

<http://arbooks.tk>

بجث بعنوان المخدرات



حقل لزراعة الخشخاش

تحدد المصطلحات المستخدمة في أي مجال المفهوم العلمي والتطبيقي، وتعرف بالمصطلحات وفق ما استقر عليه استخدامها في مجالات الاختصاص بهدف التوضيح وتلافي الغموض والإبهام وتحقيق الاستيعاب والاختصار.

المواد النفسية (المخدرات)

هي المواد المحدثة للاعتماد (الإدمان) طبيعية كانت أو مصنعة. وتشمل هذه المواد: الكحوليات (المشروبات الكحولية) والأمفيتامينات، والباربيتورات (مثل الفاليوم، والميلتانون، وسائر المواد المهدنة)، والقنبيات (مستحضرات القنب، الماريغوانا في الغرب، والبانج والجانجا والكاراس في الهند، والكيف في شمال أفريقيا، والحشيش في مصر)، والكوكايين، والمهلوسات (مثل الليسيرجيد، والميسكالين، والسايلوسيبين)، والقات، والأفيونيات (الأفيون، والمورفين، والهيريون، والكودايين)، والمواد الطيارة (الاستنشاقية: مثل الأستون، والجازولين).

ويستخدم اليوم مصطلح المواد النفسية بدلا من المخدر. والمقصود بالمخدر في هذا الملف هو المواد المحرم استخدامها إلا لأغراض طبية أو علمية.

الإدمان والاعتماد

الإدمان هو التعاطي المتكرر للمواد النفسية، بحيث يؤدي إلى حالة نفسية وأحيانا عضوية ناتجة عن التفاعل مع المادة المخدرة لدرجة يميل فيها المدمن إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة، وهو ما يعرف بالإطاقة أو التحمل. وتسيطر عليه رغبة قهرية قد ترغمه على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي وسيلة. وقد استخدم مصطلح "الاعتماد" بديلاً للإدمان والتعود. وقد يحدث إدمان لا يعتبر بالضرورة خطراً أو ضاراً مثل الحالة الناتجة عن تناول البن والشاي والتبغ، ولا يقع هذا النوع من الإدمان في اهتمامنا في هذا الملف، ولكن المقصود هو الإدمان الناتج عن تعاطي المخدرات.

الانسحاب

هو الحالة التي يكون عليها المدمن إذا توقف عن تعاطي المخدر، وهي مجموعة أعراض تنجم 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 للانسحاب الكحولي تتمثل الأعراض في الارتعاشات الشديدة والغثيان والتقيؤ والشعور بالضيق والتوعك والضعف وسرعة ضربات القلب والعرق المتزايد، إضافة إلى المزاج المكتئب والتهيج.

تاريخ المخدرات



نبتة الخشخاش ويظهر بعد جرحها عصارة سريعة التخثر بيضاء يتحول لونها إلى اللون البني حيث يستخرج منها الأفيون

- | | | |
|--------------|-------------------|------------------|
| ١- الكحوليات | ٢- الحشيش (القنب) | ٣- الأفيون |
| ٤- المورفين | ٥- الهيروين | ٦- الأمفيتامينات |
| ٧- الكوكايين | ٨- القات | |

ورد في تراث الحضارات القديمة آثار كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد المخدرة منذ تلك الأزمنة البعيدة، وقد وجدت تلك الآثار على شكل نقوش على جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي المصرية القديمة أو كأساطير مروية تناقلتها الأجيال. فالهندوس على سبيل المثال كانوا يعتقدون أن الإله (شيفا) هو الذي يأتي بنبات القنب من المحيط، ثم تستخرج منه باقي الإلهة ما وصفوه بالرحيق الإلهي ويقصدون به الحشيش. ونقش الإغريق صوراً لنبات الخشخاش على جدران المقابر والمعابد، واختلف المدلول الرمزي لهذه النقوش حسب الإلهة التي تمسك بها، ففي يد الإلهة (هيرا) تعني الأمومة، والإلهة (ديميتر) تعني خصوبة الأرض، والإله (بلوتو) تعني الموت أو النوم الأبدي. أما قبائل الإنديز فقد انتشرت بينهم أسطورة تقول بأن امرأة نزلت من السماء لتخفف آلام الناس، وتجلب لهم نوماً لذيذاً، وتحولت بفضل القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا. وفيما يأتي نتناول تاريخ أشهر أنواع المخدرات التي عرفها الإنسان:

١ - الكحوليات

تعتبر الكحوليات من أقدم المواد المخدرة التي تعاطاها الإنسان، وكانت الصين أسبق المجتمعات إلى معرفة عمليات التخمير الطبيعية لأنواع مختلفة من الأطعمة، فقد صنع الصينيون الخمر من الأرز والبطاطا والقمح والشعير، وتعاطوا أنواعاً من المشروبات كانوا يطلقون عليها "جيو" أي النبيذ، ثم انتقل إليهم نبيذ العنب من العالم الغربي سنة ٢٠٠ قبل الميلاد تقريباً بعد الاتصالات التي جرت بين الإمبراطوريتين الصينية والرومانية. واقترن تقديم المشروبات الكحولية في الصين القديمة بعدد من المناسبات الاجتماعية مثل تقديم الأضاحي للآلهة أو الاحتفال بنصر عسكري. وهذا نموذج ليس متفرداً في قدم وتلقائية معرفة الإنسان للكحوليات، كما لهذا النموذج شبيهه في الحضارات المصرية والهندية والرومانية واليونانية، كما عرفت الكحوليات المجتمعات والقبائل البدائية في أفريقيا وآسيا.

٢ - الحشيش (القنب)

”
عرفت الشعوب القديمة الحشيش
وصنعوا من أليافه الحبال والأقمشة
وأسماء الصينيون واهب السعادة
وأطلق عليه الهندوس اسم مخفف
الأحزان
”

القنب كلمة لاتينية معناها ضوضاء، وقد سمي الحشيش بهذا الاسم لأن متعاطيه يحدث ضوضاء 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.

وقد عرفت الشعوب القديمة نبات القنب واستخدمته في أغراض متعددة، فصنعت من أليافه الحبال وأنواعاً من الأقمشة، واستعمل كذلك في أغراض دينية وترويقية.

ومن أوائل الشعوب التي عرفته واستخدمته الشعب الصيني، فقد عرفه الإمبراطور شن ننج عام ٢٧٣٧ ق.م وأطلق عليه حينها واهب السعادة، أما الهندوس فقد سموه مخفف الأحزان.

وفي القرن السابع قبل الميلاد استعمله الآشوريون في حفلاتهم الدينية وسموه نبتة "كونوبو"، واشتق العالم النباتي ليناوس سنة ١٧٥٣م من هذه التسمية كلمة "كانابيس" Cannabis.

وكان الكهنة الهنود يعتبرون الكنايبس (القنب - الحشيش) من أصل إلهي لما له من تأثير كبير واستخدموه في طقوسهم وحفلاتهم الدينية، وورد ذكره في أساطيرهم القديمة ووصفوه بأنه أحب شراب إلى الإله "اندر"، ولا يزال يستخدم هذا النبات في معابد الهندوس والسيخ في الهند ونيبال ومعابد أتباع شييتا في الأعياد المقدسة حتى الآن.

وقد عرف العالم الإسلامي الحشيش في القرن الحادي عشر الميلادي، حيث استعمله قائد القرامطة في آسيا الوسطى حسن بن صباح، وكان يقدمه مكافأة لأفراد مجموعته البارزين، وقد عرف منذ ذلك الوقت باسم الحشيش، وعرفت هذه الفرقة بالحشاشين.

أما أوروبا فعرفت الحشيش في القرن السابع عشر عن طريق حركة الاستشراق التي ركزت في كتاباتها على الهند وفارس والعالم العربي، ونقل نابليون بونابرت وجنوده بعد فشل حملتهم على مصر في القرن التاسع عشر هذا المخدر إلى أوروبا.

وكانت معرفة الولايات المتحدة الأميركية به في بدايات القرن العشرين، حيث نقله إليها العمال المكسيكيون الذين وفدوا إلى العمل داخل الولايات المتحدة.

٣ - الأفيون

أول من اكتشف الحشاش (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 أسأؤوا استعماله فأدمنوه، وأوصى حكماؤهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس وأبو قراط ومن أرسطو إلى فيرجيل.

وعرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن الميلادي، وقد وصفه ابن سينا لعلاج التهاب غشاء الرئة الذي كان يسمى وقتذاك "داء ذات الجنب" وبعض أنواع المغص، وذكره داود الأنطاكي في تذكرته المعروفة باسم "تذكرة أولي الأبواب والجامع للعجب العجائب" تحت اسم الخشاش.

”
في عام ١٩٠٦ وصل عدد مدمني
الأفيون في الصين ١٥ مليوناً
وفي عام ١٩٢٠ كانت نسبة
المدمنين ٢٥% من عدد الذكور في
المدن الصينية
”

وفي الهند عرف نبات الخشاش والأفيون منذ القرن السادس الميلادي، وظلت الهند تستخدمه في تبادلاتها التجارية المحدودة مع الصين إلى أن احتكرت شركة الهند الشرقية التي تسيطر عليها إنجلترا في أوائل القرن التاسع عشر تجارته في أسواق الصين.

وقد قاومت الصين إغراق أسواقها بهذا المخدر، فاندلعت بينها وبين إنجلترا حرب عرفت باسم حرب الأفيون (١٨٣٩ - ١٨٤٢) انتهت بهزيمة الصين وتوقيع معاهدة نانكين عام ١٨٤٣ التي استولت فيها بريطانيا على هونغ كونغ، وفتحت الموانئ الصينية أمام البضائع الغربية بضرائب بلغ حدها الأقصى ٥%.

واستطاعت الولايات المتحدة الأميركية الدخول إلى الأسواق الصينية ومنافسة شركة الهند الشرقية في تلك الحرب، فوقعت اتفاقية مماثلة عام ١٨٤٤، وكان من نتائج تلك المعاهدات الانتشار الواسع للأفيون في الصين، فوصل عدد المدمنين بها عام ١٩٠٦ على سبيل المثال خمسة عشر مليوناً، وفي عام ١٩٢٠ قدر عدد المدمنين بـ ٢٥% من مجموع الذكور في المدن الصينية.

واستمرت معاناة الصين من ذلك النبات المخدر حتى عام ١٩٥٠ عندما أعلنت حكومة ماوتسي تونغ بدء برنامج فعال للقضاء على تعاطيه وتنظيم تداوله.

٤ - المورفين

وهو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني سير تبرز عام ١٨٠٦ 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 الأميركية (١٨٦١ - ١٨٦١) ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد.

٥ - الهيروين

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

٦ - الأمفيتامينات (المنشطات)

تم تحضيرها لأول مرة عام ١٨٨٧ لكنها لم تستخدم طبيياً إلا عام ١٩٣٠، وقد سوقت تجارياً تحت اسم البنزورين، وكثر بعد ذلك تصنيع العديد منها مثل الكيكيدرين والمستيرين والريتالين.

وكان الجنود والطيارون في الحرب العالمية الثانية يستخدمونها ليواصلوا العمل دون شعور بالتعب، لكن استخدامها لم يتوقف بعد انتهاء الحرب، وكانت اليابان من أوائل البلاد التي انتشر تعاطي هذه العقاقير بين شبابها حيث قدر عدد اليابانيين الذين يتعاطونها بمليون ونصف المليون عام ١٩٥٤، وقد حشدت الحكومة اليابانية كل إمكانياتها للقضاء على هذه المشكلة ونجحت بالفعل في ذلك إلى حد كبير عام ١٩٦٠.

٧ - الكوكايين

”
عرفت
أميركا اللاتينية الكوكايين قبل أكثر

عرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في أميركا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، وينتشر استعماله لدى هنود الأنكا، وفي عام ١٨٦٠ 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 ١٩٠٣، 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- لتهدده إلى دول العالم، وتمثل السوق الأميركية أكبر مستهلك لهذا المخدر في العالم.

٨ - القات

شجرة معمرة براوح ارتفاعها ما بين متر إلى مترين، تزرع في اليمن والقرن الأفريقي وأفغانستان وأوسط 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.

عرفته اليمن والحبشة في القرن الرابع عشر الميلادي، حيث أشار المقرئزي (١٣٦٤ - ١٤٤٢) 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



كميات كبيرة من التبغ تهيأ لصناعة السجائر

استخدام المواد المخدرة يضرب في أعماق التاريخ ويعود إلى حوالي ٥٠٠٠ سنة. فمنذ العصور السحيقة قام أناس بزراعة نباتات مخدرة لأغراض ترفيهية أو طبية أو اجتماعية. لكن البدايات المعاصرة لاستخدام المخدرات خاصة في الغرب بدأت بالاستخدام الطبي للمخدرات، وكان الأطباء يصفون مركبات الأفيون كعلاج بل إن أحد الأطباء كتب كتابا يبين فيه للأهات متى وأين تستخدم المخدرات لعلاج أطفالها. وكان جهل الأطباء حينئذ بالمخاطر التي يمكن أن تنتج عن إدمان هذه المواد، جعلهم يستخدمونها على نطاق واسع لعلاج العديد من الأمراض والآلام. وقد اتسع نطاق استخدام المخدرات إلى أن دخلت في كل علاج حتى مهدئات الأطفال.

وفي الحرب الأهلية في أميركا كان المورفين يستخدم علاجاً في حالات الإصابة حتى سمي الإدمان على المورفين آنذاك "مرض الجندي". وفي سنة ١٨٩٨ أنتجت شركة باير في ألمانيا مادة مخدرة جديدة على اعتبار أنها أقل خطورة وكانت هذه هي مادة الهيروين التي تبين أنها أكثر خطورة في الإدمان من المورفين، الذي جاءت بديلاً عنه. وعندما أدرك الأطباء وعموم الناس مخاطر الإدمان كانت المخدرات قد انتشرت بشكل واسع جداً. (المصدر: Maisto, 1999).

أضرار المخدرات

أولاً: التكلفة المادية للمخدرات

ما هي الضريبة القسرية التي يدفعها المجتمع الإنساني جراء جريمة تعاطي المخدرات؟ هل يمكن تقدير ثمن الأرواح الإنسانية التي تزهق بسبب المخدرات؟ أو هل يمكن تقدير قيمة دمار الأسر والمجتمعات وفقدان الأمن والاستقرار من هذه الجريمة؟ إن المخاسر الاجتماعية والأخلاقية لتعاطي المخدرات لا يمكن تقديرها بالأموال لأنها أكبر من ذلك بكثير "مثلاً في الأردن وبشكل رسمي كما ذكر مدير دائرة مكافحة المخدرات في مديرية الأمن العام في لقاء تلفزيوني أنه في العامين المنصرمين توفي ثلاثون شاباً بسبب تعاطي المخدرات. ثلاثون شاباً عرفنا عنهم، وماذا عن الذين لم نعرف عنهم؟ الذين توفوا نتيجة حوادث السيارات بسبب المخدرات . وإضافة إلى هذه الخسائر فإن المخدرات تضطر المجتمع إلى أن يعمل ضدها ويقاومها ويخفف من تأثيرها. مثل برامج العلاج والوقاية من المخدرات وكذلك الأعداد المتزايدة من رجال الأمن الذين يتم تجنيدهم وإعدادهم لمواجهة جريمة المخدرات تشكل كلفة هائلة. أضف إلى ذلك ما تسببه المخدرات من أمراض، وما تقتضيه من معالجة ومن استنزاف للموارد وما تستلزمه من خدمات وما تسببه من أضرار. وقد قدرت كلفة المخدرات في أميركا بثلاثة بلايين دولار. وينفق الأميركيون ٤٠ بليون دولار سنوياً لشراء المخدرات الممنوعة، وهذا المبلغ أقل بستة بلايين عن المبلغ الذي ينفق على نظام العدالة الجنائية. (المصدر: Maisto, 1999).

بوابات الإدمان

إن تعاطي المواد المخدرة أيا كان نوعها أو وضعها الاجتماعي أو القانوني هي مواد ذات خطورة كبيرة وأضرارها المباشرة وغير المباشرة تشل المجتمع الإنساني وتضر بأخلاقه واستقراره وأمنه ومصادر عيشه. إن المخدرات ذات الخطورة المباشرة لها أضرار كثيرة واضحة لكن المخدرات ذات الخطورة الكامنة مثل التدخين والخمر قد لا تبدو بمثل خطورة المخدرات لكنها في الواقع أشد فتكاً وأوسع تأثيراً وانتشاراً.

إضافة إلى وجود عوامل اجتماعية وشخصية وبيئية تهيئ ظروف الانحراف للشباب وغيرهم، كذلك توجد ترابطات بين الأنواع المختلفة من المخدرات وغيرها من المواد التي تؤدي إلى الإدمان. عادة ما يبدأ المتعاطي باستخدام مواد خفيفة ثم ينتهي به الأمر إلى

الإيغال في الإدمان وتعاطي المواد الخطرة. وقد بينت الدراسات العلمية المختبرية أن تعاطي بعض المواد المخدرة يدفع الفرد إلى تعاطي مواد أخرى أكثر خطورة (انظر Fonseca, 1997) وهنا نود أن نشير إلى أبرز هذه البوابات حلقات.

التدخين

يمثل التدخين الخطوة الكبيرة الأولى أو النافذة التي يطل منها الشباب إلى عالم المخدرات. فقد يكون اندفاع المراهقين نحو التدخين بهدف إبراز الذات، والتحدي والحصول على صورة لنواتهم تعطيهم شيئاً من النشوة التي يبحثون عنها. لكن ظروف التدخين والرفقة السيئة ومحدودية اللذة التي يجلبها التدخين تدفع بعض المدخنين الصغار إلى البحث عن درجات أعلى من النشوة واللذة. فعندها يتولد لديهم الاستعداد لتعاطي مواد مخدرة أخرى وتزول من أمامهم حواجز الحرمة أو الخشية من التعاطي. وبزوال هذه الحواجز الأخلاقية والقانونية يصبح الطفل/ الشاب قابلاً لأي عرض يقدم له.

الكحول

كما تدل الدراسات والأبحاث العلمية يبدأ معظم متعاطي الحشيش أو الماريوانا أو لا بشرب الكحول. وبينت كثير من الدراسات العلمية (مثلاً Kandel, et al 1992) أن استخدام المخدرات يبدأ بتعاطي البيرة والخمرة. فإذا كان هناك مادة تعتبر بوابة رئيسية في مسلسل تعاطي المخدرات فإنها تحديداً هي الكحول (أم الخبائث). وتشير الدراسات تلك إلى أنه في مجتمعات الغرب يبدأ الشباب بتناول مواد تعتبر مقبولة اجتماعياً عندهم مثل البيرة والخمر، ثم إن عدداً منهم سوف يبدأون بعدها بتعاطي المخدرات.

وهناك نتيجة بحثية مدهشة حول العلاقة بين التدخين/ والكحول تشير إلى أن الذين يبدأون بالتدخين فمن المحتمل أن يستخدموا خموراً قوية، لكن الذي يبدأ بشرب خمور فمن غير المحتمل أن يبدأ بتدخين السجائر.

"وهكذا في حين أن الشرب يمكن أن يستمر دون التدخين، لكن التدخين إلى حد ما دائماً متبوع بشرب الخمر القوي. والاستخدام المزيج للسجائر والخمر القوي مرتبط بالدخول إلى عالم المخدرات الممنوعة. وقال أحد الباحثين الذي أجرى دراسة تتبعية حول تعاطي المراهقين للمخدرات "إن تعلم تدخين السجائر هو تدريب ممتاز لتعلم تدخين الماريوانا (الحشيش) حيث إن تدخين الماريوانا إلى حد ما دائماً يبدأ بتدخين السجائر (Johnston, 1996).

لكن هذا لا يعني فقدان الأمل لكسر دوائر التعاطي هذه. فبالإمكان التدخل والتوعية وكسر هذه الحلقات المتتابعة وحماية الشباب من السقوط في مستنقع المخدرات السحيق. لكن الأمر الهام هنا، يكمن في الوعي بالسلوكيات التي تعتبر فاتحة ومقدمة لسلوكيات أسوأ. فالتدخين بين الشباب ينتشر دون اتخاذ خطوات جادة لمنعه أو مقاومته، فإن التساهل مع التدخين سوف يستمر إلى ما هو أصعب وأكثر كلفة.

رفاق السوء

رفاق السوء هم باب آخر للإدمان وللولوج في عالم المخدرات البغيض. ويأتي خطر رفاق السوء من أن تأثيرهم يتزايد في مرحلة يكون الشباب فيها قابلاً للتأثر خاصة في مرحلة النماء/ المراهقة وفي حالات ضعف الترابط الأسري.

كذلك يزداد تأثير رفاق السوء عندما تكون شخصية الشاب/ المراهق، هشه وعناصر المقاومة لديه ضعيفة، ولا يستطيع أن يقول لا، أو أن يجاهر برأيه، ويمتنع عن الانزلاق وراء محاولات الإغراء والإفساد.

لهذا وجب الاعتناء بتحسين العلاقة بين الوالدين وأبنائهم، وتوفير احتياجاتهم النفسية والعاطفية وكذلك المادية وعدم فتح المجال أمامهم للبحث عن التعويض خارج الأسرة.

ينبغي كذلك التعرف إلى أصدقاء الأبناء ورفاقهم، وتعرف كيفية قضاء أوقاتهم. أي يلزم إشراف واع من الأهل وعدم إهمال الأبناء، وجعلهم يدخلون في عالم الانحراف، ثم يأتي الوعي متأخراً، ويكون الخطر قد حصل.

مكافحة المخدرات

تدل الدراسات والتقارير والأبحاث على مستوى العالم على أن مشكلة تعاطي المخدرات في ازدياد رغم الجهود الدولية لمكافحةها. فيبدو أن عصابات التهريب من القوة بحيث إنها تتغلب على كثير من الحواجز وقوى المكافحة. وهي بما تملكه من مال وقدرة على تسهيل أموالها الحرام قادرة على التأثير والإفساد الكبير والاستمرار في ترويج بضاعتها الآثمة.

فهناك فناعة علمية وواقعية تدعو إلى التوجه في مكافحة المخدرات إلى جمهور المتعاطين. أي حيث إن الجهود لم تنجح في كبح قوى "العرض" فإن البديل الأنسب هو العمل على تقليل "الطلب" على المخدرات. وعملية تقليل الطلب تستلزم التوعية والإرشاد، والوقاية

تتنوع سبل مواجهة المخدرات تبعاً للمستوى الذي يتم فيه العمل. فحيث إن مشكلة المخدرات هي مشكلة متعددة المستويات وتكاد تكون نموذجاً للمشكلات التي تشغل جميع مستويات النظام الاجتماعي الإنساني فهي تمثل ظاهرة عالمية محلية مجتمعية فردية في آن واحد. لهذا كان لا بد من مواجهتها في جميع هذه المستويات المترابطة.

البعد العربي والدولي لمكافحة المخدرات

إن مكافحة المخدرات تقتضي العمل في مستويات متعددة من النشاطات فحيث إن المشكلة عالمية فلا بد أن يتم التعاون الدولي لأجل منع إنتاجها وتهريبها واستهلاكها. لهذا الأمر توجد اتفاقيات ومنظمات ونشاطات عالمية تعنى بهذا الأمر، وتسعى لأجل وقف إنتاج وتوزيع المخدرات. وحيث إن المخدرات أصبحت سلعة اقتصادية ومصدر ثروة حرام للعديد من الأشخاص والمنظمات الشريرة فإن مكافحة يجب أن تتوجه نحو جميع عناصر وعمليات ومناشط الإنتاج والتوزيع والاستهلاك. وأن تعمل بجميع منافذها ومسارها بحزم وإخلاص. على كل رغم الجهود الدولية فإن مشكلة تهريب المخدرات وتوزيعها تخطت كل الحواجز وواصلت عمليات الإفساد والتخريب للأجيال الشابة. هذا يعني أن قوى الشر والإفساد لا تزال تمتلك من التأثير الشيء الكثير، ربما مكنها ما تملكه من مال وثروة في بعض الأحوال والدول أن تمتلك من القدرات البشرية والمادية والتكنولوجيا المتقدمة ما لم تملكه تلك الدول.

هذا لا يعني خسارة المعركة مع شياطين المخدرات، ولكن يشير إلى أنه لا بد من العمل المحكم الجاد وعلى جميع المستويات.

وعلى هذا فإن عمليات مكافحة المخدرات ومكافحة عصابات الإجرام هي مسؤولية عالمية، ينبغي أن تشترك فيها جميع دول العالم ومنظماته الدولية. وهذا بالفعل ما يحصل، وتوجد العديد من المنظمات والنشاطات والمبادرات التابعة للأمم المتحدة التي تهتم بمكافحة المخدرات وما يرتبط بها من قضايا ومنها:

برنامج الامم المتحدة الدولي لمكافحة المخدرات (UNDCIP) وقسم المخدرات في المنظمة الدولية للشرطة الجنائية ((INTERPOL) والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (INCB) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة العمل الدولية (ILO) ومنظمة الأغذية والزراعة الدولية (FAO) والمجلس الدولي لمكافحة الإدمان على الكحول والمخدرات (ICAA). كذلك صندوق برنامج الأمم المتحدة الدولي لمكافحة المخدرات والوقاية منها (UNFDAC)، والذي يختص بدعم البلدان التي تعاني من مشاكل زراعة المخدرات أو الاتجار فيها أو تعاطيها. (انظر صالح السعد) المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها (١٩٩١).

أما على المستوى العربي فيوجد تعاون أمني وثيق بين جميع الدول العربية. ويكاد يكون مجلس وزراء الداخلية العرب من أنجح الهيئات العربية العاملة، فالمجلس بجهازه الفني والمتمثل بأمانته العامة ومكانته المتخصصة وجهازه العلمي المتمثل في المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، يشكل إسهاماً عربياً كبيراً في هذا الحال (صالح السعد ١٩٩٧).

كذلك المجالس العربية الوزارية الأخرى، كل يقوم بجهد في زاوية اختصاصه مثل (مجلس وزراء الصحة، مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية، المنظمة العربية وغيرها).

وإن المؤسسة العربية الجديرة بالاعتبار والتقدير لجهودها المتميزة هي أكاديمية الأمير نايف للدراسات الأمنية بالرياض، (المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب سابقاً). وهذا الصرح العلمي أسهم ويسهم بشكل علمي منتظم في دراسة ظاهرة المخدرات، وانتشارها" وما يتعلق بها من قوانين وإجراءات وعمليات، وكذلك يقدم التدريب اللازم للعاملين في أجهزة الأمن العربية لترشيد سبل مكافحة والمعالجة. وقد أنتج المركز عشرات الكتب المتخصصة في هذا المجال وكذلك عشرات البحوث ومئات المقالات العلمية والإرشادية في شأن المخدرات.

مجمل إنتاج المركز ونشاطاته العلمية من مؤتمرات وندوات تشكل ذخيرة علمية متميزة، تساعد كل من يشغله شأن مكافحة المخدرات. ويجد فيها طالب العلم، والمختص الاجتماعي ضالته في المعرفة وأساليب العمل. ويمكن لمن يريد التعرف على الإنتاج العلمي الغزير لأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية في مجال مكافحة المخدرات أن يراجع مجلة الأمن والحياة عدد ٢٠٢ ربيع الأول ١٤٢٠، حيث فيها توثيق موجز لهذا الإنتاج العلمي.

”

تعاطي المخدرات في
النهاية هو سلوك
وخيار فردي موجه
ومتأثر بعوامل
شخصية واجتماعية
محلية ودولية
وعلى هذا ينبغي
النظر إلى التعاطي
بهذا المنظر
السلوكي والبيئي
الشامل حين النظر
في طرق المكافحة

”

المكافحة الشاملة

ما ينبغي الإشارة إليه بإيجاز هنا أن السلوك الإنساني ليس فعلا أو أفعالا مفتتة. لكنه منظومة متكاملة من السلوكيات والظروف الفردية والاجتماعية والبيئية. وسواء كان العمل إصلاحيا أو علاجيا أو وقائيا فينبغي له تفهم تعقيد السلوك الإنساني، إن الحديث النبوي الشريف التالي "يبين بوضوح منظومة السلوك المرتبط بالخمير. عن أنس بن مالك رضي الله عنه قال "لعن رسول الله صلى الله عليه وسلم في الخمر عشرة، عاصرها ومعتصرها وشاربها وحاملها والمحمولة إليه وساقبها وبائعها وأكل ثمنها والمشتري لها والمشتراة له".

فشرب الخمر فعل تشترك فيه هذه الفئات العشرة من الناس، بمختلف مراحل إنتاج وتوزيع واستهلاك الخمر، وما ينطبق على الخمر ينطبق على غيرها من الموبقات والمحرمات مثل بقية المخدرات.

إن جهود المكافحة أو الوقاية ينبغي أن تكون متكاملة ومتساندة ليس بينها تناقض أو تضارب فإذا حرمت الخمر فالطرق الموصلة إليها محرمة كذلك. فلا معنى لمحاربة سلوك وفي الوقت نفسه تسهيل كل الطرق الموصلة إليه. ينبغي أن تكون الوسائل والغايات كلها حلالا، عدا ذلك فإن الانحراف والنفاق والتناقض السلوكي ستكون سمات الجيل الذي ينشأ في هذا السياق المعياري المتناقض الذي تتصادم فيه القيم والمعايير والوسائل والأعمال والغايات.

إن تعاطي المخدرات في النهاية هو سلوك، وخيار فردي موجه ومتأثر بعوامل شخصية واجتماعية محلية ودولية. وعلى هذا فينبغي النظر إلى التعاطي بهذا المنظر السلوكي والبيئي الشامل. والكف عن النظر إليه باعتباره مرضا، والتعامل مع التعاطي على أنه مريض. من هنا ينبغي إعطاء "علاج" المدمنين مكانه المناسب ليس أكثر، فإلاج مصطلح طبي يناسب مصطلح "المرض" وتعاطي المخدرات ليست مرضا، بالمعنى الجسدي للمرض. بل هو سلوك منحرف، له أضرار نفسية واجتماعية وطبية.

<http://arbooks.tk>

نرى أن للمقاومة والمكافحة الناجحة لإدمان المخدرات إضافة إلى الجهود الدولية والوطنية لا بد من العمل على مستوى المجتمع المحلي والأسر والأفراد. يقترح مصطفى سوييف قائلا "... هل أن الأوان لكي يفكر المسؤولون في مصر وفي بقية الدول العربية جميعا في إنشاء مركز بحوث لحوادث المرور، يلحق بالإدارة المركزيه للمرور، يكون من بين مهامه توقيع الفحص المعملية على السوائل البيولوجية تؤخذ فوراً من قائدي المركبات حال تورطهم في الحوادث لمعرفة ما إذا كانوا واقعين تحت تأثير أي مخدر لحظه وقوع الحوادث.

ويضيف أيضا: هل أن الأوان كي يخطط من الآن ليصبح فحص السوائل البيولوجية جزءا لا يتجزأ من إجراءات الضبط حال وقوع جرائم العنف؟ هكذا تكون العلاقة بين العلم والعمل.

العلاج

يمثل هذا الجانب البعد الطبي للمشكلة، وهو يهتم بإزالة سمية المخدرات من جسد المتعاطي. ومعالجة الأعراض الانسحابية الجسدية والسلوكية التي تنتج عن ذلك. ودون خوض في التفاصيل يمثل هذا العلاج جانبا هاما في التعامل مع التعاطي بشكل آني، لكنه لا يمثل كل ما يجب عمله. فالعلاج الطبي أحد الجوانب وليس كلها وقد التبس على كثيرين تفسير مشكلة تعاطي المخدرات، على أنها مشكلة جسدية، وأن التعاطي هو نتاج ميول حيوية جينية عند المتعاطي. وهذا التفسير القاصر له جوانب سلبية كثيرة، حيث إنه يحصر المشكلة في شخص المدمن أو المتعاطي، وبالتالي يتم إهمال أو غفال جوانب المشكلة الأخرى. ويسرنا انه بدأت تتضح رؤى التكامل في تفسير مثل هذه المشكلات الاجتماعية. ومن ثم الإدراك القويم لمستويات العمل اللازمة المتنوعة وما تستلزمه من عمل فرق العمل المتعددة المتساندة.

التعرف الى سمات المتعاطين وسلوكياتهم

”

للتعرف على المدمنين :

احتقان العينين
زوغان البصر
الضعف والخمول
شحوب الوجه
الانطواء والعزلة
الاكتئاب
السلوك العدوانى
التعب والإرهاق عند
بذل أقل مجهود
كثرة التغيب عن
المؤسسة التعليمية
السرقه

كثرة التغيب عن البيت
النوم أثناء الدروس
والمحاضرات
الخداع والكذب

”

إن تعاطى المخدرات والإدمان عليها هو سلوك اجتماعي فردي يتم اكتسابه بالتدرج وإن الوقوع ضحية للمخدرات لا يأتي فجأة بل هو عملية مستمرة تبدأ من انحراف أو خطأ بسيط بتقبل تجريب المخدرات بدافع حب الاستطلاع أو بضغط من رفاق السوء. لكن دورة التعاطى هذه تستمر، وتأخذ ضريبتها من سلوك المتعاطى وعلاقاته الاجتماعية ووضعه الصحي.

ونذكر في ما يلي مجموعة من السمات أو الخصائص التي يمكن أن تكون مفتاحاً للتعرف على شخص يتعاطى المخدرات، أو يقع تحت ضغط رفاق السوء وسلوكهم المشين.

- احتقان العينين وزوغان البصر
- الضعف والخمول وشحوب الوجه
- الانطواء والعزلة
- الاكتئاب
- السلوك العدوانى
- التعب والإرهاق عند بذل أقل مجهود بدني
- العلاقات السيئة مع الأصدقاء
- كثرة التغيب عن المؤسسة التعليمية
- السرقه
- كثرة التغيب عن البيت
- النوم أثناء الدروس والمحاضرات
- الخداع والكذب

الوقاية

إن الوقاية وبناء الحصانه الذاتية والمجتمعية هي أفضل إستراتيجية لمواجهة المخدرات على المستوى بعيد المدى. ووضعنا الوقاية في نهاية المطاف، استشرعنا لأهميتها، وتبنيها على ضرورة أن تكون في صدارة الاهتمام. إبراز معلومات حقيقية ومتوازنة حول المخدرات. فيها ترهيب من الاستخدام والتعريف بمضار المخدرات، وكذلك ترغيب بالامتناع والمقاومه وعدم الخضوع لقوى الضلال.

وهنا نشير إلى منحى إصلاحي تعزيري مع الشباب يقوم على بناء وتعزيز قدرات الشباب الفكرية والاجتماعية والسلوكية، وتنمية ثقتهم بأنفسهم، وتبصيرهم بدورهم الاجتماعي العام، وتسهيل سبل الإنجاز والإسهام لهم. ينبغي أن تزداد ثقتنا بالشباب والأطفال، وأن نساعدهم في زيادة ثقتهم بأنفسهم. لا بد من الإسهام في تنشئة جيل قوي واثق من نفسه، يسعى أكثر نحو تحقيق إنجازات إيجابية، وليس مرهوبا أو مسكونا بالخوف، من ارتكاب أخطاء أو التعرض لمخاطر أو الوقوع فريسة أو ضحية لآخرين. فبدلا من أن يرى الشباب الحياة مجموعة من المصائد والمكائد، أو المخاطر والمآزق يراها منظومة من الفرص والتحديات والعتبات التي يتجاوزها

ويكتسب في كل خطوة قوة أكثر واعتزازا أكثر واندفاعا أسرع نحو آفاق أعلى من الإنجاز.

هنا نشير إلى عدد من المقترحات، المعززة لعناصر المناعة لدى الشباب قد تبين لنا أن ضعاف الشخصية والذين لا يعرفون أن يقولوا لا، أو يرفضوا إغواء أصدقائهم، أو الذين هم في مأزق ومشاكل اجتماعية أو تعليمية ولا يمتلكون مهارات التعامل معها، أو حلها مثل هؤلاء هم أكثر عرضة للوقوع فريسة للمخدرات من غيرهم من الناس.

تمكين الشباب وتعزيز قدراتهم:

إن من أفضل الأشياء التي يمكن عملها لتعزيز قدرات الشباب وجعلهم يتخذون قرارات ذكية تجاه المخدرات بما فيها التدخين. هي تمكينهم واحترامهم، وتعزيز فرصهم في المشاركة والإسهام الإيجابي في خدمة أنفسهم، وأسرهم ومجتمعهم.

العمل مع الأسرة

في منظومة المكافحة الشاملة للمخدرات ينبغي أن يكون للأسرة دور فاعل ومعتبر. فالأسرة تمثل خط الدفاع والحصانة الاجتماعية الأولى والأبرز. لهذا تكون جهود المقاومة أو المكافحة ناقصة وعرضة للفشل إن لم تكن الأسرة واحدة من أركان هذه الجهود ونشير هنا بإيجاز إلى ما يجب عمله مع أسر المتعاطين وما يجب أن تعمله هذه الأسر.

ابتداء نقول إن طبيعة السلوك داخل الأسر وخاصة سلوك الوالدين لها تأثيرات كبيرة على بقية أفراد الأسرة. وأول ما ينبغي تأكيده هنا هو القدوة والمثال الذي يمثله الوالدان لا بد أن يكونا القدوة في السلوك قولاً أو فعلاً. إن دراسات التعاطي تبين أن الأطفال الذين يعيشون في أسر يوجد فيها متعاط خاصة أحد الوالدين تكون احتمالية التعاطي أكبر. فأول حصن للوقاية هو القدوة الحسنة من قبل الوالدين وبقية أفراد الأسرة.

يتضح من عدد من الدراسات والبحوث العلمية حول السلوك المنحرف أن لطبيعة ممارسات الوالدين أثرها على ذلك السلوك. فقد لا يحسن الوالدين تربية الأبناء، أو يتصف أسلوب معاملاتهم بالقسوة أو العنف أو التسبب والتدليل. أو قد يتسم جو الأسرة بالشحناء والتباغض، والقول السيئ. إن الإيذاء اللفظي بالسب أو اللعن أو الإهانة أو وصف الأطفال بصفات مكروهة في هذا قتل لنفسياتهم وشخصياتهم. وما ينبغي الإشارة إليه هنا هو أهمية توعية الوالدين وتبصيرهم وتدريبهم على مهارات الأبوة والأمومة، وحسن التعامل مع أبنائهم، خاصة مع الأطفال في سن النماء والتثنية والتغيرات الجسدية والعاطفية. ما تسمى مرحلة المراهقة حيث إن سوء معاملة الأسرة قد يدفع الأبناء إلى مصادر التوجيه والاهتمام خارج الأسرة، حيث رفاق السوء وقناصو الانحراف.

ينبغي أيضا في الجهات المهمة والمسؤولة أن تساعد الأسر التي فيها متعاط، حيث إن الظروف الاقتصادية والاجتماعية السلبية قد تكون عبئا ثقيلا على هذه الأسر فلا تسمح لها بتقديم الرعاية المناسبة لأطفالها. فلا نتوقع أن تؤدي الأسرة دورها، وهي في ضائقة مالية، أو في ورطة اجتماعية، فلا بد من حل مشكلات هذه الأسر أو مساعدتها في حل مشكلاتها، وإكسابها أساليب أفضل للتعامل والتواصل. وكذلك إكسابها قدرات ومهارات تساعد في تحسين اقتصادياتها وارتباطها بالمجتمع.

وبإجمال ينبغي رفع الكفاءة الاجتماعية للأسرة من حيث توثيق ترابطها مع المجتمع المحلي، ومؤسساته وموارده، وتحسين علاقتها بالجوار، وجعل الجوار منظومة متساندة متعاونة فهي تعمل جميعها في سبل تحقيق مصالحها كلها، ومواجهة ما يعترضها من مصاعب.

وأمر هام ينبغي الالتفات إليه وهو أن يكون التركيز في العمل الأسري على كامل الأسرة، وليس على الفرد المتعاطي. فالتركيز على المتعاطي فيه استحياء للمشكلة وجعلها في دائرة الضوء باستمرار وبالتالي جعل المتعاطي هو المشكلة المستمرة.

لكن التركيز على الأسرة يجعل الاهتمام أوسع، ويجعله منهجيا نحو تحقيق تغييرات إيجابية إصلاحية في بناء الأسرة. وما يجعل إصلاح المتعاطي نتيجة طبيعية لهذه الجهود، ومنها إشعار له بطبيعتها وليس بإشكاليته وسوء صنعه. أي ينبغي أن يتم بناء وصناعة بيئة صالحة مقاومة للانحراف، وفي الوقت نفسه مساندة للمخطئين ليقبلوا عن خطئهم طوعا وبالترديد

طرق تعاطي المخدرات



تختلف طرق تعاطي المخدرات من صنف إلى آخر ومن شخص إلى شخص، فالبعض يفضل التعاطي منفرداً والبعض الآخر يشعر بنشوة وهو يتعاطاها وسط مجموعة. وبالنسبة للمخدرات نفسها فالبعض يفضل الشم والبعض الآخر يفضل التدخين وبعض ثالث يفضل الحقن في الوريد، ومن أمثلة ذلك:

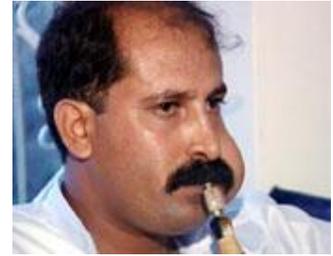
١ - الحشيش

<http://arbooks.tk>

- عن طريق التدخين (سجارة، سيجار، نرجيلة)، ومن أشهر الدول العربية المنتشر فيها هذا الصنف مصر.
- أو عن طريق الشراب حيث يقطع المتعاطي أوراق الحشيش وقممه الزهرية وينقعها في الماء ويذيبها ثم يشربها، وتنتشر هذه الطريقة في الهند.
- عن طريق الأكل بحيث يخلط الحشيش بمواد دهنية أو بالتوابل ويقطع على هيئة قطع الشكولاته ويؤكل مع بعض الأطعمة.

٢ - الأفيون

- يستخدم الأفيون في المجال الطبي لتخفيف الألم، ويستعمل على شكل محاليل تؤخذ في الغالب في العضل حتى لا يتعرض المريض لإدمانها، أو أقراص تتناول عن طريق الفم.
- وأما التعاطي غير الطبي فيؤخذ عن طريق التدخين كما هو في الهند وإيران، أو البلع بالماء وقد يعقبه تناول كوب من الشاي، وأحياناً بلجاً المدمن إلى غلي المخدر وإضافة قليل من السكر إليه ثم يشربه. أو الاستحلاب حيث يوضع تحت اللسان وتطول فترة امتصاصه،



قات في فم أحد المتعاطين اليمنيين

أو يؤكل مخلوطاً مع بعض الحلويات، أو الحقن، أو يشرب مذاباً في كوب من الشاي أو القهوة.

٣ - القات

تنتشر زراعته وإدمانه في منطقة القرن الأفريقي والسودان واليمن، وهو عبارة عن نبات أخضر تمضغ أوراقه وتخزن في فم المدمن ساعات طويلة، يتم خلالها امتصاص عصارتها، ويتخلل هذه العملية بين الحين والآخر شرب الماء أو المياه الغازية، وشرب السجائر أو النرجيلة.

٤ - المهلوسات

وقد سميت بهذا الاسم لآثار الهلوسة التي تحدثها على شخص المتعاطي، وهي في الغالب تخيلات عن أصوات وصور وهمية، وأهم هذه المهلوسات عقار L.S.D وعقار P.C.P. وتكون المهلوسات على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم.

٥ - المنشطات (الأمفيتامينات)

تنتشر في الوسط الرياضي وبين طلبة المدارس والجامعات، وسائقي الشاحنات على الطرق الخارجية والدولية، وذلك لآثارها المنشطة على الجهاز العصبي، ومن أشهر طرق تعاطيها على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم.



الشم أشهر طرق تعاطي الهيروين

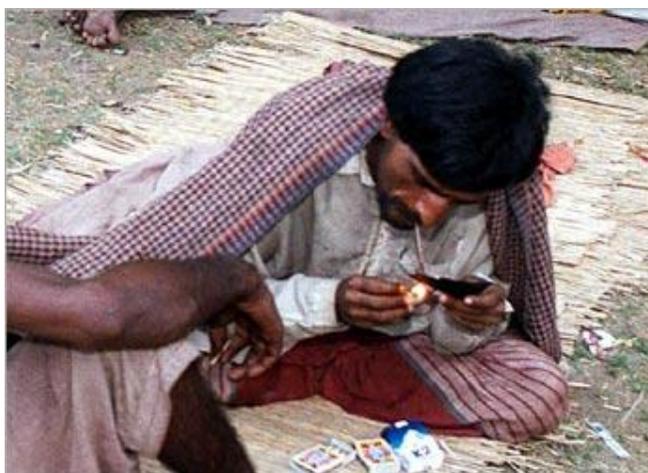
٦ - المورفين والهيروين

للمورفين خاصية كبيرة في تسكين الآلام، إلا أنه يسبب الإدمان الفسيولوجي، حيث يؤثر على وظائف خلايا المخ. والهيروين من مشتقات المورفين ويكثر استعماله عن طريق الشم، ويتم إدمانه بعد أسبوع من البدء في تعاطيه.

٧- الكوكايين

يؤخذ الكوكايين بطرق متعددة تتشابه إلى حد كبير مع الحشيش، سواء عن طريق التدخين أو الاجترار تحت اللسان أو البلع أو مع بعض الأطعمة والمشروبات.

الأبعاد الاجتماعية والنفسية والتربوية لتعاطي المخدرات



يقلم

أولاً: البعد الحيوي

ثمة اتجاه يعزو سوء استعمال المخدرات أو القابلية لتعاطيها إلى عوامل جينية فطرية. وأصل هذا الافتراض لتعليل الاعتماد عليها يوجّه أساساً لسببية إدمان الخمر. كما أن هناك افتراضات مؤداها احتمالية وجود أسباب جينية فطرية لسوء استعمال المخدرات ترتبط وراثياً بخصائص إفرزات المورفين الذاتية، إذ إن ثمة إفرزات لنوع من الأفيون في المخ قد يكون له دور في إقبال صاحبه على الأفيون.

وهناك وجهة نظر ترجع نفس الأسباب إلى الكحول أيضاً، ويؤثر هذا وذلك على الجهاز العصبي المركزي (Mohit 1988). وقد يكون هذا النهج من وحي المدرسة الوضعية التقليدية التي أرجعت أسباب الانحراف والجريمة إلى عوامل جينية وراثية في القرن التاسع عشر. تأثراً بنظرية التطور التي ذاعت وكان لها تأثيرها على ميادين علمية أخرى ثم ثبت دحضها من واقع الدراسات التجريبية المقارنة (Gibbons et al, 1975). وقد يكون أحد هذه المجالات محاولات التعليل البيولوجي الحيوي الوراثي لسوء استعمال المخدرات والخمر.

وعلى أي حال فإن هذه الفروض تحتاج إلى مزيد من المراجعة البحثية Replication لتحقيقها علمياً على مستوى الدراسات الحضارية المقارنة لأن أساليب الاستعمال والممارسة تختلف من سياق اجتماعي ثقافي لآخر، إلا أن الأمر شديد الوضوح هو أن الخبرات الأولى لسوء الاستعمال لا تحدث إلا في سياق اجتماعي عن طريق عملية التعلم التي أكد عليها سودرلاند وكريسي (Sutherland, E, 1960 & cressy, D) في نظرية الارتباط المتغاير Differential Association Theory التي تركز على أن السلوك السوي أو المنحرف يتأثر بأسبقية تعلمه ومدى تكراره واستمراره وعمقه، بما يعني أنه لو لا الخبرة الأولى للتعاطي التي مصدرها نوعية الجماعة التي تعطي نعتاً لهذا السلوك أو ذلك بالاستحسان أو الاستهجان لما تكرر السلوك أو استمر.

ومن منطلق المنظور الإسلامي لمشكلة التعاطي والاعتماد على الخمر والمخدرات فإن أوصاف هذا الضرب من السلوك المحرّم هو منع الإنسان إراديا أن يغيب عقله الذي يمثل جوهر المسؤولية في العبادات والمعاملات الاجتماعية، وينفي مسؤولية الاستخلاف على عمارة الأرض وتنمية المجتمع (Abdel-Motaal, 1996).

ويعتبر استعمال المخدرات لتسكين الآلام البدنية من الأسباب المكتسبة بيولوجيا، وذلك بالنسبة للأفيون بدعى أنه يخفف الآلام المرتبطة بأمراض معينة. وذلك مدخل يسير لطرق أبواب من العلاج دون الوصول إلى التشخيص الفعلي للأمراض، وقد يؤدي هذا المسلك في كثير من الحالات إلى الاعتماد على المخدر دون أن يقصد المريض أي إساءة أخلاقية، وهو مدخل ظاهره الرحمة وباطنه من قبله العذاب.

ويطلق على مادة الأفيون بأنه القاتل للألم وكذلك المواد الأخرى التي يطلق عليها أيضا الملقطة للمشاعر، وهي من مشتقات الأفيون أو المناظرة له وأشهرها المورفين والهيروين، وأخرى تشتمل على الكوديين والمبييردين (ديميروول) والميثادون (أميدون، دولوفين) (Schur,E 1965)

وفضلا عن إزالة الألم فإن الأفيون يحدث الارتخاء العضلي وقلة النشاط الحركي والميل إلى الخمول والكسل والنعاس.

”
الخبرات الأولى
لاستعمال أو سوء
الاستعمال لا تحدث إلا
فى سياق اجتماعى
عن طريق عملية
التعلم
”

ومن مستحدثات المواد المخدرة المصنعة التي اجتاحت الولايات المتحدة الأمريكية منذ الثمانينات ثم تلتها إلى الدول الأخرى عقار الميث Meth الذي يتعاطى بطرق مختلفة، والكراك Crack أحد مشتقات الكوديين، والذي أصبح وباء في أميركا الشمالية والوسطى. وقد اكتسب الميث شعبيته في عالم التعاطي بسبب سهولة إنتاجه محليا ومنزليا وانخفاض ثمنه على عكس الحشيش والكوكايين الذي يستورد من الخارج. وقد تعاطى أكثر من مليون أميركي الميث خلال سنة ١٩٩٩. أما الكراك فيستعمل بمقدار أكثر من الهيروين بثلاث مرات. ومن آثار الميث البدنية الخطيرة التي تحدث خلال ساعتين منذ بداية تعاطي الجرعة هو الاندفاع المفاجئ الذي يحدث بسبب تغيرات حادة في المخ، وإحساس بالتخدير يماثل صدمة الأدرينالين.

أما الآثار البدنية الصحية للحشيش -باعتباره أكثر المواد انتشارا في العالم في سوء الاستعمال- وبالرغم من إباحتها من قبل بعض الدول فإنها ثابتة لمن استعمله يوميا وعلى مدى عدد من السنين، وذلك غالبا ما يكون في أمراض الجهاز التنفسي وضعف القدرة الإدراكية. وقد تحققت هذه الإصابات لدى ١٠% من المتعاطين يوميا، و٢٠ - ٣٠% ممن يتعاطونه بشكل أسبوعي. أما استخدامه أثناء فترة الحمل فإدى إلى تقصير فترة الحمل وانخفاض وزن المواليد أو تشوّه بعضهم، وقصور أيضا في عمليات الولادة. واتضح كذلك أن ثمة احتمالا كبيرا لمن يستخدمونه بشكل متكرر ومكثف وقوفهم على حافة دائرة الإصابة بمرض السرطان وسوء الهضم واحتمال الإصابة باللوكميميا (Hall,W &Martine ,B ١٩٩٩)

ثانياً: البعد الثقافي

لا تقتصر آثار المخدرات على الأضرار الحيوية على مستوى الفرد بل إن العلاقة العضوية الحيوية تؤثر وتتأثر بالجهاز النفسي هذا فضلا عن السياق الاجتماعي والثقافي، ومن ثم فإن البعد النفسي كان قد حظي بكم هائل من الدراسات والبحوث في مجالات التعاطي والإدمان سواء بالنسبة للمخدرات أو الكحوليات. ونظرا لسبق المشكلة في مصر عن غيرها من البلاد العربية، وسبقها أيضا في إنجازات مشروعات بحوث ودراسات سوء استعمال المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية الذي أسس في نهاية الخمسينات، وكذلك في الجامعات المصرية، فإنه بجانب الاستشهاد بنتائج بحوثها في المجال النفسي والاجتماعي فإننا سنقرن النتائج التي وردت في الدراسات الأخرى التي عالجت مشكلة سوء استعمال المواد المخدرة.

هناك مشكلة بأنه لا يوجد شخص يزعم ما إذا كانت التغيرات النفسية المرضية أو التغيرات في الشخصية يمكن اعتبارها سببا ونتيجة للاعتماد على المخدرات. وهذا يتضمن الإدمان العدوانى الذي يتصف بمستوى عال من القلق في العلاقات الشخصية وإحباط في

التسامح ومشاعر التقليل من شأن النفس أو تقويم الذات. ولو أن الدراسات النفسية المعتمدة على نظرية التعلم قد ألفت بعض الضوء على مختلف جوانب المشكلة، ولكن ذلك لا يمكن أن يصف الظاهرة بأبعادها المتعددة.

ويؤدي سوء استعمال المخدر إلى تغيرات أساسية في الشخصية إذ تجعل 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 أسره تاريخ أمراض ذهانية.

أما الآثار المزمنة فهي تنتج من جراء الاستخدام المزمن 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 أيضاً أشكال كامنة، كما في الآثار الحادة، للوهن الإدراكي الذي يؤثر على الانتباه والذاكرة. وأيضاً انخفاض مستوى الأداء والمهارات والتحصيل الدراسي عند البالغين (Martin & Hall, 1999)

”
يؤدي سوء استعمال المخدر إلى تغيرات أساسية في الشخصية إذ تجعل الإنسان قابلاً للأمراض النفسية والذهانية. والشعور بالقلق والهلع والبارانويا، والوهن الإدراكي وتأخر ردود الأفعال مما يترتب عليه مخاطر حوادث الطرق والسيارات
”

أما آثار الأفيون النفسية ومشتقاته ففضلاً عما ذكرنا في الآثار البدنية فإن الارتباط وثيق بينهما، فالأفيون من المواد المثبطة التي تؤدي عادة إلى تخفيض مستوى العصبية والنشاط البدني، فإلى 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 بحاجة إلى محاربة العالم.

وواقع 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 غالباً في المراحل المبكرة للتعاطي، أما في المراحل المتأخرة فالنتائج عكس ذلك تماماً فالشعور بعدم الابتهاج وعدم الرضا والسعادة هو واقع المدمنين. (E, Schur, 1965)

أما بالنسبة لعقار الميث أو الكراك المصنع معملياً 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 شمه أو بلعه أو الحقن به. ولذلك ينتشر في البلاد التي تصنعه محلياً 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 الفرقة، 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 الاختلالات بالنسبة للمتعاطي 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 (المنيا)، أما حياتهم الوجدانية فيميل ٥٠% من العينة نحو الاستكانة، وانخفاض نسبة التحكم عند ٤١%.

ثالثاً: البعد الثقافي

ويتفرد الحشيش باندماجه في ثقافة الشباب، وسن البدء فيه أصغر عادة من أي عقار آخر. وباستثناء أوضاع جلب الحشيش واستعماله في مصر بتاريخه الطويل وأيضا في بعض مناطق الشرق الأدنى والأوسط، فإن أخطر ما حدث منذ بداية الستينات وما زال قائما حتى الآن هو أن الحشيش قد أصبح من صميم ثقافة فئات عريضة من الشباب حيث بدأ أولا في الولايات المتحدة الأميركية ثم أوروبا ثم إلى باقي مناطق العالم، مستمدا تأثيره من خلال الموسيقى وحفلاتها الصاخبة، والتطور السريع في حركة التصدير جعله على قمة المواد المخدرة الأخرى طبيعية أو مشتقة. ويلاحظ أن البداية العمرية للتعاطي يبلغ متوسطها أصغر في الحشيش منه في الكوكايين والهيروين فهو يراوح بين ١٦ - ١٧ عاما في الولايات المتحدة وإسبانيا وفرنسا وأستراليا بينما يصل إلى ١٩ - ٢٢ بالنسبة للكوكايين والهيروين لنفس البلدان (UNDCP 1999)

وتؤكد الدراسات المعاصرة إيجابية الارتباط بين زيادة استهلاك الحشيش بما فيه أوراق البانغو الذي انتشر في مصر الآن وبين ثقافة الشباب السائدة، ففي دراسة حديثة في فرنسا تفيد تماثلا بين دول أوروبا في توافق عملية التطور المستمرة لاستعمال القنب (الحشيش) والتغيير في ثقافة الشباب. وثمة زيادة درامية متوازية في العقاقير المصنعة -كجزء من مشهد الهذيان في دول الاتحاد الأوروبي سنة ١٩٩٠- أدت إلى ما يمكن أن نطلق عليه في المملكة المتحدة تطبيع الشباب الترفيهي باستعمال المخدر.

وقد تبين طبقا لمسوح الجريمة في بريطانيا أن انتشار استعمال القنب (الحشيش) من سن ١٦ - ١٩ قد ارتفع من ١٨% سنة ١٩٩١ إلى ٢٧% سنة ١٩٩٦. وارتفع سن بداية التعاطي من ٢٦% إلى ٣٥%، ومن ثم فإن واحدا من كل ثلاثة من الشباب لديه ميول استعمالية نحو الحشيش، وواحدا من أربعة استخدموا الحشيش مرة على الأقل في السنة الأخيرة، وهناك ١٦% من الشباب استعملوه في الشهر الذي سبق الدراسة المسحية، وازداد الاستعمال بين سن ١٦ - ٥٩ بنسبة ٥% سنة ١٩٩١ إلى ٩% سنة ١٩٩٦.

وإذا انتقينا نموذجا لدولة من دول الاتحاد الأوروبي كهلندا التي أباحت الاستعمال العلني والحيازة المحدودة للحشيش فإن ثمة رواجا واضحا لمادة الأستازي المخدرة إلى جانب الحشيش الذي ارتفعت معدلات تعاطيه بين تلاميذ المدارس من سن ١٢ - ١٩ سنة من ٢% سنة ١٩٨٤ إلى ٣% سنة ١٩٨٨ إلى ١١% سنة ١٩٩٩ (UNDCP 1999)

”
أصبح الحشيش من
صميم ثقافة فئات
عريضة من الشباب
حيث بدأ أولا في
الولايات المتحدة
الأميركية ثم أوروبا
ثم باقي مناطق العالم
العالم مستمدا تأثيره
من خلال الموسيقى
وحفلاتها الصاخبة
”

ونجد أن خريطة التعاطي والاعتماد (الإدمان) بالنسبة لشباب مصر قد اختلفت في الربع الأخير من القرن العشرين عنها قبل ذلك في ضوء البحوث والدراسات الزمنية المقارنة التي أجراها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناحية منذ الستينات. وكانت من أهم معالم

العقود الأخيرة منذ السبعينات غزو العقاقير المصنعة لمصر إلى جانب المواد الطبيعية وعلى رأسها الحشيش وتوأمه البانغو المنخفض الثمن عن غيره من المواد.

ويشير بحث "الشباب والمخدرات في مصر" (سوف ١٩٨١) من واقع عينة لتلاميذ المدارس الثانوية (٥٥٣٠ تلميذا) والمدارس الفنية (٣٦٨٦ تلميذا) وطلاب الجامعة

(٢٧١١ طالبا) إلى أن ثمة ارتباطا إيجابيا بين تعرض الشباب لتقافة المخدرات وبين احتمال الإقبال عليها. وتعتبر وسائل الإعلام من القنوات الاجتماعية التي تنشر ثقافة التعاطي. كما اتضح وجود جماعات من الشباب لا يستهان بحجمهم لا يتعاطون المخدر ولكنهم على استعداد نفسي للتعاطي، ويطلق على هؤلاء بالفئات الهشة. ويعتبر سن ١٦ في الثانوي و ١٩ في الجامعة هو السن الذي يزداد فيه احتمال التورط في مشكلة التعاطي. وثمة أعداد كبيرة نسبيا تقبل على تجربة التعاطي بدافع حب الاستطلاع أو أي دوافع أخرى. وتوضح النتائج أن ٧٥% من هذه الأعداد لا تلبث أن تتوقف ويبقى ٢٥% فقط في عالم التعاطي. ولا شك أن الفئة الباقية المستمرة في التعاطي قد يتجه أغلبها نحو الإدمان ويعتبر أفرادها وهم في وسط جماعات المدمنين أشبه ببؤر تشيع الفساد تمارس فيها طقوس التعاطي والإدمان وصك مصطلحات السخرية من النظم والقيم والآداب الاجتماعية السائدة والحاكمة للدين والأخلاق. وليست قضية عبدة الشيطان ببعيدة والتي تورط فيها مجموعة من المراهقين والشباب كانت المخدرات هي طريق الأوهام والهنيان الذي مهد لهم لهذا الانحراف.

لقد كشفت البحوث والدراسات التي أشرنا إليها وغيرها عن العلاقة الجوهرية بين التعاطي وبين المضمون الثقافي له من حيث ضرر المخدرات أو فائدتها أو الحياد تجاهها (عبد المتعال ١٩٩١) إن هذه القيم المضادة للمصالح الاجتماعية والاقتصادية بسبب ظاهرة سوء استعمال المخدرات المحظورة لا تقتصر على مجتمع دون آخر من حيث آليات الإنتاج أو الجلب أو التهريب أو التوزيع وأيضا المضامين الثقافية التي تنامت معها وانتقلت معها عبر الحدود الإقليمية، فأصبحت الظاهرة عالمية تتأثر بالسياق الاقتصادي المشروع - كما أشرنا سلفا- وأيضا بالأزمات السياسية الدولية التي تبلغ قمتها في الحروب العالمية والإقليمية. فلا شك أن رواج المخدرات ونوعيتها اختلف بعد الحرب العالمية الثانية عنه قبلها وكذلك خلال وإثر الحروب الفيتنامية، والأفغانية، والإيرانية العراقية، والعربية الإسرائيلية.

فعلى سبيل المثال حدث في مصر انخفاض مؤقت بعد الحرب العالمية الثانية حتى الحرب العربية الإسرائيلية ٦٧ - ٧٣ في جلب المخدرات ولكن لمدة سنتين ثم بدأ بعدها في الارتفاع. ثم بدأ خلال السبعينات انتشار مادة الماكستون فورت والحبوب الدوائية وذلك لصعوبة جلب الحشيش والأفيون نتيجة الحروب العربية الإسرائيلية. وعاد الكوكايين والهيروين منذ مطلع الثمانينات واستمر الحشيش والأفيون والماكستون فورت والمواد الدوائية المنشطة وبسبب تغليب العقوبة إلى الأشغال الشاقة وإلى درجة الإعدام للتجار والمهربين. وانحسرت نسبيا تجارة تهريب الحشيش ولكن انتعشت تجارة البانغو لإمكانية وسهولة زراعته في المناطق الصحراوية كسببه جزيرة سيناء.

رابعا: البعد الاجتماعي

إن تكرار التعاطي واستمراره وارتباط ذلك بالتركيبية الكيميائية في المخدرات الطبيعية أو المصنعة وتأثيرها في الجهاز العصبي المركزي وتنشيطها للجهاز النفسي أثناء إساءة الاستعمال، لا يتم على مستوى ملايين المستعملين إلا في سياقات اجتماعية مختلفة متنوعة الثقافات سواء محبذة أو معارضة أو محايدة لاستعمال المخدرات المحظورة. وقد شاهدنا مجتمعات متقدمة أباحت قوانينها الجديدة تعاطي الحشيش تحت ضغط تغيير الاتجاهات الثقافية في الرأي العام، وقد أثر ذلك بالفعل في الحركة التجارية والتسويقية للمخدر مما سيمتد أثره إلى أحجام العرض ومساحات الطلب. وبذلك نرى أن العلاقة متشابكة بين أبعاد ومتغيرات متشابكة بين مجتمعات قاربت بينها خطوط الاتصال والانتقال بشكل اختزل به الزمن والمسافات، فالعلاقة معقدة بين وفرة العرض وزيادة الطلب والإدمان أو الاعتماد على المخدر. فمن المؤكد أن التمكين من إعمال قوانين الحظر في أغلب الدول وحجم المضبوطات من المخدرات المحظورة يسبب زيادة في ارتفاع أسعار المواد المخدرة كالأفيون وهذا بدوره قد يقلل من أعداد المدمنين، ودرجة نقاوة المخدرات المستهلكة وحجم الكمية المستخدمة في الجرعة الواحدة. وقد يؤدي هذا إلى تحول نحو أنواع أخرى من المخدرات أقل سعرا وبطبيعة الحال أقل نقاوة وجودة وأكثر ضررا (Mohit 1996)

إن إعمال القانون ودور أجهزة العدالة الجنائية في مجال الوقاية والمكافحة محور أساسي لضبط إيقاع حركة سير المجتمع واستقراره واستمراره. ومن ثم فإن الهيئة القانونية وآليات العدالة وردود أفعالها في الأحكام وتأثيراتها في التعديلات التشريعية لا يمكن غض الطرف عنها عند المعالجة الدراسية لمشكلة المخدرات وتخطيط سبل الوقاية والعلاج فكل ذلك جزء لا يتجزأ من النسيج الاجتماعي الذي لا ينفصم عنه أي بعد من الأبعاد والعوامل الحيوية أو النفسية أو الثقافية أو الدينية أو الأخلاقية.

إن مآل تكرار التعاطي يجعل من الإدمان احتمالا أكبر بل مؤكدا بالنسبة للمخدرات القوية أو النقاذة، خاصة أن هذا التكرار يوثق الارتباط بالمخدر. وطبقا لتعريف منظمة الصحة العالمية WHO فإن إدمان المخدر أو الاعتماد عليه هو حالة من الخدر والتسمم المرحلي أو المزمن تنشأ بسبب استهلاك المخدر الطبيعي أو المصنّع وتتضمن خصائصه الآتية:

١ - رغبة عارمة أو حاجة قهرية للاستمرار في تعاطي المخدر والحصول عليه بأي طريقة.

٢ - ميل واضح لزيادة الجرعة.

٣ - اعتماد جسيمي ونفسي على تأثيرات المخدر.

٤ - نتائج وتأثيرات ضارة على الفرد والمجتمع.

فدون وضع العوامل الاجتماعية والبيئية في الاعتبار لا يمكن أن نحصل على تفسير سببي كامل لمسألة الإدمان، إذ المجتمع كمؤثر كبير هو الذي يحدد كلا 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 معوضا أبناءه بتدفق المال مما شجع اليافعين على الانخراط في نمط مشوش من الحياة من بينها أفة تعاطي المخدرات (Mohit 1996)

”
يمكن أن تكون الثقافة
للأسرة والحي الذي
تنتشر فيه المخدرات
اتجاهها محبذا أو
محايدا على الأقل إزاء
أنواع معينة من
المخدرات وليس ضدا
لها، ويمكن أن يكون
للأسرة دور سلبي إذا
ما ساد فيها أجواء
التوتر والاضطراب
والمشكلات المرضية
والنفسية والتعرض
للأذى وتعاطي
المخدرات
”

أما مدى فعالية الأسرة في التنشئة والتربية بعناصرها الإيجابية والسلبية في تكوين الاتجاه نحو المخدرات أو الخمر أيضا فإن الدراسات ونتائج البحوث عنها مستفيضة تزدهم بها الكتب والمجلات 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 اتجاهها 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 المشغلة بالتجارة والتوزيع. وتتشكل أيضا أنماط ونماذج التنشئة لدى الأسر المستهلكة على نفس نسق استحلال التجارة أو التعاطي.

ولقد انبثق منهج الاستحلال لأسباب تتعلق بالتناقض التشريعي نحو مادتين أخطرها وهي الخمر مغيبة للعقل وتباح تجارتها واستعمالها بمقتضى قوانين وضعية في دول عربية إسلامية. وأقلها خطرا -من وجهة نظر التجار والمتعاطين- الحشيش وتوأمه كالبانغو والقات المفتر للعقل والذي لم يرد في النصوص الدينية ما يحرمه إلا من فتاوى بالتحريم ظهرت مؤخرا. ويمثل ذلك ما أطلقت عليه في دراساتي السابقة بالفجوة الثقافية التشريعية أو التخلف الثقافي القانوني Juridical Culture Lag.

(عبد المتعال ١٩٩١ & ١٩٩٦) إن مثل هذا التناقض قد يؤدي إلى تناقض مثل له في عملية التنشئة والتربية في الأسرة التي تلوث أجواء قيمها بتقافة التعاطي التي أشرنا إليها سلفاً في العوامل الثقافية المشجعة للتعاطي عند الشباب.

وإذا 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 هو تعاطي المخدرات والاعتماد عليها.

ولا 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 يتعاطي فيها الآباء الحشيش فإن نسب التأثير تتقارب بالنسبة للآباء والأصدقاء معا.

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 التشرد 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 والتبجح وكنم صراخ الجوع. واتفقت أيضاً نتائج دراسات أجريت في المكسيك مع هذه النتائج الخاصة بأطفال الشوارع في بعض بلدان العالم النامي (UNDCP)

خامساً: التعليم والتربية

إذا انتقلنا إلى الأثر التالي للأسرة أصدقاء ما بعد الطفولة المبكرة، والمواكب لهما في المراحل العمرية اللاحقة فستكون بالضرورة المؤسسة التعليمية التي تعدّ الفرد إلى التوافق مع مجتمعه بأبعاده التاريخية والثقافية والحضارية المتعددة على هدى الحقوق والمسؤوليات التي سينشأ على مراعاتها والالتزام بها. ولا سبيل إلا باستيعاب ذلك كله عن طريق إمداد العقل بالمعارف والعلوم وتدريب النفس على تمثل القيم الأخلاقية والدينية التي تأسس عليها المجتمع. فإن العقل هو الوسيط الذي بسلامته ورجاحته ينهض بالإنسان ويرقى بالمجتمع، وبذلك كانت حمايته هي المقصد الأول من مقاصد الشريعة حيث إنه بدونها لن نصل إلى مقاصد الحفاظ على الدين والعرض والنفس والمال والنسل. لذلك كانت الخمر والمخدرات وبالاعتماد على تهديد العقل وسيط المعرفة والدين والحضارة.

لقد بينت الدراسات التي اقتفت أثر سوء استعمال القنب (الحشيش) وهو أقل شدة ونفاذاً من المواد القاسية الأخرى، أن الاستعمال المزمن أو الحاد قد يؤدي إلى إضعاف الذاكرة والوظائف العقلية والقدرة على تسلسل الأفكار والإضرار بالنمو الاجتماعي والعاطفي للأطفال والمراهقين، وإضعاف مستوى الأداء الدراسي، وترتبط درجة الإضعاف بالكمية أو الجرعة المتناولة. ويلخص الأثر المحتمل لأنواع مختلفة من المخدرات بأنها يمكن أن تقلل من العمليات والقدرة المعرفية، وتعوق بين الطفولة والشباب وتنمية قيمهم ومثلهم. كما يؤدي انخفاض مستوى الكفاءة المعرفية إلى انخفاض المستوى الأكاديمي ويؤدي إلى التقليل من شأن الإنسان لنفسه، كما تسهم في عدم الاستقرار النفسي والشعور بالهوية (UNDCP) وقد تهيم المخدرات على تفكير الشخص إلى درجة إصراره على اللجوء إليها كمهرب لحل مشكلاته الخاصة.

سادساً: العمل والبطالة

العمل والبطالة على طرفي نقيض، فالعمل يقوي من إرادة البناء والبطالة تثبط من همته، والعمل عصب التنمية والإنتاج وهو بدوره السبيل إلى التقدم والرخاء. وإذا أراد عدو أن يغدر بشعب فإنه يهاجم مواقع الإنتاج الرئيسية بالنسف والتخريب، فإذا لم يستطع فيالحيلة والغدر مستهدفاً جوهر العمل ذاته وهو القوى البشرية وتفرغها من مضمون إرادتها وكفاءتها ومهاراتها. فيالدعوة 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

”
تعاطي المخدرات
يقلل من التركيز الدائم
وحضور الذاكرة
ويعرض المهارات
الميكانيكية للضيق.
والأفيون يقلب الأمزجة
ولو بجرعات صغيرة،
ويقلل من النشاط
ويضعف من المهارات
الآلية النفسية المرتبطة
بقيادة السيارات
”

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 المشنقة 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 والجنائية 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 الأميركية، 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 خيرات التعاطي أكثر احتمالاً. والجدير بالذكر أن ٣٠% من قوة العمل في العالم معطلة عن الإنتاج، وهناك أكثر من ١٢٠ مليون نسمة مسجلون كعاطلين، وهناك أيضا ٧٥ مليون نسمة طالبين للعمل. وهؤلاء غير ملايين الأفراد غير المسجلين، إلا أن كثيرا من هؤلاء يقومون بأعمال في القطاع غير الرسمي مما قد يقلل نسبيا من غلو المشكلة.

سابعاً: المخدرات والجريمة

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 ينفيها. (UNRISD, 1984) وما دام الأمر كذلك وفيه حيرة منهجية، فإنه على الأقل وجدنا من الدلائل ما يثبت -خاصة في العقد الأخيرين بعد استئراء 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، والثاني يتعلق بعملية الاستهلاك.

وتبدأ الجرائم الخاصة بالجلب والتوزيع من التجريم القانوني لها، وترتبط بالجرائم ضد الأشخاص بالقتل والأذى البالغ أثناء الاصطدام 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 التريخ من جراء أنشطة غسل أموال والتي فطن إليها أخيرا كبار التجار والمهربين.

<http://arbooks.tk>

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 ١٩٨٠ 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 (M.Fredrik)

وأفاد تقرير مؤتمر الأمم المتحدة السابع لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين (ميلانو ١٩٨٥) 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

طرق علاج وتأهيل مدمني المخدرات



أحمد المجذوب

في بداية الاهتمام بمكافحة المخدرات وتعاطيها وإدمانها كان ينظر إليها كما ينظر إلى الجراثيم والميكروبات التي تهاجم الناس وتصيبهم بالمرض فبدأ الأمر وكان المتعاطي إنسان لا إرادة له استدرجه تاجر المخدرات وأعوانه حتى جعلوه يدمنها فلما انفق كل ما يملكه عليها تحول إلى مروج لها يغرر بالناس كما غرر به. وهذا ليس صحيحا إلا في حالات قليلة للغاية، أما في الغالبية العظمى من الحالات فإن تعاطي المخدرات وما تبعه من إدمان كان عملا واعيا أقدم عليه الشخص عن علم واختيار وبارادة كاملة لا ينقص منها أن يكون قد تأثر بعوامل نفسية أو اجتماعية.

ونتيجة لهذه النظرة الضيقة إلى المخدرات وجهت الحكومات ومؤسساتها على اختلافها اهتمامها إلى الأشخاص الذين يجلبون المخدرات والذين يتجرون فيها فشدت عقوباتهم المرة تلو المرة، لعل ذلك يثنيهم عن جلبها والاتجار فيها. ولم تنس المتعاطي والمدمن، فشدت العقوبة المنصوص عليها في القانون بالنسبة لهما أيضا كي يفيقا ولا يدعا هؤلاء وأولئك يخدعونهما أو يغترون بهما.

وهكذا فات الحكومات أن تدرك أن تشديد العقوبات، سواء بالنسبة للجاليين والمهربين والتجار، أو بالنسبة للمتعاطين والمدمنين لا يكفى بذاته لمنع الفريق الأول من جلب المخدرات والاتجار فيها ولا لصرف الفريق الثاني عن تعاطيها وإدمانها.

وبالنسبة للفريق الأول فقد سبق أن أجريت دراسة إحصائية تحليلية لجرائم جلب المخدرات والاتجار فيها قبل تشديد العقوبات وبعد تشديدها تبين منها أنه عقب التشديد مباشرة حدث انخفاض شديد فيها بلغ ٥٠% استمر ستة أشهر فقط ثم عاد إلى الارتفاع شيئا فشيئا حتى بلغ ١٠٠% بعد عام واحد ثم بلغ ٢٠٠% بعد عامين وهكذا حتى أصبح كالتوالي الحسابية، الأمر الذي دل على أن تشديد العقوبات لا يكفى وحده لمنع الجلب والاتجار فيها أو حتى للحد منهما وإنما يجب، فضلا عن ذلك، منع الطلب على المخدرات أو خفضه إلى أدنى حد ممكن. ذلك أنه طالما وجد المهربون والتجار أن المخدرات تعود عليهم بأرباح ضخمة لا تدرها أي تجارة أخرى فإنهم لن ينصرفوا عنها مهما كانت المخاطر التي تكتنفها والتي يظنون دائما أنهم قادرون على تجنبها والتغلب عليها. من ذلك أن سعر

<http://arbooks.tk>

الكيلوغرام من الأفيون في البلاد المنتجة لا يزيد على عشرة دولارات بينما هو في البلاد المستهلكة عشرة آلاف دولار. وفي صناعة الكوكايين يعود توظيف مائة دولار على صاحبها بفوائد تقدر بحوالي مائة الف دولار!.

”
تشديد العقوبات لا
يكفي وحده لمنع
تجارة المخدرات أو
حتى للحد منها وإنما
يجب، فضلا عن ذلك،
منع الطلب على
المخدرات أو خفضه
إلى أدنى حد ممكن.
”

وهنا يأتي دور الفريق الثاني أى المتعاطين والمدمنين فهم الذين يشترون المخدرات بالأسعار التى يحددها التجار ومن قبلهم المهربون والجالبون فيحققون لهم الأرباح الطائلة التى تشجعهم على الاستمرار فى هذه التجارة. وهو ما رأت الحكومات أن تشديد العقوبة من شأنه أن يجعلهم يفيقون فينصرفون عنها ويكفون عن شرائها ونسيت أن هذا إن صح بالنسبة لمن يتعاطون المخدرات التى لا تحدث إدمانا فإنه لا يصح بالنسبة للمخدرات التى يؤدي تعاطيها إلى الإدمان والذين لن تخفيف العقوبة مهما كانت شديدة لأن حالة الإدمان تجعلهم يستخفون بكل شىء. وبالتالي فإن الطلب سيبقى وسيقوم التجار بتلبيته مهما كانت المخاطر التى سيعرضونها برفع الأسعار وهم على ثقة من أن المدمنين لن يستطيعوا التوقف عن الشراء وإنما سيبدلون أقصى ما في وسعهم من الجهد للحصول على المال اللازم للشراء. أما إذا افترضنا عجز التجار عن توفير "الصنف" فإن ذلك لن يجعل المدمن يتوقف بل سيعمل من جانبه للحصول على البديل الذى قد يكون أشد ضررا من النوع الذى أدمنه.

ونتيجة للاعتماد على العقوبات الشديدة فى مواجهة المخدرات أصبحت المسؤولية عن مكافحتها ملقاة على عاتق الشرطة والقضاء والسجون، فالشرطة تلاحق وتقبض على الجالبيين والمهربين والتجار والمتعاطين والمدمنين لتقدمهم للقضاء الذى يوقع عليهم العقوبات المنصوص عليها فى القانون إذا أدينوا فيودعون بالسجون ليقضوا بها عقوباتهم.

”
المخدرات التى يتم
ضبطها تساوي حسب
تقديرات الأمم المتحدة
١٠% من الكمية
الإجمالية التى يجري
تهريبها وتداولها
”

ولعل عدم ظهور آراء مبتكرة ومواقف غير تقليدية من مشكلة المخدرات يرجع إلى هذا الوضع غير العملى الناشئ عن اعتقاد المشرع

أن الأمر لا يحتاج إلى أكثر من الجهود الشرطية المستمرة والأحكام القضائية السريعة والقاسية وبالتالي لم يكن غريبا أن تكفل جهودهم بالفشل الذي كشفت عنه الزيادة المستمرة في جرائم المخدرات من كل الأنواع وزيادة أكبر في الكميات التي يتم ضبطها والتي ترى الأمم المتحدة أنها تساوي ١٠% من الكمية الإجمالية التي يجري تهريبها إلى داخل الدولة.

ولا ننكر أنه كانت هناك جهود بذلت على هامش مكافحة الشرطة - القضائية مثل الوعظ من جانب بعض رجال الدين في المساجد وغيرها من أماكن الصلاة ، والنصح والإرشاد من جانب بعض الأطباء والباحثين في مجال المخدرات في الإذاعة والتلفاز، فضلا عن المؤتمرات والندوات وورش العمل. وكما نلاحظ فإن هذه الأنشطة كلها موجهة إلى الجميع مدمنين وغير مدمنين كما أنه يعيها السطحية الشديدة الناشئة عن أن الذين قاموا بها كانوا ولا يزالون على ثقة من أن شيئا جادا لن يتحقق والأمر في حقيقته لا يزيد عن أن يكون "سد خانة" كما يقول العوام أي التظاهر بقضاء واجب لا أكثر.

بداية الاهتمام بالعلاج

على الرغم من أن تعاطى 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 ١٩٥٨ 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. وثمانى دول إسلامية هي

أفغانستان والبنيا واندونيسيا وإيران وباكستان والسنغال وتركيا ونيجريا، 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".

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

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

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 يؤثر والقدر

نفسه في الطلب عليها.

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

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

وبتوقيع الدول العربية على الاتفاقيات والبروتوكولات الخاصة بالمخدرات والمؤثرات العقلية بدأ اهتمامها بتطبيقها وخاصة فيما يتعلق بمعاملة المدمنين.

أسباب حدوث الإدمان

يحدث الإدمان نتيجة للتفاعل بين ثلاثة عوامل رئيسية هي المخدر والإنسان والمجتمع، وذلك على النحو التالي:

أولاً: بالنسبة للمخدر، 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".

”
الشخص 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 بالشخصية
الفصامية يفضل
المخدرات التي
تساعده على إعادة
الانتظام والإحساس
بالواقع
”

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:

٢- 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.

مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها مثلها مثل غيرها من المشكلات الاجتماعية ورائها عوامل اجتماعية عديدة هامة ومؤثرة تتباين من مجتمع إلى آخر، بل ومن

”
مشكلة تعاطي
المخدرات والإدمان
عليها
مثلها مثل غيرها من
المشكلات الاجتماعية
وراءها عوامل
اجتماعية عديدة هامة
ومؤثرة تتباين من
مجتمع إلى آخر، بل
ومن فرد إلى فرد آخر
”

فرد إلى فرد آخر ومن هذه العوامل:

- ١- العلاقات الأسرية.
- ٢- تعاطي الأبوبين أو أحدهما للمخدرات.
- ٣- تأثير جماعات الأصدقاء.
- ٤- السلوك المنحرف للشخص.
- ٥- درجة التدخين.
- ٦- وجود المخدر.
- ٦- التدخين وشرب الخمر.
- ٧- وسائل الاتصال الجماهيري.
- ٨- الثقافة السائدة.
- ٩- المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

العلاج

علاج الإدمان متعدد الأوجه فهو جسمي 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 فيه 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 المصحات لتلقي العلاج وتبين أنهم استمروا في تعاطي المخدرات أثناء وجودهم فيها وبعد خروجهم منها.

”
يبدأ العلاج في اللحظة
التي يقرر فيها
الشخص التوقف عن
تعاطي المخدرات
”

كذلك المدمنون الذين تلح عليهم أسرهم ليدخلوا المصحات لتلقي العلاج فلا يملكون إلا الموافقة يعد طول رفض، فإنهم لا يتوقفون عن التعاطي أثناء إقامتهم بالمصحات وإلى أن يغادروها وقد فشل العلاج ولم تجن أسرهم غير الخسارة المالية الفادحة والمتمثلة في ما أنفقتة على علاج غير حقيقي بالإضافة إلى المبالغ الكبيرة التي حصل عليها المدمن لإنفاقها على المخدر الذي أدمن تعاطيه.

وبالمقابل نرى المدمن الذي اتخذ قراره بالتوقف عن التعاطي، من تلقاء نفسه ودون ضغط من أحد، يقاوم بإصرار حالة الانسحاب التي تعتريه 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 لاحظناه 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 المصحات للعلاج.

بعد أن يلمس 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 متأخراً، وهو ما يجب أن يأخذه بعين الاعتبار، خاصة بعد ما تبين من 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 فوراً أو سريعاً بالضرورة بل هو يحتاج لبلوغه إلى قدر كبير من الصبر والتحمل.

وحتى قبل أن يتقدم المدمن لتلقي 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 المتمسك بالرعاية 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.

مصحات علاج المدمنين

بقي الحديث عن المصحات المخصصة لعلاج المدمنين والتي نصت القوانين الخاصة بالمخدرات على إنشائها لإيداع المدمنين بها المدد اللازمة لشفائهم من الإدمان والتي بدونها يتعذر مواجهة هذه المشكلة. وقد تبين عدم وجود بيانات عما يوجد من مصحات على مستوى

<http://arbooks.tk>

العالم العربي لا من حيث عددها أو نظام العمل فيها ولا من حيث طرق العلاج المتبعة فيها أو عدد المتعاملين معها ونسبة الذين نجح معهم العلاج وذهبت جهودهم سدى للحصول على أي بيان منها سواء من جامعة الدول العربية أو من صندوق الإدمان.

وأخيرا هداني تفكيري إلى الرجوع إلى البحوث التي أجراها الدارسون من أبناء الدول العربية ممن التحقوا بدورات المخدرات التدريبية التي ينظمها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية منذ نيف وثلاثين عاما، وهي بحوث شديدة التواضع بالنظر إلى أن الدارسين لم يسبق لهم إجراء بحوث بالإضافة إلى قصر مدة الدورة، مما لا يتيح لهم وقتا كافيا للرجوع إلى المراجع وتتبع المصادر فتأتي البحوث ضعيفة في الغالب الأعم.

ونبدأ بالمملكة العربية السعودية التي أقيمت فيها مستشفيات سميت مستشفيات الأمل وذلك عام ١٤٠٧ هجرية (١٩٨٦ ميلادية) في ثلاث مدن هي: الرياض والدمام وجدة وخصصت لعلاج مدمني المخدرات وتأهيلهم للعودة للمجتمع والاندماج فيه.

وفيما يتعلق بالعمل في المستشفى يوجد فريق مكون من أخصائي اجتماعي وأخصائي نفسي وطبيب نفسي، فضلا عن طاقم التمريض، يبدأ عمله بعد تحويل المدمن إلى المستشفى حيث يستقبله العاملون في قسم الاستقبال ليثبتوا البيانات الخاصة به ثم يحيلونه إلى الأخصائي الذي يقوم بدراسة حالته من جميع جوانبها والوقوف على أهم الأسباب التي دفعته إلى التعاطي فالإدمان وتدوين ذلك في استمارة سرية، ثم بعد ذلك يحيله إلى بقية الفريق المعالج ليتعاملوا معه كل حسب اختصاصه. ويعقد فريق العمل اجتماعا دوريا لوضع خطة العلاج في ضوء الظروف الصحية والنفسية والاجتماعية للمريض ثم يبدأ في تلقي العلاج الذي يشمل جسمه ونفسه وظروفه الاجتماعية.

”
لا توجد بيانات عن
مصحات علاج
المدمنين في الوطن
العربي، لا من حيث
عددها أو نظام العمل
فيها أو طرق العلاج
المتبعة أو عدد
المتعاملين معها
أونسبة الذين نجح
معهم العلاج، وذهبت
جهودنا سدى
للحصول على أي
بيان منها سواء من
جامعة الدول العربية
أو من صندوق
الإدمان.
”

ويشتمل كل مستشفى على ٢٨٠ سريرا فضلا عن الآتي: مسجد، صالة طعام، قاعة محاضرات تتسع لأكثر من ٣٠٠ شخص، صالة للألعاب الرياضية ومكتبة.

ولا ندري إن كانت توجد مصحات غير تابعة للحكومة (قطاع خاص) أم لا.

وفي المملكة الأردنية لم تنشأ مصحات لعلاج المدمنين واكتفي بفتح أقسام في بعض المستشفيات ومنها مستشفى الأمراض العقلية في عمان، الأمر الذي جعل المدمنين يعزفون عن اللجوء إليه لتلقي العلاج خوفا من أن يظن الناس أنهم مجانين، فلا يتعاملون معهم أو يسخرون منهم أو لا اعتقادهم بأنهم سيوضعون مع المجانين فيصيبهم منهم أذى أو تنتقل إليهم عدوى الجنون!.

غير أنه توجد مصحات تابعة للقطاع الخاص يتعامل معها المدمنون الأثرياء القادرون على تحمل نفقات العلاج الباهظة وهو علاج يستغرق وقتا طويلا وغالبا ما ينتهي بالفشل.

<http://arbooks.tk>

ويشبه الوضع في مصر نظيره في الأردن حيث أنشأت وزارة الصحة قسمين للعلاج من الإدمان أحدهما في مستشفى العباسية للأمراض العقلية والآخر في مستشفى الخانكة وهو أيضا لمصابين بأمراض عقلية وكلاهما لا يستقبل إلا عددا قليلا للغاية من المدمنين الذين تحيلهم المحاكم لتلقي العلاج بدلا من سجنهم. أما في المحافظات فإن أقسام علاج المدمنين تلحق بالمستشفيات وهي في الغالب الأعم فقيرة للغاية في إمكاناتها وفي الإحصائيين والأطباء وغيرهم، لذلك نادرا ما تتجح في تخليص أحد من الإدمان بل تباع فيها المخدرات على اختلافها بواسطة العمال والمرضى وتجار الصنف كما يأتي بها الزوار من خارج المستشفى، سواء منهم زوار المدمنين أو زوار المرضى الآخرين الذين يتلقون العلاج في الأقسام الأخرى من المستشفى، ليس ذلك فحسب، بل إن بعض هؤلاء المرضى لا يلبث أن يتعاطى المخدرات فيدمن!

وبالنسبة للمدمنين الأثرياء توجد مصحات كثيرة كبيرة وفاخرة لا تقل عن الفنادق من فئة خمس نجوم وتقع في مناطق هادئة كحلوان والمعادي والمهندسين وطريق مصر الإسماعيلية الصحراوي وهي تتقاضى مبالغ ضخمة مقابل إقامة المدمن وعلاجه وإعادة تأهيله غير أنه يندر أن يتخلص أحد من زبائنها من الإدمان!

أما اليمن فإنها، بالنظر إلى أوضاعها الاقتصادية غير المواتية، لم تتمكن من إنشاء مصحات خاصة لعلاج المدمنين واكتفت بفتح أقسام ألحقتها بالمستشفيات الحكومية يتردد عليها عدد قليل من مدمني القات الذين تحالف ضدهم الإدمان والأمراض على اختلافها وكبير السن.



التأثير الصحي والنفسي للمخدرات



أولاً: الكحوليات

ثانياً: المهبطات

ثالثاً: المنومات

رابعاً: المهدنات

خامساً: المنشطات الطبيعية

سادساً: المنشطات التخيلية

سابعاً: المهلوسات

ثامناً: المستنشقات

للمخدرات عموماً آثار صحية وانعكاسات نفسية خطيرة على المدمن، فبعض هذه المخدرات يؤدي إلى الهزال والضعف العام مثل الحشيش، وبعضها يؤدي إلى نزف في المخ وانحطاط في الشخصية مثل الأفيون، في حين يسبب البعض الآخر لصاحبه عجزاً جنسياً وتقلباً في المزاج مثل القات.

أولاً: الكحوليات

تعتبر 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 حديثاً عن الخمر والإثم الذي يلحق شاربها، 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)، فالبيرة على سبيل المثال وهي من أكثر الكحوليات انتشاراً تكون نسبة تركيز الكحول الإيثيلي ١ - ٢٠ ، أما الخمر بأنواعها وبخاصة "الويسكي" و"الرم" و"الجن" فإن نسبة الإيثانول هي ١ - ٢ وبذلك تكون خطورتها أشد.

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

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

والكحوليات 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 بالإكتئاب، وربما يؤدي به الحال إلى أن يرتكب جرائم جنسية دون أن يشعر، وتزداد خطورتها إذا أعطيت مصحوبة بمواد مخدرة كالهروين أو مع مضادات الكآبة أو مع المهدئات.

ثانياً: المهبطات

تعمل هذه المجموعة على تثبيط نشاط الجهاز العصبي المركزي للمدمن، وتنقسم إلى مجموعتين، مهبطات ذات أصل طبيعي كالأفيون والمورفين والكودايين، ومنها ما هو مركب كيميائي، ومنها ما يجمع بين الطبيعي والكيميائي.

”
الأفيون
من أخطر أنواع المخدرات حيث
يؤدي إدمانه إلى كسل المعدة
والأمعاء والإمساك المزمن وبعد

فترة من إدمانه يؤدي إلى احتقان
المخ ونزفه وتليف الكبد
ويربط الأطباء بينه وبين
الإحترافات الجنسية كالثنوذ
الجنسي والدعارة

”

• المهبطات الطبيعية

الأفيون:

يعتبر الأفيون من أكثر المهبطات الطبيعية شهرة حيث يحتوي على أكثر من ٣٥ مركب كيميائي أهمها المورفين والكوديين. ويستخرج الأفيون من العصارة اللبنة 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:

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

أما عن الآثار النفسية ففي البداية يشعر المتعاطي بالسعادة الرومية والتخفف من الأعباء والخلو الذهني، ويهيئ للمدمن أن لديه قدرة أكبر على العمل. ويربط الأطباء بين الأفيون والانحرافات السلوكية كالسرقة والشنوذ الجنسي والدعارة. كما يشعر المدمن بعد الانقطاع عن المخدر (الانسحاب) بالقلق والاكتئاب 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.

• المهبطات نصف التخليقية

الهيروين:

وهو أحد مشتقات المورفين وأكثر أنواع المخدرات النصف تخليقية خطورة. والمادة الأساسية في الهيروين هي المورفين، حيث تجرى عليها بعض العمليات الكيميائية وإضافة بعض المواد إليه مثل الكينين والكافيين وفي بعض البلدان يضاف إليه مسحوق عظام جماجم الأموات كما هو الحال في الهيروين المستعمل في مصر والذي يطلق عليه اسم "أبو الجماجم"، ويتعاطى المدمنون الهيروين بطرق متعددة منها الحقن في الوريد أو تحت الجلد والشم.

• المهبطات التخليقية

وهي مجموعة من العقاقير التي تحضر من مواد كيميائية له تأثير مهبط وعلى الجهاز العصبي المركزي، وتسمى أحياناً ببديلات المورفين، مثل البيتيدين والديميرول، وبعض هذه العقاقير كانت في الأساس تستخدم في علاج الإدمان

ولكن أسئى استخدامها مثل الميثادون والنالوكسون والبرولوكسفين.

ثالثاً: المنومات

تشتق المنومات أو الباربيتورات من حمض الباربيتوريك وتستخدم كمسكنات، ولكن أسئى استخدامها، وبالنسبة لتأثيرها فيتوقف على نوع المنوم، فهناك منوم قصير المفعول مثل البنثوتال وآخر متوسط المفعول مثل الأمتال 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 إفرازاتها، وهي في هذه تشبه آثار الأفيون.

وعلى الجانب النفسي 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.

رابعاً: المهدئات

الأصل في الاستخدام الطبي للمهدئات هو علاج حالات القلق والتوتر وبعض حالات الصداع، وبخاصة الفاليوم والأتيفان والروهيبنول، ولكن أسئى 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 العصابية.

ويؤدي إدمان هذا النوع من المهدئات إلى الاعتماد الفسيولوجي والسيكولوجي، وإن كانت أعراض الانسحاب منه أخف وطأة من غيره من المواد المخدرة.

خامساً: المنشطات الطبيعية

”
يؤدي تعاطي الكوكايين إلى اضطرابات سلوكية والشعور بأن البيئة المحيطة بالمدمن تتحرك وأن حشرات صغيرة تزحف على جلده تجعله يحك جسمه بهستيريا
”

الكوكايين

ويستخرج من الأفيون الخام، حيث تتراوح نسبة الأفيون فيه ما بين ٠,٥ - 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

<http://arbooks.tk>

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 طبيياً تؤدي إلى الوفاة مباشرة.

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

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 الأوهام 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.

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 ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني، واضطرابات هضمية وإمساك، التهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم، بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكتئاب.

سادساً: المنشطات التخيلية

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 واليونان.

من المنشطات ما هو على شكل كبسول ومنها ما هو على شكل سائل أصفر يحقن في

الوريد يسمى "الماكستون فورت" وهو سائل يمكن أن يحضر محلياً مما يجعله شديد الخطورة.

وللأمفيتامينات خاصية الإطاقة بمعنى أن المدمن يقبل على زيادة الجرعة كل فترة حتى تحدث الأثر المطلوب، وقد تصل في بعض الحالات إلى أن يعاطى المدمن ٦٠ حبة يومياً أي حوالي ٢٥٠ مليغراماً.

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

سابعاً: المهلوسات

المهلوسات هي مجموعة من المواد الكيميائية غير المتجانسة تحدث اضطراباً في النشاط الذهني وخلالاً في الإدراك، ويتصور المتعاطي لها أن له قدرات خارقة ويعيش في حالة من الخيالات والأوهام التي قد تؤدي به إلى الانتحار.

ومن المهلوسات ما هو طبيعي مستحضر من مصادر نباتية، ومنها ما هو تخليقي يتكون من مواد كيميائية ويحضر معملياً.

• المهلوسات الطبيعية

منها الحشيش ومنها حبوب مجد الصباح، وبعض أنواع عيش الغراب، والميسكالين المستخرج من صبار المسكال، وهو على شكل مسحوق بني اللون يستخرج من النباتات المجففة، ويؤخذ عن طريق الشم أو الحقن.

الحشيش:

يستخرج الحشيش من نبات القنب الذي يزرع القنب في الأميركتين 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 جنور 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. ومن مشتقات الحشيش 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 التعاطي وميوله، إذ قد يستغرق المتعاطي في خياله وأوهامه كما قد ينتاب المتعاطي ذا الميول الإجرامية ثورات جنونية ربما تدفع به إلى ارتكاب أعمال لها سمة العنف. وعموماً يمكننا إيجاز الآثار الفسيولوجية والنفسية للحشيش على النحو التالي:

- أ- الآثار الفسيولوجية للحشيش
- تحدث هذه الآثار بعد ساعة تقريباً من تعاطي المخدر:
- 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 تأثير الأغشية المخاطية للمعدة.

- ب- الآثار النفسية للحشيش
- 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.

• المهلوسات نصف التخليقية

من أشهرها مادة الليسارجيد المعروفة باسم L.S.D والمعروف في بعض البلدان العربية باسم "الأسيد" والذي تستخرج مادته الأساسية من فطر الأرجون الذي ينمو على نبات الشوفان، ويوجد عقار L.S.D على شكل أقراص رمادية اللون مستديرة صغيرة الحجم، كما يوجد على شكل كبسولات.

• المهلوسات التخليقية

ومن أهمها عقار ميسكالين وبيسيلوكابين، وتكون على شكل كبسولات أو مسحوق أو سائل.

وتتركز خطورة الهلوسة في ما يسمى برحلة الهلوسة أو الرحلة السيئة التي يصبح المتعاطي فيها معرضاً للحوادث والأخطار، إضافة إلى النقلب السريع والحاد في المزاج والسعادة الكاذبة التي يشعر بها المتعاطي. لكن عقاقير الهلوسة لا تسبب إلا إيماناً نفسياً فقط، إذ يسهل استبدال العقار بعقار آخر، بل يمكن الاستغناء عنها كلياً.

ثامناً: المستنشقات

وهي من المواد المخدرة التي شاع استعمالها في البلاد العربية، حيث يستنشق المدمن بعض

<http://arbooks.tk>

المذيبات الطيارة مثل البنزين ومخفف الطلاء ومزيل الأظافر وسائل وقود الولاعات
ولاصق الإطارات والغراء والكلية وعوادم شاحنات السيارات.

يمكننا القول بعد هذا العرض لأنواع مختلفة من المخدرات الطبيعية والمخلقة أنها كلها تؤدي
إلى نتيجة واحدة وهي إصابة الإنسان بخلل خطير فسيولوجياً ونفسياً لا يمكن تداركه إلا إذا
أقلع الإنسان عنها

المصادر:

معهد الامارات التعليمي www.uae.ii5ii.com

- المخدرات.. مأساة البيئة المعاصرة، دراسات عالمية مختارة، د. سعيد محمد الحفار، جامعة قطر، ١٩٩٣.
- مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب، التقرير السيكولوجي، د. علاء الدين كفاقي، جامعة قطر، ١٩٩٣.
- المخدرات والمجتمع.. نظرة تكاملية، د. مصطفى سويف، سلسلة عالم المعرفة، يناير/ كانون الثاني ١٩٩٦، ص ١٧-١٨
- موسوعة مقاتل - موضوعات اجتماعية ونفسية - الإدمان (المخدرات، المسكرات، والتدخين) من وجهة النظر النفسية).

امانة لا تنسوننا من الدعاء

نحن التلميذة ومن فتح المنتدى ابو مهذب