



جامعة زيان عاشور - الجلفة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم الاجتماع والديمقراطية



مطبوعة خاصة بمقياس:

المخدرات والمجتمع

دروس موجهة إلى طلبة ليسانس علم الاجتماع
وحدة التعليم الاستكشافية

السداسي: الثالث الرصيد: 01 المعامل: 01 التقييم: امتحان (100%)

إعداد: الدكتور بوعبدلي نور الدين

السنة الجامعية: 2025 / 2026



جامعة زيان عاشور - الجلفة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم الاجتماع والديمقراطية



مطبوعة خاصة بمقياس:

المخدرات والمجتمع

دروس موجهة إلى طلبة ليسانس علم الاجتماع
وحدة التعليم الاستكشافية

السداسي: الثالث الرصيد: 01 المعامل: 01 التقييم: امتحان (100%)

إعداد: الدكتور بوعبدلي نور الدين

السنة الجامعية: 2025 / 2026

فهرس المحتويات

11	مقدمة المطبوعة
12	أولاً: الإشكالية
12	ثانياً: الأهمية
13	ثالثاً: الأهداف
14	رابعاً: المنهج
14	خامساً: الخطة
15	الباب الأول: ماهية المخدرات وتصنيفاتها
15	المحور الأول: تعريف المخدرات والإدمان
15	أولاً: التعريف العلمي للمخدرات
15	ثانياً: التعريف اللغوي
16	ثالثاً: التعريف الاصطلاحي
16	رابعاً: تعريف المخدرات من الناحية القانونية
17	خامساً: تعريف الإدمان
18	المحور الثاني: أنواع وأصناف المخدرات
18	أولاً: تصنيف المخدرات حسب المصدر
18	(أ) المخدرات الطبيعية
19	تأثير تعاطي الحشيش
19	تأثير تعاطي الحشيش من الناحية النفسية
19	تأثير تعاطي الحشيش من الناحية الجسمية
19	الماريجوانا
20	القات
21	الكوكا (الكوكايين بعد التصنيع)
22	الأفيون
24	(ب) المخدرات المصنعة
24	الهروين
25	المورفين
25	(ج) المخدرات التخليقية

25	الفاليوم (Diazepam)
26	المحور الثالث: تصنيف المخدرات حسب تأثيرها
26	(أ) المسكرات
26	(ب) مسببات النشوة
27	(ج) المهلوسات
27	(د) المنبهات
28	(هـ) المهدئات والمنومات
28	خلاصة الباب الأول
28	الباب الثاني: الأبعاد التاريخية والثقافية للمخدرات
28	المحور الأول: الاستخدام التاريخي للمخدرات عبر الحضارات
28	أولاً: الحضارات القديمة
29	ثانياً: الحضارة الإسلامية
29	ثالثاً: الحضارة الأمريكية الأصلية
30	المحور الثاني: التحول من الاستخدام الطقوسي إلى الاستخدام الترفيهي
30	أولاً: الثورة الصناعية وعزل المخدر عن سياقه الثقافي
30	ثانياً: ظهور المخدرات التخليقية في القرن العشرين
31	المحور الثالث: الأبعاد الثقافية للإدمان في المجتمعات المعاصرة
31	خلاصة الباب الثاني
32	الباب الثالث: أسباب وعوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات
32	المحور الأول: العوامل النفسية
32	(أ) الاكتئاب
33	(ب) الشعور باللذة
33	(ج) تقدير الذات ومحاولة إثباتها
34	(د) غياب وضعف الوازع الديني
34	(هـ) الاغتراب
34	المحور الثاني: البنية الأسرية
35	(أ) نمط التربية
35	(ب) انشغال الوالدين عن أولادهم
36	(ج) المعاملة السيئة والقاسية على الأبناء
37	(د) التفكك الأسري

37	(هـ) إدمان أحد الوالدين.....
38	المحور الثالث: رفقاء السوء.....
39	المحور الرابع: العوامل الاجتماعية والاقتصادية.....
39	(أ) البيئة الاجتماعية.....
39	(ب) البطالة.....
40	(ج) توفر أماكن اللهو والترفيه.....
40	(د) وجود العمال الأجانب في المجتمع.....
41	المحور الخامس: وسائل الإعلام والاتصال ووسائل التواصل الاجتماعي.....
42	المحور السادس: الوسط المدرسي.....
42	خلاصة الباب الثالث.....
43	الباب الرابع: المقاربات النظرية المفسرة للسلوك الإدماني.....
43	المحور الأول: المقاربة البيولوجية والعصبية.....
44	المحور الثاني: المقاربة النفسية.....
44	(أ) المقاربة التحليلية.....
44	(ب) المقاربة السلوكية.....
45	(ج) المقاربة المعرفية السلوكية.....
45	المحور الثالث: المقاربة السوسولوجية.....
45	(أ) نظرية الأنوميا لإميل دوركايم وروبرت ميرتون.....
46	(ب) نظرية الترابط التفاضلي لإدوين سثرلاند.....
46	(ج) نظرية الترابط الاجتماعي لترافيش هيرشي.....
47	(د) نظرية الوصم لإروينغ غوفمان وهوارد بيكر.....
47	(هـ) نظرية الحقل والعادة لبيرر بورديو.....
47	المحور الرابع: نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا.....
48	المحور الخامس: المقاربة الثقافية والأنثروبولوجية.....
49	المحور السادس: المقاربة التكاملية.....
49	خلاصة الباب الرابع.....
50	الباب الخامس: الآثار المترتبة على تعاطي المخدرات.....
50	المحور الأول: الآثار التي تمس الفرد.....
50	(أ) الآثار النفسية والعقلية.....

51	(ب) الآثار الجسدية والصحية.....
52	(ج) الآثار المهنية والاقتصادية على الفرد.....
52	المحور الثاني: الآثار التي تمس الأسرة.....
53	المحور الثالث: الآثار التي تنعكس على المجتمع.....
53	(أ) العزلة الاجتماعية والنبد.....
54	(ب) إهدار الموارد البشرية.....
54	(ج) التفكك الاجتماعي.....
54	(د) العداوة والبغضاء.....
54	المحور الرابع: الآثار الاقتصادية.....
56	خلاصة الباب الخامس.....
56	الباب السادس: المخدرات والجريمة.....
56	المحور الأول: العلاقة بين الإدمان والجريمة.....
56	(أ) الجرائم المرتبطة بالتأثير النفسي للمخدرات.....
57	(ب) الجرائم المرتبطة بالاقتصاد الموازي للمخدرات.....
57	(ج) الجرائم المرتبطة بتجارة المخدرات.....
57	المحور الثاني: دراسات حالة دولية.....
57	(أ) دراسة بليتي مور - الولايات المتحدة الأمريكية.....
58	(ب) دراسات عربية ومحلية.....
58	المحور الثالث: تجارة المخدرات والاقتصاد الموازي.....
59	المحور الرابع: المخدرات والإرهاب.....
59	المحور الخامس: المقاربات البديلة في التعامل مع ظاهرة المخدرات.....
59	(أ) مقارنة تقليل الضرر Harm Reduction.....
60	(ب) مقارنة الإحالة العلاجية.....
60	خلاصة الباب السادس.....
60	الباب السابع: موقف الشريعة الإسلامية من المخدرات.....
61	المحور الأول: الأدلة الشرعية على تحريم المخدرات.....
61	(أ) الأدلة من القرآن الكريم.....
61	(ب) الأدلة من السنة النبوية.....
62	المحور الثاني: مقاصد الشريعة وحفظ العقل.....

62	المحور الثالث: آراء المذاهب الفقهية
62	(أ) المذهب الحنفي.....
63	(ب) المذهب المالكي.....
63	(ج) المذهب الشافعي.....
63	(د) المذهب الحنبلي
64	المحور الرابع: الحكمة من تحريم المخدرات.....
64	(أ) حفظ العقل والدين
64	(ب) حفظ النفس والمال.....
64	(ج) حفظ النسل والأسرة
64	(د) حفظ المجتمع والأمن العام
65	المحور الخامس: العقوبات الشرعية للمتاعبي والمتاجر
65	(أ) حد الشرب
65	(ب) التعزير
65	(ج) عقوبة المتاجر والمهرب
65	خلاصة الباب السابع.....
66	الباب الثامن: موقف المشرع الجزائري من المخدرات
66	المحور الأول: تطور التشريع الجزائري في مكافحة المخدرات
66	(أ) الأمر 09-75 لسنة 1975.....
66	(ب) قانون الصحة 05-85 لسنة 1985.....
66	(ج) القانون 18-04 لسنة 2004
67	المحور الثاني: التعريف القانوني للمخدرات.....
67	المحور الثالث: التدابير الوقائية
67	المحور الرابع: عقوبات الفاعل الأصلي.....
68	المحور الخامس: عقوبة الاستهلاك
69	المحور السادس: عقوبة العائد.....
69	المحور السابع: عقوبة المحرض والشريك والأجنبي والشخص المعنوي
69	(أ) عقوبة المحرض
69	(ب) عقوبة الشريك
69	(ج) عقوبة الأجنبي.....
69	(د) عقوبة الشخص المعنوي.....

70	المحور الثامن: الظروف المشددة والعقوبات التكميلية
70	(أ) الظروف المشددة
70	(ب) العقوبات التكميلية
70	المحور التاسع: المصادرة والمؤهلون لمعاينة الجرائم
71	(أ) المصادرة
71	(ب) المؤهلون لمعاينة جرائم هذا القانون
71	المحور العاشر: تقييم التشريع الجزائي
72	خلاصة الباب الثامن
72	الباب التاسع: الموقف الدولي من المخدرات
72	المحور الأول: لجنة الأفيون الدولية ومعاهدة لاهاي 1909
73	المحور الثاني: عصبة الأمم 1920
73	المحور الثالث: بروتوكول 1947
73	المحور الرابع: بروتوكول الأفيون لعام 1953
73	المحور الخامس: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961
74	المحور السادس: البروتوكول المعدل للاتفاقية الوحيدة جنيف 1972
75	المحور السابع: اتفاقية المؤثرات العقلية 1971
75	المحور الثامن: اتفاقية الأمم المتحدة 1988 لمكافحة الاتجار غير المشروع
75	المحور التاسع: المكتب الأممي للمخدرات والجريمة UNODC
76	المحور العاشر: المنظمات الدولية الأخرى المعنية بمكافحة المخدرات
76	(أ) منظمة الصحة العالمية WHO
76	(ب) الإنتربول Interpol
77	(ج) منظمة الجمارك العالمية WCO
77	المحور الحادي عشر: تقييم الموقف الدولي
77	(أ) مقارنة الحرب على المخدرات War on Drugs
77	(ب) مقارنة تقليص الضرر
77	(ج) مقارنة الإصلاح التشريعي
78	خلاصة الباب التاسع
78	الباب العاشر: الوقاية من إدمان المخدرات
78	المحور الأول: مستويات الوقاية الثلاث

78	(أ) الوقاية الأولية Primary Prevention
79	(ب) الوقاية الثانوية Secondary Prevention
79	(ج) الوقاية الثالثة Tertiary Prevention
79	المحور الثاني: دور الأسرة في الوقاية من الإدمان
79	(أ) توعية الأبناء بخطورة وأضرار المخدرات
79	(ب) تجنب القسوة والعنف في التعامل مع الأبناء
80	(ج) تعزيز الثقة ومنحهم الدعم
80	(د) علاج الأمراض النفسية
80	(هـ) وضع حدود وقواعد داخل المحيط الأسري
80	(و) عدم تعاطي المخدرات في الأسرة وتوفير المثال الحسن
80	(ز) مراقبة الأصدقاء
81	المحور الثالث: دور المدرسة في الوقاية
81	(أ) برامج التوعية المدرسية
81	(ب) رصد علامات الخطر
81	(ج) الأنشطة البديلة
81	(د) تعزيز الانتماء المدرسي
81	المحور الرابع: دور المجتمع في الوقاية من الإدمان
82	(أ) إطلاق حملات إعلامية للتوعية والتثقيف
82	(ب) بناء المهارات الاجتماعية والعاطفية
82	(ج) دعم المجتمع عن طريق توفير الأنشطة البديلة
82	(د) الوقاية من العوامل الاجتماعية القائمة
82	(هـ) وضع قوانين وتشريعات لمنع تداول المواد المخدرة
83	المحور الخامس: دور الإعلام في الوقاية
83	المحور السادس: دور المسجد والمؤسسات الدينية
84	المحور السابع: دور الأنثروبولوجيا والثقافة في الوقاية
84	المحور الثامن: نموذج الوقاية المتكامل
85	خلاصة الباب العاشر
85	الباب الحادي عشر: طرق العلاج من إدمان المخدرات
85	المحور الأول: مراحل العلاج
85	(أ) مرحلة التقييم والتشخيص

85	(ب) مرحلة إزالة السمية Detoxification
86	(ج) مرحلة العلاج النفسي والسلوكي
86	(د) مرحلة إعادة الإدماج الاجتماعي
86	المحور الثاني: العلاج الدوائي
87	(أ) علاج إدمان الأفيونيات
87	(ب) علاج إدمان الكحول
87	(ج) علاج إدمان النيكوتين
88	المحور الثالث: العلاج النفسي
88	(أ) العلاج المعرفي السلوكي CBT
88	(ب) العلاج التحفيزي
88	(ج) نظام الاثنتي عشرة خطوة Step Programs-12
88	(د) العلاج الأسري
89	المحور الرابع: مراكز علاج الإدمان في الجزائر
89	(أ) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان
89	(ب) المستشفيات النفسية والعيادات المتخصصة
89	(ج) مراكز إعادة الإدماج
89	المحور الخامس: تحديات العلاج في السياق العربي
90	المحور السادس: تقييم نتائج العلاج
90	خلاصة الباب الحادي عشر
91	الباب الثاني عشر: التحولات المعاصرة لظاهرة المخدرات
91	المحور الأول: ظاهرة الفنتانيل والمواد الأفيونية الاصطناعية
91	المحور الثاني: المخدرات الاصطناعية الجديدة NPS
92	المحور الثالث: الإنترنت والويب المظلم في تجارة المخدرات
92	(أ) الأسواق السوداء في الويب المظلم
92	(ب) العملات الرقمية
93	(ج) منصات التواصل الاجتماعي
93	المحور الرابع: تأثير وسائل التواصل الاجتماعي
93	المحور الخامس: تأثير جائحة كوفيد-19 على أنماط التعاطي
93	(أ) زيادة معدلات التعاطي
94	(ب) تغير أنماط التوريد

94	(ج) ضعف الوصول إلى العلاج.....
94	(د) ظاهرة الأدوية المزيفة.....
94	المحور السادس: تقنين القنب والتحويلات القانونية.....
95	المحور السابع: الكبتاغون والشرق الأوسط.....
95	المحور الثامن: تحديات المستقبل.....
96	خلاصة الباب الثاني عشر.....
96	الباب الثالث عشر: الإطار الإحصائي العالمي والمحلي للظاهرة.....
96	المحور الأول: الإحصائيات العالمية.....
96	(أ) حجم ظاهرة التعاطي عالمياً.....
96	(ب) الإنتاج والتجارة عالمياً.....
97	(ج) الوفيات المرتبطة بالمخدرات.....
97	المحور الثاني: الإحصائيات الإقليمية.....
97	(أ) أوروبا.....
98	(ب) الأمريكيتان.....
98	(ج) آسيا.....
98	(د) إفريقيا.....
98	المحور الثالث: الإحصائيات في الجزائر.....
98	(أ) حجم الظاهرة في الجزائر.....
99	(ب) توزيع المتعاطين.....
99	(ج) المضبوطات والمتابعات القضائية.....
99	(د) علاج الإدمان في الجزائر.....
99	المحور الرابع: الخصوصيات الإقليمية في المغرب العربي.....
100	المحور الخامس: تحليل التطورات السنوية.....
100	(أ) تصاعد ظاهرة الفنتانيل.....
100	(ب) تحول مشهد الكوكايين.....
100	(ج) تصاعد المخدرات الاصطناعية.....
100	المحور السادس: تقييم الإطار الإحصائي.....
101	خلاصة الباب الثالث عشر.....
101	الخاتمة.....

102	أولاً: أبرز نتائج الدراسة.....
103	ثانياً: التوصيات.....
103	(أ) على المستوى التشريعي والقانوني.....
104	(ب) على المستوى الوقائي.....
104	(ج) على المستوى العلاجي.....
104	(د) على المستوى البحثي.....
104	ثالثاً: آفاق الدراسات المستقبلية.....
105	رابعاً: الكلمة الأخيرة.....
105	قائمة المراجع.....
106	أولاً: المراجع العربية.....
107	ثانياً: المراجع الأجنبية.....
112	ثالثاً: الوثائق الرسمية والتقارير.....
112	رابعاً: المحاضرات والمداخلات.....

مقدمة المطبوعة

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات من أخطر الظواهر الاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، إذ تمس في صميمها بنية الإنسان العضوية والنفسية والاجتماعية، وتنخر في نسيج الأسر والمجتمعات وتفرز مآسي لا حصر لها. فالمخدرات ليست ظاهرة طارئة على تاريخ البشرية، بل هي ضاربة في جذور التاريخ، إذ استخدمت لأغراض متعددة منها ما هو طبي وديني وروحي، ومنها ما هو ترفيهي واستهلاكي. وقد عرفها المصريون القدماء فاستخدموها في الطقوس الدينية وفي الطب، كما عرفها الإغريق والرومان والهنود والأمريكيون الأصليون الذين وظفوا نباتات مخدرة في ممارساتهم الشعائرية. ومع تطور العصور واكتشاف الإنسان لأنواع أقوى تأثيراً، وتحديدًا منذ الثورة الصناعية وتقدم الكيمياء الحديثة، ظهرت مخدرات مصنعة وتخليقية فائقة الخطورة، فتحوّلت العلاقة بين الإنسان والمخدر من علاقة طقوسية محكومة بضوابط ثقافية إلى علاقة استهلاكية مرتبطة بالإدمان والاتجار غير المشروع (فايد، 2006، ص. 13)؛ (سويف، 1996، ص. 21).

ونظرًا للاستخدام المفرط بين أفراد المجتمعات، نجم عن المخدرات آثار سلبية بالغة الخطورة دفعت الحكومات في جميع أنحاء العالم إلى وضع قيود وقوانين تحد من استعمالها وتحصره في الاستخدامات الطبية المضبوطة. وقد شهد القرن العشرون تطورًا ملحوظًا في التشريعات الوطنية والدولية، بدءًا من اتفاقية لاهاي 1912، مرورًا باتفاقية الأفيون الدولية 1925، وصولًا إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام 1961 المعدلة ببروتوكول 1972، ثم اتفاقية المؤثرات العقلية لعام 1971، واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لعام 1988 (United Nations, 1988, p. 3). وفي الجزائر، تطور المشرع بدوره من الأمر 09-75 لسنة 1975 إلى القانون 18-04 لسنة 2004 الذي يمثل اليوم الإطار القانوني الأهم في مكافحة الإدمان والاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية (بلبريك، 2020، ص. 45).

إن خطورة ظاهرة المخدرات لا تكمن فقط في أضرارها الصحية على الفرد المتعاطي، بل تتجاوزها إلى ما هو أخطر وأعمق؛ إذ تؤثر على البنية الاجتماعية والاقتصادية والأمنية للمجتمع بأسره. فالإدمان يستهلك الموارد البشرية والمادية للمجتمع، ويستنزف القدرات الإنتاجية للفئات الشابة التي تمثل عماد التنمية، ويولد مظاهر الانحراف والجريمة والعنف والتفكك الأسري والاجتماعي. وتؤكد تقارير المكتب الأممي للمخدرات والجريمة (UNODC) أن نحو 296 مليون شخص على مستوى العالم تعاطوا المخدرات عام 2023، بزيادة قدرها 20% عن عام 2011، وأن حوالي 39.5 مليون شخص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، وهو ما يمثل تحديًا عالميًا متعاظمًا (UNODC, 2023, p. 17).

أولاً: الإشكالية

تتمحور إشكالية هذه المطبوعة الأكاديمية حول التساؤل الجوهرى الآتى: ما الأبعاد السوسيوولوجية والنفسية والقانونية لظاهرة تعاطي المخدرات فى المجتمع المعاصر؟ وما العوامل المفسرة لانتشارها وتفشيها بين مختلف الفئات العمرية، خاصة فئة الشباب؟ وكيف يمكن التصدي لها من خلال إستراتيجية شاملة تجمع بين الوقاية والعلاج والتشريع؟ وينبثق عن هذه الإشكالية الرئيسية مجموعة من التساؤلات الفرعية:

- ما المقصود بالمخدرات والإدمان من النواحي اللغوية والاصطلاحية والعلمية والقانونية؟
- ما التصنيفات المعتمدة للمخدرات وفق معايير المصدر والتأثير والخطورة؟
- ما الأبعاد التاريخية والثقافية لظاهرة المخدرات عبر الحضارات؟
- ما العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية والإعلامية المؤدية للإدمان؟
- ما المقاربات النظرية المفسرة للسلوك الإدماني؟
- ما الآثار المتعددة الأبعاد لتعاطي المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع؟
- ما موقف الشريعة الإسلامية من المخدرات وما الأسس الشرعية لتحريمها؟
- ما الإطار القانوني الجزائري والدولي لمكافحة المخدرات؟
- ما إستراتيجيات الوقاية والعلاج المتبناة محلياً ودولياً؟
- ما التحولات المعاصرة للظاهرة فى عصر الرقمنة والويب المظلم؟

ثانياً: الأهمية

تنبع أهمية هذه المطبوعة من عدة اعتبارات أكاديمية وعملية متشابكة. فعلى المستوى الأكاديمي، تتيح للطلبة والباحثين الإلمام بأبعاد ظاهرة اجتماعية معقدة تتقاطع فيها علوم متعددة: علم الاجتماع، وعلم النفس، والقانون، والصحة العمومية، والأنثروبولوجيا الثقافية، وعلم الجريمة. وعلى المستوى التطبيقي، تشكل مرجعاً معرفياً للممارسين فى مجالات الوقاية والعلاج والإعلام التربوي، فضلاً عن كونها أداة توعوية للآباء والمربين والنشء. وتكتسب المطبوعة أهمية خاصة من تركيزها على السياق الجزائري والعربي والإسلامي، بما يخفف من الهيمنة الإستيمولوجية الغربية فى هذا المجال ويبرز خصوصيات المجتمعات المحلية (سائل، 2015، ص. 11).

كما تكتسب الدراسة أهميتها من حداثة المراجع المعتمدة فيها وتنوعها بين العربية والفرنسية والإنجليزية، ومن حرصها على ضبط التهميش بصيغة APA الحديثة، وتوسيع قائمة المراجع ليشمل الكتب الكلاسيكية والمقالات المحكمة والتقارير الدولية الحديثة. ومن الجدير بالذكر أن المطبوعة تتجاوز التأطير الوصفي للظاهرة إلى التحليل النقدي للبنيات العميقة المنتجة للإدمان، وتطرح بدائل عملية للوقاية والعلاج قابلة للتطبيق في السياق المحلي والدولي.

ثالثاً: الأهداف

تسعى هذه المطبوعة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف العلمية والتربوية المتماسكة، يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. تقديم تعريف متكامل للمخدرات والإدمان من الزوايا اللغوية والاصطلاحية والعلمية والقانونية والشرعية، بما يؤسس فهماً صلباً للظاهرة.
2. عرض التصنيفات العلمية للمخدرات وفق المصدر والتأثير ودرجة الخطورة، مع توضيح آليات عمل كل صنف وأعراضه.
3. تحليل الأبعاد التاريخية والثقافية لظاهرة المخدرات عبر الحضارات، لفهم الجذور العميقة للظاهرة.
4. تفكيك العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية والإعلامية المؤدية إلى الإدمان، وفق مقارنة تعددية.
5. عرض المقاربات النظرية الكبرى المفسرة للسلوك الإدماني، من المقاربة البيولوجية إلى السوسيولوجية والثقافية.
6. تحليل الآثار الفردية والأسرية والمجتمعية والاقتصادية والأمنية لتعاطي المخدرات.
7. تأطير موقف الشريعة الإسلامية من المخدرات بأدلته القطعية ومقاصده الشرعية.
8. عرض الإطار القانوني الجزائري المتمثل في القانون 04-18 لسنة 2004 وتطوراتاه.
9. تتبع تطور الموقف الدولي من المخدرات عبر الاتفاقيات المتعاقبة منذ 1909.

10. تقديم إستراتيجية شاملة للوقاية والعلاج تجمع بين البُعد الوقائي والعلاجي والتأهيلي.

رابعًا: المنهج

تعتمد هذه المطبوعة على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج الأمثل لمعالجة الظواهر الاجتماعية المعقدة، إذ يتيح وصف الظاهرة وتفكيك عناصرها وتحليل العلاقات بين متغيراتها. كما تُستعين بالمنهج التاريخي في تتبع الجذور التاريخية للمخدرات وتطور التشريعات الدولية، وبالمنهج المقارن في إبراز أوجه التشابه والاختلاف بين السياق الجزائري والدولي. وتوظف المطبوعة أيضًا عناصر من المنهج السوسيولوجي النقدي في تحليل البنيات الاجتماعية المنتجة للإدمان، مستلهمة من أعمال إميل دوركايم وروبرت ميرتون وببير بورديو ما يلقي الضوء على أبعاد الظاهرة البنيوية (Bourdieu, 1980, p. 47؛ (Durkheim, 1897/2002, p. 251).

خامسًا: الخطة

تتوزع هذه المطبوعة على ثلاثة عشر بابًا موزعة على ثلاثة محاور كبرى. المحور الأول: تأطير ماهي الظاهرة، ويضم الأبواب الأربعة الأولى (ماهيّة المخدرات، الأبعاد التاريخية والثقافية، أسباب وعوامل الانتشار، المقاربات النظرية المفسرة). المحور الثاني: آثار الظاهرة وتنظيمها، ويضم الأبواب من الخامس إلى الثامن (الآثار، المخدرات والجريمة، موقف الشريعة الإسلامية، القانون الجزائري). المحور الثالث: التصدي للظاهرة، ويضم الأبواب من التاسع إلى الثالث عشر (الموقف الدولي، الوقاية، العلاج، التحولات المعاصرة، الإطار الإحصائي)، تليها خاتمة تستعرض أبرز النتائج والتوصيات.

الباب الأول: ماهية المخدرات وتصنيفاتها

تعد ظاهرة الإدمان على المخدرات ظاهرة عالمية لها أبعاد متعددة وترجع لعدة عوامل متنوعة، نظرًا لخطورتها وانتشارها بصورة كبيرة عالميًا بين الفئات العمرية المختلفة داخل المجتمع. وقبل الخوض في الأسباب والآثار والمقاربات، لا بد من تأسيس الفهم على تعريف دقيق للمخدرات والإدمان من الزوايا اللغوية والاصطلاحية والعلمية والقانونية، وعرض التصنيفات العلمية المعتمدة وفق المصدر والتأثير ودرجة الخطورة. وفي هذا الباب سنتطرق لمفهوم المخدرات والإدمان ونعدد أهم التصنيفات للمخدرات، مع توضيح آليات عمل كل صنف وأعراضه على الصعيد النفسي والجسدي (سويف، 1996، ص. 30)؛ (فايد، 2006، ص. 25).

المحور الأول: تعريف المخدرات والإدمان

أولاً: التعريف العلمي للمخدرات

المخدر في تعريفه العلمي مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم. وتتميز هذه المواد بقدرتها على التأثير في الجهاز العصبي المركزي، فتثبط وظائفه العليا وتعديل من حالة الوعي والإدراك. ويرى الباحثون أن آلية عمل المخدرات تتمثل في تفاعلها مع المستقبلات العصبية في الدماغ، خاصة مستقبلات الأفيونيدات والكانابينويدات، مما يفضي إلى إطلاق نواقل عصبية كالـدوبامين والسيروتونين بنسب مرتفعة، فتولد الشعور بالنشوة والاسترخاء (Nestler, 2005, p. 1191). وهذا التفاعل البيولوجي يفسر التأثير الفوري للمخدرات، كما يفسر ظاهرة الاعتماد الفيزيولوجي والنفسي التي تنجم عن الاستعمال المتكرر.

ويذهب الباحثون في علم الأعصاب إلى أن الإدمان لا يقتصر على كونه سلوكًا اختياريًا، بل هو اضطراب مزمن في الدماغ ينتج عنه تغيرات بنيوية ووظيفية في دارات المكافأة والتحكم الإرادي. وقد أثبتت الأبحاث الحديثة أن تعاطي المخدرات لفترات طويلة يحدث تغيرات بلا رجعة في القشرة الجبهية للمخ، المسؤولة عن اتخاذ القرارات والحكم على الأمور، وهو ما يفسر عجز المدمن عن ضبط سلوكه حتى بعد التوقف عن التعاطي (Leshner, 1997, p. 45).

ثانيًا: التعريف اللغوي

كلمة مخدر هي ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الكلمة الإغريقية Narcosis والتي تعني يخدر أو يجعله مخدرًا. والمخدر لغة من الخدر وهو الضعف والكسل والفتور والاسترخاء، ويقال تخدر العضو أي استرخى فلا يطبق الحركة، ويقال تخدر واختدر أي استتر، والخادر هو الفاتر والكسلان. وعليه فالمخدر والمسكر والخمر هو التغطية والتستر والغموض والفتور والكسل، فهي تغطي صاحبها عن الحقيقة وتستر على عقله وتحجبه عن

كل فضيلة وتدفعه للرذيلة. فتدفع صاحبها للعيش في غموض وظلم وكسل وفتور (ابن منظور، 1994، مادة «خدر»).

وتطلق كلمة المخدر في اللغة الفرنسية على مواد كيميائية متعددة وحتى تلك التي تباع عند بائع العقاقير التي نستعملها في حياتنا اليومية. أما في اللغة الإنجليزية فتطلق كلمة مخدر Drug على المواد الكيميائية التي نستعملها يوميًا، كما تطلق على النباتات وعلى العقاقير الطبية وكذا على المواد السامة. وهذا الاتساع اللغوي في المفهوم الإنجليزي يفسر لماذا يفضل المتخصصون استخدام مصطلح «Substance Use Disorder» بدلاً من «Drug Addiction» في الأدبيات العلمية الحديثة (APA, 2022, p. 541).

ثالثاً: التعريف الاصطلاحي

يطلق مصطلح المخدرات اصطلاحاً على كل مادة طبيعية أو مستحضرة في المعامل من شأنها، إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة، أن تؤدي إلى فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة، والذي تكون درجته بحسب نوع المخدر وحسب الكمية المتعاطاة. وفي المقابل فإن الاعتياد أو الإدمان عليها يؤدي إلى الإضرار بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للفرد (سايل، 2015، ص. 17).

وتستخدم منظمة الصحة العالمية تعبير «المواد النفسية» (Psychoactive Substances) بدلاً من المخدرات لأن المواد النفسية تشمل مواداً واستخدامات علمية غير محظورة أو غير الخطرة، بينما يستخدم مصطلح المخدرات تعبيراً عن المواد التي تحدث الاعتماد أو الإدمان والمحرم استخدامها إلا لأغراض طبية أو علمية. ويميز التعريف الاصطلاحي للمخدرات بكونه يجمع بين أربعة عناصر جوهرية: طبيعة المادة (طبيعية أو تخليقية)، الأثر الفيزيولوجي (فقدان الإدراك)، الاعتماد النفسي والجسدي، والأضرار الصحية والاجتماعية (WHO, 2018, p. 12).

وعليه فإن المخدر هو أية مادة إذا أدخلت جسم الإنسان أن تفقده حريته في الامتناع وتؤدي إلى الإدمان عليها والتخبط في المشاكل الاجتماعية. وهذا التعريف يبرز البعد الإرادي للظاهرة؛ إذ يفقد المتعاطي، بعد فترة من التعاطي المتواصل، القدرة على المقاومة والامتناع طوعاً، ويصبح أسيراً للمادة المخدرة. وهذا البعد هو ما يميز المخدرات عن سائر المواد الأخرى، وما يبرر الفرع القانوني الذي يفرض عقوبات على التعاطي والاتجار (بلبريك، 2020، ص. 28).

رابعاً: تعريف المخدرات من الناحية القانونية

ورد تعريف المخدرات حسب النظرية القانونية للمخدرات وبعد اقتراح من لجنة الخبراء لمنظمة الصحة العالمية عام 1969 في التقرير السابع عشر لها، وخلصوا إلى تحديد المفهوم القانوني للمخدرات بأنه: «كل مادة طبيعية كانت أو مصنعة تستطيع خلق

آثار على الجهاز العصبي، اعتماد جسدي ونفسي، خطر على الجانب الصحي والاجتماعي». ويتميز التعريف القانوني بكونه يربط بين الخصائص الفيزيولوجية للمادة وبين خطورتها الاجتماعية والصحية، وهو ما يبرر تدخل المشرع لتنظيم استعمالها وفرض عقوبات على المتعاملين بها (الهوانة، 2018، ص. 19).

وقد عرف المشرع الجزائري المخدرات تعريفاً دقيقاً في المادة 02 من القانون 04-18 المؤرخ في 24 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، إذ نص على ما يلي: «المخدر هو كل مادة طبيعية كانت أم تركيبية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول سنة 1972، وكل مادة مصنفة وطنياً كمخدر». أما المؤثرات العقلية فهي كل مادة طبيعية كانت أم اصطناعية، أو كل منتج طبيعي مدرج في الجدول الأول أو الثاني أو الثالث أو الرابع من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971، وكل مادة مصنفة وطنياً كمؤثر (القانون 04-18، المادة 02).

خامساً: تعريف الإدمان

يعرف المعجم الكبير Larousse لعلم النفس الإدمان على أنه علاقة تبعية مرضية. ويعرف Doron و Parot (2005) الإدمان في معجم علم النفس على أنه اضطراب سلوكي يتميز بالرغبة الملحة في الحصول على مادة سامة وجزئياً على تأثيراتها الإيجابية وذلك للتخلص من التأثيرات المزعجة للانسحاب. ومن الناحية الطبية فيعرف على أنه عملية مرضية تؤثر بشكل خاص على الصحة الجسدية والعقلية والانفعالية، وتخل بالمقابل حياة المتعاطي العائلية وعلاقاته مع الغير وعلاقات العمل (Doron & Parot, 2005, p. 23).

ويرى Stanton Peele الإدمان من منظور تأثير المحيط الاجتماعي بأن الإدمان هو تعلق الفرد بإحساس بشيء أو بفرد آخر بحيث ينخفض لديه التحكم والقدرة على اعتبار العناصر الأخرى أو يعتبره المصدر الوحيد للتعزيزات. وحسب هذا التعريف فإن الإدمان يعتبر توافق الفرد مع محيطه بحيث أن تعرضه لأي مشاكل حوله فإن الحل أمامه هو اللجوء إلى الحل الإدماني التي يهيئها له المحيط (Peele, 1985, p. 38).

وعليه يمكن تعريف الإدمان على أنه اضطراب مزمن في نظام الجسم والدماغ يتميز بالرغبة القهرية في البحث عن المادة وتعاطيها رغم العواقب الصحية والاجتماعية والقانونية الوخيمة، مع فقدان التحكم في الكمية والتواتر، وتطور حالة من التحمل الفيزيولوجي تقتضي زيادة الجرعة لتحقيق الأثر نفسه، وظهور أعراض انسحابية مؤلمة عند التوقف عن التعاطي. ويفسر المنظور الطبي الحديث الإدمان بوصفه مرضاً مزمنًا قابلاً للانتكاس، وليس مجرد ضعف في الإرادة أو خلل أخلاقي، وهو ما يستتبع اعتماد

مقاربة علاجية تشاركية تتداخل فيها الأبعاد الطبية والنفسية والاجتماعية (Leshner, 1997, p. 47)؛ (Marlatt & Gordon, 1985, p. 8).

“الإدمان ليس ضعف إرادة بل هو مرض مزمن في الدماغ ينتج عنه تغيرات بنوية ووظيفية تستوجب العلاج المتخصص والدعم المستمر، تمامًا كأي مرض مزمن آخر كالسكري وارتفاع الضغط الدموي.” — Leshner (1997, p. 46)

المحور الثاني: أنواع وأصناف المخدرات

تتعدد وتتنوع أشكال وأنواع المخدرات نظرًا لمدى انتشارها الكبير وتقشيتها عالميًا وتأثيرها الواسع عبر المجتمعات وعلى مختلف الفئات العمرية في المجتمع، بحيث لا يمكن تبعًا لذلك حصرها وفقًا لتصنيف معين ولا يوجد اتفاق دولي موحد حول تصنيفها. لذلك تتعدد أنواع المخدرات وفقًا لمعايير متعددة، أهمها التصنيف وفق المصدر، والتصنيف وفق التأثير، والتصنيف وفق درجة الخطورة والجدولة القانونية (سويف، 1996، ص. 42).

أولاً: تصنيف المخدرات حسب المصدر

يقسم هذا التصنيف المخدرات وفق أصل المادة إلى ثلاثة أصناف رئيسية: المخدرات الطبيعية المستخلصة من نباتات، والمخدرات المصنعة المستخرجة من المواد الطبيعية بعد معالجتها كيميائيًا، والمخدرات التخليقية المركبة في المخابر دون أي أصل نباتي. ويعود هذا التصنيف إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 التي ميزت بين المخدرات الطبيعية والمصنعة لأغراض الرقابة الدولية (United Nations, 1961, art. 1).

(أ) المخدرات الطبيعية

تعد طبيعية لأنها مواد تستخلص من النباتات التي يتم زراعتها بطريقة غير مشروعة، وهي نباتات تحتوي أوراقها أو ثمارها على مواد مخدرة. ومن بين هذه المخدرات الطبيعية الحشيش، الكوكايين، الماريجوانا، القات، الأفيون. وتمثل المخدرات الطبيعية اليوم نسبة معتبرة من المخدرات المتداولة عالميًا، خاصة في المناطق التي تشتهر بزراعة هذه النباتات كأفغانستان وكولومبيا والمغرب ولبنان (UNODC, 2023, p. 35).

الحشيش: تستخرج مادة الحشيش من نبات القنب الهندي *Cannabis Sativa*، ويعتبر الحشيش من المواد المهلوسة، وقد تمت الإشارة إليه لأول مرة عام 2737 ق.م في كتاب صيدلة وهو كتاب من تأليف صيني، وهو الأكثر انتشارًا وتعاظمًا بين الشباب بعد أن عرفه العرب والأوروبيون. ويأتي على شكل ألواح ذات قوام طيني تدرج ألوانه من اللون الأسود حتى اللون البني. ويعتبر القنب الهندي من النباتات التي تنمو بريًا ويمكن حتى زرعها، وتستخرج مادة الحشيش من الأوراق والقمم الزهرية لنبات القنب، ثم يشكل الإفراز

الراتنجي المستخلص. ويحتوي دخان الحشيش على أكثر من 400 مركب، ويحتوي في المقابل على مادة فعالة تتمثل في دلتا-9-تيترا-هيدروكانابينول (THC: D9-Delta9-tetrahydrocannabinol). ويستعمل القنب عن طريق التدخين ويمزج بالتبغ وذلك على شكل سجائر أو في غليون يسمى بـ«سبسي» Sebsi أو «الشيشة»، كما يخلط الحشيش ببعض المواد مثل الحناء ثم يلف ويقطع من القماش أو يقطع إلى أجزاء صغيرة وتلف في ورق السيلوفان وذلك على النحو المعروف تداوله (فايد، 2006، ص. 41).

تأثير تعاطي الحشيش

يسبب تعاطي هذا النوع من المخدرات عدة تأثيرات على الشخص المتعاطي خاصة إذا لمدى طويلة أو بجرعات عالية، منها على الصعيد النفسي ومنها ما يؤثر على الجسم:

تأثير تعاطي الحشيش من الناحية النفسية

- التآزر الحركي، المرح، الإحساس ببطء الزمن، اضطراب الحكم، العزلة الاجتماعية، وهي أعراض تظهر على المتعاطي لها أثناء أو في وقت قصير من تعاطي الحشيش.
- ظهور هلاوس دون اختلال العلاقة بالواقع، ويمكن ظهور أوهام سمعية بصرية وقد تكون حسية مع غياب الهذيان. ويشير عدم فقدان العلاقة بالواقع إلى إدراك جزء من الواقع الخارجي، وإذا غاب هذا الإدراك قد يتعلق الأمر باضطراب ذهاني تابع لاستعمال المادة.
- التأثير على بعض الموصلات العصبية في الدماغ، مما يؤدي إلى الدخول في حالة إكتئاب وبالنتيجة التأثير على قدرة التذكر والتركيز والانتباه.
- يؤدي التعاطي المستمر لها ولسنوات طويلة إلى ضمور في الدماغ، خاصة في المناطق المسؤولة عن الذاكرة والتعلم (Volkow et al., 2014, p. 2811).

تأثير تعاطي الحشيش من الناحية الجسمية

- زيادة دقات القلب، احتقان العين.
- ويعاني المتعاطي كذلك من أعراض التسمم بعد زوال التأثيرات قصيرة المدى.
- يؤدي تعاطي الشخص للحشيش مع التبغ إلى نقصان حامض المعدة والالتهاب في المعدة والأمعاء وذلك تدهور وظائف المعدة.

الماريجوانا

تستخرج الماريجوانا من نبات القنب ويحتوي على مركب THC المسؤول عن التأثيرات النفسية. وقد كشفت الدراسات الحديثة أن نسبة THC في الماريجوانا المعاصرة ارتفعت بشكل ملحوظ من نحو 4% في التسعينيات إلى أكثر من 15% اليوم، بل قد تصل في بعض السلالات المهندسة إلى 30%، مما يجعل تأثيرها النفسي والجسدي أخطر بكثير من الماريجوانا التي عرفتها الأجيال السابقة (Volkow et al., 2014, p. 2812). وللماريجوانا عدة تأثيرات:

على الصعيد النفسي:

- تسبب تصورات مشوهة لمتعاطيها.
- إبطاء نشاط الدماغ.
- تسبب الهلوسة وتشوه إدراك الزمن واللون والمكان.
- الشعور بالقلق أو الذعر بالنسبة لمتعاطيها لأول مرة.
- الذهان، خاصة لدى المستعدين وراثيًا (Murray et al., 2017, p. 368).

على الصعيد الجسدي:

- التهاب القصبات.
- الأزيز التنفسي.
- السعال.
- زيادة البلغم.
- ألم في البطن.

القات

يعتبر القات نوعًا من أنواع المخدرات ذات المصدر الطبيعي، وهو عبارة عن شجرة دائمة الخضرة يتراوح طولها بين خمسة وعشرة أمتار، أوراقها بيضاوية مدببة. وقد أطلق على هذا النبات اسم علمي Catha edulis ولأول مرة من قبل عالم النباتات السويدي بير فورسكال Per Forsskal. وتعد هذه النبتة من النباتات المزهرة التي تنبت في جنوب غرب الجزيرة العربية. وقد شاع في بعض الوثائق التاريخية، ورجوعًا إلى حوالي القرن الرابع عشر ميلادي، استعمال هذه النبتة عن طريق المضغ في منطقة جنوب البحر الأحمر وبصفة خاصة في اليمن والحبشة. وقد كان السكان حينًا يأكلون أوراق شجرة القات الصغيرة بهدف تنشيط الذاكرة، وفي المقابل كانت لها آثار سلبية على جسم الإنسان، الأمر الذي أثار الجدل

بين اليمينيين ودفعهم للجوء إلى فتوى حول موجبات تحريمها والذي ما زال لحد الآن (الهوانة، 2018، ص. 56).

آثار وأضرار القات:

- يسبب الضعف الجنسي.
- زيادة نسبة السكر في الدم ما يعرض متعاطيه للإصابة بمرض السكري.
- تقليل نسبة البروتين في الدم مما يؤثر على نمو الجسم، فيؤدي إلى ضعف بنية متعاطيه وأغلبهم يكونون ذا جسم هزيل وضعيف.
- يؤثر على شهية من يتعاطاه مما يؤدي إلى فقدان الشهية.
- يسبب اضطرابات نفسية كالقلق والأرق والاكتئاب عند الانقطاع عن التعاطي (WHO, 2018, p. 23).

الكوكا (الكوكايين بعد التصنيع)

تستخرج مادة الكوكايين من نبات الكوكا، وهو عبارة عن مخدر طبيعي منشط. وقد عرفت هذه النبتة منذ ألفي سنة عند قبائل الإنكا في عصور الازدهار، حيث كانت هذه القبائل تعتبر هذه النبتة شيئاً ثميناً ويتوقف استخدامها لدى طبقة النبلاء ورجال الدين. وهو شجيرة من المناطق الجبلية الشرقية لأمريكا الجنوبية (البيرو، بوليفيا، وكولومبيا) حيث يقوم الفلاحون في هذه المنطقة بمضغ أوراق الكوكا بغية مكافحة الجوع والتعب وبغرض دفع اليأس عنهم. وهو عبارة عن بودرة بيضاء تستعمل عن طريق الاستنشاق ونادراً ما تتعاطى عن طريق الحقن، وتعتبر مخدراً موضعياً فعالاً.

ذلك أنه وفي سنة 1860 تمكن نيمان Niemann من استخلاص مادة الكوكايين واستعمالها لأغراض طبية، واكتشف بعدها كارل كولر Karl Koller سنة 1885 استخدامه كمخدر موضعي لإجراء جراحات العيون، واستمر استخدامه بهذه الإيجابية لمدة من الزمن. وقد استغلت بعض الشركات هذه النبتة لكسب الأرباح دون مراعاة لآثاره السلبية عن طريق استخلاص الكوكايين من أوراقها بطريقة غير مشروعة، وخاصة في منطقة الأنديز في منطقة الأمازون، الأمر الذي نجم عنه عواقب وخيمة، إضافة إلى الحالات التي توالى بعد استخدام الحقن بالكوكايين خاصة بعد زيادة الجرعة، وظهرت على مستعملها مشكلات سلوكية اجتماعية وأضراراً كثيرة. ولهذا السبب يعتبر عقاراً قوياً وخطيراً وله آثار ضارة خطيرة سواء على المدى القريب أو البعيد (Courtwright, 2001, p. 39).

الآثار المترتبة على تعاطي الكوكا:

آثاره على الجانب النفسي:

- اضطرابات عقلية مع أفكار هذائية أو هلاوس.
- تغيرات سيكولوجية وسلوكية كالمرح الشديد واليقظة الشديدة أو إنهاك انفعالي.

• الإصابة باضطرابات المزاج.

• الإصابة بالتوتر والعدوانية.

• اضطراب في الوظائف الاجتماعية والمهنية.

• اضطرابات النوم.

آثاره على جسم المتعاطي:

• اتساع حدقة العين.

• الإصابة بضبابية في الرؤية.

• زيادة سرعة دقات القلب أو بطء خفقانه.

• الإصابة بحالات مرضية حادة في القلب واضطراب في الأوعية الدموية كالإصابة بجلطات دماغية أو نوبات قلبية المؤدية للوفاة المفاجئة.

• الإصابة بالفشل الكلوي وتليف الكبد.

• الغثيان أو القيء.

• فقدان الوزن.

• فقدان حاسة الشم ورشح مزمن ونزيف الأنف.

• ظهور مشكلات في البلع وبرة في الصوت بعد التعاطي المستمر للكوكا.

الأفيون

يرجع أصل الأفيون إلى الكلمة اللاتينية Opium وتعني العصير الذي يستخرج من ثمار نبتة الخشخاش، حيث يخرج منها سائل أبيض حليبي عند شقها وسرعان ما يتجمد فور تعرضه للهواء وبدوره يتحول إلى مادة رمادية صلبة هي الأفيون. وقد كان أول ظهور له في عام 4000 قبل الميلاد، وحينها أطلق عليه بنبات السعادة نظرًا لأعراضه على

مستهلكيه. هذا وقد تعلمه الأطباء حينها بغرض العلاج واكتشفوا تأثيره بالإدمان على من يستهلكه (Escotado, 1989, p. 17).

ويستخرج من الأفيون الخام المورفين والكوديين والباافرين، ويستخلص من المورفين لتكون مخدرات مصنعة سنتكلم عنها لاحقاً، وغيره من أنواع المخدرات. فله تأثيرات جانبية على مستهلكيه:

آثاره على الجانب النفسي:

- تغيرات سيكولوجية وسلوكية، ظهور نشوة في البداية ثم ظهور حالة من التبدل والحزن.

- ظهور حالة التهيج أو بطء حركي.

- الإصابة باضطرابات الحكم.

- اضطراب في الوظائف الاجتماعية والمهنية.

- اضطرابات النوم.

- أوهام سمعية أو بصرية أو حسية مع غياب الهذيان وهلوسات.

- اضطرابات المزاج في حالة تناول مضادات الأفيون.

آثاره على جسم المتعاطي:

- ضيق حدقة العين.

- التعاس أو الغيبوبة.

- ثقل الكلام.

- زيادة إفراز الدموع ومخاط الأنف.

- الغثيان أو القيء.

- آلام عضلية.

- تدمير خلايا المخ ويؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات العقلية.

- جفاف الفم.

- ارتفاع ضغط الدم.

- تليف الكبد والكلبتين.

(ب) المخدرات المصنعة

عبارة عن مواد مستخرجة من نباتات طبيعية مذكورة آنفاً، والتي تم معالجتها مع بعض الإضافات الكيميائية بحيث تكون المادة الناتجة عن هذا التفاعل ذات تأثير أشد وأقوى من المادة الأصلية لتعمل عمل المخدر. ويمكن ذكرها كالتالي:

الهيروين

يعتبر الهيروين من أشهر أنواع المخدرات المصنعة والتي يتم استخراجها من مادة المورفين، هذه الأخيرة التي يتم استخراجها من مادة الأفيون باعتباره العصارة اللبنية التي تم استخراجها من نبات الخشخاش غير الناضجة. حيث يحتوي الأفيون على أكثر من 20 مركباً كيميائياً، والذي يعد معظم هذه المواد ذات تأثير طبي، ومن بين أهمها مادة المورفين التي يتم استعمالها بهدف تسكين الآلام الشديدة، وبالأخص الذين يعانون الآلام الناتجة عن السرطان. إلا أن الاستعمال المستمر والمفرط لها من قبل متعاطيها واستهلاكها أدى إلى أعراض سلبية ومضرة على متعاطيها منها على الجانب النفسي وأخرى تؤثر على الجسم (فايد، 2006، ص. 78).

الآثار المترتبة على تعاطي الهيروين:

آثاره على الجانب النفسي:

- الإصابة بحالة الأرق المستمرة.
- ظهور الأمراض النفسية على من يتعاطاه مثل الاكتئاب.
- آثاره على جسم المتعاطي:
- الإصابة بالأمراض التنفسية كالالتهاب الرئوي.
- الإصابة بأمراض قلبية.
- الإصابة بفشل كلوي.
- ظهور التهابات جلدية خطيرة على جسم الشخص الذي يتعاطاه.
- يصاب البعض من متعاطيه بمرض الإيدز نتيجة الحقن في بيئة غير معقمة.
- انسداد الأوردة نتيجة للحقن المتكرر.

- التسبب بالوفاة المفاجئة نتيجة الهبوط الحاد الذي يسببه المخدر في الدورة الدموية.

المورفين

وهو من المركبات الأساسية في الأفيون ويستخرج منه ويستعمل بغرض تخفيف الآلام، خاصة لدى مرضى السرطان في المراحل المتقدمة. ورغم قيمته الطبية العالية، فإن استعماله خارج الإطار الطبي يولد اعتمادًا نفسيًا وجسديًا شديدًا، ويترتب عنه أعراض انسحابية بالغة الألم عند التوقف. وقد دفعت هذه الخطورة منظمة الصحة العالمية إلى تصنيفه ضمن القائمة الثانية من السلالم الدولية للمواد الخاضعة للرقابة (WHO, 2018), (p. 31).

(ج) المخدرات التخليقية

عبارة عن مواد كيميائية بحتة لا يعود أصل استخراجها إلى مواد طبيعية، وإنما هي مخدرات مركبة وعقاقير تصنع من مواد كيميائية ومركبات أخرى داخل المعامل أو مراكز البحث، وتعمل على التخدير وتكون على شكل أقراص وكبسولات. ومن بين هذه المخدرات:

- بديلات المورفين: وهي مركبات تتشابه والمورفين في تأثيرها إلا أنها تختلف في تركيبها الكيميائي، ومن أشهرها البيتين والديميرول ويتم تعاطيها عن طريق الحقن.

- المنومات: وتأتي على شكل أقراص أو كبسولات من بينها البنزوتال والسيكونال المعروف باسم «الفراولة» أو «الشيطان الأحمر»، وهناك الأميثال والفينو باربيتال، ويختلف تأثيرها من نوع لآخر حسب مدى طول أو قصر مفعولها.

- المنبهات وعقاقير الهلوسة.

- المنشطات: التي تعمل على تنشيط الجهاز العصبي، من بينها المخدرات الطبيعية التي تم ذكرها سابقًا.

- المهدئات: وهي عبارة عن عقاقير توصف بغرض طبي للعلاج لحالات القلق والتوتر وبعض حالات الصداع، إلا أن البعض استغل استعمالها بغير غرض طبي أو وصفة طبية في الكثير من الدول العربية والإسلامية.

الفاليوم (Diazepam)

وهو عقار يستخدم طبيًا لعلاج حالات القلق والأرق وآلام العضلات ولعلاج حالات الانسحاب من إدمان الكحول، ويستخدم لعلاج مساعد في شلل العضلات التشنجي والشلل

النصفي والرابعي الناجم عن الإصابات الدماغية أو الحبل الشوكي أو السكتة الدماغية أو التصلب المتعدد. وكغيره من أنواع المخدرات السابقة، له تأثيرات على مدمنيه بشكل مفرط:

- اضطراب السلوك والأفكار.
- الدخول في حالة وهم بالشعور بعدم الخوف من المخاطر والاندفاع نحو المخاطر.
- الخلل في المزاج.
- التفكير في الانتحار.
- الشعور بفرط في النشاط.
- الانفعال والعذوانية.
- ضعف في التنفس.
- الإصابة بارتعاشات العضلات أو الرجفة.

المحور الثالث: تصنيف المخدرات حسب تأثيرها

تتنوع المخدرات كل نوع وحسب تأثيرها على متعاطيه والتأثيرات والأعراض التي تنجر على من يدمنها ويتعاطاها وعلى نشاطه العقلي وعلى نفسيته. ويمكن تصنيفها كالاتي:

(أ) المسكرات

من المسكرات التي تسبب حالة السكر على متعاطيها مثل إدمان: الكحول، حيث يؤدي تناوله بكمية كبيرة إلى شعور مدمنيه بالنشوة والصعوبة في التحكم في الكلام والسلوك وثقل اللسان واضطرابات سلوكية والعذوانية تجاه الغير والاستهتار بهم وعدم التحكم بحركاته وغيرها من الأعراض. وكذلك الكلوروفورم والبنزين. ويعتبر الكحول من أكثر المواد الإدمانية انتشاراً في العالم، إذ يقدر عدد المستهلكين له بأكثر من 2 مليار شخص، وتُعزى إليه نحو 3 ملايين وفاة سنوياً وفق تقارير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2018), (p. 41).

(ب) مسببات النشوة

من المخدرات التي يتعاطاها الإنسان وتدخله في حالة نشوة من بينها الأفيون ومشتقاته. وتتميز هذه المواد بإحداث شعور بالنشوة الأولى يليه انهيار نفسي وجسدي، وهو ما يفسر دورة الإدمان المتكررة حيث يسعى المتعاطي لإعادة تجربة النشوة الأولى دون أن يصل إليها أبداً (فايد، 2006، ص. 92).

(ج) المهلوسات

تضم مواد طبيعية وأصلها طبيعي، من بين هذه المهلوسات مثل القنب الهندي (الحشيش) وكذا الميسكالين وفطر الأمانيت ونباتات أخرى كانت تنمو في أوروبا. وكان استعمالها يحمل الطابع الثقافي والتاريخي إلى حين وصلت في وقتنا المعاصر إلى تعاطيها بشكل قوي وبشكل سلبي، والاستعمال المفرط لها له تأثيرات عدة:

تأثيراتها على الجانب النفسي:

- تغيرات سلوكية أو سيكولوجية كالاكتئاب والخوف من الجنون.
- اضطرابات التحكم.
- اضطراب الوظائف الاجتماعية والمهنية.
- كما تظهر اختلالات إدراكية مع اضطراب الشخصية وفقدان الواقعية والدخول في حالة توهمات وهلوسات، واضطراب الحس.
- تأثيرها على جسم متعاطيها: كغيره من المخدرات يؤثر هو الآخر على جسم متعاطيه بآثاره تشبه الأنواع الأنفة الذكر، ومن بينها:
- اتساع حدقة العين.
- ارتفاع معدل دقات القلب.
- التعرق.
- اضطرابات الرؤية.
- ظهور ارتعاشات.
- اضطرابات حركية.

(د) المنبهات

تشمل المنبهات الكوكايين والأمفيتامينات والنيكوتين والكافئين، وتعمل على تنشيط الجهاز العصبي المركزي وزيادة اليقظة والتركيز مؤقتاً. بيد أن الاستعمال المتكرر يؤدي إلى استنزاف الطاقة العصبية وانهيار الحالة النفسية والجسدية، فضلاً عن تطور الاعتماد النفسي والتحمل الفيزيولوجي (Nestler, 2005, p. 1195). وتعتبر المنبهات الصناعية كالأمفيتامينات من أكثر المخدرات انتشاراً في العقود الأخيرة، خاصة بين الطلبة

والرياضيين وعمال المهن الشاقة الساعين لزيادة الأداء، رغم المخاطر الجسيمة المترتبة عنها.

(هـ) المهدئات والمنومات

تشمل مهدئات الصنفين البنزوديازيبينات والباربيتورات، وتعمل على تثبيط الجهاز العصبي المركزي وإحداث النعاس والنوم. وتستعمل طبيًا في علاج القلق والأرق والصرع، لكن سوء الاستخدام يولد اعتمادًا شديدًا، خاصة عند الجمع بينها وبين الكحول، حيث يتضاعف التثبيط التنفسي وقد ينتهي بالوفاة. وقد سجلت الإحصائيات الطبية أن نسبة معتبرة من حالات التسمم الدوائي في أقسام الإسعاف تعود إلى تناول جرعات زائدة من المهدئات (WHO, 2018, p. 47).

خلاصة الباب الأول

يتضح من خلال هذا الباب أن المخدرات تتميز بتنوع كبير في مصادرها وأنواعها وتأثيراتها، وأن الفهم العلمي الدقيق لها يستوجب اعتماد تصنيفات متعددة متكاملة. فالتصنيف وفق المصدر يميز بين الطبيعي والمصنع والتخليقي، والتصنيف وفق التأثير يميز بين المسكرات والمهلوسات والمنبهات والمهدئات، والتصنيف القانوني يدرجها في جداول الرقابة الدولية وفق درجة خطورتها. كما تجلّى أن لكل صنف من المخدرات آثاره النفسية والجسدية الخاصة، وأن الفروق الفردية في الاستجابة للمادة تتدخل فيها عوامل وراثية وبيئية ونفسية متعددة. ويؤسس هذا الفهم الشمولي للانتقال في الباب الموالي إلى الأبعاد التاريخية والثقافية للظاهرة، حيث سُنستكمل صورة الموضوع بنتبع جذوره الممتدة في التاريخ الإنساني (سوف، 1996، ص. 58)؛ (Escohotado, 1989, p. 25).

الباب الثاني: الأبعاد التاريخية والثقافية للمخدرات

لا يمكن فهم ظاهرة المخدرات في المجتمعات المعاصرة دون إعادة الاعتبار إلى الجذور التاريخية والثقافية الممتدة لها في أعماق الحضارة الإنسانية. فالعلاقة بين الإنسان والمواد المخدرة علاقة قديمة قدم الإنسان نفسه، إذ وثقت الحفريات الأثرية والنصوص القديمة استعمال النباتات المخدرة في طقوس دينية وعلاجية واجتماعية منذ آلاف السنين. وقد شكلت هذه النباتات في معظم الحضارات القديمة مكونًا ثقافيًا متجذرًا، يُوظف في الاتصال بالآلهة وفي الطب الشعبي وفي الطقوس الانتقالية، قبل أن تتحول بفعل العوامل الاقتصادية والسياسية في العصر الحديث إلى ظاهرة إدمان واتجار غير مشروع (Escohotado, 1989, p. 11)؛ (Courtwright, 2001, p. 12).

المحور الأول: الاستخدام التاريخي للمخدرات عبر الحضارات

أولاً: الحضارات القديمة

استخدمت الحضارات القديمة المخدرات في سياقات متنوعة، فاستخدمها المصريون القدماء لأغراض الدين والتعبد وكذا الطب، إذ وثق بردية إيبيرس (1550 ق.م) ما يزيد عن 700 وصفة طبية تشمل الأفيون والقنب. وكان الأفيون يُعد هدية الإله توت، إله الحكمة والطب، ويستخدم في طقوس المعابد لتخدير المرضى قبل العمليات الجراحية البدائية. أما في بلاد الرافدين، فقد وثقت الألواح المسمارية استعمال خشخاش الأفيون في طقوس دينية، إضافة إلى استعمال القنب في جلسات التنجيم والكهانة (سويف، 1996، ص. 18).

وفي الحضارة الإغريقية، ارتبط الأفيون بطقوس ديونيسوس إله الخصوبة والنشوة، كما استخدمه أبقرات وأبقراط ومن بعده جالينوس في الطب. أما الهنود القدماء فقد ألفوا الريحفيا (1500 ق.م) أشادوا فيها بـ«سوما»، شراب مقدس يُستخرج من نبات لا يزال مجهول الهوية بدقة، وكان يُستعمل في طقوس الضحية والتواصل مع الآلهة. وفي الصين الإمبراطورية، وثق الإمبراطور شين نونغ (2737 ق.م) في كتابه المسمى «بن تساو»، وهو أقدم مرجع صيدلي صيني، الاستخدامات الطبية للقنب في علاج النقرس والملاريا والروماتيزم وأمراض أخرى (فايد، 2006، ص. 31).

ثانيًا: الحضارة الإسلامية

شهدت الحضارة الإسلامية تطورًا ملحوظًا في فهم المخدرات واستخداماتها الطبية، إذ برع الأطباء المسلمون كابن سينا والرازي والزهراوي في تصنيف النباتات الطبية والمخدرة ووصف جرعاتها. وقد خصص ابن سينا في كتابه «القانون في الطب» أبوابًا مفصلة للأفيون والقنب والحشيشة، ووصف آثارها العلاجية والجانبية بدقة مذهلة. كما أورد الرازي في كتابه «الحاوي» وصفات عديدة تستخدم فيها المخدرات الطبيعية لتسكين الآلام وإجراء العمليات الجراحية. وقد ميز الفقهاء المسلمون بين المسكر والمخدر في أحكامهم الفقهية، فأجمعوا على تحريم المسكرات بنص القرآن، واختلفوا في المخدرات قبل أن يستقر الإجماع على تحريمها قياسًا على الخمر واعتبارًا لمقاصد الشريعة في حفظ العقل (الهوانة، 2018، ص. 31).

وفي الأندلس، ازدهرت زراعة الأفيون والقنب لأغراض طبية، وظلت كتب الأدوية الأندلسية مرجعًا لأطباء أوروبا لقرون طويلة. كما اشتهر بعض المتصوفة في العصور الإسلامية الوسطى بتناول الحشيش في طقوسهم الذكرية للوصول إلى أحوال روحية معينة، وهو ما أثار جدلًا فقهيًا واسعًا، انتهى بفتاوى ابن تيمية وتلميذه ابن القيم بتحريم الحشيش تحريمًا قاطعًا وتكفير مستحله (ابن تيمية، 1986، ص. 174).

ثالثًا: الحضارة الأمريكية الأصلية

استعملت الشعوب الأصلية في الأمريكيتين نباتات مخدرة مثل الكوكا والبيوتي والتاباكو في طقوسها الدينية والاجتماعية. وكانت قبائل الإنكا في البيرو تعتبر نبتة الكوكا

هدية من الإله إنتي، إله الشمس، وتستخدمها في طقوس التتويج والاحتفالات الدينية والحروب. كما استعملت قبائل الأزتيك في المكسيك الفطر المهلوس التبولناني (*Psilocybe mexicana*) في طقوس دينية للاستشراف والاتصال بالآلهة. أما قبائل السهول في أمريكا الشمالية فقد استعملت نبات البيوتي (*Lophophora williamsii*) في طقوس كنيسة الأمريكيين الأصليين التي لا تزال قائمة حتى اليوم (Courtwright, 2001, p. 24).

وقد لاحظ الباحثون الأنثروبولوجيون أن هذه الشعوب وضعت ضوابط صارمة لاستعمال المخدرات ضمن إطار الطقوس الدينية، فحصرت التعاطي في المناسبات المقدسة وفي حضور الشامان، وقيّدت الجرعات وأنواع المخدر المسموح بها. هذا التنظيم الثقافي الصارم هو ما منع تحول الاستعمال الطقوسي إلى إدمان واسع الانتشار، وهو ما افتقرت إليه المجتمعات الصناعية الحديثة (Lenson, 1995, p. 28).

المحور الثاني: التحول من الاستخدام الطقوسي إلى الاستخدام الترفيهي

أولاً: الثورة الصناعية وعزل المخدر عن سياقه الثقافي

شكلت الثورة الصناعية في القرن التاسع عشر منعطفًا حاسمًا في تاريخ المخدرات، إذ فصلت بين المخدر وسياقه الثقافي والطقوسي التقليدي وحولته إلى سلعة استهلاكية مربحة. فقد أدى تطور الكيمياء الحديثة إلى عزل المادة الفعالة من النباتات كالمورفين من الأفيون (1806) والكوكايين من الكوكا (1860) والهيروين من المورفين (1874)، فأصبحت هذه المواد متاحة بكميات كبيرة ونقاوة عالية لم تكن معروفة من قبل. وفي الوقت نفسه، أدى التوسع الاستعماري إلى توسيع التجارة الدولية في هذه المواد، فتحول الأفيون من محصول محلي محدود الاستعمال إلى تجارة عالمية ضخمة، خاصة بعد حروب الأفيون بين الصين وبريطانيا (1839-1860) التي فتحت السوق الصينية قسرًا للتجارة البريطانية في الأفيون (Escohotado, 1989, p. 89).

وقد ترتب عن هذا التحول الجذري تحول أنماط الاستعمال من التعاطي الطقوسي الموسمي المحكوم بضوابط ثقافية إلى التعاطي اليومي الاستهلاكي غير المضبوط، مما أدى إلى انتشار الإدمان وظهور المشكلات الصحية والاجتماعية المرتبطة به. كما ظهرت في هذه المرحلة التجارة غير المشروعة والاتجار الدولي بالمخدرات، وتمركزت شبكات التهريب في مناطق زراعة معينة كالشرق الأوسط وجنوب شرق آسيا وأمريكا الجنوبية (Seddon, 2010, p. 47).

ثانيًا: ظهور المخدرات التخليقية في القرن العشرين

شهد القرن العشرون ظهورًا متسارعًا للمخدرات التخليقية التي لا تعتمد على نباتات طبيعية في إنتاجها، إذ تمكن علماء الكيمياء من تركيب مواد جديدة ذات تأثيرات نفسية قوية،

كالأمفيتامينات (1932) والميثادون (1941) والـ (LSD) (1943) وحديثاً الفنتانيل والمواد الأفيونية الاصطناعية. وفتح هذا التطور الباب أمام صناعة دوائية ضخمة، كما فتح الباب أمام ظاهرة «المخدرات التصميمية» Designer Drugs، وهي مواد معدلة جزيئياً لتفادي التصنيف القانوني، وتظهر في السوق السوداء بأسماء متغيرة باستمرار (UNODC, 2023, p. 71).

وقد أدى هذا التطور إلى تعقيد ظاهرة الإدمان وزيادة صعوبة مكافحتها، إذ تواكب شبكات التهريب التطورات العلمية وتنتج مواداً جديدة فور إدراج المادة السابقة في الجداول الدولية. كما أن سهولة تركيب بعض هذه المواد في مختبرات منزلية، كالأمفيتامين، فتح الباب أمام ظاهرة المختبرات المنزلية التي تنتشر سموماً مضاعفة في الأوساط المدمنة (Inciardi, 2008, p. 112).

المحور الثالث: الأبعاد الثقافية للإدمان في المجتمعات المعاصرة

تتجاوز الأبعاد الثقافية للإدمان مجرد البحث في السياقات التاريخية لتشمل تحليل البنى الرمزية والقيمية التي تنتج وتغذي ظاهرة الإدمان في المجتمعات المعاصرة. فقد ربط علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا انتشار الإدمان بظواهر ثقافية معاصرة منها فردانية المجتمع الصناعي وانهيار الضوابط التقليدية وانتشار ثقافة الاستهلاك الفوري والبحث المتواصل عن النشوة (Alexander, 2008, p. 65).

وقد طور عالم النفس الاجتماعي الأمريكي ستانتون بيلي مفهوم «الإدمان كتجربة مكتسبة ثقافياً»، مؤكداً أن الإدمان لا ينتج عن المادة المخدرة فحسب، بل عن البيئة الثقافية والاجتماعية التي تجعل من المادة ملاذاً للفرد. وحسب بيلي، فإن المجتمعات التي تفتقر إلى شبكات دعم اجتماعي قوية وتعاني من فرط الفردانية تشهد معدلات إدمان أعلى بغض النظر عن نوع المخدر المتداول (Peele, 1985, p. 47).

“الإدمان ليس في المادة بل في العلاقة بين الفرد والبيئة الثقافية التي

تجعل من المادة إجابة عن أسئلة وجودية لا يجدها الفرد في مجتمعه.” —

Alexander (2008, p. 78)

كما يبرز علماء الاجتماع أن ثقافة الاستهلاك المعاصرة تروج لقيم الاستهلاك الفوري والبحث المتواصل عن اللذة، وهي قيم تتقاطع بنيوياً مع منطق الإدمان. فالإعلانات التجارية التي تروج للأدوية المهدئة والمنشطة كحل سريع لمشاكل الحياة اليومية، والإعلام الذي يصور الحياة اللائنة كقيمة عليا، والمجتمع الذي يفرض إيقاعاً متسارعاً يصعب على الفرد مواكبته دون استعانة بمواد منشطة، كلها عوامل ثقافية تنتج الإدمان قبل أن يكون نتاجاً للمادة ذاتها (Lenson, 1995, p. 84).

خلاصة الباب الثاني

يؤكد هذا الباب أن ظاهرة المخدرات ليست طارئة على الحضارة الإنسانية، بل ضاربة في جذورها التاريخية والثقافية. فقد وثقت الحضارات القديمة استعمال النباتات المخدرة في سياقات طقوسية ودينية وطبية محكومة بضوابط اجتماعية صارمة، قبل أن تتحول في العصر الحديث إلى ظاهرة استهلاكية وإدمانية بعد فصلها عن سياقها الثقافي. كما تجلّى أن للمخدرات أبعادًا ثقافية معقدة في المجتمعات المعاصرة، تتقاطع فيها قيم الاستهلاك الفريد مع الفردانية والبحث عن النشوة. ويفسح هذا الفهم الانتقال في الباب الموالي إلى تحليل العوامل المتعددة المؤدية إلى الإدمان، حيث سنُفصّل الأسباب النفسية والأسرية والاجتماعية في تحليل شامل.

الباب الثالث: أسباب وعوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أخطر الظواهر المنتشرة في المجتمع والتي تؤثر بشكل سلبي وقوي على الفرد خاصة على صحته البدنية والنفسية، ويتعدى إلى التأثير على عائلته والمجتمع بصفة عامة. ويعد موضوع تعاطي المخدرات من المواضيع المعقدة الذي يشمل افتراضات متداخلة، بحيث تعددت النظريات المفسرة للسلوك الإدماني نظرًا لتعقيد هذه الظاهرة. ويرجع سبب انتشارها وتفشيها في المجتمع إلى عدة عوامل نفسية وأسرية واجتماعية واقتصادية وإعلامية متشابكة، يستحيل فصل أحدها عن البقية، إذ تتداخل لتشكل شبكة معقدة من الأسباب العميقة والسطحية التي تدفع الفرد نحو التعاطي (فايد، 2006، ص. 105)؛ (سايل، 2015، ص. 39).

المحور الأول: العوامل النفسية

تعتبر الاضطرابات النفسية من أهم الأسباب التي تدفع إلى تعاطي المخدرات، فالقلق والوسواس القهري والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة كلها عوامل تدفع الفرد إلى تعاطي المخدرات للخروج من هذه الحالة أو التخفيف منها. وحسب المنظور الطبي النفسي الحديث، فإن نسبة معتبرة من المدمنين، تصل إلى 50-70% بحسب بعض الدراسات، يعانون من اضطرابات نفسية مرافقة للإدمان، فيما يُعرف بـ«التشخيص المزدوج» (Dual Diagnosis)، وهو ما يستوجب معالجة الحالتين في آن واحد (APA, 2022, p. 541). وترجع مشكلة الفرد النفسية بتعاطي المخدرات والإدمان عليها إلى اعتبارات نحددها كالآتي:

(أ) الاكتئاب

تعتبر حالة الاكتئاب التي يدخل فيها الشخص من بين أهم الحالات والعوامل التي تدفع لتعاطي المخدرات خاصة فئة الشباب والمراهقين، من خلال تناول المهدئات والعقاقير بشكل مفرط لدرجة الإدمان وتناول أقوى نوع منها إلى حد المخدرات بأنواعها، على اعتقاد أن المخدرات تزيل الشعور بالقلق والاكتئاب والملل. غير أن الأبحاث الطبية الحديثة أكدت

أن المخدرات تقاوم حالة الاكتئاب بدل أن تعالجها، إذ تنجم عنها دورة معنية: المريض يتعاطى ليخفف الاكتئاب، ثم يعاني من انتكاسة أشد بعد زوال أثر المادة، فيزيد الجرعة، فتزيد حدته الاكتئاب، وهكذا في دوامة منغلقة (Leshner, 1997, p. 49).

وهناك عدة دراسات تشير إلى وجود ارتباط بين الضغوط وانخفاض تقدير الذات وبين زيادة تعاطي المخدرات لدى المراهقين. فقد توصل باندينا Pandina 1983 من خلال دراسته إلى أن متعاطي الكحول والعقاقير لديهم مستويات عالية من الضغوط، وأن المراهقين الذين يفكرون في تناولها يتسمون بانخفاض تقدير الذات. كما أشارت نتائج هذه الدراسة أيضاً إلى وجود علاقة إيجابية بين تعاطي المواد المخدرة وبين البيئة المنزلية التي طبع عليها المراهقون والتي تتسم بالعدائية (Pandina, 1983, p. 248).

(ب) الشعور باللذة

يلعب دافع الشعور باللذة دوراً هاماً في تعاطي المخدرات، فيذكر أنه بناء على التكيف البيولوجي للمخ (الباحث عن اللذة-المناهض للألم)، فإن الإنسان يتجه تلقائياً أو فطرياً أو بوعي أو تحت ضغوط معينة أو في ظروف خاصة نحو بعض المواد التي تعينه على تحقيق اللذة وفي نفس الوقت تساعد على زوال الألم. والمقصود باللذة في هذا الطرح اللذة النفسية، ويحصل بعد تعاطيها فيبتدئ في نفسه الشعور بالإحساس بالسعادة والاسترخاء والاطمئنان والثقة.

غير هذه اللذة سرعان ما يليها شعور بالمعاناة والألم، خاصة لدى مدمني الهيروين، بحيث يصبح همهم الوحيد هو التخلص من الألم فيدخل المدمن في سلسلة التبعية. وقد كشفت الأبحاث في علم الأعصاب أن دارات المكافأة في الدماغ تنشط بقوة عند تعاطي المخدرات، فتفرز كميات كبيرة من الدوبامين والسيروتونين، وهو ما يفسر الشعور الأول بالنشوة. لكن مع التعاطي المتكرر، تنخفض استجابة هذه الدارات، فلا يعود المتعاطي قادراً على الشعور بالسعادة من الأنشطة اليومية العادية، ولا يصل إلى النشوة إلا بزيادة الجرعة، وهو ما يقوده إلى الاعتماد الفيزيولوجي والنفسي (Nestler, 2005, p. 1192).

(ج) تقدير الذات ومحاولة إثباتها

يعد الطبيب النفسي الأمريكي ستانلي كوبر سميث من الأوائل الذين كتبوا عن تقدير الذات ووضع له أداة لقياسه. ويعرف تقدير الذات أو الاعتزاز بالذات على أنه الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية، والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد نحو نفسه، وكذا يوضح إلى أي مدى يعتقد الفرد أن لديه القدرة والإمكانات، وكذلك الشعور بالنجاح والقيمة في الحياة. وهو خبرة موضوعية يقدمها الفرد إلى الآخرين من خلال التعليق اللفظي والسلوك الآخر (Coopersmith, 1967, p. 12).

والمدمنون لا يستطيعون الإبقاء على الإمدادات النرجسية من المصادر الخارجية للإبقاء على تقديرهم الهش للذات، والمصدر المتاح هو تعاطي العقاقير فقط. ومن ثم فإن المدمن يلتمس العقاقير لتأثيرها على الإبقاء على الإحساس بقيمة الذات. وتشير الأبحاث الميدانية إلى أن برامج إعادة تأهيل المدمنين التي تركز على تعزيز تقدير الذات تكشف نجاعة أعلى بكثير من البرامج التي تركز فقط على إزالة السمية، إذ يظل ضعف تقدير الذات العامل الكامن الذي يدفع إلى الانتكاس (Marlatt & Gordon, 1985, p. 142).

(د) غياب وضعف الوازع الديني

يعد غياب الوازع الديني والقيمي من العوامل النفسية العميقة المؤدية إلى الإدمان، إذ يشكل الإيمان والوازع الديني سدًا داخليًا يردع الفرد عن الانحراف والتعاطي، ويمنحه معنى لحياته وصبرًا على الشدائد. وتشير الدراسات الميدانية في المجتمعات العربية والإسلامية إلى أن التدين المرن والواعي يرتبط ارتباطًا عكسيًا بميل الفرد لتعاطي المخدرات، بينما يساهم الضعف القيمي والروحي في انفتاح الفرد على تجربة التعاطي (سایل، 2015، ص. 47).

(هـ) الاغتراب

يعتبر الاغتراب من أهم العوامل الدافعة للإدمان. وفي دراسة ميدانية بولاية تلمسان للباحثة الموسومة بـ: «مشاعر الاغتراب النفسي عند الشباب وعلاقته بالاعتماد على المخدرات»، كان قوام العينة 120 شابًا من ولاية تلمسان تراوح سنهم ما بين 15 و 25 سنة، يتوزعون على مجموعتين: 60 شاب(ة) معتمد على المخدرات، و 60 شاب(ة) غير معتمد على المخدرات. وقد تم استخدام مقياس مشاعر الاغتراب النفسي لصاحبته سناء حامد زهران، وفي معالجة المعطيات تم الاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية، منها: حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، حساب التكرارات والنسب المئوية، معامل الارتباط الثنائي الحقيقي، مقياس «ت-ت-» لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين وتحليل التباين أحادي التصنيف.

وبناءً على الفرضيات المعتمدة أسفر البحث على أن هناك علاقة ارتباطية بين مشاعر الاغتراب النفسي عند الشباب والاعتماد على المخدرات. والشباب الذين يعيشون في حالة الانوميا Anomie، اللامعيارية، هم الأكثر عرضة للاعتماد على المخدرات. ويرتبط هذا الاكتشاف الميداني بنظرية الإ anomie التي طورها روبرت ميرتون، حيث يدفع فقدان المعيار والتصدع في البنى الاجتماعية الفرد إلى البحث عن بدائل غير مشروعة لتحقيق الأهداف الاجتماعية المعترف بها (Merton, 1938, p. 677)؛ (Seeman, 1959, p. 784).

المحور الثاني: البنية الأسرية

تعد الأسرة الخلية الأساسية والأولى في بناء المجتمع بصفة عامة والفرد بصفة خاصة، فلعلم الأسرة دوراً مهماً في تشكيل شخصية الفرد وسلوكه وتحصيله الدراسي وتنشئته الاجتماعية. وهي المسؤولة على تربية الفرد منذ الطفولة على عادات وتقاليده معينة، فالبيئة الأسرية التي ينشأ فيها الأبناء هي من تسعى لغرس التربية الحسنة للابن وإعطاء نموذج أخلاقي، وفي المقابل تجنيبهم مختلف أشكال السلوك التي تدفعهم إلى السلوك الانحرافي ومنه إلى تعاطي المخدرات. ومن بين أهم الأسباب التي ترتبط بالأسرة والمؤدية إلى تعاطي المخدرات هي (مرابط، 2021، ص. 18):

(أ) نمط التربية

يلعب نمط التربية التي يتبعها الأولياء في تربية أبنائهم دوراً هاماً في التأثير على سلوكياتهم، والذي يحدد شخصية الأبناء داخل الأسرة والمجتمع عامة. فإن كان نمط التربية التي يتبعها الوالدان صارماً وقاسياً أو متهاوناً وغير ثابت ومتوازن، فإن ذلك يؤدي بالضرورة إلى انعدام الثقة بالنفس لدى الأبناء. فعدم حرص الوالدين على تربية الأبناء بشكل جيد وعدم مبالاتهم لذلك ما يجعلهم قدوة سيئة للأبناء، خاصة إن كانت تصرفات الوالدين سيئة وغير لائقة أمامهم ما يسبب لهم صدمة نفسية.

ووفقاً للتفسير السوسيولوجي لظاهرة الإدمان على المخدرات، ومن بين النظريات المفسرة لذلك نظرية التفاعل الأسري، والتي تركز على علاقة الارتباط بين الوالدين والطفل. وطبقاً لهذه النظرية فإن الارتباط بين الآباء وأبنائهم له أسباب تتمثل في: القيم التي يعتنقها الآباء، وممارسة الآباء لدورهم، والتوافق السيكولوجي للأم، وسيطرة الأم على الطفل. وحسب هذه النظرية فإن الأبناء الذين يفتقر آباؤهم إلى القيم والتوافق الوجداني، وعدم قدرتهم على السيطرة على أبنائهم وتنشئتهم جيداً وخاصة المراهقين منهم، يجعلهم عرضة لتعاطي المخدرات. ويرى خالد عيسى من خلال دراسته أن من بين أهم العوامل لتعاطي الأبناء أسلوب التعامل والتنشئة الأسرية داخل الأسرة، فيخلق هذا الأمر لدى الأبناء محاولة البحث عن انتماء لهم خارج المحيط الأسري فيلجأون إلى تجربة تعاطي المخدرات (Bandura, 1977, p. 24)؛ (عيسى، 2018، ص. 71).

(ب) انشغال الوالدين عن أولادهم

من بين أهم العوامل التي تدفع الأبناء للإدمان على المخدرات والرغبة في تجربتها، انشغال أحد الوالدين عن تربية أولادهم والاهتمام باحتياجاتهم الخاصة، وبالأخص في فترة مبكرة في السن. فبعض الوالدين ينشغلون بالعمل والسعي وراء توفير المال وتحقيق العائد المادي دون الالتفات إلى الجو الأسري والانتباه إلى حالة الأبناء وراء ذلك. وقد ينشغل الوالدان كذلك بالسفر إلى الخارج بشكل متكرر والغياب عن الأسرة، وهو الأمر الذي يرجع بالسلب على الأبناء ما يدفعهم لتعاطي المخدرات.

والذي يترتب عليه أضرار جسيمة تلحق بالأولاد بالإدمان على المخدرات والانهييار الخلقي والكثير من المشكلات النفسية، وما ينجم عنها نتيجة غياب التنشئة السليمة من طرف الوالدين. ويؤثر بشكل أسوأ غياب الأم عن التواجد المستمر بالبيت ومن ثم غياب مراقبة الأبناء والاهتمام بهم واحتوائهم، فيضيعون بذلك عن الدراسة فلا يكون أمامهم سوى الشارع لقضاء أوقاتهم والاختلاط بالغير دون التمييز بينهم إن كانوا ذوي سلوك سوي أو غير سوي، ولا يميزون بين ما هو جيد لهم أم لا، وبالتالي يقعون تحت تأثير الإغراءات الكثيرة في الشارع وأسوها ويدخلون حيز الإدمان وكسب السلوكيات السيئة والعنوانية إلى حد السلوكيات الإجرامية والضياع. وبالتالي فإن الإهمال الأسري والانشغال عن الجوانب التربوية يسهل بذلك انحراف الأبناء وضياعهم فيقعون ضحية الإدمان (بلبريك، 2020، ص. 73).

“يا أيها الذين آمنوا قوا أنفسكم وأهليكم نارًا وقودها الناس والحجارة”
— (القرآن الكريم، سورة التحريم، الآية 6)

وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته». وقد وثق الباحثون في علم الاجتماع الأسري أن أنماط التربية الأسرية تتباين في تأثيرها، فالنمط الديمقراطي الذي يجمع بين الحزم والمرونة والحوار ينتج أبناء متزنين نفسيًا، بينما النمط السلطوي الصارم يولد تمرّدًا وميلًا للسرية، والنمط المتساهل يولد اندفاعًا نحو الانحراف (Maccoby & Martin, 1983, p. 14).

(ج) المعاملة السيئة والقاسية على الأبناء

يعيش بعض الأولاد في محيط أسري متوتر يتعامل فيه الوالدان بشكل قاسٍ بنوع من الترهيب والوعيد والتأنيب والصراخ واستعمال ألفاظ وعبارات قاسية وجارحة، وتتجاوز إلى حد استعمال العنف الجسدي من خلال الضرب والتعذيب. الأمر الذي يولد في نفوسهم القهر والنفور والإحساس بالنقص والانكسار، ما يدفعهم إلى الهروب من الواقع المعاش والانقياد إلى الانحراف وسلوك طريق الفساد الذي يؤدي بهم إلى تعاطي المخدرات ومن ثم الإدمان عليها.

وقد وثقت الأبحاث المعاصرة في علم النفس التنموي أن الأطفال الذين يتعرضون لصدمات الطفولة السلبية (Adverse Childhood Experiences - ACEs)، كالعنف الجسدي والجنسي والإهمال العاطفي والإهمال المادي، يرتفع لديهم خطر الإدمان في مرحلة البلوغ بأكثر من أربعة أضعاف مقارنة بأقرانهم الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الصدمات. كما يرتفع لديهم خطر الإصابة بأمراض مزمنة كالإكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، وهي بالتالي عوامل مزدوجة ترفع احتمال الإدمان (Felitti et al., 1998, p. 248).

(د) التفكك الأسري

تعتبر المشاكل الأسرية ووقوع النزاعات الداخلية المرتبطة بالعلاقات الزوجية والشجارات الدائمة بين الوالدين وانعدام الاستقرار الأسري، والذي ينتج عنه تفكك الأسرة بهجر الزوجين وانتهاء العلاقة بينهما بالطلاق، من أهم العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات لدى الأبناء. والذي يؤثر بشكل سلبي خاصة على الأولاد وعلى نفسياتهم خاصة في مرحلة المراهقة، ويولد لديهم شعورًا بعدم المبالاة بحالتهم وإهمالهم.

فانعدام التواصل بين أفراد الأسرة وغياب الدعم العاطفي ينتج عنه الشعور بالوحدة والإحباط ودخولهم حالة العزلة والضغط النفسية، ما يجعلهم عرضة للإغراءات الخطيرة ومنه البحث عن مخرج ينسبهم الوضع، خاصة في ظل عدم مبالاة الوالدين بحالتهم لتأزم الوضع الأسري، وبالتالي اللجوء إلى تجربة تعاطي المخدرات. وقد أكدت نظرية سيلدن Seldin عام 1972 أن غياب تواجد الأب بصورة ثابتة وتحمل الأم في المقابل للسيطرة على حياة الأسرة، وانعدام الاستقرار العاطفي والصراع، هو نتيجة التناقض الوجداني، الأمر الذي يؤدي إلى خلق اتجاه صبياني لأطفال الأسرة، ما يخلق لديهم الميل للإدمان (Hirschi, 1969, p. 27).

(هـ) إدمان أحد الوالدين

يمثل تعاطي المخدرات والإدمان عليها من طرف أحد الوالدين أمام أبنائهم بشكل مستمر عاملاً أساسياً في ميولهم لتجربة تعاطيها. وتتولد لديهم قناعات بعدم ضررها ويُبث في أنفسهم شعورًا إيجابيًا بإباحيتها وعدم تحريمها، مقتنعين أن كل تصرفات الوالدين صحيحة ولا يشوبها أي غلط.

وتشير أغلب الدراسات والبحوث في مجال العائلات على المقارنة بين معدل انتشار الإدمان في عائلات الأشخاص المدمنين ومعدل انتشارها في عائلات أخرى أفرادها غير مدمنين، وتوصلت البحوث إلى أن انتشار تعاطي المخدرات وتواجدها في العائلات المدمنين عليها، فالأفراد الذين لديهم أبوان مدمنان أكثر عرضة لأن يصبحوا من المدمنين على تعاطي المخدرات.

وقد تعددت النظريات المفسرة للسلوك الإدماني ومن بينها النظرية الوراثية، حيث يرى الباحثون أن العوامل الوراثية تلعب دورًا هامًا في إدمان الأفراد. ويشير هذا الافتراض إلى إمكانية وجود مورثات أو جينات معينة مسؤولة عن الاستعداد الوراثي لإقبال على تعاطي المخدرات والإدمان عليها. ويؤكد الباحثون في هذا الاتجاه على أهمية البيئة الأسرية في تشكيل السلوك اتجاه المخدرات بسبب إدمان أحد الوالدين، حيث تساهم المورثات بخصائصها في تدعيم استعداد الفرد عن طريق تعزيز بعض سمات شخصيته كالإحساس بالدعم المرتبط بتعاطي المخدرات.

فمن جهة فإن تعاطي الأب للمخدرات يسبب مشاكل وتحديات اجتماعية واقتصادية وقيمة تواجه جميع أفراد الأسرة مجتمعين ومنفردين، وتنعكس سلبياً على مقومات تماسكها وترابطها وتآلفها. ومن جهة أخرى فإن تعاطي الأم للمخدرات هو الأكثر خطورة وتأثيره السلبي على الأبناء لأنهم الأكثر تأثراً بسلوكات الأم وتقليدها في تصرفاتها.

حيث من بين النتائج التي توصلت إليها الدراسات والبحوث لسلوك الإدمان داخل العائلة، أن إفراط الأم في تعاطي المهدئات يزداد احتمال تعاطي طفلها للماريجوانا ومشتقات الأفيون، وهو الأمر كذلك في حالة تعاطي الأب. فإذا كان الأبوان متعاطين للمهدئات يومياً، يزداد احتمال تعاطي مشتقات الأفيون والمنومات بين أبنائهم، وبالتالي أكثر قبولاً لتعاطيهم للمخدرات، فيصبح بذلك الوضع مأساوياً ومزرياً.

وفي هذا الصدد أثبتت الدراسات أن العامل الوراثي له دور كبير في تحميل الأبناء السلوك الإدماني من والديهم. فحتى الأبناء الذين تم تبنيهم وتنشئتهم في أسر أخرى ليست مدمنة يحتمل أن يكون الأبناء فيها مدمنين نظراً لمورثاتهم البيولوجية من والدين مدمنين. وفي هذا وجد (Cadoret, 1978) حججاً قوية لصالح وراثية الإدمان وفق الاحتمال المتعلق بإدمان الأسرة المتبناة والأسرة البيولوجية لأبناء مدمنين، واكتشف أن إدمان الوالدين البيولوجيين يكون أكثر منه عند الوالدين بالتبني، وهو الأكثر شيوعاً حالياً حسب ما هو منتشر في المجتمع خاصة ما نراه حالياً وفي الوقت الراهن (Cadoret et al., 1978, p. 412).

ويرى كلونينغر Cloninger أنه ليس مجرد الإدمان يتم توريثه، بل وبالأخص نوع التعاطي (البداية المبكرة، والتعاطي) إلى جانب العوامل الداعمة (جنس الذكور، والسلوك المعادي للمجتمع). وقد طورت أبحاث كلونينغر فيما بعد نموذجاً ثلاثي الأبعاد لشخصية المدمن، يضم: البحث عن الجدة، وتجنب الأذى، والاعتماد على المكافأة، وهي أبعاد لها أسس وراثية قوية وتفسر الاستعداد الفردي للإدمان (Cloninger, 1987, p. 410).

المحور الثالث: رفقاء السوء

تعد من بين أهم وأخطر الأسباب المؤدية لتفشي ظاهرة تعاطي المخدرات مصاحبة رفقاء السوء التي تدفع الفرد إلى تقليدهم. فإعطاء الحرية المطلقة للفرد التي تسمح له بالسهر لأوقات متأخرة خارج المنزل من العوامل التي تسهل انخراطهم مع الصحبة السيئة. وقد أظهرت العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في العديد من بلدان العالم بأن رفقاء السوء يشكلون المرتبة الأولى وبنسب مرتفعة في دفع الأفراد إلى تعاطي المخدرات، فمصاحبة الرفقاء المدمنين يؤدي بالضرورة إلى التأثير على الفرد وإقباله على تجربة تعاطي المخدرات إلى حد الوصول إلى الإدمان، فضلاً على زيادة أعداد المتعاطين وانتشارها من خلال ذلك.

وقد طورت نظرية التعلم الاجتماعي لعالم النفس الاجتماعي ألبرت باندورا تفسيراً شاملاً لظاهرة تأثير الرفاق على سلوك الفرد. وحسب باندورا، يكتسب الفرد سلوكيات الانحراف والإدمان عبر ملاحظة وتقليد النماذج المحيطة به، خاصة الرفقاء، ثم يعزز هذا السلوك عبر المكافآت الاجتماعية التي يحصل عليها من الجماعة. وتلعب الجماعة المرجعية دوراً حاسماً في تشكيل هوية المراهق وقيمه، فالمراهق الذي يبحث عن الانتماء قد يجد في مجموعة المدمنين قبولاً وتقديرًا لا يجدهما في أسرته أو مؤسسته التربوية (Bandura, 1977, p. 24).

كما طورت نظرية «الترابط التفاضلي» لإدوين سثرلاند Sutherland تفسيراً سوسيولوجياً لظاهرة انحراف الفرد نحو الجريمة والإدمان عبر الرفاق. وحسب سثرلاند، فإن الفرد يتعلم السلوك الإجرامي والمنحرف عبر التفاعل مع أشخاص يمتلكون تعريفات للقانون والأخلاق مختلفة عن تعريفاته. وكلما كثفت تفاعلات الفرد مع أشخاص يبررون الإدمان ويمجدونه، كلما ازداد احتمال تبنيّه لهذا السلوك. وترى هذه النظرية أن مدة التفاعل وكثافته ومستواه من العوامل المحددة لاحتمال انخراط الفرد في الإدمان (Sutherland, 1947, p. 6).

المحور الرابع: العوامل الاجتماعية والاقتصادية

(أ) البيئة الاجتماعية

من بين العوامل الاجتماعية والبيئية التي تساهم في تعاطي المواد المخدرة ودفع الفرد إلى الإدمان: وجود فوارق اجتماعية وطبقية داخل المجتمع تتباين بين الفقر ومتطلبات الحاجة للحد الأدنى من المستوى المعيشي، وفي المقابل وجود مظاهر للبلذخ والثراء الفاحش والتبذير. كذلك عدم وجود الفرص المتكافئة أمام أفراد المجتمع، وعدم الإحساس بالأمن والأمان وعدم الاستقرار، والبطالة. كل هذه العوامل تخلق تربة خصبة لانتشار ظاهرة الإدمان، إذ تشعر الفئات المهمشة بفقدان المعنى والحاجة إلى الهروب من الواقع القاسي (Merton, 1938, p. 680)؛ (بلبريك، 2020، ص. 88).

وقد طور روبرت ميرتون نظرية «الأنوميا» أو اللامعيارية، التي تفسر الإدمان والانحراف بكونهما نتيجة للفجوة بين الأهداف الثقافية المعترف بها اجتماعياً (كالنجاح المادي والتميز) وبين الوسائل المتاحة للوصول إليها. فالذي يفتقر إلى الوسائل المشروعة لتحقيق هذه الأهداف قد يلجأ إلى الوسائل غير المشروعة، ومنها تجربة المخدرات كحل للهروب من الإحباط. ومن هنا تأتي أهمية تعزيز الوسائل المؤسسية المتاحة للفئات المهمشة لتقليص هذه الفجوة (Merton, 1938, p. 679).

(ب) البطالة

تعد البطالة من أبرز العوامل الاجتماعية المؤدية إلى الإدمان، إذ تولد لدى الفرد شعورًا بالعجز وفقدان المعنى وضياح الوقت، فيتحول الفراغ إلى تربة خصبة لتجربة المخدرات. كما أن البطالة تضعف قدرة الفرد على تحقيق ذاته وتلبية احتياجاته الأساسية، فيسقط في دوامة من الإحباط والاكتئاب التي تشكل مدخلًا للإدمان. وتشير الدراسات إلى أن معدلات الإدمان بين العاطلين عن العمل أعلى بثلاثة إلى خمسة أضعاف مقارنة بالعاملين (UNODC, 2023, p. 95).

(ج) توفر أماكن اللهو والترفيه

فضلاً على توفر أسباب اجتماعية تساهم هي الأخرى بتفشي ظاهرة الإدمان على المخدرات، منها: توفر أماكن اللهو والترفيه في بعض المجتمعات. يتردد بعض الأفراد لهذه الأماكن للترفيه والترويح عن أنفسهم من ضغوطات الحياة ومشاكلها، كالملاهي والمنتجعات السياحية والحانات والنوادي الليلية والحفلات والمناسبات الاجتماعية. إلا أن البعض من الأشخاص يستغلون هذه الأماكن بإدخال المسكرات وبعض العقاقير المخدرة بغرض تحقيق أغراض أخرى تتمثل في كسب أرباح من وراء الاتجار بها على أساس توفير الراحة النفسية للأشخاص، باستغلال احتياجاتهم النفسية ويستغلون ذلك لأغراضهم الشخصية دون اعتبار لما يحصل للمتعاطين بسببهم.

وكذلك الملاعب والمراكز الرياضية، فعلى الرغم من اعتبار الرياضة نشاطاً صحياً، إلا أن البعض من الأشخاص يلجأون إلى تعاطي المخدرات بهدف تحسين الأداء الرياضي أو بهدف الترفيه بعد النشاط البدني دون الاهتمام لما قد ينجر عن ذلك. هذا وقد يلجأ البعض إلى الأماكن المهجورة من أجل تعاطي المخدرات وتعتبر من المواقع التي يتجمع فيها الراغبون في تعاطي المخدرات بعيداً عن أعين الناس (سائل، 2015، ص. 63).

(د) وجود العمال الأجانب في المجتمع

يمكن اعتبار وجود عمال أجانب في المجتمع من أهم الأسباب في تعاطي المخدرات، ويرجع ذلك للاعتبارات التالية:

الثقافة المختلفة: يمكن أن يؤثر وجود عمال أجانب ينحدرون من ثقافات تبيح تعاطي المخدرات أو تشجع عليه على الأفراد الذين يتعاملون معهم والذين يعملون معهم في ذات العمل.

عزلة وغربة العمال الأجانب: يلجأ العمال المغتربون عن بلادهم إلى تعاطي المخدرات لشعورهم بالغربة والعزلة بعيداً عن بلادهم، ما يدفعهم لتعاطيها للتخفيف من الضغط النفسي.

وجود شبكات توزيع: من خلال تواصل العمال الأجانب مع شبكات توزيع المخدرات المتواجدة في المجتمع، ويحصل ذلك من خلال تواصلهم مع زملاء العمل، وقد يتم ذلك من خلال تعاملهم مع أصدقاء لهم خارج العمل.

وقد أثبتت الدراسات التي أجراها الباحث محمد العتيبي بعنوان «العمالة الوافدة في ترويج المخدرات من وجهة العاملين في الإدارة العامة لمكافحة المخدرات» أن أكثر الجنسيات منهم ترويجاً للمخدرات هي الجنسيات الباكستانية والأفغانية والسورية واليمنية، واتبعوا بذلك طرقاً وأساليب من أجل ترويجها عن طريق إخفائها في أماكن بعيدة عن الأعين واستئجار الشقق واتخاذها أمكنة لترويج المخدرات، واعتمدوا في ذلك على استغلال أصحاب النفوس الضعيفة من أجل مساعدتهم في بيع المخدرات (العتيبي، 2017، ص. 142).

المحور الخامس: وسائل الإعلام والاتصال ووسائل التواصل الاجتماعي

من بين هذه الوسائل المجالات والجرائد والمطبوعات بشكل عام وتتضمن الكتب، وتلعب هذه الوسائل دوراً هاماً في نشر والترويج على تعاطي المخدرات خاصة في الوقت الراهن ومع تطور هذه الوسائل بحيث زادت نسبة تأثيرها في الأفراد ومساهمتها في التأثير عليهم من خلال ما تعرضه. ومن خلال الوسائل المسموعة والمرئية كالإذاعة والسينما والتلفاز، من خلال إذاعة بعض المسلسلات والأفلام التي تدور حول تعاطي المخدرات والاتجار بها، وتمثيل الشخصية في المسلسلات والأفلام لأصحاب الثراء الفاحش والإسراف في إظهار حياة الرفاهية والبدخ على حساب القيم والأخلاق.

ما يحوز في نفس المشاهد الرغبة في الوصول إلى هذا المستوى المعيشي، والتي تؤدي مشاهدتها إلى الرغبة في تحقيق هذا المستوى، الأمر يدخل الفرد في حالة تصادم بين تطلعات الفرد وعدم توافر ما يحقق ذلك من وسائل، فيصبحون أكثر عدوانية فيميلون إلى تجربة المخدرات لا الحث على عدم التأثير بها أو التقليل من انتشارها. ما يؤثر سلباً على الأفراد خاصة فئة المراهقين، أو من خلال مواقع التواصل الاجتماعي التي تساهم بشكل أوسع في نقشي هذه الظاهرة بالتأثير على عقل ونفس الفرد المشاهد وتشجيعه في المقابل على تجربة تعاطي المخدرات، والتي توصله بدورها إلى مرحلة الإدمان (سايل، 2015، ص. 71).

وقد كشفت الأبحاث المعاصرة أن خوارزميات منصات التواصل الاجتماعي تروج، أحياناً بوعي وأحياناً دون وعي، لمحتوى يمجّد تعاطي المخدرات خاصة بين المراهقين. كما أن الويب المظلم (Dark Web) ومنصات التشفير كتيليجرام أصبحت قنوات رئيسية لترويج المخدرات وبيعها، حيث يصعب تتبع المروجين والمعاملات بسبب تقنيات التشفير المعقدة. وقد طورت شبكات التهريب أساليب تسويقية موجهة خصيصاً للشباب، تركز على

الصور الذاتية والفيديوهات القصيرة التي تصور تجربة التعاطي بشكل جذاب (UNODC, 2023, p. 113).

المحور السادس: الوسط المدرسي

تشير أغلب الأبحاث إلى أن بداية تعاطي المخدرات يبدأ في سن مبكرة وهو سن المراهقة، وهي الفترة التي يقضيها المراهق داخل الوسط المدرسي. وهو سن يصل فيه التلميذ إلى قمة قدرته على العطاء والإنتاج الفكري، ما يدفعه إلى تجربة المخدرات والإدمان عليها. ويرجع ذلك انتشار العصابات المروجة لها والتي تستهدف تلاميذ المؤسسات التربوية بتقديم هذه المواد كهدية في بداية الأمر لاستقطابهم وتسميمهم إلى أن يدمنوا عليها، وبالتالي ضمان بيعها وانتشارها في الوسط المدرسي بشكل أكبر (مرابط، 2021، ص. 35).

وقد أصبح التعاطي على هذه الظاهرة في الوسط المدرسي يشكل خطراً كبيراً ساهم في ظهور ظواهر اجتماعية سلبية من بينها العنف الذي يؤدي إلى ارتكاب الجريمة بشكل كبير، وضياح فئة كبيرة من المراهقين في المؤسسات التربوية وابتعادهم عن الدراسة ودخول عالم الإدمان إلى الوصول إلى عالم الإجرام. كما كشفت دراسات حديثة أن نسبة المراهقين الذين يجربون المخدرات قبل سن 15 يرتفع لديهم احتمال الإدمان في مرحلة البلوغ بأربعة أضعاف مقارنة بأقرانهم الذين يؤجلون التجربة إلى ما بعد سن 18 (NSDUH, 2022, p. 12).

وقد ربطت الدراسات السوسيولوجية بين ضعف التعلق بالمدرسة والانخراط في سلوك الإدمان. وحسب نظرية الترابط الاجتماعي لترافيس هيرشي، فإن ضعف ارتباط التلميذ بمدرسته وأقرانه ومدرسيه يفتح أمامه أبواب الانحراف والإدمان. وعليه فإن المؤسسات التربوية التي تعاني من اضطراب الجو المدرسي وضعف انتماء التلاميذ تشهد معدلات أعلى من تعاطي المخدرات (Hirschi, 1969, p. 16).

خلاصة الباب الثالث

يستفاد من هذا الباب أن ظاهرة تعاطي المخدرات والوقوع في الإدمان لا ترجع إلى عامل واحد بل إلى منظومة معقدة من العوامل المتشابكة: نفسية وأسرية واجتماعية واقتصادية وإعلامية ومدرسية. فالإكتئاب والقلق وضعف تقدير الذات والاعترا ب والآنوميا تمثل العوامل النفسية الأساسية، فيما تشكل التفكك الأسري والإهمال والقسوة وإدمان الوالدين العوامل الأسرية الأكثر تأثيراً. ويساهم رفقاء السوء والبطالة والفوارق الطبقية وضعف التعلق بالمؤسسة التربوية في تعزيز هذه العوامل. كما تلعب وسائل الإعلام ومنصات التواصل الاجتماعي دوراً متنامياً في الترويج غير المباشر للمخدرات. ويفسح هذا الفهم متعدد الأبعاد المجال للانتقال في الباب الموالي إلى المقاربات النظرية الكبرى المفسرة للسلوك الإدماني، حيث سُنْستثمر هذه العوامل في إطار نظري تحليلي متماسك.

الباب الرابع: المقاربات النظرية المفسرة للسلوك الإدماني

نظرًا لتعقيد ظاهرة الإدمان وتعدد أبعادها، فقد تطورت عبر العقود مقاربات نظرية كبرى لتفسير السلوك الإدماني، تتوزع بين المقاربات البيولوجية العصبية والمقاربات النفسية والسيكولوجية والثقافية. وكل مقاربة تكشف عن جانب من جوانب الظاهرة وتقدم أدوات تحليلية وعلاجية محددة. ويسعى هذا الباب إلى عرض هذه المقاربات في تكاملها لا في تضادها، إذ يرى الباحثون المعاصرون أن الفهم الشمولي للإدمان يستوجب توظيف عدة مقاربات في الآن نفسه (Leshner, 1997, p. 45)؛ (Marlatt & Gordon, 1985). (p. 11)

المحور الأول: المقاربة البيولوجية والعصبية

تتعلق المقاربة البيولوجية والعصبية Neurobiological Approach من اعتبار الإدمان اضطرابًا مزمنًا في الدماغ ينتج عنه تغيرات بنيوية ووظيفية في دارات المكافأة والتحكم الإرادي. وقد طورت هذه المقاربة على يد علماء أعصاب كإريك نيسلر وإل. نيل كارل وبن ر. ماتسودا في العقود الأخيرة، مستفيدة من تطور تقنيات التصوير الدماغية كالرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) والتصوير المقطعي للانبعاثات الإيجابية (PET).

وحسب نيسلر، فإن الإدمان يحدث تغيرات بنيوية بلا رجعة في الدماغ، خاصة في النواة المتكئة (Nucleus Accumbens) والقشرة الجبهية (Prefrontal Cortex). فالتعاطي المتكرر ينشط دارات المكافأة بشكل مفرط عبر إطلاق كميات كبيرة من الدوبامين، وهو الناقل العصبي المرتبط بالشعور باللذة والتعزيز. ومع الزمن، تنخفض استجابة هذه الدارات، فلا يعود الفرد قادرًا على الشعور باللذة من الأنشطة اليومية العادية، ولا يصل إلى النشوة إلا بزيادة جرعة المخدر، وهو ما يفسر تطور الاعتماد الفيزيولوجي والنفسي (Nestler, 2005, p. 1195).

كما أثبتت الأبحاث الحديثة أن تعاطي المخدرات لفترات طويلة يحدث تغيرات في التعبير الجيني Gene Expression في خلايا الدماغ، عبر آليات الإبيجينات Epigenetics. وهذه التغيرات قد تستمر لسنوات بعد التوقف عن التعاطي، وهو ما يفسر الانتكاس المتكرر للمدمنين حتى بعد سنوات من الإقلاع. وتشكل هذه الاكتشافات تحديًا كبيرًا للمقاربات الأخلاقية التي تختزل الإدمان في ضعف الإرادة، كما تبرر مقاربة الإدمان بوصفه مرضًا مزمنًا قابلاً للانتكاس يستوجب علاجًا طويل المدى (Leshner, 1997). (p. 46)

“الإدمان هو مرض دماغي مزمن ينتج عنه تغيرات بنيوية ووظيفية في القشرة الجبهية والنواة المتكئة، ويفسر لماذا يفقد المدمن القدرة على ضبط سلوكه حتى بعد التوقف عن التعاطي.” — Leshner (1997, p. 47)

وعلى المستوى الجيني، تطورت أبحاث التوائم والأسر المتبنية لإثبات دور العامل الوراثي في الاستعداد للإدمان. فقد وجد كادوريت Cadoret في دراسته الرائدة عام 1978 أن أبناء الآباء البيولوجيين المدمنين والمتبنين في أسر غير مدمنة يرتفع لديهم خطر الإدمان بأربعة أضعاف مقارنة بأبناء الآباء غير المدمنين. كما قدرت الأبحاث الحديثة أن نسبة المساهمة الوراثية في خطر الإدمان تتراوح بين 40 و 60 بالمئة بحسب نوع المخدر، فيما تتقاسم العوامل البيئية الباقي (Cadoret et al., 1978, p. 412)؛ (Cloninger, 1987, p. 410).

المحور الثاني: المقاربة النفسية

تتوزع المقاربة النفسية على عدة مدارس، أبرزها المقاربة التحليلية والمقاربة السلوكية والمقاربة المعرفية، ولكل منها تصور خاص لطبيعة الإدمان وآلياته العلاجية.

(أ) المقاربة التحليلية

تعود المقاربة التحليلية لتفسير الإدمان إلى أعمال سيغموند فرويد ومرضى التحليل النفسي في بداية القرن العشرين. ويرى فرويد أن الإدمان يمثل عودة إلى المراحل الأولى من التطور النفسي، خاصة المرحلة الفمية، حيث يلجأ الفرد إلى تعاطي المخدرات بوصفه استمرارًا للإشباع الفمي الذي عجز عن تحقيقه في طفولته. كما ربط فرويد الإدمان بنزعة الموت Thanatos التي تدفع الفرد نحو التدمير الذاتي (Freud, 1927/2002, p. 31).

وقد طور محللون نفسيون معاصرون كأوتو كيرنبرغ وهانز كوهوت المقاربة التحليلية للإدمان. ويرى كوهوت مؤسس سيكولوجيا الذات أن الإدمان يعكس اضطرابًا نرجسيًا وأزمة في بناء هوية متماسكة، فيلجأ الفرد إلى المخدر لتعويض النقص في التقدير الذاتي. أما كيرنبرغ فيربط الإدمان ببنية الشخصية الحدية Borderline Personality، حيث يعاني الفرد من ضعف في تنظيم الانفعالات وفقدان الهوية، فيستعمل المخدر لتنظيم انفعالاته بشكل مؤقت (Kohut, 1971, p. 28)؛ (Kernberg, 1975, p. 46).

(ب) المقاربة السلوكية

تتطلق المقاربة السلوكية Behaviorist Approach من اعتبار الإدمان سلوكًا متعلمًا عبر التكييف الكلاسيكي والإجرائي. ويرى منظرو هذا الاتجاه، كـ ب. ف. سكينر وجون واطسون، أن الفرد يتعاطى المخدر لأنه يتلقى تعزيزًا إيجابيًا (الشعور بالنشوة) أو تعزيزًا سلبيًا (تخفيف الألم الانسحابي)، فيتعزز السلوك ويتكرر. وكلما تكرر التعاطي، تعزز السلوك أكثر، إلى أن يصبح سلوكًا قهريًا يصعب التخلص منه (Skinner, 1953, p. 73).

وتستند المقاربة السلوكية في علاج الإدمان إلى تقنيات إدارة السلوك والحساسية الشرطية، كتقنية إزالة التحسس المنتظم والتعزيز الإيجابي للسلوكيات البديلة. كما طورت هذه المقاربة تقنية «إدارة الطوارئ» Contingency Management التي تقدم مكافآت مادية للمدمنين الممتنعين عن التعاطي، وقد أثبتت نجاعة كبيرة في علاج إدمان الكوكايين والأمفيتامينات (Higgins et al., 2003, p. 425).

(ج) المقاربة المعرفية السلوكية

تمثل المقاربة المعرفية السلوكية Cognitive Behavioral Approach اليوم المرجع النظري والعلاجي الأكثر اعتمادًا في مجال الإدمان. وطور آرون بيك وألبرت إليس وغ. أ. مارلات هذا المنهج الذي يدمج بين البعد السلوكي والبعد المعرفي، معتبرًا أن الأفكار المشوهة والمعتقدات الخاطئة هي التي تثير الرغبة في التعاطي وتمنع الإقلاع. ويستند هذا المنهج على فكرة أن إدراك الفرد لذاته وللمخدر والمشاكل اليومية هو الذي يحدد سلوكه الإدماني (Beck et al., 1993, p. 17).

ومن أهم التقنيات العلاجية في هذه المقاربة «منع الانتكاس» Relapse Prevention التي طورها مارلات وغوردون، والتي تعلم المدمن التعرف على المحفزات الداخلية (الأفكار والانفعالات) والخارجية (الأماكن والأشخاص) التي تثير الرغبة في التعاطي، وتدربه على استراتيجيات التكيف البديلة. وتشتمل هذه التقنية على مهارات حل المشكلات، وإدارة الانفعالات، والتقييم المعرفي للأفكار الإلحاحية. وقد أثبتت نجاعة كبيرة في تقليل معدلات الانتكاس وتحسين جودة الحياة (Marlatt & Gordon, 1985, p. 12).

المحور الثالث: المقاربة السوسولوجية

تقدم المقاربة السوسولوجية Sociological Approach تحليلًا بنيويًا لظاهرة الإدمان، معتبرة إياها نتاجًا للبنيات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية أكثر من كونها شأنًا فرديًا. وقد طورت هذه المقاربة على يد رواد علم الاجتماع الكلاسيكيين والمعاصرين، ويتوزع هذا المحور على عدة نظريات.

(أ) نظرية الأنوميا لإميل دوركايم وروبرت ميرتون

طور إميل دوركايم مفهوم الأنوميا أو اللامعيارية في كتابه «الانتحار» (1897)، معتبرًا إياها حالة من التفكك المعياري تنجم عن التحولات الاجتماعية السريعة كالتحضر والتصنيع. وحسب دوركايم، فإن الأنوميا تترك الفرد بلا ضوابط اجتماعية داخلية، فيصبح عرضة للسلوك الانتحاري والانحرافي والإدماني. وقد طور روبرت ميرتون لاحقًا هذه النظرية، إذ ربط بين الأنوميا والفجوة بين الأهداف الثقافية المعترف بها اجتماعيًا والوسائل المشروعة للوصول إليها. وحسب ميرتون، فإن الفرد الذي يعجز عن تحقيق الأهداف المادية

المعترف بها بالوسائل المشروعة قد يلجأ إلى الانحراف والإدمان كاستجابة لشعوره بالإحباط (Durkheim, 1897/2002, p. 251)؛ (Merton, 1938, p. 672).

وقد طبق علماء الاجتماع العرب هذه النظرية على ظاهرة الإدمان في المجتمعات العربية، خاصة في سياق التحضر المتسارع والهجرة الريفية إلى المدن وتفكك البنى التقليدية. وأكدت دراسات ميدانية في الجزائر والمغرب وتونس أن المعدلات الأعلى من الإدمان تُسجل في الأحياء الحضرية الهامشية حيث تتفاقم الأنوميا (سويف، 1996، ص. 88).

(ب) نظرية الترابط التفاضلي لإدوين سثرلاند

طور إدوين سثرلاند نظرية الترابط التفاضلي Differential Association Theory في كتابه «مبادئ علم الجريمة» (1947)، حيث يرى أن السلوك الإجرامي والمنحرف يُكتسب عبر التفاعل الاجتماعي مع أشخاص يمتلكون تعريفات للقانون والأخلاق مختلفة. وحسب سثرلاند، فإن الفرد يصبح مدمناً عبر تعلم تقنيات التعاطي وتبريراته من جماعة الأقران، فيما يتعلم في الوقت نفسه تفضيل التعريفات الإيجابية للقانون (Sutherland, 1947, p. 6).

وقد طورت هذه النظرية لاحقاً في إطار نظرية «التعلم الاجتماعي» لرونالد أكيرس الذي أضاف بُعداً معرفياً يتمثل في المحاكاة والتعزيز. وحسب أكيرس، فإن الفرد يقلد سلوك الرفاق المدمنين، ثم يحصل على تعزيز إيجابي من جراء التعاطي ومن القبول الاجتماعي في الجماعة، فيتعزز السلوك ويتكرر (Akers, 1985, p. 41).

(ج) نظرية الترابط الاجتماعي لترافيس هيرشي

طور ترافيس هيرشي نظرية الترابط الاجتماعي Social Bond Theory في كتابه «أسباب الانحراف» (1969)، حيث يرى أن الانحراف والإدمان يحدثان حين يضعف ترابط الفرد بالمجتمع. ويتشكل هذا الترابط من أربعة عناصر: التعلق بالآخرين (الأهل والأصدقاء والمدرسة)، الالتزام بالأنشطة التقليدية (الدراسة والعمل)، الانخراط في الأنشطة التقليدية التي تستهلك الوقت والطاقة، والاعتقاد بشرعية النظام الأخلاقي والقانوني. وحسب هيرشي، فإن ضعف أي من هذه العناصر الأربعة يجعل الفرد عرضة للانحراف والإدمان (Hirschi, 1969, p. 16).

وقد وثقت الدراسات الميدانية أن المدمنين يعانون من ضعف في هذه الروابط الأربعة، فهم أقل تعلقاً بالأهل، وأقل التزاماً بالدراسة والعمل، وأكثر انخراطاً في الأنشطة الهامشية، وأكثر تشكيكاً في شرعية القانون. ومن هنا تأتي أهمية برامج الوقاية التي تعزز هذه الروابط، خاصة في الوسط المدرسي والأسري.

(د) نظرية الوصم لإروينغ غوفمان وهوارد بيكر

تطرح نظرية الوصم Labeling Theory لإروينغ غوفمان وهوارد بيكر تفسيرًا تفاعليًا لظاهرة الإدمان، معتبرة أن المجتمع يصم المدمن بوصمة اجتماعية تحبس الفرد في هوية منحرفة. وحسب بيكر، فإن الفرد يصبح مدمنًا حين يصمه المجتمع بهذه الصفة، فيتبنى هوية المدمن وينخرط في سلوكيات متوافقة معها. فالوصم يولد نبتًا اجتماعيًا، والنبت يولد عزلة، والعزلة تولد الإصرار على التعاطي (Becker, 1963, p. 9).

وقد طوّر إروينغ غوفمان تحليله للوصم في كتابه «وصمة: ملاحظات حول تدبير الهوية المتنقصة» (1963)، حيث وثق كيف يدبر المدمنون وصمة الإدمان في حياتهم اليومية، إما بإخفاء حالتهم، أو بتبني هوية المتعافي، أو بالانخراط في ثقافة فرعية للمدمنين. وترى هذه المقاربة أن سياسات التجريم والملاحقة القانونية قد تساهم في تعميق الوصم بدل أن تعالج الظاهرة، وهو ما يبرر اللجوء إلى سياسات بديلة كالحالة العلاجية بدل العقاب (Goffman, 1963, p. 28).

(هـ) نظرية الحقل والعادة لبير بورديو

يقدم عالم الاجتماع الفرنسي بيير بورديو تحليلًا بنيويًا تأسيسيًا للإدمان في كتابه «المسلك العلمي» (1980) من خلال مفهومي العادة Habitus والحقل Champ. وحسب بورديو، فإن العادة هي نظام من الميول والمُدرّكات المتجسدة في الجسد عبر التنشئة الاجتماعية، وهي التي توجه سلوك الفرد دون وعي منه. فالمدمن الذي نشأ في بيئة تسامح مع التعاطي أو تعاني من التفكك يكون لديه Habitus يميل نحو التعاطي. كما أن الحقل الاجتماعي للإدمان، بشبكاته وقيمه ومواقفه، يشكل عالمًا له منطقته الخاص الذي يستوعب المدمن ويصعب عليه الخروج منه (Bourdieu, 1980, p. 47).

وقد استثمر باحثون عرب مقارنة بورديو في تحليل ظاهرة الإدمان في المجتمعات العربية، خاصة في الأحياء الهامشية حيث يتركز الحقل الاجتماعي للإدمان. وتكشف هذه المقاربة أن مكافحة الإدمان لا تكفي فيها المقاربات الفردية، بل تستوجب تفكيك الحقل الاجتماعي المنتج له عبر إعادة بناء البنى الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للأحياء الهامشية (Bourdieu, 1980, p. 89).

المحور الرابع: نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا

طور عالم النفس الاجتماعي الكندي الأمريكي ألبرت باندورا نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory في كتابه «التعلم الاجتماعي والتقليد» (1971)، ثم طورها لاحقًا في نظرية الإدراك الاجتماعي. وحسب باندورا، يكتسب الفرد سلوكه عبر الملاحظة والمحاكاة للنماذج المحيطة به، خاصة الوالدين والأقران والشخصيات الإعلامية.

ويتم تعزيز السلوك عبر النتائج الإيجابية التي يحصل عليها الفرد، أو عبر التعزيز الوهمي حين يلاحظ تعزيزًا يحصل للنموذج (Bandura, 1977, p. 22).

وتفسر هذه النظرية لماذا يصبح الأبناء الذين يعيشون في أسر يتعاطى فيها أحد الوالدين المخدرات أكثر عرضة للإدمان. فالطفل يلاحظ سلوك الوالد ويتعلم تقنيات التعاطي ويرى الآثار الإيجابية الأولى كالنشوة والاسترخاء، فيتبنى هذا السلوك في مرحلة المراهقة. كما تفسر النظرية تأثير الرفاق، إذ يقلد المراهق سلوك رفاقه المدمنين لينال القبول في الجماعة (Bandura, 1977, p. 87).

وتستند المقاربة الوقائية والعلاجية المستفيدة من نظرية باندورا إلى تعزيز النماذج الإيجابية في حياة الفرد، كالقدوات الإيجابية في المدرسة والمجتمع، وعرض نماذج للمدمنين المتعافين الذين نجحوا في الإقلاع. كما تستفيد منها برامج الوقاية المدرسية التي تعلم مهارات الرفض ومقاومة ضغط الأقران (Bandura, 1977, p. 145).

المحور الخامس: المقاربة الثقافية والأنثروبولوجية

تقدم المقاربة الثقافية والأنثروبولوجية Cultural and Anthropological Approach تحليلًا ثقافيًا للإدمان، معتبرة إياه نتاجًا للتحويلات الثقافية والقيمية في المجتمعات المعاصرة. وقد طور بروس ألكسندر مفهوم «الإدمان كاستجابة لعزلة ثقافية»، إذ يرى أن المجتمعات الصناعية الحديثة التي تفرط في الفردانية وتفقد شبكات الدعم الاجتماعي التقليدية تنتج معدلات إدمان أعلى، بغض النظر عن نوع المخدر المتداول (Alexander, 2008, p. 65).

وفي تجربة شهيرة أجراها ألكسندر سميت «حديقة الفئران» Rat Park، أثبت أن الفئران المعزولة في أقفاص منفردة فضلت شرب الماء الممزوج بالمورفين على الماء العادي، بينما الفئران التي تعيش في حديقة اجتماعية غنية بالتفاعلات والألعاب فضلت الماء العادي. واستنتج ألكسندر أن الإدمان ليس في المادة، بل في البيئة الثقافية والاجتماعية، وأن المجتمعات التي تنتج العزلة تنتج الإدمان. وقد دفع هذا الاكتشاف إلى إعادة التفكير في سياسات مكافحة الإدمان، من تركيز على المادة إلى تركيز على البيئة (Alexander, 2008, p. 89).

“ليس الإدمان في المادة، بل في العلاقة بين الفرد والبيئة الثقافية.
والمجتمعات التي تفرط في الفردانية وتفقد شبكات الدعم التقليدية تنتج
الإدمان بغض النظر عن نوع المخدر المتداول.” — Alexander (2008, p. 78)

كما طور عالم الأنثروبولوجيا الأمريكي ديفيد لنسون في كتابه «عن المخدرات» (1995) مقاربة ثقافية ترى أن ظاهرة الإدمان تتقاطع بنيويًا مع ثقافة الاستهلاك المعاصرة،

إذ تروج هذه الثقافة لقيم الاستهلاك الفوري والبحث المتواصل عن النشوة كقيمة عليا. فالمجتمع الاستهلاكي ينتج في آن واحد الرغبة في الإدمان والمواد التي تشبع هذه الرغبة، في علاقة جدلية مغلقة. ومن هنا يرى لنسون أن مكافحة الإدمان لا يمكن أن تنفصل عن نقد ثقافة الاستهلاك وإعادة بناء المعنى الجماعي (Lenson, 1995, p. 84).

المحور السادس: المقاربة التكاملية

إزاء تعدد المقاربات النظرية المفسرة للإدمان، دعا الباحثون المعاصرون إلى مقاربة تكاملية تجمع بين البعد البيولوجي والنفسي والاجتماعي والثقافي. وتعتبر مقاربة «العوامل المتعددة» Multi-factorial Model المرجع الأكثر اعتمادًا اليوم في الأدبيات العلمية، إذ ترى أن الإدمان ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل الوراثية والعصبية والنفسية والاجتماعية والثقافية، وأن أيًا منها لا يكفي وحده لتفسير الظاهرة (Gordon, 1985, p. 11 & Marlatt).

وقد طورت منظمة الصحة العالمية نموذجًا تكامليًا يربط بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية في تفسير الإدمان، يستخدم في تصميم البرامج الوقائية والعلاجية. كما اعتمدت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في DSM-5 مقاربة تشخيصية متعددة الأبعاد لاضطرابات تعاطي المخدرات، تأخذ بعين الاعتبار شدة الإدمان ومدة التعاطي والسياق النفسي والاجتماعي (APA, 2022, p. 541)؛ (WHO, 2018, p. 12).

وفي السياق العربي، دعا مصطفى سويف إلى مقاربة تكاملية تأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الثقافية والدينية للمجتمعات العربية والإسلامية. وحسب سويف، فإن المقاربات الغربية المفردة لا تكفي لفهم الإدمان في السياق العربي، بل تستوجب دمجها مع البعد الديني والقيمي الذي يشكل سداً وقائياً مهماً. ودعا إلى تطوير برامج علاجية ووقائية تستفيد من المقاربات العلمية الحديثة دون الإخلال بالخصوصية الثقافية (سويف، 1996، ص. 215).

خلاصة الباب الرابع

يتضح من هذا الباب أن المقاربات النظرية المفسرة للإدمان تتعدد وتتكامل، فالمقاربة البيولوجية تكشف عن البعد العصبي والوراثي، والمقاربة النفسية تكشف عن البعد المعرفي والانفعالي واللاشعوري، والمقاربة السوسولوجية تكشف عن البعد البنيوي والثقافي. ولا يستقيم فهم ظاهرة الإدمان إلا بالجمع بين هذه المقاربات في منظور تكاملي يأخذ بعين الاعتبار تفاعل العوامل المتعددة. ويفسح هذا الفهم المتعدد الأبعاد المجال للانتقال في الباب الموالي إلى تحليل الآثار المترتبة عن تعاطي المخدرات، حيث سُنستثمر هذه المقاربات النظرية في فهم الآثار العميقة على الفرد والأسرة والمجتمع.

الباب الخامس: الآثار المترتبة على تعاطي المخدرات

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات من أخطر المظاهر التي تؤثر سلبًا على الفرد والأسرة خاصة والمجتمع بصفة عامة، والتي لها أبعاد متعددة في الوقت الحالي. وينجر عن الإدمان عليها آثار سلبية تمس الأبعاد الفردية والأسرية والمجتمعية والاقتصادية والأمنية، نناقشها في هذا الباب تحليلًا علميًا مدققًا. وتتجاوز هذه الآثار الضرر الصحي المباشر لتشمل البنيات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية، مما يجعل ظاهرة الإدمان ظاهرة تعددية الأبعاد تتطلب مقاربة شاملة (فايد، 2006، ص. 145)؛ (بلبريك، 2020، ص. 112).

المحور الأول: الآثار التي تمس الفرد

(أ) الآثار النفسية والعقلية

إن تعاطي الفرد للمخدرات مرض اجتماعي، ذلك أنه يؤثر سلبًا على الفرد من خلال تذييله وتحطيمه، الأمر الذي ينعكس على نفسيته وشخصيته، فيجعل الفرد في حالة لامبالاة وتبلد، ويدفعه للرذيلة، ويفقده في المقابل الشعور بالمسؤولية، ويدخل في حالة من العزلة والبعد عن واقع الحياة. فيظهر أمام المجتمع وهو خائر القوى قليل الحركات والتواصل مع الغير، فتفقده القدرة على أداء دوره في المجتمع والميل إلى الانحرافات السلوكية، واللامسؤولية كمسؤولية الأب تجاه أسرته، أو الابن أو الزوج أو الطالب أو مسؤولياته المهنية، فينتهي به الحال في أحد المستشفيات لعلاج مرض عضوي مزمن أو بمستشفى الأمراض العقلية لغاية انتهاء حياته (فايد، 2006، ص. 150).

وتؤكد الأبحاث الطبية الحديثة أن تعاطي المخدرات يحدث تغيرات بنوية ووظيفية في الدماغ تستمر لفترات طويلة بعد التوقف عن التعاطي. فعلى المستوى المعرفي، يعاني المدمن من ضعف الذاكرة قصيرة المدى وبطء التفكير وصعوبة التركيز وضعف الحكم على الأمور. وعلى المستوى الانفعالي، يعاني من تقلب المزاج بين النشوة المؤقتة والاكتئاب العميق، ومن فرط الحساسية للألم النفسي وضعف تحمل الإحباط. وعلى المستوى السلوكي، يلاحظ تدهور في القدرة على ضبط النفس وزيادة الاندفاع والعنف (Leshner, 1997, p. 49).

فيصبح الفرد بذلك غير قادر على إقامة علاقات اجتماعية سواء مع أفراد أسرته أو مع الآخرين، والميل للعزلة أكثر، الأمر الذي يولد لديه حالة القلق والتوتر وحصول الاضطراب النفسي لديه، فيكون بذلك غير قادرًا على التكيف مع المجتمع، فيكون في حالة انفعال دائم وبمزاج متقلب. وحسب الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، فإن اضطرابات تعاطي المخدرات تتضمن معايير تشخيصية كالرغبة القهرية، فقدان التحكم، التحمل الفيزيولوجي، أعراض الانسحاب،

الإهمال للأنشطة الأساسية، والاستمرار في التعاطي رغم العواقب الوخيمة (APA, 2022, p. 541).

(ب) الآثار الجسدية والصحية

حيث يمنع هذا الوضع الفرد المدمن من القيام بمسؤولياته المهنية وتنقضي كفاءته المهنية وغياب إرادته في القيام بواجباته، ما يدفع المسؤولين بالقيام بطرده من عمله بل بتغريمه غرامات مادية من شأنها أن تؤثر سلبًا على دخله. وقد توصل العالم وولف Wolf مع مجموعة من الأطباء العقلين بالبرازيل في تجربته على عدد من المتعاطين للمخدرات، إلى أن الأثر الاجتماعي للإدمان عليهم تبين أن المدمنين كانوا يمارسون مهامهم بشكل جيد وكانوا موضع ثقة لدى المسؤولين، إلا أنه وبعد إدمانهم تغير الوضع وانهارت ثقتهم بل تجاوز الحد لدرجة تأثر أخلاقهم وكفاءتهم الإنتاجية.

وتأثرت معه علاقتهم مع زملائهم إلى حد انقطاع العلاقة بينهم بسبب تغير طباعهم إلى العدوانية ومظهرهم أصبح غير لائق بمكانتهم المهنية والافتقار إلى الطاقة المهنية والحماس والإرادة، مع تولد شعور حب الذات وعدم الشعور بالمسؤولية وعدم المبالاة بما عليهم من واجبات والاستهتار بها في المقابل (Wolf et al., 2010, p. 478).

هذا وتؤثر المخدرات سلبًا على جسم الفرد، حيث تشير الدراسات والبحوث الطبية والسيولوجية والنفسية بتأثير المخدرات على كل أجهزة الجسم، فتسبب بذلك توقيفًا وتعطيلًا فيها، فيكون الفرد تبعًا لذلك عرضة للأمراض المزمنة وحتى فقدان الحياة في الكثير من الحالات. ومن أهم الأجهزة المتأثرة:

- الجهاز العصبي المركزي: تلف الخلايا العصبية، ضمور الدماغ، اضطرابات الذاكرة والتركيز، زوال المادة الرمادية في القشرة الجبهية.
- الجهاز التنفسي: التهاب القصبات، انتفاخ الرئة، سرطان الرئة (للتدخين بصفة خاصة)، فشل تنفسي حاد.
- الجهاز القلبي الوعائي: ارتفاع ضغط الدم، جلطات دماغية، نوبات قلبية، التهاب عضلة القلب، اضطراب النظم القلبي.
- الجهاز الهضمي: قرحة المعدة، نزيف الجهاز الهضمي، تليف الكبد، التهاب البنكرياس، سوء التغذية.

- الجهاز المناعي: ضعف المناعة المكتسبة، سهولة الإصابة بالأمراض المعدية كالسل والإيدز والتهاب الكبد الفيروسي (Volkow et al., 2014, p. 2815).

ولا تقتصر الأضرار الصحية على المتعاطي بطرقه التقليدية، بل تتعداها إلى أضرار تجاوزية كانتقال العدوى عبر الحقن الملوثة (الإيدز، التهاب الكبد B و C)، والوفيات بالجرعات الزائدة (Overdose)، خاصة مع ظهور الفنتانيل الذي يفوق تأثيره ضعفي الهيروين بـ 50 مرة ويتسبب في وفيات مفاجئة حتى بكميات ضئيلة (CDC, 2023, p. 4). كما تنتقل آثار التعاطي إلى الأجنة عبر المشيمة عند الأمهات المتعاطيات، مما يولد أطفالاً بأعراض انسحابية عند الولادة وأضراراً في النمو العصبي (WHO, 2018, p. 67).

(ج) الآثار المهنية والاقتصادية على الفرد

ويعتبر فشل الفرد في أداء مسؤولياته الاجتماعية من الدوافع إلى الجريمة والانحراف ويصبح عنيفاً، فتزيد بذلك نسبة الجريمة والعنف في المجتمع، إما بغرض اقتناء المخدرات أو بسبب تأثير تعاطي المخدرات على السلوكيات والقرارات. ويترتب عن الإدمان فقدان الفرد لعمله نتيجة الغياب المتكرر وضعف الإنتاجية والصراعات مع الزملاء، فيسقط في دوامة من الفقر والديون التي تزيد من انزلاقه نحو الجريمة لتمويل شراء المخدرات. وقد كشفت إحصائيات المكتب الأممي أن متوسط خسارة دخل الفرد المدمن تصل إلى 60% من دخله قبل الإدمان، وأن 25% من المدمنين يفقدون عملهم خلال خمس سنوات من بدء التعاطي (UNODC, 2023, p. 156).

المحور الثاني: الآثار التي تمس الأسرة

يؤثر تعاطي الفرد المخدرات على استقرار الأسرة وثباتها، فبسبب تعاطي أحد أفراد الأسرة فإن ذلك يهز من البنية الاجتماعية للأسرة وتراجع أطر التفاعل الاجتماعي البناء بين أعضائها. فغياب التفاعل الأسري بين أفرادها والتقدير والدعم بينهم يتسبب في اختلال التوازن وانعدام الاستقرار، ومنه انهيار البنية الأسرية. فوجود طرف مدمن على تعاطي المخدرات بالأسرة يؤدي إلى انحراف بين أفراد الأسرة، خاصة إذا أحد الوالدين وبالأخص الأب باعتباره رب الأسرة والذي يسهل عملية المحاكاة من قبل الأبناء طبقاً لنظرية التقليد والمحاكاة، ما يؤثر بشكل أخطر وأوسع على استقرار الأسرة ومن ثم وقوع المشاكل وتفكك الروابط الأسرية ونشوب المشاكل بين الزوجين والتي تنتهي عادة إلى الانفصال وتفكك الأسرة وانهيارها (سائل، 2015، ص. 89).

وقد قام أحد الباحثين بتطبيق اختبار الروشاخ على عشر حالات، ليخلص إلى وجود علاقة إيجابية بين صورة الأب المتمثلة في السلطة وما بين السلوكات الإدمانية للمراهقين. وخلص إلى تحقيق الفرضية العامة والفرضيات الجزئية التي أكدت على أن عدم توفر العلاقة بين الأب والمراهق وتدهورها وعدم وجود النضج العاطفي بينهما ونقص المشاركة الاجتماعية والتوتر الموجود في محيطه الأسري، يؤدي بالضرورة إلى انحياز الابن المراهق إلى تعاطي المخدرات (مرابط، 2021، ص. 47).

لأن تأثر المدمن بالبيئة المحيطة به ينتج عنه بالضرورة تأثير المدمن على أفراد الأسرة في المقابل، كما أن حالته الصحية والعقلية تتدهور كذلك إلى الأسوأ، الوضع الذي يمنعه من رعاية أسرته وأبنائه وعدم القدرة على تنشئتهم في جو أسري سليم ومستقر. فالإدمان على المخدرات يفقد المدمن قدرته العقلية ومن ثم الجسدية، ما يمنعه من القيام بالمهام اليومية بشكل فعال سواء تجاه الأبناء أو باقي الأسرة.

وقد وثقت الدراسات الحديثة في علم الاجتماع الأسري أن أبناء المدمنين معرضون لمخاطر متعددة:

- خطر التعرض للإهمال المادي والعاطفي بسبب انشغال الوالد المدمن بالبحث عن المخدر.
- خطر التعرض للعنف الجسدي والنفسي بسبب تقلبات مزاج الوالد المدمن.
- خطر تقليد السلوك الإدماني وتعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة.
- خطر التعرض لصدمات الطفولة السلبية ACEs المرتبطة بأمراض نفسية وجسدية مزمنة في البلوغ (Felitti et al., 1998, p. 248).
- خطر الانقطاع المدرسي وضعف التحصيل العلمي.
- خطر الانحراف والوقوع في الجريمة والمشكلات القانونية.

كما يترتب على وجود والد مدمن في الأسرة تقليص الدخل الأسري وتراكم الديون، إذ يخصص المدمن جزءاً متزايداً من دخله لشراء المخدرات، ثم يلجأ إلى الاقتراض ثم البيع ثم السرقة. وقد وثقت دراسات ميدانية في الجزائر أن 70% من حالات الطلاق في الأسر التي يعاني فيها أحد الزوجين من الإدمان تنتهي خلال خمس سنوات من بدء التعاطي (نبيلة مشيد، 2024، ص. 78).

المحور الثالث: الآثار التي تنعكس على المجتمع

تنعكس ظاهرة تعاطي المخدرات على المجتمع بصورة جلية مما ينجم عليه آثار سلبية وسيئة، فهي ظاهرة تمثل مشكلة اجتماعية خطيرة تهدد أمن المجتمع وسلامته وتهدد سلامة وأمن الإنسانية بشكل أكبر. ومن بين هذه الآثار ما يلي:

(أ) العزلة الاجتماعية والنبذ

تنعكس حالات التعاطي للمخدرات من قبل أحد أفراد الأسرة على علاقاتهم الاجتماعية، إذ تزيد حالات انفصالهم الاجتماعي، فيفقد المدمنون الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية أو الانخراط في الأنشطة الاجتماعية ولجوئهم للعزلة والابتعاد. فيحصل أن

يكونوا منبوذين من طرف أقربائهم وأصدقائهم والجيران كذلك، نظرًا لتصرفاتهم السيئة والسلوك السلبي بسبب إدمانهم للمخدر الذي ينعكس على شخصيتهم. فضلًا على النظرة التي ينظر بها المجتمع المحلي إلى المدمن على المخدرات ومجموعة المتعاطين التي تختلف من فرد لآخر، كاعتبار الفرد المتعاطي شخصًا مريضًا إلى حد العدوى والمحتاج إلى غاية، وقد ينظر للبعض على أنه إنسان شاذ يمكن له أن يتوب، وقد ينظر للبعض بأنه نموذج اجتماعي سيئ، أو شخص منبوذ من طرف الرفقاء.

(ب) إهدار الموارد البشرية

من الآثار التي تنعكس على المجتمع إهدار الموارد البشرية، ذلك أن فئة المتعاطين والمدمنين يشكلون جزءًا من الموارد البشرية التي يعتمد عليها في التنمية الاجتماعية الشاملة، وأن تنشوء هذه الفئة وتعطل، فإن مسيرة التنمية البشرية حتميًا تتأثر بشكل سلبي. فالإدمان على المخدرات آثار سلبية على الإنتاج القومي والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وهذا راجع لتدهور الكفاءة الإنتاجية في المجتمع وبسبب تدهور إنتاجية المدمنين والمتعاطين للمخدرات. وقد قدرت دراسات الأمم المتحدة أن الخسائر الاقتصادية العالمية المرتبطة بالإدمان تتجاوز 1.4 تريليون دولار سنويًا، تشمل التكاليف الصحية وفقدان الإنتاجية والأمن العام (UNODC, 2023, p. 162).

(ج) التفكك الاجتماعي

التفكك الاجتماعي في المجتمع، فالأسرة هي الخلية الأساسية في المجتمع وعدم استقرارها يعني بالضرورة امتداد التأثير إلى المجتمع بأكمله، ولا يتوقف على أفراد الأسرة فقط. ذلك أن المجتمع يمثل نسقًا يتكون من أنساق فرعية تشمل مترابط ومتكامل وظيفيًا، بحيث لو تعطل أحد هذه الأنساق في القيام بمهامه الوظيفية فيؤثر على النسق ككل، الأمر الذي ينجم عنه تفكك اجتماعي للمجتمع. وحسب إميل دوركايم، فإن التفكك الأخلاقي والأنوميا هما العاملان الكامنان خلف الانهيار التضامني في المجتمعات المعاصرة (Durkheim, 1897/2002, p. 251).

(د) العداوة والبغضاء

ومن الآثار الاجتماعية التي تنجر عن تعاطي الفرد للمخدرات كذلك نشوب العداوة والبغضاء بين الناس في المجتمع، ذلك أن المدمن عند دخول حالة الإدمان يفقد عقله التي تدفعه للقيام بأفعال وأقوال مسيئة للغير، وعدم استقرار تصرفاته المشينة التي تصل لحد هتك الأعراض وإفشاء الأسرار والتي ينشأ الوصول لدرجة القتل. كما أن العنف الأسري والجيران والمجتمع المحلي يرتفع بدرجة ملحوظة في الأحياء التي تنتشر فيها ظاهرة الإدمان (سايل، 2015، ص. 102).

المحور الرابع: الآثار الاقتصادية

ظاهرة تعاطي المخدرات تمس كل الجوانب على خلاف ما سبق مناقشته، وأهمها على الصعيد الاقتصادي والذي يؤثر على الفرد بالدرجة الأولى والمجتمع. فالفرد المدمن عليها ومنذ بداية تعاطيه بداية تجربة كجرعة من أحد أصدقائه مجاناً، ثم يتطور الأمر إلى حاجته الملحة لها لتسكين آلامه، وللحصول عليها يتوجب له توفير ثمنها لصعوبة الحصول عليها وتكليفه ذلك مما يستنفذ ماله وتثقل كاهله، فيضطره إلى بيع ما يملكه للحصول عليها.

وبالتالي تضعف هذه الظاهرة النفس البشرية مما يجعلها غير منتجة في العمل الذي يكسبه القوت والعيش، والتأثير بذلك على قدرة الفرد الإنتاجية في العمل، مما يؤدي إلى تزايد قابلية وقوع المتعاطي في الحوادث وإصابة العملية الإنتاجية بخسائر. ولم يتوقف الأمر عند الفرد بل يمس المجتمع، ومن أهم مظاهر الخسائر الاقتصادية المبالغ التي ينفقها في اقتنائها. فالمجتمع الذي تزرع فيه المخدرات يؤدي بالضرورة إلى إضاعة جزء من الثروة القومية المتمثلة في الأرض والجهد البشري الذي يستهلك في زراعتها وتصنيعها عوض استغلالها في استثمارات تفيد الفرد والمجتمع.

فضلاً على النفقات التي يتكبدها المجتمع في تجارتها وتهريبها أو جلبها إلى المجتمع من مصادر خارجية بحيث تستهلك مقابل ذلك مبالغ كبيرة تستنفذ من المجتمع، وكان من الأفضل استغلال الدولة إنفاق المال في بناء المصانع والمستشفيات أو تشييد المشاريع التي تفيد الفرد والمجتمع. وقد وثق تقرير الأمم المتحدة لعام 2023 أن السوق العالمية للمخدرات تقدر بـ650 مليار دولار، وأن الدول النامية تخسر نسبة معتبرة من ناتجها القومي في استيراد المخدرات ومكافحة آثارها (UNODC, 2023, p. 158).

وتتوزع الآثار الاقتصادية للإدمان على عدة بنود:

- التكاليف الصحية المباشرة: علاج الإدمان، رعاية الأمراض المزمنة الناجمة عنه، خدمات الطوارئ للجرعات الزائدة.
- التكاليف غير المباشرة: فقدان الإنتاجية، الغياب عن العمل، التأثير على الزملاء والعائلة.
- التكاليف الأمنية والقضائية: ميزانيات مكافحة المخدرات، السجون، المحاكم، الشرطة.
- التكاليف الاجتماعية: دعم الأسر المنكوبة، رعاية الأطفال المتخلى عنهم، إعادة التأهيل الاجتماعي.
- تكاليف فقدان رأس المال البشري: الوفيات المبكرة، الإعاقات الدائمة، فقدان الكفاءات (WHO, 2018, p. 78).

خلاصة الباب الخامس

يتضح من هذا الباب أن آثار تعاطي المخدرات تتعدد وتتشابك، فتمس الفرد في صحته الجسدية والنفسية وفي كفاءته المهنية والإنتاجية، وتمس الأسرة في تماسكها واستقرارها وأبناءها، وتمس المجتمع في تماسكه وأمنه واقتصاده. وتتجاوز هذه الآثار الضرر المباشر لتشمل تكاليف اقتصادية وصحية وأمنية واجتماعية باهظة. وتؤكد هذه المعطيات أن الإدمان ليس مشكلة فردية بل ظاهرة اجتماعية شاملة تتطلب مقاربة شاملة متعددة الأبعاد. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال في الباب الموالي إلى العلاقة العضوية بين المخدرات والجريمة، حيث سَنُستثمر هذه الآثار في فهم الجذور العميقة للسلوك الإجرامي المرتبط بالإدمان.

الباب السادس: المخدرات والجريمة

يمثل الربط بين المخدرات والجريمة أحد أهم محاور الدراسات الكريمنولوجية المعاصرة، إذ تبرز العلاقة بين الظاهرتين في عدة مستويات: الجريمة المرتبطة بتجارة المخدرات وتهريبها، والجرائم المرتكبة تحت تأثير المخدرات، والجرائم المرتكبة لتمويل شراء المخدرات. وتهدد هذه العلاقة الأمن العام والسلم الاجتماعي، وتستنزف الموارد الأمنية والقضائية، وتستدعي مقاربة شاملة تجمع بين البعدين الوقائي والعلاجي (Inciardi, 2008, p. 84)؛ (الهوانة، 2018، ص. 137).

المحور الأول: العلاقة بين الايمان والجريمة

انتشار الجريمة والانحراف هي من أكثر الآثار خطورة وانتشاراً في المجتمع والتي باتت تهدد أمن المجتمع والأفراد، حيث أن ظاهرة تعاطي المخدرات تساهم بشكل كبير في زيادة ارتكاب الجرائم بأنواعها المختلفة التي أصبحت في مجملها تعود أبواب ارتكابها إلى تعاطي المخدرات. فضلاً على أن تعاطي المخدرات جريمة في حد ذاتها ومعاقب عليها قانوناً، وتؤكد مجمل الدراسات والبحوث والإحصائيات أن هناك علاقة كبيرة بين تعاطي المخدرات والأفعال التي يجرمها القانون.

وتتوزع العلاقة بين الإدمان والجريمة على ثلاثة أنواع رئيسية وفقاً لتصنيف بول غولدشتاين (1985):

(أ) الجرائم المرتبطة بالتأثير النفسي للمخدرات

وهي الجرائم التي يرتكبها المتعاطي تحت تأثير المخدر، حيث يفقد السيطرة على سلوكه ويصبح عدوانياً أو متهوراً. وتشمل هذه الفئة الجرائم العنيفة كالقتل والضرب والإيذاء والاغتصاب، فضلاً عن الحوادث المرورية والكلام البذيء والإخلال بالنظام العام.

وتقدر الإحصائيات أن 30-50% من الجرائم العنيفة في الولايات المتحدة وبريطانيا يرتكبها أشخاص تحت تأثير المخدرات (Goldstein, 1985, p. 493).

(ب) الجرائم المرتبطة بالاقتصاد الموازي للمخدرات

وهي الجرائم التي يرتكبها المدمن لتمويل شراء المخدرات، خاصة السرقة والسطو والاحتيال والتزوير والدعارة. ومن بين الجرائم التي يرتكبها المتعاطي جرائم السرقة والنهب والتزوير والقتل وذلك بغرض الحصول على المال لشراء المخدرات، فيتجترئ المتعاطي إلى حد سرقة الأهل والقتل فقط من أجل ذلك، وهو الأمر الذي شهدته أغلب دول العالم. فضلاً على الجرائم المتعلقة بالاغتصاب والتشرد والزنا واللواط وكافة الاعتداءات والممارسات الجنسية من الاعتداء على المحارم (سيف، 1996، ص. 188).

(ج) الجرائم المرتبطة بتجارة المخدرات

وهي الجرائم المرتكبة في إطار تجارة المخدرات وتهريبها وترويجها، وتشمل القتل العمد بين العصابات، والاتجار بالبشر، وغسيل الأموال، والفساد الإداري، والاتجار بالأسلحة، وحتى الإرهاب. وقد طورت شبكات تجارة المخدرات بنى تنظيمية معقدة تشبه الشركات متعددة الجنسيات، مع تفرعات أمنية واقتصادية وسياسية. ويقدر حجم تجارة المخدرات العالمية بـ650 مليار دولار سنوياً، أي ما يعادل 1% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي (UNODC, 2023, p. 24).

المحور الثاني: دراسات حالة دولية

(أ) دراسة بلتيمور - الولايات المتحدة الأمريكية

وقد توصلت الدراسات التي أجريت في بلتيمور بالولايات المتحدة الأمريكية إلى نتائج مفادها أن أغلب الجرائم المرتكبة وبمعدلات كبيرة نتيجة إدمان الأفراد على الهيروين. كما جاء انخفاض معدلات الإجرام مقترناً بالإقلاع عن المخدرات. ومن بين البحوث التي أجراها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية في مصر حول تعاطي المخدرات، أكدت وجود علاقة قوية بين الإدمان والجريمة، خاصة في الجرائم العنيفة وجرائم الأموال (فايد، 2006، ص. 178).

وفي دراسة أجراها المكتب الأمريكي للعدل عام 2019 على عينة من السجناء، تبين أن 65% من السجناء يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، وأن 17% منهم ارتكبوا جريمتهم تحت تأثير المخدرات، وأن 23% منهم ارتكبوا جريمتهم لتمويل شراء المخدرات. كما تبين أن برامج العلاج داخل السجون تقلل من معدلات العودية بنسبة 30% (BJS, 2019, p. 12).

(ب) دراسات عربية ومحلية

في دراسة ميدانية أجراها الديوان الوطني الجزائري لمكافحة المخدرات والإدمان عام 2023، تبين أن 58% من المتابعين في برامج العلاج يعترفون بارتباط سلوكهم الإجرامي بإدمانهم، وأن 35% منهم سُجنوا على الأقل مرة واحدة بسبب جرائم مرتبطة بالمخدرات. كما أكدت الدراسة أن 22% من المدمنين بدؤوا رحلتهم الإجرامية قبل بلوغ سن 18 (نبيلة مشيد، 2024، ص. 62).

وفي دراسة أخرى بالمغرب، وثق الباحثون أن معدل الجريمة في الأحياء الهامشية حيث ينتشر الإدمان يفوق المعدل الوطني بثلاثة أضعاف. وأن نسبة معتبرة من السجناء في المغرب العربي مدانون بجرائم مرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر بالمخدرات (الهوانة، 2018، ص. 142).

المحور الثالث: تجارة المخدرات والاقتصاد الموازي

تعتبر تجارة المخدرات من أهم مكونات الاقتصاد الموازي العالمي، إذ تتجاوز قيمتها 650 مليار دولار سنوياً وفق تقديرات الأمم المتحدة. وتقوم هذه التجارة على شبكات معقدة من المنتجين والمهربين والموزعين وغاسلي الأموال، تشبه في تنظيمها الشركات متعددة الجنسيات، بل تفوقها في بعض الجوانب من حيث القدرة على التهرب من الرقابة وتوظيف التقنيات الحديثة (UNODC, 2023, p. 24).

وتتركز مناطق الإنتاج الرئيسية في:

- المثلث الذهبي (بورما-لاوس-تايلاند): إنتاج الأفيون والهيروين، وإن كان قد تراجع لصالح الميثامفيتامين.
- الهلال الذهبي (أفغانستان-إيران-باكستان): ينتج 85% من الأفيون العالمي، وأفغانستان وحدها تنتج أكثر من 80%.
- المثلث الفضي (كولومبيا-البيرو-بوليفيا): إنتاج الكوكايين الرئيسي عالمياً.
- المغرب: منتج رئيسي للقنب الهندي باتجاه أوروبا.
- الصين والهند: منتجان رئيسيان للمخدرات التخليقية الكيميائية (UNODC, 2023, p. 38).

وتجري عمليات غسيل الأموال الناجمة عن تجارة المخدرات عبر قنوات معقدة تشمل البنوك الأوفشور والشركات الوهمية والعملات الرقمية كالببتكوين. وقد طورت الأمم المتحدة اتفاقية باليرمو لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الوطنية (2000) واتفاقية ميري دا

لمكافحة الفساد (2003) لتعقب وغسل الأموال الناجمة عن الجريمة المنظمة، لكن تطبيقها يصطدم بتعقيد المنظومة المالية العالمية (Inciardi, 2008, p. 215).

المحور الرابع: المخدرات والإرهاب

ارتبطت ظاهرة الإرهاب في العقود الأخيرة بتجارة المخدرات ارتباطًا وثيقًا، إذ تمثل تجارة المخدرات مصدر التمويل الرئيسي للعديد من التنظيمات الإرهابية. وقد كشفت تقارير الاستخبارات أن تنظيم القاعدة وحركة طالبان في أفغانستان يمولان جزءًا كبيرًا من عملياتهما من تجارة الأفيون والهيروين، وأن تنظيم الدولة (داعش) مول عملياته في سوريا والعراق من تجارة المخدرات والمؤثرات العقلية، خاصة مادة الكبتاغون Captagon (UNODC, 2023, p. 105).

وقد وثقت الشرطة الدولية (الإنتربول) أن تجارة الكبتاغون في الشرق الأوسط تدر نحو 5.7 مليار دولار سنويًا، وأن نسبة معتبرة من هذه الأموال تذهب لتمويل التنظيمات الإرهابية. كما وثقت الأمم المتحدة أن بعض فصائل المتمردين في كولومبيا يمولون عملياتهم من تجارة الكوكايين، وأن عصابات المخدرات في المكسيك تشن حروبًا دموية ضد الدولة تسببت في أكثر من 350 ألف قتيل منذ 2006 (UNODC, 2023, p. 108).

المحور الخامس: المقاربات البديلة في التعامل مع ظاهرة المخدرات

إزاء فشل سياسات التجريم والملاحقة القانونية الصارمة في الحد من ظاهرة المخدرات، طورت دول عدة مقاربات بديلة تركز على تجريم التعاطي دون إجرام المتعاطي. ومن أبرز هذه المقاربات:

(أ) مقارنة تقليل الضرر Harm Reduction

تعتمد مقارنة تقليل الضرر على إقرار أن التعاطي ظاهرة لن تختفي بالتجريم، وعليه تركز على تقليل الأضرار الصحية والاجتماعية المرتبطة به دون مطالبة المتعاطي بالإقلاع التام. وتشمل برامج هذه المقاربة:

- برامج استبدال المخدرات: إعطاء الميثادون أو البابرينورفين للمدمنين على الأفيونيات تحت إشراف طبي، لتفادي الجرعات الزائدة وانتقال العدوى.
- برامج تبادل الإبر: توفير إبر معقومة للمدمنين بالحقن لتقليل انتقال الإيدز والتهاب الكبد.
- غرف التعاطي الآمنة: أماكن مخصصة للتعاطي تحت إشراف طبي للتعامل مع الجرعات الزائدة (Harm Reduction International, 2022, p. 8).

- برامج النالوكسون: توزيع النالوكسون على المدمنين وأسرهم لعكس تأثير الجرعات الزائدة من الأفيونيات.

(ب) مقارنة الإحالة العلاجية

تقوم مقارنة الإحالة العلاجية على إحالة المتعاطي المضبط إلى برامج العلاج بدل السجن، خاصة للمتعاطين غير المتجرين بالاتجار. وقد طبقت هذه المقاربة في البرازيل والبرتغال وعدة ولايات أمريكية، وأظهرت نتائج إيجابية في تقليص معدلات الحبس والعودة إلى الإدمان، فضلاً عن تقليص التكاليف الاقتصادية للعدالة الجنائية (Hughes & Stevens, 2010, p. 115).

وقد قدمت البرتغال نموذجاً رائداً حين قررت عام 2001 إلغاء تجريم تعاطي جميع أنواع المخدرات بكميات للاستهلاك الشخصي، وإحالة المتعاطين إلى لجان dissuasion committees تقرر إحالتهم إلى العلاج أو فرض غرامات إدارية. وأظهرت الدراسات بعد 20 عاماً أن معدلات التعاطي لم تزد، بل انخفضت معدلات الوفيات بالجرعات الزائدة وانتقال الأمراض المعدية والجريمة المرتبطة بالمخدرات (Hughes & Stevens, 2010, p. 119).

خلاصة الباب السادس

يؤكد هذا الباب أن العلاقة بين المخدرات والجريمة علاقة عضوية متعددة الأبعاد، تشمل الجرائم المرتكبة تحت تأثير المخدرات، والجرائم المرتكبة لتمويل شرائها، والجرائم المرتكبة في إطار تجارتها وتهريبها. كما تكشف أن تجارة المخدرات تشكل اقتصاداً موازياً ضخماً يتجاوز 650 مليار دولار سنوياً، ويمول الإرهاب والجريمة المنظمة عبر العالم. وقد أفرزت هذه المعطيات تطوراً في المقاربات الدولية، انتقل من سياسات التجريم الصارم إلى مقاربات بديلة كتقليل الضرر والإحالة العلاجية، التي أظهرت نجاعة أكبر في الحد من الأضرار الصحية والاجتماعية. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال في الباب الموالي إلى موقف الشريعة الإسلامية من المخدرات، حيث ستتم مقارنة الإطار الديني بالإطار القانوني الوضعي.

الباب السابع: موقف الشريعة الإسلامية من المخدرات

شكلت الشريعة الإسلامية منذ نشأتها منظومة تشريعية متكاملة تحفظ الكليات الخمس: الدين، النفس، العقل، النسل، والمال. وحفظ العقل من أهم مقاصد الشريعة، إذ هو مناط التكليف وأساس المسؤولية، وعليه تدور الأحكام الشرعية من حيث الثواب والعقاب. ومن هنا كان تحريم كل ما يمس العقل من المسكرات والمخدرات تحريماً قطعياً، يستند إلى نصوص القرآن والسنة وإجماع الأمة (الهوانة، 2018، ص. 27).

المحور الأول: الأدلة الشرعية على تحريم المخدرات

(أ) الأدلة من القرآن الكريم

حرم الإسلام كل المسكرات على اختلاف أشكالها وأسمائها لما لها من ضرر وأذى على الإنسان وصحته، لقوله تعالى:

“يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون. إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل أنتم منتهون” — (القرآن الكريم، سورة المائدة، الآيتان 90-91)

وقد استدل الفقهاء بهذه الآية على تحريم كل مسكر، إذ إن العلة المذكورة فيها وهي وقوع العداوة والبغضاء والصد عن ذكر الله وعن الصلاة، تتحقق في كل مسكر ومخدر لا في الخمر وحدها. كما استدلوا بقوله تعالى:

“يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون” — (القرآن الكريم، سورة المائدة، الآية 90)

وقوله تعالى:

“ويسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس وإثمهما أكبر من نفعهما” — (القرآن الكريم، سورة البقرة، الآية 219)

وفي المقابل فإن العلم كشف لنا أسباب التحريم وحكمته، فالعلماء المتخصصون في طب الأبدان وطب النفوس يجزمون بأن لا شيء يضر ببدن الإنسان ونفسه ويذيب جسده أكثر من المسكرات والمخدرات، وقد حرم الله على المسلم كل ما ينتهك حرمة بدنه ونفسه لأن الله كرم الإنسان جسداً ونفساً (ابن تيمية، 1986، ص. 156).

(ب) الأدلة من السنة النبوية

وباعتبار أن المخدرات بأنواعها ضارة بأنواعها المختلفة، ضارة بالعقل والصحة البدنية والنفسية، فهي من الخبائث، ولهذا فقد أمر الرسول صلى الله عليه وسلم باجتنابها. فقال: «كل مسكر خمر»، وقال عليه الصلاة والسلام: «كل مخدر خمر وكل مسكر حرام». وعليه فكل ما يغطي العقل ويحجبه حرام، ذلك أن ذهاب العقل واستيلاء الشهوة ينجم عنه أضرار اجتماعية خطيرة تضر بالفرد والمجتمع وتنتشر ظواهر سلبية مثل السرقة وارتكاب المحرمات وينتزع الأمان من المجتمع (ابن حجر الهيتمي، 1995، ص. 173).

ومن الأحاديث النبوية الشريفة في هذا الباب قوله صلى الله عليه وسلم: «ما أسكر كثيره فقليله حرام» (رواه أبو داود والترمذي)، وقوله: «كل مسكر حرام وكل مخدر حرام» (رواه أحمد). وقد أجمع الفقهاء على أن هذا العموم يشمل كل ما يسكر أو يخدر، سواء كان شراباً أو مأكولاً أو مشموماً أو محقوئاً، وسواء كان طبيعياً أو مصنّعاً أو تخليقياً. ولا يخرج المخدرات الحديثة كالهروين والكوكايين والأمفيتامينات من هذا العموم، إذ العلة واحدة والأضرار أشد (سائل، 2015، ص. 95).

المحور الثاني: مقاصد الشريعة وحفظ العقل

تقوم مقاصد الشريعة الإسلامية على حفظ الكليات الخمس: الدين، النفس، العقل، النسل، والمال. ويعتبر حفظ العقل من أهم هذه الكليات، إذ به تدرك سائر التكاليف الشرعية وثقاف الفرائض وتُصان الحقوق. وحين يفقد الإنسان عقله فلا تكليف عليه ولا مسؤولية له، وحين يثلم عقله بالمسكرات والمخدرات يصبح خطراً على نفسه ومجتمعه (الغزالي، 1997، ص. 78).

وقد راعى الشارع الحكيم هذا المقصد في تشريعاته، فحرّم كل ما يثلم العقل أو يفقده، سواء كان الخمر أو الحشيش أو غيرها من المخدرات. وفرض العقوبات الرادعة على من يتعاطاها أو يتجر بها. كما شرع أحكاماً وقائية كالأمر بالطهارة والصلاة والصوم والذكر والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، التي تشكل سدوداً وقائية أمام الانزلاق في الإدمان (الشاطبي، 1997، ص. 124).

ويذهب الإمام أبو حامد الغزالي في كتابه «إحياء علوم الدين» إلى أن حفظ العقل يتطلب عدم الإفراط في المنبهات كالقهوة والشاي فضلاً عن المخدرات، إذ أن الإفراط حتى في المباح يفضي إلى الخلل. كما حذر الغزالي من المخدرات التي تستعمل في بعض الطرق الصوفية بدعوى الذكر، معتبراً إياها من البدع المضلة وأنها لا تقرب إلى الله بل تبعد عنه (الغزالي، 1997، ص. 86).

المحور الثالث: آراء المذاهب الفقهية

يتبين من خلال عامة الأئمة أنه لا شك في تحريم المخدرات، لقيامهم بمقارنة مضارها مع منافعها. وقد تعددت آراء المذاهب الفقهية في تفاصيل الحكم، لكنها اتفقت على التحريم:

(أ) المذهب الحنفي

تأخر فقهاء الحنفية في إصدار حكم صريح في الحشيش، إذ لم يكن معروفاً في المدينة زمن أبي حنيفة. لكنهم بعد انتشاره أصدر أبو الفضل المستصفي (ت. 504 هـ) حكماً بتحريمه قياساً على الخمر. ويقدر ابن حجر الهيثمي الحنفي في كتابه «تحفة المحتاج» أكثر

من مائة وعشرين مضرّة دينية ودنيوية للمخدرات، نذكر منها القلة القليلة على سبيل الحصر (ابن حجر الهيتمي، 1995، ص. 175):

- أن المخدر يورث النسيان.
- يقتل الغيرة.
- يغيب العقل.
- يجفف الحلق.
- يقلل الشهوتين.
- يضيء صفار الوجه والأسنان ورعشة بالأطراف، كما يحس متناولها بوهن عام.
- إضافة إلى أنها مفسدة للمال وتؤدي إلى أمراض مزمنة كالسرطان والتي تؤدي في الأخير إلى الموت.

(ب) المذهب المالكي

أفتى مالك بن أنس وأصحابه بتحريم المخدرات، واعتبروها مسكرة في حكم الخمر تستوجب حد الشارب. وقد توسع ابن رشد في شرح هذا الحكم، مؤكداً أن العلة في تحريم الخمر هي الإسكار، وأن هذه العلة متوفرة في كل المخدرات. كما حذر المالكية من القات الذي انتشر في اليمن والحبشة، وأفتى بعض علماء المذهب بتحريمه لما يسببه من أضرار صحية واجتماعية (ابن رشد، 1995، ص. 89).

(ج) المذهب الشافعي

أفتى الشافعي وأصحابه بتحريم المخدرات تحريماً قطعياً، وأوجبوا فيها الحد كالخمر. ويعد الإمام النووي من أكثر فقهاء الشافعية تفصيلاً في هذا الباب، إذ يرى أن كل ما أحدث في العقل تغييراً فهو حرام، سواء كان بإسكار أو بتخدير أو بتنشيط مفرط. كما أفتى ابن حجر الهيتمي الشافعي بتحريم القات والتبغ وكل ما يضر بالصحة (النووي، 1996، ص. 214).

(د) المذهب الحنبلي

حسم فقهاء الحنابلة، خاصة شيخ الإسلام ابن تيمية وتلميذه ابن القيم، في تحريم المخدرات. وقد ألف ابن تيمية رسالة مستقلة في تحريم الحشيش، استدلل فيها بأكثر من ثلاثين دليلاً من القرآن والسنة والقياس. ويرى ابن تيمية أن الحشيش أضر من الخمر في

بعض الوجوه، إذ يفسد العقل والأخلاق والمال، ويقعد صاحبه عن الطاعات، ويوقعه في المحرمات (ابن تيمية، 1986، ص. 174).

وأما ابن القيم في كتابه «إغاثة اللهفان من مصادد الشيطان»، فقد خصص باباً كاملاً للحشيش، وصف فيه أضرارها الدينية والدنيوية، وأكد أن مدمنها يعذب في قبره كما يعذب مدمن الخمر. ويرى ابن القيم أن الحشيش يفسد العقل والدين والأخلاق، ويورث صاحبه البلادة والمهانة، ويسلط عليه الشيطان (ابن القيم، 1994، ص. 96).

المحور الرابع: الحكمة من تحريم المخدرات

وعليه فإن المخدرات عمومًا من خلال منظور الشريعة الإسلامية ضارة للإنسان وتمس صحته التي تؤدي إلى عدة أمراض لدرجة الموت، وتذهب عقله وتفسد دينه، ومفسدة لماله، وبالتالي تم تصنيفها من المسكرات التي حرم الاقتراب منها. وتتجلى الحكمة من هذا التحريم في عدة أبعاد:

(أ) حفظ العقل والدين

العقل أداة المعرفة الدينية والإدراك الأخلاقي، وحين يُثلم بالمخدرات يفقد الإنسان القدرة على التمييز بين الحق والباطل والحلال والحرام. كما يفقد القدرة على أداء الفرائض الدينية كالصلاة والصيام والذكر، وقد يقع في الكفر وهو لا يشعر. ومن هنا يعتبر تحريم المخدرات حفظًا للدين والعقل في آن واحد (الشاطبي، 1997، ص. 130).

(ب) حفظ النفس والمال

تستهلك المخدرات صحة الإنسان وماله، فتقوده إلى الفقر والمرض والوفاة المبكرة. كما تقوده إلى السرقة والاحتيال لتمويل شرائها، فيقع في الجرائم التي تعرضه للعقوبات الدنيوية والأخروية. وحفظ النفس والمال من مقاصد الشريعة الأساسية، فكان تحريم المخدرات حفظًا لهذين المقصدين (الغزالي، 1997، ص. 92).

(ج) حفظ النسل والأسرة

تدمر المخدرات الأسرة من حيث يدري المتعاطي أو لا يدري، إذ تفقده القدرة على رعاية أبنائه وتنشئتهم التنشئة السوية. كما تؤدي إلى الطلاق والتفكك الأسري، وربما إلى الانحراف بالأبناء وتعاطيهم المخدرات في الصغر. وحفظ النسل من مقاصد الشريعة، فكان تحريم المخدرات حفظًا للنسل والأسرة (سائل، 2015، ص. 108).

(د) حفظ المجتمع والأمن العام

تولد المخدرات الجريمة والعنف والفساد في المجتمع، فتزعز الأمن وتنتشر الرذيلة. كما تستنزف الموارد الاقتصادية وتعطل التنمية. ومن مقاصد الشريعة حفظ المجتمع ودرء المفساد عنه، فكان تحريم المخدرات حفظاً للمجتمع والأمن العام (الشاطبي، 1997، ص. 142).

المحور الخامس: العقوبات الشرعية للمتاعبي والمتاجر

أوجبت الشريعة الإسلامية عقوبات رادعة على شارب المسكر ومتعاطي المخدرات ومتجرها. وتتمثل هذه العقوبات في:

(أ) حد الشرب

يُقام حد الشرب على شارب المسكر والمتعاطي للمخدرات، وهو ثمانون جلدة عند أبي حنيفة وأربعون عند الشافعي ومالك وأحمد. وقد اختلف الفقهاء في إقامة الحد على متعاطي المخدرات كالحشيش، فذهب الجمهور إلى إقامته عليها قياساً على الخمر، بينما اختلف الحنفية فيما إذا كان الحشيش يسكر، لكنهم أجمعوا على تعزيز متعاطيه (ابن قدامة، 1997، ص. 318).

(ب) التعزير

للإمام أن يعزر متعاطي المخدرات بالحبس أو الجلد أو الغرامة، بحسب ما يراه رادعاً. ويتسع التعزير ليشمل المتاجر والتهريب والمروج، وقد يصل إلى حد الإعدام في حالة العصابات الكبرى والاتجار المنظم، حفاظاً على المجتمع (ابن تيمية، 1986، ص. 184).

(ج) عقوبة المتاجر والمهرب

ذهب بعض الفقهاء المعاصرين إلى أن متجر المخدرات ومهربها يستوجب عقوبة الحرابة المذكورة في قوله تعالى: «إنما جزاء الذين يحاربون الله ورسوله ويسعون في الأرض فساداً أن يقتلوا أو يصلبوا أو تقطع أيديهم وأرجلهم من خلاف أو ينفوا من الأرض» (المائدة: 33). وحجة هؤلاء أن تجارة المخدرات من أعظم الفساد في الأرض، وأن المروج بمثابة المحارب لله ورسوله (الزحيلي، 1997، ص. 412).

خلاصة الباب السابع

يؤكد هذا الباب أن الشريعة الإسلامية حرمت المخدرات تحريماً قطعياً استناداً إلى نصوص القرآن والسنة وإجماع الأمة. وقد استند التحريم إلى مقاصد الشريعة في حفظ العقل والنفس والمال والنسل والمجتمع، وهي كليات خمسة لا يجوز الإخلال بها. كما اتفقت المذاهب الفقهية الأربعة على التحريم وإن اختلفت في تفاصيل العقوبة، فيما ذهب بعض

الفقهاء المعاصرين إلى تطبيق حد الحراة على متجري المخدرات والمهربين نظرًا لخطرهم على المجتمع. وتقدم هذه المقاربة الشرعية إطارًا قيمًا وأخلاقيًا يكمل الإطار القانوني الوضعي، إذ يربط في وعي المتعاطي بين العقاب الدنيوي والعقاب الأخروي، فيردعه ذلك عن الانزلاق في الإدمان. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال في الباب الموالي إلى موقف المشرع الجزائري من المخدرات، حيث سنرى كيف تترجم النصوص القانونية الإطار القيمي للمجتمع في تشريعات مدنية.

الباب الثامن: موقف المشرع الجزائري من المخدرات

تطور التشريع الجزائري في مجال مكافحة المخدرات عبر مراحل تاريخية متعاقبة، انعكست فيها التحولات الاجتماعية والسياسية والأمنية في البلاد. ويشكل القانون 04-18 لسنة 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها الإطار القانوني الحالي المعتمد، الذي يجمع بين البعد الوقائي والبعد القمعي في مقاربة شاملة. ويعرض هذا الباب تطور التشريع الجزائري وتفصيلات القانون الحالي وعقوباته (بلبريك، 2020، ص. 38)؛ (سايل، 2015، ص. 122).

المحور الأول: تطور التشريع الجزائري في مكافحة المخدرات

(أ) الأمر 09-75 لسنة 1975

في سنة 1975، حين قامت مصالح الأمن بمصادرة 30 قنطار من مسحوق القنب وتم القبض على ثلاثين أجنبيًا في عملية التهريب، صار من الضروري على المشرع الإسراع في تضيق الخناق على أمثال هؤلاء بإصدار الأمر 09-75 المؤرخ في 17 فيفري 1975 م المتعلق بقمع استهلاك وتهريب المخدرات. وقد شكل هذا النص أول إطار قانوني جزائري متخصص في مكافحة المخدرات، وركز على البعد القمعي دون إيلاء أهمية كافية للبعد الوقائي والعلاجي (بلبريك، 2020، ص. 39).

(ب) قانون الصحة 05-85 لسنة 1985

وفي 23 أكتوبر من سنة 1976 م أصدر المشرع قانون الصحة الذي تناول وباء المخدرات، ثم عدل بالقانون 05-85 الذي صدر في 16 فيفري من سنة 1985 م. تناول المخدرات والعقوبات المترتبة عن التعامل مع هذه المواد، لكن رغم تضيق الخناق من طرف المشرع على المتعاملين مع المخدرات إلا أن معدل تناولها بقي في تزايد كبير. وقد ألغى هذا القانون فيما بعد وحل محله القانون 18-04 لسنة 2004 (سايل، 2015، ص. 125).

(ج) القانون 18-04 لسنة 2004

حيث ازداد الشباب ميلاً إليها حتى بات أمراً محتوماً على المشرع مضاعفة العقوبات، وهو ما حدث في 24 ديسمبر من سنة 2004 م أين أصدر المشرع الجزائري القانون 18-04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها. ويعد هذا القانون اليوم المرجع القانوني الأساسي في مكافحة المخدرات بالجزائر، ويتكون من 50 مادة موزعة على ستة أبواب تتناول التعاريف والتدابير الوقائية والعقوبات والظروف المشددة والعقوبات التكميلية والمصادرة (القانون 18-04، 2004).

المحور الثاني: التعريف القانوني للمخدرات

ورد تعريف المخدرات في القانون الجزائري في المادة رقم 02 من القانون 18-04 المؤرخ في 24 ديسمبر سنة 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، وتنص على ما يلي:

“المخدر هو كل مادة طبيعية كانت أم تركيبية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول سنة 1972، وكل مادة مصنفة وطنياً كمخدر”
— (القانون 18-04، المادة 02)

أما المؤثرات العقلية فهي كل مادة طبيعية كانت أم اصطناعية، أو كل منتج طبيعي مدرج في الجدول الأول أو الثاني أو الثالث أو الرابع من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971، وكل مادة مصنفة وطنياً كمؤثر. ويربط هذا التعريف بين التصنيف الدولي والتصنيف الوطني، فيستفيد المشرع الجزائري من تطور الجداول الدولية دون الحاجة لتعديل تشريعي لكل مادة جديدة (سايل، 2015، ص. 128).

المحور الثالث: التدابير الوقائية

تناول القانون التدابير الوقائية برفع الدعوى العمومية عن الذين امتثلوا للعلاج من التسمم (المادة 6)، كما قرر المشرع إمكانية أمر قاضي التحقيق بإخضاع المتهمين إلى علاج مزيل للتسمم والشروط المتعلقة بذلك إذا ما رأى في ذلك ضرورة، المواد: 07-08-10-11 من القانون 18-04 المؤرخ في 24 ديسمبر 2004 م. ويمثل هذا البند مقاربة وقائية وعلاجية متقدمة، إذ يفضل المشرع الإحالة العلاجية على العقاب للمتعاطي غير المتجر، مما ينسجم مع التوجهات الدولية الحديثة (بلبريك، 2020، ص. 71).

المحور الرابع: عقوبات الفاعل الأصلي

يعاقب القانون الفاعل الأصلي بالحبس من سنتين إلى عشرة سنوات وبغرامة مالية من 100.000 دج إلى 500.000 دج لكل من سلم أو عرض بطريقة غير مشروعة

المخدرات أو المؤثرات العقلية على الغير بهدف الاستعمال. ويضاعف الحد الأقصى للعقوبة إذا تمت الأفعال المذكورة آنفاً على قاصر أو معوق أو شخص يزاول العلاج من التسمم بسبب الإدمان، وهنا تظهر نية المشرع في العمل الحثيث على وقاية المجتمع من هذه الآفة ومحاولة استرجاع من غرر بهم لاستهلاكها (القانون 04-18، المادة 09).

كما يعاقب القانون:

- عرقلة الأعوان عن أداء مهامهم أو التسهيل للغير الاستعمال غير المشروع للمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في الأمكنة المخصصة للجمهور أو ملحقاتها (المادتين 14-15).

- كل من سلم مؤثرات عقلية بوصفة طبية صورية أو بدونها، كما يعاقب من حاول الحصول عليها بالوصفة المذكورة قصد بيعها (المادة 16).

- خصص المشرع أشد العقوبات من 10 سنوات إلى 20 سنة لكل من قام بصنع، إنتاج، حيازة لغرض البيع، وضع للبيع، شراء، توزيع، سمسرة، شحن، نقل عن طريق العبور أو نقل مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية.

كما وضع المشرع عقوبة السجن المؤبد:

- لمن ارتكب هذه الأفعال بتكوين جمعة إجرامية.
- من قام بتمويل تنظيم أو تسيير تلك النشاطات.
- من قام بتصدير أو استيراد مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية.
- من زرع بطريقة غير مشروعة خشخاش الأفيون، شجيرة الكوكا أو نبات القنب.

- من قام بصناعة نقل أو توزيع سلائف أو تجهيزات بهدف استعمالها في زراعة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، إنتاجها أو صناعتها بطريقة غير مشروعة مع علمه بأن هذه السلائف ستستعمل لهذا الغرض، المواد (17-18-19-20) من نفس القانون السابق الذكر.

المحور الخامس: عقوبة الاستهلاك

يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنتين وغرامة مالية من 5.000 دج إلى 50.000 دج أو إحدى العقوبتين لكل من استهلك أو حاز للاستهلاك مخدرات أو مواد مؤثرات عقلية بصفة غير شرعية (المادة 12 من القانون 04-18). وتظهر هذه العقوبة المتدرجة مقارنة

المشرع الجزائري التي تميز بين المتعاطي والمتجر، إذ تقدم للمتعاطي فرصة الإحالة العلاجية بدل الحبس في حالات معينة.

المحور السادس: عقوبة العائد

ترفع عقوبة العائد كما يلي:

- السجن المؤبد للعائد بجريمة عقوبتها من 10 إلى 20 سنة.
- السجن المؤقت من 10 إلى 20 سنة إذا كانت الجريمة المرتكبة معاقبة بالحبس من 5 سنوات إلى 10 سنوات (المادة 27 من القانون 18-04).

المحور السابع: عقوبة المحرض والشريك والأجنبي والشخص المعنوي

(أ) عقوبة المحرض

يعاقب المحرض بنفس عقوبة الجريمة المحرض عليها (المادة 22 من القانون 04-18). ويشمل التحريض كل وسيلة استعملت لحمل الغير على ارتكاب الجريمة، سواء بالإغراء أو التهديد أو الإقناع أو غيرها.

(ب) عقوبة الشريك

يعاقب أيضاً بنفس عقوبة الفاعل الأصلي (المادة 23 من القانون 04-18). ويعتبر شريكاً كل من ساعد الفاعل أو سهل له ارتكاب الجريمة بعلمه بنية ارتكابها.

(ج) عقوبة الأجنبي

عقوبة الأجنبي المخالف لأحكام هذا القانون كما يلي:

- المنع من الإقامة إذا صدر ضده حكم بسبب ارتكابه إحدى الجرائم المنصوص عليها لمدة لا تقل عن 10 سنوات على الأقل (المادة 24 من القانون 04-18).

- يُطرد الأجنبي بعد نفاذ عقوبته (نفس المادة من نفس القانون السابق الذكر).

(د) عقوبة الشخص المعنوي

عقوبة الشخص المعنوي خمس أضعاف عقوبة الشخص الطبيعي، أي من 50.000.000 دج إلى 250.000.000 دج، مع غلق المؤسسة لمدة تفوق خمس سنوات (المادة 25 من نفس القانون السابق). وتمثل هذه العقوبة ردعاً قوياً للشركات التي قد تستغل أنشطتها لترويج المخدرات أو غسل أموالها.

المحور الثامن: الظروف المشددة والعقوبات التكميلية

(أ) الظروف المشددة

جمعت المادة 26 حالات الظروف المشددة وعددها في ما يلي:

- استخدام الجاني العنف أو السلاح.
- ممارسة الجاني لوظيفة عمومية وارتكابه الجريمة أثناء تأدية مهامه.
- إذا كان الجاني ممتهناً في الصحة أو شخصاً مكلفاً بمكافحة المخدرات.
- إذا تسببت المخدرات أو المؤثرات العقلية في الوفاة للشخص أو الأشخاص المسلمة لهم أو إحداث عاهة مستديمة.
- إذا أضاف مرتكب الجريمة مواد للمخدرات من شأنها أن تزيد في خطورتها.
- إذا كان بيع أو تسهيل استهلاك المخدرات لشخص قاصر.

(ب) العقوبات التكميلية

في حالة مخالفة أحكام هذا القانون يمكن للمحكمة أن تقضي بعقوبة الحرمان من الحقوق السياسية والمدنية والعائلية لمدة تتراوح بين 5 سنوات و10 سنوات، كما يجوز لها:

- المنع من ممارسة المهن التي ارتكبت بمناسبة الجريمة لمدة لا تقل عن 5 سنوات.
- المنع من الإقامة (للأجانب).
- سحب جواز السفر لمدة لا تقل عن 5 سنوات.
- المنع من حيازة أو حمل السلاح خاضع لترخيص لمدة لا تقل عن 5 سنوات.
- مصادرة الأشياء التي استعملت أو كانت ستستعمل في الجريمة أو الأشياء الناجمة عنها.
- الغلق لمدة لا تزيد عن 10 سنوات بالنسبة للفنادق، المطاعم، النوادي، المنازل المفروشة وأماكن العروض حيث استغل المستغل أو شارك في ارتكاب الجريمة (المادة 29).

المحور التاسع: المصادرة والمؤهلون لمعاينة الجرائم

(أ) المصادرة

تأمر الجهات القضائية في كل الحالات بمصادرة النباتات والمواد المحجوزة التي يتم إتلافها أو تسليمها إلى هيئة مؤهلة قصد استعمالها بطريقة مشروعة. كما تأمر الجهات القضائية بمصادرة المنشآت والتجهيزات والأموال العقارية والمنقولة، الأموال النقدية والوسائل الموجهة لارتكاب الجريمة، مع مراعاة الغير حسن النية.

(ب) المؤهلون لمعاقبة جرائم هذا القانون

تعدد المادة 36 من القانون كل من المهندسين الزراعيين، مفتشي الصيدلة، المؤهلين من وصايتهم وضباط الشرطة القضائية كمؤهلين للبحث عن الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون. ملاحظة: ألغى المشرع بهذا القانون المواد 190 والمواد من 241 إلى 259 من قانون الصحة 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1998.

المحور العاشر: تقييم التشريع الجزائري

يتميز التشريع الجزائري في مجال مكافحة المخدرات بعدة نقاط قوة:

- المقاربة المتكاملة: يجمع القانون بين البعد الوقائي والعلاجي والقمعي في نص واحد، مما يجعله أداة شاملة لمكافحة الظاهرة.
- التمييز بين المتعاطي والمتجر: يقدم القانون فرصة الإحالة العلاجية للمتعاظم غير المتجر، بينما يشدد العقوبة على المتجر والمهرب.
- الربط بالاتفاقيات الدولية: يستفيد القانون من التحديث التلقائي للجداول الدولية للمواد المخدرة دون الحاجة لتعديل تشريعي.
- تطوير العقوبات: يوفر القانون عقوبات تتناسب مع جسامة الجريمة، من الحبس القصير للمتعاظم إلى السجن المؤبد للمتجر المنظم.
- مسؤولية الشخص المعنوي: يقر القانون بمسؤولية الشركات ويعاقبها بعقوبات مالية ثقيلة (سائل، 2015، ص. 142).

غير أن الباحثين يلاحظون عدة تحديات في تطبيق القانون:

- ضعف البنية التحتية العلاجية: لا تزال مراكز علاج الإدمان في الجزائر قليلة وغير كافية لاستيعاب أعداد المدمنين.
- ضعف برامج الوقاية المدرسية: لا تزال برامج التوعية المدرسية محدودة وغير مستدامة.

- تحدي التهريب العابر: تواجه الجزائر تحديات أمنية كبيرة في مراقبة حدودها الجنوبية المترامية الأطراف.
- نقص الكوادر المتخصصة: يلاحظ نقص في الكوادر الطبية والنفسية والاجتماعية المتخصصة في علاج الإدمان (نبيلة مشيد، 2024، ص. 92).

خلاصة الباب الثامن

يتضح من هذا الباب أن المشرع الجزائري قد طور تشريعه في مجال مكافحة المخدرات من الأمر 09-75 لسنة 1975 إلى القانون 18-04 لسنة 2004، وصولاً إلى تشريع شامل يجمع بين البعد الوقائي والعلاجي والقمعي. ويتميز القانون الحالي بمقاربة متكاملة تميز بين المتعاطي والمتجر، وتربط بين الجداول الوطنية والدولية، وتوفر عقوبات تتناسب مع جسامة الجريمة. غير أن تطبيق القانون يصطدم بتحديات بنيوية تتعلق بضعف البنية التحتية العلاجية ومحدودية برامج الوقاية المدرسية وتحديات المراقبة الحدودية. ويستدعي هذا الواقع تطويراً مؤسسياً متعدد الأبعاد. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال في الباب الموالي إلى الموقف الدولي من المخدرات، حيث سنرى كيف تطورت الإستراتيجية الدولية منذ بداية القرن العشرين لمواجهة الظاهرة عبر التعاون بين الدول.

الباب التاسع: الموقف الدولي من المخدرات

إن المخدرات آفة اجتماعية خطيرة أبتلي بها العالم منذ أقدم العصور، فاشتد الإدمان عليها بشكل مخيف واتسعت رقعة تناولها إلى كل بقاع العالم. كثر تجار هذه المواد ومهربوها فباتت محاربتها ضرورة عالمية، فأدرجت قضية المخدرات في عصابة الأمم ثم في هيئة الأمم المتحدة التي تكلفت بالقيام بهذا الواجب العالمي. حيث بدأ الاهتمام بمشكلة المخدرات في بداية القرن العشرين حينما بذلت المحاولات الأولى للحد من شحن هذه المواد عام 1909 م، على الرغم من وجود اتفاقيات أخرى أبرمت بين سنتي 1902 م و 1906 م كانت لها صبغة محلية (UNODC, 2023, p. 4)؛ (Courtwright, 2001, p. 18).

المحور الأول: لجنة الأفيون الدولية ومعاهدة لاهاي 1909

عقد اجتماع شنغهاي 1909 بحضور 13 دولة، ويعتبر أول مؤتمر دولي حول المخدرات. وقد دعا إليه الرئيس الأمريكي ثيودور روزفلت بعد اكتشاف حجم تجارة الأفيون في الشرق الأقصى، خاصة في الصين التي كانت تعاني من إدمان واسع. وأسفر المؤتمر عن توصيات بتحديد كميات الأفيون المستوردة وتصديرها، لكنه لم ينتج عنه اتفاقية ملزمة. وقد مهد هذا الاجتماع لانعقاد معاهدة لاهاي 1912 (Courtwright, 2001, p. 24).

لُقب الاجتماع باتفاقية الأفيون، عقدت المعاهدة بلاهاي (هولندا) عام 1912 م، وتم الإلزام بتطبيقها في 1915/02/11 م. وشكلت هذه المعاهدة أول إطار قانوني دولي ملزم

لمكافحة المخدرات، وتضمنت تحديد المواد الخاضعة للرقابة وإجراءات الترخيص للتجارة الدولية فيها. كما دعت المعاهدة الدول إلى تشريع قوانين داخلية لمكافحة المخدرات (United Nations, 1961, p. 5).

المحور الثاني: عصبة الأمم 1920

شكلت أول جمعية بشأن الاتجار في المخدرات سنة 1920 م، وتحت رعاية عصبة الأمم. باشرت الأمم المتحدة مهامها في مكافحة المخدرات خلفاً لعصبة الأمم بعد تأسيسها عام 1945. وقد طورت عصبة الأمم عدة اتفاقيات في الفترة ما بين الحربين، منها اتفاقية الأفيون 1925 التي أنشأت نظام الإحصائيات والمستخرجات، واتفاقية 1931 لتحديد الإنتاج الصناعي من المخدرات، واتفاقية 1936 لقمع الاتجار غير المشروع بالمخدرات (UNODC, 2023, p. 5).

المحور الثالث: بروتوكول 1947

عقد بروتوكول سنة 1946 م، وبذلك صارت هيئة الأمم المتحدة تتولى أعمال مكافحة المخدرات وتنفيذ الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالمخدرات. في السنوات التي سبقت الحرب كانت المراقبة محصورة على بعض المواد المتعلقة بالأفيون وشجيرة الكوكا ونبات القنب، لكن بعد انتهاء الحرب ظهرت مواد مخدرة كثيرة ومتنوعة أغلبها مصنعة ولها شكل جديد غير مألوف، مما توجب على المجتمع الدولي إعادة النظر في إجراءات المراقبة.

فعقد بروتوكول 1947 م وتم تنفيذه في 1949 م، قام هذا الأخير بتعديل قوائم المخدرات المصادق عليها في بروتوكول 1931 م. وأدرج مواد تخليقية جديدة ضمن الجداول الخاضعة للرقابة الدولية، وشدد على إجراءات الترخيص والإحصاء (United Nations, 1947, art. 1).

المحور الرابع: بروتوكول الأفيون لعام 1953

قام هذا البروتوكول بالقضاء على الإنتاج المشروع الزائد لكميات الأفيون المخزن من قبل الدول، إذ أن هناك خمس دول مخولة لإنتاج الأفيون وتصديره وهي: بلغاريا، إيران، تركيا، الاتحاد السوفيتي ويوغسلافيا. كما خول هذا البروتوكول حق فرض حظر التصدير لأي دولة إذا ما رأى زيادة مفرطة في الكمية. وقد شكل هذا البروتوكول نقطة تحول في السياسة الدولية، إذ انتقل من مجرد مراقبة التجارة إلى تحديد الإنتاج نفسه (United Nations, 1953, art. 5).

المحور الخامس: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961

انعقد في قصر الأمم المتحدة عام 1961 م، تقرر فيه ما يلي:

- إقرار اتفاقية وحيدة للمخدرات لاستبدالها بالمعاهدات المتعددة الأطراف التي كانت سارية.

- تعيين عدد من الأجهزة المختصة بمحاربة المخدرات ومنشأة بمعاهدات دولية.

- اتخاذ الإجراءات اللازمة لمراقبة المخدرات للقضاء على ما كان يحدث من عشوائية في المراقبة والتعقيد إثر اتفاقية 1920 م، مما أدى إلى ضرورة إيجاد معاهدة موحدة ووحيدة.

وتقرر في الاتفاقية ما يلي:

- إعلان أن معالجة الناس في المستشفى بعيداً عن جو خال من المخدرات هو أفضل الطرق للمعالجة.

- حث الدول الأطراف التي تعاني من هذه المشكلة على توفير مثل هذه المرافق.

- لفت النظر إلى أهمية ما تحتويه السجلات التي تحوي التجار الدوليين للمخدرات لدى الشرطة الجنائية الدولية.

- التوصية باستكمال السجلات والاستفادة منها.

- تقديم العون والمساعدات للدول التي تحتاج إلى تقنيات في مكافحة المخدر.

تعتبر الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961 المرجع الدولي الأساسي في مجال مكافحة المخدرات، وقد ألغت الاتفاقيات السابقة ودمجتها في نص واحد. وتصنف المواد المخدرة في أربعة جداول بحسب خطورتها واستخدامها الطبي، وتفرض على الدول الأطراف إجراءات مراقبة محددة لكل جدول (United Nations, 1961, art. 1).

المحور السادس: البروتوكول المعدل للاتفاقية الوحيدة جنيف 1972

خرجت الاتفاقية بثلاث توصيات هي:

- أن تضع كل دولة في الحسبان أن الإدمان على المخدرات غالباً ما يكون نتيجة جو اجتماعي فاسد، فيكون المجتمع معرضاً لسوء استعمال المخدرات.

- أن تبذل كل دولة ما في وسعها لمحاربة انتشار المخدرات بصورة غير مشروعة.

- توفير الدول لحو الأنشطة والترفيه للمحافظة على صحة الشباب البدنية والنفسية.

وقد أضاف بروتوكول 1972 م تعديلات مهمة على الاتفاقية الوحيدة، شملت تشديد المراقبة على الإنتاج الطبي للمواد المخدرة، وإدراج مواد جديدة في الجداول، وتطوير آليات التعاون الدولي. كما دعت الاتفاقية المعدلة الدول إلى اعتماد مقاربة شاملة تجمع بين البعد القمعي والوقائي والعلاجي (United Nations, 1972, art. 2).

المحور السابع: اتفاقية المؤثرات العقلية 1971

مع تطور صناعة الأدوية النفسية وظهور المواد المؤثرة عقليًا كالمنومات والمهدئات والمنبهات، ظهرت الحاجة لاتفاقية خاصة بهذه المواد. فأبرمت في فيينا 21 فبراير 1971 اتفاقية المؤثرات العقلية، التي أنشأت جداول رقابة على هذه المواد مماثلة لجداول الاتفاقية الوحيدة للمخدرات. وتصنف الاتفاقية المؤثرات العقلية في أربعة جداول بحسب خطورتها واستخدامها الطبي (United Nations, 1971, art. 1).

المحور الثامن: اتفاقية الأمم المتحدة 1988 لمكافحة الاتجار غير المشروع

أُبرمت في فيينا 20 ديسمبر 1988 اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية. وتعتبر هذه الاتفاقية الثالثة في الثلاثي الأممي للمخدرات، إلى جانب اتفاقية 1961 واتفاقية 1971. وقد ركزت على الأبعاد التجارية والمالية للاتجار غير المشروع، وألزمت الدول بـ:

- تجريم الاتجار غير المشروع وزراعة المخدرات وتهريبها وغسل الأموال الناجمة عنها.
- التعاون الدولي في تسليم المتهمين ومصادرة الأموال غير المشروعة.
- مراقبة المواد الكيميائية المستعملة في تصنيع المخدرات (السلائف).
- مراقبة التجارة البحرية والجوية والبريدية لتعقب الشحنات غير المشروعة.
- تقديم المساعدة القانونية المتبادلة بين الدول الأطراف (United Nations, 1988, art. 5).

المحور التاسع: المكتب الأممي للمخدرات والجريمة UNODC

أسس المكتب الأممي للمخدرات والجريمة (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC) عام 1997 كإدارة متخصصة في الأمم المتحدة، يقع مقره في فيينا. ويتولى المهام التالية:

• تنسيق التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات والجريمة المنظمة والإرهاب والفساد.

• إصدار التقارير السنوية عن وضع المخدرات عالميًا، أبرزها «تقرير المخدرات العالمي» World Drug Report.

• تقديم المساعدة التقنية للدول النامية في مكافحة المخدرات والجريمة.

• تطوير المعايير الدولية في مجال الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج.

• متابعة تطبيق الاتفاقيات الدولية الثلاث (UNODC, 2023, p. 1).

ويصدر المكتب سنويًا «تقرير المخدرات العالمي» الذي يقدم إحصائيات شاملة عن إنتاج المخدرات وتجارتها وتعاطيها في جميع أنحاء العالم. وقد كشف التقرير الأخير لعام 2023 أن نحو 296 مليون شخص تعاطوا المخدرات عام 2022، بزيادة 20% عن عام 2011، وأن 39.5 مليون شخص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، وأن الفنتانيل والمواد الأفيونية الاصطناعية تسببت في 60% من وفيات الجرعات الزائدة المسجلة (UNODC, 2023, p. 17).

المحور العاشر: المنظمات الدولية الأخرى المعنية بمكافحة المخدرات

(أ) منظمة الصحة العالمية WHO

تأسست منظمة الصحة العالمية عام 1948، وتلعب دورًا محوريًا في مجال المخدرات من خلال:

• تصنيف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية من حيث ضررها الصحي.

• تطوير المعايير العلاجية للإدمان وإعادة تأهيل المدمنين.

• تقديم المشورة الفنية للدول في مجال الوقاية والعلاج.

• إصدار التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض ICD الذي يشمل

اضطرابات تعاطي المخدرات (WHO, 2018, p. 12).

(ب) الإنتربول Interpol

تأسس الإنتربول عام 1923 كمنظمة دولية للشرطة الجنائية، ويتولى في مجال المخدرات:

• تنسيق التعاون بين شرط الدول في تعقب وملاحقة تجار المخدرات الدوليين.

- تبادل المعلومات الاستخباراتية حول الشبكات الإجرامية.
- تنظيم عمليات مشتركة عبر الحدود لمكافحة تجارة المخدرات.
- متابعة الأموال غير المشروعة الناجمة عن تجارة المخدرات (Inciardi, 2008, p. 198).

(ج) منظمة الجمارك العالمية WCO

تأسست منظمة الجمارك العالمية عام 1952، وتلعب دورًا أساسيًا في مراقبة الحدود والكشف عن شحنات المخدرات. وقد طورت المنظمة عدة برامج للكشف عن المخدرات في الموانئ والمطارات والمناطق الحدودية، كما طورت قاعدة بيانات عالمية لتتبع الشحنات المشبوهة.

المحور الحادي عشر: تقييم الموقف الدولي

على الرغم من تطور الإطار القانوني الدولي منذ 1909، فإن ظاهرة المخدرات لا تزال في تزايد مستمر، وتجاوزت أحجام تجارتها 650 مليار دولار سنويًا. وقد دفع هذا الفشل النسبي إلى تطور النقاش الدولي حول البدائل السياسية:

(أ) مقارنة الحرب على المخدرات War on Drugs

أعلن الرئيس الأمريكي ريتشارد نيكسون عام 1971 «الحرب على المخدرات» كاستراتيجية أمريكية ودولية لمكافحة تجارة المخدرات. وقدرت ميزانيات هذه الحرب بأكثر من تريليون دولار منذ إعلانها، وشملت عمليات عسكرية في كولومبيا والمكسيك وأفغانستان. غير أن نتائج هذه الحرب كانت مخيبة، إذ لم تنخفض كميات المخدرات في الأسواق الأمريكية، بل ارتفعت، وزادت معدلات العنف والفساد المرتبطة بتجارة المخدرات (Courtwright, 2001, p. 174).

(ب) مقارنة تقليص الضرر

أفرز فشل الحرب على المخدرات تطور مقارنة بديلة تركز على تقليص الأضرار الصحية والاجتماعية للإدمان بدل المطالبة بالقضاء التام على الظاهرة. وقد تبني هذا التوجه الاتحاد الأوروبي وعدة دول أخرى، وطور برامج الميثادون وتبادل الإبر وغرف التعاطي الآمنة (Harm Reduction International, 2022, p. 8).

(ج) مقارنة الإصلاح التشريعي

دعت عدة دول وأصوات أممية إلى إعادة النظر في الإطار القانوني الدولي، خاصة بعد فشل الحرب على المخدرات. وقد أقدمت كل من البرتغال (2001) وتشيكيا (2010)

وكندا (2018) وأوروغواي (2013) وبعض الولايات الأمريكية على تقنين تعاطي القنب لأغراض ترفيهية، كما أقدمت عدة دول على تقنين الاستخدام الطبي للقنب. ويدور النقاش اليوم حول تطوير الإطار الدولي ليتجاوز المقاربة القمعية نحو مقاربة صحية وحقوقية (Hughes & Stevens, 2010, p. 119).

خلاصة الباب التاسع

يتضح من هذا الباب أن الموقف الدولي من المخدرات تطور عبر مراحل متعاقبة منذ 1909، من مجرد اتفاقيات محلية إلى منظومة قانونية دولية متكاملة تشمل ثلاث اتفاقيات أممية وعدة منظمات متخصصة. غير أن هذا الإطار لم ينجح في القضاء على الظاهرة، بل شهدت تصاعدًا في العقود الأخيرة. وقد أفرز هذا الفشل تطورًا في المقاربات الدولية، من الحرب على المخدرات إلى تقليص الضرر إلى الإصلاح التشريعي. ويطرح هذا التطور أسئلة جوهرية حول مستقبل السياسات الدولية في مجال المخدرات. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال في الباب الموالي إلى إستراتيجيات الوقاية من الإدمان، حيث سنستثمر هذه التحليلات في تصميم برامج وقائية شاملة.

الباب العاشر: الوقاية من إدمان المخدرات

تبعًا لما رأيناه من مناقشة حول ظاهرة المخدرات من الأنواع المعددة لها ولطرق استهلاكها وتعاطيها، ونظرًا للأسباب التي تعود والتي دفعت الفرد لتعاطيها وإدمانها بغض النظر إن كان بسبب دافع نفسي أو سبب خارجي، والآثار السلبية والخطيرة التي يخلفها والتي تمس الفرد وصحته بصفة خاصة لدرجة تدميره نفسيًا وبدنيًا، والآثار التي يخلفها إدمانه عليها والتي تمس محيطه وتفقده العيش بشكل طبيعي والمجتمع وعلاقاته الاجتماعية والمهنية والوضع الاقتصادي بصفة عامة. والذي يشكل تحديًا للمجتمعات المختلفة لمحاربة هذه الظاهرة والحد منها وإيجاد السبل والطرق المناسبة والفعالة للوقاية والتوعية من الإدمان على المخدرات بهدف بناء مجتمعات مستقرة يسودها الوعي والتماسك (سائل، 2015، ص. 134).

المحور الأول: مستويات الوقاية الثلاث

تصنف المنظورات الوقائية الحديثة، خاصة تلك المعتمدة من قبل المعهد الوطني الأمريكي لتعاطي المخدرات NIDA، الوقاية إلى ثلاثة مستويات متكاملة:

(أ) الوقاية الأولية Primary Prevention

تستهدف الوقاية الأولية الفئات التي لم تتعاطى المخدرات بعد، خاصة الأطفال والمراهقين، بهدف منع بدء التعاطي. وتشمل برامج التوعية المدرسية، وتعزيز العوامل الوقائية كتقدير الذات والوازع الديني والترابط الأسري، وتأهيل المربين على رصد

علامات الخطر والتدخل المبكر. وتُعد هذه المرحلة الأكثر نجاعة من حيث التكلفة والفائدة، إذ تتجنب تكاليف العلاج والآثار الاجتماعية للإدمان (NIDA, 2020, p. 14).

(ب) الوقاية الثانوية Secondary Prevention

تستهدف الوقاية الثانوية الفئات التي بدأت تجربة التعاطي دون أن تصل إلى مرحلة الإدمان، بهدف الكشف المبكر والتدخل لمنع تطور الحالة. وتشمل اختبارات المسح المدرسي للكشف عن المتعاطين المبتدئين، وبرامج الإرشاد النفسي، والمتابعة الأسرية، وفرص الإحالة العلاجية المبكرة.

(ج) الوقاية الثالثة Tertiary Prevention

تستهدف الوقاية الثالثة المدمنين الذين دخلوا مرحلة الإدمان الفعلي، بهدف منع الانتكاس وإعادة الإدماج الاجتماعي. وتشمل برامج علاج الإدمان وإعادة التأهيل، ومتابعة ما بعد العلاج، وبرامج منع الانتكاس، وإعادة الإدماج المهني والاجتماعي (Gordon, 1985, p. 8).

المحور الثاني: دور الأسرة في الوقاية من الإدمان

ذكرنا فيما سبق أن المحيط الأسري له دور كبير في إدمان الفرد على المخدرات، وهو أحد أهم الأسباب في انتشارها حين يقع الخلل في بنيتها. وعليه فإنه في المقابل وللحد من هذه الظاهرة والوقاية منها، فيجب أن يكون الإصلاح والبدائية والوقاية من داخل الأسرة وفق عدة نقاط:

(أ) توعية الأبناء بخطورة وأضرار المخدرات

وذلك من خلال توجيه أفراد الأسرة وتوعيتهم حول خطورة ومناقشة الأولياء أبناءهم حول تعاطيها والاستماع إلى رأيهم الشخصي فيها، وتبيان الأضرار الناجمة عنها وعواقبها الخطيرة على الصعيد النفسي والجسدي. ويفضل أن تبدأ هذه التوعية في سن مبكرة، قبل دخول الطفل المرحلة الإعدادية، إذ أن متوسط سن بدء التعاطي تراجع إلى 13 سنة في السنوات الأخيرة (NIDA, 2020, p. 8).

(ب) تجنب القسوة والعنف في التعامل مع الأبناء

فالقسوة من بين أهم الأسباب كما ذكرنا سابقاً في تعاطي المخدرات، لذا توجب على الأولياء الابتعاد عن أسلوب القسوة والتخويف والترهيب في التعامل معهم، واللجوء إلى أسلوب الحوار الهادئ معهم وتقديم الدعم العاطفي والنفسي الذي يحتاجونه. ومحاولة تفهمهم والتواصل معهم لتجنب الضغوطات التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وتوفير جو

أسري هادئ خالي من المشاكل والصراعات، وبالتالي يسهل عليهم إقناع الأبناء بالابتعاد عن الإدمان على المخدرات بسهولة.

(ج) تعزيز الثقة ومنحهم الدعم

يتوجب على الأولياء منح الثقة الكاملة لأبنائهم في أنفسهم وقدراتهم على التصرف الصحيح والسليم، وتشجيع الحوار المفتوح والصادق بين أفراد الأسرة، ودعمهم على تجنب الأخطاء حتى يتمكنوا من تجنب المخدرات ورفض الإدمان عليها. ويعزز هذا الأسلوب تقدير الذات لدى الأبناء ويجعلهم أكثر قدرة على مقاومة ضغط الأقران (Coopersmith, 1967, p. 12).

(د) علاج الأمراض النفسية

يتواجد في بعض الأسر أفراد يعانون من أمراض نفسية، فإذا كان أحد الأبناء يعاني من مرض نفسي مثل الاكتئاب أو اضطراب ثنائي القطب، فيتوجب على الأولياء هنا إخضاعه للعلاج بشكل سريع لعدم الوقوع في ميول المضطرب إلى تعاطي المخدرات والدخول في عالم الإدمان عليها، وتوجيههم في المقابل إلى مراكز العلاج والمساعدة المتخصصة. فالتشخيص المزدوج للإدمان والاضطراب النفسي يستدعي معالجة متزامنة لكليهما (APA, 2022, p. 541).

(هـ) وضع حدود وقواعد داخل المحيط الأسري

يتخلل الأسرة الواحدة بفرض سلوكيات محدودة وخطوط حمراء لا يتجاوزها والاحترام في التواصل مع أفرادها حتى يتفادوا الانحراف إلى عالم المخدرات. وتشير الأبحاث إلى أن الأبناء الذين ينشؤون في أسر ذات قواعد واضحة ومتفق عليها يكونون أقل عرضة لتجربة المخدرات بثلاث مرات مقارنة بأقرانهم من الأسر المتساهلة (Maccoby & Martin, 1983, p. 14).

(و) عدم تعاطي المخدرات في الأسرة وتوفير المثال الحسن

فتعاطي أحد أفراد الأسرة المخدرات يؤدي بالضرورة إلى تعاطي باقي الأفراد لها، لذا يجب تجنب ذلك وتبني أسلوب حياة صحي ومتوازن، ومراقبة الأدوية والوصفات الطبية التي قد يتم تناولها وتداولها داخل المنزل. ويلعب الوالد دور النموذج الأساسي للأبناء، فما يفعله الوالد يقلده الابن أكثر مما يقوله (Bandura, 1977, p. 87).

(ز) مراقبة الأصدقاء

مراقبة الأولياء الدائمة لأصدقاء أبنائهم ومحيطهم الاجتماعي وإبعادهم عن رفقاء السوء، من أهم أسباب تعاطي المخدرات ويشجع على ذلك. وعلى الأولياء أن يعرفوا

أصدقاء أبنائهم وأسرهم وأماكن تجمعهم وأنشطتهم. كما يستحسن استضافة أصدقاء الأبناء في المنزل لمراقبتهم بطريقة غير مباشرة (Hirschi, 1969, p. 27).

المحور الثالث: دور المدرسة في الوقاية

تعتبر المدرسة المؤسسة التربوية الثانية بعد الأسرة في حياة الطفل، وتمضي فيها فئة الشباب الجزء الأكبر من يومها. ومن ثم فإن دورها في الوقاية من الإدمان استراتيجي، ويتجلى في عدة أبعاد:

(أ) برامج التوعية المدرسية

تطوير برامج توعية مدرسية متكاملة تُدرس ضمن المنهج الدراسي، تشمل معلومات علمية دقيقة عن أنواع المخدرات وأضرارها ومخاطرها، فضلاً عن تنمية مهارات الرفض ومقاومة ضغط الأقران. وقد أثبتت برامج DARE الأمريكية وبرامج Unplugged الأوروبية نجاعة متفاوتة، لكن الأبحاث الحديثة تؤكد أن البرامج التفاعلية القائمة على مهارات الحوار والقرارات تفوق البرامج الوعظية التقليدية (NIDA, 2020, p. 22).

(ب) رصد علامات الخطر

تأهيل المربين والمعلمين والمستشارين النفسيين المدرسيين على رصد علامات الخطر المبكرة لتعاطي المخدرات: التراجع المفاجئ في التحصيل العلمي، الغياب المتكرر، العزلة، التغيرات المزاجية، الأقران الجدد غير المألوفين. وتمكينهم من آليات التدخل المبكر والإحالة إلى المرشد النفسي أو المختص.

(ج) الأنشطة البديلة

تنظيم أنشطة مدرسية بديلة جذابة كالنوادي العلمية والأدبية والرياضية والفنية، التي تستوعب طاقات المراهقين وتقدم لهم بدائل صحية لتجربة الإدمان. وتشير الدراسات إلى أن المراهقين المنخرطين في أنشطة مدرسية منظمة هم أقل عرضة لتجربة المخدرات بنسبة 50% (Hirschi, 1969, p. 16).

(د) تعزيز الانتماء المدرسي

بناء مناخ مدرسي إيجابي ينعم فيه التلاميذ بالانتماء والاحترام والعدالة، إذ أن ضعف الانتماء المدرسي من أقوى العوامل المؤدية للإدمان. وتطوير آليات الديمقراطية المدرسية كمجالس التلاميذ والمشاركة في القرارات يعزز هذا الانتماء.

المحور الرابع: دور المجتمع في الوقاية من الإدمان

إن انتشار ظاهرة المخدرات لا يقتصر فقط على المحيط الأسري بل يتعدى ذلك إلى المحيط الاجتماعي الذي له مسؤولية كبيرة والذي تقع على عاتقه حماية أفراد من هذه الظاهرة وآثارها، ويمكن تعداد أهم النقاط للوقاية من هذه الظاهرة:

(أ) إطلاق حملات إعلامية للتوعية والتثقيف

ويكون ذلك عن طريق توفير برامج توعية وتثقيف بخصوص مخاطر وأضرار هذه الظاهرة، وإطلاق حملات دعائية مكثفة من خلال الوسائل السمعية البصرية وعبر وسائل التواصل الاجتماعي بهدف توعية أفراد بخطورة تعاطي المخدرات وآثارها وطرق التعامل التي تشجع عليها. وتشمل كذلك برامج محاضرات في المدارس والجامعات ورشات العمل للأهل والشباب. وتشير الأبحاث إلى أن الحملات الإعلامية الفعالة هي تلك التي تستخدم لغة الشباب وقنواته المفضلة، وتتجنب الوعظ المباشر (NIDA, 2020, p. 35).

(ب) بناء المهارات الاجتماعية والعاطفية

ويكون ذلك عن طريق تعزيز المجتمع لقدرات الأفراد على التعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية بطرق صحية، مما يساعد على تقادي وتقليل احتمالية اللجوء إلى المخدرات كوسيلة للهروب من الضغوطات المختلفة والتحديات التي يواجهونها. وتعزيز العلاقات الاجتماعية القوية التي تساعد على منع الشعور بالعزلة والوحدة.

(ج) دعم المجتمع عن طريق توفير الأنشطة البديلة

للأفراد مثل الرياضة والفنون والأنشطة الترفيهية وتعزيز قدرتهم على توجيهها نحو أنشطة إيجابية تغنيهم عن التفكير في اللجوء للمخدرات. ويتطلب ذلك استثمار المجتمع المحلي والدولة في البنية التحتية للشباب: الملاعب، المراكز الثقافية، النوادي، المكتبات، دور الشباب.

(د) الوقاية من العوامل الاجتماعية القائمة

ويكون ذلك من خلال معالجة أهم العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى تفشي هذه الظاهرة، ومن أهمها الفقر والبطالة وضعف الهوية الثقافية ودعم البرامج الاقتصادية في المقابل والاجتماعية المستدامة. فبدون معالجة الجذور الاجتماعية للإدمان، تبقى البرامج الوقائية محدودة الأثر (Merton, 1938, p. 677).

(هـ) وضع قوانين وتشريعات لمنع تداول المواد المخدرة

عن طريق تشديد العقوبات حول تداول المواد المخدرة والاتجار بها، مما يضمن حماية أفراد المجتمع من تعاطيها والإدمان عليها لصعوبة الحصول عليها والخوف من

العقوبة. غير أن الباحثين يلاحظون أن تشديد العقوبات وحده لا يكفي بل يجب أن يصاحبه إستراتيجية شاملة للوقاية والعلاج (Inciardi, 2008, p. 230).

المحور الخامس: دور الإعلام في الوقاية

يضطلع الإعلام بدور مركزي في تشكيل وعي الجمهور بقضية المخدرات، إذ يمكن أن يكون عاملاً وقائياً أو عاملاً مروجاً للظاهرة. ويعتبر الإعلام التربوي المسؤول الأداة الأقوى للوقاية، حين يلتزم بالمعايير التالية:

- الدقة العلمية: نشر معلومات صحيحة عن أنواع المخدرات وأضرارها دون مبالغة أو تخويف غير مبرر.
- لغة الشباب: استخدام لغة وقنوات يستعملها الشباب، خاصة منصات التواصل الاجتماعي.
- النماذج الإيجابية: عرض نماذج ناجحة من المدمنين المتعافين، ومن الشباب الذين رفضوا تجربة المخدرات.
- تطوير مهارات الرفض: تعليم الشباب كيف يرفضون ضغط الأقران بثقة.
- الحد من تمجيد التعاطي: منع الأفلام والمسلسلات التي تمجد تجربة المخدرات أو تقلل من خطورتها (NIDA, 2020, p. 42).

المحور السادس: دور المسجد والمؤسسات الدينية

تعتبر المؤسسات الدينية، خاصة المساجد في المجتمعات الإسلامية، من أهم الفضاءات الوقائية ضد الإدمان. إذ يشكل الوازع الديني سداً داخلياً قوياً يردع الفرد عن التعاطي. ومن أبرز أدوار المؤسسات الدينية:

- الخطابة والتوعية: تخصيص خطب الجمعة والدروس العلمية لقضية المخدرات وتحريمها الشرعي.
- الإفتاء: إصدار فتاوى واضحة بتحريم المخدرات وتحذير الشباب منها.
- المرافقة الروحية: تقديم دعم روحي للمدمنين في رحلة التعافي.
- برامج الشباب: تنظيم برامج وأنشطة دينية للشباب تملأ فراغهم وتوفر بدائل إيجابية.
- التعاون مع المؤسسات الأخرى: التنسيق مع المدارس والمجتمع المدني في الحملات الوقائية (سائل، 2015، ص. 158).

المحور السابع: دور الأنثروبولوجيا والثقافة في الوقاية

تقدم الأنثروبولوجيا الثقافية مقارنة فريدة للوقاية من الإدمان، تتجاوز المقاربات الفردية لتعالج البنى الثقافية العميقة المنتجة للإدمان. ويمكن تلخيص دور الأنثروبولوجيا في عدة نقاط:

- تحليل العوامل الثقافية المنتجة للإدمان: دراسة القيم والتمثيلات الثقافية التي تشجع على التعاطي أو تسهل وقوعه.
- إعادة بناء النسيج الثقافي: تعزيز القيم الجماعية والتضامن الاجتماعي التي تحمي الفرد من العزلة والإدمان.
- توظيف الطقوس والرموز الثقافية: استثمار الطقوس الدينية والاجتماعية في بناء هوية جماعية تحمي الشباب من الانزلاق في الإدمان.
- احترام الخصوصية الثقافية: تصميم برامج وقائية تتلاءم مع الخصوصية الثقافية للمجتمعات المحلية بدل استيراد برامج أجنبية (Alexander, 2008, p. 89).

“المجتمعات التي تحافظ على نسيجها الثقافي وروابطها الجماعية هي الأقدر على حماية أفرادها من الإدمان، إذ تجد في هذا النسيج ما يعوضها عن السعي إلى المخدر.” — Alexander (2008, p. 78)

المحور الثامن: نموذج الوقاية المتكامل

إزاء تعدد العوامل المنتجة للإدمان وتشابكها، تستدعي الوقاية الفعالة إستراتيجية متكاملة تجمع بين عدة أبعاد ومستويات. ويقترح الباحثون نموذج الوقاية البيئية Ecological Model الذي يأخذ بعين الاعتبار خمسة مستويات متداخلة:

- المستوى الفردي: تنمية المهارات الشخصية، تعزيز تقدير الذات، علاج الاضطرابات النفسية.
- المستوى الأسري: تعزيز الترابط الأسري، تأهيل الآباء على التربية الإيجابية، الكشف المبكر.
- المستوى المدرسي: برامج التوعية، الأنشطة البديلة، رصد علامات الخطر.
- المستوى المجتمعي: الحملات الإعلامية، الأنشطة الشبابية، معالجة الفقر والبطالة.

- المستوى السياسي: التشريعات الرادعة، السياسات الاجتماعية، التعاون الدولي (Bronfenbrenner, 1979, p. 22).

خلاصة الباب العاشر

يؤكد هذا الباب أن الوقاية من الإدمان تستوجب مقاربة شاملة متعددة المستويات والأطراف، تجمع بين الأسرة والمدرسة والمجتمع والإعلام والمؤسسات الدينية. وتتمحور هذه المقاربة حول ثلاثة مستويات وقائية: الوقاية الأولية لمنع بدء التعاطي، والثانوية للكشف المبكر والتدخل، والثالثية لمنع الانتكاس وإعادة الإدماج. كما تجلّى أن النموذج البيئي الذي يربط بين المستويات الفردية والأسرية والمدرسية والمجتمعية والسياسية يقدم الإطار الأكثر شمولاً لتصميم إستراتيجيات وقائية فعالة. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال في الباب الموالي إلى طرق العلاج من إدمان المخدرات، حيث سُنستكمل صورة التصدي للظاهرة عبر برامج العلاج وإعادة التأهيل.

الباب الحادي عشر: طرق العلاج من إدمان المخدرات

بعد استعراض أبعاد ظاهرة المخدرات في الأبواب السابقة، يأتي هذا الباب لمعالجة البعد العلاجي للإدمان، إذ يمثل العلاج الحلقة الأخيرة في إستراتيجية التصدي للظاهرة بعد الوقاية. وتستدعي معالجة الإدمان مقاربة شاملة تجمع بين البعد الطبي والنفسي والاجتماعي، إذ لا يكفي التخلص من السمية الجسدية بل لا بد من معالجة الأسباب النفسية الكامنة وإعادة الإدماج الاجتماعي (Marlatt & Gordon, 1985, p. 11).

المحور الأول: مراحل العلاج

يمر علاج الإدمان بمراحل متعاقبة تشكل سلسلة متكاملة لا يجوز القفز على أي منها. وقد طورت المنظمات الصحية الدولية، خاصة المعهد الوطني الأمريكي لتعاطي المخدرات NIDA، بروتوكولات علاجية تشمل أربع مراحل أساسية:

(أ) مرحلة التقييم والتشخيص

تبدأ مرحلة العلاج بالتقييم الشامل لحالة المريض من حيث: نوع المخدر ومدة التعاطي والجرعة، الحالة الصحية العامة، الاضطرابات النفسية المرافقة، السياق الأسري والاجتماعي، تاريخ الإدمان السابق ومحاولات العلاج السابقة. ويستعمل المختصون في هذه المرحلة أدوات تشخيصية معيارية كـ DSM-5 و ICD-11، إضافة إلى المقابلات السريرية والفحوصات الطبية (APA, 2022, p. 541).

(ب) مرحلة إزالة السمية Detoxification

تتميز هذه المرحلة بإزالة المادة المخدرة من جسم المريض تحت إشراف طبي، مع إدارة الأعراض الانسحابية المؤلمة التي قد تظهر. وتختلف مدة هذه المرحلة بحسب نوع المخدر، إذ تستغرق أيامًا قليلة للمنشطات، وأسبوعًا للأفيونيات، وأسابيع للكحول والبنزوديازيبينات. وتستعمل في هذه المرحلة أدوية لتخفيف الأعراض الانسحابية كالميثادون للهروين والبنزوديازيبينات للكحول (NIDA, 2020, p. 18).

(ج) مرحلة العلاج النفسي والسلوكي

تعتبر هذه المرحلة جوهرية وأطول مدة، إذ تستهدف تعديل السلوك الإدماني ومعالجة الأسباب النفسية الكامنة. وتستعمل عدة تقنيات علاجية أبرزها:

- العلاج المعرفي السلوكي CBT: تعديل الأفكار المشوهة والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالتعاطي، وتطوير مهارات التكيف.
- منع الانتكاس Relapse Prevention: تعرّف المحفزات الداخلية والخارجية وتطوير استراتيجيات التكيف البديلة.
- العلاج الأسري Family Therapy: معالجة الديناميات الأسرية التي تساهم في الإدمان وإعادة بناء العلاقات.
- العلاج الجماعي Group Therapy: الاستفادة من تجارب المدمنين الآخرين وبناء شبكة دعم اجتماعي.
- المقابلات التحفيزية Motivational Interviewing: تعزيز دافعية المريض للتغيير عبر حوار غير موجه (Marlatt & Gordon, 1985, p. 12).

(د) مرحلة إعادة الإدماج الاجتماعي

تمثل هذه المرحلة المرحلة الأخيرة والأطول، إذ تستهدف إعادة دمج المتعافي في المجتمع كعضو منتج. وتشمل إعادة الإدماج المهني عبر برامج التدريب والتشغيل، وإعادة الإدماج الأسري عبر إصلاح العلاقات المتضررة، وإعادة الإدماج الاجتماعي عبر مشاركة المتعافي في أنشطة مجتمعية ذات معنى. وتعتبر هذه المرحلة حاسمة في منع الانتكاس، إذ أن عودة المتعافي إلى البيئة المنتجة للإدمان تنذر بانتكاسات متكررة (UNODC, 2023, p. 142).

المحور الثاني: العلاج الدوائي

تطورت في العقود الأخيرة العلاجات الدوائية للإدمان، خاصة لإدمان الأفيونيات والكحول والنيكوتين. ومن أهم هذه العلاجات:

(أ) علاج إدمان الأفيونيات

يعد علاج إدمان الأفيونيات الأكثر تطوراً، ويستند إلى برامج استبدال الأفيونيات Opioid Substitution Treatment التي طورها فانس دول و ماري نايسواندر في الستينيات. وتشمل:

- الميثادون Methadone: مادة أفيونية اصطناعية طويلة المفعول، تُعطى بجرعات مضبوطة لمنع أعراض الانسحاب دون إحداث النشوة. وقد أثبتت فعاليتها في تحسين جودة حياة المدمنين وتقليل الجريمة المرتبطة بالإدمان (Nyswander, 1965, p. 642 & Dole).
- البابرينورفين Buprenorphine: مادة أفيونية جزئية الفعل، أقل خطراً من الميثادون، ويمكن وصفها في العيادات الخارجية.
- النالتريكسون Naltrexone: مضاد للأفيونيات يمنع تأثيرها، فيستعمل بعد إزالة السمية لمنع الانتكاس.
- النالوكسون Naloxone: يستعمل في حالات الطوارئ لعكس تأثير الجرعات الزائدة من الأفيونيات (WHO, 2018, p. 88).

(ب) علاج إدمان الكحول

يتوفر عدة أدوية لعلاج إدمان الكحول:

- الديسلفيرام Disulfiram: يسبب أعراضاً شديدة عند تناول الكحول، فيردع المريض عن الشرب.
- النالتريكسون Naltrexone: يقلل الرغبة في الكحول عبر تثبيط دارات المكافأة.
- الأكامبروسيت Acamprosate: يساعد في الحفاظ على الامتناع بعد إزالة السمية (Anton et al., 2006, p. 87).

(ج) علاج إدمان النيكوتين

يتوفر عدة بدائل لعلاج إدمان التبغ:

- بدائل النيكوتين NRT: لصاقات، علكات، بخاخات تقدم نيكوتين دون مواد التبغ الضارة.
- البوبروبيون Bupropion: مضاد اكتئاب يقلل الرغبة في النيكوتين.

- الفارينيكلين Varenicline: ناهض جزئي لمستقبلات النيكوتين، يقلل الرغبة ويزيد النفور (Fiore et al., 2008, p. 124).

المحور الثالث: العلاج النفسي

يعد العلاج النفسي الركيزة الأساسية لعلاج الإدمان، إذ أن الأدوية وحدها لا تكفي لإحداث تغيير دائم. ومن أبرز التقنيات العلاجية:

(أ) العلاج المعرفي السلوكي CBT

يعتبر CBT أكثر التقنيات العلاجية نجاعة في علاج الإدمان، إذ يساعد المريض على:

- التعرف على الأفكار المشوهة التي تثير الرغبة في التعاطي.
- تطوير استراتيجيات بديلة للتعامل مع الضغوط دون اللجوء للمخدرات.
- تعديل المعتقدات الخاطئة حول المخدرات وفوائدها المتوهمة.
- بناء مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات.
- تطوير خطة شخصية لمنع الانتكاس (Beck et al., 1993, p. 24).

(ب) العلاج التحفيزي

طور ويليام ميلر وستيفن رولنيك تقنية المقابلات التحفيزية Motivational Interviewing التي تساعد المريض على تعزيز دافعيته للتغيير. وبديل مواجهة المريض بنقاط ضعفه، يعمل المعالج على إثارة دافعيته الداخلية عبر حوار تعاطفي غير موجه. وقد أثبتت هذه التقنية نجاعة خاصة مع المدمنين غير المندفعين للعلاج (Miller & Rollnick, 2013, p. 21).

(ج) نظام الاثنتي عشرة خطوة Step Programs-12

تأسست زمالة المدمنين المجهولين Narcotics Anonymous عام 1953 على نمط زمالة الكحوليين المجهولين Alcoholics Anonymous التي تأسست عام 1935. وتعتمد هذه البرامج على فلسفة الاثنتي عشرة خطوة، التي تشمل الإقرار بالعجز أمام الإدمان، والإيمان بقوة أعلى، والاعتراف بالأخطاء، والتعويض عنها، ومساعدة المدمنين الآخرين. وقد أثبتت هذه الزمالات نجاعة في الحفاظ على الامتناع عبر الدعم الجماعي المستمر (NIDA, 2020, p. 28).

(د) العلاج الأسري

يعتبر العلاج الأسري من أهم تقنيات علاج الإدمان، إذ أن الأسرة هي السياق الذي نشأ فيه الإدمان، وهي أيضاً السياق الذي سيتعافى فيه. ويستهدف العلاج الأسري:

- إصلاح الديناميات الأسرية المرضية التي ساهمت في الإدمان.
- تعليم أفراد الأسرة كيفية التعامل مع المتعافي دون تمكينه Enabling.
- بناء شبكة دعم أسري فعالة.
- علاج الأضرار النفسية التي لحقت بأفراد الأسرة (Liddle et al., 2001, p. 281).

المحور الرابع: مراكز علاج الإدمان في الجزائر

تشهد البنية الصحية الجزائرية في مجال علاج الإدمان تطوراً متباطئاً، إذ لا تزال مراكز العلاج المتخصصة قليلة وغير كافية لاستيعاب أعداد المدمنين. ومن أبرز هذه المراكز:

(أ) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان

يُعد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان المؤسسة الرسمية المركزية في الجزائر، يتولى التنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة في مجال مكافحة المخدرات. ويقوم بأنشطة وقائية وتوعوية وتحليلية، إذ يصدر سنوياً تقارير إحصائية عن وضع المخدرات في الجزائر (نبيلة مشيد، 2024، ص. 12).

(ب) المستشفيات النفسية والعيادات المتخصصة

توفر الجزائر عدة مستشفيات نفسية تستقبل حالات الإدمان، خاصة مستشفى فرانز فانون في بليدة ومستشفى الحسين دي في العاصمة وعدة وحدات استشفاء في الولايات. غير أن هذه البنية لا تزال غير كافية، إذ أن عدد الأسرة المخصصة لعلاج الإدمان لا يتجاوز 500 سرير على المستوى الوطني، في حين أن عدد المدمنين يفوق 300 ألف وفق تقديرات الديوان (بلبريك، 2020، ص. 152).

(ج) مراكز إعادة الإدمان

توجد عدة مراكز لإعادة إدماج المدمنين المتعافين، تشمل مراكز الديوان الوطني للشباب ومراكز التكوين المهني. كما تطور الجمعيات المدنية عدة مبادرات لإعادة الإدمان، لكنها تواجه تحديات تمويلية وتنظيمية (سايل، 2015، ص. 168).

المحور الخامس: تحديات العلاج في السياق العربي

يواجه علاج الإدمان في الجزائر والوطن العربي عدة تحديات بنيوية:

- نقص البنية التحتية المتخصصة: لا تزال مراكز العلاج المتخصصة قليلة.
- نقص الكوادر المتخصصة: يلاحظ نقص في الأطباء النفسيين المختصين في الإدمان.
- الوصمة الاجتماعية: لا يزال المجتمع ينظر إلى الإدمان كضعف أخلاقي لا كمرض قابل للعلاج.
- ضعف تمويل برامج العلاج: لا تزال ميزانيات العلاج ضعيفة مقارنة بحجم الظاهرة.
- ضعف برامج ما بعد العلاج: لا تزال برامج منع الانتكاس وإعادة الإدماج محدودة.
- ضعف التنسيق بين الجهات الفاعلة: لا تزال التنسيقات بين الوزارات والمؤسسات المدنية ضعيفة (نبيلة مشيد، 2024، ص. 92).

المحور السادس: تقييم نتائج العلاج

تقاس نجاعة علاج الإدمان بعدة مؤشرات:

- نسبة المرضى الذين يكملون فترة العلاج.
- نسبة المرضى الممتنعين عن التعاطي بعد سنة من العلاج.
- تقليص معدلات الانتكاس.
- تحسن الحالة الصحية والنفسية للمريض.
- إعادة الإدماج المهني والاجتماعي.
- تقليص الجريمة المرتبطة بالإدمان (NIDA, 2020, p. 42).

وأشارت الدراسات الميدانية إلى أن معدلات النجاح تتراوح بين 30-50% في البرامج المتكاملة التي تجمع بين العلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي، بينما تنخفض إلى 15-20% في البرامج التي تعتمد على العلاج الدوائي وحده. ويلاحظ أن المرضى الذين يشاركون في برامج 12 خطوة بعد العلاج الرسمي يحافظون على الامتناع لفترات أطول (Marlatt & Gordon, 1985, p. 24).

خلاصة الباب الحادي عشر

يتضح من هذا الباب أن علاج الإدمان عملية معقدة متعددة الأبعاد، تمر بأربع مراحل: التقييم، إزالة السمية، العلاج النفسي والسلوكي، إعادة الإدماج. وتتطلب هذه العملية تكامل العلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي، إذ أن أيًا منها وحده لا يكفي لإحداث تعافي دائم. كما تجلّى أن السياق الجزائري والعربي يواجه تحديات بنيوية كبرى في مجال علاج الإدمان، تتعلق بنقص البنية التحتية والكوادر وبرامج إعادة الإدماج، فضلاً عن الوصمة الاجتماعية. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال في الباب الموالي إلى التحولات المعاصرة للظاهرة في عصر الرقمنة والإنترنت، حيث سنستكمل صورة التصدي للظاهرة في سياقها الجديد.

الباب الثاني عشر: التحولات المعاصرة لظاهرة المخدرات

تشهد ظاهرة المخدرات في العقود الأخيرة تحولات جذرية تعكس تطور التقنية وتغير أنماط الاستهلاك والاتجار. فقد ظهرت أنواع جديدة من المخدرات كالمخدرات الاصطناعية والفتنانيل، وتغيرت شبكات التوزيع لتحتضن الإنترنت والويب المظلم، كما غيرت وسائل التواصل الاجتماعي أنماط الترويج والتعاطي. كما أفرزت جائحة كوفيد-19 تحولات مهمة في أنماط التعاطي. ويتناول هذا الباب هذه التحولات المعاصرة وأبعادها الاستراتيجية (UNODC, 2023, p. 73).

المحور الأول: ظاهرة الفتنانيل والمواد الأفيونية الاصطناعية

يعتبر الفتنانيل Fentanyl من أخطر التحولات في تاريخ المخدرات المعاصرة، إذ يفوق تأثيره الهيروين بـ50 مرة، ويتسبب في وفيات مفاجئة حتى بكميات ضئيلة لا تتعدى حبة سكر. وقد ظهر الفتنانيل أولاً كدواء مسكن للألم في الستينيات، ثم بدأ يظهر في السوق السوداء الأمريكية في أواخر التسعينيات، ليشكل اليوم السبب الأول للوفيات بالجرعات الزائدة في الولايات المتحدة وكندا (CDC, 2023, p. 4).

وقد سجلت الولايات المتحدة عام 2022 أكثر من 110 آلاف وفاة بالجرعات الزائدة، 70% منها بسبب الفتنانيل والمواد الأفيونية الاصطناعية. ويتفاقم التحدي بظهور مشتقات أخطر كالنيتازينات Nitazenes التي تفوق الفتنانيل بـ10 مرات، والايزونيتازينيت التي تفوقه بـ500 مرة (UNODC, 2023, p. 76).

ولا يقتصر تحدي الفتنانيل على أمريكا الشمالية، بل بدأ يظهر في أوروبا والشرق الأوسط. وي طرح هذا التحدي تعقيدات استراتيجية، إذ يمكن تركيب الفتنانيل في مختبرات صغيرة دون الحاجة إلى زراعة الأفيون، مما يصعب مكافحته بأساليب المراقبة التقليدية للأراضي الزراعية (Inciardi, 2008, p. 187).

المحور الثاني: المخدرات الاصطناعية الجديدة NPS

تشهد السوق العالمية للمخدرات تدفقًا متسارعًا للمواد النفسية الجديدة New Psychoactive Substances، التي يطورها كيميائيون مختصون لتفادي التصنيف القانوني. وتقدر الأمم المتحدة أن أكثر من 1100 مادة جديدة ظهرت في السوق منذ 2009، بمعدل مادة جديدة أسبوعيًا. وتشمل هذه المواد:

- الكاثينونات الاصطناعية (أملاح الاستحمام Bath Salts): مشتقات الكات التي تفوقه في الخطورة.

- الكانابينويدات الاصطناعية (التبوغ المجنون Spice): أعشاب ممزوجة بمواد كانابينويدية اصطناعية تفوق THC في خطورتها.

- الفينيثيلامينات (الإكستاسي الجديد): مشتقات MDxx معدلة جزيئيًا.

- المركبات البنزوديازيبينية الجديدة: بدائل الفاليوم والكلونوبين.

- الأوبيويدات الاصطناعية الجديدة: بدائل الفنتانيل (UNODC, 2023, p. 80).

وتطرح هذه المواد تحديات صحية وقانونية كبرى، إذ تظهر بسرعة أكبر من سرعة المشرع في تصنيفها، كما يصعب الكشف عنها في الفحوصات المخبرية التقليدية. وتسبب آثارًا جانبية خطيرة لم تكن معروفة في المخدرات التقليدية، كالانتكاسات الذهانية الحادة والوفيات المفاجئة.

المحور الثالث: الإنترنت والويب المظلم في تجارة المخدرات

أحدث الإنترنت ثورة في تجارة المخدرات، إذ طورت شبكات التهريب قنوات بيع جديدة عبر الإنترنت تشمل:

(أ) الأسواق السوداء في الويب المظلم

تستعمل شبكات التهريب أسواقًا رقمية في الويب المظلم Dark Web، تعمل بتقنيات التشفير المعقدة كـ Tor و I2P. وقد ظهر أول هذه الأسواق بشكل واسع عام 2011 مع موقع Silk Road الذي أسسه روس أولبريشت، والذي بيعت عليه مئات الكيلوغرامات من المخدرات قبل إغلاقه عام 2013. ومنذ إغلاقه ظهرت عشرات المواقع البديلة، تشكل سوقًا عالميًا للمخدرات لا يمكن للسلطات مراقبتها بسهولة (UNODC, 2023, p. 95).

(ب) العملات الرقمية

تستعمل شبكات التهريب العملات الرقمية كالبيتكوين والمونيرو لإخفاء هويات المشترين والبائعين. وتوفر هذه العملات سرية المعاملات وتجعل تتبع الأموال أمرًا صعبًا،

إذ يمكن تحويل الأموال بين محافظ رقمية دون وسطاء ماليين تقليديين (Inciardi, 2008, p. 245).

(ج) منصات التواصل الاجتماعي

تحولت منصات التواصل الاجتماعي كتيليجرام وواتساب وسناب شات إلى قنوات لترويج المخدرات خاصة بين الشباب. وتستغل شبكات التهريب قنوات البث المباشر والقصير لعرض المنتجات وتوثيق آثارها، كما تستعمل خوارزميات التجارة الإلكترونية للوصول إلى الفئات المستهدفة. وقد كشفت دراسات أن 20% من المراهقين الأمريكيين تعرضوا لإعلانات مخدرات على وسائل التواصل الاجتماعي (UNODC, 2023, p. 113).

المحور الرابع: تأثير وسائل التواصل الاجتماعي

أحدثت وسائل التواصل الاجتماعي تحولاً جذرياً في أنماط تعاطي المخدرات وترويجها، إذ أصبحت هذه الوسائل منصة مفتوحة لمشاركة تجارب التعاطي وتمجيدها أحياناً. ومن أبرز التحديات المرتبطة بهذا التحول:

- التحديات التسويقية: تستهدف شبكات التهريب المراهقين عبر إعلانات مصممة بعناية تستعمل صور جذابة ولغة الشباب.
- تحديات المحتوى: انتشار الفيديوهات والصور التي تمجد تجربة التعاطي وتصورها كتجربة ممتعة وآمنة.
- تحديات القياس: صعوبة قياس تأثير هذا المحتوى على سلوك المراهقين.
- تحديات التنظيم: صعوبة تنظيم المحتوى على منصات عابرة للحدود وغير خاضعة لرقابة وطنية (NIDA, 2020, p. 38).

وقد طورت بعض المنصات سياسات لمنع المحتوى المرتبط بالمخدرات، لكن تطبيق هذه السياسات يصطدم بصعوبات تقنية وتشريعية. كما ظهرت ظاهرة المؤثرين الذين يروجون للمخدرات بشكل غير مباشر، عبر تصوير حياة الترفيه والبذخ دون ذكر صريح للمخدرات.

المحور الخامس: تأثير جائحة كوفيد-19 على أنماط التعاطي

أفرزت جائحة كوفيد-19 تحولات مهمة في أنماط تعاطي المخدرات، تمثلت في عدة جوانب:

(أ) زيادة معدلات التعاطي

شهدت الجائحة زيادة في معدلات تعاطي المخدرات، إذ وثقت الولايات المتحدة زيادة 30% في الوفيات بالجرعات الزائدة عام 2020 مقارنة بعام 2019. ويعزى ذلك إلى الضغوط النفسية للإغلاق والعزلة الاجتماعية والقلق الصحي والاقتصادي (CDC, 2023, p. 8).

(ب) تغيير أنماط التوريد

أدى إغلاق الحدود وتعطل النقل الدولي إلى تغيير أنماط التوريد، إذ اتجهت شبكات التهريب إلى مناطق إنتاج جديدة وطرق تهريب بديلة. كما ظهرت ظاهرة التصنيع المحلي في الدول المستهلكة، خاصة للمخدرات التخليقية التي لا تحتاج إلى زراعة (UNODC, 2023, p. 117).

(ج) ضعف الوصول إلى العلاج

أدى الإغلاق إلى ضعف الوصول إلى خدمات علاج الإدمان، إذ أغلقت عيادات الميثادون أو قلصت خدماتها، كما تأجلت جلسات العلاج النفسي. وقد طور بعضها خدمات العلاج عن بعد Teletherapy، لكنها لا تزال غير كافية لتعويض الخدمات الحضورية (NIDA, 2020, p. 48).

(د) ظاهرة الأدوية المزيفة

ظهرت خلال الجائحة ظاهرة الأدوية المزيفة، إذ استغلت شبكات التهريب ارتفاع الطلب على مسكنات الألم والمضادات الحيوية لترويج أدوية مزيفة تحتوي على الفنتانيل أو مواد أخرى. وقد سجلت الوفيات بسبب هذه الأدوية المزيفة ارتفاعاً كبيراً في عدة دول (UNODC, 2023, p. 119).

المحور السادس: تقنين القنب والتحول القانوني

شهدت العقود الأخيرة موجة من تقنين القنب لأغراض طبية أو ترفيهية في عدة دول، إذ أقدمت كندا عام 2018 على تقنينه الكامل، كما أقدمت 24 ولاية أمريكية على تقنينه الترفيهي و38 ولاية على تقنينه الطبي. وقد أقدمت أوروغواي عام 2013 على تقنين القنب على المستوى الوطني، كما أقدمت ألمانيا عام 2024 على تقنينه الترفيهي (Stevens, 2010, p. 119 & Hughes).

وقد أفرز هذا التحول القانوني عدة نتائج:

- تقليص معدلات السجن المرتبطة بحيازة القنب.
- زيادة الإيرادات الضريبية من تجارة القنب القانونية.

- زيادة معدلات الاستهلاك خاصة بين البالغين الجدد.

- انخفاض أسعار القنب في السوق القانونية.

- زيادة الحوادث المرتبطة بالقناء (Cerdá et al., 2020, p. 14).

غير أن هذا التحول لا يخلو من جدل، إذ يرى المعارضون أن تقنين القنب يرسخ قبول المجتمع للمخدرات ويزيد من احتمال انتقال المتعاطين إلى مخدرات أقوى. كما يطرح تحديات قانونية دولية، إذ يتعارض مع اتفاقيات الأمم المتحدة للمخدرات.

المحور السابع: الكبتاغون والشرق الأوسط

يعتبر الكبتاغون Captagon ظاهرة متنامية في الشرق الأوسط، إذ يستعمله مقاتلو التنظيمات الإرهابية لتعزيز الشجاعة والصمود في القتال. كما ينتشر استعماله بين الشباب في دول الخليج والسعودية خاصة، كمنشط يوفر طاقة عالية ويقلل الحاجة للنوم. وقد كشفت الشرطة الدولية أن تجارة الكبتاغون في الشرق الأوسط تدر نحو 5.7 مليار دولار سنوياً، وأن نسبة معتبرة من هذه الأموال تذهب لتمويل التنظيمات الإرهابية (UNODC, 2023, p. 105).

وتتركز صناعة الكبتاغون في سوريا ولبنان، إذ تنتج مصانع سرية كميات كبيرة تصدر إلى دول الخليج. وقد شكلت هذه التجارة مصدر تمويل مهم لنظام الأسد في سوريا ولحزب الله في لبنان. وقد طورت السعودية والإمارات حملات صارمة لمكافحة الكبتاغون، لكنها تواجه تحديات أمنية كبيرة في مراقبة الحدود (Inciardi, 2008, p. 220).

المحور الثامن: تحديات المستقبل

يبرز هذا التحليل أن ظاهرة المخدرات في تحول مستمر، وأن السنوات القادمة ستشهد تحديات جديدة:

- تصاعد ظاهرة المخدرات الاصطناعية الجديدة NPS بمعدل مادة أسبوعياً.

- تصاعد ظاهرة الفنتانيل ومشتقاته الأكثر خطورة.

- تطور تجارة المخدرات عبر الويب المظلم والعملات الرقمية.

- تأثير وسائل التواصل الاجتماعي على أنماط التعاطي.

- ضغط الحركات المطالبة بتقنين المخدرات.

- تأثير التغيرات المناخية على زراعة نباتات المخدرات.

تقدر الأمم المتحدة حجم تجارة المخدرات العالمية بـ650 مليار دولار سنوياً، أي ما يعادل 1% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي. وتتركز مناطق الإنتاج الرئيسية في:

- أفغانستان: تنتج 80% من الأفيون العالمي، مع 6200 طن عام 2022.
- المثلث الذهبي (بورما-لاوس-تايلاند): ينتج 8% من الأفيون العالمي وكميات كبيرة من الميثامفيتامين.
- كولومبيا-البيرو-بوليفيا: تنتج أكثر من 90% من الكوكايين العالمي، مع 2200 طن عام 2022.
- المغرب: منتج رئيسي للقنب الهندي باتجاه أوروبا.
- الصين والهند: منتجان رئيسيان للمخدرات التخليقية الكيميائية (UNODC, 2023, p. 38).

(ج) الوفيات المرتبطة بالمخدرات

سجلت الوفيات المرتبطة بالمخدرات ارتفاعاً كبيراً في العقد الأخير، إذ وثقت الأمم المتحدة 600 ألف وفاة سنوياً على مستوى العالم بسبب المخدرات. ومن هذه الوفيات:

- 70% بسبب الجرعات الزائدة من الأفيونيات.
- 17% بسبب أمراض معدية كالإيدز والتهاب الكبد المرتبطة بتعاطي المخدرات بالحقن.
- 13% بسبب انتحار أو حوادث مرتبطة بالمخدرات (UNODC, 2023, p. 47).

وقد شكل الفنتانيل والمواد الأفيونية الاصطناعية السبب الرئيسي للزيادة في الوفيات، خاصة في الولايات المتحدة وكندا، حيث تجاوزت الوفيات 110 آلاف وفاة عام 2022 في الولايات المتحدة وحدها (CDC, 2023, p. 4).

المحور الثاني: الإحصائيات الإقليمية

(أ) أوروبا

تعاني أوروبا من ظاهرة مخدرات متنامية، إذ قدر تقرير المرصد الأوروبي للمخدرات EMCDDA عام 2023 أن 83 مليون أوروبي (29% من السكان البالغين) تعاطوا مخدرات في حياتهم، و 22 مليون (8%) تعاطوها في السنة الأخيرة. ويهيمن القنب على مشهد التعاطي الأوروبي بنسبة 80% من حالات التعاطي. كما يلاحظ ارتفاع تعاطي

الكوكايين في أوروبا الغربية، حيث أصبحت موانئ أنتويرب وروتردام مراكز رئيسية لتهرب الكوكايين إلى أوروبا (EMCDDA, 2023, p. 18).

(ب) الأمريكيتان

تعتبر الولايات المتحدة أكبر سوق للمخدرات في العالم، إذ يقدر عدد المتعاطين بـ 59 مليون شخص (21% من البالغين). وتشكل أزمة الأفيونيات Opioid Crisis أكبر تحدي صحي عام في البلاد، إذ سجلت 110 آلاف وفاة بالجرعات الزائدة عام 2022. كما تعاني أمريكا اللاتينية من تحديات متفاقمة، خاصة مع العنف المرتبط بتجارة المخدرات في المكسيك وكولومبيا الذي خلف أكثر من 350 ألف قتيل منذ 2006 (UNODC, 2023, p. 56).

(ج) آسيا

تعتبر آسيا قارة متناقضة فيما يتعلق بالمخدرات، إذ تجمع بين أكبر منتج وأكبر مستهلك لبعض المخدرات. أفغانستان هي أكبر منتج للأفيون، بينما الصين هي أكبر مستهلك للكاتبونات والمنشطات الاصطناعية. كما تعاني دول جنوب شرق آسيا من ظاهرة الميثامفيتامين المتنامية. وتشهد إيران سياسات صارمة لمكافحة المخدرات أدت إلى إعدام آلاف المهربين، دون أن تنجح في تقليص حجم الظاهرة (UNODC, 2023, p. 67).

(د) إفريقيا

تشهد إفريقيا نموًا سريعًا في تعاطي المخدرات، خاصة في الدول الساحلية الغربية كنيجيريا وغانا، حيث أصبحت هذه الدول نقاط عبور للكوكايين من أمريكا اللاتينية إلى أوروبا. كما تنتشر ظاهرة تعاطي القات في القرن الإفريقي (إثيوبيا، الصومال، كينيا، جيبوتي). وتواجه القارة الإفريقية تحديات إضافية بضعف البنية المؤسسية لمكافحة المخدرات (UNODC, 2023, p. 78).

المحور الثالث: الإحصائيات في الجزائر

(أ) حجم الظاهرة في الجزائر

وفقًا لتقرير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان، قدر عدد المتعاطين في الجزائر بنحو 300 ألف شخص عام 2023، منهم 80% من فئة الشباب (15-35 سنة). وقد سجلت الجزائر ارتفاعًا ملحوظًا في تعاطي القنب الهندي والمهدئات، مع ظهور متنامي لتعاطي الكبتاغون والمنشطات الاصطناعية. كما يلاحظ تمدد ظاهرة التعاطي نحو الفئات العمرية الأصغر، حيث تراجع متوسط سن بدء التعاطي إلى 15 سنة (نبيلة مشيد، 2024، ص. 18).

(ب) توزيع المتعاطين

يكشف تقرير الديوان توزيع المتعاطين وفق عدة معايير:

- التوزيع حسب الجنس: 87% ذكور، 13% إناث، مع ارتفاع نسبي في تعاطي الإناث للمهدئات والمنومات.
- التوزيع حسب العمر: 25% أقل من 18 سنة، 55% بين 18-30 سنة، 20% فوق 30 سنة.
- التوزيع حسب النوع: 70% قنب هندي، 15% مهدئات ومنومات، 8% كبتاغون، 5% أفيونيات، 2% أخرى.
- التوزيع حسب المنطقة: تركز التعاطي في المدن الكبرى كالجزائر العاصمة ووهران وقسنطينة، مع تمدد نحو المناطق الداخلية (نبيلة مشيد، 2024، ص. 28).

(ج) المضبوطات والمتابعات القضائية

سجلت الجزائر عام 2023 مضبوطات مهمة من المخدرات، إذ بلغت 145 طن من القنب الهندي، معظمها قادم من المغرب عبر الحدود الغربية. كما سجلت 12 كيلوغرام من الكوكايين و 8 كيلوغرامات من الهيروين وكميات متزايدة من الكبتاغون. وبلغ عدد المتابعين القضائيين في قضايا المخدرات 47 ألف شخص، منهم 65% متعاطون، 25% مروجون صغار، 10% متجرون كبار (نبيلة مشيد، 2024، ص. 38).

(د) علاج الإدمان في الجزائر

توفر الجزائر عدة مراكز لعلاج الإدمان، لكنها لا تزال غير كافية لاستيعاب الظاهرة. وقد تواترت عام 2023 المعطيات التالية:

- عدد المراكز المتخصصة: 12 مركزًا على المستوى الوطني.
- عدد الأسرّة المخصصة: 500 سرير.
- عدد المرضى المستفيدين سنويًا: نحو 8000 مريض.
- معدل إكمال العلاج: 45%.
- معدل الانتكاس بعد سنة: 55%.
- معدل إعادة الإدماج المهني: 30% (نبيلة مشيد، 2024، ص. 52).

المحور الرابع: الخصوصيات الإقليمية في المغرب العربي

يتميز المغرب العربي بخصوصيات إقليمية في ظاهرة المخدرات، إذ يعتبر المغرب أكبر منتج للقنب الهندي في المنطقة، وتعتبر الجزائر وتونس وليبيا أسواقًا مستهلكة وطرق عبور نحو أوروبا. كما يلاحظ ارتفاع تعاطي القات في اليمن والصومال وجيبوتي، وارتفاع تعاطي الكبتاغون في دول الخليج. وتواجه الدول المغاربية تحديات أمنية مشتركة في مراقبة حدودها الجنوبية المترامية الأطراف، التي تستغلها شبكات التهريب لنقل المخدرات والأسلحة والمهاجرين غير الشرعيين (بلبريك، 2020، ص. 88).

المحور الخامس: تحليل التطورات السنوية

تكشف الإحصائيات السنوية عن عدة تطورات مهمة في ظاهرة المخدرات:

(أ) تصاعد ظاهرة الفنتانيل

شهدت السنوات الأخيرة تصاعدًا كبيرًا في ظاهرة الفنتانيل، خاصة في الولايات المتحدة وكندا. فقد ارتفع عدد الوفيات بالفنتانيل من 3000 وفاة عام 2013 إلى 75 ألف وفاة عام 2022. كما بدأ الفنتانيل يظهر في أوروبا والشرق الأوسط، مما يندرج بأزمة عالمية متفاقمة (CDC, 2023, p. 7).

(ب) تحول مشهد الكوكايين

شهدت السنوات الأخيرة تحولًا في مشهد الكوكايين، إذ ارتفع الإنتاج في كولومبيا إلى مستويات قياسية، واتسعت الأسواق الأوروبية والآسيوية. كما ظهرت ظاهرة الكوكايين الكراك في أوروبا الغربية بعد أن كانت محصورة في الأمريكيتين (UNODC, 2023, p. 67).

(ج) تصاعد المخدرات الاصطناعية

شهدت السنوات الأخيرة تصاعدًا متسارعًا في ظاهرة المخدرات الاصطناعية الجديدة NPS، إذ ظهرت أكثر من 1100 مادة جديدة منذ 2009. وتمثل هذه الظاهر تحديًا قانونيًا وصحيًا كبيرًا، إذ يصعب تصنيف هذه المواد ومكافحتها بالطرق التقليدية (UNODC, 2023, p. 80).

المحور السادس: تقييم الإطار الإحصائي

على الرغم من تطور الإطار الإحصائي الدولي لمتابعة ظاهرة المخدرات، يلاحظ الباحثون عدة تحديات منهجية:

- صعوبة قياس الظاهرة السوداء: لا يمكن رصد الظاهرة كاملة، إذ أن أغلب المتعاطين لا يفصحون عن تعاطيهم.

- اختلاف منهجيات القياس بين الدول: يصعب المقارنة بين الدول بسبب اختلاف المنهجيات والتعاريف.
- تأخر الإحصائيات الرسمية: لا تصدر تقارير UNODC إلا بعد فترة تأخر سنتين إلى ثلاث سنوات.
- ضعف الإحصائيات الوطنية في الدول النامية: لا تزال عدة دول لا تملك أنظمة إحصائية متطورة لرصد الظاهرة.
- صعوبة قياس التجارة عبر الإنترنت: الويب المظلم والعملات الرقمية يصعبان قياس حجم التجارة غير المشروعة (UNODC, 2023, p. 88).

خلاصة الباب الثالث عشر

يقدم هذا الباب صورة إحصائية شاملة لظاهرة المخدرات على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي. وتكشف الإحصائيات أن 296 مليون شخص تعاطوا المخدرات عام 2022، و 600 ألف شخص يفقدون حياتهم سنوياً بسببها. وتشهد الظاهرة تصاعداً متواصلاً، خاصة مع ظهور المخدرات الاصطناعية كالفنتانيل و NPS. وفي الجزائر، قدر عدد المتعاطين بـ 300 ألف شخص، 80% من فئة الشباب، مع تمدد نحو الفئات العمرية الأصغر. وتطرح هذه الإحصائيات تحديات استراتيجية كبرى تتطلب تطوير السياسات الوطنية والدولية في مجال مكافحة المخدرات. ويفسح هذا التحليل المجال للانتقال إلى الخاتمة، حيث سنستعرض أبرز النتائج التي توصلت إليها هذه المطبوعة.

الخاتمة

في الختام، يظهر تعاطي المخدرات كتحدٍ كبير يواجه المجتمعات في جميع أنحاء العالم. إن تأثيراته السلبية تمتد إلى كل جانب من جوانب الحياة، مما يؤثر على الأفراد والعائلات والمجتمع بشكل عام. إن التعاطي والإدمان على المخدرات يتسبب في تدمير الحياة الشخصية والاجتماعية ويزيد من الجريمة والعنف ويعرض الصحة العامة للخطر. وقد تكشف من خلال هذه المطبوعة الأكاديمية أن ظاهرة المخدرات ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد، تتشابك فيها الأسباب النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية والإعلامية، وتعدد فيها المقاربات النظرية المفسرة، وتتطور عبر الزمن والجغرافيا (سويف، 1996، ص. 285).

لذا، يمكن التأكيد على أهمية التعاون والتضامن بين أفراد المجتمع والمؤسسات المعنية بمكافحة هذه المشكلة الخطيرة. ينبغي التركيز على توعية الشباب وتنقيفهم بمخاطر التعاطي والإدمان على المخدرات، وتعزيز الرعاية الصحية والدعم النفسي والاجتماعي للأفراد المتأثرين بالإدمان. كما تستدعي الظاهرة مقاربة شاملة تجمع بين البعد الوقائي

والعلاجي والقانوني، وتتجاوز المقاربة الأحادية التي تركز على البعد القمعي وحده، التي ثبت قصورها في العقود الأخيرة (Leshner, 1997, p. 50)؛ (Marlatt & Gordon, 1985, p. 8).

أولاً: أبرز نتائج الدراسة

توصّلت هذه المطبوعة الأكاديمية إلى مجموعة من النتائج الجوهرية، يمكن تلخيصها فيما يلي:

1. تعددت تعريفات المخدرات بين الزاوية اللغوية والاصطلاحية والعلمية والقانونية والشرعية، وكلها تجمع على أن المخدر مادة تؤثر في الجهاز العصبي المركزي وتولد الاعتماد الجسدي والنفسي وتسبب أضراراً صحية واجتماعية.

2. تتنوع المخدرات وفق المصدر إلى طبيعية ومصنعة وتخليقية، ووفق التأثير إلى مسكرات ومهلوسات ومنبهات ومهدئات، ووفق درجة الخطورة إلى جداول دولية متفاوتة.

3. للمخدرات جذور تاريخية وثقافية ضاربة في الحضارة الإنسانية، إذ استخدمت قديماً في سياقات طقوسية ودينية محكومة بضوابط اجتماعية صارمة، قبل أن تتحول في العصر الحديث إلى ظاهرة استهلاكية وإدمانية.

4. تتشابك عوامل الإدمان بين النفسية (الاكتئاب، الاغتراب، تقدير الذات) والأسرية (التفكك، الإهمال، إدمان الوالدين) والاجتماعية (الأنوميا، البطالة، الفوارق الطبقة) والإعلامية والمدرسية، ولا يمكن عزل أحدها عن البقية.

5. تعددت المقاربات النظرية المفسرة للإدمان من البيولوجية العصبية إلى النفسية (التحليلية، السلوكية، المعرفية) إلى السوسيولوجية (دوركايم، ميرتون، سترلاند، هيرشي، بورديو) إلى الثقافية والأنثروبولوجية، ولا يستقيم الفهم الشمولي إلا بدمج هذه المقاربات.

6. تتعدد آثار الإدمان بين فردية (نفسية، جسدية، مهنية) وأسرية (التفكك، الإهمال، انتقال السلوك الإدماني) ومجتمعية (الجريمة، التفكك الاجتماعي، إهدار الموارد) واقتصادية وأمنية.

7. حرمت الشريعة الإسلامية المخدرات تحريماً قطعياً استناداً إلى نصوص القرآن والسنة وإجماع المذاهب الفقهية، واعتبرتها من الخبائث التي تفسد العقل والدين والنفس والمال والنسل.

8. طور المشرع الجزائري تشريعه من الأمر 75-09 لسنة 1975 إلى القانون 18-04 لسنة 2004، الذي يجمع بين البعد الوقائي والعلاجي والقمعي في مقاربة شاملة.

9. تطور الموقف الدولي من المخدرات عبر مراحل متعاقبة منذ 1909، إلى منظومة قانونية دولية متكاملة تشمل ثلاث اتفاقيات أممية وعدة منظمات متخصصة (UNODC, WHO, Interpol, WCO).

10. تتطلب الوقاية من الإدمان مقاربة شاملة متعددة المستويات تجمع بين الأسرة والمدرسة والمجتمع والإعلام والمؤسسات الدينية، وفق نموذج بيئي يربط بين المستويات الفردية والأسرية والمدرسية والمجتمعية والسياسية.

11. يتطلب علاج الإدمان تكامل العلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي عبر أربع مراحل: التقييم، إزالة السمية، العلاج النفسي والسلوكي، إعادة الإدماج.

12. تشهد الظاهرة تحولات معاصرة تتمثل في ظهور مخدرات اصطناعية أخطر كالفنتانيل و NPS، وتغير شبكات التوزيع لتشمل الويب المظلم والعملات الرقمية، وتأثر أنماط التعاطي بجائحة كوفيد-19.

13. تكشف الإحصائيات العالمية أن 296 مليون شخص تعاطوا المخدرات عام 2022، و 600 ألف شخص يفقدون حياتهم سنوياً. وفي الجزائر، قدر عدد المتعاطين بـ 300 ألف شخص، 80% من فئة الشباب.

ثانياً: التوصيات

بناءً على هذه النتائج، تقدم هذه المطبوعة جملة من التوصيات العملية للتصدي لظاهرة المخدرات:

(أ) على المستوى التشريعي والقانوني

- تطوير القانون 18-04 لسنة 2004 بما يواكب التحولات المعاصرة للظاهرة، خاصة فيما يتعلق بالمخدرات الاصطناعية الجديدة والجرائم الإلكترونية.
- تعزيز التعاون الدولي والإقليمي في مكافحة تجارة المخدرات، خاصة مع دول الجوار المغربي.
- تطوير آليات التعاون بين الأجهزة الأمنية والقضائية والصحية والإعلامية.
- تطوير قوانين مكافحة غسل الأموال الناجمة عن تجارة المخدرات، خاصة في عصر العملات الرقمية.

(ب) على المستوى الوقائي

- تعزيز برامج التوعية المدرسية وإدراجها في المناهج الدراسية منذ المرحلة الابتدائية.
- تطوير برامج إعلامية مبتكرة تستعمل لغة الشباب وقنواته المفضلة، خاصة منصات التواصل الاجتماعي.
- الاستثمار في البنية التحتية الشبابية: الملاعب، المراكز الثقافية، النوادي، المكتبات.
- تعزيز دور المساجد والمؤسسات الدينية في التوعية والوقاية الروحية.
- معالجة العوامل الاجتماعية الكامنة: الفقر، البطالة، الفوارق الطبقية.

(ج) على المستوى العلاجي

- توسيع البنية التحتية المتخصصة لعلاج الإدمان، خاصة في الولايات الداخلية.
- تأهيل الكوادر الطبية والنفسية والاجتماعية المتخصصة في علاج الإدمان.
- تطوير برامج إعادة الإدماج المهني والاجتماعي للمتعافين.
- تطوير برامج منع الانتكاس وبرامج ما بعد العلاج.
- مكافحة الوصمة الاجتماعية للإدمان باعتباره مرضاً قابلاً للعلاج.

(د) على المستوى البحثي

- تشجيع البحث العلمي في مجال المخدرات والإدمان، خاصة البحوث الميدانية.
- تطوير الإطار الإحصائي الوطني لرصد الظاهرة بأدق تفاصيلها.
- التعاون بين الجامعات الجزائرية والمؤسسات الوطنية المعنية (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات).
- تطوير البحوث المقارنة مع دول المغرب العربي والشرق الأوسط.

ثالثاً: آفاق الدراسات المستقبلية

تفتح هذه المطبوعة آفاقاً لدراسات مستقبلية في عدة محاور:

- دراسات ميدانية حول فعالية برامج الوقاية المدرسية في الجزائر.
- دراسات حول تأثير وسائل التواصل الاجتماعي على أنماط تعاطي الشباب.
- دراسات حول ظاهرة الكبتاغون في الشرق الأوسط وتمددتها نحو المغرب العربي.

- دراسات حول الفنتانيل والمخدرات الاصطناعية الجديدة.
- دراسات مقارنة حول السياسات الدولية لمكافحة المخدرات.
- دراسات حول دور المؤسسات الدينية في الوقاية من الإدمان.
- دراسات حول إعادة الإدماج المهني والاجتماعي للمتعافين.

رابعاً: الكلمة الأخيرة

باختصار، إن مكافحة مشكلة التعاطي والإدمان على المخدرات تتطلب جهوداً متكاملة وتعاوناً شاملاً من جميع أطراف المجتمع، بهدف بناء مجتمعات صحية ومزدهرة تحمي شبابها وتضمن لهم مستقبلاً واعداً. وكما قال الله تعالى:

“ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة وأحسنوا إن الله يحب المحسنين” —
(القرآن الكريم، سورة البقرة، الآية 195)

فالمخدرات تهلكة للنفس والمال والعقل والدين، وحفظ هذه الكليات من مقاصد الشريعة وأهداف السياسات الوطنية. ويتطلب التصدي لها إرادة سياسية ومجتمعية قوية، وتعاوناً بين جميع الفاعلين، واستثماراً في الشباب والتربية والقيم. كما يستدعي الأمر تطويراً مستمراً للسياسات والبرامج بما يواكب تطور الظاهرة، خاصة في عصر التحولات الرقمية والمخدرات الاصطناعية.

وفي الختام، نتوجه بالشكر للسادة الأساتذة والباحثين الذين أسهمت أعمالهم في إثراء هذه المطبوعة، ونأمل أن تشكل مرجعاً معرفياً مفيداً لطلبة علم الاجتماع والباحثين في هذا المجال، وأن تسهم في تطوير البحث العلمي والسياسات العملية لمكافحة هذه الظاهرة الخطيرة. والله ولي التوفيق.

قائمة المراجع

اعتمدت هذه المطبوعة على مجموعة متنوعة من المراجع العربية والأجنبية تشمل الكتب الكلاسيكية والمقالات المحكمة والتقارير الدولية الحديثة، مرتبة أبجدياً وفق معايير

APA الحديثة (الإصدار السابع). وقد تم توزيعها على ثلاث مجموعات: المراجع العربية، المراجع الأجنبية، والوثائق الرسمية.

أولاً: المراجع العربية

ابن تيمية، أحمد بن عبد الحلیم. (1986). السياسة الشرعية في إصاح الراعي والرعية. بيروت: دار الكتب العلمية.

ابن حجر الهيتمي، أحمد بن محمد. (1995). تحفة المحتاج بشرح المنهاج. بيروت: دار الكتب العلمية.

ابن القيم الجوزية، محمد بن أبي بكر. (1994). إغاثة اللهفان من مصائد الشيطان. الرياض: دار عالم الفوائد.

ابن قدامة، عبد الله بن أحمد. (1997). المغني. الرياض: دار عالم الكتب.

ابن رشد، محمد بن أحمد. (1995). بداية المجتهد ونهاية المقتصد. بيروت: دار المعرفة.

ابن منظور، محمد بن مكرم. (1994). لسان العرب. بيروت: دار صادر.

بلبريك، محمد. (2020). مشكلة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري ودور السلطات العمومية في تخفيض العرض والطلب عليها. برج بوعريريج: دار الباحث.

الشاطبي، إبراهيم بن موسى. (1997). الموافقات في أصول الشريعة. بيروت: دار المعرفة.

عثماني، نعيمة، وحمزة، أحلام. (2019). عوامل وأسباب تعاطي المخدرات عند الشباب: دراسة نظرية تحليلية. ورقة بحثية مقدمة في الملتقى الوطني لعلم الاجتماع. جامعة الجزائر.

العتيبي، محمد. (2017). العمالة الوافدة في ترويج المخدرات من وجهة العاملين في الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. الرياض: مكتب التدريب والبحث العلمي.

عيسى، خالد. (2018). التنشئة الأسرية وعلاقتها بانحراف الأبناء: دراسة ميدانية. مجلة الدراسات الاجتماعية، 14(2)، 65-88.

فايد، حسين. (2006). سيكولوجية الإدمان. القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

الغزالي، أبو حامد محمد. (1997). إحياء علوم الدين. بيروت: دار المعرفة.

غول، لخضر. (2020). محاضرات في مقياس المخدرات والمجتمع (السنة الثالثة). جامعة 8 ماي 1945، قالمة.

الهوانة، معمر نواف. (2018). المخدرات والجريمة بين الوقاية والعلاج. دمشق: وزارة الثقافة.

حويطي، أحمد. (2018). الأسباب والآثار الاجتماعية للمخدرات. محاضرة غير منشورة، جامعة الجزائر.

زحيلي، وهبة. (1997). الفقه الإسلامي وأدلته. دمشق: دار الفكر.

الزهرراوي، مرابط. (2021). المخدرات والمجتمع. محاضرة، جامعة البليدة.

ساييل، وحيدة حدة. (2015). الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الجزائر: دار التنوير.

سوييف، مصطفى. (1996). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. سلسلة عالم المعرفة (205). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

القرآن الكريم. (1994). مصحف المدينة المنورة. المدينة المنورة: مجمع الملك فهد لطباعة المصحف الشريف.

م رابط، أحلام. (2022). المخدرات والمجتمع. محاضرة، جامعة البليدة.

نبيلة مشيد. (2024). واقع تعاطي المخدرات في الجزائر: دراسة إحصائية تحليلية لمعطيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان. مجلة آفاق علم الاجتماع، 14(1)، 95-12.

النووي، يحيى بن شرف. (1996). المجموع شرح المذهب. بيروت: دار الفكر.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Akers, R. L. (1985). Deviant behavior: A social learning approach (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

- Alexander, B. K. (2008). *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., ... & Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. *JAMA*, 295(17), 2003-2017.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York, NY: Free Press.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, France: Les Éditions de Minuit.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cadoret, R. J., Cain, C. A., & Grove, W. M. (1978). Development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic parents. *Archives of General Psychiatry*, 35(7), 410-417.
- Cerdá, M., Mauro, C., Hamilton, A., Levy, N. S., Santaella-Tenorio, J., Hasin, D., ... & Martins, S. S. (2020). Association between recreational marijuana legalization in the United States and changes in marijuana use and cannabis use disorder from 2008 to 2016. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 165-171.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Drug overdose deaths in the United States, 2002-2022*. Atlanta, GA: Author.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236(4800), 410-416.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.

Courtwright, D. T. (2001). *Forces of habit: Drugs and the making of the modern world*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*, 193(8), 646-650.

Doron, R., & Parot, F. (2005). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France: Presses Universitaires de France.

Durkheim, É. (2002). *Le suicide: Étude de sociologie*. Paris, France: Presses Universitaires de France. (Original work published 1897)

Escohotado, A. (1989). *Historia de las drogas*. Madrid, Spain: Alianza Editorial.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... & Wewers, M. E. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Freud, S. (2002). *Beyond the pleasure principle*. London, UK: Penguin. (Original work published 1920)

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.

Harm Reduction International. (2022). *Global state of harm reduction 2022*. London, UK: Author.

Higgins, S. T., Silverman, K., & Heil, S. H. (Eds.). (2003). Contingency management in substance abuse treatment. New York, NY: Guilford Press.

Hirschi, T. (1969). Causes of delinquency. Berkeley, CA: University of California Press.

Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022.

Inciardi, J. A. (2008). The war on drugs IV: The continuing saga of the mysteries and miseries of intoxication, addiction, crime, and public policy. Boston, MA: Pearson.

Kernberg, O. F. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York, NY: Jason Aronson.

Kohut, H. (1971). The analysis of the self. New York, NY: International Universities Press.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.

Lenson, D. (1995). On drugs. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, NY: Guilford Press.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1-101). New York, NY: Wiley.

Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Murray, R. M., Englund, A., Abi-Dargham, A., Lewis, D. A., Di Forti, M., Davies, C., ... & D'Souza, D. C. (2017). Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology*, 124, 89-104.

Nestler, E. J. (2005). The neurobiology of cocaine addiction. *Science & Practice Perspectives*, 3(1), 4-10.

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). Bethesda, MD: National Institutes of Health.

Pandina, R. J. (1983). Alcohol and drug dependence among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 44(2), 243-257.

Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.

Seddon, T. (2010). *A history of drugs: Drugs and freedom in the liberal age*. London, UK: Routledge.

Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Review*, 24(6), 783-791.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Macmillan.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Author.

Sutherland, E. H. (1947). *Principles of criminology* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.

United Nations. (1971). *Convention on psychotropic substances*. Vienna, Austria: Author.

United Nations. (1988). *Convention against the illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances*. Vienna, Austria: Author.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). World drug report 2023. Vienna, Austria: Author.

Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. (2014). Adverse health effects of marijuana use. New England Journal of Medicine, 370(23), 2219-2227.

Wolf, J. P., Chhabra, R., & McCandless, B. (2010). A qualitative study of injection drug users in Brazil. Addiction Research & Theory, 18(4), 470-485.

World Health Organization. (2018). Public health dimension of the world drug problem: How WHO works to prevent and treat drug use and dependence. Geneva, Switzerland: Author.

Zinberg, N. E. (1984). Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use. New Haven, CT: Yale University Press.

ثالثاً: الوثائق الرسمية والتقارير

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (2004). القانون رقم 18-04 المؤرخ في 24 ذي القعدة عام 1425 الموافق 25 ديسمبر سنة 2004، يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 76.

الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان. (2023). التقرير السنوي الإحصائي حول واقع تعاطي المخدرات في الجزائر. الجزائر العاصمة: الديوان الوطني.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). European drug report 2023: Trends and developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). Global SMART Update 2023: Challenges related to synthetic drugs and new psychoactive substances. Vienna, Austria.

رابعاً: المحاضرات والمداخلات

- حويتي، أحمد. (2018، ديسمبر). الأسباب والآثار الاجتماعية للمخدرات. محاضرة أُلقيت في كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
- مرابط، أحلام. (2022، فبراير). المخدرات والمجتمع. محاضرة في مقياس علم الاجتماع الجنائي، جامعة البليدة.
- عثماني، نعيمة، وحمزة، أحلام. (2019، مارس). عوامل وأسباب تعاطي المخدرات عند الشباب: دراسة نظرية تحليلية. مداخلة في الملتقى الوطني لعلم الاجتماع، جامعة وهران.
- غول، لخضر. (2020، مايو). محاضرات في مقياس المخدرات والمجتمع (السنة الثالثة علم الاجتماع). جامعة 8 ماي 1945، قالمة.