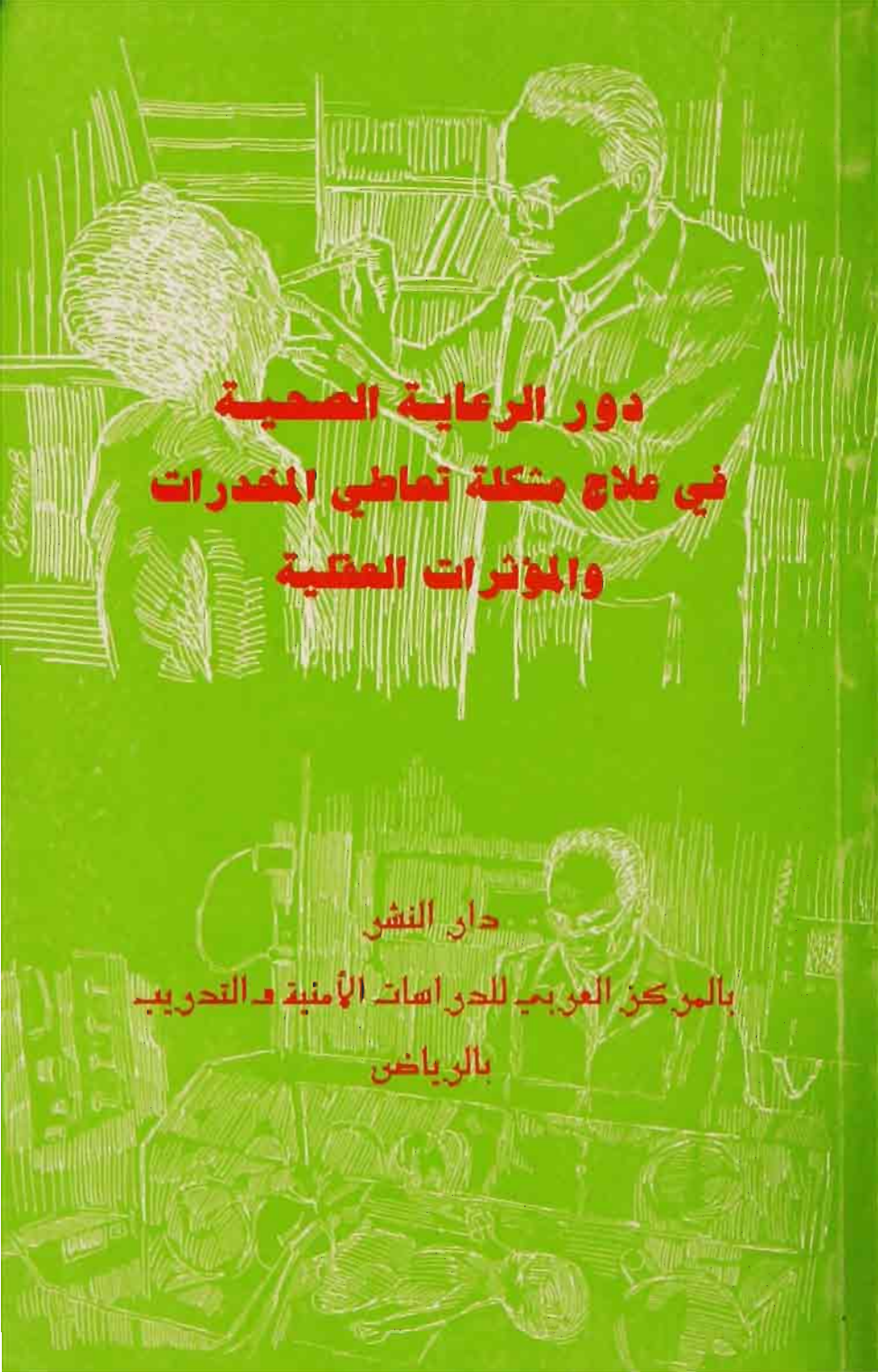
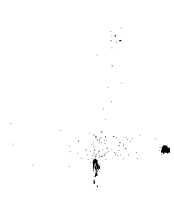


دور الرعاية الصحية في علاج مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض



أبحاث الحلقة العلمية الثالثة عشرة والتي عقدت في دمشق
في الفترة من ١٨ ـ ٢٠ جمادى الأولى ١٤١٠هـ الموافق ١٦ ـ ١٨/١٢/١٩٨٩م

دور الرعاية الصحية
في علاج مشكلة تعاطي المخدرات
والمؤثرات العقلية

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض

١٤١٢هـ

حقوق النشر محفوظة للناشر

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض

الرياض

١٤١٢هـ [الموافق ١٩٩١م]

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويـــــات

التقديم الدكتور فاروق عبدالرحمن مراد ١١

المقدمـــــة ١٣

دور التحصين الديني في الوقاية من المخدرات
في النظام الاسلامي.
الدكتور عبدالوهاب عبدالعزيز الشيشاني ١٧

أهمية البحث العلمي في التعرف على أسباب الادمان
على المخدرات والمسكرات في البيئة العربية
الدكتور محمد حمدي حجار ٤٧

مكونات برامج الصحة الأولية الناجحة على المستوى
الوقائي والعلاجي
الدكتور محمد بشير شريم
والدكتور عدنان التكريتي ٦٣

العلاجي النفسي الأمثل للادمان على المخدرات
والمؤثرات العقلية
الدكتور محمد حمدي حجار ٨١

طرق برمجة مشاريع التوعية ضد المخدرات والمسكرات وتحديد
الجهات المسئولة في اطار تكاملي
الدكتور محمد كمال الخطيب ١٠٧

التقديـــــم

إن خطورة انتشار المخدرات في العالم العربي لا تكمن فقط في ايذائها للفرد والمجتمع بتخريب وتقويض القدرات الانتاجية والتسبب في احداث المآسي الاجتماعية في البلد الذي ينتشر فيها تعاطي المخدرات، ولا تكون سبل المكافحة وسن الأنظمة الصارمة ضد تجار المخدرات ومتعاطيها، والتخطيط لحملات توعية بين الشباب والشابات تبرز مخاطرها على الفرد والمجتمع معاً كاجراءات وقائية، نقول لا تكفي سبل التوعية والمكافحة ووصف حجم الخسارة الانتاجية والتكاليف الصحية التي تصيب المجتمع بل لابد من تطوير وسائل العلاج الفعالة المتكاتفة مع تلك السبل لتكون مسألة السيطرة على انتشار المخدرات وترويجها والوقاية منها وعلاج المدمنين الذين يقعون في حبائلها مسألة خطة متكاملة تدخل في صلب استراتيجية البلد الذي ابتلي بهذه الآفة الصحية الاجتماعية الخطيرة.

إن النقطة الضعيفة في هذه المعادلة المتكاملة في البلاد العربية هي علاج المدمن، حيث ما زالت التقنيات العلاجية تقوم على أساس تقليدي وهو ازالة السمية من بدن متعاطي المخدر من خلال السحب التدريجي للمادة المخدرة وتغطيتها بالأدوية النفسية التي تحمي هذا المتعاطي من أعراض سحب المادة المخدرة النفسية والفيزيولوجية، أما نزوعاته والأسباب

التحتية السيكولوجية ـ الاجتماعية التي هي المحرض الأساسي لادمانه فما زالت هذه النزوعات بعيدة اليوم عن متناول العلاج (السيكاتري) للادمان في الدول العربية، كما أن الاختصاصات الطبية ـ النفسية التي تتبناها الدول المتقدمة اليوم في علاج الادمان على المسكرات والمخدرات نادرة في العالم العربي إن لم نقل غير موجودة على مستوى الممارسة الاكلينيكية الفعلية الفعالة، وتأتي أبحاث هذه الحلقة العلمية التي عقدت بدمشق ضمن اطار برامج المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب لاثارة الوعي العلمي وللحفز على تبني الأنظمة العلاجية الحديثة في محاولة من المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب لتطوير نظم العلاج للادمان بما يكفل تحقيق قفزة نوعية في هذا الميدان، وبذلك نكون قد سددنا الفجوة وحققنا التكامل في التعامل مع آفة المخدرات مكافحة، وتوعية، وعلاجاً

فاروق عبدالرحمن مراد

المقدمـــة

من الصعوبة بمكان علاج أية ظاهرة سلوكية لها آثار سلبية مؤذية على المجتمع والفرد، ذاته الاّ باعتماد المنهج العلمي كأساس لدراسة هـذا السلوك، فالسلوكيـات الاجتماعية المهددة لأمن المجتمع وصحته لا تدرس ولا تعالج الاّ ضمن اطار شمولي من الدراسة والبحث والتشخيص المتخصص من قبل المؤسسات الاجتماعية المختلفة الوظائف والمهام، والعاملة في خدمة المجتمع على جميع الأصعدة والأبعاد.

وتأتي الصحة النفسية لتكون أحد الأركان الأساسية للمجتمع وتطوره ورقيه، ذلك لأنها تتعامل مع القدرات البشرية التي تحركها الصحة النفسية والبدنية، وتدمر هذه القدرات المرض النفسي والبدني.

وهكذا فالصحة النفسية تتعامل مع السلوك المرضي بشتى ضروبه لأنه من أحد عناصر الثالوث المقوض للمجتمعات ألاّ وهو المرض والفقر والجهل.

ثم ان الجريمة بجميع أبعادها تتضمن عنصر سوء التكيف الاجتماعي، واعتوار الصحة النفسية، ويصعب علاج مشكلات أمن المجتمع بمعناه الشمولي اذا لم تعالج مسألة

الصحة النفسية المهددة دائماً لهذا الأمن، فهذا التفاعل والتأثير المتبادل بين أمن المجتمع والصحة النفسية يفرض تكامل التخطيط بين هذين العنصرين في الهدف وأسلوب التطبيق.

تأتي أبحاث هذه الحلقة العلمية لتلقي الأضواء على أهمية الصحة النفسية ودورها في التخطيط الميداني الأمني، والصحة النفسية التي عنيناها في هذه الحلقة هي المرتبطة بمكافحة السلوك الادماني على المخدرات والمؤثرات العقلية على المستوى الوقائي، والبحثي والعلاجي.

كانت هناك حاجة ماسة ضمن اطار المذكرة رقم ٩٣ الصادرة عن الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب التي خصصت لمكافحة ظاهرة الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية على جميع الأصعدة، نقول كانت هناك حاجة الى حلقات تعليمية تثقيفية في الميادين التي عالجتها هذه الحلقة، وذلك كجزء من الاستراتيجية الواسعة الشاملة الرامية الى السيطرة على انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية في العالم العربي من أجل تعميق المفاهيم في الموضوعات التي تناولتها هذه الحلقة كيما تتحول الى قناعات وخطط ميدانية تجسد بذلك الأهداف التي عبرت عنها المذكرة ضمن خطة مرحلية مدتها خمس سنوات لاستكمال الأسباب والوسائل لتحقيق الأهداف المرجوة.

من هذا المنطلق وجهت الدعوات من قبل المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب الى الجهات المعنية في الدول العربية لحضور هذه الحلقة، حيث جاءت النتائج والمعطيات المرجوة حسبما عبر عنها سير الجلسات، واستبيانات الرأي لهذه الحلقة التي خطها أفراد الوفود العربية المشتركة جاءت مشجعة جداً، وبذلك حققت هذه الحلقة على المستوى التثقيفي على الأقل الهدف المطلوب.

الدكتور محمد حمدي حجار

دور التحصين الديني في الوقاية من المخدرات في النظام الاسلامي

الدكتور عبدالوهاب عبدالعزيز الشيشاني(*)

إن أسلوب الوقاية من الجريمة بالتحصين يمثل المنهج الأمثل الذي تطمح كافة النظم الجنائية تحقيقه في مجال الانسان، باعتباره الأسلوب الذي يضمن الحصول على رد الفعل المطلوب من المكلف، ضمن دائرتي الأمر والنهي، بشكل مباشر وفعال عن طريق الالتزام المؤسس على قوة التحصين.

وقوة التحصين الايماني تعتمد على مقدار الطاقة الولائية للمنهج التي يشحن بها الفرد المكلف تربية وتوجيهاً، يبنيان فيه عن طريق الاقتناع اليقين بأهمية وجدوى التفاعل الايجابي مع مقتضيات الأمر والنهي اللذين يحددهما النظام التشريعي، ليصل بالتالي مقدار الطاقة الولائية بقوة التحصين الى الحد الذي يصبح معه المطلوب مرغوباً، وبذلك تتحقق الوقاية من الجريمة بالتحصين.

(*) أستاذ ورئيس قسم العدالة الجنائية بالمعهد العالي للعلوم الأمنية بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.

وتبرز أهمية هذا الأسلوب في التصدي لمشكلة المخدرات والتي تحولت منذ بدايات النصف الأخير من هذا القرن الى معضلة حقيقية، باعتبار أن المواجهة الفعَّالة لهذه المعضلة تكمن في قدرتنا على الحد من مشكلة الطلب عليها، بقدر يوازي من حيث الأهمية فيما أعتقد القدرة على الحد من مشكلة العرض، بدليل مؤشرات السياق التاريخي في مقدار انتشارها من جهة ومقاييس العرض والطلب من جهة أخرى، والفروق في المؤشرات الاحصائية لنسب التعاطي بين بعض سكان مناطق الانتاج ومناطق الاستهلاك بوجه عام من جهة ثالثة.

والحد من مشكلة الطلب على المخدرات والمؤثرات العقلية لمرحلتي التعاطي والاعتماد، انما يرتكز على مدى فعالية السياسية الجنائية المعتمدة فكراً وتطبيقاً في تحقيق الوقاية منها، أو علاج المتعاطين لها، وعلى الرغم من الجهود المبذولة في التصدي لهذه المعضلة على كافة الأصعدة ومختلف الأوجه وخصوصاً في مجال التصدي لمشكلة العرض فلا يبدو ان تلك الجهود قد نجحت في الحد من الزيادة في نسب الاتجار غير المشروع بوجه عام، أو تحقيق الوقاية في مجال التعاطي على وجه الخصوص مما يبدو معه ان الموقف قد بلغ مستوى الأزمة في

بعض المجتمعات[1] بحيث يمكننا معه التأكيد على خطورة الموقف، وعلى أن الاقتصار على هذا المستوى من الجهد المبذول يشكل قيداً على الحقيقة، بنفس القدر الذي يتأكد معه خطأ التوجهات الفكرية التي بنيت عليها السياسات الجنائية المعاصرة، ومدى فشل برامج المكافحة التي تتبعها، كما يؤكد من جهة أخرى مدى الأهمية التي يشكلها التنادي لعقد مثل هذا اللقاء العلمي للمختصين في الدول العربية على هذا المستوى لبحث المشكلة وطرح الحلول الممكنة.

وفي هذا الاطار يتناول اسهام هذا البحث في الافصاح عن جوانب من المنهج الاسلامي فيما رسمته سياسته الجنائية لتحقيق المنع من الجريمة، عن طريق الوقاية بالتحصين الديني، من خلال تصحيح التصور، وبناء المفاهيم القيمية وتسديدها لتوجيه السلوك الخلقي والاجتماعي، وبناء الرادع الذاتي القائم على الوازع الولائي في الانسان لتحصينه من الوقوع في الجريمة، وضمان توافقه مع منهج الله تعالى الذي يحكم حركة الحياة في كافة المجالات.

ومنهج الوقاية في التشريع الجنائي الاسلامي يعتبر حجر

---

١ ـ وان كان ذلك بنسب متفاوتة، انظر على سبيل المثال الاحصائية الفدرالية الأمريكية للجريمة لعام ١٩٨٧م ضمن الكتاب السنوي المنشور في شهر يوليو عام ١٩٨٨م.

الزاوية في السياسة الجنائية الاسلامية، والتي رسمت لحماية المقاصد التي جاءت الشريعة لحمايتها في الخلق، ومن تلك المقاصد حماية الضرورات الخمس: «الدين، والنفس، والعقل، والعرض، والمال» ولحفظ العقل حرمت الشريعة شرب الخمر وكل مسكر، حماية منها لمزية التكريم لانسانية الانسان، ومناط تكليفه ومقياس رشده، ومعيار حريته، وعنوان بشريته وهو العقل، كما جرمت الشريعة المخدرات والمؤثرات العقلية نظراً لما ثبت من تأثيرها الضار على مجمل ما به قوام انسانيته جميعاً، ومقاصد حفظ كيان وجوده كانسان بمقتضياتها الضرورية والحاجية والتحسينية.

وعليه فسينتظم الكلام في هذا البحث ضمن الجوانب التالية:

المبحث الأول: التعريف بالدين، وبمفهوم التحصين الديني.

المبحث الثاني: منهج الوقاية بالتحصين في النظام الاسلامي وسياسته الجنائية.

المبحث الثالث: أنواع التحصين وأساليبه في الاسلام.

ثم نخلص الى محاور المنهج الاسلامي وأثرها في مجال تحقيق الوقاية من الجريمة بوجه عام وجريمة المخدرات على وجه الخصوص.

المبحث الأول
التعريف بالدين وبمنهج التحصين الديني

أولاً: تعريف الدين[1]:

الدين بإطلاق هو الائتمار بالتزام الطاعة لمنهج الله سبحانه، والديس يطلق على الطاعة والجزاء، واستعير استعمالاً للشريعة من حيث التغليب، والدين كالملة، ولكنه يقال اعتباراً بالطاعة والانقياد للشريعة، قال الله تعالى ﴿ان الدين عند الله الاسلام﴾[2] وقال سبحانه: ﴿ومن أحسن ديناً ممن أسلم وجهه لله وهو محسن﴾[3] أي ومن أحسن طاعة[4]

---

١ ـ والدين لغة: هو العادة مطلقاً، ويقول أبوالبقاء، الطريقة المخصوصة الثابتة عن النبي (ﷺ) تسمى بالايمان من حيث أنه واجب الاذعان، وبالاسلام من حيث أنه واجب التسليم، وبالدين من حيث أنه يجزىء به، وبالملة من حيث انه ما يملى ويكتب ويجمع ويجتمع عليه، وبالشريعة من حيث أنه يرد زلال كماله المتعطشون، وبالناموس من حيث انه اتى به الملك الذي اسمه الناموس وهو جبريل عليه السلام «الكليات لأبي البقاء ص: ٥».

٢ ـ سورة آل عمران. الآية: ١٩

٣ ـ سورة النساء. الآية: ١٢٥

٤ ـ وانظر في التخريج اللغوي الراغب الأصفهاني في معجمه ص: ١٧٧

الدين والملة متحدان بالذات مختلفان بالاعتبار، فالشريعة من حيث انها تطاع تسمى ديناً، ومن أنها تجمع ملة، ومن حيث أنها يرجع اليها تسمى مذهباً، وقيل ان الفرق بين الدين والملة والمذهب: أن الدين منسوب الى الله تعالى، والملة منسوبة الى الرسول (ﷺ) والمذهب منسوب الى المجتهد[1].

ويقصد بالدين عند الاطلاق ما أفصحت عنه الرسالات السماوية الى رسل الله عليهم السلام من لدن آدم الى محمد عليهم الصلاة والسلام، وهو المنهج الذي رضيه الله تعالى لخلقه وأنزله على رسله، وهو واحد من حيث العقيدة، ومختلف من حيث الشريعة رحمة من الله تعالى بعباده، ومقتضاه توحيد الله سبحانه في أسمائه وصفاته، والاقرار بربوبيته وألوهيته وعبادته، على مقتضى ما شرع وأمر في كتابه العزيز، وعلى لسان رسوله الكريم عليه الصلاة والسلام.

والدين يقتضي من متبعه أن يسلم قيادة نفسه الى مراد الله تعالى فيه، وأن يخرج من دواعي هواه وشهواته وطاعة مرادات نفسه الى طاعة أمر خالقه، ومقتضى منهج شريعته

---

١ ـ الامام الجرجاني: التعريفات. المطبعة الرسمية للجمهورية التونسية. الدار التونسية للنشر ص: ٥٦.

ثانياً: مفهوم التحصين الديني:

وأصل التحصين من الاحصان، وهو التحرز والامتناع واستعملناه من أصل اشتقاق اللغة تجوزاً، لانطباق أصل الدلالة على محل الاستخدام معنى.[1]

ويقصد بالتحصين بناء الاستجابة الارادية الطوعية في الانسان المكلف، بحيث يتم استثمار ردود فعله بشكل ايجابي وفعّال حيال مقتضيات الأمر والنهي، فيلتزم بمقتضيات الأمر طاعة وامتثالاً، ويتحرز عن الوقوع في المنهيات عن ارادة واختيار التزاماً، من واقع اخلاصه لصاحب الأمر والنهي، ومردّ ذلك الى أن الطاعة لا تكون في الحقيقة الاّ بالاخلاص، والاخلاص لا يتأتى فيه الاكراه، والى ذلك يشير الحق سبحانه في قوله: ﴿لا اكراه في الدين قد تبيَّن الرشد من الغيِّ فمن يكفر بالطاغوت ويؤمن بالله فقد استمسك بالعروة الوثقى لا انفصام لها والله سميع عليم﴾[2] فالايمان المبني على اليقين عن

١ ـ وفقهاء الشريعة يستخدمون صفة (الاحصان) للتمييز بين من سبق له النكاح في حالة الحكم في عقوبة الزنا، فيقال زان محصن، كما يقال امرأة محصن (بفتح الصاد وكسرها) فالمحصن بالفتح يقال اذا تصور حصنها من نفسها، وبالكسر اذا تصور حصنها من غيرها كالمتزوجة. معجم مفردات الألفاظ. الراغب الاصفهاني. دار الكتاب العربي. ص: ١٢٠

٢ ـ سورة البقرة. الآية: ٢٥٦

قناعة واختيار يرتب الاخلاص الصادق للآمر، والاحترام الأمثل للأمر، وهنا تنشأ العروة الوثقى، وهي سكون النفس بالتعلق التام والاعتماد المحكم ثقة بما تبينته من الرشد فأمتثلته، وما تبينته من غي وضلال فاجتنبته، يقيناً منها بصدق الأمر، واقتناعاً منها بوجه الخير والمصلحة في امتثال المأمور واجتناب المحظور

ويعتبر ربط التكليف بالتحصين الديني أمثل مقياس للعدالة في مجال حماية حقوق الانسان، لأنه يربط أصل قبول الايمان والتكليف على أساسه بالاختيار، حيث لا اكراه في الدين، كما يمثل ربط التكليف بالتحصين حماية لآدمية الانسان، واحتراماً لارادته، الى جانب اعطاء الانسان فرصة بل فرصاً كاملة لوقاية نفسه من الوقوع تحت طائلة العقاب على الجرم، لأن التحصين يكوّن لديه مناعة كافية من الوقوع فريسة الرغائب والأهواء، والانسياق خلف أمل الافلات من العقاب، لأنه يؤمن بقول الحق سبحانه ﴿ولقد خلقنا الانسان ونعلم ما توسوس به نفسه ونحن أقرب إليه من حبل الوريد * اذ يتلقى المتلقيان عن اليمين وعن الشمال قعيد * ما يلفظ من قول الّا لديه رقيب عتيد﴾[1] فيقين المكلف باستحالة افلاته من العقاب أمر بالغ الأثر في تحقيق أقصى درجات الردع بالعقوبة

١ ـ سورة ق. الآيات: ١٦ ـ ١٨

المبحـــث الثاني
منهج الوقاية بالتحصين في الشريعة الاسلامية

أولاً: منهج التحصين في السياق التشريعي:

يتميز النظام الاسلامي ـ والمقياس التشريعي فيه ـ عن سائر التشريعات والنظم التي عرفتها سوح التطبيق في العالم بوضوح وثبات المبررات الموضوعية لقواعد الاسناد لأحكامه هدفاً وغاية، حيث أن أحكامه جميعاً ترتبط بمقاصد واضحة ومحددة، غايتها تقرير مقومات حياة الانسان فرداً وجماعة وتنظيمها وحمايتها وحفظها، من خلال تحقيق المصلحة ودرء المفسدة، لذا فإن كل مصلحة معتبرة بأمر ضروري أو حاجي أو تحسيني تتطلبها حياة الانسان أفصحت عن حق أو جملة حقوق في أحكام هذا الدين ودخلت في نظامه التشريعي والحقوقي باعتبارها حكماً س أحكامه، ثم رتب الى جانب هذا الحكم التشريعي حكماً جنائياً لحمايته، وضمان تمتع الانسان بذلك الحق، وهكذا فإن أحكام الشريعة جميعاً هي عبارة عن حقوق وحدود.[1]

---

١ ـ وفي هذا الصدد يقول شيخ الاسلام ابن تيمية في كتابه «السياسة الشرعية» «شريعة الله حقوق وحدود». دار الكاتب العربي. ٧١

ولما كانت (مصلحة) الانسان هي قاعدة التبرير للمقياس الحقوقي، وللحدود المقررة لحمايتها، فإن من أدق مقاييس العدل لأي تشريع ـ بالاضافة إلى معيار المصلحة ـ هو توافقه مع طبيعة الانسان، بمعنى أن تكون الأحكام المقررة أمراً ونهياً (كمطلوب) متوافقة مع قدرته على الاستجابة والتفاعل والالتزام ليصبح بالتالي (مرغوباً) فيه، ولا يتحقق مقياس الرغبة من المكلف الاّ بوجود قدر كاف من الاقتناع واليقين، والطريق الى تحقيق ذلك هو ببناء الايمان عن طريق التربية والتوجيه، وبناء المفاهيم، وتصحيح التصور، وتيسير سبل الالتزام، والترغيب والترهيب بالثواب والعقاب، وذلك في الجملة هو منهج التحصين الديني الذي سلكته الشريعة لتحقيق الوقاية من الجريمة، وبناء التفاعل الايجابي من الانسان حيال الأمر والنهي اللذين يقررهما النظام التشريعي

ثانياً: منهج التحصين في الكيان الدستوري:

قدمنا ان الأساس الذي يرتكز عليه منهج التحصين في الشريعة الاسلامية هو الايمان القائم على الاقتناع واليقين، وهذا الايمان يمثل عنوان الَولاء وهوية الانتماء الى هذا الدين،

---

١ ـ وهي في الديمقراطيات السياسية الشعب والسلطة والتوازن الدستوري.

والى الأمة التي أقامت نظامها على أسسه ومبادئه، وهي الأمة الاسلامية ونظامها هو الاسلام وعناصر النظام الدستوري في الاسلام هي:

ـ الشريعة الحاكمة، ـ الأمة، ـ التوازن.

حيث أن العنصر الأول يمثل المشروعية الاسلامية العليا، وهذه المشروعية قائمة على المبدأ الأعلى المرتكز على الايمان بالتوحيد، واتباع الشريعة التي جاء بها محمد (ﷺ) عن ربه سبحانه، وهذا هو المبدأ الحاكم للأمة الاسلامية[1] واليه يشير الحق سبحانه في مواضع كثيرة من كتابه الكريم، ومنه قوله سبحانه: ﴿واعتصموا بحبل الله جميعاً ولا تفرقوا واذكروا نعمة الله عليكم اذ كنتم أعداء فألف بين قلوبكم فأصبحتم بنعمته اخواناً﴾[3] والى أن امتثال هذا المنهج هو أساس الفلاح يشير الحق سبحانه في قوله ﴿كنتم خير أمة أخرجت للناس تأمرون بالمعروف وتنهون عن المنكر وتؤمنون بالله﴾.[4]

واما العنصر الثاني فأساس تكون رابطة الأمة قائم على

---

١ ـ يقول الامام الشاطبي. والحاكم الأعلى هو الشرع. يراجع كتابه: الاعتصام. الجزء الثاني. ص: ٣٥٥.

٢ ـ سورة النساء. الآية: ٣٦.

٣ ـ سورة آل عمران. الآية: ١٠٣

٤ ـ سورة آل عمران. الآية: ١١٠

أساس إيمان الجماعة بتلك المشروعية، وعلى تضامنهم في العمل على تعاليمها، وحماية أسس تطبيقها، وهذا هو الاعتبار الذي ترتكز عليه رابطة التضامن بين أفراد الأمة، وهو الأساس الذي ينتسب أي عضو الى جماعة المسلمين به، وهو كما يلاحظ اعتبار موضوعي يجل تماماً عن المقاييس الأرضية والعرقية والجنسية والحدود الجغرافية التي تأخذ بها مقاييس النظم الوضعية، والتي هي أليق بالحيوان الذي يميز عادة بالجنس والفصيل والنوع ولون الفراء وغزارة الوبر والشعر كما ينسب الى الأرض، وطبيعة جغرافيتها ونوع تضاريسها، والانسان وقد أكرمه الاسلام بأسس الانتماء الموضوعي، وفي اطار من رابطة الفكر والمفاهيم والعقيدة قد رفعه بتلك الأسس الى مستوى خصوصية الانسان، وتميزه على سائر المخلوقات التي خلقها لمنفعته وخدمته وهو (العقل).

والعنصر الثالث هو عنصر التوازن[1] ويقصد به ضبط التفاعل في امتثال الأمة لالتزام المشروعية والعمل على أساسها، وأساس تفاعل كل عضو من أعضاء الجماعة الاسلامية ـ والتي

---

١ ـ حيث أن عناصر النظام الدستوري في الليبراليات الغربية هي السلطة والشعب وعنصر التوازن، والتوازن في هذا النظام يراعي التفاعل بين السلطة والشعب، على اعتبار أن الشعب هو مصدر السلطات الثلاث، وعلى رأسها التشريع.

تمثل بمجموعها (الأمة الاسلامية) ـ مع المنهج الذي يمثل المشروعية العليا فيه، فهو يستمد من قاعدة التضامن على تحقيق المعروف ومنع المنكر، وفيه يقول الحق سبحانه: ﴿والمؤمنون والمؤمنات بعضهم أولياء بعض يأمرون بالمعروف وينهون عن المنكر﴾ [1]

وهكذا. نلاحظ أن أساس الانتماء الى النظام الاسلامي قائم على مبدأ التخصيص، وأن عناصر الكيان الدستوري يستلزم العنصر الأول منها (الايمان) بالمشروعية العليا، وبناء الايمان هو أول عناصر التخصيص، ليلتحق به وبه وحده العنصر الثاني وهو الانتماء الى (الأمة) التي تؤمن بهذا المنهج وتتفاعل متضامنة لتحقيقه، لكي تسود المشروعية العليا (نية وقولاً وعملاً) حتى تصبح أوامر الله تعالى ونواهيه ـ وهو شرعه الثابت نصاً واجتهاداً ـ أساساً للمشروعية ومعياراً للحق، ومقياساً للعدل، فما طابقها كان صحيحاً، وما خالفها وجافاها كان باطلاً، وما اتفقَ معها كان عدلاً، وما خالفها كان ظلماً. [2]

وبهذا التفاعل المرتكز على أسس التحصين يتحقق عنصر

---

١ ـ سورة التوبة الآية: ٧١

٢ ـ الدكتور مصطفى كمال وصفي. النظم الاسلامية بتصرف. ص: ١٥٩

(التوازن) في هذا النظام، ومقياس التفاضل بين أفراد الأمة قائم على مقدار الالتزام بالمنهج، والتفاعل مع أوامره ونواهيه امتثالاً لمقصود الشارع الحكيم، وإليه يشير الحق سبحانه في قوله ﴿ان أكرمكم عند الله أتقاكم﴾[1] وبهذا يتضح أن منهج التحصين رصين في أعماق هذا النظام الذي تترابط أجزاؤه في نسيج تتكامل فيه أسس اقراره وحمايته وحفظه.

ثالثاً: منهج التحصين في السياسة الجنائية:

تقوم السياسة الجنائية في التشريع الجنائي الاسلامي على مبدأ الوقاية من الجريمة، وترتكز الوقاية فيه على أسس التحصين بالتربية والتوجيه لبناء أسس خلقية متينة، فالمسلم محكمته في دخلية نفسه، وقيادته في ضميره، وسعادته في ايمانه وعمله الصالح، يعيش في الدنيا ولا تعيش الدنيا فيه آسرة مستأثرة، يأكل منها ولا تأكل منه، يعيش في سمو عقيدته لا في تسلط شهوته، يعيش في علياء انسانيته لا في انحطاط حيوانيته، وفي اشعاعات قلبه وسمو وجدانه لا في استجابات غرائزه ونداءات بطنه، يرتقي محصناً ببواعث الخير التي بنيت عليها مفاهيمه، واستجابات الهدى التي دُرّبت عليها دوافعه.

هذا هو الانسان كما يبنيه الاسلام، وتلك هي المقاييس

---

١ ـ سورة الحجرات. الآية: ١٣

الخلقية اللائقة بانسانيته وكرامته، وحريته وبشريته، يمتثل مقتنعاً ولا يقاد مكرهاً، ويستجيب ملتزماً ولا يدفع ملزماً فحري بشرعة الحقوق أن تكرم انسانها بالتحصين وقاية لحقوقه ومصالحه وكرامته، وبالوقاية تحصين له من ذلّ العقوبة، وهوان المعصية وشرور الفساد.

لذا فإن السياسة الجنائية الاسلامية في مجالاتها الثلاث (التجريم والعقاب والمنع) قد اعتمدت منهج الوقاية، ففي مجال التجريم حرمت الأسباب المؤدية الى ارتكاب الفعل عند تجريمها النتيجة التي يؤدي اليها الفعل المجرم، وهذبت بالتحصين الدوافع المؤدية الى ارتكاب الفعل المجرم فضبطتها ووضعت نظاماً محكماً لاشباع البواعث الفطرية لضرورات الغرائز في الانسان، والتي تشكل الاستجابة غير السوية لها فعلاً مجرماً، ومن أمثلة ذلك ان الشريعة الاسلامية عندما جرمت الزنا، فقد حرمت الى جانبه كلّ سبب يؤدي الى ارتكاب الزنا، فحرمت مثلاً الاختلاط بغير المحارم، وحرمت الخلوة بالأجنبية، كما حرمت على المرأة السفر الاّ بصحبة محرم لها، والى جانب ذلك هذبت دوافع الشهوة في مفاهيم الرجل والمرأة السلوكية، فأمرت بغض البصر، ورغبّت وعداً بالثواب على العفة والطهر، ورهبّت من الفحش والمنكر بالوعيد من العقاب، ثم عمدت الى وضع نظام محكم يستجيب لاشباع

الغرائز الفطرية لشهوة الفرج، فشرعت أحكام النكاح، وأباحت عند وجود مقتضاء التعدد، كما أمرت الشباب بالصوم عند الخشية من عواقب الشهوة. وغير ذلك.

وهكذا عمدت الشريعة الاسلامية الى وضع الحواجز في وجه الأسباب المؤدية الى ارتكاب أي فعل ادخل في تشريعها دائرة التجريم، اعانة للانسان ووقاية له من عواقبه، فإذا ما غلبت المكلف نفسه الامارة بالسوء فحاول تجاوز حدود الشرع في أي من مراحل الاقدام على الفعل المجرّم تدخلت ضوابط التحصين بالمنع ضبطاً، فإن كان التجاوز ظاهراً منع بالاحتساب أمراً بالمعروف ونهياً عن المنكر من أهل بيته، أو من رجال السلطة، أو من عامة المسلمين اذا كان على مرأى أي منهم، وهذا جزء من أنظمة ضوابط التحصين (بالمنع).

فإن تجاوز حاجز موانع الوازع والضمير، وحاجز الايمان واليقين، وحواجز الضبط الاجتماعي احتساباً، والاداري من رقابة السلطة، فيبقى لديه رادع قوي ومانع أكيد وهو الخوف من العقاب، وهو يقيني الوقوع في نفس المسلم، فإن أفلت من يد السلطان فلن يفلت من عقاب الديان، فهو صارم وحاسم ان طاله في الدنيا، وأليم شديد العقاب عند الجزاء في الآخرة، ذلك باختصار هو منهج الاسلام في اقرار التحصين بدءاً

بالسياق التشريعي ومروراً بالاطار الدستوري، وانتهاء بأحكام سياسته الجنائية.

المبحـــث الثالـــث
أنواع التحصين وأوجه استثماره

يمثل الانسان بحقوقه وحرياته ومصالحه الحقيقة الأولى لمقاصد التشريع الاسلامي، واستهدافات نظامه، كما يعتبر الانسان المسلم في ذات الوقت الركيزة الأولى في اقامة نظامه، وبناء كيانه، وتحقيق الشرعية وحفظ المشروعية في مجتمعه، لذا نرى النظام الاسلامي يعمد بادىء ذي بدء الى بناء الانسان المسلم، فيخاطب عقله لبناء عقيدته، وتصحيح تصوره، وتسديد مفاهيمه تجاه الحقائق الكبرى المتصلة بوجوده كائناً حراً مكرماً، فيوضح علاقته بربه، وعلاقته بالكون الذي يحيط به، ويعيش فيه، وعلاقته بالانسان الذي يحيى ويعيش معه، وبالحياة التي يمثل وجوده من خلالها جزءاً من كيان الحياة في الوجود، ثم يحدد له في ضوء ذلك كله الهدف من وجوده، ويبيّن له الطريق الى ضمان أمن المصير

ثم يخاطب ضميره ووجدانه من خلال ذلك التصور الشامل ليبني فيه (الالتزام) وأسس (الولاء) للمنهج، وبذلك

يهيؤه للتفاعل الايجابي مع مواضعات المنهج وأحكامه، ثم يخاطبه بأحكام التشريع، فيحدد له اطار «المسئولية» واحكام الجزاء، وبذلك يستثمر بُناهُ الطبيعية كلها على أساس موضوعي، فيقيم الاسلام من انسانه حارساً لتحقيق الشرعية بأحكامه، وحامياً لأسس المشروعية فيه.

ولتحقيق ذلك رسم الاسلام منهجاً متكاملاً بأسسه وأساليبه ووسائله، ذلك المنهج الذي أثبت التاريخ ووقائع التطبيق ـ منذ عهد الرسالة الأول، واليوم وكل يوم ـ انه المنهج الأمثل الذي يمكن من خلاله الوقاية من الجريمة، كل جريمة، وخصوصاً تلك الجرائم التي ثبت أن لا سبيل الى القضاء عليها ومنعها الاَّ باستثمار جهد الجاني نفسه، وبإرادته وتفاعله الايجابي، مثل جريمة المخدرات، لأنها من الجرائم التي يكون طرفا العلاقة فيها بين مباشرة الفعل ومحل الضرر واحداً، هو شخص المتعاطي كجريمة الانتحار.

وفيما يلي نستعرض ركائز هذا المنهج، أسسه، وأساليبه ووسائله في الوقاية من الجريمة، وضمان تفاعل الانسان مع نظام المجتمع، وإسهامه في تحقيق أهدافه، متضمناً أوجه استثماره في الوقاية من المسكرات والمخدرات والمؤثرات العقلية، تلك الركائز التي أسميناها (منهج التحصين) وذلك على النحو التالي:

١ ـ التحصين العقدي (القيمي) ببناء أسس الاقتناع واليقين.

٢ ـ التحصين الرقابي بالتضامن على تحقيق المعروف ومنع المنكر

٣ ـ التحصين الجزائي بالعقوبة الرادعة لتحقيق المنع

فالنوع الأول: وهو التحصين العقدي: وأساس العقيدة في الاسلام (العلم) بوجود الله سبحانه، وتوحيده بربوبيته،[1] وألوهيته[2] وأسمائه وصفاته، وجماع ذلك حديث عمر بن الخطاب رضي الله عنه حيث قال: بينما نحن جلوس عند رسول الله (ﷺ) اذ أقبل علينا رجل شديد بياض الثياب، شديد سواد الشعر، لا يرى عليه أثر السفر، ولا يعرفه منا أحد، حتى جلس الى النبي (ﷺ) فأسند ركبتيه الى ركبتيه ووضع كفيه على فخذيه وقال: يا محمد أخبرني عن الاسلام، فقال: الاسلام أن تشهد أن لا اله الاّ الله وأن محمداً رسول

---

١ ـ ومعنى توحيد الربوبية: هو توحيد الله بأفعاله، بأنه سبحانه الخالق، الرازق، والمحيي المميت، المدبر

٢ ـ وتوحيده في ألوهيته. هو توحيد الله بأفعال العباد. كما يقول شيخ الاسلام ابن تيمية. رحمه الله تعالى فلا يعبد غيره، ولا يطاع غيره الا في طاعته، ولا يخشى غيره. وغير ذلك. يراجع كتاب التوحيد ص: ٨.

الله، وتقيم الصلاة وتوتي الزكاة وتصوم رمضان وتحج البيت ان استطعت اليه سبيلاً، قال: صدقت، فيقول عمر رضي الله عنه، فعجبنا له يسأله ويصدقه، ثم قال: أخبرني عن الايمان، قال: الايمان أن تؤمن بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر وبالقدر خيره وشره من الله تعالى. قال فأخبرني عن الاحسان قال (ﷺ) أن تعبد الله كأنك تراه، فإن لم تكن تراه فإنه يراك. حتى قال (ﷺ) عندما تساءل أصحابه عن السائل (انه جبريل أتاكم يعلمكم دينكم).[1]

والهدف الذي أوردنا من أجله هذا الحديث الطويل هو الخلاصة التي نريد ان ننتهي إليها في ابراز أهمية التحصين العقدي لبناء (اليقين) في الانسان وهو ما انتهى اليه نص الحديث عند سؤال جبريل عليه السلام عن (الاحسان) ورد النبي (ﷺ) الاحسان: «أن تعبد الله كأنك تراه، فإن لم تكن تراه فإنه يراك»، أي أن تصل الى درجة من يمسل أمر الآمر وهو يتصور حضوره يقيناً في كل حال، وتلك هي نتيجة (اليقين) التي لا يمكن أن ينجح تشريع من حيث ضمان امتثال المأمورين به الاّ اذا بلغ المخاطبون به مثل تلك الدرجة من اليقين.

ولهذه النتيجة أثر بالغ في الوقاية من الجريمة بشكل عام،

---

١ ـ صحيح مسلم. الجزء الأول. ص: ٣٦، ٣٧.

ومثل جريمة المخدرات على وجه الخصوص لأنها من الجرائم التي لا يمكن ضبط الرقابة عليها الاَّ بمثل ذلك النوع من الرقابة (الولائية) القائمة على (الاقناع) بحكم الفعل، و (اليقين) بنتيجته

وفي ذلك يقول أبو الأعلى المودودي[1] «وأهم شيء وأجدره في هذا الصدد أن الايمان بـ ـ لا اله الاَّ الله ـ يجعل الانسان مقيداً بقانون الله. ومحافظاً عليه».

فإن المؤمن يكون على يقين بسبب اعتقاده بهذه الكلمة: ان الله خبير بكل شيء وهو أقرب الى الانسان من حبل الوريد أي شريان العنق، وأن المؤمن إذا أتى بعمل في ظلمة الليل، أو حال الخلوة والوحدة، فإن الله عالم به، مطلِّع عليه، وانه ان تصور امكانية أن يخفي عن أي مخلوق في الوجود فإن امكانية الاخفاء بحد ذاتها تضمحل من تصوره تماماً حيال الحق سبحانه، لأن علمه المحيط وقدرته المطلقة في يقينه تنفي من وجوده أساس مثل ذلك التصور، وان كان يتصور الافلات من بطش قوى فإن تصوره في الافلات ينتفي حيال خالقه سبحانه.

فبمقدار اليقين يكون الايمان ودرجة صدقه، وبه يكون

---

١ ـ أنظر: أبو الأعلى المودودي. مبادىء الاسلام. ص: ٩٨ وما بعدها.

المؤمن قواماً على منهج الحق متبعاً لأحكام الله تعالى، قائماً عند حدوده، لا يجرؤ على اقتراف ما حرم الله، ويسارع الى تنفيذ ما أمر الله ولو في ظلمة الليل، أو خلوة الوحدة، فإن معه شرطة ورقباء أمن لا يفارقونه حيناً من أحيان حياته، أو لحظة من لحظات وعيه ويقظته، لأنه يتمثل دائماً أمام ناظريه المحكمة العليا التي لا ينفذ من دائرة عقابها.[1]

قال تعالى: ﴿قل ان تخفوا ما في صدروكم أو تبدوه يعلمه الله ويعلم ما في السماوات وما في الأرض والله على كل شيء قدير﴾[2]

وقوله سبحانه: ﴿وما كان الله ليعجزه من شيء في السماوات ولا في الأرض انه كان عليماً قديراً﴾ [3]

وبهذا نلاحظ أهمية هذا النوع من التحصين، الذي يبني في الانسان طاقة هائلة من اليقين، وقوة راسخة من الاقناع الذي يرقى به لأن يكون له رقيب على نفسه من نفسه.

أما النوع الثاني: فهو التحصين الرقابي:

وأساس ذلك التربية على منهج هذا التشريع الذي أنزله

---

١ ـ المرجع السابق. بتصرف ص: ٩٨ وما بعدها.

٢ ـ سورة آل عمران. الآية: ٢٩

٣ ـ سورة فاطر. الآية: ٤٤.

الحق سبحانه محققاً لمصلحة الانسان في مقصد وجوده، حماية لنفسه، وماله، وعقله، وعرضه، ونظام وجوده وهو (الدين)، محققاً له السعادة في الدنيا والآخرة، والتي لا تتحقق على وجه الكمال الاّ إذا اطمأن الانسان على أمن حياته وأمن مصيره.

فالانسان الذي بنيت (مفاهيمه) على أسس صحيحة ورسخت قناعاته بها الى درجة (اليقين) لابد وأن تكون انعكاسات سلوكه ـ كردود فعل ـ على ضوء تلك المفاهيم، لأن له في رسول الله (ﷺ) أسوة حسنة، وهو المثل الأعلى في سلوكه وتصرفاته

ولكن الانسان العادي لم يحط بسياج العصمة من الخطأ كالأنبياء، فتنازعه رغائب الغرائز، ونوازع الهوى، ودوافع الشهوات، فكان لابد وأن يعان على نفسه، ويمكن من استدامة الامتثال، حماية للمصالح العامة، والمقاصد التي جاء التشريع لتحقيقها في الخلق، لذا وضع الاسلام نظاماً للرقابة في المجتمع يتساند مع نظام الرقابة (الولائي) القائم على الايمان فوضع أساساً لنظام (الحسبة)[1] القائم على قاعدة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر.

---

١ ـ الحسبة في الاصطلاح الفقهي. أمر بالمعروف اذ أظهر تركه، ونهي عن المنكر إذا أظهر فعله. راجع الامام الماوردي. الأحكام السلطانية. ص: ٢١٨

وعلى أساس هذه القاعدة يتم التضامن بين أفراد المجتمع المسلم على تحقيق الشرعية وحفظ المشروعية، فيتضامنون على تحقيق المعروف، ومنع المنكر والشر والفساد بأنواعه، وفيه يقول الحق سبحانه وتعالى ﴿والمؤمنون والمؤمنات بعضهم أولياء بعض يأمرون بالمعروف وينهون عن المنكر﴾[1] ويقول مظهراً مزية الأمة الاسلامية في الأمر بالمعروف[2] والنهي عن المنكر[3] ﴿كنتم خير أمة أخرجت للناس تأمرون بالمعروف وتنهون عن المنكر وتؤمنون بالله﴾.[4]

فالمجتمع الاسلامي مجتمع فاضل يسوده رأي عام فاضل، يقوم كل فرد فيه بدوره في رعايته وحمايته، وفيه يقول رسول الله (ﷺ) «كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته، فالامام راع وهو مسئول عن رعيته، والرجل راع في بيته

---

١ ـ سورة التوبة الآية: ٧١

٢ ـ والمعروف: هو احكام الشريعة التي يتعاهدها أفراد الأمة بالحماية تحقيقاً للشرعية.

٣ ـ والمنكر: هو كل ما خالف تلك الأحكام بالعصيان والجريمة والفساد، وهدد أسس المشروعية، وقد بيَّن شيخ الاسلام ابن تيمية أن من خصائص الأمة الاسلامية الأمر بكل معروف والنهي عن كل منكر، لكل أحد من البشر. راجع. الاستقامة الجزء الثاني: ص: ٢٠٠ وما بعدها.

٤ ـ سورة آل عمران. الآية: ١١٠

ومسئول عن رعيته والمرأة راعية في بيت زوجها ومسئولة عن رعيتها وكلكم راع ومسئول عن رعيته..»

وقد ضرب رسول الله (ﷺ) المثل في المجتمع الذي لا تحكم تنظيماته هذه القاعدة، ولا يتضامن على تحقيق المعروف ومنع المنكر، ولا يتعاهد أفراده في الأخذ على يد الظالم والفاسد، فقال (مثل القائم على حدود الله والواقع فيها كمثل قوم استهموا على سفينة، فكان بعضهم أعلاها وبعضهم أسفلها، فكان من أسفلها اذا استقوا من الماء مروا على من فوقهم، فقالوا: لو أنا خرقنا في نصيبنا خرقا ولم نوذ من فوقنا، فإن تركوهم وما أرادوا هلكوا جميعاً، وان أخذوا على أيديهم نجوا ونجوا جميعاً)[1] وبهذا ضرب النبي (ﷺ) أروع المثل في أهمية هذه القاعدة الرقابية. وقد نظمت الشريعة الرقابة على قاعدة (الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر) من حيث نطاق مسئولية القائمين عليها الى نوعين هما:

النوع الأول: الحسبة الأصلية، وهي التي تقوم المسئولية عليها في عنق كل مسلم بمقتضى لا اله الاّ الله محمد رسول الله، وهي دين في عنق المسلمين، بحيث اذا أقام منكر في مجتمعهم وجب عليهم جميعاً متضامنين (القيام على ازالته كل على حسب

١ ـ الامام البخاري. الجامع الصحيح. الجزء الثالث. ص: ١١١

طاقته، فإذا قام به البعض سقطت المسئولية في ذلك عن الباقين، وان لم يقم به أحد وجب على كل منهم بعينه السعي فيه)[1].

النوع الثاني: الحسبة التفويضية، أو الادارية، وهذا النوع من الحسبة يقوم به أمام المسلمين وأعوانه من ولاة الحسبة وأعوانهم، وهي مهام يقوم بها رجال الشرطة والضبط الجنائي والاجتماعي والاداري[2] في التنظيمات الحديثة في دول العالم اليوم.

وبمقتضى هذه الولاية الادارية وجب على ولي الأمر حيث فوضته الأمة وبايعته على الحكم بكتاب الله وسنة رسوله (ﷺ) أن يوجه كافة الولايات للعمل على تحقيق المعروف ومنع المنكر ، كل فيما يخصه، وفي هذا يقول شيخ الاسلام ابن تيمية رحمه الله تعالى: «ومقصود جميع الولايات تحقيق المعروف ومنع المنكر». [3]

---

١ ـ وهو المعبر عنه عند الفقهاء بـ (فرض العين) و (فرض الكفاية).

٢ ـ ولكن هناك فروق موضوعية في اطار الاختصاص، أو نطاق الصلاحية يراجع للاستزادة كتاب الأحكام السلطانية. أبو يعلى، والماوردي.

٣ ـ كتاب الحسبة ص: ٥.

ولما كانت المخدرات والمؤثرات العقلية تؤدي الى خرم وهدر كافة المقاصد التي أتت الشريعة لحفظها في الخلق[1] فقد وجب ان تتكاتف جهود جميع أصحاب الولايات للسعي الى مكافحتها ومنع انتشارها

النوع الثالث: التحصين الجزائي بالعقوبة الرادعة لتحقيق المنع، وهذا النوع من التحصين اتفقت كافة التشريعات الجنائية على الأخذ به، ولكن يميز التشريع الجنائي الاسلامي عنها (العدالة الحقة) التي يمثلها التوازن القائم في سياسته الجنائية في مجال الردع والزجر بين أثر الضرر ونوع العقوبة ومقدارها فجاءت عقوباته صارمة حازمة تتفق وأثر الضرر الذي تخلفه الجريمة في نفس الوقت الذي كثفت فيه الحواجز والموانع التي تحول بين الفرد وإرتكاب الجريمة، والتي يمكن إجمال أهمها فيمايلي:

١ ـ حصنت الفرد عقدياً فبنت فيه الرادع الذاتي القائم على الوازع الولائي.

٢ ـ وحصنته رقابياً حيث أصبح غرماؤه حيال ارتكاب الفعل

---

١ ـ يراجع في ذلك: المذكرة التفسيرية لقرار فتوى هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية. في المطالبة بإنزال عقوبة القتل تعزيراً على تجار المخدرات ومروجيها.

المجرم المجتمع كله من جانبي (الرقابة الشعبية والرقابة الادارية)[1].

٣ ـ وعززت بواعث الخير في نفسه بوعده بالجزاء الخير في الدنيا والآخرة، وبجعل ذلك مقياس التفاضل عند الله تعالى ﴿ان أكرمكم عند الله أتقاكم﴾.

٤ ـ وهذبَّت دوافع الغريزة في جسده، بأن ضبطت أوجه استيفائها على وجه مشروع دون كبت، أو مصادرة لرغائب دوافعه الفطرية

٥ ـ ووضعت أسس نظام التكافل بينه وبين أفراد مجتمعه، مما حال بينه وبين أن تكون حاجيات الحياة سبباً أو عاملاً يساعد على الانزلاق في الجريمة.[2]

ثم اذا تجاوز الفرد بإرادته كل أساليب التحصين تلك وكافة الحواجز المانعة من الفساد ليرتكب الجريمة جعل

---

١ ـ وهي التي عبرنا عنها بالحسبة الأصلية، وبموجبها يحاط الفرد حيث كان بأعوان على الحق سواء أكان في كنف والدته، أو في أسرته، أو في قرابته، أو في اطار ولائه ونسبه بمن يعينه على الخير ويردعه عن الشر، حماية له من اثم وذل العقوبة، وتفويت المصالح.

٢ ـ فجعلت الشريعة للضرورة أن قامت من بعد حكم الاستثناء، لأن (الضرورات تبيح المحظورات).

(العقوبة) رادعة زاجرة، وحاسمة[1] صارمة، حتى كان مفعولها في الردع أبلغ مما عرفه أي تشريع في المجال العقابي.

وبعد: فهذا هو المنهج الشامل الذي يرسم الاسلام للبشرية به طريق الأمن، بحيث تتكامل فيه معطيات توازن (المطلوب والمرغوب والممكن) ليشكل بذلك ركيزة (العدل) باعتباره (قيمة) و (معياراً)، فبهذا المنهج وبه وحده يمكن التصدي لكل جريمة بالغة ما بلغت في الخطورة كالمخدرات، وبهذا المنهج حيث طبق ويطبق اليوم عرف الانسان بحق هدف وجوده، وعاش أمل السعادة في أمن الحياة كأكرم وأفضل وأزكى وأكمل ما تكون الحياة، واطمأن الى أمن المصير في كنف خالقه يوم الحساب، وهو سبحانه الهادي الى سواء السبيل.

---

١ ـ وبه كانت العقوبات الشرعية رحمة بالكافة، وأساسها لحفظ الحياة على وجهها الأمثل من حيث أهمية عامل الردع المترتب عن تطبيقها، حتى ولو كانت لمن استحقها استئصالية قال تعالى؛ ﴿ولكم في القصاص حياة ياأولي الألباب لعلكم تتقون﴾.

أهمية البحث العلمي
في التعرف على أسباب الادمان
على المخدرات والمسكرات في البيئة العربية

الدكتور محمد حمدي حجار(*)

١ ـ المقدمـــــة:

على مستوى علم الوبائيات من الخطأ أن تتم معالجة أية مشكلات سلوكية اجتماعية في مجتمع ما من خلال استيراد المفاهيم والتفسيرات والافتراضات من مجتمع آخر غريب عن المجتمع الذي ندرس فيه الظواهر السلوكية ذاتها ونطبقه عليه، فكما اننا على مستوى القياس النفسي لا يجوز علمياً تطبيق معايير المقاييس التي لها قابليات عقلية أو سمات شخصية معينة تصلح لمجتمع ما على مجتمع آخر بدون تغيير هذه المقاييس على المجتمع الذي نطبق عليه تلك المقاييس كذلك فإن هذه الأحكام تنطبق على تفسيرات وتأويلات الظواهر السلوكية الادمانية في أي مجتمع.

(*) أستاذ محاضر بجامعة دمشق. الجمهورية العربية السورية.

من هذا المنطلق تفرض العملية العلمية الموضوعية ان نخطط لأعمال بحثية في دراسة ظواهر سلوكية وبائية مثل الادمان على المخدرات أو المسكرات أو الأمراض الجنسية مثلاً على مجتمع تنتشر فيه هذه الظواهر المؤذية للمجتمع وللفرد ذاته للتعرف على العوامل، وتأثيرات هذه العوامل في خلق هذه الظواهر مع الأخذ بالمعطيات العلمية العامة الأساسية والجوهرية التي تسبب هذه الظواهر السلوكية السلبية في أي مجتمع ما؛ أي بتعبير آخر، ماهو أقرب الى المتحولات الثابتة القابلة للتعميم في أي مجتمع.

من هذا المنظور الاحترازي العلمي يتم اجراء البحث العلمي في دراسة أية ظاهرة سلوكية اجتماعية سلبية

اننا لا نستطيع أن نأخذ بأسباب وعوامل الجريمة في المجتمع الأمريكي مثلاً في معالجة الجريمة في المجتمع العربي أو الوقاية منها، فالمجتمع الأمريكي فيه متحولات وعوامل محدثة للجريمة تختلف عما هي عليه في المجتمع العربي رغم وجود مسببات ثابتة تقريباً في أسباب الجريمة يمكن تعميمها على أي مجتمع تسود فيه الجريمة، وقل الأمر ذاته بالنسبة لأسباب الادمان على المخدرات، وللأسف إن الأصول العلمية على المستوى التخطيطي والاجرائي في الدول العربية لا نفي بالغرض المطلوب للحصول على الخط القاعدي Base line الذي يوضح أسباب الادمان على المخدرات بكل أنواعها

والمسكرات أيضاً، كما أنه لا توجد احصائيات دقيقة وموثوقة عن معدلات انتشار الادمان كمياً في مختلف الأعمار من كلا الجنسين في بلد عربي ما، وتتبع هذه المعدلات صعوداً وهبوطاً وكل ما هناك ان الاحصائيات تعتمد على الحالات المعالجة المصرح عنها من قبل الأفراد أو أولئك الذين يقعون في قبضة العدالة الذين يتعاطون المخدرات بصورة منتظمة أو عابرة.

وبدون وجود خط قاعدي موثوق عن أسباب الادمان وحجم انتشاره في فئات الأعمار المختلفة يكون من المستحيل وضع الخطط الفعّالة النافذة لمكافحة الادمان على المستوى الوقائي والعلاجي، لأننا نكون في هذه الحالة عاملين ضمن افتراضات مستوردة، ولنقل أننا نعمل في فراغ الافتراضات، وهذه حقيقة يجب أن نعترف بها.

٢ ـ أهمية البحوث المنهجية والاجرائية والجهات المعنية في البحوث:

ان ما ذكرناه إذن يفرض الأخذ بعلم المنهج في دراسة أية ظاهرة أو سلوك يسود في المجتمع، والأخذ بعلم المنهج يفترض توافر المختصين، والوسائل، والأجهزة التنفيذية، أي هذا الثالوث الهام لمعرفة أسباب الظاهرة، أي تحديد المشكلة، من جهة، وحجمها من جهة ثانية، ومن خلال تحديد الأسباب

وحجم المشكلة يتوافر لنا الخط القاعدي الذي تنطلق منه في وضع خطط الارشاد، والتوعية والعلاج، ولنعاين الآن هذا الثالوث.

أ ـ الوسيلـــة:

لعل أفضل وسيلة في دراسة الظواهر السلوكية الاجتماعية والتعرف على أسبابها هي الأخذ بأسلوب الاستبيان Questionnaire الذي يتضمن بدقة متناهية وبصورة مقننة جميع الأسباب الفاعلة في حدوث الظاهرة هدف البحث، أي بتعبير آخر جميع المتحولات المفترضة التي تخلق الظاهرة.

وميزة هذا الأسلوب أنه يمكن تطبيقه تطبيقاً جماعياً بأخذ عينات تمثل المجتمع الاحصائي فيوفر الوقت والجهد والمصداقية في الاجابةعلى بنوده وخاصة اذا ما تم ضمن نطاق السرية التي تحفظ للفرد عدم افشاء اسمه، وفي الاستبيان المدونِ في آخر البحث نعرض نموذجاً مثالياً يصلح للأخذ به في التعرف على أسباب الادمان، وهذا الاستبيان صادر عن منظمة الصحة العالمية.

ب ـ الاختصاصات الفنية:

مما لا شك فيه أن الانسان المختص هو الاساس في علم

المنهج والبحث، فهو الذي يضع الافتراضات في البحوث، ويحدد وسائلها ويستخلص النتائج في التعرف على المتحولات المسببة للسلوك أو الظاهرة هدف البحث أو الدراسة.

لذا تبرز الأهمية في تأمين الاختصاصات الفنية في مراكز البحوث الوطنية المعنية بالصحة والتي تنصب فيها جميع المعلومات من الأجهزة التنفيذية التي تجمع المعلومات من الأفراد الذين يتعاطون المخدرات أو الذين يتعالجون في المؤسسات الصحية المختلفة المستويات، أو نتاجات الجامعات العلمية في رسائلها الجامعية على مستوى الماجستير والدكتوراه التي تدرس ظواهر الادمان على المخدرات ومن ثم معاملتها احصائياً لاستخلاص أسباب الادمان.

د ـ الأجهزة التنفيذية:

الأجهزة التنفيذية هي أدوات جمع المعلومات من خلال استخدام وسيلة القياس وتطبيقها على شرائح المدمنين على المخدرات الذين يؤمون هذه الأجهزة إما بغرض العلاج أو نتيجة التوقيف الجنائي لتعاطي المخدر، وهذه الأجهزة هي:

١ ـ مراكز الرعاية الصحية الأولية:

هذه المراكز التي من جملة مهامها علاج المدمنين على المخدرات والمسكرات على أساس علاج خارجي، ففي

هذه المراكز يتعين وجود مركز للمعلومات تنحصر مهمته في جمع الاستبيانات الخاصة الموضوعة للادمان والتي حررها المرضى الذين يؤمون هذه المراكز بغرض العلاج على المستوى العلاجي والتتبعي (يقصد بالتتبعي المتابعة العلاجية للمريض المدمن خلال مدة معالجته وما بعد العلاج لمعرفة استجابته العلاجية سلباً أم ايجاباً).

٢ ـ المشافي الخاصة الطبية النفسية والعامة (العامة وتشمل القطاع العسكري والمدني):

ليست مشافي الدولة هي المعنية في عملية المسح التي نحن بصددها بل يجب ان يسهم القطاع الخاص السيكاتري الاستشفائي في جمع المعلومات من مرضى الادمان الذين يعالجون في هذه المشافي بالصورة التي ذكرناها في مراكز الرعاية للصحة الأولية تنفيذاً واجراءاً.

٣ ـ العيادات الخارجية السيكاترية للقطاع الخاص:

وتشمل الحملة المسحية أيضاً الأطباء السيكاتريين والسيكولوجيين المهنيين وجميع المختصين العاملين في الصحة النفسية بحيث تجبر الجهات المعنية في الدولة هؤلاء المختصين بضرورة استخدام وسيلة القياس النموذجية المعممة في جميع العلاجات الخاصة بالمسكرات والمخدرات للأفراد الذين يتعالجون في هذه العيادات، وهذا يستوجب سن تشريعات لها صفة القانون أو

القرارات ذات الطابع القضائي الملزمة التنفيذ.

٤ ـ مراكز رعاية الأحداث والاصلاحيات والسجون:

من المعروف أن الأحداث الجانحين مادون السن القانوني الجرمي الذين قبضت عليهم العدالة بجرم تعاطي المخدر أو المسكر يرسلون عادة الى الاصلاحيات لقضاء فترة العقوبة الاصلاحية، في هذه المراكز تنحصر فئات معينة متعاطية للمخدرات أو المسكرات، وهذه المراكز هي أجهزة تنفيذية هامة في جمع المعلومات عن اعداد الأحداث الذين يتعاطون المسكر أو المخدر، والأمر نفسه بالنسبة للسجون بالنسبة للمحكومين في جرم تعاطي المخدر أو الجرائم المتعددة التي للادمان فيها ضلع وتأثير.

٥ ـ المنظمات الدولية الصحية:

في بعض البلدان تقدم بعض المنظمات الدولية خدمات صحية على مستوى الرعاية الأسرية الصحية، وبما أن المسكرات والمخدرات تحدث اختلاطات عضوية، وبخاصة المسكرات فإن هذه المراكز الدولية الصحية العاملة في الميدان الصحي والمحلي، يمكن أيضاً أن نستفيد منها لجمع المعلومات عن المرضى الذين تعود أسباب مرضهم الى تعاطي بعض المؤثرات العقلية.

٦ ـ الجامعات والرسائل العلمية:

يمكن أن تسهم الأبحاث العلمية على مستوى الماجستير والدكتوراه في دراسة الظواهر السلوكية الادمانية من حيث الأسباب والحجم، وهنا فإن وزن هذه الدراسات العلمية هي رفد ثمين في البحث العلمي المنشود الذي يضاف الى الجهود الأخرى المبذولة من قبل الأجهزة التنفيذية التي ذكرناها.

يتعين هنا التنسيق بين مركز البحوث الوبائية للصحة النفسية مع وزارة التعليم العالي من أجل وضع خطط للرسائل العلمية التي تخدم أهداف هذا المركز الوطني.

بعد هذا العرض السريع للأجهزة ولوسائل القياس نتكلم عن آلية العمل التنفيذي الاجرائي

يضع مركز البحوث الوطنية الوبائية للصحة النفسية (إن وجد هذا المركز أو أي مركز آخر بتسمية أخرى يقوم بمهمات هذا المركز)، وسائل القياس ويحدد الأجهزة التنفيذية المعنية في عمليات المسح الوبائي لظاهرة السلوك الادماني على المخدرات والمسكرات بتعليمات ذات صبغة اجرائية قضائية من أجل الالتزام بالمسئوليات المناطة بهذه الأجهزة على مستوى القطاع العام والخاص.

ترسل هذه الأجهزة المعلومات بصورة الاستبيانات

النوعية التي أصدرها مركز البحوث والتي تجمعت لديها وبصورة دورية حيث يتم معاملتها معاملة علمية احصائية ومنهجية من قبل مختلف الاختصاصات المحددة في هذا المركز، ويستخلص الخط القاعدي على مستوى الأسباب وحجم المشكلة (أي الادمان) الديمغرافي ومن ثم يرسلها الى الجهات التالية:

- وزارة الاعلام - وزارة الصحة - وزارة الدفاع - وزارة العدل - وزارة الداخلية.

يتم تشكيل لجنة على المستوى الوطني المؤلف من الوزارات السالفة الذكر لوضع الخطط العلاجية والوقائية ووسائل تنفيذها المرحلي اضافة الى تقويم هذه الخطط بين حين وآخر لمعرفة فعالياتها والثغرات التي فيها.

تلك هي الخطوط العامة للتخطيط العلمي على المستوى البحثي والاجرائي في دراسةٍ ظاهرة الادمان على المخدرات والمسكرات في مجتمع أو بلد معين.

نموذج استبيان مسح خاص بالادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

أولاً: البيانات السكانية (الديمغرافية):

١ ـ الجنس.
٢ ـ العمر.
٣ ـ تاريخ الولادة.
٤ ـ السن.
٥ ـ الحالة الاجتماعية: متزوج ( )
عازب: ( ) مطلق: ( ).
٦ ـ الاقامة الحالية حدد بوضع اشارة أمام التالي:
أ ـ شقة أو بيت ( ).
ب ـ ملجأ خاص ( ).
جـ ـ مؤسسة اصلاحية ( ).
د ـ لا يوجد مأوى ثابت ( ).
هـ ـ مدينة ( ).
و ـ قرية ( ).
ز ـ مع والد أو والدة. ( ).
ح ـ مع أقارب ( ).
ط ـ التبني ( ).

ثانياً: بيانات اقتصادية ـ مهنية:

١ ـ الأميــة:

أ ـ ملم بالقراءة والكتابة ( ).

ب ـ أمي ( ).

٢ ـ المستوى الثقافي التحصيلي:

حدد هذا المستوى:

٣ ـ التدريب المهني ان وجد:

نوعه:

٤ ـ العمل الحالي:

ـ نوعه:

ـ الاستقرار في العمل (تعدده أو عدم تعدده).

ـ المدة التي قضيتها في العمل الحالي:

٥ ـ نوع الوظيفة التي تشغلها:

٦ ـ مهنة الأب أو الوصي.

٧ ـ مستوى دخل الأب أو الوصي.

٨ ـ مصادر الدخل.

ثالثاً: البيانات الخاصة باستخدام المخدرات والمسكرات:

١ ـ المخدر الأساسي المستعمل.

٢ ـ المسكر المستعمل.

٣ ـ التكاليف المصروفة على استهلاك المخدر شهرياً وسطياً.
٤ ـ التكاليف المصروفة على استهلاك المخدر المسكر شهرياً وسطياً.
٥ ـ نوع الدواء المستعمل الطبي المصروف بوصفة طبية
٦ ـ قصة تعاطي المخدر أو المسكر (ضع اشارة × مع ذكر المخدر أو المسكر).
أ ـ عن طريق أحد أفراد الأسرة.
ب ـ عن طريق الأصدقاء.
جـ ـ عن طريق المروجين وتجار المخدرات.
د ـ عن طريق الأطباء.
هـ ـ عن طريق المصادفة
و ـ أية واسطة أخرى.
٧ ـ السبب الداعي الى تعاطي المخدر لأول مرة:
أ ـ فضولية وتعرف.
ب ـ عادة جارية (المسكر).
جـ ـ عادة اجتماعية (القات).
د ـ للتسلية
هـ ـ بسبب عِلاج حالة أو اضطراب بدني.
ز ـ لإزالة اضطراب أو ازعاج نفسي.
ح ـ لازالة التعب أو الكسل وضعف النشاط.
ـ بسبب الجوع.

- بسبب البرد.
- أي سبب آخر

رابعاً: البيانات الخاصة بالمعالجة واعادة التأهيل:

١ ـ حدد المشكلات التي تعانيها (ضع اشارة ×).

أ ـ مشكلة صحية بدنية ( ).

ب ـ مشكلة اقتصادية ( ).

جـ ـ مشكلة قانونية ( ).

د ـ مشكلة أسرية ( ).

هـ ـ مشكلة نفسية ( ).

٢ ـ نوع العلاج الذي تلقيته سابقاً بسبب الادمان (ان وجد ضع اشارة ×).

أ ـ علاج نفسي ( ).

ب ـ علاج دوائي ( ).

جـ ـ علاج دوائي ونفسي ( ).

٣ ـ حدد الأعراض النفسية والفسيولوجية أو احداهما والتي انتابتك سابقاً بسبب توقعك لأمر ما عن تعاطي المخدر أو المسكر (أذكر أحدهما).

٤ ـ حدد الجهة التي أحالتك الى العلاج ضد المخدر أو المسكر (ضع اشارة ×).

أ ـ أأنت طلبت العلاج وذهبت بنفسك الى المعالج المختص ( ).

ب ـ أأسرتك التي أحالتك الى المعالج المختص ( ).

جـ ـ الأصدقاء ( ).

د ـ القضاء أو الشرطة ( ).

هـ ـ الطبيب الخاص ( ).

و ـ أية جهة أخرى ( ).

خامساً: السجل العدلي أو الجرمي:

١ ـ التوقيف (ضع اشارة ×).

٢ ـ السجن.

٣ ـ أسباب التوقيف (ضع اشارة ×).

أ ـ اعتداء بسبب تعاطي المخدر ( ).

ب ـ أعمال عنف ( ).

جـ ـ جريمة كسب غير شرعي (حددها).

٤ ـ حدد المدة التي قضيتها في السجن.

٥ ـ الحالة القضائية الحالية (ان وجدت).

سادساً: المعلومات الطبية التشخيصية:

١ ـ الاختبارات الخاصة المخبرية بالكشف عن نوع المخدر المستعمل:

أ ـ الكوكايين.

ب ـ الباربيتيورات.

جـ ـ الأمفيتامينات.

د ـ أي مخدر آخر

٥ ـ التشخيص الطبي النفسي:

(يحدد من قبل الطبيب النفسي، أو الأخصائي النفسي المهني).

مكونات برامج الصحة الأولية الناجحة على المستوى الوقائي والعلاجي

الدكتور محمد بشير شريم(*)
والدكتور عدنان التكريتي(**)

لقد عرفت الرعاية الصحية الأولية بأنها الرعاية الصحية الأساسية، ميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع، بوسائل مقبولة لديهم ومن خلال مشاركتهم التامة وبتكاليف يمكن للمجتمع وللدولة تحملها.

ولا يمكن تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية الاّ اذا قام التثقيف الصحي بدور فيها، والواقع أنه اذا ما أريد للرعاية الصحية الأولية أن تصبح ميسرة للمجتمع فينبغي للسكان في كل مجتمع أن يبذلوا كل ما في وسعهم للاعتماد على مواردهم الذاتية قدر الامكان.

ولتحقيق مثل هذا الاعتماد على الذات، ينبغي اشراك السكان في التخطيط للنظم الصحية القائمة على فهم الرعاية الصحية الأولية، وفي تنفيذ هذه النظم وتقويمها.

ويمكن بلوغ هذا الهدف بأقصى درجة من الفاعلية عن

(*) رئيس قسم الأوبئة غير السارية بوزارة الصحة .عمان .المملكة الأردنية الهاشمية
(**) رئيس اتحاد الأطباء النفسيين العرب. عمان. المملكة الأردنية الهاشمية.

طريق النشاط التثقيفي الملائم الذي يهدف الى مساعدة الناس على مواجهة المشكلات الصحية الملحة

وفي نهج الرعاية الصحية الأولية، يعني تركيز الاهتمام على اشراك المجتمع أن المسئولين عن اتخاذ القرارات عندما يضعون سياسات جديدة للتثقيف الصحي، يجب ان يفهموا ويتقبلوا الحاجة الى أن تحدد المجتمعات أهدافها الخاصة بها، وتعمل على تحقيقها، وتعبىء مواردها وتراقب جهودها الذاتية وتقومها

ويعني هذا الاهتمام أيضاً أنه يجب ايجاد (أو تعزيز) الأساليب التي تكفل للمجتمعات، وللأفراد امكانية التعبير عن آرائهم في السياسة الصحية لبلادهم والقيام بدور فعَّال وتخطيط وتنفيذ البرامج الصحية، بما فيها التثقيف الصحي.

وينبغي ايجاد السبل اللازمة لتعزيز عملية مشاركة المجتمع بحيث يمكنه أن يبلِّغ واضعي السياسة الوطنيين بآرائه حول المسائل الصحية واحتياجاته بصورة منتظمة

وينبغي في نهاية الأمر أن تكون حصيلة الأولويات المحلية هي التي تحدد الأولويات على المستوى الوطني.

ويعتبر هذا الأسلوب خروجاً أساسياً على الأسلوب التقليدي الذي كان فيه عنصر التثقيف الصحي يحدد في السياسات على نحو يرتبط ببرامج مفصلة الأهداف تتعلق

بمكافحة الأمراض أو بتنظيم الأسرة، وتنفذ طبقاً للقيم والتوقعات المهنية ولا تزال الحاجة قائمة لبرامج مكافحة الأمراض ذات الأهداف المحددة، غير أن مثل هذه البرامج يجب ان تتدرج بصورة متزايدة في اطار برنامج شامل للصحة والتنمية في كل مجتمع [1]

الأســاسات:

إن عملية تحقيق الأهداف الصحية من خلال الشعار المطروح وهو تحقيق الصحة للجميع عام ٢٠٠٠ لا يمكن تحقيق الاّ من خلال (منهاج الرعاية الصحية الأولية) والذي تشكل العوامل التالية (الأساسات) التي يقوم عليها هذا المنهاج وهي:

١ ـ اشراك المجتمع.

٢ ـ التنسيق والتعاون مع القطاعات الأخرى.

٣ ـ استعمال التقنية المناسبة.

---

١ ـ المناهج الجديدة للتثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية. ص: ١٦، ١٧

اشراك المجتمع قد يكون هذا العامل هو الأهم والأصعب لأنها تعني القدرات البشرية والمادية للمجتمع والعمل المشترك المنسق مابين القطاع الصحي المسئول ومابين المواطنين لكي يضطلعوا بالمسئولية عن صحتهم من خلال المساهمة الفعالة في مجال التخطيط والتنفيذ والتقويم، وكذلك في وضع أولويات هذه المشاكل.[1]

المجتمـــع:

يتكون أي مجتمع من أشخاص يعيشون معاً بشكل ما من أشكال التنظيم والتماسك الاجتماعي، ويشترك أعضاؤه بدرجات متفاوتة في الخصائص السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وكذلك المصالح والتطلعات بما في ذلك الصحة، وتتفاوت المجتمعات تفاوتاً كبيراً من حيث الحجم والصورة الاجتماعية والاقتصادية ابتداء من مجموعات من المساكن المنعزلة الى قرى وأحياء ومدن أكثر تنظيماً.

ان الاعتماد الذاتي والوعي الاجتماعي عاملان رئيسيان في التنمية البشرية، وقد أصبح اشتراك المجتمع في تقرير السياسات وفي تخطيط وتنفيذ ومراقبة برامج التنمية من الأمور المطبقة على نطاق واسع.

١ - الماآتا ١٩٧٨م. الرعاية الصحية الأولية منظمة الصحة العالمية ١٩٨٧٨م.

غير أن هذه المشاكل تفهم وتفسر بطرق مختلفة في البلدان المختلفة لأنها تتأثر بدرجة كبيرة بالهيكل السياسي العام وبالوضع الاجتماعي والاقتصادي. وقد ساعدت دراسات الحالة التي قامت بها لجنة السياسة الصحية المشتركة بين صندوق الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية حول اشتراك المجتمع، في جذب الاهتمام الى دور اشتراك المجتمع في الرعاية الصحية الأولية وتوضيحه

التعريـــف:

واشتراك المجتمع عملية يضطلع فيها الأفراد والأسر بالمسئولية عن صحتهم الذاتية ورفاهيتهم وصحة ورفاهية المجتمع، وينمون القدرة على الاسهام في تنمية أنفسهم وتنمية المجتمع، وهم بذلك يتمكنون من معرفة أوضاعهم بصورة أفضل، ويجدون الحافز لحل مشاكلهم المشتركة، كما أن هذه المشاركة تمكنهم من أن يصبحوا صانعي تنميتهم الذاتية بدلاً من أن يكونوا مستفيدين سلبيين من مساعدات التنمية، ولذلك فمن الضروري أن يعرفوا أنهم ليسوا ملتزمين بقبول الحلول التقليدية التي لا تناسبهم، ولكنهم يستطيعون الابتكار والتجديد لايجاد الحلول التي تناسبهم، وعليهم أن يتعلموا كيف يقوِّمون الأوضاع ويزنون مختلف الامكانات ويقدرون ما يمكن أن يقدموه من اسهام، وبينما يتعين على المجتمع أن يكون راغباً في التعلّم، فإن النظام الصحي مسئول عن الشرح

واسداء المشورة وعن تقديم المعلومات الواضحة عن النتائج المشجعة والآثار الضارة للعمليات المقترحة وتكاليفها.

العاملون الصحيون:

والعاملون في الحقل الصحي هم جزء من المجتمع الذي يعيشون فيه ويعملون، ومن الضروري أن يكون هناك حوار مستمر بينهم، وبين بقية المجتمع من أجل تنسيق الآراء والأنشطة المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية.

وهذا الحوار يجعل العاملين في الحقل الصحي يتفهمون بطريقة أفضل، مشاعر المجتمع والاسباب الكامنة وراء وجهات نظره ومستوى تطلعاته وأسلوب تنظيمه واتصالاته، أما أفراد المجتمع فإنهم سوف يتعلمون كيف يحددون احتياجاتهم الصحية الفعلية وكيف يتفهمون الاستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية الأولية وكيف يشاركون في أعمال المجتمع من أجل الصحة ويعززونها، وهكذا سوف يدرك المجتمع أن الصحة ليست حقاً للجميع فحسب، وإنما هي أيضاً مسئوليةالمجتمع وسوف يتبين أبناء المهن الصحية أيضاً دورهم الصحيح

وهناك طرق كثيرة يمكن للمجتمع أن يشترك بها في كل مرحلة من مراحل الرعاية الصحية الأولية، وينبغي له أن يشترك في تقويم الوضع وتحديد المشكلات ووضع الأولويات،

ثم يساعد في تخطيط أنشطة الرعاية الصحية الأولية، وبعد ذلك يتعاون تعاوناً كاملاً في تنفيذ هذه الأنشطة، ويشمل هذا التعاون قبول الأفراد تولي قدر كبير من المسئولية عن رعايتهم الصحية الذاتية، وعلى سبيل المثال، باتباع أسلوب حياة صحي وتطبيق مبادىء التغذية والقواعد الصحية، والافادة من خدمات التحصين، وبالاضافة الى ذلك يمكن لأفراد المجتمع أن يسهموا في الرعاية الصحية الأولية بالعمل أو بتقديم الموارد المالية وغيرها.

ومما يهم المحتمع أيضاً أن يبقى الرعاية الصحية الأولية تحت المراجعة المستمرة، وأن يتأكد من أنها تعمل وفقاً للأغراض المحددة لها، وسوف تؤدي هذه المشاركة الى التعرف على الصعوبات وحلها وتعديل الأنشطة اذا احتاج الأمر الى ذلك.

ان هناك حاجة الى سياسة وطنية واضحة من شأنها ان تزيد من تلاحم المجتمع حول الجهود التي تبذل من اجل الصحة والتنمية المتعلقة بها، وأن تعزز التنسيق في المستوى المحلي بين جميع البرامج القطاعية التي لها صلة بالرعاية الصحية الأولية، وأن تعزز قدرة المجتمعات على توضيح تطلعاتها الصحية والاجتماعية وأن تكفل مراقبة المجتمع للأموال التي يستثمرها في الرعاية الصحية الأولية وللعاملين الذين يقدمونها على السواء. كما أن اشتراك المجتمع يتطلب الدعم المتبادل

بين الحكومة والمجتمع تعضده تغذية استرجاعية متبادلة بالمعلومات، وعلى الحكومة مسئولية تشجيع هذا النوع من الدعم، وإنشاء الأجهزة اللازمة للتنسيق بين القطاعات المختلفة في المستويات الادارية المختلفة واصدار التشريعات من أجل دعم الرعاية الصحية الأولية حيثما يلزم ذلك وتوفير ما يكفي من الموارد البشرية.

تعبئة الرأي العام:

ان مشاركة المجتمع في جميع المراحل من المبادىء الأساسية للرعاية الصحية الأولية، وحتى يمكن للمجتمعات ان تشترك بوعي مستنير، يجب أن تتيسر لها امكانية الحصول على النوع الصحيح من المعلومات المتعلقة بأوضاعها الصحية وبالكيفية التي يمكن بها أن تساعد في تحسينها، ومن الأهمية بمكان شرح التقنية المتاحة ومزاياها ومضارها، وجوانب نجاحها، وفشلها وما قد يكون لها من آثار عكسية وتكاليف، ولا يجب أن تكون المعلومات المقدمة أكثر تعقيداً أو ارتفاعاً عما ينبغي، وانما يجب ان تكون بلغة يفهمها الناس، ويمكن استعمال الصحف والمجلات والراديو والتلفزيون والأفلام والتمثيليات والاعلانات ولوحات الاعلانات العامة، وأية وسائل أخرى متاحة لضمان تحمس الشعب ورغبته في توجيه

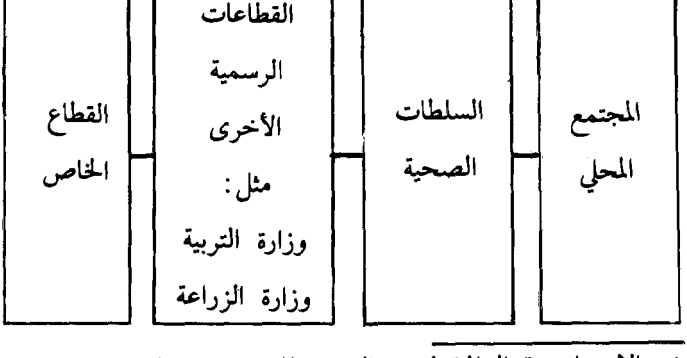
الرعاية الصحية الأولية الى الاتجاه الصحيح.[1]

القضايا الأساسية:

تقتضي عملية اشراك المجتمع التحديد السليم للقضايا الأساسية وهي:

- تحديد المشاركين.
- تحديد نوعية المشاركة
- تحديد كيفية المشاركة

ليس هناك مقياس واحد وثابت لتحديد العناصر السابقة، لأن طبيعة المشاكل وطبيعة الناس تختلف من مكان لآخر، وكذلك نوعية المشاكل الصحية والعادات والاحتياجات والامكانات هي أيضاً مختلفة ومتباينة.



١ - الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ - ١٩٨١م.

المشاركـــون:

مصادر المشاركين يمكن أن تكون بشكل عام من المجتمع المحلي ومن الصحة ومن القطاعات الأخرى الرسمية ومن القطاع الخاص.

وهؤلاء قد يكون منهم المجلس القروي، المجتمعات، الأندية، الطبيب، الممرضة، المراقب الصحي، المهندس الزراعي، المعلم، ومن القطاع الخاص يمكن ان تكون المساهمة بأي شكل حسب الظروف كالمصارف والمؤسسات والشركات. كما أن الشخص الواحد يمكن أن يشارك في أكثر من مجال اذا ما توفرت لديه الامكانات والرغبة

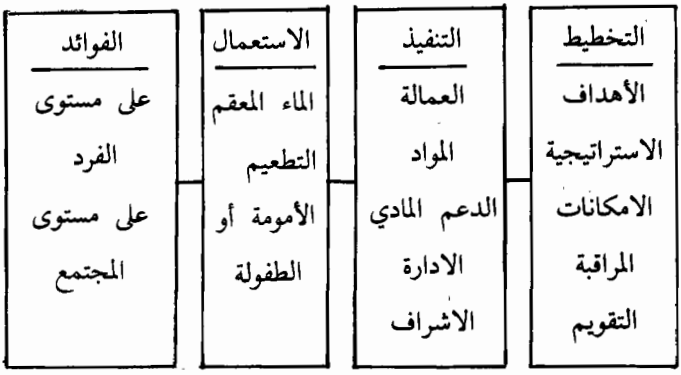
نوع المشاركة:

يمكن تحديد نوعية المشاركة من خلال طبيعة المشكلة والظروف المحيطة بها فقد يكون نوع المشاركة في مجال التخطيط أو التنفيذ أو التقويم أو في أي فرع من فروع هذه المجالات لتحديد الغايات والاشراف أو العمالة أو المواد.

كيفية المشاركة:

تحددها الظروف السابقة وكذلك امكانات افراد المجتمع فقد تكون من خلال العمالة أو الدعم المادي أو تقديم المواد،

والأجهزة اللازمة أو أي شكل آخر يمكن قبوله حسب طبيعة المشكلة والظروف.



اشراك المجتمع من المهام الرئيسية لفعاليات التثقيف الصحي والذي يهدف الى تشجيع الأفراد والمجتمعات على الاعتماد على الذات التي ينبغي للناس أن يعملوا على تحسين صحتهم بأنفسهم بدلاً من الاعتماد على آخرين يفعلون ذلك من أجلهم.[1]

توليد وتعبئة الموارد:

١ ـ يتطلب تنفيذ الاستراتيجية في جميع أنحاء العالم توليد وتعبئة

1 - Community involvement in health Systems for pnmavy Health Care WHO 1983.

جميع الموارد الممكنة، وهناك نوعان معينان من الموارد هما الموارد البشرية والموارد المالية والمادية.

٢ ـ تستلزم الاستراتيجية تعبئة جميع الموارد البشرية، وليس فقط العاملين في مجال الصحة، وبما أن أفضل وسيلة لتعبئة الأفراد هي اشراكهم في الأمر، فإن وزارات الصحة سوف تستكشف السبل الملائمة لاشراك الناس في اتخاذ القرارات بشأن النظام الصحي المطلوب وتقنية الصحة التي يرونها مقبولة، وفي تقديم جزء من البرنامج الصحي الوطني من خلال الرعاية الذاتية، ورعاية الأسرة والمشاركة في نشاط المجتمع من أجل الصحة.

٣ ـ وفيما يلي بعض التدابير التي سينظر فيها لتشجيع مشاركة المجتمع:

ـ تفويض المسئولية والسلطة والموارد لتوطيد الرعاية الصحية الأولية في المجتمع المحلي، بحيث تكون مرتبطة مع الأوضاع الحقيقية لحياة الناس في هذا المجتمع

ـ انشاء مجالس صحية مجتمعية تتألف من ممثلين لقطاع من مختلف فئات الناس في هذا المجتمع، لتطوير ومراقبة الرعاية الصحية الأولية.

ـ تنمية المسئولية الفردية من أجل الرعاية الذاتية ورعاية الأسرة، واعتماد نمط صحي للمعيشة وتطبيق مبادىء

التغذية الجيدة والصحة العامة.

- تفويض المسئولية والموارد الى المجتمعات المحلية لتنفيذ عناصر متفق عليها من البرامج الصحية، مثل رش مبيدات الحشرات لمكافحة الملاريا ولضمان التغذية الملائمة

- احداث أجهزة لمشاركة الناس على الصعيد الوطني في وضع القرارات بشأن النظام الصحي للبلد، وتقنية الصحة وذلك عن طريق الأقنية الاجتماعية والسياسية المعروفة.

- ضمان تمثيل الناس في المجالس الصحية الوطنية أو على المستوى الأوسط.

- انتخاب أعضاء من الجمهور في الأجهزة الرئيسية للمؤسسات الصحية.

٤ - وستبادر وزارات الصحة الى ممارسة أنشطة تعليمية صحية قطرية النطاق بواسطة العاملين في مجال الصحة ووسائل الاعلام الجماهيري، وفي المؤسسات التعليمية بأنواعها بغية توعية كافة السكان بالمشكلات الصحية السائدة في بلدهم ومجتمعهم، وبأفضل الوسائل الملائمة للوقاية منها ومكافحتها.

٥ - وفي نفس الوقت سيعطى كل الاهتمات الى إعادة توجيه

وتدريب العاملين الصحيين الموجودين حسبما يقتضي الأمر، بما في ذلك التدابير التي من شأنها أن تمكنهم من القيام بدور فعَّال في التربية الصحية في المجتمعات المحلية، وسيكون هناك أيضاً اعتبار موجه الى اعداد فئات جديدة من العاملين الصحيين، والى اشراك وإعادة توجيه الممارسين العموميين التقليديين والقابلات حيثما أمكن، والى الاستعانة بخدمات العاملين الصحيين الطوعيين.

٦ ـ وبالاضافة الى توجيه وتدريب العاملين الصحيين، سيتم تعميم المعلومات على أشخاص آخرين مسئولين في المجتمع، كرواد المجتمع، وعلماء الدين والمدرسين والعاملين في المجتمع ورجال القضاء المحليين، حول الاستراتيجية الصحية الوطنية، والدور الذي يمكنهم تأديته من أجل تدعيمها.

٧ ـ وستلقى المنظمات الطوعية التشجيع الكامل للمشاركة في الأنشطة الرامية الى النهوض بالصحة والاسعاف الأولي وغير ذلك من جوانب الرعاية الصحية، وفقاً لأساليب عمل متفق عليها وتوزيع للمسئوليات.

ملاحظة هامة:

وهناك مشكلة يجب عدم التقليل من أهميتها، تتعلق بموقف الناس تجاه مفهوم اشراك المجتمع Community

involvement فقد دلت التجربة على أن المجتمعات والأفراد قد لا يتقبلون دائماً بارتياح الاضطلاع بالمسئولية عن صحتهم الذاتية. وحتى عندما يشاركون في تحديد مشكلاتهم الصحية، فإن رد فعلهم في البداية على الأقل يكون سلباً تجاه فكرة المشاركة في التخطيط لوضع الحلول، إن هذا الموقف الذي يعكس شعوراً بأن الرعاية الصحية هي مسئولية الآخرين، انما يرتبط بحقيقة أن المهنيين الصحيين قد جردوا الناس في الماضي من حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة لذلك ينبغي أن تبذل الجهود الآن لاعادة الثقة إليهم ومساعدتهم في تنمية قدراتهم على الاختيار السليم.

وينبغي ألاّ يكون تشجيع الناس على الاعتماد على أنفسهم حجة يتذرع بها العاملون الصحيون لتفادي الاضطلاع بمسئولياتهم بأي حال من الأحوال، بل ان هذا التشجيع سيتطلب منهم مزيداً من الصبر والجهد لتمكين الناس من تنمية العمل الفعّال من أجل الصحة. وسيتطلب كذلك تحولاً أساسياً عن موقف الصفوة الى موقف يحترم القيم والممارسات والأفضليات السائدة بين العامة فيما يتعلق بالصحة ان مشاركة الناس ينبغي ألاّ تعفي القائمين بتوفير الرعاية الصحية في واجباتهم، كما ينبغي ألاّ يستخدم التثقيف الصحي كبديل لخدمات يجب أن تقدم.

المراجـــع

- المناهج الجديدة للتثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية
- الماآتا ١٩٧٨م. الرعاية الصحية الأولية منظمة الصحة العالمية ١٩٨٧٨م.
- الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ - ١٩٨١م.

Community involvement in health Systems for pnmavy Health Care WHO 1983.

العلاج النفسي الأمثل للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية(*)

الدكتور محمد حمدي حجار

المقدمـــة:

يعاني المجتمع الصناعي اليوم من النتائج السلبية الخطيرة الاجتماعية السريعة الناجمة عن تنامي التمدن والتحضر والتقنية وانعكاساتها على البنية المعرفة لأفراد هذا المجتمع، وما تولده من مفاهيم جديدة وسلوكيات متبدلة عند هؤلاء الأفراد وتضاف الى هذه التغيرات الاجتماعية المتحولات الاقتصادية الكثيرة التذبذب التي تميز بها العقدان السابقان، والكوارث الطبيعية التي تحل ببعض البلدان من آن الى آخر، والحروب الأهلية والصراعات الاقليمية والعالمية، جميع هذه الأمور أضحت تشكل ضواغط وشدات على أفراد المجتمعات في عالمنا هذا، بحيث أخذت الأرقام المرتبطة بالتأثيرات السلبية ترتفع سنه بعد أخرى في ميادين تمزق العلاقات الأسرية، وانحرافات السلوك بشتى ضروبه وألوانه، من تعاطي المخدرات والكحول

(*) يتناول هذا البحث العلاج النفسي الأمثل الممكن اعتماده في علاج الادمان على المؤثرات العقلية في مراكز رعاية الصحة الأولية والمشافي الخاصة بعلاج الادمان.

في أعمار المراهقين، والشباب من كلا الجنسين، وتزايد العنف والجريمة وأنماط السلوك المضاد للمجتمع، والعادات المؤذية للصحة النفسية، والجسدية والأمراض السيكاترية المضعفة للأداء والانتاج القومي، وما تستجره هذه الشرور كلها من تآكل متصاعد واهتراء متزايد للدخل القومي والفردي .

ومما يدعو للأسف أن العالم الثالث ومن بينه البلدان العربية باتت تهدده الويلات، والشرور التي ذكرناها بحيث أن مشكلة تجارة المخدرات وتعاطيها أخذ يستفحل شرها المستطير في بعض البلدان العربية، وأن ثمة بلداناً عربية كانت منذ عهد قريب غير مصنفة في عداد بلدان متعرضة لانتشار المخدرات، أضحت اليوم تنوء نوءاً متزايداً تحت وطأة مشكلات المخدرات في صفوف شبابها وتعاطي الكحول والأدوية المحدثة للتعود والادمان.

ولا نبالغ القول، ان بلادنا أضحت معرضة بشكل أو بشكل آخر لترويج استعمال المخدرات في أجيالنا الناشئة، وهذا أمر تتكلم عنه احصائيات ضبط المخدرات، والنسب المتزايدة من المراهقين والشباب الذين يتعاطون المؤثرات العقلية بكل أنواعها مما دفع ذلك بعض البلدان العربية كالدول

الخليجية والمملكة العربية السعودية الى انشاء مشافي خاصة لعلاج الادمان (مستشفى الأمل).

وثمة أمر آخر يجب ألاّ يغيب عن أذهاننا أنه من الخطأ أن نفكر أن انحرافات السلوك هي كيانات مرضية منفصلة فالانحراف الجنسي يستجر الادمان على المخدرات والكحول، والدعارة كثيراً ما تتلازم مع السيكوباتية المقوضة، والاتجار بالمخدرات يتواكب مع السلوك الاجرامي والعنف، وهكذا فإن هذا التفاعل والتعايش بين اضطرابات السلوك والانحرافات تخلق مشكلات وتفرض استراتيجيات علاجية ووقائية متعددة الأنظمة سواء في المشافي النفسية أو في مراكز رعاية الصحة الأولية، ولعل الجدل في هذا الموضوع ينحصر في المدرسة العلاجية النفسية الأوفق الممكن اعتمادها في هذه المراكز الصحية لمعالجة هذه الاضطرابات السيكاترية ومن بينها علاج الادمان على الكحول والأدوية المخدرة.

وهذا هو موضوع البحث الذي نتكلم عنه

٢ ـ لماذا العلاج السلوكي والمعرفي هما الأوفق والأفضل؟

تنبع قوة العلاج السلوكي من منطقه (Wolpe 1986) ورغم السجل الحافل بنجاح العلاج السلوكي وتفوقه على المدارس العلاجية الأخرى في علاج العصابات النفسية

والادمان، والعادات السيئة الاجتماعية المضرة بالصحة النفسية والجسدية، الاّ أن تدريس هذا العلاج لم يكن الاّ على مستوى قليل في تدريس الطب النفسي في كليات الطب بسبب المفهوم غير الدقيق والمعلومات الخاطئة عنه (Wolpe 1973).

وقد انجلى هذا الفهم الضيق، وتوضحت الفوائد العلاجية الجمة لهذا النوع من العلاج من خلال الدراسة المستفيضة التي أجرتها جمعية الطب النفسي الأمريكية حيث أعلنت هذه الجمعية ما مفاده أن العلاج السلوكي يقدم الكثير والكثير من الخدمات للطب النفسي الاجتماعي والسريري (الاكلينيكي) الحديث (Wolpe 1986) ثم ان نتائج العلاج السلوكي في علاج القضايا النفسية وغيرها قد لبت تماماً التوقعات النظرية.

فنسبة نجاح هذا النوع من العلاج سواء على مستوى الشفاء السريري أو التحسن الملموس لمختلف أنواع الاضطرابات النفسية والادمان على المخدرات والكحول هي بحدود ٨٠٪ من الحالات مع احتراس قليل من الانتكاس، في حين أن نسبة النجاح في العلاج التحليلي الديناميكي وغيره من العلاجات الكلاسيكية لا تتعدى ٤٠ ـ ٥٠٪، وأوضح غلاس (Glass) ان العلاج السلوكي يتفوق على العلاج النفسي الديناميكي بمستوى أهمية هو (٠,٠٠١) وبالطبع فإن أحسن

النتائج وأفضلها في العلاج السلوكي تأتي من وراء الممارس المختص الماهر، وخبرته العميقة في الفروق الفردية.

على مستوى منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي لشرقي البحر المتوسط، فقد أوصى تقريرها[1] باعتماد العلوم السلوكية في الخدمات الصحية في البلدان النامية، وحدد هذا التقرير فوائد العلاج السلوكي في ميادين الأمراض البدنية والنفسية اضافة الى تسمية التقنيات التي يتضمنها هذا العلاج ويستخدمها فذكر علاج التوتر النفسي والعلاج التأملي Meditation واعادة تركيب البنية المعرفية Cognitive Restruc-Turing Therapy والتنويم الذاتي، والعلاج التخيلي، وإزالة التحسس المنهجي والتغذية البيولوجية الراجعة، وغيرها من الأنظمة التي تدخل ضمن اطار العلاج السلوكي

كما تطرق المؤتمر العالمي للصحة والادمان الذي انعقد في الدمام بالمملكة العربية السعودية في بداية هذا العام ١٤١٠هـ - ١٩٨٩م الى أهمية العلاج السلوكي ودوره الريادي في معالجة الادمان.

---

١ - هذا التقرير أعدته المجموعة الاستشارية في اجتماعاتها التي انعقدت في مدينة الاسكندرية من ٢ - ٥ أيلول عام ١٩٥٨م برئاسة الدكتور حسين عبدالرزاق الجزائري المدير الاقليمي لهذه المنظمة.

هذا غيض من فيض من الشواهد والدلالات على تربع العلاج السلوكي اليوم في الولايات المتحدة الأمريكية بخاصة على عرش مدارس العلاج النفسي، وقد لا يكون الوقت بعيداً أن تجد العلاج النفسي التحليلي، وقد ترك الساحة كلها تقريباً للعلاج السلوكي، وليهبه كرسي الجدارة والصدارة في العلاج النفسي، فإذا كانت مراكز الرعاية الصحية الأولية والمشافي النفسية في العالم العربي اليوم، تأخذ بالنظام العلاجي المتكامل في علاج الأمراض النفسية والادمان على المخدرات والكحول، وأن الاخصائي النفسي له دوره البارز في هذا التكامل العلاجي، فإن الطب النفسي السلوكي هو المؤهل الوحيد من بين جميع أنظمة العلاج النفسي في هذه المؤسسات العلاجية ليكون النظام المعتمد الذي يؤهل فيه الاخصائي النفسي، وأن الفجوة الكبيرة في علاج المخدرات وحتى الأمراض النفسية في هذه المؤسسات الطبية العلاجية في العالم العربي هي في عدم توفر الاختصاصات في العلاج الطبي النفسي السلوكي، فالطب السيكاتري لا يقدم للمدمن في أفضل أحواله سوى اسعافه من السمية الحادة من المخدرات والكحول، وأيضاً تخليصه من السمية المزمنة وأعراض سحب المخدر أو الكحول، سواء في المشافي النفسية في مراكز رعاية الصحة الأولية.

أما الكف والامتناع الدائمان، ولنقل الفطام المستمر من الكحول أو المخدر وتخليص المريض المدمن من مستنقع إدمانه، فهذا بيد الاخصائي النفسي والمهني، والاخصائي الاجتماعي السيكاتري، ونحن هنا لا نقلل من مكانة العلاج الدوائي السيكاتري بقدر ما نلح على الدعامة الأساسية في علاج الادمان وهو العلاج السيكولوجي المبدل لسلوك المدمن ولبنيته المعرفية نحو الادمان، واعادة ادخاله مرة ثانية الى الحياة، ولكن بسلوكيات وآليات تعاملية جديدة مع موترات الحياة، وصعوباتها التي كانت سبب وعلة ادمانه (Ellis, Digiusppe 1986).

ان ما ذكرناه هو الجواب على السؤال الذي طرحناه لماذا العلاج السلوكي والمعرفي هما الأوفق والأفضل والمرشحان الوحيدان في مشافي الطب النفسي وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية دون غيرهما من المدارس العلاجية

ولعل شرحي للخطط العامة لعلاج الادمان بالطرق السلوكية المعرفية ما يضفي على هذا العلاج كل القناعة في تبنيه وتأهيل الاخصائيين السريريين على ممارسته في تلك المؤسسات الصحية

٣ ـ أسباب الادمان على المخدرات:

ان أسباب الادمان على المخدرات أو الكحول هو

موضوع شائك معقد متداخل فيه افتراضات لا حصر لها، الاَّ أن معظم الباحثين هم على اتفاق فيما بينهم أنه لا يوجد سبب واحد وراء نزوعات الادمان بل عوامل معقدة متداخلة يكون فيها (الدواء المخدر ـ والمدمن ـ والبيئة الاجتماعية)، هذا الثالوث هو عنصر التداخل والتشابك والتأثير المتبادل وركائزه، ولا ننسى أيضاً وجود عوامل ثانوية تتدخل في الادمان من بينها عنصر الترويج لها.

أ ـ المدمـــن:

لا توجد خصائص نموذجية وصفات شخصية مرضية معينة للمدمن قبل إصابته بالادمان، فجميع أنماط الشخصيات قد تستعمل المخدرات وتتناول الكحول ولكن بمقادير متفاوتة، ومع ذلك هناك نسبة معينة من هؤلاء المدمنين غير مستقرين انفعالياً، ولديهم نزوعات عصابية، كما وتوجد من بينهم قصة ادمان في أفراد الأسرة حيث نكون هنا أمام استعداد ارثي تركيبي لتعاطي الكحول أو المخدرات.

وهؤلاء تكون مسألة علاجهم قائمة على استمرار كبح نزوعاتهم طوال حياتهم والسيطرة عليها، أما البقية فتعود أسباب الادمان الى قصص تشرد، وحرمان، ونشأة غير سوية، وتمزق أسري، وخلافات زوجية، وما الى ذلك من عوامل بيئية

باعثة على الشدات والتوترات والقلق والاضطراب النفسي، واعتلال الشخصية الاجتماعي، أو ما يسمى بالاعتلال الاجتماعي (السيكوباتية).

ب ـ العوامل المرتبطة بالمادة المخدرة:

ان خصائص الدواء وتأثيراته لها دورها على نموذج استعماله، فالتبغ مثلاً والحشيش (القنب الهندي) يمكن استعمالها لفترات طويلة ومع ذلك في مقدور الفرد التوقف عن استعمالها دون معاناة مضنية وصعوبة كبيرة، ولكن هناك بالمقابل موادا مخدرة أكثر قوة في احداث التعود، وفي الادمان السيكولوجي والفسيولوجي معاً، أو سيكولوجي لوحده كالمورفين، والهيروين، والأمفيتامينات والكوكايين.

ثم ان القوانين السائدة في انتاج المخدر، وبيعه، ووصفه طبياً هذه الأمور ترتبط مباشرة في سوء استخدام هذه الأدوية المخدرة.

٤ ـ العلاج السلوكي ـ المعرفي للادمان:

أود أن أركز هنا على الخطوط الأساسية في العلاج السلوكي للادمان على المخدرات أو الكحول، فالاستراتيجيات العلاجية السلوكية التي سأذكرها تصلح لعلاج الادمان على المخدرات والكحول معاً.

قبل كل شيء ان المسئول عن هذا العلاج في مراكز رعاية الصحة الأولية هو السيكولوجي المهني المؤهل لهذا النوع من العلاج وهذا السيكولوجي يعمل ضمن نطاق الهيئة الطبية المشرفة على مركز رعاية الصحةالأولية أو في المشافي النفسية على أساس التكامل العلاجي.

في هذه المراكز المتطورة يؤهل الطبيب العام General Practitioner على علاج الاضطرابات السيكاترية بتصانيفها المختلفة، ومن ضمنها الاضطرابات السيكاترية الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات، اضافة الى الانسمامات المزمنة، وتناط بالطبيب النفسي علاج الحالات المترقية من الأعراض الذهانية والعصاب الوسواسي الجبري الحاد، والانسمامات الحادة بالمخدر أو الكحول.

لذا فإن السيكولوجي يتكامل في علاجه للادمان مع الطبيب العام المؤهل في هذه المراكز وتلك المشافي ومع الطبيب النفسي، وغالباً ما تنصب الاستراتيجية العلاجية المتكاملة في علاج الادمان المزمن على المخدرات أو الكحول على تزامن سحب الكحول أو المخدر تدريجياً أو فجأة مع التغطية الدوائية والعلاج النفسي السلوكي، وأحياناً يبدأ العلاج النفسي السلوكي بعد سحب المخدر نهائياً والتغطية الدوائية، وهذا ما يفضل غالباً لأن تأثير الأدوية النفسية تضعف من اطفاء

الاشراطات الكلاسيكية السلبية وتثبط من وعي المريض وردود أفعاله ازاء المنبهات الاشراطية المراد التصدي لها والسيطرة عليها، كما تبطئ من تعلم الاسترخاء، حيث تعكس أغذية التغذية الراجعة البيولوجية استرخاءً كاذباً لم يتم بسيطرة المريض على تفكيره وعضلاته بل حدث تحت تأثير الاسترخاء الدوائي، فالأدوية النفسية عموماً تعيق من عملية التعلم، ان هذا لا يعني عدم مشاركة الدواء والعلاج النفسي السلوكي.

وناحية أخرى نركز عليها هي أن علاج الادمان بالطرق النفسية لا يمكن اطلاقاً أن يعطي أكله وثماره الاّ اذا رغب المريض جاداً في العلاج والتخلص من إدمانه.

فالعلاج النفسي السلوكي للمدمن هو رحلة فيها معاناة ومناهضة نزوع شرب الكحول أو تعاطي المخدر من جانب المريض، أي أن هناك خبرة مؤلمة، عليه أن يتحملها كيما يتخلص في نهاية المطاف من قوة هذا النزوع وألم عدم اشباعه، لذا فإن من استراتيجيات العلاج النفسي السلوكي توعية المدمن ازاء الكوارث النفسية والاجتماعية والمهنية والصحية التي يتعرض لها بفعل الادمان وذلك من خلال تثقيفه بكل وسائل التعليم والتثقيف لخلق الوعي، وتبديل بنيته المعرفية نحو المواد المخدرة أو الكحول وبالتالي تنفيره منها.

٣ ـ نظرية البرت اليس (العلاج العقلاني ـ الانفعالي) للادمان :

تعد مدرسة البرت أليس (Albert Ellis) المنسوبة الى هذا العالم السيكولوجي الكبير، وصاحب نظرية العلاج الانفعالي العقلاني Rational - Emotive Theory احدى المدارس الكبيرة المشهورة في العالم وبخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي لا نظير لها في تاريخ العلاج النفسي المعاصر، وهذه الشهرة جاءت بفعل شمولية وتكامل هذا الأسلوب العلاجي وذياع صيته في الأوساط العلاجية السلوكية (Heppner And Corey 1985) وهذا النمط من العلاج يصلح لعلاج جميع الاضطرابات العصابية، وتبديل السلوكيات والعادات الضارة وفي العلاج الأسري والجنسي وعلاج الادمان.

ويتميز هذا العلاج كما قلنا بتكامله، بحيث أنه يعد منظومة علاجية قائمة بذاتها تستخدم جميع الوسائل والطرق العلاجية السلوكية المعروفة مثل الاسترخاء والعلاج التخيلي، والتأمل، وإزالة التحسس والتنويم، والتغذية البيولوجية الراجعة، والطرق الأخرى في تبديل واعادة تركيب البنية المعرفية Cognitive Restructuring وما يستجر هذا التبديل من تبديل السلوك والانفعال، استند (ألبرت أليس) في ابتداع

منظومته العلاجية الرائدة على مقولة الفيلسوف اليوناني الرواقي أبيقطيطس Epictetus

«إن الحوادث الخارجية أو الداخلية لا تحمل في طياتها أي معنى، ولكن تفسير الافراد لهذه الحوادث وما يتوقعونه حيالها هما سبب اضطرابهم النفسي» ورفع (البرت) شعار علاجه الذي يقول:

«لا لسيغموند فرويد. نعم لأبيقطيطس».

ومن المعروف أن ألبرت أليس في باكورة حياته بعدما حصل على دكتوراه في علم النفس السريري (الاكلينيكي من جامعة كولومبيا في نيويورك عام ١٩٤٥م) إنشدَّ الى التحليل النفسي الفرويدي في ممارساته العلاجية، ولكن لم يلبث أن تخلى عنه عندما وجد أن الارشاد الذي يقف فيه المرشد في الموقف الايجابي في تفسير مشكلات المريض هو أكثر نفعاً وفائدة من العلاج النفسي التحليلي السلبي الموقف، وأقصر مدة وأكثر تنمية للقدرات النفسية الكامنة المتصدية للمواقف السلبية.

ب ـ سمات وخصائص النظرية ـ العقلانية الانفعالية:

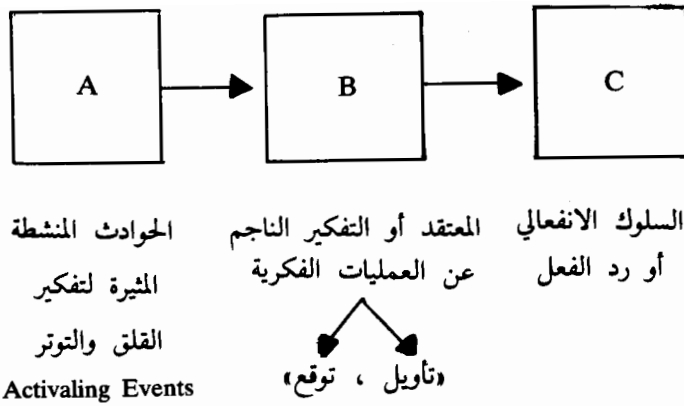
تركز هذه النظرية على أهمية المعتقد أو التفكير الخاطىء: Irrational Beliefs في الاضطراب النفسي، فالمعتقد هو الذي يحدث الانفعال والسلوك غير الملائمين، بعكس النظرية

التحليلية التي تركز على ماضي الفرد وخبراته الانفعالية الراضة المتوارية في اللاشعور والتي تعد سبب اضطرابه النفسي.

ثم إن المعتقد أو التفكير يترجم عادة الى أحاديث مع الذات التي تستجر بدورها وتخلق الموقف الانفعالي والسلوك وأنه بدون تبديل هذه المكونات المعرفية (أي البنية الفكرية) يستحيل تبديل الانفعال والسلوك.

ثم ان النظرية المعرفية الفكرية Gognitive التي نحن بصددها لا تغفل أهمية العوامل البيئية والبيوكيميائية والارثية في تأثيراتها على السلوك، والعاطفة عند الانسان، الاّ أنها من جهة أخرى تلح الحاحاً قوياً على أهمية القدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الانسان بحيث أنه إذا استطاع تفجيرها واستغلالها، فإنه يستطيع أن يبدل من تفكيره الخاطىء المسبب لمرضه النفسي أو ادمانه على الكحول والمخدرات فتبديل السلوك يصدر عن تبديل الأفكار الخاطئة المسببة لاضطراب السلوك والانفعال.

هذا ويمكننا تلخيص هذه النظرية العلاجية بالمخطط التالي:



في هذا المخطط نجد أن العنصر A يمثل الحوادث الخارجية المثيرة والمنبهة للعمليات الفكرية، وأن B هو العمليات الفكرية التي تتضمن التفسير والتأويل لـ C والتوقعات، وما يتمخض عنها من معتقد أو أخطار، بينما C هي محصلة المعتقد، وهو الاضطراب الانفعالي والسلوك الذي تم اتخاذه.

نلاحظ هنا أن A لا تخلق أبداً C أي الحوادث الخارجية لا تحدث السلوك الانفعالي من خوف، وغضب، ومرح، واكتئاب. وغير ذلك.

بل إن B المعتقد هو الذي يخلق السلوك الانفعالي المنافي أو الايجابي.

وكيما نفهم النظرية فهماً أوضح نقربها بالمثال التالي: A المنبه الخارجي الذي نشط العمليات الادراكية والفكرية وهو

الانتقاد الذي وجه اليك من صديق أو شخص خلال اجتماع ما.

B تأويلك وتفكيرك ومعتقدك، وتوقعاتك حيال هذا الانتقاد.

C رد فعلك ازاء ما تمخض عنه من معتقد وتأويل وهو الغضب والسلوك الاندفاعي.

الآن لنعاين ما حدث في B الذي أحدث رد الفعل C ثم تأويل الحادثة A وهو الانتقاد عندك فأخذ صورة الحديث التالي مع الذات:

- لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد.
- الذي انتقدني هو انسان ظالم غير محق.
- يجب عليه ألّا يوجه اليَّ هذا الانتقاد.
- أنا انسان مرفوض.
- أنا انسان ضعيف الحجة، لا قيمة لكلامي أمام الناس.

هذه الأفكار الخاطئة التي قلتها لنفسك والتي ترجمت معتقدك هي التي أحدثت سلوك الغضب والانفعال.

ترى ماهي الأفكار الخاطئة التي تسبب للانسان الكدر والتعاسة، والشعور بالصغارة، والقلق، والخوف وجميع العواطف السلبية التي نراها في الاضطراب النفسي وفي التفكير الادماني؟

يمكننا حصر الأفكار اللاعقلانية بالتالي:

١ ـ الأفكار الحتمية التي تستعمل فيها الصيغ والعبارات التالية:

يجب ان يكون كذا. يتعين أن أعمل كذا. يجب أن أحصل على كذا. يجب أن أمتلك كذا

أي انك تفرض على ذاتك مطالب يجب تحقيقها بدون وجود بدائل في حال عدم تحقيق ما فرضته على ذاتك. ان هذا معناه انك حولت الرغبة الى حاجة.

وحيث أنك لا تستطيع أن تتحكم بقوانين الحياة، ولا تستطيع أن تحول اللون الأخضر الى أحمر، وغير قادر على السيطرة على الحوادث الخارجية، وقد تفشل في الوصول الى ما فرضته على نفسك، فإن هذا معناه انزلقت في الإحباط النفسي عند الفشل، وما يترتب عنه من الاصابة بالاكتئاب ومشاعر اليأس وفقدان العون، وهنا تبدأ السيرة المرضية فتخطو نحو المرض النفسي من خلال الغلو في فرض هذه الحتميات على نفسك والفشل في تحقيقها.

٢ ـ بالمقولات التي تبالغ في وصف الحوادث وتضخم وقعها في النفس، انه لأمر مريع. شيء مخيف. أمر لا أستطيع تحمله شيء فوق قدرتي وامكاناتي. هذه المقولات تترجم العواطف الى كارثة وكأن الفرد يقول ٢ + ٢ = ٤٠٠ بدلاً من ٤، وهذا التفكير الكارثي يسد في وجهك القدرة على تحمل

الموقف ويضعف تحملك وقدرتك على التصدي للموقف والسيطرة عليه، وهذا التفكير يؤدي الى الانفعالات والسلوكيات السلبية وكالهروب والفزع والقنوط. وكيما يتم تصحيح المعتقد الخاطىء نضيف الحرفين E و D فـ D تعني مناهضة المعتقد أو الفكرة الخاطئة وتصويب الفكر و E هو الانفعال الجديد الذي ظهر بفعل تصحيح التفكير، واذا عدنا الى المثال السابق فإننا نترجم D بالكلام الذاتي المناهض لـ B التالي:

- لماذا اعتبر أنه أمر مخيف اذا ما ارتكبت خطيئة؟
- لماذا يجب عليَّ ألّا أرتكب هذه الخطيئة؟
- لماذا اذا ارتكبت خطيئة عليَّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل؟

أما E فهي نتيجة التساؤل في D حيث تصبح E وهو الجواب.

انه ليس بالموقف السيىء، انه ليس بالأمر المخيب للأمل، انه ليس بالأمر الكارثي، أنا أستطيع تحمل ذلك وامتصه، وهنا تبدل الانفعال في هذا الدحض والتساؤل نلخص العملية كلها بالتالي:

A حادثة خارجية أو داخلية (منبه) غير سار

B أنت تقوم الحادثة وتستخدم عبارات كارثية أو مهزمة للذات

(يجب، مخيف، لا أتحمل).

C أنت تنزعج تبعاً لما تمخض عن هذا التقويم، الانفعال الناتج.

D الدحض يكون بالتساؤل (لماذا أمر مخيف، أو لماذا يجب عليَّ كذا).

E الجواب انه ليس بالموقف السيىء يجب أن أتحمله.

ان العلاج الانفعالي العقلاني الذي يعطي أنموذجاً وتفسيراً للاضطراب الانفعالي الذي يعتري الانسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعَّالة التي تساعد المرضى على تعلم مساعدة أنفسهم لإيقاف تعاطي المخدر أو المسكر، يسهم اسهاماً فعَّالاً في تنمية عملية التخلص من المخدر.

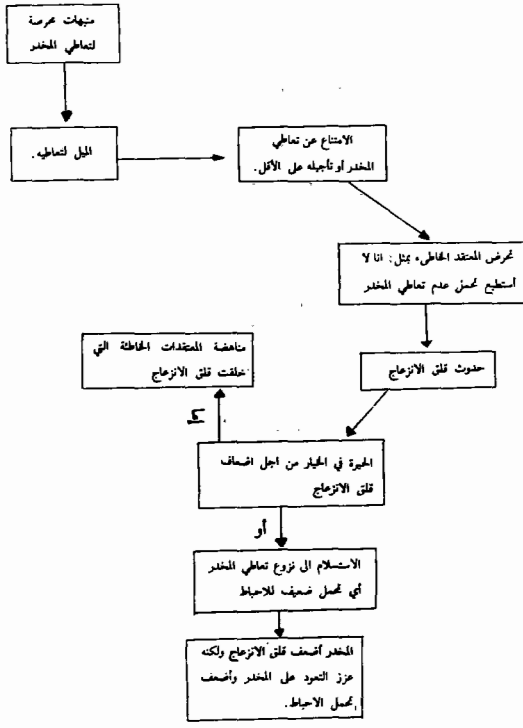
وهكذا فالمريض المدمن الذي صمم على تبديل أفكاره ومعتقده من المخدر، وثابر بجدٍ وانتظام على مكافحة أفكاره الانهزامية التي يوحيها المخدر ويزينها له كأفضل وسيلة للهروب من متاعبه وتوتراته، وتبديلها بأخرى ايجابية، ووقف صامداً في وجه الاحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المخدر، وكابر بقوة على تحمل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه له بفعل توقف تعاطي المخدر، مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تثيرها وتأججها نزوعات الادمان والأنا

الضعيفة، نقول إن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يخلصه من الادمان.

لنرى بعد ذلك أنموذج الكف والتحمل المنخفض للاحباط في الادمان على المخدرات أو الكحول.

أنموذج آلية الكف عن تعاطي المخدر أو الكحول والتحمل المنخفض للاحباط

Aistinence and Low Frustration Tolerance



نلاحظ هنا في هذا الأنموذج المجالات الحساسة التي يتدخل فيها العلاج العقلاني الانفعالي للابقاء على الكف ورفع عتبة تحمل الاحباط عند المدمن:

ان تحريض المعتقد الخاطىء والذي يتجلى بالحديث مع الذات بالصورة التالية:

- أنا غير قادر على تحمل الامتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر.
- يتعذر عليَّ ممارسة العمل والتكيف معه بدون مخدر.
- لا أمتلك القدرة الكافية والقوة للوقوف في وجه غواية المخدر.
- تبدو الحياة صعبة جداً عليَّ بدون مخدر. وهكذا.

هذه الأفكار الخاطئة تخفض من عتبة تحمل الامتناع أو ككتمان الكف عن تعاطي المخدر عند المتعالج فيحدث ما نسميه بقلق الانزعاج Dicomfor Atanxiety ويقف المدمن هنا على مفترق الطرق، فإما أن يستسلم لهذا القلق فيلجأ الى المخدر من أجل تخفيضه وازالته، وبالتالي يزول قلق الانزعاج مثقتاً ويتعزز الميل نحو الكحول أو المخدر، ويتزايد ضعفه في قدرته على الكف، ويفقد الثقة بالنفس وما يتبع ذلك من الشعور بالصغار وتحقير الذات، وما يثيره من قلق الذي يعود فيغذي بدوره الميل نحو المخدر بفعل هذه التغذية الراجعة، أو

أنه يضعف قلق الانزعاج بمناهضته للأفكار الخاطئة اللاعقلانية التي ذكرنا أمثلة عنها، وبالتالي يزداد تحمله للاحباط.

جـ ـ خطوات العلاج السلوكي:

ان العلاج المعرفي هنا يتركزعلى تزويد المدمن بالمهارات والتدريبات البيتية في رصد الحوادث المحرضة أي A للتعرف على المنبهات المثيرة لنزوع الميل نحو المخدر أو المسكر، وأيضاً رصد الأفكار الخاطئة التي تخفض من عتبة التحمل للاحباط وتثير قلق الانزعاج حيث يتدرب على مكافحتها والتصدي لها وتبديلها كيما يبدل C انفعالاته ويبقى في حالة كف.

- في المرحلة التالية يدرب المعالج المدمن المتعالج على رصد الموترات الخارجية حيث يجعله يتعامل معه بالعلاج التخيلي وهو مسترخٍ لازالة التحسس منها وفق تقنيته ازالة التحسس المنهجي التي ابتدعها الطبيب السيكاتري المعروف فولبي (Wolpe 1956) ومن ثم مواجهتها كما تظهر له في واقع الحياة.
- يدرب المدمن على تقنية الاسترخاء لاضعاف التوترات النفسية المحرضة للميل نحو الادمان، ويجعله يستخدم هذا الاسترخاء وفي مواجهة المواقف المتوترة.
- ومن أجل تعزيز الأنا، وتقوية آليات التعامل الايجابية مع المواقف المؤثرة واضعاف الانفعالات السلبية، وخلق توقعات

ايجابية يدرب المتعالج على استخدام التنويم الذاتي Self-Hypnosis المترافق بمقولات ايحائية تخدم الأهداف التي ذكرناها، ومن المعلوم أن قوة التنويم الذاتي العلاجي أمر ثابت في تبديل السلوك والتوقعات (Golden 1988 and Seligman 1983).

- ولما كان محتوى التفكير والصيغ التي يستخدمها المدمن لها صلة قوية في تحديد نوعية المعتقد والأفكار الخاطئة، فإنه يتدرب على الاحتراس من استخدام الأحاديث مع الذات وأنواع التفكير المتضمن صيغ الجبر والتهويل التي سبق وذكرناها.
- ثم ان المدمن إنسان كان يستخدم المخدر كوسيلة للتعامل مع المشكلات التي تصادفه (رأينا نموذجاً من الأحاديث مع الذات بهذا الخصوص).

وبفعل فقدانه لهذه التغطية، يدرب على مواجهة المؤثرات والمواقف الباعثة على القلق وتنمية مهارات هذا التعامل Coping Skills وفق الأساليب السلوكية القائمة على التعلم وازالة التحسس والتلقيح ضد التوتر Stress Inoculation Training ولا ننسى أبداً أن العلاج الدوائي النفسي المستمر للمدمن يعد أداة تعامل سلبية مع المؤثرات، يحرم المدمن من مواجهتها والسيطرة عليها.

- وبما ان المدمن منذ الأساس يعاني متاعب بيئية ونفسية، فإن العلاج السلوكي يساعده على تحديد هذه المتاعب وفق لائحة هرمية ترصد فيها هذه المتاعب من الأقل ازعاجاً الى الأكثر توتراً، ومن ثم يتم التعامل مع هذه المتاعب والمنبهات السلبية بالطرق السلوكية السالفة الذكر حيث يتعلم الأساليب التعاملية المتصدية، واكتساب مهارات المواجهة وازالة تحسسه منها، لتكون هذه الأساليب الركن الوقائي والعلاجي في تعامله مع كل متاعبه المستقبلية، وبهذا يكون العلاج السلوكي المبدل الحقيقي لأساليب تعامله السابقة السلبية التي قادته الى الادمان.
- وحيث ان المريض المدمن قد يصادفه النكس فيعود الى تناول المخدر او الكحول، فإن العلاج يعد المدمن سلفاً الى مواجهة هذه النكس والتصدي له، والتفتيش عن أسباب هذا الانتكاس من خلال الأفكار الخاطئة المسئولة عن ذلك، وتبديلها ومناهضتها وشد عزيمته من جديد بتجاوز هذا النكس والعودة الى الكف والامتناع. Abstinence وهذا يكون بالتغلب على التفكير الثنائي الذي يحمله المدمن والمسمى Dichotomous Thinking والقائم على المعتقد القائل Nore or all addiction أي أما الكف النهائي الذي لا نكس فيه ولا عودة الى المخدر، أو الكحول أو الانغماس فيه والتهالك عليه والاستمرار في تناوله وتعاطيه.

- ولما كان المدمن يعيش ضمن محيط أسرته في غالب الأحيان، فهناك ما نسميه بالمعين Enabler الذي يرتبط بالمدمن (الزوجة، الأم، الأخ، الصديق. وغيرهم).

وان المعين دوماً بما يبديه من سلوك يستهدف فيه حماية المدمن من عواقب ادمانه الاجتماعية والقانونية والاقتصادية والمهنية، يقدم له العون المالي، ويساعده على تعزيز ادمانه بصورة غير مباشرة وبدون قصد من خلال ابعاده عن تحمل النتائج السلبية لادمانه، والتعلم منها ومعاناة سلبياتها، فإن العلاج يتركز في ابعاد هذا المعين عن حياة المدمن ومنعه من تقديم أي عون له كيما يجعله يتحمل نتائج إدمانه السلبية، ويعترف أن لديه مشكلة ترتبت عن ادمانه، ويطلب العلاج، اذ من المعلوم أن المدمن غالباً لا يشعر بوجود مشكلة في ادمانه بسبب هذه الحماية وتلك التغطية الأسرية.

- ثم ان العلاج السلوكي من خلال المتابعة العلاجية التي عادة ما تستمر لمدة سنتين بزيارات متباعدة متابعة مرة واحدة كل ستة أشهر، وارتباط المريض المدمن بالمعالج خلال هذه الفترة لمتابعة استمراريته على الكف وعلاج حالات النكس الطارئة، يقدم الخدمات الموثوقة التي تكفل بتحرير المريض من إسار الادمان، واعادة تأهيله وادخاله الى المجتمع ثانية كعضو معافى منتج.

طرق برمجة مشاريع التوعية ضد المخدرات والمسكرات وتحديد الجهات المسئولة في إطار تكاملي

الدكتور محمد كمال الخطيب(*)

قبل أن نبيِّن الطرق المتبعة لوضع برامج مشاريع التوعية الوقائية ضد المخدرات والمسكرات، لابد من التنويه بأن هذه البرامج هي جزء من الرعاية الصحية الأولية التي تنتجها الدول في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، وذلك تحقيقاً لشعار الصحة للجميع عام ٢٠٠٠ ولابد من القول بأنه لا توجد استراتيجية رئيسية يمكن تطبيقها على جميع الحالات، اذاً لابد من أن يكون الهدف عبارة عن استجابة مرنة تجمع بين استراتيجيات متنوعة طبقاً للحاجات المحلية، وأن الغاية من التوعية الوقائية هي اتخاذ التعابير التي يمكن ان تزيد من نفور الفرد والشباب منهم خاصة وابتعادهم، ويجب ألاّ ننسى بأن الهدف الأول هو تجنب المشكلة قبل وقوعها أي بابتعاد الأفراد والشباب خاصة عن المخدرات للحيلولة دون تفاقم المشكلات

(*) مديرية مكتب الوزير. وزارة الصحة. دمشق. الجمهورية العربية السورية.

المرتبطة بها وابراز الادمان عليها ووضع الخيار واضحاً أمامهم، بحيث يختارون الصحة والسلامة النفسية ويرفضون الانزلاق نحو المخدرات.

وعند وضع البرامج الوقائية تأخذ بعين الاعتبار واقع المجتمع وعاداته وما يدين به لأن هذه تعتبر عاملاً أساسياً ومهماً للوقاية.

ان وضع خطة للتوعية «الصحة الوقائية ضد المخدرات والمسكرات» يتحدد بالأمور الأساسية التالية:

١ ـ معرفة حجم مشكلة تعاطي المخدرات والمسكرات، وسهولة الحصول عليها، وطرق التعاطي واشكاله.

٢ ـ تحديد الفئات الأكثر تعرضاً للمخدرات أو المسكرات والمستوى الثقافي والاجتماعي للمتعاطين.

٣ ـ التشريعات والقوانين المتعلقة بالمتعاطي والمتاجرين بالمخدرات والمسكرات.

٤ ـ التعريف بالمضار الجسدية والنفسية والاجتماعية التي تسببها هذه المواد بالتوعية الصحية والاجتماعية عن طريق أجهزة الاعلام المقروءة والمسموعة والمنظورة، وكذلك بدوريات ونشرات تثقيفية في هذا المجال.

٥ ـ تعاون الجهات المسئولة التالية: وزارة الصحة، وزارة التربية، وزارة التعليم العالي، وزارة الشئون

الاجتماعية، وزارة الداخلية، وزارة العدل، وزارة الاعلام، وزارة الأوقاف والهيئات الاجتماعية ذات النشاط في توجيه المجتمع (المنظمات الشعبية) والنقابات المهنية.

إن البندين الأول والثاني أي معرفة حجم المشكلة وتحديد الفئات الأكثر تعرضاً للمخدرات والمسكرات، يتم بواسطة العيادة النفسية الاجتماعية المكونة من الأطباء النفسيين والاخصائيين النفسيين والباحثين الاجتماعيين، ويجب أن يتوفر لهذه العيادة بنك للمعلومات وهي التي تحدد حجم المشكلة، وذلك عن طريق المسح للتعاطي، وكذلك تحديد الفئات الأكثر تعرضاً، ولاشك بأن الشباب هم الفئات الأكثر تعرضاً والأكثر خطورة في المجتمع، ويعتمد هذا المسح لتحديد الأمور التالية:

١ ـ حجم المشكلة الذي يعطينا المؤشر عن مدى الانتشار الوبائي للتعاطي.

٢ ـ كيفية الحصول على المخدرات وكلما كان الحصول سهلاً كان التعاطي أكبر حجماً وبالتالي يزداد حجم المشكلة، وهذا يعطينا المؤشر لوضع الضوابط والقوانين الرادعة للمتاجرين للحد من انتشار التعاطي.

٣ ـ طرق وأسلوب التعاطي الذي يحدد كيفية التعاطي رزقاً أم شماً أم مضغاً وهذا يحدد لنا أسلوب توجه التثقيف

الصحي، كما أن طرق التعاطي بشكل افرادي وجماعي يحدد لنا طرق الوقاية والمعالجة.

٤ ـ الفئات الأكثر تعرضاً: وتحديد المستوى الاجتماعي والثقافي لهذه الفئات وعلى الأغلب نرى أن التعاطي لدى الفئات الشابة والفقيرة والعاطلة عن العمل، لذا يعتبر هذا البند مؤشراً لوضع الخطة التي تكفل العمل والتأهيل والتثقيف والتوجيه نحو المنتديات والتجمعات الفكرية والرياضية وتوفير فرص العمل لهم.

إن البند «الثالث» المتعلق بالتشريعات والقوانين المتعلقة بالمخدرات والمسكرات يعتبر أمراً هاماً جداً وأنه لابد من تعاون متعدد الجنسيات عن طريق اتفاقيات ومعاهدات دولية لمكافحة التهريب، وأقليمية بشأن علاج الأشخاص المدمنين، وكذلك تحديد المواد والأدوية القابلة للادمان عليها في النطاق المحلي لوضع النصوص الخاصة لمعالجة المدمنين على المخدرات، حيث أن العلاج يعتبر واحداً من عدة طرق للسيطرة على الطلب على المخدرات وبالتالي للحد من انتشار المشكلة، وكذلك النصوص القانونية المتعلقة بالمحتجزين والعقوبات الزاجرة والرادعة لهم، واذا كان للقوانين الخاصة بالمخدرات والمسكرات أهداف عديدة الاّ أننا نلاحظ تعارض بين بعض تلك الأهداف من آن لآخر، ومثال على ذلك، ان أهداف

الجهات المختصة بتنفيذ القانون ومؤسسات الصحة العامة والشئون الاجتماعية وأقسام الصحة النفسية ليست دائماً على وفاق في أي تشريع معين رغم أن لكل منها مصلحة مشروعة في الحد من مشكلة تعاطي المخدرات واقلال المدمنين عليها ومعالجتهم، لذا لابد من التوصل الى صيغة مشتركة بين هذه الجهات عن طريق العمل المشترك والتنسيق المتكامل.

والبند الرابع المتعلق بالتوعية والتثقيف الصحي يأتي حصيلة للبنود السابقة، وذلك باستخدام كافة الوسائل الاعلامية المتوفرة، وبالتعاون التام مابين الجهات المعنية والتي تكون بقيادة وزارة الصحة وبالتعاون مع الجهات المعنية الأخرى وعلى النحو التالي:

١ ـ التعريف على مضار المخدرات والمسكرات بعضوية الفرد والتأثيرات المرضية الضارة لها سواء كانت هذه التأثيرات جسدية على أجهزة وأعضاء الجسم المختلفة وبالأخص على الجهاز العصبي المركزي والمحيطي وعلى جهاز الدوران وعلى الكبد، أو نفسية تتناول شخصية الانسان وسلوكه وبالتالي حدوث المرض النفسي والعقلي، وذلك عن طريق نشرات دورية توضح هذه المضار وبشكل علمي ومبسط كي يكون بمتناول فهم الجميع، والتركيز

على أن تعاطي هذه المواد يخرج الفرد من مجتمعه كعضو فعّال وايجابي.

٢ ـ التوعية الجماهيرية الواسعة عن طريق وسائل الاعلام المختلفة المقروءة والمسموعة والمنظورة بعرض برامج ثقافية صحية بكل الأشكال الممكنة، والتركيز على ما يسببه تناول هذه المواد من انحلال اجتماعي وخلقي يهدد كيان المجتمع، ووجوده وتوضيح أن تعاطي المخدرات انما هو عرض للتردي النفسي والاجتماعي وهو في الوقت ذاته سبب يزيد من هذا التدهور، والهدف هو انقاذ ضحايا المخدرات لا معاقبتهم، والشباب هم أكثر الفئات تعرضاً وأقلها مقاومة لإغراء المخدرات.

٣ ـ تنظيم لقاءات يتحدث فيها المدمنون عن تجاربهم وسبب ادمانهم وما جرَّ عليهم هذا الادمان من شقاء وعذاب وألم، وكذلك يستمعون الى تجارب غيرهم، وهؤلاء يشكلون عنصراً فعالاً في الوقاية من الانجرار الى تعاطي المخدرات والمسكرات، كونها تمثل أمثلة حَّية وواقعية تكون درجة الاقناع فيها كثيرة.

٤ ـ التوعية والتثقيف الوقائي: الموجهة الى فئات معينة من المجتمع. وهي:

أ ـ حث الأطباء على التزام الحذر في وصف الأدوية المهدئة والمخدرة للحد من انتشارها، وبالتالي الادمان عليها، كما

أنهم مكلفون في المساهمة بنشر التوعية الصحية والوقائية وعقد الدورات التأهيلية لهذه الغاية

ب ـ التأكيد على الصيادلة بعدم صرف أي من المواد المهدئة والنفسية والمخدرة بدون وصفة طبية نظامية وضمن الغرض والمدة المحدد لها في الوصفة.

جـ ـ عقد الندوات الخاصة للآباء لكونهم يلعبون دوراً هاماً وأساسياً في انجاح برامج المكافحة، وان تكون هذه الندوات متضمنة التعرف على المخدرات وأعراض تعاطيها، وبالتالي للتعاون مع الجهات الصحية المسئولة للمعالجة أم للوقاية.

٥ ـ البحث الاجتماعي لسبب تعاطي المخدرات والمسكرات والغاية من ذلك وضع الحلول الاجتماعية المناسبة والكفيلة للحد من انتشار المشكلة أو حدوثها أصلاً، وكذلك الاهتمام بالنواحي الاقتصادية والثقافية التي لها دور بارز في التوجه لتعاطي المخدرات والمسكرات ويجب أن ننتبه الى أن تعاطي المخدرات سيجر حتماً لتعاطي المسكرات والعكس صحيح لذا فإننا دوماً لم نفصلهما عن بعض أثناء سياق البحث.

ويأتي البند الخامس بعد أن تمت دراسة المشكلة وتحديد حجمها ووضعت مشاريع المكافحة والوقاية والتوعية لتنفيذ

تلك البرامج، والذي يتم عن طريق الجهات المعنية والمسئولة في الدولة والمجتمع، وعلى شكل عمل جماعي منتظم ومنسق وان هذه الجهات المعينة هي:

- وزارة الصحة بكافة مؤسساتها التي تقدم الخدمات الصحية، وذلك بدمج هذه الخدمات ضمن الرعاية الصحية الأولية، وما تفرضه من ثقافة صحية للوصول الى السلامة النفسية والجسدية للمواطن.
- وزارة التربية: بإيجاد الوسيلة المناسبة لتتضمن المناهج المدرسية بكافة مراحلها وخاصة الاعدادية والثانوية، التوعية الثقافية المناسبة للتعرف على ضرر هذه المواد، ويعتبر دور التربية مهماً لكون طلاب المرحلتين الاعدادية والثانوية في مرحلة المراهقة الحساسة والخطرة بالنسبة للشباب.

ويمكن الاستفادة من طلاب المرحلة الابتدائية كمساعدين أساسيين للحد من التعاطي لمن يتعاطى آباؤهم، وذلك بالتفاعل الوجداني والعاطفي بين الآباء والأبناء.

- وزارة التعليم العالي: ولها دور فعّال في مراقبة ووقاية الشباب المنتسبين للجامعات والمعاهد العليا، وكذلك المساهمة بالتوعية عن طريق طلاب كليات التربية الاجتماعية المؤهلين للمساهمة في خطة الوقاية.

- وزارة الشئون الاجتماعية والعمل: ويكون دورها باستخدام الباحثين الاجتماعيين لنشر التوعية والثقافة والمساعدة في ايجاد فرص العمل ووضع البرامج اللازمة للحد من البطالة، وكذلك مساهمتها في العيادة النفسية الاجتماعية، وتزويدها بالخبرات والامكانات والمعلومات التي تساعدها في تنفيذ مهامها.

- وزارة العدل: التي تساهم في الوقاية عن طريق ايجاد التشريعات والقوانين المتعلقة بالمخدرات وتعاطيها، الغاية منه الوصول الى نظام الوقاية والعلاج وتأمين الخدمات بالتركيز على النقاط التالية:

١ ـ الحجز المدني الاجباري للمتعاطين للمخدرات والمسكرات من أجل المعالجة

٢ ـ التحويل الى العلاج من نظام القضاء الجنائي، أي ألاّ يحاكم المتعاطي وتوضع له العقوبة الجنائية بل يحال للمراكز العلاجية.

٣ ـ النصوص القانونية المتعلقة بالتبليغ والتسجيل والاختبار المخبري والمراقبة الاجتماعية للمدمنين على المخدرات والمسكرات، وهنا يجب ألاّ نغفل التركيز على أمرين أساسيين.

أ ـ يجب اعتراف القوانين الصادرة بشأن المدمنين بأنهم

مرضى لذا يجب ان يشارك بصياغة القانون خبراء الطب والصحة العامة.

ب ـ يجب تأمين العلاج المناسب والتأهيل للمدمنين.

ـ وزارة الداخلية: ان شعبة مكافحة المخدرات تعتبر من العناصر الأساسية لمكافحة الانتشار، وان وزارة الداخلية تعتبر عنصراً أساسياً وفعالاً ومجدياً في تنفيذ الخطة الوطنية للوقاية من الادمان عن طريق ملاحقة المتجرين أو المنتجين لهذه المواد، ولابد من تدعيمها وتفعيلها، كي تستطيع تنفيذ المهمة الموكولة اليها.

ـ وزارة الاعلام: لها الدور البارز لما تملكه من وسائل الاعلام المختلفة في المجتمع، لذا يجب أن تكون كافة البرامج الصحية والوقائية بإشراف المؤسسة الصحية، وان تنفذ كافة النشرات الثقافية في هذا المجال ضمن خطوط البرامج المخصصة للوقاية والتوعية ضد المخدرات والمسكرات.

ـ وزارة الأوقاف: ان الارشاد والوعظ الديني الذي هو من مهام هذه الوزارة له الدور الفعّال في مجتمعنا العربي لكون الدين الاسلامي الذي حرّم تعاطي المخدرات والمسكرات يلعب دوراً هاماً لدى أفراد المجتمع، وبالرغم من هذا فإننا نجد الأفراد المتعاطين، لذا فإن التوجيه بالارشاد والوعظ الديني بأسلوب علمي مبسط يتماشى مع تفكير إنسان القرن العشرين

يكون له الوقع الجيد والنتائج الايجابية.

- الهيئات الاجتماعية: ذات النشاط الخاص لدى فئات المجتمع من منظمات شعبية، ونقابات مهنية لاشك بأن لها الدور الفاعل والفعّال في تنفيذ برامج التثقيف والتوعية ضد المخدرات والمسكرات، وكذلك في الحد من وجود المشكلة أو تعاظمها إن وجدت لكون هذه الهيئات الاجتماعية المختلفة ذات علاقة مباشرة مع الأفراد المنتسبين اليها فهذه العلاقة المباشرة والدائمة تهيء لنشر التوعية والثقافة الصحية المناسبة.

وان عمل هذه الجهات السابقة كي يكون منسجماً في اطار تكاملي متناسق لتنفيذ برامج الوقاية لا يتم الاّ عن طريق الندوة الوطنية للوقاية من مضار المخدرات والمسكرات التي تتجمع فيها جميع الجهات والهيئات التي ورد ذكرها أو التي يمكن أن يستدرك وجودها للتداول والتباحث في البرامج التثقيفية والوقاية.

ويتكامل العمل من خلال هذا اللقاء ما بين المشتركين جميعاً ولتتعرف كل جهة على مسئوليتها وكيفية ارتباطها بالجهات الأخرى، وكذلك وسيلة التنفيذ لكلّ منها، وتتوج أعمال الحلقة العلمية بالخطة العلمية للتوعية والوقاية ضد المخدرات والمسكرات، هذه الخطة المتكاملة والمتناسقة والمنسجمة، والتي تلزم كل جهة بما لها، وما عليها حيال هذه الخطة.

تلك هي الخطوط العامة لسمات العلاج السلوكي المعتمد حالياً في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة نجاح علاجي تقارب ٧٥٪ من الحالات (Ellis, wolpe 1986) والقائم على العون الذاتي Self-help مع العلم أن الدراسات الاحصائية التي تناولت معدلات نجاح العلاج النفسي التحليلي في الادمان عموماً كانت مخيبة جداً للآمال حيث اتضح ان هذا العلاج من خلال افتراضه الخاطىء ان الاضطرابات النفسية التحتية هي المسببة الوحيدة للادمان، ومعالجة الادمان على أساس ازالة هذه الاضطرابات. هذا العلاج فشل في تخليص المدمنين المعالجين من الادمان رغم تحررهم من تلك الاضطرابات (Vaillani 1985).

ان اعتماد العلاج السلوكي كمنهج في تأهيل السيكولوجيين المهنيين العاملين في مشافي الادمان ومراكز رعاية الصحة الأولية من شأنه تقديم الخدمات النفسية الفعَّالة لأولئك المدمنين الذين يتعالجون في تلك المراكز والمشافي بحيث نستطيع القول ان التوجهات العلاجية فيها هي في الطريق الصحيح والمؤمل.

طبعت بالمطابع الأمنية بدار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض ١٤١١هـ - ١٩٩١م

دار العلم
للملايين
الأمنية - التدريب - الإعلام

SR 5