



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة المكلفة بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

المسيلة في: ١٥
٢٠٢٢ أكتوبر

الرقم: ١٩٦ ب ع خ ن ت ب ع ع خ/٢٠٢٢

مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية

لجلسة يوم: 14 جويلية 2022

بخصوص الموافقة على الكتاب

اجتمع المجلس العلمي للكلية في دورته العادية بتاريخ: 14 جويلية 2022 ووافق على الكتاب بعد ورود تقارير الخبرة الإيجابية.

• للأستاذة: بورنان سامية

• عنوان الكتاب: مخاطر الإدمان على المخدرات

سلمت هذه الشهادة للمعني (ة) بطلب منه (ا) لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون



دار المتنبي للطباعة والنشر
العنوان: حي تعاونية الشيخ المقراني / طريق اشبيليا
مقابل جامعة محمد بوضياف / المسيلة
الفاكس: 0668.14.49.75 / الهاتف: 035.35.31.03
EMAIL : elmotanaby.dz@gmail.com



2022/10/25 المسيلة في:

شهادة نشر كتاب

تشهد وتترىف دار المتنبي للطباعة والنشر بـ:
نشر وطباعة كتاب الموسوم بـ:

مخاطر الإدمان على المخدرات

تأليف

د. بورنان سامية

والمسجل إداريا برقم الإيداع القانوني

ردمك (ISBN) : 978 _ 9931 _ 865 _ 74 _ 2

2022/10/25 تاريخ:



مخاطر الإدمان على المخدرات



المؤلف
د.بورنانز ساميَّة

EDITION EL MOTANABY
دار المتنبي للطباعة والتوزيع
سنة النشر ٢٠٢٢ / ١٤٤٤ م



سنة النشر ٢٠٢٢ / ١٤٤٤ م

دار المتنبي للطباعة والتوزيع

دار المتنبي
للتوزيع والتَّبَاعَةِ

مُولَّع المُؤْلِفَة

باحثة بورنانز سامية أستاذة محاضر بقسم علم النفس جامعة المسيلة - الجزائر
الموالدة بتاريخ 27/07/1982 بالمسيلة متخرجة على شهادة التأهيل الجامعي في تخصص
علم النفس العيادي، عضو بمحترف تحفيظ الموارد البشرية وتحسين الأداء، عضو في عدة مجلات علمية داخل الوطن.

شاركت في العديد من الملتقيات الدولية ماليزيا وبغداد، ونشرت العديد من المقالات، لها العديد من الاهتمامات العلمية في مجال علم النفس العيادي - علم النفس المرضي - العلاج الإنساني - الصحة النفسية - التوعية الصحية - مجال الإدمان على المخدرات - المنظور الانثربولوجي للصحة والمرض.

سنة النشر ٢٠٢٢ / ١٤٤٤ م

مقر دار النشر: في تعاونية الشيخ المفراني، طريق إشبيليا / مقابل جامعة محمد بوضياف - المسيلة
ال التواصل مع دار النشر: elmotanaby.dz@gmail.com
الإيكل: 0668144975 / 0773305282
فاكس: 035353103
الحقوق: جميع الحقوق محفوظة ©
سنة النشر: ٢٠٢٢ / ١٤٤٤ م

EDITION EL MOTANABY
دار المتنبي للطباعة والتوزيع
سنة النشر ٢٠٢٢ / ١٤٤٤ م

مخاطر الإدمان على المخدرات

د. بورنان سامية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مخاطر الإدمان على المخدرات

- المؤلف: د. بورنان سامية
- تنسيق داخلي للكتاب: دار المتنبي للطباعة والنشر
- مقاس الكتاب: 17/25



- الناشر: دار المتنبي للطباعة والنشر
- ISBN: 978_9931_865_00_0
- الإيداع القانوني: 1444هـ/2022م
- الحقوق: جميع الحقوق محفوظة ©
- مقر الدار: حي تعاونية الشيخ المقراني / طريق إشبيليا مقابل جامعة محمد بوضياف / المسيلة

للتواصل مع الدار:
elmotanaby.dz@gmail.com
هاتف: 0668.14.49.75 / 0773.30.52.82
فاكس: 035.35.31.03

د. بورنان سامية

مخاطر الإدمان على المخدرات

2022

فهرس المحتويات

13	مقدمة
----------	-------

الفصل الأول

مدخل مفاهيمي للإدمان على المخدرات

17	تمهيد
18	1-مفهوم الإدمان ADDICTION
20	20-تعريف الاعتماد
26	1-تعريف المدمن
27	3-تعريف تعاطي المخدرات
28	2-بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان على المخدرات
28	2-الاعتياـد
29	2-العقار
29	3-المادة النفسية
30	4-الاحتمال (TOLERANCE) أو التحمل
31	5-الجرعة الزائدة
31	6-سوء الاستخدام ABUSE
32	7-اللهفة
33	8-التسمم
34	9-الانسحاب

الفصل الثاني

النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات

39	1-النظريّة الفسيولوجيّة.....
40	2-نظريّة التحليل النفسي
45	3-نظريّة النمو النفسي اجتماعي لأننا.....
55	4-النظريّة السلوكيّة.....
61	5-النظريّة المعرفيّة السلوكيّة.....
61	61 COMPULSION 1-5-القهر
62	62 EXPECTATION 2-5-التوقعات

الفصل الثالث

أسباب الإدمان على المخدرات

67	1-أسباب البيولوجيّة
72	2-أسباب النفسيّة.....
75	3-أسباب الاجتماعيّة.....
76	76 1-3-الأسرة
76	76 2-3-المدرسة
77	77 3-3-جماعة الرفاق
79	79 4-3-التعرض لثقافة المخدرات

3-5-الاعتقاد الخاطئ بعدم تحريم المخدرات.....80

الفصل الرابع

أنواع الإدمان وخصائصه ومراحل تعاطيه وطرق العلاج

1-أهمية دراسة ظاهرة إدمان الخمور والمخدرات	93
2-خصائص الإدمان	95
3-أنواع الإدمان.....	96
3-1-الإدمان الصدمي	97
3-2-الإدمان الفعلي	97
3-3-الإدمان الانتقالي.....	97
3-4-الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعي.....	98
4-مراحل الإدمان على المخدرات.....	98
المرحلة الأولى: التعاطي للمرة الأولى (التجربة)	98
المرحلة الثانية: التعاطي العرضي أو (الاجتماعي).....	99
المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم.....	100
المرحلة الرابعة: مرحلة الاعتماد (الإدمان)	100
5-علاج الإدمان على المخدرات	101
5-1-العلاج الطبي.....	102
5-2-العلاج النفسي.....	104
5-3-العلاج الاجتماعي	107

6- علاج المدمنين على المخدرات في التشريع الجزائري 109

الفصل الخامس

المخدرات ومشكلة انتشارها

116	1- مفهوم المخدرات
119	1-1 التعريف القانوني للمخدرات
120	1-2 التعريف الطبي للمخدرات
121	1-3 تعريف المخدرات في الإسلام
122	2- مشكلة انتشار المخدرات عالمياً وعربياً
132	3- تصنیف المخدرات
132	3-1 تصنیف المخدرات وفق المصدر
134	3-2 تصنیف المخدرات من حيث تأثیرها
135	3-3 تصنیف المخدرات حسب اللون
135	3-4 تصنیف المخدرات على حسب نوعية الاعتماد (العضوی والنفسی)
135	5-3 تصنیف منظمة الصحة العالمية وتشمل
136	6-3 تصنیف المواد المخدرة بحسب التركيب الكیمیائی
137	4- طرق تناول المخدرات
137	4-1 عن طریق الفم
137	4-2 عن طریق الحقن
138	4-3 عن طریق الاستنشاق

138	5-العقاقير التي يساء استخدامها
138 .....	..... 1-5- المبطيات
138 .....	..... 2-5- المنشطات
139 .....	..... 3-5- العقاقير المهدوسة
139 .....	..... 4-5- المستنشقات

الفصل السادس

أنواع المخدرات

143	1-بعض أنواع المواد المخدرة
143 .....	..... 1-1- الكحوليات L'ALCOOL
146 .....	..... 2-1- الأفيون ومشتقاته
149 .....	..... 3-1- المورفين MORPHINE
150 .....	..... 4-1- الهيروين HEROÏNE
152 .....	..... 5-1- الكودايين CODEINE
154 .....	..... 6-1- القنب CANNABIS
156 .....	..... 7-1- الكوكايين LA COCAÏNE
158 .....	..... 8-1- القات LE CATH
161 .....	..... 9-1- الكراك CRACK
162 .....	..... 2-المهلوسات LES HALLUCINOGENES

163	الميسكالين LA MESCALINE	1-2
165	- حامض اليسيرجيك L.S.D	2-2
167	- الباربيتوريات BARBITURATES	3-2
169	- الأمفيتامين LES AMPHETAMINES	4-2
171	- الإكستازى ECSTASY	5-2
173	- البنزوديازيبين BENZODIAZEPINE	6-2
175	- البن والشاي (كافيين) CAFFEINE	7-2
183	- النكوتين LA NICOTINE	8-2
185	- المواد الطيارة : LES SUBSTANCES VOLATIL	9-2
187	- التعاطي عبر شبكة الإنترنيت	10-2

الفصل السابع

(المخاطر (الأضرار) الناجمة عن تعاطي المخدرات

1-مخاطر(أضرار) المخدرات:.....	193
1-1-الأضرار الجسمية.....	193
2-1-الأضرار الجنسية.....	200
3-1-الأضرار النفسية.....	203
4-1-الأضرار الاجتماعية.....	205
5-1-الأضرار الاقتصادية.....	207
2-تعاطي الأحداث للمخدرات في الجزائر.....	209

3-علاقة المخدرات بالإجرام.....	212
4-حكم الإسلام في تحريم المخدرات.....	214
5-المخدرات من المنظور التشريعي الجزائري	216
قائمة المراجع.....	219

هذا الكتاب البيداغوجي مقدم لطلبة علم النفس الذين يدرسون مقاييس تناول ظاهرة المخدرات والإدمان عليها، حيث يواجه الكثير من الأفراد مشكلات متنوعة تقودهم إلى الإدمان سواءً الإدمان على الأدوية المهديّة أو الإدمان على المسكرات أو الإدمان على المخدرات المختلفة الطبيعية أو المصنعة، وفي الحقيقة الإدمان على المخدرات ليس بالمشكلة الحديثة العهد، بل هو مشكلة تمتد جذورها إلى عصور ما قبل التاريخ وأصبحت الآن مشكلة العصر، حيث امتدت خطورتها من المسام بحياة الفرد إلى انتشار كوارث أخرى مسّت كل جوانب الحياة في جميع المجتمعات وقد أدى التطور الذي نشهده اليوم إلى ظهور أصناف وأشكال جديدة للمواد المخدرة لم تكن موجودة سابقاً بالإضافة إلى تطور طرق ترويجها، حيث أصبح بإمكاننا أن نقول بأنّها مسّت كل جمّيع فئات المجتمع بعد ما كانت تقتصر على فئات محددة من أفراده.

إن السلوكيات الإدمانية ليست بالسلوك البسيط ومن الصعب تفسيرها لأنّها محصلة لمجموع من العوامل التي تؤثر بطريقة ما في بعضها البعض، إنه سلوك معقد مرتبط بعده عوامل بيولوجية وبيكولوجية واجتماعية...هذه العوامل وغيرها تتطاير مع بعضها البعض وتؤدي إلى سلوك التعاطي أو الإدمان فمثلاً ينظر إليه بعض الباحثين في مجال الإدمان على

المخدرات بأنه سلوك مرضي ناتج عن الإحباطات التي لا يستطيع الفرد مواجهة آثارها النفسية بحلول واقعية...، وينظر إليه البعض الآخر على أنه مرض اجتماعي ناتج عن مشكلات اجتماعية، وبين هذا وذاك تعددت تعريفات الإدمان على المخدرات واختلفت.

وفي هذا الكتاب سنتعرض بالتحليل والتفصيل لأهم تعاريف الإدمان والمخدرات وبعض المفاهيم ذات العلاقة بها وأهم الأسباب المؤدي إليه وبعض النظريات المفسرة له، وكذا طرق علاجه.

الفصل الأول

**مدخل مفاهيمي للإدمان
على المخدرات**

تمهيد:

يقصد بالإدمان لغة حسب مصطفى سويف (1996: 18) التعود وعدم القدرة على الانقطاع ويقال فلان أدمى على شيء ما أي لا يستطيع الانقطاع عنه بسهولة، أما عن إدمان الفرد للمخدرات أو الكحوليات فيقصد به التعاطي المتكرر لمدة نفسية.

ويتوافق ظهور مفهوم الإدمان حسب بلميوفي كلثوم (2014: 186) في مجال علم النفس المرضي مع تحول تاريخي يتعلق بعلم النفس المرضي والتصنيف السيكاتري على حد سواء، فكلمة إدمان (Addiction)، تشير إلى ظواهر تُعبر عنها كلمات التبعية (Dépendance)، عَكْف على (S'adonner)، رصد (Voué)، نذر (Consacré)، ذوق (Gout)، هوس (Contrainte)، ولكن أيضاً التعود (Accoutumance) والقسر (Manie) والعادة (Habitude). ولا تتحدد السلوكات التي تجمع تحت كلمة إدمان بسوء الاستعمال لمادة ما، أو سوء ممارسة نشاط معين، ولكنها تشير إلى مفاهيم مثل (العبودية، الجنون، التأثير، النزوع) ويعرف الإدمان بتعاريف مختلفة تتضح كما يلي:

1-مفهوم الإدمان :Addiction

وهو عبارة عن الخضوع وال الحاجة المستمرة للعقاقير المخدرة بحيث لا يمكن الاستغناء عنها وللإدمان علامات تظهر على الشخص المدمن حسب نوع كل مخدر، وبالتالي فالشخص المدمن هو الذي يتعاطى المخدر بصورة منتظمة ومستمرة، ويصل إلى المرحلة التي يصبح فيها عبداً للمخدر ولا يمكن الاستغناء عنه ويعمل في سبيل الحصول عليه بأي وسيلة. (أحمد مجدي محمد حجازي، 1994: 32)

والتعريف القديم للإدمان بني على دراسات في الخمسينيات والستينيات كان يعتمد على ثلاث محاور لتعريف الإدمان وهي:

- الاعتماد النفسي.
- الاعتماد الجسدي.
- المقاومة للمادة المستخدمة (حيث تزداد الجرعة تدريجياً لكي تحدث نفس الأثر حتى لا تتحقق أي أثر إيجابي على الإطلاق مع كثرة الاستخدام).

ثم تطورت الدراسات على يد "جيروم جيف" الذي أجرى العديد من الدراسات على المحاربين في الفيتنام وخرج بنتيجة أن الإدمان يمكن أن يحدث دون وجود أي ظاهرة من ظواهر الاعتماد الجسدية ولكنه عبارة عن استخدام إجباري للمادة أو المخدر أو الدواء، حيث لا يمكن الاستغناء عنه.

ثم أتبع ذلك بتعريف "ديفيد سميث" في سان فرانسيسكو بكاليفورنيا حيث عرف الإدمان بأنه الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة أو الدواء، مع فقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته والتحكم في رغباته، والاستمرار في التعاطي على الرغم من الآثار السلبية، والخطورة التي يواجهها المدمن للحصول على المادة التي يدمنها. (عبد الهاדי مصباح، 2004: 33)

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

ويتضح مما سبق أن الإدمان يعني وقوع الفرد في شباك المخدر وعجزه عن إيجاد الحل، ويصبح الإدمان سلوك تدفع إليه رغبة ملحة للاستمرار في تعاطي المخدر ويعتمد الجسم أيضاً على التعاطي حيث أنه إذا حُرم هذا الفرد من المخدر قد تظهر عليه أعراض انسحابية معينة ناتجة عن التغيرات الفسيولوجية.

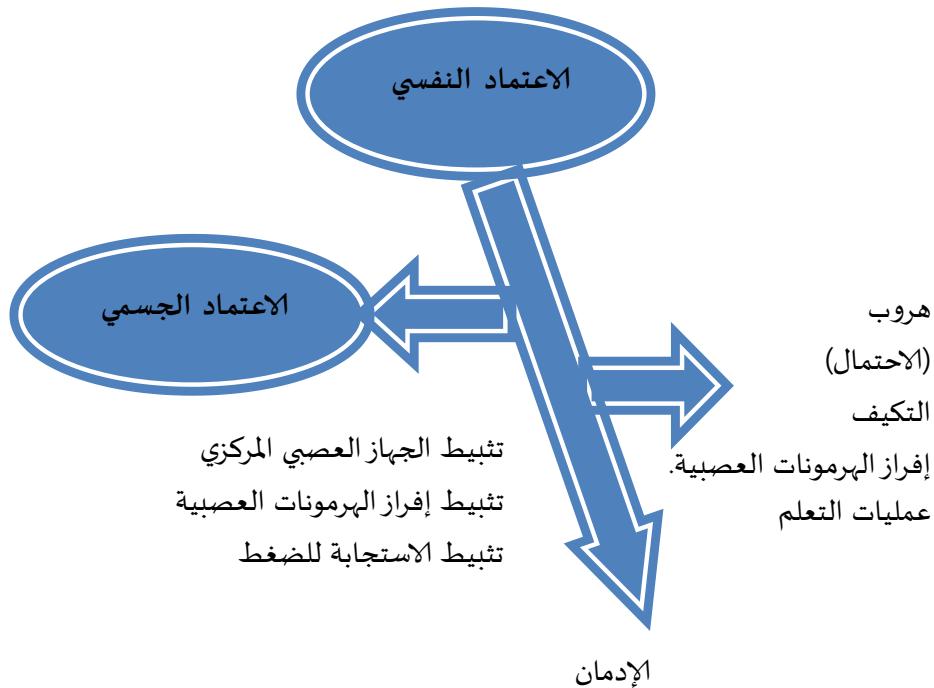
1-تعريف الاعتماد:

يستخدم الآن مصطلح الاعتماد (Dépendance) كبديل لمصطلح الإدمان (Addiction) في هذا النوع من الاضطراب، وقد قدمت منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد رسمياً بوصفه بديلاً للإدمان عام (1964) وتحمل هذه الإعادة للصياغة محاولة للتمييز بين المكونات النفسية والجسمية للاعتماد – وما من شك في أن هناك ظروفاً يكون فيها الاعتماد جسماً- نسبياً- ومثل ذلك الاعتماد الجسمي على المورفين والميثادون الذي ينشأ لدى الكلاب التي تستخدم في التجارب والذي يحدث عند عزل أجزاء من حبلها الشوكي، وكذلك الكلاب التي يستأصل لحاوها المخي، والمثال الآخر لهذه الحالات هو المريض الجراحي الذي يتعاطى مستحضرات الأفيون لتخفييف الألم، وتظهر لديه أعراض الانسحاب عند إيقاف المخدر، ولكنه لا يظهر رغبة للاستمرار في تعاطيه، وعلى الرغم من ذلك فإن المكونات الجسمية والنفسية تميل للاتصال فيما بينها بصورة لا مفر منها تجعل من الصعب التمييز بينها. (أديب محمد الخالدي، 2006: 320)

وفي هذا الصدد يشير سوتون (1990) Sutton إلى أن هناك اختلافاً بين الإدمان والاعتماد، فالإدمان قائم عندما يوجد اعتماد بدني وانفعالي على المادة، وظهور أعراض انسحاب جسمية لدى الفرد إذا ما توقف عن تعاطي المادة، أما الاعتماد فيحدث عندما لا يوجد عنصر بدني،

ولكن توجد حاجة إلى حد ما للاستمرار في استعمال المادة لتحقيق التأثيرات المرغوبة كالنشوة والاسترخاء.

ويذهب سبيتز وسبيتس SpitzetSpitz إلى أن الاعتماد النفسي والاعتماد الجسيمي هما مظهراً من المظاهر الأكثر خطورة لسوء استخدام المنومات المسكنة، وإذا ما تعاطى الفرد هذه العقاقير كما توصف فإن الاعتماد ليس من المحتمل حدوثه (ومع ذلك فإن الاحتمال حتى لجرعات صغيرة قد ينشأ) والأسباب مختلفة فإن الفرد قد يزيد جرعة الباربيتيورات ويبني احتمالاً لمستوى لا يصدق، وحينما يحدث ذلك وتؤخذ الباربيتيورات بصفة منتظمة فإن الإدمان الحقيقي سوف ينشأ. والشكل رقم (01) المولى يوضح نموذج الإدمان: (حسين علي فايد، 2005: 48، 49)



شكل رقم (٠١): يوضح كيفية الوصول إلى الإدمان

يتضح من الشكل السابق أن وجود العناصر الثلاثة (الاعتماد النفسي، والاعتماد الجسمي والاحتمال) وهي شرط أساسى لحدوث إدمان الحقيقى.

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

- رغبة أو حاجة قهريّة تدفع الشخص إلى الاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأية وسيلة.
- ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.
- اعتماد جسماني بوجه عام ونفسي بوجه خاص على آثار العقار.
- تأثير ضار بالفرد والمجتمع. (غريب محمد سيد أحمد، سامية محمد جابر، 331: 2005)

ومن أهم أعراض الاعتماد التي ذكرتها النظريات المعرفية والسلوكية: (فوقيه حسن رضوان، 2006: 192)

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

ويعرف Ghods (1989) الاعتماد على العقار بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية والتي تنشأ من التفاعل بين الكائن الحي والعقار، وتتميز بردود الفعل التي دائماً تتضمن الرغبة في تناول العقار بصورة مستمرة أو متقطعة لكي يعيش التجربة النفسية ويصف دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSMIV 1994) الاعتماد على المادة المؤثرة نفسياً كما يلي: إن

نموذج سوء التكيف لاستخدام المواد يؤدي إلى أسي أو كرب أو تدمير دال إكلينيكيًا كما يشار إليه بثلاثة، أو أكثر من العلامات التالية التي تحدث في أي وقت خلال اثنتا عشر شهراً. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002: 373)

وبعبارة أخرى يمكن تعريف الاعتماد (Dépendance) أنه حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائمًا على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري (أي من حين لآخر) وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المرتبطة على افتقادها. (Griffith Eedards, AwniArif, 1982: 19)

1-1-1-تعريف الاعتماد النفسي : Dépendance Psychique

حالة يُنتج فيها المخدر شعوراً بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو المؤقت لمادة نفسية بعينها لاستشارة المتعة أو لتجنب الألم. (Griffith Eedards, AwniArif, 1982: 20)

وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية وفي بعض هذا المواد تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف. (مصطفى سويف، 1996: 14)

1-1-2-تعريف الاعتماد العضوي :Dépendance Physique

حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات جسدية حادة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً. وتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. (Griffith Eedards, AwniArif, 1982: 20)

ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية، ويعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية أو في حالة الانهيار إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب. (مصطفى سيف، 1996: 15)

1-تعريف المدمن:

هو الشخص الذي يتناول جرعات من المخدر بصورة منتظمة إلى حد ما، لكنه لم يصل بعد إلى الدرجة التي لا يستطيع فيها الاستغناء عن هذا النوع من المخدر الذي يتناوله. (أحمد مجدي محمد حجازي، 1994: 32)

ويرى "رشاد أحمد عبد اللطيف" أن المدمن هو كل فرد يتعاطى مادة مخدرة أيًّا كانت فتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو الاثنين معاً، كما ينبع عن ذلك تصرفات اجتماعية لا أخلاقية من جانب المدمن. (حسين علي الغول، 2011: 98)، ويصبح سلوك الشخص المدمن ملتزماً بالعملية الإدمانية من خلال طرق عديدة مثل الكذب والانسحاب ولوّم الآخرين والانحراف. (كraig ناكين، 2006: 59)

أي أن المدمن هو كل شخص يتعاطى مادة مخدرة أو عدة مواد دون وصفة طبية، إلى درجة التعلق بها، وملاحظة عجزه في الانقطاع عنها مع ظهور علامات الانسحاب في حالة الانقطاع وبهذا يصبح المدمن تحت سيطرة المخدر.

3-تعريف تعاطي المخدرات:

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

وقد أشار ألفينكس Alvinkgs بأن التعاطي هو قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي، أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي.

(محمد سلامة غباري، 2007: 46)

وعلى ذلك فقد يكون المتعاطي مدمناً وقد لا يكون كذلك، كما أن بعض أنواع المخدرات تؤدي بالمتعاطي إلى الإدمان والبعض الآخر لا يؤدي به إليه.

وبهذا فتعاطي المخدرات هو رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مادة سامة، إرادياً أو عن طريق المصادفة أو

للتعرف على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنبهة أو المنشطة وتسبب حالة من الإدمان، تضر الفرد والمجتمع جسدياً ونفسياً واجتماعياً.

2- بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان على المخدرات:

1- الاعتياد:

الاعتياد ظاهرة بيولوجية من تكيف العضوية التدريجي مع بعض شروط الوجود الجديدة. (نوربير سيلامي، 2001: 264)، والاعتياد سلوك تدفع إليه الرغبة النفسية في المخدر والتفكير الملحق في اللجوء المتوقع حدوثه والمتعة المبتغاة منه وذلك ناجم عن الاستهلاك المستمر له. وتتمثل خصائص الاعتياد كما يراها **Vaillant** بالآتي:

- استمرار أخذ العقار والرغبة في تناوله، لما يسببه من الشعور بالراحة.
- عدم زياد الجرعة.
- يحدث قدرًا من الاعتماد النفسي، ولا يحدث اعتمادًا جسمياً.
- أضرار العقار تتعكس على التعاطي، ولا تضر بالمجتمع.

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

فالمدمنون ينتقلون من مخدر لأخر معتمدين على احتياجاتهم، وما يتتوفر في السوق. (حسين علي الغول، 2011: 122)

2-2-العقار:

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

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

2-3-المادة النفسية:

هي أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا، وقد يكون تأثير المادة في اتجاه التنشيط، وقد يكون في اتجاه

التحميد، وقد يكون في اتجاه إحداث الهلاوس. (مصطفى سويف، 1996: 20)

4-2 الاحتمال (Tolérance) أو التحمل:

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

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

ويظهر الاحتمال عندما يتم استهلاك مادة ما بشكل متكرر وعبر فترة زمنية طويلة إلى أن يتراجع تأثير المادة التي اعتاد المدمن على تناولها بحيث يضطر المدمن إلى زيادة الجرعة المعتادة كي يحصل من خلال ذلك على التأثير المرغوب، ويختلف نشوء التحمل من مادة إلى أخرى وحسب انتظام التعاطي وعندما يتم رفع الجرعة بعد نشوء التحمل يرتفع خطر الأضرار الجسدية والنفسية بما في ذلك خطر التعلق والإدمان. (ف. إ. كاس وأخرون، 2009: 158، 159)

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

5-الجرعة الزائدة:

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي المستمر (سواء كان الاستمرار منتظماً أو متقطعاً) أن يتبعاها من أي مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة، فإذا زادت الجرعة عن ذلك (لسبب ما) في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث أثاراً معاكسة حادة وتكون هذه الآثار غالباً مؤقتة ثم تزول تلقائياً، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 43)

6-سوء استخدام Abuse:

إن التعريف المقبول والبسيط المتعارف عليه لهذا المصطلح يصعب الحصول عليه، ويجب أن ننظر إلى سوء استخدام العقاقير من الوجهة الطبية، والاجتماعية، والنفسية، والأخلاقية، والقانونية.

وتعرف منظمة الأغذية والعقاقير (FDA) سوء استخدام العقار بأنه تعاطي المادة لغرض مقصود، ولكن ليس بالكمية والتكرار، والقوة،

والنمط المناسب، وبشكل محكم فإن سوء استخدام العقار هو تعاطي المادة لأكثر من غرض محدد، وبطريقة يمكن أن ينتج عنها تدمير صحة الشخص أو قدرته على العمل. (حسين علي فايد، 37: 2005)

ويستخدم مفهوم سوء استخدام المخدر للإشارة عادة إلى تعاطي المخدرات المشروعة وغير المقبولة من طرف أعضاء المجتمع. (عدلي السمرى وأخرون، 193: 2010)

ويرى علماء آخرون بأن إساءة استعمال المواد يؤدي إلى الإدمان، ويرون بأن ذلك يأخذ شكل إدخال مواد إلى جسم الفرد بصورة مستمرة وبدون أسباب طبية، بحيث يصبح المرء معتمداً عليها نفسياً أو جسدياً أو كليهما معاً، ولا يستطيع العيش بدون استعمال هذه المواد إلا بصعوبة، وبمساعدة متخصصة. ويأخذ ذلك شكل استعمال مواد الإدمان المختلفة. (سعید حسني العزّة، 359: 2004)

7-اللہفة:

رغبة قوية في الحصول على آثار المخدر أو مشروب كحولي، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة. (مصطفى سويف، 13: 1996)

8-التسمم:

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

والتسمم هو حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتنطوي على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكونولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماماً، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى، يحدث هذا أحياناً على اثر شرب الكحوليات (تسمم كحولي)، كما يحدث عقب تعاطي أي مادة نفسية، وتتجمع مظاهر التسمم بالتدريج، ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة حول الآثار التي تترتب على تعاطي مادة نفسية بعينها، وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003: 38)

9-2 الانسحاب:

مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة. (عفاف محمد عبد المنعم، 1999: 39)

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

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

ويحتوي تصنيف اضطرابات النفسية والسلوكية الصادر عن هيئة الصحة العالمية (تحت مادة "حالة انسحاب") على تنبية إلى أن أكثر من أعراض الانسحاب يمكن أن تنشأ نتيجة لاضطرابات سيكباتيرية لا علاقة لها

بتعاطي المواد النفسية، مثل القلق، والحالات الاكتئابية وهو ما يستوجب حرصاً خاصاً من القائم على التشخيص أو العلاج. (مصطفى سويف، 1996: 13، 14)

الفصل الثاني

النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات

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

١-النظريّة الفسيولوجيّة:

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

إضافة إلى ذلك أن بعض الأفراد المتعاطين للكحوليات والمخدرات يتعرضون لأنهيار وظائف المخ نتيجة للتمادي في استهلاك وسوء استخدام المواد المخدرة، وكذلك تعاطي الكحوليات -فضلاً عن أن هذا الانهيار يظهر أيضاً نتيجة الإفراط في تناول الجرعات المخدرة، ويرتبط بذلك تدهور حاد

في كفاءة الذاكرة واحتلال التوازن -وازدواج الرؤية- وقد دلت الدراسات على تأثير المهروين والكوكايين على النسيج الوعائي للقلب والتهابه. (فوقية حسن رضوان: 2006: 196)

وبالرغم من وجود بعض الاختلالات على مستوى فسيولوجيا جسم المتعاطي لأي مادة مخدرة لا بد من النظر إلى متعاطي المواد المخدرة من جوانب أخرى، كالنظر إلى الظروف الخاصة بالفرد أكثر من مجرد النظر إلى الإدمان كمفهوم قاصر على عملية التعاطي، ولعل من أهم الجوانب التي يجب مراعاتها في الواقع في الإدمان هي الجوانب النفسية التي سنتعرف عليها من خلال نظرية التحليل النفسي.

2-نظرية التحليل النفسي:

رغم اختلاف التفسيرات العلمية لحدوث التعاطي إلا أن كلا منها أعطى نظرة خاصة تمس جانباً من جوانب الظاهرة موضوع الدراسة. فتفسير تعاطي المواد النفسية بالنظر إلى سمات وдинامييات الشخصية يهدف إلى تحديد كل الظروف والمتغيرات النفسية التي تجعل بعض أفراد المجتمع مدمنين وأغلبهم غير مدمنين، وهذا ما يجعلنا نتساءل لماذا يدمن أحد أفراد أسرة ما؟ رغم أن الظروف المحيطة بأفرادها واحدة، ولماذا يستطيع أحد الأفراد الإقلاع عن الإدمان والآخر لا؟

والصيغة العامة لتفسير السلوك الإدماني هي: إحباط قوي لا يقوى على الرشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب سواء كان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط أو نتيجة لاستعداد نشوي قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط والأغلب أن يكون مزيجاً من كل ذلك، وتؤدي نتائج الإحباط إلى التوتر الذي يؤدي بدوره إلى النكوص إلى أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة للتخلص من الموقف المحبط. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1999: 37)

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

لذا فالشخص المدمن أساسه التكويني موسوم بالنرجسية (عشق الذات اللاشعوري) وكثرة التطلب، حيث يكون التعاطي بالنسبة للمدمن وظيفياً يحقق من خلاله أدوار متعددة إذ يعمل (التعاطي) بمثابة المهدئ للإحباط والغضب ووسيط نشيط للتنفيذ وتحفيز العدائية الكامنة نحو والديه وأصدقائه، وكوسيلة للتخلص من احتقار الذات وإشاع رزمي

للجاجة إلى الحب والعطف وتلك كلها أعراض وظيفية تتناسخ مع بعضها في دائرة المفرغة العصابية. (أحمد إبراهيم الباسوسي، 2007: 16)

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

أولاً: صراعات نفسية: ترجع إلى:

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

2) الحاجة إلى الأمان.

3) الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدها.

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

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

وتكون الصورة العامة للمدمن والإدمان في ضوء نظرية التحليل النفسي كالتالي:

(1) ينظر التحليل النفسي للإدمان على المخدرات إلى المستوى القهري، أي أن المدمن يصل إلى مستوى يتعلق فيه بالمخدر تعلقاً قهرياً لا يستطيع التخلص عنه.

(2) أن مدمني المخدرات تنطوي نفوسهم على اضطراب نفسي عميق تشبه أعراضه أعراض المرض النفسي أو العقلي وأحياناً تكون أكثر حدة.

(3) ينكر التحليل النفسي أن مدمني المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية في اضطراب الشخصية ويدلّلون على ذلك بأن السيكوباتي يلجأ إلى وسائل خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعتمد إلى تغيير البيئة بما يتافق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانيه أيضاً على البيئة الخارجية وليس على نفسه – بينما المدمن في حل لصراعاته اللاشعورية يستعمل عمليات لا شعورية أيضاً في حل تلك الصراعات ويصب عدوانيه على ذاته لا على العالم الخارجي. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 83، 84)

إن مظاهر الإدمان تتمثل في الأشكال التالية:

- نوبات من المدح والانبساط، وهذا هو الشكل الأساسي للإدمان.
- اضطراب جنسي أو نشاط جنسي مشوش أو غير ناضج.

- تدهور عقلي.

- تدهور خلقي واجتماعي ومهني.

يفسر التحليل النفسي ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعترى المدمن في طفولته الأولى، وأن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقات الحب في هذه المرحلة بين المدمن ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (ازدواجية الشعور).

إن هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معاً. (اسماعيلي يامنة، بعيبي نادية، 2011: 59)

ويقول "زيور" أن الحالة العادبة للمدمن تتميز بأنها ذات طابع اكتئابي وتتسم حالة الاكتئاب بهذه-من زاوية العلاقة بالموضوع- بالإدماء العدواني كموضوع لم يتم تميزه عن الأنما (Le Moi) ولما كان الأنما قليلاً الناصح، فإن قاعدة تعامله مع الموضوع يسودها مبدأ الأخذ دون العطاء بصورة غير واقعية تتسم بالنهم وتتوقع من الموضوع بأن يمنحه كل شيء في كل وقت وبدون حساب، وهذا يؤدي بالضرورة إلى أن يحس بالإحباط وبالتالي النكمة على الموضوع بالرغم من حبه إياه، وحاجته إليه. وفيما يتعلق بظاهرة النسبات لدى المدمنين فهي ترجع إلى حالة الإشباع الفي في الطفولة المبكرة

على ذلك فإن النوم العميق يكرر نوم الرضيع الهايي. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 85)

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

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

3-نظريّة النمو النفسي الاجتماعي للأنا:

تمثل نظرية إريكسون في نمو الأنا وخاصة خلال مرحلة تشكيل الهوية في المراهقة وبدايات الشباب أحد الأساسات لتفسير السلوك الجانح كتعاطي

المخدرات، حيث يربط "إريكسون" Erikson (1963-1968) بين اضطراب الأنماط المراهق الهوية السالبة وكثير من الاضطرابات السلوكية -بما فيها العدوان والجنوح وتعاطي المخدرات، كما تؤكد نتائج الكثير من الدراسات الغربية الميدانية في هذا المجال انخفاض نسبة محقق هيوية أنا وارتفاع نسبة مشتقة الهوية بشكل خاص بين المتعاطفين وغير المتعاطفين. (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 1)

ويعد نموذج إريكسون في تفسير الأنماط السلوكية واحد من النماذج الأساسية والمهمة في نظريات التحليل النفسي ويقوم على مبدأ التطور المتعاقب، حيث تخضع الشخصية لمراحل مختلفة خلال عملية نموها وتشكل أنا، الذي تتوقف عليه أنماط السلوك التي يمارسها الفرد فيما بعد، وأشكال علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، ففي كل مرحلة من مراحل النمو تمر الشخصية بتجارب وخبرات تترك آثارها في تكوين الشخصية، وتظهر في مراحلها اللاحقة بحسب قدرتها على تجاوز تلك المرحلة غير أن ما يعود إلى الشخصية من خبرات جديدة ومهارات مكتسبة في أية مرحلة من مراحل النمو إنما يصبح جزءاً لا يتجزأ من الشخصية في المراحل التالية.

وتؤثر في أشكال تفاعل أنا مع المرحلة الجديدة وبرغم ذلك فإن تجاوز الشخصية لواحدة من المراحل بنجاح وتعلم المهارات والخبرات المرتبطة بها لا يعني بالضرورة قدرة أنا على تجاوز المرحلة اللاحقة، التي

تنطوي بحد ذاتها على معايير جديدة وأشكال من الصراع بين الأنما والبيئة المحيطة وعلى الرغم من ذلك فإن أبعاد الشخصية المتحصلة نتيجة كل مرحلة تؤثر بصورة عامة في نمط الشخصية على امتداد المراحل التالية لها.

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

المراحل الأولى: أزمة الثقة مقابل عدم الثقة

يقابلها على مستوى الفعالية، فعالية الأمل مقابل الانسحاب، تظاهر هذه الأزمة في السنة الأولى من العمر، وتأتي محصلة لنتيجة تفاعل الطفل مع الأم فيما يتعلق بالإرضاع وإشباع الحاجة فقد تنتهي إلى أن تعزز في شخصية الطفل الثقة بالنفس، والاطمئنان بالقدرة على تلبية الحاجة، وقد تنتهي إلى الشعور بعدم الثقة والرغبة في الانسحاب من المواقف لعدم القدرة على مجاهاتها. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 38)

المراحل الثانية: أزمة الاستقلال مقابل الشعور بالخجل

يقابلها على مستوى الفعالية فعالية الإرادة مقابل القهرية والاندفاع، وتبدو هذه الأزمة في السنة الثانية من عمر الطفل، وترتبط بقدرته على التحكم بعملية الإخراج وتأجيل الإشباع، وقد تنتهي إلى اكتساب "الأنما"

الشعور بالاستقلالية والقدرة على التحكم بال حاجات تبعاً للظروف المحيطة، وقد تنتهي إلى الشعور بالخجل وعدم القدرة على التحكم بالأشياء وضعف الإرادة.

المراحلة الثالثة: أزمة المبادرة مقابل الشعور بالذنب

يقابلها على مستوى الفعالية: فعالية الغرضية مقابل التثبيط وتتوافق هذه المراحلة مع سن الطفولة المبكرة عند الطفل، حيث تظهر لديه ملامح النمو الحركي والعقلي واللفظي، لكنه يواجه بيئته قد تحول بينه وبين نمو هذه الملامح في شخصيته، فإذا ما تجاوز الأزمة بنجاح ظهر لديه شعور حب المبادرة والقدرة عليها، وإن الشعور بالذنب نتيجة الرفض الاجتماعي يصبح من صفاته الأساسية التي يصعب عليه التخلص منها فيما بعد. (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2012: 212)

المراحلة الرابعة: أزمة المثابرة مقابل الشعور بالنقص

يقابلها على مستوى الفعالية فعالية الفرد مقابل الخمول وتأتي هذه المراحلة مرافقة لمرحلة الطفولة المتوسطة التي تقترب بغيرات كيفية في النمو العضوي والعقلي، وتصبح الرغبة في الإنجاز حاجة ضرورية، فإذا ما تجاوز الطفل هذه المراحلة بنجاح امتلك شعوره بالقدرة على الإنجاز والمثابرة في تحقيق الطموحات، ومع ظهور ملامح الفشل يزداد لدى الفتى الشعور

بالنقص وعدم القدرة على تحقيق الأهداف مما يولد لديه الشعور بالخمول.
(أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 39)

المرحلة الخامسة: أزمة الهوية مقابل اضطراب الدور (فاعلية التفاني مقابل تجاهل الدور)

يرتبط ظهور أزمة الهوية مقابل اضطراب الدور بشكل أساسي بمرحلة المراهقة و بدايات الشباب، وما يرتبط بها من تغيرات بدنية ونفسية وأيضاً ما يترب على ذلك من توقعات اجتماعية ويرتبط تحقق الهوية بحل أزمات النمو السابقة وسلامة الظروف الاجتماعية وخاصة ما يقدمه المجتمع من دعم للمراهق يشمل توفير الأدوار المناسبة والسماح بفترة محددة لتجربتها واختبارها، ويفضي تحقيقها إلى إحساس المراهق بالتفرد، والوحدة والتآلف الداخلي، والتماثل والاستمرارية المتمثل في إحساس بارتباط ماضي هو مستقبله وإحساسه بالتماسك الداخلي والاجتماعي.

ويترجم ذلك سلوكياً من خلال محاولة الفرد الوصول إلى تحديد تعريف لذاته من خلال تبني أيديولوجيات وأدوار مقبولة اجتماعياً، من خلال محاولة الوصول إلى إجابات لتساؤلات مثل (من أنا؟ وماذا أرى؟ وإلى أين تتجه؟). (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 7)

ومع تحقيق الهوية يكتسب الأنماط قوة جديدة تتمثل في التفاني، والتي تعني "قدرة المراهق على تحديد معنى وجوده وأهدافه في الحياة ووضوح خططه لتحقيق هذه الأهداف". ويترجم التفاني عملياً من خلال الالتزام والولاء بأيديولوجيات محددة يتم اختيارها اختياراً حراً، وذلك على الرغم من التناقضات بين الأنماط القيمية.

إذا كان هذا الوجه الإيجابي لأزمة النمو في المراهقة فإن اضطراب هوية الأنماط يمثل الوجه المظلم المحتمل في حالة الفشل في حل الأزمة إيجابياً كنتيجة لعدم قدرة الفرد على حل التوحيدات الطفولية غير السوية والصراعات المؤلمة، ويأخذ اضطراب هوية الأنماط شكلين أساسيين من وجهة نظر إريكسون هما:

1) اضطراب الدور: حيث يفشل المراهق في خلق تكامل بين توحدات الطفولة مما يؤدي إلى الإحساس المنهى بالذات بدرجة تقوده للفشل في تحديد وتبني أدوار وأهداف ذات معنى أو قيمة شخصية واجتماعية، ويرتبط ذلك بدرجة عالية من القلق، ومشاعر عدم الكفاية، والسلوك الجامد المتطرف وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وسوء علاقاته الاجتماعية، وضعف الالتزام بأهداف وأدوار ثابتة.

2) تبني الهوية السالب: يرتبط هذا النمط بدرجة أعلى من الإحساس بالتفكير الداخلي لا يقتصر تأثيره على عدم القدرة على تحديد أهداف ثابتة

أو تحقيق الرضا عن دوره الاجتماعي، بل ويلعب ذلك دوراً أكثر سلبية في حياة الفرد بصفة عامة، حيث يدفع به إلى ممارسة أدوار غير مقبولة اجتماعياً، ومن ذلك الجنوح وتعاطي المخدرات.

وتتجدر الإشارة إلى اهتمام أريكسون والعديد من الباحثين بتشكل الهوية، وتمثل وجهة نظر جيمس مارشا أهم المحاولات المعاصرة لترجمة هذا المصطلح إجرائياً، حيث طور نظريته في رتب هوية الأنما معتمداً على فكر أريكسون، محدداً أربع رتب للهوية تصنف تبعاً لمدى خبرة الفرد لكل من أزمة الهوية من جانب، والالتزام بما يصل إليه الفرد من قرارات من جانب آخر، وتشمل الرتب الأساسية التالية:

(1) تحقيق هوية الأنما: يتم تحقيق الهوية نتيجة لخبرة الفرد للأزمة، ثم التزامه الحقيقي بما تم اختياره من جانب آخر، ويعتبر تحقيق هذه الربطة مؤشراً للنمو السوي، إذ ترتبط بسمات الشخصية الإيجابية كتقدير الذات والتواافق النفسي والقدرة على مواجهة المشكلات المختلفة، والمرونة والانفتاح، ونضج العلاقات الاجتماعية والنمو المعرفي والأخلاقي. (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 8)

(2) تعليق هوية الأنما: يمثل التعليق فترة ضرورية قبل التحقيق، إلا أن استمرارها لفترة أطول مما هو متوقع مؤشر على الاضطراب، حيث يفشل الفرد في اكتشاف هويته وتستمر خبرته للأزمة دون الوصول إلى قرار نهائي

والالتزام حقيقي بخيارات محددة، و كنتيجة لذلك يخبر الفرد في هذه الرتبة
درجة عالية من القلق ومشاعر الذنب.

(3) انغلاق هوية الأنّا: يرتبط الانغلاق بغياب الأزمة مع إبداء درجة عالية من
الالتزام بما تحدده قوى خارجية كالأسرة أو أحد الوالدين أو المعايير الثقافية
والعادات له من أهداف وأدوار. و كنتيجة لهذه المسيرة يلاقي منغلقون الهوية
تقديرًا من الكبار بما يعزز هذا التوجه لديهم، ويؤدي بهم إلى افتقاد التلقائية
في المواقف الاجتماعية.

(4) تشتت (تفكك) هوية الأنّا: يرتبط هذا النمط بغياب كل من الأزمة
والالتزام بما شاءت الصدف أن يمارسوا من أدوار. ويحدث ذلك نتيجة لتلافي
الأفراد في هذا النمط للبحث والاختبار كوسيلة للاختيار المناسب، مفضلين
التوافق مع المشكلات أو حلها عن طريق تأجيل و تعطيل الاختيار بين أي من
الخيارات المتاحة.

ويتسم الأفراد في هذه الرتبة بضعف التوجيه والضبط الذاتي،
والتركيز حول ذاتهم وضعف الاهتمام والمشاركة الاجتماعية. كما يخبرون
درجة عالية من القلق وسوء التوافق والشعور بعدم الكفاية. هذا يدفع
بدوره إلى جمود السلوك وعدم القدرة على اتخاذ القرارات السليمة وإلى كثير
من الاضطرابات السلوكية الخطيرة كالجنوح وتعاطي المخدرات والاضطرابات
النفسية. (حسين عبد الفتاح الغامدي، 2010: 9)

المرحلة السادسة: أزمة المودة مقابل العزلة

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

المرحلة السابعة: الإنتاجية مقابل الركود

يقابلها على مستوى الفعالية فعالية الاهتمام مقابل الرفض، وتأتي هذه المرحلة في مرحلة النضج العقلي والجسسي، وتقترن مع ظهور المسؤوليات الاجتماعية المترتبة على الموقع الاجتماعي الذي يشغله في حياته بوصفه أباً أو عاماً وغيرها، فغالباً ما يؤدي به النجاح في الأدوار التي يقوم بها إلى شعوره بالتفاني والرغبة في العطاء والإبداع في العمل، دون اشتراط المقابل، بينما يؤدي سوء الظروف التي مر بها الفرد إلى شعوره بالأنانية والتفرد وعدم الرغبة في المشاركة الاجتماعية.

المرحلة الثامنة: أزمة التكامل مقابل اليأس

يقابلها على مستوى الفعالية: فعالية الحكمة مقابل الازدراء، وتتأتي هذه الأزمة في مرحلة الرشد المقدم، فإذا ما تم تجاوزها بنجاح اكتسب الفرد ما يعرف بصفة الحكمة التي تؤهله للحكم على الأشياء بتوازن واعتدال كبيرين، مما يمنحه القدرة على مواجهة مشكلاته المتوقعة في مرحلته العمرية القادمة بينما يؤدي الفشل في هذه الأزمة إلى الشعور باليأس والخوف من المستقبل والاضطراب، ورفض الظروف التي يعيشها، والقلق إزاء المشكلات التي يتوقعها في مرحلته العمرية القادمة. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 40)

ويلاحظ في هذا التصور أنه مبني بالدرجة الأولى على تفاعل الذات مع البيئة المحيطة بها فكل مرحلة من مراحل العمر تنطوي في ثناياها على عناصر الصراع بين الأنما والأخر، والخصائص التي تحملها الشخصية في كل مرحلة إنما هي نتاج لعملية التفاعل المشار إليها في المراحل السابقة غير أن هذا التصور على أهميته لا يتطرق إلى موضوع التكيف الذي تمارسه الشخصية على نفسها للتتوافق في كثير من الأحيان مع الشروط المحيطة بها، وغير القادرة على تغييرها، ذلك أن الأنما لا تتفاعل مع البيئة المحيطة في كل مرحلة من مراحل نموها تفاعلاً آلياً مبنياً على الصراع وتوكييد الذات فحسب، بل تعمل على تكيف نفسها وتغيير طبيعتها عندما تجاهله شروطاً

موضوعية قاسية لا تستطيع تجاوزها، وفي هذه العملية بالذات تكمن عملية التوافق بين الأنا والآخر.

إلى جانب مدرسة التحليل النفسي يميل أصحاب النظرية السلوكية إلى تفسير الاعتماد على العقاقير بكونه شكلاً من أشكال الإثابة المدعمة الناتجة عن عمليات التعلم هذا ما سنتطرق إليه في العنصر المولى.

4-النظرية السلوكية:

هناك الكثير من الاتجاهات الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات، ولكن السلوكيين فضلوا استخدام مفهوم طبيعي يتمثل فيخفض التوتر ينسبون إليه إدمان المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات لخفض مشاعر الألم والغضب والضيق وخاصة القلق، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطون المواد المخدرة يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية بهدف المزيد من خفض مشاعر الألم والغضب والضيق والقلق. (محمد سلامة غباري، 2007: 59)

وقد توصل "كوبل" Coppel أنه لا يوجد سند واحد لنموذج سوء استخدام المخدر لخفض التوتر وأوضح كوبل مجموعة من الدراسات تبين أن تعاطي المخدرات لا يؤدي إلى خفض التوتر منها، ودراسات ميفلد واللون

أجرى كل من قوالسون Palwy وبالوي Gealson ومندلسون Mendelson ومينكر Menaker وقد أوضحوا أن حدوث الألم يجعل الأفراد يشعرون بالقلق أو التوتر، وفي هذه الدراسات الألم يتمثل في أن يتلقى المفحوصون صدمات كهربائية مؤلمة قبل تعاطي المخدر، وبعد الصدمة يسمح للمفحوصين بتعاطي المخدر، وقد تم مقارنة المتطوعين بمجموعة أخرى ضابطة (لم يسمح لهم بشرب المخدر) دون تعريفهم بأنهم سيتلقون صدمة كهربائية، حيث أوضحت "رولي" Rowly وزملاءها أنهم كانوا في حالة من الدهشة عندما وجدوا أن مستوى القلق كان مرتفعا بعد شرب المخدر، ويرجع ذلك إلى أن المخدر كان منبع التوتر في ذاته لمعظم الأفراد وقد أعزى هؤلاء الباحثون إلى أن سوء استخدام المخدر يرجع إلى: (اسماعيلي يامنة، بعيّن نادية، 2011: 53، 54)

١) طبيعة المخدرات: لكل مادة كيميائية تركيبها الخاص الذي يسمح لها بالمرور في الجسم ويغير أثناء مرورها صورة العقار الأصلية حيث تصل إلى الجهاز العصبي، ويتم التفاعل بين العقار والمستقبلات يحدث التأثير على الجسم والمخ، ويرتبط المدمن بالعقار نظرا لما يحدث له من آثار مفرحة وخفض للقلق والتوتر، أي نتيجة للتعزيز الاجابي الذي يجعله يعيد استخدام المخدر للحصول على نفس التعزيزات وقد يضطر إلى زيادة الجرعة للوصول إلى الأثر الأول، وكذلك تؤثر طريق استخدام المخدر في حدوث الادمان، إذ تزداد فاعليته وسرعة وصوله إلى الدماغ حسب طريقة

الاستعمال، ويعتبر الحقن في الوريد من أسرع الوسائل للوصول إلى الأدمان يليه التعاطي عن طريق الفم، كما يساعد سهولة الحصول على المخدر وتوافره في حدوث الأدمان.

2) العوامل الوراثية: لقد اتبعت العديد من المناهج لإيضاح علاقة الوراثة بالإدمان وذلك من خلال المناهج التالية دراسات على الحيوانات، دراسات تبين نسب حدوث الأدمان عند أبناء من أسر المدمنين، ودراسة التوائم.

فبالنسبة للدراسات على الحيوانات فقد تمكّن من ملاحظة أن الفئران الذين تعلم آباؤهم إدمان المخدرات كانت تدمّن أيضاً دون تدريب، كما أوضحت دراسة "ولكر" Walker، أما بالنسبة للمنهج الثاني فقد وجد ولكر من العوامل الرئيسية المرتبطة بتعاطي العقاقير بين الطلبة، سواء استخدم الوالدين للعقاقير، فهناك ارتباط بين إسراف الأب في تعاطي المهدئات وتعاطي الأبناء لنفس العقاقير، وأن النسبة تتراوح بين (13.18%) من بين أبناء آباؤهم لا يتعاطون المخدرات.

3) الشخصية المدمنة: لقد توصل "ونك" Winick إلى وجود بعض السمات تظهر على شخصية الأفراد الذين يدمّنون المخدرات وتوصل إلى ذلك باستخدام التحليل النفسي والاختبارات النفسية ودراسة شخصيات مجموعة من الأطفال على مدار السنين، ثم مقارنة من يدمّن منهم عند البلوغ بغير المدمنين منهم.

وقد صنف الشخصية الإدمانية إلى: (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 81)

• غير الناضج: وهو العاجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن والديه.

• المتفاني في ذاته: وهو الذي لا يستطيع أن يؤجل إشباع رغباته ويريد إشباعها في التو والحال.

• الضعيف جنسياً: وهو الذي يعاني القلق عند التعبير عن غضبه ولذلك يلجأ إلى الخمر أو المخدرات لتخفييف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان.

4) الشخصية الاكتئابية: وهي شخصية قلقة ومتوتة يلجأ للمخدر لتسكين قلقه ويؤدي تكرار تعاطيه إلى الإدمان.

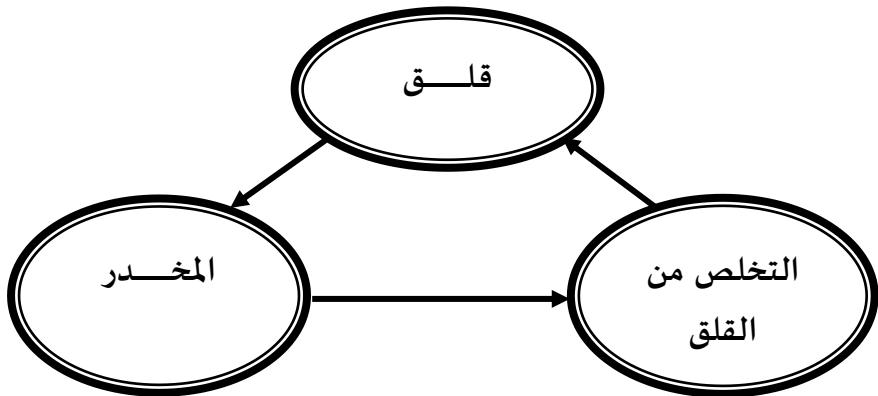
وهو شخص يميل مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس وهو معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات والإحساس القوي بالاكتئاب لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر وهذا ما يؤدي إلى الإدمان.

إن تفسيرات نظريات التعلم لسوء استخدام العقار مبنية على مفاهيم وظفت في علم النفس السلوكي، وباختصار فالمبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كفّوا عنها وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافّوا عليها أو عوقبوا عليها، وقد طبق مُنظرو التعلم هذا المبدأ على استخدام وسوء استخدام العقاقير.

ويشير "ستولرمان" Stolerman إلى أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن عقاقير إدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافئات) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافئات المتفق عليها مثل الطعام أو النقود، وتتحدد قيمة مكافئة العقار تجريبياً بتأثيرها في الإبقاء على سلوك استخدام العقار.

فتعاطي العقاقير وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر ويعاطى الكحول أو المخدر يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعماً لتناوله هذه المواد في المرات التالية، مع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفييف آثار الانسحاب المزعجة. (حسن علي فايد، 2006: 169).

وبهذا يعيش المدمن في دائرة مفرغة بين القلق والمخدر ويمكن تمثيل ذلك في الشكل التالي: (أحمد محمد الزعبي، 2008: 199)



شكل رقم (٠٢): يوضح الدائرة المفرغة بين القلق المخدر.

وقد أوضح الاتجاه السلوكي أهمية الدور الذي يلعبه الإشراط الكلاسيكي، والإشراط الإجرائي في تكوين واستمرار عادة الإدمان، فتعاطي أي عقار عادة ما يتدعم عن طريق عوامل كثيرة وأن هذه المدعمات الإيجابية يمكن أن تزداد عن طريق التدعيم السلبي في صورة الهروب من الموقف المثير للقلق، وب مجرد أن يصبح الفرد معتمداً فسيولوجياً، فإن سلوك الإدمان يستمر بالمدعمات السلبية أكثر من تجنب الأعراض الانسحابية غير السارة.

ويرى بعض الباحثين الذين طوروا مبادئ نظرية التعلم في تفسيرهم لسوء استخدام العقاقير فيرون أن الأشخاص يستخدمون العقار لأنهم يتلقون مكافئات اجتماعية متمثلة في الصدقة الحميمة وقبول أصدقاء آخرين من مدمني العقاقير، وغالباً ما يكون التفاعل مع الأشخاص غير

المستخدمين للعقاقير غير سار بالنسبة لمستخدمي العقاقير، وهذا في حد ذاته يدعم المكافئات الإيجابية لاستخدام العقار والمساهمة في أسلوب حياة تعاطي العقاقير. (حسن علي فايد، 2006: 169)

5-النظريّة المعرفيّة السلوكيّة:

يُهتم الاتجاه السلوكي المعرفي في تفسير ظاهرة الإدمان من خلال مبدئين أساسيين هما القهر والتوقعات كتالي:

1-5-القهر :Compulsion

يشير أنصار الاتجاه السلوكي-المعرفي إلى أن كثيراً من الباحثين ينظرون إلى الإدمان باعتباره مشكلة بدنية (كتنوع من الإلحاد الجسمي الذي على الشخص المدمن أن يستجيب له) فإن وجهة النظر السلوكية-المعرفية ترى أن الأفراد يجب أن ينظر إليهم كصانعي قرار نشطين وضابطين للنفس، ويرى المعالجون السلوكيون-المعرفيون القهر باعتباره مبنياً على التوقعات والتعلم، أنهم يوافقون على أن الأفراد ذوي المشاكل الكحولية أو العقارية سوف يشعرون غالباً أنهم لا يستطيعون التحكم في سلوكهم، ويقدم هذا واحداً من أهم المفاهيم الذي ضمها هذا النموذج لمجال الكحول والعقار وهي التوقعات. (حسين علي فايد، 2005: 46)

5-2-التوقعات¹:Expectation

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

ويذهب أنصار هذا الاتجاه إلى أكثر من ذلك، حيث يروا أنه حينما يحدث التسمم فإن السلوك يتحدد إلى حد كبير بتوقعات الشخص عما يجب أن يفعله أو يسلكه، فضلاً عن أنه بالتأثيرات الفارماكولوجية للكحول والعقاقير، إضافة إلى ذلك ويسلم أنصار الاتجاه السلوكي-المعرفي بأن استخدام الكحول والعقاقير في موقف انسحابي قد يرجع تماماً إلى التوقع بأن الاستخدام سيُخفّض الأعراض الانسحابية الواقعة المتوقعة، وليس لأن

¹ التوقعات: هي عبارة عن نماذج للأفكار الأوتوماتيكية، فالتوقعات عبارة عن أفكار، ذلك أن بعض السلوكيات تحدث بعض النتائج (المنعة أو الأمني)، فالتوقعات الفعالة (أو فاعلية النتائج) تعود إلى التقييمات الفردية في القدرة على الإنجاز بنجاح، خاصة كيفية السلوك في الوضعيات التي تمثل تهديداً ما. (بلميوفي كثوم، 35: 2014)

الشخص يستجيب لا إرادياً إلى الاحتياجات الجسمية لظاهرة الاشتهاء.
(حسين علي فايد، 2005: 47)

ويؤكد "بندورا" (1980) أن القدرة على تصور النتائج المستقبلية لل فعل هو مصدر معرفي للداعية، وهناك نوعان من التصورات:

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

2) التصور العقلي الإيجابي: غالباً ما يؤدي إلى تجسيد السلوك، والتصورات الإيجابية في محتواها بالنسبة للمراهق، قد تبعث فيه الرغبة في التجربة، وقد أكد الباحثون أنها غالباً ما تنتهي بتجسيدها في الواقع عكس التصورات السلبية، وقد تحدث أول تجربة للتعاطي عنده كما هو مبين في الشكل التالي:



شكل رقم (03): يوضح التصور الإيجابي للتعاطي.

ولهذه التجربة والظروف المحيطة وكذلك تجسيدها للتوقعات السابقة، الأثر البالغ في استقرار المعتقدات المرتبطة بتعاطي المخدرات، مما يؤدي إلى استمرارية هذا السلوك (التعاطي المنتظم) ثم الإدمان. (ناصر الدين زبدي، 28.2.2011)

الفصل الثالث

أسباب الإدمان على

(المخدرات)

تتعدد الأسباب المؤدية للإدمان لتشمل عوامل مختلفة بعضها يتعلّق بشخصية المريض وأخر بوضعه الاجتماعي، حيث لا يوجد سبب مباشر للإدمان، ولكنه يحدث نتيجة تراكم عدة عوامل هي كالتالي:

١-الأسباب البيولوجية:

هناك عدة أسباب تستطيع أن تطور التغييرات السلوكية والنفسية في الدماغ، وهذه التغييرات يمكن أن تدوم لأشهر أو حتى سنوات بعد التوقف التام عن الاستهلاك، وطبيعة هذه التغييرات تعطي الطريق لشح لماذا الإدمان هو اضطراب مزمن يظهر كل مرة. (Franco Vaccarino, Ph.D, 2007: 32)

إن نشاط مخ الإنسان وتحرك المواد الكيميائية بين خلاياه، قائم على حقيقة تبدو بسيطة ولكنها أساسية وبديهية وهي تحقيق أقصى درجات اللذة وتقليل الألم حتى يتکيف المخ بيولوجيا على أساسها ولذلك تقوم الهرمونات العصبية التي تبعث النشاط والحركة داخل المخ بإطلاق إشارات عصبية يتجه نشاطها نحو البحث عن اللذة وتحاشي الألم وعندما يتعاطى المدمن المواد المخدرة فإنه بذلك يعطّل عمل هذه الهرمونات وإشاراتها العصبية فيحدث فيها الخلل الذي يوقف وظائفها الطبيعية، وبذلك يضطر المدمن إلى تعاطي المزيد منها حتى يصل إلى تكيف المخ بيولوجيا وهذا ما يوصله إلى درجة الإدمان. (عادل صادق، 2005: 20)

والمواد المخدرة لها تأثير كبير على المستقبلات العصبية حيث توجد مواد مسكنة للألم تفرز في أماكن خاصة في الجهاز العصبي وهي تشبه إلى حد كبير مشتقات الأفيون فعندما يتعاطى الإنسان المواد المخدرة فإنها توقف الإفراز الداخلي من هذه المواد داخل جسم الإنسان وعندما يتوقف عن التعاطي يشعر المدمن بالألم شديدة لأن الجسم اعتمد على ما يريده إليه من خارج الجسم بعد أن توقف الإفراز الداخلي، فيضطر المدمن إلى التعاطي ثانية لتسكين الألم. وبتكرار التعاطي تتعود المستقبلات الحسية الداخلية على ما يريدها من خارج الجسم، وبالتالي يقل تأثيرها على المدمن فيضطر إلى زيادة الكمية التي يتعاطاها... وهكذا تستمر الزيادة في تعاطي المخدر ولا يستطيع الخلاص منه. (محمد سلامة غباري، 2007: 87)

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

ومن أهم الدراسات التي أجريت في هذا المجال دراسة كيج Kaij بالسويد، تبين من خلال دراسته أن معدل انتشار إدمان الكحول لدى أزواج

التوائم المتماثلة يبلغ نحو ضعف معدل الانتشار بين أزواج التوائم الغير المتماثلة (88%) في الأولى مقابل (28%) في الثانية، وقد نشرت بحوث أخرى انتهت إلى نتائج مؤيدة لهذه النتيجة.

أما عن البحوث التي تجري في مجال التبني فتناولت أطفالاً تم عزلهم عن عائلاتهم (لأسباب إنسانية متعددة) وتنشئهم في ظل أسر بديلة تتبناهم، فإذا كان الإدمان محمولاً أساساً من المورثات وكانت الأسر البيولوجية الأصلية يوجد الإدمان في أي من عضويها الرئيسيين (الأب أو الأم، أو كليهما) فاحتمالي ظهور الإدمان بين الأبناء مرتفع بغض النظر عن وجوده أو عدم وجوده في أسرة التبني، وعلى هذا الأساس أجريت دراسات متعددة في كل من الدانمرك والسويد والولايات المتحدة الأمريكية، وتشير نتائجها جميعاً إلى غلبة العامل الوراثي، أي أن الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمونون للكحوليات يزيد معدل انتشار الإدمان بينهم إلى نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمونين، وذلك رغم التنشئة في بيئات التبني حيث لا يوجد الإدمان.

ولبيولوجيا الجسم دور في توريث الإدمان لدى بعض الأفراد المدمنين وقد أثبتت البحوث في هذا المجال على أنواع مختلفة من البروتينات والهرمونات على أساس أن هذه المركبات جميعاً تقع تحت حكم الجينات إلى حد ما في الصورة التي تحدد بها في أنسجتنا المختلفة وتتجه هذه البحوث

أساساً إلى تقويم الصورة التي يوجد بها البروتين أو الهرمون في الأشخاص غير الشاربين والمقارنة بينهم في هذا الصدد وبين الأشخاص الشاربين، مع عناية خاصة ببيان مستوى هذه المواد عند الشاربين في فترات امتناعهم عن الشرب (حتى لا تكون نتيجة التقويم دالة للشرب نفسه) ومن بين البروتينات التي تناولها البحث في هذا السياق نوع من الإنزيمات ذات الأهمية الخاصة في عمليات الأيض التي تتناول الإيثانول (وهو العنصر الفعال في المشروب الكحولي) في الكبد وإنزيمات أخرى عديدة، ويشار إلى هذه البحوث جميرا باسم بحوث المؤشرات البيوكيميائية. (مصطفى سيف، 1996: 60، 61)

وقد كشفت بحوث أجريت مؤخراً عن علاقة بين تغيرات في تركيز الدوبامين (Dopamine) بسبب طبيعة ناقلة تسمى (SLC613-9) ونقص الرغبة في التدخين، وتشير البحوث إلى مصدرين لهذه العلاقة:

- تفاعل هذا الصبغي مع صبغي (DR D2-A2) إذ يؤكد تحليل الانحدار لبيانات من مدخنين عددهم (289) فرداً وغير مدخنين (233) فرداً، إلى وجود هذا التفاعل وأنه يزيد احتمال كون الفرد غير مدخن، وإذا حاول التدخين فإن محاولته تكون بعد سن (16) سنة.

- وفي رأي "Saloletal" أن التغيرات في الدوبامين بسبب الصبغي (SLC6A3-9) يرتبط بانخفاض الميل إلى البحث عن الجديد هذا الميل الذي يرتبط ارتفاعه ارتباطاً شديداً بالرغبة في التدخين نتيجة إدراك أن

السجائر تقدم هذا، لذا ينظر المدخنون إلى النيكوتين كوسيلة للتحكم في حالتهم المزاجية والاحتفاظ بشعور عادي، أنه وسيلة لهم للتخلص من الشعور السيء الذي ينتابهم بين تدخين سيجارة وأخرى. (عبد المنعم شحاته، 2006: 115)

وقد يكون للتكوين العقلي سبب من الأسباب الوراثية للإدمان، حيث أوضح "شوبيرا وشوبيرا" في الدراسة التحليلية التي أجرياها عام (1939) على متعاطي الحشيش في الهند أن نسبة كبيرة منهم يتسمون بالغباء وأن هؤلاء الأغياء لا يستطيعون مواجهة ضعف الحياة فيضبطون إلى تعاطي الحشيش حتى يتخلصوا من الإحساس بالاكتئاب الذي يتولد لديهم نتيجة إخفاقهم في حل ما يعترضهم من مشاكل وفي دراسة أخرى أجراها شوبيرا وشوبيرا على مائتي شخص من متعاطي الكوكايين ينتمون إلى الطبقة الدنيا في الهند، حيث أوضحت الدراسة أن نسبة كبيرة منهم يتسمون بالغباء، وأن ذلك ليس شأن متعاطي الكوكايين أو الحشيش فحسب بل ينطبق على متعاطي المخدرات عموما.

وتتفق نتائج شوبيرا وشوبيرا مع ما ذهب إليه علماء علم الإجرام من أن الضعف العقلي يؤثر على التكوين النفسي للشخص ويجعله أكثر استجابة للمتغيرات الخارجية والتأثير بها، وبالتالي أكثر استعدادا للقيام بأي عمل إجرامي يحقق له حاجاته. (عيسى محمد فتحي، 1988: 19)

2-الأسباب النفسية:

تتمثل الأسباب النفسية فيما يلي: (أديب محمد الخالدي، 2006:

(329)

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

ويقول بعض الباحثين أن كيان الإنسان النفسي الخاص يلعب دوراً رئيسياً في احتمال أن يكون الشخص مدمناً أم لا، وبتعبير آخر، أن المدمن هو إنسان لديه استعداد نفسي لكي يكون مدمناً ومعظم الذين يقعون في دائرة الإدمان هم بالدرجة الأولى الأفراد الذين لم يتمكنوا من التوافق مع

حالهم والذين يخفون اضطرابات نفسية عميقة، قد تعود إلى طفولتهم الأولى وأساليب التربية المعتمدة في مرحلة الطفولة، إضافة إلى اضطرابات العائلية بين الزوجين وتأثيرها على الجانب النفسي والانفعالي سواء في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد فيما بعد. (اسماعيلي يامنة، بعيّن نادية، 2011: 38)

وقد يدمن بعض الأفراد ليس للبحث عن اللذة وتجنب الألم وإنما يتعاطون المخدرات كسلوك انتقامي لتحطيم ذاتهم... فالمدمن يعلم أنه يؤذي نفسه، ولكنه يحتاج إلى المخدر الذي يجعله في حالة من التخدير التي يهرب بها من واقعه. (محمد سلامة غباري، 2007: 88)

ويرى "حسن الساعاتي" أن دافع التعاطي هو تناسي الهموم واستجلاب السرور، ويعد هذا السبب من أهم الأسباب التي تدفع بالأفراد إلى الإدمان، فيكون التعاطي في هذه الحالة طريقة سهلة من طرق الهروب من واقعهم المخيف والملق.

أما السبب الذي يأتي في المرتبة الثانية هو تحصيل اللذة الجنسية، وقد يكثر التعاطي للحصول على هذه اللذة. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 98)

وتعتبر مراحل النمو الحرجة في حياة الفرد ومنها مرحلة المراهقة التي تتطلب النمو الطبيعي والاستقلالية، وإثبات الذات يدفع بعض المراهقين إلى التشكيك في القيم السائدة أو الثورة على السلطة أو مسايرة بعض الجماعات أو المغالاة في الظهور وهذا قد يؤدي إلى لجوء البعض لتعاطي المخدرات.

(فؤاد بسيوني متولي، 2000: 19)

وقد يكون اللجوء إلى التعاطي يأخذ طابعاً تعويضياً لكنه يتسم بالسلبية والشذوذ أي عند شعور الفرد بالمعاناة من نقص معين، ويعتبر هذا التعويض زائف يؤدي إلى المزيد من الشعور بالنقص والاعتماد المرضي على العقار، والتعويض ميكانيزم دفاعي لا شعوري تسعى في الأنا لتعويض جانب من جوانب النقص، لكن هذا التعويض يأخذ طابعاً مرضياً، ويزيد من تفاقم حالة الفرد، وهذا ما اكتشفته معظم الدراسات في هذا المجال أن معظم المدمنون كان سبب إدمانهم نسيان الهموم والمشاكل والأزمات التي تصادف الفرد خلال مسيرة حياته.

وهناك من يرى بأن الإدمان هو نكوص (Régression) إلى المرحلة الفمية حيث قد عانى المدمن في هذه المرحلة الحرمان من إشباع حاجة الامتصاص لديه، لذلك يلجأ إلى التدخين أو الكحول... كتعويض مرضي نتيجة لحرمانه من إشباع حاجة الرضاعة. (عبد الرحمن محمد العيسوي،

(379: 1999)

3-الأسباب الاجتماعية:

يقصد بالأسباب الاجتماعية جميع الظروف والمتغيرات الاجتماعية التي تحيط بالفرد منذ ولادته وعبر مراحل حياته المختلفة، وتساهم بشكل أو باخر في تشكيل شخصيته وتكوينها، ويبداً تأثير تلك الظروف عند الفرد منذ طفولته الأولى المرتبطة بالتنشئة الاجتماعية المقدمة ويستمر طيلة حياته خلال مراحل التنشئة الاجتماعية المتأخرة.

وتمارس البيئة الاجتماعية تأثيرات متعددة على نشوء التعلق، فالمجتمع الغربي على سبيل المثال لا يتسامح مع الكحول فحسب، وإنما يعتبره عادة اجتماعية من ضمن العادات اليومية وفي كثير من الجمعيات والمؤسسات تتم السخرية منمن لا يتناولون الكحول، وفي كثير من المجتمعات العربية يعد تقديم السجائر من ضمن عادات الضيافة في المناسبات الفردية والاجتماعية، وتدخين الرجلة أصبح يمثل عادة واسعة الانتشار في المقاهي والنادي والمطعم، وتناول القات يعد في اليمن من ضمن العادات الاجتماعية التي لها طقوسها وتقاليدها التي يصعب انتزاعها، وبهذا تعمل جميع مؤسسات التنشئة الاجتماعية دورها في ظهور الادمان على المخدرات بطرق معينة وسنتناولها كالتالي:

3-1-الأسرة:

وعلى المستويات الأسرية يتعلم الأطفال منذ نعومة أظافرهم من والديهم ومجتمعهم التناول غير المراقب للكحول أو تدخين السجائر أو أية مادة أخرى، حسب المجتمع الذي يعيشون فيه وكثير من الأطفال يتعلمون أن تناول الكحول ينتهي للعادات التي يسلكها الوالدين في أوقات فراغهم (هواية وقت الفراغ) حيث يتم تناول السجائر أو الكحول عند وجود مشكلات وفي أوقات (القلق-الغضب) أو فنجان القهوة صباحاً... الخ، الأمر الذي يقود إلى أن يتبني الأولاد القادمون من أسر علاقتهم مضطربة مدمونة. (سامر جمبل رضوان، 2002: 404)

3-2-المدرسة:

تلعب المدرسة دوراً كبيراً في تنشئة الطلبة فللمعلمين هم القدوة فإذا كان سلوك المعلمين سلوكاً نموذجياً ويعتمد على الأساليب التربوية الحقيقية واستطاعت أن تشيع جوًّا يسوده الأمان بين الطلبة وأبعدتهم عن التوتر والصراع، ولم تلجأ إلى العقاب الجسدي والنفسي وأشارت بينهم العدالة الاجتماعية وأرشدتهم للفضيلة كلما كانوا أسواء، إن معالجة المدرسة لرفاق السوء وإرشاد الأهل للتعامل مع أبنائهم ووجود جوًّا متفاعل بين البيت والمدرسة ومتابعة الطلبة وتحسين تحصيلهم الدراسي ومساعدتهم على

تحقيق أهدافهم فإن جميع ذلك يساعد الطلبة على عدم الوقوع في الانحرافات السلوكية. (سعيد حسني العزة، 2004: 365)

3-3- جماعة الرفاق:

لجماعة الرفاق دور كبير في إدمان الكثير من المراهقين والشباب حيث تشير جميع الدراسات على متعاطي المخدرات أن رفاق السوء كانوا من الأسباب الرئيسية وراء إقبال المبحوثين على تعاطي المخدرات. فقد توصلت الدراسة الميدانية التي أجراها الدكتور عدلي السمرى عام (1990)، والتي شملت عينتين بلغ مجموعهما (400) مبحوثاً، نصفهم عينة تجريبية والنصف الآخر عينة ضابطة، وقد أجريت الدراسة التجريبية على عينة من نزلاء خمسة مراكز لعلاج المدمنين على المخدرات، ثلاثة منها في القاهرة واثنان في الإسكندرية وقد تم اختيار أفراد العينة الضابطة من غير المتعاطين الذين تم اختيارهم في نفس مستوى السن والتعليم والمهنة لأفراد العينة التجريبية، وقد توصلت الدراسة إلى أن (54.5%) من أفراد العينة كان سبب تعاطيهم المخدرات هو معاشرة رفاق السوء، وأن (88.5%) من المبحوثين حصلوا على المخدر لأول مرة عن طريق الأصدقاء.

وتبيّن دراسة الدكتور محمود الكردي، أن تعاطي المخدرات عند (83%) من أفراد العينة كان عن طريق الأصدقاء و(6%) عن طريق مروجي المخدرات كما اتضح من دراسة الدكتورة سلوى سليم أن (26%) من

المبحوثين تعاطوا المخدرات بسبب معاشرة رفاق السوء، وأن (38.1%) عادوا إلى تعاطي المخدر بعد انقطاعهم عنه بسبب الأصدقاء. (صالح السعد، 1997: 80)

وأظهر تحليل بيانات مستمدة من عينة ضخمة من المراهقين بلغ عددهم (1468)، وتتراوح أعمارهم من (12-17 سنة) أن الخصائص الشخصية واستعمال الأقران للمواد المخدرة يشرح أعلى نسبة من التباين في تكرار استعمال المراهقين لمواد مخدرة غير شرعية وتبين نتائج دراسة أخرى أن أثر الأقران من بين المنبئات باستخدام المواد المخدرة التي أفصحت عنها الدراسة، كما أظهرت نتائج دراسة أخرى أن أثر الأقران على استعمال المراهقين لمختلف أنواع المخدرات قوي نسبياً ودال إحصائياً، مع وجود أثر مستقل و مباشر لاتجاهات الوالدين نحو المخدرات واستعمال الأقربين والراشدين للمخدرات، وتبين دراسة حديثة أهمية التنمية المبكرة للضبط الذاتي، وبالذات بالنسبة لمن لديهم استعداداً أكبر للمخاطرة، فاستعمال المواد المخدرة والتأثير السلبي للأقران ينظر إليها في هذه الدراسة على أنها العمليات التي من خلالها يؤدي الاستعداد للمخاطرة وضعف الضبط الذاتي إلى السلوك الجنسي غير المأمون. (حمود بن هزاع بن عبد الله الشنبرى الشريفى، 2007: 15)

حيث أظهرت دراسة ميدانية أجريت في مصر لرصد الوسائل المؤثرة في انتشار ظاهرة المخدرات أن أصدقاء السوء من أهم المؤثرين في توجيهه الشباب نحو الإدمان، وذلك بنسبة (50.3%)، أما الظروف المحيطة، وخاصة المرور بالأزمات بنسبة (29.4%)، تلي ذلك أسباب أخرى، مثل حب الاستطلاع وعدم وجود الرقابة والتوعية، وقال المبحوثين من الشباب (50% منهم) أن وسائل الإعلام تقلل انتشار الظاهرة، وفيما رأى (41%) منهم أنها تزيد من حدة الظاهرة وخاصة التلفزيون من خلال الأفلام التي تعالج الظاهرة، وهي من جانب آخر تعلم المشاهدين طرق الإدمان وأساليبه، وكشفت الدراسة أن درجة توافر الخدمات الاجتماعية والأنشطة الرياضية والبرامج العلمية إذا ما توفّرت فستحدث تغييرًا إيجابيًّا لدى الشباب للإقلاع أو الابتعاد عن المخدرات. (ماجدة براء الدين السيد عبيد، 2008: 271)

4-التعرض لثقافة المخدرات:

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

١) السماع عن المخدرات.

٢) الرؤية المباشرة للمخدرات.

٣) وجود أصدقاء يتعاطون المخدرات.

٤) وجود أقارب يتعاطون المخدرات.

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

٥-٥-الاعتقاد الخاطئ بعدم تحريم المخدرات:

رغم حكم الشرع في تحريم المخدرات إلا أن هناك من يعتقدون اعتقاداً خاطئاً بعدم تحريم المخدرات شرعاً وأنها مكرهه، مما من شأنه زيادة الإقبال على تعاطي المخدرات وبالتالي تزايد انتشارها، ويعود ذلك كله إلى جهل بعض الناس بتحريم المخدرات دينياً وشرعياً، وعدم سؤالهم واستفسارهم من أهل الذكر عن موقف الإسلام من المخدرات، أما لعدم

مبالاتهم أو لوسوسة الشيطان لهم بإتباع طريق السوء، ويعود ذلك إلى ابتعاد الناس عن أحكام الشريعة الإسلامية وانشغالهم بأمور الدنيا، وعدم الثقة في الدين الذي حرم المخدرات بإجماع فقهاء المسلمين وكتاب الله عز وجل وسنة نبيه عليه الصلاة والسلام، كما أن البعض يتذرعون بأعذار وهمية تجاه تحريم المخدرات لتسويق تعاطيهم للمواد المخدرة، ومن تلك الأعذار قولهم بعدم وجود نص صريح لتحريم المخدرات دينياً متناسين جميع أحكام الشريعة الإسلامية السمحنة وإجماع فقهاء المسلمين على تحريم المخدرات تعاطياً واتجاهياً بنصوص واضحة مع قرائتها المميزة لهذا التحريم بصيغة دينية بحثة. (صالح السعد، 1997: 71)

وهنالك العديد من الدراسات التطبيقية التي أجريت في مجال تعاطي المخدرات والاتجار غير المشروع بها، وتوصلت إلى نتائج تفيد إلى وجود كم هائل من متعاطي المخدرات ممن يعتقدون بأنها غير محرمة شرعاً أو أن تعاطيها منبؤذ أو مكرود، فقد توصلت دراسة أجراها مصطفى سويف عن تعاطي المخدرات في مصر إلى أن (12%) من أفراد العينة فقط يعرفون أن تعاطي الحشيش محرم دينياً، كما أفاد أن (61.5%) من أفراد العينة يرون أن تعاطي الحشيش مكرود فقط، وأفاد (26%) من أفراد العينة أن تعاطي الحشيش غير مكرود وغير محرم. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 203)

6-ضعف الواقع الديني:

يشكل الواقع الديني عاملاً أساسياً من عوامل ضبط سلوك الأفراد وتعاملهم، إلا أن السعي وراء المنجزات الحضارية ومستجداتها اليومية، والاستفادة من التقدم التقني السريع الذي قصر المسافات الجغرافية وأزال الحدود الطبيعية بين البلدان، واتصال المجتمعات البشرية بعضها ببعض، كل ذلك ساهم في التحلل الجزئي من الواقع الديني ذلك العامل الهام في الإلقاء عن المحرمات والمخدرات منها، كما أن ضعف الواقع الديني يؤدي إلى اهتزاز القيم الدينية عند الفرد، وابتعاده عن التمسك بإرادة الله تعالى والسكنون إليها والاعتماد عليه وحده في وقت الشدة والظروف الصعبة، وكذلك إبعاد الفرد عن ذكر الله عز وجل والنأي به عن أداء الصلاة وتلبية نداء الخلق للعمل بأحكام الشريعة السمحاء لما فيه خير العبد في الدنيا والآخرة.

وقد أثبتت العديد من الدراسات المتخصصة في مجال المخدرات إلى أن الواقع الديني كان من الضوابط القوية في التحكم بسلوكيات الأفراد السلمية، وأن خلخلة الواقع الديني وضعفه عند كثير من المبحوثين كان وراء بحثهم عن تعاطي المخدرات وسيطرتها على أنفسهم، فقد توصلت الدراسة التي أجرتها الكاتب في هذا المجال إلى أن حوالي (84.9%) من أفراد العينة الأردنيين وأن (81%) من أفراد عينة الجنسيات العربية الأخرى من متعاطي

المخدرات لا يؤدون فرضية الصلاة وأن (82%) من أفراد العينة الأردنيين و(78.5%) من أفراد عينة الجنسيات العربية الأخرى لا يصومون شهر رمضان.

وأوضحت دراسة سلوى سليم إلى أن (88.5%) من أفراد عينة الدراسة لا يؤدون فرضية الصلاة بينما كان و(11.5%) منهم يؤدونها وهم صغار كما أن (81.5%) من أفراد عينة الدراسة لا يصومون شهر رمضان.
(صالح السعد، 1997: 72)

وفي دراسة قام بها عبد الله عبد الغني غانم (1991: 316) حول النساء اللائي يتاجرن بالمخدرات حيث قام باستجواب النساء المبحوثات بتهمة الاتجار بالمخدرات، فوجد بأن (18%) من النساء من بين (30) امرأة لا يشعرون بالذنب لقيامهن بتجارة المخدرات وقد اعترفن بذلك وقدمن أسباباً تبرر قيامهن بهذا الفعل حيث قالت إحداهن: ما هو الذي حرام، هذه مهنتي، والحسد نبات خلقه ربنا إذاً كيف هو حرام، وقد تكلمت مع زوجي وقد قال لي ربنا لم يحرم الحشيش إنما حرم الخمر. كما أدلت إحداهن: بأن المخدرات ليس عيباً، هي مصدر رزقها هي وأولادها.

والواقع أن المخدرات المعاصرة، لا تؤدي إلى اسكار أو ذهاب للعقل وحسب وإنما تؤدي إلى هلاك الإنسان ودماره وهل يبقى بعد ذلك مجال لمثل هذه الشهادات. (جمال رجب سيدبي، 2009: 08)

وهنالك ثلاث عوامل أخرى تؤثر في ظاهرة الإدمان على المخدرات هي:

أولاً: العقار من الناحية التالية

- تركيبته وخصائصه الكيميائية: تختلف فترة الوصول إلى مرحلة الإدمان باختلاف تركيبة العقار وتفاعلاته الكيميائية مع المخ، فيصل الفرد إلى مرحلة إدمان الخمر من خمسة إلى عشر سنوات من الاستعمال المفرط والمستمر، ويصل إلى الإدمان عن طريق استعمال المنومات بصورة منتظمة من خلال شهر بينما يصل إلى إدمان الميرورين من خلال أسبوع أو عشرة أيام على الأكثـر، وهنا نلمس الاختلاف في خطورة هذا العقار الأخير عن العقاقير الأخرى.
- طريقة استعماله: يعد الحقن من أسرع الوسائل للوصول إلى مرحلة الإدمان، أما الاستعمال عن طريق الفم يكون أقل تأثيراً، كما يعد التدخين أبطأ وسائل التعاطي، وبالتالي الإدمان، ويقع الاستنشاق بين التدخين والتعاطي عن طريق الفم.
- توفر العقار: مدى توفر وسهولة الحصول عليه وصورة المادة التي يحصل عليها المتعاطي. (محمد يسري إبراهيم دعبس، 1994: 25)، وقد نلاحظ أنه كلما توفر العقار كلما ارتفعت نسبة التعاطي وبالتالي الإدمان كما هو الحال لدى عمال الحانات والمطاعم، وعمال مصانع التقطير، وموظفي الجمارك، والأطباء والصيادلة.

• نظرة المجتمع للعقار: يتأثر مقدار توفر العقار واستعماله وبالتالي الإدمان عليه لدرجة كبيرة بنظرية المجتمع لذلك العقار، ففي الغرب مثلاً لا يوجد أي حرج أو مانع من الاتجار بالخمر أو شربه من قبل أي فرد من أفراد الشعب، لذلك يكون احتمال الإدمان عليه أكبر بكثير منه في بلد مسلم مثلاً لأن الشريعة الإسلامية حرمت بيعه.

ثانياً: العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه

إن كل فرد له شخصيته الخاصة وتركيبته النفسية الخاصة، وهو يختلف في مجموعة من الصفات عن فرد آخر له شخصية أخرى وتركيبية نفسية تختلف اختلافاً نوعياً وكهما عن الفرد السابق، وهذا ما يفسر إدمان المخدرات عند بعض الأشخاص وعدم تعاطيها عند البعض الآخر.

والعلاقة العاطفية التي تتكون من خلال إقامة علاقات بين الفرد منذ طفولته مع الأم والأب تساهم بدرجة كبيرة في حدوث تكيف نفسي وانسجام مع الواقع المعاش، إذ نجد سوزان إزاكس SusanIsacs يعتقد أنه إذا ما كان التوجّه نحو الأب يتحدد في غضون السنة الثانية فإنه ليس نادراً أنه منذ الوهلة الأولى يتجه الأطفال نحو آباءهم مثلما يتجهون نحو الآخرين الذين يعجبون بهم، والذين يمدونهم بالحب والأمن. إذا فالعاطفة والحب والحنان التي يصدرها الطفل انطلاقاً من سنوات عمره الأولى ستتدخل في حياته العاطفية، وتشكل قواماً أساسياً لقوى المركبات التي

تساهم في بنية النفسية وبالتالي في شخصيته، وتوجيه سلوكه بعد ذلك نحو السوء أو الانحراف، وقد يتأثر الفرد بمجموعة من العوامل أهمها:

• **العوامل الوراثية:** يظن بعض الباحثين بأن أولاد المدمنين مؤهلين أكثر من غيرهم للوقوع في براثن الإدمان، وإن إدمان كلا الوالدين يؤدي إلى إدمان عدد أكبر من الأولاد بالمقارنة مع إدمان أحدهما ويرجع ذلك إلى أسباب وراثية، وهم يؤكدون رأيهم بدراسات أجروها على الحيوانات في المختبر وبازدياد نسبة المدمنين الجدد في أسر المدمنين القدامى، ومن الغريب في الأمر أن هؤلاء الباحثين يرجعون سبب هذه النقطة بالذات إلى الوراثة ويرجعونها إلى البيئة التي ينشأ فيها الأبناء، ولكن رغم هذه الدراسات الميدانية المخبرية التي أجريت لترتبط الإدمان بالعامل الوراثي إلا أنه لا يوجد دليل واحد قاطع يثبت جدية هذه العلاقة.

• **شخصية المدمن:** يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها، فالإنسان يحتاج إلى القيم الاجتماعية والمبادئ الأخلاقية والمعتقدات الدينية بقدر حاجته إلى الطعام والشراب والهواء، فهو يحتاج إلى أن يشعر بوجوده ككائن وبقيمة في المجتمع، لما يحتاج إلى الحرية، وإلى هوية ينتمي إليها، لأن الإنسان بحاجة إلى الانتماء إلى شيء محدد، فهو إن لم ينتمي إلى شيء فهو لا شيء كما يحتاج إلى وجود سلطة تضبط تصرفاته وترشده إلى ما فيه خير ومنفعة وهدوء واستقرار.

فالمدمن يرى الإدمان كأسلوب للحياة أو كمحاولة للتوصل إلى السعادة والسيطرة والتناغم مع النفس ومع الواقع من خلال الوسائل الإدمانية كالخمر والكوكايين...، (لقد تم التعرض إلى هذا العنصر بالتفصيل في النظرية السلوكية). (جود فطوير، 2001: 34)

ويمكن القول انطلاقاً مما سبق ذكره أن العامل النفسي يلعب دوراً كبيراً في الإقبال على تعاطي المخدرات، خاصة منها تلك الأمراض النفسية المصاحبة للتطور المادي أذكر على سبيل المثال، الصراع النفسي، الإحباط، زيادة إلى القلق والتوتر العصبي، فالاحباطات المتكررة (Frustrations) وذلك بكثرة مطالب التقدم الحضاري مع نقص في الإمكانيات المادية للفرد قد يحدث حالة من الاكتئاب واليأس والقنوط. (اسماعيلي يامنة، بعيبع نادية، 2011: 44، 45)

ثالثاً: العوامل الاجتماعية المساعدة على الإدمان

- العادات والتقاليد: تختلف الرؤية الثقافية للإدمان عقار عن آخر تبعاً للمحتوى الثقافي لكل مجتمع عن الآخر، حيث تلعب العادات والتقاليد دوراً بالغ الأهمية في تجريم أو إباحة تناول العقاقير من مختلف الأنواع.

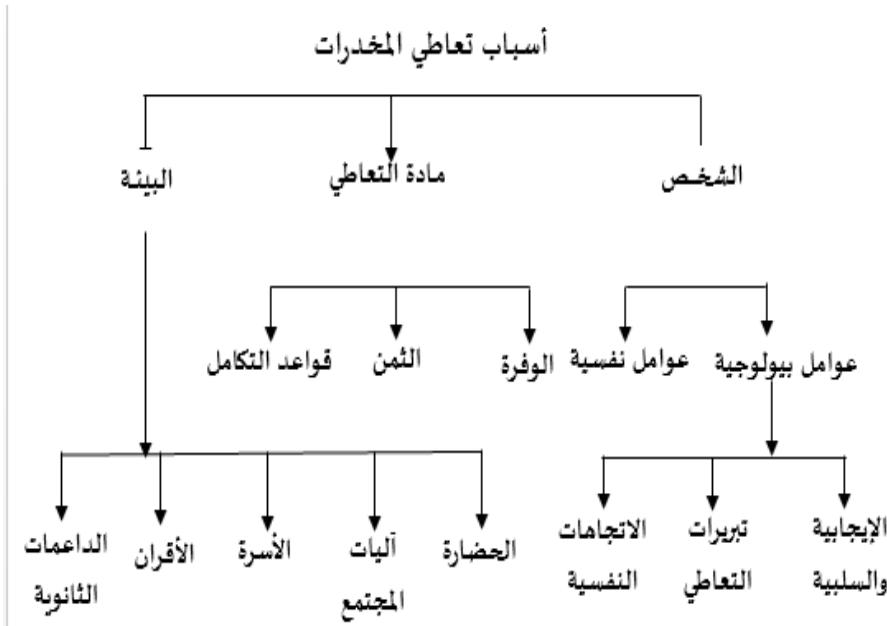
- الدين والحضارة: تختلف أنماط الإدمان في البلدان المختلفة تبعاً لطبيعة الأديان السائدة في المجتمع وبينما نجد تساهل من الكنيسة

الكاثوليكية في تناول الخمور نجد الإسلام يحرم المخدرات بجميع أنواعها ويحرم تناول الخمر، وعندما أباح الإسلام تناول هذه المحظورات في بعض الحالات المرضية من منطلق الضرورات تبيح المحظورات، وما عدا ذلك فإن هذا السلوك محرم دينياً واجتماعياً، كما نجد أن نظرة المجتمع للعقار تختلف عن مجتمع آخر، فنجد أن الخمر تنتشر في فرنسا وأيرلندا بينما تنخفض بين الإيطاليين واليهود ويرتفع إدمان الخمر والهيرويون في المدن الكبرى بأمريكا...الخ.

- الحروب: قد تساعد الظروف وملابسات الحياة غير المستقرة التي يعيشها أبناء المجتمع أثناء الحروب وعدم الأمان والقلق والخوف والاضطرابات على انتشار أو تناول العقاقير والمخدرات بصورة أكثر عن أوقات السلام. (محمد يسري إبراهيم دعبس، 1994: 28)

تناولنا في هذا الجزء أهم العوامل المسببة للإدمان على المخدرات بكافة أنواعها من خلال آراء العلماء والتقديرات الإحصائية المتحصل عليها من البحوث العلمية المتخصصة في مجال البحث عن دور مختلف الأسباب السالفة الذكر في تفشي إدمان المخدرات، التي باتت تمس كل شرائح المجتمع في كافة دول العالم الأمر الذي جعل منها أزمة حقيقة تحتاج إلى تكاتف العديد من الجهد-كل في مجال تخصصه- من أجل التخفيف من حدتها خاصة في عصرنا الحالي الذي توازى فيه التطور في مجالات جمة من حياة الأفراد مع تفاقم وظهور مشكلات جديدة لم تكن تعرف من قبل. ولعل

الشكل التالي يبرز لنا أهم الأسباب المؤدية للإدمان حسب مصطفى سويف : (59:1996)



شكل رقم (04): يوضح أهم أسباب الإدمان على المخدرات.

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

الفصل الرابع

أنواع الإدمان وخصائصه

ومراحل تعاطيه وطرق

(العلاج)

١-أهمية دراسة ظاهرة إدمان الخمور والمخدرات:

أصبحت الخمور والمخدرات تؤثر بصورة مباشرة، أو غير مباشرة على فئات المجتمع فقراء وأغنياء، شباباً وشيوخاً، وانتشرت أكثر بين صفوف المراهقين من أبناء المجتمع وأثرت على حياتهم الاجتماعية والدراسية وأدت إلى تسريحهم من المدارس الثانوية، فقد بلغت نسبة التسرب في المرحلة الثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية على النطاق القومي (25%) وقد لقيت المخدرات قبولاً واسع النطاق بين الكبار الراشدين أيضاً رغم آثارها الضارة، فبعد أن كانت الخمور والمخدرات ترتبط في الولايات المتحدة الأمريكية بالأحياء الفقيرة وموسيقى الجاز، انتقل تعاطهما إلى الطبقة الوسطى من البيض وأصبح طلبة المدارس الثانوية ومن في عمرهم يربطون بين استخدام المخدرات مثل الماريجوانا وعقار الـL.S.D وبين الإيديولوجيات السياسية والثورة على المادية، والحركات الدينية الزائفة وروح لعقار الماريجوانا دعاية أنه لا ضرر منه وأنه أكثر أماناً من الكحوليات وفي عام (1965) كان العنصر الكيميائي المغير لحالة العقل في الماريجوانا يمثل (0.1، 0.2) وكان الشباب يتعاطونه كبديل عن المشروبات الكحولية.

وفي السبعينات مع مجيء حرب الفيتنام أصبح الشباب الأمريكيون يرددون القول بأنهم إذا كانوا قد بلغوا من العمر ما يسمح بإشرافهم في

الحرب، فلماذا لا يسمح لهم بتعاطي المخدرات الكحولية، ولم تعد الماريجوانا تستعمل بدليلاً على الخمور بل أصبح العقاران يستخدمان.

وفي عام (1970) تشكلت المنظمة الوطنية لتعديل قوانين "الماريجوانا" وجعلت غرضها الأساسي إباحة تدخين الماريجوانا، وانعكس ذلك على تحصل التلاميذ في المدارس، وأصبحت ظاهرة عدم الانضباط في المدرسة ظاهرة شائعة، وأصبح الاختصاصيون يقولون للأباء الذين يحررهم مسلك أبنائهم في هذا السن أن هذا السلوك طبيعي ولا ضرر من تدخين الماريجوانا.

وبحلول عام (1978) أصبح (0.1) من تلاميذ الصفوف النهائية في المدارس الثانوية الأمريكية يدخنون الماريجوانا يومياً، وسادت فلسفة جديدة وأصبح الشعار الجديد "إذا كنت تجد متعة في شيء ما فافعله" وكان ذلك يتم من خلال وسائل الإعلام وخاصة التلفاز وقد ثبت بشكل قاطع أن جميع العاقاقير المغيرة لحالة العقل قانونية وغير القانونية، يمكن أن ينشأ عنها نوع من الإدمان.

وبحلول الثمانينات تمكّن منتجو الماريجوانا من الحصول على نوع منها أقوى تأثيراً تزيد قوته من (50) إلى (100) ضعف مما كانت عليه في السبعينيات، ويبيّن التقرير السنوي لإدارة مكافحة المخدرات الأمريكية أن تعاطي الكوكايين زاد بنسبة (11%) وزاد تعاطي الفنيلسيكليدين والأمفيتامينات غير القانونية بنسبة (15%) سنة (1984)، وبين المسع

العام للمدارس الثانوية الأمريكية في عام (1974) أن واحداً من كل سنة من طلبتها كان يتعاطى الكوكيين. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 170، 171)

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

2- خصائص الإدمان:

لا يعتبر المتعاطي مدمناً إلا بعد أن يمر في مرحلة الاعتماد النفسي والعضوي، وهي المرحلة التي تميز بالأعراض السريرية التالية: (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002: 383)

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

2) الميل المستمر إلى زيادة الجرعة من تلك المادة المتعاطاة وهذا ما يعرف بالتحمل.

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

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

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

3- أنواع الإدمان:

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

1-الإدمان الصدمي:

ويأتي في أعقاب صدمة حدثت بصورة مفاجئة وحادة ومثل هذا الشخص يدمى بهذه الطريقة عادة ما يفتقر إلى العلاقات الاجتماعية المناسبة مما يؤدي إلى تطور الأزمة التي سببها الصدمة كما يتميز سلوكه واتجاهاته بالنزوع نحو تدمير الذات.

2-الإدمان الفعلي:

ويتميز هذا الإدمان بوجود صراع فعال في البيئة، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح والكآبة أو الإقلال من الاهتمامات والاتجاهات والأنشطة المعاشرة عن العواطف، ويظهر المدمن تعبيرات عن التحدى والتعصب ويوجه إلى الأشخاص المسؤولين عن وقوعه في هذا الصراع.

3-الإدمان الانتقالي:

ويرجع إلى اضطرابات نفسية متنوعة تتلاءم مع بداية إدمان العقاقير، مثل حالات الهوس وخاصة بين مدمني الهاروين ومثل حالات الاكتئاب المتكررة مع الأشكال الطقوسية.

3-4-الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعي:

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

4-مراحل الإدمان على المخدرات:

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

المرحلة الأولى: التعاطي للمرة الأولى (التجريب)

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

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

إن تجربة المواد المخدرة يصبح لدى المدمن وسيلة هروبية من واقعه المؤلم إلى واقع وهي أقل ألمًا في نظره، من خلال نشوة المخدر الوهمية الخادعة التي تشعره بالاستقلالية والسعادة ونسيان المشاكل والهموم... إلى أن يجد نفسه محطمًا أسيراً للمادة المخدرة.

المرحلة الثانية: التعاطي العرضي أو (الاجتماعي)

غالبية مجريي العقاقير المخدرة لا يستمرون في تعاطيهما، كما أن غالبية من يستمرون في تعاطي عقاقير معينة يفعلون ذلك على أساس عرضي (وقتي) ولا يتناولون العقار المخدر إلا عند الحصول عليه بسهولة، ووفقاً لتقبل المجتمع المتعاطي لهذا العقار، وبذلك يكون التعاطي هنا عفويًا أكثر من قصدياً أو مدبراً.

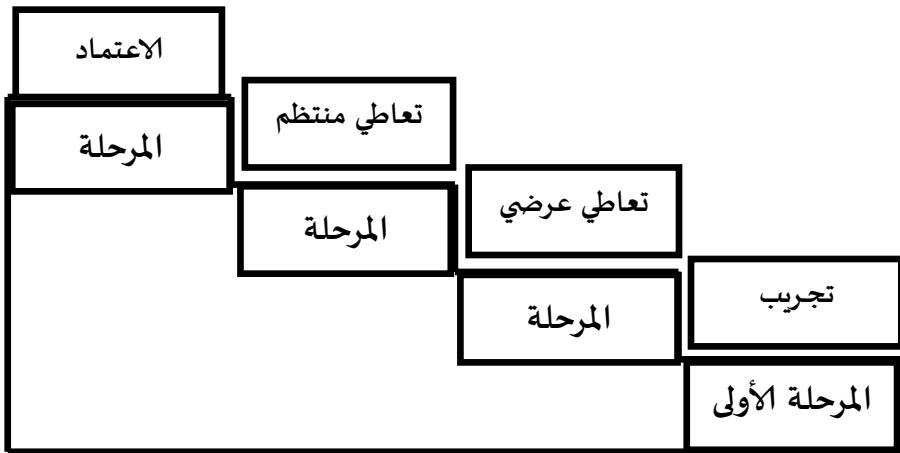
المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم

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

المرحلة الرابعة: مرحلة الاعتماد (الإدمان)

وفي هذه المرحلة الأخيرة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءاً رئيسياً من حياة المتعاطي، وستقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية.

وتقول باربرا بانكل (1994: 31) "أن استخدام المخدرات عندما يتعدى مرحلة التجريب يصبح إدماناً" والشكل التالي يوضح ذلك: (حسين علي فايد، 2006: 52)



شكل رقم (٥٥): يوضح مراحل الاعتماد على العقاقير المخدرة.

٥-علاج الإدمان على المخدرات:

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

والخطوة الثانية أن يقنع نفسه أنه لا يستطيع أن يتكييف بمفرده بدون مساعدة ذلك على الرغم من فشل محاولاته يظل المدمن مصرأً أنه

يستطيع أن يتغلب على إدمانه، والخطوة الثالثة لذلك هي علاج ما قد يكون نشأ عن الإدمان من أمراض جسمية. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 424: 2005)

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

وبشكل عام فإن العلاج المناسب يتطلب المشاوره مع الشخص المدمن وبمعرفة منه، وأن تكون الأهداف واضحة ومحددة مسبقاً القريبة منها والبعيدة، إذ لا جدوى من علاج المدمن ما لم يشعر أنه بحاجة إلى علاج، ويرغب في التخلص من إدمانه، والعلاج بصورة عامة يرتكز على ثلاثة محاور أساسية هي: (أحمد محمد الزعبي، 212: 2008)

1-5-العلاج الطبي:

ويهدف إلى تخلص الجسم من السموم والتقليل من أعراض الانسحاب التي يعاني منها المريض عندما يتوقف عن تعاطي العقاقير المسببة للإدمان، وهو ضروري ويمثل أول خطوة لجميع أنواع طرق العلاج النفسي (وتستغرق إزالة السموم باستخدام العقاقير من 3-5 أيام بالمستشفى حيث

تحدث للمرضى مجموعة من التأثيرات الغير سارة مثل الغثيان، والدوار، وسرعة ضربات القلب، والتعرق. (عبد المعم عبد الله حسيب، 2006: 218)

والعلاج الطبى يجب أن يكون شخصياً أى لكل حالة منفردة ويتوقف على نوع المخدر الذى يتعاطاه الشخص، وعدد مرات التعاطى وحجم الكمية التى تعاطاها، وعلى الأمراض التى يعاني منها حيث هدف العلاج إلى ما يلى:

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

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

5-2-العلاج النفسي:

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

ولذلك فإنه في العلاج النفسي لابد من محاولة تغيير سلوك المدمن السابق شيئاً فشيئاً، وجعله ينبذ الحياة والسلوك السابق المرتبط بحياة الإدمان، وكل ماله علاقة بالإدمان ومحاولاته دفعه في تغيير نظرته للحياة والمجتمع والمحيط، بالإضافة إلى مساعدته على استعادة إرادته المسروبة من طرف المخدر، وجعله يقرر مصيره بنفسه، وذلك بإعادة المبادرة له، وجعله يتخد القرارات والمسؤوليات التي تخصه شخصياً، أو تلك التي تخص محیطه القريب، ومساعدته على استرجاع الإرادة في مواصلة الحياة بصور سوية وبدون الاعتماد على الآخرين، ولا بد من مساعدته أيضاً على تغيير اتجاهه نحو المخدر، من خلال إعطائه معلومات دقيقة وصحيحة عن الآثار والنتائج المأساوية للإدمان، وتقديم حالات واقعية للمدمنين وفي النهاية يمكن استنتاج أن الهدف الأساسي من العلاج النفسي، هو البحث عن شخصية جديدة أو إقناع بإمكانية استرجاع الشخصية الحقيقية "ما قبل الإدمان"،

وهذا يتم من خلال معرفة الأسباب الحقيقية التي أدت إلى الإدمان ومحاولة القضاء عليها أو علاجها قدر المستطاع. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 214).

(215)

ويعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم طرائق العلاج النفسي في معالجة الإدمان ويرتكز على تغيير الأفكار اللاعقلانية والمتوهمة عن التأثيرات الإيجابية للمخدرات على الصحة الجسمية والنفسية والقدرات العقلية، وتوضيح أنها تدمر خلايا المخ، وبالتالي تؤدي إلى الاختلال والتدهور في العمليات المعرفية، بالإضافة إلى تدريب المدمن على التحكم في استخدام أو تعاطي العقار، والتدريب على الوقاية من حدوث الانتكasaة والعودة للمخدرات، وهو أسلوب يجمع بين تعليم المدمن المهارات المعرفية والسلوكية التي تساعده على التوقف والامتناع عن التعاطي، وعدم حدوث الانتكاسة، فالمريض إذا استخدم الأسلوب المناسب والفعال في مواجهة المواقف الضاغطة فإن ذلك يؤدي إلى ارتفاع مستوى فعالية الذات، وبالتالي يقل احتمال حدوث الانتكاسة، أما إذا لم يستخدم الأسلوب المباشر والفعال في مواجهة المواقف الضاغطة التي قد تعرضه في الحياة اليومية، فإن ذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى فعالية الذات ويزداد احتمال العودة إلى المخدرات. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006: 222)

إن العلاج المعرفي علاج بالغ الإيجابية، لا ينزع نحو مساعدة المسترشدين للعمل على تحقيق هدف نهائي وهو العزوف عن المواد النفسية الضارة والمسيبة للإدمان فحسب، ولكن أن يتعلموا أيضاً مهارات جديدة، فعلى سبيل المثال بعض المسترشدين ذوي التاريخ الطويل من تعاطي المخدرات يفشلون في تطوير مهارات حل المشكلات، والاتصال، والمهارات التنظيمية، ومهارة إدارة الوقت، ومهارة التوكيد، ومهارة توجيه الذات المدرجة التي تكفي لإقامة حياة منتجة مرضية، ويترکز العلاج المعرفي بشدة على إكساب مثل هذه المهارات حتى يتمكن المسترشدين من بناء الكفاءة الذاتية وخفض ضغوط الحياة، ومن ثمة خفض احتمال الانتكاسات وكسر الحلقة المفرغة. (روبيرت ليهي، 2006: 213، 214)

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

5-3-العلاج الاجتماعي:

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

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

فالهدف من العلاج الاجتماعي هو جعل المدمن يصل إلى حالة من الاستقرار الاجتماعي وتوجيهه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة المنتجة، بالإضافة إلى نبذ السلوكيات الشاذة، والاقتناع بضرورة تجنها والتخلص منها، والدخول في الحياة الاجتماعية السوية وكذلك إعادة إدماجه اجتماعياً ومهنياً وإدخاله في الحياة المهنية بصورة جزئية أولاً، ثم بصورة كلية. (أحمد محمد الرعبي،

(217:2008)

وتحدد أهداف العلاج الاجتماعي كما تراها من صالح العامري في الآتي:

- 1) جعل المدمن يصل إلى حالة الاستقرار الاجتماعي وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة.
- 2) إعادة الإدماج الاجتماعي، وجعله عضواً صالحاً في المجتمع الصغير (الأسرة) أو المجتمع الكبير.
- 3) الإدماج المهني، أي إرجاع الرغبة له في العمل وتأصيله مهنياً، أو إعادة التأهيل لمن كانت له مهنة سابقة وإدخاله في الحياة المهنية اليومية.
- 4) إعادة إدماج المدمن تعليمياً وخاصة المدمنين الشباب الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة أو كبار السن. (حسين علي الغول، 2011)

(306)

وبهذا يمكن القول أنه لا يمكن الاعتماد في علاج الإدمان على طريقة واحدة لتخلص المدمن من إدمانه فطرق العلاج السالفة الذكر يمكننا أن نقول عنها أنها متلازمة مع بعضها البعض لتخلص المدمن من معاناته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وبهذا يتبيّن لنا أنه لا وجود لطرق مثل لعلاج الإدمان، بل توجد طرق متعددة تؤدي إلى نتائج مختلفة، وفي الحقيقة أن علاج المخدرات يصدق عنه ما قلناه في أضرار المخدرات، حيث تحكم فيه مجموعة عوامل لا يمكننا أن نغفل عنها هي أن طرق العلاج مثلاً تحكم فيها

طبيعة المدمن والمادة التي كان يتعاطاها حتى أن العلاج يختلف من مجتمع إلى مجتمع آخر تبعاً للظروف والثقافة السائدة، كما أن الخصائص الفارماكولوجية تختلف من مخدر لأخر إضافة إلى بنية شخصية المدمن...هذا ما يجعل من الضروري تعدد طرق العلاج خصوصاً إلى العوامل السابقة الذكر لكي يكون العلاج فعالاً.

6-علاج المدمنين على المخدرات في التشريع الجزائري:

لقد تم التعرض للعلاج من الادمان من قبل المشرع الجزائري لأول مرة في القانون رقم (85-05) المؤرخ في 16 نوفمبر 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، في الباب الثامن، الفصل الثاني المتعلق بالأحكام الجزائية المتعلقة بالمواد الصيدلية، في المواد (من 249 إلى 253)، حيث تتعرض هذه المواد للعلاج المزيل للتسمم دون ذكر عبارة إدمان أو مدمن أو تبعية للمخدر، إذ جاء نص المادة (249) كما يلي: " لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امتهلوا للعلاج الطبي الذي وصف لهم وتابعوه حتى نهايته...", كما جاء في المادة (250): " يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب الجناحة المنصوص عليها في المادة (245):"استعمال المخدرات، استهلاكها" أعلاه لمعالجة مزيلة للتسمم... إذا ثبت أن حالهم الصحية تستوجب علاجاً طبياً..."

كما أوكل المرسوم (151-92)، الصادر بتاريخ 14 أبريل 1992،
اللجنة الوطنية المنشأة وفقاً له مهمة: "تقييم أثر الإدمان على المخدرات
وتوصي بالإجراءات ذات الطابع الطبي أو الاجتماعي أو التنظيمي اللازم...".

أخيراً نجد أن القانون (18-04) الصادر بتاريخ 25 ديسمبر 2004
المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار
غير المشروعين بها، قد كرس مبادئ وإجراءات علاج المدمنين الواردة في
قانون الصحة لسنة (1985)، إذ أبقى على عدم ممارسة الدعوى العمومية
على الأشخاص الذين امثلوا إلى العلاج الطبي الذي وُصف لهم وتابعوه إلى
نهايته (م6)، كما مكن قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث من الأمر بإخضاع
الأشخاص المتهمين بارتكاب جنحة الاستهلاك أو الحيازة من أجل الاستهلاك
الشخصي، الذين ثبتت الخبرة الطبية المتخصصة أن حالتهم الصحية
 تستوجب علاجاً طبياً مزيلاً للتسمم (م7).

وذهب المشرع إلى أبعد من ذلك حيث نصت المادة (08) على أنه:
"يجوز للجهة القضائية المختصة أن تلزم الأشخاص المذكورين في المادة
(07) أعلاه، بالخضوع لعلاج إزالة التسمم...".

وتشير المادة (10) إلى أن علاج إزالة التسمم يجري إما داخل مؤسسة
متخصصة وإما خارجياً، تحت مراقبة طبية.

ولقد أتى المشرع بهذه الإجراءات والتدابير العلاجية بالنسبة للمدمنين على المخدرات للخروج من منطق الحل العقابي الوحيد باعتبار أن المدمن مريض وفق هذه النظرة الجديدة في حاجة إلى علاج أكثر من ضرورة إخضاعه للعقاب.

لقد تطرق المتدخلون إلى الأمر بالعلاج لإزالة التسمم على مستوى النيابة العامة، قاضي التحقيق وقاضي الحكم. (نور الدين بوزاري، 2014: 14، 15)

الفصل الخامس

(المخدرات ومشكلة انتشارها)

تعتبر المخدرات من الجرائم التي يقع فيها الإنسان ويعاقب عليها القانون، ويوصف تعاطي المخدرات في وقتنا الراهن بأنه (طاعون العصر الحديث) وأنه وباء ابتدى به بعض الناس لكن من جراء أنفسهم (محمد عبد حسين، 2010: 195)، حيث باتت ظاهرة المخدرات من الظواهر المميتة التي تمس حياة الأفراد الاجتماعية والصحية لما لها من أضرار خطيرة تعيق سير الحياة العادلة للفرد والمجتمع، وبالرغم من تضافر كل الجهود المبذولة من طرف المتخصصين في محاربة الظاهرة في المجالات المختلفة (رجال الأمن، الأطباء، الإعلاميين، الجمعيات والنادي...)، إلا أن الظاهرة في تزايد مستمر وذلك لأنها ليست بمشكلة فردية هذا من ناحية ومن ناحية أخرى هي مشكلة معقدة متشابكة تتدخل فيها عدة عوامل ولكل عامل خطورته على الفرد من حيث توافقه مع نفسه ومع الآخرين.

وفي الحقيقة المخدرات ليست وليدة عصرنا الحالي فجذورها تمتد إلى العصور القديمة من حيث وجودها في حياة الإنسان وكذا إدمانه عليها، لكن الفرق بين ما كانت عليه المخدرات وما هي عليه الآن يكمن في طبيعة المواد المخدرة ووسائل تعاطي هذه المواد ومدى انتشارها في المجتمع حيث يتوقع كل المختصين في مجال المخدرات والإدمان عليها انتشار صور وتركيبات جديدة تبعاً للتغير الحاصل في مجالات شتى من حياة الإنسان، إضافة إلى الوسائل التي يستخدمها مروجو المخدرات في إقناع الناس الذين يعيشون بعض

الظروف الضاغطة من حياتهم أو يتخطبون في مشاكل لم يجدوا لها حل، أو أناس لا يدركون مخاطر هذه المواد على صحتهم وصحة مجتمعهم.

١-مفهوم المخدرات:

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

ويطلق الفقهاء لفظ المخدرات على كل ما يغطي العقل من المسكرات غير المائعة في أصل تكوينها كالحشيش والبنج والأفيون. (مختار إبراهيمي، 2005: 28)

كلمة المخدر ترجمة عربية لكلمة (Norcotic) المشتقة من الإغريقية (Narroris) التي تعني الخدر، وتعرف المادة المخدرة بأنها كل مادة خام أو مستحضره تحتوي مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان

علمها مما يضر بالفرد والمجتمع جسمياً ونفسياً واجتماعياً. (أحمد إبراهيم الباسوسي، 2007: 28)

تعتبر كلمة المخدر في اللغة العربية أكثر دقة ودلالة من الكلمة المقابلة لها في اللغة الإنجليزية والفرنسية (Drug)، لأن هذه الكلمة الأوروبية تعني من الناحية العلمية العقار أو أي مادة يستخدمها الأطباء في علاج الأمراض...، أو في مجال فسيولوجيا الكائن الحي، ولكن كلمة عقار في الوقت نفسه تستخدم بمعنى المخدر ذو الخصائص المعروفة من تنبيه أو انهباط، كما يرتبط استعمالها بالوصمة وعدم القبول من حيث هي مواد ضارة بالفرد وغير مقبولة اجتماعياً، وهكذا نجد بها معนدين في اللغة الأجنبية، فالدواء يستخدم بقصد العلاج، أما المستحضرات الدوائية تستخدم استخداماً سيئاً لآثارها الضارة بدنياً واجتماعياً ولأنها فعل أو سلوك مرفوض من طرف المجتمع، أما المخدر هو ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد، وجاء في القاموس المحيط (للفيروز أبادي) الخدر (بكسر الخاء) ستر وأيضاً التأثير، أما الخدر (بالفتح) فهو الكسل، وظلمة الليل، والمكان المظلم، وارتفاع الحر، واحتدار أي استر، كما يعتبر الخدر (بالفتح) استرخاء يغشى الأعضاء وفتور العين أو ثقل فيها. (حسين علي الغول، 2011: 85، 86)

وهو مادة تسبب في الإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة، وقد ينتهي إلى غيبوبة تعقبها الوفاة، وتستعمل المخدرات في الطب

لإزالة الآلام كالمسكنات أو لإحداث النوم كالمnoonات، ومع أن جميع المواد المستعملة للبيج يجوز اعتبارها من المخدرات، فإن المصطلح نفسه قد خصص الآن للدلالة على مواد معينة، تثبط الجهاز العصبي تثبيطاً عاماً، ومع هذا فإن المخدرات تسبب الإدمان. (عبد الحليم أبو حلم، 2006: 390)

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

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

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

1-1-التعريف القانوني للمخدرات:

لم يتعرض المشرع الجزائري لتعريف المخدرات، كما فعلت بعض القوانين المقارنة وترك أمر التعريف للفقه، والفقه أعطى عدة تعريفات منها أن "المادة المخدرة هي كل مادة خام أو مستحضر تحتوي على عناصر منها من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسمياً ونفسياً واجتماعياً.

وفي تعريف آخر "المخدر مادة ذات خواص معينة يؤثر تعاطيها أو الإدمان عليها في غير أغراض العلاج تأثيراً ضاراً بدنياً أو ذهنياً أو نفسياً سواء تم تعاطيها عن طريق البلع أو الشم أو الحقن أو أي طريقة أخرى".

وفي تعريف آخر المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تناولها أو زراعتها أو صنعها لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك. (نصر الدين مروك، 2010: 19)

وتشمل هذه المواد: الأفيون ومشتقاته والحسدش وعقاقير الهدلوزة والكوكايين والمنشطات ولكن لا تصنف الخمور والمهدئات والمنومات ضمن

المخدرات على الرغم من أنها مع الاستمرار في استعمالها بشكل خاطئ وبدون وصفة طبية يسبب الإدمان. (محمد جمال مظلوم، 2012:6)

1-2- التعريف الطبي للمخدرات:

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

إذن المخدرات هي كل مستخلص يدخل في العضو الحي، حيث يستطيع أن يغير وظيفة أو العديد من وظائفه. (Griffith Eedards, Awni Arif, 1982: 19)

3-تعريف المخدرات في الإسلام:

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

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

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

يتضح لنا أن مفهوم المخدرات يننظر له من جوانب عديدة، فلا يوجد للمخدرات تعريف واحد متفق عليه، رغم شيوع هذا المصطلح -المخدرات- بين العلماء وحتى في الحياة الاجتماعية، وهناك من يرى أن أنساب مصطلح هو المواد النفسية بدلاً من المخدر، وبين هذا وذاك نستطيع القول بأن المخدرات وانطلاقاً مما سبق هي كل المواد الطبيعية والمصنعة التي إذا دخلت إلى جسم الإنسان بطريقة ما (بلع، استنشاق أو حقن) غيرت في بعض وظائفه، ونتيجة لتكرار تعاطي هذه المواد تتدحر الصحة الجسمية والنفسية والعقلية وحتى الاجتماعية للإنسان، ولا يستطيع التوقف عن تناولها وإن حول التوقف تلزمه أعراض انسحاب حادة.

2- مشكلة انتشار المخدرات عالمياً وعربياً:

انتشرت المخدرات بشكل مذهل في مختلف أرجاء العالم حتى أصبحت دراسة ظاهرة المخدرات من قبيل الأمراض الوبائية، وساعد على تصعيد هذه التحديات وجود العصابات الدولية التي تمتهن الاتجار في المخدرات لما تدر عليها من أرباح طائلة، ولما تحققه من خلالها من بسط لنفوذها اقتصادياً واجتماعياً وسياسياً.

وجاء في تقرير هيئة الأمم المتحدة لاعوام (83، 84، 85) أن انتشار سوء استعمال المخدرات يتزايد العام تلوى الآخر مهدداً بذلك أعداداً متزايدة من الأشخاص...، كما أن مواد التعاطي في العالم بعد الكحول هو الحشيش

بأنواعه، فهناك (141) مليون نسمة في العالم يتعاطون الحشيش، ويلهم متعاطو الحبوب المنشطة مثل الأمفيتامين ويمثلون (30) مليون نسمة في العالم ويلهم متعاطو الكوكايين ويصل عددهم إلى (13) مليون نسمة في العالم، أما الهايروين فإن عدد من يتعاطونه يصل إلى (8) ملايين. (حسين علي الغول، 2011: 18)

وتؤكد التقارير على أن انتشار زراعة المخدرات يتم في بلدان عديدة من العالم والتي يتولى تمويل مشروعاتها عصابات إجرامية منظمة ذات صلات دولية، مما أدى إلى حث المؤتمر السابع للأمم المتحدة في قراراته (2، 3) الدول الأعضاء على محاربة المجموعات المنظمة التي تقوم بتمويل المشاريع الزراعية وغيرها من الأنشطة غير المشروعة المتعلقة بتجارة وترويج المخدرات والمؤثرات العقلية، وأوصى الاجتماع الإقليمي الأول لرؤساء الوكالات الوطنية المكلفة بإنفاذ القوانين المنعقدة بمدينة فيينا (1986) بأن تتخذ الحكومات جميع التدابير التي تكفل احتجاز الموجودات المستجدة من الاتجار غير المشروع بالعقاقير المخدرة على اعتبار أنها تشكل جريمة جنائية إضافة إلى مصادر الأموال والإيرادات المتحصلة عن طريق زراعتها والاتجار بها.

(حسين علي الغول، 2011: 19)

وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية أول الدول التي ظهرت فيها شبكة تعاطي الهايروين بصورة خطيرة ولأول مرة وذلك في عام (1913-1914)،

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

ويخلص "محى الدين الجمال" إلى القول أن هذه المشكلة ما زالت تحتل مكانة بارزة وأولوية كبيرة تثقل كاهل الشعوب، وأصبح وباء الإدمان وما يرتبط به من مخاطر ومشكلات صحية واجتماعية يتزايد بعد أن وصل في العقد الأخير حدود (5000) طن ووصل عام (1999) إلى (5764) طناً وما زالت الأوضاع في بعض دول آسيا تنذر بمزيد من الخطير، فهذا العوامل

قد تهدد دورة إنتاج الكوكايين الذي جاوز (900) طن، وتشير تقارير الأمم المتحدة إلى تزايد مضبوطات الحشيش إلى (100.000) طن وزيادة معامل بعض أنواع المخدرات من (500) معمل إلى أكثر من (800) معمل من عام (1995) إلى الآن. (حسين علي الغول، 2011: 25)

حسب تقرير مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجرائم في عام (2003) يعتبر الحشيش هو أكثر المواد المخدرة استخداماً على مستوى العالم، حيث يزيد نسبة المتعاطين للحشيش عن (120) مليون شخص، يليه الأمفيتامينات ومشتقاتها، ويبلغ عدد متعاطيه حوالي (34) مليون شخص بالإضافة على (8) ملايين شخص يتعاطون الأكستازى على مستوى العالم، ويقدر عدد مدمني الكوكايين والكراك على مستوى العالم بحوالي (14) مليون شخص، والأفيون ومشتقاته حوالي (15) مليون شخص أما الهايروين فيبلغ عدد متعاطيه ومدمنيه حوالي (10) ملايين شخص على مستوى العالم.

ويستمر تعاطي المخدرات ليلحق ضرراً كبيراً، مع قيمة حياة الإنسان وضياع سنوات الإنتاجية للكثير من الأشخاص، فقد تم الإبلاغ عن الوفيات المرتبطة بالمخدرات في عام (2012) بمعدل وفيات (40.0) (المدى: 20،8 حتى 3،49) حالة وفاة لكل مليون من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين (15-64)، في حين أن تقديرات أقل من عام (2011)، ويمكن أن يعزى

التحفيض إلى انخفاض عدد الوفيات المبلغ عنها في عدد قليل من البلدان في آسيا.

على الصعيد العالمي تشير التقديرات إلى أنه في عام (2012)، بين 162 و324 مليون شخص، أي ما يعادل ما بين (3.5 و7.0%) من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين (15-64) وقد استخدمو المخدرات غير المشروعة - والتي تمثل في القنب، المواد الأفيونية والكوكايين أو المنشطات - مرة واحدة على الأقل. (World Drug Report, 2014: 03)

وبحسب ما ورد في نفس التقرير، فإن عدد الذين يدمون نتيجة إساءة استخدام الأدوية يبلغ حوالي (200) مليون شخص على مستوى العالم، وهي نسبة تعادل حوالي (3.4%) من مجموع تعداد السكان على مستوى العالم، (4.7%) من مجموع تعداد السكان الذين تتجاوز أعمارهم (15) عاماً فأكثر. (عبد الهادي مصباح، 2004: 36، 37)

أما عن إنتاج المخدرات في الدول العربية، فبالرغم من أن المنطقة العربية تفتقر إلى دراسات دقيقة لحجم إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان عليها مما يصعب معه الوقوف على حقيقة ظاهرة المخدرات في الوطن العربي وتحديد حجمها، إلا أن المعلومات المتوفرة تشير إلى تزايد الظاهرة تزايداً مستمراً يوماً بعد يوم وأن معظم الدول العربية تعاني في الوقت الحاضر من ظاهرة إساءة استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية

والنفسية، وإن اختلف حجم الظاهرة ونوع المخدرات الشائعة الاستخدام من دولة إلى دولة أخرى، فنجد أن المنطقة العربية الواقعة على ساحل البحر المتوسط الشرقي (لبنان، سوريا والأردن، العراق) تعاني من الحشيش اللبناني ونقله إليها عن طريق سوريا والأردن، والأفيون من دول الهلال الذهبي (باكستان وأفغانستان وتركيا) وتسرب الهيروين إليها، أما دول منطقة الخليج المست فتعاني من مشكلة الحشيش والأفيون ونسبة ضئيلة من الهيروين والكوكايين الذي يتسرب إليها من دول الاتجار غير المشروع لهذه المواد المخدرة. (حسين علي فايد، 2005: 27، 28)

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

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

فمشكلة تعاطي المخدرات بالحقن ظلت مستقرة، وتشير التقديرات إلى أن عدد متعاطي المخدرات كان في عام (2010) بين (15.5 و38) مليون، أو بين (10-13%) من التقدير العالمي لجميع متعاطي المخدرات، بينما في عام (2008)، ووفقاً لمرجعية المجموعة إلى الأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية، وتعاطي المخدرات باستخدام الحقن، كان هناك ما يقدر بنحو (16) مليون شخص من الذين يستخدمون المخدرات المحقونة، وقد ظلت كل من هذه التقديرات مستقرة في الأساس.

(World Drug Report, 2012: 07)

ويرى "جميل الميمان" أن الدول العربية الواقعة على شرق البحر الأبيض المتوسط (لبنان، سوريا والأردن والعراق) تعاني من انتشار الحشيش اللبناني ونقله إليها عن طريق سوريا والأردن، أما الأفيون فيأتي في الهلال الذهبي وباكستان وتركيا، بينما تعاني دول الخليج العربي من الحشيش والأفيون ونسبة ضئيلة من الهيروين والكوكايين الذي تسرب مع العمال الوافدين إليها من دول الاتجار غير المشروع، كما تعاني اليمن والسعودية والصومال والسودان وجيبوتي من القات.

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

الجرائم ارتفع بشكل ملحوظ، ففي حين بلغ إجمالي الجرائم في العام. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2012: 101)

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

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

مع الإشارة بأن (10%) من مخدر الكيف المغربي يمر عبر الجزائر إلى أوروبا مروراً بتونس ولبيبا، كما حجزت في الجزائر أنواع أخرى من المخدرات

والمتمثلة في (7) كيلوغرامات من الكوكايين خلال سنة (2006) و(22) كلغ خلال سنة (2007)

كما استفحلت زراعة القنب والأفيون في بعض مناطق الجزائر خاصة في منطقتي أدرار وتيميمون بجنوب البلاد، ومنطقة توجا ببجاية أين تم حجز أكثر من عشرين ألف نبتة قنب في تلك المناطق خلال سنة (2007).

وبتاريخ (12 مارس 2008) اكتشف رجال الدرك الوطني ليتميمون بقصر أجدير الشرقي ببلدية شاروين، عشرة مزارع لمخدرى القنب وشخصوا الأفيون على مساحة عشرة هكتار وأن مبالغ الدعم الفلاحي حولت لزراعة المخدرات.

وقد أصبح لا يمر يوم واحد دون الحجز على كمية من المخدرات أو المؤثرات العقلية عبر التراب الوطني خاصة على مستوى الحدود الغربية والتي تدخل منها كميات تعتبر من المخدرات وبخصوص المؤثرات العقلية فإن مصالح الدرك الوطني حجزت خلال الأربع أشهر الأولى لسنة (2008) ما يقارب (1830) حبة خاصة بالمؤثرات العقلية، وكانت الكمية لنفس الفترة من السنة الماضية تقارب (43.729) حبة، أما الكمية السنوية فهي (89.931) حبة مقابل (38.923) حبة خلال سنة (2006).

أما بخصوص مخدر الكوكايين فإن الكميات المحجوزة قليلة بالنظر إلى القنب الهندي وعلى سبيل المثال تمكّن رجال الدرك الوطني في باب العسّة بالحدود الغربية للوطن من حجز كمية قدرها مائتين واثنان وسبعين غراماً من الكوكايين، ويقدر ثمن الغرام الواحد بـ (8000) دج، ونظراً لغلاء ثمنه فإن هذا المخدر يستهلك عادة في الفنادق الكبرى وأماكن التسلية الليلية بكل من الجزائر ووهران، ولا يستعمل إلا من طرف بعض الأوساط الثرية وكذا بعض رجال الأعمال. (الحسين بن شيخ آث ملوي، 2010: 13، 14)

3-تصنيف المخدرات:

هناك عدة معايير لتصنيف المخدرات، فقد تصنف وفق اللون، وقد تصنف وفق الأثر، وقد تصنف وفق المصدر أو وفق التأثير كما يلي:

1-تصنيف المخدرات وفق المصدر:

(1) **المخدرات الطبيعية:** وهي مجموعة العقاقير التي يحصل عليها الإنسان من الطبيعة، دون إدخال تعديل صناعي عليها، وهي نباتات تحتوي على المادة المخدرة، كالأفيونات (نبات الخشخاش) الحشيش (نبات القنب الهندي)، القات، الكوكا، التبغ، الشاي والقهوة.

(2) **المخدرات المصنعة:** وهي أشباه القلويات المستخلصة من المادة المخدرة الطبيعية بطرق صناعية مثل المخدرات المشتقة من الأفيون (المورفين، الهيروين، والكودايين) ومخدرات مشتقة من أوراق الكوكا (الكوكايين).

(3) المخدرات الكيميائية: وهي مواد مخدرة حضرت كيميائياً ومن أهمها:

- المنومات (الباربيتورات).
- المنبهات (الأمفيتامينات).
- المسكنات.
- المهدئات.

المشتقات. (ذيباب موسى البداینة، 2012: 90)

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

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

3-تصنيف المخدرات من حيث تأثيرها:

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

(1) **المثبّطات (Depressant):** وهي تضم المواد القاتلة للألم أو المنومة والمهدئة والمسكنة ومنها الأفيون، قلويات الأفيون، الهايروين. (فؤاد بسيوني متولي، 2000: 32)

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

(3) **المهلوسات (Hallucinogen):** هي المواد التي تؤدي بتعاطها إلى الحالة المسماة بخداع الحواس حيث يحصل لدى المريض إدراك خاطئ بشيء ما مع عدم وجوده أو تشويه لشيء موجود ومن هذه العقاقير عقار (ل.س.د)، ميسكارين. (إبراهيم مختارى، 2005: 29، 30)

3-تصنيف المخدرات حسب اللون: ومنها:

1) مخدرات بيضاء: مثل الكوكايين والهيروين.

2) مخدرات سوداء: مثل الأفيون ومشتقاته والحشيش.

3-تصنيف المخدرات على حسب نوعية الاعتماد (العضووي والنفسي):

1) المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً وعضوياً مثل: الأفيون ومشتقاته كالمورفين.

2) المخدرات التي تسبب اعتماداً نفسياً فقط مثل: القات، عقاقير الهدوء.

5-تصنيف منظمة الصحة العالمية وتشمل:

1) مجموعة العقاقير المنبهة مثل: الكافيين والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامينات ومثل البنزين وركسي ومئتيروف.

2) مجموعة العقاقير المهدئة وتشمل: المخدرات مثل المورفين والهيروين والأفيون ومجموعة الباربيتوريات، وبعض المركبات الصناعية مثل الميتادون.

3) مجموعة العقاقير المثيرة للأخابيل (المغيبات) ويأتي على رأسها: القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش والمarijوانا.

3-تصنيف المواد المخدرة بحسب التركيب الكيميائي:

وهذا تصنيف آخر تبعه منظمة الصحة العالمية يعتمد على التركيب الكيميائي للعقار وليس على التأثر به، ويضم هذا التصنيف ثمانى مجموعات هي:

- الأفيونات.
- الحشيش.
- الكوكايين.
- المثيرات للأحابيل.
- الأمفيتامينات.
- الباربيتيورات.
- القات.
- الفولانيل.

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

4-طرق تناول المخدرات:

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

1-4-عن طريق الفم:

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

2-4-عن طريق الحقن:

وذلك عن طريق الحقن بالعضل، وهذا قد يكون عن طريق الأوردة مباشرة، أو تحت الجلد أو في العضل، وتؤدي هذه الطريقة إلى استجابات سريعة، مقارنة مع طريقة التناول عن طريق الفم، وذلك لسرعة الامتصاص

والوصول لمجرى الدم، ولا بد من الإشارة إلى أن الامتصاص السريع للمخدر في وقت قصير جداً وخاصة إذا كانت الجرعة كبيرة فقد تؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان، بالإضافة إلى فقدان عملية التعقيم ما قد يؤدي إلى الالتهابات أو التلوث.

3-4-عن طريق الاستنشاق:

عن طريق الرئة يتم الامتصاص بهذه الطريقة بشكل سريع، ويتم نقل المواد المخدرة بشكل سريع عن طريق الرئتين. (ذياب موسى البدائنة، 2012: 97)

5-العقاقير التي يساء استخدامها:

5-المبيطات:

مركبات مخدرة تؤثر في النظام العصبي لدى المستعمل وتزوده بالارтиاح المصطنع وتؤدي إلى الإدمان، مثل الهيروين والبروبتيورات (أملاح حمض البربيتوكيل) والميثاكوالوان، وتسخدم من الناحية الطبية للتخفيف من القلق وسرعة الانفعال والتوتر العصبي.

5-المنشطات:

مواد تؤدي إلى تنشيط أو تزيد من نشاط النظام العصبي المركزي للمستعمل مثل الأمفيتامينات، والكوكايين، والفينيترازين

الزيادة التنبية والتقليل من التعب والإجهاد والشعور بالثقة والقوة.

3-5- العقاقير المهدوسة:

4-5 المستنشقات:

لا تصل إلى درجة الممنوعات ولكنها كثيراً ما يساء استخدامها خاصة من قبل الشباب، وتحتوي على المواد المتطايرة والتي توجد في كثير من المنتجات مثل الغراء، الجازولين والبيوتان، وأكسيد النتروز. (الورثان عبد الرحمن عبد الله، 2010: 9)

الفصل السادس

أنواع المذادات

إن المواد المخدرة ليست حديثة النشأة فهي تزامن مع عمر البشرية، وإن كانت بعض أشكالها وطرق تناولها يعتبر حديثا في مجال الطب أو مجال التعاطي وتتوقع كل البحوث والدراسات المتعلقة بهذا المجال ظهور أوجه جديدة للتعاطي والمواد المخدرة وكذا طرق الاستعمال، وفي هذا العنصر سنتناول أهم المواد المخدرة الشائعة في مجال التعاطي كما يلي:

1-بعض أنواع المواد المخدرة:

1-1-الكحوليات L'alcool

الكحول هو العقار الوحيد الذي يتناول عن طريق الفم حيث أنه لا يحقن ولا يدخن ولا يستنشق، والكحول مادة تنتج من تخمير السكر مع بصلات الخميرة أو البكتيريا... وكان الصينيون يطلقون على المشروبات الكحولية كلمة جيو jiu وهي كلمة يترجمها أهل الاختصاص بالنبيذ Wine. (حسين علي الغول: 2011: 153).



الكحول

ويعد الكحول الإيثيلي (Ethyl Alcohol) أو ما يسمى الإيثانول ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) من أكثر المواد السامة، وهو معروف منذ زمن

بعيد، إلا أنه لم يستدل على تركيبه إلا في القرن التاسع عشر حيث كان ينبع سابقاً من تخمير الفواكه. (محمد محمود بنى يونس، 2008: 360)

ويعد شرب الكحول في المجتمع الغربي واسع الانتشار بين جميع فئاته الاجتماعية لأنّه يعدّ تعبيراً عن مستوى العيش العصري، أو من متطلبات الحياة المتمدنة، يُقدم في المناسبات الاجتماعية واللقاءات الرسمية والاحتفالات الشخصية والأسرية والمجتمعية، بمعنى أن استهلاكه يكون لخدمة غرض مناسبي أو احتفالي أو اجتماعي، يخضع استهلاكه أو شربه لضوابط محددة لا توصل شاربه إلى درجة السكر أو الثمالة أي ضمن ضوابط ثقافية، تحدد كمية الكحول ونوعيته حسب أصول وطريقة تقديم الطعام، وهناك من الشرابين للكحول من ينحرفون عن معايير النمط الثقافي للشرب، أو في المعايير القانونية له فيصلون إلى حالة الثمالة ويطلق عليهم مصطلح المفرطون في الشرب أو المسرفون في الشرب، حيث تصبح الكحول لديهم عادة يومية غير مرتبطة بالمناسبات مع مضاعفة لكمية الكحول وتكرار الشرب اعتماداً من شاربها حتى يصل إلى المتعة والسعادة ويعتمد الكحولي أن الإكثار من الكحول هو ما يجعله يصل إلى مرحلة النشوة. (معن خليل العمر، 2009: 254)

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان الكحولي عام (1952) أي شكل من أشكال الشراب المسكر تكون فيه الكمية المتناولة أكثر من الحد

الأعلى للاستعمال التقليدي أو المألف أو المسيرة المعتادة مع عادة الشرب المتعلقة بالمجتمع المحلي بغض النظر عن العوامل المسبة التي تؤدي إلى مثل هذا السلوك.

ويقول العالم الاجتماعي "روبر شتراوس" عن Robert Straus الإدمان الكحولي بأنه استعمال المدمن المشروبات الكحولية بدرجة تزيد على تناول المواد الغذائية أو المشروبات التي يتناولها الأفراد وهذا الاستعمال يضر بصحة الفرد ويؤثر تأثيراً سلبياً في علاقاته الاجتماعية والشخصية. (إحسان محمد الحسن، 2008: 131)

ويعاني مدمنو الكحول من حالات الجنون الدوري نتيجة غزارة الشرب وكذلك حالات الم haze أي الحالات التي يظهر عليها المهدىان نوبات الجنون، وتأتي هذه النوبات بعد فترة طويلة من الشرب، ويعاني المريض من اضطرابات ويعجز عن توجيه نفسه مع وجود الكثير من الهلوات أي يشبه الشخص المريض بالحمى، أحياناً يكون قادرًا على الاتصال بيئته، وأحياناً أخرى يفقد القدرة ويشعر المريض بألم شديد وتهيج عنيف، فقد يصرخ في خوف، ويضحك أو يبكي بطريقة هستيرية ويصبح من الصعب الاتصال بالمريض والتعامل معه. (عبد الرحمن العيسوي، 2005: 362، 363)

كما تصبح ذاكرته ضعيفة جداً إلى درجة أنه ينسى حتى الأحداث القريبة ويجد صعوبة في التحرك في المكان الذي يعيش فيه، وتتغير

الشخصية أو تتدہور ويصبح من الصعب العيش معه إذ يصبح عصبي المزاج وسريع التهيج. (مجدي أحمد محمد عبد الله، 1996: 236)

٢-الأفيون ومشتقاته:



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

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

وفي الهند عرف نبات الخشخاش منذ القرن السادس للميلاد واستخدمته في تبادلاتها التجارية مع الصين إلى أن احتكرته شركة الهند الشرقية التي تسيطر عليها إنجلترا في أسواق الصين، وقد اندلعت الحرب بين الصين وإنجلترا وعرفت هذه الحرب بحرب الأفيون. (محمود السيد علي،

(21:2012)

والأفيون (Opium) هو سائل أبيض بلون الحليب نحصل عليه بشق علية الخشasha قبل نضختها. (نوربير سيلامي، 2001: 271)، فقد كان الأفيون يعرف على أنه دواء في العالم الشرقي (الهند، الصين، جنوب شرق آسيا، فضلاً عن أوروبا وأمريكا)، وقد تم استخدامه قديماً كعلاج طبي لبعض الأمراض. (معن خليل العمر، 2009: 255)

فالأفيون بالأصل مادة طبية تستخدم للتخدير وتسكين الألم، وهي تسبب الشعور بالحيوية والنشاط (Euphoria) والإحساس بالاعفافية، والأفيونات مواد مستخلصة من نبات الخشasha المعروف منذآلاف السنين بخصائصه المسكنة والمنومة والذي كان يستخدم في التداوي وخصوصاً في بلدان الشرق الأقصى والأوسط ومن الناحية الفسيولوجية يحتوي الخشasha على مستقبلات مختلفة في خلايا الدماغ ويحدث مشاعر مرحة.

وعلى أي حال فإن البيانات التاريخية لم تدل على استعمال الأفيون لأغراض غير طبية إلا في العصر الحديث، حيث قال الشاعر "هوميروس" الإغريقي حوالي تسعمائة سنة قبل الميلاد أن الأفيون قد انتشر في اليونان في ذلك الوقت، أما "أبقراط" فقد استعمل الأفيون أربع مائة سنة قبل الميلاد وهذا ما أكدته الطبيب "جالينوس" وينسب إلى الأطباء العرب بأنهم أول من استعمل عصارة الخشasha لعلاج حالات الإسهال، وبأنهم أول من نقلوا هذه النبتة إلى بلدان الشرق الأقصى والمعلوم أن نبتة الخشasha قد دخلت

الصين في القرن السابع بعد الميلاد، واليابان في القرن الخامس عشر وفي (1680) كتب الطبيب الإنجليزي المشهور "توماس سيدنهام" عن الأفيون بقوله أن من الأدوية التي وهبها الخالق العظيم لرفع معاناته، فما من أحد منها أكثر انتشاراً أو أكثر فاعلية من الأفيون.

ويعتبر الطبيب الإنجليزي "جون جونس" أول من لاحظ عام (1700) بأن توقف المتعود عن استعمال الأفيون بصورة مفاجئة، يحدث أعراضًا مرعبة، وقد ظل الأفيون الخام هو المادة المستعملة لأغراض علاجية طبية، ولأغراض غير طبية وذلك حتى عام (1803) عندما أصبح من الممكن استخلاص مادة المورفين من مستحضر الأفيون. (وليد سرحان، 2007:

(230)

ويقدر الإنتاج من الأفيون في عام (2013) بحوالي (6883) طن، وهذا يعني العودة إلى المستويات التي سجلت في سنة (2011 و2008)، إنتاج الأفيون في أفغانستان تمثل (80%) من الإنتاج العالمي للأفيون. (World Drug Report, 2014: 21)

الأفيون هو المادة العصرية المستخلصة من زهرة الخشاش المعروفة باسم زهرة الخشاش الآسيوية، واسمها العلمي (Papavarum Somni Ferrum) ويتم الحصول على هذه العصارة بشق أعلى هذه الزهرة وهو الرأس الحاوي للبذور، وبعد جمع العصارة تترك لمدة أربع وعشرين

ساعة لكي تجف وبعدها تجمع، وحصيلة ذلك هو الأفيون الخام، الذي يحتوي على عدد من المركبات الأفيونية والتي يبلغ عددها العشرون مركبا، وأهمها المورفين والكوداين وهناك مواد أفيونية أخرى منها ما هو مصنع من المستحضرات الطبيعية السابقة الذكر وخاصة المورفين والكوداين ومنها ما هو مصنع كيميائيا بصورة كاملة لأنها لا تحتوي على أي مادة أفيونية طبيعية ويعتبر (الهيروين) من أهم المشتقات المصنعة من الأفيون.

ويعتبر الأفيون الأب الشرعي للمهبطات ذات الأصل الطبيعي حيث يحتوي الخام منه على أكثر من (35) مركبا كيميائيا أهمها وأكثر فاعلية المورفين والهيروين والكوداين:

3-1-المورفين :Morphine



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

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

4-1-الهيروين :Héroïne

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



أشكال وألوان الهيروين

والمشكلة في الهايروين تكمن في سرعة الإدمان عليه، فخلال بضعة أيام وجرعات قليلة يصبح من الصعب التوقف عنه لأن ذلك يؤدي إلى أعراض انسحابية، وأثناء تعاطي الهايروين فإن المتعاطي يبدأ بالتحول والشحوب وينقص وزنه ويصبح يعاني من إمساك دائم، يصبح هاجسه ليل نهار هو البحث عن الجرعة التالية ويحتاط دائماً ببعض الحبوب المهدئة القوية، أو المشروبات الكحولية خوفاً من عدم حصوله على الجرعة التالية، مما يجعل حياته تدور في فلك العقار، ومهمل عمله وحياته الأسرية ويبذر أمواله ويقرض ويستدين، وقد يسرق أيضاً. (وليد سرحان، 2012: 37)

وللهايروين خاصية عبور حاجز الدم بصورة أسرع من المورفين، مما يؤدي إلى شعور الفرد بمظاهر فعله بسرعة تفوق سرعة الشعور بمظاهر هذا الفعل مقارنة بالمورفين، وهذا ما يساعده بحدوث الإدمان على الهايروين، وينتشر الهايروين في جميع أنحاء الجسم بعد تناوله، غير أن فعله الأساسي يقع على الجهاز العصبي المركزي، ويتمثل فعل الهايروين في عمليتين: الأولى التخفيف من الألم وإزالته، والثانية إحداث شعور النشوة، ونظرًا لكثرتها وأعراضه الجانبية فإنه لا يستعمل إطلاقاً للأغراض الطبية، وينحصر استعماله فقط في مجال سوء الاستعمال والاتجار غير المشروع، ويقوم الكبد بحرق الهايروين بصورة كاملة، خلال خمس ساعات من تناوله. (وليد سرحان، 2007: 232)

5-1 الكودايين :Codéine

الكودايين مثل الهايروين والمورفين من حيث وجوده في خام الأفيون ولكن نسبة وجوده تتراوح ما بين (0.5%) وهو يستخدم على نطاق واسع في عقاقير علاج السعال، وهو من مسكنات الآلام، وإن كانت فاعليته أقل من المورفين ويوجد في صورة بلورات في مسحوق أبيض على هيئة شراب سائل أو محلول (امبولات).

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

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

والكودايين يستخرج من الأفيون ولكنه مركب طبي معروف يستعمل مسكنًا للآلام والتقلصات وأيضاً في تسكين السعال إلا أنه أضعف في تأثيره من المورفين ولكنه أيضاً يسبب الإدمان... ومدمنو الكودايين يشربون كميات

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

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

6-القنب :Cannabis



أوراق نبات القنب

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

لقد عرف هذا النبات منذ فجر التاريخ، وكانت زراعته في بادئ الأمر تقتصر على الانتفاع بأليافه في عمل الحبال ونسج الأقمشة، كما كان يستعمل أيضاً من قبل السحرة وكهنة المعابد وزعماء بعض الطوائف الدينية وذلك للتآثير به على عقائد العامة ونفسياتهم.

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

ويستعمل الحشيش على شكل شراب أو طعام في بلدان العالم الشرقي، وهو في الغالب لا يستعمل نقياً بسبب السم الموجود فيه وغلاء سعره، ولذلك يستعمل الحشيش مخلوطاً مع مواد أخرى مثل الحنة أو اللبان والعسل الأسود ويعاطاه المدمنون. (عونی عدنان حسين، 2001: 2001)

(137)

وينمو القنب في (172) دولة على الأقل وفي مساحات بسيطة في كثير من الدول، وبعض هذه الزراعات يقوم بها المدمنون أنفسهم، والمغرب هي الدولة الأكثر إنتاجاً لراتنج الحشيش في العالم و(70%) من راتنج الحشيش الذي يتم تعاطيه في أوروبا مصدره المغرب وقد أسفرت الجهود التي تقوم بها حكومة المغرب بالتعاون مع بعض الدول والمنظمات الدولية عن انخفاض المساحة المزروعة بالمغرب من (134) ألف هكتار سنة (2003) إلى (72.5) ألف هكتار عام (2006). (عيد محمد فتحي، 2009: 26)

والحشيش أرخص أنواع المخدرات، حيث يستعمل عن طريق التدخين مثل الأفيون، فالمدمنون يطلقون عليه اسم (à joint) إذا كان ملفوفاً في صورة سيجارة، فإذا لم يكن كذلك سموه (Grass) وهو في الحقيقة أزهار نبات القنب، أما في بلاد الشرق، فإنهم يسمونه بعقار الحشيش أو جانجاً وهم يدخنونه أو يمضغونه أو قد يتناولونه بالفم في صورة شراب أو مع الحلويات. (وليد سرحان، 2012: 41)

ومن بين تأثيرات القنب على متعاطيه أنه يشعر أن الزمن قد توقف وتخل الذكرة بالنسبة للأحداث القريبة، وكذلك الانتباه والتركيز فيبدأ المتعاطي في التخيل ويخطئ في تفسير ما يدركه بحواسه، وتنتابه الهلوسات البصرية والسمعية، ومن يتعاطون المارجوانا يعانون من اضطرابات عقلية ظاهرة، ويشكون من ضعف في الذكرة وعدم القدرة على التركيز، واضطرابات في الجهاز التنفسي وزيادة ضربات القلب وتهيج الشعب الهوائية وانتفاخ الرئة. (عفاف محمد عبد المنعم، 2008: 68)

7- الكوكايين :La Cocaïne

هو منبه قوي للجهاز العصبي المركزي، يصنع من أوراق نبتة (أرثروكسيلون كوكا) التي تنمو في أمريكا الوسطى والجنوبية وعلى الأخص في البيرو وبوليفيا، حيث تنتشر في الوديان الدافئة، وتعطي هذه النبتة في الظروف الملائمة محصولها خمس مرات في السنة وتعيش حوالي (40) عاماً والكوكايين واحد من أقدم العقاقير المعروفة ويعود تاريخ استعماله المسجل إلى سنوات طويلة، ومن أقدم ما استعملت فيه نبتة الكوكا كانت الطقوس الدينية وكانت تستعمل في التسبب في غيبوبة التأمل كوسيلة للاتصال مع الطبيعة وقصرت استعمال الكوكا على النساء والكهنة في قبائل الأنكا. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005: 370)

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

ومن أهم آثاره الشعور بالنشوة والإثارة، والطاقة، والتفاؤل ومدة مفعوله قصيرة مما يتطلب استعماله على فترات متقاربة، لكن مع طول استعماله يؤدي إلى الهملوسة والعجز الجنسي، والأرق وأوهام الإشارة للذات والتوهם بالاضطهاد. وفي الجرعات العالية يولد لدى المتعاطي شعوراً خادعاً بالعظمة والقوة العالية والهملوسة مما يمكن أن يجعله خطيراً في تصرفاته، وفي هذه الجرعات قد يؤدي إلى توقف عضلة القلب.

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

Le Catha 8-القات



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

ويرى بعض المؤرخين أن القات أول ما وجد في منطقة تزكستان أو أفغانستان، ويعتمد هذا الرأي على ما ذكره "البيروني" في "كتاب الطب" وجاء فيه أن القات شيء مستورد من تركستان، طعمه حامض... ولون القات أحمر مع رثة من السواد... وهو يبرد الحمى... ويريح الصفراء ويبعد المعدة والمصران، ويفيد في حدود الوثائق التاريخية القليلة المتوفّرة حول الموضوع، أن شائع عادة مضغ أوراق القات في منطقة جنوب البحر الأحمر (وبوجه خاص في اليمن والجبشة) يرجع إلى حوالي القرن الرابع عشر الميلادي، وقد ورد ذكر ذلك في وثيقة تاريخية حبشية (مكتوبة باللغة الأمهرية) تصف حملة

تأديبية قام بها جنود الملك المسيحي عمدا سيون Amda Seyon (من الجبعة) ضد الملك المسلم صبر الدين (في اليمن)، وتؤرخ هذه الوثيقة بالعام (1330م)، كذلك يرد ذكر القات في كتاب مؤرخ عربي يدعى ابن فضل الله العمري كتب بين سنتي (1349-1342م)، وفيه يورد الكاتب قصة عن كيف ورد القات (بعادات مضمونه) من الجبعة إلى اليمن، كما يشهد المقرizi في رسالة له بعنوان "الإمام بأخبار من في أرض الجبعة من ملوك الإسلام"، وقد عاش ما بين (1364 و 1442م) بوجود شجرة من أرض الجبعة، تسمى بالقات، وهي شجرة لا تعطي فواكه، ولكن السكان يأكلون أوراقها الصغيرة...هذه الشجرة تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي، كما تضعف الشهية والشهوة والنوم...، ويبدو أنه ثار جدل بين اليمنيين خلال القرن السادس عشر الميلادي حول ما إذا كان يسري على القات ما يسري على الخمر من تحريم باسم الدين، فلجئوا إلى استفتاء أهل الفتوى، وكان من بين هؤلاء شهاب الدين أحمد بن محمد بن علي بن حجر الهتيمي السعدي، وكان مقیما في مكة عاش بين (1504 و 1567 أو 1587م)، وقد استشكل أمره عليه على اثر تباین أقوال متعاطيه بين قائل بتخديره وقائل بأنه لا يؤثر على الجسم..."فنتج عن هذا كله أن لا طريق لنا إلى العلم بحقيقة إلا مجرد الخبر المتواتر من متعاطيه بما يجدونه منه، ولم يتم لما علمت من الخلاف والاختلاف، إذ القائلون بالحل ناقلون عن عدد متواتر أنه لا ضرر فيه بوجهه، والسائلون بالحرمة ناقلون عن عدد متواتر أنه

فيه آفات ومخاطر منها أنه مخدر ومغيب ومسكر ومطرب، فأحد الخبرين كاذب قطعاً مع رعاية العموم سلباً وإثباتاً. وقد استمر الجدل حول موجبات تحريم القات أو حله ولا يزال مستمراً حتى الوقت الحاضر.

وتشير دراسات كثيرة حول التاريخ الاجتماعي لتعاطي القات في اليمن إلى أنه من مرحلة بداية تاريخه خلال القرنين الثالث عشر والرابع عشر كان مقتربنا فيها بالشرائح الفقيرة في المجتمع غير أنه اتجه بعد ذلك تدريجياً إلى الاقتران بالشرائح الغنية ذات النفوذ، وفي ذلك يقول "سيرجنت" R.B.Serjeant وهو أحد أعلام الدارسين للحياة اليمنية إن القات كان مقبولاً وكان تناوله شائعاً بين الصفة الحاكمة في القرن الثامن عشر، وهو ما نستنurge من سيرة أحد أحفاد الإمام "المتوكل إسماعيل" الذي كان يحب نعيم الحياة كما يحب الأدب... وكان يتجه إلى الخلوة أحياناً للتبعيد والصلادة، وكان مولعاً بأكل القات"، وهناك دراسات متعددة تابعت التغيرات التي كانت تطرأ من حين لآخر على ثمن القات في السوق المحلية نتيجة لتغير مكانة متعاطيه. (مصطفى سويف، 1996: 40، 41)

ولقد حاولت كل الدول المعروفة بانتشار القات فيها (العربية والإفريقية) في أوقات مختلفة أن تكافح انتشار القات، ولكن المحاولات باءت بالفشل لأسباب متعددة منها انتشار القات في تلك الدول والذي كان أقرب إلى الظاهرة الاجتماعية منه إلى الانتشار الوبيائي الإدماني-خاصة في اليمن.

فتعاطي القات يعمل على استثارة تأثيرات فسيولوجية شبيهة بما تحدثه الامفيتامينات مثل ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل سرعة التنفس، سرعة ضربات القلب وخفقانه، اتساع حدقة العين، ارتفاع درجة الحرارة والعرق وأرق، قلق وسلوك عدواني، وإن كان القات يحدث زيادة في إنتاج الفرد فهو يخلف أضراراً صحية كثيرة. (حسين على الغول: 2011: 184، 185)

9-1- الكراك :Crack



حدث تطور جديد في عالم الكوكايين وذلك في مطلع الثمانينيات عندما ابتدع أسلوب جديد لتعاطي هذا المخدر اللعين الذي بدأ لأول مرة في أخذه عن طريق التدخين ثم عن طريق الشم والاستنشاق والحقن الوريدي، وقد سمي هذا الأسلوب بكلمة المفرقع (Crack) لأنه سريع التأثير وقوى جداً ويحدث الإدمان بسرعة، وقد سمي بالكراك لأن رواسب بكريونات الصوديوم الموجودة فيه تحدث فرقعة عند تدخينه، ويعاني مدمنو الكراك من شدة الإحباط والتبيّح وجنون العضمة واحتقان الشعب الهوائية والسعال المزمن واضطرابات عقلية والشعور بالاضطهاد والخوف الدائم ونقص الوزن، كما أن تعاطي الكراك يؤثر على الرئتين ويسبب انتفاخهما والجرعة الزائدة تؤدي إلى توقفهما تماماً، تناوله

يؤدي إلى الإدمان السريع، ومن ثم يصعب الإقلاع عنه ولو بعد يوم واحد من بدء تعاطيه. (فضيلة خطار، 2014: 12)

2- المهوسات :Les Hallucinogènes

يرى "Ungerleider de Angelis" أن مصطلح المهوسات يستخدم للإشارة إلى مجموعة من المواد النفسية التي تثير عند من يتناولها بعض المهوسات دون أن يصاحبها هذيان أو تخميد أو تنبيه كتأثير بارز ويشار بمصطلح الملوسة إلى أي تنبيه حسي نوعي دون وجود منه محسوس ملائم ومن ثم فهناك هلاوس بصرية وسمعية وشممية ولمسية ويفضل البعض تسمية هذه المواد بالمخادعات وذلك على أساس أن آثار هذه المواد المهوسة بالمعنى الدقيق للكلمة لا تحدث إلا نادراً أما ما يحدث في كثير من الأحيان نتيجة لتناولها فهو الخداع البصرية والسمعية. (مصطففي سويف، 1996: 42)

ويعرف البعض عقاقير الملوسة بأنها مواد إذا تم تعاطيها بجرعات معينة -وليس بجرعات زائدة- فإنها تخلق اضطراباً شديداً في الإدراك الحسي، وغالباً ما يكون مصحوباً بأنماط الهلاوس وعادة ما تمارس هذه المركبات تأثيراً كبيراً على الفكر والمزاج والسلوك، وتماثل هذه الصور المختلفة من التأثير الاضطرابات التي تحدث في حالات الذهان، وتتصف التغييرات النفسية التي تحدثها هذه المركبات بأنها تكون أساساً في صورة تحلل تركيب

الذات أي المرور بخبرات وأفكار ومشاعر الفرد خارج الوعي، فالعقاقير المهلوسة إذا هي مجموعة من مواد متجانسة، تحدث اضطراباً وخللاً في التفكير والإدراك، وتنتج عنها هالوس وتخيلات بحيث يتصور المتعاطي أن له قدرة خارقة أو على العكس يصاب أحياناً بفزع شديد واكتئاب بسبب ما يراه في أوهامه وتخيلاته مما قد يؤدي به إلى الانتحار. (حسين علي الغول، 2011: 187)

وترجع بعض العقاقير المهلوسة إلى أصل نباتي وتوارد في البيئة مثل نبات القنب والذي سبق وأن تعرضنا له في هذا الفصل، فهناك بعض النباتات الطبيعية التي تدخل في تركيب العقاقير المهلوسة ومنها:

1-2-الميسكالين :La Mescaline



مسحوق الميسكالين

الميسكالين هو المادة الفعالة في نبات ينمو في الشمال الشرقي للمكسيك وفي مناطق الجنوب الغربي للولايات المتحدة، وهو نوع من نبات الصبار (Peyot) يعرف باسم (lophophora Willia)

(Cactus) وكان المكسيكيون يطلقون عليه فاكهة الآلهة، كما يسمى أيضاً (Mescolero Apoche) نسبة إلى قبائل الأباشي. وهذا النبات مصدر أساسي لعقار المهلوسة الميسكالين، وكان الهنود يستخدمونه للمرور بحالة من الهالوس خلال طقوسهم الدينية، ولأغراض علاجية، ذلك خلال أواخر القرن

التاسع عشر وهناك احتمال باستخدامه لعلاج الذبحة الصدرية ومنشط عملية التنفس ومقوٍ للقلب وقد درس احتمال استخدام المسكالين في علاج الإدمان الكحولي والعصاب النفسي، والاضطرابات العقلية، إلا أن نتائج هذه البحوث ليست حاسمة.

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

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

2-حامض اليسيرجيك L.S.D



عقار الـLSD (أ.إس.دي) هو مادة كيميائية صنفت ضمن المهدئات وهو من أقوى وأكثر عقاقير الـLSD تغييراً للحالة المزاجية للمتعاطي، وقد تم تصنيعه لأول مرة عام 1938 (1938) بواسطة الكيميائي السويسري أльبرت هوفمان في مختبر (برات شركة ساندوز) في بازل بسويسرا، حيث صنع من حمض الـLSD، الموجود في مادة الإيروجوت الناتجة من نمو نوع من الفطريات على الجاودار (نوع من أنواع الشعير) والحبوب الأخرى.

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

وحامض الـLSD ثبائي إثيل أميد أو اختصاراً (L.S.D)، معروف جيداً بأثاره النفسية التي يمكن أن تشمل تغييراً في العمليات العقلية مثل

التفكير، وتغيرات في المرئيات سواء كانت العين مغلقة أو مفتوحة، أو تغييراً في الإحساس بالوقت، ويحدث عقار الملوسة (L.S.D) تغييراً في الأحاسيس والمشاعر بصورة أكثر جذرية عن العلامات العضوية في المتعاطين له حيث يشعر المستخدم لعقار (L.S.D) بأحاسيس وعواطف مختلفة في وقت واحد أو يشعر بتارجح سريع من عاطفة لأخرى، وإذا أخذ بجرعات كبيرة ينتج عنها أوهام وهلاوس بصرية ويبدل شعور المتعاطي بالزمن، كما تتدخل الحواس المختلفة حيث يشعر المتعاطي بسماع الألوان ورؤية الأصوات ويصاب بنوبات رعب وارتباك من تلك التغيرات المخيفة، كما يعاني بعض متعاطيه من التجربة القاسية من خلال الأفكار المرعبة ومشاعر اليأس والخوف من فقدان السيطرة على أنفسهم. (محمود السيد علي، 2012: 130)، بالإضافة إلى عدم استقرار الحركة وبالدوران والنشاط الشديد والصور الخيالية الغريبة في مرونتها وحيويتها، وتشوه الإدراك والشعور بثقل الجسم وصعوبة الحركة والحديث. (عباس محمود عوض، 1999: 223)

3-الباربيتيورات: Barbiturates



أشكال الباربيتيورات

الباربيتيورات "السترة الصفراء" و"الشياطين الحمر" من العقاقير التي تعمل على تثبيط الجهاز العصبي المركزي وبسبب ذلك فتلتك العقاقير لها تأثيرات واسعة من التهدئة والتسكين المعتمد إلى التخدير وبعض تلك العقاقير تستخدم كمضادات للتشنجات وبذلك فإنه يمكن استخدام الباربيتيورات كمنومات ومهديات ومضادات للتشنجات وفي التخدير، مع أنها معروفة كحبوب منومة.

(أحمد محمد الزعبي، 2008: 177)

ومجموعة الباربيتيورات مشتقة من حمض الباربيتيوريك ($C_4 H_4 N_2 O_3$) وقد استخدمت لأول مرة في الطب في أوائل القرن الماضي في ألمانيا سنة (1903) وتم تحضيرها من اليوريا وحمض المالونيك، وأصبحت معروفة شعرياً في السبعينيات والستينيات من القرن الماضي أوائل (1960 و1970) لعلاج القلق، والأرق، والخواص المختلفة لأنواع الباربيتيورات تعتمد على المجموعات الجانبية المرتبطة بحلقة حمض الباربيتيوريك.

(محمود السيد علي، 2012: 155)

تسبب الباربيتيورات مشاكل للمرضى المتعاطين لها حيث تتطور قدرتهم على تحمل العقار وعلى ذلك يحتاجون لجرعات أعلى لإعطاء نفس

التأثير السابق الذي حدث بجرعات أقل، كما أن الجرعة المميتة لا تكون كبيرة جداً عن الجرعة العلاجية أي أن الفرق بين الجرعة المميتة والجرعة العلاجية لا يكون كبيراً بصورة واضحة ما يشكل خطراً على المرضى، وتلك العقاقير تشكل خطراً حقيقياً وقد استخدمت في ثمانينيات القرن الماضي بشكل كبير في حالات الانتحار.

والباربيتيورات تسبب إدماناً واعتماداً نفسياً وعضوياً وتؤدي إلى أعراض انسحاب عضوية في حالة التوقف عن تعاطي العقار، ويمكن أن تمثل هذه الأعراض في رعشة وقلق وضعف وأرق وغثيان وقيء وهذيان أو نوبات صرع كبرى وسكتة قلبية، الموت يمكن أن يكون نتيجة لتلك النوبات أو نتيجة السكتة القلبية.

الباربيتيورات استخدمت لمدة طويلة كمهدئات ومنومان ومزيلات للقلق، وقد حل محلها الآن البنزوديازيبينات إلى حد كبير لعلاج تلك الأعراض، وذلك لأن البنزوديازيبينات أقل إدماناً وأقل إحداثاً للوفاة عن طريق هبوط في الجهاز العصبي المركزي. ولأنه أصبح (10%) من جميع الوصفات المهدئة والمنومة في الولايات المتحدة الأمريكية هي للباربيتيورات.

لا تزال الباربيتيورات تستخدم على نطاق واسع في التخدير الجراحي، ويستعمل الفينوباربيتال كمضاد للتشنجات لأولئك المرضى الذين يعانون من اضطرابات تشنجية مثل نوبات الصرع الحموية وفي حالات الصرع وتشنجات

الحمل والوضع. ويمكن استعمال الباربيتوريات مثل بنتوباربiteral الصوديوم (Sodium Pentobarbital) في الإعدام بالحقنة المميتة كما يحدث في بعض أساليب الإعدام في أمريكا وهذا ما يسمى لديهم بالقتل الرحيم يوثنانيا (Euthanasia)، كما يستعمل الثيوبينتال في بعض البلدان في التحقيقات مع المتهمن لأنه يجعل المتهم يدلي بكل اعترافاته ويسمى مصل الحقيقة (Truth Serum). (محمود السيد علي، 2012: 158)

4-2-الأمفيتامين :Les Amphétamines



أشكال الأمفيتامين

تم تصنيع مادة الأمفيتامين لأول مرة سنة (1887) ولكنها لم تستخدم طبياً إلا في سنة (1930) عندما لاحظ الطبيب بنيس Piness أنها ترفع ضغط الدم، وفي سنة (1933) لاحظ أليس أنها تمدد الشعب الهوائية وتنبه الجهاز العصبي المركزي، وقام برينزميatal وبلومبرج سنة (1935) باستخدامها في علاج مرض النوم المفاجئ (Narcolepsy) وسوقت لأول مرة تحت اسم بنزدرين ثم توالي بعد ذلك تصنيع المنشطات من نوع الأمفيتامينات مثل الديكيدرين والميثيدرين والفينمترازين والريتالين المنشط في مفعوله والذي لا ينتهي كيميائياً إلى مجموعة مفيتامين. (عادل الدمرداش، 1978: 121)

وفي عام (1937) أصبح الأمفيتامين متاحاً كوصفة طبية على شكل أقراص والتي استخدمت في علاج اضطرابات النوم وتم استعماله على نطاق واسع أثناء الحرب العالمية الثانية لاستعماله للحفاظ على استمرارية المقاتلين في القتال لفترات طويلة بدون الشعور بالتعب.

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

ولأن الميثيل أمفيتامين يصنع من مواد رخيصة وممتاحة وأصبحت سهلة شجع ذلك بعض من يتعاملون مع هذا النوع من المخدرات إلى تصنيعه خلف الأبواب المغلقة ما أدى إلى ظهور منتج غير نقي ويحتوي على الكثير من المواد الداخلة في التفاعل والضارة.

كما أن الميثيل أمفيتامين يكون من الخطورة بمكان لو أنه خلط بالكوكايين أو الكرال أو الحشيش أو الكحول. ويأخذ الأمفيتامين شكل حبوب وكبسولات أو قطع كريستال صافية أو بودرة. (مظلوم محمد جمال، 2012:

(45)

5-2-الإكستازى :Ecstasy



الإكستازى أو عقار النشوة هو مخدر منشط معروف أيضاً باسم الميثيلين ديوسكي ميتامفيتامين والذي عادة ما يتم تعاطيه على شكل كبسولات أو حبوب، ولقد تم تركيبه أول مرة في عام (1912) في ألمانيا، وكان في البداية بهدف الاستعمال لأغراض طبية، ولقد كان استعماله محدوداً إلى أن ارتبط بمجتمعات وثقافات الرقص والمجون في الولايات المتحدة الأمريكية في الثمانينيات، حيث تم تسجيل تعاطيه بشكل واسع الانتشار بحلول أوائل التسعينيات وفي حين أن الإكستازى هو الاسم الأكثر شيوعاً إلا أن الاسم الكيميائى الحقيقى له هو الميثيلين ديوسكي ميتامفيتامين، وهو غالباً ما يتم احتزالة بإضافة مواد ومركبات كيميائية ضارة قبل أن يصل إلى سوق المخدرات، حيث أنه لا توجد طريقة معرفة ما تحتويه حبة الإكستازى بالتحديد وما هي نسبة مكون الميثيلين ديوسكي ميتامفيتامين في الحبة، وتشمل أثاره الرئيسية زيادة الثقة وزيادة الطاقة والنشاط الزائد والشعور بالإشراق على الذات وعلى الآخرين.

والإكستازى لا يسبب الإدمان مادام المتعاطى لا يشعر بالاشتياق الجسدي للمخدر، ولكنه قد يحدث تحملأً لأنثراه، الأمر الذي يتطلب تعاطي كميات أكبر للحصول على نفس النشوة، ولهذا الغرض هناك العديد من

الحالات المسجلة لإدمان مخدر الإكستازى، وبالأخص بين من لديهم ميولات إدمانية بشكل عام.

ويرتبط الإكستازى بعدد من الآثار الجانبية السلبية، فبمجرد تلاشى الآثار الأولية تبدأ هذه الآثار الجانبية في الظهور، وتشمل الاكتئاب والتعب والأرق والدوار وعدم القدرة على التركيز، وقد تستمر هذه الأعراض عدة أيام بعد تعاطي المخدر، وقد تتفاقم وتصبح أكثر حدة، وي تعرض متعاطو الإكستازى أيضاً بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بالجرعات الزائدة وبالأخص عندما تستغرق أثار حبة الإكستازى وقتاً أطول من المتوقع لتصبح ظاهرة، ما يجعل المتعاطين يتناولون جرعات أكثر بكميات أكبر، ويمكن أن تسبب الجرعات الزائدة في أسوأ الظروف تلفاً في الدماغ، وقد تحدث الوفاة.

(فضيلة خطار، 2014: 12)

والإكستازى واسع الانتشار عالمياً، ويبعد أنه يتزايد في معظم المناطق، حيث بلغ انتشار معدل الإكستازى (19.4) مليون نسمة عام (2011)، أي (0.4) بالمائة من السكان. (تقرير المخدرات العالمي، 2013: 05)

6- البنزوديازيبين :Benzodiazépine

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

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

البنزوديازيبينات تعزز وتقوي من تأثير الناقل العصبي حمض جاما أمينوبتيريك جابا (GABA) والذي ينتج عنه تأثير مهدئ ومنوم، مزيل للقلق، مضاد للتشنجات، مرخ للعضلات وله فعل يؤدي إلى فقدان الذاكرة. وهذه الخصائص يجعل البنزوديازيبينات مفيدة في علاج القلق، والأرق الهياج،

نوبات الصراع، التشنجات العضلية، وفي علاج أعراض انسحاب الكحول وكدواء يعطى للتهيئة وإعداد المريض للتهدئة العام في العمليات الطبية أو طب الأسنان. وتصنف البنزوديازيبينات إما قصيرة أو متوسطة أو طويلة المفعول، وتفضل البنزوديازيبينات القصيرة والمتوسطة المفعول لعلاج الأرق، وينصح بالبنزوديازيبينات الطويلة المفعول لعلاج القلق. (محمود السيد علي، 2012: 160)

بشكل عام البنزوديازيبينات آمنة وفعالة على المدى القصير، على الرغم من أنها تؤدي إلى حدوث خلل في الإدراك والتأثيرات المتناقضة مثل السلوك العدواني الفاضح وهو مصطلح في علم النفس يستخدم لوصف عدم وجود ضبط النفس الذي يتجلّى في العديد من الطرق، بما في ذلك عدم احترام التقاليد الاجتماعية والاندفاع، وسوء تقدير المخاطر.

وزيادة الاستخدام طويلاً الأمد أمر مثير للجدل بسبب المخاوف من الآثار السلبية النفسية والعضوية ولأن البنزوديازيبينات تسبب زيادة التحمل والاعتماد العضوي، وبناء على ذلك فإن الإقلاع عن التعاطي بعد استخدامها على المدى الطويل يؤدي إلى متلازمة الانسحاب، ونظراً للآثار السلبية المصاحبة لاستخدام البنزوديازيبينات على المدى الطويل فإن انسحاب البنزوديازيبينات بشكل عام يؤدي إلى تحسين الصحة البدنية والعقلية، أما

كبار السن فهم معرضون لخطر متزايد من الآثار السلبية لتأثيرات البنزوديازيبينات ذات المدى القصير والطويل.

تستخدم البنزوديازيبينات بواسطة متعاطي المخدرات للترويح عن النفس، حيث يرتفع معدل الوفيات بين المتعاطين للعديد من المخدرات والبنزوديازيبينات. كما أن الاستعمال الكثيف للمشروبات الكحولية يزيد أيضاً من معدل الوفيات بين متعاطي المخدرات المتعددة.

حيث يؤدي الاستخدام طويلاً للأمد للبنزوديازيبينات إلى كل من الاعتماد البدني والنفسي. وقد تظهر متلازمة الانسحاب بعد أقل من ثلاثة أسابيع من الاستخدام المتواصل، وتنتج أعراض الانسحاب الحادة مثل الاكتئاب، والقلق ونوبات الذعر، والخوف من الأماكن المكشوفة في حالة التوقف عن التعاطي.

7- البن والشاي (الكافيين (Caffeine :



القهوة والشاي

تناول القهوة والشاي بمقادير معتدلة لا يعتبر ضاراً بالصحة بل قد يعتبر مفيدة في بعض الأحيان، نظراً لما يحدّثه من تنبيه خفيف للدماغ، ومن الراحة العامة التي تعقب تناول قدر من الشاي أو فنجان من القهوة، ومن الصعب على كل من اعتادوا استخدام

الكافيين أن يبدأوا يومهم دون تناول قدح أو اثنين من القهوة أو الشاي، وإذا لم يتمكنوا من ذلك فإنهم يعانون من أعراض الانسحاب مثل الصداع وسهولة الاستشارة وتغير في الحالة المزاجية ويوجد الكافيين في الشاي والقهوة والشيكولاتة والكولا، وقد استمد المجتمع الغربي البن والشاي من شبه الجزيرة العربية وتركيا في القرنين الخامس عشر والسادس عشر وكانت القهوة مكرودة في بادئ الأمر من الأوروبيين والأمريكيين إلا أنها سرعان ما انتشرت بسرعة بعد أن وجد الناس أنها ترفع من الحالة المزاجية، كما أنها أعجبوا بمذاقها. (مصطفى سيف، 1996: 49)

ونجد أول إشارة إلى الشاي في المخطوطات الصينية القديمة حوالي (350 ب.م) وقد انتشر استعماله بالتدريج حين كان يستخدم كنبات طبي، أما استعمال الشاي لغير الأغراض الطبية فبدأ ببطء سنة (780 ب.م) في كتب تشير إلى زراعة الشاي الذي انتشر تدريجياً حتى بلغ اليابان عن طريق الكنبة البوذيين، أما أوروبا فلم تعرف الشاي إلا بعد مضي (8) قرون وقد قال بعض الأوروبيين عن الشاي إنه يزيل الحمى والصداع وألام الصداع والجنبين والمفاصل، وأدخل الهولنديون الشاي في أوروبا لأول مرة. وفي سنة (1800).

ولقد تأسست شركة الهند الشرقية البريطانية ومنحت الملكة إليزابيث الأولى الامتيازات لتلك الشركة لتسويق الشاي من شرق إفريقيا عبر

المحيط الهندي والهادى إلى السواحل الشرقية لأمريكا الجنوبية. وتصارعت شركة الهند الشرقية الهولندية ونظيرتها البريطانية التي كانت تستورد الشاي من الصين، وقد أدى ذلك بجانب عوامل أخرى ذكرناها إلى حروب الأفيون بين بريطانيا والصين، وفي النصف الأخير من القرن الثامن عشر قامت شركة الهند الشرقية بالدعائية للشاي، مؤكدة رخص الشاي والضرائب المرتفعة على المشروبات الكحولية، مما جعل البريطانيين من أكثر الشعوب إقبالاً على شرب الشاي وانتشر استعمال القهوة والكاكاو في نفس الوقت، وفي سنة (1635) كتب أحد الأطباء الإنجليز قائلاً: إن استعمال الشاي بواسطة الذين يزيد عمرهم عن (40) سنة يسبب الوفاة المبكرة وذلك لم يمنع انتشار شرب الشاي، فأصبح يباع علينا سنة (1657).

وقد كان الشاي في أول الأمر يسمى (تاي) وـ "تشا" وهي كلمة صينية ثم تحولت إلى "كشيا" أو "كشو"، ومع انتشار الشاي والقهوة والكاكاو انخفضت الضريبة على المشروبات الكحولية ولتلafi ذلك فرضت الحكومة (8) بنسات على كل غالون شاي وحرمت استيراد الشاي الهولندي، وكان الشاي من العوامل التي أدت إلى تمرد الأميركيين على مستعمريهم البريطانيين، فإن الحكومة البريطانية فرضت الضرائب الباهظة على الشاي المصدر إلى أمريكا، فقاطع المستوطنون الأميركيون الشاي الإنجليزي وانتشر التهريب، ثم صدرت شركة الهند الشرقية الشاي الرخيص إلى أمريكا الشمالية وفي (1773/06/12) قام الأميركيون المتمردون بإلقاء (342) صندوقاً من

الشاي في خليج بوسطون (حفلة شاي بوسطون) التي قامت بعدها الحرب بين إنجلترا ومستعمرتها أمريكا، ولكن الإنجليز اتجهوا بصورة متزايدة إلى شرب الشاي كتعبير منهم عن الولاء ملوكهم على الرغم من تزايد استهلاك القهوة ويعتبر الإنجلزي أساساً من شاري الشاي إذ بلغ استهلاك الفرد الإنجلزي من الشاي سنة (1972) (8.5) أرطال وبلغ استهلاكه من القهوة (5) أرطال فقط، حيث تقطف ثمار البن مرة أو مرتين في السنة على الأكثري، أما الشاي فيقطف كل (7-10) أيام أثناء الصيف، وتجفف أوراق الشاي ثم تلف وتطحن وتحفظ في مكان رطب حتى تمتص الأوكسجين، وهذه الأكسدة تحول الأوراق الخضراء إلى اللون النحاسي وهو ما يعرف بالشاي الأسود، ويستخدم الشاي الأسود أساساً في الولايات المتحدة، وإن كان الشاي الأخضر وشاي أولونج، وهو شاي تأكسد جزئياً يستعمل على نطاق ضيق.

وفي سنة (1904) استخدم الشاي المثلج لأول مرة، وفي نفس السنة صنع أحد منتجي الشاي هذه المادة في أكياس من الحرير تحولت تدريجياً إلى أكياس من الورق في الخمسينيات والستينيات وهي ما نعرفه الآن بالشاي الغوري. (عادل الدمرداش، 1978: 128، 129)

ونبات الشاي شجيري معمر ساقه قائمة طويلة وأوراقه مسننة صغيرة دائمة الخضرة، زهرته بيضاء على بتلاتها خطوط صفراء، وأوراق الشاي وهي الجزء المستعمل تختلف في جودتها بالنسبة للنبات الواحد

وتتوقف على حجمها وموقعها على النبات، والأوراق الصغيرة التي توجد في براعم الأفرع تنتج أجود أنواع الشاي نكهة ولوна، وكلما كبرت الأوراق قلت جودتها لأن أليافها المخشبة تكبر وعصرتها تقل، وتحتوي أوراق الشاي على قلويド كافيين (Caffeinealkolid) بنسبة (1-5%) ومادة التаниن القابضة (Tennin) بنسبة (10-24%) ومواد قلويدية أخرى بنسبة ضئيلة كما تحتوي أوراق النبات على زيت طيار بنسبة (0.75%) وهو الذي يعطيها طعم ورائحة الشاي المميزين والشاي الذي يباع بالأسواق منه نوعان أحدهما أخضر يخفف ويباع كما هو أما الآخر فهو أحمر، وتجري له عملية تخمر يحدث خلالها تحول في تركيب المواد القابضة ويكتسب الشاي بعدها اللون البني.

ونتيجة لعملية التخمر والتحول الذي يحدث في مادة الكافيين ينفصل قلويد الكافيين من المركب وبالتالي تزيد نسبته في أوراق الشاي الأحمر ولهذا فإن استعمال الشاي الأحمر أفضل بكثير من استعمال الأخضر من الناحية الطبية ويستعمل الشاي طبياً كمنبه (Stimulant) ومنشط لتأثيره الذي يتلخص في الآتي:

- تنبيه الجهاز العصبي المركزي وذلك لاحتواء الشاي على قلويد الكافيين فيفيد في حالات الإغماء والانهيار العصبي، كما يستعمل كمشروب منبه يساعد على التركيز في التفكير وحضور الذاكرة ويبعد النوم والكسل.

- تنشيط الجهاز التنفسي حيث يستعمل في حالات الهبوط العام وضيق التنفس.

- زيادة إدرار البول حيث يساعد الشاي على زيادة نشاط الكلى فيساعد على التخلص من الماء الزائد وما يحتوي من أملاح زائدة بالجسم. (حسين علي الغول، 2011: 207)

أما بالنسبة للبن (القهوة) فلا يوجد من الإشارات التاريخية ما يشهد له بتاريخ مماثل في القدم مثلما هو موجود للشاي، ولكن يبدو أن الشعوب العربية (في شبه الجزيرة العربية) كانت تشربه منذ ألف سنة على الأقل. إلا أن بعض المصادر التاريخية تقول إنه انتشر استهلاك القهوة في البلاد العربية ابتداء من القرن التاسع وانتقل إلى أوروبا في القرن السابع عشر والتي لم تقبله في بادئ الأمر، حتى إنها كانت مثار استهزاء بعض الأدباء في كتاباتهم، وابتداء من القرن التاسع عشر انتشر استعمال القهوة في جميع الأوساط، بل إن الناس أقبلوا عليها بلا حساب ولا حد، ومن هنا نشأت بعض الإصابات من التسمم بالقهوة وذكرت المجالات الطبية هذه التسممات في عدد من البلاد الأوروبية والأمريكية.

الموطن الأصلي لهذه الشجرة هو جنوب الجزيرة العربية ثم انتشرت زراعته في المناطق الحارة الرطبة مثل الهند الشرقية والغربية والبرازيل، ويقدر محصول البرازيل من البن بنصف إنتاج العالم الآن، وتشير قصة

اكتشاف البن إلى راعي يمني حيث لاحظ أن أغذانه التي ترعى في منقطة نمو النبات تنشط وتمرح كثيراً على غير عادتها فدعته هذه الملاحظة إلى محاولة أكل النبات الذي ترعاه أغذانه ثم جرب مشروبها المحلي وشعر بالحركة والنشاط عندما أكل بذورها وكان هذا أول اكتشاف لنبات البن، ويقال إن مشروبها قدم إلى سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

وأشجار البن شجرة مثمرة قائمة، أزهارها بيضاء اللون والثمرة لبنية بداخلها بذرة أو بذرتان تحاط كل بذرة بمادة لحمية وغشاء رقيق شفاف، والبذور لونها أخضر وتحمص البذور لتصبح هشة يمكن طحنتها وفي عملية التحميص تحدث تغيرات كيميائية كثيرة تعطّلها طعم ونكهة القوة المطلوبين وتنتج الرائحة من وجود زيت يعرف بزيت الكافيوول (Caffeol Oil) ينبعثناء عملية التحميص.

ويتوقف تأثير القهوة على ما تحتويه من مادة الكافيين التي تؤثر على الجهاز العصبي والمركزي والكلى والجهاز التنفسى والقلب، كما هو الحال في مشروب الشاي، ولكن مشروب القهوة يحتوى على زيت الكافيوول الذى يرجع إليه كثير من المؤثرات الضارة. (حسين علي الغول، 2011: 208)

فالكافيين (Caffeine) هو إحدى المنيّات الطبيعية التي توجد في القهوة والشاي، كما يتم إضافتها أيضاً لبعض المنتجات مثل المياه الغازية، وبعض المشروبات التي تمد الإنسان بالطاقة ومن الناحية الكيميائية فإن

الكافيين مادة شبه قلوية، وتساعد على تخفيف ألم الصداع، لذلك فإن العديد من مسكنات الألم تحتوي على هذه المادة مثل الأسبيرين وغيرها من المسكنات الأخرى وانتقت هذه الكلمة من مرادفتها بالألمانية والفرنسية والإنجليزية "كافيه" أو "كوفي" أي قهوة. (عبد الحليم أبو حلم، 2006:

(358

لذا فإن القهوة والشاي مشروبان عالميان وليس في ذلك منازع، رغم أنه ثار هناك جدل على مر التاريخ بتحريم شرهما وصدرت بذلك قرارات عددة في دول مختلفة، ثم عدل عن هذه القرارات استنادا إلى مبررات متعددة، والجدل لا يتناول هذه المادة أو تلك (الكافيين أو أي مادة نفسية أخرى) تؤثر على المخ ومنه على السلوك والمزاج، فالكل مُسلم بأن الكافيين ذو تأثير تنشيطي (أو تنبئي) على المخ ولكن الجدل ينصب على احتمالات التمادي في تناوله وما يتربّى على ذلك من أضرار، ومن أوضح مظاهر هذا الجدل تردد العلماء في تصنيف مادة الكافيين ضمن المواد الحديثة للاعتماد، ومن ثم نجد نظام التصنيف الأمريكي للاضطرابات النفسية الرابع(DSM-VI) يشير إلى التسمم الكافييني والاضطراب النفسي العضلي المرتبط بالكافيين ويقدم قائمة تحتوي على اثني عشر عرضا وعلامة لمعايير تشخيص التسمم الكافييني. (حسين علي الغول، 2011: 209)

8-2-النيكوتين :La Nicotine

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

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

ينتج حوالي ألف مركب كيميائي من احتراق تبغ السجائر، وأكثر هذه المركبات خطورة مادة القار (Kar) وأول أكسيد الكربون، وتبلغ نسبة النيكوتين من إجمالي المواد الموجودة في تبغ السجائر (1-3%)، والنيكوتين مادة شبه قلوية سامة، ودخان السجائر حمضي (Acidic) لا يذوب في

الدهون مما يجعل المدخن يسحب السيجارة إلى الشعب الهوائية، وحيث تزداد مساحة الغشاء المخاطي، مما يزيد من عملية الامتصاص، أمام تبع الغليون فهو قلوي يذوب في الدهون، ولذلك لا يحتاج المدخن له إلى ابتلاع الدخان، لأنه يمتص من الغشاء المخاطي المبطن للفم، ولذلك تكثر الإصابة بسرطان الرئة عند مدخني السجائر، بينما يكون تدخين الغليون أقل ضرراً وإن كانت نسبة الإصابة بسرطان الفم واللسان تكثر لدى المدخنين من هذا النوع. (حسين علي فايد، 2005: 32)

ويعد النيكوتين من أشد العقاقير إحداثاً للإدمان في هذه الفتة، وهو مرتبط بأضرار بدنية طويلة الأجل تصيب القلب والرئة، وتدخين النيكوتين عن طريق التبغ شائع جداً بين الرجال والنساء، حيث تشير الدراسات الاستقصائية الأمريكية إلى أن (53%) من الرجال و(33%) من النساء يدخنون علبة سجائر (لفافات) أو أكثر في اليوم، وهذه الكمية كافية لتدمير الصحة، وقد أخذت النسبة تزداد في السنوات العشرين الأخيرة وأصبحت نسبة المدخنين عند النساء مساوية لها عند الرجال في المجموعة العمرية بين (25) و(25) سنة. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 179)

2-9-المواد الطيارة : Les Substances Volatils

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

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

وأكثر المستنشقات شيوعاً بخار الغراء، والبنزين، والجازولين، ومواد تلميع الأثاث والأستيرون (مزيل طلاء الأظافر)، وهذه المواد من السهل الحصول عليها وتواجدها في معظم المنازل بالإضافة إلى رخص ثمنها، وأشكال استخدام المستنشقات في تغير مستمر ويتوجه الأطفال إلى الاستنشاق

مدفوعين بحب الاستطلاع وضغط الرفاق وإغرائهم وذلك من باب التقليل على سبيل التجريب، ويلاحظ أن كثيراً من هذه المواد الطيارة تستخدم في الصناعة وفي تسيير وسائل المواصلات، ففيتعرض لها مواطنون لم يقصدوا استنشاقها. (حسين علي الغول، 2011: 210)

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

ويحدث الادمان على هذه المواد عند المراهقين من باب التجريب، ولكن أقلية منهم تستمر في الاستعمال، وقد يؤدي استعمالها بكثرة إلى التلعثم في الكلام وعدم الاهتمام والهلاوس البصرية المخيفة، إضافة إلى الخلل العصبي وخلل وضيفي فالمخ، والجرعة الزائدة من بعض المواد تؤدي إلى الموت. (نظام أبو حجلة، د.س: 214)

10-التعاطي عبر شبكة الإنترنيت:



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

والمخدرات الرقمية عبارة عن ملفات صوتية تحتوي على نغمات أحادية أو ثنائية يستمع إليها المستخدم وتجعل الدماغ يصل إلى حالة من التخدير تشبه تأثير المخدرات الحقيقية أو على الأقل هذا ما يدعوه البعض، وقد صممت هذه الملفات الصوتية (أو المخدرات الرقمية) لمحاكاة الهلاوس وحالات الانتشاء المصاحب لتعاطي المواد المخدرة عن طريق التأثير على العقل بشكل اللاوعي، هذا التأثير الذي يحدث عن طريق موجات صوتية غير سمعية للأذن تسمى (الضوضاء البيضاء) مغطاة ببعض الإيقاعات البسيطة لتغطية إزعاج تلك الموجات.

ويأتي التأثير المطلوب من خلال سماع تلك الموجات من سماعات أذن أستريو لاحتواء الملف على موجتين مختلفتين لكل أذن بالإضافة إلى برنامج

متخصص لتلك النوعية من الموسيقى يسمى (Doser-I). (أبو السريع أحمد عبد الرحمن، 2010: 5)

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

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

(أبو السريع أحمد عبد الرحمن، 2010: 7)

وضحنا أن هناك العديد من المواد المخدرة الطبيعية منها والغير طبيعية المستمدة من الطبيعة ومن تفاعل بعض المواد الكيميائية، وقد أوردنا في هذا الفصل أهم المخدرات المنتشرة بكثرة في المجتمعات المختلفة بهدف تغيير الحالة النفسية كما يعتقد المدمنون والتي تتسبب لهم في الاعتماد النفسي والجسدي، والمهدف من التعرف على أنواع المواد المخدرة هنا هو إلقاء الضوء على طبيعة كل مادة من حيث تاريخ وجودها ومدى وكيفية تأثيرها على الفرد، وهذا الأخير هو سبب انتشارها في كل المجتمعات، وهذا أيضاً هو سبب ظهور صور جديدة للمواد المخدرة وأساليب جديدة أيضاً في طرق تناولها.

الفصل السابع

**(المخاطر (الأضرار) الناجمة عن
تعاطي المخدرات)**

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

1-مخاطر(أضرار) المخدرات:

1-1-الأضرار الجسمية:

تعاطي المخدرات له أضرار حادة ومزمنة في أغلب الحالات يكون لها نتائج سلبية على صحة المراهق الذي يستخدم ويسيء استخدام المخدرات والمواد النفسية، فكل المواد القابلة لـالإساءة الاستخدام لا يتوقف تأثيرها على مجرد الآثار المرغوبة والأقل ضرراً على تشغيل الدماغ ولكنها تمتد أيضاً إلى الآثار الفسيولوجية الدائمة التي تؤثر على الوظائف الجسمية الأخرى، وينذر "سيف الإسلام آل سعود" أن المتعاطين يصابون بأمراض جسمية خطيرة مثل التهاب الكبد الوبائي وارتفاع السكر وضغط الدم كما يؤثر في بصفة عامة على صحة الفرد المدمن، وقد أبرزت نتائج البحوث التي قام بها سويف وأخرون (1982) أن السلوك المعرفي النفسي والحركي يحدث له قدر من التدهور بسبب التعاطي، حيث يحدث الكحول خللاً واضحاً في التفكير وسوء

الإدراك، وقد اتضح بشكل عام أن غير المتعاطين أفضل أداء على المقاييس التي تقيس هذه الخصائص المعرفية والنفسية والحركية. (حسين علي الغول، 2011: 258)

وتمتد آثار تعاطي الكحول لدى الأمهات لأبنائهن حيث أثبتت الدراسات أن النساء اللاتي يدمن الكحول يولد عندهن أطفال لديهم أعراض إدمان الكحول، وأن تناول الكحول في الأشهر الأولى من الحمل يؤدي إلى موت بعض خلايا الجنين ويولد الجنين مع بعض التشوهات (Didoi Jayle, Philippe Lamoureux, 2007: 19)، ويسبب تناول الكحول اضطراب في السلوك نوبات صرع، الغيبوبة مع هبوط شدي في الوظائف الحيوية. (وفاء فضة وأخرون، 2002: 102)

كما أن متناولى الحشيش تتناقص لديهم القدرة على التركيز والتذكر، ويصاب جهازهم التنفسي بسرطان الرئة في مدة أقل من يدخنون التبغ، وذلك حسب كل الشخص والكمية المستهلكة وتركيبة المنتوج، كما أن القنب يحدث لدى متعاطيه انتفاخ الأوردة الدموية أحمرار العين، زيادة الشهية، زيادة في نبضات القلب والشعور بالغثيان وجفاف الفم. (Didoi Jayle, Philippe Lamoureux, 2007: 28)

ومن بين أضرار تعاطي الكوكايين ظهور نوبات كآبة شديدة وشعور مؤقت وزائف بالسعادة واتساع حدقة العين، حدوث ثقب في الحاجز الأنفي

نتيجة الشم المتكرر وتقلص وارتفاع عضلات الوجه واليدين، التهاب الكبد والتشنج وحدوث هلوسات سمعية وحسية وبصرية، الحك الوهمي، الإصابة بالأرق والهزال وفقدان الرغبة الجنسية وفقدان الشهية للطعام، ضعف القوى العقلية وتدحرها لدرجة الإصابة بالجنون. (صالح السعد، 1997: 15)

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

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

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

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

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

وللمخدرات آثار فسيولوجية حيث أن دراسة أثر الجرعات المخدرة على المخ والجهاز العصبي غير متوفّر بسهولة بالنسبة للإنسان، فإن ثمة العديد من البحوث التجريبية على حيوانات التجارب ولما كانت آثار المخدرات متعددة الجوانب فإنه من الصعب تحديد ميكانيزم واحد لمختلف الأدوية والمخدرات التي تدخل في دائرة الإدمان، فالكوكايين (Cocaine) مثلاً يتصرف بالخصائص الأساسية المؤثرة الآتية:

1) سوء استخدام الأدوية: ويعرف بأنه التناول الشخصي للعديد من الأدوية بأسلوب ينحرف فيه الفرد عن الذي يقرر طبياً أو اجتماعياً في ضوء معايير ثقافة المجتمع.

2) إدمان الدواء: ويعرف بأنه حالة يتميز فيها الاستخدام القهري للدواء بالاندماج والغمر الشامل في تعاطيه، بالأمن المرتبط بسهولة الحصول عليه

مع وجود ميل شديد للانتكاسة (العودة إلى ما سبق) في استخدام العقار أو المخدر إذا توقف عنه فترة.

(3) **التبعية للدواء:** ويتناوله البعض بمعنى الاعتماد على الدواء، ويمكن تعريفه بأنه شرط يتناول فيه الفرد الدواء ليقوم بوظائفه اليومية العادلة بشكل طبيعي ويمكن أن نميز بين نوعين من التبعية أو الاعتمادية على الدواء كما يلي:

أ- التبعية الجسمية: وهي حالة تكيف تأتي أساساً من تكرار استخدام الدواء أو العقار وتلك التبعية تعلن نفسها بظهور اضطرابات فسيولوجية شديدة (زملة أعراض ترك المخدر أو الدواء)، إذا توقف الفرد عن استخدامه.

ب-التبعية النفسية: وهو شرط نفسي يتصف بالحافزية والشوق الشديدين للدواء والذي بتأثيره يشعر المتعاطي بأنه موجود بأمل ما في هذا العالم.

(4) **التحمل:** وهو عبارة عن الاستجابة المتناقصة لتناول العقار أو المخدر بعد تكرار التعرض إليه ومواجهته.

(5) **زملة أعراض التوقف عن التعاطي:** وهو عبارة عن مجموعة الأعراض التي تحدث توقف الفرد عن تعاطي عقار أو مخدر معين قد أصبح معتمداً عليه وأغلب تلك الأعراض ترتبط أساساً باضطراب الجهاز العصبي المستقل، والشعور بالغم والضيق النفسي وهي إحساس متقلب بالحر والبرد مع ميل

لارتفاع درجة حرارة الجسم، ألم في العظام والعضلات، سرعة معدل ضربات القلب، إسهال، صداع وقئ، اتساع حدقة العين، الأرق، القلق، الخوف، الفزع، الشوق المميت للعقار أو المخدر. (عبد الوهاب محمد كامل، 1994: 281)

أما المورفين (Morphine) فله آثار مختلفة نذكر منها:

- تؤدي إلى ظهور الاستعداد الطبيعي لدى الفرد لنشاط الجزء الباراسيمباثاوي مع خفض نشاط القلب والجهاز التنفسي.
- ينتع عن استخدامه ظهور حالة السرور التي تمثل مكافأة ذاتية للفرد.
- يؤدي استخدامه إلى ضرورة تزويد الجرعات يوماً بعد يوم لإحداث التأثير النفسي والانتعاش الذي يريد أن يصل إليه الفرد يؤدي إلى اعتماد جسمي قوي، ويعني ذلك أن التوقف عن استخدامه يؤدي إلى ظهور زمرة أعراض ترك المخدر (يصبح جسمياً معتمداً على المخدر) وخاصة الاعتماد الجسمي من المؤشرات الخطيرة على حدوث الإدمان. (عبد الوهاب محمد كامل، 1994: 282)

1-الأضرار الجنسية:

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

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

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

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

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

وقد أكدت نتائج بعض المؤتمرات التي عقدت في هونج كونج وبانكوك عام (1964) على أن التخدير الجزئي الناجم عن تعاطي المخدر يجعل الرجل غير واع تماماً لعملية الجماع الجنسي حيث يكون تفكيره منقطعاً وغير مركز، الأمر الذي يطيل زمن الجماع، وهو ما يطلبه الرجل حتى يرضي شريكه جنسياً، ويشعر هو الآخر باحترام رجولته.

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

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

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

وقد دلت جميع الإحصاءات العالمية على أن معظم الشواد جنسياً مدمنو مخدرات لأن المخدرات صورت لهم خيالاً جنسياً مختلفاً. وأصبح لديهم انحراف واضح في إدراكم للجنس الذي انعكس بصورة الشذوذ في مشاعرهم وفي ممارساتهم.

كما وجد جيمس جينفر James Jennifer (1976) علاقة بين الإدمان والدعارة في بحث عن مائة امرأة من السود والبيض في إفريقيا، حيث تشير نتائج البحث إلى تفاعل بين بداية الدخول في الإدمان والدخول في الدعارة، فالدعارة تساوي الإدمان، والإدمان يساوي الدعارة. فالدعارة وسيلة للحصول على المال من أجل شراء المخدر نتيجة ما تعانيه من ضغط انفعالي

للحصول عليه، وبسبب آلام الانسحاب الشديد اللازم عند الانقطاع عن المخدر، كما تلجأ العاهرة إلى الإدمان بعد الدعاارة لدعم عادتها في الممارسة الجنسية لتجنب الشعور بالملل من التكرار والروتين، ولبعث القدرة على الحيوية والنشاط وملاظفة الزبائن. (أحمد محمد الزعبي، 2008: 184)

(185)

3-1-الأضرار النفسية:

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

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

- اللامبالاة والاستهتار والتهاون والسلبية في كل شيء وفقدان الطموح.
- تدهور مستوى الذكاء وضعف التفكير وسطحية الإدراك والانتباه وتردي مستوى الذاكرة.
- تدني مستوى السلوك الاجتماعي، وإهمال المظهر الخارجي وعدم الاعتناء بالملابس مع نحافة الجسم وشحوب وجهه واضطرابات مشيتها.

- فقدان الثقة بالنفس وضعف الإدراك والشعور بالمنزلة أمام سيطرة المخدر.
- القلق والخوف المستمر من أن يأتي وقت يتذرع فيه الحصول على المخدرات تمثل تهديدا خطيرا، وقد يؤدي به ذلك إلى الأرق المزمن الذي قد يتحول إلى اكتئاب شديد مرفوق بنوبات هستيرية.
- ظهور الهلاوس السمعية.

ولقد توصلت بعض الدراسات التطبيقية التي أجريت في مجال تعاطي المخدرات إلى إصابة المتعاطين بأمراض نفسية مختلفة، حيث أجرى صالح السعد دراسة على عينة من متعاطي المخدرات في الأردن، وبلغ حجم العينة (270) مبحوثاً نصفه من الأردن والنصف الآخر من جنسيات عربية مختلفة معظمهم من مصر، حيث أفاد (14.8%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض نفسية مقابل (25.2%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى، كما أفاد (20.7%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض جسدية مقابل (25.1%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى. (صالح السعد، 1997: 17)

ويؤكد سعد المغربي (1986) "أن تعاطي المخدرات سبب في الإحباط الشديد والعدوان والعجز عن إشباع الحاجات، ويترتب عن ذلك فقدان الأمان والهوية والشعور بالاغتراب وشعور مؤلم بدايته حالية من المعنى

والقيمة والقدرة، وسبب هذا الواقع المؤلم الذي يعتقد المدمن أنه يعيشه والتخلص منه يتم عن طريق المخدر الذي يمنحه الراحة والنشوة الزائفة، وبعد هذا عرضاً لسوء الصحة النفسية والاجتماعية واضطراب الشخصية".

٤-١-الأضرار الاجتماعية:

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

ويؤدي تعاطي المخدرات والإدمان المزمن إلى دمار وتفكك عائلي حيث أسفرت دراسة قام بها سعود حجازي (1997) على عينة من المدمنين وأسرهم عن ملاحظة أن المدى الذي يحدث فيه الإدمان يقع في الفترة العمرية الصغيرة، ويرجع ذلك إلى أن كبار السن من المدمنين عند الكبر يعلنون عن توبتهم متبوعين تعاليم الدين المحترمة للتعاطي، أما بالنسبة للحالة

الزوجية فقد اتضح أن تلك الحالات من غير المتزوجين و(32.5%) من المتزوجين منفصلين و(12.2%) مطلقون و(5.9%) فقدوا زوجاتهم، مما يعطي مؤشراً عن مدى التحطيم وعدم الاستقرار الأسري الناتج عن الإدمان، كذلك أكدت الدراسة أن الإدمان ينتشر في المدن أكثر من القرى، وكان من أسباب الطلاق والانفصال أن الحياة مع المدمن مستحيلة واعتقادات المدمن مضللة وغير حقيقية، والمدمن دائمًا كاذب ولا يمكن الثقة به، والبعض منهم يؤذون الزوجة والأولاد بالضرب.

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

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

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

5-1-الأضرار الاقتصادية:

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

فضلاً عن ذلك يميل أغلب المتعاطين إلى زيادة الجرعة بسبب حدوث التعود، وهذه الزيادة تكلف المتعاطي مبالغ إضافية كبيرة، ففي إحدى الدراسات التي أجريت في الجمهورية اليمنية من قبل برونسن Bronstien تبيّن أن القات يستقطع (13%) من ميزانية الأسرة، حيث يأتي في المرتبة الثانية بعد الحبوب الغذائية من حيث الإنفاق، وفي دراسة أخرى عن القات في اليمن أيضاً وجد أن متوسط ما ينفقه الفرد المتعاطي على القات يصل إلى حوالي (44) ريالاً يومياً، كما أن متوسط الوقت الذي يستغرقه متعاطي القات يبلغ حوالي أربع ساعات يومياً، بحيث يكون الفاقد السنوي نتيجة لهذه العملية حوالي (1460) ساعة.

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

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

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

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

ما سبق ذكره يوضح لنا أهم المشكلات الناجمة عن تعاطي المخدرات وإدمانها ويظهر لنا الآثار السلبية لآفة المخدرات، حيث أن هذه الآثار السلبية لا تقع على الفرد فقط، فباعتباره عضواً في النسق الاجتماعي فإن مشكلاته الإدمانية تقع عليه وعلى أسرته وتمتد إلى المجتمع لأن المخدرات أشبه بالأمراض المعدية في سرعة انتشارها، وفي مخلفاتها فهي سبب ارتفاع معدل الجرائم في المجتمع، وانتشار الفقر والأمراض المعدية مثل الايدز، والحروب... إلى غير ذلك من المشكلات التي لا يمكننا حصرها في هذه الجزئية من هذا الفصل، لأن أضرار المخدرات تحكم فيه العديد من العوامل التي تجعل حصرنا لكل الأضرار الناجمة عن المخدرات يبدو ناقصاً ولعل من بين هذه العوامل تعدد وتنوع أصناف المواد المخدرة بحيث لكل نوع وصنف تأثيراته الخاصة على الفرد والمجتمع، وكذلك الجرعات المتناولة من طرف المدمنين، والمراحل العمرية للمدمن وعدد المواد المخدر المتناولة... كل هذا وغيره من العوامل التي لم نذكرها يتحكم في تحديد أضرار المخدرات.

2-تعاطي الأحداث للمخدرات في الجزائر:

إن مشكلة تعاطي المخدرات في أواسط الأحداث أصبحت من المشاكل الاجتماعية البارزة في كثير من المجتمعات العربية حتى تلك التي كانت تعتبر نفسها (محمية منها)، نظراً لعدة اعتقادات خاطئة لا يتسع المجال منها للخوض فيها، والمجتمع الجزائري، ورغم كونه مجتمعاً غير منتج للمخدرات

وغير مصدر لها وليس لها تاريخ في تعاطي المخدرات، إلا أنه لم يسلم من هذه الآفة الاجتماعية الخطيرة.

إن تفشي تعاطي المخدرات لدى الأحداث في المجتمع الجزائري، يعود إلى عوامل متعددة البعض منها يدخل تحت ما يعرف بالعوامل الاجتماعية (التفكك الأسري، التهميش، الإقصاء، العوز المادي) والبعض الآخر يدخل تحت ما يعرف بالعوامل النفسية (الاختلالات العصبية، الانفعالية والاغتراب، السيكوباتية)، ولكننا نعتقد أن أهم عوامل تفشي المخدرات لدى الأحداث والناشئة في المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة، يعود بالدرجة الأولى إلى عاملين أساسيين هما:

• التسرب المدرسي.

• ارتفاع معدلات جنوح الأحداث.

ولو أمعنا النظر في العاملين سالفى الذكر فسوف نجدهما مرتبطين ببعضهما البعض، أو ندرك وجود علاقة تأثير وتأثير، هذا زيادة على أن تعاطي المخدرات نفسه، يؤدي إلى ارتفاع معدلات جنوح الأحداث والتلوّع في الأنماط الجنحية، فالتسرب المدرسي نقصد به خروج الأحداث والناشئة من المدرسة رغم كونهم في سن يفترض فيه أن يكونوا في المدرسة، حيث يشير البروفيسور خياطي Khiati بأن عدد المتسربين من مقاعد الدراسة في الجزائر سنة (2006) بلغ (440000) أربع مائة وأربعون ألفاً منهم

(120000) مائة وعشرون ألفاً في المرحلة الثانوية، والبقية غالبيتهم في المرحلة المتوسطة. (طالب أحسن مبارك، 63: 2008)

وقد شهدت الجزائر في السنوات العشر الأخيرة ارتفاعاً مقلقاً لظاهرة جنوح الأحداث، ونستطيع القول، يقول طالب أنها انتقلت من الظاهرة الاجتماعية إلى المشكلة الاجتماعية، بالنظر لدرجة ومعدل تطورها، ففي سنة 1990 (م) كان عدد الأحداث الجانحين الذين قدموا للعدالة في الجزائر لا يتجاوز سبعة آلاف حدث (7000) أما في سنة 2006 (م) فإن الرقم ارتفع إلى (14000) أربعة عشر ألفاً أي أنه تضاعفت في مدة لا تتجاوز ست عشرة سنة.

وفي سنة 2005 (م) كان عدد الأطفال المتميّن بالجنوح والانحراف يصل إلى (4162) طفلاً ارتفع إلى (2967) في السادس الأول من سنة 2006 (م)، وأما عميد الشرطة السيدة مسعودان (Messaoudene) تشير إلى أن عدد الأحداث الجانحين في الجزائر في سنة 2005 (م) كان (11302) وهي إشارة إلى عدد الأحداث والموقوفين، أو الذين ألقى القبض عليهم من طرف الأجهزة الأمنية، منهم (3932) أطلق سراحهم مؤقتاً و(376) أدخلوا مختلف دور الأحداث في الجزائر، وأما الأحداث الجانحين الذين ألقى القبض عليهم فكان لارتكابهم ما يلي:

- (427) % سرقة.
- (47) % أخلاقيات.
- (27) % تعاطي المخدرات.

والباقي بسبب جنح أخرى لم تذكر تفاصيلها، مع العلم أن أعمار الأحداث المذكورين كان كالتالي: (طالب أحسن مبارك، 2008: 67)

- (80) % أقل من ثمانى عشرة سنة.
- (13) % لا يتجاوز سنهم ثلاثة عشرة سنة.

3-علاقة المخدرات بالإجرام:

للمخدرات في عالم الجريمة أهمية خاصة، وتلعب دورا هاما في الإجرام، إذ أنها تعد عاملاً من العوامل الدافعة إليه، ويعود الادمان على المخدرات جنوباً أو جريمة لأنه ينحرف عن ضوابط المعايير الثقافية والقانونية في معظم المجتمعات الإنسانية (معن خليل العمر، 2010: 12)، فعلى خلاف الخمر الذي لا يعد استهلاكه أو بيعه جريمة في غالبية الدول، يعد تعاطي المخدرات والاتجار فيها من الأفعال التي تجرمه التشريعات الجنائية، سواء تعلق الأمر بالمخدرات الخفيفة مثل الحشيش أو بالمخدرات القوية مثل الهايروين والكوكايين والأفيون والمورفين، ويترتب على وجود

الحظر في هذا المجال أن تعاطي المخدرات والاتجار فيها يعد في ذاته جريمة ويفضي إلى زيادة مباشرة في نسبة الإجرام في المجتمع، هذا من ناحية.

ومن ناحية أخرى، تساهم المخدرات في زيادة عدد الجرائم المرتبطة بها، فالإدمان مع نقص المواد الازمة لضمان حاجة المدمن قد يدفعه ذلك إلى ارتكاب بعض الجرائم لتلبية احتياجاته من المخدر، وأهم تلك الجرائم ما يقع على المال لشراء المخدر الذي يكلف كثيرا وتزوير التذاكر الطبية لصرف المخدر والسطو على الصيدليات لسرقة ما بها من مواد مخدرة يرخص لها القانون بحيازتها للأغراض الطبية، وتدفع الحاجة إلى المخدر ضحايا السموم البيضاء في بعض الأحوال إلى الجرائم الأخلاقية المختلفة، كما أن حالة الإثارة والهياج الناشئة عن تناول بعض المخدرات تطلق العنوان للغرائز وتضعف من مقدرة المدمن على الحد من سيطرتها، فيندفع إلى ارتكاب بعض الجرائم، لا سيما القتل والضرب والجرح والاعتداء على الأعراض.

ويمكن القول بأن المخدرات تمارس ذات التأثير غير المباشر على مدمنها، من حيث أنها تعد عاملاً مباشراً من عوامل إجرامهم، وأنها تؤثر اجتماعياً واقتصادياً على ذرية المدمن، كما أنها تخلق بيئته غير ملائمة لأولاده تساهم في تكوين شخصياتهم وتدفعهم إلى الإجرام فيما بعد، هذا فضلاً عن التأثير البيولوجي للمخدرات على ذرية المدمن، وهو تأثير لا يختلف كثيراً عن تأثير الخمر في هذا الخصوص. (فتوا عبد الله الشاذلي، 2009: 183)

يتبيّن لنا من خلال ما سبق أن علاقة المخدرات بالإجرام علاقة سبب بسبب فيكاد يجمع معظم العلماء في هذا المجال على أن إدمان المخدرات عامل من عوامل الإجرام وتحميّز جرائم المدمنين بطابع خاص، كما أن للمواد المخدرة أثراًها في حجم ونوع الإجرام العام للمجتمع.

4- حكم الإسلام في تحريم المخدرات:

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

ولقد جاء تحريم المخدرات في الإسلام بصيغة تدريجية لقوله عز وجل «وَمِنْ ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَالْأَعْنَابِ تَتَحِذَّدُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَرِزْقًا حَسَنًا». سورة النحل الآية (67)، ثم أنزل الله عز وجل قوله «يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمُلْسِرِ قُلْ فِيمَا إِنْتُمْ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ الْنَّاسِ وَإِنْمَا أَكْبَرُ مِنْ نَفْعِهِمْ». سورة البقرة الآية (219) ثم توالّت آيات تحريم الخمر والمخدّر لقوله عز وجل «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْرِبُوا الصَّلَاةَ وَأَنْتُمْ سُكَارَى حَتَّىٰ تَعْلَمُوا مَا تَقُولُونَ». سورة النساء الآية (43)، وأنزل الله عز وجل آية التحريم بقوله «إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمُلْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنِ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ

الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ». سورة المائدة الآية (٩١). (سامر جمیل رضوان، (400:2002

ولقد أجمع فقهاء المسلمين على تحريم المخدرات- وعلى أنها من كبائر الذنوب وقد ثبت تحريم المخدرات بالنص وبالقياس وبقاعدة دفع الشر وسد الفساد وقد نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر مفتر، والمفتر هو من يورث الفتور والخدر في الأعصاب والأطراف، والثابت بالحسن والمشاهدة وبالتالي فالحشيش والأفيون ومشتقاهما يدخلان تحت مفهوم المفتر وليس الخمر وهما العن وأخطر من الخمر- كما أوجب رسول الله بعدم مجالس شارب الخمر، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: { من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فلا يقعد على مائدة تدار عليها الخمر}.

ويرى "الإمام ابن تيمية" أن المخدرات فيها من المفاسد ما ليس في الخمر فهي أولى بالتحريم ومن استحلها فهو مرتد عن الإسلام إلا إذا تاب وأناب، وإنلا قتل مرتدًا ولا يصلى عليه ولا يدفن في مقابر المسلمين كما أفتى الإمام ابن تيمية بجلد من يشرب الخمر ويدخن الحشيش، وأكَّد "ابن القيم" في كتابه زاد المعاد، أن الخمر يدخل فيها كل مسكر مائعاً كان أو جامد عصيراً أو مطبوخاً وكلها فسق وفجور. (فؤاد بسيوني متولي، 2000:138)

5-المخدرات من المنظور التشريعي الجزائري:

ظللت ظاهرة استهلاك المخدرات في الجزائر إلى عهد قريب محصورة جغرافياً ومنبوذة اجتماعياً، إلا أن الجزائر كغيرها من الدول كانت مطالبة بمكافحة المخدرات التي تفشت بشكل رهيب في كل الدول، بالرغم من أن الجزائر ليست من البلدان المنتجة لهذه المواد وعلى هذا الأساس أصدر المشرع الجزائري القانون رقم: (05/85) المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها حيث أقر هذا القانون جملة من المبادئ:

1) مبدأ عدم رفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امثلوا للعلاج وتابعوه للنهاية وذلك طبقاً للمادة (249) منه.

2) مبدأ إخضاع الأشخاص المتهمين بعد المتابعة على العلاج المزيل للتسمم وتقرير الإعفاء منها طبقاً للمادة (250) منه.

3) مبدأ إخضاع الأشخاص للعلاج من الجهات القضائية للمحاكمة طبقاً للمادة (251) منه.

والذي كانت معظم المواد التي ورد النص فيها على المخدرات تعتبر ذات طابع جزائي بحت تتناول قواعد التجريم والعقاب، فلم يكن هذا القانون متكيقاً مع القواعد الجديدة التي تضمنتها الاتفاقيات الدولية، ولتدارك النقائص المسجلة في القانون السالف الذكر وبعد عشر سنوات،

سن المشرع الجزائري القانون رقم: (18/04) المؤرخ في (25 ديسمبر 2004) والمتصل بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها.

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

قائمة المراجع

المراجع:

- أبو السريع أحمد عبد الرحمن (2010). استخدام الانترنيت في تعاطي المخدرات الرقمية. وزارة الداخلية قطاع الشؤون الفنية: الإدارة العامة للمعلومات والتوثيق.
- إحسان محمد الحسن (2008). علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع. ط 1، عمان، الأردن: دار النشر والتوزيع.
- أحمد إبراهيم الباسوسي (2007). علاج الأدمان على المهاجرين المخدر. الإزاريطة، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- أحمد عبد العزيز الأصفر (2012). أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. ط 1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- أحمد مجدي محمد حجازي (1994). المخدرات والواقع المصري المعاصر. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- أحمد محمد الزعبي (2008). أسس علم النفس الجنائي. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.

- جواد فطوير (2001). الإدمان أنواعه، مراحله، علاجه. مصر: دار النشر والتوزيع.

- جود مطر عقبات (2008). طرق إنتاج برامج التوعية الإعلامية للوقاية من أضرار المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

- أديب محمد الخالدي (2006). علم النفس الـاكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج. ط2، عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

- آرنولد واشنطن، درنا باوندي (2003). إرادة الإنسان في شفاء الأدمان. ترجمة صبري محمد حسن، ط1، القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.

- اسماعيلي يامنة، بعيبي نادية (2011). دور الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

- بلهمبوي كلثوم (2014). تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية. الجزائر: المؤسسة الوطنية للفنون المطبوعية. تاريخ الدخول: 09 جوان 2015 على الساعة 11:05.

- تقرير المخدرات العالمي (2013).

- الحسين بن شيخ آث ملوي (2010). المخدرات والمؤثرات العقلية-دراسة قانونية تفسيرية، الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.

- حسين عبد الفتاح الغامدي (2010). أثر البناء النفسي للأنا من وجهة النظر التحليلية المعاصرة (اريک اريكسون) على تعاطي المخدرات، نموذج تحليلي لديناميكية تعاطي وإدمان المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، (الندوة العلمية حول حماية الشباب من المخدرات، الجزائر:
<http://hdl.handle.net/12345678956061/2010/06/21>

- حسين علي الغول (2011). الإدمان الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن. ط 1، القاهرة: دار الفكر العربي.

- حسين علي فايد (2005). المشكلات النفسية الاجتماعية رؤية تفسيرية. ط 1، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

- حفيظة معني (2015). دور قطاع الصحة في الوقاية من المخدرات طبقاً للنظام القانوني الدولي والوطني. مجلة الوقاية والمكافحة، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 01، الجزائر العاصمة.

- حمود بن هزاع بن عبد الله الشنيري الشريف (2007). العوامل النفسية ذات الصلة باستعمال المخدرات. بحث مقدم لندوة المؤسسات التربوية

ودورها في الحد من استعمال المخدرات المنعقد في جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

- ذياب موسى البداینة (2010). إسهامات الجماعات الافتراضية في الوقاية من المخدرات. دور مؤسسات المجتمع المدني في التوعية الأمنية، ط 1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

- روبيرت ليهي (2006). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. ترجمة سيد يوسف، محمد نجيب أحمد الصبوة، ط 1، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.

- زين العابدين درويش (2005). علم النفس الاجتماعي أنسه وتطبيقاته. القاهرة: دار الفكر العربي.

- زين العابدين مبارك (1986). الحشيش. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية بالرياض.

- سامر جميل رضوان (2002). الصحة النفسية. ط 2، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- صالح السعد (1997). المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها، سلسلة المخدرات. عمان، الأردن: دائرة المكتبة الوطنية، مطبع الأرز.
- طالب أحسن مبارك (2008). الدور الوقائي للمؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- عادل الدمرداش (1978). الإدمان مظاهره وعلاجه. سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت: عالم المعرفة.
- عادل صادق (2005). الإدمان له علاج. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع
- عبد الحليم أبو حلتم (2006). المعجم الطبي. ط١، عمان، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرق الثقافي.
- عبد الرحمن العيسوي (2005). نظريات الشخصية. الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحمن محمد العيسوي (1999). علم نفس الشواذ والصحة النفسية. ط١، بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية.

- عبد الكريم قاسم أبو الخير (2002). التمريض النفسي. عمان، الأردن: دائز وائل للنشر.
- عبد الله محمد عبد النبي أحمد قازان (2005). إدمان المخدرات والتفكك الأسري-دراسة سوسيولوجية. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- عبد المنعم شحاته (2006). علم النفس الاجتماعي التطبيقي. ط 1، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.
- عبد المنعم عبد الله حسيب (2006). مقدمة في الصحة النفسية. ط 1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- عبد الهادي مصباح (2004). الإدمان. ط 1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- عبد الوهاب محمد كامل (1994). علم النفس الفسيولوجي (مقدمة في الأسس السيكوفisiولوجي والنيورولوجي للسلوك الإنساني. ط 1، الإسكندرية: مكتبة النهضة المصرية.

- عدلي السمرى وآخرون (2010). علم اجتماع الجريمة والانحراف. ط١، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- عفاف محمد عبد المنعم (1999). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجـه. الإزاريـطة، الإسكندرـية: دار المعرفـة الجامـعـية للطبعـ والنـشرـ والتـوزـيعـ.
- عفاف محمد عبد المنعم (2003). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجـه. الإزاريـطة، الإسكندرـية: دار المعرفـة الجامـعـية للطبعـ والنـشرـ والتـوزـيعـ.
- عفاف محمد عبد المنعم (2008). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجـه. الإزاريـطة: دار المعرفـة الجامـعـية للطبعـ والنـشرـ والتـوزـيعـ.
- عوني عدنان حسين (2001). سلبيات المـخدـرات، دور الـبحـث العـلـي في الوقـاـية من المـخدـرات. ط١، الـرـياـضـ: أكـادـيمـيـة نـايـف العـربـيـة لـلـعـلـومـ الـأـمـنـيـةـ.
- عيد محمد فتحي (1988). جـريـمة تعـاطـي المـخدـرات في القـانـون المـقارـنـ. جـ2، الـرـياـضـ: المـركـزـ العـربـيـ لـلدـرـاسـاتـ الـأـمـنـيـةـ وـالـتـدـرـيبـ بـالـرـياـضـ،
- غـريبـ محمدـ سـيدـ أـحمدـ، سـاميـةـ مـحمدـ جـابرـ (2005). علم اجتماع السـلـوكـ الـأـنـحـراـفيـ. الإـسكنـدرـيـةـ: دـارـ المـعـرـفـةـ الجـامـعـيـةـ.

- ف. إ. كاس، ج. م، أولدام. ش. بارداس (2009). في الطب النفسي وعلم النفس الالكلينيكي. ترجمة سامر جميل رضوان، ط1، غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.
- فتوح عبد الله الشاذلي (2009). أساسيات علم الإجرام والعقاب. بيروت، لبنان: منشورات الحلبي الحقوقية.
- فضيلة خطار (2014). تعاطي المخدرات في الجزائر. مجلة الوقاية والمكافحة، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 00، الجزائر العاصمة.
- فؤاد بسيوني متولي (2000). التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- فوقية حسن رضوان (2006). الإعاقة الصحية. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- كرایج ناکین (2006). الشخصية المدمنة. ترجمة انسی محمد احمد قاسم، سهیر كامل احمد، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. ط1، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- محمد جمال مظلوم (2012). الاتجار بالمخدرات. ط1، الرياض: مركز الدراسات والبحوث جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- محمد سلامة غباري (2007). الإدمان خطير يهدد الأمن الاجتماعي. ط1، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- محمد عبد حسين (2010). علم النفس الجنائي. ط1، عمان، الأردن: دار الرأية للنشر والتوزيع.
- محمد عودة الريماوي (2004). علم النفس العام. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- محمد محمود بني يونس (2008). الأساس الفسيولوجية للسلوك. ط1، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- محمد مرعي صعب (2007). جرائم المخدرات. بيروت-لبنان: مكتبة زين الحقوقية والأدبية.

- محمد يسرى إبراهيم دعبس (1994). الإدمان بين التجريم والمرض. الإسكندرية: جامعة الإسكندرية.
- محمود السيد علي (2012). المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها. ط 1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- مختار إبراهيمي (2005). المخدرات أثراها في حياة الفرد والمجتمع: ردمك.
- مصطفى سويف (1996). المخدرات والمجتمع-نظرة تكاملية. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
- معن خليل العمر (2009). علم ضحايا الإجرام. ط 1، عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- المهدى خالد محمد (2013). المخدرات وأثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الدوحة، قطر: وحدة الدراسات والبحوث مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات مجلس التعاون لدول الخليج العربية.

- ناصر الدين زبدي (2011). دراسة تحليلية لعوامل الإدمان في الوسط المدرسي. المرشد مجلة علمية نفسية تربوية، العدد الأول، مخر القياس والإرشاد النفسي، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
- نظام أبو حجلة (د.س). الطب النفسي الحديث. الأردن: الجامعة الأردنية.
- نور الدين بوزاري (2014). الاستراتيجيات الجزئية والصحة في معالجة الأدمان على المخدرات. مجلة الوقاية والمكافحة، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 00، الجزائر العاصمة.
- نوربير سيلامي (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس. الجزء الأول، ترجمة وجيه أسعد، دمشق، سوريا: منشورات وزارة الثقافة.
- وليد سرحان (2007). محاضرات نفسية. ط 1، عمان: دار مجدهاوي للنشر والتوزيع.
- Didoi Jayle, Philippe Lamoureux (2007). Drogues et dépendance.
- Franco Vaccarino, Ph.D (Septembre 2007). Toxicomanie au Canada (Pleins feux sur les jeunes). Canada: Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies CCLAT- CCSA.

- Griffith Eedards, Awni Arif (1982). Les problèmes de la drogue dans leur contexte socio-culturel (Contribution à l'élaboration de politiques et de programmes). GENEVE: Organisation Mondiale de la santé Genève.
- World Drug Report (2012) united nations office on drugs and crime, new York.
- World Drug Report (2014) united nations office on drugs and crime, new York.

