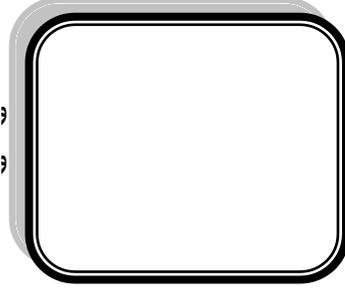


الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement supérieure et de la Recherche Scientifique

Université de Ghardaïa
Faculté des Sciences Sociales et Humaines
Département de Sociologie et Démographie



جامعة غرداية
كلية العلوم الإنسانية
قسم علم الاجتماع

دروس في مادة: المخدرات والمجتمع

مقدمة لطلبة السنة الثالثة ليسانس تخصص علم الاجتماع العام
السداسي السادس

إعداد الأستاذ: أوشان جميلة أستاذ محاضر قسم أ

الموسم الجامعي 2020 / 2021م
الفهرس

الصفحة	الحجم الساعي	عناصر المحاضرة	المحاضرات	المحاور
1			مقدمة	
2	1.5 سا		الدرس التمهيدي	
4	1.5 سا	- المخدرات في اللغة العربية والأعجمية - المخدرات في المفهوم العام	1/ تعريف وتحديد معنى المخدرات والمؤثرات العقلية	المحور الأول: تحديد مفهوم المخدرات والمفاهيم ذات العلاقة بها

		- المخدرات في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات - تعريف المخدرات حسب منظمة الصحة العالمية - تعريف المخدرات في القانون الجزائري	2/ تحديد المفاهيم التي لها علاقة باستهلاك المخدرات	
11	1.5 سا	- تعاطي المخدرات - الاعتماد - متلازمة الاعتماد - الانسحاب - متلازمة الانسحاب - التحمل - التسمم		
18	1.5 سا	القنب خصائصه وآثاره	3/ القنبيات	المحور الثاني: تصنيف المخدرات وأنواعها وخصائصها وآثارها
25	1.5 سا	- الأفيونيات خصائصها وآثارها	4/ الأفيونيات	
30	1.5 سا	- الكوكايين خصائصه وآثاره	5/ الكوكايين	
37	1.5 سا	- الأمفيتامينات خصائصها وآثارها	6/ الأمفيتامينات	
44	1.5 سا	- المقاربات البيولوجية - المقاربات السيكولوجية - المقاربات المعرفية - المقاربة الاجتماعية	7 / مقاربات تفسير الإدمان على المخدرات	المحور الثالث: المقاربات المختلفة المفسرة للإدمان
57	1.5 سا	- العوامل الشخصية - العوامل الأسرية	8/العوامل الشخصية والأسرية	المحور الرابع: العوامل المختلفة لانتشار الإدمان
62	1.5 سا	- العوامل الاجتماعية - العوامل الاقتصادية	9/العوامل الاجتماعية والاقتصادية	
68	1.5 سا	- آثار الإدمان على المخدرات على مستوى الأفراد	10/ آثار الإدمان على المخدرات على مستوى الفرد	المحور الخامس: الآثار المختلفة للإدمان
75	1.5 سا	- على المستوى الاجتماعي - على المستوى الاقتصادي	11/ آثار الإدمان على المخدرات على المستوى المجتمعي والاقتصادي	
82	1.5 سا	- الجهود الدولية في مكافحة المخدرات	12 // الجهود الدولية والوطنية لمحاربة	المحور السادس: الجهود الدولية

		والوقاية منها - الجهود الوطنية - العلاج والتأهيل	المخدرات والمؤثرات العقلية	والوطنية في محاربة المخدرات
90	1,5 سا	- الوقاية - الاهتمام المجتمعي والشعور بالمسؤولية - التنسيق مع مؤسسات التنشئة والمجتمع المدني وقطاعات أخرى	13/ دور المجتمع المدني ومؤسسات التنشئة	المحور السابع: كيف تعمل مؤسسات التنشئة والمجتمع المدني في مكافحة المخدرات
101	1.5 سا	- التدابير الوقائية والعلاجية في التشريع الجزائري - العقوبات الجزائية	14/ استراتيجية التشريع الجزائري في مكافحة المخدرات	المحور الثامن: الجهود التشريعية الجزائرية في مكافحة المخدرات
	22.5 ساعة		المجموع	
107		خاتمة		
108		قائمة المراجع		

مقدمة

مقياس المخدرات والمجتمع يشرك طلبة الجامعة -كمواطنين أولاً وكمختصين ثانياً في فهم المجتمع وخدمته، وكشباب ثالثاً- في مسعى خلق وعي عام في أوساط الشباب بخطر المخدرات على الصحة والنفس والأسرة والمجتمع، إنها معرفة ضرورية للشباب والطلبة الجامعيين، والمهتمين بمواجهة الحرب الشرسة على سلامة العقل والنفس والمال والتحرر من التبعية للمواد النفسية. هي مادة يستكشف فيها الطلبة خطورة المخدرات على حاضرهم ومستقبلهم، ويستكشفون مجموعة من الأطروحات والمقاربات التي تفسر الظاهرة لتقرب أكثر الصور الممكنة لمواجهة المشكل، وهي أطروحات على تنوعها تشترك في أهمية ادماج الشباب والمجتمع بكل فئاته في مسعى فهم حيثيات الظاهرة، التي تعتبر من أكثر الظواهر التي تتعالق فيها جميع مناحي الحياة جسدية ونفسية وأسرية واجتماعية وطبية واقتصادية... وتجاوز الفهم إلى الوعي بأهمية الفعل في مسعى تشاركي.

تغيرت الكثير من المفاهيم فيما يخص ظاهرة المخدرات، وتغيرت معها زوايا النظر نحو المستهلكين أو المدمنين، ونحو طرق الوقاية والعلاج، ولأجل ذلك عرضنا في هذه المطبوعة لمختلف المفاهيم الحديثة المتعلقة بالمخدرات ودعمناها بمجموعة من الصور والإحصائيات الموضحة مركزين على المخدرات المنتشرة في الجزائر فقط، ومختلف المقاربات المفسرة للظاهرة، ومختلف الأسباب الكامنة وراءها، والآثار الناجمة عن استفحالها، والجهود والاستراتيجيات الوطنية والدولية الطبية والعلمية والتشريعية لمواجهةها بجدية ووعي.

استعنا بمجموعة كبيرة من المراجع بعضها يعود إلى تخصصات طبية وبيولوجية وصيدلية لضرورة ذلك، فالمخدرات موضوع ملتقى مجموعة من التخصصات كالطب والبيولوجيا والصيدلة وعلم النفس وعلم الاجتماع والشريعة والقانون، وقد عدنا إلى كل تلك التخصصات حتى ننظر إلى المخدرات من جميع الزوايا التي يفرضها الواقع، كما نستعين ببعض الفيديوهات والصور المعينة على الفهم.

الدرس التمهيدي

اسم المقرر الدراسي: المخدرات والمجتمع

وحدة تعليم استكشافية

الرصيد: 2

المعامل: 1

نستعرض في هذا المقياس موضوع في غاية الأهمية داخل مجتمعنا الذي يتميز بأعلى نسبة من الشباب الذين لم يتجاوزوا الثلاثينات من العمر، والذين هم الأكثر عرضة لمحنة تعاطي المخدرات حسب الكثير من الدراسات الوطنية والعالمية، يستكشف فيه الطلبة خطورة المخدرات على الصحة والعقل والنفس والأسرة والمجتمع والاقتصاد، من خلال تجربتي في تدريس هذه المادة تبين لنا أن الطلبة وبالأخص البنات لا يعرفن ما يجب أن يُعرف حول هذه المشكلة النفسية والاجتماعية التي تدخل في عمق تخصصهم في علم الاجتماع، إنه مشكل قد يلتقي به الطلبة في كل وقت وفي أي مكان داخل الأسرة أو في الحي أو في محيط الدراسة ... كما أن بعض الطلبة أبدوا رغبتهم في التطوع مع الجمعيات المدنية التي تنشط في إطار محاربة المخدرات والتوعية بخطورتها ويريدون معرفة الأساسيات والضروري حول هذا المشكل المستقل.

المقياس استكشافي أصلا يتيح للطلبة استكشاف الكثير من أسباب مشكل انتشار المخدرات، واستكشاف آثاره المدمرة على الفرد والمجتمع، كما يتيح لهم استكشاف المقاربات التي تناولت هذا المشكل بالتحليل والدراسة، واستكشاف مختلف مقاربات الحل الممكنة لهذه الظاهرة العالمية المتفشية في جميع دول العالم دون استثناء، ولن يكون المقياس مكتمل الرؤية والأهداف دون استكشاف جهود الدولة الجزائرية في التعامل اليقظ مع مشكل المخدرات، حيث عملت على إنشاء مركز وطني لدراسة ومتابعة المشكل، كما عملت على إنشاء الكثير من مراكز الوقاية والعلاج موزعة على كامل التراب الوطني، ناهيك عن اهتمام القانون الجزائري بمحاربة الظاهرة والذي ينظر إليها من زاويتين متكاملتين تقوم على الوقاية وعلاج المدمن أولا، ثم تأتي العقوبة للحالات التي تبدي مقاصد ونوايا غير سليمة كأن ترفض العلاج أو تعود إلى الحياة والاستهلاك، أو تتاجر في المخدرات والمؤثرات العقلية.

كل هذا يتوزع على ثماني محاور وهي:

- المحور الأول: تحديد مفهوم المخدرات والمفاهيم ذات العلاقة بها
- المحور الثاني: تصنيف المخدرات وأنواعها وخصائصها وآثارها

- المحور الثالث: المقاربات المختلفة المفسرة للإدمان
 - المحور الرابع: العوامل المختلفة لانتشار الإدمان
 - المحور الخامس: الآثار المختلفة للإدمان
 - المحور السادس: الجهود الدولية والوطنية في محاربة المخدرات
 - المحور السابع: دور مؤسسات التنشئة والمجتمع المدني في مكافحة المخدرات
 - المحور الثامن: الجهود التشريعية الجزائرية في محاربة المخدرات
- وهذه المحاور بدورها تحوي في مجموعها ثلاثة عشرة محاضرة نستعين فيها بالصور وأشرطة الفيديو المساعدة على الفهم.
- المقياس يدعم بأعمال موجهة يقوم بها الطالب تساعده على استيعاب المقياس أكثر كما تساعده على التدريب على البحث في مشكل المخدرات.

المحور الأول: تعريف المخدرات والمفاهيم المتولدة عنها

المحاضرة الأولى: تعريف وتحديد معنى المخدرات والمؤثرات العقلية

1/ المخدرات في اللغة العربية

في لغتنا العربية فإن المخدرات مشتقة من الخَدَر، والخَدَرُ من الشراب والدواء هو كل مادة تؤدي إلى فتور وضعف وكسل⁽¹⁾، كما يستخدم العرب مفهوم السكر الذي هو نقيض الصحو وهي مشتقة من السكر وهي الخمر، وهي كل مسكر من الشراب، والسكران الذي ذهب عقله من المسكر⁽²⁾، لكننا نقول هو غير صاح ولا نقول غير عاقل فالسكر حالة عارضة تصيب العقل فتغيبه وتخامره (تغطيه) إلى أن يزول مفعول المسكر، السكر خُصَّ بالخمر وهي مغيبة للعقل، والمخدر خُصَّ بكل شراب أو دواء مفتر ومُضعف.

2/ المخدرات في اللغة الأعجمية:

بالفرنسية Drogue، بالإنجليزية Drug، بالألمانية Droge، بالإسبانية Droga،... وغيرها من اللغات ذات الكتابة الاصطلاحية المشابهة أو المقاربة كالهولندية والإيطالية وغيرها، كان يعني هذا المصطلح المكونات المستخدمة من الأعشاب الطبية المجففة في تحضير المستحضرات الصيدلانية، وقد اختلف حول أصل الكلمة ولم نجد اتفاق نستريح إليه ونستأنس به، وترجمتها في العربية العقاقير وهي أيضا عُرفت عند العرب كمواد صيدلانية وقد برعوا فيها خاصة في العصر العباسي مطورين ما أخذوه من الحضارات الأخرى كالحضارة اليونانية والمصرية والفارسية وغيرها.

في القرن العشرين بدأ مصطلح Drogue يأخذ عند العامة معنى المخدرات المحضورة بعد أن اتضح مشكل الاعتماد والسمية التي يسببها⁽³⁾ سواء حدث الاعتماد أو التسمم بسبب العقار نفسه أو بسبب سوء الاستعمال أو سوء الاستهلاك. مصطلح آخر أصبح شائعاً الآن في اللغة الأعجمية وهو مصطلح les stupéfiants استخدم في الصيدلة والطب للتدليل على المخدرات ذات التأثير العصبي، أي تلك التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي Le système nerveux central (névraxe) حيث تحدث تغييرات حيوية (بيوكيميائية) بغض النظر عن مشكل الاعتماد أو السُمِّية، فالمؤثرات العقلية قادرة على توجيه سلوك وإدراك

(1) ابن منظور، لسان العرب، المجلد الرابع، دار صادر، بيروت، دت، ص. 232.

(2) نفس المرجع، ص. 372.373.

(3) Catonné Jean-Philippe, Drogue : un remède à l'Existence, In Raison présente, n°153, 1er trimestre 2005. de la drogue et des drogues, p. 7.24 https://www.persee.fr/doc/raipr_0033-9075_2005_num_153_1_3901

ومزاج المستهلك محدثة ما يُطلق عليه (ECM) état de conscience أي تغيير في حالة الوعي والإدراك، حيث بإمكانها إحداث الهلاوس والهذيان وفقدان الوعي، هذا المصطلح رحل نحو الاستعمال القانوني من خلال الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961، ومنه أصبحت منظمة الصحة العالمية تُطلق على المخدرات "المواد نفسية التأثير".

ويُطلق على المخدرات ذات التأثير المثبط أو المسكن les narcotiques وهي الأكثر شهرة عبر التاريخ البشري ضاربة في القدم منذ آلاف السنين، مثل المواد الأفيونية، بعض الدول تحضرها تماما إلا تحت مراقبة قانونية وطبية صارمة ويقظة، غير أن هذا المصطلح المنحوت من اللغة الإغريقية narkō نادر الاستعمال لدى العامة وأصبح في حضن مصطلح المؤثرات العقلية رغم اختلاف آثار كليهما على المستهلك (المتعاطي)، غير أنه في المجال الطبي والصيدلاني ولدى منظمة الصحة العالمية مازال يطلق على مسكنات الألم من الفئة الأفيونية III التي تحتوي على:

Morphine, Diacétylmorphine, Nalbuphine, Buprénorphine, Hydromorphone, Pentazocine, Péthidine, Méthadone, Oxycodone, Fentanyl, Tapentadol, Piritramide.

3/ المخدرات في المفهوم العام:

لدى عامة المجتمع هي مواد مختلفة ومتنوعة طبيعية أو مصنعة تعمل على تخييب العقل وتحويل الحياة العادية للفرد إلى حياة بائسة تابعة وخاضعة لتأثير مفعول المخدر، هذه الحياة البائسة في الرصيد المعلوماتي الجزائري النابع من المعاشية والمخالطة تحمل الكثير من التوصيفات كالعنف، الانحراف عن قيم المجتمع، غياب التعقل، ضياع المال، ضياع الصحة، ضياع المكانة الاجتماعية، عدم القدرة على التحكم في النفس، الانسحاب من المجتمع... ويظهر أن المعرفة العامة حول المخدرات تنطلق أساسا من مفهوم شرعي وهو مفعول تخييب العقل، فكل مادة تعمل على تخييب العقل فهي مسكرة أو مخدرة باستثناء المخدر الطبي من أجل العمليات الجراحية فهو استثناء الضرورة.

4/ المخدرات في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات (1961) بصيغتها المعدلة 1972:

جاء في المادة الأولى المعنونة "تعريف" البند 1 مايلي:

Le terme "stupéfiant" désigne toute substance des Tableaux I et II qu'elle soit naturelle ou synthétique (1).

(1) https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf

لم يعد مصطلح مخدرات هو السائد وإنما مواد نفسية التأثير ومنه فإن ترجمة التعريف تكون كالتالي:
"المواد النفسية التأثير تشير إلى كل مادة طبيعية أو مخلقة المدرجة في الجدولين الأول والثاني من الإتفاقية"، كما هو موضح في الشكل التالي:

الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١			
الجدول الرابع	الجدول الثالث	الجدول الثاني	الجدول الأول
بعض المخدرات المدمجة في الجدول الأول ذات "الخصائص الشديدة الخطورة" والقيمة العلاجية المحدودة أو المعدومة (مثلاً، القنب، الهيروين)	المستحضرات المحتوية على كميات منخفضة من المخدرات والتي من غير المرجح أن تؤدي إلى سوء استعمال ولا تسري عليها التدابير الرقابية المفروضة على المخدرات التي تحويها (مثلاً، أقل من ٠,٥٪ من الكودين، وأقل من ٠,١٪ من الكوكايين)	المواد الأقل قابلية للإدمان وسوء الاستعمال من تلك المدرجة في الجدول الأول (مثلاً، الكودين، الديكستروبروبوكسيفين (dextropropoxyphene))	مواد ذات القابلية عالية للإدمان وسوء الاستعمال، والسلائف التي يمكن تحويلها بسهولة إلى مخدرات ذات القابلية نفسها للإدمان وسوء الاستعمال (مثلاً، القنب، الأفيون، الهيروين، الميثادون، الكوكايين، ورقة الكوكا، الأوكسيكودون)

الجدول منقول عن تقرير المفوضية العالمية لسياسات المخدرات "تصنيف المؤثرات العقلية" (1)
الجدول الأول يتعلق بالمواد شديدة السمية والاعتمادية ويخضع لتدابير الرقابة الدولية للمخدرات، والجدول الثاني يتعلق بالمواد الأقل سمية واعتمادية ويخضع لذات تدابير الرقابة الخاصة بالجدول الأول مع بعض الاختلافات، والجدول الرابع هو مدرج في الجدول الأول بنص البند 5 من المادة 2 من الاتفاقية، الجدول الثالث يتعلق بالمستحضرات التي تحتوي على مخدرات فهي وفق المادة الثانية البند الرابع تخضع لنفس التدابير الرقابية التي تخضع لها المستحضرات التي تحوي المخدرات المدرجة في الجدول الثاني مع بعض الاختلافات، فالجدول الرابع إذن مدرج في الجدول الأول، والجدول الثالث متعلق بالجدول الثاني.

لكن علينا أن نتذكر أن اتفاقية 1961 تتعلق بمراقبة الإتجار بالمخدرات، لا يعني هذا التعريف الذي وضعته المنظمة أن المخدرات تقتصر على الجدولين الأول والثاني، إنما المقصود أن هناك أحكام قانونية دولية تسري على جدول المخدرات الأول وأحكام تسري على جدول المخدرات الثاني، والجدول الثالث تسري عليه أحكام الجدول الثاني مع بعض الاختلافات، في حين تسري على الجدول الرابع أحكام جدول المخدرات الأول الأكثر سمية واعتمادية مع بعض الاختلافات، وفي نهاية المطاف هي كلها مخدرات خاضعة لتقدير خبراء منظمة الصحة العالمية من حيث شدة السمية والاعتمادية، فالفرق في الأحكام القانونية

(1) https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/08/2019Report_AR_web.pdf

لمراقبة المخدرات يتعلق بتلك الخاصيتين (شدة السمية والاعتمادية) ولا ينفي عنها جنس المخدر، وانطلاقاً من تلك الخاصيتين فإن بعض البحوث التي قام بها خبراء منظمة الصحة العالمية حاجت لصالح الخصائص الطبية للقنب وأوصت سنة 2019 بسحبه من الجدولة، غير أن ذلك خلق بعض الخصومات السياسية وتمّ الإبقاء عليه في الجدول الأول، وهذا يظهر نقطة ضعف معايير الجدولة القائمة على تضارب المصالح المختلفة لسياسات الدول واقتصاداتها.

اتفاقية 1971 أضافت إلى جنس المخدرات المؤثرات العقلية وقد عرفتها في المادة 1 البند e كالتالي:

L'expression "substance psychotrope" désigne toute substance, qu'elle soit d'origine naturelle ou synthétique, ou tout produit naturel du Tableau I, II, III ou IV (1)

مصطلح المؤثرات العقلية يشير إلى كل مادة طبيعية كانت أو مخلّقة وكل منتج طبيعي مدرج في الجدول الأول والثاني والثالث والرابع (في الاتفاقية المتعلقة بالمؤثرات العقلية 1971)، والجدول كالتالي:

الجدول الرابع	الجدول الثالث	الجدول الثاني	الجدول الأول
المخدرات التي تطرح مخاطر سوء استعمال، وتفرض تهديداً بسيطاً على الصحة العامة، وذات قيمة علاجية عالية (مثلاً، المهدئات، بما في ذلك ديازيبام)	المخدرات التي تطرح مخاطر سوء استعمال، وتفرض تهديداً خطيراً على الصحة العامة، وذات قيمة علاجية متوسطة أو عالية (مثلاً، الباربيتورات، البوبرينورفين)	المخدرات التي تطرح مخاطر سوء استعمال عالية، وتفرض تهديداً خطيراً على الصحة العامة، وذات قيمة علاجية متوسطة أو منخفضة (مثلاً، الدرونابينول، الأمفيتامينات)	المخدرات التي تطرح مخاطر سوء استعمال عالية، وتفرض تهديداً خطيراً على الصحة العامة، وذات قيمة علاجية محدودة أو معدومة (مثلاً، حمض الليسرجيك إيثيلاميد، ميتيلين ديوكسي، مينامفيتامين، الكاينون)

الجدول منقول عن تقرير المفوضية العالمية لسياسات المخدرات "تصنيف المؤثرات العقلية" والحقيقة أن المفوضية العالمية لسياسات المخدرات تعترف أنّ هذا التقسيم بين مؤثرات عقلية وخدرات حسب الاتفاقيتين السالفتي الذكر >>ليس له أي أساس مفاهيمي، ويمكن للتعريف القانوني لعدّة مؤثرات عقلية أن يُطبّق تماماً على المخدرات وفي حالات عدّة العكس صحيح>>(2)، التقسيم كما نراه ناتج عن هيمنة شركات الأدوية الضخمة التي تجني أموال طائلة، فهي وراء فصل المخدرات عن المؤثرات العقلية حتى تحصل على تنازلات وتسهيلات في مراقبة الإتجار بالمؤثرات العقلية، بحجة أنّه لا يمكن المساواة بين المخدرات والمؤثرات فهذه الأخيرة ذات طابع علاجي في الأصل والمشكل يتعلق بسوء الاستعمال وليس بالمادة ذاتها لأنها ذات خصائص علاجية تحت مراقبة طبية، غير أنّ منظمة

(1) https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf

(2) المفوضية العالمية لسياسات المخدرات، تصنيف المؤثرات العقلية: عندما يتمّ تجاهل العلم، ص 16. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/08/2019Report_AR_web.pdf

الصحة العالمية لها رأي آخر إذ تبين لها أن بعض المؤثرات العقلية ذات اعتمادية وسمية شبيهة بالمخدرات وقد تتفوق عليها أحيانا مثل الأمفيتامينات تأثيرها يضاهي تأثيرى الكوكايين ومثل عقار الترامادول الذي يسميه الشباب الجزائري الصاروخ توصيفا لمدى تأثيره على المتعاطي، إضافة إلى أن المؤثرات العقلية سوق لا تتضب من التخليقات والمستحضرات الجديدة التي تستدعي تجديد مستمر لمعايير الجدولة.

5/ تعريف المخدرات حسب منظمة الصحة العالمية:

جاء في معجم مصطلحات الكحول والمخدرات الصادر عن منظمة الصحة العالمية والمعنون بـ lexicon of alcohol and drugs terms أن مصطلح المخدرات drug يشير في المجال الطبي إلى كل مادة قادرة على منع تعزيز الصحة الجسدية أو العقلية، وفي مجال الصيدلة تشير إلى كل عامل كيميائي يعمل على تغيير العمليات الحيوية (البيوكيماوية) أو الفسيولوجية للجسم⁽¹⁾، لذا أدرجت المخدرات تحت مسمى مواد نفسية التأثير الموجهة نحو الاستخدام غير الطبي.

كما جاء في نفس المرجع أن المواد النفسية التأثير (المخدرات) Psychoactive Drug هي كل مادة تؤثر على العمليات العقلية كالإدراك والمزاج والانفعالات بغض النظر عن إحداث الاعتماد⁽²⁾، وهو تعريف محايد يجمع جنس المخدرات كلها المشروعة وغير المشروعة، والمؤثرات العقلية تحمل نفس دلالة المواد النفسية التأثير فهي مواد كيميائية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي وتؤدي إلى تغيير في المزاج والوعي والإدراك.

موقف الباحثة:

تسمية المخدرات والمؤثرات العقلية بالمواد النفسية التأثير يوحي بالتركيز فقط على آثار المخدرات على الجهاز العصبي المركزي من إدراك وانفعالات ومزاج، وهذا حقل الطب والصيدلة الذين يتعاملان مع التأثيرات البيوكيماوية على جسم الإنسان ويستخدمان مصطلحات تقنية، وإذا اكتفينا بهذا البعد فقط فسيظهر مستقبلا من يتحدث عن مخدرات تحسين المزاج ورفع مقدار التسلية وشدة المرح بجرعات مدروسة ومحددة لا تحدث الاعتماد ولا تعرّض مستهلكها لخطر التسممات ويعطيها مشروعية الترويج عن النفس، إننا نتجاهل العواقب الاجتماعية والمالية على المتعاطي، نتجاهل العواقب الأسرية والاجتماعية، نتجاهل العواقب المهنية على المتعاطي وعلى منتج عمله أيضا، مصطلح المخدرات تأصل في عمق الثقافة العربية والإنسانية كرمز للعبودية والتبعية البغيضة لمادة سائلة للإرادة الحرة العاقلة الواعية المدركة، مغيبة للهوية الذاتية والاجتماعية، حتى أنها

(1) World Health Organization, lexicon of alcohol and drugs terms, Geneva, 1994, p.34

(2) Ibid, p.53

أصبحت رمز لكل غيبوبة نفسية أو اجتماعية أو سياسية أو اقتصادية أو حضارية أو ثقافية، ونحن كمختصين اجتماعيين من حقنا أن لا نكتفي بمصطلحات طبية تقنية على شاكلة مثير استجابة، علينا أن نظهر تبعات "ما وراء المخدرات" حيث نبحت في ميثا المخدرات من جريمة منظمة وغير منظمة، من الاقتصاديات والأموال القذرة التي حطمت الاقتصاديات الشرعية في الكثير من البلدان، من حملات الاستدراج المستمرة للمراهقين والشباب، من انهيار للمعنويات.....

لكن رغم كل ذلك مصطلح مخدر ملتبس وكذلك مؤثرات عقلية إذ يوجد طبييا وقانونيا مخدرات ومؤثرات مشروعة تستخدم للعلاج والتطبيب، كما نجد أنّ مصطلح مواد نفسية التأثير يهتم بمآلات التعاطي النفسية العصبية على حساب مآلات أخرى موجودة في عمق الثقافات المختلفة، فالقات في اليمن والكوكا في بوليفيا لهم تجدر ثقافي مشروع إلى درجة القداسة داخل مجتمعاتهم، في مجتمعات أخرى وصم المخدرات أيا كان نوعها مخزي ومذل، ومنظمة الصحة العالمية تريد أن تتأى عن الوصم المذل وتخفف من مدلول المصطلح وتجبره نحو التعريفات التقنية للطب والصيدلة.

6/ تعريف المخدرات في القانون الجزائري:

أقرّ قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية رقم 04-18 المؤرخ في 25-12-2004 نفس تعريف الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961 بصيغتها المعدلة ببرتوكول 1972، كما أقر نفس تعريف المؤثرات العقلية من اتفاقية المؤثرات العقلية 1971

المحور الأول: تعريف المخدرات والمفاهيم المتولدة عنها

المحاضرة الثانية: تعريف وتحديد المفاهيم التي لها علاقة باستهلاك المخدرات

1/ تعاطي المخدرات (abus de drogue) abuse drug:

تعرفه منظمة الصحة العالمية في معجمها السابق الذكر بأنه <<نمط غير لائق من الاستخدام يشير إلى استمرار الاستخدام على رغم المعرفة بالعواقب>>⁽¹⁾، ويظهر على موقعها الرسمي الناطق بالعربية⁽²⁾ عدة مصطلحات جنيسه، فهو يشير إلى الاستهلاك غير المشروع أو غير الطبي بغض النظر عن العواقب أيا كانت ويطلق عليه سوء الاستعمال، كما يطلق عليه أيضا الاستعمال الضار الذي يحيل إلى العواقب الضارة الصحية والنفسية للمستهلك الناجمة عن ذلك الاستعمال، وهذا المصطلح فيه تجاذبات واختلافات حول التحديد الفعلي للضرر ومن يحدد ذلك الضرر الطب أم أخصائيو الصحة النفسية والعقلية أم القانون أم المجتمع... كما نجد أيضا مصطلح الاستعمال الخطر ويحيل إلى العواقب ذات الضرر على الصحة العامة وليس الشخصية فقط، وهو الآخر يثير مشكل تحديد الضرر على الصحة العامة خاصة وأن منظمة الصحة العالمية تعتمد على المصطلحات التشخيصية التقنية، أي ذات البعد الطبي والصيدلاني.

التعاطي في اللغة العربية له عدة أوجه لكن الذي يهمننا هو أحد وجوهه الذي يقول أنه <<تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله>>⁽³⁾ كما يحمل صفة التكرار والاستمرار والانصراف لذلك الشيء بغض النظر عن حدوث الاعتماد من عدمه، ومنه نرى كما يرى الدكتور مصطفى سوييف أننا لسنا مجبرين على الترجمة الحرفية عن المصادر الأعجمية إذا وجدنا في اللغة العربية ما يحقق التوصيف العلمي الشائع، والتعاطي يفى بمدلول المفهوم كتناول ما لا يشرع ولا يجوز ولا يحق تناوله.

2/ الاعتماد (dépendance) dependence:

(1) Ibid, p.4

(2) https://www.who.int/substance_abuse/terminology/abuse/ar/

(3) ابن منظور، مرجع سابق، المجلد الخامس عشر، ص.70

عام 1964 أدخلت منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد dependence بدل مصطلح الإدمان addiction وقد عرّفته بأنه الحاجة إلى جرعات متكررة من المواد النفسية التأثير للشعور بالرضا أو تجنب الانزعاج جراء فقدانها⁽¹⁾، نجد أيضا من يعني بالاعتماد تجربة ضعف السيطرة على التعاطي أو شرب الكحول، البعض يعني بالاعتماد أعراضه أي متلازمة الاعتماد.

العرب تقول أدمن الشخص الشراب أو غيره بمعنى ملازمة الشرب أو غيره والمداومة عليه مع عدم الإقلاع، فالمدمن عند العرب كعابد الوثن ملازم للشيء معاقر له⁽²⁾، والاعتماد على الشيء الاتكاء عليه، والاعتماد على أحد في شيء هو الاتكال عليه⁽³⁾، فالإدمان يكون في الكثير من الأمور وليس المخدرات فقط وهو مداومة مقاومة للتوقف، تختبر قدرتنا على وضع نهاية للعبودية والتحرر الأبدي أو الخضوع الأبدي، تختبر قدرتنا على اتخاذ موقف صارم لرفض وضع الارتهان قبل أن نضع أنفسنا بين أيدي الطب المتخصص للتعافي، في حين الاعتماد ظرفي عارض مؤقت لذا تقول العرب عن المريض عميد لأنه لا يستطيع الجلوس أو الوقوف حتى يُعمد أو يُسند، غير أن الترجمة التقنية لمثل هذه المصطلحات يضعنا أمام ضرورة تعريف المصطلح وفق الرؤى الفكرية والبحثية التي وُلد منها، وقد حددت أدبيات المخدرات الطبية والنفسية أن الاعتماد في تعريف عام هو حالة مرضية جسدية أو نفسية أو الإثنين معا تشخص على أنها رغبة قهرية لتعاطي المادة النفسية من أجل الحصول على المتعة أو التخلص من متاعب داخلية، يحتاج المعتمد إلى رعاية طبية من أجل التعافي وفطمه عن المادة النفسية، أو قطع رابطة التبعية للمادة النفسية وتحريره من تلك العلاقة المرضية غير السوية، والاعتماد نوعان نفسي وعضوي:

الاعتماد النفسي: هي الأعراض النفسية الناتجة عن الحرمان من المادة النفسية كالقلق، الاكتئاب، الشعور بعدم الراحة والانزعاج، لا يستعيد المتعاطي راحته إلا بالحصول على المادة النفسية، في حالة التعافي يحتاج المتعاطي إلى بعض الوقت ليتخلص من تلك الأعراض.

الاعتماد الجسدي: هي الأعراض الجسدية الناتجة عن الحرمان من بعض المواد النفسية، وهي تختلف باختلاف المادة (سوف نعرض ذلك لاحقا في مبحث توصيف المواد النفسية وآثارها)، وقد تكون مصحوبة أيضا باضطرابات سلوكية كالهيجان والعنف... ويصبح المتعاطي غير قادر على قهر الرغبة في استهلاك

(1) WHO, op.cit, p.28

(2) ابن منظور، مرجع سابق، المجلد 13، ص.159

(3) نفس المرجع، المجلد 3، ص.303

المادة النفسية، وفي حالة التعافي يوضع تحت المراقبة الطبية للتخلص من آثار
الحرمان.

3/ متلازمة الاعتماد (Dependency Syndrome) (Syndrome de dépendance):
تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها <<مجموعة الظواهر السلوكية
والفسيولوجية والمعرفية التي قد تتطور إثر تعاطي المخدرات بشكل متكرر. عادةً
ما تشتمل هذه الظاهرة على رغبة قاهرة في تناول المسكر للمخدر على الرغم
من العواقب الضارة، وبذل نشاط كبير للحصول على المخدر وتعاطيه مقارنة
بالأنشطة والالتزامات الحياتية الأخرى، إضافة إلى زيادة التحمل، ورد فعل
الانسحاب عند التوقف عن التعاطي>>(1).

4/ تشخيص متلازمة الاعتماد (2) (3):
تُشخص متلازمة الاعتماد إذا توفرت خلال 12 شهر متواصلة ومستمرة
ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية:

- 1- التحمل المحدد بـ:
 - الحاجة إلى كميات أكبر من المخدرات لتحقيق الأثر المرغوب
 - انخفاض الأثر المرغوب في حالة الاستمرار في تعاطي نفس الكمية من
المخدر.
 - 2- حدوث متلازمة الانسحاب عند التوقف عن تعاطي المخدر (نتحدث عنها
لاحقاً).
 - 3- رغبة قاهرة للتعاطي، أو جهود فاشلة للتخفيف أو التحكم في التعاطي.
 - 4- قضاء وقت أطول في نشاط الحصول على المخدر أو في تناوله أو في التعافي
من آثاره.
 - 5- إهمال الأنشطة الاجتماعية والمهنية والترفيهية والانهام بالتعاطي.
 - 6- الاستمرار في استهلاك المخدرات بالرغم من إدراك المتعاطي لعواقبها
الضارة والخطيرة.
- فإذا تمّ تشخيص ثلاثة من هذه المظاهر على الأقل بشكل مستمر ومتواصل خلال
عام كامل نقول إن الشخص معتمد أو مدمن.

5/ الانسحاب (Withdrawal) sevrage:
يعرفه معجم مصطلحات الكحول والمخدرات الصادر عن منظمة الصحة
العالمية أنه مجموعة من الأعراض المختلفة من حيث شدتها وزمرة انتظامها،

(1) WHO, op.cit, p.29

(2) American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, Traduction de l'anglais P. BOYER, J.-D. Guelfi, C.-B. Pull, M.-C. Pull et autres, 4^{ème} éd, HI MASSON, p.228.229

(3) OMS, CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), V1, 2019, p.270.272

والتي تحدث إثر الانقطاع المفاجئ الكامل أو الجزئي عن تعاطي مادة نفسية التأثير مستهلكة لفترة طويلة أو جراء تخفيض الجرعة، محدثة متلازمة الانسحاب والتي هي علامة على وجود الاعتماد أو الإدمان (1).

6/ متلازمة الانسحاب (Withdrawal syndrome) Syndrome de sevrage:

لأن التسمم بالمادة النفسية قد يختلط بالانسحاب فإن دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (2) يشير إلى أن تشخيص الانسحاب لمجموعات من المواد التالية:

الكحول والأمفيتامينات والمواد المماثلة الأخرى والكوكايين والنيكوتين والمواد الأفيونية والمهدئات والمنومات أو مزيلات القلق تختلف فيما بينها، حيث تكون معظم الأعراض معاكسة لتلك التي تظهر في التسمم بنفس المادة، كما أن الجرعة ومدة الاستخدام وعوامل أخرى مثل وجود أو عدم وجود أمراض أخرى تؤثر على أعراض الانسحاب. كما أن الانسحاب يتطور عندما يتم تقليل الجرعات أو إيقافها بينما تتحسن علامات وأعراض التسمم عند إيقاف الجرعة.

وعموما مظاهر الانسحاب كما يشير إليها معجم مصطلحات الكحول والمخدرات الصادر عن منظمة الصحة العالمية تتمثل فيما يلي (3):

- متلازمة الانسحاب الكحولي تتميز بحدوث رعشة، تعرق، قلق، اضطرابات النوم، اكتئاب، غثيان، الشعور بالانزعاج، تظهر الأعراض بين ستة ساعات إلى ثماني وأربعين ساعة من التوقف، إذا لم تكن الحالة معقدة كأن تحدث حالة صرع أو هذيان فإن الانسحاب ينخفض بعد يومين إلى خمسة أيام.

- متلازمة انسحاب المهدئات تتشابه مع متلازمة انسحاب الكحول إضافة إلى الآم وتقلص العضلات، تشوهات في الإدراك، تشوهات في صورة الأجسام.

- انسحاب المواد الأفيونية يشبه أعراض انسحاب الكحول إضافة إلى سيلان الأنف، دمعان، آلام العضلات، قشعريرة، وبعد أربع وعشرين إلى ثمانية وأربعين ساعة تحدث تشنجات عضلية ومغص ويصبح سلوك البحث عن المخدرات هو المسيطر على المتعاطي ويستمر بعد زوال الأعراض الجسدية.

- متلازمة انسحاب المنشطات أقل تحديداً من متلازمات انسحاب المثبطات (المواد الاكتئابية) في الجهاز العصبي المركزي، فلاكتئاب يصاحبه الشعور بالضيق والقصور الذاتي وعدم الاستقرار.

- قد تختلط الأعراض النفسية للانسحاب كالقلق واضطرابات النوم والشعور بالانزعاج والضيق وعدم الاستقرار والقصور الذاتي بالأعراض النفسية للاكتئاب.

(1) WHO, op.cit, p.64

(2) American Psychiatric Association, op.cit, p.233

(3) WHO, op.cit, p.64.65

7 / التحمل (tolerance) :

نقول عن المعتمد أنه وصل درجة التحمل عندما تنخفض لديه الاستجابة للمادة النفسية بسبب الاستهلاك المتكرر، مما يدفعه إلى رفع الجرعة المستهلكة للحصول على نفس الأثر الذي كان يحصل عليه من جرعة أقل، أو يدفعه إلى استهلاك مواد نفسية أخرى قادرة على إحداث الأثر، أسباب حدوث التحمل - كما جاء في معجم منظمة الصحة العالمية السابق الذكر (1) - متعلقة من عوامل فسيولوجية ونفسية واجتماعية، بحكم أن التحمل قد يكون جسدي ينتج عن تكيف أنزيمات الجسم مع المادة فيحدث انخفاض في حساسية الجهاز العصبي المركزي نحو المادة المستهلكة، ويطلق عليه التحمل الأيضي خاصة تلك التي تُتناول عن طريق الفم، أو قد يكون تحمل سلوكي أو نفسي وهذا غالباً ما يتعلق بالبيئة والسياق الذي تُأخذ فيه المادة وليس على المادة نفسها، كما ينتج أيضاً عن التعلم.

أنواع من التحمل:

المزدوج: يشير إلى حالة التحمل لمجموعة من المواد النفسية التأثير على الرغم من استهلاك مادة واحدة فقط، مثل عائلة الأفيونيات والكحوليات.

الحاد: يشير إلى التكيف السريع والمؤقت لتأثير مادة نفسية بعد جرعة واحدة فقط كما يحدث مثلاً مع متعاطي القنب.

العكسي أو السلبي: والمعروف أيضاً باسم التحسس يشير إلى حالة ازدياد الاستجابة لمادة نفسية التأثير مع كل استهلاك متكرر للمادة كما هو الشأن مثلاً مع متعاطي الحشيش.

8 / التسمم Intoxication :

البحوث في مجال الطب والصيدلة وجدت أن التسمم بالدواء أو المخدرات أو الكحوليات يرتبط بشكل كبير وفي الغالب بنوع المادة المستهلكة وبجرعتها وبمستوى تحمل مستهلكها، بالنسبة للجرعة الزائدة (Overdose) Surdosage معروف أنها من أكثر الوسائل الشائعة للانتحار وبالأخص عن طريق العقاقير المشروعة، خلاف ذلك يكون القصد من الجرعة الزائدة إساءة الاستخدام أو الرغبة في زيادة أثار المادة النفسية على مستهلكها.

فالتسمم بالمواد النفسية التأثير يؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية قد تشبه مع أعراض الاعتماد غير أنها على العكس منه تبدأ الأعراض في الاختفاء تدريجياً بمجرد التوقف عن التعاطي، أعراض التسمم تختلف باختلاف المادة المستهلكة غير أن الشائع منها هو اضطرابات في الإدراك، والتركيز، والتفكير، والحكم، والحركة، وتقلب في المزاج يصاحبه أحياناً سلوك

(1) Ibid, p.62

عدواني، ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس⁽¹⁾ أن بعض المواد المختلفة قد تنتج أعراض متطابقة مثل التسمم بالأمفيتامين أو الكوكايين فكلاهما يؤدي إلى ظهور الشعور بالعظمة وفرط النشاط وتسارع نبضات القلب أو اتساع الحدقة أو ارتفاع ضغط الدم أو التعرق أو القشعريرة، ونفس الشيء يقال عن التسمم بالكحول والمهدئات والمنومات ومزيلات القلق كلها تنتج نفس أعراض التسمم.

هذه أكثر المفاهيم شيوعاً في مجال تعاطي وإدمان المخدرات وفق التوجهات الجديدة التي تظهر في أدبيات منظمة الصحة العالمية، والاختصاصيين والخبراء في المجال كالجمعية الأمريكية للطب النفسي وغيرها، والتي نعتقد بأهمية استيعابها من طرف جميع فئات المجتمع لتتكون لديهم معرفة بخطر المخدرات على الفرد والمجتمع، لكنها قائمة صغيرة جداً في عالم التخصص الدقيق الذي يحتوي على مصطلحات طبية واستشفائية وصيدلانية دقيقة.

(1) American Psychiatric Association, op.cit, p.231.232

مراجع المحور الأول

1. ابن منظور، لسان العرب، المجلد الرابع، دار صادر، بيروت، د ت
2. المفوضية العالمية لسياسات المخدرات، تصنيف المؤثرات العقلية: عندما يتم تجاهل العلم

http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/08/2019Report_AR_web.pdf

3. قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية رقم 18-04 المؤرخ في 25-12-2004
4. منظمة الصحة العالمية، العلوم العصبية ودورها في تعاطي المواد النفسانية التأثير والاعتماد عليها، جنيف، 2004

https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_A.pdf?ua=1

5. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, Traduction de l'anglais P. BOYER, J.-D. Guelfi, C.-B. Pull, M.-C. Pull et autres, 4^{ème} éd, HI MASSON
<https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>

6. Catonné Jean-Philippe, Drogue : un remède à l'Existence ?. Raison présente, 2005, vol. 153, n°1

7. Nations Unies. Convention Unique Sur Les Stupéfiants de 1961, Telle que Modifiée Par le Protocole de 1972 Portant Amendement de La Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961

https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf

8. Nations Unies. Convention de 1971 Sur Les Substances Psychotropes

https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf

9. OMS, CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), vol.1, éd.2019

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3502/cim-10_2019.pdf

10. World Health Organization et al., lexicon of alcohol and drugs terms, Geneva, 1994

المحور الثاني: تصنيف المخدرات وأنواعها وخصائصها وآثارها

المحاضرة الثالثة: القنبيات خصائصها وآثارها

I / تصنيفات المخدرات:

تصنف المخدرات من عدة أوجه على أسس مختلفة، فالبعض يصنفها على أساس المصدر: طبيعية تلك الموجودة في الطبيعة في صورتها الخام، تصنيعية تلك التي تصنع من المواد الطبيعية، تخليقية تلك التي تصنع من مركبات كيميائية. البعض يصنفها على أساس اعتماديتها فإما مخدرات ذات اعتماد نفسي، أو ذات اعتماد جسدي، أو الإثنين معاً، وهنا نجد ضمن القائمة الكحول والتبغ بكل أشكاله والكافيين وأمثالهم.

البعض يصنفها على أساس طبي وقانوني فمنها الشرعية وغير الشرعية، في حين يصنفها نفس الفريق -بعد تطور الطب في مجال الإدمان وتطور القوانين المتعلقة بالمخدرات- على أساس الاستهلاك، فبغض النظر عن المخدرات غير المشروعة أصلاً فإن الشرعية وعدمها تكون داخل المخدرات المشروعة طبيياً، فتصبح مخدرات مشروعة الاستهلاك إذا تم تناولها تحت إشراف طبي، خلاف ذلك تصبح غير مشروعة يعاقب بيعها والإتجار بها خارج الأطر القانونية الدولية، كما يحضر استعمالها خارج العلاج الطبي.

يوجد تصنيف لمنظمة الصحة العالمية يقوم على أساس التركيبة الكيميائية للمخدر، ومنه فإن هناك ثماني فئات: البنزوديازيبينات والباربيتورات وهي مواد مهدئة، المهلوسات وهي متنوعة ومختلفة منها ما هو طبيعي ومنها ما هو مخلق تثير الهلوس البصرية والسمعية والحسية، الأفيونيات من مشتقات الأفيون، الكحوليات، الكوكا ومنها يأتي الكوكايين والكراك وهي مواد منشطة، القنبيات ومنها يأتي الحشيش والماريغوانا والبانجو وله تأثيرات مختلفة حسب المتعاطي والجرعة، الأمفيتامينات وهي منبهات ومنشطات للجهاز العصبي المركزي والمحيطي، القات وهو الآخر من المنشطات.

تصنف المخدرات أيضاً على حسب أثرها على الجهاز العصبي المركزي حيث تتجمع داخل ثلاث فئات رئيسية، منبهات أو منشطات تؤثر على الجهاز العصبي المركزي حيث تمنح المتعاطي الشعور بالنشوة والنشاط، لكنها أيضاً تسبب اضطرابات النوم وضعف التركيز وأحياناً العدوانية والقلق المثبطات أو المسكنات تخلق شعور بالفرح والسكون، لكنها تسبب الخمول والكسل، ضعف التركيز وتشوش الوعي، اضطراب في الحركة.

المهلوسات تشعر المتعاطي بالعظمة والجرأة وأحيانا مشاعر الفرح أو الخوف، لكنها أيضا تسبب هلوسات بصرية وسمعية وحسية، اضطرابات في الإدراك والوعي، انفصال عن الواقع قد يدفع المتعاطي إل الإتيان بأشياء مميتة.
سنركز فقط على المخدرات الأكثر انتشارا في الجزائر وفق الدراسة
الوبائية الوحيدة التي أجريت سنة 2010/2009:
القنبليات خصائصها وآثارها

I/ تعريف القنب Le Cannabis:

حسب إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها لسنة 2019 قد تمّ حجز 1486 نبتة، و885,372 غ بذور، و 8,081 كلغ حشيش، و50584,166 كلغ راتنج، ودائما حسب نفس المصدر فإنه شهر جانفي 2021 ورغم وباء كورونا فقد تمّ حجز 5409,953 كلغ من راتنج القنب، و 23 غ من الحشيش، و 74 غ من البذور، و45 نبتة، والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ذكرت أن الجزائر سنة 2018 حجزت 32 طن من راتنج القنب⁽¹⁾، و 18 طن سنة (2019)⁽²⁾ وذكر تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالجريمة والمخدرات لسنة 2020 أن القنب هو الأكثر استهلاكا من بين جميع أنواع المخدرات المنتشرة في العالم بـ 192 مليون شخص.



نبات القنب قبل أن يزهر./httpspixabay.com

(1) الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2019، ص. 69

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Arabic_ebook_AR2019.pdf

(2) الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2020، ص. 58

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/Annual_Report/E_INCB_2020_1_ara.pdf

نبات القنب ينمو في المناطق المعتدلة والاستوائية، ارتفاعه قد يصل إلى أربعة أمتار، يتكاثر بشكل كبير في المرتفعات العالية، يذكر كل من F.-A. FLUCKIGER و DANIEL HANBURY⁽¹⁾ أن أحد الكتب الصينية المسمى Rh-ya الذي يعود إلى القرن الخامس عشر قبل الميلاد تحدث عن القنب ووصفه، وأنه أيضا ذكر في كتاب الجراح الهندي Sushruta في القرن الثامن قبل الميلاد، وقد ذكره أيضا المؤرخ الإغريقي هيرودوت في القرن الخامس قبل الميلاد، وقد ذكر هيرودوت أن القنب منه المزروع ومنه البري، وقد كان يُستخدم كغذاء منشط، واستخدم كخيوط في صناعة النسيج، وبذوره كدهن، كما يذكر أن العرب لم يعرفوا القنب إلا في العصور الوسطى حيث وصلهم عبر الهند والفرس وانتشر لديهم في القرنين الحادي عشر إلى الثالث عشر بسبب ظهور طائفة الحشاشيين بقيادة مؤسسها الحسن بن الصباح، وهي فرقة إسماعيلية شيعية جعلت أسلوب الاغتيالات في حق السنبيين ومن يخالفها هدفا، كما يذكر أن القنب لم يدخل موسوعة الأدوية إلا بداية القرن التاسع عشر على يد الطبيب الإيرلندي William Brooke O'Shaughnessy بعد التجارب التي أجراها في الهند سنة 1839/1838.

حسب مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC⁽²⁾ فإن القنب في إفريقيا ينتشر بشكل كبير في المغرب وهي أكبر منتج له بمساحة 74000 هكتار حتى أواخر سنة 2018، ثم نجيريا والسودان وجنوب إفريقيا وملاوي والكنغو وغانا وإيسواتيني (سوازيلاندا سابقا)، بالنسبة لأوروبا نجد إيطاليا وإسبانيا وإيرلندا وألبانيا وأوكرانيا وندراندا (الاسم الجديد لهولندا) وبريطانيا وإرلندا، بالنسبة لآسيا نجد أفغانستان وباكستان ولبنان وطاجكستان والهند والنيبال واندونيسيا والفلبين، بالنسبة للأمريكتين نجد أمريكا والمكسيك وكندا والبرازيل وبراغواي وكولمبيا والبيرو والشيلي وغواتيمالا وكوستاريكا وجمايكا، ونجد أيضا أستراليا ونيوزيلندا، المغرب هي البلد المنتج الذي يشكل خطرا على الجزائر بسبب مجاورته لنا.

أ/ **الماريغوانا:** نبات القنب يستغل بأشكال مختلفة، فأوراقه وأزهاره وسيقانه المجففة تشكل الماريغوانا أو ما يطلق عليه أيضا البانج Le Bhang أو سيدحي Siddhi أو سابزي Sabzi في موطنه الأصلي الهند، وسكان المغرب العربي الكبير يطلقون نفس المسميات على الماريغوانا والحشيش فكلها كيف وزطلة وحشيش وشيرة، يتم استهلاكها في الغالب بالتدخين أو بالتبخير، تنتشر كثيرا في الأمريكتين، طريقة إعدادها تؤدي إلى اختلاف تأثيرها على المتعاطين بين القوة والضعف، كما أن الماريغوانا ذات الأزهار المؤنثة أكثر تأثيرا من ذات الأزهار

(1) Daniel Hanbury & F.-A. Fluckiger, Histoire Des Drogues D'Origine Végétal, Traduction de L'ouvrage Anglais : J.-L. De Lanessan, T2, Paris, éd Octave Doin, 1878, p282.285

(2) United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Cannabis and Hallucinogens, World Drug Report 2019, p.10

المذكورة، والماريغوانا ذات رائحة قوية تلتصق بملابس المتعاطي مثل التبغ، وهي على الشكل التالي:



هيروين لـ chuck herrera موقع spixabay.com

ب/ الحشيش: راتنج القنب هو المادة الصمغية قد تكون بنية أو خضراء غامقة اللون، تستخرج من سيقانه وتجفف ويطلق عليها الحشيش hashish أو الكيف أو مايسميه الجزائريون والمغاربة الشيرة أو الزطلة (في حين يطلق البعض الزطلة على الماريغوانا التي تستهلك تدخيناً)، والهنود يطلقون عليه الغانجا Le Ganja ، يأتي في ألوان مختلفة ترجع إلى طرق التخزين والمعالجة ونوع النبات ولون الراتنج، تتراوح بين البني الغامق المائل إلى الخضرة إلى البني الفاتح المائل إلى الصفرة، يستهلك غالباً بالتدخين في شكل سجائر، منتشر كثيراً في المغرب العربي خاصة وأن الجارة المغرب تعتبر من أكبر الدول المنتجة له في إفريقيا، كما يعتبر الحشيش أكثر المخدرات استهلاكاً لدى الشباب الجزائري بسبب توفره وأسعاره المتدنية مقارنة بمخدرات أخرى، ويأتي على الشكل التالي:



حشيش بني فاتح Google photos



حشيش بني غامق لـ Dominic Milton Trott موقع flickr.

ج/ زيت القنب: يستخرج من أوراق وأزهار القنب، المستخرج يدويا له ألوان مختلفة، المستخرج اصطناعياً لونه أحمر غامق ويتم استخراج زيت الكانابيدول Cannabidiol منه، ويرمز له بالرمز CBD، ويسوّق كمكمل غذائي، كما يدخل في عدة مستحضرات طبية، يستعمل غالباً للتخفيف من الألم ونوبات الصرع

والاكتئاب وعلاج إدمان المواد الأفيونية والتهاب الأمعاء وغيرها (1) (2) (3)، غير أن دراسات أخرى كثيرة تتعامل بحذر مع CBD وتحدث عن مخاطر محتملة خاصة وأنه حديث في السوق لم تجر عليه التجارب الكافية (4) وهذا ما دفع بمنظمة الصحة العالمية إلى عدم إدراجه في موسوعة الأدوية، لكن متعاطي المخدرات يستهلكون زيوت القنب وزيوت الماريغوانا التي تحتوي على نسبة عالية من رباعي هيدرو الكانابينديول الذي يرمز له بـ THC-المحدث للاعتماد والتأثير النفسي من هلوسات وغيرها- للحصول على النشوة ويتم تعاطيها بالاستنشاق عن طريق التبخير أو البخاخات أو بوضعه في الطعام أو الحليب، كما أصبح يمكن تعاطي القنب على شكل حبوب أو كبسولات، وهو على الشكل التالي:



زيت القنب لـ Julia Teichmann موقع spixabay.com

II / آثار القنب على المتعاطي والمعتمد:

هناك بعض الفروقات بين آثار الحشيش والماريغوانا وزيت القنب لن نخوض في تفاصيلها لأن هناك أعراض عامة مشتركة للقنب عموماً فالقنب تعود في الأصل إلى المادة المسؤولة عن إحداث تلك الآثار هو رباعي هيدرو كانابينول (Tetrahydrocannabinol) الذي يرمز له بالرمز THC والذي يتأثر بتفاعله مع نظام endocannabinoïde الذي يرمز له بـ ECS و الذي يحتوي على مجموعة من مستقبلات القنب أهمها إلى غاية كتابة هذه المحاضرة هي CB1 و CB2

(1) VanDolah, HJ, Bauer, BA and Mauck, KF (2019, September). Clinician's Guide to Cannabidiol and Hemp Oils. In Mayo Clinic Proceedings (vol. 94, n ° 9, p. 1840-1851). Elsevier.

(2) Capasso, R., Borrelli, F., Aviello, G., and al. Cannabidiol, Extracted from Cannabis Sativa, Selectively Inhibits Inflammatory Hypermotility in Mice. In British Journal of Pharmacology. 29 January 2009. Vol 154, n ° 5, p 1001 . 1008

(3) Guido, Paulo Cáceres, Riva, Natalia, Calle, Graciela, et al. Medicinal cannabis in Latin America: history, current state of regulation and the role of the pharmacist in a new clinical experience with cannabidiol oil. Journal of the American Pharmacists Association, 2020, vol. 60, n ° 1, pp. 212-215.

(4) Hazekamp, Arno. The Trouble with CBD Oil. Medical cannabis and cannabinoids, 2018, vol. 1, n ° 1, p. 65-72.

بالنسبة لـ CB1 فهو موجود في الجهاز العصبي المركزي والمحيطي، أما CB2 فهو موجود في الجهاز المناعي، عند استهلاك القنب ترتفع مستويات THC بعد ثلاث إلى ثماني دقائق حسب كل متعاطي وتصل إلى الذروة ساعة أو أقل، فتحدث تأثيرات نفسية وفيزيولوجية على متعاطي القنب تظهر بين عشر دقائق إلى نصف ساعة وتدوم ساعتين، تبدأ في الانخفاض والتضاؤل بعد ثلاث إلى خمس ساعات(1).

الأعراض السريرية السلوكية والنفسية التي يحدثها تعاطي القنب كمت جاء في DSM-IV هي(2):

- شعور بالنشوة يصاحبه شعور بالقلق.
- اضطراب في التناسق الحركي.
- اضطرابات في التركيز.
- احتقان ملتحمة العين.
- جفاف الحلق.
- خمول جسدي وعقلي.
- زيادة الشهية للطعام.
- عدم انتظام دقات القلب.
- الانسحاب الاجتماعي.
- هلوسة وغربة عن الواقع.
- أفكار اضطهادية تتراوح من الشكوك إلى الأوهام.
- اعتماد وتحمل.

دراسات أخرى أظهرت مخاطر تعاطي القنب كمخدر، مثل دراسة مجموعة من الباحثين على مجندين سويديين عام 1969 والتي بيّنت إمكانية ارتباط تعاطي القنب بفصام الشخصية اعتمادا على وتيرة التعاطي والجرعة المستهلكة(3)، دراسة أخرى على مجموعة من تلاميذ المدارس الثانوية بولاية فيكتوريا الاسترالية توصلت الدراسة إلى أن الاستخدام المتكرر للقنب في وقت مبكر من العمر يرتبط بأعلى المخاطر في الكبر تصل إلى اضطرابات ذهانية وزيادة احتمالية القلق والاكتئاب والسلوك غير الاجتماعي(4).

(1) Giroud, Christian, Bokkmann, Marc, Thomas, Aurélien, et al. Consommation de cannabis : quels sont les risques ? In : Annales de toxicologie analytique. EDP Sciences, 2008. p. 183.205

(2) American Psychiatric Association, op.cit. p. 272.278

(3) Zammit, Stanley, Allebeck, Peter, Andreasson, Sven and al. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. Bmj, 2002, vol. 325, n ° 7374, p. 1199.

(4) Patton, George C., Coffey, Carolyn, Carlin, John B., and al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. Bmj, 2002, vol. 325, no 7374, p. 1195.1198

وقد أكدت بحوث كثيرة خطورة القنب على السلامة العقلية والصحية للمعتمد خاصة إذا تمّ استهلاكه في مراحل متقدمة من العمر، فمثلا دراسة (1) P,Tomas وضحت الارتباط الخطير بين الإدمان على القنب والفصام بل وعلى متوسط العمر المتوقع، فالمعتمدين على القنب منذ المراحل المبكرة من العمر يدخلون في اضطرابات عصبية خطيرة قد تدفعهم إلى الأفكار الإنتحارية، والعيش في عزلة اجتماعية حادة، كل هذا ونحن نعلم أن الحشيش هو من القنبيات الأكثر انتشارا في المغرب العربي، هذا يجعلنا نفرع على الصحة العقلية والنفسية لشبابنا الذين لا يعرفون الكثير عن الآثار الخطيرة لمثل هذه المخدرات.

تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالجريمة والمخدرات لسنة 2019 يشير إلى أن القنب هو المخدر الأكثر انتشارا واستهلاكا في العالم.

(1) Tomas, Pierre. Amad, Ali. Fovet Thomas. Schizophrénie et Addictions : les liaisons dangereuses. L'encéphale, 2016, vol. 42, no3, p. S18.S22

المحور الثاني: تصنيف المخدرات وأنواعها وخصائصها وآثارها

المحاضرة الرابعة: الأفيونيات خصائصها وآثارها

الأفيونيات Opioides:

حسب إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها لسنة 2019 فقد تمّ حجز 884 نبتة، و43 غرام بذور، و303,698 غرام هيرويين، لكن شهر جانفي من سنة 2021 تمّ حجز 29 غ من البذور، ويشير تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB لسنة 2019 أن الترامادول وهو أفيون مصنع يعتبر هو من أكثر المخدرات انتشارا في شمال إفريقيا.

I/ تعريف الأفيون opium: وسلائفه تستخرج من نبتة الخشخاش Le Pavot الاسم العلمي papaver somniferum، ذكر Olivier Guéniat و Pierre Esseiva (1) أن الحفريات تعتقد أن الخشخاش المنوم يعود إلى ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد، فقد ظهر ذكره مكتوب على قطعة طينية وُجدت في مدينة نفر أو ما يُطلق عليها نيبور التي كانت عاصمة السومريين الدينية، كما ذكره البابليون مطلقين عليه نبتة الفرح، وقد ذكر الباحثان أيضا أن نبات الخشخاش أو الأفيون دخل الموسوعة الطبية في القرن السابع قبل الميلاد كدواء منوم ومهدئ للمرضى والذين يعانون من الإسهال. لكن لا أحد يؤكد موطنه الأصلي إذ يعتقد البعض أن موطنه الأصلي الهند وكانوا يُطلقون عليه khashkhash (خشخاش)، في حين الطبيب الفرنسي Ernest Martin (2) ذكر أن العرب عرفوا الأفيون في القرن الخامس وكان ابن البيطار يقول أن الأفيون لا يوجد لا في الشرق ولا في الغرب وإنما يوجد في منطقة أسبوط في مصر، وكان العرب يُطلقون عليه مثل الهند والفرس الخشخاش، ويعتقد أن العرب هم الذين نقلوه إلى الفرس، غير أن Ernest يعتقد أن المصريين الفراعنة لم يكونوا يعرفون خشخاش الأفيون قبل الفترة اليونانية-الرومانية gréco-romaine وإنما نبتة شبيهة هي شقائق النعمان coquelicot وهي من فصيلة النباتات الخشخاشية، ونبات الخشخاش المنوم في الحقيقة يصبح شبيه شقائق النعمان خاصة عندما يزهر، باحث آخر (3) يعتقد بشدة أن العرب خاصة في العصور الوسطى هم من نقلوا نبات الخشخاش واستعماله نحو الدول الأخرى فهذه النبتة لم تثبت وجودها في صورتها البرية وإنما هي نبات يُزرع، غير أن أقدم دليل يُظهر أن

(1) Olivier Guéniat & Pierre Esseiva, Le Profilage de L`Héroïne et de La Cocaïne : une Méthodologie Moderne de Lutte Contre le Trafic Illicite, collection sciences forensiques, presses polytechniques universitaire romandes, Lausanne, 1^{ère} éd, 2005, p.1.2

(2) Ernest Martin, L`Opium : ses Abus Mangeurs et Fumeurs d`opium Morphinomanes, paris, société d`éditions scientifiques, 1893, p. 9.12

(3) Pierre-Arnaud Chouvy, Le pavot à opium et l`homme Origines géographiques et premières diffusions d`un cultivar, In Annales de Géographie. 2001, t. 110, n°618. p.182.194

نبات الخشخاش لدى المصريين يعود إلى القرن الخامس عشر قبل الميلاد، وهم الذين نشروه في أوروبا وآسيا.

على كل حال تبقى جميعها فرضيات قائمة على بعض التأويلات وعلى بعض القراءات المختلفة للوقائع، أيا كان أصل نبات الخشخاش المنوم فهو مصدر مخدر الأفيون والهيروين المنتشر لدى الشباب، ومصدر المخدرات والأدوية الطبية كالمورفين، والكوديين، والباركوتين وغيرهم، ونعرف جميعا الآن أن جغرافية الأفيون تتمحور أكثر في أفغانستان، باكستان، إيران، بورما، لاوس، تايلاند.

والخشخاش المنوم هو نبات مخدر مهدئ مسكن يساعد على النوم ويظهر ذلك من اسمه العلمي السالف الذكر لذا كان يُطلقُ عليه داوود الأنطاكي وابن البيطار "أبو النوم"، كما يخفف من الألم، يأتي بأزهار ذات ألون مختلفة من أحمر، وردي، أصفر، بنفسي، أبيض... ينتج الأفيون من ثمار الخشخاش والتي هي على شكل كبسولات، تُشَرِّطُ بالآلة ليخرج منها سائل أبيض لبني latex يتحول إلى بني داكن مائل إلى الحمرة إذا تعرض لضوء الشمس، ثم يصبح متماسكا مشكلا مادة الأفيون.



الأفيون - Fermier Dodds موقع Flickr



ثمرة الخشخاش التي يستخرج منها الأفيون - Terry
Flicker موقع J. Allen

الهيروين heroine: هو مادة شبه اصطناعية، فالأفيون يستخرج منه مادتين طبيعيتين مخدرتين هما المورفين والكوديين، والمورفين هو المادة المخدرة الأكثر فعالية في الأفيونيات جميعا الطبيعية منها والاصطناعية، في حين تخلّق بقية المواد من إحدى تلك المادتين مثلما هو الشأن مع الهيروين فهو مخلّق من المورفين الذي يستخرج بدوره من الأفيون واسمه العلمي الطبي ديامورفين daimorphine أو diacétylmorphine يوصف كمسكن للسعال عند مرضى السل وكعلاج للالتهابات الرئوية، والمعروف أن الهيرويين أبيض لكنه قد يأتي بني فاتح أو غامق وذلك حسب بلد وطريقة إنتاجه، يصنّع في شكل أملاح (chlorhydrate, sulfate) يمكن أن

تحل في محلول سائل وتأخذ في شكل حقن أو تستهلك بودرة استنشاقاً⁽¹⁾، أو يتم حرقه على النار ليصبح سائلاً ويحقن وردياً.



هيروين سائل ومسحوق لـ B_A موقع spixabay.com

II / آثار الأفيونيات على المتعاطي والمعتمد:

في الوقت الذي يعتبر القنب الأكثر انتشاراً في العالم فإن الأفيون هو الأكثر فتكاً وقتلاً، فقد ذكر تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات والجريمة لسنة 2020 أن الأفيون يقتل 66% من كل 167000 حالة من اضطرابات تعاطي المخدرات. تعمل المواد الأفيونية من خلا مستقبلات μ ، κ (kappa)، δ (delta)، μ مستقبلات مسؤولة عن التأثيرات المسكنة، آثار الفرح والبهجة، تثبيط الجهاز التنفسي، تحريض الاعتماد على المخدرات، مستقبلات δ μ تؤثر على الحالة المزاجية للمتعاطي وبعض وظائف الغدد الصماء والجهاز الهضمي، في حين تأثيرات مستقبلات κ لا تزال مجرد افتراضات، توجد المستقبلات الأفيونية على مستوى الجهاز العصبي، الدماغ، النخاع، الأعصاب، كريات الدم البيضاء⁽²⁾، تبدأ أعراض تعاطي الأفيون في الظهور حسب البنية البيولوجية لكل شخص وحسب طريقة استهلاكه، فالحقن أسرع من التدخين (يخلط مع الحشيش ويدخن سجائر) أو البلع (يمتص بالفم أو يوضع في مشروب)، لكن عموماً هي تتراوح من ربع ساعة إلى نصف ساعة، ولأن مستقبلات الأفيون موجودة على مساحة واسعة من جسم الإنسان فإن تناول المواد الأفيونية يؤدي إلى أعراض مختلفة ذكرها DMS-IV⁽³⁾:

- تغيرات سلوكية ونفسية تتمثل في حالة نشوة تليها حالة فتور وسوء مزاج، هياج أو خمول حركي، ضعف القدرة على إصدار الأحكام، ضعف الأداء الاجتماعي أو المهني.

(1) Demaret Isabelle & Lemaître André & Anseau Marc. L'héroïne. Revue médicale de Liège, 2013, vol. 68, no 5-6, p. 287.

(2) Denis Richard., Jean-Louis Sénon., M. Hautefeuille., et al. L'héroïne. Toxibase, 1998, vol. 1.

النسخة ب.د.ف http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_heroine.pdf

(3) American Psychiatric Association, op.cit, p.315

- انقباض أو اتساع حدقة العين جراء نقص الأكسجين بسبب جرعة زائدة، مصحوبة بنعاس، تلثم الكلام، ضعف التركيز والانتباه، وضعف الذاكرة.
- في حالات نادرة تحدث هلاوس سمعية، بصرية، لمسية.
- نوبات اكتئاب خفيفة أو متوسطة وأحيانا قد تصبح شديدة.
- اعتماد وتحمل شديدين.
- ضعف أداء عضلة القلب الذي قد تؤدي إلى موت مفاجئ.
- إمساك شديد.

أمّا الهيروين فيتم تناوله باستنشاقه كبودرة أو حرقه واستنشاق بخاره أو الحقن بحلته في ماء دافئ غالبا ما يضيف له المتعاطون حامض ماء، والحقن أشد خطورة فمنظمة الصحة العالمية تسجل سنويا حالات كثيرة للأمراض المعدية وخاصة السيدا والتهاب الكبد الفيروسي بسبب حقن المخدرات، كما أن الهيروين معروف عنه أنه ذا اعتمادية عالية جدا، وقد ذكر Ange⁽¹⁾ أن الآثار الناجمة عن تعاطي الهيروين أسرع في حدوثها وأكثر حدة فهي أقوى من آثار المورفين ثلاث مرات، في حين ذكر آخرون أنها أقوى مرتين من المورفين⁽²⁾ من أهم آثار الهيرويين التي ذكرها الكثير من المختصين⁽³⁾ (4) (5) هي:

- حدوث الهلوسات.
- تشنج في الحركة.
- اضطرابات نفسية تجعل المتعاطي شخصا خطرا على الغير وعلى نفسه كالبرانونيا (الشعور بالعظمة).
- اضطرابات في الوعي يؤدي بصاحبه إلى تشوش في فكره وصعوبة تجاوبه مع الواقع.
- ضعف الانتباه.
- عدوانية، مع فقدان الانتباه والوعي بالخطر.
- فقدان الشهية.
- قيء واضطرابات هضمية.
- انخفاض معدل التنفس وضربات القلب وضغط الدم قد يؤدي إلى الوفاة.
- تغير في المزاج ذا طبيعة اكتئابيه شديدة قد تؤدي إلى أفكار انتحارية.
- اعتماد وتحمل شديدين.

- الهيروين المتناول عن طريق الحقن شديد الخطورة، فبالإضافة إلى الآثار السالفة الذكر التي يسببها، فإن الحقن حسب منظمة الصحة العالمية والكثير من

(1) Anger, Jean-Pierre. Principaux effets psychiques des stupéfiants : risques en milieu professionnel. In : Annales de toxicologie analytique. EDP Sciences, 2002. p. 68-73.

(2) Denis Richard., Jean-Louis Senon., M. Hautefeuille, et al. Op.cit.

(3) Ibid.

(4) Anger, Jean-Pierre. Op.cit

(5) Demaret Isabelle & Lemaître André & Anseau Marc, Op.cit.

الدراسات البحثية كثيرا ما تسبب أمراض معدية قاتلة كالإيدز والتهاب الكبد الفيروسي، أما مداومة الحقن تؤدي إلى تلف الأغشية الدموية وانفجارها وأحيانا كثيرة يؤدي ذلك إلى الموت قبل أن يتلقى المتعاطي الإسعافات.

ونحن نتكلم عن الأفيون ومشتقاته نجد أنفسنا نتذكر حرب الأفيون الأولى سنة 1839-1842 والثانية سنة 1856-1860 بين بريطانيا كدولة عظمى آنذاك، التي أرادت أن تفرض الأفيون على الشعب الصيني كتجارة تدر عليها أرباحا طائلة تغطي نفقاتها في حربها على الهند وحاجياتها من الشاي والحرير الصينيين، أيا كانت المبررات السخيفة التي يحددها بعض الباحثين الغربيين، فهي حرب إمبريالية قذرة جعلت من الشعب الصيني باعتراف الغرب أنفسهم أكبر مستهلك للأفيون في العالم تجاوز مائة وعشرين مليون مدمن، بقيت الصين تعاني من هذا الوضع البائس إلى غاية بداية القرن العشرين إثر الثورة الصينية بقيادة ماوتسي تونغ، الذي عمل على إنشاء مراكز علاج لتحرير الشعب الصيني من الإدمان، فالأفيون كما يقول Jean-Marie Pelt المختص في الصيدلة في كتابه *Drogues et Plantes Magiques* "مخدر يلتصق بالإنسان كما يلتصق الجلد باللحم" >> L'opium une << Drogue qui Colle à L'homme Comme la Peau à sa Chair في إشارة رمزية إلى مدى اعتمادية هذا المخدر وسرعة ارتهانه للمتعاطي واستعباده له في صورة مثيرة للشفقة والخزي الاجتماعي.

المحور الثاني: تصنيف المخدرات وأنواعها وخصائصها وآثاره

المحاضرة الخامسة: الكوكايين خصائصه وآثاره

I/ تعريف الكوكايين **la cocaïne** :

حسب إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها لسنة 2019 فقد تمّ حجز 309973,352 غرام من الكوكايين، وشهر جانفي من سنة 2021 تمّ حجز 49,538 غ، أما تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لسنة 2020⁽¹⁾ يذكر أن شمال إفريقيا منطقة عبور للكوكايين من أمريكا الجنوبية نحو أوروبا. الكوكايين الطبيعي مصدره نبتة الكوكا، يقول D.Cauvet⁽²⁾ وهو طبيب وصيدلي مختص في المواد الطبية والنباتية أن الكوكا أصله البيرو وتم نقله وزراعه في الشيلي وكولومبيا، ينمو على المرتفعات التي قد تصل إلى 1800 متر، أوراقه طولها أربعة سنتيمترات وعرضها ثلاثة سنتيمترات، عديمة الرائحة لكنها إذا وضعت في ماء ساخن أطلقت رائحة طيبة، وهي نبتة مقاومة للجوع والتعب. يوجد عدة أنواع من أوراق الكوكا بعضها مدبب بعضها بيضاوي الشكل وبعضها يشبه كثيرا ورق الغار، غير أن الأصلح للاستهلاك كما يقول الجغرافي والمختص في المخدرات jean-claude roux⁽³⁾ ثلاث أنواع: coca Paceaña بمنطقة يونغاس الممتدة من أمريكا الجنوبية حتى بوليفيا، coca Bandiola بمنطقة كوتشومبابا البوليفية، و coca Totora أو ما يُطلق عليها أيضا coca du Chapare بشمال بوليفيا.

عُرف نبات الكوكا في حضارات الأنديز القديمة والتي قامت على خليط من الثقافات التي امتدت على طول أمريكا الجنوبية من البيرو وبوليفيا والأرجنتين والشيلي والإكوادور وغيرها، والتي انطلقت ابتداء من منطقة الأنديز بالساحل الغربي لأمريكا الجنوبية وأشهرها حضارة كارال، حضارة الواري، حضارة

(1) يمكن الرجوع إلى موقع الهيئة أو ملف ب د ف

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/Annual_Report/E_INCB_2020_1_ara.pdf

(2) Philippe-Désiré Cauvet, Nouveaux Éléments de Matière Médical : L'Histoire des Drogues Simples D'Origine Animale et Végétale leur Constitution, leurs Propriétés et leurs Falsifications, T2, paris, librairie j.- b. bailliére et fils, 1887, p. 197.198

(3) ROUX JEAN-CLAUDE. La culture de la coca, une plante andine d'usage millénaire. In : MOLLARD ERIC (ED.), WALTER ANNIE (ED.). *Agricultures singulières*. Paris : IRD, 2008. P.305.310

نازكا، حضارة الأنكا، تعود إلى حوالي 3200 ق م إلى غاية أفولها في القرن السادس عشر على يد المستعمر الإسباني، لكن لم يتم تحديد بالضبط متى ظهر نبات الكوكا في هذه الحضارات غير أن الآثار تثبت أن حضارة الإنكا منذ أكثر من 2000 سنة عرفت نبات الكوكا واستعملته، ويذكر بعض الباحثين (1) (2) (3) (4) (5) أن ورق الكوكا حضي بتقدير كبير في هذه الحضارات، كان نبات الطبقة الخاصة من علية القوم من كهنة ونبلاء، لكن في حضارة الإنكا أصبح نبات العامة، حيث كان الناس يقومون بمضغه أثناء عملهم اليومي في المرتفعات العالية لدفع المشقة كنبات مقاوم للتعب والجوع.

في القرن التاسع عشر استطاع عالم الكيمياء الألماني Albert Niemann استخراج مادة الكوكايين من نبات الكوكا سنة 1860، وكان يستعمل كمخدر موضعي وكعلاج نفسي احتفى به فرويد آنذاك بقوة وعلق عليه آمال كبيرة لمعالجة



بعض الاضطرابات النفسية الاكتئابيه(6) (7)، نتيجة إساءة الاستعمال أصبح من المواد المحضورة خارج المجال الطبي تجارة واستهلاكاً وذلك سنة 1970.

(1) Gootenberg, Paul. La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale. Hérodote, 2004, no 1, p. 66-83.

(2) Julien, Pierre. La coca, la cocaïne et la cocaïnomanie : Symposium Geschiedenis van de Cocaïne, Histoire de la Cocaïne, Brussel, 20 april 1991. Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1992, vol. 80, no 294, p. 345-346.

(3) Croci, François. Coca, une feuille sacrée. Mouvements, 2016, no 2, p. 138-141.

(4) Dory, Daniel et Roux, Jean-Claude. De la coca à la cocaïne : un itinéraire bolivien dans AUTREPART : Drogue et reproduction sociale dans le tiers monde. PARIS, Éditions de l'Aube, ORSTOM, 1998, p. 21-46.

(5) Domic, Z., Richard, D., Senon, J. L., et al. La cocaïne. Toxibase, 1996, vol. 2.

(6) Coblenche Françoise. Freud et la cocaïne, revue française de psychanalyse, 2002, vol. 66, no 2, p.371-383

(7) Assoun Paul-Laurent, Freud avec la cocaïne. Préhistoire toxicologique de la psychanalyse. Alcoologie et addictologie, 2011, vol. 33, no 4, p. 315-324

II / أشكال تعاطي الكوكايين:

الكوكايين مادة شبه قلوية بلورية، من المواد المنبهة للجهاز العصبي المركزي ومخدر موضعي في العمليات الجراحية خاصة العيون والأنف والحنجرة، حسب الكثير من الدراسات الطبية والصيدلانية (1) (2) (3) فإن الكوكايين يأتي على أشكال مختلفة:

أ/ **هيدروكلوريد الكوكايين:** أو ما يطلق عليه أيضا كلوريدات الكوكايين Le chlorhydrate de cocaïne هو عبارة عن مسحوق أبيض يتم إنتاجه من عجينة الكوكا، وعجينة الكوكا يتم الحصول عليها من خلال وضع أوراق الكوكا الجافة في الماء ثم معالجتها بالكيروزان kérosène (وقود الطائرات) أو بوقود السيارات essence أو بـ permanganate de potassium أو بـ l'acide sulfurique، ويتم تعاطي الكوكايين غالبا عن طريق الاستنشاق عن طريق الأنف (sniff)، أو عن طريق خلطه مع ماء مقطر وحقنه عن طريق الوريد injecté par voie intraveineuse، لكن كثيرا ما يتم الخلط بينه وبين الهيرويين خاصة لدى المستهلكين المبتدئين بسبب شكلهما ولونهما المتشابه.



كوكايين لـ Sammis Reachers موقع pixabay.com

ب/ **الكراك crack:** يأتي في شكل صخور وهي ناتجة عن خلط عجينة الكوكايين مع بكاربونات الصوديوم فيتحول إلى كتلة صخرية، ويزعم البعض أن اسمه جاء من صوت تلك الصخور عند حرقها للاستنشاق، فالمعروف أنه يتم استهلاكه تدخيناً عن طريق الحرق أو مع التبغ أو دونه.

(1) Bodmer, M., Nemeč, M., Scholer, A., et al. Consommation de cocaïne. Importance en médecine d'urgence. In : Forum Médical Suisse. EMH Media, 2008. p. 512-516.

(2) Burnat, P. et LE Brumant-Payen, C. Intoxication par la cocaïne. Lyon Pharm, 1992, vol. 43, p. 149-156.

(3) Bastien Thouvenin, coca et cocaïne : de l'usage traditionnel à l'addiction, Thèse de doctorat, faculté de pharmacie, université. Lorraine, 2012

ج/ القاعدة الحرة free base: وهو شديد الخطورة يتم الحصول عليه عن طريق استخراج هيدروكلوريد الكوكايين في وسط مائي وقلوي مع مذيب عضوي غالبًا ما يكون الأثير l'éther، يتم استنشاقه بعد التسخين في جهاز يسمى أنبوب يستعمل لتدخين الكوكايين أو يتم استهلاكه حقنًا عن طريق الوريد.



الكراك. wikipedia.org

البعض لا يفرق بين الكراك والقاعدة الحرة وهذا منطوق صحيح جدا فكلاهما عبارة عن كتل صخرية يتم استهلاكها بنفس الشكل، لكن الفرق يتعلق بطريقة المعالجة الكيميائية، فالكراك هو كلوروهيدرات الكوكايين معالج ببيكاربونات الصوديوم، والقاعدة الحرة عبارة عن كلوروهيدرات الكوكايين معالجه بالأيثير.

د/ Speedball: بعض المتعاطين يخلط الكوكايين مع الهيروين أو المورفين ويُطلق عليه (كما يُطلق أيضا على أي مزيج من المخدرات) Speedball يتم استهلاكه حرقًا عن طريق الاستنشاق بواسطة غليون Pipe أو حقنًا لمضاعفة تأثير مفعول المخدر (1) وهو بذلك يضاعف مخاطر التعاطي ويزيد من تعقيدات الوضع الصحي والنفسي وغالبا يؤدي إلى الموت كما حدث للكثير من الفنانين خاصة الغربيين، والبعض يقع فريسة الاحتيال والغش فيبتاع كوكايين مخلوط بمواد كيميائية تشكل خطرا آخر على حياة وصحة المتعاطي.

III/ آثار تعاطي الكوكايين بمختلف أنواعه:

الكوكايين له عدة آثار خطيرة جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية التصحيح الخامس (DMS-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) وأظهرتها الكثير من البحوث والدراسات الطبية والصيدلانية والنفسية (2) (3) (4) (1) (2) يمكن إجمالها في الأعراض التالية:

(1) American Psychiatric Association, op.cit., p279

(2) Ipid. p.280.285

(3) Arif, Awni & World Health Organization. . Abus de cocaïne et santé / rédigé sous la direction de A. Arif. Genève : Organisation mondiale de la Santé. (1987), p. 21.26

(4) Guiraudet, O., et al. Cœur, vaisseaux et cocaïne. EMC Cardiologie, 2012.

- اعتماد وتحمل خلال مدة قصيرة من الاستهلاك بسبب أن الكوكايين له تأثير مبهج قوي.
 - اضطرابات ذهانية قد تحدث مباشرة بعد الاستهلاك، تتمثل في هلوسات عادة سمعية وأيضاً حسية.
 - تشوه في الإدراك يصل إلى أفكار توهمية كجنون العظمة أو الاضطهاد.
 - اضطرابات نفسية حركية كالهياج أو الذهول.
 - اضطراب في المزاج يتراوح بين الخوف الشديد أو نوبات هلع إلى الشعور بالنشوة.
 - الاستهلاك المفرط والدائم للكوكايين يؤدي إلى ظهور العدوانية والقلق، الانهيار العصبي، وانخفاض الوزن.
 - أما في حالة الامتناع أو الفطام فإنه تظهر آثار التحمل كاضطرابات النوم، الشره في الأكل، اضطراب في المزاج وعدوانية.
 - تصبح عضلة القلب أكثر كلباً للأكسجين وقد يحدث أيضاً انسداد رئوي
 - فرط تخثر الدم وانسداد في الأوعية الدموية وتصلب الشرايين في حالة الاعتماد المزمن
 - ألم وضيق في الصدر
- الكوكايين شديد الاعتمادية يستعبد المتعاطي حتى وإن كان الشخص مستقر ومندمج اجتماعياً، كما أنّ له آثار نفسية خطيرة على شخصية المتعاطي وسلوكياته، حيث يصبح غير مسؤول، وغير جدير بالثقة، منطوي، سريع الانفعال، عنيف، وأحياناً انتحاري، إضافة إلى أعراض محددة غالباً في ذهان وهلوسات وتوهمات مدمرة مختلطة بجنون العظمة.
- بينت الدراسات مثل دراسة Petit Aymeric⁽³⁾ وآخرون أنه يوجد علاقة بين استهلاك الكوكايين بجميع أشكاله وتولّد الأفكار الانتحارية لدى المدمنين، فقد تراوحت حالات الانتحار بين مستهلكي الكوكايين ومشتقاته بين 9,4 و 20% ومحاولات الانتحار تراوحت بين 10 و 30%، وهذا يظهر بشكل جلي خطورة الكوكايين على المدمنين.
- لقد أثبت مجموعة من الباحثين المختصين مثل Bodmer, M., Nemec, M., Scholer وآخرون⁽⁴⁾ الآثار الخطيرة للكوكايين على الكلى والقلب والأوعية الدموية، بل على جميع الأعضاء كما أظهروا أن الكوكايين قاتل فتاك في مجال

(1) Anger, Jean-Pierre. "Principaux effets psychiques des stupéfiants : risques en milieu professionnel." *Annales de toxicologie analytique*. Vol. 14. No. 1. EDP Sciences, 2002.

(2) Colussi-Mas, J., et al. "Le crack: une forme fumable de cocaïne." *La Lettre du pharmacologue (Boulogne)* 17.5 (2003): 169-171.

(3) Petit, Aymeric, et al. "Addiction à la cocaïne: un facteur de risque de suicide?." *La Presse Médicale* 41.7-8 (2012): 702-712.

(4) Bodmer, M., Nemec, M., Scholer, A., et al. *Consommation de cocaïne. Importance en médecine d'urgence*. In : Forum Médical Suisse. EMH Media, 2008. p. 512-516

المواد المخدرة، وقد لخصت الطبيبة البروفيسور Isabelle Gothuey⁽¹⁾ وهي متخصصة في الصحة العقلية آثار وعواقب الكوكايين في الجدول التالي (بتصرف من الباحثة):

(1) Gothuey, Isabelle. [En ligne]. 2006 (consulté le 03 mars 2021)
https://www.researchgate.net/publication/237213752_La_dependance_a_la_cocaine_Etat_des_li_eux

الجانب النفسي	الكبد والكلية	الجهاز التنفسي	الجهاز العصبي المركزي	القلب والأوعية الدموية
الإحساس بالنشوة	التهاب الكبد	نزيف رئوي	نزيف في الطبقة المحيطة بالدماع	ضيق الأوعية الشديده
يقظة مفرطة وأرق	نقص التروية (ischémie) ويتمثل في توقف تدفق الدم إلى الكلية والكبد	استرواح الصدر (انكماش الرئة) وانهيارها بسبب تسرب الهواء بين الرئة وجدار الصدر	سكتة دماغية (انقطاع مفاجئ في تدفق الدم إلى الدماغ)	انقباض شديد في عضلة القلب
قلق واكتئاب		استرواح القلب (وجود هواء في الدم)	صداع شديد	ارتفاع معدل ضربات القلب
أفكار توهمية اضطهاديه	فشل كلوي حاد	بلغم دموي (سعال دموي)	صرع	اضطراب في نبضات القلب
اضطراب ثنائي القطب من نوبات اكتئاب شديد إلى نوبات هوس		ذات الرئة الاستنشاقية (التهاب رئوي يحدث بسبب استنشاق الكوكايين)	فرط الحرارة الخبيث (maligne Hyperthermie) ارتفاع حرارة الجسم فوق 40 درجة	احتشاء عضلة القلب (انسداد في الشرايين التاجية) وتؤدي إلى الذبحة الصدرية
اضطراب المزاج وشعور بالانزعاج		ضيق التنفس		صعوبة التنفس
أوهام جنون العظمة		رعاف ناتج عن نخر جدار الأنف		شعور بالتعب
نوبات ذعر		آلام شديدة في الصدر		انزعاج وقلق
أرق		تليف رئوي		
فقدان الذاكرة		حمى + و -		
سلوكات عنيفة				

المحور الثاني: تصنيف المخدرات وأنواعها وخصائصها وآثاره

المحاضرة السادسة: الأمفيتامينات خصائصها وآثارها

I/ تعريف الأمفيتامينات Amphetamine:

لا توجد إحصائيات جزائية دقيقة حول كمية الاستهلاك كل ما نجده هو كمية المحجوزات فقط والتي تكون بعيدة تماما عن كمية الاستهلاك وعن الكمية المتداولة في السوق، وحسب الديوان الوطني لمكافحة المخدرات فإنه تم حجز سنة 2019 مليون و 970 ألف و 177 قرص وهي تحتوي مختلف المؤثرات العقلية بما فيها الأمفيتامينات، ودائما حسب نفس المصدر لقد تم شهر جانفي 2021 حجز 369392 قرص، ويشير تقرير 2020 لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أنه يتم سنويا ضبط بين 45 إلى 71 طن من الأمفيتامينات عبر العالم، وهي في تزايد كبير وسط الشباب المستهلك للمخدرات بما فيها الشباب العربي خاصة في سوريا والعراق ولبنان والعربية السعودية.

الأمفيتامينات اختصار لـ Alpha-Méthyl-Phénéthylamine، سنة 1887 استطاع الكيميائي الياباني Nagajasi Nagai استخلاص الإيفيدرين l'éphédrine من نبات الإيفدرا Ephedra والذي يُطلق عليه العرب ذنب الخيل، شاي المورمون، شاي الصحراء، الماهوانج، والجزائريين يطلقون عليها العلندة - وهو من المنشطات ومسكنات الألم ومنبه للجهاز العصبي المركزي، وسنة 1893 اشتق ناغاي ناغاجاسي méthamphétamine من عنصر الإيفيدرين، وفي نفس السنة قام الكيميائي الروماني Lazar Edeleanu باشتقاق amphetamine من الإيفيدرين، لكن لم يتم اكتشاف آثاره إلى غاية سنة 1927 من طرف الكيميائي الأمريكي Gordon Alles وقد استعمل للتخفيف من مشكل الربو (1)

الأمفيتامينات بسبب مقاومتها للتعب والجهد وزيادة اليقظة والانتباه وزيادة القوة العضلية وتنشيطها للجهاز العصبي كان الرياضيون في ستينيات القرن الماضي وأصحاب الأعمال الشاقة يتعاطونها كما تعاطاها الجنود الألمان في الحربين العالميتين، لكن البحوث الطبية والعلمية أثبتت أنها تؤدي إلى الاعتماد كما أنها تؤدي إلى ظهور أعراض شبيهة بأعراض تعاطي المخدرات خاصة الكوكايين فكلاهما من المنشطات مما دفع المجتمع الدولي إلى إدراجها ضمن

(1) Mannkour Abdellah, Amphetamines : Histoire, Utilisations et Perspectives, thèse de doctorat, Université Claude Bernard - Lyon 1 Faculté de Pharmacie Institut des Sciences Pharmaceutique et Biologiques, [En ligne]. 2017 [consulté le 30 mars 2021]

اتفاقية المخدرات سنة 1971 حيث صنفت كمخدر، وسنة 1972 أدرجتها منظمة الصحة العالمية كمواد مسببة للإدمان وأصبحت مواد محضورة الاستهلاك ومحضور الاتجار بها إلا تحت إشراف ورعاية طبية.

عندما نتصفح الأدبيات الطبية نجد أن الأمفيتامينات استخدمت كعقار لمعالجة احتقان الأنف والاكنتاب والحركة المفرطة والتبول اللاإرادي لدى الأطفال تحت مسمى بنزيدرين و دكسرين وإيزوفان... وهي كلها من الأمفيتامينات، لكن الشباب بما فيها الجزائري يستخدمون أخطرها مثل الاكستازي Ecstasy (اختصار لـ 2-methylpropane-amine-dioxol)، والكريستال ميث الذي هو من الميثامفيتامين أو ما يطلق عليه المدمنون الشابو وهو عقار خطير جدا يسبب الإدمان بسرعة وفي وقت وجيز، ويؤدي إلى هلوسات شديدة وقد يؤدي الى الموت وإلى تلف الدماغ، تعمل الأمفيتامينات على حث الجهاز العصبي المركزي، والأمفيتامينات عموما شديدة وسريعة التأثير ويدوم مفعولها مدة أطول ويحصل الاعتماد في مدة أقل.



II / طريقة استهلاكها:

تستهلك عن طريق الفم على شكل أقراص وكبسولات وعن طريق الشم والتدخين على شكل مسحوق أو بوضعها تحت الفم على شكل حبيبات أو عن طريق الحقن بتميهها.

III / آثار الامفيتامينات:

حسب مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC تأتي الأمفيتامينات في المرتبة الثانية بعد الأفيونيات من حيث العبء العالمي الناشئ عن تعاطي المخدرات.

عدة دراسات تظهر آثار الأفيونيات (1) (1) (2) (3) (4) إضافة إلى ما جاء في DMS- IV نجملها في:

(1) Ibid. p. 46.47

- تحدث فرط في اليقظة
- تؤدي إلى فقد الشهية وبالتالي تسبب النحافة
- تخفف الشعور بالجهد والتعب
- تعزز الأداء البدني والعضلي
- تضيئي الشعور بالنشوة
- لكن بعد جرعات عديدة أو بعد جرعات عالية تفوق 15 ملغرام يحدث التحمل ويصبح المدمن يرغب في جرعات عالية مما يؤدي إلى آثار معاكسة وغير مرغوب فيها
- الشعور بالتعب والارهاق والقلق
- ارتفاع ضغط الدم قد يؤدي إلى تمزق الأوعية الدموية بالدماغ بشكل مهدد للحياة
- تسارع دقات القلب
- حدوث برانويا (الشعور بالعظمة)
- حدوث هذيان وهلاوس سمعية بصرية
- دوخة وغثيان وقيئ
- ارتفاع درجة حرارة الجسم بشكل مهدد للحياة
- نخر الاسنان
- ارتجاف
- عدوانية
- شحوب اللون
- حدوث رائحة كريهة في الفم وتشقق الشفاه
- زيادة في فرز العرق
- جفاف الغشاء المخاطي مما يجعل المستهلك يفرط في حك الانف
- إمكانية حدوث أفكار انتحارية واردة
- الذين يتعاطونها استنشاقا تسبب لهم نزيف في الانف ومشكلات صحية على مستوى الجيوب الأنفية

(1) Laure, P., Richard, D., Senon, J. L., & Pirot, S. (1999). Psychostimulants et amphétamines. *Revue Documentaire Toxibase, 1*, 1-16.

(2) RIVIER, L. (1999). Principaux produits dopants et leurs effets secondaires. *Brochure UCI (Union cycliste internationale)*.

(3) McKetin, Rebecca, et al. "Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis." *EClinicalMedicine 16* (2019): 81-97.

(4) Logan, Barry K. "Amphetamines: an update on forensic issues." *Journal of analytical toxicology 25.5* (2001) p. 400-404

- الذين يتعاطونها حقنا يصبحون عرضة للأمراض المعدية كالإيدز (فيروس نقص المناعة) والالتهاب الكبدي الفيروسي وتقيحات الجلد كما قد تسبب بعد عدة مرات من الاستهلاك الى انسداد الاوعية الدموية والتهابها.

وقد ذكر Barry K. Logan⁽¹⁾ نقلا عن دراسة أجراها (E.H. Ellinwood) Ellinwood Jr, Everett H. "Assault and homicide associated with amphetamine abuse." *American Journal of Psychiatry* 127.9 (1971): 1170-1175. على 13 شخص ارتكبوا جريمة قتل بسبب تعاطي الأمفيتامينات لما تسببه من انخفاض التحكم في الانفعالات الاندفاعية العنيفة.

(1) Ibid.

مراجع المحور الثاني

1. الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2019
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/AnnualReport/Arabic_ebook_AR2019.pdf
2. الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2020
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/AnnualReport/E_INCB_2020_1_ara.pdf
3. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, Traduction de l'anglais P. BOYER, J.-D. Guelfi, C.-B. Pull, M.-C. Pull et autres, 4^{ème} éd, HI MASSON
<https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
4. Anger, Jean-Pierre. Principaux effets psychiques des stupéfiants : risques en milieu professionnel. In : Annales de toxicologie analytique. Vol. 14, No. 1. EDP Sciences, 2002.
5. Arif, Awni, World Health Organization, et al. Abus de cocaïne et santé/rédigé sous la direction de A. Arif. In : Abus de cocaïne et santé/rédigé sous la direction de A. Arif, Genève : Organisation mondiale de la Santé. 1987
6. Assoun Paul-Laurent, Freud avec la cocaïne. Préhistoire toxicologique de la psychanalyse. Alcoologie et addictologie, 2011, vol. 33, no 4
7. Bastien Thouvenin, coca et cocaïne : de l'usage traditionnel à l'addiction, Thèse de doctorat, faculté de pharmacie, université. Lorraine, 2012
8. Bodmer, M., Nemeč, M., Scholer, A., et al. Consommation de cocaïne. Importance en médecine d'urgence. In : Forum Médical Suisse. EMH Media, 2008
9. Burnat, P. et le Brumant-Payen, C. Intoxication par la cocaïne. Lyon Pharm, 1992, vol. 43
10. Capasso, R., Borrelli, F., Aviello, G., and al. Cannabidiol, Extracted from Cannabis Sativa, Selectively Inhibits Inflammatory Hypermotility in Mice. In British Journal of Pharmacology. 29 January 2009. Vol 154, n° 5
11. Coblenç Françoise. Freud et la cocaïne, revue française de psychanalyse, 2002, vol. 66, no 2
12. Colussi-Mas, J., et al. Le crack : une forme fumable de cocaïne. La Lettre du pharmacologue (Boulogne), 2003, vol. 17, n° 5
13. Croci, François. Coca, une feuille sacrée. Mouvements, 2016, n° 2
14. Daniel Hanbury & F.-A. Fluckiger, Histoire Des Drogues D'Origine Végétal, Traduction de L'ouvrage Anglais : J.-L. De Lanessan, T2, Paris, éd Octave Doin, 1878
15. Demaret Isabelle & Lemaître André & Anseau Marc. L'héroïne. Revue médicale de Liège, 2013, vol. 68, n° 5-6

16. Denis Richard., Jean-Louis Sénon., M. Hautefeuille., et al. L'héroïne. Toxibase, 1998, vol.
17. Domic,Z., Richard,D., Senon, J. L., et al. La cocaïne. Toxibase, 1996, vol. 2.
18. Dory, Daniel et Roux, Jean-Claude. De la coca à la cocaïne : un itinéraire bolivien dans *AUTREPART : Drogue et reproduction sociale dans le tiers monde*. PARIS, Éditions de l'Aube, ORSTOM, 1998
19. Ernest Martin, L'Opium : ses Abus Mangeurs et Fumeurs d'opium Morphinomanes, paris, société d'éditions scientifiques, 1893
20. Giroud, Christian, Bokkmann, Marc, Thomas, Aurélien, et al. Consommation de cannabis : quels sont les risques ? In : *Annales de toxicologie analytique*. EDP Sciences, 2008.
21. Gootenberg, Paul. La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale. Hérodote, 2004, no 1
https://www.researchgate.net/publication/237213752_La_dependance_a_la_cocaineEtat_des_lieux
22. Gothuey, Isabelle. La dépendance a la cocaïne état des lieux [En ligne]. 2006 (consulté le 03 mars 2021)
23. Guido, Paulo Cáceres, Riva, Natalia, Calle, Graciela, et al. Medicinal cannabis in Latin America: history, current state of regulation and the role of the pharmacist in a new clinical experience with cannabidiol oil. *Journal of the American Pharmacists Association*, 2020, vol. 60, n° 1
24. Guiraudet, O., et al. Cœur, vaisseaux et cocaïne. *EMC Cardiologie*, 2012.
25. Hazekamp, Arno. The Trouble with CBD Oil. *Medical cannabis and cannabinoids*, 2018, vol. 1, n° 1
26. Julien, Pierre. La coca, la cocaïne et la cocaïnomanie : Symposium Geschiedenis van de Cocaïne, Histoire de la Cocaïne, Brussel, 20 april 1991. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 1992, vol. 80, no 294
27. Laure, Patrick, Richard, Denis, Senon, Jean-Louis, et al. Psychostimulants et amphétamines. *Revue Documentaire Toxibase*, 1999, vol. 1
28. Logan, Barry K. Amphetamines: an update on forensic issues. *Journal of analytical toxicology* 2001, vol. 25, n° 5
29. Mannkour Abdellah, Amphétamines : Histoire, Utilisations et Perspectives, thèse de doctorat, Université Claude Bernard - Lyon 1 Faculté de Pharmacie Institut des Sciences Pharmaceutique et Biologiques, [En ligne]. 2017 [consulté le 30 mars 2021]
30. McKetin, Rebecca, et al. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis, *EClinicalMedicine*, 2019, vol. 16
31. Olivier Guéniat& Pierre Esseiva, Le Profilage de L`Héroïne et de La Cocaïne : une Méthodologie Moderne de Lutte Contre le Trafic Illicite, collection sciences forensiques, presses polytechniques universitaire romandes, Lausanne, 1^{ère} éd, 2005

32. Patton, George C., Coffey, Carolyn, Carlin, John B., et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. Bmj, 2002, vol. 325, n° 7374
33. Petit, Aymeric, et al. Addiction à la cocaïne: un facteur de risque de suicide?. *La Presse Médicale*, 2012, vol. 41, n° 7-8
34. Philippe-Désiré Cauvet, Nouveaux Éléments de Matière Médical : L'Histoire des Drogues Simples D'Origine Animale et Végétale Leur Constitution, leurs Propriétés et leurs Falsifications, T2, paris, librairie j.- b. bailliére et fils, 1887
35. Pierre-Arnaud Chouvy, Le pavot à opium et l'homme Origines géographiques et premières diffusions d'un cultivar, In : *Annales de Géographie*. Armand Colin, 2001, t. 110, n°618.
36. RIVIER, Laurent. Principaux produits dopants et leurs effets secondaires. *Brochure UCI (Union cycliste internationale)* 1999
37. ROUX JEAN-CLAUDE. La culture de la coca, une plante andine d'usage millénaire. In : MOLLARD ERIC (ED.), WALTER ANNIE (ED.). *Agricultures singulières*. Paris : IRD, 2008
38. Tomas, Pierre. Amad, Ali. Fovet Thomas. Schizophrénie et Addictions : les liaisons dangereuses. *L'encéphale*, 2016, vol. 42, n°3
39. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Cannabis and Hallucinogens, World Drug Report 2019
https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WDR19_Booklet_5_CANNABIS_HALLUCINOGENS.pdf
40. Vandolah, Harrison J, Bauer, Brent A, et Mauck, Karen F. "Clinicians guide to Cannabidiol and hemp oils." *Mayo Clinic Proceedings*. vol. 94, n ° 9. Elsevier, 2019
41. Zammit, Stanley, Allebeck, Peter, Andreasson, Sven et al. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. Bmj, 2002, vol. 325, n ° 7374

المحور الثالث: المقاربات المختلفة المفسرة للإدمان

المحاضرة السابعة: مقاربات تفسير الإدمان على المخدرات

يقول المثل الحكيم تعددت الأسباب والموت واحد وكذلك تعددت عوامل تعاطي المخدرات والنتيجة واحدة، أضرار مادية ومعنوية ومجتمعية ونفسية وأيضاً اقتصادية سنتناولها في المحاضرة القادمة، أمّا هذه المحاضرة فتعرض لمختلف المقاربات التي تناولت ظاهرة استهلاك المخدرات وهي:

I/ المقاربات البيولوجية حيث سنعرض للمقاربة الجينية والمقاربة الفيزيولوجية.

II/ المقاربات السيكلوجية ونخص بالذكر المقاربة السلوكية، ومقاربة التحليل النفسي.

III/ المقاربات المعرفية سنعرض لمقاربة آرون بيك، ومقاربة التعلم الاجتماعي

IV/ المقاربات الاجتماعية

I/ المقاربات البيولوجية :

1/I المقاربة الجينية (الوراثية)

تعزي هذه المقاربة تعاطي المخدرات إلى أصول وراثية تتعلق بالمورثات أو الجينات، وهذا يعني أنّ الإنسان الذي يولد لأم مدمنة أو أب مدمن أو كلاهما معا فإنه سيحمل مورثاً يجعله حامل لقابلية الإدمان كما هو الشأن مع بعض الأمراض والاختلالات العقلية والجسمية التي تنتقل إلى الأبناء عن طريق الجينات فتشكل لهم حالة استعداد وراثي، غير أنّ العلم لم يثبت ذلك بشكل قطعي وهي مجرد افتراضات لم تثبت بشكل قوي على أرض التجربة.

دراسة فرنجتين حول الإدمان على الكحول زعمت أنها وجدت 39% من المدمنين هم أبناء مدمنين مقابل 16 بالمئة من المدمنين ليسوا أبناء مدمنين⁽¹⁾، غير أنه لا يمكنها أن تفصل فعلاً بين البيئة الأسرية التي ينشأ فيها المدمن وبين التوريث الجيني، ودراسة غودوين كانت أكثر معقولة ووجهة إذ أشارت إلى العوامل البيئية والأجواء الأسرية والقيم الثقافية وضغوطات الحياة اليومية كعوامل وجيهة في ظاهرة الإدمان أكثر من فرضية الجينات التي لم يثبتها علم الوراثة، وجميع الطلبة يعرفون مقاربة الطبيب الإيطالي سيزار لامبروزو في تفسير الإجرام التي جعلت من الجينات سبباً كافياً لتفسير الميول نحو الجريمة فابن

(1) رشاد أحمد عبد اللطيف، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، المركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب، الرياض، 1992، ص.20

المجرم يولد مجرماً، وأخذ لومبروزو يعدد مجموعة من المظاهر البيولوجية التي يولد بها الإنسان المجرم، هذه المقاربة التي أفضت لسطحيتها الفجة شبيهة بهذه المقاربة أيضاً التي تختصر الفعل الإنساني في مورثات سلوكية تكبل تاريخه وإرادته في زاوية معينة مسبقاً، غير أننا لا نرفض تماماً احتمالية القابلية البيولوجية للإدمان، ففي دراسة حديثة نشرت في مجلة العلوم (Sciences) بتاريخ 2016/11/03 وُجد أن هناك علاقة بين درجة التدخين (عدد السجائر المدخنة يوميا) ودرجة التغيرات التي تحدث في الحمض النووي (الجين)، فأسلوب الحياة يعمل على إحداث تغييرات في الجين البشري، واستهلاك المخدرات والإدمان عليها كأسلوب حياة مدمر يعمل على إحداث تغييرات في الحمض النووي، فالحمض النووي إذن لا يملك تسطير مستقبلنا بل نحن نملك تسطير مستقبل جيناتنا، فالعلماء الآن يتحدثون عن Epigenetics أو علم التخلق أو ما يطلق عليه علم ما وراء الجينات أو الميتاجينات، وهو علم يدرس تأثير البيئة وأسلوب الحياة على تنشيط أو تثبيط عمل الحمض النووي، فالحديث عن سجن المورثات أمر للمراجعة وإعادة النظر في قدرات الإرادة البشرية.

2/I المقاربة الفزيولوجية:

هذه المقاربة ليست جينية تفسر لماذا يتعاطى الناس المخدرات وإنما تفسر كيف يحدث الاعتماد (الإدمان) لدى الأشخاص الذين يستهلكون المخدرات، فعلم الأعصاب والتشريح البشري يتحدث عن مصنع طبيعي في دماغ الإنسان للأندومورفين والذي يعتبر مسكن طبيعي هام للألام والأوجاع وهو شبيه بالأفيون، في حالة تعاطي الإنسان للهروين أو المخدرات عموماً فإن الخلايا المسؤولة عن إنتاج الأندومورفين تتوقف عن إفرازه فيصبح الجسم معتمد على الهرويين أو المخدر للقيام بعمله الطبيعي، ونفس الشيء يقال عن المنشطات وعن جميع المواد المخدرة، فقد بين Eric Loonis⁽¹⁾ أن الجسم البشري بمصنعه الطبيعي لمختلف أنواع المخدرات والمنشطات يصنع توازنه ويلبي حاجاته أو كما سماها Véléa Dan إستراتيجية التعديل التي تدفع جسم الإنسان إلى تطوير مقاومة تكيفية مناسبة⁽²⁾، فالدوبامين مثلا يطلق عليه هرمون السعادة مسؤول عن المزاج والتركيز والنوم ونقصه يؤدي إلى الاكتئاب، والنورادرينالين يسمى هرمون المكافحة والهروب فهو المسؤول عن تحفيز المستقبلات الحسية والسيالات العصبية فهو يستجيب لحالات الحوادث العارضة بزيادة دقات القلب وارتفاع ضغط الدم وغيرها ونقصه يؤدي إلى الاكتئاب أيضاً، والسيروتونين هرمون يؤثر على

(1) Éric Loonis, Notre Cerveau est un Drogué : vers une théorie générale des addictions, presses Univ. Du Mirail, 1997, p. 176-183

(2) Véléa Dan. Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques. Psychotropes, 2005, vol. 11, no 3, p. 65-84

العواطف والمهارات الحركية نقصه أيضا يؤدي إلى الكآبة... وغيرها من الهرمونات الطبيعية التي ينتجها الجسم البشري، في حالة تعاطي المخدرات سواء من فصيلة المثبطات كالهيروين أو من فصيلة المنشطات كالكوكاين فإن ذلك يؤدي إلى تعطل وتوقف مصنع الجسم الطبيعي عن الاشتغال مما يخلق الاعتماد أو الإدمان لدى المتعاطي، فعلم البيولوجيا العصبية والتشريح العصبي وعلم الأدوية (1) (2) هنا يبحث عن طرق التدخل على مستوى المستقبلات العصبية التي تحدث الأثر الإدماني من أجل تقديم علاج مدروس يحث جهاز المناعة للتدخل ضد التعاطي، لكنها مازالت استراتيجية علاجية في محل بحث مستفيض لم تقدم كامل ثمارها بعد.

ولهذا التوقف عن الإدمان يجب أن يكون تحت إشراف طبي مختص بسبب متلازمة الانسحاب التي تحدث في حالة التوقف عن التعاطي، فالجسم حدث له حالة تعود على المخدرات وتعطلت الآلة الطبيعية الموجودة بداخله وإعادتها لحالتها الطبيعية تحتاج إلى مرافقة طبية في حالة الأشخاص المعتمدين. المقاربة البيولوجية والفيزيولوجية استطاعت أن تظهر كيف يطور جسم الإنسان وبالأخص جهازه العصبي حالة ألفة مع المخدرات ورغبة قهرية مستمرة للاستهلاك، لكنها لم تثبت فعلا أن جيناتنا متواطئة منذ الولادة في خلق واستدعاء القابلية للإدمان على المخدرات أو أي إدمان آخر، بل على العكس الكثير من الدراسات التي أجريت على صغار السن من المراهقين المدمنين والبعض منها طبية وعقلية(3) (4) وجدت أن العوامل الاجتماعية والنفسية هي الأصل في أحداث الإدمان وهي تعود إلى معاناة نفسية أسرية أو مجتمعية منذ المراحل الأولى من الطفولة.

II / المقاربات السيكلوجية

II/1 المقاربة السلوكية:

السلوكية تفترض أن استهلاك المخدرات سلوك يتعلمه الفرد عن طريق التعزيز الذي توفره المخدرات من خفض للتوترات والقلق الناتج خاصة عن الضغوطات اليومية المتكررة، فهي توفر لهذا الشخص المأزوم أوقات من السعادة

(1) Jutras-Aswad, Didier, Bruneau, Julie, et Hurd, Yasmin. Neurobiologie de la Toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention. Drogues, santé et société, 2009, vol.8, no 2, p.27-73

(2) منظمة الصحة العالمية، العلوم العصبية ودورها في تعاطي المواد النفسانية التأثير والاعتماد عليها، جنيف، 2004

(3) Bailly, Daniel. Alcool, Drogues Chez les Jeunes : agissons. Odile Jacob, 2009

(4) Lucchini, Riccardo. Enfant de la Rue : identité, sociabilité, drogue. Librairie Droz, 1993

المتخيلة والانشراح النفسي والبهجة، غير أن ليند سميث Linde Smith⁽¹⁾ يبين أن استهلاك المخدرات يرتبط بتعزيز إيجابي لها من آثارها المريحة والمبهجة لكن الإعتاد يرتبط عند المتعاطي بالآلام وتوترات المنع التي تدفعه إلى الاستمرار لتجنب تلك الآلام.

ويقول واشنطن وباوندي <<يتبرمج المخ برمجة خاطئة ليعزز سلوكا إدمانيا كما لو كان ضرورة من ضرورات الحياة>>⁽²⁾ ويفسران ذلك التعزيز المريح بأن له ارتباط بالجانب البيولوجي للدماغ فهو يقرأ استجابة الفرد للمخدر، فالسيالات العصبية تراقب استجاباتنا وتسجلها لتعيد إطلاق نفس الآثار في المرة القادمة، لكنها آلية تقبل التكيف كما تقبل التعديل فالأمر يتعلق بنا بأسلوب حياتنا بمعتقداتنا وبارادتنا.

II/2 مقاربة التحليل النفسي:

تعود إلى تاريخ المدمن منذ الطفولة الأولى وتبحث في أشكال الحرمان التي تعرض لها والتي خلقت لديه جملة من الصراعات النفسية الحادة متشكلة لديه ركام من الخبرات السلبية، فالإدمان وفق هذه النظرية كما يقول أحمد حسن الحراشنة⁽³⁾ هو تعويض عن إحباطات وحرمانات ناتجة عن تعاملات أسرية مأزومة منذ الطفولة الأولى، وهو تعبير دفاعي عن فقدان المعيارية الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات.

III / المقاربات المعرفية:

III/1 مقاربة آرون بيك:

أرون بيك هو أستاذ الطب النفسي في جامعة بنسلفانيا الأمريكية ورئيس معهد بيك للعلاج المعرفي والبحوث، عمل طيلة حياته للبحث عن أسباب الاكتئاب وطرق العلاج، بيك يعزي الإدمان والاكتئاب والقلق وغيرها من الأمزجة النفسية التدميرية إلى المعتقدات الشخصية والثقافية للفرد، والافتقار لمهارات التعامل العقلاني مع ظروف الحياة المتقلبة، والتنشئة الأسرية مسؤولة إلى حد كبير عن المعتقدات الخاطئة والبعد عن التفكير العقلاني والمنطقي، إن النماذج المعرفية التي نبنيها من خلال الأسرة والمجتمع والثقافة التي نعيش في أحضانها تشكل

(1) عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، ط1، دار المعرفة الجامعية، مصر،

2009، ص. 77.81

(2) أرنولد واشطون ودونا باوندي، إرادة الإنسان في شفاء الإدمان، تر: صبري محمد حسن، ط1،

سلسلة المنشور القومي للترجمة، مصر، العدد 516، 2003

(3) أحمد حسن الحراشنة وجلال علي الجزازي، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، ط1،

دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص. 43

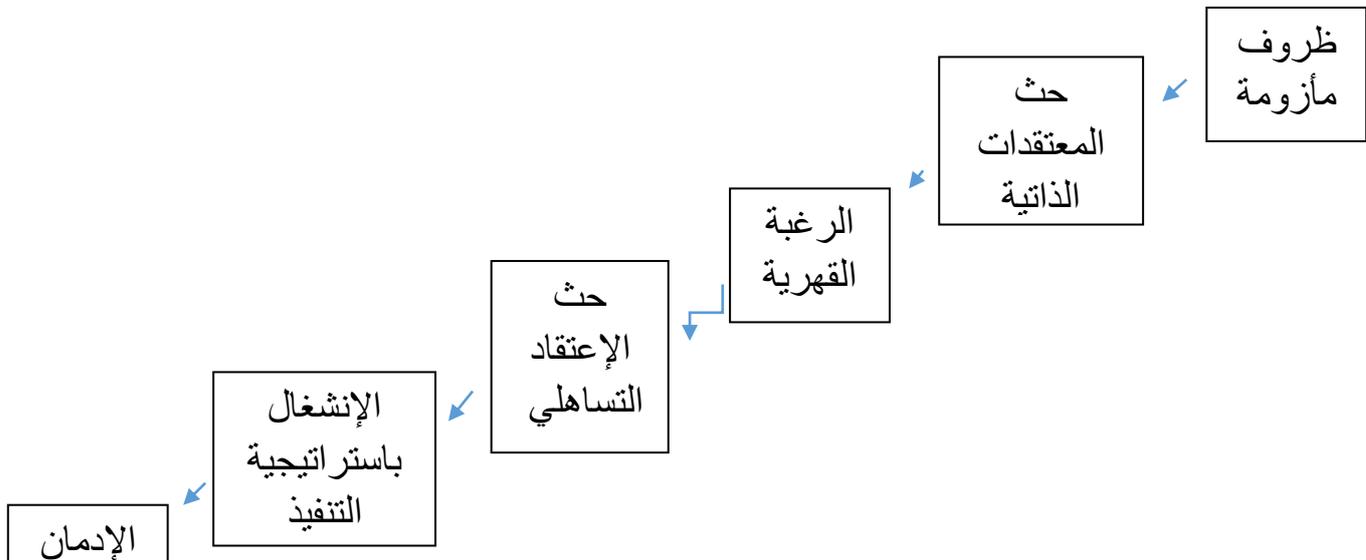
الإطار المرجعي لفهم الذات ضمن العالم وتحدد أساليب تذاوتنا مع الآخر، وتحدد توقعاتنا وافتراضاتنا وأفكارنا السلبية أو الإيجابية عن الذات والعالم.

فالمدمن إنسان يدرك ذاته والعالم من حوله بشكل سلبي ومحبط
>>إن هذه المعتقدات تؤثر في رؤيته للموقف والتي هي بالتالي تؤثر في
كيف يفكر، وكيف يشعر، وكيف يتصرف>>(1) فاستهلاك المخدرات لا

يوجد في المخدرات ذاتها كمسكنات أو منشطات، وإنما موجود في
معتقدات الشخص وأفكاره الخاطئة ونموذجه المعرفي الكئيب حول نفسه

والعالم من حوله، Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements qu'ils s'en font.

البيئة المحيطة بالفرد سواء جماعة رفقاء السوء، أو بيئة الحي الذي
يسكن فيه التي ينتشر فيها الإدمان وتجارة المخدرات، أو حالات الأزمات
الاقتصادية والانفلات الأمني... هي مجرد مثيرات لمعتقدات الفرد التي
تشكك لديه، تخلق لديه توقع هروبي لاعقلاني نحو المخدرات كحل
مناسب له وسماه بيك "اعتقاد توجيه المساعدة" Relief Oriented Belief (2)
أي أن المتعاطي يعتقد متوهماً أن المخدرات تساعد على تجاوز أزماته
وترفع من معنوياته. وقد عرض بيك مخطط حصول الإدمان قامت
الأستاذة بالتصرف فيه وإعادة صياغته بالطريقة التي تراها أسهل لفهم
الطالبة دون إلغاء الفكرة الرئيسية لصاحبها آرون بيك



(1) جوديث بيك، العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، تر: طلعت مطر، ط1، المشروع القومي للترجمة، مصر، العدد 1141، 2007، ص.39

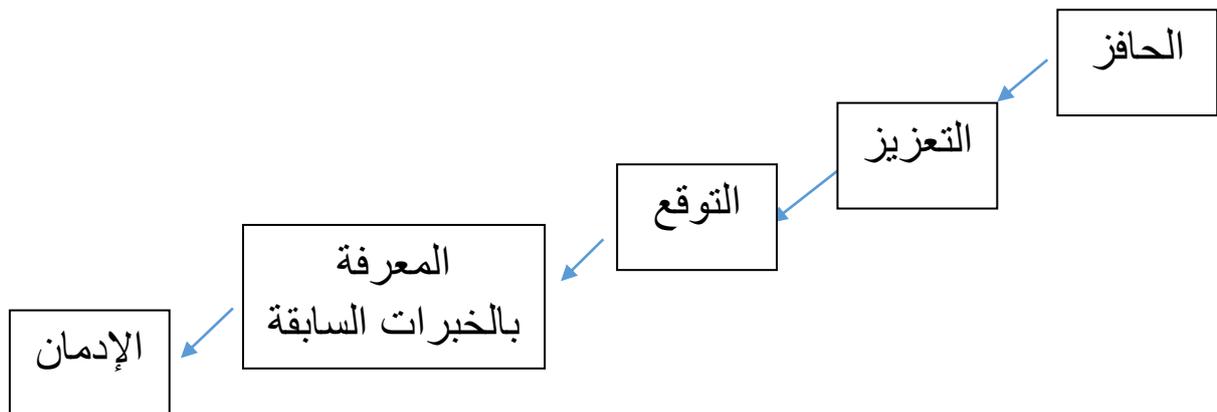
(2) آرون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، تر: عادل مصطفى، دار النهضة العربية، لبنان، 2001

فحسب بيك يتصارع معتقدين في ذات الفرد المأزوم: اعتقاد الامتناع العقلاني الذي يعرض على المدمن مآلات استهلاك المخدرات، والاعتقاد التساهلي الذي يزين له فعل التعاطي على أنه مخرج نجدة لأزماته، وكل معتقد قد يُستحث في ظروف معينة تختلف باختلاف معتقدات وأفكار الأفراد، فالذي ينظر إلى المحنة على أنها من معطيات الحياة ذاتها ستعلمه القدرة على التجاوز (والمثل الجزائري يقول كل محنة أزيد في الراس اعقل) ليس كالذي ينظر إلى المحنة على أنها مصيبة يصعب الخروج منها، إذا وصل الشخص إلى مرحلة الرغبة القهرية لتعاطي المخدر سيحدث له عائق معرفي يعميه عن رؤية مآلات التعاطي فينطفئ اعتقاد الامتناع وينتصر الاعتقاد التساهلي، فينشط الفرد في البحث عن طرق تنفيذ رغبته القهرية ويتحول إثرها إلى مدمن.

2/III مقارنة التعلم الاجتماعي:

هي قبل كل شيء نظرية لتفسير السلوك الإنساني عامة وعمل الباحثون على تجسيروها نحو السلوك الانحرافي والإدماني، فالسلوك وفق هذه المقاربة يحدث في بيئة مليئة بالمعاني والتفاعلات، عرفت تطورات كثيرة في علم النفس الاجتماعي وحتى الإكلينيكي من جوليان بي روتر إلى جون دولارد إلى نيل ميلر إلى ألبرت بندورا وغيرهم، فتعلم السلوك وفق هذه المقاربة يقوم على التقليد والمحاكاة، ليس كردود أفعال صماء وإنما يقوم الفرد بمعالجة تأثيرات البيئة حيث تتدخل محددات معقدة كالفيزيولوجيا، والانفعالات، والعواطف، والمعلومات والتعزيزات... فتتكون لدى الفرد معرفة بكيفية السلوك ويكون قادر على توليد أنماط سلوكية جديدة متجاوزا لنماذج بيئته.

والجماعات المرجعية لها تأثير في تشكيل سلوك الأفراد، فالإدمان سلوك متعلم يعود إلى مخالطة المدمنين كنماذج تنمي لديهم معتقدات إيجابية عن الإدمان كخفض التوتر والضغوطات، وفي العالم الرقمي الذي نعيشه لم تعد النماذج شحيحة تقتصر على الوالدين أو الأقارب أو رفاق الحي فهي في نجوم السينما كما في نجوم الغناء كما في نجوم اليوتيوب وغيرهم...



الأثار المتوقعة الناتجة عن التصورات الرمزية للفرد عن المخدر من خلال ملاحظاته داخل بيئته قد تشكل له حافزا لتجربة التعاطي، إذا وجد التعزيز والتدعيم الإيجابي من الجماعة المرجعية التي قد تشكل ثقافة فرعية، فالانتماء الثقافي الفرعي يعتبر عامل في تطوير الهوية المدمنة والمنحرفة، ويطلق غالند شارلز (1) على ذلك "تأثير الحاشية" L'Influence de L'Entourage فتأثير البيئة الصديقة يخلق توقعات إيجابية كإزالة الألم وخفض التوتر والضغط، ومن خلال استحضار معرفة سابقة قد ينجر الفرد إلى الإدمان.

هذه المقاربة لا تختلف كثيرا عن مقاربة المخالطة الفارقة لعالم الاجتماع الأمريكي المختص في الجريمة والانحراف "دوين سذرلاند" بل هما يصدران عن نفس الرؤية، فالإدمان بالنسبة إليه سلوك متعلم من البيئة عن طريق المخالطة والتفاعل ثم يتحول إلى عادة، لا تحمله المورثات ولا يولد مع الإنسان تماما مثل الجريمة والانحراف ليستا وراثيتين ولا تولدان مع الإنسان، غير أن هذه المقاربة سواء التعلّم الاجتماعي لباندورا وغيره أو مقاربة المخالطة لا تجيبنا عن حالات الكثير من الأشخاص الذين يخالطون المنحرفين أو المدمنين دون أن يقعوا في التقليد والاستمالة، ولا تقنعنا بمسألة الدافع أو الحافز الحاث على التعاطي فالكثير من الشباب يتألم من الإدمان ولا يشعر بالراحة بل يعصرهم الندم ولا يقدرّون على التوقف.

IV / المقاربة الاجتماعية:

بعض المقاربات الاجتماعية شبيهة إلى حد كبير بالمقاربات النفسية مثل مقاربة عالم الاجتماع الفرنسي غابرييل تارد (2) الذي دخل في حجاج مع لامبروزو مفندا التفسيرات البيولوجية والوراثية، ويعزّي الفعل المنحرف (بما في ذلك استهلاك المخدرات) إلى عوامل نفسية واجتماعية كالتقليد والتنشئة والمعتقدات التي يتبناها الفرد والتي تجعله ينحرف عن القيم العامة للمجتمع، فالانحراف سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها المنحرف، أو ما أطلق عليه البعض اضطرابات التنشئة الاجتماعية (3)، وكذلك فعل عالم الاجتماع الأمريكي هوارد بيكر إذ يرى أن الإدمان والانحراف سلوك متعلم من البيئة الاجتماعية للفرد.

(1) Galand, Charles et Salès-Wuillemin, Edith. La Représentation des Drogues chez les étudiants en Psychologie : effets des pratiques de consommation et influence de l'entourage. Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 2009, no4, p.125.152

(2) Jean-Gabriel Tarde, La Criminalité Comparée. 8^{ème} éd. Félix Alcan. Paris, 1924

(3) Briefer, Jean-François. Intégration Sociale et Psychopathologie Chez les Usagers de Drogues. Psychotropes, 2002, vol.8, no1, 23.41p

يوجد أيضا مقارنة الأنوميا الاجتماعية أو اللامعيارية لإميل دوركايم والتي طورها فيما بعد روبرت ميرتون، رفض دوركايم جميع المقاربات البيولوجية والسيكولوجية، فالإنحراف بما فيه الإدمان والانتحار والجريمة هي أفعال تنحرف عن قيم ومعايير المجتمع وخروج عن ضميره الجمعي، فاللامعيارية أو الأنوميا الاجتماعية هي حالة غياب مرجعية قيمية وليس كما يعتقد البعض في تفسير خاطئ لدوركايم غياب للقيم، أو كما تعتقد "جينيفر ليمان" أنها حالة انفكاك الأفراد من المجتمع، حتى أننا نشعر أمام هذا التعبير وكأن المجتمع عقد تنفك حباته في حالة الأنوميا، معتقدة على نقيض "دوركايم" أن الأفراد غير اجتماعيين بالطبع، يميلون بطبيعتهم إلى التمرد على القواعد الاجتماعية⁽¹⁾، في حين دوركايم يتحدث عن ضعف الروابط الاجتماعية التي قد تؤدي إلى تفكك الجماعة الاجتماعية، عندما تضعف سلطة الضبط التي يتمتع بها المجتمع كقوة معنوية فتجعل الفردانية تطفو على سطح الحياة الاجتماعية، وعندها تحدث حالة الضياع عندما لا يصبح للأفراد من غايات إلا الغايات الذاتية المحضة، فالذات الاجتماعية هي التي تشكل قيمة الوجود داخل الوجود الفردي، فإذا ضعفت تلك الذات تولد الشعور بالحيرة والضياع⁽²⁾، وفي كتابه تقسيم العمل يعرض إلى التغيير الاجتماعي الذي قوض من قوة الضمير الجمعي، ففي عصر الحداثة الوجدان الجمعي المشترك ينمو بأقل من نمو الوجدان الفردي، وحتى الوجدان الجمعي المشترك يتجه نحو تقديس التمايز والاختلاف والتفرد، لذا نشهد تراجع المشاعر الجمعية على حساب المشاعر الفردية⁽³⁾، فالانحرافات (وقد عدد دوركايم مجموعة كبيرة منها كالسكر والإدمان) هي من وجهة نظر الأنوميا الاجتماعية نتاج ضعف الروابط الاجتماعية وفشل عملية الضبط الاجتماعي.

تناول ميرتون أيضا الانحراف الاجتماعي La Déviation Sociale الذي طرحه دوركايم بشكل آخر تحت مسمى الأنوميا الاجتماعية كما سبق الذكر، فعند ميرتون الانحراف الاجتماعي هو <<الانفصال بين الأهداف الثقافية والوسائل الشرعية اللازمة لبلوغها>>⁽⁴⁾، المجتمع والنسق الثقافي يضيفان صفة المشروعية على الأهداف والوسائل لتحقيق حاجات الأفراد والجماعات بحيث يكون كلاهما مشروعاً ومتوافقاً، غير أنه قد يحدث شرخ بين الأهداف المرغوبة وتلك المحددة ثقافياً وبين الوسائل المرغوبة ثقافياً والمتاحة واقعياً، وبين الأهداف والوسائل

(1) جينيفر م ليمان، تفكيك دوركايم نقد ما بعد بنيوي، تر: محمود أحمد عبد الله، ط1، المشروع القومي للترجمة، مصر، 2013. ص.170.171

(2) Émile Durkheim. Le suicide, éd Félix Alcan, Paris, 1897, p. 223.232

(3) Émile Durkheim. De la Division du Travail Social, 2^{ème} éd, Quadrige/PUF, 1991, p. 146.147

(4) رث ولاس وألسون وولف، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، تر: محمد عبد الكريم الحوراني، ط1، دار مجدلاوي، الأردن، 2012. ص.110

عموماً، هذا الوضع يضع بعض عناصر المجتمع تحت ضغوطات ينجر عنها حدوث أزمات اجتماعية، في هذه الحالة يحدث تكيف الأفراد حسب ميرتون وفق نماذج استجابات سلوكية غير سوية كالطوقسية والانسحابية والتمرد ومنها العنف والجريمة والإدمان ... وغيرها

عالم الاجتماع الأمريكي Albert K. Cohen ، ومن بعده عالم الاجتماع الألماني Wolfgang Streeck وعالم النفس الأمريكي William Richard Miller قدموا مقاربة الثقافة الفرعية للأحياء الداخلية لتفسير الإدمان، فالمدمنون يشكلون ثقافة فرعية تشجع العنف والسلوكات السلبية والفتوة، العلاقات بين أفراد هذه الثقافة قوية توحدهم ظروف الحياة وصعوبة التكيف، جاءت مقاربة الثقافة المضادة لتعيد صياغة الثقافة الفرعية نحو مفاهيم أكثر وجاهة، فالانحراف والإدمان وفق هذه المقاربة هو رد فعل على الثقافة السائدة المهيمنة المليئة بالمتناقضات والتي تعمل على تهميش الفئات الاجتماعية الهشة، فالإدمان تعبير تمردي على التهميش، هذه المقاربة غير قادرة على تفسير ارتفاع نسبة المدمنين بين أبناء الطبقات المثقفة والنافذة في المجتمع.

الضبط الاجتماعي ودور الأسرة كجماعة أولية تختزن كل العلاقات الحميمة عامل مفسر لدى البعض الآخر، فالنظرية التطورية تعطي أهمية للأجواء الأسرية فقد ركز روي رودجرز على المناخ النفسي والجو العام الذي يسود الأسرة فهو يؤثر كثيراً على الأبناء، فخصائص مثل الدفاع، والبرودة، والعاطفة، والعداء، والتفاؤل، والتشاؤم، والسعادة، والكآبة، والقبول، والرفض ومواقف شبيهة يمكن أن تتخلل طريقة الفهم العامة فتتوغل إلى الحياة التي تتبناها عائلة ما وينعكس ذلك على سلوك الأبناء⁽¹⁾، فالكثير من الدراسات تجد علاقة بين الإدمان والأزمات الأسرية وتفكك العلاقات داخلها.

الكثير من المقاربات التي تفسر الإدمان تتكئ على المقاربات التي فسرت الانحراف والجريمة كما لاحظنا سابقاً، فكثيرون ينظرون إلى الإدمان على أنه انحراف عن قيم المجتمع وعن السلوك السوي، ونحن نتفق معهم في ذلك غير أننا لا ننظر إلى الجريمة كما ننظر إلى الإدمان، الجريمة فعل موجه ضد الخارج، ضد الآخر، وُجدت منذ وُجد الإنسان على ظهر الأرض، الإدمان فعل موجه ضد الداخل، ضد الذات، على الأقل من وجهة نظر الطب حيث تدمر المخدرات قدرات الإنسان الجسدية والعقلية، وقد أصبح ظاهرة العصر الحديث، لا ننسى حرب الأفيون الأولى والثانية التي تناولناها في المحاضرات السابقة مما يعني أن هناك

(1) روي رودجرز، التفاعل والتعامل العائلي: طريقة فهم تطويرية، تر: بونسو جرجوس، مراجعة: ندره اليازجي، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1986. ص. 116

حلقة مفقودة في جميع التفسيرات، إنها الطرف الآخر من المعادلة، بارونات المخدرات الدولية التي تدرّ عليها تلك التجارة ما لا يدرّه الذهب والفضة، الكثير منهم يستدرج الشباب والمراهقين المفتونين بالمغامرة بتجربة أو تجربتين أو حتى ثلاث تجارب مجانية ثم يصطادونهم إلى الأبد ويحولونهم إلى لصوص أو مروجين، وكل طبقة اجتماعية لها أبوابها التي يدخل منها المروجون، منطبق الرأسمالية المتوحشة تغلغل في كل شيء.

لقد تناول بيير بورديو في كتابه *Les règles de l'art* المنطق الاقتصادي، منطق الربح ومراكمة الثروة على المجال الفني، الذي جعل الثروات الثقافية تجارة كأى تجارة أخرى خاضعة لطلب سابق الوجود في أشكال سابقة التأسيس من خلال دوائر تسويق وإجراءات بروز، وهذا مع مجال كان يعتقدّه الناس متروك للأذواق الشخصية، فما بالك مع المخدرات التي تدرّ مداخل كبيرة جدا على باروناتها، نحتاج أن ندرس سلوك المروج كيف يصطاد فرائسه أو على حد لغة بورديو كيف يفرض لعبته ويحول الشباب إلى زبائن، ما هي استراتيجياته، كيف يفرض "استيطان نظام الأشياء" فيتحول الإدمان إلى حالة سائدة، وتسعد الأمهات إذا نجا أبنائهن من دخول سوق المخدرات التي لم تعد في زوايا الشوارع المظلمة وإنما تحت ضوء النهار.

مراجع المحور الثالث

1. أحمد حسن الحراحشة وجمال علي الجزائري، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2012
2. آرنولد واشنطن ودونا باوندي، إرادة الإنسان في علاج الإدمان، تر: صبري محمد حسن، ط1، سلسلة المشروع القومي للترجمة، مصر، العدد 516، سنة 2003
3. آرون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، تر: عادل مصطفى، دار النهضة العربية، لبنان، 2001
- جوديث بيك، العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، تر: طلعت مطر، ط1، المشروع القومي للترجمة، مصر، العدد 1141، 2007
4. جنيفر م ليمان، تفكيك دوركايم نقد ما بعد بنيوي، تر: محمود أحمد عبد الله، ط1، المشروع القومي للترجمة، مصر، 2013
5. رث ولاس وألسون وولف، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، تر: محمد عبد الكريم الحوراني، ط1، دار مجدلاوي، الأردن، 2012
6. رشاد أحمد عبد اللطيف، الأثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992
7. روي رودجرز، التفاعل والتعامل العائلي: طريقة فهم تطويرية، تر: بونسو جرجوس، مراجعة: ندره اليازجي، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1986
8. عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، ط1، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2009
9. Bailly, Daniel. Alcool, Drogues Chez les Jeunes : agissons. Odile Jacob, 2009
10. Briefer, Jean-François. Intégration Sociale et Psychopathologie Chez les Usagers de Drogues. Psychotropes, 2002, vol.8, no1
11. Émile Durkheim. De la Division du Travail Social, 2^{ème} éd, Quadrige/PUF, 1991
12. Émile Durkheim. Le suicide, éd Félix Alcan, Paris, 1897
13. Éric Loonis, Nôtre Cerveau est un Drogué : vers une théorie générale des addictions, presses Univ. Du Mirail, 1997
14. Galand, Charles et Salès-Wuillemin, Edith. La Représentation des Drogues chez les étudiants en Psychologie : effets des pratiques de consommation et influence de l'entourage. Les cahiers internationaux de psychologie sociale ,2009, n° 4

15. Jean-Gabriel Tarde, La Criminalité Comparée ,8^{ème} éd ,Félix Alcan , Paris,1924
16. Jutras-Aswad, Didier, Bruneau, Julie, et Hurd, Yasmin. Neurobiologie de la Toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention. Drogues, santé et société, 2009, vol.8, n° 2
17. Lucchini, Riccardo. Enfant de la Rue : identité, sociabilité, drogue. Librairie Droz, 1993
18. Véléa Dan. Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques. Psychotropes, 2005, vol. 11, n° 3

المحور الرابع: العوامل المختلفة لانتشار الإدمان

المحاضرة الثامنة: العوامل الشخصية والأسرية

من العوامل ما يعود إلى شخصية الفرد ذاته ذات الامتدادات التنشئية الأسرية والاجتماعية، منها ما يعود إلى الأسرة كجماعة أولية حاضنة وراعية ومعينة، منها ما يعود إلى المجتمع ومؤسساته القيمية والقانونية والاقتصادية من قوة أو ضعف، تماسك أو تفكك، استقرار أو أزمات، منها ما يعود إلى البيئة المحيطة من جيران وأصدقاء ورفقاء وغيرهم من سكان الحي أو المدينة أو المنطقة الجغرافية، منها ما يعود إلى عوامل التحديث والتغير والعولمة التي فتحت العالم على بعضه البعض بشكل غير مسبوق في تاريخ البشرية فغيّرت من نمط العلاقات وأعدت تشكيل معايير جديدة وخلق قيم غريبة، سنتناول هذه العوامل في نقاط محددة على الشكل التالي:

I/ العوامل الشخصية

II/ العوامل الأسرية

III/ العوامل الاجتماعية

IV/ العوامل الاقتصادية

I/ العوامل الشخصية:

الحديث عن العامل الشخصي يعني الحديث عن الانفعالات والسلوكيات والمعتقدات الذاتية، أو بشكل عام كيفية التعامل مع الذات، وقد ذكر خالد حمد الهنداوي⁽¹⁾ أن علماء النفس ذكروا أربع أكثر الشخصيات التي ينتشر في وسطها الإدمان وهي:

- الشخصية الإكتئابية: وهي ذات مزاج سوداوي فاقدة للرغبة والإقبال على الحياة، مقبلة على السلوكيات السلبية، غارقة في الوسواس القهرية وإيذاء الذات L'automutilation وهو تعبير عن المشاعر السلبية والهروب من المسؤولية والتخلص من التوتر وإثارة الانتباه لاستحضار المساعدة والاهتمام، تصريف هذه الطاقة يأخذ أشكال متنوعة منها الإدمان على المخدرات والمسكرات.

(1) خالد حمد الهنداوي، المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، وحدة الدراسات والبحوث، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، قطر 2013. ص. 59.58 http://www.gcc-cic.org/uploads/book_1392276747.pdf

- الشخصية الانعزالية الهياوية: لديها فوبيا من التواصل الاجتماعي فتعتقد أن المخدرات تعطيها جرعة قوة للمواجهة الاجتماعية والتواصل. تعاني من عدم النضج الانفعالي بحيث يعجز مثل هؤلاء الأشخاص في الاعتماد على أنفسهم وتحمل المسؤولية.

- الشخصية المكروبة: هي التي تعاني من القلق والتوتر والعصبية والانديفاع فتلجأ إلى المخدرات المثبطة لتعطيها جرعة من السكينة المزيفة والهدوء المؤقت.

- الشخصية السيكوباتية: هي التي تتصف بدرجة أعلى من الغضب والعنف تجاه العالم كما تتصف في نفس الوقت باللامبالاة من مشاعر الآخرين ومعتقداتهم وقيمهم، وهي شخصية يكثر فيها المنحرفون والمدمنون.

الإنسان من وجهة نظرنا نحن لا يولد مكتئب إلا في الحالات النادرة التي تتعلق باختلالات هرمونية، ولا يولد مكروب ولا هياوي ولا سيكوباتي وإنما يتحول إلى ذلك بفعل التنشئة الاجتماعية وظروف البيئة المحيطة مما يعني أنها حالات نفسية تستحق العناية والعلاج.

ويضيف ذياب موسى البدانة⁽¹⁾ عامل في غاية الأهمية يتعلق بمعتقدات الفرد ذاته مثل:

- الاعتقاد بأن المخدرات ترفع من القدرات الجسدية واللياقة البدنية وتحارب التعب والإرهاق خاصة المخدرات المنشطة.

- يعتقد ذوي المواهب الفنية أن المخدرات خير جليس وأنيس لتفجير طاقة الإبداع
- يعتقد البعض بأهمية المخدرات لتكوين الهوية، فبعض الشباب عندما يستشعر الفشل وعدم النجاح في الحياة العادية يبحث عن بديل لإثبات الذات وفرض هويته داخل المجتمع حتى وإن كانت هوية مرفوضة اجتماعياً.
ويحيله البعض كل ذلك إلى ضعف الوازع الديني والأخلاقي.

II / العوامل الأسرية:

II/1 المعاملة الوالدية:

الأسرة خلية أولية هامة في حياة الفرد هي التي ينشأ فيها منذ نعومة أظفاره، وهي التي تحتويه وتحتضنه وتقوم على تربيته وتنشئته، وأي خلل بنائي أو وظيفي في هذه الجماعة الحميمية ينعكس على الأبناء كما يقول بارسونز، فالخلل البنائي مثل الطلاق أو موت أحد الوالدين أو كلاهما فيتعرض الأبناء لليتم وقد تعيد الأم

(1) ذياب موسى البداينة، الشباب والانترنت والمخدرات، ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2012. ص.24.26

الزواج أو الأب فيتعرض الأبناء سواء بسبب اليتيم أو بسبب تغيير بناء الأسرة إلى مشكلات قد تدفع إلى الانحراف والإدمان، والخلل الوظيفي هو عدم قيام الوالدين أو أحدهما بدوره المنوط به كالإهمال بحيث يضعف الضبط الاجتماعي وتنخفض الرعاية وتغيب التربية، أو الإفراط في التسلط والتضييق، في حين الأسرة هي أول مكان نتعلم فيه كيف نصبح اجتماعيين ومجتمعيين نعيش وفق قيم ومعايير المجتمع، فالتنشئة كما يعرفها الكثيرون يختزلها عبد الرحمن عيسوي في تعريف موجز هي << العملية التي تتشكل خلالها معايير الفرد ومهاراته ودوافعه واتجاهاته وسلوكه لتكون متناغمة مع ما يعتبره المجتمع مرغوبا لأدواره الراهنة والمستقبلية في المجتمع >> (1) ولا يتأتى هذا إلا بمعاملة والدية مدركة تماما لأدوارها في الأسرة والمجتمع.

II/2 التفكك الأسري:

إن الحديث عن التفكك هو حديث عن التماسك في نفس الوقت ف"ليون فستنجر" و آخرون (2) يعرفون التماسك الاجتماعي بأنه كلية حقل القوى ذات المفعول الذي مفاده أن تبقى أعضاء جماعة موحدة وتقاوم التفكك، فالتماسك الأسري يخلق الشعور بالوحدة والمسؤولية المشتركة، ومن عظم أهمية العلاقات السائدة داخل الأسرة ظهرت جملة من المفاهيم توصف تلك العلاقات مثل أسرة مترابطة، متسامحة، ديموقراطية، تسلطية، مبالية، مهتمة... وقد ربط "إريكسون" نقلا عن عبد الله خوج (3) تطور مفهوم الطفل لنفسه بنوعية الرعاية العضوية والاجتماعية التي تقدمها له الأسرة، فرغم التغيرات الهائلة في عصر العولمة والوظائف التي فقدتها الأسرة لصالح المدرسة ووسائل الاتصال الحديثة إلا أن الوظيفة الأساسية للأسرة كما يقول Martine Segalen (4) تظل هي تأهيل الأطفال اجتماعيا والحفاظ على توازنهم النفسي، هذا يعني الكثير، يعني قوة حضور الأسرة داخلنا وفي سلوكياتنا وقدرتها على أن تصنع منا أسوياء أو منحرفين، وأسباب التفكك كثيرة قد يكون الطلاق، المشاحنات بين الزوجين، عدم التوافق الزوجي، البطالة... كما قد يكون إدمان الوالدين أو أحدهما، فالإدمان يظهر كسبب ونتيجة في نفس الوقت، قد يسبب تفكك الأسرة كما قد ينتج عن تفككها، فدراسات

(1) عبد الرحمن عيسوي، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 1985. ص. 208

(2) نوربير سيلامي بمشاركة مائة وثلاثة وثلاثين اختصاصيا، المعجم الموسوعي في علم النفس، تر:

وجيه أسعد، الجزء الثاني، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، ط1، 2001. ص. 709.708

(3) عبد الله خوج وفاروق عبد السلام، الأسرة العربية ودورها في الوقاية من الجريمة والانحراف، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض 1989. ص. 36

(4) Martine Segalen. Sociologie de la famille, 2^{ème} éd Paris. 1981, p. 88

وطنية ودولية عديدة جدا تثبت أن نسب الإدمان والانحراف المرتفعة تعود إلى أسباب تتعلق بأزمات أسرية وتصدعات داخلها.

وقد ذكر Edwin Sutherland عالم الاجتماع الأمريكي نقلا عن محمد سلامة محمد غباري (1) أن سمات البيوت المتصدعة كما أطلق عليها هي:

- التي يكون بعض أفرادها أو أغلبهم ذوي ميول إجرامية أو لا أخلاقية يكثر لديهم الإدمان على المسكرات.

- التي يغيب عنها أحد الوالدين أو كلاهما بالطلاق أو الموت أو الهجر.

- التي يضعف أو ينعدم فيها الضبط الاجتماعي.

- التي تتميز بسيطرة مطلقة لشخص واحد، أو تعرف التمييز في المعاملة وعدم التوافق، والإهمال، أو القسوة، أو الغيرة، أو التي يتدخل الأقارب في شؤونها.

- التي ينتشر فيها التزمّت الديني، أو التعصب العنصري، أو اختلاف المعتقدات.

- التي تعاني من فقر مدقع وأزمات حاجاتيه.

II/3 القدوة البائسة:

في دراسة قامت بها Monique Alles Jardel تحت عنوان "من مهارات الوالدين إلى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الصغار" (2) ترى أن التأثير الأول الذي يتلقاه الطفل يأتي من المحيط الأسري، فهو مجال أولى تفاعلات الطفل ومجال أول تعلم وتلقى له، وتبقى الأسرة خلال المراحل الأولى من العمر المجال الرئيسي والحيوي لمرجعية الطفل، بل يرى Yann Forner نقلا عن Pierre Tap أن الأمر أطول من مرحلة الطفولة بكثير فـ <<الشباب يلاحظ ويعيد إنتاج - تحت بعض الشروط - السلوكيات الملاحظة خاصة سلوكيات الوالدين>> (3)، هل على الوالدين أن يراقبوا سلوكياتهم قبل أن يراقبوا سلوكيات أبنائهم؟ هذا سؤال غير وجيه أمام كم الدراسات التي تثبت أن أقوال وأفعال الوالدين تحت رقابة الأبناء باستمرار، القدوة البائسة نتائجها غالبا ما تكون وخيمة على الأطفال وتدفعهم نحو بؤس الحياة وبؤس السلوكيات من إدمان وانحراف، وقد يحتاج البعض بحالات انحراف أبناء الصالحين وإدمانهم المخدرات والعقاقير المهلوسة وهذه حالات يسجلها الواقع كما يسجل حالات صلاح أبناء والدين منحرفين، غير أنها تبقى

(1) محمد سلامة محمد غباري، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر، 2007. ص.95-96

(2) Monique Allés Jardel . Des Compétences Parentales Aux Compétences Sociales Chez le Jeune Enfant in Education Familiale Image de Soi et Compétences Sociales, collection pédagogie et développement, série 2^{ème} éd recueils, Belgique, 1995, p.30

(3) Pierre Tap. Education Familiale et Personnalisation in Education Familiale Image de soi et Compétences Sociales, collection pédagogie et développement, série 2^{ème} éd recueils, Belgique, 1995. P.14

حالات محدودة وفي كلا الحالتين تترك آثار البؤس النفسي وانخفاض تقدير الذات في الصالحين من كلا الطرفين.

المحور الرابع: العوامل المختلفة لانتشار الإدمان

المحاضرة التاسعة: العوامل الاجتماعية والاقتصادية

I/ العوامل الاجتماعية:

I/1 اختلال بنية ووظائف التنظيمات الاجتماعية:

في كتابه (1947) Society culture and personality يرى Pitirim Sorokin نقلا عن السيد علي شتا⁽¹⁾ أن الذات هي موضع التفاعل منذ بداية تكونها إلى غاية اكتمالها اجتماعيا وثقافيا، فـ "سوروكين" لا يتحدث بشكل مباشر عن الذات بل عن التفاعل على أساس أن موضوع التفاعل هو الذات وفق المنظور التالي:

* الذات هي موضوع التفاعل.

* المجتمع هو مجموعة ذوات متفاعلة.

* الثقافة هي مجموع المعاني والقيم والمعايير الموجودة لدى الذوات المتفاعلة.

إن نحن نعيش كذوات متفاعلة، فالمجتمع هو هذه الحركة الديناميكية للتفاعلات بين الأفراد داخل ثقافة معينة تحدد قيم والمعايير والرموز المشتركة ضمن بنية الوضع كما يحلو لريمون بودون تسميتها، أو ضمن شروط بنائية موضوعية كما يحلو للنيويين تسميتها، أو ضمن علاقة تكاملية بينهما وفق مقاربة بورديو وجيدنز مع اختلاف واضح بين الرجلين، ونحن لا نميل إلى فصل البنيات عن وظائفها إطلاقا، فالمجتمع إذن مشكل من بنى ووظائف وتفاعلات (مجموع العلاقات)، وقد تؤدي اختلافات في بنية ووظائف المؤسسات أو التنظيمات المجتمعية إلى حالة من التفكك أو الفوضى غير الخلاقة، كالنظام القانوني أو النظام التربوي أو النظام الاسري أو النظام الديني أو النظام القيمي أو النظام السياسي، أو النظام الأمني.

قراءة بسيطة في بعض إحصائيات الديوان الوطني للمخدرات (يرجع الطالب

إلى هذا الرابط https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/documents/document1.pdf تحت

عنوان المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها بتاريخ 2004 /11/24 (التوقيت 12:06) تقول هذه النشرة أن الجزائر سجلت أول إنذار للمخدرات سنة 1975 بثلاث أطنان من القنب المتورطين فيها أجنب، الإنذار الثاني كان سنة 1989 بطنين من راتنج القنب، لكن سنة 1992 شكلت تحولا جذريا

(1) السيد علي شتا، التفاعل الاجتماعي والمنظور الظاهري، منشأة دار المعارف، الإسكندرية 2000.

في انتشار المخدرات في الجزائر، وهذا يعني كما هو ملاحظ فترة العشرية السوداء حيث الانفلات الأمني الكبير الذي شهدته البلاد (حتى يستزيد الطلبة من الشواهد الإحصائية عبر السنوات التالية إلى غاية 2021 نوجههم إلى هذا الرابط https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/index.php?p=accueil)، هذا يشبه حالة الحروب حيث تتدخل جميع أنظمة المجتمع، وقد قدم "عايد علي الحميدان" كتابا قيما بعنوان أثر الحروب في انتشار المخدرات يبرز فيه كيف تنخفض المناعة النفسية والاجتماعية للأفراد في ظل انخفاض الوازع الديني والعامل الإيماني كقوة مولدة للمعنويات وطاقة التحمل، وتستمر الهزات الارتدادية بما يسمى اضطرابات ما بعد الصدمة تظهر آثارها في انتشار الانحراف والإدمان، لمن يريد قراءته هذا رابطته <https://repository.nauss.edu.sa/bitstream/handle/123456789/54182/9960-9902-5-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

وقد عرفت الجزائر أزمات متتالية ضربت استقرار منظومات هامة كالمنظومة التعليمية التي دخلت نفقا مظلما من الإصلاحات الفاشلة، والمنظومة (المسجدية) التي فقدت تأثيرها جراء تبيسها في خطاب ديني تقليدي لم يعد يقنع الشباب في عصر العولمة والعلم، وعدم مشاركتها الفاعلة في الحياة اليومية للمجتمع، وانعزالها داخل المساجد حيث لا نعتقد أنها الوجهة المحببة للمدمنين اللهم إلا طالبي المساعدة من تلقاء أنفسهم، كما أنها دخلت لعبة النشاط الرماضاني المناسباتي مثلها مثل المؤسسة الإعلامية، والنشاط الجمعياتي، وغياب شبه تام لمجتمع مدني فاعل.

2/I المخالطة الاجتماعية:

المكان العام_ (ليس بمفهوم المجال العام الهابرماسي، وإنما بمفهوم المكان العام المادي المشترك داخل حدود الحي (l'espace physique) هو الآخر مجال اجتماعي مفتوح على التفاعل والتواصل، يعاد فيه صنع السيطرة وتموضعات القوة، هل هي للأمن والضبط الاجتماعي والحكمة، أم للانحراف والفوضى والإدمان، لم يعد ذلك المكان الذي يحكمه بشكل ضمني أو علني كبار الحي وحكماؤه أو عقلاؤه أو مثقفوه، لقد أزاح الشباب البطال والمدمن والمنحرف من طريقهم أي منافس في المكان العام خاصة في الأحياء الفقيرة التي لا يصلها الأمن إلا تحت وقع شجارات دامية، وبما أن هذا المكان هو للمعايشة الاجتماعية والمخالطة فإن الكثير من المراهقين والشباب المتعلم وغير المتعلم، العامل وال"حيطيست" يُستدرج لتعلم استهلاك المخدرات في شوارع وأزقة وطرق الحي، وأحيانا يقسم هذا المكان تقسيم زمني فالنهار للعامة من شباب وشيوخ الحي العاديين، ومساء ابتداء من توقيت معين غالبا ما يكون بداية انسلاخ النهار وانبعاث

الليل يكون للمدمنين والمروجين، فقد ذكر محمد سلامة غباري⁽¹⁾ بعض الدراسات حول التأثير الكبير لبيئة الحي على انتشار الإدمان والانحراف مثل دراسة Clifford R. Shaw عالم الاجتماع الأمريكي المختص في دراسة الانحراف توصل إلى أن الحي يلعب دور كبيراً في انتشار الإحراف والإجرام والإدمان، فبعض الأحياء تتحول إلى مناطق جناح (zone de délinquance) delinquency area

الأصدقاء والرفقاء سواء في المدرسة أو الجامعة أو العمل أيضاً مجال للمخالطة الاجتماعية غير الآمنة إذا كانوا من المدمنين أو المنحرفين، فقد ذكر تقرير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات في تقريره الختامي لسنة 2008 للدراسة الوبائية عن تفشي المخدرات في الجزائر أن تقليد الأصدقاء يأتي في المرتبة الأولى لأسباب التعاطي، ثم البحث عن السعادة، ثم ملء أوقات الفراغ، ثم نسيان الواقع، ثم من أجل تجاوز مخاوف الاتصال الاجتماعي، ثم لتجاوز الآلام المعنوية، ثم القلق، ثم التغلب على المخاوف عامة (يمكن للطلبة تحميل الملف من

https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_fr/documents/document8.pdf)

في نظرية المخالطة الفارقة التي ذكرناها في المحاضرة السابقة فإن المدمن لا يميل إلى الإدمان إلا بعد مخالطة المدمنين والتعلم منهم، غير أن الناقد لهذه النظرية يرون أن الفرد يحمل شخصية قابلة للوقوع تحت تأثير الآخرين بسهولة، لكن الجميع يتفق أن الأقران في العصر الحديث حيث ضعفت سلطة الكبار أصبح لهم تأثير قوي على بعضهم.

3/I المؤسسة الإعلامية:

لفت انتباهنا كثيرا كم أخبار الجريمة والإدمان والفشل وتتبع الفضائح في الصحف والقنوات التلفزيونية الوطنية والدولية إلى درجة مثيرة للبؤس، فهو عرض مستفز يتكرر علينا يوميا، يشدنا نحو انهيار المعنويات وفقدان الثقة والسقوط في دوامة الفزع والخوف والرغبة، يعيد تشكيل عقولنا بعيدا عن نماذج النجاح والقيم العالية، ناهيك عن أفلام العنف والجريمة والانحراف الذي لا يخلو أبدا من تجار المخدرات والإدمان، فإذا أضفنا ألعاب الفيديو غير المراقبة تماما - فهي سوق حرة بكل المقاييس- يغدو الأمر تراجيديا ولا إسخيلوس وسوفوكليس لها، فإنها تذكرنا بالحوت الأزرق ولعبة مريم ولعنات كثيرة ليست تحت مراقبة أحد بما في ذلك الأسرة، وتأتي الأغاني الهابطة التي تتغنى بالمخدرات والمسكرات لتختتم هذه التراجيديا المتحالفة ضد القيم في عالم معولم مفتوح على مصراعيه، تدعونا لإعادة النظر في أساليب التنشئة والتربية والتعليم، أساليب

(1) محمد سلامة محمد غباري، مرجع سابق، ص. 107.108

أعانني الطلاب أنفسهم على استيعابها تفتح على قدرة العقل البشري على معرفة معرفته وإعادة تشكيل قدرته على التمييز.

4/I الأترنت:

إذا دخلت البيت متعبا وجائعا ولم تجد شيئا يأكل لم تعد مشكلة، أدخل الننت ابحت عن أي متجر مأكولات واختر ما شئت استلقى نصف ساعة على الأكثر بعدها سيدق جرس الباب حاملا لك ما تريد من الأكل، نفس الشيء قد تفعله مع الملابس أو الأحذية أو الأثاث (مع العلم أم الجرائر بدأت تقفز نحو الأمام في التجارة الإلكترونية) هذا الوجه الطيب للأترنت الذي نحبه نحن الذين نعتقد أننا عقلاء العالم، الوجه الآخر القبيح بالنسبة لنا، الطيب بالنسبة للمدمن أنه يستطيع أن يفعل نفس الشيء مع سيجارة حشيش أو غرام كوكايين أو علبة بيرة أو غيرها. لم نعد حتى قادرين على تصور أو تخمين ما يمكن أن تفعله الأترنت بالشباب، ما يمكن أن تسهله لهم من إدمان وانحراف وجريمة، تطورت أساليب المروجين مع تطور التكنولوجيا وأصبحت لهم مواقع على الننت للبيع والشراء⁽¹⁾، يستدرجون الشباب بطرق جديدة إذ يعرّفون بالمادة النفسية ويزينونها مستعرضين خبرات تعاطيها وكيفية استهلاكها وكأنهم يقدمون وصفة طبية، إنه تحدي صعب يعيدنا إلى نقطة البداية الحصانة الأسرية والفكرية.

II/ العوامل الاقتصادية:

البطالة والفقر دافعان قويان للإدمان، هاته الفئة الهشة في كل دول العالم تتحول إلى أيدي عاملة لدى تجار المخدرات والمروجين، أحيانا يتحول المدمن البطل أو الفقير إلى مروج ليتسنى له الحصول على المخدرات أو يتحول إلى لص ومجرم، وأحيانا أخرى البطالة والفقر تدفعهم للعمل كمروجين والتحول إلى مدمنين، وحتى إنتاج المخدرات ثبت أن مصدرها الأول الدول الفقيرة كأفغانستان وكولومبيا والبيرو وبوليفيا والمكسيك ومانيمار والمثلث الذهبي (تايلاند، لاوس، بورما) والمغرب، هذا لا يعني أن أبناء الأغنياء لا يتعاطون المخدرات فكما الفقر سبب للإدمان فإن المال الوفير أيضا يؤدي إلى الإدمان كما يقول محمد سلامة غباري⁽²⁾ خاصة إذا وجد أبناء لم يتعبوا في جمعه وتعودوا على الأخذ دون حساب، أو إذا جاء ذلك المال بطرق سهلة أو مشبوهة.

(1) ذياب موسى البداينة، مرجع سابق، ص. 47.43

(2) محمد سلامة محمد غباري، مرجع سابق، ص. 143

مراجع المحور الرابع

- 1- السيد علي شتا، التفاعل الاجتماعي والمنظور الظاهري، منشأة دار المعارف، الإسكندرية 2000
- 2- خالد حمد الهنداوي، المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، وحدة الدراسات والبحوث، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، قطر 2013
http://www.gcc-cic.org/uploads/book_1392276747.pdf
- 3- نياي موسى البداينة، الشباب والأنترنت والمخدرات، ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2012
- 4- عبد الله خوخ وفاروق عبد السلام، الأسرة العربية ودورها في الوقاية من الجريمة والانحراف، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض 1989
- 5- عبد الرحمن عيسوي، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 1985
- 6- محمد سلامة محمد غباري، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر، 2007
- 7- نوربير سيلامي بمشاركة مائة وثلاثة وثلاثين اختصاصيا، المعجم الموسوعي في علم النفس، تر: وجيه أسعد، الجزء الثاني، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، ط1، 2001

8- Martine Segalen. Sociologie de la famille, 2^{ème} éd Paris. 1981

9- Monique Allés Jardel. Des Compétences Parentales Aux Compétences Sociales Chez le Jeune Enfant in Education Familiale Image de Soi et Compétences Sociales, collection pédagogie et développement, série 2^{ème} éd recueils, Belgique, 1995

10- Pierre Tap. Education Familiale et Personnalisation in Education Familiale Image de soi et Compétences Sociales, collection pédagogie et développement, série 2^{ème} éd recueils, Belgique, 1995

المحور الخامس: الآثار المختلفة للإدمان

المحاضرة العاشرة: آثار الدمان على مستوى الأفراد

نتناول في هذه المحاضرة الآثار المختلفة للمخدرات وتجارة وإدماننا، إننا لا نرى سببا وجيها يفصل بين الإدمان على المخدرات وتجارة المخدرات التي تريد لها أمريكا وبعض الدول الغربية أن تتحول إلى اقتصاد عالمي مشروع، العلاقة بين الإدمان والترويج علاقة بسيطة ومعقدة في نفس الوقت، بسيطة حيث من البدهة أن نربط بين استهلاك الشيء وعرضه في السوق، ومعقدة لأن إنتاج المخدرات وتجارها يدار بين لاعبين كثر كصناع الفوضى الخلاقة، والانقلابات، والحروب، والجريمة المنظمة الدولية العابرة للقارات، والإرهاب، ورجال المال والأعمال، ورجال السياسة ولا أدل على ذلك من الحكومة المغربية التي شرعت إنتاج القنب وعلى خطاها تسير بعض الدول، على الرغم من الآثار المدمر للإدمان والإتجار بالمخدرات على المستوى الصحي، والنفسي، والأسري، والاجتماعي، والاقتصادي، وحتى السياسي، وهذا ما نتطرق إليه في هذه المحاضرة.

I / عرض المشكلة:

يطلق على أي عامل قادر على أن يسبب أزمات صحية أو نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية عامل خطر، علينا أن نقدره من أجل صياغة استراتيجية مواجهة انطلاقا من مقاربة إبيديمولوجية ترصد وتتشرف وتقيّم أبعاد الخطر أو الوباء قبل تفشيه في كامل الجسم أو كامل المجتمع، وقد ظهر جليا من خلال الإحصائيات العالمية والوطنية أن المخدرات تجارة واستهلاكا تحولت فعلا إلى إبيديمي Épidémie تستنزف الصحة الجسدية والعقلية للشباب كما تستنزف اقتصاد الدول وتهدد استقرارها وأمنها، مقاربة من هذا النوع تستهدف العلاج والوقاية إذ لا يمكن الانتصار على ظاهرة الإدمان إلا بالأمرين معا علاج المدمنين وتقديم يد المساعدة ووقاية الآخرين من الوقوع في نفس الغواية.

ولأنه في بعض الأحيان تكون لغة الأرقام أبلغ من لغة الكلام، دعونا نعرض أولا إحصائيات للأمم المتحدة عن تفشي وباء المخدرات، ففي هذا الوقت الذي يمر به العالم من اجتياح وباء كورونا تقطن الناس أن لا دولة محصنة في عصر العولمة إلا بما تملك من إرادة وكتلة ديموغرافية واعية ووفية للوطن، هذه قاعدة تنطبق على كل شيء بما فيها المخدرات، مع العلم الإحصائيات التي نعرضها مصدرها تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC لسنة

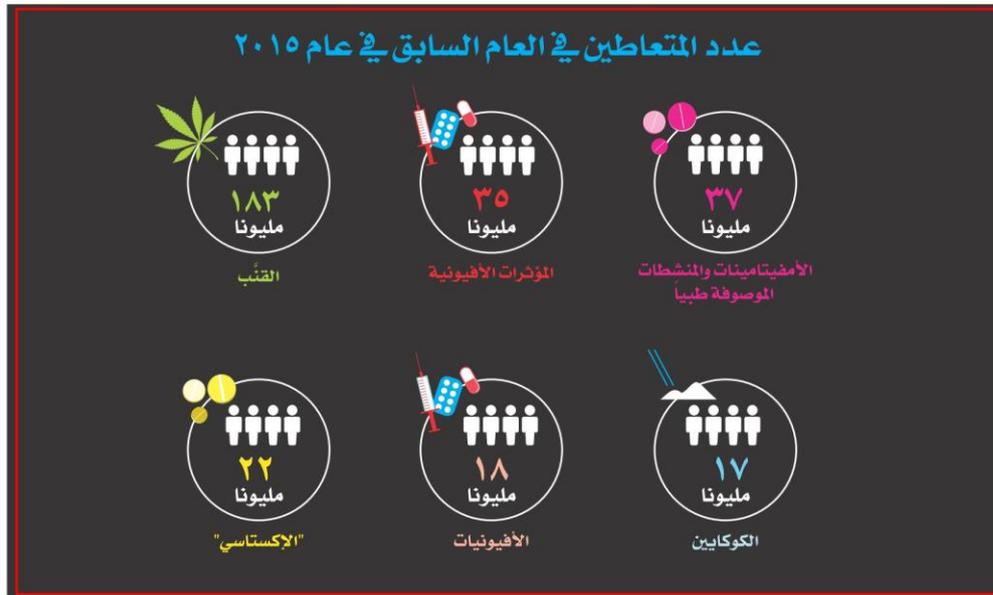
2017 لكنه مع الأسف يعرض إحصائيات تعود لسنة 2015

آثار الإدمان على المخدرات على مستوى الأفراد

تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة المنشور سنة 2017 يعرض مع الأسف إحصائيات سابقة تعود إلى سنة 2015 (إحصائيات 2019 صدرت حديثا وهي أغلبها تتوقف عند 2017، مفصلة جدا نحتاج لوقت أطول من أجل فرزها فقد جاءت في خمس منشورات)

1 - المرض والموت:

في تقرير لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة الصادر سنة 2017 الذي يعرض إحصائيات تعود إلى 2015 يكشف أن تعاطي المخدرات UNODC يأخذ أشكالا أكثر تعقيد وأعلى انتشارا، وهذا جدول يكشف مستوى انتشار تعاطي المخدرات عبر العالم خلال سنة 2015



تقرير المخدرات العالمي 2017

كما توضح الأرقام فإن عدد المتعاطين مرتفع خاصة الذين يتعاطون القنب وهو من المهلوسات إذ بلغ 183 مليون شخص عبر العالم سنة 2015، ويقدر عدد الذين تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل ربع مليار نسمة بمعدل 5% من مجموع سكان العالم البالغين أي 250 مليون نسمة.

في الجزائر قام الديوان الوطني لمكافحة المخدرات ONLCDT بالتعاون مع المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية CENEAP بدراسة حول مدى انتشار المخدرات في الجزائر وذلك سنة 2009 لمن أراد أن يطلع عليها هذا هو الرابط

https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_fr/documents/document8.pdf

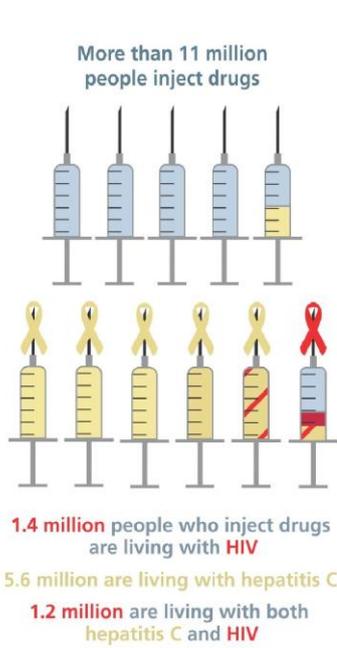
جدول يوضح النسبة المئوية لمدى انتشار استهلاك المخدرات خلال الحياة بالنسبة لمجموع السكان البالغين 12 سنة فأكثر (الدراسة أجريت سنة 2009، نشرت في 2010)
(يجب الإشارة إلى أن المسح تمّ على 9240 أسرة إمتنع 2.9% عن الإجابة و5.3% أسرة غائبة)
قمنا بتركيب الجدول من مجموعة من البيانات

من خلال الجدول نفهم أن 2.15% من مجموع السكان الجزائريين البالغين أكثر من 12 سنة يتعاطون خلال الحياة المخدرات بكل أنواعها المشار إليها في الجدول وذلك إلى غاية سنة 2009 سنة إجراء الدراسة والتي مرّ عليها الآن إحدى

مج	مواد أخرى	محوّلات عضوية	أنفيتامينات	مؤثرات العقلية	كراك	محفظات النشوة	كوكايين	هيروين	أفيون	القتب	
3.50	0,07	90,1	0,14	1,12	0,00	0,03	0,08	0,03	0,14	2,72	ذكور
0.96	0,01	010,	0,02	0,89	0,01	0,01	0,02	0,00	0,01	0,04	إناث
0.38	0,03	060,	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	15-12 سنة
1.38	0,09	40,1	0,03	0,63	0,00	0,03	0,05	0,05	0,03	0,97	19-16 سنة
2.72	0,05	40,1	0,14	0,91	0,01	0,04	0,07	0,02	0,11	2,02	39-20 سنة
2.15	0,01	050,	0,02	1,43	0,00	0,01	0,04	0,01	0,03	0,78	أكبر من 39
2.15	0,04	00,1	0,08	1,00	0,01	0,02	0,05	0,02	0,06	1,30	مج

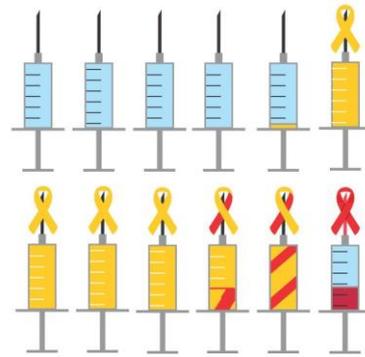
عشرة سنة، الشباب بين 20 سنة و 39 سنة هم الأكثر استهلاكاً للمخدرات والذكور أكثر من الإناث، واستهلاك القتب أكثر من أية مادة نفسية أخرى، فنحن جيران المغرب وهي الدولة رقم واحد في إنتاجه وتسويقه، يبقى الأفيون والكوكايين والهيروين والكراك المواد الأكثر فتكا بحياة المتعاطين من حيث الوفاة وهي الأقل انتشاراً لدى الجزائريين، لكن إذا كان القتب لا يقتل كثيراً فإنه الأكثر فتكا بالعقل والذاكرة وصانع للقلق والهلاوس والوساوس.

المتعاطون معرضون لأمراض قاتلة يظهرها الجدول التالي (قمنا بدمج تقرير 2017 مع تقرير 2019 حتى تسهل المقارنة على الطلبة)



مكتب الأمم المتحدة المعني
بالمخدرات والجريمة
تقرير المخدرات العالمي 2019

١٢ مليون شخص يتعاطون المخدرات بالحقن



١,٦ مليون من متعاطي المخدرات بالحقن مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية

٦,١ ملايين من متعاطي المخدرات مصابون بالتهاب الكبد من النوع C

١,٣ مليون من متعاطي المخدرات مصابون بالتهاب الكبد من النوع C وفيروس نقص المناعة البشرية معا

مكتب الأمم المتحدة المعني
بالمخدرات والجريمة
تقرير المخدرات العالمي 2017

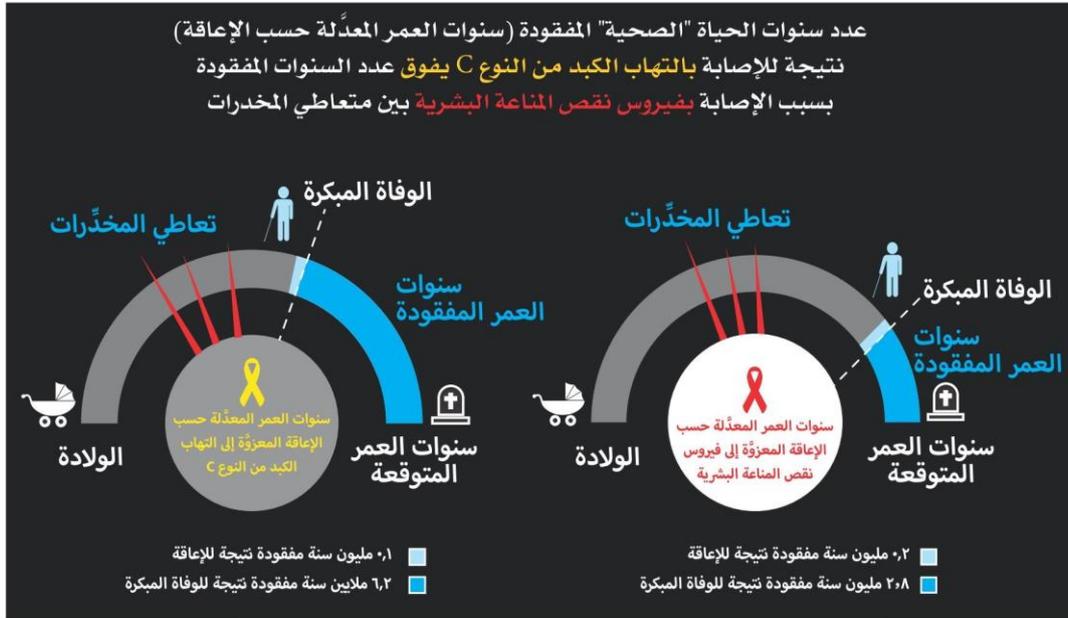
مدمن الحقن وحده معرض لثلاث أمراض فتاكة: فيروس نقص المناعة، فيروس التهاب الكبد نوع C وهو النوع الأخطر (يطلق عليه الجزيرون بوصفاير الأسود)، وقد يلتقي الفيروسان معا في جسد المتعاطي، كما ينتشر السل بين المتعاطين مقارنة بعامة السكان 8% عند المدمنين مقابل 0.2% لدى عامة الناس، ومجموع عدد المدمنين من غير الحقن الذين يتعرضون لأزمات صحية بلغ 29.5 مليون من متعاطي المخدرات (لقد رأينا في المحاضرات الأولى تأثير كل مخدر على صحة وعقل الإنسان)، والمخدرات الجديدة حسب نفس المصدر السابق أشد فتكا من حيث الوفاة والمرض غير أن سوقها مازالت جديدة وصغيرة، وقد ذكر تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB لسنة 2019 (ص1) أن 31 مليون شخص ممن يتعاطون المخدرات يعانون من أزمات صحية واضطرابات ناشئة عن التعاطي وهي تكون لدى الشباب من 15 إلى 25 سنة أعلى لأنهم الأكثر تعاطي للمخدرات.

لدى متعاطي المخدرات، يفوق عدد الوفيات
بسبب التهاب الكبد من النوع C عدد
الوفيات بسبب فيروس نقص المناعة البشرية



وقد أشار تقرير INCB السالف الذكر نقلا عن منظمة الصحة العالمية أن وفيات الشباب بين 18 و29 سنة شكلت 4.8% سنة 2015 من مجموع الوفيات 23.1% منها يعود سببها إلى الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، وذكر نفس التقرير في الكتيب الثالث منه أن عدد الوفيات المبكرة بسبب المخدرات قدرت بـ 190000 حالة

في حين تقرير UNODC قدم حوصلة لسنوات العمر المفقودة بسبب المرض أو الإعاقة أو الوفاة الناجمة عن الإدمان، وهي كلها طاقة بشرية مهدرة اقتصاديا واجتماعيا من جهة، ومن جهة ثانية المرضى والمعوقين بسبب الإدمان عبء اجتماعي واقتصادي يحتاجون إلى الرعاية الصحية (عبء المرض) والإنفاق، يختزلها التمثيل البياني التالي:



تقرير المخدرات العالمي 2017

هذا الجدول البياني يعرض لنا الإهدار البشري، فبسبب المخدرات تهدر البشرية سنوات من العمر بسبب الموت المبكر، أو بسبب الإعاقة الناتجة عن الإدمان والتي قد تكون مرض أو سجن أو غيابات مستمرة عن العمل أو بطالة... حيث يصبح الشخص عالة وليس منتج، صحيح أنها تبدو حسابات مادية بحثة لكن الأمر غير ذلك، لنفترض أن الشخص س عمره 40 سنة أصبح مدمنا في الثامنة عشر من العمر، عمل في العشرين من العمر 3 سنوات، ثم طرد بسبب الغيابات الكثيرة وسوء السلوك، وأصبح عالة على والديه أو لصا أو مجرما أو مروّجا، كم عمره المنتج في الحياة 3 سنوات فقط مقابل 17 سنة يستند على غيره أو يأخذ من غيره عنة أو بطرق مشبوهة، في حين خلقه الله ليكون طاقة فاعلة تقدم الإضافة في الحياة.

2- العبودية للمخدرات:

أمر آخر لا يتحدث عنه الطب ولا الإحصائيات تسميه منظمة الصحة العالمية *dépendance* (addiction) بمعنى معتمد أو مرتهن لكن في الحقيقة الكلمة لها مرادف آخر أيضا *serf* بمعنى العبد أو القن أو الرق، ناضل الإنسان منذ فجر التاريخ وفي كل الحضارات والثقافات لإلغاء الرق إلى غاية القرن العشرين 02 ديسمبر 1949 تاريخ أول اتفاقية هيئة الأمم المتحدة لإلغائه وكانت آخر دولة تلتزم بها موريتانيا سنة 1981، لكن العبودية عادت بوجه آخر عبودية المخدرات حيث يتحول المدمن إلى تابع يحيا تحت تأثيرها ويخضع لقهرها، في دراسة لـ فريدمان

وركفور نقلًا عن عبد العزيز بن عبد الله البريثن⁽¹⁾ أن الجنود الأمريكيان في الحرب العالمية الثانية كانوا ينسحبون من المعارك لتعاطي الحشيش، يحدث هذا أثناء المعارك الحربية ومع جنود نظاميين مما يظهر جليا استعباد المخدر للذات الإنسانية، احتاج الإنسان إلى آلاف السنين ليتحرر من الرق على الرغم من أنها عبودية تأتي من الخارج، نخشى أن تغرق البشرية في هذه العبودية الجديدة عبودية الذات للذات في صورة خضوع الإرادة الحرة لمادة نفسية، ونحن نقرأ الكثير من التلميحات والبرمجة العقلية التي يمارسها الغرب من أجل تقنين وشرعه المخدرات تحت مسمى اقتصاديات الطبقات الهشة والدول الفقيرة، في حين تثبت الوقائع أن أموال المخدرات تدير بها الدول القوية الحروب بالوكالة وتصنع بها الفوضى التي تخدم مصالحها.

3 - تغير الأحوال الجسدية والنفسية والاجتماعية:

تترك المخدرات بصمتها في حياة الفرد جسديا ونفسيا (وقد سبق أن ذكرنا ذلك في المحاضرات الأولى) كالهزال الشديد، والضعف، والخمول المستمر، اصفرار الوجه، زرقة الشفتين، ارتعاش اليدين، اضطراب النطق، احمرار العينين، انخفاض ضربات القلب، هبوط في ضغط الدم، فقدان الشهية... زد على ذلك الأضرار النفسية من اكتئاب، وساوس انتحارية، هشاشة، الشعور بالعار، الانطوائية، اضطراب الإدراك، تقلب المزاج، الفصام، فقدان الإرادة الحرة... والأضرار الاجتماعية من نبذ، عزلة واغتراب، مشاكل أسرية، تفكك عائلي، طلاق، عدم استقرار، عنف، فشل دراسي، ضعف المردودية في العمل وأحيانا يتعرض المدمن للطرد، إمكانية الانحراف عند الحاجة المادية أمام قهر الاعتماد (العبودية)... وأخطرها جميعا البعد عن الله وتضييع الدين.

(1) عبد العزيز بن عبد الله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، ط1، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002، ص.149

المحور الخامس: الآثار المختلفة للإدمان

المحاضرة الحادية عشر: آثار الدمان على المستوى الاجتماعي والاقتصادي

I / على المستوى الاجتماعي:

بليغ جدا قول أرنولد و اشنطن ودونا باوندي⁽¹⁾ أن أشكال الإدمان تؤثر على الجميع، فالواحد منا يعرف في أضعف الأحوال واحد من المدمنين على الأقل، وكل مدمن يؤثر في عشرة آخرين تأثيرا مباشرا وهم الذين يتعامل معهم المدمن بشكل مباشر وبصورة منتظمة، يجعل حياتهم كئيبة وعنيفة وغير مستقرة، لم تعد هذه الصورة محصور في أمريكا، منذ وقت ليس ببعيد نحن الجزائريون لم نكن نعرف في المحيط القريب أو حتى البعيد نسبيا مدمنا واحدا والآن صرنا نعرف على الأقل اثنين، جميعنا يصيبنا الضرر من الإدمان وليس المتعاطي فحسب، نصبح جميعا كما يقولان نعيش في مجتمع خارج السيطرة، ويزيد معدل الخطر، ويضعف معدل الأمن على المدمن وغير المدمن.

بعض الدراسات العربية والغربية تثبت علاقة الإدمان بالجريمة غير أننا نستشهد بدراسة مصطفى سويف⁽²⁾ وهي دراسة إبيديمولوجية (وبائية) أجراها تحت رعاية المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (مصر) على عينة تتكون من 4% من طلاب جميع الجامعات المصرية وكان عددها 12797 طالب و7255 طالبة كشفت الدراسة عن علاقة ارتباطية إيجابية قوية بين تعاطي المخدرات والسلوك المنحرف، وأهم مظهرات السلوك المنحرف كانت السرقة، المشاجرات، الهروب من المنزل، الضرب، الوقوع في متاعب قانونية مع الشرطة.

ذكر تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB أن المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات قد يلجؤون إلى ارتكاب أعمال غير مشروعة أو إجرامية لتغطية نفقات المخدرات مما يزيد عبء الجريمة على كاهل المجتمع. لكن نسجل أنه يوجد تياران فكريان في مسألة ربط المخدرات بالسلوك المنحرف أو بالإجرام، تيار متحمس لمحاربة المخدرات يبحث عن أدلة تربط المخدرات بالجريمة، يعتمد على قراءة إحصائية لعدد الموجودين بالسجون الذين

(1) أرنولد و اشنطن ودونا باوندي ، مرجع سابق، ص.38

(2) مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة، العدد 205، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، يناير 1996، ص.163.165

تعاطوا المخدرات خلال الحياة أو آخر 12 شهر قبل وقوعهم في مشكلات قانونية، أو دراسات عن المراهقين المنحرفين وعلاقتهم بالمخدرات، وتيار فكري آخر متحمس لتحسين صورة مستهلكي المخدرات وبالتالي إعادة تقديم المخدرات للعالم في صورة محسنة (نشك أنها تخدم المال والسلطة والهيمنة والفوضى الخلاقة)، Serge Brochu (1) واحد ممن درسوا العلاقة بين المخدرات والجريمة رغم أننا نراه متحيزا هو الآخر إلا أنه تكلم مسبقا عن تدخل التوجهات الإيديولوجية ذات البعد الاقتصادي والسوسويو-سياسي في توجيه البحوث العلمية، والدراسات حول المخدرات هي أيضا ذات توجهات موجهة، صحيح أنه أراد أن يظهر أن دراسته أكثر موضوعية لكنها لم تخلو أبدا من جهود تأويلية أرادت أن تبعد شبهة العنف والانحراف والجريمة عن سلوك استهلاك المخدرات.

La science, faut-il le rappeler, se forge dans un contexte économique et sociopolitique dans lequel les rapports de pouvoir influencent nos objets d'études de même que nos connaissances. En ce sens, la science n'est jamais pure, elle se construit dans un contexte sociohistorique donné qui aura une influence sur la perception des objets d'études

لكن لا أحد يجعلنا نشك في قوله تعالى >>إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ<< (المائدة 91)

والفقهاء يقيسون المخدرات على الخمر فكلاهما تتلاعب بالعقل والإدراك السليم، وكيف توقع العداوة والبغضاء بين الناس إذا لم ينتج عن تعاطيها مذموم السلوكيات من تفكيك للروابط الأسرية والاجتماعية، والعدوان والعنف المثير للعداوات.

على مستوى الدول والعالم يوجد أدلة دولية أكيدة عن علاقة المخدرات بالجريمة المنظمة والإرهاب والعنف عبر العالم، يمكن العودة إلى تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لسنة 2017 الجزء الخامس المتعلق بمشكلة المخدرات والجريمة المنظمة والفساد والإرهاب من هذا الرابط

https://www.unodc.org/doc/wdr2017/WDR2017_Booklet5_Arabic.pdf

II / على المستوى الاقتصادي:

II / 1 - أعباء اقتصادية كان يمكن تفاديها

رأينا في الجزائر وفي العالم كم شخصا خلقه الله حرا تحوّل إلى عبد المخدرات بعد أن تخلصت البشرية من ظاهرة الاسترقاق، فتحوّل إلى عبء اقتصادي بدل أن يكون منتج اقتصادي، وما زاد الطين بلة أن مضاعفات استهلاك المخدرات تجر خلفها ميزانية معتبرة لمحاربة جريمة الإتجار بها ومحاربة

(1) Serge Brochu, Drogue et criminalité: une relation complexe, 2^{ème} éd, les Presses de l'Université de Montréal, 2006, p.5

تعاطيها ونفقات التوعية والمرافقة، ونفقات إنشاء مراكز التكفل الصحي والنفسي والاجتماعي بالمدمنين، كان يمكن أن تستثمر تلك الأموال والجهود في مجال التنمية وتطوير المجتمع والأفراد، في الجزائر حسب موقع الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها يوجد 41 مركز يشتغل عبر مختلف ولايات الوطن، هذا الرابط تحمّلون منه جميع عناوين المراكز وأرقام الهواتف.

https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/coord_cst/cst_ar.pdf

هذه المراكز هي أموال معتبرة أنفقت على بنائها وتجهيزها وتنفق على طواقمها الطبية وموظفيها كان يمكن أن تنفق على تنمية المجتمع وتطوير قدراته، فالمخدرات والمسكرات من بين جميع المواد السامة كالتبغ والشمة هي الأكثر استنزافا لميزانية الإنفاق العام، جراء ما تسببه من أزمات نفسية واجتماعية وصحية تدفع الدول للإنفاق على التكفل بؤلائك المدمنين.

والحقيقة تعاطي المخدرات يستنزف أيضا أموال الحياة الكريمة والذات المتوازنة، المتعاطي إن كان ينفق من جيبه الخاص فهو يقطع من أموال ذاته المتوازنة التي تحتاج إلى التكفل بحاجاتها وتطورها لينفق على ذاته غير المتوازنة التي تجره نحو الاستقالة من الحياة المجتمعية السوية وتدفعه نحو العبودية، أمّا إذا لم يكن ينفق من ماله الخاص فهو يستنزف ميزانية الأسرة سواء كان متزوجا أو غير متزوج، أموال كان يمكن أن تنفق لتحسين المستوى المعيشي لأفراد الأسرة جميعهم، وصدق المثل الجزائري الذي يقول "يا شاربي الهم بالدرهم".

2/II - أراضي زراعية تتحول إلى أراضي مخدرات

ذكر تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC (الكتيب الثالث، ص12) أن مساحة زراعة خشخاش الأفيون بلغ 304800 هكتار سنة 2016 في العالم، أفغانستان وحدها تزرع 201000 هكتار ومانيمار 55000 هكتار، دون الحديث عن بقية المخدرات، إنها أراضي زراعية خصبة تباد، ويتم إنتاج كميات هائلة من المخدرات، يمكنكم رؤية ذلك في إنتاج سنة 2016 الموضح في الرسم والمتعلق بالأفيونيات فقط.



تقرير المخدرات العالمي 2017 الكتيب الثالث (تحليل أسواق المخدرات النباتية)

في الجزائر لا توجد إحصائيات دقيقة باستثناء هذا الجدول الذي قمنا بتركيبه من إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها والمتعلقة بالكميات المحجوزة فقط، الرابط

[https://onlcdt.mjjustice.dz/onlcdt_ar/donnees_statistiques/bilan\[2019\].pdf](https://onlcdt.mjjustice.dz/onlcdt_ar/donnees_statistiques/bilan[2019].pdf)

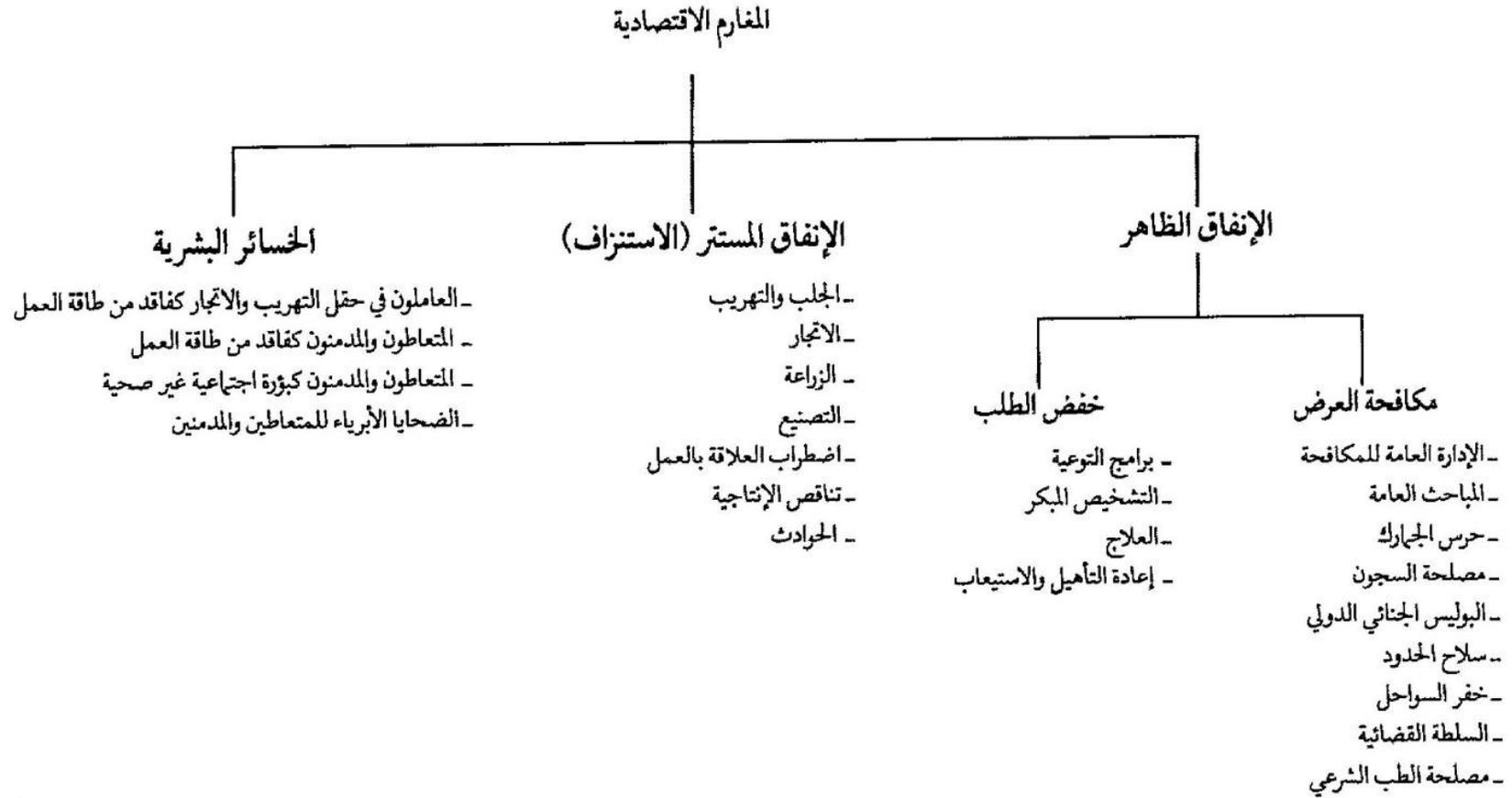
التغير بالنسبة المئوية	خلال الإحدى عشرة الأولى من عام 2019	خلال الإحدى عشرة الأولى من عام 2018	نوع المخدرات المزروعة	
605,15+	8,081	146,1	حشيش القنب	زراعة القنب بالكيلوغرام
63,48-	0,885372	2,42429	بذور القنب	
28,21+	1486 نبتة	1159 نبتة	نبات القنب	
88,42-	43	371,240	بذور الأفيون	زراعة خشخاش الأفيون بالغرام
2751,61+	884 نبتة	نبتة 31	نبات الأفيون	

كل الأراضي الزراعية التي تقدر بالهكتارات والمياه التي تسقى بها هو إهدار للقدرات الزراعية والفلاحية، في الوقت الذي تعاني فيه دول أخرى من الجفاف وقلة الأراضي الصالحة للزراعة ونقص الموارد الغذائية، قناطر القنب كان يمكن أن تكون قناطر قمح أو فاكهة، وهكتارات الحشيش كان يمكن أن تكون هكتارات للإنتاج الفلاحي النافع للبشرية.

3/II - تأثير المخدرات في دورة النشاط الاقتصادي

الأموال التي يجنيها كارتيلات المخدرات هي أموال كان يجب أن تدور دورتها الطبيعية في دورة الإنتاج، إنها أموال شرعية للمواطنين المدمنين، أي أموال دورة الاقتصاد الوطني تهرب نحو الخارج من أجل تبييضها وتخرج من الدورة مسببة عجزا في ميزان المدفوعات وندرة سيولة، ليس هذا فقط فدورة الإنتاج هي علاقة بين الاستهلاك والإنتاج مستمرة، لذا تخزين الأموال خارج النطاق البنكي أيا كان شكله يمنع الأموال دخول الدورة الاقتصادية فيؤدي إلى نقص في الإنفاق العام الذي يؤدي إلى الكساد، نقيس الأمر على الأموال التي تذهب لاستهلاك المخدرات فهي تخرج من دورة الاقتصاد الطبيعية ولنفترض أنها لم تهرب نحو الخارج لتبييضها في هذه الحالة تؤدي إلى تضخم في المجال الذي تذهب إليه تلك الأموال من أجل تبييضها وقد ذكر تقرير السالف الذكر في كتيبه الخامس أنها تذهب إلى سوق العقار مسببة تضخم في أسعار العقار بشكل كبير، كما ذكر بأنها تشوه أرقام الصادرات وتفاقم الفساد والمنافسة غير المشروعة، مما يدفع بعض التجارات المشروعة التي لا تستفيد من تلك الأموال غير المشروعة إلى الخروج من السوق، والجميع يعرف أشهر تلك المجالات المستفيدة والتي ذكرها تقرير UNODC (الكتيب الخامس، ص30) وهو سوق العقار وسوق السيارات، نوادي القمار، المطاعم، محطات البنزين، المراكز التجارية... يمكن إجمال الأضرار الاقتصادية في المخطط التالي لمصطفى سويف(1).

(1) مصطفى سويف، مرجع سابق، ص.178



مراجع المحور الخامس

- 1- آر نولد واشنطن ودونا باوندي، إرادة الإنسان في علاج الإدمان، تر: صبري محمد حسن، ط1، سلسلة المشروع القومي للترجمة، مصر، العدد 516، سنة 2003
- 2- عبد العزيز بن عبد الله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، ط1، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002
- 3- مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة، العدد 205، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، يناير 1996
- 4- تقرير المخدرات العالمي 2017

5- Serge Brochu, *Drogue et criminalité : une relation complexe*, 2^{ème} éd, les Presses de l'Université de Montréal, 2006

6- https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_fr/documents/document8.pdf

7- https://www.unodc.org/doc/wdr2017/WDR2017_Booklet5_Arabic.pdf

8- https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/coord_cst/cst_ar.pdf

9- [https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/donnees_statistiques/bilan\[2019\].pdf](https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/donnees_statistiques/bilan[2019].pdf)

المحور السادس: الجهود الدولية والوطنية في مكافحة المخدرات

المحاضرة العاشرة: الجهود الدولية والوطنية في مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية

كما ذكرنا في المحاضرات السابقة الأولى أن البشرية عرفت المخدرات في صورتها الطبيعية منذ قرون طويلة جدا تعود إلى ما قبل التاريخ، وكانت تُستخدم في حدودها الطبية كمسكنات للألم والأوجاع، لكن في العصر الحديث ابتداء من منتصف القرن التاسع عشر بدأت تنتشر المخدرات تجارة واستهلاكاً بشكل لم تعهده البشرية من قبل طبيعية ومخلقة، يقف خلف هذا الوضع أبطرة المال القدر من قوى الاستعمار العالمية مهددين استقرار اقتصاديات الدول وأمنها الاجتماعي والنفسي، مستغلين الوضع التاريخي المتمثل في الحروب والنزاعات العالمية خاصة في القرن العشرين الذي يطلق عليه البعض "قرن الدم"، حيث شهد حربين عالميتين وحروب استعمارية في شتى أنحاء العالم لم تسلم الجزائر منها، ناهيك عن حرب الأفيون الأولى والثانية التي سبق الحديث عنها في المحاضرات الأولى، مما يفتح أعيننا على استنتاج في غاية الأهمية وهو أن المخدرات احتضنتها الحروب وأزمات العنف والإرهاب والهيمنة ثم تحوّلت هي نفسها إلى حرب دائمة على سلامة المجتمعات وأمنها واستقرارها.

هذا الوضع المقلق جدا دفع المجتمعات البشرية إلى البحث عن مخرج حقيقية من نفق المخدرات المظلم، سواء على مستوى المتاجرة أو الاستهلاك، وما كام ليحدث هذا الاستهلاك الرهيب للمخدرات لو لم تولد تجارة أكثر رهبة تقودها عصابات منظمة.

سنتناول الجهود الدولية عموماً في مكافحة المخدرات والوقاية منها، ثم ننتقل إلى الجهود الوطنية الجزائرية على مستوى الدولة ثم على مستوى المجتمع.

I / الجهود الدولية في مكافحة المخدرات والوقاية منها:

من الغريب أن تفرض بريطانيا اتفاقية "نان جنج" مع الصين سنة 1842 للسماح لها بتجارة الأفيون على أراضيها والتي قبلتها الصين مضطرة أمام العدوان البريطاني دون أن تلتزم بها، مما دفع بريطانيا وحلفائها مرة أخرى سنة 1858 أن تفرض على الصين اتفاقية "تيان جين" وهي أكثر هيمنة واستفزازاً للصين حيث صار بإمكان بريطانيا وحلفائها فرض الأفيون على الصين عنوة، ومع بداية القرن العشرين كانت المخدرات قد بدأت تستفحل في العالم دون استثناء مما دفع المجتمع الدولي إلى إبرام مجموعة من الاتفاقيات الدولية تدعو إلى

التعاون من أجل مكافحة الإتجار بالمخدرات واستهلاكها، نذكر أهمها وهي تلك التي لاقت التأييد الدولي الكبير والفاعلية على مستوى التطبيق.

I/1 اتفاقية جنيف الدولية في 13 جويلية 1931 لمراقبة المخدرات:

لم يتم فيها إدراج سوى الأفيون ومشتقاته كمواد محضورة

I/2 الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961:

سعت إلى تحقيق ثلاث أهداف رئيسية وهي:

- تقنين المعاهدات الموجودة فعلا.

- تنظيم آليات جهاز المراقبة الدولية تحت جهاز أطلق عليه "الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات"

- توسيع نطاق المراقبة لتشمل زراعة النباتات التي تعتبر مواد خام للمخدرات الطبيعية، ومراقبة المواد المخدرة التخليقية التي تخضع لمراقبة بروتوكول 1948، ومنعت استعمال القنب من الاستعمال الطبي.

I/3 بروتوكول 1972 المعدل لاتفاقية 1961:

تم منع الإنتاج غير المشروع للمخدرات ومنع الاتجار فيها ومنع استعمالها، كما شدد البروتوكول على ضرورة توفير خدمات العلاج للمعتمدين وإعادة تأهيلهم وإدماجهم اجتماعيا.

I/4 اتفاقية 1917 للمواد ذات التأثير النفسي:

وضعت هذه الاتفاقية المواد النفسية تحت المراقبة لشدة خطورتها في إحداث الاعتماد والمعروفة بحبوب الهلوسة والمنشطات والمواد المهدئة أو المثبطة. اتفاقية مكافحة الإتجار غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية 1988: جاءت إثر تزايد عصابات المخدرات وعبورها الحدود الدولية، وقد قررت هذه الاتفاقية:

- تحديد جرائم وجزاءات موحدة بين الدول فيما يتعلق بالإتجار بالمخدرات والمؤثرات العقلية.

- تحديد إجراءات وتدابير تكشف المال القذر الناتج عن تجارة المخدرات والمؤثرات العقلية.

- تأمين تبادل المساعدات القانونية في مجال التحقيقات وتسليم المجرمين.

- التعاون الدولي بين أجهزة مكافحة المخدرات.

- تجريم إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية ونقلها وتوزيعها وتحويل ملكية المال الناتج عنها أو نقله.

I/5 الاتفاقية العربية لمكافحة الإتجار غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية 1994:

جاءت معززة ومؤكدة لأحكام اتفاقية 1988

II / الجهود الوطنية:

الجزائر بلد تعرّض لأعتى استدمار عرفته الدول دام قرن و اثني وثلاثين سنة، فلم يكن من الغريب أن تنتشر بعض الآفات الغربية عن المجتمع كتعاطي الكحول والتبغ الذين قدما مع الجنود الفرنسيين، وكان تعاطي الحشيش أو القنب الهندي محتشما حتى قبل الإستدمار الفرنسي، وكما هو الشأن في باقي دول العالم كان القرن العشرين ضربة موجعة للمجتمع الجزائري من حيث انتشار استهلاك وتجارة المخدرات والمؤثرات العقلية، خاصة خلال العشرية السوداء حيث ساهم الانفلات الأمني من تسهيل عبور المخدرات عبر الحدود الجزائرية، هذا الوضع دفع الدولة الجزائرية إلى البحث عن آليات مكافحة المخدرات والوقاية منها والتكفل بضحاياها، ويمكن إجمال أهم الجهود البارزة فيما يلي:

1/II اللجان الوطنية:

أ- اللجنة الوطنية للمخدرات:

تأسست سنة 1971 بمقتضى المرسوم 71-198 المؤرخ في 15 جويلية 1971 المتضمن إنشاء لجنة وطنية لمكافحة المخدرات يرأسها وزير الصحة أو ممثله، وتتكون اللجنة من 15 عضو يمثلون مختلف الوزارات يجتمعون مرة واحدة كل ثلاثة أشهر، وتتكفل هذه اللجنة بـ:

- دراسة المعاهدات والاتفاقيات والبروتوكولات الدولية في مجال اقتراح سبل تكييف تنفيذها مع ظروف الجزائر.

- حصر الاستخدامات الطبية لبعض المواد المخدرة والمواد النفسية ومراقبة التداول المشروع لها.

- المشاركة في التربية الصحية باقتراح سبل الوقاية والتربية في أوساط الجماهير.

ب- اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدمان:

تأسست بموجب المرسوم التنفيذي رقم 92-151 المؤرخ في 14 أفريل 1992 يرأسها وزير الصحة أو ممثله، وتتكون من عشرين عضوا يمثلون وزارة الصحة، والدوائر الوزارية المعنية بالمخدرات، واللجنة الوطنية للمخدرات، واللجنة الوطنية لمكافحة الإدمان، والديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، وهي مكلفة بـ:

- تقييم حجم الإدمان

- دراسة المعاهدات والبروتوكولات الدولية في مجال المخدرات والمؤثرات العقلية واقتراح طرق تكييف تنفيذها مع ظروف الجزائر والسهر على تنفيذها بعد المصادقة عليها.

- إصدار التوصيات والتدابير ذات الطابع الطبي والاجتماعي أو التنظيمي التي يفرضها الواقع

- اقتراح السياسة الوطنية في ميدان مكافحة الإدمان
 - تنظيم ملتقيات تكوينية وإعلامية حول مكافحة تجارة المخدرات والمؤثرات العقلية وحول علاج المعتمدين وإعادة تأهيلهم
 - ترقية الحركة الجمعوية التي تنشط في مجال الوقاية من المخدرات
- ج- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها:**

تأسس بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-212 المؤرخ في 9 جوان 1997 غير أنه وبسبب وضع البلاد عشرية التسعينات تأخر تنصيبه إلى غاية 2 أكتوبر 2002 وقد كُلف بـ:

- وضع إحصائيات عن حالة الاستهلاك والتجارة في المخدرات والمؤثرات العقلية
 - تحليل المؤشرات والميول المتعلقة بالمخدرات استهلاكاً وتجارة
 - إعداد مخطط توجيهي وطني لمكافحة المخدرات والإدمان واعتماد ذلك المخطط
 - إنفاذ تدابير مكافحة المخدرات والإدمان بتعزيز التنسيق مع مختلف القطاعات
 - تطوير التعاون الإقليمي والدولي في مجال مكافحة المخدرات
- يقوم الديوان من خلال لجنة التقييم والمتابعة بالتنسيق مع الدوائر الوزارية المعنية بقضايا المخدرات والإدمان ومصالح الدرك والشرطة والجمارك، والإعلام والتربية والاتصال، وجمعيات المجتمع المدني الناشطة في هذا المجال.
- د- اللجنة الوطنية لمكافحة الإدمان:**

تأسست بتاريخ 31 ماي 2004 للاهتمام بمشاكل الإدمان وعلاجه والاهتمام بآليات التكفل بالمعتمدين

II/2 التشريعات:

* الأمر رقم 9-75 المؤرخ في 17 فيفري 1975 متعلق بقمع الإتجار والاستهلاك غير المشروع للمخدرات، حيث حدد العقوبات المتعلقة بالمخالفات المرتبطة بالمخدرات.

* القانون رقم 05-85 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية وترقية الصحة حيث حدد في المواد 242 إلى 259 الأحكام الجزائية المتعلقة بجرائم المخدرات.

* القانون رقم 04-18 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها، وهو القانون الساري المفعول به الآن عالج مسائل المخدرات والإدمان من حيث:

- الوقاية والقمع
- فرق في مجال الإدمان بين الضحية والمجرم مع رفع المتابعة القضائية على الأشخاص الذين يقبلون متابعة العلاج الطبي.
- وسّع العقوبة إلى الأشخاص المعنويين

- شدّد العقوبة في حالة الترويج في أوساط الأحداث وفي مؤسسات التعليم
III/ العلاج والتأهيل:

من أجل التكفل بالأشخاص المعتمدين من حيث تقديم العلاج المناسب وإعادة تأهيلهم وإدماجهم في المجتمع تمّ إنشاء 15 مركز وسيط للعلاج عن طريق الإقامة، و30 مركز وسيط دون إقامة. وهي تنقسم إلى ثلاث أنواع:

1/III المراكز المتخصصة: وهي التي تتوفر على إيواء جماعي، تستقبل فقط الأشخاص الذين هم في حالة فطام (أي الذين توقفوا عن التعاطي) ابتداء من وقت الانقطاع، تقدم لهم الدعم لاستعادة التوازن النفسي وإعادة الإدماج الاجتماعي والمهني.

2/III مراكز العلاج الخارجي: تقدم العلاج الطبي والنفسي والمرافقة الاجتماعية لكن دون إيواء.

3/III المراكز المتخصصة الموجودة على مستوى المراكز العقابية: تقدم التكفل الطبي والنفسي للمدمنين المسجونين، وتحضير خروجهم للاندماج في المجتمع. العلاج هو الآخر يتم على مراحل:

* **مرحلة ما قبل العلاج:** مقابلات مهمة جدا نجاحها يؤدي إلى مد جسور الثقة بين المدمن ومركز العلاج، كما أنه يتحقّق أكثر للمساعدات التي تقدم له

* **مرحلة الفطام (le sevrage):** هي مرحلة طبية أكثر يحث يقوم أطباء مختصون بتخليص الجسم من السموم، والتخفيف من آلام ومعاونة ملازمة الانسحاب.

* **مرحلة العلاج النفسي الاجتماعي:** هذه المرحلة في غاية الأهمية إذا نجحت يتحرر الشخص من عبودية المخدرات إلى الأبد وإن فشلت يعود الشخص من جديد إلى عبوديتها، فالكثير من أسباب التعاطي ذا منشأ نفسي اجتماعية لذا لا بد من التركيز على تحضير المتعافي لمواجهة الضغوطات والصمود في وجهها واسترجاع ثقته بنفسه وإرادته.

* **مرحلة التأهيل والإدماج الاجتماعي:** الهدف منها مساعدة المتعافي على إعادة إدماجه العائلي والمجتمعي بتحسين علاقته مع أسرته ومع الآخرين، وإذا استدعت الضرورة فإن طاقم العلاج يقوم بالاتصال المستمر مع أسرة المتعافي والتعاون معها لمراقبة التعافي التام له وتدريبهم على الاكتشاف الاستباقي لإمكانية حدوث النكسة بقصد التصرف الوقائي، كما يتم تأهيل المتعافي مهنياً بتجاوز المشاكل التي تمنعه من العودة إلى عمله أو من إيجاد عمل ما.

يأتي المعتمد من تلقاء نفسه بغية التعافي من الاعتماد، والبعض الآخر يتم إرسالهم من مستشفيات الأمراض العقلية، أو العامة، أو من قبل جمعيات مدنية، أو من مراكز الإصغاء، أم من قبل الهيئات القضائية عن طريق أمر بالإخضاع

للعلاج، ويدوم العلاج 21 يوم حيث يخضع المعتمد لعلاج دوائي تحت إشراف أطباء مختصين، إضافة إلى علاج نفسي ضمن مجموعة أو فردي، كما يخضع لمجموعة من النشاطات الرياضية، وتوفر له بيئة للترفيه والألعاب وجولات في الهواء الطلق، وحتى بعد خروج المعتمد فإن الفريق الطبي يبقى في اتصال مستمر امتداد انتشار استهلاك المخدرات إلى مختلف الشرائح السكانية الجزائرية

السكان	عدد المستهلكين	النسبة المئوية	الجنس	الفئة العمرية
1357145	1033	0,0772	ذكور	15-12 سنة
1312016	2143	0,1602	إناث	
2669161	3175	0,1190	المجموع	
1470863	22233	1,5689	ذكور	19-16 سنة
1425448	2442	0,1723	إناث	
2896311	24675	0,8519	المجموع	
6164424	149009	2,6102	ذكور	39-20 سنة
6066023	31670	0,5548	إناث	
12230447	180679	1,4773	المجموع	
4269621	47286	1,1104	ذكور	40 سنة فأكثر
4247827	47152	1,1072	إناث	
8517448	94438	1,1088	المجموع	
26313368	302967	1.15	المجموع العام	

معه بمتابعة منتظمة إلى غاية التأهيل الاجتماعي والنفسي التام. أعداد كثيرة من الشباب تريد أن تتحرر من عبودية المخدرات وهذا الجدول التالي يثبت ذلك، حتى وإن لم ترق إلى طموحاتنا نحن الذين نرجو أن نصبح وطن

• إحصائيات متعلقة بعدد المعالجين من الإدمان:

عدد الأشخاص	سنة 2010	سنة 2011	سنة 2012	سنة 2013	المجموع	%
الجنس	الرجال	12906	9434	12964	46538	95,23
	النساء	381	837	648	2329	4,77
المجموع	11615	13743	9897	13612	48867	100

بلا مخدرات إلا أنها تتلج صدورنا.
الجدول مأخوذ عن مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات العدد الأول 2015

إذا كان الجدول السابق يكشف عن أعداد المدمنين الذين يتقدمون للعلاج الذي يبقى منخفض، وهذا يستدعي عمل أكثر على جميع الأصعدة فكلنا مسؤولون، فإن لجدول التالي يظهر مقدار انتشار الإدمان في أوساط الشباب الجزائري

الجدول مأخوذ عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان (جرى التحقيق سنة 2009)

إذن إلى غاية 2009 حسب الجدول كان عدد المدمنين 302967 مدمن في حين عدد الذين عالجوا من الإدمان سنة 2010 بلغ 11615 أي بنسبة 3.83 % وهي نسبة منخفضة، غير أن التشريعي الجزائري استحدث عقوبة العلاج على الاستهلاك بدل السجن والتي نأمل أم تعطي نتائج جيدة.

مراجع المحور السادس

- 1- اتفاقية 1917 للمواد ذات التأثير النفسي
- 2- اتفاقية جنيف الدولية في 13 جويلية 1931 لمراقبة المخدرات
- 3- الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961
- 4- الاتفاقية العربية لمكافحة الإتجار غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية 1994
- 5- الأمر رقم 9-75 المؤرخ في 17 فيفري 1975
- 6- القانون رقم 05-85 المؤرخ في 16 فيفري 1985
- 7- المرسوم 71-198 المؤرخ في 15 جويلية 1971
- 8- المرسوم التنفيذي رقم 92-151 المؤرخ في 14 أفريل 1992
- 9- المرسوم التنفيذي رقم 97-212 المؤرخ في 9 جوان 1997
- 10- بروتوكول 1972 المعدل لاتفاقية 1961
- 11- مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات العدد الأول 2015
- 12- Nations Unies. Commentaires sur la Convention sur les Substances Psychotropes, Vienne, 1971
- 13- https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf
- 14- https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf

المحور السابع: كيف تعمل مؤسسات التنشئة والمجتمع المدني على مكافحة المخدرات

المحاضرة الثالثة عشر: دور مؤسسات التنشئة والمجتمع المدني في مكافحة المخدرات

Jean-Claude Marc Valleur طبيب عقلي (psychiatre) فرنسي معروف، هو الآخر طبيب عقلي فرنسي لا يقل شهرة، أصدر معاً كتاب Les pathologies de l'excès لم أطلع على ترجمة المعنى عند غيري غير أنني أترجمها شخصياً بـ "أمراض الإفراط" محتوى الكتاب يؤكد ذلك، يتحدثان عن أمراض العصر الجديدة التي تولدت من عالم معولم قائم على الاستهلاك الذي توجهه ترسانة الرأسمالية المتوحشة عن طريق الإعلام الإشهاري، إنه مرض الإدمان وهو سلوك الإفراط في التعلق بالشيء الذي تحوّل شيئاً فشيئاً نحو موضوعات مختلفة كالتسوق، ألعاب الفيديو، الأنترنت، التبغ، القمار..... فمن وجهة نظرهما يبدأ فهم تعاطي المخدرات من فهم ظاهرة الإدمان نفسها، من قدرتنا على فك الخيط الفاصل بين العادات السيئة والإدمان الحقيقي، الخيط الفاصل بين السلوك المرضي والسلوك الطبيعي،

هذه مقاربة طبية (طب عقلي) لا علاقة لها بالمسألة الأخلاقية أو الدينية لكنها تفتح أعيننا على الثقافة السائدة في المجتمع الجزائري والكثير من المجتمعات العربية التي لا تلقي بالاً إلى أنواع الإدمان إلا إذا ارتبطت بالتحريم الديني، في حين علينا أن نبقي احتمالية أن الأمرين يصدران من نفس النبع ممكنة، البعض استثمر في هذه الرؤية وفسر الإدمان كحياة موازية للحياة الطبيعية تظهر حجم الاغتراب الذي يعيشه إنسان هذا العصر في ظل اقتصاد السوق وانفكاك الروابط الاجتماعية.

بشكل متحيز هذه المقاربة ترضي شخصيتنا المسلمة لأنها تعطينا كل الإمكانيات لنطرح الدين كحل لأزمة الاغتراب وتفكك الروابط الاجتماعية، وإن كان إظهار التحيز يعتبر من صميم المنهجية العلمية والفكر العلمي بالمفهوم المسيري (نسبة إلى عبد الوهاب المسيري صاحب هذه الأطروحة)، ومع ذلك لن نظهر أي شيء من تحيزاتنا بل سنعرض أسلوب الوقاية من المخدرات الذي تراه البحوث والدراسات هو الأمثل، معتمدين كثيراً على الدراسات التي تعرضها منظمة الصحة العالمية في هذا الموضوع، وعلى كل إدمان المخدرات من أعقد

المواضيع فكما قال مصطفى سويف⁽¹⁾ هي <<مشكلة مركبة متعددة المكونات، فلا هي طبية بحتة، ولا هي نفسية خالصة، ولا هي مشكلة اجتماعية من أولها إلى آخرها، ولا هي أمنية فقط، ولا قانونية فحسب، ولا اقتصادية تماما، ولا أخلاقية تربوية من أولها إلى آخرها، بل هي هذا وأكثر من هذا>>، وهذا ما يجعل معالجة الظاهرة مهمة فريق من المختصين يعملون معا وليس كل بمفرده، كما يجعلها مهمة الجميع.

I/ الوقاية:

الوقاية مفهوم يرتبط بدلالات الخطر والحماية، يذكر Michel Chauvière⁽²⁾ [سوسيولوجي فرنسي صاحب أطروحة فرط الإدارة أو الكثير من الإدارة يقتل الاجتماعي] يذكر أن المفهوم ظهر بقوة في القرن العشرين لمحاربة داء السل الذي كان يشكّل وباء خطير حينها بالالتزام بالكثير من النظافة، ثمّ ظهر من جديد لمواجهة جنوح الأحداث بالمرافقة والتحكم مسبقا في بعض الوضعيات الاجتماعية الهشة، أما الآن فقد امتد المفهوم إلى مجالات مختلفة، وقد طرحت منظمة الصحة العالمية ثلاث مستويات.

- الوقاية من الدرجة الأولى وتهدف إلى تفادي وقوع حالات تعاطي جديدة.
- الوقاية من الدرجة الثانية وتهدف إلى الرصد المبكر لحالات التعاطي من أجل تفادي وقوعها في الإدمان.
- الوقاية من الدرجة الثالثة تهدف إلى تفادي وقوع حالات إدمان جديدة ورصد المدمنين الذين وقعت لهم حالات عجز للتكفل بهم لعلاجهم وإعادة إدماجهم في المجتمع.

I/1 الوقاية من الدرجة الأولى:

هي الإجراءات الأولى التي تستهدف منع وقوع الخطر، والخطر هنا بالنسبة للمرحلة الأولى من الوقاية هو منع وقوع استهلاك المخدر من الأصل، وهذا يجرنا نحو تساؤلين مهمين ما هي الفئة المعرضة لذلك الخطر، وما هي الإجراءات والأساليب الناجعة للوقاية من ذلك الخطر، ومن هم المؤهلون لتولي مهمة الوقاية.

أ/ الفئة المستهدفة من الوقاية:

جل الدراسات تتناول أمرين مهمين فيما يخص هذه النقطة، الأمر الأول يتعلق بالعمر فالفئة الأكثر عرضة للتعاطي هم المراهقون، وهذا لا يعني أنّ كل مراهقي العالم أو كل مراهقي الجزائر سيكونون مشروع مستهلكي مخدرات، كما

(1) مصطفى سويف، مرجع سابق، ص.30

(2) Chauvière, Michel. Prévention et action sociale, VST-Vie sociale et traitements, 2007, n° 2, p.20.29

أن كل مراهق يعيش المرحلة وفقا لنضجه الجسدي والعقلي والعاطفي إضافة إلى عوامل أخرى تتعلق بالبيئة التي يعيش فيها المراهق والنوع، والمجتمع... لكن من المتفق عليه أنها مرحلة تحولات كبيرة جد حساسة، فهي تتصف بحب المغامرة والمشاركة مع الرفاق مختلف التجارب، إلى جانب المراهقين توجد فئة الشباب الذين دخلوا سن الرشد فهم أيضا فئة مغامرة تتأثر بالأقران، وهي سريعة الحساسية تجاه الفشل والإحباطات، وأيضا فئة أخرى مستهدفة بشدة وهم الجماعات الهشة التي لا بد من تحديد ملامحها كالفقر، البطالة، السكن غير اللائق....

ب/ إجراءات وأساليب الوقاية من الخطر:

لا بد من رصد المخدرات والمؤثرات العقلية المنتشرة في المجتمع الطبيعية منها والمخلقة، ومعرفة خصائصها وتأثيراتها ومدى انتشارها عبر مختلف المناطق، رصد أيضا مصادر المخدرات، ومعرفة أنماط التعاطي، فرادى أم في جماعات، عن طريق الحقن أو الاستنشاق أو عن طريق الفم... كل المعطيات التي تساعد على تحديد حجم المشكلة ومدى انتشارها وعواقبها.

هذه المعطيات تحدد أساليب الوقاية اللازمة، وتؤطر مراحلها، وتساعد على تصميم وتنفيذ ومتابعة وتقييم التدخلات التي تستهدف الوقاية من المخدرات، فالتقييم ضروري كعملية تغذية راجعة تساعد على تطوير أشكال الوقاية وأساليبها، الذين يصممون برامج الوقاية مطالبين بالحصول على معطيات دقيقة تساعدهم على وضع البرنامج المناسب حتى لا يلقي الفشل، مثلا هل نقوم بحملات توعية إعلامية، مكتوبة أم مسموعة أم مرئية أم هي كل ذلك، كيف نشرك الأسرة ونجعلها شريك فاعل في العملية فهي حاضنة ذلك المراهق أو الشاب الذي قد يكون متعاطي محتمل، كيف نشرك المدرسة فتصبح دعما مهما جدا في كل عمل وقائي فالتلميذ يقضي الكثير من وقته داخلها، كيف نشرك مسؤولي الأحياء ونجعلهم نشطاء في محاربة الظاهرة، ما هو دور المجتمع المدني من جمعيات وطنية وولائية وجمعيات أحياء وجمعيات نذرت نفسها لمساعدة الشباب في مواجهة المخدرات.

هذا رصيد مهم جدا، فمؤسسات التنشئة الاجتماعية من الخلية الأولى الأسرة إلى الخلية التوأم المدرسة، إلى دور العبادة، إلى الكشافة... وغيرها لهم تأثير كبير على الناشئة، ودورها غير مشكوك فيه، غير أن أساليب عملها وطرق اشتغالها تحوم حولها الكثير من الشكوك، ومصممي برامج الوقاية عليهم أن لا يكتفوا بإعطاء التعليمات بل يجب متابعة العمل والإشراف عليه من أوله لآخره، خاصة في هذا المستوى الأول من الوقاية لأنه يهدف إلى تفادي وقوع تعاطي جديد، فالإقناع العقلي والعلمي والوجداني مهم.

2/I الوقاية من الدرجة الثانية:

تُغنى بالتدخل العلاجي المبكر قبل أن يتحوّل المتعاطي إلى مدمن، ولأن هذه الشريحة صعب اكتشافها يقترح مصطفى سويف(1) بعض مثل فحوصات عيادات الصحة المدرسية، الكشف عن الارتباطات أيضا طريقة مهمة فقد أثبتت الكثير من الدراسات مجموعة من الارتباطات تسهل علينا معرفة المتعاطين، مثل تناول المبرك للسجائر يقترن غالبا بالمتعاطي، إذا كنا نعرف رفقاء شخص ما بأنهم يتعاطون المخدرات فسيصبح احتمال تعاطيه المخدرات هو الآخر قوي، نفس الشيء في حالة ما إذا كان أحد الأقرباء داخل الأسرة يتعاطى المخدرات، الارتباط بين الانحراف والتعاطي فإذا أظهر الشخص سلوكيات منحرفة فهذا يزيد من احتمالية تعاطيه للمخدرات ... أيضا يمكن كشفهم عند التقدم لبعض المسابقات في مجالات معينة كالمجال العسكري، الطيران، النوادي الرياضية...

مع هاته الفئة التي تتعاطى صرنا نعرف المادة النفسية التي يتناولونها فنركز كلامنا عليها، كما أننا صرنا نعرف أسباب تعاطيهم وعلينا الاستثمار في تلك المعلومات حتى لا يكون الحوار عقيما، ونكون أكثر دقة في كلامنا مع أشخاص اختبروا المخدرات وصارت لديهم معرفة بها وبآثارها.

3/I الوقاية من الدرجة الثالثة:

تُغنى بعلاج المدمنين وإعادة تأهيلهم اجتماعيا، أي أنها تقي المدمن من المزيد من مضاعفات الأزمات الصحية والنفسية وتدهور العلاقات الاجتماعية وتتضمن الخطوات التالية(2):

- معالجة الحالات الحادة التي تعرضت لأزمات صحية جراء المخدرات مثل الهذيان الإرتعاشي، نوبات الصرع، الذهان الكبريائي، محاولات الانتحار، أخذ جرعة مفرطة.

- توجيه الحالات المتأزمة جدا نحو المستشفى كالذين يعانون من تشمّع الكبد، قرحة هضمية، مرض رئوي، الإيدز، التهاب الكبد.

- التعرف على أسرة المدمن من أجل المساعدة في ترميم العلاقات ورأب الصدعات، ومساعدتها على التصرف اللائق حيال تلك المشكلات.

- مساعدة المدمن على التأهيل الاجتماعي واستعادة حياته الطبيعية.

في كل هذه الأحوال الثلاث ينطلق واضعو البرنامج الوقائي من البحوث العلمية في مجال المخدرات وبالأخص النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات

(1) مصطفى سويف، مرجع سابق، ص.211.215

(2) منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، مواجهة مشكلات المخدرات والمسكرات في المجتمع المحلي، دليل للعاملين في الرعاية الصحية الأولية مع دلائل إرشادية للمدربين، 1993، ص.33.34

والإدمان (سبق وأن عرضناها في محاضرة سابقة) ويسترشدون بها، ويمكننا أن نذكر أهم مقاربات الوقاية من المخدرات فيما يلي:

أ/ الذين يعتمدون على مقاربات التحليل النفسي يستخدمون طرق التداعي الحر لاستثارة اللاشعور والمكبوتات المتصارعة داخل النفس بهدف تخفيف المشاعر السلبية وتنمية إدارة الرغبات المستبطنة، والتغلب على مشاعر الشعور بالنقص، وتنمية مهارة رعاية الذات، وتحسين مهارة التواصل مع الناس.

ب/ الذين يعتمدون على مقاربات السلوكية يهدفون إلى إطفاء الأفكار الانفعالية اللاعقلانية نحو المخدرات وتعزيز الأفكار العقلانية، وتعزيز من قدرات السيطرة على النفس، وتعليمهم الاستجابات المعقولة، كما أنها تستهدف الخصائص الشخصية للفرد فتعمل على تعزيز الإيجابي منها وتغيير السلبي التي قد تسهم في دفعهم نحو المخدرات.

المقاربة أ و ب تستعمل من قبل الأخصائيين النفسيين مع المتعاطين أثناء العلاج ج/ الذين يعتمدون على المقاربات المعرفية يهدفون إلى حملة توعية بين المراهقين المتعاطين أو غير المتعاطين بهدف زيادة كمية المعتقدات السلبية نحو المخدرات، وتزيين عدم التعاطي لديهم وتصحيح المعتقدات الخاطئة لديهم حول المخدرات. (هذا أسلوب يستعمل في جميع مراحل الوقاية)

د/ الذين يعتمدون على نظريات التعلم الاجتماعي يهدفون إلى تزويد المراهقين والمتعاطين بالقوة الحسنة من البيئة المحيطة بهم، وتعليمهم ثقافة التميز ورفض تأثيرات الأقران أو غيرهم من الواقعين تحت تأثيرهم.

المقاربة ب و ج تشترك الأسرة في عملها حيث تعمل على تعليم الوالدين أساليب التنشئة الفعالة التي تقي أبناءهم من احتمالية الوقوع في التعاطي، وفي حالة المتعاطين فإنها تشكل مع الأسرة تحالف قوي للكشف عن الاضطرابات الأسرية، وأنماط التواصل السلبية، باستعادة التوازن الأسري وتحسين التواصل، وتكوين رصيد معرفي عن أساليب المعاملة الوالدية الملائمة.

و/ الذين يعتمدون على المقاربات الاجتماعية يستهدفون كل ما يتعلق بما هو بيئة اجتماعية وثقافية، مثل النموذج الثقافي الذي يهتم بتغيير الهوية الثقافية للمتعاطي الذي يجذب نحو ثقافة المتعاطين بسبب التهميش الاجتماعي أو فقدان التحكم في تحديد الهوية، أو بسبب الثقافة الفرعية السائدة، أو فقدان الفرص اللازمة لبناء الذات والهوية، في هذه الحالة تحسين فرص التعليم والعمل قد يساعدان، أيضا إعادة النظر في البرامج التربوية نحو ما يعزز الثقة بالنفس واحترام الذات.

يوجد من يستهدف تحسين البيئة الاجتماعية للشباب من صحة وتعليم وعمل ومحيط نظيف وآمن مشجع على التميز وداعم لبناء الذات، يوجد من يستهدف

الأسرة كخلية أولية ويلقي عليها الكثير من المسؤولية، ويحثها على بذل المزيد من التفهم وإشاعة أجواء الحوار والتواصل وتقوية الروابط الأسرية والقرابية. يوجد من يعتمد على مزيج متكامل من جميع المقاربات في نظرة تكاملية – وقد سبق وأن قلنا أن ظاهرة المخدرات معقدة تلتقي حولها الكثير من العوامل- برامج الوقاية في هذه الحالة تقوم على عدة أبعاد تستهدف المراهق والشاب عن طريق الأسرة، الحي، المدرسة، العمل، الإعلام، الجامعة...

II / الاهتمام المجتمعي والشعور بالمسؤولية:

إبداء الاهتمام بما ومن حولنا ينعكس على بيئة المجتمع ويضفي أجواء الأمن، وقد أثارت انتباهي في هذا المجال نظرية النوافذ المكسرة التي جاءت من فكرة طريفة، Windows Theory Broken (La théorie de la vitre cassé) (1) (2) (3): تحمل دلالات تستطيع أن تفسر مآلات فوضى الأشياء وعدم الالتزام بالنظام على استقرار المجتمع وانتشار الفساد والجريمة فيه، ويمكن تجسيرها نحو انتشار الإدمان، تفترض المقاربة أن الإنسان يميل إلى الالتزام بقيم المجتمع ومعايير وقواعده الناظمة، لكن متى ما بدأ في رؤية الانفلات من حوله فإنه ينفك من ذلك الالتزام، رائد هذه المقاربة Philip Zimbardo عالم نفس وعالم اجتماع وأنثروبولوجي أمريكي من أصول إيطالية، حتى لا نطيل نختصر قصة التجربة التي قام زيمباردو بها سنة 1969 حيث وضع سيارتين في منطقتين مختلفتين واحدة بحي بنيويورك حيث معدل الجريمة منخفض وأخرى بحي بكاليفورنيا حيث معدل الجريمة مرتفع، كسر لوحة ترقيم سيارة نيويورك وترك نوافذها مفتوحة، وأبقى الأخرى التي بكاليفورنيا على حالتها السوية، فكانت النتيجة أن أكمل سكان الحي بنيويورك تدمير السيارة في حين بقيت الأخرى التي بكاليفورنيا سليمة مدة أسبوع وهي مركونة في نفس المكان، بعد ذلك قام زيمباردو بتحطيم نافذة هذه الأخيرة وماهي إلا مسألة وقت قصير حتى نُهبت السيارة وحُطمت.

ماذا تعني تلك التجربة عموماً؟ تعني كما يقول إخواننا المشاركة (المال السايب يعلم السرقة)، أي أن اللامبالاة l'incivilité بالاختلالات والفوضى في أنظمة المجتمع ومعايير وسلوكياته تؤدي إلى انتشار فوضى واختلالات أكبر، فأى نافذة محطمة لا يتم إصلاحها فإن جميع النوافذ ستلقى نفس المصير

dans le cas ou une vitre brisée n'est pas remplacée toutes les autres vitres connaîtront bientôt le même sort

(1) Roché, Sébastien. La Théorie de la « Vitre Cassé » En France Incivilités et Désordres en Public, revue française de science politique, 2000, p.387.412

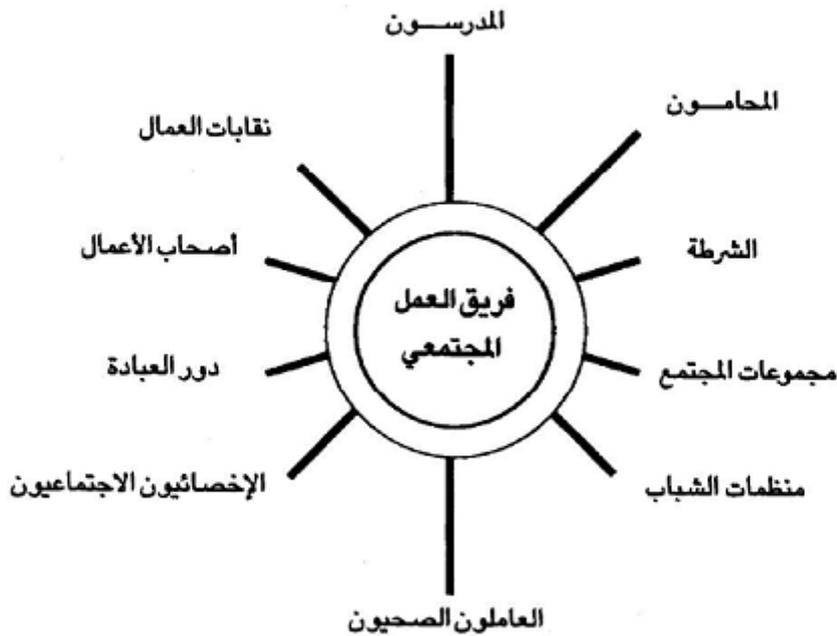
(2) Tokumitsu-Partiot, Naoko. La Théorie de la Vitre Cassée au Japon : le maillage des réseaux micro locaux par les riverains. Lien social et politique, 2020 no 84, p.60.81

(3) Roché, Sébastien. Tolérance Zéro ? : incivilités et insécurité. Odile Jacob, 2002.

فقد أثبتت دراسات انطلقت من مقاربة النوافذ المكسرة أنّ الأحياء غير المبالية أي تلك التي يحلو لي أن أسميها أحياء "العقلية الجحوية" (نسبة إلى مقولة جحا تخطي راسي وتفوت) يكثر فيها الانحراف وإدمان المخدرات والدعارة بشكل كبير، فإهمال وضع يبدو صغير سيؤدي إلى تفاقمه ويتحول إلى وضع أكثر تعقيدا، إهمال شاب متعاطي سيحوّله إلى مدمن، وإهمال مدمن سيجر معه آخر وآخر وتكبر السلسلة، كان يمكن تفادي هذا المآل بالوقاية وذلك بالاهتمام والشعور بالمسؤولية المجتمعية.

III/ التنسيق مع مؤسسات التنشئة والمجتمع المدني وقطاعات أخرى:

قلنا سابقا أن ظاهرة المخدرات ذات أبعاد مركبة ومتشابكة وبالتالي الاشتغال عليها لن يكون في اتجاه واحد بل هو عمل فريق ومسؤولية الجميع، أطلقت عليه منظمة الصحة العالمية فريق العمل المجتمعي اللامركزي



يجب على فريق العمل المجتمعي تنسيق أنشطة الأطراف المعنية المختلفة

عن منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق ص38

فكما نلاحظ الفريق المجتمعي يتكون من مجموعة من الفاعلين الاجتماعيين، وهو مجرد مخطط وضعته منظمة الصحة العالمية ليس بالضرورة ينطبق على جميع المجتمعات، وإنما يقدم فكرة عن الفريق المجتمعي الذي يتحدد وفق كل مجتمع حسب القطاعات ذات العلاقة المباشرة بالظاهرة كالأمن، القضاء،

المختصون النفسيون والاجتماعيون والطبيون في مجال المخدرات، الأسرة، المدرسة، الإعلام... فقد يبدو للبعض أن الأسرة مغيبة من المخطط وهذا غير صحيح فقد ذكرنا أهمية إشراكها في الوقاية بدرجاتها الثلاث، وهي موجودة في هذا الفريق ضمن مجموعات المجتمع والتي من ضمنها أيضا منظمات الشباب والمنظمات الطلابية والكشافة والجمعيات المهتمة بمكافحة الظاهرة وغيرها، أي المجتمع المدني عموما، على أن يكون هذا الفريق على اتصال مستمر بكل مكونات المجتمع، باحثين عن رؤية شمولية عن المشكلات التي يراها المجتمع مرتبطة بالمخدرات، وعن الفئات والمناطق الأكثر عرضة لإغوائاتها، وعن درجة الوعي السائدة بين أوساط المجتمع حولها، وعن الحلول الممكنة، ويجب أن يظهر الجميع اهتمامهم ومبالاتهم.

عمل هذا الفريق يجب أن يتسم بالوضوح حتى يسهل على كل عنصر فهم الدور المنوط به، يمكن ذكر بعض الأمثلة (مأخوذة عن منظمة الصحة العالمية بتصرف من الأستاذة):

- من هم الذين يتخذون القرارات الهامة، الأخصائيون النفسيون، الطبيون، الأخصائيون الاجتماعيون، أم أنّ كل حالة تدرس على حدة...
- من هم الأشخاص الرئيسيون في المجتمع.
- من هم العاملون المهنيون والعاملون المتطوعون أو الذين يمكن إقناعهم بالاهتمام.

- من هم الذين لهم نفوذ ويمكن أن يقدموا المساعدة (هنا لا يخطر ببال الطلبة أنهم أصحاب السلطة أو المال إنما الذين لهم تأثير داخل المجتمع المحلي، قد يكون مسؤل الحي، قد يكون إمام مسجد الحي، قد تكون جمعية جواريه، وهناك فرق بين المدينة والريف ففي الريف ربما يكون شيخ القبيلة، أو ثاجماعث (.....) من يقوم على الإعلام وكيفية نشر الوعي المجتمعي.

- ما هي الجماعات والأفراد المهتمين بمحاربة المخدرات داخل المجتمع المحلي، قد تكون جمعيات، قد تكون منظمات وطنية أو دولية، قد تكون دور شباب، قد تكون منظمات طلابية...

وبما أنّ وظيفة الفريق المجتمعي هو تنمية الوعي بخطورة المخدرات وأهمية الوقاية منها، فهذا يعني أنّ عملها تفاوضي يركز على الحوار الودي والذكي، وهذا ما يجبر فريق العمل على تنمية معارفه بالمخدرات والمؤثرات العقلية من جهة وبالمجتمع المحلي الذي يعمل في وسطه من جهة ثانية، عليهم فهم الأسلوب المتبع في العلاقات الاجتماعية التفاعلية داخله، فهم أنماط القيادة والتواصل المتبعة، فهم الطرائق المألوفة لديهم لحل المشكلات واتخاذ القرارات، الاستعانة بمدمنين آخرين تحرروا من عبودية المخدرات، فقد ثبت أن المساندة

تكون أكثر فعالية عندما تأتي من أشخاص عانوا من نفس المشكلة، أو مازالوا يعانون منها لكنهم يملكون رغبة ملحة في التخلص منها، وهم من يُطلق عليهم الجماعة الذاتية (أي جماعة الاعتماد على النفس) كَوْنوا لأنفسهم قوّة داخلية وعزم كبير على التخلص من الإدمان.

تبدو لنا جميعا المخدرات كونها تنمو وسط مجموعة من العوامل المتشابكة بعبعا يدفعنا إلى اليأس من التخلص منه، وكيف نتخلص منها وكارتيلات المخدرات أصبحت قوة موازية لقوة الدول، وتجارة المخدرات تدرّ بلايين الدولارات وتنافس النفط في الطلب عليها، غير أنني ما زلت مقتنعة أن تغيير ذهنية المجتمع جميعه وكله من ذهنية اللامبالاة إلى الشعور بالمسؤولية قادرة على هزم الظاهرة، نهتم بتلك الأعمال التي لا نلقي لها بال وهي شديدة الوبال، كتفكك الروابط الاجتماعية وضعف العلاقات الأسرية وانشغالنا بذواتنا الفردية، صرت أكثر إيمانا أن ظاهرة المخدرات لا تحلها القوانين ولا التشريعات وهي تسن الإجراءات الاحترازية والعقوبات الردعية، ولا الجمارك وهي تقنفي أثر المروجين، ولا الأمن وهو يتتبع خطوات التجار، ولا المدرسة وهي تنمي أدمغة مفكرة، ولا الأسرة وهي تراقب أبناءها، ولا الأئمة وهم يدعون إلى تحريم ما حرّم الله... إنما من وعينا جميعا كعقل واحد ويد واحدة وقلب واحد بأننا جميعا نعمل على مكافحة المخدرات، وهذا ما أحاجج حوله في المحاضرة القادمة.

مراجع المحور السابع

- 1- مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة، العدد 205، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، يناير 1996
- 2- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، مواجهة مشكلات المخدرات والمسكرات في المجتمع المحلي، دليل للعاملين في الرعاية الصحية الأولية مع دلائل إرشادية للمدربين، 1993
- 3- Chauvière, Michel. Prévention et action sociale, VST-Vie sociale et traitements, 2007, n° 2,
- 4- Roché, Sébastien. La Théorie de la « Vitre Cassé » En France Incivilités et Désordres en Public, revue française de science politique, 2000
- 5- Roché, Sébastien. Tolérance Zéro ? : incivilités et insécurité. Odile Jacob, 2002
- 6- Tokumitsu-Partiot, Naoko. La Théorie de la Vitre Cassée au Japon : le maillage des réseaux micro locaux par les riverains. Lien social et politique, no 84. 2020

المحور الثامن: الجهود التشريعية الجزائرية في مكافحة المخدرات

المحاضرة الرابعة عشر: استراتيجية التشريع الجزائري في محاربة المخدرات

انضمت الجزائر إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 كما سبق وأن تكلمنا عنها في محاضرات سابقة، كما صادقت على الاتفاقية المتعلقة بالمؤثرات العقلية لسنة 1971، كما صادقت على اتفاقية الإتجار غير المشروع للمخدرات لسنة 1988، غير أنه على المستوى الوطني ونظرا لأن الإتجار بالمخدرات وتعاطيها كان نادرا جدا فإن المشرع الجزائري لم يحفل بالتشريع للظاهرة مادامت لم تظهر ملامح تشكّل الظاهرة أصلا، لذا أول نص قانوني حول المخدرات كان سنة 1971 جاء نتيجة حجز بعض الكيلوغرامات من المخدرات وتضمن القانون إنشاء لجنة وطنية للمخدرات، لكن أول إنذار حقيقي كان سنة 1975 بحجز ثلاث أطنان من القنب وعلى إثرها صدر الأمر رقم 9-75 المؤرخ في 17/02/1975 المتعلق بقمع الإتجار والاستهلاك غير المشروع للمخدرات، حيث حدد العقوبات المتعلقة بالمخالفات المرتبطة بالمخدرات، ثم جاء القانون رقم 05-85 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية وترقية الصحة حيث حدد في المواد 242 إلى 259 الأحكام الجزائية المتعلقة بجرائم المخدرات، ثم القانون رقم 04-18 المؤرخ في 25/12/2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها، وهو القانون الساري المفعول به لذا سنركز عليه بالدرجة الأولى، هذا الرابط يحمل منه الطلبة القانون كاملا :

https://droit.mjustice.dz/loi_prevention_repres_usage_trafic_illic_stupe_subst_psychotr.pdf

ولأنه سبق وأن عرفنا المخدرات والمؤثرات العقلية وفق القانون 04-18 في المحاضرات الأولى فإننا نذهب مباشرة نحو تحليل العمل التشريعي المتضمن في هذا القانون للوقاية وعلاج ومكافحة ظاهرة المخدرات في الجزائر.

I/ التدابير الوقائية والعلاجية في التشريع الجزائري:

كما هو ملاحظ فإن القانون 04-18 سمي بقانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، ويظهر ذلك جليا في المواد من 6 إلى 11، وفق هذه المواد فإن المشرع الجزائري أظهر فهمة الجيد لهذا الوباء العالمي الذي لم يترك دولة لم يعيش فيها، كما أظهر فهمة لتعقيدات هذه الظاهرة التي تتداخل فيها عوامل شتى تتجاوز الحدود الوطنية، لذا فإن المشرع الجزائري انتقل من أسلوب العقاب فيما

يخص الاستهلاك إلى أسلوب الوقاية والعلاج، والحقيقة أن أسلوب العقاب فيما يخص الاستهلاك خاصة إذا كان السجن فإنه يفاقم الوضع أكثر لما نعرفه جميعا من تفشي العنف والمخدرات داخل السجون، فقد يدخل الشخص في ثوب متعاطي مجرّب ويخرج في ثوب متعاطي مدمن، فالمواد السالفة الذكر ترفض رفع الدعاوي العمومية على الذين يمثلون للعلاج ويتابعونه حتى نهايته أو الذين هم تحت المتابعة الطبية، كما أنه يمكن لقاضي التحقيق أو قاضي الأحداث إخضاع الأشخاص المتهمين بجنحة استهلاك المخدرات أو المؤثرات العقلية أو الحيازة من أجل الاستهلاك للعلاج، على أن يعلم الطبيب المعالج بصفة دورية السلطة القضائية عن سير العلاج ونتائجه، وهذا يظهر مدى انفتاح المشرع الجزائري على الوضع العالمي وعلى التزامه بالاتفاقيات الدولية التي صادق عليها، والتي تحت جميعها على الوقاية والعلاج إلى جانب المتابعة والعقوبة، وأحيانا في بعض الحالات تكتفي بالعلاج والتأهيل، فبعض المتعاطين يحتاجون إلى فرصة رعاية وعناية طبية ونفسية للإقلاع والعودة إلى حياتهم الطبيعية، كما أنه فرق في مجال الإدمان بين الضحية والمجرم.

يطلق على هذا المنحى التشريعي تدابير احترازية، وهي تعتبر وسائل دفاع اجتماعي تتجه نحو مواجهة حالات معينة من الناس الذين لا يمكن تطبيق العقوبة التقليدية عليهم كالمجانين، الأحداث، المدمنين... فهي أساليب علاجية إصلاحية وقائية أكثر منها عقابية، أكثر التدابير الاحترازية المعروفة نجد الحجز القضائي في مؤسسة للأمراض العقلية، الوضع في مؤسسة علاجية⁽¹⁾.

فالمواد السالفة الذكر من القانون المذكور تقرّ التدابير الاحترازية لمستهلكي المخدرات والمؤثرات العقلية بهدف علاجهم وإعادة إدماجهم في المجتمع، وهذا لا يتأتى إلا بعمل تنسيقي بين مصالح مختلفة حددها القانون رقم 07-229 المؤرخ في 30 جويلية 2007 المتضمن كيفية تطبيق المادة 06 من القانون السالف الذكر المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، نوجز هذه الإجراءات في:

- رفض الدعوى العمومية يكون على أساس تقرير طبي
- يمكن لوكيل الجمهورية أن يأمر بإجراء فحص طبي متخصص للشخص الموقوف بسبب الاستهلاك أو الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي
- إذا كانت حالة الموقوف لا تستدعي إزالة السموم يمكن لوكيل الجمهورية أن يأمر بوضع الموقوف تحت المتابعة الطبية

(1) ربيعة زواش، جريمة استهلاك المخدرات بين العقوبة وتدبير الأمن في التشريع الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية، تصدر عن جامعة قسنطينة 1، المجلد 1، العدد 44، ديسمبر 2015، ص. 471.439

- يقدم الطبيب شهادة طبية تثبت بداية العلاج ونهايته
 - يقدم الطبيب تقرير منتظم للنيابة العامة ويخطرها في حالة انقطاع المعني عن العلاج
- وهذا يعني مد جسور التنسيق والعمل المتكامل بين النيابة العامة والأطباء المختصين، ومراكز العلاج من الإدمان.

II / العقوبات الجزائية:

- المواد من 12 إلى 31 تتضمن الأحكام الجزائية المتعلقة باستهلاك المخدرات أو حيازتها من أجل الاستهلاك الشخصي، وتبدأ العقوبة من شهرين حبس إلى سنتين مع غرامة مالية من 5000 دج إلى 50000 دج.
- في حالة العرض غير المشروع لمخدرات أو مؤثرات عقلية على الغير بهدف الاستعمال الشخصي فإن العقوبة ترتفع من سنتين حبس إلى 10 سنوات، وغرامة مالية من 10000 دج إلى 500000 دج، ويضاعف الحد الأقصى للعقوبة إذا كان العرض لقصّر، أو معوقين، أو شخص يعالج من الإدمان، أو في المراكز التربوية، أو الصحية، أو الاجتماعية، أو هيئات عمومية
- كل من يسهّل للغير الاستعمال غير المشروع للمخدرات بمقابل أو دونه بتوفير محل أو أي شئ آخر يعاقب بالحبس من 5 سنوات إلى 15 سنة وغرامة مالية من 500000 دج إلى 1000000 دج، نفس العقوبة توقع على كل من وضع المخدرات أو المؤثرات العقلية في مواد غذائية أو مشروبات دون علم مستهلكها.
- كل من قدم وصفة طبية من مؤثرات عقلية بشكل صوري، وكل من حاول الحصول على مؤثرات عقلية قصد البيع أو بطريقة صورية، يعاقب بالحبس من 5 سنوات إلى 15 سنة وغرامة مالية من 500000 دج إلى 1000000 دج.
- كل من قام بطريقة غير مشروعة إنتاج، أو صنع، أو حيازة، أو عرض، أو بيع، أو وضع للبيع، أو حصول أو شراء قصد البيع، أو تخزين، أو استخراج، أو تحضير، أو توزيع، أو تسليم، أو سمسة، أو شحن، أو نقل عن طريق العبور، أو الشروع في هذه الجرائم، يعاقب بالحبس من 10 سنوات إلى 20 سنة وبغرامة مالية من 5000000 إلى 50000000 دج، ويعاقب بالسجن المؤبد إذا كان مرتكب هذه الأعمال غير المشروعة جماعة إجرامية منظمة، وكل من قام بتسيير أو تنظيم أو تمويل الأفعال المذكورة سابقا.
- كل من زرع الخشخاش بطريقة غير مشروعة أو شجرة الكوكا أو القنب يعاقب بالسجن المؤبد.
- كل من قام بصنع أو نقل أو توزيع سلائف (مواد كيميائية تستعمل في صناعة المخدرات والمؤثرات العقلية)، أو تجهيزات ومعدات بهدف استخدامها في زراعة

المخدرات والمؤثرات العقلية، أو في إنتاجها وصناعتها بطرق غير مشروعة يعاقب بالسجن المؤبد.

- يعاقب المشجع والمعرض على المخدرات والمؤثرات العقلية عقوبة الجريمة المرتكبة.

- يعاقب الشريك عقوبة الفاعل الأصلي

- يعاقب الأشخاص المعنويون أو الاعتباريون (هم أشخاص غير طبيعية مثل المؤسسات والشركات والبنوك وغيرها) إذا ارتكبوا جريمة أو أكثر من الجرائم السالفة الذكر بغرامة تعادل خمس مرات الغرامة المقررة للشخص الطبيعي، وبحل المؤسسة أو غلقها لمدة لا تفوق 5 سنوات.

- في حالة العودة إلى استهلاك المخدرات أو حيازتها من أجل الاستهلاك الشخصي ترتفع العقوبات، فإذا كانت الجريمة المعاقب عليها بالسجن من 10 سنوات إلى 20 سنة تصبح سجن مؤبد، وإذا كانت الجريمة المعاقب عليها بالسجن من 5 سنوات إلى 10 تصبح من 10 سنوات إلى 20 سنة، وضعف العقوبة لكل الجرائم الأخرى.

- المادة 29 من القانون السالف الذكر تقرر بعض العقوبات التكميلية، مثل سحب جواز السفر، سحب رخصة السياقة وغيرها.

- ذكرت المادة 30 أنه يعفى من العقوبة كل من يبلغ السلطة الإدارية (مثل مصالح الأمن)، أو القضائية قبل الشروع في الجريمة.

- المادة 31 تخفف العقوبة لكل مرتكب جريمة أو شريكه إذا أمكن إيقاف الفاعل الأصلي قبل تحريك الدعوى العمومية.

وكما لاحظنا فإن العقوبات جميعها تقريبا لها حد أدنى وحد أقصى وهذا يعني أنّ هناك ظروف مشددة وظروف مخففة ويترك أمر ذلك للسلطة التقديرية للقاضي، كما نلاحظ أيضا في المادتين 30 و31 إقرار الأعدار القانونية التي تسمح برفع العقوبة أو تخفيفها، وهذا يشجع المتورطين للإبلاغ عن العصابات المحرّضة.

إذن السياسة التشريعية الجزائرية في مكافحة المخدرات تقوم على الوقاية وعلاج المدمن أولا، ثم تأتي العقوبة للحالات التي تبدي مقاصد ونوايا غير سليمة كأن ترفض العلاج أو تعود إلى الحيازة والاستهلاك، أو تتاجر في المخدرات والمؤثرات العقلية.

مراجع المحور الثامن

1- ربيعة زواش، جريمة استهلاك المخدرات بين العقوبة وتدبير الأمن في التشريع الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية، تصدر عن جامعة قسنطينة 1، المجلد أ، العدد 44، ديسمبر 2015

2- الجريدة الرسمية رقم 49 المؤرخة في 05 أوت 2007

3- القانون رقم 18-04 المؤرخ في 25/12/2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها

4- القانون رقم 07-229 المؤرخ في 30 جويلية 2007

4. https://droit.mjustice.dz/loi_prevention_repres_usage_trafic_illic_stupe_subst_psychotr.pdf

5- <https://www.joradp.dz/FTP/jo-arabe/2007/A2007049.pdf>

خاتمة

المخدرات والمجتمع مقياس نراه ضروري ومهم جدا للشباب، ففي حوار مع الطلبة قبل أن أطلب تدريس هذا المقياس، أبدوا رغبتهم في فهم الكثير من قضايا المجتمع التي بإمكانهم المشاركة فيها كنشاط جماعي تطوعي، وخصوا بالذكر فهم أبعاد مشكل المخدرات وجنوح الأحداث والانحراف، وأبدوا رغبتهم في الانضمام إلى قوافل المتطوعين لدعم الشباب الذي يعاني من مثل هذه المشاكل، إنهم يعون جيدا أبعاد مجال تخصصهم وأهميته في المساهمة الفعلية في التنمية وحل المشكلات الاجتماعية التي تقف عائقا دون ذلك.

يميل الطلبة أكثر إلى الموضوعات ذات الارتباط المباشر بقضايا ومشكلات المجتمع، والموضوعات التي يتيح لهم فهمها إمكانية الممارسة الفعلية داخل محيط الحياة اليومي، وقد وجدنا أثناء تدريس المقياس سهولة كبيرة لديهم في الفهم والاستيعاب وراحة أعلنوا عنها وعبروا عنها بأن المقياس سهل ومفهوم، هذا يعطيهم صورة حقيقة عن علاقة النظرية بالممارسة داخل حقل علم الاجتماع.

لكن هذا لا يمنعنا من الإشارة إلى أن المقياس يحتاج مع ذلك إلى كثير من الإثراء من خلال خبرات حية وتجارب حقيقة، كأن يجري الطلبة أعمال ميدانية داخل مراكز التأهيل، والاستعانة بأشرطة فيديو تظهر خبرات وطنية وعربية ودولية في معالجة الظاهرة، وينفتحوا في مشاريعهم المستقبلية سواء على مستوى الماستر والدكتوراه على قضايا المجتمع الراهنة.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

1. ابن منظور، لسان العرب، المجلد الرابع، دار صادر، بيروت، د ت
2. أحمد حسن الحراشة وجمال علي الجزازي، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2012
3. آرنولد واشنطن ودونا باوندي، إرادة الإنسان في علاج الإدمان، تر: صبري محمد حسن، ط1، سلسلة المشروع القومي للترجمة، مصر، العدد 516، سنة 2003
4. آرون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، تر: عادل مصطفى، دار النهضة العربية، لبنان، 2001
5. السيد علي شتا، التفاعل الاجتماعي والمنظور الظاهري، منشأة دار المعارف، الإسكندرية 2000
6. جنيفر م ليان، تفكيك دوركايم نقد ما بعد بنيوي، تر: محمود أحمد عبد الله، ط1، المشروع القومي للترجمة، مصر، 2013
7. جوديث بيك، العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، تر: طلعت مطر، ط1، المشروع القومي للترجمة، مصر، العدد 1141، 2007
8. ذياب موسى البداينة، الشباب والأنترنت والمخدرات، ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2012
9. رث ولاس وأسون وولف، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، تر: محمد عبد الكريم الحوراني، ط1، دار مجدلاوي، الأردن، 2012
10. رشاد أحمد عبد اللطيف، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992
11. روي رودجرز، التفاعل والتعامل العائلي: طريقة فهم تطويرية، تر: بونسو جرجوس، مراجعة: ندره اليازجي، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1986
12. عبد الله خوج وفاروق عبد السلام، الأسرة العربية ودورها في الوقاية من الجريمة والانحراف، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض 1989
13. عبد الرحمن عيسوي، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية 1985
14. عبد العزيز بن عبد الله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، ط1، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002
15. عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، ط1، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2009
16. محمد سلامة محمد غباري، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر، 2007
17. مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة، العدد 205، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، يناير 1996

18. نوربير سيلامي بمشاركة مائة وثلاثة وثلاثين اختصاصيا، المعجم الموسوعي في علم النفس، تر: وجيه أسعد، الجزء الثاني، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق، ط1، 2001

المقالات والتقارير العربية:

19. ربعة زواش، جريمة استهلاك المخدرات بين العقوبة وتدابير الأمن في التشريع الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية، تصدر عن جامعة قسنطينة 1، المجلد أ، العدد 44، ديسمبر 2015

20. مجلة الوقاية والمكافحة، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد الأول 2015

ملفات ب.د.ف:

21. المفوضية العالمية لسياسات المخدرات، تصنيف المؤثرات العقلية: عندما يتم تجاهل العلم

http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/08/2019Report_AR_web.pdf

22. الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2020
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/AnnualReport/E_INCB_2020_1_ara.pdf

23. منظمة الصحة العالمية، العلوم العصبية ودورها في تعاطي المواد النفسانية التأثير والاعتماد عليها، جنيف، 2004

https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_A.pdf?ua=1

24. الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2019
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/AnnualReport/Arabic_ebook_AR2019.pdf

25. الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2020
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/AnnualReport/E_INCB_2020_1_ara.pdf

26. الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات INCB، تقرير 2019
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/AnnualReport/Arabic_ebook_AR2019.pdf

27. خالد حمد الهنداوي، المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، وحدة الدراسات والبحوث، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، قطر 2013
http://www.gcc-cic.org/uploads/book_1392276747.pdf

28. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، مواجهة مشكلات المخدرات والمسكرات في المجتمع المحلي، دليل للعاملين في الرعاية الصحية الأولية مع دلائل إرشادية للمدرّبين، 1993

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119508/dsa97.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC، تقرير المخدرات العالمي 2017 الجزء الأول، خلاصة وافية والاستنتاجات والتبعات السياسية

https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Arabic.pdf

30. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC، تقرير المخدرات العالمي 2017 الجزء الخامس، مشكلة المخدرات والجريمة المنظمة والتدفقات المالية غير المشروعة والفساد والإرهاب

https://www.unodc.org/doc/wdr2017/WDR2017_Booklet5_Arabic.pdf

31. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC، تقرير المخدرات العالمي 2017 الجزء الثالث، تحليل أسواق المخدرات النباتية الأفيونيات الكوكايين والقنب

https://www.unodc.org/doc/wdr2017/WDR2017_Booklet3_Arabic.pdf

32. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر

https://onlcdt.mjjustice.dz/onlcdt_fr/documents/document8.pdf

33. مجموعة التعاون في ميدان مكافحة استهلاك المخدرات والاتجار غير المشروع بها (Groupe Pompidou)، وضع المخدرات والإدمان وسياسة مكافحتها، إعداد صالح عبد النوري، 2014

<https://rm.coe.int/drug-situation-and-policy-by-salah-abdennouri-former-general-director-/168075f0e2>

34. مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC، الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات

https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_A.pdf

القوانين:

35. القانون رقم 04-18 المؤرخ في 25/12/2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها

https://droit.mjjustice.dz/loi_prevention_repres_usage_trafic_illic_stupe_subst_p_sychotr.pdf

36. الجريدة الرسمية رقم 49 المؤرخة في 05 أوت 2007

<https://www.joradp.dz/FTP/jo-arabe/2007/A2007049.pdf>

المراجع باللغة الأجنبية:

livres

37. Bailly, Daniel. Alcool, Drogues Chez les Jeunes : agissons. Odile Jacob, 2009
38. Daniel Hanbury & F.-A. Fluckiger, Histoire Des Drogues D'Origine Végétal, Traduction de L'ouvrage Anglais : J.-L. De Lanessan, T2, Paris, éd Octave Doin, 1878
39. Dory, Daniel et Roux, Jean-Claude. De la coca à la cocaïne : un itinéraire bolivien dans *AUTREPART : Drogue et reproduction sociale dans le tiers monde.* PARIS, Éditions de l'Aube, ORSTOM, 1998
40. Émile Durkheim. De la Division du Travail Social, 2^{ème} éd, Quadrige/PUF, 1991
41. Émile Durkheim. Le suicide, éd Félix Alcan, Paris, 1897
42. Éric Loonis, Nôtre Cerveau est un Drogué : vers une théorie générale des adductions, presses Univ. Du Mirail, 1997
43. Ernest Martin, L'Opium : ses Abus Mangeurs et Fumeurs d'opium Morphinomanes, paris, société d'éditions scientifiques, 1893
44. Jean-Claude Matysiak et Marc Valleur, Les pathologies de l'excès Sexe, alcool, drogue... Les dérives de nos passions, éd JC.Lattés, paris, 2006
45. Jean-Gabriel Tarde, La Criminalité Comparée, 8^{ème} éd, Félix Alcan, Paris, 1924
46. Lucchini, Riccardo. Enfant de la Rue : identité, sociabilité, drogue. Librairie Droz, 1993
47. Martine Segalen. Sociologie de la famille, 2^{ème} éd Paris. 1981
48. Olivier Guéniat & Pierre Esseiva, Le Profilage de L' Héroïne et de La Cocaïne : une Méthodologie Moderne de Lutte Contre le Trafic Illicite, collection sciences forensiques, presses polytechniques universitaire romandes, Lausanne, 1^{ère} éd, 2005
49. Philippe-Désiré Cauvet, Nouveaux Éléments de Matière Médical : L'Histoire des Drogues Simples D'Origine Animale et Végétale Leur Constitution, leurs Propriétés et leurs Falsifications, T2, paris, librairie j.- b. baillié et fils, 1887
50. Roché, Sébastien. Tolérance Zéro ? : incivilités et insécurité. Odile Jacob, 2002.
51. Serge Brochu, Drogue et criminalité : une relation complexe, 2^{ème} éd, les Presses de l'Université de Montréal, 2006
52. World Health Organization et al., lexicon of alcohol and drugs terms, Geneva, 1994

Articles

53. Allés-Jardel, Monique, Des Compétences Parentales Aux Compétences Sociales Chez le Jeune Enfant. Y. Prêteur & M. de Léonardis, Education Familiale Image de Soi et Compétences Sociales, 1995

54. Anger, Jean-Pierre. Principaux effets psychiques des stupéfiants : risques en milieu professionnel. In : Annales de toxicologie analytique. Vol. 14, No. 1. EDP Sciences, 2002.
55. Arif, Awni, World Health Organization, et al. Abus de cocaïne et santé/rédigé sous la direction de A. Arif. In : Abus de cocaïne et santé/rédigé sous la direction de A. Arif, Genève : Organisation mondiale de la Santé. 1987
56. Assoun Paul-Laurent, Freud avec la cocaïne. Préhistoire toxicologique de la psychanalyse. Alcoologie et addictologie, 2011, vol. 33, no 4
57. Bodmer, M., Nemec, M., Scholer, A., et al. Consommation de cocaïne. Importance en médecine d'urgence. In : Forum Médical Suisse. EMH Media, 2008
58. Briefer, Jean-François. Intégration Sociale et Psychopathologie Chez les Usagers de Drogues. Psychotropes, 2002, vol.8, no1
59. Burnat, P. et le Brumant-Payen, C. Intoxication par la cocaïne. Lyon Pharm, 1992, vol. 43
60. Capasso, R., Borrelli, F., Aviello, G., and al. Cannabidiol, Extracted from Cannabis Sativa, Selectively Inhibits Inflammatory Hypermotility in Mice. In British Journal of Pharmacology. 29 January 2009. Vol 154, n ° 5
61. Catonné Jean-Philippe, Drogue : un remède à l'Existence ?. Raison présente, 2005, vol. 153, n°1
62. Coblence Françoise. Freud et la cocaïne, revue française de psychanalyse, 2002, vol. 66, no 2
63. Chauvière, Michel. Prévention et action sociale, VST-Vie sociale et traitements, 2007, n° 2
64. Colussi-Mas, J., et al. Le crack : une forme fumable de cocaïne. La Lettre du pharmacologue (Boulogne), 2003, vol. 17, n° 5
65. Croci, François. Coca, une feuille sacrée. Mouvements, 2016, n° 2
66. Demaret Isabelle & Lemaître André & Anseau Marc. L'héroïne. Revue médicale de Liège, 2013, vol. 68, n° 5-6
67. Denis Richard., Jean-Louis Sénon., M. Hautefeuille., et al. L'héroïne. Toxibase, 1998, vol. 1
68. Domic, Z., Richard, D., Senon, J. L., et al. La cocaïne. Toxibase, 1996, vol. 2.
69. Galand, Charles et Salès-Wuillemin, Edith. La Représentation des Drogues chez les étudiants en Psychologie : effets des pratiques de consommation et influence de l'entourage. Les cahiers internationaux de psychologie sociale ,2009, n° 4
70. Giroud, Christian, Bokkmann, Marc, Thomas, Aurélien, et al. Consommation de cannabis : quels sont les risques ? In : Annales de toxicologie analytique. EDP Sciences, 2008.

71. Gothuey, Isabelle. La dépendance a la cocaïne état des lieux [En ligne]. 2006 (consulté le 03 mars 2021 <https://www.researchgate.net/publication/237213752> La dependance a l a cocaïne Etat des lieux
72. Gootenberg, Paul. La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale. Hérodote, 2004, no 1
73. Guido, Paulo Cáceres, Riva, Natalia, Calle, Graciela, et al. Medicinal cannabis in Latin America: history, current state of regulation and the role of the pharmacist in a new clinical experience with cannabidiol oil. Journal of the American Pharmacists Association, 2020, vol. 60, n° 1
74. Guiraudet, O., et al. Cœur, vaisseaux et cocaïne. *EMC Cardiologie*, 2012.
75. Hazekamp, Arno. The Trouble with CBD Oil. Medical cannabis and cannabinoids, 2018, vol. 1, n° 1
76. Julien, Pierre. La coca, la cocaïne et la cocaïnomanie : Symposium Geschiedenis van de Cocaïne, Histoire de la Cocaïne, Brussel, 20 april 1991. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 1992, vol. 80, no 294
77. Jutras-Aswad, Didier, Bruneau, Julie, et Hurd, Yasmin. Neurobiologie de la Toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention. *Drogues, santé et société*, 2009, vol.8, n° 2
78. Laure, Patrick, Richard, Denis, Senon, Jean-Louis, et al. Psychostimulants et amphétamines. *Revue Documentaire Toxibase*, 1999, vol. 1
79. Logan, Barry K. Amphetamines: an update on forensic issues. *Journal of analytical toxicology* 2001, vol. 25, n° 5
80. McKetin, Rebecca, et al. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis, *EClinicalMedicine*, 2019, vol. 16
81. Michel Chauvière. Prévention et action sociale, V.S.T - Vie sociale et traitements, 2007, n° 2
82. Patton, George C., Coffey, Carolyn, Carlin, John B., et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *Bmj*, 2002, vol. 325, n° 7374
83. Petit, Aymeric, et al. Addiction à la cocaïne: un facteur de risque de suicide?. *La Presse Médicale*, 2012, vol. 41, n° 7-8
84. Pierre-Arnaud Chouvy, Le pavot à opium et l'homme Origines géographiques et premières diffusions d'un cultivar, In : *Annales de Géographie*. Armand Colin, 2001, t. 110, n°618.
85. RIVIER, Laurent. Principaux produits dopants et leurs effets secondaires. *Brochure UCI (Union cycliste internationale)* 1999

86. Roche Sebastian. La théorie de la « vitre cassée » en France Incivilités et désordres en public, *Revue française de science politique*, 50^e année, n°3, 2000
87. ROUX JEAN-CLAUDE. La culture de la coca, une plante andine d'usage millénaire. In : MOLLARD ERIC (ED.), WALTER ANNIE (ED.). *Agricultures singulières*. Paris : IRD, 2008
88. Tokumitsu-Partiot, Naoko. La Théorie de la Vitre Cassée au Japon : le maillage des réseaux micro locaux par les riverains. *Lien social et politique*, 2020, n° 84
89. Tomas, Pierre. Amad, Ali. Fovet Thomas. Schizophrénie et Addictions : les liaisons dangereuses. *L'encéphale*, 2016, vol. 42, n°3
90. Vandolah, Harrison J, Bauer, Brent A, et Mauck, Karen F. “Clinicians guide to Cannabidiol and hemp oils.” *Mayo Clinic Proceedings*. vol. 94, n ° 9. Elsevier, 2019
91. Véléa Dan. Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques. *Psychotropes*, 2005, vol. 11, n° 3
92. Zammit, Stanley, Allebeck, Peter, Andreasson, Sven et al. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *Bmj*, 2002, vol. 325, n ° 7374

Thèses

93. Bastien Thouvenin, coca et cocaïne : de l'usage traditionnel à l'addiction, Thèse de doctorat, faculté de pharmacie, université. Lorraine, 2012
94. Mannkour Abdellah, Amphétamines : Histoire, Utilisations et Perspectives, thèse de doctorat, Université Claude Bernard - Lyon 1 Faculté de Pharmacie Institut des Sciences Pharmaceutique et Biologiques, [En ligne]. 2017 [consulté le 30 mars 2021]

Fichiers PDF

95. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, Traduction de l'anglais P. BOYER, J.-D. Guelfi, C.-B. Pull, M.-C. Pull et autres, 4^{ème} éd, HI MASSON
<https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
96. Nations Unies. Convention Unique Sur Les Stupéfiants de 1961, Telle que Modifiée Par le Protocole de 1972 Portant Amendement de La Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961
https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf
97. Nations Unies. Convention de 1971 Sur Les Substances Psychotropes

https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf

98.OMS, CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), vol.1, éd.2019

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3502/cim-10_2019.pdf

99.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Cannabis and Hallucinogens, World Drug Report 2019

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WDR19_Booklet_5_CAN_NABIS_HALLUCINOGENS.pdf