتستخدم كمسكنات، ولكن أسيء استخدامها، وبالنسبة لتأثيرها فيتوقف على نوع المنوم، فهناك منوم قصير المفعول مثل البنتوثال وآخر متوسط المفعول مثل الأميثال وثالث طويل المفعول مثل الفينوباربيتال. وتؤخذ هذه المنومات في الغالب على شكل أقراص أو كبسولات وفي أحيان قليلة تؤخذ على هيئة أمبولات.

ومن الآثار السلبية لإدمانها على المدى الطويل تقليل الحركات المعدية والمعوية وتناقص إفرازاتهما، وهي في هذه تشبه آثار الأفيون (عرموش، ١٤١٣هـ؛ مختار، ١٤٢٥هـ).

٢. ١. ٤. الآثار الصحية لتعاطي المهدئات

الأصل في الاستخدام الطبي للمهدئات هو علاج حالات القلق والتوتر وبعض حالات الصداع، وبخاصة الفاليوم والآتيفان والروهينول، ولكن أسيء استخدامها فأدرجت ضمن الأدوية المخدرة، وتنقسم المهدئات إلى مجموعتين: المهدئات الكبرى والمهدئات الصغرى، وتستخدم الأولى في

علاج الاضطرابات العقلية كالفصام، في حين تستخدم الثانية في علاج القلق والتوترات والأمراض العصبية.

ويؤدي إدمان هذا النوع من المهدئات إلى الاعتماد الفسيولوجي والسيكولوجي، وإن كانت أعراض الانسحاب منه أخف وطأة من غيره من المواد المخدرة (عرموش، ١٤١٣هـ؛ مختار، ١٤٢٥هـ).

٢. ١. ٥. الآثار الصحية لتعاطي الكوكايين

ويستخرج من الأفيون الخام، حيث تتراوح نسبة الأفيون فيه ما بين ٥, ٥ - ٢, ٥٪ من وزنه، كما يوجد في نبات الكوكا الذي ينمو في أميركا الجنوبية، وخاصة في جبال الإنديز وبيرو وكولومبيا والهند وإندونيسيا. وتحتاج زراعته إلى درجات مرتفعة الحرارة والرطوبة. والكوكا نبات معمر يمكن لشجرته البقاء لمدة عشرين عاماً، وتحصد ست مرات في العام الواحد.

يستخرج من هذا النبات مادة شديدة السمية هشة الملمس بيضاء اللون إذا كانت نقية، أطلق عليها اسم الكوكايين، وتتركز خطورتها في التأثير على خلايا الجهاز العصبي المركزي، حيث تؤخذ بالشم أو الحقن أو بالمضغ، وفي حالة تناول جرعة زائدة عن المسموح بها طيباً تؤدي إلى الوفاة مباشرة.

وينزع المتعاطون للكوكايين في أميركا الجنوبية العصب المركزي للنبات ويمضغون أوراقه، ويزداد استخدامه بين الطبقات العاملة، لأنه يعطيهم إحساساً بالقوة ويزيل الشعور بالتعب والجوع.

٢. ١. ٦. الآثار الصحية لتعاطي القات

القات من المنشطات الطبيعية، بعد أن يمضغه المتعاطي يشعر في البداية بنوع من النشاط ثم بعد فترة من المضغ تصيبه حالة من الفتور والكسل. يزرع القات في اليمن ومنطقة القرن الأفريقي، والمادة الفعالة فيه هي الكاثين Cathine، وتمتص عن طريق مضغ أوراق النبات.

وبمجرد مضغ القات يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله، حتى أنه ينسى الشعور بالجوع. ثم بعد عدة ساعات من التعاطي يتتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني، واضطرابات هضمية وإمساك، والتهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم، بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكتئاب.

٢. ١. ٧. الآثار الصحية لتعاطي الأمفيتامينات (المنشطات)

الأمفيتامينات مركبات كيميائية تحدث تأثيراً منبهاً للجهاز العصبي وتقلل من الإحساس بالإجهاد والتعب والشعور بالنعاس، ولذا انتشرت بين الرياضيين والطلاب والسائقين الذين يقودون سياراتهم لمسافات طويلة وغيرهم من الفئات التي تحتاج إلى التركيز الذهني وبذل جهد عضلي مضاعف. ومن أهم المنشطات المتداولة الديكسامين والميثامفيتامين، وأدوية أخرى تشبه في تأثيرها الأمفيتامينات مثل الديتالين والكتاجون واليونات.

من المنشطات ما هو على شكل كبسول ومنها ما هو على شكل سائل أصفر يحقن في الوريد يسمى «الماكستون فورت» وهو سائل يمكن أن يضر محلياً مما يجعله شديد الخطورة.

وللأفيتامينات خاصة الإطاقة بمعنى أن المدمن يقبل على زيادة الجرعة كل فترة حتى تحدث الأثر المطلوب، وقد تصل في بعض الحالات إلى أن تعاطي المدمن ٦٠ حبة يومياً أي نحو ٢٥٠ مليغراما (عرموش، ١٤١٣هـ).

٢. ١. ٨. الآثار الصحية لتعاطي الحشيش

يستخرج الحشيش من نبات القنب الذي يزرع في الأمريكيتين وأفريقيا وجنوب شرقي آسيا والشرق الأوسط وأوروبا وله أسماء أخرى كثيرة منها الماريجوانا (الحشيش المجفف) والبانجو (الأوراق التي تحتوي على نسبة قليلة من المادة الفعالة)، وريت الحشيش، التي تتخذ شكلاً سائلاً غير قابل للذوبان في الماء. والحشيش نبات خشن الملمس له جذور عمودية وسيقان مجوفة، وأوراق مشرشرة مدببة الأطراف، وهو أحادي الجنس أي يوجد نبات ذكر وآخر أنثى. تتميز الأنثى عن الذكر بكونها أكثر فروغاً وأفتح ألواناً، كما أن زهرة الأنثى معتدلة مورقة ولها قاعدة على شكل قلب، بينما تكون زهرة الذكر ذابلة رخوة ذات غلاف زهري. والحشيش هو السائل المجفف لشجرة القنب، ويستخرج من الرؤوس المجففة المزهرة أو المثمرة من سيقان الإناث التي لم تستخرج مادتها الصبغية.

يأخذ الحشيش شكل المساحيق، وقد يحول إلى مادة صلبة مضغوطة ومجزأة إلى عدة قطع ملفوفة في ورق «السوليفان» لها لون بني غامق، أو ربما تحول إلى مادة سائلة غامقة اللون، تحتوي على درجة تركيز عالية، يتم تعاطيه عن طريق التدخين في السجائر أو في النرجيلة وأحياناً يحرق داخل كوب ويستنشق المتعاطي البخار المتصاعد.

يؤثر الحشيش في الجهاز العصبي المركزي، إلا أن هذا التأثير يختلف من مدمن إلى آخر بحسب قوته البدنية والعقلية تبعاً لطبيعة المتعاطي وميوله،

إذ قد يستغرق المتعاطي في خياله وأوهامه كما قد يتتاب المتعاطي ذا الميول الإجرامية ثورات جنونية ربما تدفع به إلى ارتكاب أعمال لها سمة العنف. وعموماً يمكننا إيجاز الآثار الفسيولوجية للحشيش على النحو التالي: (عرموش، ١٤١٣هـ)

- ارتعاشات عضلية .
- زيادة في ضربات القلب .
- سرعة في النبض .
- دوار .
- شعور بسخونة الرأس .
- برودة في اليدين والقدمين .
- شعور بضغط وانقباض في الصدر.
- اتساع العينين.
- تقلص عضلي .
- احمرار واحتقان في العينين.
- عدم التوازن الحركي .
- اصفرار في الوجه .
- جفاف في الفم والحلق .
- قيء في بعض الحالات .

أما الآثار الصحية على المدى الطويل فتتمثل في الضعف العام والهزال، وضعف مقاومة الجسم للأمراض، والصداع المستمر، وأمراض مزمنة في الجهاز التنفسي مثل الربو والتهاب الشعب الهوائية، وتصل تلك الأعراض

إلى حد الإصابة بالسل. وبالنسبة للجهاز الهضمي تظهر أعراض الإمساك تارة والإسهال تارة أخرى وذلك بسبب تأثر الأغشية المخاطية للمعدة.

٢. ١. ٩. الآثار الصحية لتعاطي المستنشقات

وهي تسمى بالمذيبات الطيارة، والتي شاع تعاطيها في البلاد العربية أخيراً، وهي شديدة الخطورة وتؤدي إلى الوفاة، كما أن سوء الاستعمال يؤدي إلى اضطرابات عقلية وأضرار بالغة بالكبد والكلى والقلب، وهي مؤثرة بصفة عامة على الجهاز العصبي.

كما تحدث أحياناً حالات من التهيج والاحتباس تتلوها أعراض من الهذيان، أما إذا زادت الجرعة فإنها تفضي إلى الغيبوبة والوفاة، ومن هذه المواد البنزين، ومخفف الطلاء، ومزيل طلاء الأظافر، وسائل وقود الولاعات، ولاصق الإطارات والغراء، والكلية، وكذلك عوادم شاحنات السيارات. وضح الجدول الآتي بعض أنواع المخدرات وآثار تعاطيها (الغريب، ٢٠٠٦م، ص ٤٧-٤٨).

الجدول رقم (١) من أنواع المخدرات وآثارها

المادة	الآثار
الأفيون	- الشعور المؤقت بالنشوة والارتياح الزائف. - زيادة الحمول والقلق والضيق في التنفس والدوار وانخفاض. - حرارة الجسم. - ظهور الهزال بمعدلات سريعة.
المورفين	ضعف البنية، وهن الجسم، فقدان الشهية، ضيق في حدقتي العين، الضعف الجنسي، تدهور العمليات العقلية، التدهور الخلقي، اللامبالاة، التشنجات وتقلص عضلات المعدة.
الكوداين	يشبه آثار الأفيون.
الكوكايين	تهيج شديد، طلاقة اللسان، قلة الشعور بالتعب، الشعور بالسرور، تصرفات عدائية، انهيار الحالة العقلية بسبب الإدمان، قرح على أغشية الأنف، أرق، تشنجات في العضلات.
القات	تأثير مزدوج على الجهاز العصبي، منشط في البداية تعقبه حالة من الهبوط في وظائف الجهاز العصبي.
الأمفيتامينات	هبوط يعقب النشاط، بالإضافة إلى حالات من الجنون والفصام.
المهلوسات	اضطراب في النشاط الذهني، هلوسة بأن المتعاطي لديه قدرات خارقة، أو يصاب بفزع أو اكتئاب.
الحشيش	اضطراب في الإدراك، والذاكرة، والانتباه البصري والسمعي، وانعدام الإحساس بالزمن، والضعف الجنسي.

٢. ٢ الآثار النفسية لتعاطي المخدرات

لقد أجملت بعض الدراسات الآثار النفسية للإدمان في الأمور التالية:
(البريشن، ٢٠٠٢ م، ص ١٥٢ - ١٥٤ هـ؛ بن حسين، ١٤٢٠ هـ).

- ١- اضطرابات الهلوسة والهذاء.
- ٢- اليأس والحزن الشديد.
- ٣- صعوبة التفكير.
- ٤- كساد في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي.
- ٥- قلة النوم.
- ٦- الخوف.
- ٧- الأفكار السوداوية والاكتئاب الشديد.
- ٨- الانفعال والانسحاب من المجتمع.
- ٩- اضطراب الشخصية الفصامية.
- ١٠- فرط العاطفة.

أمّا تفصيلاً، فإن سوء استعمال المخدر يؤدي إلى تغيرات أساسية في الشخصية إذ يجعل الإنسان قابلاً للأمراض النفسية والذهانية. وهناك آثار حادة من الاعتياد على الحشيش من أهمها القلق والهلع والبارانويا، خاصة بالنسبة للمتعاطين المحدثين، والوهن الإدراكي وخاصة بالنسبة للتركيز والذاكرة وضعف الآلية النفسية وتأخر ردود الأفعال مما يترتب عليه مخاطر حوادث الطرق والسيارات. وأيضاً توقع المخاطر الزائدة للأعراض الذهانية بين هؤلاء المدمنين الذين في سجل أسرهم تاريخ أمراض ذهانية.

أما الآثار المزمّنة فهي تنتج من جراء الاستخدام المزمّن للحشيش لعدد من السنين - وإن كانت ثمة آراء لا تؤكد ذلك - فهناك أعراض الاعتمادية التي يحددها عدم القدرة على الامتناع أو الكف عن سوء الاستعمال وهناك أيضا أشكال كامنة، كما في الآثار الحادة، للوهن الإدراكي الذي يؤثر على الانتباه والذاكرة. وأيضا انخفاض مستوى الأداء والمهارات والتحصيل الدراسي عند البالغين (Martin & Hall, 1999)

أما آثار الأفيون النفسية ومشتقاته ففضلا عما ذكرنا في الآثار البدنية فإن الارتباط وثيق بينهما، فالأفيون من المواد المثبطة التي تؤدي عادة إلى تخفيض مستوى العصبية والنشاط البدني، وإلى جانب الارتخاء العضلي والرغبة في الخمول، هناك إحساس بالانشراح والشعور بالسعادة والرضا وستجد نفسك تنظر إلى هذه المشاكل بطرق مختلفة، فكل شيء هادئ مما يجعلك لا تشعر بحاجتك إلى محاربة العالم.

والواقع أن ثمة مناقشات دائرة حول المبالغة للطبيعة الإيجابية لنتائج هذا الانشراح، فهناك قول بأن هذا الابتهاج هو نوع من التخيل والوهم إذ إن مثل مشاعر الابتهاج تنحصر غالبا في المراحل المبكرة للتعاطي، أما في المراحل المتأخرة فالنتائج عكس ذلك تماما فالشعور بعدم الابتهاج وعدم الرضا والسعادة هو واقع المدمنين (Schur, E, 1965)

أما بالنسبة إلى عقار الميث أو الكراك المصنع معمليا فإن خطورته في مجرد التعاطي لأنه يسبب تغيرات حادة في المخ ويشعر المستعمل له خلال ساعتين بالسعادة. ويستطيع متعاطو الميث أن يظلوا من ثماني إلى اثنتي عشرة ساعة أو أكثر معتمدين على كيفية استخراج دخان المخدر أو استنشاقه أو شمّه أو بلعه أو الحقن به. ولذلك ينتشر في البلاد التي تصنعه محليا كالولايات المتحدة وأميركا الوسطى بين تجمعات الملونين وفقراء البيض في الريف الأميركي.

وتشير نتائج البحوث المصرية عن نتائج مسح استطلاعي أجري على عينة من ٥٠٠ متعاط في ريف وحضر مصر (سويف / المركز القومي) إلى أن الدوافع النفسية لتعاطي الحشيش في سن مبكرة (سن العشرين في المتوسط) كان أقواها (٧٧٪) هو مجارة الأصدقاء والحصول على الفرشة، في حين كان الدافع الأقوى لتعاطي الأفيون هو الاعتماد عليه لمواجهة العمل الشاق، وإذا كان الدافع الجنسي يشكل ٢٥٪ بالنسبة للحشيش فإنه أكثر بالنسبة للأفيون (٥٠٪) من الفئة التي تسيء استعماله.

وتؤكد الدراسة ما انتهت إليه الدراسات الأخرى في الآثار النفسية إزاء الاختلاف في إدراك الزمن حيث يتجه نحو الزيادة في البطء في حين يختل إدراك المسافات المكانية نحو زيادة الطول وزيادة التضخم بالنسبة للأحجام ونصوع الألوان ووضوح الأحداث.

وتزول هذه الاختلافات بالنسبة إلى المتعاطي للحشيش في اليوم التالي على التعاطي.

ويؤكد البحث نتائج الدراسات المتعلقة بأثر التعاطي على الوظائف العقلية حيث تضعف الذاكرة بالنسبة إلى ٤٢٪ من الحالات تحت تأثير المخدر المباشر. ويزعم ٨٦٪ منهم قدرتهم الجيدة على حل المشكلات ويشهد ٧٥٪ من العينة بسرعة انتقالهم من موضوع إلى آخر في الكلام أو التفكير. وقد يتفق هذا مع الخيال الشعبي بأن الحشاش سريع الخاطر ويفسر البعض بأن هذه صورة من حالات الهوس (ألمنيا)، أما حياتهم الوجدانية فيميل ٥٠٪ من العينة نحو الاستكانة، وانخفاض نسبة التحكم عند ٤١٪.. (عبد المتعال، ٢٠٠٤م).

٢. ٢. ١ الآثار النفسية لتعاطي الكحوليات

الكحوليات عموماً تجعل المتعاطي أكثر عدوانية خاصة على النساء والأطفال، كما تفقده القدرة على التوازن والنطق السليم، كما أنه لا يستمتع جنسياً وبعد فترة من التعاطي تدخله في حالة من الهلوسة المصحوبة بالشعور بالاكئاب، وربما يؤدي به الحال إلى أن يرتكب جرائم جنسية دون أن يشعر، وتزداد خطورتها إذا أعطيت مصحوبة بمواد مخدرة كالهيروين أو مع مضادات الكآبة أو مع المهدئات (كفافي، ١٩٩٣م؛ الجفار، ١٩٩٣م).

٢. ٢. ٢ الآثار النفسية لتعاطي الأفيون

في البداية يشعر المتعاطي بالسعادة الوهمية والتخفف من الأعباء والخلو الذهني، ويهيأ للمدمن أن لديه قدرة أكبر على العمل. ويربط الأطباء بين الأفيون والانحرافات السلوكية كالسرقة والشذوذ الجنسي والدعارة.

كما يشعر المدمن بعد الانقطاع عن المخدر (الانسحاب) بالقلق والاكئاب بعد عشر ساعات تقريباً، والخوف من الألم الذي سيصيبه في حالة الانسحاب، وبالفعل يبدأ شعوره بالبرد والقشعريرة والإسهال والعرق الغزير والأرق والإفرازات الدمعية والأنفية، ويمكن أن تستمر هذه الأعراض ثلاثة أيام كما يمكنها أن تحدث الوفاة.

٢. ٢. ٣ الآثار النفسية للإدمان على المنومات

تظهر على المدمن ميول عدوانية، وفي حالة الإقلال من الجرعة فإن المدمن يصاب بالخوف ورعشة في الأطراف، وارتفاع درجة الحرارة وسرعة النبض والغثيان والقيء المتكرر، ثم تأتي مرحلة المغص الشديد والارتعاشات الشبيهة بارتعاشات الصرع.

٢. ٢. ٤. الآثار النفسية لتعاطي الكوكايين

في بداية التعاطي يشعر المدمن بنوع من النشوة والسعادة والنشاط المتدفق، ولكن هذه الحالة لا تدوم طويلاً إذ سرعان ما يعقبها الكسل والهبوط واللامبالاة والضعف العام، فيحاول أن يعوضها بجرعة أخرى من المخدر، فيدخل في المرحلة الثانية. وفي هذه المرحلة تظهر عليه اضطرابات سلوكية من أهمها الأَخاييل Hallucinations بكل أنواعها السمعية والبصرية واللمسية. فيشعر المدمن بأن كل ما يحيط به يتحرك، وبأن حشرات صغيرة تزحف على جلده وتخرقه، فيحكه حكاً شديداً بل يصل به الأمر إلى استخدام الإبر أو الدبابيس لإخراج هذه الحشرات من تحت جلده.

ويدخل المدمن في شعور بأنه مراقب وبأن جهات خارجية ترصد تحركاته وتعد عليه خطواته، ومن ثم يدخل في المرحلة الثالثة.

ومن سمات هذه المرحلة التي تحدث بعد سبع سنوات من تعاطي الكوكايين انحطاط تام لجميع وظائف الجسم وتفكك لشخصيته.

لكن من المهم الإشارة إلى أن هذا المخدر بالذات - وبعكس الأفيون - لا تصيب المدمن في حالة الإقلاع عنه أي انتكاسات جسدية، بل يعود المدمن إلى حالته الطبيعية بعد فترة من ترك الإدمان.

٢. ٢. ٥. الآثار النفسية لتعاطي الأمفيتامينات (المنشطات)

يسبب استعمال هذه العقاقير حالة من الهبوط والكسل والشعور بالتعب تعقب الشعور بالنشاط الذي حدث للمتعاظم، وأحياناً تصل نتيجة إدمان هذه المنشطات إلى حالة من انفصام الشخصية أو إلى الجنون.

٢. ٢. ٦. الآثار النفسية لتعاطي الحشيش

أما عن الآثار النفسية التي يتعرض لها مدمن الحشيش فهي:

- تظهر على المتعاطي أعراض الاضطراب في الإدراك الحسي ويتمثل في تحريف الإدراك البصري.
- اضطراب الشعور بالزمن والمسافات.
- تضخيم الذات.
- ضعف التذكر.

٢. ٣. الآثار الاجتماعية للوقوع في المخدرات

٢. ٣. ١. دور المخدرات في تطور الجريمة

اختلفت الآراء حول علاقة المخدرات بالجريمة وهل هي علاقة سببية بين المقدمات والنتائج؟ أم علاقة ارتباط بين مثير واستجابة؟ أم أنها عامل مساعد لا تتم الجريمة إلا بحدوثه؟ ولكل هذه التساؤلات من نتائج الدراسات ما يثبتها ومنها ما ينفيه. (UNRISD, 1984) وما دام الأمر كذلك وفيه حيرة منهجية، فإنه على الأقل وجدنا من الدلائل ما يثبت - خاصة في العقدين الأخيرين بعد استثناء الظاهرة عالميا وسوء الاستعمال المفرط بالنسبة للمخدرات المصنعة والمواد النفسية المنشطة - أن ثمة جرائم تحدث قبل التعاطي وأخرى بعدها وأغلبها يرتبط بأمرين:

الأول: يتعلق بجلب المخدرات وتوزيعها.

الثاني: يتعلق بعملية الاستهلاك.

وتبدأ الجرائم الخاصة بالجلب والتوزيع من التجريم القانوني لها، وترتبط بالجرائم ضد الأشخاص بالقتل والأذى البالغ أثناء الاضطدام مع قوات المطاردة لعصابات المهربين، أو في مواقف الصراع الذي يحدث أحيانا بين هذه العصابات، وكذلك توريط العديد من الأحداث والشباب في عصابات التوزيع والتسويق. وأخيرا وليس آخرا جرائم التربح من جراء أنشطة غسل أموال والتي فطن إليها أخيرا كبار التجار والمهربين.

أما الجرائم المرتبطة بالاستهلاك فإن أغلبها ينحصر في جرائم المال بسبب القهر الذي يسبق رغبة المدمن في الحصول على المخدر عندما يقع في ضائقة مالية تحول بينه وبين القدرة على شراء المخدرات. وتشير دراسة أجريت في تورنتو بكندا إلى تورط الكثير من الأحداث والشباب في نشاط عصابات للشباب خلال سنة ١٩٨٠م، في ارتكاب جرائم السرقة والسطو من أجل الحصول على المال لشراء المخدرات. كما اتضح أيضا أن جرائم العنف والتشويه واستخدام الأسلحة قد صاحبت تسويق مخدر كراك الكوكايين (Fredrik, M)

وأفاد تقرير مؤتمر الأمم المتحدة السابع لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين (ميلانو ١٩٨٥م) عن الشباب والجريمة والعدالة، بأن سلطات الدول المشاركة قلقة للغاية بسبب مصاحبة ازدياد معدل الجريمة بازدياد استهلاك العقاقير المخدرة. وأشار أيضا إلى أنه كثيرا ما يرتكب مسيئو استعمال العقاقير جرائم تتصل بتعودهم تعاطي المخدرات، وخاصة من أجل الحصول على العقاقير أو المال الذي يشترونها به. (عبد المتعال، ٢٠٠٤م)

٢. ٣. ٢ الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات

- ١- فقدان التعامل مع الآخرين.
- ٢- فقدان التفاعل في المواقف الاجتماعية مع الأسرة والمجتمع.
- ٣- القيام بتصرفات لا منطقية لا يرضى عنها المجتمع.
- ٤- عدم تقدير وجهات نظر الآخرين.
- ٥- ضعف ارتباط الاتجاهات التي يتمسك بها المتعاطي مع اتجاهات المجتمع وغالباً ما تكون سلبية.
- ٦- عدم قدرة المتعاطي على التكيف مع المجتمع. (فهيمى، ٢٠٠١م، ص ٩٤-٩٥؛ عبد الرحيم، ١٩٩٨م)

٢. ٣. ٣ الآثار الأسرية لتعاطي المخدرات

- ١- التفكك الأسري لعدم قدرة المتعاطي على القيام بدوره الأسري.
- ٢- انخفاض دخل الأسرة بسبب ما يعاني منه المتعاطي من بطالة وعدم القدرة على العمل.
- ٣- عدم المشاركة في المجالات الحياتية التي تحقق تماسك الأسرة مثل المجالات وحل المشكلات الأسرية. (فهيمى، ٢٠٠١م، ص ٩٥)

٢. ٣. ٤ الآثار المجتمعية لتعاطي المخدرات

- ١- تبديد قوى الأفراد في المجتمع فيما لا طائل منه.
- ٢- إذابة جهود الأفراد وإبداعاتهم الخلاقة.

- ٣- تشتت الأسر وتخطيمها، وحدث انفصال أحد الأبوين.
- ٤- انحراف الأبناء عن أخلاقيات ومعتقدات الأسرة والمجتمع.
- ٥- تصدع الوازع الديني.
- ٦- انتشار الجريمة والفساد، والبطالة، والفقير.
- ٧- جعل المجتمعات غير قادرة على الاعتماد على الذات.
- ٨- انتشار أنواع الرذيلة.
- ٩- كثرة حوادث السيارات.
- ١٠- خفض التحصيل العلمي للشباب. (فهمي، ٢٠٠١م، ص ٩٦-٩٧)

٢. ٣. ٥. الآثار السياسية لتعاطي المخدرات

وظفت المخدرات أكثر من مرة في سبيل تحقيق أهداف سياسية، فبريطانيا العظمى لما استعمرت الصين لمدة ثلاثة قرون، سمحت للصينيين أتباعها بزراعة الأفيون وتصنيعه والاتجار به، بهدف السيطرة على الأمة الصينية وشلّ قدرات الأفراد وطاقات الأمة وقتل روح المقاومة. حتى أن تاريخ الصين سجل حربا باسم حرب الأفيون.

كذلك حاولت الإمبراطورية البريطانية تشجيع عملائها في الهند ومصر على زراعة الأفيون من أجل السيطرة واستغلال موارد هذه الشعوب.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية استخدمت الجالية الحاكمة «الأوروبية الأصل» جهاز المخابرات الأمريكية الفدرالية (FBI) سلاح نشر وترويج

المخدرات بين أفراد الجالية الأمريكية ذات الأصول الإفريقية للقضاء عليها وتدمير عقول أبنائها حتى لا يتمكنوا من المنافسة على المناصب القيادية الإدارية والثقافية في المجتمع الأمريكي «الديمقراطي» كل ذلك خدمة للعنصرية البغيضة المتجذرة في ثقافة الولايات المتحدة الأمريكية وبأشكال متعددة.

ولا تزال بعض من دول أمريكا اللاتينية مثل كولومبيا تعاني من سيطرة عصابات المخدرات على الحكومة والشعب الكولومبي، ويدرك كل مسلم عربي أبعاد الحرب الأخلاقية والغزو القيمي الذي تمارسه إسرائيل من خلال المخدرات والإيدز مع عدد من دول الشرق الأوسط ذات السيادة والقيادة للقضاء على أخلاقيات وقيم أبنائها تمهيداً لاستعبادها كما فعلت بريطانيا بالصين أو الجالية البيضاء بالجالية السمراء في أمريكا الشمالية.

٢. ٤ الآثار الاقتصادية للمخدرات

١- تفشي البطالة والفقر في المجتمع بسبب إنفاق نسبة كبيرة من الدخل في شراء المخدرات، بالإضافة إلى ركون المتعاطي إلى الكسل وعدم العمل.

٢- يؤدي التعاطي والإدمان على المخدرات إلى فقدان الإنسان دوره في المجتمع واعتماده اقتصادياً على غيره.

٣- يؤثر تعاطي المخدرات على الوضع الاقتصادي بسبب كثرة التهريب، وهجرة العملة بدون عوائد أو فائدة، كما تقل الإنتاجية، وبالتالي ينخفض مستوى الدخل، وتزداد تكاليف المعيشة، وتحتد الفوارق بين طبقات المجتمع.

٤- قد يؤدي تعاطي المخدرات إلى الشراء غير المشروع للمهريين والمروجين مقابل ضعف اقتصاد الدولة وزيادة الفروقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع ويؤدي إلى نقص إيرادات الخزينة العامة للدولة من عائدات الضرائب، مما يؤدي إلى الضغط على العملة المحلية. (أبو عمة، ١٩٩٨م، ص ٢٥-٢٦)

٥- العقاقير المخدرة المحظورة مصدر مهم من مصادر تمويل الإرهاب.

٦- العقاقير والمخدرات سبب رئيس في عمليات غسل الأموال.

٧- تكديس الأموال بيد فئات معينة نتيجة الاتجار بالمخدرات يجعلهم قادرين على التأثير في أنظمة الحكم، وقد يصلون إلى المراكز الحساسة في الحكومات من غير كفاءة، وقد يتخذون قرارات تسيء إلى أوطانهم، والإنسانية. (عبيد، ٢٠٠٥م، ص ٢١٤-٢٣٠)

٢. ٤. ١. دور المخدرات في إضعاف القدرة على العمل

العمل والبطالة على طرفي نقيض، فالعمل يقوي من إرادة البناء والبطالة تثبّط من همته، والعمل عصب التنمية والإنتاج وهو بدوره السبيل إلى التقدم والرخاء. وإذا أراد عدو أن يغدر بشعب فإنه يهاجم مواقع الإنتاج الرئيسة بالنسف والتخريب، فإذا لم يستطع فبالحيلة والغدر مستهدفا جوهر العمل ذاته وهو القوى البشرية وتفريغها من مضمون إرادتها وكفاءتها ومهاراتها. فبالدعوة إلى هجرة أفضل العقول وأكفأ المهارات إلى مواقع إنتاجه من ناحية ومن ناحية أخرى إضعاف القوة الباقية في موطنها الأصلي، وسبيل ذلك يمكن أن يكون بتشجيع مؤامرات جلب وتهريب المخدرات. فإذا كانت البطالة ظاهرة لها مقدماتها الاقتصادية وهي تعيق عملية التنمية وتؤدي

إلى مشكلات اجتماعية أخرى متعددة، فإن انتشار المخدرات يستهدف التهام حصاد العملية الإنتاجية وسوء استعمالها يؤدي إلى إضعاف القدرة على الأداء والتقليل من دقته ووصول العامل المتعاطي أو المدمن إلى حالة من الإحساس بالضيق والشعور باللامبالاة والاعتراب عن مواقع الإنتاج والأسرة والأبناء والمجتمع. (غباري، ١٩٩١م)

فقد أوضحت دراسات عدة أن تعاطي المخدرات يقلل من التركيز الدائم وحضور الذاكرة وتعريض المهارات الميكانيكية للضيق. وعلى نفس نسق ما أوردناه من أثر المخدرات على القدرات المعرفية في العملية التعليمية فإن نفس النتائج المشابهة تتكرر في عمليات الأداء الإنتاجي وفي الكفاءة الذهنية والمهارات اليدوية.

فالحشيش يفسد الوظائف المعرفية كما أثبتت البحوث المصرية ذلك على مدى العقود الأربعة الماضية. ويزيد الحشيش من زمن الاستجابة أو رد الفعل وانخفاض الدقة الميكانيكية. والأفيون يقلب الأمزجة ولو بجرعات صغيرة، ويقلل من النشاط ويضعف من المهارات الآلية النفسية المرتبطة بقيادة السيارات. وإذا كان الكوكايين ولو بجرعات صغيرة قد يحسن الأداء في الأعمال الصغيرة، فإنه بالإضافة إلى المواد المشتقة منه يؤدي إلى نوع من القهر عند تكرار الاستعمال والإدمان عليه. ورغم ما قيل فإنه من الواضح أن التورط في سوء استعمال المخدرات يخفض من الإتقان في العمل ويضعف من الدقة في الأداء كما أثبتت ذلك نتائج البحوث التي أجراها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية على مستوى القطر المصري بين العمال والطلاب والتلاميذ، وكذلك الدراسات التي أجرتها منظمة العمل الدولية ILO في عدد من الدول الأوروبية، أو التي أجريت على موظفي هيئة

البريد في الولايات المتحدة الأمريكية، أو التي أجريت على عينة من ٤٦٨ من الشباب في لوس أنجلوس بولاية كاليفورنيا. وتبين أن التعاطي ينتشر بين العمال الذين يلتحقون بورش صناعية في الأماكن والأحياء التي تنتشر فيها ثقافة تعاطي المخدرات.

وقد تشكل البطالة تربة خصبة لتنامي مشكلة سوء استعمال المخدرات خاصة بين الشباب العاطلين، ومما يساعد على ذلك تهميش مجتمع الكبار لهم فيجعل قابليتهم للوقوع في خبرات التعاطي أكثر احتمالاً. والجدير بالذكر أن ٣٠٪ من قوة العمل في العالم معطلة عن الإنتاج، وهناك أكثر من ١٢٠ مليون نسمة مسجلون كعاطلين، وهناك أيضاً ٧٥ مليون نسمة طالبون للعمل. وهؤلاء غير ملايين الأفراد غير المسجلين، إلا أن كثيراً من هؤلاء يقومون بأعمال في القطاع غير الرسمي مما قد يقلل نسبياً من غلو المشكلة. (عبد المتعال، ٢٠٠٤م)

٢. ٤. ٢ خطر المخدرات على الاقتصاد العالمي وسبل مكافحتها

يتفق الاقتصاديون على أن الأنشطة المحرمة وغير المشروعة والمتمثلة في المخدرات والدعارة وما شابهها لا تدخل ضمن حسابات الناتج الداخلي الإجمالي لأن كلا من القانون والأخلاقيات في أي دولة في العالم يحرم تلك الأنشطة غير المشروعة نظراً للضرر الذي تخلفه على البشرية.

فظاهرة إنتاج وتعاطي المخدرات تشكل مشكلة عالمية لا يكاد يخلو مجتمع إنساني من آثارها كما أن تكاليف الإجراءات الدولية والمحلية لمكافحة انتشار المخدرات والتوعية بأضرارها وعلاج المدمنين سنوياً تقدر بنحو

١٢٠ مليار دولار، فتجارة المخدرات تمثل نسبة ٨٪ من مجموع التجارة العالمية حسب ما جاء في تقرير الأمم المتحدة سنة ٢٠٠٠م، وقد أقر ذات المصدر على أن الكمية المضبوطة من المخدرات مقارنة بما يتم تهريبه تشكل نسبة ضئيلة، حيث إن كمية الهيروين المضبوطة لا تزيد على ١٠٪ من الكمية المهربة ونسبة الكوكايين المضبوطة لا تزيد على ٣٠٪ من الكمية المهربة.

كما أن الاتجار في شتى أصناف المخدرات عبر العالم تختلف من دولة لأخرى حسب طبيعة الاقتصاد ومستواه في تلك الدولة، وفي ظل الصراعات الدائمة بين مروجي المخدرات والأجهزة القائمة على ردع عصابات الجريمة الاقتصادية في مجال الاتجار بالمخدرات لم تغفل هيئة الأمم المتحدة ولا السلطات الحكومية في كل دولة عن وضع قوانين صارمة توضع قيوداً للتجارة الخارجية وكذلك وضعت قوانين تنص على العقوبات المتعلقة بالتجارة غير المشروعة.

وعليه، لا بد من إعطاء حوصلة عن أثر تجارة واستهلاك المخدرات على الاقتصاد والمجتمع في بعض الدول الغربية والعربية والإسلامية نظراً لما يخلفه الإدمان من ضرر اجتماعي وصحي وفي الأخير يتطرق الموضوع إلى سبل مكافحة المخدرات لحماية الاقتصاد العالمي. (شحاتة، ٢٠٠١م)

الفصل الثالث

النظريات المفسرة للإدمان

٣ . النظريات المفسرة للإدمان

تتضمّن هذه المنظورات عددا من النظريات التي تحاول كل واحدة منها أن تفهم ظاهرة الإدمان فهما شاملا وعميقا. ونقصد بالنظرية ما قاله كابلان Kablan من حيث هي «منطق أعيد بناؤه ليبدو كأداة لتفسير ونقد وتوجيه القوانين الراسخة وتطويرها لتناسب مع البيانات غير المتوقعة في تكوينها، ثم توجيه السعي نحو اكتشاف تعميمات جديدة». ولا أظننا نحتاج إلى الإشارة - في البداية - إلى أن أيّا من هذه المنظورات النفسية المختلفة لا يمكن أن يحتوي على الحقيقة الكاملة في فهم الإنسان أو بعض أبعاده، أو في تفسير ظاهرة الإدمان، لأنها في الأخير محاولة اعتمدت عدّة مفاهيمية ومنهجية غير قطعية للتعرف إلى كائن مزدوج متّحد، خلقه ربّه متعدّد الأبعاد، وكلّ دراسة تحاول أن تنظر إليه من خلال بعد من هذه الأبعاد تجرّده من خاصية التنوع تلك، وليس العيب في أن تحاول التعرف إلى الإنسان، وأن تعتبر بعض ما أدركت بعض الإنسان، ولكنها تقع في خطأ التعميمية عندما تحكم على كلّ الإنسان من خلال الجزء الذي أدركت.

٣. ١. النظريات النفسية في تفسير ظاهرة الإدمان

ويندرج تحت هذا المنظور النفسي في تفسير ظاهرة الإدمان النظريات
السيكولوجية الآتية:

٣. ١. ١. مدرسة التحليل النفسي analytic - Psycho

تفسر مدرسة التحليل النفسي الإدمان بأنه (الغريب، ٢٠٠٦م):

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.
- تعويض عن إشباع شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.
- ناشئ عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاطئة.
- سلوك شخصي يشكل عصباً.
- سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية (عبد المنعم، ١٩٩٧م).
- التعاطي للمخدرات مظهر من مظاهر الاضطراب والسلوك الشاذ (العشماوي، ١٤١٤هـ، ص ١٧٣).

٣. ١. ٢. المدرسة السلوكية Behaviorism^(١)

تربط المدرسة السلوكية بين المثير والاستجابة وإدمان المخدرات. وتفسير الإدمان لدى رواد هذه المدرسة لا يعدو كونه استجابة لمثيرات تم تدعيمها من خلال الممارسة حيث يرى بعض منطري المدرسة السلوكية أن إدمان المخدرات هو عبارة عن عادة شرطية ترتبط باستخدام العقار وأن التدعيم

(١) عبد الله بن عبد العزيز اليوسف، دراسة غير مطبوعة.

الإيجابي قادر على خلق عادة قوية هي عادة اشتهاؤ المخدر، وهناك عامل آخر أكثر قوة بالنسبة إلى المهدئات والأفيونات «مشتقات الأفيون» وهو الخوف الفعلي من الامتناع عن العقار أو ما يتوقعه الفرد من آثار الامتناع بحيث إن الفرد إذا خبر الامتناع عدة مرات تكون لديه نمط من استجابة التجنب الشرطية، فإذا أضيف إلى ذلك ما يحدثه العقار أول الأمر من آثار التدعم فإنه في الغالب تتكون لديه عادة الإدمان بوصفها نمطاً سلوكياً دائماً يستعصي على التغير في أكثر الأحيان (Garbrial & Nohas, 1981).

وقد يكون تعلم الإدمان عند البعض بسبب شعورهم بالقلق والتوتر حيث يندفعون إلى تعاطي المخدرات فيقل التوتر ويشعرون بالهدوء والارتياح وهذا الشعور يعتبر تدعياً وتشجيعاً لتكرار التعاطي وقد يرتبط التعاطي بميزات أخرى مثل مجموعة الرفاق ورائحة المخدر والإعلانات الخاصة بالعقاقير وبالتالي ففي حالة وجود أي من هذه المثيرات فإن التعاطي قد يندفع إلى تناول المخدرات حتى ولو لم يكن يعاني من القلق والتوتر ومما يشجع على التعاطي أن الآثار السلبية لبعض المخدرات لا تظهر في الحال بل إن الآثار الإيجابية التي يطلبها المتعاطي مثل النشوة والإحساس بالراحة والهدوء هي التي تظهر أولاً.

ومن المعروف في نظرية التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ما ونتيجة هذا السلوك السلبية طويلاً فإن الدعم يحصل والعكس صحيح أيضاً، فلو أن المتعاطي يشعر بالغيان والهداءات (والتي تمثل أعراض الانسحاب) فور تعاطيه للعقار لشعر بالنفور في الحال ولما استمر في التعاطي ولكنه في الواقع لا يشعر بهذه النتائج السلبية الضارة إلا بعد الانقطاع عن العقار وبذا يستمر في الغالب في تناول العقار (الدمرداش، ١٩٨٢م).

ويُفسر الإدمان سلوكياً بالعائد الذي يحدثه التعاطي والذي يدفع بالتعاطي لأن يكرر التجربة مرة أخرى، ثم مرات عديدة، بحيث يحول العائد دون التفكير في عدم الامتناع عن تعاطي المخدر وبهذا يحدث الإدمان (البريشن، ٢٠٠٢م، ١١٦).

وفي ضوء المنظور النفسي، فإن هناك سمات لاستعدادات سلوكية للإدمان منها (الغريب، ٢٠٠٦م):

- صعوبات في التحكم في الإدراكات.
- صعوبات في مواجهة الضغوط، بما فيها من مشكلات تحمل على الشعور بالإحباط.
- أنماط سلبية كالسلوك الاعتمادي على الغير مثلاً.
- التمرکز حول الذات مع أنماط سلوكية أنانية ذاتية مثل كثرة المطالب والاستحواذية.
- سلوك مصاد للمجتمع.

وبالإجمال يمكن القول إن الإدمان من وجهة نظر المدرسة السلوكية هو ارتباط بين مثير واستجابة يحدث معها التعود والإشباع وبذا فإن إدمان المخدرات هو عادة شرطية يصبح الفطام عنها أمراً صعباً للغاية.

٣. ١. ٣ نظرية المواقف الشديدة High - Risk Situations Theory

يعتبر مارلت Marlatt أن العود للإدمان ناتج عن عوامل: البيئة، الشخص العائد، المؤسسة، وتقوم هذه النظرية على الفرضيات الآتية:

١- المواقف الشديدة واستجابة الأفراد لها تعد من أهم العوامل المؤدية للعود أو الانتكاسة.

٢- عدم معرفة المدمن كيفية التعامل مع المواقف البيئية الطبيعية يزيد من احتمالية العود للإدمان.

٣- العود للإدمان ناجم عن مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة (الغريب، ٢٠٠٦، ص ٧٥-٧٦).

٣. ١. ٤ سيكولوجية الذات Cgopsychology

الأنا طاقة قادرة على الإدراك والإحساس والتفكير والإنجاز، وظيفتها تكيفية أو عمليات دفاعية. وجاء الاهتمام بالأنا أو الذات كحجر الزاوية في تعديل الشخصية وتقويتها خاصة فيما يتعلق بموازنة نزعات الهوى، الذات العليا (الضمير) والفرد نفسه مع بيئته الاجتماعية (عثمان، ١٩٨٠م، ص ٤٨-٥٦). ويمكن تفسير الإدمان وفق فرضيات هذه النظرية على النحو الآتي:

- الإدمان وسيلة دفاعية لمقابلة فشل الأنا في القيام بوظائفها.

- الإدمان وسيلة لتقوية الذات القاصرة لأجل القيام بوظائفها.

٣. ١. ٥ نظرية الحاجة إلى القوة Need Power Theory

ترى هذه النظرية أنّ الإدمان هو تعبير عن الحاجة إلى القوة الاجتماعية، وأن المدمن إذا عجز عن تحقيق هذه القوة بالطرق العادية، فإنه يشعر بقلق يدفعه إلى تعاطي المخدرات. فيكون التعاطي بذلك ناجماً عن محاولة التعويض عن قوته الاجتماعية بقوة مصطنعة يستشعرها أثناء تعاطيه. (الدخيل، ٢٠٠٥م؛ الغريب: ٢٠٠٦م).

٣. ١. ٦. نظرية التفاعل بين الشخص والموقف Perso situation interaction

هي نظرية اقترحها ليتمان Litman مع آخرين (١٩٧٧م) وتعتبر الإدمان والعود للإدمان ناتجا عن تفاعل عدد من العوامل والتي منها (الغريب: ٢٠٠٦):

- الموقف.
 - درجة خطورة الموقف.
 - مدى إدراك الفرد للموقف.
 - مدى ما يحمله الموقف من مثيرات.
 - مستوى التفاعل بين الشخص والموقف.
 - مهارات التأقلم مع الموقف.
 - القدرة على التصرف في الموقف.
 - مستوى العجز الذي يشعر به الفرد داخل الموقف.
- ويرى لودونج Ludwing أن ظاهرة الاشتياق والاشتهاء للمادة الإدمانية بما للمدمن من طبيعة نفسية ومعرفية وجسمية وسلوكية وعصبية متعددة الأوجه. (الغريب، ٢٠٠٦م، ص ٧٧).

٣. ٢. النظريات الاجتماعية في تفسير ظاهرة الإدمان

ويندرج تحت هذا المنظور النظريات الآتية:

٣. ٢. ١. النظرية الوظيفية Functional theory

وهي تفسر الإدمان بأنه فشل المدمن في أداء الأدوار التي يجب عليه تأديتها، على أنه سلوك منحرف، مخالف للتوقعات المشتركة، والمعترف بها كأشياء شرعية داخل النسق الاجتماعي. كما أن التصارع الذي يعيشه الفرد نتيجة للظروف المعيشية المعاصرة والأدوار المتوقعة من الفرد والتي يصعب عليه تحقيقها تفقد المرء توازنه الاجتماعي، فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ثم الإدمان عليها. (البريشن، ٢٠٠٢م؛ الغريب، ٢٠٠٦م)

٣. ٢. ٢. نظرية التعلم الاجتماعي Social learning theory

تؤكد هذه النظرية أن سلوكيات الإنسان متعلمة من الآخرين عن طريق المحاكاة والاختلاط، وتفسر هذه النظرية تعاطي المخدرات والإدمان عليها بأنه سلوك متعلم ناتج عن مخالطة المتعاطي للجماعة المرجعية (المتعاطين)، بحيث يستمر الفرد في التعاطي ليشعر بالانتماء إلى الجماعة، كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك؛ لتشعر بأن المتعاطي أحد أعضائها الذين تربطهم رابطة خاصة، وهي سلوك تعاطي المخدرات، ومن أبرز أصحاب هذه النظرية «أودين سذرلاندي» Edwin Sutherland عام ١٩٣١م، والعالم الاجتماعي «تارد» Gabriel Tarde. (الدخيل، ٢٠٠٥م؛ الغريب، ٢٠٠٦م)

٣. ٢. ٣ نظرية التفكك الاجتماعي theory Social disorganization

وقد شرح كلينارد السلوك المنحرف بأنه سلوك ذو وجهة متناقضة أو مخالفة للمعايير التي يرضيها المجتمع، لدرجة تجاوز السلوك لحدود التسامح المجتمعي. فالتفكك الاجتماعي يفسر مدخل إدمان المخدرات حيث يعبر عن مشكلة اجتماعية سببها انحراف المدمن عن المعايير والقيم التي أقرها المجتمع.

٤. ٢. ٣ نظرية الوصم Labeling Approach

ترى هذه النظرية أن الانحراف الاجتماعي ناتج عن نجاح مجموعة من الأفراد في المجتمع إلى مجموعة أخرى بأنهم منحرفون. فمثلاً إذا قال الأوروبيون بأن أفريقيا متخلفة وتكرر هذا الحكم في وسائل الإعلام أصبح الأفرقة جميعاً متخلفين في المنظور الاجتماعي الأوروبي وبالتالي فإن الوصمة تجعل الفرد يقتنع ويترسخ لديه، وبخاصة الذي ينتمي إلى الطبقة الدنيا بأنه مدمن، مما يشكل عاملاً قوياً لاستمراره في تعاطي المخدرات، وتوقع انتكاسته أكثر من مرة (الغريب، ٢٠٠٦م، ص ٧٩ - ٨٠).

٥. ٢. ٣ نظرية العقد الاجتماعي

يفسر هذه النظرية الانحراف بأنه ظاهرة اجتماعية ناتجة عن القهر والتسلط الذي يمارسه الأفراد تجاه البعض الآخر، فالفقير مثلاً يولد رفضاً للقيم والأخلاق الاجتماعية التي يؤمن بها الأفراد في المجتمع باعتباره انعكاساً لعدم العدالة الاجتماعية بين الفئات، والانحراف يؤدي إلى عدم التوازن بين الهدف للفرد والوسيلة التي يستخدمها لتحقيقه ذلك الهدف،

ومن أصحاب هذه النظرية عالم الاجتماع إميل دوركهايم Durkheim (الغريب، ٢٠٠٦م، ص ٧٨).

ويلاحظ من خلال النظريات السابقة علاقة المنظور الاجتماعي بتعاطي المخدرات والإدمان عليها حيث أكدت هذه النظريات على الأمور الآتية:

١- تعاطي المخدرات والعقاقير والإدمان عليها هو سلوك متعلم من خلال جماعات الرفاق.

٢- للاستمالة والترغيب دور هام في عملية الإدمان، ولا تتم هذه العملية عن طريق التجار أو المروجين، بل تكون غالباً عن طريق الأصدقاء.

٣- الإدمان راجع إلى التحولات السريعة للمجتمع واهتزاز القيم وعدم مسيرتها للتحولات.

٤- الإدمان ناتج عن صراع قائم بين قيم المجتمع وقدرة الأفراد على التعايش معها.

٥- الإدمان على المخدرات والعقاقير من المعوقات الوظيفية للنسق الاجتماعي، وتهديد حقيقي لجوهر القيم الخاصة بالمجتمع.

٦- نشوء الإدمان مرتبط بفشل الكبار في نقل قيمهم للصغار والذين يقعون تحت التأثير الأكبر لجماعات القرناء (الغريب، ٢٠٠٦م، ص ٨٥؛ العشماوي ١٤١٤هـ ص ١٤٦).

٣. ٣ النظريات النفسية الاجتماعية

وترتبط بهذا المنظور النظريات الآتية:

١. ٣. ٣ نظرية الانجراف Drift Theory

يرى العالم «ديفيد ماتزا» D. Matza أن السلوك المنحرف ليس حتمياً بشكل مطلق، وليس إرادياً بشكل مطلق، وحين تضعف فعالية الضوابط الاجتماعية في المجتمع الكبير تبدأ ثقافة خفية بالظهور، كبديل ثقافي، بحيث تكون الثقافة الخفية داعية ومعززة للسلوكات المنحرفة أو الخارقة للقانون. (الدوري، ١٩٨٥م، ص ٢٣٦؛ البريثن، ٢٠٠٢م، ص ٢٠).

٢. ٣. ٣ المدخل النفسي الاجتماعي Psychosocial

ويرى أريك فروم From أنه لا يوجد انفصال بين نفس الاتساق والظروف الاجتماعية التي يوجد فيها، وبالتالي ينبغي عند تحليل هذه الشخصية الوقوف على حاجات الإنسان النابعة من المحيط البيئي وهي: الحاجة إلى الانتساء، والحاجة إلى السمو، والحاجة إلى الارتباط بالجذور، والحاجة إلى الهوية، والحاجة إلى إطار توجيهي (العشماوي، ١٤١٤هـ، ص ١٨٤ - ١٨٥).

وتنظر هذه النظرية إلى الإدمان إلى أنه وسيلة دفاع أو وسيلة هروب من المواقف الخارجية التي لا تحتمل، وتركز هذه النظرية على الفرضيات الآتية:

- ١- الإدمان قد يكون عدواناً موجهاً نحو الذات نتيجة فقدان الأمن.
- ٢- الإدمان قد يكون موجهاً نحو الغير يتمثل في تهريب المخدرات وترويجها.

٣- الإدمان قد يكون ناتجاً عن اضطراب في العلاقة بين الأهداف الشخصية والحاجات الاجتماعية.

٤- الإدمان قد يكون سلوكاً تعويضياً لإثبات الذات. (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ١٢١).

٣. ٣. ٣ مدخل العوامل المتعدد Multi Factors

تعطي هذه النظرية تفسيراً مميزاً لتعاطي المخدرات وإدمانها، وهو أن تعاطي المخدرات نتيجة عوامل متعددة تتداخل معاً وتتفاعل بشكل ديناميكي، فالذين يتعاطون المخدرات لديهم عوامل متعددة بجانب عامل وجود المخدر، وتساهم العوامل في وقوع الأفراد في تعاطي المخدرات، ومن ثم إدمانها (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ١٢١).

٤. ٣ النظريات الأثرية وبولوجية

٣. ٤. ١ نظرية التغير الاجتماعي Social change theory

تفسر هذه النظرية تعاطي المخدرات والمسكرات وإدمانها تفسيراً يرتبط بالتغير الاجتماعي السريع الذي يصاحبه خلل في المعايير الاجتماعية أو حدوث تغييرات في المعايير أو وقوع صراع فيما بينها وبين معايير مستجدة.

٣. ٤. ٢ مدخل البناء الاجتماعي Social structure

ويفسر تعاطي المخدرات وإدمانها بأنه انتهاك لقواعد ومعايير المجتمع بسبب عدم قدرة المتعاطين على تحقيق آمالهم وطموحاتهم بالوسائل المشروعة،

فكان الناتج لجوءهم إلى المخدرات كوسائل بديلة للوسيلة المرفوضة وسلك للتعبير عن العزلة التي أقرها المتعاطون (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ١٢٥).

٣. ٤. ٣ نظرية الثقافة الفرعية

يرى كوهين Cohen أن الثقافة الفرعية تظهر كمواجهة للمشكلات المشتركة الخاصة بالتوافق بين أفراد المجتمع. كما يرى راين ووتر بأن الثقافة الفرعية نمط من الحياة يختلف عن أنماط الثقافة الكلية للمجتمع، في بعض الجوانب وتشارك الثقافة الكلية في جوانب أخرى. والسلوك الانحرافي من منطوق هذه النظرية يتحدد بواسطة نسق فرعي للمعرفة، والمعتقدات والاتجاهات والتي تجعل أشكالاً معينة ممكنة، أو مسموحاً بها، أو مقررة. (العشاوي، ١٤١٤هـ، ص ١٤٧ - ١٥٤).

٣. ٥. ٣ تفسير التعاطي في ضوء الطب العقلي

يؤكد خليل (١٩٨٣م) أن غالبية الأطباء قد اتفقوا في نتائج بحوثهم حول معالجة المدمنين على أن السبب الحقيقي للإدمان أو التعود هو وجود نقص أو لوثة عقلية لدى الشخص المدمن تهيئ له الميل إلى تعاطي المخدرات والملاحظ أن تكون اللوثة سابقة على تعاطي المخدرات ويفيد خليل بأن معنى هذا أن النقص العقلي هو الذي يجعل الفرد مستعداً بطبعه للميل إلى المخدرات لأن كامل العقل قد يتعاطى المخدر لسبب ما ولكن حسن صحته وقوة شعوره وسلامته إدراكه تمنع من الاسترسال في الرذيلة ومن أن يكون مدمناً (اليوسف، ١٤٢٣هـ؛ خليل، ١٩٨٢م).

ويذكر المغربي (١٩٨٤م) أن الطب العقلي الإكلينيكي يرى أن إدمان المخدرات هو بسبب اضطرابات عقلية ترجع إلى تسمم جسماني يصيب المخ، أي أنه يربط بين الاضطراب العقلي وعمليات التسمم المخية فقط.

ويضيف المغربي أن الطب العقلي لا يستطيع أن يفسر لماذا بعض الأشخاص دون غيرهم هم الذين يستمرون في تعاطي المخدرات ويندفعون في استعمالها اندفاعاً قهرياً (اليوسف، ١٤٢٣هـ؛ المغربي، ١٩٨٤م).

ويرى (Harrison, 1992) أن تعاطي المخدرات يعد نوعاً من أنواع المرض العقلي وأن الدافع إلى التعاطي هو دافع قهري يدعمه الاعتماد الجسمي على العقار كما أنه يرى أن اعتبار الذات لدى المدمنين منخفض وأن الإدمان قد يكون وسيلة لتصريف العدوان سواء كان هذا العدوان موجهاً نحو الذات أو نحو الموضوع أو نحو المجتمع.

ومحصلة القول حول موقف الطب العقلي من الإدمان هو أن المدمن شخص ابتلي في عقله ولديه لوثة أو مرض عقلي يدفعه إلى الاستمرار في تعاطي المخدرات.

٦. ٣ النظريات الفارماكولوجية وتفسير الإدمان

هناك ثلاثة اتجاهات أساسية لتفسير الإدمان من الوجهة الفارماكولوجية يمكن استعراضها بشكل مختصر على النحو التالي:

١. ٦. ٣ نظرية التغير الكيميائي

وتنطلق من احتمال مؤداه أن احتمال المخدر ينشأ من زيادة هرم وإفراز المورفين في الجسم حيث يرى بعض الفارماكولوجيين أن المورفين الموجود

في الجسم يتحول من مادة أخرى لها تأثيراتها المعارضة لتأثيرات المورفين عند استخدام المخدر ومن ثم تنشأ الحاجة إلى المزيد من المخدرات بسبب قلة وتضاؤل نسبة المورفين الطبيعي في الجسم. (اليوسف، ١٤٢٣هـ).

٣. ٦. ٢ نظرية الفعل المزدوج للأفيون

ومؤداها أن هذا المخدر ذو تأثير انهباطي وآخر تهيجي في نفس الوقت على الجهاز العصبي أي أنه مهيج ومهبط لأجزاء مختلفة من الجهاز العصبي في آن واحد ولما كان التأثير التهيجي هو الذي يبقى ويستمر لذلك استنتج الفارماكولوجيون أنه مع تقدم الإنسان تزداد التأثيرات المهيجة والتي تتعارض مع الفعل الانهباطي للمورفين ومن ثم ينشأ الاحتمال وزيادة الجرعة. (اليوسف، ١٤٢٣هـ).

٣. ٦. ٣ نظرية احتمال الخلايا

ومؤداها كما يرى الباحثون أن المورفين يحدث تغيراً مستمراً في خلايا الجسم الذي يجعله أكثر حساسية للتأثيرات المهيجة للمورفين وأكثر مقاومة للتأثيرات الانهباطية وعلى هذا تحتاج الخلايا مزيداً من المورفين لتقليل حالة الإثارة والتهيج وإعادة الحالة إلى درجة نسبية من التوازن (المغربي، ١٩٨٦م).
وخلاصة ذلك كله أن التأثير الفارماكولوجي على جسم الإنسان ذو فاعلية في تنمية التحمل ومن ثم تنشأ الحاجة إلى زيادة الجرعة يوماً بعد آخر ويعد التحمل أحد الخصائص المميزة لحالة الاعتماد. (اليوسف، ١٤٢٣هـ).

٣. ٦. ٤. نظرية التمثيل الغذائي

ترى هذه النظرية بأن الشخص يبدأ في التعاطي لأجل الحصول على النشوة التي يحدثها المخدر. ومع الاستمرار في التعاطي، ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش، أو النشوة التي عهدتها الجسم من المخدر، تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية في التمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا جسم الإنسان، وبهذا يصبح ذلك النوع ضرورة للجسم، ويصعب الاستغناء عنه، لكونه أصبح جزءاً من التكوين البدني للمدمن، بحيث يعتمد عليه الجسم في عمليات الأداء الأمثل لوظائفه الطبيعية. (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ١٢٨؛ أبو الروس، دون تاريخ)

٣. ٦. ٥. نظرية وجود المستقبلات العصبية الخاصة بالأفيون

يعدّ التقرير الصادر عن شعبة الصحة والخدمات الإنسانية في أمريكا والخاص باكتشاف النظام الأفيوني الطبيعي aphid system (البيتيد ومستقبلاتها) في جسم الإنسان حدثاً مهماً في طريق تفسير الإدمان من المنظور الفارماكولوجي، حيث أشار التقرير أنّ في داخل جسم كل إنسان نظام اتصال فسيولوجي يقوم بإنتاج موادّ أفيونية طبيعية، داخلية ضمن التكوين البشري، لحاجة الإنسان إليها في تخفيف الآلام الجسدية والنفسية، كالاكتئاب مثلاً. (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ١٢٨؛ المرزوقي وآخرون، ١٤١٤هـ).

وبعد ذلك التقرير توالى الدراسات المعملية التي أكدت على أن المستقبلات تُوجد في الأعصاب الطرفية والنخاع الشوكي والغدد النخامية وأماكن أخرى داخل المخ. وبتعاطي المادة الأفيونية تعتمد هذه الخلايا اعتماداً كلياً على الأفيون الخارجي، ولا تتأثر بالأفيون الداخلي الطبيعي. (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ١٢٨؛ أبو الروس، دون تاريخ).

٦. ٦. ٣ نظرية الأندومورفين

أسهمت الأبحاث العلمية في تفسير إحساس الإنسان بالألم، وحاولت الوصول إلى حقائق علمية تكشف النقاب عن سبب إدمان الجسم على مادة أو عقار معين، حيث اكتشف أن بعض الأحماض الأمينية في مخ الإنسان ذات تركيب كيميائي شبيه بتركيب المورفين، إضافة إلى أن له خواص فسيولوجية مشابهة، بل أقوى من المورفين بكثير، وسميت تلك المواد بالأندومورفين، ويمكن استخلاصها من الغدة النخامية الموجودة في قاع المخ. فعلى سبيل المثال لو تعرضت الشعيرات العصبية الموجودة في المخ إلى جرعات متكررة من الهيروين، فإن الخلايا المنتجة للأندومورفين تتوقف عن إفرازه، ويعتمد الجسم على جرعات الهيروين للقيام بوظائفه، وبهذا يحدث الإدمان، بدليل أننا لو قطعنا الهيروين عن الجسم فجأة لأحدث الانقطاع آثارا وآلاما، وهي ما يُسمى بالأعراض الانسحابية الناتجة عن الإدمان، كما أن هناك بعض الأفراد الذين لديهم نقص تكويني في أجسامهم لمادة الأندومورفين، وتكون قابلية الإدمان لدى هؤلاء أكبر من غيرهم. (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ١٢٨؛ أبو الروس، دون تاريخ).

الفصل الرابع

الأسباب النفسية والاجتماعية المسؤولة عن الإدمان

٤ . الأسباب النفسية والاجتماعية المسؤولة عن الإدمان

التعرّف إلى أسباب الظواهر أمر أساسي لفهمها، وهو مقدمة ضرورية لمعالجتها أو لمكافحتها مكافحة عميقة وجذرية. وقد حاولت ذلك عديد الدراسات العربية والأجنبية، ليقف الكثير منها على أنّ أسباب حدوث الإدمان كلّ مركّب ومتفاعل:

وقد حاول الدكتور أحمد عبد العزيز الأصفر (٢٠٠٤م) توضيح ظاهرة التركيب هذه مستندا في ذلك إلى جملة من الدراسات التي سبقته ليخلص في الأخير إلى أن العوامل المؤدية إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات يمكن حصرها في أربعة:

١- طبيعة المخدر من حيث سهولة الحصول عليه فضلا عن خصائصه الكيميائية.

٢- الخصائص النفسية والاجتماعية للمدمنين.

٣- العوامل الاجتماعية لظاهرة الإدمان.

٤ - الأبعاد الاقتصادية والسياسية لانتشار ظاهرة التعاطي.

بينما تشير دراسات أخرى (المجذوب، ٢٠٠٦م) إلى أنّ الإدمان يحدث نتيجة للتفاعل بين ثلاثة عوامل رئيسة هي المخدر والإنسان والمجتمع، وذلك على النحو التالي:

أولاً: بالنسبة إلى المخدر، وهو العامل الأول في قضية الإدمان، واستخدامه يخضع لعدد من العوامل التي منها:

١- توفر المخدر وسهولة الحصول عليه مما يجعل سعره في متناول الكثيرين، فتتسع بالتالي الفرصة للتعاطي والإدمان.

٢ - طريقة التعاطي مثل تعاطي المخدرات بالفم أو الشم فإنه يسهل الإدمان عليها، بينما يقلل استخدامها بطريق الحقن من فرص الإدمان يضاف إلى ذلك مرات التعاطي، فالتعاطي المستمر واليومي يزيد من فرص الإدمان بخلاف الاستخدام المؤقت والذي يحدث في المناسبات كالأعياد والأفراح وغيرها فإنه يقلل من فرص الإدمان.

٣ - نظرة المجتمع للمادة المخدرة، كأن ينظر إليها بشيء من التسامح لسبب غير صحيح مثل الظن بأن الإسلام حرم الخمر ولم يحرم المخدرات لأنه لم يرد لها ذكر في القرآن ولا في السنة، وهو ظن خاطئ.

٤ - الخواص الكيميائية والبيولوجية للمخدر، فقد ثبت علمياً أن لكل مخدر خواصه وتأثيراته المختلفة على الإنسان، كذلك ثبت أن أي شخص بعد أن يستخدم أنواعاً مختلفة من المخدرات فإنه لا يلبث أن يفضل «صنفاً» منها ويدمن عليه، وذلك لوجود نوع من التوافق بين هذا المخدر وتأثيراته من جهة وشخصية هذا الإنسان من جهة أخرى، لدرجة أنه قيل إن الشخص يبحث عن المخدر الذي يناسب شخصيته، وهو ما يقول عنه العوام «المزاج».

فالشخص المصاب بالاكئاب يستخدم مخدرات تسبب له الإحساس بالرضا والسرور والتعالي. في حين أن الشخص الذي يعاني من التفكك الداخلي في الذات واضطراب في العلاقات بالآخرين أو في الوجدان والمشاعر وهو ما يعرف بـ(الشخصية الفصامية) يفضل المخدرات التي تساعد على إعادة الانتظام والإحساس بالواقع.

ثانياً: الإنسان الذى يتكون من جسم ونفس يتفاعلان باستمرار لدرجة أنه يصعب الفصل بينهما ولذلك تتداخل العوامل التي تؤثر في النفس مع العوامل التي تؤثر في الجسم وهي التي سنتناولها في ما يلي باختصار:

١ - العوامل الجسمية تنحصر في: الوراثة والعوامل المكتسبة والأخطاء الطبية العلاجية وأخيراً الأسباب البيولوجية للاعتماد وهي التي تسمى الناقلات العصبية.

٢ - العوامل النفسية التي تلعب دوراً في التعاطي والإدمان هي:

أ - تخفيض التوتر والقلق.

ب - تحقيق الاستقلالية والإحساس بالذات.

ج - الإحساس بموقف اجتماعي متميز، والوصول إلى حياة مفهومة.

د - الإحساس بالقوة والفحولة.

هـ - إشباع حب الاستطلاع.

و - الإحساس بالانتماء إلى جماعة غير جماعته.

ز - الوصول إلى الإحساس بتقبل الجماعة.

ح - التغلب على الإحساس بالدونية.

ط - التغلب على الأفكار التي تسبب له الضيق.

ي - الخروج على القوالب التقليدية للحياة (المغامرة).

ك - حب الاستطلاع وملء الفراغ.

وهناك من يضيفون دوافع أخرى إلى ما تقدم منها على سبيل المثال:

- الرغبة في التجريب
- الهروب من المشاكل
- الرغبة في زيادة المرح
- الرغبة في زيادة القدرة الجنسية
- الصراع بين التطلعات الطموح والإمكانات المتاحة
- الفشل في حل الصراع بالطرق المشروعة
- الإحساس بالاغتراب والقهر الاجتماعي
- الرغبة في الاستقرار النفسي.

ثالثاً: العوامل الاجتماعية، فمشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، مثلها مثل غيرها من المشكلات الاجتماعية ورائها عوامل اجتماعية عديدة هامة ومؤثرة تتباين من مجتمع إلى آخر، بل ومن فرد إلى فرد آخر ومن هذه العوامل (غانم، ١٩٩٨ م؛ العفيفي، ١٤٠٦ هـ):

- ١ - العلاقات الأسرية.
- ٢ - تعاطي الأبوين أو أحدهما للمخدرات.
- ٣ - تأثير جماعات الأصدقاء.
- ٤ - السلوك المنحرف للشخص.
- ٥ - درجة التدين.
- ٦ - وجود المخدر.

٧ - التدخين وشرب الخمر.

٨ - وسائل الاتصال الجماهيري.

٩ - الثقافة السائدة.

١٠ - المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

وقد قامت عديد الدراسات على محاولة تفسير ظاهرة الإدمان علمياً،
ساعية إلى البحث في القضايا التالية:

١ - تحديد الخلايا العصبية المسؤولة عن التأثير السلبي بالمخدر.

٢ - تحليل الفروق الفردية بين الناس في علاقتهم بالمخدرات سواء أكانت
هذه الفروق ذاتية أو خارجية تتعلق بمثيرات القلق أو بالتعرض إلى
المخدر.

٣ - تحليل التجارب الأولى مع تعاطي المخدر ودورها في التأدية إلى
الإدمان.

٤ - تحليل آثار الامتناع لدى الأشخاص الذين يعيشون حالة اعتماد.

٥ - تحليل الآثار الشرطية للمخدرات. فالذي يظهر منذ الوهلة الأولى
أن بعض الوضعيات البيئية كفيلة وحدها بأن تطلق حاجة ملحة إلى
المخدر لدى شخص ما، وهو ما قد يدفعه إلى الانتكاس رغم أنه
ممسك عن التعاطي منذ أسابيع أو أشهر عديدة. وتشير الدراسات
إلى أن المراد هنا تلك الوضعيات السياقية التي ارتبطت في الماضي
إما بالإحساس بنشوة التعاطي أو بالإحساس بألم الاحتياج إليه.
وبعد عدد من البحوث المخبرية المتكررة هنا وهناك بلغت هذه
الدراسات عدداً من النتائج المهمة (Stinus et Cadot, 2009) خلاصتها أن

هناك اختلافات فردية طبيعية بين الناس فيما يتعلق بالهشاشة تجاه المخدرات .
لقد حاولت دراسات كثيرة أن تتبين بطريقة واضحة وحاسمة الأسباب
الفعليّة لظاهرة تعاطي المخدرات، ولكنها تتردّ في الأخير لتؤكد على أنّ
أسباب حدوث الإدمان كلّ مركّب ومتفاعل، ومن هنا فإننا سنعمل في هذا
الفصل على تخلص أهمّ الأفكار التي سيقتم للتدليل على هذا الكلّ المركّب
في ظاهرة الإدمان، ونتبع هذه الخلاصة بتفصيل أكثر وضوحا عن السببين
النفسي والاجتماعي لظاهرة التعاطي. علما بأننا واعون بأنّ الأسباب أكثر من
أنّ تُحصّر في البعدين الاجتماعي والنفسي، ولكنّ أحدا لا يناقش في أنّ هذين
البعدين هما الأكثر أهمية فيما نحن بصددّه، وذلك لجملة من الأمور نوجزها
فيما يلي:

أنهما البعدان الأكثر تأثيرا في مواقف المدمن واختياراته، بل وفي حياة
الإنسان عموما، معافي كان أو مريضا. ولذلك يكون من الحكمة الاشتغال
عليهما في أناة لتبين المداخل النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يتسلّق منها
الإدمان إلى حياة الإنسان فيدمرها.

أنّهما في نفس الوقت البعدان اللذان نملك كآباء أو كمجتمع أو
كأصحاب قرار، أو حتّى كمريض سقط في أحاييل المخدرات، نملك جميعنا
القدرة على أن نتدخل بتعديلها شيئا من التعديل المباشر وغير المباشر، ليكونا
مساعدين للإنسان على تحقيق توازنه، وعلى امتلاك زمام أمر نفسه وقراره.
نحن نعي بأننا نتحدّث عن أبعاد هي في الغالب ليست قابلة للقيس، لأنّها
مسائل غير مادية، ولا تخضع لقوانين المادة، ولكننا نعي أيضا، والدّراسات
الاجتماعية والنفسية تؤكّد ذلك، والإسلام من قبل قال كلمة الفصل في ذلك،
أنّ المجتمع بنوع العلاقات فيه، يحدّد إلى حدّ كبير كينونة الإنسان. فالإنسان
ابن بيئته، وليس للإنسان من دهره إلا ما تعودا، و«يولد الإنسان على الفطرة،

وأبواه يهودانه، وينصرانه ويمجسانه» والإنسان... خليله، فليُنظر أحدكم من يخال. والمعنى ذاته عبّر عنه عالم الاجتماع الفرنسي من قبل بمفهوم La socialisation بمعنى التنشئة الاجتماعية ودورها في تحديد شخصية الإنسان، وسيتبين ذلك بطريقة أكثر وضوحاً داخل الدراسة بإذن الله. ولكن ما يعيننا الآن، هو أن عوامل التأثير والتغيير الاجتماعيين والنفسيين ليست بعيدة كما نتصور، بل هي الأكثر وضوحاً في حياة البشرية، لأنها المسؤولة عن صناعة ذلك الاتساق في النسيج الاجتماعي والثقافي لدى مجتمع ما، حيث تقترب الاختيارات والأذواق والمواقف والمشاعر والطاقات الوجدانية والعادات الاجتماعية بين الناس في المجتمع الواحد، مما يعكس قوة تأثير هذا البعد في حياة الإنسان، وقوة حضوره في قراراته ومواقفه. ويكفي أن تدرك مفاتيح هذا التغيير الاجتماعي والنفسي حتى تقدر على أن تعدّل من مسيرة الأمور والأشياء، وهذا الذي تكفلت به المدارس النفسية والاجتماعية المختلفة.

٤. ١. الأسباب النفسية

٤. ١. ١. الاكتئاب

يشكّل مرضى الاكتئاب في العالم غالبية زوار العيادات النفسية، كما تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية (O.M.S.) إلى أن (٣٪) من سكان العالم يصابون بالاكتئاب، وهذا يعني أنّ هناك أكثر من ١٤٠ مليوناً من المكتئبين في العالم. والاكتئاب هو الحالة التي يشعر فيها الفرد بالحزن الشديد والقنوط والغم والعجز واليأس والذنب، مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي، وضعف الاهتمام بالأمور الشخصية والاجتماعية وكره للحياة، وأفكار انتحارية أحياناً (مركز الدراسات النفسية، ٢٠٠٣م). ومن هنا

فإن الشخصية المكتئبة غالباً ما تلجأ إلى المخدرات ظناً من صاحبها أنها تعينه على الإحساس بالذات والقوة وبتقبل الجماعة، والتغلب على الأفكار التي تسبب له الضيق. (بريك، ٢٠٠٦؛ المجذوب، ٢٠٠٦م؛ الأصفر، ٢٠٠٤م).

٤. ١. ٢. القلق

القلق عبارة عن حالة نفسية توقع صاحبها في التوتر والاضطراب والهيجان والخوف المبهم الذي لا يُعرف مصدره. وقد يكون القلق توتراً عارضاً ومؤقتاً تعرفه كل النفوس في فترات معينة من حياتها، وقد يكون قلقاً مزمناً يصاحب الإنسان ويلاحقه يوماً بعد يوم. وفي كل الحالات فإن القلق ينتج إما عن خوف من المستقبل أو عن صراع داخل النفس بين نوازعها والقيود التي تحول دون هذه النوازع. وقد يشكل القلق المزمن البوابة التي يدخل منها المصابون إلى عالم تعاطي المخدرات على أمل تناسي أحزانهم وتخفيف آلامهم، وتقليل حدة توترهم واضطرابهم، والهروب من واقعهم ومن الأفكار التي تسبب لهم الضيق. (بريك، ٢٠٠٦م؛ المجذوب، ٢٠٠٦م؛ الأصفر، ٢٠٠٤م).

٤. ١. ٣. الاغتراب

وهو يتمثل في شعور الإنسان بانفصاله عن ذاته أو عن الآخرين أو كليهما، الأمر الذي يؤدي إلى اليأس والقنوط والعجز وفقدان المعنى وعدم الإحساس بالقيمة. ويعتقد الشخص الذي تنطبق عليه هذه الحالة أن المخدرات يمكن أن تساعد على أن يحقق تقديراً أعلى لذاته، وتجلب له تقدير الجماعة له على نحو يرضيه. (بريك، ٢٠٠٦م؛ المجذوب، ٢٠٠٦م؛ الأصفر، ٢٠٠٤م)

٤. ١. ٤ الفرقة

تشير نتائج البحوث المصرية لمسح استطلاعي أجري على عينة من (٥٠٠) متعاط من ريف مصر إلى أنّ الدوافع النفسية لتعاطي الحشيش في سن مبكرة (سن العشرين في المتوسط) كان أقواها (٧٧٪) هو مجارة الأصحاب والحصول على الفرقة. في حين كان الدافع الأقوى لتعاطي الأفيون هو الاعتماد عليه لمواجهة العمل الشاق. وإذا كان الدافع الجنسي يشكل (٢٥٪) بالنسبة إلى الحشيش، فإنه يشكل (٥٠٪) بالنسبة إلى الأفيون. (عبد المتعال، ٢٠٠١م)

٤. ١. ٥ الشخصية عامل حاسم في ظاهرة الإدمان

للشخصية تأثير في تعاطي المخدرات والإدمان عليها (العفيفي، ١٤٠٦هـ). ويعود سبب الإدمان إلى عدم تكامل بناء شخصية الفرد، حيث يكون الشخص غير مهياً لحل المشكلات التي تواجهه، وقد تدفع بعض العوامل النفسية المتعاطي إلى المخدرات، ومن هذه الأسباب:

- الصراع بين التطلعات والطموح والإمكانات المتاحة.
 - الفشل في حل الصراع بالطرق المشروعة.
 - الإحساس بالاغتراب والقهر الاجتماعي.
 - الرغبة في الاستقرار النفسي.
- وأنت ترى أن كلّ هذه الدوافع - إذا كنا مجتمع الكبار متبهمين إليها - قابلة لأن تُشبع بطريقة إيجابية بعيداً عن التورط في براثن المخدرات.

وينشد المتعاطي بتناوله المخدرات جملة من الغايات أهمها (غانم، ١٩٩٨م؛ سليم، ١٤٠٣هـ):

- ١- تحقيق الاستقلالية والإحساس بالذات.
- ٢- الإحساس بموقف اجتماعي متميز.
- ٣- الإحساس بالقوة.
- ٤- الإحساس بالانتماء إلى جماعة غير جماعته.
- ٥- التغلب على الإحساس بالدونية.
- ٦- الخروج على القوالب التقليدية للحياة.
- ٧- الهروب من المشاكل.
- ٨- زيادة المرح.

٤. ١. ٦. دور الوازع الإيماني

يشكل ضعف الوازع الإيماني لدى الفرد دافعاً وعاملاً قوياً من عوامل اللجوء إلى تعاطي المخدرات، فالفرد المتعاطي للمخدرات يلازمه التفكير بعدم تحريم المخدرات، كما يرتبط هذا بعدم الالتزام بالقيم والأخلاق والعادات الإسلامية السائدة في المجتمع. وضمور الوازع الديني ناجم عن ضعف ثقافته الدينية، وعدم تمثله ما تغرسه العقيدة في النفس من قيم وأخلاق، وجميع مؤسسات المجتمع هي المسؤولة عن ذلك. (المشعان، ٢٠٠٠م)

٤. ٢. الأسباب الاجتماعية

دون وضع العوامل الاجتماعية والبيئية في الاعتبار لا يمكن أن نحصل على تفسير سببي كامل لمسألة الإدمان، إذ المجتمع كموئل كبير هو الذي يحدد كُلاً من العرض والطلب للمخدرات، وهو الذي يقرّ معايير السلوك ذات الأهمية لفهم الاتجاهات ونماذج السلوك التي تقر الاستعمال للمخدر. وليس من السهولة بمكان أن نحدد أو نقيس النتائج والآثار لعدد من المتغيرات المعقدة والمتفاعلة التي تسهم في تكوين المجتمع، إلا أننا يمكننا التركيز على بعض الأبعاد المحورية في الحياة الاجتماعية، ومن أولها أثر تجزئ الهياكل البنائية ومدى فعالية الأسرة.

ويتبدى أثر تجزئ هياكل الحياة الاجتماعية في تداعيات الهجرة الداخلية من القرى إلى المدن الكبرى، وتكوين أحياء ومدن صغيرة عشوائية حولها، وتعتبر هذه من أهم عوامل زيادة الطلب وتهيئة تربة خصبة للعرض. كذلك يتبدى في تداعيات الهجرة الخارجية الدائمة أو المؤقتة إلى البلدان الغنية خاصة الدول النفطية، فترك رب الأسرة عائلته وغيابه مدة طويلة معوضاً أبناءه بتدفق المال مما شجع اليافعين على الانخراط في نمط مشوش من الحياة من بينها آفة تعاطي المخدرات (Mohit 1996)

وقد سعت دراسة الغريب (٢٠٠٨م) حول «المجتمع والوقاية من المخدرات: دراسة تحليلية لدور الأنساق الاجتماعية في الوقاية من المخدرات» للتعرف إلى الأدوار التي تؤثر من خلالها الأنساق الاجتماعية مجتمعة، أو منفردة في التقليل من ظاهرة العودة إلى السجن، وخصوصاً في جرائم العود إلى المخدرات. واعتماداً على المنهج الكيفي القائم على التحليل المكتبي للأدبيات من الدراسات، والتقارير، والإحصاءات سعى الغريب في دراسته

هذه إلى بلورة نتائج الأدبيات والدراسات السابقة وتصنيفها بما يحقق الفائدة منها. باعتبارها في جزء كبير منها، تعبر عن زيادة ما في دور الأنساق الاجتماعية في العود للمخدرات أو نقصها. بحيث أصبحت مشكلة أخرى تضاف إلى قضايا المكافحة والوقاية، ليصبح العود بحد ذاته مشكلة أخرى. وبالتالي تركز موضوع الدراسة على التعرف إلى دور الأنساق الاجتماعية في عودة المفرج عنهم في جرائم المخدرات إلى السجون في المجتمع السعودي. حيث تم التركيز على ستة أنساق اجتماعية، وهي: (النسق الأسري، النسق البيئي، النسق الاقتصادي، النسق الترويحي، النسق الصحي، النسق الإعلامي). وقد توصلت الدراسة إلى تأثير تلك الأنساق في العود إلى السجون لمرتكبي جرائم المخدرات سواءً بجرائم التهريب والتوزيع، أو التعاطي والإدمان. ومن ثم عرضت الدراسة إلى بعض التوصيات العلمية لتدعيم قدرة تلك الأنساق على مواجهة هذه الظاهرة. وقد بنيت الدراسة على ستة فصول:

الفصل الأول: في الإطار التصوري للدراسة، حيث عرض الباحث لمدخل الدراسة، وموضوعها، ومشكلتها، وأهميتها، وأهدافها، وتساؤلاتها، وأخيراً تضمن منهجية الدراسة. أما الفصل الثاني: ففي مفاهيم الدراسة، فقد تضمن عدة مفاهيم وهي، مفهوم الأنساق الاجتماعية، الجريمة، المخدرات، الإدمان، العود. الفصل الثالث: في ملامح ظاهرة العود إلى جرائم المخدرات في المجتمع السعودي، وقد تضمن إحصاءات عن جرائم المخدرات. وكذلك عرض لجرائم المخدرات في الدراسات التطبيقية في المجتمع السعودي، ثم اختتم هذا الفصل بالخلاصة. أما الفصل الرابع: فقد خصصه للنظريات المفسرة للإدمان، حيث تناول الباحث: الإدمان في النظريات العلمية. والإدمان في الدراسات المعاصرة. ثم ناقش الآثار الناجمة عن الإدمان. أما الفصل الخامس، فقد خصصه الباحث لمناقشة دور

الأنساق الاجتماعية في الوقاية من المخدرات. حيث ناقش بالتفصيل في ضوء النظريات العلمية والدراسات التطبيقية دور كل نسق على حدة. وفي الفصل السادس، عرض إلى مشروع مقترح لبرامج الوقاية التي يمكن أن تسهم في رفع مستوى الوقاية من المخدرات في المجتمع السعودي.

أهم الأسباب الاجتماعية للوقوع في المخدرات

ويمكن إجمال الأسباب الاجتماعية لظاهرة الإدمان في المسائل التالية:

٤. ٢. ١. تقصير الأسرة في القيام بمسؤولياتها التربوية

إذا كان للأسرة دورها الإيجابي في الرعاية والحماية والتنشئة والوفاء بالحاجات الأساسية البدنية والصحية والتربوية والتعليمية والاقتصادية والاجتماعية وغير ذلك من احتياجات مستجدة، وتأثيرها الكبير في تشكيل الاتجاهات والقيم وضروب السلوك، فإنه يمكن أيضاً أن يكون لها دور سلبي إذا ما ساد فيها أجواء التوتر والاضطراب والمشكلات المرضية والنفسية والتعرض للأذى وتعاطي المخدرات. ومن أهم ما يتمخض عنه الاضطراب والتفكك الأسري هو ما يجلبه غياب الأب بسبب الانفصال بالهجر أو الطلاق أو الوفاة من مخاطر كبيرة لمشكلات وجدانية في الشخصية، كذلك افتقاد المودة والحب والتفاعل الأسري الإيجابي، وكل ذلك أو بعضه قد يسهم في مشكلات تكون إحدى آليات الهروب منها تعاطي المخدرات والاعتماد عليها. (زعترو وأبو الخير، ١٩٩٩م).

أما مدى فعالية الأسرة في التنشئة والتربية بعناصرها الإيجابية والسلبية في تكوين الاتجاه نحو المخدرات أو الخمر أيضاً فإن الدراسات ونتائج البحوث عنها مستفيضة تزدحم بها الكتب والمجلدات والدوريات العلمية

الاجتماعية والنفسية والتربوية. ففي الأسرة يمكن أن يكون الآباء والأبناء نماذج سلوكية سوية، ويمكن أن تكون الثقافة الفرعية للأسرة والحي الذي تنتشر فيه المخدرات اتجاها محبذا أو محايدا على الأقل إزاء أنواع معينة من المخدرات وليس ضدا لها. وقد تشكلت أنماط التنشئة هذه في أغلب المناطق الموبوءة بالمخدرات لأسباب نفعية خاصة باقتصاديات الأسرة التي يستفيد منها جميع أعضاء الأسرة بما فيهم الأبناء بطبيعة الحال، حتى يصل إلى درجة توارث أسرار مهنة الجلب والتوزيع لدى العائلات المشتغلة بالتجارة والتوزيع. وتشكل أيضا أنماط ونماذج التنشئة لدى الأسر المستهلكة على نفس نسق استحلال التجارة أو التعاطي (العتيبي، ١٤٢٤هـ؛ الزهراني، ١٤١٨هـ).

ولأهمية الأسرة كعامل حاسم في إقبال الأبناء على المخدرات أو الابتعاد عنها، حظيت بقدر كبير من اهتمام الباحثين (Hundleby & Mer-cer 1987). ومن النتائج المهمة التي انتهى إليها هنت D.G. Hunt في هذا الصدد (وقد تركز اهتمامه على تعاطي القنب) أنه:

١- إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التسبب أو التفكك ازداد احتمال إقبال الأبناء على التعاطي.

٢- فإذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء تغلب عليها روح التسلط من جانب الآباء، فالاحتمال أن يكون إقبال الأبناء على التعاطي متوسطا.

٣- أما إذا كانت العلاقة يسودها الحب والتفاهم جنباً إلى جنب مع التوجيه والحزم، فإن احتمالات إقبال الأبناء على التعاطي تكون ضئيلة. (سويف، ١٩٩٦م؛ Hunt, 1975).

ويمكن إجمال عوامل التقصير في الأسرة والتي تقود الأبناء إلى تعاطي المخدرات فيما يلي:

- ١- الخلافات الأسرية (ثابت، ١٩٨٤م؛ المشعان، ٢٠٠٠م).
- ٢- تعاطي الأبوين أو أحدهما للمخدرات (الفالح، ١٤٢٣هـ).
- ٣- ضعف الرقابة الأسرية.
- ٤- عدم مراعاة الأسرة للخصائص النمائية للأبناء.
- ٥- عدم تبصير الأسرة الأبناء بالخصائص السيكولوجية والجسمية والاجتماعية لمراحلهم العمرية.
- ٦- سيادة جو من القهر والعنف في الأسرة نحو الأبناء (لو وآخرون، ٢٠٠٥م).
- ٧- عدم وجود ثقة بين الآباء والأبناء مما يجعل الأبناء يلجؤون إلى الرفاق (ثابت، ١٩٨٤م).
- ٨- عدم تعزيز القيم الروحية لدى الأبناء، وعدم أداء الآباء لواجباتهم الدينية.

٤. ٢. ٢. رفقاء السوء

لا يعيش البناء الأسري في معزل عن الجماعات المحيطة بهم وأولها جماعة الأصدقاء والرفاق، فهم جزء غير مباشر من الأسرة. وأثبتت عدة دراسات أن تأثيرهم أكبر من تأثير الوالدين. وتبدو خطورة ذلك في تأثير بعضهم بعضاً في مجال سوء استعمال المخدرات، كما وجد أحد الباحثين أن الأصدقاء أكثر تماثلاً في استخدامهم للحشيش من أي نشاط آخر، لكننا نجد

في حالة الأسر التي يتعاطى فيها الآباء الحشيش فإن نسب التأثير تتقارب بالنسبة للآباء والأصدقاء معا. (المشعان، ٢٠٠٠م).

فجماعة الرفاق تشكل بيئة اجتماعية تؤثر على شخصية الفرد من خلال:

١- انتقال الأفكار.

٢- تعلم السلوكيات.

٣- مجاراة الأصدقاء في السلوكيات.

٤- عدم القدرة على الانسحاب من جماعة الأصدقاء رغم السلوكيات السلبية.

٥- الانخراط في جماعات يجمعها السلوك المشترك، لرفض المجتمع الفرد المتعاطي.

وتشير عديد الدراسات التطبيقية التي أجريت على متعاطي المخدرات أن رفاق السوء كانوا من الأسباب الرئيسة التي دفعت بالمتعاطين إلى استخدام المخدرات في بادئ الأمر. إذ أظهرت إحدى هذه الدراسات أن نسبة (٤٤،٤٪) من المبحوثين تعاطوا المخدر لأول مرة عن طريق الأصدقاء، وبيّنت دراسة أخرى أن نصف أصدقاء أفراد العينة هم من متعاطي المخدرات، وكانت لقاءاتهم في مواقع العمل أو الشوارع أو الحفلات الخاصة. وأفاد معظم أفراد العينة أن معاشرتهم لأصدقاء يتعاطون المخدرات كانت السبب الأول لوقوعهم فريسة للمخدر. وبناء يتضح أن رفاق السوء من جماعات الأصدقاء يشكلون أحد المتغيرات المرتبطة بانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، وأن هناك علاقة مباشرة بين تعاطي المخدرات ومخالطة رفاق السوء (القحطاني، ٢٠٠١م).

٤. ٢. ٣. الفراغ والجدّة

يؤدي وقت الفراغ، إذا لم يواكبه عقل واع وأماكن ترويجية مناسبة فيما ينفعه، إلى الانحراف وتعاطي المخدرات في كثير من الأحيان؛ لأن الفراغ مؤثر مهم فيما يتعرض له الفرد من الضجر والسأم والشعور بالاغتراب، مما يدفع إلى ملء هذا النوع بأي عمل كان، خصوصاً لدى الشباب لما يمتازون به من نشاط وحيوية وطاقة تبحث عن أسباب اللهو، واللجوء في كثير من الأحيان إلى المقاهي، والسفر إلى المجتمعات التي توفر المخدرات. (العفيفي، ١٤٠٦هـ)

٤. ٢. ٤. الإعلام المثير

تتصل مشكلة المخدرات بشكل كبير بعمليات التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يستقيها الفرد من وسائل الإعلام، وبخاصة تلك التي تعلم أساليب تهريب المخدرات، والاتجار بها، أو تعاطيها بشكل يدفع الشباب إلى الاستكشاف والتجريب، ولا ننسى التركيز على دور الانترنت في نشر معلومات مشجعة على تعاطي المخدرات. (السمري، ١٩٩٣م)

٤. ٢. ٥. البيئة الاجتماعية السيئة

يتسع مفهوم البيئة الاجتماعية ليشمل المجتمع الذي يعيشه الفرد، بما في ذلك بيئة العمل حيث يشكل موقف المجتمع من تعاطي المخدرات عاملاً مهماً من أسباب تعاطي المخدرات وانتشارها، فالمجتمع الذي تسوده ثقافة المخدرات تنتشر فيه المخدرات بينما تقل المخدرات أو قد تتلاشى لدى المجتمعات التي تمنع المخدرات ويحرمها الدين كما في المجتمعات الإسلامية،

كما تشكل عوامل الفقر، والبطالة، والعنف، وعدم العدالة عوامل تمرد على المجتمع وأسبابا للدخول في عالم المخدرات. (البريشن، ٢٠٠٢ م، ص ٩٥-١٠٠؛ آل مانع وآخرون، ١٤٢٦هـ).

وتتفاقم المشكلات بشكل أكبر في الدول النامية والفقيرة عندما تؤدي أزمات الفقر المزمنة وانتشار البطالة وعمالة الأطفال العشوائية والانهيار الأسري إلى مشكلات أكثر خطورة ومنها ظاهرة التشرّد وأطفال الشوارع. ووردت من هندوراس - وهي من البلدان الفقيرة - بيانات بتورط أطفال الشوارع في مشاكل مستمرة مع الشرطة وسوء استغلالهم في أنشطة جنسية وتعاطي المخدرات إلى درجة أن نصفهم يستنشقون الغراء، و٤ من ١٠ يتعاطون الخمر في المناسبات و٦ من ١٠ يدخنون، وواحد من خمسة يستعملون الحشيش. ويعتبر استنشاق المواد المخدرة بين أطفال الشوارع في هندوراس من الأمور الشائعة هناك. واستنشاق الغراء هو المخدر الشعبي المحبب بين أطفال شوارع العالم النامي وذلك لرخص ثمنه وإزالته للألم والخوف والمبالغة في الاندفاع والتبجّح وكتم صراخ الجوع.

الفصل الخامس

أساليب مواجهة ظاهرة الإدمان

٥ . أساليب مواجهة ظاهرة الإدمان

يمكن أن تُعرض أساليب المواجهة بأكثر من طريقة، وكلّ طريقة من هذه الطّرق تصلح أن تكون مدخلا من المداخل لتناول مسألة مكافحة المخدّرات، ومنهجيا واضحا تُنظّم فيه الأساليب والوسائل والأدوات الكفيلة بمواجهة مشكلة المخدّرات، ورغم أنّنا اصطفيينا في الأخير طريقة ثلاثية قوامها البحث في مستويات التعامل مع المخدّرات بالنسبة إلى الإنسان أساسا، لأنّه كان لا بدّ أن تُحسم مسائل العرض وكيفياتها في لحظة ما بحسب الهدف من الدراسة أو بحسب ما تُقدّره من فعالية العرض. فلا نرى بأسا من بعض التحليل لبعض الطرائق الأخرى لما تتوافر عليه من الأبعاد التي تسمح باستكمال الصورة حول أساليب المواجهة، ولأنها تفتح آفاقا للنظر كثيرا ما نغفل عنها فنحصر أنفسنا في جهة وتغيب عنا جهات كثيرة غيرها. ولو أردنا توسيع المواجهة أفقيا وعموديا، قلنا بأننا يمكن أن نقسم أساليب المواجهة تقسيمات عدة باعتبارات مختلفة، ومن أهم هذه التقسيمات:

يمكن تقسيم هذه الأساليب باعتبار من يقوم بها من حيث عدده إلى:

- أساليب فردية.

- أساليب جماعية.

فقد يعي الفرد خطورة المشكل ويعزم على مواجهته، ولكنه لن ينجح حتّى يجد احتضانا من الإرادة الجماعية، كما أن الإرادة الجماعية قد تتعلق بصد الخطر، ولكنها لا تكون هذه الإرادة مجدية ما لم تجد تفهما وانخراطا عمليا من الأفراد.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب باعتبار حيِّز التحرك ومدى اتساع الجهود إلى:

- أساليب وطنية.

- أساليب دولية.

فلا يمكن للجهود الوطنية أن تنجح إذا لم تجد سنداً حقيقياً من الجهود الدولية، ولا يمكن للجهود الدولية أن تنجح إذا لم تجد التزاماً من الجهود الوطنية في كل بلد.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب من حيث أدواتها إلى:

- أساليب قانونية.

- أساليب أمنية.

- أساليب طبية.

- أساليب تربوية.

- أساليب إعلامية.

كما يمكن تقسيم هذه الأساليب من حيث مجال عملها إلى:

- أساليب نفسية.

- أساليب اجتماعية.

- أساليب اقتصادية.

- أساليب صحية.

وهذا التقسيم وفيّ إلى حدّ كبير إلى بنية المدخل والقسم الأول من هذه الدراسة، أي إلى مسألتي: آثار المخدرات، وأسباب التعاطي، وكأنّه يحاول أن يَحْفَر في كلّ سبب ليستخرج منه مادة يعالج بها مُشكَل التعاطي للمخدرات.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب من حيث مكان المواجهة وأرضها إلى:

- المواجهة على الحدود.

- المواجهة على النت.

- المواجهة على وسائل الإعلام.

- المواجهة على وسائل الاتصال.

ويمكن تقسيم هذه الأساليب باعتبار المخدر ذاته من حيث توفره أو

علاقة الإنسان به إلى:

- مكافحة العرض.

- مكافحة الطلب.

وهذا التقسيم رغم كونه ثنائيا، إلا أنه يمكن أن يتضمن الأبعاد الثلاثة التي سنراها في تقسيمنا الأخير الذي اتخذناه لبحثنا سبيلا إضافة إلى مكافحة الأمنية: أما مكافحة الأمنية فتكاد تكون صريحة في مكافحة العرض. وأما مكافحة الطلب، فهي تنطوي ضمنا على البعد الوقائي والبعد العلاجي وحتى البعد النهائي.

ويمكن أخيرا أن نتناول أساليب مواجهة المخدرات من حيث دور

الإنسان فيها إلى:

- أساليب وقائية.

- أساليب علاجية.

- أساليب نهائية.

وقد اخترنا أن نبي القسم الثاني من هذا البحث على هذا التقسيم

الثلاثي لجملة من الأمور نجملها في التالي:

الأمر الأول: أن هذا التناول يتعلّق بالإنسان مباشرة في حالاته كلّها: متوقيا من الوقوع في أسر المخدرات، أو واقعا فيها، أو مبادرا إلى توعية الآخرين بعدم الوقوع فيها. ولقناعتنا بأنّ جوهر عمليّة التغيير الحقيقي والعميق والدائم إنّما موثّلها إلى شخصية الإنسان، كان لا بدّ إذن أن نصطفي هذا التقسيم ليكون جسرا للبلوغ أهدافنا من الدراسة في قسمه الثاني.

الأمر الثاني: أنّ هذا التناول يضمن لك أن تكون في تماسّ مع كلّ جهات النظر الأخرى، ويتقاطع معها في أكثر من نقطة بطريقة أو بأخرى. فمقتضى الحكمة عندها أن يُرّشح هذا النوع من التناول لأنه يضمن لك أن يكون طرحك جامعا إلى حدّ بما يضمن قدرا أدنى من اكتمال الصورة، إذ على قدر اكتمالها تكون فعالية المواجهة أكبر.

١. ٥ الأسلوب الوقائي

تشير منشورات الأمم المتّحدة إلى أنّ الوقاية من تعاطي المخدرات تقوم على عنصرين أساسيين (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤م، ص ١٢):

١- استراتيجيات خفض الطلب: وتهدف هذه الاستراتيجيات إلى خفض الرغبة في الحصول على المخدرات وتناولها، وإلى منع تناولها أو خفضه أو تأخيرها. وقد تشمل استراتيجيات موجهة نحو الامتناع عن تناول المخدرات.

٢- استراتيجيات خفض العرض: وتهدف إلى القضاء على إنتاج المخدرات غير المشروعة وعرضها، فضلا عن تقييد الوصول إلى المخدرات المشروعة وتوافرها في بعض الظروف. ويشمل ذلك في

المدارس التدابير المتخذة للحدّ من تناول المخدرات غير المشروعة وحيازتها وبيعها في مباني المدارس.

وعلى هذا الأساس فإن كلّ المجتمعات التي تريد أن تقضي على ظاهرة إدمان المخدرات يجب عليها ألا تنتظر حتى يقع أبنائها فريسة للإدمان، ثم تبدأ في التحرك من أجل العلاج، بل عليها أن تتبع إجراءات وقائية لمنع حدوث تلك الظاهرة، فالوقاية خير من العلاج، وبذلك توفر الدول على نفسها عناء إنفاق المليارات من أجل علاج أبنائها الذين تورطوا في بؤرة الإدمان.

علماً بأنّه لا توجد الوصفة الاستراتيجية التي أثبتت - بناء على دراسة علمية دقيقة - فعاليتها بلا انقطاع - ولكل الناس - في خفض معدلات التعاطي أو الإدمان، ولكن هناك اتفاق في الرأي بين الخبراء والممارسين للعمل التثقيفي على عدد من العناصر يتعيّن وضعها في الاعتبار عند تصميم أي برنامج وقائي في مجال المخدرات:

١- ليس جميع الشباب سواء، وليسوا جميعاً معرضين لخطر المخدرات بنفس الدرجة، لذلك ينبغي أن تُعدّ الاستراتيجيات بعناية بحيث تناسب الجماعات المستهدفة على اختلافها وتنوعها.

٢- الطريق الأنجع لبلوغ كل الشرائح هو التنوع في الاستراتيجيات المعتمدة، وإثراؤها بالأبعاد المختلفة بحيث تحتوي على المعرفة والموقف والقيمة والسلوك، وتهدف إلى تحسين البعد الصحي وتدعيم تقدير الذات وتنمية مهارات مقاومة الإغراء.

٣- اعتماد استراتيجيات تشجع مواطن القوة الفردية، وتعود الطالب على التحكم في انفعالاته، وعلى مقاومة ضغوط الأنداد الرامية إلى إشراكه في ما يفعلون من سلوكيات سلبية.

- ٤- توجيه جزء من هذه الاستراتيجيات إلى غرس تقدير المطالعة والعمل الإيجابي، وتعويدهم على ممارسة الألعاب الرياضية، وعلى المشاركة في أنشطة متنوعة تنمي مواهبهم، وتنمي فيهم ثقتهم بأنفسهم.
- ٥- إشراك الطلبة في المدرسة في كل مرحلة من مراحل بناء برامج مكافحة المخدرات فيها.
- ٦- العناية بكل أنواع الإدمان، وتوجيه الحملات والبرامج لمكافحة استعمال كل المواد الضارة بما في ذلك التدخين والكحول وغيرها.
- ٧- من الأفضل أن لا تتجاوز تكتيكات التخويف حدّها حتى لا تفقد مصداقيتها لدى الطالب، وحتى لا تصبح عند البعض منهم بمثابة الدعاية العكسية التي تثير فيهم إرادة تجربة المخدر لخطورته.
- ٨- إشراك الأسرة والمجتمع المحلي في جهود مكافحة حتى يحصل التكامل، وتتعرّز المعلومات الواصلة إلى الطلبة من جهات مختلفة.

١. ١. ٥ مفهوم الأسلوب الوقائي

هي مجموعة الإجراءات التي تستهدف منع تعاطي المخدرات أصلاً، متمثلة في كل أنواع التوعية وإجراءات مكافحة العرض، فهي يقصد بها الإسهام في حماية الإنسان من الوقوع في آفة المخدرات. ويمثل هذا المفهوم مرحلة التأسيس للمتعلّم للوعي بمفهوم المخدرات والابتعاد عنها. (العمري، ١٤٢٣هـ).

فالوقاية هي ألا ننتظر حتى يقع الشباب في إدمان المخدرات، وإنما البدء في اتخاذ التدابير اللازمة، والإجراءات الممكنة لحماية الشباب من الوقوع فريسة تحت طائلة المخدرات، وذلك بتحسين قدرة الفرد على مواجهة

مشاكله بصورة بناءة، ومواجهة العوامل الاجتماعية غير المواتية والتي يمكن أن تؤدي إلى إساءة استعمال المخدرات. (كالاس وفلاين ووردين، ٢٠٠٤م) وتتنفق منشورات منظمة الصحة العالمية (Arif & Westermeyer, 1988, p. 290) وهيئة الأمم المتحدة (U.N. Declaration, 1988, p. 290) على التفرقة بين ثلاثة مستويات لإجراءات الوقاية:

الوقاية الأولية: ويقصد بها مجموع الإجراءات التي تستهدف منع وقوع التعاطي أصلاً. ويدخل في هذا الباب جميع أنواع التوعية التي تنحو هذا المنحى، وكذلك مجموع الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة سواء أكانت إجراءات أمنية أو تشريعية مادام الهدف الأخير منها هو منع توفر المخدر، ومن ثم منع وقوع التعاطي.

الوقاية من الدرجة الثانية: ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي لكي يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان. وكل ما يترتب على الإدمان من مضاعفات. أي أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس اعتراف الشخص بأنه أقدم فعلاً على التعاطي، ولكنه لا يزال في مراحله الأولى، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه.

الوقاية من الدرجة الثالثة: ويقصد بها وقاية المدمن من مزيد التدهور الطبي أو الطبي النفسي والسلوكي للحالة. (Arif & Westermeyer, 1988) 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 تتكس بالعودة إلى التعاطي مرة أخرى. فيكون مفهوم الوقاية في مثل هذه الحالة

مساعدة المدمن على الانقطاع من حين إلى آخر عن التعاطي، ويعتبر ذلك هدفا لا بأس به لأنه من شأنه أن يقلل إلى حد ما من احتمالات التدهور الصحي المتوقعة لو أنه استمرّ دون أي توقف.

وقد بيّن العريفي (١٤١٦ هـ) في دراسته «العلاقة بين الوعي الاجتماعي والحدّ من انتشار العقاقير المخدّرة» في الآتي:

- ١- التنشئة الاجتماعية مهمة لتشكيل الوعي ضدّ المخدّرات،
 - ٢- للتعليم دور فعّال في تشكيل وتنمية الوعي ضدّ المخدّرات،
 - ٣- لوسائل الإعلام دور في تشكيل الوعي ضدّ المخدّرات،
 - ٤- إدراك الفرد لمخاطر المخدّرات يساعد في الابتعاد عنها.
- فالوقاية من الإدمان مسؤولية المجتمع ككل وهي تتضمّن:
- ١- التنشئة الاجتماعية الصحيحة واستخدام أسلوب الاعتدال في المعاملة وإعطاء الثقة بالنفس والاعتماد على الذات.
 - ٢- التوعية بأضرار المخدّرات وخاصة مع الفئات المستهدفة التي ينتشر فيها تعاطي المخدّرات، ويأتي في مقدّمة هذا العمل التوعوي دور المؤسسة التربوية والمؤسسة الإعلامية. (باركين وآخرون، ٢٠٠٢م؛ الرندي وعصام، ١٩٩٨م؛ متولي، ١٩٩٣م).
 - ٣- التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن الوقاية من التماذي في التعاطي والوصول إلى مرحلة الإدمان.
 - ٤- القضاء على البطالة وإتاحة فرص عمل للشباب حديثي التخرج.
 - ٥- تصحيح بعض الأخطاء الشائعة عن دور المخدّرات في تخلص الفرد من مشاكله واستخدامها كوسيلة لتطبيب ذاته والهروب

من المشكلة، وحيث إن المخدرات لا يمكن أن تؤدي إلى حلول للمشكلة بل يقع الفرد فريسة لمشكلة أكبر فوق المشكلة الأساسية وهي الإدمان (المشعان، ٢٠٠٠م؛ السمري، ١٩٩٣م).

بينما يُقيم عطيات (١٤٢١هـ) نظام وقاية المجتمع والشباب من انتشار ظاهرة المخدرات على أربعة عناصر أساسية تتمثل في الأمور التالية:

١- ضبط المجتمع وتحصينه من دخول هذه المواد إليه عن طريق التهريب أو إنتاجها داخله.

٢- وضع خطة إعلامية لتوعية المجتمع بفئاته المختلفة وتعريف الأبناء بأضرار المخدرات ومضاعفاتها.

٣- وضع خطة تربوية لتثقيف المجتمع ثقافة معمّقة من خلال النشاطات المنهجية عبر المؤسسات التربوية الرسمية، والنشاطات اللامنهجية بالطرق غير المباشرة عن طريق المحاضرات والندوات والتمثيلات وغيرها.

٤- وضع التشريعات المناسبة التي تضمن فعالية المكافحة.

٥. ١. ٢. الأهداف العامة للأسلوب الوقائي في مكافحة المخدرات

تتمثل الأهداف العامة لهذا البعد الوقائي في:

١- تعرف أضرار المخدرات وآثارها السلبية على الفرد والمجتمع.

(جونستن وأومالي وباكمان، ٢٠٠٣م)

٢- غرس بعض القيم والسلوكات السليمة التي تمنع من تعاطي المخدرات.

٣- تطوير القدرات الفردية على مواجهة ومقاومة الضغوط التي تدفع الإنسان إلى تعاطي المخدرات.

٤- تعميم مشاركة الفرد والجماعة والمجتمع في البرامج التي تهدف إلى خفض الطلب غير المشروع للمخدرات.

٥- تدريب الفرد على المشاركة المجتمعية للوقاية من المخدرات.

٦- تقوية المناعة الشخصية ضد: القابلية للإيحاء، والتأثير السلبي لجماعات الأقران.

٥. ١. ٣ شروط أساسية للوقاية من المخدرات

تحاول دراسات كثيرة أن تقدّم عددا من الشّروط الأساسية ومن العوامل المساعدة على الوقاية من المخدرات. وقد حاولنا في هذه الدّراسة أن نجمع قدرا كبيرا من التوجيهات التي يمكن أن تساعد الشباب على أن يكونوا متوازنين نفسيا وبدنيا، وعلى أن تنمو فيهم مناعتهم الذاتية أمام كلّ أنواع الإدمان:

١- المحافظة على قدر من التدريبات الرياضية: القيام ببعض التدريبات الرياضية المتاحة لك، وإذا لم يكن هناك مجال لذلك، فالسير على الأقدام يساعد على تنشيط الدورة الدموية، وإحراق بعض السكر الذي يفيد في كثير من الأحيان. (المطيري، ١٤٢١هـ).

٢- تناول الطعام المتكامل: لا بد للإنسان ليكون قادراً على مقاومة هذه الضغوط من تناول الطعام الصحيح الجيد، وطالما كان الإنسان يتمتع بصحة جيدة باستطاعته مواجهة الظروف العصيبة التي يمر

بها، ولا بد من تنوع الطعام لتغطية مطالب الجسم وتناول المواد البروتينية والنشوية والسكرية لإحداث التوازن.

٣- الحصول على قدر كاف من النوم: لابد للشخص العادي في هذه المرحلة من النمو أن ينام سبع ساعات يومياً حيث يساعد النمو الجسم على استرداد نشاطه والتخلص من مضاعفات الضغوط اليومية.

٤- اجتناب التدخين: لقد تبين أن التدخين يعرض الرئة لكثير من الإصابات، كما أن التدخين قد يكون تمهيداً لغيره من المخدرات، كما قد يكون سبباً للعودة إلى المخدرات بعد الإقلاع عنها. (الريس، ١٩٩٥م)

٥- أخذ نصيب كاف من الراحة: الإنسان عبارة عن مجموعة من الأجهزة، ولا بد لها من أن تحصل على الراحة والاستجمام لتجديد النشاط ومزاولته، والنوم بعد عناء العمل ضروري، ولذلك لابد من أخذ راحة، والابتعاد عن المسؤوليات والضغوطات فترة من الزمن حتى ولو كان في نهاية الأسبوع فقط.

٦- كتابة قائمة بالاهتمامات: كتابة قائمة بالاهتمامات تساعد الشاب على عدم نسيانها، والعمل وفقها.

٧- وضع أولويات للقيم: القيم هي المعايير للحياة السليمة، وهي تختلف من شخص لآخر، ولا بد للشخص أن يضع أولويات المجتمع الذي يعيش فيه، والتي يقبلها هو، فإذا وجد الشخص في موقف يجب فيه أن يختار وأن يحدد مواقع القيم، يستطيع بسرعة أي قيمتين يختار وفق معايير لا تتعارض مع الدين.

٨- القيام بعملية تقييم للعلاقات والالتزامات: لكل فرد تحكم وضعه الاجتماعي علاقات متعددة، والتزامات كثيرة، فهناك العلاقات الأسرية، وتشعب الأصدقاء والزملاء في المدرسة أو العمل أو الجيران، كما أن هناك التزامات تستوجبها هذه العلاقات، يعرف ما له وما عليه حتى يؤدي ما عليه من واجبات تستوجبها هذه العلاقات حتى لا يتهم بالتقصير، أن يعرف هل قام بما عليه نحو هؤلاء الأشخاص الذين تربطه بهم علاقات ودية، أو أنه نسي ما لديه من علاقات معهم، أو أنه ما زال محافظاً على مجاملة الآخرين.

٩- التحدّث عن المشكلات: لا تخلو الحياة من المشاكل، فالإنسان بحكم تعامله مع الآخرين واحتكاكه معهم لا بد أن يواجه ضمن محيط الأسرة، والعمل، والمدرسة، والصدّاقة، والحياة بصفة عامة بعض المشكلات. ويعد حديثك عن بعض مشكلاتك، صمام الأمان الذي تنفّس به عن نفسك، وعمّا تحترّنه من القلق والتوتر والمشاكل، وبحاجة عند حديثك مع من تثق من الأهل والأصدقاء.

١٠- الاستمتاع بالهوايات: لكل شخص هواياته التي يجد بها متعة في مزاولتها، وهو حينما يفعل ذلك يستغرق في هذا النوع ما يمتع به جوارحه حتى لا يكاد يشعر بما يدور حوله، وهو يستمتع بما يقوم به، ويشعر بسعادة في الابتعاد عن مشاكل الحياة التي تزعجه، وبذلك يأخذ جرعة منشطة تساعد على بدل الجهد في أعماله الأخرى.

١١- مصادقة النفس: خير صديق لك هو نفسك، فاعرف نفسك واعرف نقائصها وعيوبها وحاول أن تصلح هذه العيوب عند الخطأ، ووجه إليها اللوم إذا لزم الأمر لكي تقومها وتمنعها من الوقوع في الخطأ.

١٢- طلب المساعدة من الآخرين: إذا فشلت كل الحيل والمحاولات في التخفيف عنك، وفي إزالة الاضطرابات الشديدة والضغط، فلا بد لك من طلب المساعدة ممن يستطيعون تقويمها من الأخصائيين والمرشدين والمعلمين وأفراد الأسرة والأصدقاء، وحتى الأطباء.

١٣- معرفة النفس: معرفة الإنسان لخصائص المرحلة العمرية التي يعيشها، والحاجات البيولوجية والسيكولوجية، والاجتماعية تجعله يشعر بالطمأنينة، وأن يعيش الواقع ويخفف من أحلام اليقظة.

١٤- التعامل مع الإجهاد بحكمة: تتضمن أعراض الإجهاد آثاراً عقلية وجسمية ونفسية، ويمكن التعامل مع الإجهاد من خلال:
أ- عدم إجهاد النفس في الأعمال كلها في الوقت نفسه.

ب- الإيجابية في التعامل مع الإجهاد.

ج- طمأننة المرء نفسه بأنه قادر على معالجة الأمور بعيداً عن التشاؤم.

د- تغيير طريقة التعامل مع الأحداث بدرجة معقولة.

هـ- التركيز على مشكلة واحدة، والحد من انتقال ردة الفعل إلى مشاكل أخرى.

و- التقليل من الالتزامات الحياتية.

ز- تغيير النظرة إلى الأمور.

ح- محاولة تشخيص الإجهاد وكيفية التعامل معه.

ط- عدم الانشغال بصفاء الأمور.

ي- التركيز على سلم الأولويات.

ك- الابتعاد عن مسببات الإرهاق.

ل- قاوم الإجهاد بالهروب منه من خلال النوم وممارسة الهوايات.

م- لا يعالج الإجهاد بأي نوع من المهدئات.

١٥- تنمية الوازع الإيماني في النفس: لأنه يعد لدى النشء الدعامة والركيزة والمعيار الذي يبعد الفرد عن المخدرات، فما أجمل أن يتمثل المرء قول الرسول الكريم ﷺ: «ما أسكر كثيره فقليله حرام» أخرجهم أحمد، وقوله تعالى: ﴿... وَلَا تَبَدَّلُوا الْحَيْثَ بِالطَّيِّبِ...﴾ (سورة النساء) وقوله تعالى: ﴿... وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ...﴾ (سورة البقرة)، وقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُلُوا مِن طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَاشْكُرُوا لِلَّهِ إِن كُنتُمْ إِيَّاهُ تَعْبُدُونَ﴾ (سورة البقرة).

١٦- حسن اختيار الرفاق: صحيح أن الرغبة في الانخراط مع الجماعة أمر طبيعي ويلبي حاجات أساسية لدى المرء، ولكن الدراسة الواعية لخصائص الجماعات مطلب أساس يؤدي إلى السلامة وتجنب الوقوع في الانحرافات، وبخاصة ما يمت إلى تعاطي المخدرات. فهناك جماعات النوادي الشبابية التي تركز على الرياضة والجوانب الثقافية وهناك الجماعات التي تؤكد على حضور الحلقات الدينية في المساجد، ومن هنا جاء الإسلام بالحث على اختيار الرفقة الصالحة والتحذير من الرفقة السيئة لما لها من أثر على الفرد، ويقول الرسول ﷺ «مثل المجلس الصالح وجليس السوء كحامل المسك ونافخ الكير، فحامل المسك إما أن يجذبك وإما أن يتباع منه وإما أن

تجد منه ريحاً طيبة، ونافخ الكير إما أن يحرق ثيابك وإما أن تجد منه ريحاً خبيثة».

١٧- تعمير الوقت بالفعل والإنجاز: فتنظيم الوقت عامل مهم في إلغاء ما يسمى وقت الفراغ، فالشاب الذي يعطي لنفسه وقتاً للنوم والأكل، والدراسة، والعمل، وممارسة الهوايات التي يقرها الإسلام والمجتمع يستمتع في حياته، ويجد نفسه عضواً فاعلاً ومتفاعلاً مع المجتمع السليم، وهذا من شأنه أن يجنبه تدريجياً البحث عن اللذة والمتعة الزائفة في تناول المخدرات، كما يخفف عن نفسه جوانب القلق والضيق والتوترات العصبية التي قد تكون حافزاً زائفاً لتعاطي المخدرات.

١٨- الاطلاع على تجارب الآخرين الذين تعافوا من تعاطي المخدرات وتعرّف إلى معاناتهم سواء عبر الزيارات الميدانية إلى المشافي، أو عبر البرامج المتلفزة، فإن ذلك سيكون حافزاً لك على الإصرار لتجنب المخدرات.

٥. ١. ٤. بناء برامج تثقيفية مساعدة على التوقي من مخاطر المخدرات

تكاد تتفق الدراسات على الحاجة إلى وضع استراتيجيات توعية واضحة للحد من انتشار ظاهرة المخدرات (القشعان والكندري، ٢٠٠٢م). فلا سبيل إلى نجاح العمل الوقائي إذا غلب عليه الارتجال، وخلا من كل إعداد علمي واضح الأهداف، بين الخطوات. وعلى هذا الأساس احتوت عديد الوثائق الدولية والبحوث والدراسات المعنية بمكافحة المخدرات

توضيحا علميا دقيقا لكيفية بناء برامج نوعية تساعد على التوقّي من المخدّرات. وتشير هذه الوثائق إلى أن بناء برنامج تثقيفي عن المخدّرات يمر بالمراحل الآتية:

أولاً: مرحلة التخطيط

عند التخطيط للبرنامج ينبغي أن يأخذ المعلم أو الأخصائي الاجتماعي في الاعتبار المجالات الأساسية الآتية (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢م، ص ٢٠-٢٢):

١ - تحليل الوضع: ينبغي إجراء تحليل بسيط للوضع سعياً للحصول على إجابات عن الأسئلة التالية:

أ - ما مقدار انتشار المخدّرات؟

ب - ماهي المخدّرات المتناولة وفي أي سياق؟

ج - ماهي الأعمار التي يتناول فيها الأولاد المخدّرات وما هي المواد التي يتناولونها؟

د - ماهي القوانين والسياسات الوطنية المتعلقة بالمخدّرات؟

٢ - تحليل الاحتياجات، ويتضمن:

أ - ما يعرفه الطلاب، أو أيّ فئة مستهدفة غيرهم، بالفعل عن المخدّرات وما يريدون معرفته عنها.

ب - القيم والمواقف والمعتقدات والمفاهيم التي لدى الطلاب الآن عن المخدّرات.

ج - المهارات التي يتقنها الطلاب بالفعل، والمهارات التي لا تزال

بحاجة إلى تطوير.

٣- تحديد الأهداف، مثل:

أ- كيف يتحدى المعلمون الطلاب للدفاع عن قيمهم وزيادة معارفهم واستكشاف مواقفهم، ومواقف الآخرين وصقل مهاراتهم؟

ب- كيف يشجع المعلمون الطلاب على التأمل في ما تعلموه؟ وكيف يمكن أن ينطبق ذلك على الأوضاع في المدرسة والمجتمع وحياتهم اليومية؟

٤- انتقاء مكونات البرنامج، وتكشف عنه الأسئلة الآتية:

أ- ماهي المفاهيم الأساسية في تعليم الوقاية من تعاطي المخدرات؟
ب- ماهي المهارات التي يحتاج الطلاب إلى تطويرها؟
ج- ماهي القيم والمواقف والمعتقدات التي ينبغي للطلاب أن يستكشفوها.

د- ماهي الفرص التي ستتاح للطلاب من أجل إظهار معارفهم وقيمهم ومواقفهم ومهاراتهم فيما يتعلق بالتعليم للوقاية من تعاطي المخدرات.

٥- مضمون البرنامج: عند اختيار مضمون البرنامج يراعى الآتي:

أ- ما يعرفه الطلاب بالفعل عن المخدرات وما يحتاجون إلى معرفته.
ب- قيم الطلاب ومواقفهم ومفاهيمهم.

ج- المهارات التي يتقنها الطلاب بالفعل، والمهارات التي تحتاج

إلى تطوير.

د- الحاجة إلى ضمان التوازن بين تطوير القيم والمعارف والمواقف والمهارات.

هـ- الحاجة إلى استحداث صلات بين المعارف والمواقف والقيم والمهارات.

٦ - مدى انتشار المخدرات في المجتمع استناداً إلى:

أ - دراسات استقصائية على المستوى المحلي والمستوى الأوسع.

ب- معلومات مستقاة من الشرطة والمستشارين في شؤون المخدرات والاختصاصيين الصحيين.

ج- اجتماعات تشاورية للمجتمع المحلي.

د - مدخلات الطلاب.

٧ - الظروف الشخصية والاجتماعية لتناول مخدرات معينة من حيث:

أ - العمر الذي يبدأ عنده الطلاب تناول مواد معينة.

ب- مستوى تناول مخدرات معينة في أوساط فئات عمرية معينة ومستوى ضررها.

ج- القوانين والسياسات والقواعد المدرسية المتعلقة بالمخدرات المختلفة.

٨ - النظر في الظروف والوضع الاجتماعي للطلاب وطريقة تناولهم

للمخدرات واستخدام أسلوب عرض يتسم بالآتي:

أ - يشجع الطلاب على التأمل في ما تعلموه، وفي الكيفية التي يمكن

تطبيق ذلك على أوضاعهم الاجتماعية وحياتهم بشكل عام.

ب - لا يزيد تناول المخدرات موضوع البحث.

ج - يساهم في تطوير بيئة لا تتسم بالتهديد ولا تصدر الأحكام على أفكار الطلاب وآرائهم ومناقشتهم.

د - يحترم جنس الطلاب وأصلهم وثقافتهم ولغتهم ومستوى تطورهم ومستوى قدراتهم ودينهم وتوجهاتهم الجنسية ونمط حياتهم.

٩ - تحديد الأهداف الخاصة بكل مرحلة دراسية.

ثانياً: تنفيذ البرامج

بعد تحديد الأهداف الملائمة لكل مرحلة تنتقل إلى مسألة تنفيذ البرنامج، وعندها ينبغي أن يعمل المعلمون على الإجابة عما يلي وضع الخطط واتساق تسلسل التعلم لتحقيق الأهداف المحددة، مثل:

١- هل هناك توازن في تطوير المعارف والقيم والمواقف والمهارات؟

٢- هل توفر الأنشطة والتمارين؟

٣- هل يستطيع الطلاب تبيين ما تعلموه؟

٤- هل يساهم النشاط في استحداث بيئة لا تتسم بالتهديد، ولا تصدر الأحكام على أفكار الطلاب وآرائهم ومناقشتهم؟

٥- هل هناك مجموعة من الأنشطة خاصة بأساليب التعلم المختلفة للأفراد؟

- ٦- هل تستجيب البرامج من الناحية التعليمية كمستويات تناول المخدرات عند الأفراد والمجتمع وعوامل الخطر والحماية ؟
- ٧- هل توجد فرص للربط بين المعارف والمواقف والمهارات (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢م، ص ٢٦-٢٧).

ثالثاً: تقييم البرنامج

تقييم البرنامج هو المحك الذي يؤكد تحقق الأهداف، فإذا لم تتحقق فهناك خلل ما، قد يكون في المعلومات أو في تحليلها أو في الخطة أو تنفيذها أو البرنامج ومضمونه، وقد يكون خلل من نوع ما (البريشن، ٢٠٠٢م، ص ٢٠٢-٢٠٣). وللتأكد من تحقق الأهداف، لابد أن يجيب التقييم عن الأسئلة الآتية:

- ١- هل تتصل نتائج التعلم على المدى الطويل بتغير المنشود.
- ٢- هل لاستراتيجيات التدريس والتعلم صلة مباشرة بنتائج التعلم؟
- ٣- هل التعليم المتعلق ببرنامج الوقاية من تعاطي المخدرات يشكل جزءاً من المنهاج الرسمي للمدرسة أو ما يمكن أن يربط به؟
- ٤- هل تتسلسل البرامج وتتقدم خلال العام وعبر الصفوف المختلفة؟
- ٥- هل تتماشى الرسائل المرسله عبر البيئة المدرسية الأوسع مع نتائج التعلم المعلنة؟
- ٦- هل تستخدم طرائق التدريس والتعلم التفاعلية والتشاركية في البرنامج؟
- ٧- هل يستند البرنامج إلى مبادئ سليمة وأبحاث راهنة، وممارسات فعالة في التدريس والتعلم واحتياجات الطلاب؟

٨- هل يتناول البرنامج العوامل الاجتماعية أو البيئية أو العوامل الخارجية الأخرى التي يمكن أن تؤثر في سلوك الفرد؟ (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢م، ص ٢٧).

٥. ١. ٥ بناء برنامج تثقيفي حول الوقاية من المخدرات

عند تقديم برنامج تثقيفي للوقاية من المخدرات لابد أن ننطلق من العناصر الأساسية لذلك وهي التخطيط والتنفيذ والتقييم، وفيما يلي تطبيق إجرائي لبرنامج تثقيفي:

أولاً: التخطيط

عند التخطيط لبرنامج تثقيفي لابد من الانطلاق من العناصر الآتية:

١- الهدف العام للبرنامج: الهدف العام للبرنامج هو وقاية الطلاب من المخدرات.

٢- الأهداف الخاصة للبرنامج:

أ- زيادة معرفة وتفهم المخدرات واستعمالاتها وأضرارها.

ب- تنشئة مواقف وسلوك سليم فيما يتعلق باستعمال المخدرات.

ج- تطوير القدرات الفردية على المواجهة لمقاومة الضغوط من أجل الانغماس في الاستعمال غير المشروع للمخدرات.

د- تعميم مشاركة الفرد والمجتمع في البرامج التي تهدف إلى خفض الطلب غير المشروع للمخدرات.

٣- استراتيجيات للوقاية: ينطلق برنامج الوقاية من المخدرات من التدابير والاستراتيجيات الآتية:

أ- تدابير إعلامية تتضمن نقل المعلومات الواقعية والدقيقة عن المخدرات واستعمالاتها.

ب- تدابير تربوية تتضمن: مناهج تعليمية مبرمجة، وبرامج تعليمية متكاملة وبرامج تعليمية عن الصحة.

ج- برامج قائمة على المجتمع، وتتضمن الجهود المتناسقة مع المجتمع ومؤسساته.

٤- الفئة المشاركة في البرنامج: مدير المدرسة، المعلمون، الطلاب، وسائل الإعلام، المؤسسات الحكومية والخاصة في المجتمع، مع تحديد للأدوار.

٥- مدة البرنامج: مستمر

٦- الفئة المستهدفة: طلاب المدرسة من الأول إلى الثالث الثانوي.

٧- التمويل: المدرسة، القطاع الخاص

٨- مضمون البرنامج:

أ- المنهج التعليمي.

ب- نشرات وكتيبات عن السلوك الإيجابي

ج- برامج تثقيفية للتعريف بخصائص النمو.

د- برامج إعلامية للوقاية من المخدرات.

هـ- أنشطة مدرسية متنوعة ترفيهية وتعليمية للحد من المخدرات.

و- أساليب واستراتيجيات حديثة للوقاية من المخدرات.

ثانياً: التنفيذ

يعد التنفيذ هو العملية بل العمليات التي تتفاعل فيها جميع المدخلات الخاصة بالبرنامج وصولاً إلى الأهداف، ويشمل التنفيذ الآتي:

١ - تدريب المعلمين: يعد تدريب المعلمين من مكونات برنامج الوقاية من تعاطي المخدرات، ويهدف إلى: (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢م، ص ٥٧).

أ - مساعدة المعلمين في التخطيط لبرنامج التعليم للوقاية من المخدرات.

ب - مساعدة المعلمين للطلاب الذين قد يقعون فريسة المخدرات.

ج - جعل المعلمين أكثر ارتباطاً لمضمون التعليم للوقاية من المخدرات.

د - توسيع معرفة المعلمين بالحقائق المتعلقة بتناول المخدرات.

هـ - مساعدة المعلمين على توظيف أساليب جديدة لتقديم تعليم حول الوقاية من المخدرات.

و - زيادة كفاءة معلمي التعليم للوقاية من تعاطي المخدرات وثقتهم والتزامهم.

ز - تحسين ثقة المعلمين في استخدام أساليب التدريس التفاعلية (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢م، ص ٥٧).

٢ - مضمون برنامج تدريب المعلمين:

أ - النظريات التي تقوم عليها برامج الوقاية من تعاطي المخدرات.

ب - مهارات الحياة التي يحتاجها المراهقون لمواجهة تحديات حياة المراهقة.

ج - التغيرات التطويرية عند المراهقين.

د - أنماط السلوك العديدة في المراحل العمرية المختلفة وبخاصة مرحلة المراهقة.

هـ - استراتيجيات الصف التفاعلية مثل: التمثيل، المناقشات، أنشطة المجموعات، تعزيز المشاركة، لعب الأدوار، الدراسات، المقابلات، جمع المعلومات.

٣ - استراتيجيات تنفيذ البرنامج: يمكن تنفيذ البرنامج من خلال: (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢م، ص ٥٧).

أ - التدريس التفاعلي ونهج الحياة، وهو نهج مناسب لتعلم الوقاية من تعاطي المخدرات، ويكون أكثر فعالية عندما يكون لدى المعلمين القدرة على تعزيز إحساس الطلاب بقيمتهم الذاتية، ولا يتسم جو الصف بالتهديد وإصدار الأحكام، وتوفير بيئة تعلم تسودها الرعاية والتفهم والمشاركة، حيث يؤدي هذا إلى زيادة احترام الذات، ووضع أهداف واقعية وتبديد القلق، ومقاومة الضغوط، والتخاطب بشكل فعال، واتخاذ القرارات، وتدبر النزاعات، والتعامل بحزم مع الأوضاع الاجتماعية.

ب - العمل في مجموعات صغيرة: تحدد أهداف المجموعة ومراميتها بوضوح ثم يتم انتقاء النشاط المناسب للمجموعة مثل: جمع معلومات أو إجراء مقابلة، أو تمثيل موقف... إلخ.

ج- توظيف التعلم القائم على التجربة الشخصية مما يوفر المشاركة الفعالة التفاعلية في تجارب التعلم الملموسة، والملاحظة والتأمل، واستخلاص المفاهيم وتعميمها، واختبار الأفكار، ويقوم تطبيق هذا الأسلوب على التهيئة وتوجيه النشاط، ثم التنفيذ، والتأمل من خلال طرح الأسئلة، بعد كل جلسة ماذا فعلنا؟ ماذا تعلمنا؟ كيف شعرنا؟ لماذا نفذنا؟ كيف استخدمنا؟ بالإضافة إلى شحذ الأفكار والمراقبة وتسجيل الملاحظات وتحليلها.

د- استخدام التدريب التمثيلي لاستعراض المواقف والقيم ومستوى المهارات لدى الطلاب.

هـ - تدريب الطلاب على آلية اتخاذ القرار، لأن القرارات لها صلة مباشرة بالتعليم للوقاية من تعاطي المخدرات. ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- جمع الطلاب للمعلومات.

- ملامسة عدة خيارات.

- استقصاء المشاعر.

- تدريب الطلاب على تقييم القرار.

- تحديد الطلاب للجوانب الإيجابية والسلبية للقرار.

و- تأكيد الشخصية: توظيف أنشطة تعزز تأكيد شخصية الطلاب ويمثل ذلك في معرفة الفرد لحقوقه والمطالبة بتحقيقها وحفظها، وفي الوقت نفسه معرفة حقوق الآخرين والمحافظة

عليها، ويتحقق ذلك في معاملة الآخرين بلطف، عدم الحاق الأذى بهم، وعدم فرض الذات على الآخرين، ومراعاة مشاعر الآخرين... إلخ.

ز- العمل الطلابي: يتمثل العمل الطلابي في باب الوقاية من المخدرات في:

- القراءة الإضافية حول المخدرات وفهم الذات.
- كتابة رسائل إلى الآخرين للوقاية من المخدرات.
- تشجيع الزملاء على عدم التدخين.
- إجراء دراسات حول المؤسسات التي تساهم في الوقاية من المخدرات.
- استحداث مشاريع فنية مناهضة لتعاطي المخدرات.
- استخدام النشرات ومجلة المدرسة لنشر أساليب الوقاية من المخدرات.
- المشاركة في أنشطة المجتمع المناهضة للمخدرات.
- التخطيط ليوم صحي للشباب من الناحية الثقافية حول المخدرات.
- عمل رسومات توضح أضرار المخدرات.
- دعم الاحتفالات الثقافية والاجتماعية للوقاية من المخدرات.
- توفير دعم نشط لحملة وقاية الشباب من المخدرات.

ح- تطبيق استراتيجية نظير إلى نظير (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣م، ص ٨-١٤). وتقوم هذه الاستراتيجية على الاستفادة من أشخاص من نفس العمر أو الخلفية لتوصيل رسائل معينة إلى فئة مستهدفة، ويعمل المعلمون النظراء عن طريق دعم المعايير والمعتقدات والسلوكيات الصحية في إطار الفئة النظرية أو المجتمع والتصدي للمعايير والمعتقدات والسلوكيات غير الصحيحة وتتسم هذه الاستراتيجية بأنها فعالة لتقاسم المعرفة، وذات مصداقية لأنها تستند إلى تجارب حقيقية، بالإضافة إلى أنها أسلوب جديد لإيصال الأفكار.

ط- تطبيق آلية تعديل السلوك لدى الطلاب من خلال: (سبارزو،

١٤٢٣هـ، ص ٣٧-٣٨).

- تحديد السلوك وتعريفه.

- تقدير مستواه أو كميته.

- تحديد الأهداف.

- تحديد الدوافع الكامنة والمحتملة.

- اختيار الإجراءات.

- التدريب على الإجراءات.

- تطبيق الخطة.

- مراقبة النتائج.

- المحافظة على المكاسب.

٤- الأنشطة المدرسية: تعد الأنشطة المدرسية داعماً قوياً لتحقيق أهداف

البرنامج، ومن الأنشطة المقترحة توظيفها في هذا البرنامج: (الشاعر، ٢٠٠٥م، ص ١٤٣ - ١٤٤).

أ - الأنشطة الثقافية والرحلات العلمية والترفيهية.

ب - حضور حلقات تحفيظ القرآن الكريم.

ج - الدروس والمحاضرات الدينية.

د - الدروس والحلقات والمحاضرات التي تقي من السلوكات السيئة.

هـ - الأنشطة الرياضية للحد من الفراغ.

و - الأنشطة الرياضية لتكوين علاقات.

ز - المشاركة في المعارض.

ح - مسابقات حفظ الشعر.

ط - المشاركة في إعداد اللقاءات والمسابقات والأبحاث.

٥ - المواد التعليمية المصاحبة: تعد المواد والتقنيات التعليمية جزءاً لا يتجزأ

من البرنامج والمنهاج، لما لها من تأثير نفسي وتربوي على التشويق

والتعزيز والإثارة وتكامل مع المضمون وإعطائه واقعاً محبباً. ومن

المواد التعليمية المقترحة توظيفها في البرنامج:

أ - الأفلام والصور والرسومات عن المخدرات وأساليب السلوك

الإيجابية.

ب - الحاسوب والإنترنت وبخاصة في الاطلاع على البرامج التي

تعزز الوقاية من المخدرات.

ج - النشرات والكتيبات التي تعزز السلوك الإيجابي.

- مشاركة الآباء والأمهات والمجتمع المحلي في تنفيذ البرنامج، من خلال:
- أ- تصميم كتيبات تجيب عن التساؤلات حول الوقاية من المخدرات.
 - ب- تبادل المشورة مع الجهات التي لها علاقة بالوقاية من المخدرات.
 - ج- الدعم المدرسي لأعضاء مجتمع المدرسة.
 - د - تقديم جلسات إعلامية تثقيفية للآباء والأمهات.
 - هـ- تقديم ملخصات عن البحوث وأحدث الأساليب عن الوقاية من المخدرات إلى الآباء.
 - و- اقتراح استراتيجيات للآباء بهدف المساعدة في الوقاية من المخدرات.
 - ز - تشجيع الآباء والأمهات على اتباع طرق موثوق بها في تربية النشء وتماسك الأسرة (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤م، ص ٤٨ - ٤٩).

ثالثاً: التقويم

- يعد التقويم من المراحل المهمة لأي برنامج تثقيفي، لما في ذلك من أثر في الوقوف على النتائج ومدى نجاح المدخلات والعمليات على تحقق الأهداف وهي مخرجات البرنامج، ويراعى في التقويم ما يلي:
- التقويم التكويني: ويدخل هذا التقويم في جميع مراحل البرنامج، حيث يقوم التغذية الراجعة عن جميع الخطوات أولاً فأولاً، مما يفيد في تعديل المسار بما يتلاءم مع أهداف البرنامج.
- ١- تقويم العمليات: ويؤكد على أسلوب جمع المعلومات، والمراقبة

المستمرة لتقديم الخدمات ولمن قدمت ومتى . ويساعد هذا على تحقيق المرامي المرسومة، والتأكيد على توثيق مراحل التخطيط والتطوير والتنفيذ.

٢- تقويم النتائج: وهو جمع المعلومات عن ما تم عمله، وعمّا إذا كان أحدث أثراً ويهدف إلى التحقيق من مدى التغير الذي حصل بتأثير البرنامج.

٣- معايير مرجعية لتقييم برنامج تثقيفي: لا بد لأي برنامج من وجود معايير مرجعية تساهم في تقييم البرنامج، وفيما يلي تحديد لأبرز هذه المعايير، ومنها:

ضعيف	متوسط	جيد	
			١ - ارتباط نتائج التعلم بالتغير المنشود
			٢ - ارتباط استراتيجيات التدريس والتعلم بنتائج التعلم مباشرة
			٣ - ارتباط برنامج التعليم للوقاية من المخدرات بالمنهج الرسمي
			٤ - وجود معلم مؤهل ومدرب بتنفيذ البرنامج
			٥ - تسلسل البرامج على مدى السنة
			٦ - وجود برامج تعلم للوقاية لجميع الصفوف
			٧ - اتساق الرسائل الموجهة في بيئة المدرسة مع نتائج التعلم
			٨ - ملاءمة البرامج للفئات المستهدفة من الطلاب
			٩ - مراعاة البرنامج لمعارف المجتمع وقيمه
			١٠ - مراعاة البرنامج لمواقف الفرد وقيمه
			١١ - استخدام طرق التدريس التفاعلية والتشاركية في البرامج
			١٢ - مشاركة الطلاب بأدوار السيناريوهات

		١٣ - مشاركة الطلاب في اتخاذ القرارات لتعزيز الجوانب الصحية في البرنامج
		١٤ - مشاركة الطلاب في التنبؤ بأضرار المخدرات
		١٥ - مشاركة الطلاب في سيناريوهات حول أوضاع المخدرات
		١٦ - الاهتمام بمتابعة استجابات كل طالب حول أساليب الوقاية من المخدرات
		١٧ - مدى مشاركة الطلاب في تدبير أخطار المخدرات
		١٨ - تقديم الطلاب لسيناريوهات التدريب التمثيلي لإظهار مخاطر المخدرات
		١٩ - استناد البرامج على حاجات الطلاب
		٢٠ - استناد البرنامج العوامل البيئية الداخلية والخارجية للوقاية من المخدرات
		٢١ - اشتغال البرنامج على عناصر مكملية مثل السياسات والخدمات التي تعزز الوقاية من المخدرات
		٢٢ - مشاركة الطلاب والآباء والأمهات والمجتمع في التخطيط للبرنامج
		٢٣ - تقييم الأهداف والعمليات والنتائج
		٢٤ - مساهمة البرنامج في النتائج الإيجابية للمنهج التعليمي الصحي
		٢٥ - رضا الطلاب عن البرنامج
		٢٦ - انتظام الطلاب في المشاركة في البرنامج

ومن خلال المعايير السابقة تستطيع وضع الأسس المهمة لبناء البرنامج ومتابعة التقييم المستمر لجميع المراحل والعمليات والمدخلات.

٥. ١. ٦ أهمية العامل النفسي في مكافحة المخدرات

إذا كان بناء الشخصية عاملاً حاسماً في مسألة الإدمان أو عدمه، فإن بناء الشخصية يأتي عبر مراحل النمو المختلفة التي يمر بها الإنسان، ولذلك لا بد من العناية بتلك المراحل والوعي بخصائص كل مرحلة حتى يكون التعامل معها مساهماً في تنمية شخصية الإنسان. فلكيفية التعامل أهمية كبرى في بناء الشخصية السوية، وفي تنمية المناعة الذاتية لدى الطفل. وقد يؤدي سوء الفهم لهذه الخصائص، وإساءة التعامل معها بالعنف أو بالاستخفاف إلى انكسار في شخصية الطفل، أو اختلال في التوازن وانحراف في المواقف. ولا يعني التفهم لخصائص المرحلة عدم التدخل بالترشيد والتهديب، وإلا تجذرت تلك الاتجاهات السلبية وأصبحت انحرافات. فخير الأمور دائماً أوسطها، وأسلم أنواع التعامل هو القائم على:

- تفهم الحالة وإدراك أسبابها

- العمل على ترشيدها وتهديبها في رفق وأناة.

فخصائص النمو إذن تساعد في إعطاء صورة كاملة شاملة للوظائف والمهام التي يجب على الفرد إنجازها عبر دورة حياته بأكملها، ويزود كل المعنيين ببناء الشخصية السوية بالموجهات الضرورية التي تمكنهم من ملاحظة تقدم نمو الأطفال، ومساعدتهم في توفير الخبرات والظروف والفرص المناسبة لمساعدة هؤلاء الأطفال في إنجاز مطالب النمو على نحو مناسب، وتكوين الإحساس بالكفاية الذاتية عندهم، الأمر الذي يجنب الأفراد كثيراً من السلوكيات السلبية وبخاصة الانحراف وراء رفاق السوء وتعاطي المخدرات. وتختلف هذه المساعدة الواجب توفيرها باختلاف المرحلة التي يمر بها الطفل خلال نموه:

١ - مرحلة الطفولة المبكرة (١ - ٦) سنوات

وتُعدُّ أهم مرحلة في حياة الإنسان، ففيها بداية التشكيل والتكوين، وعليها سيكون الإنسان بعد ذلك: سويًا أو مريضاً، فجميع الأمراض النفسية - تقريباً - تنشأ نتيجة لسوء فهم طبيعة هذه المرحلة ومتطلباتها، فالغضب، والخوف، والانطواء، والتبول اللاإرادي، والشجار، والكذب والسرقة وغيرها من الأمراض تنشأ في بداية هذه المرحلة إن أسيء إلى الطفل فيها ولم يعامل المعاملة التربوية الملائمة لخصائصه وحاجاته النفسية والاجتماعية والجسمية، ولذا فإن معظم الاتجاهات تتكون في هذه المرحلة.

٢ - مرحلة الطفولة المتأخرة (٦ - ١٢ سنة)

٣ - مرحلة المراهقة (١٣ - ١٨ سنة)

وتعدُّ مرحلة انتقال تتدرج نحو النضج الجسمي والانفعالي والاجتماعي والفعلي، وهي مرحلة تقع بين مرحلة الطفولة، والرشد، والنضج وهي مرحلة مهمة في حياة الإنسان وفي تكوين شخصيته حيث تتميز بخصائص نمو واضح ومستمر في كافة مظاهر وجوانب شخصيته، وبالتالي فإن الأساليب الوقائية التي تستخدم مع هذه الفئة يجب أن تكون منسجمة مع طبيعتها مراعية لخصائص نموه، ومع دخول الطالب المرحلة المتوسطة تبدأ مرحلة المراهقة التي تمتد إلى ما بعد المرحلة الثانوية. (الديني، ١٤٢٦هـ، ص ١٥).

وفي هذه المرحلة يكون الشاب أكثر عرضة للوقوع في براثن المخدرات، نظراً لما تتميز به شخصية الشاب في هذه المرحلة من هشاشة. ومن هنا كانت حاجة المراهق ماسة إلى جملة من الأمور مثل:

١- الحاجة إلى تهذيب الذات Self Discipline، حيث يشعر المراهق بحساسية شديدة بسبب ما يعيشه من نضج جسمي وجنسي سريع، مما يسبب له الاضطراب والارتباك في المعاملة مع الجنس الآخر.

٢- الحاجة إلى الاستقلال العاطفي والمادي، وهو ما يتطلب درجة كافية من النضج الانفعالي حتى يستطيع الاستقلال العاطفي عن الأبوين والأسرة، ومما يساعده على ذلك اتساع علمه، وازدياد خبراته وتجاربه، وتعدد أصدقائه وانخراطه في جماعات الأقران وكثرة الأنشطة التي يزاولها في المنزل. وقد ينجح الآباء في تقريب المسافة بينهم وبين أبنائهم المراهقين إذا فهموا طبيعة المرحلة التي يمر بها المراهق، بالإضافة إلى أهمية ألا ينزعج الآباء من نزعة أبنائهم إلى الاستقلالية.

٣- الحاجة إلى الانتماء The Need To Belong، ويظهر هذا الدافع بسبب عدم الشعور بالأمان، فيبحث عندها المراهق عما يمكن أن ينتمي إليه، ويفخر به وبالانتماء إليه. وعن طريق هذا الدافع يمكن تعليم المراهق الولاء للوطن والمجتمع، وللأسرة ولجماعة الأقران، والعمل على تخليصه من الأنانية والفردية المتسلطة ومن العزلة.

٤- الحاجة إلى القيم، فقد يؤدي التعارض بين حاجات المراهق وقيم المجتمع إلى نوع من الصراع الداخلي، وهنا تبرز الحاجة إلى تعليمه القيم المنظمة لرغباته، وإعطائه الطرائق المشروعة لإشباع دوافعه. والتزام الكبار بهذه القيم أمر ضروري حتى لا يعيش المراهق نوعاً من القلق والصراع بين ما يعلمه له الكبار وما يمارسونه.

٥ - الحاجة إلى التقبل الاجتماعي Social Acceptance، إذ يحتاج المراهق إلى الشعور بالتقبل ممن حوله في المنزل والمدرسة والمجتمع، وذلك خير حافظ له على العمل والنجاح. ويلعب هذا الشعور دوراً كبيراً في تحقيق التوازن الانفعالي في جميع مراحل النمو.

٦ - الحاجة إلى التكيف The Need For Adjustment، فالتكيف الاجتماعي ضروري لكل فرد في أي مرحلة من مراحل النمو، ولكنه في مرحلة المراهقة أكثر ضرورة منه في غيرها، وذلك بسبب ما يمر به المراهق من صراعات وتغيرات كبيرة. (الفقي، ١٩٩٠م، ص ٣٦٦-٣٧١)

وعلى هذا الأساس يكون من الضروري أن يتعامل مع خصائص المرحلة واحتياجاتها بوعي كبير وذلك من خلال الاهتمام بجملتها من الأمور أهمها:

أ- ضرورة إتاحة المجال أمام المراهق لفهم طبيعة المرحلة وطبيعة ما يلاحظه من نمو وخاصة إذا كان يعاني من مظاهر نمو غير عادية.

ب- ضرورة فهم المتعاملين مع المراهق حقائق التغيرات الجسمية وآثارها النفسية والاجتماعية حتى يقدروا على التوجيه السليم وعلى مقابلة اضطرابهم باتزان، وثورتهم بصبر، وارتباكهم بالتشجيع، وعلى خلق الثقة فيهم حتى يجتازوا المرحلة بسلام.

ج- تلبية المطالب الأساسية مثل الغذاء المناسب.

د- نظراً لتأثر المراهق في سلوكه وخصائصه النفسية والاجتماعية بالتجارب المبكرة وبأساليب التربية السائدة بين أفراد أسرته وبخاصة منهم الأبوين، وتتأثر معاملته مع الآخرين بنوع المعاملة

التي يتلقاها في المنزل، ولذا يجدر توفير التربية الصحيحة منذ الطفولة المبكرة.

هـ- استغلال المادة التعليمية والعلاقات الإنسانية، والأنشطة في تحقيق مطالب النمو للمراهق، بالإضافة إلى تقديم التجارب له وتهذيب حاجاته ورغباته ودوافعه، وتزويده بالمهارات الضرورية لإنجاز مطالب النمو.

و- إعداد المدرسة لبرامج تعوّد الطالب خدمة البيئة أو خدمة المجتمع، وتدرّب المراهق عملياً على تحمل المسؤولية. (الفاقي، ١٩٩٠م، ص ٣٥٤-٣٥٦).

الشكل رقم (٥) مراحل النمو

مراحل النمو

مرحلة المراهقة

(١٣ - ١٨ سنة)

- تعد مرحلة المراهقة مرحلة انتقال تتدرج نحو النضج الجسمي والانفعالي والاجتماعي والفعلية، وهي مرحلة تقع بين مرحلة الطفولة وتميز بـ:
- حدوث البلوغ الجنسي
- نمو سريع للجسم
- إعجاب المراهق واعتداده بنفسه
- سيطرة مشاعر القلق والخوف
- تذبذب الانفعال بين الحب والكره والشجاعة والخوف
- الميل نحو التمرد على كل مظاهر السلطة
- الاستقلالية بشؤونه الخاصة
- ارتباط المراهق بشخص من خارج الأسرة المماثل له في الجنس والسن
- ظهور مجموعة الرفاق
- الصراع بين الحاجة إلى الاستقلال والحاجة إلى الآخر
- الصراع بين الرغبات والقيم
- صراع المستقبل

مرحلة الطفولة المتأخرة

(٦ - ١٢ سنة)

- تتصف بالخصائص التالية:
- صعوبة الانفصال عن الأم
- الحاجة إلى التشجيع والحنان
- ازدياد الحساسية بالنسبة لشعور الآخرين نحوه
- عدم الاستقرار والميل إلى الغضب
- الميل إلى نقد الذات
- نمو الطموح وغلبة الجرأة
- الرغبة في البرامج التلفزية
- الميل إلى المغامرة والشغف بالأبطال
- حب الأدوار البطولية
- الحركة الدائبة
- اتساع الفضول
- نمو مشاعر الطفل نحو المحبة والعدل والمساواة

الطفولة المبكرة

(١ - ٦ سنوات)

- تُعد الطفولة المبكرة أهم مرحلة في حياة الإنسان، ففيها بداية التشكيل والتكوين، وعليها سيكون الإنسان بعد ذلك: سويًا أو مريضًا، فجميع الأمراض النفسية - تقريبًا - تنشأ نتيجة لسوء فهم طبيعة هذه المرحلة ومتطلباتها:
- كثرة الحركة وعدم الاستقرار
- عدم التمييز بين الخطأ والصواب
- العناد وكثرة الأسئلة
- حب اللعب والمرح
- حب التنافس والتناصر
- شدة التقليد
- حدة الانفعالات
- التفكير الخيالي
- النمو اللغوي السريع

المرحلة الأولى: مرحلة البلوغ (١١-١٥ سنة)		المرحلة الثانية: المراهقة الحقيقية (١٦-٢٠ سنة)		
فترة ما قبل البلوغ (١١-١٣ سنة)	فترة البلوغ الحقيقي (١٢-١٥ سنة)	فترة الانفتاح على الآخر (١٥-١٧ سنة)	فترة التميّز الشبائي (١٧-٢٠ سنة)	
<p>- زيادة في طول الجسم ووزنه</p> <p>- رفض منزلة الأطفال</p> <p>- الفضول الجنسي مع عدم اكتمال نضج الغرائز</p> <p>- وضع التماهيات السابقة موضع التساؤل (سن الجحود)</p> <p>- فترة الصداقة المثلية أو الصديق المرأة</p>	<p>- اكتمال الوظيفة الجنسية (الإنجابية) وتيقظها</p> <p>- نضج الدماغ</p> <p>- اضطراب في- شهية الأكل</p> <p>- شدة التأثر بالتعب والشعور بالإرهاق البدني والذهني</p> <p>- الاهتمام المتزايد بالأناقة وجمال الجسد</p> <p>- النرجسية والأنوية</p>	<p>- الرغبة في بناء علاقة عاطفية مع الجنس الآخر (الحاجة إلى الحبّ المتبادل)</p> <p>- النزعة إلى بناء أنساق فكرية ونظريات مثالية مركزية الذات</p> <p>- الانخراط في مجموعات الأقران</p> <p>- رفض سلطة العائلة وبناء صداقات متعددة</p>	<p>- الشعور بالغرابة عن الذات وعن الآخرين لإحساسه بالتفرد أو التميّز</p> <p>- تبني قيم خاصة وبروز قدرات خاصة</p> <p>- النزوع نحو معارضة الوالدين والثورة على المجتمع والكون</p> <p>- فترة صراع عنيف تنتهي عادة بتقبّل المراهق لذاته كإنسان</p>	خصائص النمو البيولوجي والنفسي والذهني والاجتماعي
<p>- نزعة نحو التمرد</p> <p>- صراع مع المحيط الأسري</p> <p>- عدم انتظام العمل المدرسي</p> <p>- ميل إلى التشويش وإحداث الشغب داخل القسم</p> <p>- عدم البوح بالأسرار إلى الوالدين</p> <p>- الكذب والسرقة أحيانا</p>	<p>- نقص الاهتمام بالعمل المدرسي</p> <p>- بروز الميولات الجنسية الحادة</p> <p>- المبالغة في العناية بالمظهر الخارجي</p> <p>- مرحلة المرأة</p> <p>- يبني المراهق عالمه الخاص</p> <p>- بداية البحث عن الاعتراف والسند</p>	<p>- الاحتجاج على القيم العائلية والاجتماعية ورفضها</p> <p>- تبني الأفكار الفلسفية والإيديولوجية</p> <p>- اتخاذ قدوة للتباهي والمحاكاة</p> <p>- الانشغال بالمستقبل الدراسي والمهني</p> <p>- كثرة النقاش والجدل ووضع كلّ القيم والمؤسسات موضع الشك والنقد</p>	<p>- التصرّف على شاكلة الكبار</p> <p>- تغيرات واضحة في المزاج والسلوك</p> <p>- اللامبالاة والثورة تجاه المجتمع</p> <p>- بروز النزوات الحادة والمضادة لقيم المجتمع (الانقطاع عن الدراسة، العنف، التفكير في الانتحار..)</p>	الانعكاسات السلوكية

٢. ٥ الأسلوب العلاجي

١. ٢. ٥ مفهوم الأسلوب العلاجي

إن ما نقوم به من إجراءات واستراتيجيات وقائية هدفها هو الوصول إلى مرحلة عدم الوقوع في إدمان المخدرات، حتى نستفيد من شبابنا الذين هم عصب الأمة، وسبب تقدمها وسبيل ازدهارها، أما الشباب الذين تورطوا بالفعل في إدمان المخدرات فإننا ننتقل معهم إلى إجراءات واستراتيجيات أخرى؛ أملا في علاجهم من هذا المخدر الذي وقعوا تحت طائلته وتأثيره، والعلاج لا يكون فقط بنزع السموم من جسم المدمن فقط، ولكن تأتي مرحلتان أخريان، ألا وهما:

- تأهيل الفرد المدمن لتغيير علاقته بالمخدرات، والاقتناع التام بأضرارها، وآثارها السلبية على الفرد والمجتمع، وإصراره على مواصلة العلاج للتخلص التام من هذه السموم الضارة التي دخلت جسمه وحياته، وتسعى لتدميرهما.

- تأهيل الفرد المدمن ليكون عضوا فاعلا في المجتمع من خلال تنمية مهاراته وقدراته، بحيث يشارك في مساعدة الآخرين المتورطين في إدمان المخدرات في التخلص من هذا الوباء اللعين، فهو لا يكتفي فقط بعلاج نفسه، وإنما يساهم في مساعدة الآخرين؛ للوصول بهم إلى بر الأمان؛ حتى يصيروا أفرادا ذوي قيمة في مجتمعاتهم.

وعلى هذا فالعلاج لا يكون ناجحا نجاحا مكتملا، إلا إذا وصل لمرحلة إعادة التأهيل والإنهاء، وتحويل الفرد المدمن إلى عضو نشط في المجتمع، يساهم في تطوير هذا المجتمع، ويعمل على ازدهاره، ورفع شأنه؛ لذا عليك

- عزيزي المعلم - ألا تكتفي فقط بالجانب الوقائي، وإنما عليك مسؤولية أمام الله في أن يكون لك دور فاعل في العلاج وإعادة التأهيل لشبابنا الذين وقعوا فريسة لهذا الوباء الخطير، ألا وهو الإدمان.

١- الاهتمام بالعلاج: بداياته وآفاقه

على الرغم من أن تعاطي المخدرات هو من المشكلات القديمة في عالمنا العربي فإن التفكير في علاج المدمنين لم يظهر عندنا إلا بعد أن قرر المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة عام ١٩٥٨م، أن يدعو إلى عقد مؤتمر لإقرار اتفاقية وحيدة للمخدرات، من أجل استبدالها بالمعاهدات المتعددة الأطراف التي كانت قائمة في ذلك الوقت. وقد بلغ عدد الدول العربية التي شاركت فيه سبع دول هي الأردن وتونس ومصر وسوريا والعراق ولبنان والمغرب. وثماني دول إسلامية هي أفغانستان وألبانيا وإندونيسيا وإيران وباكستان والسنغال وتركيا ونيجيريا، أي خمس عشرة دولة عربية وإسلامية من إجمالي ٧٣ دولة حضرت المؤتمر الذي أصدر عدة قرارات من بينها القرار الثاني الخاص بمعالجة مدمني المخدرات والذي كان نصه: «إن المؤتمر إذ يشير إلى أحكام المادة ٣٨ من الاتفاقية المتعلقة بمعالجة مدمني المخدرات وتأهيلهم:

١ - يعلن أن معالجة المدمنين في المستشفيات في جو خال من المخدرات هو من أنجع وسائل المعالجة.

٢ - يحث الدول الأطراف التي يشكل فيها إدمان المخدرات مشكلة خطيرة على توفير هذه المرافق، فيما لو سمحت مواردها الاقتصادية بذلك».

ثم أخذ الوعي بأهمية العلاج يتبلور على المستوى الدولي، وقد تُرجم هذا التبلور في عدد من القرارات التي من أهمها:

أ- أجازت اتفاقية الأمم المتحدة والاتفاقية العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات أن تطبق الدول تدابير أخرى بدلاً من العقوبة على المتعاطين مثل العلاج أو الرعاية اللاحقة أو إعادة التأهيل بهدف إعادة دمج المتعاطي في المجتمع

ب- كذلك أجاز البروتوكول الصادر في ٢٥ مارس / آذار ١٩٧٢ م، المعدل للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ م، للدول الأطراف أن تستبدل العقوبة التي نص عليها القانون بالنسبة لمتعاطي المخدرات بتدابير تخضعه لإجراءات العلاج والتعليم والتأهيل والرعاية الاجتماعية (المادة ١٤).

ج- كما جاء في المادة (١٥) أن على الدول الأطراف أن تهتم باتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من سوء استخدام العقاقير المخدرة، وأن تعمل على علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم مهنيا واجتماعيا حتى يعودوا للمجتمع أفرادا صالحين قادرين على العطاء. وهكذا يكون البروتوكول قد أكد أن الجهود لا يجب أن تقتصر فقط على التأثير في عرض المواد المخدرة، بل يجب أن تؤثر بالقدر نفسه في الطلب عليها.

د- وهو نفس ما حرصت عليه اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية حيث أجازت للدول الأطراف أن تطبق على المتعاطي - بدلا من العقوبة - تدابير أخرى مثل العلاج أو الرعاية اللاحقة أو إعادة التأهيل بهدف إعادة دمج في المجتمع (المادة الثالثة فقرة رقم ٣ - ب، ج، د)

هـ- وعلى المستوى العربي صدرت الاتفاقية العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية سنة ١٩٩٤ م، وقد جاء بالمادة الثانية منها فقرة ٣- ج أنه يجوز بالنسبة للمتعاين استبدال العقوبات بتدابير أخرى مثل التوعية والعلاج وإعادة التأهيل وإدماجهم في المجتمع والرعاية اللاحقة لهم.

و- وبتوقيع الدول العربية على الاتفاقيات والبرتوكولات الخاصة بالمخدرات والمؤثرات العقلية بدأ اهتمامها بتطبيقها وخاصة فيما يتعلق بمعاملة المدمنين. (المجذوب، ٢٠٠٦م).

٢- العلاج المتكامل

علاج الإدمان متعدد الأوجه فهو جسدي ونفسي واجتماعي معا بحيث يتعذر أن يتخلص الشخص من الإدمان اذا اقتصر على علاج الجسم دون النفس أو النفس دون الجسم أو تغاضى عن الدور الذي يقوم به المجتمع في العلاج.

ويبدأ العلاج في اللحظة التي يقرر فيها الشخص التوقف عن تعاطي المخدرات. ومن الأهمية بمكان أن يكون هو الذي اتخذ القرار بالتوقف ولم يفرض عليه وإلا فإنه لن يلبث أن يعود إلى التعاطي في أول فرصة تسنح له. وهنا يثور تساؤل حول القرار الذي يصدره القاضي بإيداع الشخص الذي قدم إلى المحكمة، وثبت لها أنه مدمن، لإحدى المصحات ليعالج فيها لمدة معينة والذي يبدو بجلاء أنه ليس هو الذي اتخذه وإرادته وإنما فرضته عليه المحكمة وهل يرجح ألا يستجيب للعلاج ولا يلبث أن يعود إلى التعاطي؟ نعم من المرجح أن يحدث ذلك، وهو ما أكدته الدراسات التي أجريت على

عينة من المدمنين الذين تم إيداعهم المصححات لتلقي العلاج وتبين أنهم استمروا في تعاطي المخدرات أثناء وجودهم فيها وبعد خروجهم منها. كذلك المدمنين الذين تُلحّ عليهم أسرهم ليدخلوا المصححات لتلقي العلاج فلا يملكون إلا الموافقة يعد طول رفض، فإنهم لا يتوقفون عن التعاطي أثناء إقامتهم بالمصححات وإلى أن يغادروها وقد فشل العلاج ولم تجن أسرهم غير الخسارة المالية الفادحة والمتمثلة في ما أنفقته على علاج غير حقيقي بالإضافة إلى المبالغ الكبيرة التي حصل عليها المدمن لإنفاقها على المخدر الذي أدمن تعاطيه.

وبالمقابل لوحظ أن المدمن الذي اتخذ قراره بالتوقف عن التعاطي، من تلقاء نفسه ودون ضغط من أحد، يقاوم بإصرار حالة الانسحاب التي تعتره ويتحمل ما تسببه له من آلام مستعينا بما يعتقد أنه يساعده على المضي فيما قرره كالصلاة والصوم وضروب العبادة الأخرى فضلا عن وسائل العلاج البدني والنفسي. وهو ما لوحظ في الحالات التي حالفها التوفيق.

لذلك لم يكن غريبا أن تكون نسبة الذين لم يفلح معهم العلاج وعادوا إلى الإدمان ٦٤٪ من العدد الإجمالي لمن دخلوا المصححات للعلاج.

بعد أن يلتمس الطبيب رغبة المدمن في العلاج وسعيه إليه يبدأ في البحث عما إذا كان قد سبق له أن تلقى علاجاً أم لا، لاحتمال أن يكون للعلاج الذي تلقاه أثر ولكنه لا يظهر إلا متأخرا، وهو ما يجب أن يأخذه بعين الاعتبار، خاصة بعد ما تبين أن أطول البرامج العلاجية وأحسنها تنظيماً أسفرت عن نتائج لم يكن من الممكن التنبؤ بها.

كذلك من الأهمية بمكان التعرف على شكل العلاقة بين المدمن وبيئته الاجتماعية لعلاقة ذلك بالنتيجة التي سينتهي إليها العلاج من حيث النجاح

أو الفشل، فالأشخاص الذين يتلقون دعماً اجتماعياً أو أسرياً يتوقع لهم أن يتحسنوا أكثر من هؤلاء الذين لا يتلقون مثل هذا الدعم.

وباختصار فإن المشكلة التي تعترض طريق تقدير العلاج هي تحديد ما الذي يحاول ذلك العلاج تحقيقه ولدى أي نوع من الأفراد. وبغض النظر عن طرق العلاج وأساليبه فإن تعاون المدمن مع من يقومون بعلاجه من أجل الشفاء من الإدمان يلعب دوراً بالغ الأهمية في حدوث ذلك. غير أنه كثيراً ما يحدث أن من يتعاطون المخدرات أنفسهم يقاومون العلاج، وأنهم ولأسباب غير مفهومة لا يرغبون في الإقلاع عن الإدمان أو تلقي المساعدة وكثيراً ما قيل، بدرجة كبيرة من الاطمئنان، أنه لا يوجد شيء يمكن لأي شخص أن يعمله إذا لم يرد المدمن أن يساعد نفسه.

لذلك يجب أن يحاط المدمن علماً، منذ البداية، بالاحتمالات المختلفة سواء منها المصاحبة للعلاج أو التالية له حتى إذا لم يتحقق النجاح المنشود لم يصب بخيبة أمل كبيرة أو يفقد ثقته في المعالج. كما يجب أن يكون واعياً بدوره في نجاح العلاج وفشله وأن النجاح ليس فورياً أو سريعاً بالضرورة بل هو يحتاج لبلوغه إلى قدر كبير من الصبر والتحمل.

وحتى قبل أن يتقدم المدمن لتلقى العلاج فإن سعيه التلقائي إلى الشفاء من الإدمان أو الإقلاع التام عن التعاطي يجب أن يقترن لديه بالاعتقاد بوجود احتمال راجح لشفائه وهو ما يفوق في القيمة والأثر العلاج الطبي المتسم بالرعونة وعدم التعاطف أو المبالغة في التعاطف كأن يحاول الطبيب أن يعالج المدمن بتقديم مخدرات بديلة للمخدر الذي يدمنه وهو تصرف من شأنه أن يجعل التخفيف التلقائي من التعاطي أقل احتمالاً لأن يتحقق، وفي أسوأ الاحتمالات يكون مصدراً لمدد قاتل من المخدرات السامة.

وبطبيعة الحال فإننا لن ندخل في تفاصيل العلاج وذلك لسببين، الأول لأنه يختلف من شخص إلى آخر، والثاني لأنه يشتمل على جهود عديدة طبية ونفسية واجتماعية بينها درجة عالية من التشابك تحتاج من أجل أن تحقق النتائج المنشودة إلى علم وخبرة وإيمان المختصين بالإضافة إلى تعاونهم مع المدمن ومع أسرته وكل من يهمهم أمره وتعاون هؤلاء معهم.

٣- العلاج مسؤولية جماعية

صحيح أن معالجة الإدمان تتطلب معرفة علمية دقيقة، وتخصّصاً فنياً لا يمكن لكل واحد أن ينهض به، ولكن ذلك لا يمنع من دوره المهم مهما كان موقعه من المدمن في المساعدة على العلاج.

٥. ٢. ٢ أهداف البعد العلاجي في مكافحة المخدرات

يهدف البعد العلاجي في مكافحة المخدرات إلى تحقيق أهداف منها:

- ١- إكساب أفراد المجتمع التعليمي السلوكيات المناسبة للتعامل مع المتعاطي كمرضى يحتاج إلى المساعدة ويمكن علاجه.
- ٢- توفير مجتمع تعليمي يعنى بتهيئة بيئة تشجع المتعاطين على الإقلاع عن تعاطي المخدرات وعلى البحث عن العلاج.
- ٣- توفير مجتمع تعليمي يعنى بخلق بيئة مناسبة لاحتواء المقلعين عن تعاطي المخدرات أو الداخلين في برامج العلاج من آفة المخدرات.
- ٤- العمل على إعادة تأهيل الأفراد المتعاطين للمخدرات مرة ثانية؛ لتقوية قناعتهم الذاتية على مواصلة العلاج وعدم العودة للمخدرات مرة أخرى.

٥ - تحقيق حالة من الامتناع عن تناول المخدرات وإيجاد طريقة للحياة أكثر قبولاً.

٦ - تحقيق الاستقرار النفسي لمدمن المخدرات بهدف تسهيل التأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي.

٧ - تحقيق انخفاض عام في استعمال المخدرات والأنشطة غير المشروعة.

٥. ٢. ٣ نماذج علاجية

١- نموذج جورسكي (Gorski)

بناء على نموذج جورسكي (١٩٨٩م)، تتضمن عملية العلاج مراحل ستاً (Gorski, 1989):

- مرحلة الانتقال: وفيها يبدأ المتعاطي في التعامل مع مشكلته واعيا بها ومحاو لا تجاوزها من خلال تحديد كمية المخدرات المستهلكة.

- مرحلة الاستقرار: وفيها يعزم الفرد على الإمساك تماما عن تعاطي المخدر، ويبدأ في العودة إلى وضعه الطبيعي على مدى زمني طويل نسبيا (من ٦ إلى ١٨ شهرا).

- مرحلة انطلاق العلاج: وفي هذه المرحلة يبدأ المرء في الإحساس بالراحة لإمساكه عن المخدر.

- المرحلة الانتقالية في العلاج: وفيها يشتغل الناقه على إصلاح الأضرار التي سببها إدمانه في الماضي، ويسلك نمطا جديدا من الحياة أكثر توازنا.

- المرحلة النهائية للعلاج: وفيها يتخطى الناقه العقبات لبناء حياة نقية تستمد مقوماتها من التجارب التي عاشها في طفولته.

- مرحلة المراقبة والثبات: وفيها يقرّ الشخص بأن عليه أن يواصل تطوره وأن يعيش حياة متوازنة.

ويجدر بالملاحظة أن نموذج جورسكي مستوحى بطريقة واضحة من فلسفة وطرائق ما يُسمّى بـ«مدمني الكحول المجهولين» (Alcooliques Anonymes)، ويظهر ذلك في عديد المهام العلاجية المعتمدة مثل ضبط قائمة في الأشخاص الذين لحقهم أذى من إدمانه، ومحاولة إصلاح أخطائه مع كل واحد منهم، وما هذه في الحقيقة سوى المرحلة الرابعة من (AA).

٢ - نموذج مارلات (Marlatt)

بعد بحوث عديدة دامت نحو ٢٠ سنة للمساعدة على التحسّب من الانتكاس، انتهى مارلات إلى أن الانتكاسة ليست حدثاً مؤقتاً، بل هي مسار يأخذ مساحة زمنية طويلة، وأن عديد الوضعيات والمواقف الدقيقة يمكن أن تمثّل خطورة للناقهين ولذلك فلا بدّ من التعرف عليها ومعالجتها. (Marlatt et Donovan, 2005; Marlatt et Gordon, 1985)

وهذه المواقف عالية الدقة والحساسية قد تتعلق بأشخاص أو بأمكان أو بمشاعر أو بأفكار قد تؤدّي كلّها أو بعضها إلى ارتداد جزئي أو كلي. وقد تتدخل عوامل أخرى غير تلك المتصلة بالمواقف عالية الدقة لتضعف من حظوظ النجاح لجهود ناقه. وقد تكون هذه العوامل أفكاراً مثبتة، أو نمط حياة غير متوازن، أو غياباً للتخطيط. وبتضافر بعض هذه العوامل أو كلّها فقد تنجح في إضعاف إرادة الناقه حتّى قبل أن يواجه موقفاً ذا صعوبة عالية.

وقد جعل مارلات الوضعيات عالية الدقة خمسة أصناف:

١- حالة نفسية غير سوية.

٢- خصومة مع آخرين.

٣- ضغط اجتماعي.

٤- حالة عاطفية جيدة.

٥- قدرة على التكيف.

وهو يعتبر أن الثلاثة الأولى هي المسؤولة عن ٧٥٪ من حالات الانتكاس (Marlatt et Gordon, 1985) والرابعة والخامسة مسؤولتان عن الـ ٢٥ الباقية.

وانطلاقاً من أعمال مارلات، بُنيت ما يُسمى بـ«قائمة حالات تعاطي المخدرات» (LOCD) والتي قُسمت إلى ٨ عائلات (Annis, Turner et Sklar, 1997):

١- حالة انفعالية سيئة.

٢- حالة بدنية سيئة.

٣- حالة انفعالية حسنة.

٤- اختبار القدرة على التحكم في الذات.

٥- شهوة وإغراء.

٦- خصومة شخصية.

٧- ضغط اجتماعي.

٨- لحظات سعيدة تُقضى مع آخرين.

٣- نموذج بروشاسكا وديكليمانت (Prochaska et Diclemente)

يقوم هذا النموذج على اعتبار أن التغيير في السلوك - سواء أكان بمساعدة أم بغير مساعدة- يتحقق من خلال تدرّج يمرّ عبر مراحل خمس، وهذه المراحل الخمس هي ذات بعد زمني تساعد على الفهم عندما تطرأ تغييرات في الأفكار أو النوايا أو المواقف. فهي تساعد على تحديد الدافعية الحالية (أي في لحظة التغيير) ولكنها لا تقدر على التنبؤ بها. ولذلك فإن هذا النموذج غير قادر على أن يتنبأ بالمدى الزمني الذي سيأخذه التغيير في السلوك، فميزته الحقيقية هي أن يسمح للمعالج بأن يُقدّم للناقه الخدمة المناسبة لاحتياجه. وتتمثل هذه المراحل الخمس في التالي (Prochaska et Diclemente, 1983):

- مرحلة ما قبل التفكير في الإقلاع عن التعاطي: وفي هذه المرحلة يكون الشخص لم ينو بعد تغيير سلوكه المشكل إما بسبب الإنكار لمشكلته، وإما لنقص في معلوماته عن المشكل أو الخطأ فيها أو في التصورات التي تكوّنت عن الموضوع.

- مرحلة التفكير في المشكل: وفيها يكون الشخص واعياً بوجود مشكل، ويفكر بجدية في الانتصار عليه، ولكنّه لم يتخذ بعد القرار في ذلك. وفي هذه المرحلة يرجع الشخص أسباب ما به إلى عوامل خارجية بالأساس، ويقيّم الجوانب الإيجابية والسلبية لسلوكاته المشكلة، ودرجة الجهد والطاقة اللذين يحتاجهما للخروج من أزمته. فهي إذن مرحلة ازدواجية وتضارب في الأفكار والمواقف.

- مرحلة الإعداد أو مرحلة اتخاذ القرار: وفيها يكون الشخص عازما على البدء في الإقلاع في غضون ستة أشهر، هذا إذا لم يكن قد حاول ذلك في العام السابق، ولكن المحاولة لم تفلح.

- مرحلة الفعل (الإقلاع): وفيها يغيّر النّاقه سلوكه وتجاربه أو محيطه بطريقة فاعلة بغرض الانتصار على مشكلته. ومرحلة الفعل هذه تستدعي أغلب ما يُرى ويظهر من التغيرات في السلوك وتقتضي جهدا ووقتا كبيرين. ويميّز التغيّرات الحادثة في هذه المرحلة أنّها تكون أكثر وضوحا وأنها تريد لنفسها اعترافا خارجيا أكبر. ولذلك فكثيرا ما تربط بين الفعل والتغيير، ونغفل عن الجهود السابقة على الفعل والتي تمهّد لعملية التغيير وتساعد على استمراريته. ويُعتبر الشخص قد دخل هذه المرحلة إذا نجح في تغيير سلوكه لمدة يوم على الأقل إلى ستة أشهر. ولا بدّ من الإشارة هنا إلى أهمية الشعور بالفعالية الذاتية وأهمية عمليات التدعيم حتى تستمر عملية التغيير مع الوقت.

- مرحلة الثبات: وفيها يشتغل الناقه على التحسب للانتكاس، وعلى تعزيز المكاسب التي حققها على مدى مرحلة الفعل. وتعتبر المنظورات التقليدية مرحلة الثبات مرحلة ساكنة وعديمة الحركة، والواقع أنّ الثبات هو استمرارية وليس غيابا للتغيير. ويُعتبر الشخص قد دخل مرحلة الثبات إذا كان قادرا على التحرر من السلوكات المشكّلة والانخراط - بطريقة مستمرة - في سلوكات جديدة أكثر من ستة أشهر. فهذه المرحلة تقتضي إذن أن ينجح الشخص في تحقيق نوع من الاستقرار السلوكي وفي اجتناب الانتكاس. أي أن ينجح في ضمان الاستمرارية للتغيرات التي نجح في تحقيقها دون انقطاع، وعلى تعميمها في مواقف أخرى أكثر تعقيدا.

ومن هنا يكون من الأهمية بمكان أن يكون القائم على الناقه واعيا بهذه المراحل حتى يكيّف خطابه بما يتناسب مع طبيعة المرحلة ويقدم الدعم الحقيقي للناقه.

وما ينبغي ملاحظته في الأخير هو أن لكلّ نموذج نظريّ حدوده العملية (أي عند التطبيق)، ومن حدود هذا النموذج:

١- أنّ المسار نادرا ما يكون خطيا كما تصوره المراحل الست، وأنه يصبح لولبيا خاصة في المرحلتين الثانية والثالثة.

٢- أنّ أغلب المتعاطين الذين يطلبون المساعدة الطبية يكونون في هاتين المرحلتين، ونادرا ما يكونون قبلهما أو بعدهما. ومن هنا يكاد ينقلب النموذج ذو المراحل الخمس إلى نموذج ذي مرحلتين (طلب/ عدم طلب)، وقد بنت عليها عديد التحليلات الحديثة عددا من النتائج العملية. (Inserm, 2004)

٥. ٢. ٤ إجراءات العلاج

١- متى يبدأ العلاج؟

يبدأ العلاج في اللحظة التي يقرر فيها الشخص التوقف عن تعاطي المخدرات. ومن الأهمية بمكان أن يكون هو الذي اتخذ القرار بالتوقف ولم يفرض عليه وإلا فإنه لن يلبث أن يعود إلى التعاطي في أول فرصة تسنح له.

٢- كيف يمكن أن تساهم في توجيه مدمن لبدأ العلاج؟

حاولت عديد الدّراسات أن تجمع عددا من الإجراءات العملية التي تقدّم كوصفات جاهزة لغير المختصين حتّى يتمكنوا من تقديم الدّعم المنشود في عمليات العلاج ويكونوا طرفا فاعلا فيه. ومن هذه الإجراءات:

- تعريف المدمن:

- ١- أنه بإمكان أيّ شخص مدمن أن يتوقف عن التعاطي
- ٢- أنّ أوّل مراحل العلاج أن يظلّ ممتنعاً عن التعاطي أوّلاً
- ٣- أنّه مطالب بتحمّل مسؤولياته والعود تدريجياً لتمكين صلته بالله ومحاولة الاندماج في المجتمع من جديد.
- ٤- أنّ القبول بفكرة الامتناع تتدعّم أكثر لديه متى التقى بمدمنين ممتنعين ومتعافين في المجموعات العلاجية وفي برامج الدعم .
- ٥- أنه سيجد السعادة التي افتقدها بوجود الدافع للعيش وللفرح بدلا من ذلك الدافع لليأس والغضب.

- تهيئة المدمن إلى:

- ١- أنّ الامتناع يحمل من الألم والمعاناة الكمّ الكثير ويتطلّب الصبر والمعاناة.
 - ٢- أنّ الرغبة الصادقة في الامتناع عن التعاطي لا تكون إلا حصيلة مقاومة داخلية واقتناع ذاتي.
 - ٣- أنّ الابتعاد عن أصدقاء السوء يعزّز عناصر المقاومة ويمنعه من العودة إلى المخدرات من جديد.
- مساعدة المدمن على وقاية نفسه من الانتكاسة بتبصيره بـ:

- ١- كيفية التخلص من أعراض التوقّف عن الإدمان وإلحاح الرغبة للعودة إليه.
- ٢- أهمية العلاقات الاجتماعية أثناء العلاج.

٣- مخاطر تعاطي البدائل الخاصة التي يظن أنها قليلة الضرر مثل الحشيش.

٤ - عدم الخجل وضرورة مناقشة مشاكله بحرية.

٥- أن يتعلم قول لا لكل من يقدم له المخدرات

٦ - كيفية إعادة تقييم حياته الاجتماعية

٧ - كيفية كسب أصدقاء جدد

٨ - كيفية استعادة ثقة الناس بعد النقاهاة

٩ - كيفية التخلص من الآلام بدون استعمال عقاقير

١٠ - كيفية اختيار مجموعة مثالية يأنس بها

١١ - كيفية تقوية رابطة الحب والانتماء مع الآخرين

١٢- كيفية التطلع للمستقبل وللأهداف وللأحلام

- تدريب المدمن على التمتع بالحياة دون مخدرات:

١- يجب أن يكون مفهوما لديه أنه ما إن يتوقف عن تعاطي المخدرات فإنه يحتاج لتعلم أشياء جديدة يملأ بها وقت فراغه.

٢- وضح له الفرق الشاسع بين المتعة مع المخدرات والمتعة بدونها ووجهه للبحث عن طرق السعادة بدون مخدرات

- توجيه المدمن إلى كيفية قضاء أوقات فراغه

إن كل إنسان يحتاج للتمتع. والتوقف عن المخدرات ليس معناه الانقطاع عن المتعة، ولكن الصحيح أن أولئك الذين توقفوا عن تعاطي المخدرات هم أكثر قدرة على التمتع بالحياة ولهم أكثر من طريق إلى ذلك:

١- فمناها وسائل الترفيه المختلفة، والألعاب الرياضيّة التي يحقق فيها الشاب ذاته، بقدر ما يحافظ على عافية بدنه، ويملاً بها وقته.

٢- الخروج في جماعة لصلاة في مسجد أو لحضور ندوات دينية والتقرب إلى الله وقراءة الأدعية في الجماعة يؤدي بأفرادها إلى التسامي عن متعهم الشخصية والنضوج مع جماعة الأصدقاء إلى مراتب الاطمئنان والإيمان.

٣- الانخراط في منظمات وجمعيات الوقاية من المخدرات ويعطي من تجربته للآخرين ويقوي عوامل المقاومة لديه بطريقة عملية.

٣- مراحل العلاج

إذا أفلتت فرصة الفرد من الوقاية فعلياً أن نتشبت بفرصة العلاج لتكون الحل الأخير. سواء للوصول إلى تخليص الفرد من تلك الأضرار الصحية المدمرة، أو لإنقاذه من معاناة وآلام مرحلة الانسحاب على حد سواء. وعلاج الإدمان له مراحل متتالية، لا يمكن تجزئته بالاكتفاء بمرحلة منه دون أخرى، أو تطبيق بعضه دون بعض، لأن ذلك مما يضر به ويضعف من نتائجه، فلا يجوز مثلاً الاكتفاء بالمرحلة الأولى المتمثلة في تخليص الجسم من السموم الإدمانية دون العلاج النفسي والاجتماعي، لأنه حل مؤقت ولا يجوز الاكتفاء بهذا وذلك دون إعادة صياغة علاقة التائب من الإدمان بأسرته ومجتمعه، ثم دون تتبع الحالة لمنع النكسات المحتملة التي تمثل خطراً شديداً على مصير العملية العلاجية ككل.

وكما أن العلاج وحدة واحدة، فإنه أيضاً عمل جماعي يبدأ من المدمن ذاته الذي يجب أن تتاح له الفرصة ليسهم إيجابياً في إنجاحه، ويصدق هذا

القول حتى ولو كان العلاج بغير إرادته كأن يكون بحكم قضائي أو تحت ضغط الأسرة، بل إن مشاركة الأسرة ذاتها ضرورة في كل مراحل العلاج، ويحتاج الأمر أيضاً إلى علاج مشاكل الأسرة سواء أكانت هذه المشاكل مسببة للإدمان أم ناتجة عنه.

ومن الضروري ألا يقتصر العلاج على كل ذلك، بل يجب أن تتكامل التخصصات العلاجية وتتحدد وصولاً إلى النتيجة المطلوبة، وهي الشفاء التام وليس الشفاء الجزئي أو المحدود، ذلك أن الشفاء الحقيقي لا يكون مقصوراً فقط على علاج أعراض الانسحاب ثم ترك المدمن بعد ذلك ليتكس، إنما يجب أن نصل معه إلى استرداد عافيته الأصلية من وجوهها الثلاثة: الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، مع ضمان عودته الفعالة إلى المجتمع ووقايته من النكسات في مدة لا تقل عن ستة أشهر في الحالات الجديدة، أو سنة أو سنتين في الحالات التي سبق لها أن عانت من نكسات متكررة.

وعلى العموم فإنه كلما ازداد عدد النكسات وزادت خطورة المادة الإدمانية يجب التشدد في معايير الشفاء حتى في الحالات التي يصحبها اضطراب جسيم في الشخصية أو التي وقعت في السلوك الإجرامي مهما كان محددًا، وتتمثل مراحل العلاج فيما يلي:

أ - مرحلة التخلص من السموم

وهي مرحلة طبية في الأساس، ذلك أن جسد الإنسان في الأحوال العادية إنما يتخلص تلقائياً من السموم؛ ولذلك فإن العلاج الذي يقدم للمتعاظمي في هذه المرحلة هو مساعدة هذا الجسد على القيام بدوره الطبيعي، وأيضاً التخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة، ثم

علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب، هذا، وقد تتداخل هذه المرحلة مع المرحلة التالية لها وهي العلاج النفسي والاجتماعي؛ ذلك أنه من المفيد البدء مبكراً بالعلاج النفسي الاجتماعي وفور تحسن الحالة الصحية للمتعاطي.

ب - مرحلة العلاج النفسي والاجتماعي

إذا كان الإدمان ظاهرة اجتماعية ونفسية في الأساس. فإن هذه المرحلة تصبح ضرورة، فهي تعتبر العلاج الحقيقي للمدمن، فإنها تنصب على المشكلة ذاتها، بغرض القضاء على أسباب الإدمان. وتتضمن هذه المرحلة العلاجية العلاج النفسي الفردي للمتعاطي، ثم تمتد إلى الأسرة ذاتها لعلاج الاضطرابات التي أصابت علاقات أفرادها، سواء أكانت هذه الاضطرابات من مسببات التعاطي أم من مضاعفاته، كما تتضمن هذه المرحلة تدريبات عملية للمتعاطي على كيفية اتخاذ القرارات وحل المشكلات ومواجهة الضغوط، وكيفية الاسترخاء والتنفس والتأمل والنوم الصحي. كما تتضمن أيضاً علاج السبب النفسي الأصلي لحالات التعاطي فيتم - على سبيل المثال - علاج الاكتئاب إذا وجد أو غيره من المشكلات النفسية كما يتم تدريب المتعاطي على المهارات الاجتماعية لمن يفتقد منهم القدرة والمهارة، كما تتضمن أخيراً العلاج الرياضي لاستعادة المدمن كفاءته البدنية وثقته بنفسه وقيمة احترام نقاء جسده وفاعليته بعد ذلك.

ج - مرحلة التأهيل والرعاية اللاحقة

وتنقسم هذه المرحلة إلى ثلاثة مكونات أساسية أولها:

- مرحلة التأهيل العملي

وتستهدف هذه العملية استعادة المدمن لقدراته وفاعليته في مجال عمله، وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلى العمل، أما إذا لم يتمكن من هذه العودة، فيجب تدريبه وتأهيله لأي عمل آخر متاح، حتى يمارس الحياة بشكل طبيعي.

- التأهيل الاجتماعي

وتستهدف هذه العملية إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع، وذلك علاجاً لما يسمى (بظاهرة الخلع) حيث يؤدي الإدمان إلى انخلاع المدمن من شبكة العلاقات الأسرية والاجتماعية، ويعتمد العلاج هنا على تحسين العلاقة بين الطرفين (المدمن من ناحية والأسرة والمجتمع من ناحية أخرى) وتدريبها على تقبل وتفهم كل منهما للآخر، ومساعدة المدمن على استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه وإعطائه فرصة جديدة لإثبات جديته وحرصه على الشفاء والحياة الطبيعية.

- الوقاية من النكسات

ويقصد بها المتابعة العلاجية لمن شفي لفترات تتراوح بين ستة أشهر وعامين من بداية العلاج، مع تدريبه وأسرته على الاكتشاف المبكر للعلامات المنذرة لاحتمالات النكسة، لسرعة التصرف الوقائي تجاهها.

٤- إجراءات علاجية حتى التأهيل

إن إعادة التأهيل والعلاج وجهان لعملة واحدة، فلا يمكن الاكتفاء بمرحلة العلاج فقط دون الوصول إلى الهدف الأسمى للعلاج، ألا وهو «إعادة التأهيل»؛ لتحويل هذا الفرد المدمن إلى عضو فاعل في المجتمع

الذي يعيش فيه؛ لذا يفضل ألا تكون هناك حدود فاصلة في تلك الرحلة العلاجية للفرد المدمن، وإنما هي مراحل شكلية تتداخل مع بعضها البعض. فتوفير العلاج والتأهيل المتكامل: طبيًا، ونفسيًا، واجتماعيًا، هو الشيء المطلوب بالنسبة للمدمنين ويجب على الدولة - بمقتضى الاتفاقيات الدولية التي هي طرف فيها - أن تهتم بالعلاج وإعادة التأهيل للمدمنين، وإكمال الطريق إلى نهايته، مبتدئاً بالوقاية، ثم العلاج، ومنتهاياً بعد ذلك بإعادة التأهيل، ومن ثم فأي محاولة للتنصل من ذلك شأنها أن تسيء إلى الدولة في المحافل الدولية بأشكال مختلفة وعلى مستويات مختلفة.

ويلاحظ أن هذه الاتفاقيات الدولية لم تطلب أبداً أن تغير الدولة فلسفتها الأساسية في هذا الصدد فإذا كانت الفلسفة العقابية فليكن ويظل على الدولة أن توفر أسباب العلاج والتأهيل جنباً إلى جنب مع أسباب العقاب.

وللوصول إلى مرحلة إعادة التأهيل لا بد من المرور بعدة مراحل، هي:

أ - الإجراءات الإسعافية

وهي إجراءات تتخذ في مواجهة بعض الحالات التي قد تتعرض لما يسمى بحالات التسمم المرضية الحادة، فقد تتتاب الشخص نوبة عنف واضح فيها تجاه بعض الأشخاص القريبين منه أو محاولة إتلاف بعض الأثاث أو الممتلكات المادية وذلك على أثر تعاطي جرعة من الكحوليات أو المثبطات أو المهلوسات وتحدث هذه النوبات للإفراط في الجرعة أو لحدثة عهد المتعاطي بالتعاطي أو لمروره حديثاً بأزمة وجدانية شديدة الوطأة، وفي هذه الحالة لا بد أن يتناوله بالرعاية طاقم طبي مدرب يقوم بطمأنته والحيلولة بينه وبين أن يؤذى نفسه أو الغير، وربما اضطر إلى أن يستخدم لهذا الغرض بعض التدخل الدوائي، كذلك قد تتعرض بعض الحالات بشكل مفاجئ

أيضاً لما يسمى بأعراض الذهان العصبي فتظهر لدى الشخص بعض أنواع الخداع الحسي كما قد تظهر بعض الهلاوس والضلالات وفي هذه الحالات قد يحتاج الطبيب إلى قدر محدود من التدخل الدوائي.

ب - إجراءات تطهير البدن

ويطلق عليها أحياناً سحب المخدر وهي إجراءات تتوقف من ناحية على نوع المخدر ومن ناحية أخرى على المعالج في تطبيقها، فقد تتخذ الخطة شكل سحب المخدر سحباً بطيئاً متدرجاً وفي هذه الحالة لا يحتاج المعالج المشرف على العملية إلى أي تدخل دوائي ويكتفي بإرشاد المتعاطي خطوة بخطوة مع طمأنته وتشجيعه. وتتراوح المدة التي تنتهي منها من أربعة أيام حتى سبعة أيام في حالة المواد ذات الفاعلية قصيرة المدى كالهيروين، وعشرة أيام في حالة المواد ذات الفاعلية طويلة المدى كالأفيون فقد تطول من عشرة أيام إلى ستة أسابيع.

ج - إجراءات علاج المضاعفات الطبية للتعاطي

وهي مجموعة الإجراءات الطبية التي لابد من القيام بها في مواجهة بعض المضاعفات الصحية التي يعاني منها كثير من المدمنين، دون أن تكون من الآثار المترتبة مباشرة على تعاطي هذه المادة أو تلك المواد الإدمانية كسوء التغذية مثلاً، فانتشار سوء التغذية بين المدمنين ظاهرة ملحوظة لأسباب متعددة أوضحها أن بعض المدمنين يصل به الأمر أحياناً إلى ضرورة المفاضلة بين إنفاق المبالغ المحدودة التي في حوزته على المخدر أو على الطعام والغالبية منهم ترجح كفة المخدر.

وهناك مضاعفات مرتبطة بطرق التعاطي كأن يكون التعاطي عن طريق التدخين، فهذه الطرق جميعاً مضاعفاتها الطبية التي كثيراً ما تواجه الطبيب

المعالج وعليه أن يعنى بإبراء مريضه منها إلى جانب الإجراءات الإسعافية وإجراءات تطهير البدن.

د - مكونات إعادة التأهيل والعلاج المتكامل

تتألف تلك المرحلة من ثلاثة مكونات أساسية، هي:

- مكون طبي.

- مكون نفسي.

- مكون اجتماعي.

- المكون الطبي

يقوم المكون الطبي على استراتيجيتين رئيسيتين، وهما:

- استراتيجية الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه

- استراتيجية سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل جسم المدمن للتأثير في سلوكاته.

وللطبيب المعالج أن يختار إحدى الاستراتيجيتين بناء على اعتبارات متعددة تختلف من حالة لأخرى.

الاستراتيجية الأولى: الفطام التدريجي

وفيها ينتقي للقيام بهذه المهمة مخدراً أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة ولكن من الفصيولة نفسها، ويتولى الإشراف على إعطائه للحالة بدلاً من المخدر الأصلي بجرعات وعلى فترات محددة، على أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الفترات بين الجرعات تدريجياً حتى ينتهي الأمر غالباً إلى فطام كامل للحالة، والشائع بين الأطباء في كثير من دول العالم أنهم يختارون

عقار الميثادون لأداء مهمة الفطام التدريجي بالنسبة لمدمني الأفيون ومشتقاته بما في ذلك الهيروين، وذلك على أساس أن الميثادون نفسه هو أحد مشتقات الأفيون ولكن قوته على إحداث الإدمان أضعف بكثير من الهيروين والمورفين والأفيون.

الاستراتيجية الثانية: سد القنوات العصبية

وفيها ينتقى لذلك عقار مثل عقار النالتركسون يتولى الإشراف على إعطائه للحالة بجرعات محددة وعلى فترات محددة ويتلخص تأثير النالتركسون في سد المستقبلات العصبية المعدة أساساً في مخ المدمن لاستقبال الأفيون أو مشتقاته، ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية في جسم المدمن، ومعنى ذلك أن المدمن الذي يتناول النالتركسون لن يتأثر بالأفيون أو أي من مشتقاته إذا تعاطاه مادام تأثير النالتركسون قائماً، ويستمر الطبيب في إعطاء هذا العقار حسب نظام محدد ولفترة محدودة حتى ينتهي الأمر بالمدمن إلى أن يعود بجسمه إلى حالة التوازن الفسيولوجي دون حاجة إلى وجود الأفيون أو مشتقاته ويصحب ذلك انتهاء اللهفة إلى المخدر.

- المكون النفسي

توجد أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات الإدمان على اختلاف أنواعها، ومن أشهر العلاجات النفسية الحديثة في الميدان ما يعرف بمجموعة العلاجات السلوكية للإدمان وهذا العلاج النفسي يستلزم درجة عالية من التعاون بين المدمن والمعالج مع قدر من الإجراءات العلاجية المعقدة ومواظبة ومثابرة على تلقي هذا الإجراء لفترة زمنية تصل إلى عدة شهور تتبعها فترة أخرى، وتمتد المتابعة فيها إلى بضع سنوات بهدف التقويم الدوري والتدخل من حين لآخر للصياغة والانعكاسات المحتملة.

ومن طرائق العلاج السلوكي المشهورة في هذا الصدد طريقة «بودن» ويستغرق اجتياز هذا العلاج بضعة شهور ويمكن تطبيقه على مدمنين محتجزين داخل المصحات كما يمكن تطبيقه على أساس نظام العيادة الخارجية وهو ما يشهد بمرورنته ومن ثم يعظم من فائدته.

٥. ٢. ٥ الأطراف المشاركة في عملية العلاج

١- دور الإعلام

تلعب وسائل الإعلام دوراً خطيراً في قلب مفاهيم الشباب واهتماماتهم، لذا فهي تقف متهمة بأنها تقصر تقصيراً ذريعاً في القيام بواجبها تجاه الدين وفكر الشباب، وهي متهمة بأنها صرفت هم الشباب واهتماماتهم من الالتفاف حول العقيدة إلى الاهتمام بالمظاهر والانغماس في الشهوات والتعلق بالأضواء والقشور.

استراتيجيات وسائل الإعلام في الوقاية من المخدرات:

١- تنقية المادة الإعلامية من الصور والكلمات التي تظهر المخدرات كباعث لإعطاء إحساس بالنشوة لإبطال هذه الأعمال مما يغري النشء إلى مماثلتهم.

٢- إبراز القدوة الصالحة التي يمكن أن يقتدي بها النشء.

٣- إعداد المواد العلمية للإعلام ومراجعتها من المتخصصين قبل إنتاجها.

٤- قياس العمل الإعلامي على أساس علمي معتمداً على الدراسات والبحوث.

٥ - تعبئة الإعلاميين للقيام بحملات توعية في التجمعات الشبابية.

٦ - إنشاء قنوات علمية تشجع النشء على الاستزادة العلمية.

ونظراً لتعدد وسائل الإعلام إلا أنها تتكامل معاً لتحقيق أهداف مشتركة، ومن وسائل الإعلام التي يمكن أن تساهم في الوقاية والعلاج من المخدرات: (الهوري، ٢٠٠٦م، ص ٩)

أ - دور التلفزيون

١- منع عرض الأفلام والمسلسلات التي تتناول في مادتها المرئية قصصاً تعرض نجوماً مشهورين عالميين أو محليين يتناولون المخدرات أو الخمر أو المسكرات.

٢- منع عرض الأفلام البوليسية التي تتناول في مادتها مطاردات رجال الشرطة للمهربين ومروجي ومتعاطي المواد المخدرة بصورة تظهر هذه الفئات بالذكاء أو القدرة على التخفي على الإفلات من الشرطة بمهارات غير منطقية.

٣- تنظيم عرض برامج التوعية عن مضار المخدرات في أوقات مناسبة، مع التركيز في هذه البرامج على ارتباط آثار تعاطي أو تناول هذه المواد على الأضرار التي تلحق بحياة الفرد والمجتمع ووضع الأساليب العلاجية المناسبة.

٤ - أن تتناول البرامج الدينية التي يقدمها التلفاز موضوع المخدرات والمسكرات من جوانب تحريمها وآثارها الضارة على الجسم والنفس والمجتمع. (تيسير، ٢٠٠١م، ص ٢٥٧-٢٥٨).

ب - دور الصحافة

١- نشر جرائم الاتجار والتهرب والتعاطي مقترنة بالعقوبات التي صدرت بحق مرتكبيها فإن اقتران العقاب بتلك الجرائم يمثل درعاً لمن تسول له نفسه الإقدام عليها.

٢- نشر الأبحاث والدراسات والنتائج التي يتوصل إليها العلماء والمتخصصون في هذا المجال لتحقيق أقصى حد ممكن من الوعي والاستفادة منها.

٣- تخصيص مساحات من الصحف المحلية لنشر النصائح والإرشادات والتوعية بمضار المواد المخدرة والمسكرة (عبدالله، ٢٠٠١م، ص ٢٥٨).

ج - دور الإذاعة

١- توعية المستمعين بمضار تعاطي المواد المخدرة.

٢- التأكيد القصصي والروايات والتمثيلات التي تعزز القيم والاتجاهات وغرس السلوكيات الجيدة.

٣- نقل الندوات والمحاضرات التي تبين أضرار المخدرات (عبدالله، ٢٠٠١م، ٢٥٨)

د - دور الشبكة العنكبوتية (الإنترنت)

١- إنشاء مواقع على شبكة الانترنت تقدم بأسلوب جذاب معلومات صادقة وأمينة عن تعاطي العقاقير وعن القوانين التي تحرم حيازة وإحراز العقاقير المخدرة والعقوبات المقررة لهذه الجرائم.

٢- إنشاء شبكة وطنية تعزز الاتصال بين الشباب أكثر فئات المجتمع لتعاطي المخدرات وتنمية قدراتهم على مواجهة ما يعترضهم من مصاعب ووضع حلول لمنع الشباب من سلوك طريقة تعاطي المخدرات.

٣- تحذير الشباب من التواصل مع بعض المواقع الالكترونية التي تقدم صورة زائفة عن المخدرات، وأنها جنة الأحلام.

٤- تعزيز جهاز المناعة لمواجهة المعلومات على مواقع الإنترنت حول المخدرات ويكون التعزيز من خلال تحصين الإنسان بالدين والعلم والأخلاق. (عيد، ٢٠٠٣م، ص ٤٧ - ٦٥).

٥- تعميق الالتزام والاعتزاز بالتراث والتاريخ الغربي الإسلامي، والتهذيب والتعليم والتوعية والإرشاد وتبسيط العلوم والمعارف ورعاية الشباب بشكل مشوق وإيجاد علاقة إيجابية بين عناصر الإعلام والتربية والتعليم والانطلاق في رعاية أفراد المجتمع (الحقيل، ٢٠٠٢م، ص ١٣٦).

هـ- دور التربية الدينية

لقد كانت عناية الإسلام بالإنسان عناية متفردة، فلكل مرحلة من مراحل حياته وضعت الشريعة منهجاً تربوياً لبناء شخصية الفرد تضعه في المنزلة الكريمة التي كرم الله بها الإنسان، قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلاً﴾ ﴿٧٠﴾ (سورة الإسراء).

- الدور الوقائي للتربية الدينية من المخدرات

يتجلى الدور الوقائي للتربية الدينية في الأمور الآتية:

١- تربية النشء تربية متكاملة ليكونوا كما أراد الله لهم خير أمة أخرجت للناس إن هم استجابوا لهذه التربية، وأمروا بالمعروف ونهوا عن المنكر، قال تعالى: ﴿كُنْتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَتُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ...﴾ (سورة آل عمران) (محمود، ١٩٩٢م، ص ١٧٥).

٢- تعويد النشء على الالتزام بالشعائر التعبدية: قال تعالى: ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ (سورة الذاريات)، فالعبادات من صلاة وصوم وحج وزكاة تقوي إيمان الفرد بالخالق، وتجعله يلتزم بأوامره والابتعاد عما نهى عنه.

٣- الحث على القدوة الصالحة: لقد تجلت مظاهر القدوة في نبينا محمد ﷺ، فقد كان الصحابة يرون فيه تطبيق ما يأمر به أتم التطبيق، ونجد التأثير في الصحابة عند سماع آيات القرآن الكريم أو تلاوته. كما حفظت لنا كتب الأدب أن عتبة بن أبي سفیان قال لمؤدب ولده: ليكن أول إصلاحك لولدي إصلاحك لنفسك، فإن عيونهم معقودة بك، فالحسن عندهم ما صنعت، والقبح عندهم ما تركت، وعلمهم كتاب الله، ولا تكرههم عليه فيملوه، ولا تركهم منه فيهجروه، ثم روهم من الشعر أعفه، ومن الحديث أشرفه، ولا تخرجهم من علم إلى غيره حتى يحكموه، فإن ازدحام الكلام في السمع مضلة للفهم..» (الدغثير، ١٤٢٧هـ، ص ٩-١٧). والقدوة لا تقتصر على المعلم، بل تشمل الوالدين والمعلم والأخوة والمجتمع والأصدقاء وغيرهم.

٤ - الرعاية العقلية: وتقوم على تزويد الأبناء بالعلوم والمعارف النافعة القيمة التي هي قوام الشخصية السوية والدرع الواقعي لهم من الانحراف، وأول ذلك تعلم القرآن وحفظه، ودراسة المعارف الإسلامية، يقول الرسول الكريم ﷺ في طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة ويقول: خيركم من تعلم القرآن وعلمه.

٥ - الرعاية البدنية: من أعظم مقاصد الإسلام المحافظة على النفس، ولذا أمر النبي ﷺ بالتداوي كما ورد في الحديث الشريف: تداووا عباد الله، ولا تداووا بالحرام «وقبل التداوي لا بد من الوقاية، وكما قيل، درهم وقاية خير من قنطار علاج» (الدغثير، ١٤٢٧ هـ، ص ٢٨). وقد حض الإسلام على كل ما يحفظ البدن ويقويه ويضمن نشأته نشأة صحيحة جيدة، وأوجب على الوالدين حق الرعاية والنفقة والملبس والمشرب والمسكن والرعاية الصحية والبدنية.

٦ - التربية الخلقية للنشء: تتناول التربية الأخلاقية كل ما له علاقة بالإنسان المسلم، من حيث أنشطته التي يمارسها فرداً في جماعة أو عضواً في مجتمع، بدءاً من معتقداته وأفكاره، وقيمه الأخلاقية التي يجب أن يتبناها ويعمل وفقها، ومضياً مع كل ما يمارسه الإنسان من قول وصمت وعمل مع أسرته وأقاربه وجيرانه وتعامل مع غير المسلمين. وتربية الإسلام للخلق تقوم على ركائز منها: العلم، والعقيدة، والعبادة، والحلال والحرام، واتخاذ النبي ﷺ قدوة، والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، تجعل الإنسان معصوماً بإذن الله تعالى من الوقوع في تعاطي المخدرات. (محمود ١٩٩٢ م، ص ٢١٦)، والانضباط مع ما جاء به الإسلام من فضائل وما نهى عنه من رذائل إنما يحتاج من المسلم إلى علم يملأ عقله وقلبه اقتناعاً

وينعكس على جوارحه أعمالاً وسلوكاً، قال تعالى: ﴿... إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ غَفُورٌ﴾ ﴿٢٨﴾ (سورة فاطر).

٧- التربية الاجتماعية: في الوقت الذي فطر الله الآباء والأمهات على حب الأبناء، هذا الحب الذي يقتضي التربية وتوفير الحاجات الأساسية جسمية وروحية واجتماعية وعقلية، فقد أوجب على الابن طاعة الوالدين واحترامهما لتكون الأسرة نواة المجتمع الإسلامي المتكافل، الذي إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى. ومجتمع هذا شأنه يضمن احتضان النشء وتكليفهم معه (محمود، ١٩٩٢م، ص ١٢٤-١٢٦).

- دور التربية الإسلامية في العلاج

يزداد الاعتقاد بين جمهور من الباحثين والمفكرين بأن العقيدة الإسلامية توفر الأساس النفسي والاجتماعي لعلاج حالات الإدمان على المخدرات وذلك من خلال:

١- تنمية الجوانب الروحية والمعنوية في شخصية الإنسان، سواء في العلاج المباشر للمتعاطين أو للوقاية من التعاطي بالنسبة إلى الأفراد العاديين، وإشعار المتعاطي بحرمة المخدرات وهي ضارة بالفرد والمجتمع.

٢- إرشاد المتعاطي إلى السلوك السوي السليم الذي فيه صلاح الإنسان وخير المجتمع وتوجيهه إلى الطرائق الصحيحة لتربية النفس وتنشئها التنشئة السليمة. قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَ تَكْمُمُ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ﴾ ﴿٥٧﴾ (سورة يونس).

٣- الترغيب في أداء العبادات جميعها قولاً وعملاً لأنها تؤدي إلى إحساس النفس بالراحة والرضا، كما تؤدي إلى التخلص من مشاعر الإثم، والذنب، والقلق، والتوتر، والصراع، والغضب، والضييق، والوهم، والشك، والريبة، والكره والبغض، قال تعالى: ﴿... إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَلَذِكْرُ اللَّهِ أَكْبَرُ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَصْنَعُونَ﴾ (٤٥) ﴿سورة العنكبوت﴾.

٤- إن الإيمان بالله تعالى وتوحيده وعبادته عامل أساس ومهم في علاج المرض النفسي وتحقيق الصحة النفسية للإنسان، ويجعل الإنسان أكثر ثقة بنفسه، وأكثر قدرة على الصبر والمصابرة، وتحمل متاعب الحياة، وعلى الشعور بالرضا والقناعة والطمأنينة، قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (٢٨) ﴿سورة الرعد﴾.

٥- تحمل الإنسان ما قد يصيبه من مصائب الدهر إذا كان مؤمناً بالقضاء والقدر، وبذا يتحاشى الشعور بالحسرة واليأس والضغط التي قد تدفعه لتعاطي المخدرات قال تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ اللَّهُ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ﴾ (١١) ﴿سورة التغابن﴾.

٦- ابتعاد مشاعر الخوف عن المرء إذا تمسك بالإيمان، قال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ (١٣) ﴿سورة الأحقاف﴾.

٧- إبعاد شبح الفقر عن النفس واليأس من الحصول على الرزق لعلم المسلم وقناعته أن الأرزاق بيد الله، قال تعالى: ﴿اللَّهُ يَسْطُرُ الرِّزْقَ لِمَنْ يَشَاءُ وَيَقْدِرُ...﴾ (٢٦) ﴿سورة الرعد﴾.

٨- تعزيز عملية التواصل الاجتماعي وتحقيق التفاعل الذي يبني المحبة مع الآخرين وفي ذلك يقول الرسول الكريم ﷺ: «والله لا تؤمنوا حتى تحابوا، ألا أدلكم على شيء إذا فعلتموه تحاببتم: أفشوا السلام بينكم» رواه مسلم.

٩- تبصير المتعاطي بحرمة المخدرات وهي في عداد الخمر من ناحية الحد والنجاسة المفروضتين على مستعملها كالخمر تماماً (الأصفر، ٢٠٠٤م، ص ١٣٣ - ١٤٣).

١٠- مناقشة مقررات المؤتمر الإسلامي العالمي لمكافحة المسكرات والمخدرات المنعقد في المدينة المنورة في المملكة العربية السعودية عام ١٩٨٣م بشأن طرق الوقاية من مشكلة المخدرات في المجتمع الإسلامي وهي:

أ- التطبيق الكامل والصحيح للشريعة الإسلامية في كل مجالات الحياة ومن بينها آفة المخدرات والمسكرات والتدخين.

ب- إصلاح نظام التعليم والتربية في المجتمعات الإسلامية وفقاً لمبادئ الإسلام.

ج- إصلاح أجهزة الإعلام في المجتمعات الإسلامية حفاظاً على الدين والخلق.

د- إغلاق دور اللهو والفساد لما لها من أثر على نشر المسكرات والمخدرات.

هـ- دعوة الجهات المعنية برعاية الشباب إلى وضع خطة شاملة لمعالجة مشكلات الشباب.

- و- وجوب تربية الناشئة على مناهج الإسلام الحنيف.
- ز- من أسباب نشر المخدرات الفراغ الروحي وإهمال الأسرة لدورها.
- ح- ضرورة التوعية الإسلامية المقنعة بأضرار الخمر والمخدرات.
- ط- نهوض المسجد بدوره في المجتمع المعاصر.
- ي- ضرورة تضمين مناهج التعليم وعرض البراهين الإسلامية في التحذير من المسكرات والمخدرات.
- ك- دعوة الدول الإسلامية إلى حظر إنتاج الخمر وزراعة المخدرات.
- ل- توقيع أقصى العقوبات الشرعية الرادعة على المهربين والمتاجرين بالمخدرات.
- م- الدعوة لإنشاء مركز علمي متخصص للقيام بالأبحاث المتعلقة بالمسكرات والمخدرات.
- ن- دعوة الدول والمنظمات الإسلامية إلى العناية بالجاليات الإسلامية التي تعيش في الدول غير الإسلامية.
- س- إحكام الرقابة على صرف الدواء المخدر.
- ع- رعاية أسر من يقعون فريسة المخدرات.
- ف- إقامة معارض طبية لتوضيح العوامل الناشئة عن تعاطي المسكرات والمخدرات.
- ص- إقرار أن القات من المخدرات المحرمة شرعاً.
- ق- إنشاء مراكز طبية ونفسية متخصصة لعلاج متعاطي المخدرات.

ر- التعاون والتنسيق بين كافة الأجهزة الإسلامية والدولية لمكافحة
المخدرات

ش- دعوة الحكومات التي تحارب المخدرات إلى محاربة المسكرات
أيضاً.

ت- تأييد الفتاوى الصادرة عن كبار فقهاء المسلمين بتحريم
التدخين.

٥ . ٣ . الأسلوب الإنمائي

٥ . ٣ . ١ مفهوم الأسلوب الإنمائي

يركز الأسلوب الإنمائي على تنمية الجوانب الإيجابية في الإنسان ليكون
فاعلاً في حماية نفسه مبادراً إلى حماية زملائه والمجتمع المحيط به من آفة
المخدرات، وتمثل هذه المرحلة الدور النشط لأي فرد في مجتمعه. ويعد الإنماء
امتداداً للوقاية، إذ يبرز في هذا النوع من التربية إنماء قدرات الطالب لحماية
نفسه من آفة المخدرات، ومن ثم توظيف هذه القدرات في حماية غيره.

٥ . ٣ . ٢ أهداف الأسلوب الإنمائي

يهدف الأسلوب الإنمائي إلى تحقيق أهداف منها:

١ - إعادة تأهيل الفرد نفسياً واجتماعياً وبدنياً؛ ليستطيع التفاعل مع
المجتمع الذي يعيش فيه مرة أخرى

٢ - إكساب الأفراد الذين تم علاجهم من الإدمان لمهارات التفاعل
والتواصل الاجتماعي مرة أخرى.

٣- تفاعل الأفراد الذين تم تأهيلهم مع مشكلاتهم ومشكلات مجتمعاتهم بطريقة إيجابية.

٤- تنمية الوعي بدور المنظمات الدولية والدول في مكافحة المخدرات، لأنّ الوعي ببرامج وأنشطة المنظمات الدولية والدول يؤدي إلى الشعور بحجم مشكلة المخدرات ومن ثم التفاعل الايجابي مع المشاكل التي تواجه المجتمع الإنساني.

٥- التأكيد على الانتماء للوطن والمشاركة في دعم تلك البرامج وتبنيها؛ مما ينمي اتجاهات إيجابية لتفعيل دور الفرد في مقاومة تلك الآفة.

٦- تنمية روح المشاركة الطلابية في مواجهة آفة المخدرات.

٥. ٣. ٣ مقومات الأسلوب الإنمائي

مساعدة الشباب على تطوير قدراتهم الذاتية

إلى جانب الإعلام والتوعية والمساعدة على اتخاذ موقف من المخدرات، فالمجتمع مطالب بمساعدة الشباب على تطوير قدراتهم الذاتية كجانب وقائي أولاً وللقيام بدورهم التوعوي في المجتمع الذي يتحركون فيه ويطورون فيه علاقاتهم وذواتهم ثانياً. إنّ امتلاك الشاب المعرفة الضرورية في موضوع المخدرات وبالتالي بناء القدرة على مواجهة هذا المشكل والتوقّي منه يحتاج إلى وقت وإلى جهود متنوعة، وعادة ما تواجه الشباب في سعيهم إلى التوقّي من مخاطرها العديد من الصعوبات ممّا يولد لديهم الشك والارتباك في بعض الفترات، وفي هذه المرحلة يبرز دور الراشدين - كل من موقعه - للأخذ بأيديهم ومساعدتهم على تطوير قدراتهم الذاتية عبر امتلاكهم للكفايات التالية:

١ - أن يحبوا أنفسهم وأن يحبوا الآخرين وذلك من خلال:

أ- تثمين نجاحاتهم وإنجازاتهم.

ب- بناء صورة إيجابية لذواتهم.

ج- احترام الآخرين.

د- توفير احترام الآخرين لهم.

٢ - أن يسألوا، وذلك بـ:

أ- مساعدتهم على طرح الأسئلة حول الذات والهوية والمستقبل.

ب- عدم طرح الأسئلة بدلا عنهم.

ج- تدريبهم على بناء الأجوبة وربطها بسياقات الأسئلة.

د- تمكينهم من المناخ اللازم لبناء أجوبتهم الخاصة حول الأسئلة التي تلحّ عليهم.

٣ - أن يعرفوا، وذلك من خلال:

أ- تنمية حب الاطلاع فيهم والرغبة في امتلاك معارف جديدة.

ب- بيان أن المعرفة التي تفيد هي التي تبنى ذاتيا مهما تنوعت الوسيلة.

ج- التأكيد على أن معرفة الأشياء - ومنها المخدرات - مدخل للسيطرة عليها والتعامل الإيجابي معها.

د- توعيتهم بأن تجاهل المخاطر ومنها المخدرات لا يؤدي دائما إلى التوقّي.

٤ - أن يارسوا، وذلك من خلال:

أ- تمكينهم من مساحة كافية لممارسة قدراتهم .

ب- تحميلهم مسؤولية سلوكياتهم وأعمالهم .

ج- دعوتهم إلى النظر فيها في ضوء نتائجها وآثارها .

٥ - أن يتميِّزوا، وذلك بـ:

أ- تبصيرهم بمخاطرها وبأهداف مروجيها .

ب- توعيتهم بمخاطرها الصحية والنفسية .

ج- تذكيرهم بموقف الدين والقانون منها .

د- تبصرتهم بموقف المجتمع من الواقعين في شباكها .

٦ - أن يبنوا علاقات، وذلك من خلال:

أ- تفهم حاجتهم للخروج من الذات عبر بناء علاقات .

ب- تعويدهم على قبول الآخر والاعتراف به .

ج- توعيتهم بالقوانين والقيم التي تحكم العلاقة بالآخرين .

د- دعوتهم إلى التمييز بين مستويات العلاقة بالآخر ودرجاتها

وحدودها .

٤. ٣. ٥ أنماط التعامل المساعدة على الإنماء المتوازن لشخصية الشباب

إن الأسلوب الأمثل لتربية أطفالنا هو اعتماد الأسلوب الحديث والفعال الذي يؤمن بقيم المعرفة والعلم، ويؤمن بقيمة وكرامة الإنسان، وبتربية أطفالنا على المسؤولية الأخلاقية تجاه أنفسهم ومجتمعهم بقيمه الدينية والوطنية وبمؤسساته، وبواجباته وحقوقه الفردية والجماعية. وكوننا مجتمعاً مسلماً ومحافظاً على ثوابته الدينية والقيمية والثقافية، لا يمنع أن نربي أطفالنا على الانخراط في تحديات وخصوصيات عصره، بتمكينه من تربية معاصرة تقوم على قيم العلم والمعرفة التكنولوجية والعقلانية والبحث والابتكار والإبداع والنقد البناء، وبالتالي تؤهله ليكون صالحاً لنفسه ولمجتمعه، سلوكاً ومعرفة وتأهيلاً، وبالتالي سيكون فاعلاً أساسياً في تنمية وتقدم وطنه، وفي الدفاع عن ثوابته وكيانه الحضاري.

وفي هذا السياق فإن المدرسة اليوم لها عدة أدوار حاسمة مجتمعياً في حياة الطفل والفرد بصفة عامة، من خلال وظائفها المختلفة: التربية على القيم، التكوين، التثقيف، التأهيل، المحافظة على الإرث الثقافي وتماسك وتوازن المجتمع، المساهمة في التغيير والتنمية والتقدم، وفي النهضة الثقافية والعلمية والاقتصادية والاجتماعية.. وعليه، فإن الدور الحقيقي للمدرسة اليوم هو تربية أطفالنا على كل ما سبق ذكره، وتأهيلهم للمساهمة في بناء وتحقيق كل ذلك وغيره.

الفصل السادس

أسباب الانتكاس وأساليب المواجهة

٦ . أسباب الانتكاس وأساليب المواجهة

٦ . ١ ظاهرة الانتكاس

إن أول شيء يواجه الناقهين من المخدرات هو:

- الرغبة في العودة إليها، وذلك الشعور يستمر عدة أشهر بعد العلاج وربما يطول أكثر. وتلك الرغبة بالعودة للمخدرات قد تكون نتيجة لتعوده عليه مدة طويلة، وقد تكون بسبب هشاشة في شخصيته وضعف طبيعي تجاه إغراء المخدر وإثارته.

- احتياجه إلى مجموعة من العلاقات الاجتماعية السوية التي تساعد على النضوج وتساعد إرادته في النمو وتقوي من عزيمته. غير أنه كثيرا ما يخشى هذه العلاقات الجديدة لخوفه من معرفة الناس أنه كان مدمنا. وهو ما يدفعه بعيدا عن تكوين علاقات جديدة مع أفراد أصحاء.

وقد كشفت دراسة الغريب (٢٠٠٦م) عن «القبول الاجتماعي للمدمن المتعافي: دراسة ميدانية لعينة من أفراد المجتمع بمدينة الرياض» أن أكثر من نصف العينة يرون أن من واجب المجتمع تقبل المدمنين بعد تعافيتهم. وأن الشخص المدمن بحاجة ماسة لرعاية المجتمع، وأنه مريض يحتاج العلاج. وبشكل عام توصلت الدراسة إلى أن آراء عينة الدراسة نحو المدمن المتعافي كانت تميل للإيجابية. وكذلك توصلت الدراسة بأن أكثر من نصف العينة يرون أنه يمكن للمدمن المتعافي تحمل مسؤوليات الزواج.

كما توصلت الدراسة إلى أن نسبة قليلة هي التي توافق على أنهم لا يجدون حرجاً في التعامل مع المدمن كصديق بعد تعافيه. وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع درجة الايجابية في إجابات عينة الدراسة نحو الارتباط بعلاقة عمل مع المدمن المتعافي. وعن العلاقة بين متغيرات عينة الدراسة والاتجاه المجتمعي نحو القبول الاجتماعي للمدمن المتعافي توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين بعض متغيرات الباحثين والقبول الاجتماعي للمدمن المتعافي، بينما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير العمر ومتغير الحالة التعليمية ومتغير الحالة الاجتماعية، ومتغير الوضع الوظيفي وبين القبول الاجتماعي في الارتباط بعلاقة زواجية بالمدمن المتعافي. كما تبين أن هناك علاقة بين متغير الحالة الاجتماعية، وبين القبول الاجتماعي في علاقة عمل بالمدمن المتعافي. كما أوضحت الدراسة أن هناك علاقة بين كل من متغير العمر ومتغير الحالة الاجتماعية، ومتغير الوضع الوظيفي، وبين متغير القبول الاجتماعي للارتباط بعلاقة جوار مع المدمن المتعافي. كما أن الدراسة توصلت إلى وجود علاقة بين متغير العمر ومتغير الحالة الاجتماعية ومتغير الوضع الوظيفي ومتغير الدخل الشهري، ومتغير القبول الاجتماعي للارتباط بعلاقة صداقة بالمدمن المتعافي.

- مشاكل التأقلم مع الحياة واكتساب طرق جديدة للإشباع بعيداً عن المخدرات، وهذه تحتاج منه إلى تعلم أنماط جديدة من السلوك وتحمل ظروف الحياة والتأقلم مع المشاكل ومواجهتها، وفشله في ذلك سوف يجعله يشك سريعاً في قدرته على الاستمرار نظيفاً من المخدرات خاصة إذا فُكّر بأنه يفقد الكثير من المتعة التي كان يحصل

عليها مع هذه المخدرات مما يجعل رؤيته لما يدور حوله رؤية غير ممتعة في أول الأمر ويحتاج لبعض الوقت للتأقلم مع هذه الأحداث.

- حدوث آلام أو مشاكل أو توترات شديدة بسبب محاولاته للتأقلم مع الأنماط السلوكية الجديدة التي يريد أن يؤسسها. وهذه الآلام والمشاكل والصعاب قد تدفعه إلى الإحباط واليأس والعودة للإدمان مرة أخرى.

- الهجوم من خلال رفقاء الأيام الخالية، وحملته على مسيرته الجديدة بهدف تحطيمهم لثقتهم في نفسه والتشكيك في قدرته على الاستمرار بعيدا عن المخدرات مما قد يؤثر في مسيرته لأن شخصيته تكون هشة في هذه الفترة بالإضافة إلى ضغوط الأهل (أب وأم وزوجة وأبناء) فإذا تضافرت هذه الضغوط أثرت في مسيرته نحو الصحة النفسية.

- توفر المخدرات إما من الأصدقاء أو من زملاء العمل أو كهدايا تقدم له للضغط عليه... ولذلك فإن تعلمه أن يقول (لا) للمخدرات هو عامل أساسي في التحسن... ذلك أن تعاطيه لجرعة جديدة من المخدرات بعد علاجه أيا كان حجمها وأسبابها قد تؤدي إلى انتكاسة تعيده بعنف إلى المخدرات.

كل تلك المؤثرات بالإضافة إلى ما قد يتعرض له المدمن من مشاكل دراسية أو مشاكل في العمل والحياة مع الوالدين والأسرة والزوجة قد تؤثر عليه تأثيرا سلبيا مؤدية به إلى احتياجه إلى المزيد من جهد الآخرين معالجين وأصدقاء وأسرة ومجتمع كبير لمساعدته في المرور بمرحلة النقاهاة من المخدرات بسلام عوده إلى الحياة المطمئنة السعيدة.

إن مجرد الرغبة في الخروج من المخدرات قد لا يكون كافياً في مواجهة هذه المشاكل، ذلك أن الانتكاس مرة أخرى إلى المخدرات يؤدي إلى فقدته الثقة في نفسه وإحساسه بالألم الشديد لفشله في مواجهة هذه المشكلة، ولذلك يجب أن تلقى فترة ما بعد العلاج من الإدمان على المخدرات اهتماماً كبيراً وعناية فائقة من الأسرة والأصدقاء والمريض نفسه وأن تكون «لا» للمخدرات عن إصرار وعزم لأن الانتكاس يفقد الآخرين الاهتمام به ويؤدي بهم إلى اليأس منه... فتقبل مساعدتهم له وتزداد مشاكله مرة بعد أخرى.

لذلك فإن أي برنامج لمساعدة هؤلاء الذين قرروا التوقف عن الإدمان على المخدرات يجب أن يشمل إضافة إلى العلاج الكيميائي على:

- بحث عميق قصد استكشاف أسباب المشكلة والوصول إلى أعماق الشخصية ومحاولة العلاج النفسي وعلاج جذور المشكلة أسرياً وتعريف المريض بمخاطر المخدرات ومساعدته في المرور من مرحلة الشوق للمخدرات إلى الاطمئنان بدونها.

- متابعة نفسية لمناقشة الماضي وتدعيم حركته في المستقبل ودعمه نفسياً وتدريبه لمواجهة المشاكل من خلال برامج تأهيلية نفسية وعلاج نفسي تدعيمي وتنمية مهارات اجتماعية ومهارات التغلب على ضغوط أصدقاء السوء.

- انخراط في مسارات مساعدة للنفس وللآخرين من خلال جماعات الأصدقاء من المرضى لأن وجود الناقه مع مرضى في مرحلة النقاهة مثله مهم حتى يوفروا له الخبرة اللازمة ويكونوا له سنداً يساعده على تجاوز المرحلة بهدوء.

٦. ٢ أسباب الانتكاس

أجرت مجموعة بحثية تنتمي إلى المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي بفرنسا Inserm تجربة على عدد من الفئران لفهم ظاهرة الإدمان والعودة إلى الإدمان وتوصلوا إلى جملة من النتائج التي نشرت في مجلة «Science» في عددها ٥٦٨٦، وأهم هذه النتائج:

١- أن عددا محدودا من الفئران المستهلكة للمخدرات ظهرت عليها علامات الإدمان (١٧٪ للفئران، بينما هو ١٥٪ للإنسان). وهذا العدد من الفئران المدمنة:

أ- لم تعد قادرة على وضع حدّ لحجم الكمية المتناولة من المخدرات.
ب- أظهرت دافعية جدّ كبيرة للمخدرات.

ج- كانت تحرص على الحصول على كمّيّة من المخدّر رغم ربط عمليات الحصول عليه بعقوبة.

٢- أن هذه الفئران التي أظهرت استعدادا للإدمان هي ذاتها التي ظهر على نسبة كبيرة منها الاستعداد للانتكاس ومعاودة التعاطي رغم طول مدّة الإقلاع نسبيا.

ومن هنا خلص الفريق إلى أن ظاهرة الاستعداد للإدمان هي ذاتية عند بعض الفئران ولا تعلق لها بعوامل النشاط أو الزيادة في الخوف أو حتّى الزيادة في كمية المخدرات المستهلكة.

كما خلصوا إلى أن الإدمان ليس فقط نتيجة للتعرض الطويل للمخدر، بل هو كذلك نتيجة لدرجة هشاشة كلّ فرد أمام الإدمان. (Unité Inserm, 2004) ولمزيد من التفاصيل راجع صفحات (١٥١، ١٥٢، ١٥٣) من هذه الدراسة.

وقد بيّن الرّيس (١٩٩٥ م) في دراسته التي بحث فيها «العوامل الاجتماعية المرتبطة بظاهرة العودة للمخدرات»، أن ما نسبته (٥, ٩٩٪) من ٣٩٩ مدمنا مثلوا عيّنة دراسته لم يتلقوا أيّ مساعدات من مؤسّسات الرّعاية الاجتماعية، وهو بذلك يُعطي ضمناً بعض التفسير لأسباب الانتكاس والعودة إلى تعاطي المخدرات.

أمّا الغريب (١٩٩٢) فقد توصل في دراسته عن «الانتكاسة في استعمال المخدرات في المجتمع السعودي» إلى أن الانتكاسة بعد فترة العلاج تصل إلى (٥, ٣٨٪) من إجمالي المعالجين في مستشفى الأمل في الرياض من إجمالي ٢٣٥ مدمنا. كما توصلت الدراسة إلى أن ما نسبته (٨, ٣٢٪) يعزّون عودتهم إلى وجود مشكلات أسرية. ولو قارنا نسبة الانتكاسة كما تقرره دراسة عبد العزيز بما توصلت إليه بعض الدراسات الغربية، لوجدنا أن المسافة شاسعة بين التيجتين:

فقد اعتبرت دراسة ستينوس Stinus وكادور Cadour (٢٠٠٦ م) أن:

- الإدمان مرض إذا وقع فيه شخص فإنه يعاود صاحبه ويستمر معه لسنوات عديدة.

- ظاهرة الإدمان تتميز عادة بالمروحة بين مراحل اعتماد يظهر فيها نهم كبير من المدمن على تعاطي المخدر، وبين مراحل تخفيض في الاستهلاك تتبعها عادة مراحل إمساك عن المخدر تطول أو تقصر.

- الانتكاسة مظهر أساسي من المظاهر الملازمة للإدمان على المخدرات. وعلى هذا الأساس اعتبر الإدمان مرضاً مزمناً.

- الإمساك عن تعاطي المخدر ليس أمراً صعباً، ولكن الأصعب منه هو الاستمرار على هذا الإمساك.

- نسبة الانتكاسة في الأشهر الستة الأولى تتجاوز (٨٠٪)، وهو رقم ثابت تقريبا مهما كان نوع المخدر المستعمل.
ولا بدّ أن نشير هنا إلى أنّه يمكن أن يفسّر هذه المسافة بين نسبة الانتكاسة في كلا الدراستين بأمر أهمّها:

١- اختلاف السياق الثقافي والاجتماعي.

٢- اختلاف نوع الانتكاسة: فقد يكون الرقم الذي توصلت إليه دراسة عبد العزيز المسحية متعلقة بالانتكاسات الكبرى التي يرجع فيها المرء إلى ما كان عليه من الإدمان، وربما إلى ما هو أشد. بينما يجمع الرقم الذي ذكرته دراسة ستينوس وكادور بين الانتكاسات الصغيرة التي لا يترد فيها صاحبها إلى الإدمان مرة واحدة وبين الانتكاسات الكبرى.

الاختلاف في الفترة الزمنية التي تتعلق بها الدراسة، إذ تربط دراسة ستينوس وكادور مسألة الانتكاسة بالأشهر الستة الأولى، وفيها لا يُعتبر الشخص قد أقلع عن المخدرات نهائيا وإن كان قد أقلع فعليا (Prochaska, DiClemente, 1983).

وفي دراسة أخرى عن «ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي» والتي هدفت إلى التعرف على حجم ظاهرة العود للإدمان في العالم العربي بشكل عام وفي بعض الدول العربية بشكل خاص. وإلى التعرف على النظريات المفسرة لظاهرة العود للإدمان. وكذلك التعرف على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المؤثرة على العود للإدمان. إضافة إلى التعرف على آراء المسؤولين عن المؤسسات العلاجية بالمجتمع العربي حول سبل مواجهة ظاهرة العود للإدمان. وقد طبقت الدراسة على بعض المؤسسات العلاجية

في سبع من الدول العربية، وبنيت على تسعة فصول وخاتمة وتوصيات وقائمة بالمراجع وملاحق. يتوصل الغريب (٢٠٠٦م) إلى النتائج التالية:

٦. ٢. ١١. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للإدمان

١- جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الفئة العمرية، في المرتبة الأولى الفئة العمرية ٢٠ سنة إلى اقل من ٣٠ سنة، وفي المرتبة الثانية الفئة العمرية من ٣٠ سنة إلى اقل من ٤٠ سنة، وفي المرتبة الثالثة الفئة العمرية التي تقع في الفئة ٤٠ سنة إلى اقل من ٥٠ سنة، وفي المرتبة الرابعة الفئة العمرية التي أعمار أفرادها اقل من عشرين عاماً، وأخيراً في المرتبة الخامسة الفئة العمرية التي يبلغ عدد أفرادها ٥٠ سنة فأعلى.

٢- جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب المستوى التعليمي، في المرتبة الأولى ممن يحملون المؤهل الابتدائي فاقبل كأدنى المؤهلات التعليمية، والعائدون ممن يحملون المؤهل المتوسط (الإعدادي) وما يعادله، وفي المرتبة الثالثة ممن يحملون المؤهل الثانوي وما يعادله، وفي المرتبة الرابعة العائدون الذين يحملون المؤهل الجامعي، وفي الفئة الخامسة والأخيرة حملت المؤهلات العليا كالماجستير فما فوق. ونلاحظ هنا تدني المستويات التعليمية للعائدين وتشابهها إلى حد كبير مع المؤهلات التعليمية للمدمنين أنفسهم، أي أن المستوى التعليمي للمدمن وللعائد للإدمان شبه واحد.

٣- جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الحالة الاجتماعية، في المرتبة الأولى العزاب، وفي المرتبة الثانية المتزوجون، وفي المرتبة

الثالثة المطلقات، وفي المرتبة الرابعة الأراامل، وفي المرتبة الخامسة الفئات الأخرى.

٤ - جاء في المرتبة الأولى من حيث الحالة الوظيفية للعائدين من الإدمان الذين لا يعملون أو العاطلون عن العمل، وفي المرتبة الثانية الموظف بالقطاع الحكومي، وفي المرتبة الثالثة الموظف بالقطاع الخاص، وفي المرتبة الرابعة الذين يعملون أعمالاً خاصة، وإن كانت الفروق بين العائدين حسب نوع الوظيفة كانت ضعيفة جداً. وفي المرتبة الخامسة الطلبة.

٥ - جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الحالة الاقتصادية لأسرههم، جاء في المرتبة الأولى دخول أسرههم الشهرية اقل من ٣٠٠٠، وفي المرتبة الثانية ممن دخول أسرههم من ٣٠٠٠ إلى اقل من ٦٠٠٠ ريال، وفي المرتبة الثالثة تساوت الفئتان الذين دخولهم من ٦٠٠٠ إلى اقل من ٩٠٠٠، الذين دخولهم من ٩٠٠٠ إلى اقل من ١٢,٠٠٠. وفي المرتبة الرابعة الذين دخولهم ١٢,٠٠٠ فأعلى. مما يعني عدم تأثير المستوى الاقتصادي والدخل المادي بشكل كبير في العود للإدمان.

٦ - جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب نوع السكن، في المرتبة الأولى من يقيمون في مسكن شعبي، وفي المرتبة الثانية من يقيمون في فيلا، وفي المرتبة الثالثة من يقيمون في غرفة جماعية، وفي المرتبة الرابعة من يقيمون في شقة في عمارة، وفي المرتبة الخامسة من يقيمون في خيمة أو صندوق.

٧ - جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مستوى الأحياء التي يقيمون فيها، في المرتبة الأولى من يقيمون في الأحياء المتوسطة،

وجاء في المرتبة الثانية من يقيمون في الأحياء المنخفضة، وجاء في المرتبة الثالثة من يقيمون في الأحياء ذات المستوى العالي.

٨- جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب الجنس، في المرتبة الأولى العائدون من المدمنين الذكور، وجاء في المرتبة الثانية المدمنات الإناث.

٩- جاء ترتيب توزيع العائدين للإدمان حسب مع من يقيمون، في المرتبة الأولى الذين يقيمون مع أسرهم، وجاء في المرتبة الثانية العائدون الذين يقيمون مع زوجاتهم، وجاء في المرتبة الثالثة الذين يقيمون بمفردهم، وفي المرتبة الرابعة مع أقاربهم، وفي المرتبة الخامسة مع أصدقائهم.

٦. ٢. ٢ العوامل المؤثرة في حدوث العود للإدمان لدى المدمنين

توصلت الدراسة إلى أنه قد جاء في المرتبة الأولى عامل عدم التزام المدمن مسبقاً ببرامج الرعاية اللاحقة بما نسبته (٠, ١٠٠٪)، وفي المرتبة الثانية كان عامل عدم انتظام المدمن في خطة علاجية، وعامل تركيبة وسمات العائد الشخصية بما نسبته (٧, ٩١٪). وفي المرتبة الثالثة جاء عامل انتشار البطالة وزيادة أوقات الفراغ بما نسبته (٦, ٨٦٪)، وفي المرتبة الرابعة جاء عامل الارتباط القوي بجماعات الأصدقاء بما نسبته (٤, ٨٣٪)، وفي المرتبة الخامسة جاء عامل خلل في التركيب البيوي للأسرة بما نسبته (٦, ٨٢٪).

وفي المرتبة السادسة جاء عامل ضعف الرقابة من الأسرة بما نسبته (٩, ٧٤٪)، وفي المرتبة السابعة جاء عامل عدم وجود توعية كافية بخطورة الإدمان بما نسبته (٧, ٦٧٪). وجاء في المرتبة الثامنة عامل عدم القدرة

على المصارحة بحاجة المدمن للعلاج بما نسبته (٨, ٦٦٪). وجاء في المرتبة التاسعة عامل تحول الإدمان لمرض نفسي أو عقلي بما نسبته (٤, ٥٨٪).

وجاء في المرتبة العاشرة ثلاثة عوامل بما نسبته (٩, ٤١٪) لكل منها وهي عامل الخوف من الفضيحة والعار، وعامل ضعف الاتزان العقلي، وعامل زيادة درجة الاعتمادية الذاتية. وجاء في المرتبة الحادية عشرة عامل عدم فاعلية المؤسسات العلاجية بما نسبته (٢, ٣٣٪). (الغريب، ٢٠٠٦)

وقد حاولت بعض النظريات التي فسرت ظاهرة التعاطي أن تفسر في الآن نفسه ظاهرة العودة إلى التعاطي أو ما يُسمّى بالانتكاس، ومن أهمّ تلك النظريات:

١- نظرية المواقف الشديدة High Risk Situations

يفسر مارلت Marlatt العود للإدمان بأنّه ناتج عن عوامل: البيئة، الشخص العائد، المؤسسة، وتقوم هذه النظرية على الفرضيات الآتية (الغريب، ٢٠٠٦م، ص ٧٥-٧٦):

١- المواقف الشديدة واستجابة الأفراد لها تعد من أهم العوامل المؤدية للعود أو الانتكاسة.

٢- عدم معرفة المدمن كيفية التعامل مع المواقف البيئية الطبيعية يزيد من احتمالية العود للإدمان.

٣- العود للإدمان ناجم عن مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة.

٢- نظرية الحاجة إلى القوة Need Power Theory

تفسر هذه النظرية العود للإدمان ناجم عن محاولة التعاطي التعويض عن قوته الاجتماعية بقوة مصطنعة (الدخيل، ٢٠٠٥م، ص ٤٦).

٣- نظرية التفاعل بين الشخص والموقف Perso situation interaction

يرى لودونج Ludwing أن ظاهرة الاشتياق والاشتهاء للمادة الإدمانية بها للمدمن من طبيعة نفسية ومعرفية وجسمية وسلوكية وعصبية متعددة الأوجه. (الغريب، ٢٠٠٦م، ص ٧٧).

٦. ٣ أساليب مواجهة الانتكاسة

٦. ٣. ١ كيف نساعد على إيقاف الانتكاس إلى المخدرات؟

يستطيع كل من تعاطى المخدرات أو أدمنها أن يتوقف عن التعاطي وحده أو قد يحتاج إلى برنامج علاجي كامل. وتعتبر الفترة التي تلي العلاج الدوائي وانتهاء أعراض الانسحاب من الإدمان أهم فترة يجب التخطيط لها حتى يصل الناقهون من الإدمان إلى المعافاة الكاملة حماية لهم من شبح الانتكاس والعودة للإدمان.

والإدمان ليس فقط مرضا ولكنه نمط حياة وأولئك الذين قرروا الإقلاع عن الإدمان والعودة إلى الصحة النفسية فإنهم كالمهاجرين من مجتمع إلى مجتمع آخر داخل نفس المدينة والمكان، فالتوقف إذن ليس فقط التوقف عن تعاطي عقار أو مخدر ولكنه تأقلم جديد لحياة جديدة في مجتمع الأمل والاطمئنان بعيدا عن مجتمعهم الماضي.

وكغيرهم من المهاجرين فإنهم يأملون من الله المساعدة ويأملون التقدير من الآخرين. غير أن أولئك الناقهين من الإدمان في بحثهم عن طريق جديد للاطمئنان والحياة المستقرة فإنهم يحتاجون منا إلى شيء أكثر من مجرد التشجيع... إنهم يحتاجون إلى التوجيه واكتساب خبرات جديدة وعلاقات

جديدة تساعدهم في النجاح للهجرة من مجتمع الإدمان المظلم إلى مجتمعهم الجديد الذين ينشدون فيه الاطمئنان والسعادة والأمان. ولكي نستطيع مساعدة ذلك الذي هجر المخدرات وأصبح نظيفا منها يجب أن نعرف ما يعاينه وما يقاسيه وما يدور في ذهنه بعد التوقف عن تعاطيه المخدرات. كما يجب أن يكون مفهوما أنه ما أن يتوقف الشخص عن تعاطي المخدرات فإنه يحتاج لتعلم أشياء جديدة يملأ بها وقت فراغه، وأكثر هذه الأشياء هي تلك التي يمكن أن تسعده وترفه عنه حيث إن كثيرا ممن أفلعوا عن استعمال المخدرات لم تكن هذه المخدرات تعني بالنسبة لهم سوي المتعة والبهجة.

إن المجتمع والسن والقدرات وعوامل أخرى كثيرة تتحكم في سلوكنا وتعلمنا طرق التمتع أيا كانت ترفهية رياضية، غذائية، جنسية، فكرية، أو دينية.

٦. ٣. ٢ تدابير علاجية تقلص من إمكانية الانتكاس

عند الحديث عن علاج الإدمان، لا بد من إدراك أن هذا الأمر ليس سهلا، ويجب أن يتم تحت الإشراف الطبي المباشر، وفي مكان صالح لذلك، كالمصحات النموذجية والقرى الطبية المخصصة لعلاج الإدمان... حيث يتم علاج كل مدمن بالطريقة المناسبة للعقار الذي أدمن عليه، وبما يتناسب مع شخصيته وحجم إدمانه ومداه.

وتتضمن هذه التدابير عادة ما يلي:

- مواجهة آثار الجرعات الزائدة.
- إزالة تسمم الأفراد المدمنين لمخدرات معينة
- مراعاة الحالات الطبية العقلية الطارئة الناجمة عن استعمال المخدرات.

- تعاطي الأدوية المضادة فسيولوجيا للمخدرات والتي تفسد تأثير مشتقات الأفيون وتجعل تعاطيها لا طائل من ورائه.

- مساعدة المدمنين على تحقيق وجود شخص متحرر من المخدرات على أساس العلاج السليم.

١ - خطوط إرشادية لتخطيط العلاج

من المهم قبل الشروع في برامج العلاج أن نضع في الاعتبار بعض القضايا التي تؤثر على تصميمها وتنفيذها، ويمكن أن يؤدي تحديد هذه العوامل إلى برامج أقل تكلفة وأكثر فعالية؛ لتحقيق أفضل استخدام للقوى العاملة والمنشآت القائمة في المجتمع.

٢- الهدف المباشر للعلاج

يتمثل الهدف المباشر للعلاج في الإقلال من المضاعفات الطبية والنفسية المرتبطة بالاستعمال غير المشروع للمخدرات.

٣- العوامل التي تؤثر في محصلة العلاج

- إن جهود المثابرة مطلوبة لحفز المعتمدين على المخدرات على بدء العلاج كما قد يتطلب الأمر حفز أسرة المريض هي أيضاً بهدف التأثير عليه ليشرع في العلاج أو يستمر فيه.

- يعتقد البعض أن إزالة التسمم من المخدرات كافية للشفاء، لكن يتعين حفز المرضى لمواصلة العلاج وإعادة التأهيل.

- على هيئة العلاج أن تبذل كل ما تستطيع لدعم وتعزيز رغبة المريض في أن يظل متحرراً من المخدر، وقبوله بسهولة إذا ارتد للمخدرات وعاد للبرنامج.

- إن اتباع أسلوب الوعظ والإرشاد في إبلاغ الشخص المعتمد على المخدرات كم هو مخجل وضار ولن يحقق الكثير من الفوائد.
- إذا استطاعت هيئة العلاج أن تفهم ما يعنيه استعمال المخدرات بالنسبة إلى الفرد، فإنها ستكون في وضع أفضل لمساعدة المدمنين المزمين في الرجوع لطريقة الحياة الطبيعية.

٤ - ربط العلاج بالتأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي

إن العلاج وحده قدرته محدودة على مساعدة المعتمدين على المخدرات في الوصول لحالة تحرر من المخدرات وأن يعودوا لطريقة حياة مثمرة وأكثر إنجازاً، والعلاج في هذا الإطار، هو خطوة مبكرة في عملية أطول، وينبغي ربط برامج العلاج منذ البداية بتلك التدابير الأوسع نطاقاً والتي تشكل تدابير تأهيلية مع غيرها من التدابير للمساعدة في استعادة الصحة، وإذا وضع هذا الاعتبار في وضع السياسات، فإن البرامج ستكون أكثر نجاحاً.

٥ - طرائق بديلة للحياة

يكمن جانب من برامج التأهيل في تعلم الخبرات النفسية السوية والأفضل والأكثر دواماً من خبرات تعاطي المخدرات. وأحد طرائق تعلم الخبرات النفسية السوية يكون من خلال تعلم خبرات بديلة. وسيختلف هذا من شخص لآخر... فقد يتعلم البعض مهارات سلوكية جديدة، أو ينهمك في الرياضة والأنشطة التي تتم في الخلاء، وقد يجد آخرون متعة في الموسيقى أو الفن... إلخ.

وقد يهتم بعض الشباب بتطوير وعي أكبر بالذات. ويهتم آخرون بتطوير وعي أكبر بالآخرين. وقد يبدي البعض اهتماماً كبيراً بالنواحي الدينية ودروس العلم... وكل ذلك يتم من خلال البرامج التأهيلية المعرفية.

٦ - الجوانب السيكولوجية في العلاج

إن الجوانب الطبية في العلاج لا يجب أن تغني عن الجوانب الأخرى التي يمكن أن تساعد المريض في تعديل إدراكه لذاته، وإدراكه للآخرين ولسلوكه. فعلى سبيل المثال، ينبغي النظر لإزالة التسمم، كمقدمة لهذه الجوانب الأخرى السيكولوجية، فهي التي تساعد في الاستمرار في العلاج؛ حتى يصل لمرحلة التأهيل الاجتماعي الجيد مرة أخرى.

٧ - العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy)

ويتضمن هذا العلاج تصحيح مجموعة المفاهيم الذهنية المتعلقة بالإدمان والتي لها بالغ الأثر في نجاح المدمن في التخلص من أسر الإدمان عن طريق تصحيح قناعاته فيتعلم المدمن من خلاله طرائق واستراتيجيات التعامل مع الاشتياق للمخدر وآليات التغلب عليه.

كما يساعد في تطوير خطة شخصية شاملة للتعامل مع المواضيع التي تشكل خطرًا في المستقبل، ويطبق مهارات حل المشكلات للتغلب على المشاكل النفسية والاجتماعية التي تشكل عائقًا في طريق العلاج ومبررًا قويًا للعودة إلى الإدمان من جديد لغلاق باب العودة عليه.

يساعد العلاج المعرفي أيضًا في تعلم وممارسة مهارات اتخاذ القرار ومهارات رفض المخدر أو الكحول ويوفر صورة واضحة لكيفية تجنب ومنع الانتكاس نحو المخدرات ثانية والتعامل معه إذا حدث.

٨- استراتيجيات زيادة الدافعية للتغير (Motivational Enhancement Approach)

وهذه الاستراتيجيات مهمة للغاية إذ أنها تساعد على زيادة الدافعية الذاتية لدى المدمن لتقبل فكرة العلاج والانخراط والاستمرار فيه وترفع لديه الاقتناع بإمكانية التغيير بل وحمية هذا التغيير وأنه لا استسلام حتى نصل إلى نهاية المطاف.

وتقوم هذه الاستراتيجيات كذلك على ضرورة مراعاة التعاطف مع المريض واحترامه وإقامة علاقة دافئة معه وتقديم الدعم والحماية له والاهتمام به والاستماع إليه وإسداء النصيحة له في الوقت المناسب، وإزالة الحواجز التي تمنعه من الانخراط في العلاج وتقليل الرغبة في التعاطي، وذلك بالمقارنة بين فوائد وتكلفة التغيير وترجيح الكفة لصالح التغير والمساعدة في وضع أهداف واضحة ومعقولة يمكن تحقيقها

٦. ٣. ٣ إجراءات إعادة التأهيل قصد عدم العودة

إن إعادة التأهيل والعلاج وجهان لعملة واحدة، فلا يمكن الاكتفاء بمرحلة العلاج فقط دون الوصول إلى الهدف الأسمى للعلاج، ألا وهو «إعادة التأهيل»؛ لتحويل هذا الفرد المدمن إلى عضو فاعل في المجتمع الذي يعيش فيه؛ لذا يفضل ألا تكون هناك حدود فاصلة في تلك الرحلة العلاجية للفرد المدمن، وإنما هي مراحل شكلية تتداخل مع بعضها البعض.

فتوفير العلاج والتأهيل المتكامل: طبيًا، ونفسيًا، واجتماعيًا، هو الشيء المطلوب بالنسبة للمدمنين ويجب على الدولة - بمقتضى الاتفاقيات الدولية التي هي طرف فيها - أن تهتم بالعلاج وإعادة التأهيل للمدمنين، وإكمال

الطريق إلى نهايته، مبتدئاً بالوقاية، ثم العلاج، ومنتها بعد ذلك بإعادة التأهيل، ومن ثم فأي محاولة للتوصل من ذلك شأنها أن تسيء إلى الدولة في المحافل الدولية بأشكال مختلفة وعلى مستويات مختلفة.

ويلاحظ أن هذه الاتفاقيات الدولية لم تطلب أبداً أن تغير الدولة فلسفتها الأساسية في هذا الصدد فإذا كانت الفلسفة العقابية فليكن ويظل على الدولة أن توفر أسباب العلاج والتأهيل جنباً إلى جنب مع أسباب العقاب.

مراحل إعادة التأهيل (أو الرعاية اللاحقة):

وتنقسم الرعاية اللاحقة إلى قسمين:

- إعادة التأهيل المهني.

- إعادة الاستيعاب الاجتماعي.

١- إعادة التأهيل المهني يقصد بها: العودة بالمدمن الناقه (مرحلة النقاهة) من إدمانه إلى مستوى مقبول في الأداء المهني سواء أكان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتنها قبل الإدمان، أم في إطار مهني جديد، وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل المهني في هذا الصدد ثلاثة عناصر، هي:

- الإرشاد المهني.

- قياس الاستعدادات المهنية.

- التوجيه المهني والتدريب.

ويشير مصطلح الإرشاد المهني إلى مجموعة من الإجراءات تمتد لتحتمل المشورة والمعلومة وتزويد المسترشد بأسلوب لفهم المشكلات التي تواجهه والتغلب عليها بالحلول المناسبة ويدور

هذا في مجال العمل ومشكلاته ثم يأتي الدور بعد ذلك على قياس الاستعدادات المهنية أي درجة احتمال نجاح الفرد في مجال بعينه من مجالات النشاط الاقتصادي، كالتجارة أو الصناعة أو الأعمال المكتسبة، ثم يوجه المدمن الناقه بعد ذلك إلى قياس استعداداته المهنية وذلك للاسترشاد بنتائج هذا القياس في اختيار أنسب الأعمال لهذه الاستعدادات، ومن هنا تبدأ خطوات التوجيه المهني، ويقصد بها مجموعة الإجراءات التي تتخذ استثماراً للمعلومات التي تجمعت لدى المدمن الناقه من خلال الإرشاد ومن خلال قياس استعداداته المهنية فيجري توجيهه إلى الالتحاق بالمهنة التي تناسب وهذه المعلومات ولكي يكتمل التوجيه يحتاج الأمر إلى أن يكون لدى القائمين على توجيه مجموعتين إضافيتين من المعلومات إحداهما تتعلق بالمهنة الشاغرة في سوق العمل والثانية تتعلق بما يسمى بروفيل المهارات اللازمة للاشتغال الكفاء بهذه المهنة ويعتمد توافر هذا البروفيل على ما يسمى بتحليل العمل.

٢- إعادة الاستيعاب الاجتماعي يقصد بها: الخطوة الأخيرة والمكملة لإجراءات الرعاية التي تتناول المدمن الناقه، ولا يشترط بالضرورة أن تأتي زمنياً بعد خطوة إعادة التأهيل المهني، بل يمكن أن تتزامن الخطوتان، ولكن المهم أنه لا يجوز تجاهلها في نسبة كبيرة من الحالات، وخاصة تلك التي تمكن منها الإدمان إلى درجة الاقتران بأشكال ودرجات خطيرة من التدهور الاجتماعي، وفيها يتم إعادة تدريب المدمن الناقه على الانخراط في الأنشطة الاجتماعية بفعالية واقتدار، بحيث يتم استيعاب المجتمع له.

الخاتمة

للمرة الأولى نبدأ في الاشتغال على دراسة ولا نريد أن نختمها، لأننا كنا نحسّ مع كل بحث جديد نطلع عليه أننا نبدأ عملنا حينها، وكَمْ كُنَّا نودّ لو أننا أخذنا وقتنا أطول، لننجح في القيام بمسح دقيق لكل الدراسات التي أنجزت حول أسباب التعاطي وأساليب المواجهة، ولننظمها كلها في عائلات ثم نعالجها معالجة إحصائية دقيقة تسمح باستخلاص أهم السمات النوعية المميزة للبحث في هذا المجال. وظنّي أننا قد عزمنا بيننا وبين أنفسنا على مثل هذا العمل في قابلات الأيام بإذن الله. ولكن ما نقدر أن نتوجّ به رحلتنا الدراسية الحالية من الخلاصات كثير، وكل خلاصة منها هي بمثابة التوصية التي نخرج بها من بحثنا، وهي في الوقت نفسه بمثابة السؤال الذي نطرحه على كل المهتمين بشأن المخدرات وظاهرة التعاطي والإدمان:

١- نعود في النهاية إلى ما ذكرناه في البدايات لنقول بأن الأرقام والدراسات تبوح بأمرين أساسيين لا يناقض أحدهما الآخر في شيء:

أ- أن الجهود المبذولة لمكافحة المخدرات كبيرة على المستويات جميعها.

ب- أن السياسات المعتمدة إلى حدّ الآن لم تنجح في الحدّ من هذا المشكل الذي يورق العالم، ولا يستثني أحدا.

٢- تعدّدت القراءات للأسباب التي تؤدي إلى الوقوع في أسر التعاطي للمخدرات، وصيغت النظريات التي تتجهّد في تفسير هذه الظاهرة التي أضحت مبعث قلقٍ للبشرية في هذه العقود الأخيرة، وجاءت الاكتشافات البيولوجية لتسلّط الضوء على جوانب خفيّة في الدماغ

البشري، لتقول بأن الإدمان عند شريحة من الناس هو بمثابة الاستعداد الطبيعي سببه هشاشة ذاتية أمام المخدر. ولكن في غمرة كل هذه التفسيرات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والبيولوجية وغيرها، يبقى العامل الوحيد الكفيل بأن يُجنب الشريحة الأكبر من المجتمع الوقوع في أسر الإدمان هو إعداد الإنسان حتى يكون قادرا لقول «لا» للمخدر إذا اعترض طريقه بشكل أو بآخر. صحيح أن كثيرين ممن جرّبوا المخدر مرّة أفلتوا من شراكه ولم يقعوا تحت وطأته ونجحوا في أن لا يعودوا إليه، بل صحيح - كما تقول بعض الدراسات - بأن البعض إذا جربه مرة نفر منه، ووجد من نفسه كراهية له. ولكن الصحيح كذلك هو أن بعض الناس إذا جرّبوه مرة وجدوا من أنفسهم تفاعلا سريعا معه، وأحسوا بنوع من التوافق معه، وبذلك يكونون قد فتحوا على أنفسهم رحلة عذاب وشقاء لا يعلم نهايتها إلا الله.

٣- تبدأ رحلة المواجهة بمحاصرة «العرض»، لأنه كلما تقلّصت مساحة العرض، كلما تراجعت مساحة المراودة والإغواء، وهذا دور أجهزة المكافحة، وهي تجتهد في أن تقوم به على أحسن وجه في العالم وفي المملكة. ويدعم ذلك الفعل الرّدعي للقانون. هذان جدارا صدّ مؤسّسيّان مهمان وأساسيّان، ولكنّها غير كافيتين. ومن هنا يأتي دور محاصرة «الطلب»، وأحسن أنواع المحاصرة ما يكون ذاتيا، وهو ما يستدعي أمرين أساسيين:

أ- توازنا في الشخصية، وصحة نفسية تنشأ أسبابها في التّشكّل الأولى التي يتلقاها الطفل في البيت أساسا ثم في المدرسة.

ب - وعياً عميقاً بخطورة المخدر وآثاره السلبية على النفس والبدن والمجتمع والاقتصاد، وترجع مسؤولية زراعة هذا الوعي إلى أكثر من طرف: تبدأ مع الأسرة طبعاً، فالإعلام فالمدرسة. وإذا اقتصرنا على ذكر هذا الثالوث المركزي فإنه لا يعفي بقية الأطراف المساندة والداعمة، وإنما أردنا فقط أن نؤكد على مسألة التوعية في بدايات تشكل الوعي لدى الإنسان، وفي المراحل التي يكون فيها المرء أكثر عرضة للوقوع في شرك المخدرات وهي مراحل الشباب والمراهقة.

٤ - غير أن الوعي بالخطر ليس دائماً كافياً لاجتنابه، وإلا لما رأيت تهوراً في قيادة سيارة، أو مغامرة غير مأمونة العواقب في برّ أو في بحر، فكان لا بدّ من الضّحايا، وكان لا بدّ من التّفكير في العلاج. فإذا أفلتت فرصة الفرد من الوقاية فعلينا أن نتشبّث بفرصة العلاج لتكون الحل الأخير، سواء للوصول إلى تخليص الفرد من تلك الأضرار الصحية المدمرة، أو لإنقاذه من معاناة وآلام مرحلة الانسحاب على حد سواء. وعلاج الإدمان له مراحل متتالية، لا يمكن تجزئته بالاكْتفاء بمرحلة منه دون أخرى، أو تطبيق بعضه دون بعض، لأن ذلك مما يضر به ويضعف من نتائجه، فلا يجوز مثلاً الاكْتفاء بالمرحلة الأولى المتمثلة في تخليص الجسم من السموم الإدمانية دون العلاج النفسي والاجتماعي، لأنه حل مؤقت ولا يجوز الاكْتفاء بهذا وذلك دون إعادة صياغة علاقة التائب من الإدمان بأسرته ومجتمعه، ثم دون تتبع الحالة لمنع النكسات المحتملة التي تمثل خطراً شديداً على مصير العملية العلاجية ككل.

وكما أن العلاج وحدة واحدة، فإنه أيضاً عمل جماعي يبدأ من المدمن ذاته الذي يجب أن تتاح له الفرصة ليسهم إيجابياً في إنجاحه، ويصدق هذا القول حتى ولو كان العلاج بغير إرادته كأن يكون بحكم قضائي أو تحت ضغط الأسرة، بل إن مشاركة الأسرة ذاتها ضرورة في كل مراحل العلاج، ويحتاج الأمر أيضاً إلى علاج مشاكل الأسرة سواء أكانت هذه المشاكل مسببة للإدمان أم ناتجة عنه.

٥- ثم إن العلاج وحده قدرته محدودة على مساعدة المعتمدين على المخدرات في الوصول لحالة تحرر من المخدرات وأن يعودوا بطريقة حياة مثمرة وأكثر إنجازاً، والعلاج في هذا الإطار، هو خطوة مبكرة في عملية أطول، وينبغي ربط برامج العلاج منذ البداية بتلك التدابير الأوسع نطاقاً والتي تشكل تدابير تأهيلية مع غيرها من التدابير للمساعدة في استعادة الصحة، وإذا أخذ هذا الاعتبار في وضع السياسات، فإن البرامج ستكون أكثر نجاحاً، وسيكون الانتصار على الانتكاسة أقرب منالاً.

٦- إن أزمة في مثل خطورة الإدمان على المخدرات وما تستتبعه من هدر للأموال والطاقات والأوقات وتدمير للصحة النفسية والاجتماعية والجسدية حرياً بأن يعتنى بها عبر استراتيجيات مكافحة أكثر عمقا، فلا يكفي معالجة ظاهرة الإدمان بعد الوقوع فيها وقد لا تُجدي تلك المعالجة، بل الأولى هو التحسب لها بأن تُبنى الحصانة في نفوس الأفراد منذ نعومة أظافرهم عبر مناهج تربوية وتوعية عميقة التأثير تعمل على تحصين الطفل عقليا ونفسيا وجسديا واجتماعيا حتى يكون قادرا على أن يتخذ الموقف الواعي والمسؤول أمام كل أنواع المارودات.

٧- كما أنّ مثل هذه الأزيمة تستدعي مقارنة شاملة:

أ- تتعلق بكل أبعاد الإنسان النفسية والجسدية والاجتماعية والعقلية...

ب- تعتنى بكل الشرائح: مدمنين وغير مدمنين...

ج- تهتم في توازن بكل استراتيجيات المكافحة: توعية وعلاج وإنهاء...

د- تتضافر عليها جهود كل الأطراف: من الأسرة إلى المدرسة إلى الوسائل الإعلامية إلى المؤسسات الأمنية والقانونية إلى المؤسسات الصحية إلى الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين...

المراجع

أولاً: المراجع العربية

أبو عمه، عبد الرحمن محمد، (١٩٩٨م) حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات، الرياض: أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

الأصفر، أحمد عبد العزيز، (٢٠٠٤م)، عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

أغا، كمال، (١٩٨٨م)، الخصائص والملامح العامة للمسنات، الكتاب السنوي للكبر وصحة المسنين، الجمعية المصرية لصحة المسنين، القاهرة.

آل عثيمين، مسلم بن إسماعيل وآخرون، (٢٠٠١م)، دليل المدرسة الإيجرائي، الرياض: وزارة التربية والتعليم.

الأمم المتحدة (٢٠٠٣م)، دليل تشاركي إلى برنامج منع تعاطي المخدرات، نيويورك مكتب الأمم المتحدة لمراقبة المخدرات ومنع الجريمة.

الأمم المتحدة (٢٠٠٣م)، نظير إلى نظير، نيويورك: المكتب المعني بالمخدرات والجريمة.

الأمم المتحدة (٢٠٠٤م)، المدارس، التعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات، نيويورك: المكتب المعني بالمخدرات والجريمة.

البريشن، عبد العزيز بن عبد الله (٢٠٠٢م)، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

البريك، يوسف صالح (٢٠٠٦م)، التغيير الاجتماعي الدولي والمخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

الثنيان، أحمد عبد الله، (١٩٩٠م)، الضبط النفسي وعلاقته بالسلوك، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

حبيب، مجدي (١٩٨٨م)، جرائم المخدرات، إدوار غالي، مكتبة غريب الحفار، سعيد محمد، (١٩٩٣م)، المخدرات.. مأساة البيئة المعاصرة، دراسات عالمية مختارة، جامعة قطر.

الحقيل، عبد الله بن حمد (٢٠٠٢م) في آفاق التربية وأفياء التعلم، ط ١، الرياض: دار الشبل.

الحناكي، علي بن سلمان (٢٠٠٦م) الواقع الاجتماعي لأسر الأحداث العائدين إلى الانحراف، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

الحوري، أحمد حمزة (٢٠٠٦م)، تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات، الرياض أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

خزاعلة، عبدالعزيز علي (٢٠٠٢م) دور البحث العلمي في رسم السياسات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات، دور البحث العلمي في الوقاية

من المخدرات، الرياض أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

الداود، ناصر بن عبد العزيز (١٩٩٠م)، دراسات فسيولوجية النمو، الكويت: دار القلم.

الدخيل، عبدالعزيز (٢٠٠٥م)، إدمان الكحول، المشكلات والحلول، الرياض: مؤسسة الملك خالد الخيرية.

الدغشير، عبدالعزيز بن سند (١٤٢٥هـ)، حق الطفل في التنشئة ط ١، الرياض.

الدمرداش، عادل، (١٩٨٢م)، الإدمان مظهره وعلاجه، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.

الريمي، صالح بن أحمد (١٤٢٢هـ) أساليب وقاية الطلاب من الانحراف كما يراها التربويون في المدارس المتوسطة الحكومية بمدينة الرياض، رسالة دكتوراه غير منشورة، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

زهران، حامد عبدالسلام، (١٩٩٠م) علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة، القاهرة، عالم الكتب.

زيدان، عبداللطيف، (١٩٩٠م)، التحقق من التفسير السيكودينامي لسيكولوجية مدمني المخدرات، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، بنها، جمهورية مصر العربية.

سامي، مصلح، (١٩٨٦م)، رحلة في عالم المخدرات، دار البشير، القاهرة.

سبارزون فرانك جي (١٤٢٢هـ)، تعديل سلوك الطلاب، الرياض: دار المعرفة للتنمية البشرية.

سوييف، مصطفى، (١٩٩٦م)، المخدرات والمجتمع.. نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة، يناير/ كانون الثاني.

سوين، ريتشارد، (١٩٨٨م)، علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبدالعزيز، مكتبة الفلاج، الكويت.

السيد، عبد الحليم محمود (١٩٧٢م)، الدوافع والآثار النفسية لتعاطي المسكرات والاعتقاد عليها، المجلة الاجتماعية القومية، العدد ٣ مجلد ٩ سبتمبر ١٩٧٢م، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الشاعر، عبدالرحمن بن إبراهيم (٢٠٠٥م)، دور الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

شمس، محمود زكي (٢٠٠٠م)، أساليب مكافحة المخدرات في الوطن العربي، دمشق.

عبد الرحيم، آمال صلاح، (٢٠٠١م)، المراهقون يتعاطون المخدرات مجارة لأصدقاء السوء، الثقافة الصحية، المجلد السابع، العدد ٧٢.

عبد السلام، فاروق، (١٩٧٧م)، سيكولوجية الإدمان، عالم الكتب، القاهرة.

عبدالله، تيسير، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، المخدرات في القدس العربية ومصادر معلومات طلبة المدارس الثانوية عنها، الرياض. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

عبيد، منصور، (١٤١٧هـ)، مدى فاعلية المؤسسات الإصلاحية، دراسة اجتماعية لتغير اتجاهات النزلاء نحو بعض القيم الاجتماعية والمعايير السلوكية في دور الملاحظة والتوجيه بمدينتي الرياض والدمام، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض: جامعة الملك سعود.

عثمان، سلوى علي (١٩٨٩م)، الإسلام والمخدرات، دراسة سيكولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات، القاهرة: مكتبة وهبه.

عثمان، عبد الفتاح (١٩٩٠م)، خدمة الفرد في المجتمع النامي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عرموش، هاني (١٤١٣هـ)، المخدرات إمبراطورية الشيطان، بيروت، دار النفائس.

العشاوي، السيد متولي، (١٤١٤هـ)، الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان، الجزء الأول، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.

عطيات، عبد الرحمن (٢٠٠١م) دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، دور البحث العلمي في تقليص الآثار السلبية الناجمة عن المخدرات، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

عوني، عدنان حسين، (٢٠٠١م) سلبيات المخدرات ودور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

عيد، محمد فتحي (٢٠٠٣م)، الإنترنت ودوره في انتشار المخدرات، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

غباري، محمد سلامة، (١٩٩١م)، الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه، دراسة ميدانية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.

الغريب، عبدالعزيز بن علي (٢٠٠١م)، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع الغربي، الرياض أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

الغريب، عبدالعزيز بن علي (٢٠٠٨م)، المجتمع والوقاية من المخدرات: دراسة تحليلية لدور الأنساق الاجتماعية في الوقاية من المخدرات، طبع بإشراف الجمعية الوطنية للوقاية من المخدرات - وقاية - ٢٠٠٨م.

الغريب، عبدالعزيز بن علي، القبول الاجتماعي للمدمن المتعافي: دراسة ميدانية لعينة من أفراد المجتمع بمدينة الرياض، العدد (٣٨)، مجلة البحوث الأمنية بكلية الملك فهد الأمنية.

فائق، أحمد، (١٩٨٤م)، مدخل إلى علم النفس، مطبعة كوميت للنشر، القاهرة.

الفاقي، حامد عبدالعزيز (١٩٩٨م)، دراسات في سيكولوجية النمو، ط ٤، الكويت: دار القلم.

فنجل، أونو، (١٩٦٩م)، نظرية التحليل النفسي للعصاب، ترجمة صلاح خمير وعبد مبخائيل، ج ٢، الأنجلو المصرية، القاهرة.

القحطاني، محمد، (٢٠٠١م)، الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة تونس.

كفافي، علاء الدين، (١٩٩٣م) مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب،
التقرير السيكولوجي، جامعة قطر.

محمود، علي عبدالحليم (١٩٩٢م)، تربية الناشئ المسلم ط ١، القاهرة: دار
الوفاء.

مختار، حمزة، (١٩٨٢م)، أسس علم النفس الاجتماعي، جدة، دار البيان.
مرسي، محمد سعيد (١٩٩٨م)، فن تربية الأولاد في الإسلام، القاهرة: دار
التوزيع والنشر الإسلامية.

المغربي، سعد، (١٩٨٤م)، ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية،
دار الراتب الجامعي، بيروت.

المغربي، سعد، (١٩٨٦م)، سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته، الهيئة
المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

المفدى، عمر بن عبد الرحمن، (١٩٩٢م)، علم النفس في المراحل العمرية،
الرياض دار الزهراء.

مونتاجو، أشلي (١٩٩٢م)، ترجمة عبدالله عبد الرحمن صالح، رعاية الطفل
قبل الولادة، ط ١، الأردن: دار النفائس.

النجيمي، محمد بن يحيى (٢٠٠٤م)، المخدرات وأحكامها في الشريعة
الإسلامية، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز
الدراسات والبحوث.

نشراي، عبدالمجيد (١٩٨٥م)، علم النفس التربوي، الأردن: دار الفرقان.
النجيمشي، عبدالعزيز بن محمد (١٤١٥هـ)، المراهقون ط ٣، الرياض: دار
المسلم.

هشام يوسف، غسيل أموال «الخير»، جريدة الرياض الصادرة بتاريخ ٢٨ أوت ٢٠٠٣ م.

وزارة التربية والتعليم، (١٤٢١هـ)، لجنة دراسة الظواهر السلوكية ووضع الإطار العام لرعاية السلوك وتقويمه في المدارس (غير منشورة).

وزارة التربية والتعليم، (١٤٢٢هـ)، دليل المرشد الطلابي في مدارس التعليم العام، الرياض: الإدارة العامة للتوجيه والإرشاد.

اليوسف، عبدالله بن عبدالعزيز (١٤٢٥هـ)، أنماط السلوكيات المنحرفة وسبل مواجهتها لدى الطلاب في مراحل التعليم العام، الرياض: اللقاء الأول لمديري المدارس بالإدارة العامة للتربية والتعليم.

اليوسف، عبدالله، (١٤٢٣هـ)، الأطفال الباعة والمتسولون: دراسة حول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للأطفال الذين يقومون بالبيع والتسول عند إشارات المرور الضوئية في مدينة الرياض، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، الرياض.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Abdulaziz, Saud (1992), Substance: A Base Recidivism In Saudi Arabia, Unpublished Ph.D Dissertation, Usa: University Of Pittsburg.

Adolescence Education Newsletter, Vol. 6, No. 1, Publ: 2003;

Annis, H., N. Turner et Sklar, (1997), Liste Des Occasions De Consommation Des Drogues, Toronto: Centre De Toxicomanie et De Santé Mentale.

Annual Report On The State Of The Drugs Problem In Europe (2007)

Another Way to Learn...: Case Studies, Publ: 2007, Ed.2006/Ws/43.

Arif, A. & Westermeyer, J. (1988). Manual of Drug And Alcohol Abuse: Guidelines For Teaching In Medical And Health Institutions. New York: Plenum Medical Book Company.

Consolidated List of Products Whose Consumption And/ Or Sale Have Been Banned, Withdrawn, Severely Restricted or Not Approved By Governments: Pharmaceuticals; Twelfth Issue, New Data Only, May 2003 - December 2004, Publ: 2005;

Dada, Mehboob, Young People, Drugs And Marginalisation In Asia: Dependence To Independence, Publ: 2002;

Diclementi, C. Et J.O. Prochaska, (1998), Toward A Comprehensive, Transtheoretical Model Of Change. Dans W. Miller et N. Heather, Treating Addictive (2 Edition). New York: Plenum Press.

Drugs: Societies Under The Influence, Publ: 2002;

European Commission, (2009), A Report On Global Illicit Drugs Markets 1998 - 2007, Rand And Trimbos Institute.

Gabriel G. And Nohas H. (1981), Drug Abuse In Modern World, New York Pergomon Press.

- Gerry & Edna, (1982), Heroin Addiction Treatment And Control In Britin. London, New York, Touis Tock Publicun.
- Gerry & Edna, (1982), Heroin Addiction Tratment And Control In Britation. London, New York, Touis Tock Publicalion.
- Gorski, T.T. (1989), Passages Through Recovery, An Action Plan For Preventing Relapse. Center City, Mn: Hazelden.
- Harrison L.D. (1992), The Drug - Crime Nexus In The Usa, Contemporary Drug Problems, Summer 1992
- Harthman D. (1969), A Study Of Drug Taking Adolescents. New York. International University Press.
- Hundleby, J.D., & Mercer, G.W. (1987). Family And Friends As Social Environments And Their Relationship To Young Adolescents' Use Of Alcohol, Tobacco, And Marijuana. Journal Of Marriage And The Family, 49, 151 - 164.
- Marlatt, G.A. Et Dm. Donovan, (2005) Maintenance Strategies In The Treatment Of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. Et G. Gorden, (1985), Relapse Prevention : Maintenance Strategies In Addictive Behavior Change, . New York: Guilford Press.
- Nordegren, Thomas, The A - Z Encyclopedia Of Alcohol And Drug Abuse, Publ: 2002; 695 P.

Martin, B., & Hall, W. (1999). The health effects of cannabis: Key issues of policy relevance. Retrieved August 10, 2009, from

Oedt, (2009), Addiction Neurobiology: Ethical And Social Implications, Monographie De L'OEDT n° 9.

Substance Use Among Young People In Urban Environments, Publ: 2005; 209 P.

The Internet And Drugs: The Risks And Challenges Involved; From Cybercrime To Preventive Education, Publ: 2003, ED.2003/Ws/43.

Unité Inserm 588 «Physiopathologie Des Comportements » ; Bordeaux ; Science ; Vol 305 - N° 5686 ; 13 Aout 2004

United Nations, (2008), World Drug Report 2008, Publ: 2008; 274 P., Illus., Maps.

Waeder H. And Kaplan E. (1969), Drug Use In Adolescents. New York International University Press.

WHO (1988) Adictionary Of Substance Use Terms. Geneva: (Memographed).

World Youth Report, 2003: The Global Situation Of Young People, Publ: 2004; 409 P., Illus.

ثالثاً: المواقع الالكترونية

www.elezayem. أبو العزائم، أحمد جمال، الأسرة والوقاية من الإدمان.
com

عليجات، حمود (٢٠٠٦م) منظور شامل للوقاية من المخدرات: www.
Aljazeera.net

الملاح، نادر: www.vb.arabstage.com

منتدى الشباب: www.traminet.com

قرآن أون لاين (٢٠٠٤م)، خطوات البداية، الاهتمام والعلاج.

نمر، فاطمة محمد (٢٠٠٥م)، دورة المفاتيح العشرة في توجيه سلوك الأبناء:
www.vb.alrmen.net

نداء الإيمان، انحراف الشباب: www.aleman.com

المركز الأوروبي للمخدرات والإدمان: www.emcdda.europa.eu

الجمعية العربية للتربية البديلة (ص ٢ - ٣): www.mmken.org

منظمة الأمم المتحدة، مكتب المخدرات والجريمة: www.unodc.org/un-
odc/index.html

التسميات المختلفة للمخدر (أسماء الشارع):

www.whitehousedrugpolicy.gov/streetnames/default.asp

عبد المتعال، صلاح، (٢٠٠٤م)، الأبعاد الاجتماعية والنفسية والتربوية
لتعاطي المخدرات:

www.aljazeera.net/NR/exeres/2A6CE3B7 4 _ 9427 _ACE _
96DA 7 _EF634BAD681.htm

travaux de Luis Stinus, Martine Cador et Serge Ahmed _
Laboratoire de Neuropsychobiologie des Désadaptations
_ Université de Bordeaux II _ UMR CNRS 5541 _). : :

http://www.inb.u _ bordeaux2.fr/

[www.unodc.org/unodc/en/data_and_analysis/bulletin/
bulletin_1997_1_01_01__page005.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data_and_analysis/bulletin/bulletin_1997_1_01_01__page005.html)