جامعة زيان عاشور– الجلفة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

تخصص: علم الاجتماع **مستوى:** سنة ثالثة ليسانس

عنوان:

محاضرات في مقياس المخدرات والمجتمع

ألقيت على طلبة سنة ثالثة ليسانس تخصص علم اجتماع – السداسي الثاني

إعداد الدكتورة:
✓ **حدادو فطيمة**

الموسم الجامعي: 2026/2025

جامعة زيان عاشور– الجلفة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

تخصص: علم الاجتماع **مستوى:** سنة ثالثة ليسانس

عنوان:

محاضرات في مقياس المخدرات والمجتمع

ألقيت على طلبة سنة ثالثة ليسانس تخصص علم اجتماع – السداسي الثاني

إعداد الدكتورة:
✓ **حدادو فطيمة**

الموسم الجامعي: 2026/2025

بسم الله الرحمن الرحيم

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات:

الأهداف العامة لمقياس المخدرات والمجتمع.....2

امتحان المكتسبات القبلية:.....3

المحاضرة الأولى: المخدرات – مفهومها، أنواعها وتصنيفها – 5

مقدمة: 5

1.تعريف المخدرات: توضيح مفهومها لغة واصطلاحا 6

الفرق الأساسي بين المخدرات والمؤثرات العقلية.....11

2. أنواع المخدرات وأسس تصنيفها 12

1.2. تصنيف المخدرات وفقًا لطريقة الإنتاج.....13

2.2. تصنيف المخدرات وفقًا لتأثيراتها 14

المحاضرة الثانية: المفاهيم الرئيسية في مجال المخدرات 19

- الإدمان Addiction 20

- اللهفة Craving.....22

- الاعتماد Dependence 22

- الاعتماد النفسي Psychic dependence.....23

- الاعتماد العضوي Physical dependence.....23

- إمكانية الاعتماد (أو الإمكانية الاعتمادية).....24

-احتمالات الاعتماد Dependence liability.....24

-المواد المحدثة للاعتماد Dependence producing drugs 24

-التحمل: 27

-المخدر: 28

الجرعة الزائدة Overdose.....29

-خمار Hangover.....29

- انسحاب Withdrawal.....30

- مادة نفسية Psychoactive drug 31

- تعاطي المواد النفسية Drug abuse.....32

-تسمم Intoxication 32

تعقيب على المصطلحات:..... 33

المحاضرة 03: الخصائص والمميزات الجوهرية للمخدرات 34

أولًا: التأثير على الجهاز العصبي المركزي 35

ثانيًا: الإدمان والتعود 36

ثالثًا: التأثيرات النفسية والسلوكية..... 36

رابعًا: التأثيرات الجسدية..... 37

خامسًا: التأثيرات القانونية والاجتماعية..... 37

سادسًا: مميزات المخدرات من منظور المتعاطي والمروج..... 38

المحاضرة الرابعة: أسباب تعاطي المخدرات والأثار الاجتماعية المترتبة عنها
..... 39

أولا. العوامل الشخصية التي تؤدي الى تعاطي المخدرات وادمانها تتمثل في:..... 40

ثانيا. العوامل الاجتماعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات والاثار المترتبة على ذلك:..... 42

2.المعايير الاجتماعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات: 47

3.الجماعات التي ينتمي اليها الشخص وعلاقتها بتعاطي المخدرات: جماعة الرفاق وأسلوب الحياة المنحرف 49

4.تأثير التلفاز والفيديو على تعاطي المخدرات:..... 50

الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات على حياة الأسرة 52

المحاضرة 05: التصدي الى مشكلة المخدرات..... 58

أولا. مكافحة العرض:..... 59

2-القانون (التشريع) 61

3.الاتفاقات الدولية والإقليمية :..... 62

تابع للمحاضرة الخامسة: التصدي الى مشكلة المخدرات 65

ثانيا: خفض الطلب على المواد النفسية غير المشروعة:..... 65

ينطوي النموذج الأساسي لموضوع خفض الطلب على ثلاث مكونات رئيسية هي الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والاستيعاب.
..... 67

2.العلاج:..... 85

الإرشاد المهني، وقياس الاستعدادات المهنية، والتوجيه المهني، والتدريب. 95

المحاضرة السادسة: مشكلة المخدرات في الجزائر، وموقف القانون الجزائري منها 98

أولا. مشكلة المخدرات في الجزائر 98

ثانيا. موقف القانون الجزائري من المخدرات:.....102

- **أبرز المواد القانونية:** 106

ثالثا. الاستراتيجيات الجزائرية لمكافحة المخدرات: دراسة قانونية وتحليلية 108

5-التعاون الدولي: 110

تشارك الجزائر في تنفيذ الاتفاقيات الدولية الخاصة بمكافحة المخدرات ومنها: 110

-الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961.....110

-اتفاقية الأمم المتحدة لسنة 1988 لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية. 110

كما تعمل بالتنسيق مع:.....110

-مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.(UNODC) 110

-أجهزة مكافحة المخدرات الإفريقية والعربية لتبادل المعلومات الاستخباراتية.....111

المراجع ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

الأهداف العامة لمقياس المخدرات والمجتمع

الأهداف العامة لمقياس المخدرات والمجتمع

- فهم الظاهرة الاجتماعية للمخدرات

تمكين الطالب من التعرف على مفهوم المخدرات، أنواعها وتصنيفاتها، وأسباب انتشارها داخل المجتمعات الحديثة والمعاصرة.

- تحليل العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات

دراسة العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية، والنفسية التي تساهم في تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات بين الأفراد والفئات الاجتماعية المختلفة.

- دراسة الآثار الاجتماعية للمخدرات

التعرف على تأثير المخدرات على الفرد، الأسرة والمجتمع من النواحي السوسيولوجية، الصحية، النفسية والاقتصادية.

- التعرف على استراتيجيات الوقاية والعلاج

إكساب الطالب معرفة حول السياسات العمومية، البرامج التوعوية، وأشكال التدخل الاجتماعي للحد من انتشار المخدرات ومساعدة المدمنين على التعافي.

- تنمية الحس النقدي تجاه قضايا المخدرات

تشجيع الطالب على التحليل النقدي لخطابات الإعلام، المؤسسات، والمنظمات غير الحكومية فيما يخص ظاهرة المخدرات داخل المجتمع.

امتحان المكتسبات القبلية:

1.اشرح بإيجاز مفهوم "المخدرات" حسب المنظور السوسيولوجي.

2. اذكر ثلاث أسباب اجتماعية قد تساهم في انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات داخل المجتمع.

3. تحدث عن خطورة المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع بإيجاز.

محتوى محاضرات المقياس

المحاضرة الأولى: المخدرات – مفهومها، أنواعها وتصنيفها –

مقدمة:

في قلب كل مجتمع، تدور معركة صامتة بين قوى البناء والهدم، بين الأمل والانهيار، بين البحث عن الذات والضياع في متاهات الهروب. ومن أكثر الظواهر التي تجسد هذا الصراع تلك التي تشكل تهديداً صامتاً ومتسللاً لكيان الأفراد والمجتمعات: ظاهرة **المخدرات**.

المخدرات ليست مجرد مواد كيميائية، بل هي انعكاس لعوالم اجتماعية ونفسية متشابكة. إنها أشبه بمرآة تعكس هشاشة البنية الاجتماعية واختلال منظومة القيم، حيث يجد الإنسان نفسه أحياناً باحثاً عن خلاص وهمي، أو مخرج زائف من أزمات معيشية، ضغوط اقتصادية، أو اغتراب اجتماعي. وسوسيولوجياً، تشكل المخدرات ظاهرة معقدة تتجاوز حدود الطب والقانون لتتسلل إلى عمق الحياة الاجتماعية، وتتعدد أشكال المخدرات وتصنيفاتها بتعدد الأسباب التي تدفع الإنسان لاستهلاكها، فمنها ما هو طبيعي المصدر كالحشيش والأفيون، ومنها ما هو صناعي كالمؤثرات العقلية والمواد الكيميائية المركبة. وتصنف هذه المواد أيضاً بحسب تأثيرها: فمنها المنبهات التي توهم صاحبها باليقظة والطاقة المفرطة، والمهدئات التي تدفعه نحو الاسترخاء والهروب، والمهلوسات التي تعيد تشكيل الواقع وتفصله عن إدراكه الحقيقي.

تحظى ظاهرة تعاطي المخدرات باهتمام بالغ من قبل الباحثين في العلوم الاجتماعية في العقدين الأخيرين ويرجع السبب في ذلك الى الانتشار الكبير لهذه الظاهرة على المستوى المحلي بحيث أصبحت الشغل الشاغل لا للعلماء الاجتماعيين فحسب، بل لرجال القانون وعلماء النفس، وصناع السياسة. ولا غرابة في ذلك. فالمخدرات داء اجتماعي يقضي على كل منجزات الدولة، ويحول ثمار التنمية والتقدم الى تخلف وتراجع، ذلك أن الادمان يتجه الى تحطيم أغلى ما تملكه أي أمة وهو العنصر البشري.

هكذا، يقف موضوع المخدرات عند تقاطع العلم، القانون، الاجتماع، والأخلاق، ليطرح أسئلة جوهرية: ما هي المخدرات وما هي أنواعها؟ وتصنيفها ثم ماهي اثاروها؟

1.تعريف المخدرات: توضيح مفهومها لغة واصطلاحا

يعتبر تعريف المخدرات أمرًا أساسيًا لفهم طبيعتها، لكن للأسف، لا يوجد تعريف موحد ومتفق عليه يوضح مفهومها بدقة. لهذا السبب، لم تتضمن الاتفاقيات الدولية تعريفًا واضحًا للمخدرات. في تقارير الأمم المتحدة التي صدرت عام 1979، والتي تتعلق بالاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام 1961، المعدلة بموجب اتفاقية عام 1973، بالإضافة إلى اتفاقية المؤثرات العقلية لعام 1971، تم الإشارة إلى تصنيف المواد المخدرة دون تقديم تعريف محدد لها. بدلاً من ذلك، تم إدراج هذه المواد في جداول

تصنيفية حسب درجة خطورتها، حيث يحتوي الجدول الأول على المواد الأكثر خطورة، يليه الجدول الثاني للمواد الأقل خطورة، وهكذا في الجداول اللاحقة.

الجدول الأول

الأستورفين	الألفاميثوول	البنزيلمورفين
الاليبرودين	الانيسليريدين	البتامبيرودين
الألفايبرودين	البنزميثيدين	البيااميثارول
القنب	الكونيتازين	ورقة الكوكا وغيرها
الكوكايين	الكودوكسيم	قش الخشخاش
الدويزومورفين	الديقوكسيلات	الايتروفين
الفيازوسين	الشيباكون	الثيبابين

الجدول الثاني: الذي يضم أنواع أساسية، ولها جزيئات متعددة، وهي

الأستيلديهيدركوديين	النوركوديين	الكوديين
الفولوكودكين	الديهيدروكوديين	البروبيرام
النيكوكودين	البروبيرام	

في المادة الأولى من اتفاقية عام 1961، تم تعريف المخدر بأنه أي مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المخدرة المذكورة في الجدولين الأول والثاني.

أما الجدول الثالث فيشمل المواد الأقل خطورة، وعددها سبعة أساسية عدا الجزيئات منها وهي:

الأستيلديهيدركوديين النيكوديكوديين الاثيلمورفين

الكوديين النوركوديين الديهيدروكوديين

دالفولوكوديين

إذا كانت هذه المادة مركبة مع مادة أو أكثر، وكانت كمية المخدر فيها لا تتجاوز 100 ملليغرام في الوحدة الدوائية الواحدة، ونسبة التركيز لا تتجاوز 2.5% في المستحضرات غير المتجزئة، فإن الإحصاءات الأخيرة في فرنسا عام 1986 أشارت إلى أن عدد المواد المخدرة يتجاوز 500 مركب، جميعها تؤثر على المتعاطي والمدمن، مما يؤدي إلى تدهور بدني، انهيار عصبي، وضعف عقلي. عند النظر في المفاهيم المختلفة لتعريف المخدرات، نجد تنوعًا في الآراء والتصنيفات. بعض التعريفات تصف المخدرات بأنها أي مادة يتناولها الكائن الحي، مما يؤدي إلى تغيير وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية. كما تُعرَّف المخدرات بأنها مواد طبيعية أو مصنعة تؤثر على جسم الإنسان، فتغير إحساساته وسلوكه وبعض وظائفه الحيوية، مما قد يؤدي مع تكرار استخدامها إلى عواقب وخيمة على الصحة الجسدية والعقلية، بالإضافة إلى تأثيراتها السلبية على البيئة والمجتمع. وقد بذل الباحثون جهودًا لتقديم تعريفات متعددة للمخدرات، بعضها علمي والبعض الآخر قانوني.

– **من منظور علمي**، تُعتبر المخدرات مواد كيميائية تُحدث تأثيرات مهدئة، مما يؤدي إلى الشعور بالنعاس أو النوم أو حتى فقدان الوعي، مع تأثير مسكّن للألم. وبناءً على هذا التعريف، لا تُصنَّف المواد المنشطة وعقاقير الهلوسة ضمن فئة المخدرات، نظرًا لاختلاف تأثيراتها على الجسم والعقل.

– وفقًا للمعجم الوسيط، يُعرَّف المخدر بأنه ما يعطل الإحساس ويغير الشعور والإدراك.

– كما ورد في الموسوعة الميسرة: "المخدر هو مادة تسبب فقدان الوعي لدى الإنسان والحيوان بدرجات متفاوتة، وقد تؤدي في النهاية إلى غيبوبة قد تنتهي بالوفاة."

– بالإضافة إلى ذلك، يشير التعريف القانوني إلى وجود مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي، والتي يُحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها، إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تُستخدم إلا من قبل الأشخاص المرخص لهم بذلك. أشار الدكتور سعد المغربي إلى أن المخدرات تشمل أي مادة خام أو مصنعة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة، والتي إذا استُخدمت بطرق غير طبية أو صناعية، قد تؤدي إلى الاعتياد والإدمان. وهذا يمكن أن يسبب أضرارًا جسدية ونفسية واجتماعية للفرد والمجتمع. ومع ذلك، فإن هذا التعريف لا يتضمن المواد المسببة للهلوسة، مثل LSD، مما يستدعي توسيع المفهوم ليشمل جميع العقاقير التي تؤثر على الجهاز

العصبي المركزي، سواء عن طريق التنشيط أو التثبيط أو التسبب في الهلوسة والتخيلات. هذه المواد يمكن أن تؤدي إلى الاعتياد أو الإدمان، مما يسبب أضرارًا جسدية ونفسية، بالإضافة إلى تأثيراتها السلبية على المستوى الاجتماعي. كما أنها تساهم في تفاقم المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، سواء على مستوى الأفراد أو المجتمع ككل.

عبد الباسط عبد المعطي يصف المخدرات بأنها "مواد تؤثر على النفس، مما يؤدي إلى اضطرابات في الإدراك والسلوك. وغالبًا ما ينتج عن استخدامها الاعتياد أو الإدمان، مما يسبب آثارًا اجتماعية سلبية تؤثر على الأسرة والمجتمع."

– تعريف المخدرات من منظور قانوني جزائري:

القانون الجزائري عرّف المخدرات بموجب الأمر رقم 04-18 الصادر في 25 ديسمبر 2004، والذي يتناول الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، بالإضافة إلى مكافحة الاستخدام والتجارة غير المشروعة بها. وفقًا للمادة 2، تُعتبر المخدرات أي مادة طبيعية أو صناعية مدرجة في الجدولين الأول والثاني المرفقين بهذا الأمر، والتي يمكن أن تؤدي إلى الإدمان وتسبب أضرارًا للصحة العقلية أو الجسدية للإنسان.

هذا التعريف يهدف إلى تضمين جميع المواد المخدرة، سواء كانت نباتية أو مصنعة كيميائيًا، طالما أن استخدامها يؤثر سلبًا على الصحة البدنية أو النفسية خارج الأطر الطبية والقانونية.

أما المؤثرات العقلية، فهي تشمل أي مادة طبيعية أو صناعية مدرجة في الجدولين الثالث والرابع المرفقين، والتي تؤثر بشكل مباشر على الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى تغييرات في النشاط العقلي أو السلوك، وقد تسبب الاعتياد أو الإدمان.

الفرق الأساسي بين المخدرات والمؤثرات العقلية

المؤثرات العقلية

التعريف مواد تؤثر على الحالة النفسية أو الذهنية تسبب دائماً تغيير الوعي

أمثلة شائعة الأمفيتامينات، المهدئات، مضادات الاكتئاب، LSD

طريقة التأثير تغيير كيمياء الدماغ بما يؤثر على المزاج، التفكير، والادراك

الاستعمال الطبي تُستخدم غالباً لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية

احتمال الإدمان متنوع حسب النوع، بعض المؤثرات تسبب الإدمان بدرجات أقل

الشرعية / القانون تستخدم طبيا وتخضع لتنظيم قانوني دقيق

طرق التعاطي البلع، أحيانا عن طريق الحقن حسب التركيبة

التأثير الفوري تؤثر على المزاج، الإدراك، الوعي، والسلوك وقد تسبب الاعتماد النفسي بدرجات متفاوتة.

المخدرات

التعريف مواد تؤثر على الجهاز العصبي وتسبب تسكين الألم والنشوة أو تغييب الوعي

أمثلة شائعة الهيروين، الأفيون، الكوكايين، الحشيش، المورفين.

طريقة التأثير تثبيط أو تنشيط مفرط للجهاز العصبي المركزي.

الاستعمال الطبي بعض الأنواع مثل المورفين تُستخدم تحت إشراف طبي لتسكين الألم

احتمال الإدمان عالي جداً

الشرعية / القانون أغلبها ممنوعة قانوناً إلا للاستخدام الطبي الخاضع للرقابة الصارمة

طرق التعاطي التدخين، الشم، الحقن، البلع

التأثير الفوري تسبب فقدان الشعور، تسكين الألم، الإدمان الجسدي والنفسي، تغييب العقل

2. أنواع المخدرات وأسس تصنيفها

تصنيف المواد المخدرة –دراسة تحليلية–

نظرًا لتنوع أنواع المخدرات وتعريفاتها المختلفة، تم تصنيفها بناءً على عدة معايير، مثل طريقة الإنتاج، والتأثيرات الفسيولوجية والنفسية، ومستوى الاعتماد النفسي والجسدي، والتركيب الكيميائي. هذا التصنيف يساعدنا على فهم طبيعة المواد المخدرة وآليات تأثيرها، مما يسهم في تطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج.

1.2. تصنيف المخدرات وفقًا لطريقة الإنتاج

1.1.2. المخدرات الطبيعية

تشمل هذه الفئة من النباتات تلك التي تحتوي على مواد مخدرة في أوراقها أو زهورها أو ثمارها، مما يؤدي إلى فقدان مؤقت كلي أو جزئي للإدراك. بعض هذه النباتات معروفة على مستوى العالم، بينما يقتصر وجود البعض الآخر على مناطق معينة. ما يميز المخدرات الطبيعية هو أنها لا تتعرض لأي تعديل كيميائي صناعي، بل يتم استهلاكها كما هي في الطبيعة. ومن أبرز هذه النباتات:

-القنب الهندي (الحشيش)

-الخشخاش (الأفيون)

-نبات الكوكا

- نبات القات

2.1.2. المخدرات المصنعة

تتكون هذه المخدرات من مواد مأخوذة من مصادر طبيعية، لكنها تمر بعمليات كيميائية في المختبرات لتعزيز فعاليتها وتأثيرها. تشمل أشكالها المتنوعة: الأقراص، الكبسولات، البودرة، والحبوب، حيث يتم تصنيعها بإضافة مواد كيميائية تزيد من قوة تأثيرها.

3.1.2. المخدرات التخليقية

تشمل هذه الفئة المركبات الكيميائية التي يتم تصنيعها بشكل صناعي وليس لها أصل طبيعي، وغالبًا ما تأتي في شكل حبوب. ومن الأمثلة على ذلك:

- **الأمفيتامينات**
- **عقار LSD**
- **الباربيتورات**

2.2. تصنيف المخدرات وفقًا لتأثيراتها

1.2.2. مجموعة المخدرات المسكنة

تتضمن هذه المجموعة مواد تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، مما يساعد على تهدئة الجسم وتخفيف الألم. لكن، يجب أن نكون حذرين، لأنها قد تؤدي أيضًا إلى آثار سلبية خطيرة على صحتنا النفسية والجسدية. ومن أبرز هذه الآثار:

-الأفيون:(Opium)

يتم استخراج هذا المركب من نبات الخشخاش عندما يكون لا يزال أخضر، ويتميز بتركيبته الكيميائية التي تحتوي على 25 مركبًا قلويًا وأحماضًا عضوية. يمكن أن يؤدي تعاطيه إلى مشاكل في الذاكرة، وظهور علامات الشيخوخة المبكرة، بالإضافة إلى القلق والاكتئاب، واضطرابات في التفكير والجهاز الهضمي.

-المورفين:(Morphine)

المركب الفعال الرئيسي في الأفيون يُستخدم بشكل طبي لتخفيف الآلام الشديدة، لكنه يحمل خطر الإدمان والاعتماد الجسدي والنفسي.

- الهيروين:(Heroin)

يعتبر هذا المخدر من أخطر الأنواع التي لها تأثير قوي، حيث يُشتق من المورفين. يمكن أن يؤدي إلى آثار جسدية مدمرة مثل تصلب الشرايين وفقدان الشهية، بل وقد يسبب السرطان، وفي أسوأ الحالات، قد يؤدي إلى الوفاة نتيجة الجرعات الزائدة.

- الكودايين:(Codeine)

يعتبر أحد مشتقات الأفيون ويُستخدم طبيًا في أدوية السعال، لكن يجب الحذر لأنه قد يؤدي إلى الاعتماد النفسي والجسدي إذا تم استخدامه بشكل خاطئ.

2.2.2. مجموعة المنومات:

تتكون من مركبات كيميائية تؤدي إلى الاسترخاء والنوم، ومن أشهرها الباربيتورات مثل:

- **أميتال الصوديوم(Amytal Sodium)**
- **نيمبوتال(Nembutal)**
- **سيكونال(Seconal)**
- **تونال(Tuinal)**

يسبب تعاطي هذه المواد تبلد الجهاز العصبي، والغيبوبة، والاكتئاب الحاد، وقد يؤدي إلى الإدمان.

3.2.2. مجموعة المخدرات المنبهة(Stimulants)

تشمل هذه الفئة المواد التي ترفع مستوى النشاط العصبي والجسدي، ومنها:

- **الأمفيتامينات:**

المواد الكيميائية تؤثر بشكل مباشر على الجهاز العصبي المركزي، مما يمكن أن يؤدي إلى زيادة معدل ضربات القلب، فقدان الشهية، الشعور بالقلق، وارتفاع ضغط الدم.

- **الكوكايين:(Cocaine)**

يُستخرج من نبات الكوكا، ويُعتبر من أقوى المنبهات التي تؤثر على الدماغ والجهاز

العصبي. يمكن أن يؤدي إلى فقدان الشهية، الهزال، واضطرابات نفسية، وقد يسبب أيضًا هلوسات سمعية وبصرية.

4.2.2. مجموعة المخدرات المهلوسة (Hallucinogens)

تُعرف أيضًا بالمخادعات، حيث تؤدي إلى اضطرابات في الإدراك الحسي والعقلي. ومن أبرز أنواعها:

- **عقار LSD:**

يتم صنعه من فطر الأرجوت، ويسبب هلوسات سمعية وبصرية بالإضافة إلى اضطرابات عقلية خطيرة.

- **الميسكالين (Mescaline):**

في البداية، يُستخدم كعلاج طبي، لكنه قد يتسبب في اضطرابات إدراكية، وهلاوس بصرية، وقلق شديد، وقد يؤدي إلى فقدان البصر أو حتى الإصابة بالذهان.

- **الحشيش (Hashish):**

يتم استخراج هذا المركب من الأزهار المزهرة لنبات القنب الهندي، ويتميز بتأثيرات مثل الشعور بالنشوة، والانفصال عن الواقع، والضحك غير المبرر، بالإضافة إلى اضطرابات في الجهاز العصبي والهضمي. كما يمكن أن يؤدي إلى مشاكل مثل الفصام والاكتئاب المزمن.

من كل ما سبق، يمكننا أن نستنتج أن المواد المخدرة تأتي بتنوع كبير، سواء من حيث مصدرها أو طريقة إنتاجها، وكذلك الأعراض والتأثيرات التي تسببها. ومع ذلك، فإنها تتشارك جميعًا في تأثيرها السلبي على صحة الإنسان، مما يشكل خطرًا على الأفراد والمجتمعات. لذا، فإن الوعي بهذه الأنواع وتأثيراتها يعد خطوة أساسية نحو تطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج من الإدمان.

في ظل التغيرات السريعة التي يشهدها عالمنا اليوم، تظهر تحديات كبيرة تهدد استقرار المجتمعات وتعرقل مسيرة التنمية، ويأتي انتشار المخدرات في مقدمة هذه القضايا المعقدة. فالمخدرات ليست مجرد مواد كيميائية تؤثر على الجسم والعقل، بل هي ظاهرة معقدة تتداخل فيها الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والصحية، مما يجعلها واحدة من أخطر المشكلات التي تواجه الأفراد والمجتمعات على حد سواء. ورغم أن تعريف المخدرات يختلف حسب المنظورات الطبية والقانونية والاجتماعية، إلا أن ما يجمع بينها جميعًا هو قدرتها على إحداث تغييرات كبيرة في وظائف الدماغ، مما يؤدي إلى الإدمان ويؤثر سلبًا على الصحة الجسدية والنفسية.

تُصنَّف المخدرات بناءً على تركيبها الكيميائي وتأثيرها على الجسم، بالإضافة إلى مصدرها. فهناك مخدرات طبيعية تُستخرج من النباتات، وأخرى صناعية تُصنع في المختبرات لتعزيز تأثيرها أو تغيير خصائصها. كما تختلف المخدرات في كيفية استخدامها؛ فبعضها يُستخدم لأغراض علاجية تحت إشراف طبي، بينما يُستهلك

البعض الآخر بطرق غير قانونية، مما يسهم في انتشار الإدمان ويؤدي إلى عواقب وخيمة على الأفراد والمجتمعات.

لذا، تبرز الحاجة الملحة إلى نهج علمي شامل لدراسة المخدرات، بهدف تعزيز الفهم حول طبيعتها وتصنيفاتها وآثارها المتعددة. هذا سيساعد في رفع الوعي المجتمعي بمخاطرها ويدعم جهود الوقاية والمكافحة للحد من تأثيراتها السلبية على الأفراد والمجتمعات.

في النهاية، يمكننا أن نقول إن فهم مفهوم المخدرات وأنواعها وتصنيفاتها هو خطوة أساسية لزيادة الوعي بخطورتها على الأفراد والمجتمع. فالمخدرات تختلف في تركيبتها وتأثيرها، لكنها تتشارك جميعًا في تهديد الصحة النفسية والجسدية وتفكيك النسيج الاجتماعي. لذا، يبقى التصدي لهذه الظاهرة مسؤولية جماعية تتطلب منا التوعية والوقاية والعلاج، من أجل حماية المجتمع وضمان استقراره وتماسكه.

المحاضرة الثانية: المفاهيم الرئيسية في مجال المخدرات

في عالم الفكر العلمي والنقاش الأكاديمي، تلعب المصطلحات دورًا أساسيًا لا يقل أهمية عن دور النقود في الحياة الاقتصادية للمجتمع. فالمصطلحات هي الأداة الرئيسية للتواصل بين العلماء داخل المؤسسات العلمية، كما أنها وسيلة التفاعل بين هؤلاء العلماء ومختلف مؤسسات المجتمع وأفراده، بغض النظر عن تنوعهم. ويظهر

مجال المخدرات، سواء من حيث التعاطي أو الاتجار، كأحد أكثر المجالات العلمية التي تعكس هذه الحقيقة. فلا يمكن للعلماء، سواء كانوا يعملون في البحث الأكاديمي النظري أو التطبيقي، أو حتى أولئك الذين يتعاملون معهم بشكل مباشر أو غير مباشر من ممثلي مؤسسات المجتمع، الاستغناء عن تنظيم المصطلحات المتعلقة بالمخدرات. فتنظيم هذه المصطلحات يضمن سلامة المهام التي يقومون بها، سواء كانت تشريعية، أو قانونية (شرطية أو قضائية)، أو طبية (نفسية وقائية أو علاجية)، أو تعليمية وتربوية بشكل عام.

من هذا المنطلق، يجب أن نولي المصطلحات العلمية نفس الأهمية التي نوليها للنقود في المجال الاقتصادي. فكما أن تحديد القيمة التبادلية أمر حيوي لضمان استقرار الحياة الاقتصادية، فإن الأمر كذلك بالنسبة للعلم. في هذا السياق، ستتناول هذه المحاضرة مجموعة من المصطلحات الأساسية التي تُستخدم بشكل واسع في النقاشات العلمية حول المخدرات، مع تقديم تعريفاتها العلمية كما تم الاتفاق عليها بين المختصين في الوقت الحالي. سنركز هنا على عرض مجموعة من المصطلحات الرئيسية التي تُعتبر أساس أي حديث علمي عن المخدرات، وهي مصطلحات لا يمكن الاستغناء عنها في هذا المجال. وفيما يلي، سنستعرض هذه المصطلحات وتعريفاتها.

- الإدمان Addiction

إدمان المخدرات أو الكحوليات يعني ببساطة التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو أكثر، لدرجة أن الشخص المدمن يصبح مشغولاً جداً بالتعاطي. وغالباً ما يظهر عليه عجز أو حتى رفض للتوقف عن ذلك أو تعديل سلوكه. إذا حاول المدمن التوقف، قد تظهر عليه أعراض انسحاب مؤلمة، مما يجعل حياته تدور بالكامل حول التعاطي، لدرجة أنه يستبعد أي نشاط آخر من حياته.

من أبرز جوانب الإدمان؛ هذا المفهوم يتضمن الخصائص التالية:

- ميل واضح لزيادة الجرعة بسبب تعود الجسم على المخدر، أو نتيجة عدم الحصول على التأثير المعتاد.

- رغبة قوية في تعاطي المخدر والحصول عليه بأي وسيلة وبأي ثمن.

- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

- وجود حاجة نفسية وجسدية للتعاطي.

استمرت المحاولات منذ أوائل العشرينيات وحتى أوائل الستينيات للتمييز بين الإدمان والتعود، حيث اعتُبر التعود نوعًا من التكيف النفسي أقل حدة من الإدمان. لكن في أوائل الستينيات، أوصت منظمة الصحة العالمية بإلغاء المصطلحين: الإدمان والتعود، واستبدالهما بمصطلح جديد هو الاعتماد.

- اللهفة Craving

الحالة النفسية والفسيولوجية التي نتحدث عنها تتميز بشغف قوي لا يمكن مقاومته تجاه تعاطي المخدرات أو المشروبات الكحولية. هذه الرغبة تتسم بسمات وسواسية، حيث تتسلل بشكل متكرر إلى وعي الشخص، مما يؤدي إلى تركيز ذهني دائم على الحصول على المادة المطلوبة. وغالبًا ما تكون هذه الرغبة الملحة مصحوبة بمشاعر سلبية مثل القلق والتوتر، مما يعكس الصراع الداخلي بين الرغبة في التعاطي والوعي بعواقبه السلبية.

- الاعتماد Dependence

الحالة النفسية، وأحياناً تكون عضوية أيضاً، تنشأ نتيجة التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية. وتتميز هذه الحالة بوجود استجابات أو سلوكيات تتضمن دائماً رغبة قوية في أن يتناول الكائن مادة نفسية معينة بشكل مستمر أو دوري (أي من حين لآخر). وقد تكون هذه الحالة مصحوبة أو غير مصحوبة بعوامل أخرى. كما يمكن أن يعتمد الشخص على مادة واحدة أو أكثر.

في بعض الأدبيات الاجتماعية، يُستخدم مفهوم الاعتماد بمعنى الإدمان، حيث يشمل جميع أنواع المخدرات سواء كان الاعتماد جسميًا أو لم يكن.

تيرنس كوكس وآخرون يرون أن مفهوم الإدمان يجب أن يتضمن الاعتماد بنوعيه العضوي والنفسي دون تمييز بينهما. يظهر الاعتماد الجسمي من خلال أعراض الانسحاب عند التوقف عن تناول المخدر، بينما يشير الاعتماد النفسي إلى الرغبة القوية والإلزامية المستمرة للتعاطي، والتي تُقدّر بشكل كبير بناءً على التأثيرات التي يحدثها المخدر.

- الاعتماد النفسي Psychic dependence

تخيل موقفًا تشعر فيه بالرضا، لكن لديك دافع نفسي يجعلك بحاجة إلى استخدام مادة نفسية معينة بشكل مستمر أو دوري، سواء لاستثارة المتعة أو لتجنب المتاعب. هذه الحالة النفسية تُعتبر من أقوى العوامل المرتبطة بالتسمم المزمن بالمواد النفسية. وفي بعض الأحيان، تكون هذه الحالة هي العامل الوحيد الذي يؤثر على الموقف. (Cameron & Kramer 1975

(Seevers 1973) p.15)

- الاعتماد العضوي Physical dependence

حالة تكيفية عضوية تظهر عندما تحدث اضطرابات عضوية شديدة في وجود مادة نفسية معينة، أو في حالة تأثيرها المعاكس نتيجة لتناول الشخص أو الكائن لعقار مضاد. وتظهر هذه الاضطرابات، التي تُعرف بأعراض الانسحاب.

- إمكانية الاعتماد (أو الإمكانية الاعتمادية)

تتعلق الخصائص الموجودة في أي مادة نفسية بتأثيرها الفارماكولوجي على مجموعة من الوظائف النفسية أو العضوية، مما يزيد من احتمال الاعتماد عليها. وتعتمد إمكانية الاعتماد على المادة على خصائصها الفارماكولوجية، والتي يمكن قياسها من خلال إجراءات محددة تُجرى على الحيوانات والبشر.

-احتمالات الاعتماد Dependence liability

من المحتمل أن تؤدي المواد النفسية إلى الاعتماد لدى كل من الحيوانات والبشر. عند تقدير احتمالات الاعتماد على أي مادة نفسية، نأخذ في الاعتبار إمكانية الاعتماد على هذه المادة، بالإضافة إلى مجموعة من العوامل غير الفارماكولوجية التي تؤثر على الفرد والمجتمع، مما يسهم في تكوين الاعتياد. من بين هذه العوامل، نجد تكلفة المادة ومدى توافرها، فضلاً عن العادات الاجتماعية السائدة.

-المواد المحدثة للاعتماد Dependence producing drugs

توجد مواد تمتلك القدرة على التفاعل مع الكائنات الحية، مما يؤدي إلى حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي، أو حتى كليهما. يمكن أن تُستخدم هذه المواد النفسية في سياقات طبية أو غير طبية، دون أن يعني ذلك بالضرورة حدوث الاعتماد. لكن، بمجرد أن يبدأ الاعتياد، ستختلف خصائص هذه المواد حسب نوع المادة النفسية

المحددة. بعض المواد، مثل تلك الموجودة في القهوة والشاي، يمكن أن تؤدي إلى نوع من الاعتماد بشكل عام. ورغم أن هذه الحالة ليست ضارة بالضرورة، إلا أن هناك فئات أخرى من المواد التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بشكل منشط، أو تسبب اضطرابات في الإدراك، المزاج، التفكير، أو الحركة. وعادةً ما تُعرف هذه المواد بأنها، إذا استُخدمت في سياق معين، يمكن أن تسبب مشكلات فردية وعامة في الوقت نفسه. هذه الفئات من المواد قد تؤدي إلى مستويات عالية من الاعتماد.

-**الاعتياد**:عرفته لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية بأنه حالة تنتج عن الاستهلاك المستمر لعقار ما. وتتميز بالخصائص التالية:

- رغبة غير قهرية للاستمرار في التعاطي.

- ميل ضئيل لزيادة الجرعة، وقد لا يظهر هذا الميل على الإطلاق.

- درجة من الاعتماد النفسي دون وجود اعتماد جسدي أو أعراض انسحاب، حيث تقتصر أعراض الاعتياد على الفرد فقط.

من خلال هذا التعريف، يتضح أن هناك فرقًا واضحًا بين الاعتياد والإدمان، ويمكن تلخيصه في النقاط التالية:

- رغبة قهرية في الإدمان مقابل رغبة غير قهرية في الاعتياد.

– ميل واضح لزيادة الجرعة في حالة الإدمان، بينما يكون الميل ضئيلاً أو غير موجود في حالة الاعتياد.

– وجود رغبة نفسية وأحيانًا عضوية لتعاطي المخدر في حالة الإدمان، مقابل درجة من الاعتماد النفسي في حالة الاعتياد دون وجود اعتماد عضوي.

– النتائج الناجمة عن الإدمان تؤثر على الفرد وبيئته الاجتماعية، على عكس الاعتياد، حيث تقتصر الآثار على الفرد فقط.

–الاستخدام غير الطبي: يُعرف الاستخدام غير الطبي أو إساءة الاستخدام، وفقًا لقاموس وبستر، بأنه "التوظيف غير السليم أو غير المنضبط لمادة ما". هذا المصطلح يشير إلى استخدام المواد المخدرة أو المؤثرة على الحالة النفسية بطرق تتعارض مع الأعراف الطبية والاجتماعية المقبولة في ثقافة معينة. هنا، تعني الثقافة الأنماط السلوكية والقيم الاجتماعية السائدة. يمكن أيضًا تعريف إساءة الاستخدام على أنها تناول أي مادة كيميائية في ظروف غير مناسبة أو بجرعات تتجاوز الحدود الطبيعية، سواء كانت هذه المواد تُستخدم لأغراض علاجية أو لأسباب قانونية، أو حتى إذا تم وصفها من قبل أخصائي طبي، أو بدون ذلك.

الاستخدام غير الطبي يعني ببساطة الإفراط في تناول دواء معين بشكل متكرر أو دوري، وذلك بناءً على رغبة الشخص دون الالتزام بالتوجيهات الطبية أو الوصفات

المحددة. وغالبًا ما يكون الدافع وراء هذا الاستخدام هو البحث عن شعور زائف بالراحة، أو الفضول، أو حتى تجربة أشياء جديدة. في بعض الحالات الصحية، قد يحتاج العلاج إلى استخدام أدوية مهدئة أو مسكنة لتخفيف الألم، لكن إذا لم يلتزم المريض بالجرعات الموصوفة أو لم يكن هناك إشراف طبي، فإن الاستخدام المستمر لهذه الأدوية يمكن أن يؤدي إلى الاعتماد عليها. وهذا قد ينتج عنه ظهور أعراض الاعتماد الجسدي والنفسي في وقت لاحق. لذا، هناك علاقة واضحة بين سوء الاستخدام والإدمان، حيث يمكن أن يؤدي سوء الاستخدام في بعض الأحيان إلى الإدمان. من خلال هذا التعريف، نستنتج أن هناك بعض الأدوية الطبية التي تستخدم لأغراض علاجية، وسوء استخدامها يمكن أن يؤدي إلى الإدمان، مما يعني أن أنواع المخدرات قد تشمل حتى بعض الأدوية الطبية التي تؤثر بشكل مشابه لبعض المخدرات عند استخدامها بشكل خاطئ.

-التحمل:

يشير هذا إلى فقدان الإحساس بالمؤثرات الناتجة عن المخدر، حيث يحتاج المدمن إلى جرعات أكبر وأكثر تكرارًا ليحصل على نفس التأثير الذي اعتاد عليه في البداية. كما أن التحمل يعني أيضًا قدرة الجسم على مقاومة تأثير المخدر، حتى لو تم تناول جرعات زائدة. فالاستخدام لفترة طويلة يدفع المتعاطي لزيادة الجرعة في كل مرة للحصول على التأثير الذي اعتاد عليه، والسبب في ذلك هو أن مناعة الجسم ضد

تأثير المادة المخدرة تنمو بشكل نسبي، مما يجعله قادرًا على تحمل كميات قد تكون قاتلة لشخص عادي.

-المخدر:

تُعتبر المخدرات موادًا خامًا أو مُصنَّعة، وقد تحمل خصائص منبهة أو مسكنة. لكن عندما تُستخدم خارج الإطار الطبي أو الصناعي المحدد، يمكن أن تؤدي إلى الاعتماد النفسي والجسدي، مما يسبب الإدمان. وهذا يترتب عليه آثار سلبية متعددة، تشمل الأضرار الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد، بالإضافة إلى تأثير هذه الآثار السلبي على نسيج المجتمع ككل.

المخدرات، وفقًا للشريعة، تُعرّف بأنها "مأخوذة من التفتير"، وهو ما يؤدي إلى ضعف بعد قوة، وسكون بعد حركة، واسترخاء بعد صلابة، وقصورا بعد نشاط. أحيانًا يُستخدم مصطلح "المواد النفسية" للإشارة إلى المخدرات، والتي تشمل المواد المسببة للإدمان سواء كانت طبيعية أو مصنعة، مثل الكحوليات، والأمفيتامينات، والقنبيات، والكوكايين، والمهلوسات، والأفيونات، والقات، والمواد الطيّارة (العضوية).

تُعتبر المخدرات مواد طبيعية أو مصنعة أو مخلقة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، وتختلف تأثيراتها حسب نوعها، سواء كانت منبهة، مسكنة، مهدئة، أو مهلوسة. كما أن طريقة التعاطي ومدة الاستخدام تلعبان دورًا كبيرًا في تأثيرها. يؤدي الاستخدام المتكرر والمستمر لهذه المواد إلى الإدمان، والذي يصاحبه تغييرات نفسية

وجسدية تظهر أثناء التعاطي، وأخرى قد تظهر عند الامتناع، والمعروفة بأعراض الانسحاب.

الجرعة الزائدة Overdose

تعتبر الجرعة التي يتعود عليها الشخص المدمن، سواء كان يتعاطى بشكل منتظم أو متقطع، هي الكمية التي يحتاجها من مادة معينة ليحقق الشعور المرغوب فيه من النشوة. وعندما يتجاوز الشخص هذه الجرعة في أي من مرات التعاطي، قد تظهر آثار سلبية حادة، سواء على المستوى الجسدي أو النفسي. عادةً ما تكون هذه الآثار مؤقتة وتختفي من تلقاء نفسها، لكن في بعض الأحيان قد تحتاج إلى تدخل طبي لتقديم الرعاية اللازمة. وفي حالات معينة، قد تكون هذه التأثيرات خطيرة لدرجة تهدد حياة المتعاطي، مما قد يؤدي إلى الوفاة. وغالباً ما يكون تعاطي الجرعة الزائدة غير مقصود، ويحدث نتيجة ظروف خاصة تتطلب دراسة دقيقة لحياة المتعاطي لفهمها. ومع ذلك، قد يلجأ بعض الأشخاص إلى تعاطي جرعة زائدة عن عمد كوسيلة للانتحار، وغالباً ما يتم ذلك باستخدام مواد نفسية مشروعة، مثل الأدوية النفسية، بدلاً من اللجوء إلى المواد غير المشروعة.

-خمار Hangover

تُعتبر هذه الحالة مرحلة تتبع زوال التسمم الكحولي الناتج عن تناول جرعة زائدة من المشروبات الكحولية. وتتميز بظهور مجموعة من الأعراض الجسدية، مثل الشعور

بالتعب، والصداع، والعطس، بالإضافة إلى اضطرابات معوية تتفاوت في شدتها، إلى جانب الغثيان، والتقيؤ، والأرق، ورعشة خفيفة في اليدين، فضلاً عن تقلبات في ضغط الدم، سواء بالارتفاع أو الانخفاض. كما تصاحب هذه الحالة أعراض نفسية ملحوظة، مثل القلق الشديد، والشعور بالذنب، بالإضافة إلى مشاعر الاكتئاب بمستويات مختلفة. وتستمر هذه الحالة لمدة تقارب 36 ساعة، وهي الفترة التي يحتاجها الجسم للتخلص تمامًا من آثار الكحول.

- انسحاب Withdrawal

تظهر مجموعة من الأعراض التي تختلف في طبيعتها وشدتها لدى الأفراد عندما يتوقفون فجأة عن استخدام مادة نفسية معينة أو يقللون من جرعتها. ولظهور هذه الأعراض، يجب أن يكون التعاطي قد تم بشكل متكرر ومستمر على مدى فترة طويلة أو بجرعات مرتفعة. غالبًا ما تكون هذه الأعراض مصحوبة بعلامات تدل على اضطراب فيزيولوجي، مما يجعلها دليلاً واضحًا على وجود حالة اعتماد على المادة المستخدمة. كما تُعتبر متلازمة الانسحاب معيارًا أساسيًا في التصنيف السيكوفارماكولوجي الضيق لمفهوم الاعتماد. وتعتمد طبيعة هذه الأعراض ومدتها على نوع المادة المستخدمة وجرعتها قبل التوقف أو تقليل الكمية المستهلكة. ويمكن اعتبار مظاهر الانسحاب بمثابة النقيض الفسيولوجي لمظاهر التسمم الحاد.

يمكننا أن نقول إن علامات الانسحاب تختلف تمامًا عن علامات التسمم الحاد. وفي تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية، نجد تحذيرًا تحت بند حالة الانسحاب، يشير إلى أن العديد من أعراض الانسحاب قد تظهر نتيجة لاضطرابات نفسية لا ترتبط بتعاطي المواد النفسية، مثل القلق والاكتئاب. وهذا يتطلب اهتمامًا خاصًا من الأطباء الذين يقومون بالتشخيص والعلاج.

- مادة نفسية Psychoactive drug

تشير أي مادة يتناولها الإنسان أو الحيوان إلى قدرتها على التأثير في نشاط المراكز العصبية العليا، والتي تُعرف في سياق الإنسان بالعمليات النفسية. يمكن أن يكون لهذا التأثير اتجاهات متعددة؛ فقد يؤدي إلى تنشيط الجهاز العصبي، أو تثبيطه، أو حتى إحداث حالات من الهلوسة.

ومن المثير للاهتمام أن بعض الباحثين في الأدبيات الإنجليزية والأمريكية يفضلون استخدام المصطلح الأخير بشكل حصري للإشارة إلى المواد الدوائية النفسية، أي تلك التي يتم تصنيعها خصيصًا لأغراض علاجية ضمن نطاق الاضطرابات النفسية. بينما يُنظر إلى المصطلح الأول على أنه تصنيف عام يشمل جميع المواد التي تؤثر في العمليات النفسية، سواء كانت أدوية أم لا.

- تعاطي المواد النفسية Drug abuse

يبدو أن العديد من الكتاب العرب يميلون إلى استخدام تعبير "سوء استعمال المخدرات" في هذا السياق، لكن اللغة العربية تقدم لنا خيارات أفضل. كما ورد في "لسان العرب" لابن منظور، فإن التعاطي يعني تناول ما لا يحق أو يجوز تناوله. لذا يمكننا أن نقول إن فلان تناول الدواء، لكنه تعاطى المخدر. يشير هذا المصطلح إلى الاستخدام المتكرر لمادة نفسية تؤدي آثارها إلى الإضرار بالشخص المتعاطي، أو قد ينتج الضرر عن العواقب الاجتماعية أو الاقتصادية المرتبطة بالتعاطي، دون أن يعني التعاطي بالضرورة حدوث الاعتماد أو التحمل.

-تسمم Intoxication

حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية تتضمن اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بشكل عام. قد تشمل أيضًا وظائف واستجابات ميكروفسيولوجية، وهذه الاضطرابات ترتبط بشكل مباشر بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة. ومع مرور الوقت، قد تتلاشى هذه الاضطرابات ويشفى الشخص تمامًا، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد تعرضت للإصابة أو ظهرت مضاعفات أخرى. يحدث هذا أحيانًا بعد شرب الكحوليات، حيث نتحدث حينها عن تسمم كحولي، كما يمكن أن يحدث بعد تعاطي أي مادة نفسية. تتجمع مظاهر التسمم تدريجيًا، ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية

والثقافية السائدة في منطقة معينة حول الآثار المحتملة لتعاطي مادة نفسية معينة. وتعتمد طبيعة المضاعفات الناتجة عن التسمم على نوع المادة المتعاطاة وطريقة التعاطي.

تعقيب على المصطلحات:

نظرًا لأن الغموض في المعاني والالتباس في الدلالات يعتبر أمرًا غير مقبول في البحث العلمي، حيث يؤثر سلبًا على التواصل بين العلماء، وهو أمر أساسي لتعزيز تعاونهم في تطوير مجالاتهم العلمية، فإن الحرص على الدقة في تحديد معاني الألفاظ المستخدمة يصبح ضرورة ملحّة. ولهذا السبب، يولي العلماء اهتمامًا خاصًا بفئة معينة من الألفاظ تُعرف بـ "المصطلحات"، نظرًا للدور الحيوي الذي تلعبه في بناء الإطار الفكري الذي يقوم عليه البحث العلمي، سواء كان ذلك في شكل نظريات أو فرضيات أو مسلمات وغيرها.

هذا الاهتمام يُترجم عمليًا إلى إنشاء قواميس متخصصة لكل علم، حيث نجد قواميس مخصصة للعلوم الطبيعية، وأخرى للعلوم البيولوجية، بالإضافة إلى قواميس تتعلق بالعلوم السلوكية وغيرها. تلعب هذه القواميس دورًا تنظيميًا مهمًا، حيث تساعد في تنظيم التفاعلات داخل كل مجال علمي. من هذا المنطلق، يعتقد العلماء أنه من

الضروري نقل جزء من المصطلحات العلمية إلى الطلاب والقراء، حتى لو لم يكونوا متخصصين، بهدف توعيتهم حول الاستخدام الدقيق لهذه المصطلحات، التي قد تحمل معاني مختلفة في السياق العلمي مقارنة بما هو شائع في اللغة اليومية. لذا، من المهم أن يلتزم القارئ والطالب بالتعريفات العلمية لهذه المصطلحات دون أي تحريف أو تجاوز، مما يساعدهم على فهم الفرضيات والنظريات العلمية بوضوح ودقة.

في هذا السياق، قدمنا في دراستنا مجموعة مختارة من المصطلحات العلمية الأساسية، التي تشكل الحد الأدنى من المفاهيم الضرورية لفهم موضوع المخدرات. فلا يمكننا إجراء مناقشة علمية متماسكة حول هذا الموضوع دون أن نكون على دراية بهذه المصطلحات ونتقيد بتعريفاتها العلمية الدقيقة.

المحاضرة 03: الخصائص والمميزات الجوهرية للمخدرات

تُعتبر المخدرات ظاهرة معقدة تتداخل فيها الجوانب الطبية والاجتماعية والقانونية والنفسية، مما يجعل من الضروري دراستها لفهم آثارها وخصائصها المتنوعة. على الصعيد الكيميائي، تتميز المخدرات بتأثيرها المباشر على الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى تغييرات ملحوظة في الإدراك والسلوك. من الناحية الاجتماعية، يتم تصنيفها بناءً على كيفية استخدامها وتأثيرها على الأفراد والمجتمعات. لذلك، فإن تحليل خصائص المخدرات يمنحنا فهماً أعمق لآليات عملها، مما يساعدنا على

إدراك أبعاد تأثيرها سواء عند استخدامها لأغراض طبية بشكل قانوني أو عند تعاطيها بطرق غير قانونية.

أولًا: التأثير على الجهاز العصبي المركزي

تلعب المخدرات دورًا مهمًا في تغيير النشاط الكيميائي للدماغ من خلال تأثيرها على النواقل العصبية**(Neurotransmitters)**، مما يؤدي إلى تغييرات ملحوظة في الإدراك والمزاج. من بين هذه النواقل، نجد الدوبامين. فعندما يتم تعاطي بعض المخدرات مثل الكوكايين والأمفيتامينات، يحدث زيادة في إفراز الدوبامين، مما يعزز الشعور بالنشوة لفترة قصيرة. لكن مع الاستخدام المتكرر، يبدأ الدماغ في الاعتياد على هذا التحفيز، مما يؤدي إلى تقليل إنتاج الدوبامين بشكل طبيعي، وبالتالي يصبح الشخص معتمدًا على المخدر.

السيروتونين :(Serotonin) يلعب السيروتونين دورًا مهمًا في تنظيم مزاجنا ونومنا. لكن عند تناول مخدرات مثل الإكستازي (MDMA)، يمكن أن تتأثر مستويات السيروتونين، مما يؤدي إلى اضطرابات مزاجية وشعور بالقلق بعد انتهاء تأثير المخدر.

حمض الغاما-أمينوبيوتيريك :(GABA) يعمل كمثبط للجهاز العصبي، وتزيد المخدرات المهدئة، مثل البنزوديازيبينات والكحول، من تأثيره، مما يؤدي إلى الاسترخاء، لكنه أيضًا يزيد من خطر الإدمان بشكل سريع.

ثانيًا: الإدمان والتعود

الإدمان هو اضطراب مزمن يتمثل في رغبة ملحة لاستهلاك المخدر رغم العواقب الوخيمة، وينقسم إلى:

الإدمان الجسدي :يتسبب تكيف الجسم مع المخدرات في ظهور أعراض انسحابية عند التوقف عن استخدامها، مثل الأرق، التعرق، وآلام العضلات. وهذا يحدث بشكل خاص مع الأفيونات مثل الهيروين والمورفين.

الإدمان النفسي :يحدث الاعتماد النفسي على المخدرات عندما يشعر الشخص بأنه بحاجة إليها ليشعر بالراحة، حتى لو لم تظهر عليه أعراض جسدية واضحة. هذا الأمر شائع بشكل خاص مع المخدرات مثل القنب والكوكايين. من الناحية العلمية، يؤدي الاستخدام المزمن لهذه المواد إلى تغييرات في الدوائر العصبية المسؤولة عن المكافأة والتحفيز، مما يجعل المدمن يسعى باستمرار للحصول على المخدر، رغم معرفته بالعواقب السلبية التي قد تترتب على ذلك.

ثالثًا: التأثيرات النفسية والسلوكية

تعتمد التأثيرات النفسية للمخدرات على نوعها، وتشمل:

المنبهات :(Stimulants) مثل الكوكايين والأمفيتامينات، هذه المواد تعزز النشاط العصبي والطاقة، لكنها قد تؤدي إلى القلق والهلوسة عند تناولها بجرعات مرتفعة.

المهدئات :(Depressants) مثل الكحول والمهدئات العصبية، التي تعمل على إبطاء الاستجابات العصبية، مما يؤدي إلى شعور بالاسترخاء. لكن يجب أن نكون حذرين، لأنها قد تؤدي إلى انخفاض معدل التنفس وضربات القلب.

المهلوسات :(Hallucinogens) مثل LSD والفطر السحري، هذه المواد تؤثر على الإدراك الحسي وقد تسبب اضطرابات نفسية تستمر لفترة طويلة.

رابعًا: التأثيرات الجسدية

يترتب على تعاطي المخدرات أضرار جسدية جسيمة، منها:

أمراض القلب :مثل ارتفاع ضغط الدم وزيادة خطر النوبات القلبية نتيجة استخدام الكوكايين.

أمراض الكبد :مثل التهاب الكبد وتليف الكبد الناجم عن تعاطي المخدرات المحقونة.

مشاكل الجهاز التنفسي :مثل التهابات الرئة الناتجة عن التدخين المزمن للمخدرات.

تلف الدماغ :حيث تسبب بعض المواد، مثل الميثامفيتامين، أضرارًا دائمة للخلايا العصبية.

خامسًا: التأثيرات القانونية والاجتماعية

يؤثر تعاطي المخدرات على المجتمع والفرد من خلال:

ارتفاع معدلات الجريمة والعنف، حيث يرتبط الإدمان بزيادة الجرائم مثل السرقة والاعتداء.

تفكك الأسرة نتيجة فقدان المدمن لمسؤولياته الأسرية.

البطالة والفقر نتيجة انخفاض الإنتاجية وفقدان الوظائف.

على الصعيد القانوني، تفرض الدول عقوبات صارمة تتراوح بين الغرامات والسجن، إضافةً إلى برامج تأهيلية لمساعدة المدمنين على التعافي.

سادسًا: مميزات المخدرات من منظور المتعاطي والمروج

على الرغم من المخاطر الكبيرة المرتبطة بها، يعتقد بعض الأشخاص أن هناك مزايا مؤقتة لاستخدام المخدرات، مثل:

تأثيرها المسكّن والمهدئ، حيث تُستخدم بعض الأنواع لأغراض طبية لتخفيف الألم.

الشعور بالنشوة والسعادة لفترة قصيرة.

زيادة النشاط والطاقة، كما يحدث مع المنشطات.

تعزيز الثقة بالنفس لفترة مؤقتة.

الهروب من الضغوط النفسية والاجتماعية.

تعتبر المخدرات سلاحًا ذا حدين؛ فهي تُستخدم في المجال الطبي لعلاج بعض الحالات الصحية، لكنها تصبح خطرًا كبيرًا عند إساءة استخدامها. إن خصائصها الكيميائية تجعلها قادرة على التأثير العميق على الدماغ والسلوك، مما يؤدي إلى الإدمان والتبعية النفسية والجسدية. لذلك، من الضروري أن نستمر في التوعية حول تأثيراتها ومخاطرها، بالإضافة إلى اتخاذ تدابير قانونية ومجتمعية للحد من انتشارها وحماية الأفراد والمجتمع من عواقبها السلبية.

المحاضرة الرابعة: أسباب تعاطي المخدرات والأثار الاجتماعية المترتبة عنها

إن البحث عن الأسباب في العلوم الاجتماعية يعتبر مهمة صعبة تتطلب تحليلات معقدة. وعندما نتحدث عن "المتغيرات" أو "العوامل"، فإننا نشير إلى بعض العوامل المرتبطة بشكل وثيق بالظاهرة التي ندرسها. هنا، نحن نستعرض "مجموعة" من العوامل أو المتغيرات التي تظهر بشكل متكرر مع ظاهرة المخدرات، والتي يُفترض أنها تلعب دورًا فعالًا في تشكيل هذه الظاهرة واستمرارها. لا نركز على عامل أو متغير واحد فقط، بل نفترض أن ظاهرة الإدمان ترتبط بمجموعة متنوعة من المتغيرات، تشمل المتغيرات الشخصية والاجتماعية. تركيزنا هنا ينصب بشكل أساسي على المتغيرات الاجتماعية. يبدأ التحليل من فرضية محورية تفترض أن هذه

العوامل تتدرج من الأسرة إلى جماعات الأصدقاء ثم إلى المجتمع الأكبر وثقافته. هذه المجالات الحياتية – الأسرة، وعالم العلاقات الاجتماعية، والمجتمع الأوسع – مترابطة، حيث يؤثر كل منها في الآخر ويتفاعل معه في علاقات متبادلة. على سبيل المثال، إذا افترضنا أن هناك مشكلة أسرية دفعت شخصًا ما إلى الإدمان، فإن هذا الاندفاع قد يتعزز من خلال جماعات الأصدقاء، حيث قد لا يتجه الفرد نحو عالم المخدرات إذا لم يجد مجموعة من رفاق السوء في طريقه. وبالمثل، فإن الثقافة الاستهلاكية والثقافة الغربية السائدة في المجتمع قد تشجع على مثل هذا السلوك. لذا، نفترض أن جميع المتغيرات مترابطة، وأن كل منها يدعم عملية الإدمان بشكل ما.

أولا. العوامل الشخصية التي تؤدي الى تعاطي المخدرات وادمانها تتمثل في:

– عدم النضج الكامل للشخصية قد يدفع البعض للهروب من الواقع إلى واقع أقل ألماً، مثل اللجوء إلى المخدرات والرغبة في الابتعاد عن العالم الخارجي.

– هناك اضطراب في العلاقة بين الطفل ووالديه، مما يجعل الطفل يشعر بعدم الأمان ويدفعه للجوء إلى أساليب الهروب.

– الإحباط الشديد الذي يعجز الشخص عن مواجهته قد يجعله يرى في تعاطي المخدرات وسيلة للهروب من حقائق مؤلمة.

– الرغبة في تخفيف التوتر والقلق والألم الذي يواجهه الشخص تلعب دوراً كبيراً في هذا الأمر.

– يعتبر تعاطي المخدرات علاجاً سلبياً للأزمات النفسية التي ترافق مرحلة المراهقة.

ورغم أن هذه الأسباب تؤثر على تعاطي الشخص للمخدرات، إلا أن هناك عوامل أخرى تلعب دوراً، مثل تأثير الأسرة، الأصدقاء، المنطقة السكنية، وكيفية قضاء وقت الفراغ، وغيرها من العوامل.

– الأثار الناجمة عن تعاطي المخدرات على الفرد وانعكاس ذلك على انتاجيته وعلاقاته الاجتماعية:

تتصف شخصية المتعاطي أو المدمن بعدم النضج الاجتماعي وتبدو مظاهرها كما يلي:

1.الشخصية الانطوائية: الشخص هنا يكون خجولًا وحساسًا جدًا، يحب العزلة ويبتعد عن الناس والمجتمعات لأنه يجد صعوبة في مواجهتهم. يحاول الهروب من الواقع باللجوء إلى مواد تزيد الفجوة بينه وبين الآخرين، مما يؤدي به إلى دائرة تعاطي المخدرات.

2.الشخصية السيكوباتية :تتضمن الأفعال التي تُعتبر غير اجتماعية وغير أخلاقية مثل السرقة، القتل، والاغتصاب وغيرها.

3.**الشخصية القلقة أو التي تتسم بعدم الصبر**، التسرع في الأمور والاندفاع السريع يمكن أن يؤدي بصاحبه إلى الوقوع في الأخطاء وارتكاب سلوكيات منحرفة، مثل التعاطي أو الإدمان على المخدرات.

ثانيا. العوامل الاجتماعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات والاثار المترتبة على ذلك:

اهتم علماء التربية والعلوم الاجتماعية بشكل عام بتفسير السلوك الانحرافي، مثل تعاطي المخدرات، من خلال فهم العمليات التي تؤدي إلى اكتساب الأفراد لهذا السلوك. وقد استفادوا من الأطر النظرية التي تفسر السلوك المنحرف، واستنبطوا نظريات جديدة تفيد الدارسين والباحثين في هذا المجال. الدكتور سعد المغربي، على سبيل المثال، حاول تفسير تعاطي المخدرات من منظور اجتماعي، حيث افترض أن السلوك الإنساني هو نتيجة لتتابع الخبرات الاجتماعية التي يكتسبها الفرد، مما يساعده على فهم معنى السلوك والمواقف المرغوبة وغير المرغوبة. وهذا يتطلب التعرف على البناء الأسري والمعايير الثقافية وغيرها من العوامل.

1.الأسرة وعمليات التنشئة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

- الأسرة وعمليات التنشئة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية بالنسبة لعلماء التربية والعلوم الاجتماعية عنصرًا حيويًا يؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على شخصية الفرد واتجاهاته المختلفة ضمن المجتمع. كما أن الوالدين يمثلان المفتاح لحياة الطفل، حيث يستمد منهما العطف والمحبة والدفء العاطفي والشعور بالأمان. لذلك، تسعى هذه الدراسة لتوضيح تأثير هذه الجوانب على السلوك المنحرف والاتجاه نحو تعاطي المخدرات.

إذا نظرنا إلى مفهوم التنشئة الاجتماعية، سنجد أنها عملية تربوية تهدف إلى تعليم الفرد وتوجيهه خلال مراحل نموه، حيث يتعلم أنماط السلوك والتفكير والمشاعر التي تتماشى مع البيئة والحضارة التي نعيش فيها. تشمل هذه العملية تزويد الأطفال والمراهقين بالقيم والمعايير الاجتماعية وفلسفة الحياة، بالإضافة إلى تطوير المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتكيف الشخصي والاجتماعي، مما يساعد الفرد على الشعور بأهميته وثقته بنفسه. كما تهدف إلى تعزيز قدرة الإنسان على تحمل المسؤوليات والإيمان بالله – سبحانه وتعالى – بالإضافة إلى تنمية الوعي والاهتمام بالبيئة وما يرتبط بها من مشكلات. وتعمل على تزويد الأفراد بالمعارف والمهارات والاتجاهات الإيجابية لمواجهة التحديات الحالية وتجنب ظهور مشكلات جديدة قدر الإمكان.

يعتقد بعض العلماء أن السلوك الإجرامي وتعاطي المخدرات ينشأ نتيجة للتنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد. فهم يرون أن هذا السلوك مكتسب، مثل أي سلوك

اجتماعي آخر، وأن التنشئة الاجتماعية غير السليمة يمكن أن تؤدي إلى أنماط وسلوكيات منحرفة. ومن بين هذه السلوكيات المنحرفة يأتي تعاطي المخدرات أو الإدمان عليها.

أشارت إحدى الباحثات إلى ثلاثة مظاهر انحرافية يمكن أن تعود إلى مرحلة ما قبل العشرين، حيث يتواجد الإنسان بين ممارسة هذه الأفعال في الوقت الحالي وممارستها في سن مبكرة نسبياً. من بين هذه الأفعال، نجد الإقبال على تناول المسكرات والمخدرات. وقد ذكرت أن حوالي 35% من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات يفعلون ذلك بنفس النسبة في سن ما قبل العشرين. كما أوضح تشاين في دراسته حول الظروف الأسرية للشباب الذين يتعاطون المخدرات والأحداث الجانحين، أن الحرمان الاقتصادي للأسرة، والبطالة، وانخفاض المستوى التعليمي، وظروف السكن السيئة والمزدحمة، كلها عوامل مرتبطة بجنوح الأحداث. وقد وجد أن نسبة كبيرة من الأحداث الجانحين تتعاطى المخدرات، كما أن هناك تشابهاً في الظروف الأسرية السيئة بين الأحداث الجانحين ومدمني المخدرات. لقد تم بذل الكثير من الجهود لدراسة الأسرة باعتبارها المسؤولة عن تشكيل شخصية الفرد وأخلاقياته، واتجاهاته نحو الأمانة والصدق، والابتعاد عن ارتكاب السلوكيات المخالفة. وقد وجدت الدراسات علاقة بين البيت المتصدع وتكوين اتجاهات غير جيدة لدى أفراد الأسرة.

يعتبر عنصر الضبط بين الطفل والوالدين، المعروف بـ Parental Discipline، له تأثير كبير على شخصية الطفل وسلوكه. فعندما يكون الضبط صارمًا جدًا، يمكن أن يترك آثارًا سلبية على الطفل وعلى علاقته بمصدر هذا الضبط. من ناحية أخرى، إذا كان هناك تهاون أو سلبية في الضبط، فقد يؤدي ذلك إلى الاستهتار والسلوك السلبي، مما يجعل الطفل بعيدًا عن السلوك القويم. وقد أشار Sutherland إلى بعض السمات العامة للأسر المتصدعة، حيث وصفها بأنها غالبًا ما تتسم بالسلوك المنحرف، مثل تعاطي المخدرات أو ارتكاب أفعال إجرامية من قبل أحد أفرادها.

لقد أشار كل من الينور وشلدون إلى أن المراهقين الذين يتعاطون المخدرات أو يمارسون سلوكيات منحرفة غالبًا ما يأتون من أسر تفتقر إلى وجود الأبوين، حيث تعاني هذه الأسر من التفكك بسبب الطلاق أو الهجر. كما أن الأطفال الذين يتعاطون المخدرات يميلون إلى عدم احترام والديهم ويفتقرون إلى الالتزام بالقيم العائلية. وتتميز البيوت التي يعيشون فيها بضعف القيم الأسرية، وقلة الرقابة، وانعدام وسائل الترفيه والتسلية داخل الأسرة.

أظهرت دراسة أجراها هيلي وبرونر، والتي شملت 33 عائلة تضم 574 فردًا بين جانحين وغير جانحين، أن 26% من الحالات التي تم دراستها كان فيها الآباء مدمنين على المخدرات أو الكحول. كما أن 51% من الأحداث الجانحين كانوا يعانون عاطفيًا بسبب نقص الرعاية المناسبة في أسرهم.

تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية عنصرًا حيويًا يؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على شخصية الفرد وتوجهاته المختلفة في المجتمع. فهي تمثل الطريقة التي يتعلم بها الفرد ويتلقى المعلومات خلال مراحل نموه، حيث يتعرض لأنماط متنوعة من السلوك والتفكير، بالإضافة إلى أنواع السلوك التي يفضلها المجتمع أو البيئة التي يعيش فيها. تلعب الأسرة دورًا مهمًا في تشكيل شخصية الفرد، سواء من الناحية الوظيفية أو الديناميكية، حيث تؤثر على نموه الجسدي والعقلي والعاطفي والاجتماعي. وقد أكد فروم FROMعلى أهمية دور الأسرة في تشكيل أخلاق الفرد، حيث من خلالها يكتسب الفرد القيم الاجتماعية مع الحفاظ على ما يسميه بالأخلاق الفردية.

- **ومن العوامل الأسرية التي تساعد على تعاطي المخدرات أيضاً ما يلي.**

- إن انشغال الوالدين الدائم بالعمل من أجل المال أو لتحقيق نجاحاتهم الشخصية يمكن أن يحرم الأطفال من التوجيه الصحيح.
- كما أن ضعف القيم الأخلاقية لدى الوالدين يلعب دورًا في ذلك.
- بالإضافة إلى كثرة المشكلات العائلية، مما يجعل الأجواء في المنزل مليئة بالاضطرابات.

لقد لوحظ وجود اختلافات بين المفكرين الاجتماعيين حول العلاقة بين السلوك الانحرافي، مثل تعاطي المخدرات، والموارد الاقتصادية للأسرة. بينما يعتقد البعض أن الفقر وظروف المعيشة غير المستقرة والعمل القاسي يمكن أن تسهم في زيادة

تعاطي المخدرات، هناك آراء أخرى تشير إلى أن المال والثروة وارتفاع دخل الفرد، خاصة في غياب القيم الأخلاقية والتربية السليمة، بالإضافة إلى محاولة ملء أوقات الفراغ والبحث عن المتعة الزائفة بأي ثمن، كلها عوامل تؤدي إلى انتشار تعاطي المخدرات.

يمكننا أن نقول إن العوامل الاجتماعية تتفاعل مع بعضها، لكن الأساس الحقيقي يكمن في الوازع والضمير والتربية السليمة. هذه العناصر تشكل العمود الفقري لتكوين شخصية متوازنة وسليمة. من المهم أيضًا أن يتوفر الوازع الديني لدى الفرد. العديد من العلماء والباحثين يتفقون على ضرورة غرس الإيمان في النفس وتعزيز القيم الأخلاقية. فقد أشاروا إلى أن ضعف العقيدة الدينية والذات الأخلاقية يمكن أن يؤدي بالفرد إلى مواجهة أزمات نفسية، مما قد يفتح الباب أمام انحرافات مثل تعاطي الكحول والمخدرات.

في سياق ما تم ذكره سابقًا، نرى أن أساليب تعامل الوالدين مثل الحب، القسوة، النبذ، والإهمال، كلها تلعب دورًا كبيرًا في دفع الأطفال نحو الجريمة وارتكاب سلوكيات منحرفة متنوعة، بما في ذلك تعاطي المخدرات بأشكالها المختلفة.

2.المعايير الاجتماعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

تسلط نظرية الاغتراب والبناء الاجتماعي التي طرحها "ميرتون" الضوء على كيفية تأثير الهياكل الاجتماعية على بعض الأفراد في المجتمع، مما يدفعهم للانخراط في

سلوكيات غير متوافقة بدلاً من الالتزام بالمعايير الاجتماعية. وقد قدم "ميرتون" في نظريته ثلاثة تقسيمات رئيسية:

1.2. الأماني والأهداف التي يتعلمها الانسان من حضارته

2.2. المعايير والقواعد التي يستخدمها الفرد عند محاولته لتحقيق أهدافه

3.2. الأدوات والوسائل التنظيمية أو التسهيلات المتوفرة لتحقيق الأهداف

عندما يحدث خلل بين الأدوات التنظيمية المتاحة في البيئة والأهداف التي اكتسبها الفرد من المجتمع، تتزايد الضغوط والإحباطات، مما يؤدي إلى كسر القواعد والمعايير، وبالتالي يظهر سلوك انحرافي.

يؤكد ميرتون أن بعض الأفراد الذين ينتمون إلى طبقات اجتماعية منخفضة قد يواجهون صعوبة في تحقيق النجاح بطرق مشروعة، مما يزيد من احتمال انخراطهم في أنشطة غير قانونية كوسيلة للوصول إلى النجاح. وقد أظهرت دراسة شملت 193 مدينة في الولايات المتحدة الأمريكية واستمرت لمدة ست سنوات أن هناك فروقات واضحة في الدخل والمعايير الاجتماعية بين الفقراء وذوي الدخل المتوسط، وهما من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات. بناءً على ما تم ذكره، يتأثر سلوك الأحداث الجانحين بالتغيرات التي تحدث في بيئتهم الاجتماعية، ويعتبر نتاجًا لها.

3.الجماعات التي ينتمي اليها الشخص وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

جماعة الرفاق وأسلوب الحياة المنحرف

أظهرت الدراسات أن الجماعات التي ينتمي إليها الشخص لها تأثير كبير على تعاطيه للمخدرات، سواء كان ذلك من خلال تناول المواد المخدرة بشكل جماعي أو الذهاب في نزهات مع الأصدقاء. وقد أشار "مونهم" إلى أن العوامل الثقافية ورفاق السوء يلعبون دوراً مهماً في تشكيل شخصية الفرد وسلوكياته تجاه المخدرات.

كما أشار "بلير" إلى أن انتشار تعاطي المخدرات يعود إلى المناسبات الاجتماعية، ونظرة المراهق والطفل إلى زميلهم الذي يتعاطى المخدرات، حيث يشعرون بأنهم مهمون ويرغبون في تقليده. بالإضافة إلى ذلك، عدم الانتماء إلى الجماعة يمكن أن يؤدي أيضًا إلى تعاطي المخدرات.

لقد قام بعض الباحثين بدراسة تأثير الجماعة على السلوك المنحرف، ومن أبرز هؤلاء فريدرك تراشير الذي قدم نظرية حول العصابات. يرى تراشير أن العصابة تلعب دورًا مهمًا في تسهيل السلوك المخالف ونشره. التنظيم الداخلي والخارجي للعصابة يجعلها أداة فعالة في تنفيذ مختلف أنواع السلوك المنحرف. ويؤكد تراشير أن العصابات تتشكل بشكل طبيعي في مراحل الشباب المبكرة، حيث تتكون تلقائيًا من الأصدقاء والرفاق. العامل الرئيسي الذي يحول مجموعة الأصدقاء إلى عصابة هو الصراع الذي ينشأ من التنافس مع جماعات أخرى. نتيجةً لهذا الصراع، من الطبيعي

أن يتحد الشباب لتشكيل عصابة لحماية حقوقهم وتلبية احتياجاتهم التي لا توفرها البيئة أو الأسرة. وهكذا، تتمتع العصابة بسمات واسم وطريقة عمل خاصة، بالإضافة إلى نظام أخلاقي وشعار مميز.

أظهرت إحدى الدراسات أن الأشخاص الذين يتعاطون الحشيش غالبًا ما يكون لديهم جلسة خاصة ومجموعة ينتمون إليها، حيث يندمجون معًا بهدف الاستمتاع وتناسي الهموم. هذه الروح الجماعية المرحة تعتبر عاملاً اجتماعيًا قويًا يدفع الشخص نحو التعاطي.

تشير البيانات التي تم جمعها من مجتمع الإمارات إلى أن الاختلاط بالأصدقاء والمجموعات هو أحد أبرز العوامل التي يذكرها المدمنون كأسباب لدخولهم عالم المخدرات. من الواضح أن تعاطي المخدرات هو سلوك جماعي وليس فردياً، حيث غالباً ما يتعاطى الشخص المخدرات مع مجموعة. في إحدى الحالات، يروي مدمن: "أذهب يومياً مع أصدقائي لقتل الوقت إلى أحد الفنادق، نجلس نتحدث ونشرب، ثم ننتقل إلى منزل أحدنا ونبقى حتى الصباح نتعاطى المخدرات، لدرجة أنني في أحد الأيام ذهبت إلى عملي وأنا في حالة عدم وعي، وكنت أعتقد أن لدي إجازة بينما كنت في الحقيقة أظن أن لدي دوام."

4.تأثير التلفاز والفيديو على تعاطي المخدرات:

أشار كل من "بلومر" و"هاوزر" في تحليل أجراه الدكتور خليفة حول تأثير السينما على انحراف الأحداث ونمط سلوكهم، إلى أن:

49% من الأحداث الذين شملتهم الدراسة اعترفوا بأن السينما أثارت لديهم الرغبة في حمل سلاح ناري.

45% أفادوا بأنها أوحت لهم بفكرة تعاطي المخدرات.

28% ذكروا أنها ألهمتهم بأسلوب معين لتناول الكحول.

بشكل عام، يمكن القول إن الفيديو والتلفاز والسينما تعتبر من الوسائل التي تساهم في تشكيل أنماط سلوكية لدى الأفراد الذين لديهم قابلية للتقليد أو المحاكاة. ومن بين أساليب التقليد، نجد تعاطي المخدرات وغيرها من أنماط السلوك المنحرف، وذلك للأسباب التالية:

تظهر بعض الأفلام بشكل فني ودقيق الأساليب التي يتبعها المتعاطون للمخدرات وعمليات التهريب، بالإضافة إلى مقاومة السلطات. هذه الأساليب لها تأثير خاص على نفسية الأشخاص الذين لديهم الاستعداد لتعاطي المخدرات أو المشاركة في ترويجها.

مع دخول التلفاز إلى كل منزل، يجتمع أفراد الأسرة، كباراً وصغاراً، حوله، مما يؤدي إلى تراجع التفاعل بينهم. هذا التراجع يجعل كل فرد يبتعد عن الجو العائلي الذي

كان يشعر فيه بالأمان والتشاور، مما يؤدي إلى عزلة الفرد، ويجعله يلجأ إلى بعض أنماط السلوك المنحرف، مثل تعاطي المخدرات.

تقوم السينما بتصوير الأحداث الخيالية كأنها حقائق، مما يخلق لدى المشاهد حالة نفسية خاصة تجعله غير قادر على التمييز بين الواقع والخيال. فيعتقد أنه يمكنه تحقيق كل ما يدور في مخيلته من مشروعات وأفكار، كما فعل الممثل والمخرج، وقد يدفعه ذلك إلى اتخاذ سلوك منحرف يطلق فيه غرائزه.

الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات على حياة الأسرة

1- اعطاء المثل السيء لأفراد الأسرة.

عندما يقوم المدمن بشراء المخدرات من ماله ومال أسرته، فإنه يترك عائلته تعاني من الجوع والحرمان. هذا الوضع قد يدفع أفراد أسرته إلى السرقة أو التسول، وقد يؤدي أيضًا بزوجته إلى الانحراف من أجل تأمين لقمة العيش. بالإضافة إلى ذلك، فإن تعاطي المخدرات يحرم الأبناء من التعليم والرعاية الصحية والسكن المناسب، بسبب استنزاف المدمن لموارد الأسرة المالية. كما أن هذا السلوك يؤثر سلبًا على صورة الأب أمام أبنائه، مما قد يتسبب في إهمالهم وعدم تقديرهم للمسؤولية، وهو ما ينعكس بشكل واضح على طريقة تنشئة الأطفال في الأسرة.

2- نقل عادة التعاطي الى أفراد الأسرة

إذا كان رب الأسرة يتعاطى المخدرات بشكل متكرر، فهذا قد يثير فضول أبنائه ويدفعهم لتجربة التعاطي. كما يمكن أن يطلب الآباء من أبنائهم جلب المخدرات من أماكن بيعها. ومن المعروف أن الأطفال يتأثرون بسرعة بآبائهم ويقلدون أفعالهم.

3- عدم الأمان في الأسرة.

يظل المنزل في حالة من التفتيش المستمر من قبل أجهزة الأمن بحثاً عن المخدرات التي قد تكون بحوزة الشخص، مما يسبب شعور أفراد الأسرة بعدم الأمان، بالإضافة إلى إحساسهم بعدم قدرة عائلهم على حمايتهم.

4- التفكك الأسري.

استخدام المخدرات يمكن أن يؤدي إلى تفكك الأسرة، حيث يسبب مشكلات تؤدي إلى الطلاق أو الهجر. بالإضافة إلى ذلك، يظهر سلوك الآباء الذين يتعاطون المخدرات عدم احترام لزوجاتهم، وقد يصل الأمر إلى الاعتداء عليهن أمام الأطفال. كما أن متعاطي المخدرات غالبًا ما يتجاهلون القيم الأخلاقية التي تحكم المجتمع، مما ينعكس سلبًا على منازلهم ويؤدي إلى التفكك والانفصال والنزاعات بين الزوجين.

- أظهرت دراسة قام بها إيرل ولستر أن الأطفال من الأسر المفككة يعانون من مشكلات سلوكية أكثر مقارنة بأقرانهم من الأسر المتماسكة. يعود ذلك إلى أن التفكك الأسري يؤدي إلى نقص في تلبية احتياجاتهم النفسية والاجتماعية، مما يدفعهم إلى سلوكيات منحرفة مثل تعاطي المخدرات.

- أما بالنسبة للتنشئة الاجتماعية، فقد أشارت دراسة جاكسون إلى أن تعاطي المخدرات يؤثر سلبًا على التربية داخل الأسرة، حيث يصبح الأطفال المنحرفون يشعرون بالنبذ تجاه والديهم، مما يخلق مشاعر عدائية تجاههم. وهذا يوضح كيف يمكن أن تؤثر المخدرات بشكل كبير على التنشئة الاجتماعية للأطفال.
- تشير الدراسات المتنوعة التي تناولت موضوع الأسرة وتماسكها، بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بانحراف الأحداث، إلى أن الأسر التي تفتقر إلى علاقات المودة والألفة والمحبة بين أفرادها، يظهر أبناؤها سلوكيات مثل العدوانية، واللامبالاة، وعدم احترام مشاعر الآخرين، بل وقد يتجهون أيضاً لتعاطي المخدرات.

5-التأخر الدراسي

أظهرت الأبحاث والكتابات أن تعاطي المخدرات يؤثر سلبًا على الجوانب التعليمية للطلاب الذين يتعاطونها. فهؤلاء الطلاب غالبًا ما يهملون واجباتهم المدرسية ويتغيبون عن الحصص. بالإضافة إلى ذلك، يميل بعضهم إلى القيام بأفعال غير اجتماعية تجاه زملائهم أو معلميهم، مما يؤدي بهم إلى دوامة من التأخر الدراسي.

6- افراز أطفال منحرفين (الأحداث الجانحين)

لقد لوحظ أن نسبة كبيرة من أبناء متعاطي المخدرات أصبحوا أطفالاً منحرفين (أحداثاً جانحين). وقد أشار فرنجتن Ferrington في دراسته حول نمو شخصية الطفل إلى هذا الأمر، كما أكد جاكسون Jackson أن هؤلاء الأحداث المنحرفين غالباً ما ينحدرون من أسر معروفة بممارستها للسلوك المنحرف، ومن ضمنه تعاطي المخدرات. وأوضح جاكسون أيضاً أن الأطفال المنحرفين يصفون والديهم بأنهم نابذون ومتعلقون بالمخدرات، مما يجعلهم يشعرون بالعداوة تجاههم ويدفعهم لتقليد سلوكهم.

- تشير الدراسات إلى أن الأسر التي تضم أفرادًا منحرفين غالبًا ما تتأثر بأنماط الانحراف الموجودة داخل الأسرة. على سبيل المثال، قد يكون الأب مدمنًا على الكحول أو المخدرات. من المعروف أن تعاطي المخدرات يمكن أن يؤثر سلبًا على الجنين خلال فترة الحمل. وقد أظهرت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة أن الأمهات اللائي يتعاطين الهيروين أثناء الحمل يواجهن حالات ولادة صعبة، حيث تصل نسبة ولادة الأجنة الميتة إلى 35٪، و55٪ من المواليد يعانون من أمراض وتشوهات مختلفة، مثل الإسهال والتشنجات، وعندما يكبرون، تظهر عليهم سمات انطوائية.
- التأثيرات الصحية على المتعاطي للمخدرات تكون شاملة، حيث تؤثر هذه المواد على الجهاز الهضمي، مما يؤدي إلى فقدان الشهية والشعور

بالامتلاء، بالإضافة إلى كسل حركة الأمعاء الذي قد يسبب إمساكًا مزمنًا. نتيجة لذلك، يعاني الشخص من الهزال والضعف العام وفقر الدم، مما يؤثر سلبًا على تفاعلاته الاجتماعية مع أسرته وأصدقائه. يمكن أن يظهر ذلك في شكل زيادة التوتر العصبي، والميول للعنف، وسلوكيات غير إرادية، فضلاً عن الأرق والسهر المتواصل.

7- فقدان الأبناء للحب والحنان داخل الأسرة:

تؤثر المخدرات بشكل كبير على العلاقات بين الزوجين، مما يؤدي إلى زيادة الشجارات بينهما. هذا الوضع يفقد الطفل شعور الأمان، حيث يخاف على مستقبله، وقد يخشى أن يتحول الشجار إلى عنف ضده، سواء من والده أو والدته. يشعر الطفل في كثير من الأحيان بالتشتت بين الانحياز لأحد الوالدين، مما يجعله في حالة من التوتر والقلق والشعور بالضياع. كل هذه الضغوط قد تدفعه إلى تجربة المخدرات في سن مبكرة.

8-التغيب عن العمل وطلب الاجازات المرضية

غالبًا ما يلجأ متعاطو المخدرات إلى التغيب عن العمل وطلب إجازات مرضية، مما يؤثر سلبًا على أدائهم ويخلق مشاكل للمستفيدين من خدمات المؤسسة، كما يمكن أن يعطل الإنتاج في مكان عملهم. بالإضافة إلى ذلك، فإن تدهور صحة المتعاطي بسبب المخدرات يؤثر على المجتمع ككل، حيث أن الفرد ليس معزولًا عن مجتمعه،

بل هو جزء منه يتأثر به ويؤثر فيه. وقد أشار Gabriel G في دراسته حول تعاطي الحشيش إلى أن استخدام المخدرات والحشيش يؤدي إلى انتشار الأمراض الاجتماعية في المجتمعات، مثل السلبية والتواكل والانتهازية، مما يعطل شؤون الناس في الدوائر العامة والخاصة، وهذا بدوره يؤثر على تقدم المجتمع ونموه.

9- انتشار الجرائم والعنف في المجتمع

إن تعاطي المخدرات يمكن أن يؤدي إلى تكرار السلوكيات الإجرامية أو غير الأخلاقية أو الاجتماعية. حيث أشار كل من إيكاردي Icardi وشامبرز Chambers إلى أن 79% من الأفراد الذين تم إجراء بحث عليهم وكانوا يتعاطون المخدرات، كانت لديهم سوابق إجرامية، وأن 93% منهم ارتكبوا جرائم تتعلق بالاعتداء على المال. ومن الآثار الأخرى لتعاطي المخدرات، أشار وليم بلوم في دراسته التي شملت 1500 مدمن ومتعاطٍ للمخدرات في مدينة نيو أورليانز إلى أن:

- 300 امرأة اشبعت حاجتها لتعاطي المخدرات من خلال الدعارة،
- 600 شخص كانوا يقومون بعمليات سرقة، حيث بلغت المسروقات 12 مليون دولار،
- 300 شخص كانوا يعملون في ترويج المخدرات ويتقاضون عمولات،

- 300 آخرون تسببوا في انحراف أبنائهم وارتكابهم سلوكيات غير اجتماعية، كما أنهم أنفقوا أموالهم على شراء المخدرات.

10- ارتفاع نسبة الانتحار بين المتعاطين للمخدرات

أجريت عدة دراسات بالولايات المتحدة الأمريكية، وانجلترا، تبين منها أن نسبة 45% - 50٪ من حوادث الانتحار في أمريكا كانت من بين المدمين ومتعاطي المخدرات، كما بلغ عدد المسجونين في أمريكا حوالي 4955047 شخصاً كان من بينهم 2225578 شخصاً مسجونين في قضايا مخدرات ومن هنا نرى مدى الفاقد الاجتماعي نتيجة الادمان للمخدرات، كما بلغ عدد الوفيات في حوادث السيارات نتيجة تعاطي المخدرات والمسكرات 11 ألف شخص كانت نسبة المدمنين من بينهم 70% كما بلغت حالات الوفيات بين الأحداث والشباب في سويسرا نتيجة تعاطي المخدرات 107 حالات عام 1981م في مقابل 88 حالة عام 1980م، 102 حالة عام 1979م.

المحاضرة 05: التصدي الى مشكلة المخدرات

تتوزع جهود المجتمع، ونعني هنا معظم مجتمعات العالم في الوقت الحاضر، بين نوعين من الجهود. النوع الأول يُعرف بجهود مكافحة العرض، وهي تلك الجهود التي تهدف إلى محاربة التهريب، والتصنيع، والزراعة، والاتجار، والتوزيع، والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة. أما النوع الثاني، فيُطلق عليه جهود خفض الطلب، ويشير

إلى جميع السياسات والإجراءات التي تهدف إلى تقليل رغبات المستهلكين، أو المتعاطين، في الحصول على هذه المواد المخدرة إلى أدنى حد ممكن. يمكن القول إن هذا التصنيف يعتمد أساسًا على فكرة أن المخدرات تُعتبر سلعة مثل أي سلعة أخرى، حيث تخضع في السوق غير المشروعة لعوامل العرض والطلب. وبالتالي، إذا انخفض الطلب، فمن المحتمل أن تتعرض هذه المواد للكساد. لذلك، يُشدد على أهمية عدم الاكتفاء بمكافحة العرض فقط، بل يجب أن تُبذل جهود أيضًا في مواجهة الطلب.

أولا. مكافحة العرض:

النموذج الأساسي لجهود مكافحة العرض يعتمد في معظم دول العالم على ثلاث دعائم رئيسية: المكافحة الأمنية والقانون، والمشاركة في الاتفاقات الدولية والإقليمية (وأحيانًا الثنائية). دعونا نستعرض بإيجاز كل واحدة من هذه الدعائم الثلاث.

1- المكافحة الأمنية:

يعتمد التخطيط الأساسي لمكافحة المخدرات على مطاردة هذه الآفة وتعقبها داخل البلاد وعلى حدودها. في التجربة المصرية، تُعتبر الإدارة العامة لمكافحة المخدرات هي الجهة الرئيسية المسؤولة عن تنظيم هذه الجهود. وتعمل هذه الإدارة بالتنسيق مع عدة أجهزة حكومية، مثل قوات حرس الحدود (التابعة لوزارة الدفاع) ومصلحة

الجمارك من وزارة المالية، بالإضافة إلى الإدارة المركزية للشؤون الصيدلية (من وزارة الصحة) والإدارة العامة للدفاع الاجتماعي (من وزارة الشؤون الاجتماعية). كما تشمل مسؤولياتها التنسيق مع الجهات المعنية بمكافحة المخدرات في هيئة الأمم المتحدة، فضلاً عن منظمة الشرطة الجنائية الدولية (الإنتربول).

وتشتمل الجهود الأمنية التي تقوم بها إدارة المكافحة بالتعاون مع الأجهزة المذكورة على ما يأتي:

دعونا نلقي نظرة على جهود مكافحة المخدرات على المستوى المحلي، حيث يتم التعاون مع إدارات المكافحة في عدة دول لملاحقة الهاربين من الأحكام القضائية في قضايا التهريب، سواء على الصعيد المحلي أو الدولي. تشمل هذه الجهود أيضًا حصر ثروات بعض كبار التجار والمهربين وتقديم النتائج للجهات القضائية المختصة. كما نشارك في دراسة وإعداد مجموعة من الاتفاقيات الدولية، ونشارك في المؤتمرات العالمية المتعلقة بمكافحة المخدرات، ونتبادل المعلومات مع الأجهزة الدولية المعنية بالنشاط الإجرامي في هذا المجال.

هذه لمحة عامة عن جهود المكافحة الأمنية للمخدرات، والأجهزة التي تتعاون لتحقيق هذه الأهداف. ومن الملاحظ أن هذا النمط لا يختلف كثيرًا من دولة لأخرى، خاصةً في الدول التي تتبع منظمات عالمية واتفاقيات دولية. ومن الجدير بالذكر أن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في مصر، منذ تأسيسها في عام 1929، حرصت على

نشر تقرير سنوي يسجل جميع نشاطاتها المحلية والدولية، مع تحليلات لأحكام القضاء في قضايا المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، تتضمن هذه التقارير قوائم بإحصاءات مفصلة عن كميات وأنواع المخدرات المضبوطة، مما يجعلها مكتبة متخصصة رائعة في مجال مكافحة المخدرات.

2-القانون (التشريع)

عندما نتأمل عن كثب في تاريخ مواجهة الدول، بما في ذلك معظم دول العالم، لمشكلة المخدرات، يتضح أن المشرع يبذل قصارى جهده في استخدام القانون كأداة حيوية لإدارة هذه المواجهة. يمكن للباحث الذي يسعى لمزيد من المعلومات في هذا المجال أن يجد دراسات معمقة تتناول قوانين مكافحة المخدرات في العديد من الدول العربية والأوروبية. وقد بدأت التجربة المصرية في استخدام القانون في هذا السياق في وقت مبكر نسبياً، عندما صدر أمر عالٍ في عام 1879 يحظر استيراد وزراعة القنب. ومن ثم، تتابعت التشريعات حتى وصلنا إلى أحدثها، وهو القانون رقم 122 لسنة 1989.

تاريخ التجربة الإنجليزية يعود إلى عام 1869، عندما تم إصدار أول قانون ينظم التعامل في الأدوية الطبية. كان هذا القانون بمثابة خطوة أولى لوضع قيود على استخدام الأفيون ومشتقاته، التي كانت تُستخدم من قبل الأطباء في ذلك الوقت. ومن ثم، تتابعت التعديلات والإضافات في السنوات 1908 و1909 و1912 و1916،

حتى صدر قانون جديد في عام 1986. من المهم أن نلاحظ أن هذه التعديلات المتكررة، سواء في النموذج الإنجليزي أو المصري أو غيرهما، تعكس طبيعة مشكلة المخدرات في أي مجتمع، حيث تتغير باستمرار. فهناك دائمًا أنواع جديدة من المواد المخدرة تظهر في السوق غير المشروعة، بالإضافة إلى أساليب التهريب والاتجار والترويج، فضلاً عن المخاطر التي يتعرض لها المواطنون والفئات المستهدفة. لذلك، يجد المشرع نفسه مضطرًا لتعديل القوانين القائمة بشكل دوري، في سعي مستمر لمواكبة التطورات في سوق العرض غير المشروع.

3.الاتفاقات الدولية والإقليمية :

تعتبر الاتفاقات الدولية والإقليمية والثنائية، بما تضعه من إجراءات وما تنشئه من أجهزة، هي الآلية الثالثة التي تعتمد عليها الدول الحديثة في مواجهة تحدي مكافحة المخدرات. وقد بدأت فعالية هذه الاتفاقات تتجلى بشكل واضح بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى، مع إنشاء عصبة الأمم. والجوهر الحقيقي لهذه الاتفاقات هو أنها تشكل شبكة من العلاقات القانونية التي تحدد سبل التعاون المتبادل بين الدول الموقعة عليها، مما يعزز قدرتها على مواجهة مشكلة المخدرات. سواء من خلال تحسين كفاءة المكافحة داخل أراضيها عبر تبادل الخبرات والمعلومات، أو من خلال

التعاون مع الدول الأخرى لمواجهة هذه المشكلة على المستوى الدولي. وهذا يشمل التعاون في مراقبة الهاربين من المتهمين وتبادل تسليمهم، بالإضافة إلى تبادل المعلومات حول الشبكات الإجرامية ذات النشاط الدولي.

تعتبر الاتفاقيات الدولية من أهم الأدوات في مكافحة المخدرات، وأحدثها هي الاتفاقية الوحيدة للمخدرات التي صدرت في عام 1961، بالإضافة إلى اتفاقية المواد النفسية الدوائية التي صدرت في عام 1971، والاتفاقية الدولية لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمواد النفسية الدوائية التي صدرت في عام 1988. كما توجد اتفاقيات إقليمية مهمة، مثل اتفاقية التعاون القانوني والقضائي بين دول مجلس التعاون العربي (الأردن، العراق، مصر، واليمن) التي أُبرمت في عام 1989، والوثيقة المعروفة باسم الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، التي أصدرتها جامعة الدول العربية في 2 ديسمبر 1986. ومن بين الاتفاقيات الثنائية، نجد البروتوكول الذي وُقع بين الحكومتين المصرية والأردنية في 26 أكتوبر 1986، والذي يهدف إلى تعزيز التعاون في مكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات. وفيما يلي، سنستعرض بعض الأمثلة من هذه الوثائق لتوضيح أهمية هذه الاتفاقات الدولية والإقليمية كآلية تدعم جهود الدولة في مواجهة مشكلة المخدرات بكفاءة عالية.

فقد وردت العناصر الآتية في الاتفاقية الوحيدة لسنة ١٩٦١:

أ- التحريم الدولي لإنتاج الأفيون والكوكايين والقنب لغير الأغراض الطبية والعلمية.

ب- إنشاء هيئة الرقابة الدولية على المخدرات، وهي تابعة للأمم المتحدة.

جـ- وضع تنظيم شامل للتجارة الدولية للمخدرات، يهدف إلى السيطرة على الحركة المشروعة للمواد المخدرة وعدم تسربها إلى السوق غير المشروعة.

-ومن العناصر التي وردت في اتفاقية المواد النفسية الدوائية لسنة ١٩٧١ ما يأتي:

تقوم كل دولة بإرسال تقارير إحصائية سنوية إلى هيئة الصحة العالمية تتعلق بالكميات التي تم تصنيعها، تصديرها، واستيرادها من كل مادة مدرجة في الجدولين الأول والثاني المرفقين بهذه الاتفاقية. كما تشمل التقارير معلومات عن المخزون المتوفر في المصانع. بالإضافة إلى ذلك، يتم الإبلاغ عن الكمية المصنعة من أي مادة مدرجة في الجدولين الثالث والرابع، وكذلك الكميات المستخدمة من هذه المواد في إنتاج المستحضرات التي تُستثنى من أحكام الرقابة... إلخ.

في اتفاقية مكافحة الاتجار غير المشروع التي وُقعت عام 1988، ينص البند الثاني من المادة السادسة المتعلقة بتسليم المجرمين على ما يلي: تُعتبر كل جريمة من الجرائم التي تشملها هذه المادة جريمة يمكن تسليم المجرمين بشأنها في أي معاهدة سارية لتسليم المجرمين بين الأطراف. وتلتزم الأطراف بإدراج هذه الجرائم ضمن قائمة الجرائم التي يمكن تسليم المجرمين بشأنها في أي اتفاقية تسليم تعقد فيما بينها. هناك العديد من الأمثلة المشابهة لهذه النماذج في الاتفاقات الدولية المذكورة، وكلها

تؤكد على دورها الأساسي في تعزيز التعاون الدولي لمواجهة تحديات المخدرات. وما نراه في الاتفاقات الدولية نجد له نظائر (وأحيانًا تكملات) في الاتفاقات الإقليمية والثنائية (لجنة المستشارين العلميين).

تابع للمحاضرة الخامسة: التصدي الى مشكلة المخدرات

ثانيا: خفض الطلب على المواد النفسية غير المشروعة:

- معنى مفهوم الطلب:

يُميز أهل الاختصاص بين جانبين رئيسيين لهذا المفهوم، وهما طبيعة الطلب ووظيفة الطلب. من الضروري أن تبقى هذه التفرقة واضحة في الأذهان لضمان أن تحقق سياسات خفض الطلب أفضل النتائج الممكنة.

عندما نتحدث عن طبيعة الطلب، فإننا نشير إلى كل ما يتعلق بأنماط التعاطي في مجتمع معين. ومن أبرز العناصر التي يجب أخذها بعين الاعتبار ما يلي:

- نوع المخدر.

- تكرار التعاطي (بمعنى كم مرة يتعاطى الشخص هذا المخدر في الشهر أو الأسبوع أو حتى في اليوم إذا لزم الأمر).

- الجرعة (أي الكمية التي يتناولها الشخص من هذا المخدر في كل مرة).

- أسلوب التعاطي (مثل التدخين، أو البلع، أو الاستحلاب، أو الحقن، أو الاستنشاق... إلخ).

– المدة (أي عدد الشهور أو السنوات التي مرت منذ أن بدأ الشخص في تعاطي هذا المخدر الذي لا يزال يستخدمه).

– الإفراد أو التجميع، أي هل يتعاطى الشخص هذا المخدر فقط أم أنه يتناول مخدرات أخرى أيضًا، وهل يجمع بينها في نفس الوقت، أم أنه مر بتجارب تعاطيها في فترات مختلفة من تاريخه الإدماني.

– المقصود بوظيفة الطلب

وظيفة الطلب تشير إلى الأسباب والدوافع التي تجعل شخصًا ما يسعى للحصول على المخدرات ويستخدمها. قد يكون الدافع هو القلق الشديد الذي يشعر به الشخص قبل مواجهة موقف اجتماعي معين، فيكون الهدف من التعاطي هو التغلب على هذا القلق بفضل التأثير المهدئ للمخدر. أحيانًا، يكون الدافع هو الشعور بآلام جسدية معينة، والهدف هو تخفيف هذه الآلام حتى لو كان ذلك لفترة قصيرة، كما كان يحدث في العديد من حالات تعاطي الأفيون في مصر حتى وقت قريب. وفي بعض الأحيان، قد يكون الدافع مجرد الشعور بالملل أو الضيق، وبالتالي يكون الهدف من التعاطي هو الترفيه عن النفس... وهكذا.

تتباين الدوافع والأغراض بشكل كبير، وقد تختلف حتى بالنسبة لنفس المخدر من شخص لآخر. كما يمكن أن تتغير هذه الدوافع لدى الشخص نفسه من مخدر لآخر، أو من فترة زمنية إلى أخرى في مسيرته مع الإدمان. وللأسف، لا يمكننا فهم هذه

الأمور إلا من خلال البحث الإكلينيكي والدراسات الميدانية الدقيقة. ومن المهم أن نلاحظ أنه لا يمكننا تنفيذ برامج فعالة لخفض الطلب دون أن نكون على دراية مسبقة بأنواع الطلب والوظائف السائدة في المجتمع الذي نعمل على تصميم هذه البرامج له.

ينطوي النموذج الأساسي لموضوع خفض الطلب على ثلاث مكونات رئيسية هي الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والاستيعاب.

1.الوقاية:

منذ زمن بعيد، أدركت المجتمعات الإنسانية أن اتخاذ إجراءات وقائية يعد خطوة حيوية في مواجهة العديد من المشكلات الاجتماعية والاضطرابات النفسية والجسدية. وهذا الأمر تجلى في العديد من الحكم الشعبية التي توصي بتقديم العناية بالوقاية على العناية بالعلاج.

ويعتبر مجال التعاطي والإدمان من أكثر المجالات التي يمكن أن تستفيد من هذا التوجه، حيث أنه من الأفضل للدولة وللمواطنين أن يبادروا باتخاذ إجراءات وقائية في هذا المجال بكل ما يستطيعون من جهد وموارد، بدلاً من الانتظار حتى تظهر مشكلات التعاطي والإدمان في مجتمعاتهم ليبدأوا بعد ذلك في خطوات العلاج.

المقصود بمصطلح الوقاية هو أي فعل نخطط له مسبقًا، بهدف تجنب ظهور مشكلة معينة أو مضاعفات لمشكلة كانت موجودة بالفعل. الهدف هنا هو تقليل تأثير المشكلة أو مضاعفاتها، أو حتى منعها تمامًا.

تتفق منشورات منظمة الصحة العالمية وهيئة الأمم المتحدة على تقسيم إجراءات الوقاية إلى ثلاثة مستويات: المستوى الأول، المعروف بالوقاية الأولية، ثم المستوى الثاني، وأخيرًا المستوى الثالث. هذه التفرقة تعتبر منطقية ومفيدة من الناحية العملية، وقد اعتمدها معظم الكتاب المهتمين بهذا الموضوع، وسنتبناها نحن أيضًا في هذه المحاضرة.

1.1. الوقاية الأولية:

الوقاية الأولية تعني كل الإجراءات التي تهدف إلى منع التعاطي من الأساس. وهذا يشمل جميع أنواع التوعية التي تتبع هذا الاتجاه، بالإضافة إلى الإجراءات التي تتخذها الدولة (تحت مسمى مكافحة العرض)، سواء كانت أمنية أو تشريعية، طالما أن الهدف النهائي هو منع توفر المخدرات وبالتالي منع التعاطي. ويطرح موضوع الوقاية الأولية ثلاث قضايا مهمة يجب معالجتها بشكل مناسب لضمان أن تكون الإجراءات الوقائية التي نتخذها فعالة وتحقق النتائج المرجوة. وهذه القضايا هي: (أ) من يجب أن نوجه جهودنا الوقائية إليه؟ و (ب) كيف؟ أو ما هو الأسلوب الأمثل لتحقيق ذلك؟

(أ) إلى من نوجه جهود الوقاية الأولية؟:

دعونا نفترض أننا نخطط لحملة توعية ضد تعاطي المخدرات. إلى من يجب أن نتوجه بخطابنا؟ سواء كنا سنستخدم المحاضرات، المنشورات المطبوعة، أو الأفلام

الموجهة... هذا سؤال مهم لعدة أسباب. أولاً، الخطاب الذي يمكن أن يقنع أو يجذب الشباب يختلف تمامًا عن ذلك الذي يحتاجه لإقناع أو جذب البالغين. وما يصلح للتحدث مع الشباب الذكور قد لا يكون مناسبًا للتحدث مع الشابات، كما أن ما يناسب المتعلمين قد لا يكون فعالًا مع الأشخاص ذوي التعليم المحدود أو الأميين.

دعونا نعود إلى السؤال نفسه لنجيب عليه: إلى من يجب أن نوجه جهود الوقاية الأولية؟ والإجابة هي: يجب أن نركز هذه الجهود على أكثر الجماعات الاجتماعية عرضة لاحتمالات التعاطي، أو ما يُعرف بالجماعات الهشة أو المستهدفة.

وهذه الإجابة تثير سؤالًا جديدًا: كيف يمكننا تحديد هذه الجماعات الهشة؟ والإجابة تكمن في البحث العلمي الميداني. لذا، من الضروري أن يكون لديك بعض الأبحاث الميدانية التي تكشف عن مدى انتشار التعاطي والإدمان وأنماطه السائدة في المجتمع. بناءً على نتائج هذه الأبحاث، يمكن وضع خطط فعالة للوقاية.

ليس هناك ما يدعو للاعتقاد بأن وجود بحوث علمية ميدانية تتناول الظاهرة كما تظهر في المجتمع هو شرط معجز أو صعب المنال. فالبحث العلمي يمكن أن يتم على مستويات مختلفة من الشمول والتفصيل، ولا توجد علاقة وثيقة جداً بين الشمول والتفصيل من جهة، والدقة وصدق النتائج من جهة أخرى. قد يكون البحث واسع الشمول ودقيق التفاصيل، ومع ذلك قد يكون غير دقيق لدرجة تجعله بلا فائدة. والعكس صحيح أيضاً. لذا، من الحكمة في العديد من البلدان النامية، حيث تندر

البحوث الميدانية في هذا المجال، أن نبدأ بتشجيع البحوث العلمية التي تتناول هذه الظاهرة. ولا مانع من أن نبدأ بأبحاث محدودة الشمول وقليلة التفصيل، بشرط أن يركز الباحثون على ضمان أعلى مستوى من الدقة المنهجية حتى يمكن الاستفادة منها عملياً. وقد أُجريت بالفعل أبحاث متعددة حول تحديد الجماعات الهشة في مجتمعات مختلفة.

تعتبر العوامل التالية من أبرز الأمور التي يمكن من خلالها تحديد ما إذا كان شخص ما ينتمي إلى الجماعات الهشة أم لا:

- وجود تاريخ عائلي يتعلق بالتعاطي أو الإدمان.
- انهيار الأسرة، سواء كان نتيجة الطلاق أو الهجر بين الأبوين، أو حدوث خلافات شديدة تستمر لفترة طويلة.
- عدم الانضباط داخل الأسرة.
- ضعف الوازع الديني أو القيمي بشكل عام، بالإضافة إلى صحبة أقران يتعاطون أو يدمنون.
- تدخين السجائر قبل بلوغ سن الثانية عشرة.
- الظروف الصعبة في بيئة العمل.
- سجل غير جيد في العمل أو الدراسة.

ومن الممكن أن تُضاف عوامل أخرى أو تُحذف بعض العوامل بناءً على أبحاث ميدانية تُجرى في بعض المجتمعات العربية أو غيرها من المجتمعات حول العالم.

في نهاية المطاف، يجب أن نؤكد أن من الضروري توجيه برامج الوقاية الأولية نحو الفئات الأكثر هشاشة، تلك التي تعاني من ظروف حياتية تجعلها عرضة لبعض العوامل التي قد تزيد من احتمالية تجربة التعاطي. لذا، لا ينبغي استخدام وسائل الإعلام التي تستهدف الجمهور العام، مثل الراديو والتلفزيون، لهذا الغرض، لأن ذلك قد يؤدي إلى نشر المشكلة بدلاً من الوقاية منها. للأسف، هذا ما يحدث في كثير من الأحيان، وقد يكون السبب وراء ذلك هو الرغبة في اتخاذ الطريق الأسهل والشعور بالرضا عن النفس لأننا قمنا بما يمكننا. لكن هذه أخطاء يجب تجنبها، وإذا حدثت بالفعل، فلا ينبغي الاستمرار فيها. من المهم أن نلاحظ أن التخفف من الشعور بالذنب لا يجب أن يتعارض مع ما توصي به نتائج الأبحاث الميدانية المتراكمة لدينا، بالإضافة إلى ما يمكن أن نستفيد منه من خبرات المتخصصين.

ما العمل إذن؟ كيف يمكننا توجيه جهود التوعية ضمن برامج الوقاية الأولية؟

الجواب يكمن في تنفيذ هذه الجهود داخل مجموعات محددة، يتم اختيارها بناءً على عوامل الهشاشة التي ذكرناها، بالإضافة إلى أي معلومات جديدة قد تظهر من خلال الأبحاث الميدانية المحلية. وفي هذا السياق، يمكن الاستفادة من الدوائر الإذاعية أو

التلفزيونية المغلقة، مثل تلك الموجودة في المدارس والجامعات، ومعسكرات الشباب، والمصانع، وثكنات الجنود، وغيرها.

لا يمكننا الحديث عن جهود الوقاية الأولية دون أن نتساءل: إلى من نوجه هذه الجهود؟ من هم هؤلاء الأفراد الهشون الذين نتحدث إليهم؟ في الوقت الحالي، نلاحظ أن معظم النقاشات التي تُطرح في الإذاعة أو التلفزيون أو المنتديات تتناول المخدرات بشكل عام، حيث يتحدث المتحدثون عنها بأسلوب سلبي، ثم ينتقلون للحديث عن المخاطر المرتبطة بتعاطيها. المشكلة الرئيسية التي يثيرها المتخصصون هي أن هؤلاء المتحدثين غالبًا ما يفتقرون إلى المعلومات الدقيقة حول هذا الموضوع، ويبدو أنهم يعتقدون أن أي انتقاد للمخدرات يُعتبر مفيدًا. بل إنهم لا يدركون وجود معلومات علمية دقيقة حول هذا الأمر، وهو أمر مؤسف ويجب أن يتغير.

دعونا نتحدث عن الحد الأدنى من النقاط والمعلومات التي يجب أن تتضمنها أحاديث التوعية إذا كنا نريدها أن تكون فعلاً مفيدة. الحديث عن المخدرات بشكل عام هو أمر محكوم عليه بالفشل، لأن هذه المواد التي يسعى الناس لتعاطيها، والتي تؤدي إلى أشكال مختلفة من الاعتماد، أصبحت متنوعة جداً ولها تأثيرات فارماكولوجية ونفسية مختلفة. وبالتالي، تتعدد الأغراض التي يسعى المتعاطي لتحقيقها من خلال استخدامها. لهذا السبب، يصبح من المستحيل على أي متحدث

تناول هذا الموضوع بشكل شامل دون الوقوع في فخ التبسيط المفرط أو التعميم المبالغ فيه. لذا، الحل الأفضل هو أن يركز المتحدث على نوع واحد من المخدرات، مثل الهيروين، أو إذا أراد توسيع نطاق الحديث، يمكنه تناول فئة معينة مثل مشتقات الأفيون، إذا كان يرغب في أن يكون حديثه ذا فائدة حقيقية.

الآن، هناك العديد من الأبحاث الأجنبية والعربية (الميدانية) التي تكشف بدقة مقبولة عن الأسباب التي تدفع البعض للتعاطي، والأسباب التي تجعل آخرين يمتنعون، بالإضافة إلى العوامل التي تؤدي إلى توقف البعض عن التعاطي بعد أن بدأوا خطواتهم الأولى في هذا الطريق. عند النظر في هذه المعلومات، نجد أن بعضها عام إلى حد كبير، وينطبق على جميع المتعاطين والممتنعين والمتوقفين. بينما يختلف البعض الآخر حسب الفئات الاجتماعية أو المهنية أو العمرية. تعتبر هذه المعلومات ذات قيمة كبيرة، حيث يمكن أن تكون مرجعًا لمصممي برامج الوقاية الأولية (من خلال التوعية) للاستفادة من البيانات التي تكشف عن ما يحفز بعض الأفراد في هذه الفئات على التعاطي، وما يدفع آخرين للامتناع أو التوقف. وبناءً على هذه البيانات، يمكنهم تحديد مضمون خطابهم، مما يجعل هذا المحتوى مستندًا إلى الحقائق النفسية لأبناء الفئة المستهدفة، مما يضمن فعالية عالية لهذا الخطاب.

إذا نظرنا إلى البيانات التي يقدمها الباحثون في الدراسات المذكورة، نجد أنهم غالبًا ما يضيفون أوزانًا أو ترجيحات مختلفة تكشف عنها أبحاثهم أيضًا. وهذا يعني أن

مصممي برامج التوعية لديهم فرصة لمقارنة البيانات المتاحة لهم بناءً على وزن كل منها، أي مدى قدرتها على التأثير في النفوس في اتجاه معين. وبالتالي، يمكنهم اختيار ما يناسبهم بناءً على هذه الأوزان، مما يمنحهم ثقة أكبر في قيمة اختياراتهم.

من الضروري أن يكون لدى واضعي برامج التوعية والمشرفين عليها معلومات دقيقة وحديثة عن المخدرات (أو نوع المخدرات) التي يتحدثون عنها، سواء كان ذلك من خلال الكلام أو وسائل أخرى مثل الأفلام. للأسف، شهدت السنوات العشر الأخيرة انتشار كتابات في الصحافة وأحاديث في وسائل الإعلام المسموعة والمرئية التي تفتقر إلى الدقة والحداثة، وتقترب أكثر من المعرفة المبنية على الشائعات. وهذا يؤدي إلى أن الأخطاء أو التناقضات أو المبالغات أو الآراء التي لم تعد صالحة للتصديق، تلتقطها بعض الفئات المستهدفة. ومع مرور الوقت، تنتشر هذه الأمور بين الجمهور المستهدف، مما يخلق جوًا من الشك في قيمة الخطاب، والذي قد يتحول سريعًا إلى رفض وتكذيب. وهذا يمكن أن تكون له عواقب وخيمة على فعالية حملة التوعية.

خلاصة ما تحدثنا عنه في هذا الجزء حول الوقاية الأولية هو أنها تهدف إلى منع التعاطي قبل أن يحدث. والسؤال المهم الذي يطرح نفسه هنا هو: إلى من يجب أن نتوجه بهذه الإجراءات؟ والإجابة هي أن التركيز يجب أن يكون على الجماعات

الهشة. هذه الجماعات تتكون من أفراد يكونون أكثر عرضة من غيرهم في المجتمع للتورط في التعاطي، وربما حتى الإدمان.

لقد أوضحنا أن هذه الهشاشة تُعرف بناءً على بحوث علمية ميدانية، وأن كمية الأبحاث المنشورة حول هذا الموضوع حتى الآن تكشف عن مجموعة من العوامل التي تساهم في هذه الهشاشة، مما يجعلها موثوقة إلى حد ما. ومع ذلك، لا يمكننا الاستغناء عن الحاجة لإجراء المزيد من الأبحاث الميدانية المحلية، لأن بعض هذه العوامل مرتبطة بظروف المجتمع الذي تظهر فيه. وأخيرًا، ناقشنا مضمون الرسالة التي يجب أن يحملها خطاب التوعية للجمهور، وأكدنا على ضرورة توافر ثلاثة عناصر لضمان فعالية الرسالة. العنصر الأول هو التركيز في كل رسالة على مخدر واحد أو نوع واحد من المخدرات. العنصر الثاني هو الاعتماد على المعلومات التي تكشف عنها بحوث ميدانية واقعية حول العوامل الحقيقية التي تجعل بعض الأشخاص يتعاطون المخدرات، بينما يمتنع آخرون، أو يتوقف البعض بعد أن كانوا قد بدأوا. هذه المعلومات هي التي يجب أن نستخدمها بذكاء لإبعاد الأفراد من الفئات الهشة عن التعاطي، وليس مجرد الكلام والنصائح المثالية التي تفتقر إلى الأسس النفسية. العنصر الثالث هو ضرورة أن تكون برامج التوعية ومنفذوها على دراية حقيقية بأحدث المعلومات في الموضوعات التي يتعاملون معها. وهنا ينتهي حديثنا

الذي يجيب عن السؤال الأول الذي يثيره موضوع الوقاية الأولية، وهو: إلى من نوجه جهودنا؟

(ب) كيف نوجه جهود التوعية؟ ما الأسلوب الأمثل؟

سواء كانت مادة التوعية عبارة عن أحاديث ومناقشات أو أفلام، فإن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هو سؤال مهم للغاية. فالإجابة عليه تلعب دورًا كبيرًا في تحديد النتائج التي يمكن أن نصل إليها.

وفيما يلي بعض المبادئ التي يمكن الاسترشاد بها في هذا الشأن:

- الالتزام بالأسلوب التربوي المتكامل بدلا من أسلوب التلقين:

الفرق الأساسي هنا هو أن أسلوب التلقين يعتمد بشكل كبير على تقديم المعلومات كحقائق مطلقة، وهذا ليس دقيقًا في سياق التوعية الذي نتحدث عنه، لأننا لسنا في درس عن الفارماكولوجيا. الحقيقة أننا نتناول مخدرًا ما من منظور سلوكي، أي كيف يؤثر على تشكيل السلوك. لذا، من المهم أن نقدمه في سياق قيمي شامل. تمامًا كما نقدم لأي جيل جديد أي سلوك، يجب أن نعرضه في السياق القيمي المناسب، مع الحرص على عدم الزيادة أو النقصان. وكلما نجحنا في ذلك، زادت فرص نجاحنا في مهمتنا. لنأخذ مثالًا: لنفترض أننا نتحدث عن كيفية التواصل مع الآخرين كجزء من السلوك، ونعالج هذا الموضوع مع مجموعة من الشباب.

-الالتزام بالحقيقة دون مبالغة :

يلاحظ أن العديد من المتحدثين، وغالبًا ما يكون ذلك نتيجة لحالتهم الانفعالية أثناء الحديث، يميلون إلى المبالغة في وصف الآثار المباشرة وغير المباشرة (النفسية والعضوية) للمخدرات. المشكلة هنا تكمن في أن المتحدث، عندما يتحدث عن مشاعر النشوة التي يشعر بها المتعاطي بعد استخدام المخدر، قد يجد نفسه، دون قصد، وكأنه يشجع بعض المستمعين على تجربة هذه النشوة. وعندما يصف بعض الآثار الأخرى للمخدر، مثل الهلاوس البصرية المرتبطة بتعاطي الـ LSD والمسكالين والحشيش أحيانًا، أو الهلاوس السمعية التي قد تحدث مع بعض المنشطات، قد يبالغ في الحديث عن هذه التجارب أو عن تشويه إدراك الزمان والمكان الذي يصاحب تعاطي الحشيش. وهذا قد يجعله، دون أن يقصد، يغري بعض الشباب الصغار، الذين قد يكون لديهم بالفعل ميل لتجربة هذه المواد النفسية المثيرة. وإذا أضفنا إلى ذلك أن أسلوب المبالغة بشكل عام قد يفقد مصداقيته لأسباب متعددة، فمن الواضح أن من يقدم برنامج التوعية يجب أن يتجنب المبالغة قدر الإمكان، وأن يركز على تقديم الحقائق بشكل معتدل، دون مبالغة أو تهوين.

- تجنب الخوض في التفاصيل الدقيقة:

يميل بعض المتحدثين إلى الخوض في التفاصيل الدقيقة عندما يتحدثون عن سلوكيات المتعاطين والمدمنين، ويعتقدون أن هذا النوع من التفصيل هو الطريقة

المثلى للانتقال بعد ذلك إلى نقد هذه السلوكيات بشكل صارم. لكن المشكلة هنا تكمن في أن الوصف المفرط لأي فعل يمكن أن يجعل هذا الفعل يبدو أكثر واقعية للمتلقي، مما يسهل عليه تقليده إذا أراد. وإذا أخذنا في الاعتبار أن بعض الشباب الصغار قد ينجذبون إلى تصرفات زملائهم المنحرفين دون أن يقوموا بتجربتها بأنفسهم، وأنهم قد يظلون معجبين ببعض سلوكيات هؤلاء المنحرفين، مع التفكير في إمكانية تجربة هذا الانحراف إذا سنحت لهم الفرصة، فإننا عندما نبالغ في وصف سلوكيات التعاطي أثناء حديثنا مع شباب الجماعات الهشة، قد نكون في الواقع نضغط عليهم ليشعروا بأنهم ملزمون بتقليد هذه النماذج السلوكية المنحرفة. وهذا قد يؤدي إلى نتائج عكسية تمامًا، حيث بدلاً من أن نمنع التعاطي، قد نثير دوافع جديدة تزيد من انتشاره. لذا، من الضروري أن نتجنب تمامًا الخوض في تفاصيل أي طريقة من طرق التعاطي لأي مخدر.

- موضوع المخدرات كجزء من كل:

تعتبر من أفضل الطرق للتوعية وأكثرها فعالية وأمانًا أن يتناول المتحدث الموضوع كجزء من كل. على سبيل المثال، سيكون من الجيد أن يقدم المتحدث حديثه عن تعاطي المخدرات في سياق أوسع، مثل الحديث عن أهمية النشاطات الرياضية، أو اللياقة البدنية، أو التغذية الصحية. خلال حديثه عن أهمية النشاطات الرياضية، يمكنه الإشارة إلى المنشطات التي يستخدمها بعض الرياضيين، مما يمهد الطريق

لحديث علمي مبسط ومركز حول الآثار السلبية التي تتركها هذه المواد على الصحة البدنية والنفسية، وهو ما يتعارض تمامًا مع هدفنا الرئيسي من ممارسة الرياضة. وينطبق نفس الشيء إذا كان السياق الأوسع هو موضوع اللياقة البدنية أو التغذية الصحية، حيث يتطلب الأمر من المتحدث أن يركز على المعلومات الأكثر أهمية المتعلقة بالمخدرات، وأن يقتصر حديثه على مجموعة محدودة من المعلومات التي تتناسب مع موضوع الرياضة أو اللياقة أو التغذية.

لا ينبغي للباحث أن يعتقد أن هذه الفئة من المتعاطين صغيرة لدرجة تجعلنا نتجاهلها، فهذا اعتقاد خاطئ تمامًا. جميع دراساتنا الميدانية تشير إلى أن النسبة التي نتحدث عنها هنا لا يمكن تجاهلها عند وضع تدابير الوقاية الأولية. فهي دائمًا تمثل النسبة الأكبر بين متعاطي ومدمني المواد الدوائية، وخاصة المهدئات، والتي تشمل المسكنات والملطفات الصغيرة والمنومات والمنشطات.

2.1. الوقاية من الدرجة الثانية:

الوقاية من الدرجة الثانية تعني التدخل العلاجي المبكر، حيث نعمل على وقف الشخص عن التعاطي قبل أن يصل إلى مرحلة الإدمان وما يترتب عليها من مضاعفات. بمعنى آخر، هذا النوع من الإجراءات الوقائية يعتمد على الاعتراف بأن الشخص قد بدأ بالفعل في التعاطي، لكنه لا يزال في المراحل الأولى، لذا نسعى جاهدين لإيقافه عن الاستمرار في ذلك.

- إجراءات الوقاية الثانوية؟

المشكلة الأولى في إجراءات الوقاية الثانوية تكمن في كيفية اكتشاف حالات التعاطي المبكر والتعامل معها، بحيث تصبح هدفًا لإجراءات معينة تهدف إلى مساعدتها على التراجع عن التعاطي في الوقت المناسب. وفي هذا السياق، هناك نوعان من الإجراءات.

يمكن استخدام النوع الأول منها على المستوى الفردي، وخاصة في العيادات التي تركز على الكشف الطبي عن الشباب، مثل عيادات الصحة المدرسية. هذه العيادات تستقبل تلاميذ المدارس الحكومية الذين يشتكون من مختلف الأمراض. في هذه الأماكن، يمكن للأطباء إضافة بعض الأسئلة (لا تتجاوز خمسة أو ستة) إلى الأسئلة التي يطرحونها عادةً خلال الفحص الإكلينيكي. ومن خلال هذه الأسئلة، يمكنهم اكتشاف ما إذا كان هذا التلميذ أو ذاك قد تعاطى أي نوع من المخدرات.

تتميز هذه الأسئلة الإضافية بأنها غير مباشرة، لكنها غالبًا ما تكشف عن موقف الطالب الحقيقي تجاه المخدرات. تعتمد صياغة هذه الأسئلة على مجموعة من الأبحاث الميدانية المنهجية، فهي ليست مجرد أسئلة عشوائية، بل تم تطويرها بناءً على قنوات البحث العلمي التي تجمع بين الموضوعية والدقة. لنأخذ مثالاً على ذلك: تظهر العديد من الأبحاث الميدانية وجود علاقة قوية بين بدء تدخين السجائر في سن مبكرة (قبل بلوغ 12 عامًا) وزيادة احتمالية التعاطي. هذه الحقيقة، التي تم

التأكيد عليها في العديد من الدراسات، تتيح لنا أن نتوقع أن أي شاب نعرف أنه بدأ التدخين مبكرًا، لديه احتمال كبير أن يكون قد جرب التعاطي بالفعل. هذا التوقع يعتمد على ما يُعرف في علم الإحصاء بالمعادلات الانحدارية للتنبؤ، وهي ليست مسألة تتعلق بالتدخين والتعاطي فقط، بل هي مسألة عامة تنطبق في أي حالة يمكن فيها إثبات وجود ارتباط قوي بين ظاهرتين. في هذه الحالة، يمكننا أن نتوقع (بدرجة عالية من الاحتمال) وجود الظاهرة "ب" إذا كانت الظاهرة "أ" موجودة. بالإضافة إلى الارتباط بين التدخين المبكر والتعاطي، هناك العديد من الارتباطات الأخرى التي كشفت عنها الأبحاث الميدانية. على سبيل المثال، هناك ارتباطات بين وجود أقارب يتعاطون وزيادة احتمالية تعاطي الشخص، وكذلك بين وجود أصدقاء يتعاطون واحتمالات تعاطي الشخص، وأيضًا بين عيش الطالب بعيدًا عن أسرته واحتمالات تعاطيه... إلخ.

تعتبر هذه الارتباطات (وما يشبهها) مصدرًا مهمًا من المعلومات التي كشفت عنها الأبحاث الميدانية، ويمكن استغلالها بشكل محدود لصياغة مجموعة من الأسئلة التي يمكن للطبيب استخدامها أثناء فحصه للمرضى الشباب، بهدف اكتشاف ما إذا كانوا قد جربوا التعاطي، دون الحاجة لطرح سؤال مباشر حول هذا الموضوع. وبعد أن يتأكد الطبيب من احتمال أن يكون مريضه يتعاطى مخدرًا ما، يمكنه أن يطلب إجراء تحليل لعينة من البول أو الدم حسب الحاجة. ولكن في العديد من الحالات،

حيث قد لا تتوفر خدمات هذه التحاليل، يمكن الاكتفاء بالأسئلة التي ذكرناها. هذا هو النوع الأول من الإجراءات المستخدمة لاكتشاف حالات التعاطي المبكر.

النوع الثاني يتطلب وجود سياسة عامة في الدولة ومؤسساتها تركز على الكشف عن حالات تعاطي المخدرات بين الشباب الذين يتقدمون للالتحاق بمجالات معينة مثل الخدمة العسكرية، الطيران، الجامعات، والفرق الرياضية. من الضروري أن تتضمن هذه السياسة إجراء فحوصات لعينات من السوائل البيولوجية للكشف عن آثار العديد من المواد المخدرة قبل السماح لهم بالانضمام إلى أي من هذه المؤسسات.

باختصار، لدينا نوعان من الإجراءات (كما ذكرنا سابقًا) يمكن من خلالهما الوصول إلى نسبة جيدة من الحالات التي بدأت مؤخرًا في تجربة التعاطي، وتعتمد هذه الإجراءات بشكل أساسي على قاعدة من المعلومات العلمية الدقيقة. وقبل أن نتحدث عن الخطوات الممكن اتخاذها تجاه هؤلاء الشباب الجدد في عالم التعاطي، يجب أن نؤكد على أهمية تطبيق أسلوب الأسئلة الذي أشرنا إليه في النوع الأول من الإجراءات بحذر. من المفترض أن تكون هذه الأسئلة مؤشرات قوية تدل على احتمال أن يكون الشاب متعاطيًا، فالأمر يتعلق باحتمالات مرتفعة، لكنه ليس يقينًا مطلقًا. وبالتالي، فإن الخدمة الأساسية التي يقدمها هذا الأسلوب للمحقق هي دفعه للبحث عن مزيد من الأدلة على أن الشاب قد يكون متعاطيًا.

- يبقى بعد ذلك أن يثار السؤال حول ما يمكن اتخاذه من إجراءات الحمل هؤلاء الشبان على التراجع عن خطوة التعاطي التي أقدموا عليها.

للإجابة على هذا السؤال، يمكننا القول إن جميع الإجراءات التي ذكرناها تحت بند الوقاية الأولية يمكن أن تُستخدم أيضًا في إطار الوقاية الثانوية، مع إجراء بعض التعديلات البسيطة. على سبيل المثال، لن نتحدث هنا إلى أفراد من الجماعات الهشة، بل سنوجه حديثنا إلى أشخاص لديهم خبرة محدودة في التعاطي. وبالتالي، لن نواجه صعوبة في تحديد الجماعات الهشة للوصول إليها، لكن قد نواجه تحديًا في رصد حالات التعاطي المبكر كما أشرنا سابقًا. أما بالنسبة لما يجب أن نقوله في خطاب التوعية، فإن ما ذكرناه سابقًا عن الوقاية الأولية ينطبق هنا أيضًا، حيث ينبغي أن نركز على نوع واحد من المخدرات، وهو المخدر الذي تعامل معه هؤلاء الشباب، مع ضرورة أن تكون معلوماتنا دقيقة (حتى لو كانت مبسطة)، وأيضًا يجب أن نأخذ في الاعتبار الأسباب التي دفعت هؤلاء الشباب إلى خوض تجاربهم.

عندما نتحدث عن كيفية توجيه خطابنا، من المهم أن نلتزم بأسلوب تربوي شامل بدلاً من الاعتماد على أسلوب التلقين. يجب أن نكون صادقين دون مبالغة، خاصةً لأننا نتعامل مع شباب يقتربون من عالم المخدرات، وهم في الواقع أكثر دراية ومعرفة بهذا العالم من أولئك الذين نعتبرهم شباب الجماعات الهشة. لذا، هم أكثر قدرة على اكتشاف نغمة الصدق أو الزيف في حديثنا. كما يجب أن نراعي قاعدة تجنب

الخوض في التفاصيل قدر الإمكان. وأخيرًا، من الجيد دائمًا أن نتذكر أن من أفضل طرق التوعية وأكثرها فعالية هي أن يتناول المتحدث الموضوع كجزء من كل، مثل الحديث عن الصحة البدنية أو النفسية بشكل عام، أو عن شروط الاستفادة من الرياضة، أو حتى عن قضايا تتعلق بالاستقرار العائلي... إلخ.

3.1. الوقاية من الدرجة الثالثة:

المقصود بمصطلح "الوقاية من الدرجة الثالثة" هو حماية المدمن من المزيد من التدهور الصحي أو النفسي والسلوكي. هذا المفهوم يعترف بأن الأخصائي الإكلينيكي قد يواجه أحيانًا حالات لا تستطيع التوقف عن التعاطي. حتى لو توقفت لفترات قصيرة، فإنها غالبًا ما تعود إلى التعاطي مرة أخرى. في هذه الحالة، يُعتبر الالتزام بالانقطاع عن التعاطي بين الحين والآخر هدفًا جيدًا، لأنه يمكن أن يقلل من احتمالات التدهور الصحي المتوقع لو استمر المدمن دون أي توقف. في بعض الدول، يتم تطبيق هذا المفهوم من خلال تسجيل الأفراد المدمنين في سجلات رسمية، مما يسمح لهم بالحصول على مؤونتهم من المخدرات في أوقات محددة. الهدف من ذلك هو حمايتهم من الانزلاق إلى دوامة الجريمة والاتجار غير المشروع بالمخدرات. ومع ذلك، يتطلب هذا النظام اتخاذ مجموعة من الإجراءات الأمنية والطبية والإدارية، وهو ما قد يكون صعبًا على العديد من الدول.

لا يزال نجاحه غير مضمون خارج حدود ضيقة جداً، مثل إنجلترا. هناك طرق متعددة تحت هذا المفهوم، لكن الهدف الرئيسي هو حماية المدمن من معظم المضاعفات الطبية والنفسية والاجتماعية التي غالباً ما تنجم عن استمراره في الإدمان. بعض الناس يتوسعون أحياناً في هذا المفهوم من خلال ابتكار أساليب مرنة تسمح للمدمنين بالعيش حياة أقرب إلى الطبيعية، ولكن تحت مراقبة طبية وأمنية، مع تقديم بعض الخدمات الطبية والمعيشية التي تساعدهم على البقاء بعيدين عن التعاطي. وإذا تبين في أي لحظة أنهم انتكسوا، يتم إعادتهم إلى السجون. وهناك من يتوسع أكثر في هذا المفهوم ليشمل جميع إجراءات العلاج وإعادة التأهيل، حيث تهدف جميعها إلى منع المدمن من العودة إلى إدمانه، وحماية المجتمع من النتائج السلبية التي قد تترتب على تفاقم الحالة، سواء في محيط الأسرة أو العمل أو المجتمع بشكل عام.

2.العلاج:

تتطلب هذه النقطة أن يكون توفير العلاج الشامل، سواء كان طبيًا أو نفسيًا اجتماعيًا، أمرًا ضروريًا للمدمنين. وهذا واجب على الدولة وفقًا للاتفاقيات الدولية التي هي طرف فيها، وليس مجرد تفضل منها. لذا، فإن أي محاولة للتنصل من هذا الالتزام قد تضر بسمعة الدولة في المحافل الدولية بطرق متعددة وعلى مستويات مختلفة. من المهم أن نلاحظ أن هذه الاتفاقيات لم تطلب أبدًا من الدولة تغيير

فلسفتها الأساسية في هذا المجال. فإذا كانت فلسفتها قائمة على العقاب، فلا بأس، لكن يجب على الدولة أن توفر أيضًا سبل العلاج بجانب العقوبات.

عندما نتحدث عن العلاج أو التدخل العلاجي للمدمن، فإن المعنى هنا يتجاوز بكثير ما هو متعارف عليه في النموذج الطبي التقليدي. في النموذج الطبي، يركز الأمر بشكل أساسي على التدخلات الدوائية (أو ما يعادلها مثل الجراحة أو العلاج الإشعاعي... إلخ). أما في حالة المدمن، فإن التدخل الدوائي هو جزء من عملية أوسع بكثير تشمل العلاج النفسي الاجتماعي، والتي تتضمن إعادة تخطيط الحياة النفسية والاجتماعية للفرد، بما في ذلك إعادة التأهيل والاندماج الاجتماعي.

1.2. بعض الأفكار الأساسية عن مضمون العلاج الطبي:

دعونا نبدأ ببعض الخطوات الإسعافية للتعامل مع الحالات التي قد تتعرض لما يُعرف بالتسمم الحاد. أحيانًا، قد يمر الشخص بنوبة من العنف، حيث يهاجم الأشخاص من حوله أو يحاول تدمير بعض الأثاث أو الممتلكات. يحدث هذا غالبًا نتيجة تناول جرعة زائدة من الكحول أو المنشطات أو المهلوسات. يمكن أن تحدث هذه النوبات لأسباب متعددة، مثل الإفراط في الجرعة، أو كون الشخص جديدًا على التعاطي، أو حتى نتيجة مروره بأزمة عاطفية شديدة. في هذه الحالات، من الضروري أن يتلقى الشخص الرعاية من فريق طبي مدرب، الذي يجب أن يطمئنه

ويمنع عنه الأذى، سواء لنفسه أو للآخرين، وقد يتطلب الأمر استخدام بعض الأدوية للتدخل.

قد تتعرض بعض الحالات، وبشكل مفاجئ، لما يُعرف بأعراض الذهان التسممي، حيث يمكن أن تظهر على الشخص بعض أنواع الخداع الحسي، بالإضافة إلى الهلاوس والضلالات. في مثل هذه الحالات، قد يحتاج الطبيب إلى استخدام بعض الأدوية بشكل محدود. هناك أيضًا نماذج أخرى من الاضطرابات غير المتوقعة التي قد يواجهها المتعاطي، سواء كان مبتدئًا أو مدمنًا، والتي تتطلب تدخلات إسعافية. ثم نأتي إلى فئة أخرى من الإجراءات الطبية، وهي إجراءات تطهير الجسم، أو ما يُعرف أحيانًا بسحب المخدر. يُشير المختصون إلى أن إجراءات التطهير ليست دائمًا عنيفة، بل تعتمد على نوع المخدر وأسلوب المعالج في تطبيقها. قد تتخذ الخطة شكل سحب المخدر بشكل بطيء ومتدرج، وفي هذه الحالة، قد لا يحتاج المعالج إلى أي تدخل دوائي، بل يكتفي بإرشاد المتعاطي خطوة بخطوة، مع تقديم الدعم والطمأنينة له.

هناك عدة عوامل تلعب دورًا في هذا الموضوع، مثل نوع المخدر، مدى الاعتماد الجسدي، وحالة المدمن. عادةً ما تستغرق هذه الإجراءات من أربعة إلى خمسة أيام (وقد تصل إلى سبعة أيام) عندما يتعلق الأمر بالمواد ذات التأثير القصير مثل الهيروين وبعض مشتقات الأفيون والكحول، بالإضافة إلى بعض الباربيتورات. أما

بالنسبة للمواد ذات التأثير الطويل مثل الأفيون (في صورته الأقرب إلى الخام)، والفاليوم، والميثادون، فقد تمتد المدة من عشرة أيام إلى ما يقرب من ستة أسابيع أحيانًا. كما أن بعض حالات إدمان الحشيش والكوكايين والأمفيتامينات تحتاج إلى إجراءات تطهير، ولكن يجب أن تتم تحت إشراف طبي، وعادةً ما تكون أقل خطورة مقارنةً بالأفيونيات والكحول والباربيتورات.

عندما نتحدث عن تنفيذ إجراءات التطهير، يميز الخبراء بين نوعين من التصرفات: تصرفات عامة يجب أخذها بعين الاعتبار بغض النظر عن نوع المادة الإدمانية، وتصرفات نوعية تختلف حسب المادة. على سبيل المثال، من التصرفات العامة التي يجب مراعاتها هي المراقبة المستمرة لحالة المريض على مدار الساعة، بما في ذلك المؤشرات الحيوية مثل النبض وضغط الدم ودرجة الحرارة. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون المحيط العلاجي إنسانياً ومتعاطفاً، ويقدم إرشادات للمريض حول كيفية التعامل مع بعض الأعراض المزعجة مثل الهلع أو القلق أو الأرق، وغيرها من الأمور.

هناك إجراءات طبية أخرى تختلف عن تلك التي أطلقنا عليها اسم الإجراءات الإسعافية. هذه الإجراءات تُصنف تحت بند تطهير الجسم، ونعني بها هنا الخطوات الطبية الضرورية التي يجب اتخاذها لمواجهة بعض المضاعفات الصحية التي

يعاني منها العديد من المدمنين، دون أن تكون مرتبطة بشكل مباشر بتأثيرات تعاطي هذه المادة أو تلك من المواد الإدمانية.

موضوع سوء التغذية، خاصة بين المدمنين، هو قضية تستحق الانتباه. فالكثير من المدمنين يواجهون صعوبة في الاختيار بين إنفاق أموالهم المحدودة على المخدرات أو على الطعام، وغالبًا ما يفضلون المخدرات في هذه الحالة. هناك أيضًا أسباب أخرى قد لا تكون واضحة تمامًا. على سبيل المثال، بعض المخدرات مثل الأفيون والأمفيتامينات يمكن أن تقلل من الشهية، بينما الإفراط في تناول الكحول يمكن أن يؤدي إلى تغييرات في الأمعاء الدقيقة تعيق امتصاص الغذاء.

إذا نظرنا إلى سوء التغذية، نجد أن هناك أيضًا موضوع الأمراض المعدية التي يتعرض لها المدمنون بطرق مختلفة. فمجرد دخول المدمن في نمط الحياة الشائع بينهم، والذي غالبًا ما يتسم بإهمال النظافة والعادات الصحية، يمكن أن يكون له تأثير كبير. بالإضافة إلى ذلك، فإن فقدان الاستقرار المعيشي يجعل المدمنين يترددون على أماكن غير آمنة ويختلطون بأشخاص قد يكون لهم تأثير سلبي على صحتهم. ولا ننسى الحوادث التي يتعرضون لها، والتي قد تؤدي إلى أذى جسدي كبير. حوادث الطرق تأتي في المقدمة، لكن هناك أيضًا أنواع أخرى من الحوادث، بدءًا من العنف الذي قد يكونون ضحاياه أو حتى الجناة فيه، وصولًا إلى حوادث

الاغتصاب ومحاولات الانتحار. كل هذه الأمور تمثل مضاعفات طبية تتطلب جهودًا إضافية من الفريق الطبي المسؤول عن تقديم الرعاية للمتعاطين والمدمنين.

هناك مضاعفات طبية أخرى غير تلك التي ذكرناها، فالمضاعفات التي تحدثنا عنها تعتبر عامة إلى حد كبير. لكن هناك مضاعفات أكثر خطورة ترتبط بطرق التعاطي، مثل التعاطي عن طريق الحقن في الوريد، أو الشم والاستنشاق، أو حتى التدخين... إلخ. كل طريقة من هذه الطرق لها مضاعفاتها الطبية التي غالبًا ما يواجهها الطبيب المعالج، وعليه أن يهتم بعلاج مريضه منها، بالإضافة إلى الإجراءات الإسعافية وتنظيف الجسم. وبعد كل ذلك، هناك المضاعفات الطبية المرتبطة بنوع المخدر، فالمضاعفات الناتجة عن تعاطي الأفيونيات تختلف عن تلك الناتجة عن شرب الكحول، وهذه بدورها تختلف عما يحدث مع المهدئات أو المنشطات أو المهلوسات... إلخ.

2.2. العلاج المتكامل:

يتكون العلاج المتكامل من ثلاثة مكونات رئيسية: الأول طبي، والثاني نفسي، والثالث اجتماعي. دعونا نستعرض بإيجاز كل واحد من هذه المكونات.

1.2.2. المكون الطبي:

يعتمد العلاج على مبدأين رئيسيين: الأول هو الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي اعتاد عليه، والثاني هو سد القنوات العصبية التي يستخدمها المخدر للتأثير على سلوكيات المدمن. يختار الطبيب المعالج أحد هذين المبدأين بناءً على اعتبارات متعددة تختلف من حالة لأخرى. إذا قرر اتباع المبدأ الأول، أي الفطام التدريجي، فإنه سيختار مخدراً أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة (لكن من نفس الفصيلة). ويتولى الإشراف على إعطائه للحالة (بدلاً من المخدر الأصلي) بجرعات محددة وعلى فترات معينة، مع تخفيض الجرعة وزيادة الفترات بين الجرعات تدريجياً، حتى يصل الأمر غالباً إلى فطام كامل للحالة.

في الوقت الحالي، يفضل العديد من الأطباء في مختلف أنحاء العالم استخدام عقار الميثادون كوسيلة للفطام التدريجي للمدمنين على الأفيون ومشتقاته، بما في ذلك الهيروين. يُعتبر الميثادون أحد مشتقات الأفيون، لكنه أقل قوة في إحداث الإدمان مقارنة بالهيروين والمورفين. إذا اختار الطبيب نهجًا آخر، يمكنه استخدام عقار النالتركسون، الذي يُعطى بجرعات محددة وعلى فترات معينة. يعمل النالتركسون على سد المستقبلات العصبية في المخ، مما يمنع المدمن من الشعور بتأثير الأفيون أو أي من مشتقاته طالما أن تأثير النالتركسون مستمر. يستمر الطبيب في إعطاء هذا العقار وفق نظام محدد ولفترة معينة، حتى يتمكن المدمن من استعادة توازنه

الفيزيولوجي دون الحاجة للأفيون أو مشتقاته، مما يؤدي أيضًا إلى تراجع الرغبة في المخدر. هذه نظرة سريعة على الجوانب الطبية الأساسية للعلاج.

2.2.2. المكون النفسي:

توجد اليوم العديد من الأساليب لعلاج حالات الإدمان بمختلف أنواعها. ومن المعروف في هذا المجال أن العلاج الذي قد يكون فعالاً لمريض واحد قد لا يكون مناسباً لمريض آخر يعاني من نفس المشكلة. وهذا يعني أن المعالج النفسي لديه الآن خيارات متعددة للاختيار من بينها، مما يزيد من فرص شفاء المدمنين من إدمانهم. والأكثر أهمية هو أن هناك المزيد من طرق العلاج النفسي التي يتم تطويرها حالياً، مما يبعث على الأمل في المستقبل القريب. من بين العلاجات النفسية الحديثة الأكثر شهرة هي مجموعة العلاجات السلوكية للإدمان، والتي تُعتبر من أبرز نتائج تطبيقات العلوم النفسية الحديثة في مجال الاضطرابات النفسية. تعتمد هذه العلاجات على فكرة أساسية مفادها أن جميع أشكال السلوك التي يقوم بها الفرد، بما في ذلك التعاطي والإدمان، هي سلوكيات تكتسب وتتطور في ظل ظروف حياتية معينة (بيولوجية، نفسية، اجتماعية، وثقافية)، وبالتالي تخضع لقوانين اكتساب العادات ونموها.

بعد ذلك، يجب أن تُطبق قوانين وإجراءات للتخلص من العادات أو تعديلها، مع الأخذ في الاعتبار الاختلافات بين أنواع العادات المختلفة من حيث مستويات الدعم

والتركيب المتاحة لها. إذا كانت ممارسات التعاطي قد سيطرت على الشخص لدرجة أنه أصبح معتمدًا أو مدمنًا، فهذا يعني أنه قد شكل عادات عميقة الجذور. وبالتالي، فإن العلاج، أو محاولة مساعدته في التخلص من العادات التي تدعم استمراره في التعاطي، لن يكون أمرًا سهلاً. ومع ذلك، لا يعني ذلك أنه مستحيل. الأمر يتطلب تعاونًا كبيرًا بين المدمن والمعالج، بالإضافة إلى مجموعة من الإجراءات العلاجية المعقدة. كما يتطلب الأمر الالتزام والمثابرة في تلقي العلاج لفترة قد تمتد لعدة أشهر، تليها فترة متابعة قد تستمر لسنوات، بهدف التقييم الدوري والتدخل عند الحاجة لتجنب الانتكاسات المحتملة.

تعتبر طريقة بودن واحدة من الأساليب العلاجية السلوكية المعروفة، وهي تعتمد على ثلاثة عناصر أساسية:

- تدريب المدمن على ملاحظة نفسه ورصد تصرفاته.
- تعزيز مهارات تقييم الذات بناءً على ما يلاحظه.
- ثم العمل على تعديل السلوك استنادًا إلى المعلومات التي تم جمعها من الخطوتين السابقتين.

يُعتبر التدريب على الملاحظة الذاتية المنظمة والرصد المنظم لنتائج الملاحظة من الأساليب الفعالة في العلاجات السلوكية الحديثة. وتؤدي هذه الممارسات (الملاحظة الذاتية والرصد) ثلاث وظائف رئيسية في سياق هذه العلاجات.

نحن نتحدث هنا عن رصد سلوكيات معينة تصدر عن الفرد تتعلق بالعلاج المطلوب، وذلك قبل البدء في أي تدخل علاجي. من المهم أيضًا متابعة هذه السلوكيات نفسها خلال فترات معينة أثناء وبعد العلاج لتقييم تأثيره. أحيانًا، تُستخدم هذه الملاحظات لتسهيل إحداث التغيير المطلوب. هناك طرق متعددة يمكن استخدامها لأداء هذه الملاحظات الذاتية، والتي يتعلمها المعالج للمدمن (أو للمريض النفسي بشكل عام) قبل أن يطلب منه البدء في تنفيذها.

من المهم أن نلاحظ أن هذه العملية ليست بسيطة كما قد تبدو، بل هي عملية معقدة تتطلب قواعد محددة، ونحن نمارسها بشكل تلقائي في حياتنا اليومية.

أما بالنسبة للنمط الوظيفي في برنامج بودن، فهو يتضمن مجموعة من السلوكيات السابقة التي تحدث قبل تعاطي المخدرات، ثم فعل التعاطي نفسه، وأخيرًا السلوكيات التي تتبع هذا الفعل مباشرة. يقوم المعالج بتقييم هذه الأنماط لتحديد الطرق المناسبة لتعديل أو تغيير السلوك التي يجب استخدامها مع هذه الحالة.

3.2.2. المكوّن الاجتماعي:

الاسم الشائع الذي يُستخدم للإشارة إلى العنصر الاجتماعي في خطة العلاج الشاملة للمدمنين هو الرعاية اللاحقة. وتنقسم الرعاية اللاحقة إلى قسمين رئيسيين: إعادة

التأهيل وإعادة الاستيعاب الاجتماعي. وفيما يلي نظرة سريعة على كل من هذين القسمين.

1.3.2.2. إعادة التأهيل المهني:

المقصود هنا هو مساعدة المدمن، الذي سنطلق عليه من الآن فصاعدًا "المدمن الناقه"، في العودة إلى مرحلة النقاهة بعد إدمانه، بحيث يصل إلى مستوى مقبول من الأداء المهني. سواء كان ذلك في مجاله السابق أو في مهنة جديدة، فإن عملية إعادة التأهيل تتضمن ثلاثة عناصر رئيسية.

الإرشاد المهني، وقياس الاستعدادات المهنية، والتوجيه المهني، والتدريب.

يشير مصطلح الإرشاد إلى العلاقة التي تتشكل بين شخصين، حيث يسعى أحدهما، وهو المرشد، لمساعدة الآخر، وهو المسترشد، على فهم التحديات التي يواجهها في التكيف مع متطلبات مجال معين، وكيفية التغلب عليها. يتضمن هذا المصطلح مجموعة واسعة من الأنشطة، بدءًا من تقديم المشورة والمعلومات، وصولاً إلى تزويد المسترشد بأساليب تساعده على فهم مشكلات التكيف وإيجاد الحلول المناسبة لها. وبالتالي، يتضمن ذلك أيضًا التدريب على مهارات حل المشكلات، وكل ذلك يتمحور حول بيئة العمل وما يواجهه من تحديات.

بعد ذلك، يأتي دور قياس الاستعدادات المهنية. يشير مصطلح "الاستعداد" كما يراه علماء النفس إلى مدى احتمال نجاح الشخص في مجال معين من مجالات النشاط الإنساني، مثل التجارة أو الصناعة أو الأعمال المكتبية، وغيرها. هناك العديد من الطرق الفنية التي يمكن استخدامها لقياس الاستعدادات المهنية بدقة وموضوعية عالية. لذلك، يُنصح المدمن بإجراء قياس لاستعداداته المهنية، حتى يتمكن من الاستفادة من نتائج هذا القياس في اختيار الأنسب له من الأعمال، خاصة إذا لم يكن بإمكانه العودة إلى وظيفته السابقة قبل الإدمان. وهنا تبدأ مرحلة التوجيه المهني.

تتمثل مهمة التوجيه المهني في النهاية في مقارنة نتائج قياس استعدادات الشخص الذي يتقدم للوظيفة مع المتطلبات اللازمة لأداء العمل بكفاءة. بناءً على هذه المقارنة، يتم اتخاذ قرار بشأن قبول الشخص أو رفضه أو توجيهه للتدريب. وفي حال عدم توفر معلومات عن متطلبات الوظائف المتاحة، يتم اللجوء إلى خبرة المتخصصين في هذا المجال، وهو حل مؤقت لا يمكن تجاهله أو الاعتراض عليه في المستقبل القريب.

2.3.2.2. إعادة الاستيعاب الاجتماعي:

الخطوة الأخيرة والمهمة في إجراءات الرعاية اللاحقة التي تتعلق بالمدمن الناقه. وليس من الضروري أن تأتي هذه الخطوة بعد إعادة التأهيل المهني مباشرة. وفقًا

لتقرير الاستراتيجية القومية المتكاملة الصادر عن المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان في مصر، يشير هذا المصطلح إلى التدهور التدريجي في قدرة المدمن على تلبية المتطلبات الأساسية للأدوار التي نكلفه بها في العمل، والأسرة، والمجتمع بشكل عام. وهذا يعني أنه كأنه قد تم فصله عن نسيجه الاجتماعي. لذا، الهدف النهائي من إجراءات إعادة الاستيعاب هو إعادة دمج المدمن الناقه (المفصول) في المجتمع، بحيث يعود إلى أداء أدواره الاجتماعية كما كان قبل إدمانه، أو على الأقل قريبًا من ذلك. ويجب ألا نعتبر عملية إعادة الاستيعاب هذه أمرًا سهلاً أو تلقائيًا، لأن ذلك قد يزيد من فرص الانتكاس، أي عودة المدمن الناقه إلى حالته السابقة قبل تلقي العلاج الطبي والنفسي.

لقد كانت نتيجة اهتمام العلماء والمعالجين بهذا الموضوع ابتكار طرق متنوعة لمنع الانتكاس. ومن أبرز هذه الطرق هي المجتمعات العلاجية، التي تُعتبر مؤسسات مخصصة لتقديم الدعم في المرحلة الأخيرة من العلاج، والتي نسميها إعادة الاستيعاب الاجتماعي. من هذا المنظور، تُعتبر هذه المجتمعات نموذجًا مصغرًا للحياة الاجتماعية بشكل عام، حيث يتلقى المدمن الناجح التدريب اللازم لاستعادة الأدوار التي يقوم بها الشخص السوي في المجتمع. ومن المفيد هنا أن نقدم للقارئ لمحة سريعة عن نشأة هذه المجتمعات العلاجية وتطورها.

تتحدد أهداف العمل في هذه المؤسسات على النحو التالي:

– مساعدة المدمن في التخلص من سلوكياته الإدمانية.

– إعادة تأهيل الشخص بشكل شامل، من خلال تزويده بمجموعة من العادات والمهارات التي تساعده على التكيف.

– دعم الشخص في العودة إلى الحياة الاجتماعية بشكل أوسع، وتمكينه من التكيف مع متطلباتها كفرد مستقل وفاعل.

المحاضرة السادسة: مشكلة المخدرات في الجزائر، وموقف القانون الجزائري منها

أولا. مشكلة المخدرات في الجزائر

تعود جذور المخدرات في المجتمع الجزائري إلى فترة الاحتلال الفرنسي، ورغم عدم وجود أدلة قوية تثبت هذه الحقيقة، إلا أن هناك رواية شهيرة كتبها الرحالة "هايزريش فون مالتسان" عن حياة الجزائريين في تلك الحقبة. في روايته "مدخنو الحشيش في الجزائر"، تناول أسباب تعاطي الحشيش والمسكرات، مشيرًا إلى أن المتعاطين كانوا يفضلون العرق كمشروب للإسكار. لكن بعد الاحتلال، بدأوا يميلون إلى "الأبسنث"، وهو مشروب أخضر اللون ويؤدي إلى السكر الشديد، وقد جاء عن طريق الفرنسيين. كما أشار الرحالة إلى أن الحشيش كان من أكثر المخدرات شيوعًا مقارنة بالخمر، لأنه لم يكن ممنوعًا قانونيًا، مما جعل تعاطيه يحدث علنًا في المقاهي، وكانت فئة

المسنين هي الأكثر إقبالًا عليه. وللمخدرات في الجزائر تاريخ أيضًا يعود إلى فترة الدولة العثمانية، حيث كانت عادة التعاطي منتشرة في جميع أنحاء البلاد.

لقد كان الاستعمار أحد العوامل الرئيسية التي ساهمت في انتشار المخدرات في الجزائر. أما بعد الاستقلال، فقد شهدت البلاد جهودًا تنموية لم تكن ناجحة تمامًا، خاصة في القطاعات الأساسية. أصبح من الصعب تلبية احتياجات السكان المتزايدة في مجالات العمل والتعليم والصحة، بالإضافة إلى توفير أماكن للترفيه. كانت الأوضاع في غاية السوء، وظهرت آثارها في السبعينات، وتفاقمت أكثر في الثمانينات، مما أوجد بيئة ساعدت على ظهور العديد من أشكال الانحراف، بما في ذلك إدمان المخدرات.

في الواقع، لا توجد إحصاءات دقيقة تعكس الحجم الحقيقي لمشكلة المخدرات في المجتمع الجزائري. ومع ذلك، هناك بعض المؤشرات التي تشير إلى خطورتها، سواء من حيث زيادة عدد المتعاطين أو ارتفاع عمليات التهريب والتجارة غير المشروعة بالمخدرات. على الرغم من الجهود الكبيرة التي تبذلها مصالح الأمن في الجزائر لمراقبة الوضع، إلا أن السيطرة على هذه العمليات تظل تحديًا كبيرًا بسبب اتساع المساحة الجغرافية وتعدد نقاط الدخول والعبور.

تتنوع القضايا المتعلقة بالمخدرات بشكل كبير، حيث تشمل التعاطي، التهريب، الحيازة، الاستعمال، والزراعة. إذا نظرنا إلى ترتيب هذه القضايا حسب عدد

الأشخاص الموقوفين خلال الفترة من 1991 إلى 1992، نجد أن التعاطي يأتي في المقدمة، يليه التهريب، ثم الحيازة، والاستعمال، وأخيرًا الزراعة. عند النظر إلى توزيع هذه القضايا في عام 1991، يمكننا ملاحظة نقطتين رئيسيتين: الأولى هي الزيادة في تنوع القضايا، حيث ظهرت قضايا جديدة مثل التجارة غير المشروعة والنقل، مع تسجيل زيادة في عدد القضايا رغم انخفاض عدد الأشخاص الموقوفين. ومن الجدير بالذكر أن الجزائر لم تقدم معلومات طوعية لمكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات ومنع الجريمة منذ عام 1991، لكنها وافقت على جميع الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالمخدرات.

يشير تقرير الأمم المتحدة لعام 2000 إلى أن عدد المتعاطين للمخدرات في الجزائر عام 1996 قد بلغ 1618 شخصًا. وفي نفس السنة، تم تسجيل أربع قضايا تتعلق بالزراعة و514 قضية تتعلق بالتجارة. وتفيد تقارير أخرى بأن حوالي 70–75% من المخدرات التي تم ضبطها في الجزائر كانت موجهة للتجارة العابرة. وفقًا لبعض المعلومات المتاحة من الجزائر خلال ندوة حول تخفيض الطلب على المخدرات التي عُقدت في تونس عام 1996، فإن القنب والأفيون والهيروين، بالإضافة إلى البنزوديازيبين، هي من أكثر المخدرات انتشارًا في البلاد، مع زيادة ملحوظة في عدد متعاطي الكوكايين والهيروين مؤخرًا.

ويشير مدير دراسات التحليل والتقييم في الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الذي يقع في الجزائر العاصمة والذي تم إنشاؤه بموجب مرسوم تنفيذي رقم 212/1997 وتم تنصيبه رسميًا في أكتوبر 2002، إلى أن المخدرات في الجزائر تشهد انتشارًا خطيرًا بين الذكور والإناث من مختلف الأعمار والمستويات الاجتماعية. وهذا الأمر يطال بشكل خاص فئة الشباب، حيث يتراوح متوسط أعمار المتورطين في قضايا المخدرات بين 15 و53 عامًا، ويمثلون 81% من العدد الإجمالي.

تعتبر الجزائر واحدة من الدول التي تشهد نشاطًا كبيرًا في تجارة القنب الهندي، حيث يتم ضبط كميات ضخمة منه. في عام 2002، تم ضبط حوالي 6 أطنان، وفي عام 2003 ارتفعت الكمية إلى 8 أطنان، مما يعني زيادة بنسبة 32%. أما بالنسبة للمخدرات الأخرى مثل الكوكايين والهيروين، فهي تُضبط بكميات أقل، لا تتجاوز بعض الكيلوغرامات، بسبب ارتفاع أسعارها وخطورتها.

بين عامي 1994 و2001، بلغ عدد الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات حوالي 59,804 شخص. وفيما يتعلق بالمؤثرات العقلية، تم ضبط 45,208 قرص في عام 2002، ليصل العدد في العام التالي إلى 57,138 قرص، مما يعكس زيادة تصل إلى 62%. كما سجلت وزارة العدل في عام 2003 نحو 5,161 قضية، مقارنة بـ 4,227 قضية في عام 2002، بزيادة تصل إلى 22.1%. خلال الفترة

من 2001 إلى 2003، تم ضبط 44.3 كيلوغرام من الكيف المعالج في ولايات الجنوب، ورصد المركز الجزائري لمكافحة المخدرات أكثر من 8 أطنان من المخدرات التي تم مصادرتها في عام 2003، بالإضافة إلى حوالي 20 ألف قضية تم إحالتها إلى القضاء.

ثانيا. موقف القانون الجزائري من المخدرات:

تباينت الآراء حول القوانين المتعلقة بالمخدرات، حيث يطالب البعض بضرورة تشديد العقوبات إلى أقصى حد، بينما يرى آخرون أن القوانين وحدها لا تكفي لمواجهة هذه المشكلة. إن نشر الوعي والتربية الصحية، بالإضافة إلى التحذير من مخاطر المخدرات والتأكيد على آثار الإدمان، يُعتبر الطريقة المثلى لمواجهتها. تُعرف جرائم المخدرات في القانون بشكل عام بأنها الجرائم المرتبطة بإنتاج واستهلاك وترويج وتهريب وحيازة المواد المخدرة، بما في ذلك المخدرات التي لا يُسمح باستخدامها إلا بوصفة طبية. ومن المعروف أن مقومات الجريمة وفقًا للنظرية العامة للجريمة تشمل: العنصر الشرعي، الذي يعني وجود نص قانوني يجرم الفعل ويعاقب عليه، والعنصر المادي، الذي يتمثل في ارتكاب الفعل المجرم، فلا يمكن أن توجد جريمة بدون نشاط إجرامي، وأخيرًا العنصر المعنوي (الإرادة المعنوية)، الذي يعني وجود نية لارتكاب الفعل. وفيما يلي، سنناقش هذه العناصر في ضوء القانون الجزائري المتعلق بالمخدرات.

-**العنصر الشرعي:** لإثبات العنصر الشرعي لجريمة تعاطي المخدرات، يجب أن يكون هناك نص قانوني يجرم هذا الفعل. وفي هذا السياق، أولى المشرع الجزائري اهتمامًا كبيرًا بمشكلة المخدرات، حيث يوجد نص قانوني يجرم استخدامها. تنص المادة (245) من قانون حماية الصحة وترقيتها على ما يلي: "يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنة واحدة وبغرامة مالية تتراوح بين 500 و5000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين؛ كل من يستعمل بصفة غير شرعية أحد المواد المخدرة أو النباتات المصنفة على أنها مخدّرة."

ونظرًا لتنوع المواد المخدرة وتعددها بناءً على الاكتشافات العلمية والطبية، يصبح من الصعب حصر هذه المواد وتصنيفها. وبموجب المرسوم 140/1976، تم تصنيف المواد السامة إلى ثلاثة جداول: الجدول (أ) للمواد السامة، والجدول (ب) للمواد المخدرة، والجدول (ج) للمواد الخطيرة. ومع ذلك، لم يحدد النص القانوني المواد المصنفة باستثناء القنب الهندي الذي تم ذكره في نص قانوني.

لكن بالنسبة للأفيون والهروين وباقي أنواع المخدرات الأخرى، لم يتم تصنيفها، مما يعني أن استخدامها يعتبر قانونيًا من حيث أنه لا توجد جريمة أو عقوبة إلا بنص قانوني. ثم تم إلغاء هذا القانون بموجب قانون حماية الصحة وترقيتها الصادر في 16 فبراير 1985. وقد تم منح السلطة التنفيذية مسؤولية تحديد المواد المخدرة، بينما

يتعين على الجهة القضائية الالتزام بتحديد طبيعة المادة، بغض النظر عن الكمية المستهلكة أو نوع المادة، حتى لو كانت تحمل أسماء مختلفة.

يمكن إزالة العنصر الشرعي للجريمة وفقًا للقواعد العامة للجريمة والعقوبة لأي سبب من أسباب الإباحة، مما يؤدي إلى إباحة الفعل المجرم. في نص المادة (٢٤٥) الذي تم ذكره سابقًا، نستنتج أن الاستخدام المجرم للمواد المخدّرة هو الاستخدام غير الشرعي. وبالتالي، فإن الاستخدام الشرعي لأغراض العلاج هو أمر مرخص قانونًا. والسؤال الذي يطرح نفسه هو: هل تدخل إباحة الاستخدام العلاجي ضمن إطار القانون أم ضمن إطار الضرورة؟ الجواب هو أنه إذا تم الاستخدام في إطار قانوني، فلا يمكن التحقيق بسبب وجود الإباحة المنصوص عليها، بشرط أن يكون هذا الاستخدام بناءً على وصفة طبية. أما في حالة الضرورة، فيمكن لقاضي التحقيق أن يقرر انتفاء وجه الدعوى، مما يضع المتهم أمام خيارين: إما استخدام المخدر للعلاج ويصبح مجرمًا، أو تحمل المرض.

– **العنصر المادي:** في زمن الاحتلال الفرنسي، كان التعاطي المجرم يتم بشكل جماعي، بينما كان التعاطي الفردي محدودًا وصعب الملاحظة. ومع ذلك، كان يخضع لقوانين أخرى تتعلق بالحيازة، لأنه من غير الممكن تصور تعاطي مخدر ما دون أن يكون الشخص حائزًا عليه. في قانون المخدرات، تعني الحيازة "الاستئثار بالمخدر كملكية وحق دون الحاجة للاستيلاء المادي عليه، لذا يُعتبر الشخص حائزًا

حتى لو كان المخدر بحوزة شخص آخر ينوب عنه." التشريع الحالي يعتمد على مبدأ أنه ليس كافيًا حماية المجتمع من بعض التصرفات، بل يجب أيضًا حماية الفرد من نفسه.

بناءً على ذلك، فإن التعامل مع المخدرات وحيازتها، بالإضافة إلى أي عمليات مرتبطة بها، يُعتبر جريمة يعاقب عليها القانون. وهذا يتضح جليًا في نص المادة (243) من قانون حماية الصحة وترقيتها، الذي ينص على ما يلي: "يعاقب بالحبس من عشر سنوات إلى ٢٠ سنة وبغرامة مالية تتراوح بين 5000 و 10000 دج؛ كل من يقوم بشكل غير قانوني بصناعة المخدرات أو استيرادها أو عبورها أو تصديرها، أو يمارس السمسرة أو البيع، أو يتولى عبورها أو إرسالها أو نقلها أو عرضها للتجارة بأي شكل من الأشكال."

– **العنصر المعنوي**: تنص المادتان (47) و (48) من قانون العقوبات على أن الجريمة تتطلب أن يكون الشخص الذي ارتكبها مدركًا لعدم شرعية الفعل، ومع ذلك يختار القيام به، مما يعني أنه يجب أن تتوفر لديه إرادة سليمة. إذا تم إثبات ذلك، فإن العنصر الشرعي للجريمة يُعتبر موجودًا، وبالتالي يمكن توقع العقوبة. أما في حالة التعاطي الخطأ، فإن الشخص المتعاطي لا يتحمل المسؤولية الجنائية.

إذن، عندما تتوفر العناصر التي تم ذكرها سابقًا، تصبح الجريمة قائمة، مما يستدعي إخضاع المتعاطي للتدابير العلاجية المنصوص عليها في المادة (٢٥٠) من قانون

حماية الصحة وترقيتها. حيث تنص هذه المادة على أنه "يمكن لقاضي التحقيق أو قاضي الأحداث أن يأمر بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب الجنحة المذكورة في المادة (٢٥٤) لعلاج مزيلة التسمم، مع توفير جميع المتابعة الطبية وإعادة التكييف المناسبة لحالتهم، إذا ثبت أن حالتهم الصحية تتطلب علاجًا طبيًا."

يتمتع القانون الجزائري بنهج صارم للغاية تجاه المخدرات، سواء كان ذلك في الحيازة أو الاستهلاك أو الترويج أو الاتجار بها. الهدف من هذا هو حماية الصحة العامة وضمان الأمن المجتمعي. ويحدد هذا الموقف القانون رقم 04-18، الذي تم إصداره في 25 ديسمبر 2004، والذي يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية ومكافحة استخدامها والاتجار غير المشروع بها.

- **أبرز المواد القانونية:**

المادة 12

يعاقب بالحبس من سنتين (2) الى (5) سنوات بغرامة من 200.000دج الى 500.000دج، كل من حاز أو استهلك مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية بغير اذن قانوني.

المادة 17

يعاقب بالسجن من (10) سنوات الى (20) سنة وبغرامة مالية من 500.000دج الى 1000.000 دج، كل من قام بزراعة، انتاج، تصنيع، اعداد، تخزين، عرض بيع أو شراء المخدرات بغرض الترويج أو الاتجار بها.

المادة 18

تصل العقوبة الى السجن المؤبد إذا كانت الجريمة مرتكبة ضمن جماعات إجرامية منظمة واستهدفت قاصرا، أو استعمل فيها العنف أو السلاح

القانون الجزائري يتبنى نهجاً مزدوجاً، حيث يركز على الوقاية والعلاج للمدمنين، مما يتيح لهم فرصة الاستفادة من العفو أو إلغاء العقوبة إذا انضموا إلى مراكز العلاج، وفقاً للمادة 14. وفي الوقت نفسه، يفرض عقوبات صارمة على التجار والمروجين، خاصة عندما تتواجد ظروف مشددة مثل استغلال القُصّر أو العمل ضمن شبكات منظمة.

ثالثا. الاستراتيجيات الجزائرية لمكافحة المخدرات: دراسة قانونية وتحليلية

تعتبر ظاهرة المخدرات واحدة من أكبر التهديدات التي تواجه الصحة العامة والأمن المجتمعي في الجزائر. لذلك، وضعت الدولة خطة شاملة ومتكاملة لمكافحتها، تشمل تشريعات صارمة، وآليات أمنية فعالة، بالإضافة إلى برامج توعوية وعلاجية متنوعة.

1.الإطار التشريعي والتنظيمي:

اعتمدت الجزائر منذ بداية الألفية قوانين صارمة للحد من انتشار المخدرات.

ويعتبر **القانون رقم 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004** الأساس القانوني لمحاربة المخدرات، حيث جمع بين تشديد العقوبات وتنظيم مسارات العلاج والإدماج الاجتماعي.

- يحدد القانون عقوبات قاسية لكل أشكال التورط:

-**الحيازة والاستهلاك الشخصي** :من سنتين إلى خمس سنوات سجن مع غرامة (المادة 12).

-**الاتجار والترويج** :من عشر إلى عشرين سنة سجن مع غرامة مالية (المادة 17).

-**الظروف المشددة** :تصل العقوبة إلى السجن المؤبد إذا ارتكبت الجريمة في إطار جماعة إجرامية منظمة أو ضد قاصر أو باستخدام السلاح (المادة 18).

2.الرقابة الأمنية والجمركية

تعمل السلطات الأمنية على تشديد الرقابة عبر:

– تكثيف الدوريات على الحدود البرية والبحرية.

–استخدام تقنيات الكشف الحديثة (أجهزة المسح الشعاعي، الكلاب المدربة).

–التنسيق بين **الدرك الوطني، الشرطة، الجمارك** لمحاصرة شبكات التهريب، خصوصًا في المناطق الحدودية مع دول الساحل.

في تقرير سنة 2018، صنف المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي الجزائر كدولة ذات موقع حساس في "طريق المخدرات العالمية"، مما يفرض على الأجهزة الأمنية يقظة دائمة.

3.البعد الوقائي والتوعوي:

تركز الدولة على الحملات الوقائية، التي تستهدف:

– المؤسسات التربوية (المدارس، الجامعات).

–الإعلام الوطني من خلال نشرات وومضات تحسيسية.

– المجتمع المدني عبر الجمعيات المحلية.

تم خلال سنة 2020 تنظيم عدة حملات بالتنسيق مع وزارة الصحة ووزارة الشؤون الدينية، لزرع ثقافة الوعي خاصة في فئة الشباب.

4-العلاج وإعادة الإدماج الاجتماعي

يمنح القانون الجزائري الأولوية لعلاج المدمنين بدلاً من معاقبتهم عندما يختارون العلاج الطوعي. تنص المادة 14 من القانون 04-18 على أنه يمكن وقف الإجراءات القضائية ضد المدمن إذا قرر بشكل طوعي التوجه للعلاج، بشرط أن يتم ذلك تحت إشراف طبي.

وتشرف **وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات** على:

-مراكز علاج الإدمان.

-وحدات التكفل النفسي والاجتماعي.

-برامج إعادة الإدماج في الحياة المهنية والعائلية.

5-التعاون الدولي:

تشارك الجزائر في تنفيذ الاتفاقيات الدولية الخاصة بمكافحة المخدرات ومنها:

-الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961.

-اتفاقية الأمم المتحدة لسنة 1988 لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية.

كما تعمل بالتنسيق مع:

-مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.(UNODC)

-أجهزة مكافحة المخدرات الإفريقية والعربية لتبادل المعلومات الاستخباراتية.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع والمصادر

1. لجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 04-18 مؤرخ في 25 ديسمبر 2004، يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع استعمالها والاتجار غير المشروع بها، **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 83، الصادر بتاريخ 29 ديسمبر 2004.**

2. عزوز عبد الناصر، 2005، التنشئة الاجتماعية الاسرية والادمان على المخدرات دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون البليدة – الجزائر

3. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004، يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع استعمالها والاتجار غير المشروع بها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 83، الجزائر، 2004.

4. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 83، الجزائر، 2004.

5. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، "تقرير حول الوضع الاجتماعي في الجزائر لسنة 2018"، الجزائر، 2019

6. الوكالة الوطنية لمكافحة المخدرات وإدمانها(ONLDT) ، "التقرير السنوي حول وضعية المخدرات في الجزائر"، الجزائر، 2021.

7. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، "التقرير العالمي عن المخدرات 2023"، فيينا، 2023.

8. الدكتور رشاد أحمد عبد اللطيف، 1992، الأثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.

9. عزوز عبد الناصر، 2005، التنشئة الاجتماعية الاسرية والادمان على المخدرات دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون البليدة – الجزائر

10. عرموش هاني، 1993، المخدرات امبراطورية الشيطان، ط1، بيروت، لبنان، دار النفائس.

11. عبد الباسط عبد المعطي1999 ، علم الاجتماع: دراسة سوسيولوجية للظواهر الاجتماعية .القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

12. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004، المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والإتجار غير المشروعين بها الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 83

13. عزوز عبد الناصر، 2005، التنشئة الاجتماعية الاسرية والادمان على المخدرات دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون البليدة – الجزائر

14. مصطفى سويف، 1996، المخدرات والمجتمع، عالم المعرفة، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

15. الزيات، محمد .(2018) .*التأثيرات العصبية للمخدرات* .القاهرة: دار الفكر العربي.

16. عبد الله، أحمد .(2020) .*الإدمان والمخدرات: الأسباب والعلاج* .بيروت: دار النهضة.

17. الموسوي، علي .(2019) .*علم النفس الإدمانـي* .عمان: دار اليازوري العلمية.

18. الشريف، خالد .(2021) .*الصحة والإدمان: دراسة حديثة* .الرياض: دار المعارف.

19. السيد، محمود .(2017) .*الجريمة والمخدرات: دراسة قانونية واجتماعية* . الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

20. الدكتور رشاد أحمد عبد اللطيف، 1992، الأثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.

21. موزة عبيد غباش، 1996، تعاطي المخدرات وأثرها على القيم ومعايير السلوك في المجتمع الامارات العربية المتحدة، الامارات العربية المتحدة. الطبعة الأولى.

22. مصطفى السويف، 1996، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، الهيئة العامة لمكتبة الإسكندرية، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

23. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، التقرير العالمي عن المخدرات 2023، فيينا، 2023، ص 157.