الجمهـورية الجـزائرية الديمقـراطية الشعـبية
وزارة التعليـم العالــي والبـحـث العـلمـــي
جامعة محمد لمين دباغين سطيف2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

محاضرات في مقياس:

مخاطر المخدرات

مطبوعة الدعم البيداغوجي موجهة إلى طلبة السنة الثالثة تخصص تاريخ.

من إعداد الدكتور: عبدالباقي عجيلات

السنة الجامعية: 2017-2018

فهرس المحتويات:

الموضوع:	الصفحة:
مقدمة	1
المحاضرة الأولى: في مفهوم المخدرات وتصنيفها	
تمهيد	04
أولا – مفهوم المخدرات	04
1– لغة	04
2– اصطلاحا	05
2–1– من منظور اجتماعي	05
2–2– من منظور نفسي	06
2–3– من منظور طبي	07
2–4– من منظور قانوني	09
2–5– من منظور شرعي	10
ثانيا– تصنيفها	11
خلاصة	13
المحاضرة الثانية: تاريخ المخدرات	
تمهيد	15
أولا– تاريخ أهم المخدرات المثبطة:	15
1– الأفيون.	15
2– المورفين	18
3– الهيروين	20
4– الكوديين	20
5– البينزوديازيبينات	21
6– الباربيتورات	21
7– المذيبات الطيارة	23
ثانيا– تاريخ أهم المخدرات المهلوسة:	25

1- الحشيش	25
2- الفينسيكليدين	30
3- عقار أل. أس. دي: L.S.D	30
4- الميسكالين	31
ثالثا- تاريخ أهم المخدرات المنشطة:	32
1- القات	32
2- الأمفيتامينات	34
3- الإفدرين	36
4- الكوكايين	37
خلاصة	40
المحاضرة الثالثة: الإدمان على المخدرات	
تمهيد	42
أولا- تعريف الإدمان على المخدرات	42
ثانيا- تعريف المدمن على المخدرات	45
ثالثا- صفات شخصية المدمن على المخدرات	46
رابعا- كيفية تعاطي المخدرات	47
خامسا- مراحل تعاطي المخدرات والإدمان عليها	48
سادسا- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات	49
خلاصة	53
المحاضرة الرابعة: مشكلة المخدرات في العالم	
تمهيد	55
أولا- تعاطي المخدرات في العالم	55
ثانيا- إنتاج القنب في العالم	57
ثالثا- إنتاج الأفيون في العالم	60
ثالثا- زراعة الكوكا وإنتاج الكوكايين في العالم	62
رابعا- إنتاج المؤثرات النفسية الاصطناعية الجديدة	63
خلاصة	64

المحاضرة الخامسة: العوامل المؤدية بالفرد إلى تعاطي المخدرات	
تمهيد	66
أولا– العوامل الفردية	66
ثانيا– العوامل الأسرية	68
ثالثا– العوامل الاقتصادية	69
رابعا– العوامل التي تتعلق بجماعة الرفاق	69
خامسا العوامل الأمنية والقانونية	70
سادسا– العوامل التي تتعلق بوسائل الإعلام	70
خلاصة	71
المحاضرة السادسة: الآثار المترتبة عن تعاطي المخدرات	
تمهيد	73
أولا– الآثار الصحية	73
ثانيا– الآثار النفسية	74
ثالثا– الآثار الاجتماعية	75
رابعا– الآثار الاقتصادية	76
خلاصة	78
المحاضرة السابعة: طرق الوقاية من المخدرات وسبل العلاج	
تمهيد	80
أولا– على المستوى الفردي	80
ثانيا– على المستوى الأسري	80
ثالثا– على المستوى المجتمعي	81
رابعا– على المستوى الدولي	82
خلاصة	95
خاتمة	97
قائمة المراجع	99

مقدمة

مقدمة:

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أخطر المشكلات التي تعاني منها المجتمعات المعاصرة المتقدمة منها والمتخلفة على السواء، وذلك لأنها تعد مصدر قلق وتهديد لأمنها وسلامتها واستقرارها نتيجة الآثار السلبية التي تترتب عن تعاطيها سواء بالنسبة للمدمن أو المتعاطي أو بالنسبة للمجتمع واقتصاده ونسيجه الاجتماعي.

والملفت للانتباه أن ظاهرة تعاطي المخدرات في الوقت الراهن قد أصبحت أكثر انتشارا عما مضى، والأخطر من ذلك أنها مست شرائح اجتماعية مختلفة إذ لم تتوقف أضرارها عند حدود التأثير على الجهاز العصبي للفرد بل تعدى للنفس والجسم وعلاقاته بالآخرين ومكانته الاجتماعية...الخ.

وتصنف المخدرات في حد ذاتها من حيث تأثيرها إلى مخدرات مثبطة كالأفيون ومشتقاته، ومنشطة كالكوكا والكوكايين والأمفيتامينات، ومهلوسة كالحشيش والميسكالين والفنسكلدين وغيرها، كما تتعدد أيضا طرق تعاطيها فمنها الشم والبلع والحقن في الوريد.

وكان تعاطي هذه المواد المخدرة يتم في الغالب بطرق غير مشروعة لأن المخدرات في الأساس موجهة لأغراض طبية وعلمية وفق ما نصت عليه كل الاتفاقيات الدولية والتشريعات الوطنية لأي دولة في العالم، وفرضت على مستهلكها أو منتجها أو المتاجر بها عقوبات صارمة وذلك بالنظر إلى أخطارها، وعلى هذا الأساس فقد أنشئت في سبيل التصدي لهذه المشكلة العديد من المنظمات والهيئات الدولية كمنظمة الصحة العالمية، اللجنة الدولية للمخدرات، منظمة العمل الدولية ...الخ.

وفي هذا السياق قمنا بإعداد هذه المطبوعة، وذلك بهدف تقديم نظرة شاملة عن مشكلة المخدرات، وقد تضمنت عدة محاضرات، حيث تطرقنا في المحاضرة الأولى إلى تحديد مفهوم المخدرات لغة واصطلاحا من زوايا مختلفة: طبية، نفسية، اجتماعية، وقانونية وشرعية وكذا

تصنيفها، أما المحاضرة الثانية فكانت حول تاريخ المخدرات، وركزنا فيها على ذكر أهم المواد المخدرة تبعا لتأثيرها، في حين ركزنا في المحاضرة الثالثة على التعريف بالإدمان والشخص المدمن وصفاته الشخصية وأهم النظريات المفسرة للإدمان، أما في المحاضرة الرابعة فقد تطرقنا إلى بعض المؤشرات الدالة على خطورة مشكلة المخدرات كتقديم إحصائيات حول عدد المتعاطين لها في العالم وكذا عدد الوفيات بسببها، والإشارة إلى زراعة وإنتاج أهم المواد المخدرة كالأفيون والقنب والكوكا.. إلخ، بينما خصصنا المحاضرة الخامسة لتوضيح أبرز الأسباب المؤدية بالفرد للتعاطي أما المحاضرة السادسة فقد تناولنا فيها الآثار المترتبة عن تعاطي المخدرات على المستوى الصحي، النفسي، الاجتماعي ... إلخ، أما في الحاضرة السابعة فكانت حول طرق الوقاية من المخدرات وسبل العلاج على المستوى الفردي وكذا الأسري والمجتمعي، وتبيان أهم الجهود الدولية والعربية في سبيل مكافحة المخدرات.

المحاضرة الأولى: مفهوم المخدرات وتصنيفها

تمهيد

أولا- مفهوم المخدرات

1- لغة

2- اصطلاحا

2-1- من منظور نفسي

2-2- من منظور اجتماعي

2-3- من منظور قانوني

2-4- من منظور طبي

2-5- من منظور شرعي

ثانيا- تصنيفها

خلاصة

المحاضرة الأولى: مفهوم المخدرات وتصنيفها

تمهيد:

إن ضبط تصورنا حول موضوع المخدرات يعد من بين أهم الشروط الواجب توفرها في مجال البحث العلمي خصوصا إذا كانت دلالاته لدى الباحثين تستخدم تبعا لتخصصاتهم الأكاديمية، وحتى يتضح لنا هذا التصور كان حلي بنا تحديد مفهومها خصوصا وأنه محل اختلاف فمفهومها في مجال الطب يختلف إلى حد ما عن مفهومها في مجال علم النفس أو علم الاجتماع...إلخ وهكذا تتضح خصوصية كل علم في تبني مفهوم للمخدرات، وضرورة تصنيفها خصوصا وأن المواد المخدرة مختلفة في شكلها ومصدرها.

وحتى نتمكن من تقديم تصور شامل لمفهوم المخدرات وتصنيفها بشكل دقيق لها كان لزاما علينا إلقاء نظرة فاحصة على ما تم تداوله في بعض الحقول المعرفية كعلم النفس وعلم الاجتماع... إلخ.

أولا- تعريف المخدرات:

1- لغة:

"خدر: الخِدر: السِتر. وجارية مُخَدرة إذا لازَمت الخدر، وأسدٌ خادِرٌ أي: داخل الخِدر[1].

"خَدرَ خَدراً: استتر، يقال خدرَ الهودجَ ألقى عليه الستر، وخَدرَ المرأةَ: ألزمَها خدرها وصانها عن الخدمة لقضاء الحوائج

خَدَر خَدَرا: عراه فتورٌ واسترخاءٌ، ويقال خدرَ من الشراب أو الدواء ، وخدر جسمه، وخدرت عظامه، وخدرت يده أو رجله، وخدرت عينه: ثقلت من قذًى يصيبها.

المخدر: مادة تسبب في الإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة كالحشيش والأفيون، ج مخدرات"[1].

[1] أبو نصر اسماعيل بن حماد الجوهري: الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية، دار الحديث، القاهرة، ص 307.

2- اصطلاحا:

2-1- تعريف المخدرات من منظور اجتماعي:

تعرّف المخدرات "بأنها تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتداولها إلى السلوك الجانح، وهي أيضا تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكا منحرفا"[2].

لكن هذا التعريف يبقى قاصرا لأنه لم يوضح هذه المواد وطبيعتها ونوع التأثير الذي تتركه، ولا كيف تؤدي بمتعاطيها للجنوح أو الانحراف هذا من جهة، ومن جهة أخرى نلاحظ أن صاحب التعريف انطلق من الخاص (السلوك الجانح) إلى العام (السلوك الانحرافي) والأولى الاكتفاء بالانحراف لإفادة العموم.

كما تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات أو إدمانها من المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على بناء المجتمع وأفراده بما يترتب عليها من آثار اجتماعية واقتصادية ونفسية وصحية سيئة على كل من الفرد والمجتمع، كما أنها ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة بعضها يتعلق بالفرد والآخر بالأسرة والثالث بالبناء الاجتماعي العام للمجتمع وظروفه، وتتضح خطورة هذه المشكلة في أثر سلوك المتعاطين أو المدمنين على الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والقانونية في المجتمع الذي يعيشون فيه، حيث يتمثل ذلك من الناحية القانونية في ازدياد معدلات المخالفات والقضايا التي يرتكبونها نتيجة الاستغراق في السلوك المنحرف الأمر الذي يتطلب مزيدا من إجراءات الشرطة والقضاء لمواجهة هذه المشكلة، كما يتمثل الجانب الاقتصادي في الخسائر التي تعود على المجتمع جراء فقده لهذه العناصر البشرية التي كان من الممكن أن تساهم في عملية البناء والتنمية في المجتمع"[3].

---

[1] مجمع اللغة العربية: المعجم الوسيط، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة، ط4، 2004، ص 220.

[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية، ط1، 2006، ص33.

[3] رشاد أحمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1991، ص15.

والملاحظ على هذا التعريف أنه لم يوضح طبيعة المادة المخدرة وتأثيراتها على وعي الفرد وسلوكه، بل عرفها انطلاقا من آثارها، فاعتبرها للوهلة الأولى مشكلة اجتماعية، والأولى تعريف المادة المخدرة ثم توضيح آثارها، وانطلاقا من هذه الآثار يمكنه اعتبارها مشكلة أم لا.

وتعرف بأنها كل "مادة تسبب نوعا من النشوة وتخفيف للألم سواء كانت مادة خام أو مصنعة تؤثر على الفرد نفسيا وجسديا واجتماعيا في حال التعود عليها، وتزيد من حالة التوتر النفسي والألم الجسدي إذا تم التوقف عن تناولها"[1].

وعلى العموم يتضح لنا أن المخدرات هي عبارة عن مواد يتم تناولها من طرف الفرد حيث تؤثر سلبا على عقله (وعيه) فتدفعه للقيام بتصرفات غير مقبولة اجتماعيا، ومنه يصبح تعاطيها يمثل مشكلة اجتماعية خطيرة يترتب عنها آثار سلبية بالنسبة للفرد والمجتمع.

2-2- تعريف المخدرات من منظور نفسي:

"تعرف المخدرات "على أنها أي مادة طبيعية أو كيميائية تحدث عند تعاطي الإنسان لها أو استعمالها تغيرا في شخصيته أو وظائف جسمه أو سلوكه"[2].

ويوضح محمد فتحي عيد يوضح هذا الأمر بقوله "أنها مجموعة من العقاقير التي تؤثر على النشاط الذهني والحالة النفسية لمتعاطيها إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو بإبطاء نشاطه أو تسبيبها للهلوسة أو التخيلات، وهذه العقاقير تسبب الإدمان، وينجم عن تعاطيها الكثير من مشاكل الصحة العامة والمشاكل الاجتماعية"[3].

ومعنى ذلك أن هذه المواد المخدرة تؤثر إلى حد بعيد على الجانب النفسي لمتعاطيها والعمليات العقلية لديه من إدراك وتخيل .. إلخ وهو تأثير مؤقت يتسم بالتنشيط أو التثبيط أو

[1] دريفل سعدة: تعاطي المخدرات في الجزائر وإستراتيجية الوقاية، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص علم الاجتماع الثقافي، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر02، السنة الجامعية: 2010-2011، ص17.

[2] عبد الرحمن محمد أبو عمه: حجم ظاهرة الاستعمال غير مشروع للمخدرات، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 1998، ص18.

[3] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1987، ص130.

الهلوسة، لكنه سرعان ما يتحول إلى إدمان عليها، كما يترتب عنه تأثيرات سلبية تطال المتعاطي، وكذا الوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه.

كما تعرف بأنها "كل مادة خام أو مستحضرة ذات تأثير منبه أو مخدر تؤدي إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية إلى حالة التعود والإدمان مما يؤدي إلى إلحاق الضرر بالفرد والمجتمع"[1]

ومعنى ذلك أن الفرد يصبح غير طبيعي في أفكاره وتصرفات وحاجاته البيولوجية، فتكون حاجته لتناول المادة المخدرة أكثر إلحاحا من حاجته للأكل، وهو ما يدفعه للقيام بأي فعل مقابل الحصول عليها حتى وإن كان ذلك فعل انتهاكا للقانون كالقتل أو السرقة ..إلخ.

ومما سبق نستنتج أن المخدرات مواد تؤثر على الجهاز العصبي والحالة النفسية لمتعاطيها فتساهم في تنشيطه أو تثبيطه أو هلوسته، ويكون التأثير أبلغ إذا استمر في تعاطيها وتحول هذا الفرد مع الوقت من متعاطي لها إلى مدمن عليها لا يمكنه الانقطاع عنها، وفي حال الانقطاع تظهر عليه الكثير من الأعراض كالقلق، التوتر، الهيجان ... إلخ ويقوم بسلوكات غير طبيعية.

2-3- تعريف المخدرات من منظور طبي:

"المخدرات تعني تلك المواد الطبيعية والمحضرة الكفيلة بإحداث تغيير في النشاط الذهني ذات التأثير السيكولوجي والفيزيولوجي، وهي صنفين: المخدرات المباحة وهي عموما الأدوية المتوفرة لدى الصيدليات لأغراض طبية، والمخدرات المحظورة وهي إما نبات طبيعي كالحشيش أو القنب الهندي، أو محضرة كالكيف المعالج، وهي تستعمل للإدمان قصد التغيير في النشاط الطبيعي للذهن"[2].

[1] مصلح الصالح: الشامل قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض، 2000، ص 174
[2] دريفل سعدة: تعاطي المخدرات في الجزائر وإستراتيجية الوقاية، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص علم الاجتماع الثقافي، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر02، السنة الجامعية: 2010-2011، ص27.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن زراعة وإنتاج وتجارة المخدرات كالأفيون مثلا تكون مباحة أيضا إذا كانت موجهة لأغراض طبية، وذلك بموجب اتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961، وبالتالي لا يمكن اقتصار المواد المباحة على ما هو موجود في الصيدليات فحسب.

وتعرف أيضا بأنها "مواد كيميائية تسبب النعاس أو النوم غير الطبيعي أو غياب الوعي لتسكين الآلام "[1].

ويرى عبد الرحمن شعبان عطيات أن "المخدر عبارة عن مادة طبيعية أو مصنعة ذات خواص بيوكيميائية تتميز بقدرتها على التأثير على المجموعة العصبية الدماغية الأمر الذي يؤدي إلى اضطرابات جسمية وعقلية ونفسية لدى متعاطيها، وتشمل المخدرات الأفيون ومشتقاته من مورفين وهيروين وغيرها، وتخضع هذه المواد للرقابة الدولية"[2]، لكن هذا التعريف لم يوضح نوع التأثير الذي تمارسه المواد المخدرة على الجهاز العصبي.

ومنه فالمواد المخدرة تؤثر عند تعاطيها بدرجات متفاوتة سواء على الجهاز العصبي أو وظائف الجسم بل ويتعدى إلى الجانب النفسي والاجتماعي، وذلك راجع لنوع المخدر وحجم الكمية المستهلكة، فكلما كانت الكمية صغيرة كلما كن التأثير ضعيفا والعكس صحيح.

ومن خلال ما سبق يتضح أن المخدرات مواد طبيعية أو مصنعة تؤثر عند تعاطيها على عقل وجسم المتعاطي بالتثبيط أو التنشيط أو الهلوسة، وتتوقف درجة هذا التأثير تبعا للكمية المستهلكة، ويتعدى تأثيرها الجانب النفسي والاجتماعي للفرد المتعاطي، ويترتب عن التعاطي المتكرر للمادة المخدرة حالة الإدمان.

[1] عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية والتدريب، ط1، 2002، ص13.
[2] عبد الرحمن شعبان عطيات: المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2000، ص13.

2-4- تعريف المخدرات من منظور قانوني:

"من الوجهة القانونية يعرف المخدر بأنه المادة التي تشكل خطرا على صحة الفرد وعلى المجتمع، لذا فإن جميع المخدرات توضع تحت ما هو مصطلح عليه بالعقاقير الخطرة"[1].

ولعل ما يعاب على هذا التعريف شموليته وغموضه، إذ لم يحدد طبيعتها ولا نوعها، واعتبرها عقارا خطرا فهل كل عقار خطير يمكن اعتباره مخدرا؟

ويعرّفها جابر بن سالم موسى وآخرون "أنها مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي، ويحظر تداولها أو زراعتها أو وضعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بوساطة من يرخص له بذلك، ويعرفها البعض بأنها كل مادة يترتب على تناولها إنهاك الجسم وتأثير عكسي على العقل حتى تكاد تذهب به، وتؤدي عادة إلى الإدمان، وتحرمها القوانين الوضعية"[2].

وحسب هذا التعريف تعتبر المخدرات مواد تسبب الإدمان وهي محظورة دوليا، وذلك نظرا للأضرار التي تلحقها بالفرد والمجتمع، ويجرم زارعها أو منتجها أو المتاجر بها أو مستهلكها بطريقة غير مشروعة، ويعاقب عليها القانون، وهذا ما نصت عليه كل الاتفاقيات الدولية بدءا باتفاقيات شنغهاي 1909، اتفاقية الافيون 1912 اتفاقيات جنيف 1931-1925 الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961، اتفاقية 1971، اتفاقية 1988 ... إلخ وأكدت عليه الهيئات والمنظمات الدولية والعربية على السواء.

وقد ورد في المادة 02 من القانون الجزائري المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها أن "المخدر كل مادة طبيعية أم اصطناعية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة

[1] عبد المجيد سيد أحمد منصور: المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية والاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الإسلامية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1988، ص51.
[2] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط2، 2005، ص10.

1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول 1972"[1]، ومن هنا يتضح أن القانون الجزائري يتفق مع ما ورد في القانون الدولي بشأن تعريف المخدرات.

2-5- تعريف المخدرات من منظور شرعي:

لم يتطرق الشرع لموضوع المخدرات بالتحريم أو الإباحة بشكل صريح، وذلك لكونها لم ترد لا في الكتاب ولا في السنة الشريفة، ولكن بالنظر إلى آثارها التي تشترك فيها مع المسكرات كالخمر مثلا فقد قام الفقهاء بتحريمها من خلال اعتمادهم على القياس، واستنادا إلى ما نصت عليه الشريعة الإسلامية في تحريمها للخمر كقول الله تعالى: "يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمَا وَيَسْأَلُونَكَ مَاذَا يُنْفِقُونَ قُلِ الْعَفْوَ كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمُ الْآيَاتِ لَعَلَّكُمْ تَتَفَكَّرُونَ"[2].

وقوله أيضا "يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آَمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ، إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ"[3].

أما في السنة النبوية فقد وردت عدة أحاديث شريفة بهذا الخصوص كقوله صلى الله عليه وسلم: "كل مسكر خمر وكل مسكر حرام"

إن الخمر مادة تغيب عقل شاربها وتجعله يقوم بتصرفات لا واعية وفي أحيان كثيرة غير مقبولة اجتماعيا كالتلفظ بألفاظ بذيئة أو الزنا ... إلخ، شأنه في ذلك شأن المخدرات إلا أن هذه الأخيرة أخطر من حيث التأثير من الخمر ذاته لاسيما وأن علاج الإدمان على المخدرات أصعب بكثير من علاج إدمان الخمر والذي لا يترتب عند الانقطاع عنه آثار خطير كتلك التي تترتب عن إدمان المخدرات.

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة العدل: قانون يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الديوان الوطني للأشغال التربوية، الجزائر ط1، 2005، ص03.
[2] سورة البقرة، الآية: 219
[3] سورة المائدة الآية: 90-91

وهذا ما أكده الحافظ الذهبي في قوله ": ويدخل في قوله صلى الله عليه وسلم كل مسكر خمر الحشيشة وهي المصنوعة من ورق القنب، وهي حرام كالخمر، وهي أخبث من الخمر من جهة، إنها تفسد العقل والمزاج حتى يصير في الرجل تخنث ودياثة، وتفضي إلى المخاصمة والمقاتلة"[1].

وعليه فالمخدرات حسب المنظور الشرعي هي كل مادة تغيب الوعي وتجعل صاحبها في حالة من السكر، وتتسبب إلحاق الضرر به نفسيا وبدنيا واجتماعيا واقتصاديا ... إلخ.

وعلى العموم نخلص من كل هذه التعريفات على اختلاف مجالاتها العلمية إلى أن المخدرات هي تلك المواد التي تؤثر على العقل والجسم والسلوك معا، وتسبب الإدمان عليها، وتلحق الضرر بالفرد والمجتمع على السواء، ومن بين هذه المواد نجد المثبطات، المنشطات، المهلوسات وهي موجهة للأغراض الطبية حسب ما نصت عليه الاتفاقيات الدولية، وأي استعمال غير مشروع سواء من حيث زراعتها أو إنتاجها أو استهلاكها أو الاتجار بها يستوجب العقاب.

ثانيا- تصنيف المخدرات:

تصنف المخدرات تبعا لأحد المعايير التالية:

1- معيار اللون: وتنقسم بموجبه إلى نوعين:

1-1- مخدرات سوداء: وهي التي يميل لونها إلى السواد كالأفيون والحشيش.

1-2- مخدرات بيضاء: كالهيروين والكوكايين وغيرهما.

2- معيار المصدر أو المنشأ: وتنقسم وفق هذا المعيار إلى:

2-1- مخدرات طبيعية: وهي التي تنشأ وتنمو في الطبيعة كالحشيش، الأفيون، القات... إلخ.

[1] رجب محمد أبو جناح: المخدرات آفة المجتمع، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، ليبيا، ط1، 2000، ص16.

2-2- مخدرات مصنعة: وهي المحضرة كيميائيا في المعامل.

2-3- مخدرات نصف مصنعة: وهي المستخلصة من المواد المخدرة الطبيعية.

3- معيار التأثير: وتنقسم وفقه إلى:

3-1- مثبطات: مثل الأفيون، المورفين، الهيروين، الكوديين، البنزوديازيبنات، الباربيتورات ...إلخ

3-2- منشطات: مثل الأمفيتامينات، الكوكايين، الإفدرين... إلخ

3-3- مهلوسات: مثل الحشيش، الفنسكلدين، LSD، الميسكالين... إلخ.

ومما سبق نخلص إلى أن المخدرات هي كل مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي للإنسان بالتثبيط أو التنشيط أو الهلوسة، وقد تكون طبيعية كالحشيش والأفيون، أو نصف مصنعة كالكوكايين، أو مصنعة مثل الأمفينتامينات، ولا يسمح بإنتاجها أو زراعتها أو تجارتها إلا في إطار ما يسمح به القانون.

خلاصة:

من خلال جملة التعريفات التي تم تناولها من وجهة نظر باحثين في اختصاصات علمية متعددة خلصنا إلى أن جميعها تشترك في بعض الجوانب المهمة التي تكشف تأثير المادة المخدرة على الجهاز العصبي للإنسان، إلا أنها تختلف في بقية التأثيرات الأخرى تبعا لطبيعة المادة المخدرة وتركيبها الكيميائي، فمنها ما يثير الهلوسة، ومنها ما هو مثبط ومسكن للألم، ومنها أيضا ما هو منشط للجسم، وكلها تترك آثارا جانبية بعد انتهاء مفعولها مباشرة، كما أنها تمثل سلوكا منحرفا خارجا عن الأطر الاجتماعية والقانونية، ويستوجب عقاب فاعله.

المحاضرة الثانية: تاريخ المخدرات

تمهيد

أولا- تاريخ أهم المخدرات المثبطة

ثانيا- تاريخ أهم المخدرات المهلوسة

ثالثا- تاريخ أهم المخدرات المنشطة

خلاصة

المحاضرة الثانية: تاريخ المخدرات

تمهيد:

إن دراسة أي موضوع من الموضوعات ومحاولة فهمه بشكل دقيق يدفعنا إلى محاولة التعرف على بعض الحيثيات المرتبطة بظروف نشأته ومراحل تطوره، وتعد ظاهرة تعاطي المخدرات إحدى الموضوعات التي تسترعي اهتمامنا خصوصا وأنها تشكل مشكلة العصر، والتي تعاني منها الكثير من مجتمعات العالم، لاسيما وأن تداعياتها قد طالت الفرد والمجتمع معا.

وظاهرة تعاطي المخدرات ظاهرة قديمة قدم الإنسان ذاته، وتضرب بجذورها في أعماق التاريخ البشري، وخصوصا المخدرات الطبيعية كالحشيش والخشخاش والقات والكوكا، أما المخدرات المصنعة ونصف المصنعة فقد ظهرت في العصر الحديث، ونحن في هذه المحاضرة سنطرق إلى تاريخ المخدرات الأكثر انتشارا واستهلاكا في المجتمع.

أولا- المثبطات Depressants: وتضم على سبل المثال لا الحصر:

1- الأفيون Opium:

يذهب بعض الباحثين إلى أن كلمة الأفيون مشتقة من كلمة أبيوم opium اليونانية ومعناها العصارة، وهي مادة مخدرة تستخرج من نبات الخشخاش، وتستخدم لصناعة الهيروين، وطبقا لمصادر الأمم المتحدة تشكل أفغانستان حاليا المصدر الأول للأفيون"[1].

"وهو عقار أبيض اللون يشبه اللبن يتم الحصول عليه من الثمار غير الناضجة لشجرة الخشخاش المعروفة علميا باسم paraver somniferam أي زهرة النوم، وطريقة الحصول عليه تتم بإحداث خدوش في الثمرة غير الناضجة للخشخاش يخرج منها سائل أبيض اللون يجف بعد ذلك ويتحول إلى مادة لدنة مطاطية اللون"[2] أي اللون البني، "ثم يكشط من على

[1] محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2012، ص24
[2] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط2، 2005، ص12

الكبسولات (ثمرات نبات خشخاش الأفيون)، ويجمع في أوعية خاصة، وعندئذ يكون شكله كشكل العسل الأسود، وفيما بعد يزداد جفافه ويصبح أدكن لونا، وعادة ما يكون الجزء الخارجي من الكتلة التي تكونت ذات لون بني متوسطا وجافا ومجعدا، بينما يبقى الجزء الداخلي من الكتلة طريا ولزجا ولونه بنيا غامقا، وأحيانا تبقى الكتلة كلها ذات قوام لزج طري ويكاد لونها يكون أسودا، ويسمى الأفيون وهو في هذه الحالة بالأفيون الخام"[1].

ومن ناحية الرائحة له رائحة قوية مخدرة والطعم مر، ويحتوي الأفيون على قلوانيات كثيرة أهمها: المورفين، والكوديين، والبايفريين، كما يحتوي على مواد أخرى مثل حمض الميكونيك وأحماض عضوية أخرى وحمض الكبريتيك[2].

"وتعتبر منطقة المثلث الذهبي: لاووس وتايلندا وورما، والهلال الذهبي: أفغانستان، باكستان، إيران، وتركيا أكبر مصادر زراعة ونمو هذه الشجرة في العالم، كما زرعت في مناطق أخرى من العالم مثل: المكسيك، الإكوادور، والبيرو، والذي سهل انتشار هذه النباتات بهذه الصورة هو إمكانية زراعتها في كل مكان تقريبا، كما أن مردود الأفيون عال وتسويقه سهل وقيمته مرتفعة ويتمتع بمناعة شديدة ضد التعفن إذا ما أريد تخزينه"[3]، ويتم تعاطيه عن طريق تدخينه أو مضغه، أو شربه من خلال غليه، أو امتصاصه عن طريق الفم أو الحقن.

ويقال أن تاريخ استخدامه يرجع إلى 7000 سنة ق.م حيث كان شائعا بين سكان وسط آسيا، ومن هناك انتقل إلى باقي أنحاء العالم.

وقد عرفه المصريون فيما بعد في الألف الرابعة ق.م "وقد وضعوا هذه المادة في صورة محلول لإعطائه الأطفال كثيري الحركة ليجعلهم هادئين، وقد كان الأفيون غير معروف بأن له

[1] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1988، ص170.

[2] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة السعودية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1991، ص25

[3] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة السعودية،مرجع سابق، ص27

صفة إدمانية، بل كان يستخدم فقط ليجعل الإنسان هادئ، حيث كان يستخدم عن طريق الفم، فكان تأثيره الإدماني أقل"[1].

واتضح ذلك في برديات المصريين القدامى مثل بردية إيبرز Ebers papyri، والتي كشفت أن الأفيون كان يستخدم من طرف المصريين في ذلك الوقت لعلاج المغص عند الأطفال.

"وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 ق.م عن موسم حصاد الأفيون، وعرفت زراعة خشخاش الأفيون في بلاد ما بين النهرين منذ 3400 سنة قبل الميلاد، وشملت بلاد ما بين النهرين من إمبراطوريات سومر والأكادية والبابلية والآشورية، وعرفه البابليون والفرس"[2].

وقد عرفه اليونانيون في ذلك الحين حيث انتشرت زراعته عندهم بشكل كبير، وكانوا يقدمونه لضيوفهم في شكل مشروب كتعبير منهم عن إكرامهم لهم، ولا يختلف الرومان عن اليونانيين في تناولهم للأفيون وهو ما عبرت عنه أساطيرهم بجلاء.

وعرفه العرب (الأفيون) منذ القرن الثامن الميلادي، وقد ذكره ابن سينا في كتابه كعلاج لالتهاب غشاء الرئة وداوود الأنطاكي وأبو القاسم عمار وغيرهم، وأوضحوا استخداماته الطبية في ذلك الوقت.

أما الهنود فقد استخدموا الأفيون أيضا كغيرهم من شعوب العالم منذ القرن السادس الميلادي، "وظلت الهند تستخدم الأفيون في تبادلاتها التجارية المحدودة مع الصين، إلى أن قررت شركة الهند الشرقية في أوائل القرن التاسع عشر أن تضعه ضمن احتكاراتها، ثم اتجهت به إلى محاولات التسويق بالقوة في أسواق الصين، وانتهت مقاومة الصين لهذه المحاولات بوقوع الحرب المعروفة بحرب الأفيون (1839-1842) بين الصين المدافعة عن نفسها

[1] عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2002، ص34.
[2] محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، مرجع سابق، ص21.

وانجلترا المصممة على فتح أسواق الصين بالقوة وإغراقها بالأفيون (بضاعة شركة الهند الشرقية) وتغلبت انجلترا على الصين في هذه الحرب"[1].

ولقد أسفرت هذه الحرب على توقيع معاهدة بين الطرفين الموسومة بمعاهدة نانكين وجعل الصين سوقا للأفيون الذي تصدره إليها شركة الهند الشرقية البريطانية، كما تم احتلال هونغ كونغ من طرفها أيضا.

"واستطاعت الولايات المتحدة الأمريكية الدخول إلى الأسواق الصينية ومنافسة شركة الهند الشرقية في تلك الحرب، فوقعت معاهدة مماثلة عام 1844 فوصل عدد المدمنين بها عام 1906 على سبيل المثال خمسة عشر مليونا، وفي عام 1920 قدر عدد المدمنين ب: 25% من مجموع الذكور في المدن الصينية واستمرت معاناة الصين من ذلك النبات المخدر حتى عام 1950 عندما أعلنت حكومة ماوتسي تونغ بدء برنامج فعال للقضاء على تعاطيه وتنظيم تداوله"[2].

وفي القرن التاسع عشر تم عزل المادة الفعالة في نبات الأفيون التي أطلق عليها اسم المورفين على يد الصيدلاني سيرتونر سنة 1803، واشتق من المورفين مادة أخرى عرفت بالهيروين وذلك سنة 1874، وفي القرن العشرين اكتشفت مادة النارلورفين narlorphine والتي تمثل إحدى مشتقات الأفيون.

2- المورفين Morphine:

يعد المورفين من مشتقات الأفيون "وينتج على هيئة مسحوق يتدرج لونه من الأبيض إلى اللون البني تبعا لدرجة تفاوته، وينتج أيضا على هيئة أقراص أو محاليل، وهو مر المذاق ويتم تعاطيه عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل، والمورفين يسبب اعتمادا نفسيا وجسميا"[3].

[1] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1996، ص ص36-37.
[2]- محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، مرجع سابق، ص22.
[3] عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية والتدريب، ط1، 2002، ص53

ولقد "اكتشف المورفين الصيدلي الألماني سوتونر عام 1803، وبعد ذلك بدأت الأبحاث حول المورفين تأخذ طابعا جديا، وقد تمكن العالمان هولاند وروبنسون عام 1925 من اكتشاف التركيب الكيميائي للمورفين، إلا أن تكلفته كانت عالية جدا لهذا لم ينتشر التحضير الكيميائي للمورفين، واستطاع الدكتور ألكسندر وود A. wood استخدام بلورات المورفين بعد إذابتها في سائل خاص وحقنها تحت الجلد لإزالة الآلام التي يعاني منها المرضى إذ أن مفعول المورفين أقوى عشرات المرات من مفعول الأفيون الخام[1].

والمورفين "هو مسحوق مر المذاق قلوي كريستالي ويعد أقوى مانع للألم... ويؤثر المورفين بصورة رئيسية على الجهاز العصبي المركزي وعلى الأحشاء، وإذا أعطي لفرد لديه آلام فقد يشعر ببعض الأحاسيس غير السارة، ويسبب البلادة والإقلال من النشاط العام الفسيولوجي وتقليل حدة الإبصار والسبات وصعوبة التفكير"[2].

أما بخصوص كيفية تعاطيه فهي عن طريق الاستنشاق، والحقن، والتناول بالفم وهي أخطرها، و"المورفين هو من بين أهم المركبات الطبيعية المستخدمة في علاج الألم الناجم عن السرطان والحالات التي تكون فيها المسكنات الأخرى غير مجدية، كما أن لديه تأثيرا مهدئا يحمي الجهاز العصبي ضد الصدمة العصبية الناتجة عن الجروح والصدمات الشديدة المؤلمة والناتجة عن النزيف الداخلي وقصور القلب الاحتقاني"[3].

ولعل من آثاره السلبية – إلى جانب الإدمان عليه– نجد احتباس البول، القيء، انخفاض ضغط الدم، وغيرها من الأعراض الجانبية الأخرى.

[1] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة السعودية، مرجع سابق، ص29
[2] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص12
[3] محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، مرجع سابق، ص35

"وتعاطي المورفين مع زيادة تدريجية في الجرعة يمكن الجسم من تحمل كمية منه لو أعطيت في الحالات العادية لكانت خطيرة ومميتة، والإدمان يسبب حالة خطيرة جدا لا يمكن علاجها أو إصلاحها إلا بعناية طبية خاصة"[1].

3- الهيروين Heroin:

وهو أحد مشتقات المورفين الخطيرة للغاية إذ يصعب على متعاطيه الانقطاع عنه وهو معروف أيضا باسم دي اسيتيل مورفين diacétylmorphine وهو "يتكون من بلورات صغيرة تشبه السكر المسحوق الدقيق الناعم أو مساحيق التنظيف ويتراوح لون الهيروين ما بين اللون الأبيض، اللون الأبيض العاجي، اللون الرمادي الغامق، اللون الرمادي المائل للون البني"[2]، ولعل ما يميزه صعوبة ذوبانه في الماء على عكس الكحول التي يذوب فيها بسهولة، في حين أن راحته تشه رائحة الخل (الهيروين مستخلص من المورفين المستخلص من الأفيون).

ولقد استخدم الهيروين في العلاج الطبي واعتبر ترياقا لكنهم سرعان ما تخلوا عنه نتيجة أضراره الكبيرة وفي مقدمتها الإدمان عليه، ويعد الكيميائي الانجليزي ألدر رايت Wright أول من قام باكتشاف هذه المادة وتصنيعها سنة 1874 وذلك بمستشفى سانت ماري بلندن.

4- الكوديين: Codeine

يعتبر الكوديين أحد مشتقات الأفيون وهو يصنف ضمن فئة المواد المثبطة، "وقد تمكن علماء المختبرات الطبية عام 1832 من استخلاص الكوديين من الأفيون الخام، ويتداول هذا العقار على شكل بلورات بيضاء عديمة الرائحة أو في شكل أقراص، ويستعمل الكوديين في الأغراض الطبية للتقليل من الإحساس بالألم كما أنه يدخل في معظم أدوية السعال"[3].

---

[1] عبد المجيد سيد أحمد منصور: المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية والاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الإسلامية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1989، ص59

[2] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة السعودية، مرجع سابق،: ص ص29-30

[3] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص12.

كما أن الإدمان عليه يترتب عنه حالة من التوتر، تقلصات عضلية... إلخ، وقد تؤدي الجرعات الزائدة والكبيرة بصاحبها إلى حالة الوفاة، وتقدر هذه الجرعة من 500 ملغ – 1000 ملغ.

5- البنزوديازيبينات: Benzodiazepine

تعتبر البنزوديازيبينات من المواد المهدئة (المثبطة) والمنومة في نفس الوقت، تم اكتشافها سنة 1955 من طرف الكيمائي سترنباش ليو Sternbash Leo "وهي تستخدم في علاج حالات القلق والأرق واسترخاء العضلات وكمضادات للصرع، ويختلف كل عقار من عقاقير هذه المجموعة عن الأخرى في قوة تأثيره"[1].

ومن أنواع البنزوديازيبينات نجد: البروزولام Alprozolam، بروميازيبام Bromazepam، كلونازيبامClonazepam ، كلورازيبام Clorazepam، ديازيبام Diazepam... إلخ.

ومن آثاره السلبية: الاعتماد النفسي والعضوي، احتمال الوفاة في حال إساءة استخدامها من طرف المتعاطي، الاكتئاب، القلق... إلخ، ويتم تعاطيها عن طريق الحقن في الوريد.

6- الباربيتورات: Barbiturate

"تعتبر الباربيتورات مجموعة مخدرة منومة مشتقة من حامض الباربيتوريك Barbituric acid، وتستخدم هذه المادة مع اختلاف تحضيرها على نطاق واسع في علاج الكثير من الاضطرابات التي تحتاج إلى التسكين والنوم، وتوصف هذه المجموعة طبيا في حالات الاضطراب العصبي والقلق الانفعالي ورد فعل الجسم للمنبهات الخارجية وكذلك للتوترات الانفعالية"[2].

[1] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص13.
[2] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص ص12-13.

"وقد اكتشف ألفريد باير A. Bayer مجموعة الباربيتورات عام 1862، وبدأ الاستعمال الاكلينيكي لها عام 1903 على يد فون ميرنج V. Mering"[1]، "ويقال أنه اطلق عليها هذا الاسم لأن هذا الاكتشاف وقع لها في عيد القديسة باربرا Saint Barbara's day الموافق لـ 04 ديسمبر 1862"[2].

إن الاستعمال الطبي للباربيتورات بجرعات صغيرة وتحت إشراف الطبيب لا يترتب عنه أي مضاعفات أو آثار جانبية، وكلما شفي المريض كلما تحتم عليه الانقطاع عن تناولها لأن الاستمرار في ذلك قد يتسبب لها في حالة من التعود والإدمان عليها، لاسيما وأن من أبرز ملامح هذه الأخيرة الرغبة في زيادة الجرعات مما يؤدي بالضرورة إلى آثار جانبية خطيرة، ومن أكثر أنواع الباربيتورات استعمالا نجد أموباربيتال، سيكوباربيتال، الجلوتثميد، والميثاكوالون.

"وطرق تعاطي الباربيتورات تم عن طريق البلع أو تذاب في الماء أو في الكحول أو في الحقن بالوريد، أما أهم الأعراض التي تنشأ عن تناول هذه المؤثرات فهي عدم القدرة على التحكم في التحريك العضلي، انخفاض ضغط الدم، ارتعاش اليد والأصابع، اضطرابات نفسية، هلوسة وانفصام الشخصية، قد تحدث غيبوبة ثم الوفاة"[3]، كما يتسبب الإدمان عليها في حالة من الاعتماد النفسي والعضوي.

"وبعد تسع سنوات تم تكوين الفينوباربيتون (لومينال)، ثم تبعه الأميلوباربيتون (أميتال) سنة 1923، وتوالى بعد ذلك التكوين المعملي لمئات من هذه الباربيتورات ومن أشهرها الكوينالياربيتون (سيكونال) سنة 1930 والثيوبنتون (بنتوثال) سنة 1935"[4].

"غير أن هذا الاستعمال نتجت عنه عدة أضرار كبعض الاضطرابات النفسية وحالات التسمم ومحاولات الانتحار، وقد أثار جدلا في الولايات المتحدة الأمريكية وأوربا في السنوات

[1] عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، مرجع سابق، ص35.
[2] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص54.
[3] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة العربية السعودية، مرجع سابق، ص31.
[4] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص54.

(1920–1940) بين مؤيدي ومعارضي استعمال هذه المواد، وبالرغم من أن أحدا لم ينكر في هذا الجدل فاعلية هذه العقاقير في علاج القلق والتوتر العصبي والأرق وفاعليتها المضادة للتقلصات، إلا أن ذلك لم يمنع المناقشين من الاعتراف بخواصها المسببة للإدمان"[1]، ولقد تم حظرها دوليا بموجب اتفاقية المؤثرات العقلية المبرمة بتاريخ 1971 والتي دخلت حيز التنفيذ سنة 1976.

7- المذيبات الطيارة: Sedative Hupnotics

"يعتبر استنشاق المواد الطيارة أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها، وتشترك المواد المصنفة تحت هذه الفئة في سرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة وفي كونها تحدث درجة من التسمم عند استنشاقها، ومن أكثر هذه المواد انتشارا الهيدروكربونات الطيارة وهذه توجد في مذيبات الطلاء وفي أنواع الأصماغ أو الغراء وأشهر مفرداتها: التولوين toluene والترايكلوروإثيلين trychloroethylene والبنزين benzene وتوجد مفردات أخرى (تباع جاهزة في الأسواق لاستخدامات متنوعة)، وربما كان أكثرها ذيوعا بعض المواد المزيلة للبقع في الملابس والمفروشات والآسيتون المعروف باستخدامه في إزالة طلاء الأظافر وأنواع الإيروسول التي يكثر استخدامها في المنازل ضد الذباب وبعض الحشرات الطيارة"[2].

والمذيبات الطيارة عموما "تحتوي فحوما مائية متطايرة وعند استنشاقها تحدث خدرا بالجسم كما تحدث النعاس والنوم الأمر الذي أدرجها تحت العقاقير المنومة أو المسكنات المنومة، وأدرجت من قبل منظمة الصحة العالمية في عام 1973 على أنها مركبات تسبب الإدمان"[3].

ويتم تعاطي المذيبات الطيارة بعدة طرق منها:

- وضع المادة الطيارة في كيس (ورقي أو بلاستيكي) واستنشاقها بعمق.

---

[1] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، مرجع سابق، ص237.
[2] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص60.
[3] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، مرجع سابق، ص54.

- وضع المادة الطيارة على قطعة قماش ثم توضع على الفم والأنف بغرض استنشاقها.

- فتح الوعاء الذي يحتوي المادة الطيارة والاستنشاق منه مباشرة.

"ولكن البدايات التي عرفها المجتمع الإنساني الحديث ترجع إلى أواخر القرن الثامن عشر وعلى امتداد القرن التاسع عشر، وهي بدايات وظفت لغرض لا علاقة له بالسحر ولا بالممارسات الدينية، ولكن لتحقيق عملية التغير في الحالة النفسية أو العقلية ولا شيء غير ذلك، وهو جوهر عملية التعاطي المؤدي إلى الاعتماد، وتأتي هذه البداية الحديثة مع ظهور ما يعرف بالغاز المضحك nitrous oxide الذي اكتشفه جوزيف بريستلي سنة 1776، إذ سرعان ما تبين أن من خصائص هذا الغاز أنه يثير الضحك لدى مستنشقه، ومن ثم فقد سارع البعض إلى استغلال هذه الحقيقة لأغراض ترويحية، وذلك بالدعوة إلى حفلات ترويحية جماعية كون البند الرئيسي فيها هو استنشاق هذا الغاز واستثارة موجات من الضحك بين جموع الحاضرين"[1].

في مطلع القرن التاسع عشر عرفت أوربا انتشارا واسعا للمواد (المذيبات) الطيارة وخصوصا في ستينيات القرن في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، كندا، هولندا، الدنمارك، اليابان، فرنسا، فنلندا... إلخ، وشملت الأطفال والشباب معا لسهولة الحصول عليه وتعاطيه.

"كما انتشرت في السويد والنرويج حوالي أوائل القرن العشرين عملية إضافة بضع قطرات من الإثير إلى القهوة، وسارعت بعض شركات الأدوية إلى صنع مستحضرات طبية تحتوي على الإثير، وتباع بشكل قانوني، ومن أشهر هذه المستحضرات: قطرات هوفمان، وقطرات الدكتور هولز"[2].

وفي النصف الثاني من القرن العشرين "قامت منظمة الصحة العالمية بإدراج مجموعة من المواد التي تستنشق وصنفتها على أنها مواد تسبب الإدمان، وهذه المواد تحتوي على الشحوم

[1] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص60.
[2] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص ص61-62.

المائية المتطايرة وتوجد في البنزين ومخفف الطلاء (التربينتين) ومزيل طلاء الأظافر والصمغ ومزيلات البقع وسوائل التنظيف ومواد أخرى كثيرة، ولقد بدأ استعمال هذه المواد بعد أن اكتشف غاز أكسيد أنيتروز (الغاز الضاحك)، والذي كان حدث النشوة والضحك واللهو"[1].

ومن مخاطر تعاطيها: الغثيان، القيء، إصابات تحدث على مستوى القلب، الكلى والكبد، الشعور بالدوار وفي بعض الأحيان الوفاة.... إلخ.

ثانيا- المهلوسات:Hallucinogens

1- الحشيش: cannabis

يستخدم اصطلاح حشيش كمرادف لكلمة قنب، وهذا ما هو شائع في العالم لاسيما الشرق الأوسط، "وهو المادة المخدرة المستخلصة من نبات القنب، كما أنه يعرف من خلال مشتقاته في الولايات المتحدة باسم الماريجوانا Marijuana، أما القنب الهندي فهو نبات بري ينمو فطريا كما يمكن أن يستزرع كما هو حادث الآن في بعض الدول سواء بطريقة رسمية أو سرية كالهند وجنوب إفريقيا"[2].

كما "يقتصر إطلاقه في بعض الأحيان على خلاصة محضرة من الأوراق، كما أنه يستعمل في بعض الأحيان للدلالة على القمم الزهرية للنبات، وتستعمل كل هذه المستحضرات إما بالمضغ وإما بالتدخين أو يتعاطاها المريض على هيئة سائل... وفي بعض مناطق أمريكا الجنوبية والمكسيك والولايات المتحدة الأمريكية تستعمل القمم الزهرية للنبات نفسه لتحضير ما يسمى الماريجوانا"[3].

والمعنى اللفظي للحشيش هو العشب الأخضر، كما يعتقد أنها مشتقة من كلمة شيش العبرية التي تحمل معنى المزح، وتختلف مسمياته من مكان لآخر ومن بلد لبلد، "ففي مصر

[1] رشاد أحمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992، ص62.
[2] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة السعودية، مرجع سابق، ص24.
[3] عبد المجيد سيد أحمد منصور: المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية والاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الإسلامية، مرجع سابق، ص60.

يسمون الحشيش: الحشيش والفولة، وفي تونس تاكروري، وفي المغرب: الكيف، وفي تانجنيقا: بهانج Bhang، وفي جنوب إفريقيا: بانجي Bangi أو سورما Suruma وإيسانجي Isangu ودكيا Dakha، وفي شمال إفريقيا: ديامبا Diamba وريامبا Riamba، وفي روسيا أناشكا Anaska، وفي إيران: كيف وحشيش، وفي سوريا: حشيش ومعجون Magon، وفي تركيا: إسرار Esrar، وفي الهند بهانجا Bhanga وبانج Bang وكاراس Charas وجنجا Ganja وقنب Hemp، وفي التبت ميميا Mimea ومومیا Momea، وفي الولايات المتحدة الهشيم الهندي Indian hay وماريهوانا Marihuana وماريجوانا Marijuana وجريفو وماري وارنر وموجلس ديفرز، وفي البرازيل: ليمبا وتيامبا Thiamba et Liamba وماكونبا Maconba، وفي المكسيك: روزماريا rosemaria"[1].

ولقد ورد في المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية أنه: "يستخرج من الأوراق الجافة والمطحونة للزهرة العلوية لنبات القنب الهندي، وهو نبات بري ينمو تلقائيا أو يزرع، وهو من الفصيلة القنبية (Cannabinaceae) ويتراوح طول شجرته بين متر ومترين ونصف المتر، وذو أزهار وحيدة الجنس ذات غلاف زهري أخضر اللون، وزهر النبات المؤنث هو الذي يحتوي على البذور وينتج في الوقت نفسه مادة راتنجية تمتاز باحتوائها على أكبر نسبة من المخدر، والمادة الفعالة في الحشيش توجد في المادة الراتنجية Cannabinin، وهي مادة قلوية خضراء مصفرة، وقد تم استخلاص هذه المادة بالصورة المختلطة عام 1846"[2].

ويعتقد أن نبات القنب كان ينبت قديما فوق جبال الهملايا، ولا يوجد أي اتفاق بين الباحثين حول تحديد الإطار الزمني بدقة، فمنهم من يرجع تاريخ استخدامه إلى 35 قرنا ق.م، ومنهم من يرى بأن تاريخ استخدامه يعود إلى سنة 50 قرنا ق.م، ومنهم من يرى بأن الصينيين القدامى أول من عرف نبات القنب وقام باستخدامه.

[1] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، مرجع سابق، ص ص140-141.
[2] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص14.

"لقد بينت الدراسات التاريخية وأوضح علماء الآثار أن القنب قد عرف واستخدم في أغراض عدة منذ ستة آلاف عام على الأقل، إذ استخدم الصينيون العقار كمادة تخديرية في العمليات الجراحية، كما استخدموه أيضا في علاج حالات الربو والسعال والتيتانوس والإجهاد الذهني، ولقبوا القنب بالمحرر من الخطايا، وبعد فترة لاحقة أطلقوا عليه معطي البهجة والانشراح"[1].

واعتمد القنب في صناعة الحبال بأليافه ونسج الأقمشة في ذلك الحين، وفي سنة "2700 ق.م سجل الامبراطور شين ننج Shen Nung أحد وراد الطب الصيني استعمال القنب في كتاب علم الأدوية"[2].

أما في الهند فقد كان يستخدم لأغراض دينية طقوسية بالدرجة الأولى قبل أن يستخدم لأغراض طبية فقط، فقد عرفته الهند بعد الصين بعدة قرون فقط أصبح بذلك يمثل جزءا من ثقافتها الدينية.

ويشير S.Snyder أن "الهندوس يعتقدون أن الإله شيفا Shiva هو الذي يحضر نبات القنب من المحيط ثم تتولى جميع الآلهة تحريك النبات لاستخراج الرحيق الإلهي منه، وفي أسطورة أخرى يسقط الرحيق الإلهي من السماء على الأرض وينبت منه نبات القنب، ويعتقد الرهبان الهندوس أن مخدر القنب يساعدهم في التغلب على الجوع والعطش ويمكنهم بالتالي من التركيز في الذات الدنيا، لذا يلعب البهانج دورا هاما في كثير من الطقوس الدينية التي تتم في بعض المعابد الهندوكية"[3].

ومن الهند انتقل استعماله إلى إفريقيا وأمريكا الجنوبية، كما أطلق عليه الهندوس اسم الموجه السماوي وكذا اسم مخفف الأحزان.

ويشير R. W. Morris "أن اليونان والرومان عرفوا ألياف القنب وأنسجته ولم يكونوا على دراية بآثاره كعقار، كما كانت معروفة جيدا في الهند، ولقد استخدم القنب في إيران كعقار قبل

[1] زين العابدين مبارك: الحشيش، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1986، ص16.
[2] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2012، ص22.
[3] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، مرجع سابق، 1988، ص153.

ستة قرون من التقويم الميلادي"[1]، كما عرفه الفرس واكتشفوا آثاره التخديرية، كما استخدمه المصريون في علاج بعض الأمراض كأمراض العيون.

أمام في البلاد العربية "ففي القرن السابع انتقل الحشيش من الهند إلى العالم الإسلامي عن طريق قوافل التجار المنتشرة بين هذه البلاد مثل سوريا ومصر وبلاد المغرب العربي وإسبانيا، حيث استخدمه الحكماء العرب في العلاج"[2].

"ويقال أن المنطقة العربية عرفت بالاستخدامات الطبية للقنب حوالي القرن التاسع ميلادي مع قيام حركة الترجمة عن الطب اليوناني، ففي كتاب عن السموم لابن وحشية يرد ذكر القنب على أنه سام، كما يرد ذكره عند الرازي، ويبدو أن كلمة الحشيش استخدمت لأول مرة عند الكتاب العرب في أواخر القرن الحادي عشر ميلادي بعد أن كانت كلمة بانج هي الشائعة، وفي خلال القرن الثاني عشر دخل القنب مصر وكان ذلك في أوائل حكم الأيوبيين، وفي أوائل القرن الثالث عشر كان القنب قد انتشر في فارس والشام ومصر، وفي هذا القرن نفسه يجتاح المغول العالم الإسلامي (1221–1300) بادئين بفارس، وكان ذلك بقيادة جنكيز خان، وكان المغول يتعاطون القنب، وقد ازداد انتشاره مع زحف المغول، وفي هذا القرن نفسه كتب ابن البيطار (1197–1248) عالم النبات العربي عن القنب فقال: إنه يزرع في مصر وإنه يعرف فيها بالحشيش وقال إنه يؤكل وإن آكله يشعر بالخفة والسرور"[3].

والجدير بالذكر أن الحكام العرب قد أدركوا خطورة القنب، فقد أمر بيبرس بعقاب زارعه ومتعاطيه، ولم يتوقف استعماله على البلاد العربية في آسيا وإفريقيا، بل امتد إلى الأندلس لكنهم (أي الحكام) لم يتمكنوا فعلا من منع زراعته أو تناوله، بل كان ذلك بصورة نسبية فقط، وما لقب الحشاشون بهذه التسمية إلا لتعاطيهم الحشيش.

[1] زين العابدين مبارك: الحشيش، مرجع سابق، ص17.
[2] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة العربية السعودية، مرجع سابق، ص25.
[3] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص ص40-41.

وخلال القرن السادس عشر تمكن الأوربيون من معرفة القنب وذلك عن طريق جنود نابليون الغازين لمصر 1798، ونظرا لخصائصه فقد عمل العلماء جاهدين لمعرفة تأثيراته واستعمالاته خصوصا وأنه كان يحظى بشعبية كبيرة في ذلك الحين عند المصريين، فاستعمله علماء أوربا في علاج الآلام وتسكينها.

"ولقد جرب العالم البريطاني O'shaughenessy عام 1839 عقار القنب على بعض الحالات في الهند وأثبتت أنه مسكن للجهاز العصبي في الحالات المرضية كالتيتانوس وداء الكلب والروماتيزم وبعض الاضطرابات العصبية وحالات التشنج عند الأطفال، وفي نفس الوقت فإن محاولات علاجية تمت بدراسة الأطباء والهنود على مرضاهم وأظهرت النتائج أن القنب مسكن مفيد ومنوم ومضاد لحالات التشنج، واستخدم أيضا كمادة تخديرية في العمليات الجراحية وكمسكن في حالات الربو وآلام الأعصاب وطنين الأذن وآلام الطمث والتهاب المثانة"[1].

كما ظهر اصطلاح الحشيش في كتابات بعض الأدباء الذين كتبوا سير حياتهم وتجاربهم ومغامراتهم مثلما فعل تيوفيل جوتيه سنتي 1843 و1846 وبودلير C. Baudelaire سنة 1946، وخلال القرن العشرين عرف الحشيش انتشارا واسعا في الولايات المتحدة الأمريكية لاسيما بعد عودة المحاربين سنة 1916 الذين كانوا يحاربون جيش بانشوفيلا (المدمنين على الحشيش) هذا إلى جانب حركة الهجرة نحو أمريكا خلال 1910-1920.

"وإبان الحرب العالمية الثانية ونتيجة لصعوبة الإمدادات وخاصة القطن من الشرق الأقصى عادت الولايات المتحدة تنتج القنب بصورة مؤقتة، واختيرت سلالات من البذور للحصول على نباتات تعطي مزيدا من الألياف وقليلا من الراتنج، وبعد الحرب وحصول أمريكا الشمالية على الأنسجة من الخارج ألغيت الزراعة المشروعة لنبات القنب"[2].

[1] زين العابدين مبارك: الحشيش، مرجع سابق، ص ص18-19.
[2] زين العابدين مبارك: الحشيش، مرجع سابق، ص21.

2- الفينسيكليدين: Phencyclidine (P.C.P)

وهو عبارة عن مسحوق أبيض بلوري قابل للذوبان في الماء أو الكحول "ويوجد على شكل حبوب أو كبسولات أو مسحوق أو سائل، ويمزج مع النعناع أو البقدونس والزعتر ويؤكل أو يمزج مع الماريخوانا ويدخن"[1]، ويعرف باسم حبة السلام.

ظهر هذا العقار في منتصف القرن العشرين حيث استخدم كمخدر في العمليات الجراحية إلا أنه سرعان ما تخلى الأطباء عن استخدامه للأعراض التي تنتج عنه "من تشنجات وهذيان واضطراب الأبصار والهياج العصبي"[2]، "ويمكن أن يؤثر عقار بي سي بي لفترة من 4-6 ساعات اعتمادا على كمية وطريقة التعاطي"[3]، والفينسيكليدين كغيره من المواد المخدرة لها آثار سلبية تترتب جراء التعاطي نذكر منها: القلق، الانفعال، الاكتئاب، الدوار، اختلال التوازن، الهلوسة، الغثيان، انخفاض معدل دقات القلب... إلخ.

3- عقار أل. أس. دي: L.S.D

وهو ما يعرف بحامض الليسيرجيك ثنائي إيثيلاميد (L.S.D) Lyserjic Acid Diethylamid "يستخرج هذا العقار من فطر الجودر (Ergot) الذي ينمو على نبات الشوفان، وتم تصنيعه لأول مرة في معامل شركة ساندوز (Sandoz) في سويسرا عام 1938 من قبل الدكتور هوفمان Hovman بهدف الإفادة من جلسات العلاج النفسي، إلا أن مضاعفات استعماله أدت إلى حظر استعماله، ويسبب تناوله بالفم أو بالحقن وريديا ارتفاع ضغط الدم وسرعة النبض والغثيان والقيء ورجفة في اليدين، ويشعر المتعاطي بهلوسات بصرية ملونة وتصغر المرئيات أو تكبر وتقترب أو تبتعد ويختلط عنده الحواس، ويبدو المتعاطي وكأنه يعيش في حلم دائم ويصاب أحيانا بالاكتئاب الشديد الذي يدفعه إلى الانتحار، وعند استخدامه لفترة طويلة فإن المدمن بعد إقلاعه عن المادة لمدة ستة أشهر قد يصاب بفترات من الهلوسة والخدع

[1] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، مرجع سابق، ص58.
[2] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص15.
[3] محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، مرجع سابق، ص144.

البصرية وهي ما يسمى بالدوخات الاسترجاعية Flashbacks، ويسبب هذا العقار للمدمن اعتمادا نفسيا، وقد يصاب بانفصام الشخصية"[1].

ويعد عقار L.S.D مادة كيميائية في طبيعتها أما من حيث مفعولها فهي من أقوى المواد الملهوسة وأخطرها، وذلك نظرا للآثار التي تتركها على متعاطيها، وهذه المادة تأخذ عدة أشكال: أقراص، كبسولات، سائل... إلخ.

"وطريقة استعمال العقار تتم بواسطة الحقن في الوريد أو تعاطيه عن طريق الفم، حيث إن العقار يوجد على هيئة سائلة ويمكن تحميله على أقراص أو على ورق له خاصية الامتصاص، ويمكن في هذه الحالة استحلابه عن طريق الفم أو يشرط الجلد ويلصق عليه ليتم امتصاصه في هذه الحالة عن طريق الجلد"[2].

4- الميسكالين: Mescaline

هو عبارة عن قلويد (من أشباه القلويات) ويصنف ضمن المواد المهلوسة يستخرج من صبار البيوتل peyote الذي ينمو بريا في هضاب المكسيك وجنوب غرب الولايات المتحدة الأمريكية، علما أن هذا النوع من الصبار لا يحتوي على أشواك وهو صغير الحجم.

ويشير حمدي الحكيم أنه "لاستخراج الميسكالين تقطع شريحتان من قمة صبار البيوتيل ثم تخرط الشريحتان ويترك الناتج ليجف، وبعد الجفاف يطحن ثم يستخرج منه مسحوق أبيض متبلور هو الميسكالين، يعبأ داخل كبسولات للبلع أو أمبولات للحقن وأحيانا يصنع منه شراب داكن اللون"[3].

وهذه الشرائح المقطوعة والمجففة قابلة للمضغ أو النقع في الماء ثم شربها أو سحقها جيدا وإضافتها إلى بعض التبغ مثلا وتدخينها.

[1] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص15.
[2] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، مرجع سابق، ص43.
[3] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1 ، مرجع سابق، ص244.

"ويعود تاريخ استخدامه إلى 5000 سنة من قبل السكان الأصليين في شمال المكسيك وجنوب غرب الولايات المتحدة الأمريكية كجزء من الاحتفالات الدينية"[1]، كما كانت قبائل الهوشيل الهندية تستخدمه لذات الغرض أو للتطبيب، ويترتب عنه جملة من الأعراض كالشعور بالدوران، هلوسات بصرية، اختلال الإدراك... إلخ.

ثالثا- المنشطات:Stimulants

1- القات khat :

ويعرف أيضا باسم الشاي العربي أو الحبشي وهو "نبات دائم الخضرة يزرع بواسطة التطعيم أو بواسطة غرسه كشجرة صغيرة، مصدره الأساسي: إثيوبيا، اليمن، الصومال، السودان، مدغشقر، وجنوب إفريقيا، كما أنه موجود في السعودية وكينيا وأوغندا وتنزانيا والكونغو ومالاوي وزيمبابوي وزامبيا، ولكنه موجود أيضا في تركستان وأفغانستان، تنمو شجرة القات على ارتفاعات من 500-1500 متر فوق سطح البحر ويصل عادة ارتفاعها من 03-05 أمتار"[2].

ويتميز نبات القات بأن له رائحة عطرية مميزة، وتكتب كلمة قات بطرق مختلفة حسب لغة البلد المنتج أو المستهلك له مثل: qat، khat، catha... إلخ، "ويستخدم من هذه الشجرة أوراقها التي على شكل بيضاوي مدبب حيث تقطف هذه الأوراق وتمضغ في الفم"[3].

"فالأوراق الطازجة للقات تحتوي على القلويات وهي مواد فعالة يعزى لها تأثير القات المنبه وكذلك وجود الكاثيين والكاثيدين وكاثنين الأفودين والإيدلولين، وترجع هذه القلويات الموجودة في القات إلى المادة المخدرة المنبهة المعروفة باسم أمفيتامين ... وهناك طريقة أخرى حيث تترك أوراق القات تسقط من الفروع وتترك في الشمس حيث تجف وتبلل بقليل من الماء والسكر ويضاف إليها أحيانا (الحبهان)، وتستخدم في الأكل كنوع من العجين والبعض الآخر يستخدمها

[1] محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، مرجع سابق، ص141.
[2] محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، مرجع سابق، ص110.
[3] عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، مرجع سابق، ص37.

في التدخين مثل التبغ كما هي الحال في جنوب شبه الجزيرة العربية، أو تستخدم كنوع من الشراب كالشاي، وغالبا ما يتم مضغ القات في مواقف جماعية"[1].

ولتعاطي مادة القات آثار سلبية كثيرة منها: ارتفاع ضغط الدم، ازدياد دقات القلب، فقدان الشهية، ضعف القدرة الجنسية، اضطرابات هضمية، الخمول... إلخ.

وعلى الرغم من هذا "يرى الإفريقيون أن في القات من الخواص ما بلغ درجة الإعجاز فهم يظنون بأنه نبتة مباركة، ومن هنا نجدهم لا يستغنون عنه في احتفالاتهم الدينية"[2].

"ويبدو في حدود الوثائق التاريخية القليلة المتوافرة حول الموضوع أن شيوع عادة مضغ أوراق القات في منطقة جنوب البحر الأحمر (وبوجه خاص في اليمن والحبشة) يرجع إلى حوالي القرن الرابع عشر ميلادي، وقد ورد ذكر ذلك عَرَضًا في وثيقة تاريخية (مكتوبة باللغة الأمهرية) تصف حملة تأديبية قام بها جنود الملك المسيحي عمدا سيون Amda seyon (من الحبشة) ضد الملك المسلم صبر الدين (في اليمن) وتؤرخ هذه الوثيقة بالعام 1330"[3].

ويرجع الكثير من الدارسين أصل القات إلى إثيوبيا ومنها انتقل إلى اليمن سنة 1424م عن طريق شيخ يدعى أبو ربين، ومنهم من رده إلى انتقاله لليمن مع الغزو الحبشي 525م.

"إن أول من أسمى شجرة القات باسمها العلمي ووصفها وصفا حقيقيا هو عالم النبات السويدي بيير فورسكال Pier Forsskal الذي توفي في اليمن سنة 1763"[4]، كما "أن أول من تمكن من فصل قلويدات من نبات القات هما Gerok وFluckiger، حيث تمكنا من استخلاص قلويد أطلقا عليه اسم Cathine، وMosso الذي تمكن من استخلاص قلويد أطلق عليه اسم Celastrine، وفي عام 1901 نجح بيتر في استخراج بعض أملاح قلويد الكاثين وفي عام 1912 –حسب Moser– اكتشف الدكتور Stockman قلويدات أخرى هي:

[1] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة السعودية، مرجع سابق، ص31.
[2] عبد المجيد سيد أحمد منصور: المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية والاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الإسلامية، مرجع سابق، ص69.
[3] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص47.
[4] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص46.

Cathinine و Cathidine، وفي عام 1952 أعلنت الآنسة Mustard أنها اكتشفت احتواء نبات القات على نسبة كبيرة من حامض الأسكوربيكي Ascorbic acid"[1].

أما عند العرب فيعد المقريزي من أبرز أعلام القرن الخامس الميلادي عند العرب، وقد أشار في كتاباته إلى شجرة القات وخصائصها، "وتشير دراسات كثيرة حول التاريخ الاجتماعي لتعاطي القات في اليمن إلى أنه مر بمرحلة في بداية تاريخه خلال القرنين الثالث عشر والرابع عشر مقترنا فيها بالشرائح الفقيرة في المجتمع، غير أنه اتجه بعد ذلك تدريجيا إلى الاقتران بالشرائح الغنية ذات النفوذ، وفي ذلك يقول سيرجنت R. B. Serjeant وهو أحد أعلام الدارسين للحياة اليمنية إن القات كان مقبولا وكان تناوله شائعا بين الصفوة الحاكمة في القرن الثامن عشر"[2].

2- الأمفيتامينات: Amphetaminas

هي "مواد صناعية تنتمي كيميائيا وفارماكولوجيا إلى مجموعة كبيرة من الأمينات المنشطة للجهاز السمبتاوي ذات فعالية علاجية محدودة تستخدم لإزالة التعب والإجهاد"[3]، ويتم تناولها عن طريق الفم والحقن في الوريد.

"بدأ تاريخ الأمفيتامينات سنة 1887 حينما لتمكن إيديليانو L. Edeleano من تكوينها معمليا، وكان أول من وصف آثارها السيكوفارماكولوجية جوردن أليس J. Alles في سنة 1928، وسرعان ما سوقتها الشركة الدوائية الكبرى سميث وكلاين وفرنس للاستخدام من خلال بخاخة للاستنشاق يستعملها من يعانون من إلتهاب أغشية الأنف المخاطية، واستخدمت الشركة حينئذ اسما تجاريا للمادة الدوائية هو البنزدرين، وفي سنة 1935 صنعت المادة في شكل أقراص واستخدمت لعلاج حالات النوم القهري (المفاجئ)"[4].

---

[1] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، مرجع سابق، ص214.
[2] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص48.
[3] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة العربية السعودية، مرجع سابق، ص32.
[4] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص55.

"استخدمت الأمفيتامينات في البداية كعلاج لأمراض الاكتئاب لتأثيرها المنشط لذلك استعملها الرياضيون كمنشط، وكذلك الطلبة في أثناء الامتحانات أو في علاج السمنة لأنها مفقرة للشهية، وأكثر أنواع الأمفيتامينات خطورة هي الأمفيتامين والويكامفيتامين والميثافيتامين ويختلف تأثيرها باختلاف كمية الجرعة وطريقة التعاطي وحالة التعاطي الصحية والنفسية"[1].

ولقد اتضح الإقبال الكبير على مادة الأمفيتامينات واضحا في النصف الأول من القرن العشرين لاسيما في مرحلة الحرب العالمية الأولى، "فمع تصاعد المجهود الحربي لاشتراك الولايات المتحدة الأمريكية في الحرب العالمية الثانية بدأ استخدام هذه الأمفيتامينات بين الجنود (خاصة فرق المدفعية والفرق المحاربة في أدغال جنوب شرق آسيا)، وكان هذا الاستعمال يتم بصفة رسمية إذ يصرف لكل جندي نصيبه من الحبوب بالإضافة إلى ما يصرف له من أطعمة ومشروبات، وقد قدر بعض الخبراء حجم ما صرف للجنود على هذا النحو بما يقرب من 180 مليون قرص"[2].

لم يتوقف تعاطي الأمفيتامينات لدى الجنود فقط بل امتد إلى عامة الناس بعد الحرب العالمية الثانية وخصوصا اليابان والولايات المتحدة الأمريكية، وبدلا من استخدام الأقراص في هذه الأخيرة شاع استخدام البخاخات وعمد الأمريكيون إلى كسرها ومضغ الورق الموجود بداخلها المشبع بمادة الأمفيتامين.

وفي سنة 1971 تم حظر الأمفيتامينات دوليا وذلك بموجب اتفاقية المؤثرات العقلية التي دخلت حيز التنفيذ سنة 1976.

وعلى الرغم من الإيجابيات التي تترتب عن تناولها كرفع الروح المعنوية وكذا القدرة على التحمل، بالإضافة إلى زيادة الانتباه والتركيز... إلخ، إلا أن لها آثارا سلبية خطيرة، وتظهر هذه

[1] خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة العربية السعودية، مرجع سابق، ص33.
[2] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص56.

الأخيرة بعد انتهاء مفعولها الإيجابي فتبدأ أعراض الصداع، القلق، فقد الشهية، اضطرابات هضمية، ازدياد في معدل دقات القلب.

"ويتعرض متعاطيها بجرعات كبيرة إلى سرعة ضربات القلب وعدم انتظامها، وحدوث انعكاسات نفسية وتقلصات في عضلات البطن وتدهور عقلي، وهبوط في التنفس والاضطراب الزماني والمكاني والتشنجات والغيبوبة والطفح الجلدي، كما يتهيج المتعاطي ويكون سلوكه عدوانيا"[1].

ولعل من أكثر أنواع الأمفيتامينات استعمالا:"الأمفيتامينAmphetamine، الديكافيتامين Descaphetamine، الميتامفيتامينMetamphitamine الفيمترازينPhemetrazine، والكبتاجون Captagon"[2].

3- الإفدرين: Ephedrine

وهو مسحوق عديم اللون والرائحة ينصهر عند درجة حرارة ما بين 39-40 درجة مئوية، كامل الذوبان في الماء ويذوب في الكحول والأيثير والكلوروفورم والزيوت النباتية[3].

ويطلق عليه الإيبدرين أيضا، ويستخرج من نبات الماهوانج وهو من المنشطات لمستقبلات ألفا وبيتا الأدرين، وينشط المخ ويسبب تهيج الشعب الهوائية، ويستخدم على شكل أقراص يحتوي كل قرص على 30 ملجم أو يحقن في العضلات[4]، ويتناول بهدف التنشيط أو لعلاج بعض الأمراض كالربو، الزكام، حساسية الأنف... إلخ، إلا أن هناك جملة من الآثار الجانبية التي تترتب عن تناوله كحدوث حالة من القلق والتوتر، ارتعاش اليدين... إلخ.

[1] جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص ص13-14.
[2] رشاد أحمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992، ص57.
[3] جابر بن سالم وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، مرجع سابق، ص14.
[4] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، مرجع سابق، ص64.

4- الكوكايين: Cocaine

قبل التطرق إلى مادة الكوكايين لابد من الإشارة إلى نبات الكوكا الذي يعد مادة مخدرة ومصدرا لمادة الكوكايين في نفس الوقت.

ونبات الكوكا هو "عبارة عن شجيرة استوائية Erythroxylum ترجع أصولها إلى جبال الأنديز الشرقية لكنها أيضا تزرع في إفريقيا وشمال أمريكا الجنوبية وجنوب شرق آسيا وتايوان، وأوراقها هي مصدر الكوكايين وقلويدات أخرى عديدة"[1]، وهي أوراق ناعمة وبيضاوية الشكل كما تنمو في المناطق الرطبة أيضا.

"وقد عرف هذا النبات في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي سنة، وفي عصور ازدهار قبائل الإنكا كانت أوراق الكوكا تعتبر شيئا ثمينا، وكانت تحجز عادة عن العامة لكي يبقى استخدامها وقفا على النبلاء ورجال الدين، (كانت طريقة الاستخدام أو التعاطي هي مضغ الأوراق أو إبقائها في الفم حوالي ساعة لاستحلابها)، ونظرا لما لوحظ من تأثر منشط لهذه الأوراق فقد كان الجنود (أيام الإنكا) يستخدمونها عندما يخرجون للحرب، كذلك كان حاملو الرسائل يستخدمونها لتعينهم على الارتحال مسافات طويلة حاملين رسائلهم"[2].

ولقد كان الاعتقاد السائد في ذلك الوقت أن نبات الكوكا هبة الله للسكان ومصدر طاقة لهم، لذلك كانوا يتناولونه لهذا الغرض ويعملون لساعات طويلة، واعتبروا هذه النبتة أو الشجيرة مقدسة.

"وعندما احتل الإسبان البلاد في القرن السادس عشر ترك الهنود الحمر يمضغون أوراق الكوكا ليستعينوا بها على تحمل مشاق العمل للسادة الإسبان في مناجم الذهب والفضة، وفي ظل هذا النظام الجديد عني الإسبان بزراعة شجرة الكوكا بانتظام (وكان الهنود الحمر من قبل يكتفون بالاعتماد على الأشجار التي تنبت في المكان تلقائيا)، وأصبح العمال الهنود يعطون

[1] محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، مرجع سابق، ص97.
[2] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص44.

جزء من أجرهم مقادير من أوراق الكوكا، وانتشر مضغ الكوكا أكثر من ذي قبل، وربما رأى فيها الهنود المقهورين أمام المستعمر الإسباني بقية باقية من ممارساتهم الحضارية المندثرة (إلى جانب آثارها التنشيطية) فازدادوا تمسكا بها، ويقدر عدد الهنود الذين يمارسون الآن مضغ الكوكا بانتظام في بيرو وبوليفيا بما يزيد قليلا عن أربعة ملايين نسمة"[1].

وفي 1860 استطاع العالم ألفريد نيمان Alfred Nieman أن يعزل مادة الكوكايين من نبات الكوكا، وأصبحت الكوكايين من بين أكثر المخدرات تأثيرا على الجهاز العصبي للإنسان، فهي "منبه قوي ومخدر موضعي فعال وأكثر ما يتعاطى نشوقا، حيث يمتص من الأغشية المخاطية للأنف ليصل مباشرة إلى الدم، لذا فإن شمه المستمر يؤدي إلى تقرحات في تلك الأغشية ثم إلى انثقاب الجدار بين المنخرين، كما يتعاطى حقنا تحت الجلد، ويمكن أن تحدث نخورا سريعة فيه وتقرحات مؤلمة، كما قد يتعاطى بتدخين عجينة الكوكا"[2].

أما في المجال الطبي فقد استخدمت الكوكايين كمخدر موضعي في جراحات العيون انطلاقا من سنة 1885 بعدما اكتشف كارل كوللر Karl Koller هذا الأمر، كما أدخلت مادة الكوكايين في صناعة الأدوية والمشروبات كمشروب كوكا كولا وذلك سنة 1886، ونظرا للآثار السلبية التي كانت تتركها على مستهلكها فقد تم استبعادها من تركيبة هذا المشروب انطلاقا من سنة 1903.

"وقد بدأت إساءة استعمال الكوكايين الخام – حسب Chopra and Chopra– عام 1890 بعد أن فتحت في بيرو مصانع لاستخراج الكوكايين الخام وتصديره للخارج، وفي عام 1890 بلغت الصادرات من الكوكايين 1730 كلجم ارتفعت إلى 10600 كلجم عام 1910، وخلال الفترة من 1890–1910 أخذ تعاطي الكوكايين في غير الأغراض الطبية في الانتشار في الولايات المتحدة الأمريكية وخاصة بين السود"[3].

[1] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص44.
[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2006، ص42.
[3] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، مرجع سابق، ص105.

"وكانت أول حالة إدمان على الكوكايين تلك التي أعلنتها الدكتورة شو Shaw في مدينة سان لويس، وانتشر الكوكايين كالوباء اعتبارا من عام 1910، وكان يستخرج في ألمانيا من أوراق جلبت من أمريكا اللاتينية، وأصبح الإدمان على الكوكايين يأتي في المرتبة الثالثة بعد الأفيون والمورفين، وقد توقف نوعا ما في الحرب العالمية الأولى جزئيا، ولكنه انتشر فيما بعد إلى أن وصل عام 1930 أخذ الهيروين يحل مكانه"[1].

"وفي عام 1886 نشر أول تقرير طبي نشره طبيب في واشنطن عن بعض الأوجاع المعاكسة المترتبة عن الحقن بالكوكايين للتخدير في إحدى العمليات الجراحية، ولم يلتفت أحد إلى هذا التقرير ثم توالت التقارير على أوجاع معاكسة ترتبت عن زيادة الجرعة أو على عوامل أخرى أكثر ارتباطا بالظروف النوعية للمرض، ثم توالت التقارير عن المشكلات السلوكية الاجتماعية المترتبة عن تناول الكوكايين على فترات زمنية طويلة، وفي سنة 1914 وُقِّعَ ما يعرف بقانون هاريسون الذي وضع قيودا مشددة على تداول الكوكايين منها تحريم بيعه إلا من خلال وصفات طبية، ومنها تحريم إدخاله بأي قدر في الأدوية السيارة (المتداولة والمسموح ببيعها دون وصفة طبية)"[2].

ومن أعراض تعاطي مادة الكوكايين فقدان الشهية، الأرق، انخفاض الوزن، الضعف الجنسي، ازدياد معدل ضربات القلب، اضطرابات التنفس، اتساع حدقة العين، ارتفاع ضغط الدم... إلخ.

[1]- أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1991، ص30.
[2]- مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص46.

خلاصة:

فعلا لم تكن المخدرات ولا تعاطيها أمرا جديدا في تاريخ المجتمعات الإنسانية، فقد عرفتها الكثير من الشعوب القديمة كالمصريين والصينيين والآشوريين وغيرهم قبل أن ندركها نحن، وفي مقدمة هذه المواد المخدرة الخشخاش الأفيون، الحشيش القنب، القات والكوكا، ولقد تعددت استعمالاتها ما بين إثارة النشوة وتعديل المزاج والتطبيب.

إلا أن مستخلصاتها لم تعرف إلا حديثا، فمشتقات الأفيون كالمورفين مثلا عُرف سنة 1803، والهيروين عرف سنة 1874، كما استخلصت من أوراق الكوكا مادة الكوكايين سنة 1860، وهكذا بالنسبة لبقية المواد المخدرة نصف المصنعة ونفس الشيء بالنسبة للمخدرات المصنعة في المختبرات كالأمفيتامينات التي اكتشفت سنة 1887، والبنزوديازيبينات والتي عرفت هي الأخرى سنة 1955.

المحاضرة الثالثة: الإدمان على المخدرات

تمهيد

أولا- تعريف الإدمان على المخدرات

ثانيا- تعريف المدمن على المخدرات

ثالثا- صفات شخصية المدمن على المخدرات

رابعا- كيفية تعاطي المخدرات

خامسا- مراحل تعاطي المخدرات والإدمان عليها

سادسا- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات

خلاصة

المحاضرة الثالثة: الإدمان على المخدرات:

تمهيد:

إن تنامي الاهتمام بمشكلة انتشار تعاطي المخدرات والإدمان عليها في العالم، وتفاقم خطرها دفع الباحثين في مجال العلم الاجتماعية إلى محاولة دراستها، وتفسيرها تبعا لمجال اختصاص كل واحد منهم، والتعريف بالشخص المدمن، وتبيان خصائصه الشخصية، وكيفية تعاطيه للمخدرات والمراحل التي يمر بها حتى يصبح مدمنا عليها، كما ظهرت في هذا الإطار العديد من النظريات التي تسعى لتفسير هذه الظاهرة الاجتماعية المرضية كمدرسة التحليل النفسي، نظرية التعلم ...إلخ وهذا ما سيتم التطرق إليه في هذه المحاضرة.

أولا- تعريف الإدمان على المخدرات:

يعرف الإدمان على أنه "التعاطي المتكرر لمادة نفسية (مخدرة) أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب (المرض والاضطراب الفيزيولوجي) إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر، ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:

- ميل إلى زيادة جرعة المدة المتعاطاة، وهو ما يعرف بالتحمل.
- اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأية وسيلة.

– تأثير مدمر على الفرد والمجتمع"[1].

بمعنى أن التعاطي المستمر للمواد المخدرة يتحول مع الوقت إلى ما يعرف بالإدمان حيث تتولد لدى المدمن رغبة قهرية للاستمرار في التعاطي، ويترتب عن الانقطاع عن التعاطي في هذه الحالة عدة آثار جانبية (نفسية وعضوية)، وهذا ما يتفق إلى حد بعيد مع رأي عبد الرحمن محمد أبو عمه الذي عرفه بأنه "الميل الشديد أو الحاجة شبه اللاإرادية للاستمرار في تعاطي المخدرات، ويرافق مرحلة الإدمان الشعور الشديد بالحاجة الملحة إلى استخدامه والرغبة في زيادة الكمية المستخدمة، كما يتبع ذلك غالبا اعتماد نفسي وجسدي أو عضوي على التناول، وظهور عوارض ارتدادية مؤلمة جسديا أو نفسية للمريض عند الانقطاع عن تناول المادة المخدرة، ويعتبر التعاطي بداية أو مرحلة أولية يليها الاعتماد على التعاطي، ثم مرحلة الإدمان، ولبعض المخدرات تأثير قوي يختصر تقريبا كل هذه المراحل في مرحلة الإدمان فقط"[2].

ويعرف كذلك بأنه "حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع، وتنتج عن تعاطي عقار طبيعي أو مصنوع"[3]، فالإدمان على المخدرات لا يقتصر على المواد المصنعة معمليا كالزايلوسين والمسكالين فحسب بل يشمل أيضا المواد الطبيعية كالأفيون والحشيش وهو يعبر عن "حالة نفسية وأحيانا ما تكون جسمية سببها التفاعل الداخلي بين عقار وكائن حي"[4]، بحيث يصبح تناول العقار جزءا من حياته ولا يستطيع بأي حال من الأحوال التنازل عنه فقد "يتعرض المدمن لحالة من التوتر إذا حيل بينه وبين تعاطي هذا العقار"[5].

ويعرف بأنه "اضطراب سلوكي يؤثر على الصحة الجسدية والصحة العقلية والانفعالية للفرد بشكل خاص، يتميز بالرغبة الملحة في الحصول على مادة سامة وعلى تأثيراتها لضرورة

---

[1] عبد الرحمن عطيات : دور البحث العلمي في تقليص الآثار السلبية الناجمة عن المخدرات، ورقة عمل مقدمة إلى الندوة العلمية حول "دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات"، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002، ص11.

[2] عبد الرحمن محمد أبو عمه: حجم ظاهرة الاستعمال غير مشروع للمخدرات، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 1998، ص22.

[3] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، مرجع سابق، ص ص126، 127.

[4] محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، مرجع سابق، ص128.

[5] فؤاد أبو حطب ومحمد سيف الدين فهمي: معجم علم النفس والتربية، ج1، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، القاهرة، 1984، ص47.

التخلص من تأثيرات الانسحاب، ويتميز بالتبعية والتحمل، وهو يخل بتوازن الحياة العائلية والاجتماعية"[1]

"ويصبح المدمن تحت تأثيرها في جميع تصرفات حياته، ولا يمكنه الاستغناء عنها، وبمجرد نفاذ مفعولها يلجأ إلى البحث عنها، وتصبح شغله الشاغل متجاهلا أي شيء مهم آخر، والالتفات إلى حقيقة اعتماده الإدماني عليها والذي يوصل له الشعور بالسعادة والانبساط الذي يترجم من الناحية الأخرى، ويرى في صورة ملموسة من تدمير مستقبله وعائلته وحياته بأكملها"[2].

كما "أن الإدمان على المخدرات يُظهر لدى الفرد انحرافات أخرى تترجم في شكل اضطرابات نفسية قد تخلق عدوانية تجاه الآخرين أحيانا، وأحيانا قد تصل بالفرد إلى مستوى المرض العقلي، أو قد تدفع به إلى محاولة الانتحار أو الانتحار الفعلي"[3].

فالإدمان على المخدرات لا يتوقف تأثيراتها السلبية على الجانب النفسي والجسدي للمدمن، بل يتعدى ذلك إلى الوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه، وتكون الأسرة أول من يطاله هذا التأثير خصوصا وأن المدمن لا يمكنه التوقف عن تناول هذه السموم، لذلك فهو مستعد من أجل ذلك للتنازل عن أي شيء حتى وإن كان ذلك على حساب أسرته كأن ينفق ميزانية الأسرة على شراء المخدرات، أو أن يسرق بعض مقتنياتها أو أن يلجأ إلى استخدام العنف مع الأنباء أو الزوجة من أجل أن يوفروا له المال لذات الغرض... إلخ، كل هذه التصرفات من شأنها أن تؤثر سلبا على استقرار الأسرة وانتظام حياتها.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك حالات من الإدمان لا يترتب عنها زيادة في الجرعة وذلك بحسب المادة المخدرة المستهلكة، لكنها تشترك مع حالات الإدمان الأخرى في بعض الأمور

---

[1] حدة وحيدة سايل: بحث فعالية التدريب على حل المشكلة وعلى الاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات: برنامج دزوريلا D'zurilla نموذجا، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، السنة الجامعية: 2008-2009، ص11.

[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص28.

[3] صادقي فاطمة: "الآثار النفسية للإدمان على المخدرات"، مجلة دراسات نفسية وتربوية،العدد 12، جوان 2014، ص192.

كالرغبة الاستمرار في التعاطي، العجز عن الانقطاع، الآثار الجانبية التي تترتب عن الانقطاع بناء على تعريف منظمة الصحة العالمية للإدمان والذي اعتبرته "حالة نفسية وأحيانا جسمية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء، ويتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية وأخرى تتضمن صفة الجبر أو القهر الذاتي في تناول الدواء تناولا مستمرا أو متقطعا، وذلك إما من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة أو في بعض الأحيان لتجنب الإزعاج النفسي أو العضوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب، وفي تعاطي المادة المحدثة للتعود يحدث ما نسميه بالتحمل (أي حاجة المتعاطي لزيادة الجرعة مع الزمن)، وقد لا يحدث ذلك، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخدرة التي يتعاطاها الفرد"[1] .

ومما سبق نستنتج أن الإدمان هو عبارة عن تعاطي مستمر للمواد المخدرة، ويصبح في حالة من التبعية لها إلى درجة يستحيل فيها على الفرد التوقف عن تعاطي هذه المواد وإلا تعرض لأضرار نفسية وجسمية خطيرة، ويشمل تأثيرها الخطير المجتمع أيضا لأن المدمن أثناء إدمانه يكون في حالة اللاوعي، وبالتالي فهو غير مدرك لتصرفاته وعادة ما يقوم بتصرفات متهورة وقد تتعدى في أحيان أخرى إلى الإجرام.

ثانيا- تعريف المدمن على المخدرات:

يعرف المدمن على أنه " كل فرد يتعاطى مادة مخدرة أيا كانت فيتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو الاثنين معا، كما ينتج عن ذلك تصرفات وسلوكيات لا اجتماعية ولا أخلاقية من جانب المدمن"[2].

كما يعرف بأنه "الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول أو المخدرات، وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها"[1].

[1] محمد حمدي حجار: برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992، ص26.
[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص46.

وهو أيضا الشخص "الذي يستهلك المادة بصفة منتظمة، ويعد مرتهنا لها إما نفسيا أو بدنيا، ويكون الإرتهان البدني عند تعاطي مستحضرات الأفيون والباربيتورات"[2].

والملاحظ أن كل هذه التعاريف تؤكد أن تعاطي المخدرات لم يحدث بصفة عرضية وإنما هو عملية مستمرة يصبح بمقتضاها المدمن في حالة من التبعية لها، وانقطاعه عن تعاطيها يعرضه لآثار جانبية خطيرة.

ومنه نخلص إلى أن المدمن هو شخص يستهلك المخدرات بشكل مستمر إلى الدرجة التي يستحيل عليه الانقطاع عنها وإلا تعرض للكثير من الأضرار على المستوى النفسي كالقلق والتوتر والهيجان.... إلخ، وبدنية كإصابته باضطرابات الفيزيولوجية هضمية أو تنفسية وارتفاع ضغط الدم وكذا معدل ضربات القلب وغيرها من الأعراض الأخرى، وزيادة الجرعة قد ينجم عنها في بعض الأحيان حالة الوفاة في حال تعاطي الهيروين مثلا، ويصبح المدمن في حاجة ماسة للعقار، ويلجأ من أجل الحصول عليه إلى القيام بأي شيء يكفل له ذلك حتى وإن كان ذلك انتهاكا للقانون.

ثالثا- صفات شخصية المدمن على المخدرات:

هناك مجموعة من الصفات الشخصية التي يتميز بها المدمن على المخدرات نذكر أهما:

- "الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية.
- الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر.
- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.
- شحوب الوجه وعرق ورعشة في الأطراف.
- فقدان الشهية والهزال والإمساك.

---

[1] ذياب موسى البداينة: الشباب والأنترنيت والمخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمينة، الرياض، ط1، 2011، ص80.
[2] باسم الطويسي وآخرون: "اتجاهات الشباب نحو المخدرات دراسة ميدانية في محافظة معان"، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 40، العدد02، 2013، ص 279.

- الإهمال الواضح في الأمور الذاتية وعدم الانتظام في الدراسة أو العمل.
- إهمال الهوايات المختلفة.
- اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على المزيد من المال.
- اللجوء إلى السرقة أحيانا من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة التي يدمنها"[1].
- نظرته العدائية للمجتمع وتمرده على قيمه ومعاييره وأعرافه وقوانينه من خلال قيامه بسلوكات غير أخلاقية يرفضها المجتمع ويعاقب عليها القانون.
- التهرب من تحمل المسؤولية.
- تدني مستوى تقديره لذته ولقدراته.
- الانفعال لأتفه الأمور(العصبية).

ويضيف عبد الرحمن محمد أبو عمه صفات المدمن التالية:

- "تغير مزاج الشخص من السعادة أو الغبطة أحيانا إلى الشعور بالحزن والإحباط بدون مبرر.
- وجود جروح أو ندوب أو احتقان في الجسم واليدين أو الفم أو الأنف.
- بقع كيميائية أو روائح مواد كيميائية غريبة في الملابس أو على الجسم"[2].

رابعا- كيفية تعاطي المخدرات:

1- الفم oral: وهي أكثر الطرق شيوعا، ويشترط هنا أن يكون العقار قابلا للبلع حتى يتم امتصاصه ووصوله إلى الدورة الدموية، والمواد السائلة أفضل من حيث الامتصاص من المواد الصلبة (الأقراص) فالكحول مثلا يتم امتصاصها مباشرة عندما تكون المعدة فارغة خلاف الممتلئة.

2- العضلات: "وذلك عن طريق الحقن في العضل وهذا قد يكون عن طريق الأوردة مباشرة أو تحت الجلد، وتؤدي الطريقة إلى استجابات سريعة مقارنة مع طريقة التناول عن طريق الفم

[1] عصام توفيق قمر وآخرون: المشكلات الاجتماعية المعاصرة، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن، ط1، 2008، ص ص72-73.
[2] عبد الرحمن محمد أبو عمه: حجم ظاهرة الاستعمال غير مشروع للمخدرات، مرجع سابق، ص ص27،28.

وذلك لسرعة الامتصاص والوصول لمجرى الدم، ولابد من الإشارة إلى أن الامتصاص السريع للمخدر في وقت قصير جدا وبخاصة إذا ما كانت الجرعة كبيرة قد يؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان بالإضافة إلى فقدان عملية التعقيم (sterile) ما قد يؤدي إلى الاتهابات أو التلوث"[1].

3- الاستنشاق: ويتم ذلك عن طريق الرئة حيث يتسنى نقل المادة المخدرة بسرعة إلى الجسم كالمذيبات الطيارة مثلا.

رابعا- مراحل تعاطي المخدرات والإدمان عليها:

ويتم تعاطي المخدرات والإدمان عليها بثلاثة مراحل وهي:

- **المرحلة الأولى:** يتم في هذه الفترة تناول المادة المخدرة دون أن تتولد لدى الفرد أي رغبة قهرية في التعاطي مرة أخرى، وفي هذه المرحلة عادة ما يكون التعاطي من باب التجريب.

- **المرحلة الثانية:** يكون المتعاطي قد تعود على تناول المادة المخدرة حيث يحدث في هذه المرحلة ويميل لتكرار عملية التعاطي لهذه المادة وذلك بهدف الحصول على نفس الأثر الذي حدث له في المرات السابقة.

- **المرحلة الثالثة:** مرحلة الإدمان أو الاعتماد وهي التي يعرفها العلماء بأنها حالة تسمم دموي مزمن ضار بالمتعاطي وتحدث نتيجة الاستعمال المتكرر لأحد المخدرات الطبيعية أو المصنعة، وفي هذه المرحلة مرحلة الإدمان فإن المتعاطي يشعر حاجته إلى المخدر مهما كان الثمن لأنه يكون قد فقد كل السيطرة على إرادته تجاه هذه المادة، وإذا توقف عن استعمال المخدر أو إذا منع من تناوله فإنه سوف يقاسي من آلام جسمانية وعقلية مؤلمة، وإذا حصل ذلك فإن هذا العقار المخدر يعتبر من العقاقير التي تسبب الاعتماد الجسماني عليه"[2].

[1] ذياب موسى البداينة: الشباب والأنترنيت والمخدرات، مرجع سابق، ص97.
[2] عدنان حسين عوفي: سلبيات المخدرات، ورقة عمل مقدمة لأعمال الندوة العلمية حول "دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات"، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2001، ص127.

خامسا- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

1- النظرية البيولوجية:

"تشير هذه النظرية إلى أثر المخدرات في وظائف أعضاء الإنسان، وأنها تؤدي إلى الإدمان، وأن المتعاطي لمعظم أنواع المخدرات تجعله معتمدا عليها، فالتغيرات الفسيولوجية تجعل التخلص من المخدرات أمرا معقدا"[1].

خصوصا وأن المدمن قد تعود على استخدام المخدر في مواقف اجتماعية شتى كالأفراح والأحزان، فهو يلجأ إلى تعاطي المادة المخدرة لإحداث النشوة والانتعاش وتعديل مزاجه أو للنسيان، ويصبح من الصعب عليه التعامل مع هذه المواقف دون اللجوء إليها بل أصبحت جزءا من حياته.

كما تجدر الإشارة إلى أن المدمن أصبح يعيش حالة من الاعتماد الجسمي وانقطاعه عن التعاطي ينجم عنه أعراض فيزيولوجية خطيرة كأن يشعر بحشرات تمشي تحت الجلد، آلام في الساقين، الغثيان والقيء ... إلخ إذ "تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية للتمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا جسم الإنسان، وبهذا يصبح ذلك النوع (من المخدرات) ضرورة للجسم ويصعب الاستغناء عنه بحيث أصبح هناك اعتماد عليه في الجسم وفي أداء وظائفه الطبيعية"[2].

[1] زيان نصيرة: علاقة النشاط الرياضي التربوي عغلى ضوء الحسبة بالوقاية من ظاهرة الإدمان على المخدرات في الوسط المدرسي، أطروحة دكتوراه تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر 3، السنة الجامعية 2012-2013، ص27.
[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، ط1، الرياض، 2006، ص70.

2- النظرية السلوكية:

وتقوم هذه النظرية على فكر المثير والاستجابة، وأن إدمان الفرد على المخدرات ما هو إلا استجابة لمثيرات ترتبط باستخدام العقار أو المواد المخدرة، ومن أبرز رواد هذه النظرية بافلوف، وهي "تؤكد أن كل سلوك يصدر من الإنسان ما هو إلا سلوك قديم متعلم من قبل"[1].

"وقد يكون تعلم الإدمان عند البعض بسبب شعورهم بالقلق والتوتر حيث يندفعون إلى تعاطي المخدرات فيقل التوتر ويشعرون بالهدوء والارتياح، وهذا الشعور يعتبر تدعيما وتشجيعا لتكرار التعاطي، وقد يرتبط التعاطي بميزات أخرى مثل مجموعة الرفاق ورائحة المخدر والإعلانات الخاصة بالعقاقير، وبالتالي ففي حالة وجود أي من هذه المثيرات فإن المتعاطي قد يندفع إلى تناول المخدرات حتى ولو لم يكن يعاني من القلق والتوتر، ومما يشجع على التعاطي أن الآثار السلبية مثل النشوة والإحساس بالراحة والهدوء هي التي تظهر أولا"[2].

ويترتب على الإدمان حالة من الاعتماد النفسي والعضوي إذ لا يمكن للمدمن الامتناع عن التعاطي وإلا تعرض لآثار خطيرة على الصعيد النفسي كالقلق والتوتر الحاد... إلخ، أما على الصعيد العضوي فيصاب ببعض الأعراض كازدياد دقات القلب، آلام في الساقين، صداع شديد، القيء... إلخ.

3- النظرية النفسية:

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

[1] صغير رابح: برنامج رياضي ترويحي للتخفيف من بعض الاضطرابات النفسية لدى المدمنين على المخدرات- دراسة ميدانية بمركز فائز فانون بالبليدة، أطروحة دكتوراه في نظريات ومنهجية التربية البدنية والرياضية، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر 3، السنة الجامعية 2012-2013، ص176.

[2] عبد الإله بن عبد الله المشرف ورياض بن علي الجوادي: المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2011، ص79.

تساعد على الاستمرار بل والمبالغة في التعاطي، ويصبح الفرد فريسة للعقار الذي يظن أنه المخلص الوحيد من الآلام النفسية أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر"[1].

وتساهم الذي يعيشها الفرد بقدر كبير في ظهور حالات الإحباط، القلق وغيرها، فكثرة الصراعات والخلافات داخل الأسرة أو استخدام أحد الوالدين للقسوة المفرطة أو الإهمال أو الظروف الاقتصيادية السيئة كالبطالة أو عدم انتظام الدخل الذي يقابله متطلبات كثيرة كلها تساهم في ظهور حالات نفسية سلبية، والتي قد تؤدي بالفرد إلى البحث عن متنفس أو نسيان ما هو عليه فيلجأ إلى التعاطي، وحدة هذه الظروف أو استمرارها دونما أي تحسن عليها تجعل الفرد يستمر في التعاطي حتى يتحول إلى مدمن.

"وترجع مدرسة التحليل النفسي أن الأصل في ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة والسرور عن طريق المخدر أو بعبارة أخرى التخفيض من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن وليس إزالة التوترات الفسيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر، فالاتجاهات الشخصية لتعاطي المخدر مشحونة بشحنات انفعالية شديدة"[2].

4- نظرية الوصمة الاجتماعية:

يشير عبد الله أحمد إلى أن "نظرية الوصم الاجتماعي تقوم على إيضاح قضيتين هما: أنه قد تتكون هوة بين حكم بعض الأفراد على سلوكات معينة وحكم الجماعة التي ينتمون إليها، ففي الوقت الذي يبيح الأفراد لأنفسهم إبداء تلك السلوكات نجد الجماعة تجرمها وتحكم على فاعلها بكونه خارجا عن قواعد الإجماع بالمجتمع، وتلك هي الوصمة الاجتماعية، أما القضية الثانية والجوهرية في هذه النظرية تتمثل في الأبعاد العكسية أو السلبية لقوة الضبط الاجتماعي

[1] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص ص71-72.
[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص72.

على الأفراد والتي تدفعهم للإجرام بعد فقدانهم ما كانوا يسعون إلى بلوغه وهو الصيت الحسن وشهادة الأخلاق الاجتماعية"[1].

و"تقسم هذه النظرية الانحراف إلى قسمين:

- **الانحراف المستور**: وهو الانحراف الذي يرتكبه أغلب الأفراد في فترة ما من فترات حياتهم، ويبقى مستورا دون أن يكتشفه أحد وبخاصة شريحة الأطفال والمراهقين.

- **الانحراف الظاهر**: فعندما يتهم هؤلاء الأفراد بالانحراف يتبدل الوضع النفسي والاجتماعي للمتهمين لأن الآثار المترتبة على انحرافهم تعني أولا إنزال العقوبات التي أقرها النظام الاجتماعي عليهم، وثانيا افتضاح أمرهم أمام الناس، وثالثا انعكاس ذلك الافتضاح على معاملة بقية الأفراد لهم، لذلك فالصفات القاسية التي يستخدمها النظام الاجتماعي ضدهم كصفات السرقة والاحتيال وغيرها إنما وضعها في الواقع الاجتماعي والسياسي وألصقها بهؤلاء الأفراد، وعلى هذا الأساس يتصرف المنحرف بقبوله هذا التعريف الاجتماعي، ومع مرور الزمن ينظر المنحرفون لأنفسهم بالمرآة الاجتماعية التي تدينهم وتحدد علاقاتهم الاجتماعية فيصبح لهم مجتمعهم الانحرافي الصغير داخل المجتمع الإنساني الكبير"[2].

ولعل من بين الانتقادات الموجهة لهذه النظرية هي قيامها على اعتقاد باستحالة علاج ظاهرة الانحراف والقول بأنه ظاهرة طبيعية في المجتمع.

5- نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى هذه النظرية أن تعاطي الأفراد للمخدرات والإدمان عليها هو نتيجة لمخالطتهم للمدمنين الذين يرون في هذا التصرف أمرا عاديا، وشعور الفرد بالانتماء إلى هذه الجماعة الاجتماعية جعله يتبنى الكثير من أفكارها وتصرفاتها ومنها الإدمان.

---

[1] دريفل سعدة: تعاطي المخدرات في الجزائر واستراتيجية الوقاية، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع الثقافي، قسم علم الالجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2، السنة الجامعية 2010-2011، ص22.

[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص ص79-80.

"وبناء على التعرض للمواد أو العقاقير فإن الخبرة المباشرة تجعل استخدام العقاقير إما يعزز إيجابيا أو سلبيا عن طريق الإثارة، وتشمل المعززات الناتجة عن المخدرات خفض التوتر وخفض الضغوط أو التعامل مع الحالات الوجدانية السلبية أو زيادة التفاعلات الاجتماعية، وإذا استمر استخدام العقار فإن زيادة التحمل للآثار المعززة يتطلب كميات أكبر لتحقيق نفس الآثار والحصول على كميات أكبر قد ينتج عنها انشغال زائد بالحصول عليها، وبالمثل فإن الاعتماد البدني قد ينتج عنه ما يستلزم مزيدا من الاستخدام لتجنب أعراض الانسحاب والحصول على المعززات قصيرة المدى قد يحقق الرغبة في تجنب تعزيز السالب من النتائج السلبية السابقة الناتجة عن استخدام المادة"[1].

خلاصة:

اتضح لنا مما سبق أن الإدمان حالة مرضية تنتج عن استمرار الفرد في تعاطي المخدرات إلى الدرجة التي يستحيل عليه التوقف عن تناولها، حيث تتولد لديه رغبة قهرية في مواصلة التعاطي مرفوقة بميل شديد نحو زيادة الجرعة، ويترتب عن الانقطاع عن تناولها أعراض نفسية وفيزيولوجية خطيرة.

ولقد تتعدد كيفيات تعاطي المخدرات في أوساط المدمنين تبعا لطبيعتها، فنجدها على شكل أقراص أو كبسولات وهي قبلة للبلع، أو مسحوق وهو قابل للاستنشاق، أو محلول قابل للحقن في الوريد أو تحت الجلد ... إلخ.

كما ظهرت الكثير من التفسيرات لهذه المشكلة كالتفسير السيكولوجي، أو البيولوجي .. إلخ، وكل هذا يؤكد خطورتها بالنسبة للفرد والمجتمع لاسيما وأنها منتشرة على نطاق واسع في المجتمع وشاملة لشرائح اجتماعية مختلفة منه، ولتفسير هذه المشكلة وفهمها بشكل جيد وجب النظر إليها من منظور تكاملي.

[1] فوزي تيايبية: برنامج رياضي مقترح لتعديل الاتجاهات نحو الإدمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الإدمانية والشخصية، أطروحة دكتوراه تخصص نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر 3، السنة الجامعية 2014-2015، ص80.

المحاضرة الرابعة: مشكلة المخدرات في العالم

تمهيد

أولا- تعاطي المخدرات في العالم: إحصائيات ودلالات

ثانيا- إنتاج القنب في العالم

ثالثا- إنتاج الأفيون في العالم

ثالثا- زراعة الكوكا وإنتاج الكوكايين في العالم

رابعا- إنتاج المؤثرات النفسية الاصطناعية الجديدة

خلاصة

المحاضرة الرابعة: مشكلة المخدرات في العالم:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها إحدى أبرز مشكلات العصر، والتي تمثل تحديا كبيرا أمام كل بلدان العالم لاسيما وأنها تشكل مصدر تهديد لأمنها ورقيها، إلا أن هذه المشكلة تختلف من حيث حدتها من بلد لآخر بحسب الظروف التي لها علاقة بزراعتها وإنتاجها والاتجار بها واستهلاكها خصوصا وأن آثارها الخطيرة تطال شرائح اجتماعية مختلفة، وتمس جوانب متعددة نفسية، عقلية، أسرية، فيزيولوجية... إلخ.

أولا- تعاطي المخدرات: أرقام ودلالات:

لقد أصبح تعاطي المخدرات مشكلة حقيقية تتطلب من الحكومات مواجهتها بكل الطرق خصوصا وأنها تشمل قطاعا واسعا من أفراد المجتمع لاسيما فئة الشباب، والمخدرات سواء كانت "طبيعية أو مستحضرة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود يضر بالحالة الصحية والنفسية والاجتماعية للفرد وأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه"[1].

ويعد مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC المرجعية الوحيدة لنا، وإحصائياته وكذا تقاريره تحظى بمصداقية كبيرة في هذا الشأن، وتعبر بشكل فعلي عن واقع المشكلة في العالم، ويكفي لكي ندلل على خطورتها إدراج أهم ما ورد من تقاريره التي تتعلق بتعاطي المخدرات في العشرية الأخيرة.

وتجمع البيانات والإحصائيات الدولية على التزايد المستمر في أعداد الشباب الذين يتعاطون المخدرات على اختلاف أنوعها، وهذا التزايد في أعداد فئة الشباب الذين ينضمون إلى قافلة مدمني المخدرات أصبح يشكل ظاهرة خطيرة تقلق المجتمعات الإنسانية باعتبار أن انحراف الفئات الشابة في مهاوي الإدمان يؤدي إلى حرمان هذه المجتمعات من طاقاتها

[1] براهمة نصيرة: "إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري المدمن بين المرض والإجرام"، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، العدد 01، سبتمبر 2013، ص17

الخلاقة الذين هم أغلى ثروة لأي أمة، إذ يقدر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أعداد متعاطي المخدرات على مستوى العالم ممن تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاما عام 2011 بما يلي: القنب/الحشيش بين 129 و230 مليون شخص، الأفيونيات وتشمل الأفيون والهيروين والمورفين بين 25 و48 مليون شخص منهم حوالي 12 مليون شخص يتعاطون الهيروين بواسطة الحقن الوريدي، والكوكايين بين 15 و21 مليون شخص، والحبوب المخدرة/الأمفيتامينات بحدود 33 مليون شخص، والإكستاسي بين 10 و29 مليون شخص"[1].

ويشير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC "أن هناك ربع بليون نسمة أو نحو 05 في المائة من سكان العالم البالغين تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل في عام 2015، والأكثر مدعاة للقلق أن نحو 29,5 مليونا من متعاطي المخدرات هؤلاء أو 0,6 في المائة من سكان العالم البالغين يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، مما يعني أن تعاطيهم للمخدرات ضار إلى درجة أنهم قد يصبحون مرتهنين للمخدرات وبحاجة إلى علاج"[2].

ذلك أن الإدمان يحدث لدى متعاطي المخدرات نتيجة استمراره في هذه العملية بحيث يصبح غير قادر عن الانقطاع عنها، كما تزداد لديه رغبة عارمة في زيادة الجرعة وإحداث نشوة أكبر من تلك التي عرفها في المرات السابقة، كما يترتب عن زيادة الجرعة لبعض المواد المخدرة كالهيروين إلى حالات الوفاة

"ويمثل عدد الوفيات المرتبطة بالمخدرات في الولايات المتحدة نحو ربع العدد التقديري للوفيات المرتبطة بالمخدرات في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك الوفيات بسبب الجرعات المفرطة، وهي نسبة مستمرة في الارتفاع، وقد زادت الوفيات بسبب الجرعات المفرطة في الولايات المتحدة ومعظمها بسبب المؤثرات الأفيونية بأكثر من ثلاثة أضعاف خلال الفترة

[1] صالح بن محمود السعد: الاتجار غير المشروع بالمخدرات وعلاقتها بالتنظيمات الإرهابية، دار جامعة نايف للنشر، الرياض، 2015، ص14.
[2] مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC : تقرير المخدرات العالمي 2017، الأمم المتحدة، نيويورك، 2017، ص09

1999-2015 من 16849 حالة إلى 52404 حالة سنويا، كما زادت بنسبة 11,4 في المائة في السنة الماضية وحدها لتصل إلى أعلى مستوى مسجل على الإطلاق، وفي الواقع فإن عدد الأشخاص الذين يتوفون في الولايات المتحدة كل عام بسبب تعاطي المؤثرات الأفيونية يفوق بكثير عدد الوفيات بسبب حوادث الطرق أو أعمال العنف"[1].

وقد ورد في تقرير منظمة الصحة العالمية بتاريخ 15 كانون الثاني/ يناير 2016 أن "تعاطي المخدرات واضطرابات تعاطي المخدرات والحالات الصحية المرتبطة به يمثل شواغل رئيسية للصحة العمومية، فاستخدام العقاقير النفسانية التأثير مسؤول عن أكثر من 400000 وفاة سنويا، كما تمثل الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات 55% من إجمالي عبء المرض في العالم، في حين يشكل تعاطي المخدرات عن طريق الحقن ما يقدر بنسبة 30% من حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري خارج إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ويسهم مساهمة كبيرة في حدوث أوبئة إلتهاب الكبد B وC في جميع الأقاليم التابعة للمنظمة"[2].

ثانيا- إنتاج القنب في العالم:

لقد ورد في التقرير السنوي لمكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة أن القنب "يزرع بصورة غير مشروعة في معظم بلدان العالم ومنها نيجيريا والسودان ومعظم بلدان أمريكا الوسطى والكاريبي والمكسيك ولبنان وكولومبيا والبرازيل وتايلاند ولاوس وإندونيسيا والفلبين وسريلانكا والهند وأفغانستان وباكستان، وفي عام 1997 كانت كمبوديا مؤهلة لاحتلال مركز رئيسي في إنتاج القنب حيث يجري إخفاء القنب في حاويات تغادر كمبوديا على متن سفن صغيرة تنقلها إلى سفن كبيرة تكون في انتظارها بالمياه الدولية، كما ظهرت ألبانيا خلال 1999 كمنتج مهم للقنب الذي يزرع في مساحات كبيرة جنوب البلاد، ويهرب إلى إيطاليا وسلوفينيا واليونان ودول

[1] مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC : تقرير المخدرات العالمي 2017، الأمم المتحدة، نيويورك، 2017، ص10

[2] منظمة الصحة العالمية: البعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المنعقدة في نيسان/ أفريل 2016، جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، البند 12-6 من جدول الأعمال المؤقت، منظمة الصحة العالمية، 20 أيار/ مايو 2016، ص03.

أوربية أخرى عبر الطرق الجبلية الغربية من ألبانيا، ويهرب القنب الألباني عبر جمهورية مقدونيا (اليوغسلافية السابقة) وبلغاريا إلى تركيا وكذلك كرواتيا والبوسنة والهرسك والجبل الأسود وصربيا وسلوفينيا، وينبت القنب بريا في كثير من دول العالم خاصة كازاخستان والتي تفوق المساحات المغطاة بالقنب البري فيها 300 ألف هكتار نظيرتها في أي بلد آخر، وفي العالم العربي ينبت القنب بريا بكثرة في السودان"[1].

والبلاد العربية شأنها شأن بقية بلدان العالم فقد عرفت البلاد العربية هي الأخرى انتشارا فاضحا لزراعة المخدرات بطريقة غير مشروعة وفي مقدمتها القنب (الحشيش) وذلك لملاءمة المناخ من جهة وعدم قدرة السلطات الأمنية بها في القضاء عليها، لاسيما وأن زراعته تكون غالبا في المناطق النائية التي يصعب الوصول إليها وخصوصا الجبلية منها، وسنقتصر في هذا المقام على التطرق إلى بلدين فقط وهما مصر والمغرب كمنوذجين لزراعة القنب في البلاد العربية.

"ويعد المغرب أكبر منتج لراتنج القنب في العالم (ألواح الحشيش، بودرة الحشيش، زيت الحشيش)، وحتى عام 2000 ورغم الجهود التي تبذلها السلطات المغربية والبرامج الدولية المنفذة في المغرب كانت المغرب مصدرا رئيسيا للراتنج المتجه إلى أوربا الغربية، وتشير التقارير الدولية إلى أن أكثر من 500 طن من الراتنج ضبطت في أوربا عام 1999 كانت مهربة من المغرب عبر مضيق جبل طارق إلى اسبانيا والبرتغال وفرنسا ومنها للتوزيع على الدول المستهلكة، وأن التهريب إليها يتم باستخدام الدراجات النارية المائية Jetskis والتي حلت محل الزوارق السريعة"[2].

وفي مقابل ذلك أضحت الجزائر تصنف ضمن الدول المستهلكة للمخدرات لاسيما مادة الحشيش أو ما يعرف بالكيف المعالج، وهذا بناء على ما أوضحته تقارير مصالح الدرك

[1] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، مرجع سابق، ص88.
[2] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، مرجع سابق، ص89.

الوطني والجمارك، وذلك نتيجة تهريب هذه المواد إلى الجزائر من بلاد المغرب الأقصى عبر الحدود البرية وبكميات كبيرة.

وتعد ولاية تلمسان إحدى الولايات الحدودية التي تتعرض لمثل هذه العمليات بشكل مستمر، وقد "بلغ حجم الكمية المحجوزة من المخدرات سنة 2012 ما يقارب 73 طناً، و74 طناً خلال سنة2011"[1]، خصوصا وأن "المخزن المغربي يعتمد على من يسمى "المقدم" وهو شخص مدني يشرف على متابعة مرور المخدرات ويقبض الثمن من عصابات التهريب، و"المقدم" شخص خبير بواقع الحدود على الضفتين، وبيده مفتاح عبور كميات "الزطلة"، وهي التسمية الشعبية للمخدرات من نوع القنب الهندي المنتج في الأراضي المغربية، كما يشرف على تأمين إقامة بارونات المخدرات الفارين من العدالة الجزائرية. وبلغة الأرقام، حجزت مصالح الشرطة في تلمسان سنة 2014 قرابة 350 قنطار من المخدرات، في حين تم حجز 207 قنطار من الكيف المنتج والمهرب من المغرب لسنة 2015، إضافة إلى كميات معتبرة من مادة الكوكايين"[2].

أما في جمهورية مصر العربية "فيأتي الحشيش في مقدمة المواد المخدرة التي يتم استهلاكها، ويعد المخدر السائد، وفي المرتبة الثانية المواد النفسية السائلة والصلبة، وفي المرتبة الثالثة الهيروين حيث ضبط عام 1993 أكبر كمية منه على مدى تاريخ المكافحة الطويل في داخل البلاد (ما يقرب من مائتي كجم)، وفي المرتبة الرابعة الأفيون الذي كان يحتل المرتبة الثانية قبل ذلك، وأخيرا في المرتبة الخامسة الكوكايين لبعد مصادر إنتاجه وغلو أثمانه، وفي عام 1994 كثفت جهود الكشف وإبادة الزراعات غير المشروعة لنباتي القنب والخشخاش سواء في صعيدي مصر أو في عمق صحراء سيناء، وتم ضبط ما يقرب من 100 مليون شجيرة خشخاش وقنب في مساحة تزيد عن 500 فدان، وفي حديث لمدير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في 14-07-2010 ذكر أنه يوجد في مصر 5 ملايين مدمن مخدرات

[1] http://www.alarabiya.net/ar/north-africa/algeria//22-10-2017/18-00h
[2] http://www.elkhabar.com/press/article/97033/22-10-2017/18-00h

ومتعاطي حشيش، ورأى أن جهود المكافحة نجحت في خفض الكمية المعروضة في مصر وأدت إلى تعافي عدد كبير من المدمنين وإقلاعهم عن التعاطي"[1].

ومن خلا ما سبق يتضح لنا أن زراعة المخدرات في العالم معظمها يتم بطريق غير قانونية وإلا فكيف تم انتشارها بين أفراد المجتمع الواحد بهذه الأعداد الضخمة والملفتة للانتباه، كما يعني لنا هذا أيضا أنها لا تخضع لرقابة صارمة من الدولة بالشكل الذي يحد من زراعتها أو تجارتها.

ثالثا- إنتاج الأفيون في العالم:

ولا يختلف الأمر بالنسبة لزراع الأفيون في العالم عن سابقه (القنب) فقد عرفت زراعته انتشارا واسع النطاق في العديد من دول العالم، وهذا يعني لنا من جهة أخرى ارتفاع معدلات المتعاطين لهذه المادة ومشتقاتها، وتتصدر أفغانستان وميانمار الكثير من دول العالم من حيث إنتاج مادة الأفيون حيث "تشير الإحصائيات إلى ارتفاع الإنتاج العالمي للأفيون Opium لعام 2007 حيث بلغ 8.870 طن متري، وهذه الكمية هي ضعف السنة السابقة وأعلى معدل للعشر السنوات الماضية، وذلك بسبب زيادة الإنتاج في أفغانستان Afghanistan بحيث أنتجت 8200 طن متري تمثل نسبة 90% من الإنتاج العالمي، وكذلك ميانمار Myanmar بنسبة 5%، وتقدر قيمة إنتاج الأفيون لأفغانستان Afghanistan على مستوى المزارع (بليون دولار أمريكي) وعلى مستوى التصدير للبلدان المجاورة بقيمة 04 بليون دولار أمريكي"[2].

وتتوقف كمية إنتاج مادة الأفيون في العالم على حجم المساحة المخصصة لزراعته فكلما كانت هذه المساحة كبيرة كلما ساهم ذلك في ارتفاع معدلات الإنتاج، لاسيما وأن زراعته في الغالب تتم بطريقة غير مشروعة، وينقل من طرف مهربين إلى الأسواق العالمية عن طريق قنوات تهريب برية وبحرية وبطرق مختلفة، ولعل أول عملية على الحكومات تنفيذها لمواجهة مشكلة المخدرات هي محاربة زراعتها على نطاق واسع وفي جميع المناطق.

---

[1] عبده كامل الطايفي: تجارة المخدرات في ظل التغيرات العربية، دار جامعة نايف للنشر، الرياض، 2015، ص158.

[2] عبد الله مرزوق العتيبي: مفهوم التسليم المراقب، حلقة علمية: التسليم المراقب للمخدرات بتاريخ 10-14 أكتوبر 2009، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم البرامج التدريبية، الرياض، ص04.

"وطبقا لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات عام 2008 كانت أكبر مساحة مزروعة بالخشخاش على مستوى العالم 272 ألف هكتار عام 1994، وانخفضت المساحة في السنوات التالية حتى أصبحت عام 2000 نحو 222 ألف هكتار تقريبا، وفي السنوات العشر 1998-2007 حدث انخفاض أيضا في المساحة المزروعة بالخشخاش حيث انخفضت من 238 ألف هكتار عام 1998 وأصبحت 235 ألف هكتار عام 2007 بنقص قدره 2% وكان النقص واضحا في منطقة المثلث الذهبي (تايلاند- بورما (ميانمار)- لاوس) حيث انخفضت المساحة من 158 ألف هكتار تقريبا عام 1998 إلى 29.4 ألف هكتار عام 2007 بنسبة قدرها 81%، أما أفغانستان فقد زادت المساحة المزروعة بالخشخاش فيها عام 2007 بنسبة 17% عن المساحة المزروعة عام 1998، كما ذكر التقرير أن أفغانستان تنتج 93% من أفيون العالم كله، ويعزي المكتب زيادة المساحات المزروعة في أفغانستان إلى العصابات الإجرامية المنظمة التي تشجع الأهالي على الزراعة وتقدم لهم الحماية وترهبهم إذا لزم الأمر"[1].

وبذلك فأفغانستان تعد بلدا رائدا عالميا في إنتاج الأفيون إذ تساهم بإنتاج كمية كبيرة منه مقارنة بالبلدان المنتجة الأخرى وبالتالي فهي عامل تأثير مهم في السوق العالمية للأفيون، والجدير بالملاحظة أنه "في عام 2016 زاد الإنتاج العالمي من الأفيون بمقدار الثلث مقارنة بالعام السابق، وعلى الرغم من وجود زيادة في حجم المساحة المزروعة بخشخاش الأفيون أيضا، فإن الزيادة الكبيرة في إنتاج الأفيون كانت ناتجة أساسا عن تحسن غلة خشخاش الأفيون في أفغانستان مقارنة بالعام السابق، بيد أن مجموع الإنتاج العالمي من الأفيون البالغ 6380 طنا، كان لا يزال أقل بنحو 20 في المائة من ذروته التي بلغها في عام 2004، وكان قريبا من المتوسط المبلّغ عنه في السنوات الخمس الماضية، وقد ظلت مضبوطات الأفيون والهيروين على السواء مستقرة إلى حد بعيد على الصعيد العالمي في السنوات الأخيرة، مما يشير إلى سلاسة إمدادات الهيروين، بغض النظر عن التغيرات السنوية في إنتاج الأفيون، وشهدت كمية

[1] محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2012، ص106.

الهيروين المضبوطة في أمريكا الشمالية زيادة حادة في عام 2015، وتوازى ذلك مع تقارير عن تزايد تعاطي الهيروين والوفيات المتصلة بالهيروين في تلك المنطقة دون الإقليمية "[1].

رابعا- زراعة الكوكا وإنتاج الكوكايين في العالم:

تعد الكوكايين من أبرز المواد المخدرات التي شاع استخدامها في العصر الحديث وأخطرها على الإطلاق، فقد أصدرت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لسنة 2014 والتابع للأمم المتحدة تقريرا بخصوص إنتاج واستهلاك مادة الكوكايين حيث أفادت "أن ما قيمته 160 مليون دولار من الكوكايين يُتعاطى سنويا في كينيا وجمهورية تنزانيا المتحدة، وفي الفترة من 01 كانون الثاني/ يناير 2009 إلى 31 آب/ أغسطس 2014 ضبطت السلطات التنزانية أكثر من 459 كيلوغراما من الكوكايين، وألقت القبض على أكثر من 2000 شخص، وفي كانون الأول/ ديسمبر 2013 ذكر الأمين العام للأمم المتحدة أرقاما منقولة عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة تبين أن القيمة المقدرة للكوكايين الذي يجري تهريبه عبر غرب إفريقيا ومنطقة الساحل قد بلغت نحو 1,25 مليار دولار سنويا"[2].

ومن هنا يتضح الخطر الكبير الذي يهدد الإنسانية، ولعل سبب انتشار هذه السموم (الكوكايين) مرده للمساحات الشاسعة المخصصة لزراعة مصدرها المتمثل في شجرة الكوكا وهذا ما أكده التقرير الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC لسنة 2017 والتابع -أيضا- للأمم المتحدة حيث "تشير البيانات المتعلقة بإنتاج المخدرات والاتجار بها وتعاطيها إلى حدوث توسع شامل في سوق الكوكايين في جميع أنحاء العالم، فبعد انخفاض دام لمدة طويلة زادت المساحة المزروعة بشجيرة الكوكا بنسبة 30 في المائة خلال الفترة 2013-2015، وهو ما يعزى أساسا إلى زيادة المساحة المزروعة في كولومبيا، وبلغ الإجمالي العالمي لصنع هيدروكلوريد الكوكايين النقي 1125 طنا في عام 2015، بما يمثل

[1] مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC : تقرير المخدرات العالمي 2017، الأمم المتحدة، نيويورك، 2017، ص16
[2] الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات: تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2014، الأمم المتحدة، نيويورك، 2015، ص46

زيادة إجمالية قدرها 25 في المائة على عام 2013، ويبدو أن تعاطي الكوكايين في تزايد في أكبر سوقين وهما أمريكا الشمالية وأوروبا"[1].

خامسا– إنتاج المؤثرات النفسانية الاصطناعية الجديدة:

والجدير بالذكر أن أن تعاطي المخدرات والادمان عليها لم يكن مقتصرا فقط على المواد الطبيعية كالقنب والأفيون والكوكا بل امتد ليشمل المخدرات المصنعة هي الأخرى مثل الأمفيتامينات وهذا ما أفادت به التقارير الصادرة عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC 2017 وما يتم ضبطه في هذا الإطار من طرف مصالح الجمارك والأمن حيث "يُبَلَّغ عدد متزايد من البلدان عن مضبوطات من المؤثرات النفسانية الاصطناعية الجديدة حيث ضُبط أكثر من 20 طنا في عام 2015، وقد تضاعفت المضبوطات من المنشطات الأمفيتامينية في السنوات الخمس السابقة لعام 2015 فبلغت 191 طنا في عام 2015، وكان ذلك نتيجة للزيادات الحادة في كميات الأمفيتامينات المضبوطة، التي شُكّل منها الميثامفيتامين تقريبا ما بين 61 و80 في المائة سنويا خلال تلك الفترة، ويظهر اتساع سوق الميثامفيتامين في شرق وجنوب شرق آسيا في المعلومات المتاحة على ندرتها عن تعاطي الميثامفيتامين والعلاج من ذلك التعاطي، وفي عام 2015 أبلغ خبراء في عدة بلدان في المنطقة دون الإقليمية عن زيادة ملحوظة في تعاطي الميثامفيتامين البلوري وأقراص الميثامفيتامين على السواء، كما اعتبروا الميثامفيتامين أشيع المخدرات المتعاطاة في بعض تلك البلدان، وفي العام نفسه مثل الأشخاص الذين يتلقون العلاج بسبب تعاطي الميثامفيتامين أكبر نسبة من الأشخاص الذين تلقوا العلاج من تعاطي المخدرات في معظم البلدان والأقاليم في شرق وجنوب شرق آسيا التي أبلغت عن ذلك المؤشر، وفي أوقيانوسيا كانت هناك زيادة في كميات الميثامفيتامين المضبوطة وكذلك في تفشي تعاطيه "[2].

[1] مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC : تقرير المخدرات العالمي 2017، الأمم المتحدة، نيويورك، 2017، ص15

[2] مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC : تقرير المخدرات العالمي 2017، الأمم المتحدة، نيويورك، 2017، ص17.

خلاصة:

إن الملاحظ مما سبق يتضح أن مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها وكذا زراعتها وإنتاجها قد أصبحت مشكلة عالمية وهي لا تقتصر على قطر في العالم دون غيره، خصوصا إذا أمعنا النظر في الإحصائيات المسجلة من طرف مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC بشأن عدد المدمنين وحالات الوفيات الناتجة عن الإدمان إضافة إلى المساحات الشاسعة المخصصة لزراعة أهم أنواع المخدرات وأكثرها انتشارا واستهلاكا في العالم كالأفيون والقنب والكوكا وكذا الكميات الكبيرة التي تم إنتاجها، وبذلك أصبح الخطر المترتب عنها خطرا مشتركا بين الشعوب جميعها، ومنه فالتعاون لمكافحتها هو الآخر أضحى حتمية لابد منها، والجدير بالذكر أن هناك مبادرات دولية في هذا الإطار تجلت في الاتفاقيات الدولية المبرمة، إلى جانب جهود المنظمات والهيئات الدولية الرامية إلى القضاء على زراعة وإنتاج واستهلاك والاتجار غير المشروع بالمواد المخدرة إلا في ضوء ما نصت عليه هذه الاتفاقيات وكان موجها لأغراض طبية وعلمية بحتة.

المحاضرة الخامسة: العوامل المؤدية بالفرد إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها

تمهيد

أولا- العوامل الفردية

ثانيا- العوامل الأسرية

ثالثا- العوامل الاقتصادية

رابعا- العوامل التي تتعلق بجماعة الرفاق

خامسا- العوامل الأمنية والقانونية

سادسا- العوامل التي تتعلق بوسائل الإعلام

خلاصة

المحاضرة الخامسة: العوامل المؤدية بالفرد إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

تمهيد:

من المعروف أن الإنسان اجتماعي بطبعه وسلوكه في الغالب لا يخرج عن الأطر القيمية التي يقرها المجتمع من عادات وتقاليد ونظم وقوانين وقيم ومعايير ... إلخ، وتمثله له يمكنه من الاندماج والتكيف مع الوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه، وعليه فإن أي خروج عن هذه الأطر يعد سلوكا منحرفا يرفضه المجتمع ويعاقب عليه.

ويعد تعاطي المخدرات أحد أوجه السلوك المنحرف الذي يعكس انتهاك الفرد لمنظومته القيمية والقانونية ومصدر خطر يهدد سلامة الفرد والمجتمع على السواء، هذا ما يحتم علينا بحث الأسباب المؤدية به لتعاطي المخدرات، الأمر الذي يمكننا من فهم أكثر لواقع هذه المشكلة.

ويلجأ الفرد إلى تعاطي المخدرات للأسباب التالية:

أولا- العوامل الفردية:

- الفضول الشخصي والرغبة في تجريب تعاطي المخدرات والجهل بخطورتها.
- "حب الإثارة إذ تروج كثير من الأقاويل أن المخدرات تلهب مشاعر اللذة، وتحدث متعة عارمة لدى ممارسة الجنس، فيقبل الشباب عليها بشغف طلبا لمزيد من الإثارة واللذة"[1]
- "تعد المخدرات من المواد الممنوع تعاطيها في غالبية مجتمعات العالم، ولذلك قد يستخدمها الشباب كتعبير عن رفض النظام الاجتماعي السائد والخروج عليه.

[1] عبشان بن محمد عبدالرحمن عبشان: فعالية برنامج إرشادي للوقاية من خطر الوقوع في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لدى طلاب المرحلة الثانوية المعرضين لخطر التعاطي، أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، تخصص علم النفس الجنائي، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2016، ص34.

– قد يستخدم الشباب المخدرات من أجل بيان أنهم مميزون عن الآخرين وأن لهم هويتهم التي تختلف عن الآخرين"[1].

– "عدم النضج الكامل للشخصية وهروبها من واقع إلى واقع أقل ألما من خلال لذة المخدرات والرغبة في الاستقلال عن العالم الخارجي.

– اضطراب في العلاقة بين الطفل والوالدين والذي يؤدي إلى عدم شعور الطفل بالأمن والميل إلى الحيل الهروبية.

– الإحباط الشديد الذي تعجز قدرات الشخص عن مواجهته، وبالتالي يعتبر تعاطي المخدرات وسيلة للهروب من حقائق مؤلمة.

– الرغبة في خفض التوتر والقلق والألم الذي يواجه الشخص.

– علاج سلبي للأزمات النفسية لمصاحبة لمرحلة المراهقة"[2].

– ضعف الوازع الديني إذ يعدّ الدين بما يحمله من مبادئ وتعاليم سمحة إحدى أبرز آليات الضبط الاجتماعي للفرد، فهو كما يزوده بمنظومة قيمية تجعل منه فردا صالحا في المجتمع، فهو يعمل على تقويم سلوكه وضبطه كلما حاد عن الطريق الصحيح، وقد كشفت كثير من الدراسات أنه كلما كانت درجة التدين لدى الفرد عالية كلما قل اتجاهه نحو الانحراف وتعاطي المخدرات والعكس صحيح.

– "قد يستخدم الشباب المخدرات لكشف قدراتهم العقلية ولاسيما أن هناك أفكارا شائعة في المجتمعات عن تأثير القدرات العقلية باستعمال بعض المخدرات.

– تغيير المزاج فما يتعرض له الشباب من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية تجعلهم أكثر عرضة للاكتئاب والقلق، فقد يهرب الشباب من مواجهة هذه الضغوط بالالتجاء إلى المخدرات وخصوصا المنبهات والمسكنات"[3].

---

[1] ذياب موسى البداينية: الشباب والأنترنت والمخدرات، مرجع سابق، ص ص 25-26.
[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص18.
[3] ذياب موسى البداينية: الشباب والأنترنت والمخدرات، مرجع سابق، ص24.

– قد يلجأ بعض الأفراد إلى تعاطي نوع من المخدرات على أساس أنها تساعده في إبراز قدراته الكامنة، فعلى سبيل المثال كان أبو نواس –وهو أحد فحول الشعراء– لا يقول شعرا إلا بعد أن يتعاطى الخمر لقناعته أن الخمر مصدر إلهام لديه.

ثانيا– العوامل الأسرية:

– التنشئة الأسرية الخاطئة فعادة ما ينحرف الأبناء نتيجة اعتماد أحد الوالدين أو كلاهما لأساليب تنشئة خاطئة كالإهمال أو القسوة المبالغ فيها أو التذبذب .. إلخ تجعلهم ينفرون من الأسرة ويتخذون ملجأ آخر لهم في الشارع أو جماعة الرفاق.

– القدوة السيئة في الأسرة كتعاطي أحد الأبوين أو كلاهما للمخدرات فباعتبار أن الآباء قدوة بالنسبة لأبنائهم فإن درجة التقليد لهم من طرف أبنائهم ستكون كبيرة جدا في سلوكاتهم وممارساتهم، وتعاطي المخدرات إحدى المظاهر السلوكية التي يقلدها الأبناء باعتبارها نمطا سلوكيا لآبائهم وجزءا لا يتجزأ من حياتهم اليومية.

– غياب الدور التوعوي للآباء بهذه المواد المخدرة وخطورتها على صحة الإنسان.

– قد تكون الظروف الاقتصادية السيئة للأسرة سببا في انحراف الابناء واتجاههم نحو المتاجرة بالمخدرات باعتبارها مصدرا للدخل السريع ووسيلة لتحسين أوضاعهم المادية ثم ما يلبثوا حتى يدمنوا عليها.

– غياب الرقابة الوالدية على سلوكات الأبناء وتصرفاتهم مما يتيح لهم مجالا أكبر من الحرية.

– التفكك الأسري من بين أهم العوامل المؤدية بالأبناء إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها سواء كان هذا التفكك جزئيا كالصراعات والخصومات المستمرة بين أفراد الأسرة أو كليا كوفاة الأب أو الأم ... إلخ.

– الأسرة المنحلة خلقيا فعادة ما تكون الممارسات الخاطئة لأفرادها كتعاطي المخدرات أو الإدمان عليها أمرا طبيعيا لا يستوجب منها العقاب وتصبح بذلك عاملا مشجعا لا رادعا لمثل هذه التصرفات.

ثالثا– العوامل الاقتصادية:

"وتشمل ارتفاع مستوى المعيشة، البطالة وما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة فضلا عن قلة فرص العمل، وتوفر الفراغ لدى الشباب وازدياد متطلبات الحياة، وازدياد النزعة الاستهلاكية لدى الفرد، وتأثير القيم والعادات والتقاليد التي ألقت بأعبائها على الفرد"[1].

رابعا– العوامل التي تتعلق بجماعة الرفاق:

"تلعب جماعات الرفاق والأصدقاء دورا مهما في عملية تعاطي المخدرات، وتبرز تلك الأهمية إذا علمنا أن الموقف الاجتماعي الذي غالبا ما يحيط بأول مرة لممارسة التعاطي قد اتصف بأنه عادة ما يكون جلسة أصحاب، فعضوية الفرد في الجماعة تتيح له فرصة محاولة تجربة المخدر فضلا عن وجود متعاطين آخرين بالفعل داخل الجماعة يشجعونه، وأحيانا ما يدفعونه إلى التعاطي، ويصبح التعاطي في حد ذاته مفتاح الاستمرار في عضوية تلك الجماعة"[2].

وتصبح بذلك جماعة الرفاق "نقطة مرجعية مهمة في حياة الفرد، تتوزع السلطة فيها بين الأفراد، فمن الأفراد من يحتل مركزا قياديا ومنهم من يحتل موقعا تابعا، وإذا ما انتشر تعاطي المخدرات بين الشباب في جماعة معينة فمن المرجح أن ينتشر تعاطيها بين بقية أفراد الجماعة بسبب الضغط الاجتماعي الذي يمارس من الجماعة على أفرادها "[3].

وتتضح تأثيرات جماعة الرفاق من حيث تأثيرها على الفرد لتعاطي للمخدرات في النقاط التالية:

– "عادة ما يكتسب الفرد خبرة التعاطي من أصدقائه، كما أنه في الغالب ما يحصل على المخدر لأول مرة منهم أيضا.

---

[1] ناسو صالح سعيد: "دور المرشد النفسي في المؤسسات التعليمية لوقاية الشباب من آفة المخدرات"، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان 26-27، 2010، ص271.

[2] محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري: المشكلات الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط1، 2011، ص373.

[3] ذياب موسى البداينية: الشباب والأنترنت والمخدرات، مرجع سابق، ص ص25، 26.

– يلعب الأصدقاء دورا مهما سواء في السمع عن المخدر أو رؤيته لأول مرة، فالأصدقاء هم المصدر الأساسي للمعلومات المفصلة عن المخدر وأيضا عن كيفية تعاطيه بعد ذلك.

– في كثير من جماعات الرفاق لا يعد تعاطي المخدر أمرا مقبولا فقط بل يصبح سلوكا مطلوبا أيضا.

– تصبح جماعة الرفاق مهمة جدا عندما يتخذ الفرد قراره بتعاطي المخدر خاصة إذا كان ذلك التعاطي يلقى معارضة أسرته"[1].

خامسا– العوامل الأمنية والقانونية:

– تراجع دور المؤسسات الأمنية كان سببا وجيها لتفشي هذه الظاهرة في المجتمع.

– غياب السلطة الردعية سواء تعلق بالمتعاطين أو المتاجرين بالمخدرات بسبب هشاشة المنظومة القانونية، وذلك لأن العقوبات المفروضة على المتعاطين أو المتاجرين بالمخدرات لم تف بالغرض.

– انتشار ظاهرة الفساد الإداري كالرشوة والمحسوبية كانت من العوامل التي ساعدت على تفشي هذه الظاهرة الخطيرة في المجتمع.

– غياب الرقابة الفعلية للحدود ما مكن من تهريب المخدرات وانتشارها السريع في المجتمع، وهو ما توفر المادة المخدرة وبأسعار ملاءمة، وهذا يعد إحدى العوامل المؤدية إلى إقبال الأفراد عليها خصوصا إذا غابت الرقابة وتراجع دور المؤسسات الضابطة وكذا المؤسسات العقابية، ويزداد الأمر خطورة حينما يكون الأفراد متفرغين تماما حيث لا يزاولون أي نشاط اقتصادي أو ثقافي... إلخ يحول دون التفاتهم لمثل هذه الأمور الخطيرة.

سادسا– العوامل التي تتعلق بوسائل الإعلام:

وخصوصا وسائل الإعلام الأجنبية وذلك من خلال برامجهم الهدامة التي تصور حالة المتعاطي للمخدر على أنها حياة نشوة وفرح وسعادة وهروب من الواقع بكل ما يحمله من

[1]- محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري: المشكلات الاجتماعية، مرجع سابق، ص374.

مشاكل وعراقيل بالنسبة له، وأنها وسيلة للنسيان، كما أن وسائل الإعلام توضح كيفية التعاطي من خلال هذه البرامج.

"والحديث عن تأثير وسائل الاتصال الجماهيري على التشجيع على التعاطي أو التنفير منه حديث معقد لأنه يتعلق بطبيعة التأثير المعقد لوسائل الاتصال على العلاقات والقيم والتصورات الاجتماعية، فهذا التأثير ليس وحيد الاتجاه دائما (من المرسل إلى المتلقي) وليس من طبيعة واحدة دائما (أي مشجع أو منفر) وقد لا يكون مباشرا أي يتم في خطوة واحدة ولكنه قد يتم على مرحلتين: (من المرسل إلى قادة الرأي إلى المتلقي) أو على مراحل..."[1].

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن تعاطي المخدرات ظاهرة اجتماعية مرضية مترتبة عن جملة من العوامل منها ما يتعلق بالفرد نفسه كالجهل بالمادة المخدرة ومخاطرها أو ضعف الوازع الديني أو عوامل نفسية كنقص الخبرات والتجارب الحياتية والعقد النفسية جراء إعاقته مثلا... إلخ، وتساهم الظروف الأسرية بقدر وافر في هذا الشأن كأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، الفقر، النزاعات والخصومات بين أفراد الأسرة، قلة المتابعة الوالدية للأبناء، كما تلعب جماعة الرفاق دورا حاسما في التأثير على شخصية الفرد، فكلما كانت منحرفة كلما أثرت سلبا عليه ودفعته نحو الانحراف ومشاركتها أفعالها وممارساتها.

ولعل من العوامل المغذية لهذه الظاهرة المرضية –أيضا– تراجع سلطة الضبط الاجتماعي على مستوى عدة مؤسسات الأمنية والقضائية ...إلخ، فغياب الرقابة على زراعة وإنتاج واستهلاك هذه المواد المخدرة كفيل بانتشارها في المجتمع ورواجها بأسعار ملائمة خصوصا إذا لم توجد قوانين رادعة دون إغفال لدور وسائل الإعلام والاتصال كالتلفزيون والأنترنيت.

[1]- محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري: المشكلات الاجتماعية ،مرجع سابق، ص382.

المحاضرة السادسة: الآثار المترتبة عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها

تمهيد

أولا- الآثار الصحية

ثانيا- الآثار النفسية

ثالثا- الآثار الاجتماعية

رابعا- الآثار الاقتصادية

خلاصة

المحاضرة السادسة: الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها

تمهيد:

لقد أثبتت الدراسات العلمية الحديثة أن المخدرات تمثل مشكلة اجتماعية على قدر كبير من الخطورة وذلك نظرا للآثار السلبية التي تترتب عن تعاطيها، فهي تلحق الضرر بالمتعاطي نفسيا وبدنيا وعقليا واجتماعيا واقتصاديا ... إلخ، ويتعدى ضررها إلى المجتمع الذي ينتمي إليه حيث يكون سببا في كثير من الأحيان في سلوك المتعاطي لسلوكات إجرامية كالسرقة والقتل والإغتصاب ... إلخ.

وعلى هذا الأساس فقد تم تحريمها على المستوى المحلي والدولي، وتجريم زراعتها وإنتاجها وتجارتها واستهلاكها بطرق غير مشروعة، وضرورة محاربتها بشتى الوسائل إدراكا من هذه الحكومات لجسامة خطرها، وعليه فنحن نسعى من خلال هذه المحاضرة إلى محاولة توضيح الآثار السلبية لتعاطي المخدرات على عدة مستويات: صحية، نفسية...إلخ.

وتتضح الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات والإدمان في النقاط التالية:

أولا- الآثار الصحية:

ومن بين أهم الآثار الصحية المترتبة عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها نذكر:

- "يؤدي الإدمان على المخدرات بشكل عام إلى ضمور قشرة الدماغ التي تتحكم في التفكير والإدارة، وتؤكد الأبحاث الطبية أن تعاطي المخدرات ولو بدون إدمان يؤدي إلى نقص في القدرات العقلية وإلى إصابة خلايا المخيخ، مما يخل بقدرة الشخص على الوقوف من غير ترنح، وتؤدي المخدرات إلى تهيج الأغشية المخاطية للأمعاء والمعدة وإلى احتقانها وتقرحاتهما وحدوث نوبات إسهال وإمساك وسوء هضم "[1].

[1] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص46.

– سوء الحالة الصحية للمدمن وضعف المناعة لديه مما يجعل جسمه أكثر تعرضا للأمراض، لاسيما المدمنين الذين يتعاطون المخدرات عن طرق الحقن في الوريد أو تحت الجلد، فحينما يستخدمون إبرا غير معقمة تكون أجسامهم أكثر تعرضا للجراثيم الفتاكة.

– "كما يضر تعاطي المخدرات وإدمانها ضررا بليغا بالصحة العامة للمتعاطي فيسبب له الاضطرابات العصبية والنفسية وكثيرا من الأمراض الجسدية، فلم يعد الالتهاب الكبدي الوبائي أو تلف خلايا المخ هو أخطر الأمراض التي يسببها الإدمان"[1]، إلى جانب ازدياد في معدل ضربات القلب، والإصابة بتشنجات، وحالات الصداع خصوصا بعد انتهاء تأثير المادة المخدرة، والشعور بآلام في الساقين ..إلخ.

– "يقتل المخدر القدرة على التفكير السليم والقدرة الخلاقة والعمل المنتج، وتحت وطأة المخدر يهرب الفرد من تحمل مسؤولياته وعائلته ومجتمعه، ويعاني المتعاطي اقتصاديا بسبب عدم التوازن بين الدخل ومتطلبات المخدر، وغالبا ما ينفق على المخدر ما كان مخصصا للضروريات الأساسية، ويصل الأمر في بعض الحالات إلى الإضرار والرشوة والسرقة والجريمة في سبيل الحصول على المال اللازم للمخدر"[2].

– يؤدي تعاطي المخدرات والإدمان عليها إلى حدوث تشوهات الجنين.

ثانيا– الآثار النفسية:

من أهم الآثار النفسية المترتبة عن تعاطي المخدرات وإدمانها نذكر:

– تدني مستوى تقدير الذات لديه وتركيزه على المادة المخدرة وكيفية الحصول عليها دون مراعاة لكرامته والسعي لإرضاء رغبته النفسية والعضوية.

– "ومن أبرز أضرار المخدرات النفسية الشعور بالاضطهاد والكآبة والتوتر العصبي النفسي وحدوث هلاوس سمعية وبصرية قد تؤدي إلى الخوف فالجنون أو الانتحار"[3].

---

[1] محمد عباس منصور: العمليات السرية في مجال مكافحة المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1993، ص26.
[2] حسين عبد الحميد أحمد رشوان: المشكلات الاجتماعية، مرجع سابق، ص257.
[3] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص46.

– فقدان الاتزان الانفعالي إلى جانب الإصابة بنوبات من القلق.

–"يتسم متعاطي المخدرات بالانسحابية وعدم القدرة على الدخول في علاقات اجتماعية ناجحة.

– تؤثر المخدرات على العامل والموظف (كثرة المشاجرات، كثرة إصابات العمل، ترك العمل وغيرها).

– يتحول المتعاطي من إنسان سوي إلى منحرف قد يقترف أفعالا إجرامية تسيء إليه وإلى أسرته وإلى مجتمعه"[1].

– إن إدمان أحد أفراد الأسرة قد يكون سببا في توتر العلاقات الأسرية بسبب تصرفات المدمن غير السوية إلى جانب حالات الخوف التي قد تصيبهم نتيجة احتمال تعرضه لأي عقوبة قانونية، وفي حال المتاجرة بالمخدرات يكون معدل الخوف أكبر نتيجة توقع أفرادها لأي مداهمة من طرف قوات الأمن.

– الحالة النفسية السيئة لأفراد أسرة المتعاطي أو المتاجر بالمخدرات وذلك لشعورهم بالعار ذلك أن التعاطي أو الإدمان أو المتاجرة بالمخدرات سلوك انحرافي خارج عن القانون والعرف.

ثالثا– الآثار الاجتماعية:

هناك مجموعة من الآثار السلبية التي تترتب عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها نذكر أهمها:

– عجز المتعاطي أو المدمن على المخدرات على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين انطلاقا من جماعته القرابية فالجيران فجماعة الرفاق.

– إن حالة التبعية التي يعيشها المتعاطي أو المدمن للمواد المخدرة تجعله أكثر إهمالا لأسرته، فدوره كأب يتراجع إلى حد كبير وتهربه من تحمل المسؤولية تجاهها مما يضعفه مكانته في الأسرة وتضطرب علاقته بأفرادها، وتكثر الصراعات والخصومات بينهم لاسيما بين الزوجين، فعندما "تسوء علاقته بزوجته تتزايد معه احتمالات وقوع الطلاق وتنامي أعداد الأحداث

[1] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص72.

المشردين، كما تسوء علاقاته مع جيرانه فتحدث الخلافات والمناوشات والمشاجرات، وتسوء كذلك مع زملائه ورؤساء العمل فيؤدي به هذا إلى فصله منه وتشرده وأسرته معا"[1]، فحالات عدم الاستقرار الأسري يترتب عنها عادة انحراف أحد الأبناء مثلا، "وكلما تضاءلت فرصة اكتساب السلوك السوي داخل الأسرة كمرجعية أساسية كلما لجأ الطفل إلى جماعات الرفاق كجماعات مرجعية يكتسب خلالها معاييره وقيمه، تلك القيم التي لا تكون سوية بالضرورة"[2].

– يؤثر تعاطي الأب للمخدرات أو الإدمان عليها على المستوى المعيشي للأسرة وعجزه عن الوفاء بالاحتياجات الضرورية لأسرته بسبب إنفاقه المال على اقتناء المواد المخدرة على حساب هذه الاحتياجات.

– إن تمرده على القيم والمعايير الاجتماعية واتجاهه إلى حياة العزلة والانطواء يجعله أكثر ميلا إلى ارتكاب الجريمة وممارسة الرذيلة، وبالتالي يصبح يمثل خطرا يهدد أمن المجتمع واستقراره.

رابعا– الآثار الاقتصادية:

– يعد تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أسباب الفقر والحاجة نتيجة هدر المتعاطي أو المدمن للمال في شراء هذه السموم (أي المخدرات)، ومنه يصبح عالة على المجتمع وعلى اقتصاده لا فردا فاعلا فيه، مما يضطره الأمر في بعض الأحيان إلى الإفلاس والاتجاه نحو السرقة وغيرها من الجرائم الأخرى.

– "قيمة الإنفاق الذي يدفعه المتعاطون والمدمنون بالنقد الوطني ثمنا للحصول على المواد المخدرة بالأسواق المحلية، وهي عبارة عن العملات الوطنية التي يقوم بتجميعها التجار والمهربون ثم يتولون تحويلها إلى عملات أجنبية بطريقة غير مشروعة من الأسواق المحلية، مما يؤدي إلى خفض قيمة العملة الوطنية مقارنة بأسعارها الحكومية المعلنة في مواجهة

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان: المشكلات الاجتماعية دراسة في علم الاجتماع التطبيقي، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2010، ص262.
[2] محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري: المشكلات الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص369-370.

العملات الأجنبية وذلك يضر ضررا بالغا بأسعار السلع الوطنية المصدرة للخارج ويؤثر على أسعار السلع الأجنبية المستوردة"[1].

– يعد تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أسباب ترك العمل أو الطرد منه نتيجة الحالة النفسية والعقلية التي يصبح عليه المتعاطي أو المدمن بعد تناوله للمخدرات، وبالتالي زيادة معدل البطالة في المجتمع.

– "تقف جرائم المخدرات حائلا أمام برامج التنمية الاقتصادية الوطنية لاستنزافها العديد من القوى المادية والبشرية مثل:

– فاقد إنتاجية القوى البشرية المستهلكة للمواد المخدرة.

– فاقد القوى البشرية العاملة في حقل الاتجار غير المشروع للمواد المخدرة.

– فاقد القوى البشرية المتمثلة في الأشخاص المحكوم عليهم في قضايا المخدرات.

– فاقد الوسائل والأدوات المستخدمة في عمليات نقل وتهريب وتداول المواد المخدرة.

– فاقد الوسائل والأدوات والمعدات المستخدمة في عمليات المكافحة.

– فاقد إنتاجية الأراضي الزراعية المنزرعة بالنباتات المخدرة"[2].

[1] محمد عباس منصور: العمليات السرية في مجال مكافحة المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض،1993، ص28.
[2] محمد عباس منصور: العمليات السرية في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص29.

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن تعاطي المخدرات نتج عنه مجموعة من الأعراض الخطيرة على مستوى الفرد أو على مستوى الأسرة والمجتمع، فعلى مستوى الفرد يصاب هذا الأخير من الناحية الصحية البدنية بعدة أعراض كاضطرابات هضمية ازدياد معدل ضربات القلب ارتفاع ضغط الدم الإصابة بالايدز في حال الممارسات الجنسية ضعف الذاكرة والتركيز ...الخ.

أما من الناحية النفسية فيصاب بالتوتر والقلق والخوف والاكتئاب...الخ، كما يصاب أيضا بتدني مستوى تقدير الذات، في حين نجده من الناحية الاجتماعية يتهرب من المسؤولية الشعور بالخمول واللامبالاة وعدم احترام نظم المجتمع وأعرافه وقوانينه، هذا إلى جانب تدني مكانته الاجتماعية...الخ

إلا أن الأمر لا يتوقف عند هذا الحد فحسب بل قد يؤدي لحالة من التفكك الأسري سواء الجزئي منه كحدوث صراعات وخلافات مستمرة بين أفراد الأسرة بسبب الإهمال أو هدر المال في شراء المخدرات أو تفكك كلي كالطلاق، وفي كل الأحوال يكون الأبناء ضحية هذا الأخطاء، كما يتضرر المجتمع أيضا من كل الممارسات اللاواعية التي يرتكبها المتعاطي للمخدرات والتي تبعث الخوف والقلق بين أفراده جراء ممارسة العنف أوالجريمة.

المحاضرة السابعة: طرق الوقاية من المخدرات وسبل العلاج

تمهيد

أولا- على المستوى الفردي/ الشخصي

ثانيا- على المستوى الأسري

ثالثا- على المستوى المجتمعي

رابعا- على المستوى الدولي

خلاصة

المحاضرة السابعة: طرق الوقاية من تعاطي المخدرات وسبل العلاج

تمهيد:

إن مسالة وقاية النشء من مغبة الوقوع في خطر تعاطي المخدرات أضحى ضرورة ملحة في كل مجتمع إنساني لأن الحفاظ على النشء وتوجيهه لخدمة المجتمع يعني ضمان استقراره واستمرار هذا الأخير، وهذه المهمة منوطة بكل مؤسساته الرسمية الأمنية، القضائية، التربوية ...إلخ، وغير الرسمية الأسرة، المسجد ...إلخ، كما أن علاج المدمنين والتكفل بهم وإعادة تأهيلهم يعد أمرا بالغ الأهمية ولا يقل شأنا عن سابقه، فالأفراد عموما هم ثروة المجتمع وأساس تقدمه أو تخلفه، ويتوقف هذا على مقدار ما يضمنه لهم من رعاية اجتماعية، وما دامت مشكلة تعاطي المخدرات مشكلة عالمية لا تختص ببلد دون سواه فنحن سنوضح في هذا المقام الآليات التي تم اعتمادها من طرف الحكومات في سبيل مكافحة هذه الظاهرة المرضية في المجتمع ووقاية النش مغبة الوقوع فيها.

وتتم وقاية المتعاطين للمخدرات وعلاجهم على عدة مستويات:

أولا- على المستوى الفردي/ الشخصي:

- تقوية الوازع الديني لدى الفرد من خلال الالتزامه بتعاليم الدين والتحلي بالمثل والقيم والمعايير التي يقرها المجمع.
- اختيار الأصدقاء المناسبين لمصاحبتهم.
- شغل أوقات الفراغ في الأمور المهمة كقراءة الكتب المفيدة مثلا أو ممارسة الرياضة.
- الثقة بالنفس وعدم الانقياد لآراء الآخرين بسهولة.

ثانيا- على المستوى الأسري:

- ضرورة إتباع الوالدين لأساليب تربوية سليمة في التعامل مع أبنائهم لأن الأساليب الخاطئة من شأنها أن تؤدي بهم للانحراف.

– يجب أن يكون الوالدان قدوة حسنة لأبنائهم لأن ذلك من شأنه أن يجعل منهم أفرادا صالحين في المجتمع.

– المتابعة الوالدية المستمرة للأبناء وتفهم حاجاتهم وميولاتهم ونصحهم وتوجيههم أمر ضروري كلما اقتضت الحاجة لذلك.

– مساعدتهم على حل مختلف المشكلات التي تعترضهم من خلال الحوار البناء حتى لا يبحثوا عن بدائل أخرى لعلاجها أو تناسيها كالإدمان مثلا.

– انتقاء الوالدين البرامج التلفزيونية المناسبة للأبناء والتي أن تنمي قيمهم الأخلاقية.

ثالثا– على المستوى المجتمعي:

– "تشديد المراقبة الطبية على الصيدليات التي تتساهل في منح الأدوية المخدرة للشباب.

– إنشاء مراكز لعلاج الإدمان وهذا عبر كامل ولايات الوطن.

– بناء الهياكل والمنشآت الرياضية لجلب الشباب وإبعادهم عن هذا الخطر المحيط بهم"[1].

– تفعيل أدوار المجتمع المدني في التوعية بمخاطر المواد المخدرة وأنواعها.

– تفعيل دور المؤسسة الدينية في التوعية والإرشاد والتوجيه الديني وتضمين الدروس والخطب لقضايا تتعلق بوقاية النشء من الوقوع في الآفات الاجتماعية كتعاطي المخدرات، وكذا سبل علاجهم.

– إعادة النظر في المنظومة القانونية التي تتعلق بالعقوبات التي تفرض على المتعاطي للمخدرات والمتاجر بها.

– تضمين البرامج المدرسية دروسا حول أنواع المخدرات ومخاطرها وسبل مواجهتها.

– مراقبة الحدود بشكل جيد لمنع دخول هذه السموم وتعاطيها من طرف أفراد المجتمع

– تخصيص برامج إعلامية لتوعية الأفراد بخطورة التعاطي بالنسبة للفرد والمجتمع.

[1] صغيري رابح: برنامج رياضي ترويحي مقترح للتخفيف من بعض الاضطرابات النفسية لدى المدمنين على المخدرات -دراسة ميدانية بمركز فرانز فرانون/ البليدة-أطروحة دكتوراه العلوم في نظريات ومنهجية التربية البدنية والرياضية، تخصص الارشاد النفسي والرياضي، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3، السنة الجامعية: 2012-2013، 184.

- تفعيل التظاهرات العلمية حول هذه الآفة الاجتماعية وأضرارها وسبل الوقاية منها أو مواجهتها.

رابعا- على المستوى الدولي:

1- الاتفاقيات الدولية:

1-1- مؤتمر شنغهاي 1909:

لقد تم عقد هذا المؤتمر بطلب من الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة حالة القلق التي انتابتها جراء الاستخدام غير المشروع لمادة الأفيون خصوصا وأن هذه الظاهرة الخطيرة قد عرفت تفاقما كبيرا في ذلك الحين، وبناء على طلب الرئيس تيودور روزفلت فقد عقد هذا المؤتمر سنة 1909 "الذي اشتركت فيه أربع عشرة دولة هي: النمسا، هنغاريا (المجر)، الصين، فرنسا، ألمانيا، بريطانيا، اليابان، هولندا، إيران، البرتغال، روسيا، سيام، تايلندا، الولايات المتحدة الأمريكية، وقد تكونت من مجموعة هذه الدول لجنة الأفيون الدولية لعام 1909، التي أصدرت عدة قرارات معتدلة نسبيا وغير ملزمة، تعهدت فيها الدول الأطراف في اللجنة باتخاذ التدابير اللازمة لوقف انتشار الأفيون وتدخينه في ممتلكات هذه الدول بمنطقة الشرق الأقصى، والذي كان يغمر الصين بصفة خاصة، على أن يوضع في الاعتبار الظروف المتعلقة بكل دولة فاتخذت الدول المتعاقدة التدابير الكفيلة بمنع تصدير الأفيون ومشتقاته من موانئها إلى بلد آخر"[1].

1-2- اتفاقية الأفيون الدولية 1912 (مؤتمر لاهاي 1912):

وقعت هذه الاتفاقية بلاهاي في 23 كانون الثاني/يناير 1912، وذلك بعد عقد مؤتمر لاهاي الذي تمخضت عنه هذه الاتفاقية، والتي ركزت على مكافحة المخدرات من خلال جملة من التدابير كمراقبة الاستيراد والتصدير لمادة الأفيون، والتي يشترط فيها الحصول على رخصة بهذا الأمر، وأن يوجه استهلاك الأفيون للأغراض الطبية، وفرض الرقابة على تجارتها ... إلخ.

[1] أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1991، ص80.

"ومع ذلك فقد فشلت اتفاقية 1912 في أن تقرر بدقة كيفية تنفيذ الرقابة على الإنتاج والتوزيع، كما أنها لم تقرر شيئا فيما يتعلق بالطريقة التي يمكن بها القضاء التدريجي على تدخين الأفيون، وبالإضافة إلى ذلك كان لكل طرف الحرية في تقرير ماهية الاحتياجات الطبية والمشروعة للمخدرات التي ينتجها"[1].

1-3- اتفاقيات جنيف:

- اتفاقية جنيف الأولى 1925:

وقعت هذه الاتفاقية يوم 11 فيفري 1925 في جنيف والمعدلة بموجب بروتوكول 1946، وهي تتعلق بصناعة الأفيون والاتجار فيه، حيث ركزت هذه الاتفاقية مبدأ الاحتكار الحكومي لتجارة الأفيون بالجملة في حين تبقى تجارة التجزئة موكلة للأشخاص المرخص لهم.

- اتفاقية جنيف الثانية 1925:

وقعت هذه الأخيرة يوم 19 فيفري 1925، والمعدلة أيضا بموجب بروتوكول ديسمبر 1946 "وأهم ما نصت عليه هاتان الاتفاقيتان ما يلي:

- إنشاء اللجنة المركزية الدائمة للأفيون وتتألف من ثمانية أشخاص ينبغي بحكم اتصافهم بالكفاءة والنزاهة وعدم التحيز وأن يكونوا أهلا للثقة على ألا يشغل أعضاء اللجنة أية وظيفة تجعلهم في وضع يعتمد مباشرة على حكوماتهم، ويعين مجلس العصبة أعضاء اللجنة لمدة خمس سنوات.

- وضعت نظاما لشهادات الاستيراد وتراخيص التصدير، وبدونه لم يكن في الإمكان أن تقوم تجارة للمخدرات على نحو قانوني.

- اتفق الأطراف المتعاقدون على أن يرسلوا لهذه اللجنة سنويا تقديرات عن كل مادة مخدرة من المواد التي نصت عليها الاتفاقية استوردت في أقاليمهم للاستهلاك الداخلي أثناء العام التالي.

[1] أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، ج1، مرجع سابق، ص82.

– أن يرسلوا أيضا بيانات إحصائية عن إنتاج وصناعة ومخزون واستهلاك واستيراد وتصدير المواد المخدرة المنصوص عليها في الاتفاقية، وكذا عن المضبوط من هذه المواد في الاتجار غير المشروع.

– إدخال أوراق الكوكا ضمن المواد المخدرة التي تنطبق عليها أحكام الرقابة والتجارة الخارجية.

– منع تصدير المادة الصمغية المستخرجة من القنب الهندي واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع الاتجار غير المشروع فيه"[1]، وقد دخلت هذه الاتفاقية حيز التنفيذ سنة 1928.

– اتفاقية جنيف الثالثة 1931:

وهي الموقعة بتاريخ 13 يوليو 1931 والمتعلقة بصناعة الأفيون وتنظيم تجارته والمعدلة بموجب بروتوكول ديسمبر 1946 ونصت على ما يلي:

– ضرورة إبلاغ اللجنة المركزية باحتياجات الدول المتعاقدة للأفيون.

– أن من مهام اللجنة المركزية الدائمة للأفيون متابعة عملية استيراد الأفيون وفق ما هو متفق عليه، وأي تجاوز في الكمية يتطلب منها الأمر تبليغ الدول الأعضاء لمنع عملية التصدير إلا في الحالات الحرجة.

– ضرورة إنشاء أجهزة خاصة هدفها تنظيم استعمال المواد المخدرة ومكافحة كل اتجار غير مشروع بها.

وقد دخلت هذه الاتفاقية حيز التنفيذ سنة 1933.

1-4- "القرار الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ 19 نوفمبر 1946 الذي ينقل مهمة عصبة الأمم في مجال مكافحة المخدرات إلى منظمة الأمم المتحدة.

1-5- بروتوكول باريس بتاريخ 19 نوفمبر 1948 الذي أخضع المخدرات الخارجة عن نطاق اتفاقية جنيف لسنة 1931 للرقابة الدولية.

1-6- بروتوكول نيويورك المؤرخ في 20 يونيو 1953 المتعلق بالحد من زراعة الأفيون"[1].

[1] أحمد أمين الحادقة: مرجع سابق، ص ص87-88.

1-7- الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961:

تعتبر هذه الاتفاقية من أهم الاتفاقيات الدولية التي لازالت قراراتها تؤخذ بعين الاعتبار، وهي عبارة عن اتفاقية شاملة لكل الاتفاقيات السابقة وقد "انعقد مؤتمر الأمم المتحدة لإقرار اتفاقية وحيدة للمخدرات في مقر الأمم المتحدة بنيويورك في الفترة من 24 يناير/كانون الثاني حتى 25 مارس/آذار سنة 1961، حيث عرض على المؤتمر المشروع الثالث للاتفاقية الوحيدة للمخدرات الذي أعدته لجنة المخدرات، وقام المؤتمر بعد الفراغ من مداولاته بإقرار الاتفاقية للمخدرات لعام 1961، وتم التوقيع عليها في 1961/03/20"[2]، وبموجب هذه الاتفاقية تم تخفيض عدد الهيئات الدولية المخولة بمراقبة زراعة وإنتاج والاتجار بالمواد المخدرة، ومن بين الأمور التي أكدت عليها هذه الاتفاقية:

- "التحريم الدولي لإنتاج الأفيون والكوكايين والقنب التابعة لغير الأغراض الطبية والعلمية.
- وضع تنظيم شامل للتجارة الدولية للمخدرات يهدف إلى السيطرة على الحركة المشروعة للمواد المخدرة وعدم تسربها إلى السوق غير المشروعة"[3].
- " تشترط الحصول على تراخيص من أجل صناعة العقاقير المخدرة والاتجار فيها.
- تمد نطاق شهادات التصدير والاستيراد التي استحدثتها اتفاقية عام 1925 حيث تشمل قش الحشيش.
- تمد نطاق النظام الدولي للرقابة الإحصائية بحيث يشمل مختلف أنواع الصفقات المتعلقة بجميع العقاقير الخاضعة للاتفاقية.
- أنشأت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لتحل محل اللجنة الرئيسية الدائمة وهيئة الإشراف على المخدرات، وذلك بغية تحقيق مزيد من الفاعلية والمرونة في مراقبة تنفيذ ما نصت عليه الاتفاقية الوحيدة للمخدرات والاتفاقيات السابقة.
- وضعت أسس التعاون المحلي والدولي في مجال مكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات.

---

[1] عيسى القاسمي وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص65.
[2] عباس أبو شامة وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص15.
[3] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص191.

– أن الاتفاقية نصت على معالجة مدمني المخدرات بالعلاج الطبي والعناية والتأهيل وعلى الدول الأطراف التي يشكل إدمان المخدرات مشكلة خطيرة فيها أن توفر العلاج للمدمنين إذا ما سمحت مواردها الاقتصادية بذلك"[1].

ولقد تم تعديل الاتفاقية الوحيدة للمخدرات بموجب بروتوكول 1972، كما تم إضافة أعضاء جدد للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات من 11 عضوا إلى 13 عضوا، وتجدر الإشارة إلى أنها دخلت حيز التنفيذ في 1964/12/13، أما البروتوكول فقد دخل حيز التنفيذ هو الآخر في 18 يناير 1975.

1-8- اتفاقية المؤثرات العقلية لعام 1971:

صدرت عن مؤتمر الأمم المتحدة المنعقد في فيينا من 11 إلى 21 فبراير 1971، وتقوم هذه الاتفاقية بإلزام الدول المنتجة للمواد المخدرة التي أقرتها الاتفاقية بالتصريح عن الكميات المنتجة والمخزنة والمصدرة من هذه المواد، وتوجه تقريرا وافيا مدعما بالإحصائيات الضرورية في هذا الشأن إلى منظمة الصحة العالمية كل سنة، ولعل من أهم الأمور التي نصت عليها اتفاقية المؤثرات العقلية ما يلي:

– "توجب الاتفاقية الدول الأعضاء اتخاذ كل الاحتياطات العلمية لمنع سوء استعمال المؤثرات العقلية واكتشاف ذلك في وقت مبكر وعلاجه بالتوجيه والتعليم والرعاية الاجتماعية.

– نصت الاتفاقية على الإجراءات الواجب اتخاذها ضد الاتجار غير المشروع بالمؤثرات العقلية وأسس التعاون الدولي للحد منها.

– تجرم الأفعال المخالفة لما نصت عليه الاتفاقية والعقاب عليها بالعقوبات المناسبة وخاصة السجن أو العقوبات الأخرى التي تحد من الحرية، مع اتخاذ إجراءات علاجية وثقافية ورعاية وإعادة تأهيل اجتماعي بالنسبة لمتعاطي المواد النفسية كبديل للعقوبات أو بالإضافة لها،

[1] عباس أبو شامة وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص ص16-17.

والأخذ بالمبادئ المنصوص عليها في الاتفاقية الوحيدة بالنسبة للعود الدولي، وتسليم المجرمين وضبط مواد المؤثرات العقلية.

ولقد لقيت هذه الاتفاقية معارضة من طرف الدول الصناعية المنتجة للمؤثرات العقلية التي وجدت في الموافقة على الاتفاقية إلغاء لمورد مهم من مواردها، ولم تدخل الاتفاقية إلى حيز التنفيذ إلا في السادس عشر من شهر أغسطس عام 1976"[1].

1-9- اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع 1988:

وقد وقعت هذه الاتفاقية في فيينا "وأخذت بما أخذت به الاتفاقيات السابقة عليها لدعم التعاون الدولي وخاصة في مجال تبادل المعلومات وتبادل المساعدات القضائية والقانونية وإقامة تعاون دولي وثيق بن الدول والمنظمات الدولية المعنية بالمشكلة"[2]، كما تقوم هذه الاتفاقية بتجريم أي عملية تتعلق بصناعة أو تجارة ونقل أو حيازة معدات ووسائل لها علاقة بصناعة أو إنتاج المخدرات أو المؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، أو محاولة تبييض الأموال المحصل عليها من الاتجار غير المشروع بالمخدرات أو حيازتها مع إدراك مصدرها.

و"جاء في البند رقم 02 من المادة السادسة الخاصة بتسليم المجرمين ما نصه: تعتبر كل جريمة من الجرائم التي تنطبق عليها هذه المادة مدرجة كجريمة يجوز فيها تسليم المجرمين في أية معاهدة لتسليم المجرمين سارية بين الأطراف، وتتعهد الأطراف بإدراج تلك الجرائم في عداد الجرائم التي يجوز فيها تسليم المجرمين في أية معاهدة لتسليم المجرمين تعقد فيما بينها"[3]، وتجدر الإشارة إلى أنها دخلت حيز التنفيذ في 11 نوفمبر 1990.

[1] عباس أبو شامة وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص19.
[2] عباس أبو شامة وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص20.
[3] مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص192.

2- المنظمات والهيئات الدولية لمكافحة المخدرات:

2-1- اللجنة الدولية للمخدرات:

وهي تعد إحدى اللجان التابعة التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة أنشأت سنة 1946، وهي تعمل على عقد اجتماعات بشكل منتظم سنويا وفي دورات استثنائية أيضا كلما دعت الحاجة إلى ذلك، والجدير بالذكر أن هذه اللجنة هي سليلة اللجنة الاستشارية المعنية بتجارة الأفيون والعقاقير التابعة لعصبة الأمم المتحدة -سابقا- والمؤسسة في 1920،" ومن صلاحياتها:

- النظر في كل ما يتعلق بنظام الرقابة الدولية للمخدرات.
- السهر على تطبيق الاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات.
- تعديل جداول المواد الخاضعة للرقابة الدولية.
- اقتراح ما ينبغي عمله في مجال البحث العلمي وتبادل المعلومات بين الدول"[1].

2-2- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات:

تأسست سنة 1961 بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات حيث تم فيها إدماج اللجنة المركزية الدائمة للأفيون المؤسسة في 1925 وهيئة الإشراف على العقاقير عام 1931 في جهاز واحد عرف باسم: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، "ويمكن تلخيص الوظائف التي تباشرها الهيئة طبقا لمختلف الاتفاقيات فيما يلي:

- ضمان أن أهداف هذه الاتفاقيات لا تتعرض لأخطار جدية بسبب عجز أي من الدول الأعضاء أو البلاد أو الإقليم عن تنفيذ نصوص هذه الاتفاقيات.
- العمل على قصر وزراعة وإنتاج وتصنيع واستعمال المواد المخدرة على الكميات اللازمة للأغراض الطبية والعلمية.
- ضمان توافر المواد المخدرة لاستعمالها في الأغراض المشروعة.

[1] عيسى القاسمي وآخرون : التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص ص68-69.

– تحريم زراعة وإنتاج وتصنيع هذه المواد والاتجار فيها واستعمالها على نحو غير مشروع.

– تشجيع التعاون العالمي في مجال مكافحة المخدرات.

– إعداد التقارير عن أعمالها وتضمينها ملاحظاتها وتوصياتها"[1].

2-3- منظمة الصحة العالمية:

تأسست سنة 1946 مقرها جنيف/ سويسرا، وتعنى بسعيها لضمان الخدمات الصحية لشعوب العالم ووقايتها من الأمراض، ومن أهم وظائفها في مجال مكافحة المخدرات نذكر ما يلي:

– "تنسيق البحوث الدولية حول العقاقير.

– تدعيم تخطيط البرامج الفعالة للوقاية والمكافحة عن طريق جمع وتبادل البيانات على الصعيد الدولي عن وبائية العقاقير.

– النهوض بالمسؤوليات التي يتم تحديدها في الاتفاقيات الدولية التي تتعلق بالعقاقير.

– إقامة جهاز فعال للتنسيق يمكن عن طريقه نقل ومواءمة المعرفة والخبرة المتوفرة لدى المنظمات غير الحكومية والمراكز المعروفة بمستواها الرفيع إلى البلدان التي تقل فيها الموارد البشرية والفنية، وتتبع مسؤوليات منظمة الصحة العالمية والمجلس التنفيذي واللجان الإقليمية والمعاهدات الدولية المتعلقة بالعقاقير، وتضع القرارات التي تتخذها جمعية الصحة العالمية التوجهات الخاصة بالسياسات والأولويات لتنفيذ أنشطة مكافحة الكحول والعقاقير"[2].

2-4- منظمة العمل الدولية:

تأسست منظمة العمل الدولية سنة 1919 ومن أبرز وظائفها في مجال مكافحة المخدرات ما يلي:

---

[1] أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، ج1 ،، مرجع سابق، ص183.

[2] أحمد حمزة الحوري: تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات، مداخلة مقدمة في أعمال الندوة العلمية: المخدرات والعولمة، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007، ص ص164-165.

– إسداء المشورة بشأن استحداث وتنظيم مرافق وبرامج للتأهيل المهني بالتنسيق مع مراكز العلاج الطبي للمدمنين على المخدرات ومساعدتهم على التوقف عن تعاطيها.

– إسداء المشورة بشأن تقديم الإرشاد المهني للمسرّحين من مراكز العلاج الطبي والانقطاع عن تعاطي المخدرات وتقويم حالتهم وإعدادهم مهنيا وإيجاد وظائف لهم وإعادة توطينهم.

– إسداء المشورة بشأن إنشاء ورش عمل وتعاونيات وأنشطة ريفية ومخططات للعمالة الذاتية وغيرها من أجل المدمنين السابقين.

– إسداء المشورة بشأن وضع برامج متابعة لحالة المدمنين السابقين للمساعدة في ضمان نجاح من يعين منهم في وظائف.

– إسداء المشورة بشأن وضع وتنسيق برامج إعلامية وإشراك المجتمع بهدف تيسير إعادة إدماج المدمنين السابقين في المجتمع "[1].

كما تحرص على علاج المدمنين على المخدرات وإعادة تأهيلهم نفسيا وبدنا واجتماعيا ومهنيا ويتم ذلك عن طريق أفراد مؤهلين تم تدريبهم خصيصا للقيام بهذا الدور.

2-5- المنظمة الدولية للتربية والعلوم والثقافة (اليونيسكو):

تأسست هذه المنظمة سنة 1946، ويتضح دورها في التوعية بأخطار المواد المخدرة وضرورة مكافحتها من خلال إعدادها برامج تعليمية موجهة لهذا الغرض لكل شعوب العالم، "كما تقوم منظمة اليونيسكو بإصدار النشرات والكتيبات في مجال التوعية ضد المخدرات، وفي عام 1974 نشرت اليونيسكو كتيبا تحت عنوان: التعريف بالمخدرات حاز على نجاح كبير وترجم إلى خمس لغات"[2]، كما قامت منظمة اليونيسكو بتنظيم عدة ندوات:

– ندوة لوزان (سويسرا) سنة 1975 بعنوان: المخدرات بالمدن أو القرى ومعالجة المدمنين الحاليين أو السابقين.

[1] أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، ج1 ، مرجع سابق، ص ص279-280.
[2] أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، ج1 ، مرجع سابق، ص285.

- اجتماع تدريبي حول مكافحة المخدرات لبلاد أوروبا وأمريكا الشمالية وذلك بفرنسا سنة 1977.

- إصدار النشرات.

- ندوة لدول الشمال عن تعليم الكبار والتربية المتعلقة بالمشكلات المصاحبة لاستعمال العقاقير الخطيرة وذلك بـ: اسكسيتفنا (السويد) سنة 1977، وغيرها من النشاطات الأخرى التي تصب في خانة مكافحة المخدرات.

2-6- مجلس التعاون الجمركي:

تأسس مجلس التعاون الجمركي في بروكسل/ بلجيكا وذلك سنة 1950، ولعل من أبرز مهامه مكافحة تهريب المخدرات حيث يسعى إلى محاولة كشف عمليات التهريب وإحباطه، وبحث الأساليب التي يعتمدها المهربون في نشاطهم، وبناء عليها يقوم بتطوير أساليبه في مواجهة هذه المشكلة، هذا إلى جانب عقده للمؤتمرات وإصداره لنشرات دورية في هذا الإطار.

وقد تم له التنسيق مع منظمة الشرطة الجنائية الدولية (الأنتربول) وعقد مؤتمر مشترك يضم كلا الطرفين ينصب محتواه حول مشكلة السلائف الكيماوية وكان ذلك سنة 1986 ومن أهم توصياته نذكر:

- "قيام السلطات الجمركية في الدول المصدرة بالفحص الدقيق للسلائف والكيماويات الخاضعة للرقابة.

- أن تقتصر إجراءات الرقابة الجمركية المتبعة في مناطق التجارة الحرة والموانئ الحرة على المواد التي تدخل في دائرة التعامل المشروع، أما المواد الخاضعة للرقابة الدولية فيجب إخضاعها للرقابة الجمركية الدقيقة.

- تطوير التعاون والتنسيق بين مجلس التعاون الجمركي، منظمة الشرطة الجنائية الدولية وبين الاتحادات الدولية الصيدلية والكيماوية سعيا للحد من استعمال الكيماويات في الصناعات غير المشروعة بالمختبرات السرية.

– قيام مجلس التعاون الجمركي بإعداد معجم يضم المصطلحات المتعلقة هذه المواد بصورة موجزة ومبسطة وعلى عدة مستويات لمساعدة الموظفين المختصين بمراقبة هذه المواد في التعريف عليها.

– دعوة الدول التي تتوافر لديها معلومات عن هذه المواد من الدول المنتجة والدول التي تمر عبرها هذه المواد وأية معلومات أخرى عن الصفقات المشبوهة.

– تضمين الدورات التدريبية والحلقات العلمية التي يعقدها مجلس التعاون الجمركي محاضرات وبحوثا عن هذه المواد"[1].

2-7- الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة:

"جاء الإعلان السياسي الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الاستثنائية العشرين في يونيو 1998، حيث كانت الدول والمنظمات قد التزمت بأن يكون عام 2008 عاما لتحقيق الهدف النهائي للإستراتيجية العالمية لمكافحة المخدرات المكونة من إعلان مبادئ خفض الطلب وخطط العمل والهدف النهائي يتمثل في القضاء على مشكلة المخدرات إنتاجا وتهريبا وترويجا وتعاطيا وغسلا للأموال المتأتية من التجارة غير المشروعة للمخدرات"[2].

3- الجهود العربية في مجال مكافحة المخدرات:

تعتبر الدول العربية من بين دول العالم الرائد في مجال مكافحة المخدرات يمكن توضح الجهود العربية في جملة من المبادرات نذكر أهمها:

3-1- الاتفاقية العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية:

"والتي أقرت أيضا في سنة 1994 من أجل التصدي بشكل فعال لآفة المخدرات على أساس قناعة عربية راسخة بأن هذه المهمة في الواقع هي مسؤولية جماعية مشتركة بين كل الدول العربية"[3]، وتضمنت هذه الاتفاقية جملة من الأمور كتجريم زراعة أو إنتاج أو استهلاك

[1] عمر الشيخ الأصم: الرقابة على السلائف والكيماويات المستخدمة في صنع المخدرات وتشييد المؤثرات العقلية، مداخلة مقدمة في أعمال الندوة العلمية: التقنيات الحديثة في مجال مكافحة المخدرات، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002، ص ص116-117.
[2] أحمد العروسي حويتي: الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات – دراسة تقويمية، دار جامعة نايف العربية للنشر، الرياض، 2015، ص56.
[3] عيسى القاسمي وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، مرجع سابق، ص75.

أو الاتجار بالمخدرات بطريقة غير قانونية ومسألة تسليم المجرمين وكذا بحث سبل التعاون العربي في هذا المجال، وكان لهذه الاتفاقية الفضل في صدور القانون العربي النموذجي الموحد للمخدرات فيما بعد.

3-2- القانون العربي النموذجي الموحد مكافحة المخدرات:

بعد أن تم حظر المواد المخدرة دوليا بموجب العديد من اللاتفاقيات الدولية بادرت الدول العربية هي الأخرى إلى التعاون لمكافحة المخدرات هذه المشكلة التي أضحت تمثل خطرا يهدد أمنها، وذلك من خلال إيجاد منظومة تشريعية عربية موحدة فكان: القانون العربي النموذجي الموحد مكافحة المخدرات، وقد تم إصدار هذا القانون عن مجلس وزراء الداخلية العرب تحت رقم 56 لعام 1986، وذلك في إطار الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات وكل ما يتصل بها من زراعة أو إنتاج أو استهلاك أو اتجار بطريقة غير قانونية، كما يعد تعبيرا حقيقيا عن التعاون العربي في هذا الشأن إذ "يعاقب بالسجن المؤبد وبغرامة من خمسة إلى عشرة آلاف دينار كل من استورد أو صدر بقصد الاتجار في المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في غير الأحوال المرخص بها، وكل من زرع أو أنتج مواد مخدرة وإن كان الجاني من الموظفين أو المستخدمين المنوط بهم مكافحة إساءة استعمال المخدرات، ويعاقب بالسجن مدة لا تزيد عن خمسة عشر سنة وبغرامة من ألفي إلى عشرة آلاف دينار من حاز أو أحرز أو اشترى أو باع مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية أو سلمها أو تسلمها أو نقلها أو تنازل عنها، وكل من قدم بمقابل للمتعاطي مواد مخدرة، وكل من رخص له بحيازة مواد مخدرة لاستعمالها في غرض معين وتصرف فيها بمقابل بأية صفة كانت في غير ذلك"[1].

3-3- المكتب العربي لشؤون المخدرات:

كان يسمى حينما تم تأسيسه لأول مرة المكتب الدائم لشؤون المخدرات وذلك سنة 1950، وكان مقره القاهرة وتابع لجامعة الدول العربية، وهو تجسيد للتعاون العربي في مجال مكافحة

[1] أحمد حمزة الحوري: تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات، مرجع سابق، ص ص160-161.

المخدرات، ومن الإسهامات التي قام بها إصداره لمجلات متخصصة، ونشره لعدة أبحاث في هذا المجال.

ثم مالبث أن تحول إلى المكتب العربي لشؤون المخدرات سنة 1982 وانتقل مقره إلى عمان، وأصبح يمثل أحد الأجهزة الفرعية التابعة للأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب والتي مقرها بتونس، وقد تولى المهام التالية:

– تأمين وتنمية التعاون بين الدول العربية الأعضاء في مكافحة جرائم المخدرات في حدود القوانين المعمول بها في كل دولة.

– تقديم المعونة التي تطلبها الدول الأعضاء في مجال المكافحة"[1].

3-4- الخطة الإعلامية والإصدارات المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية:

"أعدت الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب الخطة الإعلامية الموحدة لمكافحة ظاهرة المخدرات وقد أقر المجلس هذه الخطة عام 1994، والتي جاءت لتلبية حاجة الأجهزة العربية المتخصصة وطموحاتها في مجال التوعية الإعلامية بمخاطر هذه الظاهرة وأضرارها المختلفة، كما أعدت الأمانة العامة القائمة السوداء العربية الموحدة لتجار ومهربي المخدرات والمؤثرات العقلية الذي تم تعديله وتحديثه بصفة مستمرة وتزويد الدول العربية بها، كذلك أعدت الجدول العربي الموحد للمواد المخدرة الذي تم تعديله وتحديثه بصفة مستمرة وتزويد الدول العربية به، وتتولى الأمانة العامة إصدار التقارير والإحصاءات لقضايا المخدرات وإعداد الدراسات الخاصة بحجم هذه الظاهرة وأبعادها"[2].

[1] أحمد حمزة الحوري: تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات، مرجع سابق، ص166.
[2] عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، مرجع سابق، ص60.

خلاصة

يتضح لنا مما سبق الاهتمام الدولي الكبير لمشكلة المخدرات وسعيه الحثيث لمكافحتها بشتى الطرق وذلك إدراكا من الدول لخطورتها الكبيرة على أمن الشعوب، لذلك عملت على إبرام مجموعة من الاتفاقيات التي ضمت الكثير من دول العالم وكذا إنشاء منظمات وهيئات دولية وإقليمية هدفها وضع استراتيجيات لمكافحة المخدرات وزراعتها وإنتاجها واستهلاكها والاتجار فيها بطرق غير قانونية وحرصها على توجيه زراعة أو إنتاج المخدرات للإغراض الطبية والعلمية التي تخدم الصالح العام.

ومن أهم هذه الاتفاقيات الدولية نجد الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961، اتفاقية 1971، واتفاقية 1988، أما بالنسبة للمنظمات والهيئات الدولية فقد تم إنشاء اللجنة الدولية للمخدرات منظمة الصحة العالمية منظمة العمل الدولية المكتب العربي لشؤون المخدرات...الخ، كما تتقاسم مهمة وقاية وعلاج المدمنين عدة أطراف نذكر منها الأسرة، المدرسة، الإعلام، المسجد، المجتمع المدني، القضاء، الأمن ...الخ، وكل يساهم في هذا الأمر في حدود إمكانياته وصلاحياته، كما يكون للفرد في هذا المقام الدور الحاسم، وذلك من خلال إقلاعه عن العديد من السلوكات الخاطئة والقناعات الزائفة، وتبني القيم والمعايير الايجابية التي تجعل منه فردا صالحا في المجتمع.

خاتمة

خاتمة:

نستخلص مما سبق أن مشكلة المخدرات وتعاطيها قد عرفت تناميا رهيبا وانتشارا واسع النطاق بين الأفراد مما جعلها تمثل خطرا كبيرا وهاجسا يؤرق جميع المجتمعات الإنسانية الحديثة ويهدد أمنها واستقرارها لاسيما إذا تحول الأفراد من متعاطين لها إلى مدمن عليها.

والإدمان على المخدرات كما هو معروف يعني صعوبة أو استحالة انقطاع المدمن عن تناولها، وبالتالي يصبح في حال تبعية لها، ويترتب عن محاولة انقطاعه أعراض خطيرة كاضطرابات هضمية وتنفسية، وازدياد معدل دقات القلب ... إلخ، الأمر الذي يدفع بالمدمن من أجل الحصول على المخدرات إلى القيام بأي تصرف حتى وإن عرض نفسه بسببها للخطر.

والجدير بالذكر أن آثار السلبية لتعاطي المخدرات والإدمان عليها لا تطال المدمن أو المتعاطي فحسب فيلحق الأذى بنفسه وعقله وبدنه بل تمتد لتشمل المجتمع ككل، لذلك أضحى من الضروري بحث هذه الظاهرة والكشف عن أسبابها الحقيقية وإيجاد سبل لعلاجها والوقاية منها.

إلا أن عملية الوقاية والعلاج لا تتم على مستوى مؤسسة اجتماعية بعينها بل على عدة مستويات، ولعل أول هذه المستويات الفرد ذاته من خلال تصحيح أفكاره واتجاهاته حيال المخدرات وتعاطيها وإقلاعه عنها والتزامه بضوابط المجتمع وقوانينه، أما على المستوى الأسري فيتم ذلك من خلال تفهم الوالدين لحاجات الأبناء ومتابعة سلوكاتهم، وتربيتهم التربية التي تقوم على أسس سليمة، ومساعدتهم على حل مشاكلهم المختلفة ...إلخ

ويكون دور المدرسة رائدا في هذا المجال من خلال تضمين البرامج الدراسية ما يعرف الأبناء بهذه المواد المخدرة وأخطارها وسبل تجنب الوقوع في مغبة تعاطيها، والقيام بتنظيم حملات تحسيسية، ونفس الشيء بالنسبة لوسائل الإعلام والمجتمع المدني، أما على المستوى الأمني والقضائي فلابد من تشديد العقوبات على المتورطين في هذه العملية مهما كانت صفتهم سواء مستهلكين أو منتجين أو تجارا وتوسيع نطاق مراكز العلاج في المجتمع.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا- الكتب:

1- أحمد العروسي حويتي: الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات – دراسة تقويمية، دار جامعة نايف العربية للنشر، الرياض، 2015.

2- أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، الجزء الأول، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1991.

3- حسين عبد الحميد أحمد رشوان: المشكلات الاجتماعية دراسة في علم الاجتماع التطبيقي، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2010.

4- خلود سامي آل معجون: مكافحة جرائم المخدرات في النظام الإسلامي وتطبيقه في المملكة السعودية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1991.

5- ذياب موسى البداينية: الشباب والأنترنت والمخدرات، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية، ط1، 2012.

6- رشاد أحمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992.

7- زين العابدين مبارك: الحشيش، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1986.

8- صالح بن محمود السعد: الاتجار غير المشروع بالمخدرات وعلاقتها بالتنظيمات الإرهابية، دار جامعة نايف للنشر، الرياض، .2015

9- عباس أبو شامة وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006.

10- عبد الرحمن شعبان عطيات: المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2000.

11- عبد الرحمن محمد أبو عمه: حجم ظاهرة الاستعمال غير مشروع للمخدرات، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 1998.

12- عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية والتدريب، ط1، 2002.

13- عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، .2006

14- عبد المجيد سيد أحمد منصور: المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية والاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الإسلامية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1989.

15- عبده كامل الطايفي: تجارة المخدرات في ظل التغيرات العربية، دار جامعة نايف للنشر، الرياض، .2015

16- عيسى القاسمي وآخرون: التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية والتدريب، الرياض، 2006.

17- محمد السيد علي: المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2012.

18- محمد جمال مظلوم: الاتجار بالمخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2012.

19- محمد عباس منصور: العمليات السرية في مجال مكافحة المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1993.

20- محمد فتحي عيد: جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1988.

21- محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري: المشكلات الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط1، 2011.

22- مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1996.

ثانيا- المعاجم والقواميس:

1- أبو نصر اسماعيل بن حماد الجوهري: الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية، دار الحديث، القاهرة.

2- جابر بن سالم موسى وآخرون: المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط2، 2005.

3- مجمع اللغة العربية: المعجم الوسيط، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة، ط4، 2004.

4- مصلح الصالح: الشامل قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، الرياض، 2000.

ثالثا- أطروحات الدكتوراه:

1- حدة وحيدة سايل: بحث فعالية التدريب على حل المشكلة وعلى الاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات: برنامج دزوريلا D'zurilla نموذجا، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، السنة الجامعية: 2008-2009.

2- دريفل سعدة: تعاطي المخدرات في الجزائر وإستراتيجية الوقاية، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص علم الاجتماع الثقافي، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر02، السنة الجامعية: 2010-2011.

3- صغيري رابح: برنامج رياضي ترويحي مقترح للتخفيف من بعض الاضطرابات النفسية لدى المدمنين على المخدرات -دراسة ميدانية بمركز فرانز فرانون/ البليدة- أطروحة دكتوراه العلوم في نظريات ومنهجية التربية البدنية والرياضية، تخصص الارشاد النفسي والرياضي، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر3، السنة الجامعية: 2012-2013.

4- عبشان بن محمد عبدالرحمن عبشان: فعالية برنامج إرشادي للوقاية من خطر الوقوع في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لدى طلاب المرحلة الثانوية المعرضين لخطر التعاطي،

أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، تخصص علم النفس الجنائي، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2016.

رابعا- المجلات العلمية:

1- باسم الطويسي وآخرون: "اتجاهات الشباب نحو المخدرات دراسة ميدانية في محافظة معان"، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 40، العدد02، 2013.

2- براهمة نصيرة: "إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري المدمن بين المرض والإجرام"، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، العدد 01، سبتمبر 2013.

3- صادقي فاطمة: "الآثار النفسية للإدمان على المخدرات"، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 12، جوان 2014.

4- ناسو صالح سعيد: "دور المرشد النفسي في المؤسسات التعليمية لوقاية الشباب من آفة المخدرات"، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان 26-27، 2010.

خامسا- الندوات العلمية:

1- أحمد حمزة الحوري: تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات، مداخلة مقدمة في أعمال الندوة العلمية: المخدرات والعولمة، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007.

2- عبد الله مرزوق العتيبي: مفهوم التسليم المراقب، حلقة علمية: التسليم المراقب للمخدرات بتاريخ 10-14 أكتوبر 2009، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم البرامج التدريبية، الرياض.

3- عمر الشيخ الأصم: الرقابة على السلائف والكيماويات المستخدمة في صنع المخدرات وتشييد المؤثرات العقلية، مداخلة مقدمة في أعمال الندوة العلمية: التقنيات الحديثة في مجال مكافحة المخدرات، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002.

سادسا- التقارير الدولية:

1- منظمة الصحة العالمية: البعد الصحي العمومي لمشكلة المخدرات العالمية بما في ذلك في سياق الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية المنعقدة في نيسان/ أفريل 2016، جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، البند 12-6 من جدول الأعمال المؤقت، منظمة الصحة العالمية، 20 أيار/ مايو 2016.

2- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC : تقرير المخدرات العالمي 2017، الأمم المتحدة، نيويورك، 2017

3- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات: تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2014، الأمم المتحدة، نيويورك، 2015

سابعا- القوانين:

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة العدل: قانون يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الديوان الوطني للأشغال التربوية، الجزائر، ط1، 2005.