

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مطبوعة بيداغوجية في مقياس

المخدرات والمجتمع

-السنة الثالثة - علم النفس- تخصص عيادي

إعداد: د راضية حاج لكحل

السنة الجامعية: 2020/2019

الفهرس

الصفحات	المحاضرات
1	مقدمة
	المحاضرة الأولى: تعريف المخدرات والمفاهيم الأساسية في الإدمان
3	1- تعريف المخدرات.
3	1-1 التعريف اللغوي
3	1-2 التعريف العلمي
3	2- المفاهيم الأساسية في الإدمان.
3	- المخدر.
4	- المادة النفسية.
4	- الإدمان
5	- الاعتماد النفسي.
5	- الاعتماد الجسدي.
5	- الانسحاب.
6	- التسمم.
7	- اللهفة.
7	- التحمل.
	المحاضرة الثانية: تاريخ المخدرات وانتشارها.
7	1- تاريخ المخدرات وانتشارها.
8	2- المخدرات في المجتمع الجزائري.
	المحاضرة الثالثة: خصائص وأنواع المخدرات.
10	1- تصنيف المخدرات حسب التأثير الإكلينيكي
10	2- تصنيف المخدرات حسب طريقة إنتاجها.
10	3- تصنيف المخدرات على أساس المواد التي تسبب اعتمادا نفسيا وعضويا.
10	4- تصنيف المخدرات على أساس المواد التي تسبب اعتمادا نفسيا فقط
10	5- تصنيف المخدرات حسب تأثيرها على الكائن الحي ووظائف أعضائه.
11	6- تصنيف المخدرات حسب اللون.
11	7- تصنيف المخدرات حسب أنواع المواد وسوء استعمالها- التسمم والانسحاب.DSMV.
	المحاضرة الرابعة: عوامل وأسباب تعاطي المخدرات.
21	1- العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل.

الفهرس

23	2- العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه.
25	3- العوامل المساعدة المتعلقة بالبيئة والمجتمع.
	المحاضرة الخامسة: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
27	1- النظرية الوراثةية.
28	2- النظرية البيولوجية - العصبية-
29	3- النظرية التحليلية.
31	4- النظرية المعرفية.
34	5- النظرية السلوكية.
35	6- النظرية الاجتماعية.
	المحاضرة السادسة: المشكلات الاجتماعية الناجمة عن تعاطي المخدرات
36	1- الأسباب التي تعود للأسرة.
37	2- الأسباب التي تعود للمجتمع.
	المحاضرة السابعة: الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات
38	1- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكحول.
39	2- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكافيين.
39	3- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الحشيش.
39	4- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المهلوسات.
40	5- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المستنشقات.
40	6- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المنشطات.
40	7- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المثبطات.
40	8- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المهدئات والمنومات ومضادات القلق.
41	9- الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على النيكوتين. (التبغ)
	المحاضرة الثامنة: الوقاية من المخدرات
42	1- الوقاية من الدرجة الأولى.
42	2- الوقاية من الدرجة الثانية.
43	3- الوقاية من الدرجة الثالثة.
	المحاضرة التاسعة: علاج الإدمان على
45	1- العلاج الطبي.

الفهرس

47	2- العلاج النفسي الفردي والجماعي.
47	3- العلاج السلوكي المنفر.
47	4- العلاج العقلاني الانفعالي.
47	5- علاج بون سلوكي خالص.
49	6- العلاج الاجتماعي.
	المحاضرة العاشرة: الجهود المبذولة لمواجهة ظاهرة الإدمان في الجزائر
50	1- الجهود المبذولة لمواجهة ظاهرة الإدمان في الجزائر.
52	2- قراءة الأفعال المجرمة وفقا لمواد القانون.
54	3- قراءة في أحكام القانون 11/18 المؤرخ في 2-07-2018 المتعلق بالصحة.
55	4- الأفعال المجرمة والأحكام الجزائية الواردة في القانون.
57	خاتمة
58	المراجع

مقدمة:

لقد زادت المواد المخدرة وتنوعت، فمنها الخام والمشتق والمخلوق وكثرت المواد ذات التأثير القوي السريع المفعول، والتي تقل كمية جرعتها فيسهل تهريبها لصغر حجمها، فزاد تبعاً لذلك انتشار المخدرات، خاصة بين صغار السن من المراهقين والشباب، وانتشار المخدرات يستوي فيه جميع فئات الشعوب، حيث ينتشر بين الأميين والمتعلمين وبين الفقراء والأغنياء. أصبحت مشكلة الاعتماد على المواد المخدرة من أخطر المشاكل التي تواجه المجتمع، حيث تؤثر على الشباب في مرحلة حرجة من حياتهم، كما تؤثر على البالغين بشكل يؤدي لخفض الإنتاجية وغياب الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي بالإضافة إلى ازدياد الجريمة والانحلال الأخلاقي في شريحة كبيرة من شرائح المجتمع. (عكاشة، 2018: 542).

كما توصلت أغلب الدراسات والتقارير والإحصائيات المنشورة حول المواد ذات التأثير النفسي، أن من أسباب الوفاة أو قصر أعمار الملايين من البشر هو آتي عن طريق تناول هذه المواد، وبمختلف أنواعها من كحول ومخدرات وعقاقير مهلوسة، والقاط وتدخين استعمال جميعاً كإساءة يقضي على أرواح الملايين من الناس، فأثرها فعال وقوي وسيء على جميع مظاهر الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية والجسمية، فضلاً عن ذلك تعمل على ضياع وانحلال وتفكك المجتمعات الإنسانية، بكافة أنواعها وباختلاف ثقافتها. (عبد الرحيم، 2014: 499).

وهذا ما أفادت به مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) أنه في عام 2016، كان معدل الوفيات الناجمة عن الجرعات الزائدة أكثر من ثلاثة أضعاف المعدل في عام 1999، تضاعف معدل وفيات الجرعات الزائدة من المخدرات التي تتطوي على المواد الأفيونية الاصطناعية غير الميثادون من 3.1 لكل 1000.000 في عام 2015 إلى 6.2 في عام 2016، مع ما يقرب من نصف الوفيات الناجمة عن الجرعات الزائدة مرتبطة بالفنتاليل الأفيوني الاصطناعي، وهو رخيص للحصول عليه وإضافته إلى مجموعة متنوعة من المخدرات غير المشروعة.

(The National Institute an drugs Abuse, 2018: 5)

ولأجل ذلك كان موضوع هذه المطبوعة البيداغوجية حول المخدرات والمجتمع وتضمنت عشر محاضرات، تناولت المحاضرة الأولى، تعريف المخدرات والمفاهيم الأساسية في الإدمان، وتناولت

المحاضرة الثانية تاريخ المخدرات وانتشارها. أما المحاضرة الثالثة فتناولت أنواع المخدرات وتصنيفها. بينما تناولت المحاضرة الرابعة، عوامل وأسباب تعاطي المخدرات. وتضمنت المحاضرة الخامسة النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات، وعالجت المحاضرة السادسة المشكلات الاجتماعية الناجمة عن تعاطي المخدرات. أما المحاضرة السابعة فكانت حول الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات، وتناولت المحاضرة الثامنة، الوقاية من المخدرات. أما المحاضرة التاسعة فتطرق إلى علاج الإدمان على المخدرات والمحاضرة الأخيرة والعشرة تناولت الجهود المبذولة لمواجهة ظاهرة الإدمان في الجزائر.

وتضمنت الخاتمة مجموعة من توصيات والفوائد من هذه المطبوعة البيداغوجية، وهذا بالتطرق إلى دور المختص العيادي في التكفل بالمدمن على المخدرات، بمعرفة المخدرات ومميزاتها، أسباب تعاطي المخدرات وسبل الوقاية والعلاج، وخاصة كيفية تشخيصها مستعينين بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSMV.

المحاضرة الأولى: تعريف المخدرات والمفاهيم الأساسية في الإدمان

1- تعريف المخدرات:

- لغة: اسم مخدر يطلق على كل ما يستتر العقل ويغيبه أي معناه العقل وهي كلمة مشتقة من الفعل حذر، الذي يعني كل ما يؤدي إلى الفتور والكسل والاسترخاء والضعف والنعاس، النثل في الأعضاء وقد يمنع الألم.

- اصطلاحاً: كل مادة تعمل على تعطيل أو تغيير الإحساس في الجهاز العصبي لدى الإنسان، وذلك من الناحية الطبية، أما من الناحية الطبية، أما من الناحية الشرعية فهي كل مادة تقود الإنسان إلى الإدمان وتؤثر على الجهاز العصبي. (غانم، 2005: 20).

1 ± **التعريف العلمي:** إن المخدرات بالمفهوم العلمي هي مادة كيميائية تسبب نعاساً وشبه غياب للوعي المصحوب بتسكين للآلام ويرافق ذلك إحساس عناصر بالغبطة والعظمة ويعيش على أثارها المدمن ضمن أجواء أبراج من الضباب سرعان ما تنقشع ويمحي أثرها تاركة صاحبها يتخبط في بحر من الآلام النفسية والجسدية التي تهلكه يوماً بعد يوم وتجعله قلقاً متشائماً مهياً للانتحار وارتكاب الجريمة. (سباهي، 2013: 10).

2- المفاهيم الأساسية في الإدمان:

المخدر Drug: هو كل مادة يتناولها الكائن الحي، بأية صورة كانت صلبة، سائلة أو غازية وبأي طريقة تناول عن طريق الفم، الحقن، الاستنشاق أو التدخين، وأيا كان مصدرها (طبيعياً أو تخليقياً)، وتؤدي إلى تغيرات في الكائن سواء كانت تغيرات في جزء من الجسم أو في الجسم كله، وتشمل هذه التأثيرات التغيرات الجسمية والنفسية والسلوكية والمزاجية... الخ. (سايل، 2015: 15).

وهي كل العقاقير المستخلصة من النباتات أو الحيوانات أو مشتقاتها أو مركب من المركبات الكيميائية أو المشروبات الكحولية التي تؤثر سلباً أو إيجاباً على الكائن الحي بالإضافة إلى الأدوية الممنوعة وأدوية العلاج المسموحة، وهذه العقاقير تغير حالة الإنسان المزاجية ويعتمد عليه الإنسان

في حياته بسبب خاصيتها المخدرة وليس بسبب ضرورة علاج المرضى الذي يستوجب تكرار استعمال دواء محدد. (بعبيح، 2011: 34).

• **المادة النفسية psychoactive drugs** : تعرفها لجنة المخدرات

بالأمم المتحدة أنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسميا ونفسيا وكذلك المجتمع.

والمادة النفسية أو العقار النفسي سواء كان منشطا أو مثبطا أو مهدئا أو مهلوسا، يكون له تأثير على العمليات النفسية كال تفكير والإدراك والمزاج وما إلى ذلك، أي أن المواد النفسية تؤثر على المراكز العصبية العليا ويفضل استخدام مصطلح المادة النفسية بدلا من المخدرات لأن كلمة مخدرات تشير إلى ما يؤثر تأثير مثبطا في الجهاز العصبي المركزي أما مصطلح المواد النفسية فتشمل كل المواد المثبطة والمنشطة على السواء (السيد، 2010، 343-345).

- **الإدمان Addiction** : يقصد بالإدمان التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية أي مواد لها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كلاهما.

كما يعرف بأنه حالة التسمم الدوري أو المزمن الذي يؤثر على الفرد والمجتمع من جراء التعاطي المستمر للعقار.

ويعرف الإدمان أيضا: بأنه التعود على الدواء، والتي هي حالة نفسية وأحيانا تتجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية (الفرد) والدواء، ويتصف هذا التفاعل باستجابات سلوكية تتضمن صفة القهر الذاتي في تناول الدواء تناولا مستمرا أو متقطعا من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة أو في بعض الأحيان لتحاشي التوتر الناتج عن الانقطاع عنه. (العاسمي، 2015: 362-363).

-**الاعتماد Dependance**: وهو حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل

الفرد مع العقار وتتمثل استجابات وأنماط سلوكية متدهورة وقد تشمل:

- 1 - الرغبة الملحة في الاستمرار في تعاطي العقار، ومحاولة الحصول عليه بأي وسيلة.
- 2 - زيادة الجرعة بصورة متكررة، نتيجة تعود الجسم على تأثير الجرعات المعتادة.
- 3 - ظهور أعراض انسحاب نفسية وجسمية مميزة لكل عقار، عند الامتناع عن التعاطي فجأة.

4 - اختفاء أعراض الانسحاب عند العودة تعاطي العقار.

5 - الاستمرار في التعاطي على الرغم من علم المدمن بالآثار الضارة من الناحية العضوية والنفسية.

6 - عدة محاولات غير ناجحة للتوقف عن التعاطي.

7 - التوقف عن العديد من الأنشطة الاجتماعية والوظيفية من أجل التعاطي، وقضاء

معظم اليوم أما في التعاطي، أو في بحث عن المادة المخدرة للبقاء تحت تأثيرها.

(عكاشة، 2018: 552).

- **الاعتماد النفسي psychological dependance**: موقف يوجد فيه شعور

بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها

لاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب، أي أن الاعتماد النفسي هو تعود الفرد على

تناول عقار ما، وذلك نظراً لما يسببه هذا العقار من الشعور بارتياح، حيث يشعر

الفرد بأن تعاطي هذا العقار سيجعله في أحسن حال لأنه يضعف مشاعر القلق

والتوتر، والانقطاع المفاجئ عنه، يؤدي إلى عدم الراحة النفسية، إلا أن هذا

الاعتماد لا يؤدي إلى آثار جسدية (زبدي، 2003: 3).

- **الاعتماد الجسدي physical dependance**: هو حاجة الجسم العقار ثم

الاعتماد على تعاطيه، وهو عبارة عن تغير في الحالة الفيزيولوجية للجسم، الأمر

الذي يستلزم الاستمرار في التعاطي حتى يوقف ظهور الأعراض الجسمية

المزعجة التي قد تكون أحياناً مميتة.

كما يعرف أنه حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول عقار مضاد، وتعرف هذه الأعراض بأعراض الانسحاب ويعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي. (العاسمي، 2015: 363).

- **الانسحاب withdrawal**: هو مجموعة من الأعراض تختلف في شدتها تحدث للفرد أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة أو تخفيف جرعتها بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر لفترات طويلة ويجرعات كبيرة (السيد، 2010: 346).

وقد تأتي الأعراض الانسحابية مصحوبة باضطرابات فيزيولوجية وتعتبر حالة الانسحاب دليل على أنه كان هناك اعتماد ويتوقف الانسحاب على نوع المادة النفسية وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيف هذه الجرعة، ويمكن القول أن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم، وكما يمكن أن تكون هذه الأعراض الانسحابية ناتجة عن اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب ليس نتيجة تعاطي مادة نفسية لذلك يستوجب حرصاً من القائم بالتشخيص أو العلاج (سويف، 1996: 24). ومنه يقصد بالانسحاب الآثار السلبية الجسمية والنفسية التي تظهر عندما يتوقف الفرد عن تعاطي المادة أو يقلل من الكمية التي يتم تعاطيها وتشمل أعراض انسحاب المادة آلام العضلات وارتعاشاً، والتعرق، والتقيؤ، والإسهال والأرق، وبوجه عام يرتبط الاعتماد الجسدي على المواد بمشكلات شديدة الخطورة. (الحويلة وآخرون، 2016: 566).

- **التسمم Intoxication**: حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية، وتتطوي على اضطرابات في مستوى الشعور، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماماً، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى، يحدث هذا أحياناً على أثر شرب الكحوليات " فننتحدث حينئذ عن تسمم كحولي".

كما يحدث عقب تعاطي أية مادة نفسية، وتتجمع مظاهر التسمم بالتدريج، ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة (في رقعة حضارية معينة) حول الآثار التي يمكن أن تترتب على تعاطي مادة نفسية بعينها، وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي.

- **اللَهفة graving**: رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة (سويف: 1996 - 17-18).

- **التحمل Tolerance**: يشير إلى إما تناول جرعات كبيرة من المادة لتؤدي التأثير المرغوب أو أن تصبح تأثيرات المادة قليلة بشكل واضح إذا تم تناول الكمية المعتادة (حويلة، 2016: 566)، ويعرف كذلك بمرحلة ما قبل الإدمان يكون بداية بالتعاطي التجريبي وهو الأكثر من تعاطي المخدر ومن ثم يحدث بتعاطي جرعات زائدة ليحصل على التأثير المرغوب فيه (حمادي، 2018: 28).

المحاضرة الثانية: تاريخ المخدرات وانتشارها

1- تاريخ المخدرات وانتشارها:

منذ زمن سحيق أخذ الإنسان يتذوق النباتات التي تنمو حوله، فوجد أن لبعضها خصائص علاجية، واكتشف أن لبعضها الآخر تأثيرا على أحاسيسه، وقد ثبت أن كثيرا من المخدرات، التي يساء استخدامها اليوم، كانت موجودة من عدة قرون كالحشيش، والأفيون والتبغ ثم جاءت المخدرات المصنعة بعد ذلك لتضيف بعد جديدا للمشكلة. (صقر: 2006: 5).

وفي القرن التاسع عشر أصبحت المخدرات تمثل مشكلة الصحة العمومية وخصوصا بعد انتشار ظاهرة إدمان الأفيون والتي سميت بوباء الأفيون بالصين وانتشر بعدها تعاطي المخدرات بكل أنواعها على نطاق واسع لم تسلم معها أية دولة. سواء المتقدمة منها أو السائرة في طريق النمو أو الفقيرة، ما

أدى بالمجتمع الدولي إلى مكافحة المخدرات عبر العديد من الاتفاقيات ابتداء من اتفاقية شنغهاي سنة 1909.

وقد جاء في الإعلان السياسي للجمعية العمومية للأمم المتحدة في جلستها العامة للدورة الاستثنائية العشرين بتاريخ 09 و 10 جوان 1998: " أن المخدرات تهلك الأرواح والمجتمعات وتولد الإجرام وتلحق الضرر بجميع قطاعات المجتمع في كل البلدان وأطلقت على هذه الظاهرة تسمية مشكلة المخدرات، وهكذا فمشكلة المخدرات تمثل اضطرابا أو تعويقا لسير الأمور، فهي بالتالي ظاهرة سلبية تعمل على تخلف المجتمع.

2 -المخدرات في المجتمع الجزائري:

والجزائر كباقي دول العالم لم تسلم من ظاهرة تعاطي المخدرات وتجاريتها وترويجها بل وفي بعض الحالات زراعتها، وما يزيد من خطورة الوضع للحالة الجزائرية هو شساعة التراب الوطني، وموقعها الجيوستراتيجي المطل على البحر الأبيض المتوسط، بشريط ساحلي يقدر بـ 1622 كلم، وحدود برية تقدر بـ 6.343 كلم، وتقاسمها الحدود مع المملكة المغربية بحوالي 1559 كلم، والتي تعد أكبر منتج لراتنج القنب في العالم، ويزداد الوضع خطورة إذا علمنا أن المستهدف الأول من ظاهرة تعاطي المخدرات فئة الشباب وخصوصا إذا علمنا أن 70% من سكان الجزائر لا يتعدى سنهم 30 سنة. (بلبريك: 2016: 5-7).

تشير بعض الدراسات إلى أن معرفة الجزائريين بالمخدرات تعود إلى ما قبل الاحتلال الفرنسي، معتمدة على رواية للرحالة هايريش قون مالستان التي تحمل عنوان " مدخنوا الحشيش في مدينة الجزائر" وما يدعم هذا الطرح هو انتشار زراعة الحشيش في كافة أرجاء الدولة العثمانية، وبعد قدوم الاستعمار الفرنسي أدخل ما يعرف بالابسنث الذي يحدث سكرًا شديدًا إذا لم يمزج بالماء، كما أن الحشيش لم يكن ممنوعا من الناحية القانونية في تلك الفترة، حيث كان الجزائريون يتعاطونه في المقاهي، إلا أن بعض الدراسات تنفي استخدام الجزائريين للمخدرات وأثناء الاحتلال الفرنسي، إذ تعتبر الأبحاث المهمة بتاريخ معرفة الإنسان الجزائري للمخدرات ولأنواع التي كان يستعملها منعمة.

كما صرح صالح عبد النوري مدير التحليل والتقييم بالديون الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها (2009)، أن الجزائر لم تعرف استهلاك واسع للمخدرات قبل الاستقلال ولا في السنوات الأولى ما بعد الاستقلال، بدليل أن أول إنذار سجل كان عام 1975، وذلك بحجز 3 طن من القنب الهندي، وتوقيف 25 شخصا معظمهم أجنبى، وقد كان هذا الإنذار وراء إصدار أول قانون حول قمع الاتجار غير المشروع في المخدرات وهو الأمر (75-09) الصادر بتاريخ 27-أفريل 1975. (بخاري 2016: 133).

الجزائر لم تزود مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات ومنع الجريمة بمعلومات طوعية منذ عام 1991، ومع ذلك فقد أقرت الجزائر بجميع اتفاقيات المخدرات الدولية، ولم يُسجل بها إنتاج ملحوظ للمخدرات، لكن هناك تقارير تشير إلى مصادر كميات متواضعة من القنب بلغت 1.5 كلغ عام 1995.

بالإضافة إلى 0.1 كلغ من الهيروين في السنة نفسها، وتشير هذه الكميات الضئيلة المصادرة إلى وجود انخفاض ملحوظ مقارنة بالسنوات السابقة.

ومع ذلك يشير التقدير الاستراتيجي الدولي لمكافحة المخدرات إلى تصدير القنب المغربي إلى الجزائر، وإمكانية نقله بعد ذلك إلى أوروبا، وتحدثت تقارير عن تأثير بعض دول شمال إفريقيا بالتجارة العابرة للهيروين والكوكايين، ويشير تقرير حكومي إلى أن 70-75% من المخدرات المصادرة كانت معدة للتجارة العابرة. (رواب، وغربي، 2008: 262).

المحاضرة الثالثة: خصائص وأنواع المخدرات

للمخدرات أقسام وأنواع متعددة لا يمكن حصرها وتقسيمها أو تصنيفها، ذلك أنّ الصناعات الكيماوية الدوائية في تطور مستمر وهي كل يوم تطرح لنا عشرات المركبات التي تختلف من نوع لآخر حسب تأثيرها ونوعية تركيبها ولهذا اختلف العديد من الباحثين في تصنيف هذه المواد، وصنفها

كل منهم في مجموعات تختلف من باحث لآخر، إلا أن جميعهم تناولوا المواد المخدرة كافة ولكن ضمن نماذج متعددة.

1 -التصنيف حسب التأثير الإكلينيكي: لقد قسمت المخدرات حسب التأثير الإكلينيكي إلى:

- مسببات النشوة ومهدئات الحياة العاطفية، وهي تشمل الأفيون ومشتقاته، المورفين، الهيرويين والكوكايين.

- مهلوسات: مثل الميسكالين، فطور البتول، القنب الهندي، فطر الامانيت، البلازون.

- المسكرات: مثل الفول، الإيثير، الكلورفور، البنزين وأول أكسيد الآزوت.

- المنومات: مثل الباربيتوارت.

2 -تصنيف المخدرات حسب طريقة إنتاجها: لقد اعتمد الباحثون تقسيم المخدرات حسب طريقة

الإنتاج إلى ثلاث مجموعات، وهي:

-المجموعة الأولى: المخدرات الطبيعية، وهي مجموعة العقاقير التي يحصل عليها من

الطبيعة دون إدخال أي تعديل صناعي عليها، وهي نباتات وجدت في الطبيعة وتحتوي

على مادة مخدرة مثل، الأفيون، القات، الكوكا، التبغ والشاي والبن.

-المجموعة الثانية: المخدرات الصناعية، وهي المستخرجة صناعيا من النباتات الطبيعية،

وذلك عن طريق إجراء بعض العمليات الكيماوية لتصبح في صورة أخرى مختلفة.

-المجموعة الثالثة: مجموعة المخدرات التخليقية، وتدعى المركبات الكيماوية لأنها لا

تعود في أصلها إلى مخدرات طبيعية أو مصنعة وإنما تتركب من عناصر كيماوية تحدث

التأثير الطبيعي والصناعي نفسه.

3 -تصنيف المخدرات على أساس المواد التي تسبب اعتمادا نفسيا وعضويا : مثل الأفيون

ومشتقاته (الهيروين، المورفين، والكوديين).

4 -تصنيف المخدرات على أساس المواد التي تسبب اعتمادا نفسيا فقط : وهي الكوكايين،

الأمفيتامينات، الحشيش، الماريوانا، القات، والسوائل المتطايرة.

5 -تصنيف المخدرات حسب تأثيرها على الكائن الحي ووظائف أعضائه، وهي:

- **Depressants المثبطات:** أي المسكنات وهي تضم المواد القاتلة للألم أو المنومة أو المهدئة والمسكنة ومنها الأفيون.
- **Stimulants المنشطات:** أي المنبهات وهي المواد التي يسبب تعاطيها حالة من التهيج العام وتستعمل طبيا لمعالجة زيادة السمنة ولتقليل الشهية ومنها أوراق الكوكا، الأمفيتامات، القات.
- **Hallucinogène المهلوسات:** وتشمل عدة أنواع منها: عقار (L.S.D) حامض ليسيرجيك ديثيلاميد، الميسكالين، سيلوبين وغيرها من المواد المهلوسة الأخرى.
- **Solvants volatils المستنشقات المواد المتطايرة :** سوائل التنظيف، البنزين، مزيل طلاء الأظافر، مزيل الحبر، مزيل البقع، باتكس.

6 - تصنيف المخدرات حسب اللون وهي نوعان:

- مخدرات بيضاء وأهم أنواعها الكوكايين والهيرويين والمورفين.
- مخدرات سوداء وأهم أنواعها: الحشيش والأفيون.
- ويتبين من خلال هذا التصنيف أنه يقوم على أساس لون المخدر ودرجة الشبوع وليس على خصائص الجوهر المخدر كيميائيا أو فيزيولوجيا بالنسبة لتأثيره على الكائن الحي (بلبريك، 2016: 10-13).

7 - تصنيف المخدرات حسب أنواع المواد وسوء استعمالها - التسمم والانسحاب: حيث يعتبر

هذا التصنيف هو أكبر التصنيفات المستعملة في العالم وقد جاء به الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSMV.

1 -الكحول Alcohol:

- يعتبر الكحول من أقدم المواد التي تستخدم عمليا في المداواة من الأمراض وله تاريخ طويل في إفريقيا، إلا أن حدوث الغزوات الإسلامية ونشر الإسلام أدى إلى منع الكحول.
- والكحول نوعين هما: **الكحول الإيثيلي**، أي المادة الفعالة في الخمر وتختلف نسبة هذه المادة في المشروبات الكحولية، والنوع الثاني هو **الكحول المثيلي** ينتج من تقطير الخشب.
- **التسمم بالكحول**، حيث يحتوي على المحكات التالية:

أ -تناول حديث للكحول.

ب -ظهور بعض التغيرات على المستوى السلوكي والنفسي مثل سلوك غير ملائم أو سلوك عدواني، والاندفاع الجنسي، اضطراب المزاج.

ج -أن توجد ميزة واحدة على الأقل من الميزات التالية أثناء أو بعد تعاطي الكحول وهي:
1- كلام متناقض 2- عدم التأزر الحركي 3- عدم الاتزان عند المشي 4- اضطرابات في الانتباه الذاكرة 5- شرود الذهن أو الغيبوبة.

• **الانسحاب الكحولي:** وتتمثل محكات الانسحاب من الكحول فيما يلي:

أ -التوقف أو التقليل من استخدام الكحول والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة.

ب -أن تظهر علامتين على الأقل من العلامات التالية بعد ساعات أو أيام من ظهور العلامة (أ): 1- فرط نشاط ذاتي (مثل التعرق أو ارتفاع معدل النبض، 2- ازدياد ارتعاش اليدين، 3- الأرق، 4- الغثيان أو القيء، 5- هلاوس بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة، 6- هياج نفسي حركي، 7- الحصر، 8- أزمات تشنجية معممة).
ج- تنتج عن أعراض المؤشر (ب) ألم أو اضطراب في النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى ذات أهمية.
د- عدم إرجاع هذه المؤشرات أو الأعراض إلى أي مرض نفسي أو عضوي.

2 -الكافيين Caffeine:

يعتبر الكافيين من بين المواد المنشطة حيث نجدها في القهوة والشاي هذا الأخير الذي يحتوي على الثبرومين (Thebromine)، وهو مركب نو طعم مر يوجد في بذور الكاكاو والقهوة، كما يمكن أن نجد الكافيين أيضا في منتجات الكولا الغازية والشكلاطة، وهذا بنسب مختلفة.

• **التسمم بالكافيين:**

أ -استهلاك حديث للكافيين مفرط يتجاوز 250 ملغ يوميا أي أكثر من (2-3) أكوابا من القهوة المطحونة.

ب - خمسة أو أكثر من الأعراض والعلامات التالية، تظهر وتتطور أثناء استعمال الكافيين أو بعد مدة قصيرة: 1- عدم الاستقرار 2- العصبية 3- التهيج 4- الأرق 5- الإحساس بحرارة خاصة في الوجه 6- زيادة التبول 7- اضطرابات هضمية 8- إلتواء عضلي 9- أفكار وكلام غير منتظمين 10- سرعة نبضات القلب 11- هياج نفسي حركي.

ج -تسبب الأعراض والعلامات في المعيار (ب) تدنيا أو إحباطا ملحوظين على المستوى الوظيفي والاجتماعي أو ميادين أخرى.

د -هذه الأعراض لا تظهر بسبب وجود مرض عضوي أو عقلي.

• الانسحاب بمادة الكافيين:

أ -الاستخدام اليومي المطول للكافيين.

ب -التوقف الكلي أو التخفيض من استعماله متبوعا بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض والعلامات التالية وهذا لمدة 24 ساعة: 1- صداع 2- تعب واضح أو نعاس 3- مزاج مكتئب وتعكر في المزاج 4- صعوبة في التركيز 5- الغثيان والتقيؤ أو ألم/ صلابة في العضلات.

ج -تسبب الأعراض والعلامات في المعيار (ب) تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

د -لا تترافق هذه الأعراض مع التأثيرات الفيزيولوجية لحالة طبية أخرى (مثلا: الشقيقة، مرض فيروسي، أو أي مرض عقلي).

3 -الحشيش Cannabis:

يستخرج الحشيش من القنب الهندي، حيث يمكن تدخين زهرته الجافة المأخوذة من أعلى النبات، وتنتج رائحة حلوة تشبه رائحة زهرة البرسيم وهذا النوع من المخدرات أكثرها شيوعا لسهولة الحصول عليه، ولرخص ثمنه، يتميز الحشيش بأن له خصائص مهدئة، كما أن له خصائص منبهة نظرا لأن تعاطيه يكون مصحوبا بزيادة حساسة للضوء والصوت.

- كما يعتبر أحد المواد المهلوسة وهو يحتوي على مادة جد فعالة فيه وهي دلتا 9 (Tetrahydro-cannabinol delta 9)، ويعرف باسم الماريخوانا Marinijwana.

• التسمم بالحشيش:

أ - استخدام حديث للحشيش.

ب - تغيرات نفسية أو سلوكية هامة مثل: اختلال التناسق الحركي القلق، الإحساس بتباطئ الزمن، الانسحاب الاجتماعي، تطورات أثناء استخدام الحشيش أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.

ج - ظهور اثنين أو أكثر من العلامات التالية في غضون ساعتين من استخدام الحشيش: 1- احتقان العين 2- زيادة الشهية 3- جفاف الفم 4- زيادة نبضات القلب.

د - لا يمكن أن نرجع سبب هذه الأعراض إلى مرض عضوي أو عقلي آخر.

• انسحاب الحشيش:

أ - توقف أو إنقاص استخدام الحشيش والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة (مثلا: استعمال يومي على الأقل لبضعة أشهر).

ب - على الأقل تتوفر ثلاث أو أكثر من الأعراض والعلامات التالية، تطورت بعد أسبوع من المعيار "أ" وهي: 1- زيادة الانفعال، غضب وعدوانية 2- عصبية وقلق 3- اضطرابات في النوم مثلا أرق، أحلام مزعجة 4- نقص الشهية أو نقصان الوزن 5- عدم الاستقرار 6- مزاج مكتئب 7- على الأقل واحد من بين الأعراض الجسمية الثلاثة يسبب انزعاجا كبيرا، ألم في البطن، ارتعاش، تعرق، حمى أو الصراع، برودة.

ج - تلك المؤشرات الموجودة في المعيار "ب" تتسبب في معاناة تشير إلى نقص

للمهارات الاجتماعية، والمهنية وحتى في مجالات أخرى تعتبر مهمة.

د - للمؤشرات أو الأعراض ليست تابعة لأي مرض عضوي أو عقلي.

4 - المواد المهلوسة:

تعتبر من المواد التي تسبب الهلوس السمعية والبصرية ومن أشهرها **L.S.D** وهو اختصار لحامض الليسيريغيك **Acide lysergique**، انتشر الحديث عن هذا العقار أخيراً، نظراً لإدمانه بواسطة فئة من المثقفين في أوروبا والولايات المتحدة، وتسمى حفلات تعاطيه بحفلات الحامض (**Acide**)، ويحدث هذا العقار تأثيره بكميات بسيطة تتراوح ما بين 0.03-0.06 ميلغرامات ويختلف تأثير **L.S.D** (**ثاني ديثيلاميد حامض اليسرجيك**) حسب الفرد، فأحياناً يسبب أعراضاً مرجية أو إكتئاباً أو مزيجاً معاً، ويمكن تعاطيه بالفم أو بالوريد.

• التسمم بالمهلوسات:

أ - تعاطي الحديث للمهلوسات بما في ذلك **phencyclidine**

ب - حدوث تغيرات نفسية اجتماعية أو سلوكية لا تكيفية تتمثل فيما يلي: حصر أو اكتئاب ملاحظ، أفكار مرعبة، الخوف من الإصابة بالجنون، أفكار مملوءة بالشك، تظهر هذه الأعراض خلال تعاطي المهلوسات أو بعد فترة قليلة من التعاطي.

ج - تغيرات إدراكية تحدث في حالة الوعي التام أي اختلال إدراك الواقع، وتحدث كذلك خلال فترة التعاطي أو بعد فترة قليلة.

د - حدوث علامتين أو أكثر من العلامات التالية خلال أو بعد فترة من التعاطي: 1- توسع حدقة العين 2- سرعة بنبضات القلب 3- تعرق 4- خفقان 5- اضطرابات بصرية 6- ارتعاش 7- عدم ترابط حركي.

هـ - لا تكون هذه الأعراض نتيجة مرض عضوي أو عقلي.

• الفينيسكلدين **phencyclidine**: وهي مادة تعرف بـ **pcp Iperdine**، وتستعمل هذه المادة

في التخدير قبل الجراحة، وفي استعمالها تمتزج في بعض الأحيان مع الكوكايين والأمفيتامينات وذلك من أجل إعطاء مفعول جيد وهي تمس معظم المناطق الدماغية وهي تستعمل بشكل خاص في أمريكا وبريطانيا.

• التسمم بـ **pcp**:

أ -التعاطي الحديث لهذه المادة، أو أي مادة مشابهة في المجال الصيدلاني.

ب -حدوث تغيرات سلوكية أو نفسية اجتماعية غير تكيفية مثل: المشاكسات عدوانية اندفاعية، تهيج نفسي حركي.

ج -تظهر على الأقل اثنين من المؤشرات أو الأعراض التالية التي تتطور في الساعة الموالية.

1 فرط توتر شرياني أو سرعة نبضات القلب.

2 -استجابة متناقصة للألم.

3 -صعوبة في الكلام.

4 -تصلب في العضلات.

5 -أزمات تشنجية أو غيبوبة.

د- لا تكون هذه الأعراض بسبب مرض عضوي أو عقلي.

5- **المستنشقات (المواد المتطايرة) Sobvauts volatils**.

ويقصد بها تلك المواد المتطايرة حيث يتم استعمالها عن طريق الاستنشاق وهي منتشرة أكثر عند

الأطفال ويمكن أن تؤدي إلى الوفاة مباشرة وخاصة إذا كانت الجرعة المستعملة مرتفعة جدا وذلك

نظر لما تسببه من نقص الأكسجين للأنسجة، ومن أهم هذه المواد المتطايرة، كوسائل التنظيف،

البنزين، مزيل طلاء الأظافر، مزيل البقع، الأصماغ (الصموغ) الصناعية بمختلف أنواعها مثل

باتكس **patex**.

• التسمم بالمستنشقات:

أ -التعاطي الحديث متعمد أو غير معتمد لمدة قصيرة لجرعات عالية من المادة

المستنشقة، بما في ذلك الهيدروكربونات الطيارة مثلا البنزين.

ب -حدوث تغيرات نفسية سلوكية أو اجتماعية (مثل: الميل للعراك، العدوانية) تطورت

أثناء التعرض للمستنشقات أو بعد استنشاقها بمجدة قصيرة.

ج- تظهر اثنين أو أكثر من العلامات التالية أثناء الاستنشاق في مدة ساعتين من استخدامها: 1- الشعور بدوران الرأس 2- عدم توافق حركي 3- كلام متناقل 4- مشية غير متزنة 5- وهن عضلي عام 6- عدم وضوح الرؤية أو ازدواجية الرؤية 7- النشوة 8- ارتعاش 9- زهو.

و لا تتجم الأعراض والعلامات عن حالة طبية ولا يعللها اضطراب عقلي آخر.

6 -الأفيون Opium:

يستخرج من البذور غير الناضجة لنبته الخشخاش، ويعتبر أقدم المخدرات التي استعملها الإنسان، ويستخرج من الأفيون الخام ما لا يقل عن 2 مركبا من القلويات منها: المورفين، والتبيائين والكودئين، والبابافيرين، والنارسين والنايكوتين وغيرها، وأهم المشتقات الصناعية للمورفين الهروين.

• التسمم بالأفيون:

أ -استخدام حديث للأفيون.

ب حدوث تغيرات نفسية سلوكية (مثل زهو أو سوء المزاج أو هياج أو بطيء نفسي حركي) تطورت أثناء استخدام الأفيون أو باستخدامه لمدة قصيرة.

ج -تضيق أو توسع حدقة العين نتيجة لنقص الأكسجين بسبب فرط الجرعة الشديد مع علامة أو أكثر من العلامات التالية: تتطور أثناء استخدام الأفيون أو بعد ذلك بفترة قصيرة: 1- نعاس 2- كلام متناقل 3- نقص الانتباه أو الذاكرة.

د -لا تكون هذه الأعراض نتيجة عن مرض طبي أو بفعل اضطراب نفسي عقلي.

• انسحاب الأفيون:

أ -توقف الكلي أو التخفيض من استخدام الأفيون والذي كان بجرعات عالية جدا أو لفترة طويلة (مثلا استعمال على فترة عدة أسابيع أو أكثر).

ب -ظهور ثلاثة أو أكثر من الأعراض والعلامات التالية: تتطور خلال دقائق إلى عدة أيام بعد المعيار "أ": 1- تعكر المزاج 2- غثيان أو قيء 3- آلام على مستوى

العضلات 4- سيلان الدموع أو الأنف 5- توسع حدقة أو انتصاب سقر أو تعرق 6-
إسهال 7- نتأؤب 8- حمى 9- أرق.

ج -تسبب الأعراض والعلامات في المعيار "ب" تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات
الأداء الاجتماعية والمهنية.

د -لا تكون تلك الأعراض بسبب مرض طبي عام ولا هي نتيجة اضطراب نفسي عقلي.

7- الأدوية المضادة للقلق و المنومات والمهدئات:

ويقصد بها تلك الأدوية التي تستعمل في العلاج الطبي، الغرض منها التقليل من

القلق وجلب النوم، وهي على شكل أقراص مختلفة الأشكال أو كبسولات ولكن

للأسف الشديد فقد ساء استعمال هذه الأدوية مما أثر سلبا على الفرد.

• التسمم بالأدوية:

أ -استخدام حديث للمهدئات والمنومات ومضادات القلق.

ب حدوث تغيرات سلوكية أو نفسية اجتماعية لا تكيفية مثل سلوك جنسي شاذ أو سلوك

عدواني، تذبذب المزاج خلال أو بعد مدة قصيرة من تناول تلك الأدوية.

ج -ظهور اثنين أو أكثر من العلامات التالية أثناء استخدام هذه الأدوية أو بعد

استخدامها بمدة قصيرة: 1- كلام متناقض 2- عدم الاتزان الحركي 3- مشية غير متزنة

4- تشتت الانتباه والذاكرة 5- ذهول الفكر 6- غيبوبة.

د -لا تكون هذه الأعراض نتيجة عن مرض عضوي أو عقلي.

• الانسحاب عن تعاطي الأدوية المضادة للقلق والمنومات والمهدئات:

أ -التوقف أو التخفيض من استخدام الأدوية والذي كان تعاطيه لمدة طويلة

ب ظهور اثنان أو أكثر من العلامات التالية: تتطور خلال ساعات إلى عدة أيام بعد

التوقف أو الإنقاص منها: 1- فرط نشاط ذاتي مثل التعرق أو ازدياد سرعة القلب أكثر

100 نبضة في الدقيقة 2- ارتعاش اليدين 3- أرق 4- غثيان أو تقيء 5- هلاوس أو

تخيلات بصرية أو سمعية أو لمسية 6- هيجان نفسي- حركي 7- قلق 8- نوبات

صرع من نوع صرع كبير.

ج -تشكل الأعراض المذكورة في "ب" معاناة على المستوى الاجتماعي والوظيفي وميادين أخرى مهمة.

د -لا تكون تلك الأعراض بسبب مرض عضوي أو عقلي.

8- المنشطات Stimulants:

تعتمد المنشطات على المخ والجهاز العصبي السمبتاوي في زيادة اليقظة والنشاط الحركي وتعتبر الإمفيتامينات منشطات صناعية، أما الكوكايين فإنه منشط طبيعي يتم استخلاصه من أوراق الكوكا، حيث تقوم الأمفيتامينات بإحداث تأثيراتها تلك عن طريق التسبب في إفراز "النورادرينالين" و"الدوبامين" ومنع إعادة امتصاص هذه الموصلات العصبية، ويتم تناول الأمفيتامينات عن طريق الفم أو عن طريق الحقن في الوريد التي من شأنها أن تؤدي إلى الإدمان، وتكون درجة اليقظة عالية، كما تكون وظائف الأمعاء متوقفة، والشهية قليلة.

• التسمم بالمنشطات:

أ -استخدام حديث للأمفيتامين أو الكوكايين أو منشط آخر.

ب تغيرات سلوكية أو نفسية (مثل: تبدل وجدائي، تغيرات في الاختلاط الاجتماعي أو فرط اليقظة، حساسية شديدة، قلق، غضب)، تطورت أثناء استخدام المنشط أو بعد استخدامه بمدة قصيرة.

ج -اثنان أو أكثر من الأعراض تطورت أثناء استخدام المنشط أو بعد الاستخدام مباشرة:

1- سرعة نبضات القلب أو بطيء حركاته 2- توسع حدقة العين 3- ارتفاع الضغط الشرياني أو انخفاضه 4- التعرق أو الإحساس بالبرودة - غثيان أو تقيء 6- انخفاض الوزن 7- هيجان أو بطء نفسي حركي 8- ضعف عضلي، ألم صدري أو تثبيط تنفسي أو اضطراب نظام ضربات القلب 9- نوبات اختلالية، عسر الحركة، أو غيبوبة.

د -لا تكون الأعراض بسبب مرض عضوي أو عقلي.

• الانسحاب:

- أ - التوقف أو الإنقاص من استخدام المادة ذات نمط الأمفيتامين، كوكايين، منشط آخر والذي كان تعاطيه بمقادير كبيرة ولفترة طويلة.
- ب - سوء مزاج مع تغيرات فيزيولوجية، تظهر اثنين أو أكثر من الأعراض التالية، تتطور في بضع ساعات إلى عدة أيام وهي: 1- التعب 2- أحلام مزعجة ونشطة 3- أرق أو فرط في النوم 4- زيادة الشهية 5- بطء نفسي حركي أو هيجان.
- ج - الأعراض السابقة تسبب تدنيا أو إحباطا ملحوظين في جميع المجالات.
- د - هذه الأعراض لا تعزى إلى مرض عضوي أو عقلي.

9- التبغ:

إن التبغ مادة اعتمادية بنفس درجة خطورة المواد النفسية غير المشروعة مثل الهيروين والكوكايين إن لم يكن أكثر، وهذا ما يكده الباحث رزنجر Reisinger في دراسة مقارنة بين مادتي التبغ والهيروين، والتي من بين ما توصل إليه أن الاعتماد على التبغ أسرع من الاعتماد على الهيروين.

وهكذا يصنف التبغ ضمن القسم الأول، كما أثبتت الدراسات والبحوث أن مادة النيكوتين الموجودة بالتبغ هي أحد أنواع المخدرات والتي تولد الاعتماد تم الإدمان.

• الانسحاب:

- أ - استخدام يومي للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل.
- ب - التوقف أو الإنقاص من تعاطي التبغ بعد 24 ساعة، متبعا بظهور أربعة أو أكثر من الأعراض التالية: 1- زيادة الانفعال، غضب، إحباط 2- قلق 3- صعوبة في التركيز 4- زيادة الشهية 5- مزاج مكتئب 6- أرق.
- ج - تسبب الأعراض في المعيار "ب" تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

د - كل الأعراض المذكورة ليست بسبب مرض عضوي أو عقلي.

(DSMV، بوخاري، الحمادي، 2015، 2016، 2015: 178-134-590).

كما يصف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية اضطراب تعاطي المخدرات مع ثلاثة تصنيفات فرعية -خفيف- متوسط وشديد، في عام 2013، قامت APA بتحديث الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، لتحل محل فئات تعاطي المخدرات والاعتماد عليها مع فئة واحدة: اضطراب تعاطي المخدرات، مع ثلاثة تصنيفات فرعية - خفيف، متوسط، وشديد.

المحاضرة الرابعة: عوامل وأسباب تعاطي المخدرات.

هناك العديد من العوامل والأسباب تكمن وراء الإقدام على تعاطي المخدرات وإدمانها ويكمن تصنيف هذه العوامل والأسباب إلى ثلاث مجموعات وهي:

1 عوامل مساعدة متعلقة بالعقار المستعمل.

1 1 تركيب العقار وخواصه الكيميائية:

لكل مادة من المواد الموجودة في الطبيعة تركيب خاص بها، وإن كانت بعض المواد تتشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها.

ولدى تناول أي عقار يطرأ عليه تغيرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي، وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة

تسمى مستقبل العقار، فإن لم تتطابق جزيئات العقار مع مستقبلاتها في الخلية

العصبية يكون العقار غير فعال، أما إن تطابقت فيكون العقار فعالا، وعليه فإن أحد

العوامل الهامة المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيميائي،

وتطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية.

لذلك نجد أن تفاعل الجسم مع أي عقار وبالتالي الإدمان عليه، يختلف من عقار إلى

آخر، فالمنومات مثلا يدمن المرء عليها بعد استعمالها بنظام لمدة شهر تقريبا، بينما

يدمن على الهيروين بعد ثلاث حقن في ثلاثة أيام متتالية، في حين لا يدمن المرء على الخمر إلا بعد تناوله بشكل مستمر حوالي 10 سنوات.

1 2 طريقة استعمال العقار:

يختلف تأثير نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي يتم فيها تعاطيه، فكما هو معلوم تستعمل المخدرات بعدة طرق نرتبها فيما يلي حسب نسبة خطورتها.

1. التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أكثر وسائل الاستعمال تأثيرا وإحداثا للإدمان.
2. التعاطي عن طريق الفم (جهاز الهضم).
3. التعاطي عن طريق الأنف (الاستنشاق).
4. التعاطي عن طريق التدخين، وهو الأقل خطورة في إحداث الإدمان.

ولا يخفى أن كل ذلك يتعلق أيضا بالكمية التي يستعملها الإنسان، وبمقدار تكرار الاستعمال، وانتظامه، أو بفترات متباعدة. (ببيع، 2017: 40-41).

1 3 سهولة الحصول على العقار:

إن تكرار الاستعمال للعقار يتعلق أساسا بسهولة الحصول عليه، فمثلا إذا كان الوالدان مدمنا خمر ويجلبانه معهما إلى المنزل، فإن أبناء الأسرة معرضون أكثر من غيرهم للإدمان على الخمر، وفي حالة تكرار شربه خاصة إذا كانت الأم تعمل فيصبح الأبناء دون رقيب ونفس الشيء ينطبق على باقي المخدرات الأخرى.

1 4 نظرة المجتمع العقار:

إن النظرة للإدمان أو المخدرات تختلف من مجتمع لآخر، فمثلا المجتمع الأوروبي عامة لا يرى لوما وحرجا في الاتجار بالخمور وشربها فيصبح احتمال الإدمان كبيرا، في حين مجتمعنا الإسلام ينبذ تجار الخمر ويحتقر شاربها.

2 -العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه:

2 1 ضعف الوازع الديني لدى المتعاطين للمخدرات:

إن ابتعاد بعض الشباب وخصوصا في سن المراهقة عن الالتزام الديني، قد يقود إلى ارتكاب بعض السلوكيات المنحرفة ومن بين السلوك الإدماني. وتعتبر دراسة سليمان الفالح واحدة من بين الدراسات التي كشفت عن الدور الذي يلعبه الوازع الديني ومدى علاقته بالسلوكيات الإنسانية.

2 2 التقويم الخاطئ للوضعيات والإيمان ببعض المعتقدات الخاطئة:

إننا عندما نقول أن إنسانا ما يبدو مضطربا، فإننا نعني أن تقويمه لموقف معين هو غير صحيح، ونتج عن سوء هذا التقويم مشاعر الانزعاج وبالتالي تصرفا غير مرض ولا منتج. إن هذه الأفكار الخاطئة التي يحملها الفرد ويعتقد فيها هي التي تكون مصدر اضطرابه النفسي وسلوكه المنحرف، كأن يعتقد الفرد أن سيجارة الكيف يمكن لها أن تنسي له همومه، وتزيد من قدرته الجنسية ... وغيرها من المعتقدات اللاعقلانية.

2 3 مجالسة ومصاحبة رفقاء السوء:

تتكون عناصر شخصية الفرد وسلوكياته بواسطة العديد من المؤثرات، وجماعة الرفاق والأصدقاء لا تقل أهمية عما ذكر، بل قد تفوق تأثيرات تل العوامل السابقة. كما أن جماعة الرفاق قد تتيح للفرد فرصة تحدي الوالدين من خلال قوة الجماعة الجديدة التي صار جزءا منها إضافة إلى شعوره أنهم يمدونه بزداد نفسي لا يجده في أسرته.

2 4 الإدمان كسلوك إنتقامي لتحطيم الذات:

قد يتعاطى المدمن المواد المخدرة بحثا عن اللذة وتجنبنا للألم، وهناك من يتخذها سلوكا إنتقاميا لتحطيم الذات، والمدمن يعلم أنه يؤذي نفسه ولكنه يحتاج لهذه المادة. هذه الأخيرة التي تجعله في حالة من التئويم والتنميل في كل جسده فلا يشعر به ولا يشعر بما لحقه من أذى.

2 5 الشعور بالفراغ:

إن وجود الفراغ من عدم توفر الأماكن الصالحة التي تمتص طاقة الشباب ايجابيا تعتبر من بين الأسباب المؤدية للإدمان.

2 6 شخصية المدمن:

قام بعض الباحثين في مجال الإدمان بمراقبة ودراسة حالات الإدمان، حيث توصلوا إلى تصنيف شخصية المدمن بعدة تصنيفات وعلى سبيل المثال التصنيف الذي ذكره كسال وولتون **Kessel et walton** ويتضمن ما يلي:

1/ **مدمن أناني:** وهو ذلك الشخص الذي يصر على إشباع كل رغباته دون تأخير، وذلك باللجوء إلى المخدرات للتعويض عن اصطدام أنانيته بواقع الحياة.

2/ **مدمن ناقص النضج:** ذلك الشخص الذي يعتمد على الآخرين ولا يمكنه أن يعتمد على نفسه، ولا يستطيع تحمل أعباء الآخرين فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ليخفف من شعوره بالكآبة بسبب فشله المتكرر في معركة الحياة.

3/ **مدمن غير ناضج جنسيا:** قد يكون الفرد مصاب بضعف القدرة الجنسية أو خجله الشديد من ممارسة الجنس، أو لديه ميل للشذوذ الجنسي أو معقد من الجنس لأسباب تعود إلى مرحلة الطفولة وبالتالي فهذه الأسباب تؤدي إلى اللجوء إلى الإدمان لتخدير الشعور بالمشكلة.

2 7 حب الاستطلاع:

بهدف اكتشاف المجهول، يندفع الكثير من الشباب إلى تجربة المخدرات وما تحدثه من نشوة ولذة، ويتكرر التجربة لتحقيق المزيد من النشوة يجدون أنفسهم قد وقعوا في شباك المخدرات.

3- العوامل المساعدة المتعلقة بالبيئة والمجتمع.

3-1 الأسرة:

كما يعرفها ستيفنس Stephens أنها نظام اجتماعي، وهي من أهم الجماعات التي يتكون منها المجتمع خاصة وقد أجمعت تجارب العلماء على أهمية الأسرة في رسم شخصية أطفال الغد، حيث أنها متضمنة حقوق وواجبات الأبوة مع إقامة مشتركة للزوجين وأولادهما والتزامات اقتصادية متبادلة بين الزوجين.

كما يذهب عبد الفتاح القرشي (1986) في دراسة عن اتجاه الآباء والأمهات الكويتين في تنشئة الأبناء وعلاقتها ببعض المتغيرات إلى أن المستوى التعليمي للوالدين يرتبط ارتباطاً موجباً باتجاه السواء في معاملة الأبناء. كما أشارت بلميهوب (2006) في دراستها لعوامل الاستقرار الزواجي إلى دور المستوى التعليمي للزوجين وأثره على تحقيق التوافق والاتصال والرضا والتوقع والسعادة في الحياة الزوجية، فالتعليم يعتبر من بين العوامل التي تؤثر على الاستقرار الأسري، حيث انخفاضه يؤدي إلى مشاجرات قد تصل إلى الطلاق.

وعندما نقول الأسرة لابد من الحديث عن الأساليب الخاطئة في تنشئة الأبناء، ففي بعض الأحيان لا يوجد تقدير للطفل، لم نحترمه منذ الصغر فنسميه بالجاهل كنوع من الاحتقار كأن نعمل بدون أن نشعر بالتشهير بأخطائه أمام الآخرين مبيينين لهم مساوئه، ويؤكد في هذا الصدد علماء النفس أن مثل هذه الأشياء تجعل الطفل يفقد الثقة في نفسه، ويحتقر شخصيته وبالتالي يؤدي به هذا إلى أن يصبح منحرفاً، سارقاً فمدمناً.

كما يعتبر الحرمان العاطفي عاملاً من بين العوامل المؤدية إلى السلوكيات المنحرفة. وتعتبر الأسرة المسؤولة الأولى عنه، وإذا أردنا التدقيق أكثر نجد أن الحرمان جاء نتيجة القسوة الوالدية، حيث تؤدي إلى كراهية الأسرة، وبالتالي قضاء معظم الوقت في الشارع وتقليد الكبار للإثبات الرجولة خاصة الأفعال المتعلقة بالمخدرات، فقد أشار كل من **كلي وبيكل kelly et bikel (1988)** إلى أن النمذجة وتقليد الآخرين يعملان كمثير بإمكانه أن يرفع أو يخفض سلوك تعاطي المخدرات عند بعض الأشخاص.

3-2 المدرسة:

يذهب والر waler إلى أن المدرسة كوحدة اجتماعية على اختلاف أنواعها تمثل شبكة صغيرة محكمة من التفاعلات الاجتماعية، ولها هدف نبيل مشوق لتنشئة الطلاب، إلا أنه اليوم أصبحنا نلاحظ كل أنواع السلوكيات المنحرفة في المدارس. ففي دراسة استطلاعية لمصطفى السويف في مصر، احتل تعاطي المخدرات المركز الثالث، وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على الدور الذي تلعبه المدرسة اليوم، نقص الاستراتيجيات التعليمية خاصة وإن الوقت الذي يقضيه الطفل في المدرسة ربما يكون أكثر من الوقت الذي يقضيه في المنزل. بالإضافة إلى كل هذه العوامل هناك عوامل قانونية حسب الديوان الوطني لمكافحة المخدرات بالجزائر وهي:

- 1 -عدم ملائمة التشريعات الوطنية حول المخدرات.
 - 2 -غياب تشكل فضاء للعبور، وفي هذا الإطار نسجل 90% من الكميات المحجوزة من قبل المصالح المعنية خلال السنوات الأخيرة كانت موجهة للاستهلاك في بلدان من أوروبا وإفريقيا والشرق الأوسط (% 93.39 سنة 2000، و 1.30 % سنة 2001 بينما تقدر هذه النسبة بـ 73.5 % في سنة 2002).
- حتى الظروف الأمنية تلعب دورا كبيرا في هذا الصدد فتأثير العنف الإرهابي له تأثير قوي على الاستقرار الاجتماعي والتوازن السيكولوجي للأفراد، وذلك نظرا للنزوح الريفي والصدمات والآثار الناجمة عنه. (بوخاري 2016: 151-155).

فبيحث الشخص الذي يعاني من الكثير من التوتر عن طرق لتهدئة نفسه تنطوي على استخدام المواد الكيميائية. قد لا يتمكنون من الوصول إلى الدعم الذي يمكن أن يساعدهم في التعامل أو معرفة كيفية الوصول إلى المساعدة في المجتمع لتعلم استراتيجيات المواجهة.

(<http://greatoaksrecovery.com/risk-factors-for-addiction/>)

المحاضرة الخامسة: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.

1 -النظرية الوراثية:

تؤكد بحوث الوراثة على وجود عامل وراثي أو استعداد وراثي تركيبى لتعاطي الكحول أو المخدرات، حيث بينت كيف يدم هذا التوريث من الآباء إلى الأبناء وذلك من خلال الدراسات المقارنة التي أجريت على التوائم المتماثلة المورثات وعند التوأمين المتماثلين وهو ما لا نجده عند التوائم غير المتماثلة لاختلاف رصيد المورثات عنها.

ومن أهم الدراسات في هذا الجانب نجد دراسة **L.Kai** التي أجراها في السويد والذي خلص إلى أن معدل انتشار الإدمان داخل أزواج التوائم المتماثلة هو 58 % أي بنحو ضعف معدل انتشاره داخل أزواج التوائم غير المتماثلة وهو 28% أما الدراسات التي أجريت في مجال التبني والتي تناولت أطفالاً ثم فصلهم عن عائلاتهم لتتبناهم أسر بديلة، غير مدمنة على الكحول أو المخدرات، بينت احتمالاً كبيراً لظهور الإدمان عند هؤلاء الأطفال ومن أمثال هذه الدراسات نذكر تلك التي أجريت من طرف **Schuckit** و **Anthenelli** (1992) والتي تشير نتائجها إلى غلبة العامل الوراثي، أي أن الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنين للكحوليات يزيد معدل الإدمان بينهم إلى نحو 4 أمثال من معدل الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمنين وذلك رغم التنشئة في بيئات التبني حيث لا يوجد الإدمان.

ولكن الدراسة الحديثة التي قام بها **Goodwin** وجماعته تشكك في هذه النتيجة، وتستنجد بأن شدة وحدة الإدمان الكحولي لدى أبنائهم بصرف النظر عما إذا كانوا قد نشئوا عن والد مدمن، أو تربوا عند والدين آخرين أو تم تبنيهم مباشرة عند ولادتهم من قبل آخرون.

فالعوامل الجينية وحدها لا يحسب حسابها في نشوء وتطور وإساءة استخدام الكحول، فهناك مجموعة من العوامل البيئية هي التي تشكل وتصوغ وتدفع نحو التعاطي، ومن ضمنها الديناميات الأسرية، وسلسلة القيم الثقافية، وضغوطات الحياة اليومية.

2- النظرية البيولوجية العصبية:

إن الموصل العصبي المسمى بـ "الدوبامين" مساراته في المخ ترتبط على نحو مهم باللذة أو الإثابة أو المكافأة، وتحديدًا فإن استخدام المواد يؤدي إلى إثارة مشاعر المكافأة أو المشاعر المثيرة للذة، ويتم توليد هذه المشاعر عبر نظام الدوبامين، تظهر الدراسات التي يتم إجرائها مع كل من الحيوانات والبشر، أن كل المواد تقريبًا بما فيها الكحول تقوم بتنشيط أنظمة الدوبامين في المخ وبصفة خاصة المسار الميزوليمبي وعندئذ تساءل الباحثون عما إذا كانت مسارات الدوبامين الموجودة في المخ يمكن أن تقدم تفسيرات للسؤال المتمثل في: لماذا يصبح بعض الأفراد معتمدين على المواد؟ وتشير أحد الأدلة إلى أن الأفراد المعتمدين على الكحول يعانون وجود عيب أو نقص أو خلل في مستقبل الدوبامين المسمى **DRD2**.

فنظام الدوبامين المرتبط بالمكافأة أو الوله حسب رأيهم، يصبح شديد الحساسية ليس فقط للتأثيرات المباشرة للمواد، بل المثيرات أو الأشياء المثيرة المرتبطة بالمواد أيضا (مثل الإبر، الملعاق)، وهذه الحساسية للمثيرات تسبب اللهفة **craving**، وتدفع الأفراد إلى بذل جهود كبيرة في البحث عن المواد ومحاولة الحصول عليها، ومع مرور الوقت يتناقص حب المواد، ولكن الإرادة تظل قوية وشديدة للغاية. (الحويلة وآخرون، 2016: 609-610).

ومنه فإن الإدمان على المخدرات يتطور من خلال توعية نظام المكافأة في الدماغ للمنبهات المتعلقة بالمخدرات، تصبح المحفزات المتعلقة بالمخدرات مجزية بشكل متزايد، مما يؤدي إلى الرغبة اللاواعية في الاستمرار على التعاطي. (Andradea, Maya, kavanaghb, 2012: 132)

وقشرة الفص الجبهي هي منطقة من الدماغ تشارك في المعالجة واتخاذ القرارات على أساس تقييم الذاكرة والمكافأة. إنه يستجيب للتحفيز بواسطة الدوبامين، وهو ناقل عصبي له دور حاسم في السرور والمكافأة، وكذلك الاستجابة العاطفية. خلال فترة المراهقة، يخضع القشرة الأمامية الجبهية لتطور كبير، بما في ذلك التغيرات في السماكة، التركيب الشجري، وزيادة نمو الألياف الدوبامينية.

منطقة أخرى من الدماغ التي تخضع لتغيرات كبيرة خلال فترة المراهقة هي الجهاز الحوفي. الجهاز الحوفي هو منطقة من الدماغ تشمل ما تحت المهاد، اللوزة، الحصين، النواة المتآكلة. تشمل

وظائف الجهاز الحوفي الذاكرة، والاستجابة العاطفية، والتحفيز، والسلوكيات المعززة، والتي يمكن أن تلعب جميعها دوراً في الأنماط المتكررة لتعاطي المخدرات. والجدير بالذكر أن النواة المتكئة تستجيب للدوبامين عند توليد ردود متعة ودورات مكافأة.

غالبية عقاقير الإدمان، بما في ذلك النيكوتين والأفيونيات والإيثانول والمنشطات، تزيد من إطلاق الدوبامين في البشر، يمكن أن يؤدي الإفراج المتزايد عن الدوبامين إلى الإدمان على مادة لأنه في ظل وجود كميات عالية بشكل غير طبيعي من الدوبامين، يبدأ المخ في الضبط عن طريق خفض إنتاجه الطبيعي للناقل العصبي لذلك، من أجل الحفاظ على المستويات الطبيعية، يصبح الدماغ يعتمد على الدواء لتوفير إنتاج الدوبامين.

(Whitesell. Bachand, and other, 2013 :9)

3- النظرية التحليلية:

تقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين: يتمثل الأساس الأول على صراعات نفسية تعود إلى الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات ولحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي، وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات فإنه يلجأ إلى التعاطي.

ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر، وهو الذي يميز مدمني المخدرات عن غيرهم، وبذلك فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجع إلى التركيبة النفسية للمدمن الذي يحدث حالة من الاستعداد النفسي، وبالتالي تكون الصورة العامة للمدمن والإدمان في ضوء نظرية التحليل النفسي كالتالي:

- 1- ينظر التحليل النفسي للإدمان على المخدرات في المستوى القهري، أي ذلك المستوى الذي يتعلق فيه المدمن بالمخدر تعلقاً قهرياً لا يستطيع التخلي عن المخدر.
- 2- يفرق التحليل النفسي بين المدمنين على المخدرات وغيرهم ممن يدمنون على مواد أخرى، وإن كانت هذه الأخيرة تشير إلى شيء من الاضطراب الذي لا يرقى إلى المرض أو الشذوذ.

3 - إن مدمني المخدرات تنطوي نفوسهم على اضطراب نفسي عميق تشبه أعراضه أعراض المرض النفسي أو العقلي، وأحياناً تكون أكثر حدة.

4 - ينكر التحليل النفسي أن مدمني المخدرات يندرجون تحت السايكوباتية في اضطراب الشخصية ويدللون على ذلك بأن السايكوباتي يلجأ إلى وسائل وطرائق خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغيير البيئة بما يتفق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانه أيضاً على البيئة الخارجية وليس على نفسه.

5 - إن مظاهر الإدمان تتمثل في الأشكال التالية:

- نوبات من المدح والانبساط، وهذا هو الشكل الأساسي للإدمان.
- اضطراب جنسي أو نشاط جنسي مشوش أو غير واضح.
- مظاهر بارانويا وتحدث في الحالات المتقدمة من الإدمان.
- تدهور عقلي.
- تدهور خلقي واجتماعي ومهني.

6 - يفسر التحليل النفسي ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعترى المدمن في

طفولته المبكرة والتي تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياته، وترى مدرسة التحليل النفسي أن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب العلاقات الخيبة في الطفولة الأولى بين المدمن ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية عاطفية أي الحب والكرهية للوالد في نفس الوقت (ازدواجية الشعور)، إن هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معاً، وترى هذه النظرية أن المدمن يلجأ إلى التعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يكاد أن يتعثر فيه، فيجد في المخدر سندا له يساعده في حفظ ذلك التوازن.

فالمخدر من وجهة نظر التحليل النفسي هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لاشعورية، فتمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبت الطاقة الغريزية في منطقة الفم، وعندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التشبث ومنها السلبية الإتكالية، وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط، وكذلك فالمدمن شأنه شأن المنفعل يغير من

نفسه بدلاً من تغيير من واقعه، ومن عالمه، وهذا التغيير الذي يحدثه له المخدر ويتيح له إعادة بناء عالمه، إعادة سحرية وهمية، ولكنها الإعادة التي تمكنه من التكيف مع واقعه، والمخدر يخدر شعور المدمن بالعجز وقلة الحيلة إزاء عالمه ويسلمه لشعور زائف مقابل ومناقض بالقدرة والكفاية وهذا الشعور بالعجز في مواجهة الواقع يرجع إلى:

- البناء النفسي الداخلي للمدمن من حيث هو بناء هش يفتقر إلى القوة والتماسك الداخلي والمتكامل.

- الواقع الخارجي من حيث طراوته وقسوته وما يمثله من إحباط ومصاعب تعترض ظروف تحقيق إشباع المطالب الإنسانية الأساسية. (ببيع واسماعيل وآخرون، قجة، 2008-2017 : 57 - 35 - 449).

4 النظرية المعرفية:

ظهر المعرفيون في سنوات الستينات، من روادهم نجد **Albert Ellis (1958-1962)** Aron Beck (1970)، الذين أبرزوا البعد الفكري والاهتمام بالمتغيرات الوسيطة بين المثير والاستجابة، وهي ما يعرف بالعمليات المعرفية.

لا تغفل نظرية **Ellis** أهمية العوامل البيئية والبيولوجية والإرثية في تأثيرها على سلوك الإنسان، إلا أن **Ellis**، يضيف أن ذلك لا يمنع أن نجد بعض الأفراد، هم أكثر ميلاً إلى التفكير اللاعقلاني من غيرهم، أو لديهم عتبة هذا منخفضة في تحمل القلق، والاكنتاب والغضب والسيطرة أقل على نزواتهم، وضعف في تحمل الإحباط، هذا أيضاً ما ينطبق على مسألة الإدمان، كما أشار إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقى على استمراره هي: التحمل المنخفض للإحباط، ويشمل عدم تحمل الامتناع وقد طرح **Ellis** تعبيراً جديداً أسماه، قلق الإنزعاج وقد اقترح **Ellis** أربعة نماذج نظرية تؤدي إلى السلوك الإدماني وتُبقى على استمراره وهي:

- التحمل المنخفض للإحباط.

- الإنسجام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة.

- الإنسجام الكحولي يعادل تدني قيمة الذات.

-نموذج الحاجة إلى الإثارة.

يتعرض بعض الأفراد إلى إثارات محرضة للشرب (رائحة الخمر، حادثة منشطة)، تنشط لديهم معتقدات "لا أستطيع تحمل الحرمان من الشرب"، "يتعذر علي ممارسة العمل والتكيف معه بدون مخدر"، "لا أمتلك القدرة الكافية والقوة للوقوف في وجه غواية المخدر"، "تبدو الحياة صعبة جدا علي بدون مخدر". وهكذا تخفض هذه المعتقدات، من عتبة تحمل الامتناع، فيحدث ما أسماه Ellis بقلق الإنزعاج.

معتقدات الإباحة (P) **Croyances permissives**، تبيح للمتعاطي استخدام مادة خطيرة.

يقبل بعض الأفراد الذين لديهم الاستعداد استنادا لهذا النموذج على تعاطي المخدرات كنتيجة لتعرضهم لبعض المثيرات المنشطة، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات، تلك التي أطلق عليها **Marallatt et Gordan**، اسم وضعية الخطر العالي، التي تعرف على أنها كل وضعية تهدد قدرة الفرد على التحكم وتزيد من خطر الانتكاسة.

وأضاف **Beck** وآخرون (1992) أن المعتقدات المرتبطة بتعاطي المخدرات والتي تنشط في ظروف الخطر العالي، قد تكون داخلية أو خارجية، نقول عن هذه المثيرات، أنها منشطة، حين تفجر المعتقدات والأفكار الأتوماتيكية المرتبطة بالمخدر، التي قد تؤدي إلى الرغبة الملحة لتعاطيه، ولا يستلزم الأمر حدوث هذا الخطر كلما تعلق الأمر بمثير منشط خاص، فما يشكل مثيرا منشطا بالنسبة لفرد ما، قد لا يضر بفرد آخر ومنه ووفقا للنموذج المعرفي يمكن التمييز بين مؤشرات داخلية ومؤشرات خارجية، ويعتبر هذا التقسيم غاية في الأهمية، إذ يمكننا من التعرف على الوضعيات التي تعرض الفرد لخطر تعاطي المخدرات.

• **المثيرات الداخلية:** عبارة عن مؤشرات تحدث داخل الفرد تتمثل في الانفعالات

(كالحصر، الاكتئاب، الإحباط، الضجر، الغضب، والوحدة) وأحاسيس جسدية (كالآلام، التعب، الجوع، الانسحاب).

- **المثيرات الخارجية** : وهي مؤشرات تحدث في المحيط، تشمل الصراعات مع الآخرين، وسهولة الحصول على المخدرات المفضلة وإنجاز المهمة (حين يستعمل المخدرات للاحتفال بالمناسبات).

إذن وكما أشار **Beck** وأتباعه، يملك متعاطي المخدرات معتقدات خاصة ويقف المدمن هنا على مفترق الطرق، فإما أن يضعف قلق الانزعاج بمناهضته للأفكار الخاطئة اللاعقلانية، ويزداد تحمله للإحباط، وإما أن يستسلم لهذا القلق، فيلجأ إلى المخدر من أجل تخفيفه وإزالته وبالتالي يزول قلق الانزعاج مؤقتاً ويتعزز الميل نحو الكحول أو المخدر، ويزيد ضعفه في قدرته على الكف، ويفقد ثقته بنفسه وما يتبع ذلك من تحقير للذات وما يثيره من قلق، الذي يعود، فيعود بدوره الميل نحو المخدر بفعل هذه التغذية الرجعية.

وهناك ديناميكية معرفية شائعة، هي لجوء المدمن إلى تعاطي مادة الإدمان من أجل الهروب من المتاعب التي تواجهه، وأن هناك سلوك يقوده إلى الإنسجام بالمادة المخدرة أو المسكرة، كأسلوب في التعامل مع مواجهة المصاعب، بعد التعرض لحادثة مؤثرة تنشط معتقدات خاطئة ينجر عنها اضطراب انفعالي، يتم اتخاذ القرار حول كيفية إضعاف القلق، وذلك إما بمناهضة الأفكار اللاعقلانية الأولية وعدم الشرب، وإما يحدث تحمل ضعيف للإحباط " أنا لا أستطيع التعامل مع مشكلتي"، فيحدث قلق الانزعاج، ينشط بدوره المعتقدات الخاطئة " يتعين علي الهروب من قلق الانزعاج بسرعة"، فيتوقع أن تعاطي المشروب، يخفف هذا القلق، فيتناول المشروب، فيحدث التخفيف المؤقت العابر للقلق والاضطراب الأصلي.

حاول **Beck** وأتباعه تطوير نموذجاً لفهم وعلاج الإدمان على المخدرات وأشاروا إلى أنه نموذج مستوحى من الملاحظات الإكلينيكية والمناقشات مع الآلاف من المرضى المدمنين، وأن هذا النموذج يتميز بثلاثة أنواع من المعتقدات **Croyances Beleifs** وهي معتقدات التوقع **Croyances**

Anticipatoires (A)، وتتضمن انتظاراتاً إيجابية مرتبطة بالمخدرات، ومعتقدات موجهة للتخفيف **Croyances de soulagement (S)**، التي تتطابق مع انتظار خفض الانزعاج وتنشطها ظروف معينة، وهي معتقدات تنشط الرغبة الملحة في التعاطي، تدريجياً تتشوه المعتقدات وتصبح في غاية

التعقيد، تتكون في البداية، لدى الفرد معتقدات خاصة بالتوقعات مثل " إنه لمرح في القيام بهذا" ،
"لا حرج في محاولة واحدة" ، ثم كنتيجة للتبعية نفسية كانت أم جسدية، يطور المتعاطي معتقدات
التوجه للتخفيف "أحتاج للكوكايين حتى يتسنى لي العمل" ، "لا يمكنني الاستمرار من دونها" ،
وبإمكان هذه التصورات إثارة أو أن تزيد في الرغبة الملحة أو إثارة المعتقدات وفي هذه النقطة تبدأ
معتقدات الإباحة في لعب دورها " إنني أستحقها" أو " كل شيء على ما يرام" هكذا يجد الفرد
نفسه مدمناً على المخدرات، لا يستطيع الامتناع عنها. (بلميهوب وآخرون، 2014: 207).

5 -النظرية السلوكية:

معظم الأبحاث الخاصة بالنظرية السلوكية للإدمان المخدرات، توصلوا إلى وضع مفهوم طبيعي
يتمثل في خفض التوتر ينسبون إليه إدمان المخدرات فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخفوا من
مشاعر الألم، الغضب، وخاصة القلق، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من
المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الايجابي وبالتالي فهم
يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات ومرات متتالية. (عبد المنعم، 1998: 78).

فيرى بعض المنظرين أن تناول الخمر، ما هو إلا انعكاس إشرطي لأنواع معينة من المنثيرات،
أو أسلوب للتقليل من اضطراباتهم وقلقهم ومخاوفهم، ووفقاً لمبدأ اللذة تؤمن مثل هذه النظريات بأن
الناس يقبلون على المواقف المفرحة واللذيذة، ويتمردون على الشيء المحزن والمؤلم أو المواقف التي
تثير التوتر والضغط فالفرضية الأساسية لنظرية التعزيز التعليمية، هي أن العملية التعليمية لأي
ارتباط بين مثير واستجابة، إنما تتطلب بالتأكيد وجود نوع من المكافآت.

ويقترح الباحثان **Dollard et Miller** " بأن الخمر هو المعزز لأنه إلى التقليل من الخوف
والصراع والقلق، في حين يعتقد الباحث باندورا **Bandura** " أن تناول الخمر بصورة مفرطة، إنما يتم
من خلال التعزيز الايجابي الناتج عن المثبط المركزي والعناصر المخدرة للكحول، فالأفراد الذين
يكررون استعماله نتيجة لتعرضهم للضغوطات البيئية، هم الذين سيكونون أكثر عرضة للإقبال على
تناول المخدرات وبشكل أكثر من أولئك الذين يتعرضون لضغوطات أقل، والذين تعتبر المخدرات
بالنسبة لهم ذات قيمة تعزيزية ضعيفة ومتدنية. (قجة وعزوز، 2008: 449).

كما يرى **Bandura** أن أغلب ما يتعلمه الإنسان عن طريق الملاحظة الدقيقة لسلوك الآخرين، وما يترتب على هذا السلوك من إثابة أو عقاب، فإن التعرض للعقابر غالباً ما يصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية.

فخفض التوتر مثلاً يقوم أساساً على قواعد التعلم التي ينظر فيها لسلوك الإدمان على أنه سلوك يكافئ، فالعناصر الأساسية التي تحكم خفض التوتر تقرر أن الكحول يخفض التوتر الذي يشمل الخوف، القلق والإحباط كما يتعلم الفرد أن العقابر يمكن أن تخفض استجابته الجسدية للضغط وهذا يمثل العمليات المعرفية بما فيها التوقعات وعلى هذا يفسر الإدمان هذه العلاقة بين استخدام المادة وتوقع النتائج، وهذا ما تطرقت إليه النظرية المعرفية. (بخاري، 2016: 161).

5- النظرية الاجتماعية:

تفسر هذه النظرية ظاهرة الإدمان من منطلق حب التفوق تلك الرغبة الكامنة في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم تدفعهم إلى إتباع أي طريق أو سلك أي سلوك لبلوغ تلك الرغبة من هذا المنطلق تذهب هذه النظرية إلى القول أن ظاهرة الإدمان ما هي إلا سلوك يتبعه الشخص داخل المجتمع كمحاولة إلى بلوغ ذلك التفوق أو الشعور بأنه بلغه وفي لحظات وقوعه تحت تأثير المخدر. وقد قسمه رواد هذه النظرية المدمنين إلى ثلاثة أصناف، وقد اعتمد في هذا التقسيم على الأسباب المؤدية للإدمان على المخدرات كمعيار لذلك ووفقاً لذلك فإن تلك الأصناف هي:

1- المدمن المتحدي:

وهو تلك الشخص الذي يلجأ إلى تناول المخدرات في المرحلة الأولى قبل الإدمان عليها من أجل تحدي بعض الأشخاص يلومونه على مختلف تصرفاته الاجتماعية ويتخذون منه موقف معاديا ويعتبرونه أقل شأنها منه في سلم الوضع الاجتماعي، وهذا الشعور الذي يحس به الفرد يدفعه إلى تعاطي المخدرات لإثارة غضب أولئك الأشخاص أو الوالدين خاصة ويظن نفسه أنه قد انتقم منهم جميعاً ومن موقفهم المعادي له ولتصرفاته وبدون أن يستطيعوا ردعه. (بلغيور، 2008: 51).

2 المدمن الذي يستجدي العطف:

وهو الشخص يشعر أنه لا يحصل على ما يكفيه من الحب والحنان، لذلك يدمر صحته وكيانه بلجوئه إلى تعاطي المخدرات كي يستجدي عطف الآخرين.

3 المدمن المتفاني:

وهو الشخص الذي يلجأ إلى شرب الخمر (أو تعاطي المخدرات) حتى يستنقص من قيمته الاجتماعية ومقدرته الجسدية، لكي لا يشعر شريكه أو زوجته أو جالس به بنقص موجود به ظناً منه أنه بهذا الأسلوب يرضي الطرف الآخر. (بعبع، اسماعيلي، 2017: 61-62).

المحاضرة السادسة: المشكلات الاجتماعية الناجمة عن تعاطي المخدرات

1 - الأسباب التي تعود على الأسرة:

تعتبر الأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع وهي التي ينطلق منها الفرد إلى العالم الذي حوله بتربية معينة وعادات وتقاليدها من الأسرة التي تربي فيها، ويقع على الأسرة العبء الأكبر في توجيه صغارها إلى معرفة النافع من الضار والسلوك الحسن من السيئ، فهي لهم سبيل في اكتساب الخبرات معتمدين على أنفسهم تحت رقابة واعية ومدركة لعواقب الأمور كلها.

وقد أظهرت نتائج تعاطي المخدرات أن خلل الاستقرار في جو الأسرة متمثلاً في انخفاض مستوى الوفاق بين الوالدين وتأزم الخلافات بينهما إلى درجة الهجر والطلاق يولد أحياناً شعوراً غالباً لدى المراهق بعدم اهتمام والديه به ومن هذا المنطلق فيمكن حصر أهم الأسباب التي تعود للأسرة والتي ساهمت في الإقدام على تعاطي المواد النفسية.

- القدوة السيئة من قبل الوالدين.
- إدمان أحد الوالدين.
- انشغال الوالدين عن الأبناء.
- عدم التكافؤ بين الزوجين.
- القسوة الزائدة على الأبناء.

- كثرة تناول الوالدين الأدوية.
- ضغط الأسرة على الابن من أجل التفوق.
- خروج المرأة للعمل وتقلص دور الأم في حياتها.

2 - الأسباب التي تعود للمجتمع:

أما الأسباب التي تعود للمجتمع، إذا كانت الأسرة هي البيئة الاجتماعية الأولى التي يعيش فيها الإنسان منذ صغره فإن مختلف الجماعات التي ينتمي إليها الفرد تشكل البيئة الاجتماعية الثانية التي يحيا فيها الإنسان، وقد تدعم هذه الجماعات ما تبنيه الأسرة وقد تهدمه وتعطل تأثيره وقد تعوض الجماعة الفرد عن مشاعر الحرمان العاطفي وعدم التقبل أو افتقاد الشعور بالأمن، ومن بين هذه الأسباب في تعاطي المخدرات والتي تعود للمجتمع ومنها:

- توفر مواد الإدمان عن طريق المهربين والمروجين.
- وجود بعض أماكن اللهو في بعض المجتمعات.
- دور وسائل الإعلام المختلفة.
- غياب رسالة المدرسية.
- الإحباط الجماعي لقدرات الشباب بغياب التطلع لفرصة عمل حقيقية، حيث البطالة مقنعة والغالبية تنتظر في طابور القوى العاملة.
- سوء العملية التعليمية التي تركز على حشو الرأس وقهر الطفل وجعله في موقف المتلقى السلبي، وهو الأمر الذي ينمي إيمانه وإعتماده والقابلية للاستهواء، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير.
- الاختلاط برفاق السوء، وعدم استغلال أوقات الفراغ في الأنشطة الثقافية والرياضية والترفيهية.
- زيادة التطلعات المادية للشباب، وفي المقابل ضعف القدرة المادية على أرض الواقع، مما قد يوقع البعض منهم فريسة سهلة بين يدي تجار المخدرات فيحولونهم إلى مدمنين،

مجانا ثم يمارسون ضغوطهم فيحولونهم متعاطين. (ديب، العاسمي، عكاشة، 2008، 2015، 2018: 243-372-538).

المحاضرة السابعة: الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات.

ينجم عن الإدمان والاعتماد على بعض المواد النفسية اضطرابات نفسية وعقلية وسلوكية متنوعة، حيث يؤدي تعاطي هذه المواد إلى حالة من التسمم الحاد التي يترتب عليها تغيرات في السلوك والوجدان، وفي الوظائف العقلية، وتشير زملة الاعتماد إلى مجموعة من المظاهر الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية التي تلي استخدام المادة بشكل متكرر. (العاسمي، 2015: 366).

يتعاطى الكثيرون من مستخدمي المواد النفسية أكثر من نوع واحد، وعلى الرغم من ذلك يجب أن يصنف تشخيص الاضطراب، كلما أمكن ذلك، تبعاً لأكثر المواد المستخدمة (أو فئة من المواد) أهمية ويكون من المفيد تحديد نوع من المادة الذي يكثر سوء استخدامه عن غيره خاصة في تلك الحالات التي تتضمن استخداماً مستمراً أو يومياً. (عكاشة، 2018: 506)

1 - الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكحول:

فالأفراد الذين يعتمدون جسماً على الكحول يعانون بشكل خطير أعراض التحمل أو الإنسحاب مقارنة بالأفراد الذين لا يعتمدون على الكحول فتأثيرات الإنسحاب للأفراد المفرطين في تناول الكحول قد تكون شديدة بدرجة واضحة، وذلك لأن الجسم أصبح معتاد الكحول، وبوجه خاص فالفرد يشعر بالقلق والاكتئاب والضعف والضيق الصدر، وعدم القدرة على النوم كما يحدث ارتعاشات عضلية خاصة في الأصابع، والوجه، والجفون، والشفتين، واللسان ويلاحظ زيادة كل من النبض، وضغط الدم، ودرجة الحرارة.

وفي حالات نادرة نسبياً، يصاب الأفراد المفرطون في تناول الكحول لعدة سنوات بالهذيان الارتعاشي عند انخفاض مستوى الكحول في الدم بشكل فجائي، فالفرد يصبح هذياناً وكذلك يرتعش، ولديه هلاوس في الأساس تكون بصرية، وفي بعض الأحيان تكون لمسية.

وحسب DSMV فإن الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكحول هي، زهان محدث بالكحول، اضطراب ثنائي القطب، اكتئاب، هذيان، اضطرابات النوم اختلال الوظيفة الجنسية اختلالات عصبية معرفية، القلق.

2 الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على الكافيين:

القلق النفسي: تكون أعراض القلق الناتجة عن الكافيين شديدة ومعيقة للفرد، كما أنها تكون مؤقتة وقد تختفي أعراض القلق بمجرد توقف استخدام الكافيين وإعطاء الجهاز العصبي مهلة للراحة واستعادة عافيته من تأثيرات تراكم الكافيين، اضطراب النوم المحدث بالكافيين، وهذه الاضطرابات تشخص عوضاً عن تشخيص الإنسام بالكافيين أو سحب الكافيين فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماماً سريرياً. ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالكافيين والتي تسبب إحباطاً سريراً هاما أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها.

3 -اضطرابات الناجمة عن الإدمان على الحشيش:

يسبب تعاطي الحشيش زيادة القدرة الحركية مع اضطراب قدرة التعرف على الزمان والمكان، وانعدام الإحساس بمرور الزمن، وإن زادت الحركة يسبب إرهاقا واختلاطا عقليا مع ظهور علامات ذهانية وهذيان تحت حاد، وهلاوس بصرية وسمعية مع الإحساس بالرعب واختلال الآنية إنقاص السكر في الدم، ومخفض لضغط الدم، اضطراب القلق، اضطراب النوم، الاكتئاب، التوهم الضلالي، اضطراب الهلع.

4 -اضطرابات الناجمة عن الإدمان على المهلوسات:

تسبب المهلوسات عدة اضطرابات أهمها: اضطراب القلق المصحوب بالرعدة الدائمة والشعور بالتعب إضافة الإحساس بالذعر والهلع والخوف المستمر وزيادة في نبضات القلب خاصة عند غياب المادة، اضطراب المزاج والتي تتمثل في اضطراب ثنائي القطب، الاضطرابات الذهانية (هلاوس سمعية وبصرية).

5 -الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المستنشقات:

جنون الارتياب: يتعرض المدمن إلى نوبات من الشك والريبة وإحساسه بأن المجتمع لا يقدر وجوده ولا يهتم به فيظهر لديه العدوانية والقلق واضطراب النوم، اضطراب المزاج، كما يظهر على الشخص فقدان الوعي المؤقت وعدم القدرة على حفظ التوازن والترنح أثناء السير، كما يحدث للمدمن اضطراب في الألوان والرؤية والأصوات ويمكن أن يحدث له بعض الهلوس السمعية والبصرية الشديدة.

6 -الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المنشطات: من أبرز الاضطرابات النفسية الناتجة

عن تعاطي المنشطات هي الاضطراب الذهاني، اضطراب المزاج، اضطراب القلق، اضطراب النوم، اضطرابات جنسية.

7 -الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المثبطات:

* اضطرابات الناجمة من الأفيون.

الآثار النفسية ففي البداية يشعر المتعاطي بالسعادة الوهمية والخلو الذهني، ويهيأ للمدمن أن لديه قدرة أكبر على العمل، ويربط الأطباء بين الأفيون والانحرافات السلوكية كالسرقة والشذوذ الجنسي والدعارة اضطراب الاكتئابى المحدث بالأفيون، اضطراب القلق.

*اضطرابات الناجمة عن الكوكايين: يؤدي تعاطي الكوكايين إلى نوبات من الاكتئاب والصرع

المتكررة، وقد يصل الأمر بالمتعاطي إلى حد الغيبوبة والوفاة أحيانا كذلك الإصابة بالوسواس القهري، والقلق والإكتئاب، الهذيان، الذهان.

* اضطرابات الناجمة عن الهيروين: هو أحد أنواع المواد المخدرة والتي تحدث اختلالا في

الاتزان والذي بدوره يقود المتعاطي إلى التعرض لنوبات من التشنج، الاضطراب الوجداني،

التعرض لنوبات من الاكتئاب والقلق، ومن أحد الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى الخوف

المبكر.

8 -الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على المهدئات والمنومات ومضادات القلق: إن هذه المواد

تستعمل في المجال الطبي في علاج حالات القلق والتوتر وبعض حالات الأرق ولكن أسوء

استخدامها فأدرجت ضمن الأدوية المخدرة ومن أهم الاضطرابات الناجمة عنها: الاضطراب

الاكتئابي، القلق، اضطراب النوم، الاضطراب ذهاني كالأوهام، الهلوس، الكلام الغير المنظم، السلوك الحركي للشاذ.

9 - الاضطرابات الناجمة عن الإدمان على النيكوتين (التبغ).

يعد النيكوتين من أشد المواد إحدائًا للإدمان، وهو مرتبط بأضرار بدنية طويلة الأجل تصيب القلب والرئة، إذ أن التدخين يقتل ما يزيد على 1100 فرد يوميا ويعتبر أحد أكثر أسباب الوفاة المبكرة، كذلك يسبب سرطان الرئة، يسبب انتفاخ الرئة، سرطان الحنجرة، وسرطان المريء، سرطان البنكرياس، سرطان المثانة، سرطان عنق الرحم، سرطان المعدة، وحدوث مضاعفات أثناء الحمل، ومتلازمة الموت المفاجئ للرضيع، بالإضافة إلى عدد من اضطرابات الأوعية الدموية واضطراب النوم.

المحاضرة الثامنة: الوقاية من المخدرات

وقد كانت الكثير من جهود الوقاية موجهة نحو المراهقين لأن اضطرابات استخدام المواد في مرحلة البلوغ غالبا ما تأتي في أعقاب تجربة في سنوات المراهقة أو ما قبلها، وقد كانت البرامج التي غالبا ما يتم إجراؤها في المدارس موجهة نحو زيادة شعور الصغار وتقديرهم لأنفسهم وتعلمهم المهارات الاجتماعية وتشجيعهم على أن يقولوا "لا" لضغوط البيرة إلا أن النتائج تبدو مختلطة. ولم يثبت أن تحسين تقدير الذات له فاعلية على العكس، فإن، التدريب على المهارات الاجتماعية والمقاومة "تعلم قول لا" قد أظهرت بعض النتائج الايجابية خصوصا مع الفتيات.

فحوالي نصف المدخنين البالغين يبدؤون عادة التدخين قبل بلوغهم سن الخامسة عشرة وجميعهم تقريبا يبدؤون التدخين قبل سن التاسعة عشر ومن ثم فإن ابتكار وسائل وطرق لعدم تشجيع الأفراد صغار السن على تجربة التبغ. قد أصبح يمثل قمة أولويات الباحثين في مجال الصحة والسياسيين، وبتشجيع من مكتب الجراحة العامة في أمريكا، وتمويل من المعهد القومي للسرطان تهدف إلى منع التدخين بين صغار السن وإقناع الشباب على مقاومة التدخين قد تكون مفيدة أيضا في محاولة إثنائهم عن تجريب المواد غير المشروعة والكحول.

فالوقاية هي مجموع التدابير التي تتخذ تحسبا لوقوع مشكلة أو لنشوء مضاعفات لظروف بعينها، أو لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون هدف هذه التدابير القضاء الكامل أو القضاء الجزئي على إمكان وقوع المشكلة أو المضاعفات، أو المشكلة ومضاعفاتها معا، أي أن الوقاية قد تكون كاملة وقد تكون جزئية.

حيث اعتمدت هيئة الأمم المتحدة والصحة العالمية في تصنيف إجراءات الوقاية إلى ثلاث

درجات:

1 - **وقاية من الدرجة الأولى** : وهي عبارة عن مجموع من الإجراءات التي تستهدف منع وقوع الإصابة أصلا، أي منع وقوع التعاطي والمؤدي إلى الإدمان أصلا وهو أمر بالغ الصعوبة، وتدخل هنا ثلاثة أنواع من الإجراءات:

أ - تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة ومن أهمها: وجود تاريخ للإدمان في الأسرة، الانهيار الأسري، الدخل المنخفض، ضعف الوازع الديني، انعدام الحافز والفضل الدراسي، انخفاض عتبة تحمل الإحباط، اختلال انضباط في الأسرة وعدم احترام التقاليد والقوانين، تدخين السجائر قبل بلوغ سن 12 سنة، مصاحبة أقران مدمنين، الظروف السيئة في بيئة العمل.

ب - استخدام الأساليب التربوية غير المباشرة في المناهج المختلفة.

ج - العناية المبكرة بالحالات تحت الإكلينيكية في هؤلاء المهينين لأخذ المواد للتخفيف من الأمراض النفسية والعقلية.

2 - **الوقاية من الدرجة الثانية**: ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر لوقف التماذي في التعاطي،

لكي لا يصل المتعاطي إلى مرحلة الإدمان وما يترتب عليها من مضاعفات، أي أنه يقوم

على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلا على التعاطي، ولكنه لا يزال في مرحلته

الأولى، ومن ثم يمكن إيقافه عن الاستمرار فيه، وفيما يتعلق بإجراءات الوقاية من الدرجة

الثانية، فإن المشكلة الخاصة ذلك هي كيفية العثور على حالات التعاطي المبكرة، والتقاطها

لتكون هدفا للإجراءات التي تساعد على التراجع على التعاطي في وقت مبكر، ولكن توجد

بعض العلامات التي تعزز احتمال سوء استعمال المواد أو الإدمان وهي:

- 1 - الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصور غير عادية.
 - 2 - الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر.
 - 3 - الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.
 - 4 - شحوب في الوجه وعرق ورعشة في الأطراف.
 - 5 - فقدان الشهية والهزال والإمساك.
 - 6 - الهياج لأقل سبب مما يخالف طبيعة الشاب المعتادة.
 - 7 - الإهمال الواضح في الأمور الذاتية وعدم الانتظام في الدراسة أو العمل.
 - 8 - إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية، والانصراف عن متابعة التلفزيون.
 - 9 - اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على المزيد من المال.
 - 10 - اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل، دون اكتشاف السارق، حيث يلجأ المدمن إلى السرقة من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة التي يدمنها.
- وفي هذا الصدد يوجد نوعان من الإجراءات:

النوع الأول: يستخدم على المستوى الفردي في العيادات الموجهة للكشف عن الشباب كعيادات الصحة المدرسية، حيث يمكن للأطباء الممارسين تحديد حالات التعاطي المبكر.

النوع الثاني: يحتاج إلى سياسة عامة في الدولة ومؤسساتها. تقتضي الكشف عن حالات التعاطي بين الشباب المتقدمين للالتحاق بمجالات معينة، كالجامعات أو النوادي الرياضية أو الكليات العسكرية، أين يجري الفحص الطبي قبل الالتحاق بها، وفي الحالتين يتوقف الأمر على وجود نظام علاجي محدد يلتقط هؤلاء المتعاطين ليخضعهم لبرامج توعية وعلاج مباشرة، مضافاً إلى ما سبق أساليب الكشف المبكر للتعاطي.

3 - **الوقاية من الدرجة الثالثة :** ويقصد بها التدخل العلاجي المتأخر نسبياً، لوقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان، وينطوي هذا المفهوم على الاعتراف بأن الأخصائي العيادي يلتقي أحيانا بحالات لا تستطيع الكف عن التعاطي، وإذا توقفت لفترات محدودة فهي لا تلبث تتركس بالعودة إلى التعاطي مرة أخرى.

فالوقاية من الدرجة الثالثة تشمل إعادة التأهيل الاجتماعي، حيث تتركز معظم الخدمات التي يتلقاها المدمن على عملية تطهير الجسم من السموم والتي يتم بواسطتها انتزاع المدمن من اعتماده العضوي على المخدر، ويمكن أن يستخدم لهذا الغرض المخدر نفسه الذي كان المدمن يعتمد عليه، كما يمكن أن يستخدم أدوية بعينها لهذا الغرض، وكذلك يمكن تخفيف أعراض الانسحاب بإعطاء بعض الأدوية الأخرى.

ولهذه العملية أهداف أربعة هي:

أ - تخليص الجسم من الاعتماد الفيزيولوجي الحاد، المقترن بالتعاطي المكثف المنتظم للمخدرات.

ب - التخفيف من الآلام والمتاعب التي تصحب الانسحاب، خاصة إذا كان مفاجئاً.

ج- تزويد المدمن بعلاج آمن وإنساني يساعده على مواجهة المراحل المبكرة لعملية التوقف عن التعاطي.

د- إحاطة المدمن ببيئة تشجعه على الالتزام بالدخول بعد ذلك في برنامج طويل للعلاج المتكامل.

ولنجاح هذه العملية يتم باعتبارين هما:

أولاً: إتمام العملية، أي الوصول بها إلى النهاية المقررة لها عملياً.

ثانياً: البدء في الدخول في برنامج علاجي متكامل فور الانتهاء منها.

(سفاري وبلقرمي، حويلة وآخرون، عكاشة، 2008، 2016، 2018: 318-644-

562)

المحاضرة التاسعة: علاج الإدمان على المخدرات.

إن موضوع علاج المدمنين على المخدرات والمواد النفسية موضوع شديد التعقيد، وذلك لتعدد جوانبه وتشابكها، مع موضوعات أخرى لا يمكن تجاهلها ولذلك قبل أن نخوض في أي كلام حول موضوع العلاج، لابد أن نلقى قدراً من الضوء في إشكالية هل المدمن مريض أم مذنب؟.

قبل الجواب على هذا التساؤل يجب معرفة على ما تنص عليه 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 مشروع إذا ثبت أنهم خضعوا للعلاج مزيل التسمم أو كانوا تحت المتابعة الطبية منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليهم".

وفي هذا الصدد يرى محمد يسرى دعيس في كتابه " الإدمان بين التجريم والمرض " أن الإدمان على المخدرات هو مرض اجتماعي له أبعاده النفسية والفيزيولوجية والاجتماعية، ولكن هذا المرض ليس وليد أسباب عضوية، بل له آثاره العضوية فقط، أما أسبابه فهي نفسية واجتماعية واقتصادية وثقافية.

إن التدخل الدوائي جزء من جانب أوسع بكثير مما نتصوره من العلاج وهو التكفل النفسي بالمدمن حيث يتسع ليشمل متابعة المدمن للتخطيط له ومساعدته على إعادة بناء مشروعه المستقبلي دون أي اضطرابات أو عراقيل.

1- العلاج الطبي: هي طريقة تهدف إلى تحديد الفرد فيزيقيا من الإدمان على المادة النفسية وهو المرحلة الأولى في العلاج، والعلاج الطبي لا يجب أن يكون عاما "نفس العلاج" بل يجب أن يكون شخيصيا، وذلك يرجع لكون التعاطي أو استهلاك المخدر يختلف من فرد لآخر باختلاف نوع المخدر ودرجة قوته وباختلاف درجة التعاطي وعدد المرات الكمية المستعملة، فهو يهدف إلى التهدئة العامة للمدمن، والقضاء على الأمراض التي أصابت المدمن نتيجة الإدمان، والوقاية المسبقة من الأمراض المحتمل أن يتعرض لها المدمن، والتقليل بدرجة تنازلية من الاعتماد لجسم الإنسان على المخدر، حتى الوصول إلى التطهير التام للجسم من المخدر، وعدم الاعتماد أو الحاجة الكيميائية إليه، بالإضافة إلى تقوية الجسم، وتنمية المناعة الطبيعية ضد الأمراض.

والطريقة المتبعة عادة في العلاج هي كالاتي:

1 1 + إدخال المريض لوحدة مميزة للإدمان في أحد مستشفيات الطب النفسي، أو مستشفى خاص بالإدمان على أن يكون لهيئة التمريض والعلاج خبرة خاصة بأساليب علاج الإدمان بكافة أنواعه.

حيث تختلف المراكز العلاجية في مدة إقامة المدمن، وتتراوح من شهر إلى 6 أشهر، حسب نوع ومدة الإدمان وشخصية المدمن والمساعدة الأسرية، فلا تزيد فترة الانسحاب عن 3 أسابيع أما العلاج التأهيلي المقنن فيحتاج من شهرين إلى 6 أشهر.

1 2 علاج أعراض انسحاب المادة المؤثرة نفسياً، والتي تختلف أعراضها حسب المادة، ويستغرق ذلك فترة تتراوح من أسبوع إلى ثلاثة أسابيع، ويعتقد البعض أنه من الأفضل أن يمر المريض بفترة من الألم، من جراء توقف العقار حتى لا يعود إلى هذه التجربة بسهولة مرة ثانية.

توجد نسبة لا تقل عن 20 % لا تعاني أعراض الانسحاب الأليمة، ويعطى الآن العلاج المتخصص لخفض شدة أعراض الانسحاب.

أ- التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال الكلوربرومازين عن طريق الحقن في العضل كل 8 أو 12 ساعة لعدة أيام، ثم الانتقال إلى العلاج بالفم، ويعطى أحياناً دواء الكلورميتيازول (الهمنفرين) بالوريد أو الفم خاصة في حالات إدمان الكحوليات.
ب تستعمل أحياناً أدوية البنزوديازيبين مثل: اللبيريم، الفاليوم، الأتيفان، السيريبياكس في الشخصيات السوية.

ج- تستعمل أحياناً الأدوية المضادة للصرع مثل: التجريتول، الديباكين، الريفوتريل.

د- مضادات القلق والاكنتاب لها فوائد في تخفيف هذه الأعراض، علاوة على المساعدة على النوم.

هـ- الأدوية المؤثرة على المستقبلات الأدرينالية مثل الكلونودين، والذي يستعمل في علاج ارتفاع ضغط الدم، ويقلل كثيراً من أعراض الانسحاب، خاصة مع الهيروين.

و- الأنسولين المعدل بإعطاء من 20-60 وحدة صباحاً، حتى يبدأ المريض في العرق وسرعة النبض، ويعطى بعدها مواد سكرية غنية بالنشويات.

ز- لا مانع من استعمال الفيتامينات والمقويات والمشهيات والمواد البناءة للجسم.

2 -العلاج النفسي الفردي والجماعي : هو أحد الأسس المهمة في العلاج بعد فترة

الانسحاب، ويشمل معرفة الدوافع اللاشعورية للاستمرار في الاعتماد وفهم الآليات

المكبوتة والرغبة الدفينة في التحطيم الذاتي غير المباشر وتقوية الذات وتأهيل

المريض لمواجهة المجتمع.

3 -العلاج السلوكي المنفر: ويتم من خلال إعطاء المريض مثيرات منفرة وكريهة مع

تناوله المادة المؤثرة (مادة ذات طعم مرّ بصورة شديدة، مادة ذات رائحة كريهة، أو

جعله يتقيأ كلما تناولها، حيث تصبح هناك عملية اقتران بين المادة المدمنة والمثيرات

المنفرة مما يحتم على المدمن تجنب تناول هذه المادة لتجنب الحصول على المثيرات

المنفرة).

4 -العلاج العقلاني الانفعالي: لألبرث إليس يهدف إلى مساعدة المدمنين والمتعاطين

في التعرف على أفكارهم غير العقلانية التي تسبب ردود فعل غير مناسبة لديهم

وحثهم على مقاومة أفكارهم غير المنطقية ومحاربتها والتخلص منها بالإقناع العقلي

المنطقي، وإعادة تنظيم الذات والمعتقدات، وتقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية عند

المتعاطي، وتقليل لوم الذات ولوم الآخرين والظروف، وتقبل التغيير والكف والتحسين

من الانتكاس.

5 -علاج بودن: H.M. Boudin علاج سلوكي خالص: وأهم عنصر في هذا الأسلوب

هو اعتماد المعالجين المحترفين على "متطوعين" ليسوا معالجين بحكم المهنة ولكن

يجري تدريبهم على عدد محدود من العمليات العلاجية اللازمة، وتهدف هذه الخطوة

إلى تحقيق غرضين هما:

الأول: هو مواجهة مشكلة قلة عدد المعالجين المحترفين، بالنسبة إلى أعداد المدمنين، فلو أن الموقف العلاجي أدير بالطريقة التقليدية، أي معالج واحد من المعالجين المحترفين، لكان أقل بكثير جدا من أعداد المدمنين المحتاجين للعلاج.

الثاني: هو إجراء العلاج في جو أقرب إلى جو مواقف الحياة العادية خارج المصحات أي حيث توجد المغريات ومثيرات الرغبة في هذا المخدر أو ذلك، مما يعني أن العلاج يتصدى مقدما لمشكلة احتمال الانتكاس التي يشكو منها الجميع وتتمثل في عودة أعداد كبيرة ممن يعالجون داخل المصحات إلى تعاطي مخدراتهم عقب الخروج من هذه المصحات مباشرة.

وفي هذا الإطار يعتمد أسلوب **بودن Boudin** على عدد من الإجراءات الفنية نحمل أساسيتها فيما يلي:

- 1- تدريب المدمن على ملاحظة الذات، ورصد ما يصدر منها.
- 2 للتدريب على تقييم الذات بناء على ما تسلكه الذات.
- 3 -برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التي تصل إليها من البندين السابقين.

ويكون الهدف من تدريب المدمن على الملاحظة الدقيقة لنفسه، هو الوصول به إلى الإدراك الواضح لما يسمى بالأنماط الوظيفية التي يفصح سلوكه الإدماني عنها.

والنمط الوظيفي في هذه الحالة هو التسلسل، الذي يبدأ بوقوع حدث أو سلسلة من الأحداث، لا تلبث أن تثير الدافع إلى تعاطي المخدر، ثم يقع فعل التعاطي نفسه، ثم يأتي ما يعقبه مباشرة من مشاعر وأحداث سلوكية هي التي تدعم سلوك التعاطي وترسخه، بعبارة أخرى إن النمط الوظيفي هو مجموعة السوابق على فعل التعاطي، ثم فعل التعاطي نفسه، ثم مجموعة اللواحق المباشرة.

وتعتبر ملاحظة أو رصد السوابق التي تثير الدافع إلى التعاطي ثم ملاحظة أو رصد اللواحق التي تدعم فعل التعاطي نقاط ارتكاز بالغة الأهمية في برنامج **بودن**، لأنها تستخدم فيما بعد باعتبارها المعطيات السلوكية التي يتناولها المعالج في تقويم الذات.

ثم تأتي أخيراً مرحلة تقويم أثر العلاج، وقد أشار **بودن** إلى أنه استخدم لهذا الغرض

أربعة محكات محددة وهي:

- مستوى الأداء في العمل (أو المدرسة).
- مستوى التعامل الشخصي والاجتماعي.
- وعدد مرات التعاطي التي قد يتورط المدمن فيها، رغم مشاركته في البرنامج.
- وعدد مرات الاصطدام بالقانون أياً كانت نوعية الاصطدام.

6 - **العلاج الاجتماعي**: يعرف بأنه طريقة لمساعدة الأسرة والأفراد في التغلب على ما

يواجهها من مشاكل، وذلك عن طريق رفع مستوى أدائهم لوظائفهم الاجتماعية،

فالعلاج الاجتماعي يبدأ عادة عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي إذ أن التوقف عن

تعاطي المخدر، لا يعني بالضرورة الشفاء التام.

فالعلاج الاجتماعي يعني ضمان اجتماعي للفرد المدمن في عدم الاستمرار في تعاطي المخدر

والاقتناع بتركه نهائياً، ويتم ذلك عن طريق مساعدة أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب وكذلك بمساعدة

الأجهزة والمؤسسات الاجتماعية المختصة في هذا المجال.

فالهدف من العلاج الاجتماعي هو جعل المدمن يصل إلى حالة من الاستقرار الاجتماعي

وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة المنتجة، بالإضافة إلى نبذ السلوكيات الشاذة والافتناع بضرورة

تجنبها والتخلي عنها، والدخول في الحياة الاجتماعية السوية وكذلك إعادة إدماجه اجتماعياً ومهنياً أو

إعادة تأهيله لمن كان لديه مهنة سابقاً، وإدخاله في الحياة المهنية بصورة جزئية أولاً، ثم بصورة كلية.

ومن كل ذلك نرى أن مدمن المخدرات كلما كان لديه الدافع للعلاج قويا واعترف بإدمانه ازدادت

نسبة التحسن، كما ترتفع احتمالات التحسن عند دخول المدمن المستشفى أول مرة وتنخفض مع

تكرار دخوله فيه، حيث ترتفع نسبة الانتكاس في الشهور الستة الأولى بعد مغادرة المدمن المستشفى،

ولكن لا ينبغي أن يدفعنا ذلك إلى التشاؤم، فالانتكاس مؤقت وعلينا أن نشجع المدمن على مراجعة

الهيئة العلاجية فور انتكاسه.

وأخيرا فإن العمل مع المدمن متعب وشاق ويحتاج لمختص متفان رحب الصدر ولا يعرف اليأس ومؤمن برسالته. (الزغبي، عبد الرحيم، العاسمي، عكاشة، 2010، 2014، 2015، 2018: 380 - 522 - 573-217).

المحاضرة العاشرة: الجهود المبذولة لمواجهة ظاهرة الإدمان في الجزائر.

من بين الجهود المبذولة من طرف الدولة الجزائرية وبالأخص وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ما يلي:

- 1 -الديوان الوطني لمكافحة المخدرات.
- 2 -المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها.
- 3 مشروع فتح مراكز وسيطية لعلاج الإدمان.
- 4 -إجراء ملتقيات ومؤتمرات حول الإدمان والمخدرات.
- 5 -إصدار قانون 18/04 المؤرخ في 2004/12/25 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بهما.
- 6 -إصدار قانون 18/11 المؤرخ في: 2018/07/02 المتعلق بالصحة.

1/ الجهود المبذولة لمواجهة ظاهرة الإدمان في الجزائر:

- 1 -الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها: أنشئ الديوان بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-212 المؤرخ في 9 جويلية 1997 المعدل والمتمم، وقد تم التنصيب الرسمي يوم 02 أكتوبر 2002 وتتمثل مهام الديوان فيما يلي:
 - التنسيق ومتابعة النشاطات التي تقوم بها القطاعات المعنية.
 - تقديم تقارير للحكومة عن النتائج المسجلة في ميدان مكافحة المخدرات.
 - إنتقاء وجمع المعلومات التي تسهل عمليات البحث والوقاية ومكافحة الاتجار بالمخدرات.
 - تقييم النتائج المحصل عليها من أجل مساعدة السلطات العمومية على اتخاذ القرار.
 - اقتراح التدابير الضرورية في مجال التشريع الخاص بمكافحة المخدرات والإدمان عليها.

-ترقية وتدعيم التعاون الجهوي والدولي في مجال مكافحة المخدرات والإدمان عليها.

2 -المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها:

صادقت الدولة على هذا المشروع الذي يغطي فترة خمس سنوات (2004-2008) بتاريخ 29

جوان 2003 بعد مناقشته في مجلس وزاري مشترك عقد خصيصا لهذا الغرض بالإضافة للوسائل المالية المجنّدة سنويا من قبل كل قطاع معنى للوقاية من المخدرات ومكافحتها، فقد خصّصت الدولة غلّافا ماليا لتطبيق هذا المخطط وتهدف المحاور الخمسة الأساسية للمخطط التوجيهي بصفة خاصة إلى:

- مراجعة التشريع الوطني قصد جعله منسجما مع التحولات التي عرفتھا ظاهرة المخدرات في الجزائر، ويتمثل الهدف الثاني المتعلق بهذا الجانب في جعل التشريع الوطني منسجما مع المعاهدات الدولية التي صادقت عليها الجزائر.
 - تطبيق برنامج مكثف للإعلام والتربية والاتصال.
 - وضع آليات مناسبة تسمح بجمع المعلومات ونشرها بين جميع الشركاء المعنيين بمكافحة المخدرات.
 - دعم قدرات تدخل مصالح مكافحة المكلفة بقمع الإتجار غير المشروع في المخدرات بجميع أشكالها.
 - إدراج نشاط الجزائر في هذا المجال ضمن إطار التعاون الدولي الجاري ولقد تم الشروع في تطبيق هذا المخطط فعليا في شهر جانفي 2004 وفق برمجة سنوية تتضمن توزيع المهام الواجب القيام بها على جميع القطاعات المعنية بهذه الآفة.
- 3 -مشروع فتح مراكز وسيطية للتكفل بالمدمنين: قد أعلنت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عن وضع مخطط لمشروع التكفل بالمدمنين، وذلك بفتح 15 مركز من أجل علاج داخلي و 53 مركز وسيطي من أجل العلاج الخارج وبالفعل قد تم مؤخرا فتح هذه المراكز بالولايات التالية: بسكرة، الجلفة، تيبازة، عين الدفلى، البويرة....

4 - إصدار القانون 18/04 المؤرخ في: 2004/12/25 المتعلق بالوقاية من المخدرات

والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بهما:

لقد ذهب المشرع الجزائري إلى إصدار القانون الخاص بمكافحة مختلف الجرائم المرتبطة

بالمخدرات والمؤثرات العقلية بعد ما كان يتم الاعتماد على القانون رقم 85/05 المتعلق بحماية

الصحة وترقيتها والذي تضمن 38 مادة مقسمة على النحو التالي:

✓ 05 مواد بالفصل الأول بعنوان: أحكام عامة.

✓ 06 مواد بالفصل الثاني بعنوان: التدابير الوقائية والعلاجية.

✓ 20 مادة بالفصل الثالث بعنوان: الأحكام الجزائية.

✓ 07 مواد بالفصل الرابع بعنوان: القواعد الجزائية.

2- قراءة للأفعال المجرمة وفقا لمواد القانون:

1/ الاستهلاك والحياسة للمخدرات والمؤثرات العقلية من أجل الاستهلاك (المادة 12): التي

نصت على عقوبة الحبس من شهرين إلى سنتين وغرامة من 5000 دج إلى 50 000 دج أو

بإحدى العقوبتين كل شخص يستهلك أو يحوز من أجل الاستهلاك الشخصي للمخدرات

والمؤثرات العقلية.

2/ الحياسة من أجل الترويج للمخدرات العقلية (المادة 13): حيث نصت على أنه يعاقب من

سنتين إلى 10 سنوات وبغرامة مالية من 100.00 دج إلى 500.000 دج كل من يسلم أو

يعرض بطريقة غير مشروعة مخدرات أو مؤثرات عقلية على الغير بهدف الاستعمال الشخصي.

كما نص على مضاعفة الحد الأقصى للعقوبة إذا تم تسليم أو عرض المخدرات أو المؤثرات

العقلية على قاصر أو معوق أو شخص يعالج بسبب إدمانه أو في مراكز تعليمية أو تربية أو

تكوينية أو صحية أو اجتماعية أو داخل هيئات عمومية.

3/ عرقلة ومنع الأعوان المكلفين بمعاينة جرائم المخدرات (المادة 14): حيث نصت على

عقوبة تتراوح ما بين سنتين إلى 05 سنوات حبس وبغرامة مالية من 100.000 دج إلى

200.000 دج في حق كل من يقوم بعرقلة أو منع بأي شكل من الأشكال المكلفين بمعاينة الجرائم أثناء ممارسة وظائفهم أو المهام المخولة لهم بموجب القانون.

4/ تسهيل للغير الاستعمال الغير مشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية (المادة 15): حيث تم إقرار عقوبة 5 سنوات إلى 15 سنة وغرامة مالية من 500.000 دج إلى 1.000.000 دج لكل من يقوم بتوفير محل أو وسيلة أخرى بمقابل أو بدون مقابل، سواء كان منزل ملك خاص أو مفروش، نفس الأمر بالنسبة لملاك والمسيرين والمديرين والمستغلين لفندق أو حانة أو مطعم أو ناد أو أي مكان عرض أو مكان مخصص للجمهور والاستعمال من طرف الجمهور، الذين يسمحون باستعمال المخدرات داخل هذه المؤسسات أو ملحقاتها.

كما أقر نفس العقوبة في حق كل من يقوم بوضع المخدرات أو المؤثرات العقلية في مواد غذائية أو مشروبات دون علم المستهلكين.

5/ الحصول ومحاولة الحصول قصد البيع وتسليم المؤثرات العقلية بوصفات طبية سورية (المادة 16): تم إقرار عقوبة الحبس من 5 إلى 15 سنة وغرامة مالية 500.000 دج إلى 1.000.000 دج في حق كل من يقوم بتقديم وصفة طبية سورية أو على سبيل المحاباة تحتوي على مؤثرات عقلية أو تسليم مؤثرات عقلية بدون وصفة أو بناء على وصفة وهو على علم بأنها سورية أو المحاباة للوصفات الطبية، كما نص على نفس العقوبة على فعل المحاولة.

6/ حيازة المخدرات من أجل الاتجار (المواد من 17 إلى 21): نظرا للأخطار المترتبة عن فعل الاتجار بهذه السموم حاول المشرع الجزائري محاربة كل الأفعال المرتبطة بهذا الفعل، من خلال نص المادة 17 إلى غاية 21، حيث أقر ضمن نص المادة 17 على عقوبة الحبس من 10 إلى 20 سنة وغرامة مالية من 5.000.000 دج إلى 50.000.000 دج في حق كل من يقوم بطريقة غير مشروعة بإنتاج أو صناعة أو حيازة أو عرض أو بيع أو وضع للبيع أو الحصول 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.

✓ كما أقر نفس العقوبة على فعل الشروع في الأفعال السالفة الذكر (المادة 17 ف2).

➤ في حين أقر عقوبة السجن المؤبد في الحالات الآتية:

7 عندما تتم هذه الأفعال من طرف جماعة إجرامية (المادة 17 ف3).

8 كل من يقوم بتسيير أو تنظيم أو تمويل مثل هذه النشاطات (المادة 18).

9 تصدير أو استيراد بطريقة غير مشروعة للمخدرات أو المؤثرات العقلية (المادة 19).

10 - زراعة بطريقة غير مشروعة لخشخاش الأفيون أو شجيرة الكوكا أو نبات القنب (المادة 20).

11 صناعة أو نقل أو توزيع سلائف أو تجهيزات أو معدات إما بهدف استعمالها في زراعة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية أو في إنتاجها أو صنعها بطريقة غير مشروعة أو مع علمهم بأن هذه السلائف أو التجهيزات ستستعمل لهذا الغرض (المادة 21).

➤ تجدر الإشارة إلى أن المشرع الجزائري أقر نفس العقوبة المقررة للجريمة أو الجرائم المرتكبة في حق كل من يقوم بتحريض أو تشجيع أو الحث بأي وسيلة على الجرائم المنصوص عليها في القانون رقم 04/18 (المادة 22).

➤ نفس عقوبة الفاعل الأصلي في حق الشريك في الجريمة أو في أي عمل تحضيري (المادة 23).

➤ في حين نص على رفع العقوبة المقررة في حق الأفعال المجرمة ضمن القانون في حال العود (المادة 27).

حيث نص ضمن على عقوبة السجن المؤبد في حال العود بالنسبة للجرائم التي تكون عقوبتها من 1 إلى 20 سنة حبس.

3- قراءة في أحكام لقانون 11/18 المؤرخ في: 2018/07/02 المتعلق بالصحة.

لقد تضمن نص القانون عديد المواد الخاصة بالمواد التبيغة من بينها:

المادة 49: نصت على الهدف من مكافحة الإدمان على التبغ على أنه حماية صحة المواطنين والحفاظ عليها.

المادة 51: منع جميع أشكال الترويج والرعاية والإشهار لفائدة المواد التبغية.

المادة 52: اشتراط كتابة إنذار عام على الجانب الظاهر من الغلاف وبحروف كبيرة يتضمن العبارة الآتية " استهلاك التبغ مضر بالصحة".

المادة 53: أن تتضمن جميع أشكال توضيب مواد التبغ والبطاقات الملصقة عليها بيانات على التركيبات السامة الأساسية وإفرازاتها.

المادة 55: ألزمت منتجي ومستوردي مواد التبغ، بتبليغ السلطات المختصة في هذا المجال بكل المعلومات المتعلقة بتركيبية مواد التبغ وإفرازاتها، مع ضرورة قيام هذه الأخيرة بالتحقيقات الضرورية طبقا للمقاييس المعمول بها.

المادة 56: منعت التدخين في الأماكن المخصصة للاستعمال الجماعي أو المستقبل للجمهور.

المادة 57: منعت بيع التبغ أو المواد التبغية للقصر.

المادة 58: نصت على أن الهياكل الحية تضمن مكافحة الإدمان على التبغ، من خلال التحسيس والمساعدة على الإقلاع والمعالجة.

4- الأفعال المجرمة والأحكام الجزائية الواردة في القانون:

1/ مخالفة الأحكام المتعلقة بالإنذار العام أو الخاص الواجب وضعه على وسم مواد التبغ والبيانات المتعلقة بالمكونات السامة: نصت عليه المادة 401 وأقر المشرع الجزائي عقوبة 06 أشهر إلى سنة حبس وبغرامة مالية من 500.000 دج إلى 1.000.000 دج.

2/ الترويج والرعاية والإشهار للتبغ: نصت عليه المادة 402، وأقر المشرع عقوبة الغرامة المالية 500.000 دج إلى 1.000.000 دج.

في حالة العود تضاعف العقوبة.

3/ التدخين في الأماكن المخصصة لاستعمال جماعي أو المستقبلية للجمهور: نصت عليه المادة 404، وتم إقرار عقوبة الغرامة 2.000 دج إلى 5.000 دج.

مع تطبيق غرامة الصلح على المخالفة وفقا لأحكام المادتين 381 و 393 من ق ا ج.

في حالة العود تضاعف العقوبة

4/ بيع التبغ للقصر: نصت عليه المادة 405، وأقر المشرع عقوبة الغرامة المالية 200.000 دج إلى 400.000 دج.

خاتمة:

من خلال ما عرضناه ضمن المطبوعة البيداغوجية يمكن القول أنها كافية في تكوين الطالب، خاصة طالب علم النفس العيادي، حيث أحاطت بأهداف ومحتوى المقياس، كما تم تقديم بعض التوصيات المهمة في عملية التشخيص والعلاج، ومن المعروف بأن الإدمان على المواد النفسية يمكن أن يصاحبها تحديات إضافية بسبب الطريقة التي يمكن أن يؤثر بها تعاطي المخدرات بمرور الوقت على قدرة الدماغ، على إدارة الوظائف مثل الذاكرة والتخطيط والتفكير المرن والمعروف باسم الوظائف المعرفية، ومع ذلك لا يتعلق الأمر فقط بالمخدرات ولكن أيضا حول أنماط الحياة التي يمكن أن تتماشى أحيانا مع الاستخدام طويل المدى.

كما يؤكد **Jenny Svanberg (2018)** بأن هناك العديد من الأشياء التي تجعلنا عرضة للتطور السلوكيات المسببة للإدمان، بالرجوع للعامل البيولوجي، العمر، وبيئتنا، والنظر في الطريقة التي ينمو بها الإدمان من التفاعل بين الشخص وبيئته والاستراتيجيات التي نطورها للفهم وللتعامل، إذا واجهنا الشدائد ونحن صغار أو عندما نكون، الإدمان سيكون احتمالا في ظروف بعينها (على الرغم من أنه بالتأكيد ليست نتيجة متوقعة سلفا)، العديد ممن وقع فريسة الإدمان عانى من الإساءة والإهمال والعنف، لدرجة أن سوء المعاملة في بعض الأحيان تصبح طريقة حياة طبيعية، ويفهم اللطف على أنه مجرد عدم وجود ضرر، والنموذج الطبي غالبا ما يركز على أعراض الإدمان وليس الأسباب التي يمكن أن تعمينا عن جذور بعض الإدمان. في كثير من الأحيان لا تكون السلوكيات التي تسبب الإدمان هي المشكلة الأساسية ولكنها تبدأ كطريقة صد الضيق الشديد.

من أهم التوصيات التي قدمت للطلبة هو العمل بالدليل التشخيصي الإحصائي في التشخيص والعلاج لأن كل المواد النفسية موجودة ولكل مخدر له أعراض التسمم وأعراض الانسحاب والتي بدورها تساعد المختص العيادي على معرفة والتأكد من مراحل العلاج.

ومن خلال كل ما مرت عليه المطبوعة من محاضرات سيتشبع الطالب بما يعطيه صورة واضحة ومحددة عن كل ما يتعلق بالمواد النفسية والمجتمع.

المراجع:

- 1 -البستاني فؤاد فرام - منجد الطلاب- ط 18، دار الشروق- لبنان.
- 2 الحويلة أمثال هادي وآخرون (2016): علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس، ط2، مكتبة الأنجلومصرية- القاهرة.
- 3 -الزعبي أحمد محمد (2010): أسس علم النفس الجنائي - ط 1- دار زهران للنشر والتوزيع، عمان -الأردن.
- 4 للسيد علي فهمي (2010)، العلاج النفسي تقنياته- وسائله- طرقه ، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية - مصر.
- 5 -الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2008): المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها.
- 6 -العاسمي رياض نايل (2015): العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي- بين النظرية والممارسة- ط1- دار الإعصار العلمي- عمان- الأردن.
- 7 -بعبيع محمد نادية (2011): الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات - دار البازوري، عمان، الأردن.
- 8 -بلبريك محمد (2016): المخدرات أنواعها، توزيعها الجغرافي، طرق تهريبها، أسباب تعاطيها ودور المؤسسات الاجتماعية في الوقاية منها - مركز البحوث والدراسات حول الجزائر والعالم.
- 9 -بلعبور الطاهر (2008): سوسولوجية الإدمان على المخدرات، الملتقى الدولي الأول حول الإدمان على المخدرات- المسيلة.
- 10 -بلميهوب كلثوم (2014): تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية، مركز البحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية (CRASC).

- 11 بوجاري سهام (2016): مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للتخفيض من الأفكار اللاعقلانية والتخفيف من قلق الانزعاج لدى المدمنين على المخدرات - رسالة دكتوراه- جامعة الجزائر -2-
- 12 بوزيان عماد (2020): التبغ والمخدرات في صفحات التشريع- قراءة رقمية بحصيلة نشاطات الأمن الوطني في محاربة هذه الآفات ، المديرية العامة للأمن الوطني أمن ولاية بسكرة.
- 13 حبيب فهيمة وآخرون (2008): الإدمان على المخدرات وعلاقتها بالتلاميذ المراهقين في المدرسة الجزائرية، الملتقى الدولي الأول حول الإدمان على المخدرات- المسيلة.
- 14 رواب ع وغربي (2008): المخدرات- خريطة الإنتاج والاستهلاك والإتجار ، الملتقى الدولي الأول حول الإدمان على المخدرات- المسيلة.
- 15 زبدي، مصطفى كمال (2003)، المفاهيم والمصطلحات الخاصة بالمخدرات ، جامعة الجزائر- مخبر الأرغنوميا.
- 16 سمايل حدة وحيدة (2015): الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية ودوافعه وأضراره على الصحة النفسية والجسدية وعلاجه - ط1- دار التنوير، الجزائر.
- 17 سباهي حسين محي الدين (2013): المخدرات- وباء العصر- دراسة علمية - تربوية- نفسية- دراسات وأبحاث مجلة العدد 3 و4- سورية.
- 18 سفاري م ويلقري س (2008): المخدرات - رؤية اجتماعية لواقع الظاهرة وسبل والوقاية- الملتقى الدولي الأول حول الإدمان على المخدرات- المسيلة.
- 19 -سويف مصطفى (1996): المخدرات والمجتمع، سلسلة كتب ثقافية للمجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب- الكويت.
- 20 صادقي فاطمة (2014): الآثار النفسية للإدمان على المخدرات- دراسات نفسية وتربوية- مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية عدد 12.
- 21 صقر نبيل (2006): جرائم المخدرات في التشريع الجزائري - دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.

- 22 عبد الرحيم صالح علي (2014): علم النفس الشواذ - الاضطرابات النفسية والعقلية ، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
- 23 -عبد المنعم عفاف محمد (1998): الإدمان- دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه - دار المعرفة الجامعية - الإسكندرية.
- 24 عكاشة أحمد طارق (2018) الطب النفسي المعاصر - ط5- مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، مصر.
- 25 -قجة ر، عزوز ع (2008): النظريات والنماذج المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات في العوامل السيكلوجية والبيولوجية والاجتماعية الثقافية المؤدية إلى الإدمان - الملتقى الدولي الأول حول الإدمان على المخدرات- المسيلة.
- 26 محمد حسن غانم (2005): العلاج والتأهيل النفسي الاجتماعي للمدمنين - مكتبة الأنجلومصرية- مصر.

- 27- American psychiatric association (2015) : **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSMV**, coordination générale de la traduction françaises, Marc-Antoine Crorq et julien Guelfi, 5^{eme} edition Elsevier Masson.
- 28- Mackenzie whitesell, Annette bachand, and others, (2013), **Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use**, journal of Addiction, Article, state university, USA.
- 29- <https://greatoaksrecovery.com/risk-factors-for-addiction/>
- 30- Andradea Jackie, jon Maya, David Kavanaghb (2012) : **Sensory Imagery in Craving, From Cognitive psychology to New Treatments for Addiction**, Journal of Experimenntal Psychopathology JEP Volume 3, Issue 2, 127-145.
- 31- Jenny Svanberg (2018) : **The Psychology OF Addiction**, Routledge 2 Park Square, New York, USA.
- 32- The National Institute On Drugs Abuse (2018) Media Guide, **How to find What you need to Know about drug use and adiction**, Department of Health and Human Services National Institutes of Health –U.S , printed October 2016, Revised July 2018.