جامعة محمد بوضياف – المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم التاريخ

مقياس : المخدرات والمجتمع

السنة الثالثة ليسانس تاريخ

الموسم الجامعي 2023/2022

الأستاذ : صالح حسين

المحاضرة السادسة: طرق الوقاية من المخدرات
وسبل العلاج التصدي لمشكلة المخدرات

الأهداف :

- تعريف الطالب بدور مؤسسات التنشئة الاجتماعية كالأسرة والمدرسة والمسجد ووسائل الإعلام في محاربة الظاهرة.
- التحسيس ومعرفة أساليب الوقاية من تعاطي المخدرات.

المراجع:

- مصطفى سويف : المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، سلسلة عالم المعارف، 1996
- محي الدين حوري : الجريمة وأسبابها ومكافحتها ،دار الفكر للنشر والتوزيع ، دمشق،2003

تمهيد:

تتوزع جهود المجتمع في الوقت الحاضر إلى نوعين من الجهود جهود مكافحة العرض:

وترمي إلى:

مكافحة التهريب والتصنيع والزراعة والاتجار والتوزيع والحيازة غير المشروعة .

جهود خفض الطلب : وتشير إلى : جميع السياسات والإجراءات التي تستهدف خفض أو إنقاص رغبات المستهلكين وجهودهم "أي المتعاطى" في سبيل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة.

أن هذا التصنيف يقوم أساسا على افتراض أن المخدرات سلعة كسائر السلع يخضع التعامل فيها "في السوق غير المشروعة" للعوامل التي تحكم العلاقة بين العرض والطلب ومن ثم يستنتجون أنه إذا قل الطلب عليها فسوف يصيبها الكساد ولذلك يدعون إلى عدم الاقتصار في مقاومتها على المكافحة في جبهة العرض فحسب بل لابد من جهود تبذل أيضا في جبهة الطلب.

وهذا هو التوجه الذي تتبناه ألان منظمات الأمم المعنية بمشكلة المخدرات ، وترى ضرورة أن يتوافر في أي برنامج يهدف إلى التحكم في المواد النفسية أن يتوافر فيه التوازن بين إجراءات لخفض العرض وإجراء لخفض الطلب غير المشروع بالنسبة لهذه المواد النفسية.

مكافحة العرض :

يقوم النموذج الأساسي لجهود مكافحة العرض في معظم دول العالم على ثلاث دعائم هي :

المكافحة الأمنية والقانون والمشاركة في الاتفاقات الدولية والإقليمية والثنائية أحيانا .

المكافحة الأمنية :

يقوم التخطيط الأساسي لهذه المكافحة على مطاردة المخدر وتعقبه في داخل الوطن وعلى حدوده .

يعتبر الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها هو الجهاز الرئيسي في الدولة لتنظيم هذه الجهود وهي تقوم بعملها بالتنسيق مع عدد من أجهزة الدولة منها : قوات حرس الحدود وزارة الدفاع ومصلحة الجمارك وزارة المالية والإدارة المركزية للشؤون الصيدلية وزارة الصحة بالإضافة إلى عدد من أجهزة الشرطة.

ويدخل في نطاق مسؤولياتها كذلك التنسيق مع الأجهزة المعنية لمكافحة المخدرات بهيئة الأمم المتحدة بالإضافة إلى منظمة الشرطة الجنائية الدولية الإنتربول.

وتشتمل الجهود الأمنية على ما يأتي: ضبط المخدرات على المستوى المحلي والضبط بالتعاون مع إدارات المكافحة بعدد من الدول وملاحقة الهاربين من الأحكام القضائية في قضايا التهريب على المستوي المحلي والدولي وحصر ثروات عدد من كبار التجار والمهربين وتقديم نتائج الحصر للجهات

القضائية المختصة، والمشاركة في دراسة وإعداد مجموعة من الاتفاقيات الدولية والمشاركة في المؤتمرات الدولية الخاصة بالمكافحة وتبادل المعلومات مع الأجهزة الدولية.

القانون "التشريع"

استخدام القوانين مثل :قانون رقم 04-18المؤرخ في 13ذو القعدة 1425الموافق ل 2004/12/25المتعلق ب الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية .

الاتفاقات الدولية والإقليمية :

تعتبر الاتفاقات الدولية والإقليمية والثنائية بما تفننه من إجراءات وما تنشئه من أجهزة هي الآلية الثالثة التي تستخدمها الدولة الحديثة في تصديها لمكافحة عرض المخدرات.

وقد بدأت فاعلية هذه الاتفاقات تظهر بصورة واضحة بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى .

ومنها : الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961المعدلة ببروتوكول 1972 اتفاقية المؤثرات العقلية 1971 اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير الشرعي في المخدرات والمؤثرات العقلية 1988 وتضم التجريم الدولي لإنتاج الأفيون والكوكايين والقنب لغير الإغراض الطبية والعلمية

جهود مكافحة خفض الطلب :

ينطوي النموذج الأساسي لموضوع خفض الطلب على ثلاثة مكونات رئيسية هي :

الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والاستيعاب .

أولا- الوقاية:

الحكمة الخالدة القائلة "بأن الوقاية خير من العلاج ، المقصود من مصطلح الوقاية الإشارة إلى أي فعل مخطط نقوم به تحسبا لظهور مشكلة معينة أو مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلا وذلك بغرض الإعاقة الجزئية أو الكاملة للمشكلة أو لمضاعفاتها.

وتتفق كل المنظمات الصحية العامية وهيئة الأمم المتحدة على التفرقة بين ثلاثة مستويات لإجراءات الوقاية :

وقاية من ١لمستوى الأول أو الوقاية الأولية

وقاية من ١لمستوى الثاني

وقاية من المستوى الثالث

الوقاية الأولية أو المستوى الأول:

يقصد بالوقاية الأولية مجموع الإجراءات التي تستهدف منع وقوع التعاطي أصلا.

للوقاية الأولية ثلاث مسائل مهمة لابد من حلها بالحلول المناسبة حتى نضمن للإجراءات الوقاية التي نقوم بها أن تأتي بالثمار المرجوة بدرجة معقولة من الكفاءة،

والمسائل الثلاث هي :

إلى من نوجه جهود الوقاية هذه؟

كيف؟ أو ما الأسلوب الأمثل؟

مسألة الحالات تحت الإكلينيكية إلى من نوجه جهود الوقاية هذه؟

لنفرض أننا بصدد التخطيط لحملة توعية ضد تعاطي المخدرات .

نوجه هذه الجهود إلى أكثر الجماعات الاجتماعية تعرضا لاحتمالات التعاطي أو ما اصطلح على تسميته بالجماعات الهشة أو المستهدفة .

وتطرح هذه الإجابة بدورها سؤالا جديدا هو: وكيف لنا أن نعرف هذه الجماعات الهشة؟ والإجابة عنه يمكن معرفتها طريق عن البحث العلمي الميداني ومن ثم فالأمر يحتاج لكي تضع خطة معقولة للوقاية الأولية أن يكون لديك أصلا قدر من البحث العلمي الميداني للكشف عن مدى انتشار التعاطي والإدمان وأنماطه السائدة في المجتمع، وعلى ضوء نتائج هذا البحث توضع خطط الوقاية .

من أهم العوامل التي يمكن على أساسها الحسم بما إذا كان شخص ما يحسب على الجماعات الهشة أم لا:

الانهيار الأسري نتيجة للطلاق أو الهجر بين الأبوين أو وقوع خلافات شديدة واستمرارها بشكل مزمن

وجود تاريخ للتعاطي أو للإدمان في الأسرة.

اختلال الانضباط في الأسرة

ضعف الوازع الديني أو ألقيمي بوجه عام

صحبة أقران متعاطين أو مدمنين

تدخين السجائر قبل بلوغ سن 12سنة.

الظروف بيئة السيئة في العمل

سجل سيئ في العمل أو في الدراسة.

ومحصلة ذلك أن يُراعى في إعداد برامج التوعية الهادفة إلى الوقاية الأولية، أن توجيهها إلى

الجماعات الهشة، ومعنى ذلك أنه لا يجوز استخدام وسائل الإعلام الجماهيرية، كالتليفزيون والراديو لتنفيذ هذه البرامج وإلاً كنا نعمل على نشر الداء من حيث أردنا أن نقي الناس منه .

ويتصل بذلك مضمون الخطاب في هذه الحالة "الوقاية الأولية" وينبغي أن تراعى الاعتبارات التالية:

التركيز في الحديث على مخدر واحد دون غيره

التركيز على المثيرات النفسية

حداثة البيانات والمعلومات

كيف توجه جهود التوعية؟

ما هو الأسلوب الأمثل؟

للإجابة عن هذا التساؤل يراعى ما يلي :

الالتزام بالأسلوب التربوي بدلا التلقين، من أي تقديم المعلومة مع السياق الذي يحد معناها أو قيمتها

الالتزام بالحقيقة من دون مبالغة .

تجنب الخوض في التفاصيل الدقيقة .

تناول موضوع المخدرات كجزء من كل

العناية بالحالات تحت الإكلينيكية سوء استخدام الأدوية

يلجأ بعض الأفراد إلى المخدرات، بهدف العلاج، لا بهدف الترويح, إمَّا لأن أعراض المرض لم تتبلور بالنسبة لهم، وبالتالي لم يتقرر لهم العلاج الطبي اللازم والمشروع, وإمَّا أن تكون أعراض متبلورة فعلاً ولكنهم لا يذهبون إلى الطبيب لأسباب اقتصادية أو اجتماعية، وتسمى هذه الحالات بالحالات تحت الإكلينيكية، ومن ثم فإن توفير الخدمات الطبية، ذات الكفاءة المعقولة.

لأكبر عدد من المواطنين في أرجاء المجتمع من شأنه أن يقلل حتماً من عدد المتعاطين، بما يساوي النسبة التي أقدمت على التعاطي أساساً بهدف التداوي لا بهدف الترويح ومن ثم يُعد هذا الطريق واحداً، من الطرق الأساسية، التي تدخل تحت عنوان إجراءات الوقاية الأولية من التعاطي.

وقاية من المستوى الثاني

لا يزال في بدايته لكي لا يصل إلى مرحلة الإدمان.

والمشكلة هنا في كيفية التقاط هذا الشخص ليكون هدفاً لإجراءات بعينها تدفعه، أو تساعده، على التراجع عن التعاطي، في وقت معقول.

وفي هذا الصدد توجد وسيلتان للعثور على حالات التعاطي المبكر.

الأولى:- من خلال العيادات المدرسية وتوجيه الأسئلة غير المباشرة للطلبة، والملاحظة الشخصية لأولياء الأمور والمدرسين.

الثانية:- من خلال الشبان المتقدمين للالتحاق بالكليات العسكرية، والجامعات، والفرق الرياضية، حيث يجرى لهم فحص لعينات من السوائل البيولوجية .

وفي الحالتين يتوقف الأمر على وجود نظام علاجي محدد، يلتقط هؤلاء المتعاطين المبكرا ليخضعهم لبرامج توعية وعلاج مباشرة.

مضافا إلى ما سبق أساليب الكشف المبكر للتعاطي

وقاية من المستوى الثالث

المقصود بها وقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبي أو الطبي .النفسي أو السلوكي، وقاية من المستوى الثالث للحالة ويخضع هذا المدمن لبرنامج علاج مكثف، ضد أعراض الانسحاب من المخدر وإعادة التأهيل للوقاية من العودة إلى الإدمان، ووقاية المجتمع من النتائج المترتبة، على مزيد من تردي الحالة.

ثانيا العلاج :

موضوع علاج المدمنين" مدمني المخدرات أو المواد النفسية" عموما موضوع شديد التعقيد وذلك لتعدد جوانبه وتشابكها مع موضوعات أخرى .

هناك سؤال أولي يساور كثيرا من النفوس ويساورها بشكل ضمني أكثر منه صريح ، ولابد من طرحه هنا صراحة:

هل المدمن مريض أم مذنب؟

فإذا كان مريضا فلماذا العقاب؟ وإذا كان مذنبا فما معنى العلاج؟

المريض ضحية للعنصر الفاعل في المرض وهو الفيروس أو الميكروب أو ...إلخ

المدن يسعى للصول على العنصر الفاعل وهو المخدر في إدمانه

المريض فريسة للمرض

المدن مسؤول عن إدمانه في المجتمع والقانون ومن ناحية أخرى وجه الشبه بين الإدمان والمرض هو القهر الذي يقع على الضحية بعد أن يتمكن المرض أو الإدمان منها .

فلا المريض ولا المدمن يستطيع أي منهما أن يتغلب على الحالة التي تسند به، ولابد من تدخل العلاج .

حسب القانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية 04-18 المادة 06لا تمارس الدعوى العمومية ضد الأشخاص الذين امتثلوا إلى العلاج الطبي والمادة 09 من نفس القانون تطبق العقوبات على الأشخاص الذين يمتنعون عن تنفيذ قرار الخضوع للعلاج .

إذا يتألف العلاج المتكامل من ثلاثة مكونات أساسية أحدها طبي والأخر نفسي والثالث اجتماعي.

أ - المكون الطبي:

المكون الطبي يقوم على أحد مبدأين رئيسين- مبدأ النظام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه أو مبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل جسم المدمن للتأثير في سلوكياته.

وللطبيب المعالج أن يختار أحد المبدأين بناء على اعتبارات متعددة تختلف من حالة لأخرى، فإذا اختار الطريق الأول طريق الفطام التدريجي فإنه ينتقي للقيام بهذه المهمة مخدرا أضعف بكثير من المخدر الذي أزمنته الحالة ولكن من الفصيلة نفسها وبتولي الإشراف على إعطائه للحالة بدلا من المخدر الأصلي بجرعات وعلى فترات محددة على أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الفترات بين الجرعات تدريجيا حتى ينتهي الأمر غالبا إلى فطام كامل للحالة والشائع ألان بين الأطباء في كثير من دول العالم أن يختار الأطباء عقار" الميثادون" لأداء مهمة الفطام .

أما إذا اختار الطبيب المعالج الطريق الثاني طريق سد القنوات العصبية فإنه ينتقي لذلك عقارا مثل عقار" النالتركسون" يتولى الإشراف على إعطائه للحالة بجرعات محددة وعلى فترات محددة ويتلخص تأثير النالتركسون في سد ا لمستقبلات العصبية لمعدة أساسا في مخ المدمن لاستقبال الأفيون أو مشتقاته ثم توزيع أثارها العصبية السلوكية في جسم المدمن، ومعنى ذلك أن المدمن الذي يتناول النالتركسون لن يتأثر بالأفيون أو أي من مشتقاته إذا تعاطاه مادام تأثير النالتركسون قائما، ويستمر الطبيب في إعطاء هذا العقار حسب نظام محدد ولفترة محدودة حتى ينتهي الأمر بالمدمن إلى أن يعود بجسمه إلى حالة التوازن الفيزيولوجي دون حاجة إلى وجود الأفيون أو مشتقاته، ويصحب ذلك انطفاء اللهفة إلى المخدر

ب - المكون النفسي:

توجد ألان أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات الإدمان على اختلاف أنواعها واخترنا طريقة بودن/HM طرق العلاج السلوكي

وهي تعتمد على ثلاثة مقومات رئيسية هي- :

1 تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها

2 التدريب على تقييم الذات، بناء على ما يصدر عنها .

3 ثم برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التي نصل إليها من البندين السابقين.

ويعتبر التدريب على الملاحظة الذاتية المنظمة والرصد المنظم لعائد الملاحظة أحد الأساليب المهمة التي تستخدم في العلاجات السلوكية.

ح - المكوّن الاجتماعي:

الاسم العام الذي يطلق على المكون الاجتماعي في خطة العلاج المتكامل للمدمنين هو الرعاية اللاحقة.

وتنقسم الرعاية اللاحقة إلى قسمين هما:

إعادة التأهيل و إعادة الاستيعاب الاجتماعي

1 - إعادة التأهيل :إعادة التأهيل المهني : والمقصود هنا بالضبط هو العودة بالمدمن وسوف نسميه من ألان فصاعدا بالمدمن النقاهة توضيحا لأنه يكون عندئذ في مرحلة النقاهة من إدمانه إلى مستوى مقبول من الأداء المهني سواء كان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتهنها قبل الإدمان أو في إطار مهنة جديدة.

وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل في هذا الصدد ثلاثة عناصر هي:

الإرشاد المهني

وقياس الاستعدادات المهنية

والتوجيه المهني والتدريب.

2 - إعادة الاستيعاب الاجتماعي :

هي الخطوة الأخيرة والمكملة لإجراءات الرعاية اللاحقة تتمثل في:

تخليص المدمن من سلوكياته الإدمانية

إعادة تأهيل الشخص تأهيلا عاما بإكساب مجموعة من العادات والمهارات التوافقية

مساعدة الشخص على العودة إلى الحياة الاجتماعية العريضة والتوافق مع مقتضياتها باعتباره شخصية مستقلة فاعلة، ويقوم بأدواره الحياتية التي يؤديه كل إنسان.