

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري - واقعها وعواملها -

أ. قندوز منير
جامعة محمد بوضياف مسيلة / الجزائر

الملخص:

تتناول هذه الدراسة موضوع الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري واقعها وعواملها، وتم القيام بهذه الدراسة لتسليط الضوء على الظاهرة التي أخذت أبعادا خطيرة من حيث حجمها ووتيرة انتشارها بين مختلف فئات المجتمع، واستهدت الدراسة بالتطرق لتاريخ المخدرات وواقعها بناء على الإحصائيات المقدمة، وأساليبها وعواملها، ونظرة الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري لها، وقد خلصت الدراسة إلى أن الإدمان يعرف تطورا خطيرا من حيث ووفرة وتصنيع المواد المخدرة والطرق المستعملة وعواملها، إذ يلعب الترويج ووفرة المخدر جنبا إلى جنب دورا هاما في الولوج على عالم المخدرات.

للمخدرات مخاطرها ومضارها العديدة التي أصبحت تكلف العالم ثروة بشرية واقتصادية كبيرة، فالمشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية، نتاج أساسي لتعاطي وإدمان المخدرات، وهذه المشكلات هي من أخطر الظواهر الاجتماعية والصحية والنفسية التي تواجهها معظم بلدان العالم في الوقت الحاضر، ذلك أن حوالي ربع سكان الكرة الأرضية تقريبا يتعاطون أنواعا من المخدرات (1) على أمل أن تساعد في تغيير نمط حياتهم وتفكيرهم، إذ تدل الإحصاءات والبيانات المتعلقة بالظاهرة على المستوى الدولي تزايد الإقبال على المخدرات، فقد أكد تقرير للأمم المتحدة أنه من الأسباب الرئيسة لوصول تعاطي المخدرات للمستوى الوبائي اليوم، هو فشل المؤسسات التربوية والاجتماعية والإعلامية، ومختلف المؤسسات المتخصصة في دول العالم المختلفة، إيصال المعلومات الصحيحة حول خطر استخدام المخدرات على الأفراد، لذلك فقد أولت مختلف الدول والحكومات أهمية كبيرة لهذه المعضلة، فأنشأت الهياكل والمؤسسات لراقبتها ومواجهتها، ولتقديم مختلف الإحصائيات والمعلومات والبيانات المتعلقة بالظاهرة، وكذا مساعدة أفراد المجتمع في التعرف بأضرارها ومضارها. وبالرغم من الجهود الإعلامية التي بذلت وتبذل في مجال التوعية بأضرار المخدرات، فإنه لا يزال هناك من يعتقد بفوائد المخدرات.

والمجتمع الجزائري كباقي المجتمعات لا يخلو من هذه المشكلة التي بدأ حجمها يشهد اتساعا وتناميا مخيفا، وبخاصة في الآونة الأخيرة، حيث بينت مختلف الدراسات والبحوث العلمية التي تناولت الظاهرة، ومختلف الأرقام والإحصائيات المسجلة من قبل الهيئات والمؤسسات المختصة، أن المجتمع الجزائري وإلى وقت قريب كان من بين المجتمعات التي تسجل بها أضعف نسب الإدمان على المخدرات، لكن ومع التحولات الاقتصادية التي شهدتها الجزائر مطلع التسعينيات، ومع ارتفاع مستوى الأحداث والأزمات الاقتصادية وتردي الوضع الأمني واتساع ظاهرة التهريب على الحدود بالنظر إلى شساعة الحدود الجزائرية المترامية الأطراف مع مختلف دول الجوار، خاصة على الحدود الغربية باعتبار المملكة المغربية إحدى أكبر الدول المنتجة للقنب الهندي، لكل هذا فقد أضحت الجزائر منطقة عبور لمختلف عصابات تهريب المخدرات لتتحول فيما بعد إلى سوق استهلاك، كل ذلك أدى إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري.

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

ففي دراسة وبائية شاملة لتفشي ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر، قام بها كل من الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها رفقت المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية (CENEAP) سبتمبر 2010 م مسح وطني شامل، مست هذه الدراسة أغلب مناطق الوطن واستهدفت 9240 أسرة بمجموع 48708 فردا موزعين على 46 ولاية منهم 44387 يعيشون في المناطق الحضرية، جاءت نتائج هذه الدراسة كالتالي: مجموع مستهلكي المخدرات في الجزائر بلغ 302967 متعاطي، منهم 23000 مستهلك للمخدرات الصلبة، وكانت نسبة تعاطي المخدرات وطنيا 1.15% تم احتسابها على أساس تعاطي المخدرات خلال 12 شهرا الأخيرة، الذكور 1.69% و 0.67% لدى الإناث، أما خلال الشهر الأخير فكانت النسبة لدى الذكور 1.18% و 0.52% لدى الإناث، أما عن الشرائح العمرية الأكثر استهلاكاً فكانت المنتمة بين 20-39 بنسبة 1.48%، تليها شريحة 40 سنة فأكثر بنسبة 1.11% ثم الشريحة العمرية 16-19 سنة بنسبة 0.85%، وعن العقار الأكثر استهلاكاً فقد حلت المؤثرات العقلية أولا بنسبة 0.615% ثم القنب الهندي بنسبة 0.596% ثم الأفيون بنسبة 0.055%، ثم المنبهات بنسبة 0.037%، ثم الاكستازي (أو عقار النشوة وهو مخدر منشط معروف أيضاً باسم الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين يتم تعاطيه على شكل كبسولات أو حبوب) بنسبة 0.015%، ثم الهيروين بنسبة 0.008%، وحل الكوكايين والكراك في المراتب الأخيرة بنسبة 0.006 و 0.005% (2)، وتبين الأرقام المقدمة من مؤسسة الدرك الوطني أن الكميات المحجوزة من المخدرات في السنة 2012م تفوق ما تم حجزه منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، وهو ما يعكس هول الظاهرة وتفاقم حجمها وتفشيها الكبير بين أفراد المجتمع، وعن آخر الأرقام المسجلة فقد تميزت حصيلة نشاطات مكافحة تهريب واستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية خلال إحدى عشرة الأولى من سنة 2015م بحجز: 109244,628 كغ من راتنج القنب، 309غ من بذور القنب، 86127,53غ من الكوكايين، 48,3غ من الكراك، 2573,75غ من الهيروين، 14غ من بذور الأفيون، 548848 قرص من مختلف المؤثرات العقلية و325 قارورة من سوائل المؤثرات، مع اكتشاف وإتلاف 571 نبتة من شجيرات القنب (3).

وستحاول هذه الورقة التطرق إلى موضوع الإدمان على المخدرات بنوع من التفصيل من خلال الكشف عن واقع الظاهرة وتاريخها وأشكالها وعواملها.

1- لمحة تاريخية عن المخدرات:

تعد المخدرات من أقدم العقاقير التي عرفها الإنسان، ومنها نبات الخشخاش (الأفيون) والقنب (الحشيش)، والذي استخدم من قبل الأشوريين قبل 4000 سنة قبل الميلاد، والفرس

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

وسكان آسيا للحصول على الانسراج، وأول ذكر للحشيش كان في كتاب ألفه إمبراطور الصين شنج نانج عام 2737 ق.م. وذكره الطبيب الصيني هوانو وسام مايو، ووصفه ابن البيطار بأنه يسبب التخدير، وشن ابن تيمية حملة ضد تعاطيه وعده نجساً في حكم الحجر، وورق الكوكا ومختلف المشروبات المخمرة والتي ربما تكون أقدم عقار عرفه الإنسان وما زال يستعمله إلى الآن، حيث استعمل خمر العسل منذ 8000 سنة ق.م، وذكرت قوانين تنظيم التجارة بالخمور واستعمالها في شريعة حمورابي في الحضارة البابلية عام 1770 ق.م، ولقد تنوع استخدام المخدرات كدواء مسكن للألم، وفي الطقوس الدينية والأغراض العسكرية.(4)

وعرف العرب المنهيات (القهوة) قبل 900 عام، وعرفت أمريكا اللاتينية المهلوسات منذ 3500 ق.م، وعرف الهنود القنب قبل 3000 عام، فمنذ 2700 سنة قبل الميلاد كان القنب الهندي معروفاً لدى إمبراطور الصين (شن ننج)، وكان يوصف لعلاج النقرس والإمساك والذهول وقد أطلق الأفيون على لوحة سامرية تعود ل4000 سنة ق.م، ووصف بنبات السعادة، كما استعمله قدماء المصريين كدواء لعلاج الأطفال كثيري البكاء، ولقد زين الإغريق إله النوم عندهم (هينوس) بنار الخشخاش، وكذلك فعل الرومان (سوهوس) ويذكر المؤرخ المقرزي أن الأمير المملوكي (سودون الشبخوني) حرم الحشيش الذي كان منتشراً بمصر وسوريا، فلجأ إلى عقوبة خلع ضرر كل من يتعاطى الحشيش، كما تم اكتشاف الكحول وشربه منذ العصر الحجري، وهناك عشرات النباتات والفضريات التي تحتوي على كيميائيات ذات خصائص كثيرة للعقل قد تم تدخينها أو مضغها أو بلعها أو شمها، أما الامفيتامينات والمنومات والمنشطات فقد تم اكتشافها في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، حيث صنع أول عقار منشط في ألمانيا عام 1887.(5)

وتعتبر الكحوليات من أقدم المواد المخدرة التي تعاطاها الإنسان، وكانت الصين أسبق المجتمعات إلى معرفة عمليات التخمر الطبيعية لأنواع مختلفة من الأطعمة، فقد صنع الصينيون الخمور من الأرز والبطاطا والقمح والشعير، وتعاطوا أنواعاً من المشروبات كانوا يطلقون عليها "جيو" أي النبيذ، ثم انتقل إليهم نبيذ العنب من العالم الغربي سنة 200 قبل الميلاد تقريباً.

أما الحشيش (القنب) أو الماريجوانا والمعروف أيضاً بأسماء أخرى، من أوائل الشعوب التي عرفته واستخدمته الشعب الصيني، فقد عرفه الإمبراطور شن ننج عام 2737 ق.م وأطلق عليه حينها واهب السعادة، أما الهندوس فقد سموه مخفف الأحزان.

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

أما الأفيون (الحشاش) فأول من اكتشفه هم سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد ومنها انتشر إلى مناطق العالم المختلفة، وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 ق.م عن موسم حصاد الأفيون، وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان ولكنهم أسأؤوا استعماله فأدمنوه، وأوصى حكماءهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس وأبو قراط وأرسطو وفيرجيل. (6)

أما المورفين فهو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني سير تبرز عام 1806 من فصلها عن الأفيون، وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى الإله مورفيوس إله الأحلام عند الإغريق، وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية خاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات المتحدة الأمريكية (1861-1861)، ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد.

الهيروين وهو أيضاً أحد مشتقات المورفين الأشد خطورة، اكتشف عام 1898 وأنتجته شركة باير للأدوية، ثم أسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة.

الأفيثامينات تم تحضيرها لأول مرة عام 1887 لكنها لم تستخدم طبياً إلا عام 1930، وقد سوقت تجارياً تحت اسم البنزورين، وكثر بعد ذلك تصنيع العديد منها مثل الكيكيدرين والمستيدرين والريتالين. وكان الجنود والطيارون في الحرب العالمية الثانية يستخدمونها ليواصلوا العمل دون شعور بالتعب، لكن استخدامها لم يتوقف بعد انتهاء الحرب، وكانت اليابان من أوائل البلاد التي انتشر تعاطي هذه العقاقير بين شبابها حيث قدر عدد اليابانيين الذين يتعاطونها بمليون ونصف المليون عام 1954، وقد حشدت الحكومة اليابانية كل إمكاناتها للقضاء على هذه المشكلة ونجحت بالفعل في ذلك إلى حد كبير عام 1960. (7)

أما الكوكايين فقد عرفته أميركا اللاتينية قبل أكثر من ألفي عام ومنها انتشر إلى معظم أنحاء العالم ولا تزال هذه القارة أكبر منتج له حتى الآن، وعرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في أميركا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، حيث عرفته واستعملته هنود الأنكا، وفي عام 1860 تمكن العالم ألفرد نيمان من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظراً لتأثيره المنشط على الجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

في المشروبات الترويجية وبخاصة الكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبها عام 1903، وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية وكثرت الدعاية التي كانت تؤكد على أن تأثيره لا يزيد على القهوة والشاي، ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطيب الصيدلي الفرنسي أنجلو ماريان، واستخدمته تلك الشركات في أكثر من 15 منتجاً من منتجاتها. (8)

القات اسم شجرة معمرة يتراوح ارتفاعها ما بين متر إلى مترين، تزرع في اليمن والقرن الأفريقي وأفغانستان وأواسط آسيا، واختلف الباحثون في تحديد أول منطقة ظهرت بها هذه الشجرة، فبينما يرى البعض أن أول ظهور لها كان في تركمنستان وأفغانستان، يرى البعض الآخر أن الموطن الأصلي لها يرجع إلى الحبشة، وقد عرفته اليمن والحبشة في القرن الرابع عشر الميلادي حيث أشار المقرئزي (1364 - 1442) إلى وجود "شجرة لا تثمر فواكه في أرض الحبشة تسمى بالقات، حيث يقوم السكان بمضغ أوراقها الخضراء الصغيرة التي تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي كما تضعف الشهية والنوم. (9)

2- أرقام وإحصائيات حول الظاهرة:

تؤكد الأرقام المسجلة من قبل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لعام 2012 أن عدد الأشخاص البالغين الذين تناولوا مخدراً من المخدرات غير المشروعة مرة واحدة على الأقل في عام 2010 يُقدَّر بنحو 230 مليون شخص، أي ما نسبته 5% من مجموع السكان البالغين في العالم، ويبلغ عدد متعاطي المخدرات الذين يعانون من مشكلة الإدمان 27 مليون شخص، أي ما نسبته 0.6% من البالغين، وفي جميع أنحاء العالم، ويبدو أن تعاطي المخدرات غير المشروعة مستقرّ عموماً، وإن كان يستمرّ في التصاعد في عدّة بلدان نامية، ويقتل الهيروين والكوكايين وبعض المخدرات الأخرى زهاء 0.2 مليون شخص في كل سنة، ليشيئت شمل الأسر ويجلب البؤس على الآلاف من الأشخاص الآخرين، يضاف إلى ذلك أن المخدرات غير المشروعة تقوّض أركان التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتسهم في ارتكاب الجرائم وزعزعة الاستقرار واضطراب الأمن وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية. (10)

ويتمثل أحد أهم آثار تناول المخدرات غير المشروعة على المجتمع في العواقب الصحية السلبية التي يعاني منها أفرادها، ويفرض تناول المخدرات أيضاً عبئاً مالياً ثقيلاً على المجتمع، وبالارقام يلزم ما بين 200 و 250 بليون دولار أمريكي أي ما بين 0.3 و 0.4% من الناتج الإجمالي العالمي لتغطية جميع التكاليف المرتبطة بالعلاج من المخدرات عالمياً، ولكنّ المبالغ الفعلية التي تُنفق في الواقع على العلاج من

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

تعاطي المخدرات تقل عن ذلك كثيرا حيث إنَّ أقل من خمس الأشخاص الذين يحتاجون مثل هذا العلاج يتلقونه بالفعل.

أما آثار تناول المخدرات غير المشروعة على إنتاجية المجتمع -معبراً عنه بالقيمة النقدية- فيبدو أنه أكبر من ذلك، فقد أشارت دراسة أجريت في الولايات المتحدة إلى أنَّ الفاقد في الإنتاجية يعادل 0.9% من الناتج المحلي الإجمالي، بينما أشارت دراسات أجريت في عدة بلدان أخرى أنَّ هذا الفاقد تعادل قيمته ما بين 0.3 و 0.4 % من الناتج المحلي الإجمالي، والتكاليف المترتبة على الجرائم المتصلة بالمخدرات باهظة هي الأخرى، إذ تشير دراسة أجريت في المملكة المتحدة بريطانيا وإيرلندا الشمالية إلى أنَّ التكاليف المترتبة على الجرائم المتصلة بالمخدرات (الاحتيال والسطو على المنازل والسلب وسرقة معروضات المتاجر) في إنكلترا وويلز تعادل 1.6 % من الناتج المحلي الإجمالي، أي 90% من جميع التكاليف الاقتصادية والاجتماعية المتصلة بتعاطي المخدرات. (11)

أن الاتجاهات الديموغرافية المسجلة توحي بأنَّ العدد الإجمالي لمتناولي المخدرات في البلدان النامية سوف يزداد بشكل كبير، ليس فقط بسبب ارتفاع النمو السكاني لهذه المناطق وإنما أيضاً بسبب مجموعاتها السكانية الأكثر شباباً ومعدلات تحضرها السريعة، وعلاوة على ذلك قد تبدأ الفجوة بين الجنسين تتلاشى إذ من المرجح أن تشهد البلدان النامية زيادة في معدلات تناول النساء للمخدرات عقب اختفاء الحواجز الاجتماعية والثقافية وزيادة المساواة بين الجنسين.

وانتشار المخدرات معروف لدى كافة بلدان العالم بل إن تعاطي المخدرات أي كان نوعها معروف تاريخياً في أي دولة من الدول، ومعظم شعوب العالم اكتشفت واستعملت أنواعاً مختلفة من النباتات المخدرة لأغراض التخدير والعلاج على الأقل، إلا أن تعاطي المخدرات لأسباب غير مشروعة اتخذ صورة وبائية في أواخر القرن الماضي وأوائل القرن الحالي، حيث أصبح تعاطي المخدرات وتهريبها والاتجار بها من المشكلات الكبرى التي تتجتاح العالم، حيث تشير الإحصائيات إلى أن عدد متعاطي الحشيش من سكان العالم يتراوح ما بين 40 إلى 50 مليون نسمة، ومدمنو الهيروين 2 مليون نسمة ومدمنو الكوكايين مليون نسمة. (12)

3- أشكال إدمان المواد المخدرة:

في كثير من الأحيان تبدو ظاهرة إدمان المخدرات بسيطة، من حيث وصفها بعبارات بسيطة، ومن حيث كون الفرد يتعاطى المخدرات أم لا، إلا أن الأمر ليس بهذه البساطة فتصنيف الأفراد كمدمنين أو غير مدمنين مواد معينة ليس أمراً سهلاً، إذ يجب تفهم ظاهرة تعاطي المخدرات

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

وأثرها على سلوك الفرد الذي يقوم باستخدامها، وتختلف الثقافات العالمية في تفسيرها لمفهوم تعاطي المخدرات، فهناك الثقافات الاجتماعية التي تدعو وتبيح تناول واستخدام المواد ذات التأثير النفسي، الأمر الذي يعتبر في هذه الثقافة سلوكاً عادياً، وعلى طرف آخر نجد أعراض العديد من أفراد ثقافة أخرى عن تناول مواد معينة تحرمها ثقافتهم، أو التي لا تقبلها لأسباب معينة، بمعنى أنه إذا تعاطت الأغلبية من أبناء ثقافة معينة مواد معينة، فالأرجح أن هذه الثقافة تبيح استعمال هذه المواد. المعروف أن الأخلاق والقوانين والأعراف مصدرها إجمالاً إجماع العامة والخاصة في ثقافة ما بإباحة سلوك معين أو تحريمه، وإن كان الاستخدام المتزايد لنوع معين من المواد النفسية أو المخدرة في ثقافة معينة وازدياد عدد المتعاطين لها يشكل خطورة وتهديداً لهذا الإجماع.

وتعاطي المخدرات يتبع تقسيمات معينة تقوم على:

- نوع المادة المستعملة.

- مختلف درجات تواتر التعاطي، وتقسم هذه الدرجات إلى:

أ- التعاطي التجريبي:

إن الإقدام على تجريب مخدر للمرة الأولى ليس له علاقة بنوع المخدر أو بخواصه العقاقيرية، بقدر علاقته بما يضيفه للفرد على هاتين الناحيتين من معنى وقيمة، وقبل أن يكون الفرد قد جرب آثار المخدر قط، تقتصر معرفته على ما سمعه عن هذا المخدر وما يدور حوله من شائعات، وتشير الدراسات التي أجريت لمعرفة أسباب تعاطي المخدر للمرة الأولى إلى أن السبب وراء ذلك مرده الفضول والحاح الرفاق، وغالبا ما يكون هذا حافزا للإقدام على هذا التجريب (13).

أما توفر المخدر والظروف المساعدة نسبيا لتعاطيه، والرفاق الذين يتعاطون المخدرات، فإنها عوامل وإن كانت لازمة إلا أنها غير كافية لإدمان المخدرات للمرة الأولى، وتشير معظم الدراسات إلى أن أكثرية مجربي المخدرات غير المشروعة لا يصبحون من مدمنيها، أي أن التعاطي التجريبي لا يؤدي بدوره غالبا إلى الإدمان، حيث أن المجرّب عندما يشبع فضوله ويجاري رفاقه، قد يجد أن آثار المخدر ليست ذات قيمة، ولا يشكل الأخطار التي ينطوي عليها، وأن هناك أنشطة أخرى يمكن أن يقوم بها، والتي تمثل في نظره قيمة أكبر.

ب- التعاطي العرضي الوقتي:

إن غالبية مجربي المخدرات لا يستمرون في تعاطيها، كما أن أغلبية من يستمرون في التعاطي يفعلون ذلك على أساس عرضي "وقتي"، فلا يتناولون المخدر إلا في حالة توفره بسهولة، وفي السياق الاجتماعي الذي يتعاطى فيه، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبرا، وأهم أسباب استمرار التعاطي العرضي اجتماعية أولا، ولا تختلف كثيرا عن تلك التي تدفع بالشباب إلى تناول الكحول من وقت لآخر، فهو ييسر التفاعل الاجتماعي ويعطي الشعور بالراحة النفسية والمرح، ومعظم المتعاطين العرضيين لا يصبحون متعاطين منتظمين، ولا يعتبرون تعاطي المخدرات كنجربة ونشاط ذا أهمية كبيرة إذا قورن بتجارب وأنشطة أخرى.(14)

ج- التعاطي المنتظم:

إن التمييز بين التعاطي المنتظم والتعاطي الكثيف، يعود إلى مجموعة من العوامل ذات الصلة والمتمثلة في: تكرار التعاطي، نوع المخدر، وجهة نظر المشاهد أو الحكم، فالتعاطي المنتظم يتميز عن التعاطي الكثيف أو القهري من حيث أسبابه وشدة الحاجة إليه، وعندما يصبح التعاطي منتظما أو كثيفا يدخل مفهوم التبعية النفسية في الحسبان، بحيث يشعر المتعاطي بالضيق والضرر إذا لم يتوفر له المخدر أو فرصة تعاطيه، وينذل جمدا خاصا في طلبه، والأسباب التي تدعو إلى الإدمان سواء كان التعاطي منتظما أو كثيفا، أكثر تنوعا والتصاقا بشخصية المدمن من أسباب التعاطي التجريبي أو العرضي، وأكثر اتصالا بالمفعول العقاقيري للمخدر المعني، سواء أكان منشطا أم مبطئا للنشاط، أم مسكنا، أم كان مادة تغيير الإدراك الحسي للذات والبيئة.(15)

د- التعاطي الكثيف أو القهري:

يترتب على تعاطي الكحول أن عدد ضئيلا من المتعاطين يصبحون مدمنين، كما أن تعاطي المخدرات يترتب عليه أن عدد ضئيلا من المتعاطين يصبحون متعاطين قهريين، رغم أن التعاطي القهري يعني تناول المخدرات بصورة متكررة في فترات متقاربة للغاية، فإنه يشمل في الحقيقة درجات متفاوتة من التواتر، وتعتبر درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد العامل الأساسي في التعاطي القهري، وعندما ينصرف الجانب الأكبر من وقت الفرد وتفكيره وطاقته للحصول على المخدر وتناوله، ومناقشة آثاره مع الاقتصار تقريبا على مرافقة من يتعاطونه واستمرار ملازمتهم، فإن التعاطي عندئذ يعتبر قهريا.(16)

4-أساليب تعاطي المخدرات:

تنوع وتتعدد أساليب تعاطي المخدرات، فمنها ما يتم تعاطيه عن طريق التدخين إما مع السجائر أو الشيشة (النارجيلة) مثل الحشيش والأفيون، والتي تباع في الأسواق للمدمنين على هيئة قطع صغيرة ملفوفة بورق السيلوفان، وقد يتناولها البعض عن طريق البلع أو أذابتها في قليل من القهوة أو تركها لتذوب بالفم، وأحيانا يذاب الأفيون الخام أو المورفين في قليل من الماء ثم يحقن تحت الجلد أو في الوريد، ولا يخفى ما يمكن أن يحدثه استعمال أدوات غير معقمة من خراطيج في موضع الحقن أو نقل للأمراض نتيجة للاستعمال المتكرر لنفس الحقنة في أشخاص عديدين كالتهاب الكبد الوبائي، والملاريا وأخيرا مرض الإيدز، ففي إحصائية أجريت بالولايات المتحدة على مرضى الإيدز وجد أنه من بين اثنتي عشرة ألف حالة مصابة بالإيدز، 73% منهم مدمني العقاقير المخدرة عن طريق الحقن.

كما توجد الأفراس المخدرة التي يتناولها المدمنون بكميات كبيرة كالريتاين، أما المواد المخدرة التي يتعاطاها المدمن عن طريق الشم كالكوكايين والهيرويين فقد زاد استخدامها في الفترة الأخيرة بشكل واضح، ويستخدم المدمن بودرة الهيرويين أو الكوكايين مخلوطة بسكر أبيض و بمض بوريك حتى يخفف تركيز المخدر في المسحوق المتعاطى إلى حوالي 7% من العقار، إذ أن شمة واحدة تقيه 100% من تلك المواد قد تؤدي بحياة الإنسان، وكثيرا ما يحدث الشم تقيحات شديدة بالأنف وتقوب بالحاجز الأنفي للمدمن (17).

وعموما فهناك أربع طرق أساسية لتناول العقار، هي:

أ- **عن طريق الفم:** وهي أكثر الطرق شيوعاً، ولا بد أن يكون العقار قابلاً للبلع كي يتم تناوله عن طريق الفم، وأن يتم امتصاصه ووصوله إلى الدورة الدموية، فبعض المخدرات يتم امتصاصها مباشرة كالكحول، ولاسيما إذا كانت المعدة فارغة من الطعام، أما في حالة امتلائها بالطعام، فإن امتصاص الكحول يتأخر بسبب تفاعله مع الطعام، فالمخدرات التي يتم تناولها بشكل سائل يتم دخولها للدم بشكل أسرع من الحبوب.

ب- **عن طريق العضلات:** تستخدم هذه الطريقة في بعض الحالات التي يتعذر فيها استخدام الفم، أو لصعوبة ما.

ج- **عن طريق المرئي:** من خلال الأمعاء وذلك بحقن العضل، و قد يكون هذا في الأوردة مباشرة، أو تحت الجلد أو في العضل، وتؤدي هذه الطريقة إلى استجابات سريعة، مقارنة مع طريقة التناول عن

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

طريق الفم، وذلك لسرعة الامتصاص، والوصول لمجرى الدم، ولابد من الإشارة إلى أن الامتصاص السريع للمخدر في وقت قصير جداً وبخاصة إذا ما كانت الجرعة كبيرة قد يؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان، بالإضافة إلى غياب عملية التعقيم ما قد يؤدي إلى الالتهابات أو التلوث.

د- عن طريق الاستنشاق: من خلال الرئة، حيث يتم الامتصاص في هذه الطريقة بشكل سريع، ويتم نقل المواد المخدرة بشكل سريع جداً عبر الرئتين. (18)

هذا ويعد تعاطي المخدرات عن طريق الفم أقل خطورة في بادئ الأمر عنه في حالات الشم أو الحقن، فالمخدر المعطى بالفم يمر بالجهاز الهضمي حتى يصل إلى الكبد الذي يحاول التخلص من تلك المواد السامة لكي يحمي باقي خلايا الجسم من آثارها المدمرة، إلا أن خلايا الكبد نفسه تتلف بعد ذلك، ولكن في حالات التعاطي بالشم أو الحقن، فإن المخدر يصل إلى خلايا الجهاز العصبي مباشرة ويتلفها، وهنا ممكن الخطورة فالخلية العصبية هي خلية الجسم الوحيدة التي لا يمكن تعويضها، والنفس التي يدمرها الإدمان لا يمكن تعويضها.

5-العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات:

تتعدد العوامل والأسباب التي تؤدي في محصلتها إلى تنامي ظاهرة إساءة استخدام المخدرات وتعاطيها، حيث يقسم البعض تصنيف العوامل إلى عوامل مرتبطة بنوعية المواد المخدرة والعقابر الشائعة، وعوامل ترتبط بخصائص وسات شخصية المدمن، وعوامل ترتبط بالبيئة المحيطة، وتناجا لتفاعل العوامل الذاتية مع التنوع البيئي المحيط يمكن التوصل إلى التصور التالي لأهم المسببات والعوامل التي تؤدي إلى التعاطي. (19)

أ- عوامل ترتبط بالفرد: من المفترض أن كل إنسان يمتلك ميزة نسبية تميزه عن غيره من أقرانه من حيث النوع، أو المرحلة العمرية، أو المكانة الاجتماعية، أو حتى الانتماء الطبقي الذي يحتويه، إلا أن تعاطي المخدرات والإقبال عليها يتجاوز جميع هذه العوامل، حيث يمتد التعاطي ليطال مختلف الفئات العمرية من الأطفال والشباب والمسنين، كما أنه لا يميز بين البشر حسب النوع، فيمتد ليشمل الذكور والإناث، ويلاحق مختلف الفئات والطبقات والشرائح التي يتكون منها المجتمع، مع الوضع في الاعتبار معيار الخصوصية التي تميز المتغيرات السابقة. (20)

ب- عوامل ترتبط بالأسرة: إن التفسير البيولوجي أو تدخل العوامل الوراثية واعتبارها بمثابة عامل مؤسس يرتبط بالأسرة، قد يؤدي إلى الاعتماد على المخدرات وإدمانها، والواقع يكشف أن هذا

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

التحليل مستبعد، إلا أن المقصود بالعامل الأسري ودوره كمتسبب في إمكانية تعاطي الفرد للمواد المخدرة والإدمان عليها، يتأتى من أن الأسرة تمثل تنوعاً بيئياً يحيط بالفرد، قد يتفاعل مع عوامل ذاتية أخرى، ويعتبر الإدمان أحد النتائج المحتملة لهذا التفاعل (21)

وقد أكدت دراسة مذكور على أن ظاهرة التفكك الأسري الذي يعبر عن انهيار وحدة اجتماعية، وتداعي بنائها واختلال وظائفها وتدهور نظامها، سواء أكانت هذه الوحدة شخصاً أم جماعة أم مؤسسة أم أمة بأسرها، وهو عكس الترابط والتماسك، فهي من العوامل المهمة التي تدفع إلى التعاطي. وتم قياس التفكك الأسري بعدة مؤشرات هي: وفاة أحد الوالدين أو كلاهما، الانفصال بين الوالدين، الطلاق، مواجهة المشكلات العائلية، تعاطي أحد أفراد الأسرة المخدرات، عدم مساعدة الأسرة للمريض بعد خروجه من المستشفى، نوع المساعدة الأسرية (22)

ج- عوامل ترتبط بيئة العمل: إن تعرض الفرد للعديد من الضغوط اليومية التي قد تنتج عن التفاعل التلقائي غير المدروس والمقصود في إطار بيئة العمل، سواء كان مع الرؤساء أو المرؤوسين، بما قد يساهم في تكوين خبرات وتجارب ذات تأثير نفسي سيء قد يساهم في زيادة معدلات سوء التكيف مع بيئة العمل وانعكاس ذلك سلباً على القدرات التوافقية لديه، ويوصله إلى حالة الإهالك بعد المقاومة غير المجدية قد تؤدي في محصلته إلى تعاطي الفرد للمواد المخدرة. كما أن عدم قدرة الفرد على الإنجاز وتحقيق التقدم المطلوب في بيئة عمله، خاصة إذا تعرض الفرد إلى عوامل التفضيل أو التمييز أو الاستثناء لاختلاف اللون أو العرق أو النوع أو السلالة، من المحتمل أن يدفع بالفرد إلى الانسحاب من بيئة العمل، والانفصال عنها عقلياً ومزاجياً والهروب إلى التعاطي وسوء استخدام المواد المخدرة. (23)

د- العوامل الاجتماعية والثقافية: يؤثر السياق الثقافي والاجتماعي السائد في المجتمع على أنماط سوء استخدام المواد المخدرة، وأنواع المواد نفسها، وهو ما يطلق عليه بالخصوصية الثقافية والاجتماعية التي تميز كل مجتمع عن الآخر، والتي تشكل مرجعية وخلفية ثقافية تمثل وقوداً ومحركاً للفرد أثناء ممارسته للأنشطة اليومية، والتي قد يكون من ضمنها تعاطي المواد المخدرة، واعتبارها بمثابة مكون في سلوك النمط اليومي للفرد، حيث توجد ثقافات تقاوم تعاطي المخدرات بشدة، وقد يصل مدى المقاومة إلى درجات عالية وهي التحريم، واعتبار من يقوم بممارسة هذه الأنشطة منبوذاً اجتماعياً من مختلف الفئات الاجتماعية، حيث تتكون اتجاهات سلبية نحو المخدرات ومن يتناولها أو يقبل عليها، سواء بطريقة اعتيادية تجريبية، أو بطريقة عرضية مؤقتة، وغالباً ما تأخذ هذه الاتجاهات السلبية الصبغة الدينية. (24)

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

ه- عوامل ترتبط بمؤسسات المجتمع: تعتبر الطبيعة المؤسساتية مقياساً مهماً يقاس عليه مدى تقدم المجتمعات ورفقيها، وبعبارة أخرى إن انتقال المجتمع من حالة التخلف إلى حالة التقدم مرهون بقدرته على ممارسة الأنشطة والخدمات والبرامج والمشروعات المنفذة، وتعمل العديد من المؤسسات الاجتماعية على تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية للأفراد والجماعات داخل المجتمع، بقصد إشباع احتياجاتهم، وتمكينهم من مواجهة مشكلاتهم، ومن هذه المؤسسات المدارس والجامعات والمعاهد العلمية، والمؤسسات الدينية، والمؤسسات الخدمية كمراكز الشباب والأندية الرياضية، ومؤسسات المجتمع المدني، ويعتبر عدم قدرة هذه المؤسسات على تحقيق أهدافها بفاعلية أحد العوامل المسببة في احتمالية إقبال الشباب على تعاطي المواد المخدرة(25).

و- البطالة: تعتبر البطالة أحد العوامل المهمة ذات التأثير القوي في تزايد الظاهرة، وتشكل البطالة أحد أهم المشكلات في أسواق العمل، وهي ناجمة عن تفاعل عدة عوامل، إذ لا يمكن إرجاعها لعامل واحد، فالبطالة تمثل مشكلة فردية يعاني منها الشخص العاطل عن العمل، فقد تنتج عن أسباب فردية مثل نقص التدريب أو عوامل نفسية أو خلقية، كما أنها مشكلة اجتماعية واقتصادية في الوقت نفسه سواء من حيث أسبابها أو نتائجها، وهي تعني أن الحالة التي يكون فيها الشخص قادر على العمل وراغباً فيه، وباحثاً عنه ولكنه لا يجده.(26)

ز- أصدقاء السوء: يمتلك كل فرد ميزة نسبية تميزه عن غيره من باقي أفراد المجتمع، إلا أنه يمتلك أيضاً مقومات وسات تجعله يتشابه مع جماعات بعينها، ومنها جماعة الأقران، حيث يساهم الرفاق في احتمالية التعاطي عند الفرد، وتحديد الصديق المفضل، وقد يؤدي التفاوت العمري بين جماعات الأقران إلى تدوير الفوارق العمرية بين الجماعة التي ينتمي إليها الفرد، مما يؤثر على قدرته في المحافظة على خصوصية المرحلة العمرية التي ينتمي إليها، أو ممارسته لدور التابع أو المتأثر بصورة متكررة، بما يؤثر سلباً على مقومات الأخذ بالاستقلالية، ويجد من نمو الشخصية وتطورها، وخاصة الجماعات التي تتشكل من الأطفال والمراهقين معا دون توافر عوامل الضبط والرقابة والتوجيه.

إن جماعة الأصدقاء من أهم الجماعات التي لها تأثير بالغ في توجيه سلوك الفرد، ومن أبرز العوامل المؤثرة في عملية تعاطي المخدرات، وهي جماعة يؤمن أعضاؤها بأفكار متشابهة، ويقومون بتحقيق أهداف مشتركة، وهي لا تكون في كل الأحوال من فئة عمرية واحدة، أو من أصحاب مهنة واحدة، بل تحوي العديد من المستويات الاجتماعية المختلفة، ولكنها مع ذلك جماعة منحرفة ومتأسكة.(27)

6 - موقف الشريعة الإسلامية من المخدرات:

رغم وضوح حكم الشريعة في المخدرات، إلا أن هناك الكثير من الناس من يعتقد خطأ بعدم حرمتها ولا تعدو كونها مكروهة، ويعزى هذا الاعتقاد إما إلى الجهل وعدم الاهتمام والاستسلام لوسوسة الشيطان وإتباع طريق السوء، أو اللجوء إلى بعض الأعذار لتسويغ سلوكهم مثل عدم وجود نص صريح يتعلق بتحريم المخدرات ضارين عرض الحائط بأحكام الشريعة الإسلامية وأصولها وإجماع الفقهاء، فيعتقد بعض الناس أن الله حرم الخمر ولم يحرم المخدرات بحكم عدم وجود نص صريح في الكتاب والسنة له علاقة بجريمة المخدرات، ومن ثم يرون بأنها مباحة، فتجد الكثير ممن يحرص على أداء الفرائض من صلاة وصوم وزكاة، ويقدر ما يتجنبون الخمر لا يجدون مانعا في تعاطي المخدرات (28)، وتعاطي المخدرات له أضرار تلحق بالمتعاطي والمجتمع، وإيقاع الضرر بالنفس محرم لقوله تعالى: ﴿ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة﴾ (29).

من المعروف أن الخمر حرام، وهي من الخبائث وتحريمها جاء تدريجيا، قال تعالى: ﴿ومن ثمرات النخيل والأعناب تتخذون منه سكرا ورزقا حسنا﴾ (30)، وقال: ﴿يسألونك عن الخمر والميسر قل فيها إثم كبير ومنافع للناس وإثمها أكبر من نفعها﴾ (31). وقال تعالى: ﴿يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون﴾ (32). وقال: ﴿الذين يتبعون الرسول الأمي الذي يجدونه مكتوبا عندهم في التوراة والإنجيل يأمرهم بالمعروف وينهاهم عن المنكر ويحل لهم الطيبات ويحرم عليهم الخبائث﴾ (33).

والمخدرات باتفاق العلماء حرام، لأنها من الخبائث التي تغييب العقل، وهي بمنزلة غيرها من المخدرات لقول النبي عليه الصلاة والسلام: "كل مسكر خمر وكلّ خمر حرام"، وقد اعتبر الشيخ ابن تيمية المخدرات خمرا من ناحية العقوبة، قال في كتابه "السياسة الشرعية": "إنّ الحشيشة حرام، يحذّ متناولها من الخمر، وهي داخلة فيما حرمه الله ورسوله من الخمر المسكر لفظا"، وقد وافقه هذا الرأي ابن حزم وابن القيم والذهبي والصنعاني وقال أيضا: "إنّ ما يغييب العقل يحرم باتفاق المسلمين، وأما من استحلّ ذلك وزعم أنه حلال فإنه يستتاب، فإن تاب والآقتل مرتدا" (34)، وقال الشيخ يوسف القرضاوي: "الخمر ما خامر العقل"، وهي كلمة نيرة قالها عمر بن الخطاب رضي الله عنه ليحدّد بها المقصود بالخمر حتى لا تكثر الأسئلة والشبهات، فكلّ ما لبس العقل وأخرجه عن طبيعته المدركة، فهو خمر حرام حرمه الله ورسوله عليه الصلاة والسلام، ويدخل في ذلك الأفيون، والكوكايين، والحشيش ونحوهم، مما لها الأثر البالغ على متعاطيها؛ فتؤثر في عقله، وتؤدي به إلى العيش في الأوهام والأحلام، وتنسيه نفسه ودينه ودنياه، وتؤدي أيضا إلى فتور الجسد (35)، وفي حديث رواه أحمد

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

وأبو داود عن أم سلمة رضي الله عنها قالت: "نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتّر" (36). وقد ورد في بحث إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد بالمملكة العربية السعودية بأن المفتّر هو: "ما يؤرّث ضعفا بعد قوة، وسكونا بعد حركة، واسترخاء بعد صلابة، وقصورا بعد نشاط". ويرى الدكتور يوسف القرضاوي أنّ المخدّرات تؤدي إلى خور النفوس، وتمييع الأخلاق وضعف الإرادة، وضعف الإحساس بالواجب، فتنتج أفرادا غير صالحين في المجتمع، فضلا عن الانحراف وخراب البيوت وإتلاف الأموال. إذن فالتحريم يتبع الخبث والضرر، وقد ثبت للمخدّرات أضرارها الصحية، والنفسية، والحلقية، والاجتماعية، والاقتصادية. قال ابن تيمية بشأن المخدّرات: "وهي أخبث من الخمر" (37).

إنّ تحريم المخدّرات يبنى على أساس يتعلق بكونها تعارض مقصدا من مقاصد الشريعة الإسلامية؛ وهو حفظ الضرورات الخمس: (الدين؛ والعقل؛ والنفس؛ المال؛ والنسل)، والمخدّرات تضرّ بالعقل، وكلّ ما يؤدّي إلى الإضرار بالعقل فهو حرام، وهذا الحكم يشمل المخدّرات (38).

7- موقف القانون الجزائري من المخدرات:

اختلفت الآراء وتباينت حول القوانين المتعلقة بالمخدّرات، بين من ينادي بضرورة التشديد فيها وتوقيع أقصى العقوبات، وبين من يرى بأنّ القوانين بمفردها لا تكفي لمواجهة هذه المشكلة، ويعدّ نشر الوعي والتربية الصحية والتحذير من خطورة المخدّرات ولفت الانتباه إلى آثار إدمانها الطريقة المثلى لمواجهةها.

تعرف جرائم المخدّرات في القانون بصفة عامة على أنّها تلك الجرائم المتعلقة بإنتاج المواد المخدّرة، واستهلاكها، وترويجها، وتهريبها، وحبسها، بما في ذلك المخدّرات المحظور استعمالها إلا بوصفة طبية (39)، ومن المعروف أنّ مقومات الجريمة حسب النظرية العامة للجريمة، تتمثل في: العنصر الشرعي؛ ويقصد به وجود نص قانوني سابق يجرم الفعل ويعاقب عليه، والعنصر المادي المتمثل في ارتكاب الفعل المجرّم فلا جريمة بدون وجود نشاط إجرامي، وأخيرا العنصر المعنوي (الإرادة المعنوية)، ويقصد به وجود نية ارتكاب الفعل. وفيما يلي مناقشة لهذه العناصر في ضوء القانون الجزائري المتعلق بالمخدّرات.

- **العنصر الشرعي:** لقيام العنصر الشرعي لجريمة تعاطي المخدّرات، لا بد من وجود نص قانوني يجرم هذا الفعل (40). وفي هذا السياق أولى المشرع الجزائري اهتماما كبيرا بمشكلة المخدّرات بحكم وجود نص قانوني يجرم استعمال المخدّرات، فنص المادة (245) من قانون حماية الصحة وترقيتها على ما يلي:

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

"يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنة واحدة وبغرامة مالية تتراوح ما بين 500 و5000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين؛ كل من يستعمل بصفة غير شرعية أحد المواد المخدرة أو النباتات المصنفة على أنها مخدرة" (41).

ولما كانت المواد المخدرة تنوع وتتعدد تبعا للاكتشافات العلمية والطبية، فإنه من الصعوبة حصر هذه المواد وتصنيفها، وبمقتضى المرسوم 1976/140 تم تصنيف المواد السامة في ثلاثة جداول: الجدول (أ) وخصص للمواد السامة، والجدول (ب) وخصص للمواد المخدرة، وأخيرا الجدول (ج) للمواد الخطيرة، لكن النص القانوني لم يحدد المواد المصنفة على أنها مخدرات باستثناء القنب الهندي الذي ورد بشأنه نص قانوني. أما الأفيون والهيروين وبقية المخدرات الأخرى فلم تصنف، ويترتب على ذلك أن استعمالها أمر مباح قانونا من منطلق أن لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص قانوني، ثم ألغى هذا القانون بمقتضى قانون حماية الصحة وترقيتها المؤرخ في 16 / 02 / 1985م. وخولت مسؤولية تحديد المواد المخدرة للسلطة التنفيذية، وعلى الجهة القضائية الالتزام بتحديد طبيعة المادة بصرف النظر عن الكمية المستهلكة ونوعية المادة حتى وإن كانت تحمل أسماء مختلفة.

ويمكن إزالة العنصر الشرعي للجريمة طبقا للقواعد العامة للجريمة والعقوبة بأي سبب من أسباب الإباحة، ويترتب على ذلك إباحية الفعل المحرم، ففي نص المادة (245) المذكور سابقا يستنتج أن الاستعمال المحرم للمواد المخدرة هو الاستعمال غير الشرعي. وعليه فإن الاستعمال الشرعي لغرض العلاج أمر مرخص قانونا. والسؤال المطروح هو: هل إباحة الاستعمال العلاجي يدخل في إطار القانون أم في إطار الضرورة؟ والجواب هو إذا تم الاستعمال في إطار قانوني، فالتحقيق مرفوض لوجود الإباحة المنصوص عليها على أن يكون هذا الاستعمال بناء على وصفة طبية. أما في حالة الضرورة، فيمكن أن قاضي التحقيق إصدار انتفاء وجه الدعوى، ويقع المتهم بين خيارين إما استعمال المخدر للعلاج ويصبح مجرما، أو تحتمل المرض (42).

- **العنصر المادي:** في عهد الاحتلال الفرنسي كان التعاطي المحرم هو التعاطي الجماعي، أما الفردي، فكان نطاقه ضيقا لصعوبة معاینته، غير أنه كان يخضع لنص تجرمي آخر يتعلق بالحيازة، إذ لا يمكن تصور تعاطي مخدر ما دون حيازته، والحيازة في قانون المخدرات تعني: "الاستئثار بالمخدر على سبيل الملك والاختصاص دون حاجة إلى الاستيلاء المادي عليه، فيعتبر الشخص حائزا ولو كان محرز المخدر شخصا آخر نائبا عنه". والتشريع الحالي ينطلق من مبدأ أنه لا يكفي لحماية المجتمع من بعض التصرفات بل يجب حماية الشخص من نفسه. وعليه فإن التعاطي والحيازة وما يلحقها من عمليات أمر معاقب عليه. ويظهر هذا بوضوح في نص المادة (243) من قانون حماية الصحة وترقيتها التي تنص

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

على ما يلي: "يعاقب بالحبس من عشر سنوات إلى 20 سنة وبغرامة مالية تتراوح ما بين 5000 إلى 10000 دج؛ الذين يصنعون بصفة غير شرعية مخدرات أو يستوردونها أو يتولون عبورها أو يصدرونها أو يقومون بالسمسة أو يبيعونها أو يتولون عبورها أو يرسلونها أو ينقلونها أو يعرضونها للتجارة بأي شكل كان" (43).

- **العنصر المعنوي:** تنص المادتان (47 و 48) من قانون العقوبات، على أن قيام الجريمة يتطلب أن يكون مرتكبها عالما بلا شرعية الفعل ومع ذلك يقدم على ارتكابه، بمعنى ضرورة توافر الإرادة غير المغيبة، ففي حالة ثبوتها حلّ العنصر الشرعي للجريمة وتوقع العقوبة. أما في حالة التعاطي الخطأ، فإنّ المتعاطي لا يتحمل المسؤولية الجنائية.

إذن، متى توافرت هذه العناصر الثلاثة السالفة الذكر؛ تكون الجريمة قائمة ويترتب عليها إخضاع المتعاطي للتدابير العلاجية المنصوص عليها في المادة (250) من قانون حماية الصحة وترقيتها التي تقول: " يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب الجثة المنصوص عليها في المادة (254) لعلاج مزيلة التسمم، تصاحبها جميع تدابير المتابعة الطبية وإعادة التكييف الملائمة لhaltهم، إذا ثبت أن حالتهم الصحية تستوجب علاجا طبييا." (44)

الخاتمة:

لقد سعت هذه الورقة البحثية إلى استعراض واقع ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري، بتسليط الضوء على هذه الظاهرة؛ التي ما فتئت تعرف تطورا كبيرة وانتشارا واسعا بين فئات المجتمع المختلفة، وذلك من خلال التعرض إلى تاريخها وتقديم أرقام وإحصائيات موثقة حول الظاهرة، واستعراض أشكال إدمان المواد المخدرة؛ وأساليب تعاطيها؛ والعوامل المؤدية إلى إدمانها، واستعراض موقف الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري من المخدرات، وقد كشفت الورقة عن مقدار الانتشار الرهيب للظاهرة؛ وتغلغلها المتزايد بين شرائح المجتمع خاصة فئة الشباب، من خلال الأرقام المقدمة سواء ما تعلق بالكميات المحجوزة، أو العدد المتزايد للمدمنين عليها، وهو ما يستدعي تضافر الجهود للتصدي للظاهرة ومواجهتها.

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

قائمة الهوامش:

- 1- مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1996، ص64.
- 2- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، دراسة وبائية شاملة لتفشي ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر مسح وطني شامل، رفقت المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية (CENEAP) سبتمبر 2010.
- 3 الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية، 2010، ص 42.
- 4- مصطفى سويف: مرجع سابق، ص 49.
- 5- هاني عرموش: المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس، ط1، بيروت، 1993، ص55.
- 6- المرجع نفسه، ص57.
- 7- عبد العزيز البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، ط1، الرياض 2002، ص37.
- 8- صالح الشيخ كمر: الإدمان على الكحول، دار الحرية، بغداد 1985، ص21.
- 9- مصطفى سويف: مرجع سابق، ص 48.
- 10- التقرير العالمي عن المخدرات لعام 2012، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، نيويورك: الأمم المتحدة، (2014)، ص03.
- 11- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، نيويورك: الأمم المتحدة، 1998، ص3.
- 12- المرجع نفسه، ص3.
- 13- إبراهيم يسري دعبس: الإدمان بين التجريم والمرض، دراسة في أنثروبولوجية الجريمة، الملتقى المصري للإبداع والتنمية، ط2، الإسكندرية، 1998، ص 203.
- 14- المرجع نفسه، ص 204.
- 15- عبد الحكيم العفيفي: الإدمان، الزهراء للإعلام العربي، 1986، ص127.

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

- 16- المرجع نفسه ، ص128.
- 17- عبد الحكيم العفيفي: مرجع سابق، ص 141.
- 18- المرجع نفسه، ص 138.
- 19- محي الدين حسين: في سيكولوجية الاتجاهات وتعاطي المخدرات المبادئ العامة والإجراءات الحاكمة لتغيير الاتجاهات، المجلة الاجتماعية القومية، عدد2، 1991م ، ص124.
- 20- عبد الحكيم العفيفي: مرجع سابق، ص 110.
- 21- محمد الظريف سعد: برنامج مقترح لتدعيم دور المؤسسات الشبابية في الوقاية من الإدمان "دراسة ميدانية مطبقة بدولة قطر". المؤتمر العلمي التاسع لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان 13-15 مارس، 1996م، ص: 110.
- 22- إبراهيم مذكور: معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1975، ص121.
- 23- إبراهيم الميمان: المخدرات الصورة والإيضاح، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بالملكة العربية السعودية، الرياض، 1990، ص17-15.
- 24- محمد سمير حسانين: التربية والمجتمع دور التربية إزاء مشكلات الأسرة والتلوث والإدمان والإرهاب، مطبعة الأشول، طنطا، 1995، ص72.
- 25- أحمد أمين الحادقة: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 1991، ص48.
- 26- عبد الفتاح إبراهيم جابر: المخدرات، مجلة آفاق أمنية، العدد 51، يوليو 1997، ص34.
- 27- عبد الحكيم العفيفي: مرجع سابق، ص 106.
- 28- إبراهيم يسري دعبس: مرجع سابق، ص 223.
- 29- القرآن الكريم، سورة البقرة، الآية 159.
- 30- القرآن الكريم، سورة النحل، الآية 67.
- 31- القرآن الكريم، سورة البقرة، الآية 219.
- 32- القرآن الكريم، سورة المائدة، الآية 91.

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

- 33- القرآن الكريم، سورة الأعراف، الآية 157.
- 34- أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري البانسيوري: صحيح مسلم، دار الكتب العلمية، بيروت، 2003، ص 798.
- 35- فتحي حسين دردار: الإدمان- المخدرات- الخمر- التدخين، مكتبة بغدادية، الجزائر، 1999، ص 89-90.
- 36- يوسف القرضاوي: الحلال والحرام في الإسلام، مكتبة وهبة، ط1، القاهرة، 1977، ص 58.
- 37- محمد لطفي الصباغ: الشريعة الإسلامية ودورها في تعميق الوعي بمخاطر التدخين والمخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد 10، العدد 20، 1995، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، ص 96.
- 38- المرجع نفسه، ص 108.
- 39- محمد رفعت: إدمان المخدرات أضرارها وعلاجها، دار المعرفة للطباعة والنشر، ط1، بيروت، 1986، ص 34.
- 40- العايش نواصر: استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، مطابع قرني عمار، الجزائر، دت، ص 22-29.
- 41- قانون الصحة وحمايتها وترقيتها رقم 05/85 المؤرخ في 16/02/1985، الجريدة الرسمية، عدد 8 بتاريخ 17/02/1985.
- 42- العايش نواصر: مرجع سابق، ص 30-32.
- 43- قانون الصحة وحمايتها وترقيتها: مرجع سابق.
- 44- المرجع نفسه.

قائمة المراجع:

- 1- القرآن الكريم.
- 2- البريثن، عبد العزيز: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، ط1، الرياض 2002.
- 3- الصباغ، محمد لطفي: الشريعة الإسلامية ودورها في تعميق الوعي بمخاطر التدخين والمخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد 10، العدد 20، 1995، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض.
- 4- العايش، نواصر: استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، مطابع قرني عمار الجزائر، (دت).
- 5- العفيفي، عبد الحكيم: الإدمان، الزهراء للإعلام العربي، 1986.

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

- 6- الميمان، إبراهيم: المخدرات الصورة والإيضاح، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بالملكة العربية السعودية، الرياض، 1990.
- 7- الحادقة، أحمد أمين: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 1991.
- 8- القرضاوي، يوسف: الحلال والحرام في الإسلام، مكتبة وهبة، ط1، القاهرة، 1977.
- 9- جابر، عبد الفتاح إبراهيم: المخدرات، مجلة آفاق أمنية، العدد 51، يوليو 1997.
- 10- دردار، فتحي حسين: الإدمان- المخدرات- الحمر- التدخين، مكتبة بغدادي، الجزائر، 1999.
- 11- دعبس، إبراهيم يسري: الإدمان بين التجريم والمرض دراسة في أنثروبولوجية الجريمة، الملتقى المصري للإبداع والتنمية، ط2، الإسكندرية، 1998.
- 12- حسانين، محمد سمير: التربية والمجتمع دور التربية إزاء مشكلات الأسرة والتلوث والإدمان والإرهاب، مطبعة الأشول، طنطا، 1995.
- 13- حسين، محي الدين: في سيكولوجية الاتجاهات وتعاطي المخدرات المبادئ العامة والإجراءات الحاكمة لتغيير الاتجاهات، المجلة الاجتماعية القومية، عدد2، 1991.
- 14- كمر، صالح الشيخ: الإدمان على الكحول، دار الحرية، بغداد، 1985.
- 15- مذكور، إبراهيم: معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1975.
- 16- مسلم، أي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري البيانسوري: صحيح مسلم، دار الكتب العلمية، بيروت، 2003.
- 17- سويف، مصطفى: المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1996.
- 18- عرموش، هاني: المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس، ط1، بيروت، 1993.
- 19- سعد، محمد الظريف: برنامج مقترح لتدعيم دور المؤسسات الشبابية في الوقاية من الإدمان "دراسة ميدانية مطبقة بدولة قطر"، المؤتمر العلمي التاسع لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان 13-15 مارس، 1996.
- 20- رفعت، محمد: إدمان المخدرات أضرارها وعلاجها، دار المعرفة للطباعة والنشر، ط1، بيروت، 1986.

ظاهرة الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري وعواملها -

21- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، دراسة وبائية شاملة لتفشي ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر مسح وطني شامل، رفقت المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية (CENEAP) سبتمبر 2010.

22- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية، 2010.

23- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، نيويورك: الأمم المتحدة، 1998.

24- قانون الصحة وحمايتها وترقيتها رقم 05/85 المؤرخ في 16/02/1985، الجريدة الرسمية، عدد 8 بتاريخ 17/02/1985.