



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الانسانية

مطبوعة مقياس



محاضرات في مقياس المخدرات والمجتمع

stop
drogue

موجهة لطلبة السنة الثالثة علم المكتبات



الدكتورة: صدراتة فضيلتة



ID fadhila sedrata

الموسم الجامعي 2019-2020

محتوى المقياس

- 1- تعريف المخدرات: توضيح مفهومها لغة واصطلاحاً، وأنواعها وتصنيفاتها.
- 2- خصائص المخدرات ومميزاتها
- 3- الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات: التعرض إلى 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 للتقليل 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

الهدف من تدريس المقياس

إن من متطلبات الجامعات بصفة عامة والجامعة الجزائرية خاصة الوقوف على ما يقدم للطلبة من مواد علمية وتحيينها كلما اقتضت الضرورة لذلك، وهذا في ظل العولمة وافرازاتها سواء الإيجابية أو السلبية وما أضافته من قيم جديدة موازية ومنافسة قوية لمؤسسات التنشئة الاجتماعية اليوم. ومن هذه التحيينات اضافة مقياس سداسي بمسمى المخدرات والمجتمع من أجل توعية وتعبئة الشباب من أجل مواجهة هذه الحرب الصريحة القادمة من كل الجهات والعاصفة بكل الفئات وخاصة وقود الأمة وعمادها، وهذا من خلال ما يعرض من مضامين هذا المقياس وتقديمه في سياق قيمى إرشادى عربى إسلامى.

فهرس المحتويات

	المحاضرة الأولى: تعريف المخدرات توضيح مفهومها لغة واصطلاحاً
12	أولاً: لمحة تاريخية عن المخدرات
15	ثانياً: تعريف المخدرات
15	1- المعنى اللغوي للمخدرات
16	2- المعنى الاصطلاحي للمخدرات
16	3- المعنى العلمي للمخدرات
17	4- المعنى الدوائي للمخدرات
17	5- المعنى القانوني للمخدرات
17	6- المعنى الاجتماعي للمخدرات
18	7- الاتفاقيات الدولية للمخدرات
18	ثالثاً: تحديد لبعض المصطلحات المتداخلة مع مصطلح المخدرات
18	1- المواد المخدرة
18	2- تعاطي المخدرات
19	3- الإدمان
19	4- الاعتياد
20	5- ظاهرة الاعتماد
20	5-1- الاعتماد النفسي
20	5-2- الاعتماد الجسدي
21	6- ظاهرة سحب العقار
21	7- ظاهرة التداخل
21	8- التحمل

المحاضرة الثانية: تصنيف المخدرات وطرق التعاطي

23	.....	أولاً: تصنيف المخدرات
23	.....	1-التصنيف حسب المصدر
23	.....	1-1-المخدرات الطبيعية
23	.....	1-2-المخدرات المصنعة
23	.....	1-3-المخدرات التخليقية
24	.....	2-التصنيف بحسب الفعالية
24	.....	1-2-المسكات
24	.....	2-2-المهدئات
24	.....	2-3-المنشطات
24	.....	3-التصنيف بحسب اللون
24	.....	1-3-المخدرات البيضاء
24	.....	2-3-المخدرات السوداء
24	.....	3-3-المخدرات الصفراء
24	.....	4-التصنيف بحسب الاعتماد النفسي والعضوي
24	.....	1-4-المواد التي تسبب الاعتماد نفسياً وعضوياً
24	.....	2-4-المواد التي تسبب الاعتماد نفسياً فقط
25	.....	5-تصنيف منظمة الصحة العالمية
25	.....	1-5-مجموعة العقاقير المنبهة
25	.....	2-5-مجموعة العقاقير المهدئة
25	.....	3-5-مجموعة العقاقير المثيرة للآخيل
25	.....	4-5-التصنيف بحسب التركيب الكيماوي
25	.....	ثانياً: تعاطي المخدرات وأنواعه
26	.....	1-تعريف تعاطي المخدرات
26	.....	2-أنواع التعاطي
26	.....	1-2-التعاطي التجريبي أو الاستكشافي
26	.....	2-2-التعاطي العرضي أو الظرفي
26	.....	3-2-التعاطي المنتظم
27	.....	4-2-التعاطي الكثيف أو القهري

المحاضرة الثالثة: أنواع المخدرات وطرق التعاطي

29	.....	أولاً: أنواع المخدرات
29	.....	1-المخدرات الطبيعية
29	.....	1-1-الحشيش أو القنب الهندي -الماريجوانا-
30	.....	1-2-القات
31	.....	1-3-الكوك
32	.....	1-4-الأفيون
32	.....	2-المخدرات ذات الاشتقاق الطبيعي
32	.....	1-2-المورفين
35	.....	2-2-الكوداين
35	.....	3-المخدرات المصنعة كيميائياً
35	.....	1-3-المهلوسات
36	.....	2-3-المهبطات
36	.....	1-2-3-المهبطات الطبيعية
36	.....	2-2-3-المهبطات نصف التخليقية
37	.....	3-3-المهدئات
37	.....	4-3-المنشطات -الأمفيتامينات-
37	.....	1-4-3-المنشطات الطبيعية
38	.....	2-4-3-المنشطات التخليقية
38	.....	5-3-المستنشقات
38	.....	ثانياً: طرق تعاطي المخدرات
39	.....	1- عن طريق الفم
39	.....	2- عن طريق الشم
39	.....	3- عن طريق الإبر

المحاضرة الرابعة: النظريات المضرة للإدمان وتحليل شخصية المدمنين

- 41 **أولاً: النظريات المضرة للإدمان**
- 41 1- المنظور الطبي
- 42 2- النظريات السلوكية
- 43 3- نظريات التحليل النفسي
- 45 4- المنظور الاجتماعي
- 47 **ثانياً: تحليل شخصية المدمنين**
- 47 1- شخصية المدمن
- 47 1-1- عدم النضوج الانفعالي
- 47 1-2- الشخصية النرجسية
- 47 1-3- الشخصية المريضة جنسياً
- 47 1-4- الشخصية القلقة
- 47 2- الشخصيات الأكثر عرضة للإدمان
- 47 1-2- الشخصية الاكتئابية
- 48 2-2- الشخصية المثيبة اجتماعياً
- 48 2-3- الشخصية السيكوباتية
- 48 2-4- الشخصية المكروبة

المحاضرة الخامسة: الأسباب المؤدية إلى تعاطي وإدمان المخدرات

- 50 **أولاً: الأسباب التي تعود للضرر**
- 50 1-1- ضعف الوازع الديني لدى الفرد
- 51 1-2- مصاحبة الأفراد المتعاطين ورفقاء السوء
- 52 1-3- الشعور بالفراغ
- 52 1-4- حب التقليد
- 52 1-5- انخفاض مستوى التعليم
- 52 1-6- العوامل النفسية
- 53 1-7- العوامل البيولوجية
- 53 **ثانياً: الأسباب التي تعود للأسرة**
- 54 1-2- المشاكل الأسرية
- 54 2-2- ضعف الرقابة الوالدية

- 55 2-3- سوء المعاملة الوالدية.
- 56 **ثالثا: الأسباب التي تعود للمجتمع**
- 56 1-3- توفر مواد الإدمان عن طريق المهربين والمروجين.
- 56 2-3- العوامل الاجتماعية والثقافية والحضارية.
- 56 3-3- العوامل الاقتصادية.
- 56 4-3- العوامل الطبيعية وحالات الحرب.
- 57 3-5- قلة وتراجع دور وسائل الإعلام المختلفة.
- 58 3-6- غياب رسالة المدرسة.
- 58 3-7- العمالة الأجنبية.
- 58 3-8- وجود بعض أماكن اللهو في بعض المجتمعات.

المحاضرة السادسة: الآثار المترتبة عن تعاطي المخدرات

وملامح انحراف الأبناء

- 60 **أولا: التأثيرات المترتبة عن المخدرات**
- 60 1- الآثار الصحية (الجسمية):
- 61 2- الآثار النفسية.
- 62 3- الآثار الاجتماعية.
- 62 1-3- أثر المخدرات على مستوى الأسرة.
- 63 1-3- أثر المخدرات على مستوى المجتمع.
- 64 4- الأضرار الاقتصادية للمخدرات.
- 65 5- الأضرار السياسية للمخدرات.
- 65 6- الأضرار الدينية.
- 65 6- الأضرار الأمنية.

ثانيا: ملامح بعض الأعراض التي تدل على انحراف الابن

- 66 **ودخوله**
- 66 **المخدرات**
- 66 1- التغيير في السلوك.
- 66 2- التغيير في الأداء المدرسي.
- 66 3- التغيرات الاجتماعية.

المحاضرة السابعة: الاستراتيجيات الوقائية والعلاجية وطرق المكافحة

68	.....	أولاً: الجهود الوقائية
68	.....	1-تعريف الوقاية.....
69	.....	2-مستويات الوقاية.....
69	.....	1-2- الوقاية من الدرجة الأولى.....
69	.....	2-2-الوقاية من الدرجة الثانية.....
70	.....	2-3-الوقاية من الدرجة الثالثة.....
70	.....	3-استراتيجيات الوقاية.....
71	.....	1-3-تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة.....
72	.....	2-3-استخدام الأساليب التربوية.....
72	.....	3-3-العناية المبكرة بالحالات تحت الإكلينيكية.....
76	.....	ثانياً: استراتيجيات علاج الإدمان على المخدرات
77	.....	1-2-العلاج الطبي الكيميائي بنفس المخدر.....
77	.....	1-3-العلاج الطبي الكيميائي بمخدر أو بعقار بديل.....
77	.....	1-4-طريقة القطع الكامل للمخدر والعلاج بمضادات الإدمان.....
77	.....	1-5-العلاج النفسي.....
78	.....	1-6-العلاج الاجتماعي.....
79	.....	ثالثاً: مراحل علاج المدمنين
79	.....	1-2-المرحلة الأولى "المبكرة".....
79	.....	2-2-المرحلة الثانية "المتوسطة".....
79	.....	2-3-المرحلة الثالثة "الاستقرار".....
80	.....	رابعاً: العوامل الضرورية لنجاح العلاج
81	.....	خامساً: طرق المكافحة والقضاء على تعاطي المخدرات وتهريبها
81	.....	1-جهود المكافحة.....
82	.....	2-جهود التوعية.....
85	.....	3-استخدام نظام التربية والتعليم.....
85	.....	4-التنشئة الأسرية.....
86	.....	5-تقوية الوازع الديني.....

المحاضرة الثامنة: دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية**وسائل الإعلام للتصدي إلى هذه الظاهرة**

- 88 أولاً: دور الأسرة في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات
- 89 ثانياً: التربية والتعليم ودورها في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات
- 90 ثالثاً: الشؤون الدينية والأوقاف ودورها في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات
- 90 رابعاً: دور الإعلام في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات

المحاضرة التاسعة: الجهود التشريعية في مجال جرائم المخدرات**في بعض الدول وفي الجزائر**

- 93 أولاً: الجهود التشريعية في مجال جرائم المخدرات في بعض الدول
- 96 ثانياً: الجهود التشريعية الجزائرية في مجال جرائم المخدرات
- 96 1- الآليات الوطنية لمكافحة المخدرات وإدماجها
- 96 1-1- اللجنة الوطنية الأولى لمكافحة المخدرات في الجزائر
- 96 1-2- اللجنة الوطنية الثانية لمكافحة المخدرات في الجزائر
- 97 1-3- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات بالجزائر وإدماجها
- 97 1-4- المخططات التوجيهية الوطنية لمكافحة المخدرات
- 98 2- توصيات للأهل حول كيفية التعامل مع الأبناء المدمنين
- 99 3- توصيات هامة من أجل مكافحة الإدمان
- 100 الخاتمة
- 101 قائمة المراجع

مقدمة

أصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات وإدمانها واحدة من المشكلات التي كان للعلم والهيئات العلمية والعلماء نصيب بارز في التعامل معها من كافة النواحي، وذلك لأنها من المشكلات الاجتماعية التي تؤثر تأثيراً بالغاً على المجتمع وأفراده على حد سواء، فهي لا تقتصر على مجتمع دون آخر أو طبقة اجتماعية داخل المجتمع دون أخرى، وكذلك ما لها من مرتبات اقتصادية وبشرية متزايدة سواء في مجال المكافحة أو في مجال العلاج، وفي مجال التأهيل والاستيعاب الاجتماعي للمدمنين وكذلك في التخفيف من آثار تلك المتربات.

لذا ومن هذا المنطلق سيتم إلقاء الضوء في هذه المطبوعة على ماهية هذه المشكلة التي تهدد حياة الفرد والمجتمع، وذلك من خلال التطرق إلى تعريف المخدرات لغة واصطلاحاً وأنواعها وتصنيفاتها ومميزاتها، والأسباب والعوامل التي تؤدي إلى تعاطيها النفسية منها والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، ونحاول جاهدين أكثر أن نركز على سبل الوقاية والعلاج وهذا من خلال التعرض إلى مختلف الاستراتيجيات المعتمدة من قبل الدولة للتقليص من وجود هذه الظاهرة داخل المجتمع الجزائري، وموضحين ضمن هذا كله دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية ووسائل الإعلام للتصدي إلى هذه الظاهرة بالإضافة إلى الجهود التشريعية في مجال جرائم المخدرات.

والله نسأل أن نكون قد أضفنا عملاً نافعاً يحقق الغرض منه.

والله من وراء القصد

د. فضيلة صدراة

المخاضة اللومى

المحاضرة الأولى

تعريف المخدرات: توضيح مفهومها لغة واصطلاحاً وأنواعها وتصنيفاتها

أولاً: لمحة تاريخية عن المخدرات:

تمثل إساءة استعمال الكحول والمخدرات جزء من تاريخ البشرية فمنذ سبعة آلاف سنة قبل الميلاد تقريباً عرفت الحضارة السومرية بعضاً من خصائص التخدير في نبات الأفيون فقد وجدت لوحة سومرية يعود تاريخها إلى الألف الرابعة قبل الميلاد، تدل على استعمال السوماريين للأفيون وكانوا يطلقون عليه (نبات السعادة)، وعرف الهنود والصينيون الحشيش منذ الألف الثالثة قبل الميلاد، كما أن هذه النباتات المخدرة كانت معروفة لدى الإغريقين الأوائل وأشير إليها في مواضيع عدة في إلياذة هوميروس الأوديسة. (المهندي، 2013، ص 21)، كما أن الدراسات تشير إلى أن الفراعنة قد عرفوا المخدرات منذ القدم واستعملوها كدواء واستعملوا ألياف نباتات القنب (الحشيش) في صناعة المنسوجات والحبال واستخدموه في احتفالاتهم الدينية. (الحرارشة، الجزازي، 2012، ص 11) وأسماها "حشيش الساحر أو الشيطان"، وعرفوا "الخشخاش" وأسماها "أبو النوم" واستخدم لتسكين الآلام وفي أغراض متصلة بالنواحي الجنسية، حيث جرى وصف خواصها الدوائية من قبل الأطباء العرب القدامى في القرنين العاشر والحادي عشر. لذا فاستخدام المخدرات قديم قدم البشرية حيث عرفته أقدم الحضارات في العالم. كما اعتبرت الكحوليات من أقدم المواد التي تعاطاها الإنسان، وتعتبر الصين من أسبق المجتمعات إلى معرفتها وتصنيعها منذ عصور ما قبل التاريخ، فقد عرف الصينيون القدامى عدداً من عمليات التخمير الطبيعية لأنواع مختلفة من الطعام، أما بالنسبة للأفيون ومشتقاته فقد أشارت بعض المراجع إلى أن الاستخدام الطبي للأفيون ومشتقاته عرف منذ ما يقرب من سبعة آلاف سنة قبل الميلاد. (سوفيف، 1996، ص 28)

أما القنب فيشير التاريخ إلى أنه استخدم عدة استخدامات فقد صنعت من أليافه الحبال وأنواع من الأقمشة المتينة، كما وصفه الأطباء لعلاج أمراض بعينها، واستعمل لأغراض دينية، وللتغلب على الجوع والعطش، واستعمل لأغراض ترويحية.

وأما الكوكايين فقد عرف هذا النبات في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي سنة، وفي عصور ازدهار قبائل "الإيتكا"، وكانت أوراق الكوكا تعتبر شيئاً ثميناً، وكانت تحجز عادة عن العامة لكي يبقى استخدامها وفقاً على النبلاء. (سوييف، 1996، ص33)

حيث 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 الآشوريين والفرس وسكان آسيا للحصول على الانشراح (الكيف)، حيث عرف الآشوريون خصائصها التخديرية منذ القرن الثامن قبل الميلاد، وعرفت بلاد فارس في القرن الحادي عشر ميلادي وعرفته الهند قبلها بقرون كثيرة ، وأول طبيب عربي وصف التخدير بالقنب الهندي كان ابن البيطار وذلك في القرن السابع الهجري (الثالث عشر الميلادي) إلا أن شيوخ مختلف أنواع المخدرات لم يعرف إلا بعد اجتياح التتار للعراق سنة 1285 ثم اتسع انتشاره بعد عزوهم للشام في أول القرن الثالث عشر الميلادي. (شمس، 1995، ص15)

ونجد في العصور القديمة أن الناس قاموا بزراعة نباتات مخدرة لأغراض ترفيهية أو طبية فقد ورد في كتاب الحضارات القديمة آثار كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد المخدرة منذ تلك الأزمنة البعيدة، حيث وجدت تلك الآثار على شكل نقوش على جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي المصرية القديمة أو كأساطير مروية تناقلتها الأجيال، فالهندوس على سبيل المثال كانوا يعتقدون أن الإله شيفا هو الذي يأتي بنبات القنب من المحيط، ثم تستخرج منه باقي الآلهة ما وصفوه بالرحيق الإلهي. كما نقش الاغريق صوراً لنبات الخشخاش على جدران المقابر والمعابد أما قبائل الأنديز فقد انتشرت بينهم أسطورة تقول بأن امرأة نزلت من السماء لتخفف آلام الناس وتجلب لهم نوماً لذيذاً وتحولت بفضل القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا. (سيف، 1985، ص48)

ولكن البدايات المعاصرة لاستخدام المخدرات خاصة في الغرب بدأت بالاستخدام الطبي للمخدرات، وكان الأطباء يصفون مركبات الأفيون كعلاج، بل أن أحد الأطباء كتب كتاباً يبين فيه للأمهات متى وأين تستخدم المخدرات لعلاج أطفالها، وأدى جهل الأطباء حينئذ بالمخاطر التي يمكن أن تنتج عن إدمان هذه المواد إلى استخدامها على نطاق واسع لعلاج العديد من الأمراض والآلام ، وقد اتسع نطاق استخدام المخدرات إلى أن دخلت في كل علاج حتى مهدئات الأطفال، وقد استخدم في الحرب الأهلية

الأمريكية لعلاج حالات الإصابة حتى سمي الإدمان آنذاك مرض الجندي. وفي سنة 1898 انتجت شركة باير في ألمانيا من طرف العالم هيلاش درسر مادة مخدرة جديدة ومعناها بالعربية البطلولة على اعتبار أنها أقل خطورة وكانت هذه هي مادة الهيروين التي تبين أنها أكثر خطورة في الإدمان من المورفين الذي جاء بديلا عنه، وعندما أدرك الأطباء وعموم الناس مخاطر الإدمان كانت المخدرات قد انتشرت بشكل واسع جدا.

وهناك عشرات النباتات والفطريات التي تحتوي على كيميائيات مذهبة للعقل، أما الأمفيتامينات أو المنبهات والمنومات والمنشطات فقد تم اكتشافها في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، حيث صنع أول عقار منشط في ألمانيا عام 1887.

ومع مطلع القرن العشرين بدأ الأطباء والعلماء والمثقفون ينتبهون إلى خطورة المخدرات والأضرار التي تسببها للمتعاطي، حيث بدأت تتدفق على البلدان كميات ضخمة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان، وأقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن، بعد أن كان التعاطي محصورا 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، ص22)، وعمد المسؤولون إلى محاربتها ومنعها بكل الوسائل الممكنة وارتفعت الأصوات الراضية للمخدرات فأخذت بعض الحكومات تتجاوب مع تلك الأصوات حتى تساندت عدة دول أوروبية وعقدت مؤتمرا دوليا رسميا تمخض عنه أول قرار دولي يصدر علنا في أوروبا لمنع تدخين الأفيون، حيث وقعت عليه تسع دول أوروبية فقط، وكان ذلك عام 1909 ثم عقدت اتفاقية لاهاي عام 1912 التي تنص على منع تدخين الأفيون وبعدها في عام 1914 صدر قانون هاريسون في الولايات المتحدة الأمريكية الذي حرم بيع واستعمال الكوكايين والأفيون وكل مشتقاته وفي عام 1925 تم الاتفاق بين مجموعة من الدول للحد من التجارة بالأفيون ثم في عامي 1931 1936 وقعت الدول الأوروبية في جنيف اتفاقيتين للحد من تجارة المخدرات، وفي عام 1946 أصدرت منظمة الأمم المتحدة قرارا يقضي بمحاربة المخدرات بواسطة المنظمة، ثم توالى القرارات وتزايد عدد الدول المؤيدة لمنع انتشار المخدرات بكل صورها وأشكالها، وكانت اتفاقية عام 1961 من أهم تلك الاتفاقيات حيث وقعت عليها 115 دولة ثم انضمت إليها

دول أخرى كثيرة وتعرف هذه الاتفاقية باسم الاتفاقية الوحيدة للمخدرات. وسميت هكذا لأنها ألغت كل الاتفاقيات السابقة ماعدا اتفاقية عام 1936، وقد أعطت هذه الاتفاقية الحق لكل دولة بأن تعدل جداول الاتفاقية الأربعة بنقل مادة ما من جدول مخدر شديد الخطورة إلى جدول مخدر قليل الخطورة والعكس بالعكس. (الفار، 2016، ص 63)

ثانياً: تعريف المخدرات: إن تعريف المخدرات يختلف باختلاف النظرة إليها، فلا يوجد تعريف يتفق عليه العلماء يوضح مفهوم المخدرات، نظراً للتداخل في معنى الكلمة وفي تحديد بين ما هو مخدر وغير مخدر، وقد يرجع كذلك لاختلاف التعريف فهناك التعريف العلمي والتعريف الطبي والقانوني والاجتماعي، إلى غير ذلك.

كما يتداخل مفهوم المخدر كثيراً مع مفهوم الدواء ذلك أن مفهوم العقار drug يعني أصل الدواء، فيستخدم تعبير العقاقير للدلالة على أصل الأدوية والعقار هو مادة تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية في جسم الكائن الحي أو في الوظائف التي تؤديها مكوناته، ومع ذلك فإن الدلالة التي ينطوي عليها تعبير المخدر تختلف في اللغة العربية عما هي عليه في اللغات الأجنبية الأخرى، فهي في اللغة العربية كما يري الدكتور "سعد مغربي" أكثر دقة ودلالة في الاستخدام من التعبير المقابل لها في اللغات الأجنبية drug. (الأصفر، 2012، ص 30)

وعليه يمكن تعريف المخدرات من خلال الجوانب التالية:

1- المعنى اللغوي للمخدرات: مشتقة من الخدر، وهو ستر يمد للجارية في ناحية البيت، والمخدر والخدر الظلمة والخدره الظلمة الشديدة، والخادر: الكسلان والخدر من الشراب والدواء، فتور يعتري الشارب وضعف. (ابن منظور، 1994، ص 796) وتعرف الموسوعة العربية المخدر بأنه مادة تسبب في الانسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة ويعرفها قاموس أكسفورد المختصر بأنها المواد الأصلية البسيطة الطبية عضوية كانت أو غير عضوية التي تستخدم وحدها أو كمادة فعالة. (الحراشنة، الجزائري، 2012، ص 14)، وخدر العضو بفتح الحاء إذا استرخى فلا يطبق الحركة، وخدرت عينه ثقلت من أذى أو غيره، والخدره والضعف والفتور يصيب الأعضاء والبدن.

وجاء في قواميس اللغة العربية المختلفة وقد انحصر في مجمله وبشكل عام أن المخدر هو كل ما يؤدي إلى الكسل والفتور والاسترخاء والثقل في الأعضاء، ويمنع الألم كثيرا أو قليلا. (الحراشنة، الجزازي، 2012، ص 09)

وكلمة مخدرات Narcotics مشتقة من الكلمة الإغريقية Narkasis بمعنى يتخدر أو يجعله مخدرا. (عبد المعطي، 2004، ص 143). فالمخدرات تشوش العقل والحواس بالتخييلات والهلاوس بعد نشوة تؤدي بالاعتقاد عليها (الزين، 2011، ص 596).

2- المعنى الاصطلاحي للمخدرات: يمكن إدراج بعض التعاريف لمصطلح المخدرات فيما يلي:

تعريف منظمة الصحة العالمية WHO (1973) حيث عرفت العقاقير المخدرة بأنها أي مادة يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية.

وأشار المغربي إلى أن المادة المخدرة هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة، أن تؤدي إلى حالة التعود والإدمان عليها بما يضر بالفرد والمجتمع. (رشاد، 1992، ص 40)

في حين يعرف فاروق عبد السلام (1977) المخدرات بأنها "أي مادة طبيعية أو مصنعة تفعل في جسم الإنسان وتؤثر عليه، فتغير إحساساته وتصرفاته وبعض وظائفه، وينتج عن تكرار استعمالها نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية" (عبد المعطي، 2004، ص 144).

تعريف "فوجت" للمخدرات: عرفها على أنها كل المواد التي من خلال طبيعتها الكيميائية تعمل على تغيير بناء وظائف الكائن الحي الذي دخلت جسمه وتشمل هذه التغيرات الحالة المزاجية والوعي والإدراك الحسي والناحية النفسية والسلوكية. (الزنتاني، 2008، ص 65)

أو هي المادة التي يؤدي تعاطيها إلى حالة تخدير كلي أو جزئي مع فقدان الوعي أو دونه، وتعطي هذه المادة شعورا كاذبا بالنشوة والسعادة مع الهروب من عالم الواقع إلى عالم الخيال. (وقف، 2013، ص 21)

3- التعريف العلمي للمخدرات: تعرف المخدرات علميا بأنها كل مادة كيميائية يؤدي تناولها إلى

النعاس والنوم أو غياب الوعي المرفوق بالآلام (الركابي، 2011، ص 82). وتعرف أيضا بأنها مواد طبيعية وكيميائية تسبب اختلالا في الوعي، وتسممها في الجهاز العصبي مثل الحشيش والهروين والكوكايين والأفيون والبانجو والقات والمهدئات. (مشاقبة، 2007، ص 23)

4- التعريف الدوائي للمخدرات: لقد عرفها الباحثون في مجال الأدوية والصيدلة على أنها مواد تستعمل في المجال العلاجي. ولكن الإفراط فيها لغرض غير طبي مشروع يؤدي إلى حالة من الاعتماد الجسدي والنفسي مع اضطراب للنشاط العقلي والإدراك والسلوك والوعي.

وتعرف بأنها مجموعة من العقاقير التي تؤثر على النشاط الذهني والحالة النفسية لمتعاطيها إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو إبطاء نشاطه أو بسبب الهلوسة أو التخيلات وهذه العقاقير تسبب الإدمان وينجم عن تعاطيها الكثير من المشاكل على الصحة العامة وكذلك المشاكل الاجتماعية. (بسيوني، 1988، ص 9)

5- التعريف القانوني للمخدرات: 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. (الحراشنة، الجزازي، 2012، ص 35). وقد صنفها واضعوا القانون أنها مواد ومركبات في جداول خاصة حسب قوائم بلادهم، أي أن هناك جداول خاصة بكل دولة تحدد المواد المخدرة الممنوعة والمسموحة، يعني هذا أنه ما يمكن أن يكون مخدرا في بلد ما قد لا يكون كذلك في بلد آخر. لذا لا يوجد تعريف قانوني واضح للمخدر بل يعتبر القانون أن المخدرات مواد ومركبات تسبب الإدمان. (الدردار، 2000، ص 40)

ويعرف المشرع القانوني المخدرات على أنها: "كل مادة مسكرة أو مفترية طبيعية أو مستحضرة كيميائية، من شأنها أن تزيل العقل جزئيا أو كلياً، وتناولها يؤدي للإدمان بما ينتج عنه تسمم في الجهاز العصبي فتضر الفرد والمجتمع، ويحظر تداولها أو زراعتها، أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، وبما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية" (حوري، 2003، ص 511). أي أنها مجموعة المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر زراعتها وتداولها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستخدم إلا لمن يرخص له ذلك.

6- التعريف الاجتماعي للمخدرات: تعرف بأنها تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتناولها إلى السلوك الجانح، وهي تلك المواد التي تذهب العقل وتدفع متعاطيها للسلوك المنحرف (الغريب، 2006، ص 33). وتعرف بأنها آفة الشعوب التي تدمر الفرد والأسرة وتمتد إلى المجتمع كاملا بسبب تأثيرها السيء الذي يفقد الشخص صحته وماله وعقله. (زيد، 2004 ص 19)

في ضوء ما سبق ذكره من مفاهيم مختلفة للمخدرات نجد أن هذا المفهوم ظهر بأبعاد وأنواع جديدة، والسبب وراء ذلك تنوع أشكال وأنواع المخدرات فالتى لم تكن مخدرا في السابق أصبحت مخدرا بعد الإساءة في استخدامها، فقط ظهرت المنبهات وأصبح العديد من المراهقين يلجؤون إليها بحجة التنبيه والقدرة على مراجعة دروسهم، وظهرت العقاقير المسكنة للآلام، والتي أساء استخدامها الصغير والكبير دون مراجعة الطبيب.

7-تعريف الاتفاقيات الدولية للمخدرات: عرفتها على أنها هي جميع مواد التخدير الطبيعية والصناعية الخاضعة للرقابة الدولية وفقا لاتفاقية عام1961.

ونخلص من كل التعريفات السابقة إلى أن المخدرات هي "كل مادة طبيعية أو صناعية أو كيميائية تؤدي للتعود أو الاعتماد أو الإدمان، وينتج عنها حالة من النوم والاسترخاء أو الهدوء أو العكس، أو إلى زيادة النشاط والانتباه والهلوسة، ويؤدي التوقف عن تعاطيها إلى ما يعرف بأعراض الانسحاب أي أعراض جسمية أو عقلية أو نفسية تمثل خطر على الفرد والمجتمع. (الزنتاني، 2008، ص67).

ثالثا: تحديد لبعض المصطلحات المتداخلة مع مصطلح المخدرات

تحدد المصطلحات المستخدمة في أي مجال المفهوم العلمي والتطبيقي، وتعرف بالمصطلحات وفق ما استقر عليه استخدامها في مجالات الاختصاص بهدف التوضيح وتلافي الغموض والإبهام وتحقيق الاستيعاب والاختصار.

1-المادة المخدرة: هي كل مادة خام أو مصنعة، تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة أو مهلوسة من شأنها - إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة - أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد والجماعة جسميًا ونفسيًا. (الغامدي، 2006، ص208)

2-تعاطي المخدرات: رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مواد مخدرة أو سامة، تعرفوا - إرادياً أو عن طريق المصادفة - على آثارها المسكنة والمخدرة والمنشطة رغبةً تتحول بسرعة إلى عادة سيئة يصعب التخلص منها، وكثيراً ما تدفع صاحبها إلى زيادة متدرجة في الجرعة المعطاة مسببةً حالة من الإدمان تضر بالفرد والجماعة جسميًا ونفسيًا. (الغامدي، 2006، ص208)

والتعاطي هو تناول غير المشروع للمخدرات بطريقة غير منتظمة، حيث يتعاطاها الأفراد من أجل إحداث تغيير في المزاج أو في الحالة العقلية، ولكنه لا يصل إلى حد الاعتماد التام. (مشاقبة، 2007، ص21)

3-الإدمان: الإدمان هو التعاطي المتكرر للمواد النفسية، بحيث أدى إلى حالة نفسية وأحياناً عضوية ناتجة عن التفاعل مع المادة المخدرة لدرجة يميل فيها المدمن إلى زيادة جرعة المادة المتعاطات، وهو ما يعرف بالطاقة أو التحمل، وتسيطر عليه رغبة قهريّة قد ترغمه على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي وسيلة، وقد استخدم مصطلح "الاعتماد" بدلاً للإدمان والتعود.

في حين يذهب "مصطفى سويف" في تعريفه للإدمان بأنه: "التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي. أو هو الحالة النفسية أو العضوية التي تنتج عن تفاعل العقار في جسم الكائن الحي، فالإدمان حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدرات. (الغامدي، 2006، ص208)

وهناك تعريف آخر شائع للإدمان وهو الحالة التي تنتج من تكرار تعاطي عقار ما، حتى يصبح الاستمرار على تعاطيه لازماً وضرورياً، ويترتب التوقف عن تعاطيه ظهور اضطرابات نفسية أو جسدية وهي ما تعرف بالأعراض الانسحابية (الانقطاع). (الغامدي، 2006، ص208)

والتعريف الذي تتبناه منظمة التصنيف العالمي للأمراض، وتتبنى هذه المنظمة تعريف منظمة الصحة العالمية للإدمان والتي تعرفه بأنه "مجموعة من الظواهر النفسية والمعرفية والسلوكية التي تتطور بعد تكرار تعاطي المخدرات، وتتضمن رغبة قوية في الحصول على المخدر". (مشاقبة، 2007، ص22)

4-الاعتیاد Habituation: لقد عرفت منظمة الصحة العالمية (1957) الاعتیاد بأنه: "حالة فرد يستهلك على نحو معتاد عقار يرغب في أن يتناوله مجدداً، بسبب الراحة التي يشعر بها ولكنه لا يشعر بأنه مرغم على أن يتناوله، وليس لديه الرغبة في أن يزيد جرعاتها، وإذا كان في حالة التبعية النفسية فإنه يبدي تبعية جسمية. (سيلامي، 2001، ص 265). كالتعود على شرب الشاي أو التدخين مع شرب القهوة.

5- ظاهرة الاعتماد Dependence: عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1973 الاعتماد كما يلي "هو حالة من التسمم الدوري أو المزمّن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو "المصنع" ويتصف بقدرة على إحداث رغبة، أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأية وسيلة ممكنة، لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة، ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة" وهو نوعان: (الطعامنة، 2007، ص 397)

5-1- الاعتماد النفسي Psychological dependence: يشير إلى رغبة نفسية قوية للحصول على التأثير نفسه الذي كان يحدثه العقار الذي تم الاعتماد على تعاطيه، إذ يجد الشخص المتعاطي أن تلك الحالة النفسية التي يحدثها التعاطي أساسية لكفالة حسن الحال لديه. كما يعرف على أنه: "حالة عقلية تتميز برغبة قهرية تتطلب استخدام دوري أو مستمر لعقار معين لغرض المتعة أو إلغاء التوتر". وتباین العقاقير فيما تحدثه من تأثير، فالهيريون مثلاً يؤدي إلى كل من الاعتماد العضوي والنفسي، في حين أن الكوكايين يؤدي فقط في أغلب الأمر إلى اعتماد نفسي. (العباي، 2008، ص 16)

وهو حالة تنشأ نتيجة تناول دواء ما، وفي حال وقفه يعاني المريض من أعراض نفسية غير مرغوبة كالقلق والأرق والهياج مثل الاعتماد على بعض أنواع المهدئات النفسية مثل الاعتماد النفسي على الفاليوم. ويتعلق الاعتماد النفسي بالشعور والأحاسيس ولا علاقة له بالجسد، وهو تعود الشخص على الاستمرار في تعاطي عقار ما، لما يسببه من الشعور بالارتياح والإشباع دون أن يعتمد عليه في استمرار حياته، وتعبير آخر هو ظاهرة نفسية اعتاد فيها عقل الشخص وتكيف على تكرار أخذ الجرعة من العقار بصورة متصلة، لتحقيق الراحة واللذة والنشوة لتجنب الشعور بالقلق والتوتر، ويجعل الابتعاد عنه من الأمور الصعبة بل شبه مستحيلة أحياناً. (الطعامنة، 2007، ص 399)

5-2- الاعتماد الجسدي Physiological dependence: هو ظاهرة اضطرت فيها الأعمال الوظيفية الطبيعية لجسم المدمن بسبب استمراره في أخذ عقار مخدر، بحيث أصبح تناول هذا العقار بشكل طبيعي و دائم ضرورة ملحة لاستمرار حياة الإنسان المدمن وتوازنه بشكل طبيعي، ويصبح العقار المخدر ضرورياً له كالتعام والشراب والماء، بل أهم من ذلك، بحيث يحدث منعه عنه مصاعب كبيرة جداً

وأعراضاً خطيرة قد تدفعه إلى ارتكاب أية جريمة للحصول على العقار المخدر والمنشود، أو ربما يسبب له الوفاة المفاجئة أحياناً. (الطعامنة، 2007، ص400)

6- ظاهرة سحب العقار: يصاب المدمن الذي أدمن عقاراً اعتماداً جسدياً، إذا توقف طوعاً أو قسراً عن أخذ المخدر الذي أدمنه، بمجموعة من الاضطرابات الجسمية والنفسية والعقلية تشكل مجموعتها أعراضاً خاصة تسمى ظاهرة سحب العقار، وهي أعراض شديدة الوقع على المدمن، وقد تكون وخيمة العواقب لدرجة أنها تسبب وفاته أحياناً، كما أنها ترتبط بنوع العقار الذي أدمنه المتعاطي. (الطعامنة، 2007، ص401) أو هي عبارة عن رد فعل فسيولوجي تظهر بتوقف المتعاطي للمخدر فجأة، وتختلف هذه الأعراض باختلاف نوع المخدر وضعفه ودرجة الاعتماد عليه، وتمثل هذه الأعراض في: فقدان الشهية، عدم الهدوء، ضعف العضلات، الانفعال... الخ. (بسيوني، 2000، ص25)

وتعرف أيضاً بأنها الحالة التي يكون عليها المدمن إذا توقف عن تعاطي المخدر، وهي مجموعة أعراض تنجم عن محاولة الجسم التخلص من آثار سموم المخدر، وتبلغ هذه الأعراض أشدها في الأفيون ومشتقاته وبالأخص الهيروين حيث تتراوح مدتها بين يومين وأربعة أيام، ويمكن أن تنتهي ببعض المتعاطين إلى الوفاة، ومن أمثلة أعراض الانسحاب في حال إدمان الأمفيتامينات (المنشطات والمنبهات)، مزاج مكتئب وشعور بالتعب واضطراب في النوم وأحلام مزعجة.

7- ظاهرة التداخل: هي تحمل المرء لمقدار أكبر من مخدر ما إذا كان مدمناً على مخدر آخر له تأثير مشابه على جسم الإنسان، مثال ذلك المدمن على المنومات يتحمل كميات أكبر من الكحول والعكس صحيح. (الطعامنة، 2007، ص401)

8- التحمل Tolerance: وهو حاجة المدمن لزيادة العقار يوماً بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها، والمدمن قد يتجرع كمية من العقار لكي يصل إلى غايته، وعملية الحصول على العقار بأية طريقة يعني السلوك الذي يستبيح كل شيء للوصول إلى العقار فمن الكذب إلى الغش والتزوير والخداع إلى السرقة قد ينتهي للجريمة للحصول على المادة المخدرة. (الطعامنة، 2007، ص396)

المخاضرة والمانبنة

المحاضرة الثانية

تصنيف المخدرات وأنواع التعاطي

أولاً: تصنيف المخدرات: هناك عدة معايير لتصنيف المخدرات وهذا ناتج لتعدد أنواعها ولتأثيراتها ومكوناتها ومناطق إنتاجها فقد تصنف وفق اللون، وقد تصنف وفق الأثر، أو وفق المصدر وفيما يلي أهم هذه التصنيفات:

1- التصنيف حسب المصدر:

1-1-المخدرات الطبيعية: هي المخدرات التي يتم استخراجها من الطبيعة، بمعنى أنها النباتات التي تحتوي أوراقها وثمارها على المادة المخدرة الفعالة التي ينتج عنها فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة. (الغامدي، 2006، ص 209) وهي أنواع منها:

-نباتات وجدت بالطبيعة مثل مادة الافيون التي تستخرج من ثمرة الخشخاش والحشيش والذي يتم الحصول عليه من نبات القنب الهندي.

-القات وهو نبات تمضغ أوراقه وتمص بطريقة التخزين خلال ساعات داخل الفم.

-الكوكا وهو نبات شبيه بالقات والتبغ والشاي والبن كمواد منبهة مثل كافيين ونباتات أخرى. (العيسوي، 2005، ص 104)

1-2-المخدرات المصنعة: هي مواد مخدرة تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلفة (الغامدي، 2006، ص 224) التي تستخلص من المواد المخدرة الطبيعية السابقة وتجري عليها عمليات كيميائية لتصبح أكثر تركيزاً وأشد أثراً مثل: المورفين، والكوكايين، والهيريون، ومسكنات الآلام وأدوية السعال. (العيسوي، 2005، ص 104)

1-3-المخدرات التخليقية: وهذه المخدرات ناتجة عن تفاعلات كيميائية، تمت جميع مراحل صنعها في المعامل من مواد كيميائية، لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية، وإن كانت تحدث آثار مشابهة للمخدرات الطبيعية خاصة حالة الإدمان، ومنها: المنومات (الباربيتورات)، والمنبهات (الأمفيتامينات)، والمهدئات، والفاليوم، وعقاقير الهلوسة (العيسوي، 2005، ص 98)

- 2-التصنيف بحسب الفعالية: يتم التمييز في سياق تصنيف المخدرات بحسب فعاليتها إلى ما يلي:
- 1-2-المسكنات: وتستخدم في الأصل للأغراض الطبية لتهدئة التهيجات العصبية والآلام التي يعاني منها المرضى بشكل عام، غير أن تعاطيها من قبل الأصحاء يجعلهم يعتادون عليها ويصبح استقرارهم وهدوء أعصابهم مشروطا بالتعاطي، مما يخرج النفس عن طبيعتها ويجعلها أسيرة هذه المسكنات.
- 2-2-المهدئات: وهي تستخدم في الأصل للأغراض الطبية ومخصصة للأشخاص المصابين بالصرع والأرق أما في حال استخدامها بين الأصحاء تظهر عليهم أعراض الإدمان والصرع في حال عدم تعاطيها. (العيسوي، 2005، ص 106)
- 2-3-المنشطات(الامفيتامينات): وهي تؤدي وظائف مختلفة عن المجموعتين السابقتين ذلك أنها تعمل على تنشيط الدورة الدموية وتقلل من الإحساس بالتعب أو الجهد الإضافيين، وغالبا ما يؤدي تعاطيها بدون إشراف الطبيب إلى جعل الفرد يشعر بالتعب والأرق في الحدود الدنيا في بذل الجهد إذا لم يتعاطاها.
- 3-التصنيف بحسب اللون:
- 1-3-المخدرات البيضاء: وهي المواد التي تتميز بأن لونها أبيض مثل المساحيق والسوائل المختلفة التي يتم تعاطيها حقنا أو شربا أو شمما كالكوكايين والهيريون والكودايين. (عبد المعطي، 2004، ص 144)
- 2-3-المخدرات السوداء: وهي المواد المخدرة التي تتميز بأن لونها داكن أو يميل إلى السواد مثل الأفيون ومشتقاته والحشيش. (عبد المعطي، 2004، ص 144)
- 3-3-المخدرات الصفراء: مصنعة من مواد كيميائية مثل الماكستون فورت. (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 21)
- 4-التصنيف بحسب الاعتماد النفسي والعضوي:
- 1-4-المواد التي تسبب اعتماد نفسيا وعضويا: مثل الأفيون ومشتقاته كالمورفين والكوكايين والهيريون.
- 2-4-المواد التي تسبب اعتمادا نفسيا فقط: مثل الحشيش والقات وعقاقير الهلوسة. (الشورابي، ص 49)

5-1- تصنيف منظمة الصحة العالمية: تصنف منظمة الصحة العالمية المخدرات كالاتي:

5-1-1- مجموعة العقاقير المنبهة: مثل الكافيين والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامينات.

5-2- مجموعة العقاقير المهدئة: وتشمل المخدرات مثل المورفين والمهيروين والأفيون والباربيتورات

وبعض التركيبات الصناعية مثل الميثاوان وتضم هذه المجموعة الكحول.

5-3- مجموعة العقاقير المثيرة للآخاييل(المغيبات): ويأتي على رأسها القنب الهندي الذي

يستخرج منه الحشيش والماريجوانا.

5-4- بحسب التركيب الكيماوي: وهناك تصنيف آخر تتبعه منظمة الصحة العالمية، يعتمد على

التركيب الكيميائي للعقار وليس على تأثيره ويضم هذا التصنيف ثماني مجموعات هي:

الأفيون، الحشيش، الكوكا، المثريات للآخاييل، الأمفيتامينات، الباربيتورات، القات، الفولاتيل.

(العيسوي، 2005، ص 15)

ثانياً: تعريف تعاطي المخدرات: يعرف التعاطي بأنه: "رغبة غير طبيعية يظهرها بعض

الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرف - إراديا أو عن طريق المصادفة - على آثارها المسكنة

والمخدرة أو المنبهة والمنشطة، تسبب حالة من الإدمان، تضر بالفرد جسدياً، نفسياً واجتماعياً" (عبد

اللطيف، 1992، ص 40).

يرى ألفينكس Alvinks أن تعاطي المخدرات هو: "قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد

الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي، أو الصحة العقلية للمتعاظمي أو قدرته الوظيفية في المجال

الاجتماعي" (عبد اللطيف، 1992، ص 40).

من هذا المنطلق فإن تعريف تعاطي المخدرات كونه "رغبة غير طبيعية" أو "استعمال المادة المخدرة إلى

الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي"، نجد فيه مبالغة كبيرة، فهذا التعريف لا ينطبق على حالات

من المتعاطين الذين يتعاطون المخدرات للتجريب فقط، ففي هذه الحالة فإن الشخص الذي يتعاطي

المخدرات تحت ضغط الأصدقاء أو للامثال، ويمكن أن يتعاطها مرة واحدة ويتوقف عن تعاطيها فيما

بعد، وبهذا فإن هذا الشخص لم يتعاطها لأنه يشعر برغبة غير طبيعية هذا من جهة، وتعاطي المخدرات

مرة واحدة لا يؤدي إلى اتلاف الجانب الجسمي والعقلي.

كما يعرف الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية التعاطي بسوء تكيف ناتج عن تعاطي المخدرات، يقود إلى تشويش إكلينيكي يظهر من خلال واحدة أو أكثر من المعايير التالية لمدة اثني عشر شهرا متتالية وهذه المعايير هي:

- الفشل في الإنجاز في المدرسة أو العمل بسبب تعاطي المخدرات.
- التعاطي في بعض المواقف الاجتماعية أو بالصدفة.
- دخول السجن أو الاعتقال بسبب تعاطي المخدرات.
- حدوث مشاكل عائلية أو شخصية، والتعاطي لا يصل إلى مستوى الإدمان في الاعتماد على المخدر (شحاتة، 2006، ص 21).

ومن التعاريف السابقة للتعاطي يمكن تعريفه بأنه أخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة وغير دورية، حيث يأخذ المتعاطي المادة المخدرة بالصدفة، أو التسلية أو لتقليد أصدقائه، ولكن غيابها لا يسبب له أية مشاكل نفسية، أو جسدية، والتعاطي هنا يكون في أوقات مختلفة وأماكن مختلفة.

ثالثا: أنواع تعاطي المخدرات: ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات أو للتجريب مدمن عليها، من هذا المنطلق فقد تم إدخال المتعاطين للمخدرات في ثلاث فئات وهي:

1-التعاطي التجريبي أو الاستكشافي Usage expérimental: يعبر التعاطي التجريبي عن وضعية يتعاطى فيها الشخص المخدرات من مرة إلى ثلاث مرات في حياته. (القشعان، 2002، ص 82) ودوافعه غالبا ما تكون فضولية، لاستكشاف أحوالها، وقد يتوقف المحرب من أول مرة أو مرتين، أو قد يترتب عن ذلك استمرار تعاطيه (الغول، 2011، ص 101).

2-التعاطي العرضي أو الظرفي Usage occasionnel: يعني أن الشخص يتعاطى المخدرات من وقت لآخر، وقد لا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر فلا يشعر بتبعية نحوه، ولا يتعاطاه إلا في حالة توفرها بسهولة، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبرا، وقد يستمر في التعاطي إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الاجتماعية، ويشير التعاطي الظرفي إلى مرحلة متقدمة من مرحلة التعاطي التجريبي (الغول، 2011، ص 101).

3-التعاطي المنتظم Usage regulier: يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة عن المرحلتين السابقتين في تعلق المتعاطي بالمخدرات ويقصد به التعاطي المتواصل والمنتظم للمخدرات، وتعتبر هذه المرحلة متقدمة في مرحلة التعاطي (الغول، 2011، ص 101). ويرتبط وصول المتعاطي لهذه المرحلة بالعوامل

النفسية مثل الاكتئاب والقلق واليأس والإحباط أكثر من ارتباطه بالعوامل الخارجية مثل وسائل الإعلام وتأثير الأصدقاء.

4-التعاطي الكثيف أو القهري Pharmaco Dépendance: إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي، كما قد يتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام، فالمدمن هو أي فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا، بحيث يضر بصحته كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة للإدمان (عبد السلام، 1988، ص 29).

تعتبر درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد العامل المركزي في التعاطي القهري، ويكون الفرد تابعا نفسيا وفي بعض الأحيان جسديا للمخدر، وقد تظهر مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية وتبدأ علاقاته تسوء مع أسرته وأصدقائه والمحيطين به.

المخاضرة والاشنة

المحاضرة الثالثة

أنواع المخدرات وطرق التعاطي

أولاً: أنواع المخدرات: ليست جميع المخدرات من نوع واحد أو مصدر واحد أو لها تأثير واحد على الانسان، فهناك أنواع كثيرة متباينة تختلف قليلاً أو كثيراً في مصدرها وصفاتها وتأثيرها لذلك عندما حاول العلماء أن يصنفوها في مجموعات كانت تصنيفاتهم ناقصة ولا تفي بالغرض ومن هذه التصنيفات ما يلي:

1-المخدرات الطبيعية: ويقصد بالمخدرات الطبيعية التي اشتقت من نباتات الخشخاش والقنب والكوكا والقات، حيث تحتوي أوراق هذه النباتات أو زهورها أو ثمارها على مواد مخدرة وينتج عنها فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة، منها ما هو منتشر ومعروف عالمياً، ومنها المعروف على المستوى الإقليمي فقط، ومن أهمها:

1-1-الحشيش أو القنب الهندي (الماريجوانا): أكثر المخدرات انتشاراً في العالم، وهو نبات حولي منفصل الجنس يتراوح طول شجيراته من 1 - 5 م، واسمه العلمي "Cannabis Sativa"، ويطلق عليه القنب الهندي - الحشيش - الجنزفوري - المارجوانا (البانجو)، وهو شكل مصنوع بطريقة غير شرعية لخلاصة القنب، وهو مادة لزجة لونها أخضر قائم ولا تذوب في الماء، وتصبح أكثر كثافة إذا تعرضت للهواء.

ينمو بكثرة في المناطق الحارة والمعتدلة. (الدردار، 2000، ص 55)، ويسبب تعاطي الحشيش شعوراً بحسن الحال وخفة الرأس ونشوة مع كثرة الكلام، وزيادة القدرة الحركية مع اضطراب إدراك الزمان والمكان، وانعدام الإحساس بمرور الزمن، وإذا زادت الجرعة سببت إرهاقا واختلاطاً عقلياً.

كما يؤدي تعاطي الحشيش إلى زيادة في ضربات القلب، وشعور بضغط وانقباض الصدر واتساع العينين، وبرودة في اليدين والقدمين، واصفرار الوجه، وعدم التوازن الحركي، أما تعاطيه لفترة طويلة فله آثار صحية وعقلية وجسدية سيئة وضارة، حيث يؤدي إلى الإدمان النفسي. (شحاتة، 2006، ص 82، 83).

إن المركب الكيميائي في الماريجوانا الذي ينتج الفاعلية النفسية قد حدده العلماء حديثاً وهو (THC)، وتختلف كمية هذا المركب في الماريجوانا باختلاف نوع النبتة وموقع نموها وظروف النمو. وتعمل الماريجوانا

كمسكر معتدل أو كعامل مهلوس بناء على الكمية المستخدمة وعلى تحمل الشخص لاستعمالها. ويشعر المدمن بأثر العقار بعد 15 دقيقة من تدخين السيجارة ويستمر أثرها لمدة تتراوح بين ساعتين أو أربع، وتتفاوت ردود الفعل بين الشعور بالاكئاب والشعور بالإثارة.

ومن بين التأثيرات الواضحة الهامة كثرة الضحك الصاحب، واللامبالاة، الشعور بالغبطة، اضطراب في الحس والإدراك والذاكرة، عدم القدرة على الحكم على الأشياء، مع عدم الاتزان في الاستجابة العاطفية، وحدة في الطباع.

قد يظن المدمنون أن الحشيش يزيد من الرغبة والقدرة الجنسية، والواقع عكس ذلك فتعاطيه يؤثر على الذكورة فيضعف الخلايا الجنسية، كما يعمل على إضعاف هرمون الذكورة في الدم وقد يصاحب ذلك من الضعف الجنسي وترهل الدهون في الجسم وتضخم الثديين عند الذكور، وقد تكون الحالة النفسية وتوقعات المتعاطي هي التي تعطي له هذا الإيحاء بالقوة الجنسية غير مدرك للأضرار الصحية الخطيرة لتعاطي الحشيش.

وكثيرا ما يرتبط إدمان الحشيش بالعدوانية والعنف والجنوح والانحرافات السلوكية كالسرقة والاعتصاب والمعاصي في صورها المختلفة حتى أن المتعاطي يعزف عن الأعمال الشريفة، ولا يتورع في ارتكاب ما يخالف الشرع والقانون والعرف.

1-2- القات CATH: وهو عبارة عن شجيرات تزرع في المناطق الجبلية الرطبة من شرق وجنوب أفريقيا وشبه الجزيرة العربية ويبلغ ارتفاع هذه الشجيرات ما بين متر ومترين في المناطق الحارة وفي المناطق الاستوائية من 3 إلى 4 أمتار ولا يدخل القات ضمن مجموعة المواد المحضرة دوليا ولا يراقب في المطارات والموانئ، إلا أنه محضور زراعته في الدول العربية بحكم القانون. (وفقي، 2013، ص 26) إلا أن منظمة الصحة العالمية أدرجت القات ضمن المواد المخدرة، وأول من وصفها باسمها العلمي وهو عالم النبات السويدي بيرفورسكال PerForsskal عام 1763، أما الاسم العلمي الذي أطلقه على هذا النبات هو Catha edulis. (سوييف، 1996، ص 40).

وتكمن المادة المخدرة 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. ويؤدي تعاطي القات إلى الشعور بالرضا والسعادة لدرجة نسيان الأخبار المؤلمة، وقد يصل به الحد إلى

نسيان الشعور بالجوع، وبعد عدة ساعات من التعاطي يشعر المدمن بالخمول والكسل الذهني والبدني، كما يعاني من اضطرابات في الهضم، والتهابات في المعدة، ونوبات من الإمساك وارتفاع في ضغط الدم. بالإضافة إلى اضطرابات نفسية متمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام، والخمول الذهني والتقلب المزاجي (شحاتة، 2006، ص 77).

وتوصف شجيرات القات بأنها خشبية دائمة الخضرة، والأوراق هي الجزء الهام من الشجرة وخاصة الأوراق التي في قمته، وهذه الأوراق صغيرة على شكل رمحي أو بيضوي، لوئها أخضر غامق، وطعمها مر وليس لها رائحة مميزة، والمادة الفعالة الموجودة في الأوراق هي (القاتين أو القاتينون Cathenone) وهو ذو مفعول منشط للجهاز العصبي ويشبه في تأثيره الامفيتامينات.

كما توجد طريقة أخرى لتعاطيه وهي مضغ عجينة القات التي تتكون من الأوراق الجافة غير الطازجة حيث تطحن وتعجن بالماء والسكر وأحياناً يضاف إليها المورفين أو الأفيون أو بعض الكحول. ويشعر متعاطي القات بالدفء الشديد المصحوب بالعرق، ويعقب ذلك حالة الانتعاش والسعادة والصفاء الذهني واليقظة والتحدث بطلاقة، وعدم الإحساس بالإرهاق والجوع، والاستمرار في تعاطيه على المدى الطويل يؤدي إلى الضعف العقلي والجسماني والعجز الجنسي والإصابة بالجنون بخلاف أضراره الاقتصادية والاجتماعية.

1-3-الكوكا: هناك نبات يزرع في مناطق كثيرة من العالم، خاصة في أمريكا الجنوبية عند مرتفعات الأنديز والأرجنتين وبوليفيا وبيرو، وأوراق هذا النبات ناعمة بيضوية الشكل تنمو في مجموعات من سبع أوراق على شكل ساق من سيقان النبات وفي بعض بلاد أمريكا الجنوبية تلف أوراق هذا النبات وتمضغ وأحياناً تستخدم كالشاي ويتم تحويل أوراق هذا النبات إلى معجون يخلط بالسجائر ويتعاطاه الفرد، كما يتم تحويلها إلى صورة مسحوق في صورة فضية بلورية يمكن استنشاقها ويتم تحويلها إلى محلول يتم تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد. (أشرف، 1974، ص132) ومتعاطي هذا النوع من المخدر يصاب بملوسات بصرية وسمعية وحسية وأوهام خيالية مثل الشعور بقوة عضلية فائقة والشعور بالعظمة، وقد يبلغ المتعاطي في تقدير قدراته الحقيقية، مما يجعله شخصاً خطراً قد يرتكب أعمالاً إجرامية ضد المجتمع. (وفقى، 2013، ص 26)

تنتمي شجرة الكوكا إلى فصيلة (حمرات الخشب الكتانية) واسمها العلمي "أرثيرو كسيلم كوكا" وتنمو في سفوح جبال "الأنديز" وفي حوض "الأمازون" وعرفت لدى سكان تلك المناطق منذ (500) سنة قبل الميلاد، ونالت شيئاً من التقديس عندهم، وكانوا يمضغون أوراقها لتساعدهم على تحمل التعب والجوع. والكوكايين هو المادة الفعالة في أوراق الكوكا التي يتم مضغها بوضعها بين اللثة وجلد الحد، ومن العلامات الدالة على تعاطيها رائحة الفم الكريهة، واصفرار الشفتين واللثة، واحضرار الأسنان وتآكلها، ويؤدي مضغ أوراق الكوكا إلى الإحساس بالنشاط، وإلى حالات من عدم التمييز والانطواء، وضعف القدرة على العمل مع مرور الأيام، ومن أهم مشتقات نبات الكوكا: الكوكايين، وعجينة الكوكا، والكراك.

1-4- الأفيون: وهو كلمة مشتقة من الكلمة اليونانية opium ومعناه العصارة وهو من أخطر أنواع المخدرات ينمو في المناخات المعتدلة وشبه الاستوائية ويجمع بإجراء شقوق في ثمار الخشخاش غير الناضجة، فيسبل على شكل عصارة تجمع وتجفف و لها طعم مر. (وفقي، 2013، ص 24) وتجمع في تركيب عدد من العقاقير ويحتوي على حوالي 25 مركبا كيميائيا، ويتعاطى الأفيون ببلعه مع الماء أو القهوة أو الشاي أو تدخينه مع السجائر ويشعر متعاطيه في البدء بالنشاط والقدرة على التخيل والكلام، لكن هذا لا يدوم طويلا إذ تضطرب الحالة النفسية ويبطئ التنفس وينتهي الأمر إلى النوم العميق والسبات. ويصاب الشخص بالإدمان بعد تعاطيه للأفيون ومستحضراته. والحقن هي الطريقة الأكثر شيوعا لتعاطي الأفيون. (سويف، 1996، ص 38)

والأفيون إذا تعود عليه الشخص صار جزءا من حياته لا تستطيع أجزاء جسمه أداء وظائفها دون تناول الجرعة المعتادة، ويشعر بالآلام حادة إذا لم يتناول الجرعة وتتدهور صحته، وتضعف ذاكرته وتضمحل عضلاته، وتقل شهيته للطعام، ويحدث بطء في التنفس، وزرقة في العينين، وينقص وزنه. (الغريب، 2006، ص 38).

2- المخدرات ذات الاشتقاق الطبيعي: ويقصد بهذه المجموعة تلك المواد المخدرة التي يتم استخراجها من النبات ومن هذه المواد:

1-2- المورفين: اشتق اسم هذا المخدر من مورفيوس إله النوم عند الاغريق. (شمس، 1995، ص 127) وهو أحد مشتقات الأفيون، والمورفين عبارة عن مسحوق أبيض، كما يمكن أن يكون على شكل أقراص، أو محاليل الحقن، ويتدرج لونه من الأبيض إلى الأصفر أو البني تبعا لنقاوته، وهو مر

المذاق. وقد انتشر استخدام المورفين في الأغراض الطبية في العالم الغربي خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية (مشاقبة، 2007، ص 51). فأستعمل لعلاج الألم والإسهال الشديد والسعال عن طريق الحقن، والتوقف عن استخدامه يحدث أعراضا كاحمرار العينين والتعرق والنعاس وآلام في البطن والعضلات والتقيؤ والغثيان والإسهال وتسارع ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم والأرق وحكة في الجلد، ويسبب الإدمان عند إساءة استخدامه. (وفقي، 2013، ص 27)

كما أن الأثر الأساسي للمورفين هو زيادة التأثير الكفي (المانع) لقشرة المخ على مراكز الإحساس بالتلامس، ومن ثم يقل الشعور بالألم ويسبب البلادة والاقلال من النشاط العام الفسيولوجي وتقليل حدة الابصار والسبات وصعوبة التفكير. (الحراشنة، الجزازي، 2011، ص 23). ولا يوجد في الطب الآن عقار له قوة المورفين لتخفيف الآلام الجسمية.

كما كانت إشارة فرويد Freud الأولى عن الكوكايين في إحدى رسائله سنة 1884، حيث اعتبره مشروعا علاجيا، فاختبر تلك المادة على نفسه وقد لاحظ نتائج مدهشة، فقد بددت الشعور بالإعياء والتعب، والجوع، هذا بالإضافة إلى إزالة الشعور بالكآبة والشعور بالنشاط والحيوية التي لم يعهدهما في نفسه سابقا. ولهذا عمم استخدام هذا المخدر على أصدقائه وعائلته ومرضاه، كما عقد عليه الكثير من الآمال كقدرته على علاج أمراض العصاب، لذا كتبت العديد من الدراسات حول مستحضر الكوكايين وطرق استعماله في مجالات عدة.

ولقد صنف الكوكايين ضمن المخدرات في عام 1914، وذلك بعد ظهور آثاره كمادة إدمان. ومن طرق تعاطيه استنشاق مسحوق الكوكايين باستخدام أنبوب، أو بلف ورقة عادية على شكل أنبوب يتم عن طريقها استنشاقه. كما يمكن تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد أو تحت الجلد أو بالعضل، وذلك بعد إذابته بالماء أو عصارة الليمون (فتححي، 2011، ص 60، 61). أو عن طريق الحقن في الوريد بعد خلطه بمادة مخدرة كالمورفين أو الهيروين وتسمى هذه الطريقة (بالكرة السريعة) وهي من أخطر طرق تعاطيه لما تحدثه من تسمم حاد بالكوكايين.

ويشعر المدمن في البداية بنوع من النشوة والسعادة والنشاط المتدفق، كما أن هذه الحالة لا تدوم طويلا، إذ سرعان ما يعقبها الكسل واللامبالاة والضعف العام، فيحاول أن يتغلب عليها وذلك بتعاطي جرعة أخرى من المخدر، فيدخل المرحلة الثانية وهنا تظهر عليه اضطرابات سلوكية من الهلوسات بكل أنواعها

سمعية وبصرية ولمسية، وهنا يشعر المدمن أن كل ما يحيط به يتحرك، وكذلك يدخل المدمن في حالة الشعور أنه مراقب، ومن هنا يدخل في المرحلة الثالثة، وغالبا ما تحدث هذه المرحلة بعد مرور سبع سنوات من تعاطي الكوكايين وأهم سماتها انحطاط تام لجميع وظائف الجسم وتفكك الشخصية (شحاة)، 2006، ص 90).

كما أن زيادة استنشاقه أو تعاطيه بالحقن يسبب التسمم، وهذا ما يؤدي أحيانا إلى اضطرابات قلبية وتنفسية مع موت مفاجئ بسبب شلل عضلات القلب، ويؤدي إلى تدمير خلايا المخ، وفقدان السيطرة والتحكم في النفس (عبد الغني، 2005، ص 300). والمورفين من أقوى المنشطات ذات الأصل الطبيعي، واستخدم كمخدر موضعي في عمليات العيون والأنف والحنجرة أما في الوقت الحاضر فليس له أهمية طبية لاكتشاف مواد جديدة بديلة عنه، وينتج على هيئة مسحوق أبيض متبلور.

ويشعر متعاطي الكوكايين بالنشوة والسعادة واللذة وزيادة الثقة بالنفس والقدرة البدنية والعقلية والتخليق في عالم آخر من الخيال بعيداً عن الواقع، ويتصور أشياء وهمية وأحياناً تصل إلى الهلوسة البصرية والسمعية والارتباب والوهم والاكتئاب والسلوك العدواني العنيف، وقد يتخيل أن مخلوقات غريبة تتحرك من حوله، أو أن الحشرات تتحرك من تحت جلده، وغير ذلك من الأوهام والتخيلات التي تدفعه إلى ارتكاب جريمة أو إلى الانتحار، وتجدر الإشارة إلى أن الكوكايين ومشتقاته تسبب إدماناً نفسياً ولذلك فإن معالجة المدمن ليست طبية وإنما نفسية.

ويعمل الكوكايين كمنبه للدماغ وتأثيره يولد الإحساس بالنشاط والانشرائح والإثارة، يصاحب ذلك ارتفاع في ضغط الدم وسرعة التنفس، ثم يتبع ذلك خلال وقت قصير فترة كآبة، وهذا ما يجعل المتعاطي يكرر الجرعة حتى يبعد عنه أحاسيس الضيق والكآبة، وعطفاً على ذلك يستمر في التعاطي إلى أن يصل إلى درجة الاعتماد، وفي بداية العهد مع هذا المخدر قد يكتفي المتعاطي بتناوله مرة أو مرتين في الأسبوع، وهذا لا يعني بالطبع أنه بإمكان المتعاطي السيطرة على جموح الرغبة في التعاطي بل إن هذه الفترة مع مرور الأيام تضيق وتضيق والأدهى والأمر أن الكوكايين يغادر الجسم بسرعة مما يجعل المتعاطي مضطراً إلى التعاطي باستمرار خوفاً من أن تتأبه أحاسيس الكآبة، علماً بأنه عند حدوث الاعتماد المزمّن فإنه يلزم أخذ جرعة جديدة كل عشر دقائق.

2-2-الكودايين: ويستخلص من نبات الخشخاش الأفيون ويتعاطى إما عن طريق الفم أو عن طريق الحقن وهو مسحوق أبيض اللون لا رائحة له مر المذاق. وأهم آثار تعاطي الكودايين على المدى الطويل هي الاضطراب المزاجي والعشى الليلي والامسك والاضطرابات النفسية. (وفقي، 2013، ص 18)

3-المخدرات المصنعة كيميائيا: وهذه المجموعة من المخدرات لا يتم استخراجها من نباتات طبيعية أو مشتقاتها ولكن يتم صنعها داخل المعامل تركيبات كيميائية، وهي كالمنومات والمنبهات والمهدئات وعقاقير الهلوسة والغازات الطيارة مثل الباتكس وغيرها. وقد أدى التقدم العلمي الهائل في انتشار تلك المخدرات كما أدى إلى صعوبة الرقابة على صنعها ويمكن تقسيم هذه المجموعات إلى: (وفقي، 2013، ص 28)

3-1-المهلوسات: وهي عبارة عن خبرة تدركها الحواس في مواضيع أو أحداث غير موجودة على صعيد الواقع وهي تشبه إلى حد كبير الانخداع، إذ يتضمن كل منها إحساسا لمدرجات خاطئة غير واقعية وتعتبر عقاقير الهلوسة من العقاقير التي تسبب الهلوس السمعية والبصرية. (الحفار، 1994، ص 93) وهي مواد مخدرة تعمل على تشويه الرؤية الحقيقية للأشياء. وهي متنوعة وتباين فقط في مدة بدأ التأثير ومدة استمراره وشدته وأشدّها عقار (L.S.D) ويتم تعاطيه عن طريق الفم والحقن الوريدي. وهي مادة تسبب الهلوسة بدرجة بالغة الشدة وينتج على شكل سائل عديم اللون والرائحة والطعم ولكنه قد يوجد على شكل مسحوق أبيض أو شكل أقراص أو حبوب بيضاء أو ملونة. (وفقي، 2013، ص 29)، وقد كانت عقاقير الهلوسة تصنع وتباع دون رقابة حتى عام 1971 الذي وقعت فيه اتفاقية المواد النفسية التي حرمت صنع هذه العقاقير وبيعها واستخدامها. (حراشنة، الجزازي، 2012، ص 26)

كما لم يتوقف الأمر عن إنتاج هذا العقار، بل صنعت المختبرات الطبية عقاقير أخرى أشد خطورة كعقار (المسكالين Mescaline)، وعقار آخر أشد خطورة وهو (S.T.P) وهي اختصار لكلمات ثلاثة (الصفاء والهدوء والسلام).

يؤدي إدمان العقاقير المهلوسة إلى مخاطر نفسية تتمثل في تغيرات إدراكية كالتغيرات البصرية والسمعية، وتغيرات في إدراك الزمن، وتغيرات نفسية كالتغير في الحالة المزاجية والابتهاج النفسي والشعور بالبعد والغربة والقلق والخوف المرضي والسلوكيات العنيفة والشك وفقدان السيطرة بالإضافة إلى ظهور الهلوس وتغيير النظرة إلى البيئة المحيطة، وبعض مظاهر تشوه الشخصية، كالازدواجية وتداخل الأحاسيس

والمشاعر والشعور بالفرع والاكتئاب والرغبة في الانتحار، كما يظهر على المدمن، زيادة ضربات القلب والغثيان والقيء، صداع ودوار وقشعريرة.

3-2-المهبطات: تعمل هذه المجموعة على تثبيط الجهاز العصبي المركزي للمدمن، وتنقسم إلى مجموعتين، مهبطات ذات أصل طبيعي كالأفيون والمورفين والكودايين، ومنها ما هو مركب كيميائي، ومنها ما يجمع بين الطبيعي والكيميائي. وهي ثلاثة أنواع:

3-2-1-المهبطات الطبيعية: مثل الأفيون حيث يعتبر الأفيون من أكثر المهبطات الطبيعية شهرة حيث يحتوي على أكثر من 35 مركب كيميائي أهمها المورفين والكودايين، ويستخرج الأفيون من العصارة البنية لنبات الخشخاش الذي يزرع وسط مزارع القمح والشعير، وقد ينمو تلقائيا كما هو الحال في الدول الواقعة في شمال البحر الأبيض المتوسط. (الطعامنة، 2007، ص 427)

3-2-2-المهبطات نصف التخليقية: مثل الهيروين وهو أحد مشتقات المورفين وأكثر أنواع المخدرات النصف تخليقية خطورة، والمادة الأساسية في الهيروين هي المورفين، حيث تجري عليها بعض العمليات الكيميائية وإضافة بعض المواد إليه مثل الكينين والكافيين وفي بعض البلدان يضاف إليه مسحوق عظام جماجم الأموات ويطلق عليه اسم "أبو الجماجم"، ويتعاطى المدمنون الهيروين بطرق متعددة منها الحقن في الوريد أو تحت الجلد أو الشم. (الطعامنة، 2007، ص 428) ويزيد من خطورته ما يضاف إليه من مواد أخرى فعالة استهدافا للريح السريع، من خصائصه ظهور تأثيره الفوري، ومفعوله القوي بعد أخذ الجرعة الأولى منه ويشعر بالغبطة والسعادة ويكون إما بالحقن في الوريد أو تحت الجلد قد يتعاطى كذلك عن طريق الاستنشاق. والهيدرومورفين وهو أيضا من المهبطات نصف التخليقية المشتقة من المورفين لكنها أقوى منه أربع مرات. (شاكر، 2012، ص 20) والأتورفين أيضا من المهبطات التي تشتق من الثيبايين لكنه أقوى بكثير من المورفين.

3-2-3-المهبطات التخليقية: هي مجموعة من العقاقير تحضر في المعامل من مركبات كيميائية دون أن تحوي على أي مادة طبيعية لكنها تعطي تأثيرات مهبطة للجهاز العصبي مثل بديلات المورفين التي وإن كانت لا تماثله في تركيبها الكيميائي إلا أنها تماثله في التأثير، وبعضها يتعاطى إما عن طريق الفم على هيئة أقراص أو بالحقن مثل البيتيندين، وبعض هذه العقاقير كانت في الأساس تستخدم في علاج الإدمان ولكن أسيء استخدامها مثل الميثادون و النالكسون والبرولوكسفين. (الطعامنة، 2007، ص 429)

وأيضاً المنومات تشتق المنومات أو الباربيتورات من حمض الباربيتوريك وتستخدم كمسكنات، ولكن أسيء استخدامها، وبالنسبة لتأثيرها فيتوقف على نوع المنوم، فهناك منوم قصير المفعول مثل البنتوثال وآخر متوسط المفعول مثل الأميثال وثالث طويل المفعول مثل الفينوباربيتال، وتؤخذ هذه المنومات في الغالب على شكل أقراص أو كبسولات وفي أحيان قليلة تؤخذ على شكل أمبولات. ومن الآثار السلبية لإدخالها على المدى الطويل تقليل الحركات المعدية والمعوية وتقليل إفرازاتها، وهي في هذه تشبه آثار الأفيون، وعلى الجانب النفسي تظهر على المدمن ميول عدوانية، وفي حال الإقلال من الجرعة فإن المدمن يصاب بالخوف ورعشة في الأطراف، وارتفاع درجة الحرارة وسرعة النبض والغثيان والقيء المتكرر، ثم تأتي مرحلة المغص الشديد والارتعاشات الشبيهة بارتعاشات الصرع.

3-3-المهدئات: الأصل في الاستخدام الطبي للمهدئات هو علاج القلق والتوتر وبعض حالات الصداع، وخاصة الفاليوم والآتيفان، ولكن أسيء استخدامها فأدرجت ضمن الأدوية المخدرة، وتنقسم المهدئات إلى مجموعتين: المهدئات الكبرى والمهدئات الصغرى، وتستخدم الأولى في علاج الاضطرابات العقلية كالفصام، في حين تستخدم الثانية في علاج القلق والتوترات والأمراض العصبية. يؤدي هذا النوع من المهدئات إلى الاعتماد الفسيولوجي والسيكولوجي، وإن كانت أعراض الانسحاب منه أخف وطأة من غيره من المواد المخدرة. (الطعامنة، 2007، ص 430)

3-4-المنشطات (الأمفيتامينات): تتصف هذه المجموعة على عكس سابقتها بتأثيرها المنشط على الجهاز العصبي. (شحاته، ص 320) وتؤدي إلى تنشيط عملية التنفس وتنظيمها بالإضافة إلى تنشيط وتقوية القلب وهي تستعمل لزيادة اليقظة وتفادي النوم، مفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية من أشهرها الأمفيتامينات وتقوم شركات الأدوية بخلط الأمفيتامينات مع الباربيتورات (عقاقير منشطة ممنوعة) لتخفيف قوة تأثيره على الانسان. (سويف، 1996، ص 32) والمنشطات نوعان:

3-4-1-المنشطات الطبيعية: مثل الكوكايين وهو أشهرها بلا منازع، ويستخلص من أوراق الكوكا الذي ينمو في أمريكا الجنوبية، وخاصة في جبال "الأنديز" و"بيرو" و"كولومبيا" و"الهند" و"أندونيسيا"، وتحتاج زراعته إلى درجات مرتفعة الحرارة والرطوبة، الكوكا نبات معمر يمكن لشجرته البقاء لمدة عشرين عاماً وتحصد ست مرات في العام الواحد، (الطعامنة، 2007، ص 430) ويعتبر من أقوى العقاقير المنشطة ذات الأصل الطبيعي، وهو مسحوق أبيض اللون، ويتعاطى عن طريق الشم أو الحقن.

3-4-2- المنشطات التحليقية: تعتبر الأمفيتامينات من أهم هذه العقاقير وذلك لقدرتها على مقاومة الإرهاق والانهاك تحدث تأثيراً منبهاً للجهاز العصبي ولذا انتشرت بين الرياضيين والطلاب للسهر والاستدكار والسائقين وتستعمل لقطع الشهية لإنقاص الوزن. (الطعامنة، 2007، ص 432)، هذا العقار الذي تم تحضيره لأول مرة عام 1887، حيث استخدم في العلاج الطبي ومعالجة بعض الأمراض، كاحتقان الأنف، إلا أنه بعد مدة عرف الأثر الذي تسببه للمتعاطي لها، وذلك بظهور أضرار واضحة على المرضى بعد استخدامها، ويتم تعاطي هذه المواد عن طريق البلع على شكل أقراص أو عن طريق الحقن، كما يمكن تناولها على شكل سائل يبلع عن طريق الفم، ويحدث لمتعاطيه الشعور بالراحة والغبطة واليقظ الكامل والقوة، كما يؤدي إدمانه إلى الاكتئاب النفسي، وأحياناً تصل نتيجة إدمان هذه المنشطات إلى حالة من انفصام الشخصية أو إلى الجنون. (الطعامنة، 2007، ص 433)، وكذا الشعور بالتوتر والقلق والهلع وكثرة التحرك وأفكار العظمة والهلاوس وأفكار الاضطهاد والعدوانية وممارسة أفعال عنيفة، وإدمانه يؤدي إلى تسارع في ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وتصبب العرق والغثيان، وعندما تزول هذه الآثار يحل محلها إحساس بالتعب ورغبة في إعادة استخدامها (شابول، 2001، ص 37). كما تسبب الأمفيتامينات الاعتماد النفسي فقط ولا تسبب الاعتماد العضوي، والقدرة على التحمل. (الدمرداش، 1990، ص 123).

3-5- المستنشقات: المذيبيات الطيارة، انتشرت بين الشباب وخاصة في الدول العربية وسبب بعض الوفيات نتيجة الاحتناق، وسوء استعمالها يؤدي إلى اضطرابات عقلية، وأضرار بالغة بالكبد والكلية والقلب وتؤثر على الجهاز العصبي، ومن هذه المواد: البنزين، مجفف الطلاء، مزيل الطلاء، سائل وقود الولاعات والغراء وعوادم شكمانات السيارات. (الطعامنة، 2007، ص 437)

ثانياً: طرق تعاطي المخدرات: من باب معرفة الشر بغية اتقائه وكيفية علاجه لا بد أن يكون هناك وعياً كافيًا بهذا الوباء الخطير ومن ذلك طرق تعاطيه، فعندما ترى إنساناً بحوزته بعض الأدوات الغربية كالإبر مثلاً فإن ذلك يدعو للريبة، ومن هنا تكون المسؤولية مضاعفة على الآباء والمربين في أخذ الحيطة والحذر في مثل هذه الحالات، ومن طرق التعاطي ما يلي: (الغامدي، 2006، ص 232)

- 1- عن طريق الفم: من ذلك الكولونيا (الخمر) بأنواعه حيث يشرب عن طريق الفم وكذلك القات (التخزين) حيث يمزج ويخزن في الجزء الأيمن أو الأيسر من الفم، وكذلك الاستنشاق عن طريق الفم كما في تدخين السجائر أو الحشيش وغيره أو ابتلاع الحبوب والكبسولات المنشطة أو المهدئة.
- 2- عن طريق الشم: وهي طريقة شائعة وخاصة في الهيروين والأفيون حيث يتم استنشاق المسحوق الأبيض بالأنف ويصل إلى الدماغ، واستنشاق بعض المذيبات العضوية الطيارة مثل الباتكس والبنزين وغيره ويسمى التشفيط. (الغامدي، 2006، ص232)
- 3- عن طريق الإبر: حيث يتعاطى المدمن بعض السموم بواسطة الحقن عبر الوريد فتسير إلى الدم ومنه إلى أعضاء الجسم المختلفة، وهذه الطريقة أسرع الطرق للهلاك خصوصًا إذا كانت الإبر ملوثة أو يستخدمها أكثر من شخص. (الغامدي، 2006، ص233)

الخلاصة السريرية

المحاضرة الرابعة

النظريات المفسرة للإدمان وتحليل شخصية المدمنين

أولاً: النظريات المفسرة للإدمان: تعددت الاتجاهات والنظريات المفسرة لظاهرة الإدمان بشكل عام، ولا شك أن المنطلقات النظرية مرتبطة ببعضها البعض، وبشكل عام يمكن القول أن النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان تتمحور في أربع اتجاهات رئيسية وهي المنظور الطبي والمنظور السلوكي والمنظور النفسي والمنظور الاجتماعي.

1-المنظور الطبي: يشير هذا المنظور إلى أن المدمن شخص وقع فريسة سهلة لتغيرات فسيولوجية، بسبب الإدمان ولا يجد نفسه إلا متجهاً نحو تعاطي المخدر، حتى في حالة الاكتئاب بسبب نقص المادة نفسها. (الغريب، 2006، ص 70). كما أن العقاقير نفسها تحدث تغيرات واضطرابات في حركة ووظائف أعضاء الجسم.

وبسبب هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية، أو أجبر عن الامتناع المؤقت عن المخدر أو الإقلاع عنه. وفي هذا الصدد يرى ميلر Miller 1996 أن المنظور الطبي ينطلق من منطلقات بيولوجية بحتة ترى أن الاعتماد الجسمي على التعاطي يكون أكبر وأشد نتيجة التفاعلات الكيميائية داخل المخ والجسم (الغريب، 2006، ص 70).

وتفسر النظريات الفسيولوجية العلاقة الوثيقة بين التعاطي والنشوة التي يحدثها المخدر ومع الاستمرار في التعاطي، ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش، أو النشوة التي عهدتها الجسم من المخدر. وهنا يحدث اعتماد الجسم عليه، حيث تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية للتمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا الجسم، وبهذا يصبح ذلك النوع ضرورة للجسم ويصعب الاستغناء عنه. (الغريب، 2006، ص 70)

وحسب نظرية العطب العصبي Theory Neurological impairment فإن الإدمان عملية تحدث داخل المريض المدمن، والتي يظهر معها من خلال نمط سلوك يسمح لأعراض المرض بالظهور والنشاط من جديد، عند شخص كان في السابق يستطيع أن يتحكم في التخلص من تلك الأعراض، وبالتالي ترى هذه النظرية أن للعوامل البيولوجية لها دور كبير في حدوث الإدمان لدى الشخص، حيث وجد أن

تعاطي بعض أنواع المخدرات يمكن أن تثير كثيرا من خلايا المخ، وهذا يخلق الإدمان على المخدر بيولوجيا لدى المدمن. (الغريب، 2006، ص 70)

2- النظرية السلوكية: لقد فضل أصحاب هذه النظرية استخدام مفهوم يتمثل في (خفض التوتر) ينسبون إليه إدمان المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخففوا من مشاعر الألم، والغضب والضيق، وخاصة القلق وبالتالي يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي Positive reinforcement، فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية. (عبد المنعم، 2007، ص 77)

كما تفترض هذه النظرية أن تعاطي المخدرات وإدمانها سلوك يتعلمه الإنسان، فإذا شعر شخص بالقلق والتوتر وتعاطى مخدرا أو خمرا يشعر بالهدوء والسكينة ويعتبر الإحساس الأخير جزءا أو دعما لتناول هذه المواد في المرات اللاحقة، ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الامتناع المرعبة، والمعروف في التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين السلوك ونتيجته طويلا ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان تعزيزا سلبيا أو إيجابيا (عطا، حوامدة، 2008، ص 196).

وقد أجريت دراسة لتوضيح المشكلة المتعلقة بأخذ المخدر أو سوء استخدامه لخفض التوتر، فقد أجري كل من Palwy, Schunman & Gralson تجربتهم على المتطوعين، وقد أوضحوا أن حدوث الألم يجعل الأفراد يشعرون بالقلق أو التوتر، وفي هذه الدراسات كان الألم يتمثل في أن يتلقى المفحوصين صدمات كهربائية مؤلمة قبل تعاطي المخدر، وبعد الصدمة يسمح للمفحوصين بتعاطي المخدر. (عبد المنعم، 2007، ص 78)

ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه على الدور التعزيزي الذي تلعبه المواد المخدرة في تطوير السلوك الإدماني ودعمه، فالعقاقير بما خصائص تعزيرية تتضح من خلال تعاطيها مرة أخرى.

فالمدمنون يتعاطون المواد المخدرة بغية الحصول على النشوة والاسترخاء والسعادة وفي ذلك تعزيز إيجابي، هم يتعاطونها أيضا بغية تجنب الأعراض الانسحابية ولخفض الألم والقلق وفي ذلك تعزيز سلبي. إضافة إلى ذلك فإن المثيرات الاجتماعية التي ترتبط بتناول العقاقير هي الأخرى تكتسب خصائص تعزيرية لأنها تقترن بالمثيرات التعزيرية (العقاقير) (الخطيب، 1992، ص 30)

ويرتبط الشعور السار أو التعزيز الإيجابي الذي يحصل عليه المدمن من تعاطيه المخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة، وتصبح بمثابة مثيرات شرطية تحث الإنسان على التعاطي فرؤية مكان التعاطي أو

الأصدقاء أو المخدر أو بائع المخدر... الخ من المثبرات التي تدفع المدمن الممتنع إلى الشعور بالرغبة الملحة والعودة إلى تعاطي المخدر (عبد المنعم، 2007، ص 80، 81).

ولقد ميز ليند سميث Linde Smith 1968 بين إدمان المخدرات واعتيادها، فالإدمان سلوك متعلم أساسا من خلال التعزيز السلبي الناتج عن أعراض المنع، وأيضا التعزيز الإيجابي الناتج من الأثر المريح للمخدر الذي يرتبط بأحكام مع الاعتياد على استخدام المخدر، فالسلوك يمكن أن يتعلم من اقتران الاستجابة مع تعزيز بموجب مكافأة، أو آثار مبغضة (تعزيز سالب). فإدمان المخدرات مرتبط بخبرات الأفراد عن غياب المخدر وآلام المنع والتعرف عليها (عبد المنعم، 2003، ص 81).

ويحدث الإدمان وفقا للسلوكيين نتيجة لارتباط تعاطي المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه من آثار مبهجة، وإنهاؤه لحالات متفاوتة من الضيق واليأس والقلق، يكون القضاء عليها بمثابة (المكافأة)، وكذلك وجود مثبرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر، تثير في المتعاطي الرغبة في المخدر مثل البيئة وما ينتمي إليها من أشياء خاصة بالمخدرات، كذلك حدوث الألم عند مقاطعة المخدر وزوال هذه الآلام بتعاطي الجرعة من المخدر. (عبد المنعم، 2003، ص 82)

3- نظرية التحليل النفسي Psycho-analysis theory:

تقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين، يتمثل الأساس الأول في الصراعات النفسية التي تعود إلى: الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى إثبات الذات، والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي. وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات، فإنه يلجأ إلى التعاطي، ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر. (عبد المنعم، 2003، ص 83).

وتفسر نظرية التحليل النفسي ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة. كما تفسر ظاهرة الإدمان أيضا إلى اضطراب العلاقات العاطفية في الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه التي تتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في الوقت ذاته، هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر عندها يصبح المخدر رمزا لموضوع الحب الأصلي الذي كان سابقا يمثل الخطر والحب معا. (عبد المنعم، 2003، ص 84، 85)

بشكل عام يقوم المنظور النفسي على فرضية أن القلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدء التعاطي، فإذا استمرت وزادت فإنها تساعد على

الاستمرار والمبالغة في التعاطي ويصبح الفرد فريسة للعقار الذي يظن أنه المخلص الوحيد من الآلام النفسية، أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر. حيث لتركيبه الشخص دورا مؤثرا في الميل أو الاعتمادية على سلوك معين، فالشخصية قليلة التحمل للضغوط الاجتماعية، أو التي لديها نزعة قلق، والشخصية سليمة التأثر أو المنقادة، يمكن أن تتجه للإدمان عند مواجهتها لأي مشكلة أو عند تأثرها بالأصدقاء. (الغريب، 2006، ص 70)

وترجع مدرسة التحليل النفسي أن الأصل في ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة والسرور، عن طريق المخدر، أو بعبارة أخرى التخفيف من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن، وليس مجرد إزالة التوترات الفسيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر، فالاتجاهات الشخصية لتعاطي المخدر مشحونة بشحنات انفعالية شديدة. وتفسر الإدمان بأنه:

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.

- تعويض عن إحباط شديد ينتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.

- ناتج عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاضعة.

- سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية.

وتوضح هذه النظرية أن الإدمان يتطور عندما يتعاطى الأفراد الكحول والمخدرات، لتتولد لديهم مشاعر السعادة ومشاعر الهروب من الألم. ويمكن أن يدفع الصراع بين الهو (id)، والأنا (Ego)، والأنا الأعلى (Super-ego) يتعاطى الفرد المخدرات في سبيل التخلص من القلق ومن مطالب الأنا الاهتمام بالذات وحفظها من الأذى. الاضطرابات الذاتية وهدم الذات من خلال الإدمان هي إشارات لإضعاف مطالب الأنا، والأنا تقوم بتنظيم المشاعر أيضا (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 43).

كما يصف علماء التحليل النفسي الإدمان على أنه عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فمية في الطفولة، لذا فإن المدمن بأساسه التكويني شخص يوصف بالنرجسية (عشق الذات اللاشعوري) وكثرة المطالب.

فالتعاطي يحقق للمدمن أدوارا متعددة فيعمل كمسكن للإحباط والغضب ووسيط نشط للتنفيس عن العدائية الكامنة لدى المدمن، وكذلك وسيلة للتخلص من احتقار الذات وإشباع رمزي لحاجات الحب والعطف (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 43). ويمكن أن نجد أن استعمال المخدرات في مختلف أشكال اضطرابات المراهقة، ويكتشف المراهق أن تعاطي المخدرات يساعده على تجاوز القلق والحزن

والشعور بالذنب والإحساس الذاتي بالارتياح يمكن أن يعاش لا شعوريا كتحسين لصورة الأهل وإعادة توحيدها. (شابول، 2001، ص 83)

فالإدمان يمثل أحد أشكال الدفاع ضد التبعية الغيرية والتهديد النرجسي، فالتبعية فيه تتحدد بالتوظيف المضاد لشبه موضوع بديل يأخذ مقامه المخدر. لقد أمكن اعتبار المخدر "كموضوع انتقالي مرضي" لا يخلق تغيرا دائما للبنية النفسية ويجب البحث عنه باستمرار في العالم الخارجي " كبديل رمزي للألم في مرحلة الطفولة الأولى. (شابول، 2001، ص 84، 85)

4- المنظور الاجتماعي: تركز هذه النظريات على دور الأسرة والبيئة والعوامل الاجتماعية الأخرى في تطور وتفسير سلوك الإدمان، وأن ثمة ضغوط اجتماعية تدفع إلى الانحراف وبشكل عام إلى إدمان المخدرات. (العريب، 2006، ص 77) ومن بين النظريات الاجتماعية التي تفسر سلوك الإدمان نظرية العائلة (Family Theory) حيث تعارض هذه النظرية بأن يكون المرض أو صعوبات الفرد هي مقدمة الإدمان.

وتركز هذه النظرية على إسهامات الأسرة في سلوك الإدمان، وكيف تؤثر المشاكل على كل عضو في الأسرة. ومدى تأثير الإدمان على الأسرة كوحدة متماسكة. وتفترض هذه النظرية أن الإدمان هو أحد الطرق التي تستخدمها الأسرة لتلبية حاجات الأسرة وتحدياتها، كما أن الاتصال غير الفعال، والتعبير المحدود عن المشاعر داخل الجو العائلي هي صفات وخصائص للأسر التي تعاني من الإدمان، إن تفاعلات الآباء وتوقعاتهم غير المتناسقة وسلوكهم القسري مع الأطفال تدفع إلى سلوك الإدمان كما أن السلبية والإهمال والغضب هي من مسببات الإدمان. (مشاقبة، 2007، ص 64)

فقد يساهم تطور البنية العائلية بتشجيع استعمال المخدرات من قبل المراهقين، فالتحول الذي طرأ على الأسرة وتغييرها من أسرة نووية إلى أسرة صغيرة جعلها تعتمد على أحد الوالدين فقط، مع إضعاف الحاجز بين الأجيال. (شابول، 2001، ص 91).

وعند تطور الاعتمادية وتقدم الإدمان، يصبح الإدمان في هذه الحالة مفرط ويصعب السيطرة عليه، وعندما تصبح استجابات الأسرة خارج السيطرة، وتبدأ الأسرة بالبحث عن زيادة السيطرة، في هذه الحالة يزداد الضغط عليها.

وتؤكد نظرية الأنظمة (Systems Theory) على التفاعل والاعتماد المتبادل وتكامل أو انسجام الأعضاء في النظام، وبناء عليه فإن كل الأعضاء الذين يعيشون معا هم عبارة عن أنظمة مفتوحة. والنظام المفتوح (Open system) يحافظ على الاستمرارية ومرتبطة مع البيئة، والنظام المفتوح أكثر تميزا واختلافا وسيطرة، في حين أن النظام المغلق (Close system) مستقلا عن البيئة ويتحرك باتجاه زيادة الاضطراب، وتصف هذه النظرية الأفراد بأنهم اجتماعيون أكثر من اهتمامها بالناحية النفسية أو البيولوجية، والتفاعل بين البيئة والأفراد أمر مهم وحساس في هذه النظرية، فعلى سبيل المثال إزالة السموم من شخص مدمن في المركز العلاجي تكون معالجة ضعيفة إذا كان لدى الشخص رغبة في العودة إلى بيئة الإدمان. (مشاقبة، 2007، ص 65)

نظرية الأنظمة فعالة مع الأسر المدمنة ومع متعاطي المخدرات والمدمنين، وتستخدم مع الأشخاص المرضى والمختلين وظيفيا في نظام الأسرة، والإدمان مؤشر لاختلال النظام الأسري والعائلة عبارة عن نظام يلعب دورا هاما في بدء وتطور ومعالجة الإدمان، وتتم هذه النظرية بالأسئلة التالية: كيف يؤثر الشخص المدمن على العائلة؟ كيف تسهم الأسرة في إدمان أحد أفرادها؟ كيف يمكن أن تساعد الأسرة في المعالجة؟ ما المعالجة التي تحتاجها الأسرة؟

والإدمان على أية حال يخلق فراغا واختلالا في نظام العائلة، وتعتبر الأسرة أنه إذا لم يحل هذا الاختلال الوظيفي فإن خطر الانتكاسة يكون مرتفعا، والاختلال الوظيفي في الأسرة يكون مرتفعا أيضا والمعالجة الفعالة والناجحة تحتاج لأدوار جديدة لكل أعضاء الأسرة. (مشاقبة، 2007، ص 65).

إن أكثر المشكلات التي واجهت الباحثين في هذا الصدد تعقيدا هي تحديد ما إذا كانت العوامل الشخصية عوامل مسببة لتعاطي المخدرات أم نتيجة له. فهل المشكلات الأسرية من أسباب الإدمان أم أنها من نتائجه؟

ويبين "ولكر Walker" أن هناك نوعين من العوامل التي ترتبط بإدمان الأبناء عند وصولهم إلى سن المراهقة هما الصراعات الخاصة بالرغبة في الاعتمادية وتشمل التذبذب الذي تبديه الأم بين العطف والحنان وبين النبذ، أو تهربها من الأزمات الأسرية، وانصرافها إلى الخمر أو انحرافها هي في حد ذاتها، أو إهانة الأب للأم والعلاقات المتنافرة بين الوالدين. (عبد المنعم، 2003، ص 97).

والعامل الثاني هو عدم قدرة الطفل على إدراك دوره في المجتمع، وتوجد عوامل متعلقة بهذا العجز مثل نبذ الوالدين للطفل وانعدام طموحات الوالدين بالنسبة لمستقبل أبنائهم، وتهرب الأب من المسؤولية

الملقاة على عاتقه، وانعدام الرقابة على سلوك الطفل، وكذا ضعف الضوابط المفروضة من قبل الأم على سلوك الطفل (عبد المنعم، 2003، ص 97).

ووفقا لذلك نجد أن معظم هذه النظريات حاولت تفسير الإدمان فبعضها فسرها على أنها مرض والآخر فسرها على أنها اضطراب نفسي، وذهب آخرون إلى تفسيرها على أنها سلوك لا تكيفي متعلم أو صراعات داخلية. إلا أنه ما من سبب منفرد لهذه المشكلة، حيث تتداخل كل هذه الأسباب لأن الإدمان له أسباب متعددة.

ثانياً: تحليل شخصية المدمن والشخصيات الأكثر عرضة للإدمان

1- شخصية المدمن: وجد أن هناك ملامح معينة تميز شخصية المدمن منها:

1-1- عدم النضوج الانفعالي: كما يتميز المدمن بعدم قدرته على الاعتماد على نفسه.

1-2- الشخصية النرجسية: فالشخص المدمن يتميز بشخصية نرجسية تريد أن تحقق كل ما تريده فوراً وفي الحال.

1-3- الشخصية المريضة جنسياً: في هذه الحالة يكون الإنسان مصاب بالضعف الجنسي، فيخدر نفسه هرباً من مشاكله.

1-4- الشخصية القلقة: صاحب هذه الشخصية يعاني من القلق والتوتر الدائم، ولذلك يلجأ للمسكرات والأدوية لتسكين هذا التوتر (شحاتة، 2006، ص 102).

2- الشخصيات الأكثر عرضة للإدمان: اتفق علماء النفس والاجتماع والخدمة الاجتماعية على أن الإدمان يكون أكثر انتشاراً بين أربع أنواع من الشخصيات هي:

1-2- الشخصية الاكتئابية **Depressive personality**: المكتئب شخص يميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس لكثير من الأشياء التي تثير حماس واهتمام الناس، وهذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها، لكن لا سلوى له إلا هذه المادة التي يعرف بأنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفقده بشكل دائم. (المهندي، 2013، ص 58)

2-2- الشخصية المتهيبية اجتماعيا Schizoid personality: المتهيب أو الهياب اجتماعيا Social phobic شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس ومن التجمعات، ولا يقوى على مواجهتهم ولا يقوى على التعبير عن رأيه، ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس في ظروف اضطرارية، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة تزيد خجله، وتلغي توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فرع قلبه، فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل، ويجد نفسه مضطرا لاستعمال هذه المادة كلما اضطرت الظروف لمواجهة مسؤولياته مع الناس. (المهندي، 2013، ص 58) وهذا ما يجعله يلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها، ولكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة التي يعرف أنها تغير من شخصيته تماما فينعم ولو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء بلا خوف من الناس (المهندي، 2013، ص 59).

2-3- الشخصية السيكوباتية Psychopathic personality:

ما يميز أصحاب هذه الشخصية أنها غير اجتماعية بشكل واضح وعدم الإحساس بما هو صواب وما هو خطأ، فهم يميلون إلى معيشة اللحظة الراهنة فقط ويرغبون في لذة فورية من الدوافع العابرة دون تأجيل. (المنصور، 2014، ص 110) وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع، ويسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته وإرضاء نزواته على حساب أي إنسان، وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه، فهو يسرق يرتشي، يؤذي، يدمن يفعل أي شيء دون أن يتحرك لديه أدنى إحساس بألم أو ندم وبشكل عام فإن السيكوباتي لا يتعلم من أخطائه ولا يجدي معه العقاب. (المهندي، 2013، ص 59)

2-4- الشخصية المكروبة stressed personality: تعاني هذه الشخصية من القلق والتوتر وسهولة الاستشارة العصبية والانفعال وعدم الصبر مما يعرضه للخطر والاحتكاك بالآخرين والشخص المكروب دائما في عجلة من أمره في كل شيء إلى حد أنه يرهق نفسه ومن يتعامل معهم، وغالبا ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة. (المهندي، 2013، ص 59)

المخاضة والمخاضة

المحاضرة الخامسة

الأسباب المؤدية إلى تعاطي وإدمان المخدرات

إن جرائم المخدرات متعددة وهذا التعدد والتنوع يقوم على طبيعة الأفعال المكونة لهذه الجرائم والمخدرات بوصفها مشكلة اجتماعية وليدة خلل يصيب نظم المجتمع فلقد زاد الإنتاج العالمي للمخدرات وكان لتكنولوجيا الاتصال والمواصلات دور حيوي في تسهيل انتشار المخدرات من ناحية ونشر ثقافة الجنس من ناحية أخرى، وتمثل خطورة المخدرات في أنها تعطل الإرادة الإنسانية، حيث يتحول الانسان إلى عبد لعاداته الإدمانية. (وفقي، 2013، ص 57)

ولقد بينت نتائج الدراسات بأن هناك العديد من الأسباب التي جعلت الفرد مدمنا منها: الرغبة في التحريب، سهولة الحصول على المخدرات وسهولة استعمالها ومجارات الأصدقاء، وحب الاستطلاع، والهرب من المشاكل وزيادة القدرة الجنسية، وأحيانا قد يلجأ المدمن إلى التعاطي من أجل أن يحقق عددا من الفوائد من وجهة نظره، مثل زيادة ثقته بذاته وسهولة التواصل. ويمكن تصنيف هذه العوامل والأسباب إلى ثلاث مجموعات منها ما يعود إلى الفرد نفسه، ومنها ما يعود للأسرة، ومنها ما يعود إلى المجتمع، وفيما يلي استعراض هذه الأسباب:

أولاً: الأسباب التي تعود للفرد: هناك عدة أسباب تكمن وراء الإقدام على إدمان الفرد على المخدرات ويمكن تقسيمها كالآتي:

1-1- ضعف الوازع الديني لدى الفرد: إن ابتعاد بعض الشباب خاصة المراهقين عن الالتزام بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف قد يقود إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 35) وصدق الله العظيم إذ يقول: ﴿وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنْسَاهُمْ أَنْفُسَهُمْ أُولَئِكَ هُمُ الْفَاسِقُونَ﴾ سورة الحشر، الآية 19.

كل هذا يقودنا إلى أهمية زرع القيم الإسلامية والإيمان بالله في نفوس المراهقين والشباب من خلال المؤسسات والجمعيات العامة.

فانعدام الوازن الديني السليم لدى كثير من المراهقين، أفقدهم المرجعية التي يقيم من خلالها المراهقون سلوكهم واتجاهاتهم وأفكارهم، كما زرع ثقة المراهقين في عاداتهم وتقاليدهم، وكل ذلك وغيره خلق نوعية من المراهقين والشباب تتسم بسهولة الانقياد والتأثر بأفكار الآخرين المنحرفة والمضللة وغير

العقلانية في تعاطي المخدرات. فالمخدرات تؤدي إلى نبذ الأخلاق وفعل كل منكر وقبيح لذلك نجد أن الكثير من الحوادث تقع تحت تأثير المخدر.

وعليه يعتبر ضعف المشاعر الدينية أو الوعي الديني وعدم احترام قيم وعادات وتقاليد المجتمع ونظرته إلى الدين، حيث يفقد الفرد كل صلة له بالخالق فيبتعد عن تنفيذ أوامره وينحرف وراء أهوائه ونزواته الدنيوية. (الزنتاني، 2008، ص74)

1-2- مصاحبة الأفراد المتعاطين ورفاق السوء: لا شك أن الحاجة إلى الأصدقاء تقع في قاعدة الحاجات الاجتماعية، فكل إنسان يحتاج إلى الرفقة، لأن الرفقة حاجة نفسية متأصلة في النفس البشرية منذ أن بدأ يدرك ويفهم ما يدور حوله، فإذا صلح الأصدقاء استقام الشخص وإذا حدث العكس انحرف.

لذلك تؤكد وتجمع الدراسات النفسية والاجتماعية التي أجريت على أسباب إدمان المخدرات على أن الفضول وإلحاح الأصدقاء يعتبر أهم حافز على التجربة، كأسلوب من أساليب المشاركة الوجدانية مع الأصدقاء.

ويشير تقرير الأمم المتحدة لعام (1978) إلى أهمية الدور الذي يلعبه الأصدقاء كعوامل مسؤولة عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فمستخدموا العقاقير مثل غيرهم من الناس يبحثون عن استحسان سلوكهم مع أقرانهم، وذلك لكي يقتنع الآخرون بمشاركتهم في عاداتهم كطريقة للبحث عن المكانة بينهم ويدفعهم ذلك للخروج عن القواعد القيمة المعترف بها في المجتمع (الغول، 2011، ص 251).

كما أن تفسير كثير من حالات الإدمان لدى المراهقين يتأثر بتأثير جماعة أصدقاء السوء، حيث غالباً ما يحدث أن يتعاطى أحد المراهقين المدمنين جرعة من صديقه، أو ربما يضطر المراهق للامتنال للفئة التي ينخرط فيها ويجاريهم ويتناول المخدر معهم.

لذلك فإن مجالسة الرفقاء لها دورها في تشكيل شخصية هذا المراهق بالصلاح أو الفساد وقد تكون هي الإطار المرجعي له في سلوكياته لذلك حذرنا سبحانه وتعالى من إتباع أهواء المضللين في قوله تعالى: ﴿وَلَا تَتَّبِعُوا أَهْوَاءَ قَوْمٍ قَدْ ضَلُّوا مِنْ قَبْلُ وَأَضَلُّوا كَثِيرًا وَضَلُّوا عَنْ سَوَاءِ السَّبِيلِ﴾ سورة المائدة، الآية

إن مصاحبة المدمنين يؤدي إلى التعاطي ثم الإدمان. لأن المدمن يغري الآخرين من المحالطين له، وذلك عن طريق التحدث عن المتعة والنشوة التي يحدثها المخدر، وقد يخدعهم ويضعه في السجائر أو في بعض الأحيان المشروبات أو الشاي أو القهوة، أو بوصفها أدوية لأمراض وآلام معينة، وقد يغريهم ببعض الأوهام الكاذبة من المخدرات وآثارها. وهذا ما دلت عليه العديد من الدراسات التي أجريت في كثير من البلدان أن رفاق السوء لهم دور كبير وهو أحد أسباب انتشار تعاطي المخدرات. (السعد، 1996)

1-3- الشعور بالفراغ: يعاني معظم الشباب من أوقات الفراغ، حيث لا يستطيعون شغله بالأنشطة النافعة، أو لعدم وجود أماكن مثل الأندية والبرامج الهادفة لملء هذه الأوقات فيشعر الفرد بالملل ويلجأ إلى المخدرات. (الزنتاني، 2008، ص 77)، كما تعد أنشطة الفراغ والترويح من العوامل المهمة الواقية من الانحراف والسأم وتشتت الفكر وبعض ظواهر الاعترا، التي يعاني منها المراهقين والشباب، ومن أكثر الظواهر اللافتة للنظر أن هؤلاء المراهقين والشباب لا ينجذبون إلى المناهج الدراسية، وذلك لأنها لا تثير اهتمامهم أو تشبع رغباتهم، ولذا يبحثون عن مجالات أخرى لإشباع هذه الرغبات مثل تبني الأفكار المستوردة والسلوك المنحرف. (العجاجي، 2008، ص 33)

وهكذا فإن الفراغ الذي أحدثه توقف الدراسة لم تستطع استيعابه الأسرة أو الأنشطة الاجتماعية العامة والدينية في غالب الأحيان، كما أن زيادة نسبة البطالة عن العمل أدت إلى رفع نسبة استخدام المخدرات، فانتشر الإدمان بشكل ملحوظ. (السواس، 2001، ص 54)

1-4- حب التقليد: قد يرجع ذلك إلى ما يقوم به بعض المراهقين من محاولة لإثبات ذاتهم وسعيهم للوصول إلى الرجولة وخاصة الأفعال المتعلقة بتعاطي المخدرات من أجل إضفاء طابع الرجولة عليهم أمام الزملاء أو الجنس الآخر. (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 36)

1-5- انخفاض مستوى التعليم: إن سوء العملية التعليمية التي تركز على حشو الرأس وقهر الطفل والمراهق وجعله في موقف المتلقي السلبي، وهذا الأمر ينمي اعتماديته والقابلية للاستهواء، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير (عكاشة، 1984، ص 563).

1-6- العوامل النفسية: وقد تكون مرض نفسي مثل القلق و الاكتئاب، أو ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية، أو سلوك مستمر باحث عن اللذة والإشباع الفوري، أو قد يكون العناد والرغبة في المغامرة لوجود عدوان موجه ضد الذات.

أو أنه الإحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة في أزمة الهوية التي يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه أو أنه تشبع بالأفكار الخاطئة حول تعاطي المخدرات كإسهامها في زيادة الرغبة الجنسية. وكذلك يرى البعض أن تعاطي المخدرات يمثل -من الناحية النفسية- أسلوباً سلبياً للتوافق ذات طبيعة هروبية أو انسحابية لمواجهة المشقة والإحباط. حيث يعتقد المتعاطون أن الدخول إلى عالم التعاطي سوف يساعدهم على حل مشكلاتهم وإنهاء صراعاتهم. ويكون الحل هنا خفض القلق أو الشعور به لفترة مؤقتة. دون حل المشكلة وإنهاء للصراع في ذاته، وعند انتهاء تأثير هذه المواد، يكشف الشخص أن مشكلته لم تحل على مستوى الواقع وبالتالي يعود إلى المخدرات مرة أخرى هرباً من هذه المشكلة ليتحول إلى شخص آخر معتمد على المخدرات. وتحول بينه وبين الحلول الإيجابية الواقعية لمشكلاته، فيصبح هو ذاته مشكلة معقدة تنعكس آثارها على كل من حوله. (جمعة، 2003، ص 37)

1-7-العوامل البيولوجية: ويقصد بها:

أ- **الوراثة:** لوحظ أن الإدمان يزيد في عائلات معينة حيث أن مدمن الكحول -على سبيل المثال- يزيد الإدمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى الآباء غير المدمنين. كما لوحظ أن التوائم المتماثلة يزيد الإدمان لديها إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة، ويحتمل أن ينتقل إدمان الكحول إلى الطفل عن طريق مستقبلات مخية بتأثير جينات وراثية. (جمعة، 2003، ص 36)

وتشير الدراسات التي نشر ملخص لها في المجلة الطبية البريطانية عام 1980م إلى أن إدمان الكحول ومضاعفاته يزيدان في أسر المدمنين بصورة خاصة. فقد اتضح أن ما بين 25-50% من آباء مدمني الخمر و20% من أمهاتهم يدمنون الخمر.

ب- وجود آلام جسمانية مزمنة مثل آلام المفاصل والآلام السرطانية.

ج- إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه إدمان فسيولوجياً. (جمعة، 2003، ص 36)

ثانياً: الأسباب التي تعود للأسرة: لقد توصل العديد من الباحثين إلى أن المناخ الأسري غير السوي يعد من العوامل المساهمة في تعاطي المخدرات، فعدم الاستقرار داخل الأسرة وانعدام الوفاق بين الوالدين وتأزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات إلى درجة الهجرة والطلاق أحياناً. وغياب أحد الوالدين لفترة طويلة مع انعدام التوجيه الأسري، واكتساب الفرد لقيم ومفاهيم خاطئة خلال نشئته

الأسرية كالتدخين وتعاطي المخدرات. (الزبن، 2011، ص 261) ويمكن توضيح هذا أكثر في النقاط التالية:

1-2-المشاكل الأسرية: إن معظم المدمنين ينحدرون من أسر مفككة أو محطة خلت من مشاعر الحب والود وفشل الوالدين في إشباع حاجات أطفالهم الجسدية أو العقلية أو النفسية أو الاجتماعية، كما يؤدي الطلاق أو الانفصال ذهاب الأطفال إلى تعاطي المخدرات نتيجة العدوان والظلم والصراعات والأنانية والقسوة في تعاملهم أو النقد الزائد لهم، أو فرض العزلة عليهم والانطواء وسوء التنشئة الاجتماعية، وعدم معرفة أصدقاء الأبناء وفقدان القدوة الحسنة بالأسرة أو تفضيل بعض الأبناء على البعض الآخر، فيلجأ الأبناء إلى المخدرات كنوع من التعويض أو الهروب من واقعهم المؤلم. (الزنتاني، 2008، ص 75)

فالأسرة هي خط الدفاع الأول للوقاية من المخدرات، وذلك من خلال بناء مقاومة داخلية في النشء من قبل الأسرة، هذه الوقاية تشمل جهوداً مختلفة وواسعة لمساعدة المراهقين والشباب في اكتساب خبرات ومهارات حتى يكتسبوا الثقة في النفس والتعلق بالقيم، والأصل في برامج الوقاية أن تهتم بتعليم المراهق أهمية احترام دينهم وأجسامهم، وغرس القيم التي تولد أهمية الحياة الصحية السليمة. (الزبن، 2011، ص 261)

يذهب محمد عبد الوهاب عبد المقصود (1982) إلى: "أن التفكك الأسري وعدم الاستقرار العائلي والاضطراب الذي يصيب حياة أفرادها، يلعب دوراً كبيراً في دفع الأبناء إلى الإدمان، وخاصة إذا كانوا في مرحلة المراهقة، التي تتميز بالتغيرات المفاجئة والحاجة إلى الإحساس بالقوة، فالمخدرات من وجهة نظرهم تمنحهم الإحساس بالقوة وهذه المرحلة في بداية الحياة العملية بما تحمله من ضغوط وصعوبات، ويجدون الهروب في المخدرات. (الغول، 2011، ص 249)

كما أن ابتعاد الأب يعزز لدى الأم الميل إلى السيطرة على الحياة العائلية. فالأم غير مستقرة من الناحية العاطفية ومتضاربة بسبب تشبثها بدورها في الأسرة، وهذا الموقف يؤدي بدوره إلى اتجاه سلمي مع أطفالها، مما يؤدي إلى زيادة المدمنين. (عبد المعطي، 2004، ص 149)

كما يتسم الأطفال متعاطو المخدرات بعدم احترامهم للوالدين وعدم التزامهم بالقيم العائلية، وتتميز الأسر التي يعيشون فيها بتفككها القيمي وضعف الرقابة، وانعدام وسائل التسلية والترفيه داخل الأسرة.

2-2- ضعف الرقابة الوالدية: ففي دراسة أجراها ولسون Wilson (1980) عن ضعف التوجيه والإشراف الوالدي وانحراف الأحداث، أظهرت نتائجها أن غياب دور الوالدين في الإشراف والعناية بسلوك أبنائهم من العوامل التي تسبب تعاطي المخدرات، حيث أنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بانعدام الرقابة الوالدية، وعدم سؤال الوالدين للأبناء عند غيابهم.

وأجرى التوهامي المكي (1981) دراسة عن ظاهرة تعاطي المخدرات في المغرب، توصل فيها إلى أن هذه الظاهرة تنتشر بين الشباب في مقتبل العمر بالمدن المكتظة بالسكان، والذين يقطنون بالمناطق الشعبية، وأن جميع أفراد العينة كانوا يعانون من ظروف الحياة القاسية. وتؤكد هذه النتائج ما توصل إليه جمال الدين بلال (1982) أن أهم العوامل الأسرية التي تساعد على تعاطي المخدرات، انشغال الوالدين المستمر بالكسب المادي، أو لتحقيق نجاح شخصي على حساب الأبناء وهكذا يجرمون من التوجيه السليم، بالإضافة إلى كثرة المشكلات العائلية مما يجعل الجو الأسري مليء بالاضطراب (عبد المعطي، 2004، ص 152).

2-3- سوء المعاملة الوالدية: في دراسة أجراها لوريس Louris (1977) عن ظاهرة إدمان المراهقين على 258 مراهقا مدمنا من مجتمعات شبه حضرية، أوضحت أن العوامل المرتبطة بالنمو منذ الطفولة وكيفية مواجهة الأسرية لها من العوامل التي تكمن في انتشارها، فالمرهقون المدمنون لديهم مشاكل نمائية في مجالات الضبط الأسري والإحساس بالانفصال، وأن الوالدين قد مارسوا أدوارا سلبية في مواجهة أزمات النمو المرتبطة بالمرحلة العمرية لأبنائهم.

إن المشكلة تكمن في عدم اهتمام الأبوين بمكان تواجد الأبناء وعدم حرصهم على جماعة الأصدقاء التي ينتمون إليها، متجاهلين بذلك مختلف تأثيراتها السلوكية على أبنائهم. إن درجة تأثر الأبناء بنمط ثقافة جماعة الرفاق، يتوقف ويتحدد بمستوى الإشباع. فكلما كانت درجة إشباعها لحاجات الفرد كان تأثيرها أقوى ليتبنى نمطها السلوكي الثقافي، لأن ذلك يساهم في زيادة درجة انتمائه بها، وكذا درجة تماسكها مقارنة بدرجة تأثره بالثقافة الأسرية التي تنسم بالهشاشة والضعف، مرجع ذلك إلى عجز الأسرة عن تحقيق متطلباته وحاجاته وتوكيد ذاته خاصة المراهق. (بويدي، 2012، ص 53)

وتوصل كل من حسن مصطفى وراوية الدسوقي (1993) في دراسة عن أساليب المعاملة الوالدية لدى متعاطي الأفيون، إلى أن قسوة الأب وتدخله الزائد وحماية الأم الزائدة للأبناء، ثم إشعار الأب لهم

بالذنب، والتدخل الزائد للأم وتفضيلها للأقوى، ثم حماية الأب الزائدة للأبناء والرفض وقسوة الأم ورفضها تعد أهم محددات المعاملة الوالدية لدى متعاطي المخدرات. (عبد المعطي، 2004، ص 154)

ثالثاً: الأسباب التي تعود للمجتمع: هناك العديد من أسباب تعاطي المخدرات تعود

للمجتمع ومنها

3-1- توفر مواد الإدمان عن طريق المهرين والمروجين: ويعتبر هذا العامل من أهم العوامل التي تعود للمجتمع، والتي تجعل تعاطي المخدرات سهلاً وميسوراً بالنسبة للمراهقين والشباب ويرجع ذلك إلى كون كل مجتمع يجوي أفراد ضالين فاسدين يحاولون إفساد غيرهم من أبناء المجتمع. كذلك التساهل في استخدام العقاقير المخدرة وتركها دون رقابة، فقد يكون التساهل في استيراد بعض الأدوية المخدرة اللازمة للاستخدام في المستشفيات، دون تحديد رقابة عليها من قبل وزارة الصحة في المجتمع سبب من أسباب استخدامها في غير الأغراض الطبية التي خصصت لها. (الحراشنة، الجزازي، 2012، ص 39، 41)

3-2- العوامل الاجتماعية والثقافية والحضارية: وتشمل هذه العوامل القيم الدينية والمعنوية والأخلاقية، وتدهور نظام القيم وانتشار الرذيلة والفواحش والإباحية والملاهي والمراقص، وانتشار الثقافات الفرعية الدخيلة على المجتمع والتحضر الزائف المبني على أسس خاطئة، والتطور السريع غير التدريجي والمهجرة، وما يتبعها من ضغوط ومخاطرة للحضارة الحديثة والحراك الاجتماعي، وفشل وسائل الضبط الاجتماعي، ووجود الطبقات الاجتماعية في المجتمع، والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع، وطغيان الجانب المادي على الأفراد والمجتمعات، وفشل الأفراد في القيام بأدوارهم داخل المجتمع، والأمراض الاجتماعية المختلفة، وسوء التكيف أو التوافق الاجتماعي والمدرسي والمهني، وانتشار الثقافات المريضة والإعلام الفاشل. كل هذه العوامل تجعل الأفراد يتجهون للانحراف وتعاطي المخدرات وإدمانها. (الزنتاني، 2008، ص 75)

3-3- العوامل الاقتصادية: ومنها الفقر والبطالة بأنواعها، وصعوبة الحياة ومشاكل العمل المختلفة والطرده من العمل والمفاضلة بين العمال وانخفاض الأجور وغلاء الأسعار كل هذا يؤدي إلى إدمان المخدرات. كما يحاول بعض ضعاف النفوس من الأفراد استغلال الانفتاح الاقتصادي استغلالاً سيئاً، فبدلاً من قيامه باستيراد السلع الضرورية للأفراد، يقومون بتهرب المخدرات بطرق غير مشروعة لكونها تحقق لهم أرباحاً كبيرة وبأقل الجهود. (الحراشنة، الجزازي، 2012، ص 39)

3-4-العوامل الطبيعية وحالات الحرب: إن حدوث كوارث اجتماعية أو طبيعية يؤدي إلى مجاعات تخلف الفقر والمرض والدمار وخيبة الأمل وذهولا وحزنا، وكثيرا من المآسي فتنهار القيم والمثل العليا، فيندفع البعض إلى المخدرات للهروب مما تركته هذه الكوارث والحروب من ذكريات قاسية ومؤلمة. (الزنتاني، 2008، ص75)

كما يلعب هذا العامل دورا مهما في نشر المخدرات، وعلى سبيل المثال دور الاستعمار البريطاني والفرنسي في نشر المخدرات في الصين، بما سميت حروب الأفيون. وفي العصور الحديثة لعب الاستعمار البريطاني والفرنسي دورا في نشر المخدرات في مصر ودول المغرب العربي، وكان دور بريطانيا في نشر المخدرات في مصر في العشرينيات من القرن العشرين دورا بارزا وهاما، حيث وصل عدد مدمني الهيروين إلى نصف مليون شخص من بين 14 مليون هم سكان مصر آنذاك، ثم جاء دور اليهود وإسرائيل والتي لعبت ولا تزال تلعب دورا هاما في نشر المخدرات في العالم العربي وخاصة مصر (البار، 1988، ص303)

3-5-قلة وتراجع دور وسائل الاعلام 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، فوسائل الإعلام قد تقوم بطريقة غير مباشرة بالدعاية لتعاطي المخدرات حين توجيهها البرامج وعرضها لطرق مكافحتها، لقد سجلت الإحصائيات أن نسبة كبيرة من الصغار تعرفوا على المخدرات من خلال وسائل الإعلام وعرضها لها، فتكون وسائل الإعلام ملفتة للنظر إلى هذه المركبات عند الصغار وأحيانا لدى الكبار.

ولقد ذكرت الإحصائيات بالدول الغربية أن مجرد ذكر المخدرات بالأحاديث أو النقاش فيها له تأثير على زيادة استخدامها.

ومما لا فيه أن لوسائل الإعلام الواسعة الانتشار الدور الفعال والرئيسي، حيث يقضي كثير من الناس معظم أوقاتهم في الاستماع إليها أو مشاهدتها خاصة في مجتمعنا العربي، كذلك الانبهار بالحضارة الغربية وتقليدها ظاهرة شديدة التأثير في مجتمعنا، وهي فيه أقوى منها في المجتمعات الأخرى، لذلك لا بد من ترشيد الإعلام حول المخدرات والحذر من الإفراط في العرض، أو إبراز جانب دون آخر وبخاصة حينما تكون الثقة بين الجمهور ووسائل الإعلام ضعيفة، مما قد يدفع البعض إلى ردة فعل عكسية، كما يجب

تعميق مفهوم الإعلام الأمني من خلال غرس القيم وتأسيس الوعي وتربية الضمير وتنمية الأخلاق الفاضلة. (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 40)

3-6- غياب رسالة المدرسة: ويقع ذلك على عاتق المربين والمسؤولين في وضع المناهج التعليمية والتي يجب أن تتضمن أهدافا واضحة تجعل الفائدة منها جيدة من حيث توضيح ما ينبغي اتباعه من فضائل وما يجب تجنبه من خبائث وذنابل. (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 40)

3-7- العمالة الأجنبية: إن عمليات التنمية تتطلب الاستعانة ببعض العمالة والخبرات الأجنبية وهذه العمالة تأتي أحيانا وهي محملة بحسناتها وسيئاتها متمثلة في محاولة البعض ادخال السموم والمواد المخدرة إما بغرض متعتهم الخاصة أو بغرض الكسب المادي من وراء ذلك. (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 40)

3-8- وجود بعض أماكن اللهو في بعض المجتمعات: هناك بعض أماكن اللهو في بعض الدول تعتمد أساسا على وجود المواد المخدرة والمسكرة من أجل ابتزاز أموال روادها، ولا يهتم أصحابها إلا بجمع المال بصرف النظر عن الطريقة أو الوسيلة المستخدمة في ذلك. (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 40)

الخلاصة السابعة

المحاضرة السادسة

الآثار المترتبة عن تعاطي المخدرات وملامح انحراف الأبناء

أولاً: التأثيرات المترتبة عن المخدرات: من المعروف أن الإدمان هو حالة تسمم دوري مع وجود رغبة شديدة وقهرية لزيادة الجرعة المتعاطات من المخدر أو العقار من يوم إلى آخر، وظهور أعراض الحرمان في حالة التوقف عن تعاطي المخدر أو العقار، وطبقاً لنظرية "سيجموند فرويد" عالم النفس التحليلي الذي يرى أن الإدمان ظاهرة نكوص أو ارتداد أو تراجع الفرد إلى مرحلة قد سبق أن تخطاها نتيجة تهديد أو صراع نفسي، أي أن الفرد لا يستطيع تحمل مسؤوليات الواقع الذي يعيش فيه فيلجأ للمخدرات هرباً من هذا الواقع. ولا تقتصر أضرار المخدرات على الفرد فقط بل تنعكس على المجتمع واقتصاده وحتى سياسة البلاد الداخلية والخارجية وفيما يلي أهم الأضرار:

1- الآثار الصحية (الجسمية): للمخدرات عموماً آثار صحية وخطيرة على المدمن، فبعض هذه المخدرات يؤدي إلى الهزال والضعف العام مثل الحشيش، يؤدي إلى نزيف في المخ في حين يسبب البعض الآخر لصاحبه عجزاً جنسياً. (الطعامنة، 2007، ص 425)

ومن الآثار الجسمية والصحية على الفرد المتعاطي فقدان الشهية للطعام، مما يؤدي إلى النحافة والهزال والضعف العام المصحوب باصفرار الوجه، إلى جانب اضطراب في الجهاز الهضمي، والذي ينتج عنه سوء الهضم، وإتلاف الكبد وتليفه، حيث يجلل المخدر خلايا الكبد ويحدث بها تليفاً وزيادة في نسبة السكر، مما يسبب التهاب وتضخم في الكبد وتوقف عمله بسبب السموم التي تعجز الكبد عن تخليص الجسم منها كما يحدث تعاطي المخدرات التهاب في المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكون المخ، مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة واضطرابات في القلب، وارتفاع في ضغط الدم، كما أن لها تأثيرها على النشاط الجنسي، حيث تقلل من القدرة الجنسية، وتنقص من إفرازات الغدد الجنسية، وقد يحدث تسمم الدم والوفاة أو الانتحار. (عبد المعطي، 2004، ص 148) كما تصاب المعدة بالفشل الوظيفي، حيث تقل إفرازات العصارات المعوية وتقل حركة نشاط المعدة في طحن الطعام ويصاب المدمن بالقرحة، وفقدان شهية الطعام، ويمتد التأثير إلى البنكرياس، حيث يظهر مرض السكر البولي ويمتد الأثر إلى الكبد فيؤثر على خلاياه ويؤدي إلى تلفه ثم إلى الفشل الكبدي. (الحراشنة، الجزائري، 2012، ص 52) كما تؤدي إلى تأثر أنشطة المخ، رجفة الأطراف، صداع مزمن وتدني القدرات الحسية كالسمع

والإبصار، نقص المناعة الطبيعية نتيجة لتضرر الكريات الدموية البيضاء. وكما أن سموم الإدمان تسبب مرض السرطان يؤثر بطريقة جذرية في حاملات الوراثة داخل الجسم البشري، وهذه التأثيرات تجعل حاملات الوراثة تصاب بالتضليل. كما أن إدمان المخدرات له تأثير خطير على الدم فهو يضيق الدورة الدموية وقد يوقفها وأحيانا يموت المدمن فجأة، وكل هذه الآثار الجسمية والصحية للإدمان ماهي إلا أمثلة وليست حصرا لكل الأضرار الجسمية والصحية، فهناك الكثير من الأضرار الأخرى التي تصيب كل أعضاء الجسم (الحراشة، الجزائري، 2012، ص53)

كما تعمل المخدرات على تحطيم إرادته وذلك لأن تعاطي المخدرات يجعل الفرد يفقد كل القيم الدينية والأخلاقية ويتعطل عن عمله الوظيفي والتعليمي، مما يقلل إنتاجيته ونشاطه اجتماعيا وثقافيا وبالتالي يحجب عنه ثقة الناس به، وبالتالي يتحول إلى شخص كسلان غير موثوق فيه ومهمل ومنحرف في المزاج والتعامل مع الآخرين. كما أن هذه الصفات تؤدي إلى سوء العلاقة الزوجية والأسرية مما يدفع إلى تزايد احتمال وقوع الطلاق وانحراف الأطفال وحتى مع الجيران وزملائه ورؤسائه في العمل، هذا ما يؤدي به إلى عدم التكيف وسوء التوافق والتواؤم الاجتماعي، والذي يؤدي به في النهاية إلى الانتحار أو إلى نبد الأخلاق وفعل كل منكر وقبيح من حوادث الزنا والخيانة الزوجية والسرقة والرشوة والاختلاس. (الحراشة، الجزائري، 2012، ص53)

2- الآثار النفسية: يرى الدكتور "عبد الحميد عبد العظيم رجيعة" أن للمخدرات تأثيرا ضارا على الناحية النفسية سواء في المراحل الأولى من تعاطيها أو في حالة الإدمان فعندما يبدأ الشخص في التعاطي أو في حالة الإدمان يختلط عنده التفكير ولا يحسن التمييز ويكون سريع الانفعال ثم تتبدل عواطفه وحواسه بعد ذلك وتكرار التعاطي يصبح الشخص كسولا قليل النشاط يضع وقته في أحلام اليقظة، ولا يمكنه أن يحاول أن يخفي هذه الظواهر عن المجتمع فيلجأ إلى الخداع والغش والتزوير. (رجيعة، 2009، ص07) ويؤدي التعاطي كذلك إلى القلق والتوتر المستمر والشعور بعدم الاستقرار، والشعور بالانقباض مع عصبية وحدة في المزاج، وإهمال النفس والمظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه. (الركابي، 2011، ص77)

كما تحدث اختلالا في الاتزان والذي يحدث بعض التشنجات والصعوبات في النطق والتعبير عما يدور بذهن المتعاطي، بالإضافة إلى صعوبة المشي، كما يحدث اضطراب في الوجدان، ويتبع هذا ضعف في المستوى الذهني وذلك لتضارب الأفكار لديه، فهو بعد التعاطي يشعر بالسعادة والنشوة والعيش في جو

خيالي وغياب عن الوجود وزيادة النشاط والحيوية ولكن سرعان ما يتغير الشعور بالسعادة والنشوة إلى ندم وواقع مؤلم وفتور وإرهاق مصحوب بحمول واكتئاب. (الركابي، 2011، ص 77) حيث يؤكد بعض الباحثين على أن كلا من الإدمان والمرض النفسي على علاقة وثيقة ببعض وتبين أبعاد هذه العلاقة مما يلي:

- قد ينشأ كل منهما من نفس الأسباب التي تدفع شخصا بذاته، ونوعية المرض النفسي قد تدفع شخصا آخر إلى الإدمان.

- الإدمان قد يكون محاولة من الفرد للتغلب على الصعوبات التي تواجهه وذلك بالهروب منها.

- الإدمان قد يكون محاولة دفاعية من المدمن ضد المرض النفسي المهدد وكأنه بديل عن المرض النفسي. (العقيل، 2009، ص 23)

- الإدمان عادة ما تصاحبه اضطرابات نفسية مختلفة نتيجة للتسمم بالعقار.

- الإدمان عادة ما ينتهي باضطرابات نفسية مختلفة.

- عدم تكيف الفرد مع نفسه ومع غيره.

- تذبذب المزاج بين قمة الابتهاج إلى أقصى درجة الكآبة والتعاسة مما يؤدي إلى تحطيمه نفسيا (العقيل، 2009، ص 23).

وقد توصلت دراسات عديدة إلى أن تعاطي المخدرات ينتهي غالبا إلى الإدمان، الذي يحدث أسوأ الأثر في المستوى الخلقي والنفسي لضحاياه، فيتميز أغلبهم بانحيار العاطفة وعدم الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية والعائلية وضعف الإرادة، والجبن وكراهية العمل وزيادة الاضطرابات النفسية والسلوكية. (رجيعة، 2009، ص 07).

3- الآثار الاجتماعية: يعتبر إدمان المخدرات من الآفات التي تصيب الفرد والمجتمع، فهي تؤثر على البنيان الاجتماعي، حيث تتصدع الروابط الأسرية وتتندى قدرة الفرد على العمل، ويعجز الشباب عن مواجهة الواقع والارتباط بمتطلباته. ويمكن تقسيم الأضرار الاجتماعية إلى ما يلي من أجل الفصل والتوضيح:

3-1- أثر المخدرات على مستوى الأسرة: إن تعاطي المخدرات شأنها شأن البطالة والمرض العقلي والجريمة والبغاء وإدمان الخمر والميسر يصيب الأسرة والحياة الأسرية إصابات بالغة سواء في تكوينها أو بنائها أو في وظيفتها الأساسية. (داوود، 2009، ص 07) ولأن الأسرة هي الخلية الرئيسة في الأمة، إذا

صلحت صلح حال المجتمع وإذا فسدت فسد أو انهار بنيانه، فالأسرة أهم عامل يؤثر في التكوين النفساني للفرد لأنها البيئة التي يحل بها وتحتضنه منذ الولادة، ووجود خلل في نظام الأسرة من شأنه أن يحول دون قيامها بواجبها التعليمي لأبنائها. فتعاطي المخدرات يصيب الأسرة والحياة الأسرية بأضرار بالغة من وجوه كثيرة منها:

-ولادة الأم المدمنة على تعاطي المخدرات لأطفال مشوهين.

-زيادة الانفاق على تعاطي المخدرات يقلل دخل الأسرة الفعلي مما يؤثر على نواحي الانفاق الأخرى ويتدنى المستوى الصحي والغذائي والاجتماعي والتعليمي وبالتالي السلوك الأخلاقي لدى أفراد تلك الأسرة التي وجه عائلها دخله إلى الانفاق على المخدرات، هذه المظاهر تؤدي إلى انحراف الأفراد لسببين:

-غياب القدوة من الأب والأم أو العائل.

-هو الحاجة التي تدفع الأطفال إلى أدنى الأعمال لتوفير الاحتياجات المتزايدة في غياب العائل.

إلى جانب الآثار الاقتصادية والصحية لتعاطي المخدرات على الأسرة نجد أن جو الأسرة العام الذي يسوده التوتر والشقاق والخلافات بين أفرادها فإلى جانب انفاق المتعاطي لجزء كبير من الدخل على المخدرات والذي يثير انفعالات وضيق لدى أفراد الأسرة فالتعاطي يقوم بعادات غير مقبولة لدى الأسرة، حيث يتجمع عدد من المتعاطين في بيته ويسهرون إلى آخر الليل، مما يولد لدى أفراد الأسرة تشوق لتعاطي المخدرات تقليدا للشخص المتعاطي، أو يولد لديهم الخوف والقلق خشية أن يهاجم المنزل بضبط المخدرات. (الحراشة، الجزازي، 2012، ص 56)

3-2- أثر المخدرات على المجتمع: اختلال الأمن الاجتماعي وزيادة الجريمة بأسرها، لأن حاجة المدمن للإدمان وعدم قدرته على تأمينها وما يترتب على ذلك من تغيير في نفسيته، كل ذلك يدفعه إلى ممارسة أنواع أخرى من الجرائم وأعمال السلوك التي يعاقب عليها القانون كالقتل، السرقة. (الأصفر، 2004، ص 111)

إن تأثير تعاطي المخدرات على إنتاجية المجتمع بصفة عامة، يؤدي إلى انخفاض إنتاج قطاع كبير من المجتمع العامل وتؤدي إلى طرق أخرى من السلوك تؤثر أيضا على إنتاجية المجتمع مثل الرشوة والفساد ويجعل التعاطي أفراد المجتمع منشغلين عن تطوير مجتمعهم إضافة إلى الخسارة التي تلحق بالقوى الانتاجية البشرية نتيجة انتشار تعاطي المخدرات. (داوود، 2009، ص 11)

4- الأضرار الاقتصادية للمخدرات: إن إسهام الفرد في الإنتاج مرهون بقدرته البدنية، وتجمع الدراسات على أن تعاطي المخدرات وإدمانها يؤثران على إنتاجية الفرد في العمل، وهو ما ينعكس على الاقتصاد الوطني من عدة جوانب (الغامدي، 2006، ص 228) فهي تؤدي إلى إنفاق تكاليف مادية كبيرة من أجل مكافحتها على مستوى العلاج ورعاية المدمنين، إذ يتطلب ذلك جهودا كبيرة ومعدات ووسائل نقل واتصال وغيرها مما يكلف الدولة قدرا كبيرا من النفقات التي تعجز عنها الكثير من الدول النامية.

كما يؤثر التعاطي في حركة رأس المال ضمن الدولة الواحدة، فالمخدرات شأنها من الناحية الاقتصادية شأن السلع الأخرى، حيث يؤدي ترويجها غير المشروع إلى إحداث خلل في بنية اقتصاد الدولة وإلى اضطرابه. (الأصفر، 2004، ص 114).

إن ظاهرة تعاطي المخدرات لها جانبها الاقتصادي وهو على قدر كبير من الأهمية بالنسبة للفرد من ناحية وللمجتمع من ناحية أخرى، فهناك أموال كثيرة تنفقها الدول في مكافحة المخدرات، وكان يمكن أن تستغل هذه الأموال في نواحي اقتصادية إنتاجية ترفع من مستوى المجتمع والفرد معا. وللمخدرات تأثير بالغ الخطورة على الناحية الاقتصادية للبلاد فهي السبب الرئيسي وراء ارتفاع سعر الدولار ولها دخل كبير في انتشار البطالة وقلة الإنتاج وتهريب العملة الصعبة إلى خارج البلاد فتقل كميته ويزداد الطلب عليها وتتجه إلى مزيد من الارتفاع والذي ينعكس بدوره على القوة الشرائية للعملة الوطنية. (الحراشة، الجزائري، 2012، ص 56) كما أن المتعاطي يفقد الكثير من قوته الجسمية والعقلية من جراء تعاطي المخدرات، فيؤدي ذلك إلى إضعاف إنتاجه مما يؤثر على الاقتصاد الوطني، كما أن الدولة تصرف كثيرا من أجل مكافحة المخدرات عن طريق بناء المصحات لعلاج المتعاطين، كما أن الدولة تصرف الكثير لبناء السجون والمحاكم والمبالغ التي تصرف على المسجونين والأطباء والمرافعات القضائية وشرطة المكافحة في قضايا المخدرات نجد أنه من الأفضل صرف هذه المبالغ الطائلة في تطوير الدول. (الدردار، 2000، ص 123)

ولا تقف أزمة المخدرات عند آثارها على المدمنين وأسرههم، وإنما تمتد تداعياتها إلى المجتمعات والدول، فهي تكلف الحكومات أكثر من 120 مليار دولار سنويا، وتربطها جرائم كثيرة وجزء كبير من حوادث المرور، كما تلحق أضرار بالغة باقتصاديات العديد من الدول مثل تخفيض الإنتاج وهدر أوقات العمل،

وخسارة في القوى العاملة سببها المدمنون أنفسهم والعاملون في تجارة المخدرات وإنتاجها، وانحسار الرقعة الزراعية المخصصة للغذاء وتراجع التنمية وتحقيق الاحتياجات الأساسية. (الزنتاني، 2008، ص 88)

5- الأضرار السياسية للمخدرات: أصبحت المخدرات ضمن الأسلحة التي تستخدمها الدول المعادية، حيث قد تصدر المخدرات له بالجمان حتى تخرب الشباب وتضعف الإنتاج وتنتشر جرائم القتل والسرقة والتزوير والنصب والاحتيال والانحرافات بكل أشكالها وأنواعها، وبالتالي تقل القيمة السياسية لهذه الدولة أو تلك. وهذا ما قصده العقيد معمر القذافي رحمه الله في خطابه التاريخي يوم 1994/09/01 لمؤتمر الشعب العام عندما أوضح أبعاد تعاطي المخدرات على الفرد والمجتمع مؤكدا ما يلي:

"المخدرات مثل الأسلحة الجرثومية أو أنها تمثل أسلحة دمار شامل وأي دولة تصدر المخدرات معناها أنها تصدر أسلحة دمار شامل، وينبغي مقاومة هذه الدول بكل السبل، وأن الفرد الذي يتعاطى المخدرات كأنه أخذ سلاح العدو وفجره وسط بلاده". (الزنتاني، 2008، ص 88)

6- الأضرار الدينية: حرصت الشريعة الإسلامية على حماية البشرية وصونها من أي ضرر قد يلحق بها فأوجبت المحافظة على الضرورات الخمس وهي: الدين - العقل - النفس - العرض - المال.

كما ذكر العلماء أنه توجد نحو مائة وعشرين مضرّة دينية ودينيّة للمخدرات، ومن أهم الأضرار الدينية:

- نسيان ذكر الله وترك الصلاة.
- القضاء على الجوانب الخيرة في الإنسان مما يؤدي إلى انحرافه وارتكاب المعاصي.
- هتك الأعراض وإفشاء الأسرار.
- تفقد الإنسان الغيرة على محارمه مما يؤدي إلى الدياثة.

7- الأضرار الأمنية: ولقد أثبتت الدراسات أن المخدرات سبب رئيسي في تفشي الجريمة ولذا فإن من الأضرار الأمنية المترتبة على تعاطي المخدرات:

- انعدام الشعور بالمسؤولية، واقتراف الجرائم في سبيل الحصول على المال كالسرقة والتزوير.
- انتشار جرائم الاغتصاب والقتل.
- السلوك العدواني الذي يمارسه المهربون والمروجون مع السلطات الأمنية.
- وقوع الكثير من الحوادث المرورية نتيجة فقدان السيطرة على الحواس، وما يترتب على ذلك من إصابات بليغة وإعاقات ووفيات. (الغامدي، 2006، ص 232)

ثانيا: ملامح بعض الأعراض التي تدل على انحراف الابن ودخوله عالم المخدرات

- 1- التغير في السلوك: حب السهر، كثرة النوم بالنهار، عدم الاهتمام بالمظهر، الألفاظ البذيئة، الميل للعنف، كثرة طلب المال.
- 2- التغير في الأداء المدرسي: التأخر المدرسي، الميل للعنف مع زملائه ومدرسيه، الخمول والنوم في الصف.
- 3- التغيرات الاجتماعية: الانطوائية، عدم حضور المناسبات، قلة احترام الوالدين والأخوة. (الغامدي، 2006، ص 233)

المخاضة والسابع

المحاضرة السابعة

الاستراتيجيات الوقائية والعلاجية وطرق المكافحة

أولاً: الجهود الوقائية: إن أول مرتبات الجهود الوقائية تتجلى في تخفيف العبء عن المؤسسات العلاجية القائمة أو الحد من الحاجة المتزايدة إلى إنشاء المزيد من المستشفيات والمؤسسات العلاجية، بل والمؤسسات العقابية، عندما يقترن تعاطي المخدرات - على سبيل المثال - باقتراف الجرائم وبالتالي يمكن القول وفي شكل رياضي أن زيادة الجهود الوقائية تساوي تناقص في المتطلبات العلاجية. إذا كانت المجتمعات قد قطعت أشواطاً بعيدة في مجال الوقاية بالنسبة للأمراض الجسمية والأمراض المعدية والوبائية، وأمراض الأطفال، فإنها ما تزال بحاجة إلى المزيد من الجهود في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية وبعض المشكلات الاجتماعية والنفسية. وما مشكلة تعاطي المخدرات وإدمانها إلا واحدة من المشكلات الخطيرة والمؤثرة والتي تحتاج إلى الإجراءات الوقائية بشكل ملح، لما لها من مرتبات. (جمعة، 2003، ص 33) وقبل التطرق إلى هذه الاستراتيجيات الوقائية نحاول التطرق إلى مفهوم الوقاية أولاً.

1-تعريف الوقاية: الوقاية هي أي عمل مخطط نقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة أو لظهور مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو كليهما. (عبد المعطي، 2004، ص 180) وتعرف هيئة الصحة العالمية "WHO" المشكلة بأنها ظاهرة تحكم عليها جهة اجتماعية ذات وزن تسبب أضراراً أو متاعب للفرد أو المجتمع سواء وجدت براهين علمية أم لم توجد على صحة هذا الرأي. (جمعة، 2003، ص 35) ومن كل هذا نقول أن تعاطي المخدرات يمثل مشكلة تسبب بالفعل العديد من الأضرار للفرد والمجتمع على حد سواء وأن هناك براهين علمية وواقعية تؤكد هذا الرأي. كما أن هذه المشكلة أو الظاهرة كانت وما تزال في حاجة إلى الأعمال المدروسة والمرشدة بالعلم لمنع أو تقليل مضاعفاتها القائمة والمحتملة. (جمعة، 2003، ص 35)

ولقد ورد اللفظ ومشتقاته في مواضع كثيرة في سور القرآن الكريم ومنها قوله تعالى: ﴿وَمِنْهُمْ مَن يَقُولُ رَبَّنَا آتِنَا فِي الدُّنْيَا حَسَنَةً وَفِي الآخِرَةِ حَسَنَةً وَقِنَا عَذَابَ النَّارِ﴾ (البقرة: 201)، وكذلك قوله: ﴿وَقِهِم السَّيِّئَاتِ وَمَن تَقِ السَّيِّئَاتِ يَوْمَئِذٍ فَقَدْ رَحِمْتُهُ وَذَلِكِ هُوَ الْفَوْزُ الْعَظِيمُ﴾ (غافر: 9)

ويقول في السورة ذاتها: ﴿فَوْقَاهُ اللَّهُ سَيِّئَاتٍ مَا مَكَرُوا وَحَاقَ بِآلِ فِرْعَوْنَ سُوءُ الْعَذَابِ﴾ (غافر: 45) ومن مثله قوله تعالى: ﴿فَاكْفِهِنَّ بِمَا آتَاهُنَّ رَبُّهُنَّ وَوَقَاهُنَّ رَبُّهُنَّ عَذَابَ الْجَحِيمِ﴾ (الطور: 18) وكقوله تعالى في السورة نفسها: ﴿فَمَنْ لَّهُ عَلَيْنَا وَوَقَانَا عَذَابَ السَّمُومِ﴾ (الطور: 27) وكقوله تعالى: ﴿فَوَقَاهُمُ اللَّهُ شَرَّ ذَلِكَ الْيَوْمِ وَلَقَّاهُمْ نَضْرَةً وَسُرُورًا﴾ (الإنسان: 11).

2-مستويات الوقاية: حسب منشورات الأمم المتحدة والصحة العالمية تم تصنيف إجراءات الوقاية في ثلاث فئات على النحو التالي:

1-2-الوقاية من الدرجة الأولى **Primary Prevention**: وتحاول منع حدوث مشكلة الإدمان أو تقليل معدل وقوعها. (الطعامنة، 2007، ص 394) وهذا المستوى من الوقاية يتم العمل فيه على تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف والمؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون، بمعنى آخر العمل على منع وقوع الإصابة أصلاً، أي منع وقوع التعاطي (المؤدي إلى الإدمان) أصلاً والتدبير لهذا المنع أمر بالغ الصعوبة، وذلك لتعدد العوامل المساهمة في حدوث الإدمان. (جمعة، 2003، ص 35)

2-2-الوقاية من الدرجة الثانية **Secondary Prevention**: في هذه المرحلة تحاول خفض عدد الأشخاص المدمنين على المخدرات حالياً. (الطعامنة، 2007، ص 394) ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن الوقاية من التماذي في التعاطي. وبالتالي تصبح المشكلة الأساسية في هذا المستوى هي كيفية الكشف عن وجود حالات التعاطي المبكر، حيث يمكن التدخل في الوقت المناسب. وهناك بعض العلامات التي تساعد في التعرف على الحالات التي تتعاطى المواد النفسية بصفة عامة وهي: الانطواء والانعزال عن الآخرين بصورة غير معتادة والإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر والكسل الدائم والتشاؤم المستمر، شحوب الوجه والعرق والرعشة في الأطراف، فقدان الشهية والهزال والإمساك، الهياج لأقل سبب بما يخالف طبيعة الفرد المعتادة، الإهمال الواضح في الأمور الذاتية، وعدم الانتظام في الدراسة والعمل، إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية، اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على المزيد من المال، 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 أدمنها. (جمعة، 2003، ص 45)

كذلك تكشف كثير من الدراسات والأجنبية عن عدد من المؤشرات تنبئ بجدوى جهود التدخل المبكر، ومن هذه المؤشرات الاستقرار الأسري، والتوافق الدراسي، وعدم تدخين السجائر، والخلو من الاضطرابات النفسية. (جمعة، 2003، ص 46)

2-3- الوقاية من الدرجة الثالثة Tertiary Prevention: وتهدف إلى تخفيض آثار

الاستعمال المضر للمخدر وتكون عادة من خلال العلاج والتأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي. (الطعامنة، 2007، ص 394). وهو مرادف للعلاج وتركز فيه على التقليل من المترتبات طويلة المدى للاضطراب أو تعاطي المخدرات. ويهدف هذا المستوى إلى تقليل احتمالات الانتكاس أو العودة إلى التعاطي مرة أخرى وكذلك الحيلولة دون تحول المدمنين إلى المصير المزمن من خلال إيقاف عملية التدهور المترتبة عن تعاطي المخدرات، وتقليل دواعي البقاء بالمؤسسات العلاجية لفترات طويلة لتجنب الآثار الجانبية لهذا الحجز في تلك الأماكن، خاصة إن لم تكن مهيأة لإقامة مثل هؤلاء الأفراد. كما أن العلاج الفعال الذي ينطوي على احتمال مرتفع لعدم الانتكاس، يمكن أن يحمي المدمن من خطر الانضمام إلى المجموعات الهدامة، والتورط في السلوك الإجرامي المرتبط بالإدمان. (جمعة، 2003، ص 47)

وبالنظر إلى الدرجات أو المستويات الثلاثة السابقة من الوقاية، يمكن القول أن دور المرشدين الطلابيين في المدارس ربما يكون محدودا للغاية بالنسبة للدرجة الثالثة وقد يقتصر على مجرد تحويل الحالات المبكرة أو "تحت الاكلينيكية" إلى الجهات المختصة بالعلاج. ومن الممكن -بالطبع- أن يقوموا بدور بالغ الأهمية في عملية التأهيل والاستيعاب الاجتماعي لتلك الحالات أثناء العلاج وبعد الشفاء. وكذلك القيام بدور مؤثر في عملية المتابعة. (جمعة، 2003، ص 47)

ولكن يبقى للإرشاد الطلابي دور آخر -إذا ما أحسن استغلال هذا التخصص- في الوقاية عند المستويين الأول والثاني، حيث يقع عليهم عبء نشر المعلومات الصحيحة عن المخدرات، واكتشاف الجماعات المعرضة والحالات الإكلينيكية. كما سيتضح في سياق التالي.

3- استراتيجيات الوقاية: لقد أثبتت التجربة العملية أن المعالجة الأمنية وحدها لقضية المخدرات غير

مجدية، ذلك أن تاريخ المخدرات يوضح أن تعاطيها تجربة بشرية قديمة ويرتبط في كثير من الأحيان بثقافة الناس والمجتمعات والعادات والتقاليد.

وتبدأ الوقاية بتخفيف الطلب على المخدرات بالتوعية ومعالجة أسباب الإدمان الاقتصادية والاجتماعية، ففي بعض المناطق والأقاليم تعتمد حياة الناس على المخدرات ويستحيل القضاء على إنتاجها إلا بإقامة مشاريع تنمية واقتصادية بديلة.

ومما يستدرج الشباب إلى الإدمان هو التفكك الأسري وفشل التعليم والفقر والبطالة والبيئة المحيطة من الأصدقاء والحبي والمدارس والجامعات، ويستخدم مروجو المخدرات غطاء اقتصاديًا شرعيًا وأنشطة اجتماعية وسياسية تحميهم من الملاحقة، فيحتاج العلاج إلى إدارة وإرادة سياسية وأمنية واعية للأبعاد المتعددة للمشكلة وقادرة على حماية المجتمع من تسلسل عصابات المخدرات على مراكز النفوذ والتأثير والحيلولة بينها وبين محاولاتها لغسل أموال المخدرات.

ومازالت مؤسسات علاج المدمنين في الدول العربية والإسلامية قاصرة على تلبية احتياجات جميع المرضى يعترض عملها كثير من العقبات والمشكلات، فهي مازالت ينظر إليها على أنها جزء من مصحات الأمراض العقلية، ويحتاج العلاج إلى فترة زمنية طويلة وتكاليف باهظة لا يقدر عليه معظم الناس ولا توفرها معظم الحكومات. (الطعامنة، 2007، ص 422) وبرغم هذا التعدد والتعقد في شبكة الأسباب الكامنة وراء تعاطي المخدرات وإدمانها فإن ذلك لم يحول دون محاولة ممارسة العمل الوقائي من الدرجة الأولى أي محاولة منع وقوع الأفراد في هاوية الإدمان، ويتم ذلك عادة في الإجراءات التالية:

3-1- تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة: يقصد بالجماعات المستهدفة أو الهشة جماعات محدودة داخل المجتمع الكبير، يرتفع في حالتها (أكثر من المعتاد) احتمال تورط أفرادها في الإدمان، ولا يعني ذلك أن هؤلاء الأفراد سوف يدمنون المخدرات حتماً، ولكن يعني فقط احتمال الإدمان في حالتهم أعلى منه في حالة سائر الجماعات الفرعية التي يضمها المجتمع. ويسهم في ارتفاع الاحتمال المشار إليه عدة عوامل، ويعتبر تحديد هذه العوامل واحداً من الاهتمامات الكبرى للباحثين في شتى أنحاء العالم. ومن أهم العوامل التي يشير إليها عارف Arif وويسترايمير Westermeyer هي: (جمعة، 2003، ص 38)

وجود تاريخ للإدمان في الأسرة، الانهيار الأسري، الدخل المنخفض، ضعف الوازع الديني، اختلال الانضباط في الأسرة، تدخين السجائر قبل بلوغ سن 12 سنة، مصاحبة أقران مدمنين، الظروف السيئة في بيئة العمل. (جمعة، 2003، ص 39)

3-2- استخدام الأساليب التربوية: يفرق المختصون بين أسلوب التربية Education وأسلوب إعطاء المعلومة بأن الأول لا يقتصر على تقديم المعلومة (عن موضوع معين) خالصة وكأنها في فراغ ولكنه يقدمها منسوجة في سياق قيمى معين، يتفق مع السياقات الأخرى المعمول بها في مجتمع التنشئة. وهناك طرق متعددة لاستخدام الأساليب التربوية في ميدان الوقاية الأولية من تعاطي المخدرات، تختلف فيما بينها من حيث أعمار المجموعات التي توجه إليها هذه الأساليب، وباختلاف المواقف التي توجه في إطارها هذه الأساليب كذلك.

فما يصلح منها ليوجه إلى صغار الصبية في إطار العمل في المدارس لا يصلح لمخاطبة شباب مراهقين في أواخر مرحلة التعليم الثانوي أو أوائل مرحلة التعليم الجامعي. (جمعة، 2003، ص 39) معنى هذا أن التربية والتعليم إحدى القنوات التي ينبغي استغلالها لممارسة العمل الوقائي من الدرجة الأولى. ويمكن النظر في إمكان استغلال المناهج والمقررات الدراسية للتوعية بالأضرار الصحية والاجتماعية للمخدرات، على أن يتم ذلك بطريقة مدروسة وواقعية بحيث تتناسب وطرق عرضها مع المرحلة الدراسية المستهدفة، كما ينبغي تزويد المعلمين والمرشدين بالمعلومات الصحيحة والمهارات اللازمة للتعامل مع هذه المشكلة بشكل ملائم. (جمعة، 2003، ص 40)

3-3- العناية المبكرة بالحالات تحت الاكلينيكية: يعاني عدد غير قليل من الشباب من أشكال ودرجات معينة من الاضطرابات والأعراض التي لا ترقى لأن تشخص بأنها أعراض اكلينيكية تضعهم في عداد المرضى، ولكنها مع ذلك لا تتركهم ليحسبوا ضمن الأسوياء. ويستخدم في هذا الصدد مصطلح "الحالات تحت الاكلينيكية Sub-Clinical groups" وتشير عدد من الدراسات الميدانية، في العديد من الدول، إلى أن نسبة كبيرة من هذه الحالات تفضح عن نفسها فيما بعد في شكل حالات تعاني من أمراض نفسية وعصبية معينة، وذلك تحت ضغط مختلف العوامل المرسبة للمرض، كما أن نسبة أخرى يمكن أن تكون تربة خصبة لظهور أنماط مختلفة من الإدمان، الذي يخدم وظيفة محددة بالنسبة لها، وهي التداوي الذاتي، ولعل ما يدعوا إلى أن نفردهم لهذه المجموعة بندا خاصا بها دون أن ندخلها ضمن المجموعات الهشة التي سبق الإشارة إليها، هو أن العوامل الأساسية التي تسهم في دفعها إلى الإدمان هي عوامل مرضية أكثر منها عوامل اجتماعية أو ديموغرافية. (جمعة، 2003، ص 40)

ونحن نعتقد أن المرشدين الطلابيين في المدارس، والأخصائيين النفسيين الاكليكيين في المؤسسات الاجتماعية والنفسية المختلفة وفي المجتمع بصفة عامة يمكنهم القيام بدور هام في المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوجية كتعاطي المخدرات.

وإذا ركزنا على مشكلة تعاطي المخدرات وعلى القطاع الأكثر أهمية وهو قطاع التلاميذ نجد أن المرشدين الطلابيين يمكنهم القيام بدور في غاية الأهمية بالنسبة للإجراء الثالث من إجراءات الوقاية الأولية ألا وهو اكتشاف الحالات تحت الاكليينكية، المهياة للدخول إلى عالم التعاطي في ظل ظروف معينة. ويمكن أن يستعينوا في ذلك بالمعلومات والبيانات المستمدة من البحوث الواقعية على التلاميذ والطلاب، خاصة الجوانب المتصلة بالوقاية في تلك الدراسات والبحوث. (جمعة، 2003، ص 41)

وحتى نتحول من الحديث العام إلى الحديث الأكثر تحديدا نقدم أمثلة لكيفية الاستفادة الوقائية من البحوث الميدانية، وهي مجموعة من البحوث التي قام (ويقوم) بتنفيذها البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة على قطاعات التلاميذ والطلاب منذ منتصف السبعينيات وحتى الوقت الراهن. (جمعة، 2003، ص 41)

ومن بين أكثر النتائج التي انتهت إليها تلك الدراسات ثباتا في تحديد العمر الشائع لبدء تجريب الشباب في مجال التعاطي، فقد تبين أنه يقع حول سن 16 سنة بالنسبة لقطاع تلاميذ المدارس الثانوية والمدارس المتوسطة، وحول 19 سنة بالنسبة لطلبة الجامعات، كما تبين صدق هذا التحديد بالنسبة لتدخين السجائر، وتعاطي الأدوية النفسية وتعاطي المخدرات الطبيعية، وشرب الكحوليات، وثمة معلومة أخرى تكمل هذه الحقائق، وهي معلومة تتعلق بالتناقص الحاد في أعداد الشباب الذين يبدؤون التجريب بعد سن العشرين، ويستمر المنحنى في الهبوط حتى يكاد يلمس الإحداث الأفقي للرسم في حوالي سن الثلاثين، بما يعني أنه ينذر أن يبدأ شاب ممن ينتمون إلى الشرائح الاجتماعية التي درسناها، بعد بلوغه سن الثلاثين. وتبدو دلالة هذه المعلومات وقد تجمعت على النحو في بؤرة واضحة، تبدو واضحة فيما يتعلق بتحديد من نسميهم بالجماعات الهشة (التي سبق الإشارة إليها) بحيث يكونون هدفا للبرامج الوقائية ويترتب على هذه الحقائق عدد من الاعتبارات نذكرها فيما يلي: (جمعة، 2003، ص 41)

- لا معنى لتوجيه أية برامج تدور حول الوقاية الأولية إلى رجال تقع أعمارهم فوق الثلاثين ولم يتعاطوا أية مواد نفسية.

-أفضل عائد يمكن تحقيقه من برامج الوقاية يتم إذا ركزنا توجيه هذه البرامج على الشباب الذكور في السن ما بين 16-19 سنة. وهذا يعني بشكل واضح أن تلاميذ المدارس الثانوية بالذات من بين قطاعات التلاميذ، هم أحق الناس بالبرامج الوقائية لأن غالبيتهم تقع في هذه المرحلة العمرية. ويمكن بالطبع الابتداء بهذا السن قليلا هبوطا إلى أواخر المرحلة المتوسطة أو صعودا إلى طلاب الجامعة وهو ما يعنى بدوره المسؤولية الممكنة للمرشدين الطلابيين في القيام بهذه البرامج الوقائية. (جمعة، 2003، ص 42)

ومن أمثلة التطبيقات الوقائية لنتائج البحوث الوبائية Epidemiological researches ما تبين من أن غالبية الشباب الذين يقدمون على تجريب تعاطي المواد النفسية أيا كانت يتوقفون بعد فترة وجيزة وأن نسبة من يواصلون التعاطي نسبة محدودة تتراوح غالبا ما بين 10% و 35% بمتوسط عام مقداره 25% تقريبا من المجرمين. وهي نتيجة ثابتة بالنسبة لجميع المواد النفسية، ولجميع الشرائح الاجتماعية التي درست. من هنا فإنها يمكن أن تساعد مخططي البرامج الوقائية من الاحتفاظ بمخططهم وبالميزانيات اللازمة لتنفيذها في حدود معقولة. كما توحى أيضا بإمكانية خفض أعداد المستمرين في التعاطي (المدمنين) وذلك بابتكار الوسائل الوقائية التي تقلل من عدد المجرمين أصلا. (جمعة، 2003، ص 42)

ومن النتائج ذات الدلالة الهامة في هذا السياق أن هناك نسبة بين غير المتعاطين يمكن أن تتعاطي هذه المواد النفسية. حيث تراوحت هذه النسبة من 2 إلى 10% وهم الذين أبدوا استعدادهم للتعاطي إذا سمحت الظروف، ومعنى ذلك أن هذه النسبة من التلاميذ والطلاب يمكن إدخالها فيمن نسميهم بالجماعات الهشة أو المعرضة للتعاطي. وبالتالي ينبغي أن نحسب حسابهم عند التخطيط للبرامج الوقائية. (جمعة، 2003، ص 42)

وهناك نتيجة أخرى يمكن أن تضاف إلى النتيجة السابقة وهي تتصل بالأفكار الشائعة عن المواد النفسية. فقد تبين أن ما لا يقل عن 10% من عينة تلاميذ المدارس الثانوية يعتقدون بأن تناول الأدوية النفسية مفيد، حتى ولو تم ذلك بدون إذن طبي وما بين 5.2% لديهم نفس الاعتقاد بالنسبة للتعاطي المخدرات الطبيعية والكحوليات وبين تلاميذ المدارس الفنية تقل النسبة المئوية للأفراد الذين يرون هذه الآراء نفسها وبرغم انخفاضها فهي موجودة، ولكن بنسب منخفضة بعض الشيء. ورغم أن هذه الآراء تسود بين المتعاطين أكثر منها بين غير المتعاطين، فإنه لا يجوز تجاهلها، لأن انتشارها أمر سهل ومتوقع، خاصة وأنها تمثل جزءا من ثقافة شعبية منتشرة حول المخدرات، وبالتالي ينبغي على من يعنون بالوقاية

أن يقوموا بنشر المعلومات الصحيحة حول الآثار المباشرة Immediate والآثار بعيدة المدى Long term لتعاطي المواد النفسية، على أن تكون مستندة إلى الأدلة العلمية، وتمتاز بالموضوعية وعدم الإثارة، ألا تكون أقرب إلى الشكل الإيجابي الذي يعزز حب الاستطلاع عند الشباب. (جمعة، 2003، ص 43)

والمدارس واحدة من أهم المؤسسات التي ينبغي أن نبث فيها المعلومات الصحيحة حول المخدرات سواء من خلال المقررات الدراسية المناسبة، أو من خلال النشاطات اللاصفية، ويشترط توافر الثقافة الصحيحة لدى المعلمين أولاً، باعتبارهم نماذج أو قدوات للتلاميذ، وكذلك الإعداد الجيد علمياً وعملياً للمرشدين الطلابيين باعتبار أن لديهم دوراً مهماً في النشاطات اللاصفية، كما أن عليهم عبء الاكتشاف المبكر للجماعات المهشة وأنواع السلوك غير التكيفي. (جمعة، 2003، ص 43)

ومن الحقائق بالغة الأهمية كذلك وجود ارتباط قوي بين تعرض الشباب لعدد كبير من المؤثرات النفسية الاجتماعية المتصلة من قريب أو من بعيد بموضوع المواد النفسية وبين إقبال هؤلاء الشباب على التعاطي.

والتضمين الوقائي لمثل هذه النتيجة هو التفكير في كيفية خفض تعريض الصغار والناشئة لما يعرف باسم "ثقافة المخدرات" حتى لا نعجل بإثارة دافع حب الاستطلاع لديهم نحو التعرف على عالم المخدرات، خاصة إذا لم نكن مستعدين لإشباع هذا الدافع بالمعلومات الصحيحة والواقعية. (جمعة، 2003، ص 44)

ونود أن نشير هنا إلى إحدى القنوات الهامة التي توفر ثقافة المخدرات، ونعني بها وسائل الإعلام حيث تحتل هذه الوسائل رأس قائمة المصادر التي أشار إليها التلاميذ والطلاب في عينات البحوث السابقة على أنها كانت مصدرهم الأساسي في التعرض للمعلومات عن المخدرات، ومن ثم يمكن القول بأن وسائل الإعلام سلاح ذو حدين، لذا ينبغي استخدامها بحرص وحذر، وأن يتم التعاون بين وسائل الإعلام ومؤسسات البحث العلمي حتى تتم الاستفادة منها على الوجه الأكمل. (جمعة، 2003، ص 44)

وأخيراً فقد تبين أيضاً أن المتعاطين من صغار الشباب بوجه خاص يشاركون أكثر من غير المتعاطين في النشاطات غير الدراسية كما تبين أيضاً أن الروابط العائلية في حالة الشباب المتعاطين تميل إلى أن تكون أضعف منها في حالة الشباب غير المتعاطين. (جمعة، 2003، ص 44)

إن ما قدمناه من استخلاصات علمية بهدف توظيفها لأغراض الوقاية من الدرجة الأولى لا يعني أن هذا المستوى كاف في حد ذاته، ولن يجزنا إلى الانقياد وراء الحملات الدعائية غير الواقعية وغير المحددة، والتي يرى أصحابها - وهم عادة من غير المتخصصين - أنه يمكن القضاء على ظاهرة تعاطي المخدرات قضاء حتميا، بل والأكثر من ذلك أن هذا يمكن أن يتم في غضون عدة أشهر. إننا لا ندعو إلى التشاؤم كما أننا لا نقبل التسطيح ما دمنا نرتكز على أسس علمية واقعية. فتعاطي المخدرات وشرب المسكرات لم يتوقف بالرغم من كل الجهود المبذولة تشريعا ومكافحة، وعلاجيا، وهو ما يدعونا إلى التأكيد على أن أهداف الوقاية ينبغي أن تكون محددة وواقعية وبالتالي نرى أن مقولة المنع أقرب إلى الاستحالة منها إلى الإمكانية، ويمكن أن نحدد هدف أكثر واقعية وهو الحد من الخفض أو التقليل بدلا من المنع، لأن تاريخ المخدرات يعود إلى مئات السنين ولم يحدث أن اختفى تماما. ولعل هذه الأسباب هي التي دعت إلى إيجاد خط ثان للدفاع ضد المخدرات أو ما يسمى بالإجراءات الوقائية من الدرجة الثانية. (جمعة، 2003، ص 45)

ثانيا: استراتيجيات علاج الإدمان على المخدرات: في الغالب ينكر المدمنون على

المخدرات مشكلاتهم وعجزهم وتضايقتهم من مشكلة إدمان المخدرات، ويرتكز العلاج على التعامل مع المشكلة بعد حدوثها، ومن أهم برامج علاج المدمنين على المخدرات البرامج التالية:

1- العلاج الطبي: وتهدف هذه المرحلة إلى إزالة السموم أو أثر المادة المخدرة، وذلك عن طريق إعطائه الأدوية المشابهة للمخدر الذي كان يتعاطاه أو أحد بدائله أو إعطائه مضادات الإدمان. (الزنتاني، 2008، ص 91) ويهدف إلى تحرير الفرد فسيولوجيا من الاعتماد على العقار المخدر، ويعتمد هذا العلاج على نوع المخدر وعلى الفرد نفسه، ويتم تحرير الفرد من تأثير المخدر بسحبه تدريجيا. وفي بعض الأحيان يتم استخدام الميثادون، حيث يعمل على استقرار كيميائية الجسم بالرغم من أنه مادة إدمانية. فالعلاج الذي يقدم للمتعاطي في هذه المرحلة هو مساعدة هذا الجسد على القيام بدوره الطبيعي، وأيضا التخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة، ثم علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب هذا، وقد تتداخل هذه المرحلة مع المرحلة التالية لها وهي العلاج النفسي والاجتماعي، ذلك أنه من المفيد البدء مبكرا بالعلاج النفسي الاجتماعي وفور تحسن الحالة الصحية للمتعاطي. وجدير بالذكر أن العلاج الطبي ثلاثة أنواع:

2-العلاج الطبي الكيميائي بنفس المخدر أو العقار بحيث تخفض الجرعة بالتدرج حسب ما يقرره الطبيب المعالج ويستمر هذا التخفيض حتى تختفي الأعراض دون آلام الحرمان أو العقار وبالطبع يحتاج المدمن تغذية جيدة وسوائل ومحاليل طبية أخرى.

3-العلاج الطبي الكيميائي بمخدر أو بعقار بديل على أن يكون المخدر أو العقار البديل من نفس عائلة المخدر الذي كان يتعاطاه المدمن من حيث الخواص والتركيب وتقل الجرعة بالتدرج حتى يشفى المدمن وتختفي الأعراض تماما.

4-طريقة القطع الكامل للمخدر والعلاج بمضادات الإدمان ومعالجة الأعراض التي تظهر نتيجة توقف المتعاطي عن أخذ المخدر وفي كل حالة تختلف مدة العلاج.

علما بأن طريقة القطع هي الأكثر انتشارا في العالم نظرا لعدم استخدام المخدرات كثيرا في العلاج. وينبغي في كل الأحوال أن يكون العلاج تحت إشراف الطبيب والأخصائي الاجتماعي وأخصائي نفسي مؤهل ومدرب على التعامل مع المدمنين. (الزنتاني، 2008، ص 91)

5-العلاج النفسي: ويهدف هذا العلاج إلى تقوية الذات ومشاركة الفرد في العلاج وتعزيز السلوكات المقبولة اجتماعيا، والتي تبعد الفرد عن الإدمان والتعاطي، ويرتكز العلاج النفسي على إعادة بناء التشعشع الاجتماعية للفرد وتقوية مفهوم الذات لديه، كما تتضمن أيضا علاج السبب النفسي الأصلي لحالات التعاطي فيتم على سبيل المثال علاج الاكتئاب إذا وجد أو غيره من المشكلات النفسية. كما يتعين على المدمنين اكتساب قدر كافيا من الاعتزاز بالنفس والتبصر والتخلص من صراعاتهم الداخلية، حتى يمكن لهم الشفاء من مشكلة الإدمان، وإقناع المدمن بأن الإدمان مثله مثل أي مرض قابل للعلاج. بالإضافة للعلاج السلوكي الذي يقوم على مسلمة أساسية مؤداها أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد بما في ذلك التعاطي والإدمان، إنما هي أشكال تكتسب وتنمو في ظل ظروف حياته البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ومن ثم تصدق عليها كذلك قوانين وإجراءات التخلص منها أو تعديلها. (السويف، 1996، ص 196).

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، فمعنى ذلك أن العلاج لن يكون أمرا هينا ولكنه مع ذلك لن يكون مستحيلا، كل ما في الأمر أنه يستلزم درجة عالية من التعاون بين المدمن والمعالج، مع قدر من الإجراءات العلاجية المعقدة ومواظبة ومثابرة على تلقي هذا الإجراء لفترة زمنية

تصل إلى عدة شهور، تتبعها فترة أخرى من المتابعة قد تمتد إلى بضع سنوات بهدف التقييم الدوري والتدخل من حين لآخر للحماية من الانتكاسات المحتملة.

ومن طرق العلاج السلوكي المشهورة في هذا الصدد طريقة بون H. M. Boudin وتعتمد على ثلاث مقومات رئيسية وهي:

-تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها.

-التدريب على تقييم الذات بناء على ما يصدر منها.

-ثم برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التي نصل إليها من البندين السابقين. (السويف، 1996، ص 197).

ومن الطبيعي أن يقوم الأخصائي النفسي بالعمل على نمو شخصية المدمن ونضجها وكفاءتها وقدراتها وإمكاناتها وذلك عن طريق ما يلي:

-زيادة وعي المدمن واستبصاره وفهمه لمشكلته وأخطارها عليه وعلى أسرته ومجتمعه.

-من المعروف أن لدى كل إنسان حاجة إلى التقبل الذاتي فعلى الأخصائي النفسي أن يجعل المدمن متقبل لذاته وليس رافضا لها.

-حل وتصفية كافة الصراعات التي سببت للمدمن الشعور بالضعف أو العجز. (الزنتاني، 2008، ص 92)

-توفير خبراء يملكون من الخبرة والدراية ما يمكنهم من استخدام أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل، ولديهم القدرة على بث الثقة في نفس المدمن بحيث يشعرونه بالأمن والأمان والاستقرار، بمعنى آخر يكون لديهم استعداد لبذل الجهود وصبر ودراية وملمين بكافة أنواع العلاج النفسي والاجتماعي.

-مراكز التأهيل ومتابعه الحالات: ويذهب المدمن إلى مراكز لإعادة التأهيل حسب ميوله ورغباته واتجاهاته وقدراته وإمكاناته الجسدية والعقلية والنفسية ليتدرب على إتقان مهنة أو حرفة كي تساعده هذه المهنة على ممارسة حياته الطبيعية ومعروف أن مراكز إعادة التأهيل مزودة بصالات لمختلف الألعاب الرياضية والترفيهية والمساجد حتى لا يصاب المدمن بالملل أو الكآبة.

6-العلاج الاجتماعي: يبدأ العلاج الاجتماعي عادة عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي، لأن التخلص من الاعتماد الفسيولوجي 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)

ويركز هذا العلاج على السياق الاجتماعي الذي يوجد فيه الفرد، لما له من أهمية من ابتعاد أو اقتراب الفرد من المخدرات، فتعزيز مشاركة الفرد في النشاطات التطوعية والاجتماعية، تزيد من اندماجه الاجتماعي وتزيد من إيمانه بقيم المجتمع الذي يعيش 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 (البدائية، 2012، ص 125)

كما يجب عدم إغفال أهمية الوقاية من المخدرات لأنها أمر ضروري في حالة الإدمان، لذلك ينبغي أن تكون برامج العلاج متكاملة مع استراتيجيات الوقاية لتشكيل الرعاية الصحية الشاملة. إن العلاج من الإدمان هي الفرصة التي تهيئ للمدمن كي يصلح جوانب حياته، وأن ينشئ علاقات أكثر عمقا وإشباعا من ذي قبل، وأن يتعلم المدمن كيف يحترم نفسه ويصلح معتقداته ويزيد اهتمامه بنفسه وبعلاقته بالآخرين.

ثالثا: مراحل علاج المدمنين: هناك ثلاث مراحل حددتها منظمة الصحة العالمية لعلاج

المدمنين:

1-المرحلة الأولى "المبكرة": ويتطلب لذلك الرغبة الصادقة من جانب المدمن نظرا لدخوله في مراحل كفاح صعبة وشديدة وصراعات قاسية وأليمة بين احتياجاته الشديدة للمخدر وبين عزمه الأكيد على عدم التعاطي والاستعداد لقبول المساعدة من الفريق المعالج وبالذات الأخصائي النفسي، وقد تستمر هذه المرحلة أياما أو أسابيع. (الغامدي، 2006، ص 236)

2-المرحلة الثانية "المتوسطة": بعد تخلص المدمن من التسمم الناجم عن التعاطي وبعد أن يشعر أنه في حالة طيبة بعدها تظهر مشكلات المرحلة المتوسطة من نوم لفترات طويلة وفقدان للوزن وارتفاع في ضغط الدم وزيادة في دقات القلب، وتستمر هذه الأعراض عادة بين ستة أشهر إلى سنة على الأقل لتعود أجهزة الجسم إلى مستوياتها العادية. (متولي وآخرون، 2005، ص 427)

3-المرحلة الثالثة "الاستقرار": وهنا يصبح الشخص المعالج في غير حاجة إلى الخدمات أو المساعدة، ومساعدته هنا تكون في تأهيله نفسياً وتذليل ما يعترضه من صعوبات وعقبات وجعله يثق بنفسه

وتوظيف قدراته ومهاراته لاستخدامها في العمل الذي يناسبها وإعادة تأهيله اجتماعياً من حيث التفاعل مع الآخرين واستغلال وقت الفراغ وممارسة الرياضة بانتظام. (الغامدي، 2006، ص 237)

رابعاً: العوامل الضرورية لنجاح العلاج: من الممكن أن تلخص العوامل الضرورية التي

تؤثر في نجاح البرنامج العلاجي بل وتسرع عملية الشفاء وهي على النحو التالي:

- ضرورة مشاركة الأسرة في عملية العلاج، حيث ينبغي أن تكون الأسرة على دراية كاملة وكافية بحال ابنها المدمن وكيفية معاملته وتغيير ردود الفعل لديهم تجاه المدمن أي مقابلة الإساءة بالحسنى وصبر وجلد حتى تختفي أعراض الإدمان ويشفى تماما.

- استمرار مساعدته ورعايته وصيانته بعد الشفاء على أن تكون هذه المساعدة في شكل جلسات جماعية تستمر كي تشارك أو تساعد المدمن على حل مشكلاته أو ما يشعر به وهذه المدة يطلق عليها البعض فترة النقاهة وذلك من أجل ضمان عدم العودة إلى التعاطي أو ما يطلق عليه بالانتكاسة. (الزنتاني، 2008، ص 93)

- العمل على تكوين صداقات جديدة للفرد المدمن من الأسوياء بحيث يرجع المدمن بعد شفائه إلى المجتمع بالتدرج ويرفض هو نفسه التعاطي مرة أخرى، ولا شك أن مرحلة تكوين أصدقاء جدد تعد مشكلة حيث أن سمعته تجعل الأسوياء من الناس يتعدون عنه إلا في حالة واحدة عندما يعرفون أنه أفلح عن تعاطي المخدرات نهائياً.

- زد على ذلك أن يكون العلاج فيه سرية تامة وذلك نظراً للوصمة الاجتماعية السيئة لتعاطي وإدمان المخدرات في معظم المجتمعات ولا سيما مجتمعنا العربي الإسلامي.

- كما أنه من الضروري أن يذهب المدمن طواعية للعلاج، أي يكون لديه الرغبة في أن يقلع عن التعاطي لأن هذه الرغبة تساعد كثيراً في سرعة شفائه أي بدون ضغط من الأسرة أو الشرطة.

- لا بد أن يكون العلاج في مصحة متخصصة لديها الخبرة الفنية والإدارية خاصة بعلاج الإدمان.

- وقبل كل ذلك لا بد من معالجة الأسباب والمشاكل التي أدت إلى الإدمان لدى الشخص ذلك لأن معالجة الأسباب هي الضمان لعدم العودة مرة أخرى إلى التعاطي، كما ينبغي البحث في مشاكله العاطفية والجنسية والاجتماعية والنفسية والعمل على إعادة بناء شخصيته بناء صحيحاً. (الزنتاني، 2008، ص 94)

-ومن الأمور الهامة في العلاج أن يكون المدمن صادقاً إلى حد كبير مع الفريق الطبي الذي يقوم بعلاجه مع الأخذ في الاعتبار محاولة المدمن الهروب عند ظهور أعراض الحرمان وميله لإدخال المادة معه عند دخوله للعلاج ومتابعته.

-القيام بدراسة بعد إتمام العلاج دراسة علمية تستهدف معرفة ميوله ورغباته واستخدام أو تطبيق اختبارات معدة لهذا الغرض.

-يتقدم المدمن للعلاج على أنه مريض وليس على أساس أنه مجرم أو منحرف، ويجب الابتعاد عن السخرية منه أو التندر أو الاستهزاء به أثناء معالجته، حيث أن علاج المدمن من أكثر الظواهر الاجتماعية مقاومة للعلاج.

-أن تسهم كل الجهود الطبية والنفسية والاجتماعية في علاج المدمن.

-مساعدة الجماهير وإرشادهم على أماكن مراكز العلاج من خلال وسائل الإعلام المختلفة ونشر نتائج الدراسات لأن ذلك يجد من انتشار المشكلة.

-ينبغي منح المدمن أكثر من فرصة للعلاج لأن ذلك يخلق لديه الرغبة في العلاج والتخلص من هذا الوباء الخطير. (الزنتاني، 2008، ص 95)

خامساً: طرق المكافحة والقضاء على تعاطي المخدرات وتهريبها

1- جهود المكافحة: تخضع عمليات التهريب وترويج المخدرات والعقاقير السامة للأسس والقواعد التي تعتمد عليها التجارة التقليدية والقائمة على قانون العرض والطلب، وغني عن القول أنه أصبح من الضروري أن تكون أجهزة مكافحة المخدرات على علم ودراية بكل ما يستجد من الوسائل الجديدة أو المتطورة والتي تستخدم في عمليات التهريب. (جمعة، 2003، ص 51)

كذلك ينبغي تكثيف التعاون الدولي للكشف عن المهربين والمروجين. وتوجد في كل دولة عدة جهات مسؤولة عن تنفيذ القانون وتعمل على الحيلولة دون دخول المخدرات إلى السوق المحلية أو بمعنى آخر مكافحة العرض، وفي مصر تعتبر الإدارة العامة لمكافحة المخدرات هي الجهاز المحوري في الدولة لتنظيم هذه الجهود وهي تقوم بالتنسيق مع عدد من أجهزة الدولة ومنها قوات حرس الحدود (وزارة الدفاع) ومصلحة الجمارك (وزارة المالية) والإدارة المركزية للشؤون الصيدلانية (وزارة الصحة) والإدارة العامة للدفاع الاجتماعي (وزارة الشؤون الاجتماعية)، كما تتعاون مع عدد من أجهزة وزارة الداخلية منها

قوات الأمن المركزي، وأكاديمية الشرطة (وحدة كلاب الأمن والحراسة) ومصلحة أمن الموانئ، ومصلحة الأمن العام (المكتب المركزي للشرطة الجنائية الدولية) والإدارة العامة لشرطة المسطحات المائية ويدخل في نطاق مسؤوليتها كذلك التنسيق مع الأجهزة المعنية بمكافحة المخدرات بهيئة الأمم المتحدة، مثل صندوق الأمم المتحدة للرقابة على تعاطي المخدرات، والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، ولجنة المخدرات، وشعبة المخدرات، وأيضا التنسيق مع منظمة الشرطة الجنائية الدولية (الإنتربول). (جمعة، 2003، ص 52)

ويتركز مضمون جهود مكافحة المخدرات في ضبط المخدرات على المستوى المحلي والضبط بالتعاون مع إدارة مكافحة بعداد من الدول، وملاحقة الهاربين من الأحكام القضائية الخاصة بالتهريب والاتجار على المستوى المحلي والدولي وحصر ثروات عدد من كبار التجار والمهريين وتقديم نتائج الحصر للجهات القضائية المختصة، والمشاركة في دراسة وإعداد مجموعة من الاتفاقيات الدولية، والمشاركة في عدد من المؤتمرات الدولية الخاصة بالمكافحة، وتبادل المعلومات مع الأجهزة الدولية المعنية بالنشاط المجرم حول المخدرات.

وفي المملكة العربية السعودية توجد الإدارة العامة لمكافحة المخدرات وتتبع الإدارة العامة 14 إدارة فرعية، وشعبتان، و11 قسما، و24 وحدة، و8 مراكز، و7 مكاتب في مطارات المملكة ومستشفيات الأمل هذا بالإضافة إلى مكتبين أحدهما في باكستان والآخر في تايلاند. كما تشارك الإدارة العامة هيئات أخرى كمصلحة الجمارك والتي تعتبر خط الدفاع الأول ضد محاولات التهريب ومكافحة أنواعه بما فيها المخدرات، وحرس الحدود والرئاسة العامة لهيئات الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر واللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات. (جمعة، 2003، ص 52)

ومن البديهي أن الدور الذي تقوم به تلك الجهات سواء في مصر أو في المملكة العربية السعودية، أو في غيرهما من الدول، من الأهمية بمكان للحد من انتشار المخدرات والتقليل من مترباتها السيئة.

2- جهود التوعية: لا خلاف على أهمية جهود التوعية في الوقاية من تعاطي المخدرات كما هو الحال في شأن التوعية بموضوعات أخرى كالأزمات، والتلوث، والآداب العامة، ومظاهر السلوك الحضاري، غير أن التوعية بالمخدرات وما يتعلق بها أكثر صعوبة وتعقيدا من الموضوعات الأخرى.

ولعل الاختلاف هنا يرجع إلى أن الأفراد لديهم تباين في الآراء حول هذه المواد، كما أن موضوع المخدرات والمواد النفسية عموما من الموضوعات التي يندر أن تتوفر بشأنها معلومات صحيحة عند كثير

من الناس، وفي الوقت نفسه تشاع عنها معلومات مليئة بالثغرات والأخطاء والأكاذيب المقصودة مما يجعل المجال مرتعا للعابثين والمعرضين. وربما كان ذلك أحد أسباب إصرار كثير من الناس على الاحتفاظ بمعلوماتهم الخاطئة حول الموضوع مما يصعب من مهمة القائمين بجهود التوعية. (جمعة، 2003، ص 54) ويمكن النظر إلى موضوع التوعية في سياق أوسع وهو سياق دراسات التخاطب أو التواصل. أي أن لها عناصر تتألف من المرسل والمستقبل وبينهما الوسيلة أو القناة ومحتوى أو مضمون ما ينبغي توصيله. ولكل عنصر من العناصر السابقة مشكلاته وصعوباته التي تستوجب دراسته بعناية للوصول إلى أفضل الصياغات الممكنة لتحقيق أهداف التوعية.

وربما كان المصدر أو المرسل هنا من أقل العناصر إثارة للمشكلات والصعوبات، لأن المجتمعات تستطيع أن توظف لهذا الغرض بعض الأفراد ذوي المكانة الاجتماعية على أساس أنهم من ذوي الخبرة في أحد فروع المعرفة العلمية التي تمس موضوع المخدرات كالأطباء، ورجال التربية، والمتخصصين في علم العقاقير، وعلماء النفس، وعلماء الاجتماع، وعلماء الدين وغيرهم، كما أنه يمكن الاستعانة ببعض المؤسسات القائمة كالنوادي والمساجد، والمدارس وغيرها.

والأمر المهم هنا هو حسن الاختيار، وحسن التقديم أو العرض بما يحقق الفوائد المرجوة من التوعية.

أما بالنسبة للمستقبلين أو المتلقين فإن الأمر يختلف عن سابقه، لأن الواضح مما تم حتى الآن من جهود للتوعية في بعض المجتمعات، أنه لا يوجد تمييز بين القطاعات التي تحتاج إلى جهود التوعية للوقاية وتلك التي لا تحتاج. حيث من المفيد هنا أن نستعين بالمفهوم الذي سبق أن تحدثنا عنه وهو "الجماعات المعرضة" أو "الجماعات الهشة" أي أن جهود التوعية ينبغي أن تتجه إلى مجموعات سكانية معينة يعتقد -على أساس دراسات علمية- أنها أكثر من غيرها قابلية للإقدام على التعاطي، ويمكن أن نضيف -بالطبع- إلى الجماعات المستهدفة ذاتها: (جمعة، 2003، ص 54) بعض الأفراد الذين يعملون في مجال المخدرات كالأطباء خاصة الممارسين العموميين، والأخصائيين النفسانيين، والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم على اعتبار أنهم سوف يشاركون في عملية التوعية في مراحل تالية، فهم كذلك يحتاجون إلى توعية بطرق اكتشاف المدمنين والتعامل معهم ومع أسرهم. وهو ما يمكن أن نقوله بالنسبة للمرشد الطلابي في سياق العملية التعليمية المدرسية.

ويبقى أمامنا عنصر الوسيلة والمحتوى وهما على صلة ببعضهما البعض ويرى البعض أن الحديث عن التوعية مرادف للحديث عن وسائل الإعلام مثل الإذاعة المرئية والمسموعة، والصحافة، ويصنف البعض جهود التوعية الرسمية في ثلاث فئات هي: (جمعة، 2003، ص 55)

- المادة الإذاعية (خاصة المصورة) بفئاتها الأربع وهي: الأحاديث الوصفية مع النموذج السيئ لتحقيق التعلم بالخبرة أو بالعبرة، والأحاديث التعليمية (أو التلقينية) المباشرة دون الاستعانة بالنموذج، والإعلانات المصورة، والأفلام المتكاملة.

- المقالات الصحفية.

- الندوات التي تعقد وسط تجمعات شبابية.

وتمثل هذه الجهود في مجموعها قدرا كبيرا من النشاط الموجه نحو مكافحة الطلب أي محاولة منع التعاطي أصلا. ولا بأس بهذا المطلب على أساس أنه يمثل مستوى واحدا هاما من مستويات متعددة لمطالب الوقاية التي يمكن تعبئة الجهود في سبيل تحقيقها.

وإذا كان البعض يرى في وسائل الإعلام الوسيلة الرئيسية للقيام بعملية التوعية، فإن البعض الآخر ينظر إليها بحذر شديد ويرى فيها سلاحا ذو حدين، ويأتي تخوف هذا البعض الأخير متسقا مع تحذيرات هيئة الصحة العالمية التي أشارت في تقاريرها العملية إلى ضرورة الامتناع عن استخدام أدوات الإعلام الجماهيري في هذا المجال. وترى هيئة الصحة العالمية أن إعطاء المعلومات (عن المخدرات) من خلال أدوات الإعلام الجماهيرية، حتى ولو تم إعداده بعناية سوف يصل إلى مجموعات من المواطنين لم يكونوا مقصودين أصلا بهذه الرسالة. (جمعة، 2003، ص 56)

أما بالنسبة للندوات في التجمعات الشبابية فهي من أفضل الأساليب وأكثرها جدوى في تحقيق الهدف المطلوب وهو خفض الإقبال عن تعاطي المخدرات ما أمكن، وسوف يتم هذا إذا ما درست هذه الندوات بعناية وأعد لها الإعداد الكافي والمدرّس.

ومن أهم ما ينبغي أخذه في الاعتبار من حيث المضمون أن تتخذ هذه المحاضرات والندوات طابعا واقعيا مبسطا وموضوعيا، وألا تتخذ أسلوب الوعظ المباشر أو التخويف والمبالغة والتهويل لأن الناس عادة ينفرون من هذه الأساليب. وينبغي ألا نتعجل نتائج مثل هذا الأسلوب لأن جهود التوعية لا تؤتي ثمارها خلال أسابيع أو شهور قليلة وإنما تحتاج إلى متابعة واستمرار لتحقيق أهدافها على المدى الطويل. (جمعة، 2003، ص 56)

3- استخدام نظام التربية والتعليم: تعتبر المدرسة المؤسسة الطبيعية لعلمية التنشئة الاجتماعية وتكوين الشخصية بعد الأسرة. ومن هنا كان دور المدرسة في متابعة سلوكيات التلاميذ وتحديد أطر تفاعلهم من الوظائف المهمة للمدرسة إلى جانب التدريس.

والجانب الآخر الذي ينبغي التوجه إليه للاستفادة من النظام التعليمي هو ما يسمى بالأنشطة اللاصفية أو غير ذلك مما لا يدخل بالضرورة كجزء من المقررات الدراسية. ومن أمثلة ذلك جماعات النشاط المختلفة التي تعمل على استيعاب طاقة التلاميذ في أنشطة مفيدة، وتعمل على توعيتهم بالمخدرات وأضرارها -تحت إشراف المتخصصين- سواء من خلال مجالات الحائط، أو الإذاعة المدرسية، أو الندوات التي يدعى لها المتخصصون، أو الزيارات الخارجية أو غير ذلك من أوجه النشاط. على أن تراعى فيها كل القواعد التي سبق الإشارة إليها من حيث الموضوعية، والبساطة والاستناد إلى الحقائق العلمية، والابتعاد عن التخويف من ناحية أو الإثارة والتشويق وجب الاستطلاع من ناحية أخرى واختيار المرحلة السنوية المناسبة والتي تدخل ضمن إطار مفهوم الجماعات المستهدفة أو الأكثر تعرضاً. (جمعة، 2003، ص 58)

ويبرز هنا دور هام للإشراف داخل المدرسة، والذي يمكن أن يقوم بجزء كبير منه المرشد الطلابي سواء في التوعية أو الاكتشاف المبكر، لأن البرامج التربوية والاكتشاف المبكر للاضطراب وتنمية الموارد النفسية لمواجهة الضغوط، والوعي بالذات والحساسية الاجتماعية، وكيفية الحصول على المساعدة عندما نكون بحاجة إليها، من الأسس المتينة للوقاية. كذلك تمثل المعلومات المتصلة بنمو الأطفال فائدة كبيرة في الجوانب الوقائية كلما كشفنا عن طبيعة الصلة بين ممارسات الطفولة المبكرة والاختلالات التي تحدث بعد ذلك من مرحلة الرشد. (جمعة، 2003، ص 58)

4- التنشئة الأسرية: إن تحديد الجماعات المستهدفة يستند إلى عدد من المؤشرات المتوفرة والمهياة لذلك مثل وجود تاريخ سابق للأسرة في مجال التعاطي والتفكك الأسري واختلال الانضباط والمراقبة في الأسرة، وضعف أساليب التنشئة الاجتماعية أو عدم اتساقها وضعف الوازع الديني، والظروف الاقتصادية غير المواتية، والانخراط في جماعات الأقران ممن لديهم ميول هدامة أو من المضطربين ووجود خصال معينة في الشخصية. (جمعة، 2003، ص 58)

وتشكل الأسرة نواة عملية التنشئة الاجتماعية، فهي التي ينبغي أن تقدم للنشء القدوة الصالحة، سلوكاً مجسداً، كما تنقل إليهم منذ الصغر تعاليم دينهم، ومعايير السلوك الاجتماعي المقبول وغير

المقبول، وتغرس في نفوسهم القيم الأصلية، والصفات الحسنة، وتحميهم من مواطن الزلل من خلال المراقبة والتوجيه المستمر.

ومما لا شك فيه أن تغير تركيب الأسرة، وضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية المطلقة من العوامل التي تجعل المراهق يشعر بعدم الاطمئنان والاعتراب مما يولد لديه القلق والسلوك العدواني الذي يؤدي إلى الجنوح والانحراف والخروج على المجتمع وتكوين جماعات فرعية خاصة بهم من سماتها تعاطي المخدرات.

وقد تبين من بعض الدراسات وجود ارتباط بين إسراف الأب في تعاطي المهدئات وتعاطي الأبناء للعقاقير المخدرة. (جمعة، 2003، ص 59) من أجل ذلك كان الاهتمام بالأسرة وسلامتها هو الخط الأول للمساهمة في عملية الوقاية من تعاطي المخدرات.

5-تقوية الوازع الديني: تهدف التوعية الدينية إلى إعداد الفرد المتكامل الذي يتوافق سلوكه مع إيمانه بالعقيدة من أجل التوافق النفسي والاجتماعي للفرد وصحته والتزامه بالضوابط الدينية والاجتماعية التي تقلل من الانحرافات السلوكية في المجتمع.

ومما لا شك فيه أن تعاليم الدين والتمسك بالقيم والمبادئ الإسلامية وبيان موقف الدين الإسلامي من تعاطي المخدرات والخمور يعتبر من الجوانب الهامة التي يمكن أن تساعد في الوقاية. وقد بينت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن انتماء الشباب إلى الجماعات الدينية تساعد كثيرا على إزالة التوتر والقلق والإحباط لديهم. واتضح أن الأشخاص المتعاطين للمخدرات سرعان ما أقلعوا عن التعاطي بعد انضمامهم إلى هذه الجماعات. فقد وجد أن نسبة تعاطي الحشيش بين الشباب قبل انضمامهم إلى الجماعات الدينية كانت 45% وانخفضت إلى 0% بعد الانضمام. (جمعة، 2003، ص 59)

وينبغي أن تبدأ عملية التنشئة الدينية الصحيحة منذ الصغر حتى إذا شب الطفل وجد معه سياجا يحميه ممتثلا فيما اكتسب من تعاليم صحيحة، على أن تستمر عملية التوعية الدينية وتوجه إلى الشباب والمراهقين على نحو خاص، وتحتاج التوعية الدينية إلى أن يقوم عليها علماء لديهم خلفية صحيحة وواقعية عن المخدرات وتعاطيها والإدمان عليها، حتى يكون هناك صدق ومصداقية لما يقولونه من أحكام شرعية وتعاليم دينية حول المخدرات، وعليهم ألا يسلكوا في سبيل ذلك طريقة الوعظ المباشر والتخويف المبالغ فيه، حتى لا ينفر الناس منهم. (جمعة، 2003، ص 60)

المخاضرة والامنة

المحاضرة الثامنة

دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية ووسائل الاعلام

للتصدي إلى هذه الظاهرة

أولاً: دور الأسرة في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات

إن دور الأسرة الأساسي يتمثل في ضمان التربية السليمة للطفل من جميع النواحي الجسمية، الفكرية، النفسية، الدينية، والسلوكية، حتى ينشأ نشأة سوية واعداده ليكون عنصراً فاعلاً في مجتمعه، فالتربية التي يمنحها الوالدان تشكل أول خط دفاعي وأول حصانة ضد الآفات الاجتماعية التي سيواجهها الطفل في حياته اليومية خارج البيت. كما أن الأسرة من خلال حماية أفرادها تدفع عنهم كل خطر يهدد حياتهم، سواء من التصرفات غير الاجتماعية أو غير ذلك، وحماية الأفراد من خطر تعاطي المخدرات إنما يتم للأسرة من خلال حديث الأب مع أبنائه وتبصيرهم بهذا الخطر الداهم، وجذب انتباههم لمواجهة هذه المشكلة المجتمعية الخطيرة بإمدادهم ببعض الكتب والمنشورات التي تحثهم على تكوين اتجاهات سالبة نحو المخدرات والعقاقير، ومن خلال وظيفة المراقبة والضبط الاجتماعي. يمكن للأسرة أن تربي في أبنائها مراقبة الله عز وجل، وأن يتقي الله في أي مكان كان، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " اتق الله حيثما كنت " وحينما تكون المراقبة الذاتية هي عنوان الفرد في كل مكان وفي سائر سلوكه وتصرفاته، سيتم تنمية الصلة بالله تعالى، والأسرة حينما تحرص على ذلك فهي تقوي الصلة بين العبد وربيه، ويكون بذلك لدى الفرد سياج منيع ضد تعاطي المخدرات ومن خلال التربية داخل الأسرة عن طريق التعليم غير المقصود يمكن تربية الطفل على الأخلاق الإسلامية العليا، بأن يكون الوالدان قدوة حسنة لأطفالهم وبقية أفراد الأسرة، لأن الناشئة في الأسرة يتعلمون عن طريق التقليد والمحاكاة لكل السلوكيات والتصرفات التي يقوم بها الكبار. وحينما تكون الأسرة قدوة صالحة لأبنائها ستصدق أعمالها وأقوالها، وينشأ الفتى في بيئة نقية بإذن الله بعيدة عن الانحراف، وترسم لهم الأسرة بذلك الطريق السليم بعيداً عن تعاطي المخدرات والسلوكيات المنحرفة الأخرى. وكذلك على الأسرة أن تظهر دائماً البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الابن من كل السلوكيات الخاطئة، وكل ما يسبب ذلك. وقد وجد أن كثيراً من جرائم تعاطي المخدرات والانحرافات إنما تتم في الأسر المفككة التي تكثر فيها الخلافات العائلية ويحدث فيها الشقاق بين الوالدين

والأبناء، ولكن يمكن 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. (<https://cte.univ-setif2.dz/moodle>)

إذن فالأسرة هي المسؤول الأول عن الوقاية وعلاج من يقع في دائرة التعاطي والإدمان من أبنائها ليس فقط باعتبارها هي المؤسسة الأولى التي تحتضن الطفل وتتولاه بالرعاية الشاملة من كافة الوجوه، ولكنها الأكثر حرصا على سلامة أبنائها، فالأسرة هي المجتمع الإنساني الأول الذي يمارس فيه الفرد أولى علاقاته الإنسانية ولذلك فهي المسؤولة عن اكساب الطفل لأنماط السلوك الاجتماعي. (عبد الغني، 2007، ص351)

ثانيا: التربية والتعليم ودورها في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات

التربية والتعليم بأطواره الثلاثة (التعليم الابتدائي، المتوسط والثانوي)، التعليم والتكوين المهنيين، التعليم العالي، الشباب والرياضة، هي القطاعات التي تلعب دورا قاعديا ومتداخلا فيما بينها في هذا المجال لأنها تعنى بالفئة الأكثر عرضة للوقوع في خطر الإدمان وهي فئة المراهقين والشباب، حيث ترافق الأطفال منذ المراحل الأولى من أعمارهم إلى غاية نضوجهم الفكري ودخولهم معترك الحياة العملية وخلال هذه الفترة سيكونون عرضة لمختلف التغيرات الجسمية والعاطفية بالإضافة إلى المؤثرات الاجتماعية والتي يجب تخطيطها بسلام لبناء رجال المستقبل. وفي هذا الإطار تسطر برامج سنوية تتلاءم مع كل مرحلة عمرية، حيث يتم ادراج مواضيع حول المخدرات ضمن المناهج التربوية لمختلف الأطوار التعليمية كما تنظم على مدار السنة الدراسية معارض، ندوات، مسابقات ومختلف الأنشطة التوعوية الموجهة للتلاميذ المتمدرسين، أما الذين لم يكملوا مسارهم التعليمي فيوجهون إلى مراكز التكوين المهني لإعدادهم لدخول الحياة المهنية، أين يستفيدون بدورهم من العديد من الأنشطة التحسيسية. كما يلعب قطاع الشباب والرياضة دورا حيويا في الوقاية من المخدرات عبر تشجيع ممارسة الرياضة لتفريغ الطاقة الجسمية بشكل إيجابي وملء أوقات الفراغ.

ويمكن للجامعة أن تؤدي دورها في علاج ظاهرة تعاطي المخدرات والوقاية منها من خلال وظائفها المنوطة بها، حسبما حددها قانون الجامعات، حيث يتم دراسة مقررات ومناهج دراسية تعالج ظاهرة تعاطي المخدرات، وتوضيح آثارها الصحية والاجتماعية وغيرها. وكذلك من خلال وظيفة البحث العلمي يتم عمل أبحاث علمية متخصصة حول ظاهرة تعاطي المخدرات بدراسة الأسباب المختلفة

التي أدت إليها وتحليل نتائجها للوصول إلى توصيات لعلاج الظاهرة. كذلك عمل مسابقات للطلبة حول هذه الظاهرة بهدف تزويد ثقافتهم من خلال البحث بالمعلومات المتعلقة بهذه الظاهرة وطرق علاجها. كذلك عمل الندوات العلمية والمؤتمرات العلمية السنوية، لدراسة هذه الظاهرة دراسة علمية مستفيضة من كافة الجوانب المتعلقة بها، تشجيع البحث العلمي وعمل رسائل الماجستير والدكتوراه حول هذه الظاهرة، ودراسة أبعادها المختلفة، عمل مخابر اجتماعية تربوية للخدمة العامة تقوم مهمتها على كشف أبعاد الظاهرة لأفراد المجتمع في كل مكان.

(<https://cte.univ-setif2.dz/moodle/mod/book/view>)

أذن فالمدرسة هي المؤسسة التربوية الرسمية في المجتمع لذا لا بد أن تصبح التربية الوقائية مصاحبة للأنشطة الخاصة بالمناهج الدراسية كالتربية الوطنية والدينية مع عدم تقديم المعلومات عن المخدرات وكأنها في فراغ ولكن يتم تقديمها منسوجة في سياق قيمي معين. (عبد الغني، 2007 ص 355)

ثالثا: الشؤون الدينية والأوقاف ودورها في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات

تتم هذه المؤسسة الدينية والثقافية والتعليمية بنشر التوعية الدينية بين جميع فئات المجتمع وتنمية الوازع الديني وإحياء القيم والأخلاق لدى أفرادهم وتوعيتهم بأخطار المخدرات وضرورة الحذر من تعاطيها لأن ذلك يتنافى مع تعاليم الإسلام، وهو المسعى الذي تجسده النشاطات المتمثلة في الخطب والدروس الدينية عبر المساجد، والمحاضرات والبرامج العلمية والتربوية التي تنظمها المراكز الثقافية الإسلامية، والبرامج التكوينية الموجهة إلى الإطارات الدينية والأئمة والمرشدين، وكذا التوعية التي يستفيد منها طلبة المدارس القرآنية، مع الحرص على التنسيق مع المؤسسات الإعلامية المرئية والمسموعة والصحف والتي توفر فضاءات تفاعلية هامة تستقطب اهتمام المواطنين.

(<https://cte.univ-setif2.dz/moodle>)

رابعا: دور الاعلام في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات

من الطبيعي أن يبرز دور الإعلام عند الحديث عن قضية المخدرات. فوسائل الإعلام تستطيع أن تلعب دورا تنويريا رائدا في مكافحة المخدرات، كما أن بإمكانها أن تقوم بدور سلبي للغاية في هذا المجال، سواء قصدت ذلك أم لم تقصد، والدور السلبي الذي نتحدث عنه لا يتمثل فقط في عدم الانخراط في جهود مكافحة المخدرات بل في خلق ثقافة مجتمعية تتسم باللامبالاة تجاه انتشار المخدرات، وحتى تمجيد آثارها المدمرة بشكل غير مقصود.

إن دور وسائل الإعلام في مكافحة المخدرات يجب أن يتطور كما تطورت أساليب مروجي هذه الآفة المدمرة، حيث نشأ ما يسمى بالإعلام الجديد الذي يقوم على التفاعلية وعلى إشراك الناس في العملية الاتصالية، فالإعلام سابقا كان قائما على المرسل والمستقبل والرسالة، أما الآن فإن المستقبل أصبح مرسلا أيضا، وأما الرسالة فالطرفان شريكان في تشكيلها وبنفس القدر، لقد أصبح متلقي الرسالة الإعلامية عنصرا فاعلا بل شريكا في تشكيلها.

ومن الضروري أيضا الإشارة إلى أننا عندما نتحدث عن وسائل الإعلام في معرض تأثيرها على الشباب، فإننا لا نتحدث فقط عن الصحافة والإذاعة والتلفزيون، على أهميتها، ولكننا نتحدث أيضا عن الإنترنت والمواقع الإلكترونية وعن الرسائل القصيرة عبر الهاتف المتنقل وعن اللوحات الإعلانية في الشوارع وعن المدونات، وعن البريد الإلكتروني، إذ أن رفيق السوء لم يعد فقط شخصا آخر نتعرف إليه في المدرسة أو الشارع أو المعهد فيؤثر سلبا على حياتك. بل هو أيضا شخص آخر يعيش في الفضاء التخيلي، في بلد قد تفصله عن بلدك مئات الآلاف من الكيلومترات، ولكنه قريب منك جدا وتعرفه عن قرب، بل وتعتبره صديقك الأقرب والأكثر إخلاصا، رغم أنك لا تعرفه شخصا ولم تر وجهه، بل تتواصل معه فقط في غرف الدردشة أو الرسائل الإلكترونية. ويمكن لهذا الشخص أن يكون رفيق سوء حقيقيا، فيؤثر على الشاب تأثيرا مدمرا ويغير من قناعاته ويقوده إلى طريق المخدرات. فمن هنا تحتل وسائل الإعلام بكافة أشكالها المراكز الأولى والأساسية للتعرف والتفاعل مع مختلف القضايا الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تحاكي المجتمع. ويتحمل الإعلام مسؤوليات كبيرة وأساسية في مستوى الوعي العام الذي يعيشه أي مجتمع دون استثناء، وفي قضية مثل المخدرات التي تعانيها جميع المجتمعات العالمية لما لها من آثار مدمرة وانعكاسات هائلة على مختلف قطاعات المجتمع وفتاته.

(<http://www.alriyadh.com>)

المخافرة التاسعة

المحاضرة التاسعة

الجهود التشريعية في مجال جرائم المخدرات في بعض الدول وفي الجزائر

أولاً: الجهود التشريعية في مجال جرائم المخدرات في بعض الدول

1- التشريعات والقوانين: العقوبة جزاء جنائي يقرره القانون ويوقعه القضاء على من تثبت مسؤوليته عن فعل يعتبر جريمة في القانون ليصيب به المتهم في شخصه أو ماله أو شرفه. (الكساسبة، 2010، ص16)، ومن أساليب مكافحة هذه الجريمة هو النص عليها في القوانين الوطنية و سن عقوبات بخصوصها سواء من خلال العقوبات أو الأجهزة المختصة. (عبد الغاني، 2011)

تختلف المجتمعات في تعاملها مع المسكرات وبعض المواد النفسية، وتتفق على البعض الآخر، وهناك مجتمعات تتساهل مع بعض هذه المواد كالخمور أو القات -على سبيل المثال- وتعتبر بعض المجتمعات تدخين الأفيون من العادات الاجتماعية المقبولة. وهناك مجتمعات أخرى رافضة لهذه المواد تماما. (جمعة، 2003، ص 48)

وبرغم الاختلافات في وجهات النظر فإن كل المجتمعات تدرك تماما أضرار المسكرات والمخدرات ولذلك تقوم كل دولة بوضع القوانين و سن التشريعات للحد من تعاطيها أو تداولها. وإذا كانت الدولة متساهلة تواجه زيادة استهلاك الخمر -مثلا- بفرض الضرائب الباهظة فإن الدول الرافضة ومنها بعض الدول الإسلامية - كالمملكة العربية السعودية- تحرم صنع وبيع وتعاطي الخمر استنادا إلى الشريعة الإسلامية ونصوص القرآن الكريم القاطعة كقوله تعالى: ﴿يَأْيُهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾ (المائدة:90). ومع ذلك هناك بعض الدول الإسلامية التي تبيح تعاطي الخمر بشروط معينة.

من أجل هذا كان إصدار القوانين والتشريعات من أهم الوسائل المستخدمة لمواجهة مشاكل تعاطي المخدرات وتهددها. وسوف نأخذ مثالين لتوضيح تطور التشريعات والقوانين لمواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات الأول من مصر، حيث يتضح لمن ينظر عن قرب في تاريخ محاربة استخدام التشريع كأداة بالغة الأهمية في إدارة دفة هذه المجاهدة وذلك منذ صدور أمر عال عام 1879 بتحريم استيراد وزراعة الحشيش وحتى صدور القانون 122 لسنة 1989م. وتصديقا لذلك فقد جاء في المذكرة الإيضاحية للقانون الأخير ما نصه: «وإذا كانت هذه المجاهدة تتسع لتشمل جهودا في ميادين شتى منها الثقافي والديني والتعليمي والاقتصادي والصحي والأمني، فإن التشريع يبقى ميدانا من أهم ميادين هذه

المجابهة، حيث يتم تأييم الأفعال المتصلة بهذا النشاط والعقاب عليها بدوره كقوة الردع الأساسية في درء هذا الخطر». وبنظرة استقرائية عبر التشريعات التي توالى على امتداد تاريخ المكافحة نجد أن معظم التشريعات في تواليها اتجهت نحو مزيد من التشدد وفلسفتها في ذلك هي تحقيق مزيد من الردع، وحثتها لتبرير هذه الزيادة أن كل ما صدر من قبل لم يكن كافيا لتحقيق الردع المطلوب. (جمعة، 2003، ص 48)

وتكشف نظرة سريعة للتعديلات التي أدخلت على أحكام القرار بالقانون رقم 182 لسنة 1960 والتي صدر بها بعد ذلك القانون رقم 122 لسنة 1989م أن المادة 33 نصت على أن تكون العقوبة في حالة الجلب والتصدير والإنتاج والزراعة والتجارة مع العصابات هي الإعدام والغرامة المالية الضخمة. أما المادة 34 فنصت على أن تكون العقوبة هي الإعدام أو الأشغال الشاقة المؤبدة في حالة الحيازة والشراء والبيع وسوء التصرف في التراخيص وإدارة الأماكن. (جمعة، 2003، ص 49)

والمثال الثاني من المملكة العربية السعودية حيث صدر الأمر السامي بالموافقة على نظام منع الاتجار بالمواد المخدرة برقم 3318 في 1335/03/09هـ وجرى تعديل الأحكام الخاصة بالعقوبات بقرار مجلس الوزراء رقم 11 في 1374/02/01هـ وكانت العقوبة في ذلك الوقت للتهريب هي السجن بالإضافة إلى العقوبات الأخرى كمصادرة المواد المهربة، والغرامة المالية، والفصل من العمل، والمنع من السفر، والإبعاد (للأجانب) كما أن المتعاطي يعاقب بالسجن لمدة سنتين مع التعزيز والإبعاد (للأجانب). وفي العاشر من شهر رجب 1407هـ صدر الأمر السامي بالموافقة على قرار مجلس هيئة كبار العلماء والذي يتضمن تطبيق عقوبة القتل على مهربي المخدرات. (جمعة، 2003، ص 49)

إن وجهة النظر القائلة بأن العقاب يقلل من الجريمة، قديمة قدم الفكر نفسه، ومؤدى ذلك أنه إذا كان الخوف من العقاب يقلل الجريمة، فإن زيادة العقاب تقلل الميل للإجرام. وبرغم ذلك فهناك دراسات تشير إلى أن العقاب الشديد يبدو غير فعال في منع الجريمة إذا قورن بالعقاب معتدل الشدة. ولكن الخوف من الألم يبقى كواحد من الدوافع الأساسية وراء انخفاض معدلات الجريمة. وتشير بعض الدراسات التي أجريت على الأطفال الصغار إلى أن توقيت العقاب وانتظامه يؤثران في معدلات حدوث السلوك المنحرف. (جمعة، 2003، ص 50)

وذكر "كوك" 1977 تجارب طبيعية تؤيد وجهة النظر القائلة بأن زيادة احتمال العقاب أدت إلى تناقص الجريمة، فقد انخفضت الجرائم في الطرق الفرعية في مدينة نيويورك عام 1965م عندما تزايد وجود

الشرطة بها بنسبة 40% فقط، بينما تزايد معدل الجريمة في بقية أجزاء المدينة، كذلك انخفضت الحوادث بنسبة 25% -تقريباً- في بريطانيا بعد الإعلان عن قوانين جديدة تتعلق بالقبض على الذين يقودون سياراتهم وهم مخمورون. وفي المقابل أوضحت دراسات أخرى وجود علاقة عكسية قوية بين معدلات الجريمة ومقياس التأكد من العقاب. (جمعة، 2003، ص 50)

من الواضح أن يوجد أحيانا ميل لدى البعض يسمى "المركزية القانونية" أو "التمركز في القانون" أي وجود حالة من القناعة (الصريحة والضمنية) بأن مشكلة المخدرات بكاملها يمكن حلها بسلطان القانون. وبدلاً من اعتبار الحلول القانونية جزءاً من خطة شاملة وأن هذه الخطة هي سياسة تمتد لتشمل الجوانب الطبية والاجتماعية لمشكلة التعاطي، يقدم التشريع كما لو كان هو الجذر الذي ينبغي الرجوع إليه في كل ما يتعلق بتشكيل أهداف هذه السياسة، ويأتي هذا الميل عادةً منظوياً على اتجاه تجريبي، وبالتالي عقابي نحو التجار والمتعاطين على حد سواء، وهذا هو الاتجاه الذي يملئ مزيداً من تغليظ العقوبة كلما دعت الحاجة إلى إعادة النظر في الموقف كله ومع ذلك فتوجد أمثلاً لسجلات تاريخية تشهد بأنه على الرغم من هذه الحركة المستمرة نحو مزيد من قسوة الأحكام القضائية فقد استمر موقف المخدرات في التدهور (سواء فيما يتعلق بالعرض أي التهريب والاتجار أو بالطلب أي التعاطي)، بل إنه حتى مع التشريع بتوقيع عقوبة الإعدام بالنسبة لأنواع معينة من الاتجار، وبإصدار أحكام السجن لعدة سنوات بالنسبة لتعاطي مواد بعينها، فقد استمر موقف المخدرات يزداد سوءاً في بعض الدول. (جمعة، 2003، ص 50)

إن هذا الطرح الواقعي لا يهون من شأن القوانين العقابية في ردع المغامرين والحد من انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات وليس دعوة لتخفيف العقوبات أو التخلي عنها. وإنما هو اعتراض على الاعتقاد بالقوانين هي الحل الأوحيد لهذه المشكلة كما يروج البعض، فمن المعروف أن الرؤوس المدبرة والعصابات التي تدير هذه التجارة غالباً ما تكون بمنأى عن العقاب، وأن لديها من الأساليب ما يمكنها من استغلال بعض الذبول، بعد أن تحكم سيطرتها عليهم، في تنفيذ مآربها والقيام بهذه المغامرة رغم شدة العقوبات، لذلك ينبغي التفكير في الوقاية من منظور شامل وتكاملي يحوي عناصر أخرى إضافة إلى التشريعات والقوانين. (جمعة، 2003، ص 51)

ثانيا: الجهود التشريعية الجزائرية في مجال جرائم المخدرات

إن التشريع الجزائري من بين التشريعات التي كانت سباقة في مكافحتها للمخدرات، وهذا بموجب انضمام الجزائر للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 وهذا بمقتضى المرسوم رقم 342-63 المؤرخ في 11/09/1963 المتضمن انضمام الجزائر لبعض الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالمؤثرات العقلية، منها الاتفاقية الدولية بجنيف بتاريخ 19 فيفري 1925 وكذلك التعديلات التي طرأت على بروتوكول الاتفاق الممضى بنيويورك بتاريخ 11/12/1949 والمتعلقة بالحد وتنظيم توزيع المخدرات. (06 جوان 2020. <https://cte.univ-setif2.dz/moodle/mod/>) وقد عمدت الجزائر إلى وضع مجموعة من الآليات والتشريعات للحد والتحكم في انتشار المخدرات ومنها:

1- الآليات الوطنية لمكافحة المخدرات وإدماجها:

1-1- اللجنة الوطنية الأولى لمكافحة المخدرات في الجزائر

أنشأت اللجنة الوطنية الأولى لمكافحة المخدرات بموجب المرسوم رقم 71-198 المؤرخ في 22 جمادى الأولى عام 1391 الموافق لـ 15 يوليو 1971 يتضمن إحداث لجنة وطنية للمخدرات، والتي تتضمن 9 مواد استنادا إلى الاتفاقية الدولية الوحيدة حول المخدرات سنة 1961 في نيويورك بحيث تعتبر لجنة وزارية مشتركة توضع تحت وصاية وزير الصحة العمومية.

1-2- اللجنة الوطنية الثانية لمكافحة المخدرات في الجزائر:

تم إنشاء اللجنة الوطنية الثانية لمكافحة المخدرات وإدماجها بموجب المرسوم رقم 92-151 المؤرخ في 11 شوال عام 1412 الموافق لـ 14 أبريل 1992 يتضمن إنشاء لجنة وطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها والتي تتضمن 11 مادة ومن بين مهامها (مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها، الجزائر، 2014، ص 06) تحليل مجموعة العوامل التي لها علاقة باستعمال المواد ذات الطابع التخذييري والإفراط في استعمالها واقتراح الإجراءات لتقليص العرض والطلب عليها، وفي 1993 تقدمت اللجنة بمقترحات بناءة، حددت من خلالها المحاور الكبرى للاستراتيجية الوطنية في ميدان محاربة المخدرات بوضع قانون خاص يتناول موضوع المخدرات من جميع جوانبه، وقد عكفت أفواج العمل واللجان المشتركة بين القطاعات على دراسة الظاهرة وأعدت بشأنها تقارير في سنتي 1999 و 2001 تتضمن إنشاء هيئة وطنية متخصصة ومؤهلة تشرف على إعداد سياسة وطنية للتصدي لآفة المخدرات، تم من خلالها التوصل إلى وضع اللبنة الأولى للديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها.

1-3-الديوان الوطني لمكافحة المخدرات بالجزائر وادمانها: أنشئ هذا الديوان لأجل التكفل بالتعاون مع القطاعات المعنية بإعداد السياسة الوطنية واقتراحها لمكافحة المخدرات وادمانها في مجال الوقاية والعلاج. (طاهري، 2012، ص 20)

وأنشئ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-212 الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، المؤرخ في 09 جوان 1997، وجاء تنصيبه في 02 أكتوبر 2002، أتبع مباشرة للسيد رئيس الحكومة حين إنشائه، وفي 2006 نقلت وصايته إلى وزارة العدل بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 06-181 المؤرخ في 31 ماي 2006، بحيث يعد مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي (ديوان المطبوعات الجامعية، 2006، ص 21) ويتولى الديوان الوطني:

- إعداد السياسة الوطنية للوقاية من المخدرات ومكافحتها ووضع منهجيات تنفيذ هذه السياسة.
 - تنسيق النشاطات التي تقوم بها القطاعات في مجال مكافحة المخدرات ومتابعتها.
 - تقديم تقارير دورية للحكومة عن النتائج المسجلة في مجال مكافحة المخدرات.
 - تقييم النتائج والنشاطات من أجل مساعدة السلطات العمومية على اتخاذ القرار.
 - اقتراح التدابير والإجراءات المناسبة للوقاية من المخدرات ومكافحتها.
 - ترقية التعاون الجهوي والدولي في مجال مكافحة المخدرات وتدعيمه. (طاهري، 2012، ص 20)
- 1-4-المخططات التوجيهية الوطنية لمكافحة المخدرات (2004-2008) - (2008-2015)**

المخطط التوجيهي الوطني هو وثيقة تجسد السياسة الوطنية وتحدد الأولويات وتوزع المهام والمسؤوليات على مختلف القطاعات والهيئات، في مجال الوقاية من المخدرات ومكافحتها. صادقت عليه الحكومة في 29 جوان 2003، يترجم المخطط التوجيهي الوطني للسياسة الوطنية لمكافحة المخدرات كما تضمن طرح إشكالية المخدرات في الجزائر والرهانات المطروحة من حيث مخاطر المخدرات والأضرار الناجمة عنها وضرورة التصدي لها، ومن حيث ارتباطها بأنواع الجرائم الأخرى وانتشارها في الجزائر ويؤكد على انشغال السلطات العمومية والمجتمع كله أمام استفحال ظاهرة المخدرات إذ يتعرض للعوامل المساعدة على انتشار المخدرات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (ديوان المطبوعات الجامعية، 2006، ص 22)

2-توصيات للأهل حول كيفية التعامل مع الأبناء المدمنين:

-على الوالدين التعرف على أحوال أصدقاء الأبناء ومراقبة تصرفاتهم فكثير من المتعاطين والمروجين الصغار يقدمون أنفسهم على أنهم زملاء يستدرجون الضحية باسم اللهو والتجربة حتى يدخلوهم في مزلق لا نهاية لها.

-جمع المعلومات الكافية عن المخدر الذي يتعاطاه الابن من أجل تحديد مستوى الإدمان واستخدام الأسلوب الأمثل للعلاج.

-المبادرة في عرض الابن المتعاطي على الطبيب النفسي المختص لقطع الأسباب التي أدت إلى التعاطي.

-تشجيع الأبناء على الكلام بجرية مع الوالدين فبمجرد الشك فلا بد من المحاوره بأسلوب ودي هادئ بعيداً عن الانفعال والعنف، فالأبناء بطبيعتهم يميلون إلى الكلام عن مخاوفهم وعلاقاتهم وطموحاتهم وكذلك في الغالب سيعترفون لأحد عن وقوعهم في المخدرات. (الغامدي،2006، ص233)

-حسن الإصغاء ويتطلب ذلك عدم مقاطعة الأبناء أثناء الحديث وخصوصاً في حالة الضيق النفسي، فهم يحتاجون تفهم حالتهم أكثر من حاجتهم للحلول الفورية والنصائح.

- إظهار التشجيع والمؤازرة لهم وبأساليب أخرى غير الكلام كالابتسامة أو القبلة أو تمرير اليد على الرأس برقة تعبر عن الحب والتقدير.

- إعطاؤهم الفرصة الكاملة للتعبير عن رأيهم الخاص في المخدرات أو غيرها.

-توضيح مخاطر المخدرات للأبناء في سن المراهقة المبكرة.

-التقرب من الأبناء وتفهم مشاعرهم والابتعاد عن النقد الجارح أو الإهانة خصوصاً أمام الغير.

-إسناد بعض المسؤوليات في البيت للأبناء وتعويدهم على تحمل المسؤولية مبكراً مع المتابعة ولا داعي للخوف الزائد الذي قد يقتل ثقة الابن بنفسه وبالتالي يكون فريسة سهلة لرفقاء السوء لأن خبرته تكون قليلة في الاحتكاك بأفراد المجتمع.

-القدوة الحسنة من قبل الوالدين وخصوصاً في الأخلاق والتعامل وقضية استغلال أوقات الفراغ وممارسة

الرياضة المفيدة، فالقدوة الحسنة أبلغ تأثيراً من إسداء النصائح. (الغامدي،2006، ص234)

-تقوية الوازع الديني والتمسك بدين الله وبسنة نبيه صلى الله عليه وسلم شرعا ومنهاجا.

-الدور التربوي المناط بمؤسسات التعليم "المدارس والجامعات" في توضيح خطورة هذه السموم على الفرد والأسرة والمجتمع.

-تعويد الأبناء على قضاء أوقات الفراغ بما يفيد وينفع كالقراءة والاطلاع وممارسة الرياضة المفيدة كالسباحة والمشي بانتظام.

-مراقبة الأبناء ومتابعتهم ومعرفة ما يدور حولهم في المنزل والمدرسة والشارع، فعلى الوالد أن يكون بمنزلة الأب والصديق والناصح في آن واحد، ولا يترك لهم الحبل على الغارب بحجة أنهم أصبحوا كبارًا يعرفون مصالحتهم.

-منع الأبناء من السفر وحدهم وبخاصة إلى الخارج حيث أماكن الريبة، وقد ثبت بأن أكثر الذين تورطوا في المخدرات تعرفوا عليها وتعاطوها في الخارج. (الغامدي، 2006، ص 235)

3-توصيات هامة من أجل مكافحة الإدمان:

-التوصية بتقليل الوصفات الطبية الحاوية للمهدئات والمنومات والمسكنات وحصنها للحالات الضرورية القصوى والتشديد على بيعها فقط بموجب وصفة طبية صحيحة معتمدة.

-زيادة التوعية الصحية على نطاق واسع لكافة شرائح المجتمع وتسخير وسائل الإعلام لخدمة هذا الهدف.

- التأكيد والاهتمام بالجانب النفسي للشباب واليافعين وزيادة الرقابة عليهم من قبل الأهل والمدرسة وإدخال من هم بحاجة للعلاج من الإدمان إلى مستشفيات خاصة.

-التشديد على الدور الرقابي للأجهزة الأمنية لمحاصرة وضبط المهريين والمروجين لهذه السموم لأن الوقاية خير من العلاج.

-سن التشريعات والقوانين الصارمة التي تقضي بأشد العقوبات للمهريين والمروجين لهذه السموم. (الشاعر وآخرون، 2005، ص 262)

خاتمة

في الأخير يتضح لنا أن تعاطي المخدرات وإدمانها من المشاكل المعقدة التي يشترك في إحداثها عدد كبير من المتغيرات، فهي لا تشكل خطرا على مستوى الفرد فقط ولكن على مستوى الأسرة والمجتمع، ولهذا السبب يستوجب علينا دراسة هذه الظاهرة بجانب أكبر قدر من الاهتمام وتوفير كل الوسائل العلاجية والوقائية للحد من هذه الظاهرة المرضية، لذلك يجب أن تكون التدخلات في حالة الإدمان مصممة بحسب الحالات الفردية، كالتدخلات مثلا المبينة على المدرسة تتطلب سياسة مدرسية واضحة حول المخدرات وجهودا منتظمة في توفير المعلومات، لذلك لا بد من الوقاية والعلاج للتغلب على هذه المشكلة والتخلص منها، ولعل أحسن علاج هو الوقاية أولا ثم العلاج المتكامل ثانيا الذي يشمل على أهم المكونات الأساسية وهي المكون النفسي والطبي والاجتماعي.

كما ولا بد أن يفتن الشباب إلى أن هناك أياد خفية تقف وراء تجارة المخدرات، تجارة السموم والموت للشعوب وخصوصا الإسلامية ألا وهي الصهيونية العالمية، فلقد ثبت بالأدلة لدى القائمين على أجهزة مكافحة المخدرات أن هناك عصابات ومنظمات يهودية تعمل وتحرض وتسهل عمليات تهريب المخدرات إلى الدول الإسلامية من أجل تدمير الشباب الذين هم الأمل والاستثمار الحقيقي.

ولكن لا ينبغي أن نحمل غيرنا همومنا ومآسينا وننسى تقصيرنا، فمن يرمي نفسه في أحضان الفراغ وأصدقاء السوء ويحيد عن طريق المسجد "حصن المسلمين الحصين" وعن شغل الوقت بالعلم النافع والعمل الصالح وممارسة الرياضة المفيدة بانتظام فسيجد نفسه يوما ما غارقا في أوحال المخدرات والرذائل، نسأل الله أن يحمي شباب المسلمين منها.

وقد حرم الله سبحانه وتعالى إلحاق الضرر بالأبدان لأنها ملكه وهو أعلم بما يصلح شأنها، قال تعالى: ﴿الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ﴾ [الأعراف، الآية 157]، وقال عز وجل: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء، الآية 29].

قائمة المراجع

القرآن الكريم

- ابن منظور، لسان العرب، دار المعارف، ج2، 1994.
- أشرف عبد العزيز أحمد (1974) المكيفات، دار المعارف، القاهرة.
- الأصغر أحمد عبد العزيز (2004) عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في الوطن العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- البداينة ذياب موسى (2012) الشباب والانترنت والمخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض.
- الحراحشة أحمد حسن، جلال علي الجزازي (2012) إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.
- الحفار سعيد محمد (1994)، تعاطي المخدرات المعالجة وإعادة التأهيل، دار الفكر المعاصر.
- الخطيب جمال محمد سعيد (1992) سيكولوجية تعاطي المخدرات المجلة العربية للدراسات الأمنية.
- الدردار فتحي (2000) الإدمان على ادمان المخدرات، مكتبة دار بغداد، دار حسين، الجزائر.
- الزين إبراهيم بن محمد (2011)، دور الجامعة في وقاية الطلاب من المخدرات، بحث مقدم الى ندوة المخدرات حقيقتها وطرق الوقاية والعلاج جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 22-23 أبريل، السعودية.
- السواس أحمد عبد الحليم (2001) مفسدات التوازن الحيوي في الانسان - المفاهيم وأسباب التعاطي - المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب المجلد 16 العدد 31. السعودية.
- الشاعر عبد المجيد وآخرون (2001) الصحة والسلامة العامة، دار اليازوري، الأردن.
- العباجي عمر موفق بشير (2008) الإدمان والانترنت، دار مجدلوي للنشر والتوزيع، عمان.
- العيسوي عبد الرحمن محمد (2005) المخدرات وأخطارها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر.
- الغريب عبد العزيز بن علي (2006) ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، الرياض، جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- الغول حسن علي خليفة (2011) الإدمان الجوانب النفسية والكلينيكية والعلاجية للمدمن، دار الفكر العربي،
- القشعان حمود (2002) العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمسكرات، المجلة التربوية 65 الكويت 82.
- المطيري عبير هادي (2001) جريمة المخدرات وجنوح الاحداث، دار آمنة للنشر والتوزيع، الأردن.

- البار محمد علي (1988) المخدرات الخطر الداهم، دار الفكر، دمشق.
- بسيوني فؤاد (1988) الحقيقة والخيال في ظاهرة انتشار وإدمان المخدرات - دراسة لأبعاد المشكلة - دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- بويدي لامية (2012) واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، مجلة علوم الانسان والمجتمع (3)، 41-70.
- جابر عبد الحميد جابر (2000)، دراسة فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في الامارات العربية المتحدة، دراسة أكاديمية، أطروحة دكتوراه، جامعة القاهرة.
- جمعة سيد يوسف (2003) الوقاية من تعاطي المخدرات، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، ط2، القاهرة.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-212 المؤرخ في 4 صفر عام 1418 الموافق ل 9 يونيو 1997، الجريدة الرسمية، العدد 41، الصادرة بتاريخ 15 جوان 1997
- حوري محي الدين (2003) الجريمة أسبابها ومكافحتها، دار الفكر للنشر والتوزيع، دمشق.
- داوود محمد أحمد (2009) خطورة تعاطي المخدرات والآليات الحديثة لمكافحة تهريبها، جامعة نايف، الرياض.
- الدمرداش عادل، 1990، الإدمان مظهره وعلاجه، الكويت، عالم المعرفة.
- ديوان المطبوعات الجامعية (2006) فعاليات الملتقى الدولي - دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية للوقاية من المخدرات ومكافحتها - 03-04 نوفمبر، الجزائر.
- رجيلة عبد الحميد عبد العظيم (2009) المخدرات والأمن الاجتماعي - الآثار النفسية لتعاطي وإدمان المخدرات، مصر.
- رشاد أحمد عبد اللطيف (1992) الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات - تقدير المشكلة وسبل الوقاية - المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- الركابي لمياء ياسين (2011) أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الابتدائية مجلة العلوم النفسية القاهرة (19) 75-109.
- الزنتاني اعبيد محمد إبراهيم (2008) الهجرة غير الشرعية والمشكلات الاجتماعية، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، مصر.

- زيد بن محمد الرماني (2004) مشكلات العصر والإعاقة (المخدرات بالأرقام والإحصاءات)، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
- السعد صالح (1996) المخدرات والمجتمع، دار الثقافة، عمان.
- سمير عبد الغاني (2011) التعاون الدولي لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، دار الكتب القانونية، مصر.
- سوييف مصطفى (1996) المخدرات والمجتمع، الكويت، عالم المعرفة.
- سيف محمود محمد (1985) مشكلة المخدرات في مصر والعالم، مكتبة نهضة الشروق، القاهرة.
- شابرول هنري (2001) الإدمان في سن المراهقة، ترجمة: فؤاد شاهين، عويدات للنشر والطباعة، لبنان.
- شاكور مجيد سوسن (2012) المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية على الشباب، الحوار المتمدن، العدد 3678 <http://www.ahewar.org>
- شحاتة أحمد حسين (2006) التدخين والادمان واعاقبة التنمية، مكتبة دار المعرفة، القاهرة.
- شمس محمود زكي (1995) أساليب مكافحة المخدرات في الوطن العربي -فقهيا- تشريعا-اجتهادا - قضاء)، دمشق.
- طاهري حسين (2012) جرائم المخدرات وطرق محاربتها دار الخلدونية، الجزائر.
- الطعامة غايزي (2007) مبادئ في الصحة والسلامة العامة، دار عيناء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- عبد الغني سحر (2007) الأطفال وتعاطي المخدرات، المكتبة المصرية، القاهرة.
- عبد المعطي حسن مصطفى (2004)، الأسرة ومشكلة الأبناء، القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- عطا جميل بني، كمال الحوامدة (2008) الشباب الجامعي وآفة المخدرات، عمان، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.
- عفاف عبد المنعم (2003) الإدمان-دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه-دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- عفاف عبد المنعم (2007) الإدمان، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- عكاشة أحمد (1984) الطب النفسي المعاصر، مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- الغامدي أحمد علي أبو عمرو (2006) الصحة المدرسية، دار الأندلس للنشر والتوزيع، حائل المملكة العربية السعودية.
- الفار خالد المختار (2016) سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والأمن النفسي لدى متعاطي المخدرات، مكتبة جزيرة الورد، القاهرة.

- فتحي محمد (2011) ادمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيال، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- الكساسبة فهد يوسف (2010) وظيفة العقوبة ودورها في الإصلاح والتأهيل، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- متولي عبد العظيم متولي(2005) أسس ومفاهيم الثقافة الصحية، دار الأندلس للنشر والتوزيع، حائل السعودية.

- مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر، 2014، ص06

- مشاقبة محمد أحمد (2007) الإدمان على المخدرات - الإرشاد والعلاج النفسي - دار الشروق، عمان، الأردن.

- المنصور غسان محمد (2014) الاتجاهات السيكوباتية نحو المجتمع وعلاقتها ببعض المتغيرات الدراسية لدى عينة من طلاب جامعة دمشق، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس 12(3)، 110.

- 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.

- وفقى حامد أبو علي(2013) ظاهرة تعاطي المخدرات (الأسباب، الآثار، العلاج)، منتدى اقرأ الثقافي، الكويت.

[https://cte.univ-setif2.dz/moodle/mod/book/tool/print\(consulter le 06/05/2020\)](https://cte.univ-setif2.dz/moodle/mod/book/tool/print(consulter le 06/05/2020))

[http://www.alriyadh.com/537941\(consulter le 01/06/2020\)](http://www.alriyadh.com/537941(consulter le 01/06/2020))

[https://cte.univ-setif2.dz/moodle/mod/book/view\(consulter le 04/06/2020\)](https://cte.univ-setif2.dz/moodle/mod/book/view(consulter le 04/06/2020))