تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي: الأسباب، التأثيرات، سبل الوقاية والعلاج "دراسة نظرية تحليلية"

Drug abuse in the school setting: causes, effects, prevention and treatment methods - an analytical theoretical study

عادل تاحوليت

المدرسة العليا للأساتذة آسيا جبار قسنطينة (الجزائر)، Tahoulit.adel@ensc.dz

تاريخ الاستلام : 2022/12/08 ؛ **تاريخ القبول**: 2023/02/14 ؛ **تاريخ النشر**: 2023/03/19

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أسباب تعاطي المراهق للمخدرات في الوسط المدرسي، بالتطرق إلى أهم النظريات التي حاولت تفسير نشوء استهلاك العقاقير والإدمان عليها؛ وكذا ما أشار إليه التراث النظري والدراسات السابقة، بدءا بالتشخيص فالتأثيرات المترتبة عن الاستهلاك والإدمان، ثم البحث في سبل الوقاية والعلاج، ذلك في ظل تنامي تعاطي المراهقين لهذه المواد المحظورة التي أصبحت في تصاعد مستمر وتفشت في الأوساط المدرسية بين الجنسين.

الكلمات المفتاحية: مخدرات، وسط مدرسي، وقاية، علاج.

Abstract:

The current study aimed to reveal the causes of adolescent drug abuse in the school setting; by addressing the most important theories that attempted to explain the emergence of drug consumption and addiction, As well as what the theoretical heritage and previous studies indicated, Starting with the diagnosis, the effects of consumption and addiction, Then research ways of prevention and treatment, This is in light of the growing abuse of adolescents to these prohibited substances, which have become steadily increasing and spread in the school environment between both sexes.

***Keywords**: Drugs, school environment, prevention, treatment..*

– مقدمة:

تعتبر العقاقير غير القانونية ذات التأثير النفسي كالحشيش والكوكايين والهيروين سلاح ذو حدين؛ فهي من ناحية وسائل مهمة للشفاء يصعب الاستغناء عنها، إلا أنها من جهة أخرى مواد تسبب التعلق وتهدد حياة الأفراد والأسر من جهة أخرى. ويشير تاريخ الجنس البشري إلى أنه تم استخدام الأعشاب والجذور وأوراق اللحاء والنباتات لتخفيف الألم والسيطرة على الأمراض؛ فكان تناولها بشكل صحيح، وكانت نعمة طبية. ومع ذلك، على مدى العقود القليلة الماضية، انتشر استخدام العقاقير غير المشروعة بمعدل غير مسبوق ووصل إلى كل جزء من أرجاء العالم. هذا ما جعل الباحثون على مختلف مشاربهم يسلطون الضوء على سبب تعاطي وإدمان المخدرات، والبحث على سبل الوقاية والعلاج.

لقد كشف مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (2021) أن عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات زاد بنسبة(22%)بين عامي(2010-2019)، ويرجع ذلك جزئيا إلى النمو السكاني العالمي. واستنادا إلى التغيرات الديمغرافية وحدها، كما تشير التوقعات الحالية إلى زيادة بنسبة(11 %)في عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على الصعيد العالمي بحلول عام(2030). وزيادة ملحوظة بنسبة(40 %)في أفريقيا، بسبب النمو السريع للسكان والشباب.

وعلى المستوى المحلي كشف الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها أن نسبة تعاطي المخدرات في المؤسسات التربوية الجزائرية سجلت في السنوات الأخيرة ارتفاعا قياسيا، كاشفا أنه تم تسجيل سنة(2016)حوالي

(54) ألف تلميذ يتعاطى المخدرات، في حين تشير منظمات غير حكومية إلى أرقام أكبر بكثير قدرت ب مليون وثلاث مائة ألف تلميذ.

وفي ضوء ذلك تبرز الحاجة إلى التصدي للظاهرة وضرورة أن يتحمل الجميع مسؤوليته لتجنيب المراهقين والمجتمع شرورها، حيث أصبحت من أبرز الظواهر الإجتماعية الراهنة وإحدى مشكلاتها المعاصرة التي أضحت تهدد المدرسة الجزائرية بصفة خاصة، وكيان المجتمع بصفة عامة وبكافة فئاته واتجاهاته.

ثانيا– مدخل مفاهيمي:

– **تعريف المخدرات لغة:** أصل كلمة المخدرات في اللغة العربية خدر والخدر يعني الستر، ويقال جارية مخدرة إذا لزمت الخدر، أي تسترت به ولم يرها أحد ومن هنا استعمل كلمة مخدرات على أساس أنها تغيب العقل.

(عبد السميع، 2008، ص23)

– **تعريف المخدرات اصطلاحا:** هي كل مادة والتي من خلال طبيعتها الكيميائية تعمل على تغيير بناء وظائف الكائن الحي، الذي أدخلت إلى جسمه هذه المواد وتشمل التغييرات على وجه الخصوص وبشكل ملحوظ، حالة الحواس والوعي والإدراك، علاوة على الناحية النفسية والسلوكية. **(بوحمزة، د ت، ص14)**

– وتعرّف أيضا بأنها مواد طبيعية أو مصنعة تحتوي على عناصر مخدرة أو مسكنة أو منبهة أو مهلوسة تستخدم عادة لتحقيق أغراض طبيبة، أما في حالة الاستخدام لأغراض أخرى، فإنها تؤدي إلى التعود على تعاطيها أو الإدمان عليها، ما يؤثر سلبا على صحة الفرد والمجتمع ماديا، اجتماعيا، معنويا وأمنيا. **(مظلوم، 2012، ص7)**

– **التحمل:** تغيّر عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة نفسية محدثة للاعتماد بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل. ***(Nutt, & al, 2007)***

– **الإنسحاب:** مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها، تحدث للمدمن على أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيرا واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة. **(رزق، 2005)**

قبل التطرق لأسباب تعاطي وإدمان المراهقين للمخدرات بأنواعها نقف عند تشخيص هذا الاضطراب والتعرف عليه من وجهات نظر علمية مختلفة نفسية، طبية، واجتماعية وحسب دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية DSM-5 .وكذا تفسير أسباب تفشي الظاهرة وفق تصور النظريات المختلفة.

1 تشخيص الاضطراب: توجد أسس مختلفة لتصنيف المواد ذات التأثير النفسي. إذ يمكن تصنيفها على سبيل المثال على أساس التركيب الكيميائي أو حسب احتمالات التعلق بها أو وفق التأثيرات الإجتماعية والنفسية. وهو ما تقوم به منظومات التصنيف في الواقع، حيث تستخدم في تصنيفها أحد السمات الثلاثة التالية على الأقل:

* **التعلق النفسي:** والمقصود به النزوع الذي لا يقهر للتناول المتكرر دائما لعقار ما بهدف تحقيق حالة إيجابية أو حالة من اللذة أو بهدف تجنب مشاعر الضيق.

* **التعلق الجسدي:** بعد التناول المتكرر لغالبية العقاقير ينشأ التعلق الجسدي (تختلف كمية التكرار حسب المادة). ويتعلق الأمر هنا بحالة التلاؤم للاستقلاب الذي يقود إلى أن يصبح الجسد متعلقا بانتظام بالإمداد بمادة مؤثرة نفسيا. ويوجد معياران أساسيان لوجود التعلق الجسدي.

- **التحمل:** حيث يتم باستمرار زيادة كمية الجرعة من أجل الوصول إلى الأثر المرغوب. وهذا يعني في الوقت نفسه أن تأثير المادة يتناقص بالتدريج عند تناول الجرعة نفسها بصفة متكررة.
- **ظواهر الحرمان أو السحب:** ويظهر الحرمان أو السحب بعد توقف تناول العقار ويعبّر عن نفسه في أعراض مختلفة كالحمى وآلام الأعضاء (متلازمة السحب الخاصة بالمادة).

* **الآثار الإجتماعية:** يؤدي التعلق الجسدي أو النفسي أو كلاهما معا عاجلا أو آجلا إلى عواقب اجتماعية وخيمة؛ منها على سبيل المثال إهمال وتضييق العلاقات الاجتماعية وتراجع قدرات الإنجاز المهنية وظواهر تدمير الحياة الشخصية. بالإضافة إلى ذلك يقود تعوّد استهلاك المواد غير القانونية إلى أنماط سلوك جنائية وأعمال أخرى غير قانونية للحصول على العقاقير.

– **تشخيص DSM-5:** يميّز بين سوء استهلاك المواد والتعلق بها كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (1) يبيّن: الفروق بين سوء استهلاك المواد والتعلق بها حسب DSM-5

سوء الاستخدام (سوء الاستهلاك)	التعلق
– مواصلة الاستهلاك على الرغم من المعرفة بالمشكلات الناجمة عن ذلك. – الاستهلاك المتكرر في المواقف الحرجة. – مشكلات قانونية. – الاستمرار بتناول المادة على الرغم مما ينجم عن ذلك من مشكلات اجتماعية. – لا يوجد تعلق. – يظهر الاضطراب عبر 12 شهر التي يتم فيها سوء الاستهلاك.	– ازدياد التحمل. – أعراض السحب. – زيادة الجرعة. – الرغبة المستمرة في السيطرة على المادة (محاولات فاشلة للسحب) أو محاولة ذلك. – الاستهلاك الكبير للوقت من أجل الحصول على المادة. – تقييد أو تضييق وقت الفراغ أو النشاطات المهنية بسبب الاستهلاك. – الاستمرار بالتعاطي على الرغم من معرفة الأضرار. – تكرار تناول المادة لمكافحة السحب.

يقود الأسلوب غير المناسب لاستهلاك المادة إلى أضرار ومعاناة بحيث يتحقق واحد من المعايير التالية عبر 12 شهرا:

- مواصلة الاستهلاك الذي يقود إلى الفشل في تحقيق الواجبات المهنية أو المدرسية أو المنزلية.
- الاستهلاك المتكرر في المواقف التي يشكل فيها التناول خطرا جسديا (قيادة السيارة في حالة سكر مثلا).
- تكرار المشكلات القانونية في سياق استهلاك المواد.
- الاستمرار بتناول المادة على الرغم من المشكلات الاجتماعية المستمرة أو المتكررة الناجمة عن تناول المادة التي تزداد بسبب تعاطي المادة.

كما ينبغي ألّا تتحقق معايير التعلق في أي وقت من الأوقات على الإطلاق.

ثالثا – أسباب تعاطي المراهقين للمخدرات والإدمان عليها:

هناك فرضيات كثيرة ومتفرقة حاولت تفسير أسباب تعاطي المراهقين للمخدرات والإدمان عليها، نتطرق أولا إلى النظريات المبنية حول مسببات بدء واستمرار التعلق بالمواد المؤثرة نفسيا. ثم نعرّج على الأسباب من وجهة نظر الدراسات السابقة والتراث النظري.

* ويقدم كل من (بلات، Platt وكويب Keup وفويرلاين Feuerlein)؛ المشار إليهما في "**رضوان**" (**2009**) عرضا لهذه النظريات المفسرة نلخصها في:

– **النظريات البيولوجية:** ويمكن هنا ذكر نظرية قصور الاستقلاب التي نادى بها كل من دول **Dole** ونايسواندر Nyswander. فقد طرح الباحثان وفقا لفاعلية طرق العلاج النفسي التقليدي التي خمناها وما يرتبط بذلك من نظريات نفسية، فرضية أنه يوجد أشخاص يملكون قصورا استقلابيا غير قابل للتحديد النوعي.

وتعد التجربة الأولى من العقار نتيجة لفضول طبيعي، إلا أن الشذوذ العصبي المنشأ المذكور يشكل مع الأرضية المنمّية للإدمان للشخصية الفردية الأساس لتطور الإدمان. أما اليوم فلم تعد هذه النظرية تلقى تأييد بسبب نقص الدلائل التجريبية ونتيجة وجود معارف أفضل حول التأثير البيولوجي الكيمياوي للعقاقير.

– **نظريات الشخصية:** سيطر في البحث ولسنوات طويلة تصور الشخصية الإدمانية على شكل سمات استعدادية مسبقة موحدة لتطوير التعلق. وعلى الرغم من إيجاد عدد كبير من الفروق بين المتعلقين وغير المتعلقين (في مجال الأمراض النفسية ونتائج عصابية وذهانية واضطرابات شخصية وسيكوباتية وسوسيوباتية ومفهوم الذات وتصورات القيم)، إلا أنا النتائج غالبا ما كانت مثارا للشك وذلك لأسباب طرائقية، وبشكل عام ليس هناك بنية شخصية نوعية وثابتة فيما يتعلق بالمتعلقين. بالإضافة إلى ذلك توجد هنا مشكلة أيضا فيما يتعلق بالأسباب والتأثير؛ فالدراسات أجريت بطريقة استرجاعية بحيث أن السؤال فيما إذا كانت النتائج التي تم الحصول عليها لدى الذين أصبحوا متعلقين سببيا أم نتيجة للتعلق، تظل بدون إجابة.

– **نظريات تحليلية نفسية:** يرى عدد كبير من المحللين النفسيين أن أساس التعلق يرجع للنمو المضطرب للأنا. وهذا يقود إلى حالة من التوتر غير القابل للتحمل (ناتج عن إهمال الأم وعن صورة أب ضعيف وسلبي)، والتي يمكن التغلب عليها من خلال استهلاك العقاقير. ويتم شراء تخفيض هذا التوتر من خلال انهيار التنظيم الطبيعي للأنا ومن خلال تراجع الواقع إلى الخلفية في الوقت نفسه. وعند تراجع تأثير العقار يعود الإكتئاب وحالة التوتر الشديد ثانية مما يقود من جديد إلى الرغبة الشديدة في العقار. ويلعب التحمل دورا مهما في تصور "***Rado***". فعند استمرار تناول العقاقير تضعف العوامل النشوئية لاستهلاك العقار باستمرار بحيث يشعر الفرد المتعلق بالخوف من تخفيض الأحاسيس الإيجابية وتزداد شدة حالة التوتر والإكتئاب. وأخيرا يصبح اهتمام المتعلق متمركزا على الحصول على العقار فقط، مع العلم أن انفعال اللذة الدوائي يحل شيئا فشيئا محل الأحاسيس الجنسية والرغبات. وتتراجع المواضيع الأخرى خلف هذا الهدف الأولي باعتبارها مواضع فائضة.

ويرى محللون نفسيون آخرون أن حقن عقار ما بوسيلة بسيطة بدائية لإشباع الحاجات التي لا يمكن تحقيقها في الحياة اليومية. فالحقن بالهيروين يحل التوتر الناجم عن الحياة اليومية ويعود بالمتعلق إلى طور الطفولة، ذلك الطور الذي يمكن أن يكون الإشباع فيه بسيطا ويتم دون صعوبات كبيرة.

وتتمثل مشكلة كل النظريات التحليلية النفسية في هذا المجال كما في المجالات الأخرى في نقص الأسس التجريبية.

– **النظريات النفسية الإجتماعية:** يُعد تصور "***Ausubel***" مثالا حول العدد الكبير للنظريات النفسية. ويفرّق أوزوبل بين العوامل الداخلية المثيرة للإدمان والعوامل الخارجية. ويقصد بالعوامل الخارجية بشكل الحصول على العقار بالارتباط مع حالات القهر الاجتماعي أو السلطة الانتمائية لمجموعات الرفاق. وتؤثر هذه العوامل مع بعضها البعض وتقود إلى استهلاك مستمر للعقار بشرط أن تكون العوامل الداخلية موجودة كذلك. ومن العوامل الداخلية اضطرابات الشخصية المختلفة التي تتصف أساسا بأنماط سلوك سلبية غير متحملة للمسئولية وفوضوية، ويرى أوزوبل أن أسباب اضطرابات الشخصية هذه هي في العلاقات المضطربة بين المراهق وأسرته. ويحقق استهلاك المخدرات وظيفة نوعية في إطار اضطرابات الشخصية المعنية كالمواجهة المباشرة للإرهاقات وحالات التوتر على سبيل المثال.

– **النظريات الإجتماعية:** تذهب أغلب النظريات الإجتماعية إلى أن التعلق لا ينجم عن اضطراب فردي خاص بالفرد، وإنما عبارة عن اضطراب ينجم عن عوامل اجتماعية. زمن ثم يمكن لأي شخص أن يصبح مدمنا إذا توفرت الظروف الإجتماعية الخاصة. وتلعب سمات العقاقير النشوية في النظريات الإجتماعية دورا ضئيلا، وبصورة مشابهة لوجهة نظر أوزوبل يصف لوند سميث "***Londesmith***"، على سبيل المثال أن الاستعمال الأول للعقار ضمن مفهوم تيسر العقار وضغط مجموعة الأقران، أما أسباب الاستعمال الأول للعقار فيمكن هنا أن تكون من طبيعة مختلفة جدا، أما العوامل المثيرة المخمنة فهي مجموعات الأقران. وبعد حصول التعلق الجسدي يلعب التغلب على أعراض السحب دورا في الحصول على العقار بصورة مستمرة. عندئذ يصبح شخصا ما مدمنا عندما يعيش بوعي متلازمة الحرمان ويدرك وجود علاقة بين هذه المتلازمة والاستهلاك اللاحق للعقار.

– **نظريات التعلم:** تعد نظرية العاملين لفيلكر (1965)"***Fylker***"من التصورات النظرية العلمية القديمة، وتذهب هذه النظرية في البدء من أن الاستهلاك الأولي للعقاقير يمكن تفسيره بشكل أساسي من خلال الظواهر الاجتماعية. وهو يفترض أن مثل هؤلاء الأشخاص يقومون بتجريب المخدرات لتحقيق التوقعات المتزايدة للتأثير الإيجابي للمخدرات ولإشباع الحاجات الأولية. وبعد تطور التعلق الجسدي تؤدي الخبرة بإمكانية التغلب على أعراض السحب من خلال تكرار استهلاك المخدرات إلى سلوك هادف وكثيف فيما يتعلق بالحصول الدائم على العقاقير.

وتؤكد نظريات التعلم على أن استهلاك العقاقير البدئي (الأولي) هو نتيجة للعوامل التالية:

- تيسر العقار؛
- الارتباط العالي بمجموعة مرجعية (مجموعة الأقران)؛

- يكون التقويم لاستهلاك العقاقير في هذه المجموعة المرجعية إيجابيا وتمارس المجموعة ضغطا عاليا من أجل استهلاك اعقار؛
- القابلية المرتفعة لتأثر الفرد بضغط الجماعة.

ولا يمتلك استهلاك العقاقير الأولي على الأغلب على المستويات الدوائية الفيزيائية أية تأثيرات على الإطلاق بل أنه حتى يمتلك تأثيرات سلبية (الغثيان مثلا).

أما الشيء المهم لمواصلة الاستهلاك فهو التعزيز من قبل الاهتمام الإجتماعي للمجموعة المرجعية من جهة والتأثير الإيجابي الملحوظ لاستهلاك المخدرات من جهة أخرى. فإذا ما تمت مواصلة استهلاك العقاقير على أساس هذين العاملين فإنه سوف تحدث عاجلا أم آجلا خبرات التأثيرات الدوائية الإيجابية للعقار (خبرات النشوة والاسترخاء والتبدل في الشعور ومشاعر السعادة). وتعاش العواقب الإيجابية الاجتماعية والجسدية عندئذ بشدة وخصوصا إذا ما وجد المستهلك لفترة زمنية أطول لأسباب مختلفة جدا في موقف معاش انفعاليا بشكل سلبي (مشكلات مدرسية أو مشكلات العمل مشكلات في المنزل والأسرة). وبهذا ينشأ إشراط إجرائي بدئي مع منبه تفريقي دون أن يكون قد تشكل تعلق جسدي تتحول من مواقف اجتماعية مختلفة ضمن المجموعة المرجعية وأحاسيس ومواقف غير مرغوبة إلى مثير إشاري على استهلاك المخدر الذي تم تقويته من جديد من خلال إنهاء المواقف أو الأحاسيس غير المرغوبة ومن خلال التأثيرات الاجتماعية والدوائية والإيجابية.

فإذا تمت مواصلة الاستهلاك يحدث بعد بعض الوقت التعلق الجسدي. أما نقص العقار فيؤدي إلى اضطراب في الاستقلاب في الجسم (منبه غير شرطي) وأخيرا إلى متلازمة السحب (ردة فعل غير شرطية)، وتتحول ظواهر السحب المختلفة إلى منبهات مثيرات تمييزية إضافية من أجل تناول المخدر من جديد، والذي تتم تقويته من خلال الانتهاء المباشر لظواهر السحب. وشيئا فشيئا تنزلق ذخيرة السلوك ككل تحت السيطرة الكلية للحصول على المخدر واستهلاكه. ويزداد احتمال هذا الانزياح في نمط سلوك شخص ما كلما ازدادت خبرة النقص والصعوبات في ذخيرة السلوك الأصلي عند شخص ما. والمقصود بالنقص هنا أنماط السلوك العاجزة (عدم الثقة مثلا) التي تقود إلى خبرات ضعيفة من النجاح (التعرف على شريك من الجنس الآخر مثلا). ويمكن على المدى البعيد أن يصل الأمر إلى انهيار ذخيرة السلوك اليومية المألوفة بسبب السيادة المطلقة للتغلب على أعراض الحرمان من خلال الاستهلاك المتجدد للعقاقير في النهاية. وبسبب عدم قانونية السلوك فإن ذلك يتطلب جهدا عاليا من أجل الحصول على الوسائل التمويلية المناسبة (كالأعمال الجنائية أو الدعارة أو التجارة بالعقاقير).

ويمكن اشتقاق النتائج التالية من نظرية التعلم:

- يجب تحديد كل مثير من المثيرات الإشراطية الفردية لاستهلاك العقاقير (مثيرات شرطية) ويجب التغلب قدر الإمكان على وظيفتها الإثارية.
- يجب تحديد النتائج الإيجابية المعاشة لاستهلاك العقار وإزالة تكافؤاتها من خلال إجراءات ملائمة على الأقل إلى حين ألا تعود غالبة على النتائج السلبية في التقييم الشخصي.

– يجب تحليل ذخيرة السلوك العامة وتحسينها فرديا بحيث يعاش الإشباع الذي يسعى إليه بشكل مكثف قدر الإمكان تماما كما كان يعاش الإشباع من خلال استهلاك العقار السابق.

* وفيما يلي نتعرض لأهم الأسباب التي تطرقت إليها مختلف الدراسات الميدانية وأشار إليها التراث النظري في حدود علمنا نلخصها في النقاط التالية:

– **أسباب شخصية:** تتمثل الأسباب الشخصية التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات أو إدمانها فيما يلي:

– عدم النضج الكامل للشخصية وهروبها من واقع إلى واقع أقل ألما من خلال لذة المخدرات والرغبة في الإستقلال عن العالم الخارجي؛

– اضطراب في العلاقة بين الطفل والوالدين، والذي يؤدي إلى عدم شعور الطفل بالأمن والميل إلى الحيل الهروبية؛

– الإحباط الشديد الذي تعجز قدرات الشخص عن مواجهته، وبالتالي يعتبر تعاطي المخدرات وسيلة للهروب من حقائق مؤلمة؛

– الرغبة في خفض التوتر والقلق والألم الذي يواجه الشخص؛

– علاج سلبي للأزمات النفسية المصاحبة لمرحلة المراهقة.

– **أسباب بيئية:** البيئة تؤدي إلى الإدمان، حيث أن البيئات الفقيرة تجد فيها التخلف الثقافي والاجتماعي والصحي والاقتصادي، وتكون تربة خصبة للاضطرابات الشخصية، حيث تنمو مشاعر البغضاء والشعور بالعزلة، وذلك في عالم يتسم بالعدوانية، مثل البيئة التي ينتشر بها أعداد كبيرة من المدمنين لا يجدون الحب والتعاطف والتكافل الاجتماعي، كما أنه لا توجد علاقة بين الإدمان والمستوى الاجتماعي والاقتصادي إلا أنه وُجد مؤخرا أن عدد المدمنين من الطبقة المتوسطة وهي في ازدياد مستمر.

– **أسباب جغرافية:** وذلك مثل سهولة زراعة النباتات والحصول عليها، وفي بعض مناطق العالم نجد أن الحشيش ينتشر في الهند والقارة الإفريقية، والكوكايين في أمريكا الجنوبية، والأفيون في جنوب شرق آسيا، والكحول والتدخين في أروبا.

– **أسباب نفسية:** من الأسباب النفسية المؤدية إلى تعاطي المخدرات ما يلي:

– أن تكون الشخصية ذات أساس اكتئابي؛ حيث مرت بجروح نرجسية باكرة، وإحباطات في نمو الأنا؛

– عدم القدرة على تحمل الإحباط والألم مع حاجة مستمرة إلى التغيير من الأقل إلى الأعلى، هذا قد يكون مرجعه نقص باكر في علاقات مشبعة بالموضوع؛

– محاولة التغلب على النقص في العلاقات الوجدانية الحميمة بالموضوع من خلال الالتصاق الزائف بغيره من المتعاطين للعقاقير خلال تجربتهم المشتركة في التعاطي؛

– الأسلوب الاصطناعي في الحفاظ على احترام الذات أو اعتبارها، وكذلك تجنب الوجدانات المؤلمة وتسكين الأعراض من خلال الحصول على الإشباع من المخدرات، وذلك كله يؤدي بدوره إلى اضطراب شديد في وظائف الأنا وفي النهاية الصراع مع الواقع، وأخيرا يصبح تعاطي المخدر هو أسلوبا للحياة.

هذا وقد أجريت بعض الدراسات التي تناولت أسباب الإدمان في الوسط المدرسي لدى المراهقين فوجدت أن أهم العوامل الدافعة هي:

- التعرض للأزمات المختلفة والمشكلات التي يمر بها المراهق في حياته، مما يدفعه للهروب منها واللجوء إلى المخدر؛
- الدور الحيوي الذي يلعبه الأصدقاء ورفاق السوء في دفع زملائهم نحو التعاطي والإدمان؛
- عدم التوافق في العلاقات الأسرية، وكثرة الخلافات والشجار؛
- حب الاستطلاع؛
- غياب القدوة والمثل الأعلى؛
- عدم التوافق بين جيل الآباء وجيل الأبناء؛
- عدم الترابط بين أساليب الضبط الاجتماعي بالمفهوم الشامل؛
- افتقاد قيمة دور الفرد ومكانته في المجتمع. (**فهمي علي، 2010**)

رابعا– التأثيرات: قبل التطرق إلى تأثير تعاطي المخدرات والإدمان عليها نقف أولا عند أهم الإجراءات التشخيصية:

1– الإجراءات التشخيصية: ليس من السهل بمكان تشخيص سوء استخدام مادة ما أو التعلق بها في الحالة الفردية. ويمكن إثبات استهلاك المواد من خلال تحاليل كيمياوية مختلفة وخصوصا للبول والدم، مع العلم أن التحديد الكمي في الروتين اليومي صعب جدا. ويعطي التحليل المتكرر خلال فترة زمنية طويلة دليلا على سوء الاستخدام، إلا أن ذلك يتطلب معلومات إضافية من أجل التشخيص. والمهم هنا هو معطيات تاريخ الحياة (البدء، نوع ومجرى الاستهلاك، المحاولات التي جرت حتى الآن للتخلي عن الاستهلاك، ظواهر السحب ومحاولة العلاج التي تم إجراؤها حتى الآن...). إضافة إلى تقويم الحالة الجسدية؛ الحالة العامة، والأمراض المعدية، ومساحة وأماكن الغرز في حالة الحقن الوريدي للمادة والمضاعفات المرتبطة بذلك.

ويوجد عدد كبير من الدراسات التجريبية المتعلقة باستهلاك العقاقير غير القانونية والأدوية. بالمقابل لا توجد معرفة كافية حول الانتشار وواقع سوء الاستخدام والتعلق بالمواد المذكورة. ويرجع ذلك إلى صعوبة تحديد المدمنين بالعقاقير غير القانونية بسبب عددهم الضئيل (الخاضعين للعلاج) ولا مشروعية السلوك في استبيانات السكان الممثلة من جهة، ومن جهة أخرى إلى التعلق بالأدوية التي يحتمل أن يكون ناجما عن أسلوب ممارسة وصف الأدوية الذي يصعب تشخيصه في الدراسات الجائحية.

وفيما يلي جدول يبيّن أعراض التعلق بالمواد المؤثرة نفسيا:

جدول رقم (2) يبيّن أعراض التعلق بالمواد المؤثرة نفسيا:

- **التعلق الجسدي بمادة رئيسية (التحمل، السحب):**
- سوء استخدام إضافي لمواد مؤثرة نفسيا أخرى.
- أمراض جسدية مرافقة وأمراض جسدية عاقبة.

* أمراض المعدة والبطن؛
* أمراض الكبد؛
* أمراض جلدية وجنسية؛
* تسوس الأسنان؛
* ضعف عام في أجهزة الدفاع، ارتفاع شديد في خطر العدوى (كالإيدز والتهاب الكبد)؛
* أمراض ناجمة عن سوء ونقص التغذية؛
* أمراض عصبية متعددة؛

- **التعلق النفسي:**
- قهري غير قابل للسيطرة اشتهاء (نهم) للتناول المستمر لمادة مؤثرة نفسيا؛
- القيام بأنماط سلوكية ممنوعة أو شديدة التطرف لتأمين تناول المادة؛

- **اضطرابات وظيفية نفسية:**

* **اضطرابات الإدراك:** يؤثر عدد من المثيرات الداخلية والخارجية التي هي بالأصل حيادية كمنبهات إشراطية للخبرة والسلوك القائمين على التعلق (كظواهر التجفاف، الرغبة بالعقار والحصول عليه والاستهلاك).
* اضطرابات شديدة في التركيز؛
* اضطرابات في التفكير؛

* أطوار تستمر لوقت طويل من الأفكار المحدودة والقهرية حول خبرات النشوة وحول الاستهلاك من جديد، والطرق الملائمة لتأمين العقار. حل أحادي الجانب للمشكلة من خلال الهرب إلى تناول متجدد للعقار.

- **اضطرابات في اللغة:**

* معجم لغوي محدود للتعابير الإنفعالية؛
* رصيد لغوي محدود تدور حول العقاقير (لدى المتعلقين بالمواد من الصغار في السن)؛
* اضطرابات انفعالية؛
* سلوك اندفاعي غير متوازن وغير متناسب مع الموقف (سلوك لفظي وجسدي وعدواني وميول انسحابية، وسلوك اكتئابي أو نشوي حسب المادة)؛
* سرعة تقلب المزاج؛
* اضطرابات في الدافع؛
* قدرة محدودة على إيجاد الحلول الوسطية؛
* قدرة محدودة في مواجهة المواقف الصعبة والمهمات طويلة الأجل؛
* تحمل محدود اتجاه خبرات النجاح البطيئة؛
* قدرة محدودة على التعامل نع الفشل؛

- **اضطرابات الجهاز النفسي الحركي:**

* حركات نفسية جسمية بطيئة جدا أو هائجة (حسب التأثير الكيمياوي للمادة)؛

- **اضطرابات نمو في مجال إدارة الحياة:** أي السلوك الحياتي عندما يبدأ سوء الاستخدام في أثناء المراهقة أو في سن البلوغ؛

* سلوك طفول غير متناسب مع السن (عدم تحمل المسئولية مثلا)؛
* نقص القدرة على إدارة حياة مستقلة؛
* عدم وجود تأهيل مهني أو مدرسي أو تسرب؛
* استغلا غير مثمر لوقت الفراغ؛
* عدم الانتماء إلى مجموعات من الأصدقاء أو الانتماء إلى مجموعات مستهلكة للعقاقير؛
* عدم وجود علاقة تشاركية (أو علاقة قائمة على أساس استهلاك العقاقير فقط)؛
* غابا ما تكون مرتبطة باضطرابات في العلاقة واضطرابات جنسية؛
* إهمال الملابس والعناية (أعراض عوزية).

2- عواقب تعاطي المخدرات في سن المراهقة: يمكن أن تشمل العواقب السلبية لتعاطي المخدرات في سن المراهقة ما يلي:

- **إدمان المخدرات:** المراهقون الذين يتعاطون المخدرات أكثر عرضة لخطر فرط تعاطي المخدرات فيما بعد.
- **سوء التحكم:** يرتبط تعاطي المخدرات في سن المراهقة بسوء التحكم في التفاعلات الاجتماعية والشخصية.
- **النشاط الجنسي:** يرتبط تعاطي المخدرات بالنشاط الجنسي عالي الخطورة والجنس غير الآمن والحمل غير الشرعي.
- **اضطرابات الصحة العقلية:** تعاطي المخدرات يمكن أن يعقّد أو يزيد من خطر اضطرابات الصحة العقلية والنفسية؛ مثل الاكتئاب والقلق.
- **سوء القيادة:** إن القيادة تحت تأثير أي مخدر يمكن أن تقلل من المهارات الحركية للسائق وتُعرض السائق والركاب وغيرهم من الموجودين على الطريق للخطر.
- **تغيرات في الأداء الدراسي:** استخدام المواد يمكن أن يؤدي إلى تدهور في القدرات العقلية وبالتالي ضعف الأداء والتحصيل الدراسي.

الآثار الصحية الناجمة عن تناوُل العقاقير: تناوُل العقاقير يُمكِن أن يُؤَدِّي إلى إدمان العقاقير واعتلال شديد ثم المرض فالموت. وتشمل المخاطر الصحية للعقاقير شائعة الاستخدام ما يلي:

- **الكوكايين:** خطر الإصابة بنوبة قلبية وسكتة دماغية ونوبات.
- **الإكستازي:** خطر الإصابة بفشل الكبد وفشل القلب.
- **مواد الاستنشاق:** خطر تَلَف القلب والرئتين والكبد والكُلى من الاستخدام لفترات طويلة.
- **الماريخوانا:** خطر الإصابة بضعف في الذاكرة والقدرة على التعلُّم وحل المشكلات والتركيز؛ بالإضافة إلى خطر الإصابة بالذهان مثل الفُصام والهلاوس والبارانويا في مرحلة لاحقة من الحياة خاصة عند الاستخدام المبكِّر والمتكرِّر.
- **الميثامفيتامين:** خطر السلوكيات الذهانية نتيجة الاستخدام فترات طويلة أو جرعات عالية
- **الأفيونيات:** خطر الإصابة بضيق التنفُّس أو الوفاة نتيجة جرعة زائدة.
- **السجائر الإلكترونية (التبخير):** التعرُّض للمواد الضارة المشابهة لتلك التي يُمكِن التعرُّض لها عند تدخين السجائر التقليدية؛ خطر إدمان النيكوتين. (**المصري، وعمارة، 2010**)

خامسا- سبل الوقاية والعلاج:

من الأهمية بما كان أن يكون أولياء الأمور على دراية بما يجري في المجتمع من ظواهر مختلفة؛ وخاصة السلبية والخطيرة منها، فزيادة الخطر المحدق بالمراهقين يستدعي الوعي والاهتمام أكثر واليقظة؛ ومن شروط هذه الأخيرة أن يمتلك الآباء على الأقل بعض الأفكار والمعلومات حول المخدرات وإدمانها للتصدي المبكر للظاهرة قبل فوات الأوان، ولعل التعرف على العلامات التحذيرية لتعاطي المخدرات في سن المراهقة والدراية بها من أولوياتها؛ نذكر منها:

– التغير المفاجئ أو المبالغ في الأصدقاء أو العادات الغذائية أو أنماط النوم أو المظهر البدني أو التنظيم أو الأداء المدرسي؛

– سلوك غير مسؤول وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وفقدان الاهتمام بشكل عام؛

– انتهاك القواعد (أسرية، قانونية)أو الانعزال عن الأسرة؛

– وجود عبوات أدوية أو ما شابه ذلك في غرفة المراهق على الرغم من عدم إصابته بمرض.

وإذا ظهرت هذه السلوكيات أو زاد شك الأولياء أو تعرّفا بأن الإبن أو البنت المراهق يجرب المخدرات أو يتعاطاها فيجب التدخل الأولي باستخدام الاستراتيجيات التالية:

1– استراتيجيات التدخل الأولية:

– التحدث مع المراهق: يجب التدخل مباشرة قبل أن يتحول تعاطي المخدرات العارض إلى استخدام مفرط أو إدمان والتسبب في حوادث ومشكلات قانونية وصحية.

– التشجيع على الصدق: الحوار مع المراهق بهدوء وإقناعه بأن الكلام والنصائح الموجهة له نابعة عن الاهتمام، ثم عرض تفاصيل محددة تدعم الشكوك والتحقق من أي ادعاءات يقدمها.

– التركيز على السلوك وليس على المراهق: التأكيد على أن تعاطي المخدرات أمر خطير لكنه لا يعني أن المراهق المتعاطي شخص سيئ.

– التتبع بانتظام: بتخصيص مزيدًا من الوقت لقضائه مع الإبن المراهق والتعرف على الأماكن التي يتردد عليها باستمرار بطرح أسئلة عليه بعد عودته إلى البيت.

– طلب مساعدة من متخصص: إذا اعتقد الآباء بأن الإبن المراهق متورط في تعاطي المخدرات بدرجة مؤثرة، فيجب الاتصال بطبيب مختص أو مستشار أو غيرهما من مقدمي الرعاية الصحية للمساعدة.

ليس من السابق لأوانه أبدًا البدء في التحدث إلى ابنك المراهق عن تعاطي المخدرات. فمحادثات اليوم يمكن أن تساعد المراهق في اتخاذ خيارات صحية في المستقبل.

2– أسس ومبادئ العلاج: يمكن تقسيم برامج العلاج المتعدد إلى ثلاث استراتيجيات علاجية أساسية؛ هي العلاج الدوائي والعلاج النفسي والعلاج الإجتماعي.

– يحتل العلاج الدوائي وظيفته المركزية في طور التجفاف (حالة تحدث عندما تكون كمية الماء التي يفقدها الجسم أكثر من الكمية التي يتناولها الشخص)، وخصوصا لمواجهة متلازمة السحب ولعلاج الأمراض الجسدية المرافقة. ويحتل الإمداد بالميثادون في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض دول أروبا دورا كبيرا باعتباره أساس لعلاج طويل الأمد لإعادة التأهيل. والميثادون عبارة عن أفيون صناعي يتم تناوله عن طريق الفم بشكل يومي (لتجنب العدوى التي يمكن أن تحصل عن طريق الحقن). وهنا يظل المتعالج متعلقا إلا أنه في هذا الحال يتم استبدال الأفيون غير القانوني بالأفيون القانوني. وللميثادون تأثير مسكّن (إنهاء ظواهر السحب)، لكنه لا يسبب نشوة. ويُبقي المتعلق قادرا على العمل والتواصل. وعند تناول جرعة مضبوطة فإن تناول الأفيون الإضافي لا يعود يؤثر. وقد أظهرت الدراسات الشاملة في أمريكا أن العلاج بالميثادون لا يقود إلى نتائج أفضل من البرامج الخالية من العقاقير. وليس

هناك كذلك استطبابات نوعية بالنسبة للمتعلقين طويلي الأمد وبالنسبة للمتعالجين الذين يمتلكون دافعية قليلة. وفي البرامج المرافقة مع مراقبة عالية وكثافة العلاج (اتصال يومي، تحليل البول) فإن إمكانية الحصول على متعالجين جدد تظل قليلة أو أنه يصعب الاحتفاظ بالمتعالجين لفترة طويلة. أما عند وجود مراقبة ضعيفة فإن الآثار الجانبية الاجتماعية والفردية كبيرة، إذ تتم مواصلة تناول العقاقير غير القانونية ونسبة انتشار الأمراض والموت تكون كبيرة وقلما يتم تحقيق التجفاف طويل الأمد.

– تحتل المبادئ الإنتقائية وعلى الأخص (مبادئ العلاج الجشطلتية ومبادئ علم النفس الإنساني) المركبة مع بعضها دون وجود تصور نظري شامل ودون أساس تجريبي مقدمة العلاج النفسي. كما يكثر استخدام العلاج النفسي بالمحادثة (العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج) في حين أن العلاج النفسي المعمق وبشكل خاص الشكل التقليدي لا يحتل مركزا كبيرا.

ويمكن إيجاد مبادئ العلاج السلوكي اليوم في كل البرامج العلاجية تقريبا، ولو أنه من النادر يتم استخدامها وفق الأساس النظري ووفق القواعد، ويندر وجود علاج سلوكي شامل مع العلم أن هذه البرامج معدة بصورة دقيقة، ذلك أن هذه البرامج تشتمل على المشكلات الانفعالية والاستعرافية وخطر الانتكاس والتعديلات الضرورية لأسلوب الحياة.

– وتلعب مبادئ المساعدة الذاتية باعتبارها شكلا من التصورات العلاجية الاجتماعية على نحو مجموعات في البلدان الأنجلو سكسونية دورا كبيرا، في حين أنها قليلة الانتشار في ألمانيا. وتتصف هذه التصورات بالغياب الكبير أو الكلي للعاملين المحترفين وبالمسئولية المشتركة عن المعيشة المشتركة والسكن والتأكيد على العمل الجماعي وبالهرمية الشديدة للمشتركين بالسكن. ويلعب المتعلقون السابقون دورا مركزيا.

ويتميز انتقال هذه المجموعات القائمة على المساعدة الذاتية إلى المساكن المشتركة العلاجية الاجتماعية مع مظاهر محترفة بالمرونة الكبيرة. أما الأهداف فهي متشابهة، إذ يفترض أن الحياة الخالية من العقاقير ممكنة فقط من خلال سيرورة طويلة الأمد ضمن مشاركة علاجية مع متعلقين آخرين خارج المحيط "المسبب للمرض" حيث تشكل البنية اليومية والأسبوعية وتخطيط وقت العمل والفراغ والمعيشة المستقلة والعمل بالنسبة للمجموعة وجوها مركزية. وتوجد في أروبا اليوم مساكن علاجية مركزية قامت بتوليف مبادئ علاجية اجتماعية مع المعالجة الفردية والمتخصصة والمعالجة في مجموعة.

3– مراحل الدخول في الإدمان: يشير "**مكي**" (**2007، ص151**) إلى أن هناك ثلاثة مراحل للدخول في الإدمان على المخدرات نوجزها فيما يلي:

– تناول المادة في المناسبات العامة والاجتماعية؛

– تعميم المناسبات؛

– تحول المناسبة إلى عادة مزمنة والدخول في دائرة الإدمان..

4- علاج الإدمان: يمر علاج الإدمان عبر خطوات نلخصها في مايلي:

- وعي المدمن بالمشكلة وتحديد عناصرها وجوانبها ومخاطرها؛ وذلك بالإرشاد بهدف قبول المشكلة ووعي جوانبها ومخاطرها؛
- آلية التوقف عن الإدمان: يكزن بوضع خطة عملية وزمنية تقوم على الطريقة المرحلية والتصاعدية، انطلاقا من تنظيف جسم المدمن ووصولا إلى التأهيل النفسي والاجتماعي؛
- مرحلة ما بعد العلاج والإدماج الاجتماعي والتأهيل الاجتماعي؛
- العلاج وحده لا يكفي والوقاية ضرورية.

5- مدة العلاج: سادت في السابق عملية العلاج المركزي طويل الأمد على أساس من المجرى المزمن للتعلق. ولم تكن ظاهرة الإقامة في المستشفى لفترة تصل إلى سنتين أمرا قليل الملاحظة. وكان ينظر في ذلك الوقت لقطع العلاج بأنه شر لا بد منه. أما اليوم سادت الرؤية المتمثلة في أن زمن العلاج المركزي القصير المرتبط بعلاج خارجي دائم هو الإمكانية الأفضل.

سادسا- توصيات الدراسة:

بناءً على نتائج الدراسة، فإن التوصيات التي تم تقديمها هي كما يلي:

- يجب على الهيئات الوصية تشديد الرقابة على حظر ترويج المخدرات في محيط المؤسسات التعليمية.
- القيام ببرامج توعية مستمرة حول تهديدات استهلاك المخدرات والإدمان عليها على الأداء الأكاديمي للمتعلمين.
- القيام بإجراء تدريب على تقدير الذات بشكل دوري، للسماح للمتعلمين بفهم أن المخدرات ليست معززًا لتقدير الذات.
- الحاجة إلى إجراء فحص دوري لكشف التعاطي لدى المتعلمين وفرض عقوبة صارمة لأولئك الذين لا يستطيعون تلبية معايير اختبار الفحص.
- تشجيع المراهقين على طلب مساعدة الوالدين كلما واجهوا أي تحديات وصعوبات في الحياة.
- يجب على الأصدقاء والعائلة والمعلمين وأعضاء المجتمع الآخرين تقديم الدعم للمراهقين حتى يكونوا مستعدين عاطفيًا وعقليًا لمحاربة المخدرات.
- العمل على تصحيح أفكار ومعتقدات المراهقين والشباب بأن المخدرات أو الكحول ليست وسيلة للهروب من ضغوط الدراسة أو العمل أو المخاوف المالية أو مشاكل العلاقات الإجتماعية المختلفة.
- تعريف المراهقين المتعاطين للمخدرات والمدمنين عليها بخطورة استهلاكها على الصحة العقلية والجسمية والمجتمع، لأن الكثير منهم لا يدركون عواقبها الوخيمة.

قائمة المراجع:

1. بوحمزة الهادي علي يوسف(د.ت)، **المعاملة الجنائية لمتعاطي المخدرات**، دار النشر والتوزيع والإعلان، ليبيا.
2. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان (2022)، تم الاسترجاع من: https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/donnees_statistiques/bilan[2022].pdf
3. رزق إبراهيم ليلة (2005)، **العلاج النفسي وصوره المختلفة**، دار الهاني للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.

4. رضوان سامر جميل(2009)، **علم النفس الإكلينيكي أشكال من الإضطرابات النفسية في سن الرشد**، دار الكتاب الجامعي العين، الإمارات العربية المتحدة.

5. عبد السميع أسامة (2008)، **عقوبة تعاطي المخدرات والاتجار بها بين الشريعة والقانون**، دار الجامعة الجديدة مصر.

6. عبد المعطي مصطفى عبد الباقي(2006)، **دراسة نفسية للكشف عن الدراسات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى عينة من المراهقين**، مجلة علم النفس، القاهرة، مصر، ص144.

7. فهمي علي السيد (2010)، **العلاج النفسي: تقنياته–وسائله–طرقه**، دار الجامعة الجديدة، مصر.

8. المصري رضا وعمارة فاتن (2010)، **الأخطار النفسية التي تواجه أبناءنا**، دار الخلدونية، الجزائر.

9. مظلوم محمد جمال(2012)، الاتجار بالمخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، العربية السعودية.

10. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (2021)، **تأثيرات الجائحة تزيد مخاطر المخدرات**. تم الإسترجاع من https://egypt.un.org/ar/133090 يوم 2022/11/03.

11. مكي عباس محمود (2007)، الخبير النفس جنائي وتنامي الجرائم الأخلاقية المعاصرة، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، لبنان.

12- Ahmed, Adan Mohamed (2016). ***Drug Abuse in Public Secondary Schools: Causes, Effects and Intervention in Wajir East District****, Wajir County, Kenya.*

13- Nutt, David, & al (2007). ***Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse****. www. Addictionsearch.com\ index. Phd-42k.*