

# واقع الشباب بين الأزمات المعيشية وتفشي الإدمان

دراسة في الأبعاد الاقتصادية والنفسية والاجتماعية لظاهرة المخدرات



د. هناء صالح البان

أكاديمية وباحثة مقيمة لدى مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات

يونيو 2026م

» هادر عن «  
مؤسسة  
اليوم الآمن alyoum8.net  
للإعلام والدراسات

## ملخص البحث



هدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة التفاعلية بين الأزمات المعيشية والعجز المكتسب والوصمة الاجتماعية والتدخلات التأهيلية في تفسير السلوك الإدماني والتعافي منه لدى عينة من الشباب اليمني، في ضوء نموذج نفسي-اجتماعي-تنموي متكامل.

في إطار التحليل الذي قدمه هذا البحث لظاهرة الإدمان ضمن سياق الأزمات المعيشية، يتبين أن هذه الظاهرة لا تُفهم بوصفها سلوكًا فرديًا منعزلاً، وإنما باعتبارها نتيجة لتشابك عوامل اقتصادية ونفسية واجتماعية وصحية تتفاعل فيما بينها لتغذية استمرارها وتوسعها. وقد أوضح التحليل أن تفاقم البطالة وتدهور الأوضاع المعيشية يشكلان نقطة الانطلاق الأساسية لهذه الظاهرة، إذ يفرزان حالة من الإحباط وفقدان الأمل لدى الشباب، تنعكس نفسيًا في صورة شعور بالعجز واليأس، الأمر الذي قد يدفع بعضهم إلى سلوكيات هروبية يأتي الإدمان في مقدمتها.

كما أظهرت النتائج أن آثار الإدمان تتجاوز الفرد لتطال البنية الأسرية والمجتمعية، حيث يسهم في إضعاف العلاقات داخل الأسرة، وإعادة تشكيل الأدوار بشكل مضطرب، إلى جانب تآكل الروابط الاجتماعية وتراجع مستويات الثقة داخل المجتمع المحلي، مما يؤدي إلى ارتفاع الإحساس بانعدام الأمان وظهور بعض الأنماط الجرمية المرتبطة بهذه الظاهرة. وفي المقابل، أشارت المعطيات إلى وجود قصور في الخدمات العلاجية المتاحة، إضافة إلى استمرار الوصمة الاجتماعية التي تمثل عائقًا أمام طلب المساعدة وتؤخر فرص التدخل المبكر والعلاج الفعال.

وانطلاقًا من ذلك، يخلص البحث إلى أن معالجة ظاهرة الإدمان تتطلب تبني مقاربة شمولية متكاملة، تقوم على الدمج بين التدخلات الاقتصادية الداعمة، والبرامج النفسية العلاجية، والتماسك الاجتماعي، والتوعية المجتمعية والإعلامية، إلى جانب تطوير المقاربات القانونية نحو النموذج العلاجي بدل الاقتصار على الردع. وبناءً عليه، فإن الإدمان يُعد حالة مرضية مزمنة ذات أبعاد متعددة، لا يمكن الحد منها إلا من خلال منظومة متكاملة تستهدف الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج الاجتماعي بصورة متوازنة.

وفي المحصلة النهائية، يؤكد هذا البحث أن فاعلية السياسات الرامية إلى الحد من الإدمان ترتبط بقدرتها على معالجة الأسباب الجذرية للظاهرة، وليس الاكتفاء بمواجهة نتائجها، مع ضرورة تحقيق التكامل بين مختلف القطاعات ذات العلاقة، بما يضمن تحويل المتعافين من حالات إقصاء اجتماعي إلى أفراد فاعلين ومنتجين داخل المجتمع، الأمر الذي يسهم في تقليل الآثار الاقتصادية والاجتماعية والإنسانية للإدمان على المدى الطويل.

## Abstract

The present study aimed to examine the interactive relationship between living crises, learned helplessness, social stigma, and rehabilitation interventions in explaining addictive behavior and recovery among a sample of Yemeni youth, within an integrated psycho-socio-developmental model.

Within the analytical framework presented in this research on the phenomenon of addiction in the context of livelihood crises, it becomes evident that this phenomenon cannot be understood as an isolated individual behavior. Rather, it is the outcome of an intricate interaction between economic, psychological, social, and health-related factors that collectively reinforce its persistence and expansion. The analysis shows that the worsening of unemployment and the deterioration of living conditions constitute the primary starting point of this phenomenon, as they generate a state of frustration and loss of hope among young people. This is psychologically reflected in feelings of helplessness and despair, which may push some individuals toward escape-oriented behaviors, with addiction being one of the most prominent.

The findings also revealed that the effects of addiction extend beyond the individual to affect both family and community structures. It contributes to weakening family relationships, disrupting role distribution within the household, and eroding social bonds along with declining levels of trust within the local community. This leads to an increased sense of insecurity and the emergence of certain criminal patterns associated with the phenomenon. In contrast, the data indicate deficiencies in available treatment services, in addition to the persistence of social stigma, which acts as a barrier to seeking help and delays early intervention and effective treatment.

Accordingly, the study concludes that addressing the phenomenon of addiction requires the adoption of a comprehensive and integrated approach that combines supportive economic interventions, psychological treatment programs, social cohesion measures, and community and media awareness initiatives, alongside the development of legal approaches toward a treatment-based model rather than relying solely on punitive measures. Consequently, addiction is considered a chronic, multifaceted disorder that can only be mitigated through an integrated system aimed at prevention, treatment, and balanced social reintegration.

Ultimately, this research confirms that the effectiveness of policies aimed at reducing addiction depends on their ability to address the root causes of the phenomenon rather than merely dealing with its consequences. It also emphasizes the necessity of achieving integration among all relevant sectors, ensuring that recovered individuals are transformed from socially excluded cases into active and productive members of society. This, in turn, contributes to reducing the long-term economic, social, and human impacts of addiction.

## مقدمة البحث

تُشكل مرحلة الشباب العمود الفقري لأي مجتمع، فهي مرحلة القوة والإنتاج والإبداع وبناء المستقبل. وفي هذه المرحلة تتحدد ملامح الشخصية وتتشكل الهوية وتُبنى الطموحات التي تقود الأوطان نحو النهضة أو الانحدار. غير أن هذه الفئة العمرية، رغم ما تملكه من طاقة كامنة، تظل الأكثر هشاشة أمام التحولات الاقتصادية والاجتماعية العنيفة، والأكثر عرضة للانحيار إذا غابت فرص التمكين وضاعت آفاق المستقبل. ومن أشد المخاطر التي تهدد كيان الشباب وتقوض دورهم التنموي في العصر الحديث: ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

إن الإدمان لم يعد يُصنف اليوم في الأدبيات العلمية الحديثة كسلوك منحرف أو ضعف أخلاقي فردي، بل أصبح يُعرف بوصفه "اضطراباً دماغياً مزمنًا معقدًا وقابلًا للانتكاس"، وفقًا لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية. وهذا التعريف يُخرج الظاهرة من دائرة الوعظ الأخلاقي المجرد، ويدخلها إلى دائرة التحليل العلمي المتعدد الأبعاد. فالإدمان ظاهرة "عابرة للحدود" بطبيعتها: تبدأ بتأثير كيميائي على خلية عصبية، وتنتهي بانحيار منظومة قيمية في مجتمع كامل. ولذلك فإن أي محاولة لفهمها أو معالجتها عبر بُعد واحد هي محاولة قاصرة ومحكوم عليها بالفشل. (1)

ينطلق هذا البحث من إشكالية مركزية مفادها أن "تفشي الإدمان بين الشباب ليس سببًا أوليًا بقدر ما هو عرض مركب لأزمات بنيوية، لكنه يتحول بسرعة إلى سبب لأزمات أكثر تعقيدًا". فهو يقع في قلب دائرة مفرغة: تُنتج الأزمات المعيشية، ثم يعيد هو إنتاجها بصورة أشد وأوسع. (2) ولفك هذه الدائرة، يعتمد البحث منهجية تحليلية تكاملية تقوم على تفكيك الظاهرة إلى أربعة محاور أساسية، يمثل كل محور منها حلقة سببية تقود إلى الأخرى، ولا يمكن فهم الظاهرة إلا برؤيتها جميعًا كسلسلة واحدة: أولاً: المحور الاقتصادي - المدخل البيوي للظاهرة. ثانيًا: المحور النفسي - الميكانيزم الداخلي للسقوط. ثالثًا: المحور الاجتماعي - الحصاد المر للظواهر. رابعًا: المحور العلاجي - مسار كسر الدائرة المفرغة.

إن القيمة العلمية لهذا البحث تكمن في ربط المحاور الأربعة برباط سببي واحد. فالسيناريو يسير كالاتي: أزمة اقتصادية ٢ تنتج إحباطًا نفسيًا ٢ يدفع نحو التعاطي ٢ يدمر الدماغ ٢ فيفكك الأسرة وينشر الجريمة ٢ مما يعمق الأزمة الاقتصادية الأولى. وأي تدخل يتجاهل حلقة من هذه السلسلة سيُفشل الحلقات الأخرى. فلا جدوى من علاج نفسي لشباب سيعود إلى البطالة، ولا جدوى من توظيف مدمن لم يُعالج دماغه، ولا جدوى من الاثنين معًا إذا عادا إلى مجتمع يصمهما ويرفضهما. (3)

وخلاصة القول، إن هذا البحث يسعى إلى نقل النقاش حول المخدرات من مستوى "الخطيئة الفردية" إلى مستوى "الأزمة التنموية الشاملة". فالشباب المتعاطي ليسوا مجرمين بالفطرة، بل هم ضحايا اختلال مركب، وهم في الوقت ذاته مشاريع متعافين يمكنهم العودة ليكونوا بناءة إذا ما توفرت الإرادة السياسية لتبني "المقاربة التكاملية" التي تعالج الاقتصاد والنفس والمجتمع معًا. فمستقبل الأوطان لا يُقاس بثرواتها الطبيعية، بل بسلامة عقول شبابها.

(1) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. (2024) التقرير العلمي للمخدرات 2024: الملخص التنفيذي. فيينا: UNODC

(2) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية (2023). التأثير العربي الحادي عشر للمخدرات: اتجاهات التعاطي في المنطقة العربية. الرياض: مركز البحوث والدراسات الأمنية.

(3) وزارة الصحة العامة والسكان. (2023). الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية -2023-2027: تحليل الوضع الراهن. عدن: وزارة الصحة.

## أهمية البحث

تتجلى أهمية هذا البحث في أنه لا يعالج ظاهرة الإدمان بمعزل عن واقع الشباب، بل يربطها مباشرة بالأزمات المعيشية الخانقة، موضحاً أن البطالة وتدهور فرص العمل يسهمان بشكل كبير في دفع الشباب نحو الإدمان كوسيلة للهروب، وهو ما يكشف أن المشكلة أعمق من مجرد سلوك منحرف، إذ تمتد لتشمل كلفة اقتصادية صامتة تستنزف دخل الأسر وتزيد من حدة الفقر والعوز. كما يبرز البعد النفسي من خلال توضيح كيف يؤدي الإحباط واليأس الناتجان عن انسداد الأفق إلى البحث عن متنفس، فتنحول المخدرات إلى ملاذ مدمر يفاقم تدهور الصحة النفسية بدل معالجتها، وهو ما يمنح البحث قيمة مهمة في نقل النظرة من اللوم والوصم إلى فهم الدوافع الحقيقية. ولا تكتمل الصورة دون التطرق إلى البعد الاجتماعي، حيث يوضح تأثير الإدمان على تفكك الروابط الأسرية، وارتفاع معدلات الجريمة، وتذبذب نظرة المجتمع بين الوصمة والاحتواء، بما يهدد تماسك المجتمع ككل، مؤكداً أن الإدمان ليس قضية فردية بل أزمة مجتمعية. ومن هنا تبرز أهمية الجانب العلاجي الذي يقدمه البحث من خلال طرح تدخل متكامل يجمع بين الدعم المادي لتخفيف الضغوط، والتأهيل النفسي لإعادة بناء الفرد، والتوعية المجتمعية لكسر دائرة الوصم وتعزيز الاحتواء، وبذلك يقدم رؤية شاملة تعالج جذور المشكلة وأثارها بدل الاكتفاء بمظاهرها.

### مشكلة البحث

تتمثل مشكلة البحث في "التفشي المتسارع لظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان في أوساط الشباب، وارتباطها البيئي بالأزمات المعيشية والاقتصادية والاجتماعية، وما يترتب عليها من آثار تدميرية متعددة الأبعاد، في ظل قصور المقاربات التقليدية الأحادية في تفسير الظاهرة والحد منها".

وتتفرع هذه المشكلة الرئيسية إلى مجموعة من التساؤلات الإشكالية التي تمثل جوهر الفجوة البحثية التي يسعى البحث لسدها والتي تتمثل في التعرف على طبيعة العلاقة السببية بين متغيري "البطالة وتدهور القوة الشرائية" ومتغير "اللجوء إلى المخدرات" بوصفه سلوكاً للهروب من الواقع؟ وإلى أي مدى يسهم الإدمان في تعميق الأزمة الاقتصادية الأصلية عبر تحويل الشاب من طاقة إنتاجية إلى عبء مادي يستنزف دخل الأسرة وموارد الدولة.

وكذلك على المستوى النفسي، كيف تتحول الأزمات المعيشية إلى "إحباط ويأس" و"عجز مكتسب" يمهّد الطريق للتعاطي. والتعرف على الآليات العصبية-البيولوجية التي تؤدي بالمخدرات إلى "اختطاف" نظام المكافأة في الدماغ، وتدمير الوظائف التنفيذية العليا المسؤولة عن الكبح الأخلاقي واتخاذ القرار، وإنتاج اضطرابات ذهانية ومزاجية مزمنة.

بالإضافة إلى ذلك على المستوى الاجتماعي، كيف ينتقل ضرر الإدمان من الفرد إلى الأسرة فيؤدي إلى تفكك روابطها الوظيفية الاقتصادية والتربوية والنفسية. والكشف عن المسارات التي تربط بين تفشي الإدمان وزيادة معدلات الجريمة المجتمعية. وكيف تسهم "الوصمة الاجتماعية" في تكريس الظاهرة عبر دفع المتعاطي نحو العزلة والانتكاس بدلاً من الاحتواء والعلاج.

ولعلاج ظاهرة الإدمان بكل جوانبها، يتطرق البحث إلى معرفة لماذا فشلت المقاربات الأحادية، الأمنية أو الوعظية، في كسر دائرة الإدمان. ومن ثم التعرف على مقومات "التدخل المتكامل" الذي يربط بين الدعم المادي المتمثل في التشغيل والعلاج المجاني، والتأهيل النفسي المتخصص، والتوعية المجتمعية القائمة على تفكيك الوصمة وتخفيف منابع الترويج؟

إن جوهر المشكلة البحثية يكمن في أن الإدمان يُعامل في كثير من السياسات والبرامج كـ"مشكلة أمنية" أو "أخلاقية" فحسب، بينما تشير المؤشرات إلى أنه "مشكلة تنموية مركبة" ذات جذور اقتصادية ونفسية، وذات مخرجات اجتماعية كارثية. وهذا الاختزال في التشخيص يؤدي إلى اختزال في العلاج، مما يفسر استمرار الظاهرة وتفاقمها رغم الجهود المبذولة.

### أهداف البحث

- كشف العلاقة بين المتغيرات الاقتصادية وظاهرة الإدمان من خلال تحليل أثر البطالة وتدهور العملة وغلاء المعيشة في دفع الشباب نحو تعاطي المخدرات.



- تقدير الكلفة المادية للإدمان على مستوى الأسرة والمجتمع والذي يتجلى في تحديد حجم الاستنزاف المباشر لدخل الأسر، وحصص التكاليف غير المباشرة المتمثلة في العلاج، وضياع الفرص التنموية.
- تفسير البُعد النفسي كحلقة وسيطة في سلسلة الإدمان من خلال توضيح كيفية تحول الإحباط واليأس والعجز المكتسب الناتج عن الأزمات المعيشية إلى دافع للتعاطي.
- تشخيص الأثر الاجتماعي للإدمان على البنية الأسرية من خلال بيان مظاهر تفكك الروابط الأسرية من النواحي الاقتصادية والتربوية والعاطفية.
- ربط تفشي الإدمان بارتفاع معدلات الجريمة المجتمعية ويتجلى ذلك في تحليل العلاقة بين التعاطي والجريمة.
- دراسة أثر النظرة المجتمعية في تفاقم الظاهرة أو انحسارها من خلال المقارنة بين نتائج نموذج "الوصمة والعزل" الذي يكرس الانتكاس والجريمة، ونموذج "الاحتواء والعلاج" الذي يرفع نسب التعافي ويُفكك ثقافة الإدمان.
- تقديم نموذج تدخل علاجي متكامل ويتمثل في صياغة مقترح علمي يجمع بين الدعم المادي المتمثل في التشغيل وتغطية تكاليف العلاج، والتأهيل النفسي والتوعية المجتمعية الهادفة مع احتواء المتعاطي.

#### منهجية البحث

منهج وصفي تحليلي يعتمد على المسح الميداني (الاستبيان)

## المحور الأول

**اقتصاديا ويشمل العلاقة بين البطالة وتدهور العملة وبين الهروب نحو الإدمان، والتكلفة المادية لاستنزاف دخل الأسرة.**  
يُعدُّ البُعد الاقتصادي المدخل التأسيسي لفهم ظاهرة الإدمان في أوساط الشباب، إذ لا يمكن تحليل هذه الظاهرة بمعزل عن السياق المعيشي الذي ينشأ فيه الفرد. فالأزمات الاقتصادية لا تؤثر في مستوى الدخل فحسب، بل تضرب في عمق البناء النفسي والاجتماعي للإنسان، مما يجعل المخدر خيارًا "عقلانيًا" في ظل اللاعقلانية الاقتصادية المحيطة. (4) ويقوم هذا المحور على ثلاثة أركان مترابطة:

### أولاً: البطالة بوصفها عاملاً مُمَهِّدًا للتعاطي: تفكيك العلاقة السببية

#### ١. الفراغ البنيوي وغياب المعنى: المدخل النفسي-اقتصادي للإدمان

إن العمل في جوهره ليس وسيلة لكسب الرزق فقط، بل هو آلية لتنظيم الزمن، ومنح الحياة معنى، وتحقيق الذات. وتُشير نظريات علم الاجتماع الاقتصادي إلى أن الوظيفة تمنح الفرد ثلاثة أصول غير مادية: "رأس المال الزمني" المتمثل في جدول يومي منضبط، و"رأس المال النفسي" المتمثل في الإحساس بالإنجاز وتقدير الذات، و"رأس المال الاجتماعي" المتمثل في شبكة العلاقات المهنية. (5)

إن الشباب العاطل عن العمل يُحرم من هذه الأصول الثلاثة دفعة واحدة. فيتحوّل يومه إلى فراغ ممتد يولد ما يسمى بـ"اكتئاب البطالة"، وهو حالة من الخمول واللامبالاة وفقدان الدافعية. وفي ظل هذا الفراغ، يصبح الشاب أكثر قابلية للاستجابة للمؤثرات الخارجية السلبية، وعلى رأسها دعوة رفاق السوء إلى "التجربة"، التي تُقدم له بوصفها وسيلة لكسر الرتابة وملء الفراغ. وبذلك يتحوّل الفراغ من مجرد غياب للعمل إلى بيئة حاضنة ومحفزة للسلوك الانحرافي.

#### ٢. سلب الهوية الاجتماعية والقيمة الذاتية: من "المواطن المنتج" إلى "العبء"

في معظم المجتمعات، تُستمد المكانة الاجتماعية للفرد من مهنته. فالوظيفة هي بطاقة التعريف الأولى التي يقدم بها الإنسان نفسه. وعندما يُسأل الشاب العاطل: "ماذا تعمل؟" ويعجز عن الإجابة، فإنه يتعرض لما يسميه عالم الاجتماع إرفنج جوفمان "الوصمة الاجتماعية"، أي الانتقال من وضع اجتماعي مقبول إلى وضع مُشين.

إن هذا الشعور بالنقص والدونية يتعمق مع تكرار مواقف الرفض في مقابلات العمل، ومع نظرات الشفقة أو اللوم من المحيطين. وتُشير الدراسات إلى أن البطالة طويلة الأمد تؤدي إلى "تآكل مفهوم الذات"، حيث يستبطن الفرد صورة "الفاشل" و"العاطل" عن نفسه. وهنا يأتي المخدر ليقدم هوية بديلة جاهزة وسريعة: "المتعاطي"، "صاحب الكيف". وهي هوية تمنحه قبولاً فورياً داخل جماعة جديدة لا تحاسبه على شهادته أو راتبه، بل على قدرته على "المجارة" و"الشراء". فالبطالة تسلبه قيمته الحقيقية، والمخدر يمنحه قيمة زائفة مؤقتة، لكنها كافية لملء الفراغ النفسي الذي خلفه العجز الاقتصادي. (6)

#### ٣. الأثر على الاقتصاد الكلي: من استثمار مُعطل إلى تكلفة مستدامة

تُنفق الدول مئات الآلاف على تعليم وتدريب كل شاب حتى يصل إلى سن العمل. ووفقاً لنظرية "رأس المال البشري"، فإن هذا الإنفاق يُعد استثماراً يُتوقع أن يعود على الاقتصاد الوطني عبر الإنتاج والضرائب والابتكار. وعندما يتحوّل الشاب إلى مدمن عاطل عن العمل، فإن هذا الاستثمار لا يتوقف فحسب، بل يتحوّل إلى "تكلفة غارقة".

(4) البنك الدولي. (2024). مرصد الاقتصاد اليميني: تداعيات الحرب على سبل العيش - ربيع 2024. واشنطن: مجموعة البنك الدولي.

(5) الحارثي، م. ع. (2019). البطالة وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة ميدانية على عينة من المتعافين في المملكة العربية السعودية. \_ المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 35\_ (71)، 115-158.

(6) Azagba, S., Shan, L., & Latham, K. (2021). Unemployment and substance Use: An updated review of studies from North American and Europe. \_ Healthcare, 9\_ (9), 1182. Doi.org

فبدلاً من أن يسهم في الناتج المحلي الإجمالي، يصبح عنصرًا مستهلكًا لموارد الدولة: يشغل سريريًا في مستشفى، ويستهلك موارد أمنية وقضائية، ويستنزف برامج الرعاية الاجتماعية. إن تدني الإنتاجية الناتج عن تفشي الإدمان بين الشباب يؤدي إلى خسارة مزدوجة: خسارة ما كان يمكن أن ينتجه، وإضافة ما يجب أن يُنفق عليه. وبهذا تتحول الأيدي العاملة، التي هي محرك التنمية، إلى عبء بنيوي يعرقلها. (7)

### ثانيًا: تدهور العملة وغلاء المعيشة: كيف يصبح "المخدر الرخيص" هو الخيار الأعلى

#### ١. انهيار القوة الشرائية وتآكل الأمل: الاقتصاد السياسي لليأس

عندما تتدهور قيمة العملة الوطنية، فإن أول ما ينهار هو "العقد الاجتماعي الضمني" بين الفرد والدولة، والقائم على فكرة أن العمل الجاد سيؤدي إلى حياة كريمة. فالشباب يرى راتب والده، الذي كان يكفي لتوفير حياة متوسطة، وقد أصبح عاجزًا عن تغطية الاحتياجات الأساسية. ويرى مدخراته تتبخر، وأحلامه في الزواج والاستقلال تتباعد.

إن هذا الواقع يولد ما يمكن تسميته "اليأس الاقتصادي البنيوي"، وهو قناعة راسخة بأن المستقبل مغلق، وأن أي جهد فردي لن يجدي نفعًا في مواجهة انهيار المنظومة. وفي ظل هذا اليأس، يفقد "الثمن المستقبلي" للسلوكيات المدمرة قيمته. فلماذا يمتنع عن المخدر خوفًا على مستقبله، إذا كان يعتقد أصلًا أنه لا مستقبل له؟ هنا يصبح المخدر سلوكًا متسقًا مع معطيات الواقع من وجهة نظر الشباب اليائس. (8)

#### ٢. مرونة سوق المخدرات وتكيفها مع الفقر: اقتصاد الجريمة

يتميز سوق المخدرات بدرجة عالية من المرونة والقدرة على التكيف مع المتغيرات الاقتصادية. فعندما تتدهور القوة الشرائية، لا ينسحب المروجون من السوق، بل يغيرون استراتيجيتهم عبر "إغراق" الأحياء الفقيرة بمواد مخدرة رخيصة الثمن وشديدة الخطورة، مثل الشبو والكبتاجون المغشوش.

إن السعر المنخفض لهذه المواد يجعلها في متناول الشباب العاطل، حيث قد يكون ثمن الجرعة أقل من ثمن وجبة غذائية. وهنا تظهر المفارقة القاتلة: إن الفقر لا يمنع الإدمان، بل يوجهه نحو الأنواع الأكثر فتكًا بالجهاز العصبي والأسرع في إحداث الإدمان. فالشاب الذي لا يملك ثمن الدواء، يملك ثمن السم، لأن السوق السوداء أكثر كفاءة في الوصول إليه من نظام الرعاية الصحية.

#### ٣. مفارقة الوصول: المخدر للجميع والعلاج للأغنياء

إن تدهور العملة يخلق مفارقة مأساوية: ففي الوقت الذي يصبح فيه الحصول على المخدر أسهل وأرخص، يصبح الحصول على العلاج أصعب وأعلى. إن تكلفة برنامج سحب السموم والتأهيل النفسي لشهر واحد قد تعادل دخل أسرة كاملة لسنة. وبما أن معظم أنظمة التأمين الصحي لا تغطي علاج الإدمان، أو تغطيه جزئيًا، فإن الأسر تجد نفسها أمام معادلة مستحيلة: إطعام أبنائها، أم علاج ابنها المدمن.

إن هذا الواقع يعني أن تدهور العملة لا يسهم في خلق مدمنين جدد فحسب، بل يضمن بقاء المدمنين القدامى في دائرة التعاطي، لأنه يسد أمامهم باب الخروج الوحيد. وبذلك تتحول الأزمة الاقتصادية من سبب للإدمان إلى عائق أمام علاجه، مما يكرس الظاهرة ويجعلها مزمنة.

(7) محمد، إبراهيم عبدالله عبدالرؤوف (2017). اقتصاد المعرفة والاستثمار في رأس المال البشري. دار الجامعة الجديدة

World Health Organization. (2016). Preliminary estimates of the economic implications of addiction in the United Arab Emirates. Eastern (8)

.Mediterranean Health Journal, 22(10), 731–739

## ثالثاً: التكلفة المادية لاستنزاف دخل الأسرة: تحليل المستويات الثلاثة للخسارة

### ١. التكلفة المباشرة: التصاعد الهندسي للإنفاق على التعاطي

لا يمثل الإدمان إنفاقاً ثابتاً، بل هو "تكلفة تصاعديّة" بطبيعتها البيولوجية. فمع تعود الجسم على المخدر، يحتاج إلى جرعات أكبر للوصول إلى التأثير نفسه، فيما يُعرف بظاهرة "التحمل". ويمكن تتبع هذا التصاعد عبر ثلاث مراحل:

- مرحلة التجريب: إنفاق محدود ومتقطع، غالباً من المصروف الشخصي.
- مرحلة التعود: يتحول الإنفاق إلى بند يومي ثابت، ويبدأ في مزاحمة الاحتياجات الأساسية.
- مرحلة الإدمان الكامل: يصبح الحصول على المخدر هو الأولوية المطلقة، فيتجاوز الإنفاق عليه كل دخل متاح، مما يدفع المدمن إلى الاستدانة، ثم بيع ممتلكات المنزل، ثم اللجوء إلى الجريمة. وبذلك يتحول دخل الأسرة كاملاً إلى وقود لاستمرار الإدمان.

### ٢. التكلفة غير المباشرة: الفاتورة الخفية التي تدفعها الأسرة

إن ثمن المخدر هو أصغر جزء من الفاتورة التي تدفعها الأسرة. أما الجزء الأكبر فيتمثل في:

- **التكلفة الصحية:**

إن المخدرات تدمر أجهزة الجسم الحيوية، ولا سيما الكبد والكلى والقلب والجهاز العصبي. فتتحمل الأسرة تكاليف غسيل الكلى، وعمليات القلب، وعلاج الأمراض النفسية والعقلية الناتجة عن التعاطي، وهي تكاليف مستمرة ومرهقة.

### - التكلفة القانونية والأمنية:

تشمل أتعاب المحاماة، والكفالات، والغرامات في حال القبض على الابن. كما تشمل خسائر ممتلكات الجيران التي يسرقها لتوفير ثمن الجرعة، مما يضع الأسرة في صراعات اجتماعية.

### - تكلفة الفرص البديلة الضائعة:

وهي التكلفة الأكثر فداحة. فالأموال التي تُنفق على علاج المدمن كان يمكن أن تُستثمر في تعليم بقية الأبناء، أو في تحسين السكن، أو في إنشاء مشروع صغير. إن وجود مدمن في الأسرة يعني تجميد التطور الاجتماعي والاقتصادي لها بأكملها. (9)

### ٣. التكلفة على الاقتصاد الكلي: الخسارة الوطنية المركبة

عندما تتجمع الخسائر الفردية والأسرية، فإنها تتحول إلى خسارة وطنية لها ثلاثة أبعاد:

### - خسارة في جانب العرض:

تتمثل في نقص القوة العاملة المنتجة، وانخفاض متوسط إنتاجية العامل، وتراجع الابتكار. فالشباب المدمن هو طاقة معطلة.

### - خسارة في جانب الإنفاق العام:

تتمثل في تضخم بنود الإنفاق غير المنتج في الموازنة العامة، مثل موازنات السجون، والمستشفيات، وأجهزة مكافحة المخدرات. وهي أموال تُقتطع من بنود التعليم والصحة والبنية التحتية.

### - خسارة في جانب الاستثمار:

إن تفشي الإدمان وما يصاحبه من ارتفاع معدلات الجريمة يخلق "بيئة طاردة للاستثمار". فرأس المال جبان بطبعه، ولا يستقر في بيئة غير آمنة. وهكذا تنتج حلقة مفرغة: الأزمة الاقتصادية تسبب الإدمان، والإدمان يعمق الأزمة الاقتصادية عبر طرد الاستثمار وزيادة البطالة. (10)

إن العلاقة بين الاقتصاد والإدمان ليست علاقة خطية بسيطة، بل هي "دائرة مغلقة ذاتية التغذية". فالأزمة الاقتصادية المتمثلة في البطالة وتدهور العملة تنتج الإحباط والفرغ، وهما يوفران الحاضنة النفسية للهروب نحو المخدر. والمخدر بدوره يدمر قدرة الشباب على العمل، ويستنزف دخل أسرته، ويرفع فاتورة الإنفاق الحكومي، مما يقاوم الأزمة الاقتصادية الأصلية.

(9) ربيع، عفاف عبد الكريم. (2019). الآثار الاقتصادية والاجتماعية للمخدرات على التنمية البشرية في الدول العربية. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

(10) الجهاز المركزي للإحصاء. (2024) الكتاب الإحصائي السنوي 2023: الفصل الثامن - إحصاءات الشباب والبطالة. صنعاء: الجهاز المركزي للإحصاء.



وعليه، فإن أي مقارنة علاجية أو وقائية تتجاهل البعد الاقتصادي هي مقارنة قاصرة. فلا يمكن إقناع شاب بالابتعاد عن المخدر وهو لا يملك وظيفة تمنحه كرامة، ولا يمكن إقناع أسرة بعلاج ابنها وهي لا تملك ثمن الدواء. لذا فإن المدخل الأول لكسر هذه الدائرة هو "التدخل الاقتصادي"، عبر سياسات التشغيل، ودعم المشاريع الصغيرة للمتعافين، وجعل علاج الإدمان حقًا مكفولًا، لأن توفير الوظيفة والعلاج هو أقوى خطاب توعوي يمكن تقديمه.

## المحور الثاني

**نفسياً ويمثل في الآثار النفسية الناتجة عن الإحباط واليأس لدى الشباب، وكيف تؤدي المخدرات إلى تدمير الصحة الذهنية** يمثل البُعد النفسي الحلقة الوسيطة في سلسلة العلاقات السببية لظاهرة الإدمان. فإذا كان البُعد الاقتصادي يمهد الأرضية، فإن البُعد النفسي هو الذي يفسر لماذا يلجأ بعض الأفراد إلى المخدر دون غيرهم، وكيف يتحول التعاطي العرضي إلى اعتماد مرضي. إن فهم هذا المحور يتطلب تحليلاً على مستويين: الأول يتعلق بالحالة النفسية التي تسبق التعاطي وتُسهله، والثاني يتعلق بالآثار التدميرية للمخدر على البنية الذهنية بعد حدوثه.

### أولاً: الإحباط واليأس كأرضية نفسية ممهدة للتعاطي

#### ١. الميكانيزم النفسي لنشوء الإحباط في سياق الأزمات المعيشية

يُعرف الإحباط في علم النفس بأنه الحالة الانفعالية التي تنشأ عند وجود عائق يحول بين الفرد وتحقيق هدف ذي قيمة. وفي حالة الشباب، تتمثل الأهداف الجوهرية في تحقيق الاستقلال المادي عبر العمل، وتكوين أسرة، وامتلاك مسكن. وعندما تصطدم هذه الأهداف بواقع البطالة البنوية وتآكل القوة الشرائية، تتكون لدى الشاب "خبرة الفشل المتكرر".

إن تكرار هذه الخبرة يؤدي إلى ظهور ما أطلق عليه عالم النفس مارتن سليجمان "العجز المكتسب". وهو حالة معرفية-انفعالية يصل فيها الفرد إلى قناعة راسخة بأن سلوكه لا يؤثر في مخرجات حياته، وأن بذل الجهد لا يختلف عن عدمه. فيتوقف عن المحاولة، ويدخل في حالة من اللامبالاة والخمول. وتصيح العبارة المهيمنة على تفكيره: "لا فائدة". هذه الحالة هي التربة النفسية الخصبة التي ينبت فيها التعاطي. (11)

#### ٢. المخدر بوصفه "تنظيمًا ذاتيًا كيميائيًا خاطئًا" للانفعال

في مواجهة الألم النفسي الناتج عن الإحباط واليأس، يبحث الدماغ عن آلية لتخفيف هذا الألم. وتُصنف المخدرات ضمن "المنظمات الانفعالية الخارجية". فهي توفر للفرد ما يعجز دماغه عن إنتاجه طبيعيًا في ظل الضغط المزمن:

- المثبطات كالكحول والمواد الأفيونية:

تخمد مراكز القلق والخوف في الدماغ، وتمنح شعورًا زائفًا بالسلام واللامبالاة، فيقول المتعاطي: "نسيت همومي".

- المنشطات كالشبو والكتباجون:

تضخ كميات هائلة من الدوبامين، فتمنح شعورًا زائفًا بالقدرة والثقة والنشوة، فيقول المتعاطي: "شعرت أنني أستطيع فعل أي شيء". (12)

غير أن هذا التنظيم الانفعالي كاذب ومدمر لثلاثة أسباب جوهرية:

المؤقتية: لا يدوم التأثير إلا ساعات، ليعود الواقع أكثر قسوة، ويعود الإحباط مضاعفًا بسبب "الارتداد الكيميائي".

التكلفة التصاعديّة مع التكرار يحدث "التحمل العصبي"، فيحتاج الدماغ إلى جرعة أكبر للوصول إلى التأثير نفسه.

إعاقة التنظيم الذاتي الطبيعي: يعتاد الدماغ على المساعدة الخارجية، ويكف عن إنتاج النواقل العصبية المسؤولة عن السعادة والالتزان بشكل طبيعي، فيصبح الفرد أسير المادة. (13)

(11) عبد الرحمن، محمد السيد. (2000). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

(12) زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.

(13) غباري، محمد سلامة. (1991). الإدمان: أسبابه ونتائجه وعلاجه. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

### ٣. تشوه الإدراك المعرفي: من "تجربة واحدة" إلى "نمط حياة"

يسهم الإحباط في إنتاج مجموعة من "التشوهات المعرفية" التي تبرر التعاطي. ومن أبرزها:

- التعميم الزائد:

"مادام أنني فشلت في إيجاد عمل، فأنا فاشل في كل شيء، ولن أنجح أبداً".

- التهمين من العواقب:

"هي تجربة واحدة ولن تؤثر، وأستطيع التوقف متى شئت".

- شخصنة المشكلة:

"المجتمع كله ضدي، ولا أحد يفهمني إلا هؤلاء الرفاق".

إن هذه الأفكار المشوهة تعمل كجسر نفسي ينقل الفرد من حالة اليأس إلى حالة التجريب، ثم إلى الاعتماد الكامل. (14)

### ثانياً: تدمير الصحة الذهنية: الآلية العصبية-النفسية للإدمان

إن المخدرات لا تغير المزاج فحسب، بل تُحدث تغييرات بنيوية ووظيفية في الدماغ يمكن رصدها بالأشعة. وهذا هو ما يجعل الإدمان مرضاً دماغياً مزمنًا وليس ضعفاً أخلاقياً.

### ١. اختطاف نظام المكافأة في الدماغ: من المتعة الطبيعية إلى العبودية الكيميائية

يعمل الدماغ الطبيعي بنظام مكافأة دقيق. فعند إنجاز عمل، أو تناول طعام، أو ممارسة الرياضة، يفرز الدماغ كمية معتدلة من "الدوبامين" في منطقة تسمى "النواة المتكئة"، مما يمنح الشعور بالرضا والتحفيز لتكرار السلوك.

إن المخدرات، ولا سيما المنشطات والأفيونات، تختصر الطريق وتطلق كمية من الدوبامين تفوق المعدل الطبيعي بخمسة إلى عشرة أضعاف. هذا الفيضان الكيميائي يعيد برمجة الدماغ، فيُسجل أن "التعاطي" هو أهم سلوك لبقاء الكائن الحي، بل أهم من الطعام والجنس. ونتيجة لذلك:

- تضائل قيمة المكافآت الطبيعية: يفقد المتعاطي الاهتمام بالطعام، والهوايات، والعلاقات، والعمل، لأنها لا تنتج دوبامين يقارن بما ينتجه المخدر. (15)

- الاشتياق القهري:

يحدث تغيير في قشرة الفص الجبهي المسؤولة عن اتخاذ القرار، فتصبح كل المثيرات المرتبطة بالمخدر، كرؤية الرفاق أو مكان التعاطي، محفزاً قوياً للاشتياق لا يمكن مقاومته.

### ٢. التلف العضوي والوظيفي للدماغ: الأبعاد الثلاثة للانهياب

- البُعد العضوي:

تؤدي مواد مثل الشبو والمذيبات الطيارة إلى موت الخلايا العصبية، ولا سيما في قشرة الفص الجبهي المسؤولة عن التخطيط والحكم الأخلاقي، وفي الحُصين المسؤول عن الذاكرة. هذا التلف يفسر ضعف الذاكرة، وتدهور القدرة على التخطيط، واتخاذ القرارات الاندفاعية لدى المدمنين.

- البُعد الكيميائي:

مع استمرار التعاطي، يتوقف الدماغ عن إنتاج النواقل العصبية طبيعياً. فإذا توقف المخدر، يدخل المريض في "اكتئاب

(14) القوصي، عبد العزيز. (1996). أسس الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.

Volkow, N. D., Koob, G. F. & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from brain disease model of addiction. \_ New England Journal of (15) Medicine, 374\_(4), 363- 371. Doi.org

انسحابي" حاد ليس حزنًا عاديًا، بل هو فراغ كيميائي حقيقي، لأن الدماغ أصبح بلا سيروتونين ولا دوبامين. وهذا ما يفسر النسب المرتفعة للانتحار بين المتعاطين في مرحلة الانسحاب.

### - البُعد الوظيفي:

تتأكل "الوظائف التنفيذية العليا"، وهي القدرات التي تميز الإنسان، مثل كبح الاندفاعات، وتأجيل الإشباع، والتفكير في عواقب الأمور. فيتحول المتعاطي إلى شخص تحكمه الدوافع اللحظية، ويعجز عن وضع خطة للخروج من وضعه. (16)

### ٣. الاضطرابات النفسية والعقلية المستحثة: من العرض إلى المرض

إن التعاطي المزمن لا يسبب اضطرابًا واحدًا، بل يفتح الباب أمام طيف واسع من الأمراض:

#### الاضطرابات المزاجية:

الاكتئاب ثنائي القطب، والاكتئاب الجسيم، والقلق العام، ونوبات الهلع. وتشير الدراسات إلى أن 60% من المدمنين يعانون من اضطراب نفسي مصاحب.

#### الاضطرابات الذهانية:

تحفز المنشطات ظهور أعراض ذهانية مطابقة للفصام، كالهلاوس السمعية والبصرية، والضلالات الاضطهادية "الشك المرضي". فالمتعاطي يعتقد أن هناك من يراقبه أو يريد قتله، وقد يرتكب جرائم عنف تحت تأثير هذه الضلالة.

#### الاضطرابات الشخصية:

مع طول فترة الإدمان، تتغير سمات الشخصية، فيصبح الفرد مراوغًا، وكاذبًا، وعدوانيًا، ومفتقرًا للتعاطف. وهو ما كان يُعرف سابقًا بـ "الشخصية الإدمانية".

إن المسار النفسي للإدمان مسار دائري مغلق: أزمة معيشية → إحباط ويأس → تشوهات معرفية → بحث عن تنظيم انفعالي سريع عبر المخدر → اختطاف كيميائي للدماغ → تلف عضوي ووظيفي → اضطرابات نفسية وعقلية → عجز كامل عن مواجهة الأزمة المعيشية الأولى → مزيد من اليأس.

وبذلك يتحول الشاب من "ضحية" للظروف إلى "أسير" لتغيرات بيولوجية في دماغه تسلبه إرادته. ومن هنا تنبع الأهمية القصوى للتدخل النفسي المتخصص. فالوعظ الأخلاقي وحده لا يجدي مع دماغ تعرض لإعادة برمجة كيميائية. إن العلاج يجب أن يبدأ بإزالة السموم تحت إشراف طبي، ثم إعادة تأهيل معرفي-سلوكي لإصلاح التشوهات، ثم علاج دوائي للاضطرابات المصاحبة، ثم متابعة طويلة لمنع الانتكاسة.

فالإدمان في جوهره "مرض انتكاسي مزمن" كارتفاع ضغط الدم، والانتكاسة ليست دليل فشل أخلاقي، بل هي جزء من طبيعة المرض، وتتطلب تعديل الخطة العلاجية لا جلد المريض. (17)

(16) القرني، ع. م. (2018). العجز المكتسب وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة في ضوء نظرية سليجان. \_ مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية، 234 201- (2)\_ 201.

(17) المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية. (2020). الدليل الإرشادي لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة. الرياض: وزارة الصحة السعودية.

## المحور الثالث

**اجتماعيا ويتمثل في تفكك الروابط الاسرية، زيادة معدلات الجريمة المجتمعية، ونظرة المجتمع للمتعاطي بين الوصمة والاحتواء.**

يتناول هذا المحور الأثر الامتدادي للإدمان من الجسد الفردي إلى الجسد الاجتماعي. فالإدمان لا يعيش في فراغ، بل يتغذى على تفكك البنى الاجتماعية ويعيد إنتاجها بصورة أكثر هشاشة. وفيما يلي شرح تفصيلي لكل نقطة:

### اولا: تفكك الروابط الأسرية

تُعد الأسرة "الخلية الأولى" في البناء الاجتماعي، وأي خلل يصيبها ينتقل بالضرورة إلى المجتمع كله. والإدمان يضرب الأسرة في خمس وظائف جوهرية:

### ١. الوظيفة الاقتصادية: من وحدة الإنتاج إلى وحدة الاستنزاف المزمّن

#### - آلية الاستنزاف:

يبدأ المتعاطي بإففاق مصروفه الشخصي، ثم يستدين من الأصدقاء، ثم يلجأ إلى سرقة ممتلكات المنزل، بدءًا بالأشياء الثمينة وانتهاءً بأدوات المطبخ. وفي المراحل المتقدمة، يجبر والدته أو زوجته على بيع ذهبها، أو على الاقتراض باسمه. (18)

#### - التكلفة غير المنظورة:

لا تقتصر الخسارة على ثمن المخدر، بل تشمل "تكلفة الفرص البديلة". فكل ألف تُنفق على الجرعات كان يمكن أن تُنفق على رسوم جامعة الأخ الأصغر، أو على علاج الأب، أو على ترميم المنزل. وبذلك يُجمد الإدمان الحراك الاجتماعي الصاعد للأسرة كلها.

#### - النتيجة البنيوية:

تتحول الأسرة من "وحدة منتجة" تسهم في الدورة الاقتصادية إلى "وحدة مستهلكة" تعتمد على المساعدات أو تستدين، مما يدفعها نحو الفقر المدقع ويعيد إنتاج الأزمة الاقتصادية التي كانت سببًا أوليًا للإدمان. (19)

### ٢. الوظيفة الضبطية والتربوية: انهيار السلطة الوالدية وظهور "القدوة السلبية"

#### - شلل السلطة الوالدية:

يفقد الأب هيئته عندما يتحول إلى "محقق" يفتش غرفة ابنه، أو إلى "مفاوض" يترجاه للتوقف. وتفقد الأم دورها الحاضن عندما تتحول إلى "حارسة" تسهر الليل خوفًا من سرقة المنزل. هذا الانقلاب في الأدوار يلغي مفهوم "القدوة" داخل البيت.

#### - التطبيع مع الانحراف:

يشاهد الإخوة الصغار أحاهم المدمن يعود في الفجر، ويصرخ، ويسرق، دون عقاب رادع. هذا المشهد اليومي يؤدي إلى "تطبيع" السلوك المنحرف في لاوعيمهم، ويكسر حاجز الخوف من المخدر. وتشير دراسات علم النفس الأسري إلى أن وجود شقيق مدمن يرفع احتمالية تعاطي باقي الإخوة بنسبة 40%.

(18) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2022). تقرير التنمية الإنسانية العربية: تعزيز مرونة الإنسان في عالم متغير. نيويورك: UNDP.

(19) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (2020). التكلفة الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات في المجتمع المصري. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

### - انتقال العدوى السلوكية:

لا يقتصر الأمر على التعاطي، بل يتعلم الأطفال من أفعالهم المدمن أساليب الكذب، والمراوغة، والعدوانية، وعدم احترام الملكية، فتتشوه منظومتهم القيمية بالكامل. (20)

### ٣. الوظيفة النفسية والعاطفية: تحويل المنزل من "ملاذ آمن" إلى "سجن من القلق"

#### - مناخ التهديد المزمّن:

يعيش أفراد الأسرة في حالة "استجابة الكر والفر" الدائمة. كل طريقة باب قد تكون الشرطة، وكل تأخر قد يكون جرعة زائدة، وكل طلب مال قد ينتهي بنوبة عنف. هذا القلق المزمّن يسبب اضطرابات نفسية للأم والأب، كالأرق والقولون العصبي والاكتئاب.

#### - التفكك العاطفي:

تختفي مظاهر الحنان والحوار، وتحل محلها الاتهامات والصراخ والعزلة. يتجنب كل فرد مواجهة الآخر. الأب يهرب بالنوم أو بالعمل الإضافي، والأم تبكي بصمت، والإخوة يغلقون أبوابهم. فيموت "الدفء الأسري" الذي هو خط الدفاع النفسي الأول للإنسان.

- قرار الطرد والقطيعة: تصل بعض الأسر إلى مرحلة "الموت الاجتماعي" للابن المدمن، فتطرده من المنزل لحماية باقي الأفراد. وهذا القرار، رغم قسوته، هو في جوهره إعلان عن فشل الأسرة والمجتمع في الاحتواء، ودفْع للمدمن نحو التشرد والجريمة بنسبة 100%. (21)

### ثانياً: زيادة معدلات الجريمة المجتمعية

العلاقة بين الإدمان والجريمة علاقة عضوية، ويفسرها علم الإجرام عبر ثلاثة مسارات متداخلة:

#### ١. جرائم التمويل: "اقتصاد اليأس"

##### - المنطق الاقتصادي للجريمة:

المدمن يحتاج إلى جرعة يومية، لكنه عاطل عن العمل. والمخدر يسبب "تحملاً"، أي أن الجرعة التي كانت تكفيه الشهر الماضي لم تعد تكفيه اليوم. هذه المعادلة: "طلب متزايد + دخل صفر" لا حل لها إلا بالجريمة.

##### - التدرج الإجرامي:

لا يبدأ المدمن بالسطو المسلح. بل يبدأ بسرقة 100 من محفظة أمه، ثم جوال أخته، ثم أسطوانة غاز الجيران، ثم كسر زجاج السيارات في الحي. ومع كل نجاح، يرتفع سقف الجريمة، ويخفت صوت الضمير، حتى يصل إلى السرقة بالإكراه أو القتل تحت تأثير الهلوس. فالإدمان مصنع تدريجي للمجرمين. (22)

##### - العمل في شبكات الترويج:

يعرض المروج على المدمن معادلة بسيطة: "رّوج لعشرة أشخاص، وجرعتك اليومية مجاناً". وهنا يتحول المدمن من ضحية إلى أداة لتوسيع السوق. فهو يعرف أماكن الشباب، ويعرف لغتهم، ويصبح "حصان طروادة" الذي يدخل المخدر إلى مدارس وحيارات جديدة.

#### ٢. جرائم الاضطراب الذهني: "تعطيل الفرامل الأخلاقية"

##### - الأساس العصبي:

توجد في مقدمة الدماغ منطقة تسمى "قشرة الفص الجبهي"، وهي بمثابة "فرامل" السيارة. وظيفتها: كبح الاندفاعات، وتقييم

(20) بدوي، أحمد زكي. (1987). مقدمة في علم الاجتماع. القاهرة: دار النهضة العربية.

(21) United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). World drug report 2024. Vienna: United Nations

(22) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. (2020). المخدرات والجريمة المنظمة في المجتمعات العربية. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

العواقب، والالتزام بالقيم. المخدرات، وخاصة الشبو والكبتاجون، تدمر هذه المنطقة. (23)  
**- النتيجة السلوكية:**

يصبح المتعاطي كسيارة بلا فرامل. إذا شعر بالغضب يضرب فوراً دون تفكير في العواقب. إذا رأى فتاة في الشارع تحركت غريزته يتحرش بها فوراً. إذا سمع صوتاً ظنه يتأمر عليه، قد يقتله. هو لا يختار الشر، بل يعجز عن اختيار الخير، لأن مركز الاختيار معطل كيميائياً.

**- الجرائم الأسرية البشعة:**  
تفسر هذه الآلية جرائم قتل الآباء والأمهات التي يرتكبها مدمنون. فهو تحت تأثير ضلالة اضطهادية يرى أمه "شيطاناً" أو "عدواً يريد حبسه"، فيقتلها وهو يبكي، ثم ينهار عندما يزول مفعول المخدر. الجريمة هنا ليست بدافع الكراهية، بل بدافع المرض.

**3. تآكل رأس المال الاجتماعي: "الخوف يلغي المجتمع"  
- تفك الجيرة:**

عندما تكثر السرقات في حي، يتوقف الجيران عن تبادل الزيارات، ويضعون أقفالاً إضافية، وينظرون لبعضهم بريبة. فتموت ثقافة الباب المفتوح التي كانت صمام أمان المجتمع.

**- هجرة الكفاءات:**  
التاجر الناجح، والطبيب، والمهندس، ينقلون سكنهم إلى أحياء أكثر أمنًا هرباً على أسرهم. فيُفرغ الحي من نماذجه الإيجابية، ولا يبقى فيه إلا العاجزون والمدمنون، فيتحول إلى "جيتو" مغلق.

**- موت الفضاء العام:**  
تخاف الأسر من إرسال أطفالها للحداثق أو المساجد بعد المغرب. فتموت الأنشطة الرياضية والثقافية في الشارع. ويصبح الشارع ملكاً للمدمنين والمروجين ليلاً. وهذا هو "الموت السريري" للحي. (24)

**ثالثاً: نظرة المجتمع للمتعاطي بين الوصمة والاحتواء**

هذه النقطة هي الأخطر، لأنها تحدد ما إذا كان المجتمع جزءاً من الحل أم جزءاً من المشكلة.

**1. آلية عمل الوصمة: كيف نصنع المجرم بأيدينا؟**

**- الوصم في علم الاجتماع:**

هو "لصق صفة سلبية شديدة بالفرد، حتى تصبح هي هويته الوحيدة". فبدلاً من أن نقول "أحمد مريض بالإدمان"، نقول "أحمد مدمن". نحذف اسمه وإنسانيته، ونختزله في مرضه.

**- مراحل استبطان الوصمة:**

- المرحلة 1: المجتمع يقول للشاب: "أنت مدمن، أنت فاشل، أنت عار".

- المرحلة 2: الشاب يبدأ بتصديق ذلك، فيقول لنفسه: "أنا فعلاً فاشل، لا أحد يحبني".

- المرحلة 3: يتصرف وفق هذه الصورة، فيقول: "مادمث عاراً في نظركم، فسأكون أسوأ عارته خيلونه". وهنا تتحقق "النبوءة الذاتية".

**- الوصمة كحاجز أمام العلاج:**

الأسرة تخاف من الفضيحة، فتُخفي ابنها في غرفة وتعالجه بالخرافات بدلاً من أخذه للمستشفى. والشاب يخاف من دخول المركز لأن اسمه سيُسجل "مدمن"، فيفضل الموت البطيء على "العار" السريع. (25)

(23) الشهراني، خ. ع. (2021). الإدمان كاضطراب دماغي: الأدلة العصبية والبيولوجية في ضوء التصنيف الدولي للأمراض - ICD 11 \_ المجلة العربية للطب النفسي ، 32 (1)، 15-32.

(24) حجازي، مصطفى. (2020). التخلف الاجتماعي: مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور. بيروت: المركز الثقافي العربي.

(25) الامهل، م. ع. (2022). الوصمة الاجتماعية نحو المتعاطي من الإدمان وعلاقتها بطلب المساعدة: دراسة ميدانية في محافظة تعز. \_ مجلة جامعة تعز للبحوث والدراسات الانسانية، 21\_2، - 277-312.

## ٢. الاحتواء بوصفه استراتيجية علمية وليس عاطفة ساذجة

### - التفريق الحاسم:

الاحتواء لا يعني "التطبيع مع الجريمة". بل يعني التمييز بين "مرض التعاطي" الذي يُعالج، و"جريمة الترويج" التي تُعاقب بأقصى عقوبة.

### - الاحتواء كاستثمار:

عندما أُعالج مدمناً وأوظفه، أنا لا "أرحمه" فقط، بل "أستثمر" فيه. لأن هذا المتعافي سيوفر على الدولة: تكلفة سجنه، وتكلفة جرائمه المستقبلية، وتكلفة علاجه من الطوارئ. وسيتحول من "مستهلك" إلى "منتج" يدفع ضرائب. الدراسات تقول: كل دولار يُنفق على علاج الإدمان، يوفر 7 دولارات على الدولة في بنود الأمن والصحة.

### - نماذج الاحتواء الناجح:

"محاكم المخدرات العلاجية" في بعض الدول، حيث يُخير القاضي المتعاطي بين السجن أو البرنامج العلاجي الإلزامي مع المتابعة. ونسبة النجاح فيها أعلى من السجن بثلاثة أضعاف. (26)

## ٣. تآكل الهوية الجماعية: من "نحن" إلى "أنا وجرعتي"

### - المجتمع السليم:

يقوم على فكرة "المصير المشترك". نجاحي من نجاح جاري، وألم جاري هو ألمي. وهذا ينتج قيم التكافل، والتطوع، والعمل العام.

### - مجتمع الإدمان:

يقتل "المصير المشترك" ويستبدله بـ"المصير الفردي اللحظي". فالمدمن لا يفكر إلا في جرعته القادمة. لا يهتم لو احترق الحي، لو مات جاره، لو انهارت الدولة. انفصل عن "النحن" وذاب في "الأنا" المتورمة بالكيمياء.

لهذا عندما يصل 10% من الشباب إلى هذه الحالة، يفقد المجتمع بوصلته الأخلاقية، ويعجز عن حشد طاقته لأي مشروع نهضوي، لأن جنوده المستقبلين قد سقطوا في أسر اللحظة الكيماوية، إن المحور الاجتماعي يكشف أن الإدمان مرض مُعدي اجتماعياً فهو يبدأ بفرد، فيُفكك أسرته، والأسر المفككة تُنتج حياً مجرماً، والأحياء المجرمة تُنتج ثقافة وصم، والثقافة الوصمة تمنع العلاج، ومنع العلاج يزيد المدمنين.

لذلك فالمكافحة ليست مهمة أمنية فقط، هي معركة على "تعريف الإنسان". هل المتعاطي "مجرم" نعزله، أم "مريض" نعالجه، أم "ضحية" نحتويه؟ اختيار المجتمع لهذا التعريف هو الذي يحدد مستقبله. فالمجتمعات التي اختارت "الاحتواء العلاجي" مع "الردع للمروج" نجحت، والمجتمعات التي اختارت "الوصمة للجميع" غرقت. (27)

Barry, C. L., McGinty, E. E. Pescosolido, B. A. & Goldman, H. H. (2014). Stigma, Discrimination, treatment effectiveness, and policy views (26) about drug addiction and mental illness. \_ Psychiatric Services, 65\_ (10), 1269- 1272. Doi.org  
World Bank. (2023). Social capital and community resilience in fragile contexts. Washington, DC: World Bank (27)

## المحور الرابع

### علاجياً ويشتمل على سبل التدخل المتكامل (دعم مادي، تأهيل نفسي، وتوعية مجتمعية) للحد من الظاهرة

ينطلق هذا المحور من مسلمات علمية جوهرية أقرتها منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي، وهي أن اضطراب تعاطي المواد هو مرض دماغي مزمن قابل للانتكاس، شأنه في ذلك شأن داء السكري وارتفاع ضغط الدم. وبناءً على هذا التصنيف، فإن أي مقارنة علاجية أحادية البُعد محكوم عليها بالفشل، لأنها تعالج العرض وتترك المرض. ويتطلب التدخل الناجع نموذجاً يُعرف بـ"النموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي"، الذي يعالج الأسباب الثلاثة التي أنتجت الظاهرة: الاقتصادية، والنفسية، والاجتماعية. وفيما يلي شرح علمي شديد التفصيل لكل نقطة:

### أولاً: الدعم المادي: معالجة الحاضنة الاقتصادية للانتكاسة

لا يمكن فصل التعافي عن السياق الاقتصادي، لأن الفقر والبطالة يمثلان أقوى محفزات الانتكاسة وفقاً لما يسعى في الأدبيات بـ"نظرية الضغط". ويتكون التدخل المادي من ثلاثة مستويات متكاملة:

#### ١. كسر حلقة البطالة: من "العلاج داخل الأسوار" إلى "الدمج خارجها"

تُظهر دراسات المتابعة الطويلة أن 78% من حالات الانتكاسة تحدث في الأشهر الستة الأولى بعد الخروج من المركز العلاجي، وترتبط مباشرة بالعودة إلى بيئة البطالة والفراغ نفسها. فالدماع يربط بين "الفراغ" و"التعاطي" عبر آلية "التكييف الكلاسيكي"، فيصبح الفراغ بحد ذاته محفزاً للاشتياق. (28) لهذا كان لابد من الية التدخل العلاجية وهي كالتالي:

#### - التدريب المهني الإلزامي داخل المراكز:

لا يصح أن تقتصر فترة التأهيل، التي قد تمتد لتسعة أشهر، على العلاج النفسي فقط. بل يجب استغلالها في "إعادة تأهيل رأس المال البشري" عبر تدريب مكثف على مهن مطلوبة في سوق العمل، كصيانة الهواتف، والتمديدات الكهربائية، والزراعة المائية، والبرمجة. ويُمنح المتعافي شهادة مهنية معتمدة عند خروجه.

#### - برامج "التوظيف العلاجي":

إلزام الشركات الكبرى، عبر تشريعات المسؤولية المجتمعية، بتخصيص نسبة 1% من وظائفها للمتعافين الحاصلين على شهادة خلو من التعاطي. إن وجود "عقد عمل" ينتظر المتعافي هو أقوى "مضاد للاكتئاب" وأقوى "مثبط للانتكاسة"، لأنه يعيد بناء "المعنى" و"الجدول اليومي". (29)

#### - حاضنات المشاريع الصغرى للمتعافين:

توفير قروض ميسرة بدون فوائد، مع إعفاء ضريبي لخمس سنوات، للمتعافين الذين يجتازون برنامجاً لريادة الأعمال. وتُشرف الحاضنة على المشروع مالياً وإدارياً ونفسياً لمدة عامين، لضمان عدم استخدامه كواجهة للعودة للتعاطي.

#### ٢. إزالة العائق المالي أمام العلاج: "تكلفة العلاج" مقابل "تكلفة عدمه"

تشير حسابات الاقتصاد الصحي إلى أن كل دولار يُنفق على علاج الإدمان يوفر على الدولة ما بين 4 إلى 7 دولارات في بنود السجن، والمحاكم، والطوارئ الطبية، وحوادث السير، وفاقد الإنتاجية. لذا فإن مجانية العلاج ليست "مئة"، بل "استثمار عقلائي"، وعليه كانت الية التدخل كالتالي:

#### - الإدراج الإلزامي في التأمين الصحي:

سن تشريع يصنف "اضطراب تعاطي المواد" ضمن الأمراض المزمنة التي تغطيها مظلة التأمين الصحي الشامل، شاملة: إزالة السموم، والتأهيل النفسي، والأدوية البديلة كالميثادون، والمتابعة لمدة عامين.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: APA.

(29) الشريف، ا. م. (2023). فاعلية برامج التأهيل المهني في خفض معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان: دراسة شبة تجريبية. \_مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 20\_ (1)، 122-88.

### - صندوق سيادي لعلاج الإدمان:

يُمول من نسبة من عوائد الضرائب المفروضة على التبغ والكحول، ومن الأموال المصادرة من تجار المخدرات، ويُخصص لتغطية علاج غير القادرين على الدفع، ودعم أسرهم أثناء فترة العلاج.

### - تفكيك اقتصاد السوق السوداء للعلاج:

إن ارتفاع تكلفة المراكز الخاصة يدفع الأسر إلى مراكز غير مرخصة تمارس "التعذيب" باسم العلاج، مما يزيد الطين بلة. لذا يجب التوسع في المراكز الحكومية المجانية، وتجريم المراكز غير المرخصة.

### ثانيًا: التأهيل النفسي: إعادة بناء الدماغ والسلوك

إذا كان الدعم المادي يعالج "لماذا سقط"، فإن التأهيل النفسي يعالج "كيف ينهض ولا يسقط مجددًا". وهو يقوم على بروتوكول علمي صارم من أربع مراحل متسلسلة:

### ١. المرحلة الأولى: إزالة السموم المُدارة طبيًا - Medically Managed Detoxification

الانسحاب من بعض المواد كالكحول والمهدئات قد يسبب "الهذيان الارتعاشي" الذي تصل نسبة الوفاة فيه إلى 20% دون إشراف طبي. والانسحاب من المنشطات يسبب "اكتئابًا انتحاريًا" حادًا. لذا فإن "التطبيب المنزلي" جريمة لهذا لا بد من وجود الية للتدخل كوجود وحدة متخصصة داخل مستشفى، تحت إشراف طبيب نفسي وطبيب باطنة وتمريض مدرب، وتستمر من 7 إلى 21 يومًا. ويُستخدم فيها بروتوكول دوائي لتخفيف الأعراض، ومنع المضاعفات، والحفاظ على العلامات الحيوية. الهدف هنا ليس "التعافي"، بل "البقاء على قيد الحياة" للانتقال للمرحلة التالية.

### ٢. المرحلة الثانية: العلاج النفسي المتخصص - Evidence-Based Psychotherapies

الإدمان يدمر "الوظائف التنفيذية العليا" في الفص الجبهي، وهي المسؤولة عن التحكم في الاندفاعات. والعلاجات النفسية تعمل على "إعادة تدريب" هذه المنطقة الدماغية. (30) ويمكن معالجة ذلك من خلال التالي:

#### العلاج المعرفي السلوكي CBT:

يقوم على تفكيك "الثالوث المعرفي للإدمان": الموقف المحفز → الفكرة التلقائية المبررة → السلوك التعاطي. ويتم تدريب المريض على رصد أفكاره المبررة للتعاطي، مثل "الدنيا خرابانة، سيجارة حشيش مش هتضر"، وتفنيدها، واستبدالها بأفكار تكيفية، مع تدريبه على مهارات "رفض التعاطي" و"إدارة الضغط".

#### - المقابلة التحفيزية MI:

تقوم على حقيقة أن المدمن يعيش في "صراع المشاعر" بين حب المخدر وكره عواقبه. وتعمل هذه التقنية على حل هذا الصراع عبر دفع المريض لاكتشاف "تناقضاته" بنفسه، وتعزيز "كلام التغيير" لديه، دون وعظ أو إجبار. (31)

#### - علاج منع الانتكاسة RP:

يقوم على خريطة علمية تحدد "المواقف عالية الخطورة" لكل مريض، كالمرور من شارع معين، أو استلام الراتب، أو الشجار مع الزوجة. ويتم وضع "خطة طوارئ" مكتوبة لكل موقف، تتضمن: من سيتصل به، وأين سيذهب، وماذا سيفعل في الدقائق العشر الأولى من الاشتياق.

### ٣. المرحلة الثالثة: العلاج الدوائي - Medication-Assisted Treatment MAT

الإدمان يسبب خللاً كيميائياً مزمنًا في الدماغ. وبعض الأدوية تعمل على "إصلاح" هذا الخلل، تمامًا كالأنسولين لمريض

(30) عكاشة، أحمد. (2019). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. \_ JAMA, 284(13), 1689-1695. Doi.org

السكري. ورفضها بدعوى "استبدال إدمان بإدمان" هو جهل علمي. لذلك هناك علاجات منها:  
- مضادات الاشتياق:

مثل "النالتركسون" الذي يغلق مستقبلات الأفيون في الدماغ، فيفقد المخدر تأثيره النشوي، فيمل منه المتعاطي. (32)  
- العلاجات الإحلالية:

مثل "الميثادون" و"البوبرينورفين" لمدمني الهيروين. وهي تعطي جرعة ثابتة وقانونية تمنع أعراض الانسحاب والاشتياق، دون أن تسبب نشوة، فتمكن المريض من العمل والحياة الطبيعية.

- علاج الاضطرابات المصاحبة:

70% من المدمنين لديهم اكتئاب أو قلق أو اضطراب ثنائي القطب. وعلاج الإدمان دون علاج الاكتئاب هو حرث في البحر، لأن المريض سينتكس هربًا من اكتابه. (33)

#### ٤. المرحلة الرابعة: المتابعة طويلة الأمد – After-care

الإدمان مرض مزمن دوري، ومتوسط زمن التعافي الكامل هو خمس سنوات. وتركه دون متابعة بعد الخروج من المركز كإجراء عملية قلب للمريض ثم طرده إلى الشارع دون دواء. ويتم التتبع من خلال برنامج متابعة إلزامي لمدة عامين على الأقل، يشمل: زيارة أسبوعية للطبيب النفسي، وحضور مجموعات الدعم ك"زماله المدمنين المجهولين"، وفحص بول عشوائي، وجلسات إرشاد أسري. الهدف هو الإمساك بالانتكاسة في أولها قبل أن تستفحل.

#### ثالثًا: التوعية المجتمعية: بناء المناعة الثقافية وتفكيك بيئة الجريمة

التوعية ليست شعارًا، بل هي "هندسة اجتماعية" وقائية، وتقوم على ثلاثة محاور علمية:

#### ١. الوقاية الأولية: تحصين من لم يسقط بعد

تقوم برامج الوقاية الحديثة على "نظرية التأثير الاجتماعي"، التي تقول إن المراهق يتعاطى بسبب ثلاثة ضغوط: "المعلومة الخاطئة"، و"الضغط المعياري من الرفاق"، و"ضعف مهارات الرفض". تتم التوعية من خلال التالي:

#### - المناهج المدرسية التفاعلية:

ليس عبر محاضرات الوعظ، بل عبر "مسرح تفاعلي" يمثل مواقف ضغط الرفاق، و"ورش عمل" لتدريب الطلاب على قول "لا" دون خجل. وعبر "أفلام محاكاة" بتقنية الواقع الافتراضي تُظهر تأثير المخدر على الدماغ والرئة والقلب. (34)

#### - تمكين الأسرة:

80% من الآباء لا يعرفون علامات التعاطي المبكر. لذا يجب إخضاع أولياء الأمور لدورات إجبارية في "التربية الوقائية"، يتعلمون فيها: علامات الخطر العشر، ولغة الحوار مع المراهق، وكيف يفتشون غرفة ابنهم دون أن يهدموا جدار الثقة.

#### ٢. تفكيك ثقافة الوصمة: من "العار" إلى "المرض"

تُظهر "نظرية الوصم" للعالم جوفمان أن الوصمة تحول الفرد من "إنسان له مشكلة" إلى "مشكلة تمشي على قدمين". وهذا

.National Institute on Drug Abuse. (2020). Medications to treat opioid use disorder. Bethesda, MD: NIH (32)

American Psychiatric Association. (2022). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders (5th ed.). Washington, DC: APA (33)

.European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). European drug prevention quality standards. Lisbon: EMCDDA (34)

يدفعه إلى "الجماعة المنحرفة" التي تتقبله. (35) وعلية تم إيجاد معالجات أبرزها:

#### - الهندسة اللغوية والإعلامية:

إصدار ميثاق شرف إعلامي يمنع استخدام كلمة "مدمن" ويستبدالها بـ "مريض اضطراب تعاطي المواد" أو "متعافٍ". وإبراز نماذج المتعافين الناجحين في الإعلام كـ "أبطال"، لا كـ "ساقطين سابقين".

#### - التجريم القانوني للتشهير:

تعديل قانون العقوبات لتجريم نشر صور أو أسماء المقبوض عليهم في قضايا "تعاطٍ" وليس "اتجار"، لأن التشهير يعدم فرصة التعافي ويحوّله إلى مجرم حقي.

#### - محاكم المخدرات العلاجية:

استبدال عقوبة السجن للمتعاطي لأول مرة بعقوبة "العلاج الإلزامي تحت الإشراف القضائي". فإذا أتم البرنامج تُشطب السابقة من سجله، وإذا هرب يُسجن. وهذا يوفر على الدولة تكلفة السجن، ويمنح المريض فرصة. (36)

### ٣. تجفيف المنابع: الشق الردعي المكمل للشق العلاجي

تقوم "نظرية الردع" على أن المجرم كائن عقلائي يحسب التكلفة والعائد. وتفكيك سوق المخدرات يتطلب رفع "تكلفة" الترويج إلى مستوى لا يُحتمل. (37) لذلك تم إيجاد الحلول والتي تتمثل في التالي:

#### - التركيز على الرؤوس الكبيرة:

90% من جهد المكافحة يجب أن يوجه إلى "الحيتان" و"شبيكات التهريب" و"غسيل الأموال"، وليس إلى "الأسمالك الصغيرة" من المتعاطين. فحبس 100 متعاطٍ لا يغلق السوق، لكن حبس تاجر واحد يغلق حياً كاملاً. (38)

#### - الضربات الاستباقية المالية:

استخدام "تتبع الأموال" ومصادرة ممتلكات التجار، لأن ضرب الثروة أوجع لهم من ضرب الجسد.

#### - الرقابة الدوائية والتقنية:

إحكام الرقابة على صرف الأدوية المخدرة، واستخدام الذكاء الاصطناعي لتتبع صفحات الترويج على الإنترنت، وتجفيف "الإعلانات" التي تجذب الشباب.

إن فشل أي تدخل أحادي في مكافحة الإدمان يعود إلى تجاهله طبيعة المرض الثلاثية. فالإدمان له "قدم في الاقتصاد"، و"قدم في النفس"، و"قدم في المجتمع". ولا يمكن أن يقف المريض إذا سحبنا قدماً واحدة وتركنا اثنتين. (39)

لذا فإن "التدخل المتكامل" هو الاستراتيجية الوحيدة المثبتة علمياً، ويقوم على معادلة بسيطة:

[دعم مادي يؤمن المستقبل] + [تأهيل نفسي يصلح الدماغ] + [احتواء مجتمعي يمنح الكرامة] = متعافٍ منتج.

وأي إخلال بضلع من هذه المعادلة يعني عودة المتعافي إلى المربع الأول. فالمعركة مع الإدمان ليست معركة مواعظ، بل هي معركة "إدارة مرض مزمن" تتطلب ميزانيات، ومستشفيات، وقوانين، ووظائف، وإعلاماً مسؤولاً. والمجتمع الذي يبخل على أبنائه بهذه المنظومة، سيدفع الثمن أضعافاً مضاعفة في السجون والمستشفيات والجنانات.

(35) العتيبي، خالد بن عبد الله. (2020). الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات وأثرها على طلب العلاج. مجلة دراسات اجتماعية عربية، 48(2)، 55-78.

(36) الشمري، فهد بن عبد الله. (2021). تأثير الخطاب الإعلامي على الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات. مجلة العلوم الاجتماعية العربية، 39(3)، 112-135.

(37) الرويلي، ب. خ. (2019). التكلفة الاقتصادية لظاهرة المخدرات في المملكة العربية السعودية: دراسة تحليلية مقارنة. \_المجلة الخليجية للبحوث الاجتماعية، 16(1)، 35-71.

(38) المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. (2021). تجفيف منابع الجريمة المنظمة: الأساليب الحديثة في المكافحة. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

(39) International Criminal Police Organization (INTERPOL). (2021). Cyber-enabled drug trafficking and online drug markets. Lyon: INTERPOL

## المحور الخامس

### نتائج الاستطلاع الميداني

ظهرت نتائج الدراسات الميدانية في السياق اليميني حول واقع الشباب في ظل الأزمات المعيشية وارتباطها بتفشي الإدمان مجموعة من المؤشرات الكمية التي تعكس حجم العلاقة بين الأبعاد الاقتصادية والنفسية والاجتماعية للظاهرة.

فعلى المستوى الاقتصادي، أشار 82% من أفراد العينة إلى أن البطالة وتدهور فرص العمل تمثل العامل الرئيس في دفع الشباب نحو التعاطي، في حين رأى 74% أن انخفاض الدخل وارتفاع تكاليف المعيشة يخلق حالة من الضغط الاقتصادي تدفع إلى سلوكيات هروبية، من أبرزها الإدمان.

أما على المستوى النفسي، فقد بينت النتائج أن 69% من الشباب يعانون من مستويات مرتفعة من الإحباط واليأس تجاه المستقبل، بينما أقر 63% بأنهم يستخدمون مواد مخدرة كوسيلة للهروب من الضغوط النفسية والشعور بالعجز، وهو ما يعكس دور العوامل النفسية كحلقة وسيطة بين الأزمة الاقتصادية والسلوك الإدماني.

وفي الجانب الاجتماعي، أظهرت النتائج أن 77% من المشاركين أكدوا أن الإدمان يؤدي إلى تفكك الروابط الأسرية وارتفاع حدة الصراعات داخل الأسرة، كما أشار 71% إلى وجود تراجع واضح في مستوى الثقة والتواصل بين أفراد الأسرة في البيوت التي يوجد فيها مدمن.

على مستوى المجتمع المحلي، أفاد 66% من العينة بارتفاع الشعور بعدم الأمان داخل الأحياء السكنية بسبب انتشار حالات التعاطي، بينما رأى 58% أن الإدمان مرتبط بشكل مباشر بزيادة معدلات الجرائم البسيطة مثل السرقة والاعتداءات.

أما فيما يتعلق بالجانب العلاجي، فقد بينت النتائج أن 72% من المستجيبين يرون أن الخدمات العلاجية والتأهيل النفسي غير كافية أو غير متاحة بسهولة، في حين أكد 68% أن الوصمة الاجتماعية تشكل عائقاً رئيسياً أمام طلب العلاج، مما يؤدي إلى تأخر التدخل وزيادة معدلات الانتكاس.

### نتائج البحث

#### تشير نتائج البحث، مدعومة بالمعطيات الميدانية، إلى الآتي:

1- العلاقة بين الأزمات الاقتصادية وظاهرة تعاطي المخدرات لدى الشباب هي علاقة بنيوية عميقة وليست سطحية أو عرضية. فقد أكدت البيانات الميدانية أن البطالة وتدهور فرص العمل، إلى جانب انخفاض الدخل وارتفاع تكاليف المعيشة، تمثل عوامل ضاغطة تدفع الشباب نحو تبني سلوكيات هروبية، يأتي في مقدمتها التعاطي. وتنسجم هذه النتيجة مع الطرح النظري للبحث، الذي يرى أن الإدمان يتشكل داخل بيئة اقتصادية مختلة تُقيد خيارات الفرد وتدفعه نحو بدائل وهمية للتكيف، مما يعزز فهم الظاهرة باعتبارها انعكاساً للأزمة المعيشية أكثر من كونها انحرافاً فردياً.

2- الربط بين التحليل النظري والبيانات الميدانية، توضحت من خلال العلاقة بين الإدمان والأزمة الاقتصادية والتي تتخذ طابعاً دائرياً تراكمياً، حيث لا يقتصر الإدمان على كونه نتيجة للضغوط الاقتصادية، بل يتحول إلى عامل يعمّقها. فقد أظهرت المعطيات أن التعاطي يؤدي إلى استنزاف موارد الأسرة وتراجع الإنتاجية، وهو ما يعيد إنتاج الفقر ويزيد من حدة الهشاشة الاقتصادية. وهذا التداخل يؤكد وجود حلقة مفرغة تتغذى فيها الأزمة والإدمان على بعضهما البعض، بما يعقّد فرص المعالجة الجزئية أو الأحادية.

3- المستوى النفسي، جاءت نتائج الاستطلاع الميداني متسقة بشكل واضح مع الإطار التفسيري للبحث، حيث أظهرت انتشار مشاعر الإحباط واليأس بين الشباب، إلى جانب استخدام المخدرات كوسيلة للهروب من الضغوط النفسية. وتدعم هذه المعطيات فرضية أن الأزمات المعيشية لا تؤثر بشكل مباشر فقط، بل تمر عبر وسيط نفسي يتمثل في "العجز المكتسب"، حيث يفقد الفرد ثقته بقدرته على التغيير، ويصبح أكثر قابلية للانخراط في سلوكيات إدمانية. كما تؤكد هذه النتيجة أن التعاطي لا يمثل حلاً بقدر ما هو تعبير عن أزمة نفسية عميقة تتفاقم بمرور الوقت.

4- السياق العصبي-البيولوجي، تفسر نتائج البحث استمرار هذا السلوك رغم آثاره السلبية، حيث تؤدي المخدرات إلى إحداث تغييرات في نظام المكافأة في الدماغ، مما يجعلها المصدر الأساسي للشعور المؤقت بالتحسن النفسي، في ظل غياب بدائل واقعية. ويكتسب هذا التفسير أهمية أكبر عند ربطه بالنتائج الميدانية، التي تعكس استمرار اللجوء إلى التعاطي كآلية هروب، رغم إدراك الأفراد لمخاطره، وهو ما يعزز فهم الإدمان كاضطراب مركب يتجاوز الإرادة الفردية.

5- المستوى الاجتماعي، فقد أظهرت النتائج الميدانية بوضوح أن الإدمان يمتد أثره إلى داخل الأسرة، حيث يسهم في تفكك الروابط الأسرية، وتراجع مستويات الثقة والتواصل، وارتفاع حدة الصراعات. وتندرج هذه المعطيات مع نتائج التحليل النظري التي تؤكد أن الإدمان يعطل الوظائف الاقتصادية والتربوية والنفسية للأسرة، مما ينعكس سلبيًا على تماسكها واستقرارها. كما بيّنت البيانات وجود ارتباط بين انتشار التعاطي وتزايد الشعور بعدم الأمان داخل المجتمع، إلى جانب ارتفاع بعض أنماط الجريمة المرتبطة به، وهو ما يدعم الفرضية القائلة بأن الإدمان لا يمثل تهديدًا فرديًا فقط، بل يشكل خطرًا على البنية المجتمعية ككل.

6- المنظومة العلاجية، كشفت النتائج الميدانية عن وجود فجوة واضحة في توفر الخدمات العلاجية والتأهيلية، إلى جانب تأثير قوي للوصمة الاجتماعية التي تعيق طلب العلاج وتؤخر التدخل. وتتوافق هذه النتيجة مع ما توصل إليه البحث من أن الوصمة لا تقل خطورة عن الإدمان نفسه، إذ تسهم في دفع المتعاطي نحو العزلة، وتزيد من احتمالات الانتكاس، مما يحد من فاعلية الجهود العلاجية القائمة. كما تؤكد هذه المعطيات أن ضعف الوصول إلى العلاج، مقترنًا بالوصم الاجتماعي، يشكلان معًا عائقًا مزدوجًا أمام التعافي.

7- التكامل بين النتائج النظرية والميدانية، توضح من خلال تبين أن قصور المقاربات التقليدية في مواجهة الإدمان يعود إلى تركيزها على الأبعاد الظاهرة وإهمالها للجذور العميقة المرتبطة بالأزمة الاقتصادية والبنية النفسية والاجتماعية. وقد دعمت نتائج الاستطلاع هذا الاستنتاج من خلال إبراز محدودية فاعلية الخدمات الحالية، مما يعزز الحاجة إلى تبني نموذج تدخل تكاملي. ويقوم هذا النموذج على الربط بين الدعم الاقتصادي من خلال توفير فرص العمل، والتأهيل النفسي المتخصص، والتدخل الأسري والمجتمعي، إلى جانب تطوير الخدمات العلاجية وتفكيك الوصمة الاجتماعية.

## التوصيات

- 1- إطلاق برامج تشغيل طارئة وربطها بسياسات اقتصادية داعمة للدخل وتوسيع فرص العمل، بما يقلل الفراغ الاقتصادي لدى الشباب.
- 2- ربط علاج الإدمان ببرامج تدريب مهني وإعادة دمج المتعافين في سوق العمل عبر مراكز مجتمعية متخصصة.
- 3- توفير علاج متكامل (نفسى، دوائى، اجتماعى) مجاني أو مدعوم، مع إدماج العلاج السلوكي المعرفي ضمن جميع البرامج.
- 4- دعم المتابعة طويلة الأمد بعد التعافي لضمان الاستقرار ومنع الانتكاس.
- 5- إنشاء وحدات دعم نفسي مجتمعية وتنفيذ برامج تدخل مبكر في المدارس والجامعات.
- 6- تدريب الكوادر الطبية والاجتماعية على التعامل مع الإدمان كاضطراب مزمن وليس سلوكًا أخلاقيًا.
- 7- تعزيز دور الأسرة عبر برامج إرشاد وتدريب إلزامية للكشف المبكر والاحتواء.
- 8- تنفيذ حملات مجتمعية وإعلامية غير وصمية، مع إنتاج محتوى توعوي وإبراز قصص نجاح المتعافين.
- 9- إدراج برامج توعوية للشباب حول مخاطر التعاطي ومهارات الرفض داخل المؤسسات التعليمية.
- 10- تبني سياسات قانونية تركز على العلاج بدل العقاب للمتعافين، مع تشديد الرقابة والعقوبات على شبكات الترويج والتهرب واستخدام أدوات تتبع حديثة.

## الخاتمة

في ضوء ما تم تناوله في هذا البحث من تحليل متعدد الأبعاد لظاهرة الإدمان في سياق الأزمات المعيشية، يتضح أن هذه الظاهرة لا يمكن اختزالها في كونها سلوكًا فرديًا منحرفًا، بل هي نتاج تفاعل معقد بين العوامل الاقتصادية والنفسية والاجتماعية والصحية، تتداخل فيما بينها لتشكّل بيئة خصبة لانتشار الإدمان واستمراره. وقد بيّن التحليل أن البطالة وتدهور الظروف

المعيشية يمثلان المدخل البنيوي الأول لتفاقم الظاهرة، حيث يسهمان في خلق حالة من الإحباط وفقدان الأمل، وهو ما ينعكس نفسياً في صورة العجز المكتسب واليأس، الذي يدفع بعض الشباب إلى البحث عن بدائل هروبية، يأتي في مقدمتها التعاطي. كما أظهرت النتائج أن الإدمان لا يتوقف عند حد الفرد، بل يمتد أثره ليشمل الأسرة والمجتمع، حيث يؤدي إلى تفكك الروابط الأسرية، واضطراب الأدوار داخل الأسرة، وتراجع رأس المال الاجتماعي داخل البيئة المحلية، بما يفضي إلى زيادة الشعور بعدم الأمان وارتفاع بعض أنماط الجريمة المرتبطة بالظاهرة. وفي الوقت ذاته، كشفت المعطيات عن ضعف في المنظومة العلاجية القائمة، سواء من حيث محدودية الخدمات أو تأثير الوصمة الاجتماعية التي تعيق طلب العلاج وتؤخر التدخل المبكر. وعليه، فإن التعامل مع هذه الظاهرة يتطلب الانتقال من المقاربة الأحادية إلى المقاربة التكاملية الشاملة، التي تجمع بين الدعم الاقتصادي، والتأهيل النفسي، والتماسك الاجتماعي، والتوعية الإعلامية، إلى جانب تفعيل البعد القانوني العلاجي بدل الاكتصار على الردع العقابي. فالإدمان، في ضوء هذا التحليل، يُعد مرضاً مزمنًا متعدد الأسباب والأبعاد، ولا يمكن مواجهته إلا عبر منظومة متكاملة تضمن الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج في آن واحد.

## المراجع

- 1) الأهل، م. ع. (2022). الوصمة الاجتماعية نحو المتعافين من الإدمان وعلاقتها بطلب المساعدة: دراسة ميدانية في محافظة تعز. \_ مجلة جامعة تعز للبحوث والدراسات الانسانية، 21\_ (2)، -312 277.
- 2) البنك الدولي. (2024). مرصد الاقتصاد اليمني: تداعيات الحرب على سبل العيش – ربيع 2024 ز واشنطن: مجموعة البنك الدولي.
- 3) بدوي، أحمد زكي. (1987). مقدمة في علم الاجتماع. القاهرة: دار النهضة العربية.
- 4) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2022). تقرير التنمية الإنسانية العربية: تعزيز مرونة الإنسان في عالم متغير. نيويورك: UNDP.
- 5) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. (2023). التحرير العربي الحادي عشر للمخدرات: اتجاهات التعاطي في المنطقة العربية. الرياض: مركز البحوث والدراسات الأمنية.
- 6) الجهاز المركزي للإحصاء. (2024) الكتاب الإحصائي السنوي 2023: الفصل الثامن – إحصاءات الشباب والبطالة. صنعاء: الجهاز المركزي للإحصاء
- 7) الحارثي، م. ع. (2019). البطالة وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة ميدانية على عينة من المتعافين في المملكة العربية السعودية. \_ المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 35\_ (71)، -158 115.
- 8) حجازي، مصطفى. (2020). التخلف الاجتماعي: مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور. بيروت: المركز الثقافي العربي.
- 9) ربيع، عفاف عبد الكريم. (2019). الآثار الاقتصادية والاجتماعية للمخدرات على التنمية البشرية في الدول العربية. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 10) الرويلي، ب. خ. (2019). التكلفة الاقتصادية لظاهرة المخدرات في المملكة العربية السعودية: دراسة تحليلية مقارنة. \_ المجلة الخليجية للبحوث الاجتماعية، 16\_ (1)، -35-71.
- 11) زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- 12) الشريف، ا. م. (2023). فاعلية برامج التأهيل المهني في خفض معدلات الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان: دراسة شبة تجريبية. \_ مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 20\_ (1)، -122 88.
- 13) الشمري، فهد بن عبد الله. (2021). تأثير الخطاب الإعلامي على الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات. مجلة العلوم الاجتماعية العربية، 39(3)، 112-135.
- 14) الشهراني، خ. ع. (2021). الإدمان كاضطراب دماغي: الأدلة العصبية والبيولوجية في ضوء التصنيف الدولي للأمراض -11 ICD \_ المجلة العربية للطب النفسي، 32\_ (1)، -15-32.

- 15) عبد الرحمن، محمد السيد. (2000). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- 16) عكاشة، أحمد. (2019). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 17) العتيبي، خالد بن عبد الله. (2020). الوصمة الاجتماعية لمدمني المخدرات وأثرها على طلب العلاج. مجلة دراسات اجتماعية عربية، 48(2)، 55-78.
- 18) غباري، محمد سلامة. (1991). الإدمان: أسبابه ونتائجه وعلاجه. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 19) القرني، ع. م. (2018). العجز المكتسب وعلاقتة بتعاطي المخدرات لدى الشباب: دراسة في ضوء نظرية سليجان. \_ مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية، 30\_ (2)، 201-234.
- 20) القوصي، عبد العزيز. (1996). أسس الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- 21) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (2020). التكلفة الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات في المجتمع المصري. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- 22) المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. (2021). تجفيف منابع الجريمة المنظمة: الأساليب الحديثة في مكافحة الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- 23) محمد، إبراهيم عبدالله الرؤوف (2017). اقتصاد المعرفة والاستثمار في رأس المال البشري. دار الجامعة الجديدة
- 24) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. (2024) التقرير العلمي للمخدرات 2024: الملخص التنفيذي. فيينا: UNODC
- 25) وزارة الصحة العامة والسكان. (2023). الاستراتيجية الوطنية للصحة النفسية -2023-2027: تحليل الوضع الراهن. عدن: وزارة الصحة.
- 26) American Psychiatric Association. (2022). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders (5th ed.). American Psychiatric Association
- 27) Azagba, S., Shan, L., & Latham, K. (2021). Unemployment and substance use: An updated review of studies /from North America and Europe. Healthcare, 9(9), 1182. <https://doi.org>
- 28) Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy views about drug addiction and mental illness. Psychiatric Services, 65(10), 1269–1272. [/https://doi.org](https://doi.org)
- 29) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). European drug prevention quality standards. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- 30) International Criminal Police Organization (INTERPOL). (2021). Cyber-enabled drug trafficking and online drug markets. INTERPOL
- 31) McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA, 284(13), 1689–1695. <https://doi.org>
- 32) National Institute on Drug Abuse. (2020). Medications to treat opioid use disorder. National Institutes of Health
- 33) United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). World drug report 2024. United Nations
- 34) Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model /of addiction. New England Journal of Medicine, 374(4), 363–371. <https://doi.org>

- .World Bank. (2023). Social capital and community resilience in fragile contexts. World Bank (35)
- World Health Organization. (2016). Preliminary estimates of the economic implications of addiction in the (36  
.United Arab Emirates. Eastern Mediterranean Health Journal, 22(10), 731–739

# مؤسسة

# اليوم الثامن

a.youm8.net

## للإعلام والدراسات

مؤسسة اليوم الثامن للإعلام والدراسات هي مؤسسة إعلامية وبحثية مستقلة، تأسست وفق أحكام قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية رقم (1) لعام 2001م ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم (129) لعام 2004م. تتمتع المؤسسة بالشخصية الاعتبارية والذمة المالية المستقلة، وتعمل في مجالات الإعلام، التنمية، الشؤون الاجتماعية، والإنسانية، دون استهداف الربح التجاري. - تحمل المؤسسة ترخيص رقم (0693) صادر عن مكتب الشؤون الاجتماعية في عدن. تاريخ التأسيس: 13 أكتوبر 2016م. تسعى المؤسسة منذ نشأتها إلى تقديم تغطية شاملة للأحداث السياسية والاجتماعية والاقتصادية، مع التركيز على إعداد بحوث ودراسات معمقة حول قضايا الصراع في الشرق الأوسط والقرن الأفريقي المطلين على البحر الأحمر، ومضيق باب المندب، وخليج عدن.

