

رؤى حديثة في علاج الإدمان على المخدرات

أ. بن عشي سعيدة

جامعة خنشلة

ملخص:

أصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات ظاهرة عالمية بالغة التعقيد نظرا للتطورات الهائلة في الكيمياء والصيدلة وظهور مستحضرات ذات انتحاء نفسي جديدة.

هذا ما جعل المجموعة الدولية تعمل على مكافحة إنتاج وتجارة وتعاطي المخدرات وفي نفس الوقت معالجة المدمنين باستخدام مختلف الأساليب والتقنيات العلاجية كالعلاج الطبي لإزالة التسمم والعلاجات النفسية المختلفة و التأهيل الاجتماعي، في إطار فريق متعدد الاختصاصات، مع ضمان المتابعة لتحقيق الشفاء وتفاذي قدر الإمكان خطر الانتكاسة .

Résumé:

L'abus de drogues est devenu un phénomène mondial très complexe en raison des progrès considérables accomplis dans la chimie et les produits pharmaceutiques et l'émergence de nouvelles substances psychotropes

C'est pourquoi la communauté internationale œuvrant pour lutter contre la production, le commerce et l'abus de drogue et pour traiter et soigner les toxicomanes utilisant diverses méthodes et techniques thérapeutiques telles que la désintoxication et différentes thérapies psychologiques et la réadaptation sociale, dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, assurer le suivi pour atteindre la guérison et d'éviter autant que possible le risque de rechute.

مقدمة:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها مشكلة بمعنى الكلمة منذ العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين وبدايات هذا القرن ، نظرا لتعدد أشكال وطرائق التعاطي وظهور مستحضرات ذات انتحاء نفسي substances

psychotropes جديدة في ظل انخفاض سن التعاطي؛ حيث أصبح الأطفال أيضا يتعاطونها بشكل ينذر بأخطار وتعقيدات لا حصر لها. زاد عدد الدراسات في مجال تفسير الظاهرة من مختلف جوانبها على اعتبار الإدمان على المخدرات كما قال به كلود أوليفنشتاين Claude Olivenstein يعود لالتقاء شخصية لديها القابلية للانجرار une personnalité vulnérable

مع مادة مخدرة في موقف اجتماعي ثقافي معين. وانبثقت عن نتائج مختلف الدراسات طرائق علاجية كمحاولات لعلاج المدمنين . تجدر الإشارة فقط إلى أنه وبالرغم من كون مشكلة الإدمان مشكلة تاريخية إلا أن الاهتمام بعلاج المدمنين يعد حديث العهد لايتجاوز المائة سنة من المحاولات العلاجية التجريبية سواء بالسجن أو بإيداع المدمنين في المستشفيات والتي لم تحقق الهدف المنشود بسبب انتشار ظاهرة الانتكاسة بعد فترة من الانقطاع عن التعاطي. توالى الدراسات والتجارب حتى ظهر مفهوم مرض الإدمان الذي حدده جيلينك jellinck 1960 إذ يرى بأنه حالة مميتة لا يستطيع المدمن السيطرة عليها، و يعود الإدمان إلى أسباب فيزيولوجية ونفسية واجتماعية: فالتهبؤ العصبي للإدمان يجعل الفرد الذي يفتقر إلى البيئة الاجتماعية الايجابية يبحث عن حلول سلبية لمشكلاته النفسية، فيقبل من خلال التعلم أو التداوي على العقار الذي يحقق له الراحة حتى يفقد السيطرة على سلوكه الإدماني. ويكون بحاجة للعلاج نتيجة لتدهور حالته الصحية بصفة عامة فضلا عن تدهور أوضاعه الاجتماعية. (1)

ومنذ ذلك الحين أخذت المؤسسات الطبية الكبرى و الهيئات المهتمة بالإدمان في و.م. أ خاصة جماعة المدمن المجهول و المعهد الوطني للكحولية بالعمل حتى أدرج في الدليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية عام 1980

¹ - عبد الله عسكر، "الإدمان بين الشخيص والعلاج"، المكتبة الأنجلومصرية، مصر، ط5، 2005، ص69

معايير تشخيصية تفرق بين الاستخدام غير المرضي للمستحضرات ذات الانتحاء النفسي و الاعتياد والتبعية و الإدمان على هذه المواد..

1- مشكلة البحث:

يلاحظ المنتبغ للبحوث والدراسات المتعلقة بالإدمان على المخدرات وفرة في نتائجها من جهة ومن جهة أخرى التقدم القليل الذي أمكن إحرازه؛ لأن الذي يحدث هو زيادة عدد المتعاطين وانخفاض سن التعاطي وهذا ما يستدعي التعمق أكثر في تناوله بدل الوقوف على الوصف والتعداد للأنواع وطرائق وأشكال التعاطي وللآثار.

وتعتبر خطورة الآثار الناجمة عن الإدمان على المخدرات والتي حصرها مصطفى سويف بتكليف من هيئة الصحة العالمية (خطاب التكليف رقم MTP/MNH /04/02/01 جانفي 1979) في 26 اضطرابا صحيا بدنيا و35 اضطرابا نفسيا و55 اضطرابا اجتماعيا⁽¹⁾ محفزا لظهور عدة محاولات علاجية، والتي بدأت بشكل منفرد و بنظرة اختزالية حسب التحيز المعرفي الذي يميل إليه المتخصص وبالتالي لم تأتي بنتائج مباشرة؛ إذ ارتفعت معدلات الانتكاسة مما يدل على فشلها فضلا عن تفاقم مشكلة الانتقال من مخدر إلى آخر. هذه التحديات التي فرضها السلوك الإدماني كثفت الجهود العلاجية وقاربت بين النظريات إلى حد ما ودفعت إلى تشكيل ما يسمى بالفريق العلاجي المتعدد الاختصاصات مع شبكة الدعم الخارجي بالأخص الأسرة ومؤسسات الرعاية الاجتماعية والمؤسسات القانونية والدينية و التربوية.⁽²⁾

وبالرغم من أن المجموعة العلمية متفقة تماما على ما جاء به كلود أوليفن شتاين Claude Olivenstein من أن الإدمان التقاء شخصية بمادة في ظرف

¹ - مصطفى سويف 1، "مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية"، مكتبة الأسرة، مصر، 2001، ص ص 22-

² - عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص72

اجتماعي وثقافي ما ⁽¹⁾ فإن الطرائق العلاجية المختلفة لم تأخذ هذا الأمر بعين الاعتبار مما جعل معدلات الانتكاسة تتراوح بين 30%-70% ممن يتلقون علاجاً مؤسسياً متكاملًا ⁽²⁾. لأن الهدف الرئيسي لها كان ولازال الوصول إلى ما يسمى الإقلاع أو منع الانتكاسة والمشكل المطروح هو أن الإقلاع عن التعاطي لا يعني بالضرورة الشفاء وهذا ما يستوجب إعادة النظر في جوانب القصور في هذه النماذج العلاجية وكفاءة القائمين بها.

II - أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى إلقاء نظرة على أهم النماذج العلاجية في ميدان الإدمان على المخدرات والتعرف على مبادئها وفعاليتها كما يهدف إلى لفت النظر إلى أهمية العلاجات التكاملية التي تركز على الرؤية الشمولية للإنسان باعتباره وحدة بيولوجية نفسية اجتماعية وروحية، في إطار فريق متعدد الاختصاصات، يعمل جنباً إلى جنب مع شبكة الدعم الخارجي المتمثلة في الأسرة والمؤسسات التربوية والدينية والاجتماعية والقانونية والاقتصادية والثقافية والإعلامية والسياسية من أجل تحرير المدمن من أسر الإدمان، وذلك بتزويده بأدوات جديدة للعيش بتناغم وسلامة مستخدماً مجهوداته واستراتيجياته الطبيعية دون اللجوء إلى وسائط اصطناعية كيميائية.

III - علاج الإدمان على المخدرات

يقصد بمصطلح العلاج جميع إجراءات التدخل الطبي والنفسي والنفسي الاجتماعي التي تؤدي إلى التحسن الجزئي أو الكلي للحالة مصدر الشكوى وللمضاعفات الطبية النفسية المصاحبة، ولابد أن لا نتجاهل شدة تعقيد الموضوع؛ إذ يرى مصطفى سوييف أن هناك مسائل كثيرة تتعلق بموضوع علاج المدمنين وهي :

¹ - Valleur,m, « les addictions »,Nathan,France,2002,p211

² - عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص110.

- هل المدمن مريض أم مذنب؟ وإن كان مريضاً فلما العقاب؟ وإن كان مذنباً فلما العلاج؟

الجواب ليس بالسهل فإذا أخذنا المرض بالمفهوم الطبي المعتاد فإن المريض ضحية للعنصر الفاعل في المرض (فيروس ،ميكروب) وهو أمر لا ينطبق على الإدمان لأن عنصراً أساسياً في مفهوم الإدمان يتمثل في السعي الإيجابي من جانب المدمن للحصول على العنصر الفاعل ألا وهو المخدر وإدمانه؛ ما يميزه عن المريض بالمعنى الطبي الأساسي وهذا هو جوهر التفرقة بين المدمن و المريض فالمدمن مسؤول عن إدمانه من وجهة نظر المجتمع والقانون هذا من ناحية، و من ناحية أخرى فإن وجه الشبه الرئيسي موجود أيضاً بينهما ألا وهو القهر الذي يقع على الضحية فلا المريض و لا المدمن يستطيع التغلب على الحالة التي تستبد به إلا بتدخل عنصر خارجي و هو التدخل العلاجي، ومن هنا يمكن فهم الموقف المزدوج التقييم من جانب التشريعات و المجتمع نحو المدمن.

- إن التدخل العلاجي في حالة المدمن لا يتوقف فقط على التدخل الدوائي لأنه جزء من تدخل أوسع بكثير يتضمن تدخلاً نفسياً واجتماعياً فهو إذن إعادة التخطيط للحياة النفسية والاجتماعية للفرد.

- هناك الكثير ممن لا يرى طائلاً من علاج المدمنين لأنهم سينتكسون و يعودون إلي تعاطيهم بمجرد خروجهم من المصحات و طبعا هذا الرأي ليس في محله لأنه يرتكز فقط على التدخل الدوائي. هنا يؤكد وكلمر Wickler على تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية.⁽¹⁾

-لابد من القول أن أية دولة صادقت و أمضت على الاتفاقية الدولية الرئيسية المنظمة لموضوع التعامل مع المخدرات و المواد النفسية لا تستطيع التنصل من

¹ -مصطفى سويف2، "المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية"،عالم المعرفة،الكويت،1996، ص ص 217-

مسؤوليتها في توفير أسباب العلاج بالمعنى الطبي النفسي الاجتماعي المتكامل؛ لأن الاتفاقيات تنص صراحة على هذا فقد ورد في المادة 38فقرة 1- من الاتفاقية الوحيدة لسنة 1961 ما نصه: "على الأطراف أن تعطي اهتماما خاص لتوفير خدمات العلاج الطبي و الرعاية و إعادة التأهيل للمدمنين". وكما جاء في المادة 396 من الإعلان الصادر عن المؤتمر الدولي للأمم المتحدة عام 1988 ما يلي "....يجب علي الأطراف أن توفر العلاج و التربية و الرعاية اللاحقة و إعادة التأهيل و الاستيعاب الاجتماعي لمتعاطي المخدرات و المواد النفسية كبديل للعقاب أو بالإضافة إليه".⁽¹⁾

و فيما يلي أهم أنواع العلاج و طرائقه :

IV: طرائق علاج المدمنين على المخدرات

1-العلاج الطبي:

بما أن المخدرات مواد سامة تؤثر مباشرة على عمل المخ استوجب الأمر في بداية العلاج ما يسمى بتخليص الجسم من السموم أساسا والتخفيف من آلام الانسحاب و علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب. و يفضل في البداية حقن المريض ببعض المهدئات و المنومات و المسكنات مع متابعة دقيقة للوظائف الحيوية كضغط الدم و حركة التنفس و انتظام القلب و يفضل إعطاء مضادات الصرع خاصة إن كان المريض مدمنًا على العقاقير المهدئة.⁽²⁾

عموما يقوم العلاج الطبي على مبدئين و هما :

-مبدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه.

-مبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل الجسم لتأثيره في سلوكياته، وعلى الطبيب المعالج اختيار أحد المبدئين حسب اعتبارات متعددة:

¹ -مصطفى سويف 2، مرجع سبق ذكره، ص 220

² - المرجع نفسه، ص 97

المبدأ الأول: مبدأ الفطام التدريجي: على المعالج هنا أن ينتقي مخدرا أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة ولكن من الفصيلة نفسها، ويتولى إعطائه للحالة بجرعات وعلى فترات محددة، على أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الجرعات تدريجيا حتى ينتهي الأمر غالبا إلى فطام كامل، الشائع الآن بين الأطباء في الكثير من دول العالم عقار الميثادون، نظرا لكونه أحد مشتقات الأفيون وقوته على إحداث الإدمان أضعف بكثير من الهيروين و المورفين والأفيون.

المبدأ الثاني: طريقة سد القنوات العصبية: يختار المعالج عقارا كعقار النالتركسون ويعطيه للمريض بجرعات محدودة وعلى فترات محددة : يعمل النالتركسون على سد المستقبلات العصبية المعدة أساسا في مخ المدمن لاستقبال الأفيون أو مشتقاته ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية في جسم المدمن، ويستمر الطبيب في إعطاء النالتركسون حسب نظام محدد لفترة محددة حتى يصل المدمن إلى حالة من التوازن الفيزيولوجي دون الحاجة للأفيون ويصحب هذا إنطفاء اللهفة للمخدر.⁽¹⁾

2. العلاجات النفسية: هناك عدة تفسيرات نفسية للإدمان على المخدرات :ترجع سببه إلى وجود سمات معينة في شخصية المدمن وفي بنائه الدينامي أو أنه يعاني من اضطرابات في الشخصية أو أنه اكتسبه كسلوك متعلم..... وتم استنباط عدة أساليب علاجية من هذا المنطلق النفسي في الإدمان:

2-1- التحليل النفسي: ينطلق هذا النوع من العلاج على فرضية وجود قوى لاشعورية مكبوتة تهيج الفرد للتعود والإدمان؛ فمع فشل الفرد في حل صراعاته الداخلية وفي بناء التوازن النفسي بين الرغبات وآفاق السياق الاجتماعي والعلاقات بالآخرين فإنه لا يستطيع التعامل مع الواقع بكفاءة ، مثل هذا الفرد يتعاطى عن طريق الصدفة أو المعرفة بالعقار أو السعي نحو العقار لعلاج

¹ -مصطفى سويف 2، مرجع سبق ذكره، ص ص 226-227

نفسه أو لتخفيف مشاعر سلبية، وتساعد المخدرات على تخفيف الألم النفسي و على هذا يعمل التحليل النفسي من خلال فنيات التداعي الحر على استثارة المكونات اللاشعورية للظهور بهدف تنمية مهارة رعاية الذات وتنظيم وإدارة الرغبات الداخلية ورفع تقدير الذات والتغلب على مشاعر الذنب والخزي، وتحسين مستوى التواصل في العلاقات الشخصية المتبادلة، وتطبيق هذه التقنيات بصورة فردية وجماعية.

ونظرا لطول مدة العلاج والعواقب الوخيمة لظاهرة فصل الطرح الموجب اتجاه المحلل حيث يندفع المريض إلى الانتكاسة السريعة لذا ينبغي أن يتم هذا النوع من العلاج كجزء من برنامج علاجي متكامل مع علاجات أخرى لرفع مستوى الاستبصار والتغلب على الإنكار.⁽¹⁾

2-2- العلاج المعرفي السلوكي :

يهدف هذا النوع من العلاج إلى رفع المهارات الإجتماعية و الكفاية الذاتية و التحكم الداخلي للأحداث و التغلب على الضغوط، و إبدال الأفكار الإنفعالية اللاعقلانية بأفكار عقلانية معرفية و التدريب على الإسترخاء، لتخفيض معدلات القلق و الإستياء و التعامل بكفاءة مع الآخرين و رفع مستوى القدرة والسيطرة على النفس في حال الإقبال على التعاطي و الإنتكاسة.

و لقد طور مارلات و جوردين Marlett et Georden 1980 هذا الأسلوب لتعليم المرضى الإستجابات المعرفية المعقولة في مواقف الإنتكاسة، هذا و تستخدم برامج تدريب مهارات لخفض تعاطي الكحول مع استخدام نموذج تربوي من مهارات الحياة.⁽²⁾ لكن هذا الأسلوب ذو كفاءة جزئية مع مرضى الإدمان خاصة مدمني الكحول و المستحضرات ذات الانتحاء النفسي، خاصة

¹ - عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص 85

² - إجلال محمد سري، "الأمراض النفسية الاجتماعية"، عالم الكتاب، ط1، مصر ، 2003، ص 99.

في الثقافات الغربية التي يشيع فيها استهلاك تعاطي الكحول مما يسبب ارتفاعا في معدلات الإدمان.⁽¹⁾

كما أنه يتطلب خبرة و تدريبا طويلا فضلا إلى حاجته لشبكة الدعم الاجتماعي و تفعيل الدور الأسري و العمل.

لا بأس أن نذكر هنا دراسة قام بها أمزيان الوناس في إطار أطروحة الدكتوراه حول : "استراتيجية العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك" بسجن تازولت ولاية باتنة باستخدام المقابلات الإكلينيكية والملاحظة وشبكة الملاحظة والمحاضرات وبعض المقاييس النفسية كقائمة المكونات المعرفية واختبار تقدير الذات لأيزنك وقائمة حالة القلق لسيلبرجر وآخرون ومقياس حدة اللهفة للإدمان.

تم إخضاع 25 سجينا مدمننا أعمارهم لا تتجاوز 35 سنة للعلاج بعد إبداء موافقتهم على ذلك وتم تطبيق البرنامج بمساعدة رئيس الأطباء والأخصائي النفسي ومدير المؤسسة وقاضي التحقيق وضباط إعادة التربية وكذا إمام مسجد تازولت والممرن الرياضي.

ضمن مرحلتين: القياس القبلي ثم القياس البعدي (بعد ستة أشهر من العلاج). وخلصت الدراسة إلى فعالية هذا البرنامج العلاجي من خلال مساعدته على التخلي أو التقليل من التعاطي وتم تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول التعاطي وقد ترتب عن ذلك تعديل آلي للسلوك ؛حيث أصبح سلوك 20 فردا من أصل 25 مقبولا خاصة غياب سلوك البحث عن المخدر.⁽²⁾

¹-عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص ص 86-87

² -أمزيان الوناس، "استراتيجية العلاج النفسي للمدمنين في الوسط العقابي عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك"، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطونيا، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2006. ص

-النموذج العلاجي -كاسكو-

كلمة الكاسكو هي اختصار لخمسة أحرف، وهي خمس مراحل علاجية يمر بها المريض:

-الفوضى: تمثل صفارة الإنذار:يتعرف المريض على المشكلات في حياته،يرصدها بدقة ومتيقنا من الدمار الذي يسببه الإدمان.

-التقبل: يتعامل المريض مع أفكاره الداخلية،يحاول العلاج أن يزرع المعتقدات الجديدة حتى تبدأ عملية تنشئة اجتماعية جديدة لتحدي المنطق الإدماني ويعي كيفية تطور الإدمان ويفهم معانيه.

-البحث الذاتي: تحاول العملية العلاجية أن تواجه وتتعامل مع المشاعر السلبية التي عادة ما تثير الأفكار الإدمانية والسلوك الإدماني، وتركز هذه المرحلة على البعد الروحي والإيمان بالله .

-المواجهة: يسلح العلاج المريض بالأدوات اللازمة والتعلم والتدريب حتى يستعد للخروج من الإدمان والعيش بحرية، وحين تأخذ التعديلات العقلية مجراها يتمكن المريض من مواجهة الواقع-تعلم أساليب المواجهة-

النظام: يصبح هنا المريض مستعدا لأن يعود للحياة السليمة والانضمام إلى المجتمع ثانية،يراهن البرنامج هنا النظرة الجديدة التي يحملها المريض عن نفسه وعن الآخر وعن الحياة عموما.

يتم هذا عادة في المصحات العلاجية،يستطيع الفرد أن يعيد بناء منظوره العام وإيديولوجيته عن نفسه وعن غيره والبرنامج العلاجي يركز بشكل خاص على

البناء العقلي مع الأخذ في الحسبان كلا من البناء العضوي والروحي.⁽¹⁾

¹ -جواد فطائر،"الإدمان ،أنواعه ،مراحلته وعلاجه"، دار الشروق ، ط1، مصر، 2001، ص ص 160-161

2-3- العلاج الأسري :

يتم العلاج الأسري بالأسلوب الجماعي لتكوين تحالف علاجي مع أعضاء الأسرة و اكتشاف أنماط التواصل غير التوافقية، و تشخيص البناء الأسري و فحص طبيعة الاضطرابات الأسرية التي تتمثل في اضطرابات النظام الوظيفي لها والذي حدده Mcare 1980 على هذا النحو :

-وجود أدوار جامدة في عملية التواصل الأسري تعيق و بشدة فعالية هذه الأدوار.

-الفشل في التعامل مع المشكلات و التعامل بواقعية مع إمكانيات الأسرة.

-عدم القدرة على الإشباع العاطفي للأفراد.

-معظم العلاقات داخل الأسرة تكون مخادعة و مرتبكة و بالتالي لا تساعد و لا تشجع على النمو العقلي والعاطفي و الروحي لكل فرد.

-تكون الأسرة ملوثة بعار مزمن يعيش في كيانها.

-يسود الجو الأسري التواصل السلبي الذي يجعل أفراد الأسرة منشطرين و يتورط أعضاء منها في التعامل أو التحالف السري كدليل على التفكك.

ما يواجه هذا النوع من العلاج هو مقاومة الأسرة لفكرة مرض الإدمان، واعتباره نوعا من الفشل في التربية وسوء الأخلاق و غياب الوازع الديني ورفقة أصدقاء السوء فضلا عن استخدام الإنكار:"ابننا ليس مدمنًا " أو النبذ المقنع بإيداع المريض المستشفى، وعدم الاتصال به أو النبذ الصريح باستدعاء الشرطة لإيداع في المؤسسة العلاجية، و إن حدثت الانتكاسة فالأسرة غالبا ما تلقي باللوم على البرامج العلاجية أو على الأصدقاء.

لذا فهذه العلاجات تسعى لتجنب نقل عدوى الإدمان إلى أعضاء آخرين وإعادة التوازن الأسري وتحسين التواصل بين أفرادها و التعامل مع مشاعر الخزي والذنب وتكوين نسبة معرفية تتعامل مع الواقع الفعلي بعيدا عن الإنكار الذي يؤدي إلى تفاقم المشكلة.

ينبه المختصون إلى أنه لا ينصح القيام بهذا العلاج إذا كانت الأسرة على وشك الانهيار بسبب الطلاق أو إن كان المريض معزولا عن أسرته بسبب البعد الجغرافي، أو إصابته بمرض عقلي شديد، أو إذا كانت الأسرة من النوع الجامد الرافض للتغير، أو أن الأسرة في ذاتها من مصادر المرض نفسه. (الأب مثلا من تجار المخدرات مدعم لإدمان المخدرات). (1)

2-4- العلاج النفسي الجماعي : هي علاجات جماعية للمدمنين تهدف إلى تحقيق أهداف قصيرة المدى و أخرى طويلة المدى:

-الأهداف قصيرة المدى :

- تحسين مفهوم الذات لدى أعضاء الجماعة .
- مساعدة الجماعة على تطوير القدرة علي التعبير اللفظي عن الأفكار المشاعر بحضور الآخرين .
- إتاحة الفرصة لأعضاء الجماعة مناقشة المشكلات، المخاوف دون نقد أو تحسس.

-الأهداف طويلة المدى :

- تشجيع أعضاء الجماعة على أن يصبحوا أكثر مسؤولية اتجاه أنفسهم واتجاه الآخرين في اتخاذ القرارات.
- تطوير الوعي بنقاط القوة و الضعف في شخصية كل عضو .
- مساعدة الأعضاء على تعلم الأداء الاجتماعي لإنجاز الأهداف الشخصية بدون صراع مع المجتمع. (2)
- ونذكر في هذا الإطار الدراسة التي قام بها عبد الله عسكر حول "فعالية السيكدوراما ولعب الأدوار في علاج مرضى الهيرويين

¹ - عبد الله عسكر، مرجع سبق ذكره، ص 91

² - المرجع نفسه، ص ص 101-102

The effectiveness of psychodrama and role play for treatment of inpatients with Heroin addiction

وشارك في هذا العلاج 60 مدمنا أعمارهم ما بين 21-36 سنة بمستشفى الأمل بالرياض بالمملكة العربية السعودية لمدة ستة أشهر.

وبينت النتائج أنه حدث تغير ملحوظ على الحالة الانفعالية والاستبصار والمهارات الاجتماعية عند هؤلاء المرضى مقارنة بغيرهم ممن لم يشاركوا في البرنامج، كما اتضح أن تلك الأساليب تساعد المرضى على مواجهة مشكلاتهم والتعبير عن مشاعرهم وتزيد من تفاعل الجماعة. (1)

3- الجماعات العلاجية التطوعية :

ظهرت أول جماعة علاجية تطوعية عام 1935 حينما أدركت مجموعة من متناولي الخمر بعد محاولة الإقلاع عن التعاطي بأساليب علاجية دون جدوى حيث وجد كارل جوستاف يونغ الذي حاول علاج أحدهم أنهم يحتاجون لقوة علاجية شافية أكبر من القوى العلاجية المألوفة، فبادروا بإصدار أول طبعة من الكتاب الأزرق تحت ما يسمى بجماعة مدمني الكحول المجهولي الاسم AA

بعدما وصل عدد أعضائها إلى 100 عضو أما حاليا فيصل إلى 1000000 عضو منتشرين في أكثر من 100 دولة في أكثر من 87000 جماعة، ونشأت على منوالها جماعة مدمني المخدرات (N.A) NARCOTICS ANOMUMOUS

وهي جماعات تطوعية لا تهدف إلى الربح بل مساعدة كافة من يريد الشفاء بتكوين جماعات علاجية تطوعية وفق برنامج ينشر من خلال أفلام الفيديو، برامج تلفزيونية إصدارات ورقية وجاءت هذه الجماعات كرد فعل للانتكاسات عقب العلاج مستندة في عملها إلى الخبرة التي تكون لدى المريض والتي لا يمكن أن تتوفر لدى المعالجين الأكاديميين أو المستندين إلى النظريات، وترى أن الإدمان

¹ - المرجع نفسه، ص 377

علة روحية والعلاج يكون باسترجاع المعتقدات الأخلاقية والدينية وانطلاقاً من هذا ظهر ما يسمى بمرشد علاج الإدمان من المدمنين السابقين ويعملون في إطار رسمي مأجور في مؤسسات العلاج وعمل تطوعي داخل هذه الجماعات . بالرغم من الشهرة الواسعة لهذه الجماعات إلا أن نتائجها العلاجية ليست على المستوى في الكفاءة فلقد أشار وولش وآخرون (walsh et al 1991) إلى أن المردود العلاجي للأشخاص المنضمين لها كان ضعيفاً مقارنة بالذين كانوا في هذه الجماعات ومروا بخبرة علاج داخل المستشفى.

4- العلاج المؤسساتي المتكامل :

يمثل ذروة ما وصلت إليه الجهود العلاجية في ميدان الإدمان، و يطبق هذا النوع من العلاج داخل المؤسسات العلاجية سواء كانت حكومية أم خاصة؛ يعتمد على برامج علاجية مرحلية و تكاملية حيث يتم الجزء الأساسي منها داخل المستشفى ثم تتوالى المراحل في العيادات الخارجية والمنزل و المدرسة ومكان العمل، و لتعقد مرض الإدمان فهذه المؤسسات تضم فريقاً علاجياً متخصص يسعى لإغلاق ثلاث حلقات في وجه المتعاطي وهي: الحلقة البدنية العصبية التي يقوم عليها فريق من الأطباء ثم الحلقة النفسية يقوم عليها مختصون نفسانيون، و الحلقة الاجتماعية يقوم عليها أخصائيو الخدمة الاجتماعية و العلاج الأسري، ويؤازرهم في ذلك استشاريون ومرشدون دينيون و معالجون بالعمل والأشغال اليدوية الفنية والرياضية، و تقوم عادة بهذا العلاج الدولة نظراً لارتفاع تكلفته.

5- التأهيل والدمج الاجتماعي:

التأهيل عملية مهمة في سلسلة التدخلات العلاجية لإعادة الشخص إلى حالة جيدة جسدياً نفسياً واجتماعياً وحتى مهنيًا، ويتناول التغيرات التي تطرأ على شخصية الفرد وذلك حتى يظل متوقفاً عن التعاطي بعد العلاج من الإدمان وأن يندمج أسرياً واجتماعياً ومهنيًا.

وتتضح أهمية ضرورة إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي في حالة فقدان المدمن لعمله وتخليه عن أسرته أو تخلي أسرته عنه والتورط في متاعب قانونية مما يستوجب إعادة التأهيل المهني.

فيتم إعداد برنامج إعادة التأهيل والدمج والاستيعاب الاجتماعي بهدف صياغة أسلوب جديد لحياة المدمن المعافى ويتم ذلك عبر عدة محاور.

-التوقف التام عن التعاطي.

-انعدام الدافعية للتعاطي.

-تخليص المدمن من سلوكياته الإدمانية مع الالتزام التام في سلوكياته.

-تغيير اتجاهات وتصورات الفرد المبررة للتعاطي.

-المساعدة على العودة إلى الحياة الاجتماعية دون وصمة الإدمان والتوافق مع مقتضياتها.

-تهيئة الفرد للدمج في إطار اجتماعي باستعادة قدراته ومهاراته التي اضطربت نتيجة التعاطي ومساعدته على ممارسة أدواره الاجتماعية بشكل طبيعي.

6-المتابعة:

يجب الاهتمام بالمتابعة والرعاية اللاحقة حسب نظام مخطط لتجنب الانتكاسة وذلك بمتابعة الأسباب المحتملة التي قد تعيد المريض الذي تم علاجه الى الادمان مرة ثانية.⁽¹⁾

هناك بعض التوصيات المصاحبة للجهود المتكاملة طبيا و نفسيا واجتماعيا في علاج الإدمان والتي من أهمها :

-إجراء العلاج في المصحات خاصة ضمانا لعدم اماكن الحصول على مواد التعاطي.

-إثارة الدافعية و الرغبة القوية للشفاء لمدى المدمن.

-النظر إلى المدمن على أنه مريض يجب أن يعالج.

¹ -إجلال محمد سري، مرجع سبق ذكره، ص 100-101

- التعرف على أسباب الإدمان في كل حالة و إزالتها و التخلص منها.
 - تعريف المدمن وإقناعه بأضرار الإدمان و تشجيعه على الإمتناع عن التعاطي
 و التأكيد على أن العودة و لو مرة واحدة للتعاطي يعني العودة للإدمان مرة ثانية.

- الإهتمام بعلاج مصاحبات الإدمان كالإكتئاب، الفصام،.....الخ.⁽¹⁾.
ملاحظة: مع تطور المعرفة والخبرة العلمية الطبية في مجال الإدمان على
 المخدرات ، اتجهت الجهود العلاجية الحديثة إلى وضع برامج علاجية نوعية
 خاصة بكل نوع من أنواع المخدرات تشمل علاجات طبية حسب نوع
 المستحضر وتأثيراته على الجانب الجسدي والنفسي والاجتماعي ومن ثم يحدد
 نوع التدخل النفسي والاجتماعي أيضا، كما طورت برامج علاجية أخرى لمتعدي
 الإدمان.

V- تساؤلات حول إمكانية الشفاء من الإدمان على المخدرات:

قبل التفصيل في هذه النقطة يجب القول أن الشفاء ليس التوقف عن التعاطي
 لأن الامتناع قد يكون دفاعا ضد العلاج، ضد ما يمكن أن يكون إعادة نظر
 وهجر للتسوية المرضية التي قام بها المدمن.⁽²⁾.
 يقول جواد فطاير أن هذه التساؤلات تحمل في طياتها قضية شائكة تتمثل في
 مدرستين فكريتين:

- المدرسة الأولى: المعتمدة على النموذج العضوي والتي ترى أنه لا علاج
 للإدمان ببساطة: لأن جسم المدمن وسماته الشخصية حتما عليه الإدمان، انطلاقا
 من من هذه النظرة فعلى المدمن أن يتقبل هذا الواقع ويجد طريقة للتعامل معه.

¹- المرجع نفسه، ص 96

²- jacques, j,p, «Drogues et substitution »,ed Deboeck,Bruxelles,2006,p30

-المدرسة الثانية: ترى أن الإدمان سلوك متعلم: معظم المدمنين تعلموا الإدمان نتيجة عوامل البيئة الاجتماعية وعن طريق التفاعلات الاجتماعية تعلموا التأثيرات المرغوبة للمخدرات.

بالرغم من الصعوبات الكبيرة في علاج الإدمان ووجود خطر الانتكاسة إلا أن جواد فطير من خلال خبرته الطويلة مع المدمنين في الوم أ يقول بأن الإدمان عبارة عن علاقة من الممكن أن تتوقف: فكلما وصلت العملية الإدمانية إلى مراحلها المتأخرة انتشرت مشاعر اليأس والخوف والهزيمة وفقدان للأمل في الشفاء. أما الاعتقاد بوجود إمكانية الخروج والحل فهو أساس الشفاء ويجب البحث عن عمل لا أن يكون هناك تصارع مع الفراغ والملل: في هذا الصدد أثبتت التجارب أن تحمل المسؤولية هو المؤشر الرئيسي للشفاء وهو الذي يشجع المدمن على تقبل التغيير، تغيير النظرة لنفسه ولغيره وللحياة.

أمر آخر مهم جدا ومساعد على الشفاء هو تغيير نظرة الآخرين خاصة أفراد الأسرة للمدمن.⁽¹⁾

VI-عناصر الشفاء:

-البعد العضوي: يبدأ الشفاء عندما يكون العقل قابلا للاهتمام بالجسد والعطف عليه، عندما يعتني الفرد بجسمه أكثر من عنايته بنشوته أي يعيش الجسم في إيقاعه الطبيعي.

-البعد الإدراكي: في عملية الشفاء يأخذ المنطق الطبيعي شيئا فشيئا مكان المنطق الإدماني، يبحث الفرد عن القوة والضعف في نسق العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وليس في نسق الاستقلال التام عنهم والتعلق بالمخدرات ويتأكد الشفاء عندما يستطيع الفرد أن يرى نفسه ذا مهمة وأهمية في هذه الحياة.

-البعد العاطفي: يتطور البناء الإدراكي والعاطفي نتيجة التفاعل الاجتماعي، هذه المشاعر تتضمن جوانب إيجابية كاللذة والمتعة والحب وأخرى سلبية كالخوف

¹ -جواد فطير، مرجع سبق ذكره، ص 232

والوحدة... ومشكلة المدمن أنه ربط الموضوع الإدماني بمشاعر معينة؛ إذن لا يتم الشفاء إلا عندما يتعلم الفرد معالجة مشاعره إيجابية كانت أو سلبية باستخدام الأساليب والوسائل الطبيعية المتاحة في الحياة بدلا من الوسائل الإدمانية.

- **الدور الاجتماعي:** التشافي هو محاولة الوصول إلى تحقيق الأهداف بالوسائل الطبيعية، الوسائل المتاحة والمعروفة التي يزود المجتمع بها الفرد.

- **البعد الروحي:** يمثل هذا البعد أعلى مستويات الوجود الإنساني، يتشافي المدمن لما يستبدل ماديات الإدمان بروحانيات الإيمان للوصول إلى القوة والسكينة والسعادة وتحقيق السلام مع النفس ومع الآخرين.

- **البعد الاقتصادي:** في التشافي يعيد المدمن ترتيب أولوياته من جديد، الشفاء يصبح ممكنا أكثر عندما يضبط المجتمع الموضوعات الإدمانية بطريقة أفضل وعندما يعوقها أكثر مما يروجها، التشافي يكون أفضل عندما يصر المجتمع على أن النمو الإنساني وماهية الحياة أفضل وأعلى بكثير من البيع وأرقام الربح والممتلكات.

VII- الوقاية:

إن الوقاية من الإدمان مسؤولية اجتماعية شاملة تتضمن مكافحة انتاج مواد التعاطي وتقليل العرض ومقاومة الطلب، وهذا هو التوجه الذي تتبناه الآن منظمات الأمم المتحدة المعنية بمشكلة المخدرات ففي الجلسة الثانية والثلاثين للجنة المخدرات التابعة للام المتحدة المنعقدة في فيينا في الفترة الممتدة بين 3-11 فبراير 1987 " ارتأى معظم الأعضاء والمراقبين ضرورة أن يتوفر في أي برنامج يهدف إلى التحكم في المواد النفسية، التوازن بين إجراءات خفض العرض وإجراءات خفض الطلب غير المشروع بالنسبة لهذه المواد النفسية " (1).

¹ - مصطفى سوف 2، مرجع سبق ذكره، ص 187

ويكون خفض العرض ومكافحته بالمكافحة الأمنية والقانون والمشاركة في الاتفاقيات الدولية والإقليمية، أما خفض الطلب فيكون من خلال: الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والاستيعاب.

وفيما يخص عنصر الوقاية فلقد اتفقت منشورات منظمة الصحة العالمية وهيئة الأمم المتحدة على التفرقة بين ثلاثة مستويات فيها هي: وقاية أولية ووقاية ثانوية ووقاية من الدرجة الثالثة وهي تفرقة معقولة وعملية ويتبناها معظم المهتمين بالموضوع .

*الوقاية من الدرجة الأولى:

نقصد بها مجموع الإجراءات التي تستهدف منع الوقوع في التعاطي أصلا ويدخل في هذا الباب جميع أنواع التوعية التي تدخل في هذا المنحنى وكذا مجموع الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة من اجراءات امنية او تشريعية بهدف منع توافر المخدر , ويجب ان توجه هذه الجهود فيما يخص التوعية الى الجماعات الاجتماعية الأكثر تعرضا لاحتمالات التعاطي - الجماعات الهشة المستهدفة والتي تعرف من خلال بحوث علمية وميدانية .⁽¹⁾.

*الوقاية من الدرجة الثانية :

يقصد بها التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي لكي لا يصل بالشخص الى مرحلة الادمان وكل ما يترتب عليه من مضاعفات ويستند هذا الأسلوب إلى نقطتين هامتين:

1- قد يبدو المطلب الأول في الوقاية الأولية أحيانا بعيد المنال فيجب العمل بالحكمة القائلة " ما يدرك جله لا يترك كله" .

¹ - المرجع نفسه، ص 200

2- قد نجد نسبة كبيرة من الشباب الذين يقدمون على التعاطي لا يلبثون أن يتراجعوا عنه تماما نتيجة أمور تحدث في سياق الحياة اليومية دون تخطيط مسبق.⁽¹⁾

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه كلما كان العلاج مبكرا كلما قل احتمال الانتكاسة .
*** الوقاية من الدرجة الثالثة:**وقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبي أو الطبي النفسي والسلوكي للحالة التي غالبا ما يترتب على استمراره في إدمانه، ويتوسع البعض أحيانا في التعامل مع هذا المفهوم على أساس من ابتكار بعض الأساليب المرنة التي تسمح للمدمنين أن يعيشوا حياة أقرب إلى السواء لكن تحت المراقبة الأمنية والطبية مع تلقي بعض الخدمات الطبية والمعيشية التي تعينهم على الإستمرار دون تعاطي ولكن إن تبين أنهم انتكسوا أعيدوا إلى السجون.

هناك دراسة لكل من قلين وجيسور Glenn et jessor على أطفال يبلغون من العمر 12 سنة لصياغة المحددات التي تجعلهم يقاومون في المستقبل استهلاك المخدرات ،وصدرت نتائج الدراسة التي يمكن اعتبارها دراسة وقائية في كتاب ل:إينابا وكوهن Inaba et Cohen عام 1979 أين صيغت فيه أربعة محددات:
 -وجود معنى كبير للمشاركة في الأسرة والانخراط فيها أي إحساس الفرد بأنه عضو فيها وله دور أيضا.

-أخذ وضعية شخصية من المخدرات والكحول والجنس.
 -وجود معنى روحي قوي ويكون للفرد هدف دور في المجتمع مع الشعور بالإنتماء للمجموعة وقبول قيمها.
 -التعلق بنموذج إيجابي راشد من غير الوالدين. وكل هذا يخلق نوع من الانسجام والاتساق بين الأفراد والمجموعة الإجتماعية التي ينتمون إليها.⁽²⁾

¹ -مصطفى سوييف، مرجع سبق ذكره، ص ص 110-111

² - Morel,a, « prevenir les toxicomanies », Dunod,France,2004,pp161-162

خاتمة

يعتبر مشكل الانتكاسة لدى المدمنين بعد خضوعهم لعلاجات منفردة تحديا كبيرا للمؤسسات العلمية والطبية المتخصصة: مما جعلها تعيد النظر في برامجها العلاجية: حيث تم التوصل إلى ضرورة أخذ كل جوانب الوجود الإنساني بعين الاعتبار في هذه البرامج؛ بمعنى إخضاع المدمنين لعلاج متكامل بدأً من العلاج الطبي لإزالة السموم وبعدها التكفل بالجوانب النفسية المتعلقة بشخصياتهم من أجل تطوير جوانب القصور فيها بإدراج أسرهم في ذلك -في إطار علاج نفسي وأسري- ضمن فريق متعدد الاختصاصات يعمل جنبا إلى جنب مع شبكات الدعم الخارجي: الأسرة والمؤسسات الدينية -لتغذية الجانب الروحي- والمؤسسات القانونية ومؤسسات التشغيل وغيرها من المؤسسات لتأهيل المدمنين وإدماجهم اجتماعيا ومهنيا بعد الإقلاع عن التعاطي.

وبالموازاة مع الجهود العلاجية يجب العمل على محاربة تجارة المخدرات واستهلاكها من خلال وضع استراتيجيات جديدة للقضاء على العرض وفي نفس الوقت استثمار طاقات الأفراد لردع الفراغ الرمزي الخالي من المعنى ومن الأهداف وبالتالي القضاء على الطلب الناتج عن وجود إيديولوجية اللذة أو المتعة الحسية الخيالية وهذا هو الهدف الأساسي للعلاج أيضا.

قائمة المراجع:

- 1- عبد الله عسكر، "الإدمان بين التشخيص والعلاج"، المكتبة الأنجلو المصرية ط5، مصر. 2005.
- 2- مصطفى سويف 1، "مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية"، مكتبة الأسرة، مصر، 2001.
- 3- مصطفى سويف 2، "المخدرات والمجتمع"، عالم المعرفة، الكويت، 1996.
- 4- إجلال محمد سري، "الأمراض النفسية الاجتماعية"، عالم الكتاب ط1، مصر، 2003.
- 5- جواد فطائر، "الإدمان، أنواعه، مراحله وعلاجه"، دار الشروق ط1، مصر، 2001.

- 6-أمزيان الوناس،"إستراتيجية العلاج النفسي للمدمنين في الوسط العقابي عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك"، أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2006
- 7-jacques,j p, « Drogues et substitution »,ed Deboeck,Bruxelles,2006.,
- 8-Valleur,m « les addictions »,Nathan,paris,France,2002
- 9-Morel,a, « prevenir les toxicomanies »,Dunod,France,2004