



إعادة تموضع المركز القانوني لمدمن المخدرات: نحو مقاربة علاجية للسياسة الجنائية

محمود سالم محمد الغالي

أستاذ مساعد - التخصص العلمي/ القانون الجنائي- جامعة طرابلس

mahmoudelghaly908@gmail.com

+218942038875

الملخص

ترتكز الدراسة أساساً على فكرة إعادة تموضع المركز القانوني للمدمن، انطلاقاً من إعادة النظر في المسؤولية الجنائية في حالة الإدمان، واستناداً إلى فلسفة المصلحة الأولى بالرعاية بوصفها معياراً حاكماً للتدخل الجنائي. ويهدف البحث إلى الإسهام في أنسنة الدور التشريعي والقضائي في إطار التعامل مع قضية الإدمان. وتعتمد الدراسة على المنهج الاستنباطي مدعوماً بالمنهج التاريخي والمقارن، ومن خلال خطة انقسمت على محورين تناول أولهما الإطار النظري، بينما تناول ثانيهما الإطار التطبيقي. ومن أهم نتائج البحث: تفعيل إرادة المشرع وتوجيهها نحو سياسات جنائية أكثر فاعلية في مواجهة الإدمان، من خلال تحييد المسؤولية الجنائية تشريعياً رغم الاعتراف بهامشها الواقعي، والتعامل مع الإدمان بوصفه حالة خطورة إجرامية. وينطلق ذلك من ضرورة فك الارتباط التقليدي بين الخطورة الإجرامية والمسؤولية الجنائية بوصفه أساساً لبناء تصور جديد، والنظر إلى الإدمان كونه حالة مرضية تستدعي العلاج، وهو أحد تصورات الدراسة. كما تقترح الدراسة تصوراً آخر يتمثل في الإبقاء على المسؤولية الجنائية بوظيفة احتياطية تهدف لضمان الامتثال للعلاج. كما تبحث الدراسة أثر ثبوت الإدمان في مختلف مراحل الدعوى الجنائية، وما يترتب عليه من إحالة للعلاج، مع اختلاف مصير الدعوى أو الحكم تبعاً للامتثال للبرنامج العلاجي، مع التأكيد على أهمية الرعاية اللاحقة وإعادة الإدماج الاجتماعي بوصفه امتداداً للسياسة العلاجية.

Abstract;

The study is primarily based on the idea of repositioning the legal status of the addict, beginning with a reconsideration of criminal liability in cases of addiction and drawing upon the philosophy of the best-interests principle as a governing criterion for criminal intervention.

The research aims to contribute to humanizing the legislative and judicial roles in addressing the issue of addiction.





The study adopts the deductive approach, supported by the historical and comparative approaches. It is structured around two main axes: the first addresses the theoretical framework, while the second examines the practical framework.

Among the most significant findings of the research is the need to activate and redirect the legislator's will toward more effective criminal policies for addressing addiction. This may be achieved by legislatively neutralizing criminal liability, notwithstanding the recognition of its practical dimension, and by treating addiction as a state of criminal dangerousness. This approach is premised on the necessity of breaking the traditional link between criminal dangerousness and criminal liability as a basis for developing a new conceptual framework, and of viewing addiction as a pathological condition requiring treatment. This constitutes one of the approaches proposed by the study. The study also proposes an alternative approach consisting of retaining criminal liability in a subsidiary capacity, aimed at ensuring compliance with treatment.

The study further examines the effect of establishing addiction at the various stages of criminal proceedings and the resulting referral for treatment, with the outcome of the proceedings or the sentence varying according to whether or not the individual complies with the treatment program. It also emphasizes the importance of aftercare and social reintegration as an extension of the treatment-oriented policy.

2026-09-02: نشر الورقة	2026-08-18: قبول الورقة	2026-07-26: استلام الورقة
الكلمات المفتاحية : الخطورة الإجرامية، المسؤولية الجنائية، العلاج، التهديد بالعقوبة، إعادة التوضع، إعادة الإدماج الاجتماعي، الأنسنة.		
Key words; Criminal dangerousness, criminal liability, treatment, threat of punishment, repositioning, social .. reintegration, humanization		

المقدمة

يعد الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية من القضايا الشائكة ذات الوجوه المتعددة، والملامح المتنوعة، عضوياً، نفسياً، اجتماعياً، واقتصادياً، ولعل نقطة التلاقي بين هذه الملامح، تتمثل في كونها قضية إنسانية من الدرجة الأولى، ومن ثم فإن البحث عن سبل معالجتها جذرياً لا بد أن يتسم بالطابع الإنساني.

أهمية الدراسة:





تكمن أهمية الدراسة في محاولتها الجادة للبحث عن معالجة جذرية للتعامل الجنائي مع المدمنين، مع أهمية اتصاف هذه المعالجة بالصبغة الاقتصادية، وذلك بأن تحقق غايتها المقصودة بأقل عبء ممكن، وبتوظيف الفكر النفعي ذي الطابع الاستثماري، ذلك أن الحلول التقليدية في هذا السياق أشبه بالدوران في حلقة مفرغة، ومن ثم فلا بد من تغيير شامل لمرتكزات التفكير المؤدي إلى المعالجة، وهذا ما يضيفي – كما نأمل – على هذه الدراسة أهميتها.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تغليب البعد الإنساني في التعامل مع المدمنين، بما يحقق الإصلاح وإعادة الإدماج الاجتماعي، في إطار مصلحة عامة تقتضي تحجيم العقاب في حدود الضرورة.

إشكالية الدراسة:

ويمكن التعبير عنها – كما جرت العادة – بطرح التساؤلات الآتية:

- ما المركز القانوني الذي ينبغي أن يحتله المدمن في السياسة الجنائية، على نحو يجعله خادماً لأهدافها المتمثلة في إحراز الحماية والفاعلية كما ينبغي لهما أن يكونا، وتحقيق المصلحة العامة؟ وكيف يمكن التأسيس لمداخل ومرتكزات تؤدي منطقياً إلى إعادة تموضع هذا المركز؟ وما الآليات والمبررات التي تدعم هذا الطرح؟ وكيف يمكن إنفاذها، وتعزيز هذا الإنفاذ بمختلف التحولات التي تضمن سلامته ومنطقيته؟

هذه التساؤلات بكل ما قد يتفرع عنها من تفاصيل وثغرات تمثل البوصلة التي تقود نحو بناء جوهر البحث، والوصول إلى غاياته.

منهج الدراسة:

المنهج الرئيس الذي تقوم عليه الدراسة هو المنهج الاستنباطي، حيث ننتقل من الكل إلى الجزء على نحو ترابطي تسلسلي نخلص من خلاله إلى رؤيتنا البحثية، مع إشراك مناهج أخرى، وهي: التاريخي، والمقارن، مع الركون إلى التحليل والوصف والمقاربات الجزئية وغيرها من أدوات بناء محتوى البحث وتفصيله.

الدراسات السابقة:

العرض:

1- سلمان. ر. م (د.ت). التدابير العلاجية كبديل للعقوبة، مجلة الجامعة العراقية، العدد (65)، ج 3، 232 – 246.



تناولت هذه الدراسة التحول نحو التدبير العلاجي بدلاً من العقاب الذي لا يحقق الردع، بالنظر إلى خصائص شخصية المدمن التي تحول دون ذلك، وقد غلب عليها المنهج المقارن، إذ ركنت إليه بغرض المقارنة بين التشريع العراقي من جهة، والتشريعين الإماراتي والفرنسي من جهة أخرى، وذلك فيما يتعلق بمسلك المشرع بشأن معالجة المدمنين والمتعاطين، وقد خلصت الدراسة إلى بيان التفرقة التشريعية بين المدمن والمتعاطي في حدود الركوز إلى التدبير العلاجي، كما أبرزت الفارق بين المشرعين العراقي والإماراتي في النظر إلى المدمن العائد، فالأول يرى فيه احتياجاً أكثر للعلاج، بخلاف الثاني الذي يشترط لتطبيق التدبير العلاجي ألا يكون الجاني عائداً، كما أوصت الدراسة بفرض التدبير العلاجي وجوباً، مع الجمع بين العقوبة والعلاج بعد تمام العلاج لمن توافر لديه قيد جنائي يتضمن العود في جرائم المخدرات.

2- عيادي. س (2025م)، التحول نحو علاج مدمني المخدرات كبديل للمتابعة الجزائية في ظل القانون 05-23، مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية، المجلد 8، العدد 1، 494 – 506.

تتمحور الدراسة حول القانون 05 – 23 الجزائري المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستغلال والاتجار غير المشروع بها، وانطلقت من مرتكزات ثلاثة: الرغبة في تخفيف العبء القضائي، وترجيح المصلحة المحققة من العلاج، وكون المدمن مريضاً. وناقشت خيارات التشريع بشأن التوجه للعلاج عوضاً عن العقاب، وانتهت إلى اشتراط وجود تقرير طبي يستلزم العلاج، مفاده أن المدمن هو المستهدف بالعلاج بدلاً من العقاب، كما وضعت الدراسة يدها على عدة ثغرات ومواضع أثارت عدة تساؤلات بشأن التحول إلى العلاج.

3- سدي. ع (2021م)، الوضع القضائي في مؤسسة علاجية للمدمنين على المخدرات في التشريع الجزائري، مجلة الدراسات القانونية، المجلد 7، العدد 1، 32 – 46.

تقوم الدراسة على تساؤل مفاده ما مدى فاعلية إجراء الوضع القضائي في مؤسسة علاجية في معالجة المدمنين؟ وتناولت إجراءات وشروط الوضع القضائي في مؤسسة علاجية، وهي: الإدمان، وارتكاب جريمة، وبروز حالة الخطورة الإجرامية، مع ضرورة قيام السببية بين الإدمان والسلوك الإجرامي، وانتهت الدراسة إلى ربط الفاعلية في العلاج بضرورة وفرة المراكز المتخصصة، وتوفير الإمكانات المادية، والكوادر البشرية، كما أوصت بتمكين القضاء من اللجوء إلى العلاج حتى بالنسبة لفرضية المدمن غير المجرم، ومعالجة أسباب الإدمان، وترغيب المدمنين في العلاج.

المناقشة والتقييم:

القاسم المشترك الذي غاب عن هذه الدراسات هو التأصيل الفلسفي والمنطقي للتحول في النظر إلى المدمن على النحو الذي يُغلب منطق الخطورة الإجرامية على منطق المسؤولية الجنائية، وهذا التأصيل والتأسيس له مرتكزات تشريعية وفلسفية



ونفسية تخلق اليقين الكافي لضرورة هذا التحول قبل الشروع في معالجة ما يلزم لإنفاذه وتفعيله على صعيد السياسة التشريعية للتعامل مع المدمنين، إلى جانب أن التصورات العملية التي انطوت عليها هذه الدراسات فد جانب الصواب في مواضع عدة، كما أنها من الأساس دراسات جزئية وليست شمولية، الأمر الذي انتهى إلى عدم تصميم التوجه نحو العلاج بالصورة المنضبطة التي تلي الحاجة الدافعة إليه، فالدراسة الثانية – مثلاً – لم تناقش أسباب التفرقة بين الحدث والبالغ في الإعفاء من العقاب من عدمه، حيث يُعفى الحدث دون البالغ، ولم تتناول الدراسة هذا التمييز بأكثر من مجرد عرضه وبيانه، فالركون إلى العلاج هو توجه تشريعي يستهدف الإدمان كونه حالة مرضية بصرف النظر عن سن المدمن، ومن ثم فإن عدم رفض هذا التمييز، وحسم وجوبية العلاج في مواجهة المدمنين كافة يُضعف هذه الدراسة، كما أن الدراسة انتهت إلى طرح تساؤل حول عدم النص على إلزامية العلاج استناداً إلى أمر وكيل الجمهورية، أو قاضي التحقيق، وهذا التساؤل يتعارض مع ما هو مفهوم من نصوص القانون محل الدراسة، ومع ما طرحه الباحث نفسه، فلقاضى التحقيق أو وكيل الجمهورية الإحالة إلى العلاج أثناء التحقيق، ولكنه لا يملك إنهاء الدعوى، أو جعل العلاج بديلاً نهائياً للعقاب، ومن ثم فإن تساؤل الباحث لم يكن في محله، حيث كان لزاماً عليه أن يفرّق بين سلطة الإحالة للعلاج، وسلطة الفصل أو البت النهائي في الدعوى، ولعله أراد إبراز ضعف التوجه نحو العلاج إن لم تكن مختلف السلطات التي تمر بها الدعوى تملك حسم أمرها في حال ثبوت الإدمان، واستحقاق العلاج.

ومن النقاط التي نرى وجوب نقدها – أيضاً – ما انتهت إليه الدراسة الثالثة من التوصية بتمكين القضاء من اللجوء إلى العلاج حتى بالنسبة لفضية المدمن غير المجرم، فهذا ينطوي على شطط يّ، ذلك أنه وإن كان الإدمان لا ينبغي تقييده بإطار تجريبي محدد لوجوب التدخل العلاجي، فإن الأمر لا يمكن أن يصل إلى حد إحلاله من التقيد بأية جريمة!، فالقضاء الجنائي لا ولاية له خارج حدود التجريم، ومن ثم فلا بد أن يقتصر الإدمان بالإطار التجريبي، وإلا أصبح قضية صحية أو اجتماعية صرفة تتولاها المؤسسات الأخرى ذات الصلة.

نخلص من هذا العرض والنقاش إلى أن إعادة النظر في المركز القانوني للمدمن تتطلب دراسة تقوم على التأسيس المحكم لهذا التوجه، ثم العمل على تفعيله من خلال طرح التصورات اللازمة لذلك، وعلى نحو يجنح إلى تحقيق مقاربة علاجية شمولية تتوافق كل ركائزها دون أية ثغرات تخلق تناقضاً أو هشاشة، وهذا ما تسعى دراستنا إلى بلوغه، وقد ارتأينا أن نتناوله من خلال إطارين أولهما نظري، وثانها تطبيقي، وفيما يأتي تفصيل ذلك:

عرض الدراسة (نظرياً وتطبيقياً):

الإطار النظري: إعادة بناء الأساس الفلسفي والسياساتي للتعامل الجنائي مع الإدمان:

أولاً/ السياسية التقليدية لمواجهة الإدمان في الميزان:



بالاطلاع على مختلف التشريعات ذات الصلة بمكافحة جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية، والوقوف على التعامل التشريعي مع المدمن، والسياسة التي اتبعها المشرعون بالخصوص، نخلص إلى وجود ملامح عامة تعكس بالضرورة زاوية النظر إلى المدمن، وتجسم مركزه القانوني، ومن هذه التشريعات: التشريعين البرتغالي والفرنسي، ومن النماذج العربية: الأردني واليمني والليبي.

فأما التشريع البرتغالي فقد خصص قانوناً بذاته يرتكز على السياسة الصحية، وهو: (Law No. 30/2000 (Lein - 30/2000, de 29 de November) والذي اعتمد - بحسب بعض الدراسات - على نزع الصفة الجنائية عن واقعات حيازة كميات صغيرة من المخدرات لأغراض الاستخدام الشخصي، وأحال الاختصاص بشأنها إلى لجان إدارية تقدم الدعم العلاجي أو تفرض عقوبات إدارية بسيطة، ومن ضمن حالات العلاج التي يستوعبها هذا النظام هي حالات الإدمان، وذلك بغرض التقليل من وصمة العار الملصقة بها، وتعزيز الصحة العامة، وقد تمخض عن هذا المنحى انتقاص في حالات الوفيات الناجمة عن الجرعات الزائدة، وانخفاض في حالات الإصابة بفيروس الإيدز، كما أنه أعاد توزيع الجهد الأمني على جرائم أشد خطورة (laqueur, 2015).

وفي السياق ذاته، صدر في البرتغال مرسوم بقانون خاص بشأن المخدرات والمؤثرات العقلية:

Decreto – Lein ° -15/93 (Portugal – Drug Trafficking Law)

والذي أشارت ديباجته إلى تشجيع العلاج وإعادة التأهيل، ومن ثم فإنه يؤسس للعلاج تأسيساً إرشادياً عاماً، ومن خلال تفحص نصوصه، نجده يدمج بين العقاب والعلاج، ويمنح القاضي سلطة تقديرية واسعة، يحتل فيها العلاج مركز البديل أو الشرط الملحق عليه تنفيذ العقاب من عدمه في حالات الإدمان.

وتأسيساً على ما سبق، فإن النظام القانوني البرتغالي يعمد إلى الفصل بين السياسة الصحية على نحو مطلق، والسياسة الجنائية التي تتخللها مسارات العلاج في ظل هيمنة العقاب، ولم يمنح اهتماماً مستقلاً وواضحاً للرعاية اللاحقة، وإنما اهتم بخطط وبرامج تعزيز الوقاية المسبقة التي تسعى للحيلولة دون الاستهلاك غير المشروع للمخدرات.

وأما التشريع الفرنسي، فمن خلال الاطلاع على المواد من L 3413 – 1 إلى L 3413 – 4 من قانون الصحة العامة الفرنسي، نجده ينشئ مجابهة مزدوجة في مواجهة المدمن، تضم التدخل العقابي والتوجه العلاجي؛ فالعلاج خيار تملكه السلطة القضائية، وعلى المدمن أن يخضع إليه، وإلا تعرض للعقاب، واللافت في سياسة المشرع الفرنسي وفقاً لبعض الآراء الفقهية (سلمان، د. ت) أن العلاج عندما يكون في إطار تقديم خدمة اجتماعية، أو في حال الحكم بالسجن مع وقف التنفيذ، أو الوضع تحت الاختبار القضائي، ثم يفشل أو يرفض الخاضع له المضي فيه، فهنا لا يتم فرض أية عقوبات في مواجهة ذلك، وإنما يُعاد فرض العلاج مجدداً، وهذا استناداً إلى المادة L 3425-1 وكذلك L 3425-2. وهذا التوجه يعكس نظرة المشرع إلى المدمن في هذا السياق كونه مريضاً، ولن يُجبر العقاب معه نفعاً، وإن كان يثير - في المقابل - بعض التساؤلات، منها: لماذا خصّ المشرع هذه الحالات تحديداً بهذه المجابهة؟ وهل



إعادة فرض العلاج هي الأجدى أم أن التفكير في أسباب فشل العلاج أو رفضه هو الأنجع؟. والعلاج - عمومًا - يخضع لرقابة قضائية مستمرة، وفي إطار محكم من الإجراءات والآليات والمسارات التي تتبعه.

وإلى جانب جوازية الركون إلى العلاج في مواجهة المدمن، فإن كلا النموذجين السابقين يؤطران العلاج ويقيدانه بحالات تجريمية محددة تدور في فلك التعاطي والاستهلاك الشخصي، وهذا يعكس سياسة جنائية لا تنصرف إلى الإدمان في ذاته بحسبانه اضطرابًا صحيًا، فهي تقيد الاستفادة من العلاج بقيود قانونية لا بموجهات وأطر واقعية، الأمر الذي يضعف الفاعلية المرجوة من القانون، فالتنصوص هنا تُحدث فجوةً جليّةً بين ما هو كائن، وما ينبغي أن يكون.

وفي إطار التشريعات العربية، نجد أن القانون 23 لسنة 2016م الأردني، قد نص من خلال مادته التاسعة - فقرة (ج) على جواز أن تتخذ المحكمة في حق مرتكب جريمة التعاطي (تجديدًا) بديلاً علاجياً عن العقاب، يتمثل في الإيداع في إحدى المصحات المتخصصة في علاج التعاطي، أو في عيادة متخصصة في العلاج النفسي أو الاجتماعي للمدمنين على التعاطي بناءً على إجراءات وضوابط يُنصّ عليها في نظام يصدر لهذه الغاية، ومن اللافت في هذا القانون النص على إنشاء صندوق لمكافحة جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية، يسهم في معالجة المتعاطين والمدمنين، ترد إليه 20% من الغرامات المحكوم بها، وهذا يجسد ملمحاً استثمارياً في العقوبة.

وفي قانون مكافحة الاتجار والاستعمال غير المشروعين للمخدرات والمؤثرات العقلية اليمني رقم 3 لسنة 1993م، والذي يتشابه في سياسته الجنائية - على نحو كبير - مع القانون الليبي رقم 7 لسنة 1990م بشأن المخدرات والمؤثرات العقلية، نجد أن كلا القانونين قد أجازا للقاضي الأمر بإيداع من ثبتت إدماجه على التعاطي في إحدى المصحات العلاجية بدلاً من العقاب، غير أن القانون اليمني لم يشترط إثبات الإدمان من قبل لجنة طبية مختصة، ويرى د. القاعدي أن هذا المسلك يعد خرقاً لمبدأ مهم من مبادئ القضاء والمتمثل في حياد القاضي، ولا بد من معالجته (القاعدي، 2017)، في حين اشترط التشريع الليبي الركون إلى الخبرة الطبية بالخصوص، كما أن كلا القانونين قد وضعاً سقفاً أدنى وأقصى لفترة العلاج، مع ربط مكنة العلاج بقيد يتمثل في انغلاق مسار العلاج بسبب العود، وذلك وفقاً لتفاصيل تشريعية تتعلق بعدد محاولات العلاج، والنطاق الزمني للانتكاسة منذ آخر محاولة علاجية، وهذا مفاده النظر إلى المدمن العائد بكونه مسؤولاً جنائياً على نحو صرف، ويمكننا - هنا - أن نتوقف قليلاً لنعقد مقارنة بين هذا المسلك ومسلك النموذجين الغربيين اللذين عرضناهما سابقاً، فالإدمان وفقاً لهما يُدار بوصفه حالة تحتاج إلى تقييم دائم، ومن ثم فإن هناك مساراً علاجياً ثابتاً بصرف النظر عن عدد المحاولات العلاجية السابقة، أو ربط مركز المدمن بالانتكاس من عدمه، وهذا ما يمكن أن نفسره به صمت المشرع في هذين النموذجين، كما أنّ المبادرة للعلاج وفقاً للنموذج الفرنسي لا تمنح حصانة من تحريك الدعوى الجنائية كما هو الحال في عموم التشريعات العربية، ومنها الليبي واليمني، فالمشرع الفرنسي يحتفظ بالسلطة الجنائية قيد الفاعلية رغم التحول إلى مسار علاجي، ووفقاً للقانون 30/2000 البرتغالي، فإن المسار العلاجي الإداري يقترب كثيراً من منطق الإعفاء الذي كرسته معظم التشريعات العربية.



وبالعودة إلى التشريعين الليبي واليميني، فإن التقدم الطوعي للعلاج يكون مقيداً بالعنصر الشخصي إلى جانب اشتراط التقدم إلى المصلحة تحديداً، وهذا ما تحاشى التشريع الأردني الوقوع فيه، كما أن علاج الإدمان في التشريعين الليبي واليميني – كما هو الحال في معظم التشريعات الأخرى – قد تأطر بحالات أو نماذج جرمية محددة، ينغلق المسار العلاجي خارجها.

ولا تخرج بقية التشريعات المقارنة – فيما نعلم – عن هذه المسالك والأطر في التعامل مع الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، والتي تنحرف عما ينبغي أن يكون، كما أنها تحمل في ثناياها مقومات هدم ذاتية، وتقود إلى إضعاف الحماية المرجوة، وتنتج الكثير من الثغرات والتساؤلات حول المنطق الحاكم لها، الأمر الذي يستلزم تقليب قضية الإدمان على مختلف زواياها وأبعادها، واستظهار المكامن التي تبلور وجهها الحقيقي، وما يتمخض عنه من ركائز وأطر تضع الموازين المناسبة لسياسة جنائية تتناغم مع مقتضيات التوازن بين الفاعلية واحترام الحقوق، وهذا ما سنحاول إحرازه في الفقرة الآتية:

ثانياً/ مرتكزات التحول في المركز القانوني للمدمن:

وهي مقدمات تفضي وفقاً للتسلسل المنطقي للأفكار إلى آثار وانعكاسات تجسم في نهاية المطاف ما ينبغي أن يكون بالنسبة للمركز القانوني للمدمن، وكيفية النظر إلى الإدمان، والتعامل التشريعي معه، ومن خلالها ننتقل من الكل إلى الجزء في سياق تراتبي يؤدي بنا إلى ضالتنا المنشودة، وذلك على النحو الآتي:

المقدمة (1):

تاريخياً، وبالعودة إلى جذور الجزء الجنائي كما أرستها المدارس العقابية في عصر الأنوار، فإن هناك هامشاً من الافتراضات والأسس الواهمة التي بُنيت عليها تفاصيل هذه المدارس، منها – وهو ما يهمننا في هذا السياق – إقامة حد فاصل بين الخطورة الإجرامية والمسؤولية الجنائية، إذ تبنى كل جانب فقهي مساراً محدداً معلناً مناهضته للمسار الآخر، ولم تفلح حتى السياسات التوفيقية بعد ذلك في إعادة الأمور إلى نصابها الصحيح، ونحن نرى بأن الفصل بين الخطورة الإجرامية والمسؤولية الجنائية على مستوى النصوص التشريعية هو محض وهم، وأن الإطار التجريبي ينقسم في هذا السياق على ثلاثة مساحات: مساحة تجزم بوجود مسؤولية جنائية، ومساحة تجزم بوجود خطورة إجرامية، وهما مساحتان ضئيلتان إذا ما قورنتا بالمساحة الثالثة، وهي الأكثر اتساعاً، ولا يمكن للمشرع – من خلالها – ابتداءً أن يجزم إذا ما كان السلوك يعكس خطورة إجرامية أم مسؤولية جنائية، ولا يتأتى هذا الجزم إلا عند نظر الدعوى، وقد سبق أن عرضنا هذا الطرح – الذي ربما يحدث تبنيه تغيراً فارقاً في الخارطة الجنائية – وأسسننا له، واجتهدنا في البرهنة على صحته من خلال أسانيد عدة، ووضعنا ما رأيناه كفيلاً بإنفاذه، لذا فإننا نكتفي بالإحالة إليه تجنباً للتكرار (الغالي، 2025م).

المقدمة (2):



انطلاقاً مما نوهنا إليه سابقاً، بانقسام الإطار التجريبي على ثلاثة مساحات، فإن المساحة الأولى تمثل حالات الجريمة في صورتها البسيطة، والمساحة الثالثة (البينية) الواسعة فهي – كما أسلفنا – لا يمكن حسمها إلا أمام القاضي، أما المساحة الثانية فهي تمثل حالات الخطورة الإجرامية، وهي في أصلها تنقسم على مساحتين: خطورة إجرامية صرفة تجسدها حالات انعدام المسؤولية الجنائية، وخطورة إجرامية ينازعها هامش من المسؤولية الجنائية، ومنها حالات المسؤولية الجنائية المخففة، والاعتیاد، والانحراف، والاحتراف، وهذه الأخيرة ترى بوجود النظر إليها من زاوية واحدة وهي زاوية الخطورة الإجرامية فحسب، ومبررنا في ذلك هو تأييدنا لكل الحجج التي ساقها الفقه الراض للجمع بين العقوبة والتدبير الوقائي في مواجهة نفس بشرية واحدة، وقد فصل د. بارة هذه الحجج وساق الحجج المقابلة لها، واختتم طرحه بعرض توصية المؤتمر الدولي السادس لقانون العقوبات المنعقد في روما 1953م، والتي نادى بتوحيد المعاملة العقابية بدلاً من إضافة التدبير الوقائي إلى العقاب (بارة، 2023م).

ومن جانب آخر، فإن الركون إلى الخطورة الإجرامية وإعلاء كعها في مواجهة المسؤولية الجنائية يعد ركناً لمصلحة هي أولى بالرعاية، واحتراماً لمبدأ الضرورة في العقاب، فوجود هامش من الخطورة الإجرامية له مظنة التأثير الأعم واللاخي لأساس المسؤولية الجنائية، وذلك لأن حدود هذا التأثير لا يمكن ضبطها أو قياسها نظراً لضبابية مصدرها وهلاميته، علاوة على أن التدبير الوقائي يستوعب في جوهره العلاج والإيلاء معاً، ومن ثم فإن اجتماع صورتَي الجزاء الجنائي في مواجهة حالة جرمية واحدة لا بد أن يتم في إطار يمكننا من خلاله استظهار استقلالية كل صورة بمفردها استناداً إلى استقلالية أساس وجودها، أو مبرر طرحها، بأن تكون لها وظيفة مبررة، وينعدم هذا التبرير إذا كان مرتكزاً فقط على كون الحالة الجرمية يختلط فيها الخطر الإجرامي مع الإرادة الأئمة، ومن ثم يمكن اجتماع جزأين من جنس واحد، ومن ذلك: عقوبة أصلية مع عقوبة تبعية، أو حد مع تعزيز، أو تدبير علاجي مع عقاب احتياطي تهديدي له أساسه المنطقي وتوظيفه المبرر، مع تأطير تشريعي منضبط يبرز هذه الوظيفة بإبراز التفاوت بين قوة الجزأين، وذلك بإعلاء كعب العلاج، فهذا المسلك يتناغم مع أصول التشريع الجنائي ومنهجه العام المتمثل في المنهج المقاصدي كما ورد في الشريعة الإسلامية، فالنص ينبغي أن يلي الحكمة من وراء تقريره.

وبناء على هاتين المقدمتين العموميتين يمكننا الآن أن ننتقل إلى دراسة الإدمان على نحو خاص، والنظر في إمكانية إعادة تموضعه وفقاً لهذا الطرح الكلي أو العام:

المقدمة (3):

عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بكونه: "حالة نفسية وأحياناً جسمية ناتجة عن التفاعل الذي يتم بين الأعضاء الحية والدواء المخدر، يتصف هذا التفاعل بحدوث استجابة سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر الذاتي في تناول المادة الإدمانية تناولاً مستمراً أو متقطعاً، وذلك من أجل الحصول على تأثيراتها النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتجنب الانزعاج النفسي أو العضوي الناجمين عن عدم تناولها" (عبدالغاني، 2018، ص ص 14-15). ويمكننا المقاربة بين هذا التعريف



وتعريف الخطورة الإجرامية بوجه عام، وهي: "حالة عدم توازن في شخصية الفرد مبعثها عيب في تكوينه المادي أو النفسي أو في ظروفه البيئية تدفعه إلى ارتكاب الجرائم على وجه الاحتمال" (سليمان، 1998م، ص 221).

ونخلص من هذه المقاربة إلى ملامح محاكاة قوية وجلية بين التعريفين، إلى الحد الذي يكاد يجعلهما وجهين لعملة واحدة.

والإدمان – في الواقع – ليس نمطاً واحداً، والمادة المخدرة تلعب دوراً حاسماً في تحديد درجة الاعتماد عليها، ومستوى التعلق بها، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الفني رقم 407 TRS إلى عدم وجود درجة موحدة لأثر العقاقير المخدرة، فبعضها يفضي إلى اعتماد نفسي دون أعراض انسحاب جسدية خطيرة (منظمة الصحة العالمية، 1969م)، وإذا قلنا إن الإدمان هو حالة اعتماد تام، وتقهر للإرادة أمام المخدر، ومضي في التعاطي، رغم الضرر، وأن هناك – وفقاً لفحوى هذا التقرير – درجات من الاعتماد قد لا تصل إلى هذا المستوى، وقد تصل إليه رغم كونها جسدية فقط أو نفسية فقط، فإن هذا كله سينعكس على مدى تآكل الإرادة، ومن ثم فنحن أمام عدة تصورات لمآلات الاستمرار في التعاطي، وذلك بناءً على عدة عوامل ومؤثرات، وهذا – بلا شك – له انعكاسه على توصيف الحالة أولاً، وعلى تحديد المركز القانوني للمدمن، وأسلوب المعاملة الجزائية، التي ستختلف باختلاف درجة الاعتماد، ومستوى تآكل الإرادة ثانياً.

ومن جانب آخر، فقد أشارت الدكتورة علالقة إلى أن المخدر بالنسبة للمدمن يعد وسيلة علاج تلقائية يركن إليها لإشباع رغبات لا شعورية، وأن التحليل النفسي للإدمان يمكن تلخيصه في كونه تعبيراً وظيفياً عن ذات عليا ناقصة، وفقداناً للمعايير الاجتماعية، ومظهرًا من مظاهر الاضطراب (عاللقة، 2025م).

وعلى الصعيد الجسدي، فالإدمان – كما هو واضح من خلال ملامحه العامة – يحدث حالة من التكيف الفسيولوجي مع العقار المخدر، الأمر الذي يحدث أزمة وظيفية في حال توقف وروده إلى الجسد، وهي أزمة انعدام توازن بالدرجة الأولى، وهذا ما يبرز الملمح القهري للإدمان بوضوح.

والإدمان يعيد تشكيل الأولويات والدوافع في الدماغ وبناءها، فالمادة المخدرة لها الأولوية مهما يكن خطر التعرض للعقاب، ولا يمكن لهذا الأخير أن ينافس هذا الدافع العصبي القوي، بل إنه قد يزيد المشكلة تفاقمًا (Gateway Foundation, n. d, 2023). الأمر الذي يكاد ينسف فكرة الردع الخاص المتلازمة بحسبانه غرضاً جوهرياً للعقاب.

ولعل العودة إلى الوثائق الدولية، والإطار العالمي المتصل بالتعامل مع المواد المخدرة، سواء ما يتعلق بالاتفاقيات الدولية أو بقرارات المؤتمرات الدولية أو بالموجهات التي قدمتها منظمة الصحة العالمية تسعفنا في فهم ترجيح منطق الخطورة الإجرامية على منطق المسؤولية الجنائية في مواجهة المدمنين، ووضع التصور العلاجي موضع المناسب، فالاتفاقية الوحيدة للمخدرات عام 1961م بصيغتها المعدلة ببروتوكول 1972م، وكذلك اتفاقية المؤثرات العقلية عام 1971م، واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير



المشروع في المخدرات عام 1988م، كل هذه الصكوك قد وجهت الأنظار إلى تعزيز الاهتمام بالخطر الإجرامي الذي يعكسه الإدمان، من خلال التأكيد على الأهمية القصوى للعلاج، والرعاية، والدمج المجتمعي، كما أسهمت المؤتمرات الدولية في تعزيز هذا التوجه، والتأكيد على أن أنجع سبل المعالجة يكمن في معالجة المدمنين في المستشفيات، ودعت إلى الاهتمام بالمرافق ذات الصلة، وقد أضاف د. بارة اللثام عن مختلف النصوص والتوصيات ذات الصلة، وفي سياق ذلك قدم نقده اللاذع إلى المشرع الليبي الذي جعل إيداع المدمن للعلاج أمراً جوازياً للمحكمة، كما انتقد تقييد العلاج بإطار تجريبي محدد (بارة، 2024م)، وكما مر بنا، فإن هذين النقيدين يمكن تعميمهما على مختلف التشريعات ذات الصلة بمكافحة جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية.

وبهذا نكون قد أرسينا ما يكفل لنا الانتقال إلى الإطار التطبيقي بما يمثله من آثار وانعكاسات لكل ما سبق أن أرسيناه من مرتكزات ومقدمات، مع بيان آلياته وأدواته الفاعلة بالخصوص:

الإطار التطبيقي

تفعيل التصور العلاجي في مواجهة الإدمان

أولاً/ الإطار المحوري للتصور العلاجي:

وهو إطار تراتبي يستند إلى كل ما أرسيناه من مقدمات ومفترضات:

1- التصور العلاجي لا يخرج عن أحد هذين المسارين:

أ- تصور علاجي صرف: وهو يتلزم مع الحالة التي يكون فيها الفرد قد بلغ درجة الإدمان، التي تُقهر فيها الإرادة، ويستمر معها المدمن في مواصلة البحث عن العقار المخدر رغم كل العواقب، فهنا تصل الإرادة إلى مرحلة من التآكل ينعدم فيها – مطلقاً – جدوى الحديث عن العقاب.

ب- تصور علاجي رئيس: وهو يتلزم مع جميع الحالات التي لا تصل إلى مرحلة الإدمان بمعناه السابق، وإنما يتعلق الأمر باستخدام متكرر مرتبط بالعقار المخدر، وفي هذه الحالة، فإن ثمة مؤشرات لوضوح هامش الإرادة، وهي تسمح بالركون إلى توظيف العقاب، لدعم العلاج وتعزيزه، فالعلاج هو الجزء الرئيس، ولأن الحالة – هنا – تكشف عن هامش من الإدراك والسيطرة، فإن هذا سيدفع صاحبها إلى الامتنال للعلاج، حيث إنه – وفقاً للمنهج النفعي ل بنتام – سيعمد إلى ترجيح كفة اللذة أو المنفعة على كفة الألم الناجم عن العقاب.



وفي كلا التصورين السابقين، فإن العلاج يكون وجوباً لا جوازاً، وإلا فلا معنى لكل ما سبق أن قدمناه من أسس، كما أن تقدير الحالة كونها تقع في نطاق التصور الأول أم الثاني يعود إلى السلطة القضائية المختصة إلى جانب وجوب الركون إلى أهل الاختصاص أو الخبرة الطبية.

2- التصور العلاجي قد لا تسعى السلطة إليه، بل يأتيه المدمن طائئاً، فإن أتى قبل تحريك الدعوى الجنائية، وبعد ثبوت إدمانه، فهنا لا تُحرك الدعوى، وندخل إلى المسار العلاجي بحسب حالته (صرفاً أم مقترناً بتهديد عقابي)، وإن أتى أثناء التحقيق أو في أية مرحلة بعد ذلك، فهنا إن كان مدمناً على النحو الذي يجعل مجرد التفكير في العقاب في مواجهته عبثاً، فهنا تنقضي الدعوى، ويُصار إلى العلاج، وإذا رفضه، فلا بد من فرضه عليه، وتجدر الإشارة - هنا - إلى أهمية النظر في آليات العلاج، وبيئته، وكفاءة القائمين به، وتوفير كل ما يرغب المدمن فيه، ويكفل إنجاحه، فالرفض أو الفشل يحمل مؤشراً قوياً إن لم يكن قطعياً بأن عوامله موجودة في الأسلوب أو البيئة أو مستوى الكفاءة، أما إذا كان ممن يتصور تهديدهم بالعقاب وإنفاذه في مواجهتهم، فإن الإحالة إلى العلاج والمضي في الدعوى سيران على نحو متوازٍ، إلى أن يحسم هو بإرادته مصيره، فإن امتثل للعلاج وتعافى انقضت الدعوى الجنائية في مواجهته، وسقطت العقوبة (المحتملة)، وإن رفض العلاج يُصار إلى معاقبته، وبالإمكان وقف تنفيذ العقاب إذا أراد استئناف العلاج.

ولذلك فإن سلطة الإحالة إلى العلاج لا يمكن حصرها في يد القاضي فقط، فهذا يتعارض مع مقاصد التشريع، ومع التوجيه الدولي نحو العلاج المبكر، ومن ثم فإن ثبوت الإدمان في أية مرحلة من مراحل الدعوى يخول السلطة المختصة الإحالة إلى العلاج.

3- إيداع المدمن للعلاج ينبغي تحريره من أي قيد زمني، فأما الحد الأقصى فإن التحرر منه يتسق مع طبيعة التدابير العلاجية، وأما الحد الأدنى فإن الحالة ذاتها قد تقتضي عدم الحاجة إلى بلوغه، ومن ثم فإن اللجنة المختصة بمتابعة الحالة هي الفيصل في هذا المقام، وهذا ما يتناغم مع غايات العلاج وفاعليته، وقد أشارت محكمة النقض المصرية في أحد أحكامها إلى هذا المنحى وعززته (محكمة النقض المصرية، 1965).

4- من غير المنطقي أن يتلزم العلاج من الإدمان مع إطار تجريبي محدد يتمثل في التعاطي أو الاستخدام الشخصي، فالإدمان حالة مرضية، وإذا كان لا بد من إقامة صلة سببية بينها وبين إحدى صور الإجرام، فهي - في الواقع - ترتبط سببياً بجميعها، إذا ما تناولنا هذه السببية بمفهومها الواسع.

5- لأن الإدمان حالة مرضية، فإن العود إليه يمثل أشد صور هذه الحالة فداحة، والعود - عمومًا - يعد - في رأينا - حالة من حالات الخطورة الإجرامية الصرفة، وهذا ما كان ينبغي أن تسير عليه التشريعات العقابية، فالعود مرده عوامل فردية، وأيضاً اجتماعية، والأولى أشد وطأة، وهي التي تخلق ميولاً إصرارية لدى العائد يصعب مجابهتها بالعقاب، وهذا ما أكدته الفقيه (جارو) الذي قال أن



مسؤولية العائد أقل أدبيًا من المبتدئ، ذلك أن قوة مقاومته لدوافع الشر تكون قد ضعفت بسبب ميل النفس إلى سلوكها السابق، وهي تحتاج في هذه العودة إلى مجهود أقل مشقة (النايض / 2003م).

ومن جهته أكد Delpech أن ارتكاب الجريمة للمرة الأولى يسبب ضعفًا في الحس الأخلاقي للفرد، ويظل هذا الحس في حالة من التضاؤل مع ارتكاب المزيد من الأخطاء اللاحقة، وهذا مرده فقدان احترام الذات (Delpech, 1878)، ومن ثم فإن العود في حالة الإدمان يكون – من باب أولى – سببًا لاستحقاق العلاج، ومن هنا فإن كسر الصلة بين العلاج والإدمان بسبب العود لا منطق له، وإنما لا بد من البحث عن أسباب الانتكاس من واقع آليات العلاج، وببنيته، وكفاءة القائمين به كما أسلفنا.

هذا عن الإطار الرئيس للتصور العلاجي وملاحمه الجوهرية، وهناك إطار داعم يعزز وظيفته، ويسيجها بكل ما يكفل إنفاذها على الوجه المطلوب، وهو محور نقاشنا في الفقرة الآتية:

ثانيًا/ الإطار المساند للتصور العلاجي:

1- ركونًا إلى سياسة المنع، أو سد الذرائع، فإن مجرد التعاطي ولو لأول مرة يجيز للقاضي الإحالة إلى العلاج، لكسر الصلة بينه وبين أية درجة للاعتماد على المخدر أو المؤثر العقلي قد يقع في شركها، وهنا لا نجمع بين عقاب وعلاج، وإنما نخير القاضي بأحدهما، وهنا – أيضًا – لا يتوافر مقتضى فرض العلاج، ولا إعطائه المركز الرئيس، وإنما الحالة هنا تقتضي وضع الخيارين في منزلة واحدة، وللقاضي ترجيح ما يراه مناسبًا. وبالإمكان وضع معالجة أخرى في هذا السياق، وهي العقاب مع تصميم برنامج إصلاحي يتخلله، قوامه زيارة المعالج النفسي للمحكوم عليه، بهدف الحيلولة دون المضي في درب التعاطي مستقبلاً، وهذا البرنامج يعد جزءًا من طبيعة العقاب، ويتداخل معه زمنيًا وبنيئيًا، الأمر الذي لا يشكل مانعًا من قبوله، حيث لا يمكن إدراجه ضمن الجمع المرفوض بين العقوبة والتدبير الوقائي.

2- تصميم الجزاءات الجنائية في مواجهة جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية – في العموم – على ضوء الصلة التي تربط هذه الجرائم ببعضها، بحيث نخلص إلى إشراك الجناة أنفسهم في إصلاح ما أفسدته أيديهم من ترويع وتعامل غير مشروع مع هذه المواد، وإيقاع العديد من الضحايا في براثن الإدمان، فهذا الأخير هو نتاج التعاطي، والتعاطي أو الاستخدام الشخصي هو – بداهةً – نتاج حيازة هذه المواد، والتي بدورها تنتج عن شرائها، أو الاتجار بها من قبل تجار المخدرات كبارًا وصغارًا، أو بواسطة جليها، أو استيرادها، أو زراعتها، إلخ.....، ومن ثم فإن جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية كافة تعمل في ظل علاقة إمداد وتكامل دائرية، ومن هنا فإن تصميم الجزاءات في مواجهتها لا بد أن يتم بمراعاة هذا المدخل، ومن ذلك ما ذهب إليه د. بوحمره من أهمية التوسع في العقوبات المالية، ومنها المصادرة، ووضعها في مركز العقوبة الأصلية سواء تمثلت في مصادرة الأموال، أو وسائل النقل، أو عقارات اتخذت أماكنًا لزراعة المخدرات أو تخزينها، متى ثبتت ملكيتها للجناة، وأن توظف هذه الأموال المُصادرة في دعم أجهزة مكافحة المخدرات، وفي إنشاء مؤسسات



علاج المدمنين وتطويرها، وفي منح مكافآت شخصية للقائمين على ضبط المخدرات والمؤثرات العقلية ومتابعتها (بو حمرة، 2025م). ومن هنا فإن إحداث هذا التحول على نحو عميق وواضح بتكريس هذه العقوبات ونقلها إلى مصاف العقوبة الأصلية – وذلك في التشريعات التي تضعها في مصاف التدبير الوقائي أو العقوبة التكميلية – والتوسع فيها، وتوظيفها في العلاج والمكافحة، يجعل الجناة أداة رئيسة لإنفاذ هذه المكافحة، الأمر الذي يسهم في التخفيف من العبء الاقتصادي الذي تتكبده الدول في الإنفاق على تنفيذ الجزاء ومكافحة الجريمة، وهذا يؤدي إلى بناء دائرة جزائية تكاملية تحاكي الدائرة التجريبية التي أفرزتها، وهذا يمثل دعمًا كبيرًا لمشروع التحول نحو إحلال العلاج بديلاً للعقاب في إطار الإدمان، وفي السياق ذاته، فإنه ينبغي تصميم العقاب التهديدي المقترن بالتصور العلاجي الرئيس على نحو يتناغم مع جوهر وظيفته، ونحن نرى أن العقاب الأنسب في هذه الحالة هو العمل لصالح المنفعة العامة، فالعقاب السالب للحرية يضاعف من الوصم الاجتماعي بالعار، علاوةً على مختلف مساوئ العقوبة السالبة للحرية وسلباتها – عمومًا – والتي دفعت الفقه إلى نبذها، وقد أسهبت العديد من الدراسات في عرض وتفصيل هذه المساوئ (الصغير، 2023م)، وهي تشتد وطأتها إذا وُجهت لمن وقع فريسة للارتباط بالمادة المخدرة، ومن هنا فإن عقوبة العمل للمنفعة العامة هي الخيار الأمثل في هذا السياق، ولأسيما أن جوهرها وطبيعتها تقترب من جوهر العلاج والاستشفاء، وذلك من حيث آثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية.

3- التقدم الطوعي للعلاج، لا بد أن يُدعم بكل مقومات التحفيز وفتح المنافذ لبلوغ الغاية منه، ومن ثم فإنه ينبغي أن يتحرر من أي قيد يحول دون إدراك هذه الغاية، فالتقدم للعلاج قد يتم من تلقاء الفرد ذاته، وإلى أية جهة رسمية.

4- من مكملات التصور العلاجي ولوازم حسن إنفاذه تقديم الرعاية اللاحقة عقب التماثل للشفاء من الإدمان، وذلك بالوضع تحت المراقبة، وتقديم الدعم البرامجي الذي يسهم في الخلاص من الوصم الاجتماعي الملصق بالإدمان، ولأن الوقاية خير من العلاج، فلا بد من تكثيف الاهتمام المسبق بالأفراد، ولأسيما الفئات الهشة من المراهقين والشباب، وتوفير أماكن استثمار الطاقة البشرية، ونشر الوعي بأهمية التصالح مع الأزمات النفسية ومعالجتها بارتياح المصحات المتخصصة، وينبغي أن تتأزر المؤسسات التعليمية والإعلامية في سبيل إنفاذ هذه الوقاية.

الخاتمة

أولاً/ النتائج:

1- يُصطلح على تسمية الحالة التي تتضمن صفة الجبر والقهر الذاتي على تعاطي المادة المخدرة، والمضي في ذلك لا إرادياً بالإدمان تمييزاً لها عن أية حالة أخرى.

2- إرادة المشرع هي الفيصل في تغيير المراكز والمواقع على الخارطة الجنائية، ولا بد من الركون إليها لإعادة تموضع المركز القانوني للمدمن، ونقله إلى خانة الخطورة الإجرامية الصرفة حتى وإن سلمنا جدلاً بوجود حيز للمسؤولية الجنائية، وذلك إعمالاً لفلسفة



المصلحة الأولى بالرعاية، واحتراماً لمبدأ الحد الأدنى للعقاب، (الضرورة) على أن تنتقل الحالات الأقل ارتباطاً بالمخدر أو المؤثر العقلي إلى مركز قانوني يكون فيه العلاج هو الجزاء الرئيس، ويلعب فيه العقاب دوراً تهديدياً احتياطياً.

3- قضية الإدمان – عموماً – لا بد من التعاطي معها فكرياً على نحو يحقق التوازن لمعادلة ذات أطراف متعددة: تخفيف العبء القضائي وأزمة تكلفة العدالة، ومكافحة الإدمان، والتعامل مع جذور القضية، وسياسة المنع، وسياسة المتابعة.

4- المقاربة العلاجية ذات البعد الإنساني تحتم الاهتمام بالوقاية المسبقة والرعاية اللاحقة المكملة.

ثانياً/ التوصيات:

1- لا بد للمشرع أن يفرض إرادته حتى لو تصادمت مع نظرة المجتمع وثقافته، فالنص ينبغي ألا يخضع لهذه الثقافة، بل العكس، ينبغي إخضاع ثقافة المجتمع للنص، ومن ثم فإن استبعاد العلاج في المصححات العقلية والنفسية من مسارات العلاج المتاحة ينبغي أن يعاد النظر فيه، وأن يكون الفيصل في ذلك هو حالة المدمن، ونوع العلاج الذي يتطلبه، فبعض التشريعات ومنها الليبي والإيطالي نصت على استبعاد العلاج في هذه المصححات لكي لا يؤثر ذلك على المركز الاجتماعي للمدمن ولحمايته من الوصم الذي يطاله عند ارتيادها، وهذا ما لا ينبغي التسليم به، وهذه نتيجة حتمية عند وضع الحماية والفاعلية والمصلحة في عين الحساب، ومن ثم نوصي بكسر أي قيد يحول دون تحقيق النص لغاياته.

2- لا بد من تصميم إطار إجرائي تفعيلي محكم يستجيب لكل مفترضات مكافحة الإدمان ومقوماتها، وإنفاذ التصور العلاجي في مواجهته.

3- تصميم الجزاءات الجنائية يلعب دوراً مهماً في دعم التصور العلاجي للإدمان وتعزيزه.

4- العقاب التهديدي الاحتياطي قد يكون معول هدم إذا لم يُصمم على نحو يستجيب لخصوصية الحالة التي أفضت إليه وبررت وجوده.

5- التوعية والتعليم ورفع الكفاءات من المداخل المهمة للتحويل من العقاب إلى العلاج في مواجهة الإدمان.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- الصغير، و (2023م)، الإطار التنظيمي للعدالة التصالحية في التشريع الجنائي الليبي (أطروحة دكتوراة، جامعة صفاقس).



- الغالي، م (2025م)، *التوازن في النص الجنائي الموضوعي* (أطروحة دكتوراة، جامعة طرابلس).
- القاعدي، م (2025م)، *الجرائم والعقوبات في قانون مكافحة المخدرات اليمني* (دراسة تحليلية نقدية)، *مجلة الجامعة الوطنية، العدد 4، 205-244*.
- النايض، م (2003)، *الخطوة الإجرامية في التشريع الجنائي الليبي والتشريعات الجنائية المقارنة* (رسالة ماجستير، جامعة طرابلس).
- بارة، م (2024م)، *شرح أحكام قانون المخدرات والمؤثرات العقلية الليبي رقم 7 لسنة 1990 م وتعديلاته*، (ط 2)، مكتبة الوحدة.
- بارة، م (2023م)، *مبادئ علم العقاب*، (ط 3)، مكتبة الوحدة.
- بوحمرّة، أ (2025م)، *إصلاحات جنائية بموجهات قرآنية*، (ط 2)، دار الوليد.
- سدي، ع (2021م)، *الوضع القضائي في مؤسسة علاجية للمدمنين على المخدرات في التشريع الجزائري*، *مجلة الدراسات القانونية، المجلد 7، العدد 1، 32-46*.
- سلمان، ر (د.ت)، *التدابير العلاجية كبديل للعقوبة، مجلة الجامعة العراقية، العدد 65، ج 3، 232-246*.
- سليمان، ع (1998م)، *شرح قانون العقوبات الجزائري، القسم العام*، (د. ط)، ديوان المطبوعات الجامعية.
- عبد الغاني، ت (2018م)، *الإدمان على المخدرات: دراسة نفسية في ظل متغير لهفة الإدمان*، *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 5، 13-24*.
- علايقة، س (2025م)، *الإدمان على المخدرات، قراءة سيكولوجية*، (ط 1)، المركز الديمقراطي العربي.
- عيادي، س (2025م)، *التحول نحو علاج مدمني المخدرات كبديل للمتابعة الجزائية في ظل القانون 05-23، مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية، المجلد 8، العدد 1، 494-508*.

الاتفاقيات والتشريعات:

- الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1969م المعدلة ببروتوكول 1972م.
- اتفاقية المؤثرات العقلية 1971م.
- اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات 1988م.
- قانون المخدرات والمؤثرات العقلية الأردني رقم 23 لسنة 2016.
- قانون مكافحة الاتجار والاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية اليمني رقم 3 لسنة 1993م.
- قانون المخدرات والمؤثرات العقلية الليبي رقم 7 لسنة 1990م.



الأحكام القضائية

- محكمة النقض المصرية، (1965م)، طعن رقم 1721/34، مجلة أحكام النقض، س16.

المراجع الأجنبية:

- Delpech, (1878), De l'influence du régime pénitentiaire français Sur les récidives, Revue pénitentiaire : *Bulletin de la Société générale des prisons, tom2*, 851-863
- Gateway Foundation. (u.d).why doesn't punishment stop addiction? Gateway foundation. <https://gatewayfoundation.org>.
- Laqueur, H (2015), Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal, *Law & Social Inquiry, vo (3)*, 746 – 781. <https://doi-org/10.1111/1si.12104>.

Reports & Laws:

- Code de la santé publique.
- Decreto – Lein °-15/193 (Portugal – Drug Trafficking Law).
- Law No 3012000(lein-°30/2000, de 29 de Novembro.
- World Health organization. (1969). WHO Expert committee on Drug Dependence: Sixteenth report (Who Technical Report Series No. 407) World Health Organization.

