المفتتح

مواقف مبدئية ثابتة للرئيس القائد

المواقف التأزرية المبدئية التي جبل على تبنيها فخامة الرئيس / علي عبدالله صالح - حفظه الله - تجاه قضايا الأمة العربية وفي مقدمتها القضية الفلسطينية والوقوف مع الحق الفلسطيني العادل بقيام دولته الوطنية المستقلة وتحقيق نضاله العادل بمقاومة ومقارعة الاحتلال الصهيوني الجاثم على ارض العروبة والعزة والكرامة فلسطيني المحتلة .

هكذا مبادئ ثابته ومبدئية تجلت من الموقف الشجاع تجاه مايتعرض له الشعب اللبناني الشقيق من هجمة عدوانية شرسة شملت احراق الا نفس البريئة قبل الاخضر واليابس بمحاباة دول غاشمة تبارك ازهاق ارواح الشعبين الفلسطيني واللبناني مقدمة الدعم المادي والتأييد المعنوي للاجهاز على ارواح الامة العربية والاسلامية وبخضوع رسمي من قبل دول شقيقة دأبت على بيع الضمائر في سوق المزاد العلني .

وقد جاءت دعوة الرئيس القائد / مجلس جامعة الدول العربية لعقد قمة عربية استثنائية عاجلة لتجدد تلكم المواقف الشجاعة العلنية المبدئية لفخامته وعدم التهاون تجاه ماتتعرض له امتنا العربية من هجمة عدوانية غاشمة .

نور محسن الصياغ

انطباعات عن ورشة «دور الأطفال في المجتمع»

عدن/افراح صالح محمد

تصوير / نبيل العروبة

ولاء وليد عبدالمجيد هزاع عضو برلمان الأطفال بمحافظة عدن العام ٢٠٠٦م ، عمرها (١٥) سنه طالبه في مدرسة العبادي بمديرية الشيخ عثمان - عدن ، طرحت سؤالاً حول القانون الذي يمنع عمل الاطفال (اتفاقية حقوق الطفل) في الوقت الذي يعمل فيه الاطفال في اليمن ، وترى في ذلك تناقضاً بحاجة إلى توضيح فهي مع ان يعمل الطفل لكن في سن معقولة وعمل مناسب لقدرة الطفل الجسدية ، ولاتقبل ان يعمل الاطفال في ورش السمكرة او النجارة ماقديعرضهم للاصابة والاعاقة او يمنعهم من اللعب والتمتع بطفولتهم ، وتتوقع من هذه الورشة (الاطفال ودورهم في المجتمع) الخروج بتوصيات قابلة للتنفيذ ، وخاصة مسألة احترام حقوق الطفل وهي قضيتنا الرئيسية وحقه في التعبير عن رأية صراحة .

التعبير بالرسم

اما عدنان الخضر احمد (٢٣ سنة) فقد طالب الاطفال في الورشة بأن يقولوا (لا) واوضح انه يجب بقول الطفل (لا) عندما يريد هو ، وعلينا ان نعلمه منذ الصغر ان يقول (لا) عندما لايريد شيئاً ما .

وحول مدى تطبيق عدنان لرأية هذا اجاب بنعم اطبق هذا الرأي على اهلي وطريقتي في ذلك تكون عبر الرسم الكريكاتيري للتعبير عن رأيي واترك لاخوتي الاطفال في اسرتي ان يفعلوا ذلك معي ، ولهذا ارى ان هذه الطريقة الفضلي للتعبير عن الرأي ، ولكن هناك طرقاً اخرى يمكن الرجوع اليها، فهذا حق من حقوق الطفل ان يقول (لا) ..

كيف اعبر عن رأيي ؟

ايهاب وجدي محمد اسماعيل سؤل عن كيفية التعبير عن الرأي بالنسبة للطفل ، فقال : لو عندي مشكلة في الاسرة مع ابي اومع امي ، او ان ابي ضاغط علي وعلى امي ، ولا استطيع ان افعل شيئاً ، ابحث عمن يمكن الاستماع الي ومساعدتي من خارج المنزل ، ليفهم اسرتي ان لدى مشكلة .

ولهذا ومن هذه الورشة اردت ان اعرف ، ويعرف الاطفال المشاركون فيها ماهي الجهات التي يمكن الرجوع اليها لحل مشاكلنا في يوم ما . وقد عرفتها الآن وهي (منظمة اليونيسيف، وبرلمان الاطفال) .

الطفل صفوت وجدي محمد - سن تاسعة ابتدائي فهمت من هذه الورشة ان للطفل ، ودوراً في المجتمع ، ولهذا يجب ان اتعلم ذلك .

نماذج تربوية ناجحة

ضيفنا لهذه الحلقة هو الأخ / عبدالله أحمد باضروس ، من مواليد محافظة أبين عام ١٩٥٨م ، متزوج وله ابنتان ، حاصل على شهادة الثانوية العامة عام ٧٦م .

كان العام ٧٩م هو الموعد الاول لالتحاقه في سلك التربية والتعليم عندما عمل مدرسا في مدرسة الثورة الاساسية مديرية جعار لمادة التربية والتي استمر فيها حوالي (١٥) سنة استطاع خلالها انشاء أكثر من ثماني فرق رياضية صارت فيما بعد الرافد الحقيقي والوحيد لبعض اندية ابين وفي مقدمتها نادي خنفر الرياضي ، كما عمل طيلة تلك الفترة مدرباً للفريق الاول لنادي (خنفر) عدة سنوات ومن ثم تحمل مسؤولية بناء الفريق الاول لاعضاء نادي (بناء) واخيراً وبعد الانتماء من انجاز مهمته تم طلبه لتدريب فريق نادي (الدرجاج) الذي استطاع ان يرى النور في ظل تواجده معهم .

وفي عام ٩٤م تم تعيينة وكيلاً فنياً في ذات المدرسة التي مكث فيها سبع سنوات مستغلاً مهاراته وقدراتة من اجل انتشال وضعها العام ما ادت الى رفع مستوى الطلاب ومن خلال تكريس اهتماماته في اقامة صفوف التقوية المجانية في الفترة المسائية ، واشراك غالبية افراد الطاقم التعليمي والاداري بالمدرسة في الدورات التربيبة والتاهيلية وفي عام ٢٠٠٢م وبعد بروز مواهبه في فن الادارة تم تعيينه مديراً لمدرسة الحكمة (اساسي) بنين حتى وقتنا الحاضر ، وخلال الاربع السنوات الماضية لمس الجميع التطور والتقدم الذي طرأ على المستوى العام ، علماً بأن وضع الطلاب القادمين من قلب الريف يمثل حالة اكثر تدنياً من طلاب المدينة في عام ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣م تدريب واعداد المنتخب المدرسي الاول لمحافظة ابين الحائز على بطولة الجمهورية .

تربوية قديرة تستغيث

احمد علي عوض

منذ التحاقها بسلك التربية والتعليم في عام ١٩٧٦م ، وفي السنوات الاخيرة من عمر وظيفتها البالغ (٣٠) عاماً أسند اليها وظيفة مديرة مكتب رئيس شعبة التعليم العام بمكتب التربية بالمحافظة ، متزوجة ولديها (٣) ابناء ذكور وتسكن في بيت بالايجار يصل ايجاره إلى (٢٠,٠٠٠) ريال شهرياً بينما تحصل على راتب شهري قدره (٢٧,٠٠٠) ريال ، كما يسكن معها ثلاث فتيات يتيمات من بنات اختها الارملة بالاضافة الى امهم ، تنتمي الى اصل عائلي عريق من فئة المشايخ ، وتقرب إلى الرئيس الراحل / سالم ربيع علي . وإبان الحكم الشمولي السابق تم تأميم الكثير من العقارات على اجدادها التي تم التبرع بها بعد قيام الوحدة للدولة ، عانت الكثير من المتاعب المتمثلة في صعوبة الحياة تحت وطأة الظلم والقهر اللذين تعرضت لهما بإتفاق مسبق ابرم بين البشر والدنيا مفاده اذاقتها مرارة الحزن والالم وتجريعها كؤوس البؤس والشقاء طيلة سنوات حياتها الطويلة من دون رحمة لانوثتها وضعفها وقلة حيلتها مما فتح المجال امام تسرب اليأس الى مكنوناتها ، لكن ايمانها القوي وشجاعتها المفرطة منحاها المقاومة والاستمرارية على البقاء في الوجود بفاعلية ونشاط لايفتران وتكريس اوقاتها من اجل تربية ابنائها وبنات اختها على الفضيلة وحب العلم والتعليم . وفي مجال بحثها عن الاستقرار والامان ورغبتها في حماية مستقبل اسرتها اصطدمت بالعديد من المعوقات وواجهت مختلف التحديات التي لاتقدر على تحمل معاناتها وامرأة مثلها مثل غيرها .

قامت منذ حوالي (١٣) عاماً بالاشتراك في الجمعية السكنية التابعة لمكتب التربية في عدن والتزمت بدفع الاقساط الشهرية بواقع (١٠٨٠) ريالاً وخلال كل تلك الفترة لم تف الجمعية السكنية بالوعود والعهود التي قطعتها على نفسها وبما اقرت به امام جمع غفير من المشتركين في بداية تأسيس الجمعية من انجاز وتنفيذ ماعلى القائمين عليها من واجبات ومسؤوليات، لتتبدد معها احلام عزيزة وتتلاش في امانيها وطموحاتها البسيطة والمتواضعة في ايجاد بقعة ارض صغيرة تبني عليها ما يحميها من وقاحة وجرأة المؤجرين وتظلل عليها وعلى ابنائها ومن معها بدفء الحنان وتنعم بالسكينة والاطمئنان وتقيها غدر الزمان وتشتد محنتها وتتضاعف معاناتها مع بداية محطتها التالية التي افتقرت للانصاف وعدالة الانسان وتجلت بما اقدمت عليه بعض الجهات من تحطم لمنزلها الصغير الذي يظم ايتام صغار بحجة البناء العشوائي بطريقة تعسفية لم تراع فيه ماتكبدته من خسائر مادية باهظة (٧٠٠ الف ريال) الله وحده يعلم كيف جاءت تلك الاموال ، في الوقت الذي توجد هناك مساحات شاسعة من العقارات العشوائية والتي تم البسط عليها من قبل اخرين من دون وجه حق لم يجرؤ المنفذون على المساس بها اوحتى تحريك حجر واحد من بنيانهم العمرانية والضخمة ، وذلك بسبب وجود فارق واحد وواضح وهو الاختلاف الطبقي بين وضعية الاخت / عزيزة التي لاتملك من امرها شيئاً .

وتحت كل تلك الظروف القاسية عادت عزيزة الى وضعها السابق وهي رافعة يديها الى السماء وقطرات الدمع الحارة تهطل في عينيها من شدة الحزن وتحمل كافة الاعباء التي تتجه نحوها بأحمالها الثقيلة بانتظار من ينصفها ويعدل في قضيتها .

وهناك تساؤلات تفرض نفسها على الموضوع ولابد انها تراود مخيلتها ومن على شاكلتها المطالب بمحاسبة المتسببين فمن لايحمون القانون ولايطبقون سيادته على الكل وماهي حجم الفائدة المتحصلة للجناة الحقيقيين مقابل مايقترفونه من ظلم وجور في حق البسطاء ممن لايملكون الحماية لحياتهم ؟ ومتى ستختفي مثل هذه الصور المأساوية وتنتهي كليا من حياتنا .

طرق علاج مدمني المخدرات وتأهيلهم

ذ

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

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

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

وبالنسبة للفريق الأول فقد سبق أن أجريت دراسة إحصائية تحليلية لجرائم جلب المخدرات والاتجار فيها قبل تشديد العقوبات وبعد تشديدها تبين منها أنه عقب التشديد مباشرة حدث انخفاض شديد فيها بلغ ٥٠٪ استمر ستة أشهر فقط ثم عاد إلى الارتفاع شيئا فشيئا حتى بلغ ١٠٠٪ بعد عام واحد ثم بلغ ٢٠٠٪ بعد عامين وهكذا حتى أصبح كالمتوالية الحسابية، الأمر الذي دل على أن تشديد العقوبات لا يكفي وحده لمنع الجلب والاتجار فيها أو حتى للحد منهما وإنما يجب، فضلا عن ذلك، منع الطلب على المخدرات أو خفضه إلى أدنى حد ممكن. ذلك أنه طالما وجد المهربون والتجار أن المخدرات تعود عليهم بأرباح ضخمة لا تدرها أي تجارة أخرى فإنهم لن ينصرفوا عنها مهما كانت المخاطر التي تكتنفها والتي يظنون دائما أنهم قادرون على تجنبها والتغلب عليها. من ذلك أن سعر الكيلوغرام من الأفيون في البلاد المنتجة لا يزيد على عشرة دولارات بينما هو في البلاد المستهلكة عشرة آلاف دولار. وفي صناعة الكوكايين يعود توظيف مائة دولار على صاحبها بفوائد تقدر بحوالي مائة الف دولار!.

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

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

ولعل عدم ظهور آراء مبتكرة ومواقف غير تقليدية من مشكلة المخدرات يرجع إلى هذا الوضع غير العملي الناشئ عن اعتقاد المشرع أن الأمر لا يحتاج إلى أكثر من الجهود الشرطية المستمرة والأحكام القضائية السريعة والقاسية وبالتالي لم يكن غريبا أن تكلل جهودهم بالفشل الذي كشفت عنه الزيادة المستمرة في جرائم المخدرات من كل الأنواع وزيادة أكبر في الكميات التي يتم ضبطها والتي ترى الأمم المتحدة أنها تساوى ١٠٪ من الكمية الإجمالية التي يجري تهريبها إلى داخل الدولة.

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

بداية الاهتمام بالعلاج

على الرغم من أن تعاطي المخدرات هو من المشكلات القديمة في عالمنا العربي فإن التفكير في علاج المدمنين لم يظهر عندنا إلا بعد أن قرر المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة عام ١٩٥٨ أن يدعو إلى عقد مؤتمر لإقرار اتفاقية وحيدة للمخدرات، من أجل استبدالها بالمعاهدات المتعددة الأطراف التي كانت قائمة في ذلك الوقت. وقد بلغ عدد الدول العربية التي شاركت فيه سبع دول هي الأردن وتونس ومصر وسوريا والعراق ولبنان والمغرب. وثماني دول إسلامية هي أفغانستان وألبانيا وإندونيسيا وإيران وباكستان والسنغال

وتركيا ونيجريا، أي خمس عشرة دولة عربية وإسلامية من إجمالي ٧٣ دولة حضرت المؤتمر الذي أصدر عدة قرارات من بينها القرار الثاني الخاص بمعالجة مدمني المخدرات والذي كان نصه:

"إن المؤتمر إذ يشير إلى أحكام المادة ٣٨ من الاتفاقية المتعلقة بمعالجة مدمني المخدرات وتأهيلهم:

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

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

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

كما جاء في المادة (١٥) أن على الدول الأطراف أن تهتم باتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من سوء استخدام العقاقير المخدرة، وأن تعمل على علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم مهنيا واجتماعيا حتى يعودوا للمجتمع أفرادا صالحين قادرين على العطاء.

وهكذا يكون البروتوكول قد أكد أن الجهود لا يجب أن تقتصر فقط على التأثير في عرض المواد المخدرة، بل يجب أن يؤثر والقدر نفسه في الطلب عليها.

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

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

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

أسباب حدوث الإدمان

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

أولا: بالنسبة للمخدر، وهو العامل الأول في قضية الإدمان، واستخدامه يخضع لعدد من العوامل التي منها:

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

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

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

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

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

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

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

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

أ- تخفيض التوتر والقلق.

ب- تحقيق الاستقلالية والإحساس بالذات.

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

د- الإحساس بالقوة والفحولة.

هـ إشباع حب الاستطلاع.

و- الإحساس بالانتماء إلى جماعة غير جماعته.

ز- الوصول إلى الإحساس بتقبل الجماعة.

ح- التغلب على الإحساس بالدونية.

ط- التغلب على الأفكار التي تسبب له الضيق.

ي- الخروج على القوالب التقليدية للحياة (المغامرة).

ك- حب الاستطلاع وملء الفراغ.

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

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

العوامل الاجتماعية

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

١- العلاقات الأسرية.

٢- تعاطي الأبوين أو أحدهما للمخدرات.

٣- تأثير جماعات الأصدقاء.

٤- السلوك المنحرف للشخص.

٥- درجة التدين.

٦- وجود المخدر.

٦- التدخين وشرب الخمر.

٧- وسائل الاتصال الجماهيري.

٨- الثقافة السائدة.

٩- المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

العلاج

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

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

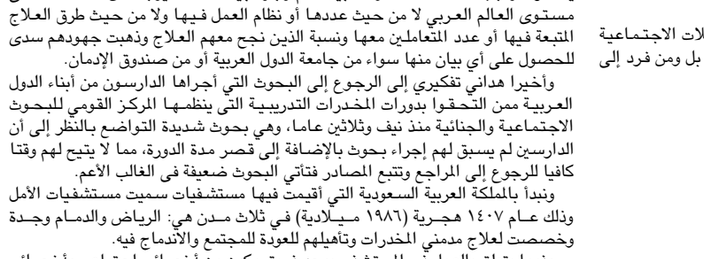
كذلك المدمنون الذين تلح عليهم أسرهم ليدخلوا المصحات لتلقي العلاج فلا يملكون إلا الموافقة بعد طول رفض، فإنهم لا يتوقفون عن التعاطي أثناء إقامتهم بالمصحات وإلى أن يغادروها وقد فشل العلاج ولم تجن أسرهم غير الخسارة المالية الفادحة والمتمثلة في ما أنفقته على علاج غير حقيقي بالإضافة إلى المبالغ الكبيرة التي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

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

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

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

كذلك من الأهمية بمكان التعرف على شكل العلاقة بين المدمن وبيئته الاجتماعية لعلاقة ذلك بالنتيجة التي سينتهي إليها العلاج من حيث النجاح أو الفشل، فالأشخاص الذين يتلقون دعما اجتماعيا أو أسريا يتوقع لهم أن يتحسنوا أكثر من هؤلاء الذين لا يتلقون مثل هذا الدعم.



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

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

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

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

مصحات علاج المدمنين

بقي الحديث عن المصحات المخصصة لعلاج المدمنين والتي نصت القوانين الخاصة بالمخدرات على إنشائها لإيداع المدمنين بها المدد اللازمة لشفائهم من الإدمان والتي بدونها يتعذر مواجهة هذه المشكلة. وقد تبين عدم وجود بيانات عما يوجد من مصحات على مستوى العالم العربي لا من حيث عددها أو نظام العمل فيها ولا من حيث طرق العلاج المتبعة فيها أو عدد المتعاملين معها ونسبة الذين نجح معهم العلاج وذهبت جهودهم سدى للحصول على أي بيان منها سواء من جامعة الدول العربية أو من صندوق الإدمان.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

أما اليمن فإنها، بالنظر إلى أوضاعها الاقتصادية غير المواتية، لم تتمكن من إنشاء مصحات خاصة لعلاج المدمنين واكتفت بفتح أقسام ألح