



YAKIN DOĐU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĐİTİM ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU / ANABİLİM DALI

UYUŐTURUCU KULLANIMI VE BUNUNLA MÜCADELE MEKANİZMALARI
KARŐILAŐTIRMALI ÇALIŐMA

MUTALİB SULAIMAN MOHAMMED GARDİ

Yüksek Lisans Tezi

NICOSIA
2021



جامعة الشرق الأدنى
معهد الدراسات العليا
كلية الحقوق / قسم القانون العام

جريمة تعاطي المخدرات واليات مكافحتها
دراسة مقارنة

مطلب سليمان محمد كردى

رسالة ماجستير

**UYUŐTURUCU KULLANIMI VE BUNUNLA MÜCADELE MEKANİZMALARI
KARŐILAŐTIRMALI ÇALIŐMA**

MUTALIB SULAIMAN MOHAMMED GARDI

YAKIN DOĐU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĐİTİM ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU / ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

DANIŐMAN

YRD.DOÇ.DR.AHMAD MUSTAFA ALİ

NICOSIA
2021

جريمة تعاطي المخدرات واليات مكافحتها
دراسة مقارنة

مطلب سليمان محمد كردى

جامعة الشرق الأدنى
معهد الدراسات العليا
كلية الحقوق / قسم القانون العام

رسالة ماجستير

بإشراف

الاستاذ المساعد الدكتور احمد مصطفى علي

KABUL VE ONAY

Mutalib Sulaiman Mohammed Gardi tarafından hazırlanan “uyuřturucu kullanımı ve bununla m¼cadele mekanizmaları - karřılařtırmalı çalıřma” bařlıklı bu çalıřma, 19/08/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda bařarılı bulunarak j¼rimiz tarafından Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiřtir

J¼R¼ ÜYELERİ

.....
Yrd.Doç.Dr. Ahmad Mustafa Ali (Danıřman)
Yakın Doėu Üniversitesi
Hukuk Fak¼ltesi, Kamu Hukuk B¼l¼m¼

.....
Prof.Dr.Sangar Dawood Mohammed Amri (Bařkan)
Yakın Doėu Üniversitesi
Hukuk Fak¼ltesi, Kamu Hukuk B¼l¼m¼

.....
Yrd.Doç.Dr.Tavg¼ Abbas Towfiq
Yakın Doėu Üniversitesi
Hukuk Fak¼ltesi, Kamu Hukuk B¼l¼m¼

.....
Prof. Dr. K. H¼sn¼ Can Bařer
Lisans¼st¼ Eėitim Enstit¼s¼
M¼d¼r¼

قرار لجنة المناقشة

نحن كأعضاء لجنة مناقشة طالب الماجستير مطلب سليمان محمد كردى في رسالته الموسومة بـ " جريمة تعاطي المخدرات واليات مكافحتها - دراسة مقارنة" نشهد بأننا اطلعنا على الرسالة وناقشنا الطالب في محتوياتها بتاريخ 2021/08/19، ونشهد بأنها جديرة لنيل درجة الماجستير

أعضاء لجنة المناقشة

.....
الاستاذ المساعد الدكتور احمد مصطفى علي (المشرف)
جامعة الشرق الادنى
كلية الحقوق، قسم القانون العام

.....
الاستاذ الدكتور سه نكه ر داود احمد عمرى (رئيس لجنة المناقشة)
جامعة الشرق الادنى
كلية الحقوق، قسم القانون العام

.....
الاستاذ المساعد الدكتور تافكه عباس توفيق
جامعة الشرق الادنى
كلية الحقوق، قسم القانون العام

.....
الاستاذ الدكتور ك. حسنو جان باشير
معهد الدراسات العليا
المدير

BİLDİRİM

Ben **MUTALIB SULAIMAN MOHAMMED GARDI** olarak beyan ederim ki **uyuřturucu kullanımı ve bununla m¼cadele mekanizmaları - karşılařtırmalı çalıřma**, bařlıklı tezi '**Yrd.Doç.Dr.Ahmad Mustafa Ali**' nin denetimi ve danıřmanlıęında hazırladıęımı, tezin tamamen kendi çalıřmam olduęunu ve her alıntıya Sosyal Bilimler Enstit¼s¼n¼n tez yazım kurallarına baęlı kalarak yaptıęımı taahh¼t ederim. Tezimin kaęıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doęu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstit¼s¼ arřivlerinde saklanmasına izin verdięimi onaylarım.

Bu Tez benim kendi alıřmamdır. Bu tezde yer alan t¼m iddia, fikir, yorum, ¼neri ve çevirilerin sorumluluęu yazar olarak bana aittir.

Baęlı olduęum Sosyal Bilimler Enstit¼s¼ hiçbir kořul veya řart altında, tezin içerięini ve bilimsel sorumluluęunu tařımamaktadır. Yapılan ve yayınlanan çalıřmaların t¼m sorumlulukları yazar olarak bana aittir.

- Tezimin t¼m içerięine heryerden eriřilebilir.
- Tezimin içerięine Sadece Yakın Doęu niversitesinde eriřilebilir.
- Tezimin içerięine iki yıl boyunca hiçkimse tarafından eriřilemez, eęer bu s¼renin sonunda s¼renin uzatılmasını talep etmezsem, s¼renin sonunda tezimin t¼m içerięine heryerden eriřilebilir.

Tarih : 19/08/2021

İmza :

Adı ve Soyadı: MUTALIB SULAIMAN MOHAMMED GARDI

الاعلان

أنا **مطلب سليمان محمد كردى**، أعلن بأن رسالتي الماجستير بعنوان **جريمة تعاطي المخدرات واليات مكافحتها - دراسة مقارنة**، كانت تحت إشراف وتوجيهات **الاستاذ المساعد الدكتور احمد مصطفى علي**، ولقد أعددتها بنفسى تماماً، وكل اقتباس كان مقيداً بموجب الالتزامات والقواعد المتبعة في كتابة الرسالة في معهد العلوم الاجتماعية. أؤكد بأنني أسمح بوجود النسخ الورقية والإلكترونية لرسالتي في محفوظات معهد العلوم الاجتماعية بجامعة الشرق الأدنى. هذه الرسالة هي من عملي الخاص، وأتحمل مسؤولية كل الادعاءات والأفكار والتعليقات والاقتراحات والنصوص المترجمة في هذه الرسالة هي مسؤولية المؤلف. معهد العلوم الاجتماعية الذي أنتمي إليه ليس له أي تبعية أو مسؤولية علمية تحت أي ظرف من الظروف، جميع مسؤوليات المصنفات المنشورة المنشورة تخصني كمؤلف.

- المحتوى الكامل لرسالتي يمكن الوصول اليها من أي مكان.
- رسالتي يمكن الوصول اليها فقط من جامعة الشرق الأدنى.
- لا يمكن أن تكون رسالتي قابلة للوصول اليها لمدة عامين (2). إذا لم أتقدم بطلب للحصول على الامتداد في نهاية هذه الفترة، فسيكون المحتوى الكامل لرسالتي مسموح الوصول اليها من أي مكان.

تاريخ: 2021/08/19

التوقيع:

الاسم واللقب: **مطلب سليمان محمد كردى**

TEŞEKKÜR

Sabrın ve işi tamamlama yeteneğinin kutsanması için önce Yüce Allah'a şükredin ve övün· çünkü Tanrı bu nimetler için övgü olsun. Bu çalışmayı denetlemeyi tercih eden saygın **Yrd.Doç.Dr. Ahmed Mustafa Ali** teşekkürü ve takdirimi sunuyorum. Ayrıca· çalışmaya devam etmeyi desteklemiş ve buna yardımcı olsak bile· Yakındoğu Üniversitesi'ne yüksek lisans eğitimi alma fırsatı verdikleri için teşekkür ve minnettarlığımı· Sayın Kawar Musa'ya teşekkür ederim.

شكر وتقدير

الشكر والثناء لله عز وجل اولا على نعمة الصبر والقدرة على انجاز العمل، فله الحمد على هذه النعم، واتقدم بالشكر والتقدير الى استاذي الفاضل الأستاذ المساعد الدكتور احمد مصطفى علي الذي تفضل بإشرافه على هذه الرسالة، ولكل ما قدمه لي من دعم وتوجيه وارشاد لإتمام هذا العمل على ما هو عليه فله أسمى عبارات الثناء والتقدير، كما اتقدم بالشكر والتقدير الى الأساتذة الاعزاء الذين لم يدخروا جهدا في مساندتنا لمواصلة الدراسة وكان لهم العون في ذلك ، واتقدم بالشكر والتقدير الى جامعة الشرق الادنى لإتاحة الفرصة لي في دراسة الماجستير، كما اشكر الاخ كاو ار موسى منسق القسم العربي على جهوده القيمة ، كما اتقدم بالشكر والتقدير الى كل من ساهم في متابعة عملي عند مرحلة الدراسة.

ÖZ

UYUŞTURUCU KULLANIMI VE BUNUNLA MÜCADELE MEKANİZMALARI KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Bu çalışma, ülkelerin karşılaştığı en önemli ve ciddi sorunlardan birini, yani uyuşturucu bağımlılığı olgusunu ele alıyor, bu fenomenin en son kelime dağarcığını yasal ve tıbbi yönlerden vurgulayarak ve okuyarak, bu fenomen üzerinde yeni bir çalışmanın eklenmesine katkıda bulunarak ve bunun yeni eğilimini ve nesnel tedavisini vurgulayarak. Bu fenomenin riskleri artık Devletler için bir iç mesele değildir, bu nedenle bunları ele almanın, bu fenomenin kendisiyle mücadeleyi ve bir araç, neden veya sonuç aldığı suçlarla mücadele etmekle aynı ölçüde modern çatışmacı politikalar gerektirdiğini görüyoruz. Uyuşturucu kullanımı olgusu daha az ciddi sosyal risklere sahip değildir, çünkü birçok ailenin parçalanmasının ve çökmesinin önemli bir nedeni olmak için birey, aile ve toplum düzeyinde de gelir, bağımlının kişiliği ailedeki etkili ve pozitif bireyin kişiliğinden uzaktır. İstismar sonucu aileye ve bireye verilen zarar topluma etkin ve etkin bir şekilde yansır. İstismar ne kadar tehlikeli hale gelirse, bireysel düzeyden aileye ve daha sonra topluma o kadar çok geçer, bu nedenle uyuşturucu kullanımı olgusunu ele almak tüm yönleriyle kapsamlı bir tedavi gerektirir .

Anahtar Kelimeler: Uyuşturucu. Uyuşturucu Kaçakçılığı Suçu. Uyuşturucu Bağımlılığı. Ceza Kanunu .

ABSTRACT

DRUG ABUSE CRIME AND MECHANISMS TO COMBAT IT COMPARATIVE STUDY

This study addresses one of the most important and serious problems faced by countries, namely the phenomenon of drug addiction, by highlighting and reading the latest vocabulary of this phenomenon from the legal and medical aspects as well as contributing to the addition of a new study on this phenomenon and highlighting the new trend and objective treatment of it. The risks of this phenomenon are no longer an internal matter for States, so we see that addressing them requires modern confrontational policies to include combating this phenomenon itself and to the same extent as combating crimes from which it takes a means, cause or consequence. The phenomenon of drug use has no less serious social risks ,as it also comes at the level of the individual ,family and society to be a major cause of the disintegration and collapse of many families , the personality of the addict is far from the personality of the effective and positive individual in the family .The damage to the family and the individual as a result of abuse is effectively and effectively reflected in society .The more dangerous the abuse becomes ,the more it moves from the individual level to the family and then to society ,so addressing the phenomenon of drug use requires a comprehensive treatment of all its aspects.

Keywords: Drugs. Drug Trafficking Crime. Drug Addiction. Penal Law

الملخص

جريمة تعاطي المخدرات واليات مكافحتها دراسة مقارنة

تتناول هذه الدراسة معالجة إحدى أهم وأخطر المشاكل التي تواجهها الدول والمتمثلة بظاهرة تعاطي المخدرات، وذلك عبر تسليط الضوء والقراءة الحديثة لكافة مفردات هذه الظاهرة من الجانبين القانوني والطبي وكذلك المساهمة في إضافة دراسة جديدة حول هذه الظاهرة وإبراز التوجه الجديد والمعالجة الموضوعية لها. إذ لم تعد مخاطر هذه الظاهرة شأنًا داخلياً للدول لذا نرى التصدي لها تتطلب سياسات مواجهة حديثة لتشمل مكافحة هذه الظاهرة في حد ذاتها وبنفس المقدار مكافحة الجرائم التي تتخذ منها وسيلة أو سبب أو نتيجة لها. وبالتالي تساهم في تطورها واستدامتها كجرائم غسل الأموال والجرائم المنظمة وغيرها. وكذلك اتخاذ السبل العلاجية الضرورية وفق المفهوم الطبي الحديث لهذه الظاهرة. لذا فإن دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات وفق المعالجة القانونية والطبية الحديثة لها يضيف عليها أهمية خاصة.

ان لظاهرة تعاطي المخدرات مخاطر اجتماعية لا تقل خطورة فهي تأتي هي الأخرى في مستوى الفرد والأسرة والمجتمع ليكون سبباً رئيسياً في تفكك وانهيار الكثير من الأسر، فشخصية المدمن بعيدة كل البعد عن شخصية الفرد الفعال والإيجابي في الأسرة. وذلك الضرر الذي يلحق بالأسرة والفرد نتيجة التعاطي ينعكس وبشكل مؤثر وفعال على المجتمع. ولتزداد خطورة التعاطي كلما انتقلت من مستوى الفرد الى الأسرة ثم الى المجتمع وبذلك فإن التصدي لظاهرة تعاطي المخدرات تقتضي معالجة شاملة لجميع جوانبه.

الكلمات المفتاحية: المخدرات. جريمة الاتجار بالمخدرات. تعاطي المخدرات. قانون العقوبات.
مكافحة المخدرات

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	
BİLDİRİM	
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1	4
Uyuşturucu bağımlılığı olgusuna giriş	4
1.1: Uyuşturucu kullanımının doğası	5
1.1.1: uyuşturucu kullanımı kavramı.....	5
1.1.2: Bağımlının davranışsal belirtileri	15
1.2: Kötüye kullanılan madde (narkotik ve psikotrop maddeler)	21
1.2.1: İlaç kavramı ve sınıflandırması.....	22
1.2.2: Uyuşturucu kullanımının tarihsel gelişimi	28
BÖLÜM 2	35
Uyuşturucu kullanımının yasal ve tıbbi yönleri	35
2.1: Uyuşturucu kullanımı konusunda yasal pozisyon	35
2.1.1: uyuşturucu kullanımı suçu.....	36
2.1.2: Uyuşturucu kullanımının suç davranışına etkisi.....	42
2.1.3: Uyuşturucu kaçakçılığının ve kullanımının yasallığı	52
2.2: Uyuşturucu kullanımının tıbbi yönleri	56
2.2.1: Bir hastalık olarak uyuşturucu kullanımı	57
2.2.2: Uyuşturucu kullanımının nedenleri	63
2.2.3: Uyuşturucu kullanımının etkileri	69
2.2.4: Uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin yöntemleri ve aşamaları	75

BÖLÜM 3	82
Uyuşturucu bağımlılığıyla mücadele stratejisi	82
3.1: Uyuşturucu kullanımıyla mücadele için önleyici ve iyileştirici tedbirler	82
3.1.1: Uyuşturucu kullanımıyla mücadele için ulusal ve uluslararası önleyici tedbirler	83
3.1.2: Uyuşturucu kullanımıyla mücadele için iyileştirici önlemler	91
3.2: Bağımlının rehabilitasyonu ve topluma entegrasyonunda sosyal kurumların rolü	95
3.2.1: Ailenin ve eğitim camiasının rolü	96
3.2.2: Medya ve sivil toplum kuruluşlarının rolü	101
SON	106
KAYNAKÇA	108
İNTİHAL RAPORU	114

قائمة المحتويات

.....	قرار لجنة المناقشة
.....	الاعلان
ج.....	شكر وتقدير
د.....	الملخص
ه.....	قائمة المحتويات
1.....	المقدمة
4.....	الفصل الأول
4.....	المدخل لظاهرة تعاطي المخدرات
5.....	1.1: ماهية تعاطي المخدرات
5.....	1.1.1: مفهوم تعاطي المخدرات
15.....	2.1.1: المظاهر السلوكية الخاصة بالمدمن
21.....	2.1: محل التعاطي (المخدرات والمؤثرات العقلية)
22.....	1.2.1: مفهوم المخدرات وتصنيفها
28.....	2.2.1: التطور التاريخي للتعاطي على المخدرات
35.....	الفصل الثاني
35.....	الجوانب القانونية والطبية لتعاطي المخدرات
35.....	1.2: موقف القانون من تعاطي المخدرات
36.....	1.1.2: جريمة تعاطي المخدرات

- 42.....2:1.2: تأثير التعاطي على السلوك الإجرامي
- 52.....3:1.2: مشروعية الإتجار بالمواد المخدرة واستخدامه
- 56.....2:2: الجوانب الطبية للتعاطي على المخدرات
- 57.....1:2.2: تعاطي المخدرات كحالة مرضية
- 63.....2:2.2: اسباب تعاطي المخدرات
- 69.....3:2.2: آثار تعاطي المخدرات
- 75.....4:2.2: طرق ومراحل علاج تعاطي المخدرات

82.....الفصل الثالث

82.....إستراتيجية مكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات

82.....1:3: التدابير الوقائية والعلاجية لمكافحة تعاطي المخدرات

83.....1:1.3: التدابير الوقائية الوطنية والدولية لمكافحة تعاطي المخدرات

91.....2:1.3: التدابير العلاجية في مكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات

95.....2:3: دور مؤسسات الاجتماعية في إعادة تأهيل المدمن ودمجه في المجتمع

96.....1:2.3: دور الاسرة والمجتمع التربوي والتعليمي

101.....2:2.3: دور الاعلام ومنظمات المجتمع المدني

106.....الخاتمة

108.....المصادر والمراجع

114.....تقرير الاستيلاء

المقدمة

أولاً: مدخل تعريفى بموضوع الدراسة:

عدت ظاهرة تعاطي المخدرات إحدى المشاكل الرئيسية التي تعاني منها المجتمعات المختلفة لما يشكل عليها من تهديد وخطورة ولما يترتب عليها من آثار سلبية اجتماعية واقتصادية وأمنية وسياسية على المستوى الداخلي والدولي. فهي أصبحت بذلك تهدد كيان الدول ونظامها الاجتماعي فهي تستنزف طاقات الدولة البشرية والمادية وتستهدف مقومات الدولة وبذلك يمكن وصفها بنوع حديث من الحروب حيث تشابهها في الآثار التي تخلقها وفي الأهداف التي تسعى لتحقيقها. فتعاطي المخدرات والتعاطي عليها إضافة إلى كونها تشكل جريمة بحد ذاتها لما لها، من أضرار تتعدى حدود الشخص المتعاطي لتشمل الأسرة وبالتالي المجتمع فإنها تشكل دافعاً دويماً نحو الإجرام فالتأثيرات الكبيرة التي تترتب على تعاطي المخدرات واسعة لتشمل الاضطرابات النفسية والعقلية مما لا يتحكم معه المدمن السيطرة على رغباته وغرائزه وفي مراحل لاحق من التعاطي تشكل عوامل رئيسية لارتكاب الجرائم كما ان للتعاطي بعداً اقتصادياً واجتماعياً خطيراً حيث يشكل معضلة اقتصادية كبيرة على مستوى الك مطلب ليتحول إلى شخص مستهلك فقط ويشكل عبئاً اقتصادياً على أسرته ليصل تلك الآثار إلى المجتمع بفقدانه لطاقاته البشرية الإنتاجية والإيجابية.

ثانياً: أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة في كونها وتعالج إحدى أهم وأخطر المشاكل التي تواجهها الدول وذلك عبر تسليط الضوء والقراءة الحديثة لكافة مفردات هذه الظاهرة من الجانبين القانوني والطبي وكذلك المساهمة في إضافة دراسة جديدة حول هذه الظاهرة وإبراز التوجه الجديد والمعالجة الموضوعية لها. إذ لم تعد مخاطر هذه الظاهرة شأنها داخلياً للدول لذا نرى التصدي لها تتطلب سياسات مواجهة حديثة لتشمل مكافحة هذه الظاهرة في حد ذاتها وبنفس المقدار مكافحة الجرائم التي تتخذ منها وسيلة أو سبب أو نتيجة لها. وبالتالي تساهم في تطورها واستدامتها كجرائم غسل الأموال والجرائم المنظمة وغيرها. وكذلك اتخاذ السبل العلاجية الضرورية وفق المفهوم الطبي الحديث لهذه الظاهرة. لذا فإن دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات وفق المعالجة القانونية والطبية الحديثة لها يضيفي عليها أهمية خاصة.

ثانياً: مشكلة الدراسة:

اشار التقرير العالمي للمخدرات 2020 إلى ان حوالي 269 مليون شخص استخدم المخدرات في جميع انحاء العالم خلال عام 2018 وهذا يزيد بنسبة 30% عن عام 2009 كما اشار التقرير الى ان (35)

مليون شخص يعاني من اضطرابات تعاطي المخدرات. وهذه الإحصائية تمثل الحالات التي أمكن من تسجيلها، ولا يستبعد أحد بل ويتوقع ان تكون النسب الحقيقية أكبر بكثير من ذلك. هذه الأرقام الرهيبة تظهر مدى خطورة وسرعة انتشار هذه الظاهرة ولتعرض اشكالية مواجهة هذه الآفة. فما يساهم في صعوبة التصدي لهذه المشكلة هو عدم تناسب سياسية مكافحتها مقابل تنامي أسبابها وتعاضمها. ولتؤكد قصور الجهود العلمية المتخذة لمكافحتها. وتسعى هذه الدراسة الى تناول اشكالية ظاهرة تعاطي المخدرات بكامل حقيقتها والعوامل المسندة لها وكذلك آثاره التساؤل حول ضرورة إعادة النظر فيها من خلال رؤية جديدة ومدى إمكانية وضع سياسية وقائية وعلاجية فعالة لها.

ثالثاً: فرضية الدراسة:

تكمن فرضية الدراسة في ان تنامي ظاهرة التعاطي تعود الى عدم نجاعة الجهود الدولية المبذولة حالياً في مكافحة هذه الظاهرة لعدم أتسامها بالفعالية الكافية فالمعالجة القانونية والطبية لها على المستوى المحلي والدولي ليست متناسبة مع تقنضيه مكافحتها لذا لم تستطع من القضاء عليا فالآليات الوقائية والعلاجية المتخذة لحد الآن ودون التقليل من أهميتها لكنها غير كافية ولا تحقق غرضها. كما تكمن فرضية البحث في ضرورة وضع إستراتيجية دولية شاملة على كافة جوانب هذه الظاهرة وتطوير وسائل وآليات مكافحة انتشارها. كما ان فرضية البحث تأتي من اعتبار ظاهرة تعاطي المخدرات على علاقة وثيقة بالسلوك الإجرامي نظراً للتأثيرات المختلفة التي يتركها على الشخص المدمن والمجتمع ومن جهة أخرى اعتبارها حالة مرضية نفسية-جسمية نشأت لتأثير عوامل عديدة مترابطة ومتفاعلة يستوجب معالجتها اتباع طرق علاجية مختلفة وبالتالي استراتيجية مكافحة هذه الظاهرة لا بد ان تنصب على الجوانب القانونية لمعالجتها كظاهرة اجرامية وكذلك الجوانب الصحية والاجتماعية لمعالجتها كظاهرة مرضية.

رابعاً: تساؤلات الدراسة:

ان دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات بجوانبها المختلفة والمتعددة تتطلب إعادة النظر بشأنها فبعدما كانت ظاهرة التعاطي تنحصر مفهومه ضمن النطاق الضيق ليعبر عن سلوك منحرف جدير بتوقيع العقاب عليه ليكون مفهوم معالجة الظاهرة. لكن مع تطور العلوم والتقدم الحضاري وفهم جوانب هذه الظاهرة الخطيرة لتشمل مفهوم التعاطي جوانبه الاجتماعية والطبية والقانونية والاقتصادية، وبذلك تعبر عن حالة مرضية او مشكلة اجتماعية او اقتصادية ذات خطورة سياسية وأمنية، الامر الذي يجعلنا امام مجموعة من الأسئلة الفرعية كالتالي:

1. ما هو مفهوم التعاطي؟
2. ما المقصود بالمخدرات وما هي بدايات الاحتواء القانوني لها؟
3. ماهي الطرق السليمة لمكافحة ظاهرة التعاطي وتعاطي المخدرات؟ وما هي مراحل المعالجة القانونية لها على المستوى المحلي والدولي؟
4. ما هي الاحكام القانونية ذات الصلة بالتعاطي والمخدرات؟
5. تحديد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية نما هي الاليات المتاحة للتمييز بين الجانب الطبي والجانب القانوني لتحديد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية؟

خامسا: منهجية الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة الخاصة بظاهرة تعاطي المخدرات الأسلوب التحليلي وفق النظرة الاختصاصية ف جاء تناوله بالتركيز على الجانب القانوني والجانب الطبي لهذه الظاهرة، لتبين بدايات الاحتواء القانوني لها ومراحل المعالجة القانونية لها على المستوى المحلي والدولي وصولاً الى الآليات القانونية الخاصة بمكافحة هذه الظاهرة من خلال تحديد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية وبذلك تحديد الأفعال المتعلقة بها والتي نعتبرها القانون جريمة ووضعت لها الجزاءات المناسبة. وكذلك دراسة الجانب الطبي لهذه الظاهرة وتغير النظرة الطبية لها وبالأخص العنصر البشري منها (الشخص المدمن) لتكون نظرة أكثر علمية وتعتبره مريضاً جديراً بالمعالجة.

سادسا: هيكلية الدراسة:

جاءت دراستنا لظاهرة تعاطي المخدرات دراسة قانونية طبية لتتضمن ثلاث فصول، اما الفصل الأول وهو المدخل لظاهرة تعاطي المخدرات فيتكون من مبحثين، المبحث الأول نتطرق فيه الى ماهية تعاطي المخدرات، اما المبحث الثاني فنتطرق فيه الى المخدرات والمؤثرات العقلية.

والفصل الثاني من هذه الدراسة يتناول الجوانب القانونية والطبية للتعاطي على المخدرات، من خلال مبحثين، الأول يكون لتناول الموقف القانوني من تعاطي المخدرات، والمبحث الثاني يركز على الجوانب الطبية للتعاطي على المخدرات. والفصل الثالث والأخير من الدراسة فهو خاص بإستراتيجية مكافحة تعاطي المخدرات والذي يتألف من مبحثين، نتطرق في الأول الى التدابير الوقائية والعلاجية، والمبحث الثاني نتناول فيه دور المؤسسات الاجتماعية في إعادة تأهيل المدمن ودمجه في المجتمع.

الفصل الأول

المدخل لظاهرة تعاطي المخدرات

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات مشكلة ذات جوانب متعددة تشكل خطورة على دول العالم وتهدد نظمها. ففي الوقت الذي تعتبر فيه هذه الظاهرة مشكلة صحية تواجه غالبية دولي العالم وتعاني منها مجتمعاتها وتفرض عليها وضع نظام صحي وسياسة صحيحة جدية بمكافحتها هي أيضاً ذات جانب قانوني فلا بد من وجود تشريعات قانونية خاصة بها لاستيعابها ومكافحتها وخصوصاً بعد ان اصبحت هذه الظاهرة الخطرة ذات طابع دولي هذه اضافة الى الجوانب الاقتصادية والاجتماعية لهذه الظاهرة.

لذا فإن دراستنا لظاهرة التعاطي تقتضي منا بدأً وبغية الإحاطة بها التطرق الى ما تعنيه هذه الظاهرة وبيان تصرفات وسلوك الفرد المشخص كمدمن والذي يمثل العنصر البشري من هذه الظاهرة والذي نزع عنه صفة الشخص السليم والاعتيادي والحالة الإيجابية للفرد من الناحية الطبية والاجتماعية والقانونية، واصبح يوصف بالمريض والمخالف ويمثل الحالة السلبية الذي يعاني منه المجتمع، ومن ثم الوقوف على المواد التي تمثل محل ظاهرة التعاطي في بحثنا هذه وهي المخدرات والمؤثرات العقلية وفقاً للتصنيفين الطبي والقانوني لهما وكذلك عرض التطور التاريخي لهذه الظاهرة الخطرة وجذورها وتطور المواجهة التشريعية والقانونية لمكافحتها.

استناداً لذلك نقسم هذه الفصل وكمدخل لدراسة تعاطي المخدرات الى مبحثين، نخصص الأول منه لدراسة ماهية تعاطي المخدرات والمبحث الثاني نخصصه لعرض محل ظاهرة التعاطي وهي المخدرات والمؤثرات العقلية.

1.1: ماهية تعاطي المخدرات

اختلفت المفاهيم والقراءات لظاهرة تعاطي المخدرات لاختلاف طبيعة المراحل الزمنية التي مرت بها في تطورها من جانب وكذلك دورها وتأثيرها في المجتمعات والجوانب التي تمسها، ومع توسع هذه الظاهرة وانتشارها وزيادة خطورتها حتى باتت تشكل مشكلة صحية واجتماعية واقتصادية دولية ازداد اهتمام الباحثين لدراستها وبيان ما يحمله من مفهوم، حتى ظهرت نظريات خاصة تفسر هذه الظاهرة وتصنف الأشخاص المدنيين وتحدد سلوكياتهم، وبعد ان كان ينظر الى ظاهرة التعاطي في نطاق ضيق واعتباره موضوعاً كإينيكيما عدت موضوعاً متشعباً ومحل بحث ودراسة للعلوم النفسية والاجتماعية وغيرها.

من هنا ولغرض بيان ماهية تعاطي المخدرات وجوانبه سنتطرق اليه في هذه المبحث من خلال مطلبين: نتناول فيه المفهوم التعاطي في المطلب الأول وفي المطلب الثاني نستعرض اهم المظاهر السلوكية الخاصة بالمدمن.

1.1.1: مفهوم تعاطي المخدرات

جاء تحديد مفهوم التعاطي في اشكال عدة وذلك بحسب الفئة التي وضعت محددات مفهوم التعاطي وانطلاقاً من نظرتها اليها والجانب الذي يمثله هذه الفئة. فمفهوم التعاطي في علم الاجتماع والطب وعلم النفس وفقه القانون أخذت أطر عديدة بين اعتبارها حالة الفرد الشاذة وغير السليمة وفقاً لسلوكياته التي تعد خروجاً عن المبادئ والقواعد الخاصة بالنظام الاجتماعي للفرد، وبين اعتبارها الحالة الصحية للفرد-المرضية - نتيجة لاستعمال متكرر لمادة مصنفة طبيياً كمادة مخدرة بشكل ادى الى اعتلال حالته الصحية واعتماده على المادة المخدرة، او اعتبارها حالة الفرد السيكولوجية ونتيجة لاعتماده النفسي على المادة المخدرة المتعاطات باستمرار مما احدث لديه اضطراباً سلوكياً، أو حالة الشخص المتعاطي بصورة مستمرة أو دورية للمواد المخدرة حسب تصنيف القانون ومنع استعمالها الا في غرضه وحدوده، ويشكل تلك الحالة (التعاطي) تغييراً في مدى قانونية تصرفات الشخص محل الحالة.

ولكون ظاهرة تعاطي المخدرات اصبحت تمس المجتمعات والدول في العديد من الجوانب توسع نطاق البحث فيها ودراستها لوضع نظم اجتماعية وصحية وقانونية تستوعبها بحيث تتمكن من التصدي لهذه الظاهرة. ومن هذا المنطق- ولتوضيح مفهوم التعاطي- نتطرق اليه في فرعين، الأول نستعرض فيه تعريف التعاطي وخصائصه، والفرع الثاني نبرز فيه نظريات التعاطي ومراحلها.

الفرع الاول: تعريف التعاطي وخصائصه

التعاطي لغة: هو لفظ مشتق من الفعل ادمَنَ - يدمن - تعاطياً، ويقال ادمنَ الشيء بمعنى ادامه وواظب عليه. (1) والتعاطي: اسم مصدره ادمَنَ، وفعله دَمَنَ، وفاعله مدمن، ادمن الشيء ادام فعله ولازم ولم يقلع عنه داوم عليه وواظب (2) وبذا فالمقصود بالتعاطي لغة هو: الاستمرار على القيام بفعل الشيء ذاته. وبالتالي فقدان القدرة على تركه.

والتعاطي اصطلاحاً: ويراد به حالة تعود قهري على تعاطي مادة معينة من المواد المخدرة بصورة دورية متكررة بحيث يلتزم المدمن بضرورة الاستمرار في استعمال هذه المادة فإذا لم يستعملها في الموعد المحدد ستظهر عليه اعراض صحية ونفسية تجبره وتقهره للبحث عن هذه المادة الضارة استعمالها. (3)

كثرت التعاريف الخاصة بالتعاطي واختلفت في إبراز جوانبها لذلك نعرض البعض منها للوقوف على المعاني التي يمكن ان تدل عليها. فجاء في تعريف التعاطي من قبل منظمة الصحة العالمية عام 1973 بأنه "حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقارات او المادة المخدرة ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في التعاطي او الممارسة بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره". (4)

وفي تعريف آخر لمنظمة الصحة العالمية للتعاطي عام 1983 "أنه حالة من التسمم الدوري او المزمّن الضار للفرد المجتمع ويتصف بقدرته على احداث رغبة او حاجة ملحة لا يمكن قهرها او مقاومتها لاستمرار تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأي وسيلة ممكنة لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره كما يتصف بالميل نحو زيادة الكمية او الجرعة وبسبب حالة من الاعتماد والعضوي او النفسي على العقار وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة" (5)

وفي مجال علم النفس فقد ورد عدة تعاريف للتعاطي ومنها "انه سلوك مرضي مزمن يولد رغبة شديدة في ارتكاب فعل معين أو تعاطي مادة معينة بشكل دائم مع الاستمرار فيه على الرغم من أضراره الجانبية ويولد شعور بالراحة والاسترخاء لذا يصمم المدمن على فعله للحصول على ذلك التأثير ويصاحبه عجز تام عن

(1) ابن منظور لسان العرب - المجلد الرابع، دار صادر، بيروت، 1968، ص159،

(2) فواد أفرام البستاني، منجد الطلاب، منشورات المطبعة الكاثوليكية، بيروت، الطبعة الثامنة، 1956، ص46،

(3) د. خالد حمد المهدي، المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، الدوحة، 2013، ص55،

(4) د. عادل الدمرداش، الإدمان - مظاهره وعلاجه، سلسلة عالم المعرفة، 56، الكويت، 1990، ص20،

(5) هاني غرموش، المخدرات، إمبراطورية الشيطان (التعريف والإدمان والعلاج)، دار السلام للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1993، ص29،

التوقف عن فعل ذلك الشيء وينتج عن ذلك التصرف في بعض الأنواع من التعاطي اعتماد جسدي نتيجة حدوث خلل في مراكز المخ واعتمادها على تلك المادة المسببة للتعاطي وبالتالي المطالبة به بصفة مستمرة." (6)

وايضاً عرف التعاطي في هذه المجال بأنه "اضطراب سلوكي يؤثر على الصحة الجسدية والصحة العقلية والانفعالية للفرد بشكل خاص يتميز بالرغبة الملحة في الحصول على مادة سامة وعلى تأثيراتها لضرورة التخلص من تأثيرات الانسحاب ويتميز بالتبعية وهو يخل بتوازن الحياة العائلية والاجتماعية." (7)

وفي تعاريف طبية أخرى نرى فيه التركيز على الجانب المادي الذي يحدثه العقار في حالة التعاطي فيعرفه بأنه "حالة من الانقياد لعقار طبيعي أو تركيبتي التي يؤدي الإحالة ملحة وتعلق نفسي وجسمي." (8)

ومن الناحية الفارماكولوجي فقد عرف التعاطي بأنه حالة من التعاطي المتكررة للمادة المخدرة والتي إذا منع منها المدمن اصيب باضطرابات فسيولوجية أو ما يسمى بأعراض الامتناع. (9)

ومن التعاريف الأخرى للتعاطي "يعتبر التعاطي مرضاً لأنه يسبب تغيرات بنيوية في الدماغ تسبب الحاجة الدائمة للمخدر أو العقار بشكل خارج عن السيطرة الواعية للمدمن وعلى الرغم من كون التعاطي الأول للعقار أو المخدر ينتج عن قرار واعي عادة فالمتغيرات المتراكمة على البنية الدماغية تجعل التعاطي أمراً مستقلاً عن الإرادة الواعية. بحيث يصبح المخدر أمراً أساسياً كما الغرائز الرئيسية للبشر." (10)

كما عرف بأنه "حالة دورية أو مزمنة من التخدير المضر بالفرد وبالمجتمع والمتسببة عن تناول المستمر للعقاقير الطبية منها أو المركبة، وخصائصه الرغبة أو الحاجة الملحة للاستمرار في تناول تلك المواد والميل الى زيادة جرعته نتيجة حصول الاعتماد النفسي والجسمي." (11)

وفي رأينا ان أي تعريف للتعاطي ولكي يحيط بكامل جوانبه لا بد أن ينطوي على الاعتماد النفسي والعضوي للمدمن على المادة المخدرة إذ أنها آليتي عملهما في الشخص المدمن وأسباب استمراره. فالاعتماد النفسي حالة تنتج عن تعاطي المادة المخدرة وتسبب الشعور بالارتياح والأشباع وتولد الدافع النفسي لتناوله بصورة

(6) حدة وحيد سايل، بحث فعالية التدريب على حل المشكلة وعلى الاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات، أطروحة الدكتوراه، جامعة الجزائر، 2009، ص11،

(7) حدة وحيد سايل، مصدر سابق، ص11-12.

(8) ميخائيل اسعد، السيكولوجية المعاصرة، الجزء الأول، دار الجبل، بيروت، 1996، ص456.

(9) عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان، دراسة نفسية لأسباب ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص184.

(10) المصدر نفسه، ص186.

(11) د. على كمال، النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، دار واسط للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، 1983، ص338.

مستمرة أو دورية لتحقيق اللذة أو لتجنب الشعور بالفلق فهو يشير الى الرغبة الإلزامية وتكون مقدره بمدى التأثيرات التي يحدثها المخدر.

اما الاعتماد العضوي (الجسمي) فهو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة المخدرة بحيث تظهر على التعاطي اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة، بحيث يسبب ذلك الاضطرابات الى الانقياد والتبعية للمادة المخدرة. (12)

وفي ضوء ذلك يمكننا تعريف التعاطي بأنه "حالة نفس جسمانية من التعرض المتكرر لتأثير مادة وبصورة قهرية وأدامته، ملحقاً الضرر بالفرد والمجتمع".

ان التعاطي يشير في مفهومه الى مجموعة من الخصائص أهمها:

1. رغبة ملحة أو حاجة قهرية للاستمرار في تعاطي المادة المخدرة والحصول عليه بأي طريقة شرعية كانت أو غير شرعية، ولو أدى ذلك الى ارتكاب جرائم في بعض الحالات. وأن بعدم تعاطيه يضطرب المدمن وتظهر على أعراض نفسية وجسمية نتيجة زوال تأثير الجرعة السابقة. (13)
2. الميل الى زيادة الجرعة المعاطاة لأحداث التأثير ذاته والوصول الى النشوة النفسية والتوازن الجسدي المبتغاة الوصول اليها. اذ ان الشخص كلما استمر في التعاطي فإنه يشعر بضرورة زيادة جرعته للحصول على الإشباع.
3. الاعتماد النفسي والجسمي على العقار وعدم القدرة على التخلص من تعاطيها ويرجع ذلك الى ما يحدثه المادة المخدرة ويسبب استمرار تعاطيها من تغيرات نفسية وجسمية لدى المدمن، فإن انقطع او امتنع عن التعاطي ظهرت عليه ما يسمى بأعراض الامتناع التي قد تكون على شكل آلام جسمية أو اضطرابات نفسية.
4. التأثير الضار بالفرد المدمن والمجتمع الذي يعيش فيه. اذ ان الضرر يلحق به بدنياً وذلك من خلال سوء حالته الصحية والضعف نتيجة الضعف المناعي لديه وتغيرات عضوية على الجهاز العصبي، اما الضرر النفسي فيكون بصورة اضطراب سيكولوجي وبعدم القدرة على التركيز والتفكير والقلق والارتياب وحالات عصبية.

(12) د. عادل الدمرداش، مصدر سابق، ص21.

(13) محسن حسن الجابري، المرشد العملي والتطبيقي لجرائم المخدرات في العراق والتحقيق فيها، الجزء الرابع، مطبعة كتاب، 2018، ص241-244.

أما ما يلحق المجتمع فإن الأضرار التي تصب الفرد جراء تعاطي المخدرات لا بد وأن تنعكس آثاره على المجتمع بصورة عامة وتتأثر نتيجة لذلك إنتاجية المجتمعات وخاصة إذا تحولت تعاطي المخدرات من مجرد حالات فردية إلى ظاهرة اجتماعية فتؤدي إلى انخفاض الطاقة البشرية للمجتمع إضافة إلى الضرر الاقتصادي والأمني الذي يصيب المجتمع. (14)

الفرع الثاني: نظريات تعاطي المخدرات

عدت ظاهرة التعاطي ولخطورتها محل اهتمام ودراسة مجالات متعددة من العلوم في محاولة لتفسير طبيعتها وأسبابها. واختلفت التفسيرات بشأنها، فكل عالم أو باحث حاول تفسيرها انطلاقاً من وجهة نظره الخاص في مجاله واختصاصه. فطرحت عدة نظريات لها ولكن اية منها لم تفسرها تفسيراً متكاملًا نظراً لتعقيدها فهي محل بحث للاختصاصات النفسية والاجتماعية وغيرها من الاختصاصات. وسنعرض فيما يلي أهم النظريات التي جاءت بصدد تفسيرها.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

يأتي تفسير التعاطي وفق هذه النظرية بناءً على الإضطرابات والصراعات التي تمت التثبيت في المرحلة الطفولية (الفموية) للشخص المدمن تلك الإضطرابات التي تسببها ثنائية المشاعر (الحب والكره) التي انتقلت إلى المخدر ليكون بديلاً لها.

فتفسير التعاطي لدى رائد مدرسة التحليل النفسي فرويد مبنية على ضوء الإضطرابات التي يعيشها المدمن في طفولته المبكرة وهي ترجع في أساسها إلى إضطراب الحب بينه وبين والديه، هذه العلاقة تسقط على المخدر الذي يصبح رمزاً لموضوع الحب الأصلي. (15)

ويرى علماء نفس آخرون بأن التعاطي هو ناتج عن استمرارية مشاعر الإحساس بالتهديد والخوف من الخبرات السلبية والمحبطة الأمر الذي يؤدي بالمدمن إلى إسقاطه على المخدر لتفادي شعور العجز والإحباط التوتر النفسي الناتج عن عدم استطاعته الوصول إلى الاشباع بالطرق والوسائل الإعتيادية مما يتولد لديه رغبة مستمرة لتعاطي المخدر الذي يؤدي إلى التخفيف من التوتر أو الحصول على النشوة. (16)

(14) د. أمال عبد الرحيم عثمان، ظاهرة اساءة إستعمال المخدرات، جامعة القاهرة، 1971، ص18.

(15) عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان، دراسة نفسية لأسباب ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص85.

(16) محمد على جعفر، الأحداث المنحرفون، الطبعة الأولى، المؤسسة الجامعية للدراسات والتوزيع والنشر، بيروت، 1974، ص109.

والمدمن هنا شأنه شأن المنفعل يغير من نفسه بدلاً من ان يغيرهم من واقعه، وهذا التغير الذي يحدث له المخدر يتيح له اعادة بناء عالمه اعادة سحرية وهمية لكنها الإعادة التي تمكنه من التكيف مع واقعة بطريقته المعينة كما يتيح له اشباع حاجة الأمن وإثبات الذات اللتان اولدتها اضطرابات المرحلة الطفولية. وبذا يكون المدمن كالطفل بجانب امه فكلاهما الأم والمخدر يجلبان الراحة والطمأنينة للشخص طفلاً كان ام مدمناً على المخدرات. (17)

وفي ضوء ما سبق يمكن القول بأن رؤية التحليل النفسي وتفسيرها قائم على أساسين:

1. الصراعات النفسية التي مردها الى اضطرابات المشاعر في المرحلة الفموية للشخص المدمن وكذلك حاجته الى الأمان وتأکید الذات.
2. الآثار الكيميائية للمادة المخدرة فحالة النشوة التي يحققها المخدر تتميز بإنطلاق أخيلة تساعد على تفرغ قدر كبير من التوتر. فالتعاطي هنا بمثابة ميكانيزم دفاعي للتغلب على الإكتئاب والتخلص منه وبذلك فهو هوس صناعي مقابل للهوس التلقائي في ذهان الإكتئاب. (18)

ثانياً: نظرية التعلم:

ويتضمن هذه النظرية التعلم من وجهة النظر الإجتماعية وكذلك التعلم من وجهة النظر السلوكية.

1. التعلم من وجهة النظر السلوكية:

حسب هذه النظرية ان التعاطي هو سلوك يتعلمه الإنسان (المدمن) فالشخص الذي يشعر بالقلق او التوتر ويتعاطى خمراً او مخدراً يحس بالهدوء والسكينة ويعتبر الإحساس الأخير جزاءً (مكافئةً) او دعماً لتناول هذه المواد في المرات التالية ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الامتناع المزعجة. (19)

فالمبدأ الذي يقوم عليه هذه النظرية هي التعلم على الأفعال التي يكافئ عليها. والمكافئة في حالة التعاطي هي مشاعر الراحة والهدوء الذي يحصل عليه المدمن بعد تعاطي المخدر تلك الراحة التي تشكل دافعاً لتناول

(17) عفاف محمد عبد المنعم، مصدر سابق، ص 87

(18) المصدر نفسه، ص 85

(19) عادل الدمرداش، مصدر سابق، ص 37

المخدر لاحقاً وفي نفس الوقت تشكل وسيلة تغلب غلى أعراض الإنسحاب عن التوقف أو الإنقطاع عن المخدر. (20)

كما تعتمد هذه النظرية على الفاصل الزمني بين السلوك نتيجته السلبية فكلما كان ذلك الفاصل قصيراً قل دعم ذلك السلوك والعكس صحيح ففي حالة تعاطي المخدرات فإن المتعاطي لا يشعر بالنتائج السلبية والضارة لها إلا بعد مدة طويلة وذلك يدعم هذا السلوك وتعلمه. (21)

2. التعلم الإجتماعي

ترى هذه النظرية أن التعاطي مرده إلى الاختلاط الإجتماعي وبأنه سلوك متعلم اكتسبت نتيجة التخالط الإجتماعي للشخص المدمن مع الجماعة المتعاطين يتولد عنها شعور تبادلي غالباً. وهو شعور المتعاطي بالإنتماء الى الجماعة المتعاطية يقابله شعور تلك الجماعة بعضوية ذلك الشخص من خلال دعم ذلك السلوك فالسلوك المنحرف وفي مقدمته سلوك تعاطي المخدرات يخضع لمبادئ التعلم الإجتماعي. (22)

ورغم ان هذا السلوك المرفوض وفقاً للمعايير والقيم الإجتماعية لكنه اكتسب قيمة من خلال علاقة الفرد (المتعاطي) بالجماعة (المتعاطين) بالإضافة إلى ان هذا السلوك المتعلم يمثل سلوك بديل للوصول الى النجاح أو التغلب على الفشل لدى المدمن وولد عبر المشاركة في ذلك السلوك الإحساس بالإنتماء. (23)

وهناك امور تدعم عملية التعلم ذلك السلوك فاعتقاد الأفراد وتوقعاتهم بشأن المخدرات تأتي عن طريق التأثيرات الإجتماعية التي قد تسبق التعاطي. فالشخص قد يعلم بأن الذين يتعاطون المخدرات بدافع الوصول الى اشباع الحاجات. وذلك يولد لديه اعتقاد او توقع يدعم رغبة الإستعمال لمعايشه تلك اللذة وبعدها يتعلم الاستمتاع بآثار المادة المخدرة. (24)

وهناك عوامل تدعم عملية التعلم هذه. فالشعور بالراحة والنشوة بعد تعاطي المادة قد يرتبط بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة بحيث تصبح منبهات تحث الإنسان على التعاطي كإعلانات ورؤية رفاق التعاطي وأماكنه تمثل مؤثرات زيادة الرغبة وضعف الإمتناع.

(20) عبدالإله بن عبدالله المشرف / رياض بن علي الجوادي، المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الطبعة الأولى، 2011، ص79

(21) عادل النمرdash، مصدر سابق، ص38

(22) محروس محمد الشناوي / محمد السيد عبد الرحمن، العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص44

(23) حسين علي فايد، سيكولوجية الإدمان، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، مصر، 1994، ص198

(24) عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، مصدر سابق، ص79-80

التقليد أيضاً يمثل صورة أخرى من التعلم الاجتماعي فرؤية الأشخاص الذين يمثلون المثل الأعلى او النموذج يتعاطون المخدر وتبدو عليه النشوة مما يؤدي الى صياغة هذا السلوك لدى المؤثر عليه.

ثالثاً: النظرية الفسيولوجية:

ينطلق تفسير هذه النظرية للتعاطي من خلال تأثير المادة المخدرة على عمل الخلايا الدماغية من خلال التأثير على النواقل العصبية (الموصلات العصبية) وبالتالي حدوث الإعتماد (التعاطي).

فالموصلات الكيميائية الموجودة في المخ وأهمها (الدوبامين، نورادرينالين، السيروتونين، استيل لوكين)، تقوم بنقل الإشارات المنبه من خلية إلى أخرى ويتم التنبيه بين الخلايا. وتقوم الخلايا بصنع الموصلات من مواد مشتقة من البروتينات التي نتناولها في الطعام وذلك بواسطة خمائر خاصة يتم تخزينها في الحويصلات وتوجد ايضاً خمائر تقوم بتكسير هذه الموصلات بعد ان تؤدي وظائفها، وتتفاعل الخمر والعقاقير مع هذه الموصلات بصورة أو بأخرى حيث تختل وظائفها. (25) وتدرج ضمن هذه النظرية ما يسمى بنظرية المستقبلات الساكنة ونظرية الفائض العقاقيري.

1. نظرية المستقبلات الساكنة:

التعاطي يفسر في نظرية المستقبلات الساكنة على اساس وجود نوعين من المستقبلات على غشاء جدار الخلية العصبية وهي مستقبلات نشطة يؤدي تفاعلها مع العقار الى مفعوله الدوائي ومستقبلات ساكنة وغير نشطة لا تتفاعل مع العقار المخدر غير ان تناوله بشكل مستمر يؤدي الى تنشيط تلك المستقبلات الساكنة وتحول الى مستقبلات نشطة مما يؤدي الى حاجة الفرد الى جرعات متزايدة كي تسبب نفس المفعول الذي كانت تسببه جرعة قليلة في السابق وهذا ما يعرف بالإحتمال. وعند الإقلاع المفاجئ عن التعاطي تنشيط المستقبلات الزائدة وتؤدي الى أعراض الإنسحاب التي يمكن ان تكون نفسية او بدنية. (26)

2. نظرية الفائض العقاقيري:

وتفترض هذه النظرية وجود ممرين يؤثر بواسطتها العقار على المخ وهي ممر أولي ينشطه العقار في الحالات العادية وممر ثانوي لا ينشط الا عند الأفرط في استخدام العقار. إذا ان الممر الأخير يهبط نشاطه في الحالات العادية اما في حالات التعاطي فيؤدي الى تشبع الممر الأولي الى تنشيط الممر الثانوي. فتزداد

(25) عادي المرداش، مصدر سابق، ص39-40

(26) حسين على فايد. مصدر سابق، ص166

كمية العفار التي يحتاجها المدمن. كما ان الإقلاع الفجائي يؤدي الى نشاط مكثف في المخ من الممرين بدلاً من ممر واحد فتنشأ أعراض الإمتناع. (27)

رابعاً: النظرية الوراثية:

جاء تفسير التعاطي في هذه النظرية على اعتباره حالة مرضية يعود سببه الى وجود عامل وراثي (جيني) لدى المدمن (المريض حسب هذه النظرية) يدفعه الى التعاطي بعيداً عن التأثيرات البيئية وبذلك يعتبرون تعاطي المخدرات عملية إنتقال صفات بالوراثة. (28) اي ان سلوك التعاطي ينتقل من المدمن الى أبنائه كإنتقال الصفات الخاصة بلون الشعر والبشرة وغيرها. واتبع المؤيدون لهذه النظرية مناهج عدة منها:

1. الدراسات المخبرية التي اجريت على الحيوانات وفي هذا السياق نذكر ملاحظة والكر (Walker) في دراسته بأن الفئران التي تعلم أباءهم تعاطي المخدرات تدمن هي كذلك تلك المواد دون تدريبها على تعاطيها. (29)

2. دراسة التوائم، ومثاله دراسة كل من كايج Kaij وأومن Omenn التي توصلوا فيها الى ان التوائم المتطابقة أكثر استعداداً لتعاطي الكحول من التوائم غير المتطابقة. (30)

3. دراسات التبني: ومثاله نتائج الدراسات التي قام بها روبرت ديوبنت RobersD فأشار إلى أن الأطفال المتبنون من قبل والدين مدمنين لكنهم ولدو لأبوين غير مدمنين معدلات التعاطي لم تزداد لديهم بينما الأطفال المتبنون من قبل والدين غير مدمنين ولكنهم ولدو لأبوين مدمنين فقد ظهر زيادة معدلات التعاطي لديهم بنسبة أربع مرات أكثر عن المولودين لأبوين غير مدمنين.

خامساً: النظرية المعرفية:

ويذهب أصحاب هذه النظرية إلى أن التعاطي باعتباره سلوك مضطرب هو نتيجة العوامل المعرفية من الأفكار والاعتقادات لدى الشخص المدمن. فأن الأفكار سيئة التوظيف هي التي تغذي الحاجة إلى المخدر فمثلاً مجموعة الأفكار التي تدرج من فكرة الاحتقار الذاتي تدمج مع ضغوطات الحياة اليومية والتي تنتشط وضعيات اللجوء إلى المخدرات. (31)

(27) عادل الدمرداش، مصدر سابق، ص41

(28) محروس محمد الشناوي وآخرون، مصدر سابق، ص444

(29) غفاف عبد المنعم، مصدر سابق، ص80

(30) غفاف عبد المنعم، مصدر سابق نفسه، ص81

(31) أوميلي حميد، أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح، دراسة ماجستير في علم النفس جامعة منشوري الجزائر، 2011، ص84

لذلك فإن التعاطي حسب هذه النظرية يحدث عندما يكون لدى الفرد توقعات ايجابية حول إستخدام المخدرات أكثر من توقعاته السلبية وهذه التوقعات قد تعزز خبرة قصيرة المدى وتصبح محوراً أكبر أهمية من الإلحاح البدني أو ما يسمى بالإشتهاء للمخدر. (32)

الفرع الثالث: مراحل تعاطي المخدرات

1. مرحلة التجربة (الاستكشافية)

وهي المرحلة الأولى للتعاطي وفيه يكون استعمال المخدر على سبيل التجربة بدافع حب الظهور واشباع حب الاستطلاع، ويكون للأصدقاء والمقربين المتعاطين دور كبير في القيام بهذه التجربة وذلك بإلحاحهم وتشجيعهم له من خلال تزيين الآثار التي يحدثها المادة المخدرة في نفوسهم وبأنها مجرد تجربة ويصبح هذا التعاطي الإستكشافي بداية التعاطي المتكرر وخصوصاً إذا ما صادف في نفس الشخص ميلاً لذلك وإذا ساهم المخدر في تهدئه مزاجه المضطرب لسبب من الأسباب. (33)

وفي هذه المرحلة يدرك الشخص بسلبية هذا السلوك (التعاطي) لذلك تكون لديه مشاعر معاتبة الذات، لكن بسبب عدم تقدير خطورة هذه التجربة وعواقبه بشكل صحيح يؤدي به الى تكراره.

2. مرحلة الاعتياد

وفيه ينشغل فكر الشخص بالبحث عن المخدر والحصول عليه اذ يتشوق اليه فهو تعود على تعاطيه دون تأثير ومساعدة وتشجيع الآخرين لكن دون الوصول الى الإعتماد النفسي والجسمي عليه. وتمتاز هذه المرحلة بظهور الصراعات النفسية الداخلية للمتعايطي بسبب ظهور حالة من الاعتياد النفسي مما يؤدي الى الإستعمال المتكرر للمخدر من جانب ومشاعر الرفض التي ما زلت قائمة في هذه المرحلة من جانب آخر. لذلك تعتبر هذه المرحلة النقطة الفاصلة بين المتعاطي والمدمن. (34)

3. مرحلة التحمل (الإعتماد)

وفيما يتكيف الجسم مع آثار المخدر يضطر خلالها المدمن الى زيادة الجرعة من اجل الحصول على نفس الآثار من النشوة. وعدم تعاطيه لتلك المواد المخدرة في اوقاتها يسبب له اضطرابات نفسية وجسمية. بسبب

(32) محروس محمد الشناوي وآخرون، مصدر سابق، ص442

(33) سامية حسن الساعتي، الجريمة والمجتمع، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1983، ص211

(34) د. يوسف عبد الحميد المرashedة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، دار الحامد للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2012، ص103

الإعتماد النفسي والجسمي على المخدر. (35) وفي هذه المرحلة يبدأ الشخص المتعاطي بالانعزال عن الأسرة والمجتمع.

4. مرحلة الانقياد (الاستعداد)

في هذه المرحلة يكون تعاطي المخدر ضرورة لاستمرار الحياة بالنسبة للمدمن ويرجع العلماء ذلك الى التبدلات الوظيفية والنسجية في المخ بحيث المدمن يحتاج للوصول الى النشوة التي يرغب بها على تعاطي المخدر بشكل مستمر فالفترة الزمنية بين كل جرعة وأخرى تقصر وأحياناً يتم الإنتقال الى مخدر من نوع آخر. وتضعف لدى المدمن في هذه المرحلة القيم والمبادئ الإجتماعية والرابطة الأسرية. ويخصص أكثر اوقاته وتفكيره وطاقته للحصول على المخدرة. ويسلك كافة الطرق للحصول على المخدر. (36)

5. مرحلة الانهيار

وفيها يتدهور الحالة الصحية والنفسية للمدمن. فالمخدر يسيطر على إرادته وحياته بشكل تام. وتمتاز هذه المرحلة بإصابة المدمن بأمراض جسمية و نفسية اذ يتعرض لنوبات التشنج الحادة وعدم اداء أعضاء جسمه لوظائفه بشكل اعتيادي وفقدان التركيز والسيطرة على التفكير وقد يصاب بالهلوسة. ويراود المدمن أحياناً فكرة الإنتحار.

2.1.1: المظاهر السلوكية الخاصة بالمدمن

نتيجة لتكرار استعمال المدمن للمادة المخدرة او المؤثر العقلي وبالتالي تأثيره على صحته و نفسيته وحصول حالة الإعتماد النفسي والجسدي لديه مما ينعكس ذلك على طريقة تفكيره ورؤيته للأمور المحيطة به وحالة الوعي لديه وسلوكه الظاهر.

فالإعتماد النفسي والجسدي والحاجة الى إشباع الرغبة الناشئة عنها يستحوذ على الأولوية في حياة المدمن وهي النقطة التي ينطلق منها في تصرفاته وسلوكياته. وعلى الرغم ان تأثير المخدرات يكون بشكل فردي مختلف الا ان هنالك سلوكيات متشابهة غالباً وبعض النظر عن نوع المادة المخدرة التي يتعاطها المدمن. فإضافة لظهور أعراض جسدية مختلفة بحسب نوع وكمية المادة المعاطاة يصاحب المدمن اضطرابات تتخذ اشكال سلوكية خاصة به. وهذه المظاهر السلوكية سنتناولها من خلال التعريف بالمدمن والصفات الجسدية له في الفرع الأول من هذا المبحث وفي الفرع الثاني منه نستعرض اهم سلوكيات المدمن.

(35) د. يوسف عبد الحميد المرشدة، المصدر نفسه، ص103

(36) هيلين نوليس، أضواء كاشفة على المخدرات، منشورات مركز النشاط والإعلان للتنمية والتفاهم العربي، اليونسكو، 1978، ص40

الفرع الاول: تعريف المدمن والصفات والعلامات الجسدية له

المدمن لغةً: هو اسم فاعل من أدمن (37)

اصطلاحاً: هو الذي لا يستطيع ترك الشيء لأثر يتركه يمنعه من التخلي عنه، وجاء تعريف المدمن من جوانب متعددة معرفة البعض بناءً على حالة إعتقاد الشخص النفسية أو الجسدية للمادة المخدرة فعرف "بأنه الذي يستهلك المادة المخدرة بصفة منتظمة ويعتبر مرتهاً لها اما نفسياً أو بدنياً ويكون الإرتهان البدني بصفة خاصة عند تعاطي مستحضر الأفيون الباريتيورات"(38)

وفي تعريف آخر عرف بأنه "كل فرد يتعاطى مادة مخدرة أياً كانت فيتحول تعاطيه الى تبعية نفسية أو جسدية او الإثنين معاً كما ينتج عن ذلك تصرفات وسلوكيات لا إجتماعية ولا أخلاقية من جانب المدمن (39). وهنا استهدف التعريف الى بيان الأسباب والنتيجة في شخص المدمن.

وعرف أيضاً بأنه الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول او المخدرات وفي حال توقفه تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها. (40) كما عرف المدمن بأنه "إنسان مريض تدفعه حالته المرضية الى خرق القواعد القانونية الجزائية فيساق الى الجريمة بدافع الحاجة البيولوجية أو النفسية او الإثنين معاً"

وفي هذا التعريف اجتمع فيه أكثر من جانب، فقد اعتبر المدمن مريضاً نفسياً وعضوياً تسبباً في صدور سلوكيات وأفعال مضرّة بنفسه وبمجتمعه كذلك أخضعها القواعد القانونية والإجتماعية ضمن الأفعال المقررة لها عقوبات قانونية واجتماعية.

ونتيجة لتأثير المواد المخدرة او المؤثرات العقلية على الشخص المدمن تظهر عليه مجموعة من العلامات والصفات الجسدية أبرزها (41):

(37) موسوعة الفقه الكويتية، 1984

(38) د. عبد العزيز خزاولة وآخرون، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، مركز الدراسات والبحوث لأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، العدد 271 لسنة 2001، الرياض، ص12

(39) عبد العزيز بن علي الغريب، ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ص46

(40) محمد حمدي حجار، برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات و مراكز إعادة التأهيل، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992، ص26

(41) د. عبد العزيز خزاولة وآخرون، مصدر سابق، ص14

أولاً: صفات المدمن الجسدية وأهمها:

1. **اضطراب النوم:** يلاحظ على المدمن اضطراب في النوم. فقد ينام لساعات طويلة في حاله تعاطيه المخدرات التي تهبط من وظائف الجهاز العصبي، أو المعاناة من الأرق لفترات طويلة نتيجة تعاطيه المخدرات ذات التأثير المنشط للجهاز العصبي. وكذلك يختلف حالة النوم لدى المدمن عند زوال تأثير المخدر او المؤثر العقلي سواء كان مهدئاً أو منشطاً فالإعتماد الجسمي والنفسي تسببان تقلباً في نشاط المخ وبالتالي اضطراب النوم.
2. **ارتفاع درجة حرارة الجسم:** ويعود ذلك الى قدرة المواد المخدرة على رفع درجة حرارة الجسم وذلك من خلال التأثير على وظائف الجسم واضطرابها ومنها نظام الجسم الحراري.
3. **القيء والغثيان:** فللمخدرات تأثيرات سمية يحاول الجسم مقاومتها وقد تكون تلك المقاومة في صورة القيء والغثيان. ومن جانب آخر فإن المخدرات والمؤثرات العقلية تسبب خللاً في عمل الجهاز الهضمي بالتهيج او الخمول وبالتالي حدوث القيء والغثيان.
4. **صعوبة الكلام:** والسبب في ذلك يعود الى التأثير المهدئ للمخدر على الأعصاب الناقلة للإيعازات وكذلك تأثيرها على العضلات المستخدمة في الكلام بالخمول. فلا تستجيب استجابة كاملة للإيعازات الموجهة لها.
5. **الخمول او كثرة النشاط:** لبعض المخدرات او المؤثرات العقلية تأثير مسكن ومهدئ مما يتسبب في حالة الخمول وقلة الحركة لدى الشخص المدمن. وللبعض الآخرين تلك المواد تأثير منشط فيحفز من نشاطه ليظهر في صورة عدائية وغازبة في اغلب الأحيان.
6. **كثرة التردد على الحمام:** ويعود ذلك لأحد الأمرين أو كلاهما معاً الأول فإن التبول يعتبر من آليات الجسم الدفاعية للتخلص من المواد الضارة وبذلك يحاول الجسم التخلص من تلك المواد بطرحها خارجاً. والأمر الثاني يعود الى تأثير المواد المخدرة او المؤثرات العقلية على عمل العضلات الإرادية الخاصة بالجهاز البولي فيختل السيطرة عليها.
7. **ضعف الفعل الانعكاسي:** تأثير المخدر يطل العملية الإدراكية والمعالجة الدماغية للمحيط الخارجي للإنسان ويكون ذلك اما بإعاقتها وأبطائها او بحجمها ومنعها فيضعف رد الفعل المطلوب للشخص المدمن نتيجة لذلك التأثير.

ثانياً: اهم العلامات الجسدية للمدمن (42):

1. سوء المظهر الخارجي: يبتعد المدمن عن الاهتمام بنفسه فالنظافة الجسمية وحسن المظهر لا يمثل عنده ضرورة.
2. ظهور هالات سوداء حول العين: وذلك بسبب اضطراب النوم والإرهاق كما قد يكون إنعكاس لأمراض جسدية أخرى. فكثير من العلامات التي تظهر على العين وحولها ما هي إلا نتيجةً وانعكاساً لخلل في وظائف إحدى أعضاء الجسم.
3. احمرار العين: اضطراب النوم وعدم نظافة شخص المدمن والبيئة التي يعيش فيها والتأثير السمي للمادة المخدرة كل ذلك يؤدي الى التهاب العين وتحسسها وبالتالي احمرارها واحتقانها.
4. سيلان الدمع والافرازات الأنفية: ويعود ذلك الى خلل عمل القنوات الدمعية والمفرزات الأنفية نتيجة لتأثير المادة المخدرة أو فقدان السيطرة على أفراسها. ويحدث ذلك غالباً عند التعاطي بالاستنشاق.
5. ظهور التهابات وحساسية جلدية: من تأثيرات المواد المخدرة إصابة جلد المدمن بالحكة ونتيجة الحك الشديد والمستمر يؤدي الى التهاب الجلد وحساسية كما ان لعدم اهتمام المدمن بالنظافة دور في ذلك.
6. ظهور آثار الحقن على جسم المدمن: نتيجة التعاطي المتكرر بالحقن فأن مكان الحقن تظهر عليه كدمات زرقاء وهي تلف الأنسجة الجلدية بسبب الحقن.
7. الصداع المستمر: بزوال تأثير المخدر على المدمن ينتج عنه صداع يدفعه الى تعاطي جرعة أخرى.
8. إرتعاش الأطراف: وذلك بسبب خمول في عضلاتها وعدم السيطرة الكاملة عليها.

الفرع الثاني: سلوكيات المدمن

بالرغم من التأثيرات المختلفة التي تحدثها المواد المخدرة او المؤثرات العقلية في الشخص المدمن لأختلاف طبيعة وتركيبه كل منها فمنها المسكنة او المهدئة او المنشطة وغيرها. إلا انها تتسبب في مجموعة من السلوكيات يشترك فيها المتعاطون ومن اهم تلك السلوكيات.

1. السلوك السيكوباتي / عدم التوازن النفسي

تظهر على المدمن سلوكاً مضطرباً، فهو غير متوازن نفسياً تنتابه نزوات من المشاعر المختلفة والمضادة والسيكوباتية هي اضطراب مستمر او عطل عقلي ينجم عن عنف غير طبيعي او سلوك خطير لا يتسم بالمسؤولية. والشخص السايكوباتي هو المضاد للمجتمع سريع الإندفاع و عديم الشعور او قليل الشعور

بالندامة والإثم والعاجز عن تكوين علاقة دائمة من المودة مع غيره من الناس. (43) إذ يسيطر عليه النزوات والإنقطاع عن المجتمع.

2. الإكتئاب ونوبات النشوة:

يرى ان حالات الإكتئاب لدى المدمن تأتي كنتيجة لتأثير المواد المخدرة في إنخفاض مستوى إنتاج الناقلات العصبية بالمخ والناقلات العصبية هي السيروتورين والنورادرينالين والتي لها دور فعال في سير نظام الجسم وعملياته الحيوية فتعمل على تحقيق الاتصال بين الخلايا العصبية في الدماغ.

فالمواد المخدرة تؤثر على إطلاق هورمون السعادة وعند إنخفاضه في الجسم وعودته الى المستوى الطبيعي الذي يكون لدى المدمن معتمداً على المخدر في نسبته في الجسم، وبزوال تأثير المخدر يمر المدمن بحالة من الإكتئاب.

ومن جانب آخر يرى ان الكآبة تنتج عن شعور الفرد بالفشل والخسارة والحرمان وأحياناً تأتي كوسيلة لعقاب النفس بسبب الشعور بالإثم عندما لا يحب الإنسان إلا نفسه كما يحدث في أولئك الذين يتصفون بشخصية نرجسية أنانية (44) كما في حال المتعاطين.

كما يظهر على المدمن حالة من النشوة والسعادة (والذي قد يكون أحد أسباب تعاطيه) حيث يلاحظ عليه حالة من السعادة البالغة غير طبيعية تسمى بشهر العسل مع المخدر. الناتج عن تأثير المواد المخدرة في أفراس هورمون الأندروفين في مراكز المخ المسببة للسعادة، كما يعمل المادة المخدرة في ذلك السلوك من خلال التخلص او النسيان المؤقت من الشعور بالفشل والحرمان والصراعات الداخلية للشخص المدمن ويمنحه ذلك السعادة والنشوة. ان بدء تأثير المواد المخدرة على المدمن وزوال تأثيره يولدان فيه سلوكيات متناقضة مترابطة.

3. القلق:

من الإضطرابات التي يتسبب فيها المخدر في نفسية المدمن ليظهر كسلوك ملازم للمدمن هو القلق والشعور بعدم الراحة. ويرى ذلك في عدم سيطرته على الإستقرار في مكان معين والتحدث مع الذات وكأنه يفكر في شيء ما، وسيره دون وجهة معينة وقد يكون ذلك انعكاس للصراعات الداخلية لدى المدمن وقد يكون مرده الى حالة القلق الذي يراوده في كيفية الحصول على المادة المخدرة حتى أضحي صفة متلازمة له. وهنا

(43) د. علي كمال، النفس إنفعالاتها وأمراضها وعلاجها، الطبعة الثانية، دار واسط للطباعة والنشر والتوزيع، بغداد، 1983، ص352

(44) المصدر نفسه، ص227

يجب الإشارة الى ان القلق كسلوك تعاطي هو سلوك مرضي يعبر عن الحالة النفسية المرضية للمدمن ويختلف كلياً عن القلق العادي الذي يلعب دوراً إيجابياً لدى الأشخاص السليمين حيث يلعب وسيلة دفاعية تدفع الشخص للتعامل برد فعل ملائم ومناسب للخطر او الحالة التي تسبب في حدوثها. بينما القلق كسلوك للمدمن يتمثل في عدم التكيف الإستجابة للموقف ويعبر عن حالة الهروب واللجوء الى تعاطي المخدر.

4. التضاد مع المجتمع والرغبة في العزلة:

تأثير المخدر يدفع بالشخص المدمن الى الإبتعاد عن مجتمعه وتضعف روابطه بها فلا يمثل الروابط الإجتماعية والإمتثال لمبادئه قواعده أهمية لديه، فهو ضعيف المشاركة الوجدانية وعاجز عن حب الآخرين والإرتباط العاطفي. فأهمية وجود الآخرين وإرتباطه بهم مبني على مدى تحقيقهم لأهدافه التي تكون في الإشباع السريع لحاجاته ورغباته التي ولدتها تأثيرات المخدر عليه.

وفي مرحلة أخرى يتحول ضعف علاقته بالمجتمع الى سلوك مضاد للمجتمع فيرفض قواعد ومبادئ التعامل في مجتمعه ويعتبرها قيوداً يحاول التخلص منها. عبر الإبتعاد عن المجتمع ويميل الى العزلة.

5. هبوط النشاط المعرضي وضعف الناكرة:

نتيجة التفكير المستمر في المادة المخدرة وكيفية الحصول عليها فإن ذلك يصبح محور تفكيره لذا يكون المعالجة المعرفية والفكرية لأي موضوع لدى المدمن من هذا المنطق وبتأثير المخدر لذا يكون معالجته للأمور متمسمة بالقصور والجمود.

فالمدمن تعزيره أعاقه معرفية أكثر ويعاني من تشوش الإدراك وضعف بعض العمليات العقلية كالتذكر والإحساس البصري والسمعي والذوقي وكذلك الإبتعاد عن التفكير المنطقي المؤدي الى اسباب الأمور ونتائجها. (45) فلتأثيرات المادة المخدرة دور كبير في اضعاف نشاط المخ والناقلات العصبية وبالتالي إضطراب تفكيره وإضطراب عمل المناطق المسؤولة عن تلك العمليات العقلية.

6. العنف والعدوانية:

ان ضعف الضوابط السلوكية أو إنحلالها لدى المدمن والميل الكبير الى الاشباع السريع لرغباته وحاجاته يدفعه للجوء الى السلوك العنيف والعدواني لتحقيق ذلك، فالقيود الإجتماعية والقانونية قد لا تكون او لا تمثل لديه بالدرجة التي تمنعه من ذلك فلا يخشى الجزاءات الإجتماعية والقانونية فالحاجة النفسية والجسدية

(45) عفان عبد المنعم، مصدر سابق، ص321،

للمواد المخدرة أقوى وأعظم من ذلك. كما ان البعض المواد المخدرة وبالأخص المنشطة دور كبير في زيادة نشاط أجهزة الجسم وخاصة المراكز المسؤولة عن العنف وبالتالي صدور السلوك العدوانى والعنيف.

7. التفكير في الإنتحار (تدمير الذات)

يساهم تعاطي المخدرات بشكل كبير في بناء التفكير السلبي لدى المدمن ومن أخطرها التفكير في الإنتحار. حيث ينمي المخدرات السلوك العدوانى لدى المدمن، وقد يكون ذلك السلوك موجهاً الى المجتمع الذي يرفضه ويعاديه وقد يكون موجهاً الى نفسه عبر الرغبة في الإنتحار أحياناً.

وفكرة الإنتحار بشكل عام تعبر عن حالة اليأس التي وصل اليها الشخص والتهرب عن الواقع لضعف الإرادة وعدم المقدرة على المواجهة، فيرى في الإنتحار حلاً لها. وهذا السلوك يراود المدمن في المراحل الأخيرة من التعاطي.

8. الانحرافات الأخلاقية والجنسية:

ان إحلال الضوابط الإجتماعية والأخلاقية لدى المدمن تدفعه الى الأقدام على كل فعل يصب في اشباع رغباته. فعنصر الردع في تلك الضوابط لم تعد بالدرجة التي تمنعه من اشباع رغباته غير السوية وحاجاته النفسية والجسمية التي احدثها المخدر فيه، ولو كان ذلك الفعل غير أخلاقي ومنافي للمبادئ الإجتماعية.

فلا يرى في لجوئه الى السرقة والتسول والكذب وغيرها من الأفعال السيئة أمراً مشيناً طالما يمكنه ذلك من الحصول على المادة المخدرة وتعاطيه. وكذلك حالة التعاطي تدفع المدمن الى الإنحرافات الجنسية، فالمدمن يعاني من اضطراب السلوك والهوية الجنسية وضعف الدافع الجنسي وقد يصل به الى الشذوذ الجنسي. (46)

وكثيراً ما يلجأ المدمن لتعاطي المخدرات لتخفيف الحصر ومشاكل فقدان الهوية التي تنتج عن إنحرافاته الجنسية ويعتبر الإنغماس بقوة الشذوذ من الأشكال الأكثر إنتشاراً بين المتعاطين. (47)

2.1: محل التعاطي (المخدرات والمؤثرات العقلية)

أخذت علاقة الإنسان بالمواد المخدرة واستخدمه لتلك المواد جوانب مختلفة اذ استخدمه بأدى الأمر إستخداماً إيجابياً نافعاً فتوصل عن طريق الصدفة أو التجربة إلى خصائصها العلاجية فتداوى بها وفي مرحلة أخرى أخذت إستخداماتها مفهوماً آخر فأرتبطت بالطقوس الدينية والسحر ليكون الوسيلة التي من

(46) محمد السيد عبد الرحمن، الإدمان وإساءة إستخدام العقاقير، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2002، ص112

(47) محمود هاشم الودراني، مدخل الى الطب النفسى وعلم النفس المرضى، دار الحوار، اللاذقية، 1994، ص198

خلالها يمكن التواصل مع العالم الآخر وبذا يلعب دوراً مهماً للجانب الروحي للإنسان. وتلاه مرحلة أخرى تطور وتوسع استخدامات تلك المواد في الجانب الطبي وفق نظرة جديدة للطب والأدوية التي تأخذ شكلاً معرفياً وعلمياً.

لكن أخذت تلك العلاقة مساراً سلبياً مع تحول الإنسان الى إستخدامها إستخداماً سيئاً حتى أصبحت ظاهرة إساءة إستعمالها والتعاطي عليها خطراً حقيقياً تعاني منها المجتمعات البشرية. وفي سبيل فهم طبيعة تلك المواد المخدرة وخصائصها وكيفية تصنيفها وما لعبتها تلك المواد من دور في حياة الإنسان الطبية والدينية سنتناوله في هذا المبحث من خلال مطلبين، الأول: مفهوم المخدرات، والثاني: التطور التاريخي للتعاطي على المخدرات.

1.2.1: مفهوم المخدرات وتصنيفها

لتحديد المقصود بالمخدرات وضرورة تمييزها عن المفاهيم التي قد تختلط معها لدى البعض وكذلك للإحاطة بكافة جوانب ظاهرة التعاطي رأينا ضرورة التطرق الى مفهوم المخدرات وما يعنيه هذه المصطلح وذلك من خلال تناوله في المطلب والذي نقسمه الى فرعين حيث نخص الفرع الأول للتعريف بالمخدرات والمؤثرات العقلية والفرع الثاني لتصنيف المواد المخدرة.

الفرع الاول: تعريف المخدرات والمؤثرات العقلية

المخدرات لغةً هو جمع مخدر وهو لفظ مشتق من الخدر، والمخدر: ما يجلب الفتور والإسترخاء. (48) أما إصطلاحاً: فقد يستخدم للدلالة على المواد التي يؤدي استخدامها الى تغيير في المزاج او الإدراك او الشعور، ويساء استخدامها حيث تلحق الضرر بالفرد الذي يقبل على إستخدامها كما تلحق الضرر بالمجتمع الذي يعيش فيه وقد تكون المؤثرات مواد طبيعية أو مصنعة. (49) وقد طرحت تعاريف عديدة ومختلفة للمخدرات وكل منها جاءت من نظرتها ورؤيتها لها.

فمن الناحية العلمية عرفت بأنها "كل مادة خام مصدرها طبيعي أو مصنعه كيميائياً تحتوي على مواد مثبطة أو منشطة إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية فأنها تسبب خللاً في عمليات العقل وتؤدي الى حالة من التعود او التعاطي عليها مما يضر بصحة الشخص جسماً ونفسياً وإجتماعياً. (50)

(48) الأزهرى، تهذيب اللغة، أحياء الذات العربي، الطبعة الأولى، بيروت، 2001، ص120

(49) د. عبدالعال الديري، الإتجار غير المشروع بالمخدرات والجهود الدولية للوقاية منها، الطبعة الأولى، المركز القومي للإصدارات القانونية، القاهرة، 2016، ص26

(50) د. علي طاهر الحمود، المخدرات والإدمان الرؤى الدولية في المكافحة والتجربة العراقية، مركز البيان للدراسات والتخطيط، السلسلة 15 لسنة 2017، ص57

وأيضاً قصد به "المواد الطبيعية والمستحضرة أو المصنعة التي تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة والتي من شأنها إذا استعملت بشكل متكرر في غير الأغراض الطبيعية الموجهة ان تؤدي الى التعاطي وتسبب أضراراً بدنية وعقلية وتغير سلوك الإنسان الطبيعي ومزاجه وإنفعالاته وعواطفه وإحساسه وأسلوب تفكيره. (51)

اما تعريف منظمة الصحة العالمية للمخدرات فهي "كل مادة خام او مستحضرة او تحليلية تحتوي عناصر منومة او مسكنة او مفررة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية ان تؤدي الى حالة من التعود او التعاطي مسببة الضرر النفسي او الجسماني للفرد والمجتمع".

ومن الجانب النفسي فعرف بأنها "مادة طبيعية او كيميائية تحدث عند تعاطي الإنسان لها او استعمالها تغييراً في شخصه او وظائف جسمه او سلوكه." (52)

اما من الجانب الاجتماعي فهي تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتداولها الى السلوك الجانح وهي أيضاً تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكاً منحرفاً. (53)

اما من الجانب القانوني فجااء تعريفه من قبل بعض فقهاء القانون بأنها "مجموعة المواد التي تسبب التعاطي وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها او زراعتها اوضعها الا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل الا بواسطة من يرخص لهم ذلك". لكن غالبية التشريعات تجنبت تعريف المخدرات والمواد المخدرة. وبدلاً عن ذلك ولضرورة وأهمية تحديد المواد المخدرة في تحقيق القوانين الخاصة بالمخدرات غايتها -مكافحة الإستهلال غير المشروع لتلك المواد- لجأت بعض التشريعات الى حصر المواد المخدرة في جداول ملحقة بقانونها الخاص بالمخدرات. وتتسم هذه الطريقة بالوضوح والتحديد وتسهل تطبيقها، فالقاضي يكفيه العودة الى تلك الجداول لمعرفة المادة محل الدعوى التي ينظر فيها من المواد المخدرة ام لا ويحكم بموجبه.

لكن يؤخذ على هذه الطريقة اذ يقيد القاضي بالحكم وفق تلك الجداول، فالحالات التي يستخدم فيها مواد لم تدرج في تلك الجداول لا تعتبر استخداماً غير مشروع ومخالفة قانونية وان كان لتلك المواد تأثيرات مشابهة للمواد المخدرة المحدد وفق تلك القوانين. مما يقتضي ولتلافي هذا العيب تحديث تلك الجداول (بين فترات زمنية قصيرة نسبياً ولا تتلاءم ذلك مع عملية التشريع) لتتضمن المواد المخدرة الجديدة.

(51) د. عدنان حسين عوني وآخرون، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، اكااديمية نايف، 2001، ص127،

(52) عبد الرحمن محمد أبو عمه، حجم ظاهرة الإستهلال غير المشروع للمخدرات، اكااديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الطبعة الأولى، الرياض، 1998، ص18

(53) عبد العزيز بن على الغريب، ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ص33

وذهبت تشريعات أخرى الى بيان صفة (المخدر) للمادة وبذلك يتميز بتحقيقها الحماية الكاملة والضرورية في تجريم استعمال كل المواد المخدرة وبذلك يكون للقاضي سلطة تقديرية في تحديد المواد المخدرة وذلك من خلال الاستعانة بالخبرة الطبية. (54)

وقد أخذ المشرع العراقي بالاتجاه الأول اذ جاء في قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (50) لسنة 1917 في المادة الأولى الفقرة أولاً: المخدرات او المواد المخدرة: كل مادة طبيعية او تركيبية من المواد المدرجة في الجداول (الأول) و(الثاني) و (الثالث) و (الرابع) الملحقة في هذا القانون.

وهي نفس الجداول الواردة في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961.

اما المؤثرات العقلية فشأنه هو الآخر شأن المخدرات فقد وردت لها عدة تعاريف ومن نواحي مختلفة. أهمها ما جاء وفق المنظور الطبي الذي يشير الى الوظيفة الأصلية لها وهي الوظيفة الطبية المشروعة اذ عرفت بأنها "مواد تستخدم في أغراض طبية بمفردها أو بخلطها وهي تعمل على تغيير حالة أو وظيفة الخلايا فهي تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية على بنية الجسم ووظائفه. (55)

وفي التشريع العراقي جاء تحديد المؤثرات العقلية من خلال حصرها في جداول ملحقة بقانونها الخاص أسوةً بالمخدرات. فقانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (50) لسنة 2017 نص في المادة (1) الفقرة الثاني المؤثرات العقلية: كل مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المدرجة في الجداول (الخامس) و (السادس) و (السابع) و (الثامن) الملحقة في هذا القانون. وكذلك في قانون رقم (1) لسنة 2020 قانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية في إقليم كردستان-العراق نص في المادة (1) الفقرة سابعاً: المؤثرات العقلية: كل مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المدرجة في الجداول (الخامس) و (السادس) و (السابع) و (الثامن) الملحقة بهذا القانون.

الفرع الثاني: تصنيف المواد المخدرة

نظراً لوجود أنواع كثيرة من المخدرات وتنوع التأثيرات التي تحدثها وكذلك إختلاف المصادر المتناوية فقد اعتمد الباحثون الى تصنيفها وفقاً لأسس معينة وبصورة عامة جاء تصنيفها كالآتي:

(54) د. ادوار غالي الذهبي، جرائم المخدرات في التشريع الليبي، المكتبة الوطنية، الطبعة الأولى، 1973، ص19

(55) عبد العزيز بن عبدالله البريش، الخدمة الإجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002، ص13

أولاً: من حيث المصدر: وفق هذا الأساس يقسم المخدرات الى ثلاث أنواع:

1. المخدرات الطبيعية: وهي التي يتم الحصول عليها من الطبيعة دون تدخل الإنسان في تصنيعه وتمثل النباتات مصدر هذا النوع من المخدرات وتتركز المواد الفعالة (المخدرة) في جزء أو أجزاء من النباتات المخدرة ومن أهم انواع المخدرات الطبيعية.

أ. نبات القنب (الحشيش): تتركز المادة الفعالة في نبات القنب في الأوراق والقمم الزهرية. وهي من أكثر المخدرات انتشاراً في العالم وتسمى المادة المخدرة (بالحشيش) وقد يأخذ شكل مساحيق أو يتحول الى مادة مضغوطة في شكل قطع. ذات لون بني. ويتم تعاطيه بواسطة التدخين مع السجائر أو عن طريق البلع في شكل جيبات وتأثيره يكون بالشعور بالراحة. رغبة الضحك دون سبب ما، والشعور بالعظمة، وفي حالات الكميات الكبيرة يصاب المتعاطي بالهلوسة. (56)

ب. نبات الخشخاش (الأفيون): وتتركز المادة المخدرة المسماة (الأفيون) في الثمار غير الناضجة. ويستخرج بخدش أو جرح الثمار حينها تفرز عصارة بيضاء تتحول الى بني بمرور الوقت لتعرضها للهواء. ويتعاطي بطريقة التدخين أو البلع وكذلك الحقن تحت الجلد. وتأثيره يكون بشكل أساسي على الجهاز العصبي المركزي فيؤدي الى الهدوء وتسكين الألم والإسترخاء والنوم. (57)

ج. نبات الكوكا: وتتركز المادة المخدرة والمسماة (الكوكاين) في اوراق هذا النبات وتكون بيضاء اللون لها القابلية على الذوبان في الماء. ويعتبر أخطر واغوى الأنواع لتأثير هذا المادة على خلايا الجهاز العصبي المركزي وتعاطيها يكون بالتدخين أو الشم أو بالحقن. (58) ويثير في المتعاطي الثقة ويمنحه السعادة لكن لا تدوم هذه الحالة طويلاً. ويعقبها الكسل والشعور بالضعف العام والهبوط يدفع بالمدمن لتعاطي جرعة أخرى. وهذا المخدر لا يصيب المدمن في حالة الإقلاع عنه أي إنتكاسات جسدية بل يعود المدمن الى حالته الطبيعية بعد فترة من ترك التعاطي فالإعتماد عليه يكون نفسياً. (59)

د. نبات القات: وتتركز المادة المخدرة والمسماة (الكاين) في اوراق النبات وتعاطيها يكون عن طريق الفم (عن طريق اوراق النبات) ويمنح المدمن شعور الرضا ونسيان مشاكله. ومن تأثيراته الصحية الإضطرابات النفسية كالأرق والإكتئاب كما تسبب إضطرابات هضمية والتهابات معدية ومعوية. (60)

(56) أحمد ابو الروس، مشكلة المخدرات والإدمان، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2003، ص11

(57) المصدر نفسه، ص11-12

(58) د. ممنوح عبد الحميد عبدالمطلب، جرائم تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في القانون الاتحادي لنولة الإمارات العربية المتحدة، مجلة الدراسات الأساسية الأمنية والتدريب لأكاديمية نايف للعلوم الأمنية العدد 18، لسنة 2003، ص228

(59) عبد الإله بن عبد الله المشرف ورياض بن علي الجوادي، مصدر سابق، 2001، ص73

(60) د. غريب محمد سيد أحمد، مكافحة القات في الصومال، الدراسات الأمنية للنشر، الرياض، 2012، ص24

2. المخدرات نصف صناعية (التصنيعية):

وهي المواد التي تستخلص من النباتات ويتم إجراء عمليات كيميائية عليها تجعلها في صورة أخرى تختلف عن الصورة الحقيقية وتكون لها مفعول وتأثير أكبر بكثير من المخدرة الأصلية. (61) وأهم أنواع المخدرات التصنيعية:

(أ) **الهيروين:** وهو أحد مشتقات المورفين ويكون على شكل مسحوق أبيض ومن خصائصها أنها تسبب التعاطي بسرعة ويتعاطي بطريقة الإستنشاق أو البلع ويعطي المدمن الشعور بالسعادة وازاله الألام وتسبب الإعتقاد النفسي والجسمي على المخدر.

(ب) **المورفين:** وهو مشتق من الأفيون وقد تكون على شكل مسحوق أو على شكل أقراص. ويؤخذ خلال الخلط بالشاي أو بالتدخين أو عن طريق الحقن. وهو مسكن للألام ويعطي الشعور بالنشوة وغيابه يصيب المدمن بالهياج العصبي الشديد وفي الجانب الطبي ولتأثيره القوي فإنه يستعمل للتخدير في العمليات. (62)

(ج) **الكوكايين:** ويستخلص من نبات الكوكا على شكل مسحوق أبيض ويؤخذ بالشم أو الحقن في الوريد وتسبب الإعتقاد النفسي لدى المدمن.

3. **المخدرات التخليقية:** وهي المخدرات التي تنتج (تخلق) من مركبات كيميائية من خلال تفاعلات معقدة. وتنتج في معامل شركات الأدوية ومختبرات مراكز البحوث فهي عبارة عقاير وليس لها أي أصل نباتي ولكن لها تأثيرات المواد المخدرة الطبيعية أو التصنيعية نفسها. (63) ولها أنواع كثيرة ومتعددة نذكر منها على سبيل المثال (المينادون – الفاليوم – الامفيتامينات – البكتاجون).

ثانياً: من حيث التأثير: صنف المواد المخدرة وفقاً للتأثير الذي يحدثه الى اربعة أنواع. (64)

1. المواد المخدرة المسكنة (المهدنة):

وهي المواد التي تؤثر على النشاط الذهني للشخص فهي تهبط نشاط الجهاز العصبي المركزي لذلك يكون تأثيره لدى المدمن بالإسترخاء والراحة والرغبة في النوم والمسكنات تكون على نوعين:

(61) د. عبدالعال الديربي، مصدر سابق، ص28

(62) نصرالدين مبروك، جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقات الدولية، دار هوما، الجزائر، 2007، ص18

(63) أياد محسن صمد وآخرون، المخدرات والإدمان والروى الدولية في المكافحة والتجربة العراقية سلسلة إصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط العدد 15 لسنة 2017، ص69

(64) على أحمد راغب، إستراتيجية مكافحة المخدرات، دار النهضة العربية، القاهرة، 1997، ص100

أ) **المسكنات الأفيونية:** وهي التي يدخل مادة الأفيون أو مشتقاته في تركيبها بشكل طبيعي أو تضييعي ومن هذه النوع الأدوية المستعملة للصداع.

ب) **المسكنات غير الأفيونية:** وهي المسكنات التي لا تحتوي على مادة الأفيون في تركيبها ومن هذه المسكنات الأدوية التي تستعمل في علاج الإضطرابات النفسية.

2. **المنشطات:** وهي التي تعمل على تنشيط الجهاز العصبي وزيادة القوة الذهنية والجسمية وبذلك تأثيرها يكون عكس تأثير المسكنات. وقد تكون المنشطات طبيعية كالكوكايين والقات وقد تكون تخليقية كالأمفيتامينات.

3. **المهلوسات:** وهي مواد مخدرة تحدث إضطراباً ذهنياً قوياً وضعف الإدراك لذا يصل المدمن العيش في حالة من الأوهام والخيال ويبتعد بتفكيره عن العالم الحقيقي وفي مراحل التعاطي القوية يراود المدمن على هذا النوع في المخدرات أفكار قد تدفعه الى الإنتحار.

4. **المذيبات الطيارة:** وهي المواد التي تتطاير عنها أبخرة عند تعرضها للهواء وتحمل تلك الأبخرة على ذرات المادة المخدرة ويتم تعاطيها عبر الإستنشاق لتلك الأبخرة والغازات المنبعثة من المواد المتطايرة ومثال هذا النوع (الغراء، الصمغ، مذيبات الأصباغ والإستيتان والبنزين).

ويشكل الأحداث النسبة الأكبر من المتعاطين على هذا المواد. وهناك تصنيفات ثانوية وأقل اعتماداً ومنها:

التصنيف على أساس اللون

1. المخدرات البيضاء مثل الكوكايين مثل الكوكايين والهيرويين.

2. المخدرات السوداء او البني مثل الأفيون والحشيش.

التصنيف على اساس الخطورة:

1. المخدرات ذات الخطورة الكبيرة: كالأفيون والمورفين والكوكايين والحشيش.

2. المخدرات ذات الخطورة الصغيرة: وغالبيتها من العقاقير المستخدمة كعلاج كالمنومات والمسكنات.

التصنيف على اساس الإعتما (التبعية) التي يحدثها:

1. المخدرات التي تسبب الإعتما الجسمي كالأفيون والهيرويين.

2. المخدرات التي تسبب الإعتما النفسي كالكوكايين والحشيش.

3. المخدرات التي تسبب الإعتما الجسمي والنفسي كالمهلوسات.

اما تصنيف المخدرات من قبل الهيئات الدولية وحسب مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة صنفت المخدرات ومستحضراتها الخاضعة للمراقبة الدولية وأدرجت في أربعة جداول تبعاً لمدى قدرة

المخدرات المحتوية فيها على تسبب التعاطي ومدى قابليتها لسوء الإستعمال وفائدتها العلاجية وادرجت المخدرات الخاضعة للمراقبة بمقتضى اتفاقية 1961 تبعاً للعلاقة بين فائدتها العلاجية وقابليتها لسوء الإستعمال فأحكام المراقبة المنطبقة على المخدرات تشكل القواعد النمطية في إطار اتفاقية 1961 اما الجدول الثاني فيضم المخدرات الأقل قابلية لسوء الإستعمال والتي هي اوسع استعمالاً في الطب. وثمة جدولان اضافيان هما (الثالث والرابع) يشملان على التوالي مستحضرات المخدرات الواردة في الجدولين الأول والثاني التي يقصد استخدامها في اغراض طبية مشروعة. ومخدرات من الجدول الأول يرى ان لها خصائص خطرة جداً وفائدة علاجية محدودة نسبياً. (65)

2.2.1: التطور التاريخي للتعاطي على المخدرات

تشير الدلائل الأثرية القديمة الى ان معرفة الإنسان للمخدرات تعود للعصور القديمة وإستخدامه لها في المعالجة او الطقوس او لغرض الوصول الى اللذة والنشوة. فقد تمكن من خلال الصدفة او التجربة معرفة قدرة بعض النباتات على معالجة بعض أمراضه الجسدية وتسكين آلامه وتأثير تلك المواد المخدرة الموجودة فيها على تغير حالته المزاجية وأحداث مشاعر السعادة والراحة لديه. وأخذ تأثير تلك المواد عليه بعداً آخر ليشمل تفكيره وتفسيره لعالمه غير المادي ليلعب دوراً مهماً في بناء أو صياغة ومعتقداته السحرية والدينية. (66)

والنقوش التي وجدت في معابد الشعوب القديمة والألواح السومرية والكتابات على اوراق البردي المصرية القديمة ومخطوطات هوميروس وابو قراط وارسطو تؤكد بأن معرفة وإستخدام الإنسان للنباتات المخدرة تعود الى آلاف السنين. (67) ولكن بالرغم من قدم هذه المعرفة إلا أنها استطاعت حصر إستعمالها الى حد بعيد وبشكل عام في الأغراض الطبية أو في أداء الطقوس الدينية وإذا كانت هنالك حالات اساءة إستعمال لها وتسببها في التعاطي فهي حالات قليلة لم تشكل مشكلة، فمط حياة الفرد والمجتمعات لا تتواجد فيها الدوافع الشخصية والمجتمعية القوية لإنتشار تعاطي تلك المواد المخدرة في غير ما تكيفوا عليه (المعالجة وأداء الطقوس الدينية).

لكن مع ظهور عوامل مساعدة قوية لإنتشار وبالأخص الجانب الإقتصادي وتطور سبل تواصل وإختلاط المجتمعات والتأثير ببعضها تعاضمت ظاهرة تعاطي المخدرات لتصبح مشكلة خطيرة تأخذ بعداً دولياً. فقد

(65) للمزيد من الايضاح ينظر: تقرير المفوضية العالمية للسياسات المخدرات لعام 2019، ص7

(66) محسن حسن الجابري، المرشد العلمي والتطبيقي لجرانم المخدرات في العراق وتحقيق فيها، الجزء الرابع، مطبعة الكتاب، 2018، ص11

(67) د. مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة العدد (205)، الكويت، 1978، ص30-31

تزامنت مع التطورات الكبيرة في المجتمعات إنتشار الظاهرة الخطرة هذه. ومع نهاية القرن الثامن العشر بدأ المجتمع الدولي يطالب ببذل الجهود لتصدي هذه المشكلة وفي عام 1909 انعقد اول مؤتمر دولي في شنغهاي بخصوص مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات لتكون اللبنة الأولى لوضع قانون دولي لمكافحة المخدرات.

بناءً على ما ذكر ولغرض التعرج على التطور التاريخي للتعاطي على المخدرات. سنتناوله من خلال تقسيم هذا المطلب إلى فروع ثلاث وكالاتي

الفرع الأول: علاقة المخدرات بالطقوس الدينية.

الفرع الثاني: علاقة الطب بالمخدرات.

الفرع الثالث: التطور التشريعي لمكافحة التعاطي.

الفرع الاول: علاقة المخدرات بالطقوس الدينية

بالرغم من قدم استخدام الإنسان للنباتات المخدرة و عودة ذلك إلى عصور ما قبل التاريخ ، إلا أن الإنسانية في تلك الحقبة من الزمن لم تكن لديها القدرة على معرفة النباتات و تفسير كيفية حدوث تأثيراتها، وقد يكون هذا إحدى الأسباب القوية التي دفعته إلى الإعتقاد بأن الأعشاب الطبيعية (ومنها النباتات المخدرة) إلا رسالات عن الآلهة و إن عصارته كذلك وإن بعض العقاقير النباتية الشافية كانت تحوي بعض ما في روح الآلهة. (68) لذلك تجاوزت استخدامات تلك النباتات المخدرة الجوانب الطبية بل وفي بعض الأحيان جاءت إستخداماته الدينية قبل الطبية، ففي الهند استخدام القنب لأغراض دينية قبل أن يستخدم لأغراض الطبية، وكان الرأي السائد بين الداعمين إلى إستخداماته الدينية أنه يخلص عقولنا من المشتتات الدنيوية حتى تقوى على التركيز على الوجود الأعلى. (69)

والدراسات التاريخية أوضحت إستخدام المخدرات (النباتات المخدرة) قبل آلاف السنين وارتبطت بطقوس وجوانب روحية. مساهمة في صياغة معتقدات خاصة. وهذا ما يؤكد ان استخدام النباتات المخدرة اتى بشكل مختلط من المعالجة الطبية وكذلك لغرض بناء مجموعة من المعتقدات والسير عليها بالتالي للإتصال بالعالم الروحي، فعملية الشفاء كانت قديماً مرتبطة بالطقوس الدينية. فالطب في عصور ما قبل التاريخ كان يرتبط

(68) صابر جبرة، تاريخ العقاقير العلاجية، مؤسسة الهداوي للتعليم والثقافة، القاهرة، 2012، ص18

(69)مصطفى سويف، مصدر سابق، ص34

بشكل وثيق مع الدين وإلى حد كبير، لذلك كان الكهنة أو الشامان أو الوسطاء الروحانيين هم من يقومون بعلاج المرضى فالمعالجة كانت قائمة على خليط من النباتات التجريبية والطقوس الدينية والرقى السحرية. وان الطب كان نوعاً من العبادة وربما نوعاً من الطقوس وان الكاهن أو الساحر كان طبيباً أيضاً. (70)

كما أن النظرات المتباينة إلى المرض في المجتمعات القديمة قد أوثقت بين عمل الكاهن والطبيب وأحياناً كثيرة دمجها وتمثيلها في شخص واحد. ففي بعض الحضارات كان ينظر إلى المرض في كونها عقاب الآلهة للبشر لعصيانهم ولإرتكابهم الخطيئة (تسجد هذه النظرة في ألواح التشخيص الطبي والتشخيص التكهني حوالي (2000) سنة قبل الميلاد: "لقد أصابني الدنس أحكم في قضيتي وأصدر قرارك في مسألتني، أنتزع المرض البغيض من جسدي، بدد كل ألم في لحمي وعضلاتي، أنزع الشر من جسدي ومن لحمي وعضلاتي دعه يذهب اليوم حتى أرى النور." (71)

وفي حضارات أخرى كانت الأرواح الشريرة والشياطين هما المسببان في إصابة البشر بالأمراض لذلك لم يجدي معالجة الأطباء العاديين نفعاً مما أستوجب تدخل شخص أرفع شأنًا كالشامان (Shaman) يمتلك قوى خارقة حسب إعتقادهم يساعدهم من التواصل مع العالم الآخر ويلعب دور الوسيط الذي يستطيع طرد الأرواح الشريرة التي تسكن جسم المرضى.

وسواء كانت الأمراض عقاب الآلهة عن الخطايا أو كانت آتية من الأرواح الشريرة فإن دفع الخطيئة أو طرد الأرواح الشريرة دون شك يجب أن يكون عبر طقوس دينية معينة وإن اختلفت بعض الشيء من مجموعة بشرية إلى أخرى لكن غالبيتها تتضمن قرع الطبول ورقصات معينة ولأهم من كل ذلك هو إستخدام أعشاب معينة يقوم الطبيب الكاهن أو المشعوذ بحرقها أو يوجه الآخرين بحرقها ويوزع جرعات من تلك الأعشاب على المشاركين في تلك الطقوس لإستعمالها وتناولها لتمكينهم كذلك من التواصل مع العالم الآخر. وما يثير الإهتمام أن الأعشاب المستخدمة في تلك الطقوس تكون حاوية على مواد مخدرة ذات تأثيرات مهلوسة.

وكانت هذه المواد حسب إختلاف الشعوب والمراحل التاريخية تستخدم عادة أو تحفظ في أماكن سرية حيث يقتصر استخدامها على الكهنة والعرافين وقت استقبال الوحي أو يتم تعاطها في حفلات الذعر الجماعي. (72)

(70) د. أسامة عنعان يحيى، السحر والطب في الحضارات القديمة: الطبعة الأولى، اشور بانينبال للكتاب وبيت الكتاب السومري، 2016، ص251

(71) جان شارل سورينا، تاريخ الطب، ترجمة: د. إبراهيم الجلاتي، سلسلة عالم المعرفة العدد 281، مطابع السياسة، الكويت، 2002، ص26

(72) جان شارل سورينا، مصدر سابق، ص123

أن عدم قدرة الإنسان في العصور القديمة من معرفة كنة النباتات المخدرة وتفسير الآثار التي يحدثها وبالتالي دفعه ذلك إلى أصفاء الصبغة الإلهية على تلك النباتات المخدرة، وبجانب ذلك النظرة إلى المرض وردة إلى أسباب دينية وكذلك معالجته بواسطة أشخاص دينية، هذان العاملان العائدان إلى القصور المعرفي لدى الإنسان آنذاك ساهما وبشكل كبير في ترابط استعمال النباتات المخدرة والطقوس الدينية.

الفرع الثاني: علاقة الطب بالمخدرات

في شأن علاقة الطب بالمخدرات يجب الإشارة الى ان مفهوم كل منهما لدى الإنسان كان مغايراً تماماً كما هو الآن. حيث كان مفهوم الطب بعيد كل البعد عن ان يكون علماً يهتم بدراسة الأمراض وانواعها وطرق علاجها. اذ كان يعبر عن قدرة قوى غير مادية يتمتع بها بعض الأشخاص تربطهم علاقة وساطة بعالم مبهم تمثلت في المعتقدات الدينية لتلك الجماعات البشرية، كما ان الشخص الممارس لهذه القدرة الخفية دوره دور شخص ديني في الأساس. وبذلك فإن الطب كان جزءاً من شيء الكل فيه هو الديانات والمعتقدات. وكذلك النظرة الى النباتات المخدرة هي الأخرى كانت مختلفة تماماً حيث كان يرى فيها خصوصية الهية، لدرجة دعت الجماعات البشرية البدائية الى اعتبارها نباتات مقدسة.

ومع تطور معرفة الإنسان اخذت تلك المفاهيم بالتلاشي وخصوصاً بعد ما جاء فكر أبقراط في القرن الخامس قبل الميلاد ليفصل بين الطب والمعتقدات الدينية ليمثل الطب علم الأمراض وعلاجاتها وليمثل النباتات المخدرة عقاقير طبية.

سواء كانت الصدفة أو التجربة هي التي قادت الإنسان قديماً لمعرفة المواد المخدرة واستخدامها فالثابت هو أن المخدرات (النباتات المخدرة) هي أقدم العقاقير التي استخدمها الإنسان. فالمراجع تشير إلى الاستخدام الطبي للأفيون منذ آلاف السنين قبل الميلاد وجاء في البرديات المصرية القديمة (بردية إيبيرز) إلى أنه يستخدم في علاج المغص عند الأطفال. وذكر الأفيون في ملاحم هوميروس باعتباره دواء مهدئ للألام والغضب، وقد وصفه ابن سينا لعلاج إلتهاب غشاء الرئة الذي كان يسمى آنذاك (داء ذات الجنب). (73)

واستعمل الصينيون نبات القنب كعقار ووصف لعلاج الأمساك وداء الملوك والمalaria، وكذلك أشاروا إلى الصفات المنعشة لهذا النبات فقد عرفه الإمبراطور (شنج نونغ) عام (2737) ق.م. وأطلق عليه واهب السعادة وأدرجة ضمن العقاقير في كتاب الصيدلانية "بن تساو" الذي يعتبر أول دستور للأدوية. (74)

(73) مصطفى سوييف، مصدر سابق، ص12

(74) محسن حسن الجابري، مصدر سابق، ص31-32

بالرغم من معرفة الإنسان النباتات المخدرة واستخدامه لها في مجال الطب هو قديم قدم الطب لكنه لم يتوصل الى استخلاص العقاقير منه الا في بدايات القرن التاسع عشر حيث تمكن الصيدلاني الألماني سيرتورنر سنة (1803) من عزل العنصر الفعال في الأفيون وهو المورفين والذي استخدم كعقار لتخفيف الآلام ومخدر طبي.

وكان للحروب دوراً كبيراً في انتشاره كالحرب الأهلية الأمريكية (1861-1865م) والحرب الفرنسية الروسية (1870م). والحرب العالمية (1914-1918) حيث كانت تستخدم لتخفيف آلام الجرحى ومخدر لغرض إجراء العمليات الجراحية.

وبعد ان كانت النباتات المخدرة تمثل العقاقير المخدرة الطبيعية والمستخلصة (نصف تصنيعية) وكننتيجة طبيعية التطور والتقدم ومحاولة الإنسان المستمرة لإيجاد عقاقير لمعالجة أمراضه القديمة والحديثة تمكن من صناعة عقاقير كيميائية (تخليقية) ذات تأثير مشابه للعقاقير المخدرة الطبيعية او المستخلصة منها. اذ تمكن الكيميائي السويسري ألبرت هوفمان من تركيبه عام 1938 في معمل ساندوز وسمي العقار LSD وكانت هذه نقطة تحول كبيرة في إنتاج العقاقير التركيبية (التخليقية) ذات التأثيرات المخدرة والتي لا حصر لها اليوم.

من خلال ما ذكر يمكننا القول بأن علاقة المواد المخدرة بالطب بغض النظر عن الحقبة الزمنية هي علاقة وجودية مترابطة، وهنا يجب النظر الى المواد المخدرة كحاجة طبية بشرية حياتية. وأن دافع الإنسان لمعرفة العقاقير المخدرة واكتشافه وصناعته اياها هو تلبية حاجته الطبية. فهو اساسه المحدد له.

وإذا كان أساءة استعمالها والتعاطي عليها موجود منذ زمن بعيد وإنحرفها عن الإستعمال الطبي لدى البعض فإن ذلك لا يأخذ من شأن المواد المخدرة في الطب وعلاقته بها.

الفرع الثالث: التطور التشريعي لمكافحة تعاطي المخدرات

إذا كان استخدام الإنسان للمواد المخدرة في بعض المراحل الزمنية لم تمثل خطراً ولم ترتقي الى مستوى بحيث تصبح مشكلة كبيرة لديه وقد يعود ذلك إلى عدم معرفته الكاملة بطبيعة المواد المخدرة وما تسببها من تأثيرات بشكل كامل فكان يعزى بعض تأثيرات الى الجانب الديني لحياتهم ومعتقداتهم.

وان الاستخدام للإنسان لتلك المواد المخدرة (النباتات المخدرة) لم يترك اي مشكلة جزائية باعتبار تناول هذه المواد المخدرة كانت تدخل غالباً ضمن أعمال العبادة وفي إطار قواعد السلوك الإجتماعي والديني السائد. لذلك كان تعاطي مثل هذه المواد مباحاً ومسموحاً طبقاً للقوانين والأعراف السائدة. (75)

لكن مع تقدم الإنسان ومعرفته بتأثيرات تلك المواد المخدرة لاحقاً وإدراكه للجوانب السلبية لأستخدامه. دفعه إلى حصر استخدامه في الجانب الطبي ومنع غير ذلك من خلال ضوابط قانونية أو دينية أو إجتماعية.

إن أول قاعدة قانونية تحظر التعامل بالأفيون، وجدت في الصين عندما منع القيصر تسونغ شينغ تدخين التبغ تحول الصينيون إلى تدخين الأفيون مما أوجب ضرورة تحريمه وفي عام (1729) منع التعامل بالأفيون وفي العالم الغربي صدر أول قاعدة جزائية عام (1875) في سان فرانسيسكو استهدفت منع العمال الصينيين المهاجرين إلى الولايات المتحدة من تدخين الأفيون. (76)

وفي بداية القرن العشرين تفاقمت إستخدام المخدرات وتعاطيها لتصبح ظاهرة التعاطي عليها مشكلة دولية خطرة بحاجة الى جهود دولية لمواجهتها، وانعقد في عام (1909) في شنغهاي مؤتمر الأفيون الدولي والذي أهتم بالتدابير لمنع الإستخدام غير المشروع في الصين. ويمكن عد هذه الخطوة اللبنة الأولية لوضع قانون دولي لمكافحة المخدرات. (77)

وجاءت اتفاقية الأفيون الدولية (1912) في لاهاي لتركز على مكافحة المخدرات من خلال رقابة تجارتها وحصر إستعمالها للأغراض الطبية. واستمرت الجهود الدولية في هذا الاتجاه وعقد ما بين عامي 1925 و1948 عدة اتفاقيات في هذا الإطار منها معاهدة جنيف عام 1925 للحد من إنتشار وإستخدام الأفيون والإتجار بها، واتفاقية جنيف 1931 لتحديد صنع العقاقير المخدرة وتنظيم توزيعها.

وتم الإتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 التي عقدت بمقر الأمم المتحدة بنيويورك لتكون التشريع الأهم الخاص بمكافحة ظاهرة التعاطي بالمواد المخدرة. من خلال مساهمتها في تطوير القوانين الدولية والتشريعات الداخلية الخاصة بمكافحة المواد المخدرة والتعاطي عليها للدول (73) الموقعة على هذه الإتفاقية. إذ انشأت التزامات على الصعيد الدولي من حيث وجوب التعاون في كل المجالات التي من شأنها مكافحة هذه الظاهرة. وعلى الصعيد الداخلي كان لزاماً على الدول الموقعة على هذه الإتفاقية الخضوع

(75) د. كامل فريد السالك، قوانين المخدرات الجزائرية، دراسة مقارنة، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، 2006، ص11

(76) د. كامل فريد السالك، مصدر سابق، ص12

(77) عامر ناصر، النظام الدولي لمكافحة المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 55 لسنة 2014، ص31

لأحكامها. بسن تشريعات او تعديل تشريعاتها بما يتلاءم مع هدف هذه الإتفاقية. ببيان المواد المخدرة ومستحضراتها وبيان الأفعال التي تعتبر جرائم وفق القوانين الخاصة بالمواد المخدرة. وكذلك وجوب اتخاذ الإجراءات العلاجية بالعناية والتأهيل ضمن المؤسسات الطبية.

ثم جاء إتفاقية 1971 والتي تسمى إتفاقية المؤثرات العقلية وفيها برزت سياسية معالجة هذه الظاهرة ببذل الجهود في جوانب العرض والطلب للحد من الإستخدام غير المشروع للمخدرات.

وتلتها إتفاقية 1988 لمكافحة الإتجار غير المشروع للمخدرات والتي اعتبرت بموجبه جريمة كل عمل يتعلق بصناعة او تجارة او نقل او حيازة معدات ووسائل ذات علاقة بصناعة أو إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة او محاولة غسل الأموال الواردة من الإتجار غير المشروع بهذه المواد.

وبخصوص التطور التشريعي لمكافحة المخدرات في العراق فأن قانون رقم (12) لسنة 1933 والذي عرف بقانون منع زراعة القنب والخشخاش يعد اول تشريع بخصوص المواد المخدرة. واقتصرت احكامه على حظر زراعة نبات القنب والخشخاش. اذ جاءت النصوص العقابية فيها متعلقة بزراعتها دون التطرق الى تهريب المواد المخدرة والإتجار بها او تعاطيها. تم شرع قانون العقاقير الخطرة رقم 24 لسنة 1938 والذي وسع من نطاق تجريم المواد المخدرة وتحديد الجهات التي لها التعامل بالمواد المخدرة الواردة في القانون.

وصدر عام 1965 قانون المخدرات رقم 68 بهدف تلافي النواقص الكبيرة في القانونين السابقين والأهم من ذلك هو توافق قوانينها الداخلية الخاصة بالمواد المخدرة وأحكام الإتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961 حيث العراق من الدول الموقعة على هذه الإتفاقية.

واجريت تعديلات على قانون رقم 68 لسنة 1968 أكثر من مرة من خلال قانون رقم 196 لسنة 1968 وقانون رقم 11 لسنة 1970. وعمل بهذا القانون حتى عام 2017. وحيث التغيير الكبير في جوانب هذه الظاهرة الخطرة واستجابة لضرورة مواجهتها صدر قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم 50 لسنة 2017 النافذ في العراق.

الفصل الثاني

الجوانب القانونية والطبية لتعاطي المخدرات

تكمن خطورة ظاهرة تعاطي المخدرات إنها تمس الفرد والمجتمع على حد سواء وفي كافة الجوانب وبشكل مباشر وغير مباشر فهي تمثل آفة المجتمعات، فكان التصدي لها ومعالجتها لا بد منها وتلك المعالجة جاءت لتتضمن الجوانب الإجتماعية والطبية والقانونية والأمنية والاقتصادية لهذه الظاهرة. لذلك في هذا الفصل سنركز دراستنا لهذه الظاهرة على الجانبين القانوني والطبي منه ومن خلال مبحثين، المبحث الأول (موقف القانون من تعاطي المخدرات) والمبحث الثاني (الجوانب الطبية لتعاطي على المخدرات).

1.2: موقف القانون من تعاطي المخدرات

ان العلاقات الإجتماعية المعقدة للإنسان ز الناشئة عن طبيعته تفرض وجود ضوابط منظمة لها. إذ لا بد من وجود معايير ومبادئ يرجع إليها المجتمع لتنظيم السلوك الإجتماعي لأفراده. وبالتالي تحقيق مصلحته ومصلحة المجتمع الذي فيه، وإذا كان العرف والتقاليد أو الدين قد مثلت تلك الضوابط المنظمة للسلوك الإنساني في أزمان سابقة ومعينة لكن مع تقدم المجتمعات وتعقدتها لم تعد تلك الضوابط قادرة على أداء دورها كما ينبغي. فكان ضرورياً إيجاد وسائل أخرى لتحقيق ذلك.

ان عملية الضبط الإجتماعي وتنظيم الحريات والمصالح عبر وجود قواعد وأحكام هو ما أطلق عليه اسم القانون حسب الاستعمال الأكاديمي الحديث والذي يبحث عن غاية واحدة وهي التنظيم الإجتماعي لذلك يعد القانون الوسيلة الأساسية التي يعتمد عليها المجتمع المنظم في ضبط سلوك أفراده. (78). فعلماء الاجتماع متفقون على ان القانون يعد اهم وسائل الضغط على الإطلاق، ففي المجتمعات المعقدة لا يستطيع الرأي العام

(78) حسن الساعاتي، علم الاجتماع القانوني، ص13

والتربية والعرف والتقاليد حفظ النظام العام، وفي هذه الحالة تحتم وجود نوع من التنظيم السياسي في شكل قواعد قانونية تضعها الدولة ليسير وفقها جميع الأفراد على السواء. (79)

والتعاطي باعتباره سلوكاً مضطرباً مخالفاً للقواعد الإجتماعية مضرراً بالفرد والمجتمع الذي يعيش فيه وبالتالي مؤثراً على النظم الإجتماعية مما يستدعي ضبطه بالوسائل المؤثرة وفي مقدمتها القانون، فجاءت لتصف سلوك التعاطي بالمخالف لقواعده الخاصة بها مما يستوجب تحديد جزاءات له تتناسب وحجم السلوك المخالف. بغية المحافظة على النظام الإجتماعي من خلال مكافحة هذه الظاهرة.

و اذا كان مخالفة القواعد القانونية من خلال القيام بعمل او سلوك ما فإن سلوك التعاطي يمثل جرماً في أغلب قوانين الدول. وهذا ما سنتناوله في هذا المبحث وذلك من خلال مطالب ثلاث وهي:

المطلب الأول: جريمة تعاطي المخدرات.

المطلب الثاني: تأثير تعاطي السلوك الإجرامي.

المطلب الثالث: مشروعية صناعة وإستخدام المواد المخدرة.

1.1.2: جريمة تعاطي المخدرات

تختلف اتجاهات التشريعات ونظرتها في شأن تعاطي المخدرات فالآراء فيها تنقسم بين اعتبارها جريمة مستوفية لعناصرها وأركانها وأسباب تجريمه قائمة وصحيحة وبين اعتبارها حالة مرضية ولا بديل للمعالجة الطبية وتتنفي اسباب معاقبتها.

ان انقسام الآراء القانونية في هذا الشكل لا تعني بالضرورة صحة اي منها فيما لو جاءت بشكل مطلق، فسواء اعتبرت جريمة او حالة مرضية فلا بد ان تحمل جانباً من الحالة الأخرى لذا حاولت التشريعات ان تسلك إتجاهاً يجمع في طريقة مكافحتها (مكافحة التعاطي) بين المعالجة الطبية والعقاب القانوني. ونرى ذلك في التشريع العراقي فالمادة (32) من قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم 50 لسنة 2017 نصت على "يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن (1) سنة واحدة ولا تزيد على (3) سنوات وبغرامة لا تقل عن (5.000.000) خمسة ملايين دينار ولا تزيد على (1.000.000) عشرة ملايين دينار كل من استورد او أنتج أو صنع أو حاز أو اجرز أو اشترى مواد مخدرة او مؤثرات عقلية او اشترىها بقصد التعاطي والاستعمال الشخصي" وبذلك اعتبرت بموجب هذا النص جريمة. لكن المشرع العراقي تدارك الجانب

(79) د. جعفر الفضلي، د. منذر عبد الحسين الفضل، المدخل للعلوم القانونية، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، الطبعة الأولى، 1987، ص15

المرضي للحالة في المادة (39) الفقرة أولاً: للمحكمة بدلاً من ان تفرض العقوبة المنصوص عليها في المادة (33) من هذا القانون ان تقرر ما تراه مناسباً مما يأتي:

أ) ايداع من يثبت تعاطيه على المخدرات او المؤثرات العقلية في احدى المؤسسات الصحية التي تنشأ لهذا الغرض ليعالج فيها الى ان ترفع اللجنة المختصة ببحث حالة المودع تقريراً عن حالته الى المحكمة لتقرر الإفراج عنه او الاستمرار بإيداعه لمدة او مدد اخرى.

ب) ان تلزم من يثبت تعاطيه للمواد المخدرة او المؤثرات العقلية بمراجعة عيادة (نفسية – إجتماعية) تنشأ لهذا الغرض مرة او مرتين في الاسبوع لمساعدته على التخلص من عادة التعاطي الى ان يرفع الطبيب المكلف بمساعدته تقريراً عن حالته الى المحكمة لتقرر وقف مراجعته او استمرارها لمدة او مدد اخرى. ولا يجوز ان يتأخر رفع هذا التقرير عن (90) تسعين يوماً من تأريخ بدء المريض بمراجعة تلك العيادة.

ولغرض دراسة جريمة تعاطي المخدرات نقسم هذه المطلب الى فرعين وكالتالي:

الفرع الأول: اركان جريمة تعاطي المخدرات

الفرع الثاني: العقوبات المقررة لجريمة تعاطي المخدرات

الفرع الاول: أركان جريمة تعاطي المخدرات

الجريمة هي سلوك خارجي إيجابيا كان أم سلبياً حرمه القانون وقرر له عقاباً إذا صدر عن إنسان مسؤول. (80) ولقيام الجريمة يجب توفر أركانه، وفي جرائم المخدرات لا بد من توافر أركانه الثلاثة وهي:

أولاً: الركن المفترض (محل الجريمة):

لقيام جرائم المخدرات يستوجب إضافة للركن المادي والركن المعنوي توافر ركن خاص بهذه الجرائم وهو الركن المفترض (محل الجريمة) المادة المخدرة التي ينصب عليه السلوك الإجرامي.

وتحديد محل الجريمة في جرائم المخدرات وفقاً للقانون يكون بطريقتين أما من خلال تحديدها في جداول ملحقة بالقانون الخاص بها او من خلال ذكر صفة المخدر.

(80) د. علي حسين خلف و د. سلطان عبد القادر الشاوي، المبادئ العامة في قانون العقوبات، المكتبة القانونية، بغداد، 2006، ص134

وفي القانون العراقي وقانون إقليم كردستان جاء تحديد المواد المخدرة عبر الطريقة الأولى وجدولتها، فلا يعتبر المادة من المخدرات او المؤثرات العقلية وان كان لها تأثيراتها ما لم يكن مدرجاً في الجداول التي حددها القانون الخاص بالمخدرات.

وفي القانونين المشار اليهما فإن مقدار المادة المخدرة لا يعتبر شرطاً لقيام هذا الركن وكذلك لا يشترط ضبط المادة المخدرة لثبوت ارتكاب الجريمة. اذ يكفي اثبات صدور فعل الجريمة من قبل المتهم وإن المادة التي انصبت عليها الفعل من المواد التي نصت عليها القانون.

ثانياً: الركن المادي

جاء تعريف الركن المادي في المادة (28) من قانون العقوبات العراقي رقم 111 لسنة 1969 المعدل بأنه (سلوك إجرامي بارتكاب فعل جرمه القانون او الإمتناع عن فعل أمر به القانون).

فالركن المادي يقصد به السلوك المادي الخارجي الذي ينص القانون على تجريمه، أي كل ما يدخل كيان الجريمة وتكون له طبيعة مادية فتلمسه الحواس ولا يعرف القانون جرائم بدون ركن مادي ولا يعتبر من قبل الركن المادي ما يدور في الأذهان. (81)

ويتكون الركن المادي بصورة عامة من ثلاث عناصر وهي السلوك الجرمي والنتيجة الجريمة والعلاقة السببية.

وبما ان جرائم المخدرات من الجرائم الشكلية التي لا تتطلب تحقيقها بشكل تام توفر نتيجة جرمية معينة وبالتالي العلاقة السببية بين السلوك الجرمي والنتيجة الجرمية منها مندمجان فهي تقع تامة بمجرد اتيان اي فعل من الأفعال المكونة للركن المادي لها. (82)

والأفعال المتصلة بتعاطي المخدرات وتعاطيها والمكونة للركن المادي لهذه الجريمة تتمثل في:

1. تقديم او توفير المواد المخدرة والمؤثرات العقلية او السماح بتعاطيها في غير ما اجازه القانون.
2. تهيئة او إدارة أو إعداد مكان لتعاطي المواد المخدرة والمؤثرات العقلية.
3. أغواء الحدث او تشجيع اي شخص اخر او الإسهام على تعاطي المواد المخدرة والمؤثرات العقلية.

ثالثاً: الركن المعنوي (القصد الجرمي)

(81) المصدر نفسه، ص139

(82) دزوار احمد پيراميس عمر، السياسة الجنائية في مواجهة جريمة تمويل الإرهاب، دار المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2017، ص120

المادة (33) الفقرة (1) من قانون العقوبات العراقي رقم (111) لسنة 1969 نصت على ان "القصد الجرمي هو توجيه الفاعل ارادته الى ارتكاب الفعل المكون للجريمة هادفاً الى نتيجة الجريمة التي وقعت او اي نتيجة جرمية اخرى" أي انصراف ارادة الشخص الى ارتكاب الفعل المحضور قانوناً والمعاقب عليه.

وفي جرائم المخدرات البعض منها يكون الركن المعنوي مقتصرأ على القصد الجنائي العام والبعض منها يتطلب لإتمام ركنها المعنوي إضافة الى القصد الجنائي العام توافر القصد الجنائي الخاص، ومنها جريمة تعاطي المخدرات، فالقصد الجنائي العام يتضمن عنصري الإرادة والعلم. فالإرادة هي توجه ارادة الفاعل الى القيام بالسلوك المادي، والإرادة المقصودة هنا هي الإرادة الحرة المعتبرة قانوناً فالمكره لا تتوافر لديه القصد الجنائي. أما العلم فيراد به علم الفاعل بأن المادة المنسوبة عليها فعلة من المواد المخدرة والمنصوصة عليها قانوناً. والقصد الجرمي الخاص الذي يجب توافر في جرائم تعاطي المخدرات هو الغرض او الغاية التي يهدف الفاعل الى تحقيقه وهو تعاطيه للمادة المخدرة.

الفرع الثاني: العقوبات المقررة لجريمة تعاطي المخدرات

ان تجريم الأفعال المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة هو الشطر الأول من عملية التشريع الجزائي لمكافحة ظاهرة التعاطي أما الشطر الثاني فيأتي في شكل العقوبات المحددة لتلك الأفعال والتي تفرض على مرتكبيها. وقبل الخوض في العقوبات التي حددها القانون الخاص بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية على الأفعال المتعلقة بالمواد المخدرة. نقف عند تعريف العقوبة وأنواعها بصورة عامة.

العقوبة هي الجزاء الذي يقرره القانون لمصلحة المجتمع تنفيذاً لحكم قضائي على من ثبتت مسؤوليته عن الجريمة، لمنع ارتكاب الجريمة من قبل المجرم نفسه أو من قبل الآخرين. (83)

أما عن أنواع العقوبات فهي:

1. **العقوبات الأصلية:** وهي الجزاء الأساسي الذي نص عليه القانون وحدده للجريمة والتي يجب أن ينص عليه الحكم عند ثبوت إدانة المتهم ولا ينفذ ما لم ينص عليه الحكم.
2. **العقوبة التبعية:** هي التي تلحق بالمحكوم عليه بحكم القانون دون الحاجة إلى النص عليه في الحكم. ولا يمكن أن يصدر حكم بها على إنفراد بل إلى جانب العقوبة الأصلية.

3. **العقوبة التكميلية:** وهي العقوبة التي ينص عليها القانون بالإضافة إلى العقوبة الأصلية ويجب النص عليها صراحة في الحكم.

وفي القانون العراقي الخاص بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية سواء النافذ في المركز أو النافذ في إقليم كردستان فإن تحديد عقوبة التعاطي جاء من خلال تقرير العقوبة على الأفعال التي جاءت في هذا القانون إذا ما ارتكبت بقصد التعاطي أو الإستعمال الشخصي. إذ نصت المادة (32) من قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (50) لسنة 2017 على ما يلي "يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن (1) سنة واحدة ولا تزيد على (3) ثلاثة سنوات وبغرامة لا تقل عن (5000000) خمسة ملايين دينار ولا تزيد على (10000000) عشرة ملايين دينار كل من استورد أو أنتج أو صنع أو حاز أو أحرز أو اشترى مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية أو سلائف كيميائية أو زرع نباتاً من النباتات التي تنتج عنها مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية أو اشترىها بقصد التعاطي أو الإستعمال الشخصي". وبذا فإن القانون اعتبر التعاطي الشخصي جنحة.

أما العقوبات التكميلية للأفعال المتصلة بالتعاطي فعالجتها المادة (35) من قانون رقم (50) لسنة 2017 الخاصة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية وتضمنت:

أولاً: - مصادرة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية:

فالفقرة الأولى من المادتين المشار إليهما نصت على "يحكم في جميع الأحوال بمصادرة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية أو السلائف الكيميائية أو النباتات التي تنتج مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية والأدوات والأجهزة والآلات والأوعية المستعملة ووسائل النقل المضبوطة المستخدمة في ارتكاب الجرائم وذلك دون الأخلال بحقوق الغير حسن النية".

ثانياً: - الحرمان من ممارسة العمل:

الفقرة رابعاً من المادتين نفسها نصت على "على المحكمة أن تحكم بالإضافة إلى العقوبات المنصوص عليها في هذا القانون بحرمان المحكوم عليه من ممارسة العمل لمدة لا تزيد على (1) سنة واحدة فإذا عاد إلى مثل جريمته خلال (5) الخمس سنوات التالية لصدور الحكم النهائي بالخطر جاز للمحكمة أن تأمر بالخطر لمدة لا تزيد على (3) ثلاث سنوات ويبدأ سريان الخطر من تأريخ إنتهاء تنفيذ العقوبة أو إنقضاءها لأي سبب".

ثالثاً: - نشر الحكم

الفقرة الخامسة من المادتين نفسها نصت على " للمحكمة أن تقرر نشر ملخص الحكم البات الصادر بالسجن او الحبس في إحدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون على نفقه المحكوم عليه في صحيفة يومية".

أما العقوبات التبعية فيتضمن حرمان المحكوم من بعض الحقوق والمزايا كتولي الوظائف والخدمات العامة أو أن يكون وصياً أو قيماً أو وكيلاً أو تولي إدارة جهات تعليمية. إلخ...

كما تضمن قانون المخدرات والمؤثرات العقلية في العراق تدابير لمعالجة المتعاطين حيث منحت المحكمة صلاحية إيداع المدمن على المخدرات أو المؤثرات العقلية في إحدى المؤسسات التي تنشأ بموجب هذا القانون ولهذا الغرض وعلى تلك المؤسسات تقديم تقريرها وتوضح للمحكمة حالة المدمن لتقرر موافقة الإفراج عنه أو استمرار إيداعه لمرة أخرى كما للمحكمة إلزام المدمن بمراجعة عيادة طبية نفسية لغرض المعالجة. وبهذا النهج الجديد مال القانون إلى الجانب الوقائي والعلاجي وابتعد عن الردع العقابي رغم الإبقاء عليه.

وبالنسبة لظروف التشديد في عقوبة التعاطي أو الإستعمال الشخصي فإن النظرة الحديثة المحلية والدولية اخذت بالتوجه نحو معالجة الشخص المتعاطي أو المدمن للمواد المخدرة وعدم تشديد العقوبة. وهذا ما سار عليه المشرع العراقي في خصوص تشديد العقوبة لكنه أخذ به في جريمة المساهمة في التعاطي وذلك في حالة العود. (84)

اما بشأن الإعذار القانونية المعفية أو المخففة من العقوبة فإن القانون العراقي رقم (50) لسنة 2017 الخاص بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية النافذ عالجته في المادة (37) فقرة أولاً وثانياً نصت على: أولاً: يعفى من العقوبات المنصوص عليها في هذا القانون كل من بادر من الجناة بأخبار السلطات العامة عن الجريمة قبل ارتكابها وقبل قيام تلك السلطات بالبحث والاستقصاء عن مرتكبيها وعلمها بالفاعلين الآخرين. أما إذا حصل الأخبار بعد قيام السلطات بذلك فلا يعفى من العقوبة إلا إذا كان الأخبار قد سهل القبض على أولئك الجناة". ثانياً "يعد عذراً مخففاً للمشمولين بأحكام هذا القانون كل أخبار إلى السلطات العامة عن

الجريمة أثناء التحقيق أو المحاكمة إذا أدى الأضرار إلى ضبط الجناة أو إلى الكشف عن أشخاص اشتركوا بالجريمة ولهم علاقة بعصابات إجرامية محلية أو دولية".

وأخيراً فإن المشرع العراقي تطرق إلى الشروع في جرائم المخدرات ومنها التعاطي حيث عاقب على الشروع بارتكابها بعقوبة الجريمة التامة. (85)

2.1.2: تأثير التعاطي على السلوك الإجرامي

قبل البدء في تناول تأثير وعلاقة تعاطي المخدرات بالسلوك الإجرامي لابد من الوقوف على مفهوم السلوك الإجرامي وذلك لأهميته ولما تنطوي عليه من نتائج حال اعتبار فعل ما سلوكاً إجرامياً. فأن السلوك الإجرامي يعبر عن المظهر الخارجي للركن المادي للجريمة وبالتالي فلا جريمة بدونه. ويتمثل السلوك الإجرامي في الفعل الذي جرمه القانون والذي عرفته المادة (19) الفقرة (4) من قانون العقوبات العراقي رقم (111) لسنة 1969 " الفعل كل تصرف جرمه القانون سواء كان إيجابياً أو سلبياً كالترك أو الإمتناع ما لم يرد نص على خلاف ذلك". وبذا فأن المقصود به هو السلوك المادي الذي يظهره الشخص إلى حيز الوجود والذي يعاقب عليه القانون بإعتباره سلوكاً مجرماً يجب العقاب عليه. (86)

ويجب الإشارة إلى أن صدور السلوك الإجرامي من الشخص يسبقه نشؤ فكرة الجريمة وطالما بقي في ذهن الشخص فهو مجرد نشاط نفسي داخلي لا يمكن وصفه بالسلوك ولا يعاقب عليه القانون والمجتمع لكن متى ظهرت هذه الفكرة بالتحقق في العالم الخارجي سواء اتخذ موقفاً سلبياً أم إيجابياً عدت سلوكاً إجرامياً. (87)

ومن الجانب الاجتماعي فأن مفهوم السلوك الإجرامي يشير إلى خروج أحد أفراد المجتمع عن المسار العالم للأنظمة الاجتماعية وقواعده من خلال نشاط مادي خارجي يترتب عليه ضرر يلحق بالفرد والمجتمع لذا أوجب المجتمع العقاب عليه من خلال القانون وإن السلوك الإجرامي كغيره من سلوكيات الإنسان لا يمكن رده إلى عامل أو عدة عوامل محددة فالعوامل الدافعة والمسببة في تكوينه هي عديدة ومختلفة صنفت

(85) المادة (35) سادساً من قانون رقم 50 لسنة 2017

(86) محمود محمود مصطفى، قانون العقوبات القسم العام، مطبعة جامعة القاهرة 1983، ص 266

(87) عبد السراج، قانون العقوبات العام، مطبعة جامعة القاهرة، 2018، ص 137

بعده أشكال ولكل منها أهميتها، فقد صنفها البعض إلى عوامل داخلية وخارجية والبعض الآخر صنفها إلى عوامل أو دوافع مشروعة وأخرى غير مشروعة.

وقد يصنف تلك العوامل والدوافع وفقاً لمنشئها فيكون هنالك عوامل فسيولوجية فطرية وأخرى سيكولوجية أو المكتسبة. وأياً كانت تصنيف العوامل والدوافع المؤدية إلى السلوك الإجرامي فالثابت علمياً بأن للتعاطي على المخدرات تأثير كبير في السلوك الإجرامي فتأثير المواد المخدرة قد يكون بنشوء ذلك السلوك وقد يكون من خلال تأثيرها في أضعاف أو إزالة القيود والضوابط التي كانت تمنع تحقق السلوك الإجرامي.

إن التأثير الذي يحدثه تعاطي المخدرات في السلوك الإجرامي متنوع وذلك لتسببه في الاختلال الوظيفي لجسم ونفسية المدمن فالإعتماد الجسمي والنفسي الذي تسببه طبيعة المواد المخدرة هو في أوضح صورته عبارة عن اضطراب لوظائف الجسم والحالة النفسية للشخص المدمن سواء في حال وقوعه تحت تأثير المخدر أو عند زوال تأثير المخدر فالاختلال يشمل الحالتين ويترتب على كل نوع من الاختلال أنماط السلوك الإجرامي.

ومن أهم الأعضاء التي تتعرض لذلك الاختلال هي الغدد والذي يرى المتخصصون في علم الإجرام وجود علاقة قوية بين خلل وظائف الغدد والسلوك الإجرامي على وجه التحديد. وذلك من خلال تأثير الغدد مباشرة على أجهزة الجسم وبالأخص الجهاز العصبي. فتأثير بعض المواد المخدرة يكون بأحداث حالات من الهلوسة أو التخيلات أو بأحداث نشاط مفرط لدى الشخص المدمن وفي كل الأحوال السلوك الإجرامي يكون ناتجاً مشتركاً لتلك الحالات. وقد يكون تأثير تعاطي المخدرات في السلوك الإجرامي بشكل آخر حيث يكون الفكر الإجرامي والطبع العدوانية متواجداً في الشخص لكن مع وجود جملة من الضوابط والقيود الأخلاقية والاجتماعية والقانونية تبقى محضرة ومع تأثير المواد المخدرة تضعف أو تزول تلك القيود والضوابط فتخرج إلى حيز الوجود في شكل سلوك إجرامي.

وقد يكون ذلك لتأثير بشكل مغاير حيث يكون لتأثير المواد المخدرة في أنماط وتحريك الدوافع الغريزية للشخص وتضعف من قدراته على التحكم والضبط في تصرفاته. فالغرائز البشرية تشكل دوافع قوية لانتهاج سلوك معين فتحلل الشخص المدمن من القيود الاجتماعية والقانونية وتنمي تلك الغرائز وتطلق العنان لتحقيقها ولو كان في أسوأ أشكالها وهو السلوك الإجرامي.

ولبيان تأثير التعاطي على السلوك الإجرامي سنتطرق إليه من خلال الفروع الثلاثة التالية:

الفرع الأول: تعاطي المخدرات والإرهاب.

الفرع الثاني: الجرائم الناشئة عن التعاطي.

الفرع الثالث: المساهمة في تعاطي الغير.

الفرع الاول: تعاطي المخدرات والإرهاب

ظاهرة تعاطي المخدرات والإرهاب تربطهما علاقة قوية ومتعددة الجوانب من حيث كون أحدهما متممة للآخرى أحياناً أو إحداها سبباً أو نتيجة للآخرى أو من حيث تشابههما فيما يشكلاه من تهديد خطير على الدولة وعلى وجه الخصوص طاقاته البشرية واستقرار نظامه الإجتماعي أو من حيث تشابه سلوكيات أفراد كل من الظاهرتين ونفسياتهم.

وقبل الخوض في حيثيات تلك العلاقة لا بد من الوقوف عند ظاهرة الإرهاب الذي اختلفت اساليب تحديد مفهومه بين تعريف واضح له أو تحديده من خلال الأفعال الجرمية التي تعتبر اعمالاً إرهابية. وتأتي ضمن المحاولات الأولى لتحديد مفهوم الإرهاب اتفاقية قمع الإرهاب في عهد عصبة الأمم عام 1937 فطبقاً للمادة الأولى من تلك الإتفاقية يراد بالإرهاب "الأفعال الجنائية الموجهة ضد دولة ويكون الغرض منها أو يكون من شأنها اثاره الفزع والرعب لدى شخصيات معينة أو جماعات من الناس أو لدى الجمهور" (88) فيما لم تتوصل الأمم المتحدة الى وضع تعريف للإرهاب يتفق أعضائه عليها.

بينما الإتفاقية العربية للإرهاب 1998 عرفت الإرهاب بأنه "هو كل عمل من أعمال العنف أو التهديد به أياً كانت بواعثه أو أغراضه يقع تنفيذاً لمشروع إجرامي فردي أو جماعي ويهدف الى القاء الرعب بين الناس وترويعهم بإيذائهم أو تعريض حياتهم أو حريتهم أو أمنهم للخطر أو الحاق الضرر بالبيئة أو بإحدى المرافق أو الإملاك العامة أو الخاصة أو امتلاكها أو الاستيلاء عليها أو تعرض إحدى الموارد الوطنية للخطر" (89)

كما جاء وصف الإرهاب وفق المادة السادسة من نظام محكمة نورمبيرغ بإعتباره جريمة ضد الإنسانية لأنه يعتمد على القتل العمد مع سبق الأضرار كما الإفتاء والاسترقاق وهو كل فعل لا إنساني يرتكب ضد السكان المدنيين وكل اضطهاد ولأسباب سياسية أو عرقية أثنية. (90)

(88) د. محمد فتحي عيد، الإرهاب والمخدرات، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2014، ص117،

(89) المصدر نفسه، ص118،

(90) علي حرب، الإرهاب وصناعه، المرشد - الطاغية - المثقف، الدار العربية للعلوم، بيروت، 2015، ص39

اما تحديد مفهوم الإرهاب في القوانين المختلفة فجاء من خلال النص عليه وتعريفه بشكل محدد ومثاله التشريع الفرنسي والمصري والسوري او من خلال الإشارة والنص على الأعمال التي تعتبر جرائم إرهابية كما في التشريع البريطاني. (91)

وفي التشريع العراقي جاء تحديد مفهوم الإرهاب بتعريفه في المادة الأولى من قانون مكافحة الإرهاب رقم (13) لسنة 2005 بأنه "كل فعل اجرامي يقوم به فرد او مجموعة منظمة استهدف فرداً او مجموعة افراد او جماعات او مؤسسات رسمية او غير رسمية اوقع الأضرار بالممتلكات العامة او الخاصة بغية الاخلال بالوضع الأمني او الإستقرار والوحدة الوطنية او إدخال الرعب او الخوف والفرع بين الناس او اثاره الفوضى تحقيقاً لغايات ارهابية".

في ضوء التعاريف الخاصة بالإرهاب وكذلك نهج القوانين في تحديد مفهوم الإرهاب يمكننا القول بأن الإرهاب وما تتخذه من اساليب الاكراه والعنف او التهديد بها انما تعبر في طبيعتها عن الانفلات من الضوابط الأخلاقية والاجتماعية والقانونية وكذلك حالة الاضطراب مع المجتمع وانتقالها الى معاداته، يعتبر قاسماً مشتركاً مهما بين ظاهرتي التعاطي والإرهاب.

ولا ينحصر اوجه التشابه بينهما في معاداة المجتمع بل تشمل جوانب أخرى فلو نظرنا الى سلوكيات افراد الظاهرتين نرى انها نابعة من نفس الخلفيات في الشخصية المضطربة.

فالإرهاب هو عدوان تم أحلاله على موضوع آخر غير الموضوع الأصلي وكذلك التعاطي هو إنعكاس للشخصية المضطربة.

فالشخصية الإرهابية والشخصية المدمنة نابعتان من احباطات شخصية في حياتهم الخاصة تقودهم الى القيام بأعمال عنف متطرف ضد الآخرين. كما ان صفة الأنانية التي يحملها كل من أفراد الظاهرتين والتي لا تستوعب الخسارة فقد تسبب في حالة الخسارة او الهزيمة الى صدور ردات فعل عنيفة غاضبة ورغبة في تدمير سبب او مصدر الخسارة اي المحيط الخارجي وما ساهم في تقليل شأنه ليؤدي ذلك الى شخصية سلبية تنطوي عليه رفض انتقامي يكون الإنتحار أعنف اشكاله.

وكذلك الإحساس بالحرمان وفقدان الأمل وضالة الشعور بالإنتماء المطمئن الى المجموعة الوطنية والعجز عن اثبات الذات والاندماج السوي في المحيط وغياب القيمة الذاتية والرغبة في التمرد والانتقام

(91) انظر قانون رقم 1020/86 لسنة 1986 الفرنسي، والمادة 86 من قانون العقوبات المصري رقم 97 لعام 1992 والمادة 304 من قانون العقوبات السوري، والمادة الأولى من قانون الإرهاب البريطاني لسنة 2000

ومعظم هذه المشاعر يمكن ادراجها ضمن سيكولوجية الإنسان المقهور. (92) والذي يمثل غالبية الأفراد الإرهابيين والمتعاطين.

كما يلتقي افراد المجتمعات الإرهابية والمتعاطين في سلوك العنف لديهم والذي يتخذ افعالاً إجرامية. ليعبر عن الشخصية غير السوية المتوازنة حيث ان مجرمي العنف غالباً ما يكونون اشخاصاً يتصفون بالبداية والاستجابة للغرائز المختلفة لضعف القوى المانعة التي تتحكم في تلك الغرائز كما أنهم يفضلون دائماً استخدام العنف في حل مشاكلهم. (93)

وقد يتخذ علاقة ظاهرة تعاطي المخدرات علاقة سببية حيث تكون إحداها سبباً أو نتيجة للأخرى.

فقد تعدد التنظيمات الإرهابية إلى دفع عناصرها وعلى وجه الخصوص التنفيذيين منهم إلى عالم التعاطي والمخدرات ليتحولوا إلى أدوات طاعة تامة في تنفيذ الأعمال والجرائم الإرهابية التي توكل إليهم وقد يلجؤون إلى استخدام بعض أنواع العقاقير كأحدى الوسائل ضمن عملية غسل الدماغ لعناصرهم ولإقناع المقاتلين بتنفيذ عمليات إنتحارية ويرجع اعتماد التنظيمات الإرهابية إلى تعاطي عناصرها للمواد المخدرة والتعاطي عليها وتحديداً المنشطة منها لما يتميز به تلك المواد في أحداث تأثيرات كبيرة في نفسية الإرهابي المدمن فتتلاشى لديه المعايير الإجتماعية والأخلاقية والقانونية وتنشأ عنده معايير جديدة تصوغها اضطرابات النفسية وتفكيره اللامنطقي، وضعف ادراكه. إضافة إلى تأثيراته الجسمية فإن تعاطي تلك العناصر للمواد المخدرة (المنشطات) تكسيهم نشاطاً جسدياً تمكنهم من التغلب على التعب والنوم والأكل فيمكنهم من البقاء لفترة أيام دون الحاجة إلى النوم والأكل ومن خلال التأثير النفسي والجسدي هذا يزيد من قدرتهم القتالية واستعدادهم للقيام بالأعمال الإجرامية. فالشخصية الإرهابية والمدمنة هي شخصية مطيعة للأوامر لا تبحث في صحة أو عدم صحة الأعمال الموكلة إليها.

وقد تلجأ التنظيمات الإرهابية إلى تجنيد الأشخاص المتعاطين على المخدرات مستغلة بذلك ضعف الشخصية وعدم التوازن العقلي لديهم ويقابل ذلك ومن خلال انتمائهم لتلك

المجموعات أعشابهم لحاجاتهم النابعة عن الإعتماد النفسي والجسدي للمواد المخدرة وكذلك اعشابهم لحاجاتهم الغريزية وتقبل سلوكهم المنحرف وبذا يكون تأثير التعاطي في أحياناً كثيرة على مرتكبي الجرائم الإرهابية ليكون سبباً مؤدياً إليها وبشكل انقيادي غير واع.

(92) مصطفى حجازي، التخلف العقلي، مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور، طبعة 9، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، 2005، ص228

(93) د.ابو الوفا محمد ابو الوفا ابراهيم، البعد الجنائي للعنف في الجرائم الإرهابية في القانون والفقهاء الإسلامي، مجلة الحقوق جامعة البحرين، المجلد الثالث، العدد الأول، 2006، ص174

الفرع الثاني: الجرائم الناشئة عن التعاطي

تفضي المراحل المختلفة للتعاطي على المخدرات الى مظاهر مختلفة السلوك المنحرف. فالثابت ان للمخدرات دور كبير في تكوين الشخصية الإجرامية او تنامي السلوك الإجرامي فهي تعد من اهم الأسباب المباشرة التي تؤدي الى اجرام المدمن، حيث انها تؤدي الى أحداث خلل في الجهاز العصبي فيفقد الإنسان سيطرته على مراكز السيطرة في الدماغ. (94)

فمن المعروف ان التسمم بالمخدرات يوجد عند الفرد حالة ارتباك عقلي تتسم بفقدان او بضعف الإدراك والإرادة وبالتالي وعدم القدرة على ضبط النفس وعلى أحداث عملية التلاؤم الإجتماعي، وعندما يصل الأمر الى التعاطي تظهر على المدمن بعض الإضطرابات العقلية والنفسية اهمها الهلوسة والهذيان(95) كما يؤدي الى إنحلال الضوابط الإجتماعية والأخلاقية لدى المدمن فيخرج عن شخصيته السوية ويصبح لديه نزوع الى الجريمة دون الاكتراث بتبعات الأفعال التي يرتكبها و دون الخوف من العواقب التي تترتب على سلوكه الإجرامي.

كما يكون السلوك الإجرامي لدى المتعاطين انعكاس لفقدان السيطرة على غرائزهم لتتعاضم دورها كدافع قوي لارتكاب الجريمة وذلك لضعف الحالة العقلية وبالتالي ضعف الضوابط المانعة للسلوك الإجرامي المنحرف. وعلاقة التعاطي في نشوء الجريمة يكون من خلال احد هذين الأمرين: -

أولاً: التغيير في الحالة العقلية والنفسية للشخص المدمن نتيجة لما يحدثه المادة المخدرة من اختلال وظائف الإدراك والتفكير وبالتالي ضعف السيطرة وضبط النفس وضبط النفس او فقدانها مما يؤدي الى الخضوع لحكم رغباته وشهواته فيقتترف الجرائم دون محاسبة من قبل ضميره او خوف من عقاب.

فالحالة الخاصة التي يمر بها المدمن من الهلوسة والوهم وأحداث حالة اللامبالاة تفقدان الوعي والإدراك يتمخض عنه ارتكاب الجرائم.

ثانياً: تتمثل في حالة المدمن القهرية الى المادة المخدرة والحصول عليها بأي طريقة كانت وان كان من خلال اقتراه الجرائم وذلك للحصول على الجرعة المخدرة، وخصوصاً عند عدم مقدرة المدمن المادية على

(94) عبد الرحمن محمد العيسوي، علم النفس الجنائي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 2003، ص201

(95) د. عبود السراج، علم الإجرام وعلم العقاب، الطبعة الثالثة، جامعة الكويت، 1982، ص258

دفع ثمن تلك الجرعات. فلا يتردد في القيام بالجرائم ان كانت هي الطريقة التي تؤمن له الحصول على المادة المخدرة او ثمن شراءها.

فالاتتماد الجسمي والنفسي لدى المدمن والحاجة الملحة لإشباعها وفي نفس الوقت لتجنب الآلام الجسمية والنفسية التي تسببها زوال تأثير المواد المخدرة يشكلان الدافع القوي لارتكاب المدمن الجريمة. اذاً فالشخصية المدمنة على المخدرات ونتيجة لفقدانها للضوابط الأخلاقية والإجتماعية والقانونية وللاضطراب النفسي والعقلي من جانب وحاجته القهرية للحصول على المادة المخدرة من جانب آخر. تدفعان به الى ارتكاب جرائم مختلفة والتي سنتطرق الى أهمها:

1- جرائم السرقة:

تعتبر اكثر الجرائم شيوعاً والناشئة عن تعاطي المخدرات، فالاستهلاك المستمر للمادة المخدرة نتيجة الاعتماد الجسمي والنفسي لدى المدمن ولغرض تأمين ثمن المادة المخدرة والحصول عليه يدفع بالمدمن الى القيام بأعمال السرقة حيث يلاحظ أقدام غالبيتهم على ارتكاب هذه الجريمة بدافع تغطية التكلفة المالية اللازمة لشراء الجرعة المخدرة وبدون احتساب النتائج. (96)

و غالباً ما يبدأ المتعاطون السرقة من منازلهم وأفراد عائلتهم لينتقل في مرحلة أخرى للسرقة من اي شخص كان واي مكان حيث تزول الاعتبارات الرادعة لذلك السلوك فقد يقدم الشخص المدمن على السرقة من شخص في دور العبادة او من أموال او أشياء الجهة التي يعمل فيها. ومع تطور مراحل التعاطي تأخذ جريمة السرقة عند المدمن اشكال اخرى فتنتقل من السرقة البسيطة الى السرقة المقترنة بأفعال إجرامية اخرى كالسرقة المقترنة بكسر المحال التجارية او المكاتب او المنازل. وقد يصل الى حد السرقة المقترنة بالسطو المسلح والذي يؤدي في بعض الأحيان الى وقوع جرائم القتل.

2- جرائم التزوير والاحتيال:

تتخذ جرائم التزوير المرتكبة من قبل المتعاطين على المخدرات عدة أشكال وإن كانت تجتمع في هدفها وهو الحصول على المادة المخدرة أو الحصول على الأموال اللازمة لشرائها. وارتكاب المدمن لجريمة التزوير لغرض الحصول على الجرعة المخدرة غالباً ما يكون من خلال تزوير الوصفات الطبية المتضمنة

حصوله على العقاقير الحاوية على مواد مخدرة وذلك في تواجيعها أو أختامها أو تزوير الوصفات الطبية بكاملها.

وقد يكون ارتكاب المدمن لجريمة التزوير لتحقيق الإيراد المالي وفي هذه الحالة يقوم بعملية التزوير لأوراق ومستمسكات الغير كالوثائق الشخصية من جوازات السفر وغيرها من الهويات أو أوراق ووصلات تتعلق بأعمال الغير وذلك يكون منحصرأً بتزويرها دون استخدامها. ويكون ذلك بمقابل مالي يؤمن للمدمن ثمن المادة المخدرة.

أما جرائم الاحتيال التي يرتكبها فيكون في صورة انتحال صفة الغير وخداع الآخرين بتقديم خدمات معينة مقابل حصوله على المبلغ المعين يمكنه من شراء المادة المخدرة التي أدمن عليها.

3- جرائم القتل والإيذاء

إن حالة الوهم والهلوسة والعجز عن ضبط النفس وعدم التحكم بالانفعالات لدى الشخص المدمن قد تجتمع وتدفع به إلى سلوك إجرامي يترتب عليه أذهاق روح إنسان أو الحاق الأذى به وقد يكون إرتكاب الشخص لجريمة القتل تحقيقاً لرغبة الإنتقام التي تتعاظم بفعل تأثير المواد المخدرة عليه. أو يكون نتيجة لفقدان الوعي بتصرفاته وعدم إدراكه لنتائج أفعاله فالمدمن شخص ضعيف الوعي وخصوصاً عند وصوله لحالات الوهم والخيال.

وقد يكون الدافع لدى المدمن في الجريمة القتل هو الحصول على المادة المخدرة أو ثمنها وأحياناً يكون لإزالة المعوق بينه وبين الوصول إلى جرعاته فيكون قتله للشخص الذي في حوزته العقار المخدر ليس إلا لكونه يشكل عائقاً بينه وبين الوصول إلى المخدر.

أما حالة الإيذاء فقد يرتكبها المدمن نتيجة للسلوك العدواني الذي مصدره تأثير المادة المخدرة فيكون في حالة عقلية غير متزنة ونفسية متقلبة تدفعه إلى ضرب أحد الأشخاص لأنفه الأسباب وغالباً تأتي هذه الحالة في جرائم الإيذاء التي يقتربها تجاه أفراد أسرته (جرائم الأسرة). وقد يكون السلوك الإجرامي متواجداً في الشخص لكن الردع الإجتماعي والأخلاقي او القانوني مسيطر عليه ومتحكم فيه وعند تعاطي المادة المخدرة تضعف لدى المدمن تلك الروادع والضوابط فيتحقق المظهر المادي للسلوك الإجرامي متمثلاً في فعل الإيذاء.

4- جرائم التسول:

وهي من الجرائم الإجتماعية التي يلجأ الى ارتكابها باستمرار للحصول على الأموال لشراء المادة المخدرة وكذلك لمعيشته فشخصية المدمن الضعيفة وعدم تقدير الذات وغياب الرادع الإجتماعي والأخلاقي. كل ذلك يدفع بالمدمن للقيام بأفعال تحط من كرامته دون حرج ودون النظر الى ان تلك الأفعال تقلل من مكانته واحترامه من قبل الآخرين. وكذلك تأتي كدوافع ارتكاب جريمة التسول والابتعاد عن الواقع والانعزال عن المجتمع وبالتالي الكسل وعدم الرغبة في العمل والتخلي عن القيم الإجتماعية. (97)

فالمدمن يكون اسير رغباته المنحرفة وفي مقدمتها الرغبة القهرية لتعاطي المادة المخدرة ولا يتردد في القيام بأي فعل لإشباعها ولو كان ذلك من خلال جريمة التسول.

5- جرائم المرور:

يعد من أكثر الجرائم غير العمدية التي يرتكبها الشخص المدمن ولا يلعب الحصول على المال دور في وقوعه. وتنشأ هذه الجرائم كنتيجة لحالة تعاطي المخدرات حيث حاله ضعف الإدراك والوعي وضعف استجابة الحواس للبيئة لتأثر الأعضاء الحسية بخلل في وظائفها يترتب عليها خطأ في التقدير بالمحيط. فالمعلوم ان الشخص يستخدم حواسه كاملة في العمليات الذهنية التي يحتاجها عملية السياقة وان اي خلل او إضطراب في ذلك يؤدي الى قراءة وتقدير غير صحيحين للمتغيرات التي تحدث وبشكل مستمر اثناء السياقة كل ذلك يؤدي الى ارتكاب المدمن ودون عمد جرائم المرور.

ان الجرائم الناشئة عن تعاطي المخدرات لا يمكن حصرها ضمن طائفة معينة من الجرائم وما تم الإشارة اليه من جرائم كان على سبيل المثال والأبرز منها وليس على سبيل الحصر فالسلوك الإجرامي عند المدمن يختلف ويتعدد كاختلاف دوافعه وأسبابه، والثابت المستقر عليه هو الدور الكبير للتعاطي في نشوء السلوك الإجرامي وبالتالي ارتكاب الجرائم.

الفرع الثالث: المساهمة في تعاطي الغير على المخدرات

المساهمة المراد بها في هذا الإطار صدور كل نشاط إيجابي او سلبي من قبل الفاعل وأدى نشاطه الى تعاطي الغير للمادة المخدرة او المؤثرة العقلي وقامت بين الفعلين العلاقة السببية. وبصورة عامة تأتي المساهمة في تعاطي الغير في إحدى هاتين صورتين:

اولاً: المساهمة الإيجابية:

وهو كل فعل إيجابي صادر من قبل المساهم من شأنه تحقيق استعمال الغير للمواد المخدرة او المؤثرات العقلية في غير ما اجازه القانون ومن صور المساهمة الإيجابية:

1- توفير او تقديم المادة المخدرة او المؤثر العقلي للغير في غير ما اجازه القانون بحيث ادى بفعله هذا الى تعاطي الغير لتلك المادة والتعاطي ولو لا ذلك لما تحققت تلك النتيجة. ولتقديم اثناء تناوب استعمال المادة المخدرة بين المتعاطين كتدخينها مثلاً لا يندرج ضمن المساهمة.

ويعد من قبيل هذا النوع من المساهمة صرف الطبيب او الصيدلاني للمادة المخدرة او المؤثر العقلي خارج الغرض القانوني.

2- اعداد المكان أو تهيئة للغير لغرض تعاطي المواد المخدرة او المؤثرات العقلية مما يزيل المعوقات التي تقف دون تعاطي الغير لتلك المواد ولا فرق في ذلك سواء كان ذلك الإعداد او التهيئة بمقابل يحصل عليه المساهم او دون مقابل وغالبية التشريعات اخذت بهذا التوجه. فالعبرة ليس بالمقابل بل بتمكين التعاطي.

3- وقد ينصب الفعل المساهم على الجانب المعنوي للغير وذلك من خلال التأثير على ارادته وتفكيره بتوجيهه نحو تعاطي المادة المخدرة او المؤثرات العقلية. اي إزالة العقبات النفسية الراضية للتعاطي. او استغلال عدم الإدراك الكامل بالتعاطي ومثال ذلك اغواء الحدث.

ثانياً: المساهمة السلبية:

وهو الركون الى السكون وعدم صدور اي فعل من الأفعال من قبل المساهم قاصداً بنشاطه السلبي هذا تمكين الغير من استعمال المادة المخدرة او المؤثر العقلي وتسهيل ذلك له في غير ما اجازه القانون، وهذا النوع من المساهمة غالباً ما يكون من قبل الأشخاص الذين تفرض عليهم القانون اتخاذ فعل من الأفعال التي تندرج ضمن التزاماتهم المهنية المانعة لإستعمال تلك المواد في غير الغرض المحدد له والتي صنفها القانون ضمن المواد المخدرة والمؤثرات العقلية. والمعاقب على استخدامها في غير ما حدد القانون. وذلك بقصد السماح للغير بتعاطيها.

وعقوبة المساهمة في جرائم المخدرات ومنها التعاطي جاءت في القانون العراقي ضمن المادة (35) الفقرة سادساً من قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (50) لسنة (2017) وجاء في نصها عقوبة المساهم وكذلك الشروع في المساهمة.

حيث عوقب المساهم في الجرائم المعاقب عليها في هذين القانونين بنفس عقوبة الفاعل. وكما عوقب الشروع بارتكاب اي جريمة. (98) وفق هذين القانونين ومنها جريمة المساهمة بعقوبة الجريمة التامة. كما خضعت المساهمة في الجرائم الواردة في هذين القانونين للظروف المشددة وذلك في حال العود. (99)

3.1.2: مشروعية الإتجار بالمواد المخدرة واستخدامه

لتناول موضوع مشروعية الإتجار بالمواد المخدرة واستخدامه نرى ضرورة الوقوف عند مفهوم المشروعية ولو بأسطر محدودة:

ان كل تصرف عاماً كان او خاصاً تنظمه القواعد القانونية وتخضعه لأحكامها بهدف تحقيق النتائج التي من اجلها وضعت تلك القواعد. فورود التصرف على النحو الذي حددتها القواعد القانونية تسمى (بالمشروعية) وهي السمة التي تميز التصرفات التي تجري طبقاً للتحديد القانوني لها عن غيرها من التصرفات (اللامشروعية) التي تقع في غير السبل التي حددتها القانون. (100)

فوقوع التصرف في الإطار الذي رسمه القانون يضفي عليه المشروعية ويؤدي بالتالي الى ترتب النتائج التي قصد من أجرائه في حين وقوع التصرف في غير الإطار حدده القانون ينعت بعدم المشروعية وبالتالي يترتب على ذلك إيقاع الجزاء المحدد له لعدم المشروعية والذي تقرره القواعد القانونية. (101)

والمواد المخدرة بما لها من اهمية طبية كبيرة من جانب ومالها من خطورة جسمية في حال اساءة استخدامها من جانب آخر لابد ان تكون كافة التصرفات التي تقع عليها ان تتسم بالمشروعية.

ولإخضاع التصرفات الواردة في شأن المواد المخدرة للقواعد الخاصة بها ولتكون في اطار المشروعية. جاءت معالجة ذلك الأمر في القوانين المحلية والدولية من خلال تحديد مشروعية او عدم مشروعية تلك التصرفات. لتحقيق الفائدة القصوى من تلك المواد المخدرة وفق القانون وفي نفس الوقت مكافحة اساءة استعمالها وتلافي مخاطرها. وسنتناول التصرفات التي تقع على المواد المخدرة ضمن إطار المشروعية وذلك من خلال تقسيم هذا المطلب الى الفرعين التاليين:

الفرع الأول: مشروعية الإتجار بالمواد المخدرة.

(98) المادة (35) الفقرة سادساً من قانون (50) لسنة 2017.

(99) المادة (29) من قانون (50) لسنة 2017.

(100) سمير خيري توفيق، مبدأ سيادة القانون، دار الحرية للطباعة، بغداد، 1978، ص89

(101) سمير خيري توفيق، المصدر نفسه، ص91

الفرع الثاني: مشروعية استخدام المواد المخدرة.

الفرع الاول: مشروعية الإتجار بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية

ان الغاية من تشريع القوانين الخاصة بالمخدرات والمؤثرات العقلية هي مكافحة الإتصال غير المشروع بتلك المواد. ويمكن قراءة هذه الغاية في شكل وجانب آخر وهو حصر الإتصال بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية في شكلها المشروع اي المحدد قانوناً ووفقاً للضوابط والشروط الواردة في هذا القانون وكذلك لأغراض المحددة فيها.

فقد جاء القوانين الخاصة بالمخدرات والمؤثرات العقلية بتنظيم التصرفات الواقعة على تلك المواد لتحديد المشروعية او غير المشروعية من تلك التصرفات. وبذلك فإن التصرفات هذه تكتسب مشروعيتها فيما لو وردت ضمن الإطار القانوني المحدد له.

ان المواد المخدرة والمؤثرات العقلية ولأهميتها وضرورتها في الإستخدامات والاستعمالات الطبية التي لا يمكن الإستغناء عنها فرضت على التشريعات الدولية والتشريعات المحلية السماح ببعض التصرفات المتصلة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية وإعتبارها استثناءً مشروعاً.

والإتجار بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية وفقاً لقانون المخدرات والمؤثرات العقلية العراقي رقم (50) لسنة (2017) قصد بها زراعة المخدرات او المتاجرة بها او بالمؤثرات العقلية او السلائف الكيميائية. (102) كما ان المتاجرة وفق القانونين المشار اليهما قصد منها الإنتاج والصنع والاستخراج والتحصير والحيازة والتقديم والعرض للبيع والترويج والتوزيع والشراء والبيع والتسليم بأية صفة من الصفات والسمسرة والإرسال والمرور بالترانزيت والنقل والإستيراد والتصدير والتوسط ما بين طرفين في احدى العمليات التي ذكرت. (103)

كما أن الإتجار بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية وما تتضمنه من تصرفات تكون مشروعية إذا صدرت من الأشخاص أو الجهات المجازين بذلك والذين حددهم القانون وإذا جاء تحقيقاً لأغراض وأهداف هذا القانون الخاص بتلك المواد فالشخص القائم بالإتجار بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية والسلائف الكيميائية يجب أن يكون ممن يمنحهم هذا القانون إجازة ممارسة هذا العمل فبحسب المادة (8) أولاً من قانون المخدرات

(102) المادة (1) رابعاً من قانون المخدرات والمؤثرات العقلية العراقي رقم (50) لسنة 2017

(103) المادة رقم (1) حادية عشر في قانون رقم (50) لسنة 2017

العراقي "يكون استيراد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية والسلائف الكيميائية وتصديرها ونقلها بأجازة أو موافقة وزير الصحة " وكذلك المادة (22) أولاً من نفس القانون " لا يجوز لمصانع الأدوية صنع مستحضرات طبية تدخل في تركيبها مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية أو سلائف كيميائية إلا بعد الحصول على إجازة وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في المادة (8) من هذا القانون ".

وبموجب هذا القانون فإن الأشخاص الذين يمنح لهم أجازة المتاجرة بالمواد المخدرة هم: (104)

- 1- الصيدلي المجاز أو مصنع الأدوية.
- 2- دوائر الدولة والمعاهد العلمية ومراكز الأبحاث العلمية والمعرف بها والتي تتطلب اختصاصاتها استعمال المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.
- 3- أصحاب معامل التحليل الكيميائية أو الصناعية أو الغذائية أو غيرها التي ليستدعي عملها استعمال المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.
- 4- أصحاب المصانع أو المحال المجازة بصنع الأدوية التي تدخل في تركيبها مواد مخدرة أو المؤثرات العقلية.
- 5- مكاتب الإعلام الدوائي المجاز.

وكذلك يوجب لضمان مشروعية المتاجرة بالمخدرات والمؤثرات العقلية أن تكون جميع التصرفات الواردة ضمن مفهوم الإتجار آتية للأغراض التي حددتها قوانين المخدرات.

وفي هذا الشأن تتفق جميع التشريعات الخاصة بالمخدرات في مشروعية التصرفات الواقعية على المواد المخدرة والمؤثرات العقلية فقط وحصراً حال ورودها للأغراض الطبية والعلمية.

وهذا ما أكدت عليه قانون المخدرات العراقي من خلال نص المادة التاسعة " لا يجوز استيراد أو تصدير أو نقل أو زراعة أو إنتاج أو صنع أو تملك أو حيازة أو أحرار أو بيع أو شراء أو تسليم مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية أو سلائف كيميائية أو المتاجرة بها أو صرفها أو وصفها طبياً أو المقايضة بها أو التنازل عنها بأية صفة كانت أو التوسط في شيء من ذلك إلا للأغراض الطبية أو العلمية وفي الأحوال والشروط المنصوص عليها في هذا القانون ".

وتأتي مصدر مشروعية الإتجار بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية لتمثل في الحاجة الطبية والعلمية الماسة والواسعة لتلك المواد لذلك لا يتصور وجود تشريعات خالية من الجانب المشروع للإتجار بتلك المواد.

إذاً المتاجرة الواقعة على المخدرات تأتي في الشكل المشروع إذا صدرت من قبل الأشخاص أو الجهات المجازة قانوناً بذلك ولأجل الأغراض التي حددتها قوانين المخدرات مع استيفاء الشروط الخاصة بكل تصرف من تلك التصرفات المشار إليها في القانون.

الفرع الثاني: مشروعية استخدام المواد المخدرة

نظراً للصلة الوثيقة بين المستحضرات الدوائية والمخدرات والجانب العلاجي الواسع للمواد المخدرة فقد حرصت القوانين الخاصة بالمواد المخدرة ومنها قانون المخدرات العراقي رقم 50 لسنة 2017 على ورود استثناءات في نصوصها بشأن مشروعية بعض التصرفات المتصلة بالمواد المخدرة ومنها الاستخدام فقد أجاز القانون بذلك إذا كانت بقصد العلاج الطبي. حيث لا يجوز وصف الطبيب للمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية إلا في حالة الإستثناء المحددة وهي العلاج الطبي⁽¹⁰⁵⁾ وبالكميات والنسب المحدد وبموجب وصفة أصولية صادرة من شخص أو جهة مختص وهذا ما أكدت عليه المادة (19) الفقرة أولاً من القانون المشار إليه وذلك بالنص على "لا يجوز للصيدلي صرف مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية إلا بموجب وصفة طبية أصولية من طبيب أو بموجب بطاقة رخصة صادرة عن وزارة الصحة تحدد المخدرات والمؤثرات العقلية ومقدارها".

والاستخدام المشروع للمواد المخدرة ينصرف إلى وصفات الأطباء وصرفها من قبل الصيادلة في معالجة المريض من خلال الأدوية العلاجية الحاوية على المواد المخدرة وفي الحالات الضرورية فقط. وذهبت القوانين الخاصة بالمخدرات ولأجل منع إساءة استخدام المواد المخدرة والمؤثرات العقلية إلى حصر صلاحية وصف تلك المواد الداخلة في تركيب الأدوية وصرفها لكل من الطبيب والصيدلاني حيث أن وصف تلك المواد وصرفها من هؤلاء يفضي على ذلك التصرف المشروع متى كانت مستوفية لشروطها القانونية الأخرى. إذ يجب مراعاة الشروط القانونية الإجرائية للوصفة الطبية التي يكتبها الطبيب ذو الاختصاص لتكون صالحة للصرف وعدم تسلمها للمرضى حال الاشتباه بها.⁽¹⁰⁶⁾

(105) المادة (16) أولاً من قانون المخدرات العراقي

(106) المادة (9) من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971

كما حصرت تلك القوانين امكانية استخدام المواد المخدرة والمؤثرات العقلية للشخص المريض في إطارها العلاجي وفي حالة الضرورة الصحية القصوى فقط. وبذلك يكون صفة الشخص الذي يأتي بالتصرف دور حاسم في تحديد مشروعية او عدم مشروعيته. فتحرير الوصفة الطبية المتضمنة مواد مخدرة من شخص غير مختص او صرفه من شخص غير مجاز بذلك قانوناً وكذلك استخدامه من غير شخص المريض اعتبره القانون جريمة وحدد لها جزاءً معيناً بينما لو وردت تلك التصرفات من الأشخاص الذين اجازهم القانون واستثناهم بالإباحة في ذلك التصرف اعتبر مشروعاً.

كما ان مشروعية الإستخدام قد تتحدد من خلال نسبة المواد المخدرة في المستحضرات الدوائية. فقد تضمنت الجداول الملحقة بقانون المخدرات والمؤثرات العراقية رقم 50 لسنة 2017 النسب من المواد المخدرة (المستحضرات) التي يجوز التعامل بها او الإتصال بها من قبل المجازين بذلك قانوناً. مثلاً اذا كانت مقدار المخدر لا يزيد في وحدة الجرعة على (100 ملغم) ولا يتجاوز تركيزه (2.5%) في المستحضرات المجزئة. او الكوكايين الذي لا تتجاوز نسبة الكوكايين فيها (0.1%) او الأفيون او المورفين التي لا تتجاوز نسبة المورفين الموجود فيها (0.2%) ففي هذه الأحوال تكون استعمال المواد المخدرة مشروعاً من قبل المرخص لهم قانوناً. (107)

وأخيراً فأن مشروعية استخدام المواد المخدرة والمؤثرات العقلية يعود في مصدره الى حق المريض في تلقي العلاج المناسب. هذا الحق نراه في مضمون المادة (1) من قانون الصحة العامة العراقي رقم (89) لسنة 1981 الذي ينص على ان "اللياقة الصحية الكاملة بدنياً وعقلياً وإجتماعياً حق يكلفه المجتمع لكل مواطن وعلى الدولة ان توفر مستلزمات التمتع به لتمكنه من المشاركة في بناء المجتمع".

وكذلك اشارت المادة (31) الفقرة اولاً من الدستور العراقي العام 2005 وبشكل صريح الى ذلك الحق بالنص على "لكل عراقي الحق في الرعاية الصحية وتعني الدولة بالصحة العامة تكفل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء المستشفيات والمؤسسات الصحية".

2.2: الجوانب الطبية للتعاوي على المخدرات

لا شك أن لظاهرة تعاوي المخدرات جوانب متعددة ومختلفة، وفي ذلك يمكن خطورتها وبذا تفرض التصدي لها الإحاطة بجميع تلك الجوانب، ولكن يمكن القول أن الجوانب الطبية لهذه الظاهرة تعد أوسعها وأكثرها

تشبعاً وخصوصاً في ظل النظرة الحديثة لهذه الظاهرة. فبعد ان كان مفهوم التعاطي وفق النظرة القديمة منحصراً في الإشارة إلى السلوك المنافي للقيم الأخلاقية والإجتماعية وكذلك السلوك الجرمي الواجب ايقاع الجزاء عليه. وفي ذلك الإطار الضيق حددت طرق و وسائل مكافحته، أخذ ومن خلال النظرة الحديثة مفهوماً اوسع ليتضمن جانباً طبياً شاملاً من حيث تشخيص التعاطي كحالة مرضية (عقلية أو جسدية أو نفسية) ومن حيث تحديد الأسباب الدافعة إليها سواء كانت عائدة للشخص المدمن نفسه أو طبيعة المادة المخدرة أو المؤثر العقلي أو إلى البيئة الخارجية للمريض المدمن، وكذلك يتضمن الآثار التي تترتب على اعتباره حاله مرضية وأيضاً يشمل الجانب الطبي للتعاطي على طرق و وسائل المعالجة و وصولاً إلى إعادة التأهيل للمريض المدمن، وبذلك يكون الجانب الطبي لظاهرة تعاطي المخدرات المدخل لفهم تلك الحالة وفي نفس الوقت الجانب الرئيسي لمكافحته.

على ضوء ما تقدم سنتناول الجوانب الطبية للتعاطي على المخدرات من خلال تقسيم هذا المبحث إلى مطالب أربعة وكالتالي: -

المطلب الأول/ التعاطي كحالة مرضية

المطلب الثاني/ أسباب تعاطي المخدرات

المطلب الثالث/ آثار تعاطي المخدرات

المطلب الرابع/ طرق ومراحل علاج التعاطي

1.2.2: تعاطي المخدرات كحالة مرضية

اعتبار التعاطي حالة مرضية أمر مستقر عليه من الناحية الطبية وهذا ما يتبين في تعريف هيئة الصحة العالمية (1973) للتعاطي على المخدرات "حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائصها إستجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو بين الحين والآخر للشعور بآثاره أو التجنب الآثار المزعجة عن عدم توفره وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة في الوقت عينه. (108)

وكذلك اعتبار المعهد الوطني لتعاطي المخدرات في أمريكا " ان التعاطي مرض مزمن وان المريض يتعاطى لا إرادياً رغم إدراكه العواقب الوخيمة. كما أن منظمة الصحة العالمية قد ادرجت التعاطي ضمن أمراض الإضطرابات النفسية.

وجاء تعريف الهيئة القومية الأمريكية للتعاطي أكثر وضوحاً في تحديد التعاطي كحالة مرضية حيث عرفه بأنه "مرض دماغي مزمن يصحبه وجود انتكاسات يتميز بوجود شعور قهري للبحث عن استخدام المخدرات بالرغم من أضرارها" أن الدراسات الطبية تؤكد أن التعاطي مرض من الأمراض تصيب الإنسان حال وجد فيه الإستعداد لذلك وتوافرت أسبابه. غير أن هذه الدراسات الطبية لم تتفق بشأن تصنيف مرض التعاطي بل أخذت ثلاث اتجاهات: -

الاتجاه الأول: - وترى في التعاطي مرض نفسي، والأمراض النفسية هي مجموعة متعددة المظاهر من الإضطرابات والانفعالات التي تحدث في كيان الشخصية وتخل بوظائفها، وتتشابه هذه الإضطرابات والانفعالات في أنها لا تتسبب عن سبب عضوي معين في الجسم وإنما تقترن غالباً بأسباب وعوامل نفسية المنشأ وفي انها تعطي المريض فيها شعوراً خاصاً من عدم الإرتياح وفي الدرجات الشديدة من اضطرابات الشخصية فقد يؤدي إلى شعور المريض بتغيير الواقع حوله. مع ما يصاحب ذلك من اختلال في الفكر والسلوك. (109)

وبذا يكون التعاطي حاله حال الأمراض النفسية كالقلق والكآبة والهيستيريا تصيب الإنسان في ظروف معينة وذلك نتيجة تغيير كيميائية الدماغ فالدراسات النفسية اثبتت ان خلايا الدماغ التي تتحكم في الإنسان هي المسؤولة عن الإعتدال ونتيجة لتأثير المواد المخدرة عليها تحتاج الى مؤثرات خارجية لأفراز الهرمونات التي يعتمد عليها الدماغ في معالجة جوانب الحياة والتي قد تكون مسببة لمرض التعاطي.

الاتجاه الثاني: وهذه الدراسات ترى التعاطي من الأمراض العقلية العضوية. والتي هي حالات الإضطراب العقلي التي تنجم عن عطل او خلل في وظائف أنسجة الدماغ ويمكن ان تطرأ هذه الحالات في عقل كان سليماً في الأصل او ان تحدث على خلفية الإصابة بمرض نفسي او إضطراب سلوكي او مرض عقلي غير عضوي. (110) ووفق هذه الدراسات فأن تعاطي المواد المخدرة يحدث تغييراً في افرازات الهرمونات بشكل

(109) د. علي كمال، مصدر سابق، ص13.

(110) د. علي كمال، مصدر سابق، ص525

يؤدي الى خلل في الناقلات العصبية فتضطرب وظيفة الجهاز العصبي واجهزة الجسم الأخرى وبالتالي يسبب امراضاً عضوية مرتبطة بالتعاطي.

الاتجاه الثالث: وهذه الدراسات هي لأكثر قبولاً حيث تصنف التعاطي كمرض نفسي وعضوي معاً. فجراء تعاطي المخدرات ومن خلال تأثير المادة المخدرة على الدماغ بتغيير كيميائيتها ويصيبها خلل في وظيفتها وبالتالي خلل الجهاز العصبي وهذا الخلل الوظيفي للدماغ يمثل الجانب العضوي من مرض التعاطي اما الجانب النفسي منه فيتمثل في الإضطرابات النفسية المترتبة على المرض العقلي العضوي.

وبذا يكون التعاطي مرضاً يشمل على الجانب النفسي والعضوي معاً وهذا هو التوجه الحديث لمفهوم التعاطي كحالة مرضية من الناحية الطبية، عليه فإن طرح التعاطي كمرض عضوي فقط او نفسي فقط يؤدي الى قصور في مفهوم هذه المرض ولا يحمل جوانبه كاملة. وسنتطرق الى التعاطي كحالة مرضية من خلال تناول آلية حدوث التعاطي وايضاً تشخيص هذه المرض في فرعي هذه المطلب وكالتالي: الفرع الأول: آلية حدوث التعاطي، بالإضافة الى الفرع الثاني: طرق تشخيص التعاطي.

الفرع الاول: آلية حدوث تعاطي المخدرات

حدوث تعاطي المخدرات كحالة مرضية يأتي من خلال تأثير المواد المخدرة او المؤثرات العقلية على كيميائية ووظيفة الدماغ وبالتحديد على إفرازه لمادة الدوبامين وكذلك التأثير على نظام المكافأة في الدماغ فعبر هذين العنصرين يتم حدوث التعاطي وبذا يمكن القول ان فهم آلية حدوث تعاطي المخدرات يكون من خلال معرفة تأثير المواد المخدرة على هذين العنصرين:

اولاً: تأثير المواد المخدرة على الدوبامين وحدث التعاطي:

الدوبامين هو مادة كيميائية او هرمون تفرزه الدماغ عند القيام بنشاط او بسلوك يجد فيه الدماغ متعة او تلبية لحاجة جسمية او نفسية، كما انه ناقل عصبي يتم عبره ارسال اشارات بين خلايا الدماغ واعضاء الجسم فهي المسؤولة عن نقل الرسائل الجسمية في الأعصاب. (111) وعند تعاطي مادة مخدرة يؤدي الى افراز الدماغ لمادة الدوبامين ومع تكرار التعاطي يتسبب في زيادة افراز الدماغ لهذه المادة ليكون مستواه اعلى بكثير من المستوى الطبيعي مما ينتج عن ذلك الأمرين الرئيسيين للذين يتسببان في حدوث التعاطي وهما:

1. حدوث خلل في التوازن لمستويات الناقلات العصبية في الحالة الطبيعية فنتيجة للخلل الذي أحدثته المواد المخدرة في الناقلات العصبية يصبح حاجة المدمن لتعاطي المادة المخدرة لغرض استعادة المستوى الطبيعي لوظيفة الدوبامين ليكون على مستوى متناسب مع احتياجاته الطبيعي. فإذا نقصت نسبتها اسرع الدماغ الى افراز كمية اكبر من الذي كان يفرزه فيؤدي ذلك الى مضاعفة شعور السعادة والنشوة وهذا ما يشعر به المتعاطي في بداية تناول الجرعة وبعد ان ينتهي مفعول المخدر تعود الناقلات العصبية الى عملها وافرازها الطبيعي للدوبامين فيشعر بحالة الإحباط فيسرع لتعاطي المخدر مرة أخرى. (112)

2. كنتيجة لممارسة سلوك التعاطي المؤدي الى زيادة كميات الدوبامين ينشأ عنه حالة من تكيف الدماغ عليها ولا يكتفي بنسبة الدوبامين التي يفرزها بالمتغيرات العامة. مما يدفع بالمدمن الى سلوك التعاطي للوصول الى النسبة المرتفعة منه لتغريز الشعور بالراحة والنشوة. فإضطراب مستويات هذه المادة نتيجة المواد المخدرة والتعاطي عليها يؤدي الى ارتفاع حدود المتعة اي ان المدمن سيحتاج الى جرعات أكبر او زيادة عدد الجرعات من المادة المخدرة للوصول الى الشعور نفسه من الراحة والرضا.

ثانياً: التأثير على نظام المكافأة في الدماغ:

نظام المكافأة هو مجموعة الآليات التي يضعها الدماغ والتي تسمع لنا بربط مواقف او سلوكيات بإحساس المتعة بهذه الطريقة من تلك الدروس سنميل الى محاولة تكرار المواقف التي ولدت هذه التجربة في المستقبل.

يؤثر تعاطي المخدرات بوظيفة الدماغ عبر نظام المكافأة وبشكل محدد فعندما يؤدي الشخص عملاً او يأتي بسلوك معين ويجد في ذلك تسلية او لذة سيحرج نظام المكافأة الناقل العصبي الكيميائي (الدوبامين) الذي يعزز ربط الدماغ بين أشياء معينة والشعور بالمتعة او الراحة مما يحرص على تكرار هذه التجربة في المستقبل.

ولنظام المكافأة أهمية حيوية كبيرة فمن خلاله يتم التحضير للقيام بأمور هامة بالنسبة لبقائنا على قيد الحياة، فهي آلية الدماغ للاستمرار بقيام الأمور الحيوية للإنسان. لكن تأثر هذه الآلية بالمواد المخدرة يحفز على القيام بالتعاطي عن طريق افراز الدوبامين بطريقة غير طبيعية وبتأثير خارجي (المواد المخدرة) وارتفاع

مستوياتها تسبب في دائرة المكافأة تعزيز السلوكيات غير الصحية (التعاطي) مما يدفع الى استمرارية تكراره.

إذاً الآلية التي يحدث بها التعاطي يكون عن طريق الارتباط القهري بمحفزات نظام المكافأة في الدماغ رغم نتائجها الضارة، فالعملية الحيوية التي تسببها التعرض المتكرر لمحفز التعاطي هي العلة المرضية الأساسية التي تدفع الى تطور التعاطي واستمراره.

الفرع الثاني: تشخيص تعاطي المخدرات

الثابت أن التشخيص الدقيق يؤدي إلى علاج صحيح وفعال وتشخيص التعاطي يتطلب خبرة ومعرفة كبيرة بهذا المجال فمهمة الاختصاصي تتجاوز حدود تصنيف الحالة على إنها تعاطي أو تعاطي إلى معرفة ديناميات شخصية الفرد وقدراته العقلية وصراعاته الداخلية ومشاكله. (113)

وتشخيص بعض جوانب التعاطي يكون من خلال التشخيص السريري فهو التشخيص الذي يقوم به الطبيب المختص بناءً على الأعراض والعلامات التي تظهر على المريض المدمن. فيمكن ملاحظة العلامات الجسدية الظاهرة والتي تدل على حالة التعاطي كظهور هالات سوداء حول العين واحمرار العين وسيلان الدمع وإفرازات الأنف الضعف الجسدي، وبجانب ذلك تظهر سلوكياته غير الطبيعية على تعاطيه أو تعاطيه للمخدرات فتظهر عليه حالة القلق والتوتر وعدم الإستقرار وسرعة الانفعال والعصبية وبطء الكلام وعدم التركيز في الحديث....

ورغم إمكانية تشخيص التعاطي سريرياً كما أشرنا إليه لكن يلجأ إلى التشخيص المختبري ليكون مكماً له حيث عن طريق التحليل المختبري يمكن الوصول إلى معلومات أكثر دقة حول تعاطي المخدرات فيمكن تحديد المادة المخدرة المتعاطات أو المدمن عليها ونسبته وتأثيراته في الجسم.

وهناك طرق تحليل مختبرية عديدة لتشخيص التعاطي ووجود المادة المخدرة في جسم المدمن ومن أهم هذه الطرق: -

1. تحليل البول: -

وهو أكثر الطرق شيوعاً والمستخدم لاختبار وجود المخدرات في الجسم. ويكون بأخذ عينة من البول للشخص المدمن أو المشتبه في تعاطي المخدرات. ويرعى في ذلك إجراءات خاصة في حالة أخذ العينة بأمر

قضائي. أو من جهة أمنية أو تنفيذية من حيث التأكد من شخصية المشتبه فيه أو المدمن، يتم وضع العينة في علبة بلاستيكية (تيوب) معد خصيصاً لذلك ويتم غلق العينة بغطاء محكم ووضع لاصق على العلبة مدون فيه بيانات عن صاحب العينة وتاريخ أخذ العينة.

وفي هذه الطريقة يمكن حفظ العينة وإجراء تحليلها لمدة (3-4) أيام إذا كانت الحفظ في الثلاجة وحفظها في مجمدة لمدة شهر دون التأثير على النتيجة ويتم طريقة التحليل بوضع كارت التحليل المكون من (5) صفوف بلاستيكية مقسمة إلى جزئين إحداهما ظاهر والآخر مخفي غمس الجزء الظاهر من الكارت في عينة البول وتركها لمدة (10-15) دقيقة وبعد مرور تلك المدة يستخرج الكارت ويترك لمدة (5) دقائق ثم يمكن قراءة النتيجة. عند ظهور خط أحمر واحد في حقل C تكون النتيجة إيجابية وعند ظهور خطين في حقل C و T تكون النتيجة سلبية. ويمتاز هذه الطريقة بسهولة إجراءه وتكلفته القليلة لكن من عيوبه أنه لا يستطيع تحديد المواد المخدرة إلا بعد أسبوع من آخر جرعة.

2. تحليل الشعر.

تنتقل المواد الكيميائية بما فيها الأدوية والمواد المخدرة إلى الشعر عبر الشعيرات الدموية المغذية لبصالية الشعر التي تمر في مرحلة النمو بعدها يدخل الدواء أو المخدر ويمتزج بألياف كرياتين وقد يمتزج بصبغة الميلانين الموجودة في الشعر. وحتى تتم عملية الكشف عن المخدرات في أنسجة الشعر يجب أن يكون تركيزها قابل للكشف عنه من قبل الأجهزة الخاصة بذلك. وتحليل الشعر يكون بأخذ عينه منه بحيث يكون في مرحلة النمو لذلك يجب ان يكون قريب من فروة الرأس. يستخدم مذيّب او مزيج من المذيبات للتخلص من المواد الملتصقة بالشعر تخضع عينة الشعر لعملية تحطيم باستخدام مواد كيميائية او بطرق انزيمية ليكون المخدر قابلاً لعملية الاستخلاص والكشف عن نوعه ونسبته بواسطة اجهزة مختبرية. وتمتاز هذه الطريقة بأنها لا تحتاج الى التخزين وعدم تلفها بسرعة. والأهم من ذلك تكشف عن التعاطي لفترة سابقة طويلة قد تصل الى 3 اشهر ولكن يعاب عليه عدم كشفه المبكر عن التعاطي لأن اخذ العينة لا يمكن إلا بعد بزوغ الشعر.

3. تحليل اللعاب:

يمكن من خلال فحص اللعاب اكتشاف تعاطي المخدرات وذلك بأخذ مسحة من لعاب الشخص ثم فحصها باستخدام اجهزة تحليل معينة والتوصل الى نتيجة سريعة ودقيقة حول التعاطي.

ولكن يمكن لعوامل التأثير عليها كتناول الأطعمة وشرب السوائل وخصوصاً بعض الأدوية التي تكون على شكل سائل يتناوله الشخص. كما انه لا يكشف هذا الاختبار عن تعاطي المخدرات قبل اوقات طويلة اذ يستطيع هذا الاختبار الكشف عن حالة التعاطي الواقعة قبل ساعات واقصى حد الى يومين.

4. تحليل الدم:

يعد تحليل الدم ادق انواع الاختبارات التي تستخدم للكشف عن تعاطي المخدرات او التعاطي عليها من خلال معرفة نوع المادة المخدرة ونسبتها في الجسم وتم العملية التحليل بأخذ عينه من دم الشخص المراد معرفة تعاطيه او تعاطيه لمادة مخدرة وذلك بسحب الدم من الوريد بواسطة الحقنة ويفرغ في وعاء بلاستيكي (تيوب) خاص بفحص الدم ثم وضع التيوب في جهاز التحليل لتظهر نتائج الفحص وجود مواد مخدرة في الجسم ونسبه ونوعه او عدم وجوده في الجسم. وتمتاز هذه الطريقة بالدقة في تحديد نوع ونسبه المادة المخدرة في الجسم كما انها تتعرف على انواع كثيرة من المواد المخدرة وغير محددة كما في بعض طرق التحليل الأخرى.

2.2.2: اسباب تعاطي المخدرات

العوامل المسببة والمؤدية الى التعاطي متعددة ومتراطة ومؤثرة فيما بينها بحيث يصعب رد حالة التعاطي الى سبب محدد مستقل فكل عامل من تلك العوامل يتسبب في التعاطي من خلال ما يحدثه من تأثير في الشخص المتعاطي وفي نفس الوقت من خلال تأثيره في بقية العوامل بدرجة لا تقل عن تأثيرها المستقل اذ يساهم بشكل من الأشكال في تعاطم تأثير العوامل الأخرى. بعبارة اخرى ان كل عامل من العوامل المسببة والدافعة للتعاطي يكتسب قوة فعاليته ودور وزيادة تأثيره من بقية العوامل.

والعكس صحيح تماماً فهي الأخرى تكسب بقية العوامل تأثير وفعالية دورها في حدوث التعاطي.

وفق ذلك يمكن القول ان التعاطي هو ناتج تفاعل مجموعة من العوامل المختلفة في دورها وتأثيرها وقد لا تحدث التعاطي لو جاء تأثيرها على وجه الاستقلال لكن ذلك لا يعني التقليل من كون بعض العوامل تلعب دوراً رئيسياً وكبيراً في حدوث التعاطي، فيما تأتي دور وتأثير بعضها الآخر ثانوياً.

تتعدد العوامل المسببة للتعاطي على المخدرات فبعض منها متعلقة بالجوانب الإقتصادية والإجتماعية للشخص والبيئة والبعض الآخر منها متعلق بالجانب النفسي والبيولوجي للمدمن والبعض الآخر متعلق بطبيعة المادة المخدرة وعوامل عديدة أخرى.

وفي هذا المطلب نستعرض بعض من أهم العوامل المسببة للتعاطي على المخدرات من خلال الفروع التالية:

الفرع الأول: العوامل الاجتماعية والاقتصادية

الفرع الثاني: العوامل النفسية والبيولوجية

الفرع الثالث: العوامل المتعلقة بالمواد المخدرة

الفرع الأول: العوامل الاجتماعية والاقتصادية

المراد بالعوامل الاجتماعية في هذا الشأن هي العوامل المتعلقة بالبيئة الاجتماعية للشخص المدمن وتشمل عناصرها المتمثلة بالبيئة الأسرية والاقربان والأصدقاء ونظرة المجتمع الى المادة المخدر وسلوك لتعاطي. تلعب البيئة الاجتماعية دوراً رئيسياً في نشوء وأنماء الميل نحو التعاطي وتعاطي المخدرات لدى الأفراد فقد يكون البيئة الاجتماعية من خلال عناصرها الدافع الأول في تحقيق التجربة الأولى للتعاطي.

فالبيئة الأسرية دوراً هاماً في مشكلة تعاطي المخدرات فقد اكدت الدراسات ان التفكك الأسري يمثل سبباً قوياً ومباشراً للانحرافات للأسرة المنهارة تعتبر احد اسباب تعاطي المخدرات ذلك ان انهيار الأسرة وظيفياً او بنائياً يؤدي الى عدم قدرتها على القيام بوظيفتها الاجتماعية وعدم ممارستها لدورها كإحدى وسائل الضبط الاجتماعي في المجتمع. (114)

فالبيئة الأسرية هي المسؤولة عن تكوين الشخصية للفرد ومنها يستمد القيم والمفاهيم التي تمثل ضوابط الاندماج والتعامل في المجتمع وبذلك يصنع منه عنصراً إيجابياً في المجتمع.

وبذا يكون لغياب الاستقرار والوفاق في بيئة الأسرة دور كبير في خلق الشعور السلبي لدى الفرد بعدم تلقي الإهتمام وبالتالي الإحساس بالنقص والتهميش مما يدعو الى البحث عن البدائل للتغلب على تلك المشاعر فيرى في التعاطي الطريقة لإيجاد هويته الذاتية فتشوء الفرد في أسرة متفككة ومتصارعة يكون اكثر عرضة للتعاطي وكذلك لوجود فرد مدمن ضمن الأسرة يحفز دوافع اللجوء الى التعاطي والتعاطي وخصوصاً اذا كان ذلك الشخص المدمن يمثل القدوة او المثل الأعلى مما يزي احتمالات اتباع سلوكياته فالشخص ائماً يحاول تقليد مثله الأعلى وأحياناً دون التفكير والوعي اللازمين في السلوك الذي يقلده.

وكذلك للتربية الأسرية دور في دفع الفرد إلى الاتجاه نحو تعاطي وتعاطي المخدرات. فالأسرة التي يسودها القسوة أو التدليل الزائد في التعامل والتربية يؤثر كثيراً على التكوين النفسي للفرد مما يولد شخصاً غير

(114) د. محمد محمود الجوهري، عمر شاهين، مكافحة ظاهرة انتشار المخدرات في المجتمع المصري ندوة علمية لمركز البحوث ودراسات مكافحة الجريمة ومعاملة المجرمين، مطبعة الجامعة الأزهر والكتاب الجامعي، 1994، ص42

سواءً فأما أن يكون متمرداً عدوانياً أو شخصية ضعيفة انهزامية وكلا الشخصيتين يبحثان عن الأسرة البديلة التي تتوافق مع شخصياتهم وقد يكون ذلك بالاندماج ضمن مجموعة من المتعاطين ومدمني المخدرات.

ويأتي بعد الأسرة في التأثير على شخصية الفرد مجموعة الأقران والأصدقاء حيث يكون لها تأثير كبير في توجيه سلوكيات الفرد فتواجد الشخص ضمن مجموعة الأقران أو الأصدقاء المتعاطين للمواد المخدرة يحفز فيه دوافع التعاطي. فالتعاطي يعتبر سلوكاً يتعلمه الشخص من خلال التضامن الاجتماعي كما يراه أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي. وبذا يكون التعاطي في هذه الحالة سلوكاً متعلماً تفرضه قواعد الانتماء للمجموعة.

ويأتي ضمن العوامل المسببة للتعاطي نظرة وقبول المجتمع لسلوك تعاطي المخدرات. فالمجتمع الذي يسوده تقبل سلوك التعاطي لمادة مخدرة يساعد على انتشاره فمثلاً في اليمن حيث استخدام القنب مقبول اجتماعياً ويمكن الحصول عليه كأي سلعة مشروعة. وبالتأكيد يؤدي ذلك للتعاطي ويأتي ضمن العوامل الاجتماعية المسببة للتعاطي الدور السلبي للأعلام المرئي من خلال أبراز وتجميل ظاهرة التعاطي عبر تقديمه في صورة تثير الرغبة في التجربة فتقديم سلوك التعاطي بشكل يحمل النشوة والمتعة التي يمر بها المدمن ليكون مصدراً للمعلومات الخاطئة عن المواد المخدرة ومؤثراً في الشخص المتلقي وبذلك يكون نوعاً من غسل الدماغ الموجه ينشئ حالة تهيئة وقبول وبذلك ينمي الاستعداد ويزيد الميل للتعاطي والتعاطي. وعليه يكون البيئة الاجتماعية غير السليمة الحاضنة للسلوك المنحرف والعامل المسبب الرئيسي الدافع للتعاطي.

أما العوامل الاقتصادية فتتمثل في زيادة متطلبات الحياة وارتفاع مستوى المعيشة مما يتولد عنه ضغوطات كبيرة ويثقل عب الأسرة والفرد فعدم توفر الدخل الكافي لتلبية تلك المتطلبات وتغطية مستوى المعيشة والعجز عن ذلك يدفع إلى حلول غالباً ما تكون سلبية كاللجوء إلى المخدرات كمحاولة للهروب من الواقع الصعب.

وتزداد دور العوامل الاقتصادية وتسببها في تعاطي المخدرات مع زيادة النزعة الاستهلاكية لدى الفرد بحيث أصبحت مؤثراً في صياغة القيم والتقاليد وبذلك ازدادت أعبائها على الفرد وعدم إمكانية مجاراة تلك المتطلبات الاقتصادية وبالتالي يؤدي إلى مشاكل اقتصادية اجتماعية يحاول الفرد التهرب منها أو نسيانها ولو بشكل مؤقت عبر المادة المخدرة.

ان الحالة الاقتصادية على مستوى الفرد والمجتمع يهيئ أو يدفع نحو خيارات ما كان يلجأ إليها الفرد لولاها. فعلى مستوى المجتمع تثبت الإحصائيات الدولية أن نسبة تعاطي المخدرات في المجتمعات التي تعاني من تدهور أو ضعف اقتصادي تكون فيها معدلات تعاطي المخدرات مرتفعة وبشكل ملحوظ، فارتفاع المستوى

المعيشي مقارنة بالبطالة وقلة فرص العمل في تلك المجتمعات تشكل عوامل دافعة قوية لزيادة نسبة تعاطي المخدرات وعلى مستوى الفرد لا يختلف الأمر كثيراً فالتدهور الاقتصادي للفرد (الفقر) الناتج عن عدم توفر فرص العمل والبطالة يترتب عليه اضطرابات وضغوطات نفسية قوية يحاول الشخص تجاوزها أو الهرب منها ولو كان ذلك عن طريق تعاطي المخدرات وحالة الراحة والنسيان لتلك الضغوطات وإن كانت مؤقتة دفعه إلى تكراره ليكون في مرحلة لاحقة سلوك قهري (التعاطي).

الفرع الثاني: العوامل النفسية والبيولوجية

يشكل التكوين النفسي أو الحالة النفسية للشخص إحدى أهم العوامل الرئيسية المسببة للتعاطي على المخدرات فالبناء النفسي يحدث حالة من الاستعداد التكويني يؤدي إلى القابلية لتعاطي المخدرات بصفة عامة حيث يعتبر التعاطي هو البديل عن الأسباب المضطرب في الطفولة المبكرة.⁽¹¹⁵⁾ إذ يرى أن الأساس في تعاطي المخدرات يرجع إلى العوامل النفسية المرتبطة بالتركيب النفسي المرضي المتصف بعدم الشعور بالأمن والراحة واضطراب الشخصية ذلك الاضطراب العائد بجذوره إلى مرحلة الطفولة وبالتحديد المرحلة الفموية وفي مرحلة النضوج يمثل التعاطي البديل لإشباع الحاجات الناشئة عن ذلك الاضطراب.

والحالة النفسية للشخص سواء كانت مؤقتة أو مزمنة تأخذ دوراً رئيسياً في حدوث التعاطي فأن تعرض الشخص لضغوطات الحياة وعدم إمكانية استيعابها تنشأ عنها اضطرابات نفسية قوية تدفع بالشخص لتجاوزها الالتجاء إلى المواد المخدرة. فالتقليل أو للتخلص من الآثار التي تحدثها حالات القلق والاكتئاب أو الأحساس بالنقص وضعف الشخصية وغيرها من الاضطرابات النفسية يرى الشخص المدمن في المواد المخدرة الملاذ والطريقة والحل لازالتها فغالباً ما تكون الازمة النفسية هي نقطة البداية أو السبب في التعاطي فالأفراد غير الأسوياء نفسياً أو الذين يعانون من اضطرابات نفسية أكثر عرضة للتعاطي من غيرهم فهي تشكل الأرضية الخصبة لحدوث عملية التعاطي. كما أن التكوين النفسي أو الحالة النفسية المضطربة يدفع إلى تولد الاحساس بعدم الانتماء أو الانعزال عن المجتمع والأسرة وبذلك يقوم بتحفيز العوامل الأخرى المسببة للتعاطي وهنا يظهر دور كعامل مسبب للتعاطي من خلال الترابط بينه وبين العوامل الإجتماعية.

كما أن حالة الفراغ الذي يمر به الشخص يمكن أن يكون دافعاً للاتجاه نحو التعاطي والتعاطي. فقد يعاني الشخص من الفراغ الفكري فتتراجع عنده الاهتمامات المعرفية والإدراكية البناءة الضروريتان لتجاوزها

(115) عبد الله بن أحمد الوائلي، فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2003، ص42

وبالتالي لا يكون نظرته للأمور سليمة أو الفراغ الجسدي الذي لا يجد العمل الذي يستوعب طاقاته ونشاطه أو الفراغ الوجداني حيث يفقد شعور المحبة تجاه أسرته ومجتمعه والانتماء إليهما ليتحول معه إلى عامل مسبب للتعاطي والتعاطي.

أما العوامل البيولوجية فهي تمثل عوامل مساعدة يدفع الإنسان نحو تعاطي المخدرات ت. والمقصود هنا بالعوامل البيولوجية هي مدى قابلية الشخص من الناحية الصحية والوراثية للتعاطي. وهذه العوامل تعمل إما عن طريق الوراثة أو عند وجود مرض عقلي يمثل خلل في إفرازات الدماغ.

أن اعتبار العوامل البيولوجية الوراثة كسبب للتعاطي يكمن في وجود مكون وراثي يدفع الفرد المريض (المدمن) إلى التعاطي بعيداً عن التأثيرات البيئية وبذلك يكون التعاطي سلوك متوارث. (116)

وفيما يرتبط بالانتقال الوراثي لهذه الصفة فإن التعاطي يحدث عن طريق انتقال الكروموسومات الحاملة للجينات التي تتحكم في الصفات الوراثية للإنسان وهذه الجينات تظل صامته لمدة سنين طويلة ولكن تحت ضغط البيئة والظروف فأنها تبرز الإستعداد البيولوجي للإنسان نحو التعاطي (117) والدراسات التي تدعم اعتبار العامل البيولوجي الوراثي كسبب للتعاطي جاءت عبر دراسة التوائم وحالات التبني. فالدراسات تشير إلى ان التوائم المتجانسة (المتشابهة) يزيد احتمالات التعاطي لديها إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتشابهة أما الدراسات الخاصة بحالات التبني أظهرت ان الأطفال المولودين من أمهات مدمنات على الخمر تكون قابليتهم للتعاطي أربعة أمثال الأطفال المولودين من أمهات غير مدمنات. أما العامل البيولوجي المرتبط بالخلل في إفرازات الدماغ والمسبب للتعاطي يعود إلى أن دماغ الإنسان تنتج وبصورة طبيعية مجموعة من النواقل العصبية ومنها الأفيونات التي تعرف باسم الأندوفينات والأنكفاليينات وهذه المركبات الأفيونية ترتبط بالمستقبلات الموجودة في الدماغ والنخاع الشوكي والأمعاء وأماكن أخرى من الجسم وتقوم بأيقاف إشارات الألم التي يصدرها الجسم. إلى الدماغ عبر النخاع الشوكي كما تسكن الألام التي يتعرض لها الإنسان وفي حالات غير صحية تكون نسبة هذه الأفيونات غير كافية فيميل الشخص إلى تعاطي المخدر ليعوض عن الأفيونات الطبيعية.

مما يسبب الإعتماد على المادة المخدرة في الحصول على الأفيونات وبذلك يحدث التعاطي.

(116) محروس محمد الشناوي، مصدر سابق، ص444.

(117) د. عادل صادق، الإدمان له علاج، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، 1999، ص58.

الفرع الثالث: العوامل المتعلقة بالمادة المخدرة

للتكوين الكيميائي للمادة المخدرة دور كبير في استمرار الشخص بالتعاطي والتعاطي عليه. فأن لإختلاف التركيب الكيميائي لكل مادة مخدرة عن التركيب الكيميائي لمادة مخدرة أخرى يمنحه خواص وتأثيرات خاصة على الإنسان مما يدفع المتعاطي بتكرارها او التوقف عنها والانتقال لنوع آخر حيث تفاعل المادة المخدرة مع الجسم تختلف لاختلاف طبيعة تركيبه فبعد وصول العقار (او المادة المخدرة) الى الجهاز العصبي يلتصق بجزء من الخلية (المستقبل العصبي) ويتم التفاعل بين العقار او (المادة المخدرة) والمستقبل فيؤثر في المخ والجسم.

وفي المادة الفعالة يتطابق شكل كل جزء من المادة المخدرة (العقار) مع المستقبل اما غير الفعال فبسبب اختلاف الأجزاء بينهما وعدم تطابقها يصبح المادة او العقار غير فعال. وبذا يكون تأثيره معتمد على تركيبه الكيميائي. (118)

فقابلية المادة المخدرة او العقار على أستئثار الاعتماد او عدمها هو الحاسم في حدوث التعاطي. وهذا ما يفسر تفضيل المدمن لسنف معين من المادة المخدرة ويدمن عليها بعد ان استخدم انواع مختلفة منها وذلك لوجود التوافق بين تركيبية المخدر وتأثره من جهة وشخصية المخدر الذي يناسبه شخصيته فالشخص المصاب بالاكتئاب يستخدم مخدراً يسبب له الإحساس بالرضا والسرور في حين ان الشخص الذي يعاني من التفكك الداخلي في الذات واضطرابات العلاقات مع الآخرين او الوجدان او المشاعر وهو ما يعرف بالشخصية الفصامية يفضل المخدرات التي تساعده على إعادة الانتظام والإحساس بالواقع. (119)

كما ان لطبيعة المادة المخدرة التي تحدث نوعاً من الإعتقاد الجسمي او النفسي او كلاهما فإنه عند عدم اخذ الحيطة الطبية الكاملة او التساهل في صرف الأدوية الحاوية على تلك المواد المخدرة. وإذا اقترن ذلك بعدم الوعي الكامل بمخاطرها يكون قد ساهم في استخدامها خارج الإشراف الطبي وللغرض المحدد له وتسبب بذلك في تكرار تعاطيها وبالتالي التعاطي عليها.

ومن العوامل الأخرى المتعلقة بالمادة المخدرة هي توافرها وسهولة الحصول عليها حيث لغياب الرقابة الشديدة واللازمة على النشاطات المتعلقة بالمواد المخدرة تأثير كبير في زيادة استخدامه خارج الإطار الطبي المخصص له او ما يسمى بإساءة الإستخدام.

(118) د. عال الدمرداش، مصدر سابق، ص26.

(119) محمد محمود الجوهري، وعمر شاهين، مصدر سابق، ص19.

ولتوافر المادة المخدرة وسهولة الحصول عليه دور في إنخفاض ثمنها وهذا يؤدي الى ازدياد نسبة الذين يمكنهم الحصول عليها فلا شك ان ثمن المادة المخدرة تشكل عائقاً مادياً فعالاً في إمكانية الحصول عليها وإستخدامها.

وفي سياق العوامل المتعلقة بالمادة المخدرة المسببة للتعاطي لابد من الإشارة الى جانب مهم منه وهو الجانب القانوني المنظم لجميع الأفعال المرتبطة بالمواد المخدرة من حيث استيرادها وصرفها والرقابة عليها وغيرها من النشاطات مما يحصر استخدامها في الإطار الطبي المحدد له ويحدث انتشاره فوجود التنظيم القانوني الخاص بالمواد المخدرة يمنع النشاطات غير المشروعة المتعلقة بالمواد المخدرة وبالتالي يكون عاملاً في منع حدوث التعاطي والعكس صحيح.

3.2.2: آثار تعاطي المخدرات

ان مشكلة تعاطي المخدرات وما تشكله من خطورة كبيرة على الفرد والمجتمع يكمن في الآثار السلبية والتدميرية التي تنشأ عنها والتي تطال كافة جوانب حياة الفرد والمجتمع الصحية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية والقانونية وغيرها. وكذلك تفاعل وترابط الآثار التي تحدثها فمثلاً الآثار السلبية والأضرار التي يلحقها بالجانب الإقتصادي لكل من الفرد والمجتمع قد يكون مصدراً لحدوث الآثار والأضرار الاجتماعية التي تسببها او نتيجة لها. كما ان الآثار والأضرار التي تلحقها بالفرد تنعكس وتمتد سلبياتها وخطورتها الى المجتمع وبالعكس(120).

وإذا كانت العوامل الاقتصادية والاجتماعية والصحية تشكل اسباب حدوث التعاطي، فإن التعاطي هو الآخر يترتب عليه آثار على تلك الجوانب. وهذه الآثار الخطرة للتعاطي على المخدرات يمثل موضوعات هذا المطلب وفي فروعها الثلاث:

الفرع الأول: الآثار الصحية

الفرع الثاني: الآثار الاجتماعية والاقتصادية

الفرع الثالث: الآثار القانونية والأمنية.

الفرع الاول: الآثار الصحية

يترتب على تعاطي المخدرات آثار وأضرار صحية متعددة لتشكل تأثيراتها الجانب الوظيفي لأعضاء جسم الإنسان والجانب النفسي له. فللتعاطي تأثير كبير في احداث اضطرابات صحية ونفسية فتأثيرها على الجهاز العصبي المركزي والدماع ينشأ عنه حالات مرضية عقلية كالشيزوفرنيا (انفصام الشخصية) والكآبة العقلية وغيرها(121)، كما يتسبب في حالات نفسية كالقلق والكآبة النفسية والهيستيريا وغيرها او يتسبب في خلل في وظائف اجهزة الجسم الأخرى كالجهاز النفسي او الجهاز المناعي او الهضمي. وقد يكون من اهم الآثار الصحية للتعاطي على المخدرات هو حدوث الإعتقاد النفسي او الجسمي او كلاهما عن الشخص المدمن بحيث يكون لديه الرغبة الشديدة (القهرية) لإستخدام المخدر وعدم القدرة على التوقف في استخدامها ونتيجة لذلك عند عدم تعاطي المادة المخدرة يحدث لديه اضطرابات تتمثل في امراض نفسية وجسدية والآثار الصحية للتعاطي على المخدرات نبدأه ببيان تأثيرات تعاطي بعض أعضاء واجهزة الجسم على سبيل التوضيح ثم نشير الى اهم الآثار الصحية.

لتحكم الدماغ والجهاز العصبي في جميع اجهزة وأعضاء جسم الإنسان ووظائفها فتأثير تعاطي المخدرات على الدماغ والجهاز العصبي ينعكس مباشرة على كافة اعضاء الجسم واجهزتها. فمن خلال اختصاص كل منطقة من مناطق الدماغ في التحكم في عمل ووظيفة جهاز او عضو في الجسم عبر الجهاز العصبي فأن آثار تعاطي منطقة من الدماغ والجهاز العصبي تنعكس مباشرة على وظيفة العضو او الجهاز الخاضع لثحكم تلك المنطقة.

للتعاطي على المخدرات آثار كبيرة على الدماغ او الجهاز العصبي من خلال التغييرات التي تحدثها المواد المخدرة في كيميائية الدماغ والجهاز العصبي وبالتالي. حدوث تلك الآثار يكون في شكل خلل في افرازات الدماغ او التهاب خلاياه او تلفها وكذلك التهاب النخاخ الشوكي. مما يتسبب في خلل وظيفة الدماغ نفسه او وظيفة أعضاء الجسم الأخرى.

وآثار تعاطي المخدرات تطل اعضاء الجسم واجهزتها الأخرى أيضاً كالكبد والكليتان والقلب والجهاز التنفسي والجهاز المناعي. فالتعاطي بإعتبارها له تسمم مزمن يزيد من حيث وظيفة الكبد فمن اهم وظائفه

(121) د. نصيف فهمي وآخرون، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، مركز الدراسات والبحوث لأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، العدد 271 لسنة 2001، ص 95

هو التخلص من السموم في الجسم ونتيجة تعاطي المخدرات تكون نسبة المادة المخدرة في الكبد مرتفعة وقد يؤدي الى تليف خلاياه(122).

كما يتسبب تعاطي المخدرات في الإصابة بالفايروس الكبدي نتيجة استخدام ادوات غير معقمة عملية التعاطي مما يؤدي الى انتقال ذلك المرض المعدي.

وللتعاطي ايضاً آثار خطيرة على عضو آخر يقوم بدور رئيسي في عملية تنظيف الجسم من السموم وهي الكليتان. فعند مرور الدم في الكلية تقوم بفصل الدم عن المسموم الموجودة فيها ليفرز خارج الجسم مع البول. والمخدرات بإعتبارها سموماً فإن زيادة كميتها كما في حالة التعاطي تعجز الكلية عن التخلص منها للتراكم فيها ويصيبها بالفشل الكلوي ومن آثار التعاطي الصحية ايضاً حدوث خلل عضوي ووظيفي للقلب من خلال إعتلال القلب وعدم وصول الإيعازات الكهربائية لها او ضعف عمله فعمل القلب يكون منظماً من خلال افراز الدماغ لهرمونات معينة مسؤولة عن تنظيم ضربات القلب وتأثير المواد المخدرة في حالة تعاطي نسبة تلك الهرمونات المنظمة يحدث خلل وظيفة القلب وبذلك يصاب المدمن بارتفاع او انخفاض ضغط الدم(123).

كما يترتب على تعاطي الأم الحامل آثار صحية على الجنين فتأثيرات المواد المخدرة تنتقل اليه من الأم عبر الدم فقد يؤدي الى اصابته بمتلازمة الإمتناع الجنيني بعد الولادة وهي عبارة عن مجموعة من الأعراض الإنسحابية التي تظهر على الطفل بسبب انقطاعه عن المادة المخدرة التي كانت تستخدمها الأم اثناء الحمل وقد تكون هذه الأعراض عبارة عن نوبات عصبية وإضطرابات النوم والحمى. وكذلك يكون لتعاطي الأم آثار صحية على الرضيع من خلال انتقال المادة المخدرة مع حليب الأم اليه.

وفيما يلي اهم الآثار الصحية (الجسمية والنفسية) للتعاطي على المخدرات:

1. حدوث خلل في افرازات الدماغ او تضرر خلاياه مما يؤدي الى خلل في وظيفته او وظيفة اجهزة الجسم الأخرى.
2. اضطرابات عمل القلب وقد يكون من خلال التأثير في الإفرازات المنظمة لعمل القلب او تضرر عضلات وشرايين القلب وبالتالي الإصابة بارتفاع وإنخفاض ضغط الدم.
3. اعتلال الجهاز التنفسي وتليف الرئتين.

(122) المصدر نفسه، ص 98.

(123) د. نصيف فهمي وآخرون، مصدر سابق، ص 98.

4. حدوث اضطراب في الجهاز الهضمي كقرحة المعدة وهيجان القولون.
5. نقص نسبة كريات الدم وضعف الجهاز المناعي.
6. إصابة خلايا الكبد بالتليف.
7. اضطرابات في الإدراك الحسي وخاصة السمعية والبصرية.
8. القلق والتوتر وعدم الاستقرار والانفعال والعصبية.
9. اضطراب النوم الأرق والإحساس بالتعب.
10. الإصابة بالهلوسة السمعية والبصرية.
11. فقدان التركيز وضعف المستوى الفكري وضعف الذاكرة.
12. الإصابة بالصداع المزمن.

الفرع الثاني: الآثار الاجتماعية والاقتصادية

تأخذ الآثار الاجتماعية التي تنتج عن تعاطي المخدرات بعدين مترابطين يتضمن البعد الأول الآثار الاجتماعية الخاصة بعلاقة المدمن بأسرته والبعد الثاني في الآثار الخاصة بعلاقته مع المجتمع.

وفيما يتعلق بالبعد الأول فتعاطي المخدرات وما يحدثه من حالة الاعتماد والتبعية (النفسية والجسدية) للمادة المخدرة مما تتغير معه أولويات الشخص المدمن حيث تكون كل اهتماماته مركزة حول نفسه وعلى المادة المخدرة وكيفية الحصول عليه وبالتالي اشباع حاجته القهرية، مما يؤدي إلى إهمال مسؤولياته والتزامات تجاه أسرته وخصوصاً إذا كان المدمن أحد الوالدين مما يؤثر على التربية الصحية والنفسية للأولاد إضافة إلى عدم تمكنه من الوفاء بالتزاماته المالية والاجتماعية تجاه أفراد أسرته وبالتالي الاجحاف بحقوقهم، فلا يتلقى الأطفال الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية لتنشئتهم بصورة سوية وسليمة مما يؤدي إلى الأضرار في تكوينهم الشخصي وبذا يكون مقصراً في أداء دوره في الأسرة، وقد يمتد آثار ذلك ويصاحبهم في كبرهم. ومع تطور مراحل التعاطي لدى المدمن تزداد حالة التباعد بينه وبين أسرته لتصل في مرحلة لاحقة إلى حالة العزلة والصراع وانتهاء بتفكك وانهيار الأسرة. وفي هذا السياق نذكر آثار تعاطي المخدرات على العلاقة الزوجية وما تفرضه من واجبات وحقوق على أطرافها. وبذلك تتزايد احتمالات انهيار العلاقة الزوجية والطلاق. فلتعاطي تأثير كبير في التفكك الأسري لعدم قدرة المدمن على القيام بأدواره الاجتماعية في الأسرة وفي بعض الحالات يهجرون الأسرة. (124)

وما يتصل بالبعد الثاني لتأثيرات التعاطي الإجتماعية والمتعلقة بعلاقة المدمن بمجتمعه. فأن تعاطي المخدرات يدفع بالمدمن الى الميل الى العزلة عن المجتمع ليتطور ذلك في مرحلة اخرى الى نشوء مشاعر الكراهية ومعاداة المجتمع وانحلال القيم والضوابط الأخلاقية والإجتماعية لديه. كل ذلك يجعل منه شخصاً مرفوضاً اجتماعياً سواء من قبل أصدقائه او في مكان عمله وينتج عن ذلك أحياناً الى فقدانه للعمل. وهذا التنافر الإجتماعي يدفعه الى الانخراط في مجموعات مرفوضة اجتماعياً وقانونياً ليكون البديل للمجتمع الذي انفصل عنه وليتحول الى إنسان غير سوي يقترف افعالاً إجرامية تسيء اليه ولأسرته ولمجتمعه.

وفيما يتعلق بالآثار الإقتصادية للتعاطي على المخدرات فأنها تكون على ثلاث مستويات هي الشخص المدمن والأسرة والمجتمع.

فعلى مستوى شخص المدمن فأن استهلاكه المستمر للمواد المخدرة مما يستنزف طاقته المالية فقد لا يستطيع المدمن تأمين ثمن المادة المخدرة الا لفترة قصيرة يكون المدمن في مراحل الأولى من التعاطي. إضافة لذلك فأن تعاطي الشخص على المخدرات يقلل من إنتاجيته ويؤدي ذلك الى فقدانه لوظيفته او عمله، مما يفقد معه مصدره المالي وبالتالي يدفعه ذلك ولتأمين ثمن المادة المخدرة الى سلوكيات إجرامية كالسرقة والاختلاس والتسول وغيرها من الأفعال وبالتالي تنطوي على هذه الآثار الإقتصادية مشاكل قانونية واجتماعية وصحية مؤثرة على حياة المدمن.

اما على المستوى الأسري فأن حالة التعاطي تدفعه الى البطالة وعدم الحصول على العمل. إضافة لشخصيته المدمن الاتكالية في العديد من النواحي ومنها الناحية المالية يؤدي به الى الاعتماد على الأسرة في نفقات معيشته ولتوفير ثمن المادة المخدرة وبذلك ينحصر دوره في الأسرة كعضو مستهلك مما يشكل عبئاً مادياً على الأسرة ويكون وقع ذلك وتأثيره أكبر اذا كان الشخص المدمن يمثل المصدر المالي للأسرة. فذلك يؤدي الى آثار اجتماعية على الأسرة قد تنتهي بانهيارها وجنوح افرادها للحصول على الأموال التي يحتاجونها لمعيشتهم. والآثار الإقتصادية للتعاطي يكون أكبر على مستوى المجتمع فتدهور الوضع الاقتصادي للمجتمع يكون من خلال فقدان القدرة الإنتاجية لأفراده فانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في اي مجتمع يعني خسارته لأهم عناصر قوته وهي الطاقة الإنتاجية البشرية. مما يجعل منه مجتمعاً مستهلكاً أكثر منه إنتاجياً وبذلك تضعف مقومات المجتمع القوي السليم.

إضافة لذلك فأن المبالغ الكبيرة التي تنفقها الدولة في المؤسسات المختلفة والمتعلقة بمكافحة تعاطي المخدرات وعلاج المتعاطين وتأهيلهم (فكل ذلك تعتبر نواحي غير إنتاجية) تشكل عبئاً اقتصادياً على الدولة والمجتمع ولو وظفت تلك المبالغ في عمليات إنتاجية لكانت تعيد بالنفع والفائدة على المجتمع.

الفرع الثالث: الآثار القانونية والأمنية

تترتب على تعاطي المخدرات قيام مشاكل قانونية عديدة. فحاجة المدمن إلى الحصول على المادة المخدرة وتعاطيها تكون بدرجة لا تفرق معه الطريقة التي يحصل عليها سواء كانت مشروعة أو غير مشروعة طالما تحقق إشباع تلك الحاجة. وغالباً ما تكون في حالات التعاطي بطرق غير مشروعة مما يترتب عليها آثار قانونية تطال الشخص المدمن وكل شخص قائم بأفعال مرتبطة بالمواد المخدرة ومؤدي إلى انتشار تعاطي المخدرات⁽¹²⁵⁾ ، فأضافه لكون التعاطي بحد ذاته يمثل سلوكاً مخالفاً للقانون فقد يلجأ الشخص المدمن ولتأمين ثمن المادة المخدرة أو الحصول عليها إلى القيام بأفعال جرمية كالسرقة والتزوير والخداع والاحتيال وغيرها....

كما أن لتأثير تعاطي المخدرات دور كبير في السلوك الإجرامي للمدمن فالسلوك العدواني وفقدان السيطرة على النفس وانحلال الضوابط القانونية والاجتماعية والأخلاقية الناتجة عن حالة التعاطي تدفع بالمدمن إلى ارتكاب الجرائم كجرائم العنف وجرائم السرقة على سبيل المثال. والآثار القانونية للتعاطي على المخدرات قد تمتد إلى الأسرة والمجتمع فتعاطي أحد أفراد الأسرة قد يتسبب في نشوء مشاكل قانونية خاصة بالأسرة كحالات الطلاق يسبب تعاطي أحد الزوجين ومشاكل العنف الأسري وغيرها.....

أما الآثار القانونية لتعاطي المخدرات على مستوى المجتمع فأهمها إنتشار الجرائم المتعلقة بالتعاطي في المجتمع وتشمل الجرائم المرتكبة من قبل الأشخاص المتعاطين أو من قبل الذين ارتكبوا جرائم متعلقة بظاهرة التعاطي بشكل عام لتجارة المخدرات أو زراعتها أو بيعها.....

والآثار الأمنية لتعاطي المخدرات هي الأخرى متعددة تأتي في مستويات ثلاث (الفرد والأسرة والمجتمع).

فالفرد المدمن ونتيجة لشخصيته المضطربة وانعزاله عن الأسرة والمجتمع وكذلك لحالة البطالة وحاجته إلى توفير ثمن الجرعة المخدرة وغيرها من تلك العوامل تجعله هدفاً سهلاً للمجموعات الإجرامية المنظمة والجماعات الإرهابية وكذلك استغلاله من قبل دول معادية لتحقيق أهدافهم والمساس بالاستقرار الأمني للدولة.

كما ان اقتران انحلال أو ضعف الضوابط الاجتماعية والأخلاقية والقانونية وبالتالي غياب عامل الردع لدى المدمن مع إضطرابات في شخصيته يهيئ الإستعداد فيه للانخراط في تلك المجموعات إذ تتوافق فيهما

(125).د. أبو الوفا محمد أبو الوفا، مصدر سابق ص174،

السمات فمثلاً لعناصر تلك المنظمات والجماعات الإجرامية والمتعاطين على المخدرات شخصية مضطربة نفسياً وفكرياً. (126) وبذلك يساهم تعاطي المخدرات في دعم عمل تلك المجموعات وبالتالي تترتب عليها آثار سلبية أمنية يهدد المجتمع والدولة.

4.2.2: طرق ومراحل علاج تعاطي المخدرات

طبيعة التعاطي كمرض متعدد الأوجه (نفسي، جسدي، اجتماعي) يحكم أن يتضمن علاجه تلك الأوجه كافة حيث لا يكون العلاج كاملاً إذا اقتصر على الجانب الجسمي دون النفسي أو الاجتماعي فالهدف العلاجي يتضمن إزالة جميع الأعراض والمسببات للمرض وأعادة الاستقرار والتوازن في كافة جوانب حياة الشخص المدمن (127).

وتختلف البرامج العلاجية للتعاطي من شخص الآخر حيث تكون خاضعة لتأثير عوامل رئيسية عديدة كنوع المادة المخدرة المدمن عليها والفترة الزمنية للتعاطي (العمر التعاطي) وعمر المريض والحالة الصحية العامة للمريض المدمن. ولكون التعاطي مرض مزمن تكون التغييرات الجسمية والنفسية التي أحدثها المواد المخدرة في الشخص تغييرات كبيرة وعميقة وذلك يفسر استغراق علاجه وقتاً طويلاً فأن مخاوف الانتكاسات في العودة للتعاطي يفرض المعالجة الجذرية لكافة جوانب التعاطي. إذ يعتبر علاج مرض التعاطي عملية إعادة بناء الشخصية وصياغة لنفسيته وسلوكه مما يتطلب اتباع طرق علاجية تشمل جوانب حياة الشخص المدمن المريض وفق برنامج علاجي وعلى مراحل متسلسلة ومتراصة.

وفي هذا المطلب نتناول طرق العلاج ومراحله وذلك بتخصيص الفرع الأول منه لاستعراض أهم طرق العلاج وتخصيص الفرع الثاني لبيان أهم المراحل المكونة لعملية العلاج.

الفرع الأول: طرق العلاج

أولاً: العلاج الطبي الدوائي

تتركز هذه الطريقة على علاج المدمن بيولوجياً بالأدوية والعقاقير بهدف إزالة التأثيرات والأعراض التي أحدثتها المادة المخدرة على المدمن. وتختلف الأدوية المستخدمة في طريقة العلاج هذه حيث تختلف باختلاف المادة التي أدمن عليها فاختلاف طبيعة المادة المخدرة تحدث اختلاف في آثارها وكذلك فترة

(126)د. أبو الوفا محمد أبو الوفا، مصدر سابق ص174

(127) د. معمر نواف الهوار، عالم المخدرات الجريمة بين الوقاية والعلاج، الهيئة العامة السورية للكتاب، الطبعة الأولى، 2018، ص212

التعاطي وعمر المدمن وحالته الصحية بشكل عام. ويتبع في هذه الطريقة عدة اساليب في تخليص جسم المريض المدمن من المادة المخدرة. وهذا ما يسمى بالفطام الجسمي للتعاطي، فقد يقطع او يمنع عنه المادة المخدرة منعاً قاطعاً وبمرة واحدة، او يكون ذلك الإقطاع بشكل تدريجي من خلال تقليل الجرعة للعقار او الدواء العلاجي البديل للمخدرات على مراحل وكذلك اطالة الفترة الزمنية بين كل جرعة وأخرى وهذا هو الأسلوب الحديث والمتبع في عملية الفطام الجسدي والمسمى بنظام الاستعانة⁽¹²⁸⁾ اذ يمنع المادة المخدرة عن المريض ويعطى له الأدوية التي لها تأثيرات متشابهة لتأثير المادة المخدرة ولكن اضعف بكثير من المادة المخدرة التي ادمن عليها دون اعراضه الجانبية ليساعد الجسم على استعادة قدرته الوظيفية في تخليص الجسم من المادة المخدرة والعمل بشكل مستقل عن تأثيرات المادة المخدرة.

ويتطلب العلاج الطبي الدوائي وجود المدمن في المؤسسة العلاجية المستشفى او مركز العلاج الخاص بالأمان...). لضمان تطبيق البرنامج العلاجي بصورة دقيقة والذي من الصعب تطبيقه في غير هذه الأماكن اذ يحتاج ذلك للمتابعة الطبية المستمرة للمريض المدمن ولضمان تلقي المريض الأدوية المستخدمة في هذه الطريقة وفق ما هو موضوع له وخضوع المدمن لفحوصات وتحاليل يومية او دورية لمعرفة مدى زوال المادة المخدرة من جسم المريض. ومدى نجاعة العلاج ومعالجة الأعراض الإنسحابية التي تصاحب العلاج ويجب الإشارة الى ان طريقة العلاج الدوائي لا بد ان يصاحبه طرق علاج الجوانب الأخرى فمثلاً الاستعداد النفسي للمريض المدمن وقناعاته يمثل عاملاً مهماً في بدء عملية العلاج وكذلك الاستمرار فيها وخصوصاً عند ظهور الأعراض الإنسحابية.

ثانياً: طريقة العلاج النفسي

يعتبر العلاج النفسي لحالات تعاطي المخدرات من اهم طرق العلاج وذلك لأن العلاج الدوائي هو علاج لأعراض الإنسحاب فقط دون تغيير لاتجاه المدمن ودافعياته ورغبته نحو تناول المادة المخدرة.⁽¹²⁹⁾ فرغم تخليص الجسم من المادة المخدرة بطريقة العلاج الدوائي وأهميته ذلك فعدم زوال رغبة التعاطي ودوافعه النفسية يعرض ذلك احتمالات العودة للتعاطي فلا بد من المعالجة النفسية لتكون عملية المعالجة متكاملة. ويعتمد هذه الطريقة على التشخيص الدقيق لحالة المدمن والأخذ بالاعتبار امراضه النفسية والجسدية السابقة والحالية والمستوى المعيشي والأسري له والمستوى الثقافي... أي الإحاطة الكاملة بجوانب

(128) د. معمر نواف الهوارنة، مصدر سابق، ص212

(129) د. فيصل الزراد، مصدر سابق، 165

حياة المريض، وكذلك الاستناد الى الفحوصات الطبية والمختبرية كل ذلك يساعد المعالج النفسي على تشخيص الحالة بدقة ومعرفة الأسباب والدوافع للتعاطي وبالتالي امكانية معالجتها بشكل أفضل. ويعمد المعالج النفسي الى مقابلة الشخص المدمن ضمن جلسات متكررة وأيضاً مقابلة أسرته او إجراء اختبارات معينة كاختبارات التوافق الأسري والصحي والاجتماعي فكل ذلك يعتبر من وسائل التشخيص.

وطريقة العلاج النفسي قد تكون فردية او جماعية. يقوم فيها المعالج بإعادة توجيهه او مساعدة المدمن (باعتبار ان العلاج النفسي علاقة شخصية متبادلة بين المعالج والمريض المدمن) على تجاوز الحالة النفسية التي يعاني منها ويكون من خلال مشاركة المعالج في تغيير سلوك المدمن وأفكاره وكذلك مشاركته في اتخاذ القرارات.

وفي العلاج النفسي الجماعي يعتمد على فكرة ان العديد من مشكلات الأفراد السلوكية والاجتماعية والعقلية تتعلق بالآخرين كمشاعر العزلة والانطواء... وبذلك يكون العلاج النفسي الجماعي عبارة عن نشاط جماعي منظم وله هدف تشخيص علاجي ويكون مكملاً للعلاج الفردي للتعاطي. (130)

وطرق العلاج النفسية متعددة كتعدد مدارس علم النفس، نستعرض منها اهم الطريقتين المتبعتين بشكل واسع في علاج التعاطي:

1. طريقة العلاج السلوكي المعرفي: وهي من الطرق العلاجية الفعالة للتعاطي تتبع في التأهيل النفسي والسلوكي للمدمن وتستند الى المحادثة بين المريض والمعالج النفسي وفق نظام جلسات تتركز على معالجة المشاكل المتعلقة بعملية التفكير لدى المدمن والسلوكيات الناتجة عن التفكير الخاطئ ويكون من خلال مساعدته على إدراك سلبية وطريقة تفكيره والسلوكيات الناشئة عنها. وبذا يكون العلاج السلوكي المعرفي عبارة عن التدريب النفسي للمريض على التفكير المنطقي في اتخاذ القرارات ومعالجة المشاكل وسياسة مواجهة المشاكل والتواصل الإيجابي لغرض خلق القيم والمفاهيم الاجتماعية لديه الضروريتان لعملية المادة الإندماج مع المجتمع.

2. طريقة التحليل النفسي: تعتمد طريقة التحليل النفسي في علاج حالات تعاطي اتباع طريقة التداعي الحر او الموجه (التداعي هو التعبير عن محتويات الوعي دون رقابة كأداة لمعرفة العمليات اللاواعية) (131). من خلاله يوفر فرصة للمدمن للتعبير عن أفكاره ومشاعره وصراعاته التي كان يكتبها

(130) المصدر نفسه، ص181

(131) د. علي كمال، مصدر سابق، ص587

لسبب او لآخر والتي يمكن ان تكون الدوافع لحدوث التعاطي. وهذه التداعي هو وسيلة المعالج النفسي لتشخيص حالة المريض المدمن وبالتالي جزء من العلاج من خلال الربط بين السلوك المتمثل بالتعاطي والاضطرابات الناجمة في مراحل حياة المدمن وعلى وجه التحديد مرحلة الطفولة وبذلك يساعد على تحليل ذات المدمن وعلاقته بالتعاطي ومعرفة المدمن للخلفية النفسية التي ساهمت في حدوث التعاطي لديه تساعد على تجاوزه ومعالجته فعلاج المرض في اوضح معانيه هو ازالة اسبابه وآثاره.

ثالثاً: طريقة العلاج الإجتماعي:

إذا كانت طرق العلاج الطبية والنفسية تهدف الى تخليص جسم المدمن من المادة المخدرة والقطام الجسدي وإعادة اعتماد الجسم على اعضاءها في التخلص من السموم وإعادة افرازاتها الطبيعية اللازمة للعلمية الحيوية للجسم وكذلك ازالة الاضطرابات النفسية وإعادة التوازن النفسي وإنهاء الإعتاد النفسي على المخدر (القطام النفسي) فإن طرق العلاج الإجتماعية هي الأخرى تهدف الى تحقيق المريض المدمن لحالة التوازن في علاقته مع بيئته الإجتماعية. من خلال اعادة التفاعل الإيجابي للبيئة الإجتماعية وإعادة قدرة المدمن على التواصل معها على النحو الذي كانت عليه قبل اقدمه على التعاطي. (132)

وطريقة العلاج الإجتماعي تقتضي المعرفة الكاملة بالبيئة الإجتماعية للشخص المدمن فقد يكون التعاطي هو ناتج لاضطراب او خلل في تلك البيئة فإن تفكك الأسرة او العيش في مجتمع متدهور يمكن ان يكون عاملاً فعالاً للجنوح نحو التعاطي.

ومعرفة البيئة الإجتماعية للمريض هو مهام المعالج الإجتماعي من خلال دراسة كل عنصر من عناصره (يساعده على ذلك وبشكل كبير مساهمة الأسرة في مده بالمعلومات المتعلقة بروابط المدمن بالأسرة والأصدقاء والمشاكل الإجتماعية التي كان يعاني منها) مما يمكن كل ذلك على تشخيص المعالج الإجتماعي لعنصر الخلل والدوافع لسلوك التعاطي وبالتالي العمل على بناءه على الوجه الصحيح وإعادة تكييف واندماج المدمن مع بيئته الإجتماعية.

وأخيراً وفي سياق طرق علاج التعاطي لابد القول ان اي من طرق العلاج رغم أهميتها ودورها لا يمكن لها على وجه الإستقلال ان تحقق العلاج الكامل حيث ان كل طريقة من طرق العلاج هذه تكتسب

فعاليتها من خلال تظايرها ووجودها بجانب الطرق الأخرى. فكل منها تمثل مرحلة من مراحل العملية العلاجية الكاملة.

الفرع الثاني: مراحل العلاج

ان اعتبار التعاطي حالة مرضية متعددة الجوانب فذلك يحتم ان يكون العملية العلاجية للتعاطي على المخدرات متضمنة جميع جوانبه من حيث التشخيص والمعالجة، لذا تكون المعالجة على عدة مراحل مترابطة ومتداخلة وهي:

1. التشخيص:

المقصود بالتشخيص الطبي بشكل عام عملية تحديد المرض او الحالة التي من خلالها يمكن تفسير الأعراض والعلامات الجسمية والنفسية لدى الشخص المريض. وهي الخطوة الأولى والأهم في طريق العلاج حيث يتضمن المعرفة بالحالة وتحديد اسبابها، واستنادا اليه يتم تحديد العلاج المناسب.

والتشخيص كمرحلة من مراحل علاج التعاطي يتضمن خضوع المريض المدمن لعدة فحوصات سريرية ومختبرية لمعرفة مدى حالة التعاطي، كالاضطرابات النفسية والسلوكية التي احدثتها حالة التعاطي وكذلك مدى اعتمادية المريض المدمن النفسية والجسمية وكذلك تحديد الأضرار الذي لحق المدمن جراء تعاطي المخدر وكذلك معرفة الأسباب والعوامل المختلفة الدافعة لحدوث التعاطي ليتم وفق هذا التشخيص وضع البرنامج المناسب للمريض المدمن.

2. مرحلة تخلص الجسم من السموم (القطام الجسمي):

تعتبر هذه المرحلة من العلاج مرحلة دوائية تركز على إزالة السموم من الجسم بعدما اصبحت جزء منها ومساعدة الجسم على القيام بوظائفها بعيداً عن الإتماد في ذلك على المادة المخدرة. وعملية التخلص من السموم تكون من خلال آليتين:

أ- **القطام التدريجي:** ويستوجب ذلك إعطاء المريض المدمن مخدراً من نفس الفصيلة التي ينتمي اليها المادة المخدرة والتي أدمن عليها المريض ولكن أضعف بكثير ويشرف على ذلك الطبيب المختص لغرض التحديد السليم للمخدر البديل ونسبته وعدد جرعاته. ويتم تخفيض الجرعة تدريجياً وإطالة الفترة الزمنية بين جرعة وأخرى حتى ينتهي الأمر بالقطام الكامل. ويتم تحديد العقار او الدواء العلاجي بحسب المادة التي أدمن عليها المريض فمثلاً يستخدم عقار الميثادون لأداء مهمة النظام التدريجي لمدمني الأفيون ومشتقاته.

ب- **سد القنوات العصبية:** ولهذا الغرض يستخدم عقار النالتركسون بجرعات محددة ولفترة محددة ويكون عمل وتأثير هذا العقار في سد المستقبلات العصبية الموجود في الدماغ والمعدة لاستقبال الأفيون ومشتقاته ثم توزيع آثارها العصبية والسلوكية في جسم الإنسان، بمعنى ان المدمن الذي يتناول عقار النالتركسون لن يتأثر بالأفيون او اي من مشتقاته اذا تعاطاه مادام فاعلية النالتركسون قائمة. ويشرف الطبيب المختص على إعطاء هذا العقار وفق نظام محدد ولفترة محددة حتى يصل المدمن الى حالة التوازن الفسيولوجي دون الحاجة الى وجود الأفيون ومشتقاته.

وغالباً ما ترافق هذه المرحلة او تتبعها مباشرة مرحلة العلاج النفسي فالفطام الجسدي يستقر ويثبت مع حدوث الفطام النفسي وبذلك يقلل من احتمالات الانتكاسة.

وتصاحب هذه المرحلة ظهور اعراض جسدية ونفسية على المدمن نتيجة ازالة السموم من الجسم تدعى بالأعراض الإنسحابية كاضطراب النوم والأرق او القلق وقد يكون تلك الأعراض متمثلاً في الأم البطن او ارتفاع ضغط الدم او ارتفاع درجات الحرارة لجسم المريض او حدوث حالات نفسية كالهلوسة او الإكتئاب. لذلك يتضمن هذه المرحلة بالإضافة الى إزالة السموم من الجسم علاج الأعراض الإنسحابية التي تحدث. وتستغرق هذه المرحلة من العلاج بين اسبوعين الى شهر وتختلف حسب الحالة. وفي هذه المرحلة يجب تواجد المريض في المؤسسة العلاجية الخاصة بالتعاطي كالمستشفى او مركز معالجة التعاطي. لضمان قيام المعالجة بشكل طبي صحيح حيث يتطلب ذلك خضوع للإشراف الطبي بشكل مستمر مع إجراء تحاليل يومية وكذلك معالجة الأعراض الإنسحابية التي يجب الإستعداد لها ومعالجتها لخطورتها النفسية والجسدية على المريض.

3. مرحلة العلاج النفسي والتأهيل:

وهي المرحلة المركزية والأصعب في علاج تعاطي المخدرات كما انها الأطول بين مراحل العلاج فقد تستغرق شهور عديدة وأحياناً تصل لسنة وأكثر. ويمكن اعتبار هذه المرحلة الأهم في العملية العلاجية اذا ان معظم حالات الانتكاس والعودة الى التعاطي يرجع الى قصور في هذه المرحلة. فهي تعتبر المرحلة الحاسمة من العلاج. فالعلاج النفسي للمتعافين من المرحلة الدوائية يكون منصّباً على اعادة البناء النفسي للشخص المريض وتغيير طريقة تفكيره السلبي وسلوكياته الناشئة عن التعاطي. ويتم ذلك عبر مساعدته على إدراك طريقة تفكيره الخاطئة وما يحدثه من آثار عليه وكذلك مساعدته على معرفة الأسباب النفسية الخاصة التي دفعته الى التعاطي والاضطرابات التي اصابت علاقته بالأسرة والمجتمع وانعزل عنهما سواء كانت هذه الاضطرابات من مسببات التعاطي او من مضاعفاتها.

فإدراك المدمن لكافة جوانب حالته المرضية وبمساعدة الطبيب المختص والأسرة يتمكن من استعادة قدرته على مواجهة المشاكل والضغوطات وكيفية اتخاذ القرارات بشأنها وإيجاد الحلول لها. وبالتالي يتمكن من تجاوز حالة الإعتاد والتبعية للمادة المخدرة واستعادة توازنه النفسي والصحي.

ويصاحب العلاج النفسي عملية أخرى وهي الجزء الآخر لهذه المرحلة وهي التأهيل التي يتم فيها تقويم المدمن من كافة الجوانب ليكون متهيئاً للعودة كعضو ايجابي ومقبول في الأسرة والمجتمع. ويكون ذلك بإعادة ثقة المريض المدمن لذاته وتثبيت مشاعر الشخص المريض بأهميته ودوره الفاعل وإمكانيته في مواجهة الصعوبات النفسية والاجتماعية والبدنية وبالتالي ان عضواً مقبولاً ملائماً في المجتمع والأسرة.

والتأهيل كجزء من العملية العلاجية للتعاطي يتضمن التأهيل النفسي المتمثل في إعادة قدرة المريض على استيعاب الجوانب النفسية لمرضه وبالتالي امكانية تجاوزه وبالتالي اما التأهيل الاجتماعي فتتمثل في تحفيز عوامل إعادة دمج المريض بالأسرة والمجتمع والتدريب الاجتماعي على بناء الروابط بين المدمن من جهة والأسرة والمجتمع والأصدقاء من جهة أخرى. وكذلك تأهيل المدمن بدنياً فصحة المدمن البدنية تنعكس ايجابياً وبشكل كبير على الجوانب الأخرى له.

4. مرحلة المتابعة وعدم حدوث الانتكاسة:

لضمان نجاح العملية العلاجية وتحقيق هدفها المتمثل بشفاء المريض المدمن لابد من المتابعة المستمرة للوضع النفسي والجسدي للمريض والوقوف على مدى فعالية العلاج واستجابة المدمن له. للاستمرار عليها او تبديلها وكذلك منعاً لحدوث اي انتكاسة قد تحدث وكيفية التعامل معها حال حدوثها كما وتشمل المتابعة مدى استعادة اعضاء جسم المريض لنشاطه وأداء وظيفته وكذلك مدى زوال رغبة المدمن الى تعاطي المادة المخدرة وكذلك يتطلب عملية المتابعة إجراء تحاليل دورية للتأكد من عدم العودة الى التعاطي وكذلك لأجل اعطاء المريض بعض العلاجات الضرورية التي تحتاجها هذه المرحلة.

الفصل الثالث

إستراتيجية مكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات

ان الأضرار والآثار التدميرية التي تلحقها حالة تعاطي المخدرات بالأفراد وانعكاس ذلك بشكل مؤثر وفعال على المجتمعات المختلفة لتشكل خطورة وتهديد كبيرين له وانتشار تلك الظاهرة بسرعة متنامية جعلت خطورتها تنتقل الى المستوى الدولي مما يستوجب لتصدي له على المستويين المحلي للدول والمستوى الدولي بوضع خطط وسياسات مكافحة ملائمة تغطي جوانب هذه الظاهرة، من حيث تشخيص العوامل المحدثة والدافعة لها وانتشارها والمخاطر التي تشكلها. لتوفير امكانية المعالجة السياسية والقانونية والاجتماعية والصحية المناسبة والفعالة. على مستوى الفرد ومروراً بمستوى المجتمعات ووصولاً للمستوى الدولي. لتتضمن إستراتيجية المكافحة الآليات الدفاعية الوقائية وآليات المجابهة العلاجية وتطال كافة عناصر ظاهرة التعاطي. بالاعتماد على البيانات والإحصائيات العلمية وفق برنامج شامل ومتكامل. فظاهرة بهذا الحجم من الخطورة تقتضي مكافحتها اتخاذ تدابير مدروسة تعمل على إعاقة العوامل المؤدية الى التعاطي وتدابير أخرى تدعم العوامل المؤدية الى عدم التعاطي والتعاطي عليها، وعلى المستوى المحلي والدولي. وهذا ما سنتناوله في هذا الفصل من خلال الباحثين التاليين:

المبحث الأول: التدابير الوقائية والعلاجية لمكافحة تعاطي المخدرات

المبحث الثاني: دور المؤسسات الاجتماعية في إعادة تأهيل المدمن ودمجه في المجتمع

1.3: التدابير الوقائية والعلاجية لمكافحة تعاطي المخدرات

ان سرعة انتشار ظاهرة التعاطي وتنامي معدلات تعاطي المخدرات اقتضت وعلى المستوى المحلي والدولي في إطار مكافحة هذه الظاهرة إلى اتخاذ جملة من التدابير أتت البعض منها لتكون تدابير وقائية دولية كالرقابة الدولية على النشاطات المتعلقة بالمواد المخدرة او إتباع نظام التقديرات او المصادرة وغيرها

وعلى المستوى المحلي التدابير الوقائية شملت الوقاية القانونية والوقاية الإجتماعية والدينية. كما ان طبيعة الظاهرة فرضت ايضاً وكجزء من سياسة مكافحة التعاطي الى اتخاذ تدابير علاجية وطنية ودولية، فعلى مستوى الدول تضمنت التدابير العلاجية التعاون القانوني والقضائي بين الدول ونظام تسليم المجرمين وضبط وأتلاف النباتات المخدرة المزروعة بطريقة غير مشروعة. وعلى المستوى المحلي جاء لتدابير العلاجية لتضمن. انشاء مراكز المعالجة الخاصة بالتعاطي وتطبيق نظام التسليم المراقب وتسليم المجرمين إضافة لتدابير أخرى في هذا الإطار. التسليم المراقب وتسليم المجرمين إضافة لتدابير أخرى في هذا الإطار. وفي هذا المبحث سنتناول التدابير الوقائية والعلاجية لمكافحة التعاطي وعلى المستويين المحلي والدولي من خلال مطلبين التاليين:

المطلب الأول: التدابير الوقائية الوطنية والمحلية لمكافحة التعاطي

المطلب الثاني: التدابير العلاجية الوطنية والمحلية لمكافحة التعاطي.

1.1.3: التدابير الوقائية الوطنية والدولية لمكافحة تعاطي المخدرات

قبل التطرق الى التدابير الوقائية لمكافحة التعاطي لابد من توضيح المقصود بالوقاية ومستوياتها في مجال مكافحة التعاطي لعدم الإختلاط بينه وبين مفاهيم أخرى قد تجمعها بعض النقاط المشتركة.

يقصد بالوقاية اي فعل مخطط يقام به تحسباً لظهور مشكلة معينة او مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلاً بما يؤدي الى الإعاقة الكاملة او الجزئية للمشكلة او المضاعفات المترتبة عليها. (133)

واوضحت منظمة الصحة العالمية المقصود بالوقاية بتعريفها بأنها "أجراء مخطط له يتخذ في موقف ويتوقع حدوث مشكلة ما او مضاعفات متعلقة بظروف واقع بالفعل ويكون الهدف هو الحيلولة بشكل كامل او جزئي من حدوث المشكلة او المضاعفات او كليهما معاً.

اما مستويات الوقاية في إطار مكافحة تعاطي المخدرات فيكون في ثلاث مستويات:

الوقاية الأولية: ويقصد بها مجموع الإجراءات التي تستهدف منع وقوع التعاطي اصلاً وتأتي ضمنها جميع أنواع التوعية التي تنحو هذا المنحى. وكذلك مجموع الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة سواء كانت أمنية أو تشريعية. (134)

الوقاية من المستوى الثاني: ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي. أي منع توسيع دائرة تعاطي الأشخاص الذين تعاطوا المخدرات بنحو التجربة وعدم السماح الوصول الى التعاطي.

الوقاية من المستوى الثالث: وتشمل البرامج التي اعدت لتعنين المدمن على ترك التعاطي والاجتناب من العودة مرة أخرى.

وتأتي التدابير الوقائية لمكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات على المستوى المحلي والمستوى الدولي. فطبيعة هذه الظاهرة فرضت على كل دولة تعاني منها اتخاذ التدابير الوقائية الملائمة والخاصة بها، الى جانب التدابير المشتركة التي اتفق المجتمع الدولي على اتخاذها في إطار تطبيقها للاتفاقيات والمواثيق الدولية الخاصة بمكافحة هذه الظاهرة. وسنتطرق الى التدابير الوقائية في المستويين المحلي والدولي في فرعين وكالتالي:

الفرع الأول: التدابير الوقائية الدولية.

الفرع الثاني: التدابير الوقائية الوطنية.

الفرع الاول: التدابير الوقائية الدولية

في البدء لابد من الإشارة الى ان التدابير الوقائية الدولية لمكافحة تعاطي المخدرات تأتي ضمن التدابير الوقائية لظاهرة الإتجار غير المشروع بالمخدرات لتأخذ التدابير الوقائية على المستوى الدولي عدة اوجه اهمها.

اولاً: رقابة المجتمع الدولي على النشاطات المتعلقة بالمواد والسيطرة عليها لتكون ضمن الإطار المشروع المحدد له. وتمارس هذه الرقابة من خلال مجموعة من النظم والوسائل التالية:

(134) د. عبد الإله بن عبد الله المشرف، د. رياض بن علي الجوادي، المخدرات والمؤثرات العقلية، أسباب التعاطي واساليب المواجهة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض،

1. نظام التقديرات: وهو نظام بموجبه تلتزم الأطراف في الإتفاقية الدولية الوحيدة للمخدرات 1961 والاتفاقات المعدلة لها وبالأخص اتفاقية 1988 الى تقدير الكميات اللازمة من المواد المخدرة سنوياً والمستخدمه في الأغراض الطبية والعلمية. وبحسب اتفاقية 1988 الخاص بالمواد المخدرة فإن نظام التقديرات تشمل (135):

أ. كميات المواد المخدرة التي تحتاجها كل دولة من الدول الأطراف من الإتفاقية للاستخدام المحدد له سنوياً.

ب. كميات المواد المخدرة التي ستكون مخزونة للسنة التي تم لها التقدير.

ت. كمية المواد المخدرة التي ينبغي اضافتها الى المخزون الخاص.

ث. تحديد مساحة الأراضي الزراعية المخصصة لزراعة النباتات المخدرة وموقعها الجغرافي والأنواع والأصناف التي تزرع.

ج. تحديد الجهات المخولة وبموجب تراخيص قانونية بالقيام بالأعمال المتعلقة بالمواد المخدرة وبيان انواع المستحضرات المصنوعة منها والتي تنتجها والمجالات التي تستخدم فيها. وأخضاع صناعة وتجارة وتوزيع المواد المخدرة لنظام الأجازة وتخضع النشاطات المتعلقة بالمخدرات لكل دولة من دول الإتفاقية لمراقبة الهيئة الدولية بشؤون المخدرات. ففي حال تجاوز دولة التقديرات المخصصة لها من الأدوية والعقاقير الحاوية على مواد مخدرة فإنه يحق لهذه الهيئة ان تحدد الكميات الفائضة من حاجتها من التقديرات المخصصة للعام اللاحق.

2. نظام التفتيش والجرد:

تلتزم الاتفاقيات الدولية الخاصة بمكافحة الإتجار غير المشروع بالمخدرات الدول الأعضاء السلطات الحكومية فيها والصناع والتجار والمؤسسات العلمية والمستشفيات بالسجلات الخاصة واللازمة بالمواد المخدرة والتي تبين الكميات المصنوعة من كل مخدر وكل عملية تتعلق باقتناء المخدرات والتصريف فيها ويحتفظ بهذه السجلات لمدة لا تقل عن سنتين. (136) اضافة الى فرض نظام التفتيش الدولي على الجهات والمؤسسات العلمية والطبية التي تستخدم المواد المخدرة في نشاطات البحوث العلمية.

(135) المواد 19 - 20 من الاتفاقية الوحيدة لمكافحة المخدرات، 1961

(136) المادة (34) من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الإتجار غير المشروع بالمخدرات، 1988

ثانياً: التسليم المراقب

إذا كان الإتجار غير المشروع بالمخدرات هي احدى الأسباب المؤثرة في زيادة وانتشار ظاهرة تعاطيه، فلا بد ان تنطوي مكافحة تعاطي المواد المخدرة القضاء على الإتجار غير المشروع بالمخدرات عبر أدواتها والتي من ضمنها التسليم المراقب والتي عرفتھا اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الإتجار غير المشروع بالمخدرات 1988 بأنه اسلوب السماح للشحنات غير المشروعة من المخدرات او المؤثرات العقلية او المواد المدرجة بالجدولين الأول والثاني المرفقين بالاتفاقية، والسلائف الكيميائية بمواصلة طريقها خارج اقليم بلد او أكثر عبوره او إدخاله بعلم السلطات المختصة وتحت مراقبتها من اجل كشف هوية المتورطين في جريمة تهريب المخدرات. والقاء القبض عليهم وضبط ومصادرة المواد المخدرة.

ثالثاً: المصادرة

تعتبر اتخاذ تدابير المصادرة نوعاً من العقوبات التي تدعمها الاتفاقيات الخاصة بالمواد المخدرة واعتمادها كإحدى الوسائل الوقائية لمكافحة الإتجار غير المشروع بالمواد المخدرة وبالتالي ظاهرة التعاطي عليها. حيث ان تلك الاتفاقيات ذهبت الى دعم مصادرة المواد المخدرة المضبوطة او الأموال الناتجة من التعاملات غير المشروعة بها. وتساهم المصادرة في عملية الوقاية من جانبيين الأول منها هما لقضاء على تلك المواد التي كانت تشكل عاملاً في الاتجاه نحو تعاطيها والتعاطي عليها، والجانب الثاني هو إمكانية توظيف الأموال المضبوطة الناتجة عنها في برنامج مكافحة التعاطي، بمنحها للجهات الدولية المعنية بمكافحة المخدرات او استثمارها في دعم المؤسسات العلاجية لهذه الظاهرة.

رابعاً: - التدابير الأخرى

وتأتي ضمن التدابير الوقائية الدولية ما تفرضه الإتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961 في إتباع الدول الأطراف تشريعاتها الخاصة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية سياسة وقائية وعلاجية الى جانب السياسة العقابية لتكون متوافقة مع المفاهيم الحديثة لظاهرة التعاطي، وبذا تكون سبيل مكافحة هذه الظاهرة تتجاوز الردع العقابي لتشمل عمليتي الرعاية والتأهيل، فإذا كانت معظم الدراسات تتفق على ان السياسة الوقائية لمكافحة التعاطي في العادة تستهدف أمرين هما:

1. اعاققة العوامل المؤدية الى التعاطي.
2. تنشيط العوامل التي تؤدي الى عدم التعاطي.

فأن أفضل صورة لتحقيق هذين الأمرين يتم من خلال عمليتي الرعاية والتأهيل، لذلك عمدت الاتفاقيات الدولية الخاصة بالمخدرات الى إلزام الدول الأطراف فيها بإتباع مناهج الرعاية والتأهيل كجزء من السياسة الوقائية لمكافحة التعاطي.

ومن التدابير الوقائية الدولية ايضاً ما تفرضه تلك الاتفاقيات على اطرافها بإتباع سياسات تنموية اجتماعية واقتصادية الى جانب ما توفره من دعم في هذين الجانبين لأعضائها مما يؤدي تلك التدابير الى تقويض العوامل الإجتماعية والإقتصادية التي تشكل دوافع قوية للاتجاه نحو التعاطي والتعاطي. فالثابت ان التنمية الإقتصادية والإجتماعية على علاقة وثيقة بظاهرة تعاطي المخدرات وأي إستراتيجية مكافحة المخدرات لابد لنجاحها ان تحقق اولاً النجاح في التنمية الإقتصادية والإجتماعية.

الفرع الثاني: التدابير الوقائية الوطنية

اولاً: التدابير الوقائية القانونية:

تأتي التدابير الوقائية القانونية ضمن سياسة الدولة في مكافحة تعاطي المخدرات في عدة طرق:

1. تصنيف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية:

غالبية الدول تعتمد في تشريعاتها الخاصة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية الى اتباع إحدى أنظمة تصنيف تلك المواد بهدف اخضاع كافة النشاطات المتصلة بها لضوابط وأحكام قواعد القانون الخاص بها ولتحديد المشروعة وغير المشروعة منها. وبذا تكون اداة السيطرة على التعاملات الواقعة عليها وورودها ضمن الإطار القانوني المرسوم له. وبالتالي تلعب دوراً مهماً توازن عملية العرض والتي هي من اهم الأدوات الوقائية الظاهرة التعاطي.

2. فرض نظام الإجازة على النشاطات المتعلقة بالمواد المخدرة:

فقوانين غالبية الدول الخاصة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية تفرض ولغرض ممارسة النشاطات المتصلة بالمواد المخدرة الحصول على إجازة قانونية خاصة بذلك وفق شروط قانونية محددة لضمان قيام تلك النشاطات في الوجه المحدد له والمتمثل بالأغراض العلمية والطبية حصراً.

والتشريع العراقي (قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم 50 لسنة 2017) تفرض على اي نشاط متصل بالمواد المخدرة الحصول على الإجازة الخاصة بذلك كالاستيراد والصناعة والإنتاج.⁽¹³⁷⁾ والى

جانب نظام الإجازة يستوجب على الجهات التي تمارس نشاط متعلق بالمواد المخدرة تحديد أنواع المواد المخدرة او المؤثرات التي يراد استيرادها او تصديرها او ي يراد استيرادها او تصديرها او إنتاجها.

3. فرض القيود على صرف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية:

تفرض القوانين الخاصة بالمؤثرات العقلية قيوداً على صرف الأدوية والعقاقير المتضمنة مواد مخدرة. حيث لا يتم صرفها إلا من قبل الطبيب المختص ومن خلال وصفة طبية اصولية وبقصد العلاج الطبي فقط.

4. ومن التدابير المهمة والفعالة للوقاية من التعاطي:

هو تحديد الأفعال الجرمية المتعلقة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية وكذلك تحديد العقوبات المناسبة لها وذلك لما لها من قوة رادعة فالتحديد القانوني لأي عمل جرمي وتحديد عقوبته يعتبر من أهم الضوابط الإجتماعية في مكافحة السلوكيات المنحرفة.

5. مراقبة النشاطات الواقعة على المواد المخدرة والمؤثرات العقلية:

تأتي تدابير المراقبة كإحدى التدابير القانونية الوقائية لمكافحة التعاطي فإن خضوع النشاطات المتصلة بالمواد المخدرة يترتب عليها حصر غايات تلك النشاطات في الإطار المحدد له واستخدامه في الأغراض العلمية والطبية فقط مما يؤدي الى منع اساءة استعمالها.

6. كما تعتبر تدابير المعالجة الجبرية:

للمدمن التي لجأت اليها العديد من التشريعات العالمية والعربية ومنها التشريع العراقي من الطرق الوقائية لمكافحة هذه الظاهرة حيث يودع المدمن بناء على قرار المحكمة وبدلاً من العقوبة المحددة للتعاطي في إحدى المؤسسات الصحية الخاصة بعلاج المتعاطين او إلزام المتعاطي للمواد المخدرة او المؤثرات العقلية بمراجعة عيادة طبية خاصة لغرض تلقي المعالجة بهدف التخلص من التعاطي. (138)

ثانياً: التدابير الوقائية الإجتماعية:

والإجتماعية المقصودة به هنا هو البيئة الإجتماعية بمعناها الواسع المتضمن البيئة الإجتماعية العامة والتي تعني البيئة الإقتصادية والثقافية والسياسية. والبيئة الإجتماعية الخاصة والتي يراد بها الأسرة، بيئة

العمل، المدرسة، الأصدقاء. وبذا يكون التدابير الوقائية الإجتماعية من خلال كافة عناصر البيئة الإجتماعية العامة منها والخاصة.

1. تدابير البيئة الإقتصادية:

تشكل البيئة الإقتصادية الجيدة والملائمة سواء كانت عامة او خاصة. عاملاً ايجابياً للوقاية من تعاطي المخدرات والتعاطي عليها. فالبيئة الإقتصادية الجيدة للفرد والمجتمع (المستوى المعيشي الملائم، وتوافر فرص العمل. وانخفاض البطالة وارتفاع الدخل القومي وتوافر الخدمات الصحية...) كل ذلك يترتب عليها آثار ايجابية على كافة جوانب حياة الفرد والمجتمع وبذلك تعمل البيئة الإقتصادية الى تحييد وأقصاء الدوافع والعوامل الإقتصادية المسببة او المساهمة في الاتجاه نحو التعاطي والتعاطي كما انها تساهم في تقليل آثار العوامل الإجتماعية الأخرى الدافعة للتعاطي إذا التدابير الإقتصادية كتحسين المستوى المعيشي، وتوفير فرص العمل...) يمثل وقاية فعالة ضد الانحراف نحو تعاطي المخدرات.

2. تدابير البيئة الثقافية:

تأتي تدابير البيئة الثقافية كوسيلة وقائية لمكافحة تعاطي المخدرات وذلك بزرع المفاهيم والقيم الأخلاقية والإجتماعية والبناء الفكري والعقلي السليم للأفراد والمجتمع ورفع المستوى الثقافي والمعرفي عبر وسائل التنشئة الدينية والتربوية والثقافية (الدين والتعليم ووسائل الإعلام) فإذا ما استخدمت تلك الوسائل بالشكل الفعال والصورة السليمة ادت الى نمو الوعي الثقافي والفكري وبالتالي أدراك مخاطر وسلبيات ظاهرة كالتعاطي وأثارها السلبية على الفرد والمجتمع. كما ان القيم الإجتماعية والأخلاقية تشكل ضوابط إجتماعية قوية لها دور كبير في الوقاية من الانحراف وبذلك يكون التدابير الوقائية للبيئة الثقافية من خلال ترسيخ الضوابط الإجتماعية لدى أفراد المجتمع بالتنشئة الدينية الصحيحة والثقافية السليمة.

3. تدابير البيئة السياسية:

تدابير البيئة السياسية تأتي دورها في الوقاية من التعاطي غالباً مقترنة بالتدابير الثقافية حيث ان البيئة الثقافية تظهر انعكاساتها على البيئة السياسية كما ان البيئة السياسية تؤثر سلباً وإيجاباً على البيئة الثقافية.

والتدابير السياسية تلعب دورها الوقائي إذا جاءت مبنية على مبدأ سيادة القانون واسس ديمقراطية مما يحقق العدالة والمساواة بين أفراد المجتمع. وبذلك فإن التدابير التي تلجأ اليها الدول للوقاية من ظاهرة التعاطي في هذا الإطار يكون بإتباع نظام ديمقراطي وعدم تقييد حريات الأفراد وكذلك عدم التمييز بين افراد المجتمع على اسس سياسة او دينية او فكرية. وكذلك منع الاضطهاد السياسي والثقافي.

4. الأسرة

تمثل الأسرة البيئة الأولى والوحدة الاجتماعية الأساسية التي تكون شخصية الفرد، فهي مصدر أقوى المؤثرات في النمو الجسمي والنفسي والعقلي، وتزرع فيه القيم والمفاهيم الأخلاقية والاجتماعية. وبذلك تلعب دوراً مهماً في تنشئة وتأهيل الفرد ليكون عنصراً سليماً وإيجابياً في المجتمع. والتدابير في إطار الأسرة للوقاية من المخدرات والتعاطي عليها يكون بتحسين البيئة الاجتماعية للأسرة. وتوفير وسائل معالجة مشاكل الأسرة. كتحسين المستوى المعيشي للأسرة وتقديم الدعم والاستشارات القانونية والصحية والاجتماعية للتغلب على مشاكل الأسرة وتشريع القوانين الخاصة بالأسرة مما يساهم في المعالجة القانونية السليمة لمشاكلهم وتوفير المعالجة الصحية والنفسية وكذلك الضمان الصحي لها.

5. المدرسة:

يأتي دور المدرسة بعد الأسرة من حيث الأهمية في تطوير وتنظيم المجتمع ويعود ذلك لدورها الفعال في بناء وتكوين جيل واع ومدرك حيث يتلقى من خلاله الفرد على المعارف ويحصل على مهارات الإدماج في المجتمع فالمدرسة تمثل الجانب التعليمي والتربوي للفرد. والتدابير التي على الدول اتخاذها للوقاية من ظاهرة التعاطي يكون بتفعيل دور هذه المؤسسة التربوية والتعليمية لأداء وظيفتها على أكمل وجه. وتأتي التدابير الوقائية في هذا الإطار على المستويين.

فالتدابير من حيث الكمية يكون بإنشاء المدارس والمؤسسات التعليمية مما يوفر للجميع فرص التعليم ومن حيث النوعية تطوير مناهج التعليم والتربية بما يؤدي الى بناء وتعليم جيل سليم وواع ليكون عملية التعلم والتربية عملية وقائية فعالة ضد هذه الظاهرة.

ثالثاً: التدابير المتعلقة بالوقاية الدينية:

يشكل الدين عاملاً وقائياً مهماً في إعاقة انحراف السلوك للفرد والمجتمع من خلال ما تمثله من وسيلة ضبط اجتماعية قوية، حيث يجمع علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا على ان الدين يعتبر من أقوى وسائل الضبط الاجتماعي وأقدمها فرغم الاختلاف الكبير في مفهوم الدين لدى المجتمعات البدائية والقديمة والمجتمعات الحالية إلا ان وظيفتها ودورها ما يزال مؤثراً في توجيه وصياغة سلوكيات الأفراد والمجتمع فهي تمثل آلية ضبط اجتماعي غير رسمي في المجتمعات التي تعتمد القوانين الوضعية في تنظيم علاقات المجتمع وتوجيه أفرادها، وتتعاظم دورها لتكون آليات ضبط اجتماعي رسمي في الدول التي تطبق شرائع دينها في مجالات الحياة

ويأتي دور الدين الوقائي كأداة في محاربة السلوك المنحرف وكضبط اجتماعي في صورتين:

1. **الضبط الداخلي (الذاتي):** وهو الضبط الذي ينمو تدريجياً من خلال التأثيرات التي تحدثها في التكوين النفسي والاجتماعي لتصبح قواعد راسخة لديه وجزء لا يتجزأ من شخصية الفرد. وهذه الصورة تشكل افضل انواع الضبط بسبب الطاعة الصادرة عن رغبة مما يسهل تطبيقه لأنه لا يحتاج الى مؤسسات رسمية تشرف على تطبيقه وليس خوفاً من سلطة أو قانون معين. (139) وبذلك يكون عاملاً وقائياً ذاتياً.
2. **الضبط الخارجي:** وتأتي هذه الصورة من خلال الدور الوظيفي للدين في تنظيم علاقات وسلوكيات الأفراد المجتمع وهنا تكوين الضوابط في هيئة قيم ومعتقدات جماعية يجب الالتزام بها. وفي كلا الصورتين يعمل الدين على ضبط السلوك للأفراد والمجتمع بالثواب والعقاب في الحياة والآخرة. فوره الرقابي لضبط سلوك الأفراد يكون في السر والعلن وهذا ما يميز الدين عن القانون فالفرد يتمثل للمعايير التي يفرضها الدين والتي تحدد الثواب والعقاب لجميع الأفعال والتصرفات التي يؤديها او يمتنع عنها. (140) لذلك يكون للدين دوراً مهماً وفعالاً في كافة مستويات الوقاية.

على ضوء ذلك فإن ترسيخ القيم والمفاهيم الدينية من خلال المؤسسات التربوية والتعليمية ليكون منهاجاً في البناء السوي للفرد والمجتمع ويمكن اعتباره كإحدى التدابير التي تركز اليه الدول وفي كافة مستويات الوقاية من ظاهرة تعاطي المخدرات. وخصوصاً في الدول التي يكون الدين مصدراً لتشريعاتها القانونية.

2.1.3: التدابير العلاجية في مكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات

لكي تكون إستراتيجية مكافحة تعاطي المخدرات شاملة ومتكاملة، فإضافة الى التدابير الوقائية لابد ان تتضمن مجموعة تدابير اخرى مكمله لها وهي التدابير العلاجية وعلى المستويين الدولي والوطني. وهذا ما سنتناوله في هذا المطلب وبتقسيمه الى فرعين وعلى النحو التالي: الفرع الأول: التدابير العلاجية الدولية، والفرع الثاني: التدابير العلاجية الوطنية.

(139) محمد صفوح الأخرس، نموذج لاستراتيجية الضبط الاجتماعي في الدول العربية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز البحوث والدراسات العدد 173، الرياض، 1997،

ص52

(140) خالد عبد الرحمن السالم، الضبط الاجتماعي والتماسك الأسري، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2000، ص82

الفرع الاول: التدابير العلاجية الدولية

في إطار سياسة مكافحة الإتجار غير المشروع بالمواد المخدرة على الصعيد الدولي وضمن الاتفاقيات الخاصة بالمواد المخدرة. جاءت جملة من التدابير العلاجية لمكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات لتكتمل الى جانب التدابير الوقائية سياسة التصدي لهذه الظاهرة. وأبرز هذه التدابير العلاجية هي:

اولاً: التعاون القضائي والقانوني:

بهدف ازالة الصعوبات التي تحول دون الوصول الى مرتكبي جرائم المخدرات غير المشروع بالمواد المخدرة ومصادره تلك المواد والأموال المستحصلة منها وغيرها من تلك الأمور، دعمت الاتفاقيات الخاصة بالمواد المخدرة الدول الأعضاء فيها الى التعاون القضائي والقانوني بما يساهم ومكافحة هذه الظاهرة. فقد نصت اتفاقية المؤثرات العقلية لعام 1971 على القواعد الخاصة بالمساعدة القانونية والقضائية المتبادلة. ولاسيما كفاله نقل الأوراق القانونية على وجه السرعة الى الهيئات القضائية المختصة في الدول سواء كانت ذلك بالطرق الدبلوماسية او بالطرق المباشرة (141). كما حثت اتفاقية 1988 للأمم المتحدة والخاصة بالمواد المخدرة. الدول الأطراف فيها بضرورة تبادل المساعدات القانونية والقضائية بين الدول في المجالات المطلوبة فيها محاكمة اشخاص مشتبه فيهم بتهريب المخدرات والإتجار غير المشروع فيها، ومن جانب آخر ألزمت الإتفاقية نفسها اعضاءها بالتعاون القانوني والقضائي حيث لا يجوز بموجب هذه الإتفاقية لأي دولة طرف فيها ان تمتنع عن تقديم المساعدة القانونية المتبادلة بجهة سرية العمليات المصرفية. (142)

ومن أبرز صور التعاون القضائي والقانوني في إطار التدابير العلاجية لمكافحة التجارة غير المشروعة بالمخدرات ومكافحة ظاهرة التعاطي هي نظام تسليم المجرمين ونظام الإنابة:

1. **تسليم المجرمين:** وهو إجراء تقوم به إحدى الدول بهدف تسليم أحد الأشخاص الموجودين في اراضيها الى دولة أخرى تطلبه لاتهامه في جريمة منسوبة اليه ارتكابها او لتنفيذ حكم صادر ضده في إحدى الجرائم الجنائية التي ارتكبها ويعد هذه الإجراء تطبيقاً عملياً للتعاون القضائي وأهمها. وتأتي التزام الدول بنظام التسليم المجرمين من خلال التزامها باتفاقية الأمم المتحدة الخاصة بالمواد المخدرة 1988 او التزامها لاتفاقية ثنائية بين دولتين تتضمن هذا النظام.

(141) المادة (3) من اتفاقية المؤثرات العقلية، 1971

(142) المادة (7) من إتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الإتجار غير المشروع بالمخدرات، 1988

2. **الأنابية:** ويراد به طلب من السلطة القضائية المنبئية الى السلطة المناوبة قضاء او دبلوماسية اساسه يكون التبادل من خلال إتخاذ بعض اجراءات التحقيق او جمع الأدلة من الخارج للقضية المرفوعة امام السلطة القضائية لدوله ما. (143)

ثانياً: اتلاف المواد المخدرة:

كإحدى التدابير العلاجية يتم اتلاف المواد المخدرة سواء كانت المزروعة منها او مواد مخدرة مصادرة ومضبوطة ويكون ذلك بحرقها لمنع استخدامها او الإتجار بها. ويأتي هذا الإجراء في سياق مكافحة زراعة المواد المخدرة بشكل غير مشروع وحصر ذلك النشاط بالجهات الحكومية للدول مع تحديد كمياتها وأنواعها والمساحة المزروعة وكذلك حصر استخدامها للأغراض الطبية والعلمية وهذا ما اكدت عليه الإتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961.

ثالثاً: دعم الدول الفقيرة من خلال برامج تنمية اقتصادية وإجتماعية:

ويأتي هذا النوع من التدابير على وجه الخصوص لتشمل الدول التي يأخذ افرادها زراعة المواد المخدرة كمصدر معيشي والدول التي تعاني من التدهور الإقتصادي. فالسياسة العلاجية هنا تكون من خلال التنمية الإقتصادية والإجتماعية في تلك الدول ليكون البديل لزراعة المواد المخدرة ولهذا التدبير ايضاً جانب آخر وهو مكافحة العوامل الدافعة للتعاطي في الجانب الإقتصادي والاجتماعي في تلك الدول الفقيرة.

رابعاً: التدابير المتعلقة بخفض الطلب وخفض العرض:

يقصد بخفض الطلب اتخاذ التدابير والإجراءات اللازمة لتقليص عدد متعاطي المخدرات الى أدنى حد ممكن فيقل الطلب على المخدرات فتقل تجارته. اما العرض فيراد بها التدابير والإجراءات التي تؤدي الى القضاء على توافر المواد المخدرة غير المشروعة.

طلبت هيئة الأمم المتحدة من أعضاءها ان تتبع الدول الأعضاء نهجاً متوازناً ومتعاضداً في خفض الطلب والعرض بتخصص مزيد من الجهد للتوصل الى خفض الطلب بغية تحقيق تناسب في الجهود والموارد والتعاون الدولي في التصدي لتعاطي المخدرات باعتبارها قضية صحية وإجتماعية مع التقيد بالقانون والتمسك بأنفاذه. (144)

(143) د. ايمان محمد الجابر، القواعد المنظمة للتعامل بالمخدرات في دولة الإمارات، دار الجامعة الجديد، الإسكندرية، 2011، ص236

(144) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، مارس 2009، الإعلان السياسي وخطة العمل بشأن التعاون الدولي صوب إستراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية

الفرع الثاني: التدابير العلاجية الوطنية

نص التشريع العراقي على جملة من التدابير العلاجية في إطار سياسة مكافحة ظاهرة التعاطي لتأتي متوافقة مع الاتفاقيات الدولية الخاصة بالمواد المخدرة التزاماً منها كعضو في الاتفاقية وتحقيقاً للهدف المشترك في مكافحة ظاهرة التعاطي.

ومن اهم تلك التدابير العلاجية على المستوى الوطني:

1. انشاء وتطوير الوحدات العلاجية الخاصة بمعالجة المتعاطين فالمشرع العراقي الزم وزارة الصحة بإنشاء وتطوير الوحدات العلاجية بمعالجة المتعاطين وتوفير عيادات نفسية وإجتماعية لمعالجة متعاطي المواد المخدرة، وتأهيل الملاكات الطبية لمعالجة المتعاطين لغرض استعادة لياقتهم الصحية بديناً ونفسياً. (145) وإنشاء مراكز التدريب المهني والتوعية لتأهيلهم الى العمل.
2. توفير العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي للمرضى المتعاطين في مؤسسات صحية خاصة بذلك وتضمنت هذه التدابير ايضاً اتباع المجتمعات العلاجية والتأهيل الإجتماعي كجزء ضروري لإعادة الإندماج في المجتمع.
3. اتلاف المواد المخدرة المصادرة والمضبوطة من قبل الجهات الحكومية الخاصة بذلك لمنع امكانية استخدامها او الاستفادة منها بشكل غير مشروع، وكذلك القضاء على مزارعات النباتات المخدرة.
4. تمويل المشاريع الصغيرة للمتعافين بهدف دعمهم وتحفيزهم للعودة الى العمل والإندماج مع المجتمع. مما يمنع حدوث الانتكاسة والعودة للتعاطي ولهذا الإجراء دور كبير في منح المتعافية الثقة بالذات وقبول المجتمع له.
5. تبادل المعلومات مع الدول المجاورة والجهات العربية والدولية المعنية في شؤون المخدرات للتعرف على شبكات الإتجار بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية وبالتالي ضبطهم.
6. العمل بنظام التسليم المراقب: اكدت المادة (1) الفقرة الخامسة عشر من قانون المخدرات والمؤثرات العقلية العراقي على العمل بنظام التسليم المراقب ضمن التدابير الضرورية للقضاء على الإتجار غير المشروع بالمخدرات والمساهمة في حدوث التعاطي حيث نصت على "التسليم المراقب: السماح بمرور الشحنات غير المشروعة او المشبوهة من المخدرات او المؤثرات العقلية او السلائف الكيميائية عبر اراضي

الدولة الى دولة اخرى بعلم سلطاتها المختصة وتحت مراقبتها بقصد التعرف على الوجهة النهائية لهذه الشحنة والتحري عن الجريمة والكشف عن هوية مرتكبها والأشخاص المتورطين فيها وإيقافهم".

7. العمل بنظام تسليم المجرمين: لجأت العديد من الدول الى العمل بنظام تسليم المجرمين ومنها دولة العراق فقد نصت المادة (36) ثانياً من قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (50) لسنة 2017 على "تعد الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون من الجرائم الموجبة لتسليم المجرمين وفقاً للقانون".

2.3: دور مؤسسات الاجتماعية في إعادة تأهيل المدمن ودمجه في المجتمع

بدءاً وقبل التطرق الى دور المؤسسات الاجتماعية في إعادة تأهيل المدمن ودمجه في المجتمع لا بد من الوقوف عند مفهوم إعادة التأهيل لما يمثله من اهمية ودور كبير في نجاح العملية العلاجية برمتها. ويقصد بالتأهيل مجموعة العمليات والأساليب التي يقصد بها تقويم او إعادة الأشخاص المنحرفين او المجرمين نحو الحياة السوية. (146) وإعادة التأهيل ضمن معالجة المتعاطين يكون في عدة جوانب كالتأهيل النفسي والاجتماعي والصحي والمهني....

فإعادة التأهيل في الإطار المهني مثلاً يراد به العودة بالمدمن الى مستوى مقبول من الأداء المهني سواء كان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتنعها قبل التعاطي او في إطار مهنة جديدة. (147)

اما إعادة التأهيل الاجتماعي فهو يقصد بع إعادة تطبيع المتعاطي للمخدرات بحيث يؤدي الى القيام بأدواره الاجتماعية والتي كان يؤديه قبل تعاطيه او ما يقرب من ذلك. (148)

وإعادة التأهيل يعد من أهم مراحل علاج تعاطي المخدرات فهو بمثابة صياغة جديدة لطرق التفكير والسلوكيات وإعادة النشاط والحيوية البدنية والنفسية للمدمن، ويمثل إعادة التأهيل المعرفي والسلوكي والدعم الذاتي الأولوية في مرحلة إعادة تأهيل المدمن. وتتمركز اهداف إعادة التأهيل في: (149)

1. امكانية المقاومة لعناصر الضغط الدافعة الى خبرة التعاطي.
2. امكانية التبنى الصارم لآليات المواجهة الإيجابية لمشكلات الحياة اليومية.
3. أنماء المهارات اللازمة لممارسة الدور الطبيعي في الحياة دون الإعتماد على المخدر.

(146) معجم العلوم الاجتماعية

(147) د. مصطفى سوييف، مصدر سابق، ص199

(148) المصدر نفسه، ص201

(149) محي الدين أحمد حسين، التفاعل الاجتماعي ومشاكله، 1994، ص257

4. تشكيل قوى المقاومة لبعض السمات النوعية التي تسم متعاطي المخدرات مثل افتقاده الهمة وعدم الرغبة في بذل الجهد وعدم الشعور بالمسؤولية.

بناء على ما ذكر فإن مسألة اعادة تأهيل المدمن على المخدرات تتخذ بعدا مهما من ابعاد التنظيم القانوني والطبي للتعاطي بشكل عام، على اعتبار ان المدمن انسان وقع ضحية التجار والمتعاملين بالمواد المخدرة فأضحى بذلك من الواجب انفاذه من محتته هذه وضرورة اعادته الى المجتمع عضوا نافعا وصالحا. وفي هذا الصدد لا يكفي الجانب القانوني لعملية اعادة التأهيل فهذه الاخيرة في مجال المخدرات تتضافر فيها جهود مختلفة وعديدة من اجل الوصول الى النتيجة المرجوة منها. وفي هذا الصدد يبرز الى الوجود خصوصا دور المؤسسات الاجتماعية بشكل عام وبكل ما تتضمنه من تفاصيل وكذلك الاعلام كعوامل مساعدة تؤدي دورا محوريا ليس فقط في اعادة تأهيل المدمن بل ودمجه ثانية في المجتمع الذي قد لا يتقبله مرة ثانية بسهولة. عليه ومن اجل الاحاطة بذلك نقسم هذا المبحث الى مطلبين: نتناول في الاول دور الاسرة والمجتمع التربوي والتعليمي وفي المطلب الثاني نسلط الضوء على دور الاعلام ومنظمات المجتمع المدني وكما يلي:

1.2.3: دور الاسرة والمجتمع التربوي والتعليمي

نقسم هذا المطلب الى فرعين: الاول لبيان دور الاسرة في اعادة تأهيل المدمن والثاني لتوضيح دور المجتمع التربوي والتعليمي وكما يلي:

الفرع الاول: دور الأسرة

تعد الاسرة اللبنة الاولى للمجتمع واساسه الاول، وكلما كانت الاسرة سليمة ومتماسكة بني المجتمع السليم والعكس بالعكس، وهذا يقتضي بالضرورة الوحدة والتماسك بين افرادها تجاه مختلف الصعاب والمشاكل التي تواجهها. تلعب الاسرة دورا كبيرا في مسألة تأهيل أحد افراد اسرتها المتعاطين ويبرز هذا الدور في مختلف المراحل سواء بالوقاية من تعاطي المخدرات ام بالعلاج منه بعد التعاطي والتعاطي. من المعلوم ان اكثر فئات المجتمع عرضة للتعاطي هم الشباب بحكم احتكاكهم بمختلف فئات المجتمع وكذلك طبيعة عمرهم الحساس لذلك ينبغي على افراد الاسرة التحري الدقيق والمتابعة المستمرة لأفرادها من الشباب (ومن كلا الجنسين بطبيعة الحال) وعدم اهمال تحركاتهم ولا ضير في هذا الصدد كما يرى المختصون بضرورة التوعية بالآثار المدمرة للمخدرات على الحياة الشخصية للمدمن والمجتمع ككل وذلك كجزء من الواجب الملقاة على عاتق اولياء الامور داخل منظومة التربية، اذ ان خلق فكرة سيئة عن شيء ما قد يولد الجوانب

السلبية له قبل التعرف على ماهيته ويخلق نوعاً من التضاد تجاهه الامر الذي قد يحصن افراد الاسرة من الانزلاق نحو هاوية التعاطي(150).

كما ان توجيه النصائح بشكل ودود دون توجيه اية اتهامات او احاديث عنيفة للأبناء لأن ذلك قد يؤدي لنتائج عكسية، فضلا عن معرفة اصدقاء الأبناء، وهل هم من الفئة السيئة التي قد تتسبب في العديد من المشاكل مثل الدخول في دائرة التعاطي، ام انهم يساعدون بعض في الحياة الأفضل، وكذلك قضاء الأوقات معهم قدر المستطاع والخروج معهم في الاماكن التي يذهبون لها ومحاولة منحهم الحرية في التعبير بالشكل المناسب دون فرض الآراء والأفكار عليهم، كل ذلك يشكل سياجا واقيا للأسرة في هذا الصدد وهو واجب على الاسرة قبل كل شيء على اعتبار ان ذلك يدخل في اطار التربية والتوجيه الصحيحين للأبناء من اجل الوقاية من اي انحرافات قد ينزلق اليها الابناء ومن بينها التعاطي(151).

وإذا ما تعرض أحد افراد الاسرة للتعاطي يجب على الاسرة الانتقال من حالة الوقاية والتهيؤ لمرحلة اخرى من الواجب الاخلاقي والاسري الملقاة على عاتقها الا وهو المساعدة على العلاج والخلاص من حالة التعاطي. اذ يجب على الأسرة قبل كل شيء أن تعلم أن التعاطي مرض يمكن علاجه والسيطرة عليه منه، وذلك بإدخال المدمن في برنامج علاجي منتظم في أحد الاماكن المخصصة لذلك فهو بأمس الحاجة الى هذه الرعاية والمساعدة لكون المأزق الذي فيه يمكن التخلص منه بمساعدة جادة من قبل افراد الاسرة. ويجب عليها تبعا لذلك ان تقنع المدمن بأن تعاطيه مرض ناتج عن المفاهيم السيئة التي استولت عليه وان بإمكانه الشفاء والخلاص منه، ولا يجوز التعامل معه على أنه مجرم ارتكب جريمة لا تغتفر، ولكن التعامل معه يكون على أساس أنه ضحية ومريض في حاجة ماسة للمساعدة، وإذا تعذر عليها اقناعه بذلك، فينبغي عدم التردد في طلب المساعدة من الجهات الأمنية المختصة بمكافحة المخدرات لتساعدها في ذلك. كما يجب على الاسرة البحث بشكل جاد عن الاسباب الكامنة وراء تعاطي أحد ابنائها للمخدرات وتعاطيه عليها حتى تتمكن من القضاء على هذه الاسباب وبترها اذ ان معرفة السبب يسهل ويساعد في عدم عودة المدمن ثانية الى مرتع التعاطي، فقد يكون السبب هو الصديق السوء او التعامل مع الاشخاص الخطأ او وجود مشكلة شخصية يعانيتها المدمن داخل الاسرة او خارجها، كما قد يكون السبب هي حالة البذخ والاسراف التي يعيشها المدمن وفي هذه الحالة ينبغي على الاسرة عدم التردد في أن توقف كل مظاهر الدعم المادي للمدمن حتى لا يستمر في تمارده.

(150)قماز فريد، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2009، ص 11
(151)مروة مسعودي واخرون، دور الارشاد النفسي في الوقاية والعلاج من ادمان المخدرات لدى المراهقين، بحث منشور ضمن اعمال الملتقى الوطني حول المخدرات والمجتمع: تشخيص الظاهرة وسبل العلاج، ج1، 2020، ص 358

اذ قد تميل بعض الأسر التي يوجد بها مدمن إلى التستر عليه وحمائته، ولا تعرف أنها بذلك المسلك إنما تقدم للمدمن حماية مرضية تساعد على الاستمرار في تعاطيه، وعادة تبدو مظاهر التستر والحماية في (إعطائه مبالغ مالية كبيرة، أو منحه سيارة لقضاء مصالحه، أو مسكن خاص، أو تزويجه، مع وعود بإمكانيات إضافية إذا توقف وغير ذلك)، وتلك كلها حلول أسرية تأتي بنتائج عكسية، وذلك يرجع إلى عدم إمام الأسرة بطبيعة سلوك التعاطي وطبيعته المراوغة (152).

حاصل ما تقدم ان الأسرة تلعب دورا هاما في الوقاية من التعاطي او اعادة اصلاح المدمن وتأهيله للخلاص من حالة تعاطيه اذا ما استوعبت حالته وامنت بقدره وايقنت بانه ضحية وليس بمجرم حتى وان كانت هنالك تبعات قانونية على تعاطيه، مع ان الاتجاه السائد على مستوى القوانين هو الاهتمام بالمدمن كضحية والتركيز على الاسلوب العلاجي اكثر كما ظهر لنا من خلال ثنايا هذه الرسالة. فمن الفداحة اعتقاد الاسرة بأن المدمن عضو فاسد ينبغي اهماله وعدم الاهتمام به، مهمله بذلك كل مبادئ النصح والصلاح والعلاج، ودورها في العلاج وإعادة التأهيل. إن وجود مدمن متعاف ملتحق ببرنامج الرعاية المستمرة، هي بمثابة تعاف كامل للأسرة، فعندما يلتحق المريض بوحدة الرعاية المستمرة، فهو يبدأ مرحلة هامة في حياته تعتمد على التعافي من المخدر، والتخلص من أساليبه السلوكية والمراوغات المرتبطة به، وينبغي على الأسرة دعم وتشجيع المريض إلى ذلك الاتجاه، وتكوين تحالف علاجي مع المعالجين في الرعاية المستمرة.

الفرع الثاني: دور المجتمع التربوي والتعليمي

تعاطي المخدرات آفة اجتماعية خطيرة، رافقت البشرية منذ القدم، وتطورت بتطورها، وأصبحت من إحدى المشكلات المعاصرة التي تمثل قمة المعاناة والمأساة التي وصلت إليها المجتمعات الإنسانية. لذلك فان مواجهة ظاهرة المخدرات عمل مجتمعي متكامل يحتاج إلى جهود مخططة تتكامل فيها الأدوار ضمن شراكة مؤسسية تستوعب كل المبادرات. وبقدر ما قد يكون المجتمع التربوي والتعليمي في احيان كثيرة سببا في ظهور حالة التعاطي فان له دور كبير في الوقاية منه وفي تأهيل المدمن واعدته عنصرا نافعا بين افراده. فالمدرسة مثلا تعد بيئة خصبة لظهور حالات تعاطي المخدرات بين الطلبة لذلك ينبغي على الادارات التربوية التنبه الى مثل هذه الحالات وتطبيق اليات وبرامج من اجل الوقاية من التعاطي وكذلك محاولة تشخيص الحالات بشكل مبكر ان وجدت والبدء بالعلاج على اسس علمية وتربوية رصينة (153).

(152) مروة مسعودي واخرون، مصدر سابق، ص 236

(153) مناوي زكي وعبد المنعم مكاحيلة، دور المدرسة والمؤسسات الاجتماعية في الحد من ظاهرة المخدرات، بحث منشور ضمن اعمال الملتقى الوطني حول المخدرات والمجتمع:

تشخيص الظاهرة وسبل العلاج، ج1، 2020، ص 286

وتلعب المؤسسات التربوية والتعليمية دورا كبيرا في هذا الصدد سواء على صعيد المجتمع التربوي او على صعيد الطالب المتعاطي وذلك من خلال تزويد أفراد هذا المجتمع السلوكيات المناسبة للتعامل مع المتعاطي كمريض يحتاج إلى المساعدة و يمكن علاجه، وتوفير مجتمع مدرسي يعنى بتهيئة بيئة تشجع المتعاطين على الإقلاع عن تعاطي المخدرات وعلى البحث عن العلاج، وكذلك تهيئة مجتمع مدرسي يعنى بخلق بيئة مناسبة لاحتواء المقلعين عن تعاطي المخدرات واعدادهم في المجتمع الذي قد لا يتقبلهم بسهولة، فضلا عن تقوية القناعة الذاتية للمتعاطي على مواصلة العلاج وعدم العودة للمخدرات مرة أخرى، وتحقيق حالة من الامتناع عن تناول المخدرات وإيجاد طريقة للحياة أكثر قبولاً، وتحقيق الاستقرار النفسي لمدمن المخدرات بهدف تسهيل التأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي. وفي هذا الصدد يبرز للمجتمع التربوي الصحيح دور اساسي في تشخيص الطالب المدمن واعداد تأهيله او حتى الوقاية قبل الوقوع في حالة التعاطي، وهذا الدور يتجسد اساسا في خلق نوعين من انواع العلاج كما يرى المختصين ذلك، (154) وهما:

اولاً: العلاج السلوكي: ويتضمن هذا العلاج تصحيح مجموعة المفاهيم الذهنية المتعلقة بالتعاطي والتي لها بالغ الأثر في نجاح المدمن في التخلص من أسر التعاطي عن طريق تصحيح قناعاته فيتعلم المدمن من خلاله طرائق واستراتيجيات التعامل مع الاشتهاق والحاجة للمخدر وطرق التغلب عليه. كما يساعد في تطوير خطة شخصية شاملة للتعامل مع المواضيع التي تشكل خطراً في المستقبل، ويطبق مهارات حل المشكلات للتغلب على المشاكل النفسية والاجتماعية التي تشكل عائقاً في طريق العلاج ومبرراً قويا للعودة إلى التعاطي من جديد لغلق باب العودة عليه كما يساعد العلاج السلوكي أيضاً في تعلم وممارسة مهارات اتخاذ القرار ومهارات رفض المخدر ويوفر صورة واضحة لكيفية تجنب ومنع الانتكاس نحو المخدرات ثانية والتعامل معه إذا حدث.

ثانياً: خطط زيادة الدافع والرغبة نحو التغيير: هذه الخطط مهمة للغاية لكونها تساعد على زيادة الدافعية الذاتية لدى المدمن لتقبل فكرة العلاج والانخراط والاستمرار فيه وترفع لديه الاقتناع بإمكانية التغيير بل وحمية هذا التغيير وأنه لا استسلام حتى نصل إلى نهاية المطاف. وتقوم هذه الخطط كذلك على ضرورة التعاطف مع المريض واحترامه وإقامة علاقة دافئة معه وتقديم الدعم والحماية له والاهتمام به والاستماع إليه وإبداء النصيحة له في الوقت المناسب، وإزالة الحواجز التي تمنعه من الانخراط في العلاج وتقليل الرغبة في التعاطي.

والعلامات المبكرة التي قد تظهر على الطالب بين الحين والآخر والتي تؤثر على ما يعيشه من مشاكل، وتنبئ عن احتمال تعرضه إلى خطر المخدرات كالتغير الملحوظ في الشخصية: فقد يظهر على الطالب الكثير من العدوانية والصخب في الوقت الذي كان معروفا بأخلاقه الحسنة وذا حديث هادئ وقد يحدث التغير بالتدريج. ويمكن العكس فيلاحظ على الطالب فجأة تقلب في المزاج من مرتفع إلى منخفض، ثم إلى مرتفع ثانية دون سبب واضح، مع حدوث ثورات غضب انية لأتفه الاسباب وغير ذلك من العلامات فيجب على الجهة التربوية والتعليمية ملاحظ هذا التغيير في السلوك فهو يعطي مؤشرات نحو التعاطي وان لم تكن قطعية ولكن يجب دراستها وفحصها من اجل تشخيص مكن الخلل تمهيدا للعلاج المناسب (155).

ويرى المتعاملون في الشأن التربوي والتعليمي ان المؤسسة التربوية يجب ان تهتدي الى اسس رصينة في عملية التدخل من اجل اعادة تأهيل الطالب المدمن وعودته بين اقرانه سالما متعافا من الناحية الجسدية والنفسية وكذلك تغيير نظرة مجتمع الصداقة الذي يحيط به من الزملاء وحتى التعليميين بعد اكتسابه الشفاء لكن يكون ذلك دافعا جديا وحقيقيا للعودة الامنة الى الحياة الطبيعية الخالية من ادران المخدرات. ومن اهم هذه الاسس هي السرية في التعامل مع الطالب المدمن من اجل توفير تهيئة الارضية الملائمة لتلقي العلاج وتوفير الثقة لدى المدمن، كما يجب تجنب اية خشونة مادية او معنوية في التعامل معه سواء من قبل الجهاز التربوي او من قبل زملائه وهذا الامر يستلزم بطبيعة الحال من المؤسسة التربوية والتعليمية نشر ثقافة صحيحة حول الشخص المدمن أيا كان فهو ضحية هذا الداء القاتل وانه على هذا الاساس ينبغي التعامل معه كي تتجح مساعي اعادة التأهيل والقول بخلاف ذلك لا يسمح للطالب المدمن بالاستجابة لطرق العلاج ومراحله وبل قد يكون ذلك مدعاة لانزلاقه في مهوي الاجرام بشكل عام (156).

من ناحية اخرى يجب على المؤسسة التربوية والتعليمية ان تتعامل مع الطالب المدمن بأسلوب تعاطفي وودي حيث ان ذلك مهم جدا لكسب وده والافصاح عن حقيقة وضعه وبالتالي استجابته وخضوعه للعلاج (157).

(155) عبد الرحمن بن مقبل السلطان، دور الرعاية اللاحقة في اعادة تأهيل المدمنين اجتماعيا، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، 2005، ص 4

(156) حارث صاحب وبشرى عبدالرحيم محسن، دور المدرسة في مكافحة الانمان على تعاطي المخدرات، بحث منشور في مجلة كلية الآداب جامعة بغداد، ع77، 2005، ص45

(157) د. امير جابر هاشم، بناء برنامج ارشادي وقائي مقترح للوقاية من الاممان على المخدرات لدى طلبة الجامعة، بحث منشور في مجلة جامعة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، ع

وبشكل عام يرى الباحثون ان على الادارات التربوية خصوصا سلوك السبل الاتية من اجل الوقاية من تعاطي الطلبة واعداد تاهيلهم او على الاقل مساعدتهم في هذا التاهيل كجزء متم لما تقوم به المؤسسات الاخرى وخصوصا الاسرة، وهذه السبل هي (158):

1. تحديد الطلاب الذين يعانون من مشكلات خاصة، والتركيز عليهم؛ لأنهم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات وتعاطيها.
2. التركيز على الطلاب ضعيفي الشخصية لأنهم يمتلكون قدرا كبيرا من القابلية للإيحاء، وهم الذين يسارعون للتأثر برفقاء السوء.
3. إيجاد قنوات اتصال مع أسر الطلاب للتعرف على سلوكيات الطلاب الخارجية.
4. تحذير الطلاب من المخدرات، ومن رفقاء السوء.
5. أقناع الطلاب الذين يعالجون من المخدرات بضرورة مواصلة العلاج وإعادة التأهيل.
6. تحذير الطلاب الذين تم علاجهم من أخطار الانتكاسة إذا لم يكملوا مسيرة إعادة التأهيل.
7. دمج الطلاب بالأنشطة الجماعية وتعويدهم على العمل الجماعي.
8. تدريب الطلاب على الحوار والنقاش حول مشاكلهم الخاصة.

2.2.3: دور الاعلام ومنظمات المجتمع المدني

كما سبق القول فان عملية اعادة التاهيل والاصلاح عملية متكاملة الابعاد لا تقتصر على منهج معين دون غيره ولا تكون حكرا على جهة دون غيرها، بل هي سلسلة متكاملة تتضافر فيها برامج وجهود جهات عديدة من اجل انجاح المهام الرئيسية في مجال تعاطي المخدرات. وفي هذا المقام لا يقل دور كل من الاعلام ومنظمات المجتمع المدني في هذا الامر، بل ان الاعلام خصوصا له دور توجيهي وفاعل وحاسم احيانا في هذا المجال كما سيتضح فيما بعد. لذلك نقسم هذا المطلب على فرعين: نتناول في الاول دور الاعلام وفي الثاني نسلط الضوء على دور منظمات المجتمع المدني وكما يلي:

الفرع الاول: دور الاعلام

ان الاعلام في الوقت الحاضر بات يشكل عاملا رئيسيا في ثقافة الشعوب وتوعية الجماهير، اذا لم يعد كما كان في السابق قاصرا على اشباع الاهتمامات وغرس المعلومات وانما تحول الى صناعة واعداد

التشكيل الثقافي وتغيير الاتجاهات من خلال الأدوات الاعلامية المختلفة والتقنيات المتطورة والتي عجز الانسان امام سطوتها عن متابعة احداثها والاحاطة بها ولو في حدود حاجته. وقد زاد من هذه الاهمية بروز قنوات مختلفة للإعلام اذ لم تعد قاصرة على الاعلام البسيط بل تعداه اليوم الى ظهور اوعية اعلامية مختلفة وسهولة المنال وتتمثل خصوصا بالشبكة العنكبوتية والتي جعلت من العالم قرية صغيرة بحيث يعرف القاصي والداني ما يجول ويجري ليس فقط حوله بل حول العالم بأكمله (159).

الا ان دور الاعلام في مكافحة انتشار ظاهرة المخدرات ونشر ثقافة النذب والابتعاد عنها فضلا عن مخاطرها اضافة الى اعادة تأهيل المدمن عن طريق نشر الوعي المجتمعي بكون المدمن انسان وقع ضحية الاتجار بالمواد المخدرة يتفاوت كما ونوعا من بلد الى اخر ومن زمان الى اخر حتى في البلد الواحد. فلو اخذنا العراق على سبيل المثال لوجدنا ان هذا الدور ضعيف جدا ولا يكاد يذكر الا بشكل عابر خصوصا في مسألة ايلاء انتشار المواد المخدرة ومخاطرها بين اوساط المجتمع ويلاحظ ان اغلب الجهود الاعلامية انصببت على ابراز ذلك بشكل عابر ولا يتعدى الامر عن اظهار الخبر اسفل الشاشة بشكل (تايتل) بل وحتى في ذلك لم يكن التركيز على المخاطر او على الشخص المدمن بقدر ما كان ابرازا لدور الجهات الامنية في ضبط بعض الكميات من المخدرات (160)، لذلك غاب الدور الحقيقي للإعلام في هذا الصدد ولم يتسنى لوسائل الاعلام في العراق القيام بالدور المفترض في التركيز على نشر ثقافة مخاطر المواد المخدرة واضرارها من اجل وقاية الافراد من الوقوع في مهالكها وكذلك كيفية علاج ضحية التعاطي وضرورة تقبله واحتضان المجتمع له لكونه كما اسلفنا ليس بمجرم بقدر ما هو ضحية.

ان مسألة التركيز الاعلامي على تغيير الاتجاهات والقناعات وكذلك السلوكيات النمطية امر في غاية الاهمية في هذا الصدد، اذ ينبغي عليه تغيير القناعات والاتجاهات بين افراد من المجتمع والجنوح نحو الجوانب السلبية للأمر وترك الجوانب السلبية كرفض المخدرات وتقبل علاج المدمن وضرورة اعادة تأهيله وتقبله بين احضان المجتمع. والقول بخلاف ذلك قد يترتب عليه نتائج عكسية تماما لا تصب في مصلحة التغيير الايجابي المرجو بسبب عدم حرفية الاعلام او اللامبالاة حول الظاهرة التي يتم التركيز عليها فمثلا قد يترتب على اسلوب العرض المشوق للمخدرات او الخمر الى الاعتياد عليها من قبل المشاهد وكأنه العلاج الامثل للهروب من الحزن الذي يحيط بالفرد المشاهد، واستنادا الى ذلك وفي ظل النظرة الى الاعلام على انه اداة للاتصال الذي لا يقتصر على مخاطبة الجماهير بقدر ما يشمل التركيز على تغيير السلوك الانساني السيء فإنه يمكن

(159) حسن عبد الحميد ابو شنب، دور التلفزيون في خلق ثقافة عربية متوازنة في الخليج، رسالة ماجستير، كلية الاعلام بجامعة القاهرة، 1982، ص30

(160) د. مؤيد خلف الدليمي، دور وسائل الاعلام في الحد من انتشار المخدرات وتعاطيها في العراق، بغداد، 2016، ص440

القول والملاحظة بميلاد بيئة اعلامية جديدة ذا محتوى وهدف سيء بعكس ما يجب ان يكون، ولهذا السبب ومن اجل الحد من التأثير السلبي للإعلام الفضائي خصوصا والالكتروني خصوصا فقد اتفقت دول الخليج العربي مثلا على وضع اليات معينة تمثل قيودا على اليات ونوعيات البث الفضائي، فضلا عن تجريم الكثير من السلوكيات التي تتخذ عبر الاعلام الالكتروني والذي يعد ترويجا لفكرة او ظاهرة جرمية او لأمر تكون مخالفة لما استقر عليه العرف السائد بين ابناء المجتمع(161).

لذلك يمكن القول ان الاعلام يعد بيئة خصبة وصالحة في مضمار علاج المدمن على المخدرات واعادته الى حضيرة المجتمع إذا ما أحسن استخدامه عبر برامج تنموية وتنقيفية صحيحة بحيث تمثل تكملة لسلسلة الادوار المؤسساتية في المجتمع لمواجهة هذه الحالة وعلاجها بل يمكن القول ان حصة الاعلام في ذلك لا تقل عن تلك الخاصة بالمؤسسات الصحية نظرا لسهولة الوصول الاعلامي الى معظم افراد المجتمع وفي جميع الاوقات وكذلك سرعة تأثير برامجه في المتلقين والمشاهدين. عليه فان الفضائيات تعد وسيلة تربوية وعلاجية مهمة في هذا المضمار ان أحسن استخدامها، وهي يمكن ان تلعب هذا التأثير من خلال جوانب عديدة واهمها (162):

اولاً: تستطيع نقل الرسالة الاعلامية عن جريمة الاتجار بالمخدرات ومخاطر التعاطي عليها بالنسبة للفرد والمجتمع الى عدد كبير جدا من افراد المجتمع وبوقت قصير نسبيا.

ثانياً: ان المؤسسات الاعلامية ومن خلال بعض برامجها كالمسلسلات التلفزيونية الهادفة تستطيع غرس القيم والممارسات الصحيحة بين افراد المجتمع حول ظاهرة التعاطي وضرورة علاج الشخص المدمن من اجل اعادة دمجها في المجتمع فضلا عن بيان الاثار السلبية الكبيرة للمواد المخدرة.

ثالثاً: تستطيع وسائل الاعلام عرض مختلف الاثار الانية والمستقبلية المترتبة على تعاطي المخدرات كقتل روح العمل والابداع وتفشي دواعي ارتكاب الجرائم المختلفة وارتباك الاعراف والتقاليد.

رابعاً: ان الوسائل الاعلامية تستطيع توجيه الارشادات للمواطنين حول كيفية التصدي لمختلف الظواهر الشاذة في المجتمع كالمخدرات وعن الية العلاج لمدمنيها وكيفية اعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

(161) فهدا بجاد شافي الدوسري، دور وسائل الاعلام الكويتية في الوقاية من الامان على المخدرات من وجهة نظر متلقي العلاج، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الاوسط، 2012، ص 27

(162) حسن عبد الحميد ابو شنب، مصدر سابق، ص 63

الفرع الثاني: دور منظمات المجتمع المدني

يلاحظ في العقود الأخيرة من القرن العشرين نمو حركة المؤسسات غير الحكومية وتطورها الأمر الذي مهد لتصاعد موجات فكرية حول المجتمع المدني ودوره كشريك أساسي في التنمية، وأصبحت قضايا المجتمع المدني تمثل إحدى أهم القضايا المطروحة على جدول أعمال القرن الحادي والعشرين. ويأتي دور هذه المؤسسات باعتبارها قناة تنموية تعمل على توعية أفراد المجتمع بأهداف وبرامج التنمية المحلية، وتعمل على دمج مصالح ورغبات الشرائح في المجتمع وتقديمها في شكل طلبات للسلطات المحلية أو الوطنية من أجل تحقيقها(163).

وتعدُّ المشاركة خياراً استراتيجياً لا مفر منه في الوقت المعاصر ومطلبا في ظل تحديات العولمة وتياراتها التي تفرض نفسها على الساحة العالمية، ويعتمد صياغة سياسات المشاركة في أي مجتمع على المساحة المتاحة للعمل بشكل فاعل في صياغة تلك السياسات وأطرها الموجهة لتقديم خدمات وبرامج منظمات المجتمع المدني، وأكثر من ذلك في تحديد الأولويات وتنفيذ السياسات ومتابعتها ومراقبة تنفيذها وتقويمها؛ مما يؤثر إيجابياً على ارتباط السياسات الاجتماعية بالواقع المجتمعي ومن ثمَّ مقابلة الحاجات وتحقيق الأهداف الاجتماعية. والمشاركة هي عملية مكملة لمنظومة الدولة ومؤسسات العمل الأهلي، وكان كفاءة هذه المؤسسات تتمثل في استعادة التوازن ومواجهة المشكلات والتفاعلات المتبادلة بين هذه المنظومة الثلاثية، ورغم أن ذلك لا يعفي الدولة من مسؤولياتها السيادية ودورها التوجيهي والتشريعي والرقابي والتوعوي (164).

وإذا ما عكسنا ذلك على مسألة إعادة تأهيل المتعاطين على المخدرات لوجدنا أن دور هذه المنظمات يأتي مكملاً لدور الدولة والمؤسسات الأخرى في هذه العملية بل أحياناً يبرز دور المنظمات غير الحكومية بشكل نشط وبارز في بعض المجتمعات باعتبارها الميدان الرحب لسد الفجوة بين سلطات الدولة والشعب وذلك من خلال مختلف الأنشطة التنموية والإصلاحية وحتى الصحية التي تقوم بها. ومن هذا المنطلق نشأت منظمات غير حكومية متخصصة في مجال المساعدة على التخلص من حالة التعاطي وإعادة المدمن إلى احضان المجتمع عنصراً نافعا سواء على المستوى الدولي أو الوطني. فعلى النطاق الدولي يلاحظ أن المجتمع الدولي سعى جاهداً على القيام بهذه المهمة بشكل فاعل من خلال لجنة الأمم المتحدة للمنظمات غير الحكومية والتي انشأت في فيينا في مستهل ثمانينات القرن الماضي من أجل أن تكون الصلة بين المنظمات الدولية غير

(163)عبدالرحمن صوفي عثمان و محمود محمود عرفان، دور منظمات المجتمع المدني في دعم خدمات الرعاية الاجتماعية في المجتمع العماني، بحث منشور في مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، عمان، بلا معلومات أخرى، ص 69

(164)المصدر نفسه، ص 70

الحكومية المعنية بمسائل المخدرات والتعاطي عليها وبقيّة اجهزة الامم المتحدة المعنية بمراقبة المخدرات وقد عقدت اللجنة منتديات كثيرة في هذا الصدد وركزت في اعمالها ضمن هذه المنتديات على ضرورة تكثيف الجهود من اجل الحد من انتشار المخدرات والتركيز على ضرورة الاهتمام بالشخص المدمن باعتباره ضحية الاتجار والانتشار غير المشروعين للمخدرات مما يقتضي معه العمل على علاجه دون عقابه واعادة تأهيله كما عملت اللجنة على توثيق الصلة بينها وبين المنظمات غير الحكومية الوطنية في هذا الصدد ومن اجل تدفق المعلومات الخاصة بكافة المسائل الخاصة بالمخدرات(165).

اما على الصعيد الوطني فيلاحظ ان منظمات المجتمع المدني وخصوصا المتخصصة منها في مجال التوعية بأضرار المخدرات والتعاطي عليها باتت تلعب دورا كبيرا في مجال نشر الوعي بمضار المخدرات واثارها الوخيمة على الفرد والمجتمع بل ان البعض من هذه المنظمات اخذت على عاتقها مهمة اعادة التأهيل من الناحية الطبية وذلك بتخصيص جزء كبير من تمويلها الحكومي وغير الحكومي في اخضاع المتعاطين للعلاج النفسي والصحي وهذه المنظمات في تزايد يوم بعد يوم نظرا لانتشار المواد المخدرة والتعاطي عليها بشكل ملحوظ في الأونة الاخيرة مما استتبع معه انتشار هذه المنظمات والتي باتت تكثف جهودها على مختلف المستويات والانشطة في سبيل اعادة تأهيل المتعاطين وتوفير بيئة اجتماعية خصبة لاستقبالهم ثانية فضلا عن السعي لتوفير فرص العيش الصحيح لهم لا بعادهم عن خطورة المواد المخدرة(166).

(165)المنتدى العالمي للمنظمات غير الحكومية،لجنة المخدرات التابعة للمنظمات غير الحكومية، فيينا،2008،ص2
(166)دور مؤسسات المجتمع المدني في الحد من ظاهرة العود لتعاطي المخدرات، بحث منشور في مجلة الفكر الشرطي الاماراتية، الناشر القيادة العامة لشرطة الشارقة، مركز بحوث الشرطة، م26، ع3،2017، ص 130

الخاتمة

في ختام دراستنا هذه توصلنا الى جملة من الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات يمكننا تلخيصها على النحو التالي:

اولاً: الاستنتاجات:

1. ان ظاهرة تعاطي المخدرات اصبحت مشكلة عالمية والتصدي لها يكون على الجانبين المحلي والدولي من خلال التشريعات الخاصة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية اضافة الى الاتفاقيات والمواثيق الدولية الخاصة بهذه الظاهرة.
2. يترتب على ظاهرة تعاطي المخدرات آثار وأضرار كبيرة وفي مختلف جوانب الحياة ولل فرد والمجتمع وبذلك يشكل خطراً كبيراً على الدول والنظام الإجتماعي فيها. فهي تستنزف طاقات الدولة البشرية والاقتصادية.
3. لظاهرة التعاطي جوانب متعددة فهي تمثل مشكلة صحية واقتصادية واجتماعية وقانونية والتصدي لها يتطلب جهود كبيرة من جميع تلك الجوانب. كما ان سلوك التعاطي يعتبره القانون جريمة معاقب عليها. ومن الناحية الطبية يعد التعاطي حالة مريضة والمدمن شخص مريض يتوجب معالجته.
4. مكافحة ظاهرة التعاطي تتطلب تضافر الجهود الدولية والوطنية ضمن إستراتيجية متوافقة للدول ومتكاملة تتركز على الجانبين الوقائي والعلاجي لهذه الظاهرة.
5. للمؤسسات الإجتماعية (الأسرة، المجتمع، المدرسة) ومن خلال وسائلها العديدة دوراً كبيراً في الوقاية من هذه الظاهرة الخطرة. وكذلك في معالجة المتعاطين وتأهيلهم.
6. للتعاطي على المخدرات دور كبير في الجنوح نحو السلوك الإجرامي من خلال أحداث تأثيرات نفسية وسلوكية في الشخص المدمن، فضلا عن أضراره وآثاره السلبية في جميع الجوانب الإقتصادية والإجتماعية والسياسية والصحية والنفسية. لذا آثارها تكون مشابهة لآثار الحروب.

ثالثاً: المقترحات

1. لاجل خلق شباب جامعي واعى متسلح بالمعلومات القانونية نرى ضرورة ادخال الجرائم الناشئة عن المخدرات والمؤثرات العقلية كمنهج دراسي لجميع الكليات ومنها كليات القانون.
2. توسيع وتطوير المؤسسات العلاجية الخاصة بمعالجة المتعاطين حيث لا يتواجد في العراق بأكمله سوى مركزين متخصصين بمعالجة التعاطي وهما مستشفى ابن رشد في بغداد ومستشفى الفيحاء في البصرة، وقلة تلك المراكز يترتب عليه سلبيات كثيرة كاستمرار المدمن على التعاطي. او لجوء المحكمة الى

فرض العقاب المحدد للمتعاطين دون المعالجة، او يؤدي الى اختلاطهم بالمرضى العقليين والنفسيين فقد يوضعون في اماكن معالجة الأمراض النفسية والعقلية وهذا لا يقل خطورته عن خطورة التعاطي.

3. ايداع المتعاطين المحكوم عليهم في اماكن خاصة في السجن وعدم مشاركتهم المكان مع المحكومين على جرائم مختلفة. فذلك يزيد من الانحراف في السلوك فبالإضافة الى كونهم مدمنين ربما سيتحولون الى مجرمين.

4. العمل على اعداد كوادر طبية متخصصة لمعالجة التعاطي كونها تحتاج الى اكثر من طريقة علاجية وعدم وجود الكوادر بالكمية المناسبة والتخصص يؤدي الى انتكاسة العلاج.

5. تفعيل الدور الرقابي على النشاطات المتعلقة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية وخصوصاً المتعلقة تحرير الوصفة الطبية للأدوية الحاوية على المواد المخدرة وكذلك على صرف تلك الوصفات. فرغم وجود نصوص قانونية خاصة بذلك إلا ان الواقع العملي يختلف كثيراً.

6. العمل على تشريع قانون خاص بالرعاية اللاحقة واعادة التأهيل ينظم سبل رعاية المتعاطين وخصوصاً المفرج عنهم وتأهيلهم للعودة الى المجتمع بشكل سليم. فغالبية حالات العودة بعد تلقي العلاج في مراحل سحب السموم والعلاج النفسي يأتي لعدم تلقي الرعاية اللاحقة.

7. لمنع اساءة استخدام الأدوية والعقاقير التي يدخل المواد المخدرة في تركيبها يتطلب نظام النشرة الطبية الايضاحية المرفقة في علبة العقار بحيث يسهل على المستخدم له معرفة المعلومات الكافية لتجنب آثاره الخطيرة. لذا نرى وجوب استخدام لغة البلد المستهلك ووضع علامة تمييزية يستدل بواسطتها بسرعة على احتواء ذلك الدواء على مواد مخدرة.

المصادر والمراجع

أولاً: معاجم اللغة:

1. ابن منظور، لسان العرب، المجلد الرابع، دار صادر، بيروت 1968.
2. فؤاد أفرام البستاني، منجد الطلاب، المطبعة الكاثوليكية، الطبعة الثامنة 1956.
3. الأزهرى، تهذيب اللغة، أحياء الذات العربي، الطبعة الأولى، بيروت 2001.

ثانياً: الكتب القانونية:

1. أبو الوفا محمد ابو الوفا ابراهيم، البعد الجنائي للعنف في الجرائم الإرهابية في القانون والفقہ الإسلامي، مجلة الحقوق، المجلد الثالث، العدد الأول، جامعة البحرين، 2006.
2. أحمد فتحي سرور، أصول السياسة الجنائية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1972.
3. أدوار غالي الدهي، جرائم المخدرات في التشريع الليبي، المكتبة الوطنية للطباعة، الطبعة الأولى، ليبيا، 1973.
4. أيمن محمد الجابر، القواعد المنظمة للتعامل بالمخدرات في دولة الإمارات، دار الجامعة الجديد، الإسكندرية، 2011.
5. جعفر الفضلي، منذر عبد الحسين الفضل، المدخل للعلوم القانونية، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، 1987.
6. حسين الساعاتي، علم الإجتماعي القانوني، مطبعة دار النشر الثقافة، الإسكندرية، 1952.
7. دژوار أحمد بيراميس عمر، السياسة الجنائية في مواجهة جريمة تمويل الإرهاب، دار المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2017.
8. سامية حسن الساعاتي، الجريمة والمجتمع، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت 1983.
9. سمير خيرى توفيق، مبدأ سيادة القانون، دار الحرية للطباعة، بغداد 1978.
10. عبد الرحمن محمد ابوعمه، حجم ظاهرة الإستعمال غير المشروع للمخدرات، اكااديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الطبعة الأولى، الرياض، 1998.
11. عبد الرحمن محمد العيسوي، علم النفس الجنائي، دار المعرفة الجامعي، الإسكندرية، 2003.
12. عبد اللطيف بن حسين فرج، منهج المدرسة القانونية في ظل تحديات القرن الواحد والعشرون، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان 2009.

13. عبدالعال الديربي، الإتجار غير المشروع بالمخدرات والجهود الدولية للوقاية منها، الطبعة الأولى، المركز القومي للإصدارات القانونية، القاهرة، 2016.
14. عبود السراج، قانون العقوبات العام، مطبعة الجامعة، القاهرة، 2018.
15. على حسين خلف، سلطان عبد القادر الشاوي، المبادئ العامة في قانون العقوبات، المكتبة الوطنية، بغداد، 2006.
16. علي طاهر الحمود، المخدرات والتعاطي، الرؤى الدولية في مكافحة والتجربة العراقية، مركز البيان للدراسات والتخطيط، بغداد، 2017.
17. كامل فريد المالك، قوانين المخدرات الجزائية، دراسة مقارنة، منشورات الحلبي الحقوقية، 2006.
18. محسن حسن الجابري، المرشد العلمي والتطبيقي لجرائم المخدرات في العراق والتحقيق فيها، الجزء الرابع، مطبعة كتاب 2018.
19. محمد فتحي عيد، الإرهاب والمخدرات، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2014.
20. محمود الجوهري، عمر شاهين، مكافحة ظاهرة إنتشار المخدرات في المجتمع المصري، دراسات مكافحة الجريمة ومعاملة المجرمين، مطبعة جامعة الأزهر والكتاب الجامعي، مصر، 1994.
21. محمود مصطفى، قانون العقوبات، القسم العام، مطبعة جامعة القاهرة، 1983.
22. نصرالدين مبروك، جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية، دار هوما، الجزائر 2017.
23. يوسف عبد الحميد المرashedة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، دار الحامد للنشر والطباعة والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.

ثالثاً: الكتب الطبية:

1. أحمد ابو الروس، مشكلة المخدرات والتعاطي، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2003.
2. أحمد عبد العزيز الأصفر، أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان 2014.
3. اسامة عدنان يحيى، السحر والطب في الحضارات القديمة، الطبعة الأولى، آشور بانبيال للكتاب وبيت الكتاب السومري 2016.
4. أمال عبد الرحيم عثمان، ظاهرة إساءة استعمال المخدرات، جامعة القاهرة، 1970.

5. جان شارل سورينا، تاريخ الطب ترجمة: إبراهيم الجبلاني، سلسلة عالم المعرفة، العدد (281)، مطابع السياسة، الكويت 2002.
6. حسين على فايد، سيكولوجية التعاطي، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، مصر 1994.
7. خالد حمد المهندي، المخدرات وأثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، الدوحة 2013.
8. خالد عبد الرحمن السالم، الضبط الاجتماعي والتماسك الأسري، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2000.
9. صابر حمزة، تاريخ العقاقير والعلاج، مؤسسة الهنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة 2012.
10. عادل الدمرداش، التعاطي مظاهره وعلاجاته، سلسلة عالم المعرفة، الكويت 1990.
11. عادل صادق، التعاطي له علاج، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1999.
12. عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، المخدرات والمؤثرات العقلية اسباب التعاطي واساليب المواجهة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2011.
13. عبد العزيز بن عبد الله البريش، الخدمة الاجتماعية في مجال تعاطي المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2002.
14. عبد العزيز بن علي الغريب، ظاهرة العون للتعاطي في المجتمع العربي، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض 2006.
15. عبد العزيز خزاولة وآخرون، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، مركز الدراسات والبحوث لأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2001.
16. عبد الله بن أحمد الوائلي، فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2003.
17. عدنان حسين عوني وآخرون، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2001.
18. عفاف محمد عبد المنعم، التعاطي دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 2003.
19. على أحمد راغب، استراتيجية مكافحة المخدرات، دار النهضة العربية، القاهرة 1997.
20. على حرب، الإرهاب وصناعة، المرشد الطاغية-المثقف، الدار العربية للعلوم، بيروت 2015.

21. على كمال، النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، دار واسط للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية 1983.
22. غريب محمد سيد احمد، مكافحة القات في الصومال، الدراسات الأمنية للنشر، الرياض، 2012.
23. قاسم عيد الدباغ، أثر التسول في إنحراف الطفل، مجلة دراسات اجتماعية، مركز بيت الحكمة، العدد (26) لسنة 2011.
24. محروس محمد الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
25. محمد حمدي حجار، برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث عند تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحات ومراكز إعادة التأهيل، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1992.
26. محمد صفوح الأخرس، نموذج إستراتيجية الضبط الإجتماعي في الدول العربية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2000.
27. محمد على جعفر، الأحداث المنحرفون، الطبعة الأولى المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت 1974.
28. محمود هاشم الودراني، مدخل الى الطب النفسي وعلم النفس المرضي، دار الحوار اللاتقية 1994.
29. محي الدين أحمد حسين، التفاعل الإجتماعي ومشاكله 1994،
30. مصطفى حجازي، التخلف العقلي، مدخل الى سيكولوجية الإنسان المقهور، الطبعة 9، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، 2005.
31. مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة، العدد (205) الكويت 1978.
32. معمر نواف الهوارنة، عالم المخدرات والجريمة بين الوقاية والعلاج، الهيئة العامة السورية للكتاب 2018.
33. مؤيد خلف الدليمي، دور وسائل الإعلام في الحد من إنتشار المخدرات وتعاطيها في العراق 2016.
34. ميخائيل اسعد، السيكولوجية المعاصرة، الجزء الأول، دار الجيل، بيروت 1996.
35. نصيف فهمي وآخرون، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2001.
36. هاني غرموش، المخدرات، امبراطورية الشيطان، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت 1993.

37. هيلين نولس، أضواء كاشفة على المخدرات، منشورات مركز النشاط والإعلام للتنمية والتفاهم العربي، اليونسكو، 1978.

رابعاً: الرسائل والاطاريح الجامعية:

أ. اطاريح الدكتوراه:

1. حدة وحيد سايل، بحث فعالية التدريب على المشكلة وعلى الاسترخاء في علاج المتعاطين على المخدرات، أطروحة دكتوراه، مقدمة الى جامعة الجزائر، الجزائر، 2009.

ب. رسائل الماجستير:

2. اوميلي حميد، أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور تعاطي المخدرات عند المراهق الجانح، دراسة ماجستير في علم النفس مقدمة الى جامعة منشوري، الجزائر، 2001.

3. حسن عبد الحميد ابو شنب، دور التلفزيون في خلق ثقافة عربية متوازنة في الخليج، رسالة ماجستير، مقدمة الى كلية الإعلام بجامعة القاهرة، القاهرة، 1982.

4. عبد الرحمن بن مقبل السلطان، دور الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المتعاطين إجتماعياً: رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية 2005،

5. فهد ايجاد شافي الدوسري، دور وسائل الإعلام الكويتية في الوقاية من تعاطي المخدرات من وجهة نظر متلقي العلاج، رسالة ماجستير مقدمة الى جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2012.

6. قماز فريد، عوامل الخطر من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير مقدمة الى كلية العلوم الإنسانية، جامعة قسطنطينية، الجزائر 2009.

خامساً: البحوث والدوريات العلمية:

1. أمير جابر هاشم، بناء برنامج ارشادي وقائي مقترح للوقاية من تعاطي المخدرات لدى طلبة الجامعة، بحث منشور في مجلة جامعة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، العراق، 2008.

2. اباد محسن صمد وآخرون، المخدرات والتعاطي والرؤى الدولية في مكافحة والتجربة العراقية، سلطة اصدارات مركز البيان للدراسات والتخطيط، العدد (5)، 2017.

3. حارث صاحب، بشرى عبد الرحيم محسن، دور المدرسة في مكافحة تعاطي المخدرات، بحث منشور في مجلة كلية الآداب جامعة بغداد 2005.

4. عامر ناصر، النظام الدولي لمكافحة المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وتعاطيها، العدد (55) لسنة 2014.

5. عبد الرحمن صوفي عثمان، محمود عرفان، دور التنظيمات المجتمعية لمديني في دعم خدمات الرعاية الاجتماعية في المجتمع العماني، بحث منشور في مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، عمان.
6. مروة مسعود وآخرون، دور الإرشاد النفسي في الوقاية والعلاج من تعاطي المخدرات لدى المراهقين، بحث منشور ضمن اعمال الملتقى الوطني حول المخدرات والمجتمع: تشخيص ظاهرة وسبل العلاج، 2020.
7. ممدوح عبد الحميد عبدا للطيف، جرائم تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في القانون الاتحادي لدولة الإمارات العربية المتحدة، مجلة الدراسات الأمنية والتدريب الأكاديمية نايف للعلوم الأمنية، العدد (18) لسنة 2003.
8. مناوي زاكي وعبد المنعم مكاحيلة، دور المدرسة والمؤسسات الاجتماعية في الحد من ظاهرة المخدرات، بحث منشور ضمن اعمال الملتقى الوطني حول المخدرات والمجتمع: تشخيص الظاهرة وسبل العلاج.

سادسا: التشريعات:

1. قانون العقوبات العراقي رقم (111) لسنة 1969.
2. قانون الصحة العراقي رقم (89) لسنة 1981.
3. الدستور العراقي النافذ لسنة 2005.
4. قانون مكافحة الإرهاب العراقي رقم (13) لسنة 2005.
5. قانون المخدرات والمؤثرات العقلية العراقي رقم (50) لسنة 2017.

UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI HUKUK-TIPÇALIŞMASI

ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

10%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.alshref.com Internet Source	1%
2	docs.neu.edu.tr Internet Source	1%
3	www.dorar-aliraq.net Internet Source	1%
4	repository.nauss.edu.sa Internet Source	1%
5	educapsy.com Internet Source	1%
6	www.alukah.net Internet Source	1%
7	Submitted to Ajman University of Science and Technology Student Paper	<1%
8	www.moj.gov.iq Internet Source	<1%
9	journals.squ.edu.om Internet Source	<1%