

جامعة سعد دحلب بالبليدة

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

مذكرة ماجستير

التخصص : علم الاجتماع الثقافي

تعاطي المخدرات وإستراتيجية الإدماج
الرسمي والأسري
دراسة ميدانية بمصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات والإدمان عليها
بالمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة.

من طرف

محفوظ صادق بن عبدالله

أمام اللجنة المشكلة من

رئيسا	أستاذ محاضر، جامعة البليدة	د. جمال معتوق
مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر، جامعة البليدة	د. رابح كشاد
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر، جامعة البليدة	د. ناصر قاسمي
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر، جامعة البليدة	د. فوضيل رتيمي

البليدة، أفريل 2006

ملخص

أعتبر تعاطي المخدرات والمتاجرة، وتسهيل الحصول عليها في أغلب بلدان العالم من الجرائم التي يعاقب عليها القانون، واختلفت درجة العقوبة باختلاف البلدان، فقد أجازت بعض البلدان العربية والإسلامية وغيرها تطبيق عقوبة الإعدام للممولين والمهربين والمتاجرين بالمخدرات، أما في البلدان الغربية فلا يزال الإختلاف بينها في الحكم على أنواع المخدرات والمتاجرة بها، فقد أدرج الإتفاق الدولي لمراقبة المخدرات، القنب الهندي ومشتقاته للرقابة الدولية، إلا أن بعض الدول الأوروبية، مثل هولندا وإيطاليا وبعض الولايات في أمريكا وضع بعض التشريعات التي تسمح باستعمال القنب الهندي على أنه مخدر خفيف.

والجزائر كغيرها من الدول، اتبعت سياسات ترمي إلى الوقاية من المتاجرة في المخدرات، وقمعها، واستهلاكها، بهدف المحافظة على المجتمع، وخاصة الشباب منهم، وفي ذات الوقت، تطرح هذه المهمة كتحدٍ وكرهانات أمام السلطات العمومية العازمة على مكافحتها من أجل حماية الصحة العقلية والجسدية للمجتمع .

وعند السؤال عن أسباب التطور المستمر لهذه الظاهرة، نجد أنفسنا أمام شبكة معقدة من العوامل، فيرى البعض أن سبب تطور هذه الآفة إلى ظروف حياة الشباب، من بطالة، قمع جنسي، موانع، أما البعض يرى أن قرب الحدود الجزائرية مع المغرب والتي تخصص آلاف الهكتارات لزراعة مادة القنب الهندي، والموقع الجغرافي والإستراتيجي للجزائر الذي جعلها تشكل منطقة عبور هامة، أما البعض الآخر فيعتقد أن أحد أهم الأسباب الرئيسية وراء إنتشار هذه الظاهرة إلى إنعدام الراحة الإقتصادية والإجتماعية والثقافية، وغياب الأفق خاصة منهم الشباب في ظل بروز ثقافات فرعية أخرى .

وبديهي أن نتائج المتاجرة في المخدرات وإستعمالها كأساوية على الأفراد والمجتمع على حد سواء، فالدراسات المنجزة حتى اليوم لا تسمح بإعطاء صورة دقيقة عن الوضع السائد، بحيث لا تكون مبنية على معطيات دقيقة ومؤكدة عن مصادر الإفراط في المخدرات في بلادنا ومدى انتشارها وأسبابها، وبالنظر للأرقام المتوفرة يمكن التأكيد على أن تأثير المتاجرة بالمخدرات و على معطيات دقيقة ومؤكدة عن مصادر الإفراط في المخدرات في بلادنا ومدى انتشارها وأسبابها، وبالنظر للأرقام

المتوفرة يمكن التأكيد على أن تأثير المتاجرة بالمخدرات وإستعمالها بلغت درجة كبيرة من الخطورة، ويظهر ذلك من خلال تنصيب الديوان الوطني للمكافحة المخدرات والإيمان عليها مند سنة 2002 وهذا من أجل إرساء سياسة وطنية مدعمة بوسائل ملائمة تترجمها نشاطات منهجية ملموسة في الميدان، وهذا ماسنلمسه من خلال هذه الدراسة .

شكر

يقودنا الاعتراف بجميل النبل...بعد أن ختمنا هذه الرسالة بتوفيق من الله عز وجل أن نتقدم بخالص التحية والتقدير إلى الأستاذ المشرف:" الدكتور :كشاد رابح " الذي تفضل بالإشراف على هذا البحث وعلى صبره معنا طوال هذه المدة بتوجيهاته العلمية التي كانت لنا السند القويم، وبكل فخر واعتزاز نتمنى له المزيد من التآلق و النجاح في حياته العلمية.

كما نتقدم بالشكر و العرفان إلى:" الدكتور سعيد عيادي " و " الدكتور جمال معتوق " وإلى كل أساتذة قسم علم الاجتماع إذ كان لنا الشرف العظيم في تعلمنا على أيديهم.

ونتوجه أيضا بالشكر الجزيل إلى كل موظفي " مصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات " بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية، وكذلك موظفي بلدية شفة خاصة الحالة المدنية و التنظيم العام.

كما لا ننسى السيدان صالح عبد النوري وعيسى قاسمي بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإيمان عليها وإلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا البحث.

قائمة الجداول

الصفحة	الرقم
183	01 توزيع المدمنين حسب الجنس.
184	02 توزيع المدمنين حسب السن .
185	03 توزيع المدمنين حسب المستوى الدراسي.
186	04 توزيع المدمنين حسب الحالة المدنية.
186	05 توزيع المدمنين حسب المهنة.
188	06 توزيع المدمنين حسب مكان الإقامة.
189	07 توزيع المدمنين حسب نوعية السكن .
190	08 نمط أسرة المدمنين .
191	09 عدد أفراد أسر المدمنين وترتيبهم.
192	10 المستوى التعليمي للوالدين.
193	11 توزيع المدمنين حسب وجود أحد الوالدين.
193	12 توزيع المدمنين حسب مهنة الوالدين.
194	13 الناحية الصحية للمدمنين .
195	14 طبيعة وفترة ظهوره.
196	15 طفولة المدمن وعلاقته بالجو الأسري.
198	16 نوعية التربية التي تلقىها المدمن في طفولته.
200	17 طفولة المدمن ومدى أثر الإحباطات أو حادث.
202	18 طفولة المدمن وهوايته المفضلة.
204	19 مميزات أحياء المدمنين من حيث المحيط والبناء.
206	20 طفولة المدمن وطبيعة العلاقات الأسرية.
210	21 طبيعة العلاقة التي كانت سائدة بين الأسرة والمراهق .
212	22 نظرة المراهق لأسرته في هذه الفترة.
214	23 طبيعة العلاقة بين أسرة المدمن والجيران وأبناء الجيران.
216	24 نوعية العلاقة بين المراهق وجماعة الأصدقاء وأصدقاء الدراسة.
218	25 كيفية معرفة المخدرات وسماع عنها.
221	26 سن بداية تعاطي المخدرات لأول مرة مع التركيز على الشعور.
224	27 مع من كانت بداية تعاطي المخدرات أول مرة.
226	28 نوع المخدرات التي يتعاطها المدمن وعلاقتها بالمكان.
229	29 مدى مداومة المتعاطي للمخدرات بعد المرة الأولى.
232	30 علاقة المدمن والمخدرات المفضلة لديه.
234	31 الأساليب والطرق للحصول على المخدرات.
237	32 أفضل أوقات تعاطي المخدرات حسب رأي المدمن.
240	33 أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات .

243	34	مدى محافظة المدمن على ممارسة هوايته بعد تعاطي المخدرات .
245	35	علاقة وسائل الترفيه ودورها في قضاء وقت الفراغ.
249	36	رد فعل الأسرة أثناء علمها لتعاطي الحالة المخدرات .
251	37	مدى معرفة أسرة المدمن ما يفعله خارج البيت .
254	38	العلاقة بين سلوك وتصرفات المتعاطي وشكوك الأسرة.
256	39	موقف ورأي المدمن ومعاملة أسرته مع حالته أول مرة.
259	40	المعاملة الأسرية وبداية العلاج.
262	41	مدى أهمية الحوار الأسري قصد العلاج.
264	42	مدى تقبل النصائح خارج البيت والإحساس بذلك.
267	43	مدى تقبل النصائح والإقلاع وأسباب العودة إلى تعاطي المخدرات .
271	44	فكرة والكيفية التي تم بها الاتصال بالمصلحة.
273	45	مدى معرفة المدمن بالمصلحة.
274	46	الكيفية والأسلوب المتبع للدخول إلى المصلحة.
276	47	الصعوبات التي واجهت المدمن قصد العلاج.
277	48	طبيعة المساعدات التي يحتاجها أثناء العلاج.
279	49	عدد مرات التردد إلى المصلحة قصد العلاج.
282	50	مدى استجابة المدمن للعلاج داخل المصلحة .
284	51	مدى أهمية الزيارات الأسرية أثناء فترة العلاج
286	52	أهمية دور أسرة المدمن أثناء فترة العلاج.
289	53	طبيعة الخدمات التي تقدمها المصلحة.
293	54	مدى أهمية ودور الأسرة بعد فترة العلاج.
297	55	مدى نظرة المدمن للمخدرات بعد فترة العلاج.
300	56	رأي المدمنين في أنجع وسيلة لمعرفة المخدرات وخطورتها.
302	57	دور العقوبة القانونية في منع سلوك التعاطي.
304	58	الأسباب التي تجعل الشباب يلجئون إلى تعاطي المخدرات .
306	59	رأي المدمن في مراكز العلاج والوقاية ضد المخدرات.
307	60	رأي المدمن فيما يخص الوقاية والعلاج من المخدرات .

قائمة الأشكال

الصفحة	الرقم
51	01 الهيكل التنظيمي لمركز الوقاية والعلاج من المخدرات والإدمان عليها
88	02 نموذج Robert dupont مراحل الإدمان أو الاعتماد
118	03 حلقة مسار المخدرات
125	04 الهيكل التنظيمي للديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها
138	05 توزيع المهام التي يشرع في إنجازها بين القطاعات المعنية
151	06 جدول تقدير إجمالي للسكان المقيمين حسب فئة العمر والجنس في منتصف 2000م
153	07 الجدول الحالة التعددية والملكية القانونية لمؤسسات الشباب
171	08 مخطط مستويات الوقاية من المخدرات
173	09 الاتجاهات الحديثة للوقاية من المخدرات
179	10 منابع المعرفة المختلفة التي يستفيد منها الأخصائي النفسي

الفهرس

	ملخص
	شكر
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	الفهرس
16.....	مقدمة
20.....	1.1. أسباب اختيار الموضوع:
22.....	1. 2. أهمية الموضوع وأهدافه:
23.....	1. 3. الإشكالية:
26.....	1. 4. الفرضيات:
26.....	1. 5. تحديد المفاهيم الأساسية:
26.....	1. 5. 1. مفهوم المخدر: NAROTIC
27.....	1. 5. 2. الاعتماد: DEPENDANCE
28.....	1. 5. 3. مفهوم التعاطي: التعود
29.....	1. 5. 4. مفهوم الإدمان: (ADDICTION TOXICOMANIE)
30.....	1. 5. 5. الإدماج:
31.....	1. 5. 6. الإستراتيجية:
32.....	1. 6. 1. الدراسات السابقة:
32.....	1. 6. 1. الدراسات الأجنبية:
33.....	1. 6. 2. الدراسات العربية:
34.....	1. 6. 3. الدراسات الجزائرية:
38.....	1. 7. المقاربة السوسولوجية للدراسة:
42.....	1. 8. المناهج المستخدمة في الدراسة:
42.....	1. 8. 1. المنهج الوصفي التحليلي:
43.....	1. 8. 2. المنهج الاستدراي: (البيوغرافي)
44.....	1. 8. 3. منهج دراسة حالة:
44.....	1. 8. 4. المسح الاجتماعي:

44.....	9. 1 . أدوات جمع المعطيات:
45.....	1. 9. 1 . الملاحظة:
46.....	2. 9. 1 . الملاحظة في عين المكان:
46.....	3. 9. 1 . الملاحظة بالمشاركة:
47.....	4. 9. 1 . المقابلة: ENTRETIEN
47.....	5. 9. 1 . المقابلة الحرة:
47.....	6. 9. 1 . المقابلة المنظمة:
49.....	10. 1 . التعريف بالجانب الميداني:
49.....	1. 10. 1 . المجال البشري:
50.....	2. 10. 1 . المجال المكاني:
	1. 2. 10. 1 . لتعريف بالمستشفى الاستشفائي الجامعي بالبلدية: CHU Blida Frantz
50.....	Fanon
50.....	2. 2. 10. 1 . مصلحة الوقاية ومكافحة المخدرات:
52.....	3. 10. 1 . المجال الزماني:
52.....	1. 3. 10. 1 . المرحلة الأولى:
52.....	2. 3. 10. 1 . المرحلة الثانية:
53.....	11. 1 . صعوبات البحث:
53.....	1. 11. 1 . الجانب النظري:
53.....	2. 11. 1 . الجانب الميداني:
54.....	1.2. نبذة تاريخية عن المخدرات:
55.....	2.2. تعاريف:
55.....	1.2.2 . التعريف اللغوي للمخدرات:
55.....	2.2.2 . التعريف القانوني للمخدرات:
56.....	3.2.2 . التعريف العلمي للمخدرات:
57.....	4.2.2 . التعريف الطبي للمخدرات:
57.....	5.2.2 . التعريف العام للمخدرات:
57.....	3.2. تصنيف المخدرات وأهم أنواعها:
58.....	1.3.2 . الأفيون و مشتقاته: L'OPIUM
59.....	1.1.3.2 . المواد المصنعة:
59.....	1.1.1.3 . لمورفين: MORPHINE
59.....	2.1.1.3.2 . الهيروين: HEROÏNE
60.....	3.1.1.3.2 . لميثادون: METHADONE
60.....	4. 1. 1. 3. 2 . البيثيدين: PETHIDINE
60.....	5. 1. 1. 3. 2 . الكوديين: CODEINE
60.....	2. 1. 3. 2 . المواد نصف المصنعة:
60.....	1. 2. 1. 3. 2 . الأوكسيكودين: OXYDONE
60.....	2. 2. 1. 3. 2 . الهيدروكودين: HYROCODONE
61.....	2. 3. 2 . الكوكايين: COCAÏNE

- 61..... طرق تعاطي الكوكايين: 1. 2. 3. 2
- 62..... طريقة تحضير الكوكايين: 2. 2. 3. 2
- 62..... الحشيش أو القنب الهندي: LE CANNABIS 3. 3. 2
- 64..... القات: LE CAT 4. 3. 2
- 64..... طرق تعاطي القات: 1. 4. 3. 2
- 64..... أضرار تعاطي القات: 2. 4. 3. 2
- 65..... المنشطات: AMPHETAMINES 5. 3. 2
- 66..... الأدوية ذات التأثير النفسي: PSYCHOTROPES 6. 3. 2
- 66..... المنومات: 7. 3. 2
- 66..... الأولى - طويلة المدى - : 1. 7. 3. 2
- 66..... الثانية - متوسطة المدى - : 2. 7. 3. 2
- 66..... الثالثة - قصيرة المدى - : 3. 7. 3. 2
- 67..... بدائل المخدرات: 8. 3. 2
- 69..... بعض النظريات المفسرة للإدمان: 4. 2
- 69..... النظرية الوراثية: 1. 4. 2
- 70..... النظريات النفسية: 2. 4. 2
- 70..... التحليل النفسي: 1. 2. 4. 2
- 71..... التفسير السلوكي: 2. 2. 4. 2
- 71..... وجهة نظر الطب في تفسير الإدمان: 3. 4. 2
- 72..... تفسير علم النفس الاجتماعي: 4. 4. 2
- 73..... النظرية الشمولية: 5. 4. 2
- 74..... وجهة نظر علم الاجتماع: 6. 4. 2
- 74..... نظرية مرتون: R. Merton 1. 6. 4. 2
- 75..... نظرية Dounald.R.Taft: 2. 6. 4. 2
- 75..... مدى إمكانية الأخذ بهذه النظريات: 7. 4. 2
- 76..... عوامل متعلقة بالمادة: 5. 2
- 76..... الوفرة: 1. 5. 2
- 77..... القوانين المعمول بها المجتمع: 2. 5. 2
- 77..... عوامل متعلقة بالوسط الاجتماعي الخاص بالمدمن: 6. 2
- 78..... أسباب تتعلق بمتعاطي المخدرات: 1. 6. 2
- 78..... إدمان المخدرات والوراثة: 1. 1. 6. 2
- 78..... لتكوين العضوي للمدمن: 2. 1. 6. 2
- 79..... لتكوين العقلي للمدمن: 3. 1. 6. 2
- 79..... لتكوين النفسي للمدمن: 4. 1. 6. 2
- 79..... الجنس كسبب لتعاطي المخدرات: 5. 1. 6. 2
- 80..... الأسباب المتعلقة بالإطار الاجتماعي الثقافي: 7. 2
- 80..... التفكك الأسري: 1. 7. 2
- 82..... الحراك الاجتماعي والهجرة: 2. 7. 2

82.....	3. 7. 2 . المدرسة:
83.....	4. 7. 2 . الجماعة المرجعية:
84.....	5. 7. 2 . وسائل الضبط الاجتماعي:
85.....	6. 7. 2 . ضمور الوازع الديني لدى كثير من الشباب:
87.....	8. 2 . مراحل تعاطي المخدرات و الإدمان عليها:
87.....	1. 8. 2 . المرحلة الأولى: التعاطي للمرة الأولى: (التجريب)
87.....	2. 8. 2 . المرحلة الثانية: مرحلة التعاطي المقصود
87.....	3. 8. 2 . المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم
88.....	4. 8. 2 . المرحلة الرابعة: مرحلة الإدمان أو الاعتماد
89.....	9. 2 . الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات:
89.....	1. 9. 2 . الآثار النفسية والصحية:
90.....	2. 9. 2 . الآثار الاجتماعية:
91.....	1. 2. 9. 2 . الانحراف:
91.....	10. 2 . ظاهرة تعاطي المخدرات في الجزائر:
94.....	11. 2 . المخدرات والدين:
94.....	1. 11. 2 . نظرة الإسلام من تعاطي المخدرات:
96.....	2. 11. 2 . نظرة المسيحية من تعاطي المخدرات:
96.....	5. 2 . وسائل وأساليب التهريب والاتجار غير المشروع للمخدرات
97.....	1. 5. 2 . الطريق البحري:
97.....	2. 5. 2 . الطريق البري:
98.....	3. 5. 2 . الطريق الجوي:
98.....	4. 12. 2 . الشحنات والكميات المتوسطة:
98.....	5. 12. 2 . الأجهزة والمعدات والبضائع:
98.....	6. 12. 2 . بعض الطرود التي تصل إلى القطاع العام والخاص:
99.....	7. 12. 2 . تصنيف المناطق الأكثر تدفقا للقنب الهندي:
100.....	ملخص الفصل:
103.....	1. 3 . الاتجاهات الحديثة لمكافحة المخدرات:
103.....	1. 1. 3 . التخطيط الإستراتيجي:
104.....	2. 1. 3 . تنسيق الجهود لمكافحة المخدرات والإدمان عليها:
104.....	3. 1. 3 . الاهتمام بالتمويل وتنفيذ سياسات مكافحة المخدرات:
104.....	4. 1. 3 . الاهتمام بالبحث العلمي والدراسات الميدانية:
105.....	2. 3 . التعاون الدولي لمكافحة المخدرات:
105.....	1. 2. 3 . مشكلة المخدرات عالميا وإقليميا:
105.....	2. 2. 3 . أهم الأجهزة الدولية والإقليمية العامة في مجال المخدرات
105.....	1. 2. 2. 3 . الأجهزة الدولية المتخصصة في المخدرات:
105.....	2. 2. 2. 3 . الأجهزة الدولية المعنية بمشكلة المخدرات:

- 106.....الأجهزة الإقليمية المعنية بمشكلة المخدرات: 3. 2. 2. 3
- 106.....الاتفاقية الدولية المعاصرة لمكافحة المخدرات : 3. 2. 3
- 107.....الاتفاقية الوحيدة للمخدرات عام 1961 م والمعدلة ببرتوكول 1972 م:..... 1. 3. 2. 3
- 107.....اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971 م:..... 2. 3. 2. 3
109. : . 3. 3. 2. 3 . اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988 م :
- 110.....الأجهزة الدولية الحكومية لمكافحة المخدرات: 3. 3
- 110..... THE COMMISSION ON NARCOTIC DRUGS : لجنة المخدرات: 1. 3. 3
- THE INTERNATIONAL NARCOTICS : الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات: 2. 3. 3
- 110..... CONTROL BOARD
- 111.....UNIDCP: برنامج الأمم المتحدة الدولي لمكافحة المخدرات: 3. 3. 3
- 112.....الأجهزة المساهمة في مكافحة المخدرات تحت هيئة الأمم المتحدة بشكل غير مباشر:..... 4. 3
- 112..... منظمة التربية والثقافة والعلوم:UNESCO 1. 4. 3
- 113..... ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : منظمة الصحة العالمية: 2. 4. 3
- ORGANISATION INTERNATIONALE DE : المنظمة الدولية للشرطة الجنائية: 3. 4. 3
- 113.....POLICE CRIMINELLE
- 114..... الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية:..... 5. 3
- 114..... أهداف الإستراتيجية: 1. 5. 3
- 114..... مجالات تطبيق الإستراتيجية: 2. 5. 3
- 114..... السياسات الوطنية في الدول العربية:..... 3. 5. 3
- 115..... مجالات المكافحة : 1. 3. 5. 3
- 115..... المجال الإجرائي : 2. 3. 5. 3
- 115..... مجال التعاون القانوني والقضائي بين الدول العربية : 3. 3. 5. 3
- 115..... مجال التعاون الإجرائي والفني بين الدول العربية: 4. 3. 5. 3
- 116..... مجال الوقاية:..... 5. 3. 5. 3
- 116..... مجال العلاج والتأهيل:..... 6. 3. 5. 3
- 116..... مجال التدريب: 7. 3. 5. 3
- 116..... مجال البحث العلمي:..... 8. 3. 5. 3
- 116..... التعاون العربي: 4. 5. 3
- 116..... التعاون العربي الإقليمي:..... 1. 4. 5. 3
- 117..... التعاون العربي العالمي: ويتضمن هذا المحور ما يلي :..... 2. 4. 5. 3
- 117..... متابعة تنفيذ الإستراتيجية:..... 3. 4. 5. 3
- 117..... إعداد مشروع وثيقة إستراتيجية عربية شاملة لمواجهة ظاهرة المخدرات في الوطن العربي: 4. 4. 5. 3
- 118.....
- 119..... بروز ظاهرة المخدرات في الجزائر (توجهاتها وتطورها):..... 7. 3
- 121..... العوامل الاجتماعية والاقتصادية : 1. 7. 3
- 121..... العوامل الجغرافية : 2. 7. 3
- 121..... العوامل القانونية : 3. 7. 3
- 122..... بعض العوامل الأخرى:..... 4. 7. 3

123	8. 3 . لتكفل بالظاهرة في الماضي وأفاق المستقبل:
128	9. 3 . فكرة إعداد المخططات التوجيهية:
129	1. 9. 3 . تعريف المخطط التوجيهي:
129	2. 9. 3 . مميزات المخطط التوجيهي:
130	10. 3 . المخطط التوجيهي الوطني لمكافحة المخدرات في الجزائر:
130	3. 3 . المحاور الكبرى لإستراتيجية تطبيق المخطط :
130	1. 3. 3 . المحور الأول: مراجعة لتشريع الوطني المتعلق بمجال المخدرات:
131	2. 11. 3 . المحور الثاني: الإعلام والتربية والاتصال:
133	3. 11. 3 . المحور الثالث: آليات التنسيق الوطني
134	4. 11. 3 . المحور الرابع: تطوير قدرات لمكافحة:
136	5. 11. 3 . المحور الخامس: دعم التعاون الثنائي والمتعدد:
139	ملخص الفصل:
141	1. 4 . مفهوم التنشئة الاجتماعية:
141	1. 1. 4 . المفهوم اللغوي:
141	2. 1. 4 . المفهوم الاصطلاحي:
142	3. 1. 4 . المفهوم النفسي الاجتماعي:
142	4. 1. 4 . المفهوم السوسولوجي:
143	2. 4 . خصائص التنشئة الاجتماعية:
143	1. 2. 4 . على أساس التفاعل: (INTERACTION)
143	2. 2. 4 . على أساس العملية: (PROCESS)
143	3. 2. 4 . على أساس التعليم: (LEARNING)
143	4. 2. 4 . على أساس الاستدماج الثقافي:
144	5. 2. 4 . على أساس التشكيل السلوك الاجتماعي:
144	3. 4 . أهداف التنشئة الاجتماعية:
144	1. 3. 4 . على مستوى التكيف والتألف مع الآخرين :
144	2. 3. 4 . الاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس :
145	3. 3. 4 . على مستوى النجاح :
145	4. 4 . الأبعاد العلمية لدراسة الشباب :
146	1. 4. 4 . مفهوم الشباب في المجتمع المعاصر :
146	2. 4. 4 . الثقافة الفرعية للشباب :
147	3. 4. 4 . أوقات الفراغ والشباب:
148	5. 4 . أسباب مشكلات الشباب الجزائري :
149	1. 5. 4 . الصنف الأول :

- 150..... 2. 5. 4 . الصنف الثاني :
150..... 3. 5. 4 . الصنف الثالث :
150..... 6. 4 . أرقام ودلالات:
150..... 1. 6. 4 . نسبة المواليد بعد 1962:
151..... 2. 6. 4 . فئة الأعمار :
152..... 4. 6. 4 . الحالة النفسية والاجتماعية للشباب الجزائري:
153..... 5. 6. 4 . مؤسسات الشباب:
153..... 1. 4 . أهمية الأسرة في التنشئة الاجتماعية:
154..... 2. 4 . وظائف الأسرة الاجتماعية:
156..... 3. 4 . المدرسة:
156..... 1 3. 4 . دور المدرسة في الكشف أشكال الانحراف:
158..... 2. 3. 4 . دور المدرسة الوقائي والعلاجي من الانحراف:
158..... 1. 2. 3. 4 . الدور الوقائي:
160..... 2. 2. 3. 4 . الدور العلاجي:
160..... 4. 4 . المسجد:
161..... 1. 4. 4 . أثر غياب دور المسجد في حياة المجتمع:
161..... 2. 4. 4 . المسجد وعملية التنشئة الاجتماعية:
163..... 3. 4. 4 . الإسلام وحقوق الطفل:
163..... 4. 5 . الإعلام وظاهرة تعاطي المخدرات:
164..... 1. 5. 4 . التلفزيون
166..... 2. 5. 4 . الصحافة والكتب:
167..... 5. 4 . طرق الوقاية من المخدرات ومستوياتها:
167..... 1. 5. 4 . تعريف الوقاية وجهودها:
167..... 2. 5. 4 . مستويات الوقاية:
167..... 1. 2. 5. 4 . لوقاية من المستوى الأول:
168..... 2. 2. 5. 4 . لوقاية من المستوى الثاني:
169..... 3. 2. 5. 4 . لوقاية من المستوى الثالث:
171..... 6. 4 . الاتجاهات الحديثة للوقاية من تعاطي المخدرات:
172..... 1. 6. 4 . الاتجاه المباشر:
172..... 2. 6. 4 . الاتجاه المتناوب: L'APPROCHE ALTERNATIVE
172..... 3. 6. 4 . الاتجاه غير المباشر:
173..... 7. 4 . طرق العلاج من تعاطي المخدرات والإدمان عليها:
174..... 1. 7. 4 . العلاج الطبي:
174..... 1. 1. 7. 4 . تقديم العقار للمدمن:
174..... 2. 1. 7. 4 . تقديم عقار بديل لعقار المدمن:

174	..... الحظر الكامل للعقار المخدر: 3. 1. 7. 4
176	..... العلاج النفسي: 2. 7. 4
176	..... الاستراتيجيات العلاجية المعرفية السلوكية: 8. 4
176	..... مكونات العلاج المعرفي السلوكي: 9. 4
177	..... التحليل الوظيفي: 1. 9. 4
177	..... تحليل السلوك المشكل: 1. 1. 9. 4
177	..... تحديد السوابق: 2. 1. 9. 4
177	..... تحديد نتائج السلوك: 3. 1. 9. 4
177	..... للتدريب على المهارات: 4. 1. 9. 4
180	..... العلاج الاجتماعي: 2. 9. 4
181	..... فترة ما بعد العلاج: - الاستشفاء - 10. 4
181	..... الخطوات المتبعة لتفادي الانتكاس: 11. 4
182	..... ملخص الفصل:
183	..... بناء وتحليل الجداول الخاصة بالبيانات الشخصية: 1. 5
183	..... المميزات الأساسية لعينة البحث: 1. 1. 5
195	..... استنتاج البيانات الأولية للمبحوثين: 2. 1. 5
196	..... شخصية المدمن: 2. 5
196	..... الطفولة (من 6 سنوات إلى 13 سنة): 1. 2. 5
208	..... أهم الاستنتاجات ونتائج شخصية المدمن: الطفولة (من 6 سنوات إلى 13 سنة): 1. 1. 2. 5
210	..... المراهقة (من 13 سنة إلى 20 سنة): 2. 2. 5
217	..... أهم الاستنتاجات ونتائج مراهقة المدمن: 1. 2. 2. 5
218	..... كيفية بداية تعاطي المخدرات: 3. 5
218	..... مع المخدرات أول مرة: 1. 3. 5
228	..... أهم الاستنتاجات ونتائج مع المخدرات أول مرة: 1. 1. 3. 5
229	..... بداية التعاطي - الإدمان - : 2. 3. 5
247	..... أهم الاستنتاجات ونتائج بداية التعاطي- الإدمان -: 1. 2. 3. 5
249	..... علاقة المدمن مع أسرته بعد التعاطي: 4. 5
258	..... أهم الاستنتاجات ونتائج علاقة المدمن مع أسرته بعد التعاطي: 1. 4. 5
259	..... المعاملة الأسرية قصد العلاج: 5
270	..... أهم الاستنتاجات ونتائج المعاملة الأسرية قصد العلاج: 1. 5. 5
271	..... المدمن- الأسرة- مصلحة العلاج والوقاية ضد المخدرات: 6
281	..... أهم الاستنتاجات والنتائج المدمن- الأسرة- مصلحة العلاج والوقاية من المخدرات: 1. 6. 5
291	..... أهم الاستنتاجات ونتائج المعاملة الأسرية مع المدمن أثناء العلاج: 1. 7. 5

293.....	8. 5 . دور الأسرة مستقبلا بعد العلاج:
299.....	1. 8. 5 . أهم الاستنتاجات ونتائج دور الأسرة مستقبلا بعد الزواج:
300.....	9. 5 . رأي المدمن في ظاهرة الإدمان والوقاية منها:
310.....	1. 9. 5 . أهم الاستنتاجات والنتائج حول رأي المدمن في ظاهرة الإدمان والوقاية منها:
312.....	الإستنتاج العام:
312.....	1 . تهيئة ظروف تعاطي المخدرات:
315.....	2 . عدم إدراج الأسرة في استراتيجيات العلاج:
316.....	3 . تأثير المحيط الأسري في عملية الإدماج الإجتماعي للمدمن:
317.....	4 . فعالية مرحلة ما بعد العلاج:
319.....	خاتمة
321.....	الملاحق
351.....	قائمة المراجع

مقدمة

مع بداية القرن الجديد، يتواصل زمنيا مع وقائع قرن مضى بكل ما فيه من منجزات حضارية وتطلعات مستقبلية، وحروب هنا وهناك، وكوارث طبيعية وإنسانية، وصراعات طائفية و عرقية، وظهرت مفاهيم جديدة تحاول بلورة الثروة المعلوماتية، والتقدم التكنولوجي المتسارع، وحركة المتغيرات الأساسية في عالم اليوم، والتي انعكست في العولمة و العالمية و الاعتماد المتبادل (Interdépendance) وفي سياق تأثيرات هذه المفاهيم وارتباطاتها الوثيقة بالتحديث و الابتكار، وانتشار وسائل الاتصال و المعلومات بشكل واسع، بما تحمله من نقل للقيم الثقافية، لذا من الصعب الحديث عن ثقافة عالمية، وفي مثل هذا الوضع الذي تتجاوزه تناقضات شتى، تعود بعض ركائزها إلى العوامل التاريخية التي ساهمت في تأسيس وتطوير هذه المفاهيم، يضاف إلى ذلك تعدد الإيديولوجيات و المنطلقات السياسية التي انتهجتها الدول واختلاف تقديراتها وتعاملها مع المفاهيم المتعلقة بكل من الأبعاد الدولية و الإقليمية و المحلية للتعاون، خاصة في مكافحة الجريمة بكل أشكالها، إلى جانب اختلاف أساليب ضبطها ومكافحتها، مما أدى هذا إلى التآرجح ما بين الصراع والتعاون. والحقيقة الثابتة اليوم في ظل هذه المتغيرات التي تتأسس عليها عصر العولمة وإحداثياته، انه لا يمكن لأية دولة من دول العالم، مهما بلغت قوتها أو درجة تقدمها أن تواجه ظاهرة الإجرام و الجريمة المنظمة بمفردها، إما لاتساع نوع وحجم ومدى الجرائم وامتدادها الجغرافي، أو لسهولة تحرك العناصر الإجرامية، وبخاصة المؤطرة منها، بانئقالها من التسلسل العصري التقليدي إلى أشكال أخرى من التنظيم أكثر مرونة باستنادها على شبكات تنظيمية واسعة واكتسابها تقنيات متطورة، فمثلا نجد " من أبرز المنظمات الإجرامية تآطيرا في العالم منظمة * الياكوزا * اليابانية التي تضم في تعدادها أكثر من 80 ألف عضو في اليابان فقط، وتتراوح مداخيلها السنوية ما بين 10 و 50 مليار دولار أمريكي ". [1] ص 8.

وتعد مشكلة تعاطي المخدرات، إحدى أهم المشكلات التي واجهت العالم خلال السنوات الأخيرة فيظهر الأثر الكبير لمشكلة المخدرات على المجتمعات في تعقيدات، والسلوكات الإنسانية

التي تصاحبها فأولى التعقيدات، يخص جانب إنتاجها وزراعتها، يليها جانب تهريبها و توزيعها و المتاجرة فيها، وهذا يرتبط بدرجة كبيرة بمستهلكيها، أي أولئك الذين يتعاطونها، سواء أكان هذا التعاطي بالصدفة، أم بالمناسبة أم اعتيادا، أم إيمانا، ونتيجة لذلك رأت كثير من الدول بضرورة التنسيق وتوحيد جهودها المشتركة في إطار علاقة دولية تعاونية، تستهدف تنشيط الفعاليات و القدرات لمكافحة هذه الظاهرة، فتعددت صور وأشكال ومجالات التعاون، من حيث الوسائل و الأدوات المستخدمة.

إن مشكلة تعاطي المخدرات، والعوامل المسببة لها تنوعت بتنوع وجهات نظر الباحثين فيها فأرجعها علماء النفس إلى عوامل نفسية بحتة، وقد أرجعها علماء الاجتماع إلى العوامل الاجتماعية، بينما قرر فريق ثالث إلى عامل واحد فقط بل إلى تداخل مجموعة من العوامل المترابطة و المتداخلة مع بعضها البعض.

وكانت انطلاقة كثير من الدراسات في العديد من المجتمعات المعاصرة، من أهمية الأسرة في دراسة سلوك المتعاطي للمخدرات، باعتبارها المصدر الرئيسي و المسؤول عن جميع الأمراض و المشاكل الاجتماعية التي يعاني منها الشباب، وهذا نظرا لأهمية الأسرة في المجتمع باعتبارها الجماعة الأولية المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية، والقاعدة الأولى التي ينطلق منها الشباب في مواجهة المجتمع وفي بناء سلوكه، وفي تطوير الشخصية السوية أو غير السوية.

المشكل الأكبر في وقتنا الحالي ذا الرابط المباشر بالتغيرات الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية وحتى الأخلاقية التي أفرزتها الإختلالات الاجتماعية و الثقافية التي مست بوظيفة كامل المؤسسات الاجتماعية العاملة في ميادين الضبط الاجتماعي، وبصورة خاصة بعض الأسر التي أصبحت تواجه مشكلات نفسية واجتماعية من بينها ارتفاع ظاهرة تعاطي المخدرات.

إن مكافحة المخدرات والوقاية منها ذا علاقة مباشرة بالمعرفة التامة من قبل المخططين و المسؤولين عن أبعادها وأسبابها و العوامل التي تهيئ لسلوك التعاطي، وعبر إستراتيجية محددة الأهداف و لوسائل وعلى ما تقدمه العلوم الجنائية و الإنسانية والاجتماعية و الإدارية.

ولمحاولة الإحاطة بهذا الموضوع، تم تقسيم الدراسة إلى جانبين، الجانب الأول، الجانب النظري الذي يتكون من أربعة فصول، في حين خصصنا الجانب الثاني، والذي يتكون من الفصل الخامس و الفصل السادس.

وقد تتلوه الفصل الأول، الإطار المنهجي للدراسة، من أسباب اختيار الموضوع، و الأهداف من دراسته، مرورا بإشكالية الموضوع، و الفرضيات التي طرحت، وأهم المفاهيم التي حددت الدراسة، بالإضافة إلى عرض بعض الدراسات السابقة منها الأجنبية و العربية و الجزائرية التي

تناولت هذا الموضوع، إلى جانب المقاربة السوسولوجية التي اعتمدت عليها الدراسة، إضافة إلى ذلك المنهجية المتبعة في جمع المعطيات، وأسس الدراسة الميدانية وأهم الصعوبات في إنجاز هذه الدراسة.

كما خصصنا الفصل الثاني لدراسة ظاهرة المخدرات تاريخها، وجذورها، وتطورها، والمقسم إلى ثلاثة مباحث، فالمبحث الأول عرفنا فيه المخدرات لغويا وقانونيا وعلميا، وطبيا، إلى جانب أهم أنواع المخدرات وتصنيفاتها، ومنها أهم النظريات التي حاولت توضيح العلاقة بين المخدرات وسلوك المتعاطي. أما المبحث الثاني فتطرقنا فيه إلى أهم العوامل المهيأة لتعاطي المخدرات، و المتعلقة بالمخدر نفسه وبالوسط الاجتماعي الخاص بالمدمن في تكوينه العضوي و العقلي و النفسي إلى جانب الأسباب المتعلقة بالإطار الاجتماعي و الثقافي، في حين تطرق المبحث الثالث إلى أهم مراحل تعاطي المخدرات وآثارها.

أما الفصل الثالث، تعرضنا فيه مبحثه الأول إلى الاتجاهات الحديثة لمكافحة المخدرات، وأهم الأجهزة الدولية و الإقليمية العاملة في مجال المخدرات، من الاتفاقيات الدولية المعاصرة، وأهم اللجان والمنظمات والى أهم صور الإستراتيجيات الدولية و الإقليمية في مكافحة هذه الظاهرة، أما مبحثه الثاني فقد تطرق إلى وضع ظاهرة المخدرات في الجزائر، وأهم العوامل في ظهورها وتطورها وآليات الإستراتيجية لمكافحتها. في حين ركز المبحث الثالث إلى أهم الاستراتيجيات التي اعتمدت عليها الجزائر في مكافحة هذه الظاهرة.

في حين تناولنا في فصلها الرابع، عملية التنشئة الاجتماعية وظاهرة تعاطي المخدرات، حيث تطرق مبحثه الأول إلى أهم المفاهيم و الخصائص و الأهداف لعملية التنشئة الاجتماعية ودورها في تنشئة الشباب أما المبحث الثاني فقد تناول أهم المؤسسات الفاعلة في مكافحة ظاهرة تعاطي المخدرات، وفي مبحثه الثالث إلى طرق الوقاية و العلاج من تعاطي المخدرات و الإدمان عليها.

أما الجانب الثاني، والذي يشمل على الفصل الخامس، المخصص للجانب الميداني، فقد احتوى على تسعة مباحث، حسب محتوى استمارة المقابلة وهي كالتالي:

- المبحث الأول: والذي تناول بناء وتحليل الجوانب الخاصة بالبيانات الشخصية، وأهم الاستنتاجات و النتائج من خلال تحاليل جداول هذا المبحث.
- المبحث الثاني: تعرض إلى شخصية المدمن، من خلال طفولته ومراهقته، والى أهم الاستنتاجات و النتائج.
- المبحث الثالث: تم التطرق فيه إلى كيفية بداية تعاطي المخدرات، من المرة الأولى لتعاطيه وصولا إلى الإدمان.

- المبحث الرابع: ركز فيه على علاقة المدمن مع أسرته بعد التعاطي وكيفية التعامل مع حالته منذ الوهلة لاكتشافها تعاطي المخدرات.
 - المبحث الخامس: تطرقت الدراسة من خلال بناء الجداول وتحليلها إلى دور المعاملة الأسرية قصد العلاج وأهم الاستنتاجات و النتائج، خاصة ممن قلعوا عن التعاطي ثم عادوا إلى المخدرات مرة أخرى.
 - المبحث السادس: تناول علاقة المدمن بأسرته، وكيفية الاتصال بمصلحة العلاج و الوقاية من المخدرات.
 - المبحث السابع: ركزت الدراسة على دور المعاملة الأسرية أثناء العلاج وطبيعة الخدمات التي تقدمها المصلحة.
 - المبحث الثامن: تم التطرق فيه إلى دور الأسرة مستقبلا بعد خروج المدمن من المصلحة.
 - المبحث التاسع: والذي تناول رأي المدمن في ظاهرة الإدمان و الوقاية منها، من خلال الجداول والتحليل وأهم الاستنتاجات.
- هذا فيما يخص الفصل الخامس، أما الفصل السادس، فقد تناول عصاره البحث الميداني، من خلال الاستنتاج العام، والى النتائج الجزئية و العامة للفرضيات، فالخاتمة، وتطرقت إلى بعض الحالات، فالمراجع والملاحق.

الفصل 1 الإطار المنهجي للدراسة

يقول Margguillaume " إننا ننفق أموالا باهظة في البحوث العسكرية، أو من أجل الغوص في أسرار المادة، لكننا لا نكاد ننفق شيئا يذكر نسبيا من أجل معرفة حياتنا الاجتماعية".

إن البحث الاجتماعي يتطلب تحديد الإطار العام والمنهجي للدراسة الذي يتم فيه طرح إشكالية الموضوع، وكذا تحديد الفرضيات واستخدام مجموعة من مفاهيم الدراسة، كما يشمل الأسباب التي دفعنا لاختيار الموضوع، والأهداف المرجوة من هذه الدراسة، إضافة إلى بعض الدراسات السابقة سواء كانت منها الأجنبية أو العربية أو الجزائرية التي تخدم موضوعنا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

هذا من جهة ومن جهة أخرى تطرقنا إلى الجانب الميداني من خلال المقاربة السوسولوجية والنظريات المطروحة لذلك إضافة إلى التقنيات المستعملة في البحث الميداني مع التعريف بالجانب المكاني الزماني والبشري للدراسة.

1.1. أسباب اختيار الموضوع:

لقد نتج عن التغيرات الاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية التي يعرفها المجتمع الجزائري إلى بروز العديد من المشاكل الاجتماعية، وأدخلت متغيرات عديدة على النسق الاجتماعي، ونجم عن تراتبها الضاغط إلى ظهور البطالة، الفقر، الإقصاء الاجتماعي، الأمراض والأوبئة، تفشي الجريمة بشتى صورها خاصة منها المنظمة، انتشار آفة تعاطي المخدرات... الخ، " فالأرقام التي تحاول الجهات الرسمية تضليلها، والتي تؤشر إلى وجود، على 16 مليون فقير، و4 ملايين بين عانس وعازب، منهم 100 ألف يقتربون من المجاعة الرثة فمثلا نجد في الجزائر العاصمة وحدها 13 ألف متسول، وأيضا تؤكد الإحصائيات على أن هناك 75 ألف طفل يعانون تنديبا أو انعداما في الجو الأسري اللازم لضمان التوازن النفسي سواء في مرحلة الطفولة أو المراهقة، وفي أكثر الحالات يكون ملجأهم الشارع ورفقاء السوء أو الغرق في دوامة المخدرات." [2] ص18. وفيما يتعلق

بموضوع الدراسة حول ظاهرة " تعاطي المخدرات واستراتيجية الإدماج الرسمي والأسري"، فيرجع اختيارنا إلى مجموعة من الأسباب الذاتية والموضوعية نلحقها فيما يلي:

1.1.1. الأسباب الذاتية:

– تطور ظاهرة تعاطي المخدرات بتنوع أشكالها في أوساط المجتمع، خاصة بين المراهقين والشباب، وحتى الأحداث، مما أدى إلى بروز آفات اجتماعية جديدة، كالانتحار "فالفترة الممتدة ما بين 1993 و2003 أكدت على أن أكثر من 4571 جزائري انتحروا، خاصة في الأوساط الشبانية ما بين 15 و30 سنة من العمر." [3] ص32.

– إحساسنا بمشكلة تعاطي المخدرات، ومدى تزايد حجمها وخطورتها وما الإحصائيات اليومية التي تنشرها وسائل الإعلام خير مؤشر على ذلك فالتقارير الدولية تقول أن الجزائر ستصبح منطقة استهلاك بعدما كانت مركزا للعبور، وأن الجنوب الجزائري قد يتحول إلى إنتاج شجيرات القنب الهندي، الأمر الذي دفعنا إلى محاولة التعرف على العوامل المسببة لتعاطي المخدرات والتعرف على الظروف والمشكلات التي أدت إلى تقهقر مؤسسات التنشئة الاجتماعية، كالوسط الأسري، المدرسة، وحتى المحيط الاجتماعي، عن أدوارها وظائفها التقليدية.

– أيضا من الأمور التي جعلتنا نتمسك بالموضوع، هي مخلفات العشرية الأخيرة من القرن الماضي وبداية القرن الحالي، نتج عنها تراكم الأحداث والمشكلات، وفي نفس الوقت عدم مسايرة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، من الاقتصاد الموجه إلى الاقتصاد الحر وخصوصة القطاع العام وتسريح العمال وضعف القدرة الشرائية، التسرب المدرسي، وضعف البرامج التربوية والترفيهية، إلى جانب الهجرة الداخلية نتيجة للظروف الأمنية التي عرفت الجزائر، نتج عنه نسيج عمراني غير منظم لا يراعى فيها الجانب الاجتماعي والعمراني والبيئي وحتى الترفيهي.

2. 1.1. الأسباب الموضوعية:

- إن أهم سبب الذي دفع إلى اختيار هذا الموضوع للدراسة، يكمن في عدم ملاحظة الاهتمام من طرف السلطات الرسمية، ما عدا المنظومة الاستشفائية، المتمثل في العلاج النفسي والطبي الذي تمنحه بعض مراكز العلاج من المخدرات والإدمان عليها، هذه الأخيرة لم تمنح لها الاستقلالية التامة، لأنها مدرجة في أقسام الأمراض العقلية.

- كذلك الأخذ بهذه الفئة المدمنة وإدماجها في المجتمع، في إطار إستراتيجية وطنية تضم جميع الهيئات المعنية في هذه العملية من المنظومة الاستشفائية، الأسرة، المدرسة، المسجد، جهاز العدالة، وسائل الإعلام والوزارات المعنية بهذا الأمر.

وتكمن أهمية الموضوع والأهداف من دراسته فيما يلي:

2.1. أهمية الموضوع وأهدافه:

1.2.1. أهمية الموضوع:

" إن ظاهرة تعاطي المخدرات شأنها شأن أية ظاهرة اجتماعية تتطوي على جوانب متعددة ينبغي الاعتراف بها، ودراستها بالأسلوب العلمي إذا أردنا مواجهة شاملة وصحيحة لها." [4] ص 34. ومنه تكمن أهمية هذا الموضوع فيما يلي:

- ثمة نظرة ترى أن مكافحة المخدرات مسؤولية الأجهزة المعنية بضبط المخدرات، ذلك لأن ظاهرة تعاطي المخدرات، ظاهرة اجتماعية سلوكية بالغة التعقيد، ولذا فالنظر إلى ظاهرة المخدرات من زاوية تكليف رجال الأمن بها أو القانون دون سواهم، يجعلنا نغفل كثيرا عن عوامل أخرى، كانت سببا مباشرا أو غير مباشرا في انتشارها.

- إن متعاطي المخدرات قبل أن يكون مدمنا، هو ضحية ظروف تربوية سيئة، وحصيلة تنشئة اجتماعية خاطئة أو ناقصة، ومن الأهمية بمكان أن نقف على دور التنشئة الاجتماعية في تهيئة الظروف التربوية التي ينمو فيها الفرد نموا يقيه الوقوع في المخدرات.

- إن بعض المؤسسات الرسمية أو غير الرسمية، لا تنظر إلى تعاطي المخدرات بوصفه جريمة، غير أن القانون يجرمه ويعاقبه ومن هنا نشأ هذا التناقض بين القانون وبعض المؤسسات، وتستطيع الهيئات الرسمية تجاوز هذا التناقض، إذا كان هناك تعاون بين كل الفاعلين في المجتمع.

- أهمية إبراز المؤسسات التربوية في الوقاية من هذه الظاهرة، من خلال مقاربة علمية موضوعية.

وهذا من الأهمية في إطار طرح هذا الموضوع، أما من حيث أهداف البحث فهي كما يلي:

- معرفة الظروف المتعددة العوامل للشباب ومدى تأثيرها في تعاطي المخدرات.
- محاولة فهم العلاقة بين تعاطي المخدرات ودور المراكز الإستشفائية والأسرة للمكافحة هذه الظاهرة.

- نظرا لكون الأسرة أكثر النظم الاجتماعية أهمية في المجتمع من حيث تأثيرها في النظم الاجتماعية الأخرى والتأثر بها، اهتمت هذه الدراسة بهذا الموضوع، وذلك بوضع الخطط والبرامج والتنسيق مع المؤسسات التربوية الأخرى للحد من انتشار هذه الظاهرة قدر الإمكان.

- توعية الشباب والمجتمع عبر وسائل الإعلام خاصة التلفزيون والجراند ودور الشباب والجمعيات العاملة في ميدان مكافحة المخدرات في محاولة فهم العلاقة بين ظاهرة انتشار هذه الآفة وتعاطيها في الأوساط لشبانية.

- وانطلاقاً من الأهمية التي يكتسبها هذا الموضوع، يمكن أن نطرح الإشكالية التالية:

1.3. الإشكالية:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات من الظواهر القديمة التي عرفت منذ آلاف السنين، فقد عرف الإنسان بعض المواد النفسية التخديرية ذات الأصول النباتية " الكحول، الأفيون، القنب الهندي، البن، الشاي... الخ" واستعمالها كعلاج، وفي بعض الطقوس السحرية، وزراعتها لاستخلاص المواد الفعالة منها وتصنيعها بما يخدم الأغراض الطبية والعلاجية، وبهذا تعتبر هذه المواد من أقدم المخدرات أو المواد المخدرة التي عرفها الإنسان، " فقد عرف الحشيش منذ فجر التاريخ، وكان الغرض من زراعته استخدام أليافه في صنع الحبال ونسج الأقمشة، كما أستعمل كدواء مسكن، وقد بدأ استعمال الحشيش كمخدر في القرن العاشر بعد الميلاد أما الخشخاش " الأفيون" فقد كان أول من عرفه هم سكان وسط آسيا، كما عرف الكوكايين منذ 500 عام قبل الميلاد في أمريكا الجنوبية من طرف هنود حضارة الأنكا، وكان يباع في الصيدليات في القرن التاسع عشر ميلادي." [5] ص(16،15). ثم تطورت أساليب التخدير بعد ذلك، إلى استخدام مركبات أو مواد نفسية مصنعة كيميائياً لها نفس فعالية المواد النفسية لنباتية " المهلوسات، الباربورات، الامفيتامينات."

لكن وبمرور الوقت، بدأت هذه الظاهرة كمشكلة عويصة تحتل الصدارة ضمن المشكلات الاجتماعية والصحية على الصعيد العالمي من المجتمعات المتطورة إلى المجتمعات المتخلفة، حيث أصبحت تشكل ظاهرة إنتاج وتعاطي المخدرات مشكلة عالمية لا يكاد يخلو مجتمع إنساني من آثارها المباشرة أو غير المباشرة، " كما تكلف الإجراءات الدولية والمحلية لمكافحة وانتشار المخدرات والتوعية بأضرارها وعلاج المدمنين حوالي 120 مليار دولار سنوياً، وتمثل تجارة المخدرات 8% من مجموع التجارة العالمية، ويشير تقرير الأمم المتحدة عام 2000 بشأن المخدرات، أن الكمية المضبوطة مقارنة بما يتم تهريبه تشكل نسبة ضئيلة، فعلى سبيل المثال لا تزيد كمية الهيروين المضبوطة عن 10% من الكمية المهربة، كما لا تزيد في الكوكايين عن 30%". [6]. وكشف التقرير السنوي للمخدرات في العالم لسنة 2004م، " أن حوالي 200 مليون شخص، أي ما يعادل 5% من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 46 سنة تناولوا المخدرات بأنواعها لأول مرة على

الأقل عام 2004م، وقال التقرير أن إنتاج المخدرات بأنواعها المختلفة، وخاصة القنب الهندي، الأفيون والمنشطات ارتفع بمعدل 16% [7] ص 15.

أما بخصوص مدى انتشارها في الجزائر، فقد بقي الكلام عنها محظورا إلى غاية التسعينات من القرن الماضي، حيث دق ناقوس الخطر وبدأت وسائل الإعلام في نشر الأرقام والإحصائيات عن عدد المدمنين والكميات المحجوزة من طرف مصالح مكافحة.

ومن الواضح أن التحولات العميقة التي فرضتها عملية التغيير الشامل التي مست المجتمع الجزائري اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا، من شأنها أن تعرض التنشئة الأسرية لمشكلات وضغوطات جديدة تستدعي وظائف وأدوار جديدة ومتعددة، على الأسرة القيام بها، والتصامم بين النسقين القديم والحديث الذي يؤثر في شخصية الشباب ويقلل من استعداداته لتقبل وفهم أنساق القيم الراهنة، إن الشباب يعيش تعددية الأنماط الاجتماعية المتضاربة التي يفرضها المجتمع والمحيط الاجتماعي، ونمط تقترحه فروع التعليم، إن هذا المزيج من التناقضات جعل المختصين في العلوم الإنسانية يواجهون مهمة معقدة وحاسمة تتمثل في مساعدة الشباب على اكتشاف دورهم في البنية المنتمين إليها وأداء هذا الدور بفعالية وقناعة لتمكينهم من الاستجابة لهذه التحولات.

وتبدو أهمية هذه المهمة وحيويتها حينما نأخذ بعين الاعتبار تلك الديناميكية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يشهدها المجتمع، والتي تتمثل في عمق التغيير الاجتماعي والثقافي، وزيادة تعقيد الحياة الاجتماعية، وهذا ما أشار إليه تقرير التنمية البشرية العربية لسنة 2004م "عن وجود 12.2 مليون جزائري تحت حد الفقر و29.8% من السكان القادرين على العمل في حالة بطالة." [8] ص 4.

ومثل هذه التعقيدات تتطلب دراسات في مجالات اجتماعية، والوصول إلى تعميمات تفيد الشباب والمجتمع في آن واحد، ولا سيما أن الشباب مرتبط ارتباطا عضويا بالمجتمع الذي يعيش فيه، ومن الموضوعات التي تحتل مكانة بارزة في المجال السياسي والاقتصادي والاجتماعي، كما يشكل محور اهتمام علماء التربية والنفس والاجتماع، وميادين الإعلام ووسائل الاتصال.

والجزائر كغيرها من الدول تشهد تغييرا في أنساقها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ومن خلال الواقع المعيشي والمتغيرات الناجمة عن التبعية الاقتصادية - التحول إلى اقتصاد السوق - الذي نتج عنه تسريح آلاف العمال وغلق مئات المؤسسات الاقتصادية، وفي وسط هذا الاختلال برزت العديد من المشاكل في المجتمع منها مشكلة تعاطي المخدرات في الوسط الشباني، خاصة المراهقين والأطفال، ومن خلال ذلك تأتي مشكلة المخدرات والشباب في المدن والأرياف تعبيراً عن المعاناة اليومية التي تعيشها هذه الفئة من المجتمع.

والمجتمع الجزائري كباقي المجتمعات الأخرى، وعلى اختلاف شرائحه أصبح يعاني من مخاطر هذه الآفة، وما الإحصائيات والأرقام التي يقدمها رجال الأمن والدرك والجمارك إلا تأكيد على ذلك، حيث أن الأرقام الخاصة بالكميات المحجوزة في تزايد مستمر، " ففي سنة 1999 مثلا حجزت المصالح المختلفة ما لا يقل عن 2.5 طن من القنب الهندي و5 كلغ من الكوكايين وتوقيف 5300 شخص بتهمة حيازة أو المتاجرة بالمخدرات من بينهم ألف شخص أجنبي." [9] ص 28. وحسب التقارير المقدمة من طرف الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، وخاصة خلال السنوات الأخيرة عن كمية المخدرات التي دخلت الجزائر عبر الحدود البرية والبحرية أشار: " إلى حجز 6 أطنان خلال سنة 2000 و4 أطنان سنة 2001 و6 أطنان خلال سنة 2002." [10] وحسب الإحصائيات المقدمة " بأكثر من نصف مليون مدمن على المخدرات في الجزائر." [11] ص 13. ولمعرفة الأسباب الحقيقية لتنامي هذه الظاهرة في مجتمعنا، كانت هناك محاولات تشير إلى دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية حيث تلعب هذه الأخيرة دورا محوريا وأساسيا في تنشئة وتوجيه سلوك الأطفال والشباب. وبالخصوص بلورة اتجاهاتهم حول لقضايا الاجتماعية المختلفة.

إن الوضعية الاجتماعية في الجزائر التي تميزت في مختلف الفترات بنوع من التناقضات التي يعيشها الفرد الجزائري، فيكون حاملا لنسقين من المعايير الاجتماعية، النسق الأول هو القيم و المعايير القديمة المحافظة على الروابط العائلية و الجيرة والتضامن، بينما النسق الثاني يتمثل في الأفكار الجديدة المستمدة من الواقع الذي يعيشه الفرد الجزائري وهذا التناقض لم يأتي ببساطة وإنما جاء نتيجة لتفاعل بين الروابط لنتيجة عن الآثار الاجتماعية للتصنيع و التحضر التي سادت في مختلف الفترات الزمنية السابقة وكذلك إلى لثورة المعلوماتية والتكنولوجية المتمثلة فيما يسمى بالعولمة، فهل يمكن إرجاع تعاطي المخدرات على أن هذا الأخير ليست له المقدرة على مجابهة الواقع الاجتماعي المعاش؟ فيلجأ إلى تعاطي المخدرات، بل كما يسميها الآن توران (Alain.Tourain) " خطابات كطريقة يعبر بها للشباب عن رفضه لوضعيته الاجتماعية." [12] ص 202.

وفي السنوات الأخيرة انتهجت الجزائر سياسة جنائية حديثة تتماشى مع تطور هذه الظاهرة لتفادي أثارها الاجتماعية والاقتصادية والأخلاقية، نظرا لارتباطها بالظواهر الإجرامية الأخرى كالعنف وتجارة الأسلحة والجريمة المنظمة، لذلك عمدت الجزائر عبر مؤسساتها إلى إقرار سياسة جنائية تتوحد وتتوافق مع أهداف السياسة الاجتماعية في مجال الوقاية والعلاج لظاهرة تعاطي المخدرات و الإدمان عليها، و من أجل تسليط الضوء على هذه الظاهرة، يمكن طرح التساؤلات التالية:

1. 3. 1 . التساؤلات :

- ماهي أهم الأسباب المهيئة لظهور حالات الإدمان على المخدرات والأقراص المهلوسة؟
- إلى أي مدى يمكن أن تشكل أسرة المدمن عاملاً مسهل في تعاطي المخدرات؟
- هل هناك إستراتيجية رسمية لمحاربة المخدرات وإدماج هذه الفئة؟
- إلى أي مدى يتحدد دور أسرة المدمن في عملية الإدماج الاجتماعي؟
- هل هناك علاقة تعاونية بين المنظومة الإستشفائية والمنظومة الاجتماعية (الأسرة) في عملية إدماج المدمن؟
- هل يمكن بناء سياسة وقائية يتفاعل فيها العناصر الثلاثة: المدمن، الأسرة ومصحة العلاج والوقاية من المخدرات؟

1. 4 . الفرضيات:

الفرضية الأولى:

يساعد المحيط الاجتماعي للأسرة على تهيئة ظروف تعاطي المخدرات.

الفرضية الثانية:

عدم إدراج الأسرة في إستراتيجية الإدماج الاجتماعي ينعكس على العلاقة بينها وبين المنظومة الإستشفائية.

الفرضية الثالثة:

تلعب الأسرة دوراً إستراتيجياً في عملية الإدماج الاجتماعي للمدمن.

الفرضية الرابعة:

عدم التكامل بين الأسرة والمنظومة الإستشفائية يؤثر في فعالية مرحلة ما بعد العلاج والإدماج الاجتماعي للمدمن.

وبعد تحديد و طرح إشكالية الموضوع، وأهم التساؤلات المدرجة ضمنها، وصياغة الفرضيات، لا بد لكل دراسة ضبط مفاهيم أساسية يمكن بواسطتها التحكم في البحث، وهذا ما سيتضمنه العنصر الآتي.

1. 5 . تحديد المفاهيم الأساسية:

1. 5. 1 . مفهوم المخدر: Narotic

يختلف مفهوم المخدرات اختلافاً واضحاً عند الأطباء وعلم العقاقير عما عليه الحال عند رجال القانون ومكافحة المخدرات، وأجهزة الإعلام.

والمخدر: " هو كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على جواهر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا ما استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسدياً ونفسياً واجتماعياً." [13] ص39.

ويقصد بكلمة مخدر " كل عقار محرم قانونياً، كما تعني صيدلياً كل عامل كيميائي يستطيع تغيير النشاطات البيوكيميائية أو الفيزيولوجية لأنسجة الجسم، إذا المخدر هو كل عقار يستعمل لإثارة النفس (Psycho actif)" [14] ص19.

ولذا فإن منظمة الصحة العالمية والدوائر الطبية لا تستخدم لفظ المخدرات (narotics) إلا على الأفيون ومشتقاته مثل الهيروين والمورفين، وتستخدم بدلاً من ذلك تعبير الاعتماد على العقاقير (drug dépendance) أو تعبير سوء استعمال العقاقير (drug abuse) والمقصود من ذلك الاستعمال خارج النطاق الطبي والذي يؤدي إلى الاعتماد النفسي أو الجسدي أو كليهما معاً." [15] ص22.

2. 5. 1 . الاعتماد: Dépendance

عرّفت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على أنه: " حالة التسمم الدوري أو المزمن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ من الاستعمال المتكرر لعقار طبيعي أو مصنع ويتصف بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها، إلا بالاستمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأية وسيلة ممكنة، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة." [15] ص21.

هنالك نمطان من الاعتماد هما:

1. 2. 5. 1 . الاعتماد النفسي: Dépendance Psychologique

يشير إلى الحالة النفسية لذلك العقار، يعني أنه " يوجد لدى المتعاطي رغبة قوية في تكرار الجرعة وزيادتها بانتظام، ولكن هذا الاعتماد لا يؤدي إلى آثار جسدية بالغة عند التوقف عن العقار فجأة." [15] ص23.

1. 2. 5. 1 . الاعتماد الجسدي: Dépendance physique

هو أشد خطورة من الاعتماد النفسي، " إذ أن التوقف المفاجئ عن تعاطي العقار المسبب للاعتماد يؤدي إلى ظهور الأعراض الجسمية المزعجة التي قد تكون أحياناً مميتة." [15] ص24.

1. 3. 5. 1. مفهوم التعاطي: التعود

" التعود هو حالة رغبة مستمرة في تناول المادة، بحيث يشعر الإنسان بالراحة عند تناولها." [16] ص 121.

" ومن خصائص التعود ما يلي:

1. استمرار استعمال المخدر والرغبة في تناوله، مما يسببه من شعور بالراحة.
 2. عدم تناول جرعات زائدة.
 3. يحدث قدرا معيناً من الاعتماد النفسي ولا يحدث اعتماداً عضوياً.
 4. أضرار المخدر تنعكس على المتعاطي ولا يضر منها المجتمع." [17] ص 297
- وقسم بعض الباحثين متعاطي المخدرات إلى أربعة أصناف:

1. 3. 5. 1. التعاطي الجبر:

" بمعنى أن فضوله دفعه إلى تجربة عقار مخدر لمرة واحدة إشباعاً للفضول ولمعرفة المجهول، وهذا الصنف خارج دائرة الإدمان." [18] ص 6.

1. 3. 5. 2. التعاطي العرضي:

هذا الصنف يتعاطى المخدرات إذا توافرت له دون عناء أو مجانا، " ويتم التعاطي في هذه الحالة بشكل عفوي ودون تخطيط كما هو الحال في المناسبات الاجتماعية الخاصة، وهذا الصنف يمثل مجموعة المتعاطين المعرضين للانزلاق في تيار الإدمان، خاصة مع تكرار التعاطي وضعف الشخصية، ولكن دون الانتماء إلى نطاق الإدمان." [18] ص 24.

1. 3. 5. 3. التعاطي المنتظم:

" هو الشخص الذي يتعاطى المخدرات في فترات منتظمة سواء كان تكرر ذلك متقارباً أو متباعداً، ويشعر المتعاطي بالتعاسة والكآبة إذا لم يتوفر له المخدر، وهذا الصنف يمثل المدمنين الفاعلين الذين جرفهم تيار الإدمان." [18] ص 7.

1. 3. 5. 4. التعاطي القهري:

يتميز عن التعاطي المنتظم " بأن المدمن في هذه الحالة يتعاطى المخدرات بفترات متقاربة جداً، وأصبح المخدر يسيطر على حياته سيطرة تامة، بحيث يصبح الشيء الأهم بالنسبة له." [18] ص 20.

1. 4. 5. 1. مفهوم الإدمان: (Addiction Toxicomanie)

الإدمان (Addiction): "اصطلاح مرادف لاصطلاح الاعتماد على العقاقير (drogues dépendance)". [19] ص 20.

" وإدمان العقار (drogue addiction) أي الاعتماد على آثار عقار مخدر مع طلب الزيادة المستمرة من جرعاته، ويتعرض المدمن إلى حالة من التوتر إذا حيل بينه وبين تعاطي هذا العقار." [20] ص 119.

والإدمان هو: " المداومة على عادة تعاطي مواد معينة، أو القيام بنشاطات معينة لمدة طويلة. بقصد الدخول في حالة من النشوة، أو استبعاد الحزن و الاكتئاب." [20] ص 191.

أما منظمة الصحة العالمية فعرفت الإدمان على أنه: " حالة نفسية وأحيانا جسمية تنتج عن تفاعل بين الكائن الحي والعقار، تتميز بتغيرات في السلوك واستجابات أخرى تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة، أو دورية لإيجاد آثاره النفسية، وأحيانا لتجنب الآثار الناجمة عن عدم توفره." [21] ص 36. ومنذ عام 1977 بدأ مصطلح الإدمان يتراجع تدريجيا، وأصبحت عبارة سوء استعمال العقار (substance abuse) أكثر تداولاً في الأوساط الأكاديمية.

وعرّف الدكتور سامي مصلح إدمان المخدرات (drug addiction) "الإدمان الحقيقي معناه إن فسيولوجيا الجسم قد تغيرت بالتعاطي المتكرر، فإذا انقطع التعاطي ظهرت في حال أعراض الانقطاع أو الانسحاب المخدر." [22] ص 9.

1. 4. 5. 1. الفرق بين الإدمان والتعاطي:

التعاطي تظل فيه الكمية المستخدمة من المادة المخدرة ثابتة، ويكون الاعتماد عليها نفسياً فقط، وأضرار هذه المادة يعود على الشخص نفسه وعلى صحته. ولكنها لا تمتد إلى المجتمع عكس الإدمان فله آثار نفسية وعضوية على المجتمع بأسره.

وفي ضوء المعايير الاجتماعية، يتفق الباحثون على الإشارة إلى لفظ الانحراف بأنه لا يتعلق بشيء خاص بالسلوك في ذاته، وإنما علاقة ذلك دائماً بالمعايير الاجتماعية المستخدمة في التقييم، أي التوقعات التي يتقاسمها أفراد المجتمع بالنسبة للسلوك الملائم وبالنسبة للسلوك الذي يفشل في التوافق مع المعايير الاجتماعية التي تنظم الفعل في وقت معين.

1. 4. 5. 2. مفهوم التعاطي إجرائياً:

يقصد به حالة التغير النفسي و الجسمي الناتجة عن التعاطي المتكرر، و التي تفرض ضرورة الاستمرار في التعاطي لتفادي ظهور تلك الحالة أو ما يسمى بأعراض الامتناع، فالمتعاطي يعتمد

نفسيا وجسيميا على المخدر بحيث إذ امتنع عن التعاطي لأي سبب ظهرت عليه أعراض معينة، التي تضطره لمعاودة التعاطي لإزالة تلك الأعراض.

1. 5. 5. 1 . الإدماج:

1. 5. 5. 1 . لغة:

" كلمة إدماج في اللغة العربية معادلة لكلمة (Intégration) بالفرنسية أو (Integray) بالإنجليزية وتتخذ نفس المعنى في كل منهما. ففي قاموس اللغة العربية نجد دمج دموجا، واندماج في الشيء أي دخل فيه (دمج الأمر) استقام (دمجه في الشيء أي أدخله فيه)" [23] ص 206. ومن ثم يمكن القول بأن الإدماج يعني دخول أو إدخال شيء في شيء أو إدخال الجزء في الكل والانسجام معه.

1. 5. 5. 2 . اصطلاحا:

أما اصطلاحا فهذا المفهوم تداول استعماله في عدة مجالات، وأخذ الكثير من المعاني في آن واحد يقصد بالإدماج الاجتماعي " تلك العملية التي يرتبط بها أعضاء الجماعة بعضهم بعضا عقليا ودافعا في الحاجات والرغبات والوسائل والغايات والمغازي، وما شابه ذلك، وهو يعتبر مفهوما أساسيا في علم النفس الاجتماعي، وترجمة سلوك الفرد في ضوء المعايير الاجتماعية تحدد دوره ودور الآخرين." [24] ص 251.

وكما ورد في معنى آخر " هو عبارة عن جزء أو رهط داخل الكل جماعة اجتماعية أكثر اتساعا منه ولكن بدرجات متنوعة وبشكل مختلف تبعا للميادين." [25] ص 9. والإدماج الاجتماعي يختلف عن معنى الاندماج الاجتماعي، إذ يعني هذا الأخير عمل فرد يقوم به الشخص الذي يريد الانتماء للجماعة " أو مجموعة من العلاقات الاجتماعية تجمع الأفراد على مصالح واهتمامات مشتركة." [26] ص 119.

1. 5. 5. 3 . إجرائيا:

الإدماج الاجتماعي هو مشاركة عناصر خارجية في عملية إدماج الفرد المدمن في سلك ما أو مؤسسة ما.

1. 6. 5. 1 . الإستراتيجية:

هي كلمة استخدمت في الحياة العسكرية، " فكلمة إستراتيجية (Strategy) مأخوذة أصلا من اللغة اليونانية القديمة، وتعني حرفيا " فن الجنرال " أو " أساليب لقائد العسكري "، وتعني في اللغة الإنجليزية، علم أو فن الحرب، ووضع الخطط وإدارة العمليات الحربية." [27] ص 18.

وتطورت دلالتها حتى أصبحت " تعني فن القيادة العسكرية في مواجهة الظروف الصعبة." [28] ص 10. وحين استعارت العلوم الاجتماعية هذا المصطلح من حقل الدراسات والعلوم العسكرية أضفت عليها مفهوما شاملا يعني " مجموعة من الأفكار والمبادئ التي تتناول مجالا من مجالات المعرفة الإنسانية بصورة شاملة ومتكاملة، تتطرق نحو تحقيق أهداف معينة، وتحدد الأساليب والوسائل التي تساعد على تحقيق تلك الأهداف." [28] ص 10.

- أما مفهومها العلمي هي: " الإطار العام أو الخطوط العريضة التي ترسمها السياسة الإنمائية في الانتقال من مرحلة إلى أخرى، ومن حالة التخلف إلى حالة النمو الذاتي." [29] ص 146.

والإستراتيجية ترتبط بالتخطيط، حيث توضع الإستراتيجية ويتم تنفيذها عبر التخطيط. ويعرف هايمان التخطيط بأنه: " تحديد مسبق لما سيتم عمله، انه تحديد لخط سير العمل في المستقبل والذي يضم مجموعة منسجمة ومتناسقة من العمليات بغرض تحقيق أهداف معينة." [30] ص 120. ويعرفه الدكتور مدني عبد القادر علافي بأنه: " اقتتران الفكر بالقرار في اختيار بديل من عدة بدائل من العمليات والنشاطات المتاحة لتحقيق الأهداف المطلوبة." [30] ص 121.

1. 6. 5. 1 . إجرائيا:

" فبعد أن كان التصدي للجريمة يعتمد على الوسائل التقليدية المتمثلة في القوانين الجنائية والعقوبات والتدخل الأمني والقضائي والإصلاح العقابي، ثم العمل الاجتماعي الوقائي، أصبح التوجه نحو مواجهة الجريمة والوقاية منها يتميز بنظرة إستراتيجية أكثر واقعية تدعمها الإنجازات التي حققتها للتخطيط في مجالات مختلفة." [31] ص 27.

وبعد تحديد أهم المفاهيم الأساسية للموضوع، نتطرق إلى بعض الدراسات السابقة، والتي تناولت ظاهرة تعاطي المخدرات، سواء كانت هذه الدراسات أجنبية أو عربية، أو جزائرية، وكان طرحها للظاهرة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة مع موضوعنا.

1. 6. 1. الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة ضرورة منهجية لكل بحث علمي جاد لأهميتها في مساعدة الباحث على تكوين خلفية نظرية تمكنه من التوجيه والتحكم في موضوع بحثه، وهذه الدراسات منها الأجنبية، ومنها العربية ومنها الجزائرية، والبداية تكون مع الدراسات الأجنبية.

1. 6. 1. الدراسات الأجنبية:

1. 1. 6. 1. دراسة ايزدور تشاين: Isidorshein

"أجرى الباحث (إيزدور تشاين) بحثًا على مدمني المخدرات في نيويورك وقد كانت المرحلة الأولى من البحث تهدف إلى تحديد خصائص الأحياء التي ينتشر فيها تعاطي المخدرات، وحددت المناطق التي تنتشر فيها المخدرات وتم وصفها بدقة، وقد خرج بنتائج أهمها:

- 1- المناطق السكنية التي يتمركز فيها تناول أو تعاطي المخدرات هي أكثر المناطق الحضرية حرمانًا ازدحامًا أو فقرًا وترتكز أيضًا في هذه المناطق الأجزاء التي يكون فيها الدخل شديد الانخفاض والمستوى المعيشي متدني جدًا ويسود فيه التفكك الأسري.
- 2- الحرمان الاقتصادي للأسرة والبطالة وانخفاض المستوى التعليمي والمسكن السيئ من العوامل التي ترتبط بجنوح الأحداث، و ترتبط الظروف الاقتصادية المادية للأسرة بظروف نفسية مثل كثرة الصدمات النفسية والأمراض النفسية.
- 3- إن البيئة الاجتماعية التي يكثر فيها الإدمان بين الشباب في مدينة نيويورك، تتصف بثلاث خصائص هي: الفقر المنتشر، انخفاض مستوى التعليم والتفكك الأسري والانحراف، كما أن هذه البيئة ينتشر فيها أيضًا مع إدمان المخدرات، إدمان الكحول والسلوك المضاد للمجتمع بصفة عامة والجريمة بصفة خاصة." [32] ص 21.

1. 6. 1. 2. دراسة سمير نعيم أحمد:

"هذه الدراسة التي أجراها الباحث (سمير نعيم أحمد) حول تعاطي الحشيش في مدينة أوكلاند في الولايات المتحدة الأمريكية، ولتضح من خلال هذه الدراسة أن الأحداث تنتشر بينهم المخدرات بصفة خطيرة خاصة في المناطق المتدهورة في المدينة، وأكثر أنواع المخدرات انتشارًا هي الحشيش، ثم الأفيون ومشتقاته ثم لحبوب المخدرة والمنبهة، ومن أهم النتائج التي توصل إليها هي:

- تعاطي المخدرات بين الأحداث أقل من 20 سنة، ويتزايد عددهم ويصل حتى إلى الأطفال الصغار خاصة استنشاق الغازات المخدرة.

- البيئة التي تنتشر فيها المخدرات، يسود بها جو من التسامح اتجاه بعضهم البعض، أي القيم السائدة لا تدين هذا السلوك.
 - نسبة كبيرة من الفتيات تتعاطى الحشيش وعقار الهلوسة.
- واعتمدت هذه الدراسة على معرفة الجو العام الذي يتم فيه تعاطي المخدرات وعلى الفئة التي تمارس التعاطي، دون البحث عن أسباب وجود الظاهرة، ضمن ذلك الجو العام." [32] ص(45،47).
- ومن خلال هذين الدراستين نلاحظ أن هناك تطابقا بشكل كبير في النتائج المتحصل عليها، لا سيما على صعيد البيئة الاجتماعية التي ينمو فيها الإدمان على المخدرات، يتسع الفقر والتفكك الأسري، " فبلد مثل الولايات المتحدة الأمريكية يقتل التبغ فيه (400.000) شخص كل عام، بينما ضحايا الخمر فيها ما بين (100.000 و 120.000) وضحايا المخدرات (20.000) وضحايا الهيروين (6.000 شخص)" [15] ص208.
- وبعد أن تطرقنا إلى بعض الدراسات الأجنبية وإن كانت قليلة وهذا راجع إلى قلة المصادر والمراجع التي تتناول الدراسات الأجنبية خاصة في المكتبات، نحاول أن نعرج على أهم الدراسات العربية التي تناولت هذا الموضوع.

1. 2. 6. 1 . الدراسات العربية:

1. 2. 6. 1 . دراسة – ناصر ثابت – في دولة الإمارات العربية

- وشملت الدراسة المواطنين الذين يستعملون مادة الغراء (Patex) والغازات قصد استنشاقها كبديل للمخدرات الأخرى، وكانت النتائج المتوصل إليها هي كالتالي:
- استنشاق الغراء والغازات من طرف المواطنين، يتم أساسا في الأماكن المهجورة والبعيدة، يلي ذلك المنازل، ثم الأماكن العامة وأخيرا المدارس.
 - أكثر المواد استعمالا بين المتعاطين هي مادة الغراء ثم البترول.
 - أغلب المتعاطين لمادة استنشاق الغازات والغراء بدأوها مع الأصدقاء.
 - استعمال مادة الغراء كمخدر راجع لسهولة التحصل عليها.
- أيضا من النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال هذه الدراسة وأهم الأسباب والعوامل المتدخلة في انتشار ظاهرة استنشاق الغراء والغازات وهي:
- مخالطة الأصدقاء الممارسين لهذه الظاهرة.
 - وقت الفراغ الكبير لدى المتعاطين.

- كثرة المشاكل الأسرية.
- الملل من المدرسة.
- محاولة الهروب من الواقع.

هذه الدراسة ورغم اقتصرها على دراسة تعاطي نوع آخر وجديد وهو الغراء والغازات بدلا من المخدرات المعروفة، حاولت الاهتمام بجميع الجوانب التي تدفع الشباب في دولة الإمارات العربية المتحدة إلى تعاطي هذا النوع بالذات من خلال معرفة المحيط العام للتعاطي وأين يتم ذلك، ومعرفة دوافع اختيار هذه المواد دون غيرها.

1. 2. 6. 2. دراسة المركز القومي الاجتماعي للبحوث الاجتماعية والجنائية - مصر -

قام المركز القومي الاجتماعي للبحوث الاجتماعية والجنائية في مصر بإجراء بحث حول تعاطي الحشيش في مصر، وكانت هذه الدراسة تحت إشراف (مصطفى سويف) المتخصص في هذا الميدان، والتي أراد من خلالها بحث ومعرفة أهم العوامل الأساسية لتعاطي المخدرات الناتجة عن الوضعية الاجتماعية والنفسية للمتعاطي والتي تدفع به إلى تجربة تعاطي المخدرات، كما تدفعه إلى العودة من جديد إلى تعاطي المخدرات بعد انقطاعه عنها، وكانت أهم النتائج المتوصل إليها هي:

- أن سن بدء تعاطي المخدرات يقع ما بين 16 و18 سنة.
- أهم الدوافع للتعاطي هي مجارة الأصدقاء، الاستمتاع وحب الاستطلاع بمحاولة للظهور بمظهر الرجال الحقيقيين.
- أما الدوافع الرئيسية التي تجعل الشباب يرجع أو العودة إلى المخدرات (الانتكاس) بعد التوقف عنها فهي:
 - مجارة الأصدقاء من قدامى المتعاطين.
 - محاولة نسيان المشاكل الشخصية.

1. 3. 6. 3. الدراسات الجزائرية:

1. 3. 6. 1. الدراسة الأولى:

الدراسة التي نتناولها فيما يخص الدراسات الجزائرية، هي رسالة ماجستير في علم الاجتماع الثقافي جامعة الجزائر، التي قامت بها الطالبة (دريفل سعدة) وتحت إشراف الدكتور (جمال معتوق)، وهي دراسة ميدانية بالجزائر العاصمة وضواحيها، وكانت تحت عنوان: **الأطفال والإدمان**. وقد انطلقت هذه الدراسة من التساؤلات التالية:

■ ما هي المشاكل التي يواجهها بعض الأطفال في مجتمعنا وما دورها في تهيئة المناخ لهم للوقوع في دائرة الإدمان؟

- هل للظروف المعيشية للأسرة دخل في إقبال بعض الأطفال على الإدمان بشتى أنواعه؟
- هل فشل الأسرة في توفير وسط أسري خال من الخلاف والشجار يساهم في إدمان الأطفال؟
- هل غياب الرقابة الأسرية له دور في إقبال بعض الأطفال على المخدرات بشتى أنواعها؟
- هل لجماعة الرفاق دخل في إقبال بعض الأطفال على الإدمان؟
- وهل يمكن أن تقدم الثقافة الفرعية لمتعاطي ومدمني المخدرات حولا لمشاكلهم؟
- ما نوع المخدرات الأكثر انتشارا عند هذه الفئة من الأطفال؟ وماهي مصادر حصولهم عليها؟

وقد جرت هذه الدراسة في منطقة الجزائر العاصمة سنة 2003، وقد حددت هذه المنطقة مجالا مكانيا للبحث، لكونها أصبحت تمثل أصلح نموذج للمجتمع الحضري، كما تعتبر أكثر المناطق جذبا للمواطنين من كل أنحاء الوطن وطبيعة الحياة فيها من شأنها أن تيسر سبل الإدمان لدى فئة الأطفال، والعينة كانت مكونة من 110 طفل، 19 منهم تم مقابلتهم بمركز الحراش، و91 منهم خارج المركز، وهذا من خلال الاعتماد على العينة القصدية، والعينة الكرة الثلجية، وقد استغرقت هذه الدراسة 7 أشهر من 03/03/05 إلى غاية 2003/09/04، وقد توصلت الباحثة من خلال هذه الدراسة الميدانية إلى النتائج التالية:

- أن للظروف المعيشية السيئة لأسر الأطفال ساهمت في إدمانهم وذلك بسبب السكن الضيق، الذي لا يتوفر على أدنى شروط الحياة، بالإضافة إلى كثرة عدد أفراد الأسرة الذي أدى إلى الازدحام والاحتكاك داخل المنازل، وأيضا المسؤوليات التي أصبحت أكثر من الموارد الاقتصادية للأسرة نظرا لدخلها الضعيف.

- كما أن البيئة الأسرية التي يحدث في صلبها التفكك بسبب نمو الصراعات والشجارات بين الوالدين تؤثر سلبا على حياة الأطفال، كما أن فقدان أحد الوالدين بسبب الموت أو الطلاق، أحدث لهم صدمات نفسية عنيفة، أدى إلى إدمانهم تعويضا للحرمان الذي يعيشونه.

- انشغال الوالدين عن توجيه ومراقبة سلوك الأبناء، جعلهم يتمتعون بحرية مطلقة ويقضون معظم الأوقات خارج المنازل، فتضعف الرقابة الأسرية على تصرفاتهم، ويندمجون في جماعات منحرفة ومدمنة خاصة إذا لقوا الإغراءات والتشجيعات من طرف تلك الجماعات.

- كذلك من النتائج التي توصلت إليها الباحثة، هي أن تواجد نماذج مدمنة داخل أسر الأطفال يزيد أكثر من فرض إدمانهم، وهذا من خلال التقليد والمحاكاة دون تفكير في خطورة ما يقومون به.

- الجماعات تتيح للأطفال المجال الواسع لتحقيق هوايتهم واكتشاف ذاتهم عن طريق تبني ثقافة فرعية بلغة وأسلوب تفكير مميز يزيد من اندماجهم في جماعاتهم، التي يلتصقون فيها تعويضا عن الإهمال الأسري.

1. 3. 6. 2 . الدراسة الثانية:

" في دراسة مسحية لفرقة البحث بالجامعة الجزائرية، وتحت إشراف الأستاذة (دومنجي) دكتورة في علم النفس، وفرقة مكونة من دكاترة وأستاذة مختصين في علم النفس الاجتماعي والتربوي، وقد بدأ التفكير والشروع في دراسة مسحية خاصة بالإدمان على المخدرات، والمدمنين في الفترة الممتدة بين 1999 و 2000، ثم تبلورت واعتمدت بين سنتي 2000 و 2001، وشملت المدن الكبرى في بلادنا وهي: الجزائر العاصمة، قسنطينة، عنابة، وهران، ورقلة، مستغانم، بسكرة، مع العلم أن العينة الأصلية تتكون من 4500 مدمن، وقد اعتمدت على تقنية "دراسة الحالة"، وركزت الفرقة على العلاج العائلي قبل الفردي، من أجل التعرف على محيطه العائلي، ولتمكن من مساعدته. والنتائج التي خرجت بها فرقة البحث هي:

- إن قلق الشباب بسبب عدم وجود المساعدة والرعاية الأسرية.
- الفراغ الذي تعرفه الأسرة والمجتمع الجزائري.
- والأهداف التي أرادتها الأستاذة دومنجي وفرقة البحث من هذه الدراسة المسحية هي:
- إدمان المدمنين في المجتمع عن طريق تسجيلهم في مراكز التكوين المهني من أجل متابعتهم حتى يتمكنوا من الحصول على العمل.
- تحويل المدمن إلى رجل صالح في المجتمع.
- تغيير الذهنيات خاصة من الآباء، والأسر والمجتمع، وهذا من أجل إنجاح عملية الإدمان." [33] ص 16 .

1. 3. 6. 3 . الدراسة الثالثة: épidémiologique de trois années Le bilan d'activité 1997-2000

هذه الدراسة هي دراسة وبائية لظاهرة الإدمان التي قام بها مركز العلاج والوقاية من المخدرات والإدمان عليها ب المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية، منذ فتح المركز سنة 1997 إلى غاية سنة 2000، وكانت تحت إشراف البروفيسور (بشير ريدوح)، وفريق بحث مكون من أطباء أخصائيين في الأمراض النفسية والعقلية.

وأهم التساؤلات التي انطلقت منها للدراسة هي:

- لا يمكن معرفة العدد التقريبي للمدمنين على المستوى الوطني.
- الأجوبة المعطاة من طرف هذه الشريحة أثناء مقابلات العلاج غير صادقة.
- غياب التنسيق بين الهياكل المختصة العاملة في هذا الميدان.
- الدراسات التي أجريت في الجزائر إلى حد الآن لم تعم على المجتمع ككل بل خصت شريحة منه فقط.

والأهداف المرجوة من هذه الدراسة هي:

- وضع أول مخطط أو تقرير حول نشاط المركز منذ فتحه، خلال ثلاث سنوات من نشاطه.
- وصف أهم الأسباب المؤدية إلى الإدمان، من خلال المدمنين المتواجدين في المصلحة للعلاج.
- مقارنة عوامل الإدمان سنة بعد سنة من خلال هذه الدراسة.
- وضع وجرى لأهم المواد المخدرة الأكثر استهلاكاً في الجزائر.
- وصف الاستهلاك المتعدد للمواد المخدرة.

والعينة كانت مكونة من 994 حالة موزعة كالآتي:

1997	273 حالة	بمعدل 23 حالة في كل شهر.
1998	352 حالة	بمعدل 29 حالة في كل شهر.
1999	369 حالة	بمعدل 31 حالة في كل شهر.

وقد اعتمدت الدراسة في تحليلها الإحصائي على معامل K_2 ، كما اعتمدت على الملفات الطبية للحالات خلال تواجدهم بالمصلحة (une fiche de soins)، ومن أهم النتائج التي خرجت بها الدراسة هي كالتالي:

1. لفئة العمرية أكثر إيمانا للمخدرات هي [20 سنة - 30 سنة] تليها الفئة [30 سنة - 40 سنة] ثم الفئة أقل من 20 سنة.
2. أكثر الفئات إيمانا للمخدرات من العزاب.
3. ذو المستوى التعليمي المتوسط هم أكثر الفئات إيمانا للمخدرات، تليها الفئة التي لديها المستوى الابتدائي، بعدها الثانوي، ثم الجامعي.
4. لفئة البطالة هي الأكثر إقبالا على المخدرات وبعدها الفئة العاملة، فمثلا نسبة البطالين سنة 1999 التي عالجت بالمصلحة هي 58.8% والفئة العاملة بنسبة 36.8%.
5. الإدمان المتعدد أو المزدوج (Poly toxico) هو الأكثر انتشارا في الأوساط المدمنة، تليها المخدرات الأكثر تداولاً، القنب الهندي ثم العقاقير المهلوسة، المواد الكحولية، الأفيون ومشتقاته ثم بدائل المخدرات.

6. أيضا من نتائج هذه الدراسة أن أكثر المعالجين بالمصلحة تأتي من المدن الكبرى، فمثلا سنة

1999 كانت للنتائج كالتالي:

- الجزائر العاصمة: 52.3%
- البلدية: 18%
- تيبازة: 4.3%
- تيزي وزو: 1.6%
- سطيف: 3.5%
- الولايات الأخرى: 19.4%

كذلك من نتائج هذه الدراسة، معرفة أهم الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين.

أيضا أغلب المدمنين لهم سوابق عدلية.

والهدف الأساسي من هذه الدراسة الوبائية، وضع أهم الأسس للدراسات اللاحقة، من أجل الإلمام بجوانب الظاهرة، والتطوير من نوعية العلاج والوقاية من هذه الآفة.

1. 7. المقاربة السوسولوجية للدراسة:

إذا كانت الحرب الباردة هي أهم ما يميز القرن الماضي، فإن محاربة الجريمة المنظمة العابرة للحدود سيكون أهم ما يميز القرن الحالي. لقد تطورت الجريمة المنظمة بشتى أنواعها من المتاجرة بالمخدرات وتبييض الأموال وتجارة الأسلحة، وكل ما له صلة بالجريمة على المستوى العالمي باقتحامها ميادين جديدة واكتسابها تقنيات متطورة، وكذلك انتقالها من التسلسل العصري التقليدي، إلى أشكال أخرى من التنظيم أكثر مرونة باستنادها على شبكات تنظيمية واسعة " وإن انتشار الجريمة المنظمة بشكل واسع أضاف خطورة أخرى إلى المخاطر التي تهدد كيان العالم المتمثلة في عولمة العالم الموازي." [1] ص 7.

وإذا كانت العولمة التي لها ارتباط بالمجالات السياسية والاقتصادية والثقافية، فيمكن إجمالها في ما ورد في مقالة لـ: (محمد عابد الجابري) " الذي نبه إلى تفرقة بين ما أسماه العالمية (Universalisme) التي تمثل طموحا نحو الارتقاء بالخصوصية إلى مستوى عالمي ومن ثم فهي تفتح العالم إلى ما هو عالمي وكوني، وبين العولمة (Mondialisation) التي تمثل في نظره إرادة الهيمنة، وتعني القمع والإقصاء لكل ما هو خصوصي، والفرق الذي بينهما فالأول طموحا مشروعاً لأنها تعني الانفتاح على الآخر ورغبة في الأخذ والعطاء، أما الثانية إرادة لاختراق الآخر وسلبه خصوصيته." [34] ص 63.

وتبقى المخدرات المصدر الرئيسي للجريمة المنظمة هي اليوم من أكبر المشكلات التي تواجه المجتمع الدولي، وتهدد بطغيان عالم موازي تجد فيه المنظمات الإجرامية الدولية مجالاً لممارسة نشاطاتها غير الشرعية على نطاق واسع بهدف جني أموال طائلة من المتاجرة بالمخدرات، فهي تهدد الأفراد والمجتمعات والاقتصاديات الوطنية، والاقتصاد العالمي بالانهيار، " حيث يبلغ حجم المداخل العالمية السنوية التي تتناولها المنظمات الإجرامية العالمية زهاء 9000 مليار دولار، هذه القيمة أبعد ما تكون عن الواقع، أي ما يعادل الناتج الوطني الخام للدول الفقيرة مجتمعة، والتي يبلغ تعداد سكانها 3 ملايين نسمة، إن هذا المبلغ الخرافي هو نتاج جرائم متنوعة، المتاجرة في المخدرات، والتجارة غير الشرعية للأسلحة." [1] ص 12.

هذا ما أكده الاختصاصيون في هذا المجال بأن الصراع ضد الجريمة المنظمة العابرة للحدود، خاصة المخدرات هي رهان القرن الجديد.

والجزائر من البلدان التي تعرف هذه الحركة، فالتغيرات التي تعرفها الجزائر على كل الأصعدة السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، والمراحل التي مرت بها من تدهور الأوضاع الأمنية وانتهاجها لنظام التعددية والديمقراطية، وكذا تطبيق نظام اقتصاد السوق، في وقت كان فيه المجتمع الجزائري غير مهياً للتأقلم مع هذه الأنظمة الجديدة.

لهذا كان من الضروري توجيه نظرة على أن أصعب ما نواجهه اليوم هو إعداد الأجيال وتربيتها في أجواء يتحقق فيها الانتماء للتام للأمة وعقيدها وتراثها في سياق الحد من الضغوط النفسية والاجتماعية والثقافية والتشكيل الخاطيء لقدرات أبنائنا الذين يولدون في وسط اجتماعي تتعدد فيه الانتماءات وتنتشر فيه ظاهرة القلق والخوف وانعدام التوازن النفسي نتيجة للتحويلات العميقة التي يعرفها المجتمع الجزائري، على مختلف أنماط المعيشة وفي الميادين الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، أدت إلى بروز اختلاف واضح داخل المجتمع وذلك في ميولات ورغبات وطموحات الشباب.

ومن المفارقات الكبيرة التي تعيشها الجزائر منذ أكثر من عشرية من الزمن. " فالدولة نظريا غنية يقدر ناتجها المحلي الخام 60 مليار دولار مما يضعها في الرتبة الثانية إفريقيا بعد جنوب إفريقيا، وتحصل على متوسط عائدات منذ سنة 2000 تصل 19 إلى 20 مليار دولار، وبلغ احتياطي الصرف فيها مستوى

قياسي يقدر بـ 26 مليار دولار إلى نهاية مارس 2003." [35] ص 6. ورغم كل هذه الثروة ومع حركة التغيير التي طرأت على المجتمع نتج عنها ظهور وتفاقم عدة ظواهر، كظاهرة الانتشار الواسع

للمخدرات في جميع أوساط المجتمع دون استثناء، وتزايد خطرهما نظرا لتأزم وتدهور الواقع الاجتماعي للفرد والمجتمع والفراغ الثقافي والترفيهي.

" وقد كشف تحقيق ميداني حول تشغيل الأطفال بالجزائر، الذي أنجزه مرصد حقوق الطفل التابع للهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث في ثماني ولايات من الوسط، وهي الجزائر العاصمة، البلدية تيزي وزو عين الدفلى، تيبازة، بجاية، بومرداس والبويرة عن وجود 2979 طفل عامل تتراوح أعمارهم ما بين 04 إلى 17 سنة ينشطون في مجالات بيع السجائر والرعي وأخطرها المتاجرة بالمخدرات والدعارة." [36] ص2.

بالإضافة إلى التغيرات الاجتماعية التي يعرفها المجتمع الجزائري، خاصة الخلية الأساسية للمجتمع وهي الأسرة التي كانت تعد من الركائز الأساسية في النسق القرابي، وأحد أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي، فالطفل كان يحظى بالرقابة والاهتمام من طرف كل أفراد الأسرة الممتدة، غير أن التغير الاجتماعي والثقافي والاقتصادي أثر بشكل كبير على تكوين الأسرة الممتدة، خاصة في المناطق الحضرية، حيث قلت درجة رقابة سلوكيات الأطفال خاصة في حالة غياب الآباء بسبب العمل أو لسبب آخر هذا ما أثر على علاقة الأطفال بالآباء خاصة وعلى التنشئة الاجتماعية عموما.

أيضا أدى التوسع العمراني الغير المخطط في كبريات المدن الجزائرية ونزوح عدد كبير من العائلات من المناطق الريفية نتيجة إلى الظروف الأمنية التي عاشتها الجزائر إلى خلق المزيد من المشكلات الاجتماعية المعقدة والتي أصبحت ظاهرة من ظواهر المدن الكبيرة، وأبرز هذه المشكلات، مشكلة صراع المعايير والقيم الثقافية بين سكان المدن والوافدين الجدد من القرى والأرياف، ويقول (محمد الجوهري): " إن هناك اتفاقا كبيرا بين علماء الاجتماع حول تأثير الحياة الحضرية في روابط النسق العائلي التقليدي، فقد خضعت هذه الروابط لضعف تدريجي نتج عنه بروز جماعات جديدة تركز أساسا على العمر والمهنة... هذه الجماعات ساعدت بدورها على ظهور ثقافات المراهقين الفرعية ونموها، تلك الثقافات التي غالبا ما تختلف عن ثقافة الأسرة والمدرسة." [37] ص92. ووظيفة هذان الأخيران، تنشئة الفرد من خلال العلاقات الموجودة داخل الفرد والتفاعلات الموجودة بين أفراد المجتمع.

أما نظرية التنشئة الاجتماعية فتشير " إلى عمليات التشكيل والتغيير والاكتمال التي يتعرض لها الطفل خلال تفاعله مع الأفراد والجماعات والمؤسسات التي في المجتمع الذي ينتمي إليه، فيتحول من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي قادر على التكيف والإنتاج، وهي عملية تربوية يقوم بها المجتمع من أجل تكوين شخصية قادرة على التفاعل الاجتماعي، ضمن الإطار الثقافي وقادرة على

تحقيق الاستقلال الفكري في إطار العلاقات الاجتماعية وهي عملية بطيئة يكتسب خلالها الفرد شخصيته الاجتماعية نتيجة ضغوط المجتمع عليه وقيوده، وما يفرضه عليه من مكافأة أو عقاب." [38] ص 16.

كذلك ينظر الاتجاه البنائي الوظيفي " على أن التنشئة الاجتماعية هي أحد جوانب النسق الاجتماعي حيث تتفاعل مع باقي عناصر النسق الذي يساعد على المحافظة على البناء الاجتماعي." [38] ص 34.

وقد وصف (هاري جونسون) عملية التنشئة الاجتماعية بأنها: " عملية استدرج لقيم الثقافة السائدة المتوقعة من الفرد في المواقف المختلفة بقصد التوافق مع المجتمع." [38] ص 34.

وهكذا نلاحظ التكامل والتداخل بين النظام الاجتماعي والنسق الثقافي الذي يحتم دوما وجود علاقة متبادلة بين الاحتياجات البيولوجية والنفسية للأفراد من ناحية، والحاجات الوظيفية للنسق الاجتماعي الثقافي من جهة أخرى، " فإذا كان للنسق المعياري للمجتمع متعارضا ومن ثم معوقا للأفراد في أداء وظائفهم فإنهم سينهارون، ولن يؤديوا وظائفهم الاجتماعية، كما أنه إذا كان الأفراد في المجتمع مشغولين بإشباع حاجاتهم البيولوجية والنفسية دون إعارة اهتمام للمعايير التي تبنى على أساسها علاقتهم الاجتماعية، فإن الحياة الاجتماعية ستفقد حيويتها وقد تختفي أو تضعف إلى أدنى الحدود ويفقد المجتمع طابع شخصيته المتميزة معياريا." [39] ص 48. لكن قبل هذا، يجب التمهّل عند نقطة أساسية، هي أن التفتح على العالم الذي تم مع بداية التسعينات من القرن الماضي أثر بحدّة على سلوكيات الشباب، ببروز ثقافات فرعية جديدة الأمر الذي نتج عنه تصادم نظام القيم وصراع الأجيال. وفي سياق آخر أصبح للسلوك الإنحرافي والعنف شبه تقليد يحاصر الأطفال والشباب من كل جهة، في الشارع، في المنزل وعبر وسائل الإعلام، هذه الأخيرة وحتى تتشكل لنا صورة معبرة عن دور الإعلام ووسائل الاتصال في تكوين ثقافة العنف، وتشكيل السلوك الإنحرافي لدى مجتمعنا، ما تسوقه دولة مثل الولايات المتحدة الأمريكية من ترسانة إعلامية إلى العالم بصفة عامة والعرب خصوصا " إذ يوجد بها أكثر من 1700 جريدة يومية، وآلاف من النشرات الأسبوعية، و2500 دار نشر للكتب، و9000 محطة إذاعية، و1000 محطة تلفزيونية، و7 مراكز إنتاج رئيسية أبرزها استوديوهات هوليوود." [40] ص 75. وبديهي القول أن استهلاك الإعلام بهذا الحجم، كفيل بأن يخلق مجتمعا متشعبا بالعنف انطلاقا من أن أفراده يتربون في مناخ فكري واجتماعي قانونه الأوحده هو العنف.

ومنه فإن ظاهرة تعاطي المخدرات ليست ظاهرة أخلاقية أو نفسية وإنما مشكلة اجتماعية وليدة خلل عام أصاب المجتمع.

كل ما سبق ذكره جعلنا نتبنى أو ننسب الدراسة هذه لنظريتين من أهم نظريات علم الاجتماع إلا وهما نظرية البنائية الوظيفية، ونظرية التنشئة الاجتماعية. والتفسير الاجتماعي لنظرية البنائية الوظيفية باعتبارها ترى أن تعاطي المخدرات ناجم عن المشاكل المترتبة عن الظروف الأسرية والتغيرات الاجتماعية والثقافية داخل البناء الاجتماعي، ويعتبر المدمن أو المتعاطي عضواً داخل البنية الأسرية والبناء الاجتماعي.

1. 8. 1. المناهج المستخدمة في الدراسة:

لفهم وتحليل الظاهرة المدروسة لا بد من إتباع منهج معين، وبالتالي فالموضوع المدروس هو نفسه الذي يفرض المنهج.

" والمنهج هو الوسيلة التي نتوصل عن طريقها إلى الحقيقة ويتم بواسطتها الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالظاهرة المدروسة." [41] ص 191. وقد اعتمدت الدراسة على المناهج التالية:

1. 8. 1. المنهج الوصفي التحليلي:

يهدف هذا المنهج إلى وصف وتحليل موقف أو مجال اهتمام معين، كما يعرف " بالطريقة التي يعتمد عليها الباحث في الحصول على معلومات دقيقة، تصور الواقع الاجتماعي، وتساهم في تحليل الوظائف." [42] ص 67. ويعرف أيضا " بالطريقة المنتظمة لدراسة حقائق راهنة بظاهرة أو بموقف أو أفراد أو أحداث أو أوضاع معينة بهدف اكتشاف حقائق جديدة أو تحقق من صحة حقائق قديمة وأثارها والعلاقات التي تتصل بها وتفسيرها وكشف الجوانب التي تحكمها." [43] ص 7. وتم توظيف هذا المنهج في هذا الجانب من خلال العوامل المهيئة لتعاطي المخدرات والإدمان عليها، والآثار النفسية والصحية والاجتماعية التي تتركها سواء على الفرد أو المجتمع، بالإضافة إلى تحليل قدر الإمكان المخطط التوجيهي واستراتيجيات تطبيقه، ووصف دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في استراتيجيات العلاج.

أيضا تم توظيف هذا المنهج في تحليل الجداول الخاصة بالبيانات العامة والفرضيات المتعلقة باستمارات المقابلة للمبحوثين، خاصة أن جل المبحوثين طرحوا آراء وأفكارا إلى جانب السيرورة الذاتية لهم، وهذا ما مكننا من استعمال هذا المنهج لفهم هذه الظاهرة ومدى تناميها، وماهي الحلول المطروحة لمواجهتها أو الوسائل الوقائية والعلاجية التي يجب أن تستعمل للحد من طلبها وتقليص العرض منها.

1. 8. 2. المنهج الاستدراي: (البيوغرافي)

" يقوم هذا المنهج بتتبع الظاهرة التاريخية من خلال الأحداث التي أثبتتها المؤرخون أو ذكرها أفراد وتناقلتها روايات، على أن يضع الباحث ما حصل عليه من بيانات وأدلة تاريخية للتحليل النقدي للتعرف على صدقها." [44] ص 31.

وقد تم استخدام هذا المنهج في الجانب النظري من خلال الاتفاقيات والمعاهدات الدولية والإقليمية والجهوية والمحلية الخاصة بالمخدرات والمؤثرات العقلية، وكذلك إلى أهم القوانين والمراسيم التنفيذية والتشريعية، سواء منها الدولية أو الوطنية التي تطرقت إلى هذه الظاهرة من خلال القوانين الجزائية القمعية الردعية أو الوقائية العلاجية، وبعض المنظمات الدولية العاملة في هذا الجانب من مكافحة، وكذا بعض المؤسسات الإصلاحية.

- أمر رقم 09-75 مؤرخ في 06 صفر 1395 هـ الموافق لـ 17/02/1975م ، يتضمن قمع الاتجار والاستهلاك المحظورين للمواد السامة والمخدرات.

- مرسوم رقم 140-76 مؤرخ في 29 شوال 1396 هـ الموافق لـ 23/10/1976 م ، يتضمن تنظيم المواد السامة.

- قانون رقم 05-85 مؤرخ في جمادى الأول 1405 هـ الموافق لـ 16/02/1985م، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

- أمر رقم 151-92 مؤرخ في 14/04/1992م، يتضمن إنشاء اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.

- أمر رقم 212-97 مؤرخ في 09/06/1997م ، يتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.

- قانون رقم 01-05 مؤرخ في 27 ذي الحجة 1425 هـ الموافق لـ 06/02/2005م، يتعلق بالوقاية من تبييض الأموال وتمويل الإرهاب ومكافحتها.

- قانون رقم 18-04 مؤرخ في 13 ذي القعدة 1425 هـ الموافق لـ 25/12/2005، يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها.

- مرسوم رقم 343-63 مؤرخ في 11/09/1963م يتضمن الاتفاقية الوحيدة المتعلقة بالمخدرات سنة 1961م.

- مرسوم رقم 177-77 مؤرخ في 26 ذي الحجة 1397 هـ الموافق لـ 07/12/1977م، يتضمن اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971م.

- مرسوم رقم 95-41 مؤرخ في 26 شعبان 1415 هـ الموافق لـ 1995/01/28م، يتضمن اتفاقية الأمم المتحدة للاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988م.

1. 8. 3. منهج دراسة حالة:

" تتضمن هذه الطريقة دراسة الحالة واحدة أو بضع حالات، دراسات معمقة مع تحليل كل عامل من العوامل المؤثرة والاهتمام بكل شيء لخص الحالة المدروسة." [44] ص 32. وتتم دراسة حالة عن طريق أخذ الحالة بمفردها وجمع المعطيات الخاصة بها ثم تحليلها وتفسيرها للوصول إلى الدوافع والعوامل التي دفعتها إلى تعاطي المخدرات، وبالتالي الوصول إلى نتيجة بخصوص الحالة المدروسة.

وقد تناولت الدراسة ثلاث حالات خلال الدراسة الاستطلاعية الاستكشافية، حالتين من جنس الذكور والحالة الأخرى أنثى، وقد روت حالتها بنفسها من خلال الرسالة المكتوبة بيدها، وعنوانها: رسالة إلى مدمن - عالمي والمخدرات - (أنظر الملاحق).

1. 8. 4. المسح الاجتماعي:

" هو منهج مكمّل للمناهج الأخرى، وهذا بهدف إخضاع للظاهرة المدروسة إلى التحليل الكمي بعيدا عن الأحكام الذاتية والشخصية، ويبقى للتعامل فقط مع الأرقام والنسب المئوية بغرض الوصول إلى نتائج علمية موضوعية." [45] ص 30. وبما أن أسئلة الاستمارة كلها مفتوحة، والهدف من ذلك ترك أكثر حرية للمبحوث.

1. 9. أدوات جمع المعطيات:

تشهد السنوات الأخيرة اهتماما متزايدا من طرف العلماء والباحثين بتطوير البحث العلمي، إيماننا منهم بأن تطور المجتمع يتوقف على مدى تطور البحث العلمي وفي خضم هذا التسارع في عالم المعرفة والعلم وظهور تقنيات حديثة، بالإضافة إلى تطوير التقنيات المألوفة والمتداولة في البحث السوسولوجي.

وفي هذا الإطار، ونظراً لتعدد التقنيات وتنوعها. فإننا اکتفينا بتناول تقنيتين أساسيتين هما: الملاحظة والمقابلة.

وقد يبدو للبعض أن هذين التقنيتين، قد أصبحتا مستهلكتين، إلا أنهما في الحقيقة تعتبران من ثوابت علم الاجتماع، التي تجدد باستمرار تبعاً لإمكانيات الباحث ورؤاه النظرية.

1.9.1 . الملاحظة:

ماهو الدافع إلى الملاحظة ؟

" يجمع الباحثون والعلماء على أن الملاحظة كأداة تعتبر من أهم الأدوات الرئيسية التي تستخدم في البحث العلمي، ومصدرا أساسيا للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة، وتعتمد أساسا على حواس الباحث، وقدرته الفائقة على ترجمة ما لاحظه وتلمسه من وقائع وأحداث، إلى عبارات ذات معاني ودلالات يثبت عنها وضع فروض مبدئية، يمكن التحقق من صدقها أو عدم صدقها." [46] ص120.

أما في البحث السوسولوجي، فتستخدم الملاحظة في كثير من الأحيان في الدراسات الاستطلاعية والاستكشافية.

ويرى كل من (J.P.Durant – R.Weil) في كتابهما "علم الاجتماع المعاصر" : " بأن أداة الملاحظة من أكثر التقنيات صعوبة، لأنها تعتمد على مهارة الباحث وقدرته في الكشف عن تفاصيل الظواهر، وتحليل العلاقات التي توجد بين عناصرها ومكوناتها، وأنماط السلوك الاجتماعي المراد دراسته." [47] ص223.

كما تستخدم أداة الملاحظة في كثير من الأحيان لتحقيق هدف أو أهداف معينة، تستوجب أن يضعها الباحث في الاعتبار قبل الانطلاق في البحث. " كما أنها شرط مسبق لبناء أحسن بحث ميداني بواسطة مقابلات أو من خلال استبيانات." [47] ص223.

وهذا ما اعتمدنا عليه في الدراسة الميدانية، فبعد الإجراءات الإدارية المتخذة من طرف كلية الآداب والعلوم الاجتماعية قسم علم الاجتماع، وقبولها من طرف مدير المستشفى "فرانتز فانون" بالبلدية ورئيس قسم

الأمراض النفسية والعقلية ورئيس مصلحة الإدمان السيد (بشير ريدوح) بدأ العمل الميداني والبحث الاستكشافي بتاريخ 2003/08/26 إلى غاية 2004/04/26م.

وفي هذه الفترة تم التعرف على المصلحة والطاقم العامل بها، وتصميم البحث الاستطلاعي، وجمع البيانات والمعلومات، وكذا بعض المقابلات مع المدمنين، وهذا لأجل التصميم النهائي لاستمارة الدراسة أو استمارة المقابلة.

أما من حيث أنواع الملاحظة التي اعتمدت عليها في هذه الدراسة فهي كالتالي:

1. 9. 2. الملاحظة في عين المكان:

إن الملاحظة في عين المكان هي: " تقنية مباشرة للتقصي تستعمل عادة في مشاهدة مجموعة ما بصفة مباشرة وذلك بهدف أخذ معلومات كيفية من أجل فهم المواقف والسلوكيات. " [48] ص 184. ولمراعاة متطلبات الصدق والثبات، وضمان صحة المعلومات المتحصل عليها، وبالتنسيق مع الأستاذ المشرف تم فتح سجل للملاحظات سمي - **جريدة البحث** - حيث نقوم بتسجيل كل الملاحظات والمواقف والأحداث، حتى نضمن للموضوع (الدراسة الميدانية) أكثر موضوعية ومصداقية.

كما يمكن للملاحظة في عين المكان أن تأخذ أشكالاً عديدة: منها الملاحظة بالمشاركة.

1. 9. 3. الملاحظة بالمشاركة:

" وهي التي تسمح للباحث وتتطلب منه احتلال مركز أو وضع على مستوى المجموعة المدروسة والمشاركة في حياتها اليومية أو أوقاتها الخاصة الاستثنائية. " [47] ص 224. وعليه فإن الملاحظة بالمشاركة " تتطلب من الباحث معايشة مجتمع الدراسة والتي يكون فيها جزء من الجماعة التي ينوي دراستها، وذلك من خلال المشاركة الكاملة في حياتها وفعاليتها. " [49] ص 157.

وكذلك " فإن الملاحظة بالمشاركة لا تكتفي فقط بالحقل المرئي، بل إنها تستجد كذلك بوسائل أخرى مكملة للملاحظة، مثل مقابلة بعض المبحوثين وتحليل المادة المكتوبة المتوفرة. " [48] ص 186.

فالملاحظة في الحقيقة كما يقول "تيودور كابلوف": "هي عملية حرفية تعتمد على المهارة. " [50] ص 117.

" وتمنح الملاحظة بالمشاركة الفرصة للباحث الاندماج داخل المجموعة المراد دراستها، فمع مرور الوقت ستزول تدريجياً تلك الصورة التي كان يحملها عن الأشخاص كغرباء أو كأجانب إلى أن يصلوا إلى اعتبارنا جزءاً منهم، لهذا فإن اندماجنا في المجموعة، سيسمح لنا بالتنقل بأكثر حرية والإطلاع على ما يحيط بنا والدخول إلى بعض الأماكن المخصصة. " [48] ص 192.

وهذا ما تم في الدراسة الميدانية بالمصلحة، وبمساعدة الأخصائية الاجتماعية، من الساعة التاسعة صباحاً إلى الحادية عشر، حيث يتم طرح انشغال ومشاكل هذه الفئة، وخلق جو اجتماعي وعلاقات، مما سهل لنا الاندماج مع هذه الفئة بصورة تلقائية، دون الكشف عن الهدف الذي نريد

دراسته، وقد تطلب منا هذا وقت معين وفي بعض المواقف، كانت تقدمني الأخصائية الاجتماعية على أنني (أخصائي اجتماعي متربص).

4. 9. 1 . المقابلة: Entretien

تعتبر المقابلة من الأدوات الأساسية الأكثر استعمالاً وانتشاراً في الدراسات الميدانية والإمبريقية، وذلك لما توفره من بيانات ومعلومات حول الموضوع المراد دراسته، وتعرف " بأنها وسيلة لتقصي الحقائق والمعلومات، باستخدام طريقة منظمة، وتقوم على حوار أو حديث لفظي شفوي مباشر بين الباحث والمبحوث." [51] ص225.

ويرى (Durand): " أن هذا الحوار يكون منظماً بين الباحث والمبحوث الذي يكون في أغلب الأحيان مزوداً بإجراءات ودليل عمل، يتضمن نقاط محددة تقود عملية إجراء المقابلة." [47] ص225.

وعليه فقد اعتمدت هذه الدراسة على نموذجين من المقابلة وهي:

5. 9. 1 . المقابلة الحرة:

وهي أداة من أدوات جمع المعلومات، كثيراً ما يستخدمها الباحث في الدراسات الاستطلاعية والاستكشافية.

ولجأنا إلى هذا النوع من المقابلة كي نترك للمبحوث - المدمن - مجالاً للتعبير بكل حرية عن آرائه واتجاهاته ومشاعره، والأسباب الحقيقية التي دفعته إلى تعاطي المخدرات، وقد استقدنا من هذه التقنية كثيراً من حيث نوعية الأسئلة المطروحة، وطريقة التعامل مع المبحوث، التي تتطلب قواعد وإجراءات التي يتخذها الباحث عند القيام بالمقابلة.

وكما سمح لنا هذا النوع من المقابلة، إلى تصميم النموذج النهائي لاستمارة المقابلة، وبالنسبة لنوع المقابلة التي قمنا بها فيما يخص الموضوع فاعتمدنا على المقابلة المقتنة أو المنظمة.

6. 9. 1 . المقابلة المنظمة:

"هي عبارة عن مقابلة رسمية و محكمة التنظيم تعتمد على الاستجواب بين الباحث والمبحوث بطريقة مباشرة، ويستخدم الباحث هذا النوع من المقابلة بهدف الإطلاع بعمق على جوانب الموضوع." [46] ص123.

وتركز على الخبرات والمواقف المحددة، والتجارب التي مر بها المبحوث كحادث معين أو مشكلة معينة، والغرض منها تحديد طبيعة المشكلة والتعرف على أسبابها ودوافعها ورأي المبحوث فيها.

"وتسمح المقابلة للمبحوث بان يجيب كما يشاء، وفي نفس الوقت إلى التباين من مقابلة إلى أخرى فبالنسبة إلى سؤال ما، قد تكون إجابة مبحوث ما عنه مطولة، وتكون إجابة المبحوث الثاني موجزة، وتكون إجابة الثالث مختلفة جزئيا عنهما، من هذا إن هو إن المقابلة تقودنا في اتجاهات متعددة، ونستطيع بالضرورة أن نقارن بين كل الأجوبة المتحصل عليها." [48] ص203. واستخدمنا هذا النوع من المقابلة وفق خطة معينة أو دليل عمل يقودنا إلى تحقق الغرض المطلوب.

وفي هذا المجال، وبما أن أفراد العينة هم من المدمنين المتواجدين بمصلحة العلاج، أغلب البحوث والدراسات السوسيوولوجية، يتم التأكد من صدق فروض الدراسة وتساؤلاتها عن طريق ما يعرف باستمارات البحث الميداني لذا استعملنا تقنية استبيان المقابلة (استمارة المقابلة).

وهي عبارة عن دليل يتضمن مجموعة من الأسئلة يتم التعرض لها وجها لوجه بين الباحث والمبحوث أو كما يعرفها (محمد علي محمد): " بأنها قائمة من الأسئلة، أو الاستمارة التي يقوم بها الباحث باستيفاء بياناتها من خلال مقابلة تتم بينه وبين الباحث، أي أنها تتضمن موقف المواجهة المباشرة." [52] ص162.

ولقد اعتمدنا في هذه الاستمارة على الأسئلة المفتوحة بدون إجابات جاهزة، حيث تركنا فيها الحرية الكاملة للمبحوث للتعبير عن آرائه وأفكاره بدون قيود ولا التزامات محددة مسبقا. ومن الأمور الملحة في تطبيق استمارة المقابلة، نشير إلى أن من القواعد والإجراءات التي استرشدنا بها عند القيام بالمقابلة:

- التعريف بشخصية الباحث حتى يطمئن المبحوث.
- شرح وتوضيح الغرض من المقابلة، والهدف منها، وهذا يعتمد على انتقاء المفردات والعبارات اللازمة لذلك.
- محاولة خلق جو مناسب وطبيعي، وتطوير الرابطة بيننا وبين المبحوث، لأن ذلك يساهم بشكل كبير في الاستجابة والإدلاء بالمعلومات الصحيحة بشخصه أو المرتبطة بجوانب الظاهرة.
- تأكيدنا على أن المعلومات التي نحصل عليها تبقى سرية، ولا نستعملها ضد المبحوث في أي ظرف كان.
- كان طرحنا للأسئلة وفق أسلوب واحد، وبنفس التنظيم مع مراعاتنا على عدم التدخل سواء بالتأييد أو المعارضة، لأن ذلك يؤثر على إجابة المبحوث، وعلى اتجاهه وقناعته.
- في حالة عدم الإجابة على بعض الأسئلة، يستحسن عدم الإلحاح عليه والرجوع إليها مرة أخرى.

- كان تدويننا للإجابات بعد الإدلاء بها من طرف المبحوث مباشرة، أما بعض الإجابات الهامشية كنا ندونها في جريدة البحث مباشرة بعد المقابلة دون علم المبحوث.
- عند الانتهاء من المقابلة والخروج من روتين الأسئلة، تركنا للمبحوث يقول ما يريد لكسب ثقته، ولكي يمرر أو يوصل الرسالة أو المغزى من هذه المقابلة لبقية المبحوثين.

10. 1 . التعريف بالجانب الميداني:

1. 10. 1 . المجال البشري:

اختيار العينة لها أهمية قصوى في البحث العلمي، وتختلف باختلاف الموضوع، فصحة نتائج الدراسة أو عدم صحتها يتوقف على طريقة اختيار العينة، وعند اختيارها لا بد من مراعاة الإمكانيات المادية والزمنية التي يتطلبها البحث الميداني والجهد المبذول فيه.

وقد اعتمدت الدراسة على **العينة العشوائية المقصودة** وفيها " يقوم الباحث باختيار هذه العينة اختياراً حراً على أساس أنها تحقق أغراض الدراسة التي يقوم بها... فالباحث في مثل هذه الحالة يقدر حاجته إلى المعلومات ويختار عينته بما تحقق غرضه." [53] ص 120.

" إن العينة العشوائية (Randomisation) المقصودة تعني أننا نستعين بالخطأ أو الصدفة في اختيارنا للعناصر، إن التي نعنيها هنا هي صدفة مراقبة للدلالة على أننا نستعمل بالصدفة المقصودة وليس بالصدفة الفجائية، يعني اتخاذ احتياطات خاصة أثناء السحب بإعطائه ميزة علمية وذلك بمنح كل عنصر من عناصر المجتمع البحث إمكانية معروفة للظهور من بين العناصر المختارة." [48] ص 304.

ومنه فقد تم اختيار المبحوثين (المدمنين) المتواجدين في المصلحة من أجل العلاج، وكان الاختيار كما يلي:

1. بما أن التطبيق الفعلي للاستمارة كان يوم 2004/05/24م، حيث يتم أخذ أسماء بعض المبحوثين من سجل المصلحة، بمعنى أن نأخذ كل يوم ثلاثة أسماء من المدمنين المتواجدين بالمصلحة ونختار مبحوث من الثلاثة.
2. كنا نراعي أن يكون تواجد المبحوث بالمصلحة، أكثر من سبعة أيام، والسبب أن المدمن يكون تحت **التبعية الجسمية (Manque physique)**.
3. كان تواجدنا بالمصلحة منذ الصباح، وهذا من أجل جلب انتباه المدمنين بالمصلحة على أننا من الفريق المتواجد بالمصلحة، خاصة أننا كنا نرتدي المآزر.

4. بمعدل مبحوث في اليوم ما عدا الخميس والجمعة، وخلال الفترة الصباحية فقط، وكانت مدة المقابلة تختلف من مبحوث إلى آخر، لكن أغلبها تفوق الساعة.

أما السبب الذي جعلنا نأخذ مبحوثًا كل يوم، فهو راجع إلى محتوى الاستمارة، لأنها في الغالب كانت تأخذ مقابلة تشخيصية لحياة المبحوث، والأسباب التي دفعته إلى تعاطي المخدرات، أيضا لكي يكون تحكما في الموضوع بشيء من الدقة، وبتوجيه من الأخصائية الاجتماعية، على أننا أخصائيين اجتماعيين متربصين، وليس بباحثين من أجل إعداد مذكرة، وهذا بخلق جو مناسب للمبحوث.

أما فيما يخص مصلحة الإدمان ومكافحة المخدرات المتواجدة بالمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية - وحدة فرانتز فانون - هذا ما سنوضحه فيما يلي:

1. 10. 2. المجال المكاني:

في البداية نعطي نبذة تاريخية للمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية وحدة فرانتز فانون.

1. 10. 2. 1. التعريف بالمستشفى الإستشفائي الجامعي بالبلدية: CHU Blida Frantz Fanon

يعود مستشفى الأمراض العقلية بولاية البلدية، إلى سنوات الثلاثينات أي إلى أيام وجود الاستعمار الفرنسي بالجزائر، حيث اختيرت منطقة الغرب البلدي لتكون مكانا لضم فئة المتخلفين عقليا، حيث كانت تسمى آنذاك بمنطقة "Joinville".

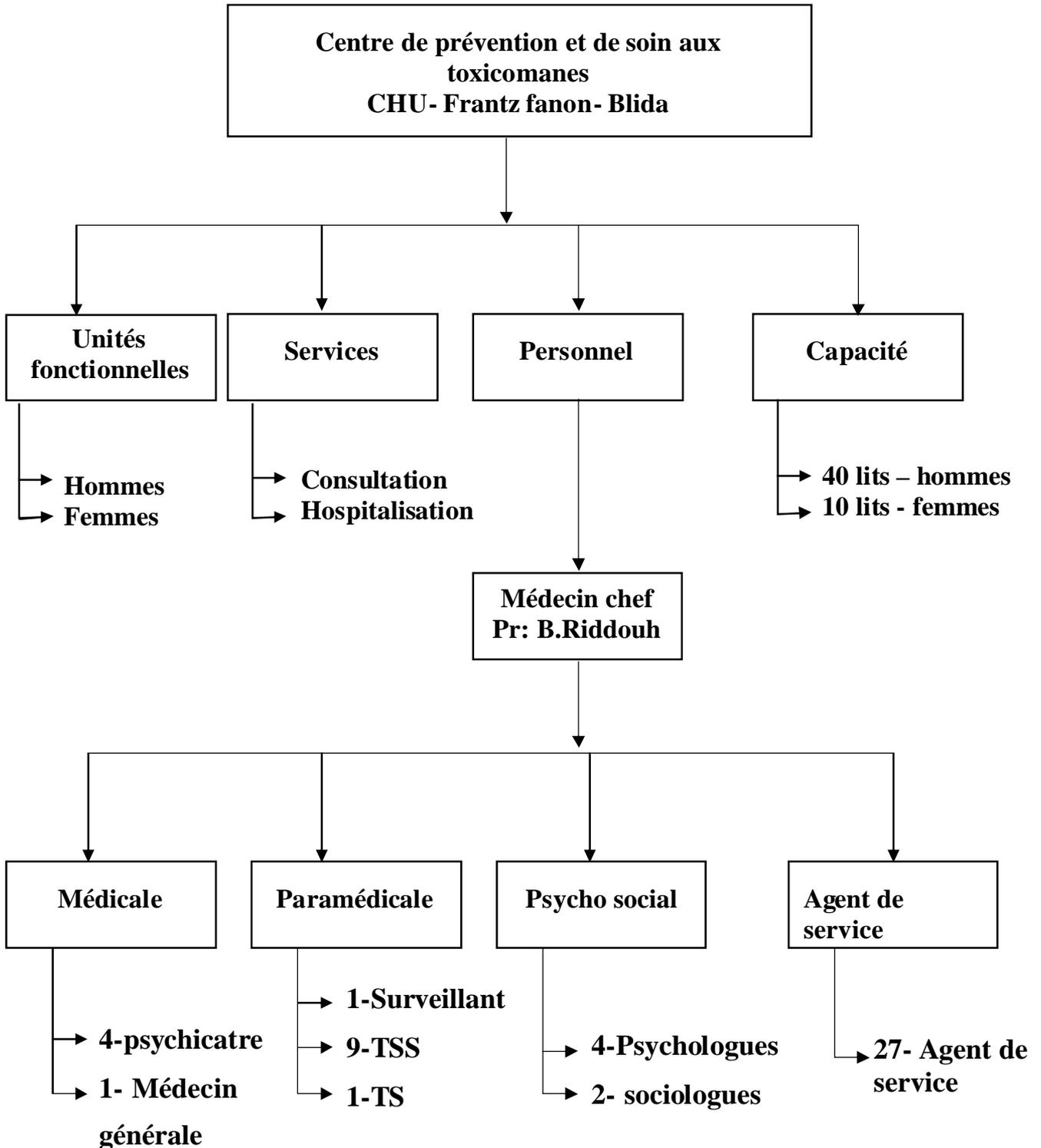
وفي سنة 1933 وبالضبط في 13 جويلية 1933م عرف أول دخول للمرضى بوجود مصلحتين فقط وبعد مجيء الدكتور (Frantz Fanon) وضعت خطة محكمة لعلاج هؤلاء المرضى، وبالتالي ازدادت شهرة هذا الدكتور فسمي باسمه، وفي عام 1985 أدخلت إلى المستشفى عدة اختصاصات، كما أعيد النظر في تسمية المستشفى إذ أصبح يدعى " المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية وحدة فرانتز فانون"، وهو يعتبر من أكبر المستشفيات في الجزائر، إذ يحتوي على عدة مصلحات متعددة الخدمات وهي: مصلحة طب الأعصاب، مصلحة جراحة الأعصاب، مصلحة أمراض القلب، طب العيون، الأنف، الأذن، الحنجرة مصلحة الإنعاش، مصلحة التدريب الوظيفي، مصلحة الإعانة الطبية النفسية لضحايا الإرهاب، ومصلحة العلاج والوقاية من المخدرات والإدمان عليها، هذه الأخيرة تم فيها التربص والبحث الميداني وهذا ما سنوضحه في تعريفنا لهذه المصلحة.

1. 10. 2. 2. مصلحة الوقاية ومكافحة المخدرات:

التربص أو العمل الميداني، تم بمصلحة الوقاية ومكافحة المخدرات والإدمان عليها، بمستشفى "فرانتز فانون" بالبلدية، وتعتبر أول مصلحة مختصة في مجال الوقاية ومكافحة المخدرات والإدمان

عليها، وتم تأسيسها يوم 1996/12/16 من طرف وزير الصحة السابق (الدكتور يحي قيديم) حيث يوجد بها قسمان قسم خاص بالرجال، وقسم خاص بالنساء، وتحتوي المصلحة على 50 سريرًا، أما الفريق العامل بهذه المصلحة، وتحت قيادة البروفيسور (بشير ريدوح) مكوّن، مثل ما يبينه الهيكل التنظيمي للمركز .

3. 2. 10. 1 . الهيكل التنظيمي للمركز الوقاية والعلاج من المخدرات والإدمان عليها



10. 3. 1 . المجال الزمني:

هذا الجانب من الدراسة مر بمرحلتين وهما:

10. 3. 1 . المرحلة الأولى:

بعد الإجراءات الإدارية المتخذة من طرف كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، وقبولها من طرف مدير المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية، ورئيس مصلحة الوقاية والعلاج ومكافحة المخدرات والإدمان عليها، بدأ العمل الميداني أو الدراسة الاستطلاعية الاستكشافية، وفي هذه الفترة التي بدأت بتاريخ 2003/07/26 وتميزت بما يلي:

1. التعرف على المصلحة والطاقم العامل بها، من أعوان الأمن إلى الأطباء، إلى الأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين و موظفي الإدارة.
 2. المشاركة مع الأخصائية الاجتماعية في الحصص التي تخصصها في إطار العلاج الجماعي.
 3. جمع البيانات والمعلومات.
 4. تصميم استمارة البحث الاستطلاعي، وفي إطار المشروع التمهيدي لمقياس الملتقى.
 5. تطبيق استمارة المقابلة للبحث، ومقابلة بعض المدمنين، فهذه المقابلات مع هؤلاء، مهدت لنا الطريق لفهم الموضوع بأكثر وضوح، وأن الأسباب الاجتماعية والاقتصادية لهذه الفئة ليست هي السبب في تعاطيهم للمخدرات، بل الأمر يخص المجتمع.
- وقد دامت هذه الدراسة الاستطلاعية إلى غاية 2003/08/26 ، بعد هذه الفترة من الدراسة الاستكشافية كان لنا توجه آخر حول موضوع الدراسة، وبالتنسيق مع الأستاذ المشرف الذي وجهنا إلى زاوية أخرى من الدراسة لهذه الآفة الاجتماعية بنظرة أكثر ديناميكية فكان العنوان النهائي للمذكرة: "تعاطي المخدرات واستراتيجية الإدماج الرسمي والأسري".

10. 3. 2 . المرحلة الثانية:

بعد التصميم النهائي للاستمارة، والتي أخذت الشكل التالي (أنظر الملاحق)، شرعنا في تطبيق الاستمارة والبحث الميداني بتاريخ 2004/05/24م إلى غاية 2004/08/24م، بمعدل محووث أو مقابلة في اليوم ما عدا الخميس والجمعة، وكانت حصيلة هذا البحث الميداني 33 محووثا ثلاثة منهم من فئة النساء.

بعدها شرعنا في تفرغ محتوى الاستمارات، والتي استغرقت مدة ثلاثة أشهر أي إلى غاية 2004/12/16م، وهذا ببناء الجداول وتحليلها، والخروج بنتائج والاستنتاج العام من هذه الدراسة الميدانية ومدى صحة فرضيات هذه الدراسة.

11.1 . صعوبات البحث:

فيما يخص الصعوبات التي واجهتنا في إعداد هذا الموضوع، سواء تعلق الأمر بالجانب النظري أو الميداني نختصرها فيما يلي:

1. 11.1 . الجانب النظري:

- قلة المراجع والكتب التي تناولت الموضوع، في طرحه الجديد خاصة الاستراتيجيات المتبعة في عملية الإدماج الرسمي والأسري سواء تعلق الأمر بالدراسات الأجنبية أو المحلية.
- صعوبة جمع المعطيات الإحصائية، والمراجع من مراكز الأمن على مستوى ولاية البلدية، التي تجاهلتنا عند محاولة الرجوع إليهم مرة أخرى.

2. 11.1 . الجانب الميداني:

- الصعوبة الوحيدة التي واجهتنا ولم نستطيع الحصول عليها هي الإحصائيات منذ فتح المصلحة، وهذا لسرية بعض المعلومات لأنها تمس بعض الأشخاص، وكذا ملفات العلاج.
 - الإجراءات القانونية التي أرفقتنا، خاصة في مرحلته الأولى، فقد انتظرنا مدة شهر من أجل الموافقة لإجراء البحث من طرف رئيس قسم الأمراض النفسية والعقلية.
- وبعد أن تطرقنا في هذا الفصل إلى الإطار المنهجي العام للدراسة، ننتقل إلى الفصل الثاني الذي نحاول فيه تعريف المخدرات، جذورها، نشأتها وتطورها، وأسباب تعاطيها.

الفصل 2

المخدرات تاريخها - جذورها - تطورها

عرفت المجتمعات المخدرات كما حاولت التخلص منها لكن المداوولات باءت بالفشل وهذا الخطر الداهم يتمثل في مسحوق أبيض يتم استنشاقه أو حقنه في ذراع شباب أو شابة، أو دخان أزرق يتصاعد من أنفاس المتعاطي يتصور نفسه محلقا في أجواء المتعة والانتعاش الوهمي ولكن في حقيقة الأمر هو ينحدر إلى الهاوية من جهة ويؤثر سلبا بأخذ تطلعات آمال أسرته ومجتمعه من جهة أخرى. ونجد الآن كل المجتمعات تداول مواجهة هذه الظاهرة التي حطمت شريحة من شرائح المجتمع وعليه في هذا الفصل سوف نلقي الأضواء على مفهوم المخدرات وذلك بتقديم نبذة تاريخية وأنواعها وحتى الأبعاد.

1.2. نبذة تاريخية عن المخدرات:

"منذ فجر التاريخ عرف الإنسان وجود النباتات المخدرة وانتشارها عبر كامل الأقطار في العالم نظرا لوجود تلك النباتات وتوفرها في الطبيعة ويمكن استخراجها سواء من الأوراق أو من القمم المزهرة أو من ثمارها أو من النبات نفسه. كما أن الإنسان قد عرف واستعمل المواد المخدرة في البداية لعلاج بعض الأمراض." [54] ص5.

ولعل الاستعمال الأول للمواد المخدرة يرجع إلى المرحلة القديمة التي اتسمت باتحاد الأبعاد الثلاثة (الدين، السحر، الطب)، حيث كان استعمال المخدرات في طقوس خاصة سواء كان من أجل العلاج أو لتقديم القرбан، "فإذا ما رجعنا إلى شعوب العصر الحجري، نجدها قد اعتادت على استخدام بذور الخشخاش والقنب وورق الكوكا ومختلف المشروبات المخمرة واستعملت العقاقير أثناء الطقوس الدينية أو لتهيئة المدربين للمعركة باستعمال القنب." [55] ص15. "واستعمل الصينيون المواد المخدرة للتخدير في العمليات الجراحية كما دلت الآثار الفرعونية على أن قدماء المصريين استعملوا

المواد المخدرة لأغراض طبية، واستخدموا عصارة الحشيش لتنظيف العيون المريضة. "[54] ص6.

"فالمراجع القديمة تشير إلى أن الإمبراطور الصيني (شين نانك) كان يشجع شعبه على زراعة القنب للاستفادة من أليافه في الصناعات مثل الحبال وبعض الأنسجة، وتقول المصادر الهندية العائدة إلى 3 آلاف سنة أن "البهانك" أي الحشيش نبات له فوائد طبية، وقد استخدم في إحياء طقوس خاصة في معابد الكهنة لطرد الأرواح الشريرة." [56] ص43.

ويعتبر (ابن البيطار) أول طبيب وصف التخدير الذي يحدثه القنب الهندي، النابت في مصر، ثم جاء (المقريري) في القرن الرابع عشر الميلادي، ونكر شيوع تعاطي الحشيش في مصر وقال: "إن الأمير "سدودون الشيخوني" سعى قرابة 780هـ - الموافق إلى 1378م إلى تحريم استعمال الحشيش بين الطبقات الدنيا في مصر بالعقاب الصارم." [4] ص37.

وتذكر المصادر أن الأمير (نجم الدين الأيوبي) كان يعاقب من يأكل الحشيش بقطع أضراره، ويقول "وقلعت أضراس كثير من عامة الشعب" [4] ص37. ولعل ذلك كان من المحاولات الأولى لمقاومة تعاطي المخدرات.

2.2. تعاريف:

1.2.2. التعريف اللغوي للمخدرات:

"كلمة المخدرات مشتقة أصلاً من الفعل "خَدَّرَ" الذي يعني كل ما يؤدي إلى الفتور والكسل والاسترخاء والضعف والنعاس والثقل في الأعضاء وقد يمنع الألم كثيراً أو قليلاً." [18] ص36.

2.2.2. التعريف القانوني للمخدرات:

"هي كل المواد والمركبات سواء الطبيعية أو الصناعية التي تسبب الإدمان وتضر الإنسان وتختلف قائمة هذه المواد بين دولة وأخرى." [18] ص36.

"ونبه المؤتمر الدولي لقانون العقوبات في بودابست في سبتمبر 1974 إلى غموض مصطلح المخدر والذي كان مصدراً لاختلاف المشاركين في المؤتمر حول المواد التي يمكن أن تدخل ضمن المخدر، فمنهم من يعتبر الحشيش والكحول مخدرات ومنهم من يخرجها من هذا النطاق مصرحين بأن مصطلح المخدر لا تشمل إلا المواد التي تؤدي حقيقة إلى الإدمان، بينما يرى المختصون في القانون الجنائي واستناداً إلى مبدأ شرعية الجريمة والعقوبة فإن المخدر مصطلح يضم كل المواد التي

يضيف عليها المشرع طابع المخدرات." [13] ص 103. أما القانوني أندري دكوريار (André Decourrière) فيرى أن " المخدرات هي كل المواد والمركبات التي تسبب الإدمان وتضر الإنسان." [13] ص 105.

3.2.2. التعريف العلمي للمخدرات:

حسب منظمة الأمم المتحدة لا يوجد تعريفا عاما متفق عليه يوضح المصطلح بل هناك بعض المحاولات الخاصة التي تركز في تعريفها على حسب درجة خطورة المخدر أو على حسب تصنيف المخدرات، كما أن الاتفاقيات الدولية دول ظاهرة المخدرات، تعطي الحق لكل دولة في تصنيف المخدرات وكل ما هو جديد، وكل ما تم اكتشافه.

ومن التعاريف نذكر ما جاء في لجنة المخدرات بالأمم المتحدة لتعريف المواد المخدرة فاعتبرت أنها " كل مادة خام أو مستحضر، تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة، مما يضر بالفرد جسما ونفسيا، وكذا المجتمع، ويتعود الفرد على هذه المواد ويصبح في حالة خضوع تام لها، ونجده يستسلم لتأثيرها وفي هذه الحالة يوصف بأنه مدمن." [16] ص 132. وتعرف منظمة الصحة العالمية للمخدرات بأنها " كل المواد التي يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية." [57] ص 13.

أما التعريف الذي جاء به الدكتور (عادل الدمرداش) فركز فيه على جانبيين للمخدرات " هناك تعريف علمي وآخر قانوني حول المخدرات، فالتعريف العلمي يشير إلى أن المخدرات مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم، أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم لذلك لا تعتبر منشطات ولا عقاقير مهلوسة مخدرة، وفق هذا التعريف أما القانوني فيشير إلى أن هناك مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي، ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيفها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك." [57] ص 14.

أما للدكتور (محمود مصطفى) يعرف المخدرات بأنها: " نوع من السموم إن صح، إن قليلا منها فيها شفاء للناس، فإن الإدمان عليها ينجم عنه أبلغ الضرر ليس فقط بالنسبة لمن يتعاطاها وإنما لعائلته والمجتمع." [58] ص 124.

ويعتبر "محمد فتحي عيد" أن هذا التعريف عاما وينقصه التحديد فيقول: " هي مجموعة من العقاقير التي تؤثر على النشاط الذهني والحالة النفسية لمتعاطيها إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو بإبطاء نشاطه، أو بتسببها للهلوسة أو التخيلات وهذه العقاقير تسبب الإدمان وينجم عن تعاطيها الكثير من مشاكل الصحة العامة والمشاكل الاجتماعية." [58] ص 130.

4.2.2. التعريف الطبي للمخدرات:

ظهر مصطلح الاعتماد لاصيلي (dépendance pharmaco) عام 1973 و الذي يعد مفهوم شاملا يعرف حالات الإدمان المختلفة كالتالي: " حالة نفسية وأحيانا جسمية تنتج تفاعل الكائن الحي والعقار، تتميز بتغيرات في السلوك واستجابات أخرى تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصفة متصلة أو دورية لإيجاد آثاره النفسية، و أحيانا لتجنب الآثار المزعجة الناجمة عن عدم توفره، والفرد الواحد قد يدمن على أكثر من عقار." [21] ص36. كذلك نجد (Olievenstein) الذي بحث كثيرا في موضوع المخدرات، يصفه كما يلي: " يعد مشكل الاعتماد مفتاح عقدة الإدمان." [59] ص41.

وهذا يعنى أن الإدمان على المخدرات لا يحدث إلا إذا كان هناك اعتماد، أو عدم القدرة على الاستغناء عن المخدرات، مع العلم أن هذا الأخير، قد يسبب اعتمادا جسيا كالأفيون ومشتقاته، كما انه قد يؤدي إلى اعتماد نفسي كالمنشطات و المهلوسات.

5.2.2. التعريف العام للمخدرات:

وهو التعريف بالأفراد غير المختصين في مجال المخدرات، حيث اتفق اغلب الباحثين غير المختصين بان المخدرات بأنها: " هي كل ما يشوش ويخدر العقل و قد يذام الفرد من جراء تعاطيه، وهو كل مهبطة أو منشطة أو هلوسة استعمله في غير غرضها وحجمها الصحيح ودون مسؤولية رقابة طبية." [60] ص36.

3.2. تصنيف المخدرات وأهم أنواعها:

" تصنيفات المخدرات كثيرة، تختلف باختلاف معايير التقسيم، و أشهر هذه المعايير، الأصل، التأثير اللون. وطبقا لمعيار الأصل تنقسم المخدرات إلى: مخدرات طبيعية، وهى المواد التي من أصل نباتي ومخدرات تخليقية، وهى المواد التي تصنع في المعامل والمصانع كيميائيا. وطبقا لمعيار التأثير تنقسم المخدرات حسب تأثيرها على النشاط العقلي والناحية النفسية إلى مهبطات الجهاز العصبي، وهى المواد التي تبطئ من النشاط لذهني كالأفيون، ومنشطات الجهاز العصبي المركزي وهى المواد التي تؤثر في النشاط العقلي عن طريق التثبيته والإثارة مثل الكوكايين و المهلوسات، وهى المواد التي تسبب الهلوسة أو الأوهام والتخيلات." [18] ص36. ويمكن الإشارة إلى أهم المخدرات والمؤثرات العقلية المنتشرة في بلادنا ودول العالم المختلفة فيما يلي:

- 1- الأفيون ومشتقاته: (L'Opium)
- 2- الحشيش أو القنب الهندي (Les Cannabis)
- 3- القات (Le Cat)
- 4- الكوكايين (Cocaïne)
- 5- المنشطات
- 6- المنبهات
- 7-الأدوية ذات التأثير النفسي (Psychotropes)
- 8-المهلوسات
- 9-للمواد المتطايرة (Les Solvants)
- 10-الخمير (Le Vin)
- 11-التبغ (Le Tabac)



1.3.2. الأفيون و مشتقاته: L'Opium

كلمة أفيون مأخوذة عن كلمة "ابيون" اليونانية ومعناها (عصارة) وأطلقت عليه بسبب طريقة تحضيره من مادة الخشخاش -بابافيرسومنيفريم- (Papaver Somiferum) "فالأفيون عبارة عن العصارة الناتجة من الثمار غير الناضجة لنبات الخشخاش، وكان القدماء يطلقون عليه اسم (نبات الفرع)

ويكون على شكل خلاصة متجمدة، كتلة لزجة مثل المطاط يختلف لونها من البني الفاتح والأسود القاتم" [61] ص 63. "حيث يحتوى الأفيون على أكثر من 35 مركباً كيميائياً، من القلويدات (Alcaloides) تشكل حوالي 25% من وزن الأفيون أهمها:

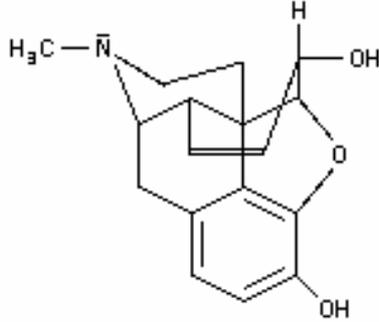
المورفين (Morphine)، الكودئين (Codéine)، الثيباين (Thébaïne)، والبندافرين (Padavrine) والفوساكيين وكل نوع ونسبة، وزنه من الأفيون، المورفين هو اقوي النسب واقوي مسكن للألم عرفه الإنسان. " [61] ص 65. "وينمو الأفيون في المناطق المعتدلة، وقد استخدم لأغراض طبية، ويستهلك عن طريق الأكل والشرب أو عن طريق الحقن، بعد إذابته في الماء، ويعد المادة الخام للإنتاج غير المشروع للمورفين و للهيروين. " [62] ص 9.

ولتبسيط دراستنا يمكن تصنيف مشتقات الأفيون الخام إلى مجموعتين وهما:

1.1.3.2. المواد المصنعة:

وتدعى مجموعة المركبات لفينانثرين Phenantharine وأهمها:

1.1.1.3. مورفين: Morphine



تركيبته الكيميائية $C_{17}H_{19}NO_3$ اكتشفه الصيدلي الألماني (F-Sertuner) عام 1803، استخدمه كمسكن للألم على شكل حقن، جربه على زوجته التي كانت تشكو من ألم الروماتيزم الحاد فاستراحت من الألم، لكنها أصدحت مدمنة مورفين بتكرار الحقن.

"ويشتق اسم المورفين من 'المورفيوس' إله عذد الإغريق

Morpheus، وهو مسحوق ذا مذاق مر يسبب النوم و التخلص من الألم استعمل في الطب كدواء وكمادة مهدئة عن طريق الحقن بالإبر عبر الأوردة الدموية، ولتخفيف الألم، والمورفين ه العنصر الأساسي المنشط للأفيون بنسبة 10% وهو المادة الأولية للهروين. [62] ص10.

ويؤدي تناول المورفين إلى الهدوء والاسترخاء وعدم الميل للحركة أو التفكير، والشعور بالنعاس الشديد، بالإضافة إلى الاكتئاب والانزعاج، أو يحدث عذده هيجان عصبي شديد وقد يشعر بالسعادة والانشراح والنشوة المؤقتة، ويضعف التنفس بشكل واضح بسبب المورفين للمراكز العصبية البصلية، وقد يحدث القيء خاصة الحقنة الأولى لكن هذا الشعور يبدأ بالتلاشي مع تكرار الحقن، ويزداد إفراز الحقن بشكل واضح بينما يقل التبول، كما يبطئ النبض، وتتوسع الأوعية الدموية، وينخفض الضغط الدموي، كما تضيق حدقتي العيدين، وتنقص مفرزات الصفراء والبنكرياس والمعدة.

2.1.1.3.2. الهيروين : Héroïne

هو "ثاني أسيتيل المورفين" (Diacetylmorphine) من أخطر المخدرات، يحضر من معالجة المورفين، لحمض الخل اللامائي، يضع حالياً ويسوق بشكل سري وهو عبارة عن مسحوق أبيض اللون نسبة المادة المخدرة 30%، وغالبا ما يباع مغشوشا لكسب المزيد من المال، يستعمله المدمنون عن طريق الشم والاستنشاق، والحقن الوريدي أو العضلي أو تحت الجلد بعد حله في الماء، يحدث تعاطي الهيروين الشعور القوي بالنشوة والانشراح والسعادة والدفء في كامل الجسم، التحليق في الخيال، كما يحدث ببطء في ضربات القلب وحركات الأمعاء، ثم يسبب شعورا قويا بالنعاس

ويضعف التركيز والوعي، يحتاج المدمن بشكل عام إلى حقنتين يوميا، أما إذا أخذ الهيروين بجرعات كبيرة فيؤدي إلى تثبيطها نفسيا شديدا يؤدي إلى السبات العميق، فالموت نتيجة لتوقف التنفس.

3.1.1.3.2. الميثادون: Méthadone

استعمل في البداية كبديل للمورفين في تسكين آلام جروح الجنود الألمان أثناء الحرب العالمية الثانية وبعد مدة أتضح أنه يسبب الإدمان إذا استعمل بفترة طويلة وخاصة إذا تجاوز المريض الجرعة المحددة يستعمل على شكل أقراص وحقن، كما توجد في الأسواق عدة عقاقير كلها مشتقة من الميثادون مثل Etanylphonocridine Etorphin, Ketopemidone، وتقوم المخابر السرية بتحضير الميثادون على شكل مسحوق بلوري أبيض، أو على شكل أقراص لونها أبيض أو مائل للزرقة أو بنفسجي وبتراكيز مختلفة.

4. 1. 1. 3. 2 . البيثيديين: Pethidine

ويعرف تجاريا باسم دولوزال dolosal، وهو مسكن قوي للألم يستعمل على شكل أقراص وحقن يحدث الإدمان إذا استعمل بجرعات كبيرة، من أهم الأعراض التي يحدثها: الهيجان، الصرع، ويسبب الدوار يؤدي إلى فقدان التوازن توجد في عقاقير عديدة في الأسواق مشتقة منه مثل: alphanprodueire أنيل ريدن Anilridine.

5. 1. 1. 3. 2 . الكوديين: Codéine

هو " مثل المورفين " يعزل من الأفيون، ونسبته لا تتجاوز 01 % فقط منه. ليس له مفعول كبير في التخدير والإدمان لذا فاستخداماته طبية بالدرجة الأولى.

2. 1. 3. 2 . المواد نصف المصنعة:

هذه المركبات استخرجت أصلا من المورفين أو الكوديين بإجراء تعديل كيميائي بسيط ومنها أهمها :

1. 2. 1. 3. 2 . الأوكسيكودين: Oxydone

يشق من الكوديين، يقوم بتسكين الآلام لكنه يحدث الإدمان.

2. 2. 1. 3. 2 . الهيدروكودين: Hyrocodone

يشق أيضا من الكوديين، ولكنه أكثر منه إحداثا للإدمان.

2. 3. 2 . الكوكايين : Cocaine



" هو عبارة عن مادة بيضاء منبهة للجهاز العصبي، تستخرج من أوراق أشجار الكوكا التي اسمها العلمي (Erythroxylon coca) تزرع خاصة في أمريكا الجنوبية والوسطى، بالإضافة إلى الهند. كانت أوراق الشجرة تم ضغ وتستعمل للحصول على الذشوة والنشاط." [18] ص45.

" في سنة 1860م تمكن (نيمان) من عزل العنصر

الفعال في النباتات وأسماء الكوكايين ثم توالى التجارب لاستغلاله في الأغراض الطبية، وفي سنة 1885م اكتشف (كارل كولار) أنه يمكن استخدامه كمخدر موضعي لإجراء جراحات العيون دون ألم يذكر، كذلك نشط البدن في ذكر تأثيره على الجهاز العصبي المركزي، وبالتالي أدخل الكوكايين كمنشط في عدد من الأدوية والمشروبات، أشهرها "الكوكاكولا" التي صنعت سنة 1886م ولكن في سنة 1903م استبعد الكوكايين من تركيبها." [18] ص46.

وفي سنة 1886م نشر أول تقرير طبي في واشنطن يشير إلى بعض النتائج السلبية المترتبة عن الحقن بالكوكايين، ثم توالى التقارير عن المشكلات السلوكية والاجتماعية المترتبة عن تناول الكوكايين. " ويزداد استعمال أو انتشار الكوكايين بشكل مخيف في المجتمع كالمجتمع الأمريكي التي تدل إحصاءاته على أنه كان هناك في عام 1974م ما يساوي 5.4 مليون أمريكي قد جربوا تعاطي الكوكايين على الأقل مرة واحدة، وفي عام 1982م ارتفع هذا العدد إلى 12.6 مليون متعاطي، ووصل التعاطي ولو مرة واحدة في بعض مناطق الولايات المتحدة الأمريكية بين طلاب المدارس الثانوي إلى 40 % من مجموعهم." [20] ص104.

2. 3. 1 . طرق تعاطي الكوكايين:

يمكن حصرها فيما يلي :

- * الاستنشاق عبر الأنف للمسحوق، أو استنشاق أبخرة الكوكايين بعد تسخينه.
- * الحقن الوريدي بعد إذابة المسحوق بالماء، وقد يخلطه بعض المدمنين مع الهيروين لزيادة مفعوله.

* شربه مع الماء أو أي مشروب أو يدمج مع الطعام ويؤكل.

* عن طريق التدخين أي لف عجينة الكوكا مع السجائر.

* تستعمله بعض النساء كمنشط جنسي عن طريق الحقن الشرجي أو المهبلي أملا في زيادة اللذة الجنسية.

2. 2. 3. 2 . طريقة تحضير الكوكايين: [18] ص 47.

كوكايين نقي	⇐	كلوريد الكوكايين -الكوكايين-	⇐	عجينة صلبة	⇐	عجينة ليننة	⇐	أوراق الكوكا
الكراك		يضاف له قلوي ويسخن فيتبخر الكلور		يضاف لها الإيثر ETHER لتنقيتها من الشوائب		يضاف إليها محلول Hcl أي حمض كلور الماء		توضع في الماء ويضاف إليها الجير ثم ترج بمنيب نفطي

2. 3. 3. Le cannabis: الحشيش أو القنب الهندي:



هو عبارة عن أوراق وزهور شجرة القنب الهندي (sativa) (canabis) وهو ينمو في البلاد ذات المناخ الدافئ المعتدل وله أحجام تختلف حسب اختلاف التربة الجيدة والمناخ، إذ يتراوح ارتفاع الشجيرات من 50 إلى 90 سم، وينمو ونباته بعد حوالي ثلاثة شهور من زراعته وله ساق عمودي الشكل يتكون من ألياف تستخدم في صنع الحبال، وتتكون كل ورقة من 5 إلى 7 وريقات. [16] ص 23.

" وفي القرن التاسع عشر ميلادي، تم اكتشاف الخواص الطبية لنبات القنب المتمثلة في علاج الروماتيزم والاكنتاب وداء الكوليرا، وداء المفاصل، وأمراض الأعصاب. [63] ص 97. " ويشير تاريخه إلى أنه استخدم في عدة استخدامات، انتشرت في جميع أنحاء العالم، ويسمى هذا النبات هو الآخر عدة تسميات في عدة بلدان. [64] ص (17، 18).

2. 3. 3. 1. جدول رقم (01): التسمية حسب مستخلصات أوراق نبتة القنب وأزهارها:

التسمية	البلدان
Touche pour chitt-kif	المغرب
Cainamaro	فرنسا
Canja	الهند
Marikhuana	أمريكا اللاتينية
Shite	وم أ
Dagga	إفريقيا السوداء
Tamal	مدغشقر

2. 3. 3. 2. جدول رقم (02): التسمية حسب مستخلصات ألياف نبتة القنب:

التسمية	البلدان
Chiro	المغرب
A char	الهند
Hachich, Miel	فرنسا
Kif, Chira, Zatla, Hachich	الجزائر



2. 3. 3. 3. المواد الفعالة في القنب:

أ- زيت القنب: " هو سائل شفاف ومركز، يتميز بالفعالية والخطورة في الانتشار منذ سنة 1973، يحضر من عصير القنب الراتنجي وهو ذو رائحة عطرية، لونه أخضر قاتم ولا يذوب في الماء، وتتراوح نسبة المادة لفعالة بين 20 إلى 60 %." [61] ص 63.

ب- الـ راتنج: وهي المادة التي تجمع من أطراف النبتة

المزهرة وخاصة الأنثى منه، وعادة ما تكون على شكل قضبان بألوان مختلفة

خضراء أو بنية، مغلفة بورق الألمنيوم، أو بقوالب صغيرة مختلفة الأشكال والأحجام. وتتراوح نسبة

المادة الفعالة فيه بين 5 إلى 15 %.

Le Cat: القات 4. 3. 2

" هو نوع من الأشجار دائم الخضرة، اسمها العلمي (catha edulis)، تنمو في المناطق الحارة والمعتدلة أوراق لشجرة بيبضاوية مدببة وهي التي تحتوي على المادة المخدرة." [18] ص44.

1. 4. 3. 2 . طرق تعاطي القات:

أ- **استخلاص الأوراق:** التي يمضي على قطفها أكثر من خمسة أيام حيث تمضغ ثم تجمع بين الخد من جهة والأسنان والفكين من جهة أخرى، فتستحلب المادة الموجودة فيها وتبلع وعادة ما يشرب مع الماء أو المتلجات مع الإفراط في التدخين (التبغ) للشعور بالنشوة أكثر.

ب- **التجفيف:** تجفف أوراق القات ثم تسحق ثم تغلى مع بعض التوابل والسكر حتى تصبح كالعجينة ثم تقطع إلى أجزاء وتبرد، وعند الاستعمال تأخذ القطع للاستحلاب ووضعها في الفم ومصها حتى تذوب في الفم. " الاستحلاب المتكرر لأوراق القات أو تعاطيها بأي طريقة لفترة طويلة يؤدي إلى حدوث القليل من الاعتماد النفسي، وقليل جدا من الاعتماد العضوي، فيشعر المدمن بحالة من السرور والنشوة، ثم ما يلبث المدمن أن يشعر بالقلق والأرق والكآبة." [18] ص44.

يحتوي القات على مواد منبهة قوية المفعول تتراوح نسبتها بين 0.15 إلى 0.20% ومن

أهمها:

*مادة قات نور بسيدو إيفيدرين (Khat Nor-pseudo-ephedrin) وتسمى أيضا الكاتين (Katine) يشبه مفعولها مفعول المنشطات، تسبب الاعتماد النفسي فقط.

* مادة التانين (Tannine): توجد هذه المادة أيضا في الشاي تؤدي إلى الإمساك.

2. 4. 3. 2 . أضرار تعاطي القات:

أ- الأضرار الصحية:

- منع الشعور بالجوع، فيصاب المدمن بفقدان الشهية للطعام مما يعني سوء التغذية.
- الإمساك المزمن بسبب مادة التانين (Tanine) وبالتالي تجمع الغازات في الأمعاء فينتفخ البطن.

- الإفراط في التدخين يتسبب أيضا في الإصابة بسرطان الرئة، السل، بسبب المكوث طويلا في الأماكن المغلقة أثناء عملية الاستحلاب الطويلة مع الإفراط في التدخين.

ب- الأضرار النفسية:

تحدث مادة الكاتين (Katine) الموجودة في القات، الأرق الشديد للمتعاظمي، والشرود الذهني مما يؤدي إلى التوتر فيلجأ بعض المدمنين إلى شرب الخمر مما يزيد المضاعفات، وتكرار القلق

وقلة النوم والتوتر النفسي و العصبى عدد بعض المدمنين قد يؤدي إلى الجنون الفعلي في بعض الحالات، وحتى الانتحار.

2. 3. 5 . المنشطات: Amphetamines



"وهي المواد التي تسبب النشاط الزائد وكثرة الحركة وعدم الشعور بالتعب وتستخدم في علاج الاكتئاب الذهني والعصبي." [62] ص 109س

والمنشطات عقاقير إذا أعطيت للإنسان بالمقادير المسموح بها طبيًا أدت إلى: "تنشيط عملية التنفس وتنظيمها، بالإضافة إلى

تنشيط القلب وتقوية وتنظيم ضرباته، كما تؤدي إلى تنبيه الجهاز العصبي المركزي، وهي تستعمل لزيادة اليقظة ولتفادي النوم مفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية للطعام." [18] ص 44.

" ومن أشهر هذه المنشطات، الأمفيتامينات (Amphetamines)، حينما تمكن الألماني "إدليانو" (L.Edeleano) من تصنيعها معمليًا، وأول من وصف أثارها البسيكوفارماكولوجية (Psychopharmacologie) هو "جورجون أليس" (J.Alles) وتم تسويقها على شكل بخاخة للاستنشاق لمعالجة أغشية الأنف المخاطية تحت اسم البنزدرين (Benzédrine). [18] ص 49. وخلال الستينات من القرن الماضي، شاع استعمال الأمفيتامينات ضمن جدول المخدرات، وطبقا لما جاء في الاتفاقية عن إساءة بعض المؤثرات العقلية، أصدرت كل من منظمة الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية، قرارين حثًا بموجبيهما "حظر كافة استعمالات تلك المواد إلا لأغراض علمية أو طبية محدودة جدًا." [65] ص 325.

إن الأمفيتامينات تسبب اعتمادًا نفسيًا ولا تسبب اعتمادًا جسميًا، رغم أن الباحثين يقولون بأنها تؤدي إلى حدوث ظاهرة التحمل والاعتماد الجسمي وتستعمل على شكل حبوب أو حقن، فيجري امتصاصها بسرعة عذ دخولها إلى الجسم وتفرز الكليتين جزءًا كبيرًا من الأمفيتامينات دون أن يطرأ أي تغيير عليها إذا يعثر عليها في البول بعد تناولها، يستمر مفعول الحقنة الواحدة حوالي ساعتين والبعض من المدمنين من يتناول بين 15 و 40 حبة كل يوم.

2. 3. 6 . الأدوية ذات التأثير النفسي: Psychotropes

تقسم الأدوية ذات التأثير النفسي إلى ثلاثة مجموعات (المنومات، المهدئات، مضادات الكآبة والقلق) وبما أن هذه الأدوية تؤدي إلى الإدمان في حالة تعاطيها دون إشراف طبي، فقد نصت اتفاقية المواد النفسية لموقعة 1971م، على منع بيع المهدئات والمنومات إلا بموجب وصفة طبية رسمية.

2. 3. 7 . المنومات:

" وهذه العقاقير الخطيرة تشمل الباربيتورات التي حُضرت لأول مرة أدولف فونبيرا (A.Vonbeyer) عام 1864م على هيئة حمض الباربيتوريك ثم استطاع (إيميل فيشر) و(فون مرينج) عام 1903م أن يحضر منه مادة مهدئة ومنومة أطلق عليها اسم (فير وزال) نسبة إلى مدينة فيرونة الإيطالية التي اشتهرت به دونها. "[15] ص 77. وتقسّم هذه الباربيتورات إلى ثلاث مجموعات:

2. 3. 7. 1 . الأولى - طويلة المدى -:

أهم مركبات هذه المجموعة عقار الفينوباربيتال (Phénobarbital) المصنّع تجارياً تحت اسم (Luminal) أو (Gardénal) الذي يستخدم في علاج حالات الصرع، ويستمر مفعول هذه المادة ما بين 16 و24 ساعة.

2. 3. 7. 2 . الثانية - متوسطة المدى -:

مركبات هذه المجموعة هي الأخطر والأهم فيما يتعلق بالمخدرات حيث يؤدي سوء استعمالها إلى الإدمان عليها، وفي الأصل هي مواد منومة تم تصنيعها وتسويقها على شكل حبوب تبتلع مع الماء يستمر مفعول الحبة الواحدة بين ثماني وعشر ساعات، لكن بعض المدمنين يسحقون المركب ويذیبونه في الماء ويستعملون المحلول عن طريق الحقن الوريدي، وقد استخدم البعض هذه المركبات، ممزوجة مع مخدرات كالحشيش، أو المورفين أو الهيروين أو المنبهات (القهوة، الشاي) للحصول على أعلى درجة من النشوة والتأثير.

2. 3. 7. 3 . الثالثة - قصيرة المدى -:

وهي سريعة المفعول، حيث يبدأ مفعولها بعد 15 ثانية من تعاطيها بالوريد، وتستخدم في التخدير للعمليات الجراحية، وهي بذلك خارج نطاق الاستعمال لاسيما، ولا يستخدمها المدمنون على المخدرات والعقاقير لأنها تفقد الواعي خلال ثوان، ولا يشعرون معها بالنشوة.

2. 3. 7. 4. جدول رقم (03): بعض أنواع الباربيتورات وبعض خصائصها العلمية. [65] ص 19

الباربيتورات	اختصاص فرنسي	اختصاص أمريكي	لون الأقراص	التسمية Nom Argotique
Penthiobarbital	Nemlupal	Nemlupal	Jaune	Yellow jacket
Phénobarbital	Gardendal	Luminal	Violet	Purple hearts
Secobarbital	Immenoctal	Secontal	Rouge	Red devils
Amobarbital	Aunoctal	Amutal	Blue	Blue heaver
Amobarbital	Binoctal	Tuinal	Arc	Rain bows
+Secobarbital			enciel	

2. 3. 8. بدائل المخدرات:

بغض النظر عن الحشيش والمخدرات السالفة الذكر، فإن البعض خاصة الأحداث يلجئون إلى تعاطي أنواع أخرى بدائية وفتاكة، فهي تحدث تسهما عند استنشاقها إذ تخرق الرئتين بسرعة كبيرة إلى الدم وحتى الأعضاء الجذ حساسة كالدماع والكبد، وتعطل عمل الكثير من الأجهزة أو الوظائف الحيوية، كالتنفس وذبض القلب، ويستمر مفعول هذه المواد المستنشقة إلى ساعات طويلة من استهلاكها.

ومن هذه المواد نجد استنشاق الغراء (Pataxe) وطلاء الأظافر، ومسحوق الحشرات بعد حرقها بالنار، ولماع الأحذية (السراج) والبنزين و الديليون، أو بعض العطور مثل الكولونيا.

و بعد استنشاق هذه المواد الطيارة، أدد جوانب مشكلة تعاطي المخدرات والاعتماد عليها وإدمانها والملاحظ أن هذه المواد المستعملة في الغالب من طرق الأحداث و هذا ما يؤكد الطفل "رامي" دو الحادية عشر من العمر عن الأسباب التي دفعته إلى تعاطي هذا النوع من المخدرات فيقول: " عندما توفي والدي تزوجت أمي رجلا آخر أنجبت معه ولدين و بنتين، فمنحتهم كل اهتمامها و رعايتها، بينما أهملتني أنا و لم تكن تبالي بالمعاملة السيئة التي أعانيها من زوجها، فهو يشتمني و يضر بني أمامها فلا تحرك ساكنا و أحيانا يطردني من البيت فأغيب يومين أو ثلاثة ثم أعود من جديد ليتكرر نفس المشهد، و تعرفت خلال غيابي عن المنزل على مجموعة من الشباب و اتخذتهم أصحابا

فعلومني استنشاق لماع الأحنية، فأدمنت عليه، و أحياناً أعوضه بالببزين، حتى أنسى إهمال أمي و معاملة زوجها القاسية." [66] ص13.

أما عن الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى تعاطي هذه الأنواع من المواد السامة، فمن وجهة نظر المختصين لفسانيين إلى عدة عوامل هي :

- " غالباً ما يكون الطفل المدمن منتماً إلى وسط اجتماعي يعاني التفكك الاجتماعي، كأن تعيش الأسرة في مسكن ضيق، أو غير قادرة على تلبية حاجيات أفرادها، أو تعاني غياب الوالدين معاً أو أحدهما، غياباً مادياً أو معنوياً، وبالتالي تتخلى بحكم هذه الظروف المادية و الاجتماعية عن دورها الإيجابي في رعاية الطفل وتوجيهه بمراقبته اليومية.

__ كذلك نمط لتنشئة الاجتماعية، أو الوسط الذي نشأ فيه الطفل إذ يكون ذو صورة إيجابية عن ذاته، و ذلك راجع لاعتماده على العقاب البدني أو الاستهزاء و الخجل الذي نشأ عليه منذ الصغر... كما لا يتيح له تكوين الضمير أو (الأنا الأعلى) الذي يساعده على التمييز بين الخير و الشر، و يشعره بالندم إذا ارتكب فعل للشر، و الشعور بالارتياح و الطمأنينة إذا ارتكب فعل الخير." [66] ص12.

أما المختصين الاجتماعيين فأكدوا بأن أطفالنا جربوا على الأقل أكثر من نوع من المخدرات، و التي هي في الحقيقة بدائل المخدرات لسهولة الحصول عليها، و إذا وصلنا إلى تحليل واقع هذه الفئة، فإننا نؤكد على انه لم يعد إيمانها سرا، و أصبح واقعا ملموساً أسبابه، ظروفه، نتائجه معروفة للعام و الخاص، و لم نعد بحاجة لإخفاء الحقيقة، بل يجب علينا إيجاد الحلول الناجعة للقضاء على هذه الظاهرة، حيث تقول إحدى المختصات في علم الاجتماع " إن تعاطي الطفل للمخدرات أو بدائلها خطر كبير على المجتمع، و ذلك بذور الرذائل و ترويجها، و انتشار الزنا، الشذوذ الجنسي بين المراهقين و الأطفال و تسبب الانحلال الخلقي." [66] ص13. و في دراسة أخيرة أجريت بانجلترا ذكرت أن : "35% من الأطفال يدمنون شدة الببزين ، منهم 40% في إيمان الحبوب (الإبتدلون) المسكنة للصداع." [66] ص13.

أما إذا أردنا أن نطل الظاهرة من الناحية الطبية، فيقول الدكتور " ق. عبد الحميد " : " بأن المخدرات بصفة عامة لها تأثير قوي على جسم الإنسان، و بالأخص الطفل، فهذه المواد بها عناصر كيميائية تحتوي في تركيبها على مادة (السيلسيون) التي لها تأثير جد قوي على الجهاز التنفسي و القصبة الهوائية.

4. 2 . بعض النظريات المفسرة للإيمان:

إن أسباب تعاطي المخدرات و الإيمان عليها كثيرة و متعددة، متداخلة و متفاعلة مع بعضها بحيث يصعب الفصل بينها، و يصعب تحديد سبب واحد لها، و إن قلنا أن الإيمان يرجع إلى ظروف اجتماعية و إلى أسباب نفسية، فلا يمكن الفصل بينهما، فكيف يمكن الفصل بين شخصية المدمن و بيئته ؟

و نال موضوع الإيمان اهتمام العديد من الباحثين، و لقد تبنته نظريات عديدة، حيث قدمت تفسيرات مختلفة، كل تفسير يعتمد على الخلفية النظرية التي انطلق منها الباحث و مستمدة من واقع البحوث النفسية و الاجتماعية، والتي نبذوها بـ:

2 . 4 . 1 . النظرية الوراثية:

إن المدرسة الوراثية في تفسيرها للإيمان على المخدرات، تقوم على أساس " إن هذا السلوك ينتقل من المدمنين إلى أبنائهم، كما تنتقل لهم بعض لطباع. " [67] ص 56. و من بين الذين مثلوا هذه النظرية، نجد زعيم المدرسة الإيطالية (Cesare Lombroso) و كان ينادي " بأن المجرم يختلف عن غير المجرم بصغر أو كبر الجمجمة مع عدم انتظام شكلها، و ضيق في الجبهة و غزارة في شعر الجسم و الحاجبين و بروز عرض الفكين ، و نتوء عظام الخدين و كبر الأذنين و عدم انتظام الأسنان ، و طول النزاعين و قلة الإحساس بالألم و الميل إلى الوشم ، إلى غير ذلك من الصفات التي اعتبرها "لامبروزو" سماه المجرم بالولادة أو الوراثية. " [68] ص 37.

أي تسلم هذه النظرية بوجود الشخص المنحرف بالوراثة، وهي أول النظريات المفسرة في هذا المجال، و قد فندت من طرف واضعها في آخر حياته " إذ اعترف بوجود عوامل و أسباب أخرى غير العوامل البيولوجية، كالعادات و التقاليد و أنظمة الحكم السائدة في المجتمع، و فقدت هذه النظرية كمنظرة علمية قادرة على تفسير أسباب الانحراف. " [69] .

و هناك من عارض بشدة هذه الفكرة فمثلا (هادفياد) يقول: " من الحق من الذي لا يحتاج إلى توضيح أو تأكيد، أن ذا لا ذرث الا شراسة و الكبرياء، و الإيمان على الخمر و الانحرافات الجنسية. " [67] ص 56.

و هنا يبقى الجدل قائما، أيهما أكثر أهمية الوراثة أم البيئة ؟

ولكن من يرث الاستعداد لهذا السلوك، فإن البيئة هي التي تساعد على ظهور أو عدم ظهور هذا السلوك المنحرف، فقد أتضح أن نسبة كبيرة من مدمني المخدرات نشؤوا في أسر كان الآباء

والإخوة الكبار فيها يتعاطون المخدرات فهذا لا يعني أن الوراثة هي السبب الرئيسي في ظهور هذا السلوك لدى الأبناء وإنما التربية التي تلقاها هؤلاء الأفراد، فالمدمن على المخدرات لا يملك القدرة الكافية على رعاية أطفاله لا عاطفياً ولا مادياً، فوجود هذه الظروف والاستعداد الذي يملكه الطفل، فالاحتمال كبير في أن يصبح مدمناً.

2. 4. 2 . النظريات النفسية:

يعرف (ايكهورن) الجريمة من وجهة علم النفس بأنها " تعبير عن طاقة انفعالية لم تجد لها مخرجاً اجتماعياً قاده إلى سلوك لا يتفق مع الأوضاع التي سمح بها المجتمع." [69] أي أن هذا السلوك المضاد للمجتمع يقوم على أساس عدم التوافق، أو الصراع النفسي بين الفرد و نفسه أو بين الفرد وجماعته، وتركز الدراسات النفسية على تحليلين مهمين التحليل النفسي و التحليل السلوكي.

1. 2. 4. 2 . التحليل النفسي:

إذا تكلمنا عن وجهة نظر التحليل النفسي، فلا بدّ أن نتكلم عن مؤسس هذه النظرية (S.Freud) ومدى اهتمامه بهذا الموضوع، فمنذ 1905 جلب انتباه الباحثين إلى أهمية اللذة الفمية عند الأشخاص الذين يملكون ميلاً كبيراً نحو الشرب أو التدخين، "فتعاطي المخدرات يعتبر محاولة نكوص لمرحلة حدث فيها التثبيت وهي المرحلة القيمة، فالمخدر بالنسبة للمتعاطي هي محاولة إشباع هذه المرحلة، كما أشار (فرويد) إلى العلاقة الموجودة بين الإدمان وحالات الهوس الاكتئابي." [70] ص 616. والتي كانت موضوع اهتمام الكثير من المحللين، يقول (H.Rosenfeld) عام 1959 في دراسة تحليلية حول الإدمان "وجدت ارتباطاً كيميائياً بين هذا المرض -الإدمان - والحالات الهلوسية الاكتئابية... (أنا) المدمن على المخدرات ضعيف، لا يملك القدرة اللازمة لتحمل عذاب الإكتئاب لذلك وبسهولة يلجأ إلى ميكانيزمات هلوسية ولكن الاستجابة لا تتحقق إلا بمساعدة المخدرات." [71] ص 12.

"فالمخدر يعتبر وسيلة تساعد المدمن على الانتقال من الكآبة التي لا يستطيع أن يتحملها أذاه الضعيف إلى حالة شعور بالفرح وبالرضا وكذا باللذة، وأهم ما يجلبه له هو الشعور بالعظمة يترجم اكلينيكياً إلى حالة هوس." [71] ص 11.

ولقد ساعدت هذه النظرية على معرفة الدوافع التي تؤدي إلى السلوك المنحرف مما سمح بوضع أساليب تربوية على أساس التوجيه والتثنية الاجتماعية، وأظهرت هذه النظرية مشكلة للعلاقات بين الآباء والأبناء، إذ يؤدي عدم فهم مطالب وحاجات الأبناء إلى توليد مشاعر الذنب،

والنقص والأمراض النفسية المختلفة وإذا أحسن التدبير التربوي في أخريات مرحلة الطفولة، بإدخال عنصر الحب والحنان، والعطف الولادي فإن حاجات الطفل تصبح أكثر واقعية مما يسمح بتكوين علاقات متزنة ما بين الذات والعالم الخارجي.

2. 2. 4. 2 . التفسير السلوكي:

تقوم المدرسة السلوكية على القوانين الأساسية لنظرية التعلم، وتؤكد هذه المدرسة على أن أي سلوك سواء كان عاديا أو سلوكا مرضيا، فهو متعلم منذ المراحل الأولى من حياة الفرد. وتطبق هذه القوانين على ظاهرة الإدمان، بحيث ترى أن المدمن تعطم أنه كلما زالت همومه وأحزانه إذن فتعتبر عادة شريطية، هناك ارتباط شديد بين الشعور باللاذة والفرح والمخدر، ولكن يضعف تدريجيا لذلك فالمدمن يزيد من الجرعة ليحصل على نفس الشعور الذي كان يصل إليه في بداية تعاطيه للمخدرات.

وحسب دائما هذه النظرية فإن الشعور بالراحة والنشوة التي تنتاب المتعاطي أثناء تعاطيه ترتبط بمنبهات موجودة في المحيط الذي تعود التعاطي فيه. فهذه المنبهات تحث الشخص الممتع عن التعاطي إلى اللجوء مرة أخرى للمخدر. من بين هذه المنبهات نجد رائحة المادة المخدرة، مكان التعاطي، ورؤية الرفاق الذين يتعاطى معهم، فكلما تعرض إلى منبه من هذه المنبهات تذكر النشوة والفرح التي كان يشعر بها أثناء تعاطيه وبالتالي فإنه يرجع ثانية إلى التعاطي إن كان منقطعاً. إن التفسير السلوكي يعتمد على المثير والاستجابة ولكن هذا لا يكفي لفهم حقيقة الإدمان على المخدرات وأبعادها وكذا نفسية و ميول الشخص المدمن.

2. 4. 3 . وجهة نظر الطب في تفسير الإدمان:

إن التبعية الفيزيولوجية أو الجسمية للمخدر تعتبر المنطلق الذي يقوم عليه التفسير الطبي، فيرى أن خلايا الجسم و الأنسجة تعودت على هذه المواد فبوجودها يصبح السيبتوبلازم الخلوي متكيفا، أما عند غيابها فيختل التوازن الخلوي و بالتالي يؤدي إلى اختلال توازن الأنسجة، فالعضو بأكمله عندئذ تظهر عليه عدة أعراض و أشدها حدة هي: القيء، الإسهال، و فقدان التوازن، و تزول هذه الأعراض بعد العودة ثانية إلى المخدر، و ما هذه الأعراض إلا دليل على عدم أداء الأعضاء الداخلية للجسم لوظائفها و كذلك حاجة الجسم إلى هذه المادة التي أصدحت احد مكوناته الأساسية التي لا يستطيع الاستغناء عنها رغم هذا التفسير إلا أن الطب لم يتوصل بعد لتحديد الميكانيزمات التي تؤدي إلى الإدمان.

لقد قام التفسير الطبي للإدمان على نقطة واحدة و التي تتمثل في كون هذه الظاهرة مجرد تبعية جسمية فقط، و لكن المعترف به عند تعريف الإدمان انه تبعية جسمية و نفسية لمخدر ما.

2. 4. 4 . تفسير علم النفس الاجتماعي:

" إن الإدمان اليوم يعتبر احد أشكال الأمراض الاجتماعية، حيث تلعب الجماعة دورا مهما في انتقاء الأفراد و التأثير عليهم، و قد بين (Brown) و آخرون عام 1971 أهمية الجماعة في تعاطي مادة الهيروين، كما برهن علماء آخرون في دراسة قاموا بها على 155 شباب يتعاطون مادة الأفيون أن الجماعة تلعب دورا مهما في تعاطي هذه المادة بنسبة قدرها 89%." [21] ص129.

إن الدخول في جماعة مدمنة على المخدرات ليس بالأمر السهل بل يتوقف هذا على حفل الاشتراك أين يتم قبول الانضمام العضو الجديد إلى هذه الجماعة. هذا ما يجعل هذه الظاهرة تشكل سلوكا اجتماعيا، فعند هذه الجماعة لا يتوقف على التموين بالمخدرات بالنسبة للشخص المنخرط، بل تشكل نمونجا سلوكيا يتعلم منه. إن لهذه الجماعة خصائص و مميزات نستطيع بفضلها أن نتكلم على ثقافة فرعية (subculture) وهي امتلاكها للغة خاصة خاضعة إلى قوانين تسيرها. إن هذه الثقافات لفرعية لها وظيفة هامة، إذ تجعل من هذه الوضعية الإنحرافية مقبولة بالنسبة للفرد المدمن.

" وقد تم إثبات أهمية الجماعة و الثقافة الفرعية الإدمانية في عمل (Cohen) وعمل (Johnson) سنة 1975 اللذان قاما بدراسة في حوالي 20 مدرسة بنيويورك و التي تحتوي على 3500 طالب وصلت إلى النتيجة التالية: كلما اتجه الطلبة إلى الجماعة بدأوا في استهلاك القنب الهندي، عكس الطلبة الذين تأثروا بالثقافة الأسرية الذين يظهرون نوع من عدم الميل إلى الجماعة." [21] ص130. وهناك العديد من الأعمال توصلت إلى أن تأثير الجماعة أكثر أهمية بالمقارنة مع تأثير العائلة في تعاطي المخدرات عند الشباب .

إن دراسة (Johnson) سنة 1975 بينت أن الشباب غير المتأثرين بالثقافة الأسرية هم الأكثر تمسكا بالجماعة، أي أن ضعف المتابعة و الرعاية الأسرية يجعل الشباب مستعد للتأثر بالجماعة و الانقياد إلى قيامها، إن الشباب المتخرج من الطبقات الاجتماعية الأقل حماية أين نجد الوالدين في حالة عجز في التقمص الاجتماعي و الثقافي يشكون دوما من نقص الأهداف في حياتهم، و هم أكثر عرضة إلى السلوكات الإنحرافية.

2. 4. 5. النظرية الشمولية:

يمكن استخلاص الأسباب التي تؤدي إلى استهلاك المخدرات والمؤثرات العقلية من خلال العديد من الدراسات الميدانية التي تناولت مشكلة المخدرات والإدمان عليها، ومن الأسباب أو العوامل التي تدفع إلى المخدرات نذكر مايلي:

- 1- الرغبة في خوض غمار هذه التجربة، فيجرفه التيار ولا يستطيع العودة.
- 2- مجارات رفقاء السوء في المناسبات الاجتماعية إظهارا للرجولة و النضج بمعنى التقاليد والمحاكاة.
- 3- الاعتقاد الزائف بأن المخدرات تساعد على نسيان الهموم والمشاكل.
- 4- الرغبة في إزالة ما قد يعانيه الفرد من التوتر و القلق والصراع و التأزم الداخلي.
- 5- الرغبة في النشوة الزائفة.
- 6- قد يؤدي سوء التوافق النفسي والاجتماعي إلى اللجوء إلى المخدرات في حال تعرض الفرد لحادثة ما.
- 7- قد يتعاطى بعض الأفراد المخدرات اعتقادا بأنها تزيد من قوتهم في النشاط الجنسي، خاصة ممن يعانون من بعض الاضطرابات الجنسية كضعف الانتصاب أو سرعة القذف.
- 8- المشكلة الأسرية بما في ذلك التصدع والصراع و الطلاق، والخيانة الزوجية.
- 9- نشأة الفرد في جو عائلي يتعاطى المخدرات.
- 10- حرمان الطفل أو المراهق من المتابعة الوالدية بسبب انشغال الآباء أو نتيجة لغيابهم (الموت، الطلاق).
- 11- الإسراف في تدليل الطفل، أينما وكيفما ومتى شاء، ويدخل هذا في نطاق إعطاء النقود له يوميا دون مراقبة، مما يمكنه من العبث بها، ومنها اللجوء إلى المخدرات.
- 12- تعرض الفرد لكثير من مواقف الفشل والإحباط والإحساس بالظلم الاجتماعي والإقصاء.
- 13- ضعف الوازع الديني.
- 14- الثقافة المحلية داخل المجتمع، قد تؤدي إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات.
- 16- كذلك فإن الأسباب ذات الآثار السلبية الكثيرة، نجد البطالة الفعلية أو المقنعة التي يتعرض لها الشباب.
- 17- تفشي الفساد والانحراف بشتى صورته، خاصة الجريمة المنظمة.
- 18- عدم توفر فرص للنشاط الايجابي لقتل أوقات الفراغ ممن ما يؤدي إلى الشعور بالملل.

19- الأخطاء التي ترتكبها أجهزة الإعلام، خاصة الهوائيات المقعرة والجرائد والمجلات، التي تدعي أنها تهتم بالشباب.

20- ضعف السلطة الأبوية وتفك الروابط بين أعضائها، مما يزيد المراهق بالولاء لجماعة رفقاء السوء على حساب الأسرة.

هذه بعض الأسباب والعوامل التي فسرتها نظرية الشمولية، من خلال الواقع المعاش.

2. 4. 6. وجهة نظر علم الاجتماع:

يهتم علم الاجتماع بدراسة الظواهر الاجتماعية الموجودة في المجتمع دراسة علمية منظمة والظواهر الاجتماعية متعددة، ولكن هناك ظواهر عامة في المجتمع كاله، مثل السلوك المنحرف والإجرام والإدمان "والإدمان كسلوك منحرف هو وعنه مسابقة المعايير الاجتماعية" [67] ص 63. ويفضل علماء الاجتماع استخدام مصطلح الانحراف بدلاً من استخدام مصطلح السلوك الشاذ. وإذا كانت النظريات النفسية تنطلق أساساً من خلال البعد الذاتي لشخصية المدمن وعوامل تكوينها فالنظرية الاجتماعية تنطلق من عملية الفهم الشامل لهذه الظاهرة من خلال بنية المجتمع ومؤسساته، لأن ظاهرة الانحراف متعددة الأبعاد والمستويات، ويمكن تناول بعض هذه النظريات كالتالي:

2. 4. 6. 1. نظرية مرتون: R.Merton

ركزت هذه النظرية على أثر الثقافة الفرعية في الانحراف في أوساط الفئات الشبابية، وترى أن طبيعة البنية الاجتماعية هي التي تدفع الأفراد إلى السلوك المتكيف أو المنحرف، وفهم هذه البنية، لا بد من الوقوف على منشأ أهداف ومعايير المجتمع.

- **الأهداف:** يرى صاحب هذه النظرية أن لكل مجتمع أهداف واهتمامات تشكلت خلال مراحل تاريخية معينة، وأصبحت تمثل إرثاً حضارياً وعن طريقها تظهر آمال أفراد المجتمع، كما يظهر نظام ترتيب القيم الاجتماعية حسب الأهمية.

- **المعايير:** وهي التي تضبط وسائل الوصول إلى الأهداف، لأنها تمثل قواعد ضبط السلوك ومن خلالها (أي هذه القواعد) ترتب المعايير وتضبط كيفية الوصول إلى الأهداف دون الخروج عن الأطر الاجتماعية المتعارف عليها "أما العلاقة بين الأهداف والمعايير، فليست متوازنة ولا ثابتة، فعندما تكون البيئة الاجتماعية غير متكاملة ولا تؤدي وظائفها، يحدث التأكيد على الأهداف، وعندما تكون جميع السبل والوسائل مقبولة للوصول إلى الأهداف" [70]. وعندما تعم هذه الحالة في المجتمع تغيب المعايير والوسائل المشروعة للوصول إلى الأهداف.

ورغم وجود بعض المآخذ في هذه النظرية إلا أنها تجاوزت الإشكال القائم بين اندراف الفقراء دون الأغنياء ولا زال يؤخذ بهذه النظرية حتى الدراسات الحديثة.

2. 6. 4. 2 . نظرية Dounald.R.Taft :

ملخص هذه النظرية أنه إذا كانت ثقافة مجتمع ما تتميز بالديناميكية والتعقيد، وتسود فيها معايير وقيم وتمجد المادة، وتعمل على تشجيع الصراع والمنافسة بين الأفراد، وتشيد من جهة ثانية بمن ينجح في هذا الصراع وفي نفس الوقت تصلح أمام الأغلبية العظمى من فئات المجتمع المختلفة جميع منافذ النجاح فيضطرون تحت ضغط الحاجة في المجتمع في الأحياء والأماكن الفقيرة التي تتعدم فيها أبسط ضروريات الحياة، وهو ما يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية ضارة بمصالح المجتمع ككل، إلا أن تفسير السلوك المنحرف بالعوامل الثقافية دون الإشارة إلى الأصل وكيفية ظهور هذه الثقافة المجتمع يجعلها نظرية شاملة.

2. 7. 4. 2 . مدى إمكانية الأخذ بهذه النظريات :

لقد عملت أهم النظريات النفسية الاجتماعية على تفسير ظاهرة الانحراف بصفة خاصة انطلاقاً من مجال اهتمام كل نظرية والظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي أنتجتها، أما مدى إمكانية الأخذ بها أو بجزء منها على الأقل لتفسير ظاهرة تعاطي المخدرات والإيمان عليها في مجتمعنا، واتخاذ الإجراءات التربوية والتوجيهية لفائدة الفرد والمجتمع سواء في المؤسسات المتخصصة أو على مستوى الأسرة والمحيط الاجتماعي.

ومنه إذا أخذنا بهذا الطرح النظري بالكيفية التي طرح بها في المجتمعات المنتجة لهذه النظريات لا يؤدي إلى فهم الأسباب الحقيقية لهذه الظاهرة أو على الأقل محاولة تفسيرها، لأن هذه النظريات في مضمونها تبريرية وتصويغية للنظام الرأس المالي، الذي نحن الآن نعمل على تجميل وتزيين وجهه وتلميع مستقبل هذا النظام دون ماضيه.

فلو سلمنا جدلاً أن الفقر سبب مباشر للانحراف بالمقياس الغربي لأصبح الباحث نفسه في مجتمعنا غير متكيف اجتماعياً، كذلك إذا اعتبرنا الأحياء الهامشية مرتبطة بالانحراف وعلى ساكنيها أن يكيّفوا أنفسهم على أوضاعهم بدل الانحراف فإن هذه المقولة لا تليق كفرضية دراسة في مجتمعنا.

لأن عملية إعادة إسكان إن كان يسكن في الأحياء القصديرية في مساكن لاثقة يلغي فرضية التكيف على الحياة الهامشية، لذلك فالأخذ بهذا الطرح يحتم مراعاة الخصوصية الاجتماعية والثقافية والتاريخية لكل مجتمع، وإذا انتفى هذا الشرط أصبحت هذه النظريات مجرد أثر نظري لا يصاغ منها إلا تقنية بحثها، أما إذا رعت هذه الخصوصية فإنه يمكن استغلال النتائج المتوصل إليها

واستعمالها خاصة طرق العمل والتدخل من أجل توجيه الاهتمام والعناية إلى مختلف الفئات الاجتماعية التي تعاني الإقصاء والتهميش خاصة الشباب من أجل إدمانهم في المجتمع بشكل ملائم كأفراد قادرين على تحمل أعباء الحياة بكل متطلباتها.

5.2 . عوامل متعلقة بالمادة:

إن التعلق بالمخدر والإدمان عليه متوقف على وجود المخدرات وسهولة الحصول عليها، ويمكن حصرها فيما يلي:

2. 5. 1 . الوفرة:

تشير لنا كثير من الدراسات التي أجريت في هذا الموضوع إلى أن الدرجة التي تتوافر بها مادة مشروعة أو غير المشروعة في المجتمع عاملاً مهماً في انتشارها وعلى سبيل التجربة، ويمكن القول بناءً على ذلك، أن العرض والطلب يعززان الواحد منهما للآخر في انتشار استعمال المخدرات أو سوء استعمالها والإبقاء عليها، وتواصل الدائرة المفرغة للطلب المتزايد والعرض المتزايد، وخلق الأنشطة غير المشروعة في المخدرات، وبهذا يمكننا القول أن درجة توفر المادة المخدرة في المجتمع، إنما تعتبر مؤشراً لنوع من التوازن بين العرض والطلب، وفي الوقت نفسه فإن العرض والطلب يتأثران بالقوانين والنظم والعوامل الاقتصادية الفعالة في المجتمع، ومعنى ذلك أنه مع زيادة وفرة هذه المادة في المجتمع والتسامح في تطبيق القوانين، يزيدان في الإقبال على تعاطيها.

حيث أشار التقرير الأممي لعام 2003 والخاص بالهيئة المكلفة بمكافحة المخدرات " رواج ظاهرة تسويق الحبوب المخدرة في الجزائر بصورة غير قانونية، وغير شرعية بعد استيرادها بصورة غير قانونية حيث تتسرب حسب التقرير كميات معتبرة منها في الأسواق الموازية ويتم استهلاكها على نطاق واسع خارج الرقابة... مما يعتبر مصدر تهديد واخلال لكامل المجتمع الجزائري." [72] ص12.

" ونذكر التقرير أن مادة بانزوديازيبين (Benzodiazepines) المخدرة متداولة بكمية معتبرة في الجزائر بعد أن يتم تحويلها، وعليه دعت الهيئة الأممية المتخصصة الحكومة الجزائرية إلى تدعيم وتعزيز نظام الرقابة وآليات توزيع المواد الصيدلانية." [71] ص12.

إضافة إلى ذلك يعتبر " الأثمن " من العوامل التي تتدخل أيضا في تشكيل معدلات انتشار ظاهرة التعاطي ثم الإدمان، كما قد تتدخل بأشكال مختلفة، منها تعديل معدلات الانتشار، وذلك بالعمل على زيادتها وتقليصها، ومن جهة أخرى يلعب " الأثمن " دورا أساسيا في تشكيل انتشارها في المجتمع، أي يتسم استهلاك الأصناف حسب المستوى المعيشي الذي يتميز به الفرد من حيث دخله

الفردى وقدرته الشرائية، فمثلا يصل ثمن الكوكايين فى الجزائر ما بين 6000 دج إلى 8000 دج للغرام الواحد، لذلك يقبل المدمنون الأصناف الأقل تكلفة مثل: الحشيش والأقراص المهلوسة...الخ، لىتنجب مشقة غيابه.

2. 5. 2 . القوانين المعمول بها المجتمع:

لقد لجأت معظم حكومات العالم، فى فترات تاريخية إلى استخدام آلية القانون للتأثير فى معدلات انتشار التعاطى لكثير من المواد المؤدية للإدمان، لكن فى الواقع نلاحظ أن هناك نقص فى التشريع، الإعلام، التربية...الخ، هذا مما جعل المروجين لهذه السموم يصلون بها إلى كل أنحاء العالم، وفى هذا السياق يقول البروفيسور رجمي " أن كميات المخدرات التى يتم تسويقها أكبر من المواد المحجوزة، وأن التجارة بالمخدرات تعد اليوم السوق الثانية عالميا بعد المتاجرة بالسلاح، حيث تحقق ما لا يقل عن 500 مليار دولار من الأرباح." [73] ص13.

فقد استفادت هذه العصابات من التطور التكنولوجى المسجل فى ميدان المعلوماتية، حيث أصبحت تستعمل وسائل حديثة، وخطط محكمة. " ولأجل ذلك لجأ هؤلاء المهربون إلى المناطق الساحلية، واستخدموا المياه الإقليمية مبتكرين لذلك وسائل جديدة لتهرب المخدرات باتجاه أوروبا أو إلى داخل الجزائر، فعمدوا إلى استعمال قوارب الصيد والزوارق لاسريعة المجهزة بثلاث محركات قوية تصل قوة المحرك الواحد إلى 315 CV بعرض يقدر بـ 3.63 م وعمق يصل إلى 1.43 م وبطاقة حمولة تصل إلى 5 أطنان وسرعة فى حدود 45 عقدة، ويتم صنعها فى مملكة مالاقا (Malaga) الإسبانية، أين توجد ورشات بيع وصنع هذه الزوارق المتخصصة فى نقل المخدرات والهجرة غير الشرعية، ويصل مبلغ الزورق الواحد منها إلى 400.000 دولار." [74] ص14.

ويشير تقرير المنظمة الدولية لمراقبة المتاجرة بالمخدرات التابعة للأمم المتحدة لسنة 2001 أن: " تروج المخدرات فى دول مثل جمهورية التشيك، يتم من خلال الأنترنت أو الهاتف النقال، وأن أكبر دولة منتجة لهذه المواد وهى المكسيك بحدودها مع الولايات المتحدة الأمريكية - 3000 كلم - تعد منطقة مثلى لتهرب المخدرات إلى الولايات المتحدة الأمريكية بكميات معتبرة وتقدر بمئات الأطنان وتجلب مداخيل سنوية تفوق الناتج الوطنى الخام لدولة المكسيك." [1] ص10.

2. 6 . عوامل متعلقة بالوسط الاجتماعى الخاص بالمدمن:

لماذا يقبل بعض الناس على تعاطى المخدرات وهم يعلمون أضرارها ويقفون على أخطارها؟ إن محاولة الإجابة عن هذه الأسئلة تجعلنا نأخذ فى الاعتبار عوامل وعناصر متعددة تتسم بالتعقيد،

بعض هذه العوامل تتعلق بالفرد، وبعضها يتعلق بالبيئة التي يعيش فيها بكل من فيها من مؤثرات ويمكن أن نتعرض لهذه العوامل على النحو التالي:

2. 6. 1. أسباب تتعلق بمتعاطي المخدرات:

2. 6. 1. 1. إدمان المخدرات والوراثة:

يكاد يكون موضوع الوراثة وعلاقتها بالسلوك الإنساني من أبرز المشكلات التي تجابه الدراسات الإنسانية المعاصرة، وقد ذهب بعض العلماء إلى القول بتأثير الوراثة في تكوين طباع الفرد وأخلاقه وسلوكه، وأظهر - لامبروزو - فكرة المجرم المطبوع بالولادة. [75] ص 156. وقال البعض بتوارث الاستعداد التكويني الفطري لارتكاب الجريمة، ويتضمن ذلك الاستعداد لتعاطي المخدرات، ولقد قيل: " إن الحدث المجرم إنما هو نتاج لعائلة أغلب أفرادها من المجرمين الخارجين عن القانون. " [76] ص 36.

هذا فيما يتعلق بعلاقة الوراثة بالسلوك الإجرامي والانحراف بصفة عامة، أما عن تأثير الوراثة في ظاهرة تعاطي المخدرات، فإنه لم تجر في الجزائر ولا في دمل العالم العربي أية دراسات حول تأثير الوراثة على ظاهرة تعاطي المخدرات، أما على المستوى الدولي أجرت هيئة الأمم المتحدة دراسة عن الأطفال والمخدرات، وأوضحت فيها أن: " آلاف الأطفال في العالم يولدون مدمنين على الهيروين، وذلك بسبب إدمان أمهاتهم لهذا المخدر، وأن الشيء الذي يعرفونه في العالم هو الألم الحاد للانقطاع عن تعاطيه. " [58] ص 463.

2. 6. 1. 2. التكوين العضوي للمدمن:

يرى بعض العلماء أن هناك علاقة بين تكوين الجسم وخصائصه وبين طبيعة خلق الفرد وسلوكه إلا أن العلم لا يصل إلى تحديد الصلة بين السلوك الإجرامي وبين العيوب الخلقية، أو التكوين العضوي للفرد.

أما محاولة تفسير العلاقة بين التكوين العضوي وظاهرة تعاطي المخدرات، فنجد أن التكوين العضوي للفرد لا يمكنه من الاستمرار في عمله فترة طويلة تمكنه من الحصول على عائد مادي يحتاجه، الأمر الذي يدفعه إلى تعاطي المخدرات لتعويضه على الاستمرار في العمل، " وقد بيّنت الدراسة التي أجرتها الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات على مجموعة من مائة شخص من مدمني (الماكستون فورت) في الفترة من 1969 إلى 1979، أن من الأسباب الرئيسية لتعاطي هذا العقار، زيادة قدرة التكوين العضوي للشخص على تحمل مشاق العمل فالاستمرار فيه أطول فترة ممكنة. " [58] ص 65.

وقد يكون هذا التفسير مقبولاً لدى البعض على اعتبار أن شخصية الإنسان هي الوحدة الجامعة بين جسده ونفسه، وقد تؤدي العيوب الجسمية بما تحدثه من آثار الإقدام على تعاطي المخدرات، إذ أن: "الكيان الجسمي أو البيولوجي هو الأساس الذي تقوم عليه الشخصية كلها، وهو أساس نموها في جوانبها المختلفة." [77] ص 117.

لكن لا يجب أن نركز على هذه العلاقة وحدها، في تفسير ظاهرة معقدة كظاهرة تعاطي المخدرات.

2. 1. 6. 3. التكوين العقلي للمدمن:

هل يتأثر سلوك الفرد نحو تعاطي المخدرات بقدرته العقلية ودرجة نكائه ؟

إن هذا السؤال قد يدفعنا إلى البحث عن علاقة الموهوبين من الناس وتعاطي المخدرات، فقد وجدت بعض الدراسات: "أن الموهوبين من الناس أكثر امتيازاً في ثباتهم الانفعالي واتجاهاتهم الاجتماعية، وقد أكدت هذه النتيجة سجلاتهم التي تخلو من الجرائم." [78] ص 263. ومن ثم فلن يقبلوا على تعاطي المخدرات إلا في حالات نادرة. " ولعل ما يؤيد هذا الاستنتاج ما أوضحت الدراسات التي أجريت على متعاطي المخدرات في الهند، فقد ثبت أن أكثر من يتعاطون الحشيش يتصفون بالغباء أو بقلّة الذكاء، الأمر الذي قد لا يمكنهم من مواجهة مشكلات حياتهم على نحو صحيح، فيلجئون إلى المخدر هروباً من مشكلاتهم التي لم يستطيعوا حلها." [58] ص 469.

على أننا لا ينبغي أن نأخذ العلاقة بين الغباء وبين تعاطي المخدرات على أنها من المسلمات في انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات.

2. 1. 6. 4. التكوين النفسي للمدمن:

ينظر علماء النفس إلى التكوين بوصفه العامل الحاسم في تعاطي المخدرات، وأن ثمة دوافع نفسية تدفع الفرد إلى التعاطي من أجل تحقيق التوازن النفسي، ولا يمكن تحقيقه بدون المخدر، " ويذهب البعض إلى أن أسباب التعاطي ولو تنوعت لا تعدو أن تكون دلالة على أن المتعاطين يعانون من قدر كبير من القلق والتوتر، يعبرون عنه ويتخففون منه عن طريق المخدرات." [79] ص 12.

2. 1. 6. 5. الجنس كسبب لتعاطي المخدرات:

تشيع بين الناس كثير من الآراء حول قدرة المخدرات على تحقيق حالة الإشباع الجنسي، وتذهب إلى حد القول بأن الدافع الوحيد إلى تعاطي المخدرات يرجع إلى الرغبة الجنسية، " وقد بينت نتائج أبحاث ظاهرة تعاطي الحشيش بمدينة القاهرة أن 25% من أفراد العينة قرروا أنهم بدأوا تعاطي الحشيش سعياً وراء تحقيق اللذة الجنسية، كما قرر 66%... أن الرغبة الجنسية من بين العوامل

الرئيسية التي دفعتهم لتعاطي المخدرات." [58] ص 466. غير أن جميع الدراسات التي أجريت اتفقت على أن المخدرات لا علاقة لها بالجنس، بل تعمل على ما هو شائع بين الناس من الاغتصاب والبغاء و الزنا والشذوذ والجرائم الأخرى.

7.2 . الأسباب المتعلقة بالإطار الاجتماعي الثقافي:

هناك مجموعة من العوامل الاجتماعية التي تكوّن التربية الخصبة لتطور تعاطي المخدرات، ومن الصعب معالجة مشكلة المخدرات دون معالجة صحيحة للواقع الاجتماعي الذي أنتجها، ذلك لأنها بطبيعتها متعلقة بطابع المجتمع البنائي، " وجميع المشكلات مهما كانت طبيعتها تشترك في أسس واحدة وهي أن ثمة عائق يقف أمام الفعل الاجتماعي، أو الفهم العام، ويسد طريق السلوك الاجتماعي، وينحرف بها في اتجاهات غير طبيعية، وكلمة افشلت وسائل المجتمع في مواجهة الصعاب، فإن نوعا من التحري يظهر في صورة مختلفة من بينها تعاطي المخدرات." [80] ص 37، ولقد ثبت أن " المشاكل الاجتماعية، وما يتبعها من سلوك انحرافي يظهر على بعض الأفراد، مسألة تشير إلى التقك في البناء الاجتماعي من ناحية، والى تناقض عناصر الثقافة وموجهاتها الأساسية من ناحية أخرى." [80] ص 81.

ومن العوامل الاجتماعية ذات الصلة الوثيقة بالبناء الاجتماعي وبالعناصر الثقافية، والتي عن طريقها يمكن تفسير ظاهرة المخدرات ما يلي:

1. 7.2 . التقك الأسري:

لقد ظهر من نتائج دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات، " أن تخلخل الاستقرار في جو الأسرة، ممثلا في انخفاض مستوى الوفاق بين الوالدين، وفي تآزم الخلافات بينهما إلى درجة الهجر والطلاق أحيانا مع شعور غالب لدى الفرد بعدم اهتمام والديه به، من العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات." [58] ص 492.

وهناك دلائل يجب ملاحظتها عند دراسة حياة المدمنين الخاص بتشتته في الأسرة:

- عدم الإشباع البدني للحاجات الفسيولوجية منذ الميلاد بطريقة جيدة.
- الخطأ في الفطام.
- الإهمال: " إن الإهمال من جانب الوالدين يؤدي إلى الاستجابات السلبية من جانب الطفل، ويعتبر مصدرا أساسيا لتكوين الشعور بعدم الثقة والأمن وسوء التوافق، ويعبر الوالدين عن الإهمال بصور مختلفة شعورية أو لا شعورية، كإحباط المتصل للطفل والإنكار لشخصيته وحاجاته،

والنقد اللاذع المستمر أو بتفضيل طفل آخر عليه، أو بعدم الاكتراث التام بحياته ومطالبه. [67] ص 79.

- **السلطة والنظام:** " إن علاقة الطفل بوالديه تلعب دورا كبيرا في تعلمه تقبل السلطة والنظام، وبالتالي التوافق لاسليم، وفي هذا الصدد، كلما كانت المعايير الأخلاقية والاجتماعية للآباء الملزمة لسلوك الطفل مناسبة لسنه وقدراته وخبراته السابقة، كلما كانت متزنة ومعقولة، ومطلوبة بطريقة حازمة وعطوفة في الوقت نفسه، ساعدت الطفل على تقبله لمطالب الواقع وقيوده ومعايير، فإذا كانت قيود سلطة الوالدين ومستوياتها فوق قدرات الطفل، ومفروضة عليه بطريقة تتسم بالقسوة والتعسف، فإنها تؤدي إلى أن يستجيب لها إما بالتمرد والعصيان... وفي حالة خلو حياة الطفل من حدود ومعايير ومستويات السلوك، أو تذبذب في هذه المعايير، اختلط الأمر عليه، بحيث ينمو مفتقرا القدرة على تحمل الإحباط المناسب ومن ثم سوء التوافق مع معايير المجتمع. [67] ص 80.

- **الكرهية والعدوان:** إن استجابات الطفل العدوانية للإحباطات البيئية أمر طبيعي في المراحل المبكرة لأنه لنتيجة لنمو الطفل واكتشافه لقدراته على السيطرة على البيئة، " والتعبير عن العدوان ونتائجه يتوقف على تكوين الطفل الأساسي من ناحية، كما يتوقف على درجة الحرمان والإحباط، وكذلك على درجة وقع الاستجابة الوالدية لعدوان الطفل... فالقسوة والعقاب الشديد والتأثير على كل تعبير عدواني ينمي لدى الطفل شعورا قويا بالذنب، وخوفا من العقاب، مما يؤدي إلى تكوين استجابات الكف والجبن الشديد، كما قد يؤدي إلى العكس أي التمرد والعصيان وهو طريق الجنوح والجريمة فيما بعد. [67] ص 81.

- **الاعتماد الطويل على الوالدين:** " إن تدليل الطفل وتقبله شروطهما، من العوامل المؤدية إلى الاعتماد على الآباء... وهناك عامل لا يقل أهمية، وهو عدم استعداد الوالدين للتنازل عن الطفل، بمعنى تركه حرا، ومثل هذا الطفل إذا نشأ على مثل هذا الأسلوب التربوي الخاطئ، فسوف يواجه مصاعب شديدة غير محتملة إذا وضعت ظروف الحياة في موقف لا يجد فيه أي مساعدة أو تدعيم. [67] ص 82.

- **الانفصال بالطلاق:** من الخبرات التي تؤدي إلى تصدع شخصيات الأطفال والتي يكون لها الأثر في نموهم الانفعالي، تلك التي تتجم عن التفكك الأسري بسبب الانفصال أو الطلاق، وهي بالنسبة للأطفال أشد خطرا، " إن الطفل الذي افترق أبواه بالطلاق، يجد أن أسلوب الحياة الآمن الذي كان يألفه في حياته اليومية، قد أصابه التصدع... وكثيرا ما يكون الطفل من صغر السن، ونقص

الخبرة بحيث يعجز عن فهم أسباب هذا التصدع، فيشعر بالحيرة والارتباك والخوف، ويحتمل أن يواجه شعوره نحو المجتمع كله." [67] ص 82.

- **علاقة الطفل بإخوته:** إن شعور الطفل بالعدل في توزيع الحب الوالدي على الإخوة جميعاً، هو أهم ما في العلاقات الأخوية، وذلك لا تثار لديه مشاعر الغيرة والكراهية، وعدم الشعور بالأمن أو الشعور بالنقص، أو الشعور بالقوة والتفوق... "ومن المظاهر الأضارة في هذه العلاقات، المحاباة المنافسة الأضارة، المقارنات المستمرة، كل ذلك ينمي لدى الفرد الكراهية للاندحورية، والتعصب والتعويض المرضي، والاكنتاب أو العدوان، الذي يكون اتجاهاً نحو الانحراف أو الجريمة." [67] ص 81.

- **الطفل غير المرغوب فيه:** "إن الطفل الذي يشعر بأنه غير مرغوب فيه تماماً، فلما تتكون عنده القدرة على الاستجابة لمشاعر الآخرين... فانتباهه يكون مركزاً في الغالب على ما يعانيه من حرمان، عنده الاستعداد الكبير لأن يرجع أقل اختلاف أو إهمال المعاملة الظالمة، وقد يشعر بحاجة قوية للحب والحنان، ولكن قدرته على رد هذا الحب أو اعتبار رغبات أو مصلحة شريكة تكون ضئيلة، مثل هذا الطفل كثيراً ما يصبح مدمناً في مستقبل حياته، وعندما يفشل في تحقيق الاستقرار عن طريق الإدمان فإنه غالباً ما ينتحر." [67] ص 81.

2. 7. 2 . الحراك الاجتماعي والهجرة:

تشير الدراسات المعنية بتأثير الحراك الاجتماعي على السلوك المنحرف إلى إحدى المشكلات التي يعاني منها المجتمع الحضري، ولا شك أن "الحراك داخل المجتمع يعني غالباً هجر الأقارب والجيران، ومن ثم يواجه الفرد بمعايير جديدة، وهذا يتحتم التوفيق بين تلك المعايير وبين تلك التي ألغوها من قبل." [81] ص 291. ويلاحظ عموماً أن الذين يقومون بالهجرة من الريف إلى المدن، يزداد فيما بينهم حالات الاكنتاب الشديد وخصوصاً في بداية انتقالهم من البيئة الريفية إلى البيئة الحضرية.

"إن وضع المهاجر في البيئة الحضرية الجديدة، ينطوي على استجابات لثقافته القديمة، وعلى صراعات وتوترات مع البيئة الحضرية الجديدة والمختلفة تمام الاختلاف مع بيئته القديمة، وكذلك مع الأدوار الجديدة التي يؤديها." [81] ص 115.

3. 7. 2 . المدرسة:

تعد المدرسة بعد الأسرة التجربة الاجتماعية الأولى في حياة الفرد، وتؤدي دوراً بالغ الأهمية في عملية التنشئة الاجتماعية وحماية الفرد من الانحراف.

وهي فضلا عن كونها البيئة النوعية التي تتيح للذشأ التفكير السليم والمنهج العامي السليم، ومن وظائف المدرسة الهامة بوصفها المؤسسة الاجتماعية الرسمية التي تقوم بوظيفة التربية، نقل الثقافة، وتوفير الظروف الملائمة للنمو جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا.

كما أن للمدرسة أهمية خاصة بوصفها المكان الأول الذي تظهر فيه علامات الخطر الأول على نمو الطفل في المستقبل " وقد أتضح من دراسات حالات عديدة من الأحداث المنحرفين، إن للمدرسة علاقة وثيقة بجنوحهم، وقد يسبب طلب إدارة المدرسة من التلميذ إحضار ولي أمره بسبب الغياب والتأخر عن الحضور الدراسي المنتظم إلى إثارة عامل الخوف في نفسه، ومن ثم دفعه لأن يهيم في الطرقات، مما يجعله معرضا للاختلاط بقرناء السوء." [82] ص 40.

ومن المؤسف أن الطفل كثيرا ما يجد في المدرسة عوامل تساعد على الانحراف، مما يحفز به إلى التمرد على النظام المدرسي، " وكثيرا ما يشجع المعلم غير المؤهل وعلاقته السيئة بتلاميذه وأجواء العداة والسخرية سواء في المعلم نفسه أو من زملائه في الصف، أو التعليمات والتهديدات من إدارة المدرسة المباشرة وغير المباشرة إلى الانحراف واهتزاز ثقته في المدرسة والبيئة والمجتمع." [82] ص 41.

ويمكن أن نلمس هذا الانحراف على شكل صور متعددة منها:

- الهروب من المدرسة.
- عدم الحضور المنتظم.
- التخلف الدراسي.
- مظاهر إنحرافية وسط البيئة المدرسية.
- الخوف من المدرسة وتركها التسرب.

4. 7. 2 . الجماعة المرجعية:

" المقصود بالجماعة المرجعية هي تلك التي يشتق منها الفرد أحكامه وقيمه... ولقد ظهر هذا المفهوم في نطاق علم الاجتماع، وعلم النفس الاجتماعي، نتيجة لإيمان كثير من العلماء الاجتماعيين، بأن الفهم الكامل للسلوك الاجتماعي، يتطلب التعرف على العمليات التي من خلالها يربط الأفراد أنفسهم بالجماعات." [81] ص 281. إن الثقافة السائدة في الجماعات المرجعية المنحرفة، تنشأ وتقوى نتيجة تدعيم غير رسمي من البيئة فالجماعات المرجعية تستمد ثقافتها من البيئة التي تعيش فيها، ومن المجتمعات المحلية المجاورة، فكثيرا ما يحدث انتشار ثقافي للعادات الفكرية التي تنتفق عليها الجماعات المرجعية. " إن الجماعة المرجعية لا تكون في كل الأحوال، من فئة واحدة دائما، أو من

سن وحدة أيضا، كذلك لا تكون من أصحاب مهنة واحدة، أو من أماكن واحدة، ولكن الجماعة المرجعية هي الجماعة التي يؤمن أعضائها بأفكار متشابهة، وقد نجد جماعة مكونة من ثلاثة أجيال، ومن العديد من المهن، ومن العديد من المستويات الاجتماعية المختلفة، ولكنها مع ذلك جماعة مرجعية فاسدة متماسكة." [67] ص106.

" وهنا أشير ومن خلال دراستنا الميدانية، إلى أنه في كثير من الحالات، يحدث انهيار للعلاج، ويعود المدمن إلى العقار، لأنه وقع تحت تأثير الأفكار المتلاحقة من الجماعة المرجعية، وهو في ذات الوقت لم يكون له في المصلحة مستوى فكريا مستقلا، يستطيع أن يثق فيه ويعتمد عليه في محاربة أفكار الجماعات المرجعية." [رأي الباحث].

2. 7. 5. وسائل الضبط الاجتماعي:

تنشأ وسائل الضبط الاجتماعي، لكي تحمي الأفراد والجماعات، داخل المجتمع من الجريمة والانحراف، وهنا يجب أن نفرق بين أنواع الضبط والرقابة الاجتماعية التي يخضع لها الفرد في المجتمع وهي ثلاثة:

- **النوع الأول:** وهو الضبط والرقابة الاجتماعية الرسمية، ممثلة في السلطة القضائية وأجهزة الأمن المختلفة، وهذا النوع يعتبر ضروريا وحيويا لأي مجتمع، إلا أنه لا يكفي وحده، خصوصا مع تعقد العلاقات الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى خروج الفرد من نطاق المجتمع فيستطيع بذلك أن يخرج على النظم والقوانين والقواعد العامة وفي غفلة من الضبط الاجتماعي الرسمي وهنا يأتي دور آخر من الرقابة والضببط الاجتماعي أكثر أهمية وأشد تأثير من النوع الأول.

- **النوع الثاني:** وهو الضبط والرقابة الاجتماعية غير الرسمية، التي تمارسها الجماعة التي ينتمي إليها الفرد في المجتمع"، وهذه الجماعات مثل الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، تمارس قوتها في الرقابة الاجتماعية، معتمدة على العلاقات التي تنشأ بين أفرادها و على ما تشبعه من حاجات نفسية ومادية للفرد داخلها." [67] ص94. فإذا كانت هذه الجماعات تؤمن فعلا بما يصدره المجتمع من نظم وقيم ومبادئ عامة، فإنها تقيم من نفسها أجهزة تتولى الرقابة على أفرادها.

- **النوع الثالث:** وهذا النوع من الضبط الاجتماعي لا يمكن لأي مجتمع أن يعتمد على الضبط والرقابة الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية، لأنهما يحتمان بقاء واستمرار الفرد تحت أضواء هذه الرقابة، الأمر الذي يصبح في كثير من الأحيان مستحيلا، خصوصا في المجتمعات

الحضرية الكبيرة، التي يستطيع الفرد فيها ان يختفي من دائرة الرقابة التي ينتمي إليها. " وهذا يأتي دور الضبط والرقابة الذاتية التي يمارسها ضمير الفرد عليه." [67] ص 94.

والضمير هنا هو ما أمكن للمجتمع أن يرسيه خلال عمليات التنشئة الاجتماعية.

" وتميل التنشئة الاجتماعية في أهدافها إلى غرس الضوابط المانعة لسلوك الانحراف والاتجاهات المادية لتقيم نوعا من التوازن بين الدوافع الغريزية الفطرية، والرغبات والدوافع الاجتماعية المكتسبة في شخصية الفرد." [83] ص 33.

وتختلف أهداف التنشئة الاجتماعية من مجتمع لآخر طبقا لنظامه القانوني والاجتماعي والاقتصادي.

وواضح من كل هذه الأشكال للضبط الاجتماعي، " أنه كلما كانت هذه الضوابط قوية، ويقنع بها المجتمع من أفراد وجماعات، كلما تقلص حجم السلوك المنحرف في المجتمع... وأي خلل في هذه الضوابط ينتج عنه زيادة في أعداد المنحرفين والمدمنين، ومتعاطي المخدرات." [67] ص 95.

2. 7. 6. ضمور الوازع الديني لدى كثير من الشباب:

إن هذا العامل هو من أهم العوامل المؤدية إلى انتشار المخدرات، وما سديتبعها من أمراض نفسية وجسدية واجتماعية، وتحطيم أمل الأمم، وخاصة الأمة العربية والإسلامية ألا وهي الفئة الشبانية.

ويتفوق الإنسان بالعقل على سائر المخلوقات الحية، وعلى أصناف الاختراعات الحديثة، فالعقل الإنساني يتميز بامتلاكه عالم الرموز الثقافية والعلوم المعفية، وتقول الدكتورة "باسمة العسلي " أي: " اللغة والتفكير والتخيل والعلم والدين والمعايير الثقافية، وهذه اللبئات هي التي تكون المجال الثقافي، وهي أساس مشروعية خلافة الإنسان على الأرض، ولقد أعلى الله من مكانة العقل، فخلق الإنسان في أحسن تقويم، ونصب مذه على أعلى الهرم الجسدي للإنسان رمزا لسمو مكانته وتشوقا إلى حل مشكلات الحياة." [84] ص 142.

والإنسان روح وجسم وعقل، خلقه الله وجعله خليفته في الأرض، فاحترامه واجب مقدس يفرض على الغير، كما يفرضون على الشخص نفسه، فليس للشخص أن يتصرف في جسمه على النحو الذي يهدد حياته لقوله سبحانه وتعالى: (وأنفقوا في سبيل الله ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة وأحسنوا إن الله يحب المحسنين) [سورة البقرة] الآية (194، 195).

وقوله تعالى: (يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأصداب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون، إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلوة فهل أنتم منتهون.) [سورة المائدة] الآية (89، 90).

" كما أن تحطيم الذات و الانتحار حرام في الإسلام، فالدين له أثر قوي في النفس، ويحتوي على القواعد الأخلاقية، ويحث على السلوك القويم ويجعل الإنسان يمانع على أي انحراف، إذا كانت التقاليد الدينية التي قد نشأ عليها الإنسان بطرق صحيحة في ظروف هادئة. حيث يصبح الدين صحيح ومظهر من مظاهر لقوة " الأنا الأعلى". " [16] ص 57.

وذهب (غوستاف لوبون) المنتبع لسنن نشأ الأمم وتطورها فيقول: " تأثير الخلق في حياة الأمم عظيم وأما تأثير العقل فضعيف على تفاوت، ولقد كان الرومان أيام سقوطهم ذوي عقول أرقى من عقول أجدادهم القاهرين، ولكنهم سقطوا لأنهم فقدوا صفاتهم الخلقية. " [85] ص 36.

أما الأستاذ الجزائري " مالك بن نبي في كتابه شروط النهضة فيرى: " أن العنصر الأخلاقي أحد عناصر أربعة التي تكوّن ثقافة الأمة. " [86] ص 87.

إن المخاوف الدينية والأخلاقية تعمل على منع الفرد من ارتكاب ما يضر نفسه وغيره، فإذا تغلبت الأسباب المانعة لاستهلاك المخدر على الأسباب الدافعة لاستهلاكه، فالفرد هنا يرفض المخدر، أما إذا شعر الفرد بلا أخلاقية السلوك، وينقص بالتالي تأنيب الضمير لهذا السلوك، فإن الدوافع إلى استهلاك المخدر تغلب على الموانع، فينتقل الفرد بمجرد الفكرة إلى استهلاك المخدر فعلا، وبالتالي يسهل الاستمرار في استهلاك المخدر، وذلك لضعف الشعور بلا خلقية السلوك، وضعف المخاوف الدينية والأخلاقية، ومنه نصل إلى ما قاله (الإمام الغزالي): " وللصبي أمانة عند والديه، وقلبه الطاهر جوهرة نفسية فان عود الخير وعلمه نشأ عليه وسعد في الدنيا والآخرة... " [87] ص 1028.

في بداية تعاطي المخدرات لا تحدث نتائج بدنية خطيرة في المراحل الأولى، ويتأكد لدى المتعاطي الاعتقاد بأنه قادر على التحكم في التعاطي، ويمر المتعاطي بأربع مراحل متعاقبة وهي: التجريب، التعاطي المقصود أو العرضي، التعاطي المنتظم وأخيرا مرحلة الإدمان أو الاعتماد، ويمكن أن يستغرق وصول المتعاطي بالتدرج إلى مرحلة الإدمان بين ستة أشهر، و عدة سنوات. وتتوقف سرعة التدرج على عوامل متعددة كذووع المخدر، الحالة النفسية والجسدية للمتعاطي، بالإضافة إلى طريقة تعاطيها، وعدد مرات التعاطي، وفيما يلي نوضح كل مرحلة.

2. 8. 8. مراحل تعاطي المخدرات و الإدمان عليها:

يقول أحدهم: "إننا نحب أن نتخيل أن أبنائنا لا يواجهون مشكلة المخدرات غير أنه من الممكن أن يكون أذكى طالب ممن ينتمون إلى أفضل الأسر في المجتمع يواجه هذه المشكلة بالفعل." [88] ص45.

2. 8. 1. المرحلة الأولى: التعاطي للمرة الأولى: (التجريب)

وهي مرحلة مركزية لفهم تعاطي المخدر. ويتعلم المتعاطي أن المخدرات تجعل المرء يشعر بأنه في حالة طيبة، وقليلًا ما تحدث له آثار مزعجة، "والمواد الأكثر استخدامًا هذا هي: الحشيش، وبعض الأقراص المتوسطة المفعول، والتي يمكن أن تعطي بالمجان في البداية، والمعتاد أن يرفض المتعاطي في بداية هذه المرحلة المشاركة عدة مرات والغالب أنه لا يشعر بالمخدر في أول تجربة الأقراص، أو لا يشعر (بالسلطنة) في بعض المرات الأولى من تجربة الحشيش، وفي هذه المرحلة من التعاطي تكفي كميات صغيرة من المخدر لإحداث أثرها، لأن خاصية التحمل البدني لا تكون قد تكونت بعد، ولا يلجأ المتعاطي إلى المخدرات إلا عندما تكون الأوضاع مناسبة والمخدر متاحًا، وغالبًا ما يكون ذلك في المناسبات الاجتماعية، وفي عطل نهاية الأسبوع، وأما بالنسبة للمؤثرات البدنية في هذه المرحلة فلا تظهر أي علامات." [17] ص(324،320).

2. 8. 2. المرحلة الثانية: مرحلة التعاطي المقصود

في هذه المرحلة يشتري المخدر ويكون التعاطي مقصودًا، وتحدث الآثار المخدرة عند انتهاء النشوة ويبدأ حدوث الاعتياد والتحمل البدني (تصبح هناك حاجة إلى جرعات زائدة لإحداث النشوة) وفي هذه المرحلة يكون استخدام هذه المواد حسب الخبرة المكتسبة في هذا المجال (أي استهلاك الأنواع التي تحقق له الآثار التي يرغبها) ويتطور الأمر من التعاطي في الإجازة الأسبوعية إلى التعاطي في الليل وفي أيام الأسبوع، ثم التعاطي في مواجهة الوالدين والمعلمين والأصدقاء غير المتعاطين، بينما يقدم صورة مختلفة تمامًا الأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات، ويستطيع العديد منهم الحصول على درجات جيدة في الدراسة ويواصلون الألعاب الرياضية والعلاقة الجيدة مع الوالدين والجيران ولفترة طويلة من الزمن، كما أن هذه القدرة على الاستمرار في حياة مزدوجة تخضع المتعاطي، وتدعوه للاعتقاد بأن التحكم في التعاطي ممكن.

2. 8. 3. المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم

تتركز حياة الشخص في هذه المرحلة بالتعاطي المنتظم، والبحث عن العقاقير للوصول إلى النشوة "وقد ينتقل المدمن إلى تعاطي عقاقير الهلوسة أو الكوكايين أو تدخين الأفيون، أو الأقراص

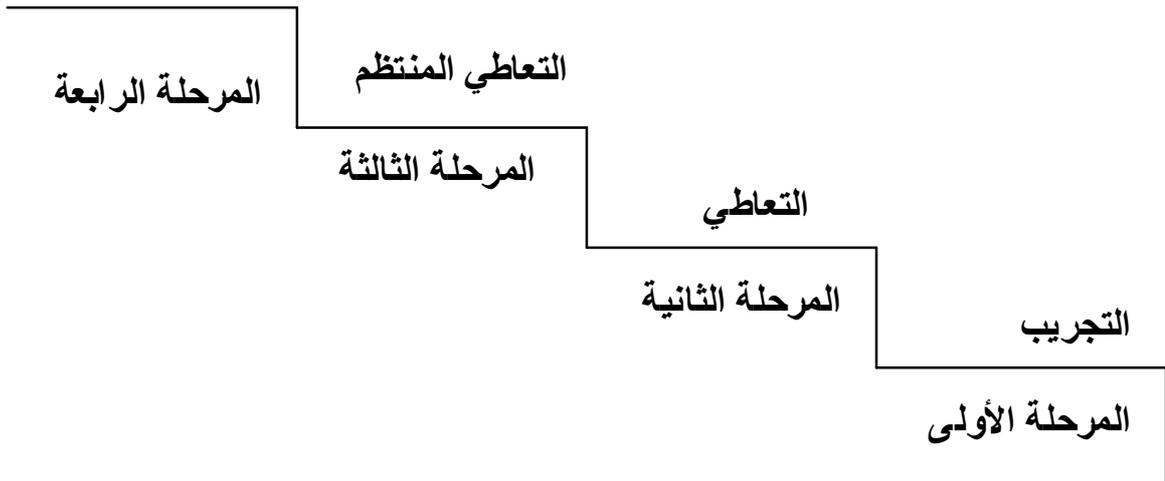
الأكثر فعالية بكميات غير محدودة لأنه يشعر بالضيق عندما لا يكون منتشياً. ولا يعود المخدر اختياريًا، وبهذا تزداد درجة الاعتماد والتحمل البدني، وتفشل محاولات إنقاص الجرعة أو التوقف عن التعاطي، ويشعر هذا المدمن شعورًا شديدًا بالذنب وبالافتقار، وتتأهب حالة من "البارانويا" وينخفض اعتزازه بذاته وتدفعه كراهية لنفسه أحيانًا إلى إلحاق الأذى بها، ولا يعود المخدر مصدرًا للمتعة لكن التظاهر أمام الأصدقاء المدمنين الآخرين بأن المخدر ما زال مصدرًا للمتعة يجعل المدمن يشعر بأنه مختلف ويصبح تبريرًا تعاطي المخدرات فنا كاملًا." [17] ص (324،325).

2. 8. 4. المرحلة الرابعة: مرحلة الإدمان أو الاعتماد

في هذه المرحلة نادرًا ما يشعر المتعاطي بالنشوة من المخدرات، بل يكون التعاطي غير خاضع للسيطرة ومستمرًا طول اليوم "وقد يلجأ إلى الحقن التي تعطي في الوريد، ولا سيما بمواد مثل، الكوكايين والهروين إذا كانت متوفرة. وفي هذه المرحلة تتكرر حالة الوهم: وتزداد فترة الانتحار إلحاحًا، ويزداد الإفراط في التعاطي وتكثر حالات الإغماء، ويغدو المدمن في العادة معروفًا لدى الشرطة وتتدهور صحته، وكثيرًا ما يوصف المتعاطي في هذه المرحلة بأنه "محروق" وإذا لم يعالج هذا الشخص يكون مصيره الانتحار أو الموت، بسبب زيادة الجرعة أو بسبب حادث أو بسبب مرض جسدي أو أي مسلك آخر كراهية." [17] ص 326.

2. 8. 5. نموذج ROBERT DUPONT: "مراحل الإدمان أو الاعتماد"

الإدمان (الاعتماد)



9.2 . الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أخطر الظواهر الاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تواجه معظم دول العالم في وقتنا الحاضر لما لها أضرار جسيمة، ليس على من يتعاطاها فقط، وإنما على أسرته وعلى المجتمع بأسره، وفي هذا الصدد نشير لأهم الآثار التي تتركها هذه المواد.

2.9.1 . الآثار النفسية والصحية:

" يؤدي الإدمان الحشيش على الاقتران المستمر في العيون وتضخمها واصفرار الجلد وشحوب الوجه وضعف الذاكرة، وإصابة الأسنان، واحتمال تزايد الإصابة بالتهاب الرئة، ونزلات البرد، وقرحة الجلد والتهاب البلعوم، وسوء الهضم، وارتفاع في ضغط الدم، وضعف عام للجسم، وضعف في البصر، وعدم الموضعية في التفكير والتعبير، وفقدان الشجاعة وتدهور الأخلاق." [89] ص320.

والكوكايين يعتبر أيضا من أخطر المخدرات على صحة المدمن، فإذا تم تعاطيه حقا تحدث الجلد تحدث هذه الطريقة بقعا زرقاء تشبه الكدمات، وقد تتحول بمرور الوقت إلى أورام سرطانية مثل التهاب الكبد (L'hépatite)، ومن الطرق المستعملة في تعاطيه أيضا، استنشاقه وهذا يؤدي في أغلب الأحيان إلى قروح في أغشية الأنف، والمدمن عندما يتناول الكوكايين يستمر في الشعور بالنشاط المؤقت، والذي يدوم سوى دقائق معدودة، ثم يفاجئ بالخمول الذي يعقبه وهو أطول نسبيا، فيكرر العملية بأخذ جرعات متوالية للحصول على التأثير نفسه.

والملاحظ من خلال الأرقام المقدمة من طرف مصلحة العلاج والوقاية من المخدرات بالبلدية " فقد سجل سنة 2000 بمصلحة العلاج من آثار الكوكايين والهيروين 19 مدمنا. وفي سنة 2001 ارتفع هذا العدد إلى 23 حالة، و 30 مدمنا سجلوا سنة 2002، أما سنة 2003 فتم علاج 35 مدمنا من آثار هذه المواد السامة." [90]. أما تعاطي المواد النفسية بأنواعها المختلفة فله آثار صحية ونفسية ضارة على مدمنيها، والسؤال الذي قد يتبادر إلى الأذهان عند الحديث عن الأضرار المهلوسة، وماهي آثار استهلاكها من قبل أفراد لا يعانون من أي مرض عضوي؟ يقول البروفيسور (تيجزة) رئيس مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى دريد حسين بالجزائر العاصمة " إن استهلاك الأضرار المهلوسة يعد انحرافا خطيرا لأدوية موجهة أساسا لتوفير راحة المرضى الذين يعانون من الإرهاق النفسي كالقلق الشديد، واستهلاكها من قبل المدمنين هو بحث عن مفعول مغاير يتمثل في السكنينة والخروج من الحالة النفسية الاعتيادية مما يولد لدى المدمنين تبعية لهاته المواد." [91] ص14. وعن

التأثيرات الجانبية عند عدم توفر هاته المواد يشعر المدمن عليها بإحباط ونقص يدفعه في الحالات الحادة إلى العنف كما يمكن أن يولد سلوكا عدوانيا، قد يؤدي إلى ارتكاب الجرائم، وقد أشدّرت التقارير الأممية أن الأقراس المهلوسة هي مخدرات المستقبل، وفي هذا الصدد قال السيد (صالح عبد النوري): " في الجزائر هناك أربعة مصادر تمول سوق استهلاك الأقراس المهلوسة، بعض موزعي الأدوية وعن طريق التهريب، والمصدر الثالث الصيدليات، وكذا صيدليات المستشفيات التي توزع فيها هذه الأدوية بطرق ملتوية." [92] ص 14.

2. 9. 2 . الآثار الاجتماعية:

إن تعاطي المخدرات، الجريمة، إلى جانب المرض العقلي، تعتبر من العوامل التي تصيب الحياة الأسرية في تكوينها وفي وظيفتها، ويكون لها نتائج سلبية على المجتمع بصفة عامة. ويعتبر تعاطي المخدرات والإدمان عليها مرض اجتماعي، يذل الفرد ويحطمه ويؤثر على نفسيته وينعكس على شخصيته، " فالمجتمع يفقد مجموعة من أبنائه، بعضهم يتحطم وينهار، والبعض الآخر يزج بهم في السجون، فيصبح المدمن ينفق كل ما لديه على المخدر، فهو بذلك يندحر أخلاقيا واجتماعيا، وهذا ناتج عن التدهور في القيم، وذلك لعدم القبول الاجتماعي للتعاطي كسلوك غير محترم في بعض الأوساط الاجتماعية، وعليه سوف يندحر إلى الأماكن السيئة ليوفر المخدر." [16] ص 70. وتذكر التقارير من المنظمات الدولية مثل (اليونيسيف) و (منظمة الصحة العالمية) أن: " هناك أكثر من مئة مليون طفل يعيشون في الشوارع دون مأوى، وهؤلاء يستخدمون في مختلف أنواع الجرائم، من التسول إلى السرقة، وتوزيع المخدرات، بعد أن يدمنوا عليها هم أنفسهم." [15] ص 104.

لقد توصلت عدة بحوث إلى أن أسوء الفترات التي يمر بها المدمن هي فترة عدم حصوله على المخدر فتظهر على المتعاطي أعراض نفسية وجسدية تنعكس على كل أفراد الأسرة ومن جاورهم لا سيما خلافات بين المدمن وزوجته وأولاده حيث يكون أكثر عدوانية، سريع الاستجابة إلى الضرب و الشتم بالمقارنة عندما يكون في حالته العادية، او في حالة التخدير، ويكفي خطر تعاطي الأب على الطفل، كون الأول يقدم نموذجا سلوكيا سلبيا، إذ أنه لا يقدر المسؤولية، مهمل لواجباته الأسرية والمهنية والاجتماعية بصفة عامة، فان لم يتعلم الطفل منذ الصغر معنى المسؤولية، فكيف يقدرها ويتحملها عند الكبر، هذا إن لم يتعلم الطفل طريق المخدرات بواسطة والده، حيث بينت بعض البحوث أن نسبة كبيرة من المدمنين على المخدرات نشأت في أسر كان الآباء أو الإخوة الكبار فيها يتعاطونها، فاضطراب الجو الأسري قد يعطل الأسرة على أداء وظيفتها على أكمل وجه في تربية

أبنائها وتكوينهم تكويننا سليما ينعكس سلبا على المجتمع بم أن الأسرة تعتبر اللبنة الأولى التي تكوّن المجتمع، فإذا حدث فيها خلل أحس به كل المجتمع، وعليه نجد عدة آثار تضر المجتمع وهي كالتالي:

2. 9. 1. الانحراف:

"يشير هذا المصطلح إلى المواقف التي يتجه فيها الفرد سلوكا اتجاهها مستهجنا أو غير معقول بالدرجة التي تجعله يتخطى حدود التسامح في المجتمع المحلي." [93] ص130. كما يؤدي انحرافه إلى الجريمة والاحتيايل لتوفير المخدر لنفسه، فيكون في حالة حزن شديد قد تؤدي به إلى الانتحار، ولأن ظاهرة الانتحار متعددة الأوجه فقد يحاول المدمن على المخدرات الانتحار بدون أن يكون إيمانه هو السبب، ولكن الشيء الذي لا نقاش حوله، هو أن نسبة الخطر الانتحار عند المدمنين على المخدرات معتبرة وعند الحديث مع المدمنين على المخدرات، حسب تعبير الباحثان (F. Carou) و (H. Loo) " هو علمهم بالخطر الكبير الذي يهددهم ورغم إعلامهم بخطورة المادة، نفس السلوك نلاحظه والذي يتمثل في التهاون واللامبالاة، أما عن الأوقات التي تحدث فيها المحاولات الانتحارية قد ذكرها في دراستهما التي توصلا من خلالها إلى مايلي:

- المحاولات الانتحارية قبل التعاطي ← 19 حالة
- المحاولات الانتحارية أثناء التعاطي ← 14 حالة
- المحاولات الانتحارية عند الفطام ← 04 حالة
- المحاولات الانتحارية عند فترة الامتناع ← 11 حالة

وكخلاصة فإن الأوقات المفضلة للمحاولات الانتحارية تكون قبل التعاطي وفترة الامتناع." [70] ص616.

ومن هنا تظهر سلوكيات إنحرافية، وأكثر استعداد للحياة الإجرامية.

2. 10. ظاهرة تعاطي المخدرات في الجزائر:

إن الآراء حول ظاهرة الإدمان على المخدرات في الجزائر مختلفة فغيايب البحث العلمي المنهجي فنجد مثلا البروفيسور " بشير ريدوح " رئيس قسم الأمراض النفسية والعقلية بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية يرى أن " الجزائر بعيدة عن الخطر، ولا يمكن أن تسجل في قائمة الدول التي تعاني من هذه الآفة." [94] ص5. و على العكس من ذلك نجد البروفيسور " مهدي " رئيس قسم الأمراض النفسية والعقلية بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا ورئيس الرابطة الوطنية لمكافحة المخدرات، يرى أن هذه الأخيرة مشكلة تأخذ في الاتساع، وقد جاء في قوله: " أنا كأب فإبني متخوف، إنني أعتقد أنه قد فات الأوان، الطلبات كثيرة ولا يوجد ما نقدمه، ثم عندما نفحص ما يجب

فعلمه، نجد أنه علينا مراجعة كل شيء. "[93] ص 18. أما الدكتور (بوسبسي) فيقول أن: " نفس مرضية للمجتمع، هي السمة الأساسية الأكثر وضوحاً في مجموع النفس المرضية، ويعبر عن هذه النفس المرضية الاجتماعية بتطور الإجرام، اندراف الأحداث، الإدمان الكحول، وكل الأذواع الأخرى للإدمان على العقاقير النفسية. "[95] ص 74.

وعند السؤال عن أسباب التطور المستمر لهذه الظاهرة، نجد أنفسنا أمام شبكة معقدة من العوامل وإذا كان البعض يرى أن قرب الحدود مع المغرب، التي تخصص 134 ألف هكتار لزراعة مادة القنب الهندي، وابتاج يصل إلى أربعة آلاف طن من صمغ القنب، وهذا وسط صمت تام لهيئة الأمم المتحدة، أيضا الموقع الجغرافي والاستراتيجي للجزائر، الذي جعلها تشكل منطقة عبور هامة للمهربين، ويعتقد البعض أن أحد أهم الأسباب وراء انتشار هذه الظاهرة إلى انعدام الراحة الاجتماعية والثقافية التي يعرفها الجزائريون، وخاصة منهم الشباب، وغياب الأفاق، كلها عوامل تدفع إلى المخدرات. ويؤكد الدكتور بوسبسي ذلك " لما يعلن المجتمع إفلاسه، فإن المراهق يذصت لمن يعده بجنة اصطناعية، فلامر من هذه البداية. "[94] ص 9.

أما البعض فيرى أن سبب تطور هذه الآفة إلى ظروف حياة الشباب من بطالة، قمع جنسي، موانع اجتماعية، فنجد الفشل المدرسي الذي يتبع عادة ببطالة لا مفر منها، فيلجأ المراهق أو الشاب إلى قضاء ساعات طويلة في الشارع لا يعرف خلالها سوى الفراغ، دون أن ننسى الجو السائد داخل الأسر والذي يتسم في الغالب بغياب الاتصال، بالاتصال، بالإضافة إلى ما آل إليه مجتمعنا، حيث ضاع الضمير الاجتماعي وتمزقت الروابط الأسرية، وكثرت الدرامات الاجتماعية، وفقدت القيم معناها الحقيقي، فبعدما كنا نتكلم عن اغتصاب الفتيات، أصبحنا نتكلم عن اغتصاب الأطفال، وبعدما كنا نقرأ عن البغاء عند الإناث، امتدت الظاهرة لتشمل الذكور، بالإضافة إلى تصدع الأسرة، وتزايد نسب الطلاق، والجرائم المختلفة، ولا داعي للحديث عن الإرهاب في الجزائر الذي أخذ بعدا خطيرا.

هكذا يظهر لنا الإدمان على المخدرات نتيجة حتمية، فيقول مصطفى بوتفوشيت في هذا الصدد: " كل شيء يسير بشكل يضع الشاب في عالم على جذب، ويجعل من المراهق كائنا معزولا في المجتمع، يعيش تجاربه الخاصة ومنطقه الخاص... وهذا يضمن مفهوم التهميش بالنسبة للمجموع الاجتماعي... لكننا لا نستطيع عزل الشاب عن الوسط الذي يعيش فيه، انه مادة مجتمعة ونتيجة هذا الأخير، فالسلوك الذي يطوره مرتبط به ويظهر حسب مثيراته. "[96] ص 151.

ومنه يقول الدكتور (بوليينة): " إن كفاح المخدرات يؤدي إلى الفشل، لأننا لا نعالج مرضا بالتعامل مع أعراضه، إن مكافحة المخدرات هي مكافحة السبب، وهذا يتطلب علاجا من العمق، انه الكفاح ضد الحياة القاسية. La Mal Vie "[97] ص 1.

ومن الإحصائيات الرسمية في قضايا المخدرات بالنسبة للمتورطين، والتي عرضت على المحاكم في الفترة الممتدة ما بين سنة 1994 إلى 2001 لا خير دليل على تفشي الظاهرة بخطورة كبيرة، وهذا ما سنبيّنه في الجدولين الآتيين:

1. 10. 2 . الجدول رقم 01: إحصاء الأشدّ خاص المتورطين في قضايا المخدرات وتوزيعهم حسب الأصناف المهنية.

السنة	بدون مهنة	عمال و مستخدمون	موظفون ومن شابههم	أعمال حرة	طلبة	أصناف أخرى	المجموع
1994	2019	523	253	472	43	131	3441
1995	2731	626	132	448	60	67	4064
1996	3008	850	201	1010	77	155	5301
1997	4057	606	83	572	09	218	5545
1998	5116	2220	381	949	164	317	9147
1999	6996	1941	388	724	80	282	10411
2000	7407	1680	477	1270	109	753	11696
2001	6254	1156	514	1100	185	927	10136
المجموع	37588	9602	2429	6545	727	2850	59741
النسبة المئوية	%62.91	%16.07	%4.06	%10.95	%1.21	%4.77	%100

2. 10. 2 . الجدول رقم 02: إحصائيات خاصة بقضايا المخدرات التي عرضت على المحاكم.

السنة	من 01 إلى 18	من 19 إلى 25	من 26 إلى 35	من 36 إلى 45	من 46 إلى 55	أكثر من 56	المجموع
1994	147	1535	1295	363	89	19	3448
1995	153	1954	1524	358	69	16	4065
1996	151	2053	2033	821	143	100	5301
1997	133	2530	2081	637	151	68	5600
1998	357	4260	3237	998	227	68	9147
1999	531	4119	4396	1281	43	41	10411
2000	563	5312	4238	1272	252	59	11696
2001	6254	1156	514	1100	283	75	10136
المجموع	2546	26256	22414	6885	1257	446	59804
النسبة المئوية	%4.25	%43.90	%37.5	%11.51	%2.10	%0.75	%100

ملاحظة: 85.56 % أقل من 35 سنة.

2. 11. 1 . المخدرات والدين:

نحاول في هذا العنصر أن نبين موقف ونظرة الإسلام والمسيحية من المخدرات وتعاطيها، وذلك لأن للدين دور في حياة المجتمعات من خلال العلاقات الاجتماعية، ووضع الضوابط الأخلاقية، وتنظيم المجتمعات لضمان واستقرار مسارها.

2. 11. 1 . نظرة الإسلام من تعاطي المخدرات:

إن نظام الشريعة الإسلامية في تبيان الحرام والمحظور، والحملة الشديدة على مرتكبي المنكرات والفواحش في القرآن والسنة، والقيام بواجب الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، وتأييد الأحكام الأصلية بالمؤيدات المدنية، كالبطان والفساد في العقود والمعاملات، والجزائية كالحدود، من

توبيخ وحبس وضرب إن ذلك كله ساهم مساهمة بناءة في إقامة المجتمع الإسلامي الذي نقل فيه الجرائم، ويمتتع فيه إلى حد كبير شيوع الكبائر .

ومن هذا المنطلق حاربت الشريعة الإسلامية، وحرمت تناول المخدرات بأنواعها، لما فيها من ضرر واضح على الإنسان وصحته وعقله.

" وقد روى الأئمة ابن ماجة والدارقطني، ومالك في موطأه عن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: " لا ضرر ولا ضرار." [98] ص 5511.

وقد بحث العلماء والفقهاء في مشكلة المخدرات منذ أن أنتبهوا إلى انتشارها في المجتمعات التي عاصروها، وانطلقت أحكامهم من قواعد أصولية تختلف باختلاف فهمهم للعقاقير المخدرة، ودقة تصنيفها بين المسكرات أو المخدرات أو المفترات، واختلاف تعريفهم لهذه الصفات، ولهذا جاءت أحكامهم متاينة قد تلتبس على كثير من الناس، ولم يستخدم الفقهاء لفظ المخدرات إلا في القرن العاشر الهجري، وأما قبل ذلك تحدثوا عن المفترات. " وروى الإمام أحمد في مسنده وأبو داود في سننه عن أم سلمة رضي الله عنها قالت: " نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر." [98] ص 5513.

والمفتر كل ما يورث لفتور وارتخاء الأعضاء وتخدير الأطراف، وقال ابن حجر: " وهذا الحديث فيه دليل على تحريم الحشيش بخصوصه." [98] ص 5513.

وجاء أيضا في مجموع الفتاوى لشيخ الإسلام ابن تيمية: " هذه الحشيشة الملعونة هي واكلوها ومستحلوها، الموجبة لسخط الله تعالى، وسخط رسوله، وسخط عباده المؤمنين، المعرضة صاحبها لعقوبة الله، تشتمل على ضرر في دين المرء وعقله وخلقه وطبعه، وتفسد الأمزجة حتى جعلت خلقا كثيرا مجانيين وتورث من مهانة أكلها ودناءة نفسه، وغير ذلك ما لا تورث الخمر ففيها من المفسد ما ليس فيها من الخمر فهي بالتحريم أولى." [99] ص 109.

وقد أيد ابن القيم الجوزية أستاذه ابن تيمية في ذلك كله، وقال في كتابه " زاد المعاد في هدى خير العباد: " إن الخمر يدخل فيها كل مسكر مائعا كان أو جامدا، عصيرا أو مطبوخا، فيدخل فيها لقمة الفسق والفجور – أي الحشيشة – لأن هذا كله خمر بنص رسول الله صلى الله عليه وسلم " كل مسكر خمر" [100] ص 52.

وقد ذكر ابن حجر المكي الهيثمي في كتابه " الزواجر " الأفيون ومضارها فقال: " وهذه القبائح كلها موجودة في الأفيون...بل يزيد الأفيون بأن فيه مسخا للخلقة، كما يشاهد من أحوال آكليها، وعجيب ثم عجيب ممن يشاهد في أحوال آكليها، تلك القبائح التي هي مسخ البدن والعقل." [15] ص 20.

والقاعدة عند المحدثين والأصوليين أنه إذا ورد النهي عن شيئين مقترنين ونصّ على حكم النهي عن أحدهما، أعطى الآخر ذلك الحكم بدليل الاقتران في الذكر والنهي، وقد قرن فيما سبق في حديث رسول الله صلى الله عليه وسلم المقتر بالمسكر، فإذا كان المسكر محرماً بالكتاب والسنة وبالإجماع حيث قال ابن البيطار: " وقبائح خصائلها كثيرة، وعدّها بها منها بعض العلماء مائة وعشرين مضرة دينية ودنيوية." [84] ص 141.

أما عن السياسة العقابية في الإسلام وأثرها الإصلاحية في المجتمع، فهذا ما سنحاول شرحه في الفصل الرابع.

2. 11. 2. نظرة المسيحية من تعاطي المخدرات:

لم تقف المسيحية موقفاً سلبياً من تعاطي المخدرات، بل نادى بتحريمها والحد من تناولها لمضارها على الفرد والأسرة والمجتمع، فقد جاء في الإنجيل المتداول الآن في قول السيد المسيح عليه السلام: " السكرون والزناة لا يدخلون ملكوت السموات." [98] ص 5511. كما جاءت الوصية في الديانة المسيحية بوجوب طرد السكيرين من الكنيسة، وقطعهم من شركة المؤمنين.

وقد حرمت المسيحية باقي المخدرات بالقياس، وفي هذا القول لـ (الانباغوريس): " إن للخمر والمسكرات أضراراً جسيمة على جميع أجهزة الجسم وإذا كانت لها كل هذه النتائج، فهل لنا أن نعتبر الإدمان عليها جريمة قتل ضد الإنسانية كلها لأنها ضد النفس، والزوجة والأولاد والأسرة." [101] ص 198.

ومن هنا نلاحظ أن المسيحية ترى في تناول المخدرات والخمر والمسكرات عملاً غير ديني، ومخالف لتعاليم الرب، وتوعدت شاربها بعذاب اليم في الحياة الدنيا والآخرة.

2. 5. وسائل وأساليب التهريب والاتجار غير المشروع للمخدرات: [102] ص 7
إن الموقع الجغرافي للجزائر بصفتها نقطة ربط بين القارة الإفريقية والأوربية، وشساعة حدودها البرية التي تمتد جزء منها مع إحدى الدول المنتجة للقتب الهندي، كل ذلك جعلها منطقة عبور مفضلة لشبكات تهريب المخدرات باتجاه دول أوروبا أو دول الشرق الأوسط مع بقاء جزء من هذه المخدرات للاستهلاك المحلي.

وإذا كانت أساليب ووسائل تهريب المخدرات المنتجة من طرف محترفي هذا النوع من الإجرام، فانه بات لازماً على مصالح الأمن المكلفة بالتصدي لهذه الظاهرة إيجاد آليات وميكانيزمات حديثة ومدروسة بناءً على معطيات دقيقة لضمان مكافحة فعالية وفعالة لظاهرة المتاجرة وتهريب واستهلاك المخدرات، وفيما أهم الأساليب والوسائل التي تنتهجها عصابات التهريب للمخدرات فيما يلي:

2. 5. 1. الطريق البحري:

تستخدم هذه الطريقة لنقل المخدرات الضخمة من الأقاليم التي تربطها خطوط مطية، وتهرب المخدرات باستخدام مراكب نقل البضائع عن طريق إخفائها داخل الطرود من دولة إلى دولة أخرى بأسماء أشخاص غير مشكوك فيهم، أو بعض الهيئات التي تتمتع بحصانات خاصة. كما قد تخبأ المخدرات في أماكن سرية داخل وسائل التي يتم شحنها من دول الإنتاج إلى دول الاستهلاك داخل الآلات الصناعية ووسائل الصناعة المختلفة مثل الورق والجلد والخشب.

والظاهرة الجديدة هي في استخدام سفن أعالي البحار في تهريب المخدرات لصعوبة اكتشافها دون تفرغ السفينة بالكامل من حمولتها ولا تلجأ أجهزة مكافحة عادة إلى هذا الإجراء، ما لم تكن هناك معلومات أكيدة عن مكان وجود الشحنة، كما يلجأ المهربون إلى إخفاء المخدرات المهربة داخل خزانات المياه الاحتياطية الخاصة بحفظ توازن السفينة، وفي ثلاجات حفظ المأكولات. وبصفة عامة تنقل المخدرات بإحدى الطرق التالية:

1. تحت ستار صيد الأسماك.

2. **التصبير:** وهي تخزين المخدرات في مياه البحر والتي تكون معبأة في أكياس من البلاستيك وداخل الغرف الهوائية، وفي صفائح مغلقة جيدا ومربوطة ببعض الأحجار أو الأجسام الثقيلة بحبل طويل مربوط في طرفه قطعة من الفلين أو الخشب كإشارة تطفو على سطح الماء في حالة سوء الأحوال الجوية أو الحراسة المشددة لحراس الشواطئ.

2. 5. 2. الطريق البري:

يلجأ المهربون إلى أساليب نقل المخدرات على ظهور الدواب والجمال ووسائل النقل المختلفة باستخدام السيارات و شاحنات النقل وهذا بعد إعداد مخابىء سرية فيها، تقول مصالح الجمارك: " إنها محاور يستحيل مراقبتها بالإمكانات الموجودة في الجزائر والمحدودة، فان المهربين يتعاملون مع البدو الرحل لتهريب الكيف، كما أن المهربين يعتمدون على وسائل هامة وثقيلة لنقل أطنان من الكيف عبر الشريط الحدودي الممتد من العريشة جنوب تلمسان ومنطقة القصدير بولاية النعامة، وحسب المعلومات الأمنية، فإنه توجد منطقة تدعى " مصباح " تقع على بعد 60 كلم من ولاية سعيدة كانت واقعة تحت سيطرة الجماعة الإرهابية وتحولت مع الوقت إلى مفترق طرق لمهربي الكيف القادم من مغنية ويعبر بلدية سبدو إلى العريشة ثم المشرية ثم عين الصفراء، نحو البيض ثم أفلوا، إلى الأغواط باتجاه غرداية والوادي لتهرب إلى تونس والجزء الآخر يحول إلى الجلفة، ليتم توزيعه في الجزائر العاصمة وولايات الوسط." [103] ص5.

2. 5. 3. الطريق الجوي:

تستخدم الطائرات الخاصة في نقل المخدرات خفية وتوصيلها، أو إنزالها بالمظلات في مكان بعيد بمجرد اجتيازها الحدود، " ويحتكر تسيير مثل هذا النوع من التجارة من قبل الكارتيلات المتواجدة في أمريكا اللاتينية، أو المنظمات الإرهابية المشهورة، مثل " الياكوزا " اليابانية التي تضم أكثر من 80 ألف عضو في اليابان فقط، أو جماعة K 14 التي تضم حوالي 20 ألف عضو، مجال نشاطها تجارة المخدرات وتبييض الأموال... الخ وكذا العصابات الروسية والمافيا الإيطالية، والتي تتهيكّل في شكل تكتلات عائلية، وأشهرها عصابة "أندراقيتا" و" لكامورا " [1] ص 8.

2. 12. 4. الشحنات والكميات المتوسطة:

ويقصد بها الكميات والشحنات التي يتراوح وزنها من 05 الى 200 كلغ ويلجأ المهربون إلى استخدام عدة طرق ووسائل وحيل لتهريبها نذكر أهمها مخابئ سرية بالسيارات التي يصعب اكتشافها، ومن أهم الأماكن التي يمكن تحويلها بالسيارة هي:

- غرفة المحرك: بالمبرد، جزء من البطارية، الأنوار الأمامية.
- الصندوق الخلفي للسيارة: غطاء الصندوق، مكان العجلة الاحتياطية، أغطية المصابيح الخلفية.
- هيكل السيارة من الخارج: داخل فجوات مصعد زجاج الأبواب، خزان الوقود.
- من داخل السيارة: المقود، لوحة القيادة، مسند الرأس، منطقة السقف.

2. 12. 5. الأجهزة والمعدات والبضائع:

وتتمثل في الأجهزة الكهربائية والكهرومنزلية، الأجهزة الميكانيكية، أجهزة التكييف، الآلات الموسيقية، لعب الأطفال، علب الحليب، ساعات الحائط، براميل المواد الكيماوية، ومواد البناء، داخل صندوق النعش.

2. 12. 6. بعض الطرود التي تصل إلى القطاع العام والخاص:

- الكميات الصغيرة:

هذه الكميات وان قلت فإنها تشكل خطورة تتمثل في استمرارها وصعوبة كشفها، في جسم الإنسان، جسم الحيوان، داخل وسائل النقل، والتي سوف نتناولها بالتفصيل في الأساليب المتبعة في تهريب المخدرات.

- الأساليب:

سنعرض أهم الأساليب المستعملة في المتاجرة غير المشروعة للمخدرات:

1. يتم تهريب الكميات الصغيرة ولا سيما تلك المتعلقة بالأنواع الخطيرة من المخدرات كالكوكايين والهيروين الغالية الثمن، عن طريق جسم الإنسان بداية من شعره إلى أخمص قدميه (خلف الأذنين، اللصق على الظهر بين الكتفين، على الصدر، بين الفخذين، أسفل القدمين)، وفي الأماكن لحساسية من الجسم، في فتحة الشرج، المهبل، بعد تغليف المخدر جيدا داخل أكياس مطاطية، وإحكام غلقها ويمكن للفرد بلعها وحمل 200 غ مرة واحدة في معدته.

كذلك يتم بلع المخدرات بعد وضعها داخل أنابيب مطاطية في حجم حبة اللوز، بحيث يمكن لشخص بلع 10 إلى 20 كبسولة تزن كل واحدة منها 20 غ إلى 30 غ وهذا الأسلوب يصعب اكتشافه في حالات الاشتباه، إلا بواسطة الأجهزة الحديثة بالتصوير بالأشعة فوق البنفسجية.

- ملابس الفرد:

يمكن إخفاء المخدر في أي جزء من الملابس وخاصة (داخل حشو الأكتاف بين طيات الملابس، داخل تجويف الحزام، الملابس الداخلية للنساء)، وتعد الأحذية الأماكن المفضلة لإخفاء المخدرات لتباعد احتمال قيام رجال المراقبة والمكافحة بخلع أحذية كل الركاب وتفنيشها... الخ.

2. استخدام حافلات الشركات السياحية.

3. مع بعض أعضاء السفارات الأجنبية: داخل الحقائب الدبلوماسية، وأمتعة الذين يتمتعون بالحصانة الدبلوماسية التي غالبا ما تمر دون تفتيش أو بتفتيشات سطحية غير معمقة.

4. تصنيع الكوكايين على شكل نجارة خشب وتهريبه باعتباره غير قابل للكشف بالوسائل المستعملة للكشف.

5. تهريب بعض المخدرات مثل الأمفيتامينات (L. S. D) بتشبيح ألواح ورقية في محلول مركز بمادة (الاي فانول والميثانول) في وعاء، وتقسّم هذه الأوراق إلى مربعات صغيرة على نمط طوابع البريد أو على شكل رسومات الأطفال الملونة.

6. إرشاء بعض الموظفين لتسهيل عملية التهريب (العسكريين، حراس الحدود، الجمارك، موظفي المطارات).

7. يلجأ المهربون إلى وسيلة جهنمية، تتمثل في تحضير المركبة وذلك بوضع أنثى الكلب بداخلها ليلة قبل عملية النقل لتغليظ الكلاب البوليسية المدربة أثناء المراقبة، لأن الرائحة المتبقية من فضلات الحيوان المذكور داخل العربة تشغل الكلب البوليسي عن رائحة المادة المخدرة.

2. 12. 7. تصنيف المناطق الأكثر تدفقا للقنب الهندي: [103] ص 5.

1- سنة 2004م

- بشار : 2635.46 كلغ
- ورقلة : 684.26 كلغ
- تلمسان : 42.11 كلغ
- سطيف : 40 كلغ
- وهران : 17.33 كلغ
- تبسة : 13.10 كلغ

2- سنة 2005

- 03 أفريل حجز 1904 كلغ في منطقة بشار.
- 29 أفريل 5 كلغ في ولاية تلمسان .
- 30 أفريل 16 كلغ في ولاية تلمسان.
- 08 ماي 769 كلغ في ولاية تلمسان .
- حجز 27 هاتفا ثريا .

وتتوقع المصادر ارتفاعا خطيرا لتدفق القنب المغربي في سنة 2005 قد تفوق 50 % عن السنة الماضية 2004م داخل الجزائر.

ملخص الفصل:

عادة ما يفسر تعاطي المخدرات والإدمان عليها من الوجهة الاجتماعية البحتة على أنه نتيجة ضغوط المجتمع الذي يعيشه فيه الفرد الإحباطات التي قد تعمل على إظهار دوافع عدم الرضا لدى الشباب والأسر المفككة و الفراغ الخالي من الأهداف، فنجد أن "فورت" (fort) "تعاطي المخدرات هو وسيلة للتخلص من التوتر، ومن الملل المستمر، والمشاركة الاجتماعية مع الرفاق، وللحصول على النشوة الوقتية، والاتجاهات الجنسية وتناقض التكامل الاجتماعي وتأثير الثقافات الخارجية، أو لمسيرة ثقافة فرعية" [104] ص36. هذه التفسيرات تعتمد أساسا على حقيقة في العلوم الإنسانية مؤداها أن الفرد نتاج للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يولد فيها وينشأ فيها.

ويرى البعض أن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، ناتجة عن مشاعر القلق المتزايدة التي تشيع لدى بعض الأفراد الذين يفشلون في أداء أدوارهم الاجتماعية بالطريقة التي يتوقعها منهم المجتمع، فمن المعروف أن للدور شأن كبير في شعور الفرد بذاته وتقديره لها، وكلما أدى الفرد أدواره الاجتماعية بالطريقة التي يتوقعها منه المجتمع، قلت كمية القلق لديهم وبالتالي قل احتمال الانحرافات السلوكية لديه.

وعلى ضوء ما سبق وبالربط بين الانحرافات السلوكية المختلفة وبين سلوك المتعلم عن طريق التفاعل الاجتماعي، أن معظم أنواع السلوك يتم تعلمها من خلال جماعة ما، قد تكون الأسرة أو المدرسة أو جماعة الرفاق. فالفرد والمجتمع وجهان مختلفان لعملة واحدة هي التفاعل الاجتماعي، فالقوى الديناميكية التي تنتج التفكك والانحلال الاجتماعي هي القوى التي تنتج الانحلال وعدم التوافق الشخصي. فالعلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع هي الأساس في التكوين النفسي والاجتماعي للفرد فعدم نجاح عملية التطبيع الاجتماعي يجعل العلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع في اختلاف كما انه يساهم في خلق الصراع بينما يعتقد الفرد من قيم واتجاهات وبين ما هو موجود في المجتمع، ونتيجة لذلك أصبح لتعاون الدولي والإقليمي والمحلي في ظل المتغيرات السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية التي يشهدها العالم أحد أهم الأساليب والطرق في مواجهة ظاهرة المخدرات وهذا ما سيوضحه الفصل الآتي.

الفصل 3

تطور ظاهرة المخدرات في المجتمع الجزائري وإستراتيجية الإدماج

تدل الدراسات والتقارير والأبحاث على مستوى العالم على أن مشكلة تعاطي المخدرات في ازدياد رغم الجهود الدولية لمكافحتها، فيبدو أن عصابات التهريب لها من قوة التحالف والتوغل في التغلب على كثير من الحواجز وقوى المكافحة، وهي بما تملكه من مال ومصالح وقدرة على التأثير والاستمرار في ترويج المخدرات.

هناك قناعة علمية وواقعية تدعو إلى التوجه في مكافحة المخدرات إلى جمهور المتعاطين، حيث أن الجهود لم تنجح في كبح قوى "العرض" فإن البديل الأنسب هو العمل على تقليل "الطلب" على المخدرات، وعملية تقليل الطلب تستلزم التوعية والإرشاد والوقاية بشكل رئيسي.

إن مكافحة المخدرات تقتضي العمل في مستويات متعددة من النشاطات فحيث أن المشكلة عالمية فلا بد أن يتم التعاون الدولي لأجل منع إنتاجها وتهريبها واستهلاكها، لهذا السبب أبرمت المجموعة الدولية اتفاقيات جماعية وثنائية، وتوجد منظمات ونشاطات عالمية تُعنى بهذا الأمر، إن جهود المكافحة أو الوقاية ينبغي أن تكون متكاملة ومتساندة ليس بينها تعارض، فلا معنى لمحاربة سلوك التعاطي وبالمقابل يتم تسهيل كل الطرق الموصلة إليه، إن تعاطي المخدرات في النهاية هو سلوك وخيار فردي موجه ومتأثر بعوامل شخصية واجتماعية محلية ودولية، وعلى هذا ينبغي النظر إلى التعاطي بهذا المنظور السلوكي والبيئي الشامل والكف عن النظر إليه باعتباره مرضا والتعامل مع المتعاطي على أنه مريض. من هنا ينبغي إعطاء خطط علاج المدمنين مكانها المناسب ليس أكثر، فالعلاج مصطلح طبي يناسب مصطلح المرض وتعاطي المخدرات ليس مرضا بالمعنى الجسدي للمرض بل هو سلوك منحرف له أضرار نفسية واجتماعية وطبية.

إن الوقاية وبناء الحصانة الذاتية والمجتمعية هي أفضل إستراتيجية لمواجهة المخدرات على مستوى بعيد المدى، وهذا ما سنقدمه في هذا الفصل بدءاً من الاتفاقيات الدولية وأهم المنظمات الحكومية وغير الحكومية العاملة في مكافحة المخدرات، وكذا الإستراتيجية العربية في مواجهة هذه الظاهرة، وصولاً إلى الإستراتيجية الوطنية في مواجهة هذه الآفة.

3. 1. 1. الاتجاهات الحديثة لمكافحة المخدرات:

تمثل مكافحة المخدرات أحد أهم الاهتمامات الرئيسية لمعظم الدول إذ أن الاستقرار الاجتماعي والنمو الاقتصادي رهن سلامة الإنسان نفسه وحياته وكيانه.

فمكافحة المخدرات ليست حدثاً جديداً في حياة المجتمعات، بل كانت دوماً ملازمة لها، باعتبارها ظاهرة اجتماعية، إلا أن المجتمعات تحت وطأة تطور الجريمة، فالجريمة المنظمة، فالإرهاب بشتى أشكاله ولوضع حد لتزايدها وتطورها، اتخذت طرقاً جديدة للوقاية والمكافحة، تساند الوسائل التقليدية المتبعة.

ولقد اهتم الاتجاه الحديث في مكافحة الجريمة، وخاصة المخدرات والإدمان عليها بإحداث تحول في المنهج المتبع في الميدان الجنائي يرمي إلى وضع سياسة وقائية قائمة على التخطيط والبرمجة، مبنية على معطيات علمية توفرها العلوم الاجتماعية والإنسانية (علم الاجتماع، علم النفس، علم النفس الاجتماعي القانون... الخ). والعلوم الإستراتيجية، " فبعد أن كان التصدي للجريمة يعتمد على الوسائل التقليدية المتمثلة في القوانين الجنائية والعقوبات والتدخل الأمني والقضائي والإصلاح العقابي، ثم العمل الاجتماعي الوقائي، أصبح التوجه نحو مواجهة الجريمة والوقاية منها يتميز بنظرة إستراتيجية أكثر واقعية، تدعمها الإنجازات التي حققها التخطيط في مجالات مختلفة والإمكانيات الميدانية التي وفرتها العلوم الإستراتيجية" [31] ص 27.

وتتميز هذا الاتجاه الحديث بعدة سمات تركت أثارها على السياسات الدولية والمحلية وأهم هذه السمات:

3. 1. 1. التخطيط الإستراتيجي:

تميز هذا العصر باعتماد التخطيط والبرمجة كوسيلة فعالة في سبيل تحقيق النمو الاجتماعي والاقتصادي، وما يتضمنه من قطاعات مختلفة يشكل تضافرها العامل الأهم في تحقيق الأمن الاجتماعي.

"فالتخطيط الإستراتيجي هو عبارة عن وضع سياسات التنمية، والسياسات الأمنية على المستوى المحلي، ويتم تنفيذها بواسطة الأجهزة المتخصصة التي تضع الخطط التنفيذية الفرعية لذلك." [65] ص 52.

ولقد عرف علماء الإستراتيجية التخطيط بأنه: " تصور لمستقبل مرغوب فيه والوسائل الرامية إلى تحقيقه." [105] ص 31.

3. 1. 2. . تنسيق الجهود لمكافحة المخدرات والإدمان عليها:

أثبتت التجارب التي مرت بها الدول أن سياسة مكافحة المخدرات تمثل عملية معقدة ومتعددة الفروع تحتاج إلى جهاز فني متخصص يتولى وضع هذه السياسة والتنسيق بين مختلف القطاعات المتصلة بصورة مباشرة أو غير مباشرة بأعمال مكافحة المخدرات والوقاية منها. فأغلب الدول سواء المتخلفة أو المتقدمة، أنشأت هذا الجهاز، فزودته بتنظيم أساسي وأنظمة عمل تحدد بنيته وصلاحياته وميادين نشاطاته والأهداف المطلوبة منه، كما خصصت معظم الدول ميزانيات مالية معتبرة لأداء مهامه، وأطلقت تسمية (المجلس أو الهيئة أو الديوان لمكافحة المخدرات وإدمانها) وبالتنسيق مع كافة الوزارات والقطاعات المرتبطة بشكل أو بآخر بالسياسة الوقائية من هذه الآفة الاجتماعية والإجرام ككل.

3. 1. 3. . الاهتمام بالتمويل وتنفيذ سياسات مكافحة المخدرات:

لم تكن مسألة مكافحة المخدرات تحظى بالاهتمام الكافي في ميزانيات أغلب دول العالم، إلا أن إدراك المجتمعات بالمخاطر المتزايدة للجريمة على عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وعلى أمن المواطنين قد أدى تدريجياً إلى تبلور فكرة الوقاية من الجريمة، وخاصة تعاطي المخدرات وإدمانها وبروز سياسات المكافحة، والتي كان لا بد لها من ميزانيات مالية خاصة تمكنها من القيام بمهامها على أكمل وجه.

3. 1. 4. . الاهتمام بالبحث العلمي والدراسات الميدانية:

"إن الحياة الاجتماعية في المجتمعات المعاصرة على اختلاف أنواعها تميزت بالتعقيد، ذلك لأن روح العصر قد غزت على كل ما هو تقليدي متوارث، فهزت القيم والمعتقدات بعنف، وفي عصر يسيطر العلم على حياة الإنسان يكون دور البحث العلمي أساسياً في معرفة الحقائق، وموجهاً في رسم الخطط وتنفيذها لإعادة تنظيم المجتمع على قواعد علمية سليمة، وتنمية على أسس مختارة من الواقع المعاش." [106] ص 227.

وقد واكب ذلك أيضاً اهتمام ملحوظ بتطوير أجهزة الإحصاء الجنائي، في تطوير العمليات الإحصائية والتي أصبحت بدورها أداة هامة في مجال البحث الجنائي، وسهلت من إجراء الدراسات المقارنة، مما ساعد بدرجة كبيرة في إجراء الدراسات المستقبلية.

2. 3 . التعاون الدولي لمكافحة المخدرات:

1. 2. 3 . مشكلة المخدرات عالميا وإقليميا :

لقد أصدرت أغلب دول العالم التشريعات الجنائية الوطنية، التي أرست فيها كافة المبادئ القانونية الجنائية التي تجرم وتعاقب بعقوبات صارمة كافة صور التعامل غير المشروع في المخدرات، حتى وصلت العقوبات في بعض الدول إلى الإعدام والأشغال الشاقة المؤبدة، كما سعى المجتمع الدولي لمواجهة المشكلة بالعمل على عقد الاتفاقيات الدولية، التي تنظم أوجه التعاون الدولي في هذا المجال.

ورغم الجهود الدولية بمختلف مستوياتها الإقليمية والعالمية، فإن كافة الإحصائيات الصادرة من الدول أو المنظمات الدولية المتخصصة تشير إلى تفاقم مشكلة المخدرات في كافة أنحاء العالم. وقد عبرت العديد من المؤتمرات الدولية والإقليمية عن هذا القلق المتزايد من هذه المشكلة ومنها مؤتمر الأمم المتحدة الثامن لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين المنعقد في العاصمة الكوبية هافانا من 28 أوت إلى 07 سبتمبر 1990، حيث جاء بتوصيات وملاحظات:

* مع الشعور بالقانون إزاء استمرار هذه الظاهرة دون تناقص إلى مكافحة هذا النوع من الإجرام، في جميع الخطط والبرامج لمنع الجريمة والعدالة الجنائية، على الرغم من الجهود المبذولة على الصعيد الدولي والإقليمي، ينبغي أن تقدم إلى البلدان النامية المساعدات في تنفيذ البرامج المعنية بإساءة استعمال العقاقير المخدرة ووضع إستراتيجيات التعاون في الوقاية والمكافحة.

* تشجيع عمليات وضع المخططات النموذجية الشاملة، خصوصا على الصعيدين الجهوي والإقليمي وتبادل المساعدات في مجال العدالة الاجتماعية، وتبادل الدرايات الفنية والمعلومات.

2. 2. 3 . أهم الأجهزة الدولية والإقليمية العامة في مجال المخدرات [107] ص(137، 138).

1. 2. 2. 3 . الأجهزة الدولية المتخصصة في المخدرات:

- برنامج الأمم المتحدة الدولي لمكافحة المخدرات
- لجنة الأمم المتحدة للمخدرات
- هيئة الأمم المتحدة الدولية لمراقبة المخدرات

2. 2. 2. 3 . الأجهزة الدولية المعنية بمشكلة المخدرات:

- منظمة الصحة العالمية
- منظمة التربية والثقافة والعلوم

- منظمة الأغذية والزراعة
- منظمة العمل الدولية
- المنظمة الدولية للشرطة الجنائية
- المنظمة العالمية للجمارك
- برنامج الأمم المتحدة لمنع الجريمة والعدالة الجنائية
- المعاهد الإقليمية التابعة لبرنامج الأمم المتحدة

3. 2. 2. 3 . الأجهزة الإقليمية المعنية بمشكلة المخدرات:

- مجلس وزراء الصحة العرب
- مجلس وزراء الداخلية العرب
- مجلس وزراء العدل العرب
- مجلس وزراء الإعلام العرب
- المكتب العربي لشؤون المخدرات (عمان)
- المكتب العربي لمكافحة الجريمة (بغداد)
- المكتب العربي للإعلام الأمني (القاهرة)
- المكتب العربي للشرطة الجنائية (دمشق)
- الإدارة العامة للشؤون الاجتماعية والثقافية بجامعة الدول العربية
- الأمانة العامة لمجلس التعاون الخليجي
- منظمة الدول الأمريكية
- وحدة شرطة المخدرات الأوروبية (EDU)

3. 2. 3 . الاتفاقية الدولية المعاصرة لمكافحة المخدرات :

بعد استعراض التطورات التاريخية لجهود مكافحة المخدرات، وما شملته من اتفاقيات ومؤتمرات كان لها الأثر المباشر في إنشاء العديد من المنظمات الدولية، وبعد أن اتضحت الأهمية الخاصة للاتفاقيات التي وقعت منذ عام 1961 وحتى الآن، وبصفة أساسية اتفاقية عام 1961م و 1971 م واتفاقية عام 1988م وسنتعرض بشيء من التفصيل لكل من هذه الاتفاقيات نظراً لأهميتها الخاصة.

3. 2. 3. 1. الاتفاقية الوحيدة للمخدرات عام 1961 م والمعدلة ببرتوكول 1972 م:

"أسفرت الجهود الدولية التي بذلت بداية القرن الماضي عن توقيع عدد من الاتفاقيات الدولية شملت الأفيون ومشتقاته، والقنب الهندي* كما شملت الحد من تصنيع المخدرات وتوزيعها، واقتصار استخدامها على الأغراض الطبية والعلمية** والحد من المتاجرة في المخدرات*** والمواد المخلقة**** وتنظيم الزراعات المخدرة*****". [59] ص 85. ومع تأييد أحكام الاتفاقيات السابقة، في اتفاقية واحدة، تصبح هي الوحيدة في شأن الرقابة على المخدرات ومكافحتها.

* اتفاقية لاهاي للأفيون عام 1912م، ثم اتفاقية جنيف لعام 1925م، والتي شملت الأفيون

والقنب الهندي.

** اتفاقية جنيف لعام 1931م.

*** اتفاقية جنيف لعام 1936م.

**** بروتوكول باريس عام 1948م.

***** بروتوكول نيويورك عام 1953م.

وبناءً على ذلك أعد الأمين العام لهيئة الأمم المتحدة مشروع الاتفاقية، وتم عرض المشروع على مؤتمر دولي بمقر المنظمة خلال الفترة من 25 جانفي إلى 25 مارس من عام 1961م، حيث تمت الموافقة على المشروع، واعتمدت الاتفاقية في 30 مارس 1961م وأصبحت سارية المفعول اعتباراً من 31 ديسمبر 1964م.

وقد عدلت هذه الاتفاقية ببرتوكول 1972م الذي أصبح ساري المفعول اعتباراً من 08 أوت 1975م وكان من أهم مظاهر التعديل الحث على زيادة جهود مكافحة إنتاج المخدرات والمتاجرة فيها واستهلاكها.

3. 2. 3. 2. اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971 م:

"قبل صدور الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961م، كانت قد أثرت مشكلة المؤثرات العقلية Psychotropics في المؤتمرات الدولية منذ سنة 1955م ولكن لجنة المخدرات رفضت مشروع القرار بوضع الإمفيتامينات تحت الرقابة الدولية واكتفت بأن أوصت الدول بوضع الإمفيتامينات تحت رقابتها المحلية". [108] ص 427.

غير أن المسكنات والمنبهات وعقاقير الهلوسة، ما لبثت أن زاد خطرهما وانتشارها، فشكلت لجنة المخدرات لجنة فرعية لدراسة موضوع إساءة استعمال المؤثرات العقلية، وهكذا أعد مشروع

الاتفاقية، وتم عرضه على لجنة المخدرات في جانفي من سنة 1970م في فيينا، وفي الفترة من 11 جانفي إلى 21 فيفري 1971م تمت الموافقة عليه.

3. 2. 3. 1. أهداف اتفاقية 1971م وآليات الرقابة على تنفيذها:

3. 2. 3. 2. المواد الخاضعة للمراقبة في الاتفاقية:

شملت الاتفاقية المواد النفسية الخاضعة للمراقبة، وقسمتها إلى أربعة أنواع ورد كل منها في جدول خاص، وكلها من المؤثرات العقلية وهي:

- الجدول الأول: يشتمل على 10 مواد منها: ليسير جيد، بسيلوسيبس.
- الجدول الثاني: يشتمل على 06 مواد منها: الأمفيتامين، ديكسامفيتامين.
- الجدول الثالث: يشتمل على 05 مواد منها: أموباربيتال، سيكوباربيتال.
- الجدول الرابع: يشتمل على 11 مادة منها: أمفيرامون، باربيتال.

تتضح أهداف الاتفاقية بوجه خاص، لإساءة الاستعمال والمتاجرة بالمؤثرات العقلية، وطبقا لما جاء في الاتفاقية، وقد لاحظت بقلق المشاكل الاجتماعية الناتجة عن استعمال بعض المؤثرات العقلية، وصممت على الوقاية من مكافحة استعمال تلك المواد، وما تؤدي إليه من انحرافات ولهذا اتخذت تدابير صارمة من أجل استعمال هذه المواد للأغراض الطبية والعلمية، وضرورة توفير العلاج للمدمنين وتأهيلهم إلى جانب العقوبات.

3. 2. 3. 2. 3. المواد الخاضعة للمراقبة الدولية في الاتفاقية (نطاق تطبيق الاتفاقية):

- الأهداف العامة:

تتضح الأهداف العامة للاتفاقية، على الاهتمام بصحة الإنسان ورفاهيته وضرورة الاستعمال الطبي للمخدرات، وضرورة التسليم بأن تعاطي المخدرات والإدمان عليها آفة تصيب الفرد، وخطرا اجتماعيا واقتصاديا يهدد الإنسانية مما يستوجب منع هذه الآفة ومكافحتها، والقيام بعمل منسق لضمان فعالية التدابير المتخذة ضد استعمال المخدرات، وهو عمل يقتضي تعاونا دوليا في مراقبة المخدرات، وأن تكون جميع الأجهزة المعنية بذلك لتحقيق الأهداف.

قسمت الاتفاقية المواد الخاضعة للمراقبة الدولية إلى أربعة أنواع* (أنظر الملاحق)، وأدرجت مواد كل نوع منها في جدول خاص، وجعلت لمواد كل جدول نوعا من الرقابة تتفق مع طبيعته.

3. 2. 3. اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988 م:

رغم صدور اتفاقيتي سنة 1961م و 1971م فإن مشكلة مكافحة المخدرات ظلت تتفاقم بصورة مروعة في كافة أنحاء العالم وجاء في كتاب المخدرات والعقاقير الصادر عن وزارة الداخلية بالمملكة العربية السعودية مركز أبحاث مكافحة الجريمة: "إن الاتفاقيات الدولية لم تحدد تعريفا واضحا للمخدرات وذلك لصعوبة التعريف الجامع لها، فالاتفاقية الوحيدة للمخدرات، واتفاقية المواد المؤثرة على الحالة النفسية، قامتتا بحصر المواد المخدرة المندرجة حسب خطورتها في جداول أربعة ملحقة بكل اتفاقية." [15] ص 34.

كما هو الحال بالنسبة "للقات" فهو غير مدرج في جداول الاتفاقيات، " كما تسمح اليمن بالقات رسميا وكذلك الصومال، وكلاهما عضو في الجامعة العربية، رغم أن الجامعة العربية تعتبر القات في القائمة الأولى من المواد الممنوعة." [15] ص 35.

وقد دعى ذلك هيئة الأمم المتحدة إلى عقد مؤتمر دولي في العاصمة النمساوية "فيينا" خلال الفترة من 25 نوفمبر إلى 20 ديسمبر 1988م لمناقشة مشروع اتفاقية دولية جديدة حول مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية. "ودخلت الاتفاقية حيز التنفيذ ابتداء من 11 نوفمبر 1990" [65] ص 333. وقد تعرضت الاتفاقية إلى مطلبين بموجبها تلتزم دول الأطراف في تنفيذ آلياتها وهما:

3. 2. 3. 1. أهداف الاتفاقية:

لقد أصبح القلق يساور الدول الأعضاء نتيجة لتزايد إنتاج المواد المخدرة والمؤثرات العقلية، والطلب المتزايد عليها، والمتاجرة فيها بصورة غير شرعية، مما شكل تهديدا خطيرا لصحة المجتمعات ورفاهيتها وإلحاق الضرر بالأسس الاقتصادية والثقافية والاجتماعية، وحتى السياسية للمجتمعات، وكذلك تغلغل المتاجرة في تلك المواد في مختلف فئات المجتمع، خاصة أن الكثير من الأطفال والمراهقين يستغلون في ترويجها عبر العصابات الإجرامية المنظمة التي تهدد الحكومات والمؤسسات التجارية والمالية والمجتمع على جميع مستوياته. وعليه ترغب الدول في القضاء على أسباب المشكلة من جذورها والقضاء على الطلب غير المشروع، واضعة في اعتبارها تدابير رقابية في مجال التعاون الدولي، و فيما يلي:

- منع المتاجرة بالمخدرات عن طريق البحر.
- تقوية الوسائل القانونية الفعالة للتعاون الدولي في المسائل الجنائية لغرض منع الإجرام الدولي من خلال المتاجرة بالمخدرات والمؤثرات العقلية.

3. 2. 3. 2. آليات الرقابة على تنفيذ اتفاقية 1988م :

- اعتمدت الاتفاقية في بعض أنواع الرقابة الدولية على لجنة المخدرات والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات وتنص آليات الرقابة على مايلي:
- تقدم كل دولة لهيئة مراقبة المخدرات تقريراً سنوياً عن المعلومات المتعلقة بالكميات المحجوزة.
 - إعداد الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات تقريراً سنوياً يتضمن تحليلاً للمعلومات المتوفرة لديها حول مكافحة المخدرات.

3. 3. الأجهزة الدولية الحكومية لمكافحة المخدرات:

- تتعدد الأجهزة الدولية لمكافحة المخدرات، إلا أنه رغم هذا التعدد فإنه يمكن تناولها مقسمة بين أجهزة رئيسية لمكافحة المخدرات عالمياً وأخرى تساهم في أعمال مكافحة المخدرات تحت مظلة هيئة الأمم المتحدة بشكل غير مباشر، وتتمثل هذه الأجهزة التابعة للأمم المتحدة، في كل من لجنة المخدرات، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات وبرنامج الأمم المتحدة الدولي للرقابة على المخدرات.

3. 3. 1. لجنة المخدرات: The Commission On Narcotic Drugs

- تعد لجنة المخدرات إحدى اللجان الوظيفية الفنية الرئيسية التي تعمل في إطار المجلس الاقتصادي والاجتماعي بالأمم المتحدة، ورغم أن إتفاقية عام 1961م قد أشارت إلى هذه اللجنة، إلا أنها لم تنشئها، وإنما كانت قد أنشئت بالفعل في عام 1946م بقرار من المجلس الاقتصادي والاجتماعي. وطبقاً لما جاء في المادة (8) من إتفاقية 1961م تخول للجنة صلاحية النظر في جميع المسائل المتصلة بأهداف هذه الاتفاقية، ولاسيما المسائل الآتية:

- تعديل الجداول وفقاً للمادة (3) من الاتفاقية.
- وضع التوصيات اللازمة لإعمال أحكام الاتفاقية أو تحقيق أهدافها بما في ذلك اقتراح برامج البحث العلمي وتبادل المعلومات ذات الطابع العلمي أو التقني.
- لفت أنظار الدول غير المنظمة إلى الاتفاقية إلى القرارات التي تتخذها والتوصيات التي تعتمدها بموجب هذه الاتفاقية، لتنظر تلك الدول في إمكان اتخاذ التدابير المتفق عليها.

3. 3. 2. الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات: The International Narcotics Control Board

- تتألف الهيئة من ثلاثة عشر عضواً ينتخبهم المجلس الاقتصادي والاجتماعي منهم ثلاثة أعضاء من ذوي الخبرة الطبية أو الصيدلانية، يختارون من بين القائمة بأسماء خمسة أشخاص على

الأقل ترشحهم منظمة الصحة العالمية OMS. وتتولى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بالاشتراك مع لجنة المخدرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والأمين العام لهيئة الأمم المتحدة لإنجاز الاختصاصات الآتية:

- تحدد الهيئة المواعيد التي ينبغي بها تقديم التقارير، والتي تلتزم بها دول الأطراف وغير الأطراف.

- تحدد الهيئة الطريقة والشكل الذي يجب أن تقدم به البيانات الإحصائية والمنصوص عليه في المادة

(2) من اتفاقية 1961م، وتدرس الهيئة هذه البيانات للتحقق من امتثال أية دولة طرف أو غير طرف لأحكام الاتفاقية.

- تراقب الهيئة عدم تجاوز الدول التي تصنع أو تستورد المخدرات الكميات المستهلكة أو المستعملة أو المصدرة أو المضافة إلى المخزون، وتتخذ الهيئة في حالة المخالفة الإجراءات المواجهة لها.

3.3.3 . برنامج الأمم المتحدة الدولي لمكافحة المخدرات: UNIDCP

"بدأ هذا البرنامج أعماله منذ عام 1990م وكان يضم وقتها منصب المدير التنفيذي بالإضافة أربع لجان رئيسية هي:

1. 3.3.3 . لجنة تنفيذ المعاهدات والشؤون القانونية:

ويتبعها كل من أمانة الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، وأمانة لجنة المخدرات ودائرة الشؤون القانونية.

2. 3.3.3 . لجنة الأنشطة التنفيذية:

ويتبعها كل من المكاتب الميدانية والمكاتب الإقليمية.

3. 3.3.3 . لجنة الخدمات التقنية:

ويتبعها أقسام أو وحدات قمع المتاجرة بالمخدرات، والحد من الطلب والعرض، والدعم العلمي والمختبري والمساعدة القانونية والتدريب.

4. 3.3.3 . لجنة التعاون فيما بين المنظمات:

وتتضمن أعمالها التنسيق بين الوكالات والأنشطة المشتركة فيما بين المنظمات.

وقد شهد البناء التنظيمي تطورا جديدا خلال عام 1998م، واتسم هذا التطوير بالتوجه نحو اللامركزية حيث وصل عدد المكاتب التنفيذية إلى 22 مكتباً بدلا من 4 مكاتب، حين تقلص عدد اللجان إلى ثلاث. "[108] ص (472،473).

3. 4. الأجهزة المساهمة في مكافحة المخدرات تحت هيئة الأمم المتحدة بشكل غير مباشر:

إلى جانب برنامج الأمم المتحدة للرقابة على المخدرات وغيره من الأجهزة المتخصصة في مجال مكافحة المخدرات السابق عرضها، يوجد عدد من الأجهزة الأخرى التي تساهم بشكل أو بآخر في أعمال مكافحة المخدرات دون أن تكون الرقابة على المخدرات هي هدفها الرئيسي. وبشكل عام فإن هذه الأجهزة يمكن أن تصنف إلى مجموعتين: حيث تمثل المجموعة الأولى الأجهزة التابعة للأمم المتحدة والتي تهتم بمكافحة المخدرات بشكل عرضي إلى جانب اختصاصاتها الرئيسية التي أنشئت من أجلها وهي:

- برنامج الأمم المتحدة للتنمية UNDP
 - اليونيسيف UNICEF
 - منظمة الأمم المتحدة للتجارة والتنمية UNCTAD
 - برنامج الأمم المتحدة المعني بفيروس نقص المناعة المكتسبة -السيدا-
- وتتمثل المجموعة الثانية، تلك الأجهزة والمنظمات التي لا تتبع الأمم المتحدة وإن كانت تعمل في إطارها، والتي تهتم بمشكلة المخدرات ومكافحتها بشكل غير مباشر إلى جانب اختصاصاتها الأخرى وهي:

- منظمة الشرطة الجنائية الدولية-الأنتربول-INTERPOL
 - مجلس التعاون الجمركي-CCC
 - منظمة التغذية والزراعة-FAO
- ونظرا لتعدد هذه الأجهزة بشكل يصعب حصره، تتعرض الدراسة هنا لبعض نماذج منها:

3. 4. 1. منظمة التربية والثقافة والعلوم: UNESCO

وهي إحدى منظمات هيئة الأمم المتحدة والتي تختص في مجالات التربية والثقافة والعلوم، وهي بدورها تساهم إسهاما فعالا في الجهود التي تبذلها هيئة الأمم المتحدة في مجال مكافحة المخدرات وخصوصا فيما يتعلق بالتربية الموجهة إلى الشباب والكبار ذات الصلة بمشكلات إساءة استعمال المخدرات، وفيما يتعلق بالبحوث التي تقوم بها أو تدعو إليها في هذا المجال.

2. 4. 3 . منظمة الصحة العالمية: Organisation Mondiale de la Santé

والمنظمة الصحة العالمية منذ إنشائها سنة 1946 دور كبير في مكافحة المخدرات "إذ أن المادة (21) فقرة (د) من دستورها، تحديد اختصاصها في وضع القواعد المتعلقة بفعالية وانتقاء خطورة التداول في التجارة الدولية للمنتجات العضوية والصيدلية، وما في حكمها من منتجات، ولا شك أن العقاقير المخدرة تدخل في اختصاص تلك المادة." [65] ص 304. ومما هو جدير بالذكر أن لمنظمة الصحة العالمية دور خاص في تقدير خطورة العقاقير المخدرة أو المؤثرات العقلية، وفي ضرورة إدخالها في جداول المخدرات أو المؤثرات العقلية أو إخراجها منها أو نقلها من جدول إلى آخر.

3. 4. 3 . المنظمة الدولية للشرطة الجنائية: Organisation Internationale De Police Criminelle

تعمل المنظمة على مكافحة الجريمة بصفة عامة، وهي تهتم اهتماما خاصا بالمكافحة والمتاجرة في المخدرات، ولذلك يضم قسم التنسيق الأمني بالمنظمة لجنة خاصة لمكافحة والمتاجرة في المخدرات. "وقد عقد أول مؤتمر بإمارة موناكو، حيث شاركت فيه مختلف الوفود الدولية للشرطة القضائية لدراسة إمكانيات خلق محفوظات دولية للشرطة الجنائية، وهذا في سنة 1914، وفي سنة 1923 عقدت المنظمة ثاني مؤتمر لهاب "فيينا" وعملت على خلق لجنة دولية للشرطة الجنائية، واتخذت مقرها بـ "فيينا". [109] ص 15. " سنة 1956 تتحول رسميا للجنة الدولية إلى المنظمة الدولية للشرطة الجنائية، وفي سنة 2002 ارتفع عدد الدول المنخرطة إلى 181 دولة ومقرها الحالي بمدينة "ليون" بفرنسا" [109] ص 15. ومن خلال المادة (2) للقانون الداخلي للمنظمة نستشف أهدافها والمتمثلة في:

* ضمان وتطوير المساعدات المتبادلة والواسعة بين كل سلطات الشرطة مع مراعاة النظم القانونية المعتمدة من طرف كل بلد في إطار الاتفاقية الدولية لحقوق الإنسان.

* تشكيل وتطوير كل المؤسسات التي بمقدورها المساهمة بشكل فعال للوقاية ومكافحة مخالفات الحقوق المشتركة.

"أما المادة (3) فتتضمن الخطوط الحمراء التي لا ينبغي أن تتجاوزها المنظمة" [109] ص 15. وبصفة عامة يمكننا الإشارة إلى المحاور الأساسية التي تعمل من خلالها المنظمة و التي تتمثل في :

- جرائم المساس بالأشخاص والأموال: القتل العمدي، الاختطاف، المتاجرة بالرقيق .

- جرائم المساس بالتراث: السرقة والمتاجرة بالمنتجات الفنية، والآثار.

- جرائم المتفجرات والإرهاب.

- المتاجرة غير الشرعية بالحيوانات في طور الانقراض.

- الجرائم الاقتصادية والمالية: مثل تزوير النقود، تبييض الأموال، المتاجرة بالمخدرات.

"ومن أهم التقنيات التي تملكها المنظمة، شبكة مستقلة وحديثة للاتصالات، تغطي كل دول الأعضاء بالإضافة إلى نظام تم وضعه حديثا يعتمد على تكنولوجيا الأنترنت ويسمى (7-24/1) يعمل 24 ساعة على مدار سبعة أيام، سيمكن استقبال وإرسال المراسلات في ظرف قياسي جدا." [109] ص15. نذكر بأن الجزائر قدمت طلبها الرسمي للأمانة العامة في 24 أفريل 1963م، وهذا خلال الدورة (32) للجمعية العامة للمنظمة، والتي انعقدت في شهر أوت من سنة 1963م، وتم قبول طلب الجزائر.

3. 5. 3. الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية: [110] ص273
حرص مجلس وزراء الداخلية العرب على وضع إستراتيجية عربية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، حيث قامت الأمانة العامة للمجلس بإعداد مشروع هذه الإستراتيجية، وتم تعميمه على جميع الأجهزة المختصة في الدول الأعضاء، لإبداء ملاحظاتها بشأنه، ومن ثم إعادة صياغة مشروع هذه الإستراتيجية في ضوء الملاحظات وجهات النظر الواردة من الدول الأعضاء، وجرى عرضه على مجلس وزراء الداخلية العرب بدورته الخامسة المنعقدة في تونس، حيث اعتمد المجلس الإستراتيجية بقرار (2) بتاريخ 05/02/1986م وفيما يلي أبرز أهدافه ومجالاته:

3. 5. 3. 1. أهداف الإستراتيجية:

* تحقيق أكبر قدر ممكن من التعاون الأمني العربي لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية.

* إلغاء الزراعات المنتجة للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية.

* فرض رقابة شديدة على مصادر المواد المخدرة والمؤثرات العقلية.

* مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية وعلاج المدمنين.

3. 5. 3. 2. مجالات تطبيق الإستراتيجية:

شملت الإستراتيجية جميع مجالات المخدرات والمؤثرات العقلية وأبعادها المختلفة، وما تتطلبه من مجالات عمل تنفيذية بهذا الشأن. وقد تضمنت أربعة محاور أساسية هي:

3. 5. 3. 3. السياسات الوطنية في الدول العربية:

وتشمل عدة إجراءات وبرامج عملية، يجرى تنفيذها على مستوى الدول الأعضاء، في مجالات مكافحة والوقاية والعلاج والإدماج والتدريب والبحث العلمي :

1. 3. 5. 3 . مجالات مكافحة :

إنشاء لجنة وطنية في كل دولة عربية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، تشارك فيها جميع الأجهزة المعنية ذات الاختصاص، كذلك إنشاء إدارة متخصصة في كل دولة لمراقبة ومكافحة المخدرات وتكون ذات اتصال مباشر بالإدارة المماثلة لها في الدول العربية الأخرى، وبالمكتب المتخصص بشؤون المخدرات في الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب.

2. 3. 5. 3 . المجال الإجرائي :

وتتضمن إنشاء ثلاث مجموعات عمل فرعية إجرائية، من رؤساء أجهزة مكافحة في دول كل مجموعة تضم وضع نظام خاص لاجتماعاتها ورئاستها وإدارة أعمالها من قبل الأمانة العامة التي تتولى الدعوة إلى عقد اجتماع سنوي لكل مجموعة وهذه المجموعات هي:

* **المجموعة الأولى:** وتشمل كل من (الأردن، السعودية، سوريا، العراق، قطر، لبنان)

* **المجموعة الثانية:** وتشمل كل من (الإمارات العربية المتحدة، البحرين، السعودية، العراق، سلطنة عمان قطر، الكويت).

* **المجموعة الثالثة:** وتشمل كل من (الجزائر، السودان، ليبيا، مصر، المغرب، موريتانيا).

3. 3. 5. 3 . مجال التعاون القانوني والقضائي بين الدول العربية :

ويتمثل في دعوة الدول العربية إلى تبني قانون موحد للمخدرات والمؤثرات العقلية وتبني جدول لهذه المواد من خلال الانضمام لهذه الاتفاقيات، وتنفيذ ما يتعلق منها بجرائم المخدرات وتشجيع إبرام الاتفاقيات الثنائية ومتعددة الأطراف فيما بين الدول العربية ذات الاهتمام المشترك.

4. 3. 5. 3 . مجال التعاون الإجرائي والفني بين الدول العربية:

يتمثل في إجراء التبادل السريع للمعلومات فيما بينها، وكل ما يتعلق بشؤون المخدرات من مهربين ومتاجرين والكميات المضبوطة، عن طريق وسائل الاتصال السلكية واللاسلكية وشبكة منظمة الأنتربول. كما يتضمن هذا المجال وضع قائمة على المستوى العربي للتجار ولمهربي المخدرات و المؤثرات العقلية تضم الأشخاص الخطرين في مجال المتاجرة والتهريب على المستوى العربي، وكذلك وضع معجم باللغة العربية يشمل أسماء المواد المخدرة والمؤثرات العقلية الخاضعة للرقابة الدولية، وبمؤسسات الدولة ذات الشأن.

3. 5. 3. 5. مجال الوقاية:

تحديد جميع أوجه الوقاية من استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية بمفهومها العلمي الصحيح، من خلال تنمية الشعور الاجتماعي والديني لبناء موقف ضد انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية تجارة وتعاطيا وحشد الطاقات لدى المواطنين خصوصا فئة الشباب لأداء دورها ومساهمتها في الحد من انتشار المخدرات من خلال التوعية وبرامج التعليم والإرشاد الديني، وإعداد البرامج الإعلامية الهادفة للوقاية من المخدرات ومتابعة تنفيذها بكافة وسائل الإعلام المناسبة بما يضمن خلق شعور مناهض إزاء ظاهرة المخدرات وتشجيع إنشاء الجمعيات الخاصة لمكافحة المخدرات، لأداء دورها في مجال التوعية من المخدرات ومعالجة المدمنين وإعادة إيمانهم، وإحكام الرقابة على صرف الوصفات الطبية للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية، للحيلولة دون تجاوز القوانين والتعليمات المعمولة بها في هذا المجال من قبل الأجهزة الصحية المختصة.

3. 5. 3. 6. مجال العلاج والتأهيل:

إنشاء مراكز لعلاج المدمنين، وتبني تدابير حديثة ومتطورة لهذا الغرض، وإنشاء مراكز متخصصة لتأهيل المدمنين بعد شفائهم ووضع أحدث البرامج لرعايتهم اللاحقة.

3. 5. 3. 7. مجال التدريب:

وضع خطط تدريبية حديثة ومتطورة لتدريب العاملين في أجهزة مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية ورفع كفاءتهم وتطوير مهاراتهم في جوانب إختصاصاتهم المختلفة.

3. 5. 3. 8. مجال البحث العلمي:

تسخير البحث العلمي لخدمة أغراض الكشف عن المخدرات ومركباتها ووسائل تهريبها وترويجها وطرق التهريب، والعمل على دراسة ظاهرة المخدرات والمؤثرات العقلية بجوانبها المختلفة لمعرفة أسباب انتشارها وأنماطها واتجاهاتها.

3. 5. 4. التعاون العربي:

يشكل حجر الزاوية في توظيف جميع الجهود لتقليل حجم الظاهرة والحد من خلال التعاون بين مناطق جذب ومرور المخدرات ومناطق إنتاجها وتنبؤ صيغ التعاون فيما يلي:

3. 5. 4. 1. التعاون العربي الإقليمي:

ويتضمن هذا المحور ما يلي:

- عقد لقاءات بين مسؤولي أجهزة مكافحة في الدول العربية ونظرائهم في الدول الأخرى ذات الاهتمام المشترك لإقامة حوار يستهدف توثيق الروابط بينهم وتدعيم سبل التعاون المشترك للبحث عن أفضل الوسائل الكفيلة بالحد من المخدرات من هذه الدول وإليها.
- تنظيم لقاءات دورية بين ضباط مراكز الحدود وقادة الوحدات للدول العربية المتجاورة فيما بينها و الدول العربية المجاورة للدول الأخرى لتبادل المعلومات ووضع الخطط المشتركة الكفيلة بمراقبة مهربي المخدرات.

3. 4. 5. 2. التعاون العربي العالمي: ويتضمن هذا المحور ما يلي :

- الاهتمام باتفاقيات المخدرات الدولية (الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961. اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971م. البروتوكول المعدل للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1972م. اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة والمتاجرة بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988) وذلك من قبل الدول العربية التي لم تنضم بعد لأي من هذه الاتفاقيات.
- الحرص على تكثيف التواجد العربي في اللقاءات الدولية والمشاركة في مداولاتها وأنشطتها ونتائجها.

- تبادل المعلومات والبيانات في مجال المخدرات وتوثيق التعاون فيما بين الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب وبين المنظمات والهيئات المتخصصة.

3. 4. 5. 3. متابعة تنفيذ الإستراتيجية:

- "تنفيذاً للفقرة الثانية من قرار مجلس وزراء الداخلية العرب رقم-72- بتاريخ 1986/12/02 الصادر عن دورته الخامسة، المتضمن دعوة الدول الأعضاء لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بتنفيذ الإستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، وفي هذا الإطار تم اعتماد ثلاث مراحل لتنفيذ الإستراتيجية العربية وهي:

- المرحلة الأولى: من 1988 إلى 1993م

- المرحلة الثانية: من 1994 إلى 1998 م

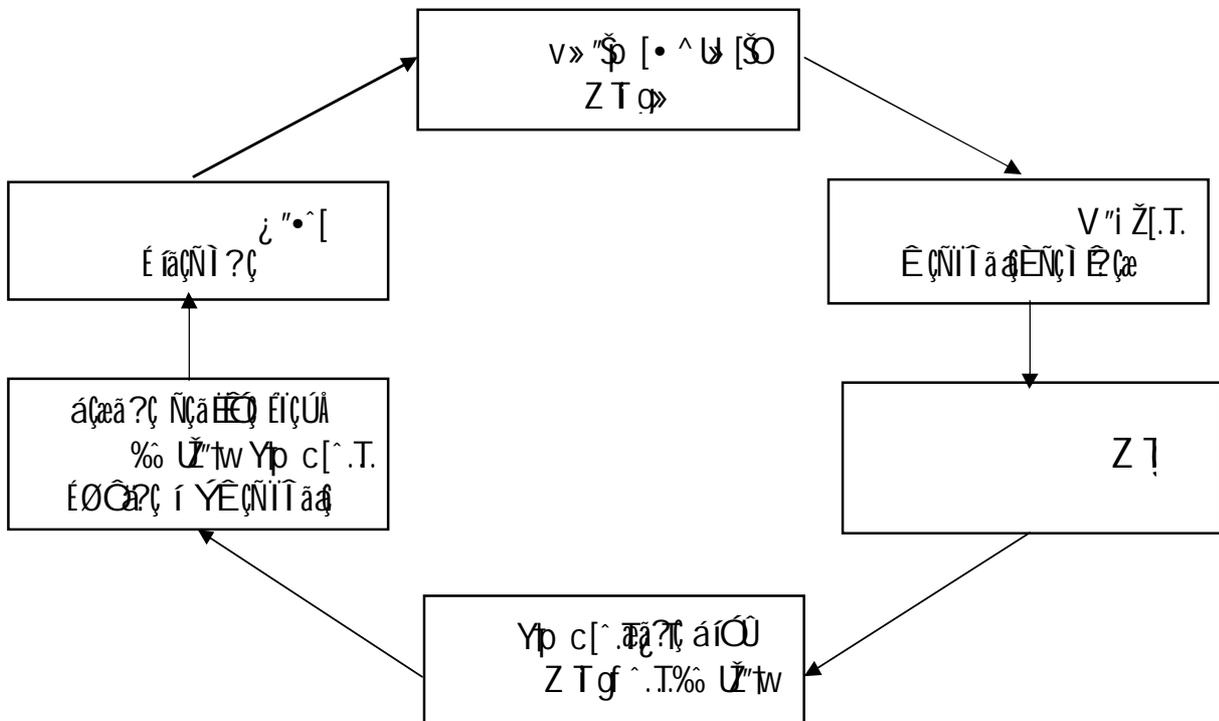
- المرحلة الثالثة: من 1999 إلى 2003م" [66] ص 283.

3. 5. 4. 4. إعداد مشروع وثيقة إستراتيجية عربية شاملة لمواجهة ظاهرة المخدرات في الوطن العربي:

"تم تكليف الإدارة العامة للشؤون الاجتماعية والثقافية بجامعة الدول العربية بإعداد مشروع وثيقة إستراتيجية عربية شاملة لمواجهة ظاهرة المخدرات في الوطن العربي، وقد تم إنجاز هذا العمل، وتضمن هذا المشروع ثمان محاور وهي:

- 1- المحور الديني.
- 2- المحور الأمني.
- 3- المحور الصحي.
- 4- المحور والاجتماعي الاقتصادي.
- 5- المحور القانون.
- 6- المحور الإعلامي.
- 7- المحور الإنتاج الزراعي.
- 8- المحور التربوي والثقافي "[65] ص 284.

3. 6. حلقة مسار المخدرات: [107] ص 142



إن الحقيقة التاريخية تفيد بأن الإنسان عرف المخدرات، منذ زمن بعيد واستقاد منها، وتضرر منها عندما أستخدمها في غير موضعها، ومن المؤكد أن إنتاج المخدرات وتعاطيها وترويجها والمتاجرة بها تلحق أضراراً بالغة الخطورة بوتيرة التطور الاقتصادي والاجتماعي في مختلف أنحاء العالم.

إن مخاطر المخدرات وأثارها على الأفراد والمجتمعات لم تعد اليوم في حاجة إلى إثبات، ذلك أن هذه الآفة المدمرة أصبحت من أكبر الأخطار التي تهدد البشرية إلى جانب الفقر وفقدان المناعة المكتسبة (السيدا).

والجزائر على الرغم من كونها ليست من الدول المنتجة للمخدرات ولاهي من الدول المستهلكة لها هي كذلك معرضة لمخاطر وتهديدات هذه الظاهرة القاتلة لأنها ميدان عبور مفضل للمخدرات، وفي هذا الصدد " تصنف مختلف الهيئات الدولية، الجزائر كمنطقة عبور حقيقية للمخدرات في الوقت الراهن فإن هذه الميزة ستحول بلادنا تدريجياً إلى بلد مستهلك لهذه الآفة، كون الجزائر بلداً يقع بين منطقتين أساسيتين بالنسبة لنشاط تجارة المخدرات هما منطقة الإنتاج المتمثلة أساساً في المغرب وبعض دول جنوب الصحراء، ومنطقة الاستهلاك، وهي بلدان شمال المتوسط " [111] ص 14. "حيث تشير التقارير العالمية إلى أن المساحة المزروعة لمادة القنب الهندي بأكثر من 134 ألف هكتار لدى المغرب و12% من الإنتاج العالمي وبكمية تصل إلى 47400 طن سنوياً من القنب الخام وبكمية 3080 طن من بذور القنب" [112].

إن التصدي لظاهرة المخدرات ووقف انتشارها يقتضي تكاتف الجهود في مختلف المجالات والتنسيق بين جميع الهيئات وإشراك كل المؤسسات، خاصة تلك التي تعنى بقضايا الشباب، وتهتم بالدفاع الاجتماعي ضد كل الأمراض والآفات الاجتماعية التي تهدد أمن المجتمع واستقراره.

3. 7. بروز ظاهرة المخدرات في الجزائر (توجهاتها وتطورها):

لكي نتناول طبيعة ظاهرة المخدرات والإيمان عليها، ينبغي التذكير أن بروز هذه الظاهرة إلى الوجود في الجزائر كان سنة 1975 " حيث حجزت مصالح الأمن ما لا يقل عن ثلاثة أطنان من راتنج القنب وأوقفت مرتكبي عملية التهريب الذين كان أغلبهم من الأجانب، وهي السنة التي صدر فيها القانون الخاص بالمخدرات، والذي تميز بقساوة العقوبات التي يتضمنها (الأمر رقم: 09-75 مؤرخ في: 06 صفر عام 135 هـ الموافق لـ 17 فيفري عام 1975م). " [113] ص 6. "وفي سنة 1989م، سجلت عملية تهريب ثانية تمثلت في حجز 2 طن من القنب وتم إيقاف حوالي 2500 شخص" [114] ص 14.

" وتعد سنة 1992 منعرجا حاسما في وتيرة تطور ظاهرة المخدرات في الجزائر، حيث وصلت الكميات المحجوزة إلى 07 أطنان من القنب" [113] ص 6. واعتبارا من هذه السنة عرفت الظاهرة تزايدا مطردا سنة بعد أخرى لأسباب تعود أساسا إلى الظروف الخاصة التي عرفت الجزائر في العشرية الأخيرة من القرن الماضي -سنوات الإرهاب- بالإضافة إلى عدة عوامل اجتماعية، اقتصادية، ثقافية وسياسية وحتى دينية ساعدت في تفاقم هذه الظاهرة." وتوضح الإحصائيات المنجزة خلال العشرية الماضية أن هناك ميولا متطورا لكميات المخدرات المحجوزة سنويا والتي لا تشكل في الحقيقة سوى جزءا صغيرا من كمية المخدرات المتداولة، بلغت 43.207 طن خلال 11 سنة" [113] ص 7. وبالإضافة إلى القنب الهندي الذي يعبر بلادنا، فإن مصالح مكافحة تسجل عدد من العمليات حجز الكوكايين والهيروين. " ففي سنة 2003 تم حجز 9510 غرام من الكوكايين و1460 غرام من الهيروين، والتي تدخل الجزائر بواسطة الطرود البريدية الآتية من أوروبا خاصة الضفة الشمالية للبحر الأبيض المتوسط، عن طريق الشحن في البواخر والطائرات وهناك كميات تأتي من البلدان الواقعة جنوب الصحراء من خلال شبكات لها نقاط اتصال بالعاصمة الجزائرية، وفي مراكز حضرية أخرى من الوطن لكن الاتجار بهذا النوع من المخدرات محدودا جدا بسبب تكلفته المرتفعة" [115].

وبديهي أن نتائج المتاجرة بالمخدرات واستعمالها مأساوية على الأفراد والمجتمع على حد سواء، لكن الدراسات الوبائية المنجزة حتى اليوم لا تسمح بإعطاء صورة دقيقة عن الوضع السائد، بحيث تكون مبنية على معطيات دقيقة ومؤكدة عن مصادر الإفراط في المخدرات في بلادنا ومدى انتشارها وأسبابها، وبالنظر للأرقام المتوفرة يمكن التأكيد على أن تأثير المتاجرة بالمخدرات واستعمالها غير المشروع بلغت درجة كبيرة من الخطورة، ويظهر ذلك من خلال انشغال ليس فقط السلطات العمومية، وبصفة خاصة مصالح مكافحة ولكن من خلال الحيرة التي أربكت العديد من الجمعيات التي تنشط في هذا المجال وفي هذا السياق وحسب السيد (صالح عبد النوري): "أشارت التقارير الأممية أن الأقرص المهلوسة (Psychotropes) هي مخدرات المستقبل نظرا لسهولة تصنيعها أو الحصول عليها، حيث شهدت الجزائر خلال السنوات الأخيرة نموا متزايدا لاستهلاكها، حيث تم حجز سنة 2002 ألف قرص مهلوس في حين بلغ العدد سنة 2004م أكثر من 200 ألف قرص" [116] ص 14.

وتساعد هذه الظاهرة، التي أخذت في أيامنا هذه أبعادا تدعو للقلق عدة عوامل يمكن تلخيصها

على النحو التالي:

1. 7. 3 . العوامل الاجتماعية و الاقتصادية :

- * التسرب المدرسي ونتائجه المولدة للعديد من أشكال الجرح.
- * الركود الاقتصادي والبطالة التي يعاني منها الشباب منذ سنوات " وتشير الإحصائيات المتداولة أن عدد البطالين سنة 2000 يناهز ثلاثة ملايين بطال وأن 47% يطلبون العمل لأول مرة، وهو ما يعني أن تلك النسبة تمثل الشباب حديثي العهد بسوق العمل، كما تتداول الإحصائيات أيضا رقم 100 ألف من خريجي الجامعات بطالون يضاف إلى ذلك أن الإخفاق في البكالوريا يزود الشارع بالبطالين بما لا يقل عن 200 ألف شاب سنويا" [117] ص(52،53).
- * الحالة النفسية للشباب الناتجة عن اللاإستقرار النفسي والاجتماعي، أو فئات واسعة من المجتمع تزداد فقرا مما يولد التشاؤم واليأس من المستقبل.
- * تقهقر القيم الأخلاقية في المجتمع، في الوقت الذي تشهد فيه غزوا كبيرا لوسائل الإعلام الغربية والتدفق المتواصل للصور المغرية والتي تعمل على تدمير نفسية الشباب - الثقافات الفرعية- *
- * أزمة السكن وما تطرحه من مشاكل بالإضافة لهشاشة الروابط العائلية وتهاون الأولياء.

2. 7. 3 . العوامل الجغرافية :

- * مساحة الجزائر لشاسعة (1200 كلم من السواحل وأكثر من 6000 كلم من الحدود البرية ومساحة قدرها 2.381.741 كلم² تعرقل الجهات المعنية لمكافحة المخدرات في أداء مهامها، وخاصة في ظل وجود وسائل غير كافية، وغير متطورة في نفس الوقت.
- * موقع الجزائر الذي يتوسط أماكن إنتاج المخدرات من جهة وأماكن الاستهلاك من جهة أخرى (بين الشمال والجنوب)، فحسب المرصد الجيوسياسي للمخدرات: " فإن 90 % من المخدرات الموجودة بأوروبا تأتي من المغرب عبر محور رئيسي هو الجزائر وإسبانيا وبعض الدول المجاورة." [118] ص14.
- * توجه شبكات المهريين للمخدرات إلى القارة الإفريقية، فيبعد أن قل نشاطها في القارة الأوروبية نتيجة السياسة المنتهجة من قبل الدول الأوروبية في مكافحة المخدرات وإيمانها.

3. 7. 3 . العوامل القانونية :

- * عدم مواكبة التشريعات الوطنية في مجال المخدرات للتطورات السريعة لهاته الآفة.
- * غياب تنظيمات ملائمة حول مراقبة حركة رؤوس الأموال.
- * عدم وجود سياسة وطنية واضحة في ميدان مكافحة المخدرات تمثلها هيئة وطنية تنسق جهود القطاعات.

3. 7. 4 . بعض العوامل الأخرى:

* اقتصاد السوق الحر في ظل العولمة، صاحبه انتشار المستثمرين في الجزائر الذين ساهموا في ترويج المخدرات والذين يدخلون تحت غطاء التجارة الشرعية في صورة ما يعرف تبييض الأموال.

* غياب الرقابة الشرعية على بيع الأدوية المخدرة في الصيدليات وتواجدها في المستشفيات.
* تأثير العنف الإرهابي، وسنوات الإرهاب على الاستقرار الاجتماعي وعلى التوازن النفسي للأفراد والمجتمع من النزوح الريفي، الصدمات النفسية والآثار الناجمة عنها.

* تطور الإنتاج والتهرب على المستوى الدولي بسبب الأرباح الطائلة التي يوفرها حيث تصنف الهيئات الدولية، تجارة المخدرات في المرتبة الثانية بعد تجارة الأسلحة، فالعائدات هذه التجارة تصل إلى ما لا يقل عن 500 مليار دولار سنويا.

3. 7. 5 . الإحصائيات الوطنية لكميات القنب المحجوزة سنويا خلال 11 سنة من 1992 إلى 2002: [113] ص 23.

المجموع	كميات المخدرات المحجوزة - طن-		السنة
	الدرك الوطني	الأمن الوطني	
6.621	0.582	6.039	1992
1.228	0.206	1.022	1993
1.590	0.469	1.121	1994
4.322	2.511	1.811	1995
2.416	1.704	0.712	1996
2.319	0.728	1.592	1997
2.659	1.842	1.217	1998
4.452	2.000	2.452	1999
4.262	4.568	1.694	2000
4.826	3.098	1.728	2001
6.110	3.962	1.248	2002
43.207	21.670	21.537	المجموع

3. 8. التمثل بالظاهرة في الماضي وأفاق المستقبل:

نصبت في الماضي لجنّتان من طرف السلطات العمومية بغرض مكافحة المخدرات والإدمان عليها كانت الأولى في سنة 1971م تحت أمر رقم 71-198- الصادر بتاريخ 15-07-1971 يتم بموجبها إنشاء لجنة وطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، والثانية في سنة 1992. لكن نشاط هذين الهيكلين لم يفض إلى إرساء سياسة وطنية مدعمة بوسائل ملائمة تترجمها نشاطات منهجية ملموسة في الميدان.

هذا ما أدى بالسلطات العمومية إلى إنشاء "الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (O.N.L.C.D.T) الذي أنشئ بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم: 97-212 المؤرخ في 09 جوان 1997 المعدل والمتمم." [113] ص8. لم تمكن هذه المؤسسة الجديدة من الخروج إلى النور مباشرة بعد إنشائها، ولم يمنع ذلك من مواصلة التفكير والبحث عن أحسن السبل، وأفضل الوسائل لمحاصرة هذه الظاهرة بهدف تضييق الخناق حولها والتحكم فيها قدر الإمكان.

وجاء تنصيب الديوان في شهر أكتوبر 2002م، فقد كانت بلادنا في حاجة ماسة لمؤسسة، تتوفر على كل الكفاءات المطلوبة، تستطيع تسطير سياسة وطنية للوقاية ومكافحة المخدرات، وتنسيق و متابعة مجموع النشاطات التي تقوم بها الهياكل الوطنية المعنية بذلك، كما يقوم الديوان بمهمة أخرى، وهي تمثيل الجزائر لدى الهيئات الدولية المعنية أو المشاركة معها في النشاط.

إن المهام الموكلة لهذه الهيئة، تبين الأهمية والمكانة التي تنتظر أن تحتلها بين المؤسسات الوطنية والدولية التي تنشط في ميدان الوقاية من المخدرات والإدمان عليها، "من جانب آخر، فإن لجنة التقييم والمتابعة الممثلة من 20 هيئة ومنظمة، تندرج في نفس المنظور تتكون من القطاعات الوزارية والهيئات والجمعيات الوطنية التي تنشط في هذا المجال." [113] ص9.

3. 8. 1. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها:

ساهمت التحولات الاجتماعية والسياسية، والتوجه نحو اقتصاد السوق الذي عرفته الجزائر خلال السنوات الأخيرة في إحداث شرخ داخل المجتمع الجزائري بانتشار البطالة، نتيجة لتسريح عدد معتبر من العمال، وكذا التسرب المدرسي لقلّة الإمكانات المادية للأسر، وصاحب تلك التحولات انحسار في قيم الدفاع لذاتي للمجتمع، ليفسح المجال لانتشار مختلف الآفات الاجتماعية وعلى رأسها رواج تعاطي المخدرات خاصة وسط الشباب، التي لم تعد حكرا على أحياء المدن الكبرى مثل الجزائر العاصمة ووهران، بل تفشت عبر مختلف مدن وولايات الوطن، ودخلت حتى أصغر القرى والمدائر ومست جميع شرائح المجتمع الفقيرة والغنية، المثقفة والأمية.

وأمام استفحال الظاهرة، تم تنصيب هيئة مختصة في التكفل ومتابعة قضايا المخدرات، مثل الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها الذي: " نصب بتاريخ 02 أكتوبر 2002م، وجعل من مهامه الأساسية رسم سياسة وطنية للوقاية ومكافحة المخدرات ومتابعة تنفيذها، بالتعاون والتنسيق مع القطاعات الوزارية المعنية وكذا الهيئات والجمعيات العاملة في ميدان مكافحة المخدرات والإيمان عليها." [119] ص 1.

"وتتلخص مهام الديوان على وجه الخصوص فيما يلي:

- التنسيق ومتابعة النشاطات التي تقوم بها القطاعات المعنية.
- تقديم تقارير الحكومة عن النتائج المسجلة في ميدان مكافحة المخدرات.
- انتقاء وجمع المعلومات التي تسهل عمليات البحث والوقاية ومكافحة الاتجار بالمخدرات.
- تقييم النتائج المحصل عليها من أجل مساعدة السلطات العمومية في اتخاذ القرار.
- اقتراح التدابير الضرورية في مجال التشريع الخاص بمكافحة المخدرات والإيمان عليها.
- ترقية وتدعيم التعاون الجهوي والدولي في مجال مكافحة المخدرات والإيمان عليها." [119] ص 2.

"وتوجد لدى الديوان، لجنة التقييم والمتابعة، تتكون من القطاعات الوزارية والهيئات والجمعيات التالية:

- وزارة الشؤون الداخلية والجماعات المحلية.
- وزارة الشؤون الخارجية.
- وزارة العدل.
- وزارة الدفاع الوطني.
- وزارة المالية.
- وزارة الاتصال والثقافة.
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- وزارة السياحة.
- وزارة العمل والضمان الاجتماعي.
- وزارة التشغيل والتضامن الوطني.
- وزارة الشباب والرياضة.
- وزارة الشؤون الدينية والأوقاف.
- وزارة التربية الوطنية.

- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

- الهيئات والجمعيات:

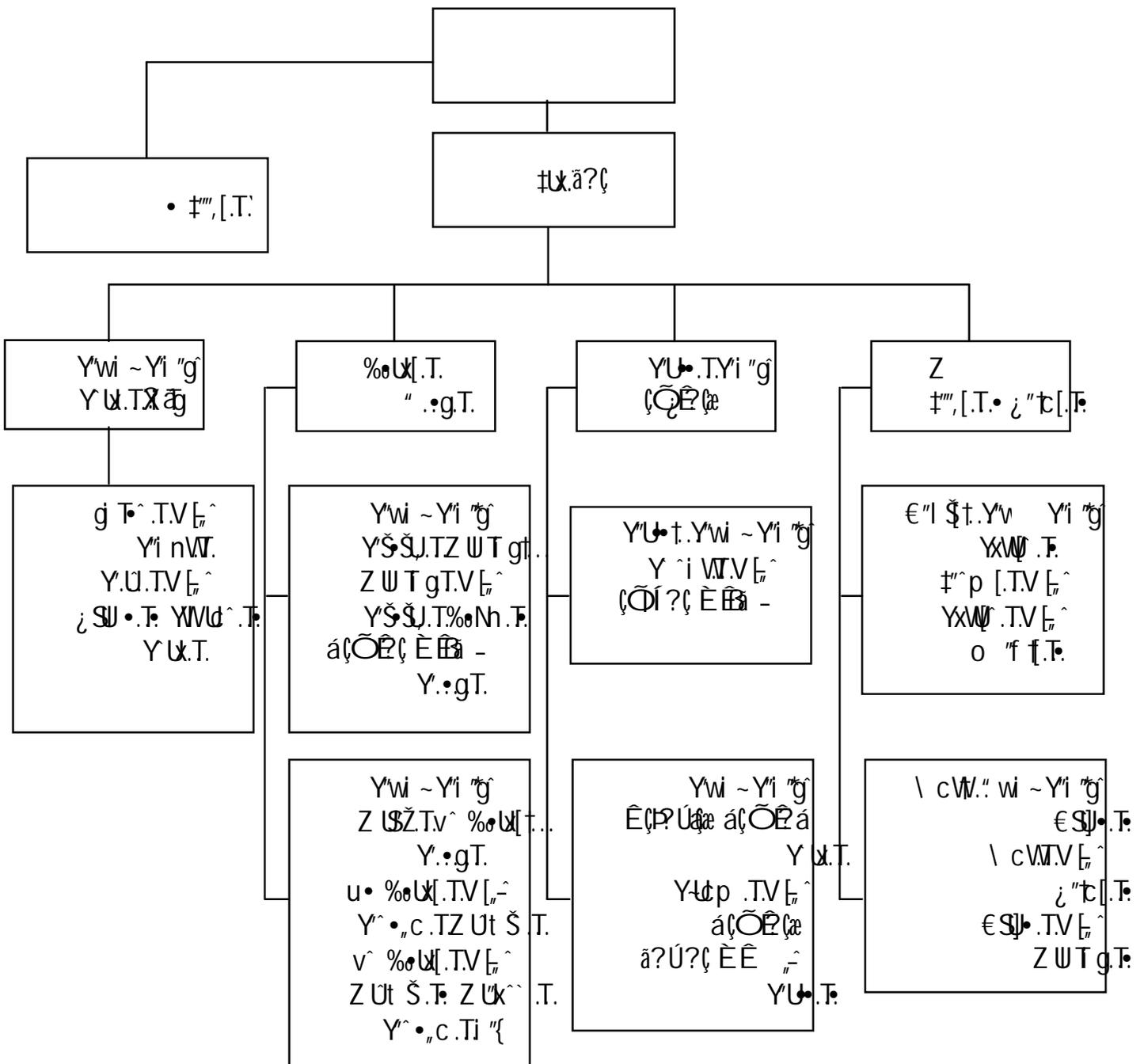
- المديرية العامة للأمن الوطني.

- قيادة الدرك الوطني.

- المديرية العامة للجمارك.

- وأربع (04) جمعيات ذات طابع وطني (ONG) " [119] ص 3.

3. 8. 2. الهيكل التنظيمي للديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها: [119] ص 6.



3. 8. 3 . آليات الإستراتيجية لمكافحة المخدرات: [113] ص 12.

3. 8. 3 . 1 . على المستوى المعياري:

* إحياء مشروع القانون المتعلق بالمتاجرة غير المشروعة في المخدرات وذلك من أجل تحقيق هدف مزدوج، وهذا ما جاء به: " قانون رقم 18-04 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425 هـ الموافق لـ 25 ديسمبر 2004م يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها" [120] ص 3 .

* تكيف التشريع الجزائري مع المتطلبات الحديثة في مجال مكافحة المخدرات .

* جعل التشريع الجزائري متطابقا مع المعاهدات الدولية، وخاصة منها معاهدة 1988م وهذا: "بمقتضى اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988م المصادق عليه بموجب المرسوم الرئاسي رقم 95-41 المؤرخ في 26 شعبان 1415 هـ الموافق لـ 28 جانفي 1995. " [120] ص 3.

* تقنين إجراءات حرق المخدرات والمؤثرات العقلية .

* مراجعة آليات المراقبة المتعلقة بنشاط إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار فيها وتخزينها وهذا ما تضمنته المادة (17) من قانون رقم 18-04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004م والتي نصت على أنه: "يعاقب بالحبس من 10 سنوات إلى 20 سنة وبغرامة من 5.000.000 دج إلى 50.000.000 دج كل من قام بطريقة غير مشروعة بإنتاج أو صنع أو حيازة أو عرض أو بيع، أو وضع للبيع أو حصول وشراء قصد البيع أو التخزين أو استخراج أو تحضير أو توزيع أو تسليم بأية صفة كانت، أو سمسرة أو شحن، أو نقل عن طريق العبور أو نقل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية" [120] ص 5.

3. 8. 3 . 2 . على المستوى العملي: [113] ص 12.

3. 8. 3 . 1 . الوقاية:

دعم النشاط الذي شرعت في القيام به الدوائر الوزارية المختلفة والمنظمات المعنية في إطار البرامج المطبقة خلال السنوات الأخيرة وبصفة خاصة:

- تكوين الموظفين المتخصصين التابعين للصحة والتربية والعدالة والجماعات المحلية وخلال

جلسات الاستماع الجوارية.

- إدراج مواضيع التوعية، بمخاطر المخدرات في البرامج التربوية وفي خطب المساجد، وهذا

ما أكده (يوسف بلمهدي) نائب مدير لتوجيه الديني والنشاط المسجدي بوزارة الشؤون الدينية

والأوقاف حيث قال: " إن للمساجد دور في مكافحة الجريمة والمخدرات، وهذا من خلال التوعية والتحسيس والإرشاد والنصح من خلال الخطب في مساجد وتكثيف الأحاديث عبر أمواج الإذاعة والتلفزيون من شأنها أن تردع الكثير وتوعي الأغلبية ". [121] ص 12.

- دعم قدرات تدخل مراكز إعلام الشباب.
- إنشاء بنك للمعلومات الوطنية والدولية حول المخدرات.
- تشجيع الدراسة والبحث في هذا الميدان من أجل معرفة الظاهرة بكيفية أحسن.
- القيام بنشاط إعلامي وتحسيبي واسع يغطي أكبر الفئات والأوقات الممكنة، بإشراك كل وسائل الإعلام ومتعاملي المجتمع المدني ومراكز صناعة الرأي وغيرها، وهذا ما أكدته (ناصر ديب) رئيس المؤسسة الجزائرية لحماية حقوق الطفل والمراهق الذي قال: " زمن الحديث بـ "يا أطفال" وما شابه ذلك قد ولى، فجيل اليوم يجب أن تحدثه باللغة التي يفهمها لغة "نورمال"، "ماكاين والو"، "شريكي" ". [122] ص 15. هذا ما فهمه ناصر ديب بعد سنين من معاشرته للمنحرفين، ولا بد من التعامل مع الواقع كما هو معاش بعيدا عن الكلام الأكاديمي.
- دعم مراكز المعالجة، وإنشاء مراكز جديدة في المدن الكبرى وهذا ما أكدته السيد (صالح عبد النوري) المدير بالنيابة لديوان مكافحة المخدرات: " أن الجزائر لازالت بعيدة عن المقاييس العالمية، انطلاقا من عدم استقلالية مراكز العلاج بذاتها، إذ نجدها متواجدة داخل المصحات العقلية الأمر الذي يطرح اختلاط المعالج من الإدمان بالمريض عقليا، الأمر الذي من شأنه أن يؤثر على المعالج، وبالتالي نستطيع لقول أن الدور المنوط بهذه المراكز ناقص كثيرا" [123] ص 14. وهذا ما تطرحه إشكالية خمسة مراكز للعلاج من الإدمان المتواجدة عبر الوطن وهي: مركز الرازي بعنابة، ومركز سيدي الشحمي بوهران، مركز مايو بباب الواد الجزائر العاصمة، مركز فرانز فانون بالبلدية، ومركز عين عباس بسطيف.
- إنشاء مراكز النفاهة وإحداث شبكة لإدماج المدمنين.

3. 8. 2. 2. القمع:

- دعم وسائل تدخل مصالح مكافحة (المتابعة والمراقبة) وخاصة على مستوى الحدود.
- التكفل بعمليات التكوين المتخصصة من قبل الأجهزة الدولية لفائدة الموظفين المعنيين في إطار مكافحة المخدرات.
- دورات تدريبية قصيرة المدى لفائدة المحققين حول طرق تشخيص وتحليل المخدرات وتفكيك الشبكات والمنهجيات المطبقة على عمليات التوريد المراقب، فقد تبنت قيادة الدرك الوطني

إستراتيجية لمحاربة الظاهرة وتقديم أطرافها للعدالة:" وذلك بإنشاء خلية لمحاربة الجريمة المنظمة، تعمل بالتنسيق مع فصائل الأبحاث لهذا تم استحداث شبكة وطنية إعلامية لتسهيل الاتصال وطينا إلى جانب مخبر للعلوم والتحليل للكشف عن المخدرات" [124] ص 17.

- دعم مخابر التحليل العلمي للمخدرات من أجل تحسين معرفة المنتوجات وتركيباتها الكيميائية وتأثيراتها، وفي هذا المجال:" تملك الجزائر أحدث التكنولوجيات التي تسمح لنا باستقبال وإرسال النشرات البيانية في ثوان الشيء الذي يحد من نشاط الشخص المعني عبر الزمان والمكان، بالإضافة إلى مراسلات تضم صوراً وبصمات للأشخاص، مرفوقة بصور لمختلف الجرائم" [109] ص 15.

3. 8. 3. 2. 3. على مستوى التعاون الدولي:

- المشاركة في الملتقيات التي تنظم حول المخدرات والإدمان عليها وقد شاركت الجزائر في عدة ملتقيات وندوات دولية وإقليمية وجهوية، ومن أهم هذه الملتقيات:" الملتقى الدولي الذي جرى بتاريخ: 2004/10/11م بالعاصمة الفرنسية (باريس) وكان عنوان هذا الملتقى "الوقاية من الإدمان" وقد تناول هذا الملتقى أهم التطبيقات الوقائية والعلاجية للحد من الإدمان" [125] ص 63.

- الاستفادة من بطاقة -الأنتربول- و- الأوروبول- الخاصة بمهربي المخدرات الكبار أو ما تؤكدته التقارير الدولية : " إن زعيم المخدرات بالجزائر يتواجد بين بلجيكا والمغرب، الذي صدر في حقه أمر بالقبض عليه من قبل الشرطة الدولية "أنتربول" والمدعو "أحمد الزنجبيل" لتورطه مع شبكة دولية لتهرب المخدرات." [126] ص 5.

- دعم التعاون مع المؤسسات الجهوية والدولية والتماس دعمها خاصة في إطار الميزانيات الممنوحة لإفريقيا النيباد (NEPAD).

- تشجيع و تطوير التبادل بين الجمعيات غير الحكومية في مجال مكافحة المخدرات ومن أهم هذه الجمعيات:" جمعية الشباب العالمية التي تأسست سنة 1949م وهي هيئة تنسيقية دولية لمجالس ومنظمات الشباب الوطنية في جميع أنحاء العالم، وتعمل هذه الجمعية وخاصة على مستوى القواعد الشعبية في المجتمعات من خلال البرامج المقدمة للحد من انتشار العقاقير المخدرة وترى أن تخفيض الطلب هو المفتاح إلى الوقاية من انتشار تعاطي المخدرات" [127] ص 32.

3. 9. فكرة إعداد المخططات التوجيهية:

يتضح من المبحث السابق أن من أهم التطورات التي شهدتها العالم في مجال مكافحة المخدرات والإدمان عليها، ونظرا لامتداد مشكلة المخدرات كان من الطبيعي أن تمتد السياسات الجنائية وإستراتيجيات مكافحة المخدرات.

ونظرا لأهمية الخاصة للاتفاقيات الدولية في مجال مكافحة المخدرات والتي تنظم الجهود بين الدول والمنظمات المعنية في مجال مكافحة المخدرات فقد دعت الجمعية العامة للأمم المتحدة في سنة 1987م الدول الأعضاء، لتنفيذ وإعداد إستراتيجيات لمكافحة هذه الآفة بكيفية منسقة على أساس مخططات وطنية.

واعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الاستثنائية سنة 1990م المخصصة لمشكلة المخدرات في تحديد برامج، حيث حدد برنامج عمل دولي تلتزم من خلاله الدول القيام بنشاط منسق على المستويين الوطني والدولي، قصد تقليص العرض والطلب والاتجار في المخدرات، ولدعم هذا النشاط حدد برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (P.N.U.C.I.D) جملة من الإجراءات أهمها المخططات التوجيهية في مكافحة المخدرات والإيمان عليها.

3. 9. 1. تعريف المخطط التوجيهي:

"المخطط التوجيهي وثيقة تعتمد عليها حكومة من الحكومات لتحديد الخطوط العريضة لإشكالية المخدرات والإجراءات الواجب اتخاذها لمراقبة المخدرات على المستوى الوطني" [128] ص 151.

"ويهدف المخطط التوجيهي إلى إقامة نظام يرمي إلى تفعيل نشاط أهم المتعاملين المعنيين وتنسيقه سواء داخل أو خارجها وليس فقط لإعداد مراقبة المخدرات على المستوى الوطني" [128] ص 152.

3. 9. 2. مميزات المخطط التوجيهي:

- ضمان انسجام النشاطات في مجال مكافحة المخدرات بالنسبة لـ:
 - مراقبة العرض غير المشروع.
 - القضاء على الاتجار غير المشروع في المخدرات.
 - الوقاية وتقليص الطلب على المخدرات.
 - العلاج وإعادة التأهيل-الإدماج الاجتماعي-
- يمكن المخطط التوجيهي من إبراز الهيئات التي تخطط وتسير وتطبق وسائل مكافحة المخدرات، كما يمكن من تحديد وسائل دعم هذه المؤسسات.
- يساعد اعتماد المخطط التوجيهي، باعتباره مقاربة منهجية تساعد السلطات أو الحكومات على الوقوف بين العمليات المنجزة في المجالات الخاصة من الصحة العمومية، الترفيهية، التنمية الاقتصادية والاجتماعية، الإعلام والقانون، وذلك من أجل تفعيلها وجعلها تؤثر على الظاهرة المعقدة لهذه الآفة" [129] ص 152.

10. 3 . المخطط التوجيهي الوطني لمكافحة المخدرات في الجزائر:

"طبقا للمادة -04- من المرسوم التنفيذي رقم-97-212- المؤرخ في:09 جوان 1997م المتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها " [128] ص153. قام هذا الأخير وبعد تنسيبه مباشرة في شهر أكتوبر من 2002م، بتسيب لجنة التقييم والمتابعة حيث عقدت عدة اجتماعات خصصت لإعداد مشروع المخطط التوجيهي الوطني. وبعد مصادقة لجنة التقييم والمتابعة على المشروع، عرض على الحكومة في مجلس وزاري مشترك عقد بتاريخ 29 جوان 2003م بحضور كل من الوزراء المعنيين حيث درسته الحكومة وصادقت عليه. ويتضمن هذا المخطط إشكالية المخدرات في الجزائر والرهانات المطروحة من حيث مخاطر المخدرات والأضرار الناجمة عنها، وضرورة التصدي لها ومن حيث ارتباطها بأنواع الجرائم وانتشارها في الجزائر "وقد وضع الديوان مخططا وطنيا إستراتيجيا لمكافحة المخدرات على مدار 05 سنوات (2004-2008) يعمل بالاتصال مع كل الجهات المعنية وبميزانية قدرها 65 مليار سنتيم" [115] ص4.

إن تجربة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها هي في انطلاقتها ومع ذلك فقد قام بوضع إستراتيجية لمكافحة المخدرات على المدى المتوسط (من 03 إلى 05 سنوات) وهي تضم محاور.

3. 3 . المحاور الكبرى لإستراتيجية تطبيق المخطط :

1. 3. 3 . المحور الأول: مراجعة التشريع الوطني المتعلق بمجال المخدرات:

جعل للتشريعي الوطني حول المخدرات والمؤثرات العقلية منسجما مع المعاهدات الدولية التي انضمت إليها الجزائر، ومتماشيا مع المتطلبات الحديثة للمكافحة" وقد صادق أعضاء المجلس الشعبي الوطني على مشروع قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية برفع العقوبة إلى المؤبد وإنشاء صندوق لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان" [129] ص6.

"وقد نص قانون رقم04-18 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425هـ الموافق لـ2004/12/25م " [120] ص3. الذي يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، إلى رفع العقوبات ماليا بكيفية معتبرة وهذا ما جاء في نص القانون في فصله الثالث المتعلق بالأحكام الجزائية من المادة -12- بعقوبة السجن من الشهرين إلى السجن المؤبد وبغرامة مالية من 5000 ج إلى 50,000,000 ج.

أيضا من الأمور التي أشار إليها المخطط التوجيهي، التقنين لتسليم المراقبة للمخدرات وتنظيمه وفقا لمعاهدة فيينا لسنة 1988 ومراجعة الإجراءات القضائية(المخالفات، معارضة المخلفات و الإجراءات) بهدف:

- تمديد مدة الحجز تحت النظر.

- تسهيل التفتيش والزيارات السكنية.

- النص على فترة أطول لتقادم للدعوى القضائية.

وهذا ما جاء به قانون رقم 04-18 الموافق لـ 2004/12/25م المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية.

كذلك اللجوء إلى الإجراءات الخاصة (التحقيق على أساس النصوص المجرمة لتبييض أموال المخدرات) وهذا ما أقره " قانون رقم 05-01 مؤرخ في 27 ذي الحجة عام 1425هـ- الموافق لـ 2005/02/06م المتعلق بالوقاية من تبييض الأموال والتمويل الإرهاب ومكافئتهما." [130] ص3. وهذا بمقتضى اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية بتاريخ 20 ديسمبر 1988 ومن أجل تحسين مراقبة عمليات تبييض الأموال رفع الر البنكي. إن التنظيم القضائي والتنظيمي. يمكن من تحسين مراقبة مجال المخدرات المشروعة، انطلاقا من التصنيع حتى الاستهلاك لاسيما البيع في الصيدليات، وكذا استعمالها في المؤسسات الاستشفائية، وقد لاحظ التقرير الأممي لعام 2003 والخاص بالجزائر " رواج ظاهرة تسويق الحبوب المخدرة في الجزائر بصورة غير قانونية حيث تنتسرب كميات معتبرة منها في السوق الموازية، وعليه دعى الهيئة الأممية المتخصصة بالجزائر إلى تدعيم وتعزيز نظام الرقابة وآليات توزيع المواد الصيدلانية" [72] ص14.

3. 11. 2. المحور الثاني: الإعلام والتربية والاتصال:

"تعد وسائل الإعلام دورا واقعا للمجتمع، فهي تدفع عنه ما لا يلائمه ولا يناسب قيمه وقواعده وترسخ ما يراه المجتمع سليما، إلا أنها في الوقت ذاته قد تكون من العوامل المؤثرة في الشباب لدفعهم إلى الانحراف والإدمان على المخدرات، فرغم أنها تساهم في الدفاع عن المجتمع والتصدي لمختلف المشاكل والظواهر السلبية، فإنها تتورط في نشر الجرائم بتفاصيلها الدقيقة بهدف إعطاء صورة كاملة لها، وهنا يعتمد بعض الشباب إلى استخلاص بعض المواقف المشابهة التي تمكنه من تحقيق بعض المكاسب السرية وبهذا تكون الصحافة قد ساهمت بطريقة غير مباشرة وغير مقصودة في نشر الانحراف والجريمة" [131] ص103.

وفي محاولة لتطبيق المخطط التوجيهي لمكافحة المخدرات والإدمان عليها الذي عرضه الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها على ما هو قائم في المجتمع، عرض رؤية استراتيجية إعلامية وتربوية هدفها الحد من انتشار هذه الآفة ندرجها في هذه النقاط:

- تنمية بدائل المخدرات بواسطة نشاطات الترفيه كالرياضية والثقافية خاصة في الأوساط الواقعة خارج المدرسة، وفي هذا الصدد نجد أن " أحمد عبد الله العلي " عندما تحدث عن الشباب والفراغ أشار إلى أن "نشاطات استثمار وقت الفراغ ظاهرة اجتماعية إنسانية ذات أبعاد فيسيولوجية ونفسية في الوقت نفسه، وبذلك يتأثر وقت الفراغ بأشكال الظاهرة الاجتماعية، وتنعكس على مظاهر السلوك الجماعي للأفراد" [132] ص 42.

- نوعية السلطات العمومية ووسائل الإعلام، حيث يؤكد الأستاذ: "عيسى بوزغينة" في هذا المجال: " أن شبكة الإعلام والاتصال الموجهة للشباب في الجزائر لم توضع على أساس دراسات وبحوث حول قضايا الشباب والطفولة أو على أساس دراسات مواجهة ظواهر مرضية يعيشها المجتمع، بل جاءت بمفاهيم قد لا تتماشى أصلا مع نوعية المشكلات المطروحة، ومع سد لم القيم في المجتمع الجزائري." [117] ص 187.

- دعم الألعاب التربوية: ويعتبر التنشيط الثقافي والتربوي أحد القنوات المباشرة والفعالة في مجال التبليغ والاتصال والتثقيف والتكوين، فاندماج الأطفال في عملية التنشيط من خلال المشاركة في النشاطات الثقافية والفنية والعلمية والتكنولوجية، ونشاطات الهواء الطلق والمخيمات والرياضة، من شأنها أن توفر لهم فضاءً رحبا ومجالا واسعا لممارسة الهوايات وتنمية المواهب.

- دعم النشاطات الترفيهية في أوساط السجناء

- إدراج المدرسة والمسجد ضمن نشاطات التحسيس ضد المخدرات وهذا ما أكده السيد (صالح عبد النوري) "على دور المسجد كمؤسسة دينية في توجيه الشباب وردعهم عن التقرب من المخدرات، دون إهمال منتخب لشعب الذين من شأنهم أن يساهموا في عملية الوقاية." [123] ص 14.

- إنجاز برنامج واسع للدراسات والبحوث وعمليات سبر الآراء حسب توضيح مصادر المخدرات ومدخلاتها ومخرجاتها، وهذا ما أكده السيد عيسى قاسمي مدير التعاون الدولي بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات حيث صرح " أن أكبر الشبكات التي أصبحت فعلا مصدر قلق، بها شبكات من نيجيريا والطوغو، وهما الجذسيتان اللتان تسجل الجزائر دخول أكبر عدد من مهاجريها إلى التراب الوطني، كما أكد أن التقديرات الأولية تقول أن مناطق العبور لمخدر القنب الهندي، يتم عبر المشربية، البيض، أفلو، الأغوط، فغرداية ثم الوادي، أين يلتقي كبار أبطرة التهريب، ليتولوا مسؤولية إدخالها إلى ليبيا فالشرق الأوسط، قبل عبورها نحو أوروبا من حدودها الشرقية." [133] ص 14.

وهذا ما أكده كذلك أحد الحالات التي تعالج بمصلحة البلدية لمكافحة المخدرات، " أبلغ من العمر 40 سنة مدمن لمادة الهيروين، وكنت أشتريها من مدينة عنابة بمبلغ 6000 دج للغرام الواحد، ومن عند النيجيريين المشهورين بترويجهم لهذه المادة، خاصة في مدينة عنابة والجزائر العاصمة، ومبالغ خيالية." (تمت مقابلته يوم 24 ماي 2004م).

- إجراء دراسات وتحقيقات حول حاجات الشباب ومواقفهم العملية تجاه استهلاك المخدرات.
- إحصاء مختلف أنواع المخدرات المتداولة فوق التراب الوطني، وفي هذا الإطار يقول السيد (بوخاري بلقاسم) المدير العام للديوان الوطني لمكافحة المخدرات " أن أنواع المخدرات المتداولة في الجزائر، يأتي على رأسها القنب الهندي والذي يمثل 99 % من الأنواع المحجوزة، ثم يأتي في الدرجة الثانية الأقراص المهلوسة." [134].

- إنشاء بنك للمعلومات وبطاقة وطنية تضم كل المعلومات المتعلقة بظاهرة المخدرات بناء على بطاقات موحدة لمصالح مكافحة.

- إعداد برنامج توعية يوجه للجماهير العريضة، ويرتكز على وسائل اتصال متنوعة (أفلام وثائقية ومضات راديو، صحافة مكتوبة، ملصقات أدلة واقعية، لافتات وغيرها).

- تنظيم أيام دراسية وطلاقات مستديرة موجهة للمعلمين والصحافيين والمربين والأئمة والقضاة والمنشطين ومؤطري الجمعيات وأعوان مكافحة، وهذا ما قام به " مخبر الوقاية والأرغوميا " بجامعة الجزائر وبتنظيم مشترك بين الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها ووزارة التربية، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي في شهر مارس 2004م بثنائية حسبية بن بوعلي، " كما بادرت جمعية أمل وعمل للمخدرات بولاية بسكرة إلى تنظيم ملتقى بمساهمة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات." [135] ص15.

- تطوير الحركة الجمعوية وتشجيعها على مضاعفة عدد خلايا الاستماع الجوارية والاتصال الاجتماعي وهذا ما تفتقر إليه الجزائر.

- تنظيم عمليات كشف مبكر للشباب الأكثر عرضة للآفة، وهذا بالتنسيق مع كل الأطراف المعنية، من المنظومة التربوية، إلى المنظومة الاستشفائية وخاصة المنظومة الأسرية.

3. 11. 3. المحور الثالث: آليات التنسيق الوطني

- توزيع المهام المحددة في المخطط التوجيهي الوطني بين كل القطاعات المعنية تبعا لصلاحيات كل قطاع.

- تبادل المعلومات بصفة منتظمة بين القطاعات المعنية على أساس الوثائق الموحدة التي تستجيب لغرض دقيق.

- تنظيم تظاهرات مشتركة في مجال الإعلام والتكوين، وكذا أيام دراسية على المستوى المحلي الجهوي والوطني، " للائحة فقد تبنت مفوضية أكاديمية الجزائر، برنامجا وقائيا في المؤسسات التربوية على المستويين المتوسط والثانوي، في إطار شبكة يشترك فيها مختلف المتعاملين للوقاية المنظمة، حتى يكتسب التلميذ من خلال التوعية سلوكيات ومعتقدات سلبية اتجاه المخدرات." [124] ص17. ومن الأيام التكوينية تلك التي قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية (I.N.S.P)، وتمحورت حول الوقاية من المخدرات والإدمان عليها، وتحديد المفاهيم في مجال الإدمان، وتحديد أهم المخدرات المتداولة في الجزائر، مع تحليل أهم الأسباب في انتشار هذه الآفة بين المراهقين والشباب، وفي هذه الأيام التكوينية حددت الكيفية التي يجب فيها توزيع واستهلاك الأقراص المهلوسة، التي أصبحت تدعى مخدرات المستقبل." [136] ص61.

- تنظيم لقاءات تشاور بين الإدارات والمتخصصين من كل القطاعات لكي يتبادلوا تجاربهم وتقديراتهم ولكي ينسقوا نشاطاتهم.

- تسهيل مهمة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها، ليتمكن من ضمان تدسيق مجمل نشاطات مختلف القطاعات، وذلك بتزويده دوريا بكل المعلومات والمعطيات والتحليل المتعلقة بأفة المخدرات.

- إعداد برامج عمل مشتركة مع الحركة الجمعوية المهتمة بالمخدرات والإدمان عليها وتشجيعها على توسيع نشاطها إلى كل الأوساط وكل الفضاءات.

3. 11. 4. المحور الرابع: تطوير قدرات مكافحة:

3. 11. 4. 1. تقليص العرض غير المشروع للمخدرات:

الجميع يتساءل عن يقف وراء الكميات الكبيرة للمخدرات المهربة إلى داخل الجزائر وإلى خارجها وعن حقيقة المعلومات التي تفيد بوجود شبكة تهريب نشطة على أشكال الشبكات الدولية الكبرى، ولحصر ظاهرة انتشار المخدرات في الجزائر، ودفع خطرهما، تبنى الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها ومن خلال المخطط التوجيهي، إستراتيجية جديدة للحد أو تقليص العرض غير المشروع للمخدرات، وهذا ما سنحاول شرحه في هذه النقاط التالية:

- دعم مصالح مكافحة في المراكز الحضرية الكبرى بالوسائل المادية والبشرية.

- مضاعفة الفرق المتخصصة على مستوى الحدود من أجل تشديد المراقبة. " ولمكافحة الظاهرة، جندت المصالح المعنية، خاصة قيادة الدرك الوطني 160 فرقة إقليمية، خصوصا في نقاط متفرقة في

الدود الجزائرية التونسية والمغربية وكذا الجذوب بين الدود الصحراوية والمالية والنيجر. "[73] ص 13.

- تطوير قدرات ومستوى تكوين الموارد البشرية المتخصصة.
- تكوين الخبراء والمتخصصين في هذا المجال من كل لفئات، وخاصة القضاة، ولهذا الغرض " قام الديوان وبالتنسيق مع وزارة الشباب والرياضة، بإجراء تربية صابات لخمسين شادبا وخمسين شادبا، منخرطين في جمعيات مكافحة المخدرات، والغرض منه توعية الشباب عبر الأحياء من مخاطر المخدرات. "[137] ص 11. " وفي نفس الإطار وبالتنسيق مع وزارة الشؤون الدينية، سطر الديوان برنامج خاص بتكوين الأئمة في مجالي التوعية والتحسيس بمخاطر المخدرات. "[138] ص 12.
- توفير الوسائل والتجهيزات المتخصصة ووضعها تحت تصرف الأعوان المتخصصين:
- تجهيز الإعلام الألي.
- وسائل النقل الحديثة والملائمة.
- وحدات مخبرية علمية متنقلة لتحليل المخدرات.

3. 11. 4. 2. تقليص الطلب غير المشروع على المخدرات:

- إنشاء مراكز العلاج والوقاية داخل المؤسسات الاستشفائية، فالمراكز الخمسة المتواجدة عبر الوطن غير كافية، وأن الجزائر مازالت بعيدة عن المقاييس العالمية انطلاقا من عدم استقلالية مراكز العلاج بذاتها ومتواجدة داخل المصحات العقلية، الأمر الذي يطرح اختلاط المعالج من الإدمان بالمريض عقليا.
- ضمان متابعة طبية من طرف فرق متعددة الاختصاص، المحكوم عليهم بسبب استهلاك المخدرات، خلال فترة السجن وعند خروجهم لتفادي العودة للمخدرات من جديد، ويتضح من خلال الدراسات " أن معالجة الإدمان من المخدرات والعقاقير عملية صعبة ومعقدة، لأنها تستوجب جهودات عديدة: الإرشاد، التوجيه التحفيز والعلاج الطبي، كما تتطلب القيام بخطوات لإعادة التأهيل وإعادة الإدماج في المجتمع، ومثل هذا الهدف يتطلب اهتماما أكبر للعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية، كما يجب مشاركة الآباء والأصدقاء في مؤازرة المدمن أثناء المعالجة وبعدها، بهدف توفير الرعاية والرقابة اللازمة ولتحقيق الشفاء التام وتفادي الانتكاس (الرجوع إلى الإدمان). "[18] ص 78.
- ضمان تسيير صدارم للمخدرات وللمؤثرات العقلية على مستوى مخازن الصيدليات والمؤسسات الاستشفائية. " وقد كشف السيد (زناقي) رئيس اللجنة الوطنية للتشريعات على مستوى مجلس

أخلاقيات مهنة الصيدلة عن الإجراءات العقابية الجديدة التي تضمنها القانون 18/04، في ضوء الخلط القائم بين صرف المواد المخدرة والأقراص المهدئة." [139] ص 6.

- تحسين تكوين محرري الوصفات.

- ترقية تكوين الأعوان المتخصصين في مجال التكفل بالمدمنين.

- مضاعفة فروع الاستماع الطبي والنفسي والاجتماعي.

3. 11. 5. المحور الخامس: دعم التعاون الثنائي والمتعدد:

يعتبر التعاون لمكافحة المخدرات من المفاهيم التي يصعب وضع تعريف جامع لها، ويرجع ذلك لأسباب عدة منها اتساع المجال والصور والأشكال التي يمكن أن يتخذها هذا التعاون، كما ترجع هذه الصعوبة أيضا لارتباط هذا المفهوم بكل من الجريمة والإجرام، ومكافحة الجريمة، والتعاون بمعناه الواسع من المفاهيم الاجتماعية التي يصعب وضع أطر محددة لأي منها، وفي محاولة للتعرف على أهم ملامح التعاون، نتعرض في هذا المحور لأهم المراحل التي اعتمدها المخطط التوجيهي لمكافحة المخدرات وهي:

3. 11. 5. 1. على المستوى الثنائي:

تطوير التعاون في مجال تهريب المخدرات وخاصة مع المغرب، مصدر التموين بالقندب الموجه لأوروبا عبر الجزائر، وقد أوضح مدير وكالة الأمم المتحدة المكلف بمحاربة المخدرات والجريمة (أنطونيو كوستا) " أن الإقبال الذي يوليه الأوروبيون على استهلاك المخدرات المغربية، هو من بين العوامل التي جعلت المغرب يحتل المرتبة الأولى عالميا في زراعة القندب الهندي، ورغم الجهود التي يبذلها المغرب من أجل وضع حد لنشاط العصابات الدولية المختصة في تهريب وتجارة المخدرات، لا تزال غير كافية." [140] ص 13.

وقد صرح مدير التعاون الدولي بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات للسيد (عيسى قاسمي) : "أن المغرب تخصص سنويا 134 ألف هكتار لزراعة القندب بقدرة إنتاجية وصلت إلى 47 ألف طن من المخدرات، وبأرباح قدرت بـ 12 مليار دولار." [141] ص 14.

إتباع مقاربة جديدة في مجال التعاون بين مصالح الأمن مع البلدان المجاورة، قصد تبادل المعلومات الحديثة بين المصالح المتخصصة، الذي ينبغي أن تلجأ إلى إقامة قنوات اتصال، والمحافظة عليها بإنشاء اتصال دائم وتعيين ضباط اتصال، " وهذا ما تم بتاريخ 17 جانفي 2004م بالمياه الإقليمية لشاطئ حجاج بولاية مستغانم وبمساعدة الحرس المدني الإسباني تمكنت مصالح لدرك لحراس السواحل من إلقاء القبض على أحد المهربيين وهو سويسري الجنسية." [141] ص 14.

3. 11. 5. 2 . على المستوى تحت الجهوي:

لا يمكن للتعاون على المستوى تحت الجهوي أن يحقق نتائج إلا في إطار واعي جماعي وإرادة سياسية مشتركة، ولهذا الغرض، يبدو اتحاد المغرب العربي الإطار الأمثل لإرساء معالم جديدة للتعاون، كما تتيح جامعة الدول العربية كذلك فرصا عديدة لعمل مشترك، وخاصة على مستوى هيكل مجلس وزراء الداخلية العرب أنظر المبحث.

3. 11. 5. 3 . على المستوى الجهوي:

- إنشاء مرصد إفريقي للمخدرات.
- جمع المعطيات وفقا لطرق موحدة.
- التمكن من التقنيات الحديثة لمكافحة المخدرات على مستوى المطارات.
- السهر على التنفيذ الجيد لمشروع برنامج الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات مع الاتحاد الإفريقي واستمراره، خاصة في إطار " النيباد " .

3. 11. 5. 4 . على المستوى الدولي:

- تطوير التعاون المباشر والمنتظم بين الهياكل المكلفة بمكافحة المخدرات وتبادل المعلومات والخبرات.
- دعم التعاون مع الهيئات الدولية بصفة معتبرة بهدف الحصول على دعمها للنشاطات الوطنية في شكل إعانات مالية ومساعدات تقنية متعددة الأوجه.
- تطوير التعاون القضائي الدولي الخاص بتكوين القضاة المتخصصين في معالجة ملفات تهريب المخدرات.
- تشجيع تبادل التجارب مع المنظمات غير الحكومية الأجنبية.

3. 12. توزيع المهام التي يشرع في إنجازها بين القطاعات المعنية: [113] ص 22.

المحور	طبيعة النشاط	القطاعات المعنية	الأجل
المحور الأول	مراجعة التشريع الوطني في مجال المخدرات والإدمان عليها	وزارة العدل بالتعاون مع القطاعات المعنية بالموضوع	المدى القريب
المحور الثاني	نشاط الإعلام والتربية والاتصال	وزارة الاتصال والثقافة، وسائل الإعلام، الديوان، الجمعيات وكل هياكل التربية والتكوين والتوجيه	المدى القريب المدى المتوسط المدى الطويل
المحور الثالث	آليات التنسيق الوطني للنشاطات	الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها	المدى القريب المدى المتوسط المدى الطويل
المحور الرابع	تطوير قدرات مكافحة المخدرات	الديوان، الشرطة، الدرك، الجمارك وكذا الهياكل التابعة لوزارات الصحة، الشبيبة والرياضة، العمل، الضمان الاجتماعي	المدى القريب المدى المتوسط المدى الطويل
المحور الخامس	دعم التعاون الثنائي والمتعدد الأطراف	وزارة الشؤون الخارجية، الديوان وكل المصالح المكلفة بالمكافحة	المدى القريب المدى المتوسط المدى الطويل

وللعلم مكانته ودوره في وضع إستراتيجية وقائية، نفسية، اجتماعية وتوضيح حجم الخطر الذي يحيط بالشباب والمجتمع باستعمال منهجية قائمة على أسس ودراسات علمية، وتوضيح حجم الخطر الذي يحيط بالشباب والمجتمع باستعمال منهجية قائمة على أسس ودراسات علمية، وتوسيع دائرة البحث بإنشاء لجان من الخبراء عبر الوطن تكون على علم ودراسة بآخر الأفكار والبحوث، وكذلك توفير وتطوير للمادة العلمية الحديثة، وهذا يستلزم إمكانيات علمية ومادية كبيرة، كما يتطلب تكاتف جه ود المختصين لفسانين والاجتماعيين والباحثين والتربويين والأطباء، والأولياء والأساتذة... الخ من أجل بناء نظام وقائي علاجي للحد من تنامي هذه الظاهرة.

ملخص الفصل:

مما سبق عرضه، يتضح أن الإستراتيجية الوطنية في مكافحة المخدرات والإدمان عليها كغيرها من الإستراتيجيات الأمنية والجنائية الأخرى، تمر بعدة مراحل أساسية لاكتتمال دورتها، وتحقيقها الأهداف المرجوة منها، وكلما كان تحديد الغايات والأهداف الرئيسية والفرعية كاملاً، كلما زادت فرص النجاح، وكلما تيسرت الخطوات والمراحل في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات، وكذلك فرص الاستفادة من تجارب الدول الأخرى في مواجهتها لهذه المواد المخدرة، أو الاستفادة من الإستراتيجيات النموذجية التي يمكن أن تضعها المنظمات الدولية المتخصصة.

ومن ذلك يتضح أن المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها، يمثل نهجاً متواصلًا وليس عملية محدودة ذات بداية ونهاية جامدة، وأن النجاح في تحقيق أهدافه إنما يرتبط بالدرجة الأولى بمدى اكتمال حلقات هذا العمل، بكافة مراحلها وعملياته الرئيسية والفرعية وكذا مدى تكامل وعي القائمين على تنفيذ هذا العمل على مختلف مستوياتهم بالمفهوم الاستراتيجي وحتميته.

لقد اتضح أن التوعية لا تكفي بل يجب مراقبة منتظمة لمصادر التمويل والأسواق الخاصة بها على تبادل الخبرات بين الدول، والمنظمات والهيئات ذات الطابع الإنساني والاجتماعي من أجل تعزيز الحياة بدون مخدرات، مثل هذا التداول للمشاكل يتطلب التدخل السياسي في كل مجالات المجتمع وعلى مختلف المستويات، " وتكوين رأي عام صائب وموضوعي صادر عن أوساط علمية يحدد من ظاهرة انتشار المخدرات بإنشاء ثقافة مشتركة تساند وتدعم وتشجع العمل العمومي الهادف." [142] ص 171.

إن المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها، يمكن أن يساهم في حل المشكل من جذوره، هذا إن توافرت الإرادة السياسية الوطنية لمكافحة المخدرات وفسح المجال للباحثين والمختصين واقتراح محاور للبحث مع تشجيعهم.

الفصل 4

التنشئة الاجتماعية وظاهرة تعاطي المخدرات

تعد عملية التنشئة الاجتماعية حجر الأساس في بناء ما يعرف بالشخصية المدمنة، فقد يتعلم الطفل من خلال تنشئته الاجتماعية الخاطئة فيما ومفاهيم خاطئة، كذلك التي تتصل بالتدخين وتعاطي المخدرات والتنشئة الاجتماعية هي عملية تعليم وتعلم وتربية، تقوم على التفاعل الاجتماعي، وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكا ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية تمكنه من الاندماج في جماعته والتوافق الاجتماعي معها.

إن دراسة التفاعل الاجتماعي تعني "دراسة العلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين الناس حين يختلفون وذلك عن طريق تبادل الأفكار والمشاعر والتعرف على الأمر الذي ينتج عنه تصحيح مسار سلوك لأحد الأطراف لتحقيق أكبر قدر من التشابه بينهم مما يسهل عملية أداء الواجبات والوظائف." [38] ص 65.

إن الفرد إذا فقد الأمن في شؤونه الحيوية تعرض للقلق والخوف وعدم الاستقرار، ومن ثم يسهل انحرافه، ويشكل الشباب بكل مواصفاته الجسمية والنفسية والاجتماعية والثقافية مجتمعا داخل المجتمع الكبير فمرحلة الشباب ظاهرة بيولوجية بالنسبة لجمع الكائنات الحية، وهي ظاهرة نفسية واجتماعية، بقدراته الجسمية والعقلية والانفعالية التي يولد بها، وبقدراته الاجتماعية التي يكتسبها.

فالشباب ظاهرة كثيرا ما ينظر الكبار إليها بشيء من التفاؤل والحنن في آن واحد، نظرا لما يتسم به الشباب من حيوية ونشاط، ونزعة نحو التجديد بالبحث عن كل جديد، وعدم التكيف التلقائي مع القديم لتلبية الدوافع وإشباع الفضول، أو التطلع نحو مجتمع بمواصفات ومقومات أفضل.

وقد تنظر الأسرة والمجتمع إلى الشباب من زاوية السن وقلّة التجربة في الحياة، ومحدودية الإدراك والتفكير، وعدم الاتزان في سياق توجهات المجتمع وقيمه، مما يبعده عن كثير من المهمات ويقصيه عن التكفل بشؤونه والمشاركة في تسيير الحياة العامة في البلاد.

ولعل ذلك ما دفع بالمنظومات التربوية في العالم على اختلاف توجهاتها الأيدولوجية والعقائدية ومستواها الحضاري والفكري أن تشدد وترتكز على ما يضمن انسجام مجتمعاتها واستمرارها نحو مستقبل واضح المعالم، ضمن خصوصياتها الثقافية والاجتماعية، لأن مرحلة الشباب طاقة قابلة للتغيير والتشكيل وقادرة على الإنتاج والإبداع في جميع المجالات، كما أنها قابلة للتحويل لتصبح أداة هدم وتدمير الذات والمجتمع في ظل ضعف قواعد الضبط الاجتماعي.

إن المجتمع الذي نجد أن أكبر نسبة من سكانه شبابا محكوم عليه بمعايشة المشكلات الاجتماعية والثقافية، إذا لم يحسن التحكم في قنوات التربية والتنشئة الاجتماعية، ونظام نقل القيم، "ومن أراد معرفة مستوى رقي واستقرار مجتمع ما، فليُنظر إلى مستوى شبابه التعليمي والعلمي والسلوكي، وحسه المدني والوطني ومدى تعلقه بأصالة حضارته ومكوناتها الثقافية والروحية والقيمية ومدى ثقته في قدرات دولته في إقامة العدالة الاقتصادية والاجتماعية." [117] ص 14.

1. 4 . مفهوم التنشئة الاجتماعية:

1. 1. 4 . المفهوم اللغوي:

كلمة تنشئة من فعل "نشأ" ونشأ يعني: "ينشأ نشأ ونشوء ونشاء بمعنى: "ربا وشب" [143] ص 170.

"ونشأت في بني فلان نشأ ونشوء: بمعنى شبت فيهم" [143] ص 170.

وقيل للناسيء "وهو فويق المحتلم، وقيل: هو الحدث الذي جاوز حد الصغر." [143] ص 170.

2. 1. 4 . المفهوم الاصطلاحي:

يقول (جورج هربرت ميد) : "الطفل عبارة عن كائن له كل الاستعدادات الفطرية لأن يصبح إنسانا يقوم بدور في جماعة أو مجتمع" [144] ص 180. فالطفل لا يولد مزودا فطريا بقيم وعادات وتقاليده المجتمع، بل يتعلم كل هذه الأشياء من خلال حياته في جماعة وداخل مجتمع معين، عن طريق جملة من أساليب التنشئة الاجتماعية الممارسة من طرف العديد من المؤسسات الاجتماعية.

"والتنشئة الاجتماعية ترجمة لمصطلح (Socialisation) في الإنجليزية والفرنسية وكما يلاحظ فالاصطلاح العربي يتضمن كلمة (التنشئة) التي تعني "أقام"، وهذا "الإنشاء" له صفة اجتماعية، أي فيما بين الأفراد، بهذا يتميز المصطلح العربي عن المصطلح الإنجليزي والفرنسي الذي يعني لديهما حرفيا (عملية جعل الفرد مجتمعيا)" [83] ص 18.

"وظهرت كلمة التنشئة الاجتماعية لأول مرة في الأدب الإنجليزي سنة 1828، وكان مقصود بها تهيئة الفرد ليتكيف مع المجتمع، إلا أن استعمالها الحديث يعتمد على نظريات علماء عاشوا في

النصف الثاني من القرن التاسع عشر، وهؤلاء هم (سديقوموند فرويد) الذي اعتقد بأن الفرد يكتسب تعاليمه الأخلاقية من المجتمع من خلال ذاتيته الأخلاقية، أما (جي ميد) لذي ركز على مشكلة أساسية تتعلق بأصل ووظيفة الذات في العملية الاجتماعية، في حين (تشارلز كولي) الذي اعتقد بأن علاقات الجماعة الولية، هي الأساس في بلورة ونمو الأخلاق الأساسية عند الفرد، كالعدالة والحب، أما (بيجيت) فقد اعتقد هو الآخر بأن العمليات الرمزية للفكر المنطقي دائما ما تشتق من التفاعل الاجتماعي بصورة تدريجية ومنظمة." [49] ص (225، 226).

وقد عرف (سعد جلال) التنشئة الاجتماعية بأنها: " عملية تشكيل الفرد عن طريق ثقافته حتى يتمكن من الحياة في هذه الثقافة " [38] ص 15. وعرفها (ثالكوت بارسونز) بأنها: "عملية تعليم تعتمد على التلقين والمحاكاة والتوحد مع الأنماط العقلية والعاطفية والأخلاقية عند الطفل والراشد، وهي عملية دمج عناصر الثقافة في نسق الشخصية وهي عملية مستمرة." [38] ص 16.

4 . 1 . 3 . المفهوم النفسي الاجتماعي:

يأتي تأثير الجانب الثقافي على الشخصية من حيث تشكيلها ونموها فالفرد يكتسب عن مجتمعه المعايير والقيم التي تحكم السلوك وتوجه اختياراته في المواقف، ومن هنا شاع القول بأن كل ثقافة تنتج أنماطا معينة من الشخصية، أو هي العملية الأساسية التي يصبح الفرد عن طريقها مدمجا في حياة جماعة اجتماعية من خلال تعلم ثقافتها، ومعرفة دورها فيها وطبقا لهذا التصور تكون التنشئة الاجتماعية على أنها: " عملية مستمرة على مدى الحياة، حيث يمر الطفل بفترة حرجة عندما يستمتع القيم والاتجاهات والأدوار التي تشكل شخصيته، وتؤدي إلى اندماجه في مجتمعه، ولهذا تعتبر هذه العملية ضرورية لتكوين "الذات" للطفل وتطوير مفهومه عن ذاته كشخص، وخاصة من خلال سلوك الآخرين واتجاهاتهم نحوه، وكذلك عن طريق تعلم كيفية أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة، والذي يؤدي بدوره إلى ظهور " الذات الاجتماعية." [83] ص (27، 28).

4 . 1 . 4 . المفهوم السوسبيولوجي:

يستخدم علماء الاجتماع التنشئة الاجتماعية للإشارة إلى: "العمليات (Processes) التي يتم من خلالها إعداد الطفل ليأخذ مكانة في الجماعة التي ولد فيها." [25] ص 26. والتنشئة الاجتماعية من هذا المنظور، هي عملية تعليم عادات وتقاليد الجماعة، وقيمها والتكيف معها، وهي العملية التي تحدث تلقائيا خلال سياق التفاعل مع الأشخاص، وتمثل الوظيفة والهدف في مساعدة الأفراد على النمو بالشكل الذي يجعل سلوكهم مقبولا في المجتمع، وأكثر فعالية في المحافظة على الذات كعضو في الأسرة والمجتمع." [83] ص 26.

ومن خلال التعريف لعملية التنشئة الاجتماعية يمكن أن نستنبط الخصائص التالية:

2. 4 . خصائص التنشئة الاجتماعية:

1. 2. 4 . على أساس التفاعل: (Interaction)

هو ظاهرة اجتماعية يحدث فيها تأثير متبادل بين فردين أو جماعتين، ويتم هذا التفاعل عن طريق الاتصال المباشر أو غير المباشر، والاتصال في هذا المجال شرط أساسي لحدوث التفاعل. ويرى كلاوسن (Clausen) معرفة التنشئة الاجتماعية بأنها: " عملية التفاعل المتصل بين الفرد وبين الآخرين الذي يؤثر فيه ويؤثر فيهم." [145] ص18.

2. 2. 4 . على أساس العملية: (Process)

تشير كلمة العملية إلى الانتقال من وضع اجتماعي لآخر، وقد ميز علماء الاجتماع بين العملية الاجتماعية، والعمليات الاجتماعية، فالعملية الاجتماعية تشير إلى التفاعل الاجتماعي وهو مطلب أولي لكل نشاط اجتماعي أما العمليات فهي تعني نمونجا معيناً للتفاعل الاجتماعي. وفي هذا الصدد يرى " نيوكمب " (New comb) بأن التنشئة الاجتماعية هي: " تعلم الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي للمعايير والأدوار والاتجاهات، وهي عملية نمو، فالفرد يتحول من تركزه حول ذاته إلى فرد ناضج يدرك معنى المسؤولية الاجتماعية." [146] ص59.

3. 2. 4 . على أساس التعليم: (Learning)

يشير التعليم إلى ما يطرأ على سلوك الكائن الحي من تغيير وتعديل، أو إلى العلاقة المتبادلة بينه وبين العالم الخارجي بصفة أساسية عن طريق التفاعل، ويتصف هذا التعديل أو التغيير الناتج عن التعلم بقدر من الثبات والاستقرار. ويؤكد (ميخائيل أسعد ومالك سليمان) على أن التنشئة الاجتماعية هي: " ظاهرة يكتسب الأطفال بواسطتها الحكم الاجتماعي والتوجه الذاتي الذي يلزم لتحويل الناشئ إلى راشد مسؤول في مجتمعه." [147] ص213. أما حامد عبد السلام زهران يرى أنها: " عملية تعلم اجتماعي، ونمو مستمر وديناميكية تتضمن التفاعل والتغير." [147] ص214.

4. 2. 4 . على أساس الاستدماج الثقافي:

إن موضوع الثقافة والتنشئة الاجتماعية من الموضوعات ذات الأهمية الكبيرة في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، وكلاهما يشير إلى تدخل الإنسان لإحداث تأثير أو إضافة شيء للحياة الاجتماعية والطبيعية للإنسان.

أما فيما يتعلق بالميكانيزمات التي يتحقق عن طريقها التنشئة الاجتماعية نجد: (تالكوت بارسونز) و(شيلز) يركزان على الجانب الأساسي من الثقافة هو قيم المجتمع، ومن وجهة نظر فرويديين، تعتبر التنشئة عملية إكتساب الطفل واستمجاها لمعايير والديه وتكوين الأنا لديه، أما أصحاب الاتجاه التفاعلي الرمزي إلى أهمية دور اللغة في عملية التنشئة الاجتماعية، فالطفل يصبح اجتماعيا حينما يكتسب القدرة على الاتصال بالآخرين والتأثير فيهم والتأثر بهم. "[148] ص450.

4. 2. 5. على أساس التشكيل السلوك الاجتماعي:

تعرف على أنها: "عملية تعليم وتربية، وتقوم على التفاعل الاجتماعي، وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكا ومعايير واتجاهات وقيما مناسبة لأدوار اجتماعية معينة، تمكنه من مساهرة جماعته والتوافق معها، وتسير له الاندماج في الحياة الاجتماعية." "[147] ص213.

فعملية التنشئة الاجتماعية تعمل على تحويل الإنسان من كائن بيولوجي إلى كائن إنساني يملك المؤهلات الإنسانية والاجتماعية، بما يجعله كائنا ناضجا اجتماعيا، بمعنى أن: "الفرد لما يولد يتعلم الأنماط السلوكية التي يتميز بها المحيط الاجتماعي والخبرات والمهارات الاجتماعية والمعايير والقيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة ويتم نقل هذه الأشياء عبر عملية التنشئة الاجتماعية." "[149] ص79.

ووفقا لخصائص التنشئة الاجتماعية، يمكن استعراض أهداف التنشئة الاجتماعية في العنصر الموالي:

4. 3. أهداف التنشئة الاجتماعية:

4. 3. 1. على مستوى التكيف والتآلف مع الآخرين :

يعتبر حسن التكيف مؤشرا دالا ومعيارا لنمو الصحة النفسية عند الأفراد ويقصد به: "العملية التي يتم فيها تغيير الفرد، وفقا للظروف التي تحيط به أو تبع المتطلبات البيئية الطبيعية والاجتماعية." "[20] ص25.

ومن مظاهر التكيف والتآلف الاجتماعي، الصداقة، حب التكوين الصداقات وتنمية الذات الاجتماعية كبديل للذات الانفرادية والوعي بقوانين المجتمع وتقاليده.

4. 3. 2. الاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس :

يتم هذا بإتاحة الفرص للطفل بالتعبير عن ذاته، وتعويده القدرة على حل المشكلات وعلى اتخاذ القرار بنفسه دون اللجوء باستمرار لأبويه في كل صغيرة وكبيرة، وتوجيهه مهنيًا للعمل فيما بعد، حتى لا يكون عالة على أسرته أو مجتمعه، "والاستقلال يجب أن يكون اجتماعيا ونفسيا يغرس مفهوم المسؤولية والواجب في شتى مراحل النمو." "[83] ص32.

4. 3. 3. على مستوى النجاح :

تهتم المجتمعات الغربية في تكوين الفرد على النجاح المادي وامتلاك أدوات الترفيه، وتتمى هذا الفرد بمجرد النظر إلى المجتمع والأفراد بالأشياء الضرورية الغير كمالية، بحيث تضع حرية الفرد في قيود من الاعتبارات والالتزامات الاجتماعية.

4. 4. الأبعاد العلمية لدراسة الشباب :

هناك اهتمام معاصر بين مختلف فروع الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية بدراسة أوضاع الشباب واتجاهاتهم وقيمهم ودورهم في المجتمع إذ أصبح مفهوم الشباب يحظى بالناية والتحليل في المجتمعات المتقدمة والمتخلفة، على الرغم من اختلاف الإطار الذي تعالج منه قضايا الشباب واختلاف الأدوار وتنوع المشكلات، بتنوع السياق الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي تدرس فيه الظواهر المتصلة بالشباب.

"فحينما ننظر إلى الشباب كفئة عمرية، سنلاحظ على الفور أنها أكثر الفئات العمرية حيوية وقدرة على العمل والنشاط، كما أنها هي الفئة العمرية التي يكاد بناؤها النفسي والثقافي أن يكون مكتملا على نحو يمكنها من التكيف والتوافق والتفاعل والاندماج، هذا فضلا عما يتسم به الشباب من مرونة إلى حد ما يمكن أن تكون عوننا أساسيا في عمليات التكيف مع المواقف التي تواجههم؟" [150] ص 21.

والواقع أن المكانة التي يشغلها الشباب في كافة المجتمعات، يمكن النظر إليها بوصفها نتاج للتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتعليمية والتربوية التي شهدتها القرن الماضي وبداية القرن الحالي، ولقد ترتبت على هذه المكانة نتائج بالغة العمق انعكست على مختلف مكونات بناء المجتمع، وعلى طبيعة العلاقات بين الأجيال ونوعية هذه العلاقات ومداها، ويتأثر معدل التغير في المجتمع تأثرا مباشرا بأوضاع الشباب والوظائف المتعددة التي يؤديها هذا الأخير في مختلف القطاعات، وهذا ما يفسر الاهتمام كل من الأكاديميين ورجال السياسة، وهذا في "فحص العلاقة بين الشباب كظاهرة وبين المجتمع من زوايا متعددة، فهناك اهتمام بالظواهر العديدة المشاهدة في المجتمع المعاصر والمرتبطة بأوضاع الشباب واتجاهاتهم وقيمهم السلوكية كالانحرافات والثقافات الانعزالية، والحركات السياسية للشباب، ومختلف نماذج الامتثال والتكامل مع النسق القيمي السائد في المجتمع." [150] ص 22.

وتكمن أهمية الشباب بالنسبة للمجتمع فيما يمثله من مصدر التجديد والتغيير، من خلال القيم الجديدة التي يتبناها، والتي عادة ما تدخل في مواجهة مع ما هو سائد من قيم تقليدية، ولهذا يعد

الشباب مصدر التغيير الثقافي والاجتماعي في المجتمع ككل. "ولقد استشعر العالم كله أهمية وحيوية دور الشباب بصفة خاصة في أعقاب ثورة ماي 1968 بفرنسا حين رفع الشباب على جدران جامعة السربون شعارا، الثورة البرجوازية ثورة قانونية، والثورة البروليتارية ثورة اقتصادية، أما ثورتنا فهي ثورة ثقافية نفسية." [151] ص 19.

وليس من شك أم المدخل العلمي لدراسة الشباب مدخل يتسم بالتكامل في النظرة، وتعدد أبعاد التحليل فدراسة الشباب لا تقتصر على علم محدد دون الآخر، وإنما هي مجال مفتوح للبحث، يستهدف صياغة التصور الشامل الذي يربط بين مختلف وجهات النظر العلمية، داخل منظور متكامل يصلح لمعالجة وتناول قضايا الشباب، ولا يمكن لمثل هذا المدخل العلمي المتكامل أن يكون ذا فائدة محققة دون تبني إستراتيجية تعمل على فهم طبيعة مرحلة الشباب، على نحو يمكن للمجتمع من تعبئة قدرات الشباب كطاقة كبرى في إحداث التحولات والتغيرات الاجتماعية والثقافية وحتى الاقتصادية المحققة لأهداف المجتمع.

1. 4. 4 . مفهوم الشباب في المجتمع المعاصر :

اهتمت البحوث السوسيولوجية منذ أواخر عام 1920 بدراسة الشباب بوصفهم يعبرون عن إحدى المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المجتمع فقد قام عالم النفس البريطاني (Cyril BURT) عام 1929: " بتطبيق تصور دور كايم عن الانحراف بوصفه ظاهرة طبيعية، إلا أنه يرجع إلى مجموعة من الأسباب والعوامل الوراثية والمؤثرات البيئية." [150] ص 88.

ويؤكد كذلك بقوله: "بينما أكدت البحوث والدراسات أن الفقر يعد عاملا هاما من عوامل الانحراف فإن اهتمام هذه البحوث قد اتجه نحو ناحية واحدة من نواحي الفقر وهي الحياة المادية، ومن ثم أهملت الفقر العاطفي أو الأخلاقي، وخاصة في نطاق الحياة الأسرية." [150] ص 89.

ومن المفاهيم الأخرى مفهوم دوركايم عن الأنومي (Anomie) أو اللامعيارية، ويقصد بذلك: "أن حالة من فقدان المعايير تنشأ حينما يشهد النظام الاجتماعي العام ضربا من التفكك والاحتلال فالمصدر الأساسي لحالة فقدان المعايير هو ذلك التوتر القائم بين السلطة الأخلاقية المجتمعية أي تلك التي يفرضها الضمير الجمعي وبين المصالح الفردية، حينها يفشل الضمير الجمعي في ضبط ومراقبة المطامح والمصالح الفردية." [151] ص 90.

2. 4. 4 . الثقافة الفرعية للشباب :

الشباب في كل مكان وزمان وبغض النظر عن مستوى تطور المجتمع الحضاري والفكري، يملك لنفسه ثقافة خاصة يسميها علماء المجتمع "الثقافة الفرعية للشباب".

"وهي مجموعة التصورات الإيدولوجية والقواعد السلوكية واللفظية والقيمية من وظائفها تخفيف درجة التوتر الناجمة عن اختلال العلاقات الاجتماعية اللامتكافئة واللامتجانسة بين الشرائح الشبابية ومجتمع الكبار والمحيط الاجتماعي برمته." [117] ص 17.

"فالثقافة الفرعية وجدت كملاذ أو مخرج يحتمى به الشباب مما يشعر به من تعسف أو عزلة أو صعوبة الاندماج، نظرا لما تحمله من سمات تخص الفئات العمرية الشبابية، وقد تتوارثها أجيال الشباب مع بعض التعديلات تتناسب مع حجم تفاعلاتها مع مكونات البيئة الاجتماعية في جميع تجلياتها." [117] ص 17.

ولقد ذهب (كوهن) إلى أن: "الثقافة الفرعية تظهر عادة في المجتمع الذي يتميز بدرجة عالية من الاختلاف، وذلك حينما يتفاعل عدد من الأشخاص لديهم مشكلات متماثلة." [67] ص 92.

ونظرا لكون مجتمعنا قد انفتح بصورة تزايدة على ثقافات فرعية، أدى ذلك إلى حصول بعض التراجع الثقافي لدى شريحة الشباب عن المرجعيات الأساسية التي تضبط لكل شريحة سلوكياتها، وأنماط تعاملها وطريقة تفاعلها مع وسطها التربوي والاجتماعي، وهذا ما انعكس ضمن حالات ورجع الصدى السلوكي - النفسي كالتخلي الجزئي أو الكلي عن بعض الأنماط السلوكية وتبني أخرى بديلة عنها وغير متجانسة مع السياق الثقافي الرسمي للمجتمع، أو الاتجاه نحو خلق نسق من علاقات غير رسمية وغير مرجعية تحيل المتفاعلين معها إلى عناصر تنظم سدياقا داخليا رمزيا وحركيا، مما أدى بكثير من الحركات والجمعيات المدنية بالتدخل لمساعدتهم وإسعافهم من حيث هم ينزاحون في واقع علائقي لا يتحكمون في تفاصيله ولا حيثياته بقدر ما يتحولون إلى ضحايا بإرانتهم ومعرفتهم، نتيجة تمسكهم الوهمي بنمط غير اجتماعي، أي نمط لم يحظ بالقبول ولا الانتشار ولا له مرجعية تؤطره ولا له مسار ينتظمه كما أنه يتحرك ضمنيا بدون أهداف ولهذا فالانحراف كشبكة قد يشكل ثقافة فرعية بديلة منهكة لشريحة الشباب.

4. 4. 3 . أوقات الفراغ والشباب:

هذا المصطلح مركب من كلمتين: وقت، وفراغ.

فكلمة وقت من الناحية اللغوية تعني "مقدارا من الزمان" [143] ص 107. أما كلمة الفراغ

فتعني "الخلاء" [143] ص 444.

ومن هنا تعني كلمة وقت الفراغ لغويا: "الزمن الذي يخلو الإنسان فيه من العمل." [152]

وهناك ثلاثة اتجاهات سائدة لتعريف وتحديد مصطلح وقت الفراغ تختلف باختلاف طريق حساب ذلك الوقت والاستفادة منه:

- **الاتجاه الأول:** ينظر إليه باعتباره الوقت الفائض عن العمل وواجب الحياة، فنجد (NASH) (يرى أن " وقت الفراغ هو الوقت الحر المتبقي بعد الانتهاء من أداء النشاطات الأساسية في حياة الفرد." [153] ص32.

- **الاتجاه الثاني:** ينظر إليه باعتباره نشاطا يستمتع به الفرد، أي ينظر إلى الكيفية دون اعتبار للكلمة فنجد (GRAY) و (PELEGRINO) " يعرفان وقت الفراغ بأنه "وقت اكتساب للقيم، حيث أن الفرد يقوم بعملية اختيار النشاط الذي يقوم به." [154] ص27.

- **الاتجاه الثالث:** ينظر لوقت الفراغ من خلال الروابط بين الكم والكيف، ومن ذلك ما عرف به "ROBERTS" وقت الفراغ بأنه " الوقت الذي يكون الفرد حرا من العمل والواجبات الأخرى، والذي الاسترخاء والتسلية والتكوين الاجتماعي أو النمو الشخصي." [155] ص218.

إن أوقات الفراغ لدى المجتمعات المتطورة أصبحت منذ الخمسينيات من القرن الماضي مجالا حيويا للبحوث والدراسات، والإبداع والاستثمار الفكري والثقافي والتسلوي والمادي التقني، مما أدى إلى ظهور "علم اجتماع أوقات الفراغ". كما تم ابتكار صور وأشكال جديدة للتسلية والمتعة، ووضع محفزات تشجع على ممارسة الهوايات، وفي نفس الوقت ظهرت وبشكل مكثف صناعات أوقات الفراغ أو صناعات التسلية والترفيه والترويج.

ولعل أشد ما تعانيه فئة الشباب في المجتمعات هو ما يتعلق بكيفية قضاء وقت الفراغ، واستغلاله الاستغلال الأمثل ليحقق نتائج إيجابية تضمن عدم للتأثير السلبي على التنشئة الاجتماعية، خاصة مع توفر التسهيلات المدنية الحديثة التي أدت بدورها إلى زيادة أوقات الفراغ، إضافة إلى ظهور وسائل حديثة تدعو لقضاء وقت الفراغ فيها دون تبصر بالآثار السلبية أو الإيجابية لها.

إن ثقافة أوقات الفراغ في المجتمع الجزائري لم تتبلور بعد، ولم تأخذ مكانتها وحققها في الاهتمام والبرمجة والدراسات، وقد ظهرت في المقابل تجارة للهو بلا ضوابط ودون مراعاة لقيم المجتمع، وهي التجارة التي تنعكس على السلوكات الناشئة بالتيه والضياع والانحراف.

4. 5. أسباب مشكلات الشباب الجزائري :

تشير الدراسات والتحليلات التي تناولت موضوع الشباب في المجتمع الجزائري خلال العشرية الماضية من القرن الماضي وبداية القرن الحالي إلى أن أصل مشكلات الشباب ترجع إلى الأسباب الآتية:

- التسرب المدرسي، وفشل النظام التعليمي في تحقيق الاستيعاب والتكفل بكل الأطفال في السن الإلزامي للدراسة.
 - الركود الاقتصادي وقلة فرص العمل ونفسي البطالة.
 - تفاقم أزمة السكن.
 - قلة أو عدم وجود فضاءات للتعبير والحوار.
 - عدم الإصغاء للشباب وعدم تفهم مشكلاته.
 - تدهور مستوى المعيشة وانتشار الفقر.
 - فقدان الثقة في النظام السياسي.
 - إشكالية التقليد والعصرنة والطابوهات.
 - البحث عن بناء الهوية.
 - البحث عن قيم جديدة.
 - معايضة لا شباب لصدمة نفسية متلاحقة جراء الأزمات التي تعرض لها المجتمع الجزائري.
 - عدم وجود سياسة واضحة وشاملة في مجال الشباب.
 - انتشار ظاهرة الآفات الاجتماعية.
 - قلة أو انعدام مرافق التسلية والترفيه.
 - الاختفاء التدريجي للقيم الأخلاقية المرتبطة بالوازع الديني في المجتمع.
- "ويرى البعض أن السبب الرئيسي في ظهور وتفاقم مشكلات الشباب في المجتمع الجزائري يرجع إلى النظام الاقتصادي القائم وكل ما سواه من إفرزات وانعكاسات." [117] ص 24.
- غير أنه يمكن القول، أن الشباب الجزائري يعاني من ثلاثة أصناف من المشكلات المتعددة الأبعاد وهي:

4. 5. 1. الصنف الأول :

ويشمل المشكلات التي يعانيها الشباب مباشرة بمعية المجتمع، ومنها بصورة خاصة:

- 1- البطالة.
- 2- العزوبية.
- 3- قلة أماكن التسلية والترفيه.
- 4- الخوف من المستقبل.

2. 5. 4 . الصنف الثاني :

ويشمل المشكلات التي يعيها المجتمع أكثر ويلاحظها في سلوك وتصرفات معظم الشباب نذكر منها:

1- النزعة نحو السلوك الإنحرافي.

2- الاستهتار بالقيم الأخلاقية والوطنية.

3- الضياع اللغوي والعقدي.

3. 5. 4 . الصنف الثالث :

ويشمل المشكلات التي يدركها الشباب جيدا ويلاحظها في سلوك المجتمع والسلطة معا ويحملها المسؤولية في ما آلت إليه أوضاعهم ومنها:

1- الرشوة والمحسوبية والمحاباة.

2- حدة البيروقراطية وما يصحبها من فرز لغوي واجتماعي وحتى جغرافي.

3- الحقرة والتهميش لفئات الشباب بعدم الاهتمام بها والإلتفات إلى مشاكلها خاصة على المستوى المحلي.

4- التوزيع غير العادل للثروات الوطنية.

5- تنامي بؤر الطبقة وبدائية الفرز الاجتماعي على أساس الوضع الاقتصادي والمكانة المرموقة في هرم السلطة.

6- تفاقم ظاهرة الفقر واتساع رقعتها عاما بعد عام. "[117] ص25.

6. 4 . أرقام ودلالات :

من أجل تشخيص الوضعية بصورة أكثر وضوحا، نستعرض بعض الأرقام ذات الدلالات السوسيولوجي في مكونات المجتمع الجزائري والتي تعكس موقع الشرائح الشبانية فيه وهي كما يلي:

1. 6. 4 . نسبة المواليد بعد 1962:

"تبلغ نسبة السكان الذين ولدوا في عهد الاستقلال 79.73% وهي نسبة السكان الذين أعمارهم 39 سنة فأقل، والمقدر عددهم بأكثر من 23 مليون نسمة، أما الذين ولدوا قبل 1962 فتبلغ نسبتهم 20.27% ويقدر عددهم بحوالي 6 ملايين نسمة فقط، ويعود ذلك إلى الانفجار الديموغرافي الذي عرفته الجزائر خلال العقود الثلاثة الماضية من القرن الماضي." [156] ص6.

إن تلك الخاصية، أي شبانية المجتمع أدت بصورة تلقائية إلى تجدد مشكلات الشباب ومسبباتها، وكذا أسلوب المعالجة، وهي التي أحدثت الاختلال في مسيرة الشباب لقيم المجتمع، بسبب تغييب

الأسس السليمة للتنشئة الاجتماعية للطفولة والشباب، سواء على مستوى الأسرة والمدرسة، أو على مستوى مؤسسات المجتمع الأخرى، وهذه المعطيات من الضروري أخذ بعين الاعتبار عند التخطيط والبرمجة.

4. 6. 2. فئة الأعمار :

"تقدر نسبة الأعمار من [0 – 34] بـ: 74.02% أي 21669477 نسمة من مجموع السكان البالغ عددهم 30386000 حسب إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء لسنة 2000." [156] ص 7.

وإذا فصلنا تلك النسبة حسب الفئات العمرية التي تدخل في اهتمامات المؤسسات المعنية بالطفولة والشباب، خاصة قطاعي التربية والشباب والرياضة نجد الأرقام التالية:

4. 6. 3. جدول تقدير إجمالي السكان المقيمين حسب فئة العمر والجنس في منتصف

سنة 2000: [156] ص 6.

النسبة	المجموع	الإناث	الذكور	الجنس فئة العمر
%09.84	2.993.000	1.459.000	1.534.000	0 – 4 سنة
%11.58	3.519	1.720	1.799	5 – 9 سنة
%12.48	3.793	1.860	1.933	10 – 14 سنة
%12.20	3.707	1.817	1.890	15 – 19 سنة
%10.48	3.187	1.570	1.617	20 – 24 سنة
%08.83	2.683	1.331	1.352	25 – 29 سنة
%07.20	2.285	1.136	1.149	30 – 34 سنة
%06.08	1.848	918	930	35 – 39 سنة
%78.69	24.015	11.811	12.204	المجموع

ملاحظة:

* الوحدة 10³.

* مجموع سكان الجزائر في 2000/07/01 حسب إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء بـ:

30.386.000 نسمة.

وإذا اعتمدنا مقياس الأمم المتحدة 29 سنة كسقف لمرحلة الشباب فإننا نجد عدد الشباب الذين تجد الهيئات والمؤسسات المعنية بهم يبلغ 13.370.000 نسمة، أي بنسبة إجمالية تقدر بـ 43.99%، وهذا ما يعبر أن لكل فئة من تلك الفئات خصوصيات التي قد تؤثر سلباً أو إيجاباً في عملية التكفل وإدماج الشباب داخل المجتمع، وإذا كانت كل الفئات مهمة ويجب العناية بها، فهل هناك برمجة خاصة بكل فئة؟ وإذا تم تمديد فترة الشباب إلى 34 سنة، فهل من مقارنة بين طفل في العاشرة وشخص في الرابعة والثلاثين في مجال الاهتمام، والهوايات والقدرات والإبداع، ومفاهيم التسلية والترفيه؟

4.6.4. الحالة النفسية والاجتماعية للشباب الجزائري:

إن التغيير الاجتماعي السريع الذي شهده ويشهده المجتمع الجزائري كنتيجة حتمية لعدد من العوامل الموضوعية، خاصة عامل التنمية وتناقضاتها والأزمات المختلفة والمتتالية، بما فيها أزمة الإرهاب المتعدد الأوجه، أدى إلى ظهور عدد من الدلائل الشبانية المتميزة، تبعا لتغير البيئة الحضرية والاجتماعية، منها على سبيل المثال ما يلي:

- شباب يعاني مشكلات نفسية واجتماعية.
- شباب يعاني من الإقصاء والتهميش في القرى والأرياف.
- شباب يواجه خطر الانحراف بكل صورة وأشكاله.
- شباب يعاني من العزلة الثقافية والإعلامية والاتصال.
- شباب يعاني عدم الشعور بالانتماء والفراغ الثقافي والديني.
- شباب ينشد الثقافة الدينية دون سواها.
- شباب ينشد اللهو المطلق.
- شباب همه الحصول على منصب عمل دون سواه.
- شباب ينشد النشاط الرياضي دون سواه.
- شباب همه الوحيد الهجرة خارج الوطن.
- الألاف من الأمهات العازبات.
- "70 مليار دولار أنفقتها الجزائر على إطارات لم تشغلهم، تستفيد منهم دول العالم." [157] ص4.

4. 6. 5. مؤسسات الشباب:

يبين الجدول التالي الحالة التعدادية والملكية القانونية لمؤسسات الشباب، وذلك حسب إحصائيات مديرية التخطيط بوزارة الشباب والرياضة:

المؤسسة	ملك قطاع شباب والرياضة	ملك لجهة أخرى
دار الشباب	555	135
مركز ثقافي	66	316
قاعة متعددة	58	112
بيت الشباب	63	06
مخيم الشباب	19	08
المجموع	761	577
	1338	

وكما هو مبين في الجدول، يبلغ عدد مؤسسات الشباب على مستوى الوطن 1338 مؤسسة، منها 761 ملك لقطاع الشباب والرياضة، وهو ما يمثل نسبة 56.87%، وتشير الإحصائيات أن حوالي 900 بلدية لا توجد فيها مؤسسة للشباب، مما يعني أن 58.40% من البلديات محرومة من خدمات قطاع الشباب والرياضة في مجال التنشيط والترفيه.

وعن نسبة الإقبال على مؤسسات الشباب، أنها في حدود 4% أي ما يقارب 500.000 شاب من أصل 13 مليون، وهي نسبة ضئيلة جدا وبعيدة كل البعد حتى البعد الأدنى من الطموحات والنتائج المنتظرة. [158].

4. 1. أهمية الأسرة في التنشئة الاجتماعية:

الأسرة هي المحيط الاجتماعي الأول الذي يحتضن الطفل ويتعامل معه، فالطفل في بداية حياته يكون مادة خام قابلة للتشكيل، ومن ثم فإن ما تقدمه الأسرة للطفل هو الذي يصنع شخصيته الأولى، وبذلك تكون الأسرة للجماعة الأولية التي تكسب الطفل الخصائص الاجتماعية والنفسية والمعرفية للمجتمع، كما أنها تكون الوسيطة التي يبني بها الطفل بذاءا سديما، أو الوسيطة التي تتحطم عليها شخصية الطفل.

" فالأسرة هي التي تكسب الطفل المعايير العامة التي تفرضها أنماط الثقافة العامة السائدة في المجتمع، وتكسبه المعايير الخاصة بالأسرة التي تفرضها هي عليه، وبذلك تكون الأسرة مؤسسة المجتمع الأساسية في الحفاظ عليه وعلى تراثه الثقافي والحضاري." [159] ص 81.

والطفل في بداية حياته يحتاج إلى سند للوصول إلى مرحلة الاعتماد على الذات والنجاح في المدرسة، ومدته الثقة بالنفس وعدم الخوف من الواقع، ومن الناس ومن الأقران، والذي يساعده في كل هذا هو الأسرة.

وفي مقابل ذلك، جنوح الأسرة عن مسؤولياتها الاجتماعية، وتبنيها الأساليب الخاطئة في التطبيع الاجتماعي، يؤدي بكثير من الأطفال إلى مزالق الانحراف، والهلاك النفسي والاجتماعي، ثم إلى الإجرام "إن الكثير من الجرائم التي ترتكب في حقوق المجتمعات ومؤسستها، آتية من تقاعس الأسرة عن مهامها في التربية الاجتماعية، وإلقاء هذه المهمة على الشارع ووسائل الإعلام وجماعات الأقران المنحرفة، والضحية في ذلك الطفل الذي يحول هذا الضياع إلى ألوان شتى من الانحراف والاعتداء." [159] ص 81.

"كما يؤكد كبار الأطباء النفسانيين والعلماء المختصين الذين وضعوا نظريات التربية، أن خيال الابن أو البنت يبدأ بتقمص سلوك الآباء والأمهات ويحتفظ الأبناء بالنماذج السلوكية التي يلاحظونها على آبائهم في خيالهم ونفسياتهم، ثم تغدو سلوكا تلقائيا في حياتهم الاجتماعية، فإذا كانت هذه النماذج السلوكية صالحة ومعتلة، فهذا يدل على أن شخصية الطفل شخصية سليمة تتوفر على الخصائص الكريمة والمحبوبة والمقدرة من قبل المجتمع، وإذا كانت نماذج فاسدة تحمل في ثناياها الانحراف والفساد الخلقى والسلوكي، فإن هذا يدل على فساد الطبع لدى الطفل واضطراب شخصيته." [160] ص 79.

إن أهمية الأسرة تكمن في كونها الوحدة الاجتماعية البانية للمجتمع، وأحد أهم أركانه التي يقوم عليها، وذلك من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تقوم بها، وتقل تطلعات وأهداف المجتمع إلى أبنائه.

2.4 . وظائف الأسرة الاجتماعية:

ما دامت الأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأساسية في بناء المجتمع، فإن لها وظائف اجتماعية تؤديها نحو هذا المجتمع من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تقوم بها نحو أبنائها، ويمكن تلخيص هذه الوظائف فيما يلي:

1. الرعاية الصحية للأطفال: إذا لم تتوفر الرعاية الصحية والمراقبة المستمرة لنمو جسم الطفل معافى من، فالصحة الجسدية للطفل تنعكس على النمو السليم لشخصية الطفل ولبنيتة النفسية والاجتماعية.

2. منح المكانة الاجتماعية للأطفال والبالغين: "عن طريق التقدير والاحترام لشخصية الطفل داخل الأسرة، وعدم تهيمشه أو إغفال وجوده، وهذا من شأنه أن يورث الحب والثقة بين الآباء والأبناء وإشاعة روح التعاون داخل الأسرة." [161] ص 131.
3. ممارسة لضبط الاجتماعي على الأبناء: "والذي يتطرق بالسلوك الأخلاقي للفرد والعلاقات الاجتماعية في المحيط، وليس هو سلطة قاهرة خارجية تفرضها الأسرة على الأبناء من خلال عملية العقاب والتأنيب المستمر، بل هي سلطان نفسي تبنيه الأسرة في ضمير الطفل يشد بتلابيبه كلما حاول تكسير أو تجاوز السلوك الفاضل أو الجذوح إلى الانحراف." [159] ص 84.
4. الوظيفة العاطفية: "ترك أجواء المنزل غامرة بعواطف الحب والتواد والقبول الاجتماعي، واللعب والتفاهم والتقبل بين الزوجين، واحتضان الأولاد بدفء، وهذا يؤدي إلى وجود وحدة صغيرة تكون المصدر الرئيسي للإشباع العاطفي لجميع أعضاء الأسرة." [162] ص 61.
5. توجيه الطفل للتعامل مع الآخرين: خاصة في المناسبات الاجتماعية وتعليم الأطفال مبادئ التعامل الاجتماعي، كمبدأ فعل خير وتقديم المساعدات واحترام الآخرين ومعاملتهم.
6. مساعدة الطفل على تعلم المبادئ الأولية التي تساهم في التوافق الاجتماعي، عن طريق تجميع رغبات الأفراد وتوجيهها نحو أهداف غير متعارضة، "إن الكثير من المشكلات التي يتعرض لها الأطفال هي الصعوبة في مواجهة الواقع الذي يعيشونه، نتيجة على الربط بين النظري والواقع وعدم القدرة على تخطي الصعوبات الاجتماعية، وتذليل العقبات التي تعترضه وهو يشق طريقه لبناء مستقبله." [163] ص 262.
7. "العمل على توثيق الصلة بين الطفل والبيئة التي تحيط به، واستغلال هذه المسألة في تدريب الطفل وترويضه على سلوك الاجتماعي السوي، وكيفية استخدامه للمبادئ والقيم التي تلقاها من أسرته في الواقع الاجتماعي، وتعليمه الملاحظة وجمع الحقائق، وتحليل تصرفات الناس والاسد تنتاج، وإثارة الرغبة في نفسه حول تفهم حقائق الأثدياء والكشف عن طبائعها والاستفادة من التجارب المحيطة به." [164] ص 95.
8. "أن توفر الأسرة الجو المناسب لإشباع حاجات الطفل الأساسية كالحاجة إلى الأمن، والحاجة البيولوجية، والحاجة إلى الاسد تقلال، والحاجة إلى الحماية، وفي بعض الأحيان نلاحظ أعراض الاختلال الشخصي للطفل، وذلك من جراء تفريط الأسرة في إشباع هذه الحاجات، ومثال هذه الأعراض: الإتكالية، وعدم الثقة في النفس والعدوانية." [165] ص 236.

4.3. المدرسة:

تعد المدرسة، بعد الأسرة... التجربة الاجتماعية الأولى في حياة الطفل، وتؤدي دورا بالغ الأهمية في عملية التنشئة الاجتماعية، فضلا عن ذلك هي البيئة النوعية التي تتيح للنشء التفكير السليم، وإتباع المنهج العلمي، إلى جانب ذلك هي البيئة التي تحوي في إطارها عالم الطفل الأول من الرفاق والجماعات التي يختلط بها ويؤثر فيها ويتأثر بها.

ومن وظائف المدرسة، بوصفها المؤسسة الاجتماعية الرسمية التي تقوم بوظيفة التربية، نقل الثقافة وتوفير الظروف الملائمة للنمو جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا، "وتعد المدرسة المكان الأمثل لتعليم الطفل المزيد من المعايير الاجتماعية في حقوق وواجبات وضبط الانفعالات والتوفيق بين حاجاته وحاجات غيره والانضباط لسلوكي، والتفاعل الايجابي مع البيئة المدرسية والتعرف على نماذج سلوكية مثالية، والقيادات التربوية الأخرى التي يجدها في مدرسته." [166] ص109.

ولكي تكون التربية مقصودة أي تعمل على تطور ونمو الفرد بحيث يتماشى هذا النوع مع مقتضيات الحاجة الاجتماعية، فإن ما تستهدفه بالدرجة الأولى هو مراعاة ما يكون للبيئة الاجتماعية من أثر في هذا المنحى ونعني به:

- تكوين العادات اللغوية.
- اكتساب الآداب الاجتماعية.
- امتلاك الذوق السليم وتقدير الجمال.

وبما أن المدرسة ليست بمعزل عن حياة المجتمع وظروفه الاقتصادية والاجتماعية وثقافية، وهي جزء لا يتجزأ مما يجري في المجتمع، حيث يقول (جون ديوي) في هذا الصدد: "إنني أعتقد أن المدرسة معهد اجتماعي أولا وقبل كل شيء ولما كانت التربية عملية اجتماعية، فالمدرسة تمثل الحياة الاجتماعية التي تتركز فيها جميع العوامل والجهود، وتتعاون على تربية الطفل وتمكينه من الاشتراك فيما ورثه من الجنس البشري، وعلى جعله قادرا على استخدام قواه ومواهبه لخدمة المجتمع." [167] ص233.

4.3.1. دور المدرسة في الكشف أشكال الانحراف:

إن المعلم الذي يطمح أن تكون له وظيفة شاملة في المدرسة، يتوجب عليه أن يتعمق في دراسة الخصائص المتميزة في المدرسة والمجتمع، الذي تعتبر المدرسة جزءا منه، إن فهم أسلوب الحياة المدرسية ليعد من الأولويات التربوية التي يتعين على أي مربي أن يؤدي عمله بصورة إيجابية وفعالة، "ولقد زادت أهمية المدرسة، وزادت مسؤولياتها في تربية الأطفال بعد أن فقدت الأسرة بعض

أدوارها التقليدية، مما يلقي العبء على المدرسة، فأصبح عليها أن تعوض الطفل عما فقده من فرص التربية داخل الأسرة." [168] ص 147.

ويعتبر الكثير من المعلمين والمربين أن بعض المظاهر السلوكية بين التلاميذ كالغياب المتكرر الهروب من المدرسة، التأخر الدراسي، إهمال الواجبات المدرسية، مخالفة الإجراءات والقوانين المدرسية مؤشرا مبكرا ينبئ على أن التلميذ لا يقيم بمثل هذه التصرفات معرض ومستعد للانحراف. "هنا يأتي دور المدرسة في الكشف عن هذه المظاهر ذات المؤشر الانحرافي، ودراسة هذه المظاهر سواء فرديا أم جماعيا بالتعاون بين المعلم والأخصائي الاجتماعي في المدرسة إن وجد، ثم الاتصال بالبيت لتنظيم التعاون بين المدرسة والبيت لمعرفة أسباب هذا الانحراف، واتخاذ الوسائل الكفيلة لعلاجها قبل أن تصبح انحرافا." [169] ص 124.

ومن الأخطاء التي يقع فيها المعلم نحو التلميذ، تتحصر فقط في التعليم، وأن أي واجبات أخرى تتعلق بالنواحي النفسية والاجتماعية والسلوكية والتحصيلية في نظره هي من واجبات إدارة المدرسة، وخاصة الأخصائي الاجتماعي والنفساني إن وجدوا بالطبع، ولكن كيف يمكن للأخصائي النفسي أو الاجتماعي أن يقوم بواجبه على أحسن وجه، إذا لم يكن هناك تعاون بين المعلم وإدارة المدرسة في متابعة التلاميذ وقائيا وعلاجيا والتنبيه عن أي ظاهرة سلوكية يرون أنها مؤشر للانحراف. لذلك بات من الأهمية أن يولى المسؤولون في التربية والتعليم.

كما أن للمدرسة أهمية خاصة في عملية التنشئة الاجتماعية، في نفس الوقت، تظهر علامات الانحراف الأولى داخل المدرسة، وقد أتضح من دراسة حالات عديدة من أحداث المنحرفين أن للمدرسة علاقة وثيقة بجنوحهم، "قد يسبب طلاب إدارة المدرسة من التلميذ إحضار ولي أمره بسبب الغياب أو التأخر عن الحضور الدراسي المنتظم إلى إثارة عامل الخوف في نفسه، ومن ثم دفعه لأن يهيم في الطرقات، مما يجطه معرضا للاختلاط بقرناء السوء ثم لا يلبث أن ينظم إلى عصابات الأطفال التي لا تتورع عن ارتكاب أي عمل مذل بالأداب وسلوك منافي للمجتمع." [82] ص 40.

ومن المؤسف أن للتلميذ كثيرا ما يجد في المدرسة عوامل تساعد على الانحراف، ويتجلى هذا في اصطدامه بالأوامر الصارمة، والواجبات القاسية يصاحبه أحيانا غياب شبه كلي للرعاية والتوجيه اللازمين مما يحفز به إلى التمرد على النظام المدرسي والانحراف.

"وكثيرا ما يشجع المعلم غير المؤهل وعلاقته السيئة بتلاميذه وأجواء العداوة والسخرية سواء في المعلم نفسه أو من زملائه في الصف ورفاق المدرسة والطريقة التي تلقى فيها التعليمات والتهديدات المباشرة وغير المباشرة من إدارة المؤسسة والمعلمين إلى انحراف التلميذ، واهتزاز ثقته في المدرسة والبيئة والمجتمع." [82] ص 41.

ويمكن أن نلمس هذا الانحراف على شكل صور متعددة منها على سبيل المثال:

- الهروب من المدرسة.
- عدم الحضور المنتظم.
- التخلف الدراسي.
- الخوف من المدرسة وتركها - التسرب -
- مظاهر إنحرافية وسط البيئة المدرسية، مثل ارتكاب السرقة أو التردد حول الأماكن التي يسمح فيها التدخين، وفي بعض المدارس حالات لتعاطي المخدرات.
- ومن هنا تأتي أهمية الدور الذي يجب أن تلعبه المدرسة في الكشف عن حالات الانحراف وتعاطي المخدرات.
- الاهتمام بإعداد المعلمين على نحو مزدوج أي القيام بدورهم التعليمي والتربوي كمعلمين، وفي نفس الوقت أخصائيين اجتماعيين ونفسانيين وهذا الإعداد، كذلك له ما يبرره، في إيجاد الإطارات الفنية والمؤهلة للقيام بهذه المهمة، وحتى في حالة توفير الأخصائي على استيعاب ومتابعة الحالات الإنحرافية مما يجعل دور المعلم المزدوج والمتعدد الجوانب، أمراً له قيمته وأهميته القصوى.

2.3.4. دور المدرسة الوقائي والعلاجي من الانحراف:

1. 2. 3. 4 . الدور الوقائي:

من أهداف النظام التربوي، تمكين الطفل وإتاحة الفرصة أمامه للنمو السليم جسدياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً، حتى يستطيع التكيف مع نفسه ومع البيئة المحيطة به، وهذا يتطلب من المدرسة القيام بعمل تربوي وفق رؤية واضحة، تستهدف تعديل سلوك الطفل، تعديلاً يندمج تماماً مع أهداف هذه العملية التربوية.

ويستطيع التعليم أن يساهم في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات، إذا تضمنت برامجه، تنمية مهارات الأفراد وموآبهم، وممارسة هذه المهارات، والمفاهيم التعليمية المختلفة بجدية، "إن المدرسة يمكن أن تقوم أكثر أهمية في توعية التلاميذ وحتى منذ مرحلة الرياض بالمخدر بشكل عام، فتوضح لهم أن كل شيء يتناوله الفرد عن طريق فمه يترك أثره على الجسم كله." [170] ص 272.

ويقول الدكتور (حسن إبراهيم عبد العال) "لو أعد برنامجاً تعليمياً لمكافحة المخدرات إعداداً صحيحاً سوف يمكن التلاميذ من فهم حقيقة المواد المخدرة وآثارها الضارة، كما يمكن التلاميذ من

إصدار أحكام مدعمة بالعلم فيما يتعلق بتعاطي العقاقير والمواد المخدرة، ومثل هذا البرنامج ينبغي أن يشتمل على قاعدة معرفية واسعة تشتمل العديد من المقررات الدراسية." [4] ص 53

وفي هذا الصدد يقول الدكتور (حسن إبراهيم عبد العال) "يستطيع معلم التاريخ أن يتناول مع تلاميذه التطور التاريخي لاستعمال المواد المخدرة، كما يستطيع معلم الجغرافيا أن يعرض مناطق زراعة المواد المخدرة، ووسائل تهريبها، كذلك يمكن معالجة موضوع المخدرات في مقررات الأحياء والطبيعة والكيمياء، وحتى معلم اللغة العربية يستطيع أن يتعامل مع الموضوعات ذات الأهمية الخاصة بظاهرة المخدرات من خلال التعبير والقراءة، كالمخدرات وصحة الإنسان، المخدرات والتنمية الاقتصادية، المخدرات والجريمة." [4] ص 54.

ومن الأمور الوقائية التي يمكن للمدرسة أن تضطلع بها في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات خاصة على مستوى الإكماليات و الثانويات وهي:

- تكريس العناية بحاجات الأطفال ومشكلاتهم وتوجيه سلوكهم وانفعالاتهم حيث يؤكد الأخصائيون أن الطفل بحاجة إلى رفاق جدد يلهو معهم في وسط تربوي موجه، أي ربط العائلة بالمدرسة.
- ضرورة تأهيل المعلمين وتدريبهم وتوجيههم بالعناية الفردية للأطفال والعمل معهم كأفراد وجماعات.
- تحقيق التعاون بين المدرسة والبيت خصوصا في فترة مرحلة الانتقال بين الطفولة والمراهقة يقول الدكتور عبد الرحمان العيسوي: "وجددير بالذكر أن النمو الجنسي في المراهقة لا يؤدي بالضرورة إلى أزمات، لكن النظم الاجتماعية الحديثة هي المسؤولة عن أزمة المراهقة." [171] ص 39.
- تربية وتنمية لاوزع الديني عند الطفل والمراهق، حيث يقول (عبد الله ناصح علوان) "أخي المربي إنك إذا عمقت في ولدك حقيقة الإيمان بالله ورسخت في قلبه وتصوره هذه المعالم الإيمانية.. فإن ولدك ينشأ على المراقبة لله والخشية منه والتسليم لجنابه فيما ينوب ويروع، والتزام منهجه في كل ما يأمر وينهى." [87] ص 819.
- ضرورة فتح مراكز إرشادية، مهمتها تقديم العون والخدمات الإرشادية التربوية، النفسية والاجتماعية والمهنية للتلاميذ والطلبة مع وجوب تعيين أخصائي نفسي واجتماعي في كل مدرسة وعلى مستوى جميع المراحل الدراسية.

4.3.2.2. الدور العلاجي:

يأتي التلميذ إلى المدرسة وعنده أنماط سلوكية، وتجربة شخصية واتجاهات مسبقة اكتسبها من الأسرة والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، وهي بالتأكيد ليست جميعها أنماط وسلوكيات صحيحة، لذلك كان من الأهمية أن تلعب المدرسة دورا كبيرا في إعادة تعليمه ومساعدته على مواجهة المشكلات الانفعالية التي يمر بها كالقلق وفقدان الثقة بالنفس.

"إن الفعالية المدرسية من شأنها أن تحرك أكثر من أي فعالية أخرى، وظائف فكرية تركت حتى ذلك الحين وشأنها، فمها تكن الطرائق المتبعة، تظل المدرسة دوما الوسط الذي يتم فيه تعلم شيء من الأشياء." [172] ص 219.

وللعلاقات الاجتماعية في المدرسة دور وأثر كبير في عملية التنشئة الاجتماعية والتي نبرزها في النقاط التالية:

1. إن العلاقات بين المعلمين والتلاميذ يجب أن تقوم على أساس من الديمقراطية والتوجيه والإرشاد.

2. العلاقات بين التلاميذ أنفسهم يجب أن تقوم على أساس من التعاون والفهم المتبادل.

3. العلاقة بين المدرسة، ومجالس الآباء يجب أن تكون دائمة الاتصال وهذا لإحداث التكامل بين البيت والمدرسة في عملية التنشئة الاجتماعية.

" إن التفاعل بين المدرسة والبيت ضرورة تطلبها مصلحة الأطفال ولتقوية هذا التفاعل بينهما:

- تثبيت المهارات التعليمية التي يتعلمها الأطفال في المدرسة وهذا يحتاج إلى المتابعة بين البيت والمدرسة.

- استمرارية الإشراف على الأطفال من قبل البيت والمدرسة، لمنع حدوث التغيب أو التسرب المدرسي.

- ضرورة التعاون بين البيت والمدرسة لحل المشكلات الأسرية التي تؤثر بشكل كبير على التحصيل الدراسي." [38] ص 211.

4.4. المسجد:

وظيفة المسجد في التنشئة الاجتماعية أعظم من أن تحدد في أي إطار كان فهي تساوي في حجمها وظائف المؤسسات الأساسية في المجتمع بأجمعها فقد كان للمسجد إلى عهد قريب مكانة ودور في صياغة الجماعة الإسلامية على كل المستويات الدينية والخلقية والروحية، وحتى الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وكانت هذه صناعة القرار السياسي والحربي، فالمسجد قبل أن يكون مبنى

وشكلا من الفكر والروح والمصنع الذي يصقل ويصوغ الفرد والجماعة على الأسس الإسلامية الصحيحة.

والمسجد عبر التاريخ لم يكن أبدا مجرد مصلى فقط، بل هو جزء لا يتجزأ من بناء الشخصية الإسلامية، "فكما أن الإنسان لا يستطيع أن يتصور إسلاما بغير المسلمين، فكذلك لا يمكن أن تقوم جماعة إسلامية بدون مسجد يؤدي لها الوظائف الدينية والسياسية والاجتماعية." [173] ص30.

4.4.1. أثر غياب دور المسجد في حياة المجتمع:

مذ إن غاب دور المسجد في حياتنا الحاضرة غابت معه الأخلاق والملكية الإسلامية النموذجية "القدوة"، وابتعدنا في المظهر والجوهر عن أهم مبادئ العقيدة الإسلامية، وقويت مظاهر السلبية عند شبابنا وقد ترتب أن رسمنا إسلاما بمقاييس جديدة، تتناسب مع أهوائنا، "وفي أحسن الأحوال أصبح الإسلام عند بعضنا عبارة عن مجموعة من الآيات القرآنية الكريمة، والأحاديث النبوية الشريفة، يستظهرها أولادنا في مدارسهم، ونستخدمها في الأوقات المناسبة، في الصحافة والإذاعة المسموعة والمرئية، ونردها في المآتم وعلى أبواب المقابر." [82] ص60.

إن اختفاء دور المسجد وانحطاط مستوى الدعوة، وأصبحنا نحن مسلمي هذا العصر ضد الإسلام، كل ذلك لو أمعنا النظر فيه لوجدنا إن كل هذا يعود لغياب مفهوم الشامل للتنشئة الإسلامية ومرتكزاتها الأساسية "فمن فضل هذا الإسلام على البشرية أن جاءها بمنهاج شامل قويم في تربية النفوس، وتنشئة الأجيال، وتكوين الأمم، وبناء الحضارات، وإرساء قواعد المجد والمدنية." [174] ص5.

ويقول الفيلسوف الإنجليزي (برنارد شو) في شهادته المشهورة عن الإسلام "لقد كان دين محمد موضع تقدير سام لما ينطوي عليه من حيوية مدهشة، وأنه الدين الوحيد الذي له ملكة الهضم لأطوار الحياة المختلفة، وأرى واجبا أن يدعى منقذ الإنسانية، وإن رجلا كشاكلته إذا تولى زعامة العالم الحديث لنجح في مشكلاته." [174] ص7. وقول تعالى في محكم تنزيله: (قد جاءكم من الله نور وكتاب مبين يهدي به الله مع أتبع رضوانه سبل السلام، ويخرجهم من الظلمات إلى النور بإذنه ويهديهم إلى صراط مستقيم). [سورة المائدة] الآية 17.

4.4.2. المسجد وعملية التنشئة الاجتماعية:

إن المسجد بوصفه من أقدم مؤسسات التنشئة الاجتماعية، من حيث التربية والتعليم والتثقيف في الإسلام، ودوره المتعدد الجوانب في الوقاية والعلاج من كل أشكال الانحراف، فالإسلام وحده يملك الضوابط والقيود التي تخلق في الإنسان المسلم الحافظ من كل الانحرافات والمشاكل الاجتماعية،

فالإسلام ظاهره وباطنه دين اجتماعي، فإذا كان الدين في الشعوب بصفة عامة أحد مقومات الثقافة، فإن الإسلام هو الدعامة الأولى في تنظيم المجتمع الإسلامي.

إن المسجد رسالة وضرورة دينية لا غنى عنها، ويؤكد العديد من العلماء ومن بينهم (هنري لنك) الذي قال: "إن تربية الأطفال لمن أشق الواجبات وأخطرها وأدقها، ومشاكلها شديدة التعقيد والعسر، وهي بعد ذلك ذات أوجه متناقضة عند حلها، يكون معها الآباء في أمس الحاجة إلى أية معونات خارجية مهما بلغت درجة تواضعها وبساطتها، وقد كان طبيعياً بعد أن استغنى الآباء عن المعتقدات الدينية، فلم يجدوا أمامهم سوى علم النفس الخاص بالأطفال، ولكن علم نفس الأطفال لم يكن بعد على استعداد لتقديم المعونة، لأن الثقة بهذا العلم لم تكن قد تعدت الثقة النظرية فقط." [87] ص 1082.

وقد أكد (لنك) دور الدين في إعانة الآباء في تربية أبنائهم وتهذيبهم وتكوين شخصياتهم، فيقول: "وبدیهي أن الأطفال يختلفون سواء بطبيعتهم أم بحسب وراثتهم، ولكن مهما كانت هذه الطبيعة أو الوراثة فإنه لا يمكن غرس العادات الأساسية بغير "النظام"... والواقع أن معظم الآباء يكونون في أشد الحاجة إلى الاستعانة بنصائح غيرهم، في أثناء غرس العادات المرغوبة في أطفالهم، وإذا بحثنا من الناحيتين العقلية والنفسية، وجدنا أن أعظم مصادر هذا العون هو الدين." [175] ص 215.

غير أن الآباء الذين كانوا يتساعلون، كيف ينمون عادات أولادهم الخلقية ويشكلونها، في حين تقتصرهم هم أنفسهم تلك التأثيرات الدينية التي شكلت أخلاقهم من قبل، وهذا ما قام به (لنك) في دراسة شملت عشرة آلاف شخص، أن أولئك الذين يواظبون على الذهاب إلى دور العبادة كانوا ذوي صفات شخصية أفضل ممن لا يذهبون." [175] ص 216.

إن المسجد بوصفه المدرسة الإسلامية دائمة الحضور في المجتمع الإسلامي تعدى وظيفته كل الحدود المرسومة للمؤسسات الاجتماعية الأخرى، ويعتبر المكان الأصيل والطبيعي والتنفيذي نظرياً وعملياً لإعداد الأجيال.

من هذا المنطلق يمكن للمسجد أن يلعب دوراً في عملية الضبط الاجتماعي إلى جانب الأسرة والمدرسة والإعلام وأجهزة الأمن والمنظمات والجمعيات المعنية في مكافحة المخدرات، لذلك توجب على العلماء والدعاة والأئمة العمل والتوعية والإرشاد بمختلف الطرق أن كل مسكر ومخدر، مذهب الوعي والرشد يحاربه الإسلام، ويحرمه الدين، "كما أنه ليس من المنطق والعقل أن نؤسس جمعيات ومنظمات لمحاربة المخدرات، ويحرم العلماء والفقهاء المخدرات قياساً على الخمر، بينما تفتح محلات بيع الخمر وأبوابها أمام أبنائنا وإخواننا، وليس من المنطق والعقل أن نتابع مروجي المخدرات ونترك بائعي الخمر يفسدون العقول ويخربون البيوت." [176] ص 136.

وطالما نحن بصدد الحديث عن المسجد ودوره في عملية التنشئة الاجتماعية التي تركز على التربية الروحية، فلا بد أن نتوقف عند نقطة أساسية وهي الإسلام وحقوق الطفل.

4.4.3. الإسلام وحقوق الطفل:

مذ أن أشرق نور الإسلام على العالم جاء دستور الممثل بالقرآن الكريم، حاملاً معه الحماية والرعاية الكاملة للطفل منذ وجوده نطفة في رحم أمه، وجعل له الحقوق التي تصون طفولته، وحاجاته إلى الأمن، والتقبل والتقدير الاجتماعي، والى تعلم المعايير السلوكية والقيم، وحرمانه من استغلال ضعفه وابتزازه والتصرف فيه بوجه غير مشروع، كما كفل الإسلام للطفل حق الحياة، وجعل التسمية باسم حسن والاعتراف به وقبوله اجتماعياً، وحق التغذية، وحق الحب بكل صورته وألوانه، وحق العدل في المعاملة بينه وبين إخوته وحق التعليم، والتوجيه التربوي والمهني، والأمن الاجتماعي والحماية من الظلم.

4.5. الإعلام وظاهرة تعاطي المخدرات:

من منا لا يعرف تأثير وسائل الإعلام بكل حضورها اليوم في مجتمعنا، فهي آخذة بالتدرج بدور الأب والأم في تشكيل أطفال الغد، ولا شك أن الإعلام اليوم وأثره في عملية الضبط الاجتماعي والتوعية والتوجيه والتعليم تعتبر من قضايا الساعة، التي تشغل بال المربين والمعنيين بعملية التنشئة الاجتماعية.

ويلعب الإعلام دوراً بالغ الحساسية، إلى جانب مصلح الأمن والقضاء، إلى جانب الأسرة والمدرسة والمسجد وغيرها من المؤسسات الرسمية في وقاية وعلاج الفرد والمجتمع من الجريمة والاحتراف.

إن الدعاية المفرطة للمخدرات، وصلت في بعض البلدان، خاصة البلدان المتقدمة والصناعية إلى حد التضليل والخداع، "والتي ظهرت في صورة شعارات خادعة دفعت الكثير من الناس إلى الإقبال عليها، مثل الإعلان عن الأقراص تجعلك تخلد إلى نوم هادئ، وأقراص تفتح الشهية إلى الطعام، وأخرى تقمك حيوية وبهجة." [4] ص 55. وكان من نتيجة التضليل الإعلامي، أن زداد انتشار المؤثرات العقلية والنفسية، وأصبحت وسائل الإعلام عاجزة عن أداء رسالة التوعية للحفاظ على الناس والشباب خاصة، كما باتت عاجزة من التصدي لظاهرة المخدرات.

إن الإعلام يستطيع أن يقوم بدور فعال في إضعاف الرأي المؤيد لتعاطي المخدرات، وتدعيم الرأي الواعي بأضرارها، وهذا يتطلب خطة إعلامية متكاملة ذات برامج مدروسة تتوخى نشر المعلومات والحقائق المتعلقة بظاهرة المخدرات بموضوعية كاملة، كما يتطلب ذلك توظيف الطاقات والكفاءات

المتميزة للتصدي للظاهرة من خلال البرامج المختلفة، ويتطلب أيضا تنظيم ملتقيات ودراسات لإعداد متخصصين في المعلومات المتعلقة بإدمان المخدرات والعقاقير، ونشر الوعي العلمي بين فئات المجتمع المهنية والعمرية.

"ولعله قد لأن الأوان لإعادة النظر فيما يقدم للمواطن من مواد إعلامية تتعرض فيما تتعرض له لتعاطي المخدرات، عن طريق الأفلام والمسلسلات، أو الحوادث والأخبار المثيرة التي تنشرها وسائل الإعلام، والتي يكون للعقار (المخدر) دور فيها، إن من شأن ذلك أن يولد جانبيه قوية وبخاصة حين تكون القصة مبهرة." [4] ص 56.

"وتستطيع وسائل الإعلام في مواجهة الظاهرة وهذا بمساعدة الأفراد على التكيف والتوافق مع الظروف الجديدة التي يواجهونها من خلال ما تعرضه من برامج وأفلام ومسرحيات، خاصة أولئك الذين هاجروا من الريف والقرى إلى المدن والمناطق الصناعية، وتساعدهم على فهم طبيعة تلك البيئات الجديدة فلا يواجهون صراعات وتوترات وضغوط تدفعهم إلى الأندس بالمخدرات والاتجاه إليها." [4] ص 56.

أيضا تستطيع وسائل الإعلام في دعم قيم العمل والإنتاج، في مقابل السلبية والهروب من مواجهة مشكلات الحياة، ومخاطبة العقل الإنساني، بدل من مخاطبة الجسد وإثارة الغرائز.

ويقول الأستاذ "عيسى بوزغينة" في هذا الصدد: "وبالعودة إلى الأدوار التربوية المفقودة، فإن شبكة الإعلام والاتصال مدعوة إن أرادت أن تكون حجر الزاوية في أي سياسة وطنية للطفولة والشباب، وكإطار استراتيجي في مجال العمل مع الأجيال الناشئة، أن ترتقي فعلا إلى الاضطلاع بالدور التربوي التوعوي التثقيفي التوجيهي للاتصال في إطار احترام القيم الروحية والاجتماعية للمجتمع الجزائري، وتعمل على تجسيده عمليا بالوسائل المتاحة إلى جانب الأسرة والمدرسة والمسجد، ومؤسسات أخرى." [117] ص 192.

إن الإعلام قد يساعد بالفعل في الحد من الجريمة، فتستخدم الكلمة المطبوعة والصورة للتغيير من الجنوح، إن بعض الصحف العالمية تضم أخصائيين في شؤون الجريمة، تعرض عليهم القصة قبل نشرها فمن الأهمية بمكان أن يكون في الصحافة بعض الدارسين في علم الاجتماع، كما يجب أن يعطى لوسائل الإعلام دور في الوقاية من الجريمة والانحراف، ولعل من أبرز هذه الوسائل التلفزيون والصحافة.

4.5.1. التلفزيون:

لقد انتشر التلفزيون كوسيلة إعلامية من الخمسينات، وزاد رواجه وتطوره في السبعينات، وقد أصبح الآن موجودا في معظم المنازل، وترجع أهمية التلفزيون كوسيلة إعلامية إلى اعتماده على

السمع والاصورة ومدى تأثيره إلى جميع الفئات الموجودة في المجتمع على اختلاف مستوياتهم التعليمي والثقافية والاقتصادية والاجتماعية، "ويحط و لكثير من العلماء المتخصصين في علوم الاتصال والإعلام إلى استخدام مصطلحات مثل (مجتمع التلفزيون) و (عصر التلفزيون) و (قافة التلفزيون) في إشارة واضحة إلى المجتمع الحديث والعصر الذي يعيش فيه، والثقافة التي تسود المجتمعات الحديثة والمعاصرة." [82] ص 85.

وعندما يستخدم العلماء مصطلح ثقافة التلفزيون، فإنهم لا يعنون بها المعرفة أو المعلومات التي يحصل عليها الفرد عن طريق مشاهدة البرامج التلفزيونية وإنما هم يستخدمون كلمة "ثقافة" بالمعنى الذي تستخدم به الكتابات الأنثروولوجية والذي يقصد به، أسلوب الحياة السائدة في المجتمع. "ولقد أفلح التلفزيون في أن يفرض على المجتمع الحديث أنماطا جديدة من السلوك والقيم الاجتماعية والأخلاقية لم تكن سائدة من قبل." [177] ص 22.

ويتساءل (إبراهيم محمود) عن تأثير هذا الجهاز قائلا: "هل المسلسلات التلفزيونية التي تتضمن الكثير من العنف والجنس والعلاقات المنحرفة تؤثر في نفسيات المشاهدين، ولا سيما الشباب والأطفال والنساء؟ وهل المرأة المسلمة التي تعرف بيئتها وتتحرى الدقة في تربية أولادها تتعرض من خلال التلفزيون إلى أخلاق مضادة وآداب منافية لما ربيت عليه من أخلاق وآداب؟ وهل ارتفاع معدلات الجريمة يرجع حقا إلى التعرض للبث التلفزيوني الذي يشكل أهم مثير لانحدار الأحداث." [178] ص 16.

ويرى "إبراهيم محمود" أن هذه النظرة للتلفاز سطحية، والحقيقة في رأيه: "أن التلفاز يحدث أثره من خلال مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والحضارية المتشابكة، فهناك مؤثرات كثيرة ومتنوعة مثل شخصية الفرد الذي يستقبل الرسائل الإعلامية والجماعات التي ينتمي إليها الأفراد، بالإضافة إلى مؤثرات أخرى لها جذورها في الأسرة والمدرسة، والأصدقاء والوسط الاجتماعي، والدين، والظروف الاقتصادية وغيرها من العوامل." [178] ص 16.

ويذهب علماء النفس إلى أن أفلام العنف والمسلسلات البوليسية، تخلق في الطفل شعورا بالنقص وعدم المبالاة، وقد يتحول التلفزيون إلى المدرسة لتعليم السلوك العدواني، وقد قال أحد العلماء النفسانيين: "إذا السجن هو المدرسة الإعدادية للجريمة، فإن التلفزيون هو المدرسة الثانوية أو جامعة للجريمة." [82] ص 87.

إن أطفالنا اليوم مهددون في نظري بما يشاهدونه من أفلام العنف، ومسلسلات الجنس والجريمة وتأخذهم من الطريق الأمثل إلى طريق الانحراف، حتى أنه ليس في وسع الآباء مهما استعملوا من

قوة في فك هذه الوثائق، لأن الطفل في تلك اللحظة لا يعلم الحدود الدقيقة بين الخيال والواقع، خاصة إذا كانت البرامج محشوة بأفلام الرصاص والسرقة والنهب والاختطاف وتهريب المخدرات.

إلا أن عدد كبير من الدراسات تشير إلى أن التلفزيون عن طريق ما يقدمه من برامج تعليمية وترويحية، تتضمن عرض كتب خاصة بالأطفال، أو ألعاب أو مواقف أو مهارات، تثير دوافع الأطفال المعرفية، وتنمي ميولهم الإبداعية، فالتلفزيون لا يخلق الميل، ولكن يعمل على تنميته وصلته، وتوجيهه مما يزيد من اهتمامات الأطفال، وينمي ويكشف عن مواهبهم في سن مبكرة.

وحتى تتحقق الفائدة القصوى من التلفزيون، يجب الاهتمام بما يلي:

- الاهتمام ببرامج الأطفال، التي تساعد الطفل على اكتساب الخبرات والمهارات والتي تنمي ميوله ومواهبه وتكسبه مجموعة من القيم والاتجاهات الايجابية.
- توجيه ومساعدة الطفل على انتقاء الخبرات والمعارف التي تتماشى مع ميوله وحاجاته وخبراته.
- ربط المعارف والخبرات بالواقع الاجتماعي.
- إبداء الرأي بالنسبة للموضوعات التي تعرض مما ينمي لدى الطفل النقد البناء، وبما أن أسرة الطفل هامة وأساسية في عملية التنشئة الاجتماعية، فإن إعداد الأسرة للقيام بهذه المهمة لمساعدة الطفل على النمو المتكامل، ويعتبر مطلباً هاماً في عملية التنشئة الاجتماعية، ومساعدة أبنائهم على النجاح المدرسي، والنجاح في الحياة، وتتضمن هذه البرامج الاجتماعية والتربوية، أساليب التعامل مع الأبناء ومساعدتهم على القيام بأدوارهم، وتوفير البيئة الاجتماعية والنفسية التي تساعد على النمو المتكامل والتعرف على مشكلاتهم والأساليب الصحيحة لمواجهتها.

4.5.2. الصحافة والكتب:

تعتبر الصحافة والمكتبات العامة مصادر هامة للمعرفة المتخصصة في الميادين المختلفة، فالصحيفة والمكتبة تقسح المجال أمام القارئ لكي يستفيد من مصادر المعرفة دون مقابل.

أما ما يتصل بالصحافة فالمجتمع مازال يعاني من بعض الصحف، التي تستهدف الذئوع والانتشار على حساب دغدغة مشاعر وعقول الشباب والمراهقين، والمعاناة من روايد هذه الصحافة مازالت قائمة ولا أظن أنن بحاجة لضرب أمثلة على هذا النوع من الصحافة، وأثرها في التنشئة الاجتماعية لأطفالنا.

تعتبر سبل الوقاية وطرق العلاج من أنجح الوسائل لمحاربة مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها حالياً ومستقبلاً، وهذا ما كشفت عنه معظم المجتمعات، وإذا اعتبرنا بأن استهلاك المخدرات جريمة، فإن هذه الجريمة لها طابع خاص، لأنه إذا كانت كل جريمة تفترض عقوبة، فإن جريمة

استهلاك المخدرات تواجهه أساساً بتدابير وقائية وعلاجية، ويبدأ العلاج عند فشل الوقاية، فهما مسؤولية كل الهيئات الموجودة في المجتمع من أسر ومدارس، ووزارات، الجمعيات الثقافية والعلمية والرياضية، وكذا الجمعيات الناشطة في مجال مكافحة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، وفيما يلي سوف نتعرض إلى طرق الوقاية والعلاج من تعاطي المخدرات.

4. 5. طرق الوقاية من المخدرات ومستوياتها:

4. 5. 1. تعريف الوقاية وجهودها:

تعتبر الوقاية أنجح وسيلة لحماية الأطفال والشباب من مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها والوقاية هي الإشارة إلى أي فعل مخطط تقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة. ويرى مصطفى سوييف على إن المقصود بمصطلح الوقاية هو: " الإشارة إلى أي فعل مخطط تقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة أو مضاعفات مشكلة كانت قائمة أصلاً وذلك بغرض الإعاقة الجزئية أو الكاملة لها." [179] ص 200.

وتتوزع جهود مكافحة المخدرات في شكلين:

- جهود لخفض الطلب: تتمثل في قمع ومراقبة المتاجرة بالمواد المخدرة، تمارسه مصالح الأمن الدرك، الجمارك، القضاء، ووضع القوانين الصارمة في متابعة مهربي المخدرات.
- جهود لخفض الطلب: تتمثل في عملية توعوية و تحسيس للشباب بأخطار المخدرات، وهي تضم الإجراءات التالية:

1. الوقاية.

2. العلاج.

3. إعادة الإدمان والتأهيل.

4. 5. 2. مستويات الوقاية:

تتوزع إجراءات الوقاية في ثلاثة مستويات وهي:

4. 5. 2. 1. الوقاية من المستوى الأول:

" وهي كل فعل موجه بهدف الحد من ظهور حالات جديدة للتعاطي، يدخل فيها التوعية والتدسيس وكذلك الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة (مكافحة العرض) سواء كانت إجراءات أمنية أو تشريعية بهدف الحد من توفر المخدر والتعاطي." [180] ص 86.

وتوجه هذه الوقاية إلى الجماعات الهشة أو المستهدفة التي تكون معرضة بحكم ظروف حياتها، لهذا يجب أن تتم هذه الجهود داخل مجموعات يتم تحديدها بفصل البحوث الميدانية،

" ويمكن أن تستخدم الدوائر الإذاعية والتلفزيونية المغلقة (داخل المدارس، والكليات الجامعية، ومعسكرات الشباب، والمصانع والثكنات... الخ)" [179] ص 201.

" ويجب أن يكون الخطاب الموجه خطاب مدرّوس ويشمل عدة معلومات التي ينبغي أن تتضمن أحاديث التوعية، وتكون مفيدة حقاً، وهذا لمنع وقوع التعاطي أصلاً لأن البعض من هذه الوسائل رغم أداؤها للتوعية بخطورة الإدمان، إلا أنها تحتوي على مشاهد ومواقف غير مرغوبة، فقد تعلم الصغار الكثير من ممارسة الإدمان من خلال أفلام الفيديو التي يشاهدونها سراً في غفلة مراقبة الكبار، ولهذا فمن الجلي أنه ينبغي لمقدم برنامج التوعية إن يبتعد ما أمكن عن أسلوب المبالغة، وأن يعتمد على تقديم الحقيقة في صيغة معتدلة بلا مبالغة ولا تهوين." [179] ص 206.

" ويؤكد الأخصائيون النفسيين والاجتماعيين، أن كثيراً من الأولياء يرون في قاعات الألعاب الالكترونية، والأنترنت فضاءً ثقافياً وتربوياً ينمي ذكاء الطفل وقدرته على التركيز ووعيه بالتكنولوجيا والتحكم في التقنية، إلا أن الواقع يثبت أن هناك من هذه القاعات ما يؤدي التردد عليها إلى انعكاسات نفسية واجتماعية تستدعي إعادة النظر في طرق توجيه الأطفال." [181] ص 15.

وعن البدائل التي يمكن تقديمها من طرف الأسرة والمؤسسات الاجتماعية، إذ يجب استحداث برامج ثقافية وتربوية بدور الشباب والمراكز الثقافية، وتكثيف الأنشطة الموجهة للأطفال والشباب. والتفكير في استراتيجيات تربوية لانتقاء الألعاب والبرامج والصور والمواقع بهذه القاعات والتي من شأنها تهذيب الطفل وتنقيفه ودفعه لاستخدام نكاته ومبادئه الخيرة." [181] ص 15.

وتقول الدكتورة (سمية منصور ي): " الوقاية الأولية من تعاطي المواد النفسية تكمن في محاربة العوامل المسببة للتعاطي أصلاً، فالسياسة المتبعة في هذا الصدد تعمل على:

- تعديل وتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يمكن أن تجعل الأفراد أكثر قابلية للتعاطي، مثل توفير مناصب عمل وتوفير السكن وتحسين ظروف المعيشة.
- إقامة مرافق ترفيهية، رياضية وثقافية، ومراكز النصح والإرشاد، فالهدف من هذه السياسة الوقائية هو توفير درجة من الارتياح الاجتماعي." [180] ص 87.

4. 2. 5. 2 . الوقاية من المستوى الثاني:

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن وقف التمداد في التعاطي لكي لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان: " وهذه المرحلة تقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلاً على التعاطي، ولكن لا يزال في المرحلة الأولى، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه، ولا بد من خط دفاع بأن نترجع إليه لنستمر في مقاومة الظاهرة، ولكن على أسس جديدة." [179] ص 210.

كما نستطيع إدخال إجراءات الوقاية الثانوية لتحسين نسبة التوقف والامتناع التلقائي، وكبدأ هذه الإجراءات في كيفية العثور على حالات التعاطي المبكر والتقاطها لتكون هدف، وتساعدنا على التراجع عن التعاطي في وقت معقول، " وهي نوعان:

■ **النوع الأول:** يمكن استخدامه على المستوى الفردي، وخاصة في العيادات الوجيهة للكشف الطبي على الشباب، كعيادة الصحة المدرسية.

■ **النوع الثاني:** هو أن تكون هناك سياسة عامة في الدولة وفي مؤسساتها، تقتضي الكشف عن حالات التعاطي بين الشباب المتقدمين للالتحاق بمجالات معينة، كالخدمة العسكرية، الطيران، والالتحاق بالجامعات، بالفرق والنادي الرياضية... الخ، وتقتضي هذه السياسة أن يجرى فحص عينات من السوائل البيولوجية للكشف عن الآثار الكثيرة من المواد الإدمانية، قبل أن يسمح لهم بالالتحاق بأي من هذه المؤسسات. "[179] ص 213.

وهذه الإجراءات يمكن أن نأخذها من الوقاية الأولية، وكذا دور البحوث الميدانية، وتقول الدكتورة سامية حسن الساعاتي في كتابها الجريمة والمجتمع، " ومن الأساليب الإجرائية التي تحتتمها طبيعة مشكلة المخدرات وبخاصة في الدول المحدودة الدخل، تقسيم هذه البحوث إلى ثلاثة أقسام: من حيث الموضوعات التي يراد بحثها، والحاجة الملحة إلى استعمال نتائجها لوضعها موضع التطبيق، ومتطلباتها من البشر والموارد والوقت من هذه الثلاثة هي:

1. بحوث قصيرة المدى لا تستغرق أكثر من ستة أشهر.

2. بحوث متوسطة المدى لا تستغرق أكثر من عام.

3. بحوث طويلة المدى تحتاج إلى أكثر من عام.

والذي يدعو إلى هذا النوع من التقسيم، هو ضرورة التوفيق بين طبيعة التنمية الاجتماعية من جهة والمتطلبات العلمية للبحث السليم من جهة أخرى... وموجهها في رسم الخطط وتنفيذها لإعادة تنظيم المجتمع على قواعد علمية سليمة، وتميئه على أسس مختارة من الواقع المعاش. "[106] ص 227.

4. 2. 5. 3. الوقاية من المستوى الثالث:

فنقصد بها وقاية المدمن من مزيد التدهور الطبي أو النفسي والسلوكي للحالة، ووقايته من معظم المضاعفات الطبية، النفسية والاجتماعية التي غالباً ما تترتب على استمراره في إدمانه. "[179] ص 216.

ويهدف العلاج الطبي أساساً لإزالة التسمم، ويتم ذلك غالباً في مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية ومراكز الوقاية والعلاج من المخدرات، كذلك هناك علاج اجتماعي والذي يعمل على إعادة

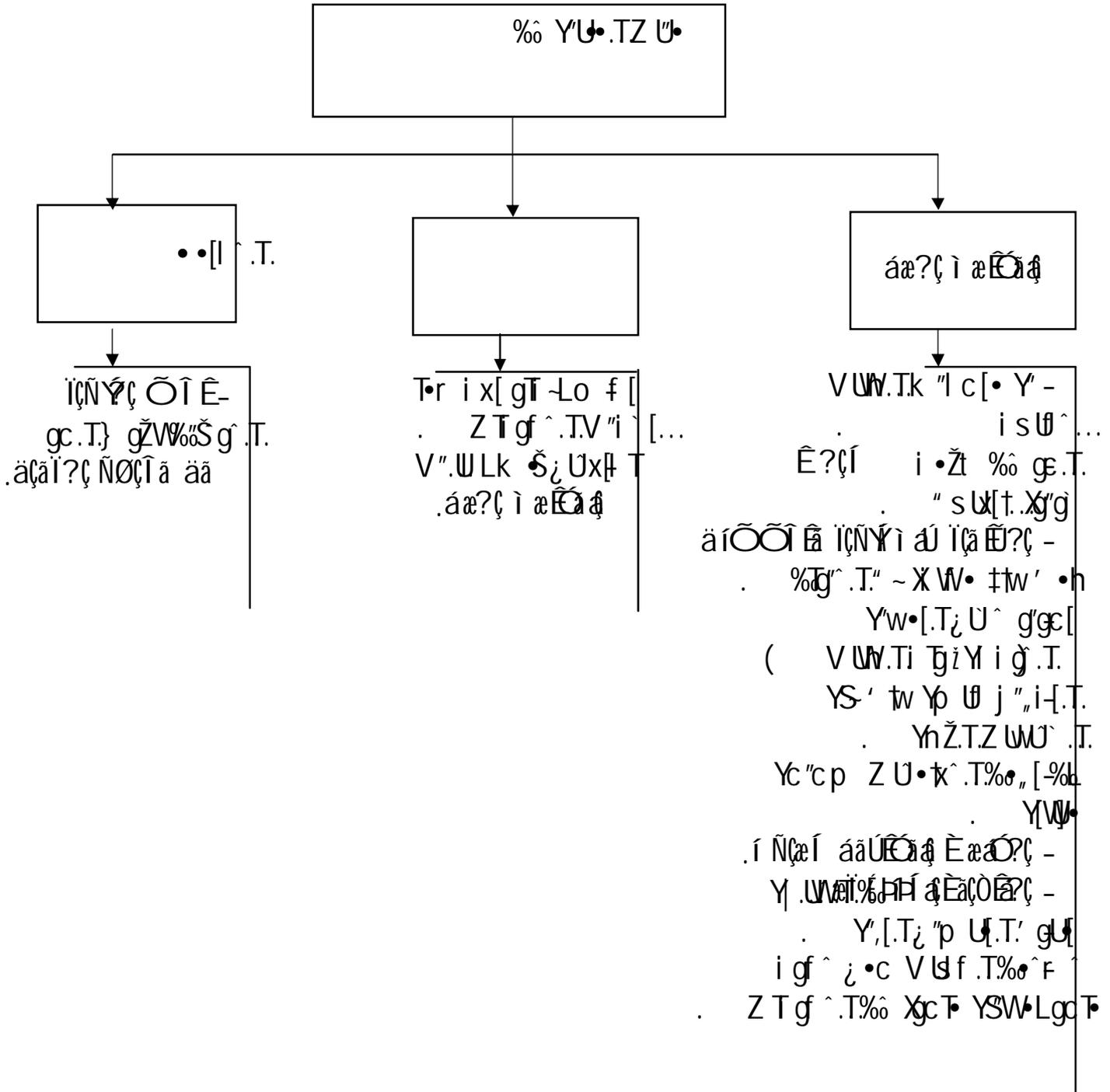
دمج المتعاطين وتطوير قدراته التكييفية مع المحيط الذي يعيش فيه، أما العلاج النفسي فيعمل على تقوية قدرات الفرد السيكلوجية وتزويده بمهارات حل المشكل واستراتيجيات المقاومة المتمثلة في مهارات مواجهة للمشاكل وضغوط الحياة.

" فتوفير العلاج المتكامل الطبي، النفسي والاجتماعي يوصلنا إلى هدف من مستوى الوقاية ألا وهو الحد قدر الإمكان من مخاطر الإدمان على الفرد." [180] ص 87.

إضافة إلى كل هذه الإجراءات، نجد أيضا مهام الأسرة التي لها دور أساسي في هذا المجال، " إذ يجب ممارسة سلطة الوالدين لوضع الموانع والحدود أمام الأبناء، إذ على الوالدين مناقشة السلوك الغير المرضي مع أبنائهم بكل وضوح، فالأبناء يحتاجون إلى هذا الإرشاد ويرحبون به، لكننا نجد في أحيان عديدة يفقدون إلى هذه الرعاية الأسرية الأساسية، لأن الأسرة هي خط الدفاع الأول، فالرقابة المحكمة من الآباء تخلق إنسانا يستطيع أن يتحكم في نفسه، ويجب أن يكون حوار دائم بين أفراد الأسرة وهذا ما يحقق الاتصال والتواصل بينهم." [16] ص 85.

وما يتضح من المستويات الثلاث، أن الاهتمام يكون خاصة بالوقاية من المستوى الأول لتفادي ظهور حالات جديدة، وذلك ليس الإنقاص من أهمية المستويين المواليين، وباعتبار المستوى الأول يخدم المستويين الثاني والثالث، " ونرى أنه لا يوجد برنامج أو نموذج وقائي عالمين فلكل بلد اتجاه وقائي مكيف يتلاءم مع متطلبات الوضع ففي كندا مثل يستعان بحملات توعية وتحسيس حول تعاطي العقاقير (Compagne de sensibilisation)، وأستراليا تعتمد على مراكز صحية Comp de santé، أما المكسيك فيعتمد على تجربة مسرح الشارع Théâtre de rue، في فرنسا يعتمد على الاتجاه الانتقائي للتحسيس، وفي السودان على القرآن الكريم لتنمية حس المسؤولية وإبعاد الفكر عما يضره." [180] ص 88.

4. 2. 5. 4 . الشكل رقم 01: مخطط مستويات الوقاية من المخدرات



6. 4 . الاتجاهات الحديثة للوقاية من تعاطي المخدرات:

عموماً تتركز البرامج الوقائية حول المعادلة: شخص + محيط + مادة. وهي بذلك ثلاث

اتجاهات:

4. 6. 1. الاتجاه المباشر :

- يتركز حول المادة المخدرة بالحد من الطلب وعدم توفرها.
- الحد من تهريب المادة وتسويقها ومن تهريبها.
- وضع مراقبة وضع القوانين الصارمة إزاء استهلاكها، " وهذا ما نص عليه قانون رقم 04-18 المؤرخ في 13 ذي القعدة 1425 هـ الموافق لـ25 ديسمبر 2005، ويتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، وهذا ما يتعلق بالأحكام الجزائي خاصة للمواد 12،13،14،15،16،17،18،19،20،21،22،23،24،25،26،27،28،29،30،31،32،33،34،35،36،37،38،39،40،41،42،43،44،45،46،47،48،49،50،51،52،53،54،55،56،57،58،59،60،61،62،63،64،65،66،67،68،69،70،71،72،73،74،75،76،77،78،79،80،81،82،83،84،85،86،87،88،89،90،91،92،93،94،95،96،97،98،99،100،101،102،103،104،105،106،107،108،109،110،111،112،113،114،115،116،117،118،119،120" ص5.
- الاستناد على كل البنى التربوية، الصحية الدينية.

4. 6. 2. الاتجاه المتأوب: L'approche Alternative

ويهدف إلى تحسين الحياة الاجتماعية، والتقليص من العوامل المؤدية إلى الانحراف، فهذه الظاهرة، أي تعاطي المخدرات تعتبر عدم ارتياح اجتماعي.

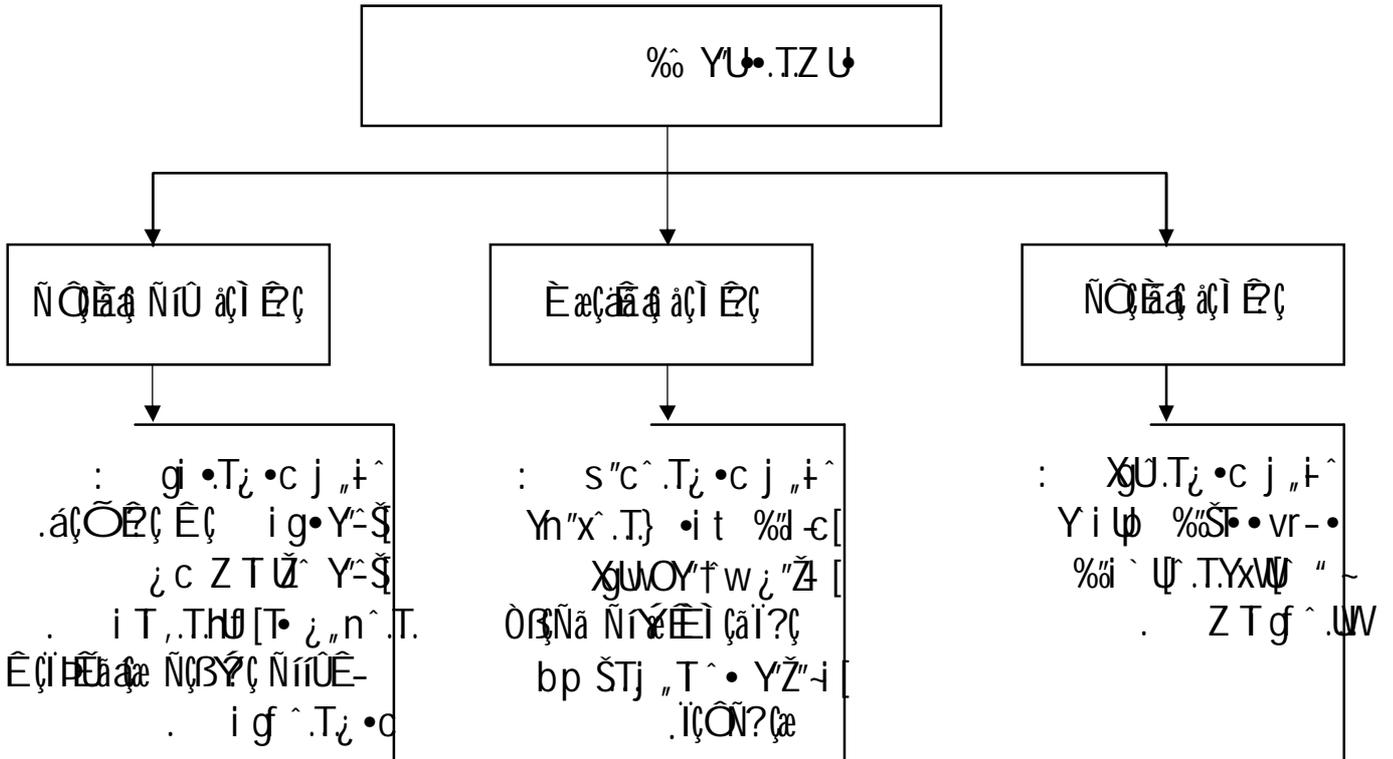
وتسهيل إعادة الإدماج بنشاطات معيزة، ترفيهية، ثقافية، رياضية، وتكوين مهني أي إعطاء البديل.

4. 6. 3. الاتجاه غير المباشر :

يهدف إلى تحسين قدرات الاستماع والاتصال بين الراشدين والشباب وذلك بالاعتماد على مسؤولي النوادي الرياضية، المعلمين، عاملين أو مساعدين اجتماعيين، ورجال الدين، والجدير بالذكر أن: " الإرشاد النفسي يختلف عن العلاج النفسي، حيث يقتصر الإرشاد على مساعدة الناس الأسوياء أي غير المرضى." [20] ص204.

- التوعية تمر بمعلومة محددة وصحيحة حول التعاطي: فلا نجعل من هؤلاء الشباب مختصين في المخدرات.
- إعادة الاهتمام بالنشاط الجمعي (الجمعيات العلمية، الثقافية والرياضية) وبذلك تقوم التوعية على تجنيد الجميع للحد من الظاهرة، من رجال القانون إلى رجال الدين، المرابين، المؤسسات الاجتماعية، مراكز العلاج... الخ. وبتكاتف كل الجهود نتوصل على نتائج مرضية، ويمكننا أن نضع حد لهذه الظاهرة.

4. 6. 4 . الشكل رقم 02: الاتجاهات الحديثة للوقاية من المخدرات



4. 7 . طرق العلاج من تعاطي المخدرات والإدمان عليها:

إن علاج تعاطي المواد النفسية والمخدرات، حسب ما جاء في تقرير لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية: " هو ذلك السياق الذي يبدأ عندما يدخل مستهلك المواد النفسية في اتصال مع عامل الصحة أو مع مصلحة مؤسسية، والذي يمكن أن يكمل بتدخلات متعددة و متميزة، حتى يصل الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة والراحة العامة." [182].

ويعتبر العلاج من الطرق المهمة التي من الإدمان، وهي مهمة كل الهيئات الموجودة في المجتمع من وزارة الصحة التي تعتبر الجهة المختصة في الحفاظ على صحة المجتمع، " وهذا ما نجده في ألمانيا وإيطاليا ولكسمبورغ، حيث قامت هذه الدول بتحويل المسؤولية لوضع سياسة المخدرات من وزارة الداخلية إلى وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية، ففي بريطانيا قامت حكومة (توني بليز) بتشكيل وكالة قومية للعلاج والتنسيق بين جهود أجهزة الخدمات الاجتماعية ووزارة الصحة." [183] ص 12.

والعلاج المتكامل هو أنجع الوسائل، والذي يتكون من العلاج الطبي والعلاج النفسي والعلاج الاجتماعي، كما لا ننسى دور الإسلام أو العلاج الإسلامي الذي لا يقل أهمية عن بقية العناصر الأخرى.

1. 7. 4 . العلاج الطبي:

يهدف أساسا إلى إزالة التسمم، ويتم ذلك غالبا في مستشفيات الأمراض العقلية، والمصحات النفسية والأماكن المتخصصة، كمراكز العلاج والوقاية من المخدرات والإدمان عليها. ويعتمد العلاج الطبي بشكل عام على ثلاثة طرق أساسية وهي:

1. 1. 7. 4 . تقديم العقار للمدمن:

ويقوم هذا النوع من العلاج على: " حبس المدمن في غرفة انفرادية وتقديم العقار له مع تقليل الكمية كل يوم، وتمنع عنه زيادة الجرعة، ويمنع الاتصال برفقاء السوء، ويوضع تحت رقابة طوال أيام العلاج وتحسيسه بأنه تحت العلاج وما يفعله لمصلحته، ومن المستحسن هنا أن يساعد الطبيب المعالج طبيب نفساني، فإن كانت رغبة المدمن قوية في العلاج فإنه سيشفى ويقطع عن المخدرات. أما إذا كان ضعيف الشخصية وذو مزاج متقلب فقد يعود إلى أوكار الرذيلة." [18] ص 21.

2. 1. 7. 4 . تقديم عقار بديل لعقار المدمن:

هنا يقدم دواء الميثادون في علاج مشتقات الأفيون بشكل عام، " ولهذا للدواء ارتباطات معقدة مع بروتينات بلازما الدم، لذلك لا يستطيع الجسم طرحه بسرعة، ويبقى في الجسم عدة أيام (حوالي ثلاثة أيام)." [18] ص 21.

3. 1. 7. 4 . الحظر الكامل للعقار المخدر:

" في هذه الحالة يمنع العقار نهائيا عن المدمن وتعتمد هذه الطريقة على تشجيع الشخص المدمن عن الإقلاع عن الإدمان، وإظهار المساوئ والأضرار الناجمة عنها بإشراف طبيب نفسي مع توفير الرعاية والحضان الأسري، بالإضافة إلى إشغال المدمن لفراغه بالرياضة والتدزّه والتسليّة والمطالعة، فإن كانت رغبة المدمن قوية في الإقلاع عن الإدمان كان لشفاء بإرادة الله وحده." [18] ص 22.

والعلاج الطبي له هدف محدد هو إيقاف تعاطي المخدرات والإدمان عليها: بمشاركة العلاج النفسي والاجتماعي معا، " ويتبين أن أفضل مكان للعلاج هو وضع مستشفى مستقبلا للإدمان وتعاطي المخدرات وهذه هي صورة المستقبل لعلاج الإدمان، وقد أخذت بلدان كثيرة في العالم بهذا

النظام، بل وقد تحدد أقسام خاصة بكل نوع من أنواع العقاقير المستخدمة، لتشابه ظروف المتعاطين لعقار واحد." [16] ص 92.

وطريقة العلاج لمتعاطي المخدرات تكون على حسب مدة التعاطي ونوع المخدر المستعمل ونوع الشخصية، فكل نوع علاجه الخاص، فعلاج الإدمان من تعاطي الأفيون ومشتقاته فعالية مدمنيه لا يستطيعون الإقلاع عنه بسهولة، وإنما يلزم مساعدة طبية ونفسية فعالة، " بل نسبة كبيرة منهم تتراوح بين 80% و90% يعاودون الإدمان مرة أخرى خلال عامين من نجاح العلاج." [16] ص 93. وهناك مركبات أخرى مثل ميثادول أسيتان وهم مركب طويل المفعول يفيد علاج إدمان الهيروين، كما أن الميثادون يعطل نشوة الهيروين.

أما الحالات التي تدفع المدمن للعلاج هي ثلاث حالات رئيسية:

الحالة الأولى:

أن تكون للمدمن الرغبة والنية الأكيدة للعلاج، والدافع الحقيقي للتخلص من تناول العقار المخدر والدافعية والرغبة الحقيقية قد لا تكونان وحدهما العامل المؤثر في العلاج، أو في الانقطاع عن تناول المخدرات، إذا كان المدمن يسعى إلى الطبيب المعالج بهدف مساعدته ومعاونته على إيقاف التعاطي بالدرجة الأولى، ففي هذه الحالات يصل العلاج إلى نسبة كبيرة من النجاح رغم أن هذا النوع من الحالات يمثل قلة نادرة من طوائف المدمنين.

الحالة الثانية:

تكون عند عدم اقتناع المدمن بجدوى النصيحة والتوعية، يتم إرغام المدمن من جانب الأسرة أو الأفراد المحيطين به للدخول إلى المستشفى، ولمكانية النجاح في علاج هذا النوع يختلف باختلاف تجاوب وتعاون الأهل والأفراد المحيطين بالمرضى المدمن، ومدى تجاوبه هو نفسه، وإمكانية قدرات المشرفين على العلاج في مجابهة وحل مشاكل المدمن الصحية والاجتماعية والنفسية التي أدت إلى الإدمان.

الحالة الثالثة:

بعد الاستمرار الإدمان لفترة طويلة، تصبح الجرعات التي يتعاطها المدمن كبيرة وبالتالي خطيرة للغاية، فيتأثر المدمن صحيا وماليا ولا يستطيع المدمن تحمل نفقات توفير مخدره اليومي، مما يدفعه تلقائيا إلى طلب العلاج بهدف الحد من الاعتیاد، والإقلال من نفقات المال التي يتطلبها شراء العقار المخدر.

إلا أن مثل هذه الحالات صدعب علاجها، ما لم تتم في مراكز العلاج لئيتبعها علاج نفسي سلوكي يهدف لإحداث تغيير في الدوافع الموجهة وراء الرفض وعدم الاقتناع في العلاج المتكامل، وهذا ما سنتناوله في العنصر الآتي وهو العلاج النفسي.

2. 7. 4 . العلاج النفسي:

يهدف أساسا إلى تقوية المتعاطي سيكولوجيا ورفع قدرته على مجابهة الإحباطات والمشاكل، ومن هذه العلاجات يوجد العلاج التحليلي والعلاج السلوكي، ويتم ذلك غالبا في العيادات أو في المؤسسات العلاجية.

" وعليه فمن أشهر العلاجات النفسية الحديثة ما يعرف بمجموعة العلاجات السلوكية للإدمان، تقوم بمجموعها على مسلمة أساسية مآدها أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد، بما في ذلك التعاطي والإدمان، إنما هي أشكال تكتسب وتنمو في ظل ظروف حياتية معينة." [179] ص 227.

" ومن طرق العلاج السلوكي المشهورة، طريقة H.M.Boudin، فهي تعتمد على تدريب المدمن على ملاحظة الذات، أي الملاحظة الذاتية والرصد." [179] ص 228.

ومنه سنركز على الاستراتيجيات العلاجية المعرفية السلوكية التي أظهرت فعاليتها في السنوات الأخيرة.

8. 4 . الاستراتيجيات العلاجية المعرفية السلوكية:

يهدف للعلاج السلوكي المعرفي إلى مساعدة الأفراد المتعاطين للمواد النفسية على التخلي والتراجع عن تعاطي هذه المواد، وفرضيته الأساسية في ذلك هي أنه إذا كانت سياقات التعلم من نمذجة وتعلم إجرائي وكلاسيكي، تلعب دورا مهما في تطور واستمرار تعاطي المواد النفسية، فهذه السياقات نفسها يمكن استعمالها لمساعدة الأفراد على التخلي عن تعاطيهم." [184] ص 108.

ويمكن إجمال العلاج المعرفي السلوكي، بأنه علاج يهدف إلى مساعدة الأفراد على التعرف والتجنب والمواجهة.

فالتعرف هو معرفة المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى التعاطي، لداخلية أو الخارجية، أما التجنب فيعني تجنب هذه المواقف، والمواجهة هي التعامل بطريقة أكثر فعالية مع مجموع المشاكل المرتبطة بظاهرة التعاطي.

9. 4 . مكونات العلاج المعرفي السلوكي:

يتكون العلاج المعرفي السلوكي من عنصرين أساسيين هما:

1. 9. 4 . التحليل الوظيفي:

1. 1. 9. 4 . تحليل السلوك المشكل:

يمكن تحليل السلوك المشكل إلى مستويات ثلاثة وهي: المستوى الحسي الحركي، والمستوى المعرفي والمستوى الانفعالي الفيزيولوجي.

" ويسمح مثل هذا التحليل بإقامة خط قاعدي، يمكن المعالج والمدمن من خلاله تقييم فعالية العلاج، كما يسمح أيضا بتحديد وفحص للمشاكل وظروف ظهوره وعوامل استمراره، وتحديد السوابق المباشرة التي اكتسبت دور المثيرات المتميزة التي تسمح بالتعرف على المحيط الداخلي والخارجي، الأمر الذي يتطلب الرجوع إلى التاريخ الشخصي للمدمن." [184] ص 109.

2. 1. 9. 4 . تحديد السوابق:

إن السلوك يخضع إلى قواعد وقوانين يتطلب فهمها الرجوع إلى التاريخ الشخصي للمدمن على كل المستويات البيولوجية، وضغوط التعلم والنمو والبنى المعرفية السابقة والاستجابات الانفعالية، كما يتطلب علاجا متعدد النظم، يتم تطبيقه على مستويات مختلفة.

3. 1. 9. 4 . تحديد نتائج السلوك:

لا يكتفي الأخصائي النفسي أو الاجتماعي في التعرف على المتغيرات الخارجية، والوقائع الخارجية التي تنتج عن السلوك المشكل، بل يسعى إلى التعرف على العوامل الداخلية، أي نتائج السلوك الرمزية والمعرفية والانفعالية، بالإضافة إلى تركيزه على المحيط الاجتماعي للمدمن، كمتغير خارجي للسلوك.

4. 1. 9. 4 . التدريب على المهارات:

" يمكن النظر إلى العلاج المعرفي السلوكي كبرنامج تدريب فردي، يهدف إلى مساعدة المتعاطين على نسيان العادات القديمة المرتبطة بالتعاطي، وتعلم وإعادة تعلم مهارات وعادات أكثر صحة وأكثر تلاعما." [184] ص 109.

إن التدريب على المهارات في العلاج المعرفي السلوكي، مستعمل بطريقة واسعة في كل المجالات " فغالبا ما يأتي المتعاطون إلى العلاج بمشاكل عديدة أخرى، متزامنة مع التعاطي، إلا أن الحصة الأولى من التدريب على المهارات مرتبطة بالتحكم الأولي لسلوك التعاطي (التعامل مع اللفتة لتعاطي المواد النفسية) ويتم بعد ذلك توسيع التدريب ليشمل المشاكل الأخرى التي يعاني منها الفرد (الانطواء، البطالة... الخ)" [184] ص 110.

إن العلاج المعرفي السلوكي، علاج متعدد المجالات، فهو أيضا علاج متعدد المستويات، حيث أن التدريب على المهارات يشمل المشاكل الداخلية (التعامل مع اللفظة) كما يشمل المشاكل ما بين شخصية (رفض المادة عندما تقدم من طرف الأصدقاء)، وهو علاج ذو مدى وتأثير طويلين، فهو لا يهدف فقط إلى مساعدة كل فرد للتقليل من التعاطي أو تركه خلال العلاج، بل يتضمن أيضا المهارات التي يمكن أن تفيد المفحوص بعد العلاج، بحيث: " كلما سلح المعالج المفحوص بالمهارات التعاملية التكيفية، أضعف عنده التوترات والمخاضات التي هي مسؤولة عن نكسه وتعاطيه المادة النفسية، وهذا ما يسمى بالتقنيات الرامية إلى تلقينه ضد التوترات والشدات (Stress therapy inculation). [184] ص 111.

ومنه فالعلاج المعرفي السلوكي يهدف أساسا إلى مساعدة المدمن على نسيان السلوكات القديمة الغير ملائمة، وتعليمه مهارات جديدة وتدريبه عليها، ويتم ذلك من خلال التقنيات العلاجية الآتية:

4. 9. 1. 4. 1. النظر إلى التعاطي كسلوك متعلم:

تهدف هذه المرحلة إلى تعليم المتعاطي قبل كل شيء تأطير مشكلته وفهمها، وذلك بشرح أحد الطرق التي يمكن النظر بها إلى مشكل التعاطي، أن بعض الأفراد تعلموا القيام بذلك في معظم الوقت، تعلموا ذلك من خلال مشاهدة أفراد آخرين يقومون بذلك، فتعلموا طرق الحصول عليها وطرق استعمالها، وتعلموا أن للمواد النفسية آثار يمكن أن تجعلهم يحسون بأنهم أكثر جاذبية وأكثر اجتماعية، أي أن المتعاطي لم يولد متعاطيا.

" وللتأكد من أن المتعاطي فهم هذه النقطة الأولى، يمكن أن يخضع لبعض التمارين، والتي تأخذ شكل الأسئلة التالية:

- كيف تعلمت سلوك التعاطي ؟
- من الذي أدخلك إلى عالم التعاطي ؟
- كم من الوقت وأنت تتعاطي ؟" [184] ص 111.

4. 9. 1. 4. 2. تعليم المتعاطي أنه مع طول الوقت فإن تعاطي المواد النفسية يؤثر على التفكير والإحساس والسلوك:

إن المواد النفسية تؤثر على سلوك الفرد، ما دامت قد أثرت على أفكاره وانفعالاته، حيث تصبح عادة وهو سلوك يقوم به دون تفكير - طريقة آلية - " وفي هذه المرحلة يخضع المتعاطي لتمرين مراقبة أفكاره ومشاعره وسلوكه، وذلك بتعليم المتعاطي قضاء كثير من الوقت في تبطئة هذا السياق الآلي، وذلك بتدريبه على ما يجري قبل تعاطي المادة النفسية، وبماذا كان يفكر؟ وبماذا أحس؟

وأين كان يتعاطى المادة النفسية؟ وماذا يعني التعاطي بالنسبة له؟ وماذا يحدث بعد التعاطي؟ بمعنى تعليمه تقنية المراقبة الذاتية." [184] ص112.

4. 9. 1. 3. 4. تعليم المتعاطي المهارات الجديدة والفعالة التي يمكن أن تحل محل العادات القديمة المؤدية إلى التعاطي:

إن التوقف الفعلي عن تعاطي المادة النفسية، يعني تعلم القيام بالسلوك بطرق مختلفة، وبدلاً من الاستجابة للدلائل والعلامات والمشاكل القديمة، يتعلم المتعاطي طرقاً جديدة وفعالة وأكثر تطبيقية للتعامل مع هذه المشاكل، " ومن أهم الاستراتيجيات المطبقة في هذا المجال هي:

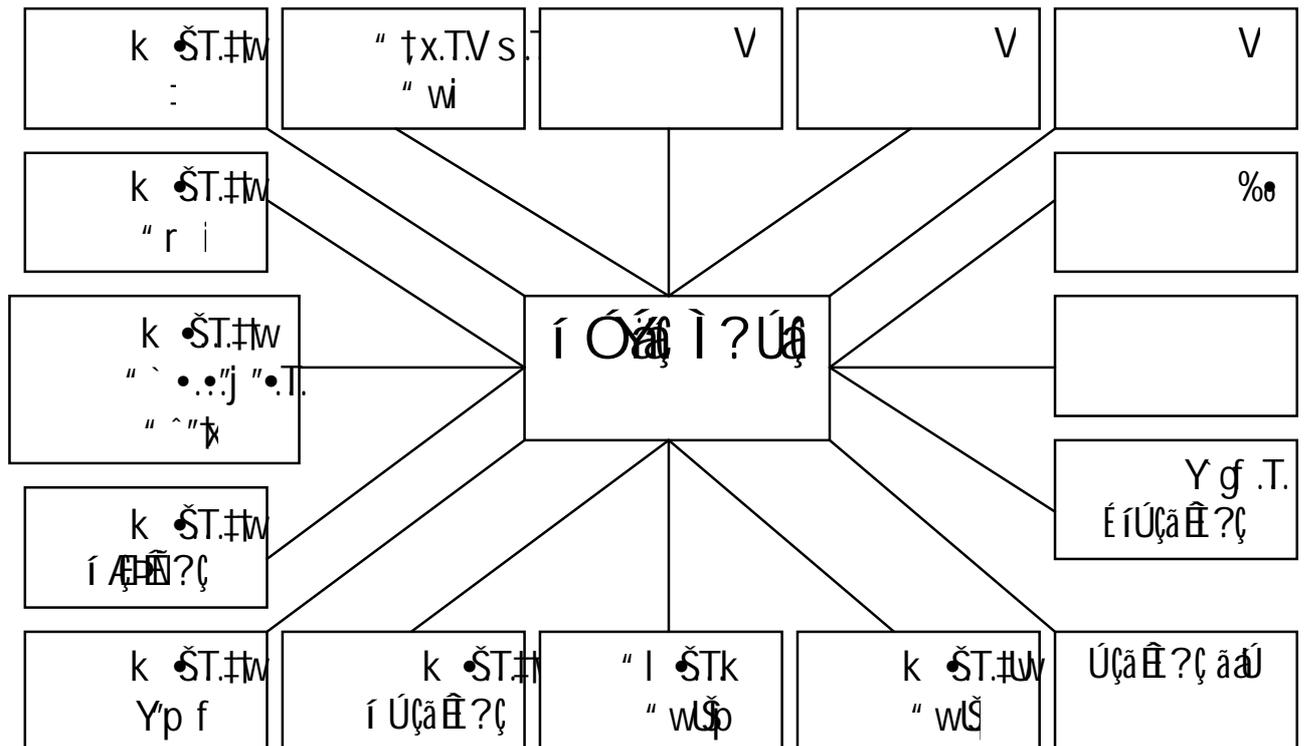
- الانشغال: Distraction

ويقصد بها القيام بأعمال وأمور جسمية أو ترفيهية أو روحية، مثل النشاطات الرياضية، والنشاطات الترفيهية، كالرسم، الزيارات... الخ ومن النشاطات الروحية كالصلاة والعبادة.

- التكلم عن اللفظة:

يجب أن يكون المدمن أو المعالج قادراً على معرفة هذه التقنية والافتقار بفائدتها، وتحديد الأفراد الذين سوف يتكلم معهم عن اللفظة، وتوقع المشاكل التي يمكن أن تعترض هذه التقنية." [184] ص115.

والشكل الآتي يوضح منابع المعرفة المختلفة التي يستفيد منها الأخصائي النفسي، بشكل أو بآخر ومنها يتضح أن عملية العلاج تحتاج إلى خبرة واسعة في كثير من فروع العلم.



4. 9. 2. العلاج الاجتماعي:

يهدف أساساً إلى دمج المتعاطي ضمن جماعة أو مجتمع وتطوير قدرته على التكيف مع المحيط، ويتم ذلك في المؤسسات العلاجية.

وتسمى هذه المرحلة أيضاً في خطة العلاج المتكامل للمدمنين باسم "الرعاية اللاحقة" وتنقسم إلى قسمين هما: إعادة التأهيل وإعادة الاستيعاب الاجتماعي.

" وفي إعادة التأهيل أو نقول إعادة التأهيل المهني، وهو العودة بالمدمن إلى مستوى مقبول من الأداء المهني سواء في إطار مهنته السابقة، أو في إطار مهنته الجديدة، وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل ثلاثة عناصر وهما:

1. الإرشاد المهني ونقصد به العلاقة التي تنشأ بين شخصين يحاول أحدهم وهو المرشد مساعدة الآخر وهو المسترشد، وعلى أن يفهم المشكلات الخاصة بالتوافق مع متطلبات مجال.
2. قياس الاستعدادات المهنية ونعني بها قياس درجة احتمال الفرد في مجال بعينه من مجالات النشاط الإنساني، كالتجارة، الصناعة والأعمال المكتبية.
3. أما العنصر الثالث وهو التوجيه المهني، أي توجيه المدمن إلى الالتحاق بالمهنة التي تناسبه، وذلك من خلال الإرشاد، ومن خلال قياس استعداداته المهنية.

وفي الأخير نصل إلى التدريب وهي على حسب نسبة نجاح هذه الإجراءات. "[179] ص 231. " زمن الاستراتيجيات الجديدة في مكافحة المخدرات، ما قام به الاتحاد الأوروبي بتحويل تركيزهم من الحد من تفق المخدرات إلى إعادة تأهيل مدمني المخدرات الذي تم علاجهم بنجاح، وهذا في الفترة الممتدة ما بين سنة 2000 و 2004م. "[183] ص 42.

أما مرحلة إعادة الاستيعاب الاجتماعي، وهي الخطوة الأخيرة والمكملة للرعاية اللاحقة، " ونعني بالاستيعاب الاجتماعي هو إعادة تطبيع المدمن الناقه (ونسميه بالمدمن الناقه لأنه في مرحلة النقاها من إيمانه) أو المدمن المخلوع بحيث يعود إلى القيام بأدواره الاجتماعية التي كان يؤديها قبل إيمانه. "[179] ص 234.

ونظراً لأهمية هذه العملية وصعوبتها تنبه العلماء والمعالجين المهتمين بهذا الموضوع ابتكار طرق جديدة لهذا المشكل دون الوقوع في الفشل والانتكاس -الرجوع ثانية إلى الادمان- ما يسمى بالمجتمعات العلاجية،

" وهي مؤسسات موجهة أساساً للعناية بتقديم هذا الجزء الأخير من إجراءات العلاج الذي نسميه إعادة الاستيعاب الاجتماعي، حيث تقوم هذه المؤسسات بتخليص المدمن من سلوكياته الإدمانية

وإعادة تأهيل الشخص تأهيلاً عاماً. " وهو السؤال الذي طرح علينا كثيراً في دراستنا الميدانية، أن المشكل ليس في العلاج إنما المشكل ما بعد العلاج.

10.4 . فترة ما بعد العلاج: - الاستشفاء -

عند خروج المدمن من المصلحة أو المستشفى و إظهاره القدرة على الاستجابة التامة للعلاج باستخدام الدواء المناسب، والقدرة على مواجهة الصعوبات والمشاكل، يكون لازال في حاجة إلى التكيف السوي مع مجريات حياته اليومية والعامية، لذا يحتاج المدمن إلى مساعدة واعية حتى يمر بالفترة الحرجة حال خروجه من المصلحة، وهي فترة دقيقة للغاية، إن لم تكن متابعة المدمن فيها متابعة دقيقة قد تحدث له الانتكاس.

" ويحتاج الاستشفاء المحكم إلى متابعة حاجة المدمن العضوية والنفسية أولاً ثم حالته الاجتماعية والعائلية والمهنية، مع الحفاظ على كرامته كإنسان إن ظل الطريق، وعدم إحراجه أمام أفراد أسرته أو أصدقائه." [179] ص234.

وعادة بعد خروج المدمن من المصلحة، يجد ذاته ثانية داخل المجتمع الذي تعرف من خلاله على العقار المخدر، وقد يجد الرفاق أنفسهم الذين دفعوه وحرصوه على الإدمان، وقد يجد الأهل والأقارب الذين كانوا يسخرون منه ويؤذونه ويحاولون بشتى الطرق منعه من التماهي في الإدمان، وقد يجد مشاكله الاجتماعية و إضطراباته النفسية مازلت قائمة ففي مثل هذه الظروف جميعاً يجد ما يحثه على العودة ثانية إلى الإدمان.

11.4 . الخطوات المتبعة لتقادي الانتكاس:

الارتباط بعلاقات اجتماعية سليمة بينه وبين أفراد أسرته وجيرانه ورفاق الدراسة أو العمل، وتوفير الجو النفسي والعاطفي المناسب الذي لا يثير انفعالات المدمن، الذي يقترب من الشفاء التام.

- الترويح المناسب وعدم تركه بمفرده يواجه مصاعب الحياة، وأخذه إلى أماكن مغايرة تماماً عن بيئته الأصلية، ودفعه لممارسة الرياضة، وارتياح المساجد ودور الشباب، والمكتبات، وحدائق التسلية والسفر بعيداً إن كانت الإمكانيات المادية للأسرة تسمح.

- إنشاء مراكز اجتماعية متخصصة، حيث يتشكل هذا المركز من طبيب وممرضة ومختص اجتماعي ونفسي، بحيث يمكن للمدمن التردد على هذه المراكز للمناقشة والتبادل والرأي والإفصاح عن متاعبهم وكيفية علاج مشاكلهم العائلية والنفسية والاجتماعية، وحتى المهنية.

- إيجاد عمل أو مهنة جديدة إن كان المدمن قد فقد مصدر رزقه، قبل دخوله إلى المستشفى أو المصلحة، " وهذا ما قامت به المنظمة الوطنية لجمعيات رعاية الشباب، بالتنسيق مع خلية الاستماع

والتدخل الوقائي من الإدمان على المخدرات لأمن دائرة سيدي أحمد بالجزائر العاصمة، بوضع إستراتيجية التكفل البسيكولوجي للشباب الذين يعانون من مشاكل اجتماعية ونفسية إلى جانب المدمنين على الحبوب المهلوسة والمخدرات، من خلال وضع حافلة متنقلة للتكفل النفسي للشباب، حيث يتم الفريق المكون من أطباء وأطباء نفسانيين وأخصائيين اجتماعيين، ومن أجل الاتصال بهذه الفئة من الشباب ودمجهم بمراكز التكوين المهني." [185] ص 10.

ملخص الفصل:

في السابق كان الشاب يدمج في المجتمع باعتبار أن شخصيته تتكون بصورة مطابقة لشخصية والديه، ولكن اليوم هناك فاصل بين الشباب والأولياء، فالحوار بينهما أصبح ضيق، والأسرة التي كانت تضم كل الأمل، بدأت في الزوال خاصة المدن الكبرى، وبالمقابل بدأ الحوار يتسع بين الشباب، ويزداد اتساعا بسبب تمديد فترة الدراسة، وكانت النتيجة أن تكوين الشباب لا يتم كما كان في السابق بواسطة الآباء بل بواسطة أنفسهم.

ومادام للشباب قيم خاصة ناتجة عن التجربة الشخصية ويستبعد قيم الآباء، نتج عنه نوع من الصراع بين الجيلين، جيل يلعب دورا فعالا في المجتمع باعتباره الجيل المذبح وجيل الآباء، وجيل آخر وهو جيل الشباب يقتصر دوره في المجتمع على الاستهلاك. صحيح يمكن الاعتقاد أنه يوجد بين الجيلين بعض التفاهم والاحترام، بحكم تكليف الأولياء بمساعدة الشباب في تكوين شخصيتهم وتعليمهم معنى المسؤولية مع الأمل في الإدماج، إلا أنه من المؤكد أنه يوجد بين الجيلين نزاع مستمر، والأمر هنا لا يتعلق بالنزاع التقليدي بين الشباب والأولياء الذي يرجع سببه إلى ممارسة السلطة الأبوية، بل الأمر يتعدى ذلك، جيل مهمش يميل إلى اتخاذ سلوك هامشي وممارسة ثقافة فرعية مضادة للثقافة الممارسة داخل المجتمع، فإن احتمال الالتحاق بعالم المخدرات متوقعة على شخصية الشباب ومحيطه الاجتماعي. ومهما يكن من الأمر، وأمام تحديات العولمة، خاصة في مجالات العقيدة والثقافة والأخلاق، وعدم الاهتمام الجدي بالطفولة والشباب وفق سياسة مرسومة يتبناها الجميع، على كل المستويات والقطاعات، من الأسرة إلى المدرسة إلى المسجد، الإعلام، الثقافة والرياضة، الصحة، التسلية والترفيه، وتجاهل الأساليب المستقبلية للتنشئة الاجتماعية، وغياب الأسباب المشجعة على النشاط الاقتصادي دون الاعتماد الكلي على الدولة، معناه مزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية، وحتى الأخلاقية، وهذا ما أكده المفكر مالك بن نبي عندما حذر من الأفكار الميتة والأفكار الميتة: "فالأولى نتاج الإرث الاجتماعي البعيد عن أصول الثقافة الإسلامية، والثانية نتاج الأفكار المستوردة والغازية البعيدة عن أصول الفكر الإنساني النير." [186] ص 146.

الفصل 5 الدراسة الميدانية

1.5 . بناء وتحليل الجداول الخاصة بالبيانات الشخصية:

1.1.5 . المميزات الأساسية لعينة البحث:

الجدول رقم (01): توزيع المدمنين حسب الجنس.

الجنس	العدد	%
نكور	30	90,91
إناث	03	09,09
المجموع	33	100

ملاحظة:

* الفترة التي أجريت فيها الدراسة الميدانية كانت بين 24 ماي 2004م إلى غاية 22 أوت 2004م بمعدل حالة كل يوم ما عدى الخميس والجمعة.

* فئة الإناث: لهم جناح خاص، محصن بطريقة جيدة، ومجهز بكل شيء.

إن أعلى نسبة من المبدوثين (المدمنين) على المخدرات، هم من جنس النكور، وبنسبة 90,91% أما نسبة الإناث المدمنين على المخدرات فقد قدرت بـ 09,09%، وهذا راجع لعدة أسباب من بينها:

* فترة البحث التي تزامنت مع فصل الصيف، وهي فترة راحة وعطلة بنسبة للكثير من موظفي المصلحة.

* يعتبر هذا الملف (علاج المدمنين من الإناث) من "الطابوهات" ويتم بسرية تامة، عكس فئة الذكور.

* كذلك نادرا ما تدخل فتاة للعلاج، وإن دخلت تكون هناك سرية في علاجها وهذا ما أكدنا منه من خلال التحصينات داخل المصلحة حول هذه الفئة.

ومنه يمكن التذكير أن تعاطي المخدرات أصبح لا يقتصر على فئة الذكور فقط، فقد أصبحت تمس جميع شرائح المجتمع الجزائري دون استثناء، فكيف يكون حال الأسر مستقبلاً بانتشار المخدرات بين المراهقين والشباب والكهول، وحتى الشيوخ، وبين الفتيات. فكيف تتوزع عينة البحث حسب السن؟

الجدول رقم (02): توزيع المدمنين حسب السن.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس فئات السن
%	ك	%	ك	%	ك	
15,15	05	33,33	01	13,33	04	19 – 15
33,33	11	-	-	36,66	11	24 – 20
24,24	08	33,33	01	23,33	07	29 – 25
09,09	03	33,33	01	06,66	02	34 – 30
06,06	02	-	-	06,66	02	39 – 35
12,12	04	-	-	13,33	04	+40
100	33	100	03	100	30	المجموع

إن التدقيق في المعطيات يظهر أن:

أعلى نسبة عمرية هي فئة السن [20 – 24] والمقدرة بـ 36,66 % وهي نسبة تدل على انتشار الواسع للمخدرات في أوساط هذه الشريحة الشبابية تليها وبنسبة 24,24 % الفئة العمرية [25 – 29] والموزعة بنسبة 23,33 % على الذكور و 33,33 % على الإناث، وهذا ما يؤكد كذلك على انتشار هذه الآفة بين هذه الفئة العمرية، وبنسبة 09,09 % تخص الفئة [30 – 34] فإذا تمعنا في سن هذه الفئة، نجد أنها بلغت من السن ما يجعلها يميز بين الأشياء الضارة وغير الضارة، رغم هذا دخلت في مجال تعاطي المخدرات وهذا نتيجة لعدة مخلفات إجتماعية، إقتصادية، خاصة البطالة، والشيء الذي يميز هذا الجدول وبنسبة 15,15 % هي تلك الفئة العمرية بين [15 – 19] ومدى انتشار هذه الآفة بين هذه الفئة من المراهقين " وذلك ما أكدته الدراسات التي قام بها عدد من المختصين في مصلحة الوقاية والعلاج بالبلدية، في الفترة الممتدة بين (2001/12/01 إلى غاية 2003/03/31) أن سن بداية تعاطي المخدرات الذي انخفض من سن 17 سنة إلى حدود 11 سنة " [187] ص 12. معني ذلك أن المراهقين أصبحوا الفئة الغالبة والزبائن الأكثر ترددا على عالم المخدرات. وتأتي في الأخير لفئة أكثر من 40 سنة وبنسبة 13,33 % وهذا ما يبرز مدى الانتشار الواسع للمخدرات بين جميع الفئات العمرية.

ومنه نستنتج أن المخدرات وتعاطيها أصبحت لا تقتصر على فئة واحدة فقط، بل جميع الفئات العمرية، ومن مختلف شرائح المجتمع دون استثناء، ومن خلال الجدول الآتي: هل للمستوى التعليمي علاقة بانتشار المخدرات بين هذه الفئات؟

الجدول رقم (03): توزيع المدمنين حسب المستوى الدراسي.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس المستوى الدراسي
%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	-	-	أمي
15,15	05	33,33	01	13,33	04	إبتدائي
63,63	21	66,66	02	63,33	19	متوسط
21,21	07	-	-	23,33	07	ثانوي
-	-	-	-	-	-	جامعي
100	33	100	03	100	30	المجموع

يتبين من خلال هذه البيانات أن أغلب أفراد العينة ذوي المستوى المتوسط والثانوي، حيث قدرت نسبة من لهم المستوى المتوسط 63,63 %، حيث كانت أعلى نسبة عدد الذكور وهذه النسبة العالية هي نتيجة للتسرب المدرسي، وغياب البديل خاصة محدودية الاستقبال في مراكز التكوير المهني، مما يذتج عنه الانتشار الواسع للمخدرات بينهم، وقد أكد البعض أنهم كانوا يتعاطون المخدرات خلال مرحلة الدراسة.

أما بالنسبة للمستوى الثانوي فقد قدر المستوى الدراسي بـ 21,21 %، وقد كانت أعلى نسبة عند الذكور بـ 23,33 % رغم هذا المستوى المقبول من التعليم، إلا أن هذه الفئة تتعاطى المخدرات. أما ذوي المستوى الابتدائي، حيث نجد عدد الذكور 13,33 % والإناث 33,33 %، أما بنسبة لفئة الأميين والجامعيين فهي منعدمة، وهذا لا يعني أنها غير موجودة إطلاقاً، فقد تزامنت مع فترة الدراسة الميدانية التي أجريناها. وكل ما يمكن قوله من خلال هذه البيانات، أن غالبية أفراد العينة ذوي المستوى المتوسط والثانوي وما تلعبه هذه المرحلة الحساسة في حياة الطفل أو المراهق وهذا ما يستدعي وضع إستراتيجية تعتمد على التخطيط الجيد يمكن لهذه المؤسسات الرسمية من التصدي لهذه الآفة ففي: "آخر دراسة قامت بها جمعية "فورام"، وخصت 14 ثانوية بالجزائر العاصمة فقط سنة 2002، حول تعاطي المخدرات بين الثانويين سواء الذكور أو الإناث، من عينة متكونة من 1544 تلميذ 874 فتاة و670 ذكور حيث أوضحت هذه الدراسة المسحية أن 32 % من الثانويين يتعاطون

المخدرات بصفة دائمة أو منقطعة، منهم فتاتين من كل 3 ذكور وبنسبة 86 % سدهم بين 15 سنة و19 سنة" [188] ص6.

الجدول رقم (04): توزيع المدمنين حسب الحالة المدنية.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس الحالة المدنية
%	ك	%	ك	%	ك	
78,78	26	100	03	76,66	23	أعزب
21,21	07	-	-	23,33	07	متزوج
-	-	-	-	-	-	مطلق
100	33	100	03	100	30	المجموع

يتشكل غالبية أفراد العينة من فئة العزاب بـ 78,78 %، وكانت أعلى نسبة عدد الذكور بـ 76,66 %، وإذا عدنا إلى الجدول رقم (02)، نتأكد من صحة النتائج والنسب، هذا لأن معظم المدمنين يتراوح سدهم ما بين [15 – 29] ونجدها أعلى نسبة عدد الفئة العمرية [20 – 24] ففي هذا السن وخصوصيات المجتمع الجزائري، والظروف الاجتماعية والاقتصادية، وحتى السياسية التي مرت بها البلاد وتمرر بها لا يفكرون في الزواج وإذا كانوا يريدون ذلك. أما نسبة المتزوجين فبلغت 21,21 % ولهم إرتباطات أسرية، لكن من خلال الدراسة الميدانية، أن هؤلاء بدؤوا تعاطي المخدرات قبل الزواج.

ومنه نقول أن هذه الظاهرة مست جميع شرائح المجتمع ومن مختلف الأعمار. فكيف تتوزع هذه العينة حسب المهنة ؟

الجدول رقم (05): توزيع المدمنين حسب المهنة.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس المهنة
%	ك	%	ك	%	ك	
06,06	02	-	-	06,66	02	موظف
06,06	02	-	-	06,66	02	حرفي
27,27	09	-	-	30	09	عامل حر
09,09	03	33,33	01	06,66	02	عامل
51,51	17	66,66	02	50	15	بطل
100	33	100	03	100	30	المجموع

يشير الجدول (05) إلى أن 51,51% من المبحوثين بطالون، ولا يمارسون أي نشاط مهني، غير أن البعض ومن خلال المقابلات اليومية، مارسوا بعض النشاطات المهنية، لكن دون المداومة وهذا نتيجة لتأثير المخدرات والأقراص وعدم القدرة على العمل، أو نتيجة لسرقات قاموا بها وإنكشف أمرهم، وهذا نتيجة لتعاطي المخدرات، ويقول هذا المبحوث: "اشتغلت موزع الأدوية للمستشفيات سابقا، وقمت بسرقة 05 علب من الحجم الكبير لدواء Rivotril، وبعثها بخمس ملايين لكن إنكشف أمري وطردت من العمل فهذا كله من المخدرات" (ق.م: 19 سنة، من قسنطينة، الوحيد لعائلته بداية تعاطي المخدرات في سن 15 سنة، أبوه مستواه جامعي ومسؤول وحدة للبريد. تمت المقابلة في 2004/07/04م) ويقول الآخر: "وظفت كعنصر من عناصر الحرس البلدي في بوزريعة لمدة 6 أشهر، لكن لم أقاوم، وأصبحت أتغيب عن العمل حتى تم فصلي وهذا من أجل المخدرات." (ك.م 29 سنة من المدنية، الجزائر، اشتغل بعدة مهن آخرها حرس بلدي، بداية تعاطي المخدرات في سن 14 سنة. تمت المقابلة في 2004/07/25م).

وممن يمتنون الأعمال الحرة، كالتجارة، خاصة أن البعض يمتلك محلات تجارية، كالمواد الغذائية أو بيع الجرائد والعطور والبعض كالهواتف العمومية، وبعض ممن يسيرون مؤسسات صغيرة كالمطاحن الصناعية، فقدرت نسبتهم بـ 30% في حين نجد البعض بنسبة 09,09% عمال بالأجرة سواء عند القطاع العام أو الخاص. أما الموظفين فبلغت النسبة 06,66%، ونفس الشيء عند الحرفيين أي بنسبة 06,66%.

ومنه نستنتج وفي أغلب الدراسات النفسية والاجتماعية، على أنه من أهم الأسباب المؤدية أو المهيئة للانحراف وتعاطي المخدرات هي البطالة لكن هذا لا يعكس الواقع المعاش، قد تكون البطالة أحد الأسباب المؤدية لتعاطي المخدرات، أو في نفس الوقت الوظيفة أو المهنة أو الحرفة هي أحد الأسباب المهيئة لتعاطي المخدرات وهذا ناتج لتوفر المال، وكيفية الإنفاق خاصة إذا ارتبط بأوقات الفراغ بعد ساعات العمل خاصة وأن المجتمع الجزائري يعيش فراغ ثقافي ترفيهي وترابطها مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية وفي اتساع رقعة الفقر والإفقر "إذ هناك 7,59 مليون شخص يعيشون في فقر مطلق منهم 2,67 مليون جزائري لا يتجاوز دخلهم اليومي 1 دولار، و1,9 مليون يشكلون فئة المحتاجين، وتدلل معطيات واقعية أنه أكثر من نصف سكان الجزائر لا يتجاوز دخلهم

الجدول رقم (06): توزيع المدمنين حسب مكان الإقامة.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس مكان الإقامة
%	ك	%	ك	%	ك	
51,51	17	66,66	02	50	15	حضري
45,45	15	33,33	01	46,66	14	شبه حضري
03,03	01	-	-	03,33	01	الريف
100	33	100	03	100	30	المجموع

أما توزيع المبحوثين حسب مكان الإقامة فكان كما يلي:

معظم المبحوثين يقيمون في المناطق الحضرية، وشبه الحضرية، فبنسبة 51,51 % مكان الإقامة في المناطق الحضرية، وخاصة في المدن الكبرى من الجزائر، مثل الجزائر العاصمة، قسنطينة، سطيف، حيث تمتاز هذه المناطق بالكثافة السكانية العالية، والازدحام، وضعف العلاقات الاجتماعية ووسائل الضبط الاجتماعي وكذا الإغراء المادي، والتغير الثقافي السريع، والمادي، بالإضافة إلى الضعف المستمر في الاتصال المباشر الوثيق "والحضرية لا ترتبط دائما بالتحضر، لأن هناك مناطق ريفية تتوفر فيها كثير من السمات الحضرية، وعلى العكس من ذلك، قد نجد مناطق متحضرة، ولكنها لا تنطوي إلا على عدد ضئيل من السمات الحضرية، وبالإضافة إلى ذلك قد تتفاوت المدن في توفر السمات الحضرية فيها" [67] ص 95.

في حين نجد أن من يقيمون في المناطق الشبه الحضرية بـ 45,45 %، لكن رغم هذا أصبح تعاطي المخدرات وظهور بعض الآفات الاجتماعية شيء عادي وهذا نتيجة لعدة عوامل مست الفرد الجزائري والمجتمع ككل، ونتيجة لتراكم أزمات، أثرت في البيئة والنسيج الاجتماعي التي كانت تتميز به هذه المناطق وإنهيار سلم القيم والمعايير الأخلاقية.

وبنسبة 03,03 % من يقيمون في المناطق الريفية. إلا أن هذه النسبة قد لا تعكس الحجم الحقيقي لانتشار الظاهرة بحيث ومن خلال الملاحظة اليومية، تبين إقبال شباب المناطق الريفية على هذه المواد المخدرة وبطرق مختلفة، والبعض المتاجرة فيها دون أي مراقبة، لا من أجهزة الأمن أو المجتمع الريفي الذي تحكمه روابط القرابة وقود العلاقات الاجتماعية، وهذا نتيجة للفراغ الاجتماعي وحتى الاقتصادي، والتغير الثقافي الذي أجتاح هذه المناطق وتجريدها من معاييرها الأساسية.

ومنه نستنتج أن ظاهرة تعاطي المخدرات وانتشارها أصبحت لا تعني المناطق الحضرية، بل قد تكون مست تقريبا المناطق من الحضرية الشبه الحضرية وصولا إلى الريف.

الجدول رقم (07): توزيع المدمنين حسب نوعية السكن.

الجنس نوعية السكن	ك	%
شقة في عمارة	06	18,18
فيلا	13	39,39
مسكن عادي	13	39,39
سكن ريفي	01	03,03
المجموع	33	100

يتضح من الجدول رقم (07) أن: أعلى نسبة من المدمنين يسكنون فيلات ومسكن عادية وهي تمثل 39,39% تلي هذه الفئة، ممن يسكنون شقق في العمارات وقدرت بـ 18,18%، ومن خلال المقابلات أو الدراسة الميدانية، معظم الشقق من سعة F3 فما فوق "فأحد المبحوثين يقطن شقة F5 بأحد الأحياء الفاخرة بحي بينام بالجزائر العاصمة" ومعظم هذه الأسر متوسطة الحجم ما بين 4 أفراد إلى 6 أفراد، وهذا ما يوحي على أن معظم هذه الأسرة لا تعاني من مشكلة السكن.

ونسبة 03,03% ممن تسكن المناطق الريفية، ومن خلال التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، فالمسكن الريفي الحالي، غير المسكن الريفي في السابق فقد نجد فيلات أو مساكن محترمة في المناطق لثائية والريفية غير أن الإشكال يكمن في انعدام شروط الحياة، وهذا نعني بشروط الحياة، من حيث المرافق العمومية والاجتماعية والصحية، والتربوية والترفيهية، والبعد عن مركز المدينة. ويمكن القول، أن مشكلة تعاطي المخدرات والمتاجرة بها، أصبحت لا تعني بالضرورة الظروف السكنية من خلال ضيق المسكن أو حجم المسكن بل إلى اعتبارات أخرى أو كفكرة مستقبلية وهي: ما هي المعايير التي يمكن بها أن نبني بها مدننا؟

ومن خلال هذه المعايير يجب الأخذ بعين الاعتبار الخصوصية، خاصة النفسية والاجتماعية والثقافية للفرد الجزائري وفي كل المناطق فالإنسان لاصحراوي، ليس كالإنسان الذي يعيش في الشمال وهذا ما تفتن له غيرنا وأدرجوا العلوم الإنسانية، خاصة علم الاجتماع وعلم النفس الإجتماعي في الدراسات العمرانية.

الجدول رقم (08): نمط أسرة المدمنين.

%	ك	الجنس
		عدد أفراد الأسرة
12,12	04	[3 – 1]
36,36	12	[6 – 4]
36,36	12	[9 – 7]
15,15	05	[12 – 10]
100	33	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن فئات الأسرة ذات الحجم [4 – 6] و [7 – 9] بلغت نسبتها بـ 36,36% في حين نجد الأسر ذات الحجم [10 – 12] بنسبة 15,15%، تليها الأسر ذات الحجم [1 – 3] بـ: 12,12%، ومنه فإن متوسط عدد أفراد الأسرة هو 8 أفراد، وهذا ما يقلل من درجة متابعة ومراقبة الأولاد من طرف أوليائهم، (خاصة إذا عدنا إلى الجدول رقم 02) لوحظ أن أغلب أفراد العينة شباب لم يتجاوز سنهم 30 سنة، خاصة فئة المراهقين ما بين [15 – 24]، وما تحمله من تغيرات فيزيولوجية وسلوكية في معاملتهم وتصرفاتهم.

وكما يبدو من الجدول فإن النسب متقاربة وإن كان هناك تفاوتاً في الفئات [1 – 3] و [10 – 12] غير أنها نتيجة يمكن استخلاصها هي أن الأسرة الجزائرية مازالت تتميز بالحجم الكبير – متوسط 8 أفراد لكل أسرة – وفي ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية التي يشهدها المجتمع الجزائري وفقدان الأسرة الجزائرية لكثير من وظائفها الأساسية، من بينها السلطة الأبوية، وبروز بعض المتغيرات الأخرى كدور الحضانة، والمربيات أفقد التثنية الاجتماعية الكثير من أساليبها كالتعلم والتفاعل الأسري، "وعملية التعلم قائمة على التفاعل الاجتماعي، يتم من خلاله اكتساب جماعته، كما تكسبه السلوك المناسب لأدوار اجتماعية معينة، ولتوقعات أعضاء جماعته بالإضافة إلى إيجاد ضوابط داخلية للسلوك" [168] ص 142.

الجدول رقم (09): عدد أفراد أسر المدمنين وترتيبهم.

المجموع		[12 – 10]		[9 – 7]		[6 – 4]		[3 – 1]		عدد أفراد العائلة ترتيب المدمن في أسرته
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
45,45	15	20	01	18,18	02	61,53	08	100	04	[2 – 1]
18,18	06	-	-	27,27	03	23,07	03	-	-	[4 – 3]
21,21	07	60	03	18,18	02	15,38	02	-	-	[6 – 5]
12,12	04	20	01	27,27	03	-	-	-	-	[9 – 7]
03,03	01	-	-	09,09	01	-	-	-	-	9 فما فوق
100	33	100	05	100	11	100	13	100	04	المجموع

قراءة الجدول رقم (09) والذي يبين أهمية ترتيب المبحوثين بين أفراد أسرته، ومدى أهمية الترتيب داخل الأسرة من حيث المكانة والدور، وكذا العلاقات بين الآباء وبين الإخوة. فبنسبة 45,45% من المبحوثين ترتيبهم داخل أسرته ما بين الأول والثاني وإذا تمعنا في هذه الفئة نجد أن 100% ترتيبهم الأول أو الثاني في الأسرة ذات العدد [3 – 1] وهذا ما يعزز مكانتهم أكثر فأكثر خاصة إذا كان الذكر الوحيد في الأسرة، تليها وبـ 61,53% في الأسرة ذات العدد [6 – 4].

أما نسبة الحالات للذين ترتيبهم ما بين [5 – 6] فقدرت نسبتهم بـ 21,21% وقد وجدنا أعلى نسبة للأسر ذات العدد ما بين [10 – 12] وهذا بـ 60%، مما يعطينا تفسير من خلال القراءات المعمقة للاستثمارات على أنها تحظى بالرعاية الكاملة نتيجة لعدة عوامل من بينها توفير الآباء في تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية لأسرهم، وعدم السيطرة بالنسبة للأمهات وبنسبة 18,18% كان ترتيبهم الثالث والرابع، موزعين على الأسر ذات العدد [7 – 9] وبنسبة 09,09% ترتيبهم الأخير في أسرته.

ومنه نستنتج أن أغلبية المدمنين يحتلون مكانة داخل أسرهم خاصة ممن ترتيبهم الأول أو الثاني الذي يعطيهم نظريا أكثر حرية في الرأي والمواقف التي يتلقوها من الرعاية، والحماية الزائدة، والتدليل والحب أو الإهمال والقسوة والتذبذب في المعاملة والفرقة بين الإخوة من شأنها أن تكون أحد الأسباب في توجه إلى تعاطي المخدرات، ومنها إلى الانحراف بصورة عامة.

الجدول رقم (10): المستوى التعليمي للوالدين.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس المستوى التعليمي للوالدين
%	ك	%	ك	%	ك	
45,45	30	54,54	18	36,36	12	أمي
31,81	21	27,27	09	36,36	12	إبتدائي
16,66	11	15,50	05	18,18	06	متوسط
01,51	01	03,03	01	-	-	ثانوي
04,54	03	-	-	09,09	03	جامعي
100	66	100	33	100	33	المجموع

من خلال الدراسة الميدانية، ومن خلال المعطيات لوحظ أن 45,45 % من والدي المدمنين أميين بما يقابل 54,54 % عند الأمهات و 36,36 % عند الآباء. أما المستوى الإبتدائي نجد 36,36 % عند الآباء و 27,27 % عند الأمهات في حين نجد 16,66 % ذوي المستوى المتوسط، بنسبة تقدر 18,18 % عند الآباء و 15,15 % عند الأمهات. أما بنسبة للمستوى التعليمي سواء الثانوي أو الجامعي بـ 03,03 % و 09,09 % وهذا لا يستثني أن المستوى التعليمي يقاس بالمرحل التعليمية للوالدين، حيث ومن خلال المقابلات اليومية مع المدمنين نجد أن بعض الآباء والأمهات يتقنون القراءة والكتابة باللغة الفرنسية. "كما قالها أحد الآباء هذه اللغة سرقناها من عند المستعمر ما تعلمناها". ومن خلال القراءة السوسولوجية أن أغلب الآباء والأمهات أميين وذوي المستوى الإبتدائي، نتج عنه صراع بين الجيل القديم والحديث في نقل المعايير والقيم، وإن كان هذا دون قصد أو نتيجة لتدهور الظروف الإجتماعية يعكس عدم الإستقرار الذي يهدد أغلبية المجتمع، ويتجلى هذا في عدم الإستقرار الإجتماعي والإقتصادي للجزائريين ما نجم عنه إرتفاع البطالة وإنخفاض القدرة الشرائية والحماية الإجتماعية، مما يجبر معظم الآباء إهمال اهتمامهم بأولادهم من الجانب التربوي والنفسي والإجتماعي نتيجة البحث اليومي وتحسين المستوى المعيشي للأسرة، وهذا ما يعزز الفرضية أن بعض الآباء يدفع بأبنائهم إلى العمل والخروج من المدرسة تطبيقاً للمقولة الشعبية (لي قرى بكري"، "ولي قرى واش دار"، "الهدرة دراهم".

ومنه هل لغياب أحد الوالدين سبب في تعاطي المخدرات ؟

الجدول رقم (11): توزيع المدمنين حسب وجود أحد الوالدين.

المجموع		الأمهات		الآباء		الجنس وجود الوالدين
%	ك	%	ك	%	ك	
87,88	85	87,88	29	87,88	29	أحياء
12,12	08	12,12	04	12,12	04	أموات
100	66	100	33	100	33	المجموع

يشير الجدول رقم (11) أن 87,88 % من المبحوثين آباءهم وأمهاتهم أحياء، في حين نجد وبنسبة 12,12 % من المبحوثين آباءهم وأمهاتهم أموات.

وإذا قمنا بمقارنة بين الفئتين أن الفئة ممن والديهم على قيد الحياة ودخلوا في تعاطي المخدرات ومارسوا الانحراف، ولا يعانون من مشكلات اليتيم أو فقدان أحد الوالدين كغيرهم، بل في الغالب يرجع إلى عدم قيام الوالدين بواجبهما التربوي، أو تعود أسبابه إلى عوامل أخرى تكمن في البيئة الاجتماعية الخارجية.

الجدول رقم (12): توزيع المدمنين حسب مهنة الوالدين.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس مهنة الوالدين
%	ك	%	ك	%	ك	
15,51	09	-	-	31,03	09	متقاعد
08,62	05	-	-	17,24	05	موظف
08,62	05	-	-	17,24	05	تاجر
12,06	07	-	-	24,13	07	عامل حر
03,44	02	-	-	06,89	02	فلاح
51,72	30	100	29	03,44	01	دون عمل
100	58	100	29	100	29	المجموع

ملاحظة : * يوجد 4 حالات الأب متوفي.

* يوجد 4 حالات الأم متوفية.

بعد القراءة المعمقة لهذا الجدول يلاحظ أن 31,03 % هم الآباء المتقاعدين عن العمل. وهذا بعد سنوات من العمل، تليها وبنسبة 24,13 % من يمارسون الأعمال الحرة، فالبعض مقاول في

كهرباء العمارات، والبعض من له محلات تجارية، والبعض من يمتهن الحرف التقليدية، كالصناعة الفضة والذهب والبعض القماش والصيد السمك... إلخ، وهذا ما يعزز المستوى الاقتصادي الجيد لأغلبية هذه الأسر، ومن المقابلات الميدانية وجدا أن بعض المدمنين يعملون عند آبائهم أو ملكه، والبعض من أمتهن التجارة وهذا بمساعدة الآباء. وبنفس النسبتين 17,24 % هم الآباء موظفين، سواء تعلق الأمر بالإدارة العمومية أو مسؤولوا وحدات إدارية، أو إدارات، أيضا من الآباء التجار في جميع الميادين، سواء للخضر والفواكه أو الألبسة أو المخابز.

أيضا من الآباء من يمتهن الفلاحة وهذا بنسبة 06,89 %، ومن خلال المقابلات تبين أنهم أصحاب أراضي فلاحية سواء ملكه، أو مستثمرة فلاحية، وفي الأخير 03,44 % من الآباء دون عمل. في حين نجد 100 % من أمهات المبحوثين دون عمل وماكثات في البيوت.

ما يمكن التنكير به أن أهمية العمل بالنسبة للأولياء لها كثير في استقرار الأسر وتماسكها، غير أنه وجد العكس وذلك لمعظم آباء المبحوثين فهم عاملون إلا أن أبنائهم مدمنين. فهل يرجع ذلك إلى نوع العمل الممارس؟ أو أن السلطة الأبوية بدأت تفقد مصداقيتها أو إلى عوامل أخرى، كالحالة النفسية للشباب الناتجة من المعاناة من البطالة وانعدام الأفاق، فيتولد لديهم ما يسمى بالإحباط واليأس.

الجدول رقم (13): الناحية الصحية للمدمنين.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس وجود المرض
%	ك	%	ك	%	ك	
36,36	12	-	-	40	12	نعم
63,64	21	100	03	60	18	لا
100	66	100	33	100	30	المجموع

من خلال الجدول رقم (11)، يبين أن 36,36 % من عينة المدمنين تشكو من المرض. أما عن طبيعة المرض، والفترة التي ظهر فيها، فهذا ما سيبينه الجدول الآتي، وهل المرض ظهر قبل تعاطي المخدرات أو بعدها؟

الجدول رقم (14): طبيعة وفترة ظهوره.

المجموع		بعد تعاطي المخدرات		قبل تعاطي المخدرات		فترة ظهور المرض طبيعة المرض
%	ك	%	ك	%	ك	
8,33	01	11,11	01	-	-	إلتهاب الكبد Hepatitis B et C
16,66	02	22,22	02	-	-	عملية جراحية
33,33	04	33,33	03	33,33	01	مرض الأعصاب Crise
16,66	02	11,11	01	33,33	01	الحساسية مرض القلب
08,33	01	-	-	33,33	01	الربو
16,66	02	22,22	02	-	-	الأعضاء التناسلية
100	12	100	09	100	03	المجموع

ملاحظة:

* في هذا الجدول توجد 12 حالة أصيب بمرض من مجموع 33 حالة.

يدين هذا الجدول الأمراض التي تنجم عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، ومن أهم الأمراض التي تنجم عن المخدرات، مرض إلتهاب الكبد أو كما يدعى بين الأوساط الطبية – Hepatitis - وأخطرها الصنف B- و C- ويعتبر نوع من السرطان. أيضا وبنسبة 33,33 % مرض الأعصاب Les crises والصدمات النفسية، وهذا نتيجة لتداول المفرط والمتعدد للمخدرات والأقراص وللسنوات طويلة مما يخلق نوع من القلق المزمن الهلوسة نتيجة لغياب المخدر.

2. 1. 5 . استنتاج البيانات الأولية للمبجوثين:

تميز أفراد العينة بكون أغلبهم يتراوح سدهم ما بين 15 و29 سنة، أي أن البعض في بداية مرحلة المراهقة التي تتسم بالمخاطر والهفوات، والبعض في بداية فترة الشباب، ومن خلال المقابلات المعمقة التي أجريت مع المبحوثين فإن فترة التحول من الطفولة إلى المراهقة منعدجا حاسما في حياتهم، إذ توجهوا إلى تعاطي المخدرات مباشرة خاصة أن أغلبهم كانت بدايتهم مع التدخين في سن مبكرة من حياتهم فالبعض من الحالات بدأ التدخين وهو في المرحلة الابتدائية من الدراسة، وبتحديد (السنة الرابعة إبتدائي)، كما أن أغلبيتهم ذوي المستوى الدراسي المتوسط، وكما أن هذا المستوى من الدراسة يسمح بمعرفة مدى خطورة هذه المواد المخدرة. إلى أنه ونتيجة لعدة عوامل

نفسية وإجتماعية للمبحوثين لا يدركون خطورة هذه المواد سوى البحث عن النشوة والمتعة من أجل الهروب من المشاكل، وتؤكد الأبحاث والشهادات على أن المؤسسات التربوية في الجزائر، تعرف تطورا في إنتشار آفة إستهلاك المواد المخدرة وفي جميع المستويات من الإبتدائية إلى المتوسط، إلى الثانوي أما الجامعة، فذلك موضوع آخر أو دراسة ميدانية أخرى، كذلك أن أغلبية المتعاطين للمخدرات بطالون، غير أن هذه الآفة مست نوي الدخل سواء كان الدخل المتوسط أو العالي. بمعنى أن توفر المال أصبح من أهم العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات، نتيجة للفراغ الذي يعيشه الفرد الجزائري، خاصة الفراغ الروحي الذي غاب عن الجزائريين، أما من حيث المناطق التي يكثر فيها رواج وتعاطي المخدرات، فهنا شيء آخر حيث أصبحت هذه المواد متداولة في أي مكان سواء كان حضري أو شبه حضري، وحتى الريف الذي يتصف بنوع من التماسك في العلاقات والروابط الإجتماعية، غير أن هذا أصبح مجرد نظريات وكلام على الورق وفي الكتب، فالواقع اليومي في هذه المناطق أصبح شيء آخر في ظل تنامي هذه الظاهرة. فأیضا نوعية السكن حددت لنا أنها ليست من الأسباب في إنتشار تعاطي المخدرات في أوساط المجتمع. من جانب آخر أصبحت أساليب التنشئة الأسرية التي تتبعها أغلب الأسر غير مجدية، في ظل دخول عوامل خارجية أخرى أصبحت تنافس الأسرة في تربية الأبناء خاصة الثقافات الفرعية.

والسؤال الذي يطرح، هل أصبحت الأسرة أدد أهم العناصر لتعاطي المخدرات، في ظل الظروف والتغيرات التي يشهدها المجتمع الجزائري؟ هذا ما سنحاول الإجابة عنه في المبحث الثاني، حيث نتعرف على شخصية المدمن من خلال طفولته وتأثيرات سنوات المراهقة في حياته.

2.5 . شخصية المدمن:

1. 2. 5 . الطفولة (من 6 سنوات إلى 13 سنة):

الجدول رقم (15): طفولة المدمن وعلاقته بالجو الأسري.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس الجو الأسري
%	ك	%	ك	%	ك	
51,51	17	33,33	01	53,33	16	جيد
24,24	08	-	-	26,67	08	عادي
24,24	08	66,66	02	20	06	متوسط
100	33	100	33	100	30	المجموع

إن أكبر نسبة من المبحوثين عاشوا طفولتهم في أجواء أسرية مناسبة، فبنسبة 51,51% أكدوا على أن الأجواء الأسرية أثناء فترة طفولتهم كانت مستقرة، فمن خلال المقابلات المعمقة مع

بعض المبدوثين أن الاستقرار النفسي والاجتماعي بين كل أفراد الأسرة ودور كل واحد منهم، وارتباطه القوي بالمستوى المعيشي لهذه الأسر، وهذا ما وضحته معطيات الجدول السابق (الجدول رقم (09) أن للمكانة داخل الأسرة دور كبير فمعظم الأفراد العينة 45,45% كان ترتيبهم الأول أو الثاني). ونحن نعلم أن مكانة الابن الأول في الأسرة الجزائرية مكانة خاصة (وهذا ما سدرناه في الجدول الآتي)، ولكن هذه المكانة ليست بالضرورة إيجابية قد تكون سلبية وهذا نتيجة لأساليب التنشئة الاجتماعية التي تتبعها بعض الأسر. "وتعتبر للتنشئة الاجتماعية من أهم العمليات الاجتماعية وأخطرها شأنًا في حياة الفرد، وتبدأ هذه العملية منذ ولادة الطفل، فهو في بداية وجود لا يعدوا أن يكون بناءاً بيولوجياً يتضمن مجموعة من الدوافع والاستعدادات، وهنا تقوم الأسرة بدورها الهام والأساسي في اكتسابه خصائص مجتمعه، وأن يتعاون مع الجماعات الأخرى" [84] ص 29. وتليها بعد ذلك نسبة المبدوثين التي كانت طفولتهم عادية والجو الأسري كان عادياً سواء تعلق الأمر بين أفراد الأسرة أو الحي والمحيط الإجتماعي، ومن خلال الدراسة المعمقة للإستمارات أو إستمارة المقابلة فإن هذه الفئة بدأت في تعاطيها للمخدرات بعد سن 18 سنة، وتبين أن العامل الرئيسي في إحرافهم يعود إلى جماعة الرفاق، وخاصة أبناء الحي من كانوا السابقين إلى تعاطي المخدرات، مما يخلق نوع من الفضول وحب المعرفة، وتهيئة الجو المناسب من طرف جماعة الرفاق ودخول عالم المخدرات وقد قدرت هذه النسبة بـ 26,67%.

وفي الأسرة تعتبر معاملة للوالدين للأولاد أمر أساسي يجب توفيره لتوجيههم نحو النمو النفسي السوي، وبذلك وجد أن 24,24% من عاشوا طفولة متوترة وجو أسري مضطرب، نتيجة لشجار الوالدين أو حالات الهجرة بين الوالدين، أو لسوء الجانب الأخلاقي لأحد الوالدين سواء تعلق الأمر بالآباء أو الأمهات بالإضافة إلى ذلك رأي بعض الباحثين أن "الخصام بين الوالدين كان ظاهر أم خافياً عن أنظار الأبناء فإنه يكون سبباً في تمزق حياة الطفل الداخلية، ويولد في الطفل شعوراً بالوجل وعدم الطمأنينة خوفاً من أن ينفصلاً أو ينفصل أحدهما عنه" [68] ص 230. ويرى فريق آخر من الباحثين أن "خصام بين الوالدين وعدم توافقهما يعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى الجدوح". [68] ص 231.

ومنه يمكن القول، ومن خلال السنوات الطويلة من مرحلة الطفولة تعد في نظرنا أكثر أهمية خاصة في السنوات الأولى، حيث يدرّب الطفل على اكتساب المهارات العقلية والنفسية والاجتماعية اللازمة، وهذا ما دعى الكثير "إلى اعتبار مرحلة الطفولة، حجر الزاوية في بناء شخصية الطفل فيما بعد، وأن على أساسها تتحدد طبيعة هذا النمو ونوعه حيث أن الأسرة هي المجال الأشمل لكل أنواع العوامل الاجتماعية من وجدانية وثقافية وحضارية واقتصادية" [166] ص 180. ومهما تعددت

العوامل المسؤولة في ذلك، فإن للتربية موقفا من هذه العوامل فهل لنوعية التربية التي تلقاها المدمن في طفولته أثر في ذلك ؟

الجدول رقم (16): نوعية التربية التي تلقاها المدمن في طفولته.

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس نوعية التربية
%	ك	%	ك	%	ك	
54,54	18	33,33	01	56,66	17	مدلل
15,15	05	66,66	02	10	03	الرقابة الأبوية -التسلط-
18,18	06	-	-	20	06	بين الرقابة واللين
12,12	04	-	-	13,33	04	الإهمال
100	33	100	33	100	30	المجموع

ما يمكن ملاحظته من هذا الجدول أن 54,54 % اعتبروا أن نوعية التربية التي تلقوها كان لها الأثر في حياتهم، فأغلبهم كانوا مدللين من طرف الوالدين، خاصة الآباء، ويرجع هذا النوع من التربية إلى المكانة والترتيب بين أفراد الأسرة – أنظر الجدول رقم (09) - فنوعية التربية والتي تميزت بالاحتضان المبالغ فيه والتساهل في كل شيء، والحصول على ما يريدون هي السمة التي طبعت هذه الفئة، ولكي يكون هذا التحليل أكثر موضوعية يقول هذا المدمن: "تربيت مفشش ومدلل، ولفوني الطبايع في كل شيء وأريد ما أحب" (م.س: 16 سنة من بش جراح -الجزائر العاصمة- بداية تعاطي المخدرات 2001 بلغ مصروفه اليومي 400 دج كلها في المخدرات تمت المقابلة في 2004/06/23م) وبسبة 18,18 % تميزت نوعية التربية التي طبعت طفولتهم، خاصة من 6 سنوات إلى 13 سنة، بين الرقابة واللين، وهذا ما خلق نوع من الصراع بين الأولياء والأولاد، فبعض الآباء يستعمل أسلوب التدليل والحماية الزائدة وفي نفس الوقت نجد الأمهات يستعملن الصرامة والشدّة في المعاملة وهذا ما يولد نوع من الصراع النفسي في شخصية الفرد والعكس، حيث يقول هذا المراهق: "كنت مدلل العائلة بحكم أنا الأكبر، خاصة من طرف أبي الذي كان يدللني كثيرا، عكس أمي التي كانت صارمة في تربيتي لكن شخصية أبي كانت تفرض على أمي أمر الواقع" (ب.ر: 20 سنة من مدينة الرغاية بداية التعاطي في سن 13 سنة تمت المقابلة في 2004/08/15م).

أما بنسبة 15,15 % كانت نوعية التربية هي التسلط العائلي، فهذا النوع من التربية تجعل الأبناء يشعرون بالقيود، والتسلط والإحتقار ومن طرف الوالدين مما يترك فراغا نفسيا نتيجة فقدانهم الثقة في وسطهم الأسري، خاصة لوسط الخالي من الحنان والإستقرار، الذي يحتاج إليه الأبناء

خاصة في سنواتهم الأولى وبالتالي النمو الغير المتوازن لشخصيتهم، هو الذي من شأنه أن يقودهم لإنتهاج سلوكيات منحرفة.

وبنسبة 13,13 % وأكدوا على أن نوعية التربية التي تلقوها هي الإهمال واللامبالاة إضافة إلى المعاملة القاسية، حيث يقول (Jean Bergeret) : "أن اللامبالاة التي يعيشها الشباب صعوبة الإتصال بين الآباء والأبناء، فقدان الثقة في المؤسسات وفي القيم التقليدية، كلها عوامل تؤدي إلى شعور الفرد، بعدم الحماية وبالتالي الفلق فيصبح الشاب سريع الإستجابة للمخدرات، والسلوكات الإنحرافية الأخرى" [190] ص36.

ومنه نستنتج على أن الدور الأساسي للأسرة يبرز في السنوات الأولى من حياة الفرد إذ يتم في هذه السنوات رسم الخطوط والاتجاهات الأساسية لشخصية الطفل، وفي كل مرحلة، من الطفولة المبكرة إلى الطفولة المتأخرة يكتسب الطفل شخصية الأسرة، فإذا كانت الأسرة قوية ومتماسكة نشأ الطفل تنشئة متماسكة بعيدا عن الانحراف أما إذا كانت الأسرة مفككة بأي نوع من المشاكل نمتى الطفل متشبها بهذه الأسرة وهناك دلائل يجب ملاحظتها عند دراسة تاريخ حياة المدمنين لتنشئته في الأسرة وهي:

1- عدم الإشباع البدني للحاجات الفيزيولوجية منذ الميلاد بطريقة جيدة.

2- الخطأ في الفطام في توقيته وطريقته.

3- الإهمال.

أما عن مدى تأثير الإحباطات أو حادثة في طفولة المدمن هذا ما سيبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (17): طفولة المدمن ومدى أثر الإحباطات أو حادث.

المجموع		الحادث		الإحباطات		درجة التأثير نوع الإحباط أو الحادث
%	ك	%	ك	%	ك	
06,89	02	15,38	02	-	-	السجن (الأب أو أفراد الأسرة)
10,34	03	-	-	18,75	03	الفقر و المشاكل العائلية
03,44	01	-	-	06,25	01	البطالة (الأب وسخرية الناس)
17,24	05	-	-	31,25	05	التسلط الأبوي
06,89	02			12,50	02	غياب الحنان الأسري
10,34	04	30,76	04	-	-	جماعة الرفاق
06,89	02	15,38	02	-	-	الحياة العسكرية
06,89	02	15,38	02	-	-	الموت
10,34	03	23,07	03	-	-	العلاقات العاطفية
06,89	02	-	-	12,50	02	المرض
03,44	01	-	-	06,25	01	أزمة السكن
06,89	02	-	-	12,50	02	سوء أخلاق العائلة
100	29	100	13	100	16	المجموع

ملاحظة:

نلاحظ من هذا الجدول، غياب 4- حالات وهذا لأن الحالات لم تتعرض لأي حادث أو إحباط.
*حالتين : وحسب قولهم لم يحدث لهم أي حادث أو إحباط. ودخلا عالم المخدرات من باب الفضول وحب المعرفة لا غير.

* أما هذه الحالة بسبب التغيرات والفيزيولوجية والنفسية أي بداية المراهقة.

* هذه الحالة وحسب قوله الحي أو المنطقة التي يقطن فيها وهي عبارة عن تجمع سكاني لشركة "سوناطراك" بحاسي مسعود أي منطقة صناعية، وسكان الحي من جميع أنحاء الوطن، خاصة الأجانب، وحسب قول الحالة رغم نوعية السكن الراقى إلا أنها منطقة مفتوحة على كل شيء، ومشهورة بتجارة المخدرات لأنها منطقة عبور.

ما يلاحظ في هذا الجدول أن كل الحالات تعرضت للإحباطات أو حادث في طفولتهم وما ينجم عنها من اضطرابات نفسية واجتماعية واختلال في أساليب التنشئة الاجتماعية، مع العلم أن هذه المرحلة من حياة الفرد، تكون بداية لمعرفة المحيط الخارجي خارج مجال أسرته، من المدرسة إلى المحيط الاجتماعي، إلى جماعة الرفاق، وكما يقول جورج هربرت ميد: "الطفل لا يولد مزودا فطريا

بقيم وعادات وتقاليده المجتمع بل يتعلم كل هذه الأشياء من خلال حياته في حماية داخل مجتمع معين، عن طريق جملة من أساليب التنشئة الاجتماعية الممارسة من طرف العدد من المؤسسات الاجتماعية من أهمها الأسرة والمدرسة" [144] ص 180.

إن نسبة 31,25 % كان للتسلط الأبوي الأثر البالغ في نفسية هذه الفئة واختلال التوازن في النمو النفسي والفزيولوجي من خلال المعاملة القاسية، واللامبالاة والاستهزاء بهم، وهذا نتيجة لتسلط الوالدين وبعد القراءة المعمقة لاستماتات المقابلة لهذه الفئة تبين أن حياة الوالدين، كان لها تأثير هام في شخصية الأطفال من خلال إيمان بعض الآباء والأمهات للكحول.. أو للسيرة الذاتية للبعض أو نتيجة المنصب المرموق الذي كان يشغله بعض الآباء، كما قال هذا المدمن: "الإحباط الذي أثر في السبب هو أبي، كان يعاملني بقساوة كبيرة، كان يهدلني مع الناس، ربالي عقدة في نفسي" (ب.ف: 22 سنة من مدينة الرغاية، عون تجاري في شركة طيران خاصة أبوه إطار سامي سابق ومدمن على الخمر، بداية تعاطي المخدرات في سن 13 سنة. تمت المقابلة في 2004/07/18م) وبنسبة 18,75 % نتيجة للفقر والمشاكل العائلية، أما 12,5 % كان لنقص الحنان الأسري الأثر العميق في حياة البعض وهذا لغياب أحد الوالدين، خاصة الأم وما تمثله من صورة لدى الطفل، والبعض تأثر بسوء أخلاق العائلة أو بالعلاقات المشبوهة التي كانت تتخذها بعض الأمهات في غياب الآباء، خاصة وأن بعض الآباء من خلال خصوصيات العمل والغياب الأسبوعي سهل على انحراف أفراد الأسرة، والبعض نتيجة لمرض مزمن، أما 30,76 % كان لجماعة الرفاق الأثر البالغ في الانحراف وتعاطي المخدرات فبعض الأطفال أو المبحوثين بدايته كانت مع التدخين وفي سن مبكرة، حتى أن البعض بدأ التدخين في سن 9 سنوات، وبعدها كان بديل آخر هو بدائل المخدرات أو المواد المستنشقة مثل، الغراء لماع الأحذية الأظافر... إلخ والبعض أتجه مباشرة إلى المخدرات والأقراص وهذا كله من خلال الاحتكاك بالجماعات ورفقاء السوء وما تحتويه من ثقافات فرعية، في حين نجد وبنسبة 15,38 % ونتيجة لموت أو قتل أحد أفراد العائلة أو حادث مرور، وما يتبعها من عقدة نفسية تبقى راسخة في الذهن عند تذكرها تدفع بهم إلى ارتكاب بعض الأفعال، نتيجة للقلق الشديد الذي يسيطر عليهم أثناء التذكر. وبنسبة 23,07 % ما تسببه العلاقات العاطفية في اختلال التوازن النفسي. خاصة وأن البعض كانت له علاقة عاطفية بالطرف الأخر منذ الطفولة. وكبير معهم هذا الحام، لكنهم إصطدموا بالأمر للواقع، فتعنتت أسرهم في إتمام هذه العلاقة بالزواج، ونتيجة لهذا كان البديل وهو الإحتراف وتعاطي المخدرات. فما يمكن القول إذا كنا نبحث عن أسباب تعاطي المخدرات، فعلياً أن نخص هذه الظاهرة بالتفصيل أسبابا وعلاجا، لأهميتها وخطرها وآثارها " وأن يولي الآباء والأمهات

والمربون جميعا إهتمامهم في إتخاذ الأسباب الوقائية والوسائل العلاجية في تحرير الولد من كل مركبات النقص والعقد النفسية ليضمنوا لأولادهم تربية نفسية صحيحة وتكويننا خلقيا سليم.

والعوامل التي تسبب ظاهر الشعور بالنقص في حياة الولد هي كما يأتي:

(1)- التحفيز والإهانة.

(2)-الدلال المفرط.

(3)-المفاضلة بين الأولاد.

(4)-العاهات الجسدية.

(5)-اليتيم.

(6)-الفقر" [174] ص243.

الجدول رقم (18): طفولة المدمن و هوأيته المفضلة.

المجموع		لا شيء		بمفرده		بشكل منظم - نادي رياضي -		ممارسة الهواية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	نوع الهواية والرياضة
15,15	05	-	-	-	-	22,72	05	كرة القدم
18,18	06	-	-			27,27	06	الرياضات القتالية
03,03	01	-	-	12,5	01	-	00	الحرف الصناعية التقليدية
09,09	03	-	-			13,63	03	السباحة
06,06	02	-	-			09,09	02	ألعاب القوى
12,12	04	-	-	50	04	-	-	الشعر + الرسم الخط
09,09	03	-	-	25	02	04,54	01	فرق موسيقية
03,03	01	-	-			04,54	01	المسرح
03,03	01	-	-			04,54	01	الملاكمة
03,03	01	-	-			04,54	01	كرة السلة
03,03	01	-	-			04,54	01	الرماية
03,03	01	-	-	12,5	01	-	-	كمال الأجسام
03,03	01	-	-			04,54	01	الرياضيات الميكانيكية
09,09	03	100	03	-	-	-	-	دون ممارسة لنشاط
100	33	100	03	100	08	100	22	المجموع

تبرز هذه المعطيات أن أغلبية المبحوثين مارسوا نشاطات ثقافية ورياضية ، ومنهم من له هواية أو حرفة تقليدية، وتم هذا بشكل منظم وتحت تأطير بيداغوجي، خاصة في النوادي الرياضية، أو الجمعيات الثقافية أو المراكز الثقافية، حيث نجد أن 27,27 % من مارسوا الرياضات القتالية لسنوات عديدة وفي أندية مختلفة، والبعض تنافس على الألقاب سواء تعلق الأمر بالألقاب جهوية أو وطنية، فمثلا: "الحالة رقم 32 مارس رياضة "الفولكنتاكت" في فريق رائد القبة RCK من سنة 1995 إلى 2001 وتحصل على الحزام الأسود، ونائب بطل الجزائر لموسم 1998" (خ.ن: 22 سنة من مدينة القبة بداية التعاطي في سن 10 سنوات. تمت المقابلة في 2004/08/22م)، وبنسبة 22,72 % من مارسوا الرياضة الجماعية والمتمثلة في كرة القدم وفي نوادي جزائرية معروفة كشبيبة القبائل، شباب بلوزداد، وداد مستغانم فمثلا: "الحالة 04 بدأت ممارستها لكرة القدم عام 1983 في فريق وداد مستغانم إلى غاية 1987" (س.ع: 33 سنة من مستغانم بداية التعاطي في سن 15 سنة. تمت المقابلة في 2004/06/08م).

ومن المقابلات المعمقة تبين أن بعض الحالات كانت تمارس أنشطتها الرياضية وهي تحت تأثير المخدرات والأفراص المهلوسة، خاصة بعض الحالات التي كادت في بداية التعاطي وهذا ما يصعب من إكتشاف حالتهم.

أما البعض فكان لهم إتجاه آخر في ممارسة الهواية المفضلة، حيث نجد 50 % من يمارسون الشعر والبعض الرسم والخط العربي، وهذا ما كان مع بعض الحالات (الحالة رقم 16 ج.ع: 28 سنة من سطيف، تعلم الرسم في السجن. تمت المقابلة في 2004/06/28م)-أنظر الملاحق- خاصة وأن هذا النوع من الهواية يجسد وإلى حد كبير شخصية الفرد. والظروف التي أدت بهم إلى تعاطي المخدرات، وبنسبة 25 % كان للموسيقي أثر في تعاطي المخدرات من خلال العزف على آلة من الآلات الموسيقية.

ومنه يمكن القول أن معظم المدمنين مارسوا هوايات وأنشطة رياضية وثقافية في حياتهم، لكن السؤال الذي يطرح نفسه، ما هو الدور الذي كانت تقوم به النوادي الرياضية والثقافية في إعداد الفرد وهل كان هناك حصص في هذه النوادي تخصص الجانب التربوي والأخلاقي ؟ غير أنه ومن خلال الدراسة الميدانية، وجد أن البعض كان يمارس النشاط وهو تحت تأثير المخدرات والأفراص.

الجدول رقم (19): مميزات أحياء المدمنين من حيث المحيط والبناء.

المجموع	إعدام شروط الحياة		الجريمة والمتاجرة بالمخدرات		الانحراف الآفات الإجتماعية		الهدوء و الاحترام		المحيط الإجتماعي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
48,48	16	33,33	33,33	66,67	04	33,33	04	58,33	07	أحياء شعبية -عريقة وقديمة-
24,24	08	-	-	-	-	25	03	41,67	05	أحياء راقية فيلات و عمارات فاخرة-
06,06	02	-	-	-	-	16,67	02	-	-	تجمعات سكنية -شركات-
06,06	02	66,67	66,67	02	-	-	-	-	-	أحياء ريفية
15,15	05	-	-	-	02	25	03	-	-	العمارات
100	33	33	100	03	06	100	12	100	12	المجموع

الملاحظ هنا أن أكبر نسبة من المبحوثين تسكن بالأحياء الشعبية العريقة والقديمة وفي أكبر المدن الجزائرية -الجزائر، قسنطينة، البليدة، سطيف، بومرداس، تيزي وزو، باتنة، مستغانم، الشلف- فهذه المدن تعتبر من أكبر المدن، ولها تاريخ عريق وقديم، فمثلا مدن مثل الجزائر وقسنطينة والبلدية، تتميز بطابعها العمراني العريق، خاصة العمراني العثماني والكثافة السكانية الكبيرة، لكن الأحياء الشعبية القديمة، غير الأحياء الشعبية الحالية، وما نسبة 48,48% إلا دليل على ذلك، حيث أن 66,67% أكدوا على الطابع العمراني القديم لأحيائهم والحياة الشعبية التي يعيشونها، لكن المميز وفي كل الأحياء هي ظاهرة الجريمة بأنواعها والمتاجرة بالمخدرات، أما 33,33% أكدوا أن الأحياء أصبحت مسرح للانحرافات والآفات الاجتماعية حتى أن المدن كبرى مثل الجزائر العاصمة وقسنطينة، يصعب على أجهزة الأمن الدخول إلى بعض أحيائها، وإن دخلتها لا تتحكم فيها لانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين فئات المجتمع، حتى أن البعض أصبحت لهم مصدر رزق و ثراء لرواج تجارتها خاصة مع الفترة الأمنية التي عاشتها الجزائر وإتساع رقعة الفقر، والبطالة، والتسرب المدرسي "منذ سنة 1987 ما فتئت ظاهرة البطالة تتفاقم، وفي سنة 2000 قدر عدد العاطلين عن العمل بأكثر من 2,4 مليون شخص أي 29,8% من السكان العاملين" [191] ص 51.

كذلك قد يدرك البعض أن تعاطي المخدرات والانحراف مرتبط بالفقر والأحياء الشعبية، فبنسبة 41,67% من المدمنين يقطنون الأحياء الراقية وما تتميز به من الهدوء إلا أن هذا لم يمنع

من تداول المخدرات والمتاجرة بها في هذه الأحياء، وبطرق تختلف عن تلك الموجودة في الأحياء الشعبية والأماكن العمومية، لأن سكان هذه الأحياء يعتبرون أنفسهم من الطبقة الغنية، تليها 25%، الانحرافات والآفات الاجتماعية سمة بعض الأحياء الراقية وبنسبة 15,15% الأحياء ذات التخطيط العشوائي والمتمثلة في العمارات فهذه الأحياء، وفي كل المدن الجزائرية، لم تراعى فيها سياسة التخطيط والتنظيم من خلال الدراسات النفسية والاجتماعية، وحتى العمرانية من حيث شكل البناء والمرافق الضرورية من أماكن الترفيه إلى دور الشباب، فهي عبارة عن قيتوهات بأسلوب عصري، وهذا ما يساعد على تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات بين الأوساط الشبانة خاصة بما يسمى les cages des escaliers.

لقد أكد 16,67% أن للمحيط العمراني والمتمثل في التجمعات السكانية -شركات- أهد أهم العوامل المساعدة على انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات والانحراف، وهذا ما نجده وما أكده أهد الدالات في الجنوب الجزائري، وما أصبحت تمثله الأصحراء سدواء بالنسبة للأجانب والشركات الأجنبية أو المواطنين الجزائريين، أي تجمع عدة ثقافات في حيز واحد.

وبنسبة 06,06% حيث انعدام شروط الحياة في المناطق الريفية والأحياء الريفية كان لها الأثر في إنتشار ووصول هذه الآفة، وهذا نتيجة الفراغ وبأنواعه وهذا ما يعزز فرضية تداول المخدرات في الأحياء الريفية.

ومنه نستنتج أن ظاهرة تعاطي المخدرات أصبحت لا تقتصر على الأحياء الشعبية والفقيرة كما هو معروف تقليديا بل عمت وبشكل واسع تداول وتعاطي المخدرات، وهذا ما أكدته الدراسة الميدانية و الملاحظات اليومية، فأحيائنا ومدننا سواء كانت صغيرة أو كبيرة والقرى، إلا وتجد مكانا لتداول والمتاجرة بالمخدرات وطالب من كل الفئات: من البطال، إلى العامل، إلى الموظف، إلى الأغنياء، حتى موظفي قطاع الأمن.

الجدول رقم (20): طفولة المدمن وطبيعة العلاقات الأسرية.

المجموع	أصدقاء الطفولة فقط		تربيه صارمة		علاقة ممتازة		أيام الدراسة فقط		عقدة نفسية		تنافر كراهية		علاقة مضطربة		معاملة سيئة		معاملة عادية		معاملة جيدة		الحب و الحضان		مودة تفاهم		مدلل العائلة		طبيعة العلاقات والمعاملات الأسرية طفولة المدمن			
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك				
14,28	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,11	01	100	02	14,28	03	100	05	20	02	-	-	58,33	07	كلا الوالدين		
07,85	11	-	-	-	-	-	-	-	-	80	04	50	02	-	-	-	-	-	-	-	-	20	02	-	-	25	03	الأب		
06,42	09	-	-	100	01	-	-	-	-	-	-	25	01	22,22	02	-	-	-	-	-	-	60	06	-	-	-	-	الأم		
02,14	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	01	22,22	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الأخ الأكبر		
20,71	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28,57	06	-	-	-	-	-	-	58,37	23	-	-	الإخوة	
02,14	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02,56	01	16,66	02	كل أفراد الأسرة		
0,71	01	-	-	-	-	-	-	-	-	20	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الأم والأخت	
21,57	30	100	05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,22	02	-	-	38,09	08	-	-	-	-	-	-	38,46	15	-	-	أصدقاء الحي
23,57	33	-	-	-	-	100	17	100	10	-	-	-	-	22,22	02	-	-	12,04	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المنزلة (أصدقاء + المعلم)	
100	140	100	05	100	01	100	17	100	10	100	05	100	04	100	09	100	02	100	21	100	05	100	10	100	39	100	12	المجموع		

توضح معطيات هذا الجدول، طفولة المدمنين وطبيعة العلاقات الأسرية فبنسبة 58,33% أكدوا على أنهم كانوا مدللين من طرف الوالدين وهذا ما انعكس على شخصيتهم، وفقدان السيطرة الأسرية من طرف الوالدين، تلي هذه النسبة 25% مدللين من طرف آبائهم، خاصة أن بعض المبحوثين ترتيبهم الأسري الأول، في حين نجد 16,66% مدللين من طرف كل أفراد الأسرة. أما 100% فقد أكدوا على العلاقات الأسرية مع الوالدين كانت جيدة في حين 14,28% اعتبروا أن المعاملة الأسرية في طفولتهم كانت عادية، من جانب آخر وبنسبة 80% أكدوا أن طبيعة العلاقة والمعاملة الأسرية خاصة مع الآباء سبب لهم عقد نفسية، نتيجة للتسلط الأبوي، وعلى حد تعبير "حليم بركات" "طابع الأوامر في التهديد والتلقين والمنع والتحذير والتخويف والتهديد والتوزيع والتنديد والتخجيل والاستهزاء والشتم والتحریم وتوليد الشعور بالذنب والقلق...وقد يقترن هذا من فوق إلى تحت بالعقاب والحرمان والغضب والصفع والإخضاع وكسر الشوكة والعنفوان، أما التواصل من تحت إلى فوق فيأخذ طابع الترجي والإصغاء...والإصغاء والادترحام والتدليل والاستغلال ويقترن ذلك بالبكاء والكبت والانسحاب وانحناء الرأس والمراقبة والحذر وإخفاء الأسرار والمشاكل، ويأتي ذلك كله نتيجة لعلاقات الاستبداد التي تعتمد على فلسفة تربية تقوم على التهريب وليست الإقناع" [192] ص 190.

كذلك يلاحظ أن 58,37% من مجموعة البحث، طبيعة المعاملة الأسرية بين الإخوة تميزت بالمودة والتفاهم، واحترام الآخر، كذلك نجد 28,57% العلاقة الأسرية بين الأخوة عادية. أما فيما يخص طبيعة العلاقة بين أصدقاء الحي والمدرسة فنجد بنسبة 38,46% على أن طبيعة العلاقات بين أصدقاء الحي كانت تسودها المودة والتفاهم قد وصفها البعض على أنها عادية وهذا تأكيد نسبة 38,09% في حين نجد أصدقاء المدرسة صبت في خانتين البعض أكد على أنها أيام دراسة فقط أي انقطعت تلك الصداقة بمجرد الانقطاع من المدرسة أما البعض فقد أكدوا أن العلاقة ممتازة إلى يومنا هذا رغم أن كل فرد سلك الطريق في الحياة، رغم ذلك بقيت تلك الاتصالات والمقابلات والاحترام المتبادل.

ومنه نستنتج أن طبيعة العلاقات والمعاملات الأسرية في فترة الطفولة، سواء على مستوى الأسرة أو بين الإخوة وفي المحيط الإجتماعي، مرورا بالمدرسة هي من أهم الركائز التي تعتمد عليها للتنشئة الاجتماعية، وتحدد إلى حد كبير مستقبل ذلك الطفل وهذا بالطبع مع الاختلاف من أسرة إلى أسرة أخرى.

5. 1. 1. 2. 1. أهم الاستنتاجات ونتائج شخصية المدمن: الطفولة (من 6 سنوات إلى 13 سنة):

إن أغلب أسباب تعاطي المخدرات والإدمان عليها هي أسباب اجتماعية في المقام الأول، وبقية الأسباب المكتملة لها سيكولوجية، ولا يمكن فصل الأسباب الاجتماعية عن الأسباب النفسية، وإذا كان الإدمان له أضرار صحية وهذا صحيح ولا ينكره أحد، فلننظر إلى الخصائص الاجتماعية التي يسببها وتتركها هذه المواد على الفرد والمجتمع، فالبعض يرى أن الأسرة أصبحت تشكل أحد أهم العناصر المهيأة لتعاطي المخدرات والانحدار بكل أشد كاله، في ظل التغييرات الاجتماعية والثقافية، والتوجهات الاقتصادية التي يشهدها المجتمع الجزائري، نتج عنه شرخ في التربية الاجتماعية، من انتشار البطالة نتيجة لتسريح الآلاف من العمال، التسرب المدرسي لقلة الإمكانيات المادية للأسر، وتقلص فرص العمل والتوظيف، اندسار في قيم الدفاع الذاتي للمجتمع وخاصة مؤسسات التنشئة الاجتماعية، ليفسح المجال لانتشار مختلف الآفات الاجتماعية، وعلى رأسها رواج تعاطي المخدرات، يقول (عبد الحكيم العفيفي): "إن الصفات التي يكتسبها الطفل من صنعنا نحن، إلى حد كبير، وهو مسؤوليتنا الكبرى في عملية التنشئة." [67] ص 163. من هذا القول كانت الاستنتاجات والنتائج التالية:

- أغلب المدمنين عاشوا طفولة في أجواء أسرية مناسبة تميزت بالاستقرار النفسي والاجتماعي هذا ما أكده الجدول رقم (15)، أما فيما يخص نوعية التربية التي تلقاها المدمنين في طفولتهم تميزت بالإسراف في التدليل والاحتضان المبالغ فيه والتساهل في كل شيء، خاصة من طرف بعض الآباء، وتلبية كافة المتطلبات، ويدخل في هذا النطاق المصروف اليومي الممنوح من طرف الآباء، رغم ذلك كان هناك صراع بين بعض الآباء والأمهات في نوعية التربية، فأغلب الأمهات كن الأقرب إلى الأبناء، مما شددن في التعامل مع أبنائهم في المعاملة، لكن منطلق الآباء كان هو الغالب وهذا ما أثر على أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية لدى الأطفال.
- أيضا من الأسباب الدافعة إلى تعاطي المخدرات، في فترة من حياة الفرد والتي تركت آثارها على حياة الطفل، هي الاحباطات أو الحوادث سواء كانت نفسية أو اجتماعية، مما ينجم عنه اضطراب في النمو النفسي والشخصي، خاصة من عانوا التسلط الأبوي، الذي كان له الأثر البالغ في حياة الطفل أو لغياب الحضان الأسري، وهذا يستهل الطفل المدرسة في السنة السادسة ويبدأ مشواره التعليمي بمستوى قدراتي معين يديره الوالدان، حيث يحتاج الطفل إلى متابعة خاصة، وإدارة خاصة (الجدول رقم 20) فهو في موقف تحصيل علمي وتطور معرفي، وهو أيضا في موقف علائقي

اجتماعي واسع، فقد يحتاج إلى سند تعليمي أو سند لحل المشكلات الأخرى، وبالتالي فمهارة الطفل تتبع مهارات الوالدين واتجاهاتهم.

● كذلك ومن الاستنتاجات المهمة، أن ظاهرة تعاطي المخدرات أصبحت لا تقتصر على الأحياء الشعبية والفقيرة، بل عمت وبشكل كبير كل المستويات، من الأحياء الشعبية إلى الأحياء الراقية، إلى الريف، والملاحظة اليومية في أحيائنا ومدننا تجد مكان للتداول والمتاجرة بالمخدرات، والزبون من البطال إلى أصحاب المال والجاه.

● أيضا من خلال الدراسة الميدانية، وجد أن أغلب المدمنين مارسوا هوايات مفضلة لديهم لكن رغم هذا، فإن النوادي الرياضية والثقافية لم تقم بدورها كما يجب، وهذا راجع إلى غياب البرامج التربوية والترفيهية الهادفة في هذه النوادي، مما جعل البعض يمارس النشاط الرياضي وحتى الثقافي وهو تحت تأثير المخدرات والأقراص المهلوسة.

هذا عن طفولة المدمن، أما عن تأثيرات المراهقة، وما تحدثه من تغيرات فيزيولوجية ونفسية وحتى اجتماعية، هذا ما سنكتشفه في المبحث الثاني من شخصية المدمن، المراهقة (من 13 سنة إلى 20 سنة).

2.2.5 . المراهقة (من 13 سنة إلى 20 سنة):

الجدول رقم (21): طبيعة العلاقة التي كانت سائدة بين الأسرة والمراهق.

الجموع		عدم الإدماج		تفككت		نوعا ما لا بأس		متوترة		جيدة		المراهق العلاقة بين الوالدين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
18,18	06	-	-	-	-	-	-	-	-	100	06	مودعة وتفاهم
18,18	06	-	-	-	-	-	-	33,33	06	-	-	مع الأب
09,09	03	-	-	-	-	-	-	16,66	03	-	-	مع الأم
21,21	07	-	-	-	-	-	-	38,88	07	-	-	مشاكل يومية -الإنحراف-
12,12	04	100	02	-	-	33,33	02	-	-	-	-	العزلة
12,12	04	-	-	-	-	66,66	04	-	-	-	-	الإحترام فقط
06,06	02	-	-	-	-	-	-	11,11	02	-	-	الأقارب
03,03	01	-	-	100	01	-	-	-	-	-	-	وفاة الأب
100	33	100	02	100	01	100	06	100	18	100	06	المجموع

ما يلاحظ في هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين تأثروا بسن المراهقة وأثرت هذه الأخيرة على طبيعة العلاقات بين أسرهم ودخول غالبية المدمنين عالم المخدرات في سن مبكرة، فبنسبة 38,88% أكدوا على توتر العلاقة مع أسرهم والمشاكل اليومية نتيجة للشكوك في سلوكنا وتصرفاتنا خاصة الوالدين، غير أن طبيعة العلاقات أو المشاكل اليومية تختلف من مدمن إلى مدمن وخصوصيات كل أسرة، فمثلا يقول هذا المدمن: " في سن 13 تعلمت الزطلة، بدأت المشاكل اليومية، وهذا بسبب شك عائلتي في تعاطي المخدرات و أعدت سنة 7 أساسي مرتين" (ب.هـ: 22 سنة من مدينة شلغوم العيد-ميلة - . تمت المقابلة في 2004/08/14م) ويقول الأخر: "في سن المراهقة بدأت أنحرف، كنت مربوط ومبعد طلقوني طرت مثل الصاروخ، والسبب أني المتسلط" (ب.ف: 25 سنة من مدينة الرغاية، عون تجاري في شركة خاصة لطيران (تمت المقابلة في 2004/07/18م) وبـ 33,33% أكدوا على توتر العلاقات مع آبائهم، حيث نجد ومن خلال المقابلات المعمقة مع بعض المدمنين أن من أسباب الانحراف وتعاطي المخدرات، يرجع إلى الآباء، فمن الآباء من دفعوا أبنائهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى الانحراف وتعاطي المخدرات، ومن الآباء من له ماضي مع الانحراف والإدمان على الخمر والنساء... إلخ منهم من ما زال على ذلك وهذا ما أثر على أساليب التنشئة الاجتماعية لهذه الفئة في سن مثل المراهقة ويقول هذا المدمن "زادت المشاكل مع أبي هو الذي كرهني في الحياة، هو الذي وجهني إلى الانحراف وتعاطي المخدرات، عند ما كنت في سن 14 أذهب معه إلى المقهى هو الذي علمني التدخين، وبعدها يضربني حتى القتل (ربا فيا عقدة من جيتهوا)" (خ.م: 20 سنة من قسنطينة. تمت المقابلة في 2004/08/02م) ونفس الشيء بنسبة للأمهات، أما 66,66% أكدوا على توتر العلاقات مع الأمهات سواء تعلق الأمر بشخصية المراهق المدمن وعلاقة بالمخدرات ونظرة الأم لأبنها من خلال الضرب أو الطرد والنصيحة من أجل الإقلاع على هذا السموم. أو تعلق الأمر بشخصية الأم ونظرة الإبن المراهق من خلال الشكوك في سلوك وتصرفات الأم، وتوتر نوعية العلاقة ودفعه مباشرة إلى تعاطي المخدرات، وهذا ما يؤكد هذا المدمن: "أصبحت معزولا عن العائلة خاصة أنني أتجذب لأمي التي أصبحت تخون أبي في غيابه" (ه.م: 20 سنة من أولاد يعيش - البليلة. تمت المقابلة في 2004/06/08م).

أما 100% أكدوا أن طبيعة العلاقات مع أسرهم تتميز بالموودة والتفاهم رغم بدايتهم مع المخدرات وفي ظل التستر على العائلة من هذا الأمر.

في حين نجد البعض أصبح يعيش العزلة سواء عن المجتمع أو أسرته رغم العلاقة الحسنة مع والديه وإخوته وهذا نتيجة للتغيرات التي تحدثها المراهقة سواء السلوكية والفيزيولوجية وبالاشتراك مع المخدرات وتأثيراتها على شخصية المراهق في العزلة، عدم الاندماج الأسري

والاجتماعي، اللامبالاة... إلخ وهذا ما تؤكد نسبة 33,33 % حيث يقول هذا المدمن: "العقلية تبدلت في 18 سنة، إنسان آخر، أصبحت غير مندمج مع عائلتي وحتى مع نفسي" (م.م: 28 سنة من حاسي مسعود - ورقلة. تمت المقابلة في 2004/06/15م).

في حين نجد 66,66 % أساس العلاقة بين الوالدين الاحترام و فقط أو كما يقال احترام الابن لوالديه رغم المشاكل اليومية نتيجة علمهم لتعاطي المخدرات. وهذا من خلال إلقاء اللوم وتوجيه النصائح والإرشادات للابتعاد عن هذه الآفة، رغم هذا فكان الإصرار على مواصلة التعاطي حيث يقول هذا المدمن: "كنت لا بأس مع دارنا حتى 18 سنة تبدل كلش، شريت سيارة R4، تعرفت على شخص له سوابق عدلية، دخلت معه الانحراف والمخدرات وبدأت المشاكل اليومية مع أسرتي" (ب.ر: 26 سنة من مدينة برج منايل، أب لبننت. تمت المقابلة في 2004/08/10م).

ومنه يمكن القول أن المراهقة تعتبر هي مرحلة من مراحل النمو عند الفرد لما تحدثه من تأثيرات نفسية وتغيرات فيزيولوجية وطبيعة التنشئة الاجتماعية للمراهق والمحيط الأسري، خاصة الأسرة التي تعيش الإضطرابات والتفكك، وارتباطها بالظروف الخارجية التي بدأت تظهر في المجتمع أو ظهرت، البطالة الانحراف، السرقة، الثقافة الخاصة بالشباب... إلخ. وفي هذه الفترة من حياته ما هي نظرتة لأسرته.

الجدول رقم (22): نظرة المراهق لأسرته في هذه الفترة.

المجموع	العقاب اللوم		الإضطراب النفسي		الهروب من المنزل		كراهية وشجار بسبب المخدرات		تفاهم ومودة		تمييز بين الإخوة		تنافر و كراهية		طبيعة العلاقة نظرة المراهق	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
24,24	08	25	01	50	01	-	-	-	-	-	-	100	01	100	06	الأب
06,06	02	-	-	-	-	-	-	22,22	02	-	-	-	-	-	-	الأم
63,63	21	75	03	-	-	-	-	77,78	07	100	10	-	-	-	-	كل العائلة
06,06	02	-	-	50	01	100	01	-	-	-	-	-	-	-	-	شجار الوالدين
100	33	10	04	100	02	100	01	100	09	100	10	100	01	100	06	المجموع

ما يمكن ملاحظته من هذا الجدول وبندسبة 100 % طبيعة العلاقة في نظر المراهق نحو أسرته تميزت بالمودة والتفاهم، والنصح والاستفسار عن الأسباب التي جعلتهم يتعاطون المخدرات والانحراف، ومن خلال المقابلات اليومية داخل المصلحة مع المدمنين سواء تعلق الأمر باستمارة المقابلة أو خارج مجال البحث، أكد البعض منهم بأن أسرهم لا دخل لها في تعاطيهم للمخدرات فقد كانت لنا كل الوسائل المادية والمعنوية الممنوحة من طرف أسرتنا، والأسباب التي جعلتنا نتعاطى

المخدرات بالدرجة الأولى، حب الفضول والمعرفة وضعف في الشخصية وجماعة الرفاق، والمحيط الإجتماعي سواء تعلق الأمر بالحي أو المدينة أو حتى البلد ويقول هذا المدمن: "أنا سباب روجي أبي كان دائما يعطينا الحرية في الآراء والأفكار واحترام بعضنا وغيرنا" (ج.م: 35 سنة، من مدينة بوقاعة - سطيف- تاجر، تربى في جو أسري ممتاز و متماسك حتى مع زوجته الحياة العسكرية سنة 1989 هي التي أثرت فيه. تمت المقابلة في 2004/06/14م).

وبنفس النسبة 100 % ونتيجة لتأثيرات المراقبة، وبداية الاندراف وتعاطي المخدرات تميزت العلاقة بين المراهقين وأسرهم، خاصة الآباء بالتنافر والكرهية، سواء تعلق الأمر بالآباء الغير لمباين بأمور العائلة مما نجم عنه نوع من التفكك الأسري، وتفكك العلاقات بين أفراد هذه الأسر، ومن خلال المقابلات المعمقة وجد أن من الآباء من كان يشغل وظائف حكومية -إطارات سامية- ونظرا لتلك العلاقات التي كانوا يطبقونها في وظائفهم وإحالتهم على التقاعد، أو البطالة، انعكست هذه الشخصية على الجو الأسري، حيث يقول هذا المدمن: "بابا هو سبابي، بابا يحب روحوا، أناني، بخيل، مسمار، أخي بسبابوا راهوا مريض نفسيا ويتناول الأدوية" (ب.ف: 25 سنة من مدينة الرغاية، مدمن أقراص Subutex وهي نوع من أقراص Morphine، وأيضا الهيروين وهذا في بريطانيا، الأب متسلط ومدمن على الكحول-72 سنة- تمت المقابلة في 2004/07/18م).

أما العلاقات المتذبذبة بين الكراهية والشجار بسبب المخدرات ونظرة المراهق لعائلته فتقدر بنسبة 77,78 % وهذا لانعكاسات تعاطي المخدرات في البداية، فهذه الأخيرة، وما تصنعه من أحلام مزيفة، ونشوة وضحك وخلوة، وبالاشتراك مع تأثيرات المراقبة، والتداخل الإجتماعي والثقافي الذي يشهده المجتمع الجزائري وانحطاط مستوى القيم والمعايير الأخلاقية.

ومن الأسر من كان لها أسلوب آخر في نوعية العلاقات سواء كان مع كل أفراد العائلة أو أحد أفرادها خاصة الآباء والأمهات، من خلال إلقاء اللوم والعذاب على تصرفات وسلوك أبنائهم فبنسبة 75 % أكد بعض المبحوثين على أن أسرهم كانوا يواجهونهم بالنصيحة و الابتعاد عن رفقاء السوء والآفات الاجتماعية، لكن كنا نتعمد في ذلك، ولا نبالي بهذه النصائح، فكانت النتائج كما ترى، ويقول أحد المبحوثين: "أصبحت حساس بعد 18 سنة، انحرفت فأصبحت أتعمد كثيرا، كنت نذب حياتي كيما نعرف أنا" ج.ع: 28 سنة من سطيف، داخل السجن 8 مرات آخرها في 2004م قلم بعدة سرقات نتيجة لتأثير الأقران والزطلة. تمت المقابلة في 2004/06/28م).. ونجد البعض يعاني أزمة نفسية، نتيجة تمييز وتفضيل بعض الأسر أبنائهم، أي تميز وتفضل بين الإخوة، مما يخلق نوع من الكراهية والحقد تجاه الوالدين أو أحدهما، حيث صرح هذا المدمن: "أبي لن أسامحه،

يفضل الآخر على الآخر، وأمي كانت تنصحه أن يساوي بيننا، لكن أبي لم يبالى بذلك" (خ.ف: 22 سنة من القبة- ثلاث عمليات جراحية)

وفي كثير من الحالات يلجأ الفرد إلى الهروب من المنزل، أي هروب من جو النزاعات والمشاجرات الدائمة و البحث عن مكان آمن "ويستخدم الطفل هروبه هذا كسلاح لتهديد والديه والضغط عليهما، كما يعد الهروب تعبيراً عن رغبته في استقلاليته عن والديه نتيجة لظلم الأبوين وقسوتهما عليه وطردهما له من البيت أحياناً"

وما يمكن أن نستنتج أن مرحلة المراهقة في حياة الفرد تتسم بانفعالات، حيث نجد المراهق يثور ويغضب لأتفه الأسباب، مع عدم قدرته على التحكم في المظاهر الخارجية لحالته الانفعالية. ونتيجة للتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية التي يشهدها المجتمع الجزائري، والأسرة بصفة خاصة، وبالأشترار مع التغيرات السلوكية والفيزيولوجية في مرحلة المراهقة، هي التي أصبحت تحدد نوعية العلاقات داخل الأسرة، ونظرة المراهق لأسرته.

الجدول رقم (23): طبيعة العلاقة بين أسرة المدمن والجيران وأبناء الجيران.

المجموع		المراهق وأبناء الجيران		الأسرة والجيران		العلاقة بين أسرة المدمن والجيران
		%	ك	%	ك		%	ك
30,30	20	12,12	04	48,48	16	حسن الجوار
15,15	10	30,30	10	-	-	أبناء الجيران والمخدرات
07,57	05	12,12	04	03,03	01	تنافر وكرهية
07,57	05	06,06	02	09,09	03	مشاكل
28,78	19	24,24	08	33,33	11	الإحترام وتفاهم
03,03	02	03,03	01	03,03	01	إحتقار وإستهزاء
06,06	04	12,12	04	-	-	العزلة
01,51	01	-	-	03,03	01	الغيرة والحسد
100	66	100	33	100	33	المجموع

تبين من هذا الجدول أن 30,30 % من طبيعة العلاقات سواء بين أسرة المراهق والجيران أو المراهق وأبناء الجيران، تتميز خاصة بحسن الجوار وتبادل الزيارات وطبيعة العلاقة بين المراهق وأبناء الجيران بالجيده والممتازة أو كما يطلق عليها (أولاد الحومة)، خاصة تلك الأسر وعلاقة الجوار القديمة بينهم، أو بحكم رابطة المنطقة أو القرابة كما نجدها عند سكان الجلفة (عرش أولاد نايل) وبنسبة 28,78 % أكدت أن طبيعة العلاقات بين الجيران وأبناء الجيران، يسودها الاحترام والتفاهم وهذا ما لمسناه عند المبحوثين من يقطنون المناطق المشبه حضرية والمناطق

الريفية. أما 30,30 % فنوعية العلاقات خاصة مع أبناء الجيران، فتميزت بتلك العلاقة ذات الثقافة الفرعية للأحياء من الإنحراف إلى تعاطي المخدرات، ومن خلال الدراسة الميدانية والمقابلات المعمقة، تبرز هذه الثقافة الفرعية في المدن الجزائرية الكبرى مثل: الجزائر العاصمة، سطيف، قسنطينة، البليدة، تيزي وزو ذات الأحياء لشعبية القديمة والعريقة وخصوصيات هذه الأحياء، ويقول هذا المراهق: "علاقتي مع الجيران كانت علاقة مخدرات بحكم حالتنا المادية الجيدة، كل أبناء الجيران يتقربون إلي من أجل سيجارة مخدرات" (م س: 16 سنة من موليد 1988 - بحدي رافي بباش جراح - الجزائر - أبوه له محلات تجارية ونايب رئيس ملاحدة حسين داي للملاكمة. تمت المقابلة في 2004/06/23م).

في حين يرى البعض أن طبيعة العلاقات بين أسرهم والجيران وبينهم وبين أبناء الجيران تميزت بالتدافر والكرهية، خاصة ما بين المدمنين المراهقين أو من هم في بداية التعاطي، فمن مميزات جماعة الرفاق أو الثقافة الفرعية لهذه الجماعة سواء من الحي أو الأحياء المجاورة، إمتلاكها إلى أشياء ملموسة فالأمر ليس بالسهل كي يندمج الفرد إلى هذه الجماعة، فعمل الجماعة لا يتوقف على التموين بالنسبة للفرد المنخرط بل تشكل نمودجا سلوكيا يتعلم منه أن لهذه الجماعة خصائص ومميزات، فإذا حدث العكس وقل التموين من طرف الجماعة ونقص المال للمراهق المدمن يحدث الشقاق وهذا ما عبر عنه بعض المراهقين أنه يوجد أحباب وليس أصدقاء، وهذا ما تجلى في نسبة 12,12 %، أما 07,57 % فطبيعة العلاقات سادتها المشاكل اليومية بين الجيران وأبناء الجيران وهذا نتيجة التغيرات السوسيوثقافية التي يشهدها المجتمع الجزائري وإنحطاط مستوى القيم والمعايير وبروز مؤشرات أخرى كالتطبيقية بين الجيران والفقر والبطالة والإنحراف... إلخ للبعض والبعض بارتفاع المستوى المعيشي وإمتلاك العقارات... إلخ مما يخلق نوعا من المشاكل بين الجيران وأبناء الجيران فالمدمنون شملت جميع فئات المجتمع من الفقير إلى الغني. وبنسبة 06,06 % ممن يعيشون العزلة إلى يومنا هذا ويتفادون الإندماج في الجماعات نتيجة للإحباطات الماضي أو لظروف ما، تليها 03,03 % السمة الغالبة في نوعية العلاقات هي الإحتقار والإستهزاء نتيجة لظروف ما، حيث يقول هذا المدمن: "الإحباط الذي أثار في هو أبي، كان مدير للتعاونيات الفلاحية، وأصبح بطال باع أرضنا (10 هكتارات)، فأصبح الجيران يسخرون منا، خاصة من بعض الجيران كانوا لا شيء ثم أصبحوا... وأصبح أبي لا يبالي بنا". (ب ي: 22 من مدينة خميس خذشلة - بداية التعاطي في سن 14 سنة. تمت المقابلة في 2004/06/01م)

وما يمكن أن نستنتج أن علاقة أغلبية أسر المراهقين والجيران كان يسودها الاحترام والتفاهم وحسن الجوار إلا القليل من أكدوا على توتر العلاقات، في المقابل نجد أن طبيعة العلاقات

بين المراهق أو المراهق المدمن وأبناء الجيران علاقة مخدرات وإنحراف أو تنافر و كراهية ومشاكل يومية وإحتقار وإستهزاء والبعض يعيش العزلة. هذا فيما يخص طبيعة العلاقات بين أسرة المدمن والجيران وأبناء الجيران فكيف كانت نوعية العلاقات مع جماعة الأصدقاء ومع أصدقاء الدراسة.

الجدول رقم (24): نوعية العلاقة بين المراهق وجماعة الأصدقاء وأصدقاء الدراسة.

المجموع		أصدقاء الدراسة		جماعة الأصدقاء		رابطة العلاقات
%	ك	%	ك	%	ك	نوعية العلاقات
09,09	06	-	-	18,18	06	إنسجام + مودة تفاهم
09,09	06	18,18	06	-	-	تنوع في أيام الدراسة
28,78	19	57,57	19	-	-	زملاء الدراسة فقط
01,51	01	-	-	03,03	01	أصدقاء فقط
46,97	31	24,24	08	69,69	23	انحراف + المخدرات
03,03	02	-	-	06,06	02	المتاجرة في المخدرات
01,51	01	-	-	03,03	01	احتقار + العزلة
100	66	100	33	100	33	المجموع

إن 46,97 % من أفراد العينة تميزت العلاقة بينهم وبين جماعة الأصدقاء وأصدقاء الدراسة بالسلوك الإنحرافي وتعاطي المخدرات، حيث 69,69 % أكدوا أن جماعة الأصدقاء، هي جماعة الانحراف وتعاطي المخدرات لا شيء سواها، رغم أن البعض كانت لهم علاقة صداقة من أصدقاء خارج مجال الانحراف والمخدرات ودائماً يتلقون للتوجيهات والنصائح لكن دون مبالاة، فقد كانوا يرون أصدقاء الانحراف هم الأصدقاء الحقيقيون والبعض كان يري أنهم أحباب وليسوا أصدقاء بمعنى -أحباب تاع milieu- فقط وبنسبة 24,24 % كانوا يعتبرون أصدقاء الدراسة، هم الأصدقاء الحقيقيون، وميزة هذه العلاقات الانحراف وتعاطي المخدرات، خاصة أن البعض منهم من كانت مكان إقامته بعيدة عن المدرسة أو الإكمالية أو الثانوية ومعظم الوقت يقضونه مع زملاء الدراسة، خاصة إذا كانوا زملاء الانحراف، وعدم قيام المدرسة بأهدافها التربوية، وما نتائج التسرب المدرسي كل سنة إلا دليل على ذلك، حيث تقول هذه الحالة: "أصدقاء الدراسة كانت علاقتي بهم علاقة إنحراف وتعاطي المخدرات، كنا 05 أصدقاء كنا نتعاطي المخدرات مع بعض في السكك الحديدية بعيدا عن المدرسة" (ب ي: من مدينة خميس خنشلة، بداية التعاطي في سن 14، المرة الثانية التي يدخل فيها إلى المصلحة. تمت المقابلة في 2004/06/01م)، أما 57,57 % أكدوا على أن أصدقاء الدراسة، يعتبرونهم زملاء الدراسة فقط، ومجرد أحباب فقط، فهذه العلاقة انقطعت مع

انقطاع الدراسة وكل فرد شق طريقه في الحياة رغم هذا ما زال الإحترام والتقدير بيننا، فالبعض كما أكد بعض المدمنين من هاجر إلى الخارج ومنهم دخل عالم التجارة وأصبحت له تجارة كبيرة ومنهم من أصبح إطارات في وظائف حكومية، أما نحن كما ترى، ونفس الشيء وبـ 18,18 % أكدوا على أن لهم جماعة أصدقاء خارج مجال المخدرات، يسودها الانسجام والمودة والتفاهم، في حين نجد البعض له علاقات تجارية والمتاجرة في المخدرات وعلى أنهم ليسوا بأصدقاء بل أحباب، وتربطنا معهم علاقات التجارة والأموال والمتاجرة في المخدرات، حيث يؤكدوا أن لا وجود للأصدقاء أو الصديق الحقيقي في هذا الزمان بل الأحباب. حيث يقول هذا المدمن: " ليس لي أصدقاء أو صديق بل أحباب والعلاقة التي كانت تربطني بهم في إطار المتاجرة في المخدرات وفقط". (س.ع: 33 سنة من مدينة مستغانم، لا عب سابق في وداد مستغانم، مستوى الدراسي الثانوي، بداية التعاطي في سن 15 سنة. تمت المقابلة في 2004/06/02م). والبعض كان يرى في جماعة الأصدقاء، أصدقاء وفقط، والبعض يعيش العزلة والاحتقار من الأصدقاء.

وما يمكن أن يُستنتج من هذا الجدول أن غالبية المبحوثين دخلوا عالم المخدرات والانحراف في سن المراهقة والبعض في سن الطفولة وما يحتويه هذا العالم من علاقات مشبوهة من تعاطي إلى المتاجرة، إلى السرقة... إلخ وحتى المدرسة، وما تشهده من مظاهر إنحرافية سواء داخل الحرم المدرسي أو أمام المدرسة والإكليات والثانويات وحتى الجامعات ومراكز التكوين.

5. 2. 2. 1. أهم الاستنتاجات ونتائج مراهقة المدمن:

عندما يصل الطفل إلى فترة البلوغ ويدخل مرحلة المراهقة، تكون حالته حينها رهن ما حصل في طفولته وقد يتبع في التعامل مع النفس الطرق ويزداد ميله وحاجته لفرض الذات وإثباتها داخل الأسرة وفي المدرسة ومع الزملاء، ولهذا فالطفل الذي تلقى قدرا من التسلط قد ينفجر في هذه الفترة ويتمرد وقد يستسلم لنفس القمع وفرض الحماية، وينسحب في انكسار، وقد يظل على حريته التي عهدتها منذ الصغر وقد يحصل من والديه على حرية أكبر من ذي قبل بحجة أنه كبير وعليه أن يتعلم لوحده الحياة، وفيما يلي أهم الاستنتاجات والنتائج المستخلصة من هذا العنصر:

* المراهقة وما تحدثه من تأثيرات نفسية وتغيرات فسيولوجية وطبيعية التنشئة الأسرية للمراهق والمحيط الأسري خاصة الأسر التي تعيش الاضطرابات والتفكك في علاقاتها وارتباطها بالظروف الخارجية التي بدأت تظهر على المجتمع كلها عوامل تؤثر في شخصية الفرد.

* التغيرات الاجتماعية والثقافية التي يشهدها المجتمع الجزائري، خاصة الأسرة وبالأشترك مع التغيرات السلوكية والفسولوجية في مرحلة المراهقة، هي التي أصبحت تحدد نوعية العلاقات داخل الأسرة، ونظرة المراهق لأسرته.

* وجد أن طبيعة العلاقات بين المراهق (المدمن) وأبناء الجيران هي علاقة الانحراف والمخدرات والتنافر والكرهية والمشاكل اليومية، والبعض يعيش العزلة، وهذا ما يؤكد على أن الحي أو الوسط الاجتماعي أحد أهم الأسباب في تنامي تعاطي المخدرات خاصة في المدة الأخيرة بين الأوساط الشبانية.

* أيضا من عوامل تنامي هذه الظاهرة وزيادة الانحراف، ما تشهده المدارس والثانويات من مظاهر انحرافية، وثقافة فرعية شبانية، في الغياب الكلي للجانب التربوي للمنظومة التربوية. ويمكن القول أن سن المراهقة من الناحية الفسيولوجية يبدأ في حوالي الرابعة عشرة من العمر ويصعبه تغير نفسي واجتماعي، وتكون البدايات الأولى كتقليد، ثم يعقب ذلك النفور والشعور بالقوة وتحدي المجتمع والقانون.

3.5 . كيفية بداية تعاطي المخدرات:

1.3.5 . مع المخدرات أول مرة:

الجدول رقم (25): كيفية معرفة المخدرات وسماع عنها.

ك	%	كيفية معرفة المخدرات
09	27,27	في الحي
09	27,27	جماعة الرفاق
04	12,12	الأقارب
05	15,15	المدرسة ومركز التكوين
02	06,06	الأهل (الأب، الأخ)
01	03,03	الثكنة العسكرية
01	03,03	السجن
01	03,03	المستشفى
01	03,03	لم يسمع
33	100	المجموع

يشير الجدول رقم (25) أن أغلب أفراد العينة عرفوا المخدرات أو سمعوا عنها بواسطة الأحياء التي يقطنون فيها أو جماعة الرفاق المنحرفين أو بواسطة الأقارب، وكذلك في المدارس

ومركز التكوين وبنسبتين متساويتين 27,27% أن للحني وجماعة الرفاق تأثيرات قوية في تداول المخدرات، ومنه يمكن معرفتها والسماع عنها خاصة في المدن الكبرى ذات الأحياء الشعبية وكذلك الرقابة التي تتداول فيها المخدرات مع ضعف آليات المراقبة لأجهزة الأمن في مراقبتها خاصة المدن مثل الجزائر العاصمة، قسنطينة، سطيف البليدة، وهران وكذا الأماكن الحدودية، ومع أن تأثير المخدرات قوى وعلى أنها تصنع الأحلام وتتدى الهوموم والمشاكل وفضولاً في ذلك تكون البداية، حيث يقول هذا المدمن: "أولاد حومتي الكبار كانوا يبعثوني نشر يلهم الشراب الزطلة، مبعده تعلمت عليهم كنت نتكيفها مبعده ندبس هذا كي كنت صغير". (ش.ع: 40 سنة من الجزائر العاصمة - محمد بلوزداد - مدمن الهيروين بواسطة الحقن، بداية التعاطي المخدرات في سن 17، لاعب سابق لشباب بلوزداد CRB واتحاد الحراش USMH. تمت المقابلة في 2004/05/24م).

كذلك أصبحت المدرسة تدق أجراس الخطر، خاصة الإكماليات والثانويات ومراكز التكوين المهني حيث أصبحت المخدرات متداولة بين التلاميذ بشكل عادي نهيك عن التدخين و(الاشمة)، كل هذا نتيجة لأن المدرسة أصبحت تلقى الدروس فقط أكثر من وظيفتها التربوية الهادفة وإلى الغياب الشبه التام الأخصائين النفسانيين والاجتماعيين ودورهما، وما نسبة 15,15% من مجموع 33 مدمن خير دليل وماذا إذا قمنا بمسح شامل على مدارسنا وثانويتنا وجامعتنا .

كذلك نجد أن 12,12% عرفوا المخدرات وسمعوا عنها بواسطة أقربائهم فمنهم من رأى خاله أو عمه يتعاطى المخدرات ومنهم مع تعلمها مباشرة مع ابن عمته أو خاله أو خالته حتى البنات، ونترك هذه الحالة لتؤكد كيف عرفت المخدرات "سمعت وشفقت خالي (54 سنة) كان يتكيف الشيرة حتى اليوم وكنت نشوفو كي يبرم" (ب.ي: 22 سنة من بلدية حمادي - بومرداس في سن 14 سنة عندما كان يدرس في الإكمالية مع أقرانه. تمت المقابلة في 2004/06/01م)

أيضا كان للأسرة الدور في معرفة المخدرات وسماع عنها، فبنسبة 06,06% أكدوا على أنهم عرفوا المخدرات بواسطة الأب أو الأخوة ممن كانوا يتعاطون المخدرات والمتاجرة فيها، ومن شهدوا أحداث ووقائع لها التأثير الكبير على نفسية الفرد، حيث من تعرض أبوه جراء المتاجرة في المخدرات وقتل جراء حادث مرور نتيجة الاستهلاك المفرط للمخدرات الخمر والأقراص.

وبنفس النسبة 03,03% من عرفها وسمع عنها نتيجة لعمله سواء في المستشفى أو الثكنة العسكرية أو تعرضه لعقوبة قانونية كالسجن حيث يقول هذا المدمن: "في السجن أعوان الحراسة يدخلوها من الخارج وهذا مقابل قميص أو مبلغ مالي من طرف المسجونين" (ل.ع: 24 من الجلفة مستوى ثانوي بداية مع غراء Déliant عرف المخدرات في السجن 1997 ومنها بداية التعاطي المخدرات تمت المقابلة في 2004/06/21م). وهناك من لم يسمع عنها فبدأ التعاطي مباشرة.

ومن خلال هذا الجدول البسيط فإن تأثير المخدرات وتداولها أصبح لا يقتصر على الأحياء المنحرفة أو لجماعة الرفاق بل أصبحت ظاهرة اجتماعية مست كل المؤسسات الرسمية دون استثناء لأنها حقا بلا حدود وتخرق كل شيء لسحرها ومفعولها القوي.

الجدول رقم (26): سن بداية تعاطي المخدرات لأول مرة مع التركيز على الشعور.

المجموع		الضحك +		الدوخة +		نسيان المشاكل		أحلام اليقظة +		الغثيان +		الأحلام والخلوة (عالم الخيال)		الشعور فئات السن
		الأحلام		الأحلام		المشاكل		المشاكل		الدوخة		الخلوة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
06,06	02	-	-	-	-	-	-	-	-	12,5	01	6,25	01	أقل من 10 سنوات
36,36	12	33,33	01	50	01	33,33	01	-	-	87,5	07	12,50	02	[14-10]
45,45	15	66,33	02	-	-	66,66	02	100	01	-	-	62,50	10	[19-15]
09,09	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,75	03	[24-20]
03,03	01	-	-	50	01	-	-	-	-	-	-	-	-	+25
100	33	100	03	100	02	100	03	100	01	100	08	100	16	المجموع

يبين الجدول رقم (26) سن المدمنين وعلاقته بتعاطي المخدرات أول مرة بعدما تطرقدا في الجدول رقم (25) عن الكيفية التي تم بها معرفة المخدرات مع أن أغلب المدمنين كانت لهم تجارب مع بدائل المخدرات (Déliant- Patex- البنزين - الأظافر) أو الخمر و"الزمبريطو" (مزيج من الكحول و بعض المشروبات) ناهيك عن التدخين.

نبدأ من فئة السن [15-19] بنسبة 45,45% تعاطت المخدرات أول مرة ومنها كانت البداية، حيث أن 62,5% ومذ أول سيجارة مخدرات أحسوا وكأنهم في عالم من الخيال والأحلام والخلوة وفي عالم لا وجود فيه للمشاكل أو الصراعات، وبنسبة 66,66% جعلتهم يضحكون ويحلمون ويشعرون بالسعادة ولا وجود لأي شيء، حيث يقول هذا المدمن: "19 سنة بديت نتكيف الزطلة مع جماعة في الواد، تخليك تحلم وكل يوم طرف تاع Dix- تعني قطعة من القتب الهندي ب 100دج.-". (ب.م : 27 سنة من مدينة الكريمة- الشلف ، بداية التعاطي في سن 19 سنة تمت المقابلة في 2004/06/09م) وأيضا بنسبة 66,66% توجهوا إليها لتدسيهم المشاكل اليومية خاصة المشاكل الأسرية والاجتماعية خاصة البطالة نتيجة التسرب المدرسي الذي تعيشه المدرسة الجزائرية وغياب البديل والنقص في مراكز التكوين. وفي آخر دراسة لمصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات بالبلدية وفي الفترة الممتدة بين 01 جانفي 2001 إلى غاية 31 مارس 2003 " إن الأمر المثير للقلق هو سن بداية تعاطي المخدرات الذي انخفض من سن 17 سنة إلى 11 سنة معني ذلك أن المراهقين أصبحوا الفئة الغالبة والأكثر ترددا على عالم المخدرات" [188] ص12. وهذا ما تؤكد من خلال الدراسة الميدانية وبنسبة 36,36% من تتراوح أعمارهم بين [10-14] وإذا تمعنا في نسب هذه الفئة نجد أن 87,5% ومع بداية التعاطي لأول مرة أصيبوا بالغثيان والدوخة نتيجة لأجسامهم الضعيفة وباعتبارهم في سن الطفولة وبـ12,50% رحلت بهم إلى عالم الأحلام المزيفة والخيال.

وبنسبة 18,75% من كانت بداية تعاطيهم للمخدرات في سن ما بين [20-24] مع الشعور بالأحلام والخلوة والسعادة العابرة. أيضا وبنسبة 06,06% فئة بداية تعاطيها للمخدرات أقل من 10 سنوات، سن البراءة. رغم هذا كان لهم تجربة مع المخدرات، فكيف يكون إحساس طفل دون العاشرة يتعاطى للمخدرات حيث يقول هذا المدمن: " بديت نتكيف الدخان في 3 ابتدائي و الشيرة في 5 ابتدائي، حكمتني الدوخة في الأول، ومن بعد وليت نحلم." (خ ن: 22 سنة من القبة -الجزائر- بداية تعاطي المخدرات في سن العاشرة. تمت المقابلة في 2004/08/22م).

وما نستخلصه من هذا الجدول إن إحدى المؤشرات أن غالبية المدمنين بداية تعاطيهم للمخدرات كانت في سن الطفولة و بداية المراهقة وما تحمله هذه الأخيرة من تناقضات وغياب المؤسسات الرسمية كالمدرسة والمسجد...الخ حيث يقول الدكتور منير عبد المجيد السيد المستشار

التربوي بمنظمة اليونسكو: "لاشك أن المدرسة، لكي تحقق أهدافها هي بحاجة إلى المدرس الواعي المستتير الذي أحسن إعداده لتربية أبنائنا... فالمشكلة التي وقعنا فيها أن أهملنا المدرسة إهمالا كبيرا ووضعنا أمامنا هدفا أساسيا في المرحلة الابتدائية هو تعليم القراءة و الكتابة والتحصيل المعرفي دون الجانب التربوي و النفسي، فتربية المراهق و توجيهه وإرشاده الاجتماعي والنفسي وأمر ضرورية لوقايته من الإدمان وتعاطي المخدرات." [193] ص12.

الجدول رقم (27): مع من كانت بداية تعاطي المخدرات أول مرة.

المجموع	الخمير والقنب الهندي		الأقراص المهلوسة codeine diaz rivotril		القنب الهندي والأقراص المهلوسة		القنب الهندي الشيرة الكيف، الحشيش		نوع المخدر مع من تم تعاطيه	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
24,24	08	—	—	—	—	33,33	01	26,92	07	أصدقاء الحي
18,18	06	—	—	50	01	—	—	19,23	05	صديق من الحي
24,24	08	50	01	—	—	33,33	01	23,07	06	جماعة الرفاق (الأحاب)
12,12	04	—	—	—	—	33,33	01	11,53	03	أصدقاء الدراسة
12,12	04	50	01	50	01	—	—	07,69	02	بمفرده
03,03	01	—	—	—	—	—	—	03,84	01	ابن عمي
03,03	01	—	—	—	—	—	—	03,84	01	ابن عمتي
03,03	01	—	—	—	—	—	—	03,84	01	ابنة خالي
100	33	100	02	100	02	100	03	100	26	المجموع

يبين الجدول رقم (27) أن أغلب أفراد العينة كانت بداية تعاطيهم للمخدرات بمرافقة احد الأطراف وبتشجيع من البعض الأخر، فنسبة 24,24% أكدوا أن بداية تعاطيهم للمخدرات أول مرة مع أصدقاء الحي حيث نجد أن 26,92% كانت بدايتهم بالقنب الهندي المعروف في الأوساط الجزائرية بالشيرة أو الزطلة أو الكيف، وبنسبة 23,07% بدايتها بالقنب الهندي مع جماعة الرفاق (الأحاب كما يسمونهم).

أيضا نجد من المدمنين من لا يكثر من الأصدقاء أو الرفاق سواء من الحي أو من الأحياء المجاورة ومن خلال المقابلات اليومية مع هذه الحالات أن في وقتنا الحالي لا يوجد أصدقاء بل

أحباب، فنجد أن 19,23% كانت بداية تعاطيهم للمخدرات مع صديق واحد ومن نفس العمر يتقاسمان قطعة من القنب الهندي بقيمة 100 دج أو 200 دج.

وهناك من المدمنين من كانت بدايتهم أول مرة مع المخدرات مع أصدقاء المدرسة سواء في الإكاليات أو الثانويات، ودائماً مع ملك المخدرات -القنب الهندي- وهذا بنسبة 11,53%.

أما بنسبة 12,12% فكانت البداية على إنفراد دون اللجوء إلى أحد، وهذا لعدة اعتبارات شخصية واجتماعية، متعلقة بالمحيط الاجتماعي أو المهني أو نتيجة لمرض مزمن أو مستعصي، بنسبة 07,69% كانت التجربة الأولى مع القنب الهندي وهناك وبحكم مهنته في المستشفى مباشر مع الأقراص -الكوديين- وبنفس النسب 03,84% كانت البداية مع الأقارب، وهذا من خلال الزيارات المتبادلة بين الأقارب، حيث تقول هذه المدمنة: " بنت خالي تتعاطى المخدرات وفي سهرة رمضان 2003 كانت البداية " (ع.ي : فتاة 18 سنة من مدينة الدويرة بداية التعاطي رمضان 2003 تمت المقابلة في 2004/07/04 م).

ومنه نقول أن بداية تعاطي المخدرات لاتتم هكذا ومن أول لحظة فلهذه الجماعات مفاتيح خاصة، وشبكة خاصة يصطادون بها الفرد خاصة ذلك الذي يريد المعرفة وحب الفضول، فتكون البداية وأي بداية لهذا الأخير مع المخدرات وتكون التجربة ب(الشيرة-الزطلة-الكيف) لأنها متداولة بكثرة وبأثمان رخيصة.

الجدول رقم (28): نوع المخدرات التي يتعاطها المدمن وعلاقتها بالمكان.

المجموع	مستشفى		الملهى bar		الحي		مكان عمومي		شاطيء البحر		المدرسة (إ،م،ث)		مكان مهجور ومغزول		الثكنة العسكرية		العمارات Cage d'escalier		المكان نوع المخدر	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
66,66	22	-	-	-	-	-	-	100	04	50	02	100	04	80	08	50	01	100	03	القنب الهندي
09,09	03	-	-	-	-	100	02	-	-	25	01	-	-	-	-	-	-	-	-	الخمير + القنب الهندي
15,15	05	-	-	66,66	02	-	-	-	-	25	01	-	-	10	01	50	01	-	-	الأقراص المهلوسة + القنب الهندي
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	01	-	-	-	-	الأقراص المهلوسة Diaz+ Rivotril
03,03	01	100	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أقراص الكوديين + الفاليوم
03,03	01	-	-	33,33	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الهيرويين + المورفين
100	33	100	01	100	03	100	02	100	04	100	04	100	04	100	10	100	02	100	03	المجموع

ملاحظة: * مكان مهجور ومعزول: يتمثل في بناء قديم ومهجور أو في إحدى الأماكن البعيدة مثل الواد أو الغابة.

* مكان عمومي: من المدمنين من يمتلك محلات تجارية وهنا كان يتم تعاطي المخدرات داخل محلاتهم.

يشير الجدول رقم (28) أن أغلب أفراد العينة كانت البداية بالقنب الهندي وهذا لكثرة تداوله وتمذه الرخيص بحيث نجد أن 80% من اتخذت الأماكن المهجورة والمعزولة، البعيدة عن أعين الناس مثل البنايات القديمة والأودية والغابات، وبنسبة 100% أما مقرات سكنهم خاصة من يسكنون العمارات، والجميع يعلم أن العمارات ما يعرف (Cage d'escalier) فهذه الأماكن أصبحت من أهم الأماكن لتعاطي المخدرات، خاصة نجد في بعض العمارات من يهيئون وينظفون هذه الأماكن لقضاء وقت الفراغ واللهو ولعب ورق (poker) أو (domino).

أيضا من كانت الأماكن العمومية بداية لتعاطيهم حيث نجد بعض المدمنين يمتلكون محلات تجارية وأماكن للخدمة العمومية وهذا بنسبة 100% وهناك من كانت بدايتهم في المدرسة بأطوارها الابتدائية والإكمالية والثانوية ومراكز التكوين، خاصة البعض منهم كان يقطع مسافة معينة للوصول إلى المدرسة، وقد أكد البعض ومع أصدقاء الدراسة كانت تتخذ جدار المدرسة أو الإكمالية أو الثانوية عند الغداء وتناول وجبة الغداء ومنها كانت البداية ومن اتخذوا المراحيض -W.C- في أوقات الراحة بنسبة 100% وبنفس النسبتين 50% من كانت بدايتهم في التكنة العسكرية، وشواطئ البحر.

في حين وبنسبة 15,15% من كانت بدايتهم بالخمير والقنب الهندي، ومن مميزات من يشربون الخمر لابد أن يكون مع الجماعة، وتوفير الأكل لذلك فبنسبة 66,66% كانت البداية من الملاهي (les bars) وكلمة (Bar) في المجتمع الجزائري تحمل عدة دلالات سوسولوجية.

أما نسبة 09,09% من اتخذ شواطئ البحر والأحياء ومع جماعة الرفاق والحي وبدائيتها بالقنب الهندي والأقراص المهلوسة والمعروفة بين أوساط المدمنين - الزرقاء و الحمراء -.

ومن المدمنين من كانت بدايتهم مباشرة بالأقراص خاصة Valium و Codéine بحكم مهنتهم والبعض بالمورفين Morphine وان كان هذا النوع من المخدرات غير متداول بكثرة لغلاء سعره ولخطورته والأعراض التي يسببها إلى أن بعض المؤشرات تدل على أنه أصبح يتداول بين أوساط البطالين مهما كان ثمنه.

وما يمكن قوله أن الغالبية كانت بدايتهم مع القنب الهندي وهذا لوفرتة وتمذه الرخيص، أما الشيء الجديد فقد أصبحت كل الأماكن صالحة لتعاطي المخدرات بعدما كانت مقتصرة على الأماكن المعزولة، وهذا ما نلاحظه اليوم في شوارعنا وأحيائنا فلا شيء سوى لسليجارة المخدرات، وما

معدلات الجريمة والسرقة والاعتصاب والاعتداءات وارتفاعها المستمر وما نقرأه في الجرائد وأرقام التي تصرح بها أجهزة الأمن إلا دليل على ذلك، ومن أسبابها المخدرات وأغلبيتهم شباب.

5. 3. 1. 1. أهم الاستنتاجات ونتائج مع المخدرات أول مرة :

أصبحت للمخدرات عالما بلا حدود واخترقت كل الحواجز حين أصبحت ظاهرة اجتماعية مست كل شرائح المجتمع دون استثناء، نجد أن غالبية المدمنين كانت بدايتهم في سن الطفولة أو بداية مرحلة المراهقة ما بين 10 سنوات إلى 15 سنة، وأولى بدايات التعاطي للمخدرات لا تكون هكذا بل بواسطة جماعات لها مفاتيح خاصة، وثقافة خاصة يقع فيها الفرد، خاصة أولئك الذين يدخلونها حبا للمعرفة والفضول وما توفره من أحلام ومنتعة زائفة هي نقطة بداية الإدمان، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (27).

ويعتبر القنب الهندي المعروف في الأوساط الجزائرية بـ: (الكيف، الزطلة، الشيرة) هو المخدر الأكثر تداولاً بين أوساط المدمنين لثمنه الرخيص، وسهولة الحصول عليه، أما الشيء الملفت للانتباه خاصة ممن يستعمل تقنية الملاحظة يرى أن كل الأماكن أصبحت صالحة لتعاطي المخدرات، بعدما كانت مقتصرة على الأماكن المعزولة. ويمكن إرجاع إلى من جربوا القنب الهندي لعاملين وهما:

1- لا اختياري: وهو في حالة حصول المبحوث على المخدر عن طريق أحد الأصدقاء أو الأهل

كما وضحه الجدول رقم (28).

2- اختياري: وهو في حالة أن جرب المخدر بنفسه أو بمفرده.

كما يمكن إرجاع سبب تعاطي هذا النوع بالذات من المخدرات إلى أن أغلب المتعاطين وكما أشرنا إليه في الجدول رقم (27)، كان تعاطيهم للمخدرات في سن المراهقة، وفي هذه السن يتعلم المراهق العادات السيئة ومنها التدخين، وبما أن هذا النوع يتعاطونه عن طريق التدخين هذا ما قد يزيد احتمال تعاطي هذا النوع من المخدرات بصفة كبيرة، هذا ما سنوضحه في العنصر الآتي الذي ركز أولى بدايات التعاطي بعد التجربة الأولى مع المخدرات.

2.3.5 . بداية التعاطي - الإدمان - :

الجدول رقم (29): مدى مداومة المتعاطي للمخدرات بعد المرة الأولى.

نادرا		أحيانا		باستمرار		السبب
%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	26,47	09	نسيان المشاكل العائلية
-	-	-	-	05,88	02	المرض
-	-	-	-	11,76	04	الأنيس الوحيد (العزلة عن المجتمع)
-	-	-	-	17,64	06	المتعة بالآلام
-	-	-	-	20,58	07	هي الأساس في حياتي
-	-	-	-	08,82	03	المغامرات العاطفية
-	-	-	-	02,94	01	المشاكل الاجتماعية(السكن، العمل..)
-	-	33,33	01	-	-	الجهل لخطورتها
-	-	-	-	02,94	01	ثمنها رخيص
-	-	33,33	01	-	-	القلق أو ظهور مشكل
-	-	-	-	02,94	01	الفقر
-	-	33,33	01	-	-	لملء الفراغ
		100	03	100	34	المجموع

ملاحظة: * من هذا الجدول، أجوبة المبحوثين كانت متعددة

بعد القراءة المعمقة لهذه النسب لاحظنا أن 26,47% بدايتهم للمخدرات بعد التجربة الأولى، أصبحت باستمرار دون انقطاع، وهذا ما توفره هذه المادة أو المواد من متعة وأحلام، إذ تجعل من متعاطيها ينسون المشاكل العائلية واليومية، حيث تؤكد هذه الحالة " لنسيان المرض والمشاكل مع أبي. تخيل أن أبي يعيش معي ولأراه كثيرا، حتى الشهرين ولهذا كانت الفجوة، ماذا أجد؟ الزطلة أمامي " (خ ن: 22 سنة من مدينة القبة الجزائر ، ثلاثة أعمال جراحية حول الأعضاء التناسلية، فكر في الانتحار أكثر من مرة ، مشاكل يومية مع الأب، رغم المستوى المعيشي الممتاز للعائلة. تمت المقابلة في 2004/08/22م).

تليها بعد ذلك نسبة من وجدوا تلك المتعة والأحلام الزائفة دون أي مشكل أو سبب في تعاطيها سوى الفضول وذلك الجو الذي توفره حيث يقول هذا المدمن " الزلطة دلي حاجة في عالم آخر كانت بنسبة لي الثقة "(م.م : 28 سنة من حاسي مسعود الأصل من وادسوف أبوه عامل في شركة سوناطراك، السكن تجمع سكاني من النوع الراقي لعمال سوناطراك، بداية التعاطي 1994. تمت المقابلة في 2004/06/15م) وقدرت بـ 17,64 % وبعدها 20,58 % على أنها هي الأساس في حياتهم هذا ما يطلق عليه في العلاج التبعية dépendance سواء لاسيكولوجي أو الفيزيولوجي وبنسبة 11,76 % أكدوا على أنها الأنيس الوحيد نتيجة لعزلتهم عن المجتمع سواء لأسباب شخصية أو عائلية أو راجع لإحباطات نفسية جعلتهم يفقدون الثقة فيمن حولهم فهذا ما يؤكد هذا المدمن: " لكي ندسى المشاكل والكلام عن أمي الذي حطم حياتي روح لزلطة والأقراص باش مندمعش الهدرة " (هم : 20 سنة، من أولاد يعيش البليدة سبب تعاطيه للمخدرات عقدة نفسية نتيجة سوء أخلاق الأم والأخت. تمت المقابلة في 2004/06/08م).

ومن الحالات من لجأت إلى المخدرات وباستمرار نتيجة لإدراك أن من الأسر من أنهم لن يتحملوا المسؤولية أو الاستهزاء بهم وهذا أكدته النسبة 08,82 % حيث يقول هذا المدمن: "من أجل الفتاة التي أحببتها قلت للأمي خطبها لي لكن العائلة لم تبالي بالأمر" (خ.م : 20 سنة، من قسنطينة، الأب متسلط الحي معروف بالانحراف، قام بعدة سرقات من أجل المخدرات، البداية مع المخدرات 2001، قبلها كان مع بدائل المخدرات، patex، و deliant. تمت المقابلة في 2004/08/02م).

أما البعض من المدمنين فكانوا يتعاطونها أحيانا دون الإكثار منها ويتجلى هذا من خلال النسب المتساوية والمقدرة بـ 33,33 % فقد أكدت بعض الحالات على أنهم كانوا يجهلون بخطرتها وهذا نتيجة لتلك المتعة والأحلام الزائفة التي توفرها في البداية، وهذا ما تقول به هذه الحالة "ماعرفتش واش هي المخدرات" (أ.ف : 25 سنة من مدينة الرغاية، الحالة المادية للعائلة ممتازة، الأب متسلط، الحالة بعمل عون تجاري لشركة طيران خاصة، بداية التعاطي 14 سنة، عاش في لندن 4 سنوات هناك تعلم مادة المورفين وأصبح مدمن لها. تمت المقابلة في 2004/07/18م)، لكن بمرور الوقت والتعاطي نجد البعض يتعاطوها عندما تظهر المشاكل وبداية القلق وعدم القدرة لحل هذه المشاكل سواء لنقص في شخصيتهم أو لانعدام الثقة منذ الصغر، فتصبح هذه المخدرات هي الحل لتعويض تلك الثقة أو النقص، حيث يقول هذا المدمن "راحتلي الثقة في صغري، وكدي نتقلق ويبان مشكل أروح للزلطة باش ننسى" (ج.م : 35 سنة من مدينة بوقاعة سطيف، أب لطفل، بداية التعاطي 1994. تمت المقابلة في 2004/06/14م).

ومنه يمكن القول أن المخدرات بدايتها كانت بتجربة والفضول وما توفره في الوهلة الأولى من تعاطيها من أحلام ومتعة، تكون هي بداية نقطة بداية الإدمان وهذا ما تأكدنا منه حيث أن جل المبحوثين أصبح تعاطيهم للمخدرات باستمرار ويومياً، وربما يتعدى إلى نوع آخر من المخدرات، ويصبح متعدد المخدرات **Polytoxicomane**، وهذا ما سيبيئه الجدول الآتي، أي المخدرات المفضلة والسبب في تفضيلها؟

الجدول رقم (30): علاقة المدمن والمخدرات المفضلة لديه.

المجموع		الكوكايين		الكوديين		المورفين		الهيروين		الأقراص المهلوسة		القنب الهندي + الأقراص المهلوسة		القنب الهندي -الكيف-شيرة- زطلّة-		المخدرات المفضلة سبب تفضيلها
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
03,03	01	-	-	-	-	-	-	50	01	-	-	-	-	-	-	مزيل الألم
36,36	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	06	54,54	06	موفر وفضلة
21,21	07	-	-	-	-	-	-	-	-	20	01	33,33	04	18,18	02	النشاط + الأحلام
12,12	04	-	-	-	-	-	-	-	-	40	02	16,66	02	-	-	الهدوء+ الأحلام
09,09	03	-	-	-	-	-	-	-	-	20	01	-	-	18,18	02	نسيان المشاكل
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	09,09	01	غياب الحنان الأسري
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	20	01	-	-	-	-	تساعد على النوم
12,12	04	100	01	100	01	100	01	50	01	-	-	-	-	-	-	المتعة والنشوة-السعادة-
100	33	100	01	100	01	100	01	100	02	100	05	100	12	100	11	المجموع

يبرز من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة 36,36% أكدت على أن المخدرات المفضلة لديها هي القنب الهندي المعروفة بين أوساط المدمنين بالكيف، الشيرة، الزطلة، والأقراص أو المصطلح المتداول – الكاشيات- خاصة أقراص Diazepam المعروفة بالزرقة أو الحمالة وأقراص Clonazepam المعروفة بـ-Rivotril والمتداولة تحت اسم الحمراء Madame courage, Roche هذا النوع من المخدرات والأقراص متداول بكثرة بين أوساط الشباب الجزائري والمدمنين نتيجة لثمنها البسيط والرخيص (طرف شيرة بـ dix وقرص بـ 50 دج) وما مئات الكيلوغرامات التي تحتجزها الأجهزة المختصة إلا دليل على ذلك وفي ظل غياب الرقابة على الصيدلة والأطباء المختصين، والتطور الملحد وظفي طرق التهريب ومع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، وظهور ثقافات فرعية، وانعدام الأفق أصبحت هذه المواد هي الملجأ، وهذا ما أكده هذا المدمن " الشيرة والأقراص كإينة بزاف، والجزائريين والشباب يعرفوا غير الشيرة والأقراص لأن الأثدياء الأخرى غالية علينا." (ج.م : 35 سنة من مدينة بوقاعة - سطيف- بداية التعاطي 1994م. تمت المقابلة في 2004/06/14م).

في حين 21,21% من يفضلون القنب الهندي والأقراص المهلوسة أو كما يعرف في الأوساط الطبية polytoxicomane وهذا ما توضحه النسبة 33,33% ونتيجتها تساعد المدمن على النشاط والحركة خاصة أقراص Diazepam أو ما يعرف بالزرقة، حيث يقول هذا المدمن " الزطلة والكاشيات تعلمني الهدرة ونزدم ما نخافش وكإينة، رخيصة وين تروح تشري عبارة عن سوق عرض وطلب" (-ل.ع : 24 سنة من الجلفة – دخل إلى السجن 1997م بسبب السرقة، بداية التعاطي بالغراء وبعد الخروج من السجن الزطلة والأقراص (تمت المقابلة 2004/06/21م)). أما نسبة 12,12% أن المخدرات المفضلة لديهم هي القنب الهندي والأقراص المهلوسة، وهذا لتوفرها في السوق وتساعدهم على الهدوء والعيش في الأحلام المزيفة وما يميز هذه الفئة أنها تتعاطى المخدرات والأقراص لتتنزل عن المجتمع وهذا ما توفره هذه المواد وبالمساعدة الشخصية والنفسية لمتعاطيها، وهذا ما يقوله هذا المدمن " الزطلة لازم تتكيفها باش نتخلوى، كذت نتكيفها لنفسية فقط" (م.س : 16 سنة من باش جراح، الجزائر، بداية التعاطي المخدرات 2001م بواسطة ابن عمه مدمن عليها، الحالة المادية للعائلة ممتازة، أبوه شاب من عائلة صغيرة. تمت المقابلة في 2004/06/23م).

ونجد نسبة 09,09% تفضل القنب الهندي والأقراص لتوفرها من جهة ويلجؤون إليها لنسيان المشاكل سواء كانت عائلية أو في الحياة اليومية أما البعض بـ 03,03% فتعوضه عن الحنان الأسري.

هذا من جهة، من جهة أخرى نجد فئة ونظر الظروف المعيشية الممتازة وتوفر الأموال أو تواجدها بمهن تساعد على اقتناء هذه المواد السامة بسهولة، وما نسبة 12,12% إلى دليل على ذلك ومن خلال دراستنا الميدانية اكتشفنا المورفين، الكوديين، الهيروين، الكوكايين وأقراص Subutex فمثلا الهيروين يبلغ ثمنه ما بين 6000 دج و8000 دج للغرام الواحد، ونتيجة لمفعولها القوي وللتأكد من ذلك نترك هذا المدمن يقول: "تعلمت الهيروين في لندن كان عذبي نقص في الشخصية نشمها ترجعني خلوي نحلم ولات عضو من الجسم" (أف: 25 سنة من مدينة الرغاية، تعدم الهيروين في لندن. تمت المقابلة في 2004/07/18م) ويقول الآخر: "تحب Codéine، الحيوية، السعادة كل شيء، أصبحت هي الحياة" (م.ب: 40 سنة من مدينة باتنة موظف في القطاع الصحي CHU Batna مخبري، بداية تعاطي أقراص codéine 1986م في المستشفى. تمت المقابلة في 2004/07/31م). وقد أكدت بعض التقارير "أن الجزائر تأثرت في السنوات الأخيرة بالتجارة العابرة للهيروين والكوكايين، فنسبة 70% منهي تجارة عابرة بينما تبقى 30% للاستهلاك الداخلي" [194] ص 13. وما يلاحظ أن القنب الهندي والأقراص المهلوسة تعتبر من المخدرات المفضلة لمدمنيها، نتيجة لتوفرها وثنائها لارخيص، وهذا نتيجة لموقع الجزائر الذي بتوسط أماكن الإنتاج والاستهلاك (الشمال والجنوب) والتدهور الاقتصادي وتفشي البطالة، وتقهر القيم الأخلاقية السامية في المجتمع، والحالة النفسية للشباب الناتجة عن انعدام الأفق، وفي غياب سياسة وطنية واضحة في ميدان مكافحة المخدرات، تبقى هذه الأخيرة، أي القنب الهندي والأقراص المهلوسة بين أوساط هذه المواد المخدرة، فما هي الأسباب والطرق للحصول وشراء هذه المواد؟

الجدول رقم (31): الأساليب والطرق للحصول على المخدرات.

الأساليب والطرق للحصول على المخدرات	ك	%
من الأقارب	01	03,03
الموال الخاصة (العمل التجارية)	14	42,42
المتاجرة بالمخدرات	03	09,09
السرقَة + المتاجرة بالمخدرات	09	27,27
جماعة الرفاق	03	09,09
البغاء + السرقَة	01	03,03
المصرف اليومي (العنلة)	02	06,06
المجموع	33	100

الملاحظ هذا أن من المدمنين كانت طرق والأساليب التي يعتمدون عليها للحصول على المخدرات من خلال أموالهم الخاصة سواء عن طريق التجارة حيث نجد البعض له نشاط تجاري

سواء محلات أو من خلال العمل مع الأب والبعض من خلال وظيفته، وقد أكد البعض أن تعاطي المخدرات لا بد لها من مصروف خاص، وهذا ما يقوله هذا المدمن " أنا فحل في تجارتي وما نفرطش فيها ، وشيرة نصرف عليها من جيبى ومنحتاجش حتى واحد " (ح.ع: 32 سنة من مدينة الياشير، برج بوعريرج، أخوه رئيس بلدية الياشير، العائلة تعتبر من أعيان المدينة، لهم مطحنة صناعية للدقيق وهو يسيرها، أخوه مات في حادث مرور 1995 نتيجة تعاطي المخدرات. تمت المقابلة في 2004/06/30م) وبلغت هذه النسبة 42,42 % أما البعض الآخر 27,27 % فقد كانت أساليبهم السرقة والمتاجرة بالمخدرات خاصة في السنوات الأخيرة فقد كانت الجزائر منطقة عبور للمخدرات، لكن أصبحت تتجه إلى سوق الاستهلاك فهنا ما يزيد من حدة العرض والطلب ومن خلال الأموال التي تكتسب من وراء هذه التجارة "وقد أجمع الخبراء على أن الجزائر قد أصبحت من بين الدول المستهلكة للمخدرات بعد أن كانت ممرًا لتجارها، مما سديفتح المجال واسعا لإنتاجها وتصنيعها محليا لما تحققه هذه التجارة من مداخيل هامة بلغت قيمتها دوليا خلال 2003 أكثر من 300 مليار دولار " [139] ص 12. ولتأكيد هذا، يقول هذا المدمن: "الشيرة كنت نشرىها بأموالي الخاصة من خلال المتاجرة في المخدرات في البداية كنت نصرف 500 دج ثم تطورت الأمور وليت نصرف 5000 دج" (ب.ر: 26 سنة من مدينة برج منايل، تاجر في القماش، تمت المقابلة في 2004/08/10م) ويقول الآخر "بطلت الخدمة مع خالي سرقنا 3 ملايين وأدوات العمل، خالي كن يعطيني شهرية 12000 دج، وأصبحت كل وقتي في المخدرات في 13 شهر صرفت 23 مليون " (خ.م: 20 سنة من قسنطينة، أبوه مقاول في كهرباء السيارات تمت المقابلة في 2004/08/02م) ، وقال الآخر "سرقنا من أجل الشيرة ، سرقنا كلش ،سلسلة تاع الذهب وبعناها 15000 دج ، هاتف نقال من نوع Samsung وبعنا 8000 دج وكى كنت نخدم موزع الأدوية سرقنا 5 غلب من الحجم الكبير من مادة Rivotril بقيمة 50000 دج ودورتها زنا ، شيرة وسهرات " (ق.م: 19 سنة من قسنطينة، كان موزعا للأدوية للمستشفيات، أبوه مسؤول وحدة البريد بداية التعاطي 1999. تمت المقابلة في 2004/07/04م).

وبنفس النسبتين 09,09 % كانت أساليبهم لحصول عليها من خلال المتاجرة فيها والبعض من خلال جماعة الرفاق خاصة في الأوقات المسائية وفي مكان معزول من الناس ويكون هذا بالاشتراك في الأموال أو يشتريها احد منهم ، وهذا يبرز دور جماعة رفاق السوء في انتشار المخدرات بين أوساط الأطفال والمراهقين ، خاصة من لديهم خبرة في هذا الميدان وخاصة في الأحياء الشعبية التي تشهد معدلات الانحراف والجريمة درجة عالية ، في حين نجد 06,06 % كانت تشتري المخدرات من خلال "المصرف اليومي" الذي توفره له الأسرة أو الأب، وهذا راجع إلى

المستوى المعيشي للمريح للعائلة، ومن خلال أساليب التدشئة الاجتماعية لبعض الأسر في تدليل أولادها دون إخضاعهم لرقابة أو انعدام وسائل الضبط الإجتماعي. حيث يقول هذا المدمن " بابا كان يعطيني المصروف يوميا 200 دج مدة عامين، لما بديت نخدم معاه في المدلات يعطيني أسبوعيا 5000 دج، نترشق، نزهى، نتكيف الشيرة، ندير كلش " (م.س : 16 سنة من باش جراح -الجزائر- بداية تعاطي المخدرات 2001م بواسطة ابن عمه مدمن عليها. تمت المقابلة في 2004/06/23م) وبذسبة 03,03% كانت لهم أساليب أخرى للحصول على المخدرات، خاصة الإناث فمنهن من امتهن البغاء والسرقه، والأخريات بواسطة الأقارب. وما يمكن قوله و استنتاجه أن الأساليب وطرق الحصول على المخدرات تختلف من مدمن إلى مدمن، وإن كانت دراستنا الميدانية ومن خلال مقابلاتنا اليومية أن غالبية المدمنين كانوا يتحصلون على المخدرات من أموالهم الخاصة سواء من العمل اليومي أو تجارة، غير أن منحنى استهلاك وترويج المخدرات في بلادنا شهد ارتفاعا، مما تزايدت معه نسبة الجرائم والسرقات والاختلاسات والنصب من أجل الحصول على المخدرات وتشير آخر الإحصائيات إلى أن الظاهرة بدأت في الآونة الأخيرة تشمل مختلف الفئات العمرية في المجتمع، و في هذا الإطار " تم منذ بداية سنة 2004م والى غاية شهر أوت من نفس السنة حجز قرابة 3 أطنان من الكيف المعالج وأكثر من 80 ألف قرص مهلوس، وعالجت مصالح الدرك الوطني 1129 قضية متعلقة باستهلاك أو ترويج المخدرات، حيث ألفت على 1737 شخص أودع 1291 منهم الحبس الاحتياطي فيما استعاد 446 من الإفراج المؤقت، وتشير الأرقام أنه من الموقوفين تمثل نسبة العاطلين 49% في حين يأتي الموظفين بـ 27% ويتواجد من بين الموقوفين 32 امرأة " [195] ص17.

الجدول رقم (32): أفضل أوقات تعاطي المخدرات حسب رأي المدمن.

المجموع		في الليل		بعد العصر إلى غروب الشمس		طوال اليوم		صباحا بعد الاستيقاظ من النوم		بعد منتصف النهار		بدون وقت		أفضل أوقات التعاطي رأي المدمن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
06,66	03	-	-	-	-	11,11	01	-	-	-	-	66,66	02	حسب الحالة النفسية
04,44	02	-	-	05,88	01	11,11	01	-	-	-	-	-	-	المرض
22,22	10	-	-	-	-	-	-	76,93	10	-	-	-	-	النشاط والقوة Manque
22,22	10	-	-	35,29	06	33,33	03	07,69	01	-	-	-	-	ملاً الفراغ
06,66	03	-	-	-	-	11,11	01	07,69	01	100	01	-	-	من الضروريات
02,22	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33,34	01	عند توفر الأموال
06,66	03	-	-	05,88	01	11,11	01	07,69	01	-	-	-	-	لنسيان المشاكل
04,44	02	-	-	-	-	02,22	02	-	-	-	-	-	-	المغامرات العاطفية
02,22	01	50	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البغاء والملاهي
22,22	10	50	01	52,94	09	-	-	-	-	-	-	-	-	مفعولها يكون قوي-خلوي-
100	45	10	02	100	17	100	09	100	13	100	01	100	03	المجموع

ملاحظة: في هذا الجدول ومن سؤال المقابلة كانت الإجابة متعددة، أي أن المدمن أجاب أكثر من إجابة واحدة.

من خلال المعطيات يظهر جلياً أن أفضل أوقات تعاطي المخدرات بين (العصر وغروب الشمس) فبنسبة 52,94% أكدوا أن أفضل أوقات لتعاطي المخدرات بعد العصر إلى غروب الشمس، لعدة مميزات تخص هذا الوقت وكذا المادة المتعاطاة وهي :

- في هذا الوقت وخاصة في وقت الصيف يبدأ الحال يبرد (درجة الحرارة تنخفض)، وهذا ما يساعد المتعاطين في تعاطيها.

- أما في فصل الشتاء فالنهار قصير خاصة بعد العصر وهذا يكون مفعول المخدرات قويا بطول الليل.

- أيضاً من مميزات المخدرات، أن هذا الجو أو الوقت مناسب من حيث قلة الضجيج والهدوء التام وهذا ما يحبه المدمنون.

حيث يقول هذا المدمن: " الوقت الشباب، كي تغرب الشمس الحال يبرد، هنا النخوة تاع الشيرة تحكم مديح" (ب.أ : 19 سنة من مدينة العطاف – عين الدفلى- بداية التعاطي في سن العاشرة قبلها كما ان يشم Patex, Vernis, Déliant، التدخين. تمت المقابلة في 2004/07/11م).

في حين نجد 35,29% يفضلون هذا الوقت لملء الفراغ، وهذا بعد مجهود طيلة اليوم سواء في التجارة، أو أصحاب الوظائف وكذا البطالين، وهذا راجع لقلة أماكن الترفيه والتسلية خاصة الهادفة، وإن وجدت فهي تفنقر إلى التأطير والبرامج التي تجذب الشباب، حيث يقول الأستاذ (عيسى بوزغينة): " إن ثقافة أوقات الفراغ في المجتمع الجزائري لم تتبلور بعد، ولم تأخذ مكائنها وحققها في الاهتمام والبرمجة والدراسات، وقد ظهرت في المقابل تجارة للهو بلا ضوابط ودون مراعاة لقيم المجتمع، وهي التجارة التي تدر على هذا الأخير سيلا من الإفرازات الضارة التي تنعكس على سلوكات الناشئة بالنتيجة والضياع والانحراف" [118] ص 118.

في المقابل نجد 76,3% أكدوا على أن أفضل أوقات تعاطي المخدرات (صباحاً) مباشرة عند الاستيقاظ من النوم، وهذا راجع لما تمنحه هذه المواد المخدرة، خاصة الأقرص من نشاط وقوة حسب قولهم. أو ما يعرف في لغة المدمنين (manque) ومن المدمنين من يكون يومه كله مخدرات فبنسبة 33,33% وخاصة فئة البطالين يومهم كله مخدرات والعزلة عن المجتمع لملأ الفراغ، وبنسبة 22,22% من أجل مغامرة أو مغامرات عاطفية فاشلة أو وقوف العائلة ضد هذه العلاقات مما يولد الإحباطات لدى نفسية الفرد فيتجه إلى المخدرات لتعويض هذا النقص. ومن المدمنين من أصبحت المخدرات بالذنب إليهم من الضروريات ولا يمكن الاستغناء عنها، أو من وجدوا في المخدرات الملجأ الوحيد لنسيان مشاكلهم سواء الاجتماعية أو الأسرية وهذا ما بينه الجدول.

وما يمكن قوله أن أفضل أوقات تعاطي المخدرات تختلف من مدمن إلى مدمن، سواء تعلق الأمر بالتركيبية النفسية والفيزيولوجية لكل مدمن. ولكل وقت من أوقات التعاطي خصوصيات، وهذه الخصوصيات كذلك تختلف من مدمن إلى مدمن ولا يعرف هذه الخصوصيات إلا المدمنين أنفسهم والمادة نفسها.

ملاحظة:

الدراسة الميدانية لم تقتصر على المصلحة فقط، فمن خلال الملاحظات اليومية داخل الإطار الجغرافي الذي أظن فيه - بلدية شفة - وترددي على الأماكن المعروفة بالمتاجرة وتعاطي المخدرات خرجت بملاحظات وهي :

- أفضل أوقات للمتاجرة وتعاطي المخدرات بعد العصر إلى غروب الشمس.
- يتردد على هذه الأماكن من مختلف الفئات العمرية، من الأطفال أقل من 15 سنة إلى الكبار أكثر من 45 سنة.
- بعض الفئات التي تتردد على هذه الأماكن ظروفها الاجتماعية والمعيشية ممتازة.
- كذلك عنصر الإناث، خاصة الغرباء عن المنطقة.
- أيضا من المترددين إلى هذه الأماكن ممن يمتنون وظائف حكومية، من بينها أعوان الأمن.
- أيضا هذه الأماكن معروفة لدى العام والخاص لكن دون مراقبة وإن وجدت دون جدوى.

الجدول رقم (33): أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات.

المجموع	المرض		سنوات الإرهاب		الحياة العسكرية		رفقاء السوء		الوقوع تحت تأثيرها		عزلة المنطقة		حياة الشباب -الزهو-		الخيانة العائلية		المغامرات العاطفية		لا يوجد مشاكل		السبب الآخر السبب الدافع للتعاطي	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
18,18	06	-	-	-	-	100	01	-	-	-	-	-	-	50	01	-	-	16,66	01	25	03	ملأ الفراغ -الروتين اليومي-
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,66	01	-	-	الهجرة إلى الخارج
09,09	03	-	-	100	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	02	-	-	-	-	شرف العائلة
18,18	06	100	01	-	-	-	-	25	01	33,33	01	-	-	50	01	-	-	33,33	02	-	-	المشاكل الأسرية
15,15	05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41,66	05	الوقوع في فخ المخدرات
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	01	-	-	-	-	-	-	-	-	غياب الحنان الأسري
15,15	05	-	-	-	-	-	-	50	02	33,33	01	-	-	-	-	-	-	16,66	01	08,33	01	المشاكل الاجتماعية العمل السكن الفقر
12,12	04	-	-	-	-	-	-	-	-	33,33	01	-	-	-	-	-	-	16,66	01	16,66	02	فقدان الثقة الوسوسة
03,03	01	-	-	-	-	-	-	25	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	08,33	01	العلاقات الجنسية
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الاغتصاب
100	33	100	01	100	01	100	01	100	04	100	03	100	01	100	02	100	02	100	06	100	12	المجموع

توضح هذه البيانات أن 18,18% أن من أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات هو الروتين اليومي الملل والفراغ ولأجل ملأ هذا الفراغ أكد 25% على أنهم ليست لديهم أي مشاكل سواء عائلية أو اجتماعية غير أن الفراغ الذي يطبع حياتنا اليومية من أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات بالإضافة إلى انعدام الأفق، حيث تؤكد هذه الحالة " ليوجد أي شيء صدقني الفراغ والروتين الذي موجود في مدينتنا وانعدام المرافق والعناية بالشباب " (ب.أ : 19 سنة من مدينة العطف-عين الدفلى- بداية التعاطي سن العاشرة . تمت المقابلة في 2004/07/11م).

بنفس النسبة 18,18% أكدت للمشاكل الأسرية الناجمة عن توتر العلاقات بين أفراد الأسرة أو الوالدين أحد أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات أو لارتباطها بأحد الأب أو الأم، فبنسبة 33,33% أكدت أن سبب التماهي في تعاطي المخدرات هي المشاكل الأسرية وكذا المغامرات العاطفية الفاشلة والتي تنجم عن رفض العائلة في إنهاء هذه المغامرات من خلال الزواج، أيضا أكد البعض أن المشاكل الأسرية وارتباطها بالأسباب الأخرى كجماعة الرفاق المنحرفين أو لمرض مزمن أو الوقوع تحت تأثير المخدرات في ظل غياب الاهتمام الأسري والمعاملة القاسية والتسلط الأبوي حيث يقول هذا المدمن " الزطلة حكمت فيا والمشاكل مع أبي هو الذي دفعني إلى المخدرات هو السبب " (خ.م : 20 سنة من قسنطينة، تسلط الأب دفعه إلى الاندراف والمخدرات. تمت المقابلة في 2004/08/02م).

في حين نجد 15,15% ليست لديها أي مشاكل تكون السبب في تعاطي المخدرات سوى فخ المخدرات، فالمخدرات بدايتها تكون حبا في ذلك وفضولاً، وبعد مدة يقع تحت تأثيرها أو كما يعبر عنها المدمنون (vis وحيلة)، أيضا نجد ومن خلال الملاحظة المعمقة للجدول أن للمشاكل الاجتماعية الناجمة عن البطالة وأزمة السكن وتدني المستوى المعيشي للأسرة، أحد أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات والمقدرة بـ 08,33%، وبنسبة 16,66% أن انعدام الثقة والقلق والوسوسة المسيطرة عليهم، وانعدام الثقة في المحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه (المجتمع والأسرة)، خاصة هذه الأخيرة، حيث يقول (حامد عبد السلام زهران): " التنشئة الاجتماعية عملية تعليم وتربية، تقوم على التفاعل الاجتماعي وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكا ومعايير واتجاهات وقيما لأدوار اجتماعية معينة، تمكنه من مسايرة جماعته والتوافق معها، وتيسر له الاندماج في الحياة الاجتماعية." [148] ص 213. ولنقارن بهذا القول لهذا المدمن حيث يقول: " الفراغ والقلق دارنا كي كنت صغير كانوا مزيريني بزاف " (ب.ف: 25 سنة من مدينة الرغاية، عون تجاري في شركة خاصة للطيران، التربية الصارمة، والتسلط الأبوي دفعه إلى المخدرات. تمت المقابلة في 2004/07/18م).

وما يمكن قوله من هذا الجدول أن من أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات، هي المخدرات نفسها وما تحدثه من التبعية سواء النفسية أو الفسيولوجية، وشخصية المدمن نفسه في غياب الإرادة للإقلاع عن المخدرات دون إهمال الأسباب الأخرى التي وراء ذلك، خاصة إذا كانت هذه الأسباب ناجمة عن الإحباطات أو حادثة وقعت في حياة الفرد خاصة في فترة الطفولة وما تركته من آثار نفسية واجتماعية في شخصية الفرد.

الجدول رقم (34): مدى محافظة المدمن على ممارسة هوايته بعد تعاطي المخدرات.

المجموع	الحلاقة		سباق السيارات		الرماية السلاح		جميع الفنون الشعر الرسم الموسيقى		الحرفة بالوراثة		العلاج		تأثير المخدرات والأقراص		حقنة الهيروين		أسباب التوقف	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الهواية	
39,39	13	100	01	100	01	100	01	83,33	05	100	03	100	02	-	-	-	-	المدوامة
48,48	16	-	-	-	-	-	-	16,66	01	-	-	-	-	77,77	14	100	01	التوقف عن الممارسة
12,12	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,22	04	-	-	دون نشاط
100	33	100	01	100	01	100	01	100	06	100	03	100	02	100	18	100	01	المجموع

يتبين من خلال هذه البيانات أن 48,48% توقفوا عن ممارسة هوايتهم المفضلة، فنسبة 77,77% أكدت أن تأثير المخدرات والأقراص المهلوسة من أهم الأسباب التي كانت وراء توقفهم عن ممارسة هوايتهم، وهذا ما تتركه هذه الأخيرة من آثار نفسية و بدنية، ونجعل من الفرد تابع لها، مما ينجم عنه عدة مشاكل اجتماعية وتربوية و أسرية، والتوقف عن ممارسة واجباته اليومية سواء كانت رياضية أو مهنية أو حتى أسرية والدخول في مجال الانحراف و المخدرات وبنسبة 39,39% ومن خلال المقابلة اليومية أكدت أنها بقيت محافظة على الهواية المفضلة لديهم خاصة إذا تعلق الأمر بالهواية الموروثة عن الآباء ذات الطابع التجاري، أما نسبة 83,33% أكدت على أنه لا توجد أي علاقة بين المداومة على الهواية وتعاطي المخدرات، فهذه الأخير لا دخل لها، فالمخدرات بالنسبة لهم شيء سلبي وقعدا فيه أما الهواية فهي حب لذلك الشيء الذي يمكن ورائه التعبير عن ذاتنا وشخصيتنا - أنظر الملاحق - وإن كانت المداومة على الهواية بصفة متقطعة.

ومن خلال الدراسة الميدانية أن تعاطي المخدرات أو كما يعبر عنه المدمنين "قاروا زطلبة يخليك تخدم وتحب خدمتك ومتحسش بالوقت والناس." (رأي بعض المدمنين من خلال المقابلات اليومية داخل المصلحة) ونجد البعض بنسبة 100% توقفوا ولو مؤقتا من أجل العلاج من آثار المخدرات، أما بنسبة 22,22% أكدت أنها لم تمارس أي نشاط رياضي أو حرفي وليست لديها أي ميولات أو هوايات، وتعاطي المخدرات والأقراص لا تترك المجال أو التفكير في ممارسة هواية، أو نشاط رياضي وثقافي لسد أوقات الفراغ سوى العلاج من آثارها.

ومنه نستنتج أن تعاطي المخدرات أحد أهم الأسباب التي تؤدي إلى الانحراف والجريمة والسرقة... الخ وقد أكد أحد علماء الاجتماع الأمريكيين على ذلك الخطر بقوله: "إذا لم يهلك الإنسان نفسه بالقبلة النووية، فإنه لمحالة سيدمر نفسه بالفراغ." [118] ص 119. وهذا ما سنطرحه في الجدول الآتي، دور وسائل الترفيه أو أماكن لقضاء وقت الفراغ.

الجدول رقم (35): علاقة وسائل الترفيه ودورها في قضاء وقت الفراغ.

المجموع	الملاهي Les Bars		البرامج لترفيهية لا تفي بالغرض		وجودها أو عدم وجودها المخدرات واقع معاش		لا تستقطب الشباب (دون روح)		وجودها أو عدم وجودها لا أبالي بها		لها دور كبير في سد الفراغ		قضاء وقت الفراغ وسائل وأمكن الترفيه	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
57,57	19	-	-	100	03	40	06	100	02	100	06	40	02	المراكز الثقافية ودور الشباب
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	01	النوادي الرياضية
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	01	صالونات الحلاقة
03,03	01	-	-	-	-	06,66	01	-	-	-	-	-	-	الملاعب كرة القدم
03,03	01	-	-	-	-	06,66	01	-	-	-	-	-	-	المسابح
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	01	منطقة نائية
03,03	01	-	-	-	-	06,66	01	-	-	-	-	-	-	سباق السيارات
24,24	08	100	02-	-	-	40	06	-	-	-	-	-	-	معدومة لا توجد
100	33	100	02	100	03	100	15	100	2	100	06	100	05	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول أن 57,57% من المدمنين توجد في مكان إقامتهم وسائل وأماكن لقضاء أوقات الفراغ من خلال المراكز الثقافية ودور الشباب الموجودة على مستوى الأحياء أو المناطق شبيهة الحضرية، والمقابلات المعمقة التي أجريناها تبين أن نسبة 100% أكدوا على أن وجود هذه الوسائل والأماكن أو عدم وجودها لا نبالي بها فهي ليست من اهتماماتنا ونسبة 40% من أن المخدرات واقع معاش في أوساط الشريحة الشبابية حتى وإن وجدت هذه الأماكن والوسائل، فقد أصبحت هذه الأماكن في حد ذاتها أماكن لما يسمى "ظاهرة تجارة اللهو" ذات الأبعاد الاجتماعية الخطيرة على الطفولة والشباب، في غياب وضع برامج التنشيط والتأطير البيداغوجي لهذه المؤسسات، وبنفس النسبة 100% فأكدوا أن برامج هذه المؤسسات أصبحت لا تقي بالعرض في ظل التغيير الاجتماعي السريع الذي يشهده المجتمع الجزائري. مما أدى إلى ظهور عدد من الشرائح الشبابية المتميزة، تبعاً لتغير البيئة الحضرية والاجتماعية، والبعض أكد على أنها أصبحت هيكل بدون روح لا يستقطب الشباب، حيث يقول الأستاذ عيسى بوز غينة: "إنه لا يكفي إيجاد مؤسسة فحسب بل لابد من مراعاة الشروط الضرورية باعتماد نظرية -الوظيفة تحدد المرفق- وليس العكس المرفق يحدد الوظيفة" [118] ص 124.

في حين نجد 24,24% أكدوا على أن لا وجود لهذه الأماكن والوسائل لقضاء وقت الفراغ، وهذا ما أكدته نسبة 40%، حتى وإن وجدت هذه الأماكن والوسائل فالمخدرات واقع معاش، فالمشكل ليس في أماكن ووسائل قضاء وقت الفراغ سواء في الحي أو المدينة إنما المشكل يكمن في الأساليب والإمكانيات التي يمكن تسخيرها فيما يعود بالمنفعة على الفرد والمجتمع.

أما البعض فأكد أن لهذه الأماكن والوسائل دور كبير في سد الفراغ والترفيه عن النفس، إذا ما استغلت بطريقة عقلانية بعيدة عن البريكولاج أو التفتيق، وذات أبعاد تربوية واجتماعية وثقافية. ومنه نستنتج أن إشكالية أوقات الفراغ بالنسبة للشباب والمجتمع بصفة عامة تتعدد يوماً بعد يوم، في ظل تنامي المخدرات وترويجها والتسرب المدرسي والركود الاقتصادي، وتفشي البطالة، وقلة مرافق الاستقبال الخاصة بالتنشيط الثقافي الترفيهي والترفيهي، وتدني سلم المعايير والقيم، وظهور في المقابل تجارة اللهو بلا ضوابط دون مراعاة لقيم المجتمع، وهذا ما تؤكد منه فالمخدرات أصبحت واقع معاش حتى وإن وجدت أماكن لقضاء وقت الفراغ، فهذه الأخيرة أصبحت الأماكن المفضلة لتعاطي هذه المواد وحتى ترويجها، وتوخياً للموضوعية يجب عقد ندوة خبراء وباحثين لانجاز وثيقة علمية تربوية حول أوقات الفراغ، على أساس معطيات سوسيواقتصادية نفسية للمجتمع الجزائري، تفيدنا في عمليات التحسيس والنوعية والبرمجة والتنفيذ، كإحدى أركان إستراتيجية العمل مع الأطفال والشباب" [118] ص 120.

5. 3. 2. 1. أهم الاستنتاجات ونتائج بداية التعاطي - الإدمان :-

ما يمكن أن يستخلص بعد التحليل الكمي والكيفي لجدول هذا العنصر، أهم النتائج والاستنتاجات التالية:

* تجربة بداية تعاطي المخدرات تكون بالفضول ومعرفة خصوصية هذه المواد خاصة القنب الهندي، وما توفره من الوهلة الأولى لمتعاطيها من أحلام ومثمة، وهي نقطة بداية الإدمان، وهذا ما أكده جل المبحوثين حيث أصبح تعاطيهم باستمرار ويومياً. ويعتبر القنب الهندي والأقراص المهلوسة من أهم المخدرات المفضلة لمدمنيها، نتيجة لتوفرها وبأثمان رخيصة، وهذا لعدة عوامل سواء كانت جغرافية أو اجتماعية أو اقتصادية من بينها موقع الجزائر الذي يتوسط أماكن الإنتاج والاستهلاك، ارتفاع معدلات البطالة، الفقر... الخ، ومع تعدد العوامل والأسباب في تنامي ظاهرة تعاطي المخدرات فأساليب وطرق الحصول عليها تختلف من مدمن إلى مدمن آخر (أنظر الجدول رقم (32))، غير أن هناك منحى ومؤشر في زيادة عدد المدمنين والمتعاطين وهي ظاهرة المتاجرة في المخدرات خاصة القنب الهندي والأقراص المهلوسة، وما تدره من أموال، خاصة الأوساط الشبانية، فالمنطقة التي أظن فيها والتي تصنف ضمن المناطق شبه الحضرية، (يمارس شاب في 23 سنة تجارة المخدرات دون أي رادع قانوني أو عقابي، ومن خلال الملاحظة اليومية فالزبون من كل الأصناف خاصة أصحاب السيارات الفاخرة).

* إن أفضل أوقات تعاطي المخدرات تختلف من مدمن إلى مدمن آخر ولكل وقت من أوقات التعاطي خصوصياته، وأفضل هذه الأوقات هي:

- 1- صباحاً بعد الاستيقاظ من النوم وما تمنحه من النشاط والقوة عند تعاطيها.
 - 2- بعد وقت العصر إلى غروب الشمس.
 - 3- من المدمنين طوال اليوم، خاصة من لهم سنوات مع المخدرات والأقراص المهلوسة.
- أما عن أهم الأسباب الدافعة لتعاطي المخدرات، خاصة مع المراحل الأولى من الإدمان هي المخدرات نفسها وما تحدثه من التبعية النفسية والسيولوجية، وفي لغة المتعاطين (الاحتياج: le manque). وفي نفس الوقت إلى شخصية المدمن نفسه في غياب الإرادة عن الإقلاع عن المخدرات، دون إهمال الأسباب الأخرى التي وضحتها الجدول رقم (34) وهي:

- 1- من أجل ملأ الفراغ والروتين اليومي.
- 2- راجع للمشاكل الأسرية بدافع الانتقام.
- 3- المشاكل الاجتماعية من بطالة، إلى ضيق المسكن، الفقر.

* من المبحث الثاني حول طفولة المدمن، خاصة الجدول رقم (18) الذي بين أن جل المدمنين مارسوا الهوايات المفضلة إما في نواد رياضية أو جمعيات ثقافية أو بمفردهم. اتضح من الدراسة أن هذه النوادي الرياضية أو الجمعيات لم تقم بدورها التربوي والتثقيفي وحتى النفسي على أكمل وجه، مما كانت أولى بدايات الانحراف وتعاطي المخدرات مبكرة، وبمقارنة معطيات الجدول السابق بالجدول رقم (35) وما مدى محافظة المدمنين على ممارسة هواياتهم المفضلة بعد التعاطي والدخول في دوامة الإدمان، أن نصف المدمنين توقفوا عن ممارسة الهوايات المفضلة لديهم، وكان أهم سبب في ذلك تأثير المخدرات والأقران المهلوسة بعد سنوات من التعاطي في حين أن وسائل الترفيه والترويح أصبحت لا تفي بالغرض وإن وجدت لا تستقطب الأطفال والشباب وهذا راجع لعدة أسباب أهمها :

- 1- غياب المحتوى والنشاطات الهادفة في البرامج التربوية والترفيهية والترويحية، خاصة في المراكز الثقافية ودور الشباب، مما يجعلها لا تستقطب الشريحة الشبانية.
 - 2- غياب المساحات الرياضية والترفيهية في بعض المناطق الحضرية وشبه الحضرية.
 - 3- الغياب الكلي للمرافق الرياضية والثقافية في بعض المناطق الريفية خاصة للنائية منها.
- إن المخدرات وكثرة انتشارها أصبحت واقعا معاشا، رغم أن المنظومة الإستشفائية المتمثلة في مراكز العلاج والوقاية من المخدرات تقوم بدورها في العلاج الطبي والنفسي، رغم هذا لم تستطع احتواء المشكل فأين يكمن الخلل؟ هذا ما سنحاول الإجابة عنه في المبحث الرابع، الذي ركز على علاقة المدمن مع أسرته بعد التعاطي.

4.5 . علاقة المدمن مع أسرته بعد التعاطي:

الجدول رقم (36):رد فعل الأسرة أثناء علمها لتعاطي الحالة المخدرات.

الجموع	كل الأسرة		الزوجة		من طرف الجيران وأصدقاء الأب		المدمن نفسه		الأخوة الأخ - الأخت		الأم		الأب		من طرف أحد الأقارب		من علم بتعاطيه المخدرات رد فعل الأسرة	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
12,12	04	-	-	-	-	-	-	25	01	-	-	-	-	-	-	60	03	الصدمة أو المفاجأة
39,39	13	20	01	100	01	100	02	25	01	33,33	01	71,43	05	16,66	01	20	01	إبداء الإهتمام والاستفسار
27,27	08	40	02	-	-	-	-	25	01	-	-	28,58	02	50	03	20	01	الضرب الشتم الطرد
18,18	06	40	02	-	-	-	-	25	01	66,66	02	-	-	16,66	01	-	-	اللامبالاة الإهمال
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,66	01	-	-	الهروب من المنزل
100	33	100	05	100	01	100	02	100	04	100	03	100	07	100	06	100	05	المجموع

يشير الجدول رقم (36) إلى أن 39,39% من أفراد العينة أسرهم تبدي الاهتمام والاستفسار عن الوضعية التي وصلوا إليها حيث نجد أن 71,23% كان للأب الدور الكبير في كشف الحالات وإبداء الاهتمام والاستفسار سواء كان بالنصيحة والابتعاد عن رفقاء السوء، وهناك من أكد أن الأم كانت تعمل المستحيل حتى لا تسمح العائلة، وخاصة الأب، حيث يقول هذا المدمن: "أنا صارحت أمي بتعاطي المخدرات في سنة 2002 وهي أحست بنقص في وزني" (خ ن: 22 سنة - القبة- الجزائر، في سن 16 سنوات بداية التعاطي. تمت المقابلة في 2004/08/22م) أيضا نجد وبذسبة 25% أن المدمن نفسه صرح بحالته لأسرته، وبذسبة 20% علمت الأسرة كلها، وبداية العلاج والاهتمام به من أجل احتواء المشكل. أما بعض الحالات فقد صرحت وأكدت أنها عندما علمت أسرهم بتعاطي المخدرات، كانت تنتظر من أسرها الاهتمام والاستفسار وكيف وصلوا إلى هذه الحالة فقبلوا بالضرب والشتم والطرد، وهذا يتجلى في الذسبة المقدرة بـ 27,27% وبذسبة 50% كان لها الضرب والشتم والطرد، خاصة إذا كان الأب من النوع المتسلط وبذسبة 40% من طرف كل الأسرة من الضرب والشتم والطرد والإهانة المعنوية وهذا ما يجعلهم أكثر تمردا وانحرافا، والتمادي أكثر في التعاطي وهذا ما يؤكد هذا المدمن: "عام 1996 علمت أسرتي بتعاطي المخدرات بواسطة أبي الذي له خبرة في هذا المجال لأن أخي الأكبر كان يتعاطي المخدرات لم أقنع فكان لي الضرب، الشتم والطرد، بدل الاهتمام والاستفسار" (ب.ر: 26 سنة من برج منابل -بومرداس- بداية التعاطي في سن 18 (تمت المقابلة في 2004/08/10م). أما هناك فذة أكدت أن أسرهم علمت بتعاطيهم للمخدرات لكن دون اهتمام أو مبالاة والإهمال وهذا نتيجة لعدة أسباب سواء تعلق بالجاذب الاجتماعي من الفقر أو توفير لقمة العيش أو لغياب الأب أو نتيجة لأشياء أخرى كعدم قذوات الاتصال بين أفراد الأسرة أو المستوى المعيشي للعائلة والتعاملات التجارية أي الحياة المادية بدل التربية والتنشئة الأسرية السليمة، ولنوكد صحة هذه المعطيات فذسبة 18,18% موزعة على الشكل التالي فبنسبة 66,66% كان للإخوة النصيب الأكبر في اللامبالاة والإهمال نتيجة لوفاة الأم وغياب الحنان الأسري، وبذسبة 25% من صرح بنفسه إلى أمه بحالته، ففي البداية كان الاهتمام والاستفسار ثم الإهمال واللامبالاة وهذا لغياب الأب، حيث تقول هذه الحالة: "كان رد فعل الأم النصيحة وإبداء الاهتمام في البداية ثم أصبحت لا تبالي لأنها تعبت، خاصة أنها تعمل منظفة في إحدى المدارس، أي أنها لا تفكر سوى في لقمة العيش التي توفرها للأولاد." (ص.م: 21 سنة من البلدية، بداية التعاطي في سن 16 سنة، حي الدويرات الشعبي بالبلدية معروف بالمخدرات. تمت المقابلة في 2004/06/07م). وبذسبة 12,12% كاذت بالذسبة لأسرهم نوع من الصدمة والمفاجأة خاصة إذا كان سلوك المتعاطي لا يوحي بذلك، حيث نجد بعض ممن يتعاطون المخدرات

أن سلوكهم ومعاملتهم وأخلاقهم مع الناس وأفراد أسرهم جد ممتازة ولا توحى بتعاطي المخدرات، وهذا ما تجلى في نسبة 60% وتم هذا من طرف الأقارب الذي له دراية بهذا المجال وبنسبة 25% من صرحوا بحالتهم لأسرهم فكانت الصدمة من طرف الأسرة خاصة الأب، حيث يقول هذا المدمن: "أنا صارحت بحالتي لأسرتي عام 2001، وكانت الصدمة والحيرة من طرف العائلة، حيث كنت القدوة بالنسبة إليهم." (م.م : 28 سنة، حاسي مسعود ورقلة- الأصل من واد سوف بداية التعاطي 1994 : حاسي مسعود وبالضبط الحدي عبارة عن تجمع لشركة سدوناظراك. تمت المقابلة في 2004/06/15م) وبنسبة 03,03% خوفا من رد فعل الأسرة كان الهروب من المنزل وتكون من أمد أهم الأسباب في التعاطي أكثر.

ومن خلال هذا، هنالك أصناف من ردود الفعل بالنسبة للأسرة، فغالبية الأسر كان الاهتمام والاستفسار أو الصدمة والمفاجأة ومنه بداية العلاج، وهناك صنفين كان رد فعلها الضرب، الشتم، الطرد اللامبالاة والإهمال، ومن خلال هذه الملاحظات وإيداء الرأي وعند اكتشاف الأسر لهذه الحالات، فلا بد أن تكون هناك تنسيق مع مصالح العلاج وهذا بواسطة الإعلام، خاصة المرئي - التلفزيون - وأسلوب العلاج.

الجدول رقم (37): مدى معرفة أسرة المدمن ما يفعله خارج البيت.

المجموع		لا تعلم		تعلم		أسرة المدمن خارج البيت
%	ك	%	ك	%	ك	
66,66	22	78,57	22	-	-	الجهل ماذا أفعل (دون مراقبة)
03,03	01	-	-	20	01	العنف (الضرب + الطرد) العائلة
03,03	01	03,57	01	-	-	الاضطراب النفسي (الأب أو الأم)
06,06	02	03,57	01	20	01	الانحراف الأخلاقي الأسرة
03,03	01	-	-	20	01	جماعة الرفاق و شخصيتي
12,12	04	10,71	03	20	01	الحياة التجارية
06,06	02	03,57	01	20	01	الإهمال الأسري
100	33	100	28	100	05	المجموع

توضح المعطيات أن 66,66% من أسر المدمنين كانت تجهل بسلوكيات وأفعال أبنائها، فنسبة 78,57% أكدت على أن أسرهم كانوا يجهلون ماذا يفعل خارج البيت وهذا نتيجة لعدة أمور سواء عدم المراقبة من طرف أحد أفراد الأسرة خاصة الأمهات رغم الشكوك ولنتأكد من ذلك نقرأ بعض الاعترافات لبعض الحالات: الحالة الأولى " كانت أسرتي لا تعلم بتعاطي المخدرات، بحكم

الثقة وبأنه رياضي بالطبع وعندما رآني أبي مرة بكى عندما علم أنني أتعاطي المخدرات" (س.ع:33 سنة لاعب سابق في وداد مستغانم، مستوى ثانوي بداية تعاطي المخدرات ، بداية تعاطي المخدرات في سن 15 سنة. تمت المقابلة في 2004/06/02م) وتقول الحالة الثانية " كانوا لا يعلمون ماذا أفعل خارج البيت أي دون مراقبة وفي 01 جاتفي 2000 هذا العائلة كلها علمت وهذا عندما سرقت مذيع أبي وبعته بـ200 دج وسعره الحقيقي 7000 دج وصرفت الأموال في ليلة واحدة في Bar" (طم : 18 سنة من قسنطينة، مدلل العائلة الكبيرة بداية التعاطي في سن 13 سنة، قامت بعدة سرقات من منزلهم من أجل شراء المخدرات. تمت المقابلة في 2004/06/16م) أما الحالة الثالثة فتقول " كانت لاتعلم رغم شكوكهم أنني في كل يوم أصطنع كذب خاصة أمي التي كانت تتستر كثيرا عليا." م.ي : 24 سنة من مدينة قالمة بداية التعاطي في سن 9 سنوات (تمت المقابلة في 2004/06/13م).

أما نسبة 12,12% فإن للحياة التجارية دورا أساسيا في تغطية الجانب السلبي وهو تعاطي المخدرات، فنسبة 10,71% أكدوا على أن أسرهم كانت لا تعلم بتعاطيهم للمخدرات ظنا منهم على أن أبنائهم يمارسون نشاطهم التجاري وبعيدون كل البعد عن المخدرات، وهذا يبرز مؤشر آخر وهو وفرة الأموال وسهولة الحصول على المخدرات، وبنسبة 20% أكدوا على أن العائلة لا تهتم بنا وتنتظر إلينا إلا من الجانب المادي، وبنفس النسبتين 20% كانت أسرهم على علم بتعاطي أبنائهم للمخدرات دون أن تكثرث وهذا لعدة أسباب متعلقة بالجانب الأخلاقي للأسرة وإلى جماعة الرفاق وما تحتويه هذه الجماعات من ثقافات فرعية لا يستطيع الفرد الابتعاد عنهم إذا لم تكن إرادة من طرفه. أيضا لعب الإهمال الأسري دوره في انحراف الأبناء سواء علمت الأسرة أو لم تعلم، فنسبة 06,06% أكدت على أن الأسرة أصبحت لا تقوم بوظائفها خاصة من حيث التربية الأسرية، نتيجة لانصرافها إلى أمور أخرى وهذا ما يقوله هذا المدمن: " كان لا يهتم بي أحد لأن العائلة كل واحد مهتم بمشاكله" (ب.م : 27 سنة من منطقة ريفية – الكريمة ولاية الشلف- توفيت أمه بعد ميلاده ولم يرها، بداية التعاطي في سن 19 سنة. تمت القابلة في 2004/06/09م) أيضا نجد وبنسبة 20% من الأسر استعملت العنف من ضرب وطردهما يولد الكره والنفور من أسرهم والتوجه نحو المخدرات لذسيان مشاكلهم وهذا ما أكده أحد المدمنين حيث قال: " كانوا يعلمون ماذا أفعل خارج البيت، دائما الضرب خاصة أبي كان يستعمل القوة عوض العاطفة والنصح لهذا تربيت على كره العائلة" (ج.ح : 20 سنة من مدينة الرغاية بداية التعاطي في سن 13 سنة. تمت المقابلة في 2004/08/11م).

وفي الأخير نستنتج أن الأسرة فقدت الكثير من خصوصيتها ووظائفها خاصة التربوية، ومع البروز الجديد للثقافات الدخيلة على ثقافتنا مما ولد نوعا من الصراع بين الجيل القديم والحديث، والى الوضع الإستقراري الذي عاشته البلاد الذي ولد ضغطا كبيرا خاصة على فئة الشباب والى غياب المؤسسات الرسمية من المدرسة، المسجد، دور الشباب والنوادي الرياضية وكان البديل، الانحراف من سرقة اغتصاب، مخدرات،...الخ.

الجدول رقم (38): العلاقة بين سلوك وتصرفات المتعاطي وشكوك الأسرة.

عدم المواجهة												المواجهة												كيفية المواجهة شكوك أحد أفراد الأسرة
الجهل بعمل الأولاد		الهروب من المواجهة		التهميش		الثقة		مدمن سابق		الفضيحة		الوحدة العزلة		النصيحة والعنف		العلاج		منذ البداية (تعاطي)		العنف		النصيحة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
								-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,66	03	الأقارب
42,85	03	-	-	-	-	15,38	02	-	-	-	-	-	-	-	-	25	01	16,66	01	50	01	-	-	الوالدين معا
42,86	03	-	-	50	02	07,69	01	20	01	50	01	-	-	50	01	25	01	-	-	50	01	22,22	04	الأم أو الأب
-	-	-	-	25	01	15,38	02	20	01	50	01	-	-	-	-	-	-	50	03	-	-	27,77	05	الأخ الأكبر أو الأخت
14,29	01	50	01	-	-	30,76	04	-	-	-	-	-	-	50	01	25	01	16,66	01	-	-	05,15	01	كل الأسرة
-	-	-	-	25	01	23,07	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,66	01	-	-	27,77	05	الإخوة
-	-	-	-	-	-	07,69	01	-	-	-	-	-	-	-	-	25	01	-	-	-	-	-	-	الزوجة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اللامبالاة
100	07	100	02	100	04	100	13	100	05	100	02	100	01	100	02	100	04	100	06	100	02	100	18	المجموع

يوضح الجدول رقم (38) شكوك أحد أفراد الأسرة في سلوك وتصرفات أبنائهم منذ بداية التعاطي فبنسبة 22,72% كان للأب أو الأب النصيب الأكبر في المواجهة، خاصة الأم فـ22,22% ومنذ أول لحظة من خلال التصرفات وسلوكهم، والعيون الحمراء، النصيحة والاستفسار سبب هذا التغير، خاصة أن بعض الأمهات جاهلات بتأثير المخدرات رغم رائحة التدخين، أيضا نجد وبـ42,86% أن بعض الأسر يجهلون بسيرة أبنائهم خارج البيوت مما يقلل من الشكوك والمواجهة، بنفس النسبتين 50% كانت المواجهة بالعنف والنصيحة أو العكس النصيحة والاهتمام دون أي تأثير بهذا كان له العنف والضرب والطرده، أيضا نجد وبنفس النسبتين 50% وخوفا من الفضيحة وهذا من طرف الأمهات لم يستطعن مواجهة أبنائهن، أيضا من همشوا نتيجة لانشغالات العائلة بأمر أخرى، أيضا نجد من شكك في تصرفات وسلوك أبنائهم من أول لحظة وكادت المواجهة بالعنف والضرب، وهذا من طرف الآباء ممن كانوا مدمنين سابقا خاصة للخمر بـ50% وبـ20% لم يستطيعوا مواجهة أبنائهم.

وبنسبة 19,69% كانت بداية الشكوك في السلوك والتصرفات من طرف الأخ الأكبر أو الأخت خاصة من ذوي الدراية بهذه الآفة، وممن يشتغلون في القطاع الصحي وممن كانت له تجارب مع هذه الظاهرة، فبنسبة 27,77% كانت المواجهة بالنصيحة والاهتمام خاصة من طرف الأسر ذات العلاقات الجيدة خاصة بين الإخوة ويتأكد من بعض المدمنين من صرح بحالته لأخيه وأخته وهذا للعلاقة الجيدة بينهم فكان العلاج مع أهل الاختصاص، وبـ50% منذ أول لحظة تعاطي أيضا نجد وبنسبة 15,38% ونظرا للثقة المتبادلة بين الإخوة كانت حدود المواجهة ضئيلة، وهناك من خاف الفضيحة خاصة عندما تعلم الأسرة بذلك وكيف يكون رد فعلها، ومن الإخوة من كان مدمنا للمخدرات فلم يستطيعوا المواجهة.

ومن الأسر لم تستطع مواجهة أبنائها رغم الشكوك في السلوك والتصرفات وذلك لتلك الثقة الموجودة بينها وبين أفرادها، فبنسبة 30,76% أكدوا على ذلك وهذا لأنهم كانوا القدوة سواء في الأخلاق أو في تسيير أملاك العائلة ومن كانت له ميولات رياضية تتبأ بمستقبل جيد.

ومنه يتضح أن ظروف المواجهة أو عدم المواجهة رغم شكوك الأسرة في سلوك وتصرفات أبنائهم تختلف من أسرة إلى أخرى، وتتميز بعدة عوامل سواء كانت ايجابية أو سلبية، لهذا يمكن القول لابد للأسرة ومنذ أول لحظة شك أن تتخذ كل الطرق للوصول إلى الحل قبل أن تقع الكارثة.

الجدول رقم (39): موقف ورأي المدمن ومعاملة أسرته مع حالته أول مرة.

%	ك	المعاملة الأسرية
		موقف ورأي المدمن
21,21	07	النصيحة
15,15	05	العلاج
21,21	07	العزلة
06,06	02	الاحتقار والكرهية
09,09	03	التهميش انعدام الثقة
15,15	05	محاولة الإدماج الأسري
12,12	04	العنف الأسري الضرب - الشتم - الطرد
100	33	المجموع

تبرز معطيات هذا الجدول طريقة تعامل الأسرة وموقف ورأي المدمن في ذلك عندما علمت أسرته بتعاطي المخدرات فبنسبة 21,21% أكدوا على أن أسرهم ومن أول لحظة اكتشاف تعاطي المخدرات أبدت الاهتمام والاستفسار وأسباب وصولهم إلى هذه الآفة، فكانت النصيحة من أجل الابتعاد والإقلاع عن هذه الآفة وبداية العلاج، لكن أكد البعض أن تأثير ومفعول المخدرات كان أقوى من اهتمام ونصائح أسرنا ولضعف لشخصية، ويقول هذا المدمن: "دائما النصيحة والتعامل بالاهتمام من أجل العودة إلى الحياة الأسرية لكن المخدرات سرقنتني." (م.ط: 22 سنة، من شلغوم العيد -ميلة- بداية التعاطي في سن 13 سنة، المستوى المعيشي للعائلة ممتاز، له محل هاتف عمومي -Taxi phone- أصرف يوميا 1500 دج من مخدرات ومأكولات، تعرفت على المخدرات مجرد فضول ومعرفة في ذلك فووقت في الفخ. (تمت المقابلة في 2004/08/14 م).

أيضا وبنفس النسبة 21,21% أكدوا على أنهم عاشوا مرحلة عزلة وعزوف عن الأسرة والمجتمع وهذا ما صدعب من محاولات أسرهم في التعامل معهم نتيجة عزلتهم وهذا من تأثير المخدرات وكذلك بدرجة أكبر إلى شخصية المدمنين قبل تعاطيهم المخدرات ومحيطهم الأسري والاجتماعي نتيجة لاضطرابات نفسية فكان التوجه لتعويض هذا النقص إلى المخدرات ولنتأكد من ذلك، ومن خلال الدراسة الميدانية وجد أن بعض الأفراد خلال مرحلة العلاج دائما معزولين عن

الجماعة، وبنسبة 15,15% كانت البداية مع العلاج وبكل الطرق للخروج من هذه المشكلة سواء بالتوجه إلى الأخصائيين النفسيين وأطباء الأمراض العصبية والعقلية، ومن تتوجهوا إلى أطباء الطب العام ثم مباشرة إلى مصلحة الإدمان ومن الأسر من كانت تعلم بوجود مصلحة لمعالجة المخدرات ونجد أيضا من الأسر من استعانت بالمشعورين و(الطلبة) ظنا منهم أن أبنائهم مسهم سحر، كذلك و بنسبة 15,15% ولاحقاً المشاكل بسرعة وإقلاع أبنائهم عن تعاطي المخدرات كانت هناك محاولات لإماجهم من جديد في الجو الأسري وهذا بالدعم المعنوي من خلال النصائح والاهتمام والعلاج والدعم المادي بتوفير والبحث عن العمل أو بتوفير مصروف يومي لكن ومن خلال تأكيد بعض الحالات أن تأثير المخدرات في البداية وما ترسمه من أحلام مزيفة تجعلك لا تعير أي اهتمام لمن كان، غير جماعة رفاق السوء وكيفية الحصول على المخدرات، تقول هذه الحالة: " أصبحت العائلة دائما النصيحة، ومعالجتي بالكلام الطيب من أجل إعادة الإدمان مع الأسرة لكن تأثير المخدرات كان أقوى." (ك.م: 29 سنة، من الجزائر العاصمة، أبوه كفيف، يعيش مع أعمامه في وضعية سكنية مزرية عمل في كل شيء آخرها كان حرس بلدي في بوزريعة مدة 6 أشهر وتوقف، بداية التعاطي في سنة 1990 ويؤكد على أنه تعلمها فضولا، رغم المشكل دخل إلى المصلحة 3 مرات. تمت المقابلة في 2004/07/25 م).

أما هناك فئة من المدمنين فكانت لها شيء آخر من المعاملة الأسرية، بنسبة 12,12% أكدت على أنها كانت تنتظر من أسرهم الاهتمام والاعتناء والأسباب التي جعلتنا نتجه إلى تعاطي المخدرات، فكان بديل آخر وهو العنف من الضرب والشتم والطرده مما زاد في معاناتنا، ولكي ندسى كل هذا فيكون الإكثار من التعاطي ومن كل أصناف المخدرات، خاصة الأقراص المهلوسة، وممارسة كل أصناف الانحراف والجريمة يقول هذا المدمن: " تغيرت المعاملة عوض النصيح والاهتمام والاعتناء للخروج من هذا التفوق، الضرب الهروب، أبيت في الشارع لمدة يومين حتى الأسبوع." (ب.ف: 20 سنة، من الرغاية، بداية التعاطي في سن 13 في مركز التكوين، المهنة حداد، لم يتوقف أبدا عن تعاطي المخدرات. تمت المقابلة في 2004/08/14 م) وهناك فئة من نالت نصيبها من التهميش وانعدام الثقة مع أسرهم، خاصة الأسر ذات الروابط المفككة وغياب الاتصال والعلاقات بينها وهذا بنسبة 09,09% و 06,06% كان لها الاحتقار والكراهية نتيجة لتعاطي المخدرات، خاصة من الآباء المتسلطين.

ومنه نقول ومن خلال آراء المدمنين اتجاه معاملات أسرهم عندما علمت بتعاطيهم المخدرات أول مرة على أنها مشكلة اجتماعية أكثر منها نفسية أو طبية والحد من انتشارها لا بد أن تكون هناك وقاية وإستراتيجية واضحة في وقاية الشباب من المخدرات تكون نواتها الأولى من الأسرة، وهذا

بتفعيل دور الأسرة وربطها مع جميع المؤسسات الرسمية، خاصة المدرسة ووسائل الإعلام التلفزيون والمسجد، وهذا لنجا عنها دون نسيان الجانب النفسي والطبي لأنه في كل الأحوال لا بد منه.

5. 4. 1. أهم الاستنتاجات و نتائج علاقة المدمن مع أسرته بعد التعاطي:

أفصحت الدراسة الميدانية لهذا المبحث، عن دور الأسرة في التعامل مع هذه الحالات منذ اللحظة الأولى لاكتشافها تعاطي المخدرات، وكانت كما يلي:

• تبين أن هناك أصناف من ردود الأفعال بالنسبة لأسر المتعاطين، وأهم الاستنتاجات صدفت في ثلاثة ردود هي:

1. من الأسر أبدت الاهتمام والاستفسار من اللحظة الأولى لاكتشاف حالات التعاطي لأبنائهم، ومنها كانت بداية العلاج.

2. من الأسر كان رد فعلها بلاسبب ولاشتم والطرده، مما انعكس سلبا على نفسية المدمنين وتوجهوا بقوة إلى الإدمان.

3. من الأسر، سمة اللامبالاة والإهمال اتجاه أبنائهم.

• تبين أن غالبية الأسر كانت تجهل أو لا تعلم بالمحيط الخارجي لأبنائهم وهذا لعدة أسباب، سواء تعلق الأمر بالجو الأسري، أو العلاقات الأسرية التي تعيشها بعض الأسر، حيث يقول صالح عبد العزيز: "إن نوع العلاقة القائمة بين أفراد الأسرة تؤثر على حياة الطفل مستقبلا إما بالإيجاب أو بالسلب - وفق العلاقة- تؤثر على صحته النفسية والعاطفية والعقلية والاجتماعية، وكذلك على نموه العام." [196] ص 87.

ومع أن تعاطي المخدرات يدخل في إطار البحث عن اللذة والتحطيم الذاتي، فإنه يعد جريمة في حد ذاته وبغض النظر عن الظروف المحيطة به، ويرجع السبب في ذلك إلى أن الأضرار الناتجة عن استهلاك المخدرات، أكثر جسامة من الأضرار المترتبة على التحطيم الذاتي والبحث عن اللذة، من حيث كونها تمس دائما المجتمع إما بصورة مباشرة أو بصورة غير مباشرة. فإذا كان الضرر المباشر يستوجب على المجتمع التدخل من أجل الحماية، فإن الضرر الذي يلحق المجتمع بصورة غير مباشرة من جراء تعاطي المخدرات يمنح الحق للمجتمع في التدخل من أجل حماية الشخص ضد نفسه، وهذا ما سنحاول التعرض إليه من خلال المعاملة الأسرية قصد العلاج.

5 . المعاملة الأسرية قصد العلاج:

الجدول رقم (40): المعاملة الأسرية وبداية العلاج.

المجموع	مستشفى الأمراض العقلية		الشعوذة السحر		الجمعيات الشبانية أخصائية نفسانية		طبيب عام		طبيب الأمراض العقلية		توجه إلى المصلحة -الإدمان-		طبيب نفسي (خاص)		بداية العلاج الحوار والتعامل الأسري	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
18,18	06	-	-	50	01	-	-	28,57	02	-	-	-	-	27,27	03	أمي
09,09	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28,57	02	09,09	01	الخال والعائلة
09,09	03	-	-	50	01	-	-	-	-	33,33	01	-	-	09,09	01	الزوجة
15,15	05	50	01	-	-	-	-	14,28	01	-	-	28,57	02	09,09	01	الأب
27,27	09	-	-	-	-	100	01	28,57	02	66,66	02	14,28	01	27,27	03	بمفردي
18,18	06	50	01	-	-	-	-	28,57	02	-	-	14,28	01	18,18	02	كل العائلة
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,28	01	-	-	صديق
100	33	100	02	100	02	100	01	100	07	100	03	100	07	100	11	المجموع

ملاحظة:

* نقصد هنا الطبيب العام إما في المستشفى أو المستوصف - عيادة -

* مستشفى الأمراض العقلية بقسنطينة - جبل الوحش - وعين عباسية بسطيف والجزائر العاصمة.

* الجمعيات المختصة في هذا المجال - جمعية الأمل بمدينة الجزائر - المدنية.

يبين الجدول رقم (40) المعاملة الأسرية وبداية العلاج مع هذا النوع من المرض إن صح التعبير حيث أن 27,27% كانت بداية العلاج (بمفردهم)* وهذا بالتوجه إلى المصالح المختصة أو الغير المختصة في هذا المجال من العلاج فبنسبة 66,66% كانت بداية العلاج مع أخصائي الأمراض العصبية والعقلية موزعين عبر مستشفيات الوطن مثل مصلحة جبل الوحش بقسنطينة وعين عباسة بسطيف والجزائر العاصمة و-ب- 28,57% توجهوا إلى أطباء الطب العام خاصة في المناطق شبه حضرية والمناطق الريفية المتواجدين بالعيادات المتعددة الخدمات، ومنهم من توجه إلى الأخصائي أو الطبيب النفسي ظنا منه أنها حالة نفسية وقدرت ب- 27,27%، وهناك من توجه مباشرة إلى مصلحة الإدمان، تلي هذه النسبة نسبة 18,18% وبداية العلاج مع من جمعهم الحوار أو من اكتشف حالتهم منذ بداية التعاطي -الأمهات- والى دورها الاستراتيجي في العلاج، فبنسبة 27,27% وبفضل الأم كانت بداية العلاج مع الأخصائيين النفسيين، حيث يقول هذا المدمن: " جمعني الحوار مع أمي وهذا خوفا على أمي التي أصبحت تقلق ودائما تمرض، ومن أجلها استجبت لها وكانت بداية العلاج. " (ب.أ: 19 سنة، من مدينة العتاف ولاية عين الدفلى، أبوه إمام مسجد بداية التعاطي في سن العاشرة، قبل تعاطيه المخدرات كان يشم - Patex - Vernis - Dellient). تمت المقابلة في 2004/07/24م). وهناك من توجه إلى أطباء الطب العام وهذا بمرافقة الأم وقد قدرت نسبتهم ب- 28,57% وهناك فئة مقدره ب-50% من توجهت إلى نوع آخر من العلاج وهذا بواسطة الأم -الشعوذة-السحر-الطلبية- ظنا من هذه الأخيرة أن ابنها به سحر لهذا توجه إلى المخدرات والإدمان عليها، أما فئة أخرى فكانت بداية علاجها بمساعدة كل العائلة وبنسبة 18,18% موزعة كالتالي: 28,57% من توجه إلى أطباء الطب العام ومباشرة وبواسطة هذا الأخير إلى مصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات، و-ب- 18,18% من توجه إلى الأخصائيين النفسيين، وهناك من توجه مباشرة إلى مصلحة الإدمان، والبعض إلى الأخصائي للأمراض العصبية والعقلية، وهنا نشير كذلك إلى دور العائلة في مثل هذا النوع من الحالات وخاصة عندما تمس سمعة العائلة كذلك ومن خلال لقراءة الإحصائية لهذا الجدول، إلى دور أهم عنصر في الأسرة ومدى قدرته على التعامل مع هذا النوع من الحالات فبنسبة 15,15% تبرز أهمية دور الأب في بداية العلاج، حيث نجد أن 28,57% من توجه مباشرة مع ابنه إلى مصلحة العلاج والوقاية من المخدرات، خاصة إذا كان الأب متقهما وهذا ما قاله أحد المدمنين: " أنا وأبي أصحاب، وطرحت على أبي مشكلتي من أجل معالجتي ففرح كثيرا. " (ق.م: 19 سنة، من مدينة قسنطينة، أبوه مسؤول وحدة للبريد و ذو مستوى جامعي، بداية التعاطي في سن 15 سنة، وحيد العائلة وله أخت معوقة ذهنية وحركيا. تمت المقابلة في 2004/07/04م).

أما حالة أخرى فيقول: " كنت أعلم بوجود مصلحة للعلاج والوقاية من المخدرات، كنت أنا حاب نداوي روي بروحي دون المصلحة، لكن أبي كان معي بالردع والتهديد. " (م.س: 16 سنة، من القبة الجزائر بداية التعاطي في سن 13 سنة، بداية التدخين في سن التاسعة (4 ابتدائي). تمت المقابلة في 2004/06/23م) وبـ14,28% من توجه مع أبيه إلى طبيب عام ثم إلى المصلحة وبـ09,09% إلى المختص النفسي وبـ50% إلى مستشفى الأمراض العصبية والعقلية.

وبنسبتين متساويتين هما نسبة دور الأقارب -الخال- والعائلة في تعامل وطريقة بداية للعلاج وقدرت بـ 09,09%، وكذا دور الزوجة وتعاملها مع زوجها المدمن خاصة إذا كانت الزوجة متعلمة أو مثقفة أو لها دراية بهذا النوع من الحالات مثل ما يقوله هذا المدمن: " زوجتي هي التي ساعدتني قصد العلاج...زوجتي كان لها أخ عالج بالمصلحة. " (ر.ع: 35 سنة، مدمن كوكايين مدة 10 سنوات، بداية التعاطي في سن 12 سنة. تمت المقابلة في 2004/08/16م). وبنسبة 03,03% بداية علاجهم كانت بمساعدة الأصدقاء وتوجه مباشرة إلى مصلحة الإدمان.

ومنذ نستنتج أن بداية العلاج من آثار تعاطي المخدرات اتبعت مراحل قبل التوجه إلى المصلحة وهذا بالتوجه إلى المختصين وغير المختصين، وبمساعدة أحد أفراد الأسرة، خاصة أعمدة الأسرة الأم والأب، لكن الشيء السلبي مع بعض الحالات من استعان بالشعوذة والاسحر والطلبة ظنا من بعض الأمهات هو اعتقاد بأنه مس بشيء ما، أما الشيء الإيجابي وهذا بتأكيد بعض الحالات بدور أطباء الطب العام في توجيه الحالات مباشرة إلى المصلحة دون وصف أي دواء عكس بعض المختصين سواء للنفسيين أو الأمراض العصبية والعقلية فيرون المدمن عبارة عن زيون دائم، وهذا ما أكده هذا المدمن: " كنت أذهب إلى الطلبة ثم الأخصائي النفسي 3 مرات لكن رغم هذا العلاج كنت أعاطى المخدرات، حتى الدواء لم ينفع كانوا يرون فينا الأموال فقط. " (تمت المقابلة في 2004/08/11م).

الجدول رقم (41): مدى أهمية الحوار الأسري قصد العلاج.

المجموع	الجمعيات الشبانية		الشعوذة السحر الطلبة		طبيب الأمراض العقلية		طبيب عام		توجه إلى مصلحة الإدمان		طبيب نفسي خاص		الاستجابة للعلاج محتوى وفحوى الحوار الأسري	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
12,12	04	-	-	-	-	-	-	-	-	22,22	02	22,22	02	العودة إلى الجو الأسري
27,27	09	-	-	-	-	50	04	60	03	22,22	02	-	-	الإقلاع والعلاج المخدرات
36,36	12	-	-	-	-	50	04	40	02	22,22	02	44,44	04	الجو الأسري إرادة الممن
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	11,11	01	-	-	مدمن سابق
09,09	03	-	-	-	-	-	-	-	-	22,22	02	11,11	01	التشجيع على العلاج
06,06	02	-	-	100	01	-	-	-	-	-	-	11,11	01	استجابة للأم
06,06	02	100	01	-	-	-	-	-	-	-	-	11,11	01	إعادة الاندماج في الأسرة
100	33	100	01	100	01	100	08	100	05	100	09	100	09	المجموع

يشير الجدول رقم (41) أن 36,36% من أفراد العينة كانت لهم إرادة كبيرة في العلاج، وهذه الاستجابة والإرادة بفضل الجو الأسري الممتاز وأسلوب الحوار بين كل أفراد العائلة والمدمن، فبنسبة 50% كان للجو الأسري وتماسك العائلة فيما بينها الأثر الكبير في نفسية المدمن وإرادة كبيرة في العلاج، وهذا بمساعدة طبيب الأمراض العصبية والعقلية، كذلك وبنسبة 44,44% بمساعدة المختص النفسي، أيضا لعب الجو الأسري دورا محوريا بالتنسيق مع مصلحة الإدمان وإرادة كبيرة من طرف المدمن، وهذا ما لمسناه بالفعل من خلال الملاحظة اليومية وقد درت هذه النسبة بت 22,22%، أيضا نجد أن للحوار الأسري دورا أساسيا في مساعدة المدمنين من أجل العلاج والإقلاع عن المخدرات فنسبة 27,27% أكدت على أن محتوى وفدوى الحوار الأسري هو المساعدة على العلاج والإقلاع عن المخدرات موزعة على 60% من توجهت إلى أطباء الطب العام وبنسبة 50% على أطباء الأمراض العصبية والعقلية 22,22% توجهوا مباشرة إلى المصلحة. هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد فئة كانت تدن إلى الجو الأسري وتتمنى العودة إلى الأسرة وهذا ما خلق ديناميكية في العلاج نتيجة للعزلة الكبيرة والانحراف الذي كان يعيشه المدمن وقدرت بـ 12,12%.

أيضا هناك من العائلات من شجعت أبنائها على العلاج رغم أنهم أقلعوا عن تعاطي المخدرات بمحض إرادتهم، ونتيجة لهذه الإرادة كان التشجيع بالتوجه إلى أهل الاختصاص خاصة مصلحة الإدمان من أجل العلاج الكامل والشفاء نهائيا من أثارها وهذا بنسبة 09,09%، أيضا وبنسبة 06,06% استجابة للأمر فكان العلاج وبنفس النسبة 06,06% من أجل الاندماج في الأسرة، وهناك من جمعه الحوار مع مدمن سابق ساعده على الالتحاق بالمصلحة وقدرت بـ 03,03%. ومنه نقول أن الحوار الأسري ولغة الاتصال وقنوات الاتصال، خاصة إذا كانت الأسر متفهمة أن هذا النوع من العلاج يحتاج إلى مساعدة اجتماعية من كل أفراد الأسرة، وهذا من أجل خلق جو اجتماعي ونفسي في نفسية المدمن وتشجيعه على العلاج، وتحسيسه على أنه ضحية عدة أطراف وليس مجرما أو شاذ وهذا ما يساعده أكثر على العلاج، ولكي نصل إلى هذا النوع من الوعي لا بد من مراجعة كل شيء لأن الأمر يخص المجتمع وليس الفرد، فإذا كان الفرد مريض فما بال المجتمع.

الجدول رقم (42): مدى تقبل النصائح خارج البيت والإحساس بذلك.

عدم تقبل النصائح								تقبل النصائح								تقبل النصائح قصد الإقلاع الإحساس بذلك
لا أحد		من مدمن سابق		جماعة الرفاق		الوسط الاجتماعي		جماعة الرفاق الأصدقاء		من مدمن سابق		الأسرة والأقارب		العلاج		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	03	50	01	50	01	23,07	03	-	-	-	-	-	-	-	-	عدم تقبل النصائح
-	-	50	01	50	01	76,93	10	-	-	-	-	-	-	-	-	تقبل النصائح دون تطبيق
-	-	-	-	-	-	-	-	62,5	05	50	01	-	-	50	01	الاستقرار النفسي والصحي والاجتماعي
-	-	-	-	-	-	-	-	37,5	03	50	01	100	01	50	01	من أجل العلاج
100	03	100	02	100	02	100	13	100	08	100	02	100	01	100	02	المجموع

ملاحظة:

* جماعة الرفاق الأصدقاء نقصد بهم الرفاق والأصدقاء الذين لا يتعاطون المخدرات وهم سواء في الحي، المدرسة، العمل.

* الوسط الاجتماعي: يضم الجيران، المقربون من الناس.

يوضح الجدول رقم (42) إلى دور الوسط الاجتماعي والمجتمع في توجيه النصائح لهذه الفئة، ومدى إستجابة هذه الأخيرة للنصائح وتقبلها فبنسبة 62,5% أكدت على أنها تلقت نصائح وإرشادات من جماعة الرفاق والأصدقاء الحقيقيين (كما أكدوا على ذلك) ومن نتائجها، خاصة مع إتفاف جماعة الأصدقاء والوقوف يومياً معهم، بدأ يظهر الاستقرار الصحي وقابلية الاندماج خاصة الناحية النفسية، أيضاً لعبت جماعة الرفاق والأصدقاء دوراً إيجابياً من أجل العلاج فنسبة 37,5% أكدت على أن لجماعة الرفاق والأصدقاء الحقيقيين الدور الكبير في العلاج والإقلاع عن تعاطي المخدرات، ومن جملة ما خرجنا به، أن هذه الفئة من المدمنين كانت تنفر وتترك جماعة الأصدقاء والرفاق الحقيقيين في بداية التعاطي وهذا من حيل المخدرات التي تجعلك تعيش في الأحلام المزيفة ولا تفرق بين الضار والنافع وهذا بشهادة بعض المدمنين أيضاً نجد وبنفس النسبتين 50% من تقبلت النصائح من مدمنين سابقين مروا بنفس التجربة المؤلمة وأقلعوا عن تعاطي المخدرات، وهذا نرى دور هذه الفئة في نشر الوعي وخطورة هذه الآفة، وكذلك بنفس النسبتين أي 50% استجابت للعلاج من آثار هذه المادة السامة سواء بالتوجه إلى الاختصاصيين النفسانيين أو الأمراض العصبية والعقلية أو توجه إلى مصلحة العلاج والوقاية من المخدرات من أجل العلاج والبحث عن الاستقرار النفسي والاجتماعي والصحي.

لكن السؤال الذي يطرح هل تم فعلاً الإقلاع نهائياً عن تعاطي المخدرات؟ أم كان لفترة زمنية معينة وماهي الأسباب للعودة إلى المخدرات من جديد؟ وهذا ما سنراه في الجدول رقم (43).

هذه بالنسبة للفئة التي تقبلت للنصائح من مختلف شرائح المجتمع عكس الفئة الأخرى نجدها استمعت إلى النصائح دون تقبل أو تطبيق، حيث نجد أن 76,93% يتقبلون النصائح من الوسط الاجتماعي سواء كانوا الجيران أو المقربين من الأسرة خاصة الآباء، الأحباب لكن دون تطبيق، وهذا نتيجة لعدة عوامل، سواء للوسط المنحرف، تداول المخدرات بكثرة وكذا الاعتماد الجسدي والنفسي للمخدرات. حيث يقول هذا المدمن: " أتقبل النصائح في تلك اللحظة، ثم أعود في نفس الوقت لأنها كانت تتمشى مع الدم وهذا هو المشكل." (ص.م: 21 سنة، من حي الدويرات الشعبي -البلدية- بداية تعاطي المخدرات -16 سنة-، أبوه قتل في 1992 بسبب متاجرته في المخدرات. تمت المقابلة في 2004/06/07 م).

وبنسبة 23,07% رغم النصائح المقدمة من قبل الوسط الاجتماعي إلا أنهم لا يتقبلونها وهذا نتيجة لأسباب نفسية واجتماعية وبدرجة أكبر تأثير وفخ المخدرات، وهذا ما أكده هذا المدمن: " لا أتقبل النصائح لأن المخدرات ملكتني أصبحت تتحكم في تصرفاتي." (خ.م: 20 سنة، من قسنطينة، بداية التعاطي في سن 15 سنة. تمت المقابلة في 2004/08/02 م).

وهناك نسبتين متساويتين وباهتمام من جماعة الرفاق والأصدقاء من لا تتقبل أي نصائح، ومن تتقبل لكن دون جدوى والمقدرة بـ50% أيضا نجد من تقبل النصائح من مدمنين سابقين لكن دون تطبيق، وهذا بنسبة 50% وهذا ما قاله أحد المدمنين: " نصحني أحد الأشخاص المدمنين على الخمر، بتوقف عن المخدرات والاندماج مع المجتمع، لكن دون تطبيق." (م.ج: 40 سنة، من مدينة بوفاريك، أب لـ6 أولاد بداية التعاطي في 1985. تمت المقابلة في 2004/07/24 م). ومنهم من لا يتقبل أي نصائح رغم ما رأوه من تجارب مؤسفة من أفراد سبقوهم لهذه الآفة. أما أن هناك فئة فقد أكدوا أن لا أحد ينصحهم ومن ينصحهم لأنهم مندبون من المجتمع، والمجتمع يراهم على أنهم مجرمون وليسوا ضحايا، حيث يقول هذا المدمن: " خارج البيت شكون لي ينصحك كانوا كلهم يكرهوني ونكرهم." (ب.أ: 19 سنة، من مدينة العطاف، بداية التعاطي في سن 10 سنوات. تمت المقابلة في 2004/07/24 م).

الشيء الوحيد الذي نستنتجه من هذا الجدول أن المجتمع بجميع شرائحه يستطيع أن يلعب دورا أساسيا في الحد من انتشار هذه الآفة، ولا يتجلى هذا إلا إذا كانت هناك توعية شاملة من جميع المؤسسات الرسمية المهتمة بهذا الجانب، وأن القضية قضية الجميع وليست شخص.

الجدول رقم (43): مدى تقبل النصائح والإقلاع وأسباب العودة إلى تعاطي المخدرات.

المجموع		أقلع عن التعاطي		أكثر من سنتين		من سنة إلى سنتين		من 6 أشهر إلى سنة		من شهر إلى 6 أشهر		أقل من شهر		دون توقف		مدة الإقلاع		أسباب العودة إليها
																%	ك	
33,33	11	-	-	-	-	-	-	-	-	10	01	33,33	01	69,23	09	فخ المخدرات		
06,06	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,83	02	غياب الاهتمام والاعتناء الأسري		
03,03	01	-	-	-	-	33,33	01	-	-	-	-	-	-	-	-	الحقرة السلطات المدنية		
15,15	05	-	-	-	-	-	-	-	-	40	04	33,33	01	-	-	القلق الوسوسة		
21,21	07	-	-	-	-	66,66	02	-	-	10	01	33,33	01	07,69	01	الفراغ الوسط الاجتماعي		
03,03	02	-	-	-	-	-	-	-	-	10	01	-	-	-	01	المشاكل العائلية		
09,09	01	100	01	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	المتابعات القضائية		
03,3	03	-	-	-	-	-	-	-	-	20	02	-	-	-	-	جماعة الرفاق		
03,03	01	-	-	-	-	-	-	-	-	10	01	-	-	-	-	نقص الدواء المضاد للمخدرات		
100	33	100	01	-	-	100	03	01	01	100	10	100	03	100	13	المجموع		

يشير الجدول رقم (43) أسباب العودة إلى تعاطي المخدرات رغم تقبل البعض للذصائح والإقلاع عن المخدرات لفترة معينة، وبنسبة 33,33% على أن فح المخدرات هو أحد أهم الأسباب للعودة إليها، والذي يتمثل في الاعتماد النفسي والاعتماد الجسمي، والأول أخطر من الثاني، وهذه النسبة موزعة على النحو التالي حيث أكد البعض بـ 69,23% منذ أن بدأ تعاطي المخدرات لم يتوقف عن تعاطيها وهذا لحاجتها الملحة-اللذة- أو كما يسمى فح- حيث يقول أحد الحالات: " الشيرة حكمت فيا وملكتني." (خ.ن: 22 سنة من القبة بداية التعاطي في سن العاشرة دون توقف حتى دخول المصلحة. تمت المقابلة في 2004/10/22م).

وهناك نسبة بـ 33,33% من توقفت عن تعاطي المخدرات لأسباب معينة مثل هذه الحالة حيث يقول: " توقفت عن تعاطي المخدرات عندما أجريت عملية جراحية -11 يوم- عدت إليها دون أن أدس أحبها كثيرا، الشيرة حتى القبر." (خ.م: 20 سنة من ق سنطينة بداية تعاطي سنة 2001، توقف عن تعاطيها 11 يوما حتى دخول المصلحة، تاجر في المخدرات. تمت المقابلة في 2004/08/20 م).

هذه من جهة، ومن جهة أخرى من أقلع مدة قاربت 6 أشهر ثم عاد إلى تعاطي المخدرات، ومن هنا نشير إلى فح المخدرات مع المدمن خاصة الجانب النفسي والمتمثل في التبعية أو كما يطلق عليه بـ (manque)، أما هناك فذة فأرجعت أسباب العودة أو تعاطي المخدرات دون توقف إلى غياب الاهتمام والاعتناء الأسري، مما يزيد من معاناة المدمن وقدرت بـ 15,38% ويقول هذا المدمن: " لم أتوقف أبدا عن تعاطي المخدرات ولم أجد الاعتناء والاهتمام من أجل إعادة إدماجي خاصة أسرتي." (م.ي: 24 سنة من مدينة قالمة، متعاقد سابق مع البحرية الوطنية، بداية تعاطي في سن 9 سنوات، توقف مدة سنة عن تعاطي ثم عاد. تمت المقابلة في 2004/06/13م).

وبـ 15,15% حصرت أسباب العودة إلى المخدرات إلى القلق والوسوسة فينسبة 40% من قاومت بين شهر وستة أشهر ثم عادت إلى تعاطيها من جديد بداعي القلق والوسوسة.

نجد كذلك وبنسبة 21,21% أسباب العودة إلى تعاطي المخدرات إلى الفراغ والوسط الاجتماعي فينسب النسبتين 66,66% من أقلعوا عن تعاطي المخدرات ما بين ستة أشهر إلى سنة تقريبا ومن سنة إلى سنتين، وقد أكدوا أن من أهم الأسباب للعودة إلى تعاطي المخدرات إلى الفراغ بكل جوانبه خاصة بعد ساعات العمل وغياب البديل بعد ساعات العمل والى الوسط الاجتماعي أو – milieu الذي أصبح لا يرحم حيث يقول هذا المدمن: " نعم عدت من جديد في سنة 2001 بعد انتهاء العقد مع البحرية يوم 2001/05/25 هذا كان التحول وعدت إلى المخدرات بقوة كبيرة وليس هناك أسباب، السبب هو أنا، لأن الصبر قليل" (ب.ر: 20 سنة من الرغاية بداية التعاطي في

سنة 13 سنة، دون توقف حتى الدخول إلى المصلحة، تاجر في المخدرات. تمت المقابلة في 2004/08/02م).

وكذلك من أهم الأسباب الرئيسية وبنسبة 9,09% سبب العودة إلى تعاطي المخدرات إلى جماعة الرفاق والانحراف، حيث نجد من قاوم أكثر من 6 أشهر ثم عاد إلى تعاطيها من جديد وقدرنا بـ 33,33% وهناك من قاوم من شهر إلى غاية ستة أشهر ثم عاد وقدرت هذه النسبة بـ 20%، وقد أكد البعض أن لجماعة الرفاق والمخدرات أشياء تجذبك نحوهم دون أن تشعر، فالعلاقات الاجتماعية بين جماعات أو جماعة المدمنين عكس العلاقات بين الرفقاء العاديين لما يمتلكونه من ثقافة معينة خاصة في التعاطي أو المتاجرة فيها أو حتى طريقة الكلام، ومن هنا يؤكد هذا المدمن دور جماعة الرفاق في العودة إلى المخدرات: " رجعت إلى المخدرات، رفقاء السوء هم سبب كل شيء، ولذرة المخدرات وحدها تجذبك دون أن تشعر، وعندما أتعاطي الأقراص تدخلني إلى السجن والمدة الأخيرة أردت قتل نفسي" (ل.ع : 24 سنة من مدينة الجلفة بداية التعاطي 17 سنة، دخل إلى السجن 04 مرات آخرها سنة 2004م السبب سرقة أملاك الدولة تحت تأثير الأقراص المهلوسة. تمت المقابلة في 2004/06/21م).

وبنسبة 7,69% ودون توقف عن التعاطي إلى المشاكل العائلية سواء بين المدمن وأسرته أو إلى أسباب أسرية أخرى مثل الجانب الأخلاقي للأسرة وبنسبة 10% عاد إلى المخدرات بعد مدة قاربت 6 أشهر بسبب المشاكل الأسرية.

وهناك من أرجعها أو سبب العودة إليها إلى "الحقرة" من طرف السلطات المحلية بسبب قطعة أرض، وهناك من عاد إليها وكما أكد إلى نقص الدواء المضاد للمخدرات بعد فترة العلاج الأولى بالمصلحة.

وهناك من أفلح عن تعاطي المخدرات نهائيا وهذا بعد المتابعة القضائية نتيجة لحيازته المخدرات وشرائها من أحد التجار حيث يقول هذا المدمن: " لن أعود إليها حكموني مع تاجر المخدرات، دخلت إلى السجن 7 أيام وأقلعت عليها نهائيا قبل مجيئي إلى المصلحة" (ع.ب: 23 سنة من واد الفضة، المهنة حلاق بداية التعاطي في 11 سنة، أفلح عن التعاطي منذ 03 أشهر قبل دخول المصلحة. تمت المقابلة في 2004/07/20م).

ومنه نستطيع القول أن مهما طال مدة الإقلاع عن تعاطي المخدرات، وإذا لم تستثمر هذه المدة مع الجهات المختصة سواء الأسرة أو المصلحة أو المدمن نفسه أو المؤسسات الرسمية كالمسجد مثلا والخلايا الجوارية النفسية والاجتماعية، وخلق البديل سواء كان ترفيهي أو رياضي أو ثقافي أو حتى روحي، فهناك أسباب عدة تجعل من الفرد يعود من جديد إلى التعاطي.

1. 5. 5 . أهم الاستنتاجات ونتائج المعاملة الأسرية قصد العلاج:

من الاستنتاجات والنتائج التي ميزت المعاملة الأسرية قصد العلاج كانت كالتالي:

• كان للأسرة دور كبير قصد العلاج، خاصة الأمهات التي كان لهن الدور الأساسي في توجيه أبنائهن للعلاج من آثار هذه المواد المخدرة، وهذا بالتوجه إلى الأخصائيين النفسيين، وأطباء الطب العام لكن ما يلاحظ من هذه الدراسة لبعض الأسر، ومع المراحل الأولى من العلاج اتجهت إلى نوع آخر من العلاج المتمثل في: الشعوذة، السحر، الطلبة.

• ساهم أخصائيو الأمراض العصبية والعقلية الموزعين عبر مستشفيات الوطن، مثل مستشفى (جبل لوحش) بقسنطينة، ومستشفى (عين عباسية) بسطيف دور كبير في استقبال هذه الشريحة في الفترات الأولى من علاجهم، أيضا كان لأطباء الطب العام، خاصة في المناطق الشبه حضرية والريفية دور في توجيه هذه الفئة إلى مصالح معالجة الإدمان.

• ساهمت المعاملة الأسرية قصد العلاج، خاصة بين بعض المدمنين من كانت لهم إرادة في العلاج وأسرههم بفضل الجو الأسري الممتاز، وأسلوب الحوار بين كل أفراد العائلة وهذا ما أكده السيد (صالح عبد النوري) المدير العام بالنيابة للديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها حيث قال: "الأسرة الجزائرية بمثابة الأساس في المعادلة إذ يجب أن يكون حضورها المادي والمعنوي في حياة الشاب كبيرا." [112] ص14.

• أما عن دور الوسط أو المحيط الاجتماعي والمجتمع، فقد أكد معظم المدمنين على أنهم تقبلوا النصائح والإرشادات من جميع شرائح المجتمع، غير أن التطبيق والعمل بهذه النصائح، لا بد من توفر شخصية وإرادة قوية للابتعاد عن هذه المواد المخدرة، لأن التبعية النفسية للمخدرات من أهم الأسباب التي يعاني منها المتعاطون للمخدرات، خاصة الأقراص المهلوسة. وفي هذا الصدد يقول الدكتور سعد المغربي: " لاشك أن دراسة الآثار الدائمة للحشيش ينبغي أن تلقى عناية كبيرة، نظرا لأهمية هذه الآثار في شخصية المتعاطي، فالآثار المباشرة عرضية تزول بزوال المؤثر، ولكن الآثار الدائمة تعني أنها حالة وسمات لصيقة بشخصية المتعاطي تطبع تصرفاته وتؤثر في الذواحي المختلفة من نشاطه وسلوكه، مع العلم أن سلوك الإنسان وحدة متكاملة ومتفاعلة يؤثر بعضها في البعض الآخر." [13] ص240.

• أفصحت كذلك الدراسة الميدانية، أن من أهم الأسباب التي جعلت من المدمن أو المتعاطي يعود إلى المخدرات، رغم تقبل بعض النصائح والتوجيهات من الوسط الأسري والمحيط الاجتماعي إلى:

1. فخ المخدرات، خاصة عند الحالات التي تتعاطى القنب الهندي والأقراص المهلوسة بكميات زائدة وبعد الاستعمال أو الإدمان الطويل، وهذا ما يتفق عليه الباحث "ولف" (Wolf) حيث يقول: "أما

الاعتماد النفسي، فإنه مع عدم وجود الدوافع البدنية للعودة للمخدر، فإنه يظهر ذلك الاعتماد النفسي في حالة وجود حالة افتتان عقلي (Fascination) بالنسبة للخبرات السابقة مع المخدر، هذه الحالة من شأنها أن تخلق حالة قلق قهري لمعاودة تعاطي الحشيش، ويصبح المتعاطي عرضة لإظهار رغبات لا تقاوم للحصول على المخدر. [13] ص 212.

2. الفراغ والوسط الاجتماعي، في غياب البديل الثقافي والترفيهي والرياضي.

3. المشاكل الأسرية وتقلص دور الأسرة في العديد من الجوانب، خاصة الضبط الاجتماعي.

رغم هذا كانت هناك محاولة من طرف الأسرة والمدمن، وإن اختلفت طرق بداية العلاج من أسرة إلى أسرة أخرى، إلا أن المعاملة الأسرية قصد العلاج أولى محاولات العلاج، وهذا ما سيوضح في المبحث السادس علاقة المدمن وأسرته، ومصحة العلاج والوقاية من المخدرات.

6. المدمن- الأسرة- مصحة العلاج والوقاية ضد المخدرات:

الجدول رقم (44): فكرة والكيفية التي تم بها الاتصال بالمصحة.

%	ك	مصحة العلاج والوقاية
		الفكرة والكيفية-العلاج-
06,06	02	أحد الأقارب
12,12	04	الأسرة
21,21	07	طبيب الطب العام
21,21	07	الأخصائيين النفسيين
18,18	06	طبيب الأمراض العصبية والعقلية
09,09	03	قرار شخصي
09,09	03	مدمنين سابقين
03,03	01	الأصدقاء
100	33	المجموع

ملاحظة: * مدمنين سابقين: عالجوا بالمصحة

* طبيب عام: هنا بالمستشفى أو عيادة متعددة الخدمات

يشير الجدول رقم (44) إلى الكيفية أو الفكرة التي تم بها الاتصال بالمصحة، ومن خلال المقابلات اليومية مع المدمنين والاحتكاك مع المعنيين بالأمر المكلفين بالاستقبال أتضح أن غالبية

المدمنين يأتون مع أحد من أفراد أسرته، وهذا مؤشر على أهمية ودور الأسرة في مثل هذه الحالات أما الكيفية التي تم بها الالتحاق بالمصلحة، فهذا ما سنشرحه بالتفصيل و بالأرقام الإحصائية.

ولتكن البداية بنسبتين متساويتين، الأولى هي 21,21% لفئة تم التحاقها بالمصلحة بواسطة طبيب الطب العام سواء كان في عيادة متعددة الخدمات أو مستشفى، وهذا بالطبع بمساعدة الأسرة، خاصة الأم والأب ومباشرة ومنذ الفحص الأول وعند شرح المدمن لحالته، هنا نشير إلى ملاحظة أن هذه الفئة من الأطباء ودون انتظار يرسلون الحالة أو الحالات إلى المصلحة، وهذه الملاحظة من خلال مقابلتنا مع المعالجين، نشير إلى دور هذه الفئة من الأطباء في الوقاية والعلاج، رغم أنهم ليس من أهل الاختصاص عكس الفئة الثانية 21,21% فقبل التحاقها بالمصلحة كانت تعالج عند الأخصائيين النفسيين من قبل، ومن خلال الدردشة مع بعض الحالات أن كل حالة وكيف كان علاجها مع هذه الفئة من الأخصائيين فمنهم من طالبت مدة العلاج فمنهم من وصلت إلى 3 سنوات دون الإقلاع عن المخدرات وإن أفلح فالمدة قصيرة، ومنهم في مدة قصيرة ويتم التحاقهم بالمصلحة، نشير إلى نقطة أساسية إلى أن بعض الأخصائيين كانوا يرون في نوع من هذه الحالات طابع تجاري أكثر ما هو علاجي، وهذا بشهادة بعض المدمنين، وعندما يستعصى العلاج يتم إرساله إلى المصلحة، أما البعض فمباشرة ومن اللحظة الأولى يتم إرساله إلى المصلحة.

أما نسبة 18,18% فتم التحاقهم بالمصلحة بواسطة أطباء الأمراض النفسية والعقلية، ولنؤكد على أهمية ودور هذه الفئة من الأطباء في العلاج والوقاية من هذه الآفة، خاصة الجهة الشرقية مثل مستشفى الأمراض العقلية بقسنطينة "جبل الوحش" ومستشفى "عين عباس" بسطيف، فمباشرة يتم إرسالهم إلى المصلحة، رغم بعد المسافة.

و12,12% من المدمنين تم الاتصال بالمصلحة مباشرة دون اللجوء إلى أي أحد، سواء كان طبيب أو أخصائي، وهذا لمعرفتهم المسبقة للمصلحة، وهذه الفئة تتصل بالمصلحة بواسطة أحد أفراد الأسرة خاصة الآباء أو الإخوة، وهذا ما لوحظ بالفعل من خلال الدراسة الميدانية، ومن خلال هذا الاتصال يتم أخذ موعد مسبق يتم تحديده من طرف المكلفين بالعلاج، ومنه تكون بداية العلاج.

هذا من جهة، هناك فئة كان لها أسلوب آخر للالتحاق بالمصلحة من أجل العلاج، فنسبة 09,09% اتخذت قرار العلاج بمفردها دون اللجوء إلى أي شخص أو أخصائي، حيث تقول هذه الحالة: " كذت أعلم بوجود مصلحة للعلاج من الإدمان والمخدرات، فاعتدت عطفتي المهنية، ورأيت أن علاجي يتم بمفردي وبارادتي فتوجهت مباشرة إلى المصلحة دون أن أخبر أي أحد، حتى أسرتي." (ب.ف: 25 سنة، مستوى نهائي، عون تجاري بشركة للطيران، تعلم الهيروين في لندن 1999، الحالة العائلية ممتازة، سبب الانحراف تسلط الأب، ضابط سابق في الجيش، بداية تعاطي

المخدرات في سن 14 سنة في الإكمانية. تمت المقابلة في 2004/07/18م). وبندفس النسبة 09,09% تم الاتصال بالمصلحة من خلال مدمنين سابقين تداولوا على العلاج في المصلحة حيث تقول هذه الحالة " كما قلت لك جاءت فكرة الذهاب إلى المصلحة بواسطة ذلك الشرطي الذي وجهني إلى المصلحة ومنها كانت بداية العلاج، وهذا الشرطي كان يتعاطى المخدرات ثم أقلع بعد زواجه. " (ص.م : 21 سنة من البلدة، بداية التعاطي في سن 16 سنة. تمت المقابلة في 2004/06/07م). وبنسبة 06,06% تم لتحاقهم بالمصلحة بواسطة الأقارب، سواء كان من وظيفي الصحة أو أصحاب الجاه (المعارف) والنسبة الأخيرة 0303% من خلال الأصدقاء وهذا نادرا ما نجده. وفي الأخير الملاحظة التي نود أن نستخلصها بها أن لكل حالة كانت لها الطريقة أو أسلوب للاتصال بالمصلحة والالتحاق بها، وهذا كله بمساعدة أسرة المدمن، ومنه نستنتج أن الفرد مهما بلغ درجة من الانحراف، وأراد أن يسلك السلوك السوي تكون الأسرة هي نقطة بداية لإعادة الفرد إلى جوها.

الجدول رقم (45): مدى معرفة المدمن بالمصلحة.

المجموع		لا يعلم بوجودها		يعلم بوجودها		مصلحة العلاج والوقاية كيف تم معرفتها
%	ك	%	ك	%	ك	
21,21	07	30,43	07	-	-	الأخصائي النفسي
12,12	04	-	-	40	04	المصلحة معروفة
09,09	03	08,69	02	10	01	مدمنين سابقين
06,06	02	-	-	20	02	وسائل الإعلام
03,03	01	04,37	01	-	-	الجمعيات الشبانية
09,09	03	13,04	03	-	-	مجهولة إعلاميا
12,12	04	17,39	04	-	-	طبيب عام
15,15	05	13,04	03	20	02	طبيب الأمراض العصبية والعقلية
12,12	04	13,04	03	10	01	الأسرة والأقارب
100	33	100	23	100	10	المجموع

يبين الجدول رقم (45) على أن 21,21% من أفراد العينة أو المدمنين لا يعلمون بوجود مصلحة للعلاج من تعاطي المخدرات، حيث توجد نسبة 30,43% أكدوا على أنهم كانوا يجهلون بوجود مصلحة للعلاج من تعاطي المخدرات سوى بواسطة الأخصائيين النفسيين، وهناك نسبة

والمقدرة بـ15,15% يوجد 13,04% منهم يجهلون بوجود مصلحة للعلاج من تعاطي المخدرات، وهذا من خلال ترددهم على أطباء الأمراض العصبية والعقلية، خاصة المنطقة الشرقية المتمثلة في مستشفى -جبل الوحش- بقسنطينة أو مستشفى -عين عباس- بسطيف، ونجد 20% كانت تعلم بوجود المصلحة وتأكدت من خلال ترددها على الأطباء الأمراض العقلية والعصبية، خاصة المناطق المجاورة لمدينة البليدة، أما هناك فئة ومقدرة بنسبة 40% أكدوا على أن المصلحة معروفة، خاصة إذا إرتبط إسمها بالبروفيسور (بشير ريدوح)، وهناك نسبة 12,12% موزعة بـ13,04% أكدوا جهلهم التام بالمصلحة إلا من خلال أسرهم والأقارب، وهنا نشير إلى دور الأسرة في العلاج وبنسبة 10% تعلم بوجود المصلحة والأسرة هي التي قامت بكل شيء للالتحاق بالمصلحة من أجل العلاج، وبنسبة 17,39% كانت تجهل بوجود المصلحة خاصة التي تقطن بالمناطق الريفية والنائية البعيدة، وكان لها ذلك بواسطة أطباء الطب العام.

أما نسبة 09,09% فمنهم من أكدوا على أنهم لا يعلمون بوجود مصلحة إلا من خلال مدمنين سابقين عالجوا بالمصلحة، حيث كانت نسبتهم مقدرة بـ08,69% وبنسبة 10% أكدوا على معرفتهم للمصلحة وتأكدوا من دورها في العلاج من خلال مدمنين عالجوا بالمصلحة، وهذا يبرز دور هذه الفئة بتعريف لأهمية ودور المصلحة في العلاج والوقاية من تعاطي المخدرات، وبنسبة 04,37% إلى دور الجمعيات الشبانية بالتعريف بالمصلحة، خاصة ذات الطابع الوقائي العلاجي والمؤطرة بالأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين والأطباء وبنسبة 20,5% على أن لوسائل الإعلام دور في معرفتهم للمصلحة وما لهذه الوسائل من نشر حقيقة تعاطي المخدرات.

وفي الأخير نشير إلى أن غالبية المتعاطين للمخدرات من ترددوا على المصلحة أو يجهلون حتى بوجودها على أن هناك مصلحة للعلاج والوقاية من تعاطي المخدرات والدور العناصر المذكورة في الجدول بتعريفهم لأهمية المصلحة.

الجدول رقم (46): الكيفية والأسلوب المتبع للدخول إلى المصلحة.

الأخصائي الاجتماعي Sociologue		الأخصائي النفسي Psychologue		الطبيب Psychiatry		من استقبله
%	ك	%	ك	%	ك	كيفية الاستقبال
75	03	87,5	07	63,64	21	موعد Rendez-vous
25	01	12,5	01	36,36	12	دون موعد Sans Rendez-vous
100	04	100	08	100	33	المجموع

ملاحظة:

* الموعد **Rendez-vous**: أي إن الحالة يأتي إلى المصلحة من إحدى الجهات المختصة سواء من أخصائي نفسي أو طبيب الأمراض العقلية والعصبية أو طبيب عام أو مستشفى مثل مستشفى جبل الوحش بقسنطينة للأمراض العقلية أو عين عباسية بسطيف أو دريد حسين بالجزائر العاصمة.

إما دون موعد أي إن الحالة يأتي إلى المصلحة بمفرده أو مع العائلة فيأخذ موعد من مكتب الاستقبال.

* هذه الملاحظات رأيناها عند إجرائنا للبحث الميداني.

Psychiatry: 1- الطبيب: تودرت أو رمضان.

2- الطبيب: حبيباش عبد الرحمان.

3- الطبيبة: بن عزوز.

4- الطبيب: درقيني.

يشير الجدول رقم (46) أن 63,64% من الحالات أو أفراد العينة يأتون بمواعيد من جهات مختصة أو غير مختصة (أنظر الجدول رقم 45)، حيث يقوم مكتب الاستقبال المكون، من ممرضين مؤهلين باستقبالهم وتكوين الملف إذا كانت الحالة جديدة، أو بسحب الملف من الأرشيف إذا كانت الحالة قديمة، ومن خلال هذه الإجراءات الإدارية أول من يتم إستقبال الحالة هو طبيب الأمراض العصبية (Psychiatrie) ومن خلال ملاحظتنا اليومية خلال الدراسة الميدانية، معظم الحالات أستقبلوا أحسن استقبال سواء من الإدارة وخاصة من طرف الأطباء، رغم العمل المكثف، خاصة الفحص اليومي (Consultation) وخصوصيات كل حالة، ومن مختلف جهات الوطن إلا أن الأطباء المكلفين يقومون بدورهم على أكمل وجهن أما الحالات التي تأتي دون موعد إلى المصلحة تحضرا بالاستقبال وشرح حالتهم ثم نقوم "بتحديد الموعد الذي لا يتعدى أسبوعا."* وبعد أسبوع من ذلك يستقبل من طرف الطبيب المختص، وشرح حالته للطبيب ومنها الدخول إلى المصلحة وقدرت نسبتهم ب36,36% في هذه الفترة يقوم المختصين بالإشراف عليهم من الأخصائيين النفسيين، حيث قدرت نسبة 87,5% من الحالات من تكون في وضعية نفسية متدهورة نتيجة الإحباطات والهزات التي مروا بها وبنسبة 12,5% من يحتاجون إلى دافع نفسي يمكنهم من التخلص من آثار هذه الآفة، أما الأخصائي الاجتماعي، فمعظم عمله مع المجموعة التي بداخل المصلحة، وهذا من خلال برنامج أسبوعي، بأربع حصص في الأسبوع، بمعدل ساعتين لكل حصة (groupe)، حيث

يكون المجال مفتوح للنقاش بحضور الأخصائي الاجتماعي، بطرح كل المواضيع التي تخص خطورة هذه الآفة وكيفية علاجها، ورغم هذا فإن بعض الحالات حظيت باس تقبال إنفرادي من طرف الأخصائي الاجتماعي، وقدرت هذه النسبة بـ75% بالنسبة للحالات الأولى وبـ25% بالنسبة للحالات الثانية، وكل ما نقول عنه في هذا العمل أن فريق المصلحة المكون من كل الاختصاصيين السابق ذكرهم يقوم بعمله على أحسن وجه من أجل إنقاذ هذه الشريحة رغم نقص الإمكانيات.

الجدول رقم (47): الصعوبات التي واجهت المدمنين قصد العلاج.

العلاج	ك	%
الصعوبات		
تداعيات المجتمع وتقاليد	04	12,12
مصلحة الأمراض العقلية	11	33,33
المخدرات لا تعالج	07	21,21
صعوبات مالية	03	09,09
غياب الإرادة	06	18,18
الغياب عن العمل - الطرد -	02	06,06
المجموع	33	100

يتضح من الجدول رقم (47) أن من أهم الصعوبات التي واجهت المدمنين قصد العلاج أو الالتحاق بالمصلحة هي التسمية القديمة أو المتداولة بين الناس لمستشفى فرانتز فانون (Joinville)* مستشفى الأمراض العقلية (الصورة التي يحملها هذا المستشفى في المجتمع، سبب طار المهابل) ، بحيث 33,33% من المدمنين أكدوا على أنهم كانوا يظنون أنها مصلحة لعلاج الأمراض العصبية والعقلية، وكذا ارتباطها باسم مستشفى (Joinville)، حيث يقول هذا المدمن: "المشكل في مستشفى (Joinville) وغياب الإعلام عن دور المصلحة هو الذي صعب من مهمة علاجي". (م.أ: 42 سنة، من تيزي وزو، أب لولدين (نكر وأنتى) أكثر من 20 سنة مع المخدرات والخمر (تمت المقابلة في 2004/05/30م).

أما نسبة 21,21% كانت تظن أن المخدرات لا تعالج، وكيف يتم معالجتها، حيث تقول هذه الحالة: " الخوف، القلق حتى في الليلة الأخيرة ومنه التحق بالمصلحة من أجل العلاج، تعاطيت المخدرات والأقراص والخمر بكثرة. (ب.ي: 22 سنة، من مدينة حمادي -بومرداس- بداية التعاطي في سن 14 المسؤول الأول عن العائلة، تخلى الأب عن مسؤولية العائلة. تمت المقابلة في 2004/065/01م). أما الحالة الأخرى فيقول: " الصعوبات التي واجهتني عند دخول المصلحة وخاصة في منزلنا، كيف الإقلاع عن المخدرات. " (ح.ع: 32 سنة، من مدينة الياشير -برج

بوعرييريج- من أعيان المدينة خاصة أخوه رئيس بلدية الياشير، أصحاب أملاك، بداية التعاطي 18 سنة، له أخ توفي في حادث م رور 1995 بسبب تعاطي المخدرات. تمت المقابلة في (2004/06/30م)

كما أن هناك فئة تقدر بـ 18,18% أكدوا إلى غياب الإرادة قصد الإقلاع عن المخدرات، وهذا ما يعرف بالاعتماد الجسيمي والنفسي، أي التبعية المطلقة للمخدرات (dependence) وبنسبة 12,12% أرجعت الصعوبات التي واجهتهم قصد العلاج والالتحاق بالمصلحة هي الخوف وتداعيات المجتمع وتقاليده، خاصة الحالات التي تقطن بالمناطق الريفية وشبه الحضرية والتي تكثر فيها ارتباط وقوة في العلاقات الاجتماعية وخاصة إذا اقترن هذا النوع من العلاج بمستشفى فرانتز فانون على أمه مستشفى للأمراض العصبية والعقلية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى كانت هناك صعوبات تتمثل في الصعوبات المالية والمقدرة بـ 09,09% فمعظمهم بطالون ومن مناطق بعيدة من الوطن، جعلتهم يجدون صعوبة للالتحاق بالمصلحة وكما أكد البعض أنهم استقرضوا أموالاً من أجل العلاج والذهاب إلى المصلحة.

أما هناك فئة والمقدرة بـ 06,06% فكانت لها إرادة كبيرة من أجل العلاج والخروج من نفق المخدرات، سوى من شيء واحد كان عائقاً أمام العلاج هو الغياب عن العمل، والتي تعني الطرد، حيث كانت هذه الصعوبة الوحيدة التي واجهتهم قصد العلاج، مما حتم عليهم الالتحاق بالمصلحة من خلال العطل السنوية.

ومنه ومهما قيل، ومهما كانت الصعوبات التي واجهت المدمنين قصد العلاج، يمكن تخطيها، إلا أن هناك شيء واحد هو ارتباط المصلحة بالتسمية القديمة لمستشفى (JOINVILLE)، وأثر هذه الكلمة في نفسية المدمن الذي يريد أن يعالج ويخلق نوع من الصعوبة في الالتحاق، لهذا يجب أن تفكر المصالح المعنية بإنشاء هذا النوع من المراكز خارج المستشفيات.

الجدول رقم (48): طبيعة المساعدات التي يحتاجها أثناء العلاج.

%	ك	مصلحة العلاج
		طبيعة المساعدات
18,18	06	الإدماج الأسري
39,39	13	المتابعة النفسية والاجتماعية
09,09	03	المتابعة الطبية
21,21	07	الاندماج الأسري -المجتمع-
12,12	04	تحسين الظروف الاجتماعية -العمل، السكن-
100	33	المجموع

يتضح من خلال جدول رقم (48) أن 39,39% أكدوا وألحوا على المساعدة النفسية والاجتماعية من خلال متابعتهم وعلاجهم داخل وخارج المصلحة من أجل الخروج من هذه المرحلة، حيث يقول هذا المدمن: " أريد إخراج كل الكبت من قلبي ومن نفسي وهذا بمساعدة الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين." (ب.م.ف: 26 سنة من دراية - الجزائر - له عقدة نفسية تجاه أبيه منذ الصغر والتمثلة في تسلط الأب رغم المستوى المعيشي الجيد للعائلة والمستوى الدراسي للحالة. تمت المقابلة في 2004/06/06م). والبعض أكدوا على متابعتهم نفسيا واجتماعيا بالتدقيق مع أسرهم لأن الأسرة أو سرهم حسب قولهم هي اللبنة الأساسية في علاجنا نفسيا واجتماعيا وهذا ما نفتقده، أما ونسبة 21,21% يريدون العودة إلى الحياة العادية والاندماج في المجتمع ولا ينظر على أنهم مجرمون وهذا ما أكدته مجموعة ممن يعالجون بالمصلحة حيث قالوا: "إننا في حالة ممتازة ونتمنى أن يستمر الحال بعد فترة العلاج، حيث العلاج الحقيقي هو معايشة الواقع والمجتمع." (مجموعة من المدمنين علقوا على ذلك. تمت المقابلة في 2004/06/19م وهو يوم عطلة).

وهناك 18,18% من المدمنين تريد العودة إلى الجو الأسري والاندماج مع العائلة وكلهم أمل للخروج من هذه الوضعية، وهذا بمساعدة أسرهم وتحفيزهم وتشجيعهم ومساعدتهم نفسيا واجتماعيا من أجل طي صفحة الماضي وبداية جديدة، وهذا ما أكده أحد الحالات حيث قال: " أريد مساعدة اجتماعية ونفسية من عائلتي، وأريد العودة إلى ابنتي والجو العائلي والحياة الاجتماعية وتجارتي." (أ.ر: 26 سنة، من مدينة برج منيل، تاجر، متزوج وله بنت، بداية التعاطي في سن 13، توقف عن تعاطي المخدرات مدة عامين 2001 إلى 2003 ثم عاد. تمت المقابلة في 2004/08/10م). ومن خلال هذا القول ربط كل شيء والعودة إلى الحياة الاجتماعية والعمل بما توفره العائلة من جو نفسي واجتماعي يساعد على الاندماج من جديد، أما البعض فطبيعة المساعدات التي يحتاجها أثناء العلاج من أجل الإقلاع عن تعاطي المخدرات بتحسين الظروف الاجتماعية من خلال السكن وتوفير مناصب العمل، ومساعدة الشباب على الزواج... الخ، كل هذه الأشياء من أجل الابتعاد عن المخدرات وقد قدرت هذه النسبة بـ 12,12%، عكس البعض فإنهم لا يطلبون أي شيء سوى المتابعة الطبية للابتعاد عن تعاطي المخدرات وكلهم إرادة للخروج من هذه المشاكل.

فهذه الفئة والمقدرة بـ 09,09% المخدرات بالنسبة إليهم شيء يجب علاجه دون أي طرح لمشاكل سواء عائلية أو اجتماعية من بطالة أو قلة السكن فلهم من الأموال والعمل للعيش بكرامة، سوى التخلص من هذه الآفة وهذا ما أكده هذا المدمن: " المساعدة الطبية لا غير، لي إرادة كبيرة للخروج من هذه المشكلة." (ب.ف: 25 سنة، عون تجاري بشركة لطيران خاصة، مستواه نهائي).

ومن خلال هذه التحاليل وهذه التعريفات لبعض الحالات أنه لا يمكن العلاج والوقاية هذه الشريحة من أفة المخدرات إذا لم يكن هناك تكامل وتندسيق بين مختلف المؤسسات ابتداء من الأسرة إلى المنظومة الإستشفائية إلى المجتمع لجعل هذه الفئة تندمج في النسيج الاجتماعي.

الجدول رقم (49): عدد مرات التردد إلى المصلحة قصد العلاج.

أكثر من 3 مرات		ثلاث مرات		مرتين		أول مرة		عدد مرات التردد أسباب العودة إلى التعاطي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	01	100	03	25	01	04	01	غياب الإرادة - اللامبالاة -
-	-	-	-	50	02	-	-	المشاكل العائلية
-	-	-	-	-	-	28	07	القرار بالعلاج
-	-	-	-	-	-	52	13	الجهل بمصلحة الإيمان
-	-	-	-	25	01	08	02	الاضطرابات النفسية
-	-	-	-	-	-	08	02	مستشفى الأمراض العقلية
100	01	100	03	100	04	100	25	المجموع

يوضح الجدول رقم (49) أن 52% من أفراد العينة تقدموا إلى المصلحة لأول مرة من أجل العلاج والوقاية من تعاطي المخدرات، والسبب في ذلك إلى جهلهم بالمصلحة، أو أن هناك مصلحة لمعالجة أعراض تعاطي المخدرات، وبنسبة 28% كان ترددهم على المصلحة لأول مرة، ولهم النية في العلاج والقرار بالابتعاد عن المخدرات.

وبنفس النسبة 08% ومن شدة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، مما نتج عنها اضطرابات نفسية واجتماعية، والخوف من المصلحة، حيث أصبح لا يمر يوم إلا ومعه المخدرات وهذا ما جعلهم يترددون لأول مرة على المصلحة، حيث تقول هذه الحالة: " لأول مرة أتقدم إلى العلاج بالمصلحة، والسبب الخوف " (ع.ز: 25 سنة فتاة من مدينة البليدة، مستوى 9 أساسي، بداية تعاطي المخدرات 2002 وهذا نتيجة الشذوذ (السحاق). تمت المقابلة في 12/07/2004م)، والحالة الأخرى قالت: " لأول مرة أتقدم إلى العلاج لأنني دخلت في نفق وضغوطات كبيرة. " م.س: 16 سنة من القبة - الجزائر - الأب شهاب 42 سنة، صاحب أملاك، الابن تحصل على البطولة الوطنية للملاكمة موسم 2001/2000 صنف Ecole بداية تعاطي المخدرات في سن 12 سنة من طرف ابن عمته إلى غواية دخول المصلحة. تمت المقابلة في 23/06/2004م). أما النسبة الثانية 08% تقدمت إلى المصلحة أول مرة للعلاج، وهذا ظنا منها أنه مستشفى للأمراض العقلية - Joinville - أما نسبة 04% فقد أكدت على أنه لا توجد إرادة من أجل العلاج وهذا نتيجة لحياة اللهو والانحراف وكثرة الأموال والنفوذ، ونسيان خطورة المخدرات، هذه الأسباب جعلتهم يترددون على المصلحة أول مرة.

وهناك من تردد على المصلحة أكثر من مرة، فنسبة 50% ترددوا على المصلحة مرتين، أي الإقلاع ثم العودة إلى تعاطي المخدرات، وحسب ما أكدوا عادوا إلى المخدرات نتيجة للضغوطات والمشاكل العائلية الناجمة عن الفقر والبطالة، وبـ 25% نتيجة لاضطرابات نفسية أو نقص الدواء، هذا من جهة، نجد فئة ومقدرة بـ 25% إلى غياب الإرادة واللامبالاة والمحيط الاجتماعي المنحرف ورفقاء السوء، وبنسبة كبيرة إلى شخصية المدمن نفسه، وبنسبة 100% من تردد على المصلحة ثلاث مرات وهذا أيضا إلى غياب الإرادة واللامبالاة، ومنهم من يعتمد في ذلك فيجد في المصلحة الملجأ الوحيد، أما من تردد إلى المصلحة أكثر من ثلاث مرات والمقدرة بـ 100% وهذه الحالات ممن دخلت في دوامة أخرى من الإدمان، حقن الهيروين وتعرضهم لأمراض مثل التهاب الكبد - Hépatite - مما تطول مدة العلاج وكذا إلى غياب الإرادة التامة.

وكل ما سنستتجه، وهذا من خلال الدراسة الميدانية، والاحتكاك اليومي مع المكلفين بالعلاج داخل المصلحة، فإن المصلحة لا تضع أي شروط من أجل العلاج، أو العودة من جديد إلى المصلحة من أجل العلاج، فالمدمن له كل الحرية في اتخاذ القرار بالعلاج بنفسه. وما نستطيع قوله أن المدمن هو طبيب نفسه إذا كانت له نية كبيرة وشخصية قوية للإقلاع عن المخدرات، وهذا من أول مرة دخوله إلى المصلحة، إلا في بعض الحالات المستعصية التي يطول علاجها.

1. 6. 5 . أهم الاستنتاجات والنتائج المدمن-الأسرة-مصلحة العلاج والوقاية من المخدرات:

من النتائج التي طبعت العلاقة بين المدمن وأسرته ومصلحة العلاج والوقاية ضد المخدرات كانت كما يلي:

- أن غالبية المبحوثين كان التحاقهم بالمصلحة للعلاج من المخدرات بواسطة الأسرة الطبية، وهذا طبعا بمساعدة أسرهم، وكان الطب العام دورا في توجيه هذه الفئة إلى المصلحة سواء تعلق الأمر بالعيادات المتعددة الخدمات أو المستشفيات أو الخواص، ومن خلال تفصي الحقيقة وروح البحث وإعطاء الموضوع أكثر موضوعية، كان لقاء مع طبيبة من بلدية شفة (فضيلة مرنيز) حيث قالت: "نادرا ما تأتي حالات من هذا النوع، وإذا كانت نوجهها مباشرة إلى مصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات والإممان عليها بالمستشفى فرانتز فانون بالبلدية."* أيضا كان لأطباء الأمراض العصبية والعقلية، دور في توجيه هذه الفئة إلى المصلحة، خاصة أطباء المستشفيات، مثل مستشفى جبل الوحش بقسنطينة ومستشفى عين عبادة بسطيف، ومستشفى تيزي وزو، أما فيما يخص الأخصائيين النفسانيين فكانت آراء المدمنين متضاربة فالبعض أكد على أهمية هذه الفئة من الأخصائيين رغم مدة العلاج الطويلة عند البعض، والبعض على الطابع التجاري الذي يميز هذه الفئة.

- فيما يخص مصلحة العلاج والوقاية من المخدرات، فقد أكد بعض المدمنين على أنها مجهولة إعلاميا وإذا عرفت ارتبط اسمها بمستشفى فرانتز فانون الذي يظن البعض، أو عند العامة، أنه مستشفى الأمراض العقلية - Joinville - وهذا ما أكده الدكتور بوحامد رابح: "توجد أربع مراكز على المستوى الوطني لمعالجة المدمنين وهي الجزائر العاصمة، وهران، عنابة، البلدية، فإن هذا العدد غير كافي، في وقت زاد فيه انتشار خطر المخدرات، بدليل أن هذه المراكز أصبحت غير قادرة على استيعاب المدمنين، زيادة على أن مدة معالجة المدمن تقتضي سنتين وبتكلفة باهظة." [136] ص 15.

- والصعوبات التي واجهت المدمن قصد العلاج نلخصها فيما يلي:

1. تداعيات المجتمع وتقاليد، حيث أن البعض من تم التحاقه بالمصلحة والعلاج سرا.
2. التسمية القديمة للمستشفى بسبيطار المهابل.
3. الفكرة التي يحملها المدمنين على أن المخدرات لا تعالج، وغياب الإرادة.
- أما عن طبيعة المساعدات التي أكد عليها المدمنين من خلال هذا البحث على:
 1. المتابعة النفسية والاجتماعية أثناء العلاج.

2. العودة إلى الحياة الأسرية.

3. معايشة الواقع والاندماج من جديد في المجتمع.

يتبين من الدراسة الميدانية أن العلاج الإرادي أحسن وأنجع من العلاج المفروض، لأنه إذا كان من السهل إزالة الاعتماد الجسمي، فإنه من الصعب شفاء المدمن من الناحية النفسية والاجتماعية، فعلاج المدمن على المخدرات ليس له طابع طبي محض بل هو متعدد الجوانب والتخصصات وهذا ما سنبينه في المبحث الآتي ودور المعاملة الأسرية مع المدمن أثناء العلاج.

7. المعاملة الأسرية مع المدمن أثناء العلاج:

الجدول رقم (50): مدى استجابة المدمن للعلاج داخل المصلحة.

طبيعة الاتصال المدمن والأسرة والمصلحة		كيفية الاتصال المدمن والأسرة		فترة العلاج				مصلحة العلاج رأي المدمن
				غير كافية		كافية		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	18,18	06	81,81	27	المدة الزمنية (الأيام)
-	-	72,72	24	-	-	-	-	الهاتف
57,57	19	18,18	06	-	-	-	-	معدومة
24,24	08	09,09	03	-	-	-	-	موجودة (زيارات يومية)
18,18	06	-	-	-	-	-	-	المساعدة النفسية الاجتماعية الطبية
100	33	100	33	18,18	06	81,81	27	المجموع

ملاحظة:

* الهاتف هنا نذكر أن وسيلة الاتصال بين المدمن وأسرته إما هاتف المصلحة أو بعض

الأفراد لهم هواتف نقالة.

* المدة الزمنية: 21 يوم.

هذا الجدول يمثل استجابة المدمن للعلاج داخل المصلحة فالنسبة 81,81% يرون أن فترة العلاج داخل المصلحة كافية في الحد أو بداية الحد في الإقلاع عن المخدرات، وفترة العلاج هنا مقدرة بعدد الأيام إما 21 يوماً أو 15 يوماً وهذا كله تحت رغبة المدمن دون الضغط عليه أو التأثير عليه، خاصة إذا كان سلوك الحالة جيد وله قابلية للعلاج، عكس البعض فيطردون لسوء الانضباط. أما البعض والمقدرة بـ 18,18% فيرون في المدة الزمنية أثناء العلاج غير كافية، وهذا لغياب برنامج خاص أثناء العلاج فكل أيام فترة العلاج حسبهم، دواء وأكل ونوم، وهو ما يعتبرونه روتين ممل خاصة عند نهاية الأسبوع (الخميس والجمعة)، هذا فيما يخص المدة الزمنية أو عدد الأيام، أما كيفية الاتصال بين المدمن وأسرته فقد أكدت 72,72% أن كيفية ووسيلة الاتصال بيننا وبين أسرتنا تتم بواسطة الهاتف، سواء هاتف المصلحة أو امتلاك بعض الحالات للهواتف النقالة، ومن خلال مقابلتنا اليومية أثناء فترة الدراسة الميدانية استحسنوا هذه الطريقة لما لها من إيجابيات سواء على نفسية المدمن أو على مستوى الأسرة. أو لبعد المسافة بين المصلحة ومناطقهم الأصلية أو للظروف العائلية التي لا تسمح بالزيارات كل يوم، عكس البعض وبنسبة 18,18% أن الاتصال بينهم وبين أسرهم معدوم إما لسرية العلاج، وهذا ما لمسناه عند بعض الحالات، فلم يخبر عائلته بعلاجه إلا بعد مدة من مكوثه في المصلحة، أما كيفية الاتصال عند البعض الآخر من خلال الزيارات اليومية، وخاصة ممن يقطنون بمدينة البلدية من أجل إحضار وجبة لعشاء، وهذا ما ساعدهم على التجاوب مع العلاج وقد كانت هذه النسبة مقدرة بـ 09,09%.

أما طبيعة الاتصال بين المدمن والأسرة والمكلفين بالعلاج فقد أكدت 57,57% أنها معدومة، وإن كانت موجودة فالمحظوظين خاصة أصحاب الجاه ممن يعالجون بالمصلحة وهم موجودون ونرى التميز بأعيننا، وهذا ما يديبط في معنوياتنا، أما البعض وبنسبة 24,24% فيقول هي عبارة عن زيارات لأسرتنا واتصالهم مع أعوان الحماية أو الممرضين.

وبنسبة 18,18% أكدوا على ذلك من خلال المساعدة النفسية والاجتماعية وحتى الطبية في حالة المرض، لكن الملاحظة التي خرجنا بها من هذا المحور أن هناك نوع من التمييز بين المدمنين في طريقة العلاج، وهذا بشهادة المدمنين أنفسهم، وهذا كل بنوع من التحفظ.

ومن ذلك ومن خلال قراءتنا الإحصائية للجدول تبين أن هناك نوع من الاختلال في أسلوب الاتصال وإذا تمعنا في الجدول جيداً لا بد من أخذ طريقة الهاتف كأسلوب حديث للعلاج، سواء أن كان للمعالجين داخل المصلحة أو خارجها، وهذا لو تؤخذ هذه الفكرة بطريقة عصرية مع وجود أخصائيين نفسانيين واجتماعيين يحسنون لغة الاتصال هذا ما يساعد على العلاج خاصة بالنسبة للأسرة البعيدة أو التي ظروفها لا تسمح مع إمكانية فتح خط أخضر.

وفي الأخير ومهما قيل فإن المصلحة تقوم بواجبها رغم نقص الإمكانيات المتوفرة، ولها دور في عملية العلاج والوقاية.

الجدول رقم (51): مدى أهمية الزيارات الأسرية أثناء فترة العلاج

زيارة الأهل				زيارات مختلفة				الأيام المخصصة				الزيارات الأسرية رأي المدمن
غير منتظمة		منتظمة		لا		نعم		غير كافية		كافية		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	-	-	-	-	30,30	10	-	-	لا توجد أيام مخصصة
-	-	-	-	-	-	21,21	07	-	-	-	-	الزملاء والأصدقاء والأقارب
-	-	-	-	15,15	05	-	-	-	-	-	-	سوى العنلة فقط
-	-	27,27	09	-	-	-	-	-	-	-	-	بالانتظام في الأيام المخصصة - العائلة-
12,12	04	-	-	-	-	-	-	-	-	06,06	02	الظروف العائلية لا تسمح
36,36	12	-	-	-	-	-	-	-	-	06,06	02	بعد المسافة
-	-	-	-	36,36	12	-	-	-	-	-	-	العلاج سرا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54,54	18	الأيام المخصصة مقبولة
24,24	08	-	-	-	-	-	-	03,03	01	-	-	كل يوم (مساء)
-	-	-	-	27,27	09	-	-	-	-	-	-	لا يريد الزيارات
72,72	24	27,27	09	78,78	26	21,21	07	33,33	11	66,66	22	المجموع

ملاحظة: الأيام المخصصة للزيارة: السبت و الأربعاء.

يشير الجدول رقم (51) إلى مدى أهمية الزيارات الأسرية أثناء فترة العلاج، فإذا تمعنا في الجدول نجد أن 54,54% أن الأيام المخصصة للزيارة أو التي خصصتها المصلحة للزيارات هي كافية أو مقبولة وبنسبة 06,06% أكدت على أن الأيام المخصصة للزيارة خلال الأسبوع (السبت - الأربعاء) وهذا لعدة اعتبارات منها الظروف العائلية التي لا تسمح بالزيارة كل يوم، سواء الجانب المادي للعائلة أو عمل كل أفراد الأسرة طيلة الأسبوع، أما الآخرون يؤكدون على بعد المسافة، مما يرون في الأيام المخصصة كافية للزيارة، أما 30,30% فيرون أنه لا توجد أيام مخصصة للزيارة ويتناقض مع العلاج، فكل الأيام يجب أن تكون زيارات، هذا بالنسبة للأيام المخصصة أما ممن يتلقون زيارات مختلفة فقد أكدت نسبة 36,36% مجيئه إلى المصلحة من أجا العلاج كان سرا، وهذا لعدة عوامل تجعل من المعالج أو الأسرة يخطط لهذا العلاج بسرية تامة، مما يجعل هذا النوع من العلاج من "الطابوهات" بين أوساط المجتمع الجزائري، خاصة إذا تعلق الأمر بمصلحة تقع في مستشفى مثل مستشفى فرانتز فانون، الذي يظن الجميع أنه مستشفى الأمراض العقلية أما نسبة 27,27% فتقول أنها لا تريد زيارات وأن ما وصلت إليه هي الرفقة السيئة، وبنسبة 15,15% أنها تريد زيارة العائلة فقط، وتعتبر أن هذه الفترات هذا تظهر نوع العلاقات مع الأحباب والأصدقاء، وهذا تظهر حقيقة رفقاء المخدرات، وهذا ما لمسناه عند بعض المدمنين الذين أكدوا على أن "الصاحب وقت لاشدة" لهذا لا يعطون أهمية لهذه الزيارات، وكما يتضح من الجدول أن نسبة 21,21% أكدت على أن هناك زيارات مختلفة من الزملاء والأصدقاء والأقارب، وهذا في نظرهم ساعدهم أو يساعدهم نفسيا للخروج من الأزمة، وأن لهم وجود وكيان بين شرائح المجتمع، وهذا ما يسهل عملية الإدماج سواء أسريا أو اجتماعيا. أما الأغلبية القسوى فأكدوا على زيارة الأهل لم تكن منتظمة وهذا لعدة أسباب، فنجد أن 36,36% أكدوا على أن المسافة بين البلدية ومناطقهم الأصلية بعيدة جدا وهذا ما خرجنا به:

- 10 حالات من الشرق الجزائري

* 3 حالات من قسنطينة

* 2 من سطيف

* 5 حالات من (ميلة، باتنة، قالمة، تبسة، برج بوعرييج)

- 1 حالة من الغرب الجزائري: ولاية مستغلم

- 1 حالة من الجنوب الجزائري: حاسي مسعود (ورقلة)

- 1 حالة من ولاية الجلفة

وهذه الحالات كلها أكدت على ضرورة مركز أو مصلحة للعلاج في كل ناحية وهذا لنتيجة

لبعد المسافة وشساعة مساحة الجزائر.

وبنسبة 24,24% أن زيارة الأهل لم تكن منتظمة، وتأتي كل يوم خاصة ممن يقطنون بالبلدية (4 حالات) والجزائر العاصمة وضواحيها (8 حالات) وهذا من أجل وجبة العشاء، خاصة ممن يملكون السيارات التي تسهل النقل، أما نسبة 12,12% فقد أكدت على إن الظروف العائلية لا تسمح سواء كان في الأيام المخصصة للزيارة أو العكس، وبنسبة 27,27% أكدوا على أن زيارة الأهل كانت منتظمة وفي الأيام المخصصة وهذا نتيجة لشغال كل فرد من العائلة وكذا ونوع من التحفظ بعد المسافة، حيث أن:

- أربعة حالات من بومرداس وضواحيها.

- حالتين من الشلف.

- حالة من عين الدفلى.

- حالة من تيزي وزو.

لكن من كل هذا التذبذب في الزيارات، خاصة العائلة فإن لها من الأهمية أثناء فترة العلاج، بالنسبة للمدمن لمساعدته نفسيا واجتماعيا، فهذا النوع من الزيارات خاصة بالتنسيق مع الأخصائي النفسي والاجتماعي بنتائج ممتازة من حيث الوقاية والعلاج.

الجدول رقم (52): أهمية دور أسرة المدمن أثناء فترة العلاج.

أشياء أخرى		لا		نعم		فترة العلاج
						طبيعة دور الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	24,24	08	العودة إلى الجو الأسري
-	-	-	-	27,27	09	- المساعدة النفسية - -إحساس - أمل-الوجود
-	-	-	-	09,09	03	هي الكل في العلاج
12,12	12,12	-	-	-	-	المعاملة الحسنة
-	-	-	-	06,06	02	التحفيز
12,12	12,12	-	-	-	-	المصالحة الأسرية
03,03	01	-	-	-	-	تحسين العائلة لأخلاقها
03,03	01	-	-	-	-	المساعدة على الزواج
-	-	100	01	-	-	الأم سبب المشاكل
100	10	100	01	100	22	المجموع

ملاحظة: * الحالة الوحيدة التي قالت "لا" السبب راجع إلى كون أمها هي السبب أي أن أمها راقصة بالملاهي سابقا ولم ترى أبها منذ أن كان عمرها " 11 سنة " .

تظهر نتائج الجدول رقم (52) إلى أن ثلثي العينة ($\frac{2}{3}$) يؤكدون على أهمية ودور الأسرة أثناء فترة العلاج، وطبيعة دور كل أسرة باختلاف خصوصيات كل أسرة. وتأتي المساعدة النفسية في قائمة الأدوار التي تقوم بها الأسرة أثناء فترة العلاج فينسبة 27,27% أكدت أن المصدر الأساسي للخروج من دوامة الانحراف والمخدرات يتمثل في الإحساس والحب والحنان والرعاية، خاصة فيما يتعلق بالجانب النفسي لان المدمن هو جزء من هذه الأسرة، وبعث الأمل من جديد من خلال تحفيزه على العلاج والخروج من دائرة المخدرات، وانه موجود بين كيان الأسرة وهذا ما يقوله في هذه الحالة: " لأسرتي دور كبير في علاجي من بعث للأمل والاهتمام بي والاعتناء بي. " (د.خ: 22 سنة من مدينة شلغوم العيد -ميلة- الأخير بين إخوته، الحالة المادية للعائلة ممتازة، تعرف على المخدرات مجرد فضول وحب المعرفة 13 سنة كل هذا بتوفر الأموال، وكذا المدل الذي يملكه Taxi-Phone ، دخل إلى المصلحة أول مرة. تمت المقابلة في 2004/08/14م).

هذا من جانب، ومن جانب آخر نجد هذه الفئة 24,24% تركز على العودة إلى الجو الأسري خاصة من الحالات الذي ابتعد عن أسرته أول مرة، والذين يقطنون في أماكن بعيدة من الوطن، فلهذا نجدهم يلحون على العودة إلى الجو الأسري، هذا الجو الذي يحمل عدة مواصفات والعالم الآخر لكل إنسان. حيث يقول هذا المدمن: "أسرتي لها دور أثناء فترة العلاج خاصة أمي هي الصدر الحنون، ولها دور كبير في العودة إلى الحياة الأسرية،" (ع.ب: 23 سنة من واد الفضة - الشلف- مهنته حلاق، الأول بين إخوته، الأب مدمن للكحول، ودائما في مشاكل مع أبيه، بداية التعاطي في سن 13 سنة، توقف عن الإقلاع قبل دخوله إلى المصلحة (3 أشهر) لكن أعراض المخدرات بقيت، وله إرادة كبيرة للخروج منها. تمت المقابلة في 2004/07/20م).

وبنسبة 09,09% يعتبرون أسرهم هي الكل في العلاج ويؤكدون على أن العلاج الحقيقي عند الالتحاق بأسرنا، وبنسبة 06,06% أن لأسرهم دور كبير في تحفيزهم على العلاج، وهذا من أجل الدخول إلى المصلحة والمداومة على العلاج، حيث يقول هذا المدمن: "لأسرتي دور كبير، هي التي حفزتني للمجيء إلى المصلحة من أجل العلاج." (ب.م.ف: 26 سنة من الجزائر -الدرارية- مستوى نهائي، الحالة المادية للعائلة ممتازة، أبوه مسير مؤسسة خاصة ملكه (la Pêcherie)،

بداية التعاطي في 17 سنة له محل خاص لبيع الملابس والحلي التقليدية، الثاني في إخوته بعد أخته. تمت المقابلة في 2004/06/06 م).

وهناك أشياء أخرى ركزت عليها بعض الحالات، فنجد 12,12% تركز على المعاملة الحسنة وخاصة الذين يعانون من الاكتئاب النفسية نتيجة لحادث ما أو لإحباط ما، أو من خلال الأجواء المتوترة داخل الأسرة، فمثلا هذه الحالة تقول: " لها دور كبير في العلاج، أريد الخروج من هذه العقدة النفسية، أريد معاملة حسنة من الأهل." (نفس الحالة، من واد الفضة ولاية الشلف.)

أما النسبة الأخرى 12,12% يريدون المصالحة الأسرية، وهذا ما تفعله المخدرات تجعلك تخسر كل شيء، لأن المخدرات فخ تجعل من متعاطيها دائما في تبعية ودائما في صراع مع الأهل خاصة الأب، وهذا ما نطمح إليه من خلال دخولنا إلى المصلحة من أجل العلاج، نريد العودة إلى أسرنا وإزالة ذلك الصراع ويقول هذا المدمن: " للعائلة دور كبير في العلاج، خاصة من حيث العلاقات، فالأجواء المتوترة يجب إزالتها خاصة مع أبي وأمي." (ق.م: 19 سنة من قسنطينة، مستوى ابتدائي، من عائلة صغيرة (الأب والأم وأخته)، أبوه له مستوى جامعي ومدير وحدة للبريد، سبب تعاطيه للمخدرات أخته المعوقة ذهنيا وحركيا بداية التعاطي في 15 سنة، دخل إلى المصلحة أول مرة. تمت المقابلة في 2004/07/04 م).

وبنسبة 03,03% نجد منهم يريد من أسرته المساعدة على الزواج، خاصة مع من يحب، والبعض يريد أن صورة العائلة أمام المجتمع لا بد من تحسينها، لأن شرف الأسرة هو كل شيء إن أرادوا الإقلاع عن المخدرات.

ومنه، ومهما قيل من أراء في هذا الجدول مع اختلاف في الطرح، فإن للأسرة دور كبير أثناء فترة العلاج، فلهذا يجب على القائمين والمعنيين بالأمر الاستثمار في هذا المجال، من أجل خلق وحدة أو نموذج بين المدمن، الأسرة ومصلحة العلاج، وهذا بغية علاج ووقاية هذه الفئة.

الجدول رقم (53): طبيعة الخدمات التي تقدمها المصلحة.

غير كافية		كافية		طبيعة الخدمات الوقائية والعلاج - دورها -
%	ك	%	ك	
-	-	92,85	13	كل الخدمات المقدمة
20,58	07	-	-	غياب الجانب الترفيهي والرياضي
23,52	08	-	-	نقص التأطير داخل المصلحة (الاتصال و المعاملة)
38,29	13	-	-	نوعية الغذاء
05,88	02	-	-	المصلحة = ملجأ دواء وأكل و نوم
05,88	02	-	-	المخدرات داخل المصلحة
-	-	07,15	01	إرادة المدمن
05,88	02	-	-	المتابعة خارج المصلحة
100	34	100	14	المجموع

ملاحظة: * هنا الإجابة كانت متعددة، أي أن السؤال واحد لكن الجواب متعدد.

يمثل الجدول رقم (53) طبيعة الخدمات التي تقدمها المصلحة، وهل هي كافية فعلا في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات، فالسؤال هنا واحد لكن الإجابة كانت متعددة، وتختلف من مدمن إلى مدمن، فنجد أن 92,85% أكدوا على أن الخدمات التي تقدمها المصلحة كافية للإقلاع عن المخدرات، ومن خلال مقابلاتنا اليومية لاحظنا ذلك التحسن نتيجة للعلاج من خلال الدواء، الأكل، والعلاج الاجتماعي والنفسي والصحي بمعنى أن هذه الفئة ركزت على تلك المدة التي يقضونها داخل المصلحة، أما نسبة 07,15% فأكدت على أن الخدمات المقدمة كافية لوقاية الشباب من تعاطي المخدرات إذا كانت هناك إرادة شخصية من طرف المدمنين فالخدمات المقدمة من المصلحة ماهي إلا إحدى وسائل العلاج والبقية تأتي من المدمن نفسه ومحيطه.

هذا من جانب، ومن جانب آخر يرون أن الخدمات التي تقدمها المصلحة غير كافية وذلك لعدة أسباب لاحظها المدمن أو المعالج داخل المصلحة، فنجد مثلا أن نسبة 38,29% أكدوا على نوعية الغذاء الغير جيدة وناقصة، وهذا ما يجعل المعالج يشتري الأكل من مصروفه أو الأكل الذي تحضره العائلة عند الزيارة وبنسبة 23,52% أرجعت أن الخدمات المقدمة غير كافية إلى النقص في التأطير داخل المصلحة، خاصة غياب الاتصال مع المعنيين أثناء العلاج زائد المعاملة، فهذا الجانب اشتكى منه المعالجين وهذا ما قالته هذه الحالات الثلاثة:

- الحالة الأولى: " الخدمات التي تقدمها المصلحة لا بأس لكن نوعية المعاملة مع المعالجين نوعاً ما! " (خ.ن: 22 سنة من القبة -الجزائر العاصمة- مستوى 8 أساسي، دخل المصلحة أول مرة، بداية تعاطي المخدرات في سن العاشرة. تمت المقابلة في 2004/08/22م).

- الحالة الثانية: " الخدمات مع المرضى نوعاً ما ليست في المستوى. " (ر.ع: 35 سنة من الجزائر، مستوى النهائي (18 سنة مع المخدرات خاصة الكوكايين) شارك في عدة سباقات دولية (السيارات) (تمت المقابلة في 2004/08/16م).

- الحالة الثالثة: " نقص المعاملة من جانب أعوان المصلحة، خاصة جانب التعامل، حتى أنهم يحسوننا بأننا مجرمون ولسنا ضحايا. " (ج.ع: 28 سنة من سطيف مستوى 9 أساسي (سُجن 8 مرات) 10 سنوات مع المخدرات خاصة الأقراص، دخل إلى المصلحة أول مرة).

أما نسبة 20,58% يرون أن غياب الجانب الرياضي والترفيهي يجعل الخدمات التي تقدمها المصلحة غير كافية رغم وجود قاعة لممارسة رياضة كمال الأجسام، وملعب لكرة القدم لكن دون نشاط، وعند استفسارنا قيل أن هناك نقص أو انعدام للمؤثرين والمربين الرياضيين.

ويرى البعض وبنسبة 05,88% أن المصلحة عبارة عن ملجأ والخدمات المقدمة غير كافية (المصلحة = الملجأ ← دواء و أكل و نوم)، وهذه العبارة لها شقين في التفسير، فالشق الأول بالنسبة للمدمنين الذين عاجوا من قبل ولم يتمكنوا من الابتعاد عن المخدرات فيرجعون إلى المصلحة، من أجل الابتعاد عن المخدرات مؤقتاً، وظفر بمكان من أجل الدواء والأكل والنوم، وهذا بالنسبة لحالات الذين دخلوا أكثر من مرتين، أما الشق الثاني فالمصلحة عبارة عن ملجأ للدواء والأكل والنوم وغياب لكل شيء.

وبنفس النسبة 05,88% أكدوا أن الخدمات التي تقدمها المصلحة غير كافية، ما دامت المخدرات تدخل إلى المصلحة ومتداولة فيما بينهم، وهذا بشهادة أحد الأعوان الذي قال: "العلاج لا يجدي نفعاً ما دامت المخدرات متداولة بينهم وغياب الإرادة الشخصية."

أما النسبة الأخيرة والمقدرة بـ 05,88% فأكدوا أن الخدمات التي تقدمها المصلحة غير كافية إذا لم تكن هناك متابعة خارج المصلحة فحسب معرفتهم فالعلاج الأساسي يبدأ بعد الخروج من المصلحة وهذا يتم بالتنسيق مع أسرة المدمن، المحيط الاجتماعي والمنظومة الإستشفائية.

وفي الأخير وكل ما قيل عن المصلحة ورغم النقائص الموجودة داخل المصلحة، فإن المصلحة والخدمات المقدمة ايجابية في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات إذا ما وضعت إستراتيجية واليات أخرى للعلاج والوقاية وهذا بتضافر كل الجهود.

1. 7. 5 . أهم الاستنتاجات ونتائج المعاملة الأسرية مع المدمن أثناء العلاج:

أهم ما يميز هذا المبحث من نتائج، كانت كما يلي:

• من المبحوثين يرون في الفترة الزمنية المخصصة للعلاج والمحددة بـ 21 يوماً، على أنها فترة كافية في الحد والإقلاع عن المخدرات، ففي هذه الفترة تزول الأعراض الجسمية، أو التبعية الفيزيولوجية، نتيجة لإتباع نظام معين من العلاج، المتمثل في الدواء المضاد للمخدرات المستهلكة من طرف المدمنين، فالعلاج المخصص لمستهلكي القنب الهندي، غير العلاج المخصص للمدمنين على الأقراس المهلوسة، غير أن إزالة الأعراض الجسمية ما هي إلا مرحة لخطوة الشروط الأولية الضرورية لعلاج مكثف يهدف إلى إزالة التعود، وإزالة الارتباط النفسي بالمخدر وذلك عن طريق تعليم المدمن للعيش دون مخدر، أما البعض فيرى أن فترة العلاج غير كافية، وهذا الغياب برنامج خاص أثناء العلاج، حيث يرون في العلاج الحالي داخل المصلحة عبارة عن روتين من أكل و نوم ودواء (أنظر الجدول رقم 51).

• أما من ناحية الاتصال بين المدمنين وأسرتهم، فوجدوا في هاتف المصلحة وامتلاك البعض للهواتف النقالة، أحسن وسيلة للاتصال بأسرتهم، وقد استحسنوا هذه الطريقة لما لها من إيجابيات على المدمن وأسرتهم من الناحية النفسية والعلاجية.

• في حين طبيعة الاتصال بين أسر المدمنين والمكلفين بالعلاج، فأفصحت الدراسة الميدانية بعدة ملاحظات وهي:

1. من المبدئين، أن طبيعة الاتصال كانت معدومة، وإن وجدت فالمحظوظين فقط، خاصة أصحاب النفوذ.

2. البعض يقول هي عبارة عن زيارات لأسرنا فقط.

3. نجد البعض يؤكدون على طبيعة الاتصال من خلال المساعدة النفسية والاجتماعية والطبية.

4. أما أهم ملاحظة، والتي كانت في عين المكان، حيث منحت لنا الملاحظة بالمشاركة، لكي نعيش داخل المصلحة، ومع المجموعة المراد دراستها، وبمرور الوقت زادت تدريجياً تلك الصورة التي كان يحملها بعض المبعوثين في بداية الأمر بالنظر إلينا كغرباء، إلى أن أكدوا على أننا جزء من الفريق المعالج داخل المصلحة، مما سمح لنا التنقل بأكثر حرية، ونتيجة على أن هناك نوع من التمييز في العلاج أو المعاملة لبعض الأعضاء من المصلحة، مما ولد نوع من التذمر لدى بعض المدمنين.

• أما بالنسبة لأسلوب آخر من أساليب العلاج والمتمثل في الأيام التي خصصتها المصلحة لزيارة الأهل، فأكد البعض على أنها كافية ومقبولة، والبعض كانت له وجهة نظر أخرى، على أن الأسلوب الذي تنتهجه المصلحة يتناقض مع العلاج، حيث يرون أن كل أيام الأسبوع يجب أن تكون زيارات.

• أيضا من نتائج الدراسة، على أن البعض يتلقون زيارات، نتيجة لسرية العلاج، ولعدة ارتباطات متعلقة بالمحيط الاجتماعي لدى البعض أو المحيط المهني، حيث أن البعض قضى عطلته السنوية بالمصلحة، أو لوقوع المصلحة بمستشفى فرانتز فانون، الذي يظن البعض، على أنه مستشفى للأمراض العقلية (سيطار المهابل)، وهذا ما أكده السيد صالح عبد النوري مدير الدراسات والبحث بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها (O.N.L.C.D.T) "أنه من الخطأ الكبير إحقاق المدمنين بمستشفيات الأمراض العقلية في بلادنا، لأن المدمن ليس مريضا عقليا، والعلاج الصحيح يتم عن طريق تكافل مختلف التخصصات بما في ذلك الجانب النفسي والاجتماعي، فالمدمن يحتاج إلى إدماجه اجتماعيا." [197] ص 15.

• زيارة الأهل كانت عند البعض غير منتظمة، وهذا لعدة عوامل، ومن أهم هذه العوامل، بعد المسافة بين البلدية والمناطق الأصلية لبعض المبحوثين، لهذا ألح معظمهم على زيادة مراكز العلاج، وفي كل ناحية من أنحاء الوطن "وهذا ما يعتزم الديوان الوطني لمكافحة المخدرات بالتنسيق مع وزارة الصحة، في فتح ثلاث مراكز جديدة تضاف إلى المراكز الثلاثة السابقة." [138] ص 12.

• عبر البعض أن للزيارات الأسرية دور كبير أثناء العلاج، من خلال المساعدة النفسية والاجتماعية وعدم تحسيسهم بالذنب، وبعث الأمل وإعادة إيمانهم في أسرهم والمجتمع، وهذا ما حصل للكثير "مثل هذه الحالة من مدينة البلدية، موظف في شركة للتأمينات (CAAR)، كان يتعاطى للمخدرات والأقراص المهلوسة، ودخل إلى المصلحة في سنة 2002، وبعد خروجه وبفضل إرادته أقطع عن المخدرات، وأصبح إنسان أكثر فعالية وتأثير في أسرته ومحيطه الاجتماعي."

• من حيث الخدمات التي تقدمها المصلحة، اعتبروها كافية للإقلاع عن المخدرات، أما البعض فأكدوا على الإرادة الشخصية للإقلاع عن المخدرات، في حين اشدتكي البعض من نقص وتنوع الخدمات المقدمة داخل المصلحة من حيث الأكل ونقص في التأطير، أي المعاملة من طرف بعض الأعوان والممرضين، غياب الجانب الترفيهي والرياضي، أما البعض فقال المصلحة عبارة عن ملجأ (الأكل والنوم و الدواء) وما دامت المخدرات تتداول داخل المصلحة في غياب المراقبة الصارمة فهذه الخدمات غير كافية، خاصة إذا لم تكن هناك متابعة خارج المصلحة، بمعنى التأهيل أو الرعاية اللاحقة، وهذا ما جعل الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها إلى رسم سياسة وطنية للوقاية

ومكافحة المخدرات ومتابعة تنفيذها بالتعاون والتنسيق مع القطاعات الوزارية المعنية، وكذا الهيئات والجمعيات العاملة في ميدان مكافحة المخدرات والإيمان عليهما، وهذا ما أشارت إليه دراسة أعدتها الملازم سدميرة بلحاج على مستوى قيادة الدرك الوطني، خلية الاتصال "إلى إنشاء خلايا حماية الأحداث من الانحراف التابعة لقيادة الدرك الوطني على مستوى الجزائر العاصمة، وهران، عنابة منذ شهر مارس 2005، وتمكنت هذه الخلايا من التكفل وإدماج أكثر من:

- 35 حدثاً من الجنسين، تم تحويلهم إلى مراكز مختصة.
- 27 طلب من الأولياء للتدخل، ووضع حد لانحراف أبنائهم، وتمت مرافقة عدد منهم إلى مصلحة الإيمان بمستشفى سيدي الشحمي بوهران (خلية الاتصال، الدرك الوطني، وهران).
- إدماج 96 حدثاً في وسطهم العائلي.
- عدد الأحداث الموقوفين عام 2005: 3192 طفل. [198] ص 21.

5. 8. دور الأسرة مستقبلاً بعد العلاج:

الجدول رقم (54): مدى أهمية ودور الأسرة بعد فترة العلاج.

دور الأسرة و غياب فرص العمل		المعاملة الأسرية -الإقلاع عن المخدرات-				المدمن و أسرته		دور الأسرة بعد العلاج قبلية المدمن	
		لا تكفي		تكفي					
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
18,18	06	-	-	06,06	02	39,39	13	الاندماج مع العائلة	
36,36	12	-	-	12,12	04	21,21	07	الدعم النفسي والمادي	
18,18	06	-	-	-	-	09,09	03	الرعاية الأسرية الحب، الحنان	
-	-	18,18	06	-	-	15,15	05	الحياة الاجتماعية البطالة والزواج والسكن	
03,03	01	09,09	03	-	-	-	-	المدمن ضحية وليس مجرم نظرة المجتمع-	
09,09	03	42,42	14	-	-	03,03	01	الفراغ المحيط الاجتماعي	
-	-	-	-	-	-	06,06	02	الهجرة	
09,09	03	06,06	02	-	-	-	-	المتابعة خارج المصلحة	
06,06	02	06,06	02	-	-	06,06	02	شرف العائلة - الجانب الأخلاقي-	
100	33	81,81	27	18,18	06	100	33	المجموع	

يبين الجدول رقم(54) دور الأسرة مستقبلا بعد فترة العلاج ومن خلال الأسئلة الثلاثة لمطروحة كانت نتائجن الإحصائية على ما يلي:

فمن خلال السؤال: هل المعاملة الأسرية وحدها تكفي للابتعاد عن تعاطي المخدرات؟ تبين أن 42,42% أرجعوا أن المعاملة الأسرية وحدها لا تكفي للإقلاع عن المخدرات فهناك عوامل أخرى يخشى منها الشباب وهي الفراغ والمحيط الاجتماعي (بالعلمية الجزائرية milieu)، فالأحياء والقرى والمدن الجزائرية أصدحت من أهم الأسباب لتفشي ظاهرة تعاطي المخدرات، ولنوكد ذلك يقول هذا المدمن: " المعاملة الأسرية وحدها لا تكفي، يجب الابتعاد عن الانحراف، ورفقاء السوء، والاندماج في المجتمع " (ب.ف: نفس الحالة).

هذا من جانب، ومن جانب آخر ومن خلال السؤال: بعد فترة العلاج، ماذا تنتظر من أسرتك؟ نجد أن 39,39% يريدون العودة إلى الحياة الأسرية والاندماج من جديد، فالفترة التي قضاها في تعاطي المخدرات وجو الانحراف جعلتهم معزولين عن أسرهم وهذا ما لاحظناه داخل المصلحة فالمدمن دائما في عزلة وشارد الذهن لا يفكر في أي شيء كيف يتحصل على تلك السجارة من أجل أن يرحل إلى العالم الآخر، كذلك ما لاحظناه في أيام الزيارات فالمدمن عندما يرى أسرته تأتي لزيارته، وكأنما ولد من جديد، وهذا ما أكده أحد الحالات: " أريد العودة إلى الحياة الأسرية، أريد الاندماج مع عائلتي كفاني عزلة. " (ع.ع: 20 سنة، يقطن بمدينة الرغاية، 7 سنوات مع المخدرات، لم يتكلم مع أمه وأبيه 3 سنوات وأخوه الكبير 8 سنوات، وهذا لأنه يقطن في مدينة الرغاية ويعمل بالحرش (3 سنوات)، والزيارة إلى المنزل أسبوعيا فقط، لهذا كنت بعيدا عن الجو الأسري. تمت المقابلة في 2004/08/11م).

كذلك مفعول المخدرات والأقراص تجعل من مدمنه أن العائلة كلها تكرههم وترفضهم، وهذا ما يظنه كل المدمنون أي تدخلهم في دوامة من الشك والكره تجاه أسرهم وتكون عملية الاتصال والاندماج معدومة ومنه يتضح أن للجو الأسري ميزة خاصة وأن للأسرة دور أساسي في إعادة هذه الفئة إلى الحياة من جديد. لكن السؤال المطروح هل فعلا بقيت الأسرة الجزائرية كما كانت في الماضي؟ مع المتغيرات والأحداث ونظام العولمة الذي حطم كل القيود حتى القيم والمعايير الأخلاقية.

هذا من جانب، ومن جانب آخر فئة والمقدر نسبتها 21,21% تطالب بالدعم النفسي والمادي للخروج من هذه الأزمة، فلادعم النفسي نجد أن هذه الحالات دخلت إلى عالم المخدرات من باب الفضول والمعرفة فسقطت في الفخ أي أن المشكل بينها وبين المخدرات، لها تطالب بالانتفاف والاهتمام من قبل أسرهم من أجل إخراجهم من هذه الوضعية وكما يقول هذه الحالة " العائلة تحبني،

حتى قبل دخولي إلى المصلحة لأنني أتعاطي المخدرات لنفسى، رغم حالات التعاطي تجدني في كامل قوايا العقلية والنفسية، لأني أتعاطيها لنفسى فقط، العائلة تحبني كثيرا خاصة أبي الذي ساعدني كثيرا." (ح.ع: 26 سنة، متعاقد سابق مع الجيش الوطني الشعبي من 1997 إلى 2002 (عريف) من ولاية تبسة بداية تعاطي المخدرات سنة 1998 أي عام بعد دخوله إلى الجيش بمدينة سبدو (تلمسان) وقد قال أن الثكنة التي كذت بها تفريبا يتعاطون المخدرات من الضابط إلى الجندي البسيط. خرج من الجيش سنة 2002، رغم هذا العائلة ساعدته كثيرا للعلاج خاصة الأب).

وبنسبة 36,36% تؤكد أن للأسرة دور كبير في غياب فرص العمل إما من الجانب النفسي أو المادي ويتجلى ذلك في مساعدتهم ماديا من أجل إنشاء مشروع أو البحث عن العمل: أما 12,12% تؤكد أن المعاملة الأسرية مع الدعم النفسي والمادي كافيان للخروج من هذه الدوامة والإقلاع عن المخدرات، حيث تقول هذه الحالة: " 99% من المعاملة الأسرية هي إحدى أهم المضادات الحيوية للعلاج، لأن الأسرة هي مفتاح الحل، أما البقية فتأتي بعد ذلك، لأن الأسرة هي التي تغرس المعاني السامية، فمثلا أنا تعلمت المخدرات في الجيش، إذا الجيش هو السبب وليس أسرتي." (ح.ع: نفس الحالة).

كذلك أن للأسرة دور كبير ودعم نفسي ومادي في غياب فرص العمل من خلال حثه على الصبر والابتعاد عن الآفات الاجتماعية، وكذا عدم إحساسه بالنقص، وهذا ما يتجلى في هذه النسبة والمقدرة بـ 36,36% وهنا يكون الدعم المادي حسب إمكانيات واحتياجات الأسرة، وبنفس النسبتين 18,18% أن للأسرة دور كبير في غياب فرص العمل وهذا من خلال الاهتمام بالفرد وإمجاؤه في الجو الأسري وإشراكه في تسيير شؤون العائلة، ويقول هذا المدمن: " أنتظر من أسرتي استرداد الثقة من أهلي أريد المشاركة في شؤون العائلة." (ج.م: 35 سنة من مدينة بوقاعة - سطيف- تاجر، متزوج، 10 سنوات من المخدرات حتى أصيب بانهايار عصبي.) ونلاحظ من هذا القول أن للعامل النفسي والمتمثل في كلمة الثقة دور كبير في عملية الإدماج الأسري وما عبارة أنتظر من أسرتي استرداد الثقة، الأخير دليل على ذلك، هذا من جانب ومن جانب آخر أن للرعاية الأسرية من خلال الحب والحضانة وعدم التفرقة بين الأبناء والتميز بينهم من أهم العوامل الأساسية في إدماج المدمن في الحياة الأسرية والمجتمع، ولنقرأ هذه الجملة لنعرف دور الرعاية الأسرية وخاصة الأم لنؤكد دور الأسرة في حياتنا اليومية، هذا ما أكدته هذا المدمن: " عرفت قيمة ودور الأسرة وهذا لأول مرة عند زيارة أمي والعائلة، وبدأت أمي تبكي أمامي، عرفت قيمة الأم، ورغم غياب فرص العمل فدور الأسرة هو كل شيء." (ص.م: وهو نفس الحالة من البلدية بحي الدويرات).

نفس لشيء وبنسبة 09,09% لدور الرعاية الأسرية وماذا ينتظر المدمن من أسرته بعد فترة علاجه وهذا هو الأساس، من خلال إبعاده عن الاضطرابات، ورفقاء السوء، وعدم إحساسه بالنقص ومساعدته اجتماعيا ونفسيا، أما إذا نظرنا إلى الحياة الاجتماعية والمتمثلة في البطالة، أزمة السكن، مشكلة الزواج فنجد نسبتيين، الأولى 18,18% أن المعاملة الأسرية وحدها لا تكفي إن لم تتوفر الشروط كالعمل والبعض الآخر يريد الزواج، والبعض الآخر مشكلة السكن، فهذه الفئة تؤكد أن المعاملة الأسرية وحدها لا تكفي في الحد من سلوك التعاطي إذا لم تحل هذه المشاكل، نفس لشيء وبنسبة 15,15% تؤكد أن تلعب الأسرة هنا دور للخروج من البطالة ومساعدتهم على الزواج.

كما أن هناك فئة من المدمنين تنظر إلى علاج سلوك التعاطي بنظرة أخرى وهذا ما يتجلى في النسبتين 09,09% و 03,03% أي أن المدمن ضحية وليس مجرم وهذا يؤكدون على نظرة المجتمع، خاصة مجتمع مثل المجتمع الجزائري الذي تحكم فيه قانون الأعراف والتقاليد ولا مكان للمجرم، وهذا ما أكده أحد الحالات حيث يقول: " أريد تغيير نظرة المجتمع إلى شخصي، فنظرة المجتمع خاصة مجتمعا أني مجرم وهذا خطأ كبير". (ظ.م: 18 سنة من مدينة قسنطينة، بداية تعاطي المخدرات في سن 12 سنة، مستوى 7 أساسي، مدلل العنلة كلها خاصة الأعمام وجده لأن أبوه شاب، الحالة الاقتصادية للعائلة جيدة أبوه مقاول (أشغال عمومية).

أما البعض الآخر يرون أن دور الأسرة من المعاملة الأسرية وغياب فرص العمل يكون بالتنسيق مع مصلحة العلاج (06,06% و 09,09%) لفترة العلاج الأساسية تبدأ بعد خروجنا من المصلحة، لهذا لا بد من المتابعة خارج المصلحة، وليس المتابعة في منحنا الدواء ومراقبة كل شهر (consultation) فالمتابعة تكون من خلال الجانب النفسي والاشترك مع الهيئات المعنية (الدولة) لمنحنا فرص الاندماج أو الاندماج الاجتماعي.

أما النسب المتبقية الأولى 06,06% تتمثل في الهجرة إلى الخارج وهذا بمساعدة الأسرة، والآخرين يريدون تحسين صورة العائلة -شرف العائلة- وهذا ما تجلى في حالتين ويتمثل في السلوك الأخلاقي للأهل (الأم والأخت) إذا أرادوا الإقلاع عن المخدرات.

ومنه ومن خلال الأرقام المدونة في الجدول، ومن خلال محاولتنا التحليلية أن للأسرة دور كبير في العلاج، لكن مع الإشارة إلى شيء لا بد أن يكون هذا العلاج بالتعاون والتكامل مع المؤسسات الرسمية المتمثلة في مصلحة العلاج والسلطات والهيئات المعنية بالاشترك مع المجتمع، فإذا اجتمعت هذه العناصر (المكافحة + العلاج + المتابعة بعد فترة العلاج) تكون هناك نتيجة وكل هذا لا بد من إرادة المدمن نفسه.

الجدول رقم (55): مدى نظرة المدمن للمخدرات بعد فترة العلاج.

%	ك	فترة العلاج
		نظرة للمخدرات
06,06	02	المخدرات = الجياحة
30,30	10	المخدرات = الموت البطيء
15,15	05	المخدرات = نفق مظلم
24,24	08	المخدرات = فيروس الانحراف - الفخ-
09,09	03	المخدرات = الانتحار
12,12	04	المخدرات = الضياع
03,03	01	المخدرات = الأحلام المزيفة
100	33	المجموع

ملاحظة:

* المخدرات = الجياحة

* الجياحة: هو مصطلح متداول بين أوساط المجتمع الجزائري وله بعد اجتماعي.

لهذا ارتأيت أن أبقى هذه الكلمة كما قالها المبحوث دون أي تغيير لتعطي الإحصائيات معنى سوسيولوجي أكثر منه كمي.

إذا تمعنا في الجدول جيدا وجدنا أن 33 مبحوثا يؤكدون على نفس الشيء، وبدايتها تكون من نسبة 30,30%، حيث تقول أن المخدرات هي الموت البطيء، فإذا رجعنا إلى الوراء وخاصة (المبحث بداية التعاطي - الإدمان) من خلال السؤال: ماذا أصبحت تمثل لك المخدرات في هذه المرة؟ أكدوا على أنها هي المتعة، الأحلام، هي الأساس في الحياة، الخ هذا في البداية، لكن بعد سنوات من التعاطي والإدمان يصبح العكس، وهنا يقع في فخ (الاعتماد أو التبعية *dépendance*) أي يصبح تحت الإدمان السيكولوجي والفسولوجي، خاصة إذا كانت مدة التعاطي طويلة جدا ومع ارتباطها بعدة أمراض (السيدا، التهاب الكبد *hépatite*، السرطان... الخ) ولنتذكر هذه الحالة تقول عن المخدرات: "المخدرات يشتري الموت بيده، دخل إلى عالم بلا حدود، دخل إلى نفق مظلم بدون نهاية." (م.أ: 42 سنة من ولاية تيزي وزو، 20 سنة مع المخدرات، لاعب سابق في شبيبة

القبائل JSK، دخل إلى المصلحة 3 مرات ويعود إلى المصلحة بفعل المخدرات، السبب البطالة، المحيط، الأحداث في المنطقة، وكذا غياب الإرادة منه. تمت المقابلة في 2004/05/03م).

وبنسبة 24,24% أكدوا على أن المخدرات فيروس الانحراف، وفخ دون أن تشعر لأن بدايتها الأحلام والمتعة، لكن هي بداية لفيروس اسمه الانحراف والجريمة، والدليل على ذلك ما نسمعه ونقرأه ونشاهده في وسائل الإعلام، خاصة في السنتين الأخيرتين حيث أصبح ارتباط الجريمة والسرقة مع المخدرات، أي أصبحت أحد أهم الأسباب لتفشي الجريمة والجريمة المنظمة.

أما النسبتين 15,15% و12,12% فأكدتا على أن المخدرات هي ذلك النفق المظلم الذي لا نهاية له تجعل من متعاطيها إذا أراد الخروج من هذا النفق إلى النور لابد من الزيادة في التعاطي وليس الإقلاع أي يصبح تابعا لها دون أن يشعر، وبمصطلح المدمنين (Retour)، ونفس الشيء على أن المخدرات هي بداية لمرحلة الضياع إلى عالم غير العالم الذي يعيش فيه.

أما إذا ربطنا المخدرات بفكرة الانتحار وجدنا أن نسبة 09,09% يفكرون في الانتحار وإذا ما قورنت نسبة 09,09% على عينة من 33 مبحوث نجد أنها نسبة عالية، وما نسبة الانتحار التي تزداد في الجزائر إلا دليل على ذلك ومن أسبابها تعاطي المخدرات، وهذا ما يقوله أحد المدمنين: " المخدرات هي الانتحار حتى أدي فكرت في الانتحار. " (س.ص.ع: 33 سنة من ولاية مستغانم، مستوى ثانوي، لاعب سابق في واد مستغانم WAM، بداية التعاطي في 15 سنة، دخل إلى المصلحة 3 مرات العائلة ذو مستوى ثقافي، السبب خيانة الأم والأخت لأبيه. تمت المقابلة في 2004/06/02م).

أما نسبة 06,06% اعتبرت المخدرات هي "الجياعة" وهذا المصطلح يستعمل بكثرة في أوساط المجتمع الجزائري، وكلمة "الجياعة" تعني عدد الجزائريين ذلك الشخص الفاشل الذي يجرى منه وهذا ما ينطبق على المخدرات، فبدايتها عند البعض هي "الرجة" وحب المعرفة والفضول، وبعد الوقوع في شباكها أصبحت هي "الجياعة"، أما نسبة 03,03% اعتبرت أن المخدرات هي تلك الأحلام المزيفة التي تبنى في الأوهام وهذا ما قاله هذا المدمن: " المخدرات تنسي الهموم لكن مؤقتا، تبنى الأحلام كالطفل الصغير الذي يبني جبل من الرمل أمام الشاطئ. " (ظ.م: 18 سنة، مستوى 7 أساسي، من ولاية قسنطينة، دخل إلى عالم المخدرات مع رفقاء السوء من نفس العمر من خلال الأقراص التي كانت تقام بالموسيقى الصاخبة D.J والخمر والمخدرات، كل هذا في سن 12 سنة. تمت المقابلة في 2004/06/16م).

وهذه الفقرة خير دليل على ذلك، وخير استنتاج من تحليلنا لهذا الجدول.

5. 8. 1. أهم الاستنتاجات ونتائج دور الأسرة مستقبلا بعد الزواج:

من المبحث السابق على أن المعاملة الأسرية دور فعال أثناء العلاج من خلال الارتباط النفسي والاجتماعي بين الأسرة والمدمن والعلاج، صحيح أنه من الناحية الطبية يشفى المدمن بعد هذا العلاج فيسترجع الثقة في النفس ويدعم شخصيته، ولكن تبقى مع ذلك ضرورة تكلمة هذا العلاج بإعادة إدماجه في الأسرة والمجتمع، وهذا ما سوف نركز عليه من هذه الاستنتاجات والنتائج التالية لهذا المبحث الذي يركز على الأسرة مستقبلا بعد العلاج:

- أن المعاملة الأسرية وحدها لا تكفي في الإقلاع عن المخدرات، فهناك عوامل أخرى يخشى منها المدمنين وهي:

1. الفراغ والمحيط الاجتماعي.

2. في غياب فرص العمل، تلعب الأسرة دورا كبيرا إما من الجانب النفسي أو المادي، من خلال الاهتمام بهم وإمماجهم من جديد في الجو الأسري وإشراكهم في تسيير شؤون الأسرة.

3. يجب التنسيق مع مصلحة العلاج، فالفترة الأساسية حسب قولهم تبدأ بعد خروجهم من المصلحة لهذا لا بد من المتابعة خارج المصلحة لمنحنا فرص الاندماج في أسرنا والمجتمع.

- يرى البعض في نظرة المجتمع أحد أهم مراحل العلاج، وهذا بتدسيس المجتمع على أن المدمنين أو المدمن هو ضحية لعدة عوامل وليس محرما، حيث تقول الأستاذة الجامعية والباحثة في الميدان سمية مذصوري: "أنه يجب تفادي الحملات الوقائية ذات التداول الكلاسيكي، واعتماد حملات وقائية حديثة تعتمد أساسا على نموذج متعدد الأبعاد يركز عوضا عن المادة وأضرارها على الشخص المتعاطي لها، أو الذي يمكن تعاطيها وفتح المجال أمام التلميذ للتعبير عن رأيه إلى جانب إثارة النقاش بين التلاميذ للإفصاح عما يدور داخلهم وبهذا يتم توجيه الحملة الوقائية، بحيث يكتسب الطفل أو الشاب مهارات سلوكية يتحدى بها المخدرات لا شعوريا." [124] ص 17.

- أما نظرهم إلى المخدرات بعد سنوات من التعاطي، فكانت آرائهم تصب في اتجاه واحد مع اختلاف في المعاني، قالوا عنها هي الموت البطيء، والبعض قال هي فيروس الانحراف، كذلك هي ذلك النفق المظلم الذي لا نهاية له، والبعض بعد سنوات طويلة من التعاطي، إلى فكرة الانتحار (Suicide)، حتى أن البعض طبقها لكنهم لم ينجحوا، وهذا ما ينطبق على إحدى الحالات من ولاية الجلفة الذي قام بتقطيع يديه وشرايين الدم بشفرة الحلاقة وهو تحت تأثير الأقرص المهلوسة.

ما يمكن استنتاجه من هذا العنصر، هو تضافر الجهود، ومشاركة كل الأطراف المعنية، من الأسرة إلى مراكز العلاج، إلى المجتمع، إلى السلطات الرسمية، للحد من انتشار هذه الظاهرة، وهذا ما يقوله (محمود بلحيمر) في ركنه مجرد رأي: "انتشار الظاهرة بالشكل الذي نراه اليوم يدفع بالمجتمع إلى التآكل والتفكك والمواجهة الداخلية وعرقلة مسار تنميته وهذا الوضع لم يعد مجرد اهتمام لدورية الشرطة أو قضية مسجلة لدى المحاكم، بقدر ما هي قضية إستراتيجية تتطلب إجراءات استعجالية لفهم ماذا حدث؟ ولماذا؟ وماذا يجب اتخاذه على عجلة لوقف انتشار هذا الطاعون؟" [199] ص 32.

9. رأي المدمن في ظاهرة الإدمان والوقاية منها:

الجدول رقم (56): رأي المدمنين في أنجع وسيلة لمعرفة المخدرات وخطورتها.

الوسيلة الفعالة	رأي المدمن	ك	%
إهتمام ومراقبة - السلطات العليا والمحلية	07	12,28	
وسائل الإعلام السمعية، المرئية، المقروءة	20	35,08	
الخلايا الجوارية الاجتماعية و النفسية	07	12,28	
التوعية الأسرية والاجتماعية الأسرة، المسجد، المدرسة، الجامعة	08	14,03	
وسائل الترفيه الهامة	03	05,26	
مراقبة الحدود ومحاربة التجار	04	07,07	
معالجة الواقع اليومي البطالة و الفقر	02	03,50	
توفير مناصب العمل	06	10,52	
المجموع	57	100	

ملاحظة: * الأجوبة كانت متعددة.

يمثل الجدول رقم (56) رأي المدمنين في أقدر وسيلة لتكوين المعرفة الخاصة بالمخدرات لدى الشباب ومن خلالها تبين أن 35,08% يركزون على وسائل الإعلام بكل أصنافها السمعية، المرئية والمقروءة لما لهذه الوسائل من تأثير في أوساط المجتمع خاصة فئة الشباب، هذا من جهة، من جهة أخرى ومن خلال الدراسة الميدانية -المقابلات- أتضح أن أقدر وسيلة إعلامية تستطيع التأثير هي التلفزيون لما لهذه الوسيلة من طابع خاص في البيوت الجزائرية. هذا ما يؤكد هذا

المدمن: " التلفزيون هو كل شيء لأنه في كل بيت خاصة الحصص المثيرة والروبورتاجات المهمة." (ب.ف: 20 سنة، من ولاية قسنطينة، من عائلة مكونة من 6 أفراد الأب والأم و4 إخوة، الأب مقاول (كهرباء العمارات)، المستوى الدراسي 8 أساسي، الأب متسلط، الحي معروف بالانحراف (شعب رصاص)، له عم حكم عليه بالسجن في تونس لحيازته 18 كغ من القنب الهندي. تمت المقابلة في 2004/08/02م).

فبعض الحالات وان قلنا الأغلبية أكدوا أن للتلفزيون دور كبير من خلال بث حصص وبرمجة حصص حول المخدرات والإيمان عليها وعرض حالات للمدمنين، أفلام عن المدمنين، أشرطة الفيديو عن المدمنين لأن التلفزيون وسيلة ربط بين الأسرة والفرد والمجتمع، وبدرجة أقل الإذاعة والجرائد. أما نسبة 14,03% فأكدوا على التوعية الأسرية والاجتماعية من الأسرة إلى المدرسة إلى الثانوية إلى الجامعة إلى المسجد إلى دور الشباب فهذه المؤسسات أصبحت لا تقوم بدورها على أكمل وجه، خاصة الأسرة التي تخلت عن بعض الوظائف، خاصة التنشئة الاجتماعية، وهذا إما لصعوبة الحياة (تندي المستوى المعيشي للأسر، الفقر والإفقار) أو أن الجيل الحالي أصبح لا يثق في الجيل القديم، ومنه أكدوا على أن للتوعية الأسرية والاجتماعية تأثير كبير في الأوساط الشبانية، خاصة المسجد الذي في نظرهم شبه غائب عن الحياة الاجتماعية فقد أصبح عبارة عن مكان لتأدية الصلاة فقط ولا يقوم بمهمته من الإرشادات وخطب الجمعة.

وبنسبة 12,28% أن للخلايا الجوارية (النفسية والاجتماعية) في الأحياء والمدن الصغيرة دور كبير والتعريف بخطورة المخدرات لما تضمه هذه الخلايا من أخصائيين نفسانيين واجتماعيين لهم دراية ومعرفة بالمخدرات، وهذا من خلال الاحتكاك اليومي داخل الأحياء، خاصة الأحياء التي يكثر فيها الانحراف بقوة وتروج فيها المخدرات وربط ندوات مع الأسر والشباب.

رغم هذا، فهذه الفكرة أو الوسيلة تبدو رائعة من حيث التطبيق، وإن وجدت في بلادنا فهي قليلة وبنفس النسبة 12,28% أكدوا على الاهتمام والمراقبة من السلطات العليا والمحلية، فقد أكدوا أن للدولة دور كبير في القضاء على هذه الظاهرة من خلال تجنيد وتوفير كل الوسائل لمكافحة هذه الظاهرة وهذا بالتعاون مع المجتمع، حيث يقول أحد المدمنين: " في رأيي، أقدر وسيلة على تكوين المعرفة خاصة بالمخدرات ترجع إلى الدولة وعلاقتها بالمجتمع، أي يجب التعريف بهذه الظاهرة في كل المؤسسات الرسمية" (ب.م.ف : 26 سنة مستوى نهائي من الجزائر (درارية) من عائلة مستواها الاقتصادي ممتاز (مدلات) ورث عن العائلة صناعة تقليدية، تجهيزات العرس، سبب انحرافه الأب من خلال الضغوطات التجارية تعلم المخدرات في الثانوية حسب قول الحالة يحب الزهو، الخمر، الأقراص ويريد الهجرة). وبنسبة 10,52% أن توفير مناصب العمل للشباب

يقلل من خطورة هذه الآفة لأن العمل في نظرهم هو الأساس وهو الذي يقتل الفراغ والروتين اليومي الممل حينها لا يفكر الشاب في الانحراف والمخدرات وحسب قولهم أين هي مناصب العمل وإن وجدت تكون بالمحسوبية والمحاباة، ثم بنسبة 07,07% أكدوا على مراقبة الحدود خاصة الحدود المغربية ومراقبة التجار وأصحاب النفوذ، وتكوين أساسي لدراس الحدود (الدرك، الجمارك، الشرطة). أما وسائل الترفيه الهامة والهادفة والتي قدرت نسبتها بـ 05,26% أن للمراكز الثقافية ودور الشباب ونوادي الرياضة والثقافية دور كبير في الحد من انتشار هذه الظاهرة إن هي حظيت ببرامج خاصة. أما معاينة الواقع اليومي 03,50%، البطالة، الفقر، السكن... الخ. لأن الجزائري أصبح لا يفكر سوى بلقمة العيش ونسيان الأشياء الأخرى. ومنه نقول أنه يجب خلق بنك للمعلومات تصب فيه كل الأفكار والآراء وتحويله إلى مشاريع للقضاء على هذه الآفة.

الجدول رقم (57): دور العقوبة القانونية في منع سلوك التعاطي.

لا تكفي		تكفي		العقوبة القانونية منع سلوك التعاطي
%	ك	%	ك	
24,24	08	-	-	الوقاية والعلاج
09,09	03	-	-	المدمن - الوسط الاجتماعي -
06,06	02	-	-	المخدرات عالم بلا حدود
39,39	13	-	-	السجن = المخدرات
06,06	02	-	-	تطبيق القانون بصرامة
06,06	02	-	-	الإعدام لأصحاب التجار
03,03	01	-	-	مراقبة الصيدلة والأخصائيين
03,03	01	-	-	الاتصال = اللجان الجوارية الاجتماعية و النفسية
03,03	01	-	-	غياب التكوين
100	33	-	-	المجموع

يتجلى من خلال الجدول رقم (57) وحسب السؤال الذي كان محتواه هل تكفي العقوبة القانونية وحدها لمنع سلوك التعاطي؟ فوجد أن 39,39% على أن العقوبة القانونية وحدها لا تكفي في منع سلوك التعاطي والعقوبة القانونية التي نحن بصدد نكرها هي السجن ولكي نؤكد صحة النتائج الإحصائية نترك بعض الحالات تسرد هذه الوقائع أو الحقائق.

- الحالة الأولى تقول: " السجن هو المخدرات وأما مثال أمامك " (ج.ع : من مدينة سطيف يبلغ من العمر 28 سنة، 10 سنوات مع المخدرات، دخل إلى السجن 8 مرات أولها سنة 1994 وأخرها 2004م وكل هذا نتيجة لسرقات متعددة وتحت تأثير الأقران المهلوسة. تمت المقابلة في 2004/06/28م)، فهذه الحالة عندما تهم بالسرقة تكون غائبة عن الوعي وهذا من الأقران المهلوسة (l'artane, Rivotril, Diazepam).

- الحالة الثانية تقول: " السجن هو المخدرات، يوجد في السجن أكثر مما يوجد في الشارع، وهذا بحكم 15 يوما داخل السجن تعلمت أشياء كثيرة في السجن " (س.ز : من مدينة الرغاية ولاية بومرداس يبلغ من العمر 20 سنة، بداية التعاطي في سن 13 داخل الإكاديمية توقف عن الدراسة في سنة 7 أساسي دخل إلى السجن 15 يوما نتيجة محاولة ضرب أحد الأشخاص بالسيف تحت تأثير الأقران والكيف وهذا في الحراش).

و من هذا المنطلق، فالعقوبة القانونية والمتمثلة في السجن أصبحت لا تجدي نفعاً بالنسبة للمروجين وخاصة المستهلكين من فئة الشباب، لهذا لا بد من حلول أخرى، وإذا تمعنا في الجدول نجد 24,24% يؤكدون على الوقاية والعلاج من المخدرات بدلا من السجن لأن المدمن حسب قولهم ضحية وليس مجرم وإذا أدخل إلى السجن تتزيد معاناته لهذا لا بد من علاجه ويبدأ من العلاج الطبي (مصلحة الإدمان) والعلاج الاجتماعي (الأسرة، المجتمع) والعلاج النفسي (المدمن) وهذا بالاشتراك مع كل الأطراف لكي يعاد إيمانه سواء في أسرته أم المجتمع.

وبنسبة 09,90% أكدوا على أن المدمن هو ضحية الوسط الاجتماعي المتعفن سواء من مجتمعه الصغير - الأسرة - إلى المحيط الخارجي (الحي، جماعة الرفاق... الخ) لهذا يجب أن يعالج نفسيا واجتماعيا وإعادة إيمانه بدل من سجنه، وهذا ما قالته إحدى الحالات: " المدمن هو ضحية الوسط الاجتماعي لذا يجب معالجته اجتماعيا ونفسيا وإعادة إيمانه. " (م.ك: من المدينة الجزائر العاصمة، السن 29 سنة، من عائلة مكونة ممن 8 أفراد يشغلون غرفة واحدة ومطبخ، وعائلة كبيرة تضم 3 أعمام كل عم له غرفة ومعه الأولاد، الأب كفيف، أخي مات في حريق شب بالمنزل سنة 1991، الحالة 15 سنة مع المخدرات. تمت المقابلة في 2004/07/25م).

وبنسبة 06,06% أكدوا على أن القانون يجب أن يطبق بصرامة إذا أردنا القضاء على هذه الآفة الخطيرة، خاصة على أصحاب النفوذ والتجار الكبار (البارونات). وهذا ما قاله أحد المدمنين: " لا يوجد تطبيق صارم في القوانين، فالقانون على الورق فقط، وتميز في القضايا، " (ب.م: من منطقة نانية لولاية الشلف، السن 27 سنة، 8 سنوات من تعاطي المخدرات) وأكدوا كذلك على عقوبة الإعدام على مروجي المخدرات وأصحاب النفوذ وأن المخدرات عالم بلا حدود.

ومن خلال هذه المعطيات، فالعقوبة القانونية وحدها لا تكفي لمنع سلوك التعاطي فيجب تكاتف الجهود من الأسرة إلى المجتمع إلى المؤسسات الرسمية إلى السلطة من أجل القضاء على هذه الآفة الخطيرة

الجدول رقم (58): الأسباب التي تجعل الشباب يلجئون إلى تعاطي المخدرات.

الإقصاء الاجتماعي		فرص العمل				اللجوء إلى التعاطي		رأي المدمن
		عدم وجودها		وجودها				
لا	نعم	ك	%	ك	%	ك	%	
-	-	-	-	-	-	11	28,34	المشاكل العائلية
-	-	-	-	-	-	04	10,52	توفر الأموال
-	-	-	-	21	100	-	-	البطالة
-	-	-	-	-	-	14	36,84	الوسط الاجتماعي المنحرف
-	-	-	-	-	-	07	18,42	الفضول
-	-	-	-	-	-	02	05,27	الأمراض الاج النفسية
-	-	20	52,68	-	-	-	-	الإقصاء الاجتماعي للشباب - التهميش -
-	-	03	07,90	-	-	-	-	الفقر
-	-	10	26,28	-	-	-	-	الإقصاء الاجتماعي
-	-	05	13,15	-	-	-	-	الفساد الاجتماعي
01	50	-	-	-	-	-	-	اهتمام من الدولة
01	50	-	-	-	-	-	-	العلاج
02	100	38	100	21	100	38	100	المجموع

يُلاحظ من خلال الجدول رقم (58) أن من أهم الأسباب التي تجعل الشباب يلجؤون إلى تعاطي المخدرات هي عدم وجود فرص العمل فبنسبة 100% أن البطالة لعبت دورا في انتشار سلوك التعاطي وإذا ربطنا هذه النسبة بسياسة الإقصاء الاجتماعي، خاصة فئة الشباب فنسبة التهميش والمقدرة بـ 52,68% جعلت من الشباب يعيش حياة الاغتراب في بلادهم هذه الفئة التي أرجعت أسباب تهميشها أي الإقصاء الاجتماعي في التسيير داخل الدولة إلى السلطة وبنسبة 26,98% وإذا

تمعنا في هذه النسبة نجدها جد معتبرة من أصل 33 مبحوث، هذا إن كان الإقصاء مقصود أو عفوي أو راجع لأسباب أخرى.

كذلك من محصلات البطالة والإقصاء الاجتماعي، الفقر وبندسبة 07,90% يلعب دورا أساسيا في تفشي الآفات الاجتماعية، منها ظاهرة تعاطي المخدرات، فالفقر يجعل الشباب العاطل عن العمل يلجأ إلى عدة طرق للحصول على قوت يومه أو مصروف يومه ومنها المتاجرة في المخدرات، لأن لهذه الأخيرة سوقا أكثر رواجاً للربح السريع فيه، أيضا الفساد الاجتماعي من خلال الرشوة والمدسوبية والمحاباة في التوظيف، فنسبة 13,15% هي نسبة لا يستهان بها خاصة بالرشوة- التي أصبحت أحد المعايير في الحصول على منصب عمل.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن فرص العمل موجودة وإن وجدت فهناك عوامل أخرى تجعل الشباب يلجأون إلى تعاطي المخدرات أولها وبندسبة 36,84% الوسط الاجتماعي من الحي إلى السوق إلى الأماكن العمومية... الخ حتى المؤسسات الرسمية من المدرسة إلى الثانوية إلى المسجد تفرع أجراس الإنذارات فقد أصبحت كل أحيائنا في دوامة من الانحرافات وتفشي سلوك تعاطي المخدرات أمام الملاءمة الجريمة المنظمة، السطو... الخ.

الجدول رقم (59): رأي المدمن في مراكز العلاج والوقاية ضد المخدرات.

إضافات أخرى		لا تكفي		تكفي		مراكز العلاج رأي المدمن
%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	100	33	-	-	الزيادة في المراكز
30	10	-	-	-	-	دور في العلاج الاجتماعي، النفسي، الصحي
12,12	04	-	-	-	-	مراقبة برامج مراكز العلاج
06,06	02	-	-	-	-	غياب التنظيم في المصلحة
18,18	06	-	-	-	-	مركز في كل ناحية
18,18	06	-	-	-	-	المتابعة الميدانية
15,15	05	-	-	-	-	تطوير في الخدمات
100	33	100	33	-	-	المجموع

يوضح الجدول رقم (59) رأي المدمنين في مراكز العلاج والوقاية ضد المخدرات، في الحد من انتشار المخدرات وإعادة إدماج هذه الفئة. فبنسبة 100% أي 33 مدمنًا أكدوا أن "مصلحة البلدية" للعلاج والوقاية ضد المخدرات لا تكفي أمام تزايد عدد المدمنين الذين يريدون العلاج، وهذا بالفعل ما لمسناه من خلال ملاحظتنا اليومية ودراستنا الميدانية لأن المصلحة تضم 42 سديرا، كل معالج يمكن من 15 إلى 21 يوما للعلاج. وما لوحظ كذلك أن تقريرا جهات الوطن تتجه إلى مصلحة البلدية، هذا ما يجعل الجهات المسؤولة عن المنظومة الإستشفائية (وزارة الصحة) الزيادة في مراكز العلاج، وبالفعل فعند مقابلتنا للحالات أكدوا وبنسبة 18,18% إنشاء مركز أم مركزين في ناحية من الوطن مقسمة على الغرب والشرق والجنوب لفك الضغط على مركز البلدية، لكن رغم هذا

وبنسبة 30,30% أكدوا أن للمصلحة دور كبير في العلاج، خاصة العلاج الاجتماعي والنفسي والصحي من خلال نظام المجموعة أو الفوج مع الأخصائية الاجتماعية أو على الأفراد مع الأخصائية النفسانية وكذا الدواء للمقدم، وفي نفس الوقت أن للمصلحة دور في العلاج إذا كانت هناك متابعة ميدانية داخل وخارج المصلحة وقدرت نسبتها بـ 18,18%. أما من زاوية أخرى فقد أكد البعض أن لهذا المركز دور إذا ما كانت هناك مراقبة للبرامج، فبنسبة 12,12% أكدوا على مراقبة برامج مراكز العلاج، وإن كنا أي "الباحث" لا ندري ما هي نوعية المراقبة فالبعض يقول أن هناك غياب التنظيم داخل المصلحة وكانت هذه النسبة 06,06% والآخر يؤكدون على تطوير الخدمات داخل المصلحة. ولكي يكون التحليل موضوعيا بعيدا عن الذاتية نترك هذه الحالة هي تشرح ذلك: " يجب الزيادة في المراكز وتحسين الخدمات، فالخدمات الحالية ناقصة خاصة من حيث التأطير والصرامة داخل المصلحة وغياب وسائل الترفيه، ويجب إيقاف الذين يتاجرون بالمخدرات من الداخل (الممنين) هذا أقول لها دور في إعادة الإدماج الاجتماعي. " (ص.م: 21 سنة، من البلدة (حي الشعبي الدويرات) بداية التعاطي 16 سنة، أبوه كان يتاجر في المخدرات قتل سنة 1992 بضربة سيف أمم العائلة، الابن آنذاك 9 سنوات كذلك حي الدويرات المعروف بالانحراف والآفات الاجتماعية، أي أن كل الظروف كانت مهيدة لتعاطي المخدرات (تمت المقابلة في 2004/06/07م).

الجدول رقم (60): رأي المدمن فيما يخص الوقاية والعلاج من المخدرات.

الاقترحات	ك	%	رأي المدمن
الزيادة في مراكز العلاج	12	16,21	
توفير مناصب الشغل	08	10,81	
القوانين التشريعية	05	06,15	
المنظومة التربوية	03	04,05	
نوعية البرامج الرياضية والترفيهية	02	02,70	
الاهتمام بالشباب - عدم الإقصاء -	13	11,56	
دور وسائل الإعلام	05	06,15	
محاربة أصحاب النفوذ - التجار -	18	24,95	
المتابعة الميدانية داخل وخارج المصلحة	08	10,81	
المجموع	74	100	

يمثل الجدول رقم (60) اقتراحات أو نظرية المبدون وثين فيما يخص الوقاية والعلاج من المخدرات ودورها في فعالية الإدمان الاجتماعي.

فإذا تمعنا في الجدول نجد أولى النسب 24,92% تؤكد على محاربة ومعاقبة أصحاب النفوذ والتجار أي-المتاجرة في المخدرات- فمن خلال 33 مبحثاً وجدنا 18 مبحثاً أكدوا جميعاً على محاربة ومعاقبة أصحاب النفوذ والمتاجرة في المخدرات، ومراقبة الحدود، فالحدود الجزائرية غير محروسة بطريقة جيدة على المهربيين، وان كانت محروسة فهناك تواطؤ! وكذلك إعادة في نظام مكافحة المخدرات (لادرك، حراس الحدود، الشرطة)، والعقوبات الصارمة للمروجين الكبار، ولنؤكد صحة هذه الأقوال، أخذنا حالة من المبحثين حيث قال وطرح عدة أسئلة:

" 1- المخدرات من أين تأتي؟

2- لماذا يسجنون أصحاب الكميات الصغيرة ويتركون أصحاب النفوذ؟

- الحيازة والاستهلاك لا تستحق السجن بل المتابعة والعلاج. (ل.ع: من مدينة الجلفة، 7 سنوات مع المخدرات، دخل السجن 4 مرات بسبب المخدرات، ذو مستوى ثانوي، وبطل سابق في رياضة اليوسي كابندو، تعلم المخدرات في السجن سنة 2000، وأخذ مرة سرقة أملاك الدولة DJS (10 أشهر في السجن 2004م). تمت المقابلة يوم 2004/06/21م).

وهذاك نسبتين متقاربتين أو لاهما 16,21% التي ركزت على الزيادة في مراكز العلاج والوقاية من المخدرات (مركز في كل ناحية من الوطن) بدلاً من مركز أو مصلحة واحدة على المستوى الوطني (مصلحة البلدية) لما لهذه المراكز من دور في العلاج والوقاية من المخدرات وإعادة تأهيل المدمنين شريطة توفير الخدمات الخاصة من حيث البرامج، فبعض المدمنين يعتبر المصلحة عبارة عن ملجأ لـ (الأكل، النوم، الدواء).

أما النسبة الثانية والمقدرة بـ 11,56% فركزت على الاهتمام بالشباب وهذا من خلال توفير مناصب العمل، الإعانات الاقتصادية للشباب، كذلك أكدوا لا للإقصاء الشباب من التسيير داخل شؤون الدولة فالشباب أصبح مهمشاً لجأ إلى المخدرات وهو يدرك أنها آفة خطيرة لكنه لجأ إليها لينسى مشاكل الحياة.

أما نسبة 10,81% فتضم المبدون وثين الذين أكدوا على توفير مناصب للشغل، والمتابعة الميدانية داخل وخارج المصلحة، فالأولى تتجلى في البطالة، هذا الشبح المخيف الذي يهدد مستقبل فئة الشباب، فلماذا تجد الشباب يربطون الانحراف بالبطالة، وهنا البطالة تشمل كل الموبيقات (الفراغ،

الوسط الاجتماعي المنحرف المخدرات، السرقة... الخ) ومنه فالعمل في نظرهم يلعب دورا أساسيا في مكافحة المخدرات والوقاية منها.

أما المتابعة الميدانية للمدمن لابد منها حسب قولهم، فقد أكدوا أن العلاج وحده داخل المصلحة لا يكفي لابد من المتابعة خارج المصلحة، لهذا يؤكدون على إعادة النظر في تركيبة المجتمع، ويجب على هذا الأخير أن يعي ويلعب دوره، ونشر الوعي الاجتماعي والثقافي لدى الشباب، والاهتمام أكثر بدور المساجد لأن الوزع الديني أصبح غائبا تماما.

كذلك نجد وبنسبة 06,15% تركز على تطبيق القوانين بالصرامة ودور القضاء والعدالة في هذه القضايا، فالبعض يقول لابد من تطبيق القانون بالعدل دون رشوة وبصراحة في كل القضايا، أما البعض الآخر يؤكد على إعادة النظر في القوانين للتشريعية التي تدين المخدرات والجرائم، لأنها أصبحت لا تتماشى مع العصر خاصة القوانين التي تدين أصحاب النفوذ والمتاجرة في المخدرات، والآخرين يرون العكس أن العقوبة القانونية وحدها لا تكفي وهذا حسب أقوال أحد الحالات حيث قال: " العقوبة القانونية وحدها لا تكفي لمنع سلوك التعاطي للمخدرات، فعند القبض على المدمن لابد من أخذه إلى مصلحة معالجة الإدمان للعلاج هذا في البداية، وعندما يتمدد في ذلك هنا تكون العقوبة، العقوبة القانونية لابد منها، لأن المدمن ضحية عدة أطراف." (ب.أ: من مواليد 1985 بمدينة العطف ولاية عين الدفلى، بدأ تعاطي المخدرات في سن العاشرة، المستوى الدراسي 9 أساسي، دون مهنة أو شهادة، أبوه إمام مسجد، حفظ 7 أحزاب من القرآن الكريم، لكنه كان ضحية رفقاء السوء والحي، وهذا دون مراقبة من الأسرة. تمت المقابلة في 2004/07/11م).

وبنفس النسبة 06,15% أكدت على أن وسائل الإعلام سواء المرئية أو السمعية أو المكتوبة لا تقوم بدورها، وكل ما تقوم به نشر أرقام فقط عن حيازة المخدرات، حيث أكدوا أن لهذه الوسائل دور كبير في نشر الوعي، وسرد الحقائق التي تجري في الواقع اليومي، وهذا يؤكد ليست وسائل الإعلام الإباحية (القنوات وشرائط الفيديو، والجرائد والمجلات الأسبوعية) وكذا نشر والتعريف بشريحة المدمنين من أجل التعريف بخطورة هذه الآفة.

وبنسبة 04,05% ركزوا على المنظومة التربوية، فالتسرب المدرسي يزيد من كل سنة إلى سنة وبأعداد هائلة، وهذا لعدة ظروف سواء كانت أسرية (الفقر، البطالة، الظروف السكنية... الخ) أو اجتماعية خاصة غياب مراكز التكوين التي تستقطب الشباب، وإن وجدت لا تستطيع استقبالهم جميعا، لهذا يجب إعادة النظر في المنظومة التربوية، لأن المدارس والثانويات والجامعات أصبحت تستقبل الأجساد وليس العقول وكذا إلى فهم البرامج التربوية وكذا غياب التأطير البيداغوجي النفسي والاجتماعي.

وفي الأخير وبنسبة 02,70% ركزوا على نوعية البرامج الرياضية والترفيهية والثقافية، خاصة في دور الشباب والمراكز الثقافية، التي أصبحت لا تستقطب الشباب.

ومنه نستنتج ومن خلال هذه الحوصلة فكل المقترحات التي قدمتها هذه الشريحة، تصب في قالب واحد، لا بد من التعاون وتضافر الجهود من الأسرة إلى المجتمع إلى المنظومة الإستشفائية إلى المؤسسات الرسمية من (المدرسة، الجامعة، المسجد، العدالة، قطاع الشبيبة والرياضة) إلى أسلاك المن والدرك والجمارك، وكذا المنظمات والجمعيات لمحاربة هذه الآفة الخطيرة التي تهدد كيان هذه الأمة.

1. 9. 5. أهم الاستنتاجات والنتائج حول رأي المدمن في ظاهرة الإدمان والوقاية منها:

إن من أهم النتائج التي استخلصت من هذا العنصر، ورأي المدمنين أو المبحوثين في ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها والوقاية منها، تبين ما يلي:

- من المبحوثين أكدوا على أهمية وسائل الإعلام بكل أصنافها – السمعية، المرئية، المقروءة – ودورها الكبير في الحد من انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، لما لهذه الوسائل من تأثير في أوساط المجتمع، خاصة فئة الأطفال والشباب، وفي نظرهم على أن أقدر وسيلة تستطيع التأثير هي التلفزيون، وهذا لطبيعته الخاصة في البيوت الجزائرية.
- وفي المقابل أكدوا على دور التوعية الأسرية والاجتماعية، من الأسرة إلى المدرسة، إلى المسجد إلى الجامعة، إلى دور الشباب والمراكز الثقافية، والجمعيات الاجتماعية والثقافية والرياضية، حيث أصبحت هذه المؤسسات سواء كانت رسمية أو غير رسمية، لا تقوم بدورها على أكمل وجه، خاصة الأسرة التي تخلت على الكثير من وظائفها (أنظر الجدول رقم 56)، في حين أكد البعض في إنشاء الخلايا الجوارية، والتي تنظم الأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين، وتوزيعها في الأحياء الشعبية ذات الكثافة السكانية العالية، خاصة في المدن الكبرى، التي تروج فيها المخدرات بكثرة، وكذا في المناطق المعزولة والأرياف، وربط ندوات مع الأسر والشباب.
- ركز البعض على الاهتمام والمراقبة من السلطات المحلية والعليا، في تأكيدهم أن للدولة دور كبير في القضاء على هذه الظاهرة، وقد أعلن "عيسى قاسمي" مدير العلاقات الدولية بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها: "أن الوضعية في الجزائر خطيرة جدا، وتتجاوز الخطوط الحمراء خاصة في مناطقنا الشعبية، نتحمل المسؤولية مختلف الجهات من المجتمع إلى السلطات إلى الدولة التي خلقت مركزا وطنيا لمكافحة المخدرات سنة 2002، والذي وضع مخططا وطنيا

استراتيجية لمكافحة المخدرات 2004-2008، يعمل بالاتصال مع كل الجهات وخصصت له 5 ملايين لمحاربة الظاهرة." [125] ص 17.

- كما يرى البعض على أن العقوبة القانونية والمتمثلة في السجن، لا يكفي وحده في منع سلوك تعاطي المخدرات والحد من انتشار هذه الظاهرة، فقد اعتبره البعض أحد أهم الأسباب في زيادة تعاطي المخدرات، خاصة أن البعض تعلم تعاطي المخدرات في السجن، وفي المقابل أن المدمن ضحية وليس مجرماً، وهو نتاج عدة عوامل اجتماعية، اقتصادية، ثقافية، فالعقوبة هذا لا تجدي نفعا في الحد من انتشار هذه الظاهرة وأكدوا على دور الوقاية والعلاج في مثل هذه الحالات.
- أيضاً من أهم الأسباب التي تجعل فئة من الشباب يلجأون إلى تعاطي المخدرات، غياب فرص العمل وارتفاع نسبة البطالة، خاصة في الأوساط الشبانية "ففي الفترة الممتدة ما بين 1994 و2001 تم إحصاء الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات 60038، من بينهم 37588 ذو مهنة أو وظيفة أي بنسبة 62,60%." [200] ص 22.
- كذلك يرون أن لسياسة الإقصاء الاجتماعي والتهميش لفئة الشباب أحد أهم العوامل في انتشار المخدرات وتعاطيها، وهذا ما أكده أحد الأطباء بمصلحة والوقاية والعلاج من المخدرات بالبلدية: "على أن إقصاء الشباب في تسيير شؤون الدولة أحد أهم العوامل في انتشار المخدرات، وإن كانت ساسة الإقصاء غير مقصودة حسب قوله." [201].
- فيما يخص الاقتراحات التي أدلى بها المدمنين، حول الوقاية والعلاج من المخدرات، فأجمعوا على محاربة ومعاقبة أصحاب النفوذ والمتاجرين بالمخدرات ومراقبة الحدود بطريقة جيدة، وتطبيق القوانين والعقوبات بصرامة، خاصة المروجين للكبار، وهذا ما نص عليه قانون رقم: 04-18- المؤرخ في 23 ذي القعدة عام 1425هـ - الموافق لـ 2004/12/25م الذي يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، من الأحكام الجزائية في مادته (19) والتي تنص على: "يعاقب بالسجن المؤبد كل من قام بطريق غير مشروعة بتصدير أو استيراد المخدرات أو المؤثرات العقلية." [122] ص 5.
- في حين يرى البعض على ضرورة لزيادة في مراكز العلاج والوقاية من المخدرات، وإعادة تأهيل المدمنين وإعادة إماجهم، والبعض أكد على إعادة النظر في القوانين التشريعية التي تدين تعاطي المخدرات والمتاجرة فيها، وعلى أن وسائل الإعلام لا تقوم بدورها، كل ما تقوم به نشر أرقام وإحصائيات حول الظاهرة فقط، والبعض أرجع السبب إلى عدم الاهتمام بالشباب من خلال عدم توفير مناصب العمل، أيضاً إلى المنظومة التربوية من خلال ظاهرة التسرب المدرسي.

الفصل 6

الاستنتاج العام للدراسة

الإستنتاج العام:

1. تهيئة ظروف تعاطي المخدرات:

إن السنوات الأولى من حياة الطفل تعتبر أهم المراحل والاتجاهات الأساسية لبناء شخصية الطفل، بالإضافة إلى ذلك فإن البعد الإجتماعي والأخلاقي والثقافي المتمثل في العلاقة بين الوالدين، ونمط التربية داخل الأسرة ومكتسبات الطفل من المجتمع، وبيئته عموماً، تؤثر سلباً أو إيجاباً في شخصية الطفل، وهذا ما أفصحت عنه الدراسة الميدانية من خلال هذه النتائج التي أستخلصت وهي:

- إن الشريحة الشبانية هي الأكثر إقبالاً على تعاطي المخدرات، خاصة الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين [24-20] و [29-25] ودرجة أقل [15-19]، وغالبيتهم ذوي المستوى الدراسي المتوسط، ومن الفئة البطالة 51,51%، غير أن هذه الظاهرة لم تستثن هذه الفئة فقط، بل مست الفئات العاملة الأخرى، من العامل البسيط، إلى الحرفي، إلى الموظف، إلى لإطار،" وهذا ما بينته الإحصائيات على أن 31,08% هم من فئة العمال والمستخدمين، والموظفون، وذوي الأعمال الحرة. " * * وقد بينت الدراسة الميدانية أن غالبية المبحوثين من فئة العزاب 78,78 % أنر الجداول رقم: (02) و(03) و(04) و(05) و(06).

- أصبحت المناطق الحضرية، خاصة المدن الكبرى، والمناطق شبه الحضرية، أكثر المناطق انتشاراً لظاهرة تعاطي المخدرات، وهذا ما بينته الدراسة الميدانية فغالبية المترددين على المصلحة، من المناطق الحضرية الكبرى مثل: الجزائر العاصمة، البليدة، سطيف، تيزي وزو و بومرداس. وتؤكد الدراسات السابقة التي أجريت حول ظاهرة تعاطي المخدرات، أنها لها علاقة بالظروف السكنية، غير انه لوحظ

العكس فغالبيت المدمنين المبحوثين لا يشتكون من ضيق المسكن، فالإشكال أصبح على الظروف السكنية، بل للخصوصيات العمرانية التي أصبحت تميز أحياءنا من الانعدام المرافق الضرورية، خاصة الترفيهية، إلى النسيج العمراني غير المنظم وهذا ما يمكن مقارنته بالجدول رقم (19) الذي يشير إلى أن غالبية المترددين على المصلحة من :

*الأحياء الشعبية 48,48%

*الأحياء الراقية 24,24%

*العمارات 15,15%

- بينت الدراسة الميدانية، أن معظم أولياء المدمنين أميين، أو ذوي مستوى ابتدائي، وهذا ما نتج عنه صراع بين النسقين في نقل المعايير والقيم الاجتماعية في ظل بروز متغيرات ثقافية جديدة.
- كذلك ومن الدراسة الميدانية، أن أغليبتهم عاشوا طفولة عادية وجيدة، والجو الأسري المستقر، غير أن نوعية التربية لديهم فكانت تختلف من أسرة إلى أسرة أخرى، وهذا ما أكده الجدول رقم (16) ونسبة 54,54% على أن نوعية التربية التي تلقوها هي الإحتضان المبالغ فيه (التدليل)، أما أهم شيء الذي غير مسار حياتهم، هي تلك الإحباطات أو الحوادث التي عاشوها في طفولتهم، كشفت الدراسة عاملين مهمين وأساسين في إقبال هذه الفئة على تعاطي المخدرات إلى :

1- المحيط الإجتماعي للأسرة، من التسلط الأبوي، إلى غياب الحنان الأسري، وتفكك العلاقات الأسرية، أو إلى المشاكل الاجتماعية الأسرية التي لها إرتباط بالمستوى المعيشي للأسرة، كالفقر، أو البطالة، هذه الأسباب التي تكون الأرضية المناسبة خارج المحيط الأسري في تهيئة ظروف التعاطي .

2- المحيط الإجتماعي خارج الأسرة، وجماعة الرفاق.

* وتبين من الدراسة الميدانية أن جميع المبحوثين مارسوا الهوايات أو المهارات التي يفضلونها عن غيرها سواء كان ذلك بشكل منظم أو مفردهم، غير أن ذلك لم يكن مانعا من ولوج عالم المخدرات في بداية المراهقة، ومن أهم الأسباب في ذلك، هي أن النوادي الرياضية و الثقافية أصبحت لا تقوم بدورها التربوي والترفيهي على أحسن وجه.

* ومن خلال ما تم عرضه سابقا، أن نوعية التربية التي ميزت طفولتهم والمتمثلة في الإحتضان المبالغ فيه، وإلى تلك الإحباطات التي عانوا منها نتيجة وجود ممارسات ضاغطة، من التسلط الأسري إلى غياب الحنان الأسري، كان لها الأثر في بعض السمات والطابع الذي مي حياة المدمنين في فترة المراهقة وتتلخص فيما يلي:

1- عدم الاستقرار، خاصة النفسي كان واضحا عند الأغلبية، واتضح ذلك في العلاقات بينهم وبين أوليائهم في سلوكهم ونظرتهم اتجاه أسرهم، (الكراهية، التنافر، والتمييز بين الإخوة).

2- كان السلوك الرافض للمجتمع و القيم الأخلاقية لدى هذه الفئة سبب للانحراف، نتيجة للبدائية الأولى مع المخدرات، وهذا ما انعكس من خلال طبيعة العلاقات بينهم وبين أبناء الجيران والحي الذي يسكنونه حيث تعتبر هذه العوامل أحد أهم الأسباب في معرفتهم وسماعهم عن المخدرات في سن مبكرة.

*وكشفت الدراسة الميدانية أن أولى بدايات تعاطي المخدرات ما بين سن [15-19] لكن الدراسة المعمقة كشفت لنا أن بعض المدمنين كانت أولى محاولات لتعاطي في سن أقل من 10 سنوات، وما بين [10-14] سنة، وكانت أولى محاولات التجريب مع مخدر القنب الهندي (الكيف، الزطلة، الشيرة) لأن ذلك له علاقة مباشرة بتدخين، فجل المبحوثين بدأوا للتدخين في سن مبكرة، ويعتبر القنب الهندي والأقراص المهلوسة هي أكثر المخدرات تداولاً، وهذا راجع لثمنها الرخيص ولوفرتها، أما عن الأساليب التي يتم الحصول بها على المخدرات فأكدت نتائج البحث إلى:

1- أصبحت المتاجرة في المخدرات تجارة رابحة لدى بعض الأوساط.

2- السرقة والإعتداءات اليومية.

3- توفر المال لدى البعض نتيجة لعملهم أو تجارتهم.

- وتبين أن أفضل أوقات التعاطي هي الفترة الصباحية ومن واقع استمارة المقابلة مع المدمنين، أنهم عادة ما يعانون في الصباح من مشاعر إكتئابية حادة فيلجئون إلى المخدرات لتعويض هذا النقص، ثم الفترة المسائية بعد العصر إلى غروب الشمس هي أكثر الأوقات حساسية للتعاطي نتيجة للفراغ وما تفعله المخدرات في فصل الصيف نظرا لطول الفترة المسائية، وغالبيتهم أصيبوا بأمراض نتيجة التعاطي المستمر وقد اختلفت نسبة المرض من مدن إلى مدن وحسب نوعية المخدرات المتعاطاة.

منه نستنتج أنه فعلا يمكن للمحيط الأسري والخارجي أن يلعب دورا مباشرا في تهيئة ظروف تعاطي المخدرات، كما أن المميزات السوسيو ثقافية التي يشهدها المجتمع الجزائري أحد أهم العوامل في انتشار آفة تعاطي المخدرات في الأوساط للشبانية.

2. عدم إدراج الأسرة في استراتيجيات العلاج:

إن التواصل الجيد بين أفراد الأسرة، التشجيع، القيمة الذاتية، الإحساس بالانتماء إلى الأسرة، هي العناصر الأساسية لتكوين هوية الفرد السوية، بينما الرفض، الإحتقار، اللامبالاة، و العنف، هي عناصر تساهم في تكوين هوية وشخصية هشّة ومضطربة.

فالرقابة الوالدية تقلل من فرص الاحتكاك بالجماعات المنحرفة، وتعطي الأطفال والمراهقين الإحساس بالأمان، وفي غياب هذه الرقابة هناك انفلات من هذه الفئة إلى أجواء سيئة باحثين على ما ينقصهم خارج مجال الأسرة، قد شفت الدراسة الميدانية، تلك العلاقة بين اسر المبحوثين، منذ اللحظة الأولى لإكتشاف حالات التعاطي:

- هناك أصناف من ردود الفعل بالنسبة لغالبية الأسر، فمنها أبدت الاهتمام ولاستفسار وأسباب الوصول لتلك الحالة، ومنها كانت أولى بدايات العلاج بعض الأسر كان رد فعلها الضرب، الشتم، اللامبالاة والإهمال هذا من جانب، ومن جانب آخر كشفت الدراسة الميدانية أن 66,66 % من الأسر كانت تجهل بالمحيط الاجتماعي الخارجي لأبنائها، ولى جانب هذا كانت لشكوك الأسر في تصرفات وسلوك المتعاطين تختلف باختلاف العلاقات الأسرية داخل هذه الأسر، وأسلوب المواجهة يختلف من أسرة إلى أسرة أخرى، وعلى هذا كانت أولى بدايات العلاج كما بينه الجدول رقم (40)، فمن الأسر من أبدت الاهتمام بالنصيحة ودمج المتعاطي بالإقلاع عن هذه المواد المخدرة، و البعض الآخر إستعانّت بكل الطرق للخروج من هذه المشكلة بالتوجه إلى الأخصائيين النفسيين، وأطباء الأمراض العقلية والعصبية والبعض توجه إلى المشعوذين، في حين كان البعض ينتظر الاهتمام والاستفسار فكان البديل هو العنف من هنا يتضح أن مشكلة المخدرات ذات طابع اجتماعي بدرجة الأولى، فالمشكلة تبدأ من الجزء لتصل إلى الكل وتكون نواتها الأولى الأسرة.

- أما أولى مراحل العلاج من أثار تعاطي المخدرات ،بينت الدراسة الميدانية إلى دور الأسرة الطبية في مواجهة هذه الظاهرة والتكفل بهذه الفئة، طبييا ونفسيا، وهذا بمساعدة أحد أفراد الأسرة، وقد لعب أطباء الطب العام دورهم في توجيه هذه الفئة إلى مراكز العلاج من المخدرات، غير أن الدراسة الميدانية، ومن خلال المقابلات اليومية مع بعض المدمنين داخل المصلحة، على مخسروه من وقت وأموال خلال فترات العلاج التي سبقت دخولهم إلى المصلحة، أكدوا على أن بعض الأطباء، خاصة الأطباء النفسيين والأمراض العقلية والعصبية استغلّوهم تجاريا أكثر منه علاجيا.

- يعتبر الحوار الأسري، أحد أهم مراحل العلاج، فنسبة 27,27% من المبحوثين إستجابوا للعلاج والإقلاع عن المخدرات، وتعتبر لغة الحوار والاتصال داخل الأسرة، وتحسيس هذه الفئة بخطورة هذه الآفة أحد أهم المفاتيح العلاج، وأوضحت الدراسة الميدانية إلى أهمية الوسط الإجتماعي، من خلال الأقارب، إلى جماعة الرفاق، والمدمنين السابقين في مواجهة آثار تعاطي المخدرات، خاصة من المدمنين السابقين إذا ما أستثمرت هذه التجربة في التعريف بخطورة هذه الظاهرة وهذا ما أوضحه الجدول رقم (43).

وما يمكن قوله، أن أولى مراحل العلاج تبدأ من الأسرة مرورا بالأسرة الطبية والوسط الإجتماعي لكن الشيء المهم الذي كشفت عنه الدراسة الميدانية أن صلاحيات الأسرة تتوقف عند إيصال الفرد المدمن إلى الطبيب المعالج. فهل هذا راجع إلى أن المشكلة في نظر الأسرة هي مشكلة طبية فقط وتستوجب العلاج؟ أم عدم وجود تواصل وتنسيق بين الفرد المدمن، الأسرة والطبيب المعالج. أو إقصاء الأسرة في مراحل العلاج من قبل المنظومة الإستشفائية، خاصة أن الدراسات الحديثة تؤكد أن العلاج من المخدرات يبدأ من الوسط الأسري.

3 . تأثير المحيط الأسري في عملية الإدماج الإجتماعي للمدمن:

لقد تبين أن تعاطي المخدرات لها أعراض خارجية، يجب الإلمام بها والتعرف عليها والعمل على محو آثارها من نفوس الأبناء، وإن دل هذا عن شيء، فإنما يدل على الدور الذي يلعبه الأولياء في تنشئة الأبناء، وهذا لا يتم إلا إذا كان جو الأسرة متزنا هادئا يزيد من ثقة الأبناء بأنفسهم وبالعالم الذي يتعاملون معه، إن إزالة الحاجة إلى المخدر لا يكون إلا بإزالة المشكلات الإجتماعية والسيكولوجية، ومنه أن الفرد المدمن مهما بلغت درجة التعاطي، تكون الأسرة هي نقطة بداية الإدماج الإجتماعي.

- بينت الدراسة الميدانية، على أن المدمنين إتخذوا عدة أساليب وطرق للإلتحاق بالمصلحة وإتخاذ قرار العلاج، فبنسبة 21,21% كان لطب العام دور في توجيه هذه الفئة إلى مصلحة العلاج من المخدرات، خاصة ممن يقطنون المناطق البعيدة، خاصة الولايات الجنوب والشرق رغم هذا أوضحت الدراسة الميدانية أن جل المدمنين المبحوثين لا يعلمون بوجود مصلحة للعلاج من المخدرات، وقد أكد الجدول رقم(46) إلى دور عدة أطراف في التعريف بالمصلحة، لكن الدراسة الميدانية بينت إلى أهم عامل الذي جعل المصلحة مجهولة(33,33%) وهو إرتباطها بالتسمية الشعبية في أوساط المجتمع الجزائري لمستشفى فرانتز فانون البلدية (سبيطار المهابل)، أيضا من

الصعوبات التي واجهت المدمنين، هي تداعيات المجتمع وتقاليده، خاصة في بعض المناطق الريفية وشبه الحضرية.

- إن الدراسة الميدانية بينت على أن طبيعة المساعدات التي يحتاجها المدمن أثناء العلاج هي:

1- المتابعة النفسية والاجتماعية: 39,39%

2- الاندماج في المجتمع: 21,21%

2- الإدماج الأسري: 18,18%

- تعبر المدة الزمنية التي يقضيها المدمن المعالج داخل المصلحة، كافية في الحد وبداية العلاج المطول من المخدرات 81,81%، ويعتبر الهاتف أحد أهم الوسائل للإتصال بأسرهم 72,72%، أما عن الزيارات الأسرية فكشفت الدراسة الميدانية إلى دورها في فعالية العلاج، لكن الشيء الذي إستتجناه هو الآراء المختلفة حول كيفية الزيارات، وهذا ما بينه الجدول رقم (52).

- الزيارات الأسرية، وتفاعل المدمن المعالج مع أسرته خلال فترة الزيارات، ومن واقع الدراسة الميدانية في عين المكان، إلى أن الأسرة هي الركيزة الأساسية في العلاج، وهذا ما خرجت به الدراسة الميدانية:

1- المساعدة النفسية: 27,27%

2- العودة إلى الجو الأسري: 24,24%

- أما رأي الأسرة في فترة ما بعد العلاج، أفصحت الدراسة الميدانية إلى:

1- المعاملة الأسرية وحدها لا تكفي في الإقلاع عن تعاطي المخدرات، فهناك عوامل أخرى تتحكم في حياة الفرد المعالج، الفراغ والمحيط الإجتماعي.

2- يعتبر الدعم النفسي والمادي الذي تمنحه الأسرة أحد أهم أسس العلاج في غياب فرص العمل.

3- نظرة المجتمع، وهذا تحسيس المجتمع على أن المدمن وضحية لعدة عوامل إجتماعية، إقتصادية وثقافية.

ومنه على تأكيد دور المحيط الأسري في عملية الإدماج الإجتماعي للمدمن، لكن هذا لا يتم إلا بتنسيق مع عدة أطراف، من المجتمع، إلى المؤسسات الإجتماعية الأخرى، وهذا كله بتنسيق مع مصلحة العلاج.

4 . فعالية مرحلة ما بعد العلاج:

إن فهم المتعاطين في حد ذاته مفتاح لحل مشاكلهم، فتوجيههم ومساعدتهم دليل على أننا لا نحكم عليهم ونهمشهم، لهذا فإشراكهم في مختلف النشاطات وإجراء التحقيقات حول هذه الظاهرة وتجاربهم

معها، يعتر حل النجاة، ويصبح عنصرا فعالا ومساهم في عملية العلاج، وما هو إلا جزء يخدم بمعية بقية الأجزاء على التكفل النفسي بالمدمنين الحقيقيين، ومنه استبدال النموذج الطبي العضوي بالنموذج النفسي الإجتماعي، وهذا ما بينته الدراسة الميدانية من خلال هذه النتائج التالية:

- 1- أهمية ودور وسائل الإعلام بكل أصنافها السمعية، والمرئية، والمكتوبة من خلال برنامج وقائي موجه للشباب، يعتمد على معلومات تكشف عنها بحوث واقعية ميدانية.
 - 2- أصبحت العقوبة القانونية الممتلة في السجن وحدها لا تكفي في منع سلوك التعاطي والمتاجرة في المخدرات.
 - 3- أهمية ودور مراكز الوقاية والعلاج من المخدرات في الحد من إنتشار المخدرات، وضرورة الزيادة في هذه المراكز، وتطوير البرامج والخدمات.
 - 4- المتابعة الميدانية داخل وخارج المصلحة، وإعادة التأهيل المدمنين، وإعادة إماجهم.
 - 5- إعادة النظر في القوانين التشريعية، التي تنص على مكافحة المخدرات والمتاجرة فيها وتطبيق القانون بصرامة.
 - 6- ضرورة إنشاء الخلايا الجوارية، التي تضم الأخصائيين الإجتماعيين والنفسانيين في الأحياء الشعبية، والمدن الكبرى، والمناطق الشبه حضرية، وربطها بأرقام هاتقية خاصة.
- ومنه يمكن القول أن فعالية مرحلة ما بعد العلاج تتطلب تحسين الظروف الإجتماعية والإقتصادية، وخلق ظروف إجتماعية وثقافية (ترفيهية، ثقافية، رياضية). والعمل على تكوين رأي صائب وموضوعي صادر عن أسس علمية، وبإنشاء ثقافة مشتركة تدعم العمل العمومي في الحد من إنتشار هذه الآفة.

خاتمة

من خلال ما تم عرضه في هذه الدراسة يمكن القول، أن السلوك الإنساني ليس فعلا أو أفعالا مشتتة لكنه منظومة متكاملة من السلوكيات والظروف الفردية والاجتماعية والبيئية، وسواء كان العمل إصلاحيا أو علاجيا أو وقائيا، فينبغي تفهم تعقيدات السلوك الإنساني.

إن تعاطي المخدرات في النهاية هو سلوك، وخيار فردي موجه ومتأثر بعوامل شخصية واجتماعية محلية ودولية، على هذا فينبغي النظر إلى التعاطي بهذا المنظار السلوكي والاجتماعي الشامل، وعدم النظر إليه باعتباره مرضا والتعامل مع المتعاطي على أنه مريض، من هنا ينبغي إعطاء علاج المدمنين مكانه المناسب، فالعلاج مصطلح طبي يناسب مصطلح "المرض" وتعاطي المخدرات ليست مرضا، بالمعنى الجسدي للمرض، بل هو سلوك منحرف له أضرار نفسية واجتماعية وطبية.

إن المقاومة والمكافحة الناجحة لإدمان المخدرات، إضافة إلى الجهود الدولية والوطنية لا بد من العمل على مستوى المجتمع المحلي والأسر والأفراد، وهذا نشير إلى منحى إصلاحي تعريزي مع الشباب يقوم على بناء وتعزيز قدرات الشباب الفكرية والاجتماعية والسلوكية، وتمييزهم وتبصيرهم بدورهم الإجتماعي العام، وتعزيز فرصهم في المشاركة والإسهام الإيجابي في خدمة أنفسهم وأسرهم ومجتمعهم.

وفي منظومة المكافحة الشاملة للمخدرات ينبغي أن يكون للأسرة دور فعال ومعتبر فالأسرة تمثل خط الدفاع والحصانة الإجتماعية الأولى، لهذا تكون جهود الوقاية ناقصة وعرضة للفشل إن لم تكن الأسرة واحدة من أركان هذه الجهود، ونشير هنا بإيجاز إلى ما يجب عمله مع أسر المتعاطين، ما يجب أن تعلمه هذه الأسر، نقول أن طبيعة السلوك داخل الأسر وخاصة سلوك الوالدين، لها تأثيرات كبيرة على بقية الأسرة وأول ما ينبغي تأكيده هنا هو القدوة والمثال الذي يمثله الولدان، لا بد أن يكونا القدوة في السلوك قولا وفعلا.

كذلك الجهات المهمة و المسؤولة أن تساعد الأسر التي فيها متعاطي برفع الكفاءة الاجتماعية للأسرة، من حيث توثيق ترابطها مع المجتمع المحلي ومؤسساته وموارده، وتحسين علاقتها بالجوار، وجعل الجوار منظومة متساندة في سبيل تحقيق مصالحها كلها ومواجهة ما يعترضها من مصاعب. والأمر المهم الذي ينبغي الالتفات حوله، هو أن يكون التركيز في العمل الأسري على كامل الأسرة وليس الفرد المتعاطي، فالتركيز على المتعاطي فيه إستحياد للمشكلة، وجعلها في دائرة الضوء بإستمرار وبالتالي جعل المتعاطي هو المشكلة المستمرة، لكن التركيز على الأسرة يجعل الإهتمام أوسع، ويجعله منهجياً ندي تحقيق تغيرات ايجابية إصلاحية في بناء الأسرة، ما يجعل إصلاح المتعاطي نتيجة طبيعية لهذه الجهود.

الملاحق

تقديم بعض الحالات:

الحالة الأولى:

هذه الحالة دخلت إلى مصلحة الوقاية ومكافحة المخدرات يوم : 2003/07/28.
تمت المقابلة يوم: السبت 2003/08/09.

بيانات عامة تخص المبحوث :

- الجنس: نكر
- السن: 22 سنة
- المستوى التعليمي: ثلاثة ثانوي (آداب)
- الحالة المدنية: أعزب
- الأصل الجغرافي: مدينة سطيف
- المهنة: موزع للخبز
- الهواية: رياضة "التيكوندو" في فريق وفاق سطيف.
- بطل الجزائر صنف براعم سنة 1987.
- بطل الجزائر صنف أصاغر سنة 1994.

بيانات تخص أسرة المبحوث :

- نوع السكن: مع العائلة (الجد)
- الانتقال إلى شقة سنة 2001.
- المستوى التعليمي للوالدين: - الأب: جامعي المهنة: مدير مدرسة.
- الأم: ثانوي المهنة: لا تعمل.
- عدد الإخوة: 4 إخوة (ولدان و بنتان)
- الرتبة في العائلة: الأول

بيانات حول ظروف تعاطي المخدرات :

- سن أول تعاطي للمخدرات: 15 سنة: نهاية 1995

- مكان تعاطي المخدرات: مع شخص أراد التجربة كذلك

- نوع المخدرات: الحشيش في البداية ثم الأقراص المهلوسة

تقديم الحالة:

تتعلق هذه الحالة بشاب يبلغ من العمر 22 سنة، من أسرة مثقفة مستواها المعيشي جيد، العلاقات العائلية بين أفرادها ممتازة خاصة الأب الذي بحكم وظيفته ومستواه التعليمي، وباعتبار الابن بطل الجزائر في رياضة التيكوندو وعلاقته الوطيدة بوالده بحكم أنه درس في المرحلة الابتدائية (الرابعة، الخامسة، السادسة)، وهو الذي شجعه على ممارسة الرياضة.

الذي جعل الابن يدخل في دائرة الإدمان وعالم المخدرات هو الحي الذي يقطن فيه، باعتباره من الأحياء الشعبية في مدينة سطيف (Pierre gay لتسمية شعبية للحي)، حي معروف بالانحراف والجريمة مع العلم أن الحي به سوق يومية تكثر فيه تجارة المخدرات وهذا تحت أعين أعوان الأمن وحسب قول الحالة بمساعدتهم، مما جعل هذا الشاب ينزلق إلى عالم المخدرات في سن مبكر.

التحليل السوسولوجي:

يمكن تفسير إقبال هذه الحالة على تعاطي المخدرات ودخول في دائرة الإدمان إلى عدة نقاط أهمها:

- الحي الشعبي الذي يقطن فيه المعروف بالانحراف والجريمة ومع بداية سن تعاطي المخدرات لهذا الشاب 15 سنة وهو سن حساس بالنسبة لأي شخص (المراهقة).
- الثقة المفرطة التي كانت بين الأب والابن وخاصة الأب الذي كان يعتبر أن الابن في الطريق السليم مع العلم أنه شكك في الابن منذ اللحظة الأولى لتعاطيه المخدرات.
- عدم الاستمرارية في التكوين داخل النادي وخارج النادي خاصة وأن هذا الشاب بطل الجزائر في رياضة التيكوندو وغياب الدوار بين المدرب والمعنيين بالأمر وحسب قول الشاب المسؤولين يبحثون عن النتيجة فقط دون التكوين التربوي والثقافي وحتى الاجتماعي مما يجعل الرياضي يستوعب بين الرياضة والحياة اليومية وكذا غياب القاعدة الأساسية بين النوادي الرياضية والمدارس، أي عدم وجود برنامج للرياضة المدرسية والبرامج الثقافية، وكذلك الفراغ بين الرياضة والعمل والشيء الذي جعل بهذا الشاب هو إقصاء الطاقات الرياضية من الفريق الوطني وحسب قوله (لكي تكون في الفريق الوطني لا بد أن تنتمي لإحدى الفرق العاصمة وخاصة مولودية الجزائر) وكذا التسيير القاعدي للفئات الشبانية أصبح قديما ولا يراعي

تطورات الرياضة المعاصرة أي لا بد من التغيير الجذري وخاصة المسيرين القداماء وحسب قوله القداماء بدون ثقافة اجتماعية ورياضية.

ومنه نقول أن سبب تعاطي هذا الشاب للمخدرات هو الوسط الاجتماعي المتمثل في الحي وغياب الاستمرارية في التكوين التربوي والثقافي داخل النادي الرياضي جعل من الشاب يدخل عالم المخدرات.

الحالة الثانية :

تمت المقابلة يوم الأحد 2003/08/10.

بيانات عامة تخص المبحوث :

- الجنس: ذكر
- السن: 36 سنة
- المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي (علوم)
- الحالة العائلية: متزوج
- الأصل الجغرافي: دائرة سيدي موسى ولاية البليدة
- المهنة: متعاقد مع الجيش الوطني الشعبي (رتبة مساعد أول)
- الهواية: المطالعة

بيانات تخص أسرة المبحوث :

- نوع السكن: مع العائلة
- شقة بمدينة بشار
- المستوى التعليمي للزوجة: ثانوي
- المستوى التعليمي للوالدين الأب: ابتدائي الأم: أمية
- له ولدان.
- الأول في العائلة، وله أخ واحد فقط في المهجر بألمانيا.
- الدخل الشهري: 24000 دج

بيانات حول ظروف تعاطي المخدرات :

- سنة تعاطي المخدرات: 1990
- نوع المخدرات: القنب الهندي في البداية ثم الأقراص المهلوسة.

- مكان أول تعاطي بئكنة عسكرية بمدينة قسنطينة مع الزميل الذي كادت له خبرة في تعاطي المخدرات (مدمن ويتقاسم معه الغرفة)

تقديم الحالة :

تتعلق هذه الحالة بالشاب متعاقد مع الجيش الوطني الشعبي منذ سنة 1990 ولوجه إلى عالم المخدرات كان بعد شهر من زواجه في 1990/08/23 تم تحويله إلى بئكنة أخرى بمدينة قسنطينة اقتسامه لغرفة مع زميل مدمن على المخدرات وكانت البداية وحب المعرفة مع هذا العالم من أجل سد الفراغ مع العلم أنه كان حديث الزواج.

- إنقطع عن تناول المخدرات من 1991 إلى 1993 وهذا لاقتراجه من العائلة (بئكنة ببن عكنون).

- 1994 تم تحويله إلى مدينة بشار وبئكنة المركز العسكري للتحريات (البئكنة حسب قول الحالة عالم من المخدرات والمكان الجغرافي لمدينة بشار قرب الحدود المغربية).

- حصوله على شقة ببشار وانتقال زوجته و ولداه للعيش معه.

- 1997 تحويل إلى مدينة " فرندة بولاية تيارت إلى غاية دخوله إلى مصلحة الإدمان ومكافحة المخدرات.

التحليل السوسيوولوجي :

من خلال إجرائي المقابلة مع هذا الشاب تبين لنا أن الوسط العسكري هو السبب في دخوله عالم المخدرات، حيث النظام الصارم داخل البئكنات وكذا المحيط المتعفن (حسب قول هذا الشاب أن هناك ضباط سامون يشجعون على تناول المخدرات وهذا ما أكده من خلال الأضابط السامي برتبة رائد Commando الذي أصبح زميل و صديق مع العلم أن هذا الرائد مسؤول البئكنة، ورغم اعتراف هذا الشاب أن الجو الأسري ممتاز خاصة مع زوجته وأمه لكن سنوات الإرهاب التي عاشتها الجزائر في السنوات الأخيرة والتي عاشها هو بنفسه خاصة في جبال تيارت وسعيدة وسيدي بلعباس وموت زملائه أمامه، جعلت منه شخص مدمن من الدرجة الأولى حتى أنه دخل في غيبوبة سنة 2001 قضى فترة نقاهة بمستشفى العسكري بوهان مدة 21 يوم ثم توقف عن الإدمان إلى غاية 2003، وبالضبط شهر جانفي.

وباعتراف الحالة والذي يتمتع بثقافة لا بأس بها خاصة إتقان اللغة الفرنسية إلى الفراغ الثقافي والمنعدم داخل الوسط العسكري والمتعفن وكذا إلى سنوات الإرهاب التي مرت بها منطقة سيدي موسى، حتى أنه كان في مجزرة الرايس 1997 وهرب وانعدام الطموح لدى المجتمع الجزائري

حسب قوله أي مجتمع بدون هدف ولا روح، ورغم ذلك يراوده الأمل والخروج من هذه الأزمة التي يمر بها والتي يملا بها المجتمع الجزائري.

الحالة الثالثة :

تمت مقابلتها يوم السبت 2003/08/16.

بيانات عامة تخص المبحوثة:

- الجنس: أنثى
- السن: 18 سنة
- الأصل الجغرافي: مدينة باتنة
- المستوى التعليمي: ثانية ثانوي
- الهواية: كتابة الشعر و القصص.

هذه الحالة تروي حالتها بنفسها من خلال هذه الرسالة مع العلم أن هذه الحالة من هواة كتابة الشعر و القصص ومن خلال هذه الرسالة نرى المستوى الذي تتميز به وعنوان هذه الرسالة:

" رسالة مدمن: عالمي والمخدرات "

من عالم المخدرات أبدأ الكتابة، عن رحلتي مع المخدر والتي قادنتني نحو عالم مجنون وغريب، لا تترك خباياه حتى تدخله، كانت بداياتي مع المخدر أشبه بالمتقطعة والمتصلة في آن واحد، المتقطعة لأنني أثناء تناولي للمخدرات بدأتها بحبوب زرقاء مرة وبيضاء مرة أخرى وكانت هذه الفتاة تحضرها لي على مراحل متقطعة، فعندما رأنتني بحاجتها قطعها عني تماما ولم تعد تأتي، في هذا الوقت التزمت أنا الصمت ولم أخبر أحدا عما آخذه من حبوب، الزرقاء 100 ملغ والبيضاء 50 ملغ، كادت تعطيني البيضاء صباحا والزرقاء مساء وقد أحسدت بالراحة لنفسية مع هاتين الحبتين، ربما أبدو سخيفة وأنا أكتب عن المخدرات وكأنها غذاء الروح، لقد منعوني من دراسة الموسيقى وقبليت، ومنعوني من مزاوله المسرح وصدمت ثانية، لأنني صدمت أول الأمر مع عائلة لا تعرف في مسار حياتها سوى تلك اللقمة التي تسكت بها جوع أطفال صغار لا يعرفون من أمور حياتهم سوى الطعام الذي يسكت صراخ بطونهم، هكذا كبرت أنا مع إخوتي على حقد دفين عمره 18 سنة، حيث كنت متجاهلة من قبل عائلتي وكأنني شخص دخيل بينهم، هل تعلمين ما معنى أن تكون بذت 9 سنوات متوحشة، هل جربت هذا الإحساس، لقد خنقت قطة كانت عندي بيدي وعلى مرأى من عيوني، هذه هي سمراء التسع سنوات بعدما كبرت قليلا وفي سن 12 عاما تعرضت لصدمة أقوى وفاة شديقتي الكبرى التي

كانت بئر أسراري ومحتضنة أخطائي الصغيرة والتي كانت أمي الثانية بعد أمي الحقيقية وأبي وكل عائلتي وهكذا عرفت الحرمان مرة ثانية وزاد هرم مشاكلي بالصعود وكبرهما فوق هم وأصبحت أعاني من كوابيس الحياة الغريبة، رأيتها تدام في ذلك الصندوق الخشبي لا تتمايل يمينا ولا شمالا، كانت أشد به بطلاة في الصندوق الزجاجي، كانت هذه آخر مرة أحسست فيها بالأمان، ولما يرحل الحطم عذنا تبقى لدينا الكوابيس تقتل أحلامنا وتذيقنا كأس المرارة، 1994/01/04 تاريخ لا أنساه أبدا ويوم الأربعاء يوم نحس عندي، بقي هذا الألم معي حتى وصلت سن 18 سنة، كبرت معي عقدة العائلة الغربية عني، وكبر معي الأمل لأجد العزاء في فرقة صغيرة تمارس مسرح الأطفال، كتبت لهم مسرحية عن الصغار، وعرفت مستوى كتاباتي وعشت معهم أحلى أيامي، ويوم سمعت أمي بالأمر حبستني في المنزل 7 أيام ولم تقل سدوف تتعطل عن دراستها.

- أما كيف دخلت عالم المخدرات، فهي قصة طويلة بدأت أول الأمر بهستيريا حادة، وصلت إلى حد البكاء من شدة الألم بصوت مرتفع، وكادت سميرة هي الوحيدة التي كانت تواسيني في ساعات ألمي، فقد كرهت الطيبة مني في العيادة لكثرة ما قصدتها كثيرا، كذت لا أحسن التركيز جيدا في دروسي، صرت أقصد طبيبا نفسانيا للعلاج، ولكنني وجدته نذبا يفترس كل من يقصده ليس بحجة العلاج ولكن لممارسة ما لا تحبه الفتاة من الرجل، صدمت ثانية من قبل الطبيب الذي كان سيعالجني من أزمتي، لم أجد حلا سوى أن ألبأ لسميرة كحل أخير، وصرت أجالسها دائما، ولأنني كذت دائمة الحزن إقتردت علي أن تساعدني بأن أحدثها عن مشاكلني وتكون محتضنة لآلامي، قبلت مساعدتها، ولكثرة آلام رأسي الحادة، صارت تعطيني حبة بيضاء دائرية 50 ملغ، وتقول بأنها خاصة بالآلام للرأس وكنت كلما تناولتها أبحرت في عالم آخر، أرى الدنيا تضحك لي بثغر باسم، حتى لشجر يضحك لي، ومرة بعد مرة صرت لا استغني عنه أبدا حتى في العطل كذت اشترى 10 حبات بـ 30 ألف دينار تكفيني 15 يوما كاملة وتبقى معي أحيانا، بعد ذلك صارت تعطيني حبة زرقاء لا أتذكر شكلها لكن كذب عليها 100 ملغ، كذت إذا اشتريتها أصبحت كمن شرب زجاجة خمر كاملة، أبحر نحو جزر القمر وإلى نيويورك وأطير في طائرة خاصة بي.

هكذا أكملت نصف السنة بسلام، ولما بقي من السنة صرت أتناول حقا في الوريد، لم يكن تأثير الإبرة أقل من الحبوب بل تعدها إلى الضعف فأصل أحيانا إلى الغذاء والتصرف كما لو كذت مجنونة.

بقيت هكذا بقية العام وفي عطلة 3 أشهر كنت أشرب Temesta الخاصة بأمي كل ليلة فأذام كما لو كنت صغيرا نائما في المهد.

بدأت تظهر على يدي علامات الإبر فكنت أبقى لساعات أمارس الـ Basquette-Ball طويلا ولأمدد عروق يدي، حصلت بهذه الطريقة على مبتغيا، ولكن الآثار السطحية بقيت، وسبب هذا الهزال الذي أصابني هو عدم تناول هذه الإبرة.

حاولت أن أنسى هذه الإبرة لمدة 6 أشهر، كنت أقاسي كثيرا حتى أنسى بأن لي موعدا مع الإبرة المشئومة، قاومت وقاومت ولكن الحاجة إليها كانت أقوى مني بكثير فقد لازمني هذا الألم كلما وصلت الساعة 10 مساء ففي هذا الوقت كان مفعول الإبرة ينتهي.

في تلك اليوم صار الألم ملازما لي طويلا وكدت أموت من الألم، وفجأة حضرت أمي من عند "الطالب" محضرة معها عقاقير تساعد على تخفيف ألم الجن عن الإنسان فقد تعتقد بأنني "مسكونة بالجن" وطلبت مني أن أكل ما أحضرته فرفضت و إذا بأبي يصفعني صفة لن أنساها، صرخت عليه وطلبت منه الخروج لأتحدث أنا وأمي على انفراد فصارحتها بالحقيقة وتوجهنا إلى المستشفى الجامعي بباتنة ثم خرجنا منه خوفا من معرفة الناس لي، وتوجهنا إلى طبيب كانت أمي تعالج عنده كان اختصاصي في الطب العام وقصدنا الجزائر وبالتحديد مستشفى مصطفى باشا فلم نجد ما نريده وقصدنا البلدية مستشفى فرانتز فانون لنجد مركزا لمعالجة المدمنين وها أنا اليوم هنا.

- فما هي وضعيتي العامة هنا ؟

- هل يمكنني مواجهة الواقع بعد الآن ؟

- هل لي الحق في الكلام بعد العلاج ؟

- هل أنا حقا إنسانة تستحق الحياة ؟

هذه الأسئلة تراودني دائما وأنا هنا فهل سأجد الإجابة عند ذوي الاختصاص أو لا.

هذه قصتي أنا والمخدرات فكيف سيكون رد الطبيب المعالج.

" قصة اعتراف "

عزيزتي نصيرة، ربما حان الوقت لأخبرك عن قصة هذا الصمت الذي ألتمته كلما جالستك، ولأنه سر مخيف، قررت أن أزيله عن صدري لأعيش حياتي كلها بسلام، فقد حدثت ذات يوم عن شخص عرفته كصديق، اسمه "المين" كان يملك والده مطعما فاخرا تعرفت عليه في يوم ماطر من أيام الشتاء كنت لا أزال أدرس الثانية ثانوي، وكنت تحت تأثير المخدر ذلك اليوم، أضحك مع كل من هب ودب، وشبه رقصة تحت المطر البارد، ليس بهذا الوصف ولكنني أتحرك مثل الراقصات، رأني ذلك اليوم فأعجب بي و صار يدعوني دائما لأخذ وجبة يوم الاثنين والخميس معه كنا نجلس معا

لوجدنا في غرفة تشبه غرفة صغيرة للأحبة فقط مثلي ومثله، لا أكذب عليك أحببته حبا كبيرا حتى كنت مستعدة لأهبه كل ما يطلب مني، وذات يوم طلب مني أن نقصد حديقة بالقرب من المطعم، أكملنا المسير حتى الحديقة ولما دخلتها أول ما رأيته هو حبيب مجرد حبيبته من ملابسها ويهرع في النوم فوقها، دخلت والخوف يقتلني من أن يفعل لي نفس الشيء وفجأة وجدت صديقا آخر أمامي، ومن كنت معه يكاد يقبلني بعد أن أعطاني حبة زرقاء أفقدتني وعيي تقريبا فكاد أن يفعل فعلته لولا ذلك الصديق الآخر الذي شدني من يدي وأخذني لطيب بالقرب من المكان أعطاني حقة استفتت بواسطتها من الغيبوبة وكاد شرفي أن يضيع والآن الشخص الآخر يطلب مني رد جميله، هل تعلمين ماذا طلب أن أكون عشيقته ولما تركته، هددني بأن يفصح سري لأمي لأنه يعرف منزلي جيدا وأنا الآن أخاف منه فماذا أفعل سوى الصمت.

ومنذ ذلك اليوم صرت اخذ جرعات زائدة من المخدر حتى أنسى هذا القيد كلما رأيته بالقرب من المنزل، نسيت دراستي وقررت أن أصبح كالحجر الأصم الذي لا يتكلم حتى الموت، ومنذ ذلك اليوم وأنا أقوم بتحقيق نفسي بالإبر وتغير تصرفي مع أمي، صرت أسعى لأن أقتل سيطرتها علي، صرت أرد الكلام قبل أن تنهي هي كلامها، فصارت تضربني كل مرة افعل هذا معها، صرت مندبذة داخل المنزل حتى أن إخوتي صاروا لا يطيقونني من كثرة المشاكل التي كذت أفتعلها، حاولت أن أنسى بأن لي أما وأبا وإخوة وانكرت كل هذا، وطلبت الذي هددني بالهاتف وأخذت منه موعدا على أن يكون في الحديقة التي وجدني فيها مع "لمين"، وعذما حضر، جاعني أشبه بالأحمق الذي تناول الخمر بكثرة، فأصبح يهذي من كثرة الشرب، أخذته إلى ركن وجلسنا معا، أحضرت معي حقة من حقن المخدر، وأخذت أحقته بها إلى أن فقد وعيه وذهبت وتركته وفي اليوم الموالي علمت أنه نقل للمستشفى في حالة خطيرة وربما يفقد حياته، لأنني زدت الجرعة مرتين لأنني لم أكن في وعيي ساعتها كنت تحت تأثير الحبة الزرقاء وضحكت من نفسي يومها ثم بكيت، وعرفت بعد ذلك أنه صار عاجزا كليا ومنذ ذلك اليوم وأنا نائمة على فعلتي وقررت أن اقلع عن الإبرة والمخدر لأنني أخذت روح إنسان بسببي ولم أدم من يومها وهذه المدة أي مدة 6 أشهر كذت أتذكر فعلتي دائما لأنني لو أدركت أنه في يوم ما يمكن أن أكون مدمنة لما قبلت جلوسي بالهموم وقيامي على صوت الألم الذي لازمني منذ مدة تزيد عن 17 عاما من المعاناة، بدأت أقرأ عن ملامح شخصيتي قليلا، وربما هذا هو السبيل لمعرفة حقيقة أمر شخصيتي، أنا الآن ضائعة لا أعرف لمن ألتجأ، والمدة التي قضيتها في المستشفى سمحت لي أن أدرك أهمية الوجود البشري على وجه البصيرة، ومدمن المخدرات إنسان له حق الحياة بسلام، والإدمان طريق من طرق الشر، فشخصيتي ضعيفة لكوني قبلت أن أكون مسكونة بشبح اسمه المخدر.

المخدرات عالم مجنون، هو كمبنى كبير بحرس غلاظ لا يعرفون الرحمة ولا الأدب، تدخل من باب كبير مكتوب في واجهته خاص بالمدمنين فقط، وبالداخل تجد كل شيء أسود اللون حتى أن المحبة لا تجد مكانا لها هناك، يجلسونك فوق كرسي من حرير ثم يضربون على دماغك براحة بال زائفة، فتصبح كالسجين في قفص الاتهام، فلا تجد وسيلة للهرب أبدا وتبدأ بالصراخ والبكاء طويلا، يرمونك في غرفة سوداء قذرة ومظلمة ويعطونك شيئا يشبه الماء في لونه ويقولون لك خذ هذه جرعة راحة أخرى.

راحة البال بالمخدر دلالة ومؤشر على أن اللون الأحمر لون شاذ في عالم الألوان لأنه لون الدم والدم لا يخلو في عالم المخدرات فمن يرغب في الحصول على حق للجروح يكون مصيره الموت المحتم السريع في نفس المقام والمكان.

مررت بلحظات عصبية جدا، عرفت خلالها تلك الراحة النفسية من جهة وتعب الجسد من جهة أخرى، وما هذا سوى بداية لميلاد شبح اسمه الإدمان.

من المعلوم أنه حين نحب شيئا ونتمسك به لا نستطيع أن ننساه ونتخلى عنه، لأنه يصبح المثل الأعلى بالنسبة لنا ولكن الإدمان في حياة الشخص المريض يعتبر حلا لمشاكله ولكن عاقبته تكون أكبر منه.

الخطوة الأولى للخطأ هي التفكير فيه كحل للمشاكل النفسية والعصبية الحياتية، والتفكير في الخطأ هاجس يدخل العقل من المحيط الخارجي كوسيلة للتخلي عن الواقع الراهن والمحفوف بالمخاطر فكم من طريقة توجد للقيام بالخطأ وأخطر هذه الطرق طريقة الانتقام من الشخص نفسه أي أنت نفسك، وقد تكون مغفلا كليا فتقتلها كما يفعل شباب اليوم ينتحرون بسبب الخوف الدفين والعنر أنه لم يحتمل حياته فأذاها بيديه هذا الناس تقول بعد وفاته ولكن السبب الحقيقي الذي يجعل الشباب ينتحر اليوم هو انتسابه لعائلة فقيرة لا تملك حق رحلة للبحر أو بدلة فاخرة للسهرة الموعودة مع فتاة المستقبل أو ربما حتى حق اللقمة.

أما مدمن المخدرات حين ينتحر سيقال أنه انتحر لأجل أن يأخذ حقنة ولم يجد ثمنها فقتل نفسه وهذه هي الحقيقة لأن حاجة المدمن للمخدر كالمغناطيس حيث يقصد المدمن أي مكان يجد فيه ضالته المنشودة فمدمن المخدرات يسير وراء كسب حقنة أو حبوب فقط وليس له هدف لآخر في حياته سواها أو سواه، وربما حتى يكون قد أخذ ثمن هذه الحقن بعد أن ارتكب جريمة قتل أو سرقة أو ما شابههما، مدمن المخدرات إنسان ككل البشر أخذه عقله بعيدا وجعله يعيش في عالم خاص به، فعالمه يشبه قصرا مهجورا تأكلت جدرانها ولم يبق منها سوى الآثار فقط كشاهد عليه، وهذا العالم لا يدخله سوى شخصان، الطبيب والمدمن نفسه فقط فكلمته السرية لا يعرفها سوى المريض وهي "مدمن"

لذلك يجب أن تتغير هذه الكلمة لمعنى أسمى واجل مثل "سليم"، "معافى"، فيقال عقل سليم عوض عقل مدمن ويقال سلوك معافى خير من سلوك مدمن مشين، لهذا كان على أن نعرف أن الحياة للناس جميعا وليس المدمن لأنه مدمن فهو إنسان يتحاشاه الناس ولا يحبون صحبته ولا يرغبون فيها فعوض أن يحبوا له الحياة يزيدونه كرها فيها.

ملاحظة:

عثمان نصيرة هي الأخصائية الإجتماعية بمصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات بالبلدية التي ساعدتنا في مقابلة هذه الحالة.

- عزيزي المدمن مررت بمرحلة علاج معين وأنهيت مدة الإقامة بالمستشفى، ضع إشرارة على كل خانة لسؤال من هذه الأسئلة.

1. هل مازلت مشتاقا للمخدر ؟

نعم لا ممكن

2. هل عرفت بأن الانتحار البطيء هي المخدرات ؟

نعم لا ممكن

3. هل تود العودة للمخدر ولكن بطريقة أخرى "السيجارة" ؟

نعم لا ممكن

4. هل عرفت مقدار ما يعانيه أهلك من جراء مرضك ؟

نعم لا ممكن

5. هل الدافع وراء إتباعك للمخدر عاطفي بحت ؟

نعم لا ممكن

6. هل هو نفورك من مجتمع يحكمه الروتين الممل ؟

نعم لا ممكن

7. هل أنت الآن سليم الذهن صافي القلب بعد العلاج ؟

نعم لا ممكن

8. هل يمكنك القول بأن المخدرات جعلتك تفكر بقتل شخص ما ؟

نعم لا ربما في وقت ما

9. هل فهمت الرسالة التي أود إيصالها لك ؟

نعم لا قليلا

• لو استطعت أن تجيب عن هذه الأسئلة بالإيجاب فقد نجحت في تخطي مرحلة المخدرات التي كانت تقتلك بطيئا.

• لو أجبت بالسلب فشخصيتك ضعيفة نوعا ما ويلزمك هدف واضح حتى تقول على نفسك بأن علاجك قد نجح.

• لو كانت إجابتك غامضة وغير مؤكدة بالسلب أو الإيجاب فأطلب من الطبيب أن يعطيك مهلة أخرى وهي ستفعلك لتحديد رأيك النهائي.

ما باقي في السواد غير أشجار و
 * كنت في طريق لا يربني ان تأشورات و من مشاكل كنت أعيشها
 والحمد لله اليوم رجعت كل الحياة الى معاريفها ومن الرغيم
 أيضا أدري هذه الطريق ايها تودني وليس لها مخرج وكدت
 أفقد كل أفراد الأسرة من هذا التسمم الذي كاد ان يقضي
 عليا . و يعطل الله اني راجعت نفسي و أدركت بانني ليس
 لي مخرج في هذه الطريق
 * و يعطل الله و أيضا فضلكم أصبحت إنسان و أصبحت أيضا
 أفكر في الحياة و أفكر في مستقبلي كيف سأبنيها ؟
 * الطريق الذي كنت فيه و كل الناس تنظر اليها تنظرة قاسية
 ولم أدري لماذا و بعد ما أدركت بان المخدرات هي النوكالت
 تسبب لي هذه المشاكل في الطريق الذي كنت أسف إليه
 وليس له مخرج
 * الحمد لله أنا اليوم راني لا بأس عليا مع احد فاشي و أدركت
 ان هناك مستقبل و حياة تنظر فيها و أطلب من الله
 ان يكرم إنسان متواضع مع الناس الآخرين و كل أفراد
 العائلة انهم اصغر الله ان كل يوم يسألون عليا و ان
 مشائهم و انهم أيضا أدركت ان هذا التسمم هو ايقدم عن
 و الحمد لله مع تعصت و أطلب من الله ان ايقم في الطريق
 المستقيم و أنا أظن ان ايقم في الطريق الصحيح الذي
 راني فيه الآن .
 و يعطلكم و يفضل ما كلفه أصبحت إنسان ؟
 عبد الحكيم

الحالة رقم (16): (ج.ع : 28 سنة من سطيح تعلم الرسم في السجن . تمت المقابلة في
 2004/06/28م).



الحالة رقم (16): (ج.ع : 28 سنة من سطيف تعلم الرسم في السجن . تمت المقابلة في 2004/06/28م).

**Quatre tableaux en matière de drogues issus de la Convention unique de 1954
Amendé par le protocole 1972**

Tableau I Comportant 91 matières

1. Acétophène	25. Diéthylthiambutol	51. Levopropyl	79. Phénylalanine
2. Acétylméthadol	26. Dihydrocodeine	52. Mefenorex	80. Phénylpropyl
3. Allopurinol	27. Diméthylmorphine	53. Méthadone	81. Phénylpropylamine
4. Alprazolam	28. Difenhydramine	54. Méthylphénylpyridine	82. Phénylpyridine
5. Alprazolam	29. Diphénoxylate	55. Méthylphénylpyridine	83. Phénylpyridine
6. Alprazolam	30. Diéthylthiambutol	56. Méthylphénylpyridine	84. Phénylpyridine
7. Alprazolam	31. (Méthylphényl) Propyl	57. Méthylphénylpyridine	85. Phénylpyridine
8. Amiloride	32. Diphenoxylate	58. Mefenorex	86. Mefenorex
9. Benzocaine	33. Diphénoxylate	59. Mefenorex	87. Mefenorex
10. Benzocaine	34. Diphénoxylate	60. Mefenorex	88. Mefenorex
11. Benzocaine	35. Diphénoxylate	61. Mefenorex	89. Mefenorex
12. Benzocaine	36. Diphénoxylate	62. Mefenorex	90. Mefenorex
13. Benzocaine	37. Diphénoxylate	63. Mefenorex	91. Mefenorex
14. Benzocaine	38. Diphénoxylate	64. Mefenorex	
15. Benzocaine	39. Diphénoxylate	65. Mefenorex	
16. Benzocaine	40. Diphénoxylate	66. Mefenorex	
17. Benzocaine	41. Diphénoxylate	67. Mefenorex	
18. Benzocaine	42. Diphénoxylate	68. Mefenorex	
19. Benzocaine	43. Diphénoxylate	69. Mefenorex	
20. Benzocaine	44. Diphénoxylate	70. Mefenorex	
21. Benzocaine	45. Diphénoxylate	71. Mefenorex	
22. Benzocaine	46. Diphénoxylate	72. Mefenorex	
23. Benzocaine	47. Diphénoxylate	73. Mefenorex	
24. Benzocaine	48. Diphénoxylate	74. Mefenorex	
25. Benzocaine	49. Diphénoxylate	75. Mefenorex	
26. Benzocaine	50. Diphénoxylate	76. Mefenorex	
27. Benzocaine	51. Diphénoxylate	77. Mefenorex	
28. Benzocaine	52. Diphénoxylate	78. Mefenorex	
29. Benzocaine	53. Diphénoxylate	79. Mefenorex	
30. Benzocaine	54. Diphénoxylate	80. Mefenorex	
31. Benzocaine	55. Diphénoxylate	81. Mefenorex	
32. Benzocaine	56. Diphénoxylate	82. Mefenorex	
33. Benzocaine	57. Diphénoxylate	83. Mefenorex	
34. Benzocaine	58. Diphénoxylate	84. Mefenorex	
35. Benzocaine	59. Diphénoxylate	85. Mefenorex	
36. Benzocaine	60. Diphénoxylate	86. Mefenorex	
37. Benzocaine	61. Diphénoxylate	87. Mefenorex	
38. Benzocaine	62. Diphénoxylate	88. Mefenorex	
39. Benzocaine	63. Diphénoxylate	89. Mefenorex	
40. Benzocaine	64. Diphénoxylate	90. Mefenorex	
41. Benzocaine	65. Diphénoxylate	91. Mefenorex	

Tableau II Comportant 11 matières

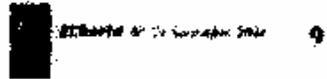
1. Acétylméthadol	2. Codeine	3. Dihydrocodeine	4. Éthylmorphine	5. Méthadone	6. Phénylpyridine	7. Propyl	8. Dérivé de ces Matières	9. Sels de ces Matières
-------------------	------------	-------------------	------------------	--------------	-------------------	-----------	---------------------------	-------------------------

Tableau III Comportant 12 matières

1. Préparation à base d'Acétylméthadol	2. Codeine	3. Dihydrocodeine	4. Éthylmorphine	5. Méthadone	6. Phénylpyridine	7. Propyl	8. Dérivé de ces Matières	9. Sels de ces Matières
--	------------	-------------------	------------------	--------------	-------------------	-----------	---------------------------	-------------------------

Tableau IV Comportant 07 matières

1. Acétylméthadol	2. Codeine	3. Dihydrocodeine	4. Éthylmorphine	5. Méthadone	6. Phénylpyridine	7. Propyl	8. Dérivé de ces Matières	9. Sels de ces Matières
-------------------	------------	-------------------	------------------	--------------	-------------------	-----------	---------------------------	-------------------------



TOTAL GENERAL DES QUANTITES SAISIES

CATEGORISATION SELON LA NATURE DE L'INFRACTION		QUANTITES SAISIES DURANT LANEE 2003				QUANTITES SAISIES DURANT LANEE 2004				VARIATION	%
		D.G.S.N	G.N	DOUANE	TOTAL	D.G.S.N	G.N	DOUANE	TOTAL		
Le cannabis et Les Résine	Résine de cannabis	2252,101 Kg	3904,64 Kg	19112,115 Kg	8068,741 Kg	4004,313 Kg	4553,416 Kg	3815,264 Kg	12372,993 Kg	4304,252 Kg	53,35
	Herbe de cannabis	1,797 Kg	/	/	1,797 Kg	6,959 Kg	/	/	6,959 Kg	5,162 Kg	287,81
	Huile de cannabis	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Graine de cannabis	127,4 gr	1110 gr	/	1237,4 gr	28 gr	660 gr	/	688 gr	- 549,4 Gr	- 44,40
	Plants de cannabis	3020 Plants	341 Plants	/	3361 Plants	122 Plants	/	/	122 Plants	- 3239 Plants	- 96,37
La Cocaine	9508,6	02	/	9510,6	150	1,9	/	151,9	- 9358,7	-98,40	
L'Héroïne	1454,2	05	/	1459,2	26,8 gr + 10 Comp	/	/	26,8 gr + 10 Comp	- 1432,4 gr + 10 Comp	- 98,16	
L'Opium	/	/	/	/	51.1 gr pav 0,2gr Graine 55 Plants	2965 gr Pavot	/	3016,1 gr pav 0,2gr Graine 110 Plants	3016,1 gr pav 0,2gr Graine 110 Plants	100	
Les Substances psychotropes	244115 Comp	286723 Comp	40300 Comp	571138 Comp	107367 Comp	108734 Comp	11600 Comp	227701 Comp	- 343437 Comp	- 60,13	

TOTAL GENERAL DES AFFAIRES TRAITÉES

NOMBRE DAFFAIRES	ANEE 2003				ANEE 2004				VARIATION	%
	D.G.S.N	G.N	DOUANE	TOTAL	D.G.S.N	G.N	DOUANE	TOTAL		
	3329	1810	22	5161	3798	1916	27	5741			580	11,24

* المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها

Substances	2000		2001		2002		2003	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Poly toxicomanes - متعدد الإدمان -	305	49	383	50	388	51,5	406	52
Cannabis - القنب الهندي -	112	18	146	19	155	20	160	20,5
Psychotropes - العقاقير الهلوسة -	94	15	115	15	121	16	133	17
Boisson alcoolises - الكحول -	31	05	38	05	11	1,5	07	01
Opiaces - الكوكايين - - الهيروين -	19	03	23	03	30	04	35	4,5
Solvants - بدائل المخدرات -	62	10	62	08	53	07	39	05
Total	623	100	767	100	758	109	780	109

- الإحصائيات الرسمية لـ: 4 سنوات -

- المصدر: مركز الوقاية والعلاج من الإدمان بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية. (2004/08/23م).

Programme journalier

07:h30	Lever matinal, hygiène
08:h00	Petit déjeuner, prise du traitement
09:h00	Séance d'information, groupe les sociologues
11:h00	Consultation psychiatrique, psychologique et médecine générale.
12:h00	Déjeuner et prise du traitement
13:h00	sieste
15:h00	Activités sportives et douche
19:h00	Dîner et prise du traitement
20:h00	Loisirs: TV, Jeux, etc...
23:h00	Coucher

- المصدر: المركز الوقاية والعلاج من المخدرات والإدمان عليها بمستشفى فرانس فاتون بالبلدية. (2004/08/23م).

Produits utilisés par les toxicomanes

الأسماء العلمية والطبية للمواد	الأسماء المتداولة في الشارع الجزائري
Cannabis	Kif, Hachich, Zetla
Boissons alcoolises	Rouge, Zambrito, Debouza, Divéne.
<p><u>Psychotropes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *diazepam (valium) *Clonazepam(Rivotri) *Lorazepam(Temsta) *Clorazepate Dipot (tranxene) *Trichesyphenidyle (Artane) *Flunitrazepam (Rohypnol) *Meprobamate (Procolmadiol) *Buprenorphine (Temgesic) *Nitrazepam (Mogadon) *Codeine (Neocodion) *Bupremorphine (Subutex) 	<p>Zerga, H'mama Roche, Diesel, Hamra, Madame courage Bébé Klaka Capsoula, Mahboula, Japonaise 6-15, Khoutayfa Proca</p>
<p><u>Anesthesique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *Halothone (Fluothane) *Fentanyl (Fentranyl) *Destromoramide (Palfium) 	
<p>Heroïne Cocaïne</p>	Tchouchna, Chema Ghobra
<p><u>Solvants Volatils</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *Colle *Diluants *Carburants *Desodorisants *Ether *Gaz *Produits d'entretien *Insecticides 	<p>Patex</p> <p>Butane, Briquet</p>

جامعة سعد دحلب البليدة
كلية الآداب والعلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا



رقم الاستمارة

- استمارة المقابلة

..... مكان المقابلة:

- تخصص: علم الاجتماع الثقافي

تاريخ المقابلة

..... زمن المقابلة:

<p>موضوع الدراسة</p> <p>تعاطي المخدرات</p> <p>واستراتيجية <u>الإدماج</u> الرسمي والأسري</p> <p>دراسة ميدانية لمصلحة الوقاية ومكافحة المخدرات</p> <p>بمستشفى فرانتز فانون البليدة</p>
--

مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الثق

تحت إشراف:

إعداد الطالب:

الدكتور: كشاد رابح

صادق بن عبد الله محفوظ

السنة الجامعية
2006 - 2005

1- بطاقة تقنية للمبحوث:

- 1- الجنس:.....
 2- السن:.....
 3- المستوى الدراسي:.....

1-1- الحالة الاجتماعية:

- 1- الحالة المدنية:.....
 2- المهنة:.....
 3- الإقامة:.....
 4- نوع السكن:.....
 5- عدد أفراد الأسرة: ذكور:..... إناث:.....
 6- ترتيبك:.....

2-1- الوضع الأسري:

- 1- المستوى التعليمي للوالدين: الأب:..... الأم:.....
 2- وجود الوالدين: الأب:..... الأم:.....
 3- مهنة الوالدين: الأب:..... الأم:.....

3-1- الناحية الصحية:

- 1- هل تشكو عادة من مرض؟ وما طبيعة هذا المرض؟

.....

- 2- هذا المرض ظهر:

- قبل تعاطيك للمخدرات:.....
 - بعد تعاطيك للمخدرات:.....

4-1- إضافات أخرى:

.....

2- شخصية المدمن:**1-2- الطفولة (من سن 6 سنوات إلى 13 سنة):**

- 1- هل يمكن وصف الجو الأسري الذي عشت فيه؟

.....

2- من خلال محيطك الأسري، كيف كانت تربيتك ؟

.....

3- صف لي الحي الذي تسكن فيه من حيث المحيط والبناء، و بماذا يتميز عن باقي الأحياء المجاورة ؟

.....

4- في هذه الفترة ، ما طبيعة العلاقات والمعاملات الأسرية التي كانت سائدة بينك وبين:

- الوالدين:.....
- الإخوة:.....
- أصدقاء الحي:.....
- المدرسة (المعلم – أصدقاء المدرسة) :.....

.....

5- هل كانت هناك بداية لممارسة هواية مفضلة لديك ؟

.....

6- هل يمكن معرفة نوع الإحباطات أو حادث كان له أثر كبير عليك ؟

.....

2-2- المراهقة (من سنة 13 إلى سنة 20):

1- ما هي طبيعة العلاقة التي كانت سائدة بينك وبين والديك ؟

.....

2- في هذه الفترة بالذات، كيف كانت تبدو لك أسرتك ؟

.....

3- ما هي طبيعة العلاقة بين أسرتك والجيران ؟

4- حسب رأيك، علاقتك مع أبناء الجيران، كيف كانت في هذه الفترة؟

5- هل كان لك أصدقاء في الحي أو الأحياء المجاورة؟

6- ما نوع العلاقة التي كانت تربطك بجماعة الأصدقاء؟

7- ما هي نوعية العلاقة التي تربطك مع أصدقاء الدراسة؟

3- كيفية بداية تعاطي المخدرات :

3-1- مع المخدرات أول مرة :

1- هل سمعت عن المخدرات من قبل؟

2- كم كان سنك عند بدء تعاطيك المخدرات لأول مرة؟ (التركيز على الظرف + الشعور)

3- مع من تم تعاطيك المخدرات أول مرة؟

4- ما هو نوع المخدرات الذي تناولته أول مرة مع تحديد المكان ؟

.....

.....

.....

.....

3-2- بداية التعاطي - الإدمان :

1- هل أصبحت تتعاطى المخدرات بعد المرة الأولى ؟

- باستمرار:
- أحياناً:
- نادراً:
- ولماذا في كل حالة :

.....

.....

.....

2- ماذا أصبحت تمثل لك المخدرات في هذه المرة ؟

.....

.....

.....

.....

3- ما هو نوع المخدر المفضل لديك ؟ ولماذا ؟

.....

.....

.....

.....

4- ما هي الأساليب والطرق للحصول على المخدرات ؟

.....

.....

.....

.....

5- هل لديك وقت معين تتعاطى فيه المخدرات ؟

.....

.....

.....

.....

6- ما هي الأسباب التي تدفعك إلى تعاطي المخدرات ؟

.....

.....

.....

.....

7- حسب رأيك، هل لهذه الأسباب دافع وراء تعاطيك للمخدرات ؟ أم أسباب أخرى جعلتك تتجه نحو المخدرات ؟

.....

.....

.....

.....

8- هل بقيت محافظاً على هوايتك المفضلة ؟

.....

.....

.....

.....

9- هل هناك وسائل للترفيه، أو أماكن لقضاء وقت الفراغ في مكان إقامتك ؟

.....

.....

.....

.....

10- هل عدم وجود هذه الوسائل أدى إلى تعاطي المخدرات ؟

.....

.....

.....

.....

4- علاقة المدمن مع أسرته بعد التعاطي:

1- كيف علمت أسرته بتعاطيك للمخدرات ؟

.....

.....

.....

.....

2- كيف كان رد فعلها ؟

.....

.....

.....

.....

3- قبل علمهم، هل كانت أسرته على دراية بما تفعله خارج البيت ؟

.....

.....

.....

.....

4- هل شكك أحد أفراد أسرته في سلوكك وتصرفك ؟

.....

.....

.....

.....

5- هل واجهك عند علمه ؟

6- لماذا لم يواجهك من قبل رغم الشكوك ؟

7- ما هو موقفك ورأيك في طريقة تعامل أسرتك مع حالتك عندما علمت لأول مرة تعاطيك المخدرات؟

5- المعاملة الأسرية قصد العلاج:

1- كيف تعاملت الأسرة معك عندما بدأت العلاج ؟

2- هل كان هناك حوار بينك وبين أسرتك قصد العلاج ؟ و إن كان بالإيجاب هل يمكن أن تحدثنا عن فحواه ؟

3- مع من جمعك الحوار قصد العلاج ؟

4- خارج البيت، من نصحك قصد الإقلاع عن تعاطي المخدرات والعلاج ؟

5- هل تقبلت النصائح وأقلعت عن تعاطي المخدرات ؟ وماذا أحسست في تلك الفترة ؟

6- هل عدت إلى تعاطي المخدرات من جديد؟

7- هل يمكن التحدث عن أسباب ذلك؟

6- المدمن - الأسرة - مصلحة العلاج والوقاية ضد المخدرات قصد العلاج:
1- كيف جاءت فكرة الذهاب إلى مصلحة العلاج والوقاية ضد المخدرات قصد العلاج؟

2- هل كنت تعلم أن هناك مصلحة للعلاج من تعاطي المخدرات؟

- إن كان ذلك بالإيجاب، من الذي أبلغك بذلك؟

3- كيف تم استقبالك بالمصلحة لأول مرة؟

4- من استقبالك بالمصلحة لأول مرة؟

5- ما هي الصعوبات التي واجهتك عند دخولك للمصلحة قصد العلاج؟

.....

.....

.....

6- ما هي طبيعة المساعدات التي تحتاجها أثناء العلاج للإقلاع عن المخدرات ؟

.....

.....

.....

7- هل تقدمت للعلاج بالمصلحة من قبل ؟ ولماذا ؟

.....

.....

.....

7- المعاملة الأسرية مع المدمن أثناء العلاج:

1- هل ترى أن المدة الزمنية أثناء العلاج بالمصلحة كافية ؟

.....

.....

.....

2- هل هناك اتصال بين أسرتك و المصلحة أثناء فترة علاجك ؟

.....

.....

.....

3- طبيعة الاتصال بينك و بين أسرتك والمكلفين بالعلاج، كيف كانت ؟

.....

.....

.....

4 - ما هي الأيام المخصصة ؟ و هل هي كافية ؟

.....

.....

.....

5- أثناء العلاج، هل تتلقى زيارات مختلفة ؟

.....

.....

.....

6- زيارة الأهل، هل كانت بانتظام أثناء فترة العلاج ؟

.....

7- هل ترى لأسرتك دور أثناء علاجك بالمصلحة، وما طبيعة هذا الدور ؟

.....

8- ما طبيعة الخدمات التي تقدمها المصلحة ؟ و هل هي كافية فعلا في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات ؟

.....

8- دور الأسرة مستقبلا بعد العلاج :

1- بعد فترة العلاج، ماذا تنتظر من أسرتك ؟

.....

2- ما هي نظرتك للمخدرات بعد فترة العلاج ؟

.....

3- هل المعاملة الأسرية وحدها تكفي للابتعاد عن تعاطي المخدرات ؟

.....

4- بعد فترة العلاج، ما هو دور الأسرة في غياب فرص العمل ؟

.....

9- رأي المدمن في ظاهرة الإدمان والوقاية منها ؟

1- ما هي في رأيك أقدر وسيلة على تكوين المعرفة الخاصة بالمخدرات لدى الشباب ؟

.....

2- هل تكفي العقوبة القانونية وحدها لمنع سلوك التعاطي ؟

.....

3- هل عدم وجود فرص العمل يجعل الشباب يلجأون إلى تعاطي المخدرات ؟

.....

4- هل الإقصاء الاجتماعي سبب لجوء الشباب إلى تعاطي المخدرات ؟

.....

5- حسب رأيك، هل تكفي مراكز العلاج و الوقاية ضد المخدرات في الحد من انتشار تعاطي المخدرات، و إعادة الإدماج الاجتماعي ؟

.....

6 - ما هي اقتراحاتك فيما يخص الوقاية و العلاج من المخدرات، و دورها في فعالية الإدماج الاجتماعي ؟

.....

قائمة المراجع

- 1 . بوعلام بولعراس، "فريد جبابلة، الجريمة المنظمة الوجه الآخر للإرهاب الدولي"، مجلة الجيش، الجزائر، العدد 471 أكتوبر (2002).
- 2 . ب.بخالدة، "أرقام رهيبية عن الفقر والطلاق والعنوسة في البلاد"، جريدة الشروق اليومي، الجزائر، العدد 1352. الصادرة بتاريخ 2005/04/12.
- 3 . غ. فاروق، "خمسة آلاف جزائري انتحروا"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4320. الصادرة بتاريخ 2005/02/16.
- 4 . حسن إبراهيم عبد العال، "التربية في مواجهة ظاهرة المخدرات"، رسالة الخليج العربي، الرياض، العدد 25، (1988).
- 5 . سلوى علي سليم، "الإسلام والمخدرات، دراسة سوسيولوجية لأثر التغيير الاجتماعي في تعاطي الشباب للمخدرات"، مكتبة وهبة، القاهرة، (1989).
- 6 . تقرير مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات عام (2000).
- 7 . الوكالات، "أفغانستان لا تزال أكبر منتج للأفيون"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4436، الصادرة بتاريخ 2005/07/02.
- 8 . ع. فيصل، "12 مليون جزائري فقراء و29% من السكان بطالون"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4415، الصادرة بتاريخ 2005 / 06 / 07 .
9. Actes Toxicomanie et sida, Rapport de l'observatoire géopolitique des drogues Année 2000 Revue générale sur la prévention des toxicomanies et de sida, CHU Frantz Fanon, Blida, Alger, (2003).
- 10 . الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، "ملتقى حول اليوم العالمي لمكافحة المخدرات"، الجزائر، 2003/06/26.
- 11 . غ. فاروق، "أكثر من نصف مليون مدمن على المخدرات في الجزائر"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 3763، الصادرة بتاريخ 2003/04/26.
12. Tourane Alain., Production de la société, Edition Seuil, Paris, (1973)
- 13 . سعد المغربي، "ظاهرة تعاطي الحشيش، دراسة نفسية واجتماعية"، دار الراتب الجامعية، بيروت، ط2، (1984).
- 14 . مصطفى كمال زبدي، "المفاهيم والمصطلحات الخاصة بالمخدرات"، فعاليات الملتقى الوطني التكميلي حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
- 15 . محمد علي البار، "مشكلة المسكرات والمخدرات / نظرة إلى الجذور... واستشراف الحلول"، دار القلم، دمشق، ط 1، (2001).
- 16 . محمد سلامة غباري، "الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، (1999).

- 17 . جلال الدين عبد الخالق وآخرون، "الجريمة والانحراف"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، (1999).
- 18 . فتحي دردار، "الإدمان / الخمر - التدخين - المخدرات"، دون دار النشر، الجزائر، (2001).
- 19 . حارث سليمان الفاروقي، "الحجم القانوني"، مكتبة لبنان، بيروت، (1988).
- 20 . عبد الرحمن العيسوي، "الجريمة والإدمان"، دار الراتب الجامعية، بيروت، ط1، (2000).
21. J. Bergeret – J. le blanc, Précis de toxicomanie, Masson, Paris, (1985).
- 22 . سامي مصلح، "رحلة في عالم المخدرات"، دار البشير للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، (1986).
- 23 . فؤاد افرام البستاني، "منجد الطلاب"، دار المشرق، بيروت، ط25، (1976)
24. محمد عاطف غيث، "دراسات في علم الاجتماع القروي"، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، (1967).
- 25 . Madelaine Grawitz , "lexique des sciences sociales", Dalloz, Paris, (1981).
- 26 . علي السيد خضر، "الشعور بالوحدة والعلاقة الاجتماعية المتبادلة"، مجلة رسالة الخليج العربي، الرياض، العدد25 (1988).
- 27 . أحمد ضياء الدين احمد خليل، "أسس الإستراتيجية الجنائية وتطبيقاتها الأمنية"، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب للرياض، (1992).
- 28 . وزارة التربية الوطنية، "مصطلحات ومفاهيم تربوية"، المركز الوطني للوثائق التربوية، الجزائر، (2001).
- 29 . صالح علي الزين، زينب محمد زهري، "قضايا في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا"، منشورات جامعة قار يونس بنغازي (1996).
- 30 . محمد مهنا القلي، "الوجيز في الإدارة العامة"، الدار السعودية للنشر والتوزيع، الرياض، ط1، (1984)
- 31 . مصطفى العوجي، "الاتجاهات الحديثة للوقاية من الجريمة"، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، (1986).
- 32 . ثابت ناصر، "المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات"، منشورات ذات السلاسل، الكويت، (1984).
- 33 .ح. إيمان، "دراسة مسحية لظاهرة الإدمان"، جريدة البلاد، الجزائر، الصادرة بتاريخ 2003/06/04.
- 34 . محمد عابد الجابري، "العولمة"، مجلة المستقبل العربي، الكويت، العدد 256، (1998).
- 35 . ح. جعفر، "دولة غنية ونصف سكانها تحت مستوى الفقر"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 3845، الصادرة بتاريخ 2003/07/31 .
- 36 . ص. بورويلة، "3ألاف طفل يعملون في ثماني ولايات"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4439، الصادرة بتاريخ 2005/07/05.
- 37 . محمد الجوهري، "علم الاجتماع وقضايا التنمية في العالم الثالث"، دار المعارف، القاهرة، (1978).
- 38 . محمد حسن الشناوي وآخرون، "التنشئة الاجتماعية للطفل"، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، (2001).
- 39 . أحمد بن نعمان، "هذه هي الثقافة"، شركة دار الأمة، الجزائر، (1996).

- 40 . ادمون غريب، "الإعلام الأمريكي والعرب"، مجلة المستقبل، بيروت، العدد 260، أكتوبر 2000.
- 41 . صلاح مصطفى الفوال، "منهجية العلوم الاجتماعية"، عالم الكتب، القاهرة، (1982).
- 42 . عمار بوحوش، "مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (1995).
- 43 . عمار بوحوش، "دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (1995).
- 44 . محمد الصاوي، محمد مبارك، "البحث العلمي أسسه وطرق كتابته"، المكتبة الأكاديمية، ط1، (1992).
- 45 . طلعت همام، "قاموس العلوم النفسية والاجتماعية"، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط1، (1984).
- 46 . مسعودة بيطام، "الملاحظة والمقابلة في البحث السوسولوجي"، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر العدد 11، (1999).
47. Jean- pierre Durand / Robert Weil, Sociologie Contemporaine, vigot, Paris, (1980).
- 48 . موريس أنجرس، "منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية"، ترجمة (سعيد سبعون، فوزي صحراوي، كمال بوشرف) دار القصة للنشر، الجزائر، (2004).
- 49 . دينكن ميتشل، "معجم علم الاجتماع"، ترجمة، إحسان محمد الحسن، ط2، دار الطليعة، بيروت، (1986).
- 50 . تيودور كابلوف، "البحث الاجتماعي"، ترجمة، محمد الجوهري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، (1993).
51. Madeleine Grawitz, Méthodes des sciences sociales, Dalloz, Paris, (1990)
- 52 . محمد علي محمد، "علم الاجتماع والمنهج العلمي"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط2، (1981).
- 53 . دوقان عويدات، عبد الرحمن عدس، كايد عبد الحق، "البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه"، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط5، (1996).
- 54 . حسون تماضر محمد زهري، "المخدرات أخطارها وطرق الوقاية منها"، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، تونس (1990).
- 55 . أحمد أمين الحادقة، "أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، الرقابة الدولية على المخدرات والتعاون الدولي"، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض (1991).
- 56 . برنار هيوث، "الأفيون الحشيش والمخدرات"، ترجمة، سيد بركات، دار العودة، بيروت، (1977).
- 57 . سليمان بن قاسم الفالح، "عوامل تعاطي المخدرات، دراسة المحكوم عليهم داخل سجون الرياض"، جامعة الإمام محمد بن سعود، الرياض، (1988).
- 58 . محمد فتحي عيد، "جريمة تعاطي المخدرات والقانون المصري المقارن"، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب الرياض (1988).
- 59 . C. OLIVENSTEIEN , La Vie du toxicomane, PUF, Paris, (1982)
- 60 . نافع إبراهيم، "كارثة الإدمان"، مركز الأهرام للترجمة والنشر، ط1، القاهرة، (1989).
- 61 . سعيد الحفار، "تعاطي المخدرات وإعادة التأهيل"، دار الفكر المعاصر، دمشق ط1، (1994).
- 62 . عبد الرحمن العيسوي، "سيكولوجية الإدمان وعلاجه"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، (1994).

- 63 . عبد الرحمن العيسوي، "أمراض العصر"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، (1998).
- 64 . Abed LAHOUARI, Drogues et toxicomanies, Fondation national de recherche médicale, juin (1996).
- 65 . علاء الدين شحاتة، "التعاون الدولي لمكافحة الجريمة دراسة الإستراتيجية الوطنية للتعاون الدولي لمكافحة المخدرات"، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، (2002).
- 66 . مالك زكري، "بدائل المخدرات، مواد سامة تؤدي بالأطفال إلى الموت البطيء في صمت"، جريدة حوادث الخبر، الجزائر العدد 14، مارس (2003).
- 67 . عبد الحكيم العفيفي، "الإدمان"، دار الزهراء للإعلام العربي، ط1، (1986).
- 68 . جعفر عبد الأمين الياسين، "أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث"، عالم المعرفة، بيروت، ط1، (1981).
- 69 . أحمد بوكابوس، "الأحداث المنحرفون"، مركز إعادة التربية، بئر خادم، الجزائر، سبتمبر 2001، محاضرة.
- 70 . H. LOO, F. CAROLI, La conduite toxicomanique dans ses rapports à conduite suicidaire, Revue de psychiatrie, Masson, Paris, (1975).
- 71 . A-BRACONNIER, Toxicomanies juveniles et suicides , Université de Paris, France, (1973).
- 72 . ص.ح، "الجزائر قد تصبح وكرا لإنتاج بعض أصناف المخدرات"، جريدة الخبر، الجزائر، الصادرة بتاريخ 2004/04/04 العدد 4051.
- 73 . فتيحة زماموش، "60 ألف جزائري يتعاطون المخدرات"، جريدة الخبر الأسبوعي، الجزائر، من 03 إلى 09 جانفي 2004 العدد 253.
- 74 . خير الدين ب، "من البغال المدربة إلى القوارب البحرية النفاثة"، جريدة الصباح، الجزائر، 2004/05/30، العدد 110.
- 75 . عدنان الدوري، "أسباب الجريمة وطبيعة السلوك الإجرامي"، منشورات دار ذات السلاسل، الكويت، (1972).
- 76 . محمد علي حسن، "علاقة الوالدين وأثر في جناح الأحداث"، الأنجلو المصرية، القاهرة، (1970).
77. J. Jack Curtis, . Social Psychologie, Mc Gram. Hilbook lompany, INC.N.Y , (1960).
- 78 . محمد عبد العزيز عيد، "في علم النفس التربوي"، دار البحوث العلمية للنشر والتوزيع، ط2، الكويت، (1975).
- 79 . سعد المغربي، "سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته"، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، (1986).
- 80 . محمد عاطف غيث، "المشاكل الاجتماعية والسلوك الإنحرافي"، دار المعرفة الجامعية، (1984).
- 81 . محمد الجوهري والآخرون، "ميادين علم الاجتماع"، دار المعارف، القاهرة، ط2، (1972).
- 82 . فهمي توفيق مقبل، "العمل الاجتماعي ودوره العلاجي داخل المؤسسات الإصلاحية في المجتمع العربي"، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، (1994).
- 83 . مختار محي الدين، "التنشئة الاجتماعية المفهوم والأهداف"، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، الجزائر، العدد 09، (1998).
- 84 . باسمة بسام العسلي، "بناء الشخصية الإسلامية المعاصرة"، دار الفكر، بيروت، بدون سنة.

- 85 . لوبون غوستاف، "سر تطور الأمم"، ترجمة، أحمد فتحي باشا، دار النفائس، ط1، (1987).
- 86 . مالك بن نبي، "شروط النهضة"، ترجمة، عمر كامل مسقاوي، عبد الصبور شاهين، دار الفكر دمشق، (1981).
- 87 . عبد الله ناصح علوان، "تربية الأولاد في الإسلام"، دار الشهاب، الجزائر، الجزء الثاني، (1987).
- 88 . دليلة زناد، "السلوكات المصاحبة لتعاطي المخدرات عند الطفل والمراهق المتمدرس"، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
- 89 . محمد شفيق ، "التنمية والمشكلات الاجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، (1999).
- 90 . إحصائيات مصلحة العلاج و الوقاية من المخدرات، بمستشفى فرانتز فانون – البليدة -
- 91 . غ فاروق ، "استهلاك الأقراص يولد إلى السلوك العدوانى"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4372، الصادرة بتاريخ 2005/04/18.
- 92 . غ فاروق ، "الأقراص المهلوسة... مخدرات المستقبل" ، جريدة الخبر ، الجزائر ، العدد 4397 ، الصادرة بتاريخ 2005/05/18.
- 93 . محمد عاطف غيث، "قاموس علم الاجتماع"، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، (1979).
- 94 . Recueil d'articles de presse, par le C N I A J, Alger, (1991).
- 95 . M. Boucebci , Psychiatre société et développement, SNED,Alger,(1982).
- 96 .Mustapha Boutefnouchet , Système social et changement social en Algérie, OPU, Alger.
- 97 . BOULBINA, Diagnostic, Revue Bimestriel, N 6, (1992).
- 98 . وهبة الزحيلي، "الفقه الإسلامي وأدلته"، الجزء السابع، الفقه العام معالم النظام الاقتصادي، الحدود والجنايات، دار الفكر دمشق، ط4، (1997).
- 99 . عبد الحليم ابن تيمية، "مجموع الفتاوى"، الجزء الرابع والثلاثون، كتاب الحدود، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1، (2000).
- 100 . الإمام ابن القيم الجوزية ، "زاد المعاد في هدى خير العباد" ، دار التقوى للتراث ، القاهرة ، ط1 (1999).
- 101 . السيد متولي العشماوي، "الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان"، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض (1993).
- 102 . فاروق أحمد عبد الواحد، "وسائل وأساليب التهريب والاتجار غير المشروع للمخدرات"، مجلة لدرك الوطني، الجزائر العدد 12، ديسمبر (2004).
- 103 . ليلي مصلوب، "الزطلة المغربية لا تعترف بالحدود الجزائرية"، جريدة الشروق اليومي، الجزائر، العدد 1452، الصادرة بتاريخ 2005/08/09.
- 104 . فاروق السيد عبد السلام، "سيكولوجية الإدمان"، عالم الكتب، القاهرة، (1977).
- 105 . Michel godet , Perspective et planification stratégique économique, Nathan,Paris, (1985).
- 106 . سامية حسن الساعاتي، "الجريمة والمجتمع"، دار النهضة العربية، بيروت، ط 2، (1982).
- 107 . أحمد حويطي، "أهم الأجهزة الدولية والإقليمية العاملة في مكافحة المخدرات"، فعاليات الملتقى التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
- 108 . محمد نيازي حتاتة، "مكافحة الجريمة ومعاملة المجرمين"، التعاون الدولي في إطار المنظمات والاتفاقيات والمواثيق والإعلانات الدولية، دار أبو المجد للطباعة، القاهرة، (1995).

- 109 . فريال زايد، "المساعدة والتبادل بين الشرطة الدولية"، جريدة حوادث الخبر، الجزائر، العدد 14، مارس (2003).
- 110 . وثائق مجلس وزارة الداخلية للعرب، "الإستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع المخدرات والمؤثرات العقلية"، تونس، 1986، نقلا عن الدكتور علاء الدين شحاتة، التعاون الدولي لمكافحة الجريمة، دراسة الإستراتيجية الوطنية للتعاون الدولي لمكافحة المخدرات، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، (2000).
- 111 . صالح عبد النوري، "المخدرات المحجوزة تمثل 15 % مما يعبر الحدود الجزائرية"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4397 الصادرة بتاريخ 2005/05/18.
- 112 . Enquête réalisée par L'ONUUDC avec la collaboration de gouvernement Marocain au mois de Décembre (2003).
- 113 . الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإيمانها، "المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها".
- 114 . عيسى قاسمي، "وضع ظاهرة المخدرات في الجزائر"، الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
- 115 . Aissa KASMI , Le cannabis en Algérie et les stratégies de lutte, Séminaire , Hôpital Frantz Fanon, Blida, Algérie, Le 26/05/2004.
- 116 . صالح عبد النوري، "الأقراص المهلوسة.. مخدرات المستقبل"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4397، الصادرة بتاريخ 2004/05/18.
- 117 . عيسى بوزغينة، "قطاع الشباب واقع وآفاق"، دار أشرفية، الجزائر، ط 1، (2003).
- 118 . ب. خير الدين، "في غياب إستراتيجية واضحة لمكافحة المخدرات.. أرقام ومخاوف؟!"، جريدة الصباح، الجزائر، العدد 110 الصادرة بتاريخ 2005/05/30.
- 119 . الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مصالح رئيس الحكومة، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها .
- 120 . الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، "الجريدة الرسمية"، العدد 83، الصادرة بتاريخ 14 ذو القعدة عام 1425 هـ الموافق لـ 2004/12/26.
- 121 . يوسف بلمهدي، "تعمير المساجد بالمصلين قد يقلل من عدد المدمنين"، جريدة الخبر الأسبوعي، الجزائر، العدد 253 لصادرة بتاريخ من 03 إلى 2004/01/09.
- 122 . غ. فاروق، "بيداغوجية الأصلع"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4400، الصادرة بتاريخ 2005/05/22.
- 123 . ص. يرويلة، "المدمن على المخدرات والمريض عقليا تحت سقف واحد"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4397، الصادرة بتاريخ 2005/05/18.
- 124 . أمال فيطيس، "إستراتيجية جديدة لمحاربة المخدرات في الوسط المدرسي"، جريدة الشروق اليومي، الجزائر، العدد 1284 الصادرة بتاريخ 2005/01/23.
- 125 . Actes toxicomanies et SIDA , Adolescence et toxicomanies, revue générale l'actualité sur la prévention des toxicomanies et SIDA, CHU Blida, Algérie , Mai (2004).
- 126 . م. نوال، "مافيا المخدرات المغربية، أخطبوط يمتد إلى كل العالم"، جريدة الخبر الأسبوعي، الجزائر، العدد 272، الصادرة بتاريخ من 15 إلى 2004/05/21.
- 127 . م. جارفي، "معلومات وبدائل، دور منظمة الشباب غير الحكومية في مكافحة تعاطي المخدرات"، مقال في نشرة المخدرات الصادرة عن الأمم المتحدة، العدد الأول، (1991).

- 128 . صالح عبد النوري، "المخطط التوجيهي لمكافحة المخدرات"، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
- 129 . س.رشيد، "رفع العقوبة إلى المؤبد وإنشاء صندوق لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان"، جريدة الأحداث، الجزائر العدد770، الصادرة بتاريخ 2004/11/10.
- 130 . الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، "الجريدة الرسمية"، العدد 11، الصادرة بتاريخ 2005/02/09.
131. محمد سلامة غباري، "الإنحراف الإجتماعي ورعاية المنحرفين"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، (1994).
- 132 . أحمد عبد الله العلي، "الشباب والفراغ"، ذات للسلاسل، الكويت، ط 1، (1406).
- 133 . عيسى بوزغينة، "قطاع الشباب واقع وآفاق"، دار الشريعة، الجزائر، ط 1، (2003).
- 134 . عزيز ملوك، "الوادي ملتقى لكبار أباطرة التهريب"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4397، الصادرة بتاريخ 2005/05/18.
- 135 . Belkacem BOUKHARAI, Cérémonie de commémoration de la journée internationale de lutte contre la drogue, D.G. de ONLCDT, 26 juin 2003, Algérie.
- 136 . ل. فكرون ، "حجز 12.5 طن القنب الهندي خلال 2004م"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4330، الصادرة بتاريخ 2005/02/ 28.
- 137 . Actes Toxicomanie et Sida, Formation Prévention de la consommation de drogues et des toxicomanie, Revue bimestrielle, CHU Blida, Algérie, Décembre, (2003).
- 138 . الزهرة الزعبي، "تشديد العقوبات على كل المخالفات"، حوادث الخبر، الجزائر، العدد 14، مارس (2003).
- 139 . ب. سجية، "فتح ثلاثة مراكز جديدة لمعالجة الإدمان عليها"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4051، الصادرة بتاريخ 2004/05/14.
- 140 . محمد درقي، "قانون جديد يهدد الصيادلة بالسجن وغرامات تصل مليون دج"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 442 الصادرة بتاريخ 2005/06/19.
- 141 . الوكالات، "المغرب ينتج 47 ألف طن من المخدرات سنويا"، جريدة الخبر، الجزائر العدد 3962، الصادرة بتاريخ 2003/12/18.
- 142 . فيصل شايطة، "90% من المخدرات المتداولة في الجزائر مصدرها المغرب"، جريدة الخبر، الجزائر العدد4327، الصادرة بتاريخ 2005/05/29.
- 143 . فوزي ميهوبي ، "مهمة الوقاية والتحسيس من مخاطر المخدرات"، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
- 144 .أبي الفضل جمال الدين ابن منظور، "لسان العرب"، الجزء الأول، دار الفكر، بيروت،(1977).
- 145 .J.A. CLUSEN, SOCIALIZATION AND SOCIETY , BROUN LITTL. BOSTON. (1968).
- 146 . محمود ياسين عطوف، "مدخل في علم النفس الاجتماعي"، دار النهار للنشر، بيروت(1981).
- 147 . حامد عبد السلام زهران، "علم النفس الاجتماعي"، عالم الكتب، القاهرة، (1977).
- 148 . "مرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية"، تأليف نخبة من أساتذة علم الاجتماع، الإسكندرية، بدون تاريخ.

149. عبد الرحمان العيسوي، "معالم علم للنفس"، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، (1984).
150. محمد علي محمد، "الشباب العربي والتغير الاجتماعي"، دار النهضة العربية، بيروت، (1985).
151. Tony Jefferson, Resitance Through Ituals; youth Sub cultures in Post war Britain, London, (1976).
152. عبد الله بن ناصر السدحان، "وقت الفراغ وأثره في انحراف الشباب"، مكتبة العبيكان، الرياض، ط1، (1994).
153. كمال درويش، محمد الحماحي، "الترويح وأوقات الفراغ في المجتمع المعاصر"، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، (1987).
154. إبراهيم قنديل، "الأوقات الحرة لدى الشباب السعودي"، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، (1986).
155. عبد الحميد عبد المحسن عبد الحميد، "الترويح في الإسلام"، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، (1988).
156. الديوان الوطني للإحصاء، "الجزائر بالأرقام، نتائج 2000"، نشرة (2002)، الجزائر.
157. ب. شمس الدين، "قانون الأسرة"، جريدة العربي، الجزائر، العدد 34، الصادر بتاريخ 2004/06/12.
158. الدليل الإحصائي لسنة 2000، مديرية التخطيط، وزارة الشباب والرياضة.
160. عامر مصباح، "التنشئة الاجتماعية والسلوك الإحرفي لتلميذ المدرسة الثانوية"، دار الأمة، الجزائر، ط1، (2003).
161. منير عامر وشريف عامر، "تربية الأبناء في الزمن الصعب"، دار العلم للملايين، بيروت، (1989).
162. مالك سليمان مخول، "علم النفس الاجتماعي"، مطبعة جامعة دمشق، دمشق، (1982).
163. سناء الخولي، "الأسرة والحياة لعائلية"، دار النهضة العربية، بيروت، (1984).
164. محمد مصطفى زيدان، "النمو النفسي للطفل والمراهق"، دار الشروق، جدة، (1980).
165. مصطفى الخشاب، "دراسات في علم الاجتماع العائلي"، دار النهضة العربية، بيروت، (1981).
166. محمود حسن، "الأسرة ومشكلاتها"، دار النهضة العربية، بيروت، (1981).
167. أنور الشرفاوي، "انحراف الأحداث"، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، (1968).
168. جون ديوي، "التربية في العصر الحديث"، ترجمة، عبد العزيز عبد المجيد، محمد حسين المخزني، مكتبة النهضة المصرية القاهرة، 1949، ص 20، نقلا عن جديدي محمد، "النزعة الاجتماعية في فلسفة جون ديوي التربوية"، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، الجزائر، العدد 11، (1999).
169. محمد شفيق، العلوم السلوكية، "تطبيقات في سلوك الاجتماعي والشخصية ومهارات العامل والإدارة"، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، (1999).
170. محمد خليفة بركات، "علم النفس التربوي في الأسرة"، دار القلم، الكويت، (1977).
171. شاكر محمد عبد الرحيم، "دراسة حول علاج المسكرات والمخدرات في ضوء التوجيه الإسلامي"، مجلة رسالة الخليج العربي، الرياض، العدد 14، (1985).
172. عبد الرحمان العيسوي، "سيكولوجية المراهق المسلم المعاصر"، دار الوثائق، الكويت، الطبعة الأولى، (1985).

173. رونيه أوبير، "التربية العامة"، ترجمة، عبد الله عبد الدائم، دار العلم للملايين، بيروت، الطبعة 6، (1983).
174. حسين مؤنس، "مساجد الإسلام والمسلمين في شتى العصور"، مجلة العربي، الكويت، العدد 156، نوفمبر (1971).
175. عبد الله ناصح علوان، "تربية الأولاد في الإسلام"، دار الشهاب، باتنة، الجزائر، الجزء 1، (1989).
176. يوسف لقرضاوي، "الإيمان والحياة"، مكتبة وهبة، القاهرة، (1980).
177. رضا مسعودي، "دور الدين في الوقاية من المخدرات"، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
178. بهاء الدين الزهوري، "برامج الأطفال في التلفزيون العربي"، مجلة القافلة، العدد الرابع، ديسمبر (1984).
179. إبراهيم محمود، "قضية الإعلام والجريمة"، مجلة الأمن والحياة، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض العدد 48، جوان (1986).
180. مصطفى سوييف، "المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية"، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، (1996).
181. مليكة سايح، "طرق الوقاية من المخدرات ومستوياتها"، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
182. أمال فيطس، "قاعات الألعاب والأنترنت مرتع للمخدرات ومشاهدة للخلافة"، جريدة الشروق اليومي، الجزائر، العدد 1313، بتاريخ 2005/02/26.
183. Comité OMS, d'exports de pharmacodépendance, trentième rapport OMS, série de rapports techniques N°873, Genève, (1998).
184. مقال من مجلة نيوزويك، "جسيم الإدمان"، 13 فبراير (2001).
185. سمية منصور، "الاستراتيجيات العلاجية للاعتماد على المواد النفسية"، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، الجزائر، مارس (2004).
186. ح. هاجر، "الاستراتيجية الوطنية للتكفل بالسيكولوجي النفسي للشباب"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4589، الصادرة بتاريخ 2005/12/28.
187. مالك بن نبي، "مشكلة الأفكار في العالم الإسلامي"، ترجمة، بشام بركة، أحمد شعبو، دار الفكر، الجزائر، ط 1، (1992).
188. سارة حميدي، "تعاطي المخدرات يبدأ في سن الحادية عشر"، حسب آخر دراسة لمصلحة الوقاية والعلاج من الإدمان بالبلدية، جريدة الصباح، العدد 110، الصادرة بتاريخ 2004/05/30، الجزائر.
189. Mostefa KHIATI, La Drogue; un problème aux implications économiques sanitaires sociales et culturelles, Sante Plus, Numéro spécial, Drogue et Toxicomanie, November – December 2003, N° 72, ALGER.
190. إسماعيل قيرة و الآخرون، "عولمة الفقر، المجتمع الآخر، مجتمع للفقراء والمحرومين"، دار الفجر للنشر والتوزيع القاهرة ط 1، (2003).
191. J.Bergeret, Toxicomanie et Personnalité, Puf Paris (1982).
192. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مشروع التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2000 "الدورة العامة التاسعة عشر، نوفمبر (2001).
193. حليم بركات، "المجتمع العربي المعاصر"، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، (1984).

194. فيروز قوري، "الإدمان على المخدرات بين الأسباب الاجتماعية والتفسير الديني"، جريدة الصباح، الجزائر، العدد 110 الصادرة بتاريخ 2004/05/30.
195. أمينة فيطس، "رزيقة أدغال، 30% من الكوكايين وللهيروين العابرة تستهلك بالجزائر"، جريدة حوادث الخبر، الجزائر العدد 051، من 2004/09/28 إلى 2004/10/11.
196. غفاروق، "تزايد استهلاك المخدرات في الجزائر"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4185، الصادرة بتاريخ 2004/09/07.
197. صالح عبد العزيز، عبد العزيز بن عبد الحميد، "التربية وطرق التدريس"، دار المعارف، القاهرة، الجزء الأول، (1976).
198. د. شهرزاد، "الوضع مقلق والتشريع الجزائري لا يتماشى مع المستجدات"، جريدة الصباح، الجزائر، العدد 110 الصادرة بتاريخ 2004/05/03.
199. ب. نائلة، "أطفال الجزائر... في خطر"، جريدة الجزائر نيوز، الجزائر، العدد 623، الصادرة بتاريخ 2006/02/14، نقلا عن خلية حماية الأحداث من الانحراف، قيادة الدرك الوطني.
200. محمود بلحيمر، "أسلحة الدمار الشامل"، جريدة الخبر، الجزائر، العدد 4996، الصادرة بتاريخ 2005/01/18.
201. FOREM, Colloque national sur la politique nationale de prévention et de lutte contre la drogue, santé plus, N° 72, Novembre – Décembre, Algérie, (2003).
202. تودرت اورمضان، مقابلة بمصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات، البلدية، يوم 2003/06/23.