

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية



مركز
الدراسات
والبحوث

الشباب والإنترنت والمخدرات

أ.د. ذياب موسى البداينة

الرياض

١٤٣٣هـ - ٢٠١٢م

٥٢٦

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية - مركز الدراسات والبحوث - الشباب والإنترنت والمخدرات - أ.د. ذياب موسى البداينة - ١٤٣٣هـ - ٢٠١٢م

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University For Security Sciences



الشباب والإنترنت والمخدرات

أ.د. ذياب موسى البداينة

الرياض

الطبعة الأولى

١٤٣٢هـ - ٢٠١١م

٢٠١٢)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية - الرياض - (ح)

المملكة العربية السعودية. ص. ب. ٦٨٣٠ الرياض : ١١٤٥٢
هاتف ٢٤٦٣٤٤٤ (٩٦٦-١.) فاكس ٢٤٦٤٧١٣ (٩٦٦-١.)

البريد الإلكتروني : Src@nauss.edu.sa

Copyright© (2012) Naif Arab University

for Security Sciences (NAUSS)

ISBN 6- 72 - 8006- 603- 978

P.O.Box: 6830 Riyadh 11452 Tel. (+1 966) 2463444 KSA

Fax (966 + 1) 2464713 E-mail Src@nauss.edu.sa

١٤٣٣هـ) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية (ح)

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

البداينة، ذياب موسى

الشباب والإنترنت والمخدرات / ذياب موسى البداينة، الرياض ١٤٣٣هـ

١٤٤ ص، ١٧ × ٢٤ سم

ردمك: ٦-٧٢-٨٠٠٦-٦٠٣-٩٧٨

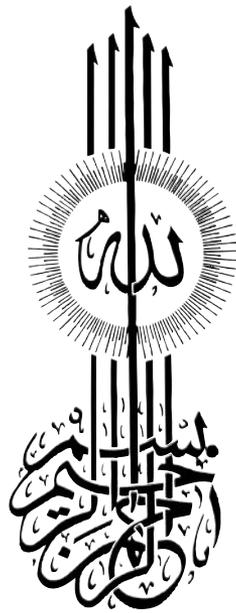
١- ادمان المخدرات ٢- الإنترنت ٣- الشباب أ- العنوان

١٤٣٣/١٠٢٥٣

ديوي ٢٩٣، ٣٦٢

رقم الايداع: ١٤٣٣/١٠٢٥٣

ردمك: ٦-٧٢-٨٠٠٦-٦٠٣-٩٧٨



حقوق الطبع محفوظة لـ
جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

كافة الأفكار الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي
صاحبها، ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر الجامعة

المحتويات

المقدمة	٣
الفصل الأول: الشباب	٧
١ . ١ الشباب والمخدرات	١٢
١ . ٢ تفسير تعاطي المخدرات	١٤
١ . ٣ أسباب تعاطي المخدرات عند الشباب	٢٤
الفصل الثاني: الإنترنت والشباب والمخدرات	٢٩
١ . ٢ طبيعة الإنترنت	٣١
٢ . ٢ خفض الطلب على المخدرات على الإنترنت	٤١
٢ . ٣ زيادة الطلب على المخدرات على الإنترنت	٤٣
٢ . ٤ إنتاج المخدرات على الإنترنت	٤٦
٢ . ٥ الوقاية من استخدام المخدرات على الإنترنت	٤٨
٢ . ٦ الاستخدام الأمثل للإنترنت في مجال المخدرات	٥٣
الفصل الثالث: السياق الاجتماعي للمخدرات	٦٧
١ . ٣ المخدرات كمشكلة اجتماعية	٧٢
٢ . ٣ المفاهيم	٧٣
٣ . ٣ المخدرات والجريمة	٨٥

٨٦	٣ . ٤ المخدرات والعنف الأسري
٨٧	٣ . ٥ المخدرات والصحة العقلية
٨٨	٣ . ٦ استعمالات العقاقير
٨٩	٣ . ٧ استعمالات المخدرات
٩٠	٣ . ٨ تصنيف المخدرات
٩٤	٣ . ٩ آثار المخدرات
٩٦	٣ . ١٠ طرق تناول المخدرات
٩٨	٣ . ١١ الآثار السلبية للمخدرات
٩٩	الفصل الرابع: الوقاية والعلاج
١٠١	٤ . ١ الوقاية
١٢٣	٤ . ٢ العلاج
١٣٢	المصادر والمراجع

المقدمة

يتناول هذا الكتاب موضوع الشباب والإنترنت والمخدرات، وتكمن أهمية هذا الموضوع في خطورة الإنترنت والمخدرات على الشباب، وفي أهمية الشباب في حياة المجتمع. إذ إن مشكلة تعاطي المخدرات والتعود عليها من أخطر المشكلات الاجتماعية ذات النتائج السلبية على مستوى الفرد وعلى مستوى المجتمع، ولا سيما ما يترتب عليها من أضرار نفسية واجتماعية واقتصادية وصحية. فهي تشكل سلوكاً منحرفاً جرمياً وتمثل خسارة فردية ووطنية، وتؤدي إلى تفسخ اجتماعي ناتج عن ضعف القيم والأعراف الاجتماعية لدى المتعاطي، وتؤدي للبطالة. فلم تعد الحرب على المخدرات مثار اهتمام دولة بعينها، بل أصبحت حرباً كونية تسعى جميع المجتمعات إلى الاشتراك فيها، بشتى الطرق والوسائل، لا بل تعدها بعض الدول تهديداً لأمنها القومي، فمن يدخل المخدرات داخل حدودها، كمن يدخل الجيوش فهي أشد فتكاً وأشد دماراً - خاصة في الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والإنسانية - مما تخلفه المعارك العسكرية.

يتناول هذا الكتاب موضوع المخدرات، تعريفها وأنواعها وآثارها الاجتماعية والنفسية، غير أن هناك تركيزاً واضحاً على برامج الوقاية والعلاج. فقد أضحت المخدرات مشكلة اجتماعية عالمية (هاريموس، ١٩٩٠، ص ٥٣)، فلم يعد أي مجتمع محمياً منها، فهناك نحو ٥٠ مليون مدمن في العالم، وهناك حروب على المخدرات داخل المجتمعات وخارجها (طالب، ١٩٩٤ ص ١٧٦). ولم تسلم منها المجتمعات الثرية ولا المجتمعات الفقيرة. وقد تحول الوطن العربي عامة من مصدر إلى مستورد للمخدرات، ومن أنواع محددة من المخدرات إلى أنواع كثيرة، بعضها صعب المنال وبعضها

الأخر سهل الوصول إلى متناول يد الطفل. والهدف الأساس هنا هو هدف تثقيفي ووقائي، ولو أجبنا على السؤال الذي قد يخطر على بال القارئ وهو لماذا ندرس الشباب والإنترنت والمخدرات؟ نجد أن هناك عدداً من الأسباب لدراسة هذا الموضوع في المجتمع الأردني:

السبب الأول: يكمن في إيذاء المخدرات لقطاع كبير ومهم من السكان، ألا وهو قطاع الشباب، وإحداث مآسٍ اجتماعية اقتصادية في مجتمع فتي يشكل عنصر الشباب فيه ممن هم في عمر ١٥-٢٥ سنة ما نسبته (٨, ٢٣).

السبب الثاني: هو أن مشكلة المخدرات لا تنتهي بسن الأنظمة والتشريعات الصارمة ضد المتعاملين والمتعاطين لها، أو بالحملات الوقائية والتثقيفية أو بإنشاء البرامج العلاجية حيث لا يوجد سبب واحد ولا علاج واحد للمخدرات. ان إحدى مشاكل التعامل مع المخدرات هي إهمال العوامل النفسية والاجتماعية الدافعة للتعاطي، والعوامل المحيطة التي يتم فيها تعاطي المخدرات والتركيز على تقنيات أساليب تقليدية قائمة على إزالة السمية من بدن المتعاطي، بواسطة السحب التدريجي والتغطية بأدوية نفسية تساعد في حماية المتعاطي من آثار الانسحاب المفاجئ للمخدر (مراد، ٩٩١).

السبب الثالث: هو، أنه لا توجد خصائص شخصية معينة لمدمنين قبل الإدمان، فجميع أنماط الشخصيات قد تتعاطي المخدرات تحت ظروف مختلفة.

السبب الرابع: أهمية عنصر الشباب في المجتمع، وخطورة انغماسه في تعاطي المخدرات. فمرحلة الشباب كما هو معلوم مرحلة عدم استقرار نفسي واجتماعي، ينزع فيها الفرد إلى حب الاستكشاف والتجريب وإلى

التأثر بالآخرين وحب تقليدهم، وتكثر في هذه المرحلة الأزمات النفسية والاجتماعية التي قد يعجز الفرد عن تخطيها، واللجوء إلى المخدرات حلاً لهذه الأزمات ومحاولة الهروب منها.

السبب الخامس: انتشار الإنترنت وانتشار استخدامها بين شرائح كثيرة في المجتمع، وامتلاك الإنترنت لخصائص جاذبة للشباب ما يجعلها أداة مزدوجة الاستعمال (الوقاية ونشر سلوك التعاطي).

لقد شملت الطبعة الراهنة معلومات تتعلق باستخدامات الإنترنت الايجابية والسلبية في مجال تعاطي المخدرات. كما تم تقديم تصور لتطبيق الأنموذج العام في الوقاية علة مجال الوقاية من المخدرات.

في الختام الشكر للمجلس الأعلى للشباب لتبنيه الطبعة الأولى من هذا الكتاب وللزميل الدكتور محمود السرحان على دعمه ومتابعته لهذه السلسلة المهمة، والشكر للسيدة شذا المحيسن التي قامت بطباعة الكتاب. والشكر موصول لوزارة الثقافة وللمعالي الدكتور عادل الطويسي وزير الثقافة لاهتمامه بهذا الموضوع المهم ودعمه لنشره.

الفصل الأول

الشباب

١ . الشباب

بدأ الاهتمام العربي بمشكلة المخدرات بشكل رسمي حين أنشأت الجامعة العربية بعد ١٩٦٠ المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي ضد الجريمة ، ويتبع لها المكتب العربي لشؤون المخدرات الذي أنشئ عام ١٩٥٠ لمكافحة تهريب المخدرات، ثم اتبع بالمنظمة العربية للدفاع الاجتماعي ضد الجريمة، والمكتب العربي لمكافحة الجريمة (الحادقة، ١٩٩١). أما الاهتمام العالمي بمشكلة المخدرات بشكل رسمي فقد بدأ حين أبرمت (١٥) دولة بروتوكولاً (اتفاقية شنغهاي) عام ١٩٠٩، ثم الاتفاقية الوحيدة للمخدرات عام ١٩٦٠، وهي أهم اتفاقية حيث تم تصنيف المخدرات وتوحيد الاتفاقيات السابقة، كما أبرم بين ١٩٢١-١٩٧٢ عشر اتفاقيات، بدأت باتفاقية الأفيون عام ١٩٢١، وفي تعديل عام ١٩٧٢ تم إضافة بندينص على وجوب اعتبار جرائم المخدرات من تلك الجرائم التي يتم تسليم المجرمين فيها، سواء في الحاضر أو في المستقبل (هاريموس، ١٩٩٠، ص ٥٣). واتفاقية المؤثرات العقلية ١٩٧١، واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية عام (١٩٨٨) وفي الولايات المتحدة، جاء قانون هاريسون الذي حرم استعمال الكوكائين والأفيون ومشتقاته إلا بموجب رخصة طبية، وشهدت نهاية الثمانينيات وبداية التسعينيات حرباً على المخدرات، ففي ١٩٨٧ عقد المؤتمر العالمي الأول لمكافحة المخدرات في النمسا، برعاية الأمم المتحدة وبمشاركة ١٩٣ دولة، وتقرر فيه عقد اتفاقية لمكافحة المخدرات في العالم، وفي عام ١٩٩٠ عقد اجتماع قرطاجنة - كولومبيا الذي نادى بمكافحة زراعة النباتات التي يستخرج منها المخدرات، ومحاربة مهربي المخدرات وتجارتها ومرورها في كل مكان، ووضع برنامج لمكافحة الإدمان ومعالجة المدمنين .

موجز تاريخي لتطور المخدرات

تعد المخدرات من أقدم العقاقير التي عرفها الإنسان، ومنها نبات الخشخاش (الأفيون) والقنب (الحشيش)، والذي استخدم من قبل الأشوريين قبل ٤٠٠٠ سنة قبل الميلاد، والفرس وسكان آسيا للحصول على الانشراح (الكيف)، (منصور، ١٩٨٦، ص ٣٢). وأول ذكر للحشيش في كتاب ألفه إمبراطور الصين شنج نانج عام ٢٧٣٧ ق.م وذكره الطبيب الصيني (هوانو وسما مايو) ووصفه ابن البيطار بأنه يسبب التخدير، وشن ابن تيمية حملة ضد تعاطيه وعده نجساً في حكم الخمر (عرموش، ١٩٩٣ ص ٩٣)، وورق الكوكا ومختلف المشروبات المخمرة والتي ربما تكون أقدم عقار عرفه الإنسان وما زال يستعمله إلى الآن، حيث استعمل خمر العسل منذ ٨٠٠٠ ق.م، وذكرت قوانين تنظيم التجارة بالخمور واستعمالها في شريعة حمورابي في الحضارة البابلية عام ١٧٧٠ ق.م. ولقد تنوع استخدام المخدرات كدواء مسكن للألم، وفي الطقوس الدينية والأغراض العسكرية. وعرف العرف المنبهات (القهوة) قبل ٩٠٠ عام، وعرفت أمريكا اللاتينية المهلوسات منذ ٣٥٠٠ ق.م، وعرف الهنود القنب قبل ٣٠٠٠ عام (منصور، ١٩٨٦)، فمنذ ٢٧٠٠ قبل الميلاد كان القنب الهندي معروفاً لدى إمبراطور الصين (شن ننج)، وكان يوصف لعلاج النقرس والإمساك والذهول (الحادقة، ١٩٩١) وقد أطلق الأفيون على لوحة سامرية تعود لـ ٤٠٠٠ ق.م، ووصف بنبات السعادة، كما استعمله قدماء المصريين كدواء لعلاج الأطفال كثيري البكاء، ولقد زين الإغريق اله النوم عندهم (هينوس) بشار الخشخاش، وكذلك فعل الرومان (سوهوس) (عرموش، ١٩٩٣، ص ٤٤)، ويذكر المؤرخ المقريزي أن الأمير سودون الشيخوني (الماليك) حرم

الحشيش الذي كان منتشرًا بمصر وسوريا، فلجأ إلى عقوبة خلع الضرس لكل من يتعاطى الحشيش (الميمان، ١٩٩٠، ص ١٥-١٧) كما تم اكتشاف الكحول وشربه منذ العصر الحجري (Ray. 1983.1.48) وهناك عشرات النباتات والفطريات التي تحتوي على كيميائيات ذات خصائص كثيرة للعقل قد تم تدخينها أو مضغها أو بلعها أو شمها (Frustr. 1976) (موثق في Goode. 1984.p3). أما الامفيتامينات والمنومات والمنشطات فقد تم اكتشافها في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، حيث صنع أول عقار منشط في ألمانيا عام ١٨٨٧ (عرموش، ١٩٩٣، ص ٢٣٥).

والحديث الآن عن المخدرات الرقمية (Digital Drugs) وهي عبارة عن أمواج صوتية وتسمع بكلتا الأذنين (Binaural beat) وتؤدي إلى مفعول المخدرات من حيث الاسترخاء والشعور بالسعادة، وتغيير المزاج.... الخ. وتعمل هذه الأمواج الصوتية على تشويش أمواج الدماغ، وتتدخل في التأثير المؤقت على الدماغ، ما يجعل الشخص يعتقد انه تحت تأثير المخدرات، وليس لها جوانب سلبية، ولا تؤدي للإدمان.

الشباب

تعني كلمة الشباب في اللغة العربية «القوة والفتاء» وفي اللغة الانجليزية «Youth» أول الشيء أي الطازج، ومن الناحية العمرية فان مرحلة الشباب تتحدد غالباً في الأعمار (١٥-٢٤ سنة) ويقدم تقرير الأردن في التنمية البشرية لعام ٢٠٠٠ تحديداً عمرياً للشباب هو (١٥-٢٩) سنة. أما الاستراتيجية الوطنية للشباب فقد حددت الإطار العمري للشباب (١٢-٢٩) سنة من الذكور والإناث.

وتشكل فئة الشباب في الأردن (١٢-٢٩) سنة ما نسبته نحو (٤٠٪) من السكان وفق تقديرات دائرة الإحصاءات العامة لعام ٢٠٠٣، وهم هدف التنمية البشرية وأدواتها في الأردن. وقد كان موضوع الشباب من الموضوعات الرئيسية التي يتناولها دائماً جلالته الملك عبدالله الثاني بن الحسين في خطابه، ومنها ما ورد في خطاب التكليف السامي للحكومة ٢٠٠٣/٧/٢٠ حيث قال «إن الشباب هم عدتنا للمستقبل، ولذا فلا بد من إطلاق طاقاتهم وتوجيهها للخدمة الوطنية العامة، وتنظيمها في أطر جماعية تشمل جميع أرجاء الوطن».

١ . ١ الشباب والمخدرات

الشباب وفق التعريف العالمي والعربي، هم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٢٥ سنة، إذ أقرت الجامعة العربية هذا التعريف عام ١٩٦٩م (السرطان، ١٩٩٤، ص ١٧). ويعد قطاع الشباب من أكثر القطاعات المستهدفة من الاتجار بالمخدرات، وذلك لعدة أسباب منها:

١- الحجم الكبير نسبياً الذي يشكله هذا القطاع في المجتمع الأردني (نحو ٤٠٪) فهذا الحجم يشكل سوقاً للمخدرات يمكن الاعتماد عليه، وخاصة إذا ما علمنا درجة سهولة الوصول إليه، ووجود عوامل أخرى مسهلة في التعامل معه.

٢- تشكل مرحلة الشباب مرحلة عدم استقرار وأزمة، فمن بين الأسباب التي تجعل الأفراد وبخاصة الشباب يتعاطون المخدرات ضغوط الحياة وكثرة الأزمات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يتعرضون لها، وعدم وجود تدريب سابق للتعامل مع هذه

المشكلات، وسد القنوات التي تمكن الشباب من التعامل معها، ما يجعلهم يبحثون عن مصادر حلول، تتمثل في هروبهم من أزماتهم والاختباء وراء المتعة المؤقتة للمخدرات، وبالتالي يسهل اختراقها (كاره، ١٩٩٤).

٣- نزعة الشباب إلى البحث عن اللذة والمتعة وبخاصة في غياب التنشئة الاجتماعية والتربوية السليمة، ما قد يدفع الشباب إلى تجريب كل ما هو جديد بقصد فحص آثاره، ومن قبيل الظهور أمام الرفاق بمظهر التمييز.

٤- المعتقدات الخاطئة لدى الشباب، والتي تستثمر من قبل مروجي المخدرات. كثيراً ما تشيع أفكاراً ومعتقدات غير صحيحة من الناحيتين العلمية والموضوعية حول المخدرات بأنواعها المختلفة، والهدف من إشاعة مثل هذه المعتقدات جذب الشباب إليها بقصد تجريبها والاعتماد عليها. حيث تنشر عصابات المخدرات معلومات عن بعض المخدرات وارتباطها بإطالة اللذة الجنسية.

٥- الرغبة في التقليد والخروج عن الأهل والمجتمع. أحياناً يساء التعامل مع الشباب وينظر إليهم كأطفال والتحدث باسمهم واتخاذ القرارات نيابة عنهم، ويخلق مثل هذا السلوك من قبل الأهل المنافذ عند الشباب ما يجعلهم يخرجون عليها ويتعدون عن الأهل والالتفاف على رفاق السوء.

الاتجار بالمخدرات بسبب مصاعب الحياة وطلباً للكسب السريع والثراء الفاحش. يشكل الفقر وعدم تساوي الفرص والظلم الاجتماعي أهم العوامل التي تدفع الشباب إلى البحث عن طرائق غير مقبولة اجتماعياً (الاتجار بالمخدرات)، لتحقيق أهداف مقبولة اجتماعياً مثل الثراء.

١ . ٢ تفسير تعاطي المخدرات عند الشباب

تنوعت تفسيرات تعاطي المخدرات بتنوع العلوم التي درست هذه المشكلة، فنجد منها تفسيرات طبية وفسولوجية ونفسية واجتماعية وصيدلانية (دوائية أو كيميائية). كما نجد أن بعض التفسيرات قد ركزت على العقار نفسه، من حيث مكوناته والصفات الكيميائية لهذه المكونات وتأثيرها على الجهاز العصبي المركزي والحبل الشوكي، في حين ركزت تفسيرات أخرى على ردود فعل الجسم البيولوجية إزاء العقاقير والعقاقير المخدرة، كما ركزت تفسيرات أخرى على التأثير الذي تتركه المخدرات على العمليات النفسية للفرد والأسباب التي تجعل بعض الأفراد دون غيرهم يقبلون استعمالها دون غيرهم. حيث ربط بعض الدارسين (المدرسة الفرويدية) بين خبرات الطفولة المبكرة و بين السلوك الإنساني.

وتنظر التفسيرات الاجتماعية إلى تعاطي المخدرات على أنه سلوك منحرف. أما عن كيفية تعلم هذا السلوك فهناك عدد من التفسيرات لذلك، أولها: أن سلوك تعاطي المخدرات، سلوك متعلم، يتم تعلمه بالطريقة نفسها التي يتم فيها تعلم السلوكيات الأخرى (المقبولة اجتماعياً)، ومن خلال التفاعل مع الآخرين (الأصدقاء أو المتعاطين) وأن الدرجة التي تحدد تعاطي الفرد (انحرافه) عن أو امتثاله للأعراف الاجتماعية، تعتمد على مقدار تفاعله مع مجموعة الأفراد المتمثلين أو الأفراد المنحرفين (المتعاطين)، فإذا كانت محصلة التفاعل تميل لمصلحة المتمثلين للأعراف الاجتماعية فيتوقع امتثال الفرد والعكس صحيح. وهناك من يرى أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية الصعبة التي يمر بها المجتمع قد تدفع (وتضغط) على الفرد نحو تعاطي المخدرات (استعمالها أو الاتجار بها). ففي مثل هذه

الحالات تسد المنافذ الاجتماعية المقبولة في وجه الشباب لتحقيق أهدافهم المقبولة اجتماعياً، ما يدفعهم إلى اللجوء إلى أساليب الاتجار بالمخدرات للحصول على الثراء، وتعاطيها للهروب من الضغوط الحياتية. وقد تسوء الحالة الاجتماعية في المجتمع ليعود الفرد بموجها قادراً على تمييز الصحيح من الخطأ (فقدان المعايير الاجتماعية) وكتيجة لذلك لا يميز الفرد بين ما هو مقبول اجتماعياً وما هو غير مقبول. وهناك تفسيرات أخرى تركز على أهمية دور التنشئة الاجتماعية في تحصين الفرد ضد الانحراف، وتقوية الرابطة بين الفرد والمجتمع من خلال تقوية إيمانه بالقيم والمعتقدات الاجتماعية (البداينة والزغاليل، ١٩٩١)، (البداينة، ١٩٩٥)، (الوريكات، ١٩٩٤).

١ . ٢ . ١ الفرصة في سلوك تعاطي المخدرات

يرى دوركايم (Durkheim) أنه ومن خلال عملية التحول البنائي للمجتمع أن الأفراد يصبحون غير متأكدين من أن القوانين الأخلاقية التي تضبط سلوكهم. إن فقدان الرابطة بين الأخلاقيات هو المصدر الجذري للتفكك الاجتماعي (Social Disorder). إنه ومن خلال اللامعيارية فان ما هو موجود من قواعد سلوكية ومعايير غير قادرة على ضبط سلوك الأفراد ما يؤدي إلى السلوك المنحرف (Durkheim.1984).

أما ميرتون (Merton. 1968) فيرى أن الأنومي نتيجة للظلم. ويحدث التفكك الاجتماعي عندما يحمل المجتمع مثاليات عليا من القيم وحيث تحول البنى الاجتماعية دون تحقيق الأهداف الاجتماعية لبعض الفئات الاجتماعية، بالإضافة إلى وجود فرص غير متساوية للجميع وهذه الفجوة تؤدي إلى اللامعيارية (الظلم) بالإضافة إلى التمييز بين الفئات الاجتماعية. ويرى ميرتون أن الأنومي تحدث بسبب أن الأفراد على اختلاف مشاربهم يتكيفون

مع المثاليات الثقافية بناءً على الوسائل المتاحة، وعندما لا تتوافر الوسائل المشروعة لتحقيق الأهداف، قد يلجأ البعض إلى نمط تكيفي منحرف.

١ . ٢ . ٢ النظرية العامة في الجريمة^(١)

النظرية العامة في السلوك الطائش لجتفردسون وهيرشي (Gottfredson and Hirschi. 1990). وتؤكد هذه النظرية أن احتمالية انخراط الأفراد في فعل إجرامي تحدث بسبب وجود الفرصة مع توفر سمة شخصية أو سمات الضبط الذاتي المنخفض. وقد عرف كل من جوتفردسون وهيرشي السلوك الطائش بأنه: كل فعل يقوم على القوة والخداع لتحقيق الرغبات الذاتية. وبناء على هذا التعريف الذي يستدل على طبيعة السلوك الطائش من خصائص الأشخاص، فإن السلوك الطائش يعد مظهراً من مظاهر الضبط الذاتي المنخفض. إن توفر صفة الضبط الذاتي المنخفض مع وجود الفرصة لارتكاب السلوك الطائش يعدان عاملين مؤثرين في ارتكاب السلوك الطائش، فتأثير هذين العاملين يكون نتيجة لاتحادهما، والتفاعل بينهما هو المؤدي للسلوك الطائش. وقد حاول كل من جتفردسون وهيرشي عزو الاختلاف بين المجرمين وغيرهم إلى الاختلافات في مستوى ضبط الذات. إن نقص ضبط الذات قوة طبيعية تظهر في غياب الخطوات من أجل تطويره، أي أنه نتاج للتنشئة الاجتماعية الناقصة حيث يفشل الآباء في مراقبة سلوك الطفل ولا يلاحظون السلوك المنحرف عندما يحدث وإهمال معاقبة الطفل عندما يقترف سلوكاً منحرفاً وعندما يتكون الضبط الذاتي في المراحل الأولى عند الأفراد فإن الاختلافات في ضبط الذات تبقى ثابتة بشكل

(١) موافقة المؤلف. البدائية والرشيدي والمهيزع: فحص فرضية النظرية العامة للجريمة،

معقول من الوقت الذي تم تحديدها عبر أطوار الحياة غير متأثر بالمؤسسات الاجتماعية (Gottfredson and Hirschi, 1990).

تقوم النظرية العامة في السلوك الطائش على فرضية عامة مؤداها أن الفرد قد يتورط في السلوك الطائش إذا أتيحت له الفرصة لذلك، وذلك بسبب الضبط الذاتي المنخفض، وتعزو النظرية التباين بين الأفراد في ارتكاب السلوك الطائش محكوم، أما تحديد مستوى الضبط الذاتي فيرجع إلى عمليات التطبيع أثناء التنشئة الاجتماعية. وتبعاً لجتفردسون أن السلوك الطائش محكوم بعاملين: الرغبة في الحصول على المتعة وتجنب الألم (Gottfredson and Hirschi, 1990).

إن عامل المتعة يشكل جميع الخيارات الإنسانية، والسلوك الطائش لا يختلف عن أي خيارات سلوكية. فالناس يرتكبون الجرائم والأفعال المحرمة الأخرى لأن تقييمهم الذاتي للمنفعة التي يجنونها يفوق الثمن الذي يدفعونه. فالسلوك الطائش وببساطة فعل يعكس الميل الطبيعي للإنسان لاختيار المنفعة الشخصية وليس الألم، فالسلوك الطائش تعبير عن الاهتمام الشخصي. وصف كل من جتفردسون وهيرشي السلوك الطائش بقولهما « تتجه الأفعال الإجرامية لأن تكون قصيرة الأجل، وسريعة الإشباع، وسهلة، وممتعة، وأكدوا كذلك أن هناك أحداثاً كثيرة مساوية للجريمة من الناحية النظرية، أي السلوكيات المحظورة (الطائشة) وتشترك معها في نفس الخصائص. وبناء على رأي جتفردسون وهيرشي فإن الفعل الإجرامي لا يتطلب دافعية خاصة، فالسلوك الطائش ظهور للتبرير الإنساني المتأصل في النفس للبحث عن المتعة وتجنب الألم وحدوث السلوك الطائش، فإن الشروط الضرورية هي الفرصة الكافية، وتقييم ذاتي يصل إلى أن المنفعة التي سيحصل عليها

تفوق الثمن (الكلفة) الذي سيدفعه (تقدير العواقب). فالفرصة مرتبطة بليوننة وسهولة ارتكاب الأفعال الإجرامية، والمنفعة هي الإشباع الفوري والمتعة، والثمن (الكلفة) هو النتائج السلبية لهذه الأفعال، وتعتمد الحسابات على الإدراك والاهتمام بالنتائج بالنسبة للشخص وللآخرين، ويرتبط تقييم الثمن مباشرة مع الضمير ومستوى ضبط الذات. وفي شرح مفهوم ضبط الذات، يصف جتفردسون وهيرشي الشخص الذي يتسم بهذا النوع من الضبط المنخفض بأنه الشخص: «المتهور، وعديم الإحساس، والجسماني (لا يستعمل عقله)، والمجازف، وقصير النظر، ولا يستعمل الكلام» (Gottfredson and Hirschi. 1990).

إن التكاليف أو النتائج النسبية لهذه الأفعال أقل أهمية بالنسبة لهؤلاء الذين لم يطوروا قدرا كافيا من ضبط الذات، وكما ترى جتفردسون وهيرشي أن: «أبعاد ضبط الذات هي العوامل التي تؤثر في حساب نتائج الفعل الذي يقوم به الشخص. يفشل الشخص المتهور أو قصير النظر في أخذ النتائج السلبية أو المؤلمة لأفعاله بالحسبان، ولدى الشخص عديم الحساسية نتائج أقل كي يأخذها بالحسبان، حيث إنه كلما قل ذكاء الشخص تقل النتائج السلبية التي تؤخذ بالحسبان من قبله (لديه القليل مما يفقده) (Gottfredson and Hirschi. 1990). السلوك الأحمق (الطائش) Imprudent Behavior

يدعي كل من جتفريدسون وهيرشي أن السلوك الطائش ما هو إلا مظهر واحد لضبط الذات المنخفض، ويرى كل من جوتفريدسون وهيرشي: (١٩٩٠ ص ٩٠) أن الأشخاص الذين يتسمون بضعف ضبط الذات، بالإضافة إلى أنهم يرتكبون جرائم أكثر، فإنهم يميلون أيضاً إلى «التدخين، والشراب، واستعمال المخدرات، والمقامرة، وإلى أن يكون لهم أطفال خارج نطاق الزواج، كما ينشغلون في الجنس المحظور».

مفهوم ضبط الذات (The Concept of Self- Control)

توضح جتفردسون وهيرشي الاختلاف في النزعة على مفهوم ضبط الذات، ويعرفان ضبط الذات على أنه «اختلاف نزعة الإنسان لتجنب الأفعال الإجرامية مهما كانت الظروف التي يجد نفسه فيها» (١٩٩٠: ٨٧). الأفراد الذين لديهم ضبط ذات منخفض يتم وصفهم بأنهم «متهورون وغير حساسين وجسمانيون وليسوا عقلايين، ويجنون المغامرة، وقصيرو النظر ولا يلجأون إلى الكلام. وفي المقابل فذوو ضبط الذات المرتفع يميلون إلى تأجيل إشباع غرائزهم، ويأخذون في الاعتبار التكاليف على المدى البعيد، ويكونون مدركين وحذرين ويلجأون إلى الكلام، وحساسون بشأن اهتمامات الآخرين ومعاناتهم». (Gottfredson and Hirschi. 1990).

عناصر ضبط الذات Elements of Self - Control

يؤكد هيرشي وجتفردسون أن ضبط الذات المرتفع يقلل بشكل فعال من احتمال ارتكاب السلوك الطائش أو السلوك المحظور (الطائش)، ذلك أن من يمتلكونه سيكونون في الحقيقة أقل احتمالا في كل فترات الحياة أن ينغمسوا في السلوك الطائش والأفعال الحمقاء، ويؤكد جتفردسون وهيرشي على ستة عناصر أساسية لتلك السمة الشخصية التي تسمى عناصر ضبط الذات المنخفض، وهذه العناصر هي:

أولا: سمة التهور والاندفاع: تزود الأفعال الإجرامية والحمقاء إرضاء آتيا لل رغبات حيث سيستسلم ذوو ضبط الذات المنخفض لإغراء الإرضاء الآني، أما أصحاب ضبط الذات المرتفع فيكونون قادرين على إدراك العواقب، وأن الجرائم والسلوك الأحمق يقدم فوائد قليلة على المدى البعيد.

ثانياً: السهولة : تزود الأفعال الإجرامية والحمقاء إرضاء سهلاً وبسيطاً
لرغبات حيث يفضل ذوو ضبط الذات المنخفض الطرق المختصرة
ويتجنبون المهام المعقدة، إذ ينقصهم الكد والمثابرة، وهذا يؤكد أن
ضبط الذات المنخفض يحتوي على عنصر التفضيل للمهام البسيطة
(السهولة).

ثالثاً: ممارسة الأفعال الإجرامية والحمقاء تكون مخوفة بالمخاطر، أي أنهم
يستهدفون الخطر (المخاطرة).

رابعاً: الجسمانية، لا تتطلب الجرائم والسلوك الأحمق مهارة أو تخطيطاً،
فالأشخاص الأقل ذكاء أو معرفة يمكن أن يتورطوا في أنشطة إجرامية
بشكل سهل، حيث إن الأفراد الذين يمتلكون ضبط ذات مرتفعاً
يكونون حذرين ومدركين وفصحاء، وبالتالي من تقل سيطرتهم على
أنفسهم يكونون جسمانيين أكثر من كونهم عقلانيين (الجسمانية).

خامساً: التمحور حول الذات، يتسم ذوي ضبط الذات المنخفض بالانزواء
والأنانية وعدم الحس بالآلام الآخرين.

سادساً: المزاج لا يكون لدى ذوي ضبط الذات المنخفض سوى القدر
الأدنى من قوة الاحتمال للإحباط أو القدرة على الاستجابة الفكرية
للصراعات ويتعاملون معها من خلال القوة الجسدية وتمثل هذه
السمة في (المزاج) (Gottfredson and Hirschi. 1990).

فروض النظرية

تقترح النظرية أن التنشئة الاجتماعية الكاملة (Complete Socialization) ينتج عنها ضبط ذاتي مرتفع (يوجد علاقة إيجابية بين التنشئة

الأسرية وضبط الذات) ومن غير المحتمل أن يرتكب ذوو الضبط الذاتي المرتفع أفعالاً إجرامية خلال حياتهم، وأن التنشئة الناقصة (Incomplete Socialization) ينتج عنها ضبط ذاتي منخفض وبالتالي فإن ذوي الضبط الذاتي المنخفض يحتمل ميلهم إلى الأفعال الإجرامية، ويتفرع عن الفرضية الرئيسة للنظرية الفرضيات الفرعية التالية:

- ١ - توجد علاقة بين ضبط الذات والانحراف والسلوكيات المحظورة.
- ٢ - توجد علاقة بين التنشئة الأسرية وضبط الذات

١ . ٢ . ٣ نظرية الفرصة (Opportunity Theory)

تركز هذه النظرية على الفرصة السهلة أو المغرية. إن بعض السياقات تنتج عنها فرص كثيرة للانحراف. حيث لا يحدث الانحراف والمخالفات دون فرص مادية (وتخيلية) لحدوثها. إن الفرصة شرط أساس لحدوث المخالفة. حيث إن هناك أفراداً من أسر مفككة وفقيرة لم يرتكبوا جرائم والعكس هناك أفراد من أسر غنية قد أصبحوا مجرمين. إن الفرصة «سبب جذري» (Root Cause) لحدوث السلوك المخالف. فمثلاً المحلات التجارية السهلة التي تكثر فيها عمليات النشل تنتج جرائم أكثر من المحلات المحكمة والتي تصعب فيها عملية النشل والسرقة.

١ . ٢ . ٤ نظرية الإزاحة أو الإحلال

وتركز هذه النظرية على الحالة الموقفية لحدوث السلوك الطائش. تساعد هذه النظرية في فهم نظرية الفرصة، حيث تبحث هذه النظرية في السلوك الطائش المزاح، عندما يكون السلوك الطائش ممنوعاً، حيث تحدث الإزاحة

أو الاستبدال بأنواعه المختلفة. ويمكن تطبيق هذه النظرية في مجال خفض العرض وخفض الطلب على المخدرات:

- ١- الإحلال الجغرافي: نقل السلوك الطائش من مكان إلى آخر.
- ٢- الإحلال الزمني: تغيير وقت السلوك الطائش إلى وقت آخر.
- ٣- الإحلال الهديفي: تغيير الهدف إلى آخر.
- ٤- الإحلال التخطيطي (التكتيكي): تغيير خطة السلوك الطائش إلى خطة أخرى.
- ٥- الإحلال في نوع السلوك الطائش: تغيير نوع السلوك الطائش لآخر. وانطلاقاً من هذه المبادئ فإن التدرج في تقليل الفرص للسلوك الطائش من خلال ست عشرة نقطة كالتالي:

- ١- زيادة الجهد المبذول للسلوك الطائش من قبل الجاني:
 - أ- تصعيب الأهداف.
 - ب- التحكم بالأهداف.
 - ج- انحراف الجاني عن الهدف.
 - د- التحكم بتسهيلات السلوك الطائش مثل وضع الصور على البطاقات الائتمانية.
- ٢- زيادة مخاطر ارتكاب السلوك الطائش:
 - أ- الخروج والدخول تحت رقابة الشاشات، مثل الرقابة على الأمتعة.
 - ب- الرقابة الرسمية، مثل مراقبة السرعة ووجود رجال حراسة.
 - ج- المراقبة عن طريق العاملين، مثل العاملين في مواقف السيارات والباصات.

د- الرقابة الطبيعية، من خلال توظيف التصميم العمراني للدفاع، وكذلك إضاءة الشوارع.

٣- خفض الفائدة الناتجة عن السلوك الطائش.

أ- إزالة الأهداف.

ب- التعرف على المقتنيات من خلال العلامات الفارقة والمميزة لها.

ج- خفض إغراءات السلوك الطائش كسرعة ترميم الخراب العمدي المسهل لارتكاب السلوك الطائش.

د- إنكار منافع السلوك الطائش، مثل دمع الأمتعة للتعرف عليها، وتشفير الأجهزة.

٤- إزالة أسباب السلوك الطائش.

أ- وضع قائمة قوانين، كتسجيل الدخول للفنادق.

ب- إيقاظ الضمير والوجدان، مثل وضع الإرشادات المرورية على جوانب الطريق وعدادات السرعة في السيارة.

ج- التحكم بمحفزات السلوك الطائش، مثل قوانين منع تناول الكحول.

د- إزالة أسباب السلوك الطائش إذعان ومراقبة العوامل المساعدة في إحداث السلوك الطائش، مثل مراقبة دورات المياه العامة، ومراقبة التفحص السهل للمكتبات.

ومن هنا فإن تقليل فرص السلوك الطائش من خلال خفض أعداد

وجدية السلوك الطائش عن طريق:

- التعريف بالأهداف المحتملة لارتكاب السلوك الطائش.

- تفويت فرص حدوث السلوك الطائش المحتملة كضبط الشرطة للأحداث الفردية مثل (نشل الجيوب).
- منع السلوك الطائش من خلال تقليل مخاطره.
- الحد من الأذى الناتج عن السلوك الطائش كتعطيل البطاقات الائتمانية المسروقة.

١ . ٣ أسباب تعاطي المخدرات عند الشباب

لخص كل من (اندورويد) و (ونفردوسن) (Andrew Wed & Winifred Rosen) أسباب تعاطي الشباب بأحد عشر سبباً (موثقة في وريكات (١٩٩٤) وارشيد (١٩٩٠) عشرة أسباب، وعبد الحكيم (١٩٩٤) ستة أسباب يمكن استخلاص أهم هذه الأسباب فيما يلي:

- ١ - كشف الذات To explore self: وهنا قد يستخدم الشباب المخدرات لكشف قدراتهم العقلية، ولا سيما أن هناك أفكاراً شائعة في المجتمعات، عن تأثير القدرات العقلية باستعمال بعض المخدرات.
- ٢ - تغيير المزاج To alter mood: ان ما يتعرض له الشباب من ضغوط نفسيه واجتماعية واقتصادية تجعلهم أكثر عرضة للاكتئاب والقلق ، فقد يهرب الشباب من مواجهة هذه الضغوط بالالتجاء إلى المخدرات وخصوصا المنبهات والمسكنات.
- ٣ - لعلاج المرض To treat disease هناك بعض المخدرات التي استخدمت ومازالت تستخدم في المعالجة الطبية مثل المورفين ، فقد تستخدم المخدرات لعلاج الحالات النفسية كذلك.
- ٤ - لتعزيز وتقوية التفاعل الاجتماعي To promote and strengthem

social in teraction هنالك بعض العقاقير والمخدرات التي تشجع على تفاعل الفرد مع الآخرين مثل الكحول، فقد يلجا الشباب إليها لزيادة الجرأة في التفاعل مع الآخرين وخصوصا مع الجنس الآخر.

٥- لتعزيز الخبرة الحسية والسعادة To enhance sensory experience and pleasure: يسعى الشباب إلى الحصول على اللذة وتجنب الألم وخصوصا عندما تشيع أفكار اجتماعية حول بعض المخدرات مثل الماريجوانا مع الجنس، والكونياك مع السيجار.

٦- لإثارة الإبداع الفني والأداء To stimulate artistic creativity and performance: قد تستعمل المخدرات كمثيرات للأداء الفني خاصة عند أصحاب القدرات الفنية كالكتابة أو الرسم.

٧- لتحسين الأداء الجسدي To improve physical performance: قد يستخدم الشباب المخدرات من أجل الحصول على لياقة رياضية عالية وتحمل التعب والمشاق، أو قد تستعمل للمحافظة على بنية جسدية قوية (كمال الأجسام أو المصارعة).

٨- للعصيان To rebel: تعد المخدرات من المواد الممنوع تعاطيها في غالبية مجتمعات العالم، ولذلك قد يستخدمها الشباب كتعبير عن رفض النظام الاجتماعي السائد والخروج عليه، بالإضافة إلى ذلك، فإن الشباب قد يستخدمونها في حالة مرور المجتمع بحالة تفسخ اجتماعي، حيث تضعف المعايير الاجتماعية، أو تتصارع أو تكون غائبة عن المجتمع. وقد تستخدم المخدرات للكشف عن مشاعر مكبوتة أو متعارضة مع المجتمع.

٩- مجارة ضغط الرفاق To go along with peer pressure: تعد

الجماعة نقطة مرجعية مهمة في حياة الفرد، تتوزع السلطة فيها بين الأفراد فمن الأفراد من يحتل مركزاً قيادياً، ومنهم من يحتل موقعاً تابعاً.... الخ. وإذا ما انتشر تعاطي المخدرات بين الشباب في جماعة معينة فمن المرجح أن ينتشر تعاطيها بين بقية أفراد الجماعة بسبب الضغط الاجتماعي الذي يمارس من الجماعة على أفرادها.

١٠ - لتكوين الهوية To establish identity: قد يستخدم الشباب المخدرات، من اجل بيان أنهم مميزون عن الآخرين، وأن لهم هويتهم التي تختلف عن الآخرين.

١١ - تجنب ضغوط الحياة ومشكلاتها To avoid life problem: إن كثرة المشكلات وتفاقمها لدى الطبقات الفقيرة، يفسر انتشار تعاطي المخدرات بين هذه الطبقات (وريكات، ١٩٩٤، ص ٤-٥، الرشيد، ١٩٩٠، ص ٥٠-٥١).

الإنترنت والمخدرات والشباب

إن انتشار الإنترنت في العالم وزيادة حجم المستخدمين لها واستخدامها كآلة لنشر معلومات (Information dissemination) ووسيط فيه التفاعل بين الأفراد والحاسبات دون مانع (لاحدود) من الجغرافيا، قد سهل تواصل الأفراد ونقل المعلومات والتقنيات والجريمة والمخدرات عابرة للحدود الوطنية. ومع شيوع ما سمي البناء التحتي المعلوماتي الكوني الفائق للسرعة (Global Information Super highway Infrastructure).

وتعد الإنترنت والنمو فيها من أهم التطورات التقنية في العقدين الآخرين، حيث غيرت الإنترنت الطريقة التي نتواصل فيها، وتقرأ ونسافر ونتسوق.

اتصلت الأردن بالإنترنت في عام ١٩٩٦، يقدر مستخدمو الإنترنت في الأردن بأكثر من ٢٠ ألف شخص، وحتى عام ٢٠٠١ كانت كثافة الحاسبات في الأردن تصل إلى ٢٨, ٣ حاسب لكل مائة نسمة وهو ما يعني أن الأردن كانت تحتل المرتبة الخامسة بعد الإمارات والكويت والسعودية وعمان (عوض، ٢٠٠٣). وترتبط جميع الجامعات الأردنية وغالبية المدارس بالإنترنت.

الفصل الثاني

الإنترنت والشباب والمخدرات

٢ . الإنترنت والشباب والمخدرات

١ . ٢ طبيعة الإنترنت

تمتاز الإنترنت عن غيرها من وسائل الاتصال، بأنها (كمستودع للمعلومات) وهي (كناقل للمعلومات) يمكن توزيعها بشكل سريع سواء كان لمجتمع محدد من المعنيين أو في أي مجتمع واسع من الناس. ويتم تبادل المعلومات بشكل سريع، وسهل وغير مكلف، بالإضافة إلى أن مقدم المعلومات (قد يكون مروج المخدرات) ومتلقيها (العميل) يحميان خصوصيتهما. كما أن عالمية الإنترنت وانفتاحها وسهولة الوصول إليها قد شجع الكثيرين على استخدامها كوسيط (Medium) لتسهيل الاستخدام غير الشرعي للمخدرات. فقد زادت سرعة انتقال المعلومات والجرائم والثقافات بين الأمم. وتحولت السوق من محلية إلى دولية ليس في مجال السلع الشرعية والقانونية بل في سوق الجريمة والمخدرات كذلك. ففي عام ١٩٦٩، عام ولادة الإنترنت كانت مكونة شبكة من (٤) حاسبات موجودة في (٣) جامعات ومركز بحوث، وبعد (٣٠) سنة تطورت الإنترنت بشكل كبير وهناك أكثر من (٥٠٠) مليون مستخدم في العالم، ويمتاز عصر المعلومات بثلاث سمات رئيسية هي: (١) تغيرات كمية مقدار المعلومات المتدفقة ونوعيتها. (٢) إرسال المعلومات إلى العديد من الأطراف سواء كانوا بشراً أو آلات، و(٣) إنشاء الشبكات الذي يشمل جهد الإنسان والآلة (كوهين، ٢٠٠١).

إن هذه العوامل تشكل تهديداً للشباب على وجه الخصوص وللثقات المستهدفة من استخدام المخدرات عامة. ويمكن وصف تهديد الإنترنت

في مجال الطلب على المخدرات ومروجيها أو الأفراد الآخرين ذوي العلاقة والتي تشمل تسهيل عملية إنتاج المخدرات، أو استخدامها أو ترويجها أو بيعها دون وصفات رسمية. وتشمل معلومات تسهيل الإنتاج شرحاً وتفسيراً للمعدات أو المصادر اللازمة أو العمليات المستخدمة. أما المعلومات اللازمة لتسهيل عملية الاستخدام فتشمل شرح - لطبيعة وآثار وطرق الاستعمال للمخدرات. وأخيراً تشمل معلومات تسهيل المبيعات شرح - لكيفية الحصول عليه المخدر وأين يمكن أن يوجد أو الآليات التي تسمح بالحصول على من خلال الشبكة.

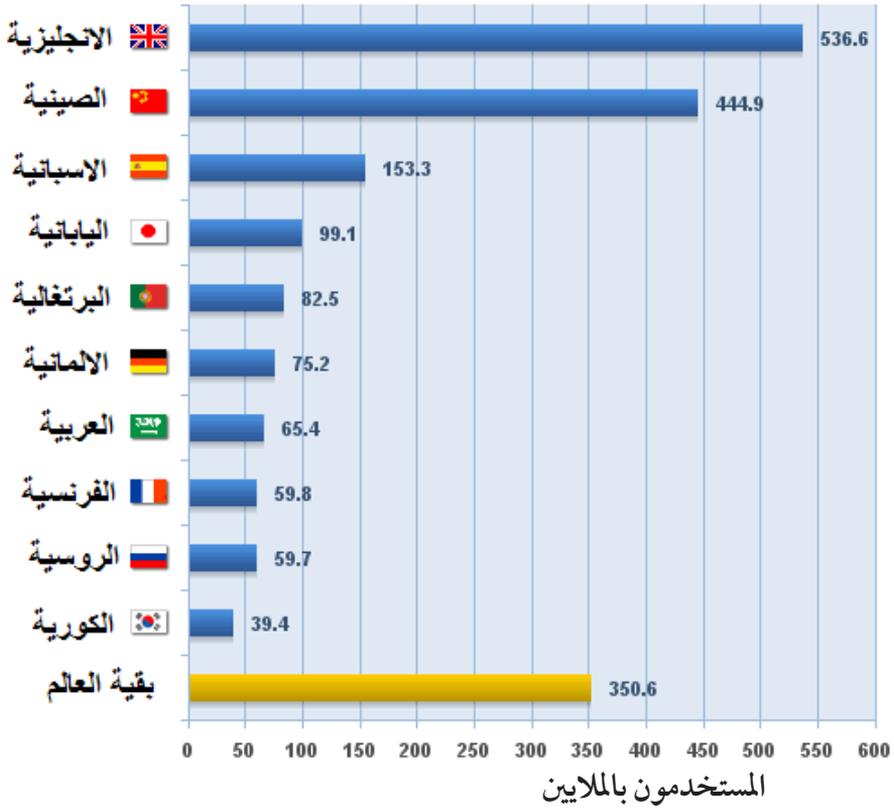
استخدام الإنترنت

يظهر الجدول رقم (١) استخدام الإنترنت عالمياً، حيث بلغ عدد مستخدمي الإنترنت (٨١٦, ٥١٤, ٩٦٦, ١)، منهم في الشرق الأوسط (٩٤٦, ٢٤٠, ٦٣) مستخدم يمثلون (٨, ٢٩٪) ممن يدخلون للإنترنت، وبنمو بلغ (٣, ٨٢٥, ١٪).

الجدول رقم (١) الاستخدام الدولي للإنترنت

الاستخدام الدولي للإنترنت						
مناطق العالم	السكان	مستخدمو الإنترنت	الدخول للإنترنت نسبة السكان	النمو	نسبة المستخدمين في الجدول	
	تقدير ٢٠٠٠	٢٠١١		٢٠١٠-٢٠٠٠		
أفريقيا	١,٠١٣,٧٧٩,٠٥٠	١١٠,٩٣١,٧٠٠	٪١٠,٩	٪٢,٣٥٧,٣	٪٥,٦	
آسيا	٣,٨٣٤,٧٩٢,٨٥٢	٨٢٥,٠٩٤,٣٩٦	٪٢١,٥	٪٦٢١,٨	٪٤٢,٠	
أوروبا	٨١٣,٣١٩,٥١١	٤٧٥,٠٦٩,٤٤٨	٪٥٨,٤	٪٣٥٢,٠	٪٢٤,٢	
الشرق الأوسط	٢١٢,٣٣٦,٩٢٤	٦٣,٢٤٠,٩٤٦	٪٢٩,٨	٪١,٨٢٥,٣	٪٣,٢	
أمريكا الشمالية	٣٤٤,١٢٤,٤٥٠	٢٦٦,٢٢٤,٥٠٠	٪٧٧,٤	٪١٤٦,٣	٪١٣,٥	
أمريكا اللاتينية	٥٩٢,٥٥٦,٩٧٢	٢٠٤,٦٨٩,٨٣٦	٪٣٤,٥	٪١,٠٣٢,٨	٪١٠,٤	
استراليا	٣٤,٧٠٠,٢٠١	٢١,٢٦٣,٩٩٠	٪٦١,٣	٪١٧٩,٠	٪١,١	
WORLD TOTAL	٦,٨٤٥,٦٠٩,٩٦٠	١,٩٦٦,٥١٤,٨١٦	٪٢٨,٧	٪٤٤٤,٨	٪١٠٠,٠	

NOTES: (1) Internet Usage and World Population Statistics are for June 30, 2010. (2) CLICK on each world region name for detailed regional usage information. (3) Demographic (Population) numbers are based on data from the US Census Bureau. (4) Internet usage information comes from data published by Nielsen Online, by the International Telecommunications Union, by GfK, local Regulators and other reliable sources. (5) For definitions, disclaimer, and navigation help, please refer to the Site Surfing Guide. (6) Information in this site may be cited, giving the due credit to www.internetworldstats.com. Copyright © 2000 - 2010. Miniwatts Marketing Group. All rights reserved worldwide.



Source: Internet World Stats - www.internetworldstats.com/stats7.htm
 Estimated Internet users are 1,966,514,816 on June 30, 2010
 Copyright © 2000 - 2010, Miniwatts Marketing Group

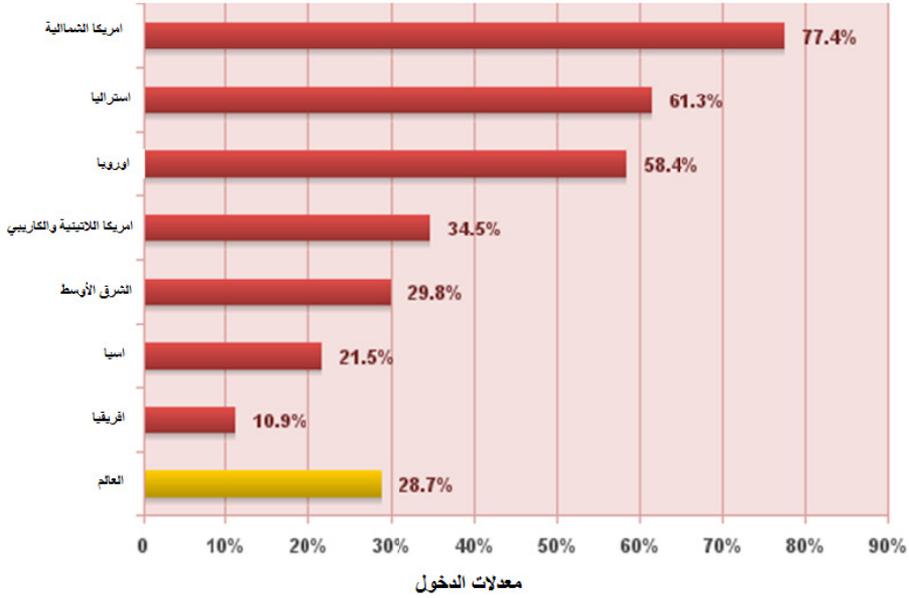
الشكل رقم (١) معدلات الدخول للإنترنت حسب المنطقة الجغرافية

أما حسب اللغة، فهناك (٤٠٠, ٣٦٥, ٦٥) مستخدم للإنترنت يتحدثون العربية ويمثلون (٣, ٣٪) من مستخدمي الإنترنت في العالم، وهناك (٨, ١٨٪) من أصل (٩٩١, ٠٠٢, ٣٤٧) ممن يتحدثون العربية في العالم يستخدمون الإنترنت وينمو بلغ (٢, ٥٠١, ٢٪) في الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٠).

الجدول رقم (٢) أكثر عشر لغات مستخدمة على الإنترنت

اللغة	مستخدمو الإنترنت حسب اللغة	الدخول للإنترنت حسب اللغة	النمو في الإنترنت ٢٠١٠-٢٠١١	نسبة مستخدمي الإنترنت إلى المجموع	سكان العالم في هذه اللغة تقديراً (٢٠١٠)
الانجليزية	٥٣٦,٥٦٤,٨٣٧	٪.٤٢,٥	٪.٢٨١,٢	٪.٢٧,٣	١,٢٧٧,٥٢٨,١٣٣
الصينية	٤٤٤,٩٤٨,٠١٣	٪.٣٢,٦	٪.١,٢٧٧,٤	٪.٢٢,٦	١,٣٦٥,٥٢٤,٩٨٢
الاسبانية	١٥٣,٣٠٩,٠٧٤	٪.٣٦,٥	٪.٧٤٣,٢	٪.٧,٨	٤٢٠,٤٦٩,٧٠٣
اليابانية	٩٩,١٤٣,٧٠٠	٪.٧٨,٢	٪.١١٠,٦	٪.٥,٠	١٢٦,٨٠٤,٤٣٣
البرتغالية	٨٢,٥٤٨,٢٠٠	٪.٣٣,٠	٪.٩٨٩,٦	٪.٤,٢	٢٥٠,٣٧٢,٩٢٥
الألمانية	٧٥,١٥٨,٥٨٤	٪.٧٨,٦	٪.١٧٣,١	٪.٣,٨	٩٥,٦٣٧,٠٤٩
العربية	٦٥,٣٦٥,٤٠٠	٪.١٨,٨	٪.٢,٥٠١,٢	٪.٣,٣	٣٤٧,٠٠٢,٩٩١
الفرنسية	٥٩,٧٧٩,٥٢٥	٪.١٧,٢	٪.٣٩٨,٢	٪.٣,٠	٣٤٧,٩٣٢,٣٠٥
الروسية	٥٩,٧٠٠,٠٠٠	٪.٤٢,٨	٪.١,٨٢٥,٨	٪.٣,٠	١٣٩,٣٩٠,٢٠٥
الكورية	٣٩,٤٤٠,٠٠٠	٪.٥٥,٢	٪.١٠٧,١	٪.٢,٠	٧١,٣٩٣,٣٤٣
أكثر عشر لغات	١,٦١٥,٩٥٧,٣٣٣	٪.٣٦,٤	٪.٤٢١,٢	٪.٨٢,٢	٤,٤٤٢,٠٥٦,٠٦٩
بقية لغات العالم	٣٥٠,٥٥٧,٤٨٣	٪.١٤,٦	٪.٥٨٨,٥	٪.١٧,٨	٢,٤٠٣,٥٥٣,٨٩١
الإجمالي	١,٩٦٦,٥١٤,٨١٦	٪.٢٨,٧	٪.٤٤٤,٨	٪.١٠٠,٠	٦,٨٤٥,٦٠٩,٩٦٠

(*) NOTES: (1) Top Ten Languages Internet Stats were updated for June 30 2010. (2) Internet Penetration is the ratio between the sum of Internet users speaking a language and the total population estimate that speaks specific language. (3) The most recent Internet usage information comes from data published by Nielsen Online. International Telecommunications Union. GfK. and other reliable sources. (4) World population information comes from the U.S. Census Bureau . (5) For definitions and navigation help in several languages. see the Site Surfing Guide. (6) Stats may be cited. stating the source and establishing an active link back to [Internet World Stats](#). Copyright © 2010. Miniwatts Marketing Group. All rights reserved worldwide.



Source: Internet World Stats - www.internetworldstats.com/stats.htm
 Penetration Rates are based on a world population of 6,845,609,960
 and 1,966,514,816 estimated Internet users on June 30, 2010.
 Copyright © 2010, Miniwatts Marketing Group

الشكل رقم (٢) رقم عدد المستخدمين بالملايين حسب اللغة

خصائص الإنترنت

هناك عدد من مميزات الإنترنت التي تمثل بيئة مناسبة في التدخلات للوقاية من سوء استخدام المخدرات، فحركة الناس والسلع والأفكار والتفاعلات على الشبكة والتي تمثل العالم الافتراضي لا تقل أهمية عن تفاعلاتهم ووجودهم في العالم المادي الواقعي. أما مميزات الإنترنت في هذا الصدد فهي:

سهولة الوصول والكلفة (Accessibility & Cost)

لم يعد الوصول للإنترنت بالأمر الصعب، فتوافر البث اللاسلكي للإنترنت في الشوارع والمطارات والمقاهي وأمكنة التسوق، مع تعدد الوسائط التي تمكن من الدخول للإنترنت مثل الكمبيوتر والجوال - جعل الوصول للإنترنت متاحاً ورخيص الثمن وفي أحيان كثيرة مجاناً. وتمكن هذه الميزة أفراد الأسرة من الاستفادة من برامج التوعية العامة في مجال المخدرات، وتوفر فرصاً للإرشاد الشخصي والأسري لمناهضة استخدام المخدرات بالإضافة إلى الوقاية الثانوية المتمركزة على الفرد، وإمكانية العلاج الافتراضي في الوقت المناسب والمكان الذي يراه العميل مناسباً

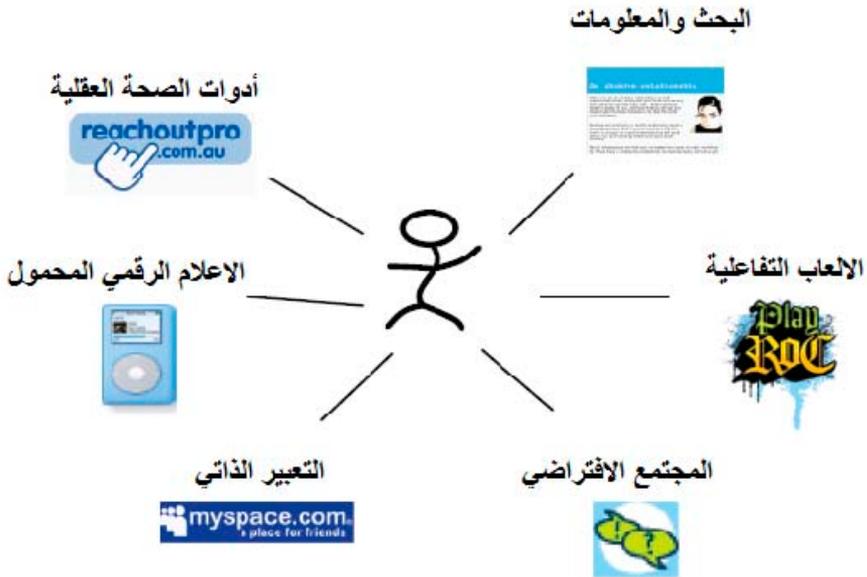
الغفلة وضعف الرقابة (Anonymity & Lack of Censorship)

إن خاصية الخفاء في الإنترنت ووجود عناوين متعددة من خلال خدمات (Internet Relay Chat)، تجعل هناك صعوبة في تتبعها، ما يحمي شخصية وخصوصية المحتاجين للعلاج والتدخلات المهنية في مجال سوء استخدام المخدرات. ولهذا الخاصية جوانب سلبية في أن البعض يستخدمها في الملاحقة والناشير الإلكترونية والبلطجة الإلكترونية، ورسائل الكراهية. كما أن الرقابة على الإنترنت صعبة بسبب أن الإنترنت عابرة للحدود الوطنية. كما أن توافر غفلة الرفاق في التفاعلات على الشبكة وإخفاء (IP) جعل تمكن الراغبين في الحصول على المساعدة، أو الدخول إلى مواقع الوقاية أو العيادات التخيلية أو استخدام برمجيات العلاج أمراً ممكناً.

السرعة والفورية (Speed & Immediacy)

توفر شبكة الإنترنت سرعة في التواصل بين الأفراد تعتمد على سرعة الشبكة وتوفر قنوات تواصل سريعة وفورية ومنوعة، منها الوسائط النصية والصوتية والصور والبث المباشر وغير المباشر. وهذا يمكن من التفاعلات بين العملاء والمعالجين، كما يمكن من الاستجابات الفورية والرد على استفسارات العملاء، وتقديم المشورة والرشاد للحالات الواقعة تحت الخطورة والفئات المحتاجة للمساعدة.

ومن المواقع على الشبكة موقع الوصول (Reach Out) وهو موقع يقدم الخدمات للشباب الذين يتعرضون لأزمات وفي الأيام الصعبة، ولقد دخل إلى الموقع منذ بنائه عام ١٩٩٨ نحو ٧ ملايين شاب. ويقوم الموقع على التصور أدناه.



Source: Nicholas. 2010. p. 88

السياق والوصول للمستهدفين (Scope & Audience Reach)

توفر الإنترنت سياقات مختلفة، جغرافياً واجتماعياً، كما أن الإنترنت توفر محتويات يمكن الوصول إليها في أي وقت. كما أن المواقع ينك الوصول إليها من مجموعات اجتماعية مختلفة خاصة مع توافر ميزات الترجمة الفورية للمواقع والمحتويات.

الاتصالات والتفاعلات (Communication & Interactivity)

ومن ميزات الإنترنت توفير ميزات الاتصالات والتفاعلية. كما توفر وسائل التفاعلات المباشر وغير المباشر، وكذلك توفر التواصل من خلال الايميل واللوحات النقاشية.

البيئة متعددة الوسائط (Multimedia Environment)

توفر الإنترنت وسائط متنوعة، بالصوت والصورة والفيديو، كما يمكن تحميل المواد ذات العلاقة بالمخدرات كبرمجيات، وكمواد توعية أو إرشادية يمكن أن يستخدمها العميل في الوقت الذي يناسبه.

المستهدفون (Audiences)

يمكن استهداف العديد من الفئات في مجال الوقاية من المخدرات، وبالتحديد ثلاث فئات رئيسة هي: الفرد، والأسرة، والمجتمع الكلي. حيث يمكن استهداف الأفراد سواء الواقعين تحت الخطورة أو المحتاجين للمساعدة. وتستهدف الأسرة وخاصة في مجال زيادة الوعي بمخاطر المخدرات والتحصين الأسري ضد المخدرات، والإرشاد الأسري، وتقديم

المساعدة للأسر خاصة التي فيها أفراد محتاجون للمساعدة. وأخيرا يمكن استهداف المجتمع الكلي، والمجتمع هنا هو المجتمع الافتراضي غير المحدد بمنطقة جغرافية معينة. كما يمكن استهداف الشباب على وجه الخصوص، خاصة وأنهم على دراية باستخدام الإنترنت. كما يحدد المحتوى نوعية المستهدفين.

خصائص الإنترنت الجاذبة للشباب

في الإنترنت خصائص جاذبة للشباب منها:

- المواقع (Web Sites). وهي جمع من المعلومات والرفاهية والتفاعلية على عنوان منفرد.
- محركات البحث (Search Engine). وهي قواعد معلومات تمكن من البحث عن معلومات معينة.
- غرف الدردشة (Chat Rooms). وهي مواقع متخصصة تمكن الشباب من محادثات مباشرة وهي مصنفة وفق الموضوع.
- الرسائل المباشرة (Instant Message). وهي برمجيات خاصة يستخدمها الشباب في الرسائل واستقبال الرسائل القصيرة مثل الماسنجر.
- لوحة الإعلانات (Bulletin Boards). وهي برمجيات تمكن الشباب من قراءة وتعليق الأسئلة والمعلومات حول موضوع ما.
- البريد الإلكتروني (E-Mail). وهو برمجيات تمكن الشباب من إرسال واستقبال الرسائل إلى عنوان إلكتروني محدد.
- المفكرة (Blogs). وهي مواقع متخصصة حيث يحتفظ الفرد بيوميته حول ما يلصق أو يشعر أو ما يعمل.

٢ . ٢ خفض الطلب على المخدرات (Drug Demand Reduction)

من أهم أنواع المخدرات الشائعة الاستعمال عبر الإنترنت (Marijuana). MDMA. GHB. LSD. Heroin. Cocaine)، هذا بالإضافة إلى الأندية المعروفة بأندية (Raves) وهي أندية خاصة بالرقص والسهر طول الليل وبموسيقى صاخبة وليزر وهي إما مواقع دائمة أو مؤقتة في ساحات مفتوحة خارج المدينة.

حدد إعلان الأمم المتحدة الخاص بمبادئ خفض الطلب على المخدرات بأنه «السياسات أو البرامج الهادفة إلى خفض طلب الزبائن من المخدرات والمؤثرات العقلية والمحددة في الاتفاقيات الدولية لضبط المخدرات» ولقد «حدد مكتب المخدرات والجريمة التابع للأمم المتحدة خفض الطلب بأنه» استراتيجيات خفض الطلب للأفراد الذين أقلعوا عن تعاطي المخدرات والاستمرار في تعاطيها والمحافظة على غياب المخدرات وتقديم المساعدة والعلاج لمشكلات الاعتمادية لدى المتعاطين. وتشجيع المتعاطين للمخدرات على الشفاء التام من خلال التأهيل وإعادة الدمج الاجتماعي». استراتيجيات خفض الطلب تستخدم موازية وتكميلاً لاستراتيجيات العرض الهادفة إلى خفض الإنتاج والتوزيع للمخدرات.

في الاجتماع (٦٢) المنعقد بتاريخ ١٦ / ٥ / ١٩٩٧ في فيينا. المجلس الدولي لضبط المخدرات ((International Control Board (INCB)) تم إنتاج عدد من الوثائق والتوصيات اللازمة التعامل معها في الجمعية العمومية والتي شملت وثيقة خفض الطلب على المخدرات (الوثيقة (INCB/DDR)). ولقد شملت هذه الوثيقة التوصيات التالية:

- إن خفض الطلب على المخدرات لا يقود إلى نجاح دون خفض التزويد (العرض) بالمخدرات غير الشرعية. فإذا كانت المخدرات متاحة، سهلة المنال ورخيصة الثمن، فإن مدمناً جديداً لا بد أن يمل محل مدمن أو متعاط قديم. كما أن حظر نوع معين من المخدرات لا يعني القضاء على كافة الأنواع، وإنما يعني أن المتعاطين سيتحولون إلى نوع آخر. ومن ثم فإنه بدون الجهود لخفض الطلب على المخدرات فإن الأفعال الهادفة إلى خفض عرض المخدرات ستؤدي إلى نجاح مؤقت.

- لا يمكن الفصل بين الطلب والعرض وخفض العرض على المستوى الوطني، أما على المستوى الدولي فإن معايير خفض الطلب على المخدرات متباينة بين الدول.

- على الحكومات أن تعطي خفض الطلب على المخدرات الأولوية الأولى لها في مجابهة المخدرات، وأن تتعاون في مجال تبادل المعلومات في نتائج برامجها الهادفة إلى خفض الطلب على المخدرات.

- يجب أن يكون تطوير برامج خفض الطلب والنشاطات المرافقة بناءً على الموقف الحقيقي لسوء استخدام المخدرات.

- دعوة الحكومات إلى استخدام وسائل الاتصال الحديثة وخاصة الإنترنت في نشر المعلومات المتعلقة بسوء استخدام المخدرات، وهي مدعومة للتعاون في مجال المعدات والبرمجيات اللازمة لإزالة المواقع غير القانونية المتعلقة بالمخدرات عن الإنترنت. (INCB. 1998)

٢ . ٣ زيادة الطلب على المخدرات على الإنترنت

المعلومات على الإنترنت (The Information Purveyors)

تتنوع مصادر المعلومات على الإنترنت، فمنها فردي أو جماعي أو من خلال الجناة المروجين. تشمل مصادر المعلومات على الشبكة المصادر التالية:

١- جناة المخدرات (Drug Offenders). وتستخدم هذه الفئة الإنترنت

لزيادة زبائنهم، من خلال إغواء فئات الشباب وغيرهم في الانغماس في تعاطي المخدرات. وقد تتصرف هذه الفئة بشكل فردي أو شكل جماعي، وقد لا يتوقف إغواء هذه الفئة على تعاطي المخدرات وإنما ارتكاب جرائم أخرى ذات صلة بتعاطي المخدرات مثل سرقة بطاقات الائتمان والاحتيال والجرائم المالية عامة.

٢- مروجي ثقافة المخدرات (Drug- Culture Advocates). وتهتم

هذه الفئة بشكل خاص بزيادة الضغط على صانعي القانون لتغيير القوانين الخاصة بالمخدرات أو تعديلها بما يسمح بإنتاج المخدرات وتهريبها أو الحصول عليها. وقد لا تكون هذه الفئة من الجناة المستخدمين للمخدرات أو ممن لا يغوون فئات أخرى في النشاط الجرمي الخاص بالمخدرات ولكنهم من يسحرون لاستخدام المخدرات (Glaorize) والسيطرة بسوء استخدام المخدرات.

٣- دعاة توسيع حريات التعبير (Freedom of Expression). وضع

معلومات على الإنترنت لتوسيع حدود حرية التعبير الذاتي وهذه المعلومات قد تدفع بعض الفئات وخاصة المراهقين لخرق القوانين

الحالية الخاصة باستخدام المخدرات ليصبحوا خطرين على أنفسهم أو غيرهم من خلال سوء استخدام المخدرات.

٤- دعاة التجديد. وهذه الفئة سواء كانت أفراداً أو جماعات تطالب بتعديل القوانين والبنى الاجتماعية والاقتصادية وتنشر المعلومات عن المخدرات على الإنترنت لدعم حالاتهم من خلال تكوين سلوكيات ثقافية مضادة. فقد يغرون فئات بعدم إطاعة القوانين الخاصة بالمخدرات أو إساءة استعمال المخدرات.

٥- المجموعات الأخرى الخارجة على القانون. وتستخدم هذه الفئات الإنترنت لتشجيع الصغار بارتكاب الجرائم التي لا علاقة لها بالمخدرات أو أن تجعلهم ضحايا جريمة، ومن الأمثلة على هذه الفئات الإباحية (NDIC 2001).

٦- المعلومات المتحركة. إن طبيعة الإنترنت تساعد في جعل مكان الخطورة والتهديد في المخدرات قضية معقدة. فالمعلومات المتوافرة على الإنترنت عن المخدرات قد تكون ساكنة ومنتشرة وفي لحظة أخرى متحركة وبسرعة مذهلة. إن هذا التدفق (Flux) للمعلومات جزء من طبيعة الإنترنت.

وحتى المعلومات كبيرة الحجم، فإنه يتم التعامل معها على الإنترنت على شكل حزم صغيرة (Packets) ما يجعل نقلها وإرسالها عملية سهلة وسريعة، وعادة ما يقوم الرواوتر (Router) بتوجيه هذه الحزم إلى أقصر مسافة ما بين مكانها والمكان الذي ترسل إليه (محطة الوصول). وعند مغادرة الحزمة من المعلومات موقعها تسبح في مسارات الإنترنت المتعددة والمتوافرة على هيكل الإنترنت (Backbone) قبل ان يتم تجمعها على الخادم المعني (Server)

ومنه إلى المستخدم النهائي (End User)، إن أي جهاز حاسب موصول على الإنترنت ومع توافر البرمجيات المناسبة يمكن به تحميل أو تنزيل أي معلومات من الإنترنت واستخدامها من قبل المستخدم. هناك ثلاثة مواقع مادية على الإنترنت مهمة يمكن أن تحدد موقع المعلومات عن المخدرات وهي:

١ - نقطة الإدخال (Insertion Point) حيث يقوم موجد الصفحة أو صانعها بوضع المعلومات عن المخدرات وتحميلها للشبكة (WWW) وهذه النقطة تعود إلى الجهاز الشخصي (الحاسب) وإلى صاحب صفحة الإنترنت.

٢ - نقطة إقامة الموقع أو الصفحة (Hosted) وهو عادة على الخادم الخاص بالشبكة الخاصة بالمستخدم (Isp) أو طرف ثالث كشركة تقدم خدمات المواقع المجانية.

٣ - نقطة المتلقي أو المستخدم النهائي (End User) وهو حاسب الشخص المستخدم للإنترنت.

إن تحديد الإدخال ونقطة التخزين عملية صعبة بسبب إمكانية إخفاء المواقع الجغرافية وعناوين الإنترنت على الشبكة، أما تحديد نقطة المستخدم فتتطلب جمع معلومات كثيرة ومعقدة خاصة إذا كان الموقع عاماً مثل مقاهي الإنترنت.

تحديد الأفراد والمجموعات على الإنترنت

إن مقدرة الجناة في تعاطي المخدرات أو ترويجها على الاختباء على الإنترنت والتهرب من أجهزة إنفاذ القانون تحدد جزئياً بمقدرتهم التقنية والتي تشمل قدرتهم على الاختباء والتخفي، ونقل المواقع. وإن الأفراد

الذين يلقي القبض عليهم هم الأفراد الأقل قدرة من الناحية التقنية، أو الذين ينغمسون في نشاطات تعامل مع المخدرات أقل أهمية.

يستخدم الجناة في جرائم المخدرات المعدات والتقنيات ذات التشفير والتقنية الأمنية التي تحمي التجارة الإلكترونية وذلك لإبقاء النشاطات المتعلقة بالمخدرات مخفية عن أعين المحققين. إن توافر البرمجيات والمعدات قد سمح للأفراد والجماعات بإعاقة محاولات أجهزة انفاذ القانون من الدخول إلى اتصالاتهم وخرقها، وهذه البرمجيات تشمل البريد المجهول (Anonymous E-Mail) وبرمجيات التشفير (Encryption) وتلفونات الإنترنت (Internet Telephony). إن غالبية مواقع المخدرات تطلب تنازلاً عن حق الزائر (Disclaimer) ما يحميهم من مطالبة الأجهزة الأمنية وفق اعتقادهم. وفي حالات أخرى يعمل مروجو المخدرات من خلال مواقع شخصية أو مواقع مسجلة في بلد آخر، أي أن الموقع ليس تحت سلطة البلد الآخر أو قوانينه. أما المواقع المسجلة تحت تسجيل المواقع فيمكن تحديدها، حيث تتطلب هذه العملية معلومات شخصية عن الفرد صاحب الموقع.

٢ . ٤ إنتاج المخدرات على الإنترنت

يوفر الوصول للإنترنت كميات كبيرة من المعلومات تتعلق بإنتاج المخدرات بما في ذلك من عمليات ووصفات ومكونات والمقادير وهذه المعلومات متوافرة لصغار السن والمراهقين والمتعاطين . وإن هذه المعلومات ليست بالضرورة أن تكون دقيقة وصحيحة فالمعلومات الخاطئة قد تقود إلى إصابات خطيرة أو أمراض وحتى أحياناً قد تؤدي للوفاة. كما أن أدوات الإنتاج متوافرة عبر الإنترنت والمواد الكيماوية اللازمة لإنتاج المادة المخدرة

متوافرة أيضا وحتى أن هذه المواد والمعدات رخيصة الثمن ويمكن وضعها في المطبخ أو غرفة النوم أو التسوية في المنازل.

استخدام المخدرات على الإنترنت

تحوي الإنترنت كميات هائلة من المعلومات تتعلق بآثار استخدام المخدرات واستخدامها المشترك وشح مصطلحاتها وطرائق استخدامها والتحذيرات. عن أي نوع مخدر يفكر فيه المتعاطي أو أي فرد على الإنترنت. هناك العديد من المواقع التي تشجع على خلق ثقافة استخدام المخدرات وإغواء الشباب بمثل هذا الاستخدام خاصة عند ربطها بموضوع الإثارة الجنسية.

بيع المخدرات على الإنترنت

تباع المخدرات سواء القانونية منها أو غير القانونية بشكل واسع على الإنترنت، وغالباً ما تتم الصفقات للمخدرات غير الشرعية عبر لوحات النقاش وغرف الدردشة بلغة مشفرة وترسل المخدرات إلى العنوان المعني. كما أنه يمكن تقديم المعلومات اللازمة لإنتاجها في المنزل (انظر جدول رقم ١).

الجدول رقم (١) نوعية المعلومات المتوافرة عن المخدرات على الإنترنت

المبيعات		الاستخدام	الإنتاج	
المبيعات المخفية	المبيعات الظاهرة	معلومات عامة معلومات عن الاستخدام ماهي؟ كيف تستخدمها؟	تعليمات كيف تصنعها؟	معلومات عن الحاجة المادية ماذا تحتاج؟
تحصل عليها في مكان آخر معلومات عن مكان التسليم وكيف تشتريها	أحصل عليها من: الإعلان التسويق التشجيع الإغواء البيع الإلكتروني الدفع	الوصف الآثار الجسدية والنفسية الصيدلة أفضل الطرق المخاطر الاختبارات المحاذير.	عمليات الإنتاج إدارة المخلفات خطوات الإنتاج التحذيرات	المادة الخام المعدات الموظفون الإنتاج التخزين الحفظ

٢ . ٥ الوقاية من استخدام المخدرات على الإنترنت

في تقرير عام (٢٠٠١) ل (INCB) فقد حذرت الدول بأن هناك خطراً حقيقياً ناجماً عن فوائد التقنية الجديدة قد تكون قد استغلت من قبل المجرمين في مجال المخدرات للزبائن، وقد مكنتهم من إخفاء المعلومات عن شحنات المخدرات من خلال التشفير عبر الإنترنت. ولقد حددت السلطات الإنجليزية أكثر من (١٠٠٠) موقع لبيع المخدرات بما في ذلك الماروانا والهيريون والكوكائين. تستخدم عصابات المخدرات أدوات تمكنهم من مراقبة من يراقبهم ومن يحقق معهم، ويعترضون الاتصالات ويتجسسون على الشرطة

وعلى المنظمات التي تحارب سوء استخدام المخدرات. (Capedevila, 202).
إن استخدام الإنترنت للوقاية من سوء الاستخدام يعود لعدة أسباب منها :
الإنترنت مكان جذاب لقطاعات مختلفة من الناس وخاصة الشباب،
وهي تفاعلية وممتعة وسهلة الاستخدام، وإن استخدام الإنترنت قد أصبح
سلوكاً اعتيادياً لكثير من الناس ، خاصة وأن الإنترنت قد تطورت مع
هذا الجيل من الناس ، وبالتالي فإن أفضل مكان للوقاية من سوء استخدام
المخدرات هو الإنترنت، خاصة مع إمكانية وصول الإنترنت إلى شرائح
كبيرة من الأفراد على المستويات المحلية والدولية . وهي أداة طبيعية لأنها
«تعمل أي شيء تريد عمله» وهي أداة تعليم مهمة .

هناك العديد من برامج الوقاية العاملة على الإنترنت في دول مثل بلجيكا
وكندا وفنلندا والنرويج. الخ. وهناك معلومات تدل المحققين على كيفية
بناء المواقع الخاصة بالوقاية من استخدام المخدرات مثل «مشروع مكتب
المخدرات والجريمة التابع للأمم المتحدة والمعروف باسم الشبكة الكونية
للشباب» (WWW.Prevent.net) ولقد أصبح استخدام الإنترنت في
الوقاية من المخدرات يعرف باسم اتجاه الإنترنت في الوقاية من المخدرات
ومن الميزات التي تجعل من الإنترنت مكاناً مناسباً للوقاية من قدرتها على
الخفاء الفوري للعميل وتسهل على المشاركين الاشتراك في برامج الوقاية
والحماية من استخدام المخدرات ما يسمى الخفاء الفوري (Instant
Anonymity) واستخدام الإنترنت يجعل المشارك في وضع تحكم واتصال
في تدخل ووقاية من قبل كتابة وإرسال الرسائل والاستفسار والتفاعل
الخ . إن إمكانية التدخل والتفاعل غير محددة بمكان ولا بزمان . كما أن
التواصل عملية مرنة حيث يمكن للمشاركين طرح أفكارهم وتساؤلاتهم

بحرية ، فلديهم المتسع من الوقت ليفكروا في استجاباتهم . كما يمكن الاستفادة من التعلم الإلكتروني خاصة مع إيصال الإنترنت للجامعات والمدارس والاستفادة من برامج الوقاية .

ويتطلب بناء أي موقع للوقاية من سوء استخدام المخدرات عدداً من الخصائص التي لا بد أخذها بالحسبان منها :

- (١) معلومات عن المؤسسة ذات العلاقة وإنجازاتها وأهدافها .
- (٢) معلومات أساسية عن المخدرات .
- (٣) معلومات عن سوء استخدام المخدرات .
- (٤) معلومات قانونية عامة .
- (٥) روابط للمواقع المشابهة .
- (٦) صور للجماعات المستهدفة .
- (٧) التنازل عن الحق .
- (٨) معلومات عن المشاركة في المشروع .
- (٩) معلومات عن كيفية الاتصال والاستفسار .
- (١٠) روابط لتحميل البرامج اللازمة (الوقاية الثانوية) .
- (١١) مكان موضع الملاحظات والرسائل الخاصة بالمشاركة والزائرين .
- (١٢) مصادر المعلومات اللازمة على الشبكة .
- (١٣) عنوان الحصول على مواد مطبوعة عن البرنامج

أنواع مواقع الإنترنت

هناك ثلاثة أنواع من المواقع ذات العلاقة بالوقاية من استخدام المخدرات وهي:

١ - مواقع ذات بعد واحد (One-Dimensional Websites). في

هذا النوع من المواقع يتعلم المشاهد من محتويات الموقع ويعطى الطرق الخاصة بالاتصال بالآخرين للمزيد من المعلومات ولتلقي المساعدة أو للمشاركة، وغالبا لا يشمل هذا النوع من المواقع خاصية التفاعلية. ولكنه يمثل طريقة سهلة في الحصول على المعلومات التي تبين من أنت؟ وماذا تفعل ومؤسستك؟ ويمكن استخدام هذه المواقع كأدوات إعلان. وقد تشمل هذه المواقع المعلومات التالية:

- معلومات أساسية عن المؤسسة

- معلومات عن المخدر

- معلومات عن الجماعة المستهدفة

- معلومات عن الخبرة مع المخدر

- معلومات دوائية عن المخدر

- معلومات قانونية عامة

- معلومات عن آثار المخدر وروابط للمواقع المشابهة.

٢ - مواقع ثنائية البعد (Two-Dimensional Websites) تتضمن

المواقع ثنائية البعد معلومات أكثر عن عمليات التبادل المعلوماتي، وهذه المواقع تدعم المناقشة والتفاعل بين المستخدمين والمختصين في الوقاية. ويمكن تكوين روابط بين الجماعات والمؤسسات ذات

العلاقة مثل مراكز الصحة. إن التفاعلية بين المستخدم والمختص والناقده للانعكاس الذاتي من خلال بناء بعدين. هناك بعض الاختبارات التي تشملها مثل هذه المواقع تسمح بتفكير المستخدم في معتقداته وسلوكه حول استخدام المخدرات. يمكن أن تشمل خصائص هذه المواقع خصائص المواقع الأحادية البعد، بالإضافة إلى بعض الخصائص الأخرى مثل اختبارات التقييم الذاتي، وألعاب الذاكرة، وخدمات البريد، وقوائم البريد، وخدمات الإرشاد على الشبكة. ولكن لا بد من الإشارة إلى أنه كلما زادت الخصائص التفاعلية في الموقع زادت الكلفة والوقت المطلوب.

٣- مواقع ثلاثية الأبعاد Three Dimensional Websites : لا يتوقف تفاعل المستخدم في هذه المواقع على تلقي المعلومات (كمثلق) ولكن كمصدر مهم للمعلومات للآخرين على الشبكة، وهذا المصدر من خلال التفاعل والنقاش بين المستخدمين الخبراء على الشبكة من خلال عرف الدررشة والرسائل والوسائل الأخرى تشمل هذه المواقع أدوات تمكن من النقاش والمشاركة بتقصي المستخدمين الآخرين. ويمكن للمستخدمين التفاعل مع بعضهم البعض لمناقشة اتجاهاتهم نحو المخدرات وتكوين أساليب حياة جديدة من خلال مواقفهم الشخصية. ومن خلال الخبرات الجمعية تصبح الجماعات المستهدفة قادة تبادل معلومات عن خبراتهم في المخدرات. وتشمل هذه مواقع الوقاية على المستويات الثلاثة. وعادة كلما كان الموقع أكثر تفاعلية كلما كان أفضل، وهذا يعني أن الموقع الأكثر تفاعلية صعب انشاء وإقامة مقارنة مع المواقع التي تعتمد عليها المعلومات وحدها (UN,2003)

محتويات الموقع:

- يجب أن لا يشمل موقع الوقاية اقتراحات إيجابية حول سوء استخدام المخدرات.
- التأكد من مراجعة الرسائل والملاحظات الواردة من المستخدمين للموقع.
- وضوح قواعد حماية الخصوصية وأنها غير مضمونة.

تخطيط الموقع:

- فيما يلي مجموعة التساؤلات الواجب الإجابة عنها عند إنشاء موقع وقاية وهي:
- ماذا تريد أن تحقق من خلال هذا الموقع
 - حدد الجماعات المستهدفة وخصائصها.
 - ربط المشروع ربطاً حياً على الشبكة.
 - حدد الميزانية المناسبة.
 - حدد فريق العمل.
 - حدد الاهتمامات الأخلاقية.
 - حدد الخصائص الفنية.

٦.٢ الاستخدام الأمثل للإنترنت في مجال المخدرات

إن الإجابة على سؤال ما الاستخدام الأمثل للإنترنت في مجال خفض الطلب على المخدرات هو أنه لا يوجد استخدام أمثل من الناحية النظرية

والعملية، ومرد ذلك أن الإنترنت لا تخضع لرقابة حكومية بالمعنى العام للرقابة، وعلى الرغم من وجود مصفيات (Filters) وحجز للمواقع وما شابه ذلك إلا أن ذلك الأسلوب غير عملي ومكلف ويفقد الإنترنت الكثير من ميزاتها. إن طبيعة الإنترنت التي تتجاوز المكان والزمان والثقافة تجعل منها غازياً بلا استئذان لمنازلنا ومدارسنا ومقاهينا. وكما يقول الكاريكاتير في كتاب بل جيتش ما بعد المعلوماتية وهو صورة لكلب يجلس خلف الكمبيوتر ويقول «عندما تكون على الشبكة لا أحد يعرف أنك كلب».



عندما تكون على الشبكة لا أحد يعرف أنك كلب

المصدر: The above cartoon by Peter Steiner has been reproduced from page 61 of July 5, 1993 issue of The New Yorker. (Vol.69 (LXIX)

(no. 20

إن الإنترنت كغيرها من وسائل الاتصالات الحديثة تتحدد فائدتها في مجالات الاستخدام، ولكن مجالات الاستخدام واسعة ومفتوحة من البحث العلمي إلى الجريمة، وما يزيد الأمر تعقيداً أن الأدوات المتاحة في الجانب المشرق هي ذاتها متاحة ويمكن توظيفها في الجانب المظلم لاستخدام الإنترنت. فمثلاً يستخدم التشفير لضمان أمان انتقال المعلومات المالية في التجارة الإلكترونية ويستخدم التشفير لضمان أمان معلومات تهريب المخدرات وغسل الأموال بواسطة الإنترنت.

وفي الوقت الراهن يبقى السباق والتنافس بين جماعات رفض استخدام المخدرات والوكالات والمنظمات الحكومية وجماعات تشريع استخدامها ومهربيها ومروجيها.

والهدف للمجموعة الأولى هو المنع والوقاية والحماية وخفض الطلب وخفض العرض وللمجموعة الثانية زيادة الطلب وتوسيع الطلب والسوق. فالمجموعة التي تقنع أكثر هي التي تصل أولاً الشباب المراهقين حيث تميل هذه المجموعة بفعل خصائصها الشخصية والنفسية إلى الخروج على العرف والقانون الأكثر خطورة في وقوعها ضحية كسوء استخدام المخدرات. المهمة ليست بالسهلة وتتطلب الكثير من الجهد والمال.

وفي جانب مؤسسات إنفاذ القانون فإن هناك عدداً محدداً من التحديات التي تحول دون الاستخدام الأمثل للإنترنت في مجال خفض الطلب على المخدرات منها:

- الحاجة إلى تطوير أساليب التحقيق في جرائم الحاسب وقد يتطلب هذا الأمر تعديل أو إدخال قوانين جديدة
- حماية الخصوصية، وحماية الخصوصية أصبحت من المواضيع الجدلية،

خاصة عند ربطها بالأمن، الخصوصية أولاً أم الأمن، وما مدى تغول الأجهزة الأمنية على حرية المواطن باسم الأمن أو العكس
حظر المعلومات، هل تستطيع الحكومات حظر المعلومات التي تستخدم في صناعة أو استخدام أو توزيع المخدرات.

- ١- توزيع المعلومات، وهل تستطيع الحكومات منع الأفراد الآخرين بغية الاستفادة منها في إنتاج وتوزيع واستخدام المخدرات.
- ٢- الحدود الجغرافية للنظام العدلي للدولة، الإنترنت تتجاوز الحدود الجغرافية فكيف يمكن للنظام العدلي التعامل مع الجرائم العابرة للحدود الوطنية.

وفي الختام فإن الاستخدام الأمثل إن وجد يتطلب التطوير المستمر للأدوات والبرمجيات التي تساعد النظام العدلي والشرطي والقضائي وتقديم الخدمات في مجال سوء استخدام المخدرات و الوقاية المبكرة والحماية والمكافحة، والوصول المبكر للجماعات تحت الخطورة واستثمار التعليم الالكتروني لتكوين ثقافة صحية مضادة لثقافة استخدام المخدرات، وفي الوقت ذاته محاربة المواقع الداعمة لاستخدام المخدرات أو تعاطيها أو ترويجها أو إنتاجها.

التدخلات على الإنترنت في مجال العلاج

إن ظهور الإنترنت ووجودها في المجتمع، بما في ذلك المنازل وأماكن العمل والمدارس والحكومة بداية من منتصف التسعينيات، قد قدم فرصاً عظيمة للمهن المساعدة، أكثر من أي وقت مضى، وقد مكنت المهنيين في هذه المجالات من تقديم خدماتها المساعدة من مسافة بعيدة، مع مرونة

كبيرة من حيث وقت تقديم الخدمة والأساليب المستخدمة، وحتى تقديم العلاج للأشخاص المجهولين والذين هم في حاجة إليها، (Barak. 1999; Grohol. 1998; Sampson. Kolodinsky. & Greeno. 1997; Suler. 2000). (البداينة، ٢٠١١)

على الرغم من أن توفير التدخلات العلاجية من خلال واجهة الإنترنت قد لاقى قدرا كبيرا من المعارضة، ولا سيما على أساس من القضايا الأخلاقية ذات الصلة، يبدو أن ذلك سبب انتشارها، وهناك عدة عوامل كانت مسؤولة عن هذا النمو منها: زيادة قبول الإنترنت، باعتبارها أداة مشروعة اجتماعياً؛ والتحسين المستمر لأجهزة الكمبيوتر و البرنامج، لا سيما فيما يتعلق (بسهولة الاستخدام وحماية الخصوصية، وقدرات الاتصالات عبر الإنترنت). وتطوير مبادئ توجيهية أخلاقية محددة من قبل مختلف المنظمات المهنية؛ ونمو البحوث، وإنشاء فرص التدريب عبر الإنترنت للمهنيين (Barak. Klein. 2009 & Proudfoot).

وقد طبقت شروط عديدة لتسمية / وصف الأنشطة التي أجريت عبر شبكة الإنترنت لأغراض الصحة البدنية والعقلية. هناك العديد من المصطلحات التي كانت شائعة والمستخدمه على شبكة الإنترنت، وتشمل: العلاج على الصفحة الالكترونية (Web-Based Therapy)، والعلاج الالكتروني (E-Therapy) والصحة الالكترونية (E-Health) والعلاج التخيلي (Cybertherapy)، والتدخلات الالكترونية (E-Interventions)، والتدخلات المرتبطة بالحواسيب (Computer-Mediated Interventions)، العلاج عبر الإنترنت (Online Therapy)، وما شابه ذلك. وتم تناول هذه المسألة في المنشورات محاولة للحد من الغموض

وتعزيز وضوح واتساق المصطلحات والتعريف (Eysenbach. 2001; Ritterband. Andersson. Christensen. & Carlbring

Cuijpers. 2009. Ritterb. Gonder-Frederick. Cox. Clifton.

.(West. & Borowitz. 2006; Ritterband. Thorndike. 2003

ولقد قام باراك وكلين وبودفوت بإجراء مسح شامل لهذه التدخلات وتوصلوا إلى أربع فئات، هي: (١) التدخلات المستندة على شبكة الإنترنت، (٢) تقديم المشورة والعلاج على الإنترنت؛ (٣) برمجيات الإنترنت في الإدارة العلاجية، و (٤) أنشطة أخرى على الإنترنت. وبطبيعة الحال، هذه فئات ليست متساوية من حيث الاستخدام، والبحوث، والجدوى والمنفعة، أو من حيث التكلفة (Barak. Klein. & Proudfoot. 2009).

التدخلات المستندة إلى الشبكة (Web-Based Interventions)

وفي هذه الفئة يفضل استخدام التدخلات على شبكة الإنترنت، وهو المصطلح الأكثر شمولاً بالنسبة لعدد من المصطلحات الأخرى التي يشيع استخدامها في هذا المجال. ويعرف باراك وكلين وبودفوت التدخلات على الشبكة على أنها:

هي في المقام الأول، برنامج التدخل والتوجيه الذاتي الذي نفذ عن طريق برنامج يعمل على الإنترنت حصراً من خلال موقع على شبكة الإنترنت واستخدامه من قبل عملاء الذين يسعون للمساعدة الصحية والعقلية وذات الصلة، وهو يسعى لخلق التغيير الإيجابي و/ أو تحسين أو تعزيز المعرفة والوعي والفهم عن طريق، توفير المواد ذات الصلة بالصحة، واستخدام التفاعلية المستندة إلى مكونات الشبكة (ص ٥).

وبناء على هذا التعريف، تم تحديد ثلاثة أنواع فرعية من التدخلات المستندة إلى الشبكة وهي:

- ١ - التدخلات التربوية المستندة إلى الشبكة.
- ٢ - تدخلات التوجيه الذاتي العلاجية المستندة إلى الشبكة.
- ٣- التدخلات المدعومة بشرياً والمستندة إلى الشبكة.. كما تم تحديد أربعة مكونات رئيسة بناء على التعريف وهي:
 - أ- محتوى البرنامج.
 - ب- استخدام الوسائط المتعددة الخيارات.
 - ج- توفير تفاعلية للأنشطة على الإنترنت.
 - د- تقديم التوجيه والدعم التغذية المرتدة. ومن المهم أن نلاحظ أن هذه المكونات الأربعة على شبكة الإنترنت مكونات لا يستبعد بعضها بعضاً، فهي مترابطة ومتداخلة (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009).

تقديم المشورة والعلاج على الإنترنت (Online Counseling & Therapy)

يتوافر على الشبكة عدة خيارات فنية موجودة للتواصل بين الأشخاص. وهذه تشمل أربعة طرائق أساسية في الاتصال هي: الاتصال بين فرد أو جماعة، وذلك إما باستخدام واسطة الاتصال المتزامن أو غير المتزامن. وهذه الطرائق الأربعة تحدد سبل التفاعل بين الناس مع بعضهم البعض باستخدام نص، ويمكن استخدامها في التفاعلات على الشبكة. بدأ استخدام الاتصالات عبر الإنترنت لأغراض علاجية في منتصف التسعينيات، عندما شاع استخدام برامج الكمبيوتر والمعدات المرافقة لها والإنترنت وتكنولوجيا الاتصالات، وتصميم المواقع الإلكترونية المتقدمة ومكن العلاج على الشبكة

العملاء من التفاعل عن بعد بيسر وفعالية، والتواصل مع المعالج في الوقت المناسب، وعن بعد كذلك، ومن منازلهم (Grohol. 2004). بالإضافة إلى استخدام الصوت وكاميرات الويب. ويمكن للعملاء البحث عن المرشد النفسي أو المعالج من خلال طرق البحث على الشبكة، أو المواقع الخاصة بالأطباء والمعالجين من خلال العيادات الافتراضية (Virtual Clinic) من مثل:

<http://www.liveperson.com/experts/professional-counseling/>

برمجيات الإنترنت في الإدارة العلاجية (Internet-Operated Therapeutic Software)

تشمل المجموعة الثالثة من التدخلات العلاجية على الإنترنت البرامج التي تعتمد على قدرات الحاسوب المتقدمة مثل مبادئ الذكاء الاصطناعي من مثل:

- ١ - روبوت المحاكاة للمعالجين والتي توفر توفير العلاج القائم على الحوار مع المرضى.
- ٢ - النظم الخبيرة القائمة على القواعد، .
- ٣ - الألعاب والبيئات ثلاثية الأبعاد.

وأقرب مثال على البرامج الروبوتية كان (Eliza) والذي صمم للعلاج غير الموجه، وقد اجتاز اختبار ما يعرف بـ (Turing Test) أي عدم قدرة المريض على التمييز فيما إذا كان المتحدث آلة أو شخصاً. وقد تم وضع البرنامج ليعمل على الشبكة:

<http://www.manifestation.com/neurotoys/eliza.php3>

كما قد استخدمت تطبيقات مستقلة تعمل على الكمبيوتر وتم استخدامها من خلال الشبكة، ما يتيح للمعالجين المشاركة في الفضاء الافتراضي على الإنترنت مع مرضاهم، ومرافقتهم في المواقف المخيفة، وتعديل التفاعل كلما استدعت الحاجة العلاجية. زمن أمثلة البرامج نيرو في آر (Neuro VR):

<http://www.neurovr.org>

وهو برنامج مجاني، ويمكن من التعديل حسب حالة المريض، واستخدام صورة المريض.

أنشطة أخرى على الإنترنت (Other Online Activities)

يشمل هذا النوع من النشاطات على الشبكة من مثل المدونات الشخصية (Blogs) والمشاركة في مجموعات الدعم عبر الدردشة ، والصوت ، أو كاميرا الويب وقنوات الاتصال ، واستخدام الإنترنت وتقييمات الوصول إلى المعلومات المتصلة بالصحة عبر مواقع المعلومات، والويكي ، والدبليو. ويمكن استخدام هذه الأنشطة بشكل مستقل من قبل الأفراد أو بشكل مقرر من قبل المعالجين كملاحق لطريقة المعالجة الرئيسة ، سواء كانت التقليدية وجها لوجه أو تدخلات عبر الإنترنت. وتتطلب مواقع الحوار الاجتماعية (Tweeters) والمدونات الشخصية الحد الأدنى من المهارات التقنية ، ويمكن الوصول إليها في أي وقت ليلا أو نهارا، وتحظى بشعبية كبيرة مع أكثر من ٧٠ مليون مدونة موجودة في العالم. وفي كل يوم هناك ما يقرب من ١٢٠٠٠٠٠ مدونة جديدة وهناك نحو ١,٥ مليون إضافة على المدونات الراهنة ونسبة كبيرة منها طبية ، أو ذات الصلة بالصحة (Sifry's Alerts. 2009). هناك

مجموعة من الأنشطة الأخرى على الشبكة والتي تتصل بمجموعات الدعم وتتوافر بشكل متزامن أو غير متزامن، وتشمل منتديات المناقشة أو لوحات الإعلانات، أو غرف الدردشة أو قوائم البريد الإلكتروني. والهدف هنا هو تقديم الإغاثة، والتعاطف، والدعم العاطفي، وهي تمكن الأشخاص عن الانضمام أو الخروج في أي وقت. وهناك مواقع أكثر قبولا مثل (Myspace) و(Facebook) وتستخدم في مجالات الصحة من مثل :

<http://hx.values-exchange.co.uk>

من البرامج التي طورت على الشبكة في تعليم الطلاب في الصف الثالث والصف الرابع عن مخاطر الإدمان على المخدرات برنامج (The Doubles). ويكون من سبع قصص (episodes)، وقدم البرنامج من خلال الفيديو والسي دي التفاعلي، والكتب والمواقع على الشبكة، ويعد من البرامج الناجحة في تعليم مخاطر المخدرات (Epstein. J.. Collins. K.) ..(K.. & Pancella. T. 2004

مثال من برامج الوقاية على الشبكة: برنامج Sapvc.org

إن استخدام الإنترنت للوقاية من سوء استخدام المخدرات يتيح المجال أمام عدد كبير من المستخدمين للوصول إلى البرنامج في أي وقت، خاصة أن الشباب يرغبون الدخول إلى الإنترنت من المدرسة أكثر من البيت. وتوفر الإنترنت خصائص متعددة مناسبة للشباب منها: المواقع الإلكترونية، محركات البحث، غرف الدردشة، المدونات، والاي ميل. وتوفر الشبكة بيئة صورية، غفلية، وغير حكمية (Nonjudgmental)، وتوفر الدعم المتبادل، ومتاحة ٢٤ ساعة في اليوم، ولا تتطلب موعداً مسبقاً في الدخول إليها. من المواقع المهمة في الوقاية من سوء استخدام المخدرات:

Mystudentbody.com

Freevibe.com

JoeChem.com

One teen at a time

Science

Tobacco and you

STEPonline

SAPVC.org

TeenNet

The Reconstructors

THERE4ME.com

من برامج الوقاية على الشبكة برنامج (Sapvc.org) ويرمز إلى المجتمع الافتراضي في الوقاية من سوء استخدام المخدرات (Substance Abuse Prevention Virtual Community SAPVC) تم بناؤه من قبل جامعة تكساس في ارلنجتون (كلية العمل الاجتماعي وعلوم الحاسب) وبرنامج (Holmes Street Foundation Drug Treatment Program) (Bever. 2005). يتيح موقع هذا البرنامج على الشبكة معلومات تشمل قصص المراهقين، وزاوية ساعدني، وايجاد المصادر، وتعلم أكثر، والاسئلة المتكررة، والألعاب، وتعرف على مخدرك، وموسيقى، امثلة للمواقع الاخرى المعنية بالوقاية من المخدرات من مثل:

Site Description

National Youth Anti-Drug Media Campaign

<http://www.freevibe.com/>

Information to Help Keep a Kid off Drugs

<http://www.youcanhelpkids.org/index.html>

Partners for Substance Abuse Prevention

<http://preventionpartners.samhsa.gov/>

National Association for Children of Alcoholics

<http://www.nacoa.org/kidspage.htm>

YouthHealth.com. a UK Site Promoting Teen Health

<http://www.youthhealth.com/home/default.asp>

Helps Plan. Implement. Evaluating Prevention Programs

www.preventiondss.org

Substance Abuse Information for Teen from Every Block

<http://www.ebvonline.org/Health/subabuseinfo.htm>

Information on the Resilience Model of Prevention

<http://www.projectresilience.com/>

Project Alert: Substance Abuse Prevention that Works

<http://www.projectalert.best.org/>

Monitoring the Future: Studies of Kids Drug Behaviors

<http://www.monitoringthefuture.org/>

Mission

Our mission is to provide an online community where teens, their families, and supporters can obtain the information and skills necessary to prevent teen substance abuse. We offer pro-social games and music, exercises in topics such as anger management and refusal skills, teen stories, and prevention information for teens, families, teachers, and counselors. We are based on the resiliency model of prevention. For additional

information. contact: Dick Schoech. Professor. UTA School of Social Work 8173964-272-.

Overview

We suggest you listen to a teen rap while checking us out. Examine our exercises like anger management. handling difficult situations. or refusal skills. For other content. use the menus above. You can start with the animation on our home page. For fun. try to complete a prevention puzzle from our list of games.

أمثلة من القصص الشخصية



Megan: Father offers drugs

Hi. my name is Megan and I am 19 and this is my story. When I was about 13 years old my father lost my respect. We were at my cousin's house and he started smoking a joint with my cousin's husband. He called me over and told me to try it. I refused. So he called me an idiot and told me that if I didn't try it. he would make

my little cousin smoke it. I was upset and I didn't want my little cousins exposed to drugs. I knew it was wrong. I still refused the joint. but I also told my father this: "no wonder my mom divorced you. Only an idiot would do this to someone." Well. needless to say. my father got very angry and I was afraid he would get violent so I took my little cousins to a neighbor's house and I waited there until their mother came to take me home. I was so upset. Drugs are just not for me.

<http://www3.uta.edu/sswtech/sapvc/stories/window/megan.htm>

الفصل الثالث

السياق الاجتماعي لاستعمال المخدرات

٣ . السياق الاجتماعي لاستعمال المخدرات

يقصد بالسياق الاجتماعي لاستعمال المخدرات تلك المعاني المشتركة اجتماعياً، والشائعة في مجتمع ما حول مخدر ما، ويشمل كذلك التصورات والمفاهيم التي يتوقعها الفرد من نفسه ومن الآخرين عند استخدامه لمخدر ما. ويشمل السياق الاجتماعي الثقافة الاجتماعية العامة بما فيها من نظام قيم ومعتقدات اجتماعية ودينية واتجاهات نحو المخدرات. ويشمل المناخ الاجتماعي والحالة المزاجية للفرد بما يحويه من مؤثرات المكان الذي يتم فيه تناول المخدر، والمشاركين في التناول (الأصدقاء). فمثلاً: قد يجد المراهق في مجتمع ما من التدخين صفة تلازم الصفات الذكورية وبالتالي فإن المدخن هو «الرجل». والمخدر يحدث أثراً ما وعلى المستخدم أن يمر بالخبرة التي يحدثها هذا الأثر، بالإضافة إلى ما يحمله المستخدم من توقعات عن أثر ذلك المخدر. والسياق الاجتماعي من أقوى المحددات لماهية ذلك العقار وما يفعله للمستخدم (تناول العقار في المستشفى يختلف عن تناوله مع الأصدقاء).

إن السياق الاجتماعي لاستخدام العقار المخدر يؤثر ويحدد أربعة مظاهر جوهرية تتعلق بطبيعة المخدر، وهذه ناتجة عن خصائص المخدر الدوائية والكيميائية، وهي:

١ - تعريف العقار Drug Definition

٢ - تأثير العقار Drug Effect

٣ - السلوك المرتبط بالعقار Drug -Related Behavior

٤ - خبرة العقار Drug Experience

ان تعريف أي عقار باعتباره مقبولاً أو مرفوضاً، سيئاً أو حسناً لا يعتمد

فقط على الخصائص الدوائية للعقار، وإنما على النتائج الاجتماعية لتناوله، ولتاريخ استعماله، وللقطاعات الاجتماعية التي تستخدمه، وللأغراض التي من أجلها يستخدم والدعاية المواكبة لاستخدامه، وباختصار فإن الاعتبار الاجتماعي للعقار وللقانون وللمستخدمين وحتى للمهنيين الطبيين يعتمد كثيراً على العوامل الثقافية غير العقلانية، وبنفس المقدار الذي يعتمد فيه الخصائص الموضوعية لذلك العقار (Goode. 1984; p.5). إن ما يسببه العقار للعقل والجسم وما يدفع الفرد لاستخدامه والرغبة في المرور في خبرة استعماله ناتجة عن الظروف والأغراض التي تدعو للاستعمال. فكلما كان الأثر الذي يتركه أكثر موضوعية (دقات القلب، مستوى السكر في الدم) كلما أثر على السياق الاجتماعي، وكلما كان الأثر الناتج أثراً شخصياً (الخبرة والسرور) كلما كان تأثير السياق الاجتماعي أكثر. إن النظرة الاجتماعية في معارضتها للخرافة الكيميائية للعقار، إنما تنطلق من أن النظرة إلى العقار (أ) أنه يسبب النتيجة (ب).

إن تأثير العقار والسلوك المرتبط به هي عوامل معقدة وتتوقف على أشياء عديدة منها: العامل الاجتماعي والعامل الثقافي، ولأن الإنسان فريد في تركيبته الفسيولوجية والعقلية فإن تعميم نتائج الاختبارات من الحيوان إلى الإنسان أمر فيه شك، ويظهر أهمية السياق الاجتماعي. إن من أهم الأبعاد الرئيسية في الخبرة الإنسانية هو المعنى، والمقصود بالمعنى هو المعنى الاجتماعي لا المعنى الموضوعي، المعنى الذي يكونه النسيج الاجتماعي (الرمزي) وتمتاز هذه المعاني بأنها داخلية وخارجية، حيث يتم إصاق المعنى للسلوك خارجياً من خلال عمليات التفاعل الإنساني وهي عملية منعكسة داخل الفرد نفسه، وتظهر كنتيجة لتفاعل إنساني ناتج عن اختيار الفرد.

إن نفس السلوك قد يعني أشياء مختلفة لأفراد مختلفين وبالتالي فإن السلوك (سلوك تعاطي المخدرات) يحمل معاني مختلفة ويعتمد ذلك على رؤية الملاحظ أو الأفراد المحيطين بالفرد. فمثلاً: الهيروين والمورفين عقاران متشابهان من الناحية الدوائية أو البيوكيميائية، ما عدا الهيروين النقي فهو أكثر قوة من المورفين، علماً بأن المورفين المستخدم في المستشفيات أقوى من الهيروين المستخدم لدى المتعاطين.

فالفرد المدمن قد لا يستطيع التمييز بين حقنة من الهيروين وحقنة من المورفين حتى الصيدلي بحاجة إلى تمحيص دقيق للتمييز بين آثارهما. فليس للهيروين استعمال طبي وهو قاتل، أما المورفين فهو مقبول من المجتمع الطبي وهو أداة طبية قيمة، لا بد لنا من التأكيد على أن خبرة تناول المخدرات وآثارها متباينة وفق المعاني المختلفة التي تظهر في مواقف تناول المخدر ومن المهم التمييز بين آثار العقار وخبرة تناول العقار أو المخدر. إن ما يحدث في عقل الفرد عند تناول المخدر هو نتيجة لعدة عوامل وليس فقط لآثار المخدر البيوكيميائية، فهناك العديد من التغيرات التي تحصل في جسم المتعاطي وجزء من هذه التغيرات يمكن رده إلى خبرة الفرد الشخصية.

إن هناك إجماعاً اجتماعياً على المعاني التي يحدثها مخدر معين (ليس بالضرورة أن تكون معاني موضوعية) وهذه المعاني مختلفة من مجتمع لآخر ومتباينة داخل المجتمع الواحد. فالمجتمع يحدد ويعرف العقارات المسموح بتناولها والممنوعة، ويحدد الأفراد المسموح لهم بتناولها، ويحدد المناسبات والظروف التي يسمح لهم فيها بتناولها، ويحدد كذلك كمية العقار المسموح بها (Goode. 1984; pp.8-10).

٣ . ١ المخدرات مشكلة اجتماعية

إن مشكلة المخدرات، واستعمال العقاقير، والمواد المخدرة، مرتبطة بمشكلات اجتماعية وثقافية، ليس من المتوقع تغييرها في هذا القرن، وإن الجهود الهادفة للضبط الاجتماعي للمخدرات، مثل خفض العرض وزيادة المشكلة الاقتصادية والاجتماعية، ووضع عقوبات شديدة على الاستخدام ذات تأثير معين، قد يخفف عدد المستخدمين، أما التأثير القوي على استعمال المخدرات، فيأتي نتيجة تغير اجتماعي كبير. إن البحث الدولي عن حلول لمشكلة المخدرات، والدعوة لتضافر الجهود تعكسها كلمة جورجيو جياكوميللي أمام لجنة المخدرات في دورتها الخامسة والثلاثين ١٩٩٢، حيث قال: (لقد أصبحت الحالة اليوم خطيرة حقاً، واعتقد للمرة الأولى أننا لا نغفل إمكانية استبعاد أن نخسر الحرب (على المخدرات) كلياً، ما لم تبرهن الدول على إرادة حقيقية وراسخة، ودائمة في كسب هذه الحرب، ونحن نشهد الانتشار المتفجر لزراعة القنب، واستخدامه)). كما أن الهيروين موجود في كل مكان، وبخاصة في المدن الصناعية الكبرى، ومدن العالم الثالث، إذ بدأ هذا السرطان يفتك بها، وبلغ فيها انعدام الأمن مستوى لم يسبق له نظير، وارتفع عدد الوفيات بسبب تعاطي جرعات مفرطة من المخدرات خلال عام ١٩٩٠ (عيد المجلة، ص ١٢٨).

يعرف هارت المشكلة الاجتماعية بأنها: ((أية مشكلة تؤثر فعلياً أو بدرجة كافية في عدد كبير من الأفراد بطريقة عامة، حيث يمكن التعامل معها بشكل كلي، لا بطريقة فردية (وفق كل فرد) وتتطلب فعلاً اجتماعياً منظمًا، ومركزاً حول تلك المشكلة)) (Hart .1975.p.4).

أما (وليامسون، وبورين، وايفانسن) فيعرفون المشكلة الاجتماعية بأنها:

((ظرف غير مرغوب فيه من منظور العديد من الأفراد، وهذا الظرف يؤثر في العديد من الأفراد كذلك ما يجعلهم يشعرون أنهم بحاجة إلى فعل اجتماعي جمعي إزاء ذلك الظرف)). (Williamson . Boren & Evans . 1974.p1).

ويلاحظ من هذين التعريفين، أن المعيار اللازم لتشكيل مشكلة اجتماعية، متوافر للمخدرات في الأردن، حيث إن هناك وعياً اجتماعياً ورسمياً كبيرين بخطر ووجود مشكلة المخدرات، والأدلة على ذلك، ما تظهره الصحف المحلية عن جرائم المخدرات في الأردن، أو المنطقة العربية أو بعامة، بالإضافة إلى تحذير جلالة الملك الحسين من كبر حجم هذه المشكلة، ودعوة جلالته للتصدي لها. كذلك تشكيل لجنة حكومية في وزارة الصحة ومتابعتها لهذا الموضوع، وتقديمها لحلول معينة للمشكلة، أما البعد الثالث: فيشكل تطبيق سياسات اجتماعية محددة، وتحويلها إلى فعل اجتماعي، يهدف إلى معالجة مشكلة المخدرات، والوقاية منها، وتخفيف انتشارها في المجتمع الأردني، وهذا ظاهر في نشاطات رجال الأمن العام فيما يتعلق بمنع وصول المخدرات للأردن، وملاحقة المهربين، وفرض الغرامات الكبيرة عليهم .

٣ . ٢ المفاهيم

العقاقير Drugs

هي المواد التي تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية على بنية الجسم ووظائفه. إن تعريف العقار لا بد أن يشمل الخصائص التي تشكل أساساً للتمييز بين العقار وغيره. إن التعريف الدقيق للعقار لا بد أن يشمل الأبعاد الاجتماعية والثقافية، حيث إن مفهوم العقار مفهوم ثقافي اجتماعي .

إن التصنيفات المختلفة للعقاقير إنما هي مصطنعة، وغير ناتجة عن كينونة العقار ذاته. فالمجتمع هو الذي يحدد ويعرف العقار، والتعريف الاجتماعي للعقار يلون اتجاهاتنا نحوه، فالعقار (Drug) أي مادة (Substance) من غير الطعام والتي تنتج من غير خواصها الكيميائية أو الطبيعية الفيزيائية بناءً على أو وظيفة في العضوية الحية (Ray. 1978. p.94) فنجد أن بعض العقاقير ذات تأثير قوي وبعضها لا تأثير له، بعضها ذو تأثيرات نفسية وبعضها ليس كذلك، بعضها ذو نفع طبي وبعضها ليس له استخدام طبي، وهناك عدم تحديد في مفهوم المخدرات يرجع إلى المعايير المستخدمة في تحديد المخدرات، فمنها المعيار الثقافي الاجتماعي، والمعيار العلمي الدوائي، والمعيار القانوني، والمعيار العالمي، فقد نجد بعض العقاقير تصنف كمخدرات، في حين نجدها مقبولة اجتماعياً (ولا تشكل خرقاً للقانون) في مجتمعات أخرى، فما هو مخدر في مجتمع قد لا يكون كذلك في مجتمع آخر (القات في اليمن، الكحول، التبغ، القهوة). ويكاد يكون المعيار العالمي والدوائي من أكثر المعايير استقراراً، إلا أن أثر الأخذ بهما (الإضافة أو النقصان) متروك للدولة.

مفهوم المخدر

١ - لغة

المخدر (Narcotic) لغة كما ورد في المعجم الوسيط: من اللفظ «خدر» بمعنى ستر، ويقال: تخدرت المرأة أي استترت، وخدر الأسد أي لزم عرينه، وخدرت جسمه وعظامه وأعضائه: بمعنى أن المخدر يسبب السكون والكسل، والمخدر: هو المعطل للإحساس والمبدل للشعور والإدراك، (عبداللطيف، ١٩٩٢، ص ٤٢). ويلاحظ هنا عدم شمول المنبهات في التعريف اللغوي.

٢ - المخدر اصطلاحاً

المخدرات مواد كيميائية وطبيعية وظاهرة اجتماعية وثقافية ورمزية يتم التعامل معها وإدارتها واستخدامها بطرق معينة من المجتمع عامة، أو من مجموعة داخلية. فللمناخ الاجتماعي المحيط باستخدام العقاقير أهمية بالغة، فهو يحدد ما يفعله المخدر في عقل وجسد الفرد، وتتوقف هذه الآثار على الكيفية التي يتناول فيها المخدر، فجميع من يتناول المخدرات يتم في سياق اجتماعي محدد، فمثلاً للكحول تأثير على التوازن الحركي عند الإنسان، ولكن الأفراد هم الذين يقررون قيادة السيارات تحت تأثير الكحول (Goode, 1984; p.27).

لقد حدد المخدر في المادة الأولى (الفقرة ي) من اتفاقية ١٩٦١ بأنه: كل مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المخدرة في الجدولين (٢+١)، وهناك إجماع على ان المخدرات هي: أي مواد طبيعية أو مصنعة يتعاطاها الكائن الحي بحيث يعطل وظيفة (الإحساس، أو العاطفة، أو السلوك مجتمعة أو منفردة) أو أكثر من وظائفه الحيوية (المواري، ١٩٧٨، ص ٢٣) (عبد اللطيف، ١٩٩٢، ص ٤٢)، فكل مخدر عقار وليس كل عقار مخدرًا. وجاء في تقرير الأمم المتحدة عام ١٩٧٩ الخاص بالاتفاقية الوحيدة للمخدرات عام ١٩٦١، والتي عدلت باتفاقية ١٩٧١ حصر المواد المخدرة فقط متدرجة فوق خطورتها في جداول ثلاثة: الجدول الأول ويشمل المواد الأخطر ثم الأقل خطراً وهكذا (انظر تصنيف المخدرات) (دوسيك وجيرادانو، ١٩٨٩).

المواد النفسية Psychotropic Substances

هي مواد طبيعية أو مصنعة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، وتؤثر على النشاط العقلي لدى متعاطيها.

Tranquilizers & Hypnotic المهدئات والنومات

هي المواد التي تنتمي إلى مجموعة المواد الكيميائية المصنعة التي تؤدي إلى الهدوء والسكينة أو النعاس. وتستخدم في الأغراض الطبية كعلاج لحالات الصداع والأرق، أو للتخدير العام للجسم أثناء بعض العمليات الجراحية. والمهدئات لا تؤثر على المخ بكامله بل يقتصر تأثيرها على أجزاء معينة من المخ خاصة تلك التي لها علاقة بالانفعالات ووظائف الأحشاء، كالتنفس والقلب والغدد الصماء.

Depressants المثبطات

هي المواد التي تحدث بطئاً، أو نقصاناً في وظائف الجهاز العصبي المركزي، ما يؤدي إلى بطء ونقصان في بعض الوظائف الأخرى في الجسم، كالبطء في التفكير وفي الكلام، وكسل في الحركة واسترخاء العضلات، وهزال عام، وضعف التنفس، وانخفاض في ضغط الدم. فيشعر المتعاطي أو المدمن بالخمول أو النعاس أو النوم.

Stimulant المنبهات / المنشطات

المنبهات عكس المثبطات، حيث إن المنبهات تؤدي إلى زيادة وظائف الجهاز العصبي المركزي ما ينتج عنه سرعة، أو زيادة في بعض وظائف الجسم الأخرى، فتؤدي إلى السهر والنشاط الزائد، واشتداد العضلات وسرعة في الكلام والحركة، مع زيادة في التنفس وارتفاع في ضغط الدم.

المهلوسات Hallucinogens

هي المواد التي تؤدي إلى عدم اتزان في العقل، فتحدث تصورات وتخيلات وأحلام وهلاوس بصرية أو سمعية أو شمعية أو جميعها.

المذيبات الطيارة Sedative Hypnotic / Inhalants

هي المواد التي تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية) وتؤثر على المخ والكبد والرئتين، ويتم تعاطيها عادة عن طريق الاستنشاق فتحدث استرخاء ودوخة، وفي بعض الأحيان هلاوس (مركز أبحاث مكافحة الجريمة (١٩٨٥م) (موثق في البريثين، ٢٠٠١)

الكوكايين Cocaine

عقار مخدر -محرم وغير مشروع- يستخرج من نبات الكوكا، يمنح متعاطيه الشعور بالنشاط والخفة والطاقة والتغير والثقة والحساسية الزائدة، ويعرف هذا المخدر بأسماء أخرى منها «كوك» مشتق من كوكايين، و «سنو» مشتق من اللون. ويتم تعاطيه عادة عن طريق الشم، أو التدخين، وفي بعض الأحيان عن طريق الحقن مع خلطه ببعض المواد المخدرة الأخرى كالهروين. ويرى كثير من المختصين أن الكوكايين لا يسبب الإدمان الجسمي، ولكنه يسبب الاعتماد النفسي. وإدمان الكوكايين يؤدي إلى تدهور الجهاز العصبي، وتدهور الحالة الصحية بشكل عام. ومن الناحية النفسية يؤدي إدمان الكوكايين إلى البارانونيا أو الهذاء، والاكتئاب، والهلوسة.

الكوديين Codeine

مخدر مشتق من المورفين يعمل على تهيبط الجهاز العصبي المركزي. والكوديين قابل للإدمان إذا استخدم بصفة مستمرة لفترة زمنية طويلة.

التعاطي Drug Use

جاء في لسان العرب لابن منظور (ص ٣٠٠٢) أن التعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله، ويقصد بتعاطي المخدرات: استخدام العقاقير المخدرة والتي لا يسمح المجتمع بتعاطيها بقصد الحصول على تأثير جسدي أو نفسي أو عقلي.

الاعتماد على المخدر (التبعية) Drug Dependence

وتسمى أحياناً الاعتياد Habituation أو الاستعمال المركز Compulsive Use للدلالة على الحاجة النفسية أو الجسدية للعقار أو المخدر (Schuckit. 1979. p. 3)، ولقد أصدرت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٦٤ تعميماً استبدلت فيه مفهوم الإدمان بمفهوم الاعتماد على العقار أو المخدر، والاعتماد كما عرفته منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ بأنه: في حالة التسمم الدوري أو المزمّن الضار بالفرد والمجتمع، ويتكون بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو التخليقي، ويتصف بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة ملحة، ولا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه، بأي وسيلة ممكنة لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توافره، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة، ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار، وقد يدمن على أكثر من مادة واحدة (Eddy. et al.. 1965. p. 723 موثق في Goode. 1984. p. 18).

ويستنتج من هذا التعريف، أن الاعتماد يضم: الرغبة في الاستمرار في التعاطي، وزيادة الكمية بالتدرج للحصول على الأثر نفسه، وحصول اعتياد نفسي وجسدي على العقار، مع حدوث أعراض نفسية وجسدية مميزة لكل عقار عند الإقلاع المفاجئ والآثار الضارة على الفرد والمجتمع. وهناك نوعان من الاعتماد: الاعتماد الجسدي، ويقصد به انحراف الوظائف الطبيعية للجسم بسبب الاستمرار في تناول العقار المخدر. بحيث أصبح تناول هذا العقار ضرورة ملحة لاستمرار حياة الشخص المتعاطي وتوازنه بشكل طبيعي. أما الاعتماد النفسي فقصد به الشعور والأحاسيس وهو تعود الشخص على الاستمرار في تناول المخدر لما يسببه له من الشعور بالارتياح والإشباع والهدف من ذلك هو تحقيق اللذة وتجنب الشعور المقلق والشعور بالتوتر (عرموش، ١٩٩٣، ص ٢٩-٣١) (Schuckit.1979).

الإدمان Drug Addiction

يحدد تصنيف منظمة الصحة العالمية (١٩٦٩/١٩٧٣) العقاقير التي تسبب الإدمان، وفقاً لقابلية العقار التفاعلي مع الكائن الحي، فإذا أدى إلى الاعتماد النفسي أو العضوي أو كليهما فإن العقار يكون مسبباً للإدمان (منصور، ١٩٨٦، ص ١٧) الإدمان أو الاعتمادية الجسدية كما يسميها (Goode) ترجع إلى الحالة الناتجة عن تعود الفرد على عقار ما، أو مخدر معين لفترة ما وعند سحب ذلك العقار فإن الفرد يطور اضطراباً خاصاً (الصداع، الألم) وباختصار فإن العقار الذي ينتج اعتمادية فسيولوجية سوف ينتج أعراضاً فسيولوجية عند انقطاعه، ويتولد إلحاح فسيولوجي لتناول العقار (Goode. 1984. P.1). والإدمان حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر ويظهر ذلك من خلال عدة أعراض أهمها: الشوق لتعاطي

المخدر والحصول عليه بجميع الوسائل المتاحة للفرد، ونزعة لزيادة كميات المخدر المستعمل وخضوع وتبعية جسدية ونفسية لمفعول المخدر وظهور عوارض سلبية عند الانقطاع الفوري عن المخدر، اختيارياً كان أم إجبارياً (الفالج، ١٩٨٧، ص ١٦).

فالفرد المدمن هو الفرد الذي يتعاطى مادة أو مواد مخدرة وتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو كليهما معاً، ويمر المدمن بثلاث مراحل هي:

١- مرحلة ما قبل الإدمان، وتتميز هذه المرحلة بتعاطي المخدر بالمناسبات فقط.

٢- مرحلة الإنذار بالإدمان وتنصف هذه المرحلة بالإسراف في تعاطي المخدرات والشعور بعدم الارتياح والتوتر في حالة نقصها.

٣- مرحلة الإدمان وتتميز هذه المرحلة بتبعية الفرد النفسية أو الجسدية أو كليهما معاً للمخدر وبظهور مشكلات توافق وتكيف واضحة على المتعاطي (عبد اللطيف، ١٩٩٢)

المدمن Addict

هو الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول أو المخدرات، وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي، حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها.

مدمن الكحول Alcoholic

هو من يتعاطى الكحول بشكل مستمر بسبب اعتماده الفسيولوجي على الكحول، بحيث يفقد سيطرته على الكحول سواء السيطرة في الكمية أو الوقت، ويظهر عليه الاضطراب العقلي، أو الاضطراب في الصحة الجسمية والعلاقات الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية.

التحمل Drug Tolerance

يقوم جسم الإنسان بتحليل وتحطيم كل ما يدخله من عقاقير وطرحها وعند تكرار استعمال عقار ما أو مخدر ما فان قدرة الجسم على التحطيم والطرح تزداد بسبب النشاط الزائد للأنزيمات المحطمة للعقار أو المخدر في الكبد ما يستدعي زيادة الكمية من المخدر للحصول على الأثر نفسه في المرات القادمة. ان هذه العملية غالبا ما تقود إلى التعود على المخدر وبالتالي إلى الاعتماد والإدمان عليه (Schuckit. 1979; 3) (عرموش، ١٩٩٣، ص ٢٨). والتعود على المخدر ناتج عن الاستخدام المستمر وهذا يؤدي إلى التحمل. فالأفراد المعتمدون على العقار سوف يحتاجون في المستقبل إلى كميات أكبر مما تعودوا على استخدامه للحصول على الأثر نفسه. بالإضافة إلى التحمل الدوائي، هناك التحمل السلوكي حيث يصبح الفرد ذا خبرة متزايدة في استعمال المخدر، ويتعلم كيف يتعامل مع آثاره (Goode. 1984. p. 33). فالتحمل حالة تراكمية في خفض الاستجابة للمخدر (Julien. 1985. p. 26).

سوء استعمال العقار Drug Abuse

يقصد بسوء استعمال الدواء استعماله لغرض غير الغرض المقبول طبياً أو اجتماعياً (Schuckit. 1979. p.3). فاستعمال المورفين كمسكن للألم وفق الحاجة التي يقررها الطبيب لا يعد إساءة استعمال، وبالمقابل فان استعمال الأدوية دون مشورة الطبيب المعالج، يعد سوء استعمال، مثل تناول المضادات الحيوية دون مبرر. ومن أهم حالات سوء الاستعمال، سوء استعمال أدوية فوق الريف، وهي الأدوية التي تصرف دون الحاجة إلى وصفة طبية مثل الأسبرين في حالات الصداع. والخطورة هنا أنه قد يكون السبب

الذي أخذ من أجله الدواء عرضاً لمرض ما، وما يفعله الدواء هنا هو تسكين الألم، وليس معالجة المرض (عمارين، ١٩٩٤). ويعني سوء استعمال العقار، كما حددته جمعية الطب الأمريكية (AMA) بأنه: أي استخدام للعقار خارج السياق الطبي، وبما ان مفهوم العقار اجتماعي مثلما هو طبي فإن هذا التحديد غير كاف. فالكحول على سبيل المثال لا تصرف بوصفة طبية، وهي ذات تأثيرات مشابهة للعقاقير التي يشعر الأطباء بضرورة ضبطها (Goode، 1984. p. 22) وهناك حالات الإدمان البسيط مثل تناول الشاي والقهوة والسجائر، وهذه المواد مقبولة اجتماعياً، ولو أن الدول بدأت بحملات ضد استعمالها (التدخين السلبي، ومنع التدخين في المحلات العامة..... الخ). وأما الحالات الأكثر خطراً من حالات إساءة الاستعمال، فهي التي تنتج التحمل، فالإدمان هو زيادة الكميات التي يستعملها الفرد في كل مرة للحصول على الأثر نفسه.

مسيء استخدام الكحول Alcohol Abuser

هو من يتعاطى الكحول من غير ارتباط فسيولوجي، ولكنه يتعاطاه بشكل غير متزن سواء في الكمية، أو الوقت، أو طريقة التعاطي.

سحب المخدر (الإقلاع) Drug Withdrawal

يقصد بسحب العقار أو المخدر، ترك الشخص المعتمد على المخدر، أو امتناعه عن تناول المخدر طوعاً أو قسراً، ويلتزم ذلك حدوث اضطرابات جسدية ونفسية وعقلية تشكل ما يسمى بسحب العقار وقد تؤدي أعراض الانسحاب إلى الوفاة.

الاشتياق Craving

مصطلح يشير إلى حالة الرغبة في التعاطي. ويأتي الاشتهاق في صور مختلفة، وهي دعوة إلى تعاطي المادة المُدمن عليها (النوع)، وبنفس المقدار (الكمية)، وبنفس الطريقة (طريقة التعاطي). والاشتياق يظهر حينما يتجاوز المدمن الوقت الذي يتعاطى فيه، كأن يتعود على تعاطي جرعة الهيروين يومياً فيبقى أكثر من يوم دون تعاط. والاشتياق يكون حاد ومتكرر في بدايات التوقف، ولكنه يتناقص ويقل تدريجياً مع طول فترة التوقف عن التعاطي.

الأعراض الانسحابية Withdrawal Syndromes

هي مجموعة من الاستجابات الجسمية والنفسية الناجمة عن منع أو امتناع الفرد عن تعاطي المواد المخدرة بعد إدمانها. وتباين الأعراض الانسحابية فيما يتعلق ببداية ظهورها على المدمن، حسب نوع المخدر، بالإضافة إلى عوامل أخرى، إلا أنها تتراوح بين (٦ - ٩٦ ساعة. وتعرف حدة الاشتهاق من خلال القلق واضطراب النوم لدى المؤمن. وتتكون الأعراض الانسحابية من الآتي:

(١) زيادة في ضربات القلب.

(٢) رعشة جلدية وفي العضلات والأطراف.

(٣) الغثيان والتقيؤ.

(٤) الإسهال.

(٥) التعرق.

(٦) قلة في النوم.

(٧) رشح الأنف.

(٨) فقدان شهية الأكل.

(٩) هلاوس (في بعض الحالات).

الهلوسة Hallucination

إدراك خيالي لبعض الظواهر والموضوعات وأشياء غير موجودة في الواقع، وتعد عرضاً من أعراض الذهان. ومن أنواع الهلوسة ما يلي: (١) هلوسة سمعية: تقتضي سماع أصوات غير موجودة حقيقة، وهي أكثر أنماط الهلوسة شيوعاً وأبسط أنواعها الأزيز أو الجرس في الأذنين، وقد تكون أصواناً متعالية أو متهكمة أو مضطهدة (٢) هلوسة بصرية: تحدث في شكل ومضات ضوء ولون، أو عدم قدرة على تمييز الاتجاهات (٣) هلوسة شمّية: وهي نادرة حيث يشم المريض روائح كريهة أو غازات (٤) هلوسة لمسية: كأن يحس المريض بأن شيئاً يزحف تحت جلده أو أن أحداً يعذبه.

الانتكاسة Relapse

هي العودة مرة أخرى إلى تعاطي نفس المخدر بعد فترة توقف أو انقطاع عن المخدر تسمى فترة علاج. فهي إخفاق في العلاج وليست فشلاً في الشفاء أو التعافي.

شرعنة المخدرات Legalization

وتعني إزالة العقوبات القانونية المتعلقة باستخدام أو امتلاك المخدرات.

تقليل الجريمة Decriminalization

وتعني خفض المهم والكبير للعقوبات القانونية إزاء استخدام أو امتلاك كمية صغيرة من المخدرات.

التحديد Limitation

وتعني ترخيص ووضع ضرائب على المخدرات ضمن حدود وظروف، وان تباع من خلال المهنيين والصحيين والصيدالة أو محلات مرخصة على غرار محلات بيع الكحول.

ثنائية السوق Two-Market

ويعني نظام تسجيل المدمنين، حيث تباع المخدرات لهم برخص أو توزع مجاناً في العيادات الطبية وفي الوقت ذاته عدم تشجيع أي مستخدم جديد.

خفض الأذى Harm Reduction

وهو استراتيجية اجتماعية كلية (Macrosociological) وهو محاولة إلى تقليل خطورة استخدام المخدرات للحد الأدنى، وتعليم الناس كيف يقللون المشكلات المرتبطة بتعاطي المخدرات، وتقليل مستوى استخدام المخدرات

٣ . ٣ المخدرات والجريمة Drugs & Crimes

هناك علاقة بين سوء استخدام المخدرات والمخدرات (Nuro. Kinlock & Hanlen. 1988 ، وتدور نظريات العلاقة بين سوء استخدام المخدرات والجريمة على فرضية عبودية المخدر (Enslavement) أو التصعيد (Escalation)، أي ان التفسير المطروح هنا أن المخدر يستعيد الإنسان وبالتالي يدفعه للجريمة، أما الرأي الآخر فهو ان المخدر يؤدي إلى تصعيد نفسي وفيزيقي عند الفرد يجعله غير مدرك لما يقوم به.

٣ . ٤ المخدرات والعنف الأسري Drugs & Family

Violence

ترتبط قوة الرابطة بين الفرد والمجتمع كما جاءت في نظرية التحكم لهيرشي على العلاقة بين الفرد والمجتمع، وتتكون من عدة أبعاد مهمة منها: الالتصاق الأبوي والانغماس الأبوي و الالتصاق بالمدرسة والالتزام بالمدرسة، والمعتقدات. ويؤدي الضعف في هذه الأبعاد إلى الانحراف والسلوك الطائش والجريمة. (البداينة، ٢٠٠١).

يؤدي سوء استخدام المخدرات إلى العنف الأسري، فقد أشار تقرير اكيرمان Ackerman.1988 إلى وجود عدد كبير من أنواع العنف المرتبط بالكحول. وهناك أدلة على الأثر لما بين الأجيال (Intergenerational effect) للكحول على كافة أنماط العنف الأسري حيث إن المعنفين يلقون اللوم على الآخرين. من مثل قولهم «هذه ليست مشكلتي» «إنها تستحق ذلك»... الخ. وهم يتوقعون أن يتصرف الصغار كما يتصرف الكبار. كما أن ضحايا العنف الأسري في الأسرة الكحولية أو من متعاطي المخدرات منعزلون اجتماعياً، وخجلون من أن تظهر الندب الفيزيكية وأن تعرض للآخرين، وجزء من هذه العزلة الاجتماعية هو استدماج الضحية للوم (Blame)، حيث يوافق الضحية بالخطأ مع المعنف من مثل قوله «أنا أستحق ما حصل لي» حيث يعتقد الضحية بالولاء للأسرة، حيث تعامل مثل هذه الأحداث على أنها «أسرار أسرة» وان إدامة وحدة الأسرة (Family Integrity) مطلوبة مهما كلف الثمن.

ويعطل العنف الأسري وسوء استخدام المخدرات تطور العلاقات

الحميمة ويجعل المعنف يشعر بالخوف من مفهوم الذات، كما يسهم في شيوع سلوك الاعتمادية والخوف، كما يصبح جميع أفراد الأسرة مشوشين (Disoriented). لقد أظهرت دراسة دونز و ميللر (Downs & Miller 1986) أن وجود أب كحولي مرتبط إلى كون الطفل ضحية عنف جنسي. إن الأطفال في الأسرة التي تتعاطى المخدرات يعانون الأعراض ذاتها في بما ذلك انحراف الأحداث، مفهوم ذات منحرف، محاولات الانتحار، اضطرابات جنسية، صعوبات زواجية.

Berry & Boland. 1977; Edwards. 1982; Flanzer. 1982;)

.(Flonzer & Sturkie. 1987; Polch. Armor & Braiker. 1981

كما أن الكحول قد يستخدم كمبرر للعنف الأسري، ما يتيح للفاعل التهرب من مسؤوليته.

٣ . ٥ المخدرات والصحة العقلية Drugs & Mental Illness

هناك (٦ من ١٠) من مدمني المخدرات يعانون من اضطرابات عقلية وهناك من يعاني بالإضافة إلى الاضطرابات العقلية من مشكلة الاعتمادية، وبناءً على (NIMH) موثق في (NDIC. 2004) الاضطرابات العقلية المرتبطة بعوامل الإدمان على المخدرات (NDIC. 2004) ويظهرها الجدول التالي.

الجدول رقم (٣) الاضطرابات العقلية المرافقة للإدمان

٪١٦	اضطرابات الشخصية ضد المجتمع
٪١٥	الخيالات
٪١١	الانفصام
٪٥	اضطرابات الخوف
٪٥	اضطرابات الاكتئاب
٪٤	اضطرابات الإفراط - الإكراه
٪٣	المخاوف

٣ . ٦ استعمال العقاقير Drug Use

هناك عدد من الجوانب أو الأبعاد لماهية العقاقير والعقاقير المخدرة، يمكن النظر إليها أو القصد من استعمالها والتي من خلالها يمكن أن تعد عقاقير أو عقاقير مخدرة:

- ١ - المنفعة الطبية: Medical Utility ويقصد بذلك خاصية المواد وقبول استعمالها في المجتمع الطبي، لمعالجة الجسد والعقل بواسطة الأطباء.
- ٢ - الانتعاش النفسي Psychoactivity ويقصد بذلك خاصية المواد ذات الأثر المباشر على العمليات العقلية، التي تؤثر على العاطفة والتفكير والإدراك والإحساس (مثل ال سي دي، والكحول).
- ٣ - الاستعمال الترفيهي Recreational Use: وهي المواد التي تستخدم لأثرها الموضوعي، وهو الكيف مثل الكحول و الماريجوانا.
- ٤ - عدم القانونية Public Definition: وهي المواد التي يجمع المجتمع على أنها مخدرات، مثل الهيروين (Goode. 1984. p. 17).

والمتمعن في هذه الأبعاد يستطيع القول إن بعض المواد وبناء على معيار ما يمكن أن تعد مخدرات، ولكنها لا تعد كذلك بناءً على معيار آخر.

٣ . ٧ استعمال المخدرات

حدد جوود (Goode) أربعة استخدامات للمخدرات والعقاقير وهي:

١ - الاستخدام الطبي Medical Use: ويشمل هذا الاستخدام استعمال العقاقير في العلاج الطبي، مثل البنسلين أو من خلال وصفة طبية مثل الفاليوم.

٢ - الاستعمال الترفيهي القانوني Legal Instrument Use: ويهدف هذا الاستخدام للحصول على حالة ذهنية أو نفسية مريحة للفرد، مثل استعمال الكحول والسجائر والكافيين (القهوة، الشاي).

٣ - الاستعمال الذرائعي غير القانوني Illegal Instrument Use: ويشمل هذا الاستخدام تعاطي المخدرات دون وصفة طبية وذلك بذرائع معينة، مثل قيادة سيارة لفترة طويلة، أو التحضير لامتحان معين..... الخ. الأفراد الذين يحصلون على وصفة طبية للمخدرات دون موافقة الطبيب لا يعدون أنفسهم متعاطي مخدرات، ولكنهم يستخدمون المخدرات لتحقيق هدف تقليدي يقبله المجتمع.

٤ - الاستعمال الترفيهي غير القانوني Illegal Recreational Use: ويشمل هذا الاستخدام العقاقير والمخدرات الخطرة، وخاصة المنبهات أو المسكنات أو المهلوسات (-37 pp. 1984. Goode). (43).

٣ . ٨ تصنيف المخدرات

هناك عدة معايير لتصنيف المخدرات، فقد تصنف وفق اللون، وقد تصنف وفق الأثر، وقد تصنف وفق المصدر. فأما العقاقير المصنفة وفق اللون، فمنها بيضاء (مورفين، هيروين، كوكائين)، ومخدرات سوداء (حشيش وأفيون)، أما المصنفة وفق المصدر فمنها:

١ - المخدرات الطبيعية: وهي مجموعة من العقاقير التي يحصل عليها الإنسان من الطبيعة، دون إدخال تعديل صناعي عليها، وهي نباتات تحتوي على المادة المخدرة، كالأفيون (نبات الخشخاش)، الحشيش (نبات القنب الهندي)، القات، الكوكا، والتبغ، والشاي، والقهوة.

٢ - المخدرات المصنعة: وهي أشباه القلويات المستخلصة من المادة المخدرة الطبيعية بطرق صناعية، وهي مخدرات مشتقة من الأفيون (المورفين، والهيروين، والكودائين) ومخدرات مشتقة من أوراق الكوكا (الكوكائين).

٣ - المخدرات الكيميائية: وهي مواد مخدرة حضرت كيميائياً ومن أهمها:

أ - المنومات (الباربيتورات)

ب - المنبهات (الأمفيتامينات)

ج - المسكنات

د - المهلوسات

هـ - المستنشقات (عبد اللطيف ، ١٩٩٢).

أما المصنفة وفق التأثير، فيقصد بها التأثير على الجهاز العصبي

المركزي (CNS) - الدماغ والحبل الشوكي، فالعقاقير يمكن أن تثير Stimulate أو تهبط Depress، ويمكن أن لا تؤثر عليه .

وتقسم العقاقير المنشطة نفسياً إلى:

١- المخدرات Narcotics: وهي العقاقير التي تهبط نشاط الجهاز العصبي المركزي، وتشمل الهيروين والمورفين، والكودائين، والميثادون.

٢- المهبطات العامة أو المسكنات General Depressants: وتقوم بإعاقة أو إبطاء استجابات الجهاز العصبي المركزي وتشمل خمسة أنواع هي:

أ- الباربيتورات ذات الفاعلية القصيرة، ومنه: اميتال، و نمبتال، وسيكنال، و يتونال.

ب- الباربيتورات ذات الفاعلية الطويلة، ومنها: فينوبار بيتال، وفيورينال.

ج- المسكنات الالباريتورائية (الميثاكولون) ومنها: باريست، وسوبر، والكحول.

د- المسكنات الفرعية، ومنها: الفاليوم، واليبيريوم، واكونال، وملتان.

هـ- المسكنات الرئيسة، ومنها: ثورازين، وستيلازين، وميلاريل.

٣- المنبهات Stimulants: وتقوم بتنشيط الجهاز العصبي المركزي من خلال تكثيف الإشارات المارة إليه، وبالتالي تمنع التعب والإعياء وهي نوعان:

أ- الامفيتامينات ، ومنها الدكسرين، والبنزدرين، والديسواكين،
والبفيتامين.

ب- المنبهات اللامفيتامينية، ومنها: الكوكائين، وريتالين، وكافين،
والنيكوتين.

٤ - المهلوسات Hallucinogens، وهذه ليست ذات تأثير مثير أو مهبط
للجهاز العصبي المركزي، وما زال تأثيرها غير معلوم، ومنها: ال
سي دي، والميسكالين، ام دي أي MDA .

٥ - الماريجوانا Marijuana وهذه قد تكون مثيرة، وقد تكون مهبطة
ولذلك وضعت مستقلة.

٦ - المستنشقات Inhalants وهي مواد غازية يتم تناولها بالاستنشاق أو
التدخين، ومنها: اميل نيتريت، (Goode, 1979.p5; Schuckit . 1979.p5; Goode.)
و تعد هذه الفئة الأكثر سهولة في التناول (1984. pp34-37)
وذلك لكثرة المواد ذات الاستعمال اليومي، والمقبول اجتماعياً
مثل : غاز الولاعات، و الآغو، ومواد التنظيف، و صمغ المطاط،
والبنزين، والصمغ الصناعي، ومزيج طلاء الأظافر، والملصقات
المنزلية والبلاستيكية، والطلاء، ولواصق الإطارات، ولذلك لا بد
من وضع تشريعات لتحديد الأفراد الذين يحق لهم شراءها. وقد
حصرت الأمم المتحدة المواد المخدرة في ثلاثة جداول وفق درجة
الخطورة وهكذا.

الجدول رقم (٤) جداول المخدرات *

الجدول الثالث	الجدول الثاني	الجدول الأول	
		البنز يلمورين	الأفاميثول
الاستيلديهيدروكودين	الاستيلديهيدروكودين	البنز يلمورين	الأفاميثول
الكودين	الفولوكودين	البتامبيرودين	الانيسليديدين
النيكوديدين	النيكوديدين	البياميثارول	البنز ميثيدين
النوركوديدين	النوركوديدين	الكوكا	الكونيتازين
الديهيدروكوديدين	الديهيدروكوديدين	قش الخشخاش	الكودوكسيم
دالفولكوديدين	البروبرام	الايثورفين	الكودوكسيم
الايثومورفين	الكوديدين	الثيبابين	الشيياكون

* المصدر عبد اللطيف، ١٩٩٢، ص ٤٠ - ٤١

** كمية المخدر يجب أن لا تتجاوز ١٠٠ ملليغرام / للوحدة الدوائية + نسبة تركيز لا تتجاوز ٥, ٢, ٠٪

وقد تصنف المخدرات وفق أبعاد الإدمان (الاعتماد الجسدي، والتحمل، والاعتماد النفسي)، إذ نجد بعض العقاقير والعقاقير المخدرة التي يؤدي تعاطيها إلى الاعتماد الجسدي والنفسي والتحمل (الأفيون ومشتقاته) وقد نجد بعضها ذات اعتماد نفسي فقط مثل المنبهات.

الجدول رقم (٥) جداول المخدرات*

العقار	التشوق	الأثر النفسي	التبعية النفسية	التحمل	التبعية العضوية	عند الانسحاب**
الهيروين والمورفين	*		*	*	*	
الباريتيورات	*	*	*	*	*	*
الكحول	*	*	*	*	*	*
البروميدات		*	*			*
الكوكائين	*	*	*			
ال سي دي		*	*			
الامفيتامينات	*	*	*			
الماريجوانا		*	*			
النيكوتين	*		*			
الكافين			*			*

المصدر 12 p. 1971 Laurie Peter.

٣ . ٩ آثار المخدرات

تعد المخدرات مواد كيميائية، وظاهرة اجتماعية وثقافية ورمزية، يتم النظر إليها والتعامل معها، واستعمالها بطرق محدودة من المجتمع العامل ومن مجموعات داخل المجتمع، لذلك لا بد من دراسة المناخ، فهمه، تفحصه فهو

الذي يحيط باستخدام المخدرات من أجل فهم مسبباتها، ومداهها، ونتائجها. إن أثر أي عقار، أو عقار مخدر، يتوقف على عدد من العوامل منها: أن ما يفعله العقار بعقل المتعاطي، وجسده يعتمد على طريقة تناوله. فجميع استعمالات العقاقير والمخدرات تتم على استعمال العقاقير والمخدرات وهما: العوامل الدوائية (Pharmacological Factors) والعوامل الدوائية الإضافية (Extra pharmacological Factors) مثل المناخ القانوني. وكما هو معلوم، فعلم الصيدلة يهدف لفحص أثر الدواء (العقاقير) على العضويات، وخصوصاً أثر العوامل التالية على أثر العقار وهي:

١ - الهوية Identity

٢ - الجرعة Dose

٣ - الشدة والنقاء Potency & Purity

٤ - مزج العقار Drug Mixing

٥ - طريقة التقديم Route of Administration

٦ - التعود Habitation

٧ - الحالة Set

٨ - السياق Setting.

فالنسبة للهوية، فيقصد بها ماهية العقار، أو العقار، أو العقار المخدر، من حيث المكونات، وهل العقار كما هو معلن عنه؟ أما الجرعة، فيقصد بها، كمية العقار المتناول، حيث إن أي مناقشة لتأثير العقار من تحديد كمية الجرعة، لا معنى لها. أما الشدة، فيقصد بها، كمية الدواء لإنتاج أثر معين قليلة، كلما كانت الشدة قوية، وبالمقابل، فإن نقاء العقار، يقصد به النسبة المثوية من العقار الصافي. ويقصد بمزج العقار أو المخدر، وضع عقارين

أو أكثر ومزجها للحصول على مخدر بمواصفات جديدة، من مثل مزج الهيروين والكوكائين. أما طريقة تناول المخدر فتحدد ثقافياً أو اجتماعياً، فهناك مخدرات يتم تناولها في المجتمع بأكمله بالطريقة نفسها مثل القات. وأما التعود، فيقصد به، الطريقة التي تعود الفرد عليها في تناول المخدر وبما أن الاستعمال المستمر للمخدر يقود إلى التحمل، فإن الأفراد المتعودين، سيحتاجون إلى كميات كبيرة من العقار مقارنة مع غيرهم. أما الحالة، فيقصد بها الحالة النفسية والعقلية والعاطفية للفرد الذي يتعاطى المخدر، وتشمل التوقعات، والذكاء والشخصية، والتخيل والمزاج..... الخ. أما السياق، فيشمل البيئة الاجتماعية، والفيزيائية التي يتم تناول المخدر فيها، وقد تشمل الرفاق الذين يتناول الفرد المخدر معهم، أو المكان..... الخ (Goode.1984.p.28)

٣ . ١٠ طرق تناول المخدرات

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

١ - الفم Oral: هذه أكثر الطرق شيوعاً، ولا بد أن يكون العقار قابلاً للبلع (Soluble) لكي يتم تناوله عن طريق الفم، وأن يتم امتصاصه ووصوله إلى الدورة الدموية. فبعض المخدرات يتم

امتصاصها مباشرة كالكحول، وال سيما 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.

٢- العضلات Rectal : تستخدم هذه الطريقة في بعض الحالات التي يتعذر فيها استخدام الفم، أو لصعوبة ما (المراجعة Vomiting).

٣- لامرئي (عن طريق الأمعاء) Rarenteral: وذلك عن طريق الحقن بالعضل، وهذا قد يكون عن طريق الأوردة مباشرة، أو تحت الجلد أو في العضل، وتؤدي الطريقة إلى استجابات سريعة، مقارنة مع طريقة تناول عن طريق الفم، وذلك لسرعة الامتصاص، والوصول لمجرى الدم. ولا بد 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 فقدان عملية التعقيم (Sterile) ما قد يؤدي إلى الالتهابات أو التلوث.

٤- الاستنشاق Inhalation: عن طريق الرئة. يتم الامتصاص بهذه الطريقة بشكل سريع، ويتم نقل المواد المخدرة بشكل سريع جداً عن طريق الرئتين (Julien. 1985. pp.2-3).

٣ . ١١ الآثار السلبية للمخدرات

وفيما يلي جدول يضم أهم أنواع المخدرات والآثار السلبية لكل منها:

الجدول رقم (٥) جدول تأثير المخدرات*

المخدر	التأثيرات
المنبهات: الكوكائين	سلوك حركي زائد، وهياج وأرق، واضطرابات القلب والرئتين
الأمفيتامين	إحساس بالإثارة، وزيادة ضغط الدم، وعد الاستقرار الحركي، والاكنتاب
النيكوتين	تنبيه زائد، وعدم انتظام دقات القلب، اعتماد جسيمي ونفسي
الكافيين	زيادة ضغط الدم، وارق، واعتماد جسيمي ونفسي
المثبطات: الكحوليات	فقدان التحكم الحركي، التشوش العقلي، الاعتماد الجسيمي والنفسي
الأدوية	الميل للنوم، الغيبوبة، والاعتماد النفسي والجسيمي
المخمدات: الأفيون	انخفاض التوتر، والغثيان، والاعتماد النفسي والجسيمي
المورفين	الرغبة في النوم والتحمل
الهيروين	الانفصال عن الواقع والغيبوبة أعراض الانسحاب
الماريجوانا	عدم التبصر الإدراكي والحركي، والتشوش، ومشكلات تنفس
المهلوسات: ال سي دي	تشوهات إدراك، وجود هلوسات شديدة، اعتماد نفسي

المصدر: Myer. R.G. & Salamon. P. Abnormal Psychology. London & Bacon. inc. 1988. pp424 425 موثق في عبد اللطيف، ١٩٩٣، ص ٧٧-٨٠ مع التعديل.

الفصل الرابع الوقاية والعلاج

٤ . الوقاية والعلاج

٤ . ١ الوقاية

الوقاية من تعاطي المخدرات وسوء استخدامها

هناك ثلاثة أنواع من الوقاية، كل هذه الأنواع تعنى بمرحلة معينة من حدوث تعاطي المخدرات وسوء استخدامها، فمنها ما يعنى بمنع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها قبل أن يحدث ومنها ما يعنى به بعد حدوث تعاطي المخدرات وسوء استخدامها ومنها ما يعنى به قبل أن يتسع انتشار تعاطي المخدرات وسوء استخدامها لتصبح مشكلة اجتماعية، وهذه الأنواع هي:

الوقاية الأولية وهي تعنى بالتحصين الاجتماعي والصحي ضد تعاطي المخدرات وسوء استخدامها ومنع حدوثها على مستوى المجتمع.

الوقاية الثانوية وتعنى بمعالجة حالات تعاطي المخدرات وسوء استخدامها على مستوى المجتمع المحلي.

الوقاية الثالثية وتعنى بمنع انتشار اتساع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها على مستوى الأسرة أو المدرسة أو الفرد.

٤ . ١ . ١ . الأنموذج العام في الوقاية من الجريمة : مضامين في

سوء استخدام المخدرات

The General Crime Prevention Model (GCPM)

Implications for Drug Abuse

تم تطوير هذا الأنموذج من قبل البداية في مجال العنف الأسري (البداية، ٢٠٠٦) وتسمية هذا الأنموذج باسم الأنموذج العام في الوقاية من الجريمة ((The General Crime Prevention Model (GCPM)) وقد تم تحليل مضامين في مجال تعاطي وسوء استخدام المخدرات هو يعامل تعاطي المخدرات معاملة الحادث المرضي (Incident)، وبالتالي ينظر لتعاطي المخدرات كإصابات، لا بد من معالجتها، وهذا يتطلب البحث في أسبابها. وباختصار يركز هذا الأنموذج على خفض العرض وخفض الطلب على المخدرات، وتقليل الفرصة بالنسبة للفرد في الوصول للمخدر. وإزالة الخطورة الصحية المسببة لتعاطي المخدرات وتشجيع السلوك الصحي.

وصف الأنموذج

يتكون الأنموذج من جزأين رئيسيين هما:

- ١ - الوقاية من تعاطي المخدرات وسوء استخدامها بمراحل الثلاث (الأولية والثانوية والثالثية) والفئات الاجتماعية المستهدفة (المجتمع والمجتمع المحلي والأسرة) على التوالي.
- ٢ - مراحل التعامل مع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها (التحديد ومرحلة التبليغ، ومرحلة التقييم الأولي، ومرحلة الاستجابة، ومرحلة مؤتمر الحالة، ومرحلة التدخل، ومرحلة التحويل والحماية والرعاية، ومرحلة التقييم والمتابعة ومرحلة العود للمجتمع).

هناك ثلاثة أنواع من الوقاية، كل هذه الأنواع تعنى بمرحلة معينة من حدوث تعاطي المخدرات وسوء استخدامها، فمنها ما يعنى بمنع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها قبل أن يحدث ومنها ما يعنى به بعد حدوث تعاطي المخدرات وسوء استخدامها ومنها ما يعنى به قبل أن يتسع انتشار تعاطي المخدرات وسوء استخدامها لتصبح مشكلة اجتماعية، وهذه الأنواع هي:

الوقاية الأولية وهي تعنى بالتحصين الاجتماعي والصحي ضد تعاطي المخدرات وسوء استخدامها ومنع حدوثها على مستوى المجتمع.

الوقاية الثانوية وتعنى بمعالجة حالات تعاطي المخدرات وسوء استخدامها على مستوى المجتمع المحلي.

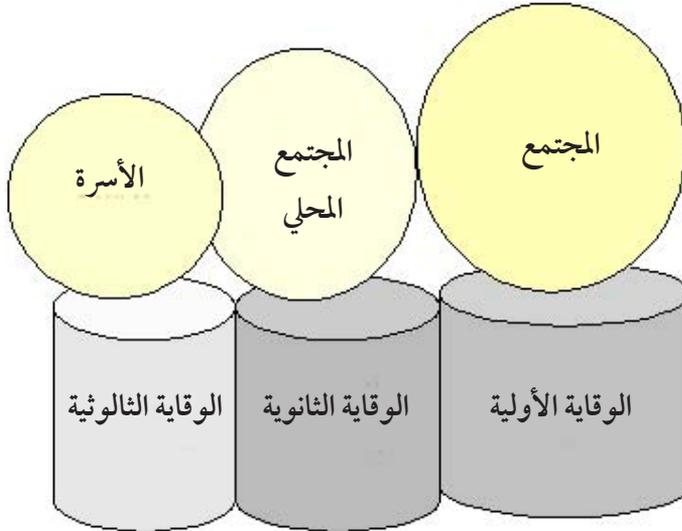
الوقاية والثالثية وتعنى بمنع انتشار اتساع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها على مستوى الأسرة أو المدرسة أو الفرد.

أولاً: الوقاية الأولية

تُعنى الوقاية الأولية بمنع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها قبل حدوثه في المجتمع عامة من خلال استهداف واحد أو أكثر من عوامل الخطورة، أو خفض استخدام المخدرات عند الشباب وخفض الطلب وخفض العرض على المخدرات. إن أفضل الطرق لتحقيق مثل هذا الهدف هو التحصين الاجتماعي ضد تعاطي المخدرات وسوء استخدامها، أي معالجة أسباب تعاطي المخدرات وسوء استخدامها لمنع حدوثه، وهذه العملية تشبه عملية التطعيم ضد المرض عملية (التحصين الاجتماعي). أما من الناحية الاجتماعية فإنه من المهم تعزيز الذخيرة الثقافية الاجتماعية المعززة

لحماية المجتمع ووقايته من تعاطي المخدرات والمستهدف هنا هو المجتمع بأسره. وفيما يلي بعض البرامج والأساليب التي تحقق الوقاية الأولية:
برامج زيادة الوعي المجتمعي بمشكلة تعاطي المخدرات وسوء استخدامها

تركز برامج زيادة الوعي العام لدى المجتمع عامة على تعزيز ثقافة نبذ سوء استخدام المخدرات عامة. وبيان خطورة تعاطي المخدرات وإظهار آثارها السلبية على الفرد والمجتمع، وبيان الأذى الجسدي والنفسي والاجتماعي الذي يلحق بالأفراد، وتكوين مناعة اجتماعية تقف ضد تعاطي المخدرات وسوء استخدامها داخل المجتمع وتقوية المعززات الثقافية والاجتماعية والقيم التي تمنع سلوك تعاطي المخدرات وسوء استخدامها داخل المجتمع.



الشكل رقم (١)

مستويات الوقاية من تعاطي المخدرات وسوء استخدامها وفق الشريحة المستهدفة

أمثلة لنشاطات وبرامج:

١ - القيام بحملات منظمة ومستمرة لزيادة الوعي المجتمعي وتوعية الشباب عامة بخطورة تعاطي المخدرات وسوء استخدامها، وتوعية الفئات المستهدفة وخاصة الشباب. من مثل ما تقوم به حاليا إدارة مكافحة المخدرات من محاضرات في الجامعات والمدارس، ومثل حملة أصدقاء مكافحة المخدرات.

٢ - توعية العاملين والعاملات في مؤسسات تقديم الخدمة لضحايا الإدمان وتعاطي المخدرات وخاصة بوزارة التربية والتعليم، والصحة، والتنمية، ومديرية الأمن العام، والقضاء والأوقاف وخاصة خطباء المساجد بواجبهم في التعامل مع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها كل وفق مجاله ومهامه والصلاحيات الممنوحة له.

٣ - التوعية الدينية - بخطر تعاطي المخدرات وتهديده للفرد والأسرة - من خلال المساجد والكنائس ودور العبادة عامة وأمكنة الوعظ والإرشاد الديني لحماية الأسرة والمحافظة علي مكانتها وتقديس العلاقات الأسرية الواجب شيوعها في الأسرة.

٤ - التوعية الإعلامية العامة الموجهة لكافة شرائح المجتمع لتعزيز حماية المجتمع من خطر انتشار تعاطي المخدرات والابتعاد عن عوامل الخطورة في تعاطي المخدرات.

٥ - تنفيذ برامج توعية وتوجيه للآباء و للأمهات ربات البيوت لإرشادهم عن كيفية الوقاية من تعاطي المخدرات والكشف المبكر عنها عند الشباب مثل برامج الكرتون الموجهة للأطفال من قبل إدارة مكافحة المخدرات.

٦ - تحديد يوم وطني أو دولي في السنة للتوعية بمخاطر تعاطي المخدرات في الأردن يشمل ذلك التعريف بتعاطي المخدرات وسوء استخدامها وبمخاطره وآثاره السلبية، ويمكن أن يكون ذلك في المدارس عامة والجامعات عن طريق ندوات ومحاضرات... الخ.

٧- بيان الخدمات المتاحة في المجتمع لضحايا وجناة تعاطي المخدرات وللواقعين تحت الخطورة مثل المركز الوطني للإدمان.

٨- نشر معلومات الكترونية من خلال الإنترنت تهدف إلى الوقاية من تعاطي المخدرات وسوء استخدامها ورفع الوعي العام على مواقع على الشبكة مثل موقع إدارة مكافحة المخدرات

<http://www.anti-narcotics.psd.gov.jo>

وموقع أمان على شبكة الإنترنت

<http://www.amanjordan.org/>

برامج التحصين الثقافي:

- تعزيز الذخيرة الثقافية المعززة لحماية المجتمع من تعاطي المخدرات، والتركيز على تحريم سوء استخدام المخدرات دينيا وصحيا واجتماعيا.
- تضمين المناهج الدراسية للطلبة في المدارس والمعاهد والجامعات بمواد علمية تتعلق بتعاطي المخدرات وسوء استخدامها .
- تفعيل الخطة الاستراتيجية لمواجهة سلوك التعاطي والإدمان على المخدرات وتقييمها.
- تدريب مقدمي الخدمة وخاصة مديري المدارس والمعلمين والمرشدين

- على استخدام الأساليب الإرشادية والوقائية والعلاجية في تعاملهم مع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها خاصة.
- تدريب المعنيين بالاستجابة لتعاطي المخدرات على الوسائل الحديثة في التعامل مع الحالات وفق مستوياتها.
- الاستفادة من خدمات الإنترنت في خفض الطلب على المخدرات وتقديم النصائح والإرشاد.

التحصين القانوني:

- الاستفادة من الإعفاء من المسؤولية القانونية التي تنص «لا تقام دعوى الحق العام على من يتعاطى المواد المخدرة والمؤثرات العقلية أو يدمن عليها إذا تقدم، قبل أن يتم ضبطه، من تلقاء نفسه أو بواسطة أحد أقربائه إلى المراكز المتخصصة للمعالجة التابعة لأي جهة رسمية أو إلى إدارة مكافحة المخدرات أو أي مركز أمني طالبا معالجته».
- سن التشريعات الوطنية اللازمة لحماية الأطفال والنساء خاصة ضد استغلالهم في الاتجار بالمخدرات أو التعامل مع مروجيها
- برامج معالجة المشكلات الاجتماعية والتخفيف من آثارها السلبية:

- تطبيق استراتيجية الفقر وعون الفقراء.
- تطبيق استراتيجية لمكافحة الأمية.
- تطبيق استراتيجية لمكافحة البطالة.
- وضع استراتيجية أمنية لمكافحة الجريمة.
- تنفيذ إلزامية التعليم الإعدادي.

- تشجيع مشاركة القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية في معالجة المشكلات الاجتماعية كجزء من المسؤولية الاجتماعية له.

استراتيجيات الوقاية من تعاطي المخدرات وسوء استخدامها :

هناك حاجة لتفعيل وتطوير استراتيجية شاملة لتعاطي المخدرات تشمل مجالات التدخل المقترحة لتنفيذ مثل هذه الاستراتيجيات الأنشطة التالية :

- ١ - أنشطة إثارة الوعي واستقطاب الدعم
- ٢ - ترسيخ ثقافة مجتمع خال من المخدرات.
- ٣ - التدريب على التعامل مع الفئات الاجتماعية المستهدفة وخاصة للعاملين ومقدمي الخدمة مثل الشرطة والقضاة والعاملين في المحاكم.
- ٤ - تعديل التشريعات المتعلقة بتعاطي المخدرات وسوء استخدامها وتطويرها.
- ٥ - إجراء دراسات مسح واقع سوء استخدام المخدرات في المجتمع الأردني.
- ٦ - التشبيك بين المؤسسات المجتمعية وإنشاء التحالفات.
- ٧ - التدخل المباشر لمساعدة الضحايا.
- ٨ - التقصي المبكر للفئات الواقعة تحت الخطر.
- ٩ - تقييم الخدمات المقدمة للضحايا والجناة وتقييم أداء المؤسسات التي تقدم الخدمة.
- ١٠ - تطبيق الحد الأدنى من المعايير في التعامل مع الضحايا والجناة في تعاطي المخدرات وسوء استخدامها .

ثانياً: الوقاية الثانوية

وتركز على مكافحة انتشار مشكلة تعاطي المخدرات وسوء استخدامها في المجتمع المحلي وبين الأجيال بعد ظهور أعراضها الأولية لدى فرد أو مجموعة من الأفراد من خلال خفض تكرارها واستمرارها في مراحل ظهورها الأولى. وتُعنى الوقاية الثانوية بخفض ومحاولة تحديد وتغيير مراحل مهمة في تطور تعاطي المخدرات والتي يمكن أن تؤدي إلى نتائج جسدية أو عقلية خطيرة. والمستهدف هنا الفرد في المجتمع المحلي الذي بدأ يخبر بعض النتائج السلبية لتعرضه لعامل خطورة معين، من مثل استهداف الآباء الذين جربوا المخدرات ولديهم نتائج صحية خطيرة مرتبطة بممارسة سلوك تعاطي المخدرات أو استهداف ثقافة فرعية معينة معززة لتعاطي المخدرات. وتركز الوقاية الموجهة للمجتمع المحلي على:

- تحديد (Identify) أنواع المخدرات في المجتمع المحلي ومشكلات الشباب فيه.
- بناء (Build on) على المصادر المتوفرة.
- تطوير (Develop) تطوير أهداف ورقابة قصيرة ذات صلة بالبرامج.
- إسقاط (Projection) إسقاط الأهداف طويلة المدى للبرنامج.
- تقييم (Evaluate) تقييم برامج الوقاية على أساس مستمر.

الوقاية المركزة على الأسرة:

- تحويل حالات تعاطي المخدرات وفق الحالة ونوع الخدمة المتاحة.
- استخدام مصادر المساعدة المتوفرة.
- تشجيع الحوار بموضوع الآثار السلبية الناجمة عن تعاطي المخدرات.

- عدم التستر على تعاطي المخدرات وسوء استخدامها .

الوقاية المركزة على الحي :

- تشجيع عمل شرطة المجتمع في الأحياء الشعبية.
- تشجيع الحي على كشف حالات الإدمان والتعاطي داخل الأسرة.
- تقديم ضمانات السرية والحقوقية عند التعامل مع حالات التعاطي.
- بيان مجالات المساعدة المتوافرة في الحي.
- تقديم الخدمة المتاحة والتحويل للخدمات التي توفرها جهات أخرى.
- تكثيف برامج الإرشاد الفردي في مجال دعم الضحايا.
- معالجة الإصابات الناجمة عن الإدمان.

الوقاية المركزة على المجتمع المحلي:

- البحث عن مصادر المساعدة واستخدامها على مستوى المجتمع المحلي.
- تعزيز عمل الشرطة المجتمعية في الكشف المبكر والعمل على معالجة الأسباب الدافعة للتعاطي.
- تعزيز دعم المجتمع المحلي للجماعات الواقعة تحت الخطورة.
- توفير المصادر المجتمعية البديلة للرعاية.
- تشجيع النشاطات الجماعية في المجتمع المحلي.
- تكوين جماعات تطوعية للتوعية بمخاطر تعاطي المخدرات وسوء استخدامها في المجتمع المحلي

برامج تمكين الأسرة والحى

لكى تقوم الأسرة بوظائفها الأساسية فلا بد من تزويد المواطنين بالفرص التى تمكنهم من الاستفادة من طاقاتهم وتعريفهم بحقوقهم وخاصة فى المجالات التالية:

- التمكين الاجتماعى: برامج الإدارة التربوية السليمة على مستوى الحى. برامج لبيان أن مشاهدة تعاطي المخدرات ذات آثار سلبية على نمو الطفل المتكامل.

- التمكين التربوي: برامج محو أمية الأسرة فى الحى وخاصة لدى الإناث.
- التمكين الصحى: من خلال التأمين الصحى الأساس لكافة المواطنين وخاصة للشرائح الواقعة تحت الخطورة.

- التمكين السكنى: دعم مشاريع إسكان ذوي الدخل المحدود وخاصة فى الريف.

- التمكين الغذائى: تأمين الحد الأدنى من الغذاء المتكامل للأسرة المحتاجة.

- التمكين الاجتماعى: تأمين الرعاية والإيواء للفئات المحتاجة (كالمسنين).

- التمكين الاقتصادى: دعم المشاريع الأسرية الصغيرة ودعم الأعمال النسوية الصغيرة.

- التمكين المهني: تدريب الأفراد على المهن التى يمكن أن تساعدهم فى إيجاد فرص عمل.

- التمكين الدينى: برامج تقوية المعتقدات والممارسات الدينية الداعمة

للفرق في العلاقات الأسرية والاحترام المتبادل والتكافل والتكامل الاجتماعي بين أفرادها.

- التمكين المعلوماتي: تأمين وصول الأسر المحتاجة لمصادر المعلومات وخاصة في مجال تمكين الأسرة.

ثالثاً: الوقاية الثلاثية

تركز الوقاية الثلاثية على محاولة التدخل بعد حدوث تعاطي المخدرات ومحاولة تقليل النتائج بعيدة المدى الناجمة عن تعاطي المخدرات وخفض احتمالية التعاطي داخل الأسرة. والتركيز على ضحايا تعاطي المخدرات الذين يعانون من مشكلات خطيرة بسبب تعرضهم لعوامل خطورة أتت أو يمكن أن تؤدي إلى سلوك التعاطي.

البرامج

برامج الخدمات الاجتماعية

- برامج الإرشاد الأسري. وتهدف إلى تحسين التواصل الداخلي بين أفراد العائلة، وتعليم مهارات حل المشاكل لمساعدة الآباء والأطفال.

- برامج الزيارات المنزلية. وتشمل زيارات منتظمة من قبل ممرضة أو أحد مهنيي الصحة أو المرشدين النفسيين إلى منازل الأسر التي هي بحاجة خاصة للدعم والإرشاد لرعاية طفل أو حيث يوجد تعرض لخطر عنف أسري.

- التدريب على مهارات العلاقات. وتجمع هذه البرامج سوية مجموعة مختلطة من الرجال والنساء مع مسهل لهذه العملية بقصد استكشاف المواضيع الخاصة بالجنس الاجتماعي والعلاقات المتبادلة.

- التدريب على الأبوة. بهدف تحسين العلاقات العاطفية بين الآباء والأبناء ومساعدة الآباء على تطبيق طرق التربية الحديثة وضبط أنفسهم أثناء معاملة أبنائهم وبند المخدرات.

برامج الخدمات النفسية

- برامج علاجية. بما فيها تقديم المشورة لضحايا التعاطي أو الواقعين تحت خطر إيذاء أنفسهم، ومجموعات الدعم والمعالجة السلوكية للاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى المرافقة للإدمان.

- البرامج الثقافية والتعليمية. وتشمل برامج تحفز الطلاب لتكميل تعليمهم حتى الثانوية، والتدريب المهني للطلاب الفقراء من الفتيان والشباب، وتقديم برامج تزود بمعلومات عن الكحول والمخدرات.

- برامج الإرشاد النفسي. للأشخاص المعرضين لاحتمال خطر إيذاء أنفسهم، وتشمل الذين يعانون من الاضطرابات السيكلوجية.

- برامج التكيف. وتشمل البرامج التقنية الهادفة إلى تكيف الضحايا والأطفال مع حالات تعاطي المخدرات وسوء استخدامها في الأسرة.

برامج الخدمات الصحية

- برامج المعالجة الطبية لضحايا تعاطي المخدرات وسوء استخدامها. حيث يتطلب معالجة الإصابات الجسدية والنفسية التي لحقت بالمتعاطي.

- برامج التنمية الاجتماعية: وهي برامج الإغناء قبل المدرسة، والوقاية من استخدام المخدرات داخل الأسرة، ومساعدة الأطفال والمراهقين على تطوير مهاراتهم الاجتماعية، وتهدف هذه البرامج إلى تحقيق النجاح في المدرسة والعلاقات الاجتماعية وضبط الغضب وحل الصراعات.

- برامج المراقبة. وهذه البرامج تتلاءم مع الفتيان خاصة المعرضين لخطر سوء استخدام المخدرات داخل الأسرة.
- برامج ضحايا سوء استخدام المخدرات. وضع برامج تأهيلية تركز على إعادة الثقة بالنفس ومفهوم الذات الإيجابية.

رابعاً: مراحل التعامل مع تعاطي المخدرات وسوء استخدامها

١ - مرحلة التحديد (Identification Stage) وهي مرحلة كشف حالات تعاطي المخدرات وسوء استخدامها ونوعية المخدرات، عن طريق المسح الطبي في المؤسسات الصحية والطبية أو المؤسسات الأخرى كالمدراس أو من خلال المسوح الاجتماعية. ولا بد من كشف حالات تعاطي المخدرات وسوء استخدامها وعدم الانتظار حين وصولها للنظام العدلي وللمؤسسات تقديم الخدمات. وقد يكون كشف حالات تعاطي المخدرات وسوء استخدامها من خلال وسائل أخرى فردية أو مؤسسية.

٢ - التبليغ (Reporting Stage). وهي مرحلة وصول معلومة عن حالة تعاطي المخدرات وسوء استخدامها ضد الطفل إلى علم الجهات ذات العلاقة (كالشرطة أو إدارة حماية الأسرة أو المنظمات الحكومية أو غير الحكومية ذات الاهتمام أو أي فرد أو هيئة). وقد يكون هذا التبليغ عن طريق الهاتف أو الحضور أو إرسال معلومة بالبريد الإلكتروني أو الفاكس. وهذه المرحلة يجب أن لا تتطلب إجراءات تقليدية تتعلق بمقدم المعلومة (مثل طلب هويته أو حضوره إلى مركز الشرطة ... الخ). والأنموذج التفصيلي للتعامل مع الضحايا والجناة في تعاطي المخدرات وسوء استخدامها.

- ٣- مرحلة التقييم الأولي (Initial Stage) . وهي مرحلة تقييم الحالة وتحديد نوعها وشدتها وخطورتها، والتحقيق الأولي وجمع المعلومات الأولية عن الضحية والجاني والخدمات الفورية والخدمات اللازمة لها، وتحديد الحاجة إلى التحويل لمنظمات تقديم الخدمة أو التحويل للشرطة أو القضاء أو الحاكم الإداري. وباختصار تشمل هذه المرحلة التقييم لموقف الضحية وكتابة التقرير، وتخطيط من يقوم بهاذا، ومتى، وبأي شكل؟ وهي لا تعد مرحلة تحقيق، ويجب أن تنتهي في ٢٤ ساعة.
- ٤- مرحلة الاستجابة (Response Stage) . وهي مرحلة تقييم متبادل بين الخبراء ذوي العلاقة مثل الطبيب الشرعي والقضاء والشرطة والاختصاصي الاجتماعي بقصد وضع تقرير نهائي بخصوص الحالة عامة وتحديد الإجراءات اللاحقة اللازمة. وقد تتطلب هذه المرحلة اتخاذ إجراءات قضائية مثل تحقيق أو تحويل الحالة لإحدى منظمات تقديم الخدمة أو التعامل مع الجاني من ناحية تحميل المسؤولية أو التحقيق أو التحويل للقضاء أو للبرامج الإصلاحية. تشمل الاستجابة تحويل الحالة للمركز الوطني لمعالجة الإدمان. وتختلف الاستجابة باختلاف المنظمة المعنية.
- ٥- مرحلة مؤتمر الحالة (Case Conference Stage) لقاء لأفراد من منظمات متعددة ويشمل الأهل، وهي مرحلة دراسة متعمقة للحالة، وتقييم لها من قبل الخبراء ذوي العلاقة مثل الطبيب الشرعي والقضاء والشرطة والاختصاصي الاجتماعي والحاكم الإداري بقصد تحديد فيما إذا كانت الضحية تحت خطورة أي شكل من أشكال تعاطي المخدرات وسوء استخدامها، وتأمين الأمان والأمن للضحية وتحويلها للخدمة اللازمة.

٦- مرحلة التدخل (Intervention Stage) . تشمل هذه المرحلة بيان نوع التدخل المطلوب أو الخدمة المطلوبة وفقاً لشكل سوء استخدام المخدرات وخصائص الضحية والجاني. كما لا يتوقف التدخل على الضحية وإنما قد يشمل الجاني وخاصة في الحالات التي تتطلب تأهيلاً أو رعاية أو تقديم خدمة من نوع ما. وفي حالات الرعاية والحماية فإن الأمر يتطلب صدور حكم قضائي لحماية ضحايا تعاطي المخدرات وسوء استخدامها وخاصة من الأطفال. وقد يكون التدخل غير رسمي من خلال التوسط الاجتماعي وتقديم المساعدات اللازمة للأسرة أو الضحية. كما وقد يكون التدخل حكومياً أو غير حكومي. والتدخل قد ينبثق عن مؤتمر الحالة وخاصة تدخل (الطوارئ) الذي لا يحتمل التأخير أو قد ينبثق عن حكم قضائي كالرعاية والحماية. كما تشمل هذه المرحلة تقييم مدى ملاءمة الخدمة والتدخل لحاجات الحالة.

٧- مرحلة التحويل والرعاية والحماية (Referral. Care & Protection Stage). تشمل هذه المرحلة القرار المهني أو القضائي بتحويل الحالة إلى خدمة معينة سواء كان ذلك في القطاع الحكومي أو المنظمات غير الحكومية أو إلى خدمة الحماية والرعاية خاصة إذا كان هناك خطورة على الفرد ضحية تعاطي المخدرات وسوء استخدامها أو احتمالية أن يقع شكل من أشكال تعاطي المخدرات وسوء استخدامها وخاصة الشديد منها والذي قد يؤدي إلى نتائج سلبية تصل إلى الوفاة.

٨- مرحلة التقييم والمتابعة (Evaluation & Follow up Stage) وهذه المرحلة ما قبل النهائية حيث يتم تقييم مدى استفادة الحالة من الخدمات المقدمة وتقدير أثر التدخل على سلوك الحالة، وتقدير قدرة الحالة على التكيف الأسري والمجتمعي. ولا تتوقف هذه

المرحلة عند التقييم لمدى جاهزية الحالة للعود للأسرة ولكن تشمل المتابعة لها بعد خروجها من المؤسسة وعودتها لأسرتها وبيان مدى التقدم في تكيفها مع البيئة الجديدة.

٩- مرحلة العود للأسرة والاندماج المجتمعي والرعاية اللاحقة

(Family and Societal Re-Integration & After Care Stage)

وهذه المرحلة النهائية التي يعد الفرد فيها إلى إعادة الاندماج مع أسرته ومجتمعه، وفي هذه المرحلة لا بد من الإعداد للعود للأسرة وهذا يتطلب برامج متخصصة. إن إعادة الفرد لأسرته ومجتمعه تتطلب أحياناً متابعة ورعاية لاحقة لضمان تكيفه مع بيئة الأسرة بعد أن حصل الفرد على الخدمة اللازمة من المؤسسات ذات العلاقة. وبالطبع يفترض أن يخضع الفرد إلى تقييم لما تم اكتسابه خلال مدة تلقيه للرعاية أو الحماية أو الخدمة، ومدى جاهزية الفرد لإعادته لأسرته.

٤ . ١ . ٢ سياسات سوء استخدام المخدرات

١- الأنموذج البريطاني أو ما يسمى الإنموذج الطبي (Currie. 1993)

لأنه مبني على ضبط التوزيع للمخدرات للمدمنين الذين تم ترخيص استعمالهم للمخدرات ووفق كمية معينة وطرق معينة من قبل الأطباء.

٢- الأنموذج السويدي لقد جرب السويد وضع منطقة (Platzspitz)

كمنطقة مفتوحة بعيدة عن السكان حيث يمارس المدمنون تعاطي المخدرات وتجارها دون خوف من اعتقال، ولقد فشلت هذه التجربة ولقد زاد عدد المدمنين وجاءوا من دول أخرى وزادت الجريمة المرتبطة بالإدمان.

٣- الأئموذج الهولندي ويسمى أئموذج ئقليل الجرئمة
(Engelsman.1989) (Decriminalization). استخدام
المخدرات من الناحية الفنية غير شرعي، وقد تم التركيز على الائحاد
الدولي للمخدرات ونمو مشكلات مثل الكحول والتدخين،
فاستخدام كمية قليلة من الماروانا أو الحشيش لا يشكل جريمة.
وهناك العديد من مراكز الخدمات لأي شخص يعتقد أن لديه
مشكلة اعتمادية مع المخدر .

ما هو الحل لمشكلة المخدرات؟ كيف يمكن أن يتوقف الأفراد عن
استخدامها بأدنى مقدار من التكلفة الاقتصادية ودون إرباك للمؤسسات
الاجتماعية، أو الترتيبات الاجتماعية القائمة؟ وللإجابة على هذين
السؤالين، نرى أنه لا يوجد حلول سحرية لمشكلة المخدرات، فالتعامل
الواقعي مع هذه المشكلة يكمن في تطوير طرائق وليس بالانتهاء منها، بل
بالتعايش معها، والتأكد من أن متعاطي المخدرات لا يؤذون أنفسهم، أو
يؤذون الآخرين. إن الأمور العلمية الواجب طرحها، تكمن في أن بعض
العقاقير لا يمكن الانتهاء منها كلياً، أي أنها وجدت في المجتمع لتبقى فيه، (ك
القهوة، والشاي) ولكن يمكننا القول: إننا يمكن أن نخفض نسبة السكان
المتعاطين لعقار مخدر بأن نقلل الأنواع الشائعة، ونغير اتجاهات الناس نحو
استخدامها، فمثلاً: يمكننا حظر الدخان والقهوة والشاي والكحول عند
الشباب والأطفال، ومنع الترويج لها في الشارع ومنع الترويج للمخدرات
الخطرة في بعض مناطق التماس (البادية الأردنية) مع المجتمعات التي تشكل
سوق استهلاك لها. ففي بريطانيا شكلت لجنة برين (Brain Committee)
التي طبقت البنود التالية:

١ - وقف عمل الأطباء الذين يصفون وصفات طبية لمخدرات، وخصوصاً الخطرة (Narcotics) ووضع عدد محدد من العيادات التي يمكن أن تتعامل معها.

٢ - إنهاء استخدام الهيروين.

٣ - مراقبة الأفراد الذين يراجعون العيادات كمدمنين.

٤ - المراقبة الصارمة لتوزيع وتزويد المخدرات، ولقد خلصت هذه اللجنة إلى أنه لا يوجد حل حقيقي لمشكلة المخدرات، وأن هناك متعاطين للمخدرات، ومدمنين، ومسيئي استخدام، وأنه لا يوجد حل لتقليص سوء استعمال العقاقير، وان الخطوات التي تتخذ لخفض عرض المخدرات تواجه بخطوات معاكسة (Goode.1984.253-256).

هناك عدد من النماذج في الوقاية من المخدرات، بعضها يركز على معرفة أسباب الإدمان وتحييدها من اجل منع حدوثها، وبالتالي منع حدوث الإدمان، وهذا النموذج يركز على العمل قبل حدوث المشكلة، أما النموذج الثاني فيركز على التعامل مع مشكلة الإدمان بعد حدوثها وإيجاد البرامج المناسبة للمعالجة. والوقاية كما تعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنها: «إجراء مخطط له يتخذ من الموقف المتوقع لمشكلة ما أو مضاعفات تتعلق بظرف واقع بالفعل ويكون الهدف هو الحيلولة بشكل كبير أو جزئي دون حدوث المشكلة أو المضاعفات كلياً أو جزئياً» (عبد اللطيف، ١٩٩٤، ص ٤٨).

وسأتحدث عن نموذجين من هذه النماذج وهما:

أولاً: أنموذج التعرض، ويركز هذا النموذج على معرفة أسباب الإدمان،

والتعرف عليها تمهيداً لمعالجتها. ويأتي في مقدمة أسباب الإدمان في هذا النموذج توافر المخدرات، فلو لم تتوافر لما أدمن الفرد عليها أو تعاطاها.

ينطلق أنموذج التعرض في محاولة منع وصول المخدرات للفرد، وذلك من خلال التركيز على الأمور التالية:

- ١- توعية الأفراد بمخاطر المخدرات بقصد الابتعاد عنها، من خلال البرامج التثقيفية والتربوية والإعلامية والتطوعية والخاصة.
- ٢- إبعاد نماذج الكبار السيئة عن الأطفال، لئلا يقتدوا بها (مثل التدخين خلال الاجتماعات الحكومية المصورة).
- ٣- تقوية أنظمة المعتقدات التي تعارض المخدرات لدى الفرد (الدينية والسلوكية)، أو تغيير الاتجاهات الخاطئة التي تعزز تعاطيها (الشعور بالسعادة، وصفات الرجولة).
- ٤- منع دعايات المادة المخدرة (أو المنبهة، أو المهبطة) في وسائل الإعلام.
- ٥- منع التدخين في الأماكن العامة، وأماكن العمل والجامعات والمدارس.
- ٦- تشجيع البرامج التطوعية للشباب، ودعم مشاركتهم في تنظيم وتنمية مجتمعاتهم المحلية.
- ٧- منع بيع المادة المخدرة للأفراد ذوي الأعمار أقل من ١٨ سنة (السجائر أو الكحول وحتى المادة التي تستخدم في مجالات اعتيادية مثل الآغو).
- ٨- سن التشريعات والقوانين التي تحد من انتشار وتعاطي

المخدرات، نظراً لعالمية هذه المشكلة فقد يسن ما يسمى بالقانون الدولي الاجتماعي، الذي يركز على فكرة عالمية (جرائم المخدرات)، بما فيها زراعتها وإنتاجها، وتهريبها والاتجار بها أو تعاطيها.

٩- تحسين المستويات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية للفئات المستهدفة في التعامل مع المخدرات، سواء فيما يتعلق بنقلها أو الاتجار بها أو تعاطيها.

١٠- الاتجار غير المشروع دولياً وإقليمياً ومحلياً، والكشف عن المخدرات وعن أماكن نشرها وترويجها، وذلك من خلال أساليب أهمها: أسلوب المرور المراقب والذي يركز على أن ضبط شخص بكميات من المخدرات ليست نهاية المشكلة، وإنما بديتها، فالمرور المراقب «أسلوب السماح للشحنات غير المشروعة من المخدرات أو المؤثرات العقلية أو المواد المدرجة بالجدولين الأول والثاني، المرفقين بالاتفاقية الجديدة لمكافحة المخدرات أو المؤثرات العقلية، «السلائف والكيماويات» بمواصلة طريقها خارج إقليم بلد أو أكثر، أو عبه أو إلى داخله بعلم سلطاته المختصة وتحت مراقبتها من أجل كشف هوية المتورطين في جريمة تهريب المخدرات» (عبد، المجلة، ص ١٣١).

١١- عدم التهاون في تطبيق القانون على مجرمي المخدرات وإيقاع العقوبات المناسبة بحقهم.

١٢- تغيير اتجاهات المجتمع نحو المخدرات، وعدم التساهل مع الأفراد الذين يتعاطونها.

١٣ - تشجيع المشاركة الشعبية في نشر الوعي لمخاطر المخدرات.
١٤ - التركيز على طلبة المدارس كأفراد محتملي التعاطي، ولكون المدرسة مؤسسة تنشئة اجتماعيه، يمكن أن تقوم بدور فاعل في هذا المجال.

١٥ - دعم البحوث وتشجيعها، ولا سيما التي تساهم في التخفيف من هذه المشكلة، وتقييم البرامج المتوافرة، وبناء برامج جديدة.

ثانياً: أنموذج التوافق

ويركز هذا الأنموذج على تعدد أسباب الإدمان، والتي منها عوامل شخصية وبيئية تتعلق بمحيط الفرد وتوقعاته ورفاقه.....الخ والتعامل مع مشكلة المخدرات وهو يتم من خلال إيجاد برامج علاجية طبية ونفسية واجتماعية ويتم التركيز على مشاركة المتعاطين في حل مشكلاتهم.

دور الدين في الوقاية من المخدرات

تركز القيم الدينية على وجوب العناية بصحة الفرد والجماعة فالدين الإسلامي، حرم الخمر بالرغم من انتشارها، واستعمالها الشائع عند العرب، واستخدام كلمات صارمة في ذلك، فمثلا كلمة «حرمت» تستخدم مع الذنوب العظيمة، وإنما تعني الحصر، و«الرجس» وتستخدم للمواضيع عظيمة الحرمة، وشديدة الذنب، «اجتنب» اشد من التحريم (الكيلاني ١٩٩٠).

لقد حرم الإسلام جميع أنواع المسكرات، ويمكن استنتاج تحريم الإسلام للمخدرات من خلال المعايير التالية:

١ - القرآن: قال تعالى ﴿ويحل لهم الطيبات ويحرم عليهم الخبائث﴾ (١٥٧) ﴿الأعراف﴾.

٢ - السنة «لا ضرر ولا ضرار» وللمخدرات أضرار، فهي محرمة.

٣ - الإجماع، هناك إجماع من العلماء على تحريمها.

٤ - القياس، قياس المخدرات على الخمر، فالخمر محرمة.

٤ . ٢ . العلاج

٤ . ٢ . ١ . أنماط الإدمان

يبدأ الإدمان في المرحلة الأولى . وفيما يلي مراحل الإدمان:

المرحلة الأولى . حيث يبدأ الشخص بالبحث والاستطلاع عن المخدر أو كشف أشياء تؤدي إلى السعادة سواء كانت أفكاراً متكررة أو عقاير أو سلوكاً ترفيهياً، أي البحث عن أي شيء يؤدي إلى المتعة أو الهروب من الإحساس بموضوع ما يؤدي إلى عدم ارتياح داخلي .

المرحلة الثانية . حيث يبدأ الشخص بسوء استخدام المخدرات وحيث يعني هذا المصطلح شيئاً غير مسؤول أو مؤذ إلا أنه يعني في الواقع حدوث:

(١) الفشل المتكرر لضبط سلوك البحث عن المخدرات .

(٢) سلوك الاستمرار في البحث عن المخدر على الرغم من النتائج السلبية المهمة .

المرحلة الثالثة . وهي المرحلة النهائية والمعروفة بمرحلة الاعتماد والاعتمادية النفسية (Psychological) والاعتماد الفيزيقي (Physical, Wikipedia. 2004

2004

٤ . ٢ . ٢ مراحل العلاج والشفاء

غالباً ما ينكر المدمنون على المخدرات مشكلاتهم وعجزهم وتضايقتهم من مشكلة تعاطي المخدرات. وفيما يلي مراحل العلاج:

١ - المرحلة التجريبية (Experimental Stage). أو مرحلة البحث عن المخدر في مراحل الإدمان. تمتاز هذه المرحلة بحب الفضول والتشجيع من الرفاق.

٢ - المرحلة الترفيهية (Recreational Stage). وهي جزء من مراحل الإدمان وتتميز بشبكات اجتماعية داعمة لاستخدام مناسب للمخدرات خارج دائرة المتعة والاهتمام.

٣ - المرحلة الموقفية (Circumstantial Stage). وهي المرحلة المعروفة بسوء الاستخدام (في مراحل الإدمان) وتتميز باستخدام المخدر للتكيف مع المشكلات لتحقيق الراحة من مزاج ما.

٤ - مرحلة الإكراه (Compulsive Stage). أو مرحلة الاعتماد على المخدر في مراحل الإدمان. تمتاز هذه المرحلة بالاستخدام غير المنضبط للمخدرات لتحقيق الراحة من المشكلات الناجمة عن المخدرات بالدرجة الأولى.

تركز برامج الوقاية على التعامل مع المشكلة قبل وقوعها، في حين تركز برامج العلاج على التعامل مع المشكلة بعد حدوثها. ومن أهم برامج علاج المتعاطين للمخدرات البرامج التالية :

- ١ - العلاج الطبي
- ٢ - العلاج النفسي
- ٣ - العلاج الانفعالي - العقلائي
- ٤ - العلاج الاجتماعي

١- العلاج الطبي: ويهدف إلى تحرير الفرد فسيولوجياً، من الاعتماد على العقار المخدر، ويعتمد هذا العلاج على نوع المخدر، وعلى الفرد نفسه وعلى عمره. ويتم تحرير الفرد من تأثير المخدر بسحبه تدريجياً، وتقوية العضوية صحياً (طالب، ص ١٨٢). وقد يستخدم الميثادون، حيث يعمل على استقرار كيمائية الجسم، (مثل الأنسولين في حالة السكري) إلا انه مادة ادمانية (الوريكات، ١٩٩٤).

٢- العلاج النفسي: ويهدف إلى تقوية التيار النفسي عند الفرد، ليتمكن من مواجهة الضغوطات الحياتية التي يتعرض لها ولكي لا يبحث عن مخرج غير صحية ولا عملية لحل المشكلات التي تعترضه. ويركز هذا العلاج على أمور عدة مثل: تقوية الذات، ومشاركة الفرد في العلاج، وإيجاد استشارات اجتماعية له (أصدقاء، أو أسرة)، وتعزيز السلوكيات المقبولة اجتماعياً، والتي تبعد الفرد عن الإدمان والتعاطي. وتركز برامج العلاج النفسي، على إعادة بناء التنشئة الاجتماعية للفرد، أو تقوية مفهوم الذات، أو تغيير البناء النفسي عنه (الإدراك، والقيم، والمعتقدات.... الخ). ومن أهم البرامج في هذا المجال، برامج الاندماج مع المجتمعات المحلية (التجربة السويدية) (طالب، ١٩٩٤)، وبرامج المجتمعات العلاجية والإرشاد الجماعي.

٣- العلاج الانفعالي-العقلاني: يركز هذا المنحنى العلاجي، على أن المعتقدات والاتجاهات الخاطئة، تولد التحمل المنخفض للإحباط، وهذا ما سماه صاحب هذا المنحنى أليس (Ellis) بقلق الانزعاج، وهي الحالة التي تصيب المدمن بسبب تفكيره اللاعقلاني في موضوع الإدمان، بفعل التحمل المنخفض للإحباط عند امتناعه عن المخدر. وتؤدي إلى إشارات محرصة للإدمان: الميل للإدمان،

الامتناع أو التأجيل، تحريض المعتقد الخاطئ «لا يستطيع تحمل الحرمان من المخدر» قلق الانزعاج، مناهضة المعتقد الخاطئ أو الحيرة في الاختيار أو الاستسلام والرغبة في التعاطي «تحمل ضعيف للإحباط»، ولعادة التعاطي، ويركز هذا المنحنى، على وعي الأفكار والمعتقدات الخاطئة، والتي تقود نحو الإدمان، وتبديل سلوك لا عقلاني (الإدمان) بسلوك عقلاني (التجنب، والإقلاع) وتبديل الأفكار الخاطئة (الإدمان ليس مشكلة) بأفكار عقلانية (الإدمان مشكلة)، (حجار، ١٩٩٣، ص ٥٣).

٤ - العلاج الاجتماعي: ويركز على السياق الاجتماعي، الذي يوجد فيه الفرد، لما له من أهمية في اقتراب أو ابتعاد الفرد من المخدرات فتقويه مشاركة الفرد في النشاطات التطوعية والاجتماعية، تزيد من اندماجه الاجتماعي، وتزيد من إيمانه بقيم المجتمع الذي يعيش فيه، وأعرافه وتبعده عن الانحراف، لأن ذلك يهدد مصالحي الفرد نفسه. إن تكوين نظام معتقدات اجتماعي ثقافي وديني، يحمي الأفراد من الوقوع في جرائم المخدرات، ويمنعهم استخدامها كأسلوب في الشراء السريع. كما أن توافر فرص العمل لمدمنين عوامل تؤدي إلى اندماج اجتماعي.

٥ - العلاج بالعمل: هو أسلوب علاجي يستخدم في مجالات متعددة منها مجال إدمان المخدرات. يقوم به مختص يسمى اختصاصي العلاج بالعمل، يكون مؤهلاً علمياً وعملياً لهذا المجال. ويهدف العلاج بالعمل في مجال الإدمان إلى:

أ - مساعدة المدمن للتعبير عن نفسه والتنفيس عن ما في داخله.

ب - التعرف على المدمن واتجاهاته.

ج - تقليل أو تصحيح التغييرات الخاطئة.

د - إحياء وتعزيز ودعم الأداء الاجتماعي للمدمن .

هـ - تسهيل تعلم المهارات والمهن اللازمة للإنتاج.

و - الارتقاء بالصحة الجيدة والمحافظة عليها.

ز - إشغال وقت المدمنين بأنشطة مفيدة.

٦- طريقة تعديل العمليات العضوية : هو أسلوب من الأساليب العلاجية المستخدمة في مصحات علاج الإدمان. ويقوم هذا الأسلوب على تدريب الأفراد على تعديل العمليات العضوية الداخلية، مثل نبضات القلب، وضغط الدم، والتوتر أو الشد العضلي، والأنشطة الدماغية، عن طريق الملاحظة والمراقبة الذاتية، وعادة ما تستخدم أدوات وأجهزة ميكانيكية Mechanical Instruments لتزويد المدمن بالمعلومات المتصلة بالتغييرات التي حدثت في عملية أو أكثر من العمليات العضوية المستهدفة، ثم يقوم المعالج بمساعدة المدمن للتحكم في هذه العمليات، وتوضيح الأسلوب المستخدم في إنجاز التعديل، وتعليمه طريقة استخدامه لكي يصبح قادراً على تطبيقها وقت الحاجة.

٧- الفطام : هو إيقاف المدمن عن تعاطي المخدر. وهي عملية إجبارية تتم عادة في مصحات علاج الإدمان، وفقاً لأسلوب علاجي معين يمنع من ظهور الأعراض الانسحابية.

٧- فترة التأهيل Rehabilitation Period : فترة التأهيل من الإدمان هي للشخص الذي تلقى العلاج في مصحة متخصصة في علاج الإدمان، ولديه الرغبة في التوقف عن التعاطي، ولكنه لا يزال

في حاجة إلى تأهيل، ليمارس دوره الاجتماعي في الحياة الطبيعية.
(البرثين، ٢٠٠١)

ويلاحظ أن برامج الوقاية والعلاج تتركز حول محاور أساسية منها:
(١) المادة المخدرة، ومنع وصولها أو سحب تأثيراتها من الجسم بالطرق العلاجية، أو بتطبيق القوانين والأنظمة وفرض العقوبات الشديدة على مستعمليها وناقليها ومروجيها، مراقبة مناطق العبور ومناطق الحدود، وهنا يتم التركيز على الفرد المدمن كشخص مدمن قابل للشفاء.

(٢) المستخدم وتحصينه تجاه استعمال المخدرات، وهنا يتم التركيز على التنشئة الاجتماعية للأفراد وبيان مخاطر وأضرار المخدرات، وغالباً ما يستخدم الدليل الطبي والصحي لإقناع الأفراد بالابتعاد عن المخدرات وويلاتها، ويستخدم الدين لشموله على نظام قيمى يعزز الفارقة نحو استعمال الفرد للمخدرات، وهنا لا بد من معالجة المشكلات الاجتماعية التي تدفع بالفرد للبحث عن طرائق مقبولة اجتماعياً، تدفع المشكلات الاجتماعية الأفراد إلى استعمال المخدرات للهروب من هذه المشكلات ولا سيما عند الشعور بالعجز بدلاً من مواجهتها وحلها. ويأتي دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في تكوين شخصيات الأفراد التكوين السليم الذي يمكنهم من التعامل مع المشكلات بطرق علمية ومنطقية.

٤ . ٢ . ٣ الجهود الأردنية في مكافحة المخدرات

يُعد الأردن دولة عبور للمخدرات بسبب الموقع الجغرافي للأردن بين الدول المنتجة للمخدرات في الشمال والشرق والدول المستهلكة للمخدرات في الجنوب والغرب. ولكن انخفضت أعداد الأفراد المتورطين في قضايا المخدرات ويعود ذلك إلى تحسن برامج التأهيل وضبط الحدود واستخبارات جيدة وتعاون جيد بين الأردن والدول المجاورة، وتراوح أعداد المتعاطين للمخدرات بين (١٨-٣٥) سنة ولقد زادت كميات القدرات القادمة من الطرق في الآونة الأخيرة .

السياسات (Policy Initiatives) بسبب استخدام الحشيش والهروين من الأشخاص في أعمار (١٨-٣٥) سنة، فقد استمر الأردن في حملة التوعية التي ركزت على تعليم الناس خطر المخدرات وإعطاء محاضرات في المدارس والجامعات، ولقد أنشأت إدارة تعاطي المخدرات (Anti-Narcotics Department) برنامجاً حيث يرسل المتطوعين وضباط الإدارة المؤهلين إلى المدارس والجامعات للحديث عن أخطار المخدرات بالإضافة إلى المساجد، بالإضافة إلى النشرات والمطبوعات التي تتعلق بالمخدرات وهناك مجلة مكافحة المخدرات وموقع إلكتروني بالعربي والإنجليزي للوقاية من المخدرات والتوعية بأفكارها.

جهود مؤسسات إنفاذ القانون (Law Enforcement Efforts)

تقوم إدارة مكافحة المخدرات بمديرية الأمن العام بجهود متواصلة في التوعية والرقابة والوقاية، ولها علاقات تعاون مع مكتب المخدرات الأمريكي في نيقوسيا (U.S. DEA- Country Office). لقد تم تطبيق

تقنيات (مثل أشعة X) واستخدام معدات متطورة لفحص الحافلات الكبيرة وخاصة على الحدود مع سوريا والعراق، وهذه الأدوات أثبتت فعاليتها وكشفت العديد من المخدرات المهربة. غالبية المخدرات المهربة عبر الأردن كانت في نقطة حدود جابر بين سوريا والأردن، وكذلك المهربين من العراق في نفق الكرامة (طربيل).

والجدول رقم (٢) يبين كميات المخدرات وأنواعها في الفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٦ في الأردن. ويلاحظ انتشار الحبوب بشكل كبير، ويمكن رد ذلك إلى كثرة انتشارها وسهولة الحصول عليها.

الجدول رقم (٢)

واقع سوء استخدام المخدرات للفترة (٢٠٠٦-٢٠٠٣)

السنة المادة	(٢٠٠٦)	٢٠٠٥	٢٠٠٤	٢٠٠٣
الحشيش	٧٣٩	١,٤٨٥	١,٩٣١	٤,١٣٣
الهيروين	١٣	١٧٤	١٨٦	١٠٥
الكوكائين	٥	٠,٥	٣٣	٩
الأفيون	٢٠	٣٦	٢٢	١
الحبوب	١١٠٢٢٥٢٢	١١,١٥٨,٠٨٣	٩,٧٧٤,٠٠٢	٢,٥٢٨,٦١٨
المجموع	١٩٧٣	٢,٠٤١	١,٦٩١	١,٢٧٧
المضبوطون	٣١٥٨	٤,٧٩٢	٢,٥١٤	٢,١١٩
المتعاطون	٢,١٧٩	٤,٠٢٧	٢,١٥٨	١,٧٢٣

مديرية مكافحة المخدرات ٢٠٠٦ (معلومات مباشرة).

تدفق المخدرات وعبورها (Drug Flow /Transit): ما زالت الأردن منطقة عبور للمخدرات. يواجه الأردن تحدي عبور المخدرات عبر أراضيه وخاصة الصحراء. ويتعاون الأردن مع الدول المجاورة بشكل فعال. رغم الحدود المقفرة والقبائل المتداخلة على الحدود مع تعود قديم على التهريب كمصدر للدخل.

البرامج المحلية وخفض الطلب على المخدرات (Domestic Programs /Demand Reduction): لقد ضاعف الأردن من برامج التوعية الخاصة بسوء استخدام المخدرات، والتعليم والتأهيل عام ٢٠٠٦. واستهدفت هذه البرامج طلبة المدارس الثانوية، وطلبة الجامعات. كما استهدف برنامج الكرتون ضد المخدرات الطلبة الصغار وهو مصمم لإقناع الصغار بضرورة عدم تجريب المخدرات. وبالتعاون مع الأمم المتحدة (UNODC) فقد حقق الأردن انجازات ملموسة عام ٢٠٠٦ منها حصوله على جائزة الأمم المتحدة لقاء جهود إدارة مكافحة المخدرات. وهناك تعاون بين الأردن ولبنان. كما أسست شبكة المعلومات الأردنية الخاصة بالمخدرات (Jordan) عام ٢٠٠٥ وبمساعدة (UNODC).

المصادر والمراجع

- ابن منظور: «لسان العرب» دراسات العربي / بيروت بلا تاريخ .
البدائية، ذياب (٢٠٠٤). الإنترنت والمخدرات ، الدراسات الأمنية، السنة
١٤١ ص ص ١٧ - ٣٩.
- _____ (٢٠٠٦). تطوير أنموذج عام للوقاية من الجريمة:
العنف الأسري، مجلة الفكر الشرطي، م٥٧، ع٦، ٣٧-٨٠ ،
الإمارات العربية المتحدة.
- _____ (٢٠١٠). الإنترنت آفة العصر الحديث ، وزارة الثقافة،
عمان
- _____ (٢٠١١). الشباب والإنترنت والمخدرات ، الرياض:
جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- البريشن، عبد العزيز (٢٠٠١) الخدمة الاجتماعية في مجال المخدرات.
الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- حجار. محمد حمدي (١٩٩٤) العلاج المبرمج للإدمان على المخدرات
والمؤثرات العقلية (من المنظور إلى الممارسة) . المجلة العربية
للدراسات الأمنية والتدريب، ص ٢٠٣-٢١٦ الرياض، العدد ٧
- _____ (١٩٩١).العلاج النفسي الأمثل للإدمان على المخدرات
والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
دورثي دوسيك ودانيل جيردانو، ترجمة عمر شاهين وخضر نصار(١٩٨٩)،
المخدرات حقائق وأرقام مركز الكتب الأردني.

الشيشاني، عبد الوهاب عبد العزيز (١٩٩١) دور التحصين الديني في الوقاية من المخدرات في النظام الإسلامي، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ص ١٧-٤٦ الرياض.

طالب، أحسن (١٩٩٤). علاج المدمنين على المخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، العدد ٧ .

عبد اللطيف، رشاد أحمد (١٩٩٢). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض .

_____ (١٩٩٤). الجوانب الاجتماعية للسياسة الوقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات، (من منظور طريق تنظيم المجتمع، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب الرياض العدد ٧ .

عرموش، هاني (١٩٩٣). المخدرات إمبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان، العلاج. دار النفائس.

كاره، مصطفى عبد المجيد (١٩٩٤). المخدرات والانحراف المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ص ٨١-٩٧ ، الرياض، العدد ٧ .

كوهين، ايليوت، (٢٠٠١). إدارة الأمن القومي في عصر المعلومات ص ص ١١١-١٤٠ في مركز الإمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، القيادة والإدارة في عصر المعلومات. المؤلف: أبو ظبي.

الكيلاي، إبراهيم زيد (١٩٩٠). دور الشريعة الإسلامية في الوقاية من المخدرات المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، ص ١٩٣ - ٢٣٦ الرياض.

مديرية الأمن العام، التقرير الجنائي السنوي للأعوام (٢٠٠٦-٢٠٠٢) عمان .

مراد فاروق عبد الرحمن (١٩٩١). دور الرعاية الصحية في علاج مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض .

Barak A. (1999). "Psychological Applications on the Internet: A Discipline on the Threshold of a New Millennium". *Appl Prev Psychol.* 8: 231-246.

Barak. A.. & Klein. B.. & Proudfoot. J. G.. (2009) "Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions". *Ann. Behav. Med.* 38:4-17.

Belenko. S.. Sprott. J. B.. and Petersen. C. (2004). "Drug and Alcohol Involvement among Minority and Female Juvenile Offenders: Treatment and Policy Issues". *Criminal Justice Policy Review 2004; 15; 3-35.* Available at : <http://cjp.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/1/3>

Bevers. M. L.. (2005). Evaluation of an Online Substance Abuse Prevention Program. Unpublished Master of Science in Social Work. The University of Texas at Arlington.

Christine E. Grella. Vandana Joshi and Yih-Ing Hser (2000). "Program Variation in Treatment Outcomes Among Women in Residential Drug Treatment". *Eval Rev 2000; 24; 364-383* Available at: <http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/4/364>

- Epstein. J., Collins. K. K., & Pancella. T. (2004). "The Doubles : A Case Study on Developing a Technology-Based Substance Abuse Education Curriculum". *Eval Rev* 2004 28: 539-563
- Eysenbach G. (2009). What is E-Health? *J Med Internet Res.* 3(2): e20. Available at <http://www.jmir.org/>
- Farabee.D., Prendergast.M., Cartier. J., Wexler.H., Knight. K., and Anglin. M. D..(1999). "Barriers to Implementing Effective Correctional Drug Treatment Programs". *The Prison Journal* 1999; 79; 150-162. Available at: <http://tpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/79/2/150>
- Fox. A.. (2002). "Aftercare For Drug-Using Prisoners: Lessons From An International Study". *Probation Journal* 2002; 49; 120-129. Available at: <http://prb.sagepub.com>
- Grohol JM. (1998). Future Clinical Directions: Professional Development. Pathology and Psychotherapy on Line. In Gackenbach J. ed. *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal, and Transpersonal Implications*. San Diego: Academic. 111-140.
- Grohol JM. (2004). Online Counseling: A Historical Perspective. In: Kraus R, Zack J, Stricker G. eds. *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. San Diego: Elsevier Academic; 51-68.
- Inciardi. J., Martin. S., Butzin. C., Hooper. R., & Harrison. L. (1997). "An Effective Model of Prison-Based Treatment for Drug Involved Offenders". *Journal of Drug Issues.* 27. 261-278.
- Int J Offender Ther Comp Criminol* 2007; 51; 686-702 Available at: <http://ijo.sagepub.com/cgi/content/abstract/51/6/686>

- International Narcotics Control Board (INCB). (1998). Drug Demand. Available at: <http://www.incb.org/lelga/pdf/ineb-ddr.pdf>
- Internet World Stata (2011). <http://www.internetworldstats.com/stats7.htm>
- Karen K. Parhar. J. Stephen Wormith. Dena M. Derkzen and Adele M. Beauregard (2008). "Offender Coercion in Treatment: A Meta-Analysis of Effectiveness". *Criminal Justice and Behavior* 2008; 35; 1109-1135. Available at: <http://cjb.sagepub.com/cgi/content/abstract/35/9/1109>
- McKay. J. R.. (2001). "Effectiveness of Continuing Care Interventions for Substance Abusers: Implications for the Study of Long-Term Treatment Effects". *Eval Rev* 2001; 25; 211-232. Available at: <http://erx.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/2/211>
- Michael T. French. Stanley Sacks. George de Leon. Graham Staines and Karen McKendrick (1999). "Modified Therapeutic Community for Mentally Ill Chemical Abusers: Outcomes and Costs". *Eval Health Prof* 1999; 22; 60-85 available at: <http://ehp.sagepub.com/cgi/content/abstract/22/1/60>
- National Drug Intelligence Center (NDIC) (2001). Drugs and the Internet. An Overview of the Threat to the American's Youth. PDF file.
- National Research Council Staff (1993). Preventing Drug Abuse: What Do We Know? Washington, DC, USA. National Academic Press. E-brary.
- Nemes. S. Wish. F. & Messina. N.. (1999). "Comparing the Impact of the Standard and Abbreviated Treatment in a Therapeutic Community". *Journal of Substance Abuse Treatment*. 17(4): 339-447

- Nicholas. J. (2010). The Role of Internet Technology and Social Branding in Improving the Mental Health and Wellbeing of Young People. *Perspectives in Public Health 2010 130*: 86-90.
- Pelissier. B.. Wallace. S.. O'Neil. J. A.. Gaes. G. G.. Camp. S.. Rhodes. W.. et al. (2001). "Federal Prison Residential Drug Treatment Reduces Substance Use and Arrests After Release". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 27. 315-337.*
- Prendergast. M.. L.. Hall. E. A.. Wexler. H. K.. Melnick. G.. and Cao. Y.. (2004). "Amity Prison-Based Therapeutic Community: 5-Year Outcomes". *The Prison Journal 2004; 84; 36-60.* Available at: <http://tpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/84/1/36>
- Ritterband LM. Andersson G. Christensen HM. Carlbring P. Cuijpers P. (2006). "Directions for the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII)". *J Med Internet Res. 2006; 8(3)*: Available at <http://www.jmir.org> .
- Ritterband LM. Gonder-Frederick LA. Cox DJ. Clifton AD. West RW. (2003). Borowitz SM. "Internet Interventions: In Review. in Use. and Into the Future". *Prof Psychol Res Pract. 34: 527-534.*
- Ritterband LM. Thorndike F. (2006). "Internet Interventions or Patient Education Web Sites?" *J Med Internet Res. 8(3)*: Available at <http://www.jmir.org/2006/3/e18>
- Sampson JP. Kolodinsky RW. Greeno BP. (1997). "Counseling on the Information Highway: Future Possibilities and Potential Problems". *J Couns Dev. 75: 203-212.*
- Sifry's Alerts. (2007). State of the Blogosphere. Available <http://www.sifry.com/alerts/archives/000493.html>.

- Suler J. (2000). "Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy". *Cyberpsychol Behav.* 3: 151-159.
- Turley. A.. Thornton. T.. Johnson. G.. and Azzolino. S.. (2004). "Jail Drug and Alcohol Treatment Program Reduces Recidivism in Nonviolent Offenders: A Longitudinal Study of Monroe County. New York's. Jail Treatment Drug and Alcohol Program". *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004; 48; 721-728. Available at : <http://ijo.sagepub.com/cgi/content/abstract/48/6/721>
- United Nations (2003). Internet: Using Internet for Drug Abuse Prevention. The Office on Drug and Crime. UN Publication.
- Verman. K.. Wong. C. J.. Grabinski. M. J.. Hampton. J.. Sylvest. C. E.. Dillon. E. M.. & Wentland. R. D. (2005). "A Web-Based Therapeutic Workplace for the Treatment of Drug Addiction and Chronic Unemployment". *Behavior Modification.* Vol.. 29 No 2. 417-463 .
- Webster.J. M.. Leukefeld.C. G.. Tindall.M. S.. Mateyoke-Scrivne. A. and Garrity. T. F.. (2007). "Factors Related to Drug Abuse Treatment History Among Incarcerated Drug Abusers". *Journal of Correctional Health Care* 2007; 13; 8-21. Available at: <http://jcx.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/1/8>
- Wells.J. B.. Minor. K. I.. Angel. E. and Stearman. K. D. (2006). "A Quasi-Experimental Evaluation of a Shock Incarceration and Aftercare Program for Juvenile Offenders": *Youth Violence and Juvenile Justice* 2006; 4; 219-233 available at: <http://yvj.sagepub.com/cgi/content/abstract/4/3/219>

- Welsh. W. N.. and Zajac. G.. (2004a) “Building an Effective Research Partnership Between a University and a State Correctional Agency: Assessment of Drug Treatment in Pennsylvania Prisons”. *The Prison Journal* 2004; 84; 143-170. Available at <http://tpj.sagepub.com/cgi/content/abstract/84/2/143>
- Welsh. W. N.. & Zajac. G. (2004b). “A Census of Prison-Based Drug Treatment Programs: Implications for Programming”. Policy and Evaluation”. *Crime and Delinquency*. 50. 108-133.
- Welsh. W. N.. McGrain. P. Salamatin. N.. and Zajac. G.. (2007). “Effects of Prison Drug Treatment On Inmate Misconduct: A Repeated Measures Analysis”. *Criminal Justice and Behavior* 2007; 34; 600-615. Available at: <http://cjb.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/5/600>
- Welsh. W.N (2008). “A Multisite Evaluation of Prison-Based Therapeutic Community Drug Treatment”. *Criminal Justice and Behavior* 2007; 34; 1481-1497 Available at: <http://cjb.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/11/1481>

On line Resources

Department of Justice (2002) Drugs. Youth and the Internet. Information Bulletin.

<http://www.usdoj.gov/ndic/pubs2/2161/2161p.pdf>.

Drug prevention for teens

<http://www.learning-for-life.org/lfl/resources/99-349.pdf>

Using the Internet for Drug Abuse Prevention. UN office on Drugs and Crimes

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_internet_english.pdf

Internet

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_internet_english.pdf

Drug strategy

<http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojp/183152.pdf>

Addict in the Family (online book)

Commonsense for Drug Policy

Drug War Addiction: Article by Emiliano Artunez

Indiana Prevention Resource Center

Is the Addiction Concept Useful for Drug Policy? (pdf)

Law Enforcement Against Prohibition

List of Online Journals on Addiction or Substance Abuse

Pharmacotherapy and the Future of the Drug War

Principles of Drug Addiction Treatment (NIDA Manual)

Strike the Root Article on Addicted to the Drug War

The Web of Addictions

Wikipedia Article on Addiction and Information Network

Anti-Drug Military Cooperation in South America

Center for International Policy

Cocaine.ORG

Foreign Policy in Focus Think Tank

Latin America Working Group

Map of Major Drug Routes in Latin America

MegaLinks Lecture Note on Latin America Trouble Spots

Militarizing the U.S.-Mexico Border

Operation Intercept
Peruvian Truth and Reconciliation Commission Report
South American Drugs. Cartels. and Wars of Columbia
The Columbian Cartels
The Narco News Bulletin
Washington Office on Latin America: Drugs. Democracy & Human Rights
Women's Commission for Refugee: Women & Children (WCRWC)
Amazon Reading List for War on Drugs Books
Law Enforcement Against Prohibition
Narco News: Drug Prohibition as a Threat to American Democracy
Ohio State's History of Prohibition Website
State Sovereignty and Corruption
Transparency International
USAID Democracy & Governance Main Page
U.N. Office for Drug Control and Prevention
Between Politics and Reason: The Drug Legalization Debate
NDAA's Position Paper Against Drug Decriminalization (pdf)
NFIA's Guide Against the Drug Legalization Movement
Who Are the Kingpins of Drug Legalization?Dual Diagnosis Website
Drug Abuse Treatment Methods
Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS)
Human Illnesses. Diseases and Conditions

List of Online Journals on Addiction or Substance Abuse
National Association for Addiction Professionals
National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCA-
DI)
National Institute on Drug Abuse (NIDA)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
(SAMHSA)
The Web of Addictions
What Are Drug Treatment Courts? Drug Diversion 101
Drug Legalization. Harm Reduction. and Drug Policy
Drug Testing: A Policy for Maximizing Harm
HabitSmart Home Page
Harm Reduction Coalition
Harm Reduction Journal
Institute for Policy Studies Drug Policy Project
North American Syringe Exchange Network
Pharmaceutical Security Institute
Reducing Harm: Treatment and Beyond
Rx Pattern Analysis Tracking Robberies & Other Losses
Setting Goals for Drug Policy: Harm Reduction or Use Reduc-
tion?
Stanton Peele Addiction Website
The History of Harm Reduction
The Role of Needle Exchange in HIV Prevention (pdf)
The War at Home and Harm Reduction Center for Drug Abuse
University of Amsterdam

Does Europe Do it Better; Lessons from Holland, Britain & Switzerland
Drug Scope: UK Drug Policy
EU Agreement on U.N. 1988 Convention
EU Directorate General for Justice and Home Affairs
European Monitoring Center for Drugs and Addiction
Is the Addiction Concept Useful for Drug Policy? (pdf)
Menu of Full Text of the Three U.N. Drug Conventions
Netherlands 2004 Official Statement of Drug Policy (pdf)
Netherlands Institute for Mental Health and Addiction
RAND's Drug Policy Research Center
Soros Institute International Harm Reduction Initiative
The Varieties of Drug Control in the 21st Century (pdf)
U.N. List of International Resources in the Drug War
United Nations Office on Drugs & Crime (UNODC)
United States DEA Intelligence Reports by Region Drug Courier
Profile Indicators
Drug Reform Coordination Network (DRCNet)
Drug Watch International
Future Synthetic Drugs of Abuse
Higher Education Center for Alcohol & Other Drug Prevention
LAPD's Drug Recognition Expert Unit
Lecture on Forensic Toxicology
Meth Labs
National Center on Addiction & Substance Abuse at Columbia
National Clearinghouse for Alcohol & Drug Information (NCADI)

RAND Drug Policy Research Center
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
(SAMHSA)

