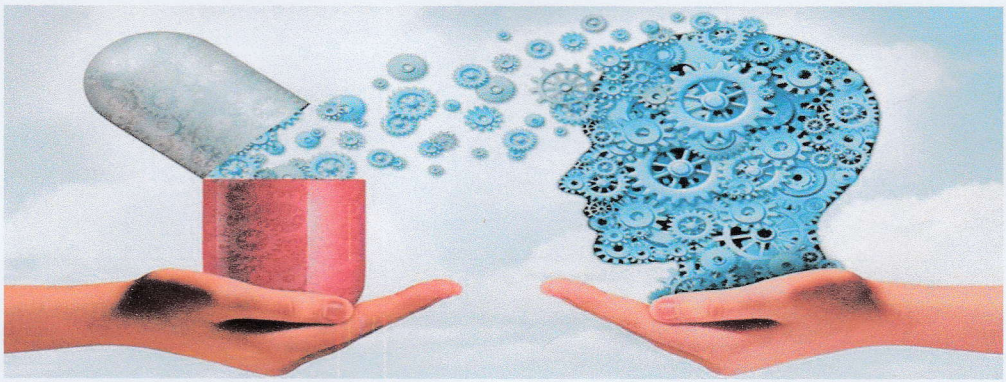
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع
شعبة الأرطوفونيا

محاضرات في مادة مخاطر المخدرات



مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة الثالثة شعبة الأرطفونيا
تخصص أرطفونيا

إعداد: د. غمراس عبد المالك

السنة الجامعية: 2026/2025

كلية العلوم الاجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم

معلومات حول مقياس مخاطر المخدرات

- الوحدة: وحدة إستكشافية
- الفئة المستهدفة: سنة ثالثة أرطفونيا
- السداسي السادس
- الرصيد: 2
- المعامل: 1
- الحجم الساعي للمقياس: 22:30 سا
- الحجم الساعي الأسبوعي 01 سا و30 د (محاضرة)
- طريقة التقييم : الإمتحان

أهداف المقياس:

1- يستعيد الطلاب المعلومات من الذاكرة (المكتسبات القبلية)، حيث يكون لديهم فهم واضح لماهية المخدرات، وكيف تؤثر على الجسم والعقل.

2- يميز الطالب الخصائص الأساسية التي تسمح بتحديد مختلف المتغيرات والمفاهيم التي تؤدي الى تعاطي المواد المخدرة من خلال فهم الفروقات بين الإعتماد النفسي والإعتماد العضوي.

3- يترجم الطالب الخصائص الرئيسية التي تلاحظ على الفرد نتيجة الإدمان على المخدرات.

4- يوظف الطالب مختلف النظريات النفسية والإجتماعية المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات.

5- يستخلص الأسباب المؤدية الى سلوك تعاطي المخدرات وكيف تتسبب في الإعتماد.

6- يثمن الطالب دور الأسرة ومختلف مؤسسات التنشئة الإجتماعية، في الوقاية والحد من هذه الظاهرة.

7- يتنبأ بمختلف المخاطر الناتجة عن سلوكيات إستهلاك وتعاطي المواد المخدرة والإدمان عليها.

كلية العلوم الاجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم

الملخص:

في هذا المقياس سوف نتحدث عن واحد من أخطر التحديات التي تواجه الشباب في عالم اليوم وهي مخاطر المخدرات. ولن نكتفي بالمعلومات فقط، بل نقوم بتحليل الأسباب المؤدية الى هذا السلوك بغرض فهم درجة الخطورة، وكيف يمكننا الوقاية من هذه الآفة. وذلك من خلال الخطوات التالية:

في المساق **النفسي** يرتبط هذا الدرس بفهم العادات الصحية وتأثير المواد السامة على الجسد والعقل.

في المساق **الاجتماعي** نتعلم مهارات التعامل مع الضغوط، اتخاذ القرار، والتصدي للمشكلات الاجتماعية.

في **المهارات الحياتية** نطوّر القدرة على التفكير النقدي، تحليل المخاطر، وتعزيز السلوك الوقائي.

ولقد تطرقنا لهذا الموضوع لأن المخدرات لم تعد خطرًا بعيدًا، بل أصبحت مشكلة يمكن أن تمس بالبيئية المحيطة بالأفراد سواء كانت مدرسة، الأسرة، المجتمع، ولا تقتصر على فئة عمرية معينة، وبما أن المعرفة تساوي وقاية، ومن خلال هذا الدرس سيكون لديك أدوات لحماية نفسك والآخرين.

كلية العلوم الاجتماعية
جامعة مستغانم
المجلس العلمي

الفهرس

مقدمة..... 5

المحاضرة الأولى: لمحة عن تطور وإنتشار المخدرات عالميا وعربيا..... 6

المحاضرة الثانية: مفهوم المخدرات..... 13

المحاضرة الثالثة: مفاهيم مرتبطة بتعاطي المخدرات..... 18

المحاضرة الرابعة: مفهوم الإدمان على المخدرات..... 24

المحاضرة الخامسة: المخدرات المثبطة للجهاز العصبي..... 32

المحاضرة السادسة: المخدرات المنبهة للجهاز العصبي..... 41

المحاضرة السابعة: أنـواع المخدرات المهلوسة..... 47

المحاضرة الثامنة: تصنيف المخـدرات..... 55

المحاضرة التاسعة: أسباب الإدمان على المخدرات..... 58

المحاضرة العاشرة: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات..... 65

المحاضرة 11: الأضرار الناجمة عن تعاطي المخدرات..... 74

المحاضرة 12 : الأحكام الشرعية في المخدرات..... 83

المحاضرة 13: جرائم المخدرات الواردة في التشريع الجزائري..... 86

المحاضرة 14: دور المؤسسات الاجتماعية في التصدي لظاهرة المخدرات..... 93

المحاضرة 15: التدابير الوقائية والعلاجية في جرائم المخدرات..... 98

خاتمة..... 107

قائمة المراجع..... 109

مقدمة:

في ظل التحديات المتزايدة التي يشهدها العالم المعاصر، برزت ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها كإحدى أخطر المشكلات التي تهدد صحة الأفراد وتماسك المجتمعات. وتأتي هذه المحاضرات الموجهة لطلبة السنة الثالثة شعبة الأرطفونيا في إطار الجهود الرامية إلى التوعية بمخاطر هذه الظاهرة، وتسليط الضوء على أبعادها المختلفة وانعكاساتها السلبية على الفرد والمجتمع. فتعاطي المخدرات ليس سلوكًا طارئًا أو ظاهرة مستحدثة، بل تمتد جذورها إلى عصور ما قبل التاريخ، غير أن خطورتها تفاقمت في العصر الحديث بفعل التحولات الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية المتسارعة.

ومع الانتشار الواسع للمخدرات وتنوع أشكالها، لم تعد آثارها المدمرة تقتصر على الإضرار بصحة الأفراد وحياتهم النفسية والجسدية فحسب، بل تجاوزت ذلك لتؤثر بعمق في البنى الاجتماعية، وتسهم في زعزعة الاستقرار الاقتصادي، بل وحتى السياسي في بعض المجتمعات. وقد ساهم التطور العلمي والتكنولوجي في ظهور أصناف جديدة من المواد المخدرة وابتكار أساليب حديثة لترويجها وتوزيعها، الأمر الذي سهل في انتشارها بين مختلف فئات المجتمع، بعد أن كانت محصورة في فئات محددة.

ويعد سلوك تعاطي المخدرات سلوكًا معقدًا يصعب تفسيره من منظور واحد، كونه نتاج تفاعل مجموعة من العوامل البيولوجية، والسيكولوجية، والاجتماعية، والثقافية وغيرها من العوامل التي تتداخل فيما بينها وتؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في ظهور هذا السلوك.

وانطلاقًا من ذلك، تهدف هذه المحاضرات إلى تعريف الطلبة بماهية المخدرات والإدمان والكشف عن خصائصهما وأنواعهما، مع التطرق بالتحليل إلى مختلف المخاطر المترتبة عن تعاطي المخدرات، وذلك في سبيل تعزيز الوعي والوقاية وتمكين الطلبة من فهم هذه الظاهرة فهما علميا شاملا يؤهلهم لأداء دورهم الأكاديمي والمهني بوعي ومسؤولية.

المحاضرة الأولى

لمحة عن تطور وإنتشار المخدرات عالميا وعربيا

كلية العلوم الإجتماعية

إن تطور انتشار المخدرات في العالم بالشكل الرهيب هذا وظهور أشكال جديدة من المواد المخدرة، وكذا انتشار الادمان على هذه المواد في كافة فئات المجتمع (أطفال، مراهقين شباب، شيوخ، نساء، رجال، مثقفين، ذوي مستويات تعليمية عالية...) يطرح العديد من التساؤلات عن أسباب انتشار الظاهرة وعن الطرق والاستراتيجيات التي يجب أن تتبع للتصدي لها من جميع جوانبها، لهذا تعتبر كل الدراسات والتقديرات والأبحاث في مجال الإدمان على المخدرات ذات أهمية كبرى من أجل التصدي للظاهرة والتخفيف من حدتها.

1. تطور انتشار المخدرات عالمياً:

بين تقرير **هيئة الأمم المتحدة لأعوام** (83، 84، 85) أن انتشار سوء استعمال المخدرات يتزايد العام تلوى الآخر مهدداً بذلك أعداداً متزايدة من الأشخاص...، كما أن مواد التعاطي في العالم بعد الكحول هو الحشيش بأنواعه، فهناك (141) مليون نسمة في العالم يتعاطون الحشيش، ويليهم متعاطو الحبوب المنشطة مثل الأمفيتامين ويمثلون (30) مليون نسمة في العالم ويليهم متعاطو الكوكايين ويصل عددهم إلى (13) مليون نسمة في العالم، أما الهيروين فإن عدد من يتعاطونه يصل إلى (8) ملايين.

وتؤكد التقارير على أن انتشار زراعة المخدرات يتم في بلدان عديدة من العالم والتي يتولى تمويل مشروعاتها عصابات إجرامية منظمة ذات صلات دولية، مما أدى إلى حث **المؤتمر السابع للأمم المتحدة** في قراراته (2، 3) الدول الأعضاء على محاربة المجموعات المنظمة التي تقوم بتمويل المشاريع الزراعية وغيرها من الأنشطة غير المشروعة المتعلقة بتجارة وترويج المخدرات والمؤثرات العقلية، وأوصى الاجتماع الإقليمي الأول لرؤساء الوكالات الوطنية المكلفة بإنفاذ القوانين المنعقدة بمدينة **فيينا** (1986) بأن تتخذ الحكومات جميع التدابير

التي تكفل احتجاز الموجودات المستجدة من الاتجار غير المشروع بالعقاقير المخدرة على اعتبار أنها تشكل جريمة جنائية إضافة إلى مصادر الأموال والإيرادات المتحصلة عن طريق زراعتها والاتجار بها (الغول، 2011، ص ص. 18-19).

وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية أول الدول التي ظهرت فيها شبكة تعاطي الهيروين بصورة خطيرة ولأول مرة وذلك في عام (1913-1914)، وخاصة في مدينة نيويورك حيث تبين الإحصائيات أن (98%) من المدمنين يتعاطون الهيروين، وتأتي مصر في المرتبة الثانية بعد الولايات المتحدة الأمريكية التي ظهر فيها الهيروين، أما الصين فتأتي في المرتبة الثالثة، والتي أصبحت بعد ذلك مركزاً لإنتاج الهيروين، كما تتركز مراكز إنتاج المخدرات في منطقة الهلال الذهبي (أفغانستان، إيران وباكستان)، وهناك منطقة المثلث الذهبي (بورما، رودس، تايلاندا) بالإضافة إلى الهند ولبنان، والمكسيك وكذلك بعض الدول التي توجد بها معامل تحويل الأفيون إلى الهيروين مثل سوريا وهونج كونج، ويتبين من الدراسات الوبائية أن أكبر الدول والعواصم انتشاراً لتعاطي المخدرات وخاصة من طرف الأطفال هي مدينة نيويورك، وهي من أكبر المدن الأمريكية إدماناً على المسكنات حيث تصل نسبة الإدمان بها إلى (50%) من مجموع السكان، ومدينة المكسيك تصل نسبة الإدمان بها إلى (61%) من مجموع السكان، وإذا أضيفت مدينة ديترويت فإن نسبة المدمنين تصل إلى (67%) من مجموع السكان الذين يحدث لهم الألم النفسي والحسي على المسكنات (الغول، 2011، ص ص. 22- 23).

فقد بلغت نسبة التسرب في المرحلة الثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية على النطاق القومي (25%) وقد لقيت المخدرات قبولاً واسع النطاق بين الكبار الراشدين أيضا رغم آثارها الضارة، فبعد أن كانت الخمور والمخدرات ترتبط في الولايات المتحدة الأمريكية بالأحياء الفقيرة، انتقل تعاطيها إلى الطبقة الوسطى من البيض وأصبح طلبة المدارس الثانوية ومن في عمرهم يربطون بين استخدام المخدرات مثل الماريجوانا وعقار الهلوسة (L.S.D) وبين الإيديولوجيات السياسية والثورة على المادية، والحركات الدينية الزائفة وروج لعقار الماريجوانا

دعاية أنه لا ضرر منه وأنه أكثر أماناً من الكحوليات وفي عام (1965) كان العنصر الكيميائي المغير لحالة العقل في الماريجوانا يمثل (0.1، 0.2) وكان الشباب يتعاطونه كبديل عن المشروبات الكحولية.

وفي السبعينات مع مجيء حرب الفيتنام أصبح الشباب الأمريكيون يرددون القول بأنهم إذا كانوا قد بلغوا من العمر ما يسمح بإشراكهم في الحرب، فلماذا لا يسمح لهم بتعاطي المخدرات الكحولية، ولم تعد الماريجوانا تستعمل بديلا على الخمور بل أصبح العقاران يستخدمان. ففي عام (1970) تشكلت المنظمة الوطنية لتعديل قوانين "الماريجوانا" وجعلت غرضها الأساسي إباحة تدخين الماريجوانا، وانعكس ذلك على تحصل التلاميذ في المدارس، وأصبحت ظاهرة عدم الانضباط في المدرسة ظاهرة شائعة، وأصبح الاختصاصيون يقولون للآباء الذين يحيرهم مسلك أبنائهم في هذا السن أن هذا السلوك طبيعي ولا ضرر من تدخين الماريجوانا. وبحلول عام (1978) أصبح (0.1) من تلاميذ الصفوف النهائية في المدارس الثانوية الأمريكية يدخنون الماريجوانا يومياً، وسادت فلسفة جديدة وأصبح الشعار الجديد "إذا كنت تجد متعة في شيء ما فافعله" وكان ذلك يتم من خلال وسائل الإعلام وخاصة التلفاز وقد ثبت بشكل قاطع أن جميع العقاقير المغيرة لحالة العقل قانونية وغير القانونية، يمكن أن ينشأ عنها نوع من الإدمان.

في الثمانينات تمكن منتجو الماريجوانا من الحصول على نوع أقوى منها تأثيرا تزيد قوته من (50) إلى (100) ضعف عما كانت عليه في الستينيات، ويبين التقرير السنوي لإدارة مكافحة المخدرات الأمريكية أن تعاطي الكوكايين زاد بنسبة (11%) وزاد تعاطي الفنيسيكليدين والأمفيتامينات غير القانونية بنسبة (15%) سنة (1984)، وبين المسح العام للمدارس الثانوية الأمريكية في عام (1974) أن واحداً من كل سنة من طلبتها كان يتعاطى الكوكايين (الزعبي، 2008، ص ص. 170-171).

ويخلص **محي الدين الجمال** أن هذه المشكلة مازالت تحتل مكانة بارزة وأولوية كبيرة تثقل كاهل الشعوب، وأصبح وباء الإدمان وما يرتبط به من مخاطر ومشكلات صحية واجتماعية يتزايد بعد أن وصل في العقد الأخير حدود (5000) طن ووصل عام (1999) إلى (5764) طناً ومازالت الأوضاع في بعض دول آسيا تنذر بمزيد من الخطر، وتشير تقارير الأمم المتحدة إلى تزايد مضبوطات الحشيش إلى (100.000) طن وزيادة معامل بعض أنواع المخدرات من (500) معمل إلى أكثر من (800) معمل من عام (1995) إلى الآن. وحسب تقرير مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجرائم في عام (2003) يعتبر الحشيش هو أكثر المواد المخدرة استخداماً على مستوى العالم، حيث يزيد نسبة المتعاطين للحشيش عن (120) مليون شخص، يليه الأمفيتامينات ومشتقاتها، ويبلغ عدد متعاطيه حوالي (34) مليون شخص بالإضافة غلى (8) ملايين شخص يتعاطون الاكستازي على مستوى العالم، ويقدر عدد مدمني الكوكايين والكراك على مستوى العالم بحوالي (14) مليون شخص، والأفيون ومشتقاته حوالي (15) مليون شخص أما الهيروين فيبلغ عدد متعاطيه ومدمنيه حوالي (10) ملايين شخص على مستوى العالم (الغول، 2011، ص. 25).

2. تطور انتشار المخدرات عربياً:

إن المنطقة العربية تفتقر إلى دراسات دقيقة لحجم إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان عليها مما يصعب معه الوقوف على حقيقة ظاهرة المخدرات في الوطن العربي وتحديد حجمها، إلا أن المعلومات المتوفرة تشير إلى تزايد الظاهرة تزايداً مستمراً يوماً بعد يوم وأن معظم الدول العربية تعاني في الوقت الحاضر من ظاهرة إساءة استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية والنفسية، وإن اختلف حجم الظاهرة ونوع المخدرات الشائعة الاستخدام من دولة إلى دولة أخرى، فنجد أن المنطقة العربية الواقعة على ساحل البحر المتوسط الشرقي (لبنان، سورية والأردن، العراق) تعاني من الحشيش اللبناني ونقله إليها عن طريق سوريا والأردن، والأفيون من دول الهلال الذهبي (باكستان وأفغانستان وتركيا) وتسرب الهيروين إليها،

أما دول منطقة الخليج الست فتعاني من مشكلة الحشيش والأفيون ونسبة ضئيلة من الهيروين والكوكايين الذي يتسرب إليها من دول الاتجار غير المشروع لهذه المواد المخدرة (فايد، 2005، ص ص. 27-28).

ولقد دخلت المنقطة العربية في سوق إنتاج واستهلاك المخدرات منذ قديم الزمن وعلى وجه الخصوص خلال حقبة العصر الحديث، وذلك بسبب الاستعمار الذي تعرضت له الدول العربية دون استثناء، كما أن الموقع الجغرافي للدول العربية وتوسطها بين الشرق والغرب من ناحية الشمال والجنوب ومن ناحية أخرى، فرض عليها أن تكون نقطة عبور لقوافل التجارة التي تعبر المنطقة، ومن بينها المخدرات، وارتفعت جرائم ترويج وتهريب المخدرات، وكذلك تعاطيها بدرجة كبيرة في أقطار الوطن العربي دونما تخصيص، ومن العوامل التي تساعد على انتشار هذه الآفة في العالم وفي المنطقة العربية ما يحيط بإنتاجها وتهريبها والاتجار فيها دولياً من أرباح طائلة يتم استثمارها من قبل عصابات الجرائم المنظمة، وكذلك عصابات الإجرام في العالم (الغول، 2011، ص. 26).

يبين "**فتحي عيد**" أن الحشيش هو من أكثر المخدرات انتشاراً في شمال إفريقيا والشرق الأوسط، كما يلاحظ أن تعاطي الهيروين والكوكايين والأمفيتامينات قد ازداد أيضاً مع انخفاض سن التعاطي وزيادة الطلب على العلاج منها، ويرى أن المنطقة تعاني من زيادة تعاطي الهيروين بالحقن، كما أن الاشتراك في معدات الحقن الملوثة بين متعاطي المخدرات بالحقن أصبح طريقة رئيسية من طرق الإصابة بالإيدز، وأعلى معدل للإصابة به هي في ليبيا وتبلغ نسبة (90%) من مجموع المصابين بالإيدز في الحالات التي تم التعرف فيها على وسيلة انتقال المرض، والحالات التي تم الإبلاغ عنها في البحرين وتونس والجزائر وعمان ولبنان، ومعظم المتعاطين عن طريق الحقن هم من الذكور، وأغلبهم في أواخر العشرينيات من أعمارهم (الأصفر، 2012، ص. 99).

وفي دراسة تحليلية لمظاهر الاستخدام غير المشروع للمخدرات في كل من سوريا والسعودية ومصر يتناول **عبد الرحمن محمد أبو عمة** بيانات إحصائية تفيد بعدد جرائم المخدرات المسجلة في هذه الدول خلال الفترة (1992-1995م)، وفيها يلاحظ أن عدد الجرائم في الدول الثلاث ارتفع من (15735) جريمة عام (1992) إلى نحو (16848) جريمة عام (1995م)، وقد اختلف معدل الزيادة بين دولة وأخرى، ففي جمهورية مصر العربية تراجع العدد الإجمالي لجرائم المخدرات من (11357) جريمة في العام الأول إلى (9003) جريمة في العام الأخير، وبلغ متوسط عدد الجرائم في السنة الواحدة نحو (9961) جريمة، وفي الجمهورية العربية السورية تراجع العدد الإجمالي لجرائم المخدرات من (830) جريمة في العام الأول إلى (542) جريمة في العام الأخير، أما في المملكة العربية السعودية فيلاحظ أن عدد الجرائم ارتفع بشكل ملحوظ، ففي حين بلغ إجمالي الجرائم في العام.

وإلى جانب ذلك تعاني دول المغرب العربي (المغرب، الجزائر، تونس، ليبيا وموريتانيا) من انتشار الحشيش المغربي واللبناني والأفيون والهيروين والكوكايين القادم إليها من مصادر صناعتها، ومن الثابت أن معظم الدول العربية تتعرض لهجمة المؤثرات العقلية والنفسية الوافدة من أوروبا وتركيا مباشرة أو عن طريق بعض الدول العربية (الأصفر، 2012، ص ص. 100-101)

وتعتبر الجزائر بلد عبور، وتبعا للإحصائيات الصادرة عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والوقاية منها، فإن الكميات المحجوزة في تزايد، إذ كانت (7) أطنان في سنة (2005) وارتفعت إلى (10) أطنان ونصف طن في سنة (2006)، ثم إلى (16) طناً ونصف الطن في سنة (2007) وخلال الثلاثي الأول لسنة (2008) بلغت الكميات المحجوزة (4.9) طناً من نبات القنب، وارتفعت خلال الثلاثي الأول لسنة (2009) إلى (26) طناً (لحسين، 2010، ص. 12).

مع الإشارة بأن (10%) من مخدر الكيف المغربي يمر عبر الجزائر إلى أوروبا مروراً بتونس وليبيا، كما حجزت في الجزائر أنواع أخرى من المخدرات والمتمثلة في (7) كيلوغرامات من الكوكايين خلال سنة (2006) و(22) كلغ خلال سنة (2007). كما استفحلت زراعة القنب والأفيون في بعض مناطق الجزائر خاصة في منطقتي أدرار وتيميمون بجنوب البلاد، ومنطقة توجا ببجاية أين تم حجز أكثر من عشرين ألف نبتة قنب في تلك المناطق خلال سنة (2007). وبتاريخ (12 مارس 2008) اكتشف رجال الدرك الوطني لتيميمون بقصر أجدير الشرقي ببلدية شاروين، عشرة مزارع لمخدري القنب وخشخاش الأفيون على مساحة عشرة هكتار وأن مبالغ الدعم الفلاحي حولت لزراعة المخدرات.

وبخصوص المؤثرات العقلية فإن مصالح الدرك الوطني حجزت خلال الأربع أشهر الأولى لسنة (2008) ما يقارب (1830) حبة خاصة بالمؤثرات العقلية، وكانت الكمية لنفس الفترة من السنة الماضية تقارب (43.729) حبة، أما الكمية السنوية فهي (89.931) حبة مقابل (38.923) حبة خلال سنة (2006).

أما بخصوص مخدر الكوكايين فإن الكميات المحجوزة قليلة بالنظر إلى القنب الهندي وعلى سبيل المثال تمكن رجال الدرك الوطني في باب العسة بالحدود الغربية للوطن من حجز كمية قدرها مائتين واثنان وسبعون غراما من الكوكايين، ويقدر ثمن الغرام الواحد بـ (8000) دج ونظرا لغلاء ثمنه فإن هذا المخدر يستهلك عادة في الفنادق الكبرى وأماكن التسلية الليلية بكل من الجزائر ووهران، ولا يستعمل إلا من طرف بعض الأوساط الثرية وكذا بعض رجال الأعمال (لحسين، 2010، ص ص. 13-14).

يعد الحد من انتشار المخدرات مسؤولية جماعية تتطلب وعيًا مشتركًا ومقاربة شاملة تقوم على الوقاية والتوعية والعلاج وإعادة الإدماج. وتبرز أهمية دور الأسرة والمؤسسات التربوية والإعلامية في حماية الأفراد، خاصة الشباب، من التعاطي والإدمان، بما يساهم في التقليل من آثاره السلبية وبناء مجتمع صحي ومتوازن.

المحاضــرة الثانيــة

مفهـوم المخــدرات

في الحقيقة المخدرات ليست وليدة عصرنا الحالي فجذورها تمتد إلى العصور القديمة، ويكمن الفرق فيما هي عليه المخدرات الآن في طبيعة المواد المخدرة ووسائل تعاطيها ومدى انتشارها في المجتمع بسبب الاستراتيجيات التي يستخدمها مروجو المخدرات في إقناع الأفراد الذين يعيشون بعض الظروف الضاغطة أو يتخبطون في مشاكل لم يجدوا لها حلا، أو لا يدركون مخاطر هذه المواد على صحتهم.

وتعتبر المخدرات من الجرائم التي يقع فيها الإنسان ويعاقب عليها القانون، حيث باتت من الظواهر التي تهدد جوانب حياة الأفراد الاجتماعية والصحية لما لها من أضرار خطيرة تمس أمن الأفراد والمجتمعات، ورغم الجهود المبذولة من طرف المتخصصين في محاربة هذه الظاهرة في المجالات المختلفة (رجال الأمن، الأطباء، الإعلاميين، الجمعيات والنوادي...) إلا أن الظاهرة في تزايد مستمر نظرا لتداخل عدة عوامل ولكل عامل خطورته على الفرد من حيث توافقه مع نفسه ومع الآخرين.

1. مفهوم المخدرات:

هي مادة تسبب في الإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة، وقد ينتهي إلى غيبوبة تعقبها الوفاة، وتستعمل المخدرات في الطب لإزالة الآلام كالمسكنات أو لإحداث النوم كالمنومات، ومع أن جميع المواد المستعملة للبنج يجوز اعتبارها من المخدرات، فإن المصطلح نفسه قد خصص الآن للدلالة على مواد معينة، تثبط الجهاز العصبي تثبيطاً عاماً، ومع هذا فإن المخدرات تسبب الإدمان (أبو حلتم، 2006، ص. 390).

وتعرف المخدرات أيضا بأنها عبارة عن مواد كيميائية تسبب النوم وغياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، لذلك توصف بعض المخدرات بحذر شديد من قبل الأطباء لتسكين

بعض الآلام، وعلى ذلك فالمخدرات هي مواد تحتوي مكوناتها على عناصر من شأنها إذا استعملت بصورة متكررة أن تأخذ لها في جسم الإنسان مكاناً، وأن تحدث في نفسيته وجسده تغيرات عضوية وفسيولوجية ونفسية، بحيث يعتمد ويعتاد عليها بصورة قهرية وإجبارية، مما يؤدي إلى الإضرار بحالته الصحية والنفسية، والاجتماعية وهذا الضرر يلحق بالفرد نفسه وبأسرته وبالمجتمع الذي يعيش فيه كمدمن للمخدرات، وتأثير هذه المواد منبه للأعصاب، طارد للتوتر وهذه المواد إما أن تكون في صورة طبيعية أي (خام) أو مصنعة في معامل (تخليقية) وهي تستخدم بعدة طرق مثل: الشم أو المضغ أو الأكل أو الحقن أو التدخين (القحطاني، 2002، ص. 18).

2. تعريف المخدرات لغويا:

المخدر عند "الإمام القراني": هو المفسد والمشوش للعقل مثل الحشيش والأفيون، وعند "الإمام الخطابي" ما يغيب العقل دون الحواس، والمفتر من التفتير فيقال فتر عن العمل أي انكسرت حدته ومن هذا المعنى يوضح "عبد الله الطيار" المفتر مأخوذ من التفتير والإفتار وهو ما يورث ضعفاً بعد قوة، وسكوناً بعد حركة واسترخاء بعد صلابة، وقصوراً بعد نشاط (مظلوم، 2012، ص. 05).

3. تعريف المخدرات اصطلاحا:

وكلمة المخدر ترجمة عربية لكلمة Narcotique المشتقة من الإغريقية Narkosis التي تعني الخدر، وتعرف المادة المخدرة بأنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسميا ونفسيا واجتماعيا (الباسوسي، 2007، ص. 28).

المخدرات مادة كيميائية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطا أو اضطرابا في مراكز المخ المختلفة

تؤثر على مراكز الذاكرة والتفكير والتركيز واللمس والشم والبصر والتذوق والسمع والإدراك والنطق (مروك، 1010، ص. 19).

4. التعرف العلمي للمخدرات:

المخدرات هي أي مواد يتعاطاها الشخص بصورة منتظمة، تقود إلى العديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد على وظائف الجهاز العصبي المركزي وبما تحدثه من الاضطرابات في الادراك أو المزاج أو التقييد أو السلوك. ويرى **يسري دعبس** أن المخدرات مواد كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي بتسكين الآلام (الغول، 2011، ص ص. 85- 87).

ومن الناحية العلمية يعرف المخدر بأنه مادة لها تأثير مهبط قوي على الجهاز العصبي الإنساني، وتسبب المادة المخدرة عدم الشعور بالألم والذهول والنوم، والغيبوبة وذلك طبقا للكمية المتعاطات (فايد، 2005، ص. 57).

أي أن المخدر كل مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطا أو اضطرابا في مراكز المخ المختلفة تؤثر على مراكز الذاكرة والتفكير والتركيز واللمس والشم والبصر والتذوق والسمع والإدراك والنطق.

5. التعريف القانوني للمخدرات:

لم تضع القوانين الوضعية تعريفا محددا للمخدرات، كما أن المواد المخدرة تختلف من قانون لآخر ومن ثقافة بلد إلى ثقافة بلد آخر. وقد عرفها "منصور" المخدرات أنها مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويُحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك. وتشمل هذه المواد: الأفيون ومشتقاته، والحشيش، وعقاقير الهلوسة، والكوكايين، والمنشطات، ولا

تصنف الخمور والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من أنها مع الاستمرار في استعمالها بشكل خاطئ وبدون وصفة طبية تسبب الإدمان (مظلوم، 2012، ص. 06).

ويعرف **يسري دعبس** المخدرات من الناحية القانونية بأنها مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك (الغول، 2011، ص. 88).

6. التعريف الطبي للمخدرات:

عرفت **منظمة الصحة العالمية (W.H.O)** العقار المسبب للإدمان بأنه عقار ذو قابلية للتفاعل مع الكائن الحي، بحيث يؤدي ذلك التفاعل إلى الاعتماد النفسي أو العضوي أوكليهما كما قد تستغل هذه العقاقير لأغراض طبية.

وتعرف المخدرات طبياً بأنها عبارة عن مواد كيميائية تسبب النوم وغياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، لذلك توصف بعض المخدرات بحذر شديد من قبل الأطباء لتسكين بعض الآلام، وعلى ذلك فالمخدرات هي مواد تحتوي مكوناتها على عناصر من شأنها إذا استعملت بصورة متكررة أن تأخذ لها في جسم الإنسان مكاناً، وأن تحدث في نفسيته وجسده تغيرات عضوية، وفسيولوجية ونفسية بحيث يعتمد ويعتاد عليها بصورة قهرية وإجبارية، مما يؤدي إلى الإضرار بحالته الصحية والنفسية والاجتماعية، وهذا الضرر يلحق بالفرد نفسه وبأسرته وبالمجتمع الذي يعيش فيه كمدمن للمخدرات وتأثير هذه المواد منبه للأعصاب طارد للنوم، وهذه المواد إما أن تكون في صورة طبيعية "أي خام" أو مصنعة في معامل "تخليقية"، وهي تستخدم بعدة طرق مثل: الشم، أو المضغ، أو الأكل، أو الحقن أو التدخين (القحطاني، 2002، ص. 18).

7. مفهوم المخدرات في الإسلام:

الإسلام هو الوحيد من الأديان ومن بين الأنظمة والقوانين الذي وضع تعريفا للمخدر (المسكر) فهو هو ما غطى العقل، والمفتر كما يقول **الخطابي** هو كل شراب يورث الفتور والخدر، وهو مقدمة السكر (مرعي صعب، 2007، ص. 42).

ويقول **عبد الله عبد النبي أحمد قازان** (2005: 159) في كتابه **إدمان المخدرات والتفكك الأسري** "أنه لا نجد نصا قرآنيا يتحدث عن المخدرات صراحة، عدا الخمر، وإذا لم تكن موجودة في وقت النبي صلى الله عليه وسلم وفي أثناء وجوده في شبه الجزيرة العربية وقد يكون هذا سبباً في ظن الكثير أنه لا يوجد شيء عن تعاطي المخدرات فهم يعتقدون أنه لا يوجد هناك آية تحرم الخمر بل يعتقدون أنها مكروهة"، وقد ظهر ذلك في دراسة قام بها "**سويف**" وبين أن هناك (61.5%) من المدمنين يعتقدون أن الحشيش غير محرم ولكنه مكروه ومثل هذا السلوك يبين مدى فحالة هؤلاء الأشخاص وقلة معرفتهم بالدين الإسلامي الحقيقي.

وقد حرّم الإسلام النبيذ وسماه خمراً بمعنى الشراب المغطى والمخفي، فهو يحجب العقل ويجعل الفرد غير مدرك لسلوكاته ومسؤولياته الأخلاقية، والخمر هو العصير المستخلص من العنب وحينما يوضع في أواني ويخمر يصبح خمراً (نبيذاً) ومادة مخدرة تحجب العقل.

وبهذا فمفهوم المخدرات ينظر له من جوانب عديدة، فلا يوجد للمخدرات تعريف واحد متفق عليه، رغم شيوع هذا المصطلح –المخدرات– بين العلماء وحتى في الحياة الاجتماعية، وهناك من يرى أن أنسب مصطلح هو المواد النفسية بدلا من المخدر، وبين هذا وذاك نستطيع القول بأن المخدرات وانطلاقا مما سبق هي كل المواد الطبيعية والمصنعة التي إذا دخلت إلى جسم الإنسان بطريقة ما (بلع، استنشاق أو حقن) غيرت في بعض وظائفه.

المحاضـرة الثالثـة

مفاهيم مرتبطة بتعاطي المخدرات

تعتبر الإحاطة بالمفاهيم والمصطلحات المرتبطة بتعاطي المخدرات خطوة أساسية لفهم هذه الظاهرة الخطيرة وتحليل أبعادها المختلفة بشكل علمي ودقيق. فغالبًا ما يُساء استخدام بعض المصطلحات أو الخلط بينها، كالتعاطي، والإدمان، والاعتماد، وسوء الاستعمال، مما يؤدي إلى غموض في الفهم ويؤثر على طرق التعامل والوقاية والعلاج. وانطلاقًا من أهمية التمييز بين هذه المفاهيم، يهدف هذا التمهيد إلى توضيح أبرز المصطلحات المرتبطة بتعاطي المخدرات، وبيان دلالاتها النفسية والطبية والاجتماعية، بما يسهم في بناء تصور واضح وشامل حول هذه الظاهرة، ويمهد لدراسة آثارها ومخاطرها وسبل الحد منها.

1. مفهوم تعاطي المخدرات:

جاء في لسان العرب "**لابن منظور**" أن التعاطي هو تناول مالا يحق ولا يجوز تناوله ويُعرف **المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر** تعاطي المخدرات بأنه استخدام أي عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عضوي معين، ولا يتضمن ذلك أية إشارة إلى الإدمان، وعلى ذلك فقد يكون المتعاطي مدمناً وقد لا يكون كذلك، كما أن بعض أنواع المخدرات تؤدي بالمتعاطي إلى الإدمان، والبعض الآخر لا يؤدي إليه (القحطاني، 2002، ص. 15).

وهو حالة ذهنية وأحياناً فيزيقية (جسـدية)، تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي والمخدر وتتميز تلك الحالة باستجابات سلوكية واستجابات أخرى تتضمن الاضطرار لتعاطي المخدر بصفة دائمة أو بصفة دورية بهدف أن يخبر الكائن الحي الآثار النفسية لهذا المخدر، وأحيانا لتجنب التوتر (مشاعر الحصر اللاإرادية) المترتب عن افتقاده لهذا المخدر، وقد يصحب تلك الحالة تحمل، أو لا يصـــحبها كما أن الشـــخص قد يعتمد على مادة مخدرة واحدة، أو أكثر (الغول،2011، ص. 90).

وقد أشار **ألفينكس** Alvinkgs بأن التعاطي هو قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي، أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي. (محمد سلامة غباري، 2007، ص. 46)، وعلى ذلك فقد يكون المتعاطي مدمناً وقد لا يكون كذلك، كما أن بعض أنواع المخدرات تؤدي بالمتعاطي إلى الإدمان والبعض الآخر لا يؤدي به إليه. وبهذا فتعاطي المخدرات هو رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مادة سامة، إرادياً أو عن طريق المصادفة أو للتعرف على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنبهة أو المنشطة وتسبب حالة من الإدمان تضر الفرد والمجتمع جسيما ونفسيا واجتماعيا (سيلامي، 2001، ص. 264).

2. مفهوم الإدمان Addiction:

عرفه (Cleveland Clinic, 2024) انه حالة مزمنة تنطوي على البحث القهري عن مادة ما وتناولها أو أداء نشاط ما على الرغم من العواقب السلبية أو الضارة.

عرفه (RxList, 2021) على انه الرغبة في البحث والتعاطي لمادة محددة لا يمكن السيطرة عليها مثل البحث عن الكحول أو عقار آخر.

وعرفه (NIDA, 2020) على أنه اضطراب مزمن ومنتكس يتميز بالبحث القهري عن المخدرات واستخدامها على الرغم من العواقب الضارة. ويعتبر اضطرابا دماغيا، لأنه يتضمن تغييرات وظيفية في دوائر الدماغ المرتبطة بالمكافأة والتوتر والتحكم في النفس. وقد تستمر هذه التغييرات لفترة طويلة بعد توقف الفرد عن تناول المخدرات .

3. تعريف التعود:

التعود أو الاعتياد هو حالة تشوق لتعاطي مخدر أو عقار أو مادة طبيعية أو صناعية، وهو حالة تنشأ من تكرار التعاطي، ويمثل مرحلة سابقة للإدمان يمر بها كل مدمن، ومن المواد التي تُحدث التعود عند الأفراد: التدخين، القهوة، بعض الأدوية المنبهة (أبو جناح، 2000، ص ص. 30-31).

4. تعريف الاعتيـاد:

الاعتياد سلوك تدفع إليه الرغبة النفسية في المخدر والتفكير الملح في اللجوء المتوقع حدوثه والمتعة المبتغاة منه وذلك ناجم عن الاستهلاك المستمر له. وتتمثل خصائص الاعتياد كما يراها Vaillant بالاتي:

- استمرار أخذ العقار والرغبة في تناوله، لما يسببه من الشعور بالراحة.
- عدم زياد الجرعة.
- يحدث قدرا من الاعتماد النفسي، ولا يحدث اعتمادا جسميا.
- أضرار العقار تنعكس على التعاطي، ولا تضر بالمجتمع.

5. تعريف سوء استخدام المواد (Abuse) :

تعرف منظمة الأغذية والعقاقير (FDA) سوء استخدام العقار بأنه تعاطي المادة لغرض مقصود، ولكن ليس بالكمية والتكرار، والقوة، والنمط المناسب، وبشكل محكم فإن سوء استخدام العقار هو تعاطي المادة لأكثر من غرض محدد، وبطريقة يمكن أن ينتج عنها تدمير صحة الشخص أو قدرته على العمل (فايد، 2005، ص ص. 37-38).

ويرى العلماء بأن سوء استعمال المواد يؤدي إلى الإدمان على استعمالها ويرون بأن ذلك يأخذ شكل إدخال مواد إلى جسم الفرد بصورة مستمرة وبدون أسباب طبية بحيث يصبح المرء معتمداً عليها نفسياً أو جسمياً أو كليهما معاً، ولا يستطيع العيش بدون استعمال هذه المواد إلا بصعوبة بالغة أو بمساعدة متخصصة، ويأخذ ذلك شكل استعمال مواد الإدمان المختلفة (العزة، 2004، ص. 359).

يستخدم مفهوم (**سوء استخدام المخدر**) للإشارة أحياناً إلى أنماط مختلفة من تعاطي المخدرات فقد يشير هذا المفهوم إلى أي استخدام للمخدرات غير القانونية وغير المشروعة إلى درجة خطيرة تهدد الحالة الصحية للإنسان من الناحية الجسمية أو العقلية، أو تحول دون

تحقيق أهداف الحياة الأساسية ووظائف النظم الاجتماعية مثل إعاقة التعليم أو الأداء المهني أو الزواج (السمري وآخرون، 2010، ص. 193).

6. الجرعة الزائدة:

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي المستمر (سواء كان الاستمرار منتظما أو متقطعا) أن يتعاطاها من أي مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة، فإذا زادت الجرعة عن ذلك (لسبب ما) في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث أثارا معاكسة حادة وتكون هذه الآثار غالبا مؤقتة ثم تزول تلقائيا، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية (عبد المنعم، 2008، ص. 43).

7. العقـــار:

العقار أصل الدواء والجمع عقاقير، وهي في الطب النفسي، إما طبيعية أو مركبات كيميائية ومخدرات أو مهدئات أو مسكنات أو منومات أو منبهات.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (W.H.O) العقاقير بأنها أي مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية، أما قاموس أكسفورد فيعرف العقاقير بأنها المواد الأصلية البسيطة الطبية عضوية كانت أو غير عضوية التي تستخدم وحدها أو مع مادة فعالة ويحددها علماء الفارماكولوجي بأنها أي مادة تستطيع أن تحدث في الكائن الحي تغيرات وظيفية أو بنائية، وذلك بفعل طبيعتها الكيميائية (الغول، 2011، ص. 103).

8. المادة النفسية:

هي أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا، وقد يكون تأثير المادة في اتجاه التنشيط، وقد يكون في اتجاه التخميد، وقد يكون في اتجاه إحداث الهلاوس (سويف، 1996، ص. 20).

9. الاحتمال (Tolérance) أو التحمل:

هو حالة تنشيطية جسمية تأتي عن طريق الاستخدام المتكرر للعقار، وينتج عن ذلك الأثر الانحرافي للجرعة، بمعنى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير السابق الذي كانت تحقنه جرعات صغيرة.

ويعرف **جولين** (Julien) الاحتمال بأنه حالة الاستجابة الناقصة المتقدمة للعقار والفرد الذي يتطور لديه الاحتمال يحتاج إلى جرعة أكبر من العقار لكي يحصل على التأثير الأصلي الذي كان يحصل عليه من الجرعة الصغيرة (فايد، 2005، ص. 46).

أي أن التحمل يظهر عندما يتم استهلاك مادة ما بشكل متكرر وعبر فترة زمنية طويلة إلى أن يتراجع تأثير المادة التي اعتاد الشخص على تناولها بحيث يضطر إلى رفع الجرعة المعتادة كي يحصل على التأثير المرغوب.

10. التسمـم:

حالات مرضية، تحدث بسبب التعرض إلى مواد سامة، كأملاح الزرنيخ والرصاص والفسفور، والمخدرات والغازات السامة وتكسونيات البكتيرية (Toxins) كما يحدث في الدفتيريا والكزاز، وبعض النباتات السامة كالأرجوت وبعض الأصناف الأخرى وتختلف الأعراض والخطورة وطرق العلاج باختلاف المادة المسببة (أبو حلتم، 2006، ص. 92).

والتسمم هو حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتنطوي على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماماً، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى، يحدث هذا أحياناً على اثر شرب الكحوليات (تسمم كحولي)، كما يحدث عقب تعاطي أي مادة نفسية، وتتجمع مظاهر

التسمم بالتدريج، ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة حول الآثار التي تترتب على تعاطي مادة نفسية بعينها وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطات وأسلوب التعاطي.

11. الانسحاب:

مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد إثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر هذه التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة (عبد المنعم، 2008، ص ص. 38-39).

أو هو وجود أعراض معينة عند ترك المادة أو إنقاص كمية تعاطيها وتزول الأعراض باستئناف التعاطي (الريماوي، 2004، ص. 648).

وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على شكل الاضطرابات الفسيولوجية وتعتبر مرحلة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد، كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوجي الضيق، بمعنى الاعتماد، ويتوقف منشأ الانسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيض هذه الجرعة مباشرة، ويمكن القول أن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد.

12. الانتكاس:

يشير إلى الفشل في المحافظة على نمط التغيير الذي طرأ على السلوك. ويحدد **مدحت أبو زيد** الانتكاس بأنه عرض عام وشامل من أعراض الإدمان أو الاعتماد عموما، وهو نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة، وهو هدف يسعى المدمن المتوقف أو المعتدل مع معالجيه للنيل منه والوقاية منه (الغول،2011، ص. 137).

المحاضــرة الرابعــة

مفهوم الإدمان على المخدرات

يعد الإدمان على المخدرات من أخطر الظواهر السلوكية التي تهدد صحة الفرد وتماسك المجتمع، لما يخلفه من آثار سلبية تمتد لتشمل الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية والاقتصادية. فالإدمان ليس مجرد تعاط عرضي لمادة مخدرة، بل هو حالة مرضية معقدة يفقد فيها الفرد قدرته على التحكم في سلوكه، ويصبح أسيرًا لحاجة قهرية تدفعه إلى الاستمرار في التعاطي رغم إدراكه لعواقبه الوخيمة. ومع تسارع وتيرة الحياة وتزايد الضغوط النفسية والاجتماعية، أصبح الإدمان ظاهرة متنامية تستدعي الفهم العميق والوعي بخطورتها، تمهيدًا للبحث في أسبابها، مظاهرها، وسبل الوقاية والعلاج منها.

1. تعريف المدمن:

يرى "**رشاد أحمد عبد اللطيف**" أن المدمن هو كل فرد يتعاطى مادة مخدرة أياً كانت فتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو الاثنين معا، كما ينتج عن ذلك تصرفات اجتماعية لا أخلاقية من جانب المدمن (الغول، 2011، ص. 98).

وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الصناعي، ويتصف بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأي وسيلة ممكنة، لتجنيب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره (عرموش، 1993، ص. 295).

2. مفهوم الإدمان Addiction:

يقصد بالإدمان لغة حسب مصطفى سويف (1996، ص. 18) التعود وعدم القدرة على الانقطاع ويقال فلان أدمن على شيء ما أي لا يستطيع الانقطاع عنه بسهولة، أما عن إدمان

الفرد للمخدرات أو الكحوليات فيقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية (حجازي، 1994، ص. 32).

عرف "**ديفيد سميث**" الإدمان بأنه الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة أو الدواء، مع الفقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته والتحكم في رغباته، والاستمرار في التعاطي على الرغم من الآثار السلبية، والخطورة التي يواجهها المدمن للحصول على المادة التي يدمنها (مصباح، 2004، ص. 33).

إذا فالإدمان فهو سلوك تدفع إليه رغبة عارمة وملحة وحاجة غالبة للاستمرار في تعاطي المخدر، وأحاسيس جسمية محدودة تنجم عن اعتماد البدن على التعاطي بحيث لو حرم منه تظهر عليه أعراض معينة يلي بعضها بعضاً فيصبح المدمن مريضا تتفاقم حالته سوءاً أو تشتد أعراض المرض خطورة ما لم تدركها العناية الطبية المتفهمة لحالته وما يصاب به من آلام نتيجة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم الذي حرم من المخدر شأنه شأن من يحرم من الغذاء أو الهواء لذلك يحرص على الحصول عليه بأي طريقة ولو بارتكاب جريمة (العمر، 2009، ص. 209).

يرى العيسوي (1992) أن إدمان العقاقير يعني الاعتماد على تأثير عقار مخدر بحيث يصبح المدمن في حاجة متزايدة لجرعات أقوى وأكبر للشعور بتأثيره، كما يشعر المدمن بعدم الراحة النفسية الفيزيقية في حالة غياب العقار أو سحبه (الزعبي، 2008، ص. 169).

فالإدمان حالة مرضية من الاعتماد النفسي والجسدي على عقار من العقاقير نتيجة التعاطي المتكرر له، مع رغبة ملحة في الحصول عليه بأي وسيلة، ويؤثر هذا العقار في التمثيل الغذائي بمختلف خلايا جسم الإنسان وخاصة خلايا ومراكز الحس بالمخ بحيث تصبح معتمدة على وجوده بصورة واضحة.

وإدمان المخدرات هو حالة تسمم دورية أو مزمنة، تلحق الضرر بالفرد والمجتمع وتنتج عن تكرار تعاطي عقار (طبيعي أو تركيباً معملياً)، وللإدمان خصائص رئيسية هي:

- رغبة أو حاجة قهرية تدفع الشخص إلى الاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأية وسيلة.
- ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطات من العقار.
- اعتماد جسماني بوجه عام ونفسي بوجه خاص على آثار العقار.
- تأثير ضار بالفرد والمجتمع (غريب و جابر، 2005، ص. 331).

3. مفهوم الاعتماد:

يستخدم الآن مصطلح **الاعتماد** (Dépendance) كبديل لمصطلح **الإدمان** (Addiction) في هذا النوع من الاضطراب، وقد قدمت منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد رسميا بوصفه بديلا للإدمان عام (1964) وتحمل هذه الإعادة للصياغة محاولة للتمييز بين المكونات النفسية والجسمية للاعتماد (الخالدي، 2006، ص. 320).

وفي هذا الصدد يشير **سوتون** (1990) Sutton إلى أن هناك اختلافاً بين الإدمان والاعتماد، فالإدمان قائم عندما يوجد اعتماد بدني وانفعالي على المادة، وظهور أعراض انسحاب جسمية لدى الفرد إذا ما توقف عن تعاطي المادة، أما الاعتماد فيحدث عندما لا يوجد عنصر بدني، ولكن توجد حاجة إلى حد ما للاستمرار في استعمال المادة لتحقيق التأثيرات المرغوبة كالنشوة والاسترخاء. ومن أهم أعراض الاعتماد التي ذكرتها النظريات المعرفية والسلوكية: (رضوان، 2006، ص. 192).

- الشعور بالرغبة الملحة لتناول العقار أو المادة المخدرة.
- الشكل التكراري النسبي لتعاطي المخدر.
- علامات التكيف العصبي (أعراض القدرة على مقاومة العقار والتحمل).

إلا أن **حسين فايد** يرى أنه بالرغم من إحلال مصطلح الاعتماد محل مصطلح الاعتياد والإدمان كما قدرته منظمة الصحة العالمية والعديد من المؤلفين، والشرط الذي وضعه خبراء منظمة الصحة العالمية (اقتران مصطلح الاعتياد دائما باسم المادة المؤثرة في الأعصاب) أمر

مشكوك فيه، فالمدمنون ينتقلون من مخدر لأخر معتمدين على احتياجاتهم، وما يتوفر في السوق (الغول، 2011، ص. 122).

ويمكن تعريف الاعتماد (Dépendance) أنه حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائما على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري (أي من حين لآخر) وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحيانا لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها.

1.3 تعريف الاعتماد النفسي Dépendance Psychique: حالة يُنتج فيها المخدر شعوراً بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو المؤقت لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتجنب الألم. (Griffith Eedards, Awni Arif, 1982, p p. 19- 20)، وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية وفي بعض هذا المواد تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف. (مصطفى سويف، 1996، ص.14)

2.3 تعريف الاعتماد العضوي Dépendance Physique: حالة تكيفيه عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات جسدية حادة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها (Eedards & Arif, 1982, p.20)، ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية، ويعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية أو في حالة الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب (سويف، 1996، ص. 15).

4. خصائص الإدمـان:

لا يعتبر المتعاطي مدمناً إلا بعد أن يمر في مرحلة الاعتماد النفسي والعضوي، وهي المرحلة التي تتميز بالأعراض السريرية التالية: (أبو الخير، 2002، ص. 383).

1) عدم قدرة المتعاطي على التوقف عن تناول المادة المخدرة لمدة ساعات أو أيام، وذلك بسبب وجود حث داخلي قهري يدفعه لتعاطي المادة المخدرة.

2) الميل المستمر إلى زيادة الجرعة من تلك المادة المتعاطات وهذا ما يعُرف بالتحمل.

3) حدوث مضاعفات نفسية وجسدية في حالة التوقف عن التعاطي، كالقلق والكآبة وعدم الارتياح والصداع، التعرق، الارتجاف في الأطراف والوجه واللسان وآلام المفاصل والعضلات.

4) تدهور مستمر وبطيء في سمات الشخصية وأنشطتها، فالانحدار واضح في الخُلق والعمل والذهن والسلوك والصحة الجسمية، وتختلف الأعراض المذكورة في كل مادة مخدرة، فالأعراض الانسحابية في الخمر تختلف في شدتها وأشكالها عن تلك الموجودة في الهيروين والكوكايين أو الأمفيتامين أو الحشيش.

ولا يوجد تفسير علمي واضح للاعتماد الجسمي ومظاهر الانسحاب إلا أنه يعتقد أنه يتعلق بتعود الجهاز العصبي وتكيفه للمادة المخدرة وليس بسرعة التخلص إلا أنه يعتقد أنه يتعلق بتعود الجهاز العصبي وتكيفه للمادة المخدرة وليس بسرعة التخلص.

5. أنـواع الإدمـان:

هناك عدة أنواع من الإدمان يمكن عرض أربعة أنواع منها حسب طبيعة شخصية المدمن كالتالي:

1) **الإدمان الصدمي:** ويأتي في أعقاب صدمة حدثت بصورة مفاجئة وحادة ومثل هذا الشخص يدمن بهذه الطريقة عادة ما يفتقر إلى العلاقات الاجتماعية المناسبة مما يؤدي إلى تطور الأزمة التي سببتها الصدمة كما يتميز سلوكه واتجاهاته بالنزوع نحو تدمير الذات.

2) **الإدمان الفعلي:** ويتميز هذا الإدمان بوجود صراع فعال في البيئة، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح والكآبة أو الإقلال من الاهتمامات والاتجاهات والأنشطة المعبرة عن العواطف، ويظهر المدمن تعبيرات عن التحدي والتعصب ويوجه إلى الأشخاص المسؤولين عن وقوعه في هذا الصراع.

3) **الإدمان الانتقالي:** ويرجع إلى اضطرابات نفسية متنوعة تتلاءم مع بداية إدمان العقاقير مثل حالات الهوس وخاصة بين مدمني الهيروين ومثل حالات الاكتئاب المتكررة مع الأشكال الطقوسية.

4) **الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعي:** حيث يقع المدمن في صراع نفسي اجتماعي يعبر عنه بالرغبة في إفراغ الرغبات المكبوتة ويتميز هذا المدمن بعدم النضج النفسي والاجتماعي، وبحياة عائلية مضطربة، كما يعاني من صدمات عنيفة مع قواعد السلوك الاجتماعي والقانوني في أثناء فترة المراهقة، وعادة ما يوجد في تاريخ هذا المدمن ما يدل على سلوك غير مبال بالآخرين، وغير قادر أيضا على إعطاء الحب أو قبوله، أو على إنشاء علاقات ذات هدف. (محمد، 2013، ص ص. 54- 55).

6. مراحل الإدمان على المخدرات:

إن تعاطي العقار يمر بأربعة مراحل أساسية يصفها **روبرت ديبونت** R.Dupont كما يلي:

المرحلة الأولى: التعاطي للمرة الأولى (التجريب): تعتبر هذه المرحلة مركزية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب والمراهقين للعقاقير حيث يعتقد كثير من الشبان أن تجريب العقاقير هو عمل مأمون ولكن في الحقيقة ليست التجربة الأولى غير مأمونة فقط، ولكنها الخطوة الأولى نحو الاعتماد على العقاقير (فايد، 2005، ص. 51).

ولرفاق السوء دور كبير في التجريب وذلك بإقناع المراهق المشاركة معهم وذلك لمجرد التجربة وحب الاستطلاع، وقد يقدمون له المواد المخدرة مجاناً، كرمز لصداقتهم وعربونا لمحبتهم وتشجيعا لمجاراتهم، وغالبا ما يكون هذا من أجل الترويج للمادة المخدرة وبعد ذلك يظهر لديه الرغبة والميل لإعجابه بما يفعله المدمنون، وتجربة المواد المخدرة هي بداية الإدمان والضياع، لأن كل شيء قابل للتجريب إلا المواد المخدرة (غباري، 2007، ص. 54).

إن تجريب المواد المخدرة يصبح لدى المدمن وسيلة هروب من واقعه المؤلم إلى واقع وهمي أقل ألماً في نظره، من خلال نشوة المخدر الوهمية الخادعة التي تشعره بالاستقلالية والسعادة ونسيان المشاكل والهموم... إلى أن يجد نفسه محطما أسيراً للمادة المخدرة.

المرحلة الثانية: التعاطي العرضي أو (الاجتماعي): فغالبية مجربي العقاقير المخدرة لا يستمرون في تعاطيها، كما أن غالبية من يستمرون في تعاطي عقاقير معينة يفعلون ذلك على أساس عرضي (وقتي) ولا يتناولون العقار المخدر إلا عند الحصول عليه بسهولة، ووفقا لتقبل المجتمع المتعاطي هذا العقار، وبذلك يكون التعاطي هنا عفوياً أكثر من قصدياً أو مدبراً.

المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم: في هذه المرحلة يبحث متعاطو العقاقير بجدية عن عقارهم المفضل ويحاولون المحافظة على مصادر تزويدهم والتأكد من استمرارية الحصول عليه ويكون التعاطي في هذه المرحلة مرة أو مرتين في الأسبوع.

المرحلة الرابعة: مرحلة الاعتماد (الإدمان): وفي هذه المرحلة الأخيرة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءاً رئيسياً من حياة المتعاطي، وستقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية.

7. طرق تعاطي المخدرات:

إن تناول الفرد لقرص من الأسبرين، عند شعوره بالصداع أمر مألوف لدى كثير من الأفراد، ويتضح أثر تناول الدواء في تأثيره في الجسم، ويقصد بتناول الدواء الآلية التي ينتقل فيها الدواء من نقطة الإدخال في الجسم إلى الدورة الدموية، وعند تناول العقار لابد من تحديد طريقة التناول، وكمية الجرعة، ونوعية الجرعة (سائل أو حبوب) وهناك عدة طرق أساسية لتناول العقار هي:

1.7 عن طريق الفم: هذه أكثر الطرق شيوعاً، ولا بد أن يكون العقار قابلاً للبلع لكي يتم تناوله عن طريق الفم، وأن يتم امتصاصه ووصوله إلى الدورة الدموية، فبعض المخدرات يتم امتصاصها مباشرة كالكحول خاصة، إذا كانت المعدة فارغة، والمخدرات يتم تناولها بشكل سائل يتم دخولها للدم بشكل أسرع من الحبوب.

2.7 عن طريق الحقن: وذلك عن طريق الحقن بالعضل، وهذا قد يكون عن طريق الأوردة مباشرة، أو تحت الجلد أو في العضل، وتؤدي هذه الطريقة إلى استجابات سريعة، مقارنة مع طريقة التناول عن طريق الفم، وذلك لسرعة الامتصاص والوصول لمجرى الدم، ولا بد من الإشارة إلى أن الامتصاص السريع للمخدر في وقت قصير جداً وخاصة إذا كانت الجرعة كبيرة فقد تؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان، بالإضافة إلى فقدان عملية التعقيم ما قد يؤدي إلى الالتهابات أو التلوث.

3.7 عن طريق الاستنشاق: عن طريق الرئة يتم الامتصاص بهذه الطريقة بشكل سريع، ويتم نقل المواد المخدرة بشكل سريع عن طريق الرئتين (البداينة، 2012، ص. 97).

المحاضرة الخامسة

المخدرات المثبطة للجهاز العصبي

مع تطور الصناعات الكيميائية وتنوع مصادر المواد المخدرة، لم يعد تعاطي المخدرات مقتصرًا على أشكال تقليدية، بل ظهرت أنواع جديدة أكثر خطورة وتأثيرًا، وبعض أشكالها وطرق تناولها تعد حديثة نسبيًا، سواء في المجال الطبي أو في مجال التعاطي غير المشروع وتشير مختلف البحوث والدراسات في هذا المجال إلى توقع ظهور أنماط جديدة من التعاطي إلى جانب استحداث مواد مخدرة ووسائل استعمال أكثر تطورًا وخطورة. ولهذا كان لا بد من تصنيف المخدرات وفق خصائصها وتأثيرها على الجهاز العصبي ومصدرها وطريقة استخدامها. كما أن التعرف على أنواع المخدرات وتصنيفاتها يعد خطوة أساسية في التوعية بمخاطرها والوقاية من الوقوع في الإدمان عليها، ويسهم في بناء الوعي لمواجهة هذه الآفة.

والمخدرات المثبطة للجهاز العصبي المركزي هي مواد تؤدي إلى إبطاء نشاط الجهاز العصبي المركزي، وتُحدث حالة من الاسترخاء والهدوء، وقد تصل في بعض الحالات إلى التخدير وفقدان الوعي. وفي هذه المحاضرة سوف نتعرف على أهم الأنواع التي تشمل هذه الفئة.

1. الكحوليات (L'alcool):

الكحول هو العقار الوحيد الذي يتناول عن طريق الفم حيث أنه لا يحقن ولا يستنشق والكحول مادة تنتج من تخمير السكر مع بصلات الخميرة أو البكتيريا (الغول، 2011، ص. 153).

عرفت **منظمة الصحة العالمية** الإدمان الكحولي عام (1952) أي شكل من أشكال

الشراب المسكر تكون فيه الكمية المتناولة أكثر من الحد الأعلى للاستعمال التقليدي أو المألوف أو المسايرة المعتادة مع عادة الشرب المتعلقة بالمجتمع المحلي بغض النظر عن العوامل المسببة التي تؤدي إلى مثل هذا السلوك.

ويقول عالم الاجتماع **روبر شتراوس** (Robert Straus) عن الإدمان الكحولي بأنه استعمال المدمن المشروبات الكحولية بدرجة تزيد على تناول المواد الغذائية أو المشروبات التي يتناولها الأفراد وهذا الاستعمال يضر بصحة الفرد ويؤثر تأثيراً سلبيا في علاقاته الاجتماعية والشخصية (الحسن، 2008، ص. 131).

ويعاني مدمنو الكحول من حالات الجنون الدوري نتيجة غزارة الشرب وكذلك حالات الهذاء أي الحالات التي يظهر عليها الهذيان نوبات الجنون، وتأتي هذه النوبات بعد فترة طويلة من الشرب، ويعاني المريض من اضطرابات ويعجز عن توجيه نفسه مع وجود الكثير من الهلوسات أي يشبه الشخص المريض بالحمى، أحيانا يكون قادرا على الاتصال ببيئته وأحيانا أخرى يفقد القدرة ويشعر المريض بألم شديد وتهيج عنيف، فقد يصرخ في خوف ويضحك أو يبكي بطريقة هستيرية ويصبح من الصعب الاتصال بالمريض والتعامل معه (العيسوي، 2005، ص ص. 362- 363)، كما تصبح ذاكرته ضعيفة جدا إلى درجة أنه ينسى حتى الأحداث القريبة ويجد صعوبة في التحرك في المكان الذي يعيش فيه، وتتغير الشخصية أو تتدهور ويصبح من الصعب العيش معه إذ يصبح عصبي المزاج وسريع التهيج (عبد الله، 1996، ص. 236).

2. الأفيون ومشتقاته:

أول من اكتشف نبات الأفيون (الخشخاش) هم سكان وسط آسيا في السبعة آلاف قبل الميلاد، ومنها انتشر في مناطق العالم المختلفة وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا

يستخدمونه علاجا للأوجاع، وعرفه السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان فأساءوا استعماله فأدمنوه وأوصى حكمائهم بمنع استعماله وقد عرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن ميلادي حيث وصفه ابن سينا لعلاج التهاب غشاء الرئة (الذي كان يسمى داء ذات الجنب) وكذا بعض أنواع المغص (السيد علي، 2012، ص. 21).

الأفيون بالأصل مادة طبية تستخدم للتخدير وتسكين الألم، وهي تسبب الشعور بالحيوية والنشاط (Euphonia) والإحساس بالعافية، والأفيونات مواد مستخلصة من نبات الخشخاش المعروف منذ آلاف السنين بخصائصه المسكنة والمنومة والذي كان يستخدم في التداوي ومن الناحية الفسيولوجية يحتوي الخشخاش على مستقبلات مختلفة في خلايا الدماغ ويحدث مشاعر مريحة.

والأفيون هو المادة العصارية المستخلصة من زهرة الخشخاش والمعروفة باسم زهرة الخشخاش الأسيوية، واسمها العلمي (Papavarum Somni Ferrum) ويتم الحصول على هذه العصارة بشق أعلى هذه الزهرة وهو الرأس الحاوي للبذور، وحصيلة ذلك هو الأفيون الخام الذي يحتوي على عدد من المركبات الأفيونية والتي يبلغ عددها عشرون مركبا، وأهمها **المورفين والكودايين** وهناك مواد أفيونية أخرى منها ما هو مصنع من المستحضرات الطبيعية السابقة الذكر وخاصة المورفين والكودايين ومنها ما هو مصنع كيميائيا بصورة كاملة لأنها لا تحتوي على أي مادة أفيونية طبيعية ويعتبر (الهيروين) من أهم المشتقات المصنعة من الأفيون. ويعتبر الأفيون الأب الشرعي للمهبطات ذات الأصل الطبيعي حيث يحتوي الخام منه على أكثر من (35) مركبا كيميائيا أهمها وأكثر فاعلية المورفين والهيروين والكودايين.

3. المورفين (Morphine):

هو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني **سيرتورنر** (Serturner) سنة (1803) من فصلها عن الأفيون، وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية، ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن.

وتستخلص قاعدة المورفين من الأفيون باستعمال المواد التي تحتوي على الجير الحي **أدور كسيد الكالسيوم** مع الماء والتسخين و**كلوريد الامونيا** ويمكن استخدام المورفين مباشرة من الجزء العلوي من ساق نبات الخشخاش، وكذلك من ثماره قبل استخراج الأفيون منها. وقاعدة المورفين تكون على شكل مسحوق ناعم الملمس، ويعتبر المورفين المركب الأساسي للأفيون الخام، وتتراوح نسبته من (6 إلى 7%) من وزنه وهو من أقوى المواد المؤثرة في تخفيف الآلام، وقد استخدم علاجيا على نطاق واسع وهو وإن لم يتم استخدامه علاجيا تحت إشراف طبي دقيق، فإنه يحدث اعتمادا جسمانيا ونفسيا ويتم تعاطيه عن طريق الفم والحقن (الغول، 2011، ص. 159).

4. الهيروين (Héroïne):

يُسمى في الشوارع (البودرة، السكر البني، الهيروين الصيني، لؤلؤة التنين الأبيض) فالهيروين مادة تصنع من الأفيون الذي يؤخذ من نبات الخشخاش، والهيروين الذي يصل إلى الشارع يتم غشه عدة مرات، بحيث لا يتجاوز نسبة محتواه من الهيروين عن (5%) أو (8%) فقط، والباقي هو من الشوائب وكثيرا ما تكون ضارة.

والمشكلة في الهيروين تكمن في سرعة الإدمان عليه، فخلال بضعة أيام وجرعات قليلة يصبح من

الصعب التوقف عنه لأن ذلك يؤدي إلى أعراض انسحابية، وأثناء تعاطي الهيروين فإن المتعاطي يبدأ بالتحول والشحوب وينقص وزنه ويصبح يعاني من إمساك دائم، يصبح هاجسه ليل نهار هو البحث عن الجرعة التالية ويحتاط دائما ببعض الحبوب المهدئة القوية، أو المشروبات الكحولية خوفاً من عدم حصوله على الجرعة التالية، مما يجعل حياته تدور في فلك العقار، ويهمل عمله وحياته الأسرية ويبذر أمواله ويقترض ويستدين، وقد يسرق أيضاً (سرحان، 2012، ص. 37).

وللهيروين خاصية عبور حاجز الدم بصورة أسرع من المورفين، مما يؤدي إلى شعور الفرد بمظاهر فعله بسرعة تفوق سرعة الشعور بمظاهر هذا الفعل مقارنة بالمورفين، وهذا ما يسرع بحدوث الإدمان على الهيروين، وينتشر الهيروين في جميع أنحاء الجسم بعد تناوله غير أن فعله الأساسي يقع على الجهاز العصبي المركزي، ويتمثل فعل الهيروين في عملين: الأول التخفيف من الألم وإزالته، والثاني إحداث شعور النشوة، ونظرا لكثرة أعراضه الجانبية فإنه لا يستعمل إطلاقا للأغراض الطبية، وينحصر استعماله فقط في مجال سوء الاستعمال والاتجار غير المشروع، ويقوم الكبد بحرق الهيروين بصورة كاملة، خلال خمس ساعات من تناوله. (سرحان، 2007، ص. 232).

5. الكودايين (Codéine):

اكتشف العالم "**روبيكويه**" (Robquet) الأفيون القلوي المعروف بالكودايين سنة (1889) حيث أصبح المورفين والكودايين في منتصف القرن التاسع عشر علاجاً قد حل محل الأفيون الخام.

الكودايين مثل الهيروين والمورفين من حيث وجوده في خام الأفيون ولكن نسبة وجوده تتراوح ما بين (0.5 و0.05%) وهو يستخدم على نطاق واسع

في عقاقير علاج السعال، وهو من مسكنات الآلام، وإن كانت فاعليته أقل من المورفين ويوجد في صورة بلورات في مسحوق أبيض على هيئة شراب سائل أو محلول (اموبلات).

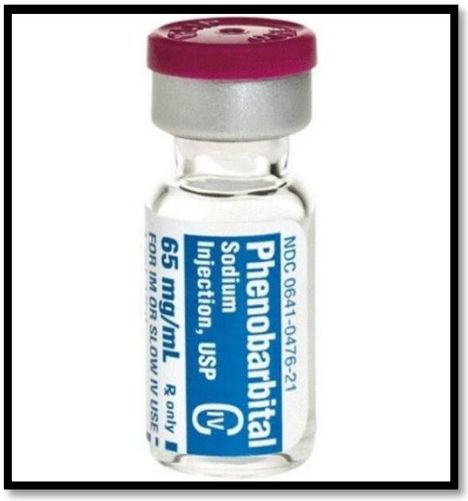
والكودايين يشبه في مفعوله المورفين ويوجد في ثمرة الخشخاش، ولكن فعاليته تعادل من ربع إلى سدس فعالية المورفين، ولذلك يعتبر تأثيره في تسكين الألم أقل من تأثير المورفين كما يتحول جزء من الكودايين إلى مورفين في الجسم وتسبب جرعات الكودايين الكبيرة الهياج العصبي بدلاً من الاسترخاء والنوم وقابليته لإحداث الاعتماد الأقل من المورفين.

ومدمنو الكودايين يشربون كميات كبيرة من أدوية السعال التي تحتوي على الكودايين ويعتمد عمله إلى حد بعيد على الجرعة المأخوذة منه، ويقال إن آثاره الجانبية أقل من الآثار الجانبية لمعظم المسكنات القوية، أما من حيث استعماله بطريقة منحرفة فإن خطره الرئيسي يكمن في قدرته على أن يرتبط بمخدرات أخرى فيحدث هبوط خطر في التنفس.

وهذه الأدوية على اختلاف أنواعها والتي يدخل في صناعتها المورفين ومشتقاته وبأي نسب كانت تعتبر مواد مخدرة إذا أسيء استعمالها وأخذت بدون استشارة طبية وخاصة إذا تم خلطها بعقاقير أخرى محدثة للإدمان، وبذلك فإن عدم تناول أي عقاقير أو أدوية تحتوي مواد أفيونية إلا باستشارة الطبيب المختص وعدم الاعتماد على هذه الأدوية لمدة طويلة، حيث الاعتماد عليها لفترة طويلة يسبب نوعاً من الاعتماد، وقد تم تصنيع عدة عقاقير مشتقة من الكودايين بعضها أقوى من الكودايين وبعضها أقل من ناحية المفعول، ولكل واحدة منها خصائص تجعلها مرغوبة للاستعمال الطبي في حالات معينة (الزعبي، 2008، ص. 174).

6. الباربيتيورات (Barbiturates):

الباربيتيورات "السترة الصفراء" و"الشياطين الحمر" من العقاقير التي تعمل على تثبيط الجهاز العصبي المركزي وبسبب ذلك فتلك العقاقير لها تأثيرات واسعة من التهدئة والتسكين المعتدل إلى التخدير وبعض تلك العقاقير تستخدم كمضادات للتشنجات وبذلك فإنه يمكن استخدام الباربيتيورات كمنومات ومهدئات ومضادات للتشنجات وفي التخدير مع أنها معروفة كحبوب منومة (الزعبي، 2008، ص. 177).



تسبب الباربيتيورات مشاكل للمرضى المتعاطين لها حيث تتطور قدرتهم على تحمل العقار وعلى ذلك يحتاجون لجرعات أعلى لإعطاء نفس التأثير السابق الذي حدث بجرعات أقل، كما أن الجرعة المميتة لا تكون كبيرة جدا عن الجرعة العلاجية أي أن الفرق بين الجرعة المميتة والجرعة العلاجية لا يكون كبيرا بصورة واضحة ما يشكل خطرا على المرضى، وتلك العقاقير تشكل خطرا حقيقيا وقد استخدمت في ثمانينيات القرن الماضي بشكل كبير في حالات الانتحار.

والباربيتيورات تسبب إدمانا واعتمادا نفسيا وعضويا وتؤدي إلى أعراض انسحاب عضوية في حالة التوقف عن تعاطي العقار، ويمكن أن تتمثل هذه الأعراض في رعشة وقلق وضعف وأرق وغثيان وقيئ وهذيان أو نوبات صرع كبرى وسكتة قلبية، الموت يمكن أن يكون نتيجة لتلك النوبات أو نتيجة السكتة القلبية.

وقد استخدمت الباربيتيورات لمدة طويلة كمهدئات ومنومان ومزيلات للقلق، وقد حل محلها الآن البنزوديازيبينات إلى حد كبير لعلاج تلك الأعراض، وذلك لأن البنزوديازيبينات أقل إدمانا وأقل إحداثا للوفاة عن طريق هبوط في الجهاز العصبي المركزي. والآن أصبح

(10%) من جميع الوصفات المهدئة والمنومة في الولايات المتحدة الأمريكية هي للباربيتيورات (السيد علي، 2012، ص. 158).

7. البنزوديازبين (Benzodiazépine):

هو من أشهر العقاقير المسكنة والمنومة شيوعاً، وهي لا تؤدي للنوم أو النعاس لكنها تؤدي إلى التخفيف من مشاعر القلق، فهي إحدى مضادات القلق، وتشمل (XANAX) الفاليوم (Valium) والليبريم (Librium)، وهي تؤدي للاسترخاء والهدوء. وهي أقل من الباربتيوريت في إحداث الهبوط في الجهاز التنفسي، وأقل في إحداث الموت المفاجئ، لكن الاستخدام المفرط لها يؤدي إلى الاعتماد عليها جسمياً ونفسياً، وتشير التقديرات أن (1%) من الراشدين الأمريكيين يعتمدون عليها كعقار مضاد للقلق (حسيب، 2006، ص. 204).

وتعتبر البنزوديازيبين من العقاقير النفسية المهدئة والتي تدفع إلى النوم وقد اكتشفت بالصدفة من قبل الدكتور الكيميائي النمساوي الجنسية سترنباش ليو (Sternbach Leo) في عام (1955) الذي كان يعمل في شركة هوفمان لاروش للأدوية وقد أتيحت للتداول سنة (1960)، من قبل شركة (هوفمان لاروش).

البنزوديازيبينات تعزز وتقوي من تأثير الناقل العصبي حمض جاما أمينوبتيريك جابا (GABA) والذي ينتج عنه تأثير مهدئ ومنوم، مزيل للقلق، مضاد للتشنجات، مرخ للعضلات وله فعل يؤدي إلى فقدان الذاكرة. وهذه الخصائص تجعل البنزوديازيبين مفيد في علاج القلق، والأرق، الهياج، نوبات الصراع، التشنجات العضلية، وفي علاج أعراض انسحاب الكحول

وكدواء يعطى للتهدئة وإعداد المريض للتخدير العام في العمليات الطبية أو طب الأسنان (السيد علي، 2012، ص. 160).

وتعد البنزوديازيبينات آمنة وفعالة عند استخدامها على المدى القصير، إلا أنها قد تسبب اضطرابات إدراكية وتأثيرات سلوكية متناقضة كفقدان ضبط النفس والاندفاع. ويثار الجدل حول استخدامها طويل الأمد بسبب ما يرافقه من آثار نفسية وعضوية سلبية، إضافة إلى التحمل والاعتماد الجسدي والنفسي، مما يؤدي إلى ظهور متلازمة انسحاب عند التوقف عن التعاطي. ويسهم الانسحاب من البنزوديازيبينات بعد الاستخدام الطويل في تحسين الصحة الجسدية والعقلية، في حين يعد كبار السن أكثر عرضة لمخاطرها. كما يزداد خطر الوفاة عند استخدامها ترفيهيًا مع مخدرات أخرى أو مع الكحول. وقد تظهر أعراض انسحاب حادة، مثل الاكتئاب والقلق ونوبات الذعر، خلال أسابيع قليلة من الاستخدام المتواصل.

المحاضرة السادسة

المخدرات المنبهة للجهاز العصبي

تعمل هذه المواد على زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي، ورفع مستويات اليقظة والانتباه والطاقة لدى المتعاطي. وتندرج ضمن هذه الفئة الكوكايين، والكراك، والأمفيتامينات ومشتقاتها، والإكستازي، والقات، إضافة إلى النيكوتين. ويترتب على التعاطي المستمر لهذه المواد اضطرابات نفسية وسلوكية خطيرة، مثل العدوانية والذهان والقلق الشديد، إلى جانب الاعتماد النفسي المرتفع.

1. الكوكايين (Cocaïne)

هو منبه قوي للجهاز العصبي المركزي، يصنع من أوراق نبتة (أرثيروكسيلون كوكا) التي تنمو في أمريكا الوسطى والجنوبية وعلى الأخص في البيرو وبوليفيا، حيث تنتشر في الوديان الدافئة، وتعطي هذه النبتة في الظروف الملائمة محصولها خمس مرات في السنة وتعيش حوالي (40) عاما والكوكايين واحد من أقدم العقاقير المعروفة (العيسوي، 2005، ص. 370).

ويزرع الكوكايين بأسعار عالية في العالم ويكون على شكل حجري أو رقائق والأكثر شيوعا على شكل مسحوق، وفي الشكل النقي يكون مسحوقاً أبيضا يبدو كالسكر من الممكن استنشاقه كمسحوق أو يحضر على شكل محلول يؤخذ بالوريد.

ومن أهم آثاره الشعور بالنشوة والإثارة، والطاقة، والتفاؤل ومدة مفعوله قصيرة مما يتطلب استعماله على فترات متقاربة، لكن مع طول استعماله يؤدي إلى الهلوسة والعجز الجنسي، والأرق وأوهام الإشارة للذات والتوهم بالاضطهاد. وفي الجرعات العالية يولد لدى المتعاطي

شعوراً خادعاً بالعظمة والقوة العالية والهلوسة مما يمكن أن يجعله خطيرا في تصرفاته، وفي هذه الجرعات قد يؤدي إلى توقف عضلة القلب.

والكوكايين يؤدي إلى الاعتماد النفسي وقد يصل إلى إساءة الاستعمال القاتلة وفي المراحل المتقدمة من استعمال هذا السم فإنه يؤدي إلى حالة من الذهان التي تشبه الفصام العقلي فيبدأ المتعاطي بتخيل صور وأصوات غير موجودة، كما يتوهم أنه عظيم وذو شأن وأن هناك مؤامرات محلية ودولية تحاك ضده، وأنه مراقب في كل تحركاته، وهذا قد يؤدي إلى تصرفات غريبة بناءً على هذه الأوهام (سرحان، 2007، ص. 19).

2. الكـــراك (Crack):

حدث تطور جديد في عالم الكوكايين وذلك في مطلع الثمانينات عندما ابتدع أسلوب جديد لتعاطي هذا المخدر اللعين الذي بدأ لأول مرة في أخذه عن طريق التدخين ثم عن طريق الشم والاستنشاق والحقن الوريدي، وقد سمي هذا الأسلوب بكلمة المفرقع (Crack) لأنه سريع التأثير وقوي جداً ويحدث الإدمان بسرعة، وقد سمي بالكراك لأن رواسب بكربونات الصوديوم الموجودة فيه تحدث فرقعة عند تدخينه، ويعاني مدمنو الكراك من شدة الإحباط والتهيج وجنون العظمة واحتقان الشعب الهوائية والسعال المزمن واضطرابات عقلية والشعور بالاضطهاد والخوف الدائم ونقص الوزن، كما أن تعاطي الكراك يؤثر على الرئتين ويسبب انتفاخهما والجرعة الزائدة تؤدي إلى توقيفهما تماماً تناوله يؤدي إلى الإدمان السريع، ومن ثم يصعب الإقلاع عنه ولو بعد يوم واحد من بدء تعاطيه (خطار، 2014، ص. 12).

3. الأمفيتامينات ومشتقاتها (Amphétamines):

تم تصنيع مادة الأمفيتامين لأول مرة سنة (1887) ولكنها لم تستخدم طبياً إلا في سنة (1930) عندما لاحظ الطبيب "بنيس" (Piness) أنها ترفع ضغط الدم، وفي سنة (1933) لاحظ "أليس" أنها تمدد الشعب الهوائية وتنبه الجهاز العصبي المركزي، وقام "برينتزميتال" و"بلومبرج" سنة (1935) باستخدامها في علاج مرض النوم المفاجئ (Narcolepsy) وسوقت لأول مرة تحت اسم بنزدرين ثم توالى بعد ذلك تصنيع المنشطات من نوع الأمفيتامينات مثل الديكيدرين والميثدرين والفينميترازين والريتالين المنشط في مفعوله والذي لا ينتمي كيميائياً إلى مجموعة مفيتامين (الدمرداش، 1978، ص. 121). وفي عام (1937) أصبح الأمفيتامين متاحاً كوصفة طبية على شكل أقراص والتي استخدمت في علاج اضطرابات النوم وتم استعماله على نطاق واسع أثناء الحرب العالمية الثانية لاستعماله للحفاظ على استمرارية المقاتلين في القتال لفترات طويلة بدون الشعور بالتعب.

وبصفة عامة يعتمد استخدامها على الحاجة إلى التيقظ والانتباه وفرط النشاط وعدم النوم. والميثيل أمفيتامين له قوة إدمان كبيرة ومحفز قوي ويؤدي إلى فقدان في الذاكرة كما يؤدي إلى العنف والفظاظة والسلوك غير السوي وإلى تلف في الجهاز العصبي ويزيد من احتمالية الإصابة ببعض الأمراض مثل الالتهاب الكبدي والإيدز.

ولأن الميثيل أمفيتامين يصنع من مواد رخيصة ومتاحة وأصبحت سهلة شجع ذلك بعض من يتعاملون مع هذا النوع من المخدرات إلى تصنيعه خلف الأبواب المغلقة ما أدى إلى ظهور منتج غير نقي ويحتوي على الكثير من المواد الداخلة في التفاعل والضارة. كما أن الميثيل امفيتامين يكون من الخطورة بمكان لو أنه خلط بالكوكايين أو الكراك أو الحشيش أو الكحول.

ويأخذ الأمفيتامين شكل حبوب وكبسولات أو قطع كريستال صافية أو بودرة (مظلوم، 2012، ص. 45).

4. الإكستــازي (Ecstasy):

الإكستازي أو عقار النشوة هو مخدر منشط معروف أيضاً باسم الميثيلين ديوسكي ميتامفيتامين والذي عادة ما يتم تعاطيه على شكل كبسولات أو حبوب، ولقد تم تركيبه أول مرة في عام (1912) في ألمانيا، وكان في البداية بهدف الاستعمال لأغراض طبية، ولقد كان استعماله محدوداً إلى أن ارتبط بمجتمعات وثقافات الرقص والمجون في الولايات المتحدة

الأمريكية في الثمانينات، حيث تم تسجيل تعاطيه بشكل واسع الانتشار بحلول أوائل التسعينيات وفي حين أن الإكستازي هو الاسم الأكثر شيوعاً إلا أن الاسم الكيميائي الحقيقي له هو الميثيلين ديوكسي ميتامفيتامين، وهو غالباً ما يتم اختزاله بإضافة مواد ومركبات كيميائية ضارة قبل أن يصل إلى سوق المخدرات، حيث أنه لا توجد طريقة لمعرفة ما تحتويه حبة الإكستازي بالتحديد وما هي نسبة مكون المثيلين ديوكسي ميتامفيتامين في الحبة، وتشمل أثاره الرئيسية زيادة الثقة وزيادة الطاقة والنشاط الزائد والشعور بالإشفاق على الذات وعلى الآخرين.

والإكستازي لا يسبب الإدمان مادام المتعاطي لا يشعر بالاشتياق الجسدي للمخدر ولكنه قد يحدث تحملاً لآثاره، الأمر الذي يتطلب تعاطي كميات أكبر للحصول على نفس النشوة، ولهذا الغرض هناك العديد من الحالات المسجلة لإدمان مخدر الإكستازي، وبالأخص بين من لديهم ميولات إدمانية بشكل عام.

ويرتبط الإكستازي بعدد من الآثار الجانبية السلبية، فبمجرد تلاشي الآثار الأولية تبدأ هذه الآثار الجانبية في الظهور، وتشمل الاكتئاب والتعب والأرق والدوار وعدم القدرة على

التركيز، وقد تستمر هذه الأعراض عدة أيام بعد تعاطي المخدر، وقد تتفاقم وتصبح أكثر حدة ويتعرض متعاطو الإكستازي أيضاً بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بالجرعات الزائدة وبالأخص عندما تستغرق أثار حبة الإكستازي وقتاً أطول من المتوقع لتصبح ظاهرة، ما يجعل المتعاطين يتناولون جرعات أكثر بكميات أكبر، ويمكن أن تسبب الجرعات الزائدة في أسوأ الظروف تلفاً في الدماغ، وقد تحدث الوفاة (خطار، 2014، ص. 12).

5. القـــات (Le Cath):

ينتمي القات علميا إلى العائلة النباتية (Celattdacea) واسمه العلمي (Catha. Adulis) نسبة إلى العالم الذي أجرى بحوثه على القات عام (1786) "**بير فورسكال**" (Per Forsskal)، والقات شجرة دائمة "الخضرة" من نفس فصيلة الشاي التي تنمو في المناطق المرتفعة من شرق إفريقيا (عقبات، 2008، ص. 19). ويتراوح طول شجرة القات بين خمسة وعشرة أمتار وأوراق الشجرة بيضاوية مدببة وتقطف للمضغ وهي صغيرة السن يبلغ عمرها أياما أو لا يزيد عن أسابيع قليلة.

وهو يبرد الحمى...ويريح الصفراء ويبرد المعدة والمصران، ويبدو في حدود الوثائق التاريخية القليلة المتوافرة حول الموضوع، أن شيوع عادة مضغ أوراق القات في منقطة جنوب البحر الأحمر (وبوجه خاص في اليمن والحبشة) يرجع إلى حوالي القرن الرابع عشر الميلادي (سويف، 1996، ص ص. 40-41)، فتعاطي القات يعمل على استثارة تأثيرات فسيولوجية شبيهة بما تحدثه الامفيتامينات مثل ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل سرعة التنفس سرعة ضربات القلب وخفقانه، اتساع حدقة العين، ارتفاع درجة الحرارة والعرق وأرق، قلق وسلوك عدواني، وإن كان القات يحدث زيادة في إنتاج الفرد فهو يخلف أضرارا صحية كثيرة (الغول، 2011، ص ص. 184- 185).

6. النكوتيـن (Nicotine):

يرجع ظهور مصطلح النيكوتين إلى عالم النبات السويدي "كارل لينياس" (K.Linnaeus) الذي أطلق على نبات التبغ اسم "نيكوتينا"، ونسبة إلى "جان نيكو" سفير فرنسا في البرتغال الذي جرب التبغ هناك وتعلق به، أما كلمة توباكو (Tobacco) فهي كلمة مشتقة من كلمة تصف الأنبوبة التي كانت تستخدم في استنشاق أبخرة التبغ، ويقال أنها نسبة إلى مقاطعة توبا جولس في المكسيك حيث تكثر زراعة نبات التبغ (فايد، 2005، ص. 32).

وكان التبغ يستخدم في بداية الأمر كعلاج للزكام والصداع، ثم تم استخدام التبغ ليجلب الراحة والارتياح والمتعة، وبعد انتشار تدخين التبغ في أوروبا حذر الملك **جيمس** الأول لسنة (1604) وأعلن غضبه على تدخين الطباق وشبهه بشرب الكحوليات حتى السكر (سويف، 1996، ص. 48).

ينتج حوالي ألف مركب كيميائي من احتراق تبغ السجائر، وأكثر هذه المركبات خطورة مادة القار(Kar) وأول أكسيد الكربون، وتبلغ نسبة النيكوتين من إجمالي المواد الموجودة في تبغ السجائر (1-3%)، والنيكوتين مادة شبه قلوية سامة، ودخان السجائر حمضي (Acidic) لا يذوب في الدهون مما يجعل المدخن يسحب السيجارة إلى الشعب الهوائية، وحيث تزداد مساحة الغشاء المخاطي، مما يزيد من عملية الامتصاص، أمام تبغ الغليون فهو قلوي يذوب في الدهون، ولذلك لا يحتاج المدخن له إلى ابتلاع الدخان، لأنه يمتص من الغشاء المخاطي المبطن للفم، ولذلك تكثر الإصابة بسرطان الرئة عند مدخني السجائر، بينما يكون تدخين الغليون أقل ضرراً وإن كانت نسبة الإصابة بسرطان الفم واللسان تكثر لدى المدخنين من هذا النوع (فايد، 2005، ص. 32).

ويعد النيكوتين من أشد العقاقير إحداثا للإدمان في هذه الفئة، وهو مرتبط بأضرار بدنية طويلة الأجل تصيب القلب والرئة، وتدخين النيكوتين عن طريق التبغ شائع جدا بين الرجال والنساء (الزعبي، 2008، ص. 179).

المحاضرة السابعة

أنــواع المخدرات المهلوسة

إن مصطلح المهلوسات يستخدم للإشارة إلى مجموعة من المواد النفسية التي تثير عند من يتناولها بعض الهلوسات دون أن يصاحبها هذيان أو تخميد أو تنبيه كتأثير بارز ويشار بمصطلح الهلوسة إلى أي تنبيه حسي نوعي دون وجود منبه محسوس ملائم ومن ثم فهناك هلاوس بصريه وسمعية وشمية ولمسية ويفضل البعض تسمية هذه المواد بالمخادعات وذلك على أساس أن آثار هذه المواد المهلوسة بالمعنى الدقيق للكلمة لا تحدث إلا نادرا أما ما يحدث في كثير من الأحيان نتيجة لتناولها فهو الخدع البصرية والسمعية (سويف، 1996، ص. 42).

فالعقاقير المهلوسة هي مجموعة من مواد متجانسة، تحدث اضطرابا وخللا في التفكير والإدراك، وتنتج عنها هلاوس وتخيلات بحيث يتصور المتعاطي أن له قدرة خارقة أو على العكس يصاب أحيانا بفزع شديد واكتئاب بسبب ما يراه في أوهامه وتخيلاته مما قد يؤدي به إلى الانتحار (الغول، 2011، ص. 187).

وتضم هذه الفئة مواد مثل الميسكالين وحامض الليسرجيك (L.S.D)، وبعض المشتقات النباتية والصناعية الأخرى. فبعض العقاقير المهلوسة ترجع إلى أصل نباتي وتتواجد في البيئة مثل نبات القنب، فهناك بعض النباتات الطبيعية التي تدخل في تركيب العقاقير المهلوسة.

1. القنب ومشتقاته (Cannabis):

يحتل القنب موقعًا وسطًا بين الفئات السابقة، إذ تتعدد تأثيراته ما بين التهدئة والتنبيه والهلوسة تبعًا للجرعة وطريقة التعاطي.

والقنب هو النبات الذي يعرف باسم الحشيش أو الماريجوانا (Marihuana) وهو نبات حولي شجيري يبلغ طوله من (1–5) أمتار ينمو برياً أو طبيعياً ومن الممكن زراعته في أي جزء من أجزاء العالم، وللنبات أغراض عدة فهو مصدر مهم فالألياف والبذور تستخدم غذاء للطيور، وزيت البذور يستخدم في بعض أنواع الطلاء، أما الأوراق والقمم الزهرية والمادة الراتنجية المستخرجة منه فإنها تحتوي على مركبات فعالة لها تأثيرات سيكوفارماكولوجية على الإنسان بعد تدخينها أو تعاطيها (مبارك، 1986، ص. 23).

ونتيجة للتجارب والبحوث العلمية تبين أن قيمته العلاجية ليست ذات أهمية، وأصبح استخدامه في معظم أنحاء العالم مقصورا على التعاطي، وتشير الدراسات العلمية إلى أن عقار الماريجوانا يحتوي على (421) مادة كيميائية تنتمي إلى (18) صنفا كيميائيا.

ويستعمل الحشيش على شكل شراب أو طعام في بلدان العالم الشرقي، وهو في الغالب لا يستعمل نقيا بسبب السم الموجود فيه وغلاء سعره، ولذلك يستعمل الحشيش مخلوطا مع مواد أخرى مثل الحنة أو اللبان والعسل الأسود ويتعاطاه المدمنون (حسين، 2001، ص. 137).

ومن بين تأثيرات القنب على متعاطيه أنه يشعر أن الزمن قد توقف وتختل الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة، وكذلك الانتباه والتركيز فيبدأ المتعاطي في التخيل ويخطئ في تفسير ما يدركه بحواسه، وتنتابه الهلوسات البصرية والسمعية، ومن يتعاطون المارجوانا يعانون من

اضطرابات عقلية ظاهرة، ويشكون من ضعف في الذاكرة وعدم القدرة على التركيز واضطرابات في الجهاز التنفسي وزيادة ضربات القلب وتهيج الشعب الهوائية وانتفاخ الرئة (عبد المنعم، 2008، ص. 68).

2. الميسكالين (Mescaline):

الميسكالين هو المادة الفعالة في نبات ينمو في الشمال الشرقي للمكسيك وفي مناطق الجنوب الغربي للولايات المتحدة، وهو نوع من نبات الصبار (lophophora Willia) يعرف باسم (Peyot Cactus). وهذا النبات مصدر أساسي لعقار الهلوسة الميسكالين.

والميسكالين واحد من القلويدات الموجودة في صبار البيوت، وهو المسؤول عن الهلوسة البصرية التي تحدث عندما يأكل المرء البيوت، ويحتوي البيوت على قلويدات أخرى غير المسكالين ويمكن تسويق الميسكالين كمسحوق أو كبسولة جيلاتيني أو على شكل سائل مما يجعل في الإمكان استنشاقه أو ابتلاعه، أما البيوت فيؤخذ بواسطة الفم أو على شكل أزهار عن تاج الصبار المجفف البني اللون، ويمضغ أو يمتص.

وتبدأ الهلوسة البصرية بمشاهدة أشكال هندسية أولا ثم تظهر مشاهد ووجوه مألوفة تتبعها مشاهدة أجسام غير مألوفة، ويلجأ المتعاطي إلى أخذ المزيد من جرعات الميسكالين لتوفير مزيد من الرضا النفسي، وتنشأ عن تكرار استعمال الميسكالين ظاهرة التحمل وهناك نوع من التحمل المتبادل (Cros Tohrans) بين كل من الميسكالين وحامض الليسيرجيك (L.S.D) والزايلوسين، بمعنى أنه ما إن ينمو لدى المتعاطي لأحد هذه العقاقير حتى ينمو في نفس الوقت تحمل للعقارين الآخرين (الغول، 2011، ص ص. 193-194).

3. حامض الليسرجيك (L.S.D):

عقار الهلوسة (أل.أس.دي) هو مادة كيميائية صنفت ضمن المهلوسات وهو من أقوى وأكثر عقاقير الهلوسة تغييرا للحالة المزاجية للمتعاطي، وقد تم تصنيعه لأول مرة عام (1938) بواسطة الكيميائي السويسري "ألبرت هوفمان" في مختبر (برات شركة ساندوز) في بازل بسويسرا، حيث صنع من حمض اليسيرجيك، الموجود في مادة الايروجوت الناتجة من نمو نوع من الفطريات على الجاودار (نوع من أنواع الشعير) والحبوب الأخرى.

وحامض الليسرجيك ثنائي إثيل أميد أو اختصارا (L.S.D)، المعروف أيضا باسم ليسرجيد (Lysergide) ويعرف بالعامية حامض (Acide)، وهو من العقاقير نصف تخليقية من مجموعة الأيرجولين (Ergoline) حيث أن الأيرجولين مركب كيميائي يحتوي تركيبه على حامض الليسرجيك من أشباه القلويات من مجموعة أندول، وتستخدم مشتقات الأيرجولين سريريا بغرض تضييق الأوعية الدموية وفي علاج الصداع النصفي (التي تستخدم مع الكافيين) ومرض باركنسون (السيد علي، 2012، ص ص. 127-128).

وحامض الليسرجيك ثنائي إثيل أميد أو اختصارا (L.S.D)، معروف جيدا بآثاره النفسية التي يمكن أن تشمل تغيرا في العمليات العقلية مثل التفكير، وتغيرات في المرئيات سواء كانت العين مغلقة أو مفتوحة، أو تغييرا في الإحساس بالوقت، ويحدث عقار الهلوسة (L.S.D) تغييرا في الأحاسيس والمشاعر بصورة أكثر جذرية عن العلامات العضوية في المتعاطين له حيث يشعر المستخدم لعقار (L.S.D) بأحاسيس وعواطف مختلفة في وقت واحد أو يشعر بتأرجح سريع من عاطفة لأخرى، وإذا أخذ بجرعات كبيرة كافية ينتج عنها أوهام وهلاوس بصرية ويتبدل شعور المتعاطي بالزمن، كما تتداخل الحواس المختلفة حيث يشعر المتعاطي بسماع

الألوان ورؤية الأصوات ويصاب بنوبات رعب وارتباك من تلك التغيرات المخيفة، كما يعاني بعض متعاطيه من التجربة القاسية من خلال الأفكار المرعبة ومشاعر اليأس والخوف من فقدان السيطرة على أنفسهم (السيد علي، 2012، ص. 130).

وإضافة إلى ما سبق التطرق إليه من أنواع للمواد المخدرة، فإن الواقع المعاصر يكشف عن وجود أنماط أخرى من التعاطي لا تقل خطورة، بل تتسم بخصائص جديدة من حيث طرق الاستعمال، وسرعة الانتشار، وصعوبة الضبط القانوني والرقابي. وتتمثل هذه الأنماط في انتشار تعاطي المواد الطيّارة والمستنشقات، خاصة بين فئات الأطفال والمراهقين، نظرًا لسهولة الحصول عليها وانخفاض تكلفتها. كما برزت أنماط جديدة أكثر تعقيدًا، من بينها ما يُعرف بالمخدرات الرقمية أو الإلكترونية، التي تعتمد على التأثير النفسي غير المباشر عبر الوسائط السمعية والبصرية.

4. المواد الطيارة (Les Substances Volatils):

المستنشقات أو المذيبات، وهي مجموعة من المواد التي يتم استنشاقها عن طريق الأنف وبعضها عن طريق الفم، وتنتشر عادة استنشاق المواد الطيارة أو المتطايرة بين الأطفال والمراهقين وهذه المواد بعضها يستنشق مباشرة، وبعضها يخلط بمواد أخرى وبعضها بعد تعريضها للنار وتسخينها وحرقها وبعضها يوضع في كيس من اللدائن ويغلق الكيس مخافة من التبخر ثم يوضع الرأس بأكمله داخل الكيس.

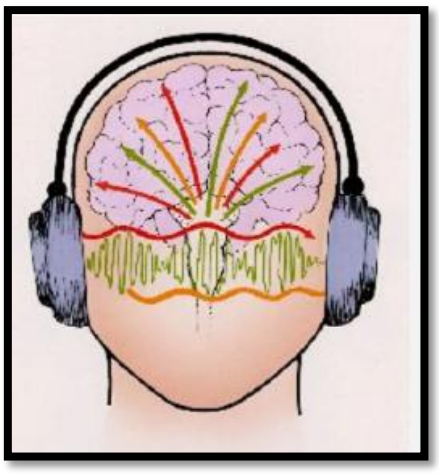
وتعتبر مشتقات المواد الطيارة أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها وتشترك المواد المصنعة تحت هذه الفئة في سرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة، وفي كونها تحدث درجة من التسمم عند استنشاقها، ومن أكثر هذه المواد انتشاراً الهيدرو كربونات الطيارة، وهذه توجد في الطلاء وأنواع الأصماغ أو الغراء ومن أشهر مفرداتها التولوين (Toluene) والبنزين (Benzene) وتوجد مفردات أخرى تباع جاهزة في الأسواق لاستخدامات متنوعة.

وهذه المواد من السهل الحصول عليها وتواجدها في معظم المنازل بالإضافة إلى رخص ثمنها، وأشكال استخدام المستنشقات في تغير مستمر ويتجه الأطفال إلى الاستنشاق مدفوعين بحب الاستطلاع وضغط الرفاق وإغرائهم وذلك من باب التقليد على سبيل التجريب، ويلاحظ أن كثيراً من هذه المواد الطيارة تستخدم في الصناعة وفي تسيير وسائل المواصلات، فيتعرض لها مواطنون لم يقصدوا استنشاقها (الغول، 2011، ص. 210).

ويتصف مدمنو هذه العقاقير بالسلوك المضاد للمجتمع، وعدم النضج الاجتماعي والانفعالي ولكن ذلك قد يكن السبب في التعاطي المزمن لهذه العقاقير، والتي لها خطورتها على أنسجة المخ حيث تؤدي إلى تدمير هذه الأنسجة، وتدمير الكبد والكليتين وتؤدي الجرعة الزائدة إلى الوفاة إما بسبب توقف القلب أو بسبب الغثيان والقيء والاختناق (حسيب، 2006، ص. 205).

5. التعاطي عبر شبكة الإنترنيت:

يتمثل هذا التطور الحديث في تعاطي المخدرات عبر شبكة الإنترنيت في جلوس تاجر المواد المخدرة أمام جهاز الحاسب الآلي الخاص به ليتلقى طلبات الشراء للمواد المخدرة عبر موقعه الإلكتروني وهذا لا يقوم بإرسال أحد تابعيه ليستلم المادة المخدرة المشترات، وإنما يقوم المشتري بإجراء عملية تحميل (Download) المخدر الذي يرغبه في شكل ملفات، وهو ما يعرف بـ (المخدرات الرقمية).



والمخدرات الرقمية عبارة عن ملفات صوتية تحتوي على نغمات أحادية أو ثنائية يستمع إليها المستخدم وتجعل الدماغ يصل إلى حالة من التخدير تشبه تأثير المخدرات الحقيقية أو على الأقل هذا ما يدعيه البعض، وقد صممت هذه الملفات الصوتية (أو المخدرات الرقمية) لمحاكاة الهلاوس وحالات الانتشاء المصاحب لتعاطي المواد المخدرة عن طريق التأثير على العقل بشكل

اللاوعي، هذا التأثير الذي يحدث عن طريق موجات صوتية غير سمعية للأذن تسمى (الضوضاء البيضاء) مغطاة ببعض الإيقاعات البسيطة لتغطية إزعاج تلك الموجات، ويأتي التأثير المطلوب من خلال سماع تلك الموجات من سماعات أُذن أستريو لاحتواء الملف على موجتين مختلفتين لكل أذن بالإضافة إلى برنامج متخصص لتلك النوعية من الموسيقى يسمى (Doser-I) (أبو السريع ، 2010، ص. 5).

1.5 تعريف المخدرات الإلكترونية عند علماء الطب:

إنها عبارة عن ملفات صوتية تحتوي على نغمات أحادية، أو ثنائية، يستمع إليها المستخدم تجعل الدماغ تصل إلى حالة من الخدر تشابه المخدرات التقليدية

التعريف الثاني إنها عبارة عن مقطع صوتي، أو نغمة يتم سماعها بواسطة سماعات بكلتا الأذنين، فيتم بث ترددات بمستوى معين في الأذن اليمنى، وترددات أقل في الأذن اليسرى، فيحدث في الجسم عند سماعها ما يشبه بتأثير المخدرات المعروفة من الهروبين والكوكايين لتصل إلى الدماغ وتؤثر على ذبذباته الطبيعية، وتدخل متعاطيه إلى عالم آخر من الاسترخاء.

2.5 تعريف المخدرات الإلكترونية عند علماء الاتصالات والحاسبات:

أنها عبارة عن ذبذبات صوتية، يؤدى الاستماع إليها لفترة طويلة لخلق أحاسيس كالنعاس، أو الدوخة الشديدة، أو الارتخاء، أو الصرع.

التعريف الثاني أنها ملفات صوتية، وأحيانا تترافق مع مواد بصرية وأشكال وألوان تتحرك، وتتغير وفق معدل مدروس، تمت هندستها لتخدع الدماغ، عن طريق بث أمواج صوتية مختلفة التردد بشكل بسيط لكل أذن. فهذه الأمواج الصوتية غير معروفة، فيعمل الدماغ على توحيد هذه الترددات بين الأذنين، وذلك للوصول إلى مستوى واحد، وبالتالي يصبح دماغ الانسان كهربائيا غير مستقر (هريدي، 2024، ص ص. 578-579).

ويقوم المستخدم الراغب في شراء المادة المخدرة باختيار الجرعة الموسيقية ونوعها من بين عدة جرعات متاحة على الموقع يمثل كل منها نوعا من أنواع المخدرات التي يرغب فيها هذا المستخدم ثم يقوم بتحميل ما تم اختياره وشراءه من ملفات على مشغل أغاني (MP3) وسماعات ستريو للأذنين والاستلقاء في غرفة بها ضوء خافت وتغطية العينين والتركيز على المقطوعة الموسيقية التي يتراوح مدتها بين (15، 30) دقيقة للمخدرات المعتدلة أو (45) دقيقة للمخدرات شديدة التأثير.

ويؤكد المتاجرون في المخدرات الرقمية من خلال مواقعهم على قانونية الملفات الصوتية أو (المخدرات الصوتية والإلكترونية)، استناداً إلى عدم وجود قانون يمنع تحميل الملفات الصوتية حتى وإن كان لها تأثير على المخدر، فاستخدام الموجات الصوتية في عمليات المحاكاة العقلية للأحاسيس المختلفة مستخدماً بالفعل مجالات أخرى كالعلاج النفسي وعلاج القلق والتوتر والأرق وعدم انتظام النوم من خلال بث موجات غير سمعية تؤثر في اللاوعي للتحكم في الحالة المزاجية (أبو السريع ، 2010، ص. 7).

من خلا ما سبق يتبين لنا أن هناك العديد من المواد المخدرة الطبيعية منها والغير طبيعية المستمدة من الطبيعة ومن تفاعل بعض المواد الكيميائية، والهدف من التعرف على أنواع المواد المخدرة هنا هو إلقاء الضوء على طبيعة كل مادة من حيث تاريخ وجودها ومدى وكيفية تأثيرها على الفرد، وهذا الأخير هو سبب انتشارها في كل المجتمعات.

المحاضرة الثامنة

تصنيف المواد المخــدرة

يعد موضوع تصنيف المواد المخدرة من الموضوعات المهمة في مجالات القانون والطب، وعلم السموم، والسياسات العامة، نظرًا لتأثير هذه المواد على الفرد والمجتمع. ويهدف التصنيف إلى تنظيم التعامل مع هذه المواد من حيث التداول، والاستخدام الطبي، والعقوبات القانونية، وفقا لدرجة خطورتها وتأثيرها وإمكانية إساءة استعمالها. وهناك عدة معايير لتصنيف المخدرات، فقد تصنف وفق اللون، وقد تصنف وفق الأثر، وقد تصنف وفق المصدر أو وفق التأثير كما يلي:

1. تصنيف المخدرات وفق المصدر:

1) **المخدرات الطبيعية:** وهي مجموعة العقاقير التي يحصل عليها الإنسان من الطبيعة، دون إدخال تعديل صناعي عليها، وهي نباتات تحتوي على المادة المخدرة، كالأفيونات (نبات الخشخاش) الحشيش (نبات القنب الهندي)، القات، الكوكا، التبغ، الشاي والقهوة.
2) **المخدرات المصنعة:** وهي أشباه القلويات المستخلصة من المادة المخدرة الطبيعية بطرق صناعية مثل المخدرات المشتقة من الأفيون (المورفين، الهيروين، والكودايين) ومخدرات مشتقة من أوراق الكوكا (الكوكايين).
3) **المخدرات الكيميائية:** وهي مواد مخدرة حضرت كيميائياً ومن أهمها: (البداينة، 2012، ص. 90).

- المنومات (الباربيتورات).
- المنبهات (الأمفيتامينات).
- المسكنات.
- المهلوسات.
- المشتقات.

4) **المخدرات النصف تخليقية:** وهي مواد حضرت من تفاعل كيميائي بسيط مع مواد مستخلصة من النباتات المخدرة فتكون المادة الناتجة من التفاعل ذات تأثير أقوى فعالية من المادة الأصلية ومثال ذلك الهيروين الذي ينتج من تفاعل المورفين المستخلص من نبات الأفيون مع المادة الكيميائية استيل كلوريد أو اندريد حامض الخليك مورفين زائد استيل كلوريد تكون نتيجتها الهيروين.

5) **المخدرات التخليقية:** وهي مواد تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلفة ويتم ذلك بمعامل شركات الأدوية أو بمعامل مراكز البحوث وليست من أصل نباتي (مرعي صعب، 2007، ص. 51).

2. تصنيف المخدرات من حيث تأثيرها:

يمكن تصنيف المخدرات وفق تأثيرها على الكائن الحي إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

1) **المثبطات (Depressont):** وهي تظم المواد القاتلة للألم أو المنومة والمهدئة والمسكنة ومنها الأفيون، قلويات الأفيون، الهيروين (متولي، 2000، ص. 32).

2) **المنشطات أو المنبهات (Stimulant):** وهي العقاقير التي تسبب النشاط الزائد وعدم الشعور بالتعب لأنها تعمل على زيادة تنبيه الجهاز العصبي، وتنشط فاعليته، ولذلك يتعاطاها كثير من الشباب وأخطرها الكوكايين، والقات، واللامفيتامين.

3) **المهلوسات (Hallecingon):** هي المواد التي تؤدي بتعاطيها إلى الحالة المسماة بخداع الحواس حيث يحصل لدى المريض إدراك خاطئ بشيء ما مع عدم وجوده أو تشويه لشيء موجود ومن هذه العقاقير عقار (ل.س.د)، ميسكالين (إبراهيمي، 2005، ص ص. 29-30).

3. تصنيف المخدرات حسب اللون:

1) مخدرات بيضاء: مثل الكوكايين والهيروين.

2) مخدرات سوداء: مثل الأفيون ومشتقاته والحشيش.

4. تصنيف المخدرات حسب نوعية الاعتماد (العضوي والنفسي):

1) المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً وعضوياً مثل: الأفيون ومشتقاته كالمورفين.
2) المخدرات التي تسبب اعتمادا نفسيا فقط مثل: القات، عقاقير الهلوسة

5. تصنيف منظمة الصحة العالمية:

1) مجموعة العقاقير المنبهة مثل: الكافيين والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامينات ومثل البنزين وركسي ومئتدريف.
2) مجموعة العقاقير المهدئة وتشمل: المخدرات مثل المورفين والهيروين والأفيون ومجموعة الباربيتيورات، وبعض المركبات الصناعية مثل الميتادون.
3) مجموعة العقاقير المثيرة للأخابيل (المغيبات) ويأتي على رأسها: القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش والماريجوانا.

6. تصنيف المخدرات حسب التركيب الكيميائي:

وهذا تصنيف آخر تتبعه منظمة الصحة العالمية يعتمد على التركيب الكيمائي للعقار وليس على التأثر به، ويضم هذا التصنيف ثماني مجموعات هي:

- الأفيونات. – الحشيش.
- الكوكايين. – المثيرات للأخابيل.
- الأمفيتامينات. – الباربيتيورات.
- القات. – الفولانيل.

وهناك عدة تصنيفات أخرى حيث هناك من يصنفها حسب قوة تأثيرها، ومنهم من يصنفها إلى مخدرات ذات تأثير كبير، ومخدرات ذات تأثير ضعيف، والمخدرات ذات التأثير الكبير هي تلك التي تحدث تأثيراً مباشراً بمجرد تناولها مثل الهيروين (الغول، 2011، ص ص. 216- 217).

المحاضرة التاسعة

أسباب الإدمان على المخدرات

تعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات من أخطر المشكلات الصحية والاجتماعية في العصر الحديث، لما لها من آثار سلبية على الفرد والأسرة والمجتمع. فالإدمان لا ينشأ نتيجة سبب واحد فقط، بل هو نتيجة تداخل عوامل نفسية واجتماعية واقتصادية وبيولوجية، بعضها يتعلق بشخصية المريض وآخر بوضعه الاجتماعي، وقد تتفاعل هذه العوامل لتدفع الفرد نحو تعاطي المواد المخدرة والاستمرار فيها حتى يصل الى مرحلة الاعتماد.

1. الأسباب البيولوجية:

للوراثة دور في إدمان بعض الأفراد، فقد لوحظ في بعض الدراسات أن الإدمان يزيد عند عائلات معينة حيث وجد أن مدمن الكحول يصل الإدمان بين أبنائه إلى أربعة أمثاله لدى أبناء الآباء غير المصابين، كما وجد أن التوائم المتماثلة يزيد بينهم الإدمان إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتمثلة، كما أن إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه اعتماد فسيولوجي (الخالدي، 2006، ص. 329).

أما عن البحوث التي تجرى في مجال التبني فتناولت أطفالاً تم عزلهم عن عائلاتهم (لأسباب إنسانية متعددة) وتنشئتهم في ظل أسر بديلة تتبناهم، فإذا كان الإدمان محمولاً أساساً من المورثات وكانت الأسر البيولوجية الأصلية يوجد الإدمان في أي من عضويها الرئيسيين (الأب أو الأم، أو كليهما) فاحتمال ظهور الإدمان بين الأبناء مرتفع بغض النظر عن وجوده أو عدم وجوده في أسرة التبني، وعلى هذا الأساس أجريت دراسات متعددة في كل من الدانمرك والسويد والولايات المتحدة الأمريكية، وتشير نتائجها جميعا إلى غلبة العامل الوراثي، أي أن الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنون للكحوليات يزيد معدل انتشار الإدمان بينهم إلى نحو

أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمنين، وذلك رغم التنشئة في بيئات التبني حيث لا يوجد الإدمان (سويف، 1996، ص ص. 60- 61).

2. الأسباب النفسية:

قد يكون اللجوء إلى التعاطي يأخذ طابعاً تعويضياً لكنه يتسم بالسلبية والشذوذ أي عند شعور الفرد بالمعاناة من نقص معين، ويعتبر هذا التعويض زائف يؤدي إلى المزيد من الشعور بالنقص والاعتماد المرضي على العقار، والتعويض ميكانيزم دفاعي لا شعوري تسعى في الأنا لتعويض جانب من جوانب النقص، لكن هذا التعويض يأخذ طابعاً مرضياً، ويزيد من تفاقم حالة الفرد، وهذا ما اكتشفته معظم الدراسات في هذا المجال أن معظم المدمنون كان سبب إدمانهم نسيان الهموم والمشاكل والأزمات التي تصادف الفرد خلال مسيرة حياته. وهناك من يرى بأن الإدمان هو نكوص (Régression) إلى المرحلة الفمية حيث قد عانى المدمن في هذه المرحلة الحرمان من إشباع حاجة الامتصاص لديه، لذلك يلجأ إلى التدخين أو الكحول...كتعويض مرضي نتيجة لحرمانه من إشباع حاجة الرضاعة (العيسوي، 1999، ص. 379). وقد يدمن بعض الأفراد ليس للبحث عن اللذة وتجنب الألم وإنما يتعاطون المخدرات كسلوك انتقامي لتحطيم ذاتهم... فالمدمن يعلم أنه يؤذي نفسه، ولكنه يحتاج إلى المخدر الذي يجعله في حالة من التخدير التي يهرب بها من واقعه (غباري، 2007، ص. 88).

ويرى "**حسن الساعاتي**" أن دافع التعاطي هو تناسي الهموم واستجلاب السرور، ويعد هذا السبب من أهم الأسباب التي تدفع بالأفراد إلى الإدمان، فيكون التعاطي في هذه الحالة طريقة سهلة من طرق الهروب من واقعهم المخيف والمقلق. أما السبب الذي يأتي في المرتبة الثانية هو تحصيل اللذة الجنسية، وقد يكثر التعاطي للحصول على هذه اللذة (عبد المنعم، 2008، ص. 98).

وبإختصار تتمثل الأسباب النفسية فيما يلي: (الخالدي، 2006، ص. 329).

- وجود مرض نفسي مثل القلق والاكتئاب، ومحاولات المريض علاج نفسه رافضاً الذهاب إلى الأخصائي النفساني خوفاً من اتهامه بالجنون.
- ضعف تكوينه الانفعالي، وزيادة الاعتمادية التي ترتبط بالميول الفمية.
- سيطرة (الهو) ومبدأ اللذة إلى جانب ضعف الأنا الأعلى (Le Sur Moi).
- العناد والرغبة في المغامرة المدمرة لوجود عدوان موجه نحو نفسه.
- الشعور بالإحباط وعدم وضوح الهدف واشتداد المعاناة في أزمة الهوية التي بحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه.
- سهولة الاستهواء بتأثير الصحبة السيئة.
- وجود أفكار مشوشة وخاطئة مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة الكحول أو المخدرات.

3. الأسباب الاجتماعية:

يقصد بالأسباب الاجتماعية جميع الظروف والمتغيرات الاجتماعية التي تحيط بالفرد وتساهم بشكل أو بآخر في تشكيل شخصيته وتكوينها، ويبدأ تأثير تلك الظروف عند الفرد منذ طفولته الأولى المرتبطة بالتنشئة الاجتماعية المقدمة ويستمر طيلة حياته خلال مراحل التنشئة الاجتماعية المتأخرة التي تلعب دورا كبير في ظهور الادمان على المخدرات بطرق معينة وسنتناولها كالأتي:

1.3 الأسرة: يتعلم الأطفال منذ نعومة أظافرهم من والديهم ومجتمعهم التناول غير المراقب للكحول أو تدخين السجائر أو أية مادة أخرى، حسب المجتمع الذي يعيشون فيه وكثير من الأطفال يتعلمون أن تناول الكحول ينتمي للعادات التي يسلكها الوالدين في أوقات فراغهم حيث يتم تناول السجائر أو الكحول عند وجود مشكلات وفي أوقات (القلق–الغضب) أو فنجان القهوة صباحاً...الخ، الأمر الذي يقود إلى أن يتبني الأولاد القادمون من أُسر علاقاتهم مضطربة مدمنون (رضوان، 2002، ص. 404).

2.3 المدرسة: تلعب المدرسة دوراً كبيراً في تنشئة الطلبة فلمعلمين هم القدوة فإذا كان سلوك المعلمين سلوكاً نموذجيا يسوده الأمن وعدم التوتر والصراع، ولم تلجأ إلى العقاب الجسدي والنفسي وأشاعت بينهم العدالة الاجتماعية كلما كانوا أسوياء، إن معالجة المدرسة لرفاق السوء وإرشاد الأهل ومتابعة الطلبة يساعد الطلبة على عدم الوقوع في الانحرافات السلوكية (العزة، 2004، ص. 365).

3.3 جماعة الرفاق: لجماعة الرفاق دور كبير في إدمان الكثير من المراهقين والشباب حيث تشير جميع الدراسات على متعاطي المخدرات أن رفاق السوء كانوا من الأسباب الرئيسية وراء إقبال المبحوثين على تعاطي المخدرات. فقد توصلت الدراسة الميدانية التي أجراها الدكتور عدلي السمري عام (1990)، إلى أن (54.5%) من أفراد العينة كان سبب تعاطيهم المخدرات هو معاشرة رفاق السوء، وأن (88.5%) من المبحوثين حصلوا على المخدر لأول مرة عن طريق الأصدقاء. وتبين دراسة الدكتور محمود الكردي، أن تعاطي المخدرات عند (83%) من أفراد العينة كان عن طريق الأصدقاء و(6%) عن طريق مروجي المخدرات كما اتضح من دراسة الدكتورة سلوى سليم أن (26%) من المبحوثين تعاطوا المخدرات بسبب معاشرة رفاق السوء، وأن (38.1%) عادوا إلى تعاطي المخدر بعد انقطاعهم عنه بسبب الأصدقاء (السعد، 1997، ص. 80).

4. التعرض لثقافة المخدرات:

يشير "سويف" إلى أن التعرض لثقافة المخدرات يمثل أحد العوامل التي تفسر منشأ سلوك التعاطي، ويعرف المنشأ بأنه كيفية ظهور المرض أو الاضطراب، من حيث طبيعة العوامل التي أسهمت في هذا الظهور، والأوزان النسبية لكل منها، وما تمر به من عمليات حتى يفصح المرض أو الاضطراب عن نفسه، ومن خلال ما توصلت إليه الدراسات الميدانية تم تحديد المستويات المتفاوتة من التعرض لثقافة المخدرات وهي:

- السماع عن المخدرات.

- الرؤية المباشرة للمخدرات.
- وجود أصدقاء يتعاطون المخدرات.
- وجود أقارب يتعاطون المخدرات.

ثم أجريت مقارنات إحصائية بين مجموعتين من طلاب الجامعات المتعاطين وغير المتعاطين للمواد المؤثرة في الأعصاب، وكشفت المقارنات أن المتعاطين كانوا أكثر تعرضاً لثقافة المخدرات من غير المتعاطين، حيث بينت النتائج أن نسب الطلاب الذين **سمعوا** عن المخدرات أو **رأوها** أو **كان لديهم أصدقاء** يتعاطونها أو **لهم أقارب** يتعاطونها كانت هذه النسب أعلى بين مجموعة المتعاطين منها بين مجموعة غير المتعاطين، الأمر الذي يرجح وجود علاقة إيجابية ثابتة بين التعرض لثقافة المخدرات واحتمالات التعاطي (درويش، 2005، ص. 259).

5. ضعف الوازع الديني:

هناك من يعتقدون اعتقاداً خاطئاً بعدم تحريم المخدرات شرعاً وأنها مكروهة، ويعود ذلك كله إلى جهل بعض الناس بتحريم المخدرات دينياً وشرعياً، وعدم سؤالهم واستفسارهم من أهل الذكر، كما أن البعض يتذرعون بأعذار وهمية تجاه تحريم المخدرات لتسويق تعاطيهم للمواد المخدرة، ومن تلك الأعذار قولهم بعدم وجود نص صريح لتحريم المخدرات دينيا متناسين جميع أحكام الشريعة الإسلامية السمحة وإجماع فقهاء المسلمين على تحريم المخدرات تعاطياً واتجاراً بنصوص واضحة مع قرائنها المميزة لهذا التحريم بصيغة دينية بحتة.

وقد أثبتت العديد من الدراسات المتخصصة في مجال المخدرات إلى أن الوازع الديني كان من الضوابط القوية في التحكم بسلوكيات الأفراد السلمية، وأن خلخلة الوازع الديني وضعفه عند كثير من المبحوثين كان وراء بحثهم عن تعاطي المخدرات وسيطرتها على أنفسهم، فقد توصلت دراسة **سلوى سليم** إلى أن (88.5%) من أفراد عينة الدراسة لايؤدون فريضة الصلاة

بينما كان و(11.5%) منهم يؤدونها وهم صغار كما أن (81.5%) من أفراد عينة الدراسة لا يصومون شهر رمضان (السعد، 1997، ص ص. 72-71).

كما توصلت دراسة أجراها **مصطفى سويف** عن تعاطي المخدرات في مصر إلى أن (12%) من أفراد العينة فقط يعرفون أن تعاطي الحشيش محرم دينياً، كما أفاد أن (61.5%) من أفراد العينة يرون أن تعاطي الحشيش مكروه فقط، وأفاد (26%) من أفراد العينة أن تعاطي الحشيش غير مكروه وغير محرم (الزعبي، 2008، ص. 203).

6. تركيبة العقار وخواصه الكيميائية:

تختلف فترة الوصول إلى مرحلة الإدمان باختلاف تركيبة العقار وتفاعلاته الكيميائية مع المخ، فيصل الفرد إلى مرحلة إدمان الخمر من خمسة إلى عشر سنوات من الاستعمال المفرط والمستمر، ويصل إلى الإدمان عن طريق استعمال المنومات بصورة منتظمة من خلال شهر بينما يصل إلى إدمان الهيروين من خلال أسبوع أو عشرة أيام على الأكثر، وهنا نلمس الاختلاف في خطورة هذا العقار الأخير عن العقاقير الأخرى.

7. طريقة استعماله:

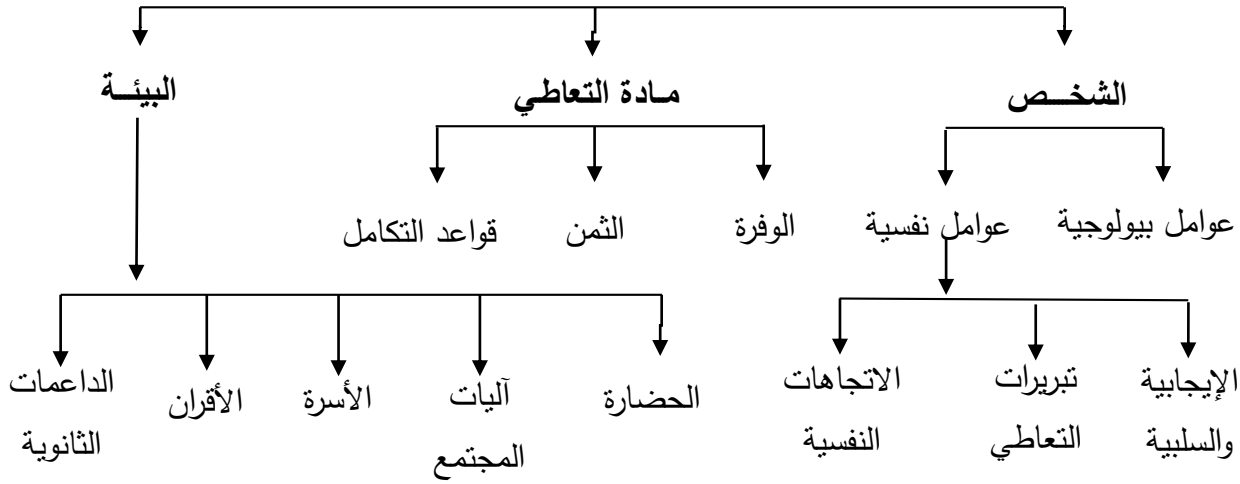
يعد الحقن من أسرع الوسائل للوصول إلى مرحلة الإدمان، أما الاستعمال عن طريق الفم يكون أقل تأثيراً، كما يعد التدخين أبطأ وسائل التعاطي، وبالتالي الإدمان، ويقع الاستنشاق بين التدخين والتعاطي عن طريق الفم.

8- توفر العقار:

مدى توفر وسهولة الحصول عليه وصورة المادة التي يحصل عليها المتعاطي (دعبس، 1994، ص. 25). وقد نلاحظ أنه كلما توفر العقار كلما ارتفعت نسبة التعاطي وبالتالي الإدمان كما هو الحال لدى عمال الحانات والمطاعم، وعمال مصانع التقطير، وموظفي الجمارك، والأطباء والصيادلة.

والشكل التالي يلخص أهم أسباب الإدمان على المخدرات:

أسباب تعاطي المخدرات



شكل: يوضح أهم أسباب الإدمان على المخدرات.

أبرزنا في هذا العنصر أهم العوامل التي تجعل بعض الأفراد يلجئون إلى الإدمان على المخدرات كوسيلة للهروب أو التخلص من بعض المشكلات التي تواجههم مثل محاولة التخلص من المشكلات النفسية والصحية وتأثير جماعة الأصدقاء، ومحاولات التخلص من بعض الضغوط الاجتماعية ومشكلات سوء التوافق...إلخ، وتطرقنا لكل هذا وفقا لما توصلت إليه العديد من الدراسات العلمية.

المحاضرة العاشرة

النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات

لماذا يحدث الإدمان؟ ما هي العمليات المسببة لحدوثه؟ وهل هناك سمات شخصية تخص الشخصية المعتمدة على المواد النفسية؟ للإجابة على هذه الأسئلة يجب علينا التطرق إلى أهم النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان من زواياها المختلفة (النفسية والاجتماعية والمعرفية والسلوكية)، وهناك عدة نظريات تعرضت لموضوع الإدمان على المخدرات بالتحليل والتفسير وهي:

1. النظرية الفسيولوجية:

سيطر علماء الفسيولوجيا على علاج إدمان المخدرات لعدة سنوات لِما لديهم من أسس طبية لتقديم التفسيرات الفسيولوجية البيوكيميائية المرتبطة بمشكلات الإدمان لدرجة أن العديد من الدراسات والأبحاث وجهت اهتمامها نحو التغيرات الفسيولوجية التي تظهر كاستجابة للمواد المخدرة، ففي بعض الدراسات توصلوا إلى وجود مراكز في المخ لاستقبال المواد المخدرة الكيميائية ومراكز أخرى خاصة باستقبال الأفيون، وقد ظهر هذا في استجابات الأنزيمات التي يزيد معدلها مع ظهور الأعراض الانسحابية خلال استقبال عضو الحس.

إضافة إلى ذلك أن بعض الأفراد المتعاطين للكحوليات والمخدرات يتعرضون لانهيار وظائف المخ نتيجة للتمادي في استهلاك وسوء استخدام المواد المخدرة، وكذلك تعاطي الكحوليات – فضلاً عن أن هذا الانهيار يظهر أيضاً نتيجة الإفراط في تناول الجرعات المخدرة، ويرتبط بذلك تدهور حاد في كفاءة الذاكرة واختلال التوازن – وازدواج الرؤية– وقد دلت الدراسات على تأثير الهروين والكوكايين على النسيج الوعائي للقلب والتهابه (رضوان، 2006، ص. 196).

2. نظرية التحليل النفسي:

ما يجعلنا نتساءل لماذا يدمن أحد أفراد أسرة ما ؟ رغم أن الظروف المحيطة بأفرادها واحدة، ولماذا يستطيع أحد الأفراد الإقلاع عن الإدمان والآخر لا ؟ والصيغة العامة لتفسير السلوك الإدماني هي: إحباط قوي لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب سواء كان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط أو نتيجة لاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط والأغلب أن يكون مزيجاً من كل ذلك، وتؤدي نتائج الإحباط إلى التوتر الذي يؤدي بدوره إلى النكوص إلى أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة للتخلص من الموقف المحبط (العيسوي، 1999، ص. 37).

ويرى "أوتوفنيكل" Fenichel أن من أسباب التحول إلى التعاطي وجود (إحباط داخلي) أو كف داخلي وتلك حالات لا يجرؤ الفرد معها على أن يواجه الأنا الأعلى من دون تلك المساعدة المصطنعة وهي التعاطي، وما الإدمان سوى عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فميه في الطفولة.

لذا فالشخص المدمن أساسه التكويني موسوم بالنرجسية (عشق الذات اللاشعوري) وكثرة التطلب، حيث يكون التعاطي بالنسبة للمدمن وظيفياً يحقق من خلاله أدوار متعددة إذ يعمل (التعاطي) بمثابة المهدئ للإحباط والغضب ووسيط نشيط للتنفيس وتحفيز العدائية الكامنة نحو والديه وأصدقائه، وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات وإشباع رمزي للحاجة إلى الحب والعطف وتلك كلها أعراض وظيفية تتناسخ مع بعضها في الدائرة المفرغة العصابية (الباسوسي، 2007، ص. 16).

وترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على أساسيين هما:

أولا: صراعات نفسية: ترجع إلى:

1) الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي الذي يرجع أساساً إلى اضطراب علاقات الحب والإشباع العضوي وبخاصة في المرحلة الفمية.

2) الحاجة إلى الأمن.

3) الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدها.

وتكرار التعاطي يعني الفشل في حل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجات.

ثانيا: الآثار الكيميائية للمخدر: وهو الذي يميز مدمني المخدرات عن غيرهم، وبذلك فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجعان إلى التركيب النفسي للمريض الذي يحدث حالة الاستعداد ومن ثمة يأتي الدور الذي يلعبه أثر المخدر وخواصه.

يفسر التحليل النفسي ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعتري المدمن في طفولته الأولى، وأن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقات الحب في هذه المرحلة بين المدمن ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (ازدواجية الشعور). إن هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معاً. (اسماعيلي وبعيبع، 2011، ص. 59).

ومن خلال ما أشار له الباحثين في أنه لا يوجد نمط فريد للشخصية يسبق الإدمان أو سوء استخدام العقاقير، فالمدمنون مجموعات غير متجانسة من الأشخاص يختلفون من حيث النوع والعمر والثقافة والعقاقير المستخدمة وأساليب التعاطي والأعراض النفسية المرضية المصاحبة، بالإضافة إلى التباين الواضح في الاتجاهات المجتمعية والقانونية نحو المجموعات المختلفة.

وينظر التحليلين إلى المخدر على أنه وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الفرد لإشباع حاجات لا شعورية تخص مرحلة الطفولة خاصة السنوات الأولى المتعلقة بالمراحل الفمية –الشرجية– القضيبية والغالب على المدمن أنه سلبي اتكالي ليس لديه القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط، وهو ما يجعله يحطم ذاته دون أن يدري بالمخدر هذا بدلاً من سعيه في تغيير واقعه الذي يعيش فيه.

3. نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا:

تمثل نظرية **إريكسون** في نمو الأنا وخاصة خلال مرحلة تشكل الهوية في المراهقة وبدايات الشباب أحد الأساسات لتفسير السلوك الجانح كتعاطي المخدرات، حيث يربط **إريكسون** Erikson (1963–1968) بين اضطراب الأنا وتبني المراهق الهوية السالبة وكثير من الاضطرابات السلوكية – بما فيها العدوان والجنوح وتعاطي المخدرات، كما تؤكد نتائج الكثير من الدراسات الغربية الميدانية في هذا المجال انخفاض نسبة محققي هوية الأنا وارتفاع نسبة مشتتي الهوية بشكل خاص بين المتعاطين وغير المتعاطين (الغامدي، 2010، ص. 1).

وفي هذا الصدد يميز **اريكسون** بين ثماني مراحل أساسية تمر بها شخصية الفرد وتنتهي كل منها بجملة من الصفات المكتسبة الجديدة، وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى: أزمة الثقة مقابل عدم الثقة: تظهر هذه الأزمة في السنة الأولى من العمر وتأتي محصلة لنتيجة تفاعل الطفل مع الأم فيما يتعلق بالإرضاع وإشباع الحاجة فقد تنتهي إلى أن تعزز في شخصية الطفل الثقة بالنفس، والاطمئنان بالقدرة على تلبية الحاجة، وقد تنتهي إلى الشعور بعدم الثقة والرغبة في الانسحاب من المواقف لعدم القدرة على مجابهتها (الأصفر، 2012، ص. 38).

المرحلة الثانية: أزمة الاستقلال مقابل الشعور بالخجل: تبدأ هذه الأزمة في السنة الثانية من عمر الطفل، وتتعلق بقدرته على التحكم بعملية الإخراج وتأجيل الإشباع، وقد تنتهي إلى اكتساب **"الأنا"** الشعور بالاستقلالية والقدرة على التحكم بالحاجات تبعاً للظروف المحيطة وقد تنتهي إلى الشعور بالخجل وعدم القدرة على التحكم بالأشياء وضعف الإرادة.

المرحلة الثالثة: أزمة المبادرة مقابل الشعور بالذنب: تتوافق هذه المرحلة مع سن الطفولة المبكرة عند الطفل، حيث تظهر لديه ملامح النمو الحركي والعقلي واللفظي، لكنه يجابه بيئة قد تحول بينه وبين نمو هذه الملامح في شخصيته، فإذا ما تجاوز الأزمة بنجاح ظهر لديه

شعور حب المبادرة والقدرة عليها، وإلا فإن الشعور بالذنب نتيجة الرفض الاجتماعي يصبح من صفاته الأساسية التي يصعب عليه التخلي عنها فيما بعد (الغامدي، 2012، ص. 212).

المرحلة الرابعة: أزمة المثابرة مقابل الشعور بالنقص: تأتي هذه المرحلة مرافقة لمرحلة الطفولة المتوسطة التي تقترن بتغيرات كيفية في النمو العضوي والعقلي، وتصبح الرغبة في الإنجاز حاجة ضرورية، فإذا ما تجاوز الطفل هذه المرحلة بنجاح امتلك شعوره بالقدرة على الإنجاز والمثابرة في تحقيق الطموحات، ومع ظهور ملامح الفشل يزداد لدى الفتى الشعور بالنقص وعدم القدرة على تحقيق الأهداف مما يولد لديه الشعور بالخمول (الأصفر، 2012، ص. 39).

المرحلة الخامسة: أزمة الهوية مقابل اضطراب الدور (فاعلية التفاني مقابل تجاهل الدور): ترتبط بمرحلة المراهقة وبدايات الشباب، وما يتبعها من تغيرات بدنية ونفسية وتوقعات اجتماعية ويرتبط تحقق الهوية بحل أزمات النمو السابقة وسلامة الظروف الاجتماعية وخاصة ما يقدمه المجتمع من دعم للمراهق يشمل توفير الأدوار المناسبة والسماح بفترة محددة لتجريبها واختبارها، ويفضي تحقيقها إلى إحساس المراهق بالتفرد، والوحدة والتآلف الداخلي، والتماثل والاستمرارية المتمثل في إحساس بارتباط ماضي هو مستقبله وإحساسه بالتماسك الداخلي والاجتماعي. ويترجم ذلك سلوكياً من خلال محاولة الفرد الوصول إلى تحديد تعريف لذاته وتبني أيديولوجيات وأدوار مقبولة اجتماعياً، من خلال محاولة الوصول إلى إجابات لتساؤلات مثل (من أنا؟ وماذا أرى؟ وإلى أين تتجه؟) (الغامدي، 2010، ص. 7). ومع تحقيق الهوية يكتسب الأنا قوة جديدة تتمثل في التفاني، وتعني قدرة المراهق على تحديد معنى وجوده وأهدافه في الحياة ووضوح خططه لتحقيق هذه الأهداف. ويترجم التفاني عمليا من خلال الالتزام والولاء بأيديولوجيات محددة يتم اختيارها اختياراً حراً، وذلك على الرغم من التناقضات بين الأنساق القيمية.

المرحلة السادسة: أزمة المودة مقابل العزلة: تأتي هذه الأزمة في مرحلة الشباب، وترتبط في جزء كبير منها بما تم إنجازه في المراحل السابقة، فمن يتمتع بالهوية ووضوح الأهداف والطرق التي تساعده في تحقيق أهدافه غالباً ما يتمتع بقدرة أكبر على التفاعل مع الآخرين وتعزيز الارتباط بهم، مما يعزز في وعيه الشعور بالحب للآخرين والتفاعل معهم، غير أن الفشل يؤدي به إلى الشعور بالعزلة والابتعاد قدر المستطاع عن عملية التفاعل مع الآخرين والاستغراق الذاتي.

المرحلة السابعة: الإنتاجية مقابل الركود: تأتي هذه المرحلة في مرحلة النضج العقلي والجسمي، وتقترن مع ظهور المسؤوليات الاجتماعية المترتبة على الموقع الاجتماعي الذي يشغله في حياته بوصفه أباً أو عاملاً وغيرها، فغالباً ما يؤدي به النجاح في الأدوار التي يقوم بها إلى شعوره بالتفاني والرغبة في العطاء والإبداع في العمل، دون اشتراط المقابل، بينما يؤدي سوء الظروف التي مر بها الفرد إلى شعوره بالأنانية والتفرد وعدم الرغبة في المشاركة الاجتماعية.

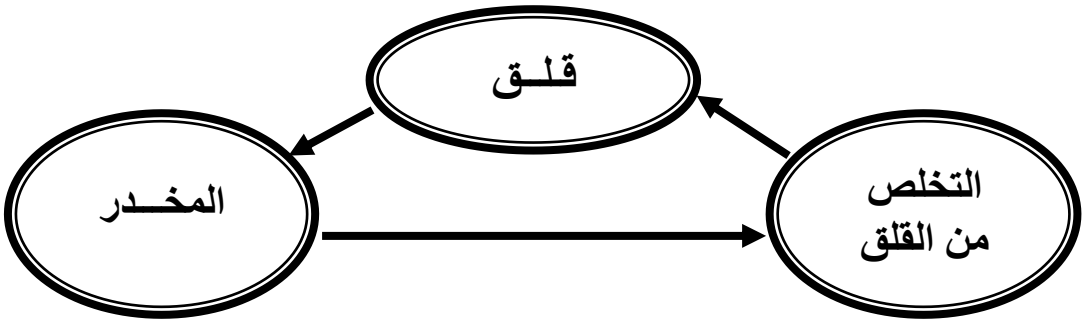
المرحلة الثامنة: أزمة التكامل مقابل اليأس: تأتي هذه الأزمة في مرحلة الرشد المتقدم، فإذا ما تم تجاوزها بنجاح اكتسب الفرد ما يعرف بصفة الحكمة التي تؤهله للحكم على الأشياء بتوازن واعتدال كبيرين، مما يمنحه القدرة على مجابهة مشكلاته المتوقعة في مرحلته العمرية القادمة بينما يؤدي الفشل في هذه الأزمة إلى الشعور باليأس والخوف من المستقبل والاضطراب، ورفض الظروف التي يعيشها، والقلق إزاء المشكلات التي يتوقعها في مرحلته العمرية القادمة (الأصفر، 2012، ص. 40).

4. النظرية السلوكية:

هناك الكثير من الاتجاهات الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات، ولكن السلوكيين فضلوا استخدام مفهوم طبيعي يتمثل في خفض التوتر ينسبون إليه إدمان المخدرات فالأفراد يتعاطون المخدرات لخفض مشاعر الألم والغضب والضيق وخاصة القلق، فإذا كانت

المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطون المواد المخدرة يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية بهدف المزيد من خفض مشاعر الألم والغضب والضيق والقلق (غباري، 2007، ص. 59)، إن تفسيرات نظريات التعلم لسوء استخدام العقار مبنية على مفاهيم وظفت في علم النفس السلوكي، وباختصار فالمبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كفئوا عليها وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها أو عوقبوا عليها، وقد طبق مُنظِرو التعلم هذا المبدأ على استخدام وسوء استخدام العقاقير.

ويشير "**ستولرمان**" Stolerman إلى أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن عقاقير إدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافئات) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافئات المتفق عليها مثل الطعام أو النقود، وتتحدد قيمة مكافئة العقار تجريبياً بتأثيرها في الإبقاء على سلوك استخدام العقار. فتعاطي العقاقير وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر ويتعاطى الكحول أو المخدر يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعماً لتناوله هذه المواد في المرات التالية، مع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الانسحاب المزعجة (فايد، 2006، ص. 169). وبهذا يعيش المدمن في دائرة مفرغة بين القلق والمخدر ويمكن تمثيل ذلك في الشكل التالي: (الزعبي، 2008، ص. 199)



شكل: يوضح الدائرة المفرغة بين القلق المخدر.

5. النظرية المعرفية السلوكية:

يهتم الاتجاه السلوكي المعرفي في تفسير ظاهرة الإدمان من خلال مبدأين أساسيين هما القهر والتوقعات كتالي:

1.5 القهـــر Compulsion: وجهة النظر السلوكية–المعرفية ترى أن الأفراد يجب أن ينظر إليهم كصانعي قرار نشطين وضابطين للنفس، ويرى المعالجون السلوكيون–المعرفيون القهر باعتباره مبنياً على التوقعات والتعلم، أنهم يوافقون على أن الأفراد ذوي المشاكل الكحولية أو العقارية سوف يشعرون غالباً أنهم لا يستطيعون التحكم في سلوكهم، ويقدم هذا واحدا من أهم المفاهيم الذي ضمها هذا النموذج لمجال الكحول والعقار وهي التوقعات (فايد، 2005، ص. 46).

2.5 التوقعـات Expectation: يرى أنصار الاتجاه السلوكي– المعرفي أن تعاطي الأفراد للكحول والعقاقير إنما يتحدد جزئياً على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثير الكحول والعقاقير والأنظمة الاجتماعية التي تحكم ردود أفعال الفرد والجماعة للكحول والعقاقير، وأن هذا بمثابة محور أكثر أهمية من الإلحاح البدني لشيء ما يمكن أن يسمى (الاشتهاء) لعقار فالأفراد لديهم معرفة وتوقعات بتأثير الكحول والعقاقير قبل أن يبدؤوا في استخدامها بزمن طويل، وحينما بدئوا في استخدامها، فإن معرفتهم وتوقعاتهم أصبحت أكثر تركيزاً وأكثر وضوحاً وتحديداً.

ويؤكد **بندورا** (1980) أن القدرة على تصور النتائج المستقبلية للفعل هو مصدر معرفي للدافعية، وهناك نوعان من التصورات:

1) التصور العقلي السلبي: ويؤدي إلى انخفاض أو غياب احتمال حدوث السلوك.

2) التصور العقلي الإيجابي: وغالباً ما يؤدي إلى تجسيد السلوك، والتصورات الإيجابية في محتواها بالنسبة للمراهق، قد تبعث فيه الرغبة في التجريب، وقد أكد الباحثون أنها غالباً ما

تنتهي بتجسيدها في الواقع عكس التصورات السلبية، وقد تحدث أول تجربة للتعاطي عنده كما هو مبين في الشكل التالي:

شكل: يوضح التصور الإيجابي للتعاطي.

ولهذه التجربة والظروف المحيطة وكذلك تجسيدها للتوقعات السابقة، الأثر البالغ في استقرار المعتقدات المرتبطة بتعاطي المخدرات، مما يؤدي إلى استمرارية هذا السلوك (التعاطي المنتظم) ثم الإدمان (زبدي، 2011، ص ص. 28- 29).

المحاضرة 11

الأضرار الناجمة عن تعاطي المخدرات

إن أضرار المخدرات كثيرة ومتعددة، فتأثيرها السلبي يمس كل من المدمن كنسق فردي وكذلك الأسرة كنسق اجتماعي وبالتالي المجتمع، لأن المدمن باعتباره فرد يعيش في المجتمع فهو يؤثر في مجتمعه ويتأثر به، فالمخدرات لا تنهك جسد متعاطيها فقط بل تمتد إلى أبعد من ذلك، فهي تساهم في تفكيك الأسرة وتشرد أبنائها، وفساد المجتمعات وتبديد المال الخاص والعام، ومن بين الأضرار التي تُخلفها المخدرات ما يلي:

1. الأضرار الجسمية:

تعاطي المخدرات له أضرار حادة ومزمنة في أغلب الحالات يكون لها نتائج سلبية على صحة المراهق الذي يستخدم ويسيء استخدام المخدرات والمواد النفسية، فكل المواد القابلة لإساءة الاستخدام لا يتوقف تأثيرها على مجرد الآثار المرغوبة والأقل ضرراً على تشغيل الدماغ ولكنها تمتد أيضاً إلى الآثار الفسيولوجية الدائمة التي تؤثر على الوظائف الجسمية الأخرى، ويذكر **سيف الإسلام آل سعود** أن المتعاطين يصابون بأمراض جسمية خطيرة مثل التهاب الكبد الوبائي وارتفاع السكر وضغط الدم، كما يؤثر في بصفة عامة على صحة الفرد المدمن، وقد أبرزت نتائج البحوث التي قام بها **سويف وآخرون (1982)** أن السلوك المعرفي والنفسي والحركي يحدث له قدر من التدهور بسبب التعاطي، حيث يحدث الكحول خللاً واضحاً في التفكير وسوء الإدراك، وقد اتضح بشكل عام أن غير المتعاطين أفضل أداء على المقاييس التي تقيس هذه الخصائص المعرفية والنفسية والحركية (الغول، 2011، ص. 258).

وتمتد آثار تعاطي الكحول لدى الأمهات لأبنائهن حيث أثبتت الدراسات أن النساء اللاتي يدمن الكحول يولد عندهن أطفال لديهم أعراض إدمان الكحول، وأن تناول الكحول في

الأشهر الأولى من الحمل يؤدي إلى موت بعض خلايا الجنين ويولد الجنين مع بعض التشوهات (Didoi & Lamoureux, 2007, p. 19) .

كما أن متناولي الحشيش تتناقص لديهم القدرة على التركيز والتذكر، ويصاب جهازهم التنفسي بسرطان الرئة في مدة أقل ممن يدخنون التبغ، وذلك حسب كل الشخص والكمية المستهلكة وتركيبة المنتوج، كما أن القنب يحدث لدى متعاطيه انتفاخ الأوردة الدموية احمرار العين، زيادة الشهية، زيادة في نبضات القلب والشعور بالغثيان وجفاف الفم (Didoi & Lamoureux, 2007, p. 28). ومن بين أضرار تعاطي الكوكايين ظهور نوبات كآبة شديدة وشعور مؤقت وزائف بالسعادة واتساع حدقة العين، حدوث ثقب في الحاجز الأنفي نتيجة الشم المتكرر وتقلص وارتعاش عضلات الوجه واليدين، التهاب الكبد والتشنج وحدوث هلوسات سمعية وحسية وبصرية، الحك الوهمي، الإصابة بالأرق والهزال وفقدان الرغبة الجنسية وفقدان الشهية للطعام، ضعف القوى العقلية وتدهورها لدرجة الإصابة بالجنون (السعد، 1997، ص. 15).

كما يؤدي الاستعمال الغير مشروع للمواد النفسية إلى انتقال العدوى والإصابة بمرض فقدان المناعة الطبيعية (الإيدز) من خلال استخدام المتعاطي للحقن الملوثة في تعاطي هذه المواد، حيث أثبتت البحوث والدراسات تلك العلاقة الوثيقة بين مرض فقدان المناعة الطبيعية والإدمان (الغول، 2011، ص. 260).

كما تشير التقديرات إلى أن الانتشار العالمي لالتهاب الكبد كان عدوى (C) بين متعاطي المخدرات بالحقن في عام (2010) بـ (46.7%)، أو نحو (7.4) ملايين شخص يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن مع إصابة التهاب الكبد (C) في جميع أنحاء العالم (على أساس البيانات استقراء من 54 بلداً)، في حين أن الانتشار العالمي لالتهاب الكبد (B)، قدرت العدوى بـ (14.6%)، أو نحو (2.3) مليون نسمة متعاطي للمخدرات المصابين بفيروس التهاب الكبد (B) (بناء على البيانات استقراء من 46 بلداً). (World Drug Report, 2012, p 15)

وقد أوضحت دراسة أجراها **حمدي مكاوي وآخرون** بهدف مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات المختلفة، وعينة ضابطة لدراسة المتغيرات البيولوجية، والنواحي النفسية والإكلينيكية، وإلقاء الضوء على أي تغيرات في كيمياء أو النشاط الكهربي للجسم، من خلال دراسة محورين هما المحور النفسي والمحور البيولوجي، فقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن المخدرات تُقلل من النشاط الجسمي مما يؤكد نقصان الهرمون الذكري، ومن ثمة تسبب إعاقة في تخفيف الحيوانات المنوية.
- تزيد المخدرات من الانفعال والقلق وتجعل المدمن متهوراً (مندفعاً)، وما يؤكد ذلك نتائج القياسات الكهربائية للدفاع.
- تسبب زيادة المخدر في إثارة القشرة المخية، وتسبب بؤرا دماغية.
- المخدرات تسبب زيادة في التشوهات الكروموزومية التركيبية والعددية لدى المدمنين، وبالتالي تسبب اضطراباً في العوامل الوراثية التي يؤديها وجود عنف لدى المدمنين.
- قلة كفاءة الكبد ووظائف كل من الكلى والكبد، وتعاطي المخدرات بجرعات زائدة عادة ما يسبب نقص أو انعدام الأكسجين المطلوب لأنسجة الجسم مما قد يؤدي إلى الوفاة (الغول، 2011، ص. 263).

ويشير مركز **للتحكم الأمريكي** إلى وفاة ما يقارب نصف مليون شخص (59.7%) منهم ذكوراً نتيجة إصابتهم بأمراض تترتب على التدخين، وتصدر قائمة هذه الأمراض سرطان الرئة المسؤول عن (28.2%) من هذه الوفيات، بينما كان سرطان الرئة وراء (3%) من وفاة النساء سنة (1950)، وعن (25%) من هذه الوفيات سنة (2000) (شحاتة، 2006، ص. 05).

2. الأضرار الجنسية:

قد يكون للكثير من المخدرات في بداية التعاطي تأثير على زيادة التهيجات الجنسية ففي حالة تعاطي الأمفيتامينات مثلاً، يثير هذا التعاطي في البداية النشاط الجنسي، ثم لا يلبث أن يصاب المتعاطي بالضعف الجنسي بعد طول الاستعمال.

كما ساعد هذا النشاط بعض المتعاطين على الاعتقاد خطأ بقدرة العقاقير على إحداث المتعة الجنسية بما تحمله من إطالة لفترة الجماع، وعلاج بعض المشاكل الجنسية الخاصة بسرعة القذف، أو ضعف الرغبة الجنسية، أو إزالة التوتر والقلق عند عملية الممارسة.

ففي إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع المصري في عام (1983) على عينة قوامها (213) فردا من المتعاطين للمخدرات، وجد أن (36.62%) من العينة الكلية يعتقدون في قدرة المخدر على تنشيط الجنس بدرجة كبيرة، في حين يعتقد (25.35%) منهم أن التنشيط الجنسي يتم بدرجة بسيطة، كما يرى (15.49%) أنه لا يحدث أي نشاط، إلى جانب أن (22.54%) فقط يرون أن المخدر يؤدي إلى الضعف الجنسي.

ولكن النظر إلى الموضوع من الجانب العلمي بعيداً عن النظرة الذاتية للمتعاطين تؤكد أن الباحثين في مجال الاعتماد على العقاقير والمخدرات يتفقون على انعدام تأثيرها على الأعضاء والوظائف الجنسية.

أما ما يحدث للمتعاطي من تهيج في بداية التعاطي، فلا يستمر طويلا، فسوف تصاب الخلايا الجنسية بالضمور والضعف بعد فترة الاستخدام، ويصبح الإحساس بعد ذلك مجرد عرض سيكولوجي أكثر من كونه تأثيراً فارماكولوجياً على الأعضاء التناسلية ذاتها.

وقد أكدت نتائج بعض المؤتمرات التي عقدت في "هونج كونج" و"بانجكوك" عام (1964) على أن التخدير الجزئي الناجم عن تعاطي المخدر يجعل الرجل غير واع تماماً

لعملية الجماع الجنسي، حيث يكون تفكيره منقطعا وغير مركز، الأمر الذي يطيل زمن الجماع وهو ما يطلبه الرجل حتى يرضي شريكته جنسياً، ويشعر هو الآخر باحترام رجولته.

كما أن الحالة النفسية التي يعيشها المتعاطي تجعله يفقد السيطرة على تقدير الزمن الأمر الذي يجعله يعتقد أن عملية الجماع الجنسي قد استمرت ساعات طويلة، في حين أنها في الواقع قد استمرت لدقائق معدودة (الزعبي، 2008، ص ص. 182- 183).

وترى مدرسة التحليل النفسي أن المدمن هو شخص معتل جنسياً، فهو يتعاطى العقاقير إما لتجنب الممارسات الجنسية الشاذة عن طريق ما يحدثه المخدر من كبت لهذه المشاعر أو لكي يزيل الموانع الاجتماعية والأخلاقية (عن طريق نفس العملية) والتي تقف في طريق هذه الرغبات لكي يتحقق له ممارسة هذا الشذوذ بالفعل.

وترى **نيس واندر** (Nyswander) أن الإدمان يعوق أو يقلل من الرغبة الجنسية حيث تحدث المشاكل والصعوبات الجنسية لدى الزوجين حينما يصبح أحدهما من المدمنين بسبب العقار أو المخدر والذي يصبح هو في حد ذاته عاملاً مهماً في نقص الاهتمام بالعملية الجنسية.

وقد دلت جميع الإحصاءات العالمية على أن معظم الشواذ جنسيا مدمنو مخدرات لأن المخدرات صورت لهم خيالاً جنسيا مختلفا. وأصبح لديهم انحراف واضح في إدراكهم للجنس الذي انعكس بصورة الشذوذ في مشاعرهم وفي ممارساتهم.

كما وجد **جيمس جينفر** James Jennifer (1976) علاقة بين الإدمان والدعارة في بحث عن مائة امرأة من السود والبيض في إفريقيا، حيث تشير نتائج البحث إلى تفاعل بين بداية الدخول في الإدمان والدخول في الدعارة، فالدعارة تساوي الإدمان، والإدمان يساوي الدعارة.

فالدعارة وسيلة للحصول على المال من أجل شراء المخدر نتيجة ما تعانيه من ضغط انفعالي للحصول عليه، وبسبب آلام الانسحاب الشديد اللازمة عند الانقطاع عن المخدر، كما تلجأ العاهرة إلى الإدمان بعد الدعارة لدعم عادتها في الممارسة الجنسية لتجنب الشعور بالملل من التكرار والروتين، ولبعث القدرة على الحيوية والنشاط وملاطفة الزبائن (الزعبي، 2008، ص ص. 184- 185).

3. الأضرار النفسية:

إن الجرعات الأولى من المخدرات لها آثار نفسية تدوم لفترات طويلة، بالإضافة إلى أنها تترك اضطرابات نفسية مثل الإحباط (Vaccarino, 2007, p.32).

ولقد توصلت الدراسات الحديثة في علم النفس أن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى ظهور الأعراض النفسية ومن بين هذه الأعراض: (الغول، 2011، ص. 276).

- اللامبالاة والاستهتار والتهاون والسلبية في كل شيء وفقدان الطموح.
- تدهور مستوى الذكاء وضعف التفكير وسطحية الإدراك والانتباه وتردي مستوى الذاكرة.
- تدني مستوى السلوك الاجتماعي، وإهمال المظهر الخارجي وعدم الاعتناء بالملبس مع نحافة الجسم وشحوب وجهه واضطرابات مشيته.
- فقدان الثقة بالنفس وضعف الإدراك والشعور بالمذلة أمام سيطرة المخدر.
- القلق والخوف المستمر من أن يأتي وقت يتعذر فيه الحصول على المخدرات تمثل تهديدا خطيرا، وقد يؤدي به ذلك إلى الأرق المزمن الذي قد يتحول إلى اكتئاب شديد مرفوق بنوبات هستيرية.
- ظهور الهلاوس السمعية.

ولقد توصلت بعض الدراسات التطبيقية التي أجريت في مجال تعاطي المخدرات إلى إصابة المتعاطين بأمراض نفسية مختلفة، حيث أجرى "**صالح السعد**" دراسة على عينة من متعاطي المخدرات في الأردن، وبلغ حجم العينة (270) مبحوثاً نصفه من الأردن والنصف

الآخر من جنسيات عربية مختلفة معظمهم من مصر، حيث أفاد (14.8%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض نفسية مقابل (25.2%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى، كما أفاد (20.7%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض جسدية مقابل (25.1%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى (السعد، 1997، ص. 17).

ويؤكد **سعد المغربي** (1986) "أن تعاطي المخدرات سبب في الإحباط الشديد والعدوان والعجز عن إشباع الحاجات، ويترتب عن ذلك فقدان الأمن والهوية والشعور بالاغتراب وشعور مؤلم بدايته خالية من المعنى والقيمة والقدرة، وسبب هذا الواقع المؤلم الذي يعتقد المدمن أنه يعيشه والتخلص منه يتم عن طريق المخدر الذي يمنحه الراحة والنشوة الزائفة، ويعد هذا عرضاً لسوء الصحة النفسية والاجتماعية واضطراب الشخصية".

4. الأضرار الاجتماعية:

يؤدي تعاطي المخدرات والإدمان عليها إلى أضرار اجتماعية بالغة في كثير من الحالات تحيط بالمتعاطي نفسه وتنسحب إلى المحيطين به من أفراد أسرته وبعض المقربين منه من الأصدقاء وتنعكس بالتالي على المجتمع واستقراره وأمنه الاجتماعي، سيما وأن تعاطي المخدرات في المجتمعات العربية الإسلامية يرتبط بالكرامة الشخصية للمتعاطي الذي كثيراً ما يحاول الحفظ على ممارساته السلوكية المرتبطة بتعاطي المخدرات، نظراً لنبذ المجتمع لهذه العادة وسلوكياتها تخالف القوانين والعراف الاجتماعية وما يتصل بها من قيم وعادات وتقاليد ترفض تلك الممارسات السلوكية الخاطئة (السعد، 1997، ص. 21).

ويؤدي تعاطي المخدرات والإدمان المزمن إلى دمار وتفكك عائلي حيث أسفرت دراسة قام بها **سعود حجازي** (1997) على عينة من المدمنين وأسرهم عن ملاحظة أن المدى الذي يحدث فيه الإدمان يقع في الفترة العمرية الصغيرة، ويرجع ذلك إلى أن كبار السن من المدمنين عند الكبر يعلنون عن توبتهم متبعين تعاليم الدين المحرمة للتعاطي أما بالنسبة للحالة الزواجية فقد اتضح أن تلك الحالات من غير المتزوجين و(32.5%) من المتزوجين منفصلين

و(12.2%) مطلقون و(5.9%) فقدوا زوجاتهم، مما يعطي مؤشراً عن مدى التحطيم وعدم الاستقرار الأسري الناتج عن الإدمان، كذلك أكدت الدراسة أن الإدمان ينتشر في المدن أكثر من القرى، وكان من أسباب الطلاق والانفصال أن الحياة مع المدمن مستحيلة واعتقادات المدمن مضللة وغير حقيقية، والمدمن دائماً كاذب ولا يمكن الثقة به، والبعض منهم يؤذون الزوجة والأولاد بالضرب.

كما أن تعاطي المواد النفسية المحدثة للاعتماد أضراراً اجتماعية أخرى، ولعل من أهمها الخسائر البشرية التي تعني مجموعة الأفراد الذين يخرجون كلياً أو جزئياً من حساب القوة العاملة في المجتمع كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة لمشكلة التعاطي.

وفي الأسر الشعبية الفقيرة يمثل رب الأسرة المكان الأول من حيث توفير الجانب المادي لأسرته ومن حيث الراية الاجتماعية والأخلاقية، ويؤدي التعاطي والإدمان لرب الأسرة إلى التدرج في تناقص قدرته على تأمين حاجيات الأسرة المادية، وينتهي به الأمر إلى الخروج من المهنة أو الطرد من العمل.

وبين البدء في التعاطي والنهاية الحتمية في الإدمان وبالتالي الطرد من العمل يمتد زمن طويل تتميز فيه العلاقات الأسرية بالصراع والعداوة والانفعال والأحقاد (الغول، 2011، ص ص. 286-287).

5. الأضرار الاقتصادية:

يُحدث الاعتماد على الخمور والمخدرات آثاراً اقتصادية عديدة لكل من الفرد والمجتمع، حيث تستهلك العقاقير المختلفة جزء كبيراً من دخل المتعاطي، كما تكلف اقتصاد الدولة مبالغ كبيرة في عملية المكافحة والوقاية والعلاج.

فضلاً عن ذلك يميل أغلب المتعاطين إلى زيادة الجرعة بسبب حدوث التعود، وهذه الزيادة تكلف المتعاطي مبالغ إضافية كبيرة، ففي إحدى الدراسات التي أجريت في الجمهورية

اليمنية من قبل **برونستين** (Bronstien) تبين أن القات يستقطع (13%) من ميزانية الأسرة حيث يأتي في المرتبة الثانية بعد الحبوب الغذائية من حيث الإنفاق، وفي دراسة أخرى عن القات في اليمن أيضا وجد أن متوسط ما ينفقه الفرد المتعاطي على القات يصل إلى حوالي (44) ريالا يوميا، كما أن متوسط الوقت الذي يستغرقه متعاطي القات يبلغ حوالي أربع ساعات يومياً، بحيث يكون الفاقد السنوي نتيجة لهذه العملية حوالي (1460) ساعة.

أما في جمهورية مصر العربية فإن مكافحة المخدرات تكلف الدولة أكثر من (200) مليون جنيه سنوياً، بالإضافة إلى ما تنفقه الدولة في علاج المدمنين وتقديم الخدمات للمتعاطين المودعين في السجن.

وفي السودان تقدر الخسائر التي يسببها شاربو الخمر في الخرطوم فقط حوالي (3195) مليون جنيه سوداني سنويا، وفي الدول غير العربية، أظهرت الدراسات في كل من كندا وفنلندا وفرنسا وأمريكا أن ما بين (10-15%) من مرضى المستشفيات يصابون بالأمراض الناتجة عن تعاطي الكحول وأن تكاليف علاج هؤلاء المرضى يستقطع حوالي (40%) من الإنفاق الكلي للخدمات الصحية.

فضلاً عن ذلك أثبتت بعض الدراسات التي أجريت في بريطانيا وأمريكا أن الإدمان يُشكل صعوبات في تحقيق التوافق المهني للأفراد، حيث يكون المدمن بمثابة العاطل عن العمل، أو العامل غير المنتظم، فهو يتغيب عن العمل بسبب التأثيرات المهبطة للمخدرات كما أنه يصبح غير مكترث ويجعله أكثر عرضة للحوادث وإصابات العمل.

ولهذا يمكن القول أن تعاطي الخمور والمخدرات يؤدي إلى آثار سلبية كبيرة على اقتصاد الفرد والأسرة والمجتمع، نظراً لما ينفقه المتعاطي في شراء هذه المواد، ولما تخصصه الدولة من أجل الوقاية والعلاج من استفحال شر المواد المخدرة (الزعبي، 2008، ص. 187).

المحاضرة 12

الأحكام الشرعية في المخدرات

حرص ديننا الإسلامي على تحديد رؤية واضحة وصريحة في مبادئه وأحكامه بشأن تحريم المخدرات، كونها تضر بالدين والعقل والنفس والعرض والمال في جميع النواحي الاجتماعية والاقتصادية والنفسية... لقوله عز وجل «وَلاَ تُلْقُواْ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ». سورة البقرة، الآية (195).

1. تحريم المخدرات في الإسلام

جاء تحريم المخدرات في الإسلام بصيغة تدريجية لقوله عز وجل «وَمِن ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَالأَعْنَابِ تَتَّخِذُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَرِزْقًا حَسَنًا». سورة النحل الآية (67)، ثم أنزل الله عز وجل قوله «يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِن نَّفْعِهِمَ». سورة البقرة الآية (219) ثم توالت آيات تحريم الخمر والمخدر لقوله عز وجل «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُواْ لاَ تَقْرَبُواْ الصَّلاَةَ وَأَنتُمْ سُكَارَى حَتَّىَ تَعْلَمُواْ مَا تَقُولُونَ». سورة النساء الآية (43)، وأنزل الله عز وجل آية التحريم بقوله «إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاء فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللّهِ وَعَنِ الصَّلاَةِ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُون». سورة المائدة الآية (91) (رضوان، 2002، ص. 400).

ولقد أجمع فقهاء المسلمين على تحريم المخدرات– وعلى أنها من كبائر الذنوب وقد ثبت تحريم المخدرات بالنص وبالقياس وبقاعدة دفع الشر وسد الفساد وقد نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن **كل مسكر مفتر**، والمفتر هو من يورث الفتور والخدر في الأعصاب والأطراف، والثابت بالحسن والمشاهدة وبالتالي فالحشيش والأفيون ومشتقاتهما يدخلان تحت مفهوم المفتر وليس الخمر وهما ألعن وأخطر من الخمر– كما أوجب رسول الله بعدم مجالس

شارب الخمر، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: { من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فلا يقعد على مائدة تدار عليها الخمر}.

ويرى **الإمام ابن تيمية** أن المخدرات فيها من المفاسد ما ليس في الخمر فهي أولى بالتحريم ومن استحلها فهو مرتد عن الإسلام إلا إذا تاب وأناب، وإلا قتل مرتدا ولا يصلى عليه ولا يدفن في مقابر المسلمين كما أفتى الإمام ابن تيمية بجلد من يشرب الخمر ويدخن الحشيش، وأكد "**ابن القيم**" في كتابه زاد المعاد، أن الخمر يدخل فيها كل مسكر مائعا كان أو جامد عصيرا أو مطبوخا وكلها فسق وفجور (متولي، 2000، ص. 138).

2. علاقة المخدرات بالإجرام:

للمخدرات في عالم الجريمة أهمية خاصة، وتلعب دورا هاما في الإجرام، إذ أنها تعد عاملاً من العوامل الدافعة إليه، ويعد الادمان على المخدرات جنوحا أو جريمة لأنه ينحرف عن ضوابط المعايير الثقافية والقانونية في معظم المجتمعات الإنسانية (العمر، 2009، ص. 12)، فعلى خلاف الخمر الذي لا يعد استهلاكه أو بيعه جريمة في غالبية الدول، يعد تعاطي المخدرات والاتجار فيها من الأفعال التي تجرمها التشريعات الجنائية، سواء تعلق الأمر بالمخدرات الخفيفة مثل الحشيش أو بالمخدرات القوية مثل الهيروين والكوكايين والأفيون والمورفين، ويترتب على وجود الحظر في هذا المجال أن تعاطي المخدرات والاتجار فيها يعد في ذاته جريمة ويفضي إلى زيادة مباشرة في نسبة الإجرام في المجتمع، هذا من ناحية.

ومن ناحية أخرى، تساهم المخدرات في زيادة عدد الجرائم المرتبطة بها، فالإدمان مع نقص المواد اللازمة لضمان حاجة المدمن قد يدفعه ذلك إلى ارتكاب بعض الجرائم لتدبير احتياجاته من المخدر، وأهم تلك الجرائم ما يقع على المال لشراء المخدر الذي يكلف كثيرا وتزوير التذاكر الطبية لصرف المخدر والسطو على الصيدليات لسرقة ما بها من مواد مخدرة يرخص لها القانون بحيازتها للأغراض الطبية، وتدفع الحاجة إلى المخدر ضحايا السموم البيضاء في بعض الأحوال إلى الجرائم الأخلاقية المختلفة، كما أن حالة الإثارة والهياج الناشئة

عن تناول بعض المخدرات تطلق العنان للغرائز وتضعف من مقدرة المدمن على الحد من سيطرتها، فيندفع إلى ارتكاب بعض الجرائم، لا سيما القتل والضرب والجرح والاعتداء على الأعراض.

ويمكن القول بأن المخدرات تمارس ذات التأثير غير المباشر على مدمنيها، من حيث أنها تعد عاملا مباشرا من عوامل إجرامهم، وأنها تؤثر اجتماعيا واقتصاديا على ذرية المدمن، كما أنها تخلق بيئة غير ملائمة لأولاده تساهم في تكوين شخصياتهم وتدفعهم إلى الإجرام فيما بعد، هذا فضلا عن التأثير البيولوجي للمخدرات على ذرية المدن، وهو تأثير لا يختلف كثيرا عن تأثير الخمر في هذا الخصوص (الشاذلي، 2009، ص. 183).

إن تعاطي المخدرات وإدمانها يظهر لنا الآثار السلبية لآفة المخدرات، حيث أن هذه الآثار السلبية لا تقع غلى الفرد فقط، فباعتباره عضوا في النسق الاجتماعي فإن مشكلاته الإدمانية تقع عليه وعلى أسرته وتمتد إلى المجتمع لأن المخدرات أشبه بالأمراض المعدية في سرعة انتشارها، وفي مخلفاتها فهي سبب ارتفاع معدل الجرائم في المجتمع، وانتشار الفقر والأمراض المعدية مثل الايدز، والحروب...إلى غير ذلك من المشكلات التي لا يمكننا حصرها.

المحاضرة 13

جرائم المخدرات الواردة في التشريع الجزائري

تم التوقيع على الإتفاقية الدولية لمكافحة المخدرات بمقر الأمم المتحدة بنيويورك في 13 ديسمبر سنة 1961، ودخلت حيز التنفيذ في 13 ديسمبر 1964، تضمنت عدة أهداف أهمها جمع الإتفاقيات والبروتوكولات الدولية التي تم إبرامها قبل سنة 1961 في وثيقة واحدة كما كانت تهدف إلى النهوض بالتعاون ما بين الأطراف لأجل التمكن من التصدي لمختلف مظاهر مشكلة الإتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية، وذلك بإتخاذ تدابير ضرورية في التشريع كل دول طرف داخليا (صخري، 1988، ص ص. 535-536).

لقد اعتمدت الجزائر في مكافحة آفة المخدرات على الإتفاقيات الدولية، ويقصد بذلك الإتفاقية الوحيدة المتعلقة بالمخدرات لسنة 1961م المصادق عليها بموجب المرسوم رقم 63/343 المؤرخ في 11 ديسمبر 1963م، واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971م المصادق عليها بموجب المرسوم 77/177 بتاريخ 1977/12/7م، والتي وضعت الإطار الرقابي المطلوب من الحكومات إقامته لحماية الصحة العامة، وهذا منذ سنة 1961م وذلك على التوالي إلى غاية سنة 1988م.

وبالرجوع إلى قانون الصحة وترقيتها لسنة 1985م والمعدل لقانون 1975م نجد أن المشرع الجزائري لم يتعرض إلى تعريف المخدرات على غرار ما فعلت القوانين المقارنة وترك أمر تعريفها للفقه، إلا أنه نص على تجريم نوعين من المواد المخدرة، في المواد 190، 241 242 من قانون الصحة وترقيتها لسنة 1985م والمعدل لقانون 1975م، وهذان النوعان من المواد السامة النوع الأول المواد السامة غير المخدرة، والنوع الثاني المواد السامة المصنفة على أنها مخدرات.

وقد ظلت ظاهرة استهلاك المخدرات في الجزائر إلى عهد قريب محصورة جغرافياً ومنبوذة اجتماعياً، إلا أن الجزائر كغيرها من الدول كانت مطالبة بمكافحة المخدرات التي تفشت بشكل رهيب في كل الدول، بالرغم من أن الجزائر ليست من البلدان المنتجة لهذه المواد ولتدارك النقائص المسجلة في القانون (05/85) المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، سن المشرع الجزائري القانون رقم: (18/04) المؤرخ في (25 ديسمبر 2004) والمتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها.

وبصدور هذا القانون استعمل المشرع مصطلح الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال، وبذلك واكب المشرع الجزائري التشريعات العالمية والاتفاقيات الدولية لا سيما حينما اعتمد في التشريع أساليب العلاج والوقاية (مغني، 2015، ص ص. 14- 15).

1. أركان جرائم المخدرات

يتطلب التجريم في جرائم المخدرات بحث أركان الجريمة من حيث الركن الشرعي المادي والمعنوي، وأركان جريمة المخدرات تتماثل مع بقية الجرائم الأخرى في معظم عناصرها وأركانها الثلاثة.

1.1 الركن الشرعي:

يقصد بالركن الشرعي أن يكون الفعل المجرم منصوص عليه في قانون العقوبات أو في القوانين المكملة له، وان يكون المشرع قد حدد له جزاء جنائيا، وهذا تطبيقا لمبدأ الشرعية الجنائية الذي نصت عليه المادة الأولى من قانون العقوبات بأن "لا جريمة ولا عقوبة أو تدابير أمن بغير قانون".

وجريمة المخدرات تستمد شرعيتها من قانون مكمل لقانون العقوبات وهو القانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها (مروك، 2010، ص. 27).

يعد القانون رقم 18-04 القانون الخاص بتجريم وحظر كافة صور الاستهلاك، أو التعامل، أو الاتجار في المخدرات. ويصنّف القانون الجرائم الواردة فيه إلى ثلاث فئات بحسب خطورتها: جنايات، جنح عادية، وجنح مشددة.

ومن الملاحظ أن غالبية العقوبات في هذه الجرائم مشددة، باستثناء جريمتي الاستهلاك والحيازة بغرض الاستهلاك فقط، إذ تُعدّان جنحًا عادية.

وقد تم بموجب هذا القانون تجريم واحد وأربعين فعلاً .ويهدف التركيز على تحديد الأفعال المادية المختلفة في التجريم إلى تحديد الركن المادي للجريمة بدقة، ما يسهل عمل قاضي الحكم وهيئة الدفاع، ويستلزم من القاضي وضوحًا تامًا في وصف الفعل المجرم عند البت في الدعوى (صقر، 2006، ص. 26).

2.1 الركن المادي:

يقصد بالركن المادي أو الامتناع الذي بواسطته تكتشف الجريمة، ويكتمل جسمها، ولا توجد جريمة بدون ركن مادي، إذ بغير مادياتها لا تصاب حقوق الأفراد أو الجماعة بدون إعتداء.

والركن المادي في القسم العام من قانون العقوبات يتكون من ثلاثة عناصر هي: السلوك، النتيجة، والعلاقة السببية التي تربط بين السلوك والنتيجة.

- **السلوك:** قد يكون ايجابي أو سلبي وهو الفعل الذي يحقق لنا الواقعة المادية.
- **النتيجة:** هي الأثر المترتب على السلوك الإجرامي الذي ارتكبه المجرم.

كما يجب أن تكون هناك علاقة بين السلوك الفعلي والنتيجة وهي ما يسمى بعلاقة السببية الإجرامية والأفعال المادية في جرائم المخدرات والتي تأخذ صور وأشكال مختلفة، فقد تكون في صورة البيع، أو الاستيراد، أو الزراعة، أو الصناعة، أو الاستهلاك (مروك، 2010، ص. 30).

3.1 الركن المعنوي:

كل فعل مادي يصدر من أي شخص لم يرخّص له القانون بالإتصال بالمخدر يعد فعلا عمديا ويلزم أن تتوافر لدى الجاني فيه القصد الجنائي التام، فيجب أن تنصرف إرادة الشخص الجاني الى ارتكاب الفعل المادي مع العلم بتوافر أركانه في الواقع وبأن القانون يمنعه.

والباعث على ارتكاب الجريمة هو الدافع الذي يحمل الجاني على ارتكابها، وإذا توافر علم المتهم بأن المادة التي في حيازته أو محل تصرفه هي من المواد المخدرة الممنوعة قانونا واتجهت إرادته الى ارتكاب الفعل المادي المعاقب عليه وجب ردعه بتوقيع العقوبة التي نص عليها القانون، وذلك بغض النظر عن الباعث الذي دفعه الى ارتكاب الجريمة (مروك، 2010، ص. 50).

2. صور جرائم المخدرات

إن المشرع أدرج أنواع جريمة المخدرات وصنفها في المادة 02 الفقرة التاسعة إلى غاية الفقرة 16 من قانون 04-18 المؤرخ في 2004.12.25 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، فإنه قام بحصر صور جرائم المخدرات واحتواها في فئتين من الجرائم كما يلي:

1.2 الجرائم ذات وصف جنحة:

أ- **الإستهلاك أو الحيازة من أجل الإستهلاك الشخصي:** هو الفعل المعاقب عليه بموجب نص المادة 12 من القانون 04-18، حيث يعد مرتكبا للجريمة كل من استهلك أو تعاطى أو حاز المخدرات أو المؤثرات العقلية، بوضع يده عليها وإن لم يستولي عليها ماديا، لأجل استهلاكها خارج الحالات التي يرخص بها القانون ذلك كالترخيص للأطباء وصف المادة المخدرة للعلاج أو للصيادلة بيعها شريطة وجود رخصة طبية لدى طالبها، وما يميز هذه

الجنحة ضرورة توافر القصد الخاص في صورة الحيازة ألا وهو نية التعاطي والإستهلاك لقيامها (طاهري، 2013، ص. 35).

ب- تسليم أو عرض المخدرات على الغير بهدف الإستعمال الشخصي: الفعل المنصوص عليه في المادة 13 من القانون 04-18، ويستهدف المشرع من خلال تجريمه المتاجرين الصغار بالمخدرات والذين يقومون بتموين المستهلكين بكميات صغير. (بوسقيعة، 2011، ص. 463).

تتحقق الجريمة في حالة التسليم بالمناولة بغض النظر عما إذا كان من تسلم المادة قد تعاطاها فعليًا أم لا، ودون اعتبار لكون التسليم قد تم بمقابل أو من غير مقابل. أما في حالة العرض، فتقوم الجريمة بمجرد اقتراح أو إتاحة المخدر أو المؤثر العقلي للتعاطي.

ج- تسهيل الإستعمال للغير: يأخذ هذا الفعل عدة أشكال تتمثل في:

- تسهيل الإستعمال غير المشروع للمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، ويكون ذلك بتمكين الغير بدون وجه حق من تعاطي المواد المذكورة، ويقتضي التسهيل أن يقوم الجاني ببذل نشاط بحيث لا يستطيع المتعاطي تحقيق غرضه دون ذلك النشاط وقد يرتبط الأمر بتوفير محل أو لوازم تعاطي المخدرات أو أية وسيلة أخرى، سواء كان ذلك بمقابل أو بدون مقابل، وهذه المسألة تتعلق بالفئات الوارد ذكرها في المادة 15 من القانون 18-04
- دفع الغير إلى تعاطي المواد المخدرة، وتقوم الجريمة بوضع مخدرات أو مؤثرات عقلية في مواد غذائية أو في مشروبات دون علم المستهلكين.
- تقديم وصفة طبية صورية أو على سبيل المحاباة تحتوي على مؤثرات عقلية. (المادة 16 فقرة 1 من القانون 04-18)، وتجدر الإشارة إلى أن المشرع قصر محل هذه الجريمة على المؤثرات العقلية دون غيرها، ويستفاد من صياغة النص أن أحكامه موجهة على وجه الخصوص إلى فئة الأطباء.

كما يعد تسليم مؤثرات عقلية دون وصفة طبية، مع العلم بالطابع الصوري لها أو بدافع المحاباة في الوصفات الطبية، فعلاً معاقبًا عليه بموجب الفقرة الثانية من المادة 16 من القانون 18-04، ويبدو أن المشرع يستهدف بهذا النص فئة الصيادلة على وجه الخصوص.

كما يعاقب على الحصول على المؤثرات العقلية بقصد البيع، أو محاولة الحصول عليها بواسطة وصفات طبية صورية، وذلك استنادًا إلى ما نصّت عليه الفقرة الثالثة من المادة 16 من القانون 18-04، ويتعلق الأمر هنا بالشخص الذي يستعمل الوصفة الطبية الصورية من أجل الحصول على هذه المؤثرات (بوسقيعة، 2011، ص. 464).

- تجرم المادة 17 من القانون رقم 18-04 إنتاج المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بطرق غير مشروعة، أو وضعها، أو حيازتها، أو عرضها، أو وضعها للبيع. وتتحقق الجريمة في صورة **الإنتاج** بإنشاء المادة المخدرة وإخراجها إلى حيز الوجود، أما **الصنع** فيشمل جميع العمليات التي من شأنها مزج مواد مخدرة أو إضافة محاليل معينة بقصد الوصول إلى المادة المخدرة المطلوبة.

وفيما يخص **الحيازة**، تقوم الجريمة في حق الشخص ولو كانت المادة المخدرة في حيازة شخص آخر ينوب عنه، وذلك بخلاف صورة **الإحراز** التي تتحقق بالاستيلاء المادي المباشر على المخدر لأي غرض كان (طاهري، 2013، ص. 38).

وتتسم الصورة الأخرى للجريمة بمزاولة نشاط ذي طابع تجاري يُقصد منه اتخاذه حرفة معتادة، بما يفترض توافر عنصر الاستمرارية في النشاط. وقد تتخذ المتاجرة بالمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية عدة صور، تتمثل في العرض، أو البيع، أو الوضع للبيع، أو الشراء بقصد البيع، أو التخزين، أو الاستخراج، أو التحضير، أو التوزيع، أو التسليم بأية صفة كانت، أو السمسرة، أو الشحن، أو النقل، بما في ذلك النقل عن طريق العبور، وذلك بالنسبة للمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية (المادة 17 من القانون 04-18).

2.2 الجرائم ذات وصف جناية:

أ- جناية الإشراف: وتتمثل هذه الصورة في تسيير أو تنظيم أو تمويل إنتاج المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، أو صنعها، أو حيازتها، أو عرضها، أو وضعها، أو وضعها للبيع أو الحصول عليها، وغيرها من الصور الواردة في نص المادة 18 من القانون رقم 18-04. ويكون **التسيير** عادة من خلال إصدار التوجيهات المتعلقة بالأفعال الواجب القيام بها والأنشطة المرتبطة بالجريمة، في حين يتحقق **التنظيم** من قبل من يتولى التخطيط للعمل الإجرامي وتحديد الأدوار بدقة، وهو ما يفترض وجود جماعة غير مشكلة بشكل عشوائي. (المادة 2 فقرة 1 من إتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة لسنة 2000)، وقد شدد المشرع العقاب على هذه الأفعال نظرًا لاتحاد عدة إرادات إجرامية لارتكابها. أمّا **التمويل** فيتحقق غالبًا عن طريق تقديم الدعم المادي بمختلف صوره.

ب- تصدير أو استيراد مخدرات أو مؤثرات عقلية بطريقة مشروعة: وهي الجريمة المنصوص عليها في المادة 19، والقائمة على تصدير أو استيراد المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية عن طريق نقلها نقلًا ماديًا من دولة إلى أخرى، وذلك وفقًا لما جاء في المادة 2 من القانون رقم 18-04. ولا تقوم هذه الجريمة بالنسبة للمؤسسات الصيدلانية أو الصحية أو العلمية التي تباشر عمليات الاستيراد أو التصدير بناءً على ترخيص صادر عن الوزير المكلف بالصحة (بوسقيعة، 2011، ص ص. 466-467).

ج- الزراعة غير المشروعة: ويقع هذا الفعل، وفقًا لما نصّت عليه المادة 2 السالف ذكرها على نبات خشخاش الأفيون، ونبتة الكوكا، ونبتة القنب. وتُعدّ الجريمة تامّة بمجرد تحقق فعل الزراعة، ابتداءً من وضع البذور في الأرض إلى غاية جني المحصول، سواء نبت الزرع أم لم ينبت، وسواء تحقّق إنتاج المخدر أم لم يتحقق، إذ يكفي مجرد الشروع في الزراعة مع العلم بعدم مشروعيتها (طاهري، 2013، ص ص. 40-41).

د- صناعة أو نقل أو توزيع سلائف أو تجهيزات أو معدات: وذلك إما بقصد استعمالها في زراعة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، أو في إنتاجها أو تصنيعها بطرق غير مشروعة أو بالقيام بذلك مع العلم بالغرض غير المشروع الذي ستستعمل من أجله تلك المواد (المادة 20 من القانون 04-18).

المحاضرة 14

دور المؤسسات الاجتماعية في التصدي لظاهرة المخدرات

1- دور الأسرة في مواجهة الإدمان على المخدرات:

قد تكون الأسرة في بعض الأحيان هي السبب ومن دون قصد في إدمان أبنائها من خلا عملية التنشئة الأسرية، لذا أكد معظم العلماء على ضرورة إتباع الأسرة ما يلي:

- السماع لمطالب الأبناء والاهتمام بهم واحترام أرائهم، ومناقشتهم في الأمور المتعلقة بالأسرة.
- حتى يتم الحوار البناء بين الآباء والأبناء لابد أن تكون الاتصالات في الاتجاهين لا من طرف واحد.
- أن تعمل الأسرة دائما كفريق واحد أساسه التفاعل البناء بين كل الأطراف.
- التخلي عن المعاملة السيئة والدائمة للأبناء مثل السيطرة والقسوة والعقاب (الزعبي، 2008، ص. 210).

ويتمثل الدور الوقائي للأسرة في مجال المخدرات على ثلاث مستويات:

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

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

الوقاية من الدرجة الثالثة :وهي مرحلة التعرف على مدمن المخدرات وهي الإجراءات التي نتخذها حتى لا تعود المشكلة للظهور، ووقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان، أو منع العودة أو الانتكاسة إلى الإدمان بعد الشفاء منه. ويقصد بالوقاية من الدرجة الثالثة إذا هي التدخل العلاجي المتأخر نسبيا والمبادرة بالعلاج.

وبعد هذه الخطوات الموالية من اكتشاف المتعاطي أو المدمن تأتي إجراءات أخرى لا تقل أهمية من الأولى وهي: (لاوسون، 2005، ص ص. 112-113).

- تخويف الابن حتى يقلع عن التعاطي منها إبلاغ الشرطة.
- مساعدة الشرطة للقبض على مروجي المخدرات.
- الاتصال بالمدرسة إن كان الابن يزاول الدراسة.
- الاتصال بأولياء التلاميذ أمور الطلبة المشكوك في تعاطيهم المخدرات.

2- دور المدرسة في مواجهة المخدرات:

تعد المدرسة المؤسسة الاجتماعية الثانية التي يكون لها تأثير مباشر على سلوك الفرد وتنشئته الاجتماعية، ويقع عليها عبء تعليمه في سن مبكرة، ويزداد دورها في تكوينه وإعداده ليصبح مواطن صالح قادر على المساهمة في بناء المجتمع من خلال امداده بالمعلومات والخبرات والتوجيهات اللازمة للوقاية من المخدرات واكسابه السلوك المرغوب (رستم وآخرون، 2012، ص. 81).

يكمن دور المدرسة في إعداد المواطن الصالح القادر على بناء المجتمع والمساهمة الفعالة في تحقيق التنمية الشاملة، لأن مجتمعاتنا في الوقت الحالي مرت بعدة تغيرات على كل المستويات (الثقافية، الاجتماعية، الاقتصادية..) كنتيجة لثورة الاتصالات وتأثير الإعلام الذي تستهدف هدم قيم الشباب المصري ودفعه إلى طريق الإدمان... وبالنظر إلى كل ذلك فإن المدرسة لم تعد مجرد موضع يلتقي فيه الطالب كما من المعلومات ولكنها يجب أن تكون مؤسسة تربوية متكاملة تهيئ الطالب لأن يكون قوة منتجة قادرة على التصدي لكافة الظواهر التي تهدد أبنائنا الطلاب وذلك بوضع خطة كفيلة لتحقيق هذا الهدف وذلك على النحو التالي:

– الاهتمام بتدعيم دور الأخصائي الاجتماعي في رصد الحالات الفردية المعرضة للانحراف ثم التدخل المهني وفق خطة علمية مدروسة.

– وضع برنامج يتم تنفيذه طوال العام بالمحاضرات والندوات والمناظرات الخاصة بالوقاية من أخطار المخدرات، تتم من خلاله الاستعانة بعدد كبير من المختصين في مجالات مختلفة تشمل الجوانب الدينية، الصحية، النفسية والأمنية...الخ.

– الاستعانة بالمنظمات والهيئات والمؤسسات التي من أهدافها مكافحة المخدرات سواء بالاستعانة بالخبرات فيها أو الدعم المادي للمشروعات التي تنفذها المدرسة في هذا المجال.

– توظيف الجماعة الصحية للتوعية بأخطار المخدرات على أن يتولى الطلاب أنفسهم القيام بهذه التوعية.

– توظيف مجالس الآباء والمعلمين للاستفادة من خبراتهم في إعداد برامج للوقاية من المخدرات.

– تنظيم المسابقات الثقافية والرياضية والفنية مثل الاستعانة بالمسرح المدرسي لتقديم المسرحيات التي توضح أثر المخدرات وخطرها وكيفية الوقاية منها، دون أن تكون في صورة نصائح مباشرة (العيسوي، 2004، ص ص. 125– 126).

– إعداد مواد ومناهج دراسية هادفة: يجب أن يكون المنهاج التعليمي في جميع مستويات التعليم من الابتدائي إلى الجامعة يتضمن مواد وبرامج دراسية تتضمن المفاهيم والمبادئ التي تعمق الوعي بأخطار المخدرات، وأضرارها الصحية الاجتماعية، والنفسية على الفرد والأسرة والمجتمع لما لذلك من تأثير ايجابي في الوقاية من تعاطي المخدرات (أبو اسماعيل، 2008، ص. 161).

– اقامة دروس وندوات ومحاضرات توعية: يجب عقد الندوات والملتقيات وإلقاء الدروس والمحاضرات واستضافة الخبراء والمتخصصين للتعريف بالمخدرات وللتحدير من أخطارها الصحية والاجتماعية والاقتصادية على الفرد وعلى الأسرة وعلى المجتمع وعلى الدولة وعن كيفية تجنب هذه الظاهرة والوقاية منها (تاسو وعباس، 2015، ص. 50).

3– دور المساجد في مواجهة المخدرات:

تبنى التوعية الدينية في المساجد ودور العبادة من قبل الفقهاء والأئمة على أساس تقوية إيمان الفرد وعقيدته بالله ودينه أولاً، وتعريفه بطرق الخير والشر، وذلك من خلال الترغيب والتحفيز على التقرب إلى الله، ثم تركه بعد ذلك ليختار لنفسه على ضوء إيمانه، وذلك بعد بيان ما حرَّمه الله على النفس لاجتنابه، حتى يمكن إقناعه بالإبتعاد عن المواد المخدرة لما فيها من أضرار ومضار بالصحة والعقل والفقهاء يعتبرون الحفاظ عليهما ضرورة من الضرورات الخمسة التي يحيا بها الناس الدين والنفس والعرض والعقل، والمال)، ويوجب العلماء الحفاظ عليهما بتجنب كل ما ينتهك حرمتهما وطاقتهما وقدرتهما (غباري، 2007، ص. 207).

4- دور المؤسسات الإعلامية في الوقاية من تعاطي المخدرات:

تؤدي وسائل الإعلام دورا محوريا في توعية الأفراد المجتمع وتحسسيهم بأهم المشكلات والآفات المنتشرة بين مختلف الفئات، وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى قدرة وسائل الإعلام على التأثير بشكل كبير في نفسيات الجماهير، خاصة وسائل الإعلام السمعية البصرية، حيث أن الصورة لها وقع كبير على المشاهد، ولعل هذا ما جعل كل الحملات التوعية، والتحسيسية وحتى الحملات الإعلانية والانتخابية، تعتمد بدرجة كبيرة على وسائل الإعلام المرئية، كما أن العديد من الأفراد يعتمدون بشكل كبير على وسائل الأعلام لاستقصاء معلوماتهم، وبناء مواقفهم تجاه مختلف القضايا، ولهذا نلاحظ أن الناس يبنون مواقفهم وآراءهم بناء على ما شاهدوه في حصة تلفزيونية أو برنامج تلفزيوني معين، أو ما قرأوه في جريدة أو مجلة معينة، ومن هذا المنطلق فان الإعلام يلعب دورا أساسيا في محاربة ظاهرة استهلاك المخدرات، والمتاجرة بها فإذا علمنا كما تشير الدراسات الميدانية أن فئة الشباب والمراهقين، هي الأكثر متابعة لوسائل الإعلام، خاصة الجديدة منها على غرار شبكة الانترنت، بالإضافة إلى أن هذه الفئة كذلك هي الأكثر استهلاكا للمخدرات، فإننا ندرك أن هذه الوسائل الإعلامية هي الأكثر مقدرة على محاربة هذه الآفة، والحد منها على الأقل في المجتمع، وهذا يتم عبر بث مختلف البرامج التوعية، والحملات والتحسيسية، التي تعمل على توعية الأفراد بمخاطر هذه الآفة، وتحسسيهم بنتائجها الوخيمة على الفرد والعائلة وعلى المجتمع، فحينما يتم التركيز على النتائج المباشرة على حياة الأفراد المدمنين، وما يمكن أن تحدثه من أشياء سلبية مؤلمة، خاصة بالنسبة الأفراد العائلة، كالأبناء والإخوة والآباء فيمكن حينئذ أن يدرك المدمن على المخدرات، نتائج وتبعات ما يقوم به (ضيف وذيب، 2018، ص ص. 152-153).

المحاضرة 15

التدابير القانونية الوقائية والعلاجية في جرائم المخدرات

لقد كان العقاب الجنائي التقليدي الوسيلة الوحيدة للحد من الإجرام، لكن تبين قصوره في مواجهة جرائم المخدرات، خصوصًا استهلاكها وحيازتها بغرض الاستعمال الشخصي. لذلك، اتجه المشرع الجزائري إلى إقرار تدابير احترازية ووقائية موازية تهدف إلى الوقاية من الجرائم ومنع وقوعها، وذلك عبر الجمع بين الوسيلة الردعية والعلاجية. وينص القانون رقم 18-04، في مادته الأولى، على أن التدابير العلاجية مخصصة لإعطاء فرصة لإصلاح المتعاطي، من خلال إزالة التبعية النفسية والجسمانية للمخدرات أو المؤثرات العقلية، مع معاملته معاملة المريض.

1. التدابير القانونية الوقائية:

1.1 عدم المتابعة القضائية:

- اعتمد المشرع أسلوب الترغيب في العلاج، إذ يُعفى المتعاطي من المتابعة الجزائية إذا امتثل للعلاج الطبي الموصوف له لإزالة التسمم أو خضع للمتابعة الطبية منذ وقوع الفعل المنسوب إليه.
- الهدف هو تشجيع المتعاطين على العلاج بدل تطبيق العقوبة مباشرة، باعتبارهم ضحايا مرضى يحتاجون للرعاية.
- في هذه الحالات، يمكن مصادرة المواد أو النباتات المحجوزة بناءً على طلب النيابة العامة وأمر رئيس الجهة القضائية المختصة.

ينظم المرسوم التنفيذي 07-229 لسنة 2007 تطبيق هذه الأحكام، بحيث يقرر وكيل الجمهورية عدم ممارسة الدعوى العمومية إذا ثبت علاج المتهم أو متابعته الطبي (بوسقيعة،2011، ص 46).

- يشمل الفحص الطبي احتمالين:

1. العلاج المزيل للتسمم داخل مؤسسة متخصصة.
2. وضع الشخص تحت المتابعة الطبية للمدة الضرورية.

- يُرسل للوكيل المختص شهادة طبية تثبت خضوع الشخص للعلاج أو المتابعة، وبذلك تُمنع متابعة الدعوى الجزائية.

2.1 الأمر بالعلاج المزيل للتسمم:

أ- مضمون الأمر بالعلاج: يتمتع قاضي التحقيق وقاضي الأحداث بصلاحية إخضاع المتهم للعلاج المزيل للتسمم إذا أظهرت الخبرة الطبية المتخصصة أن حالته الصحية تستدعي ذلك لإزالة الإدمان أو تفادي تفاقم الحالة (المادة 7 من القانون 04-18).

ب- الطبيعة القانونية للأمر بالعلاج:

- يشمل نص المادة 19 من قانون العقوبات وجوب إخضاع المتهمين للعلاج ضمن تدابير الأمن، مثل:
  - الحجز القضائي في مؤسسة استشفائية للأمراض العقلية.
  - الوضع القضائي في مؤسسة علاجية.
- الاختلاف مع القانون الجنائي العام يكمن في أن التدابير هنا تسبق المتابعة القضائية وتركز على شخص ارتكب جريمة استهلاك المخدرات أو حيازتها للاستهلاك الشخصي، أي على الفعل الأول الذي قد يؤدي إلى أفعال أخرى مجرمة.

ج- استراتيجية العلاج:

- أنشأت الدولة مراكز متخصصة لعلاج التسمم والإدمان في مستشفيات عدة مدن جزائرية منذ 2008، مع استراتيجية علاجية متعددة المراحل:

1. مرحلة وقائية :تهدف لوقف التمادي في الاستهلاك قبل الوصول للإدمان.

2. مرحلة العلاج الطبي :تطهير جسم المدمن من السموم عبر برامج دوائية وكيميائية ونفسية، إضافة إلى العلاج الاجتماعي والتأهيل النفسي.

- يشرف على العلاج أطباء متخصصون في الإدمان لضمان متابعة دقيقة خاصة بعد خروج الشخص من المركز

3.1 الإعفاء من العقاب

- للإعفاء من العقوبة دور وقائي وعلاجي، وهو من صلاحية الجهة القضائية المختصة (محكمة الجنح أو محكمة الأحداث).
- يشترط للاستفادة من الإعفاء:
  - صدور أمر بالعلاج المزيل للتسمم.
  - متابعة العلاج الطبي وإعادة التكييف الملائم لحالة الشخص.
- يمكن للجهة القضائية تأكيد أو تمديد أثر أمر العلاج، ويُنفذ القرار رغم المعارضة أو الاستئناف (المادة 8 من القانون 04-18).
- وفق المادة 8 من القانون 18-04، يجوز إعفاء الشخص من العقوبات المنصوص عليها في المادة 12 إذا استوفى شروط العلاج والمتابعة الطبية.

تركز هذه التدابير على الجمع بين العقوبة العلاجية والوقائية، مع إعطاء أولوية إعادة تأهيل المدمنين ووقايتهم من الانحراف الإجرامي، مما يعكس تحول المشرع الجزائري من العقاب الصارم إلى النهج الشمولي الذي يجمع بين الردع والعلاج والوقاية.

2. علاج الإدمان على المخدرات

إن عملية علاج المدمنين عملية طويلة يشترك فيها أكثر من تخصص ولكن يمكن تحديد عدة خطوات منها شعور المدمن بالحاجة إلى العلاج وقبول الذات بالشكل الذي هي عليه، والمدمن عندما يقبل ذاته تماماً بالصورة أو بالشكل الذي هي عليه يتمكن من التوقف عن المحاولة والسيطرة على الطريقة التي تتبدى له بها الأشياء (واشنطون وباوندي، 2003، ص. 19).

والخطوة الثانية أن يُقنع نفسه أنه لا يستطيع أن يتكيف بمفرده بدون مساعدة ذلك على الرغم من فشل محاولاته يظل المدمن مصراً أنه يستطيع أن يتغلب على إدمانه والخطوة الثالثة لذلك هي علاج ما قد يكون نشأ عن الإدمان من أمراض جسمية (العيسوي، 2005، ص ص. 424- 425).

وفي الحديث عن علاج الإدمان على المخدرات فإنها لا توجد طريقة واحدة يمكن أن تُتبع من قبل كل المجتمعات، لأنه ما يصلح في مجتمع ما قد لا يصلح في مجتمع آخر، لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والبيئية، والشخصية هي التي تحدد الطريقة الأفضل والأكثر مناسبة لعلاج الإدمان.

وبشكل عام فإن العلاج المناسب يتطلب المشاورة مع الشخص المدمن وبمعرفة منه، وأن تكون الأهداف واضحة ومحددة مسبقاً القريبة منها والبعيدة، إذ لا جدوى من علاج المدمن ما لم يشعر أنه بحاجة إلى علاج، ويرغب في التخلص من إدمانه (الزعبي، 2008، ص. 212).

والعلاج بصورة عامة يرتكز على ثلاثة محاور أساسية هي:

1. العلاج الطبي:

ويهدف إلى تخليص الجسم من السموم والتقليل من أعراض الانسحاب التي يعاني منها المريض عندما يتوقف عن تعاطي العقاقير المسببة للإدمان، وهو ضروري ويمثل أول خطوة لجميع أنواع طرق العلاج النفسي (وتستغرق إزالة السموم باستخدام العقاقير من (3–5) أيام بالمستشفى حيث تحدث للمريض مجموعة من التأثيرات الغير سارة مثل الغثيان، والدوار وسرعة ضربات القلب، والتعرق (حسيب، 2006، ص. 218).

والعلاج الطبي يجب أن يكون شخصيا أي لكل حالة منفردة ويتوقف على نوع المخدر الذي يتعاطاه الشخص، وعدد مرات التعاطي وحجم الكمية التي تعاطاها، وعلى الأمراض التي يعاني منها حيث يهدف العلاج إلى ما يلي:

1) التهدئة العامة للمريض.
2) القضاء على الأعراض التي أصابت المدمن نتيجة التعاطي.
3) الوقاية أو العلاج المسبق للأمراض المتوقعة نتيجة الانسحاب.
4) التقليل تنازلياً من اعتماد جسم الإنسان على المخدر حتى تصل إلى التطهير التام للجسم من المخدر، وعدم الاعتماد أو الحاجة الكيميائية إليه.
5) تقوية الجسم، وزيادة قدرة المناعة الطبيعية ضد الأمراض.

وعليه فإن العلاج الطبي يعتمد أساساً في تعامله مع المدمنين على العقاقير الطبية بالدرجة الأولى، واستعمال الأدوية، وقد أثبتت الدراسات أن العلاج الطبي لا يكفي وحده بل لابد أن يرافق بالعلاج النفسي (الغول، 2011، ص. 305).

2. العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلى إعادة ثقة المدمن بنفسه، وإلى إعادة الاعتبار إلى شخصيته وإقناعه بذلك، وعلى المدمن أن يشعر بأنه في العلاج النفسي يشارك في وضع العلاج المناسب له، وبأنه طرف أساسي في العملية العلاجية، وأن العلاج هو برغبة منه وليس مفروضا عليه وإذا لم يستطع المعالج جعل المدمن يشعر بأنه طرف في العلاج فإنه لن يستقبله.

ولذلك فإنه في العلاج النفسي لابد من محاولة تغيير سلوك المدمن السابق شيئاً فشيئاً وجعله ينبذ الحياة والسلوك السابق المرتبط بحياة الإدمان، وكل ماله علاقة بالإدمان ومحاولة دفعه في تغيير نظرته للحياة والمجتمع والمحيط، بالإضافة إلى مساعدته على استعادة إرادته المسلوبة من طرف المخدر، وجعله يقرر مصيره بنفسه وذلك بإعادة المبادرة له، وجعله يتخذ القرارات والمسؤوليات التي تخصه شخصياً، أو تلك التي تخص محيطه القريب ومساعدته على استرجاع الإرادة في مواصلة الحياة بصور سوية وبدون الاعتماد على الآخرين ولا بد من مساعدته أيضا على تغيير اتجاهه نحو المخدر، من خلال إعطائه معلومات دقيقة وصحيحة عن الآثار والنتائج المأساوية للإدمان، وتقديم حالات واقعية للمدمنين وفي النهاية يمكن استنتاج أن الهدف الأساسي من العلاج النفسي، هو البحث عن شخصية جديدة أو الإقناع بإمكانية استرجاع الشخصية الحقيقية "ما قبل الإدمان"، وهذا يتم من خلال معرفة الأسباب الحقيقية التي أدت إلى الإدمان ومحاولة القضاء عليها أو علاجها قدر المستطاع (الزعبي، 2008، ص ص. 214- 215).

ويعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم طرائق العلاج النفسي في معالجة الإدمان ويرتكز على تغيير الأفكار اللاعقلانية والمتوهمة عن التأثيرات الإيجابية للمخدرات على الصحة الجسمية والنفسية والقدرات العقلية، وتوضيح أنها تدمر خلايا المخ، وبالتالي تؤدي إلى الاختلال والتدهور في العمليات المعرفية، بالإضافة إلى تدريب المدمن على التحكم في استخدام أو تعاطي العقار، والتدريب على الوقاية من حدوث الانتكاسة والعودة للمخدرات، وهو

أسلوب يجمع بين تعليم المدمن المهارات المعرفية والسلوكية التي تساعده على التوقف والامتناع عن التعاطي، وعدم حدوث الانتكاسة، فالمريض إذا استخدم الأسلوب المناسب والفعال في مواجهة المواقف الضاغطة فإن ذلك يؤدي إلى ارتفاع مستوى فعالية الذات، وبالتالي يقل احتمال حدوث الانتكاسة، أما إذا لم يستخدم الأسلوب المباشر والفعال في مواجهة المواقف الضاغطة التي قد تعترضه في الحياة اليومية، فإن ذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى فعالية الذات ويزداد احتمال العودة إلى المخدرات.

إن العلاج المعرفي علاج بالغ الإيجابية، لا ينزع نحو مساعدة المسترشدين للعمل على تحقيق هدف نهائي وهو العزوف عن المواد النفسية الضارة والمسببة للإدمان فحسب، ولكن أن يتعلموا أيضا مهارات جديدة، فعلى سبيل المثال بعض المسترشدين ذوي التاريخ الطويل من تعاطي المخدرات يفشلون في تطوير مهارات حل المشكلات والتخاطب، والمهارات التنظيمية، ومهارة إدارة الوقت، ومهارة التوكيد، ومهارة توجيه الذات المدرجة التي تكفي لإقامة حياة منتجة مرضية، ويرتكز العلاج المعرفي بشدة على إكساب مثل هذه المهارات حتى يتمكن المسترشدين من بناء الكفاءة الذاتية، وخفض ضغوط الحياة، ومن ثمة خفض احتمال الانتكاسات وكسر الحلقة المفرغة.

كما يستخدم العلاج المعرفي السلوكي بعض الفنيات المعرفية مثل العلاج بالتنفير ويعتمد على الارتباط الشرطي الكلاسيكي بين تعاطي الكحول وعقار يؤدي إلى القيء أو صدمة كهربائية خفيفة لعدة مرات بعدها يمتنع المدمن عن تعاطي الكحول ويفقد الميل إليه خوفاً من تلك الآثار المنفرة المتوقعة عند تناوله، وتوجد أساليب سلوكية أخرى تعتمد على تعليم المدمن سلوكات بديلة للإدمان كالاسترخاء والتدريب على التوكيدية (حسيب، 2006، ص ص. 121-122).

3. العلاج الاجتماعي:

يعرف Siporin العلاج الاجتماعي بأنه طريقة لمساعدة الأسرة والأفراد في التغلب على ما يواجهها من مشاكل، وذلك عن طريق رفع مستوى أدائهم لوظائفهم الاجتماعية.

فالعلاج الاجتماعي يبدأ عادة عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي، إذ أن التوقف عن تعاطي المخدر، لا يعني بالضرورة الشفاء التام، فالعلاج الاجتماعي يعني ضمان اجتماعي للفرد المدمن في عدم الاستمرار في تعاطي المخدر، والاقتناع بتركه نهائياً، ويتم ذلك عن طريق مساعدة أفراد الأسرة، والأصدقاء والأقارب وكذلك بمساعدة الأجهزة والمؤسسات الاجتماعية المتخصصة في هذا المجال.

فالهدف من العلاج الاجتماعي هو جعل المدمن يصل إلى حالة من الاستقرار الاجتماعي وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة المنتجة، بالإضافة إلى نبذ السلوكات الشاذة والاقتناع بضرورة تجنبها والتخلي عنها، والدخول في الحياة الاجتماعية السوية وكذلك إعادة إدماجه اجتماعياً ومهنياً وإدخاله في الحياة المهنية بصورة جزئية أولاً، ثم بصورة كلية (الزعبي، 2008، ص. 217).

وتحدد أهداف العلاج الاجتماعي كما تراها **منى صالح العامري** في الآتي:

1) جعل المدمن يصل إلى حالة الاستقرار الاجتماعي وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة.
2) إعادة الإدماج الاجتماعي، وجعله عضواً صالحاً في المجتمع الصغير (الأسرة) أو المجتمع الكبير.
3) الإدماج المهني، أي إرجاع الرغبة له في العمل وتأصيله مهنياً، أو إعادة التأهيل لمن كانت له مهنة سابقة وإدخاله في الحياة المهنية اليومية.

4) إعادة إدماج المدمن تعليمياً وخاصة المدمنين الشباب الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة أو كبار السن (الغول، 2011، ص. 306).

إن طرق علاج الادمان متلازمة مع بعضها البعض لتخليص المدمن من معاناته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وبهذا يتبين لنا أنه لا وجود لطرق مثلى لعلاج الإدمان، بل توجد طرق متعددة تؤدي إلى نتائج مختلفة، وفي الحقيقة أن علاج المخدرات يصدق عنه ما قلناه في أضرار المخدرات، حيث تتحكم فيه مجموع عوامل لا يمكننا أن نغفل عنها هي أن طرق العلاج مثلا تتحكم فيها طبيعة المدمن والمادة التي كان يتعاطاها حتى أن العلاج يختلف من مجتمع إلى مجتمع آخر تبعا للظروف والثقافة السائدة.

كلية العلوم الإجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم

كلية العلوم الإجتماعية جامعة مستغانم

خاتمـة:

المخدرات ظاهرة خطيرة تهدد حياة الفرد، وهذا المصطلح يشير إلى معاني متعددة ومتداخلة حيث يرتبط استعمالها **بالوصمة** وعدم القبول من حيث هي مواد ضارة بالفرد وغير مقبولة اجتماعيا، وتدور كلمة المخدر حول الستر وهو ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد.... كما تعني الكسل والفتور وستر العقل حيث تبعد الفرد عن معرفة الحقائق والأشياء، ويختل نشاطه، ولهذا الله سبحانه وتعالى خلق العقل ووهبه للإنسان وكرمه على سائر المخلوقات.

والمخدرات هي كل مادة طبيعية (الكوكايين، الحشيش، القنب....)، أو مصنعة تدخل جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساسه وتصرفاته وبعض وظائفه، وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية، وكذا تأثيرا مؤذيا على الفرد والمحيطين به.

فالمخدرات هي مواد تؤثر على درجة الوعي والتيقظ، فيتأثر انتباه الإنسان وتتأثر حواسه، ويميل إلى النوم، وقد تتسبب في فقدان الوعي...إن المخدرات تجعل الفرد يعيش في حالة من الارتياح وينسى الهموم وينسى الدنيا وكل ما يدور من حوله، وهذا ما يجعله ينسى نفسه، حيث يصبح المخدر هو سيده ويتحكم فيه وفي رغباته وتصرفاته، ويصبح شخصا آخر منهك الجسد مشتت منبوذ من طرف أهله وأصدقائه وكل المجتمع وربما ينتهي به كل هذا إلى جثة مرمية في الشارع.

فالمخدرات هي شر وبلاء للإنسان لأنها سبب في العديد من المشاكل وأضرارها تتعدى متعاطيها وتطال المجتمع بأكمله.

إن تاريخ المواد المخدرة وكل الدراسات التي أجريت، وكل الوسائل التي استخدمت في مكافحتها، وأنواعها المختلفة الألوان والأشكال يبين لنا أن الظاهرة في تطور مستمر من حيث

كلية العلوم الإجتماعية جامعة تبسة المجلس العلمي

ظهور أشكال جديدة لهذه المواد وطرق ووسائل جديد لكيفية تعاطيها وحتى ترويجها، فالمخدرات من هذا المنطلق ظاهرة من الظواهر والمشاكل العالمية التي تعاني منها معظم الدول، والتي أخذت حيزا كبيرا من اهتمام المنظمات والجمعيات والكثير من الباحثين في التقصي على الأسباب الداعية إليها وأهم مخلفاتها وأضرارها على الفرد والمجتمع، وكذا كيفية التصدي لها وطرق علاجها وبالرغم من هذا مازالت في انتشار مستمر وبصور تختلف عما كانت عليه في الماضي.

ولعل خطر المخدرات يكمن في الأسباب الداعية إليها والتي من بينها تعاطي الأفراد للمواد المخدرة دون وعي منهم، وفي أغلب الأحيان لا تكون لديهم معلومات حول طبيعة هذه المواد التي يتناولونها تحت تسميات أخرى كما حاصل في المدارس، إنها طرق يستخدمها مروجو المواد السامة، وفي الحقيقة هذه الطرق الترويجية فاقت حملات الوقاية ضد المواد المخدرة وهذا ما عمل بشكل ما على تفاقم حجم الظاهرة، إضافة إلى العديد من الأسباب المختلفة التي ساعدت على انتشارها، لذا كان من الضروري دراسة هذه الظاهرة من أجل التعرف عليها وعلى أخطارها من أجل الوقاية منها.

كلية العلوم الإجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم

المراجع:

- إبراهيمي، م. (2005). *المخدرات: أثرها في حياة الفرد والمجتمع*. ردمك.
- أبو إسماعيل، أ. ع. ق. (2008). *الدور الوقائي للمؤسسات التربوية للحد من تعاطي المخدرات*. مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- أبو الخير، ع. ك. ق. (2002). *التمريض النفسي*. دار وائل للنشر.
- أبو السريع، أ. ع. (2010). *استخدام الإنترنت في تعاطي المخدرات الرقمية*. وزارة الداخلية، الإدارة العامة للمعلومات والتوثيق.
- أبو جناح، ر. م. (2000). *المخدرات آفة العصر*. الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.
- أبو حلتم، ع. ح. (2006). *المعجم الطبي*. دار أسامة للنشر والتوزيع؛ دار المشرق الثقافي.
- اسماعيلي، ي. وبعيبع، ن. (2011). *دور الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات*. ديوان المطبوعات الجامعية.
- الأصفر، أ.ع. (2012). *أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي*. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الأمر رقم 75–26، المؤرخ في 19 أبريل 1975، المتعلق بقمع السكر العمومي وحماية القصر من الكحول. (1975).
- الباسوسي، أ. إ. (2007). *علاج الإدمان على الهيروين المخدر* .مركز الإسكندرية للكتاب.
- البداينة، ذ. م. (2012). *الشباب والإنترنت والمخدرات*. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- بوسقيعة، أ. (2011). *الوجيز في القانون الجزائي الخاص: الجرائم ضد الأشخاص والجرائم ضد الأموال وبعض الجرائم الخاصة (ج1)*. دار هومة.
- تاسو، ص. س. ع. وعباس، ح. و. ح. (2015). *الإرشاد النفسي: الاتجاه المعاصر لإدارة السلوك الإنساني* .مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- حجازي، أ. م. م. (1994). *المخدرات والواقع المصري المعاصر*. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الحسن، إ. م. (2008). *علم الاجتماع الطبي: دراسة تحليلية في طب المجتمع*. دار النشر والتوزيع.
- حسيب، ع. ا. ع. (2006). *مقدمة في الصحة النفسية*. مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- حسين، ع. ع. (2001). *سلبيات المخدرات ودور البحث العلمي في الوقاية منها*. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الخالدي، أ. م. (2006). *علم النفس الإكلينيكي (المرضي): الفحص والعلاج*. ط2. دار وائل للنشر.
- خطار، ف. (2014). تعاطي المخدرات في الجزائر. *مجلة الوقاية والمكافحة*. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.
- دعبس، م. ي. إ. (1994). *الإدمان بين التجريم والمرض*. جامعة الإسكندرية.

كلية العلوم الاجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم

- الدمرداش، ع. (1978). *الإدمان: مظاهره وعلاجه*. عالم المعرفة.
- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. (2022).
- رستم، ر. ع. م. والدسوقي، ع. أ. ا. وآخرون. (2012). *مداخل تربوية لوقاية الطلاب من خطر الإدمان*. منشورات المكتب الجامعي الحديث. *(ج4)*.
- رضوان، س. ج. (2002). *الصحة النفسية*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- رضوان، ف. ح. (2006). *الإعاقة الصحية*. دار الكتاب الحديث.
- الريماوي، م. ع. (2004). *علم النفس العام*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- زبدي، ن. د. (2011). دراسة تحليلية لعوامل الإدمان في الوسط المدرسي. *المرشد. مجلة علمية نفسية تربوية* .(1).
- الزعبي، أ. م. (2008). *أسس علم النفس الجنائي*. دار زهران للنشر والتوزيع.
- سرحان، و. (2007). *محاضرات نفسية*. دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- السعد، ص. (1997). *المخدرات: أضرارها وأسباب انتشارها* (سلسلة المخدرات). دائرة المكتبة الوطنية.
- السمري، ع.، وآخرون. (2010). *علم اجتماع الجريمة والانحراف*. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- سويف، م. (1996). *المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية*. عالم المعرفة.
- سيلامي، ن. (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس (ج. 1، ترجمة وجيه أسعد). دمشق، سورية: منشورات وزارة الثقافة.
- السيد علي، م. (2012). *المخدرات: تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها*. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الشاذلي، ف. ع. (2009). *أساسيات علم الإجرام والعقاب*. منشورات الحلبي الحقوقية.
- صخري، م. (1988). *الاتفاقيات القضائية الدولية: أحكامها ونصوصها*. مكتبة دار الثقافة.
- صقر، ن. (2006). *جرائم المخدرات في التشريع الجزائري*. دار الهدى.
- ضيف، ا. و ذيب، م. (2018). التوعية الإعلامية ودورها في مكافحة المخدرات والوقاية منها لدى الشباب . *مجلة المجتمع والرياضة*، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، *1*(2)، 138– 158.
- طاهري، ح. (2013). *جرائم المخدرات وطرق محاربتها*. دار الخلدونية.
- عبد الله، م. أ. م. (1996). *علم النفس المرضي: دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب*. دار المعرفة الجامعية.
- عبد المنعم، ع. ش. (2006). *علم النفس الاجتماعي التطبيقي*. مصر: إيتراك للنشر والتوزيع.
- عبد المنعم، ع. م. (2008). *الإدمان: دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه*. . الازاريطة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد النبي أحمد قازان، ع. م. (2005). *إدمان المخدرات والتفكك الأسري: دراسة سوسيولوجية*. دار الحامد للنشر والتوزيع.

كلية العلوم الاجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم

- العزة، س. ح. (2004). *تمريض الصحة النفسية*. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عقبات، أ. م. (2008). *طرق إنتاج برامج التوعية الإعلامية للوقاية من أضرار المخدرات*. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- العمر، م. خ. (2009). *علم ضحايا الإجرام*. دار الشروق للنشر والتوزيع.
- العيسوي، ع. (1999). *علم نفس الشواذ والصحة النفسية*. دار الراتب الجامعية.
- العيسوي، ع. (2004). *سيكولوجية الإقلاع عن التدخين*. دار الراتب الجامعية.
- العيسوي، ع. (2005). *نظريات الشخصية*. لبنان: دار المعرفة الجامعية.
- الغامدي، ح. ع. ف. (2010). أثر البناء النفسي للأنا من وجهة النظر التحليلية المعاصرة (إريك إريكسون) على تعاطي المخدرات: نموذج تحليلي لديناميكية تعاطي وإدمان المخدرات. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- غريب، م. س. أ. وجابر، س. م. (2005). *علم اجتماع السلوك الانحرافي*. دار المعرفة الجامعية.
- الغول، ح. ع. (2011). *الإدمان: الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن*. دار الفكر العربي.
- فايد، ح. ع. (2005). *المشكلات النفسية الاجتماعية: رؤية تفسيرية*. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- القانون رقم 04-18، المؤرخ في 25 ديسمبر 2004، المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها. (2004).
- القانون رقم 15-12، المؤرخ في 15 يوليو 2015، المتعلق بحماية الطفل. (2015).
- القحطاني، م. ب. ر. (2001-2002). *الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي* (أطروحة دكتوراه، جامعة تونس).
- لاوسون، س. (2005). *كل ما يجب أن يعرفه الآباء عن المخدرات*. دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- لحسين، ب. ش. آ. م. (2010). *المخدرات والمؤثرات العقلية: دراسة قانونية تفسيرية*. دار هومة.
- مبارك، ز. ا. (1986). *الحشيش*. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية.
- متولي، ف. ب. (2000). *التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات*. مركز الإسكندرية للكتاب.
- محمد، خ. م. (2013). *المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية*. وحدة الدراسات والبحوث، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لدول مجلس التعاون.
- محمد، س. م. (2007). *الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي*. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- مرعي صعب، م. (2007). *جرائم المخدرات*. مكتبة زين الحقوقية والأدبية.
- مروك، ن. د. (2010). *جريمة المخدرات في ضوء القانون والاتفاقيات الدولية*. دار هومة.
- مصباح، ع. (2004). *الإدمان*.:الدار المصرية اللبنانية.
- مظلوم، م. ج. (2012). *الاتجار بالمخدرات*. مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- مغني، ح. (2015). دور قطاع الصحة في الوقاية من المخدرات طبقًا للنظام القانوني الدولي والوطني. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. *مجلة الوقاية والمكافحة*. (1).

كلية العلوم الاجتماعية
المجلس العلمي
جامعة المتلسن

- هريدي، س. ع. م. (2024). أثر تعاطي المخدرات الإلكترونية على الفرد والمجتمع: دراسة فقهية معاصرة. *المجلة العلمية – البيان*. جامعة الأزهر (21)، 565-649.
- واشنطون، أ. و باوندي، د. (2003). *إرادة الإنسان في شفاء الإدمان* (ص. م. حسن، مترجم). المتلسن الأعلى للثقافة.
- Cleveland Clinic. (2023). *Addiction: What it is, causes, symptoms, types & treatment*. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/6407-addiction
- Didoi, J. & Lamoureux, P. (2007). *Drogues et dépendance.*
- Edwards, G. & Arif, A. (1982). *Les problèmes de la drogue dans leur contexte socio-culturel: Contribution à l'élaboration de politiques et de programmes*. Organisation mondiale de la santé.
- National Institute on Drug Abuse. (2020, July 6). *Drug misuse and addiction*. https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction
- RxList. (2021, March 29). *Medical definition of addiction*. https://www.rxlist.com/addiction/definition.htm
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World drug report 2012*.
- Vaccarino, F. (2007, September). *Toxicomanie au Canada: Pleins feux sur les jeunes*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

كلية العلوم الاجتماعية
المجلس العلمي
الرقم: 144 /م.ع.ك.ع.إ/ 2026

مستغانم في: 06 جويلية 2026

مستخرج من محضر المجلس العلمي

اجتمع المجلس العلمي لكلية العلوم الاجتماعية بجامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم في دورته العادية يوم الاثنين 22 جوان 2026، وكان من بين النقاط المدرجة ضمن جدول أعماله طلبات المصادقة على المطبوعات البيداغوجية المرفقة بتقارير الخبرة.

وبناءً على التقارير الخبرة الإيجابية وافق أعضاء المجلس العلمي بالإجماع على قبول المطبوعة البيداغوجية التالية:

الأستاذ/ الشعبة	عنوان المطبوعة البيداغوجية/ السنة والتخصص	الخبراء	تاريخ التقييم/ طبيعته	الرأي
غمراس عبد المالك أرطوفونيا	مخاطر المخدرات س3 ليسانس أرطوفونيا 2025-2024	حولة محمد معروف فاخت	2026/05/20 إيجابي 2026/05/03 إيجابي	موافق

رئيس المجلس العلمي

أ.د. العربي ميلود
رئيس المجلس العلمي
لكلية العلوم الإجتماعية

كلية العلوم الإجتماعية
المجلس العلمي
جامعة مستغانم