

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Amar Telidji
Laghouat
Faculté des Sciences Sociales
Département de Psychologie et Sciences
de l'Education et de l'Orthophonie.



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار تليجي بالأغواط
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا
اللجنة العلمية

ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة: علم النفس

تخصص: علوم التربية

محاضرات في مقياس

مخاطر المخدرات

موجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس تخصص علم النفس التربوي

إعداد الدكتورة:

أم النون شلاوشي

الموسم الجامعي 2022_2023



عنوان اللىسانس:

مقياس : مخاطر المخدرات

السداسي: السادس

الأستاذ المسؤول عن الوحدة التعليمية:

الأستاذ المسؤول على المادة:

أهداف التعليم:

في نهاية المقياس فإن الطالب قادر على تحليل أهم المؤشرات الوبائية ذات البعد التسممي والسلوكي في التحقيقات الديمغرافية لمخاطر المخدرات على السكان ابتداء من تنظيم وجمع وتحليل المسوحات التي تجمع بين عامل خطر المخدرات والمشاكل الصحية للسكان.

المعارف المسبقة المطلوبة :

المعارف المطلوبة التي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم هي معرفته الأولية بصحة الإنسان والأمراض والأوبئة السكانية.

محتوى المادة:

- تعريف المخدرات.
- ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع.
- الإدمان تعريفه وانعكاساته على الفرد والمجتمع.
- أسباب الإدمان
- الإدمان مظاهره وعلاجه.
- محاربة المخدرات.
- المخدرات من منظور القانون والشريعة الإسلامية

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
1	معلومات حول المقياس
1	أهداف المقياس
2	الخريطة الذهنية لمقياس مخاطر المخدرات
3	مصادر مساعدة
3	تمهيد
3	تعريف المخدرات
5	تصنيف المخدرات
20	أهم المصطلحات المرتبطة بالمخدرات
22	طرق تعاطي المواد المخدرة
23	ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري
25	الإدمان تعريفه وانعكاساته على الفرد والمجتمع
27	مراحل التعاطي
29	خصائص الإدمان
30	مراحل الإدمان
30	شخصية المدمن
31	أنواع الإدمان
32	المخدرات في التراث الإسلامي
33	النظريات المفسرة للإدمان
38	أسباب الإدمان وعوامله
48	نتائج الإدمان
48	الوقاية والعلاج من الإدمان
55	محااربة ومكافحة المخدرات في الجزائر
58	قائمة المراجع

معلومات حول المقياس

- جامعة: عمار ثليجي بالأغواط
- كلية: العلوم الاجتماعية
- قسم: علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا
- الفئة المستهدفة: السنة الثالثة ليسانس تخصص علوم التربية
- مقياس: مخاطر المخدرات
- الوحدة: استكشافية
- الرصيد: 01
- المعامل: 01
- المدة: سداسي

أهداف المقياس:

1. الهدف الخاص:

في نهاية المقياس يكون الطالب على دراية بالمخدرات وتصنيفاتها وأهم المصطلحات المرتبطة بالمخدرات، التعرف على الإدمان مراحلها وعوامل حدوثه، ونتائجه. أخذ فكرة على المخدرات في المجتمع الجزائري. وأخيراً معرفة طرق الوقاية وأهم العلاجات من الإدمان.

2. الهدف العام:

في نهاية المقياس فإن الطالب يكون قادر على تحليل أهم المؤشرات الوبائية ذات البعد التسممي والسلوكي في التحقيقات الديموغرافية لمخاطر المخدرات على السكان ابتداء من تنظيم وجمع وتحليل المسموحات التي تجمع بين عامل خطر المخدرات والمشاكل الصحية للسكان. ولا بأس أن نقدم خريطة ذهنية للمحاضرات ليسهل على الطالب الإمام بجميع محتويات المقياس.



الشكل 01: يمثل الخريطة الذهنية لمقياس مخاطر المخدرات

مصادر مساعدة:

لكي يتمكن الطالب من الاستفادة من محاضرات "مخاطر المخدرات" على أكمل وجه، تم تحديد بعض المصادر المساعدة والمتمثلة في:

- ✓ مطبوعة تحوي محاضرات المقياس.
- ✓ رابط لفيديو يتضمن عرض حالات تحكي عن تجربتها في تعاطي المخدرات وأسباب إدمانها.
- ✓ اللجوء إلى الخريطة الذهنية لما تحوي من مراجع وفيديوهات يمكن للطالب الاطلاع عليها.
- ✓ تحميل المحاضرات من منصة مودل (*Moodle*).
- ✓ تصفح المحاضرات على صفحة "نجباء" على الفيس بوك (Facebook).
- ✓ وبعض المراجع التي يمكن أن يعود إليها الطالب.

تمهيد:

المخدرات قديمة قدم الزمان، عرفت البشرية منذ مئات الآلاف من السنين واستعملوها في مداواتهم من الأمراض وفي طقوسهم الدينية. فمن المخدرات الطبيعية كالأفيون والحشيش والقنب الهندي والحشخاش والكوكا، استغلوها قديماً وحديثاً استغلالاً طبعياً تقطع من قلب الطبيعة وإن كان يمنع زراعتها شرعاً في بعض دول العالم لكنها تزرع. مروراً إلى إكتشاف المخدرات الاصطناعية كالمورفين والهيريون والكوكايين وصولاً إلى المؤثرات العقلية كالريفوتريل والديازيبام والإكستازي وليريكما، والقائمة مازالت مفتوحة لعقاقير صُنعت لأغراض طبية بحتة وأصبحت في قائمة المخدرات الفتاكة.

أولاً: تعريف المخدرات

إن التعريف الشائع للمخدرات يتعلق بالأحكام الثقافية المسبقة وبالضروريات الاقتصادية والتجارية وبالأحكام القانونية التي تعكسها إلى حد بعيد. وبعض المواد السامة التي تنتجها البلدان الغربية مثل التبغ والكحول تعتبر مشروعة، واستعمالها مبدل وبيعها حُر أو لا يراقب بينما تسمية المخدر هي مواد أخرى أصلها خارجي عادة، وتعتبر غير شرعية والإتجار بها ممنوع. (هنري شابرول، 2001، ص9)

1. التعريف اللغوي للمخدر:

يعرف المخدر بأنه المادة التي تحدث خدرًا في الجسم عند تناولها، فَخْدِرُ أي إِسْتَتَرَ عراه فتور واسترخاء، فتدل على السّتر، أي حجاب العقل والذهاب به. (المعجم الوسيط، 1972، ص228)

2. التعريف الاصطلاحي للمخدر:

مصطلح المخدرات: Drugs أو Narcotics كلمة مشتقة من الإغريقية Narkosis بمعنى يخدر أو يجعله مخدرًا. (مدحت أبو النصر، 2008، ص21)

ويعرف المخدر: "هو أي مادة طبيعية كانت أو كيميائية_ مهبطة أو منشطة او مهلوسة، والتي عند تعاطيها ودخولها جسم الإنسان تؤثر على الوظائف الميزاجية، والمعرفية، والجسمية، والعصبية، وتنعكس أضرارها وسوء استخدامها على الفرد والمجتمع". (حسين فايد، 2005، ص58)

ملحوظة: نقول المخدر أو العقار أو المادة المخدرة فكلها تشير إلى نفس المعنى.

إن تعريف المخدرات أمر ضروري لفهم طبيعتها، علماً بأنه ليس هناك تعريف عام متفق عليه يوضح مفهوم المخدرات، فتعدد التخصصات تعددت بذلك وجهات النظر حول المخدرات وبالتالي تعددت التعاريف، لذلك لا بأس أن نشير إلى التعريف النفسي والتعريف الشرعي والتعريف القانوني للمخدرات.

3. التعريف النفسي للمخدرات:

يعرف البعض المخدرات: "بأنها كل مادة طبيعية أو مصنعة تفعل في جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساساته وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذي على البيئة والمجموعة". (أحمد الحراشنة وجلال الجزائري، 2012، ص14)

4. التعريف القانوني للمخدرات:

هناك من يعرف المخدرات تعريفاً قانونياً فيرى "أنها مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويخطر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له ذلك. (مدحت أبو النصر، 2008، ص22)

5. التعريف الشرعي للمخدرات:

إن إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد بالمملكة السعودية في المؤتمر الإقليمي السادس للمخدرات عام 1394هـ "المفتر" كما يلي: "المفتر مأخوذ من التفتير والإفتار، وهو ما يورث ضعفاً بعد قوة وسكوناً بعد حركة، وإسترخاء بعد صلابة، وقصور بعد نشاط، يقال فتره الأفيون إذا بما ذكر من

الضعف والقصور والإسترخاء". وعليه فالقرآن الكريم يحرم كل ما هو خبيث، وذكر الخمر بإسمها، ولا يوجد أدنى شك في أن تعاطي المخدرات يدخل ضمن الخبائث التي حرمها الله. فالمخدر في حكم الشريعة الإسلامية كل ما يشوش العقل أو يثبطه أو يخدره، أو يغير في تفكير الإنسان وشخصيته التي كره الله بها وخلقها على أحسن تقويم. (عبد الحليم عويس، ب ت، ص14)

ثانياً. تصنيف المخدرات

توجد تصنيفات متنوعة للعقاقير، ويرجع هذا التنوع إلى إختلاف العلوم التي يدخل في إختصاصها بحث ودراسة العقار، ونظراً أيضاً لوجود أنواع كثيرة ومختلفة للمخدرات، بالإضافة إلى تعدد التعاريف الخاصة بها، لذلك صنفت المواد المخدرة إلى أكثر من تصنيف أو أكثر من نوع.

1. تصنيف المخدرات قانونياً:

تقسم المخدرات من الناحية القانونية إلى فئتين، الأولى هي المخدرات الشرعية والرائحة بكثرة مثل: الكحول والكافيين والتبغ. والمخدرات الغير شرعية مثل: الحشيش أو الكنايس أو المارجوانا، الكوكايين، الأفيون، الهيروين المهلوسات المصنعة، مواد الشم، والأمفيتامين والباربيتوريك. (صونيا برميلي، 2009، ص67)

إن رواج بعض المخدرات لا يعني بالضرورة شرعيتها، ففي الجزائر مثلاً تنتشر وتُروج الكحول في حين تعد غير شرعية، بينما رواجها وانتشارها في البلدان الغربية إنما يعكس شرعيتها.

2. تصنيف المخدرات حسب طريقة الإنتاج:

وتقسم المخدرات حسب طريقة الإنتاج إلى:

1. مخدرات تنتج من نباتات طبيعية مباشرة: كالحشيش والقات والأفيون ونبات القنب.
2. مخدرات مصنعة وتستخرج من المخدر الطبيعي بعد أن يتعرض لعمليات كيميائية تحولها إلى صورة أخرى: مثل المورفين، والهيروين والكوكايين.
3. مخدرات مركبة وتصنع من عناصر كيميائية ومركبات أخرى ولها التأثير نفسه: كالمواد المخدرة والمسكنة والمنومة والمهلوسة. (الحراشة والجزاري، 2012، ص21)

ويمكن الإشارة أيضاً إلى الغازات الطيارة بإعتبارها من المخدرات المصنعة أو الإصطناعية، مثل الباتكس والأسيتون وغيرها.

لابأس أن نعطي في هذا الصدد تعريف موجز لكل من المخدرات الطبيعية والمخدرات الإصطناعية:

أ. **المخدرات الطبيعية:** ويقصد بالمخدرات الطبيعية تلك النباتات التي تحتوي أوراقها وزهورها وثمارها على المادة المخدرة الفعالة التي ينتج عنها فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة، ومنها ما هو منتشر ومعروف دولياً، ومنها المعروف على المستوى الإقليمي فقط، وهذه النباتات هي:

1_ نبات القنب الهندي أو الحشيش Haschisch.

2_ نبات الخشخاش أو الأفيون.

3_ نبات القات. (رشاد عبد اللطيف (أ)، 1999، ص44)

ب. **المخدرات الاصطناعية:** وهي التي تركب من مواد كيميائية أولية كالكربون والأكسجين أو الهيدروجين أو النيتروجين والبنزين وطلاء المساكن إلى غير ذلك، ويحدث عند إساءة إستعمالها نفس الآثار التي تحدثها المخدرات الطبيعية، وأهمها حالة الإدمان. (المرجع السابق، ص42)

ومن أنواعها: المنومات (الباربيتورات)، المنبهات (الأمفيتامينات)، المهدئات. عقاقير الهلوسة، الغازات الطيارة، الباتكس، أسيتون وغيرها.

3. **تصنيف المخدرات حسب اللون:**

تقسم المخدرات حسب اللون إلى قسمين:

أ. المخدرات السوداء: ويقصد بها الحشيش والأفيون.

ب. المخدرات البيضاء: ويقصد بها المورفين والهيريون والكوكايين.

إلا أن هذا التقسيم غير دقيق إذ أن لون المخدرات تؤثر فيه عوامل تتصل بدرجة نقائها ومناطق إنتاجها وطرق تصنيعها. (رشاد عبد اللطيف (أ)، 1999، ص41)

4. تصنيف المخدرات حسب درجة خطورتها:

ويقع تحت هذا التصنيف للمخدرات:

- أ. مخدرات خفيفة *drogues douces* كالحشيش والقات. والإدمان على هذه المخدرات الخفيفة ليس إلا مجرد إرتباط نفسي بما مماثل للإدمان على القهوة والتدخين، وإنما خطر إستهلاكها يكمن في إحتمال الإنتقال بحثاً عن اللذة، إلى إستهلاك نوع آخر من المخدرات.
- ب. مخدرات فتاكة *drogues dures* كالهروين والكوكايين والتي يترتب عن إستهلاكها أضرار جسمية تتجاوز المستهلك لتصيب المجتمع. (نواصر العايش، ب.ت، ص7)

وهناك من يطلق عليها إسم:

- أ. مخدرات ومؤثرات عقلية كبرى: مثل الأفيون والمورفين والكوكايين والهيريون والحشيش.
- ب. مخدرات ومؤثرات عقلية صغرى: وهي الأقل خطراً عند إستعمالها، وتمتاز بأنها تمثل جانباً كبيراً من العقاقير التي أنتجت في الأصل للأغراض الطبية والعلمية، إلا أن إساءة إستخدامها جعلها من المواد الخطرة، مما أوجب تنظيم التعامل معها، وهذه المواد هي المنبهات والمنومات والمسكنات. (عبد العزيز البريشن، 2002، ص49)

5. تصنيف المخدرات حسب تأثيرها على الصحة:

هناك تصنيف للمخدرات من حيث تأثيرها على الصحة الجسدية والنفسية والعقلية للمتعاطي والتي تدخل ضمن المخدرات المركبة وتصنع من عناصر كيميائية ومركبات أخرى وهي: المثبطات والمنشطات والمهلوسات والتي تندرج تحت اسم الأدوية النفسية.

والأدوية النفسية أو *Les psychotropes* هي " مجموعة من المركبات الكيميائية المصنعة التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية وإضطراب السلوك، كالفصام والإكتئاب الذهاني والقلق المرضي...إلخ. وتسبب هذه الأدوية الهدوء وعدم الاكتراث وبطء الحركة والتفكير. (عادل الدمرداش، 1982، ص22)

وفي هذه المحاضرة سوف نركز على الحديث عن المخدرات التي تقع تحت هذا التصنيف لأنه الأكثر شيوعاً وتداولاً من بين جميع التصنيفات. ولالإشارة فإن المواد المخدرة التي تندرج تحت هذا

التصنيف وخلافه كثيرة ومتعددة، وفي كل مرة يظهر عقار جديد إلى حيز الاستعمال غير المشروع ويضاف كعقار جديد ويصنف من المخدرات. وفي الجزائر على سبيل المثال يوجد إلى حد الآن أكثر من 20 عقار يستعمل استعمالاً غير شرعي، لذلك فمن الصعب ذكر أو الإشارة إلى كل العقاقير المخدرة المتداولة بين أوساط الشباب فنرى بأنه يستحسن أن نشير في هذا الصدد إلى أهم العقاقير التي يساء استعمالها تحت هذا التصنيف وأكثرها تعاطياً بين الأشخاص المدمنين.

5.1. المهلوسات

1. تعريفها:

إن مصطلح مهلوسات (Hallucinogènes) يشير إلى مجموعة متباينة من المواد التي تشترك في كونها تسبب للمستخدم تشويهاً في الإدراك (هلوسات) وحالة عقلية تشبه الذهان. (فتحى دردار، 2005، ص118)

والهلوسة عبارة عن خبرة تدركها الحواس في مواضع أو أحداث غير موجودة على صعيد الواقع وهي إلى حد بعيد الانخداع.

2. تصنيفها:

ويمكن تصنيف المواد التي تتسبب في الهلوسة في صنفين أساسين هما:

_العقاقير المهلوسة الموجودة في النباتات الطبيعية.

_العقاقير المهلوسة المصنعة في المختبرات أو كما تعرف بالـ Psychotropes.

1.1. عقاقير الهلوسة الطبيعية:

وسوف نتناول تحت هذه الفئة مخدر الحشيش، بإعتباره أكثر المهلوسات شيوعاً في العالم بأسره عامة وفي أغلبية ولايات الجزائر بما فيها ولاية الأغواط على وجه الخصوص، سنقدمه بشيء من التفصيل.

أ. الحشيش Le cannabis:

هو المادة المخدرة المستخلصة من نبات القنب، كما أنه يعرف من خلال مشتقاته في الولايات المتحدة الأمريكية بإسم الماريجوانا (Marijuana)، أما القنب الهندي فهو نبات بري ينمو فطرياً، كما يمكن أن يستزرع كما هو حادث الآن في بعض الدول، سواءً بطريقة رسمية أو سرية كالهند وجنوب إفريقيا.

والعنصر الفعّال في الماريجوانا والحشيش هو مادة إسّمها العلمي القات هو "كانبيس سالفا" (Cannabis Saliva)، وقد وردت أول إشارة للكانبيس عام 2737 ق.م في كتاب صيدلية ألفه طبيب الإمبراطور الصيني (شان نونغ Chane_Nung). وقد عرفه العرب والأوروبيون وانتشر تداوله وتعاطيه بين الشباب. (Richard, D, S.A P25)

ويستخرج الحشيش من الأوراق الجافة والمطحونة للزهرة العلوية لنبات القنب الهندي، وفي الغالب ما يتعاطى عن طريق التدخين، ولكنه يمكن أن يمضغ أو يجهز كالشاي وقد يؤكل. والحشيش أشد تأثيراً من الماريجوانا. (عبد الرحمان العيسوي، 2005، ص64)

ويسوق القنب على شكل عشب أو راتنج أو زيت وتم تعويض العشب عملياً بالراتنج، ويوجد الراتنج أساساً في فرنسا كما يمكن أن نجد:

_القنب المغربي (يميل للخضرة) من 8 إلى 12% THC.

_القنب اللبناني (أسمر تراي) من 11 إلى 20% THC.

_القنب الأفغاني (أسود) من 25 إلى 30% THC.

هذا عن العشب أما الزيت الذي عّبار عن عجينة سائلة لونها أخضر داكن يميل إلى السواد يتم الحصول عليه بخلط الراتنج مع مذيب أو كحول ويمكن أن يحتوي على 60 إلى 80% THC. والراتنج هو الشكل الأكثر إستهلاكاً للقنب في أوروبا. (سيلفي فوفلو ماهيي، 2008، ص129)

فمادة الحشيش أو كما تُعرف بعدة أسامي عندنا في الجزائر هناك من يسميها الكيف، وهناك من يطلق عليها أسماء كالشيرة، الشيكولة، قطعة عشرة وما إلى ذلك من أسماء منتشرة حسب كل منطقة. فهناك نسبة كبيرة من الأفراد المدمنين يتعاطون الحشيش، وهذا لوفرتها وسهولة إقتنائها وإنتشار بائعيها ومروجيها، وكذلك لرخص ثمنها مقارنة مع مواد مخدرة أخرى، فاذا كانت الحبوب المخدرة لا تعطى إلا عن طريق وصفة طبية وهذا يعتبر عائق أمام المتعاطي، فيلجأ إلى شرائها عن طريق السوق السوداء وقد يصل ثمنها في بعض الأحيان إلى 400 دج لندرتها فإن "الكيف" بالمقابل كمنتوج - إن صح التعبير - لا يخضع لوصفة طبية ولا للشراء عن طريق السوق السوداء فاقتناه أكثر سهولة. وقد لا يوجد من هو مدمن على مادة مخدرة ما إلا ويكون إما يتعاطى الحشيش مع المادة التي يدمنها أو يستعمل "الكيف" كتعويض في مكان المخدر الذي لم يستطع اقتنائه أو يكون قد جرب تدخين الحشيش في بداية عهده بالإدمان.

ونحن بصدد الحديث عن مادة الحشيش وتسمياتها المختلفة حسب المناطق، لا بأس أن نشير إلى بعض المواد المخدرة وتسمياتها المختلفة في منطقة الأغواط وبين شبابها سواء المتعاطي أو المروج. هي أسماء لمواد مخدرة يتعاطها الشباب في الشارع ويُسمونها بغير أسمائها الحقيقية ويعرفونها بينهم بلغة تسمى لغة الشارع أو لغة العامة أو السوقية (L'argot).

الجدول رقم (01): أسماء بعض المواد المخدرة المستعملة في الشارع بين المدمنين

بمنطقة الأغواط من اعداد أستاذة المادة

الأسماء العلمية والطبية للمواد	الأسماء المتداولة في الشارع
Cannabis_ El Hachiche	الكيف_ الزطلة_ الحشيش_ قطعة عشرة الشيكولا_ الفن
Clonazepame(Rivotril)	الحمرة_ مدام كوراج (madame courage)
Diazépan(valium)	الروش الزرقة
Héroïne et Cocaïne	القبرة(الغبرة)
Lyréca	الصاروخ_ Trois cent_ الطاكسي
L'extasé	الدومينو(Domino)
Boisson Alcoolises	الروح(الشكوة)

ب. نمط إستهلاك الحشيش:

_ الشيت Shit يُدخن.

_الوصل Joint.

_وصل بالماريخوانا: حشيش نقي يلف في ورق سجائر.

— مخروط مجهز بمرشح من الورق المقوى (في أكثر الأحيان تذكرة الميترو)، يتم برم الحشيش (راتنج القنب) مخلوط مع التبغ (والمستعمل عندنا هو الورق الرقيق الشفاف والمسمى عندنا بالمصاصة).

— البلاتن يتم بتفريغ جزء من تبغ السيجارة وملئها بالحشيش.

وهذه النمط الأخير في الإستهلاك هو الأكثر إنتشاراً بالخصوص عندنا في الجزائر.

— الأنبوبة Pipes: وهي على عدة أنماط نذكر:

— الشوينغ: يحضر تقليدياً بأنبوب من القوي مثقوب الرأس ومجهز بمحرقة من ورق الألمنيوم.

— الشيلوم: أنبوبة تقليدية شرقية مستعملة لتدخين القنب.

— البلع: حلوى، فطائر. (نفس المرجع السابق، ص129)

وقد نجد هذه الأدوات والأنماط منتشرة في جميع دول العالم لكن بتسميات مختلفة فقط.

ت. إنتاج القنب الهندي:

هناك أربعة مناطق إنتاج توفر القنب:

— جنوب غرب آسيا: تايلاندا، الفلبين، أفغانستان.

— الشرق الأوسط: تركيا، لبنان.

— منطقة أمريكا: كولومبا، المكسيك، الولايات المتحدة الأمريكية.

— إفريقيا: كوت ديفوار، البنين، السينغال، والمغرب. (سيلفي فوفلو ماهيي، 2008، ص129)

1.2. عقاقير المهلوسة المصنعة:

كانت العقاقير المهلوسة تصنع وتباع من دون أية رقابة أو مساءلة حتى عام 1971م حيث وقعت إتفاقية المواد النفسية التي منعت تصنيع هذه العقاقير وترويجها ورغم هذه الإتفاقية فما زالت المخابر السريّة تصنع هذه العقاقير ويقوم بترويجها تجار المخدرات.

ومن أشهر المخدرات المهلوسة المصنعة هو:

أ. عقار L.S.D25: هو حمض "اليسرجيك دي إيثيل أميد" (Acide lysergique)

(diltulamide)، ويسمى بإختصار L.S.D25 وهو من أشهر العقاقير المحدثّة للمهلوسة.

ويستخرج من الفطور التي تنمو على الحبوب عامة وعلى الشوفان خاصة، وتعرف هذه الفطور

بإسم الجودور (Ergot). ويؤدي أكل الحبوب المصابة بهذا الفطر أو الخبز المتعفن إلى حالة

مرضية إسمها الجودورية (Ergotisme) وهي حالة تحدث تنميل وخدر الجلد وتشنج

العضلات، أو تحدث نوبات من الصرع، وأرق وإضطراب في التفكير.(فتحي دردار، 2005، ص69)

ب. الإكستازي: الجزء الكيميائي المسؤول عن التأثيرات المنشطة MDMA

(3,4méthylénedioxy méthamphétamine)، وهو أقراص ذات ألوان وأشكال متغيرة مزينة برسوم، 3,9 من المستعملين بانتظام بدأوا في سن 17. ولالإكستازي تأثيرات ومخاطر كبيرة ورد فعل حاد:

_ في جرعات أقل من 100ملغ: تسريع نبضات القلب، جيشان النفس، إرتعاش، عض على الأسنان، عرق.

_ في جرعات تفوق 100ملغ: إسترخاء، زيادة الحساسية للبرد والضوء والألوان، غثيان، فقدان التوازن، إحتلاج سريع للمقلة.

أما فيما يخص الاضطرابات التي يسببها تعاطي الإكستازي وزيادة الجرعات: ارتفاع نبض القلب، تخثر الدم، كبدية خطيرة، عصبية زائدة، واضطرابات نفسية. (بيار بوليني، 2008، ص90)

ت. المواد المتطايرة volatils:

1. تعريفها:

تعتبر المواد المتطايرة والمعروفة أيضاً باسم "المستنشقات" أو "المحلولات المتبخرة" أو "المذيبات الطيارة"، أحد الأنواع غير التقليدية للشعور بالمتعة الزائفة والفرح والإنبساط، وهي منتشرة بشكل واضح بين الأطفال والمراهقين، وهذا يُعد من الأسباب التي تعتبر أرضية للإدمان على المخدرات وغيرها فيما بعد، بل نكاد نجزم بأن كل مدمن مهما كان سنه أو تاريخه الإدماني إلا وقد جرّب في بداية تجربته بالتعاطي إحدى أو عدد من المواد المتطايرة، وربما السبب في هذا الانتشار يعود إلى سهولة الحصول على هذه المواد من المحلات العامة، وبدون أية قيود بالإضافة إلى سعرها المنخفض مقارنة مع مواد مخدرة أخرى وأيضاً بسرعة آثارها على الفرد.

2. تصنيف المواد المتطايرة:

يمكن تصنيف المواد المتطايرة أو كما تسمى بالمستنشقات إلى ثلاثة أصناف هي:

أ.الغازات: وهي غازات تستعمل في المنازل كولات(البيوتان) وعبوات البروبان وكربون وهيدروجين والغازات المتطايرة من بعض العجلات كالمراهم، وورق التجليد، أو الشمع، وغاز الثلجات،

ومكيفات الهواء، والغازات الناتجة عن آلات الدهان، ومزيل الروائح الكريهة مثل (مزيل العرق)، وبخاخات الشعر، وبخاخات صناعة القماش، وبعض الغازات الطبية كالأثير والكلوروفورم والهالوثان وأكسيد النيتروز.

ب. المذيبات: وهي المذيبات الصناعية والمنزلية، أو المواد التي تحتوي عليها، ومثالها مخففات الطلاء، وسوائل التنظيف الجاف، الكيروسين، والغراء، والمذيبات المكتبية، كسوائل التصحيح وأحبار أقلام التخطيط.

ت. النيترات: وهي النيترات الدهنية، مثل نيترات السيكلوهيكسيل، ونترات الأثيل التي تستخدم بوصفة طبية، ونترات البيوتيل (أصبحت محضرة الآن). (محمود شديفات، 2008، ص120)

ومن بين جميع هذه المواد المتطايرة والأكثر إستعمالاً في الشوارع كمواد مخدرة بين أطفال ومراهقي ولاية الأغواط هي: البنزين (المازوت)، والبتكس (Patexe)، والغاز، ومبيد الحشرات (الفليتوكس).

3. آثار المواد المتطايرة:

إن سوء إستعمال هذه المواد تؤدي إلى اضطرابات عقلية أو أضرار بالغة بالكبد والكلية والقلب. وهي مؤثرات بصفة عامة على الجهاز العصبي وتحدث أحياناً حالات من التهيج والإنعاش تتلوها أعراض من الهديان، أما إذا زادت الجرعة منها فإنها تقضي إلى الغيبوبة والوفاة. (عبد الرحمان العيسوي، 2005، ص103)

ويمكن أن يصحب التعاطي المزمّن الذي يستمر لأسابيع وشهور متوالية إلى ظهور أعراض خطيرة منها الهزال والضعف الحركي العام والتوهان (غياب الإدراك) لمدة طويلة، وغياب لتنبيه وضعف التأزر الحركي والإبتحاح نحو السلوك العدواني وإنخفاض القدرة على التعلم. (فتحي دردار، 2005، ص75)

4. أسباب تعاطي المواد المتطايرة:

تعبّر الأسباب الرئيسية لهذا السلوك عن الوضع الأسري وتدني المستوى التعليمي والإجتماعي والإقتصادي لأسر هؤلاء الأطفال والمراهقين (محمود شديفات، 2008، ص120)

5. طريقة إستعمال المواد المتطايرة:

بعيداً عن إستعمالها النفعي كالدهن والتنظيف وغيرها، يلجأ البعض وخاصة الفقراء جداً والمراهقين إلى إستعمال المواد المتطايرة بغرض التخدير وتستنشق بعدّة طرق أهمها:

__ الإستنشاق المباشر من الإناء أو العلبه أو القارورة.

—وضع المواد فوق قطعة من القماش ثم تستنشق بعمق.

—وضع المواد في كيس بلاستيكي وتستنشق من فتحة صغيرة (حتى لا تنتشر الذرات في الهواء).

—خلط المواد المتطايرة مع العطور ثم شمها حتى تحقق المفعول أو تخلط مع بعض السوائل وشربها (قهوة،

شاي، عصير).

5.2. المثبطات:

1. **تعريفها:** وهي عقاقير (مركبات كيميائية تسبب الهدوء والنوم بالتحديد. هي مواد تُعَيَّب

الوعي ومعالجة للوجع أو الإضطراب). (فتحي دردار 2005، ص 61)

2. أنواعها:

ومن أنواع المثبطات نذكر:

أ. الأفيون ومشتقاته: المورفين — الهيروين — الكوداين.

ب. الباربيتورات.

ت. الميثادون. (عبد الله قازان، 2005، ص 33)

ومن المثبطات الطبيعية والتي تُعد الأكثر إنتشاراً في العالم نذكر:

أ. الأفيون L'opium:

ويستخرج من نبات الخشخاش ويوجد في آسيا والهند وإيران وتركيا واليونان وغيرها، ويطلق عليه في

بعض الأحيان إسم "أبو النوم" مشتقاً من إحدى خواصه الأساسية، وهي جلب النوم لمتعاطيه، ويُعد

ومشتقاته من المخدرات الجالبة للنوم. (رشاد عبد اللطيف (أ)، 1999، ص 45)

ومن أهم المثبطات الإصطناعية نذكر:

ب. المورفين: Morphine

هي كلمة مشتقة من مورفي (Morphine) والتي تعني عند الإغريق "إله النوم"، وقد تمكن الصيدلاني

الألماني (فريدريك سيرتيرنر Fredrik Sertuner) من عزله من الأفيون سنة 1804م، حيث يعتبر

هذا الأخير عنصر فعّال في الأفيون، إذ يُشكل تقريباً 10% من وزنه. (Biron, A et

autre, 1979, p120)

وهو العنصر الأساسي في الأفيون، ويوجد على هيئة بلّورات بيضاء اللون أو أقراص يتم تصنيعها، أو

مركبات للحقن وهو عديم الرائحة والمذاق.

وقد أستعمل لأول مرة من طرف الأطباء لإزالة الآلام، وإستعمله بكثرة الفرنسيين والألمان خلال حرب 1870م، وقد مكّن إختراع الإبرة الطبية من إستعمال هذه المادة عن طريق الحقن في الشرايين، ويفضل البعض تدخينها، وقد أشتهر تعاطي المورفين وتطور بين 1875م ونهاية القرن في أوساط الفنانين والمشاهير الذين كانوا يجتمعون في نوادي مدمني المورفين. (Ibid, p.120)

ت. الهيروين **Héroïne**:

ويتم إنتاجه من المورفين منذ عام 1814م، ويوجد على هيئة مسحوق أبيض اللون، مُرّ المذاق، كما توجد منه أنواع يتراوح لونها بين الأبيض والبني الداكن، وذلك بسبب إضافة مواد أخرى خصوصاً الأصناف التي تباع للمدمنين، مثل الكوكا، المواد السكرية، النشا، مسحوق اللبن. ويُعد الهيروين أكثر المخدرات فعّالية، إذ تعادل فعاليته 5_6 مرات فعالية المورفين كما أنه يسبب الإدمان بسرعة. (عادل الدمرداش، 1982، ص104)

ث. الكودايين **Codéine**:

ويستخرج من الأفيون، وقد تم فصله من الأفيون عام 1832م، ويوجد على هيئة أقراص أو حقن كما أنه يستخدم طبيّاً في علاج السعال. (رشاد عبد اللطيف(أ)، 1999، ص46) ولأنه يكثر إستعماله في المواد الصيدلانية خاصة في دواء السعال وهو قابل لإساءة الاستعمال، فكثيراً ما يلجأ المدمنون على الكودايين إلى إستهلاك قارورة كاملة من دواء السعال وأحياناً قرورتين للحصول على المفعول المراد.

ج. الباربيتورات:

تعريفها: حاول طبيب ألماني إسمه "أودولف فون باير" (Adolphe Von Baeyer) أن يضع عقاراً منوماً وتُوجت أبحاثه بإكتشاف مادة مؤلفة من بلورات بيضاء سماها حامض الباربيتوريك (Acide de Barbiturique) لكن هذا العقار لم يُستعمل كمنوم أبداً، وفي عام 1903م تمكّن (إميل فيشر) وصديقه (جوزيف فون مرينج) أن يُركبا من حامض الباربيتوريك مُنوم سميّاه (فيرونال) نسبة إلى مدينة فيرونا الإيطالية، وفي عام 1912م تم تحضير مادة (الفينونوباربيتال) (Phénobarbital) المنومة وسوّقت تجارياً بإسم (اللومينال) (Lominal) وتوالى بعدها تركيب عقاقير مُنومة كثيرة مشتقة من حمض الباربيتوريك تُعدُّ بالألوف وسمّيت بالباربيتورات (أي مشتقات حامض الباربيتوريك) لكن إستخدامها في المجال الطبي محدود. (فتححي دردار، 2005، ص61)

5.3. المسكنات والمهدئات:

هناك فصيلة أخرى من المثبطات هي المسكنات، التي تستخدم كحجوب تنويم لتهدئة الإضطرابات وحصول الإسترخاء، والجرعات الكبيرة قد تعمل على إحداث غيبوبة، وإضعاف الطاقة الذهنية وغيرها، والتوقف عنها يعمل على إحداث الإعتماد النفسي. (عبد الله قازان، 2005، ص34)

1. تصنيفها

وتنقسم المهدئات إلى الفئات التالية:

أ. المهدئات العظمى (**Major Tranquillisant**): مثل اللارجكتيل والسيرنيس والميليريل. وتستخدم في علاج الأمراض العقلية ولا تسبب الإدمان.

ب. المهدئات الصغرى (**Minor Tranquillisant**): وتسبب الهدوء وتزيل القلق المرضي والتوتر العضلي مثل الليبريوم والفاليوم وقد تسبب الإدمان إذا أُسْتُعْمِلت بدون إشراف طبي.

ت. مضادات الإكتئاب (**Antidepressants**): وتستخدم في علاج مرض الإكتئاب الذهاني، مثل التوافرنيل والتريبتيزول. وهي لا تسبب الإدمان.

ث. المنبهات النفسية (**Psychostimulants**): وإستخداماتها محدودة جداً لأنها تسبب الإدمان ومنها: الريتانيل والميثيدرين الذي يستخدم في الوريد أثناء جلسات التفريغ النفسي. (عادل الدمرداش، 1982، ص22)

2. الكحول Le vin:

جزئية طبيعية أو مركبة، تحول إيثيلي أو إيتانول، موجودة في جميع المشروبات المخمرة. الكحول هو جزئية مسكنة ومغنطة في الوقت نفسه، إنه السم الأقدم من حيث معرفته، لا شك منذ فجر الإنسانية، وهو المخدر الأكثر إنتشاراً في العالم، بكمية ضئيلة يمكن أن تكون له خصائص الإثارة وإن كانت غالباً يليها حالات من الخمر، وبكميات كبيرة قد تحدث حالة من السبات والغياب عن الوعي...يخلق هذا المخدر حالات تبعية جسدية ونفسية والإقلاع عنه قد يؤدي إلى هذيانات حادة وخطيرة.

(رولان دورون وفرانسواز بارو، 2012، ص.ص57، 58)

يعتبر الكحول مخدر كالمهيروين يعمل على تثبيط جهد الجهاز العصبي، وهو مرض يحصل مع مرور الزمن، ويصبح الشخص المريض مدمناً عليه ويصعب التخلص منه، وإذا إستمر الفرد في ممارسة عادة شرب

الخمير، فإن قدرته على التحمل سوف تَقَلُّ، ويحدث له تَغْيُرٌ في طباعه الشخصية وضعف في الصحة، ويؤدي إستهلاكه بكثرة إلى توتر الشخص عاطفياً ويصبح عنده ضعف في التركيز في الكلام، يدمر الكبد والدماغ، كما يدمر حياة الفرد العائلية والعملية. (عبد الله قازان، 2005، ص34)

بالإضافة إلى أضرار إجتماعية، كإهمال الأسرة من إدارة ورعاية وتربية، وإخراش الأولاد لإنسياقهم غالباً إلى تقليد آبائهم، وتقليل قابلية الحصول على المعرفة والتعلم، وتخطيم الأخلاق والمعاملة والمثل العليا، والتخلي عن المسؤولية الدينية، وإرتكاب المعاصي والآثام والجرائم. (محمود خطاب، ب.ت، ص33)

5.4. المنشطات:

المنشطات "عقاقير إذا أعطيت للإنسان بالمقادير المسموحة بها طيباً أدت إلى تنشيط عملية التنفس وتنظيمها، بالإضافة إلى تنشيط وتقوية القلب وتنظيم ضرباته، كما تؤدي إلى تنبيه الجهاز العصبي المركزي وهي تستعمل لزيادة اليقظة وتفادي النوم، ومفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية للطعام. (Peryzzo, 1980, p331)

1. أنواعها:

أ. الكوكايين **Cocaine**:

مادة قلبية مستخرجة من أوراق الكوكا. خصائصها التخديرية كانت الأولى التي أكتشفت، وكان فرويد من الأوائل الذين إستخدموها. وقد أكتشف خصائصها الباعثة على المرح والمثيرة فيما بعد، فاعطتها شعبية سريعة وقد وصفها فريد لمعالجة التبيعية المورفينية والكحولية، والإضطرابات المعوية والخور والإرهاق.

ومن آثاره الصيدلانية يلاحظ أنها تسبب المرح والنشاط المفرط والإحساس بالإرتياح والشعور بعدم إمكانية التعب. يعتبر الكوكايين من حيث آثاره منشطاً نفسياً ذا تأثير قصير ولكنه قوي له خصائص صيدلانية قريبة من الأنفيتامين. (رولان دورون وفرانسواز بارو، 2012، ص206)

ب. الكراك **Crack**:

هو عبار عن كوكايين نقي جداً بحيث يتم تحضيره بإذابة الكوكايين في الماء الساخن مع مادة كيميائية قلبية المفعول مثل البيكاربونات الصوديوم فتتحد هذه المادة مع الكلور ويبقى الكوكايين نقياً وخالصاً يسمى بالكراك، (فتحي دردار، 2005، ص55)

إن الكراك هو كوكايين يباع على شكل مادة صافية، وهو قوي جداً، ونقي نسبياً وقليل الكلفة. (رولان دورون وفراسواز بارو، 2012، ص206)

ت. الأمفيتامين **Amphétamines**:

هي مركبات صناعية لها خواص منبهة للجهاز العصبي، تأثيرها الزمني ما بين 4 إلى 6 ساعات، ويمكن تعاطيها عن طريق الحقن أو الشم والأكثر استخداماً طريقة البلع حيث توجد الأمفيتامينات على شكل أقراص، تُحدث الإدمان إذا ما تعاطاها الفرد دون إشراف طبي.

وتحدث الأمفيتامينات "تزايد في معدلات ضربات القلب وإنقباض الأوعية الدموية، وارتفاع ضغط الدم، إتساع حدقة العين، ونقص حركة الأمعاء، أما نفسياً فتحدث سلوكيات إنفعالية، والجرعات الكبيرة من الأمفيتامينات تؤدي بالشخص إلى الموت. (Peryzzo Alberto, 1980, p434)

ويبدأ تاريخ الأمفيتامينات في سنة 1887م حينما تمكّن (إديليانو L, Edeleano) من تكوينها معملياً. وكان أول من وصف آثارها السيكوفارماكولوجية (جوردن أليس J. Alles سنة 1928م. (مصطفى سويف، 1996، ص146)

ومن النباتات التي تدرج تحت المخدرات الطبيعية المنشطة نذكر:

ث. القات **KHAT**:

القات شجرة دائمة الخضرة، وأول ما أسماها بإسمها العلمي ووصفها وصفاً دقيقاً هو عالم النبات السويدي (بيرفورسكال Perforsskal) الذي توفي في اليمن سنة 1763م، أما الإسم العلمي الذي أطلق على هذا النبات فهو Cathaedulis، ويتراوح طول الشجرة القات بين خمسة وعشرة أمتار. وأوراق الشجرة بيضاوية مدببة. وتقطع للمضغ وهي صغيرة السن يبلغ عمرها أياماً ولا تزيد عن أسابيع قليلة. (مصطفى سويف، 1996، ص40)

ويحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط الذي يصحبه الخمول مع حالة تشبه حالة الحالم، وتسمى المادة قات نور بسيودو أيفيدرين (Kat nor_Pseudo_Ephedrine) أو قاتين Cathine بالإضافة إلى مواد أخرى. (عادل الدمرداش، 1982، ص16)

1. التدخين:

لزماً علينا ونحن نتحدث على موضوع الإدمان أن نشير إلى التدخين الذي يعتبر السُّلْمة الأولى في طريق التعاطي وإدمان المخدرات.

فحسب منظمة الصحة العالمية يوجد في العالم أكثر من 4 ملايين شخص يموت سنوياً بسبب أمراض مرتبطة بتدخين التبغ. وتُقدر أنه يمكن إحصاء 10 ملايين من الوفيات سنة 2030. وحسب المنظمة أيضاً أن تدخين التبغ يعد من بين الإدمان لما لديه من أعراض التعود والمرتبط بالتبغ. ظاهرة التعود بالنسبة للتبغ يعتبر بنفس القضية الفرموكولوجية والسلوكية لظاهرة التعود للمواد المخدرة كالهروين والكوكايين، وهذا بسبب مادة النيكوتين التي يحتويها التبغ. (Ivan Gasman, 2008,p145)

2. أهم الأمراض المرتبطة بالتدخين:

يحتوي دخان التبغ مركبات كثيرة جداً تقدر بحوالي 500 مركب أكثرها أهمية هو القطران والنيكوتين وغاز أول أكسيد الكربون، وهي كلها مركبات لها تأثيرات خطيرة على جسم الإنسان المدخن، ويسبب التبغ الأمراض التالية:

- سرطان الرئتين، نزلة رئوية وإنتفاخ الرئة.
- نوبات قلبية ودماعية وهي تعد الأسباب الأولى للوفاة.
- نزف دماغي.
- سرطان الأذن والأنف والحنجرة.
- سرطان المثانة. (Ivan Gasman, 2008,p146)

3. عوامل التدخين:

إن ملخص الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا حول عوامل التدخين يشمل العوامل التالية:

- أ. إن البيئة تلعب دوراً أساسياً في تعلم التدخين في سن مبكرة، فبعض الاطفال يبدأ التدخين في سن الخامسة، وإتضح أن 35% من المدخنين بانتظام تعلموا التدخين من سن التاسعة. وظهر أيضاً أن 80% من الأطفال الذين يدخنون بانتظام يستمرون في التدخين في كبرهم.
- ب. ومن العوامل البيئية التي تؤدي إلى تعلم الشباب التدخين تدخين الوالدين الذي دفعهم إلى التدخين.
- ت. مصاحبة الرفاق المدخنين التي تشجع الحدث على مجاراتهم رغبة منه في التضامن معهم والشعور بالإنتماء إلى جماعتهم.
- ث. إنخفاض التدخين بين طلاب المدارس التي لا يدخن نظارها ومدرسوها.

ج. دخول الشباب إلى الجامعة أو المعهد العالي ورغبته في الظهور بمظهر البالغين.
ح. الربط بين النضوج بالتدخين وتأثير عادات الطبقة الإجتماعية التي ينتمي إليها الطفل أو الحدث.

ويرى أحد الباحثين أن إجتماع أربعة عوامل يرفع نسبة التدخين بين النشء إلى 70% وهذه العوامل هي: عدد الأقران المدخنين وتساهل الوالدين، وعدم الإكتراث أو الخوف من الإصابة بسرطان الرئة وأخيراً الرغبة في الظهور بمظهر البالغين. (عادل الدمرداش، 1982، ص176)

ثالثاً: أهم المصطلحات المرتبطة بالمخدرات

1. التبعية **Dépendance** :

مصطلح يدل على حالة مرضية تنكشف من جراء إيقاف تناول سموم تُحدث أعراض امتناع. إن الخوف من ظهور أعراض الامتناع هو أحد الأسباب الحاسمة التي تقود الفرد إلى تكرار استهلاك المخدر.

"والتبعية أيضاً مجموعة من العمليات النفسية _البيولوجية التي يتعلق فهمها العلمي بالأبحاث حول الإدمان. ليس هناك مقارنة منطقية للإدمان إذا لم نربط حقن المخدر من جهة بصدمته البيولوجية على مستوى بعض الأجهزة العصبية، ومن جهة أخرى بالأسباب النفسية البيولوجية التي تقود إلى شهوة المخدر والتي تجعل فرداً دون آخر يحاول بواسطة المخدر التعويض عن فقدان التوازن". (رولان دورون وفرانسواز بارو، 2012، ص314)

2. الاعتماد **Accréditation** :

عرّفت هيئة الصحة العالمية (عام 1973) الإعتقاد "هو حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار" ومن خصائصه إستجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم وفرة، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (عادل الدمرداش، 1982، ص20)
وهناك فوارق فردية كبيرة من حيث التبعية للمخدرات، تعكس فوارق عصبية بيولوجية ملازمة أو مكتسبة. (رولان دورون وفرانسواز بارو، مرجع سابق، ص58)

3. الإنسحاب *Sevrage*:

هو الحالة الناجمة عن منع أو إمتناع الفرد عن تعاطي المواد المخدرة بعد إدمانها وتعود الجسم على المخدر ولا يستطيع أن يؤدي وظائفه بدون مخدر، وتتكون الأعراض الإنسحابية من: زيادة في ضربات القلب، ورعشة جلدية وفي العضلات والأطراف والغثيان والتقيؤ، والإسهال والتعرق، وقلة النوم، ورشح الأنف وفقدان الشهية، وهلوسة أحياناً. (عبد العزيز البريشن، 2002، ص21)

4. الإدمان المتعدد *Poly toxicomanie*:

تنتشر هذه الظاهرة خاصة بين الشباب، فالشاب قد يتعاطى أكثر من مادة واحدة إما ليزيل مفعول مادة تعود عليها ولم يعد مفعولها قوي كالسابق، أو لعدم توفرها، أو بدافع التجريب والفضول ومجاعة الرفاق، أو لتخفيف تأثير مادة بتناول مادة ذات تأثير مضاد مثل مدمن المنومات الذي يستخدم المنومات ليلاً ثم المنشطات في الصباح ليزيل الشعور بالكسل والنعاس. (عادل الدمرداش، 1982، ص24)

5. اللهفة *L'empressement*:

رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة. (مصطفى سويف، 1996، ص14)

6. التَّحْمَل *Endurance*:

هو تعبير عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل جرعة أقل. ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوجية أو عوامل نفسية إجتماعية. (مصطفى سويف، 1996، ص17)

7. التسمم:

تعرف موسوعة الكتاب العالمي التسمم بأنه "الحالة التي يتسمم فيها الجسم بسُم ما، أو عقار، أو مخدر، ويتم إمتصاص المادة في الدم ثم تُحمل إلى كل أجزاء الجسم" (حسين فايد، 2005، ص52)

8. سوء الاستخدام Abus:

هو الإفراط في الإستعمال بصورة متصلة أو دورية بمحض إختيار المتعاطي دون إرتباط بالإستعمال الطبي المطلوب والموصوف بواسطة الطبيب، بهدف الشعور بالراحة أو بما يخيل للمتعاطي بأنه شعور بالراحة أو بدافع الفضول أو لإستشعار خبرة معينة. وسوء الإستعمال لا يصل إلى درجة الإدمان وإن كان التفريق بينهما أحياناً صعباً للغاية. ويعتبر إستعمال المسكنات والأدوية الأخرى بدون وصفة وبصورة متصلة أو عرضية نوعاً من أنواع سوء الإستخدام. (عادل الدمرداش، 1982، ص.ص 19، 20)

الجرعة الزائدة Surdosage:

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة، وهي الجرعة التي إعتاد المتعاطي (المستمر سواء كان هذا الإستمرار منتظماً أو متقطعاً) أن يتعاطاها من اية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة. فإذا زادت الجرعة على ذلك لسبب ما في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث آثار معاكسة حادة وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية. وتكون هذه الأعراض غالباً مؤقتة ثم تزول تلقائياً، ولكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية، وفي بعض الحالات قد تصل شدة هذه الآثار بالمتعاطي إلى الموت. (مصطفى سوييف، مرجع سابق، ص 22)

رابعاً: طرق تعاطي المواد المخدرة:

يمكن تحديد ثلاث طرق لتعاطي المواد المخدرة التي لا تخفى على أحد، وهي كالتالي:

1. عن طريق الفم: حيث يتم أخذ المادة المخدرة عن طريق الفم سواء بالبلع والشرب والأكل

والإستحلاب والمضغ والإستنشاق عن طريق الفم. (مدحت أبو النصر، 2008، ص 26)

"ويقصد بالإستحلاب وضع قطعة القات بعد تجفيفها وتجزئتها في الفم ومصها حتى تذوب فتُحدث النشوة". (ببيع ويامنة، 2011، ص 40)

2. عن طريق الأنف: حيث يتم أخذ المادة المخدرة عن طريق الأنف سواء بالإستنشاق بالأنف أو

التدخين (للسيجارة أو السيجار أو البايب أو الشيشة). وعندنا في الجزائر تسمى طريقة أخذ

العقار بالإستنشاق عن طريق الأنف "بالسنيفي SNIFFI وهي منتشرة في مناطق الشمالية

للجزائر أكثر من المناطق الجنوبية، وهذا راجع للمواد المتداولة في كل منطقة.

3. عن طريق الحقن في الوريد أو تحت الجلد أو في العضل: ويتم حقن المادة المخدرة كما هي، أو من خلال إذابتها في الماء ثم حقنها في الوريد تحت الجلد.

خامساً: ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري

1. مسار المخدرات في الجزائر:

إن مشكلة الإدمان تعتبر سمة من سمات هذا العصر، ومن أخطر المشكلات الاجتماعية والأخلاقية وحتى الاقتصادية التي تهدد جميع المجتمعات على وجه العموم ومجتمعنا العربي على وجه الخصوص، ورغم الجهود المبذولة من طرف الحكومات في مختلف دول العالم لمواجهة هذه الظاهرة بأبعادها المختلفة ومحاولة القضاء عليها إلا أنها ما لازالت تشكل قلقاً واضحاً على حياة المجتمعات البشرية، والجزائر ليست ببعيدة عن خطر المخدرات. أثناء الإحتلال كان الشعب منهمكاً في المقاومة والكفاح ضد الاستعمار وبعد أخذه الاستقلال رمى بكل طاقاته في معركة البناء والتشييد، وكانت الخلية الأسرية متماسكة و متينة وآليات الدفاع الاجتماعي كانت فعالة آنذاك، وعام 1975م كان أول إنذار بعد حجز 3 طن من القنب دفعة واحدة ثم تم إصدار أول قانون لقمع جريمة تهريب المخدرات. وعام 1976م برز جيل جديد يطالب بأدنى حد من الرفاهية وعام 1986 انخفضت أسعار البترول وظهر ركود اقتصادي وظهور بوادر انفتاح ديموقراطي. حرية التعبير أحداث متتالية دفعت الجزائر إلى دوامة عنف غير مسبوقه فتفاقت كل الآفات الاجتماعية منها آفة المخدرات. والجزائر تدرك الآن تمام الإدراك مدى خطورة هذه الآفة ومضارها، وهي مصممة على تجنيد كافة الوسائل من أجل القضاء عليها، و يتعلق الأمر هنا بالتصدي للأسباب الحقيقية لهذا الوباء بمعالجة العوامل والمنابع المؤدية لتعاطي المخدرات والمشجعة عليهن والإتجار غير المشروع فيها، دون إهمال التكفل بتأثيراتها وانعكاساتها المختلفة.

2. تاريخ التشريع الجزائري فيما يخص المخدرات:

لقد مرّ التشريع الجزائري فيما يخص "موضوع المخدرات" بتاريخ طويل فرضته الظروف السياسية بالدرجة الأولى آنذاك، فلم تكن الجزائر دولة مستقلة تنعم بحريتها بل كانت تحت وطأة الإستعمار الفرنسي لمدة لا تقل عن 130 سنة أي أكثر من قرن.

وفي ظل الإحتلال الفرنسي للجزائر أضطر المشرع الفرنسي تحت تأثير أفكار حركة الدفاع الإجتماعي الحديث، إلى تعديل قانون 12جويلية 1916 المتعلق بإستهلاك وتهريب المخدرات المتسم بالطابع

القمعي، وذلك بمقتضى قانون 24 ديسمبر 1953. فأضاف التدابير العلاجية إلى جانب التدابير القمعية التي كان يواجه بها المستهلك أو المهرب في نفس الوقت. وهكذا أصبح مستهلك المخدرات يخضع لتدبير علاجي بأمر قاضي التحقيق عندما يكون متهماً بإحدى الجنح المتعلقة بالمخدرات. هذا هو التشريع الفرنسي الذي بقي سارياً في الجزائر إلى تاريخ صدور الأمر رقم 75/09 المؤرخ في 17 فبراير 1975م المتعلق بقمع جرائم إستهلاك وتهرب المخدرات. وقد جاء الأمر التشريعي لتشديد العقوبات التي كانت مطبقة على إستهلاك وتهرب المخدرات، خاصة بعد حجز كميات هائلة من المخدرات في الحدود الجزائرية المغربية في بداية شهر جانفي من سنة 1975. وصرامة هذا التشريع تمثلت خاصة في وضع عقوبة الإعدام من جهة وفي تطبيق هذا التشريع بأثر رجعي من جهة أخرى. (نواصر العايش، ب.ت، ص.ص.15، 14)

ومنذ 1975 وظاهرة إستهلاك المخدرات تواجه تدابير قمعية بحتة إلى تاريخ صدور قانون الترقية الصحية سنة 1985، فأدمج فيه تشريع المخدرات لسنة 1975 مضيفاً إليه مبدأ أساسياً على غرار ما هو موجود في التشريع الفرنسي وهو مبدأ علاج مستهلكي المخدرات.

وفي تقريره لهذا المبدأ إستجاب المشرع الجزائري للإتفاقية الدولية الوحيدة لسنة 1961 والتي توصي الدول الأعضاء بإتخاذ تدابير تهدف إلى علاج المدمنين على المخدرات. فمستهلك المخدر مع أنه يرتكب جريمة معاقب عليها قانونياً، إلا أنه لا يتابع جزائياً ولا يعاقب إذا أثبت أنه تابع علاجاً مزيلاً للتسمم. (المرجع السابق، ص17)

الجزائر كغيرها من الدول، عرفت منظومتها القانونية والتشريعية قفزة نوعية في مجال السياسة العقابية إلى غاية سنة 2004 بعد إعتماد الدولة لبرنامج إصلاح العدالة في الجزائر منذ سنة 1999م والذي تُوج بصدور سلسلة من التشريعات والتنظيمات المختلفة، وبهذا الصدد عرف التشريع الجزائري في مجال مكافحة المخدرات تطوراً نوعياً، إذ أصبح يواكب العولة القانونية في مجال التكفل بمكافحة هذه الآفة.

وانطلاقاً من هذا التطور لم يعد يضيف على طابع مكافحة المخدرات أسلوب القمع والمتابعة فحسب، وإنما توالى الدول في البحث عن التعاون من أجل الوقاية واتخاذ التدابير المناسبة لعلاج مستعملي هذه الآفة، وإعادة تأهيلهم في المجتمع، وهو الأمر الذي اعتمده الجزائر في تشريعاتها الصادرة بموجب القانون 18/04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية و قمع الاستعمال والإتجار غير المشروعين بها. (حفيفة مغني، 2015، ص15)

3. الوضع الراهن لظاهرة المخدرات في الجزائر:

تعتبر ظاهرة المخدرات في الجزائر خطر حقيقي، تطور سريع 100% زيادة بين 2002 و 2004 في كمية القنب المحجوزة.

__ ضرورة التجنيد الواسع على جميع المستويات.

__ أنواع المخدرات في الجزائر: أساساً القنب الهندي والمؤثرات العقلية.

__ الجزائر بلد عبور منذ سنوات وقد تتحول إلى بلد إستهلاك.

__ المغرب أكبر بلد منتج للقنب الهندي في العالم بنسبة 60%.

__ بلدان إفريقية أخرى في جنوب الصحراء تنتج القنب. (عيسى قاسمي، 2006، ص11)

4. حدّت مشكلة المخدرات في الجزائر:

بينت الدراسات المختلفة التي أنجزت منذ 1990 ما يلي:

__ ظاهرة المخدرات في الجزائر في تزايد متزايد.

__ المدمن في أغلب الأحيان شاب بالغ أعزب بطّال.

__ تتعلق الظاهرة بتعاطي جماعي.

__ المواد المستهلكة هي: القنب، الكحول، المؤثرات العقلية (بينزوديازيبين)، المذيبيات ونادراً المخدرات القوية.

__ متوسط العمر عند الإستهلاك الأول يتراوح بين 17 سنة و 18 سنة.

__ الإدمان على العديد من المخدرات في الوقت ذاته هي الطريقة الأكثر إستعمالاً (مؤثرات عقلية،

كحول، قنب). (وزارة الصحة والسكان) (التكفل بالمدمنين، 2008، ص.ص 32، 33)

سادساً. الإدمان تعريفه وانعكاساته على الفرد والمجتمع:

قبل التطرق إلى تعريف الإدمان لا بأس أن نفرق أولاً بين كلاً من التعاطي والإدمان.

1. الفرق بين التعاطي والإدمان:

فترقت منظمة الصحة العالمية بين التعاطي والإدمان فعرفت التعاطي بأنه "الاعتماد أو العادة وهي حالة

تنشأ من تكرار تعاطي عقار معين ومميزاته هي:

أ- رغبة ولكنها ليست قهرية في الاستمرار في تعاطي العقار من أجل الشعور بالإنعاش الذي يبعثه .

ب- ميل قليل، بل قد لا يوجد ميل قط لزيادة الجرعة المتعاطات من العقار.

ت- إعتقاد نفساني إلى حد ما على مفعول العقار، ولكن لا وجود للإعتقاد الجسمي، وعلى ذلك لا وجود لأعراض الإمتناع عن تعاطيه.

ث- تأثير_ إذا وجد_ ضار بالفرد أولاً وقبل كل شيء.

وبذلك يكون الإدمان إعتقاداً كلياً على المخدرات أو بعبارة نفسية إعتقاداً عليه من حيث ما تؤدي إليه نفسياً، بينما التعاطي إعتقاد عارض أو حاجة عارضة إلى ما يؤدي إليه المخدر نفسه.(عفاف عبد المنعم،2008،ص.ص188،189)

2. التعاطي لغة:

إذا حاولنا من جانب أن نشير إلى بعض المصطلحات المرتبطة بالمخدرات نجد أنفسنا مجبرون على الإشارة إلى كلاً من مفهوم تعاطي المخدرات ومفهوم إدمان المخدرات. وفيما يتعلق بمفهوم تعاطي المخدرات نجد أنه: "يشيع بين الكثير من الكتاب العرب أن يستخدموا في هذا الصدد تعبير(سوء الإستخدم)، وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية abuse، ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك، فقد ورد في "لسان العرب" لابن منظور ما نصه:(والتعاطي تناول ما لا يجوز تناوله). وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر. ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الإجتماعية أو الإقتصادية المترتبة على التعاطي. ولا يستتبع التعاطي بالضرورة نشوء الإعتقاد أو التحمل.(مصطفى سويف،1996،ص19)

3. التعاطي اصطلاحاً:

وتعرف عفاف عبد المنعم تعاطي المواد النفسية بالتناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، أو ينجر الضرر إلى النتائج الإجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي، ولا يستطيع التعاطي بالضرورة نشوء الإعتقاد أو التحمل.(عفاف عبد المنعم،2008،ص40)

ويعرف التعاطي أيضاً بأنه أخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة وغير دورية، حيث يأخذ المتعاطي المادة المخدرة بالصدفة، أو التسلية أو لتقليد أصدقائهن ولكن غيابها لا يسبب أية مشكلة نفسية أو جسدية، وهو هنا يتعاطاها في أوقات مختلفة وأماكن مختلفة". (محمد المشاقبة، 2012، ص23) وبعد عرض بعض التعريفات للتعاطي نرى بأن التعاطي هو الخطوة الأولى نحو الإدمان، وهذا ما يؤكد (EGGER) بأن حالة الإدمان ليست حالة الكل أو اللاشيء، ولكنها الدرجة القصوى على متصل يبدأ بالتعاطي. (المرجع السابق، ص52)

4. الفرق بين المتعاطي والمدمن:

ولأبأس أن نشير أيضاً إلى الفرق بين المتعاطي والمدمن: المتعاطي هو الفرد الذي يتناول المخدر أو العقار دون أن يكون لديه تبعية، أما المدمن هو الذي يتناول المخدر أو العقار، ويصبح لديه تبعية بحيث لا يستطيع التخلي عن المخدر، بالإضافة إلى الرغبة بزيادة الجرعات. (صونيا برميلي، 2009، ص76) وحسب منظمة الصحة العالمية فالمدمن هو "كل ضحية لعقار ما أو لتبعية نفسية (أو للشكلين معاً) ويكون واضح على الفرد. (Jean Bergert, 1994, p5)

سابعاً: مراحل التعاطي

للإدمان مستوى أعلى من التعاطي في تناول المواد المخدرة. حيث تشير الدراسات الحديثة إلى ضرورة التمييز بين ثلاث فئات أو مستويات من التعاطي:

1. التعاطي الاستكشافي أو على سبيل التجريب وحب الاستطلاع.
2. التعاطي بالمناسبات أي في المناسبات فقط، مثل الأعياد وحفلات الزواج.
3. التعاطي المنتظم أو المتصل، وهذه الفئة تواظب على التعاطي بانتظام بغض النظر عما إذا كانت هناك مناسبة أم لا.

وهذه الفئة الأخيرة هي أقرب الفئات إلى مفهوم الإدمان أو الاعتماد النفسي والعضوي بالمعنى العلمي الدقيق. (مدحت أبو النصر، 2008، ص27)

ثامناً: تعريف الإدمان

1. التعريف اللغوي للإدمان:

إن كلمة addiction الدالة على "الإدمان" مأخوذة من الكلمة اللاتينية addere التي معناها "يُكرّس". ونحن عندما نغيب عنّا الأمور العظيمة نكرّس ذواتنا لصور الإدمان المختلفة (آرنولد واشطون ودونا باوندي، 2003، ص186).

ولغويّاً الإدمان مصطلح يشير إلى المداومة على الشيء أو الإعتماد المضطرد عليه (مدحت أبو النصر، 2008، ص28).

والإدمان المداومة على عادة تعاطي مواد معينة، أو القيام بنشاطات معينة لمدة طويلة، بقصد الدخول في حالة من النشوة أو إستبعاد الحزن والإكتئاب. (عبد المنعم حنفي، 1978، ص20)

2. التعريف الاصطلاحي للإدمان:

مصطلح الإدمان يشترط إستهلاك المواد المخدرة والتي تسبب الإعتماد الجسدي و/أو الإعتماد النفسي. (Ivan Gasman, 2008, p150)

يعرف مصطفى سوييف الإدمان (إدمان المخدرات أو الكحوليات): "ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية، أو مواد نفسية لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن إنشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الإنسحاب إذا ما إنقطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى إستبعاد أي نشاط آخر. (مصطفى سوييف، 1996، ص13)

تعريف المنظمة العالمية للصحة حول الإدمان " الإدمان حالة نفسية وأحياناً جسدية تنتج عن تفاعل الكائن الحي والمخدر، وتتميز بتغيرات سلوكية وإستجابات أخرى تشمل الرغبة الملحة في تعاطي المخدر بصورة متكررة، أو دورية لإيجاد الآثار النفسية، وأحياناً للتخلص من الآثار الناتجة عن عدم توفره" (Jean Bergert et J) Leblanc, 1985, p36)

وهناك تعريف آخر هو تعريف دليل تصنيف الأمراض النفسية الأمريكي حيث يميز بين التعاطي وبين الإدمان أما بالنسبة لمعايير التشخيص التي يتبناها في تعريفه للإدمان فهو وجود ثلاثة أو أكثر من

المعايير التالية والتي يجب أن تحدث معاً لمدة اثني عشرة شهراً متتالية، حيث يعتبر الشخص مدمناً على المخدرات، وهذه المعايير هي:

1. التحمل: ويعرف من خلال:

- حاجة الفرد إلى زيادة واضحة في الكمية المأخوذة من المخدر، حتى يحصل على نفس التأثير المرغوب، الذي كان يحصل عليه سابقاً.
 - يصبح هناك ضعف واضح في التأثير عند استخدام نفس الكمية من المخدر.
2. الانسحاب: وأعراض الانسحاب تظهر عند سحب المادة المخدرة من الجسم، ويبدأ الانسحاب بالظهور عندما يبدأ المدمن باستخدام نفس المخدر للتخلص من أعراض الانسحاب وهي الأعراض التي تظهر على المدمن نتيجة تركه للمخدر.
3. أخذ المخدرات بكميات أكبر، ولمرات أكثر مما كانت عليه في البداية.
4. إستمرار الرغبة، أو عدم النجاح في السيطرة على المخدر.
5. يقضي معظم الوقت منهك القوى في النشاطات الضرورية للحصول على المخدر أو تعاطيه ليتخلص من هذا التأثير (الشعور بالإرهاك).
6. يتخلى عن النشاطات الاجتماعية والمهنية بسبب تعاطي المخدرات.
7. يستمر في تعاطي المخدرات بالرغم من معرفته بأنها تسبب مشاكل نفسية وجسدية. (محمد

المشاقبة، 2012، ص.ص 24، 25)

تاسعاً: خصائص الإدمان

وفي ضوء ما تقدم من تعريفات للإدمان يمكن القول أن للإدمان خصائص ومميزات تتمثل في:

- الرغبة القهرية، بمعنى الإلحاح والرغبة في الإستمرار على تعاطي المخدر والحصول عليه بأية وسيلة.
- الرغبة في زيادة الجرعات، وهو ما يعرف بالتحمل، وإن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة.
- التبعية النفسية والعضوية لمفعول المخدر.

● ظهور أعراض نفسية وجسمية عند الامتناع المفاجئ، أو الإنقطاع الفوري عن المخدر سواء كان ذلك بطريقة إجبارية، أم إختيارية، وهو ما يعرف بسحب المخدر.

● الآثار الناجمة الضارة والمدمرة على الفرد والمجتمع معاً.

وقد يقدم المدمن على أكثر من مادة واحدة وهو ما يعرف بالإدمان المكثف.

(مدحت أبو النصر، 2008، ص.ص 29، 30)

عاشرا: مراحل الإدمان

يمكن تحديد أربع مراحل للإدمان هي:

_ المرحلة الأولى: حب الإستطلاع والمغامرة والتجريب مع الأقران.

_ المرحلة الثانية: مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصورة مستمرة ويصل إلى مرحلة لا يمكنه معها الإستغناء عنها، بل أن الشخص المدمن غالباً ما يبالغ في زيادة الكميات في كل جرعة تدريجياً، بفعل تكيف جسمه مع مفعول المخدر وزيادة ما يسمى بإحتماله لدرجة أن أي إنقطاع فوري عن المخدر يولد لديه عوارض مؤلمة وخطيرة.

_ المرحلة الثالثة: مرحلة الإدمان التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي أحد المخدرات حتى يصبح الشخص أسير للمادة المخدرة.

_ المرحلة الرابعة: مرحلة ظهور الآثار السلبية (سواء كانت جسمية أو نفسية أو عقلية أو إجتماعية أو إقتصادية أو أمنية) لمشكلة الإدمان. (مدحت أبو النصر، 2008، ص 31)

حادي عشر: شخصية المدمن

1. الشخصية الإنطوائية: حيث يكون الشخص خجولاً وشديد الحساسية، محباً للفراق، يهرب من الناس ومن المجتمعات لأنه لا يقدر على مواجهتهم ويحاول اللجوء إلى مادة تزيد الحواجز بينه وبين الناس، فيقع في دائرة تعاطي المخدرات.

2. الشخصية السيكوباتية: التي تأتي أفعالاً لا إجتماعية ولا أخلاقية مثل السرقة، القتل، الإغتصاب... وغيرها.

3. الشخصية القلقة: والتي تتسم بعدم الصبر، التعجل للأمر، الإستشارة السريعة، وهذه الصفات تُعرض صاحبها للوقوع في الخطأ وارتكاب السلوك المنحرف من خلال التعاطي أو إدمان المخدرات. (جواد فطير، 2001، ص.ص 62،63)

يمكن أن نستنتج بأن جميع الشخصيات معرضة للإدمان ولحد الآن لم يتفق العلماء على وجود أنواع معينة من الشخصيات وسمات خاصة بالأفراد الذين يصابون بالإدمان.

ثاني عشر: أنواع الإدمان

هناك نوعين من الإدمان وهما:

1. الإعتدال الفيزيولوجي: حيث تعتاد الخلايا التي تتناول العقار وتتوقف عن وظائفها إن لم تُرَوِّد

بجرعات منه

2. الإعتدال النفسي: هو مجرد عادة قوية جداً لا يجد الفرد مفراً من إشباعها.

ويصعب التفرقة بين الإعتدالية أي إعتدال الجسم على العقار أي الإدمان الفسيولوجي والإدمان السيكلوجي أي النفسي، هذا الخلط أو هذه الصعوبة جعلت منظمة الصحة العالمية تعتمد فقط مصطلح (الإعتدالية) لتشير إلى الإدمان بنوعيه النفسي والفيزيولوجي. (Reber;1995,P12) والمواد المسببة للإعتدال النفسي كثيرة، وأخفها (الكافيين) الموجود في الشاي والقهوة و(الكولا) تليها مادة (القاتين) في القات، الذي يشبه في تأثيره مادة (الأمفيتامين) وغن كان بدرجة أقل. يلي ذلك مادة (تيتراهيدروكانابينول) (Tetra Hydro Cannabinol) الموجودة في الحشيش (القنب الهندي) ونجد بعد ذلك مادة (الأمفيتامين) ومشتقاتها مثل (الفتلين) وكلها تستخدم للتنبية الشديد. ثم نجد مادة أشد منها وهي مادة (النيكوتين) الموجودة في التبغ. أما أشد المواد المسببة للإعتدال النفسي هو (الكوكايين).

أما الإعتدال الجسدي فهو أشد خطورة، إذ أنّ التوقف المفاجئ عن تعاطي العقار يؤدي إلى ظهور علامات سحب العقار (أعراض الفطام) الخطيرة والتي تؤدي إلى الوفاة. وهو أشد ما يكون في (الهيروين) و(المورفين). (محمد البار، 2001، ص.ص 23،24)

ثالث عشر: المخدرات في التراث الإسلامي

من الجدير بالفخر والإعتزاز بالتراث الإسلامي الخالد قد عرف وتعرض لكثير من أنواع المخدرات موضحاً وجه الرأي في كل منها ... فقد أهتم علماء الإسلام بكثير من المخدرات ومن بينها ما يلي:

1. الحشيش: قال عنه ابن البيطار أنه من القنب الهندي ويخرج صاحبه إلى حد الرعونة واختلال العقل وربما قتل صاحبه.

2. الأفيون: وهو عصارة الخشخاش قالوا عنه من أكله هلك وفقد الشهوة ودعوا للتدرج في نقصانه .

3. البنج والروائح العطرية: والسكر الحاصل عنه حرام أما البنج نفسه فليس بحرام.

4. البرش: وهو مركب من البنج والأفيون وغيرهما. وجاء في تذكرة داود الأنطاكي أن إدمانه يفسد البدن والعقل واللون وينهك القوى. (عبد الرحمان العيسوي، 1992، ص223)

5. جوزة الطيب: التي تضاف لإصلاح الطعام بكميات قليلة، وإذا استخدمت بكميات كبيرة يحدث منها مثل السكر.

6. العنبر: الذي يُلقيه الحوت من أمعائه رجيعاً في البحر، يُعتبر من أفخر أنواع الطيب، وإبتلاعه يسبب المهلوسات المختلفة، وشعوراً بالمرح.

7. الزعفران: الذي يستخدم لإصلاح الطعام، والكميات الكبيرة منه تُحدث نشوة وهلوسات عديدة. (محمد البار، 2001، ص21)

رابع عشر: النظريات المفسرة للإدمان

لقد توصل الباحثين والدارسين إلى وضع عدة نظريات متباينة تساعد في تفسير الإدمان على المخدرات، وهذه النظريات تعرضت للإنتقادات من نواحي عدة إلا أنه لا بد من إعطاء فكرة موجزة عن بعض من هذه النظريات.

1. النظريات الفسيولوجية:

يفسر كثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى عوامل ونظريات فسيولوجية ومن بين هذه النظريات على سبيل المثال:

1.1. النظرية الغذائية:

وتسمى أيضاً بنظرية التمثيل الغذائي، حيث ترى هذه النظرية بأن الشخص يبدأ في التعاطي لأجل الحصول على النشوة التي يحدثها المخدر. ومع الإستمرار في التعاطي، ثم الزيادة في الجرعة لأجل الحصول على مستوى الإنتعاش، أو النشوة التي عهدتها الجسم من المخدر. تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر إلى المراحل الأساسية في التمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا جسم الإنسان، وبهذا يصبح ذلك النوع ضروري للجسم، ويصعب الإستغناء عنه، لكونه أصبح جزءاً من التكوين البدني للمدمن، بحيث يعتمد عليه الجسم في عمليات الأداء الأمثل لوظائفه الطبيعية. (عبد العزيز البريش، 2002، ص128)

2.1. نظرية الغدد الصماء:

حيث تُرجع هذه النظرية الإدمان إلى خلل في إفرازات الغدد الصماء التي على تنظيم وظائف الجسم، وتتشابه أعراض هذا الخلل مع أعراض مدمني المخدرات. (محمد المشاقبة، 2012، ص72)

3.1. نظرية الأندومورفين:

حيث إكتشفت هذه النظرية أن بعض الأحماض الآمنية في مُخ الإنسان ذات تركيب كيميائي مشابه لتركيب المورفين بكثير، إضافةً إلى أنّ له خواصاً فسيولوجية مشابهة، بل أقوى من المورفين بكثير،

وسميت تلك المواد بالأندومورفين، ويمكن إستخلاصها من الغدد النخامية الموجودة في قاع المخ. فعلى سبيل المثال لو تعرضت الشعيرات العصبية الموجودة في المخ إلى جرعات متكررة من الهيروين، فإن الخلايا المنتجة للأندومورفين تتوقف عن إفراز الأندومورفين، ويعتمد الجسم على جرعات الهيروين للقيام بوظائفه وبهذا يحدث الإدمان، بدليل أننا لو قطعنا الهيروين عن الجسم فجأة لأحدث الإنقطاع آثاراً وآلاماً وهي تسمى بالأعراض الإنسحابية الناتجة عن الإدمان، كما أن هناك بعض الأفراد لديهم نقص تكويبي في أجسامهم لمادة الأندومورفين، وتكون قابلية الإدمان لدى هؤلاء أكثر من غيرهم.(عبد العزيز البريش،2002،ص130)

2. النظرية الوراثية:

تنطلق هذه النظرية من فكرة أنّ الإستعداد الوراثي يلعب دوراً هاماً في هذه النظرية، والنظرية الجينية تُؤكد على الوراثة وعلى الصفات الوراثية وعلى قابلية الأفراد للوقوع في الإدمان في تفسيرها لتطور اضطرابات الإدمان.

وتظهر الخصائص الوراثية من خلال تاريخ سلوك الإدمان لدى الأفراد من نفس الأسرة ومن خلال الإستعداد الوراثي للأسرة، وتُفسر هذه العوامل الوراثية قابلية الأفراد في الإعتماد على المخدرات، والأفراد الذين يحملون خصائص وراثية أخرى يُظهرون عوامل وراثية وقائية بحيث تجعلهم يتعدون عن استخدام المخدرات، والأساليب البيولوجية الفردية تُفصل وتُحدد الجينات التي ربما تجعل الأفراد قابلين للوقوع في الإدمان، وهناك احتمالية أن هناك أنزيمات تساعد في الإستعداد للإدمان.(محمد المشاقبة،2012،ص66)

في حين أظهرت دراسات التوأم والأولاد بالتبني أن إمكانية الإستعداد الوراثي بشكل عام ضعيف في الإدمان على الكحول. والهشاشة البيولوجية "للخمر" التي كشفتها الدراسات الوراثية قد تُمثل إستعداد غير مباشر لإستعمال المخدرات عند المراهقين.(شابول،01،ص93)

3. النظرية التحليلية:

ترى هذه النظرية أنّ السبب في الإقبال على المخدرات من قبل أشخاص محددين، راجع إلى الإستعداد الشخصي لديهم، حيث يكون الدافع هو نزعات نفسية مكبوتة، وقد تكون حاجات جنسية كدافع أولي، أو لتقدير الذات إشباعاً لغريزة الحياة، أو لتعذيب الذات إشباعاً لغريزة الموت، ولذلك فإن كل طفل قد يكون مدمناً ما لم يتعلم كيف يتحكم ويسيطر على دوافعه ونوازعه الغريزية.

ولو حاولنا تطبيق الفرضيات العلمية التي تقوم عليها مدرسة التحليل النفسي في مجال الإدمان، فإن الفرضيات العلمية ستكون على النحو التالي:

— إن الإدمان تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.

— إن الإدمان هو تعويض عن إحباط شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.

— إن الإدمان ناشئ عن تنشئة إجتماعية ناقصة أو خاطئة.

— إن الإدمان سلوك شخصي يُشكّل عصباً.

— إن الإدمان سلوك يُعبر عن فقْد المعايير الإجتماعية. (البريشن، 2002، ص115)

4. النظرية السلوكية:

نظرية فرض خفض التوتر: ترى أصحاب هذه النظرية أن الأفراد المتوترين والقلقين يشعرون بنوع من الهدوء والإطمئنان والسكينة وبنوع من الإسترخاء والتخدير عندما يتناولون عقاراً مخدراً ومشروباً روحياً، مما يدفعهم إلى تكرار التعاطي للحصول على نفس شعور الاسترخاء والتخدير، الأمر الذي يُولد مع الزمن تكرار عملية التعاطي وتناول المزيد من العقاقير بسبب حاجة الجسم لذلك، فيدركون بذلك ضرورة إستمرار تعاطيهم لهذه المواد، وفجأةً ودون سابق إنذار يصبحون من عداد المدمنين، ويدعم أصحاب هذه النظرية رأيهم بأن المتعاطي لا يشعر بادئ الأمر بأعراض أو أضرار العقار وإستعماله إلا

بعد فترة من تناوله لهذا العقار ويعود السبب في ذلك أنّ أضرار العقار لا تظهر إلا بعد فترة من الإستمرار في التعاطي. (محمد المشاقبة، 2012، ص44)

5. النظرية الإجتماعية:

يرى أصحاب ورواد هذه النظرية أنّ رغبة المرء الكامنة في التفوق على الغير والسيطرة عليهم تدفعه إلى إستخدام أي شيء لتحقيق ذلك، وهذا يكون واضحاً بأفعال وأعمال الإنسان منذ نعومة أظافره وحتى بلوغه الشيخوخة ويتم تصنيف المدمن وفق هذه النظرية إلى نوعين:

1. **المدمن المتحدي:** وهذا يشعر بأن الآخرين يلومونه على تصرفاته ويُقيمون موقفاً معادياً منه، ويعتبرونه دون سُلّم الوضع الإجتماعي. ذلك إذا عمل أي شيء يتحداهم فيه. فيظن أنّ لإقباله على تناول العقاقير أو شرب الخمر عمل يتحدى فيه الناس وأنهم لا يستطيعون رده يثير بذلك حماقتهم وغضبهم ولا سيما غضب والديه عليه.

2. **المدمن الذي يستجدي العطف:** وفي هذه المرحلة يشعر الفرد مُهمَل من قبل الآخرين وأنه لا يحصل على العطف والحب والرعاية الكافية وأنه منبوذ من قبل الآخرين، لذلك يلجأ إلى تدمير صحته وكيانه بالمخدرات لكي يستجدي عطف الآخرين عليه وإهتمامه. (أحمد الحراحشة وجلال الجزازي، 2012، ص.ص 46، 47)

6. النظرية المعرفية:

لقد إقترح بييك (Beeck) عام 1993)، نموذج الإدمان المقترح حول فكرة تواجد أفراد لهم قابلية استعمال المخدرات والعوامل هي:

__ حساسية مفرطة لعدم اللذة.

__ الاندفاعية.

__ البحث عن الشعور باللذة وعدم تحمل الألم.

__ تحمل ضعيف للإحباطات وفي معظم الحالات إختيارات إجتماعية غير كافية للحصول عليها،

مداواة ذاتية للإكتئاب والحصر النفسي، وبالتالي ضرورة اللجوء إلى المادة.

فحسب بييك فهذه أفكار خاطئة وسيئة التوظيف التي تغذي الحاجة إلى إستعمال المخدرات، ويوجد مجموعة من الافكار التي تنحدر من فكرة أساسية وهي الإحتقار الذاتي. كأنا ضعيف غير قادرن أنا لست محبوب، هذه الافكار تدمج مع إجهاد الحياة اليومية لإنتاج القلق النفسي والإكتئاب والعدوانية. هذه الوضعيات تنشط الأفكار ذات العلاقة مع الإحساس بالحاجة إلى تعاطي المخدرات. (Morel. A et all, 2003,p170)

7. نظرية العوامل المتعددة:

مدخل العوامل المتعددة يقدم لنا تفسيراً مميزاً لتعاطي المخدرات وإدمانها، إذ يرى بأن تعاطي المخدرات وإدمانها هو نتيجة لعوامل متعددة تتداخل مع بعضها البعض في شكل ديناميكي، كان تعاطي المخدرات ومن ثم إدمانها هو نتيجة، أو محصلة لتفاعل هذه العوامل وبالتالي لا يمكن إرجاع سبب تعاطي المخدرات وإدمانها إلى سبب واحد، حتى وإن ظهر لنا ذلك، لأنه لا بد من أن تكون هناك عوامل أخرى مستترة ساهمت بشكل مباشر، أو غير مباشر في اللجوء إلى تعاطي المخدرات، ومما يؤكد على منطقية هذا المدخل، أنّ وجود المخدر أو توفره، يُعد سبباً في تعاطي المخدرات، ومن ذلك فالذين يتعاطون المخدرات تكونت لديهم مجموعة عوامل أخرى بجانب عامل وفرة المخدر، فهذه العوامل ساهمت مع بعضها البعض في وقوع أولئك الأفراد في المخدرات ومن ثم إدمانها. (عبد العزيز البريشن، 2002، ص122)

8. النظرية التكاملية:

نظراً لوجود عدد من النظريات المختلفة لتفسير الإدمان، ظهرت النظرية التكاملية التي تجمع بين العناصر النفسية والسلوكية المتنوعة والنظريات البيولوجية ذات العلاقة بتفسير هذه الظاهرة، وهي تستند على وجود دليل يشير إلى أن التعاطي يحدث نتيجة التفاعل المعقد بين العوامل النفسية والعلاقات الإجتماعية والتأثيرات البيئية الأخرى، والعوامل البيولوجية التي تؤدي إلى وجود مستوى لإمكانية حدوث التعاطي، وقد تفاوتت نسبة تأثير هذه العوامل، ويتضح ذلك من خلال النتائج، فالبيئة المناسبة مع وجود عجز بيولوجي شديد قد يؤدي إلى زيادة إحتمال حدوث التعاطي والإدمان. (محمد المشاقبة، 2012، ص73)

خامس عشر: أسباب الإدمان وعوامله

تختلف النظرة لموضوع الإدمان بحسب تخصص العالم والباحث فالعالم الفارماكولوجي يرى أن المخدرات لها تأثيرات كيميائية عميقة على جسم الإنسان، مما يجعله يستمر في تعاطي المخدرات، ويرى علماء الاجتماع أن الضغوط البيئية والحرمان والفقر والمشاكل الاجتماعية هي المسببة للإدمان، وكذلك قد يكون الإدمان ناتج عن توفر المخدر وعدم تحريم تعاطيه أو لأسباب خاصة بالفرد كالمريض، والأرق، أو الرغبة في المتعة... إلخ. (عفاف عبد المنعم، 2008، ص.ص 20، 19)

ويقول بعض الباحثين أن كيان الإنسان النفسي الخاص يلعب دوراً رئيسياً في احتمال أن يكون الشخص مدمناً أم لا، وتعبير آخر فإن المدمن هو إنسان لديه استعداد لكي يكون مدمناً، ومعظم الذين يقعون في دائرة الإدمان هم بالدرجة الأولى الأفراد اللذين لم يتمكنوا من التوافق مع حالتهم، والذين يخفون اضطرابات نفسية عميقة، وقد تعود إلى طفولتهم الأولى وأساليب التربية المعتمدة في مرحلة الطفولة، إضافةً إلى الاضطرابات العائلية بين الزوجين وتأثيرها على النمو النفسي والإنفعالي سواء في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة أو في مرحلة الرشد فيما بعد. (ببيع ناديا ويامنة إسماعيلي، 2011، ص 64)

وهناك من يرى بأنه لكي يحدث الإدمان بداية لا بد من توافر ثلاث عوامل ألا وهي المادة المخدرة والشخص الذي يتعاطى هذه المادة، وأخيراً نظرة المجتمع للمادة المخدرة والشخص المدمن. (محمد غانم، 2007، ص 179)

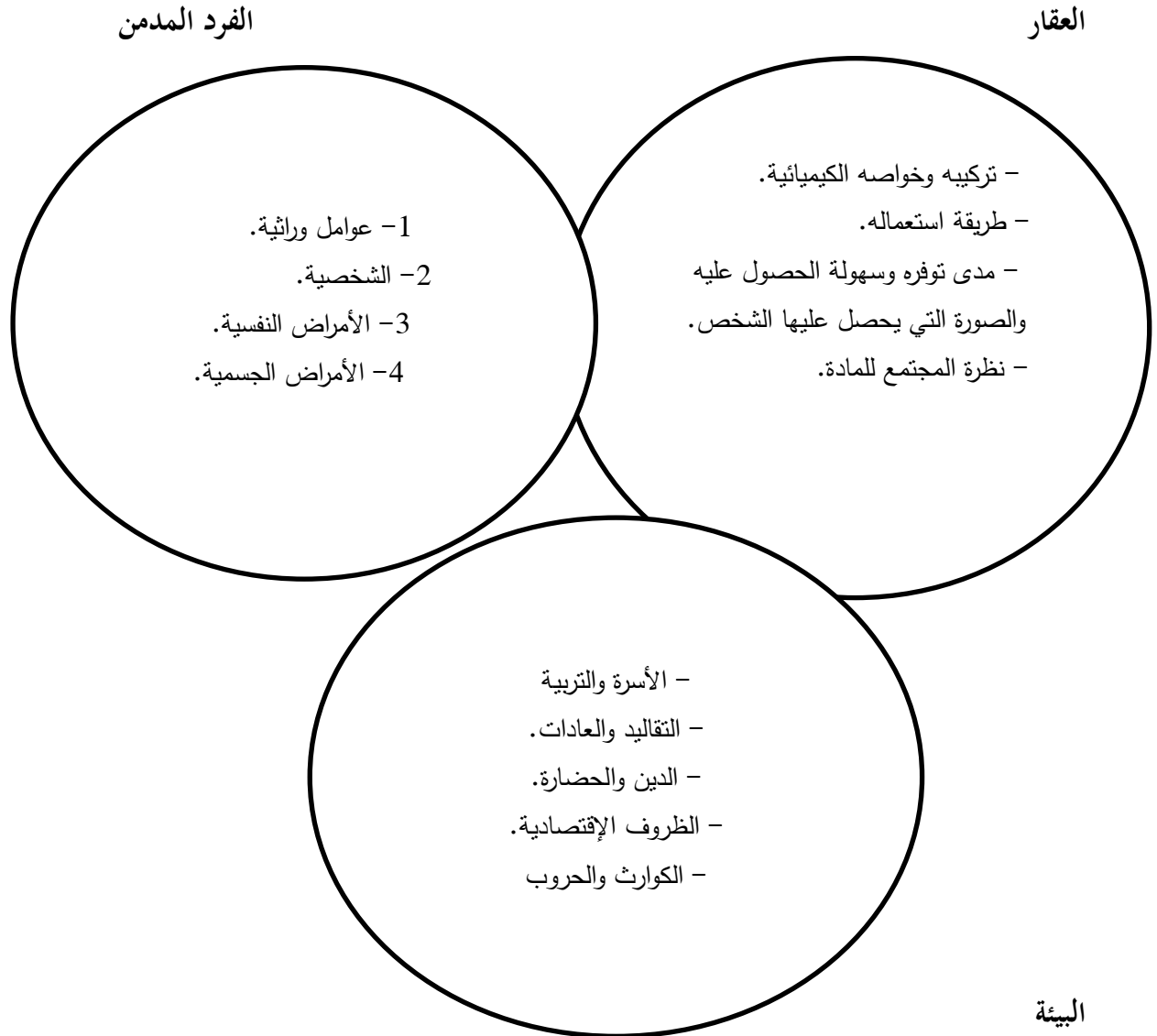
في حين يشير البعض بأن الإدمان يعتمد على ثلاث عوامل أساسية وهي: شخصية المدمن، نوع العقار، وكذلك طريقة استعماله لهذا العقار. (سعيد الحفار، 1994، ص 113)

ويقصد بطريقة استعماله ربما بطريقة منتظمة أو غير منتظمة، أو ربما بطريقة حقن المادة المخدرة أو إستنشاقها أو بطريقة البلع.

ويتفق الباحثون والمنظرون في مجال الإدمان على أن إدمان أي مادة هو عملية معقدة تتمثل في التفاعل الدائم بين الفرد، والعقار، والبيئة بحيث لا يمكن النظر إلى هذه العوامل منفردة:

- أ- الفرد: الإستعداد الشخصي، الوراثي، البيوكيميائي.
- ب- العقار: ويشمل (مادة الفرد، طريقة التوجيه).
- ت- البيئة: (العوامل الأسرية والثقافية).

وذهب عادل الدمرداش إلى إعتبار أن الإدمان ظاهرة معقدة ومتعددة الأسباب، وشبه مرض الإدمان بمرض السل الذي يعتمد على ثلاث عوامل تتفاعل فيما بينها لتؤدي في النهاية إلى أعراض عضوية. وتعتمد أعراض السل على نوع الجرثومة وعلى حالة المريض الصحية قبل الغصابة بالمرض وبعد الإصابة، كما تعتمد على بيئة المريض وظروفه الإجتماعية. والإدمان أيضاً يعتمد على خواص العقار وطبيعة المدمن وخواص البيئة.



الشكل رقم(02): أسباب الإدمان (عادل الدمرداش، 1990، ص26)

وحسب كلود أوليفاستان "الإدمان هو تلاقي مادة وشخصية ولحظة إجتماعية وثقافية". (رمزي حداد، 2008، ص40)

وحسب لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية فقد أجملت أسباب الإدمان في أنه لا يقتصر على سبب دون آخر بل نجد أن:

- الشخص المدمن يكون به خلل راجع إلى مشاكل شخصية إذ أنه يريد أن يلي حاجاته ورغباته بأسرع وقت ممكن دون تمهل.
- مرور الفرد بأزمات نفسية نتيجة ما يعانيه من ضغوط مختلفة إضافة إلى وجود بعض الإضطرابات النفسية في شخصيته.
- وجود بعض المعتقدات الخاطئة من خلال أنّ المخدر سوف يجلب له القدرة الخارقة وإعطائه قوة التركيز والصفاء الذهني والخفة والسرعة الجسدية
- إن البعض يلجأ إلى الإدمان كنوع من التمرد على الواقع.

(محمد غانم، 2007، ص.ص.180، 181)

يمكن الإشارة في الأخير أنه مهما قيل عن الأسباب والعوامل وفصلها عن بعضها وتحديد أسباب معينة مفصلة لكل سبب، فإن هذا لا يعني أن هناك سبباً منفصلاً عن الأسباب الأخرى.

1. العوامل النفسية لتعاطي المخدرات:

إنّ عامل الوراثة وإتجاهات الفرد نحو المخدرات أي التوقعات إتجاه المخدرات وسمات شخصية الفرد تتدخل في حتمية إستعمال المخدرات.

1.1. الوراثة:

يقوم التصميم الرئيسي للدراسات التي إنحصرت ي مجال العائلات، على المقارنة بين معدل إنتشار الإدمان(إدمان المسكرات أو غيرها من المواد النفسية) في عائلات الأشخاص المدمنين، ومعدل انتشاره في عائلات مجموعات من الأشخاص غير المدمنين. وتوجد بحوث كثيرة من هذا الطراز، وتشير نتائجها إلى غلبة التعاطي والإدمان داخل عائلات المدمنين. غير أن هذه النتائج لا يجوز أن تُؤخذ على أنها

حاسمة في الكشف عن دور الوراثة في هذا الإدمان. إذ أن هذه النتائج نفسها يمكن أن تكون مُرتبة على التفاعلات السلوكية بين الأشخاص داخل محيط الأسرة. (مصطفى سويف، 1996، ص77)

2.1. شخصية المدمن:

يعتبر علماء النفس الإكلينيكيون أنّ سمات شخصية الفرد هي من العوامل التي تُهيئ الفرد للإدمان، وتشير الدراسات السيكولوجية إلى أنّ عملية الإدمان لا تحدث فجأة، بل أنّ هناك عوامل شخصية تساهم في ذلك، أو تولد الإستعداد لدى الفرد المدمن. (أحمد الحراشة وجمال الجزائري، 2012، ص47)

ولقد أبرزت الدراسات المنتظمة دور بعض سمات الشخصية في تعاطي المخدرات خلال المراهقة: فعدم التقيد بالتقاليد والبحث المفرط عن الأحاسيس وصعوبات المراقبة الانفعالية والنزف والألم النفساني، وقصور عمليات السيطرة والمهارات الإجتماعية كلها ترتبط بإستعمال المخدرات عند المراهق. وتساهم الأوجه المختلفة لعدم التقيد بالتقاليد بإستعمال المخدرات: هناك المزيد من العصيان والتسامح مع التصرفات المنحرفة ومتطلبات الاستقلالية والخلل في المسؤولية، وطموح أقل بالنشاط المدرسي كلها عناصر للتعاطي بتعاطي المخدرات.

وقد لاحظ برووك (Brook ومعاونيه 1981)، أن دور هذه العوامل كان مستقلاً عن تأثير العائلة والرفاق وبإمكانه أن تساهم في تعاطي المخدرات رغم المحيط الإجتماعي العائلي المؤيد ظاهرياً. وفي دراسة إمتدت على عشر سنوات لاحظ (Brook ومعاونيه 1990) أن سمات عدم التقيد بالتقاليد تنبئ بالأحرى ببكورة تعاطي المخدرات وليس بزيادته لاحقاً. (هنري شابرول، 2001، ص.ص81، 80)

2. العوامل الإجتماعية لتعاطي المخدرات:

1.2. الأسرة: حظيت الأسرة بقدر كبير من إهتمام الباحثين فيما يتعلق بإسهامها في إقبال الشباب على تعاطي المواد النفسية وإبتعاده عنها.

فالأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع وهي التي ينطلق منها الفرد إلى العالم الذي حوله بتربية معينة وعادات وتقاليد إكتسبها من الأسرة التي ترى فيها، ويقع على الأسرة العبء الأكبر في توجيه صغارها إلى معرفة النافع والضار، والسلوك الحسن من السيء بالرفق، فهي لهم سبيل في إكتساب الخبرات معتمدين على أنفسهم تحت رقابة واعية ومدركة لعواقب الأمور كلها.

وقد أظهرت نتائج تعاطي المخدرات أن تخلخل الإستقرار في جو الأسرة متمثلاً في إنخفاض مستوى الوفاق بين الوالدين وتآزم الخلافات بينهما إلى درجة الهجر والطلاق يولد أحياناً شعوراً غالباً لدى الفرد بعدم إهتمام والديه به.

وقد ألقى مصطفى سويف الضوء على أربعة عوامل رئيسية وهي: أسلوب التعامل (أو التنشئة) السائدة في الأسرة بين الشباب وآبائهم، وإقامة الشباب مع الأسرة أو بعيداً عنها، إرتفاع المستويين التعليمي والمهني للوالدين، ووجود ظاهرة التعاطي بين الأقارب. (مصطفى سويف، 1996، ص77)

ومن أهم الأسباب التي تعود للأسرة في تعاطي المخدرات:

أ_ أسلوب التربية:

لقد أكدت دراسات عديدة والتي أجريت على علاقة أساليب التربية في إتجاه المراهقين نحو تعاطي المخدرات، فقد أكدت هذه الدراسات على وجود علاقة بين إستعمال المخدرات والرقابة العائلية، وقد أدلى الشباب المدمنون في الدراسة أن والديهم يمارسون القليل من الرقابة على خروجهم وعلى عملهم المدرسي. وتورط الأهل في وضع الحدود وتأكيد وظائفهم كأهل يرتبطان بصورة معكوسة بإستعمال المخدرات من قبل الأبناء. فكلما أكثر الأهل من وضع القواعد لضبط نشاطات المراهقين قلّت المشاكل المرتبطة بالكحول وإستعمال المخدرات غير المشروعة والتصرفات المنحرفة، والعكس صحيح. (هنري شابرول، 2001، ص76)

ب_ إدمان أحد الوالدين:

عندما يكون أحد الوالدين من المدمنين للمخدرات أو المسكرات فإن ذلك يؤثر تأثيراً مباشراً على الروابط الأسرية، وذلك نتيجة ما تعانيه الأسرة من الشقاق والخلافات الدائمة لسوء العلاقات بين المدمن وبقية أفراد الأسرة مما يدفع بالأبناء إلى الانحراف والضياع. (أحمد الحراحشة وجمال الجزائري، 2012، ص38)

ت_ غياب الدور والسلطة في الأسرة:

بفقدان الأبوين أو أحدها بالموت أو السجن، أو المرض، أو الانفصال، كثيراً ما يؤدي إلى نتائج سيئة، تُهيئ للانحراف والإدمان، فقد يصاب الإبن بالقلق بسبب غياب الوالد، أو بسبب رد الفعل الذي نجده عند الطرف الآخر من الوالدين، وقد يصحب الانفصال أو الطلاق في معظم الحالات، مؤثرات إنفعالية للأبناء، مما يُعرضهم للإدمان، أو الانحرافات المختلفة حيث يتنازعهم بيتان وسلطان، مما يترتب عليه

إختلاف في المعاملة وتذبذبها، وسوء إستخدام السلطة الضابطة، وفقدان الأمن والطمأنينة، مما يؤدي للبحث عنها في أماكن أخرى، غالباً ما تكون منحرفة، قد يكون في معظم الأحيان وكرراً للإدمان واصدقاء السوء، وهكذا تؤثر البيوت المخطمة على التكيف الإنفعالي للأبناء، وتقف حجر عثر دون إشباع حاجاتهم الأساسية، وتمنع من إكتساب المهارات الإجتماعية اللازمة لنمو الشخصية، وبذلك تصبح نفسية الأبناء مهينة لكل الوان الإنحرافات، وعلى رأسها الإدمان.

(محمد غباري، 2007، ص.ص 135، 134)

ث_ القسوة الزائدة على الأبناء:

من الأمور التي يجمع عليها علماء التربية بأن الإبن إذا عومل من قبل والديه معاملة قاسية مثل الضرب المبرح والتوبيخ، فإن ذلك ينعكس على سلوكه مما يؤدي به إلى عقوق والديه وترك المنزل والهروب منه، باحثاً عن مأوى له فلا يجد سوى مجتمع الأشرار الذين يدفعون به إلى طريق الشر والمعصية وتعاطي المخدرات. (أحمد الحراشنة وجمال الجزائري، 2012، ص38)

ج_ الإنهيار الخلقي في الأسرة:

يعتبر في مقدمة العوامل البيئية التي تدفع إلى الإدمان، حيث أن أهم عوامل الانهيار الخلقي داخل الأسرة، بل وأخطرها هو إحراف الوالدين أو أحدهما، أو إنحراف أكبر الأبناء أو أكبر البنات، والمقصود بالإنهيار الخلقي هو إنعدام القيم الروحية والخلقية وفقدان المثُل العليا. وإحتلال المعايير الإجتماعية داخل الأسرة. مما يجعل الحياة داخل هذه الاسرة مجرّدة من معاني الشرف والفضيلة، أو من السلوك الطيب، وتصبح فيها الجريمة والانحراف والإدمان، وسوء الخلق أمراض عادياً، لا يرى فيه أفراد الأسرة غضاضة، ولا يحسون فيه معنى الخطيئة. (محمد غباري، 2007، ص135)

2.2. جماعة الرفاق والأصدقاء:

إن الأصدقاء والرفاق الذين يرتبطون ببعضهم وجدانياً، لهم تأثير قوي وخطير على بعضهم البعض خاصة إذا كانوا من المنحرفين، وقد اتضح من الكثير من الدراسات أن الكثير من الشباب الذين أدمنوا المخدرات، كان وراءهم أصدقاء السوء، فالرغبة في التقليد، ومعاملة الاصدقاء، أو المجارة، أو المباهاة، أو التفاخر بالرجولة، أو التظاهر بالشجاعة والجرأة، كل ذلك يزين طريق المخدرات، ويدفع الكثير من الشباب إلى الإنزلاق إلى هاوية الإدمان. (المرجع السابق، ص.ص 137، 136)

لقد جرى ربط متغيرات متنوعة تميز المحيط الاجتماعي المكون من الرفاق بإستعمال المخدرات. جرى درس ثلاث أنواع من التأثير بشكل رئيسي، الإكراه على إستعمال المخدرات، الموقف إتجاه المخدرات، وإستعمال المخدرات من قبل الرفاق.

وفي دراسة لكاندل (Kandel ومعاونوه 1984)، فقد لوحظ العلاقة الأقوى مع استهلاك المخدرات من قبل الرفاق. إن البدء بإستعمال المخدرات يحدث غالباً تحت تأثير الرفاق بصورة رئيسية عن تقليد النموذج أكثر مما ينتج عن التقوية الإجتماعية ونقل القيم. ويدخن المراهقون لأنهم يقلدون رفاقهم. (هنري شابرول، 2001، ص.ص 69، 68)

وقد لوحظ أيضاً في دراسة ل بروك (Brook ومعاونوه 1989)، أن هناك إرتباط بين تعاطي المخدرات ومعايشة رفاق يعانون من صعوبات مدرسية. فالمراهقون المنخرطون في نشاطات جماعية قليلة التنظيم وغير مراقبة وغير موجهة نحو هدف معين يتعاطون غالباً الكحول والمخدرات أكثر من الآخرين، بينما الذين ينخرطون في نشاطات مراقبة وموجهة نحو هدف معين يستعملون المخدرات أقل منهم. (المرجع السابق، ص 69)

3.2. المخدر أو العقار:

لا يمكننا أن نتحدث على الإدمان بدون أن نذكر المادة التي تُحدث الإدمان، فطرق تعاطي هذه المواد تختلف من بلع وإستنشاق، وشرب، وتدخين، وإستحلاب، وحقن وغيرها من طرق منتشرة ومختلفة، وتختلف هذه المواد من حيث سرعة وكيفية تأثيرها على الجهاز العصبي للفرد المتعاطي، وسرعة الإعتماد النفسي والفيزيولوجي دون غيرها من المواد. في حين نرى مواداً محرّمة دينياً وغير ممنوعة قانونياً وتنتشر في كل المجتمعات. ولذلك من المهم أن نشير إلى المادة المخدرة ولو بالشيء المبسط والمختصر، ونتطرق إلى الخصائص الفارماكولوجية للعقار وعامل وفرته وكيفية إستعماله. ونظرة المجتمع للعقار:

أ. الخصائص الفارماكولوجية للعقار:

هناك خصائص فارماكولوجية في بعض المواد النفسية دون البعض الآخر، يجعلها قادرة على إستشارة الاعتماد، ويفسر لنا ذلك كون الإنسان إستطاع منذ آلاف السنين ان يكشف تلقائياً ما للكحوليات والقنب والأفيون من قدرة على إستشارة عمليات نفسية تؤدي إلى الاعتماد. (مصطفى سوييف، 1996، ص 69)

ب. عامل وفرة العقار:

تشير الكثير من القرائن إلى أن الدرجة التي تتوفر بها مادة نفسية غير مشروعة في المجتمع تعتبر عاملاً مهماً في شيوع الرقابة عليها ولو على سبيل التحريب. ويمكن القول بناء على ذلك أن درجة توفر المادة في مجتمع ما غنما تعتبر مؤشراً لنوع التوازن بين العرض والطلب، في الوقت نفسه فإن العرض والطلب يتأثران بالقوانين، والنظم والعوامل الاقتصادية الفاعلة في المجتمع. ومعنى ذلك في نهاية الامر أنه مع زيادة وفرة المادة في المجتمع يزداد الإقبال على تعاطيها، ومع قلة المتوفر منها يقل الإقبال على تعاطيها.

ومع ذلك فهذه العلاقة صادقة في حدود معينة لا تتعداها، فإن تصور البعض أن التقدم نحو القضاء على وجودها تماماً يمكن أن تكون طريقاً للقضاء على التعاطي والإدمان، فهذا وهم لا يسانده تاريخ كثير من المحاولات المماثلة في عدة مجتمعات. (Arif(A) et Westermeyer(J)1998,p89)

ت. كيفية استعمال العقار:

يختلف تأثير نفس العقار على الفرد حسب الطريقة التي يتم بها التعاطي، فالمواد المخدرة تستعمل بعدة طرق رُتبت حسب خطورتها كالتالي:

- أ- التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أكثر الطرق تأثيراً وإحداثاً للإدمان.
- ب- التعاطي عن طريق الفم(الجهاز الهضمي).
- ت- التعاطي عن طريق الأنف(الإستنشاق).
- ث- التعاطي عن طريق التدخين، وهو أقل الطرق تأثيراً وإحداثاً للإدمان لأن الجزء الأكبر من الغازات يطره الإنسان مع الزفير.(فتحي دردار،2005،ص14)

وفي كل الطرق المذكورة يجدر الإشارة إلى أن الإدمان يرتبط بأمور ثلاث مهمة وهي كمية المادة المخدرة المستهلكة ومدة التعاطي وتكراره ومدى إنتظام هذا التعاطي أو تباعده وكما يؤكد علم النفس بالشدة والمدة والتكرار.

ث. سهولة الحصول على المادة المخدرة:

كلما توفرت المادة ارتفعت نسبة التعاطي والإدمان. لذلك نجد أن إدمان الخمر منتشر بين العاملين في الحانات والمطاعم التي تقدم المشروبات الكحولية وبين عمال مصانع تقطير الخمر وموظفي الجمارك

والبحارة. وينتشر تعاطي المورفين والبيثيديين والحبوب المنومة بين الأطباء والصيادلة وأفراد هيئة التمريض وعمال شركات الأدوية. (عادل الدمرداش، 1982، ص.ص 28، 29)

ج. نظرة المجتمع للعقار:

تختلف نظرة المجتمعات للمواد التي يتعاطاها الناس، فالخمر والتدخين مقبولان إجتماعياً في بعض المجتمعات، والحشيش والمهلوسات مرفوضة في نفس الوقت. إن توفر العقار وإستعماله وتأثيره وشم الإدمان عليه يختلف بين مجتمع وآخر لأن النظرة تختلف، فمثلاً المجتمع الأوروبي والغربي عامة لا يرى لوماً وحرماً في الإتجار بالخمور وشربها فيصبح احتمال الإدمان كبيراً في حين مجتمعنا الإسلامي ينبذ تجار الخمر ويحتقر شاربها لأن القرآن الكريم حرّمها وبالتالي فإن نسبة الإدمان على الخمر قليلة مقارنة مع الغرب ويمكن ان تنعدم لو تم العمل بكتاب الله العزيز في كافة المجالات. (فتحي دردار، مرجع سابق، ص 15)

4.2. المدرسة:

هناك عوامل مدرسية مختلفة تؤثر على إستهلاك المخدرات. إن نوعية المحيط المدرسي تندخل: عدم النظام، عدم فعالية المدرسين، التلاميذ الفوضويين، غياب التشجيع والتنافس كلها ترتبط بوتيرة أكبر في تعاطي المخدرات. (هنري شابرول، 2001، ص 66)

وأيضاً سوء معاملة المدرسين وقسوتهم، قد تجعل من المدرسة مثيراً شرطياً للألم والعقاب. ويجد الطفل في الهروب من المدرسة الوسيلة المناسبة لخفض التوتر والقلق، وقد يفشل الجهاز المدرسي في تحقيق التساند والتكامل الوظيفي بين أدوار العاملين بالمدرسة، وينعكس أثر ذلك في عدم التعاون بينهم على إكتساب مشكلات الاطفال في وقت مبكر، وتصبح المدرسة في هذه الحالة أقل جاذبية لبعض التلاميذ، الذين يجدون في البيئة الخارجية للمدرسة أكثر إمتاعاً لتحقيق رغباتهم فيهربون من المدرسة إلى المناطق الجاذبة، مما يسهل تعرضهم للانحراف خاصة إذا اجتمعوا مع أصدقاء السوء بالمدرسة وخارجها، حيث أن الأصدقاء من العوامل التي تساعد على إنحراف الاطفال، فيرتبطون معاً ويهربون معاً من المدرسة، وعندئذٍ ينقطعون عن المدرسة أو لا ينتظمون بها، وقد لا تعلم الأسرة ويفوت الأوان. (محمد غباري، 2007، ص 120)

وما يقع على عاتق المربين والمسؤولين هو وضع المناهج التعليمية والتي يجب أن تتضمن أهدافاً واضحة تجعل الفائدة منها جيدة من حيث توضيح ما ينبغي إتباعه من فضائل وما يجب تجنبه من خبائث ورذائل. (أحمد الحراشنة وجمال الجزائري، 2012، ص41)

ولابأس أن نشير بأن الإعتقادات والتوقعات بخصوص المخدرات هي عناصر للتنبؤ بإستعمالها. وقد أظهرت دراسة طولية لكريستيانسن (Christiansen ومعاونوه عام 1989)، أن توقعات المراهقين بين 12 و 14 سنة بخصوص الكحول كانت تُمكن من توقع بداية إستهلاك الكحول وكميته. حيث تُظهر هذه الاعتقادات والتوقعات باكراً في سن الطفولة ثم تتغير بشكل محسوس قبل المراهقة.

وقد أكد الدارسين لأطفال المرحلة الابتدائية وتوقعاتهم بخصوص المخدرات، أن السنوات الأخيرة من المدرسة الابتدائية حيث تترسخ المواقف التي تُهيء لإستهلاك الكحول قد تكون فترة مميزة لبذل جهود الوقاية. (هنري شابرول، 2001، ص79)

وما يمكن ختم به التطرق لأسباب تعاطي المخدرات وإدماها أن المشكلة ليست مشكلة الفرد وحده بل كلاً من الأسرة والمجتمع ككل تقع عليه مسؤولية وقوع المشكلة.

ويمكن أن نلخص بإيجاز أهم العوامل والأسباب المؤدية للتعاطي كما يلي:

__العامل الوراثي ويتمثل في تعاطي أحد الوالدين إلى أي من المواد المخدرة بالإضافة إلى إدمان أحد الأقارب.

__العوامل النفسية وتمثل في شخصية الفرد بالدرجة الأولى تليها الصدمات النفسية والمشاكل الشخصية بالإضافة إلى الإتجاه نحو العقار او المخدر.

__العوامل الإجتماعية والمتمثلة في كل من الاسرة وما يتعلق بها من اساليب التربية والعلاقات بين الوالدين وبين أفراد الاسرة ككل. جماعة الرفاق والأقران والعوامل التربوية كالمدرسة ورسالتها السامية في التربية قبل التعليم، والإعلام والمساجد ودورها التوعوي والتحسيني.

سادس عشر: نتائج الإدمان

1. الاستهلاك الصحي: ونراه في التدهور الصحي والتغير في عادات النوم والأكل وغيره.
2. الاستهلاك الفكري: حيث نرى مبادئ وقيما ومعايير ومعتقدات مدمرة، كالسرقة والخيانة والكذب والجريمة.
3. الاستهلاك العاطفي : حيث نرى أحاسيس سلبية تسود حياة المدمن كالغضب، والخوف والقلق والإحساس بالذنب والوحدة والبؤس وغيرها من مشاعر سلبية الناجمة عن العلاقة الإدمانية.
4. الاستهلاك الروحي: حيث نرى علاقات الإنسان الروحية بالخالق والالتزامات الدينية تتلاشى... ويتطرف المدمن إلى أن يستبدل بعلاقته بالخالق علاقة بالإدمان، ويصبح الإدمان وكأنه دين جديد يدخل حياته.
5. الاستهلاك الاجتماعي: حيث نرى المدمن ينعزل عن أسرته وكل العلاقات الطيبة والمهمة ويستبدل بها علاقات وتفاعلات مع أناس غرباء منحرفين مجهولين. يدافع عن هذه العلاقات المشبوهة بشدة على حساب أفضل رصيد اجتماعي عنده. (جواد فطير، 2001، ص.ص. 63، 64)

فنعاطي وإدمان المخدرات مشكلة خطيرة على كافة المستويات لآثارها المدمرة على الفرد والأسرة والمجتمع، وقد أرقّت هذه المشكلة المسؤولين والأجهزة المعنية محلياً ودولياً، كما تسببت في مشكلات أخرى كانتشار الفقر والتسول والسرقة ومختلف أنواع الجرائم، مما نتج عنها تفكك المجتمعات وإنهيار الصحة العامة للفرد وانتشار الإنحراف.

سابع عشر: الوقاية والعلاج من الإدمان

تعريف الوقاية: "تعني منع وقوع حدث غير مرغوب فيه أو الحيلولة دون حدوثه" ويعرف مارتن بلوم الوقاية: "بأنها مجموعة من الإجراءات التي تتخذ لوقاية الأفراد أو المواطنين بالمجتمع من النواحي الجسمانية والنفسية والاجتماعية والثقافية التي تهددهم كما هو الحال في مشكلة تعاطي المخدرات. وتستهدف الوقاية تقوية وتعزيز القوى الكامنة وتحسين مستويات الصحة وتحقيق الاهداف المرغوبة للمجتمع. (رشاد عبد اللطيف (أ)، 1999، ص.ص. 8، 9)

1. **تعريف السياسة الوقائية:** " تعني إتخاذ مجموعة من الإجراءات معتمدة على أسلوب

التخطيط العلمي لمواجهة مشكلة متوقعة أو مواجهة مضاعفات مشكلة وقعت فعلاً ويكون

الهدف هو الحيلولة بشكل كامل أو جزئي دون حدوث المشكلة التي لم تقع أو مواجهة المضاعفات التي حدثت أو كليهما معاً. وتستهدف السياسة الوقائية في العادة أمرين هما:

أ- إعاقة العوامل المؤدية إلى التعاطي.

ب- تنشيط العوامل المؤدية إلى عدم التعاطي. (رشاد عبد اللطيف(ب)، 1999، ص8)

2. مستويات الوقاية:

حدد العديد من المختصين في مجال مكافحة المخدرات والوقاية منها أنماط ومستويات مختلفة للتصدي لظاهرة المخدرات. ومن بين المستويات الوقائية التحديد والتقسيم الذي وضعه Arif et (Westermeyer)، وتمثل في:

أ. الوقاية من المستوى الأول: *Prévention primaire*

هي كل فعل موجه يهدف إلى الحد من ظهور حالات جديدة للتعاطي، يدخل فيها إجراءات التوعية والتحميس، وكذلك الإجراءات التي تُتخذ على مستوى الدولة.

(Arif(A) et Westermeyer(J), 1998, p76)

والمستوى الأول يقصد به أول خطوة للحملة التحسيسية وتساهم فيها الأسرة بالدرجة الأولى، ووسائل الإعلام، والأمن وهذا لمنع قدر الإمكان ظهور هذه الآفة. فهي مهمة المجتمع بجميع مؤسساته وافراده ومختصيه وهيئاته وهذا لتوعية أفراد المجتمع كبيراً وصغيراً بمخاطر المخدرات وآثارها المدمرة على الفرد من جميع النواحي جسدياً ونفسياً وفكرياً وروحياً، وعلى المجتمع على حد سواء.

ب. الوقاية من المستوى الثاني: *Prévention Secondaire*

وهدفه التدخل العلاجي المبكر لتفادي الوصول إلى حالة الإدمان. وهذا على أساس الإعراف بان الفرد أقدم على تعاطي المخدرات لكنه لم يصل بعد إلى مرحلة الإدمان، أي انه مازال في مرحلته الأولى. (Arif(A) et Westermeyer(J), 1998, p78)

وهذا المستوى يظهر عند التأكد بأن الفرد يتعاطى المخدر، وهنا تبدأ عملية التشخيص المبكر وعلاج أعراض التعاطي على الفرد، وهنا تكمن أهمية الأسرى في هذا المستوى من الوقاية، فمراقبة الأولياء لأبنائهم مراقبة مستمرة قد تظهر أي تغير في سلوك أحد أبنائها فيقومون بالتوجه به لمركز مختص في علاج الإدمان وهذا من أجل التدخل السريع والتشخيص المبكر للحالة والعلاج. فكلما كان

إكتشاف التعاطي مبكراً كلما كان العلاج أسرع ويجول دون الوصول إلى حالات الإدمان المتقدمة والمستعصية. وتأتي مرحلة البحث عن أسباب إتجاه الفرد إلى تعاطي المخدرات لمحاولة قدر المستطاع إزالتها قبل تآزم الأمر.

ت. الوقاية من المستوى الثالث: **Prévention Tertiaire**

تحاول الوقاية من المستوى الثالث العلاج لخفض مخاطر الإدمان، ويتوسع في بعض الأحيان إلى إبتكار أساليب مرنة تسمح للمدمن أن يعيش حياة أقرب للسواء تعينهم في الحياة ولكن تحت مراقبة طبية وأمنية. (Arif(A) et Westermeyer(J), 1998, p79)

والوقاية من المستوى الثالث تتمثل في علاج المدمن حتى يتوقف تماماً عن التعاطي ويشفى من الإدمان، فيخضع الشخص المدمن لعلاج خاص الهدف منه إزالة التسمم لديهن ويتم هذا في مستشفى خاص بعلاج المدمنين. بالإضافة إلى العلاج الجماعي والتأهيلي يهدف إلى إعادة إدماج المدمن في المجتمع وكذا العلاج النفسي الذي يعمل على تقوية الأنا لدى المدمن ليكون على استعداد لمواجهة مشاكل الحياة مستقبلاً، والأخذ بعين الإعتبار أن الحياة لا تخلو من المشاكل وأن الهروب منها بتعاطي المخدرات وإدمانها ليس هو بالحل السوي والأمثل.

فالوقاية بمستوياتها الثلاث سواء الوقاية قبل حدوث الإدمان أو الوقاية بعد حدوثه كي لا تتفاقم نتائجه على الصعيدين الفرد والمجتمع، هي مستويات على قدر كبير من الأهمية ومهمة المجتمع ككل من أسرة ومدرسة ووسائل الإعلام ومساجد وأمن وكل فرد في المجتمع بدون استثناء.

1. علاج الإدمان

"...لا يوجد حالياً أي علاج بالنسبة للأغلبية الساحقة من المدمنين..." تعود هذه الجملة إلى عام 1920 (ماك ميلان، نيويورك). ويمكن أن تبدو آنية لكون علاج المدمنين عملية طويلة أحياناً وصعبة، لكن الإمكانيات العلاجية قد تطورت بشكل كبير منذ ذلك الوقت مع الأخذ في الإعتبار ضرورة وضع مشروع علاجي مكثف للمدمن كل مدمن. (رمزي حداد، 2008، ص40)، وبالنسبة لسيقمونت فرويد S, Freud لم تكن طريقة التحليل النفسي محبذة، لأن أي صعوبة أو مشكلة كانت تدفع المدمن للجوء إلى المخدرات من جديد. (صونيا برميللي، 2009، ص85)

تم استحداث نموذج (Minnesota model) وهو النموذج الذي يدرك مظاهر الإدمان ويتعامل مع الفرد ومع البيئة المحيطة أثناء العلاج. ثم ظهر النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، الذي يبحث في جوانب ثلاثة

- ما تأثير المخدرات على الجسم؟
- ما تأثير المخدرات على العقل؟
- ما تأثير المخدرات على النواحي العقلية؟

جاء النموذج البيولوجي ليجيب على التساؤلات السابقة، فلكي تتم المعالجة الفعالة يجب التركيز على النواحي الثلاثة. حيث يرى النموذج بأن الإدمان مشكلة متشعبة وعلاجها يتطلب تظافر مجموعة من الجهود ومعالجة النواحي الثلاث معاً. وهذا هو النموذج المستخدم في أكثر مصحات العالم. (عبد العزيز البريشن، 2002، ص.ص 42، 43)

1. العلاج الطبي:

أ. علاج إبطال التسمم:

أهم هذه العلاجات هي ما تسمى بإبطال التسمم (Désintoxication) "مجموعة الطرق المستخدمة لتجنب النتائج المرضية للإستهلاك المعتاد أو إثر حادث لمادة سامة معينة". في العلاج لإبطال التسمم، يتعلق الأمر بإقتراح وسائل طبية ونفسية علاجية لتخليص المتسمم من تبعيته المادية والنفسية. (رولان دورون وفرانسواز بارو، 2012، ص 325)

هناك بعض الاجراءات الطبية الإسعافية، وذلك في مواجهة الحالات التي قد تتعرض لما يسمى بحالات التسمم المرضية الحادة قد تتاب الفرد نوبات من العنف ، إما للأفراط في تناول الجرعة أو لحدثة عهد المتعاطي بالتعاطي للمادة ، و في هذه الحالة يتناول بالرعاية طاقم طبي مدرب. و بعد ذلك هناك فئة أخرى من الاجراءات الطبية هي فئة تطهير الجسم أو ما يسمى بسحب المخدر، أو مرحلة التخلص من السموم، و أيضا التخفيف من ألام الانسحاب وتعويضه عن السوائل المفقودة ، ثم علاج الأعراض الناتجة لمرحلة الانسحاب. (وفيق صفوت، 2001، ص.ص 211، 210)

إن التوقف عن أخذ المادة المخدرة لا يوقف المعاناة ، ومنه ضرورة المرافقة بعد توقيف المادة السامة ، ينبغي أن تتم هذه المرافقة في وسط مؤسسي، ومن هنا تبدو أهمية الإقامة في المستشفى، وذلك من أجل مساعدة المرضى الذين يواجهون صعوبات على تجاوز مرحلة الحرمان أو التوقف .

إن العلاج موصوف لكل شخص يرغب في الخوض لعملية إزالة التسمم بحيث تكون له دافعية كافية، ومعدل مدة 21 يوماً، و يمكن أن تقلص هذه المدة بطلب من المريض أو على إثر خرق للنظام الداخلي(الخروج المبكر).(المرجع السابق، ص 215)

ب. علاج إستبدال المواد الأفيونية(TSO)

إنّ علاج إستبدال الأفيونات(Traitement de Substitution aux Opiacés) عبارة عن مادة "بورونورفين" أو "ميثادون"، وهو بديل يحمي من إستعمال المخدر عن طريق الحقن، ويقي من الجرعات الزائدة ويساهم في إدماج المتعاطي الذي يخضع لهذا العلاج في المجتمع عبر نشاطه اليومي، وهو يُعتبر نقلة نوعية في الخدمات العلاجية والتأهيلية المقدمة للمدمنين بإعتباره برنامج علاجي بديل عن العلاج التقليدي وله نتائج إيجابية في مجال الحد من المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات حسب الخبراء.(غزالة خاير، 2016،ص4)

2. العلاج النفسي:

توجد أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات الإدمان على اختلاف أنواعها ، و لما كان من المسلمات في هذا المجال أن العلاج الذي يناسب مريض قد لا يناسب مريضاً آخر يعاني من نفس علته. فمعنى ذلك أن أمام المعالج النفسي الآن مجالاً للاختيار بين عدة بدائل مما يناسب الحالة التي يعالجها و هذا ما يزيد من فرص شفاء المتعاطي .

و من بين العلاجات النفسية التي يمكن على المعالج النفسي اعتمادها طرق العلاج السلوكي المشهورة في هذا الصدد طريقة بودن H.M.Boudin و هي تعتمد على ثلاث مقومات أساسية:

- 1- تدريب المدمن على ملاحظة الذات ، و رصد ما يصدر عنها.
- 2- التدريب على تقييم الذات ، بناء على ما يصدر عنها .
- 3- ثم برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التي نصل إليها من المدمنين السابقين.(وفيق

صفوت،2001، ص 216)

و ترى مدرسة التحليل النفسي أن المدمن مصاب بالترجسية فذاته تعتمد على نفسها في الحصول على اللذة بدلاً من اعتمادها على الآخرين ، و تزوده المخدرات بالنشوة التي يبحث عنها، لتخفيف الاكتئاب و التوتر الدائم الذي يشعر به نتيجة للغرائز العدوانية اللاشعورية التي تتعرض لها الذات. لذلك يعالج المدمن في جلسات التحليل النفسي، أو التحليل النفسي المعدل أو بواسطة العلاج النفسي الجماعي ، حيث يساعده هذا العلاج على إدراك صورته على حقيقتها والتغلب على ازدرائه لنفسه و تحقيق السعادة بتفاعله مع الآخرين و مع الواقع بدلاً من الهروب منه بالعقاقير.

3. العلاج الديني: لا بأس أن نشير ولو بالشيء المبسط إلى العلاج الديني في علاج الأمراض النفسية من قلق وإكتئاب وخوف وما إلى ذلك من اضطرابات نفسية فقد ورد في القرآن الكريم(ألا بذكر الله تطمئن القلوب) فذكر الله والتقرب إليه كافي لإزالة القلق والهم والحزن من نفس بني آدم.

أما فيما يخص علاج الإدمان فقد تأكد أنّ الأساليب الدينية النابعة من تعاليم الإسلام تقضي على الإدمان وتشفي المدمنين، فالأطباء الذين اطلعوا على الشريعة الإسلامية من المسلمين وغير المسلمين، أكدوا أن الإسلام وحده من بين سائر الرسالات يقضي على الإدمان قضاءً مبرماً، ويعالج أسبابه معالجة ناجحة تجعل من المدمن إنساناً سوياً، ينصرف تلقائياً عن ام الخبائث بالسمو الروحي والنفسي ويُقلع عنها طواعية ليتجه إتجاهاً جديداً لى ما يشغله عن الإدمان.(محمود خطاب،ب.ت،ص43) وخلاصة القول أن الدين هو العلاج النفسي الأكيد والفعال والناجع للإبتعاد عن أم الخبائث أي كل المسكرات، وبه يخلو المجتمع من الإدمان والمدمنين.

4. العلاج السلوكي:

من الطرق التي يتخذها العلاج السلوكي في علاج الإدمان هو تحديد المواقف و الأشياء التي تخلق الرغبة في المدمن ثم تدريبه على الاسترخاء العضلي العام وتخيل هذه المواقف ثم تخيل مواقف مؤلمة أو عصبية حتى تنفر المدمن من هذه الأشياء.(عادل الدمرداش، 1982، ص 113)

5. العلاج الاجتماعي:

إن الاسم العام الذي يطلق على العلاج الاجتماعي في خطة العلاج المتكامل للمدمنين هو الرعاية اللاحقة وتنقسم الرعاية إلى قسمين هما:

إعادة التأهيل — إعادة الاستيعاب الاجتماعي — وبما أن الاعتماد يعتبر إفصاحاً فراراً اجتماعياً يخفي وراءه اضطراب في نمط تكيف الشخصية مع ظروف حياتها الاجتماعية، فلا يمكن لأي علاج أُريد له النجاح أن يتجاهل الأساس العريض (الاجتماعي — النفسي) ومن هنا صار ضروريا خلق سياق اجتماعي صحي يحيط بالمعتمد في فترة النقاهة لتصحيح أنماط التوافق الخاطئة وعلى ذلك تتحدد أهداف العمل كالتالي:

- 1- تخلص المعتمد من سلوكياته الاعتمادية.
- 2- إعادة التأهيل الشخصي تأهيلاً عاماً باكتسابه مجموعة من العادات والمهارات التوافقية.
- 3- مساعدة الفرد على العودة إلى الحياة الاجتماعية العريضة والتوافق مع مقتضياتها باعتباره شخصية مستقلة فاعلة. (مصطفى سويف، 1996 ص 202)

أما عن إجراءات العمل على مستوى التنفيذي فيكون على النحو التالي :

- 1- في المراحل المبكرة من التحاق المدمن بالمجتمع العلاجي بعد تخلص جسده من السموم تساعد جميع القوى العاملة في المؤسسة على الاستقرار في نمط الحياة الجديدة دون مادة نفسية مخدرة . ومن أهم العناصر الفاعلة في هذا الصدد خبرات الناقهين الذين سبقوه إلى الالتحاق بالمؤسسة .
- 2- تلقي من حين لآخر تدريبات قد تعيد تنشيط اللمهة من لديه إلى المادة النفسية المعتمد عليها.
- 3- تنمية المهارات اللازمة من خلال دفعه إلى المشاركة الفعالة في إدارة شؤون الحياة اليومية داخل المؤسسة ومحاسبته على أخطائه. (وفيق صفوف، 2001، ص 221)

بغض النظر عن طرق العلاج فإن تعاون المدمن مع من يقومون بعلاجه من أجل الشفاء من إدمانه يلعب دوراً كبيراً في حدوث ذلك. لكن كثير ما يحدث أن من يتعاطون المخدرات أنفسهم يقاومون العلاج ، وأنهم لأسباب غير مفهومة لا يرغبون في الإقلاع عن الإدمان أو تلقي المساعدة ، وكثيرا ما قيل أنه لا يوجد شيء يمكن لأي شخص أن يعمله إذ لم يُرد المؤمن أن يساعد نفسه.

ثامن عشر: محاربة ومكافحة المخدرات في الجزائر

1. التطور التاريخي لمكافحة الإدمان على المخدرات:

تمت المبادرة بعمليات تفكير في عمل منذ عدة سنوات من قبل وزارة الصحة. ففي 1992 أنشئت لجنة وطنية متعددة القطاعات لمكافحة الإدمان على المخدرات وأسندت رئاستها لوزارة الصحة، صاغة هذه

اللجنة مشروعاً أولاً لبرنامج عمل تعلق بمكافحة المخدرات والإدمان عليها، وذلك في جوان 1993، على أعقاب تنظيم ملتقى متعدد القطاعات.

وفي 1997 حُلّت هذه اللجنة وأنشئ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، لكنه لم ينصب إلا في 2002. وهو يتكون من عدة قطاعات مكلفة بهذه المشكلة، ومنها وزارة الصحة.

يوجد على مستوى وزارة الصحة لجنة وطنية لمكافحة الإدمان على المخدرات. أعدت هذه اللجنة برنامج عمل صحي له علاقة بتوجيهات المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها.(وزارة الصحة والسكان(التكفل بالمدمنين)،2008،ص32)

1.1. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات:

أنشئ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97_212 والمعدل والمتمم. ويتبع الديوان مباشرة لوزارة العدل.

2.1. المهام الأساسية:

رسم سياسة وطنية للوقاية من المخدرات ومكافحتها، ومتابعة تنفيذها بالتعاون والتنسيق مع القطاعات الوزارية المعنية والهيئات والجمعيات العاملة في ميدان مكافحة المخدرات والإدمان عليها.

3.1. تتلخص مهام الديوان على وجه الخصوص فيما يلي:

- _ التنسيق ومتابعة النشاطات التي تقوم بها القطاعات المعنية.
- _ تقديم تقارير للوزارة عن النتائج المسجلة في ميدان مكافحة المخدرات.
- _ انتقاء وجمع المعلومات التي تسهل عمليات البحث والوقاية ومكافحة الإبحار بالمخدرات.
- _ تقديم النتائج المحصل عليها من أجل مساعدة السلطات العمومية في إتخاذ القرار.
- _ اقتراح التدابير الضرورية في مجال التشريع الخاص بمكافحة المخدرات والإدمان عليها.(الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، وزارة العدل،ص.ص.2،1)

4.1. السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات في الجزائر:

تتمثل سياسة الجزائر في مكافحة المخدرات اساساً في تقليص العرض والطلب، وهذه المكافحة تتم وفق ثلاثة أبعادٍ متمثلة في:

أولاً: القمع: العدالة، الدرك الوطني، الأمن الوطني، الجمارك.

ثانياً: العلاج

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
- المركز الاستشفائي الجامعي فرانس فانون البليدة
- المركز الاستشفائي الجامعي الرازي عنابة
- المركز الاستشفائي الجامعي سيدي الشحمي وهران
- المركز الاستشفائي الجامعي جبل الوحش قسنطينة
- المراكز البيئية الموزعة على كامل ولايات الوطن
- العديد من خلايا الاستقبال والتوجيه

ثالثاً: الوقاية

1. هيئات الدولة

1.1. الدوائر الوزارية

1.1.1. التربية:

- التعليم الابتدائي والثانوي
- التعليم العالي والبحث العلمي
- التعليم والتكوين المهنيين
- الشؤون الدينية والأوقاف
- الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
- التشغيل والتضامن الوطني

2.1.1. الإتصال:

- المؤسسة الوطنية للتلفزة، الإذاعة الوطنية، الصحافة المكتوبة، الداخلية والجماعات المحلية، الأسرة وقضايا المرأة، الشبيبة والرياضة.

2. المجالس المنتخبة:

2.1. البرلمان: مجلس الأمة، المجلس الشعبي الوطني، المجالس الشعبية الولائية، المجالس الشعبية البلدية.

2.2 مصالـح المكافـحة: الدرك الوطني، الأمن الوطني، الجمارك

3.2 جهات أخرى: مكاتب الدراسات ومراكز البحث

4.2 المجتمع المدني: العائلات، الأحزاب، الجمعيات، النقابات، المؤثرون في الرأي العام (صالح عبد النوري، 2006، ص.ص.20،21)

في إطار الجهود المبذولة من طرف السلطات العمومية في مجال التكفل الصحي بالمدمنين، شرعت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات منذ سنة 2007 بإعداد برنامج يمتد على عدة سنوات يهدف لإنجاز 53 مركز وسيطي لعلاج المدمنين على المستوى الوطني،
إنشاء وتنظيم مراكز العلاج وإزالة التسمم والمراكز البينية من أجل التوجيه والمتابعة.

مراكز الوقاية وعلاج المدمنين(مراكز العلاج): البلدية أنشئ عام 1996، سيدي الشحمي بوهـران أنشئ عام 1997،

المراكز البينية لعلاج المدمنين: مركز الرازي بعنابة انشئ عام 1999م، مركز سطيف أنشئ سنة 2004، مركز باب الواد أنشئ سنة 2004،

أما فيما يخص برنامج النشاط لعام 2007_2008 هو إنجاز 53 مركزاً بينياً لعلاج المدمنين وإنجاز 15 مركز علاج إزالة التسمم.

وإلى غاية 2018 تم إنجاز بالإضافة إلى المركزين لعلاج إزالة التسمم والمتواجدان في ولايتي البلدية ووهران، وبالإضافة إلى 35 مركز وسيطي لعلاج المدمنين ومتوفرة في 35 ولاية. إضافة إلى خمس مراكز أخرى للتكفل بالمدمنين وغالبيتها متواجد في الجزائر العاصمة ومدن من ولايات الشمال.(مجلة الوقاية والمكافحة، العدد2، جانفي 2016، ص25)

قائمة المراجع:

1. أحمد حسن الحراشنة وجمال علي الجزائري(2012): إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان_الأردن.
1. آرلوند واشطون ودونا باوندي: تر:صبري محمد حسن(2003): إرادة الإنسان في علاج الإدمان، المجلس الأعلى للثقافة، ط1، القاهرة_مصر.
2. بدر محمد الأنصاري(2000): قياس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الإسكندرية_مصر.
3. ببيع محمد نادية ويامنة عبد القادر إسماعيلي(2011): الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، دار اليازوري العلمية، الأردن_عمّان.
4. جواد فطائر(2001): الإدمان: أنواعه، مراحل، علاجه، دار الشروق، القاهرة.
5. حسين علي فايد(2005): سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.
6. رشاد أحمد عبد اللطيف(أ)(1999): الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات،: تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية_مصر.
7. رشاد أحمد عبد اللطيف(ب)(1999): الجوانب الاجتماعية للسياسة الوقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات، المكتب الجامعي الحديث_الإسكندرية، مصر.
8. سعيد محمد الحفار(1994): تعاطي المخدرات_المعالجة وإعادة التأهيل_دار الفكر المعاصر، ط1، بيروت_لبنان.
9. صونيا إلياس براميلي(2009): نظريات في جنوح الأحداث(إدمان، كحول، بغاء)، المؤسسة الحديثة للكتاب، طرابلس_لبنان.
10. عادل الدمرداش(1982): الإدمان مظاهره وعلاجه، عالم المعرفة، الكويت.
11. عبد الرحمان محمد العيسوي(1992): في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، بيروت.
12. عبد الرحمان محمد العيسوي(2005): المخدرات وأخطارها، دار الفكر الجامعي، ط1، الإسكندرية_مصر.
13. عبد الرحمان محمد العيسوي(2011): المضمون النفسي لقانون المخدرات، منشورات الحلبي الحقوقية، ط1، بيروت_لبنان.

14. عبد العزيز بن عبد الله البريشن(2002): الخدمة الإجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية(مركز الدراسات والبحوث)، ط1، الرياض_المملكة العربية السعودية.
15. عفاف محمد عبد المنعم(2008): الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية_مصر.
16. فتحي دردار(2005): الإدمان_التدخين، الخمر، المخدرات_الإتقان للتصنيف، ط5، الجزائر.
17. محمد أحمد المشاقبة(2012): الشباب والمخدرات_الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق، ط1، عمان_الأردن.
18. محمد حسن غانم(2007): بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار الغريب للطباعة، القاهرة.
19. محمد سلامة محمد غباري(2007): المخدرات خطر يهدد الأمن الإجتماعي، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية_مصر.
20. محمد علي البار(2001): مشكلة المسكرات والمخدرات_نظرة إلى الجذور.. وإستشراف للحلول_ دار القلم، ط1، دمشق_سوريا.
21. محمود شيت خطاب: الخمر الداء والدواء، الزيتونة للإعلام والنشر، باتنة_الجزائر ب.ت.
22. محمود موسى شديفات(2008): الإدمان_المخدرات_تبغ_خمور، مؤسسة الطريق، ط1، عمان_الأردن.
23. مدحت محمد أبو النصر(ذ2008): مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات_العوامل والآثار والمواجهة، دار العالمية للنشر والتوزيع، ط1، الجيزة_مصر.
24. مصطفى سويف(1996): المخدرات والمجتمع_نظرة تكاملية، عالم المعرفة، الكويت.
25. مقدم عبد الحفيظ(2011): الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، ط3، بن عكنون_الجزائر.
26. نواصر العايش: إستهلاك المخدرات وردّ الفعل الإجتماعي، مطابع عمار قربي، باتنة_الجزائر ب.ت.

27. هنري شابرول(2001): تر فؤاد شاهين: الإدمان في سن المراهقة، عوידات للنشر والتوزيع، ط1، بيروت_لبنان.

28. وفيق صفوت المختار(2008): مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة، دار العلم و الثقافة ، ط1، القاهرة مصر.

29. المعجم الوسيط(1972): مجمع اللغة العربية، دار المعارف، ط3، القاهرة.

30. رولان دورون وفرنسواز بارو(2012): تر: فؤاد شاهين، موسوعة علم النفس، عوידات للنشر والطباعة، المجلد الأول، A,E، بيروت_لبنان.

31. عبد المنعم حنفي(1978): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مديولي، ط1، القاهرة_مصر.

المجلات المحلية المتخصصة:

32. حفيظة مغني: دور قطاع الصحة في الوقاية من المخدرات _طبقاً للنظام القانوني الدولي والوطني، مجلة الوقاية والمكافحة، العدد الأول، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر 2015، ص.ص.14_15.

33. عيسى قاسمي: الشباب وتحدي المخدرات، مجلة الوقاية والمكافحة، العدد الأول، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر 2015، ص.ص.7_8.

34. غزالة خاير: الإدمان على المخدرات... والتكفل الصحي، مجلة الوقاية والمكافحة، العدد الثالث، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر 2016، ص.ص.7_8.

35. مجلة الوقاية والمكافحة: المخدرات كلنا معنيون، العدد الثاني، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر جانفي 2016.

ملتقيات وندوات:

36. رمزي حداد: مفاهيم للإدمان وتعريفه، التكفل بالمدمنين، ملتقيات تكوين الأطباء في إطار مشروع Med NET، الجزائر السداسي الأول 2008، ص.ص.40_45.

58. عيسى قاسمي: الوضع الحالي لظاهرة المخدرات في الجزائر، فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية للوقاية من المخدرات و مكافحتها، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها، الجزائر يومي 03 و 04 ديسمبر، 2006، ص.ص 9_18.

37. صالح عبد النوري: استراتيجية الجزائر في مجال مكافحة المخدرات، فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية للوقاية من المخدرات و مكافحتها، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها، الجزائر يومي 03 و 04 ديسمبر، 2006، ص.ص 20_21.

38. التكفل بالمدمنين، ملتقيات تكوين الأطباء في إطار مشروع Med net - الجزائر- السداسي الأول 2008.

39. فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية للوقاية من المخدرات و مكافحتها، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها، الجزائر يومي 03 و 04 ديسمبر 2006.

منشور:

40. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، قصر مصطفى باشا، الجزائر العاصمة.

41. Arif(A) et Westermeyer(J)(1998); **Manuel of Drug and Alcohol abuse**, New York, Plenum.

42. Bergert Jean et Leblanc(J)(1985): **Précis de Toxicomanie**, Ed Masson, France_ Paris.

43. Bergeret jean(1994): **Toxicomanie et Personnalité**, Que éd Paris.4sais-je? Edition Dahlab,

44. Biron, A et autre(1978): **Drogues, Toxicomanes et Toxicomanie**; Ed Herman, Paris.

45. Ivan Gasman(2008): **Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant**, E.N.C, Nouvelle Edition, Paris.

46. Morel. A et Harvé, F et Fintaine, B(2003); **Soigner les toxicomanes**, 2ème éd;Dunod.
47. Richard, D :**Les Drogues injectées**, in Diagnostic,N°6,Alger,S.A.
48. Reber, AS,Penguim(1995) **Dictionary of Psychology**, Penguim books, London.