

المحاضرة 05: التصدي الى مشكلة المخدرات

تتنوع جهود المجتمع، ونعني هنا معظم مجتمعات العالم في الوقت الحاضر، بين نوعين من الجهود. النوع الأول يُعرف بجهود مكافحة العرض، وهي تلك الجهود التي تهدف إلى محاربة التهريب، والتصنيع، والزراعة، والاتجار، والتوزيع، والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة. أما النوع الثاني، فيُطلق عليه جهود خفض الطلب، ويشير إلى جميع السياسات والإجراءات التي تهدف إلى تقليل رغبات المستهلكين، أو المتعاطين، في الحصول على هذه المواد المخدرة إلى أدنى حد ممكن. يمكن القول إن هذا التصنيف يعتمد أساسًا على فكرة أن المخدرات تُعتبر سلعة مثل أي سلعة أخرى، حيث تخضع في السوق غير المشروعة لعوامل العرض والطلب. وبالتالي، إذا انخفض الطلب، فمن المحتمل أن تتعرض هذه المواد للكساد. لذلك، يُشدد على أهمية عدم الاكتفاء بمكافحة العرض فقط، بل يجب أن تُبذل جهود أيضًا في مواجهة الطلب.

أولاً. مكافحة العرض:

النموذج الأساسي لجهود مكافحة العرض يعتمد في معظم دول العالم على ثلاث دعائم رئيسية: المكافحة الأمنية والقانون، والمشاركة في الاتفاقات الدولية والإقليمية (وأحياناً الثنائية). دعونا نستعرض بإيجاز كل واحدة من هذه الدعائم الثلاث.

1- المكافحة الأمنية:

يعتمد التخطيط الأساسي لمكافحة المخدرات على مطاردة هذه الآفة وتعقبها داخل البلاد وعلى حدودها. في التجربة المصرية، تُعتبر الإدارة العامة لمكافحة المخدرات هي الجهة الرئيسية المسؤولة عن تنظيم هذه الجهود. وتعمل هذه الإدارة بالتنسيق مع عدة أجهزة حكومية، مثل قوات حرس الحدود (التابعة لوزارة الدفاع) ومصلحة الجمارك من وزارة المالية، بالإضافة إلى الإدارة المركزية للشؤون الصيدلية (من وزارة الصحة) والإدارة العامة للدفاع الاجتماعي (من وزارة الشؤون الاجتماعية). كما تشمل مسؤولياتها التنسيق مع الجهات المعنية بمكافحة المخدرات في هيئة الأمم المتحدة، فضلاً عن منظمة الشرطة الجنائية الدولية (الإنتربول).

وتشتمل الجهود الأمنية التي تقوم بها إدارة المكافحة بالتعاون مع الأجهزة المذكورة على ما يأتي:

دعونا نلقي نظرة على جهود مكافحة المخدرات على المستوى المحلي، حيث يتم التعاون مع إدارات المكافحة في عدة دول لملاحقة الهاربين من الأحكام القضائية في قضايا التهريب، سواء على الصعيد المحلي أو الدولي. تشمل هذه الجهود أيضاً حصر ثروات بعض كبار التجار والمهرين وتقديم النتائج للجهات القضائية المختصة. كما نشارك في دراسة وإعداد مجموعة من الاتفاقيات الدولية، ونشارك في المؤتمرات العالمية المتعلقة بمكافحة المخدرات، وتبادل المعلومات مع الأجهزة الدولية المعنية بالنشاط الإجرامي في هذا المجال.

هذه لمحة عامة عن جهود المكافحة الأمنية للمخدرات، والأجهزة التي تتعاون لتحقيق هذه الأهداف. ومن الملاحظ أن هذا النمط لا يختلف كثيراً من دولة لأخرى، خاصة في الدول التي تتبع منظمات عالمية واتفاقيات دولية. ومن

الجدير بالذكر أن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في مصر، منذ تأسيسها في عام 1929، حرصت على نشر تقرير سنوي يسجل جميع نشاطاتها المحلية والدولية، مع تحليلات لأحكام القضاء في قضايا المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، تتضمن هذه التقارير قوائم بإحصاءات مفصلة عن كميات وأنواع المخدرات المضبوطة، مما يجعلها مكتبة متخصصة رائعة في مجال مكافحة المخدرات.

2- القانون (التشريع)

عندما نتأمل عن كثب في تاريخ مواجهة الدول، بما في ذلك معظم دول العالم، لمشكلة المخدرات، يتضح أن المشرع يبذل قصارى جهده في استخدام القانون كأداة حيوية لإدارة هذه المواجهة. يمكن للباحث الذي يسعى لمزيد من المعلومات في هذا المجال أن يجد دراسات معمقة تتناول قوانين مكافحة المخدرات في العديد من الدول العربية والأوروبية. وقد بدأت التجربة المصرية في استخدام القانون في هذا السياق في وقت مبكر نسبياً، عندما صدر أمر عالٍ في عام 1879 يحظر استيراد وزراعة القنب. ومن ثم، تابعت التشريعات حتى وصلنا إلى أحدثها، وهو القانون رقم 122 لسنة 1989.

تاريخ التجربة الإنجليزية يعود إلى عام 1869، عندما تم إصدار أول قانون ينظم التعامل في الأدوية الطبية. كان هذا القانون بمثابة خطوة أولى لوضع قيود على استخدام الأفيون ومشتقاته، التي كانت تُستخدم من قبل الأطباء في ذلك الوقت. ومن ثم، تابعت التعديلات والإضافات في السنوات 1908 و 1909 و 1912 و 1916، حتى صدر قانون جديد في عام 1986. من المهم أن نلاحظ أن هذه التعديلات المتكررة، سواء في النموذج الإنجليزي أو المصري أو غيرهما، تعكس طبيعة مشكلة المخدرات في أي مجتمع، حيث تتغير باستمرار. فهناك دائماً أنواع جديدة من المواد المخدرة تظهر في السوق غير المشروعة، بالإضافة إلى أساليب التهريب والاتجار والترويج، فضلاً عن المخاطر التي يتعرض لها المواطنون والفئات المستهدفة. لذلك، يجد المشرع نفسه مضطراً لتعديل القوانين القائمة بشكل دوري، في سعي مستمر لمواكبة التطورات في سوق العرض غير المشروع.

3. الاتفاقات الدولية والإقليمية :

تعتبر الاتفاقات الدولية والإقليمية والثنائية، بما تضعه من إجراءات وما تنشئه من أجهزة، هي الآلية الثالثة التي تعتمد عليها الدول الحديثة في مواجهة تحدي مكافحة المخدرات. وقد بدأت فعالية هذه الاتفاقات تتجلى بشكل واضح بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى، مع إنشاء عصبة الأمم. والجوهر الحقيقي لهذه الاتفاقات هو أنها تشكل شبكة من العلاقات القانونية التي تحدد سبل التعاون المتبادل بين الدول الموقعة عليها، مما يعزز قدرتها على مواجهة مشكلة المخدرات. سواء من خلال تحسين كفاءة المكافحة داخل أراضيها عبر تبادل الخبرات والمعلومات، أو من خلال التعاون مع الدول الأخرى لمواجهة هذه المشكلة على المستوى الدولي. وهذا يشمل التعاون في مراقبة الهاربين من المتهمين وتبادل تسليمهم، بالإضافة إلى تبادل المعلومات حول الشبكات الإجرامية ذات النشاط الدولي.

تعتبر الاتفاقيات الدولية من أهم الأدوات في مكافحة المخدرات، وأحدثها هي الاتفاقية الوحيدة للمخدرات التي صدرت في عام 1961، بالإضافة إلى اتفاقية المواد النفسية الدوائية التي صدرت في عام 1971، والاتفاقية الدولية

لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمواد النفسية الدوائية التي صدرت في عام 1988. كما توجد اتفاقيات إقليمية مهمة، مثل اتفاقية التعاون القانوني والقضائي بين دول مجلس التعاون العربي (الأردن، العراق، مصر، واليمن) التي أبرمت في عام 1989، والوثيقة المعروفة باسم الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، التي أصدرتها جامعة الدول العربية في 2 ديسمبر 1986. ومن بين الاتفاقيات الثنائية، نجد البروتوكول الذي وُقّع بين الحكومتين المصرية والأردنية في 26 أكتوبر 1986، والذي يهدف إلى تعزيز التعاون في مكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات. وفيما يلي، سنستعرض بعض الأمثلة من هذه الوثائق لتوضيح أهمية هذه الاتفاقات الدولية والإقليمية كآلية تدعم جهود الدولة في مواجهة مشكلة المخدرات بكفاءة عالية.

فقد وردت العناصر الآتية في الاتفاقية الوحيدة لسنة ١٩٦١:

- أ- التحريم الدولي لإنتاج الأفيون والكوكايين والقنب لغير الأغراض الطبية والعلمية.
- ب- إنشاء هيئة الرقابة الدولية على المخدرات، وهي تابعة للأمم المتحدة.
- ج- وضع تنظيم شامل للتجارة الدولية للمخدرات، يهدف إلى السيطرة على الحركة المشروعة للمواد المخدرة وعدم تسربها إلى السوق غير المشروعة.

-ومن العناصر التي وردت في اتفاقية المواد النفسية الدوائية لسنة ١٩٧١ ما يأتي:

تقوم كل دولة بإرسال تقارير إحصائية سنوية إلى هيئة الصحة العالمية تتعلق بالكميات التي تم تصنيعها، تصديرها، واستيرادها من كل مادة مدرجة في الجدولين الأول والثاني المرفقين بهذه الاتفاقية. كما تشمل التقارير معلومات عن المخزون المتوفر في المصانع. بالإضافة إلى ذلك، يتم الإبلاغ عن الكمية المصنعة من أي مادة مدرجة في الجدولين الثالث والرابع، وكذلك الكميات المستخدمة من هذه المواد في إنتاج المستحضرات التي تُستثنى من أحكام الرقابة... إلخ.

في اتفاقية مكافحة الاتجار غير المشروع التي وُقّعت عام 1988، ينص البند الثاني من المادة السادسة المتعلقة بتسليم المجرمين على ما يلي: تُعتبر كل جريمة من الجرائم التي تشملها هذه المادة جريمة يمكن تسليم المجرمين بشأنها في أي معاهدة سارية لتسليم المجرمين بين الأطراف. وتلتزم الأطراف بإدراج هذه الجرائم ضمن قائمة الجرائم التي يمكن تسليم المجرمين بشأنها في أي اتفاقية تسليم تعقد فيما بينها. هناك العديد من الأمثلة المشابهة لهذه النماذج في الاتفاقات الدولية المذكورة، وكلها تؤكد على دورها الأساسي في تعزيز التعاون الدولي لمواجهة تحديات المخدرات. وما نراه في الاتفاقات الدولية نجد له نظائر (وأحياناً تكاملات) في الاتفاقات الإقليمية والثنائية (لجنة المستشارين العلميين).

ثانياً: خفض الطلب على المواد النفسية غير المشروعة:

- معنى مفهوم الطلب:

يُميز أهل الاختصاص بين جانبين رئيسيين لهذا المفهوم، وهما طبيعة الطلب ووظيفة الطلب. من الضروري أن تبقى هذه التفرقة واضحة في الأذهان لضمان أن تحقق سياسات خفض الطلب أفضل النتائج الممكنة.

عندما نتحدث عن طبيعة الطلب، فإننا نشير إلى كل ما يتعلق بأنماط التعاطي في مجتمع معين. ومن أبرز العناصر التي يجب أخذها بعين الاعتبار ما يلي:

- نوع المخدر.
- تكرار التعاطي (بمعنى كم مرة يتعاطى الشخص هذا المخدر في الشهر أو الأسبوع أو حتى في اليوم إذا لزم الأمر).
- الجرعة (أي الكمية التي يتناولها الشخص من هذا المخدر في كل مرة).
- أسلوب التعاطي (مثل التدخين، أو البلع، أو الاستحلاب، أو الحقن، أو الاستنشاق... إلخ).
- المدة (أي عدد الشهور أو السنوات التي مرت منذ أن بدأ الشخص في تعاطي هذا المخدر الذي لا يزال يستخدمه).
- الأفراد أو التجميع، أي هل يتعاطى الشخص هذا المخدر فقط أم أنه يتناول مخدرات أخرى أيضاً، وهل يجمع بينها في نفس الوقت، أم أنه مر بتجارب تعاطيها في فترات مختلفة من تاريخه الإدماني.

- المقصود بوظيفة الطلب

وظيفة الطلب تشير إلى الأسباب والدوافع التي تجعل شخصاً ما يسعى للحصول على المخدرات ويستخدمها. قد يكون الدافع هو القلق الشديد الذي يشعر به الشخص قبل مواجهة موقف اجتماعي معين، فيكون الهدف من التعاطي هو التغلب على هذا القلق بفضل التأثير المهدئ للمخدر. أحياناً، يكون الدافع هو الشعور بالآلام جسدية معينة، والهدف هو تخفيف هذه الآلام حتى لو كان ذلك لفترة قصيرة، كما كان يحدث في العديد من حالات تعاطي الأفيون في مصر حتى وقت قريب. وفي بعض الأحيان، قد يكون الدافع مجرد الشعور بالملل أو الضيق، وبالتالي يكون الهدف من التعاطي هو الترفيه عن النفس... وهكذا.

تباين الدوافع والأغراض بشكل كبير، وقد تختلف حتى بالنسبة لنفس المخدر من شخص لآخر. كما يمكن أن تتغير هذه الدوافع لدى الشخص نفسه من مخدر لآخر، أو من فترة زمنية إلى أخرى في مسيرته مع الإدمان. وللأسف، لا يمكننا فهم هذه الأمور إلا من خلال البحث الإكلينيكي والدراسات الميدانية الدقيقة. ومن المهم أن نلاحظ أنه لا يمكننا تنفيذ برامج فعالة لخفض الطلب دون أن نكون على دراية مسبقة بأنواع الطلب والوظائف السائدة في المجتمع الذي نعمل على تصميم هذه البرامج له.

ينطوي النموذج الأساسي لموضوع خفض الطلب على ثلاث مكونات رئيسية هي الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والاستيعاب.

1. الوقاية:

منذ زمن بعيد، أدركت المجتمعات الإنسانية أن اتخاذ إجراءات وقائية يعد خطوة حيوية في مواجهة العديد من المشكلات الاجتماعية والاضطرابات النفسية والجسدية. وهذا الأمر تجلى في العديد من الحكم الشعبية التي توصي بتقديم العناية بالوقاية على العناية بالعلاج.

ويعتبر مجال التعاطي والإدمان من أكثر المجالات التي يمكن أن تستفيد من هذا التوجه، حيث أنه من الأفضل للدولة وللمواطنين أن يبادروا باتخاذ إجراءات وقائية في هذا المجال بكل ما يستطيعون من جهد وموارد، بدلاً من الانتظار حتى تظهر مشكلات التعاطي والإدمان في مجتمعاتهم ليبدأوا بعد ذلك في خطوات العلاج.

المقصود بمصطلح الوقاية هو أي فعل نخطط له مسبقاً، بهدف تجنب ظهور مشكلة معينة أو مضاعفات لمشكلة كانت موجودة بالفعل. الهدف هنا هو تقليل تأثير المشكلة أو مضاعفاتها، أو حتى منعها تماماً.

تتفق منشورات منظمة الصحة العالمية وهيئة الأمم المتحدة على تقسيم إجراءات الوقاية إلى ثلاثة مستويات: المستوى الأول، المعروف بالوقاية الأولية، ثم المستوى الثاني، وأخيراً المستوى الثالث. هذه التفرقة تعتبر منطقية ومفيدة من الناحية العملية، وقد اعتمدها معظم الكتاب المهتمين بهذا الموضوع، وستبناها نحن أيضاً في هذه المحاضرة.

1.1. الوقاية الأولية:

الوقاية الأولية تعني كل الإجراءات التي تهدف إلى منع التعاطي من الأساس. وهذا يشمل جميع أنواع التوعية التي تتبع هذا الاتجاه، بالإضافة إلى الإجراءات التي تتخذها الدولة (تحت مسمى مكافحة العرض)، سواء كانت أمنية أو تشريعية، طالما أن الهدف النهائي هو منع توفر المخدرات وبالتالي منع التعاطي. ويطرح موضوع الوقاية الأولية ثلاث قضايا مهمة يجب معالجتها بشكل مناسب لضمان أن تكون الإجراءات الوقائية التي نتخذها فعالة وتحقق النتائج المرجوة. وهذه القضايا هي: (أ) من يجب أن نوجه جهودنا الوقائية إليه؟ و (ب) كيف؟ أو ما هو الأسلوب الأمثل لتحقيق ذلك؟

(أ) إلى من نوجه جهود الوقاية الأولية؟:

دعونا نفترض أننا نخطط لحملة توعية ضد تعاطي المخدرات. إلى من يجب أن نتوجه بخطابنا؟ سواء كنا سنستخدم المحاضرات، المنشورات المطبوعة، أو الأفلام الموجهة... هذا سؤال مهم لعدة أسباب. أولاً، الخطاب الذي يمكن أن يقنع أو يجذب الشباب يختلف تماماً عن ذلك الذي يحتاجه لإقناع أو جذب البالغين. وما يصلح للتحدث مع الشباب الذكور قد لا يكون مناسباً للتحدث مع الشابات، كما أن ما يناسب المتعلمين قد لا يكون فعالاً مع الأشخاص ذوي التعليم المحدود أو الأميين.

دعونا نعود إلى السؤال نفسه لنجيب عليه: إلى من يجب أن نوجه جهود الوقاية الأولية؟ والإجابة هي: يجب أن نركز هذه الجهود على أكثر الجماعات الاجتماعية عرضة لاحتمالات التعاطي، أو ما يُعرف بالجماعات الهشة أو المستهدفة.

وهذه الإجابة تثير سؤالاً جديداً: كيف يمكننا تحديد هذه الجماعات الهشة؟ والإجابة تكمن في البحث العلمي الميداني. لذا، من الضروري أن يكون لديك بعض الأبحاث الميدانية التي تكشف عن مدى انتشار التعاطي والإدمان وأنماطه السائدة في المجتمع. بناءً على نتائج هذه الأبحاث، يمكن وضع خطط فعالة للوقاية.

ليس هناك ما يدعو للاعتقاد بأن وجود بحوث علمية ميدانية تتناول الظاهرة كما تظهر في المجتمع هو شرط معجز أو صعب المنال. فالبحث العلمي يمكن أن يتم على مستويات مختلفة من الشمول والتفصيل، ولا توجد علاقة وثيقة جداً بين الشمول والتفصيل من جهة، والدقة وصدق النتائج من جهة أخرى. قد يكون البحث واسع الشمول ودقيق التفاصيل، ومع ذلك قد يكون غير دقيق لدرجة تجعله بلا فائدة. والعكس صحيح أيضاً. لذا، من الحكمة في العديد من البلدان النامية، حيث تندر البحوث الميدانية في هذا المجال، أن نبدأ بتشجيع البحوث العلمية التي تتناول هذه الظاهرة. ولا مانع من أن نبدأ بأبحاث محدودة الشمول وقليلة التفصيل، بشرط أن يركز الباحثون على ضمان أعلى مستوى من الدقة المنهجية حتى يمكن الاستفادة منها عملياً. وقد أُجريت بالفعل أبحاث متعددة حول تحديد الجماعات الهشة في مجتمعات مختلفة.

تعتبر العوامل التالية من أبرز الأمور التي يمكن من خلالها تحديد ما إذا كان شخص ما ينتمي إلى الجماعات الهشة أم لا:

- وجود تاريخ عائلي يتعلق بالتعاطي أو الإدمان.
- انهيار الأسرة، سواء كان نتيجة الطلاق أو الهجر بين الأبوين، أو حدوث خلافات شديدة تستمر لفترة طويلة.
- عدم الانضباط داخل الأسرة.
- ضعف الوازع الديني أو القيمي بشكل عام، بالإضافة إلى صحبة أقران يتعاطون أو يدمنون.
- تدخين السجائر قبل بلوغ سن الثانية عشرة.
- الظروف الصعبة في بيئة العمل.
- سجل غير جيد في العمل أو الدراسة.
- ومن الممكن أن تُضاف عوامل أخرى أو تُحذف بعض العوامل بناءً على أبحاث ميدانية تُجرى في بعض المجتمعات العربية أو غيرها من المجتمعات حول العالم.

في نهاية المطاف، يجب أن نؤكد أن من الضروري توجيه برامج الوقاية الأولية نحو الفئات الأكثر هشاشة، تلك التي تعاني من ظروف حياتية تجعلها عرضة لبعض العوامل التي قد تزيد من احتمالية تجربة التعاطي. لذا، لا ينبغي استخدام وسائل الإعلام التي تستهدف الجمهور العام، مثل الراديو والتلفزيون، لهذا الغرض، لأن ذلك قد يؤدي إلى نشر المشكلة بدلاً من الوقاية منها. للأسف، هذا ما يحدث في كثير من الأحيان، وقد يكون السبب وراء ذلك هو الرغبة في اتخاذ الطريق الأسهل والشعور بالرضا عن النفس لأننا قمنا بما يمكننا. لكن هذه أخطاء يجب تجنبها، وإذا حدثت بالفعل، فلا ينبغي الاستمرار فيها. من المهم أن نلاحظ أن التخفيف من الشعور بالذنب لا يجب أن يتعارض مع ما توصي به نتائج الأبحاث الميدانية المتراكمة لدينا، بالإضافة إلى ما يمكن أن نستفيد منه من خبرات المتخصصين.

ما العمل إذن؟ كيف يمكننا توجيه جهود التوعية ضمن برامج الوقاية الأولية؟

الجواب يكمن في تنفيذ هذه الجهود داخل مجموعات محددة، يتم اختيارها بناءً على عوامل المشاشة التي ذكرناها، بالإضافة إلى أي معلومات جديدة قد تظهر من خلال الأبحاث الميدانية المحلية. وفي هذا السياق، يمكن الاستفادة من الدوائر الإذاعية أو التلفزيونية المغلقة، مثل تلك الموجودة في المدارس والجامعات، ومعسكرات الشباب، والمصانع، وثكنات الجنود، وغيرها.

لا يمكننا الحديث عن جهود الوقاية الأولية دون أن نتساءل: إلى من نوجه هذه الجهود؟ من هم هؤلاء الأفراد الهشون الذين نتحدث إليهم؟ في الوقت الحالي، نلاحظ أن معظم النقاشات التي تُطرح في الإذاعة أو التلفزيون أو المنتديات تتناول المخدرات بشكل عام، حيث يتحدث المتحدثون عنها بأسلوب سلمي، ثم ينتقلون للحديث عن المخاطر المرتبطة بتعاطيها. المشكلة الرئيسية التي يثيرها المتخصصون هي أن هؤلاء المتحدثين غالبًا ما يفتقرون إلى المعلومات الدقيقة حول هذا الموضوع، ويبدو أنهم يعتقدون أن أي انتقاد للمخدرات يُعتبر مفيدًا. بل إنهم لا يدركون وجود معلومات علمية دقيقة حول هذا الأمر، وهو أمر مؤسف ويجب أن يتغير.

دعونا نتحدث عن الحد الأدنى من النقاط والمعلومات التي يجب أن تتضمنها أحاديث التوعية إذا كنا نريدها أن تكون فعالاً مفيدة. الحديث عن المخدرات بشكل عام هو أمر محكوم عليه بالفشل، لأن هذه المواد التي يسعى الناس لتعاطيها، والتي تؤدي إلى أشكال مختلفة من الاعتماد، أصبحت متنوعة جداً ولها تأثيرات فارماكولوجية ونفسية مختلفة. وبالتالي، تتعدد الأغراض التي يسعى المتعاطي لتحقيقها من خلال استخدامها. لهذا السبب، يصبح من المستحيل على أي متحدث تناول هذا الموضوع بشكل شامل دون الوقوع في فخ التبسيط المفرط أو التعميم المبالغ فيه. لذا، الحل الأفضل هو أن يركز المتحدث على نوع واحد من المخدرات، مثل الهيروين، أو إذا أراد توسيع نطاق الحديث، يمكنه تناول فئة معينة مثل مشتقات الأفيون، إذا كان يرغب في أن يكون حديثه ذا فائدة حقيقية.

الآن، هناك العديد من الأبحاث الأجنبية والعربية (الميدانية) التي تكشف بدقة مقبولة عن الأسباب التي تدفع البعض للتعاطي، والأسباب التي تجعل آخرين يمتنعون، بالإضافة إلى العوامل التي تؤدي إلى توقف البعض عن التعاطي بعد أن بدأوا خطواتهم الأولى في هذا الطريق. عند النظر في هذه المعلومات، نجد أن بعضها عام إلى حد كبير، وينطبق على جميع المتعاطين والممتنعين والمتوقفين. بينما يختلف البعض الآخر حسب الفئات الاجتماعية أو المهنية أو العمرية. تعتبر هذه المعلومات ذات قيمة كبيرة، حيث يمكن أن تكون مرجعاً لمصممي برامج الوقاية الأولية (من خلال التوعية) للاستفادة من البيانات التي تكشف عن ما يحفز بعض الأفراد في هذه الفئات على التعاطي، وما يدفع آخرين للامتناع أو التوقف. وبناءً على هذه البيانات، يمكنهم تحديد مضمون خطابهم، مما يجعل هذا المحتوى مستنداً إلى الحقائق النفسية لأبناء الفئة المستهدفة، مما يضمن فعالية عالية لهذا الخطاب. إذا نظرنا إلى البيانات التي يقدمها الباحثون في الدراسات المذكورة، نجد أنهم غالبًا ما يضيفون أوزاناً أو ترجيحات مختلفة تكشف عنها أبحاثهم أيضاً. وهذا يعني أن مصممي برامج التوعية لديهم فرصة لمقارنة البيانات المتاحة لهم

بناءً على وزن كل منها، أي مدى قدرتها على التأثير في النفوس في اتجاه معين. وبالتالي، يمكنهم اختيار ما يناسبهم بناءً على هذه الأوزان، مما يمنحهم ثقة أكبر في قيمة اختياراتهم.

من الضروري أن يكون لدى واضعي برامج التوعية والمشرفين عليها معلومات دقيقة وحديثة عن المخدرات (أو نوع المخدرات) التي يتحدثون عنها، سواء كان ذلك من خلال الكلام أو وسائل أخرى مثل الأفلام. للأسف، شهدت السنوات العشر الأخيرة انتشار كتابات في الصحافة وأحاديث في وسائل الإعلام المسموعة والمرئية التي تفتقر إلى الدقة والحداثة، وتقترب أكثر من المعرفة المبينة على الشائعات. وهذا يؤدي إلى أن الأخطاء أو التناقضات أو المبالغات أو الآراء التي لم تعد صالحة للتصديق، تلتقطها بعض الفئات المستهدفة. ومع مرور الوقت، تنتشر هذه الأمور بين الجمهور المستهدف، مما يخلق جواً من الشك في قيمة الخطاب، والذي قد يتحول سريعاً إلى رفض وتكذيب. وهذا يمكن أن تكون له عواقب وخيمة على فعالية حملة التوعية.

خلاصة ما تحدثنا عنه في هذا الجزء حول الوقاية الأولية هو أنها تهدف إلى منع التعاطي قبل أن يحدث. والسؤال المهم الذي يطرح نفسه هنا هو: إلى من يجب أن نتوجه بهذه الإجراءات؟ والإجابة هي أن التركيز يجب أن يكون على الجماعات الهشة. هذه الجماعات تتكون من أفراد يكونون أكثر عرضة من غيرهم في المجتمع للتورط في التعاطي، وربما حتى الإدمان.

لقد أوضحنا أن هذه الهشاشة تُعرف بناءً على بحوث علمية ميدانية، وأن كمية الأبحاث المنشورة حول هذا الموضوع حتى الآن تكشف عن مجموعة من العوامل التي تساهم في هذه الهشاشة، مما يجعلها موثوقة إلى حد ما. ومع ذلك، لا يمكننا الاستغناء عن الحاجة لإجراء المزيد من الأبحاث الميدانية المحلية، لأن بعض هذه العوامل مرتبطة بظروف المجتمع الذي تظهر فيه. وأخيراً، ناقشنا مضمون الرسالة التي يجب أن يحملها خطاب التوعية للجمهور، وأكدنا على ضرورة توافر ثلاثة عناصر لضمان فعالية الرسالة. العنصر الأول هو التركيز في كل رسالة على مخدر واحد أو نوع واحد من المخدرات. العنصر الثاني هو الاعتماد على المعلومات التي تكشف عنها بحوث ميدانية واقعية حول العوامل الحقيقية التي تجعل بعض الأشخاص يتعاطون المخدرات، بينما يمتنع آخرون، أو يتوقف البعض بعد أن كانوا قد بدأوا. هذه المعلومات هي التي يجب أن نستخدمها בזكاء لإبعاد الأفراد من الفئات الهشة عن التعاطي، وليس مجرد الكلام والنصائح المثالية التي تفتقر إلى الأسس النفسية. العنصر الثالث هو ضرورة أن تكون برامج التوعية ومنفذوها على دراية حقيقية بأحدث المعلومات في الموضوعات التي يتعاملون معها. وهنا ينتهي حديثنا الذي يجيب عن السؤال الأول الذي يثيره موضوع الوقاية الأولية، وهو: إلى من نوجه جهودنا؟

(ب) كيف نوجه جهود التوعية؟ ما الأسلوب الأمثل؟

سواء كانت مادة التوعية عبارة عن أحاديث ومناقشات أو أفلام، فإن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هو سؤال مهم للغاية. فالإجابة عليه تلعب دوراً كبيراً في تحديد النتائج التي يمكن أن نصل إليها.

وفيما يلي بعض المبادئ التي يمكن الاسترشاد بها في هذا الشأن:

- الالتزام بالأسلوب التربوي المتكامل بدلا من أسلوب التلقين:

الفرق الأساسي هنا هو أن أسلوب التلقين يعتمد بشكل كبير على تقديم المعلومات كحقائق مطلقة، وهذا ليس دقيقاً في سياق التوعية الذي نتحدث عنه، لأننا لسنا في درس عن الفارماكولوجيا. الحقيقة أننا نتناول مخدراً ما من منظور سلوكي، أي كيف يؤثر على تشكيل السلوك. لذا، من المهم أن نقدمه في سياق قيمى شامل. تماماً كما نقدم لأي جيل جديد أي سلوك، يجب أن نعرضه في السياق القيمى المناسب، مع الحرص على عدم الزيادة أو النقصان. وكلما نجحنا في ذلك، زادت فرص نجاحنا في مهمتنا. لنأخذ مثلاً: لنفترض أننا نتحدث عن كيفية التواصل مع الآخرين كجزء من السلوك، ونعالج هذا الموضوع مع مجموعة من الشباب.

-الالتزام بالحقيقة دون مبالغة :

يلاحظ أن العديد من المتحدثين، وغالباً ما يكون ذلك نتيجة لحالتهم الانفعالية أثناء الحديث، يميلون إلى المبالغة في وصف الآثار المباشرة وغير المباشرة (النفسية والعضوية) للمخدرات. المشكلة هنا تكمن في أن المتحدث، عندما يتحدث عن مشاعر النشوة التي يشعر بها المتعاطي بعد استخدام المخدر، قد يجد نفسه، دون قصد، وكأنه يشجع بعض المستمعين على تجربة هذه النشوة. وعندما يصف بعض الآثار الأخرى للمخدر، مثل الهلاوس البصرية المرتبطة بتعاطي الـ LSD والمسكالين والحشيش أحياناً، أو الهلاوس السمعية التي قد تحدث مع بعض المنشطات، قد يبالغ في الحديث عن هذه التجارب أو عن تشويه إدراك الزمان والمكان الذي يصاحب تعاطي الحشيش. وهذا قد يجعله، دون أن يقصد، يغري بعض الشباب الصغار، الذين قد يكون لديهم بالفعل ميل لتجربة هذه المواد النفسية المثيرة. وإذا أضفنا إلى ذلك أن أسلوب المبالغة بشكل عام قد يفقد مصداقيته لأسباب متعددة، فمن الواضح أن من يقدم برنامج التوعية يجب أن يتجنب المبالغة قدر الإمكان، وأن يركز على تقديم الحقائق بشكل معتدل، دون مبالغة أو تهوين.

- تجنب الخوض في التفاصيل الدقيقة:

يميل بعض المتحدثين إلى الخوض في التفاصيل الدقيقة عندما يتحدثون عن سلوكيات المتعاطين والمدمنين، ويعتقدون أن هذا النوع من التفصيل هو الطريقة المثلى للانتقال بعد ذلك إلى نقد هذه السلوكيات بشكل صارم. لكن المشكلة هنا تكمن في أن الوصف المفرط لأي فعل يمكن أن يجعل هذا الفعل يبدو أكثر واقعية للمتلقى، مما يسهل عليه تقليده إذا أراد. وإذا أخذنا في الاعتبار أن بعض الشباب الصغار قد ينجذبون إلى تصرفات زملائهم المنحرفين دون أن يقوموا بتجربتها بأنفسهم، وأنهم قد يظنون معجبين ببعض سلوكيات هؤلاء المنحرفين، مع التفكير في إمكانية تجربة هذا الانحراف إذا سنحت لهم الفرصة، فإننا عندما نبالغ في وصف سلوكيات التعاطي أثناء حديثنا مع شباب الجماعات الهشة، قد نكون في الواقع نضغط عليهم ليشعروا بأنهم ملزمون بتقليد هذه النماذج السلوكية المنحرفة.

وهذا قد يؤدي إلى نتائج عكسية تمامًا، حيث بدلاً من أن نمنع التعاطي، قد نثير دوافع جديدة تزيد من انتشاره. لذا، من الضروري أن نتجنب تمامًا الخوض في تفاصيل أي طريقة من طرق التعاطي لأي مخدر.

- موضوع المخدرات كجزء من كل:

تعتبر من أفضل الطرق للتوعية وأكثرها فعالية وأماناً أن يتناول المتحدث الموضوع كجزء من كل. على سبيل المثال، سيكون من الجيد أن يقدم المتحدث حديثه عن تعاطي المخدرات في سياق أوسع، مثل الحديث عن أهمية النشاطات الرياضية، أو اللياقة البدنية، أو التغذية الصحية. خلال حديثه عن أهمية النشاطات الرياضية، يمكنه الإشارة إلى المنشطات التي يستخدمها بعض الرياضيين، مما يمهّد الطريق لحديث علمي مبسط ومركز حول الآثار السلبية التي تتركها هذه المواد على الصحة البدنية والنفسية، وهو ما يتعارض تمامًا مع هدفنا الرئيسي من ممارسة الرياضة. وينطبق نفس الشيء إذا كان السياق الأوسع هو موضوع اللياقة البدنية أو التغذية الصحية، حيث يتطلب الأمر من المتحدث أن يركز على المعلومات الأكثر أهمية المتعلقة بالمخدرات، وأن يقتصر حديثه على مجموعة محدودة من المعلومات التي تتناسب مع موضوع الرياضة أو اللياقة أو التغذية.

لا ينبغي للباحث أن يعتقد أن هذه الفئة من المتعاطين صغيرة لدرجة تجعلنا نتجاهلها، فهذا اعتقاد خاطئ تمامًا. جميع دراساتنا الميدانية تشير إلى أن النسبة التي نتحدث عنها هنا لا يمكن تجاهلها عند وضع تدابير الوقاية الأولية. فهي دائماً تمثل النسبة الأكبر بين متعاطي ومدمني المواد الدوائية، وخاصة المهدئات، والتي تشمل المسكنات والملطفات الصغيرة والمنومات والمنشطات.

2.1. الوقاية من الدرجة الثانية:

الوقاية من الدرجة الثانية تعني التدخل العلاجي المبكر، حيث نعمل على وقف الشخص عن التعاطي قبل أن يصل إلى مرحلة الإدمان وما يترتب عليها من مضاعفات. بمعنى آخر، هذا النوع من الإجراءات الوقائية يعتمد على الاعتراف بأن الشخص قد بدأ بالفعل في التعاطي، لكنه لا يزال في المراحل الأولى، لذا نسعى جاهدين لإيقافه عن الاستمرار في ذلك.

- إجراءات الوقاية الثانوية؟

المشكلة الأولى في إجراءات الوقاية الثانوية تكمن في كيفية اكتشاف حالات التعاطي المبكر والتعامل معها، بحيث تصبح هدفًا لإجراءات معينة تهدف إلى مساعدتها على التراجع عن التعاطي في الوقت المناسب. وفي هذا السياق، هناك نوعان من الإجراءات.

يمكن استخدام النوع الأول منها على المستوى الفردي، وخاصة في العيادات التي تركز على الكشف الطبي عن الشباب، مثل عيادات الصحة المدرسية. هذه العيادات تستقبل تلاميذ المدارس الحكومية الذين يشتكون من مختلف الأمراض. في هذه الأماكن، يمكن للأطباء إضافة بعض الأسئلة (لا تتجاوز خمسة أو ستة) إلى الأسئلة التي يطرحونها

عادةً خلال الفحص الإكلينيكي. ومن خلال هذه الأسئلة، يمكنهم اكتشاف ما إذا كان هذا التلميذ أو ذاك قد تعاطى أي نوع من المخدرات.

تتميز هذه الأسئلة الإضافية بأنها غير مباشرة، لكنها غالبًا ما تكشف عن موقف الطالب الحقيقي تجاه المخدرات. تعتمد صياغة هذه الأسئلة على مجموعة من الأبحاث الميدانية المنهجية، فهي ليست مجرد أسئلة عشوائية، بل تم تطويرها بناءً على قنوات البحث العلمي التي تجمع بين الموضوعية والدقة. لنأخذ مثالاً على ذلك:

تظهر العديد من الأبحاث الميدانية وجود علاقة قوية بين بدء تدخين السجائر في سن مبكرة (قبل بلوغ 12 عامًا) وزيادة احتمالية التعاطي. هذه الحقيقة، التي تم التأكيد عليها في العديد من الدراسات، تتيح لنا أن نتوقع أن أي شاب نعرف أنه بدأ التدخين مبكرًا، لديه احتمال كبير أن يكون قد جرب التعاطي بالفعل. هذا التوقع يعتمد على ما يُعرف في علم الإحصاء بالمعادلات الانحدارية للتنبؤ، وهي ليست مسألة تتعلق بالتدخين والتعاطي فقط، بل هي مسألة عامة تنطبق في أي حالة يمكن فيها إثبات وجود ارتباط قوي بين ظاهرتين. في هذه الحالة، يمكننا أن نتوقع (بدرجة عالية من الاحتمال) وجود الظاهرة "ب" إذا كانت الظاهرة "أ" موجودة. بالإضافة إلى الارتباط بين التدخين المبكر والتعاطي، هناك العديد من الارتباطات الأخرى التي كشفت عنها الأبحاث الميدانية. على سبيل المثال، هناك ارتباطات بين وجود أقارب يتعاطون وزيادة احتمالية تعاطي الشخص، وكذلك بين وجود أصدقاء يتعاطون واحتمالات تعاطي الشخص، وأيضًا بين عيش الطالب بعيدًا عن أسرته واحتمالات تعاطيه... إلخ.

تعتبر هذه الارتباطات (وما يشبهها) مصدرًا مهمًا من المعلومات التي كشفت عنها الأبحاث الميدانية، ويمكن استغلالها بشكل محدود لصياغة مجموعة من الأسئلة التي يمكن للطبيب استخدامها أثناء فحصه للمرضى الشباب، بهدف اكتشاف ما إذا كانوا قد جربوا التعاطي، دون الحاجة لطرح سؤال مباشر حول هذا الموضوع. وبعد أن يتأكد الطبيب من احتمال أن يكون مريضه يتعاطى مخدرًا ما، يمكنه أن يطلب إجراء تحليل لعينة من البول أو الدم حسب الحاجة. ولكن في العديد من الحالات، حيث قد لا تتوفر خدمات هذه التحاليل، يمكن الاكتفاء بالأسئلة التي ذكرناها. هذا هو النوع الأول من الإجراءات المستخدمة لاكتشاف حالات التعاطي المبكر.

النوع الثاني يتطلب وجود سياسة عامة في الدولة ومؤسساتها تركز على الكشف عن حالات تعاطي المخدرات بين الشباب الذين يتقدمون للالتحاق بمجالات معينة مثل الخدمة العسكرية، الطيران، الجامعات، والفرق الرياضية. من الضروري أن تتضمن هذه السياسة إجراء فحوصات لعينات من السوائل البيولوجية للكشف عن آثار العديد من المواد المخدرة قبل السماح لهم بالانضمام إلى أي من هذه المؤسسات.

باختصار، لدينا نوعان من الإجراءات (كما ذكرنا سابقًا) يمكن من خلالها الوصول إلى نسبة جيدة من الحالات التي بدأت مؤخرًا في تجربة التعاطي، وتعتمد هذه الإجراءات بشكل أساسي على قاعدة من المعلومات العلمية الدقيقة. وقبل أن نتحدث عن الخطوات الممكنة اتخاذها تجاه هؤلاء الشباب الجدد في عالم التعاطي، يجب أن نؤكد على أهمية تطبيق أسلوب الأسئلة الذي أشرنا إليه في النوع الأول من الإجراءات بحذر. من المفترض أن تكون هذه الأسئلة مؤشرات قوية تدل على احتمال أن يكون الشاب متعاطيًا، فالأمر يتعلق باحتمالات مرتفعة، لكنه ليس

يقينًا مطلقًا. وبالتالي، فإن الخدمة الأساسية التي يقدمها هذا الأسلوب للمحقق هي دفعه للبحث عن مزيد من الأدلة على أن الشاب قد يكون متعاطيًا.

- يبقى بعد ذلك أن يثار السؤال حول ما يمكن اتخاذه من إجراءات الحمل هؤلاء الشبان على التراجع عن خطوة التعاطي التي أقدموا عليها.

للإجابة على هذا السؤال، يمكننا القول إن جميع الإجراءات التي ذكرناها تحت بند الوقاية الأولية يمكن أن تُستخدم أيضًا في إطار الوقاية الثانوية، مع إجراء بعض التعديلات البسيطة. على سبيل المثال، لن نتحدث هنا إلى أفراد من الجماعات الهشة، بل سنوجه حديثنا إلى أشخاص لديهم خبرة محدودة في التعاطي. وبالتالي، لن نواجه صعوبة في تحديد الجماعات الهشة للوصول إليها، لكن قد نواجه تحديًا في رصد حالات التعاطي المبكر كما أشرنا سابقًا. أما بالنسبة لما يجب أن نقوله في خطاب التوعية، فإن ما ذكرناه سابقًا عن الوقاية الأولية ينطبق هنا أيضًا، حيث ينبغي أن نركز على نوع واحد من المخدرات، وهو المخدر الذي تعامل معه هؤلاء الشباب، مع ضرورة أن تكون معلوماتنا دقيقة (حتى لو كانت مبسطة)، وأيضًا يجب أن نأخذ في الاعتبار الأسباب التي دفعت هؤلاء الشباب إلى خوض تجاربهم.

عندما نتحدث عن كيفية توجيه خطابنا، من المهم أن نلتزم بأسلوب تربوي شامل بدلاً من الاعتماد على أسلوب التلقين. يجب أن نكون صادقين دون مبالغة، خاصةً لأننا نتعامل مع شباب يقتربون من عالم المخدرات، وهم في الواقع أكثر دراية ومعرفة بهذا العالم من أولئك الذين نعتبرهم شباب الجماعات الهشة. لذا، هم أكثر قدرة على اكتشاف نغمة الصدق أو الزيف في حديثنا. كما يجب أن نراعي قاعدة تجنب الخوض في التفاصيل قدر الإمكان. وأخيرًا، من الجيد دائمًا أن نتذكر أن من أفضل طرق التوعية وأكثرها فعالية هي أن يتناول المتحدث الموضوع كجزء من كل، مثل الحديث عن الصحة البدنية أو النفسية بشكل عام، أو عن شروط الاستفادة من الرياضة، أو حتى عن قضايا تتعلق بالاستقرار العائلي ... إلخ.

3.1. الوقاية من الدرجة الثالثة:

المقصود بمصطلح "الوقاية من الدرجة الثالثة" هو حماية المدمن من المزيد من التدهور الصحي أو النفسي والسلوكي. هذا المفهوم يعترف بأن الأخصائي الإكلينيكي قد يواجه أحيانًا حالات لا تستطيع التوقف عن التعاطي. حتى لو توقفت لفترات قصيرة، فإنها غالبًا ما تعود إلى التعاطي مرة أخرى. في هذه الحالة، يُعتبر الالتزام بالانقطاع عن التعاطي بين الحين والآخر هدفًا جيدًا، لأنه يمكن أن يقلل من احتمالات التدهور الصحي المتوقع لو استمر المدمن دون أي توقف. في بعض الدول، يتم تطبيق هذا المفهوم من خلال تسجيل الأفراد المدمنين في سجلات رسمية، مما يسمح لهم بالحصول على مؤونتهم من المخدرات في أوقات محددة. الهدف من ذلك هو حمايتهم من الانزلاق إلى دوامة الجريمة والاتجار غير المشروع بالمخدرات. ومع ذلك، يتطلب هذا النظام اتخاذ مجموعة من الإجراءات الأمنية والطبية والإدارية، وهو ما قد يكون صعبًا على العديد من الدول.

لا يزال نجاحه غير مضمون خارج حدود ضيقة جداً، مثل إنجلترا. هناك طرق متعددة تحت هذا المفهوم، لكن الهدف الرئيسي هو حماية المدمن من معظم المضاعفات الطبية والنفسية والاجتماعية التي غالباً ما تنجم عن استمراره في الإدمان. بعض الناس يتوسعون أحياناً في هذا المفهوم من خلال ابتكار أساليب مرنة تسمح للمدمنين بالعيش حياة أقرب إلى الطبيعية، ولكن تحت مراقبة طبية وأمنية، مع تقديم بعض الخدمات الطبية والمعيشية التي تساعدهم على البقاء بعيدين عن التعاطي. وإذا تبين في أي لحظة أنهم انتكسوا، يتم إعادتهم إلى السجن. وهناك من يتوسع أكثر في هذا المفهوم ليشمل جميع إجراءات العلاج وإعادة التأهيل، حيث تهدف جميعها إلى منع المدمن من العودة إلى إدمانه، وحماية المجتمع من النتائج السلبية التي قد تترتب على تفاقم الحالة، سواء في محيط الأسرة أو العمل أو المجتمع بشكل عام.

2. العلاج:

تتطلب هذه النقطة أن يكون توفير العلاج الشامل، سواء كان طبياً أو نفسياً اجتماعياً، أمراً ضرورياً للمدمنين. وهذا واجب على الدولة وفقاً للاتفاقيات الدولية التي هي طرف فيها، وليس مجرد تفضل منها. لذا، فإن أي محاولة للتوصل من هذا الالتزام قد تضر بسمعة الدولة في المحافل الدولية بطرق متعددة وعلى مستويات مختلفة. من المهم أن نلاحظ أن هذه الاتفاقيات لم تطلب أبداً من الدولة تغيير فلسفتها الأساسية في هذا المجال. فإذا كانت فلسفتها قائمة على العقاب، فلا بأس، لكن يجب على الدولة أن توفر أيضاً سبل العلاج بجانب العقوبات. عندما نتحدث عن العلاج أو التدخل العلاجي للمدمن، فإن المعنى هنا يتجاوز بكثير ما هو متعارف عليه في النموذج الطبي التقليدي. في النموذج الطبي، يركز الأمر بشكل أساسي على التدخلات الدوائية (أو ما يعادلها مثل الجراحة أو العلاج الإشعاعي... إلخ). أما في حالة المدمن، فإن التدخل الدوائي هو جزء من عملية أوسع بكثير تشمل العلاج النفسي الاجتماعي، والتي تتضمن إعادة تخطيط الحياة النفسية والاجتماعية للفرد، بما في ذلك إعادة التأهيل والاندماج الاجتماعي.

1.2. بعض الأفكار الأساسية عن مضمون العلاج الطبي:

دعونا نبدأ ببعض الخطوات الإسعافية للتعامل مع الحالات التي قد تتعرض لما يُعرف بالتسمم الحاد. أحياناً، قد يمر الشخص بنوبة من العنف، حيث يهاجم الأشخاص من حوله أو يحاول تدمير بعض الأثاث أو الممتلكات. يحدث هذا غالباً نتيجة تناول جرعة زائدة من الكحول أو المنشطات أو المهلوسات. يمكن أن تحدث هذه النوبات لأسباب متعددة، مثل الإفراط في الجرعة، أو كون الشخص جديداً على التعاطي، أو حتى نتيجة مروره بأزمة عاطفية شديدة. في هذه الحالات، من الضروري أن يتلقى الشخص الرعاية من فريق طبي مدرب، الذي يجب أن يطمئنه ويمنع عنه الأذى، سواء لنفسه أو للآخرين، وقد يتطلب الأمر استخدام بعض الأدوية للتدخل.

قد تتعرض بعض الحالات، وبشكل مفاجئ، لما يُعرف بأعراض الذهان التسممي، حيث يمكن أن تظهر على الشخص بعض أنواع الخداع الحسي، بالإضافة إلى الهلوس والضلالات. في مثل هذه الحالات، قد يحتاج الطبيب إلى استخدام بعض الأدوية بشكل محدود. هناك أيضاً نماذج أخرى من الاضطرابات غير المتوقعة التي قد يواجهها

المتعاطي، سواء كان مبتدئاً أو مدمناً، والتي تتطلب تدخلات إسعافية. ثم نأتي إلى فئة أخرى من الإجراءات الطبية، وهي إجراءات تطهير الجسم، أو ما يُعرف أحياناً بسحب المخدر. يُشير المختصون إلى أن إجراءات التطهير ليست دائماً عنيفة، بل تعتمد على نوع المخدر وأسلوب المعالج في تطبيقها. قد تتخذ الخطة شكل سحب المخدر بشكل بطيء ومتدرج، وفي هذه الحالة، قد لا يحتاج المعالج إلى أي تدخل دوائي، بل يكفي بإرشاد المتعاطي خطوة بخطوة، مع تقديم الدعم والطمأنينة له.

هناك عدة عوامل تلعب دوراً في هذا الموضوع، مثل نوع المخدر، مدى الاعتماد الجسدي، وحالة المدمن. عادةً ما تستغرق هذه الإجراءات من أربعة إلى خمسة أيام (وقد تصل إلى سبعة أيام) عندما يتعلق الأمر بالمواد ذات التأثير القصير مثل الهيروين وبعض مشتقات الأفيون والكحول، بالإضافة إلى بعض الباربيتورات. أما بالنسبة للمواد ذات التأثير الطويل مثل الأفيون (في صورته الأقرب إلى الخام)، والفالسيوم، والميثادون، فقد تمتد المدة من عشرة أيام إلى ما يقرب من ستة أسابيع أحياناً. كما أن بعض حالات إدمان الحشيش والكوكايين والأمفيتامينات تحتاج إلى إجراءات تطهير، ولكن يجب أن تتم تحت إشراف طبي، وعادةً ما تكون أقل خطورة مقارنةً بالأفيونيات والكحول والباربيتورات.

عندما نتحدث عن تنفيذ إجراءات التطهير، يميز الخبراء بين نوعين من التصرفات: تصرفات عامة يجب أخذها بعين الاعتبار بغض النظر عن نوع المادة الإدمانية، وتصرفات نوعية تختلف حسب المادة. على سبيل المثال، من التصرفات العامة التي يجب مراعاتها هي المراقبة المستمرة لحالة المريض على مدار الساعة، بما في ذلك المؤشرات الحيوية مثل النبض وضغط الدم ودرجة الحرارة. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون المحيط العلاجي إنسانياً ومتعاطفاً، ويقدم إرشادات للمريض حول كيفية التعامل مع بعض الأعراض المزعجة مثل الهلع أو القلق أو الأرق، وغيرها من الأمور. هناك إجراءات طبية أخرى تختلف عن تلك التي أطلقنا عليها اسم الإجراءات الإسعافية. هذه الإجراءات تُصنف تحت بند تطهير الجسم، ونعني بها هنا الخطوات الطبية الضرورية التي يجب اتخاذها لمواجهة بعض المضاعفات الصحية التي يعاني منها العديد من المدمنين، دون أن تكون مرتبطة بشكل مباشر بتأثيرات تعاطي هذه المادة أو تلك من المواد الإدمانية.

موضوع سوء التغذية، خاصة بين المدمنين، هو قضية تستحق الانتباه. فالكثير من المدمنين يواجهون صعوبة في الاختيار بين إنفاق أموالهم المحدودة على المخدرات أو على الطعام، وغالباً ما يفضلون المخدرات في هذه الحالة. هناك أيضاً أسباب أخرى قد لا تكون واضحة تماماً. على سبيل المثال، بعض المخدرات مثل الأفيون والأمفيتامينات يمكن أن تقلل من الشهية، بينما الإفراط في تناول الكحول يمكن أن يؤدي إلى تغييرات في الأمعاء الدقيقة تعيق امتصاص الغذاء.

إذا نظرنا إلى سوء التغذية، نجد أن هناك أيضاً موضوع الأمراض المعدية التي يتعرض لها المدمنون بطرق مختلفة. فمجرد دخول المدمن في نمط الحياة الشائع بينهم، والذي غالباً ما يتسم بإهمال النظافة والعادات الصحية، يمكن أن يكون له تأثير كبير. بالإضافة إلى ذلك، فإن فقدان الاستقرار المعيشي يجعل المدمنين يترددون على أماكن غير آمنة

ويحتلّون بأشخاص قد يكون لهم تأثير سلبي على صحتهم. ولا ننسى الحوادث التي يتعرضون لها، والتي قد تؤدي إلى أذى جسدي كبير. حوادث الطرق تأتي في المقدمة، لكن هناك أيضًا أنواع أخرى من الحوادث، بدءًا من العنف الذي قد يكونون ضحاياه أو حتى الجناة فيه، وصولًا إلى حوادث الاغتصاب ومحاولات الانتحار. كل هذه الأمور تمثل مضاعفات طبية تتطلب جهودًا إضافية من الفريق الطبي المسؤول عن تقديم الرعاية للمتعاطين والمدمنين. هناك مضاعفات طبية أخرى غير تلك التي ذكرناها، فالمضاعفات التي تحدثنا عنها تعتبر عامة إلى حد كبير. لكن هناك مضاعفات أكثر خطورة ترتبط بطرق التعاطي، مثل التعاطي عن طريق الحقن في الوريد، أو الشم والاستنشاق، أو حتى التدخين... إلخ. كل طريقة من هذه الطرق لها مضاعفاتها الطبية التي غالبًا ما يواجهها الطبيب المعالج، وعليه أن يهتم بعلاج مريضه منها، بالإضافة إلى الإجراءات الإسعافية وتنظيف الجسم. وبعد كل ذلك، هناك المضاعفات الطبية المرتبطة بنوع المخدر، فالمضاعفات الناتجة عن تعاطي الأفيونيات تختلف عن تلك الناتجة عن شرب الكحول، وهذه بدورها تختلف عما يحدث مع المهدئات أو المنشطات أو المهلوسات... إلخ.

2.2. العلاج المتكامل:

يتكون العلاج المتكامل من ثلاثة مكونات رئيسية: الأول طبي، والثاني نفسي، والثالث اجتماعي. دعونا نستعرض بإيجاز كل واحد من هذه المكونات.

1.2.2. المكون الطبي:

يعتمد العلاج على مبدئين رئيسيين: الأول هو الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي اعتاد عليه، والثاني هو سد القنوات العصبية التي يستخدمها المخدر للتأثير على سلوكيات المدمن. يختار الطبيب المعالج أحد هذين المبدئين بناءً على اعتبارات متعددة تختلف من حالة لأخرى. إذا قرر اتباع المبدأ الأول، أي الفطام التدريجي، فإنه سيختار مخدرًا أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة (لكن من نفس الفصيلة). ويتولى الإشراف على إعطائه للحالة (بدلاً من المخدر الأصلي) بجرعات محددة وعلى فترات معينة، مع تخفيض الجرعة وزيادة الفترات بين الجرعات تدريجياً، حتى يصل الأمر غالباً إلى فطام كامل للحالة.

في الوقت الحالي، يفضل العديد من الأطباء في مختلف أنحاء العالم استخدام عقار الميثادون كوسيلة للفطام التدريجي للمدمنين على الأفيون ومشتقاته، بما في ذلك الهيروين. يُعتبر الميثادون أحد مشتقات الأفيون، لكنه أقل قوة في إحداث الإدمان مقارنة بالهيروين والمورفين. إذا اختار الطبيب نهجًا آخر، يمكنه استخدام عقار النالتركسون، الذي يُعطى بجرعات محددة وعلى فترات معينة. يعمل النالتركسون على سد المستقبلات العصبية في المخ، مما يمنع المدمن من الشعور بتأثير الأفيون أو أي من مشتقاته طالما أن تأثير النالتركسون مستمر. يستمر الطبيب في إعطاء هذا العقار وفق نظام محدد ولفترة معينة، حتى يتمكن المدمن من استعادة توازنه الفيزيولوجي دون الحاجة للأفيون أو مشتقاته، مما يؤدي أيضًا إلى تراجع الرغبة في المخدر. هذه نظرة سريعة على الجوانب الطبية الأساسية للعلاج.

2.2.2. المكون النفسي:

توجد اليوم العديد من الأساليب لعلاج حالات الإدمان بمختلف أنواعها. ومن المعروف في هذا المجال أن العلاج الذي قد يكون فعالاً لمريض واحد قد لا يكون مناسباً لمريض آخر يعاني من نفس المشكلة. وهذا يعني أن المعالج النفسي لديه الآن خيارات متعددة للاختيار من بينها، مما يزيد من فرص شفاء المدمنين من إدمانهم. والأكثر أهمية هو أن هناك المزيد من طرق العلاج النفسي التي يتم تطويرها حالياً، مما يبعث على الأمل في المستقبل القريب. من بين العلاجات النفسية الحديثة الأكثر شهرة هي مجموعة العلاجات السلوكية للإدمان، والتي تُعتبر من أبرز نتائج تطبيقات العلوم النفسية الحديثة في مجال الاضطرابات النفسية. تعتمد هذه العلاجات على فكرة أساسية مفادها أن جميع أشكال السلوك التي يقوم بها الفرد، بما في ذلك التعاطي والإدمان، هي سلوكيات تكتسب وتتطور في ظل ظروف حياتية معينة (بيولوجية، نفسية، اجتماعية، وثقافية)، وبالتالي تخضع لقوانين اكتساب العادات ونموها.

بعد ذلك، يجب أن تُطبق قوانين وإجراءات للتخلص من العادات أو تعديلها، مع الأخذ في الاعتبار الاختلافات بين أنواع العادات المختلفة من حيث مستويات الدعم والتركيب المتاحة لها. إذا كانت ممارسات التعاطي قد سيطرت على الشخص لدرجة أنه أصبح معتمداً أو مدمناً، فهذا يعني أنه قد شكل عادات عميقة الجذور. وبالتالي، فإن العلاج، أو محاولة مساعدته في التخلص من العادات التي تدعم استمراره في التعاطي، لن يكون أمراً سهلاً. ومع ذلك، لا يعني ذلك أنه مستحيل. الأمر يتطلب تعاوناً كبيراً بين المدمن والمعالج، بالإضافة إلى مجموعة من الإجراءات العلاجية المعقدة. كما يتطلب الأمر الالتزام والمثابرة في تلقي العلاج لفترة قد تمتد لعدة أشهر، تليها فترة متابعة قد تستمر لسنوات، بهدف التقييم الدوري والتدخل عند الحاجة لتجنب الانتكاسات المحتملة.

تعتبر طريقة بودن واحدة من الأساليب العلاجية السلوكية المعروفة، وهي تعتمد على ثلاثة عناصر أساسية:

- تدريب المدمن على ملاحظة نفسه ورصد تصرفاته.

- تعزيز مهارات تقييم الذات بناءً على ما يلاحظه.

- ثم العمل على تعديل السلوك استناداً إلى المعلومات التي تم جمعها من الخطوتين السابقتين.

يُعتبر التدريب على الملاحظة الذاتية المنظمة والرصد المنظم لنتائج الملاحظة من الأساليب الفعالة في العلاجات السلوكية الحديثة. وتؤدي هذه الممارسات (الملاحظة الذاتية والرصد) ثلاث وظائف رئيسية في سياق هذه العلاجات. نحن نتحدث هنا عن رصد سلوكيات معينة تصدر عن الفرد تتعلق بالعلاج المطلوب، وذلك قبل البدء في أي تدخل علاجي. من المهم أيضاً متابعة هذه السلوكيات نفسها خلال فترات معينة أثناء وبعد العلاج لتقييم تأثيره. أحياناً، تُستخدم هذه الملاحظات لتسهيل إحداث التغيير المطلوب. هناك طرق متعددة يمكن استخدامها لأداء هذه الملاحظات الذاتية، والتي يتعلمها المعالج للمدمن (أو للمريض النفسي بشكل عام) قبل أن يطلب منه البدء في تنفيذها.

من المهم أن نلاحظ أن هذه العملية ليست بسيطة كما قد تبدو، بل هي عملية معقدة تتطلب قواعد محددة، ونحن نمارسها بشكل تلقائي في حياتنا اليومية.

أما بالنسبة للنمط الوظيفي في برنامج بون، فهو يتضمن مجموعة من السلوكيات السابقة التي تحدث قبل تعاطي المخدرات، ثم فعل التعاطي نفسه، وأخيراً السلوكيات التي تتبع هذا الفعل مباشرة. يقوم المعالج بتقييم هذه الأنماط لتحديد الطرق المناسبة لتعديل أو تغيير السلوك التي يجب استخدامها مع هذه الحالة.

3.2.2. المكون الاجتماعي:

الاسم الشائع الذي يُستخدم للإشارة إلى العنصر الاجتماعي في خطة العلاج الشاملة للمدمنين هو الرعاية اللاحقة. وتنقسم الرعاية اللاحقة إلى قسمين رئيسيين: إعادة التأهيل وإعادة الاستيعاب الاجتماعي. وفيما يلي نظرة سريعة على كل من هذين القسمين.

1.3.2.2. إعادة التأهيل المهني:

المقصود هنا هو مساعدة المدمن، الذي سنطلق عليه من الآن فصاعداً "المدمن الناقه"، في العودة إلى مرحلة النقاهة بعد إدمانه، بحيث يصل إلى مستوى مقبول من الأداء المهني. سواء كان ذلك في مجاله السابق أو في مهنة جديدة، فإن عملية إعادة التأهيل تتضمن ثلاثة عناصر رئيسية.

الإرشاد المهني، وقياس الاستعدادات المهنية، والتوجيه المهني، والتدريب.

يشير مصطلح الإرشاد إلى العلاقة التي تتشكل بين شخصين، حيث يسعى أحدهما، وهو المرشد، لمساعدة الآخر، وهو المسترشد، على فهم التحديات التي يواجهها في التكيف مع متطلبات مجال معين، وكيفية التغلب عليها. يتضمن هذا المصطلح مجموعة واسعة من الأنشطة، بدءاً من تقديم المشورة والمعلومات، وصولاً إلى تزويد المسترشد بأساليب تساعد على فهم مشكلات التكيف وإيجاد الحلول المناسبة لها. وبالتالي، يتضمن ذلك أيضاً التدريب على مهارات حل المشكلات، وكل ذلك يتمحور حول بيئة العمل وما يواجهه من تحديات.

بعد ذلك، يأتي دور قياس الاستعدادات المهنية. يشير مصطلح "الاستعداد" كما يراه علماء النفس إلى مدى احتمال نجاح الشخص في مجال معين من مجالات النشاط الإنساني، مثل التجارة أو الصناعة أو الأعمال المكتبية، وغيرها. هناك العديد من الطرق الفنية التي يمكن استخدامها لقياس الاستعدادات المهنية بدقة وموضوعية عالية. لذلك، يُصح المدمن بإجراء قياس لاستعداداته المهنية، حتى يتمكن من الاستفادة من نتائج هذا القياس في اختيار الأنسب له من الأعمال، خاصة إذا لم يكن بإمكانه العودة إلى وظيفته السابقة قبل الإدمان. وهنا تبدأ مرحلة التوجيه المهني. تتمثل مهمة التوجيه المهني في النهاية في مقارنة نتائج قياس استعدادات الشخص الذي يتقدم للوظيفة مع المتطلبات اللازمة لأداء العمل بكفاءة. بناءً على هذه المقارنة، يتم اتخاذ قرار بشأن قبول الشخص أو رفضه أو توجيهه للتدريب. وفي حال عدم توفر معلومات عن متطلبات الوظائف المتاحة، يتم اللجوء إلى خبرة المتخصصين في هذا المجال، وهو حل مؤقت لا يمكن تجاهله أو الاعتراض عليه في المستقبل القريب.

2.3.2.2. إعادة الاستيعاب الاجتماعي:

الخطوة الأخيرة والمهمة في إجراءات الرعاية اللاحقة التي تتعلق بالمدمن الناقه. وليس من الضروري أن تأتي هذه الخطوة بعد إعادة التأهيل المهني مباشرة. وفقاً لتقرير الاستراتيجية القومية المتكاملة الصادر عن المجلس القومي

لمكافحة وعلاج الإدمان في مصر، يشير هذا المصطلح إلى التدهور التدريجي في قدرة المدمن على تلبية المتطلبات الأساسية للأدوار التي نكلفه بها في العمل، والأسرة، والمجتمع بشكل عام. وهذا يعني أنه كأنه قد تم فصله عن نسيجه الاجتماعي. لذا، الهدف النهائي من إجراءات إعادة الاستيعاب هو إعادة دمج المدمن الناقه (المفصول) في المجتمع، بحيث يعود إلى أداء أدواره الاجتماعية كما كان قبل إدمانه، أو على الأقل قريباً من ذلك. ويجب ألا نعتبر عملية إعادة الاستيعاب هذه أمراً سهلاً أو تلقائياً، لأن ذلك قد يزيد من فرص الانتكاس، أي عودة المدمن الناقه إلى حالته السابقة قبل تلقي العلاج الطبي والنفسي.

لقد كانت نتيجة اهتمام العلماء والمعالجين بهذا الموضوع ابتكار طرق متنوعة لمنع الانتكاس. ومن أبرز هذه الطرق هي المجتمعات العلاجية، التي تُعتبر مؤسسات مخصصة لتقديم الدعم في المرحلة الأخيرة من العلاج، والتي نسميها إعادة الاستيعاب الاجتماعي. من هذا المنظور، تُعتبر هذه المجتمعات نموذجاً مصغراً للحياة الاجتماعية بشكل عام، حيث يتلقى المدمن الناجح التدريب اللازم لاستعادة الأدوار التي يقوم بها الشخص السوي في المجتمع. ومن المفيد هنا أن نقدم للباحث لمحة سريعة عن نشأة هذه المجتمعات العلاجية وتطورها.

تحدد أهداف العمل في هذه المؤسسات على النحو التالي:

- مساعدة المدمن في التخلص من سلوكياته الإدمانية.
- إعادة تأهيل الشخص بشكل شامل، من خلال تزويده بمجموعة من العادات والمهارات التي تساعد على التكيف.
- دعم الشخص في العودة إلى الحياة الاجتماعية بشكل أوسع، وتمكينه من التكيف مع متطلباتها كفرد مستقل وفاعل.