وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي –

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

محاضـــرات في مقيـــاس:

المخدرات والمجتمع

موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي

من اعداد: الدكتورة نادية فضال

السنة الجامعية:2019-2020 م.

فهرس المحاضرات

عنوان المحاضرة	الصفحة
مقدمة.....	**04**
المحاضرة الأولى: في تعريف المخدرات	**40-5**
1- نبذة تاريخية عن المخدرات	**05**
2- تعريف المخدرات.....	**09**
3- تصنيف المخدرات.....	**14**
4.أنواع المخدرات.....	**17**
المحاضرة الثانية:.خصائص المخدرات و مميزاته	**57-41**
1. خصائص تعاطي المخدرات.....	41
2. خصائص الإدمان على المخدرات	45
المحاضرة الثالثة:الأسباب المؤدية إلى تعاطي المخدرات	**70-58**
1. الأسباب المؤدية إلى تعاطي المخدرات.....	**58**
2. النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات.....	**66**
المحاضرة الرابعة:سبل الوقاية والعلاج	**78-71**

1.الوقاية من تعاطي أو الإدمان على المخدرات.....	71
2. علاج التعاطي أو الإدمان على المخدرات.....	75
المحاضرة الخامسة:دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية ووسائل الإعلام للتصدي على الظاهرة	93-79
1.دور الأسرة للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات.....	79
2. دور المؤسسات التعليمية والتربوية للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات.....	83
3. دور الجامعة للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات.....	89
4. دور وسائل الإعلام للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات.....	90
المحاضرة السادسة: الجهود التشريعية الجزائرية في مجال جرائم المخدرات	107-94
1.المخدرات من منظور الشريعة الاسلامية.....	94
2.المخدرات من منظور القانون الجزائري.....	96
3.السياسة الوطنية المتبعة لمكافحة جرائم المخدرات.....	97
4.العقوبات المقررة لمكافحة جرائم المخدرات.....	98
خاتمة.....	108
المراجع.....	109
الملاحق.....	115
1.الإشهاد بالتدريس.....	116

2.محتوى المقياس حسب المقرر الوزاري.....	**117**
3.المخدرات والمجتمع وحدة تعليم أفقية.....	**118**

مقدمة:

هذه المطبوعة هي عبارة عن محاضرات في **المخدرات والمجتمع** حسب البرنامج الوزاري مقياس"المخدرات و المجتمع" للسنة الثالثة علم النفس العيادي،وبرمج هذا المقياس كوحدة التعليم الأفقية ، يتتضمن ستة محاور.(أنظر الملحق رقم 2-3)

والهدف من المطبوعة هو تحقيق الأهداف المرتبطة بالمقياس، ولقد حاولنا صياغة محتوى المقياس بطريقة تلاؤم مستوى طلبة و طبيعة التخصص. وتتمثل الكفاءة المستهدفة من المقياس في أن يبني الطالب الدارس لهذا المقياس رصيدا معلوماتيا حول مشكلة المخدرات والإدمان عليها كظاهرة مؤرقة للمجتمع ككل وكذا الأسباب التي تدفع إلى تعاطيها والإدمان عليها وسبل الوقاية منها، ليتمكن في نهاية المطاف من عرض الجهود التشريعية الوطنية لمكافحة مخاطر المخدرات.

حيث تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة بعضها يتعلق بالفرد والبعض الآخر بالأسرة والثالث بالبناء الاجتماعي ككل، كما أنها من المشكلات التي تؤثر في بناء المجتمع وأفراده لما يترتب عليها من آثار اجتماعية واقتصادية ونفسية سيئة لا تقتصر فقط على المتعاطي والمدمن وعلاقته بالآخرين ومكانته الاجتماعية وإنما على المجتمع بأكمله، مما جعلها محل اهتمام الرأي العام المحلي والعالمي، كل هذه النقاط سعينا لإبرازها من خلال هذه المطبوعة.

ويتضمن البرنامج المقرر على ستة محاور، بحيث يوافق كل محور محاضرة واحدة مقسمة إلى أجزاء حسب محتوى هذا المحور، والتزمنا في الغالب الأعم بالمنهج المقرر، لكن سوف يجد القارئ أننا توسعنا في بعض الجوانب، نجد أنها مهمة له لفهم المقياس. وغني عن الذكر أن محتوى هذه المطبوعة من نظريات وقواعد ليس من إبداع مؤلفها، وإنما هي قواعد مبسوطة في المراجع جمعناها وعرضناها بأسلوب رأينا أنه الأنسب لمستوى الطلبة.

المحاضرة الأولى: في تعريف المخدرات

1. نبذة تاريخية عن المخدرات:

تعتبر المخدرات من أقدم العقاقير التي عرفها الإنسان وذلك حسب المؤرخين والروايات حيث ورد في تراث الحضارات القديمة أثار كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد المخدرة وكانت على شكل نقوش على جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي في الحضارة المصرية القديمة أو كأساطير رويت وتناولها الأجيال .

فقد عرف الإنسان المخدرات منذ فجر التاريخ وقد سجلت كتابات المؤرخين أن الإنسان منذ العصر الحجري توصل إلى اكتشاف نبات الخشخاش (الأفيون) والقنب (الحشيش) حيث تم استخدامه من طرف الآشوريون قبل 4000 سنة قبل الميلاد والفرس وسكان آسيا للحصول على الانشراح.

وقد عرفت الشعوب القديمة **الحشيش** وصنعوا من أليافه الحبال والأقمشة وأسماه الصينيون "**واهب السعادة**" وأطلق عليه الهندوس إسم" **مخفف الأحزان**" ،أما كلمة القنب هي كلمة لاتينية تعني الضوضاء ومن المادة الفعالة في نبات القنب يصنع الحشيش وهو مشتق من الكلمة العبرية "شيش" وتعني الفرح .

فقد كان الهندوس يعتقدون أن الإله "**شينا**" هو الذي يأتي بنبات القنب من المحيط ثم تستخرج منه باقي الآلهة ما وصفوه "**بالرحيق الإلهي** ويقصدون به الحشيش، وقد نقش الإغريق صورا لنبات الخشخاش على جدران المقابر والمعابد، وقد اختلف المدلول الرمزي لهذه النقوش حسب الآلهة التي تمسك بها:

* ففي يد الآلهة "**هيرا**" تعني **الأمومة**.

* الآلهة "**ديميتر**" تعني **خصوبة الأرض**.

* الإله "**بلوتو**" تعني **الموت أو النوم الأبدي**.

أما **قبائل الإنديز** فقد انتشرت بينهم أسطورة تقول "أن امرأة نزلت من السماء لتخفف آلام الناس

وتجلب لهم نوما لذيذا بفض القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا" (المهندي،2013،ص.18)

ويأتي نبات (الخشخاش) أي الأفيون في مقدمة المخدرات التي استخدمها الإنسان في مجتمعات القديمة ويعتقد أن المنشأ الأصلي كان قبل 5000 سنة بمنطقة جنوب شرق آسيا وطرق البحر الأبيض المتوسط وبعدها انتقل إلى السومريين فقد وجدت لوحة سومري يعود تاريخها إلّى الألف الرابعة قبل الميلاد تدل على استعمال السومريون للأفيون و كانوا يطلقون عليه "**نبات السعادة**" ، وبعدها إلى البابليين ثم الفرس لينتقل بعد ذلك إلى القدماء المصريين والإغريق. كما استعمله الصينيين والهنود الحمر.

لقد أثارت العديد من الدراسات أن ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات عرفت في الحضارات القديمة كالحضارة الفرعونية والرومانية والصينية، ومنذ العصر الحجري تم اكتشاف الكحول وشربه وهناك عشرات النباتات والفطريات التي تحتوي على كيميائيات ذات الخصائص المثيرة للعقل، أما الأمفيتامينات والمنومات والمنشطات فقد تم اكتشافها في القرنين 18 و19 حيث صنع أول عقار منشط في ألمانيا 1887.

وفي الدول العربية كان انتشار المخدرات مقتصرا على الحشيش والأفيون ثم أصبح يشمل كافة أنواع المخدرات، وتعد **مصر** واحدة من أكبر أسواق المخدرات في المنطقة العربية وقد اختلفت الروايات في تأكيد ذلك:

* **أصحاب الاتجاه الأول:** يذهبون إلى التدليل على رأيهم بأن المصريين القدماء لم يعرفوا الأفيون ويستدلون بذلك بأن معظم الآثار الفرعونية القديمة كانت تخلو من زهرة أو كبسولة أو بذور الخشخاش.

* **أصحاب الاتجاه الثاني:**يذهبون أن المصري عرف المخدرات منذ زمن قديم، ففي النقوش التي وجدت على مقابر الفراعنة يثبت استخدام الأفيون في عمل الوصفات الطبية والدوائية لعلاج الأطفال المشاكسين أو المرضى لجلب النوم. وعقب اكتشاف مقبرة الأسرة الثامنة عشر عثر فيها على ذهان يحتوي على المورفين، وعند التنقيب عن الآثار عثر على قرطين يشبهان كبسولة الخشخاش، وعثر على زهور

وأوراق الخشخاش على مومياء الأسرة الواحد والعشرين، وكذلك في أكاليل الزهور الخاصة بالأميرة الفرعونية.

وعرف الكوكايين في أمريكا اللاتينية منذ 500عام قبل الميلاد وكلن الهنود الحمر يمضغون أوراقه في طقوسهم الدينية ، أما القات عرفه الأحباش قديما و نقلوه إلى اليمن عام 525 للميلاد .

وفي المشرق الإسلامي يرجح "ابن كثير" أن **الحسن بن الصباح** زعيم طائفة الحشاشين في أواخر القرن الخامس الهجري كان يقدم طعاما لإتباعه يحرف بهم مزاجهم ويفسد أدمغتهم، وهذا يعني أن نوعا من المخدرات عرفه العالم الإسلامي في تلك الحقبة . (المهندي،2013،ص.ص20-21).

ومما سبق يعتبر الفراعنة أول من عرف المخدرات واعتبر (ابن البيطار) الحشيش انه سبب التخدير حيث كان استعماله بعيدا عن الإدمان حيث استخدم في مجال الطب (لعلاج أمراض العيون مرهم لآلام الجسم...)، فمنذ 2700 سنة قبل الميلاد كان القنب الهندي معروف لدى إمبراطور الصين وكان يوصف لعلاج الإمساك والذهول ولقد أطلق الأفيون على لوحة سامريه تعود إلى 4000 سنة قبل الميلاد ووصف دواء السعادة كما استعمله قدماء المصريين كدواء لعلاج الأطفال كثيري البكاء ولقد زين الإغريق اله النوم عندهم (هينوس) بثمار الخشخاش وكذلك فعل الرومان (سوهوس) كما عرف العرب المنبهات (القهوة) قبل 900 عام في حين عرفت أمريكا اللاتينية المهلوسات منذ 3500 سنة قبل الميلاد وعرف الهنود القنب قبل 3000 سنة قبل الميلاد .(البداينية، 2012،ص. 101)

أما مع بداية القرن الحالي أخذت إساءة استخدام المخدرات تشغل بال المسئولين حيث بدأت تتدفق مع البلدان كميات ضخمة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان. واقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن بعد أن كان التعاطي محظورا في نطاق ضيق على بعض الأحياء الوضيعة في المدن وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى عندما تمكن كيميائي يوناني من إدخال الكوكايين إلى

مصر وتقديمه للطبقة العليا. ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الكوكايين بسرعة امتدت إلى باقي الطبقات الأخرى من الشعب (المهندي، 2013،ص.22)

في دول كثيرة يعتقدون أن العقاقير وتعاطيها بدأ حديثا إلا أن الحقيقة تؤكد بأنه منذ وجود الإنسان على الأرض وهو يحاول أن يغير من حالته المزاجية. ولكن في السابق كانت الكثير من العقاقير الحالية غير موجودة والقدماء كانوا يستخدمون النباتات الموجودة في الغابات لمعالجة المرض العضوي لديهم أو لتخفيف إصابات الحروق والمعارك وإصابات العمل عن طريق التجربة استطاع القدماء أن يميزوا بين أنواع النباتات التي تحذر واستخدموها في بعض طقوسهم الدينية لتفسير الحالة المزاجية في الأوقات التي يرغبونها. وبعد الاكتشافات العلمية وتطور علم الطب والصيدلة. واكتشفت أنواع كثيرة من المخدرات لم يخطر على البال بأنها يمكن أن يكون لها خاصة الإدمان وبهذا القدر من الخطورة ولعل من أقربها مثلا العقاقير المهدئة والعقاقير المنومة والعقاقير المنشطة. (البريثن،2002، ص.33)

تشير بعض الدراسات إلى أن معرفة الجزائريين بالمخدرات تعود إلى ما قبل الاحتلال الفرنسي معتمدة على رواية لرحلة (هايزفون مالستان) التي تحمل عنوان "مدخنو الحشيش " في مدينة الجزائر وما يدعم هذا الطرح هو انتشار زراعة الحشيش في كافة الدولة العثمانية أين كان يستعمل كعرف بعد قدوم الاستعمار الفرنسي للجزائر الحشيش لم يكن ممنوع من الناحية القانونية كان الجزائريين يتعاطونه في المقاهي.(بيج ،2010، ص.32)

ويشير الباحثين أن القنب أستخدم في القديم في عدة مجالات صنع من أليافه الأقمشة وأستعمل أيضا في المجالات الطبية فيقال أنها ترجع إلى حوالي القرن العشرين قبل الميلاد أيام الإمبراطور الصيني (شين جونغ) فقد وصف له الطبيب القنب لعلاج الإمساك. (سويف،1996، ص .34).

وفي القرن التاسع عشر أصبحت المخدرات تمثل مشكل الصحة العمومية وخصوصا بعد انتشار ظاهرة الإدمان على الأفيون والتي سميت بوباء الأفيون بالصين. وانتشر بعدها تعاطي المخدرات بكل

أنواعها على نطاق واسع لم تسلم أي دولة سواء المتقدمة أو السائرة في طريق النمو أو الفقيرة ، ما أدى بالمجتمع الدولي إلى مكافحة المخدرات عبر العديد من الاتفاقيات إبتداءا من اتفاقية شنغهاي سنة 1909 (بلبريك ،2016،ص.5)

بعدها قام الأطباء والعلماء باكتشاف الأضرار التي تسببها المخدرات للفرد المتعاطي وتأثيرها على المجتمع، مما أستوجب منعها بكل الوسائل الممكنة ،تحالفت عدت دول أوربية وعقدت مؤتمر دوليا رسميا نتج عنه أول قرار دولي يصدر علنا في أوروبا يمنع التدخين الأفيون، حيث وقعت عليه تسع دول أوروبية وكان ذلك عام 1909، ثم عقدت اتفاقية لاهاي عام 1912 نصت على منع تدخين الأفيون وبعدها في سنة 1914 صدر قانون هاريسون في الولايات المتحدة الأمريكية الذي منع استعمال الكوكايين والأفيون وكل مشتقاته، وفي عام 1925 تم الاتفاق بين مجموعة من الدول للحد من التجارة بالأفيون ثم في عامي 1931 و1932 وقعت الدول الأوربية في جنيف اتفاقيتين للحد من التجارة بالأفيون(بيج،2010،ص. 32).

وقد جاء في الإعلان السياسي للجمعية العمومية للأمم المتحدة في جلستها للدورة الاستثنائية بتاريخ 10/09 جوان1998:"أن المخدرات تهلك الأرواح والمجتمعات وتقوض التنمية البشرية المستدامة وتولد الإجرام وتلحق المخدرات الضرر بجميع قطاعات المجتمع في كل البلدان وأطلقت على هذه الظاهرة تسمية **مشكلة المخدرات**"(بلبريك ،2016، ص.5)

2. تعريف المخدرات:

إن ضبط تصورنا حول موضوع المخدرات يعد من بين أهم الشروط الواجب توفرها في مجال البحث العلمي خصوصا إذا كانت دلالاته لدى الباحثين تستخدم تبعا لتخصصاتهم الأكاديمية، وحتى يتضح لنا هذا التصور كان حلي بنا تحديد مفهومها خصوصا وأنه محل اختلاف فمفهومها في مجال الطب يختلف إلى حد ما عن مفهومها في مجال علم النفس أو علم الاجتماع، وهكذا تتضح خصوصية كل علم في

تبني مفهوم للمخدرات وضرورة تصنيفها خصوصا وأن المواد المخدرة مختلفة في شكلها ومصدرها. وحتى نتمكن من تقديم تصور شامل لمفهوم المخدرات وتصنيفها بشكل دقيق لها كان لزاما علينا إلقاء نظرة فاحصة على ما تم تداوله في بعض الحقول المعرفية كعلم النفس وعلم الاجتماع... الخ

إذن تعريف المخدرات يختلف باختلاف النظرة إليها فلا يوجد تعريفا يتفق عليه العلماء يوضح مفهوم المخدرات نظرا للتداخل في معنى الكلمة وفي تحديد بين ما هو مخدر وغير مخدر.

1.2. التعريف اللغوي:

جاء في لسان العرب **الخدر**: ستر يمد للجارية في ناحية البيت، والخدر إمذلال يغشي الأعضاء: الرجل واليد والجسد (ابن منظور،دس، ص.232) .

وتأتي كلمة مخدر – بضم الميم وفتح الخاء وتشديد الدال المكسورة– من الخدر بكسر الخاء وسكون الدال– وهو الستر، أي ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد (المهندي،2013،ص.23)

فالمخدرات: هو اسم فاعل من خدر الشيء خدرا أي أصابه الخدر كما يعرف المخدر بأنه كل ما يترتب عن تناولها إنهاك الجسم وتأثيره السيئ على العقل حتى تكاد تذهبه.

ويرجع أصل اشتقاق كلمة "مخدرات" في اللغة إلى مادة خدر.وهي بكسر الخاء. خدر العضو بفتح الخاء إذا استرخى فلا يطيق الحركة. وخدرت عينه ثقلت من قذى أو غيره والخدرة والضعف والفتور يصيب الأعضاء والبدن كذلك في لسان العرب. الخدر من الشراب والدواء فتورا يعتري الشارب وضعف. والخدر الكسل والفتور. وفتر فتورا لاشت مفاصله وضعفت. (سواس،2011،ص. 34)

2.2. التعريف الاصطلاحي:

عرفت المخدرات من وجهات عديدة حيث أن كل مختص عرفها حسب اختصاصه، وفيما يلي سنتناول أهم التعاريف الواردة في ذلك (اجتماعيا، نفسيا طبيا، قانونيا وشرعيا):

المخدرات:" هي كل مادة تصيب الإنسان والحيوان بفقدان الوعي، وقد تحدث غيبوبة ووفاة، أو كل ما ينهك الجسم والعقل ويؤثر فيهما (عبد الخالق ورمضان،2001،ص.295)

وتعرّف المخدرات" بأنها تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتداولها إلى السلوك الجانح، وهي أيضا تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكا منحرفا.(الغريب، 2006، ص.33)

ويعرف المخدر بأنه" مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الكلمة الإغريقية Narkosis التي تعنى يخدر أو يجعل مخدراً" (الدمرداش،1982،ص.10)

فالمخدر هو كل ما يشوش العقل أو يثبطه أو يخدِّره ويغير في تفكير وشخصية الفرد، وهناك فرق بين التعود والإدمان، فالاعتياد مرحلة تؤدي إلى الإدمان وهي حالة تشوقٍ لتعاطي عقارٍ معين ومن خصائصه وجود رغبة قهرية لدى المتعود بالتمادي والاعتياد، والتعود هو أول خطوةٍ نحو الإدمان .أما الإدمان فهو الاعتماد على المادة المخدرة اعتماداً تاماً نفسياً وجسدياً بحيث تصبح الحاجة إليها حاجةً ملحة قهرية بل تفوق لديه أهمية المأكل والمشرب (المهندي،2013،ص.23)

وهي كل مادة طبيعية أو صناعية أو كيميائية تؤدي خواصها لتكون ظاهرة الاحتمال والتعود والإدمان، وتؤدي لحالة من الهدوء والنوم والاسترخاء أو النشاط والانتباه والهلوسة، ويؤدي الامتناع عنها ظهور أعراض مرضية نفسية وجسمية خطيرة على الفرد والمجتمع. (أبو جناح،2000،ص.30)

وتعرف أيضا بأنها كل" مادة تسبب نوعا من النشوة وتخفيف للألم سواء كانت مادة خام أو مصنعة تؤثر على الفرد نفسيا وجسديا واجتماعيا في حال التعود عليها، وتزيد من حالة التوتر النفسي والألم الجسدي إذا تم التوقف عن تناولها، ويتضح لنا أن المخدرات هي عبارة عن مواد يتم تناولها من طرف الفرد حيث تؤثر سلبا على وعيه فتدفعه للقيام بتصرفات غير مقبولة اجتماعيا، ومنه يصبح تعاطيها يمثل مشكلة اجتماعية خطيرة يترتب عنها آثار سلبية بالنسبة للفرد والمجتمع.(عجيلات،2018،ص.6)

3.2. التعريف الطبي والعلمي:

المخدر: "كل مادة خام أو مستحضر تحتوي على عناصر مسكنة أو منبهة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية المخصصة لها وبقدر الحاجة إليها دون مشورة طبية أن تؤدي إلى حالة من التعود و الإدمان علبها مما يضر بالفرد و المجتمع"(النجيمي،2014،ص.11)

المخدرات تعني تلك المواد الطبيعية والمحضرة الكفيلة بإحداث تغيير في النشاط الذهني ذات التأثير السيكولوجي والفيزيولوجي وهي صنفين المخدرات المباحة وهي عموما الأدوية المتوفرة لدى الصيدليات لأغراض طبية، والمخدرات المحظورة وهي إما نبات طبيعي كالحشيش أو القنب الهندي، أو محضرة كالكيف المعالج، وهي تستعمل للإدمان قصد التغيير في النشاط الطبيعي للذهن.

فالمخدرات نشير إلى مفهوم السمية واحتمال سوء الاستخدام والاعتماد وبذلك يمكن وصف المخدر كل مادة مؤثرة عقليا ومفضية إلى استهلاك مضر وقادرة على إثارة ظواهر تبعية (مايستراشي،2014،ص.9)

المخدرات وهي كل مادة سواء كانت نباتية أو كيميائية أو مركبة ذات خواص معينة تؤثر على متعاطيها وتجعله مدمنا لا إراديا عليها باستثناء تعاطيها لأغراض العلاج من بعض الأمراض وحسب الإشراف الطبي وتشكل أضرار على المتعاطي سواء كان نفسيا أو صحيا أو اجتماعيا. (بلعيساوي،2019،ص.4)

وتعرف كذلك أنها أي مادة كيميائية تعمل عند تناولها و بكميات قليلة على إحداث واحد أو أكثر من التغيرات التالية:

*التأثير على حالة الشخص الفسيولوجية بما في ذلك مستوى النشاط والوعي والتوازن.

* التأثير على الأحاسيس الواردة للمخ.

*التأثير على مستوى الإدراك و القدرة على تحليل المثيرات الواردة أو تغييرها.

*تغيير حالة الشخص المزاجية.(قذافي، 1999، ص.258)

4.2.التعريف القانوني والشرعي:

المخدرات هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وترهق الجهاز العصبي ويحضر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك. وتشمل الأفيون و مشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات ولكن لا تصنف الحمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من أضرارها و قابليتها لإحداث الإدمان

(الدمرداش،1982،ص.11)

يعرف المشرع القانوني المخدرات على أنها " كل مادة مسكرة أو مفترة طبيعية أو مستحضرة كيميائيا، من شأنها أن تزيل العقل جزئيا أو كليا، وتناولها يؤدي للإدمان بما ينتج عنه تسمم في الجهاز العصبي فتضر الفرد والمجتمع، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لإغراض يحددها القانون، وبما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية" (حوري،2003،ص.511)

وقد ورد في المادة 02 من القانون الجزائري المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها أن "المخدر كل مادة اصطناعية من المواد الواردة في الجدولين " الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول 1972.(وزارة العدل، 2005، ص.3)

إن الشرع لم يتطرق لموضوع المخدرات بالتحريم أو الإباحة بشكل صريح، لكن بالنظر إلى آثارها التي تشترك فيها مع المسكرات كالخمر، وعليه فالمخدرات هي كل مادة تغيب الوعي وتجعل صاحبها في حالة من السكر،وتسبب إلحاق الضرر به نفسيا وبدنيا واجتماعيا

واقتصاديا..الخ.(عجيلات،2018،ص.11)

والمخدر هو ما غطى العقل وما أسكر منه الفرق فملء الكف منه حرام (المهندي،2013،ص.23)

5.2. التعريف الاجتماعي:

المخدرات هي تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتناولها إلى السلوك الجانح وهي تلك المواد التي تذهب العقل و تدفع متعاطيها للسلوك المنحرف(الغريب،2006،ص.33)

الملاحظ من خلال ما سبق أن التعاريف تتفق في كون المخدرات تؤثر على العقل والجهاز العصبي للإنسان وتؤدي إلى الإدمان عليها، وتظهر لديه مجموعة من الأعراض التي تنوعت بين ما هو نفسي وجسمي وعصبي واجتماعي وتعتبر خرقا للقانون الجزائري وفق المادة 02 من القانون المجرم لاستخدام المخدرات، كما أن الشريعة والدين تحرم استعمالها باعتبارها مذهبة للعقل شأنها في ذلك شأن الكحول والمسكرات.

3. تصنيف المخدرات:

للمخدرات أقسام وأنواع متعددة لا يمكن حصرها وتقسيمها أو تصنيفها، ذلك لأن الصناعات الكيماوية الدوائية في تطور مستمر، وهي كل يوم تطرح لنا العشرات من المركبات التي تختلف من نوع لآخر حسب تأثيرها ونوعية تركيبها ولهذا اختلف العديد من الباحثين في تصنيف هذه المواد إلا أنهم جميعهم يتناولون المواد المخدرة كافة ولكن ضمن نماذج متعددة فالتنوع الكيميائي للمواد المخدرة التي يمكن أن نؤدي إلى الاعتماد والطرق المتعددة للاستعمال والآثار تجعل أن كل التصنيفات الفارماكولوجية للمخدرات ترتكز قبيل كل شيء على تقييم آثارها ،وهناك عدة تصنيفات منها ما يلي:

1.3. التصنيف حسب التأثير الإكلينيكي:

وقسمت إلى:

1. **مسببات النشوة ومهدئات الحياة العاطفية:** وتشمل الأفيون ومشتقاته، المورفين، الهيروين والكوكايين.
2. **مهلوسات:** مثل الميسكالين، القنب الهندي، فطر الأمانيت، البلازون.
3. **المسكرات:** مثل الكلورفور، البنزين وأول أكسيد الآزوت.

4. المنومات: مثل الباربيتيورات.

5- المنبهات: (المحرضات) وتضم العقاقير التي تحوي الكافيين (القهوة، الشاي، القات...)(النجيمي، 2014،ص.13)

2.3. تصنيف المخدرات حسب طريقة إنتاجها:

واعتمد الباحثون على تصنيفها إلى 03 مجموعات وهي:

1. المخدرات الطبيعية: وهي مجموع العقاقير التي يحصل عليها من الطبيعة دون إدخال أي تعديل صناعي عليها، وهي نباتات وجدت في الطبيعة وتحتوى على مادة مخدرة مثل: الأفيون، القات، الكوكا، التبغ، والشاي والبن.

2. المخدرات الصناعية: وهي مستخرجة صناعيا من النباتات الطبيعية، عن طريق عمليات كيميائية لتصبح في صور أخرى مختلفة.

3. المخدرات التخليقية: وتدعى المركبات الكيميائية، ولا تعود في أصلها إلى مخدرات طبيعية أو مصنعة، وإنما تركب من عناصر كيميائية تحدث التأثير الطبيعي والصناعي نفسه. (بلبريك،2016،ص.11)

3.3. التصنيف حسب اللون :

يقوم هذا التصنيف على أساس لون المخدر و درجة الشيوع و ليس على خصائص المخدر كيميائيا أو فيزيولوجيا بالنسبة على تأثيره على الكائن الحي وتنقسم بموجبه إلى نوعين:

1. مخدرات سوداء :وهي التي يميل لونها إلى السواد كالأفيون والحشيش.

2. مخدرات بيضاء :كالهيروين والكوكايين وغيرهما. (عجيلات،2018،ص.11)

4.3.التصنيف على أساس نوع الاعتماد:

وتنقسم إلى قسمين:

1- **مخدرات تسبب اعتمادا نفسيا وعضويا:** مثل الأفيون ومشتقاته (الهيروين،المورفين والكوديين)

2 - **مخدرات تسبب اعتمادا نفسيا فقط:** وهي الكوكايين، الأمفيتامينات، الحشيش الماريخوانا، القات، عقاقير الهلوسة، السوائل المتطايرة.

5.3. التصنيف حسب تأثير المخدرات على الكائن الحي ووظائف أعضائه: وهي

1. المثبطات المسكنات (Dépérissants): وتضم المواد القاتلة للألم أو المنومة أو المهدئة والمسكنة ومنها: الأفيون المورفين والكوديين، الهيروبين.

2. المنشطات المنبهات (Stimulants): وهي المواد التي يسبب تعاطيها حالة من التهيج العام وتستعمل طبيا لمعالجة زيادة السمنة ولتقليل الشهية ومنها: أوراق الكوكا،الأمفيتامينات،القات.

3. المهلوسات (Hallucinogène): وتشمل عدة أنواع منها: عقار (ل س د LSD) الميسكالين، وغيرها من المواد المهلوسة.

4. القنب ومشتقاته: ويشمل الماريخوانا والحشيش وزيت الحشيش.(بلبريك،2016،ص .12)

6.3.التصنيف حسب خطورة المخدر:

وتنقسم إلى نوعين :

1- **المخدرات الكبرى** : وهي التي لها خطورة كبيرة على متعاطيها عند استخدامها والإدمان عليها مثل الأفيون والمورفين والكوكايين والهيروين والحشيش، الماريخوانا.

2- **المخدرات الصغرى** : وهي التي خطورتها أقل من سابقتها وتمثل جانبا كبيرا من العقاقير المستخدمة كعلاج طبي، وإن كانت تسبب التعود والإدمان والأضرار الجسمية والصحية لمتعاطيها مثل المنبهات، المهدئات،المسكنات،المنومات، القات، الكوكا. (النجيمي،2014، ص.13)

يتبين مما سبق أنه قد تعددت التصنيفات الخاصة بالمخدرات حسب اللون، والتأثير على الفرد، وكذا طبيعة المنشأ والمصدر وغيرها وسنحاول فيما يلي شرح أبرز وأهم أنواع المخدرات وأكثرها شيوعا.

4. أنواع المخدرات:

نقوم بتقسيم المخدرات إلى مجموعات وهي:

المجموعة الأولى: المخدرات المثبطة

1 . الأفيون(Opium) ومشتقاته:

هو من أخطر أنواع المخدرات الطبيعية المثبطة ومن نوع المخدرات الكبرى، يستخرج الأفيون من ثمرة نبات الخشخاش، وعرف الاستخدام الطبي له منذ ما يقرب من 7000 سنة قبل الميلاد حيث كان يستخدم في علاج المغص عند الأطفال، وذكر في ملاحم هوميروس أن الأفيون دواء يهدئ الألم والغضب ويمحو من الذاكرة كل آثار للأحزان ويعالج ضيق التنفس والمساعدة على التنفس ونبه إلى خطورة الموت عند زيادة الجرعة. وكذلك وصف الحكيم العربي ابن سينا استخدام بذور الخشخاش في علاج" ذات الجنب"، كما ذكر الأنطاكي في تذكرته" تذكرة أولي الألباب والجامع للعجب العجاب" الخشخاش هو النبات المعروف في مصر بأبي النوم وأنه ينمو بريا وقد يزرع أيضا ومنه يستخرج الأفيون بالشرط ووصفه : "إذا دق بجملته رطبا وقرص كان مرقدا جالبا للنوم، مجففا للرطوبة، محللا للأورام، قاطعا للسعال وأوجاع الصدر الحارة وحرقة البول والإسهال المزمن، أما بذره فإنه نافع لخشونة الصدر والقصبة وضعف الكبد والكلى، ويصب طبخه على الرأس فيشفي صداعه وبعض أنواع الجنون كالماليخونيا (المهندي ،2013،ص.ص 26-27)

والأفيون هو سائل لبني مجفف ناتج عن تجريح ثمرات نبات الخشخاش، فهو عصارة لبنية بيضاء(مادة صمغية بيضاء) يتحول لونها إلى بني غامض، مرة المذاق ولها رائحة نفاذة. (عبد الغني،د س، ص.14)

ويتكون الأفيون من القلويدات تبلغ أكثر من 800 قلويد أو مادة عضوية مركبة وجميعها ذات طبيعة سامة جدا و يستخرج منه 65 قلويدا يدخل في تركيب الأدوية (بلبريك،2016،ص.13)

ويعمل الأفيون على تخميد الجهاز العصبي المركزي وعلى الأخص مناطق الحس في المهاد وقشرة المخ، وتعمل هذه الفاعلية المخمدة لتخفيف الألم وللتنويم إذا أخذت بجرعات كبيرة، وتتسبب الجرعة الزائدة في الوفاة بسبب تأثير هده العقاقير المثبطة على النخاع المستطيل وللأفيون القدرة على تقليد إفرازات المخ والحلول محلها ولذلك تستطيع التأثير على الآلام ويتطور التحمل مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاعتماد النفسي و الجسدي(بلبريك،2016،ص.14)، فإذا تعود عليه الشخص صار جزءا من حياته لا يستطيع جسمه أداء وظائفه دون تناول الجرعة المعتادة ويشعر بآلام حادة إذا لم يتناول الجرعة وتتدهور صحته وتضعف ذاكرته وتضمر عضلاته وتقل شهيته للطعام ويحدث بطء في التنفس وزرقة في العينين وينقص وزنه (الغريب،2006، ص.38).

1.1 . المورفين (Morphine) :

اشتق هذا الاسم من اسم" مورفيوس" إله النوم عند الإغريق" وهو المادة الشبه قلويدية الرئيسية الموجودة في الأفيون والتي يتم الحصول عليها على شكل بلورات، اكتشف عام 1803 من طرف الصيدلاني "سيرتورنر"بعزل العنصر الفعال في الأفيون والمسؤول عن معظم الآثار الفيزيولوجية والسيكولوجية المترتبة على تناول الأفيون.(المهندي،2014،ص.29).

ويستخرج بحل مادة الافيون ووضعها في حمض الكلور حتى يتم تحليل القلويدلت تاركة وراءها كمية كبيرة من المادة الحامضة التي يستحصل منها على راسب المورفين بعملية أخرى .

والمورفين: عبارة عن مسحوق ابيض بلوري. كما يمكن أن يكون على شكل أقراص أو محاليل الحقل، ويتدرج لونه من الأبيض إلى الأصفر أو البني تبعا لنقاوته وهو مر المذاق ولقد انتشر استخدام المورفين في الأغراض الطبية في العالم الغربي خاصة الولايات المتحدة الأمريكية. (بلبريك،2016،ص.14)

وبخصوص كيفية تعاطيه فهي عن طريق الاستنشاق، والحقن، والتناول بالفم وهي أخطرها و"المورفين هو من بين أهم المركبات الطبيعية المستخدمة في علاج الألم الناجم عن السرطان والحالات التي تكون فيها المسكنات الأخرى غير مجدية، كما أن لديه تأثيرا مهدئا يحمي الجهاز العصبي ضد الصدمة العصبية الناتجة عن الجروح والصدمات الشديدة المؤلمة والناتجة عن النزيف الداخلي وقصور القلب الإحتقاني.(عجيلات،2018،ص19.)

ويتم تعاطي المدمن لمادة المورفين عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل، ونادرا ما يأخذ عبر البلع، لأنه إذا اخذ بهذه الطريقة يلزم تعاطي كميات كبيرة منه وهذا يحتاج إلى تكاليف باهظة وعادة ما يلجأ المدمن في حالات الإدمان من الحقن تحت الجلد .

وهناك العديد من مشتقات المورفين وهي: ثاني إستيل المورفين والبيثدين، الميثادون والأفيون الأسود، كما أن هناك المركبات المصنعة الشبيهة بمشتقات الأفيون: البنتازوسين يستخدم كمسكن للألم(بلبريك،2016،ص.14)

2.1.الكوديين(Codeien):

يعتبر الكوديين أحد مشتقات الأفيون الخام وهو يصنف ضمن فئة المواد المثبطة،" وقد تمكن علماء المختبرات الطبية عام 1832 من استخلاص الكوديين من الأفيون الخام من طرف الصيدلي الفرنسي (Jean Pierre Robiquet) يستخدم في تسكين السعال تشنج الأمعاء ويمثل حوالي 2% من قلويدات الأفيون ولكن تأثيره على الإنسان أقل بنسبة25% من تأثير المرفين وهو يدخل في تركيب الأدوية المضادة للسعال لتأثير المهبط لمركز السعال في المخ (المواد المهبطة للجهاز العصبي المركزي) (أبو جناح، 2000، ص.73).

ويتداول هذا العقار على شكل بلورات بيضاء عديمة الرائحة أو في شكل أقراص، ويستعمل الكوديين في الأغراض الطبية للتقليل من الإحساس بالألم كما أنه يدخل في معظم أدوية السعال كما أن الإدمان

عليه يترتب عنه حالة من التوتر، تقلصات عضلية ...إلخ، وقد تؤدي الجرعات الزائدة والكبيرة بصاحبها إلى حالة الوفاة.(عجيلات،2018،ص21)

عندما تحقن مادة الكوديين في الوريد يكون لها نفس الأثر الفارماكولوجي للمورفين، أما إذا تم تعاطيه عن طريق الفم يكون له مفعول المسكن أقل بعشر مرات من المورفين،إلا أنه يحدث عدة آثار غير مرغوب فيها كضيق التنفس، الدوار، التقيؤ ، الإمساك ويمكن أن يحدث الإدمان على الكوديين أذا كان التعاطي عن طريق الفم وبصفة كثيفة.(بلبريك،2016،ص15)

3.1. الهيروبين:

الهيروين من المخدرات المصنعة أو نصف تخليقية، وهو أحد مشتقات المورفين الخطيرة للغاية إذ يصعب على متعاطيه الانقطاع عنه وهو معروف أيضا بدي اسيتيل مورفين(Diacétylmorphine) وهو "يتكون من بلورات صغيرة تشبه السكر المسحوق الدقيق الناعم أو مساحى التنظيف ويتراوح لون الهيروين ما بين اللون الأبيض واللون الأبيض العاجي، اللون الرمادي الغامق، اللون الرمادي المائل للون البني، ولعل ما يميزه صعوبة ذوبانه في الماء على عكس الكحول التي يذوب فيها بسهولة، والهيروين مستخلص من المورفين المستخلص من الأفيون.(عجيلات، 2018،ص.20)

يتم تحضيره عن طريق تسخين المورفين مع حمض الخليك (Acetic Acid) لمدة ساعتين عند درجة حرارة تساوي 85 درجة مئوية وعندما تنتهي عملية التسخين يذوب المورفين في الحمض مشكلا الهيروين بعدها يضاف الماء إلى الخليط لتذويب الهيروين ثم تضاف مادة بكربونات الصوديوم إلى المزيج الهيروين لينتج عن ذلك مسحوق الهيروين القاعدي (Denis et Senon,op-cit,p155)

إن الإدمان على الهيروين ويعتبر من أشد المواد المسببة للاعتماد النفسي والعضوي حيث أن قوته تتراوح من 2 إلى 10 أضعاف المورفين فهو مسبب للإدمان، مما يعني أن التوقف عن التعاطي يؤدي إلى الأعراض الإنسحابية مثل : الشكوى و كثرة الطلبات وتزايد النشاط، وبعد 8 ساعات تظهر أعراض

الحرمان مثل القلق والاكتئاب والاضطراب النفسي وبعد مرور8-15 ساعة تظهر الأعراض العضوية مثل الإدماع والرشح الأنفي وتصبب العرق والتثاؤب وعدم الراحة في النوم، كثرة العطس، وبعد 3 أيام من الإقلاع يشكو المدمن من الأرق الغثيان ،انعدام الشهية، تقلصات في البطن، آلام في العظام والعضلات وبعد 10-15 يوم يظهر على المدمن الإنهاك وانخفاض في الوزن، ولا توجد استخدامات طبية له إلا في حالات ناذرة علاج السرطان الميئوس من شفائه(بلبريك ، 2016،ص.ص16-17).

وكل طرق تعاطي الهيروين تؤدي إلى الإدمان وهي: الاستنشاق باستعمال أنبوب مجوف، والتدخين مفعوله بعد10-15 دقائق من التدخين والشم، والحقن في الوريد مفعوله 7-8 دقائق بعد الحقن والحقن في العضلات مفعوله 5-8 دقائق بعد الحقن .(أبو بكر،2002،ص.21).

وللهيروين فعالية سريعة لتخفيف الألم مع الشعور بنشوة و مرح في المزاج والشعور بالسلام والارتياح والطمأنينة ولكن تم حذفه من دساتير الأدوية. (كامل والمكاوي،2002،ص.8)

2. البنزوديازبين: (Benzodiazepine)

تنتمي عائلة البنزوديازبين إلى مجموعة مثبطات الجهاز العصبي(تبطئ عمل المخ)، وتدخل في الكثير من الأدوية التي تستخدم كمهدئات أو مطمئنات بجرعات قليلة، أو منومات بجرعات عالية ،أو مزيلات التوتر بجرعات متوسطة، وهنالك ما يقرب من 35 دواء يختلف في سرعة إحداث التأثير المطلوب على الجهاز الفاليوم من أجل التهدئة قبل العصبي وتنقسم إلى:

* بنزوديازبين قصير المفعول وتستخدم لعلاج الأرق منها الرفوتريل (.Revotril)

* بنزوديازبين متوسط وطويل المفعول لعلاج حالات القلق والتوتر العصبي وحالات ما بعد الصدمة، الوسواس القهري وحالات الصرع والتخدير مثل: إجراء الجراحات (بلبريك،2006،ص.18).

ومن أنواع **البنزوديازبين:** البرازولام Alprazolam، لورازيباLorazepam ، نيترازيبام Nitrazepam ترايازولام Triazolam ، كلوبازامClobazam، تيمازيبام Temazepam ، لورميتازيبام Lorametazepam ،ديازيبام Diazepam... إلخ

إن التأثيرات التي تحدثها بنزوديازبين –حسب عدة عوامل منها: نوع وشدة المرض، الكمية التي يتناولها المريض أي الجرعات ، الشكل الذي يتناول به المريض الدواء– ،حسب الجرعات المناسبة للمريض يساعد في علاج حالات التوتر والقلق و يساعد على النوم الهادئ، إلا تناوله لفترات طويلة يجعله يزيد من الجرعات حتى يحدث الأثر المطلوب مما يدخله في دائرة الإدمان فالجرعات القوية تؤثر على حدة الذكاء وحضوره الذهني تؤثر على التناغم العصبي الحركي، طلاقة اللسان والكلام وتسبب ثقلا في اللسان وفي الحركة، تنمل الأطراف، عدم التركيز مما يمنعه من السياقة، تؤثر على القراءة والحفظ والتعلم، ضعف القدرة الجنسية، وإن الأعراض الجسدية التي يشعر بها المريض نتيجة التوقف المفاجئ عن تعاطي الدواء يشبه الأعراض التي يشعر بها لمدمن على الكحول عند توقفه عن الشرب ومن بينها : الميل إلى النوم، الأرق، سوء الهضم، التعب، فقدان الشهية، اضطراب المزاج، ثقل اللسان...الخ (بوكرمة وفاضلي، 2018،ص.142)

ومن علامات إدمان أدوية البنزوديازبين :

– الرغبة الملحة لتناول الدواء.

– البحث عنه و التأكد من وجوده .

–محاولة إيجاد الدواء ولو حتى على حساب النشاط اليومي الأساسي و العمل الذي يقوم به المدمن.

–عدم القدرة على التقليل من الجرعة أو التوقف عن التعاطي ولو ليوم واحد.(بوكرمة وفاضلي ، 2018،ص.ص 147–148)

3. الباربيتورات (Barbiturates):

تعتبر الباربيتورات مجموعة مخدرات مسكنة وجالبة للنوم مشتقة من حامض الباربيتوريك، وتستخدم في علاج الكثير من الأمراض والاضطرابات التي تحتاج إلى تسكين والنوم وتوصف في الاضطراب العصبي والقلق الانفعالي وفي الاضطرابات الجسمية المصحوبة بتوتر انفعالي أو في حالات الربو.

(بلبريك ، 2016،ص.19).

ولقد صنفت تبعا لتأثيرها إلى ثلاث أنواع:

*طويلة المفعول (8–12 ساعة) مثل الفينوباربيتال.

* متوسطة المفعول (4–6 ساعة) النيوباربيتال.

*قصيرة المفعول ذات مفعول مؤثر أقل من ساعة مثل التيوبنتال(بوكرمة وفاضلي، 2018،ص.154)

المجموعة الثانية: المخدرات المنشطة

1. الكوكايين (Cocaïne):

هي المادة الفعالة التي تحتوي عليها أوراق الكوكا، وهي عبارة عن بلورات صغيرة يمكن ضغطها على شكل ألواح، والكوكايين مخدر مثله مثل الأفيون ويعتبر منشطا للجسم كالأمفيتامينات، ويوجد على شكل مسحوق ناعم يستنشقه المتعاطي، ونادرا ما يذاب في الماء ويحقن في الوريد، ويسبب شعورا بالخفة والنشاط وزيادة الحركة والسلوك العدواني وهو يحدث عادة الإدمان إذا استمر استعماله. (زيد،1988،ص.30)

يعتبر الكوكايين من أقوى المواد المسببة للإدمان، ويصنف ضمن المخدرات المنشطة ومنبه للجهاز العصبي المركزي، ويمكن تعاطي الكوكايين إما عن طريق الحقن أو الشم أو التدخين أو عن طريق تدليك

الأغشية المخاطية للفم واللثة به، لكي يمتص من خلالها، والتدخين من أسرع وسائل التعاطي من حيث الامتصاص، والوصول إلى المخ تماما مثل الحقن من خلال الوريد.(بلبريك،2016،ص.21)

عند تعاطي الكوكايين يشعر المدمن في البداية بنوع من النشوة والسعادة والنشاط كما أن هذه الحالة لا تدوم طويلا إذ سرعان ما يعيقها الكسل واللامبالاة والضعف العام ويحاول أن يتغلب عليها وذلك بتعاطي جرعة أخرى من المخدر فيدخل المرحلة الثانية وهنا تظهر عليه اضطرابات سلوكية من هلوسات بكل أنواعها:سمعية، بصرية ..الخ

وهنا يتخيل المدمن أن كل ما يحيط به يتحرك وكذلك يدخل المدمن في حالة الشعور انه مراقب ومن هنا يدخل في المرحلة الثالثة وعادة ما تحدث هذه المرحلة بعد مرور سبع سنوات من تعاطي الكوكايين واهم سماتها انحطاط تام لجميع وظائف الجسم وتفكك الشخصية (شحاتة،2006، ص.90)

2. القات (Khatorcatha):

أدرجت منظمة الصحة العالمية القات ضمن المواد المخدرة وهو عبارة عن شجيرات دائمة الخضرة، موطنها الأصلي الحبشة، وقد نقلها الأحباش إلى اليمن عند احتلالهم لها في القرن السادس ميلادي، وانتشرت زراعته في الجنوب العربي(الصومال، كينيا، أوغندا، مدغشقر..) وجنوب شبه الجزيرة العربية ، حيث أصبح المواطن اليمني أسير أوراقها اللامعة يملأ بها فمه يمضغها في كل مكان مضغا بطيئا يتم معه استخلاص عصارة النبات المرة القلوية وارتشافها مع الماء بلذة زائدة، ويؤثر القات على الجهاز العضوي لمتعاطيه فيؤدي إلى سرعة ضربات القلب وزيادة ضغط الدم وارتفاع حرارة الجسم وإفراز كمية من العرق، ويؤدي إلى اضطرابات هضمية ومعدية، والى اضطرابات نفسية مثل: الأرق، والوهن، التبلد الفكري، مع حدة في المزاج، وكثرة الأحزان.(بلعيساوي،2019،ص.15)

وقد وصف القات في العصور الماضية كوصفة طبية تحدث الانتعاش و النشوة والفرح ولها فائدة في العلاج الطبي وخاصة حالات الاكتئاب، ويعتبر نبات القات منشطا وتحتوي على قلويدات (القاتين) وزيوت طيارة (المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان،1999، ص.57)

يتم تعاطي القات في جلسات جماعية، عن طريق استحلاب الأوراق، وتكمن المادة المخدرة في نبات القات في أوراقه ويتم تعاطيه عن طريق مضغ أوراقه مضغا بطيئا حيث تخزن في فم المدمن ساعات طويلة يتم من خلالها امتصاص عصارتها، ويتخلل هذه العملية شرب الماء بين الحين والآخر.

وهناك طرق أخرى لاستعمال القات منها:

-استحلاب الأوراق الغضة.

-تخلط أوراق القات مع التبغ وتدخن .

-تجفف أوراق القات وتطحن ثم تغلى مع بعض التوابل والسكر حتى تصبح كالعجينة ثم تقسم إلى أجزاء صغيرة ثم تستحلب في الفم لفترة من الزمن ثم تبلع بكاملها(بلبريك،2016،ص.24)

يؤدي تكرار إستعمال القات إلى حدوث قليل من الاعتماد النفسي وقليل جدا من الاعتماد الجسدي ويسبب حالة من السرور والنشوة و التي ترسخ في ذهن المتعاطي، يجد المرء نفسه دائما يسعى للحصول على المزيد من القات .

4.الامفيتامينات:

اكتشف هذا العقار عام 1887م وفي 1937 أنتج كأقراص لعلاج النوم، حيث استخدم في العلاج الطبي ومعالجة بعض الأمراض كاحتقان الأنف(سويف،1996،ص55).

وفي عام 1972 أدرج هذا العقار في جدول العقاقير المسببة للاعتماد ومنع بيعها إلا بموجب وصفة طبية رسمية، فالاستعمال العلاجي له مركبات دوائية منشطة للقوة الجسمية والنفسية تستعمل لعلاج

حالات النوم القهري، حالات الاكتئاب، حالات الاعتماد على الكحول، حالات الصرع كما تستعمل ضد السمنة ولعلاج الأطفال المصابين بالحركة الزائدة و النشاط المفرط .

وتعرف كذلك باسم البنزدرين ومشتقاته، وهي مجموعة من المركبات المنشطة التي تشيد كيميائيا ويؤدي استعمالها إلى إثارة مراكز الجهاز العصبي المركزي، ويتم تعاطيها عن طريق البلع على شكل أقراص. أو عن طريق الحقن أو عن طريق سائل يبلع عن طريق الفم.

ويسبب استعمال الجرعات الكبيرة فرط إثارة الأعصاب وحدوث أعراض شبيهة بأعراض جنون العظمة وانفصام الشخصية .كما يؤدي الاستعمال إلى حدوث حالة من التوهم حيث يشعر المدمن أن حشرات تتحرك تحت جلده، كما يشعر بالتنميل المستمر، وتشمل الأعراض الناجمة عن الإقلاع، الشعور بالقلق والاكتئاب الشديد الذي قد يؤدي إلى الانتحار، والإرهاق الشديد والنوم المستمر.(أبوجناح،2000،ص.83)

المجموعة الثالثة: المهلوسات

المهلوسات هي عبارة عن مجموعة المواد النفسية التي تثير عند من يتعاطاها بعض المهلوسات دون أن يصاحبها هذيان، أو تخميد أو تنبيه، على مستوى الأمعاء يكون استهلاك المهلوسات سريعا فيتم امتصاصها بسرعة ملحوظة من خلال جدران القناة الهضمية ومن خلال جميع الأغشية المخاطية ومنها تنتشر إلى جميع أنسجة الجسم بما في ذلك المخ ولكن انتشارها على مستوى المخ يكون سيئا فهي تحظى بمفعول نشيط لاحتوائه على وسيط كيميائي عصبي يسمى بالسيروتونين (بلبريك،2016،ص.27)

وتضم فئة المهلوسات عددا من المواد النفسية ذات التراكيب الكيميائية المختلفة، نذكر من بينها عقار، والمسكالين،الفنسايكليدين والسكوبولامين والاتربين والقنب، وهي مواد مخدرة تعمل على تشويه الرؤية الحقيقية للأشياء وهي متنوعة وتتباين فقط في مدة بدا التأثير ومدة استمراره وشدته وأشدها عقار (**ال اس دي** L.S.D) (سويف،1996،ص.50)

ويتم تعاطي المهلوسات عن طريق الحقن الوريدي وعن طريق الفم عبر اللصق على الجلد، ويؤدي إدمان العقاقير المهلوسة إلى مخاطر نفسية تتمثل في تغيرات إدراكية كالتغيرات البصرية والسمعية كما تؤدي هذه الأخيرة إلى تغيرات نفسية كالشعور بالبعد والغربة والخوف المرضي وفقدان السيطرة.(عجيلات،2018،ص.35)

وتوجد أنواع كثيرة من المهلوسات وهي:

1. العقاقير المهلوسة الموجودة في النباتات الطبيعية :

1.1. فطر أمانيتا موكساريا(Amanita Muxaria) :

هو فطر ذو ساق وقلنسوة لونه أصفر أوبرتقالي منقط بالأبيض ويحوي مادتي بيوفوتينين(Piofutinie) وموكساران (Muxarin) المهلوستين، إن تناول كميات بسيطة من هذا الفطر يسبب هلوسات سمعية وبصرية شديدة كرؤية الأشباح، ويحدث غثيانا وقيئا ورعشة في الأطراف وتسرعا في نبضات القلب وتعرقا غزيرا وإذا تناول هذه الفطور بكميات كبيرة تحدث تسمم يؤدي إلى الموت وتكرار تناولها يؤدي إلى اعتمادها ،ويسبب امتناعها حدوث حالات من التعب والإنهاك والكآبة(عرموش،1993،ص.215)

2.1. فطر عش الغراب بسيلوسيبين(Psilocybine) :

ينمو هذا الفطر في المكسيك واستعمله السكان الأصليين قبائل الاستاك منذ آلاف السنين وكانوا يقدسون ويسمونه **لحم الآلهة** ويعتبر من أشهر الفطريات المهلوسة وتناول 5 غرامات من هذا الفطر تجعل المتعاطي يمر بفترات مهلوسة يصبح يرى الحقيقة بطريقة مختلفة وينفتح اجتماعيا كما يمر بفترات الضحك الجنوني كما يصل به الأمر إلى جنون العظمة(بلبريك،2016،ص.28)

3.1. صبار بيوت كاكتوس(Peyote Cactus) :

يعتبر البيوت خالي من الإمكانية الاعتمادية : يحتوي على 20 قويلد أشهرها المسكالين تبدأ أعراض الهلوسة تظهر بعد 3 ساعات من تناوله ومضات ألوان ثم ألم في الرأس وتصبب العرق.

4.1.الحرمل (Penganum Harmala):

استعملت بذوره في الماضي من قبل المشعوذين والمنجمين والسحرة ، إذ كانوا يحرقونها في غرف مغلقة يجلسون فيها مرضاهم، مما يساعد المشعوذ على السيطرة على تفكير المرضى وتصرفاتهم، وحديثا اكتشف العلماء في تلك البذور مادة مهلوسة ومهدئة أطلقوا عليها اسم الهرمين وصنعوها (منصوري،2001/2000،ص.88)

5.1.الكابي أو الباجة(Caapi) :

وينمو هذا النبات في أمريكا اللاتنية وقد استعمله السكان الأصليون لأغراض السحر. وقد اكتشف المادة المهلوسة الموجودة في هذا النبات وأطلق عليه اسم البانسترين، إن تعاطي كمية قليلة من هذه المادة يعطي شعورا وهميا بالشجاعة و القوة و القدرة على التحمل(عرموش،1993،ص.101)

6.1. جوزة الطيب(Nutmeg):

استخدمها قدماء المصريين دواء لآلام المعدة وطارد للغازات، وهي شجرة يصل طولها إلى أكثر من عشرة أمتار، أهم المواد الفعالة فيها مركب الميريستسين الذي يسبب النشوة والهلوسات اللمسية والبصرية، تسبب بجرعات صغيرة (1–5 ملغ) تأثيرا منشطا، قليلا من النشوة، وزيادة في النشاط الجنسي، أما تناول جرعات (15 ملغ) أو أكثر فإنها تسبب الهلوسة، تسرعا قلبيا وجفافا في الحلق وعطشا شديدا، وتحدث هياما في التفكير وقلقا وخوفا واضطرابا وهلوسات سمعية وبصرية وشعورا بسعادة وهمية ونشوة، ويستمر ذلك حوالي خمس ساعات، يفقد المتعاطي خلالها إدراكه للزمان والمكان والأشياء، وبعد انتهاء المفعول يشعر المتعاطي بتعب وإنهاك وصداع وكآبة شديدة، وفي حالة تناول جرعات زائدة يصاب المرء بطنين

في الأذن، إمساك شديد، إعاقة تبول، قلق، توتر، هبوط في الجهاز العصبي المركزي قد يؤدي إلى الوفاة (بلبريك،2016،ص.29)

7.1.الزعفران(Saffron) :

يستخرج الزعفران من أزهار نبات الزعفران يستخدم في تحضير الأطباق وتلوين المواد الغذائية. كما يستعمل لعلاج عسر الهضم والغازات، وذلك بمقادير بسيطة جدا، أما إذا تناول المرء كمية أكبر فإنه يصاب بما يشبه السكر و الجنون، مع شعور بسعادة غامرة وحدوث هلوسات سمعية وبصرية شديدة ، مع فقدان الإدراك للزمان والمكان. (بلبريك،2016،ص.29)

8.1.العنبر(Ambergis) :

مادة تخرج من جوف حوت العنبر والعنبر مادة رمادية أو بيضاء أو صفراء أو سوداء يستخدم في تحضير و تصنيع أفضل وأغلى أنواع العطر، يستعمل في علاج آلام المعدة والغازات و الصداع ، كما يستعمل كمقو جنسي عند الرجال ، وإذا تم تناولها بكميات كبيرة تحدث هلوسات سمعية وبصرية وتشوش التفكير وتخف القدرات العقلية ويضطرب الشعور بالمكان والزمان كما يستعل لتعطير الأكل.

2. العقاقير المهلوسة التخليقية:

1.2. ثنائي ميثيل تريبتامين (د.م.ت) DMT(Dimethy-Itryptamine):

سمي بعقار رجل الأعمال ذلك أن جرعة وزنها 70 ملغ يحقن بها الجسم تتسبب في توليد الهلوسة خلال فترة تتراوح بين دقيقتين وخمس دقائق، وتهدأ الحالة مابين نصف ساعة وساعة وهذان العقاران يفقدان مفعولهما إذا أخدا عن طريق الفم ولذلك يتم تدخينهما أو حقنهما يحدث هلوسات مباشرة بعد تعاطيه ونشوء رغبة ملحة في الاستمرار في تكرار التجربة.(بلبريك،2016،ص.30)

.2.2 Dimethoxy Methylamethy Lamphetamine **(D O M) :**

وهو من الامفيتامينات ويعرف باسم **STP** تولد الجرعة التي تقل عن 3 ملغ زيادة في درجة الحرارة ونبضات القلب وتتسبب في توسع حدقة العين وارتفاع ضغط الدم والشعور بنشوة خفيفة وتتراوح ردة الفعل بين 8–12 ساعة ، وإذا كانت الجرعة كبيرة يشعر المتعاطي بالذعر الحاد والمقترن باستعمال هذه الجرعات العالية من العقار وتحدث تغيرات إضافية كالغثيان، تعرق اليدين، حدوث هلوسات بصرية وسمعية وأشكال مشوهة وتذبذب بالأجسام ويشعر أنه معتوه .

3.2. حامض الليسيرجيك ثنائي ايثيلاميد(إل.إس.دي) L.S.D(Lysergie Acid Diethylamid) :

عقار الهلوسة إل.إس.دي هو مادة كيميائية من أقوى وأكثر العقاقير المهلوسة تغييرا للحالة المزاجية للمتعاطي ، وقد تم تصنيعه لأول مرة في1938 بواسطة الكيميائي السويسري ألبرت هوفمان في مختبرات شركة ساندوز بسويسرا حيث صنع من حمض الليسيرجيك الموجود في مادة الايرجوت الناتجة من نمو نوع من الفطريات على جدار الشعير وحبوب أخرى(Passie,Halpern et autres,2008,p.295).

ويعرف باسم ليسرجيد(Lysergide)وبالعامية حامض(Acid) وله آثاره النفسية التي يمكن أن تشمل تغيرا في العمليات العقلية مثل التفكير وتغيرات في المرئيات سواء كانت العين مغلقة أو مفتوحة وتغيرا في إحساس بالوقت.

ويستخدم عقار الهلوسة إل.إس.دي بشكل رئيس باعتباره من المخدرات الترفيهية للمزاج ولا يسبب استعماله إدمانا ولا يسبب تلفا في المخ . وله تأثيرات عضوية: اتساع حدقة العين، فقدان الشهية للطعام، التنميل، التخدير والضعف، الغثيان، انخفاض أو ارتفاع حرارة الجسم، ارتفاع نسبة السكر في الدم، قشعريرة، زيادة في معدل ضربات القلب وتشنج الفك، التعرق، زيادة إفراز اللعاب، إفراز المخاط والأرق والارتعاش وردود فعل جسدية أخرى (علي،2012،ص.128)

ويتعرض من يتعاطى هذا العقار إلى ثلاثة أنواع من الومضات:

– ومضات حسية وهي مشاهدة ألوان وسماع أصوات.

–ومضات جسدية وهي العور بالوخز وخفقان القلب.

–ومضات عاطفية وهي إحياء أفكار بائسة وكابتة وقلقة نجمت عن تجربة هذا العقار .(بلبريك،2016،ص.31)

4.2. المسكالين (Mescaline) :

وهو أحد القلويدات الرئيسية الموجودة في نبات صبار البيوت يتم تعاطيه عن طريق الفم في شكل مسحوق أو أقراص أو سائل ،وهو عقار مهلوس قوي يسبب تشويشا سمعيا وبصريا و يلهب العواطف وتظهر تأثيراته خلال ساعة أو ساعتين فيرى المتعاطي أنماطا ملونة جمياة أو رؤى مخيفة عن أنفسهم أو الآخرين كوحوش(علي،2012، ص.142)

5.2. Morning Glory أو ما يعرف باسم Belle de jour:

ويعرف باسم بذور مجد الصباح ويحتوي على مواد حمض الليسرجيك ومادة الابيوجين والتي تسبب الهلوسة (حسن،1988،ص.88).

6.2. Phencyclidine Helpiperdine (PCP):

صنع في الأصل مخدرا للإنسان للجراحة عام 1950 واستعمل كمخدر لطب الحيوانات إلى غاية سنة 1978 حيث تم منعه نهائيا، يستخدم هذا العقار بالتدخين أو الاستنشاق ويمكن تناوله عن طريق الفم ويستعمل أيضا خليطا مع الهيروين والكوكايين وعقاقير أخرى، وهو يولد العنف لدى المتعاطين بالإضافة إلى مشكلات الذاكرة وصعوبة الكلام، وتغير في المزاج وكآبة وقلق، وقد يصاب المتعاطي بجنون العظمة ويصبح عنيفا وقد يسبب الوفاة(بلبريك،2016،ص.33).

المجموعة الرابعة: المستنشقات (المذيبات الطيارة، المواد المتطايرة)

هي مواد تتطاير ذراتها في الهواء إذا تركت مكشوفة أي معرضة للهواء لذا يجب أن تحفظ دائما في أواني مغلقة ،ويعتبر استنشاق المواد الطيارة أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها وتشترك المواد المصنفة تحت هذه الفئة في سرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة وفي كونها تحدث درجة من التسمم عند استنشاقها، ومن أهم المواد المتطايرة: سوائل التنظيف ، البنزين،مزيل طلاء الأظافر، مخففات الأصبغة، وقود الولاعات، مزيل الحبر، مزيل البقع، الأصماغ الصناعية بمختلف أنواعها مثل: باتكس.

أما أهم الفحوم المتطايرة الموجودة في المواد المتطايرة: الهيدروكربونات وهذه توجد في مذيبات الطلاء وفي أنواع الأصماغ أو الغراء وأشهر مفرداتها: التولوين toluene، والترايكلوروإثيلين trychloroethylene والبنزين benzene ، وهناك مواد أخرى جاهزة تباع في الأسواق مثل الأسيتون الذي يستخدم كمزيل لطلاء الأظافر والمواد المزيلة للبقع في الملابس والمفروشات وغيرها وتندرج في ثلاث أقسام وهي:غازات–النيتريت–المذيبات الطيارة وتوجد مواد أخرى متطايرة مستنشقة مثل: الأثير، الكلورفورم ، البوبرز (سويف،1996،ص.60).

ويتم تعاطي المذيبات الطيارة بعدة طرق منها:

– الاستنشاق المباشر من الإناء أو العلبة أو القارورة.

– وضع المادة الطيارة في كيس ورقي أو بلاستيكي واستنشاقها بعمق.

– وضع المادة الطيارة على قطعة قماش ثم توضع على الفم والأنف بغرض استنشاقها.

– فتح الوعاء الذي يحتوي المادة الطيارة والاستنشاق منه مباشرة.

– خلط المواد المتطايرة مع العطور ثم شمها حتى تحقق المفعول، أو تخلط مع بعض السوائل وتشرب(قهوة،شاي،عصير...)

وفي النصف الثاني من القرن العشرين" قامت منظمة الصحة العالمية بإدراج مجموعة من المواد التي تستنشق وصنفتها على أنها مواد تسبب الإدمان، وهذه المواد تحتوي على الشحوم المائية المتطايرة وتوجد في البنزين ومخفف الطلاء) التربينتين (ومزيل طلاء الأظافر والصمغ ومزيلات البقع وسوائل التنظيف ومواد أخرى كثيرة، ولقد بدأ استعمال هذه المواد بعد أن اكتشف غاز أكسيد أنيتروز (الغاز الضاحك)، والذي كان حدث النشوة والضحك واللهو.(عجيلات،2018،ص.25)

فالفرد أمام هذه المواد الطيارة يحس بالحاجة إلى زيادة الجرعات لكي يحصل على الأثر النفسي المطلوب فالتحمل سريع جدا، أما الاعتماد فالاعتماد النفسي مسيطر فيحس الفرد برغبة شديدة في المادة أما الاعتماد الجسمي فهو ملحوظ عن طريق تشنجات عضلية و آلام بطنية.(الهوارنة،2018،ص.138)

المجموعة الخامسة: القنب الهندي (Cannabis Sativa):

يحضر الحشيش من نبات القنب وهو المصطلح الشعبي للمادة المخدرة المستخرجة من نبات القنب الهندي. سواءا من ازهاره أو سيقانه أو جذوره. وله عدة اسماء تختلف باختلاف البلد الذي يستخرج فيه والحشيش أو ما يعرف بالماريخوانا ليس له اي استعمال طبي. (سواس،2011، ص. 171)

يستخدم اصطلاح حشيش كمرادف لكلمة قنب، وهذا ما هو شائع في العالم لاسيما الشرق الأوسط، "وهو المادة المخدرة المستخلصة من نبات القنب، كما أنه يعرف من خلال مشتقاته في الولايات المتحدة باسم الماريجوانا Marijuana، أما القنب الهندي فهو نبات بري ينمو فطريا كما يمكن أن يستزرع كما هو حادث الآن في بعض الدول سواء بطريقة رسمية أو سرية.

القنب عقار ذو تأثير نفسي مزيج بين الخصائص الثلاثة: منشط، مثبط، مهلوس وذلك حسب الجرعة،

*فالجرعة الصغيرة تعمل على التنشيط والتنبيه.

* والجرعة المتوسطة تجعل الشخص في حالة حالمة من الأفكار غير المترابطة والتي يدرك أنها غير حقيقية لكنه لا يستطيع أن يكبح جماح تخيلاته كما تؤدي إلى الاسترخاء والهدوء.

* بينما الجرعة الكبيرة تعد مثبطة وتؤدي إلى الوقوع في النوم (علي،2014،ص.79)

ويعرف القنب بأسماء عديدة كالحشيش في سوريا ومصر، البانج في السودان، وفي الجزائر يسمى الزطلة والكيف وغيرها من الأسماء المتداولة.

ويستحضر من القنب عدة مستحضرات هي:

- الحشيش السائل وهو زيت الحشيش مادة لزجة لونها أخضر قاتم ولها قوام الغاز، ولا تذوب في الماء.

- نبات القنب: يتم حرق أجزاء نبات القنب واستنشاق دخانها، فإما ينقع أو يغلى أو يدخن.

- الماريخوانا: وهي مجموع الأزهار والأوراق والأغصان عندما تستعمل كلها مع بعضها وتستخلص من أزهار ولباب أنثى شجرة القنب التي تفرز الراتنج (Résine). ويشعر المدمن بأثر العقار بعد 15 دقيقة من تدخين السيجارة ويستمر أثرها لمدة تتراوح بين ساعتين أو أربع، مع اختلاف ردود فعل الأفراد. (شمس،2008،ص.80)

ومن الآثار المباشرة للحشيش عن طريق التدخين كما لخصها (Bouquet) هي: جفاف الفم وسقف الحلق، لعاب سميك، التهاب يحدث سعالا عطس شديد، احمرار العيون، انخفاض ضغط الدم، وشعور بضغط وانقباض الصدر، برودة في الأطراف، زيادة في ضربات القلب وسرعة في النبض، دوار، ذوي بالأذن، عرق وفير،، واصفرار الوجه، وعدم التوازن الحركي وغيرها من الأعراض التي تختلف من شخص إلى آخر.

ويمر متعاطي القنب بأربعة مراحل:

1- مرحلة المرح والشعور بالرضا.

2- مرحلة غياب الشعور أو الخلط العقلي.

3- مرحلة النشوة الحالمة.

4- مرحلة الانهباط والنوم. (بلبريك،2016،ص.44)

المجموعة السادسة: الخمر والكحول

الخمر هي تلك السوائل المعروفة المعدة بطريقة تخمر الحبوب أو الفواكه ، وتحول النشا أو السكر الذي تحتويه إلى الكحول بواسطة بعض الكائنات الحية التي لديها قدرة على إفراز مواد خاصة ، يعد وجودها ضروريا في عملية التخمر، وسميت خمرا لأنها تخامر العقل وتستره أي تغطية و تفسد إدراكه، ويرى مصطفى سويف أن هناك ثلاثة حقائق أساسية للكحوليات وهي:

-أن العنصر الفعال في جميع المشروبات الكحولية على اختلاف أنواعها (البيرة، النبيذ، الراندي، الويسكي...).

-أننا نستطيع أن نعادل بين تأثير المشروبات الكحولية المختلفة بناء على معرفتنا بنسب تركيز المادة الكحولية فيها.

-أن الكيميائيين يفرقون بين نوعين من الكحول: الايثانول والميثانول هذا الأخير شديد السمية إذا تعاطاه شخص قد يؤدي إلى العمى و أحيانا إلى الموت.

وللخمور أنواع كثيرة منها : البيرة، البراندي، الويسكي، الروم، الفودكا، الشمبانيا.

تقوم الكحول بتخدير الجهاز العصبي مما يؤدي إلى تعطيل التركيب الشبكي المنشط الذي يتكون من نوايا منتشرة في ساق المخ و يختص باليقظة و التركيز لذلك يشعر الشخص بعد جرعة بسيطة من الخمر بالخفة و النشوة و تضعف الضوابط و الموانع الاجتماعية ، كما تضعف سيطرته على الانفعالات والمهارات الحركية كقيادة السيارات وزيادة الجرعة تخدر الخمر المخيخ فيفقد المتعاطي سيطرته على التوازن والكلام، فيهتز إذا مشى، كما يبدو لسانه ثقيلا وتهتز مقلتا العينين واليدان. ومع زيادة الجرعة يشعر بالنعاس ولا يستطيع الوقوف ويصعب عليه الكلام، وبعد جرعة أكبر يفقد المتعاطي الوعي، ويصاب بالغيبوبة، وتتعطل مراكز وظائف القلب والتنفس في النخاع المستطيل ويموت المتعاطي إذا لم يسعف فورا.

ويسبب الخمر تمدد الأوعية الدموية في الأطراف، لأنها تهبط المركز الخاص بهذه الأوعية في المخ، فيشعر المتعاطي بالدفء لتدفق الدم في الأطراف، ولكن الجسم يفقد حرارته في واقع الأمر، لذلك يؤدي الإسراف في تعاطي الخمر والتعرض للجو الشديد البرودة إلى الانخفاض السريع في درجة الحرارة والإغماء، ويلاحظ بعد تعاطي الكحول تغيرات من الناحية السلوكية والنفسية منها: السلوك الجنسي والعدواني غير الملائم، الاضطراب في المزاج، الاضطراب في الأحكام، التغير والاضطراب في السلوك الاجتماعي والمهني، كلام غير واضح، عدم التناسق الحركي، مشية ثاملة، اضطرابات بصرية، اضطرابات في الذاكرة والانتباه، غيبوبة أو إنعاش.

أما الفطام عن الكحول بعد عادة شرب مطولة ومكثفة تتطور على الأقل علامتين من العلامات التالية: نشاط مفرط للعصبية الحيوية(غزارة التعرق،ارتفاع نبضات القلب)، الارتعاش الشديد للأيدي، أرق،غثيان وقيء،هلاوس وتهيؤات بصرية ولمسية وسمعية عابرة، هيجان نفسي حركي،القلق والحصر، نوبات صرعية(بلبريك،2016،ص.50)

المجموعة السابعة: النيكوتين والتبغ

التبغ هو نبات عشبي من عائلة سولاناسي، دخان التبغ يقسم إلى نوعين وهما:

-**الدخان الرئيسي:** وهو الدخان الذي يستنشقه المدخن من طرف السيجارة الموجودة بفمه، ثم يطرده من رئته إلى الهواء مرة أخرى عن طريق فمه أو أنفه.

-**الدخان الجانبي:** وهو الدخان الخارج إلى الهواء مباشرة نتيجة احتراق طرف السيجارة.

وقد أثبتت الدراسات والأبحاث أن هذا النوع من الدخان يحتوي على تركيز أكبر من القطران والنيكوتين وغاز أول أكسيد الكربون السام، ودخان التبغ في البيئة المحيطة الذي يتعرض له غير المدخنين هو خليط من الدخان الخارج إلى الهواء من رئة المدخن. والدخان الناتج عن احتراق طرف

السيجارة، وخروجه إلى الهواء مباشرة، وهذا يوضح مدى خطورة تعرض غير المدخنين لدخان التبغ في البيئة المحيطة.

إن التبغ مادة إعتمادية بنفس درجة خطورة المواد النفسية غير المشروعة مثل الهيروين والكوكايين إن لم يكن أكثر، وهذا ما يؤكده الباحث **رزنجر** في دراسة مقارنة بين مادتي التبغ والهيروين، والتي من بين ما توصل إليه:أن الاعتماد على التبغ أسرع من الاعتماد على الهيروين، كذلك أثبتت الدراسات أن مادة النيكوتين الموجودة بالتبغ هي أحد أنواع المخدرات والتي تولد الاعتماد ثم الإدمان

ومما يلاحظ على النيكوتين:

-أنه مخدر سام إذ يعتبر أقوى المبيدات الحشرية.

-يعتبر من أقوى المواد المنبهة في السيجارة،إذ أن له تأثير سريع في إزالة التوتر.

-يزيد من النبض ورفع ضغط الدم وانقباض في الأوعية الدموية.

-يمتص النيكوتين الناتج من احتراق السجائر من داخل الشعب الهوائية للمدخن.(بلبريك،2016،ص.51)

ويعتبر النيكوتين منبها للجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى حدوث تغييرات فسيولوجية ونفسية.

وينقسم التدخين إلى نوعين رئيسيين:

أولا:التدخين الفارماكولوجي:

أي مرتبط بمستوى النيكوتين في الدم ويشمل الفئات التالية:

1-**التدخين الانغماسي أو الاشباعي:** وهو أكثر أنماط التدخين انتشارا، وهدف المدخن في هذه الحالة الحصول على أكثر قدر من اللذة أو لتكييف لذة تصاحب موقف يمر به.

2-**التدخين التسكيني:** والغرض منه تهدئة التوتر العصبي أو تخفيفه.

3-**التدخين المنبه:**ويهدف إلى تنبيه الجهاز العصبي للمساعدة على التفكير والتركيز.

4-**التدخين الإدماني:** لتجنب آثار الامتناع التي تحدث عند هبوط نسبة النيكوتين في الدم.

5-**التدخين اللاإرادي:** تدخين سيجارة تلو الأخرى دون شعور.

ثانيا: التدخين غير الفارماكولوجي:

ويشمل الفئات التالية:

1- **التدخين النفسي الاجتماعي:** يعتبره رمزا للمركز الاجتماعي واحترام الذات العصرية

2- **التدخين النفسي الحركي:** تلعب هنا طقوس التدخين الدور الأساسي في إرضاء المدخن.

إن استمرار تعاطي التبغ يصحبه ظهور ظاهرة التحمل، فالنيكوتين محدثة للاعتماد، فهو ينطوي على ظهور أنماط قهرية للتعاطي.(بلبريك،2016،ص.56)

المجموعة الثامنة : الكافيين (القهوة والشاي)

الكافيين متواجدة في القهوة والشاي والشكولاطة وبعض المشروبات الغازية،فهو عنصر فعال ذو تأثير فعال ذو تأثير تنشيطي و تنبيهي على المخ، ومنه على السلوك والمزاج، ويتواجد في العديد من المكيفات والمستهلكات الاجتماعية بنسب متفاوتة، فالقهوة تحتوي على 90 إلى120 ملغ من الكافيين، أما النسكافيه يتضمن من 60إلى80 ملغ، وبالنسبة للشاي يلاحظ وجود 30إلى75 ملغ وفي الكاكاو يوجد نسبة 5 ملغ، أما الشكولاطة فإن30 غرام شكولاطة تحتوي على 23 ملغ من الكافيين.

والقهوة هي مشروب يعد من جذور البن الذي ينمو في أكثر من 70 بلدا من البلدان الاستوائية ويقال أن البن الأخضر هو ثاني أكثر السلع تداولا في التجارة الدولية بعد النفط الخام.

يؤدي تناول الكافيين وما يشابهه بشكل دائم إلى حدوث ظاهرة التحمل عند المتعاطي، ويؤدي أيضا إلى حدوث اعتماد نفسي واضح على هذه المواد، فيتعاطاه المرء ويحتاج إلى تكرار استعمالها وتعاطيها باستمرار.فشرب القهوة مثلا يؤدي إلى حدوث اعتماد نفسي عليها، مما يستوجب شرب عدة فناجين منها كل يوم وباستمرار حتى يحصل المتعاطي على الشعور المرغوب فيه.

أعراض الفطام عن الكافيين يؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية التي تنتاب الفرد المعتاد على التعاطي المنتظم للكافيين، وأهم الأعراض: الصداع، التعب، صعوبة في التركيز، الغثيان الشعور باللهفة للعودة إلى تعاطي الكافيين (بلبريك،2016،ص.58)

المجموعة التاسعة: المؤثرات العقلية الجديدة(New psychoactive substances)

يقصد بالمؤثرات العقلية الجديدة (NPS) سواء النقية أو المستحضرة تلك المؤثرات النفسية التي لا تخضع للمراقبة بموجب الاتفاقية الوحيدة1961 واتفاقية المؤثرات العقلية1971 ولكنها تسبب تهديدا حقيقيا للصحة العمومية، ويعني الجديدة أنها أصبحت متداولة في السنين الأخيرة.

المؤثرات النفسية الجديدة هي من مواد التعاطي سواء في شكلها النقي أو كمستحضرات وهي لا تخضع للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية بشأن المخدرات ولكنها تشكل خطرا على الصحة العمومية.وهنا يشير مصطلح الجديدة بالضرورة إلى مبتكرات جديدة بل إلى مواد أصبحت متاحة حديثا في الأسواق ، ومنه مصطلح المؤثرات النفسية الجديدة هو مصطلح جامع يشمل المواد ذات التأثير النفساني غير خاضعة للمراقبة التي تستهدف محاكاة مفعول العقاقير الخاضعة للمراقبة(مكتب الأمم المتحدة،2013،ص.6)

ومشكلة المؤثرات العقلية الجديدة مشكلة مستعصية لان صانعيها ينتجون أشكالا جديدة منها للإفلات من الأطر القانونية الجديدة التي توضع باستمرار لمراقبة المواد المعروفة وتشمل هذه المواد مؤثرات نفسانية اصطناعية ونباتية وقد انتشرت بسرعة فائقة في السوق غير الشرعية للمخدرات، وفي منتصف 2012 تمثلت معظم المؤثرات النفسية الجديدة المكتشفة في:

-شبائه القنب الاصطناعية(23%) لها نفس مفعول مادة THC .

-الفينيثيلامينات(23%) هي منبه وتحدث الهلوسة.

-الكاثينونات الاصطناعية (18 %) هي منشط وموجودة في القات.

-التريبتامينات(10 %) تحدث الهلوسة.

-البيبيرازينات(5 %) وهي منبهة للجهاز العصبي المركزي(بوكرومة،فاضلي،2018،ص.36).

ومما يجعل هذه المؤثرات النفسية الجديدة خطيرة هو التصور العام الذي يكتنفها فكثيرا ما سوقت على أنها مسكرات مشروعة أي لا خطر من استهلاكها وتناولها، ولتضليل السلطات يقوم الموردون بتسويق منتجاتهم و الترويج لها تحت إسم منتجات عادية غير ضارة كمعطرات جو وأملاح استحمام وبخور عشبي بل وحتى كأسمدة نباتية.

وارتفع عدد المؤثرات النفسية الجديدة التي أبلغت دول الأعضاء مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة عنها من 166 مادة في نهاية عام2009، إلى 251 مادة منتصف عام 2012 أي بزيادة تفوق 50%(مكتب الأمم المتحدة، 2013، ص.3)

المحاضرة رقم (02): خصائص المخدرات ومميزاتها

تتمثل خصائص المخدرات من خلال مصطلحين أساسين ومهمين في فهم ظاهرة المخدرات وهما التعاطي والادمان وسنحاول من خلال هذه المحاضرة معرفة خصائص ومميزات التعاطى على المخدرات، خصائص ومميزات الإدمان على المخدرات:

1.خصائص التعاطي على المخدرات :

1.1.تعريف التعاطي:

جاء في لسان العرب لابن منظور أن التعاطي هو تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله(سويف،1996،ص.19).

ويقصد بتعاطي المخدرات Drug use استخدام العقاقير المخدرة والتي لا يسمح المجتمع بتعاطيها بقصد الحصول على تأثير جسدي، أو نفسي، أو عقلي .بمعنى أن التعاطي هو عبارة عن" تناول المواد المخدرة بشكل تجريبي، أو متقطع، أو بشكل منتظم ."وللإدمان مستوى أعلى من التعاطي في تناول المواد المخدرة، حيث تشير الدراسات الحديثة إلى ضرورة التمييز بين ثلاث فئات أو مستويات من التعاطي هي:

1- التعاطي الاستكشافي أو على سبيل التجريب وحب الاستطلاع.

2- التعاطي بالمناسبة أي في المناسبات فقط كالأعياد وحفلات الزواج.

3- التعاطي المنظم أو المتصل، وهذه الفئة تواظب على التعاطي بانتظام بغض النظر عما إذا كانت هناك مناسبة أم لا. (المهندي،2013،ص .48)

من هذا المنطلق فإن تعريف المخدرات كونه " رغبة غير طبيعية " أو استعمال إلى المادة إلى الحد الذي يفسد أو يتلف الجسم تجر فيه مبالغة كبيرة، فهذا التعريف لا ينطبق على حالات من المتعاطين الذين يتعاطون المخدرات للتجريب فقط ففي هذه الحالة فإن الشخص الذي يتعاطى المخدرات تحت ضغط

الأصدقاء أو الامتثال لهم، يمكن أن يتعاطاه مرة واحدة ويتوقف عن تعاطيها فيما بعد كما يعرف الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية التعاطي بحدوث سوء تكيف ناتج عن تعاطي المخدرات يقود إلى تشويش إكلينيكي يظهر من خلال واحدة أو أكثر من المعايير التالية لمدة اثني عشرة شهرا متتالية وهذه المعايير هي:

- ✓ الفشل في الإنجاز في المدرسة أو العمل بسبب تعاطى المخدرات.
- ✓ التعاطي في بعض المواقف الاجتماعية أو بالصدفة.
- ✓ دخول السجن أو الاعتقال بسبب تعاطى المخدرات
- ✓ حدوث مشاكل عائلية أو شخصية بسبب تعاطي للمخدرات والتعاطي لا يصل إلى المستوى الإدمان في الاعتماد على المخدر .

2.1. طرق تعاطي المخدرات بين شرائح المجتمع:

مع انتشار المواد المخدرة تعددت وتنوعت أساليب تعاطيها فمنها ما يتم تعاطيه عن طريق التدخين إما مع السجائر أو الجوزة مثل الحشيش والأفيون .تلك المواد التي تباع في الأسواق للمدمنين على هيئة قطع صغيرة ملفوفة بورق السوليفان.

وقد يتناولها البعض عن طريق البلع أو إذابتها في قليلٍ من القهوة أو تركها لتذوب في الفم. وأحياناً يُذاب الأفيون الخام أو المورفين في قليلٍ من الماء ثم يحقن تحت الجلد أو في الوريد، ولا يخفى علينا ما يمكن أن يحدثه استعمال أدواتٍ غير معقمة من خراريج في موضع الحقن أو نقلٍ للأمراض نتيجة للاستعمال المتكرر لنفس الحقنة من قبل أشخاص عدة كالتهاب الكبد الوبائي، والملاريا، ومرض الإيدز؛ ففي إحصائية أخيرة أُجريت بالولايات المتحدة على مرضى الإيدز وُجد أنه من اثنتي عشر ألف حالة مصابة بالإيدز 73% منهم من مدمني تعاطي العقاقير المخدرة عن طريق الحقن.(المهندي،2013،ص. 44).

وهناك أيضاً الأقراص المخدرة التي يتناولها المدمنون بكميات كبيرة كالريتالين.أما المواد المخدرة التي يتعاطاها المدمن عن طريق الشم كالكوكايين والهيروين فلقد ازداد استخدامها في الفترة الأخيرة بشكلٍ واضح، ويستخدم المدمن بودرة الهيروين أو الكوكايين مخلوطة بسكرٍ أبيض وبحمض بوريك حتى يخفف تركيز المخدر في المسحوق المتعاطي إلى حوالي 7% من العقار، إذ أن شمةً واحدة نقية 100 % من تلك المواد قد تودي بحياة الإنسان إلى الهلاك .وكثيرا ما يُحدث الشم تقيحات شديدة في الأنف وثقوب بالحاجز الأنفي للمدمن.

وجدير بالذكر أن تعاطي المخدرات عن طريق الفم يكون أقل خطورة في بادئ الأمر عنه في حالات الشم أو الحقن، فالمخدر المعطى بالفم يمر بالجهاز الهضمي حتى يصل إلى الكبد الذي يحاول التخلص من تلك المواد السامة لكي يحمي باقي خلايا الجسم من آثارها المدمرة، إلا أن خلايا الكبد نفسه تتلف بعد حين؛ ولكن في حالات التعاطي بالشم أو الحقن، فإن المخدر يصل إلى خلايا الجهاز العصبي مباشرة ويتلفها .وهنا مكمن الخطورة، فالخلية العصبية هي خلية الجسم الوحيدة التي لا يمكن تعويضها. (البداينية،2012،ص .97)

وكما أسلفنا فإن طرق تعاطي المخدرات تختلف من صنفٍ إلى آخر ومن شخص إلى شخص آخر، فالبعض يفضل التعاطي منفرداً والبعض الآخر يشعر بنشوة وهو يتعاطاها وسط مجموعة، وبالنسبة للمخدرات نفسها فالبعض يفضل الشم والبعض الآخر يفضل التدخين وبعض ثالث يفضل الحقن في الوريد، ومن أمثلة ذلك:

✓ **الحشيش:** يتم تعاطيه عن طريق التدخين، ومن أشهر الدول العربية المنتشر فيها هذا الصنف مصر، أو عن طريق الشراب حيث يقطع المتعاطي أوراق الحشيش وقممه الزهرية وينقعها في الماء ويذيبها ثم يشربها، وتنتشر هذه الطريقة في الهند أو أن يتم تعاطيه عن طريق الأكل بحيث يخلط

الحشيش بمواد دهنية أو بالتوابل، ويقطع على هيئة قطع الشكولاطة ويؤكل مع بعض الأطعمة. (المهندي،2013،ص .45).

✓ **الأفيون:** يستخدم الأفيون في المجال الطبي لتخفيف الألم، فيستعمل على شكل محاليل تؤخذ في الغالب في العضل حتى لا يتعرض المريض لإدمانها، أو أقراص تُتناول عن طريق الفم .أما التعاطي غير الطبي للأفيون فيتم عن طريق التدخين، أو البلع بالماء وقد يعقبه تناول كوبٍ من الشاي، وأحيانا يلجأ المدمن إلى غلي المخدر وإضافة قليلٍ من السكر إليه ثم يشربه .أو عن طريق الاستحلاب حيث يوضع تحت اللسان وتطول فترة امتصاصه، أو يؤكل مخلوطا مع بعض الحلويات، أو الحقن، أو يشرب مذابا في كوب من الشاي أو القهوة.

✓ **القات:** تنتشر زراعته وإدمانه في منطقة القرن الأفريقي والسودان واليمن، وهو عبارة عن نبات أخضر تمضغ أوراقه وتخزن في فم المدمن ساعات طويلة، يتم خلالها امتصاص عصارتها، ويتخلل هذه العملية بين الحين والآخر شرب الماء أو المياه الغازية، وشرب السجائر أو النرجيلة.

✓ **المهلوسات:** وقد سميت بهذا الاسم لآثار الهلوسة التي تحدثها على شخص المتعاطي، وهي في الغالب تخيلات عن أصوات وصور وهمية، وأهم هذه المهلوسات عقار. L.S.D وعقار (P.C.P) تكون المهلوسات على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم أو عبر الحقن أو اللصق في الجلد. . (سويف،1996،ص .50)

✓ **المنشطات _الأمفيتامينات** :تنتشر في الوسط الرياضي وبين طلبة المدارس والجامعات، وسائقي الشاحنات على الطرق الخارجية والدولية، وذلك لآثارها المنشطة على الجهاز العصبي، ومن أشهر طرق تعاطيها الحبوب التي تؤخذ عن طريق الفم.

✓ **المورفين والهيروين:** للمورفين خاصية كبيرة في تسكين الآلام، إلا أنه يسبب الإدمان الفسيولوجي، حيث يؤثر على وظائف خلايا المخ . والهيروين من مشتقات المورفين ويكثر استعماله عن طريق الشم، ويتم إدمانه بعد أسبوع من البدء في تعاطيه.

✓ **الكوكايين:** يؤخذ الكوكايين بطرق متعددة تتشابه إلى حد كبير مع الحشيش، سواء عن طريق التدخين أو الاجترار تحت اللسان أو البلع أو مع بعض الأطعمة والمشروبات (المهندي،2013،ص47).

2.خصائص الإدمان على المخدرات:

1.2.مفهوم الإدمان:

لغةً :دَمِن على الشيء أي لزمه وأدمن على الشراب وغيره : أدامه ولم يقلع عنه، ويقال أدمن الأمر، وواظب عليه.

اصطلاحا :تعاطي المواد الضارة طبياً واجتماعياً وعضوياً بكميات أو جرعات كبيرة ولفترات طويلة، تجعل الفرد متعودا عليها وخاضعا لتأثيرها ويصعب أو قد يستحيل عليه الإقلاع عنها.

والإدمان قد يكون إدمانا على الخمر والمسكرات، أو إدماناً على المخدرات أو حتى بعض الأدوية والعقاقير، ولكنه في كل الأحوال أكثر تعقيداً من مجرد الاشتهاء الجسمي لأنه يؤثر على أجهزة الجسم وبخاصة على الجهاز العصبي والنفسي للإنسان والقاعدة في الشريعة الإسلامية تقرر أنه لا يحل للمسلم أن يتناول من الأطعمة أو الأشربة شيئاً يتسبب بقتله سواء كان بسرعةٍ أو ببطء أو ما يضره ويؤذيه ، فإن المسلم ليس ملك نفسه ، وإنما هو ملك دينه وأمته (المهندي،2013،ص .48)

فالإدمان هو حالة تسمم دوري أو مزمن يصاب به مدمن المخدرات بأنواعها المختلفة مع وجود رغبة شديدة وقهرية لزيادة الجرعة المعطاة من المخدر أو العقار من يوم لآخر وظهور أعراض الحرمان في حالة التوقف عن تعاطي المخدر أو العقار.(أبو جناح،2000،ص .31)

ويرتبط بالإدمان عدة مفاهيم والتي منها مفهوم التعود، ومفهوم الاعتماد، ومنذ عام 1964 أصدرت منظمة الصحة العالمية تعميما استبدل فيه كلمة الإدمان لكلمة أخرى وهي الاعتماد على المخدرات. (الغريب، 2006، ص.28).

كما أننا يجب أن نفرق بين الإدمان والتعود، فلكي نطلق اسم المدمن على أي إنسان لا بد أن تتوفر فيه الشروط التالية:

- الزيادة المستمرة في كمية العقار،(أي أنه إذا بدأ بقرص أو بقرصين فبعد شهر يأخذ أربعة أقراص وبعد ثلاثة أشهر يتناول عشرة أقراص ....وهكذا)
- الاعتماد التام نفسيا وجسميا على هذا العقار ولا بديل عنه، وتصبح حاجة الفرد إلى العقار ملحة قهرية وأهم من الطعام والشراب.
- التدهور الاجتماعي، لان المدمن لا يمانع من الالتجاء إلى أي وسيلة للحصول على العقار، من الكذب إلى السرقة ....مما يؤثر تأثيرا واضحا على عمله وحياته الزوجية والاجتماعية.
- من أهم أعراض الإدمان، الأعراض الجانبية الشديدة عند التوقف عن أخذ العقار، أو الامتناع عنه كمحاولة للعلاج، فهنا يشعر المريض بأعراض شديدة من آلام في الجسم إلى عرق غزير، إسهال، سرعة ضربات القلب...الخ

أما المتعود فهو يأخذ العقار بنفس الجرعة يوميا ولا يزيدها بل أحيانا ينسى أخذها دون حدوث أي أعراض جانبية. (عبد المنعم،2003،ص .10)

والإدمان على المخدرات لا يتوقف تأثيراتها السلبية على الجانب النفسي والجسدي للمدمن، بل يتعدى ذلك إلى الوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه، وتكون الأسرة أول من يطاوله هذا التأثير خصوصا وأن المدمن لا يمكنه التوقف عن تناول هذه السموم، لذلك فهو مستعد من أجل ذلك للتنازل عن أي شيء حتى وإن

كان ذلك على حساب أسرته كأن ينفق ميزانية الأسرة على شراء المخدرات، أو أن يسرق بعض مقتنياتها أو أن يلجأ إلى استخدام العنف مع الأبناء أو الزوجة من أجل أن يوفروا له المال لذات الغرض ...إلخ، كل هذه التصرفات من شأنها أن تؤثر سلبا على استقرار الأسرة وانتظام حياتها.(عجيلات،2018،ص 44).

2.2. كيفية التعرف على مدمن المخدرات:

إن التعرف على أي من الظواهر التي تكشف تعاطي الفرد للمخدرات وإدمانه أياً كان نوع المخدرات التي يتناولها هذا الفرد، تعتبر خطوة هامة في سبيل علاج هذا الانحراف الخطير، ولذلك يجب أولاً حينما نواجه ظاهرة الإدمان أن يكون هناك معرفة علمية وصحيحة بكل جوانب المشكلة نفسياً وصحياً واجتماعياً، وظواهرها التي يتم ملاحظتها على المتعاطي.

وكيفية اكتشاف الإدمان مبكراً أمر هام وضروري في سبيل علاج المدمن في المراكز المتخصصة بالطرق العلمية السليمة، رغم أن اكتشاف سقوط المدمنين في البداية أمر غاية في الصعوبة، خاصة للآباء على أبنائهم حتى ولو أوتوا نصيباً من العلم والثقافة، ذلك أنهم قد لا يكونوا على علم بسمات وسلوك المدمن الذي يعتمد تناول العقاقير المخدرة والكيماويات، أو أنهم يقللون من خطورة الموقف، والذي يزيد الأمر صعوبة هو استخدام الأبناء ذكائهم لتضليل آبائهم وإبعاد انتباههم عن تلك العلامات والظواهر التي تظهر على الشخص وتبين أنه يدمن أي نوع من أنواع المخدرات.

وقد أجريت دراسات عديدة بهدف التعرف على الأغراض والظواهر التي تظهر على الشخص المدمن وعن طريقها يمكن التعرف على أن هذا الشخص يدمن المخدرات، فتشير أحد هذه الدراسات أن الشخص المدمن الذي يعتمد على الكيماويات المخدرة يتسم بصفات أربع:

1- أن لديه دافعاً يسيطر عليه كلية لأن يكون في حالة فقدان للوعي بصفة متكررة.

2- يكون هذا الدافع أكثر قوة من الحاجات الفطرية أو حتى المكتسبة بالتجربة.

3- يكون هذا الدافع آلياً أو يفرض نفسه على المدمن غماً عنه.

4- يصبح هذا الدافع جزءا من خبرات المدمن وتجربته فلا يمكن نسيانه عن عمد أو غير عمد. (مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1989، ص .42)

وتشير بعض الدراسات إلى أن هناك أعراضاً للإدمان يمكن بالتدقيق الشديد ملاحظتها والتنبه لها، وهي قسمان: أعراض جسمية وأعراض حسية.

والأعراض الجسمية من أهمها:

- ظهور أعراض على الشخص مثل أعراض الأنفلونزا من كثرة الرشح من الأنف وارتعاش وسعال وحرارة الجسم وغيرها، وقد يفلح المدمن المخضرم في إقناع والديه والمحيطين به أن لديه نزلة برد.

- ظهور أعراض مثل أعراض الإجهاد والعمل الزائد، أو وجود مشكلات صحية أهمها احمرار العينين بشدة وشحوب لونهما وتساقط الدموع منها بكثرة وظهور النعاس فيها.

- ظهور علامات تعاطي الحقن في الذراعين وانخفاض في الوزن، وظهور علامات سوء التغذية.

أما مجموعة الأمراض الحسية للإدمان والتي يمكن من خلالها التعرف على المدمن فأهمها:

_ حدوث تغيرات في سلوك الشخص وخاصة السلوك العاطفي الحسي الزائد نحو أفراد أسرته وتغيير العديد من القيم التي كان يؤمن بها الشخص قبل الإدمان.

كثيراً ما يشاهد على الشخص المدمن كثرة الاحتجاج على القواعد والأسس التي يقوم عليها نظام الأسرة أو المدرسة أو المؤسسة الاجتماعية التي يتواجد بها وينتمي إليها، مع ازدياد الجدال والنقاش مع أفراد هذه المؤسسات.

- يلاحظ على الشخص المدمن فقدان الوعي والدخول في عالم الأوهام، مما يجعله مائلاً إلى الانطوائية والانعزال عن نشاط الأسرة أو الأقران والزملاء.

- يكون لدى المدمن الرغبة الدائمة في الابتعاد عن المنزل وتغيير مفردات الحديث وألفاظه من حيث الإسراع بالكلام أو الإبطاء به، وأيضاً تعود النسيان والاندفاع إلى الكذب لتبرير كثير من المواقف والسلوكيات. (مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1989، ص.ص44-45)

ويجمل الدكتور أحمد عكاشة. العلامات التي يمكن عن طريقها كشف المدمن والتعرف عليه في الآتي

1- الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية.

2- الإهمال وعدم الاهتمام بالمظهر والعناية به.

3- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.

4- شحوب في الوجه وعرق ورعشة في الأطراف.

5- فقدان الشهية والهزال وال'مساك.

6- الهياج الشديد لأقل سبب مما يخالف لطبيعة الشخص المعتادة.

7- الإهمال الواضح في الأمور الذاتية وعدم الانتظام في الدراسة والعمل.

8- إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية.

9- اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على مزيد من المال.

10- اختفاء أو سرقة الأشياء الثمينة من المنزل دون اكتشاف السارق.

هذا بالإضافة إلى ما يلي:

- اختفاء العقاقير من أماكن حفظها خاصة العقاقير التي لها صفة التخدير ولو لدرجة بسيطة.
- الفشل الدراسي والهروب من المدرسة.
- تلقي مكالمات متأخرة والاختلاط بقرناء السوء في الشارع أو المدرسة أو غيرهما.
- تكرار فقدان الملابس أو المتعلقات الأخرى وعدم القدرة على تحديد أماكن وجودها وإيداعها.
- حمل علب أو حاويات غريبة الشكل في الجيوب والحقائب والأدراج الخاصة.

- الابتعاد العاطفي عن الأسرة.
- القلق النفسي والاكتئاب النفسي.
- عدم الثقة في النفس والشعور بالتقليل من قيمة الذات.
- عدم وجود حافز على التفوق والعمل ووجود الفشل الدراسي.
- عدم احترام التقاليد والقوانين.
- ضعف الميول الدينية.
- البحث الدائم عن اللذة المؤقتة.
- استعمال المواد المهدئة والمنومة. (مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1989، ص .153)

كما يصاب المدمنون بعد زمن قصير من إدمانهم المخدرات باضطرابات عقلية فتضعف فيهم الذاكرة وتخور الإرادة وتقل الشجاعة وتزول المروءة، وتتغير حالات البدن فيحدث إسراع في النبض وفقدان في الصحة العامة ويكون هناك دائماً الميل للإغماء وكثيراً ما تظهر نوبات الاختناق الصدري وحدوث القيء وحدوث النزيف المخي والتعرض للموت المفاجئ، كذلك يكون لدى الشخص المدمن الميل إلى الانتحار. أي أن الشخص المدمن تتغير أحواله وأوضاعه وتكون واضحة جلية لكل من عاشروه قبل الإدمان وبعده.

3.2. مراحل الإدمان:

الإدمان هو تكرار تعاطي مادة أو أكثر من المواد المخدرة بشكل قهري مما يؤدي إلى حالة اعتمادٍ عضوي أو نفسي أو كليهما مع التحمل وظهور الأعراض الانسحابية في حالة الانقطاع.

- ✓ **والمقصود بالاعتماد العضوي:**

حالة يعتادها الجسم على المواد المخدرة ليؤدي وظائفه الفسيولوجية وفي أثناء غياب تلك المادة تختل تلك الوظائف وينتج عنها أعراض إنسحابية جسدية :وهي ردود فعل سلبية من الجسم نتيجة نقص المادة المخدرة وتكون على شكل آلام في المفاصل والعضلات والصداع والرعشة في الأطراف والعرق ودموع

العين ورشح الأنف ونقص الوزن وارتفاع الضغط وسرعة النبض والتثاؤب المستمر والغثيان والقيء والكسل وغيرها. (سويف،1996،ص .19)

- ✓ **أما المقصود بالاعتماد النفسي:**

رغبة المدمن في الحفاظ على الأحاسيس والمشاعر واللذة الناجمة عن التعاطي لضمان الاستقرار النفسي. وللاعتماد النفسي أعراض إنسحابية نفسية: وهي القلق والاكتئاب والمخاوف الوهمية والشك والانفعال الشديد والحساسية الشديدة والخجل والغضب والأرق والشعور بالذنب وفقدان الشهية وفقدان الرغبة الجنسية. (المهندي،2013،ص .51)

والمدمن يمر بثلاث مراحل هي:

1- **مرحلة ما قبل الإدمان** :وتتميز هذه المرحلة بتعاطي المخدرات في المناسبات فقط.

2- **مرحلة الإنذار بالإدمان(مرحلة التعاطي)**: وتتصف هذه المرحلة بالإسراف في تعاطي المخدرات وشعور المتعاطي بعدم الارتياح والتوتر في حالة نقصها.

3- **مرحلة الإدمان:** وتتميز هذه المرحلة بتبعية الفرد النفسية أو الجسدية أو كليهما معا للمخدر، وبظهور مشكلات توافق وتكيف واضحة على المدمن. (المهندي،2013،ص .52)

وهكذا يمكن أن نحدد خمس مراحل زمنية في موضوع تناول المواد المخدرة كالتالي:

أ. مرحلة حب الاستطلاع.

ب. مرحلة حب التجربة.

ج. مرحلة التعاطي.

د. مرحلة الإدمان.

هـ. مرحلة المرض والعجز والوفاة.

وفي تصنيف آخر فإنه يمكن تحديد أربع مراحل للإدمان هي:

- **المرحلة الأولى:** حب الاستطلاع و المغامرة و التجريب مع الأقران.
- **المرحلة الثانية:** مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصوره مستمرة ويصل إلى مرحلة لا يمكنه معها الاستغناء عنها، بل أن الشخص المدمن غالباً ما يبالغ في زيادة الكميات في كل جرعة تدريجياً، بفعل تكيف جسمه مع مفعول المخدر وزيادة ما يسمى باحتماله لدرجة أن أي انقطاع فوري عن المخدر يولد لدية عوارض مؤلمة وخطيرة.
- **المرحلة الثالثة:** مرحلة الإدمان التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي أحد المخدرات حتى يصبح الشخص أسيرا للمادة المخدرة.
- **المرحلة الرابعة:** مرحلة ظهور الآثار السلبية(سواء كانت جسمية أو نفسية أو عقلية أو اجتماعية أو اقتصادية أو أمنية) لمشكلة الإدمان. (المهندي،2013، ص .53)

4.2.تعريف المدمن على المخدرات:

المدمن هو :"كل فرد يتعاطى مادة مخدرة أيا كانت فيتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو الاثنين معا، كما ينتج عن ذلك تصرفات وسلوكيات لا اجتماعية ولا أخلاقية من جانب المدمن" (الغريب،2006،ص .46)

وهو ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير و تعود عليه، أو على مادة أخرى من المواد المخدرة أو المنبهة والتي لا يستطيع الامتناع عنها وعن تعاطيها بل ويبحث عنها وفي حالة وجودها يعجز عن ممارسة حياته وعمله العاديين ويعيش في حالة نفسية سيئة ومضطربة .وهناك من يعرف المدمن بأنه مستخدم أو مستهلك المادة المخدرة، سواء كان في صورة تعاطي أو في صورة إدمان، وسواء كانت تلك المادة المخدرة طبيعية أو اصطناعية أو تخليقية بما يضر بصحته وفقد القدرة على ضبط النفس.(المهندي،2013،ص .56)

وعادة يبدأ المدمن طريقه نحو الإدمان عن طريق مجاراة رفقاء السوء، أو التقليد أو تحدي أصدقائه لإثبات انتمائه لمجموعتهم، أو بسبب الفضول لتجريب هذه المواد المخدرة أو حتى لمعتقدات خاطئة وسائدة في المجتمع حول الآثار التي تتركها العقاقير المخدرة في الإنسان، أين تمنحه القوة والصلابة، ليتكرر سلوكه ويصبح مع الوقت من الصعب التراجع عنه والتوقف ليدخل الفرد في دائرة الإدمان.

إن الأشخاص المدمنين على المخدرات أو كما أطلقت عليهم منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد على المخدرات أين يكون هذا الأخير إما عضويا أو نفسيا، حيث يتم تعاطي هذه المواد إما في مجموعات الأصدقاء والرفقاء، أو بصفة مفردة، وتختلف سمات الإدمان من شخص إلى آخر، فهناك من يصل إلى حالة الاعتماد الجسمي على المخدر بعد تناوله تلك المادة لمرات قليلة بينما لا يصلها شخص آخر رغم تناوله المخدرة لفترة أطول وعدد مرات أكثر بحيث لا تظهر عليه أي أعراض انسحابية عند تركها.

الإدمان كصفة لتناول المخدرات لا يمكن إطلاقه على أي من أولئك المتناولين إلا بعد أن يمر الواحد منهم في مرحلة الاعتماد النفسي والعضوي، وهي المرحلة التي تتميز بالأعراض الإكلينيكية(السريرية) الآتية:

-عدم استطاعة المدمن التخلي عن تناول المادة المخدرة لساعات أو أيام .أي وجود دافع داخلي قهري لتناولها.

-الميل المستمر إلى زيادة جرعة تلك المادة المخدرة.

-ظهور بعض الآثار النفسية أو المضاعفات عند التوقف عن تناول المادة المخدرة مثل :القلق والتوتر،الاكتئاب، قلة التركيز، عدم الارتياح.

-ظهور بعض المضاعفات العضوية الجسمية عند التوقف عن التناول مثل :الصداع، الارتجاف في الأطراف العليا والسفلى والوجه واللسان، التعرق، الإغماء أحيانا، تدهور تدريجي في السمات الشخصية ووظائفها يشمل على الأغلب :العامل العضوية، الجوانب الذهنية، السلوك، الصحة وأساليب التعامل.

الأعراض المذكورة آنفا واستجابة الجسم للإدمان تختلف في الشدة والنوع تبعا للمادة المخدرة ووفرته وتناولها.(بلعيساوي،2019،ص .17)

كما أن هناك من وضع خصائص أخرى منها:

- الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية.
- الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر.
- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.
- شحوب الوجه وعرق ورعشة في الأطراف.
- فقدان الشهية والهزال والإمساك.
- الإهمال الواضح في الأمور الذاتية وعدم الانتظام في الدراسة أو العمل.
- إهمال الهوايات المختلفة.
- اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على المزيد من المال.
- اللجوء إلى السرقة أحيانا من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة التي يدمنها.
- نظرته العدائية للمجتمع وتمرده على قيمه ومعاييره وأعرافه وقوانينه من خلال قيامه بسلوكات غير أخلاقية يرفضها المجتمع ويعاقب عليها القانون.
- التهرب من تحمل المسؤولية.
- تدني مستوى تقديره لذته ولقدراته.
- الانفعال لأتفه الأمور(العصبية) (عجيلات،2018،ص .47)

5.2.الآثار الناتجة عن إدمان المخدرات:

تترك المخدرات بمختلف أنواعها وبتعدد طرق استخدامها آثار خطيرة في الفرد المدمن وحتى المتعاطي، فبعد النشوة والحالة التي تجعل فيها الفرد يحس بالسعادة تتوالى ظهور الآثار السلبية، حيث أن المخدرات تؤثر سلبا على الحالة الجسمية والفيزيولوجية للإنسان وتتسبب في ظهور الأمراض، كما تضطرب حالته النفسية وتؤثر على حياته الاجتماعية وفيما يلي سنعرض أهم الآثار التي تنعكس على الفرد والمجتمع جراء تعاطي المخدرات:

2-5-1- الآثار الجسمية و الفيزيولوجية للإدمان على المخدرات:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى فقدان المتعاطي شهيته للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال والضعف العام المصحوب باصفرار وشحوب الوجه، كما يؤدي التعاطي إلى اضطراب في الجهاز الهضمي والذي ينتج عنه سوء الهضم، كما يؤدي التعاطي إلى إتلاف الكبد وتليفه حيث يحلل المخدر خلايا الكبد ويحدث بها تليفا وزيادة في نسبة السكر، مما يسبب التهاب وتضخم في الكبد فتوقف عمله بسبب السموم التي يعجز الكبد عن تخليص الجسم منها، كما يؤدي إلى التهاب في المخ وتحطم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكون المخ مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة واضطراب في القلب، وارتفاع في ضغط الدم، وانفجار الشرايين، كذلك يؤثر التعاطي على النشاط الجنسي حيث يقلل من القدرة الجنسية وينقص من إفرازات الغدد الجنسية. كما أن المخدرات هي السبب الرئيسي في الإصابة بأشد الأمراض خطورة مثل السرطان.(المهندي،2013،ص .77)

2-5-2- الآثار النفسية للإدمان على المخدرات:

يعاني المدمن من مجموعة من الآثار والعوارض النفسية منها:اضطراب الوظائف العقلية منها الخمول والنسيان واضطراب التفكير والسلبية والانطواء والخوف والقلق والاكتئاب.فقدان الاتزان الانفعالي

إلى جانب الإصابة بنوبات من القلق.يصاب المريض بالتوتر والقلق، مع إحداث اضطرابات في النوم فتجده إما غارقاً في النوم لفترات بعيده، أو أنه مصاباً بالأرق ولا يستطيع النوم.

– من أضرار المخدرات النفسية أيضاً إصابة الشخص المدمن بحالة من العصبية الزائدة، كما يصبح شخص لا مبالي ولا مسؤول، كما أنه يفقد السيطرة على نفسه ولا يحتمل ضغوط العمل ولا يتمكن من القيام بمهامه.

– إصابة المدمن باختلال في الاتزان، فتجده يواجه صعوبة عند المشي، كما نجده أيضاً من الأشخاص الذين تتكرر معهم حالات التشنجات.

– تقلب الحالة المزاجية لدى الشخص المدمن، فالمخدرات تتحكم في حالته المزاجية فتارة تجده سعيداً وتارة أخرى نجده كئيباً.

ومن أبرز أضرار المخدرات النفسية الشعور بالاضطهاد والكآبة والتوتر العصبي النفسي وحدوث هلاوس سمعية وبصرية قد تؤدي إلى الخوف فالجنون أو الانتحار (الغريب،2006،ص .46)

2-5-3- الآثار الاجتماعية للإدمان على المخدرات:

تترك المخدرات آثار اجتماعية جمة نذكر منها ما يلي:

– يتسم متعاطي المخدرات بالإنسحابية من الحياة الاجتماعية، حيث لا ينجح المدمن في بناء علاقات اجتماعية ناجحة بدءا من أسرته وزملائه في العمل وحتى أقاربه وجيرانه.

– يعيش المدمن حالة من اللامبالاة والإهمال لعائلته نتيجة لتبعيته للمادة المخدرة.

– ضعف القدرة على التحكم في مختلف المواقف.

– اللامبالاة والتسرع وازدياد درجة التردد.

– ضعف القدرة على الأداء وإحساس المتعاطي بالضياع .

– الاتجاه نحو الجريمة والانحراف، والعدوان بغرض الحصول على المادة المخدرة، فقد يلجأ المدمن إلى السرقة و حتى العنف لضمان الحصول على المخدرات وهو ما ساهم في رفع نسبة الجرائم المنتشرة.

– تساهم المخدرات وانتشارها الخطير في زيادة المشكلات الاجتماعية كالطلاق، الجريمة، البطالة وغيرها.

كما أن للمخدرات آثار اقتصادية تبرز من خلال الاتجار وتهريب المواد المخدرة سريا ما يستدعي اهتمام أمني واقتصادي خاص.

المحاضرة رقم (03): الأسباب المؤدية إلى تعاطي المخدرات:

تعد ظاهرة الإدمان على المخدرات متعددة الأبعاد، ونتجت لمجموعة من العوامل التي تنوعت بين ما هو خاص بالفرد في حد ذاته أو على الصعيد الأسري والاجتماعي وحتى بطبيعة المادة المخدرة ومدى توفرها، وحتى أن العوامل الاقتصادية والسياسية والأمنية تلعب الدور الهام في تفشي هذه الظاهرة واستفحالها خصوصا بين فئة الشباب، وفيما يلي سنحاول أن نلم باختصار عن أهم العوامل التي تدفع بالفرد إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها:

1. الأسباب المؤدية إلى تعاطي المخدرات:

1.1.الأسباب الفردية:

يرى **محمد سلامة غباري** أن الأفراد يلجئون إلى تعاطي المخدرات لأسباب عديدة معظمها راجع إلى الوهم والجهل وسوء الفهم(المهندي،2013،ص.64).

ومن بين الأسباب التي تدفع بالفرد إلى الإدمان على المخدرات ما يلي:

- **شخصية المدمن:** فبعض اضطرابات الشخصية من الممكن أن تحرض تعاطي المواد المخدرة والإدمان عليها، أو تكون لها قابلية للتعاطي، أو أنها تجد في المخدر سبيلا لتغيير وتعديل الحالة النفسية.

- **حب التجربة والاستطلاع:** فيندفع الكثير من الأشخاص إلى تجربة المخدرات لمعرفة أثرها ومعرفة النشوة والمتعة التي تحدثها وهم يجهلون أثارها السلبية ومضاعفاتها وبتكرار التجربة يصبح هؤلاء الأشخاص مدمنين. (صادقي،2014،ص.196)

وقيل أن المخدرات تلهب المشاعر وتمد متعاطيها بإحساس جميل، وتجعله متحررا من كل الضغوط، وأكثر جرأة وشجاعة، وأقل خجلا وجبنا، فيسعى الشباب عموما إلى تجريبها.

- **ضعف الوازع الديني لدى الفرد:** إن ابتعاد بعض الشباب خاصة المراهقين عن الالتزام عن تعاليم الدين الإسلامي الحنيف وقد يقود إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

إن الفراغ الروحي الذي يعاني منه الشباب بسبب بعده عن الدين، ولد اضطرابات نفسية لهم كالقلق والاكتئاب والإحباط، فليجأ إلى المخدرات كحل لما يعانونه من أزمات، فيجدون أنفسهم رويدا رويدا أصبحوا مدمنين (الحراحشة والجزازي،2012، ص. 35) .

- **الشعور بالفراغ والملل:** فوجود الفراغ مع عدم توفر الأماكن الصالحة التي تمتص طاقة المراهقين والشباب ايجابيا وشعور الشباب بالملل والضجر تعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها (المهندي،2013،ص.68) .

- **حب التقليد:** فقد يرجع ذلك إلى ما يقوم به بعض المراهقين من محاولة لإثبات ذاتهم وسعيهم للوصول إلى الرجولة قبل أوانها عن طريق تقليد الكبار، وخاصة الأفعال المتعلقة بتعاطي المخدرات من أجل إضفاء طابع الرجولة عليهم أمام الزملاء أو الجنس الآخر.(الحراحشة والجزازي،2012، ص. 36).

- الصدمات الانفعالية للفرد.

- علاج سلبي للأزمات النفسية المصاحبة لمرحلة المراهقة (الغريب،2006،ص .18)

كما أن هناك مجموعة أخرى من العوامل الفردية التي تضمنت رغبة الفرد في تعديل المزاج واكتشاف الذات، ورفع الإبداع والأداء، والقضاء على ضغوطات الحياة، كما ساهم عامل السهر كثيرا خارج المنزل ومجاراة ضغط الرفاق ما يدفع بالفرد والمراهق على وجه الخصوص إلى الإدمان.

2.1. عوامل تتعلق بالمادة المخدرة:

هناك مجموعة من العوامل المتعلقة بالمادة المخدرة تدفع بالفرد إلى الإدمان نذكر أهمها فيما يلي:

- **توافر المادة المخدرة:** حيث أن توفر هذه المواد والحصول عليها بسهولة يعتبر عاملا مهما في لجوء الفرد إلى الإدمان والإقبال على المخدرات، فمع توفر المخدرات يرفع من نسبة الطلب والإقبال عليها، كما يلعب الثمن دور هام في وفرة المواد المخدرة. (سويف،1996،ص .79)

- **تركيب المواد المخدرة وخصائصها الكيميائية:** حيث أن بعض المواد المخدرة يتم الإدمان عليها في فترة زمنية قصيرة جدا كالهيروبين، في حين انه تطول مدة الإدمان على مواد أخرى مثل الحشيش.

أي أن هناك مستقبلات خاصة للعقار في الجملة العصبية للإنسان حسب البنية الكيميائية للعقار نفسه فالأفيون مثلا اكتشف العلماء أن جسم الإنسان يعزز مواد ومسكنات طبيعية تكافح الألم تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، كالاندورفين، فعند تعاطي الأفيون تخدع هذه المواد المستقبل وترتبط معه وتطرد المسكن الطبيعي خارج الخلية إلى الدم فيرتفع تركيزها وبالتالي يقل صنعها بواسطة الجسم لوجود الأفيون على المستقبل، وعند الامتناع عن تعاطي الأفيون فجأة يعاني الجسم من نقص حاد في هذه المواد الطبيعية (أبو جناح،2000،ص .115).

- **طريقة استعمال وتعاطي المخدر:** فطريقة التعاطي مثل تعاطي المخدرات بالفم أو الشم فإنه يسهل الإدمان عليها، بينما يقلل استخدامها بطريق الحقن، بالإضافة إلى ذلك عدد مرات التعاطي، فالتعاطي المستمر واليومي يزيد من فرص الإدمان بخلاف الاستخدام المؤقت والذي يحدث في المناسبات.(بلعيساوي،2019،ص .32)

- **نظرة المجتمع للمادة المخدرة:** وكذا القوانين والقواعد المعمول بها في المجتمع، حيث أن انتشار المخدرات في المجتمعات الغربية يكون بنسب أعلى وذلك لقبول هذه المواد من أفراد هذه المجتمعات مقارنة بالمجتمعات المسلمة التي تحرم وتمنع تداول هذه المواد. والسبب وراء هذا التناقض يعود لثلاثة عوامل:

*تأصل العقار: فكلما كان استعمال العقار متأصلا في المجتمع ازداد تقبل الأفراد له.

* تأخر ظهور الأضرار والوفاة بسبب التعاطي: فالخمر لا تظهر أضرارها إلا بعد 10 سنوات تقريبا وكذلك التدخين، وقد تصيب الأضرار فئة قليلة من المتعاطين، لذلك يغض المجتمع النظر عن التعاطي.

*ظروف اقتصادية: وهي تمثل توافر الحصول على العقار ورخص ثمنه، ولا سيما إذا كان التعاطي لا يتعارض مع قيم المجتمع، فمثلا التدخين وشرب القهوة لرخص أسعارها وتوفرها مقبولان أكثر من الخمر، والخمر بدورها مقبولة أكثر من الأفيون(سويف،1996،ص .82)

-**التعاطي غير الطبي للعقاقير**: من مسببات الإدمان التعاطي غير الطبي للعقاقير أو ما يعرف بأسباب سوء الاستعمال، ويعود إلى:

*مخالفة التقاليد والخروج على قيم المجتمع.

*الهروب من مشاكل الحياة.

*القلق الزائد أو التوتر والاكتئاب.

*تأكيد الذات وخاصة عند الانفصاميين.

*الرغبة والخضوع لمجاراة جماعة الرفاق.

*التشبث الزائد بملذات الحياة والخوف من عدم التمتع بالخبرات السارة.

*التقليد الأعمى والفضول والتجريب ما هو جديد.

* العبث واللهو والتسلية بقصد الإثارة وإشباع النزوات.

والتعاطي غير الطبي للعقاقير يعود من الناحية السلوكية إلى ما يعرف بثقافة العقاقير، فإنسان هذا العصر كثرت أمامه العقاقير المتعددة الأعراض من مسكنات الألم والمهدئات والمنومات والمنشطات ومضعفات الشهية، وهذه العقاقير من شأنها تزويد الفرد بخبرات إنعاشية وانفعالية،وفكرية، وتؤدي هذه إلى التعود وتصبح نمطا سلوكيا عاديا في حياة الفرد.

3.1.عوامل بيئية:

1-3-1- الأسباب الأسرية:

من بين هذه الأسباب ما يلي:

- التنشئة الأسرية الخاطئة واستخدام أساليب والدية متناقضة بين العنف والإهمال،فعادة ما ينحرف الأبناء نتيجة اعتماد أحد الوالدين أو كلاهما لأساليب التنشئة الخاطئة.

- القدوة السيئة في الأسرة كتعاطي أحد الوالدين أو كلاهما للمخدرات باعتبار أن الآباء قدوة لأبنائهم فان درجة التقليد لهم من طرف أبنائهم تكون كبيرة.

- غياب الدور التوعوي للآباء بهذه المواد المخدرة وخطورتها على صحة الإنسان.

- الأسرة المنحلة خلقيا عادة ما تكون الممارسات الخاطئة لأفراد ...كتعاطي المخدرات أو الإدمان عليها أمرا طبيعيا لا يستوجب منها العقاب وتصبح بذلك عاملا مشجعا لا رادعا لمثل هذه التصرفات (عجيلات،2018،ص .68)

- التفكك الأسري وعدم الاستقرار العائلي باعتبار أن الأسرة أول حضن للفرد ومنها يكتسب القيم والمعايير، وأي اختلال يصيب الأسرة خصوصا العلاقة بين الوالدين ينعكس سلبا على الأبناء، وهذا يعتبر عاملا هاما في تفشي الإدمان على المخدرات.

1-3-2- البيئة المدرسية:

تعد المدرسة الخلية الثانية التي تتلقى الفرد من أحضان أسرته لتقوم بعملية الإعداد لخروج الطفل إلى العالم الخارجي، فإذا أحسنت المدرسة وظيفتها التعليمية والتهذيبية تكون عاملا يقي الطفل من الانحراف، أما غياب الدور الطبيعي لها يكون عاملا من عوامل انحراف الطفل.

ويقع ذلك على عاتق المربين و المسئولين عن وضع المناهج التعليمية التي يجب أن تتضمن أهداف واضحة تجعل الفائدة منها جيدة من حيث توضيح ما ينبغي إتباعه وما يجب تجنبه.(بلبريك،2016،ص 144.)

1-3-3- جماعة الرفاق:

تعد جماعات الأقران بالإضافة إلى الأسرة واحدة من العوامل الأساسية التي تؤدي إلى التعاطي، فهي البيئة التي تحيط بالأبناء وتؤثر في سلوكهم وفي اتجاهاتهم ومشاعرهم وأحاسيسهم، وقد تتوافق مع الأسرة فيما تعززه في نفوس الأبناء من قيم واتجاهات، وقد تناقضها، وفي هذه الحالة يمكن لجماعات الأقران أن تنافس الأسرة في محاولة استقطاب الأبناء وجذبهم إلى تكويناتها، وعلى قدر ارتباط الأبناء بالأسرة وانشدادهم إليها يأتي تأثير جماعات الأقران الذي يتضاءل مع قوة الارتباط بالأسرة، وينمو بقوة مع ضعف الارتباط الأسري.(سويف،1996،ص.91)

وتصبح بذلك جماعة الرفاق" نقطة مرجعية مهمة في حياة الفرد، تتوزع السلطة فيها بين الأفراد، فمن الأفراد من يحتل مركزا قياديا ومنهم من يحتل موقعا تابعا، وإذا ما انتشر تعاطي المخدرات بين الشباب في جماعة معينة فمن المرجح أن ينتشر تعاطيها بين بقية أفراد الجماعة بسبب الضغط الاجتماعي الذي يمارس من الجماعة على أفرادها. (البداينية،2012،ص. 25)

فلكي يكون الشخص مقبولا بين الجماعة يجب أن يسايرهم في عاداتهم واتجاهاتهم فنجده يبدأ بتعاطي المخدرات في حالة تعاطي أحد أو جميع الأفراد الجماعات للمخدرات ويجد الفرد صعوبة في إيقاف تعاطي المخدر ولذلك لكي يضل مقبولا بين الجماعة ولا يفقد الاتصال بهم.

1-3-4- وسائل الإعلام:

وخصوصا وسائل الإعلام الأجنبية وذلك من خلال برامجهم الهدامة التي تصور حالة المتعاطي للمخدر على أنها حياة نشوة وفرح وسعادة وهروب من الواقع.

– قلة الدور الذي تلعبه وسائل الإعلام المختلفة حيث أن لها دورا فعالا في انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمعات حيث أن بث المعلومات والأفلام وعرض صور مضللة مما يجذب المراهقين إليها (العباجي،2008، ص. 33).

– وسائل الإعلام قد تقوم بطريقة غير مباشرة بالدعاية لتعاطي المخدرات حيث توجيهها البرامج وعرضها لطرف مكافحتها لقد سجلت الإحصائيات أن نسبة كبيرة من الصغار تعرفوا على المخدرات من خلال وسائل الإعلام وعرضها لها، ولم يروها لعدم توافرها فتكون وسائل الإعلام ملفتة للنظر إلى هذه المركبات عند الصغار وأحيانا لدى الكبار (سواس،2011، ص. 54).

4.1. العوامل الاقتصادية:

وتشمل ارتفاع مستوى المعيشة، البطالة وما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة فضلا عن قلة فرص العمل، وتوفر الفراغ لدى الشباب وازدياد متطلبات الحياة، وازدياد النزعة الاستهلاكية لدى الفرد، وتأثير القيم والعادات والتقاليد التي ألقت بأعبائها على الفرد.(عجيلات،2018،ص69)

وتعد مشكلة البطالة من بين المشاكل التي تطرح نفسها على مستوى كل المجتمعات خاصة عندما يتعلق الأمر بخريجي الجامعات، ليزداد الوضع تأزما وتعقيدا عندما يعقد البطال مقارنات بينه وبين الآخرين، حيث قد تترسخ بذهنه بعض القناعات التي مفادها أن الاستفادة من العلم وقضاء فترة بين مقاعد الدراسة يدرج في خانة مضيعة للوقت لعدم التمكن من تحقيق التطلعات، إذ قد يحقق البعض من الأفراد طموحاتهم دون الاستفادة الوافرة من العلم(العمل الحر، السيارة، الزواج، رصيد مالي).. لذا يتوجه البعض إلى اعتماد المخدرات لتناسى الفشل في توكيد الذات والعجز في تحقيق التطلعات والطموحات.(بلعيساوي،2019 ص .36)

فالعمل غير المستقر والأجر الزهيد و الحرمان من الحاجات المادية و غيرها من الأوضاع الناشئة عن الوضع الاقتصادي تشكل حواجز ومعيقات أمام حركة الأفراد من الطبقة الفقيرة، الأمر الذي يؤدي

للإحباط والقلق والتوتر و الشعور بالعجز وأغلى مشكلات تتعلق بالعلاقات الإنسانية للشخص.(الهوارنة،2018،ص.148)

5.1. العوامل السياسية:

كما أن هناك بعض العوامل المتعلقة بالجانب الأمني والسياسي والتي ساهمت بدرجات متفاوتة في تفشي وانتشار ظاهرة الإدمان في المجتمع ، حيث استعملت المخدرات كسلاح ضد الأعداء والجنود وذلك لسلب إرادة الأشخاص والسيطرة عليهم عن طريق تعويدهم على إدمان المخدرات كأسلوب من أساليب الترويض النفسي للأسرى والأعداء أو الأشخاص من أجل تنفيذ عمليات الاغتيال وجرائم للخصوم السياسيين، وبعض الدول مثل بريطانيا واليابان اتخذت المخدرات وسيلة لتحقيق أغراضها السياسية، وشاع استخدام الأفيون في الحرب العالمية الأولى لدى الانجليز الذين أعطوها لجياد سلاح الفرسان من أجل أن تتمكن الخيول من جر المدفعية الثقيلة، كذلك نشر البريطانيون الأفيون بين الفلاحين المصريين المستخدمين في الجيش البريطاني لسلب إرادتهم وامتصاص سخطهم، ومازالت المخدرات تستخدم في الوقت الحديث كسلاح سياسي لتفتيت إرادة الشعوب ، وكان المستعمرون يفكرون في استخدام المخدرات لغزو العقول وإفساد العلماء وذوي المواهب، وإفساد شريحة المجتمع و الشبان خصوصا، وتشتيت قدراتهم عن العمل والصمود والإنتاج.

ويلعب العامل السياسي دورا مهما في نشر المخدرات، ففي العصور الحديثة لعب الاستعمار البريطاني والفرنسي دورا مهما في نشر المخدرات، ثم جاء دور إسرائيل واليهود على نشر المخدرات في العالم الإسلامي بشكل عام وفي الدول العربية بشكل خاص، وكثيرا ما نسمع عن تورط بعض أجهزة الاستخبارات بنشر المخدرات في العالم، كما استغلت المخدرات للمقايضة مع السلاح ومازالت تستخدم كسلاح فعال ضد الشعوب النامية والمتخلفة والمستعمرة أينما كانوا في العالم .(الهوارنة،2018،ص.150)

وهكذا يتضح لنا العديد من العوامل التي تدفع إلى تعاطي المخدرات حيث تم التطرق إلى عدد من العوامل ومن هنا يمكننا القول بان هذه المشكلة ليس سببها الفرد فقط بل يشارك في ذلك الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه.

2. النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات :

هناك العديد من التفسيرات العلمية تفسر ظاهرة الإدمان والتعاطي على المخدرات، فهناك التفسيرات الاجتماعية والنفسية والطبية وسوف نعرض أهم النظريات التينروها مفيدة في هذا المجال:

1.2. النظرية البيولوجية:

تشير هذه النظرية إلى أثر المخدرات في وظائف أعضاء الإنسان وأنها تؤدي إلى الإدمان وأن المتعاطي لمعظم أنواع المخدرات تجعله معتمدا عليه فالتغيرات الفيزيولوجية تجعل التخلص من المخدرات أمرا معقدا خصوصا وأن المدمن قد تعود على استخدام المخدر في مواقف اجتماعية شتى كالأفراح والأحزان فهو يلجأ إلى تعاطي المادة المخدرة لإحداث النشوة والانتعاش وتعديل مزاجه أو للنسيان ويصبح من الصعب عليه التعامل مع هذه المواقف دون اللجوء إليها بل وأصبحت جزءا من حياته كما انه أصبح يعيش حالة من الاعتماد الجسمي وانقطاعه عن التعاطي ينجم عنه أعراض فيزيولوجية خطيرة كأن يشعر بحشرات تمشي تحت الجلد، آلام في الساقين، غثيان والقيء.... إلخ إذ تدخل المادة الأساسية في تركيب في المراحل الأساسية في للتمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا الجسم وبذلك تصبح تلك المخدرات ضرورية للجسم ويصعب التخلص والاستغناء عنها.(الغريب،2006، ص 70)

إن عامل الوراثة له تأثير على السلوك الإجرامي ، حيث يتفق كل من هيلي وبيرت على أن العوامل الوراثية لها دورا إلى حد ما في حالات الانحراف، فقد وجد هيلي أن 61% من حالات الأحداث، التي قام بدراستها كانوا يعانون من تقلب انفعالي شامل وعميق كعيب فطري، غير أن بيرت كان يرى أن الجريمة في ذاتها لا تورث

إن التركيز على العائلة في مجال الإدمان على الكحول قد تم ملاحظته والتطرق إليه منذ الزمن البعيد ، وقد قال بلوتارك (Plutarque) أن المدمن على الكحول ينجب مدمنا على الكحول ، حيث تم وجود ارتباط بين بعض العائلات بإدمانها على الكحول من مدة(Reynaud,Parquet,Large,1999,p.34)

وفي هذا الصدد هناك العديد من الدراسات أثبتت أن العوامل الوراثية تلعب دورا هاما في الإدمان، كالدراسات الإكلينكية التي اعتمدت على الدراسات العائلية ودراسات التوائم ودراسات التبني، ودراسات المسجلات الوراثية التي اعتمدت على دراسات الشراكة، دراسات الترابط، الوراثة والتدخين (بلبريك،2016،ص.ص.119-120)

2.2.النظرية السلوكية:

تقوم هذه النظرية على فكرة المثير والاستجابة وان إدمان الفرد على المخدرات ما هو إلا استجابة لمثيرات ترتبط باستخدام العقار أو المواد المخدرة.

ومن أبرز رواد هذه النظرية **بافلوف** وهي تؤكد أن كل سلوك يصدر من الإنسان ما هو إلا سلوك قديم متعلم من قبل وقد يكون تعلم الإدمان عن البعض بسبب شعورهم بالقلق والتوتر حيث يندفعون إلى تعاطي المخدرات بنقل التوتر ويشعرون بالهدوء والإرتياح وهذا الشعور يعتبر تدعيما وتشجيعا لتكرار التعاطي وقد يرتبط التعاطي بميزات أخرى مثل مجموعة الرفاق ورائحة المخدر والإعلانات الخاصة بالعقاقير وفي وجود هذه المثيرات فإن المتعاطي يندفع إلى تناول المخدرات حتى لو لم يكن يعاني من القلق والتوتر مما يشجع على التعاطي أن الآثار السلبية مثل النشوة والإحساس بالراحة والهدوء هي التي تظهر أولا. (عجيلات،2018،ص50)

ويستمر الإنسان في تعاطيه للمخدر رغم ما يعلمه وما لها من آثار مزعجة ولكنه لا يشعر بهذه الآثار السلبية لأنها لا تحدث في التو عند تعاطي المخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة فرؤية

مكان التعاطي أو المخدر أو بائع المخدر.... الخ من المثيرات التي تدفع المدمن الممتنع إلى الشعور بالرغبة الملحة المخدر. (عبد المنعم،2003، ص82)

فمن خلال دافع خفض التوتر والقلق الذي يعاني منه المتعاطي فهو نتيجة تعزيزية تتكرر باستمرار كلما شعر الشخص بالقلق إلى أن يصل لمرحلة لا يهمه فيها إذا كان المخدر يحدث حالة سيكولوجية من الانشراح لتخفيف التوتر أولا، وإنما يهمه فعلا إعادة التوازن الفسيولوجية نتيجة إعتماده الجسمي على المخدر.

وهناك تفسير آخر هو من نوع التعديل لمبدأ خفض التوتر، يتلخص في أن من يتعاطون المخدرات إنما تنقصهم الثقة بالنفس ويشعرون بعم الأمن ، ومن ثم يلجئون للمخدر ليس بهدف خفض التوتر وإنما لحماية أنفسهم من مشاعر العجز والنقص وعدم الكفاية، وبهذا فإن تعاطي المخدر يجعلهم يشعرون بسيطرتهم على الموقف وبقدرتهم على مواجهة مطالب الحياة المختلفة.(سيدّ،2018،ص.27)

3.2.النظرية النفسية:

يرى علماء النفس أن الأصل في تعاطي المخدرات يرجع إلى العوامل النفسية المرتبطة بالتركيب النفسي المتصف بعدم الشعور بالأمن واعتبار الذات وكف العدوان، اضطراب التوحد، حيث أن المتعاطين هم نتاج أسر يشيع داخلها الحرمان والجوع العاطفي وافتقاد السند والرعاية والتوجيه ولا يجد الدفء بين أفرادها .

و بشكل عام يقوم المنظور النفسي على فرضية أن القلق والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدأ التعاطي، فإذا استمرت وزادت فهي تساعد على الاستمرار، بل المبالغة في التعاطي ويصبح الفرد فريسة للعقار الذي يضن انه المخلص الوحيد من الآلام النفسية، أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه هذا المخدر، وتساهم الحالات التي يعيشها الفرد بقدر كبير في ظهور حالات الإحباط، القلق وغيرها، وترجح مدرسة التحليل النفسي أن الأًصل في

ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة والسرور عن طريق المخدر أو بعبارة أخرى التخفيض من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن وليس إزالة التوترات الفيزيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر. (الغريب،2006،ص .72)

إن البناء النفسي يحدث حالة من الاستعداد التكويني يؤدي إلى القابلية لتعاطي المخدرات بصفة عامة حيث يعتبر التعاطي البديل الوحيد عن الإشباع الفمي المضطرب في الطفولة المبكرة الأولى (المغربي،1966،ص.211).

ولقد أكدت نتائج دراسة عادل عبد الله عن علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين خلال الطفولة المبكرة أو خلال مرحة المراهقة يدفع الشباب إلى عدم شعورهم بالأمن والطمأنينة النفسية ، فيتولد لديهم الإحساس بالقلق النفسي والاكتئاب، فيسبب نقص العطف وانقطاع قنوات الاتصال بينهم وبين الوالدين، وشعورهم بانفصاليتهم عن الوجود الإنساني ، لدرجة أصبحوا معها مغتربين عن ذواتهم، حيث يعيشون في أزمة هوية تمزق كيانهم وتركيبهم، وهذا ما يؤدي إلى الإدمان على الهيروين(عبد الله،1989،ص.175)

وحسب هارمس(Harms) (1973) الاكتئاب هو العامل الأساسي للإدمان سواء عند الخبرة الأولى أو عند العودة إليه بعد الانقطاع، ويؤيده سميث(Smith) الذي يرى أن المدمن لدية اكتئاب مزمن من قبل استخدام المخدر مع عدم القدرة على إرجاع الإشباع وعدم النضج وعدم القدرة على تحمل الضغوط، هذا مع وجود أنماط متعددة لشخصيات المدمنين نميزهم من غير المدمنين(عبد السلام،1977،ص.59)

وفي دراسة للكشف عن المميزات النفسية لعينة من متعاطي المخدرات أن 60.7% من أفراد العينة من اكتئاب حاد، ويستعملون المخدرات للتخفيف من الحزن ، وفي نفس السياق توصل Weiss et all 1992 إلى أن نسبة عالية من أفراد العينة يعانون من اكتئاب رئيسي بالإضافة إلى اضطرابات نفسية

أخرى، وتبين أن 63% من أفراد العينة على اختلاف نوع المخدر الذي يتعاطونه ، فهم يتعاطون المخدرات للتعامل مع أعراض الاكتئاب وكاستجابة لمشاعر اليأس (ميسيلي،1998،ص.495)

كما توصل حسين فايد في دراسته لديناميات شخصية لمتعاطي الهيروين ومتعاطي الحشيش عن شيوع السمات الاكتئابية والسيكوباتية لدى المتعاطين(فايد،1992،ص.73)

ويرى شارلس نيكولاس(Charles Nicolas) أن الإدمان نوع من الحماية من الآخرين والغير ويأتي من أجل تضميد (Colmater) جرح نرجسي فالإحساس بعدم الفعالية، وعدم قدرة المدخنين على الاعتماد، فنظرا لمشكل إيجاد الهوية، تؤدي بهم إلى البحث عن الإحساس بالفردية عن طريق أعمال فردية التي تؤكد فرقهم، أما برجوري(Bergeret) فيصف المدمنين حسب البنية الشخصية، فهناك المدمنين ذوي البنية الشخصية العصابية، وهناك مدمنين ذوي البنية الشخصية الذهانية، ويذهب وينيكوت(Winnicot) إلى أن الإدمان له دور حماية الشخص المدمن ضد الاكتئاب والذهان، فالإدمان له قيمة دفاعية للأنا(Bergert,1982,p.52).

ويشير التحليليون(نظرية التحليل النفسي) إلى أن الإدمان راجع إلى التثبيت الذي يحدث في المرحلة الفمية بسبب الحرمان وعدم إشباع بعض الدوافع المتعلقة بالطعام و الشراب، إذ أن المدمن يعاني من إحساس بالحرمان في طفولته، حيث يرى عند تحليل المدمنين بأن معظمهم قد توقف نموهم النفسي الجنسي و نكص إلى مراحل طفلية بسبب فشل في العلاقات الأولى بين الطفل ووالديه وعدم إشباع حاجاته الأساسية في مرحلة الطفولة. ونتيجة لهذا الفشل يفقد الطفل القدرة على إدراك وتلم أن جميع حاجاته لا يمكن إشباعها في الواقع، ونتيجة لتوقف النمو النفسي الجنسي تأخذ الحاجات والرغبات الفمية المقام الأول من النشاط ،كما تصبح اللذة الجنسية التناسلية بعيدة عن الاهتمام، ولكن الواقع لا يسمح بإشباع تلك الحاجات على المستوى الفمي، فإن ذلك بسبب الإحباط ومن ثم يستجيب الشخص بعدوان يتجه غالبا نحو الوالدين وخاصة الأم ، كما قد يرتد هذا العدوان نحو الذات متضمنا الرغبات

التدميرية لحياة الشخص حيث يتجه لتعاطي المخدر كنوع من العقاب يوقعه المدمن على نفسه جزاء له على مشاعره العدوانية(سيد،2018،ص.ص.16-27)

المحاضرة رقم (04): سبل الوقاية والعلاج

1. الوقاية من تعاطي أو الإدمان على المخدرات:

1.1.تعريف الوقاية:

بمنع وقوع حدث غير مرغوب فيه أو الحيلولة دون حدوثه ، ويعرف **مارتن بلوم** الوقاية: "بأنها مجموعة من الإجراءات التي تتخذ لوقاية الأفراد أو المواطنين بالمجتمع من النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية والثقافية التي تهددهم كما هو الحال في مشكلة تعاطي المخدرات، وتستهدف الوقاية تقوية وتعزيز القوى الكامنة وتحسين مستويات الصحة وتحقيق الأهداف المرغوبة للمجتمع"(عبد اللطيف،1999،ص.9).

2.1.مستويات الوقاية:

حدد العديد من المختصين في مجال مكافحة المخدرات والوقاية منها أنماط ومستويات مختلفة للتصدي لظاهرة المخدرات. ومن بين المستويات الوقائية التحديد والتقسيم الذي وضعه **Arif et Westermeyer** وتتمثل في :

أ. **الوقاية من المستوى الأول: Prévention primaire**

هي كل فعل موجه يهدف إلى الحد من ظهور حالات جديدة للتعاطي، يدخل فيها إجراءات التوعية والتحسيس وكذلك الإجراءات التي تتُّخذ على مستوى الدولة.

والمستوى الأول يقصد به أول خطوة للحملة التحسيسية وتساهم فيها الأسرة بالدرجة الأولى، ووسائل الإعلام، والأمن وهذا لمنع قدر الإمكان ظهور هذه الآفة فهي مهمة المجتمع بجميع مؤسساته وأفراده

ومختصيه وهيئاته وهذا لتوعية أفراد المجتمع كبيرا وصغيرا بمخاطر المخدرات وآثارها المدمرة على الفرد من جميع النواحي جسديا و نفسيا وفكريا وروحيا،وعلى المجتمع على حد سواء

ب. الوقاية من المستوى الثاني : Prévention Secondaire

وهدفه التدخل العلاجي المبكر لتفادي الوصول إلى حالة الإدمان، وهذا على الأساس الاعتراف بأن الفرد أقدم على تعاطي المخدرات لكنه لم يصل بعد إلى مرحلة الإدمان، أي أنه مزال في مرحلته الأولى.

وهذا المستوى يظهر عند التأكد بأن الفرد يتعاطى المخدر، وهنا تبدأ عملية التشخيص المبكر وعلاج أعراض التعاطي على الفرد، وهنا تكمن أهمية الأسرة في هذا المستوى من الوقاية، فمراقبة الأولياء لأبنائهم مراقبة مستمرة قد تظهر أي تغير في سلوك أحد لأبنائها فيقومون بالتوجه به لمركز مختص في علاج الإدمان وهذا من أجل التدخل السريع و التشخيص المبكر للحالة و العلاج.

ت.الوقاية من المستوى الثالث: Prévention Tertiaire

تحاول الوقاية من المستوى الثالث العلاج لخفض مخاطر الإدمان، ويتوسع في بعض الأحيان إلى ابتكار أساليب مرنة تسمح للمدمن أن يعيش حياة أقرب للسواء تعيينهم في الحياة و لكن تحت مراقبة طبية وأمنية.

فالوقاية بمستوياتها الثلاثة سواء الوقاية قبل حدوث الإدمان أو الوقاية بعد حدوثه كي لا تتفاقم نتائجه على الصعيدين الفرد والمجتمع، هي مستويات على قدر كبير من الأهمية و مهمة المجتمع ككل من أسرة ومدرسة ووسائل الإعلام وساجد ولأمن وكل فرد في المجتمع دون استثناء.

فمسألة وقاية النشء من مغبة الوقوع في خطر تعاطي المخدرات أضحى ضرورة ملحة في كل مجتمع إنساني لأن الحفاظ على النشء وتوجيهه لخدمة المجتمع يعني ضمان استقراره واستمرار هذا الأخير، وهذه المهمة منوطة بكل مؤسساته الرسمية الأمنية، القضائية التربوية ...إلخ، وغير الرسمية الأسرة، المسجد... الخ، كما أن علاج المدمنين والتكفل بهم وإعادة تأهيلهم يعد أمرا بالغ الأهمية ولا يقل

شأنا عن سابقه، فالأفراد عموما هم ثروة المجتمع وأساس تقدمه أو تخلفه، ويتوقف هذا على مقدار ما يضمنه لهم من رعاية اجتماعية، وما دامت مشكلة تعاطي المخدرات مشكلة عالمية لا تختص ببلد دون سواه فتتكاثف الجهود للحد من انتشار هذه المشكلة حيث تتم وقاية المتعاطين للمخدرات وعلاجهم على عدة مستويات: (عجيلات،2018،ص .ص 80-81)

أولا -على المستوى الفردي /الشخصي:

-تقوية الوازع الديني لدى الفرد من خلال الالتزام بتعاليم الدين والتحلي بالمثل والقيم والمعايير التي يقرها المجمع.

-اختيار الأصدقاء المناسبين لمصاحبتهم.

-شغل أوقات الفراغ في الأمور المهمة كقراءة الكتب المفيدة مثلا أو ممارسة الرياضة.

-الثقة بالنفس وعدم الانقياد لآراء الآخرين بسهولة.

ثانيا -على المستوى الأسري:

-ضرورة إتباع الوالدين لأساليب تربوية سليمة في التعامل مع أبنائهم لأن الأساليب الخاطئة من شأنها أن تؤدي بهم للانحراف.

-يجب أن يكون الوالدان قدوة حسنة لأبنائهم لأن ذلك من شأنه أن يجعل منهم أفرادا صالحين في المجتمع.

-المتابعة الوالدية المستمرة للأبناء وتفهم حاجاتهم وميولاتهم ونصحهم وتوجيههم أمر ضروري كلما اقتضت الحاجة لذلك.

-مساعدتهم على حل مختلف المشكلات التي تعترضهم من خلال الحوار البناء حتى لا يبحثوا عن بدائل أخرى لعلاجها أو تناسيها كالإدمان مثلا.

-انتقاء الوالدين البرامج التلفزيونية المناسبة للأبناء والتي تنمي قيمهم الأخلاقية.

ثالثا –على المستوى المجتمعي:

– تشديد المراقبة الطبية على الصيدليات التي تتساهل في منح الأدوية المخدرة للشباب.

– إنشاء مراكز لعلاج الإدمان وهذا عبر كامل ولايات الوطن.

– بناء الهياكل والمنشآت الرياضية لجلب الشباب وإبعادهم عن هذا الخطر المحيط بهم

– تفعيل أدوار المجتمع المدني في التوعية بمخاطر المواد المخدرة وأنواعها.

– تفعيل دور المؤسسة الدينية في التوعية والإرشاد والتوجيه الديني وتضمين الدروس والخطب لقضايا تتعلق بوقاية النشء من الوقوع في الآفات الاجتماعية كتعاطي المخدرات وكذا سبل علاجهم.

– إعادة النظر في المنظومة القانونية التي تتعلق بالعقوبات التي تفرض على المتعاطي للمخدرات والمتاجرة بها.(عجيلات،2018،ص .82)

–تضمين البرامج المدرسية دروسا حول أنواع المخدرات ومخاطرها وسبل مواجهتها.

–مراقبة الحدود بشكل جيد لمنع دخول هذه السموم وتعاطيها من طرف أفراد المجتمع.

– تخصيص برامج إعلامية لتوعية الأفراد بخطورة التعاطي بالنسبة للفرد والمجتمع.

–تفعيل التظاهرات العلمية حول هذه الآفة الاجتماعية وأضرارها وسبل الوقاية منها أو مواجهتها. (سويف،1996،ص .196)

رابعا –على المستوى الدولي:

ويتم ذلك من خلال عقد اتفاقيات بين الدول لمكافحة هذه الآفة ومنع إنتاجها وبيعها وترويجها، وكذلك بتفعيل مختلف الهيئات والمنظمات التي تعمل جاهدة على محاربة هذه المشكلة التي تشكل خطرا حقيقيا لمختلف دول العالم.

2.علاج التعاطي أو الإدمان على المخدرات:

تأخذ قضايا العلاج من مخاطر التعاطي اهتماما كبيرا من قبل الباحثين المعنيين بقضايا المخدرات، وذلك أن الانتشار الواسع للظاهرة أوقع أعدادا كبيرة من الناس في متاهات التعاطي، ومضاره، وبات من الضروري أن تبذل الجهود للعمل على معالجتهم وتحريرهم من الآثار السلبية التي تلحق قبل أن يستفحل بهم الإدمان ويقضي عليهم نهائيا، وتتنوع طرق وأساليب العلاج، بين الطبي والنفسي والاجتماعي وفيما يلي سنتناول أهم النقاط الواردة في ذلك حسب ما سماها سويف(1996) بالعلاج المتكامل:

1.2. أنواع العلاجات:

1.1.2.العلاج الطبي:

وهي مرحلة إزالة السموم أو أثر المادة المخدرة، حيث يعالج المدمن من أعراض الحرمان التي يشعر بها، وذلك بإعطائه الأدوية المشابهة للمخدر الذي يتعاطاه أو أحد بدائله أو بإعطائه مضادات الإدمان، وتختلف مدة العلاج الطبي بين مدمن وآخر، وهذا سببه الاختلاف بين المخدرات، ومدة التعاطي، وطريقة التعاطي، ونقاوة المخدر وحالة المدمن الصحية. وعموما يقوم العلاج الطبي حسب سويف على مبدأين وهما:

– مبدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه.

– مبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل الجسم لتأثير في سلوكياته، وعلى الطبيب المعالج اختيار أحد المبدأين حسب اعتبارات متعددة.(سويف،1996،ص .226)

2.1.2. العلاج النفسي:

يهدف هذا العلاج على تقوية الذات ومشاركة الفرد في العلاج وتعزيز السلوكيات المقبولة اجتماعيا والتي تبعد الفرد عن الإدمان والتعاطي، ويرتكز العلاج النفسي على إعادة بناء التنشئة الاجتماعية للفرد وتقوية مفهوم الذات لديه، أو نغير البناء النفسي عنده (الإدراك، المعتقدات، والقيم....) كما تتضمن أيضا

علاج السبب النفسي الأصلي لحالات التعاطي فيتم على سبيل المثال علاج الاكتئاب اذ وجد أو غيره من المشكلات النفسية. (سعيدي،2016،ص .175)

ويعالج المريض في جلسات بالتحليل النفسي أو التحليل النفسي المعدل أو بواسطة وسائل العلاج النفسي الجماعي الحديثة التي تساعد المدمن على إدراك صورته على حقيقتها والتغلب على ازدرائه لنفسه وتحقيق السعادة من خلال تفاعله مع الآخرين ومع الواقع بدلا من الهروب منه بالعقاقير.

بالإضافة إلى العلاج السلوكي الذي يقوم على مسلمة أساسها أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد (بما في ذلك التعاطي والإدمان) إنما هي أشكال تكتسب وتنمو في ظل الظروف الحياتية (بيولوجية،نفسية، اجتماعية، حضارية) معينة، ومن ثم تصدق عليها اكتساب العادات ونموها، ومن ثم تصدق عليها كذلك قوانين وإجراءات التخلص من العادات أو تعديلها، مع كل الاختلافات التي يجب مراعاتها بين فئات العادات المختلفة من حيث مستويات الدعم والتركيب التي تتوافر بها، وبما أن ممارسات التعاطي إذا تمكنت من صاحبها حيث تؤدي به إلى الاعتماد أو الإدمان يكون معنى ذلك أنها وصلت به إلى تكوين عادات شديدة الرسوخ والتركيب فمعني ذلك أن العلاج (أي محاولة تخليصه من مجموعة العادات التي تخدم استمرار تعاطيه وإدمانه) لن تكون أمرا هينا ولكن مع ذلك لن تكون مستحيلة كل ما في الأمر أنها تستلزم درجة عالية من التعاون بين المدمن والمعالج مع قدر من الإجراءات العلاجية المعقدة ومواظبة على تلقي هذا الإجراء لفترة زمنية تصل إلى عدة أشهر وتتبعها فترة أخرى للمراقبة الدورية يمكن أن تستمر لبضع سنوات. (الدمرداش،1982،ص .112)

ومن طرق العلاج السلوكي المشهورة في هذا الصدد طريقة بودن وهي تقوم على ثلاث مقومات هي:

- تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها.
- التدريب على تقييم الذات بناءا على ما يصدر منها

- برمجة تعديل السلوك بناءا على المعطيات التي نصل إليها من البندين السابقين (سويف، 1996، ص . 227)

3.1.2.العلاج الاجتماعي:

أو ما أطلق عليه سويف باسم الرعاية اللاحقة والتي تتم تقسم إلى قسمين: إعادة التأهيل وإعادة التأهيل المهني.

يبدأ العلاج الاجتماعي عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي، لأن التخلص من الاعتماد الفيزيولوجي على المخدر أو التوقف عنه، لا يعني بالضرورة الشفاء التام أو التوقف عن تعاطي المخدر فالعلاج الاجتماعي يعني التكفل بالفرد المدمن. (جابر ،2000، ص .67)

ويرتكز هذا العلاج على السياق الاجتماعي الذي يوجد فيه الفرد لما له من أهمية من ابتعاد أو اقتراب من المخدرات فتعزيز مشاركة الفرد في النشاطات التطوعية والاجتماعية تزيد من اندماجه الاجتماعي وتزيد من إيمانه بقيم المجتمع الذي نعيش فيه وتبعده عن الانحراف لأن ذلك يهدد مصالح الفرد نفسه، كما أن تكوين نظام معتقدات اجتماعي ثقافي وديني يحمي الأفراد من الوقوع في دائرة المخدرات ويجنبهم استخدامها (البداينية، 2012، ص . 125)

2.2. مراحل العلاج من الإدمان:

1.2.2.مرحلة التخلص من السموم:

مرحلة طبيعية في الأساس ذلك أن جسد الإنسان في الأحوال العادية يتخلص من السموم تلقائيا فالعلاج يقدم للمتعاطي في هذه المرحلة لمساعدة الجسم على القيام بالوظائف الطبيعية والتخفيف من الآلام المصاحبة له.

2.2.2.مرحلة العلاج النفسي والاجتماعي:

تتضمن هذه المرحلة العلاجية العلاج النفسي الفردي للمتعاطي ثم تمتد إلى الأسرة كما تتضمن هذه المرحلة تدريبات عملية للمتعاطي مع تبقيه اتخاذ القرار وحل المشكلات ومواجهة الضغوط.

3.2.2.مرحلة التأهيل والرعاية اللاحقة: تنقسم إلى ثلاث مراحل:

أ. **مرحلة التأهيل العلمي:** تستهدف إعادة المدمن لقدراته وفعاليته في مجال عمله في وعلاج المشكلات التي تحول دون عودته للعمل.

ب. **مرحلة التأهيل أو الدمج:** تستهدف هذه العملية إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع يعتمد على تحسين العلاقة بين الطرفين ومساعدة المدمن على استرداد الثقة في أسرته ومجتمعه.

ج. **مرحلة الوقاية من النكسات:** يقصد بها المتابعة العلاجية لمدة تتراوح بين ستة أشهر وعامين من بداية العلاج وتدريبه (رشوان، 2010،ص.ص 65-66)

المحاضرة(5): دور المؤسسات التنشئة الاجتماعية ووسائل الإعلام للتصدي لهذه الظاهرة

إن مشكلة إدمان المخدرات، كما ذكرنا في المحاضرات السابقة لها أبعادها الاجتماعية والاقتصادية و الأمنية والدينية والتربوية وغيرها وبالتالي فهي تدخل في نطاق اهتمام معظم أجهزة الدولة ومؤسساتها المختلفة.

وقضية الإدمان والمدمنون هي قضية أمن المجتمع بالدرجة الأولى، ولذلك فإننا مطالبون بأسلوب جديد وشامل في مواجهة هذه الظاهرة، فإذا كانت حرب فيجب أن تكون حرب تطهير شعبية أولا، فليست الدولة أو أحد أجهزتها القادرة على مواجهة العدو فقط لأن العدو من أنفسنا، ولذلك تأتي أهمية المؤسسات الاجتماعية في مواجهة هذه الظاهرة وعلاجها.

ولذلك نخصص هذه المحاضرة في دراسة دور المؤسسات المجتمعية المختلفة في علاج ظاهرة تعاطي المخدرات.ولذلك سنقسم إلى خمسة عناصر كالآتي:

1. دور الأسرة للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات.

2.دور المؤسسات التربوية والتعليمية للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات.

3.دور الجامعة للتصدي لظاهرة التعاطي المخدرات.

4. دور المؤسسات الإعلامية للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات.

1.دور الأسرة للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات:

لقد عني الإسلام ببناء المجتمع الذي أساسه بناء الأسرة، والأسرة هي المحضن الأساسي الذي يتلقى فيها النشء الفضائل و القيم و الآداب في جو من التربية الإسلامية من أب وأم وأولاد.أما الأسرة كنظام إجتماعي فهي من الظواهر الاجتماعية التي ينطبق علبها تعريف النظام الاجتماعي أو هي عبارة عن الوظائف حيوية متشابكة و متداخلة محاطة بمجموعة من المعايير الاجتماعية تنسق عملها وتسهل

مهمتها ، وتربطها بنظم أخرى كالنظم التربوية و الدينية و الاقتصادية و لذلك فالأسرة كنظام إجتماعي تصل بمعظم أوجه النشاط في المجتمع.(سيد،2018،ص.266).

وللأسرة أهمية في المجتمع لأنها أول جماعة إنسانية يتكون منها البنيان الاجتماعي ولها وظائف تتداخل و تتفاعل مع أبنية المجتمع، وقد حدد محمد شريف صقر أهم الوظائف الآتية:

1- تنظيم السلوك الجنسي.

2- وظيفة الإنجاب (التناسل وحفظ النوع)

3- إشباع الحاجات الأساسية لأعضائها .

4- نقل التراث الاجتماعي .

5- الرقابة والضبط الاجتماعي.

6- تحديد الأدوار والمكانات الاجتماعية.

7- حماية أفراد الأسرة.

8- تنشئة الأفراد على فضيلة الإسلام و العقيدة الإسلامية. (سيد،2018،ص.ص.268-269)

ويتم دور الأسرة في علاج ظاهرة تعاطي على المخدرات والوقاية منها من خلال الوظائف المذكورة سابقا، فعلى الآباء والأمهات واجبات نحو أبنائهم قبل أن يكون على الأبناء واجبات نحو آبائهم ومسؤولية الأسرة ليست مقتصرة على المصروف والكسوة والأكل وتوفير أسباب الراحة وغير ذلك من الأمور المادية ، بل أن الأسرة عليها معول كبير في تنشئة الطفل حسن الأخلاق وسوي الطباع متشربا للقيم والعادات الإسلامية الصحيحة وفي ذلك وقاية للطفل الناشئ من الانحراف وتعاطي المخدرات.

كما أن الأسرة من خلال **حماية أفراد الأسرة** تدفع عنهم كل خطر يهدد حياتهم، سواء من تصرفات الغير أعراض أو غير ذلك وحماية الأفراد من خطر تعاطي المخدرات إنما يتم للأسرة من خلال حديث الأب مع أبنائه و تبصيرهم بهذا الخطر الداهم وجذت انتباههم لمواجهة هذه المشكلة المجتمعية الخطيرة

بإمدادهم ببعض الكتب والمنشورات التي تحثهم على تكوين اتجاهات سالبة نحو المخدرات والعقاقير . وفي حالة خطأ أحد الأبناء و انحرافه لتعاطي المخدرات فعلى الأب أن يصطحب ابنه لأقرب مؤسسة علاجية حينما يشاهد عليه أيا من السمات التي يمكن من خلالها الحكم على هذا الابن أنه يتعاطى المخدرات.

ومن خلال **وظيفة المراقبة و الضبط الاجتماعي** يمكن للأسرة أن تربي في أبنائها مراقبة الله عز وجل وأن يتقي الله في أي مكان، وحينما تكون المراقبة الذاتية هي عنوان الفرد في كل مكان وفي سائر سلوكه وتصرفاته والأسرة حينما تحرص على ذلك فهي تقوي الصلة بين العبد وربه ويكون بذلك لدى الفرد سياج منيع و حصن شامخ عن تعاطي المخدرات. وتبدأ عملية التعلم وضبط دوافع الإنسان في الأسرة في سن مبكرة جدا، وبالتالي تقوم الأسرة بتربية وإرشاد طفلها وضبط سلوكه في تفاعله مع الآخرين. فالأب هو المسؤول الأول عن ضبط سلوك أطفاله خاصة الذكور ومن جهتها تقوم الأم بإرشاد بناتها وتوجيههن وتربتهن.(حسن ،الساعاتي،2005،ص.127)

ومن خلال **التربية داخل الأسرة** خاصة عن طريق التعليم الغير مقصود تكون تربية الطفل على الأخلاق الإسلامية العليا، بأن يكون الوالدين قدوة حسنة لأطفالهم وبقية أفراد الأسرة، لأن الناشئة في الأسرة يتعلمون عن طريق التقليد والمحاكاة لكل السلوكيات والتصرفات التي يقوم بها الكبار.

وكذلك على الأسرة أن **تطهر دائما البيئة الاجتماعية** التي يعيش فيها الابن من كل السلوكيات الخاطئة، وكل ما يسبب ذلك، وقد لوحظ في الفترة الأخيرة انتشار أجهزة الفيديو داخل المنازل وغالبا ما يستقدم الآباء أو الأبناء بعض الأفلام التي تدعو للانحراف بطريق غير مباشر، وعلى الآباء هنا مراقبة الأبناء وعدم استقدام أي أفلام تدعو إلى السلوكيات شاذة خاصة لأن بعض الأفلام حتى التي تحارب المخدرات وانتشارها يكون فيها بطريقة غير مقصودة أمور تدفع الفرد لاقتحام سور الممنوع، وهذا سبب من أسباب انتشار المخدرات بأن تظهر على البطل في الفيلم علامات النشوة والابتهاج عند تعاطي

المخدرات وذلك قد يدفع الفرد للبحث عن هذا المخدر...فعلى الآباء من خلال وظيفة المراقبة والضبط أن يمنعوا مثل هذه الأفلام من أن يشاهدها الأبناء.

وقد وجد أن كثيرا من جرائم التعاطي والمخدرات والانحرافات إنما تتم في الأسر المفككة التي تكثر فيها الخلافات العائلية ويحدث فيها الشقاق بين الوالدين والأبناء (سيد، 2018، ص.271) .

ويمكن للأسرة من خلال **سيادة جو الوفاق وروح الاطمئنان والاستقرار العائلي** أن تحكم عملية الإشراف والرقابة وحسن التربية للأبناء وعلى الأسرة بذلك أن تتخطى أي عقبات أو مؤثرات قد تدفع لحدوث تفكك وشقاق بها حتى لا تلحق آثاره بالأبناء.

وكذلك وجد أن جرائم تعاطي المخدرات إنما تكثر في الأسر التي يغيب الشاب فيها لفترة طويلة خارج المنزل سواء في العمل أو في السفر للخارج أو غيره(بلبريك،2016،ص.165)

وهناك مجموعة من الأمور يجب على الأسرة مراعاتها للوقاية من تعاطي المخدرات أهمها:

* يجب أن تعود الأسرة أبناءها على استثمار وقت الفراغ في عمل مفيد.

*يجب على الأسرة آلا تستقدم الخدم للعمل في المنزل قبل التأكد من حسن أخلاقهم.

*يجب آن تنمي الأسرة جانب الصدق مع الأبناء و التحذير من الكذب وعواقبه الوخيمة.

*يجب أن تشرف الأسرة على اختيار أبناءهم لأصدقائهم سواء في المنزل أو المدرسة أو النادي أو غيره

*يجب على الأسرة أن تتابع الأبناء دراسيا خاصة عند الرسوب أو التخلف الدراسي.

*يجب على الأسرة أن تستقدم للأبناء وسائل ترويح مفيدة وكذلك اقتيادهم للأندية الرياضية والاجتماعية مع المراقبة عليهم.

ويتمثل الدور الوقائي للأسرة في مجال المخدرات على ثلاث مستويات:

***الوقاية من الدرجة الأولى:** تسعى الأسرة إلى تجنب الأبناء الوقوع في ممارسات سلوكية خاطئة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، والحيلولة دون اكتسابهم لأي من الأنماط السلوكية المنحرفة السائدة وذلك عن طرق أداء الواجبات كتوعية الأبناء وتثقيفهم سلوكيا وأمنيا، مساعدة الأبناء في اختيار الأصدقاء...

* **الوقاية من الدرجة الثانية:** وهدفها الأساسي هو الكشف عن وجود حالات التعاطي المبكر حتى يمكن التدخل العلاجي المبكر وبالتالي الوقاية من التمادي في التعاطي والوصول إلى مرحلة الإدمان.

***الوقاية من الدرجة الثالثة:** وهي مرحلة التعرف على مدمن المخدرات وهي الإجراءات التي نتخذها حتى لا تعود المشكلة للظهور، ووقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان، أو منع العودة أو الانتكاسة إلى الإدمان بعد الشفاء منه.

فيقصد بالوقاية من الدرجة الثالثة إذا هي التدخل العلاجي المتأخر نسبيا والمبادرة بالعلاج.

وبعد هذه الخطوات الوالية من اكتشاف المتعاطي أو المدمن تأتي إجراءات أخرى لا تقل أهمية من الأولى وهي:

*تخويف الابن حتى يقلع عن التعاطي منها إبلاغ الشرطة.

*مساعدة الشرطة للقبض على مروجي المخدرات.

*الاتصال بالمدرسة إن كان الابن يزاول الدراسة.

*الاتصال بأولياء التلاميذ أمور الطلبة المشكوك في تعاطيهم المخدرات. (لاوسون،2005،ص.ص.112-113)

2- دور المؤسسات التربوية والتعليمية للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات:

تتولى المؤسسات التربوية و التعليمية عملية التنشئة الاجتماعية للأفراد بعد الأسرة مباشرة ويتم في هذه المؤسسات اكتساب المعرفة والمفاهيم السلوكية المختلفة عن طريق التلقين والتعليم من جهة وعن طريق البيئة الاجتماعية عند الرفاق من جهة أخرى.

فالمدرسة تواصل دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية وتعتبر أكبر حجما من الأسرة ، كما تقوم بتوفير الفرص المناسبة للطفل كي ينمو نموا جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا إلى المستوى الأنسب الذي يتفق مع ما يتوقعه المجتمع من مستويات وما يستطيعه وبالتالي فهي تقوم بمساعدة الأطفال على فهم مجتمعهم وعلاقات أفراده(بلبريك،2016،ص.183)

فالمؤسسة التربوية عامة والمدرسة خاصة هي المحيط الاجتماعي الذي يتم فيه نقل الطفل من محيط الأسرة الضيق إلى الانفتاح على الآخرين وعلى المجتمع الواسع، كما أنها تؤدي إلى تدعيم الكثير من المعتقدات والاتجاهات والقيم الحميدة التي تكونت عند الطفل في البيت، وتعلمه طرق التفاعل الاجتماعي مع أقرانه أو محيط مدرسته، وتدربه على ممارسة العلاقات الإنسانية مع غيره.

وحيثما كان التوجيه السلوكي سليما تكون النتائج التربوية إيجابية نتيجة تحصين الأفراد ضد جميع أشكال الانحراف، ومنها الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، وهذا يعتمد على قدرة المؤسسة التربوية في إعداد أجيال ناضجة فكريا وعقليا ومحصنة من جميع الانحرافات.

ووعيا منا ومن أفراد المجتمع حول خطورة ظاهرة المخدرات يجب نشر الثقافة التوعوية في جميع المؤسسات التربوية للوقاية والتصدي لهذه الظاهرة.

فقد جاء في المؤتمر الدولي المعني بإساءة استعمال العقاقير و الاتجار غير المشروع بها عقد خلال الفترة 17-16 جوان1987 بفيينا:"التأكيد على دور البرامج التعليمية الشاملة و الفعالة التي تشكل جزءا ضروريا من تدابير مكافحة التزايد الحاصل في إساءة استعمال المخدرات على النطاق العالم"(Nation Unies,1987)

كذلك جاء في توصيات المؤتمر العربي لحماية النشء من المخدرات الذي عقد خلال فترة 12-14 جانفي 2005 بالقاهرة:

-تطبيق استراتجيات للوقاية من تعاطي المخدرات بإشراك النشء في حل المشكلة.

– التأكيد على تدريب المدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين على الاكتشاف المبكر للتعاطي وأساليب التعامل مع المتعاطين.

–ضرورة صياغة قوانين ولوائح تنفيذية تساعد إدارات المدارس على التعامل مع حالات الاكتشاف المبكر وعلاجه وإعادة إدماجهم في المجتمع.

–إنشاء مركز للنصح والإصغاء والحوار مع التلاميذ مع تفعيل دور الأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين داخل المدارس.

–تطبيق أسلوب الكشف السريع عن التعاطي بين التلاميذ.

–تأهيل وتفعيل دور طبيب الصحة المدرسية في برنامج الوقاية من الإدمان.

–إدراج الموضوعات المتعلقة بمضار التدخين والمخدرات في المواد المدرسة.

– أهمية الأخذ بأساليب التعليم الأنشطة التفاعلية في عمليات التوعية للنشء(المؤتمر العربي ،2005)

فلابد للوقاية والتصدي للظاهرة أن ترتكز على المنهج الدراسي وإعادة صياغة مفرداته لتلبية حاجة المجتمع، وأن يتضمن معارف ومهارات تساعد التلاميذ على فهم واقعهم واستشراف مستقبلهم معتمدا على أنشطة تعليمية متنوعة، وأن يتم تقويم هذه المناهج بشكل مستمر، بالإضافة إلى تأهيل المعلمين لزيادة معرفتهم بالمخدرات وأخطارها وطرق الواقية منها والعوامل المؤدية إلى انتشارها، تفعيل دور لارشاد التربوي الطلابي، تحسين أوضاعهم الصحية وتفعيل دور المؤسسات الصحية والنفسية والاجتماعية والتعاون مع المؤسسات التربية والتعليم.

وعلى هذا الأساس فان البرامج الحكومية على الصعيد الدولي لمكافحة المخدرات غير المشروعة والتبغ والكحول، جعلت من المدرسة الفاعل من الدرجة الأولى لسياسة الوقاية.

➢ برنامج الوقاية والتصدي من تعاطي المخدرات في المدارس:

1.المكونات التعليمية: لبرنامج الوقاية والتصدي من تعاطي المخدرات في المدارس هي:

* برنامج يستند على المبادئ التوجيهية للتعليم المدرسي للوقاية من التعاطي ويركز على تزويد الشباب بمعلومات عن المخدرات وبالمهارات الحياتية الضرورية لتمكينهم من مواجهة الأوضاع المختلفة دون اللجوء إلى المخدرات.

*بيئة مدرسية مأمونة وداعمة.

*مساهمة كل أعضاء المجتمع المدرسي في السياسات والإجراءات المدرسية المتعلقة بمعالجة قضايا المخدرات ودعمها.

* التطوير والتدريب والدعم إلى الآباء والأمهات، لاسيما أباء وأمهات التلاميذ المتورطين في تناول المخدرات غير المشروعة وغيرها من المخدرات المحظورة.

*آليات للمراقبة والمواجهة المتواصلين لنهج المدرسة في التعليم للوقاية من تعاطي المخدرات وتدبر حوادثه.

2.محاور البرنامج: وتشمل على عدة محاور نلخصها في مايلي:

1- **التخطيط للبرنامج:** ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار المجالات الأساسية التالية:

أ- **تحليل الوضع:** معرفة مقدار انتشار المخدرات، نوع المخدرات المتناولة، الفئة العمرية المعنية، معرفة قوانين الوطنية المتعلقة بالمخدرات.

ب- **تقييم الاحتياجات:** معرفة القيم والمواقف والمعتقدات الموجودة لدى التلاميذ.

ت- **تحديد المرامي والأهداف:** معرفة كيف يتحد التلاميذ للدفاع عن قيمهم وزيادة معرفهم.

ث-إنتقاء مكونات البرنامج: ينبغي الإجابة عن الأسئلة مثل ماهي المفاهيم الأساسية في تعليم الوقاية من تعاطي المخدرات؟

ج-مضمون البرنامج: يجب أن يشمل البرنامج معلومات عن المخدرات التي تلحق أكبر ضرر بالفرد و المجتمع.

3.أهداف البرنامج: وضعت أهداف البرامج على ثلاثة مستويات:

***المستوى الأول:**أهداف برنامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المدارس الابتدائية: ويكون بتحصيل التلميذ بمجموعة من المعارف أهمها:

-طرق تعزيز ثقتهم بأنفسهم، كيفية المشاركة مع الأسرة والأصدقاء والاهتمام بهم.

-أهداف استخدام الأدوية وقواعد الآمان ومخاطر الاستخدام غير صحيح.

- إفصاح التلاميذ عن المواقف الايجابية تجاه عدم تدخين التبغ.

-أظهار المهارات الأساسية في الاستماع والتخاطب .

***المستوى الثاني:**أهداف برنامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المدارس المتوسطة:

ينبغي أن يعرف الطلاب قواعد المدرسة والمجتمع والقوانين المتصلة بالمخدرات المشروعة وغير المشروعة، كذلك عواقب التدخين وشرب الكحول وتحمل وقبول المسؤولية عن أفعالهم وسلامتهم، وأن تكون لهم مواقف وقيم مختلفة وقيم واقعية ومعتقدات صحيحة عن المخدرات والأشخاص الذين يتناولها.

***المستوى الثالث:**أهداف برنامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المدارس الثانوية:

يجب أن يعرف الطالب مفاهيم الامتناع عن تناول المخدرات وبدائل المخدرات، ومعرفة ما يترتب على تناول المخدرات بصورة غير مشروعة من الجانب القانوني، وأن يفصح عن موقفه من المخدرات القائم على القيم والثقة في العمل بموجب هذه القيم، مع وجوب معرفة التخاطب بشكل بناء مع الآباء والأمهات والمعلمين والأقران.

4.تنفيذ البرنامج: عند وضع البرنامج على المعلمين الأخذ بعين الاعتبار التوازن في تطوير المعارف والقيم والمواقف والمهارات، وأن تستجيب البرامج من الناحية التعليمية لمستويات تناول المخدرات عند الأفراد والمجتمع وعوامل الخطر والحماية.

5.تقييم البرنامج: وذلك عن طريق التحقق إن كان التعليم المتعلق ببرنامج الوقاية من تعاطي المخدرات يشكل جزءا من المنهاج الرسمي للمدرسة.

6.موارد التدريس: يجب الأخذ بعين الاعتبار إشراك التلاميذ في العمليات التفاعلية والنتائج المنشودة للتعلم ذي الصلة بالمخدرات والمبادئ التوجيهية للتعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات.

7.استراتجيات التدريس: يحقق التعليم للوقاية من تعاطي المخدرات نجاحا أكبر عندما يركز على التلاميذ ويستخدم طرقا تفاعلية أساسها التعلم القائم على التجربة الشخصية والعمل في مجموعات صغيرة(مكتب الأمم المتحدة،2004،ص.31)

8.بيئة المدرسة ومناخ الصف: أما خصائص بيئة المدرسة الهادفة فتتميز بوجود قيادة إدارية قوية ومناخ مدرسي نظامي، وتوقعات عالية لنجاح التلاميذ.

9.السياسة العامة المتعلقة بالمخدرات لدى إدارة التربية: بتقديم المشورة والإحالة إلى المساعدة الاختصاصية طوال وجودهم في المدرسة، مع إشراك الآباء والأمهات في الوقاية من تعاطي المخدرات،حيث غالبا ما يواجه الآباء والأمهات صعوبة في بحث قضايا المخدرات مع أولادهم، ومع ذلك يمكن أن يكونوا مصدر المعلومات المفضل والأكثر موثوقية في القضايا الصعبة للشباب.

10.تدريب المعلمين: بتزويدهم في تعليم الوقاية من تعاطي المخدرات، وعليهم الإلمام باستراتيجيات التعلم التفاعلي.

11.حوادث المخدرات في المؤسسات التعليمية: في حالة خرق تعليمات القانون الداخلي للمؤسسة التربوية المتعلقة بالمنع البات من تعاطي المخدرات والكحول والتبغ، وكذلك إدخال المواد النفسية إلى

المؤسسة يستطيع التلميذ الحصول على إنذار أو توبيخ، أو يحال على المجلس التأديبي، ليتم طرده مؤقتا أو نهائيا.

12.تدابير تقليل حوادث المخدرات في المدرسة: وذلك بالإعلان عن سياسة المخدرات، وتعزيزها بإشراك الشرطة والآباء والأمهات كما يجب تطبيق العقوبات في حالة تورط التلاميذ في جرائم المخدرات، مع انتهاج السرية فيما يخص المعلومات المتعلقة بالأشخاص الذين يتناولون المخدرات أو يحملونها أو يبيعونها ، والحرص على إعادة إدماج حيث أمكن عن طريق عقد اجتماعات أهلية أو تقديم خدمات مجتمعية. (بلبريك،2016،ص.ص.191-192)

3.دور الجامعة للتصدي لظاهرة التعاطي المخدرات:

الجامعة هي معقل الفكر الإنساني في أرفع مستوياته ومصدر لاستثمار وتنمية أهم ثروات المجتمع وأغلاها وهي الثروة البشرية وتهتم الجامعة ببعث الحضارة العربية والتراث التاريخي والتقاليد الأصلية ومراعاة المستوى الرفيع للتربية الدينية والخلقية والوطنية وتوثيق الروابط الثقافية والعلمية مع الجامعات الأخرى والهيئات العلمية العربية والأجنبية.

وتختص الجامعات بكل ما يتعلق بالتعليم الجامعي والبحث العلمي الذي تقوم به كليلتها ومعاهدها في سبيل خدمة المجتمع والارتقاء به حضاريا مساهمين في رقي الفكر وتقدم العلم وتنمية القيم الإسلامية، وتزويد البلاد بالمختصين الفنيين والخبراء في مختلف مجالات وإعداد الإنسان، والمزود بأصول المعرفة وطرائق البحث المتقدمة والقيم الرفيعة ليساهم في بناء وتدعيم المجتمع، وصنع مستقبل الوطن وخدمة الإنسانية، وللجامعة وظائف منها التدريس والبحث العلمي وخدمة المجتمع.

ويمكن للجامعة أن تؤدي دورها في التصدي وعلاج ظاهرة تعاطي المخدرات والوقاية منها من خلال وظائفها المنوطة بها، حسبما حدده قانون الجامعات:

*فمن خلال **التدريس** أي التعليم يتم دراسة مقررات ومناهج دراسي تعالج ظاهرة تعاطي المخدرات وتوضيح آثارها الصحية والاجتماعية وغيرها.

* كذلك من خلال وظيفة **البحث العلمي** يتم عمل أبحاث علمية متخصصة حول ظاهرة تعاطي المخدرات وعمل ندوات علمية والمؤتمرات العلمية السنوية وغير دورية لدراسة هذه الظاهرة دراسة عميقة من كافة الجوانب المتعلقة بها، وتشجيع البحث العلمي وعمل رسائل الليسانس، والماستر، والدكتوراه حول هذه الظاهرة ودراسة أبعادها المختلفة وآثارها على الفرد والمجتمع.

*ومن خلال وظيفة خدمة المجتمع تقوم الجامعة بعمل مجموعات توعية من الأساتذة والمختصين بها تجوب النوادي الرياضية والمدارس والمؤسسات الاجتماعية الأخرى لتبين مخاطر المخدرات وكيفية التعرف على المتعاطي وكيف يمكن علاجه، وعمل ندوات للمرأة يحاضر فيها العديد من الأساتذة لإعلام المرأة بسمات الفرد المتعاطي وكيف لها التعرف عليه مبكرا وكيف لها أن تقتاده للعلاج خاصة الأمهات.(سيد،2018،ص.ص.274-275)

4.دور المؤسسات الإعلامية للتصدي لظاهرة تعاطي المخدرات:

الإعلام هو تلك العملية الاجتماعية التي يتم بمقتضاها تبادل المعلومات والآراء والأفكار بين الأفراد أو الجماعات داخل المجتمع وبين الثقافات المختلفة، لتحقيق أهداف معينة،فوسائل الإعلام المسموعة والمرئية والمطبوعة تلعب دورا بارزا في تكوين شخصية الفرد وتطبيعه الاجتماعي على أنماط سلوكية معينة، وتؤثر وسائل الإعلام في عملية التنشئة الاجتماعية في النواحي التالية:

*نشر معلومات متنوعة في كافة المجالات وتناسب كافة الأعمار.

*تيسير التأثر بالسلوك الاجتماعي في الثقافات الأخرى.

*إشباع الحاجة إلى المعلومات والأخبار.

ولكن على الرغم من الدور الايجابي الذي تقوم به وسائل الأعلام المختلفة، المتمثل في نقل المعلومات والمعرف والاتجاهات والأحداث السياسية والاقتصادية والاجتماعية، إلا أنها بالمقابل تلعب دورا خطيرا وسلبيا إذا ما أسيء استخدامها.

وتعد وسائل الإعلام من أهم آليات المجتمع التي يقوم بدور حيوي في التوعية بخطورة مشكلة الإدمان، وفي إثارة الاهتمام بأبعاد المشكلة وأسبابها وآثارها السلبية. ويمثل التوظيف الدقيق لوسائل الإعلام في مواجهة الطلب على المخدرات، والتصدي له والوقاية من أخطاره، حجر الزاوية في تفعيل الدور الإعلامي والثقافي كإحدى أبرز مؤسسات الوقاية من الإدمان.

ومن أهم وسائل الإعلام التي يمكن أن يستفاد منها في محاربة مشكلة تعاطي المخدرات:

1.2. الصحافة:

تنبع أهمية الصحافة في أنها مصدر اتصال يومي ومباشر مع الجمهور، هدفه نقل الخبر والرأي والتحليل بحيث تقوى الصلة بين الصحيفة والجمهور، وميزة الصحافة أنها مرشد زهيد الثمن يستخدمه الملايين من القراء للاسترشاد في أمور حياتهم كالتغذية وتربية الأطفال والمشكلات الزوجية، بالرغم من أنه لا يستفيد منها سوى المتعلمين القادرين على القراءة، إلا أنه يمكن تكريس محتواها في الجوانب التالية:

* **التغطية الإخبارية:** يغطي الصحفي تغطية المخدرات و الاتجار غير الشرعي بها وذلك بإجراء مقابلات صحفية مع المدمنين ورجال الشرطة والمتضررين من سلوكيات المتعاطي لغرض توضيح النتائج السيئة لعملية الإدمان في جوانبها الصحية والنفسية والاجتماعية.

فالصحافة اليوم بنشرها أخبار القبض على عصابات التهريب وبطريقة مشوقة، مثلا:"حجز أزيد من 3أطنان من المخدرات وتفكيك أربع شبكات عابرة للحدود " فهي تعزز الصورة الايجابية لاجهزة الامن مما يشجع المواطن على التعاون، كما أن نشر أخبار تفيد القصاص في حق مهربي المخدرات يعزز فكرة الردع القوي.

* **المقالات والتحقيقات الصحفية:**تستطيع التعمق في تحليل أبعاد ظاهرة تعاطي المخدرات بكافة أشكالها بالوقوف أمام متعاطيها، وموقف القانون واللوائح النافذة والقضاء في مواجهتها وأهمية تنفيذ العقوبات. (بنت بكر،1426هـ،ص.ص13-14)

2.2.التلفزة:

أصبح التلفزيون جزءا من أثاث كل منزل ووجوده ضرورة عند الأفراد لأسباب شتى كالتسلية وقتل الوقت ومعرفة آخر الأخبار، ووسيلة لإلهاء الأطفال من تمضية أوقاتهم في الشارع لما فيها من سلبيات تعود عليهم بالضرر، وقد أجابت طفلة سورية على سؤال: مما تتكون أسرتك؟ قالت: من بابا وماما وجدتي والتلفزيون(بلبريك،2016،ص.195)

فنجاح التلفزة هو استثنائي الكل يشاهدها، والكل يتكلم عنها، ولكن ينتقدونها ويحتاطون منها، ألا أنها استطاعت أن تحقق الروابط الاجتماعية وتساهم في التعايش الثقافي.

فالتلفزة لها قذرة جذب جميع الأعمار، فهو يحمل العناصر الحيوية من صوت وصورة وحداثة الخبر والمتعة التي يريدها المشاهد حسب عمره، وكذلك لتعامله مع أكثر نوع من الأحاسيس ، فهو أكثر الوسائل إقناعا وقدرة على الوصول إلى جميع الأعمار والعقول، ويتميز بقدرته على تشكيل الرأي العام وتغييره.

فمعد البرامج التلفزيونية يستطيع استغلال هذه الوسيلة في عدة محار منها:

*محور البرامج الدينية الإرشادية لتوضيح موقف الإسلام من تعاطي المخدرات.

* محور البرامج الدرامية الفنية مع مراقبة الأطفال حول ما يشاهدونه، لانه أكدت نتائج دراسة قام بها كارلوس وآخرون باجراء تحليل مضمون البرامج التجارية بالتلفزيون لسنتي1977/1976 أن استخدام تعاطي الكحول في المسلسلات التجارية التلفزيونية مؤسسة ومتكررة، وتحدث أكثر من مرتين في كل ساعة من البرنامج(الخلوصي،1999،ص.29)

3.2.الإذاعة المسموعة:

لها القدرة للوصول إلى كافة أفراد المجتمع، وتتميز بأنها أقل تكلفة في الإعداد وأسرع من التلفزيون، ويستطيع سماع برامجها جميع أفراد الأسرة.

والإذاعة كبقية الوسائل الإعلامية ينبغي تواجد مراسلوها في المؤتمرات العلمية والندوات المتخصصة في موضوع انتشار المخدرات والتي ستضيف رؤى جديدة لفقرات برمجية توعوية تساهم في الحد من انتشار الظاهرة، وإجراء حوارات مع مختصين في الطب الوقائي والنفسي وعلماء الاجتماع والقانون والدين لهدف تقريب وجهات النظر والسير بها في مجرى تنوير المواطن وإرشاده إلى الطريق السوي في تجنب تعاطي المخدرات .(بلبريك،2016،ص197)

4.2.الانترنت أو الشبكة العنكبوتية:

تعتبر الانترنت وسيلة حديثة بالمقارنة مع التلفزيون والإذاعة والصحافة إلا أنها خطت خطوة سريعة في نشر المعلومة لجميع الأفراد، واستغل علماء التربية والعاملين في الصحة في جميع أنحاء العالم بتحذير الناس من مخاطر المخدرات الذي أصبح هاجس ومصدر قلق المجتمعات المعاصرة.

ويوجد الكثير من المواقع التي تكافح ضد المخدرات في المقابل الكثير من المواقع تسعى إلى إباحة المخدرات، فالمتصفح في شبكة الانترنت يجد عددا لا يحصى من المواقع التي تحارب ظاهرة تعاطي المخدرات أزيد من 500 موقع في العلم ينشط في هذا المجال وذلك عن طريق دوريات ونشرات وتقارير ومجلات وكتب علمية وافتراضية كلها تهدف إلى خفض العرض والطلب على المخدرات(بلبريك،2016،ص.199)

وعليه ما تقدم آنفا، فإن وسائل الإعلام تضطلع بالدور الأكبر في تغيير أنماط الحياة الاجتماعية، الثقافية، والاقتصادية وتكمن أهم أدوارها في التأثير على الاتجاهات النفسية و العقلية والوجدانية للإنسان

بهدف بناء الإنسان الصحيح والسوي المتوازن الأمر الذي يجعلنا ندرك مدى أهمية هذه الوسائل الإعلامية في مجال التوعية بأضرار المخدرات والإدمان عليها.

المحاضرة(6): الجهود التشريعية الجزائرية في مجال جرائم المخدرات

كان انتشار المخدرات وخاصة الحشيش في المجتمع الإسلامي في الماضي راجعاً إلى الاعتقاد الذي ساد فترة من الزمن بين فئة عريضة من المسلمين: أن الشريعة الإسلامية لا تحرم تعاطي المخدرات، وقد كان مرد هذا الاعتقاد أن مصدري التشريع الأساسيين وهما: القرآن والسنة، لم يتضمنا حكم تعاطي المخدرات.

والمعروف أن المخدرات ظهرت في العالم الإسلامي في أواخر القرن السادس وأوائل القرن السابع الهجري، وكان من الطبيعي ألا يتضمن القرآن والسنة نصاً صريحاً يحرم تعاطي هذه المخدرات، ولكن للشريعة الإسلامية مقاصد وأهداف غايتها مجتمع إسلامي سليم خال من الأسقام، التي تتعارض مع أهداف الشريعة الإسلامية ولذلك نجد أن تعاطي المخدرات يتعارض مع مقاصد التشريع الإسلامي.

1.المخدرات من منظور الشريعة الاسلامية:

الإجماع والقياس مصدران من مصادر التشريع الإسلامي، ويتم الاستعانة بهما حينما نتصدى لحكم شرعي لا نلتمس له دليلاً من القرآن والسنة، وهما بذلك مصدران هامان في سبيل إصدار حكم شرعي. وقد أحسن الإمام القرطبي حينما وضح المسألة بقوله:"لو التزمنا أن لا نحكم بحكم حتى نجد فيه نصاً لتعطلت الشريعة، فإن النصوص قليلة وإنما هو الظواهر والعمومات والأقيسة".(جامع وفتحي،1988،ص 53).

والمخدرات بنوعيها "الطبيعية والتخليقية" وما يندرج تحتهما ، لم يرد نص في الكتاب أو السنة على حكمها، ولم ينقل عن الأئمة المجتهدين أصحاب المذاهب الفقهية الأربعة "أبي حنيفة . مالك . الشافعي .

أحمد بن حنبل" رحمهم الله، قول في الحكم الشرعي للمخدرات، ولا يعني ذلك أن المخدرات مباحة، كما حاول بعض المفترين الزعم والادعاء بأن الحشيشة وما إليها لم يحرمها القرآن ولم تحرمها السنة، ولم يرد عن الأئمة الأوائل شئ في تحريمها. (مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1989، ص.160) وهم بذلك من الذين يفترون على الله الكذب، ومن الذين يقولون على الله بغير علم، ومن الذين يعملون على إفساد المجتمع الإسلامي.

نعم ... لم يرد في القرآن والسنة شيء من تلك المواد صراحة، لأنها استخدمت فيما بعد، وكان عدم تعرض هؤلاء الأئمة لحكم شرعي للمخدرات، أنه لم يكن معروفاً في زمانهم أي من هذه المواد.

فالمخدرات لم تظهر في القرون الأولى للإسلام، بل جاءت في مرحلة متأخرة، وقد اختلف العلماء في الموقف منها عند ظهورها.(الزيد،1988،ص .51)

الحكم الشرعي للمخدرات، يمكن أن يستنبط بوساطة القياس، حيث لم يرد نص ولم يسبق إجماع على حكمها فقد اتفق الفقهاء المتأخرون ممن يعتد برأيهم على تجريمها، وإنما كان الاختلاف عند الفقهاء المتقدمين قبل أن يفشوا أمر المخدرات، وتظهر آثارها السيئة، ويكون حكمها بأن نقيس المخدرات على الخمر في الحكم لاشتراكهم في علة الحكم، لأن المخدرات تدخل في عموم المسكرات التي تغيب العقل وتحجبه، وهذا ما ثبت بالدليل والبحث.

تحريم المخدرات والدليل على ذلك:تحرم الشريعة الإسلامية تناول المخدرات منذ فشت ظاهرة تعاطيها، حيث استقرت الفتوى على تحريم القليل والكثير منها بأي طريق، سواء أكان التناول بطريق الأكل، أم التدخين، أم الشراب أم الحقن أم الشم، أم بأي طريق آخر.

فالمقرر في الشريعة . أخذاً من النصوص الكثيرة من الكتاب والسنة . تحريم كل ضرر يصيب الإنسان في عقله أو نفسه أو دينه أو ماله، ولذلك يكون تعاطي هذه المخدرات محرماً للضرر الناشئ عن تعاطيها. سواء كان على الجسم أم العقل أم النفس أم المال أم الدين أم المجتمع أم الأسرة ... فالمقاصد

الخمسة التي جاءت بها الشريعة الإسلامية هي: حفظ الدين والنفس والعرض والعقل والمال، وهي من الضروريات التي حرص الإسلام على المحافظة عليها، وفي سبيل ذلك حرم كل الموبقات والمهلكات التي تلحق الضرر بأي من هذه الضروريات.

وبما أن تناول المخدرات فيه ضرر مبين بهذه الضروريات والمقاصد، فيكون تعاطي المخدرات وإدمانها حرام بلا جدال، من وجهة النظر الإسلامية.

2.المخدرات من منظور القانون الجزائري:

إن المتمعن في التشريع الجزائري يجده من بين التشريعات التي كانت سباقة في مكافحتها للمخدرات، وهذا بموجب انضمام الجزائر للاتفاقية الوحيدة لسنة 1961 ، وهذا بمقتضى المرسوم رقم 63-342 المؤرخ في 1963/09/11، المتضمن انضمام الجزائر لبعض الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالمؤثرات العقلية، منها الاتفاقية الدولية المبرمة بجنيف بتاريخ 19 فيفري 1925 ، وكذلك التعديلات التي طرأت على بروتوكول الاتفاق الممضي بنيويورك بتاريخ 1949/12/11، والمتعلقة بالحد وتنظيم توزيع المخدرات.

وقد تضمن المرسوم بانضمام الجزائر بتحفظ للاتفاقية الوحيدة المتعلقة بالمخدرات الممضاة بتاريخ 30 مارس 1961 ، وتماشيا مع الاتفاقيات الدولية أسست في 1971/07/17 اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات طبقا للمرسوم رقم 71-198، وقد تضمن تسعة مواد،والمتمعن في القوانين الجزائرية لاسيما قانون العقوبات الصادر سنة 1966 المعدل والمتمم يجد أنه لم يجرم المخدرات، غير أنه بموجب إصدار الأمر رقم 75-09 المؤرخ في فبراير 1975 المتضمن قمع الاتجار والاستهلاك المحظورين لمواد سامة، قام المشرع بتحديد عقوبة الجاني في هذا النوع من الجرائم دون الإشارة إلى المواد التي يمكن اعتبارها مخدرات ليليه بعد ذلك الأمر 76 -79 أو ما يعرف بقانون الصحة العمومية، فالأمر 76 -140

والذي تم خلاله تنظيم المواد السامة والمخدرات في جداول وأخضع النشاطات والعمليات المتعلقة بالمواد المخدرة إلى رخص وقيود قصد التحكم في نقلها وتداولها، وتكملة لهذه النصوص كلها، أصدر قرار الصحة العمومية في08 /1984/07 المتعلق بضبط شروط حفظ وتسليم المواد المخدرة، وهذا النص موجه للأطباء والصيادلة.

وبتاريخ 1985/02/16 صدر القانون رقم 05-85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ونتيجة لعدم استجابة هذا القانون للتطورات التي عرفتها ظاهرة انتشار المخدرات ولأنه لم ينص على الجريمة إلا في ثلاث مواد فقط، كما لم يعرف المشرع من خلاله لا المخدرات ولا المؤثرات العقلية، بالإضافة إلى أنه لم يفرق بين المستهلك، الناقل، التاجر والمزارع .قام المشرع الجزائري بإصدار القانون04-18 المتضمن الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، وقد تضمن هذا القانون 39 مادة، حصر فيها المشرع كافة جرائم المخدرات. (بلعيساوي،2019،ص47-49)

3.السياسة الوطنية المتبعة لمكافحة جرائم المخدرات:

أدرك المشرع الجزائري أن نجاح أي إستراتيجية لمكافحة المخدرات لا يجب أن يعتمد على القوانين الردعية فقط، بل يجب اتخاذ إجراءات وقائية بالموازاة مع الإجراءات العقابية للحد من ظاهرة الاتجار غير المشروع، وإذا اتبعنا تطور الجهود التشريعية الجزائرية في مجال مكافحة المخدرات نجدها اتخذت اتجاهين:

الاتجاه الأول :هو الوقاية للحيلولة دون انتشار ظاهرة المخدرات.

الاتجاه الثاني :هو تشديد العقاب على جرائم المخدرات.

4.العقوبات المقررة لمكافحة جرائم المخدرات:

لقد نص المشرع الجزائري على أنواع العقوبات التي تطبق على من تثبت إدانته في أي جريمة من جرائم المخدرات بموجب القانون رقم 04-18 مؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425 الموافق 25ديسمبر سنة 2004 يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها(مخلوف،2009،ص.272)

جاء نص هذا القانون في أربع فصول كما يلي:

1.4.أحكام عامة:

المادة 1: يهدف هذا القانون إلى الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها.

المادة 2: يقصد في مفهوم هذا القانون بما يأتي:

- **المخدر:** كل مادة طبيعية كانت أم اصطناعية، من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول سنة 1972.

-**المؤثرات العقلية:** كل مادة طبيعية كانت أم اصطناعية،أو كل منتوج طبيعي مدرج في الجدول الأول أو الثاني أو الثالث أو الرابع من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة1971.

- **السلائف:** جميع المنتجات الكيماوية التي تستخدم في عمليات صنع المواد المخدرة والمؤثرات العقلية.

-**المستحضر:**كل مزيج جامد أو سائل به مخدر ومؤثر عقلي.

-**القنب** :الأطراف المزهرة أو المثمرة من نبتة القنب(ولا يشمل البذور والأوراق غير المصحوبة بأطراف) التي لم يستخرج الراتتينج منها أيا كان استخدامها.

-**نبات القنب:** أي نبات من جنس القنب .

-**خشخاش الأفيون** : كل شجيرة من فصيلة الخشخاش المنوم.

-**شجيرة الكوكا** : كل نوع من أنواع الشجيرات من جنس إريتروكسيلون.

-**الاستعمال غير المشروع**:الاستعمال الشخصي للمخدرات أو المؤثرات العقلية الموضوعة تحت الرقابة بدون رقابة طبية.

-**الإدمان**: حالة تبعية نفسانية أو تبعية نفسية جسمانية اتجاه مخدر أو مؤثر عقلي.

- **العلاج من الإدمان**: العلاج الذي يهدف إلى إزالة التبعية النفسانية أو التبعية النفسية الجسمانية اتجاه مخدر أو مؤثر عقلي.

-**الزراعة**: ويقصد بها زراعة خشخاش الأفيون ونبتة الكوكا، ونبتة القنب.

-**الإنتاج**: عملية تتمثل في فصل الأفيون وأوراق الكوكا والقنب وراتينج القنب عن نباتاتها.

-**الصنع**: جميع العمليات ، غير الإنتاج ، التي يتم الحصول بها على المخدرات والمؤثرات العقلية وتشمل التنقية و تحويل المخدرات إلى مخدرات أخرى.

-**التصدير والاستيراد**: النقل المادي للمخدرات أو المؤثرات العقلية من دولة إلى دولة أخرى.

-**النقل**: نقل المواد الموضوعة تحت المراقبة داخل الإقليم الجزائري من مكان إلى آخر أو عن طريق العبور.

- **دولة العبور**: الدولة التي يجرى عبر إقليمها نقل المواد غير المشروعة والمخدرات والمؤثرات العقلية والمواد الواردة في الجدول الأول والجدول الثاني غير المشروعة والتي ليست مكان منشئها الأصلي ولا مكان مقصدها النهائي.

المادة 3: ترتب جميع النباتات والمواد المصنفة كمخدرات أو مؤثرات عقلية أو سلائف بقرار من الوزير المكلف بالصحة في أربعة جداول تبعا لخطورتها وفائدتها الطبية ويخضع كل تعديل لهذه الجداول إلى الأشكال نفسها.تسجل النباتات والمواد بتسميتها الدولية، وإذا تعذر ذلك بتسميتها العلمية أو التسمية المتعارف عليها.

المادة 4: لا يسلم الترخيص بالقيام بالعمليات المذكورة في المواد **17 و19 و20** من هذا القانون، إلا إذا كان استعمال النباتات والمواد والمستحضرات موجها لأهداف طبية أو علمية.

ولا يمنح هذا الترخيص إلا بناء على تحقيق اجتماعي حول السلوك الأخلاقي والمهني للشخص طالب الرخصة.

ولا يمكن أن يمنح هذا الترخيص لشخص حكم عليه بسبب الجرائم المنصوص في هذا القانون.

المادة 5: لا يسلم الترخيص المذكور في المادة 4 أعلاه، إلا الوزير المكلف بالصحة.تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم .(عبد الكريم،2010،ص.ص.181-182).

2.4.التدابير الوقائية و العلاجية:

المادة 6: لا تمارس الدعوى العمومية ضد الأشخاص الذين امتثلوا إلى العلاج الطبي الذي وصف لهم لإزالة التسمم وتابعوه حتى نهايته.

ولا يجوز أيضا متابعة الأشخاص الذين استعملوا المخدرات أو المؤثرات العقلية استعمالا غير مشروعا إذا ثبت أنهم خضعوا لعلاج مزيل للتسمم أو كانوا تحت المتابعة الطبية منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليهم.

وفي جميع الحالات المنصوص عليها في هذه المادة يحكم بمصادرة المواد و النباتات المحجوزة إن اقتضى الأمر، بأمر من رئيس الجهة القضائية المختصة، بناء على طلب النيابة العامة.تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 7: يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب الجنحة المنصوص عليها في المادة 12 أدناه، لعلاج مزيل للتسمم تصاحبه جميع تدابير المراقبة الطبية وإعادة التكيف الملائم لحالتهم، إذا ثبت بواسطة خبرة طبية متخصصة،أن حالتهم الصحية تستوجب علاجا طبيا.

يبقى الأمر الذي يوجب هذا العلاج نافذا، عمد الاقتضاء، بعد الانتهاء من التحقيق، وحتى تقرر الجهة القضائية المتخصصة خلاف ذلك.

المادة 8: يجوز للجهة القضائية المختصة أن تلزم الأشخاص المذكورين في المادة **7** أعلاه، بالخضوع لعلاج إزالة التسمم وذلك بتأكيد الأمر المنصوص عليه في ذات المادة أعلاه، أو تمديد آثاره وتنفذ قرارات الجهة القضائية المختصة رغم المعارضة أو الاستئناف.

وفي حالة تطبيق أحكام الفقرة الأولى من المادة **7** أعلاه و الفقرة الأولى من هذه المادة،يمكن الجهة القضائية المختصة أن تعفى الشخص من العقوبات المنصوص عليها في المادة **12** من هذا القانون .

المادة 9: تطبيق العقوبات المنصوص عليها في المادة**12** من هذا القانون على الأشخاص الذين يمتنعون عن تنفيذ قرار الخضوع للعلاج المزيل التسمم، دون الإخلال بتطبيق المادة 7 أعلاه من جديد، عند الاقتضاء.

المادة 10: يجرى علاج إزالة التسمم المنصوص عليه في المواد السابقة إما داخل مؤسسة متخصصة وإما خارجيا تحت مراقبة طبية.

يعتم الطبيب المعالج بصفة دورية السلطة القضائية بسير العلاج و نتائجه.

تحدد شروط سير العلاج المذكور بقرار مشترك بين وزير الداخلية والجماعات المحلية ووزير العدل، حافظ الأختام والوزير المكلف بالصحة.

المادة11: إذا أمر قاضي التحقيق أو الجهة القضائية المتخصصة متهما بإجراء مراقبة طبية أو الخضوع لعلاج مزيل للتسمم، فإن تنفيذ هذه الإجراءات يخضع لأحكام المواد من **7** إلى **9** من هذا القانون مع مراعاة أحكام المادة**25** مكرر1 (الفقرة**2-7**) من قانون الإجراءات الجزائية . (مخلوف،2009،ص.ص.274-275)

3.4.الأحكام الجزائية:

المادة 12: يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنتين و بغرامة مالية من 5.000 دج إلى 50.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين كل شخص يستهلك أو يحوز من لأجل الاستهلاك الشخصي مخدرات أو مؤثرات عقلية بصفة غير مشروعة.

المادة 13: يعاقب بالحبس من سنتين إلى عشر سنوات و بغرامة مالية من 100.000 دج إلى 500.000 دج كل من يسلم أو يعرض بطريقة غير مشروعة مخدرات أو مؤثرات عقلية على الغير بهدف الاستعمال الشخصي.

يضاعف الحد الأقصى للعقوبة إذا تم التسليم أو عرض المخدرات أو المؤثرات العقلية حسب الشروط المحددة في الفقرة السابقة على قاصر أو معوق أو شخص يعالج بسبب إدمانه أو في مراكز تعليمية أو تربوية أو تكوينية أو صحية أو اجتماعية أو داخل هيئات عمومية .

المادة 14: يعاقب بالحبس من سنتين إلى خمس سنوات وبغرامة مالية من 100.000 دج إلى 200.000 دج كل من يعرقل أو يمنع بأي شكل من الأشكال الأعوان المكلفين بمعاينة الجرائم أثناء ممارسة وظائفهم أو المهام المخولة لهم بموجب أحكام هذا القانون.

المادة 15: يعاقب بالحبس من خمس سنوات إلى خمسة عشر سنة وبغرامة مالية من 500.000 دج إلى 1.000.000 دج كل من:

1- سهل للغير الاستعمال غير المشروع للمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بمقابل أو مجانا، سواء بتوفير المحل بهذا الغرض أو بأي وسيلة أخرى، وكذلك الأمر بالنسبة لكل من الملاك والمسيرين و المديرين المستغلين بأية صفة كانت لفندق أو منزل مفروش أو نزل أو حانة أو مطعم أو ناد أو مكان عرض أو أي مكان مخصص للجمهور أو مستعمل من الجمهور، اللذين يسمحون باستعمال المخدرات داخل هذه المؤسسات أو ملحقاتها أو في الأماكن المذكورة.

2-وضع مخدرات أو مؤثرات عقلية في مواد غذائية أو في مشروبات دون علم المستهلكين.

المادة 16: يعاقب بالحبس من خمس سنوات إلى خمسة عشر سنة و بغرامة مالية من 500.000 دج إلى 1.000.000 دج كل من:

- قدم عن قصد وصفة طبية صورية أو على سبيل المحاباة تحتوي على مؤثرات عقلية .
- سلم مؤثرات عقلية بدون وصفة أو كان على علم بالطابع الصوري أو المحاباة للوصفات الطبية.
- حاول الحصول على المؤثرات العقلية قصد البيع أو تحصل عليها بواسطة وصفات طبية صورية بناءا على ما عرض عليه.

المادة 17: يعاقب بالحبس من عشرة سنوات إلى عشرين سنة و بغرامة مالية من 5.000.000 دج إلى 50.000.000 دج كل من قام بطريقة غير مشروعة بإنتاج أو صنع أو حيازة أو عرض أو بيع أو وضع للبيع أو حصول وشراء قصد البيع أو التخزين أو استخراج أو تحضير أو توزيع أو تسليم بأي صفة كانت ، أو سمسرة أو شحن أو نقل عن طريق العبور أو نقل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.

ويعاقب على الشروع في هذه الجرائم بالعقوبات ذاتها المقررة للجريمة المرتكبة.

ويعاقب على الأفعال المنصوص عليها في الفقرة الأولى أعلاه بالسجن المؤبد عندما ترتكبها جماعة إجرامية منظمة.

المادة 18: يعاقب بالسجن المؤيد كل من قام بتسيير أو تنظيم أو تمويل النشاطات المذكورة في المادة 17 أعلاه.

المادة 19: يعاقب بالسجن المؤيد كل من قام بطريقة غير مشروعة بتصدير أو استيراد مخدرات أو مؤثرات عقلية.

المادة 20: يعاقب بالسجن المؤيد كل من زرع بطريقة غير مشروعة خشخاش الأفيون أو شجيرة الكوكا أو نبات القنب.

المادة 21: يعاقب بالسجن المؤيد كل من قام بصناعة أو نقل أو توزيع سلائف أو التجهيزات أو المعدات، إما بهدف استعمالها في زراعة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية أو في إنتاجها أو صناعتها بطريقة غير مشروعة وإما مع علمه بأن هذه السلائف أو التجهيزات أو المعدات ستستعمل لهذا الغرض.

المادة 22: يعاقب كل من يحرض أو يشجع أو يحث بأية وسيلة كانت على ارتكاب الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون، بالعقوبات المقررة للجريمة أو الجرائم المرتكبة .

المادة 23: يعاقب الشريك في الجريمة أو في كل عمل تحضيري منصوص عيه في هذا القانون بنفس عقوبة الفاعل الأصلي.

المادة 24: يجوز للمحكمة أن تمنع أي أجنبي حكم عليه بسبب ارتكابه إحدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون، من الإقامة في الإقليم الجزائري إما نهائيا أو لندة لا تقل عن عشر سنوات.

يترتب بقوة القانون على المنع من الإقامة في الإقليم الجزائري طرد المحكوم عليه إلى خارج الحدود بعد انقضاء العقوبة.

المادة 25: بغض النظر عن العقوبات المنصوص عليها بالنسبة للشخص الطبيعي، يعاقب الشخص المعنوي الذي يرتكب جريمة أو أكثر من الجرائم المنصوص عليها في المواد من **13** إلى **17** من هذا القانون بغرامة تعادل خمس مرات الغرامة المقررة للشخص الطبيعي.

وفي حالة ارتكاب الجرائم المنصوص عليها في المواد من **18** إلى **21** من هذا القانون يعاقب الشخص المعنوي بغرامة تتراوح من 50.000.000 دج إلى250.000.000 دج .

وفي جميع الحالات، يتم الحكم بحل المؤسسة أو غلقها مؤقتا لمدة لا تفوق خمس سنوات.

المادة 26: لا تطبق أحكام المادة **53** من قانون العقوبات على الجرائم المنصوص عليها في المواد من **12** إلى **23** من هذا القانون:

1- إذا استخدم الجاني العنف أو الأسلحة.

2- إذا كان الجاني يمارس وظيفة عمومية وارتكب الجريمة أثناء تأدية وظيفته.

3- إذا ارتكب الجريمة ممتهن قي الصحة أو شخص مكلف بمكافحة المخدرات أو استعمالها.

4- إذا تسببت المخدرات أو المؤثرات العقلية المسلمة في وفاة شخص، أو عدة أشخاص إحداث عاهة مستديمة.

5- إذا أضاف مرتكب الجريمة للمخدرات مواد من شأنها أن تزيد من خطورتها.

المادة 27: في حالة العود، تكون العقوبة التي يتعرض لها مرتكب الأفعال المنصوص عليها في القانون كمل يأتي:

- السجن المؤبد عندما تكون الجريمة معاقب غليها بالحبس من عشر سنوات إلى عشرين سنة.

- السجن المؤقت من عشر سنوات إلى عشرين سنة، عندما تكون الجريمة معاقبا عليها بالحبس من خمس سنوات إلى عشر سنوات.

- ضعف العقوبة المقرر لكل الجرائم الأخرى.

المادة 28: العقوبات المقررة في هذا القانون غير قابلة للتخفيض حسب الشكل الآتي:

- عشرون سنة سجنا، عندما تكون العقوبة المقررة هي السجن المؤبد.

- ثلثا (3/2) العقوبة المقررة في كل الحالات.

المادة 29: في حالة الإدانة لمخالفة الأحكام المنصوص عليها في هذا القانون، للجهة القضائية المختصة إن تقضي بعقوبة الحرمان من الحقوق السياسية والمدنية والعائلية من خمس سنوات إلى عشر سنوات. ويجوز لها زيادة على ذلك الحكم بما يأتي:

- المنع من ممارسة المهنة التي لتركبت الجريمة بمناسبتها لمدة لا تقل عن خمس سنوات.

- المنع من الإقامة وفقا للأحكام المنصوص عليها في قانون العقوبات.

- سحب جواز السفر وكذا سحب رخصة السياقة لمدة لا تقل عن خمس سنوات.

– المنع من الحيازة أو حمل سلاح خاضع للترخيص لمدة لا تقل عن خمس سنوات.

– مصادرة الأشياء التي استعملت أو كانت موجهة لارتكاب الجريمة أو الأشياء الناجمة عنها.

– الغلق لمدة لا تزيد عن عشر سنوات بالنسبة للفنادق و المنازل المفروشة و مراكز الإيواء والحانات والمطاعم والنوادي وأماكن العروض أو أي مكان مفتوح للجمهور أو مستعمل من قبل الجمهور، حيث ارتكب المستغل أو شارك في ارتكاب الجرائم المنصوص عليها في المادتين 15 و16 من هذا القانون.

المادة 30: يعفى من العقوبة المقررة كل من يبلغ السلطات الإدارية أو القضائية بكل جريمة منصوص عليها في هذا القانون، قبل البدء في تنفيذها أو الشروع فيها.

المادة 31: تخفض العقوبات التي يتعرض لها مرتكب الجريمة أو شريكه، المنصوص عليها من 12 إلى 17 من هذا القانون إلى النصف، إذا أمكن بعد تحريك الدعوى العمومية من إيقاف الفاعل الأصلي أو الشركاء في نفس الجريمة أو الجرائم الأخرى من نفس الطبيعة أو مساوية لها في الخطورة.

وتخفض العقوبات المنصوص عليها في المواد 18 إلى 23 من هذا القانون إلى السجن المؤقت من عشر سنوات إلى عشرين سنة. (عبد الكريم،2010،ص.ص.186-188)

4.4.القواعد الإجرائية:

المادة 32: تأمر الجهة القضائية المختصة في كل الحالات المنصوص عليها في المواد 12 وما يليها من هذا القانون، بمصادرة النباتات والمواد المحجوزة التي لم يتم إتلافها أو تسليمها إلى هيئة مؤهلة قصد استعمالها بطريقة مشروعة.

المادة 33: تأمر الجهة القضائية المختصة في كل الحالات بمصادرة الأموال النقدية المستعملة في ارتكاب الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون بمصادرة المنشآت والتجهيزات والأملاك المنقولة والعقارية الأخرى المستعملة أو الموجهة للاستعمال قصد ارتكاب الجريمة أيا كان مالكها، إلا إذا اثبت أصحابها حسن نيتهم.

المادة 34: تأمر الجهة القضائية المختصة في كل الحالات بمصادرة الأموال النقدية المستعملة في ارتكاب الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون أو المتحصل عليها من هذه الجرائم ، دون المساس بمصلحة الغير حسن النية.

المادة 35: يمكن أن تتابع و تحاكم الجهات القضائية الجزائرية كل من يرتكب جريمة منصوص عليها في هذا القانون سواء كان جزائريا أو أجنبيا مقيما بالجزائر أو موجودا بها، أو كل شخص معنوي خاضع للقانون الجزائري ، ولو خارج الإقليم الوطني ، أو يكون قد ارتكب فعلا من الأفعال المكونة لأحد أركان الجريمة داخل الإقليم الجزائري حتى و إن كانت الأفعال الأخرى قد تم ارتكابها في بلدان أخرى.

المادة 36: زيادة على ضباط الشرطة القضائية المنصوص عليهم في المادة 12 وما يليها من قانون الإجراءات الجزائية، يمكن أن يقوم المهندسون الزراعيون ومفتشو الصيدلية المؤهلين قانونا من وصايتهم، تحت سلطة ضباط الشرطة القضائية، بالبحث عن الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون ومعاينتها.

المادة 37: يجوز لضباط الشرطة القضائية إذا دعت ضرورات التحقيق الابتدائي المتعلق بالبحث عن الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون ومعاينتها، أن يوقفوا للنظر أي شخص مشتبه فيه لمدة 48 ساعة.

ويتعين عليهم تقديم الشخص الموقوف للنظر إلى وكيل الجمهورية قبل انقضاء هذا الأجل .

وبعد أن يقوم وكيل الجمهورية باستجواب الشخص المقدم إليه يجوز له بإذن كتابي أن يمدد حجزه إلى مدة لا تتجاوز ثلاث مرات المدة الأصلية بعد فحص ملف التحقيق.

ويجوز بصفة استثنائية منح هذا الإذن بقرار مسبب دون تقديم الشخص إلى النيابة.

المادة 38: تلغى جميع الأحكام المخالفة لهذا القانون،لا سيما المواد 190 من 241 إلى 259 من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير 1985 والمذكور أعلاه .

المادة 39: ينشر هذا القانون في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.(عبد الكريم،2010،ص.ص.188-189)

وفي الأخير وضع المشرع مواد تجرم الأفعال المتعلقة بالمخدرات من تعاطي وحيازة وغيرها، فقد خصها بالمقابل بعقوبات تختلف حسب درجة خطورة كل فعل من الأفعال المتعلقة بمجال المخدرات، إذ نجده قسم هذه العقوبات إلى عقوبات أصلية وعقوبات تكميلية. (بلعيساوي،2019،ص .50)

نستنتج إذن أن المخدرات في القانون والتشريع الجزائري هي جريمة يمنع تناقلها واستهلاكها والمتاجرة بها وحدد القانون عقوبات من شهر إلى عشرين سنة حسب نوع الجريمة مع غرامات مالية كل حسب الحالة، فالتشريع الجزائري من بين التشريعات التي كانت سباقة في مكافحتها للمخدرات .

خاتمة:

إن مشكلة المخدرات هي مشكلة عالمية، تعاني منها كل المجتمعات المعاصرة، وهي عابرة للقارات، ولا يتسنى محاربة هذه الآفة المتعددة الأضرار إلا بفهم موضوع المخدرات فهما علميا معمقا، وكيف يؤثر كل نوع من أنواعها على الجهاز العصبي والنفسي وحتى الجسدي، وما هي الأسباب الذاتية والموضوعية التي تدفع بالإنسان إلى تجريبها ثم الاعتماد عليها.

كل ذلك يسمح لنا بوضع سياسة وقائية متكاملة يشارك فيها جميع الفاعلين من الأسرة إلى المؤسسات الدينية إلى وسائل الإعلام ، دون أن ننسى دور الهيئات الوطنية والجهوية والإقليمية والدولية التي تسعى جاهدة للتخلص من هذا المشكل الذي يحول دون تقدم وتطور الأمم.

المراجع:

1-إبن منظور (دس).*لسان العرب*.بيروت: دار صادر.

2- النجيمي محمد بن يحي (2004).*المخدرات و أحكامها في الشريعة الإسلامية*.الرياض:جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

3- أبو بكر،محمد خالد (2002).*الهيروبين وطرق الكشف عنه في جسم الإنسان* .الرياض: كلية الملك فهد الأمنية.

4- أبو جناح، رجب محمد (2000) *المخدرات آفة العصر* .ط 1. ليبيا :الدار الجماهرية للنشر والتوزيع.

5- البداينية،ذياب موسى (2012).*المخدرات*.ط1 ،الرياض :جامعة نايف للعلوم الأمنية.

6- البريثن،بن عبد الله عبد العزيز (2002) *الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات*. ط1.الرياض: جامعة نايف للعلوم الأمنية.

7- بلبريك،محمد(2016).*المخدرات:أنواعها، توزيعها الجغرافي، طرق تهريبها، أسباب تعاطيها ودور المؤسسات الاجتماعية في الوقاية منها* .الجزائر :مركز البحوث والدراسات حول الجزائر والعالم.

8- بلعيساوي،الطاهر(2019).*المخدرات والمجتمع.محاضرات موجهة لطلبة علم الاجتماع*.جامعة محمد الصديق بن يحي.جيجل.

9- بيج، نادية(2010) *الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات* .الأردن :دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.

10- جابر .الحميد جابر(2000).*دراسة فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني والانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في الولايات المتحدة الأمريكية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة.

11- جامع، حامد.وفتحي، محمد عيد(1988*): المخدرات في رأي الإسلام، مجمع البحوث الإسلامية*، سلسلة البحوث الإسلامية، الكتاب الأول، س19، القاهرة.

12- الحراحشة، أحمد حسن. والجزازي، جلال علي(2012).*إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج*.ط1.الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

13- الدمرداش،عادل(1982)، *الإدمان مظاهره وعلاجه*. الكويت: عالم المعرفة.

14- رشوان، حسين عبد الحميد أحمد (2010) *المشكلات الاجتماعية دراسة في علم الاجتماع التطبيقي*. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.

15- سواس ،عبد الحليم أحمد.*(2011)مفسدات التوازن الحيوي في مفهوم اللغوي والإنسان المخدرات بين الحيوي*، بحث مقدم لندوة المخدرات .جامعة نايف للعلوم الأمنية.

16- سويف، مصطفى .(1996) *المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية* .الكويت :نشر المجلة الوطنية للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة الكوني.

17- شحاتة، أحمد حسين(2006). *التدخين والإدمان وإعاقة التنمية*.ط1. القاهرة: مكتبة دار المعرفة.

18- شمس، محمود زكي(2008). *أساليب مكافحة المخدرات في الوطن العربي: فقها-تشريعا-اجتهادا-قضاءا*.ط1.دمشق:مطبعة الداوودي.

19- صادقي، فاطمة (2014). *الآثار النفسية للإدمان على المخدرات ."* دراسات نفسية وتربوية.

20- العباجي، عمر موفق بشير(2008).*الإدمان والانترنت*.ط1. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

21- عبد الخالق، جلال الدين. ورمضان،السيد (2001) *الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية*، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

22- عبد الغني، سمير (د.س) .*مبادئ مكافحة المخدرات، الإدمان والمكافحة، إستراتيجية المواجهة* ط 1. مصر :دار الكتب القانونية،

23- عبد المنعم، عفاف محمد(2003).*الإدمان دراسة نفسية الأسباب والنتائج* .الإسكندرية :دار المعرفة الجامعية.

24- عجيلات، عبد الباقي (2018).*المخدرات والمجتمع.محاضرات موجهة لطلبة التاريخ*. جامعة محمد لمين دباغين.سطيف.

25- الغريب، عبد العزيز بن علي .(2006) *ظاهرة العودة إلى الإدمان في المجتمع العربي* .ط1. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

26- مركز الأهرام للترجمة والنشر (1989). *كارثة الإدمان*، تحرير إبراهيم نافع، القاهرة.

27- مشاقبة، محمد أحمد(2007).*الإدمان على المخدرات :العلاج والإدمان النفسي*.ط1.عمان :دار الشروق للنشر والتوزيع.

28- المهندي، خالد حمد (2013).*المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية*.وحدة الدراسات والبحوث.مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.الدوحة.قطر.

29- وزارة العدل(2005) .*قانون يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها*.(ط01) الجزائر: الديوان الوطني للأشغال التربوية.

30- الغريب عبد العزيز بن علي(2006).*ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي*.الرياض:جامعة نايف للعلوم الأمنية.

31- القذافي رمضان محمد(1999).*علم النفس الفيزيولوجي*.القاهرة:المكتب الجامعي الحديث.

32- حوري محي الدين(2003).*الجريمة أسبابها و مكافحتها* .دمشق:دار الفكر للنشر و التوزيع.

33- مايستراشي نيكول ترجمة زينا مغربل(2014).*المخدرات* .الرياض:مكتبة الملك فهد الوطنية.

34- كامل حسين و المكاوي و آخرون(2002)، *تأثير تعاطي الهيروين على الحالة الصحية و كفاءة الأداء البدني* ، القاهرة: صندوق مكافحة و علاج الإدمان و التعاطي .

35- بوكرمة أغلال فاطمة الزهراء ، فاضلي أحمد(2018)، *علم الأدوية النفسية لصالح طلبة علم النفس العيادي* (ط2)، الجزائر: دار هومة.

36- مخلوف بلخضر (2009)، *قانون العقوبات*، دار الهدى: عين مليلة –الجزائر-

37- ت.عبد الكريم(2010)، *قانون العقوبات*، دار الجزيرة للنشر و التوزيع: الجزائر

38- عرموش، هاني (1993) *المخدرات امبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان*، العلاج.بيروت:دار النفائس.

39- بنت بكر، فوزية (1426ه) *دور الإعلام في مواجهة مشكلة المخدرات* .مجلة المكافحة.

40- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة(2004) *التعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات* .الأمم المتحدة نيويورك.

41- المؤتمر العربي لحماية النشء من المخدرات(2005) الذي نظمه المجلس القومي والأمومة بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة لشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

42- لاوسون،سارة(2005) *كل مايجب أن يعرفه الآباء عن المخدرات*.ط1.مصر:دار الفاروق للنشر والتوزيع.

43- المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان (1999) *الدليل الطبي للعلاج و الإدمان* .القاهرة: صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي.

44- منصوري، سمية (2001/2000) *دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين (15-33 سنة) بومرداس*، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر.

45- الخلوصي ،ناطق(1999) *الدراما التلفزيونية*. مجلة الاذاعات العربية.تونس:اتحاد إذاعة الدول العربية.

46- علي:محمود(2012) *المخدرات تأثيرها وطرق التخلص منها*.الرياض:جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

47- فايد،حسين(1992) *سيكولوجية الإدمان*.الإسكندرية: المكتب العالمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

48- ميسيلي،رشيد وطايب فريدة(1998) *المميزات النفسية لمتعاطي المخدرات*.الجزء 2.الجزائر :منشورات جامعة الجزائر.

49- المغربي،سعد(1966) *سيكولوجية تعاطي المخدرات*.أطروحة دكتوراه.القاهرة: جامعة عين شمس.

50- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (2013) *تقرير المخدرات العالمي*.الأمم المتحدة.

51- حسن، ناصر بوكلي(1988) *الإدمان*.العراق:دار المأمون للتراث.

52- عبد الله،عادل علي(1989)*علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين*.رسالة ماجستير .القاهرة:جامعة عين شمس.

53- عبد السلام،فاروق سيد(1977) *سيكولوجية الإدمان*.القاهرة:عالم الكتب.

54- الهوارنة، معمر نواف(2018) *سيكولوجية الانحراف والجريمة*.ط1.عمان:دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

55- الزيد،محمد(1988) *آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان*.ط4.بيروت:دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع.

57-عبد اللطيف،أحمد رشاد(1994) *الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات.المجلة العربية للدراسات الأمنية*.العدد7.الرياض.

58-سيد،هند محمد أحمد(2018)*المخدرات والمجتمع*.ط1.الجمهورية اللبنانية:الناشر دار الكتاب الجامعي.

59−Denis Rechard ,Jean-Louis Senon ,*Dictionnaire des Drogues et les dépendances.*, op-cit.

60- Passie T, Halpern JH et autres(2008) *The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide* .Review Neuroscience et Therapeutic14(4).

61− Bergert J (1982) *Toxicomanie et personnalité* .Paris. Presse Universitaire Francaise.

62- Reynaud M ,Parquet PJ ,Large G (1999*) Les pratiques addictives*. Usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives .Rapport remis au secrétaire d'Etat à la santé.

63- Nation Unies(1987) *Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues*. Rapport de la conférence international sur l'abus et le trafic des drogues. Vienne.

الملاحق:

1- الإشهاد بالتدريس

2- محتوى المقياس حسب المقرر الوزاري.

3 -المخدرات والمجتمع وحدة تعليم أفقية.

جامعة العربي بن مهيدي -أم البواقي-

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

في يوم : 2020/09/20

إشهاد

يشهد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن الأستاذة: **فضال نادية**، قامت بتدريس **مقياس المجتمع و المخدرات** (محاضرة) لطلبة سنة ثالثة علم النفس العيادي. خلال السداسي الثاني للسنوات الجامعية التالية : 2018/2017 - 2019 /2018 - 2020/2019

رئيس قسم العلوم الاجتماعية

رئيس قسم العلوم الاجتماعية مكلف

وحدة التعليم: الأفقية

المادة: المخدرات والمجتمع

الرصيد:01

المعامل:01

أهداف التعليم:

- تعريف الطالب بالمخدرات وميزاتها.
- أسباب تعاطي المخدرات وسبل الوقاية منها.
- الوقاية والعلاج.

محتوى المادة:

1- تعريف المخدرات : توضيح مفهومها لغة واصطلاحا ، وأنواعها أوتصنيفاتها .
2- خصائص المخدرات ومميزاتها .
3- الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات : التعرض الى مختلف المشاكل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والثقافية والتي تدفع بالفرد إلى الإقبال على المخدرات .
4- سبل الوقاية والعلاج : التعرض إلى مختلف الاستراتيجيات المعتمدة من قبل الدولة للتقليص من وجود هذه الظاهرة داخل المجتمع الجزائري .
5- دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية ووسائل الإعلام للتصدي إلى هذه الظاهرة .
6-الجهود التشريعية الجزائرية في مجال جرائم المخدرات .

طريقة التقويم: امتحان

-السداسي السادس: علم النفس الإكلينيكي

وحدة التعليم	الحجم الساعي السداسي	الحجم الساعي الأسبوعي				المعامل	الأرصدة	نوع التقييم	
	14-16 أسبوع	محاضرة	أعمال موجهة	أعمال تطبيقية	أعمال أخرى			متواصل	إمتحان
وحدات التعليم الأساسية	**180**	6	6		**180**	10	20		
و ت أ 1 (إج/إخ)									
المادة 1:العلاجات السلوكية والمعرفية	45	1.5	1.5		45 سا	3	5	+	+
المادة 2: العلاجات ذات المنحى التحليلي	45	1.5	1.5		45 سا	3	5	+	+
و ت أ 2 (إج/إخ)									
المادة 1: العلاج النسقي	45	1.5	1.5		45 سا	2	5	+	+
المادة 2: العلاج ذو المنحى الإنساني	45	1.5	1.5		45 سا	2	5	+	+
وحدات التعليم المنهجية	**90**				**90**	3	6		
و ت م 1 (إج/إخ)									
المادة 1: تربص	45				45 سا	2	3		
المادة 2: مذكرة التخرج	45				45 سا	1	3		
***وحدات التعليم الإستكشافية**	**22.5**	1,5			**45 سا**	1	2		
و ت إ 1(إج/إخ)									
المادة 1: علم النفس الأدوية المادة 2: تقنيات التشخيص المادة 3: علم النفس الصحة	22.5	1.5			45 سا	1	2		+
وحدة التعليم الأفقية	**45**	1.5	1.5		**90**	2	2		
و ت أ ف 1(إج/إخ)									
المادة1: المخدرات والمجتمع	22.5	1.5			45 سا	1	1		+
المادة 2: لغة أجنبية	22.5		1.5		45 سا	1	1	+	
مجموع السداسي6	**337.5**	**12**	**10.5**		**405**	**16**	**30**		

(*)على كل طالب اختيار مادة واحدة من الوحدة الاستكشافية.