

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع تحت عنوان

ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب بالمجتمع الجزائري

دراسة ميدانية لعينة من طلبة القسم التحضيري

لجامعة التكوين المتواصل

الجزء الأول

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور: أحمد حويطي

إعداد الطالب :

بلبريك محمد

السنة الجامعية : 2013-2014

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى كل من:

روح أمي الغالية التي ترقد في بقيع الغرقد، وأبي الطيب

وكل من زوجتي وأبنائي الثلاث سيف الله، لؤي وعبد الودود

والى روح صديقي موسى سايج

محمد بلبريك

الشكر والعرفان

أول من أستهل به الشكر كل من أمي وأبي اللذين قال الله فيهما
"وأن أشكر لي ولوالديك إلي المصير" لقمان الآية 14 .

أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف أ.د. أحمد حويتي الذي لم
يبخل على الباحث بوقته و لا بأفكاره النيرة و لا بالتوجيهاته القيمة ولا
بملاحظاته السديدة.

كما أتوجه بأسمى عبارات التقدير والعرفان إلى كل من ساعدني على
إنجاز هذه الأطروحة، وأخص بالذكر:

- مدراء المراكز وأستاذة جامعة التكوين المتواصل،
- السيد صالح عبد النوري المدير بالنيابة السابق للديوان الوطني
لمكافحة المخدرات وإدmanها،
- السيد حبيب باش طبيب الأمراض العقلية والسيدة عثمان وكل عمال
مصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية،

محمد بلبريك

فهرس المحتويات

الصفحة

الإهداء.....	أ.....
الشكر والعرفان.....	ب.....
فهرس المحتويات.....	ج.....
فهرس الجداول.....	ح.....
مقدمة.....	1.....

الباب الأول: المقاربة المنهجية والنظرية للدراسة

الفصل الأول : المقاربة المنهجية للدراسة:.....	08.....
المبحث الأول: منهجية الدراسة:.....	08.....
المطلب الأول : موضوع الدراسة.....	08.....
المطلب الثاني : أسباب إختيار الموضوع.....	11.....
المطلب الثالث : إشكالية الدراسة.....	12.....
المطلب الرابع : فرضيات الدراسة.....	15.....
المطلب الخامس: أهمية الدراسة.....	16.....
المطلب السادس: أهداف الدراسة.....	16.....
المطلب السابع : تحديد المفاهيم.....	17.....
المبحث الثاني : الإجراءات المنهجية:.....	31.....
المطلب الأول : الدراسة الاستطلاعية.....	31.....
المطلب الثاني : منهج البحث	33.....
المطلب الثالث: مجتمع البحث.....	35.....
المطلب الرابع : عينة الدراسة.....	36.....
المطلب الخامس : مصادر جمع البيانات.....	41.....
المطلب السادس :أدوات جمع البيانات.....	43.....
المطلب السابع: مجالات البحث.....	51.....
المطلب الثامن: المعالجة الإحصائية.....	52.....
المطلب التاسع : صعوبات البحث.....	53.....

56.....	الفصل الثاني: المقاربة النظرية للدراسة:
56.....	المبحث الأول : أهم الأطر النظرية المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات
56.....	المطلب الأول : الإتجاه البيولوجي
60.....	المطلب الثاني : الإتجاه النفسي
70.....	المطلب الثالث : الإتجاه الإجتماعي
87.....	المطلب الرابع : الإتجاه السيكو فارماكولوجي
90.....	المطلب الخامس: الإتجاه الإقتصادي
98...	المطلب السادس: نظرة القوانين الوضعية والشرائع السماوية لتعاطي المخدرات
113.....	المبحث الثاني : المسار التاريخي و التوزيع الجغرافي للمخدرات:
113.....	المطلب الأول : المسار التاريخي للمخدرات
127.....	المطلب الثاني : التوزيع الجغرافي للمخدرات
141.....	المطلب الثالث : مناطق وطرق تهريب المخدرات في العالم
161	الفصل الثالث : الدراسات السابقة:
161.....	المبحث الأول : الدراسات الغربية:
185.....	المبحث الثاني : الدراسات العربية:
216.....	المبحث الثالث : الدراسات الجزائرية:

الباب الثاني: أنواع المخدرات، أضرارها، أسباب تعاطيها وأساليب الوقاية منها

252.....	الفصل الرابع : أنواع المخدرات و أضرارها:
252.....	المبحث الأول : أنواع المخدرات:
255.....	المطلب الأول : المخدرات المثبطة
262.....	المطلب الثاني : المخدرات المنشطة
269.....	المطلب الثالث : المهلوسات
276.....	المطلب الرابع : المستنشقات
280	المطلب الخامس : القنب الهندي

287.....	المطلب السادس : الخمر والكحول
292.....	المطلب السابع : النيكوتين والتبغ
300.....	المطلب الثامن : الكافيين
302.....	المطلب التاسع : المؤثرات العقلية الجديدة
304.....	المبحث الثاني : أضرار المخدرات:
305.....	المطلب الأول : الأضرار الجسمية للمخدرات
317.....	المطلب الثاني : الأضرار النفسية للمخدرات
327.....	المطلب الثالث : الأضرار الإجتماعية للمخدرات
341.....	المطلب الرابع: الأضرار الإقتصادية للمخدرات
358.....	المطلب الخامس: الأضرار السياسية للمخدرات
379.....	الفصل الخامس : أسباب تعاطي المخدرات وأساليب الوقاية منها:
379.....	المبحث الأول : أسباب تعاطي للمخدرات
379.....	المطلب الأول: العوامل الخاصة بالشخص المتعاطي
387.....	المطلب الثاني: عوامل خاصة بالمادة المتعاطاة
390.....	المطلب الثالث : العوامل البيئية
416.....	المبحث الثاني: الوقاية من المخدرات
416.....	المطلب الأول: دور الأسرة في الوقاية من المخدرات
425.....	المطلب الثاني: دور المؤسسات الدينية في الوقاية من المخدرات
435.....	المطلب الثالث: دور المؤسسات التربوية والتعليمية في الوقاية من المخدرات
443.....	المطلب الرابع: دور المؤسسات الإعلامية في الوقاية من المخدرات
453.....	المطلب الخامس : دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات
463.....	المطلب السادس: دور الجهود الدولية والإقليمية في الوقاية من المخدرات
474.....	الفصل السادس : المخدرات في المجتمع الجزائري:
	المبحث الأول : تاريخ المخدرات في المجتمع الجزائري وجهود السلطات
474.....	والمشرع الجزائري في مكافحة المخدرات:
474.....	المطلب الأول: نبذة تاريخية عن المخدرات في الجزائر
481.....	المطلب الثاني: جهود السلطات والمشرع الجزائري في مكافحة المخدرات

المبحث الثاني: طرق تهريب وتعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري:.....	491
المطلب الأول : طرق تهريب المخدرات في المجتمع الجزائري.....	491
المطلب الثاني: تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري.....	518

الباب الثالث : الدراسة الميدانية

الفصل السابع : خصائص أفراد عينة البحث:.....	562
المبحث الأول: المتغيرات الشخصية:.....	562
المبحث الثاني: الظروف الإقتصادية:.....	579
المبحث الثالث: الظروف الإجتماعية:.....	590
الفصل الثامن : عرض وتحليل البيانات الميدانية:.....	630
المبحث الأول: حجم تعاطي المخدرات لدى أفراد عينة الدراسة:.....	630
المبحث الثاني: الواقع الأسري وتعاطي المخدرات:.....	635
المبحث الثالث: أنواع المخدرات المتعاطاة وطرق تعاطيها والظروف المساعدة على التعاطي:.....	668
المطلب الأول: أنواع المخدرات التي تعاطاها أو ما يزال يتعاطاها المبحوثون المتعاطون للمخدرات.....	668
المطلب الثاني: طرق تعاطي المخدرات.....	671
المطلب الثالث: الظروف التي تساعد على البدء والاستمرار في تعاطي المخدرات.....	672
المبحث الرابع: مكان بدأ التعاطي، و سن بداية التعاطي، و عدد مرات التعاطي:.....	678
المبحث الخامس: المكان والأوقات المفضلة للتعاطي والأشخاص المتعاطين معهم و مصدر الحصول على المخدرات:.....	684
المبحث السادس: المشاكل التي تعرض لها المتعاطون:.....	693
المطلب الأول: المشاكل التي تعرض لها المتعاطي بسبب المخدرات.....	693
المطلب الثاني: مشاكل التوقيف من قبل رجال الأمن.....	695

المبحث السابع: أثر التدخين في دخول الطالب إلى عالم المخدرات:	698.....
المطلب الأول: حجم المدخنين عند عينة الدراسة.....	698.....
المطلب الثاني: سن وظروف بداية تدخين التبغ.....	707.....
المطلب الثالث: التدخين وتعاطي المخدرات.....	709.....
المبحث الثامن: الوازع الديني ودوره في الإقلاع عن التعاطي:	712.....
المبحث التاسع : مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة الدراسة:	717.....
المبحث العاشر: الاستمرار في التعاطي و تجربة الإقلاع:	732.....
المبحث الحادي عشر: وجود الفضاءات الترفيهية في الأحياء وعلاقتها بظاهرة تعاطي المخدرات عند أفراد عينة الدراسة:	746.....
المبحث الثاني عشر: فعالية طرق ووسائل الوقاية من المخدرات حسب:	765.....
الفصل التاسع : مناقشة النتائج الميدانية:	776.....
النتائج العامة للدراسة:	899.....
التوصيات:	904.....
المراجع:	907.....
الملاحق.....	969.....

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	العدد الإجمالي للطلبة المسجلين بالقسم التحضيري حسب المناطق الأربعة	35
02	توزيع طلبة القسم التحضيري لجامعة التكوين للعام الدراسي 2012/2011 حسب المناطق	38
03	يبين المرسل والمسترجع من الاستثمارات	40
04	تكاليف المخدرات مقابل الناتج المحلي الخام لبعض البلدان	352
05	حصيلة المحجوزات من المخدرات لسنتي 2011 و 2012	499
06	المتورطون الأجانب في جرائم المخدرات لعام 2011 حسب البلد.	501
07	عدد الأجانب المتورطين في قضايا المخدرات لسنوات 2010، 2011، 2012	501
08	عدد الرعايا الأجانب المقبوض عليهم في قضايا المخدرات من 2004 إلى 2012	523
09	عدد الأجانب المقبوض عليهم في قضايا تهريب المخدرات في التراب الوطني حسب البلد من 2004 إلى 2011	524
10	عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا الحيازة و تعاطي المخدرات من 2004 إلى 2012	533
11	كميات المحجوزات من القنب بكل أنواعه من 2002 إلى 2012	534
12	كمية المحجوزات من راتنج القنب حسب المخالفة من 2004 إلى 2012	536
13	كمية المحجوزات من القنب خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012 والمتعلقة بقضايا الحيازة والتعاطي	537
14	الكميات المحجوزة من مادة الكوكايين من 2002 في 2012	538
15	كميات المحجوزة من مادة الكوكايين المهربة إلى خارج وداخل التراب الوطني من 2004 إلى 2012	538
16	كميات المحجوزة من مادة الكوكايين في قضايا الحيازة والتعاطي من 2004 إلى 2012	539
17	يبين عدد الأشخاص الذين تم القبض عليهم ومحاكمتهم في قضايا الحيازة والتعاطي لمادة الكوكايين من 2004 إلى 2012	540
18	الكميات المحجوزة من مادة الكراك من 2007 إلى 2012	541
19	يبين الكميات المحجوزة من مادة الهيروين من 2002 إلى 2012	541
20	الكميات المحجوزة من مادة الهيروين في قضايا التهريب والحيازة من 2004 إلى 2012	542

543	كمية المحجوزات من مادة الهيرون في قضايا الحياة و التعاطي من 2004 إلى 2012	21
545	يبين الكميات المحجوزة من مادة الأفيون بكل أنواعها من 2002 إلى 2012	22
546	يبين كمية المحجوزات من المؤثرات العقلية بكل أنواعها من 2002 إلى 2012	23
547	يبين كمية المحجوزات من المؤثرات العقلية المهربة داخل و خارج التراب الوطني من 2004 إلى 2012	24
548	يبين عدد القضايا المعالجة و المتعلقة بجرائم المخدرات من 2002 إلى 2012	25
549	يبين عدد الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات من 2002 إلى 2012	26
550	عدد الأشخاص المقبوض عليهم في جرائم المخدرات (الحياة والتعاطي والتعريب) لكل أنواع المخدرات من 2004 إلى 2012	27
551	عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تعريب وحياة وتعاطي وزراعة القنب من 2004 إلى 2012	28
552	يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تعريب وتعاطي المؤثرات العقلية من 2004 إلى 2012	29
553	يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تعريب وتعاطي الكوكايين من 2004 إلى 2012	30
553	عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تعريب وتعاطي الهيرون من 2004 إلى 2012	31
554	يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تعريب وتعاطي الكراك من 2004 إلى 2012	32
554	يبين عدد الأشخاص المبحوث عنهم في قضايا المخدرات من 2004 إلى 2012	33
555	يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة الحياة والاستهلاك: حسب نوع المخدر من 2004 إلى 2012	34
557	عدد الأشخاص الموقوفين والمحكوم عليهم للفترة الممتدة من 2006 إلى 2011، حسب الولايات.	35
558	عدد المقبوض عليهم حسب المناطق من 2006 إلى 2011	36
558	عدد الأشخاص الذين تم فحصهم واستشفاءهم من تعاطي المخدرات حسب المؤسسات الاستشفائية من 2004 إلى 2011	37
561	يبين عدد حالات المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية حسب نوع التعاطي من 2008 إلى 2012	38
562	توزيع المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية حسب الفئة العمرية من 2008 إلى 2012	39

40	توزيع المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبليدة حسب الجنس من 2008 إلى 2012	563
41	توزيع المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبليدة حسب المستوى التعليمي من 2005 إلى 2008	564
42	تطور المدمنين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لسيدي الشحي بوهراڤ خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2006	565
43	توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية	569
44	توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية وحسب المنطقة	570
45	توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الوسط	571
46	توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الشرق	571
47	توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الغرب	572
48	توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الجنوب	572
49	توزيع المتوسط العمري حسب المناطق	573
50	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	573
51	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس وحسب المنطقة	574
52	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الوسط حسب الجنس وحسب الفئة العمرية	575
53	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الجنس وحسب الفئة العمرية	576
54	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الجنس وحسب الفئة العمرية	577
55	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الجنوب حسب الجنس وحسب الفئة العمرية	577
56	توزيع عينة الدراسة حسب الاختصاص	579
57	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الوسط حسب الاختصاص	579
58	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الاختصاص	580
59	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الاختصاص	580
60	توزيع عينة الدراسة لمنطقة الجنوب حسب الاختصاص	581
61	توزيع عينة الدراسة حسب الاختصاص وحسب المنطقة	582
62	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الاختصاص وحسب الجنس	582
63	توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الوسط حسب الاختصاص وحسب الجنس	583
64	توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الاختصاص وحسب الجنس	584
65	توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الاختصاص وحسب الجنس	584
66	توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الجنوب حسب الاختصاص وحسب الجنس	585
67	توزيع افراد العينة حسب العمل والمنطقة	586

587	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة	68
588	توزيع أفراد العينة لمنطقة الوسط حسب الدخل الشهري للأسرة	69
589	توزيع أفراد العينة لمنطقة الشرق حسب الدخل الشهري للأسرة	70
589	توزيع أفراد العينة لمنطقة الغرب حسب الدخل الشهري للأسرة	71
590	توزيع أفراد العينة لمنطقة الجنوب حسب الدخل الشهري للأسرة	72
591	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة و الدخل الشهري للمبحوث	73
592	توزيع أفراد العينة حسب المصروف الشهري للمبحوث	74
594	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة و نوع السكن	75
597	توزيع عينة الدراسة حسب مهنة الأب وحسب المنطقة	76
600	توزيع عينة الدراسة حسب مهنة الأم وحسب المنطقة	77
602	توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة و المستوى التعليمي للأب	78
604	توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة والمستوى التعليمي للأم	79
606	توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة وعدد الإخوة	80
608	توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة وترتيب المبحوث بين إخوته	81
609	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ومكان الإقامة	82
611	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ووجود الأب على قيد الحياة	83
613	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ووجود الوالدة على قيد الحياة	84
614	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة وما إذا كان الوالدان يعيشان معا	85
615	يبين مع من يعيش المبحوث في حالة وفاة أحد الوالدين أو طلاقهما حسب المنطقة	86
616	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة واختصام الوالدان من عدمه	87
618	توزيع أفراد العينة حسب نوع الخصومة (متعدد الإجابات)	88
620	توزيع أفراد العينة حسب معاملة الأباء للمبحوثين وحسب المنطقة (متعدد الإجابات)	89
622	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة والحوار مع الوالدين	90
622	توزيع أفراد العينة حسب موضوع الحوار والمنطقة (متعدد الإجابات)	91
623	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة والشعور بالملل والفراغ	92
624	توزيع أفراد العينة حسب الشعور بالملل والفراغ و حسب الجنس والمنطقة 623	93
626	توزيع أفراد العينة حسب قضاء أوقات الفراغ و حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	94
629	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ومعية قضاء أوقات الفراغ	95
630	توزيع أفراد العينة حسب التفكير في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة	96
631	توزيع أفراد العينة حسب سبب التفكير في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة (متعدد الإجابات)	97

632	توزيع أفراد العينة حسب تعاطي أحد الوالدين للمسكرات وحسب المنطقة	98
633	توزيع أفراد العينة حسب تعاطي أحد الوالدين للمخدرات وحسب المنطقة	99
634	توزيع أفراد العينة حسب تدخين السجائر وحسب المنطقة	100
634	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة وحسب رأيهم من تعاطي الشباب للمخدرات	101
637	نسبة تعاطي المخدرات بين أفراد عينة الدراسة حسب المنطقة	102
638	نسبة تعاطي المخدرات بين أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	103
638	نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الوسط	104
639	نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الشرق	105
639	نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الغرب	106
640	نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الجنوب	107
641	توزيع المتعاطين للمخدرات حسب القسم	108
641	توزيع المتعاطين للمخدرات حسب القسم	109
642	توزيع متعاطي المخدرات حسب عدد الإخوة	110
642	مقارنة عدد الإخوة بين المتعاطين والأسوياء	111
643	ترتيب المبحوث المتعاطي بين إخوته	112
643	توزيع المتعاطين للمخدرات حسب نوع المسكن	113
644	توزيع متعاطي المخدرات حسب مكان الإقامة	114
645	مقارنة مكان الإقامة بين المتعاطين للمخدرات والأسوياء	115
646	توزيع متعاطي المخدرات حسب تخاصم الوالدين	116
647	مقارنة المتعاطين و الأسوياء وتخاصم الوالدين	117
647	توزيع متعاطي المخدرات حسب نوعية المشاكل التي يتخاصم حولها الوالدان	118
648	مقارنة نوع المشاكل التي يتخاصم حولها الوالدان بين المتعاطين للمخدرات والأسوياء	119
649	توزيع المتعاطين حسب تخاصم الوالدين وحسب المنطقة	120
649	نوعية المشاكل التي يتخاصم حولها أبناء الطلبة المتعاطين للمخدرات حسب المناطق	121
650	مقارنة تعاطي أحد الوالدين للمسكرات حسب المناطق	122
651	توزيع أفراد العينة على تعاطي أحد الوالدين المخدرات حسب المنطقة	123
651	يبين تعاطي المسكرات لأحد والدي المتعاطين	124
652	مقارنة تعاطي الأباء للمسكرات بين المتعاطين الأسوياء	125
652	تعاطي المخدرات لأحد والدي المتعاطين	126
653	مقارنة تعاطي الأباء للمخدرات بين المتعاطين و الأسوياء	127
653	توزيع متعاطي المخدرات حسب الحالة المدنية للوالدين	128

654	توزيع متعاطي المخدرات حسب الحالة المدنية للوالدين وحسب المناطق	129
655	توزيع متعاطي المخدرات ما إذا كان الوالد على قيد الحياة حسب المناطق	130
655	توزيع متعاطي المخدرات إن كانت الوالدة على قيد الحياة حسب المناطق	131
656	معاملة الوالدان للمبحوث المتعاطي للمخدرات حسب المناطق (متعدد الإجابات)	132
657	مقارنة معاملة الآباء لأبنائهم بين كل من المتعاطين والأسوياء	133
658	مقارنة معاملة الآباء لأبنائهم بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين (متعدد الإجابات)	134
659	شعور المبحوث المتعاطي للمخدرات نحو والديه	135
659	مقارنة شعور المبحوث المتعاطي للمخدرات نحو والديه بين المناطق	136
660	المقارنة بين المتعاطين والأسوياء بخصوص شعور المبحوثين نحو والديهم	137
660	المقارنة بين شعور الناجحين والمنتكسين من المتعاطين للمخدرات نحو والديهم	138
661	الحوار مع الوالدين	139
662	الحوار مع الوالدين حسب المناطق	140
662	موضوع الحوار مع الوالدين حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	141
663	المدخول الشهري لأسرة المتعاطي	142
664	توزيع متعاطي المخدرات حسب العمل من عدمه وحسب المنطقة	143
664	توزيع متعاطي المخدرات المباشرون للعمل حسب المدخول الشهري وحسب المنطقة	144
665	المصروف الشهري للمبحوث المتعاطي المخدرات حسب المنطقة	145
667	مهنة أب المبحوث المتعاطي لمخدرات حسب المنطقة	146
668	مقارنة مهنة الآباء بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين	147
669	مهنة الأم لمتعاطي المخدرات حسب المنطقة	148
670	مقارنة مهنة الأمهات بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين	149
670	توزيع متعاطي المخدرات حسب المستوى التعليمي للأب	150
671	توزيع متعاطي المخدرات حسب المستوى التعليمي للأم	151
672	مقارنة المستوى التعليمي للآباء بين الناجحين في الإقلاع عن التعاطي والمنتكسين	152
672	مقارنة المستوى التعليمي للأمهات بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين	153
673	مقارنة المستوى التعليمي للآباء المتعاطين حسب المناطق	154
674	مقارنة المستوى التعليمي للأمهات المتعاطين حسب المناطق	155
675	نوع المخدرات التي تعاطاها أو ما يزال يتعاطاها المبحوثون المتعاطون للمخدرات (متعدد الإجابات)	156

677	نوع المخدرات التي تعاطاه أو ما يزال يتعاطاها المبحوثون المتعاطون للمخدرات حسب المناطق (متعدد الإجابات)	157
678	يبين طرق تعاطي المخدرات لدى المبحوثين حسب المنطقة	158
679	ظروف بدء تعاطي المخدرات	159
680	ظروف بدء التعاطي حسب المنطقة	160
683	يبين الاستمرار في التعاطي من عدمه	161
683	يبين الاستمرار في التعاطي من عدمه حسب المنطقة	162
684	يبين الاستمرار في التعاطي من عدمه حسب الجنس	163
685	مكان بداية تعاطي المخدرات لأول مرة	164
686	مكان بداية تعاطي المخدرات لأول مرة حسب المنطقة	165
687	سن بداية تعاطي المخدرات حسب المنطقة	166
688	يبين عدد مرات تعاطي المخدرات حسب المنطقة	167
689	يبين التعاطي لأكثر من نوع من المخدرات من عدمه	168
690	يبين التعاطي لأكثر من نوع من المخدرات من عدمه حسب المناطق	169
690	يبين توزيع المتعاطين لأكثر من مخدر وطريقة الخلط بين المخدرات	170
691	يبين توزيع المتعاطين لأكثر من مخدر حسب طريقة الخلط بين المخدرات حسب المنطقة	171
691	المكان المفضل لتعاطي المخدرات (متعدد الإجابات)	172
692	المكان المفضل لتعاطي المخدرات حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	173
693	الوقت المفضل لتعاطي المخدرات (متعدد الإجابات)	174
694	الوقت المفضل لتعاطي المخدرات حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	175
695	الأشخاص المتعاطي معهم المخدرات	176
696	الأشخاص المتعاطي معهم المخدرات حسب المنطقة	177
697	يبين مصدر الحصول على المخدرات حسب المنطقة	178
698	يبين مصدر الحصول على النقود لشراء المخدرات	179
699	يبين مصدر الحصول على النقود لشراء المخدرات حسب المنطقة	180
700	المشاكل التي تعرض لها المتعاطي بسبب المخدرات حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	181
702	يبين ما إذا تم توقيف المتعاطي من قبل مصالح الأمن	182
703	سبب التوقيف من قبل مصالح الأمن عند المتعاطين حسب المناطق (متعدد الإجابات)	183

704	مقارنة سبب التعرض للقبض من طرف مصالح الامن بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين	184
705	حجم المدخنين في عينة الدراسة حسب المناطق	185
705	حجم المدخنين من الطلبة حسب الجنس	186
706	حجم المدخنين من الطلبة حسب الجنس و حسب المنطقة	187
707	حجم المدخنين من الطلبة حسب التخصص	188
708	نسبة المدخنين من الطلبة حسب التخصص وحسب المنطقة	189
708	المستوى التعليمي لآباء المدخنين حسب المنطقة	190
710	المستوى التعليمي لمهات المدخنين حسب المنطقة	191
711	توزيع المدخنين حسب الإحساس بالملل و الفراغ	192
711	توزيع المدخنين حسب الإحساس بالملل و الفراغ و حسب المناطق	193
712	كيفية قضاء المدخن لأوقات فراغه (متعدد الإجابات)	194
713	مع من يقضي المدخن أوقات فراغه (متعدد الإجابات)	195
714	عمر الطالب المدخن عند بداية التدخين حسب المنطقة	196
714	المناسبة التي أحاطت بتدخين السجائر لأول مرة حسب المنطقة	197
715	عدد السجائر المدخنة يوميا من قبل الطلبة المدخنين	198
716	تدخين السجائر عند متعاطي المخدرات	199
716	سن بداية تدخين السجائر عند متعاطي المخدرات	200
717	ظروف بداية التدخين عند متعاطي المخدرات حسب المنطقة	201
718	عدد السجائر المدخنة يوميا عند متعاطي المخدرات حسب المنطقة	202
719	رأي المتعاطين في تعاطي المخدرات حسب المنطقة	203
720	مقارنة رأي المتعاطين والأسوياء في المخدرات	204
721	مقارنة رأي الذين نجحوا في الإقلاع والمنتكسين في المخدرات	205
722	مقارنة أسباب التوقف بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين (متعدد الإجابات)	206
724	مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة الدراسة (متعدد الإجابات)	207
725	مصادر المعلومات عن المخدرات عند المتعاطين للمخدرات	208
726	رأي أفراد العينة فيما إذا كان هناك نسبة كبيرة من الطلبة تتعاطي المخدرات حسب المنطقة	209
727	مقارنة بين رأي المتعاطين والأسوياء فيما إذا كان هناك نسبة كبيرة من الطلبة تتعاطي المخدرات	210
728	يبين مدى وجود متعاطين للمخدرات بين زملاء أفراد عينة الدراسة	211

728	يبين مدى وجود متعاطين للمخدرات بين زملاء أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	212
729	مقارنة بين المتعاطين والأسوياء بوجود متعاطين للمخدرات بين زملاء الدراسة	213
729	توزيع المتعاطين والأسوياء حسب نوع المخدر الذي يتعاطاه زملاء الدراسة (متعدد الإجابات)	214
730	يبين مدى وجود متعاطين للمخدرات بين أقارب المبحوث حسب المنطقة	215
731	توزيع المتعاطين والأسوياء حسب وجود متعاطين للمخدرات بين أقارب المبحوث	216
731	توزيع المتعاطين والأسوياء حسب المواد المخدرة التي يتعاطاها الأقارب (متعدد الإجابات)	217
732	يبين مدى وجود بائعين للمخدرات بين زملاء المبحوث حسب المنطقة	218
733	نوع المخدرات التي يبيعونها زملاء المبحوثين حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	219
734	توزيع المتعاطين والأسوياء حسب وجود بائعين للمخدرات بين زملاء الدراسة للمبحوثين	220
735	توزيع المتعاطين والأسوياء حسب نوع المخدرات التي يبيعها زملاء المبحوثين (متعدد الإجابات)	221
736	توزيع أفراد العينة حسب وجود بائعين للمخدرات بين الأقارب حسب المنطقة	222
737	توزيع أفراد العينة حسب نوع المخدرات التي يبيعها أقارب المبحوثين و حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	223
738	توزيع المتعاطين والأسوياء حسب ما إذا كان هناك بائعون للمخدرات بين الأقارب	224
739	يبين مدى استمرار المتعاطين في تعاطي المخدرات	225
739	يبين مدى استمرار المتعاطين في تعاطي المخدرات حسب الجنس	226
740	استمرار تعاطي المخدرات حسب الجنس وحسب المنطقة	227
741	يبين مدى رغبة المتعاطين في التوقف عن التعاطي	228
742	يبين مدى رغبة المتعاطين في التوقف عن التعاطي حسب المنطقة	229
743	الإجراءات المتخذة للإقلاع عن التعاطي (متعدد الإجابات)	230
744	الإجراءات المتخذة للإقلاع عن التعاطي (متعدد الإجابات)	231
745	أسباب التوقف عن التعاطي (متعدد الإجابات)	232
746	أسباب التوقف عن التعاطي حسب المنطقة (متعدد الإجابات)	233
747	نجاح أو فشل تجربة الإقلاع عن التعاطي حسب رأي المتعاطي وحسب المنطقة	234
748	مقارنة أسباب التوقف عن التعاطي بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين (متعدد الإجابات)	235

749	مدة الإقلاع النهائي للمتعاطين الناجحين في التوقف عن التعاطي	236
749	مدة التوقف قبل الانتكاسة	237
750	مقارنة عدد مرات التعاطي بين المتعاطين و المنتكسين	238
750	علاقة تدخين التبغ بنجاح وفشل تجربة الإقلاع عن تعاطي المخدرات	239
751	مقارنة بين متعاطين ناجحين في تجربة الإقلاع ومتعاطين منتكسين حول كيفية قضاء أوقات الفراغ (متعدد الإجابات)	240
752	مقارنة بين متعاطين ناجحين في تجربة الإقلاع ومتعاطين منتكسين حول المعاناة من الملل والفراغ (متعدد الإجابات)	241
752	مقارنة نجاح و فشل محاولة التوقف عن تعاطي المخدرات عند الجنسين	242
753	يبين مدى وجود فضاء مخصص للشباب في أحياء المبحوثين	243
753	مقارنة مدى وجود فضاء مخصص للشباب في الأحياء بين المتعاطين والأسوياء	244
754	المعاناة من الملل والفراغ عند أفراد العينة حسب المنطقة	245
755	المعاناة من الملل والفراغ عند المتعاطين للمخدرات	246
755	المعاناة من الملل والفراغ عند المتعاطين للمخدرات حسب المنطقة	247
756	مقارنة المعاناة من الملل والفراغ بين الأسوياء والمتعاطين للمخدرات	248
756	كيفية قضاء المتعاطين للمخدرات أوقات فراغهم (متعدد الإجابات)	249
757	كيفية قضاء المتعاطين للمخدرات أوقات فراغهم حسب المناطق (متعدد الإجابات)	250
759	مقارنة كيفية قضاء أوقات الفراغ بين المتعاطين للمخدرات والأسوياء (متعدد الإجابات)	251
760	توزيع أفراد العينة حسب معية قضاء أوقات الفراغ (متعدد الإجابات)	252
761	توزيع أفراد العينة حسب معية قضاء أوقات الفراغ حسب الجنس (متعدد الإجابات)	253
762	يبين مع من يقضي متعاطو المخدرات أوقات الفراغ حسب المنطقة (متعدد الإجابة)	254
763	مع من يقضي المبحوث السوي أوقات فراغه حسب المنطقة	255
764	مقارنة مع من يقضي المبحوث أوقات فراغه بين المتعاطين والأسوياء (متعدد الإجابات)	256
765	يبين توزيع أفراد العينة حسب التفكير في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة	257
766	توزيع أفراد العينة حسب أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة (متعدد الإجابات)	258
767	توزيع أفراد العينة حسب التفكير في الهجرة إلى الخارج و حسب الجنس	259

768	توزيع أفراد العينة حسب أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج حسب الجنس (متعدد الإجابات)	260
769	يبين تفكير المبحوثين المتعاطين للمخدرات في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة	261
769	يبين أسباب تفكير المبحوثين المتعاطين للمخدرات في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة (متعدد الإجابات)	262
770	مقارنة التفكير في الهجرة إلى الخارج بين المتعاطين والأسوياء	263
771	مقارنة أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج بين المتعاطين والأسوياء	264
772	دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المناطق	265
772	دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين و حسب الجنس	266
773	دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المنطقة	267
774	دور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المنطقة	268
775	دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المنطقة	269
775	دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المنطقة	270
776	مقارنة دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء	271
776	دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء	272
777	دور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء	273
777	دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء	274
778	دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء	275
778	دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات حسب الناجحين في الإقلاع والمنتكسين	276
779	دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين	277

779	دور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين الناجين في الإقلاع والمنتكسين	278
780	دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين الناجين في الإقلاع والمنتكسين	279
780	دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين	280

مقدمة:

عرف الإنسان المسكرات والمخدرات منذ فجر التاريخ. ففي البداية كان حب الإكتشاف والإطلاع على محيطه النباتي والإيكولوجي هو الدافع الرئيسي وراء تجريب المخدرات. وهكذا وعن طريق الصدفة اكتشف الإنسان المفعول السحري لبعض النباتات وأثارها النفسية، وذلك إما بمضغ أوراق النباتات أو بقلع جذورها.

ومع مر العصور تطور شكل وطريقة التعاطي، وذلك بتطور البعد الثقافي والاجتماعي للتعاطي، فكان التعاطي في بدايته لأغراض دينية طقوسية (كما كان الحال بالنسبة للمهلوسات عند قبائل هنود أمريكا الشمالية) حيث كانت تحمل المادة في جورها التصور الروحي والديني، فأدمجت بعدها في الأعراف والتقاليد الاجتماعية قصد تحقيق الترابط والتماسك الاجتماعي. و كان الهنود قبل تأسيس امبراطورية الأنكا يعضون الأوراق ويقدمونها، حيث قيل أن الإله (أنتي Anti) أوجد شجر الكوكا ليساعد شعب الأنكا على مقاومة متاعب الحياة والجوع والعطش والتعب. والحشيش كمخدر استعمله في بادئ الأمر السحرة وكهنة المعابد وال دراويش وزعماء بعض الطوائف الدينية وذلك للتأثير به على عقائد العامة ونفسياتهم واستغلالهم لتحقيق أغراضهم

ثم عرفت حقبة من الزمن تجربة شريحة من المجتمع للمخدرات والمتمثلة في الأدباء و الفنانين، والذين كانوا يتعاطونها لأغراض إبداعية، وعلى رأسهم بودلير الذي كان مدمنا على الأفيون والحشيش، والذي قال : "إن الحشاش نفسه يشعر كما لو كان سيد الناس وملكا عليهم... حتى يشعر في النهاية بأنه قد أصبح إلها"⁽¹⁾.

ولم تصبح المخدرات تمثل مشكل الصحة العمومية إلا في القرن التاسع عشر، نتيجة التطورات الصناعية والكيميائية والصيدلانية، وكانت المخدرات متركزة في البلدان الأكثر تصنيعا (أمريكا و أوروبا). واعتبارا من القرن العشرين تفشت ظاهرة التبعية والاعتماد في كل شعوب العالم. ابتداء من الشعب الصيني الذي تفشت فيه ظاهرة إدمان الأفيون والتي سميت بوباء الأفيون حيث وصل عدد المدمنين على الأفيون خلال فترة من 1870

⁽¹⁾ Charles, Baudelaire. *Les Paradis artificiels*. Œuvres Complètes, Bibliothèques NRF, de la Pleiade, Paris, 1951. <http://www.pitbook.com>. (31/12/2011).

إلى 1900 (5% إلى 20%) من المجتمع الصيني، وتعتبر هذه أكبر نسبة تسمم جماعي في التاريخ.

وأصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات تهدد المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء. مما أدى بالمجتمع الدولي إلى مكافحة المخدرات عبر العديد من الاتفاقية ابتداء من اتفاقية شنغهاي سنة 1909.

وارتبطت مشكلة المخدرات بالعديد من الاضرار فزيادة على الأضرار الصحية والنفسية التي يعاني منها المتعاطون أنفسهم، نتجت عنها أضرار اجتماعية كالانحراف والجريمة بمختلف أنواعها، كما ألحقت أضرارا بالغة باقتصاد العديد من الدول والمتمثلة في انخفاض الانتاجية وهدر أوقات العمل وخسارة في القوى العاملة سببها المدمنون أنفسهم و الذين يعملون في الزراعة والتجارة غير الشرعية للمخدرات، وضحايا ليس لهم علاقة مباشرة بعالم المخدرات، زيادة على تبييض الأموال الناتجة عن هذه التجارة مما أدى إلى زعزعة الاستقرار الاقتصادي للعديد من الدول. كما لم يسلم النسق السياسي من أضرار المخدرات، حيث أصبح الفساد السياسي منتشر في الكثير من الدول المنتجة للمخدرات أو تلك التي تستعمل كم منطقة عبور، وتورط العديد من رجال السياسة وأجهزة مكافحة المخدرات في العمل لصالح بارونات المخدرات.

و قد جاء في الإعلان السياسي للجمعية العمومية للأمم المتحدة في جلستها العامة للدورة الاستثنائية العشرين بتاريخ 09 و 10 جوان 1998⁽¹⁾: إن المخدرات تهلك الأرواح والمجتمعات، وتقوض التنمية البشرية المستدامة، وتولد الإجرام. وتلحق المخدرات الضرر بجميع قطاعات المجتمع في كل البلدان. وأطلقت على هذه الظاهرة بمشكلة المخدرات. وهكذا فمشكلة المخدرات تمثل اضطرابا أو تعويقا لسير الأمور، فهي بالتالي ظاهرة سلبية تعمل على تخلف المجتمع، وتقف كعائق لإفساح المجال أمام أفراده للتقدم، وتحول دون إنجازهم للأدوار الاجتماعية الموكلة إليهم من قبل المجتمع.

وحسب التقرير السنوي للمخدرات لسنة 2013 الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، أن هناك نحو 167 إلى 315 مليون شخص (ما بين 16 إلى

⁽¹⁾ الجمعية العامة للأمم المتحدة : (1998) وثائق الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة ، منشورات الأمم المتحدة ، نيويورك.

64 سنة) تعاطوا المخدرات خلال سنة 2010، وهذا يمثل 3.6 إلى 6.9% من سكان العالم.

كما أسهم النظام العالمي الجديد والثورة التكنولوجية في تسهيل الجريمة المنظمة العابرة للقارات وعلى رأسها التجارة غير الشرعية للمخدرات، مما ساعد على توفير المواد المخدرة بكل أنواعها وبأسعار مغرية. وخصوصا عندما تقاطعت مصالح الجماعات الثورية والإرهابية مع بارونات المخدرات. فالأولى توفر الحماية والثانية توفر المال، وبالتالي فالقضاء على هذه الظاهرة يبقى من درب المستحيل، إلا أن هذا لا يعني أن تبقى الدول والمجتمعات مكتوفة الأيدي أمام هذا المشكل الاجتماعي، وبقيت الوقاية بأبعادها الثلاث من الحلول التي أثبتت الدراسات نجاعتها في الميدان.

والجزائر كباقي دول العالم لم تسلم من ظاهرة تعاطي المخدرات و تجارتها وترويجها بل وفي بعض الحالات زراعتها، ومما يزيد من خطورة الوضع للحالة الجزائرية هو شساعة التراب الوطني، وموقعها الجيوستراتيجي المطل على البحر الأبيض المتوسط، بشريط ساحلي يقدر بـ 1622 كم، وحدود برية تقدر بـ 6.343 كلم، وتقاسمها الحدود مع المملكة المغربية بحوالي 1559 كلم، والتي تعد أكبر منتج لراتنج القنب في العالم. ويزداد الوضع خطورة إذا علمنا أن المستهدف الأول من ظاهرة تعاطي المخدرات فئة الشباب، وخصوصا إذا علمنا أن 70% من سكان الجزائر لا يتعدى سنهم 30 سنة.

وتبين التقارير السنوية التي يصدرها الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، من المحجوزات لشتى أنواع المخدرات بما فيها الثقيلة منها، إلى تفاقم ظاهرة التعاطي من سنة إلى أخرى، و خصوصا إذا علمنا أن من أهم أسباب تعاطي المخدرات عامل التوفر لهذه المادة في السوق غير الشرعية. ويظهر التقرير السنوي لسنة 2013 الصادر عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان، أن المحجوزات وخصوصا القنب لسنة 2013 سجلت أرقاما قياسية منذ الاستقلال 186.470.762 كلغ من راتنج القنب.

ولا يتسنى لأي مجتمع بمكافحة هذه الآفة الاجتماعية إلا بدراسات وبحوث ميدانية تساعد على فهم ظاهرة تعاطي المخدرات، و معرفة مدى انتشارها في المجتمع.

إن ندرة الدراسات الوبائية على هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري حفزت الباحث خوض هذه الدراسة رغم ما يحيطها من عوائق جمة، كون البحث الإبيديميولوجي يساعد

على تقدير مدى انتشار هذا المشكل الاجتماعي في المجتمع كخطوة أساسية نحو تدبير الوقاية والعلاج والتحكم فيه.

ففي دول عديدة و خصوصا منها السائرة في طريق النمو، تعتمد السلطات المعنية في رسم سياستها لمكافحة المخدرات، على جمع معلومات طارئة أو معلومات بالمصادفة، والتي تكون مبنية على حجم المضبوطات وعدد المقبوض عليهم، و بعض الحوادث التي لها صلة بالمخدرات، فتقيم السلطات المعنية تقديرها لحجم المشكلة وتوزيعها الاجتماعي بناء على هذه البيانات المتفرقة. وعلى هذا الأساس تقوم السلطات بالتخطيط والتنفيذ لمواجهة ومكافحة المشكلة، وتكون بالتالي النتيجة الميدانية لمثل هذا الاقتراب قليلة الفائدة، زيادة على إهدار للمال والجهد والوقت.

فقد تساعد الدراسات من هذا القبيل، على كشف مواد جديدة يشيع تعاطيها بغير تصريح طبي، أو تكشف عن زيادة ملحوظة في معدلات تعاطي مواد معروفة فعلا. وقد تفيد في دعم مصداقية التصنيف الفارماكولوجي لعقار ما بأنه ذو إمكانيات إدمانية وذلك بإلقاء الضوء على مدى انتشار تعاطيه وطبيعة هذا التعاطي. كما يمكن الاستفادة من بعض النتائج الوصفية في حدودها المباشرة، حيث عادة ما تترخر التقارير الإبيديميولوجية عادة بالمعلومات التفصيلية التي تتناول توزيع التعاطي والإدمان حسب العديد من العوامل التي تحمل في طياتها معاني ودلالات اجتماعية، كالسن والجنس والمهنة والحالة الصحية والمستوى التعليمي والانتماء الثقافي والمكانة الاجتماعية والثقافية ومكان الإقامة. وبالتالي توضع هذه التقارير موضع عناية خاصة من طرف السلطات المعنية، بحيث يعتمدون عليها في تصميم مختلف المخططات الوقائية والعلاجية و التأهيلية.

ولقد قام الباحث بتقسيم دراسته إلى ثلاثة أبواب وتسعة فصول، كما هي مبينة أدناه:

الباب الأول : الإقتراب المنهجي والنظري للدراسة، والذي تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول.

أما الفصل الأول فتناول الباحث من خلاله المقاربة المنهجية، بالتطرق إلى الإطار المنهجي بصياغة الإشكالية ووضع مجموعة من الفرضيات، ثم الإجراءات المنهجية والمتمثلة في المنهج المتبع ومجتمع وعينة الدراسة وأدوات جمع المعلومات.

وتناول الفصل الثاني المقاربة النظرية للدراسة، عرض فيه الباحث أهم الأطر النظرية

المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات، و المسار التاريخي و التوزيع الجغرافي للمخدرات.

ثم انتقل الباحث إلى الفصل الثالث والذي يتعلق بالدراسات السابقة الغربية و العربية وأخيرا الدراسات الجزائرية التي تناولت المخدرات.

أما الباب الثاني فخصصه الباحث إلى أنواع المخدرات، أضرارها، أسباب تعاطيها، وأساليب الوقاية منها، وهو مكون من ثلاثة فصول، أما الفصل الرابع، فيدور حول أنواع المخدرات، من خلال شرح أنواع المخدرات والأضرار التي تسببها. وخصص الفصل الخامس في إظهار أسباب تعاطي المخدرات وأساليب الوقاية مع إبراز الدور الوقائي للمؤسسات الاجتماعية ودور المجهودات الدولية في التصدي لظاهرة المخدرات من زراعة و تعاطي و تهريب ومتاجرة. ومن خلال الفصل السادس تناول الباحث ظاهرة المخدرات في المجتمع الجزائري. وذلك بتقديم نبذة تاريخية على المخدرات في المجتمع الجزائري ودور المشرع الجزائري في مواكبة هذه الظاهرة من الجانب القانوني والردعي، مع إظهار طرق تهريب وتعاطي المخدرات عبر التراب الوطني.

ثم يأتي الباب الثالث والمتعلق بالجانب الميداني، والذي تم تقسيمه إلى ثلاث فصول، فيتناول الفصل السابع خصائص أفراد عينة البحث من المتغيرات الشخصية، و الظروف الإقتصادية و الظروف الإجتماعية، وخصص الفصل الثامن لعرض وتحليل البيانات الميدانية. أما الفصل التاسع والأخير فقام الباحث من خلاله مناقشة نتائج الدراسة. وفي الأخير، تم التطرق إلى النتائج العامة للدراسة، وعلى ضوء تلك النتائج وضع الباحث جملة من التوصيات التي يراها ضرورية.

الباب الأول

المقاربة المنهجية والنظرية للدراسة

الفصل الأول : المقاربة المنهجية للدراسة

الفصل الثاني: المقاربة النظرية للدراسة

الفصل الثالث : الدراسات السابقة

الفصل الأول

المقاربة المنهجية للدراسة

المبحث الأول: منهجية الدراسة

المبحث الثاني : الإجراءات المنهجية

الفصل الأول

المقاربة المنهجية للدراسة

المبحث الأول: منهجية الدراسة:

المطلب الأول : موضوع الدراسة:

إن الجزائر وكغيرها من دول العالم تشهد في السنوات الأخيرة تنامي ظاهرة تعاطي المخدرات وترويجها وتهريبها بشكل يبعث على القلق والخوف من مستقبل غامض لهذا المجتمع، لأن ما انتشرت هذه الآفة الاجتماعية في مجتمع ما إلا وقضت على كل مقوماته الحضارية، وخصوصا أن هذا المرض الاجتماعي يمس شريحة في غاية الحساسية، والتي تعتبر المادة الأولية لبلورة وبناء مستقبل البلاد، ألا وهي فئة الشباب.

إن ما يبعث على القلق، هي تلك الإحصائيات المسجلة في السنوات الأخيرة والخاصة بالمخدرات، والتي تنذر بعواقب وخيمة على المجتمع الجزائري على المدى المتوسط والبعيد. حيث تشير المصادر الأمنية أن مشكلة المخدرات في تنامي مستمر، وبوتيرة سريعة، فلقد سجلت أجهزة مكافحة المخدرات بحجز 9 أطنان لمادة القنب في سنة 2005، لترتفع بعدها في 2006 إلى 10 أطنان، لتصل كمية المحجوزات من نفس المادة في 2007 إلى 16,5 طن⁽¹⁾، أي أنه خلال سنتين فقط إرتفعت نسبة المخدرات لمادة واحدة فقط إلى 57%. كم تم حجز خلال سنة 2011، 53323,093 كلغ من راتنج القنب، 39,924 كلغ من بذور القنب، 1019 نبتة من القنب، 262074 قرصا من المؤثرات العقلية و 10 قارورات و 56 علبة و 98 كبسولة من مختلف أنواع سوائل المؤثرات.⁽²⁾ ناهيك عن المواد الأخرى كالكوكاين والأفيون والهيروين، التي تشير المصادر إلى إرتفاعها بمئات المرات مابين سنتي 2005 و 2006 لتصل في عام 2011 إلى 10901,023 غ من الكوكايين، 5,7 غ

⁽¹⁾Salima, Tlemçani . « Trafic de drogue en évolution constante ». El Watan, 8 Février 2008. [http://www.elwatan.com. \(03/11/2011\).](http://www.elwatan.com. (03/11/2011).)

⁽²⁾الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها. الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة.

سنة 2001، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها ، ص 2.

من الكراك، 2496,65 غ من الهيروين وكذلك 850,1 غ من خشخاش الأفيون و 340 نبتة من الأفيون⁽¹⁾. وهذا ما يمثل إلا 10% مما هو متداول في السوق غير المشروعة في الجزائر، "فقد درج كثير من الباحثين المهتمين بمشكلة المخدرات على إحتساب كميات المخدرات المضبوطة بواقع 10% فقط من حجم المخدرات المتداولة، بإعتبار أن هذه النسبة هي التي جرى العرف الدولي على العمل بها"⁽²⁾.

كما تم تسجيل توقيف قرابة 10451 شخص تورطوا في قضايا المخدرات⁽³⁾، أي أن هذا الفئة من المجتمع، علاوة على أنها طاقة معطلة لا تساهم في تطور المجتمع، بل تعيش حالة عليه وتتخر نسيجه الاجتماعي و تعرقل نموه الطبيعي. وهذا ما يوضح جليا مدى خطورة الوضع بالنسبة لبلد كالجزائر، الذي يزخر بكل الخيرات ظاهرة و باطنة، والتي ترشحه لكي يلتحق بالركب الحضاري ويلعب أدوارا رئيسية على المستويين الإقليمي والدولي. إلا أن مشكلة المخدرات قد تهدد كيان المجتمع، وتبعده عن مسار التقدم والرقى، وتعزز فيه نزعة القابلية للإستعمار حسب مفهوم المفكر الجزائري مالك بن نبي.

ثم إذا علمنا أن 85% من المدمنين لا يتعدى سنهم 35 سنة⁽⁴⁾، فزيادة عن كون هذه الفئة تمثل طاقة شابة معطلة، فهي تكلف خزينة الدولة أموالا ضخمة في معالجتها والتكفل بها نفسيا واجتماعيا، فتكلفة علاج مدمن واحد لمدة أسبوع هي 70.000 دج، و 500.000 دج لمعالجة مدمن عولج من قبل (أي معاود) لنفس المدة⁽⁵⁾.

وهكذا نجد أن علاج المدمنين لعام 2007⁽⁶⁾ قد كلف خزينة الدولة الجزائرية ما قيمته 388.150.000 دينار جزائري^(*). وهذا ما يعطي صورة واضحة عن خطورة المشكلة وتداعياتها على جميع الأصعدة. كما أن وجود الجزائر بجوار بلد وهو المغرب الأقصى والذي

(1) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها. الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة، سنة 2001. مرجع سابق، ص 9.

(2) جون.ج.تايلور. عقول المستقبل. ترجمة لطفي فطيم. الكويت: عالم المعرفة، 1985، ص 145.

(3) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها. الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة، سنة 2001. مرجع سابق، ص 13.

(4) فضيلة، ب. "تعاطي المخدرات في الجزائر: 85% من المدمنين لا يتعدى سنهم 35 سنة". الشعب، 11 أبريل 2007.

(5) Salima, Tlemçani . « Trafic de drogue en évolution constante ». El Watan, 8 Février 2008. <http://www.elwatan.com.> ((03/11/2011).

(6) Ali, Titouche. « Lutte Contre la Toxicomanie : Une Bataille qu'il faut gagner ». L'Expression, Mardi 12 Février 2008.

(*) حيث سجلت في 2007 (5545) حالة من المدمنين تم علاجهم.

يعد أكبر منتجي القنب الهندي في العالم بـ 60%⁽¹⁾ ، واتساع الحدود التي تبلغ طولها أكثر من 7000 كلم منها 1600 كلم من الشواطئ، يرشحها أن تصبح بلدا منتجا بعدما كانت منطقة عبور ثم مستهلكة، حيث و بعدما إشتد الخناق على المهربين نحو الدول الأوروبية، أصبح بارونات هذه الأفة يسعون إلى ترويجها بأية طريقة كانت، حتى بخفض الأسعار لتكون في متناول الجميع.

إن خطورة الوضع، والآثار السلبية التي تخلفها هذه المشكلة الإجتماعية، على المتعاطي لتنتقل إلى محيطه العائلي، ثم إلى المجتمع بأسره، والخسائر المادية والصحية، وكل ما يترتب عنها، من تعطيل الطاقات وصرف الهمم، والأموال الطائلة التي تخرج عن مراقبة الدولة، والعملة الصعبة التي تخرج من الحدود بطرق غير شرعية لجلب هذه السموم، يستوجب على كل أفراد المجتمع مكافحتها والعمل على الحد من أثارها.

ووعيا منا بأهمية هذا الموضوع، سنحاول من خلال هذه الدراسة، تسليط الضوء على هذه الظاهرة، وبالأحرى هذه المشكلة الإجتماعية، والتي هي في حقيقة الأمر غريبة على المجتمع الجزائري،(حيث لم تكن موجودة أصلا قبل 1830 أي قبل الإحتلال الفرنسي)⁽²⁾ وتقاليده، وهذا لمعرفة ما هي الدوافع التي تترك شبابا في مقتبل العمر، وفي أوج نشاطهم الفكري، وهم يمثلون بالتالي مستقبل هذا المجتمع، يرمون بأنفسهم في أحضان عالم المخدرات. إلا أن دراسة الشباب بمعزل عن الإطار الإجتماعي العام الذي يكون المجتمع، تعد دراسة تفتقد التوجيه النظري الصحيح، الذي يقوم على ضرورة ربط الشباب بالبناء الاجتماعي والاقتصادي الأشمل⁽³⁾.

ومنه سيتم دراسة هذه الظاهرة من جميع الجوانب، باعتبارها مشكلة اجتماعية*، وليدة خلل اجتماعي عام لنظم المجتمع الاقتصادية والسياسية والاجتماعية على حد سواء،

(1) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها. المجلس الأوروبي مجموعة بومبيدو. دراسة في إطار مشروع MEDSPAD والمرصد الفرنسي لمكافحة المواد النفسية OFDT. فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات وطنية لوقاية من المخدرات ومكافحتها. الجزائر - يومي 03 و 04 ديسمبر 2006، الجزائر العاصمة.

(2) Aïssa, KASMI. Situation actuelle du Phénomène de la drogue en Algérie. Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Onlcdt. Séminaire national d'information et de sensibilisation sur les dangers de la drogue. Tlemcen: 20-21 Novembre 2006.

(3) سامية، الساعاتي. الشباب العربي والتغير الاجتماعي. ط1. لبنان: الدار المصرية اللبنانية، 2003، ص 17.

فتعاطي المخدرات أو الإتجار فيها، ليست أنماط سلوكية منعزلة عن الواقع أو المحتوى الإجتماعي، التي تظهر وتنتشر فيه⁽¹⁾.

وعليه فلا بد من ربط مشكلة المخدرات بوضعية المجتمع الجزائري وطبيعة التحولات البنائية فيه، جراء الهزات الإجتماعية التي وقعت منذ أحداث أكتوبر 1988، من التعددية الحزبية، ودخول الجزائر في إقتصاد السوق، والعولمة التي أزلت الحدود وأضعفت من سيطرة الحكومات على مجالتها الداخلية.

المطلب الثاني: أسباب إختيار الموضوع:

إن موضوع هذه الدراسة، هو دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط طلاب جامعة التكوين المتواصل (الطور التحضيري) في المجتمع الجزائري، وهي تتناول كل أنواع المخدرات والمواد النفسية التي تروج في أوساط الطلاب.

الأسباب الذاتية :

تتمثل الأسباب الذاتية، في كوني عرفت شخصا كنت أكن له كل المحبة والتقدير والاحترام، وهذا لتفوقه العلمي منذ نعومة أظافره، وهذا ما جعله يبلغ أعلى الدرجات العلمية في تخصصه، إلا أنه كان مدمنا، وكلما ارتقى إلى درجة علمية أعلى كلما زاد إدمانا، رغم محاولاته المتكررة للتخلص من هذه الأفة، إلا أنه لم يستطع أن يخرج من عالم الإدمان، فأستسلم له، فضيع معه صحته، ثم عمله ثم عائلته، وأخيرا حياته، فبعدما قضى الإدمان على بعض أعضائه، مات في ظروف أقل ما يقال عنها أنها مأسوية وحزينة. ومنذ ذلك وضميري يعاتبني بإستمرار لكوني لم أستطع مساعدته رغم محاولاتي العديدة، وذلك لكوني لم تكن لدي المعرفة الكافية بهذه المشكلة الإجتماعية، وكيف نتعامل معها. وعلى هذا الأساس تدخل هذه الدراسة وكأنها دين علي إتجاه هذا الإنسان وأمثاله. و محاولة مني تقريب الفهم لأغلب فئات المجتمع، بإعتبار المدمن مريض لابد من علاجه صحيا، ونفسيا، وإجتماعيا، ومحاولة إعادة أدماجه في المجتمع بطريقة مدروسة ووفقا للثقافة المحلية للمجتمع.

⁽¹⁾ أشادية، قناوي . البعد الإجتماعي وراء ظاهرة التعاطي بالقاهرة. القاهرة: جامعة عين شمس، 1999، ص 28.

الأسباب الموضوعية:

أما الأسباب الموضوعية لاختيار هذا الموضوع فهي:

- 1- تنامي ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري
- 2- كون شريحة الشباب في المجتمع الجزائري، تمثل أكثر من 70% حسب الإحصائيات الرسمية لعام 1998⁽¹⁾.
- 3- لكون الشباب موضوع الدراسة، يمثلون المادة البشرية الخام، التي يصوغ منها المجتمع قياداته المهنية والإدارية والفنية في المستقبل، فهم بالتالي نخبة المستقبل القريب.
- 4- اعتبار هذه الفئة من المجتمع، من الجماعات الهشة⁽²⁾، أي سهلة المنال إلى الدخول في عالم الجريمة والمخدرات، وهذا لمرورهم بفترة جد صعبة من مرحلة تكوين شخصيتهم وهي مرحلة المراهقة وبعد مرحلة المراهقة.
- 5- قلة البحوث العلمية والدراسات البوائية في هذا المجال على مستوى الجزائر مقارنة بالدول الأخرى، وإن وجدت فهي محصورة في مناطق محدودة لا تتعدى الولاية الواحدة.

المطلب الثالث : إشكالية الدراسة:

إن المؤسسات التربوية بما فيها الجامعات، تعتبر من بين مؤسسات التنشئة الاجتماعية، وهي تأتي في المرتبة الثانية بعد الأسرة في خلق نماذج وأساليب سلوكية تربوية سليمة عند الأطفال والشباب. حيث يتم في هذه المؤسسات إكتساب المعرفة من جهة والمفاهيم السلوكية المختلفة عن طريق البيئة الاجتماعية مع الرفاق من جهة ثانية.

إن التوجيه السلوكي السليم، التي تغرسه المؤسسات التربوية في التلاميذ في المرحلة الابتدائية والمتوسطة والثانوية، ثم في الطلاب عند دخولهم المؤسسات الجامعية، وهذا بتحصيلهم من جميع أشكال الانحراف، ومنها تعاطي المخدرات، وذلك بقدرتها على إنشاء أجيال ناضجة عقليا وفكريا، وقادرة على مواجهة الصعوبات التي تواجهها دون اللجوء إلى الأساليب السلبية كالتعاطي للمخدرات.

⁽¹⁾ مخبر الوقاية والأرغونوميا، جامعة الجزائر: فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي. مارس 2004.
⁽²⁾ مليكة، لويس كامل وآخرون. دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، القاهرة، 1999، ص 154.

إلا أنه وفي السنوات الأخيرة، إرتفع وبشكل خطير حجم تجارة المخدرات وتعاطيها في العالم، " حيث يشير التقرير السنوي لعام 2011 للمكتب المعني بمكافحة المخدرات والجريمة، أن هناك ما بين 149 و 272 مليون شخص، أو ما بين 3.3 % و 6.1 % من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15-64 سنة، تعاطوا المخدرات غير الشرعية، على الأقل مرة واحدة خلال السنة الماضية (أي خلال سنة 2010). وحوالي نصف هذا العدد يعتبرون ممن يتعاطون حاليا المخدرات، أي أنهم قد تعاطوا خلال الشهر الماضي المخدرات على الأقل مرة واحدة وهذا ما يمثل 5% من إجمالي سكان العالم⁽¹⁾.

وهذا ما يرجعه بعض الأخصائيين إلى نتائج العولمة، حيث زالت الحدود بين عدد كبير من الدول، وتتنوع معها أساليب التهريب لكل الممنوعات بما فيها المخدرات، حيث تستعمل لهذا الغرض أحدث التكنولوجيا، من هواتف الثريا إلى الزوارق المتطورة، إلى السيارات رباعية الدفع..إلخ. فتزايد حجم المخدرات التي تهرب إلى البلاد العربية عامة والجزائر خاصة، أو إستعمالها كمنطقة عبور لموقعها الإستراتيجي، وما يدل على هذا هو تزايد المضبوطات من المخدرات في السوق غير الشرعية في الجزائر، والتي لا تمثل إلا ما بين 10 من إجمالي ما هو متداول في السوق. وهذا زيادة على دخول بعض الأنواع من المخدرات التي هي أشد فتكا وخطرا على المتعاطي وعلى محيطه، كالمهلوسات والمستنشقات والكوكايين والهيرويين، والتي تولد الإعتماد مباشرة بعد التعاطي.

إن هذا التنامي في معدلات التجارة، يعني بعلاقة موجبة زيادة في الطلب، أي إرتفاع عدد المستهلكين، وخصوصا إذا علمنا أنه في الأشهر الأخيرة لسنة 2011 إكتشفت مساحات ضخمة وشاسعة تستعمل لزراعة المخدرات^(*). وهكذا فبعدما كانت الجزائر منطقة عبور ثم مستهلكة يخشى عليها أن تتحول إلى منطقة منتجة للمخدرات. وعليه فإن تنامي ظاهرة تعاطي المخدرات كنتيجة حتمية لما تم ذكره أنفا، قد مس كل الفئات والشرائح، وعلى رأسها فئة الشباب المتمدرس على أخص الخصوص، حيث كشفت دراسة إستطلاعية بالجزائر العاصمة أجريت في جانفي 2005، والتي شملت 36 مؤسسة تربية، أن حوالي 17% من المتمدرسين الذكور، و 13% من الإناث إستهلكوا المخدرات⁽²⁾.

(1) United Nations Office On Drugs and Crime (U.N.O.D.C). World Drug Report 2011. United Nations, New York, 2011. P.22 .

(*) لقد تم حجز 3163 نبتة قنب سنة 2010 و 868 نبتة الأفيون لغرض الزراعة على المستوى الوطني.
(2) "تقرير لدراسة إستطلاعية قامت بها "ميد/سباد" والتي شملت 3180 تلميذ للجزائر العاصمة". جريدة الخبر، 05 ديسمبر 2006.

إن وراء هذا التنامي لظاهرة تعاطي المخدرات وخصوصا لدى فئة الشباب، العديد من العوامل والأسباب، والظروف والمتغيرات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والثقافية التي أدت إلى وقوع هذه الظاهرة، وساهمت بشكل أو بآخر في تطورها.

إذن على ضوء ما سلف ذكره، يمكن طرح التساؤلات التالية :

1. ما حجم انتشار تعاطي المخدرات في أوساط الطلاب المسجلين في الطور التحضيري بجامعة التكوين المتواصل ؟

2. هل للواقع الأسري أثر على المراهق في دخوله عالم المخدرات (المستوى التعليمي للوالدين، ومهنة الوالدين، ومعاملة الوالدين للمراهق)؟

3. ما هي أنواع المخدرات التي تعاطاها أو ما يزال يتعاطاها طلاب جامعة التكوين المتواصل؟

4. ما هي أهم طرق تعاطي المخدرات؟

5. ما هي أهم الظروف التي تساعد على البدء والاستمرار في تعاطي المخدرات؟

6. ما هو المكان الذي بدأ فيه المبحوثين التعاطي لأول مرة؟ وما هو سن بداية التعاطي؟ وما هو نظام أو وتيرة التعاطي عندهم؟ وهل هو نفسه في جميع مناطق التراب الوطني، أم يختلف تبعا للثقافات الفرعية لكل منطقة؟

7. ما هو المكان المفضل للتعاطي، و الأوقات المفضلة للتعاطي، ومع من يفضل المتعاطي تعاطي المادة المخدرة؟

8. هل الطالب المدخن للتبغ أكثر عرضة من غيره في المجموعات الهشة إلى دخول عالم المخدرات؟

9. هل يساهم الوازع الديني في اجتناب الشباب للمخدرات، وهل يساهم في الإقلاع عن تعاطي المخدرات؟

10. ما هي مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة الدراسة، وهل هي بنفس الدرجة عند المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات؟

11. هل كل الذين جربوا تعاطي المخدرات ما يزالون يتعاطونها، أم أن هناك من حاول التوقف عن التعاطي؟ و ماهي أسباب نجاح وفشل المحاولة في الإقلاع إن وجدت؟

12. هل انعدام أو نقص الفضاءات الترفيهية في الأحياء يؤدي بالشباب إلى السلوك الانحرافي ومنه تعاطي المخدرات؟
13. ماهي أنجع طرق الوقاية من المخدرات التي يراها الطالب أن لها تأثيرا إيجابيا وفعالا في مرحلة مبكرة من المراهقة؟

المطلب الرابع : فرضيات الدراسة :

- الفرضية الأولى :** إن المعاملة التسلطية للوالدين أو أحدهما، يؤدي بالابن إلى السلوك الانحرافي ومنه إلى تعاطي المخدرات.
- الفرضية الثانية :** كلما كان المستوى الدراسي للوالدين متدنيا، كلما كانت نسبة تعاطي المخدرات عالية، والعكس صحيح.
- الفرضية الثالثة :** إن التفكك الأسري، وعدم متابعة الوالدين لأبنائهما، وغياب الحوار بين الآباء و الأبناء، يؤدي بالشباب إلى دخول دائرة تعاطي المخدرات.
- الفرضية الرابعة :** إن الظروف التي تساعد على بدأ والاستمرار في تعاطي المخدرات هي التدخين، فالطالب المدخن يكون أكثر عرضة من غيره في المجموعات الهشة إلى دخول عالم المخدرات.
- الفرضية الخامسة:** إن ضعف الوازع الديني لدى الطلاب، وعدم معرفتهم بالحكم الشرعي لاستهلاك المخدرات، أدى إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات لدى فئة طلاب جامعة التكوين المتواصل (الطور التحضيري).
- الفرضية السادسة:** كلما كان مصدر المعلومات عن المخدرات من الأصدقاء كلما كان احتمال تعاطي المخدرات أكبر.
- الفرضية السابعة:** إن عدم تحذير الطفل منذ صغره، وخصوصا في مساره الدراسي عن مساوئ وأضرار المخدرات، من العوامل التي تساعد الشباب على تجريب المخدرات ولو لمرة واحدة خلال حياتهم.

الفرضية الثامنة: إن النقص الملحوظ للفضاءات الترفيهية، والمرافق الرياضية على مستوى الأحياء في المدن الكبرى، أدى بالشباب عامة و الطلاب خاصة اللجوء إلى السلوك الإنحرافي، ومنه الدخول في عالم المخدرات.

المطلب الخامس : أهمية الدراسة:

تبرز أهمية إجراء الدراسة الحالية في كل من :

- 1- تزايد حجم تجارة المخدرات في العالم، وبالتالي تزايد عدد المتعاطين والمدمنين لهذه الآفة.
- 2- مناقشة، وتحليل ظاهرة تعاطي المخدرات كمشكلة إجتماعية، والتي أصبحت تعاني منها كل دول العالم دون إستثناء، بما فيها الدول العربية والإسلامية، ومنها الجزائر.
- 3- الأهمية الحيوية لجمهور الشباب على مستوى المجتمع الجزائري عامة، و الطالب الجامعي على الخصوص، والذي يمثل مستقبل المجتمع، و في نفس الوقت يعتبر من الجماعات الهشة، حيث يرتفع إحتمال التعاطي لديها أكثر من الفئات الأخرى.
- 4- بعدما كانت الجزائر منطقة عبور للمخدرات "73،87 % من المخدرات موجهة إلى دول أخرى تمر عبر التراب الوطني"⁽¹⁾، وبنسبة أقل مستهلكة لهذه الآفة "حيث 26،13 % من هذه الكمية تستهلك محليا" ، أصبحت في السنوات الأخيرة، تزرع فيها المخدرات، ولو في مناطق جد محدودة، مما يكسب هذه الدراسة أهمية بالغة.
- 5- ندرة البحوث الوبائية، التي تتناول دراسات مسحية لظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري.

المطلب السادس : أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- 1- الوقوف على حجم ظاهرة تعاطي المخدرات لدى فئة طلاب للطور التحضيري لجامعة التكوين المتواصل عبر كامل التراب الوطني.

⁽¹⁾ مخبر الوقاية والأرغنوميا ، جامعة الجزائر . فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي. مارس 2004.

2- الكشف عن العوامل المسببة لظاهرة تعاطي المخدرات لدى طلاب الطور التحضيري لجامعة التكوين المتواصل.

3- الوقوف على الآثار النفسية والجسمية والاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن التعاطي للمخدرات.

4- معرفة توجهات طلاب الطور التحضيري لجامعة التكوين المتواصل نحو المخدرات.

5- طرح تصورا وقائيا لمواجهة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب.

المطلب السابع : تحديد المفاهيم:

إن تحديد المفاهيم مسألة في غاية الأهمية في البحوث العلمية عامة، و الاجتماعية خاصة، بحيث يقوم الباحث بتحديد دقيق وواضح لمعنى كل مفهوم من المفاهيم العلمية التي تستخدم في البحث العلمي، والتي يرى أنها لا تحمل معنى واحدا متفقا عليه بالنسبة لجميع المتخصصين. " ويطلق على تعريف المفهوم، بإستخدام مفهومات أخرى أكثر بساطة أو أكثر قربا من الأشياء الملاحظة تسمية التعريف المجرد، وهذا التعريف هو همزة الوصل بين البحث وبين النظرية الإجتماعية"⁽¹⁾. وذلك لأن البحث العلمي يحتاج إلى درجة كبيرة من الدقة والتحديد كما أن البحث الإجتماعي إلى جانب ذلك، يستمد أغلب مفاهيمه من لغة الحياة العلمية، وعموما تبرز أهمية تحديد المفاهيم في العلوم الاجتماعية بصورة أكثر من العلوم الطبيعية⁽²⁾ ، وبالتالي لا يستطيع أي بحث أو دراسة علمية الاستغناء عن تحديد المفاهيم المستعملة. وعلى هذا الأساس، فإذا كان تحديد المفاهيم أمرا لازما في المناقشات العامة فإنه يصبح ألزم وأوجب في البحث العلمي على وجه العموم، والبحث الاجتماعي على وجه الخصوص.

والمفاهيم التي استخدمت في ميدان المخدرات عديدة ومختلفة ومتشعبة، ويعود سبب هذا التنوع إلى المنطلق النظري الذي اعتمد عليه، والزاوية التي بلور منها الأخصائي رؤيته. ولقد اعتمدنا في بحثنا على عدة مفاهيم، وهي المخدرات، التعاطي، الإدمان، الشباب، الانحراف.

⁽¹⁾ طلعت، إبراهيم لطفى. أساليب وأدوات البحث الاجتماعي. القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، دون سنة، ص34.

⁽²⁾ محمد، شفيق، البحث العلمي. ط4. الإسكندرية: المكتبة الجامعية، 2000، ص64.

1- مفهوم المخدرات :

المخدرات لغة كلمة مشتقة من الخدر، فهي " المادة التي تحدث خدرا في الجسم عند تناولها، فخدر أي إستتر عراه فتور وإسترخاء، فتدل على الستر، أي حجاب العقل والذهاب به"⁽¹⁾. وجاء في لسان العرب أن الخدر: ستر يمد للجارية في ناحية البيت، والخدر: إمذلال يغطي الأعضاء: الرَّجُلَ وَالْيَدَ وَالْجَسَدَ. والخدر من الشراب والدواء: وهو فتور يعتري الشارب وضعف. والخدر: الكسل والفتور؛ أما خدر: كأنه ناعس. والخادر : أي الفاتر الكسلان⁽²⁾. فإستعمال العرب قديما لهذه الكلمة هو الدلالة على الستر، وفي هذا الصدد جاء في قصيدة كعب بن زهير⁽³⁾ والتي مدح فيها النبي (صلى الله عليه وسلم):

من خادر من ليوث الأسد مسكنه في بطن عثر غيل دونه غيل

فالمعاني متقاربة، حيث توضح أن الكلمة أي الخدر تدور حول معنى من معاني الستر، والخادر والمخدر أي المستتر سواء كان ذلك جارية أو رجلا أو أسدا، وفي عدن (اليمن الجنوبية) يطلقون لفظ المخدر على خباء كبير لحفلات الزواج لأنه يستتر المدعوين ويظلمهم.

أما اصطلاحا فيعرف المخدر بأنه كل مادة يؤدي تناولها إلى إنهاك أو تنشيط للجسم مع تأثير العقل⁽⁴⁾. "والخدر شرعا هو ما غيب العقل أو أذهبه دون الحواس من غير نشوة أو طرب"⁽⁵⁾ ، ويقول علماء الحنفية في هذا المجال: "وأنه لما كان الكثير من هذه المواد (أي الحشيش) يخامر العقل ويغويه ويحدث الطرب واللذة عند تناولها، مما يدعوهم إلى تعاطيها والمداومة عليها، كانت داخلة فيها حرمة الله تعالى في كتابه العزيز وعلى لسان رسوله الكريم (صلى الله عليه وسلم)"⁽⁶⁾.

(1) مجمع اللغة العربية. المعجم الوسيط. ط3. القاهرة: درا المعارف، 1972، ص228.

(2) ابن المنظور. لسان العرب، المجلد الثالث عشر. ط3. بيروت: دار صادر، 1994، ص368.

(3) محمد، علي البار. المخدرات الخطر الداهم: الأفيون ومشتقاته. ط2. دمشق: دار القلم، 1998، ص95.

(4) عبد الرحمن محمد، أبو عمه. حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات في الوطن العربي. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم أمنية،

مركز الدراسات والبحوث، 1419هـ، 1998. ص11.

(5) نفس المرجع ص11.

(6) محمد، المقصود. المخدرات بين الوهم والتدمير. وزارة الإعلام لجمهورية مصر العربية، دون سنة، ص103.

أما التعريف القانوني للمخدر، فهو "مجموعة المواد المؤثرة على الجهاز العصبي أو العقل ويحظر تناولها أو زراعتها أو صنعها، إلا لأغراض يحددها القانون وتكون مشروعة بواسطة أشخاص مرخص لهم بذلك"⁽¹⁾.

لقد عرفت لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية عام 1969، المخدر على أنه : "كل مادة تدخل إلى الجسم الكائن الحي، وتعمل على تعطيل واحدة أو أكثر من وظائفه"⁽²⁾.

والتعريف الدوائي أو الفارماكولوجي للمخدرات: " بأنها مجموعة من العقاقير التي تؤثر على النشاط الذهني والحالة النفسية لمتعاطيها، إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو إبطاء نشاطه، ، أو بما تؤدي إليه من هلوسة وتخيلات، وهي في كل الأحوال تؤدي بإعتيادها إلى حالة من التعود الملزم والإدمان، تضر بالصحة العامة، وتؤدي إلى مشكلات إجتماعية متعددة وضارة، تنعكس أثارها على الفرد والأسرة والمجتمع"⁽³⁾.

أما سعد المغربي فيعرف المخدر بأنه " كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على جواهر منبهة أو مسكنة، من شأنها إذا إستخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة، أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد والمجتمع جسميا ونفسيا وإجتماعيا"⁽⁴⁾.

ولقد أجمعت الإتفاقيات الدولية على تعريف المخدرات بأنها : " جميع مواد التخدير الطبيعية والصناعية الخاضعة للرقابة الدولية، وفقا لاتفاقية سنة 1961 والتي تعرف بالإتفاقية الوحيدة للمخدرات "⁽⁵⁾.

وهكذا يتبين من خلال ما تم سرده أنفا أنه يوجد تعاريف مختلفة لمفهوم المخدر، فرغم إختلافها ظاهريا، إلا أن مضمونها يكاد يتفق على النقاط التالية:
أن المخدرات تنقسم إلى طبيعية ونصف مخلقة ، ومخلقة، وتعاطي هذه المواد المخدرة يؤدي إلى تثبيط أو تنويم أو تنشيط الجهاز العصبي، والإستعمال المتكرر بدون رأي طبي يؤدي إلى الإدمان.

(1) أحمد، فتحي سرور. الوسيط في قانون العقوبات. مصر: دار النهضة العربية، 1981، ص 355.

(2) أنقلا عن، فؤاد بسيوني. ظاهرة انتشار إدمان المخدرات ط2. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص28.

(3) فتحي، عيد. دليل العمل في مجال ضبط المخدرات. القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، 1984، ص 5.

(4) سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية. ط2، مصر: دار الراتب الجامعية، 1984، ص 39.

(5) أنقلا عن عبد الصمد، سكر. التعاون الدولي الأمني في مكافحة الجرائم المعاصرة. مصر: أكاديمية الشرطة، 1997، ص 228.

وعلى هذا الأساس ولا اعتبارات منهجية، سنستخدم في دراستنا التعريف الإجرائي التالي: المخدرات هي كل مادة سواء كانت في شكلها الطبيعي أو نصف مخلقة أو مخلقة، يؤدي تناولها بطريقة غير شرعية وغير مقننة إلى تثبيط أو تنشيط أو هلوسة متعاطيها، وقد تؤدي إلى الإدمان في حالة تعاطيها بشكل منتظم، وتحدث حالة الانسحاب في حالة الامتناع عن تعاطيها.

2- مفهوم تعاطي المخدرات :

استخدم المختصون هذا المفهوم للدلالة على سوء استعمال المخدرات، وكلمة تعاطي هي ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية (Abuse).

لقد ورد في لسان العرب لابن منظور " والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله"⁽¹⁾ ، و هذا ما يجعلنا نقول للمريض عند إستعماله الدواء، تناول المريض الدواء، ولا نقول تعاطى المريض الدواء، ولكننا نقول تعاطى الشاب المنحرف المخدر، ولا نقول تناول المخدر. " ويشار بالمصطلح (أي التعاطي) إلى التناول المتكرر لمادة نفسية، بحيث تؤدي أثارها إلى الإضرار بمتعاطيها"⁽²⁾. ونشير إلى أن التعاطي لا يتبعه بالضرورة ظهور الاعتماد.

وهناك من يرى أن تعاطي المخدر: "بأنها رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة، تعرف إراديا عن طريق المصادفة على اثارها المسكنة والمخدرة أو المنبهة والمنشطة، تسبب حالة من الإدمان تضر بالفرد جسما ونفسيا ولجتماعيا"⁽³⁾. يمكننا من خلال التعريفات التي سبق ذكرها، حوصلة توافقها في العناصر التالية: -أن التعاطي يبدأ بالتجربة وحب الاستكشاف، -ولا يؤدي حتما إلى الإدمان، - وأن تعاطي بعض المواد تؤدي إلى الإدمان دون الأخرى.

التعريف الإجرائي لتعاطي المخدرات:

وعلى ضوء ما تم ذكره أنفا، يمكننا استخلاص التعريف الإجرائي وهو كالآتي : تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب المسجل في الطور التحضيري بجامعة التكوين

(1) ابن المنظور، لسان العرب. مرجع سابق، ص 350.

(2) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1996، ص 25.

(3) رشاد أحمد، عبد اللطيف. الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1999، ص 36.

المتواصل، هو تناول غير شرعي وبدون موافقة طبية لأي مادة نفسية، طبيعية كانت أو نصف مخلقة أو مخلقة، بشكل استكشافي أو تجريبي، متقطع كان أو منتظم.

3- مفهوم الإدمان:

الإدمان لغويا، هو الإستمرار في تعاطي الخمر أو المخدر مع صعوبة التوقف والإقلاع عنه، ويعرفه مصطفى سويف⁽¹⁾: " بأنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية، أو لمواد نفسية، لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن إنشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الإنسحاب إذا ما إنقطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى إستبعاد أي نشاط آخر". ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي :

- أ- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة، وهو ما يعرف بالتحمل،
- ب- وإعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة،
- ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة،
- د- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي وسيلة،
- هـ-تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

يجب الإشارة، أنه وبعد جدل كبير منذ العشرينيات وحتى الستينيات من القرن العشرين حول التمييز بين مفهومين كل من الإدمان والتعود، أوصت هيئة الصحة العالمية في أوائل الستينيات بإسقاط المصطلحين: الإدمان والتعود، على أن يحل محلها معا مصطلح أو مفهوم جديد هو الإعتماد.

أما التعريف الفارماكولوجي، "فهو مرض مخي تظهر أعراضه على شكل سلوك قهري، والدخول في الإدمان أو الخروج منه ينبغي أن يعتم على عوامل سلوكية وبيولوجية واجتماعية معا"⁽¹⁾.

(1) مصطفى، سويف . المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. مرجع سبق ذكره، ص 16.
(2) عبد الهادي، مصباح. الإدمان. ط1. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية ، 2004، ص 35.

أما منظمة الصحة العالمية (*) فتعرف إدمان المخدرات " بأنه حالة تسمح دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع، وتنتج من تكرار تعاطي عقار طبيعي أو مصنوع" (1).

4- مفهوم الاعتماد: Dependence :

يلاحظ في بعض الأدبيات الاجتماعية أن هناك من يستخدم مفهوم الاعتماد بمعنى الإدمان، بحيث يتضمن مفهوم الاعتماد جميع أنواع المخدرات سواء نتج عن تعاطيها اعتماد جسدي أم لم ينتج (2). إلا أن روبيرت روبر Robert Roop يرى أن استعمال مفهوم الإدمان يبقى قاصرا على المخدرات التي يصاحبها في حالة الامتناع اعتماد جسدي، فالإدمان من وجهة نظره يجب أن يكون جسمانيا- قهريا كحاجة ملحة لا تتطفىء. أما Terrence and Others فيرون أن مفهوم الإدمان يجب أن يتضمن الاعتماد بنوعيه العضوي والنفسي دون التمييز بينهما (3). ويظهر الاعتماد الجسدي من خلال ظهور أعراض الانسحاب والانقطاع عن تناول مخدر على الجسم، أما الاعتماد النفسي، فيشير إلى الرغبة الجارفة الإلزامية العارمة أو الحاجة المستمرة للتعاطي، التي تكون مقدرة تقديرا ذاتيا عاليا بمدى التأثيرات التي يحدثها المخدر (4).

5- مفهوم الاعتیاد: Habituation :

عرفته لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية، بأنه حالة تنتج من جراء الاستهلاك المستمر لعقار ما، وتتصف بالخصائص التالية (5):

- أ- رغبة قهرية للاستمرار في التعاطي،
- ب- ميل ضئيل لزيادة الجرعة، وقد لا ينشأ هذا الميل إطلاقا،
- ت- درجة ما من الاعتماد النفسي مع عدم وجود اعتماد جسدي أو أعراض الانسحاب، وتقتصر آثار الاعتیاد على الفرد فقط.

(*) Drug addiction is a state of peridodic or chronic intoxication detrimental to the individual and society produced by repeated consumption of drug (natural or synthetic).

(1) سعد، المغربي . المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية . مرجع سابق، ص 206.

(2) السيد، متولي العشماوي. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان. الجزء الأول، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، الجزء الأول، 1414هـ، ص 51.

(3) السيد، متولي العشماوي. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان . مرجع سابق، ص ص 46-47.

(4) K., Singer. The Prognosis of Narcotic Addiction. Boston, London : Buterworths. 1975.

(5) السيد، متولي العشماوي. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان. مرجع سابق، ص 43.

6- مفهوم اللهفة Craving:

هي الرغبة في العقار ومتعته يحتاج لها المدمن، وتلح عليه بصورة قهرية تكرارية، تدفع المدمن بصورة لا شعورية، وهدفها المتعة والراحة والنشوة، واللهفة تجعل المدمن لديه الاستعداد للتضحية بكل شيء في سبيل نشوة العقار. واللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي دائما تراود فكر المدمن، وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة، واللهفة موجة Wave مؤقتة، لها بداية ثم ذروة، ثم نهاية⁽¹⁾. ويكون المدمن قد تعلق في هذا الحال بالعقار تعلقا كبيرا، فالعقار هنا صاحبه، وونيسه، وقرينه، وجليسه، وكل شيء له. ويتغلل العقار هنا داخل أغوار شخصيته حتى يصبح أحد مكوناته، فيصبح الفرد كائنا عقاريا لا يعيش إلا من أجل هذا العقار⁽²⁾.

7- مفهوم التحمل Tolerance:

تعرف قوة التحمل بأنها تدن في التجاوب الفيسيولوجي أو المسلكي مع الجرعة ذاتها من دواء ما والحاجة إلى زيادة الجرعة للإبقاء على أثر ثابت. وهناك أنواع مختلفة من التحمل من أمثلتها⁽³⁾:

أ- تحمل مكتسب (التحمل المسلكي)،

ب- التحمل المتصالب: يتطور التحمل المتصالب بين أدوية المجموعة الواحدة.

8- مفهوم التسمم Intoxication:

حالة تعقب إحدى المواد النفسية وتتطوي على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف والإدراك، والوجدان، أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطا مباشرا بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت، ويبرأ الشخص منها تماما، إلا إذا كانت بعض الانسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى، يحدث هذا أحيانا على أثر شرب الكحوليات⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ محمد سلامة، غباري. الإدمان: خطر يهدد الأمن الاجتماعي. ط1. الأسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، 2007، ص49.

⁽²⁾ مدحت عبد الحميد، أبو زيد. لهفة الإدمان وتشخيصها وعلاجها. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص60.

⁽³⁾ صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. الدليل الطبي للعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، 1999، ص15.

⁽⁴⁾ مصطفى سويف المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص 23.

9- مفهوم الانسحاب: Withdrawal:

هي مجموعة أعراض متباينة الشدة، ترتبط بالاعتماد العضوي للشخص على المادة المؤثرة نفسياً، وتحدث عند الانسحاب-الانقطاع عن التعاطي أو تقليل الجرعة المتعاطاة- المطلق أو النسبي للمادة بعد فترة من الاستخدام المتكرر، أو الجرعات العالية من هذه المادة، وترتبط الأعراض الانسحابية بنوع المادة، وبمقدار الجرعة المستخدمة قبل الانقطاع مباشرة، وتضم هذه الأعراض اضطرابات نفسية كالقلق، والاكتئاب، واضطرابات النوم⁽¹⁾. وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوجي، وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد.

10- مفهوم التعاطي التجريبي أو الاستكشافي Experimental Use or Abuse

هو عملية تعاطي المواد النفسية في أول عهد التعاطي بها، وهو بعد مرحلة تجربتها لاستكشاف أحواله معها، حتى يترتب على ذلك الاستمرار في تعاطيها أو الانقطاع عن التعاطي⁽²⁾.

11- مفهوم التعاطي المتقطع أو بالمناسبة: Occasional Use

عملية تعاطي المواد النفسية كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك، من هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة، كالحفلات و الأفراح، وتختلف هذه العملية في ارتفاعها باختلاف البيئات الحضرية العريضة، كما تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التي ينتمي إليها المتعاطي. ويشير التعاطي المتقطع إلى مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي التجريبي) في ارتباط المتعاطي بالتعاطي⁽³⁾.

12- مفهوم التعاطي المنتظم: Regular Use

عملية التعاطي المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة، يجري توقيتها بحسب إيقاع داخلي (سيكوفيزيولوجي) لا على حسب مناسبات خارجية اجتماعية، وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي بالمناسبة) في تعلق المتعاطي بالتعاطي⁽⁴⁾.

(1) نقلاً عن روبرت ديجارليه، وآخرون. الصحة العقلية في العالم. ترجمة: إيهاب عبد الرحيم. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة، 2004، ص 38.

(2) مصطفى سويف. المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص 25.

(3) نفس المرجع، ص 25.

(4) نفس المرجع، ص 25.

13- مفهوم التعاطي المتعدد للمواد النفسية Multiple Drug Use

يشار بهذا المصطلح إلى تعاطي المتعاطي عددا من المواد النفسية، بدلا من الاقتصار على مادة واحدة، وقد يتعاطى هذه المواد المتعددة معا في وقت واحد، وقد تكون الإشارة إلى انتقاله من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة⁽¹⁾.

14- مفهوم المادة النفسية Psychoactive drug :

هي تلك المادة التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط أو تسبب الهلوسة والتخيلات، وتؤدي -تبعاً لذلك- إلى التعود أو الاعتماد وتضرر الإنسان صحيا واجتماعيا، وينتج عن ذلك أضرار اجتماعية واقتصادية للفرد والمجتمع، وتحظر الشرائع السماوية والاتفاقات الدولية والقوانين المحلية استعمالها⁽²⁾. وتكون هذه المادة ذات تأثير طبيعي أو صناعي، يتم تعاطيها بهدف إحداث أثر نفسي معين، و بكل أحد أشكال الإضطرابات النفسية ناتجا للتعاطي⁽³⁾.

15- مفهوم الجرعة الزائدة: Over Dose

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة (Standardised Dose)، وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي المستمر (سواء كان الاستمرار منتظما أو متقطعا) أن يتعاطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة⁽⁴⁾. فإذا زادت الجرعة عن ذلك (لسبب ما) في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث أثارا معاكسة حادة، وتكون هذه الآثار غالبا مؤقتة ثم تزول تلقائيا، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية، وفي بعض الحالات قد تصل شدة هذه الآثار بالمتعاطي إلى الموت⁽⁵⁾.

16- مفهوم الاعتماد المتعدي Cross-dependence :

هذا مصطلح فارماكولوجي يستخدم للإشارة إلى إمكانية أن تحل مادة نفسية محل مادة نفسية أخرى محدثة للاعتماد، ويكون ذلك بأن تمنع هذه المادة الجديدة ظهور الأعراض الانسحابية التي تترتب على التوقف عن تعاطي المادة السابقة عليها⁽⁶⁾.

(1) مصطفى سويف. المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص 25.

(2) عبد اللطيف، رشاد أحمد. الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1999، ص 5.

(3) عبد الله السيد، عسكر. مدخل إلى الإضطرابات النفسية. الجزء الأول. القاهرة: الانجلو-المصرية، 1999، ص 5-6.

(4) عبد الإله، بن عبد الله المشرف و رياض بن علي الجوادي. المخدرات والمؤثرات العقلية، أسباب التعاطي وأساليب المواجهة. ط1. الرياض:

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 1432هـ، 2011م، ص 15.

(5) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص 27.

(6) نفس المرجع، ص 27.

17- مفهوم الشباب :

جاء في لسان العرب⁽¹⁾ أن الشباب جمع شاب، وكذلك الشبان، والشاب لغة هو الفطاء والحادثة. شَبَّ يشبُّ شاباً وشبيبةً .

و"الشباب ظاهرة اجتماعية تشير إلى مرحلة من العمر تعقب مرحلة المراهقة، وتبدو خلالها علامات النضج الاجتماعي والنفسي والبيولوجي واضحة، ويعد الشباب من أكثر الشرائح الاجتماعية تفاعلاً مع التغير الحادث في المجتمع"⁽²⁾.

إلا أن جل المجتمعات تفضل تحديد بداية مرحلة الشباب ونهايتها وفقاً لجملة من المعايير، حتى أننا نجد في المجتمعات التقليدية من يلجأ إلى بعض الطقوس يتعين على الفرد القيام بها لكي يكتسب من خلالها المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها الشباب. "وكلما ازدادت المجتمعات تعقيداً وتبانياً، نتيجة للتطورات التي شهدتها النظم الاقتصادية والثورة الصناعية والإدارية، تصبح عملية تحديد بداية مرحلة الشباب إحدى مظاهر التطور الاجتماعي، وعاملاً رئيسياً من عوامل تنمية الثقافة وتغيير المجتمع ككل، إذ أن هذا التحديد مرتبط بالتغيرات التي طرأت على نظام التعليم في المجتمع، حيث يتوقع المجتمع من الشباب الذي يحصل على قسط لا بأس به من التعليم الرسمي أن يقوم بدوره في إحداث التغيرات الاجتماعية المرغوبة، والتي تدفع بالمجتمع إلى مزيد من التقدم والنمو الاجتماعي"⁽³⁾.

أما علماء الاجتماع فيحددون مفهوم الشباب، زيادة عن التحديد العمري الذي يقع بين خمسة عشر وثلاثين، بأن "فترة الشباب تبدأ حينما يحاول المجتمع تأهيل الشخص لكي يحتل مكانة اجتماعية ويؤدي أدواراً جماعية في بنائه، وتنتهي حينما يتمكن الشخص من احتلال مكانته وأداء أدواره في السياق الاجتماعي وفقاً لمعايير اللعبة الاجتماعية"⁽⁴⁾. وهكذا يعتمد علماء الاجتماع لمفهوم الشباب على طبيعة ومدى إكمال مجموعة الأدوار الاجتماعية التي تؤديها الشخصية الشابة.

في حين يربطون علماء النفس وعلماء النفس الاجتماعي، بداية ونهاية الشباب بمدى إكمال بناء كل عضو من أعضاء هذه الفئة الذي يتمكن عن طريقه من التفاعل

(1) ابن المنظور. لسان العرب. مرجع سابق، ص 481.

(2) سامية، الساعاتي. الشباب العربي والتغير الاجتماعي . ط1. مصر: الدار المصرية اللبنانية، 2003، ص 15.

(3) سامية، الساعاتي. الشباب العربي والتغير الاجتماعي ، مرجع سابق ص 15.

(4) مسعد سيد، عويس. دور المؤسسات الرياضية والشبابية في مواجهة الإدمان. مصر: مطابع الشرطة للطباعة والنشر والتوزيع، 2004، ص 47.

السوي في المجال الاجتماعي بينما نجد لعلماء البيولوجيا رؤيتهم التي تؤكد على الربط نهاية مرحلة الشباب بإكتمال نمو البناء العضوي والفيزيقي من حيث الطول والعرض، ومن حيث نمو وإكتمال كافة الأعضاء التي لها وظائف معينة في بناء الجسم سواء كانت خارجية أو داخلية، كالغدد مثلاً والأجهزة الحيوية⁽¹⁾.

وعلى ضوء ما سبق، نلاحظ أن دورة حياة الإنسان قد تقسم إلى أربع مراحل وهي :

المرحلة الأولى : وهي مرحلة الطفولة، وغالباً ما يتم فيها التكوين البيولوجي.

المرحلة الثانية : وهي مرحلة الشباب، وتتمثل في إكتمال بيولوجي نفسي واجتماعي.

المرحلة الثالثة : وهي مرحلة الرجولة، وتعد امتداد للإكتمال البيولوجي النفسي والاجتماعي.

المرحلة الرابعة: وهي مرحلة الشيخوخة، و كبدائية في تحلل الإكتمال البيولوجي النفسي الاجتماعي.

فالمرحلة الثانية وهي مرحلة الشباب، وتعتبر مرحلة المعاناة، لأنها تمثل مرحلة الإكتمال، ويحدث فيها التفاعل، والفعل ورد الفعل، "وهو ما يتمتعون به من قدرة على الإبداع والإبتكار، فالشباب يتطلع باستمرار إلى تبني ما هو جديد، ومن ثم فهم مصدر من مصادر التغير الاجتماعي في المجتمع"⁽²⁾.

التعريف الإجرائي لمفهوم الشباب:

"الشباب يمثل شرائح اجتماعية متباينة الأصول، فهي لا تمثل طبقة اجتماعية ولا فئة اجتماعية واحدة، وعلى الرغم من الاختلاف حول تحديد شرائح ومعايير هذا التحديد، فإن معظم الباحثين يعتمدون على معيار العمر"⁽³⁾. وعليه فيمكن تحديد المرحلة العمرية لفئة الشباب في هذا البحث من (18 إلى 33) سنة، فهي تمثل مرحلة التغيرات الفسيولوجية التي تعقب مرحلة المراهقة، وتبدو خلالها علامات بداية النضج الاجتماعي النفسي البيولوجي، مما يؤثر في تشكيل نمط الشخصية التي تتأثر بالأوضاع والظروف المجتمعية، وغالباً ما نجد أن شخصية الشباب قابلة للتغير والتأثير عليها من السهولة بمكان⁽⁴⁾.

(1) مسعد سيد، عويس. دور المؤسسات الرياضية والشبابية في مواجهة الإدمان. مرجع سابق، ص 48.

(2) سامية، الساعاتي. الشباب العربي والتغير الاجتماعي. مرجع سابق، ص 18

(3) صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. الشباب المصري وظاهرة المخدرات . ط1. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي،

2002، ص 3.

(4) نفس المرجع، ص 32

18- مفهوم الظروف الاجتماعية:

هو ذلك الفضاء أو المحيط الأسري الذي يتحرك فيه الطفل، ويتضمن كل العناصر المادية والبشرية والعلاقات القائمة بين جميع أفراد الأسرة⁽¹⁾. ومحتويات هذا المحيط الأسري من حيث السكن وغرفته وحجمه وضيقة واتساعه ومحتوياته وموقعه، والوضع الاقتصادية السائدة في الأسرة من حيث الدخل والانفاق وإشباع الحاجات ووجود دخل إضافي، بالإضافة إلى بعض الكماليات التي تدل على البهجة كالسيارة مثلاً، والاستقرار الأسري والمستوى التعليمي للوالدين ومدى وعيهما والمكانة المهنية لهما، وإتباعهما لسياسات تنظيم النسل، كذلك تشمل الأسلوب التربوي المتبع من طرف الوالدين في معاملة أبنائهما. وقد تتحول الظروف الاجتماعية للأسرة إلى مشاكل اجتماعية وهذا لإحساس الأفراد بها، بمعنى أن الظروف الاجتماعية لا تكون مشاكل اجتماعية إلا إذا أحس بها الأفراد، فمثلاً هناك أسر فقيرة في المجتمع لكنها لا تعتبرها مشكلة⁽²⁾.

19- مفهوم التفكك الأسري:

يقصد بالتفكك الأسري، أنه فك الشيء بعد ترابطه وفصله من تجمعه. يشير مفهوم التفكك الأسري إلى اختلال السلوك في الأسرة، وانهيار الوحدة الأسرية وانحلال بناء الأدوار الاجتماعية لأفراد الأسرة⁽³⁾. فالتفكك الأسري هو انفكاك فرد أو أكثر عن الأسرة وضعف العلاقات والترابط والرحمة والمحبة والمودة بين الأبناء والوالدين أو أحدهما ومن ثم يؤدي إلى انحلال الأسرة ونشوب الخلافات وزيادة التذمر والاستياء⁽⁴⁾. كما أن هناك الكثير من الأسر مفككة من الداخل، ولكنها تبدو لأفراد المجتمع على أنها أسرة متماسكة، والعلاقات السائدة بين أفرادها علاقات اجتماعية متينة ومتماسكة. ومثل هذه الأسر يمكن أن نطلق عليها تسمية (أسرة القشر الفارغ) فهي تشبه البيضة ولكن هذه البيضة (بلا مح)⁽⁵⁾.

(1) أحمد، الهاشمي. علاقة الأنماط السلوكية للطفل بالأنماط التربوية الأسرية. ط1. دار البيضاء: دار قرطبة، 2004، ص33.

(2) محمد، بدوي. المجتمع والمشكلات الاجتماعية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص23.

(3) سامي، مهدي العزاوي. نساء واطفال وقضايا الحاضر والمستقبل. بغداد: مطبعة القيس، 2009، ص35.

(4) سلوى الجسار. التفكك الأسري وأثره في سلوك الأبناء. http://alwatan.kuwait.tt/article/details.Consulté le 2013/01/18.

(5) فخري صبري، عباس. دراسة تحليلية للعوامل المرتبطة بالتفكك الأسري للعائلة العراقية بعد أحداث 2003/4/9. 02/12/2012.

http://www.alnoor.se/article.asp?id=179688

20- مفهوم طرق الوقاية:

الوقاية هي أية تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسباً لمشكلة لم تقع بعد، أو تحسباً لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلاً، ويكون الهدف من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لحدوث المشكلة، أو التعقيدات أو كليهما⁽¹⁾.
وتصنف إجراءات الوقاية عادة في ثلاث فئات هي⁽²⁾:

- الوقاية من الدرجة الأولى؛ ويقصد بها الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة أصلاً.
- الوقاية من الدرجة الثانية؛ وهدفها الأساسي هو الكشف عن وجود حالات التعاطي المبكر حتى يمكن التدخل العلاجي المبكر، وبالتالي الوقاية من التماذي في التعاطي والوصول إلى مرحلة الإدمان.
- الوقاية من الدرجة الثالثة. وهي الإجراءات التي نتخذها حتى لا تعود المشكلة إلى الظهور، ووقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان، ويهتم النهج الوقائي بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقينهم من حدوث المشكلات والاضطرابات.

21- مفهوم مصادر المعلومات:

هي الوسائط الورقية والالكترونية التي تساعد على حفظ التراث الانساني والتعريف به وبالمستجدات في المقررات الدراسية والبرامج التعليمية، و البحوث العلمية، والأحداث السياسية، والعلمية والثقافية والترفيهية. وعرفت بأنها المصدر الذي يحصل منه الفرد على معلومات تحقق احتياجاته وترضي اهتماماته⁽³⁾.
وقد عرف المصدر في قاموس المكتبات والمعلومات بأنه : أي وثيقة أو مادة تقدم معلومات مفيدة لأي شخص، سواء أكان كاتباً أم باحثاً أم مستفيداً⁽⁴⁾.
فمفهوم مصدر المعلومات هو مصطلح عام وواسع، يستخدم ليعني جميع الأوعية أو الوسائل أو القنوات التي يمكن عن طريقها نقل المعلومات من المرسل إلى المستقبل.

⁽¹⁾ مصطفى، سويف. مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. طبعة خاصة، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، 2001، ص32.
⁽²⁾ صندوق مكافحة وعلاج الإدمان في التعاطي. دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان في التعاطي، 1991 ص ص: 61-67.

⁽³⁾ زكي، حسن الوردي. مصادر المعلومات وخدمات المستخدمين في المؤسسات المعلوماتية. عمان: مؤسسة الوراق، 2002، ص8.
⁽⁴⁾ Teresa. Leshner ; and Yasser Abdel-Motey. Dictionnary of Library and Information Science. English-Arabic and Arabic-English Index. le Caire: Dar el kitab et Hadith, 2008, p.431.

22- مفهوم الفضاءات الترفيهية:

الترفيه هو نشاط نقوم به في أوقات الفراغ ⁽¹⁾. وهو ذلك النشاط المرن المختار طوعية لذاته تحت تأثير عوامل طبيعية وبشرية يمارس في وقت الفراغ إما فردياً أو جماعياً، وتنتج عنه آثار اجتماعية واقتصادية على الفرد والمجتمع ⁽²⁾. فنحن نقوم بالأنشطة الترويحية لغرض المتعة والتسلية، حيث أنها وسيلة "للمرح" كما يتضمن مصطلح الترفيه الربط بين سلامة العقل وصحة الجسم.

فالفضاءات الترفيهية، هي كل مكان أو مجال، يستطيع فيه الفرد أن يقوم بنشاطات ترويحية لغرض المتعة والتسلية. وتختلف أنواع هذه الفضاءات باختلاف وظائفها، وهي كالآتي: المنتزهات العامة، ملاعب الأطفال والشباب، الملاعب الرياضية، النوادي الثقافية، دائق الحيوانات، دور السينما، الملاهي، المسارح، مراكز الشباب، مقاهي الانترنت، المواقع التاريخية، المراكز الحضرية، المكتبات العامة، المقاهي الثقافية والمنتديات والجمعيات، الظواهر الطبيعية (الشواطئ والبحيرات والغابات والجزر) ⁽³⁾.

23- مفهوم المعاملة التسلطية للوالدين:

يشير إلى تشدد الوالدين في معاملة الطفل وصرامة كبيرة في ضبطه، ويعاقبونه على أخطائه مهما كانت صغيرة، أو يهددونه بالعقاب باستمرار. كما يسمح الآباء لأنفسهم بضرب الطفل إذا عصى الأوامر، أو لم يستجب لطلباتهم ⁽⁴⁾. فيعامل الطفل من طرف والديه بصرامة وقسوة، بأن يُمنع الطفل من تحقيق رغباته، ويقابل بالرفض الدائم لطلباته، والمنع الدائم من تنفيذ رغباته، واتخاذ أسلوب اللوم والعقاب معه في كل شؤونه، مع تحديد طريقة لأكل الطفل، ونومه، ومذاكرته، وتعيين من يصادقهم ويلعب معهم، ونوعيات الملابس التي يرتديها الطفل دون مراعاة لرغبات الطفل، أو اعتبار أي رأي له، أو إشعاره بأنه يتصرف في أموره الشخصية، وبالإجمال يكون الوالدان هما كل السلطة في إدارة أمور الطفل، وبزعم أن ذلك يعود على الجدّة والنظام والطاعة؛ ولذلك يحملون الطفل بالمهام التي تفوق طاقته،

⁽¹⁾ Thomas S. Yukic. *Fundamentals of Recreation*. 2nd ed. United States : Harpers & Row, 1970, p15.

⁽²⁾ نقلا عن. عباس غالي، الحديثي. " الخدمات الترفيهية لسكان مدينة البصرة: دراسة تحليلية في جغرافية المدينة وإقليمها". رسالة ماجستير غير منشورة، 1983، ص 11-11.

⁽³⁾ مازن عبد الرحمان، الهيتي. *جغرافيا المدن والتحضر: أسس ومفاهيم*. ط1. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، 2014، ص ص 174-175.

⁽⁴⁾ عامر، مصباح. *النتشئة الاجتماعية والسلوك الانحرافي لتلميذ المدرسة الثانوية*. ط1. الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر، 2003م، ص 97.

ويطلبون ذلك بالأمر، وليس بأسلوب الإقناع والرفق⁽¹⁾. و يترتب على أسلوب التسلط أن يُصبح الطفلُ ضعيف الشخصية، سلبياً، دائم الخوف، متردداً غير واثق من نفسه.

24- ضعف الوازع الديني:

الوازع الديني هو ذاك الدافع الداخلي أو الدوافع الداخلية التي تكون تلقائية والتي يراعي فيها الإنسان رقيباً آخر، غير رقيب البشر أو مراقبة القانون وغيرها، الذي هو قبل كل شيء يُحكم فيه إلى علاقة الإنسان بربه. فالإنسان يمتنع عن أمور ليس لأن عليه رقابة أخرى، ولكن لأن هناك رقابة الضمير⁽²⁾.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية:

المطلب الأول: الدراسة الاستطلاعية:

بعد اختيار موضوع الدراسة، وقبل صياغة الإشكالية والفرضيات، كانت هناك مرحلة أولية متعلقة بمسح مكتبي لكل المراجع والدوريات و كل إصدار أو دراسة تتعلق بالمخدرات على المستوى الوطني، وهذا لتكوين تراكُم معلوماتي لا بأس به يسمح للباحث ببناء إشكالية وصياغة فرضيات في صلب الموضوع.

وبعد إعطاء الموافقة من طرف المشرف على خطة الدراسة، كانت هناك مرحلة ثانية تتعلق بالمسح المكتبي والقراءات حول الموضوع وما يتصل به من مواضيع أخرى، ويشتمل تخصصات متعددة ابتداءً بمراجع علم الاجتماع، ثم علم النفس، وكذا الطب والقانون، وذلك من خلال الكتب والمجلات المتخصصة والدوريات والجرائد وغيرها، فهذه الظاهرة لا يمكن فهم جانبها الاجتماعي دون الإحاطة الجيدة بطبيعة المواد المخدرة وتأثيراتها النفسية وغيرها، وهذا المسح المكتبي لم يكن مقتصرًا فقط على المستوى الوطني، بل تطلب الأمر السفر إلى كل من مصر و سوريا و المملكة المغربية و المملكة الأردنية، وهذا سعيًا من الباحث جمع أكبر عدد ممكن من المراجع و الدراسات الجامعية التي لها علاقة

(1) موسى نجيب موسى، معوض . أسلوب التسلط في المعاملة الوالدية في عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال. 2013/4/9 . شبكة الألوكة <http://www.alukah.net/social> . (2013/05/15).

(2) محمد، البوشاري . " الوازع الديني وبقطة الضمير في معالجة الظواهر الاجتماعية السلبية". عبد الله أموش. 26/04/2013 . جريدة الجديد الإلكترونية، <http://www.attajdid.ma> . (2013/04/30).

بالموضوع. حيث تم اقتناء عدد لا بأس به من الكتب في البلدان المذكورة آنفا، كما سمحت لنا هذه السفريات بالاقتراب من المكتبات الجامعية، و مطالعة بعض الدراسات الجامعية المتعلقة بالموضوع والاستفادة من تجارب الدول العربية في هذا المجال والاتصال بالأساتذة الجامعيين المهتمين بالموضوع.

ولقد تنقل الباحث إلى عدة مراكز التابعة لجامعة التكوين المتواصل عبر التراب الوطني، وذلك من أجل الاقتراب من مجتمع الدراسة عبر المناطق الأربعة تحضيراً للجانب الميداني للدراسة، ومن ضمن المراكز التي تم زيارتها: تبسة، الشلف، غيليزان، بسكرة، تمنراست، إيليزي، قسنطينة، جلفة، بشار، مستغانم، ورقلة، باتنة، وجميع المراكز المتواجدة بولاية الجزائر (بوزريعة، بن عكنون، باب الزوار و خروبة). ولقد كان لهذه التنقلات فائدة كبيرة في تكوين صورة واضحة على مختلف شرائح مجتمع الدراسة المترامية عبر المجال الجغرافي الكبير للتراب الوطني، كما ساعدت الباحث على بلورة أسئلة الاستمارة. كون العمل الاستطلاعي وخاصة المقابلات الأولية مع عينة البحث تسمح بالتعرف على الظاهرة أكثر، ووضوح حيثيات مجتمع البحث و بالتالي وضوح طريقة الاقتراب منها و دراستها، و ذلك بعد استخلاص أهم العوامل و المؤشرات المرتبطة بها والمميزة لعينتها، و هو ما يسمح ببناء إشكالية البحث، ثم من ذلك بناء فرضيات البحث قبل مرحلة الدراسة الفعلية.

ولقد تبين من خلال الدراسة الاستطلاعية و بعد إجراء الحوارات مع عدد كبير من الطلبة والأساتذة بالمراكز الجامعية المذكورة آنفا، أن ظاهرة تعاطي المخدرات موجودة بين طلاب جامعة التكوين المتواصل.

وقد تمت الاستفادة من مراكز البحوث، كالمركز القومي للدراسات الاجتماعية و الجنائية بمصر، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي بمصر، و كذا الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها بالجزائر، حيث كانت هناك مقابلات مع بعض إطارات هذا الديوان^(*)، وكانت هذه اللقاءات جد مهمة للدراسة، كما تم إمدادنا بوثائق مهمة ساعدت الباحث في إثراء الجانب الإحصائي للدراسة.

كما تم التنقل إلى مركز مكافحة الإدمان بمستشفى البليدة، حيث تم الاقتراب من المدمنين الخاضعين للعلاج والتحاور معهم، مما مكّن الباحث من التعمق أكثر في ظاهرة

(*) وعلى رأسهم السيد عبد النوري (المدير العام بالنيابة السابق للديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها)

التعاطي والإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري، وهذا ما ساعده على بناء فكرة واضحة في كيفية صياغة استمارة الاستبيان، ووضوح الرؤية الخاصة بالجانب الميداني. كما تم مقابلة المشرفين على هذا المركز، الذين مكّنوا الباحث من نزع اللبس على عدة جوانب من الموضوع، وعلى الرغم من أن المركز يهتم أكثر بالطب العقلي وعلم النفس إلا أن المقابلات كانت جد مفيدة، حيث من خلالها تم التعرف على أنواع جديدة من المخدرات الموجود في السوق غير الشرعية، وكذلك معرفة إجراءات العلاج. وفي هذا الإطار ساعدتنا المختصة الاجتماعية في الاقتراب من المدمنين المعالجين وشرح برامج التدريب التي تجربها معهم في إطار تهيئتهم إلى مواجهة الحياة من جديد بعد تلقيهم العلاج و خروجهم من المستشفى واندماجهم في المجتمع من جديد. وقد وافانا مسئول مصلحة مكافحة الإدمان(*) بنفس المستشفى بإحصاءات مهمة ساعدتنا في الجانب التحليلي لهذه الدراسة، وخصوصا في الفصل المتعلق بالمخدرات في المجتمع الجزائري.

المطلب الثاني : منهج الدراسة :

يشير مفهوم المنهج إلى الكيفية أو الطريقة المتبعة في دراسة المشكلة موضوع البحث لإكتشاف الحقيقة، وللإجابة على الأسئلة والإستفسارات التي يثيرها موضوع البحث، "وهو البرنامج الذي يحدد لنا السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق إكتشافها"⁽¹⁾ ، وقد كان ابن خلدون أول عالم يدعو في صراحة ووضوح إلى ضرورة إستخدام المنهج العلمي في دراسة المجتمع⁽²⁾. إلا أن أوجيست كونت، يعتبر أول من إستخدم كلمة (Méthodology) والتي تعني علم مناهج البحث. إذن ما يميز النظرة العامية عن النظرة العلمية، هو إستعمال هذا الأخير المنهج الذي يعتمد على إجراءات علمية منطقية، والتي تساعد على فهم الظواهر.

1- منهج المسح الاجتماعي:

بما أن هذه الدراسة تهدف أساسا إلى التعرف على مشكلة تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب المتمدرس للطور التحضيري في جامعة التكوين المتواصل عبر التراب الوطني الجزائري، والكشف عن العوامل المسببة لهذه الظاهرة، ومعرفة إتجاهات هؤلاء الشباب نحو

(*) الدكتور ع. حبيب باش مختص في الأمراض العقلية بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية.

(1) محمد، شفيق. البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية. مرجع سابق، ص 86.

(2) عبد الباسط محمد، حسن. أصول البحث الاجتماعية. ط13. القاهرة: مكتبة وهبة، 2006، ص 74.

المخدرات وتعاطيها، وكذلك محاولة الوقوف على الآثار النفسية والجسمية والاجتماعية والإقتصادية الناجمة عن هذا المرض الاجتماعي، كل هذا أدى بنا إلى الإستعانة بمنهج المسح الاجتماعي، بحيث طبيعة الدراسة، وحجم مجتمع البحث، وشساعة الرقعة الجغرافية التي ستشملها الدراسة، فرضت علينا إستعمال هذا المنهج، وذلك سعياً منا لدراسة أبعاد هذه المشكلة، والآثار المترتبة عليها.

فعملية المسح مستعارة أصلاً من ميدان الدراسات الطبيعية، إلا أن في العلوم الاجتماعية "تمسح الظاهرة الاجتماعية لتحديد طبيعتها ومعرفة خصائصها التي تتعلق بتركيبها ووظائفها من جهة، وسلوك الأفراد في تعاملهم بعضهم مع بعض من جهة أخرى"⁽¹⁾، فالباحث عند محاولته دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات ومحاولة إرجاعها إلى عدة عوامل، فالدراسة المسحية هي الطريقة الأمثل أمام الباحث لإلقاء الضوء على هذه العوامل⁽²⁾. إذن يستفاد من المسح الاجتماعي في دراسة المشكلات الاجتماعية القائمة، كظاهرة تعاطي المخدرات، وتحديد مدى تأثيرها على الفرد والمجتمع، من جميع النواحي، وتحديد ومعرفة الأفراد والجماعات المهتمة بحل هذه المشكلات وتقدير الموارد والإمكانات الموجودة، والتي يمكن إستخدامها لعلاج المشكلة، ثم اقتراح الحلول المناسبة.

2- المنهج المقارن :

إن المسح الاجتماعي لا يكفي بمفرده لإلمام بكل جوانب الدراسة المزمع القيام بها من جهة، ولكون طبيعة الموضوع تفرض علينا القيام بالمقارنة، وهذا حتى يتسنى لنا الإحاطة بكل الظروف التي تساعد على انتشار هذا المرض الاجتماعي، فقد تم الاعتماد كذلك في هذه الدراسة على المنهج المقارن، " باعتباره عملية رئيسية في المعرفة العلمية والإدراك ومن ثم، تعد المقارنة مطلباً رئيسياً في التحليل العلمي لأية ظاهرة اجتماعية"⁽³⁾.

وبما أنه تم اختيار العينة التمثيلية لمجتمع البحث تبعاً للمناطق الأربعة المقسمة لغرض الدراسة، أي منطقة الوسط ومنطقة الجنوب ومنطقة الشرق ومنطقة الغرب، وعلى هذا الأساس، وبفضل هذا المنهج سنحاول إبراز نقاط التشابه والاختلاف بين هذه المناطق، ومدى تأثيرها على ظاهرة تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب موضوع الدراسة، سواء في

(1) عبد الباسط محمد، حسن ، مرجع سابق ، ص 222.

(2) مصطفى، سوييف. مشكلة تعاطي المخدرات. مرجع سابق، ص 52.

(3) محمد ،علي محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1983، ص 420.

الاستمرار أو التوقف. كما تمت المقارنة بين إتجاهات الشباب نحو المخدرات وتعاطيها بين المناطق الأربعة، وقد تم استعمال منهج المقارنة في محاولة إبراز نقاط التشابه والاختلاف بين تخصصات الطلاب.

المطلب الثالث : مجتمع البحث:

إن مجتمع البحث هو مجموع طلاب جامعة التكوين المتواصل المسجلين في الطور التحضيري، أي الذين يحضرون لمسابقة نهاية السنة الدراسية (بكالوريا جامعة التكوين المتواصل) على مستوى القطر الجزائري، حتى يتمكنوا من مواصلة دراستهم الجامعية بجامعة التكوين المتواصل في حالة حصولهم على شهادة البكالوريا، وهذا في قسم التدرج وتشمل جميع التخصصات.

أما العدد الإجمالي للطلبة المسجلين في الطور التحضيري للسنة الجامعية 2011 / 2012 على مستوى 52 مركز بجامعة التكوين المتواصل، والموزعين على 48 ولاية، كان 23688، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (01) العدد الإجمالي للطلبة المسجلين
بالقسم التحضيري حسب المناطق الأربعة

المنطقة	عدد الطلبة المسجلين
وسط	7245
شرق	8315
غرب	4524
جنوب	3604
المجموع	23688

يجب الإشارة فقط، إلى أن عدد الطلبة المسجلين في الطور التحضيري في تراجع مستمر، وذلك راجع أساسا إلى كون أن جامعة التكوين المتواصل مازالت تعمل بالنظام

القديم، بينما انتقلت وزارة التربية عبر مؤسساتها التربوية إلى النظام الجديد، وهذا ما جعل العديد من الطلبة لم يستطيعوا متابعة البرامج المتبناة من طرف جامعة التكوين المتواصل لتحضير شهادة البكالوريا. إلا أنه أعتباراً من السنة الجامعية 2012/2013 انتقلت جامعة التكوين المتواصل إلى النظام الجديد، فأصبح لطلبة الطور التحضيري نفس برنامج السنة الثالثة للمرحلة الثانوية، كما تم تجميد الشرط المتعلق بالدخول إلى الطور التحضيري والذي ينص على أنه يجب للمترشح أن يكون قد شارك على الأقل مرة واحدة في شهادة البكالوريا. وهذا ما أدى إلى توافد عدد كبير من المترشحين إلى الطور التحضيري لجامعة التكوين المتواصل.

المطلب الرابع : عينة الدراسة:

حرصاً منا على أن تكون العينة مناسبة للدراسة، وذلك بقوة درجة تجانس مجتمع الدراسة (وذلك مدى تشابه مفردات العينة والمتمثل في طلبة قسم التحضيري بجامعة التكوين المتواصل، لهم قاسم مشترك والمتمثل في مستوى السنة الثالثة ثانوي، ويسعون لحصول على شهادة البكالوريا بجامعة التكوين المتواصل، تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 33 سنة)، وبتحصل الباحث على قائمة دقيقة لمفردات المجتمع الذي يمثل إطار العينة. ومراعاة لخصوصية البحث، تم الاعتماد على العينة العنقودية أو العينة العشوائية متعددة المراحل، وغالباً ما يكون هذا النوع من العينات ممثلة لمجتمع البحث وعاكسة للبيانات والحقائق التي تتسم بها، كما أنها تعطي جميع الوحدات السكانية فرصة متساوية للاختيار في العينة المطلوب دراستها وتحليلها⁽¹⁾، وهذا راجع إلى كون أن أفراد مجتمع الدراسة منتشرين عبر كل التراب الوطني، والذي يصعب على الباحث تغطيتها بالكامل، وعليه تم التخطيط لاختيار العينة على عدة مراحل، فالمرحلة الأولى كانت بتقسيم القطر الجزائري إلى أربع مناطق رئيسية، وهي :

- المنطقة الأولى : منطقة الوسط
- المنطقة الثانية : منطقة الشرق
- المنطقة الثالثة : منطقة الغرب

⁽¹⁾إحسان محمد، الحسن. الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، ط:2، بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر، 1986، ص 52.

- المنطقة الرابعة: منطقة الجنوب

ثم اختيار مراكز معينة من كل منطقة ، وشملت كل منطقة على عدد من المراكز، وكانت موزعة كالتالي:

- منطقة الوسط : ثمانية (8) مراكز من أصل 15
- منطقة الشرق : سبعة (07) مراكز من أصل 16
- منطقة الغرب : ثمانية (08) مراكز من أصل 12
- منطقة الجنوب : خمسة (05) مراكز من أصل 9

في بداية الدراسة كان الاهتمام بكل المراكز (أي 52 مركزا) الموزعة على 48 ولاية، إلا أن لصعوبة الميدان والكلفة المالية، وعدم تعاون بعض المراكز حال دون تحقيق هذه الغاية، فتم التعامل مع المراكز التي أبدت استعدادها لمساعدة الباحث في هذه الدراسة التي تعتبر الأولى من نوعها.

وكانت المرحلة الموالية هي حصر عدد الطلبة المسجلين في القسم التحضيري لكل مركز. و كانت المرحلة الأخيرة هي أخذ نسبة 10 % من عدد الطلبة القسم التحضيري من كل مركز ميدان الدراسة.

أما المراكز التي أجريت فيها الدراسة فهي كالآتي :

الجدول رقم (02) توزيع طلبة القسم التحضيري لجامعة التكوين المتواصل

للعام الدراسي 2012/2011 حسب المناطق

المنطقة	العدد	المركز	عدد الطلبة
الوسط	1	بوزريعة	246
	2	باب الزوار	120
	3	البويرة	18
	4	تيزي وزو	60
	5	البليدة	52
	6	الجلفة	64
	7	الشلف	14
	8	تبيازة	48
الشرق	1	سطيف	46
	2	تبسة	34
	3	بجاية	28
	4	سكيكدة	94
	5	قالمة	48
	6	الطارف	54
	7	جيجل	16
الغرب	1	مستغانم	50
	2	وهران	24
	3	تيسمسيلت	58
	4	معسكر	46
	5	سيدي بلعباس	56
	6	عين تموشنت	46
	7	البيض	16
	8	النعام	38
الجنوب	1	بشار	30
	2	الوادي	34
	3	إليزي	40
	4	الأغواط	60
	5	تمنراست	78
المجموع	28		1518

من خلال الجدول رقم (02) يمكن القول أن الولايات المذكورة تكاد تغطي كل التراب الوطني.

وهكذا كان لجميع أفراد المجتمع محل الدراسة الحظ في أن يكونوا ضمن عينة الدراسة، حيث وبعد تزويدنا من نيابة رئاسة الجامعة المكلفة بالجانب البيداغوجي بجميع البيانات، الخاصة بعدد المراكز الموجودة على كافة التراب الوطني، وكيفية تقسيمها إداريا، والعدد الإجمالي لتلاميذ الطور التحضيري، يتم تلخيصها في قائمة لجميع المراكز وعدد طلبة كل مركز، قمنا بإختيار العينة بطريقة عشوائية متعددة المراحل.

معايير الانتساب إلى عينة الدراسة:

في بداية الدراسة كان الاهتمام أكثر بالفئة العمرية (15-33) و ميدان الدراسة يكون أصلا في الثانويات الجزائرية لكون هذه الفئة من الفئات الهشة في المجتمع، وأكثر تعرضا لظاهرة تعاطي المخدرات كما أثبتته العديد من الدراسات. إلا أنه ولأسباب تقنية وعدم تمكن من الحصول على رخصة للدراسة الميدانية من طرف الوزارة الوصية، تم تحديد فئة الشباب الذين يتراوح سنهم ما بين 18 و 33 سنة، والمسجلين في القسم التحضيري بجامعة التكوين المتواصل، ومن الجنسين (ذكور وإناث). كما أن لديهم مستوى السنة الثالثة من التعليم الثانوي.

تم توزيع 2369 إستمارة استبيان على طلبة القسم التحضيري بجامعة التكوين المتواصل (وهي بالتالي تمثل 10% من عدد الطلبة المسجلين في القسم التحضيري عبر التراب الوطني)، بشكل عشوائي. وبلغ المسترجع منها 1577 استمارة، وهي تمثل 66.57% من العدد الإجمالي لاستمارات الاستبيان الموزعة، إلا أنه ولأسباب موضوعية ومنهجية تم إلغاء 59 استمارة من اصل 1577 استمارة مسترجعة، وذلك لكون بعضها متعلق بالسن (أي فوق السن المحدد في معايير الانتماء إلى العينة). والبعض الآخر للتضارب في الأجوبة، والشك في صحتها (أنظر الجدول رقم (03)).

الجدول رقم (03) يبين المرسل والمسترجع من الاستثمارات

المنطقة	عدد الطلبة المسجلين	الاستثمارات الموزعة	الاستثمارات المسترجعة	الاستثمارات الملغاة	الاستثمارات المدروسة
وسط	7245	725	650	28	622
شرق	8315	832	330	10	320
غرب	4524	452	346	12	334
جنوب	3604	360	251	9	242
المجموع	23688	2369	1577	59	1518

وعلى ضوء ما تم ذكره أنفاً، فإن الحجم النهائي لعينة الدراسة هو 1518 مبحوثاً، وهم موزعون كالاتي :

- الوسط 622 مبحوث
- الشرق 320 مبحوث
- الغرب 334 مبحوث
- الجنوب 242 مبحوث

وبالتالي نجد أن حجم العينة يمثل 64% من حجم العينة النظري وهي نسبة مقبولة، ويمثل 6.40% من الحجم الكلي لمجتمع الدراسة، وبالتالي يعتبر حجم العينة ممثلاً لمجتمع الدراسة.

المطلب الخامس : مصادر جمع المعلومات :

تم جمع البيانات الخاصة بكل جوانب الدراسة من الجهات التالية :

1- رئاسة جامعة التكوين المتواصل (نيابة الرئاسة المكلفة بالجانب البيداغوجي):

وذلك للوقوف على عدد المراكز والملحقات التابعة جامعة التكوين المتواصل، وعدد التلاميذ للطور التحضيري، وتوزيعهم على الفئات والأقسام المختلفة. وكذا أنواع الاختصاصات المتوفرة في الجامعة إلى غير ذلك من المعلومات التي تفيد الباحث في دراسته.

2- وزارة الداخلية(*):

وهذا للحصول على الإحصائيات الخاصة بقضايا المخدرات: للتعرف عن الجرائم المتعلقة بالمخدرات (تعاطي، ترويج، وتهريب، وزراعة) أو تلك التي كانت أسبابها المخدرات، موزعة على مختلف الشهور، وأوقات اليوم التي ارتكبت فيها، ومناطق ارتكابها، وخصائص مرتكبيها.

3- وزارة العدل :

أ - إحصاءات المحاكم (و تأتي في الدرجة الثانية من حيث حجم المعلومات) : وهي الإحصاءات القضائية، عادة ما تكون إحصاءات سنوية عن الحالات التي قدمت للمحاكمة ولها علاقة بالمخدرات، وعدد الذين أدينوا منهم، وعدد الذين تم تبرأتهم.

ب- إحصاءات السجون: وتأتي في الدرجة الثالثة من حيث حجم المعلومات والصورة الحقيقية للظاهرة في المجتمع، إلا أنه تبقى مصدرا مهما وموثوقا، لمعرفة أدق للمروجين وخصائصهم النفسية وظروفهم الإجتماعية، وحتى بالنسبة لمراكز إعادة التربية. وهذا للحصول على عدد المسجونين، وأنواع الجرائم المتعلقة بالمخدرات.

4- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها:

وهذا لمعرفة نشاطاته في مجال محاربة هذه الأفة، والدراسات التي أشرف عليها، و المخططات الوقائية المتخذة للحد أو التقليل من هذه الظاهرة، و كذلك للحصول على الإحصاءات المتعلقة بالمخدرات، لكونه يصمم تقارير سنوية مدعمة بإحصاءات رسمية يتم

(*) على الرغم من وجود بعض التحفظات على مصادر الشرطة في الحصول على معلومات المتعلقة بإحصائيات الجريمة، إلا أنه يعتبر أكثر شمولية ومصدقية من المصادر الأخرى كالمحاكم والسجون

إقتنائها من جميع المصالح المعنية على المستوى الوطني (الشرطة والدرك والجمارك والمستشفيات). إلا أنه ما يمكن قوله أن الإحصاءات و الأرقام المقدمة من طرف هذا الديوان تعتبر عمومية، ولا تمكن الباحث من التحليل الدقيق والمفصل ومحاولة ربط بعض المتغيرات الخاصة بهذه الظاهرة الاجتماعية.

5- مراكز العلاج والإصغاء الخاصة بالمدمنين على المخدرات:

وعلى وجه الخصوص مصلحة مكافحة الإدمان بمستشفى فرانتز فانون بولاية البليدة، وهذا للوقوف على الأضرار النفسية والصحية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات، وكيفية التعامل مع هذه الشريحة، وكيفية مساعدتها على التخلص من هذه الآفة، وإدماجها من جديد في المجتمع. وكذا الحصول على إحصائيات دقيقة الخاصة بالمدمنين مفصلة، من حيث الجنس والفئة العمرية، والمستوى الدراسي إلى غير ذلك من المعلومات التي تساعدنا على التعمق في التفاصيل التي تساعدنا على معرفة بعض خصوصيات الفئة المدمنة و ماهي الأسباب التي جعلت فئة من المجتمع الجزائري تدمن على المخدرات دون فئة أخرى، وهذا على الرغم من المرور بنفس الظروف والعوامل، وكذا ما تخلفه هذه الآفة من أضرار على الفرد والمجتمع. وحقيقة لقد كان تنقلنا إلى هذه المصلحة لمرات عديدة فائدة كبيرة في إثراء الدراسة، حيث تم إجراء مقابلات مع عدد كبير من المدمنين وكذلك المشرفين على هذه المصلحة.

6- الأمم المتحدة:

والمتمثل في المكتب المعني بمكافحة المخدرات والجريمة والذي يعد تقارير سنوية على المخدرات، و تشمل كل دول العالم.

7- المراكز البحثية المهمة بالموضوع:

على المستوى الوطني والإقليمي والدولي: وهذا للوقوف على التجارب والدراسات الميدانية التي تصب في مكافحة المخدرات بكل أشكالها، وكذلك للاستفادة من الخبرات التي اكتسبتها هذه المراكز في هذا الميدان.

8- الجمعيات الوطنية المهمة بمكافحة مشكلة المخدرات:

وهذا لما يلعبه المجتمع المدني في الوقاية من المخدرات، وكذلك بدوره الفعال في خلق جو اجتماعي للشباب (وخصوصا الفئة الهشة منه) بجعله فعالا من خلال الأنشطة

الهادفة والبناءة التي ينظمها، مما يحصنه من ولوج عالم الانحراف ومنه تعاطي المخدرات. وكذلك لما تقدمه هذه الجمعيات من مساعدة المدمنين من إدماجهم في المجتمع بعدما.

9- وزارة الصحة:

حيث تشرف هذه الوزارة الصحة على المستشفيات والمراكز الصحية عبر كل التراب الوطني، وكل ما يمت لصلة بعلاج المدمنين والذين كانت لهم مشاكل صحية أو عقلية بسبب الإدمان على المخدرات عموماً، كما لهذه الوزارة إحصائيات لعدد مراكز العلاج والإصغاء الخاصة بموضوع الإدمان، وكذا المشاريع المستقبلية المتعلقة بالإدمان، والكلفة المالية لهذه المشاريع، وكلفة علاج المدمنين على المستوى الوطني.

المطلب السادس : أدوات جمع البيانات :

الأداة ترجمة للكلمة الإنجليزية (Technique)، إستخدمها الباحثون للإشارة إلى الوسيلة التي تستخدم في البحث سواء أكانت تلك الوسائل متعلقة بجمع البيانات أو بعمليات التصنيف والجدولة⁽¹⁾ ، وعليه فسيتم الإستعانة بعدة أدوات ومصادر لجمع المعلومات المتعلقة بمشكلة الدراسة، وهي :

1- إستمارة الإستبيان:

لقد استخدم الباحث لهذه الدراسة أداة الإستبيان ، والتي وجهت إلى أفراد عينة البحث، فالإستمارة هي الوسيلة العلمية التي تساعد الباحث على جمع الحقائق والمعلومات من المبحوث، " وهي الوسيلة التي تفرض عليه (أي الباحث) التقيد بموضوع البحث المزمع إجراؤه، وعدم الخروج عن أطره العريضة ومضامينه التفصيلية ومساراته النظرية والتطبيقية"⁽²⁾، فبدون هذه الأداة يستحيل على الباحث جمع المادة العلمية من الحقل الإجتماعي، ويصعب عليه التقيد بالموضوع الأساسي لدارسته، وهو تعاطي المخدرات لدى شريحة من المجتمع، تعتبر جد حساسة، والحصول منها على معلومات دقيقة تفي بغرض الدراسة، يعتبر أمراً صعب المنال. كما روعي في إختيار هذه الأداة شروط صلاحيتها، والمتمثلة في العناصر الأربعة التالية⁽³⁾:

(1) عبد الباسط محمد، حسن. أصول البحث الإجتماعي. مرجع سابق، ص 307

(2) S.L Payne. The Art of Asking Questions. Princeton: Princeton University Press, 1951, p 12.

(3) Benoit, Gauthier. Recherche Sociale de la Problématique à la Collecte des données. Québec : Presse de l'université du Québec, 2004, p 491.

- أ- وجود معطي المعلومة (أي الذي يعطي المعلومة، وهم أفراد العينة)
- ب- قدرة الجواب (أي ليس لأفراد العينة أي عائق يمنعهم من الإدلاء بأرائهم)
- ج- عدم كتم المعلومة من طرف المبحوث (أي إعطاء المعلومة بأمانة، وكذلك إلى ثبات وصدق الأداة)
- د- والتسجيل الأمين للمعلومة من طرف الباحث (أي دون زيادة أو نقصان لأجوبة المبحوث، ولهذا الغرض تم تدريب المساعدين حتى يقومون بجمع المعلومة بأمانة).

وعلى ضوء الدراسات السابقة التي تناولت هذه الظاهرة من عدة جوانب، فقد تم مراعاة عند صياغة أسئلة الإستبيان مايلي:

- أ- التركيز على الأسئلة المباشرة التي تدور حول التعاطي وحقائقه ووقائعه، والإبتعاد عن الأسئلة غير المباشرة لكونها غير ملائمة لهدف الدراسة،
- ب- إستبعاد قدر المستطاع الأسئلة التي تدور حول الآراء والتأملات،
- ج- عند صياغة أسئلة الإستبيان التي تتعرض لذكر المواد النفسية أو المخدرات بعينها، تم الاعتماد على أسماءها الشائعة بين أفراد عينة مجتمع البحث،
- د- كما روعي عند وضع الأسئلة تسلسلها، بحيث أخذت شكلا متدرجا، وذلك بالبدأ من أضعف البنود إثارة وتحفيزا للمبحوث إلى أشدها إثارة له. ووفقا لهذه القاعدة وضعت الأسئلة على الشكل التالي : بدأت الأسئلة أولا بالبيانات الديموغرافية، ثم أسئلة تدور حول تعاطي الوالدين للمسكرات أو المخدرات، ثم أسئلة حول معرفة المبحوث لأصدقاء يتعاطون المخدرات، ثم معرفته لأقرباء يتعاطون المخدرات، ثم أسئلة حول إن كان للمبحوث أصدقاء أو أقرباء يبيعون المخدرات، لتأتي أسئلة حول تدخين السجائر للمبحوث، ومنها الانتقال ثانيا إلى أسئلة تدور حول المخدرات، وهذا مراعاة لطبيعة المجتمع الجزائري ونظرته للمواد المذكورة أنفا، فالتدخين منتشر بين أفراد المجتمع والسجائر تباع في كل مكان، فجواب الطالب يكون تلقائيا، وبالتالي يتم تحضيره للإجابة على أسئلة أكثر إثارة، حيث انتقلنا بعدها إلى أسئلة أكثر إثارة بعدما تم تحضير الطالب، فمن المتوقع أنه سيجواب تلقائيا دون أن يفاجأ بالسؤال المتعلق بالمخدرات. وعليه فقد تم البدء بالتساؤل عن المشاهدة أو الرؤية الفعلية، ومنها إلى السؤال عن المبحوث نفسه في مجال التعاطي، وذلك حتى لا يفاجأ

المبحوث بالسؤال في أول الاستبيان عن تجربته الشخصية مما قد يكون له أثر سلبي على استرساله في الإجابة عن باقي الأسئلة⁽¹⁾،

هـ- كما تم مراعاة الاختصار في الاستبيان حتى لا يكون مملا، وفي نفس الوقت أن يتناول عددا معقولا من المجالات الهامة بالنسبة للتعاطي.

وعلى هذا الأساس، تضمنت استمارة الاستبيان 66 سؤالا، ترتبط بالمتغيرات الأساسية، التي يراها الباحث أن لها علاقة ارتباطية متفاوتة الشدة والدرجة في بروز ظاهرة تعاطي المخدرات عند الشباب الجزائري، و تشمل على المحاور التالية:

المحور الأول: البيانات الشخصية: وتتضمن بيانات تتعلق بالسن و الجنس والإقامة والفرع أو التخصص، وعدد أفراد الأسرة، وترتيب المبحوث بين إخوته، والدخل الشهري والمصروف الشهري للأسرة، والدخل الشهري للمبحوث (إن كان يعمل)، ومصروفه الشهري.

المحور الثاني: بيانات خاصة بالبيئة الاجتماعية والحضارية:

نأتي إلى المحور الثاني من البيانات التي تصف الانتماء الأسري للمبحوث، هي: وجود الأبوين على قيد الحياة، ومستوى تعليم الأبوين، والمستوى المهني لكل منهما، وأخيرا حياة الطالب مع الأسرة أو بعيدا عنها (في حالة وفاة أحدهما أو كليهما. وكذلك حالة تخاصم الوالدين، ومواضيع التخاصم، ومعاملة الوالدين للمبحوث، وماهي مواضيع الحوار فيما بينهم (إن كان هناك حوار). و موطن الإقامة ، ونوع السكن الذي يسكن فيه. و أسئلة تتعلق بقضاء أوقات الفراغ، أين و كيف و مع من يقضي أوقات الفراغ.

المحور الثالث: بيانات حول عوامل وبدايات التعاطي: وتتضمن أسئلة حول أهم المواد المؤثرة في الحالة النفسية، إبتداءا من التدخين (كبوابة للتعاطي)، ثم الأدوية النفسية، ثم المخدرات الطبيعية أو المصنعة، وأخيرا الكحوليات. ثم أسئلة عن مصادر معلومات الطالب، ثم خبرته بها سماعا، أو رؤية، أو تعاظيا، ولو على سبيل التجربة لمرة واحدة، ستتضمن الأسئلة كذلك في هذا المحور بيانات حول بداية سن التعاطي وأسبابه لأول مرة، والمكان الذي تعاظى فيه، والشخص أو الأشخاص المشجعين على التعاطي، ومعرفة العوامل

(1) مصطفي، سويف. تعاظي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام 1986، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية، 1991، ص 56.

المختلفة التي ساعدته على ذلك، سواء الشخصية أو الأسرية، والعوامل الخاصة بالأصدقاء، والخاصة بوسائل الإعلام، وأثرها في اتجاه الطالب نحو تعاطي لمخدرات.

المحور الرابع: بيانات تتعلق بالمواد المتعاطاة وتأثيرها: و فيها تناولنا العديد من الأسئلة المتعلقة بنوع المادة المخدرة المتعاطاة أول مرة، وأسباب اختيارها، والمواد المتعاطاة بعد ذلك، وأساليب التعاطي، وعدد مرات التعاطي، والأوقات المفضلة للتعاطي، وكذلك الشخص المفضل التعاطي معه، وأسباب أخذ أكثر من مخدر واحد، وكذلك الشعور أو الإحساس الذي يحصل عليه من تعاطي المخدر.

المحور الخامس: بيانات حول الإنفاق : وتشمل الأسئلة المتعلقة، بمصدر الحصول على المخدر، وكم هو ثمن الجرعة الواحدة للمخدر الذي يتعاطاه المبحوث التعاطي، وكذلك من أين يتحصل على مصروف شراء المخدرات.

المحور السادس: بيانات الخاصة بأضرار المخدرات: المرتبطة بالتعاطي سواء في مجال الأسرة أو المدرسة، أو الحياة العامة، وكذلك المشاكل التي تعرض إليها بسبب المخدرات، وهل تم القبض عليه من طرف رجال الأمن، وهل كان ذلك له علاقة بالمخدرات.

المحور السابع: بيانات حول محاولات التوقف أو الإستمرار: وفيها تناولنا الأسئلة المتعلقة بالرغبة في التوقف عن تعاطي المخدرات، وما هي الأسباب التي دفعته لمحاولة التوقف، وهل نجحت التجربة، وإن لن تنجح فما هي أسباب فشل المحاولة، وكم من مرة حاول التوقف، وكم دامت مدة التوقف قبل العود.

المحور الثامن بيانات ختامية: وتتعلق بأسئلة عن مدى معرفة الطالب بأضرار المخدرات، ومدى شرعيتها من الجانب الديني، وكيفية مواجهتها من وجهة نظر عينة الدراسة.

صدق وثبات إستمارة الإستبيان:

أ- صدق الأداة : يتمثل صدق أداة الدراسة في كفاءتها في قياس ما وضعت لقياسه، أي أن تكون صادقة في دراسة الظاهرة التي وضعت من أجل دراستها.

1- طريقة التكامل المتبادل: ويقصد بطريقة التكامل المتبادل، أن مجموع إجابات المبحوث على الأسئلة التي تتناول الجوانب المختلفة لمجال واحد، هذه الإجابات تلتقي فيما بينها على تكوين صورة متكاملة خالية من التناقضات الداخلية، مثلاً: إذا كان جواب الطالب

عن السؤال الخاص بكيفية اقترابه من المخدر، تبين أن الأصدقاء هم المصدر الأول لرؤية الطالب للمخدر، تتسق هذه الحقيقة مع إجابة عينة من التلاميذ، والتي مفادها أن الأصدقاء أهم من الأقارب والجيران كمصدر للمعلومات عن التعاطي.

2- طريقة الاتفاق مع توقع معقول: من التوقعات المعقولة، أن يكون ثبات الأسئلة التي تتناول حقائق أو وقائع (كالأسئلة الديموغرافية) مثلاً، أعلى من ثبات الأسئلة التي تتطلب من المبحوث أن يقوم بعمل تقديري (كمتوسط مصروف الشهري للتلميذ). كما يمكن مثلاً: توقع ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات لدى المدخنين بالمقارنة مع غير المدخنين.

ونشير إلى أن هناك طريقة ثالثة، وهي الصدق الظاهري للاستمارة، وهو أحد مؤشرات صدق المحتوى، ويشير إلى مدى صلة فقرات الاختبار بالمتغير المراد قياسه. يعتبر من أقل الأنواع أهمية واستخداماً، ويعتمد على منطقية محتويات الاختبار ومدى ارتباطها بالظاهرة المقاسة. وهو يمثل الشكل العام للاختبار أو مظهره الخارجي من حيث مفرداته وموضوعيتها ووضوح تعليماتها.

لقد قام الباحث للتأكد من صلاحية الاستمارة، عن طريق عرضها على مجموعة المحكمين المتخصصين من أساتذة في علم الاجتماع وعلم النفس، وكانت المجموعة مكونة من أربعة (4) أساتذة التعليم العالي، أستاذ واحد من قسم علم الاجتماع، وثلاثة أساتذة من قسم علم النفس. ويعتبر هذا النوع من أنواع صدق المضمون، الذي يدخل في إطار الصدق الظاهري للإستمارة " حيث ينصب الحكم على ما إذا كانت بنود الإستمارة تمثل الأهداف والتساؤلات التي تجيب عنها بشكل محدد ودقيق أم لا " (1).

ولقد طلب من السادة الأساتذة المحكمين الحكم على الآتي:

1- مدى ملائمة بنود إستمارة الدراسة لهدف الدراسة،

2- مدى وضوح صياغة العبارات من الناحية اللغوية،

3- مدى سهولة العبارات ودقتها،

4- ما إذا كانت العبارات تحمل أكثر من معنى.

(1) صفوت، فرج. القياس النفسي . القاهرة: الدار الأنجلو المصرية، 1989، ص 254.

لقد أبدى الأساتذة المحكمين صلاحية استمارة الدراسة وتوافقها مع أهداف وتساؤلات البحث، إلا أنهم اقترحوا بعض التعديلات، التي استفاد منها الباحث في تعديل بعض ألفاظ الاستمارة من الناحية اللغوية، وتغيير أسلوب بعض الأسئلة، التي تتلاءم مع عينة الدراسة.

ت- **ثبات الأداة:** الثبات يعني أنه إذا قيس الشيء بأداة وأعيد قياسه بنفس الأداة نحصل على نفس النتيجة⁽¹⁾، إذن فتقدير ثبات الاستبيان، يتمثل أساسا في انسجام واتساق الدرجات التي يحصل عليها نفس أفراد العينة الذي يجرى عليهم الاستبيان بتطبيق الأداة في أزمنة مختلفة أو مناسبات متعددة. على هذا الأساس تم تقدير أداة الدراسة باستخدام طريقة إعادة الإختبار (Test- Retest)، أي أنه قد تم تطبيق الأداة للمرة الأولى على عينة مكونة من عشرين طالبا موزعين على المناطق الأربعة، على أساس خمسة 5 طلاب لكل منطقة، ثم أعيد إجراء التطبيق بعد مرور خمسة عشر يوما عن التطبيق الأول على نفس الطلبة، وتحت نفس الظروف. بحصولنا على أسماء التلاميذ المتطوعين للإجابة على أسئلة الاستبيان مرة ثانية، بحيث أعطي لكل تلميذ رمزا معيناً خاص به، حتى نتتمكن التعرف على استثمارته دون الخلط بينها وبين الاستثمارات الأخرى. وتم حساب ثبات كل بند عن طريق ارتباطه مع نفسه عبر الزمن المنقضى بين التطبيق وإعادة التطبيق، واستخدم في حساب الثبات معاملات الارتباط، بحيث تم حساب نسبة الإتفاق في التطبيق (في حالة المتغيرات المتقطعة التي تتضمن الإجابة عنها أحد الاحتمالين)، كما تم تقدير قيمة الثبات عن طريق حساب معاملات الارتباط (في المتغيرات المتصلة بالحقائق كالعمر وعدد أفراد الأسرة، وعدد غرف الشقة). وقد وجدنا أنه لا يوجد أي اختلاف في إجابات المبحوثين في مرتي التطبيق. (يجب الإشارة فقط أنه تم استرجاع الاستثمارات من منطقة الوسط 05، ومنطقة الغرب استثمارتين 02، ومنطقة الشرق استثمار واحدة ومنطقة الجنوب لا شيء) أي أنه تم تطبيق ثبات الاستثمارة على ثمانية طلاب من أصل عشرين طالبا. وهكذا كان حجم عينة الثبات 08 طلاب. ومعامل الثبات هو 82.28 %.

(1) إبراهيم، عبد الرحمن وآخرون. مناهج البحث الاجتماعي وتطبيقاته في محيط الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2003، ص481.

فكان من ضمن 66 سؤالاً، 60 سؤال بمعامل ثبات 100%، أما الستة أسئلة الباقية، فكانت درجة الثبات فيها على النحو التالي: سؤالين بمعامل ثبات 93%، وسؤالين بمعامل ثبات 96%، وسؤال بمعامل ثبات 98%، وسؤال بمعامل ثبات 99%. والأسئلة الستة هي : السؤال رقم 10 (والخاص بالدخل الشهري للأسرة)، السؤال رقم 13 (الخاص بالمصروف الشهري للمبحوث)، والسؤال رقم 20 (الخاص ب: هل يتخاضمان الوالدان في حالة يعيشان معاً)، السؤال 24 (الذي ينص: كيف يعاملك والديك)، السؤال 36 و 37 المتعلقين (هل هناك بائعون للمخدرات بين زملائك هل هناك بائعون للمخدرات بين أقرائك).

2- دليل المقابلة:

تعرف المقابلة بأنها حوار لفظي وجها لوجه بين باحث قائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو مجموعة اشخاص آخرين، وعن طريق ذلك يحاول القائم بالمقابلة الحصول على المعلومات التي تعبر عن الآراء والاتجاهات أو الإدراكات أو المشاعر أو الدوافع أو السلوك في الماضي أو الحاضر⁽¹⁾. فالأداة الثانية التي استعنا بها في هذه الدراسة لجمع المعلومات هي المقابلة، وهذا لما تكتسبه هذه العملية من أهمية لا يستهان بها في جمع أكبر قدر من المعلومات، خصوصاً في الدراسات من هذا النوع، والتي تتداخل فيها عدة عوامل متشعبة ومتداخلة. فالمقابلة هي عملية إجتماعية تحدث بين شخصين، المبحوث الذي يعطي المعلومات على شكل إجابات على أسئلة موجهة إليه من قبل الباحث، والذي بدوره يجمع تلك المعلومات ويصنفها.

فبناءً على ما تم ذكره، وسعياً منا للحصول على أكبر قدر من المعلومات المتعلقة بالموضوع، والتي تعذر الوصول إليها عن طريق استمارة الاستبيان، وهذا راجع أساساً لكون الموضوع في غاية الحساسية، مما يجعل الوصول إلى الحقيقة عن طريق هذه الأداة أمر في غاية الصعوبة، وعلى هذا الأساس أجرينا مقابلة مع كل من رئيس مصلحة معالجة المدمنين وبعض المدمنين بمصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتر فانون بالبلدية. ولقد مكنت هذه المقابلات الباحث من الوقوف على الأسباب الحقيقية التي دفعت بشريحة

⁽¹⁾ محمد علي، محمد. علم الاجتماع والمنهج العلمي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1986، ص46.

من المجتمع إلى دخول عالم المخدرات والإدمان عليها، والتعرف على اللغة الخاصة بالمتعاطين، وكذا أهم أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية الأكثر تداولاً في السوق غير المشروعة، وكذا سعرها، وكم يصرف المدمن على المخدرات يومياً.

كما أجرى الباحث مقابلة مع مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، والتي تحصل فيها على معلومات مهمة والخاصة بالسياسة الوطنية لمكافحة المخدرات، والمحاور الكبرى للمخطط التوجيهي الخماسي التي تبنته السلطات الجزائرية للتصدي لظاهرة المخدرات.

وعلى الرغم من أن المقابلات تأخذ وقتاً أطول و تتطلب جهداً إضافياً، إلا أننا لاحظنا ميدانياً أن لها مزايا عديدة، حيث استقيناً معلومات في غاية الأهمية لم نتمكن من الحصول عليها عن طريق استمارة الاستبيان.

كيفية جمع البيانات:

استعان الباحث بمجموعة من الباحثين، بلغ عددهم خمسة وثلاثون 35 أستاذ جامعي، يدرسون العلوم الاجتماعية والانسانية، و أغلبهم رَأسوا مادة المنهجية في الجامعات عبر التراب الوطني، مما ساعد على سهولة توزيع واسترجاع الاستمارات.

ولكون الباحث أستاذ بجامعة التكوين المتواصل، ومكلف بخلية الاتصال (Cellule de Communication) لقسم تكوين أساتذة التعليم المتوسط PEM برئاسة الجامعة) وهذا في إطار الاتفاقية بين جامعة التكوين المتواصل ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، ووزارة التربية الوطنية، وبالتنسيق مع المدرسة الوطنية للأساتذة، على المستوى الوطني، المتعلقة بتأهيل جميع أساتذة التعليم المتوسط الذين ليس لديهم شهادة جامعية في اختصاصهم). إن هذا المنصب ساعد الباحث على التواصل والاتصال مع جميع المراكز الموزعة عبر التراب الوطني، وقد تم هذا عن طريق الشبكة العنكبوتية (Internet) التي تعتبر أداة عمل جد مهمة وضرورية لخلية الاتصال. وعليه تم تدريب (رغم أن جلهم مدربين على مثل هذه الدراسات) الأساتذة في كيفية تحضير الأجواء المناسبة لتوزيع الاستمارات على طلبة القسم التحضيري بالمراكز، وكيفية التوزيع وشرح بنود الاستمارة، وكيفية جمع الاستمارات. وكانت الحصص التدريبية، تدور حول أهمية مشكل المخدرات وتعاطيها في

المجتمع الجزائري، وكيفية الاقتراب من الطالب نظرا لعدم مشروعية الموضوع. أما المعايير التي أخذت بعين الاعتبار في اختيار الأساتذة الباحثين لمساعدة الباحث (بالتنسيق مع مدراء المراكز)، فكانت: أساتذة ينتمون إلى الولاية المعنية لسهولة التواصل مع المبحوثين، أساتذة لهم على الأقل شهادة ماجستير في العلوم الانسانية والاجتماعية، ويتميزون بسهولة الاتصال مع الآخرين، وهذا نظرا لخصوصية الموضوع وحساسيته.

أما فيما يخص طريقة إرسال واسترجاع الاستثمارات، فقد استغل الباحث فرصة إرسال أساتذة وموظفين إلى جميع المراكز جامعة التكوين المتواصل وعددهم 52 مركزا (في إطار تنظيم جامعة التكوين المتواصل (UFC) مسابقات خاصة بالوظيفة العمومية لصالح الإدارات العمومية)، وتم إرسال الاستثمارات في وقت واحد اتجاه جميع المراكز المعنية، مع المكلفين بمهمة المتابعة و الإشراف على الإمتحانات الخاصة بالتوظيف في المؤسسات العمومية. أما عملية الاسترجاع، فقد تمت عن طريق مدراء المراكز و المكلفين بالمهمة لتلك المراكز، فكلما سمحت الفرصة للتنقل إلى رئاسة الجامعة بالجزائر العاصمة أحضروا معهم الاستثمارات المسترجعة، وهذا ما أدى إلى طول مدة استرجاع الاستثمارات.

المطلب السابع: مجالات البحث :

1- المجال الجغرافي: شملت الدراسة كافة التراب الجزائري، أما الولايات التي كانت محل الدراسة فهي 27 ولاية على أساس مركز في كل ولاية، إلا الجزائر العاصمة التي كانت ممثلة بمركزين، وهي كآآتي :

الجزائر العاصمة، البويرة، تيزي وزو، البليدة، الجلفة، الشلف، تيبازة، سطيف، تبسة، بجاية، سكيكدة، قالمة، الطارف، جيجل، وهران، مستغانم، تيسمسيلت، معسكر، سيدي بلعباس، عين تيموشنت، البيض، النعامة، تمنراست، إيليزي، الأغواط، بشار، الوادي.

يجب التنبيه، بأنه قد تم تبني كيفية توزيع الولايات عبر المناطق الأربعة تبعا للتنظيم المعمول به والمعتمد من قبل جامعة التكوين المتواصل.

2- المجال الزمني: استغرق إجراء الدراسة الميدانية قرابة خمسة أشهر، من شهر ديسمبر 2011 إلى شهر أبريل 2012، وهذا بعد حصول الباحث على الموافقة من رئيس جامعة التكوين المتواصل. واشتملت هذه المرحلة بتوزيع استمارة الاستبيان وعددها 20 استمارة على المناطق الأربعة، وهذا لاختبار الثبات، وبعد استرجاعها ودراسة معامل الارتباط ودرجة التوافق، بعدها تم توزيع استمارة الاستبيان على جميع مراكز الجامعة وهي 52 مركز. و إعادة جمعها من قرابة 28 مركزا. إن سبب طول مدة البحث الميداني، يعود أساسا إلى عملية إعادة جمع الاستثمارات من المراكز، التي تطلبت وقتا طويلا، وهذا راجع إلى بعد مسافة بعض المراكز خصوصا منها الجنوبية، حيث كانت ترسل مع أساتذة أو موظفين من تلك المراكز كلما سمحت الظروف بذلك، لأن التنقل إلى رئاسة الجامعة بالجزائر العاصمة لم يكن دوريا، وإنما عندما تقتضي الحاجة إلى ذلك.

المطلب الثامن : المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات من ميدان الدراسة، تم تصنيفها وذلك بعد أن حولت كل الأجوبة إلى بيانات كمية، هذا فيما يتعلق بالأسئلة المغلقة. أما الأسئلة المفتوحة، فقد تم تصنيف البيانات بعد جمعها من واقع إجابات المبحوثين.

أما ما يتعلق بتصنيف البيانات، فقد تم ترتيبها وتقسيمها إلى فئات، ثم قام الباحث بتفريغ البيانات عن طريق استخدام الحاسوب الآلي، وهذا باستعمال برنامج إكسيل (Excel) المصمم أصلا للجدول والإحصاءات. وبعد تفريغ البيانات وإحصاء الإستجابات، بدأت مرحلة تبويب البيانات في جداول بسيطة (أين تم وضع تكرار متغير واحد فقط)، ومركبة (أين تم عرض تكرارات متغيرين في وقت واحد)، ولقد ساعدتنا كثير الجداول المركبة في معرفة العلاقة بين متغيرين أو أكثر، و اختبار صحة الفرضيات التي تم صياغتها في بداية الدراسة.

بعد تصنيف البيانات و تبويبها في جداول، قمنا بعملية التحليل الإحصائي لهذه البيانات، وذلك سعيا منا للإجابة على تساؤلات الدراسة، والتحقق من مدى صحة الفرضيات.

المطلب التاسع : صعوبات البحث:

تكمن صعوبات الدراسة في النقاط التالية:

1- إن الدراسات المسحية، تتطلب إمكانيات ضخمة تتكفل بها هيئات رسمية، وتبين من خلال الدراسة الميدانية، أن لولا شغل الباحث بجامعة التكوين المتواصل منصب أستاذ دائم لما تمكن من الاقتراب الميداني وإيصال واسترجاع استمارات الاستبيان لأكثر من 28 مركز من أقصى الشرق إلى أقصى الغرب، ومن أقصى الشمال إلى أقصى الجنوب، وهذا بأقل تكلفة ممكنة.

2- كما أنه مازال الكثير من المؤسسات الجزائرية لم تترسخ لديها ثقافة الدراسات العلمية الأكاديمية وبالتالي لا تمد يد المساعدة لمثل هذه الدراسات، مما تسبب في ضياع الكثير من الوقت والجهد.

3- كما أن العراقيل التي واجهها الباحث في بداية الدراسة من طرف وزارة التربية جعلته يغير ميدان الدراسة من الثانويات إلى جامعة التكوين المتواصل.

4- كما أن هذه الدراسات المسحية الاجتماعية، تعتبر غير كافية لمعرفة الحجم الحقيقي لظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، حيث أن كثيرا من المبحوثين لا يصرحون بالحقيقة في إجاباتهم، مما يؤدي إلى استنتاجات خاطئة لا تعبر عن حقيقة الظاهرة الاجتماعية، وخصوصا عندما يتعلق الأمر بالإناث، حيث أن المجتمع الجزائري بمختلف ثقافته الفرعية لا يتقبل فكرة الفتاة التي تدخن التبغ، وبالتالي الأمر يصبح أخطر من ذلك عندما يتعلق الأمر بالمخدرات، ولهذا نجد أن المبحوثة تتكتم عن الحقيقة حتى ولو كانت مدمنة على المخدرات. وهذا ما صرح به الكثير من المبحوثات، حيث يكتبون على هامش الاستمارة أن هناك الكثير من البنات اللواتي تتعاطين المخدرات وخصوصا الكيف والأقراص إلا أنهن يصرحن في الاستمارة بأنهن لن يتعاطين أصلا المخدرات، وهذا ما يؤدي إلى نتائج لا تعكس الصورة الحقيقية للواقع. وهذا ما أدى بالباحث إلى الذهاب لأحد مراكز العلاج من الإدمان لمعرفة الحقيقة من المدمنين أنفسهم.

5- وتكمن الصعوبة كذلك لخطورة الموضوع محل الدراسة، لأن المخدرات عالم جد خطير تتداخل فيه الكثير من العوامل، وكذلك الفاعلين فيه، من مزارعين إلى مهربين إلى تجار وبائعين في الأحياء إلى جماعات وحتى إدارات السامية في مؤسسات الدولة، وهذا

راجع بالدرجة الأولى إلى الأموال الطائلة التي تنجر عن هذا النشاط الغير الشرعي. أما الأطراف الأخرى فتتمثل في المتعاطين والمدمنين على المخدرات الذين يبحثون بشتى الوسائل للحصول على جرعاتهم اليومية، وهم يعلمون أن أجهزة الأمن تتعقبهم والمجتمع يرفضهم، مما يجعل الوصول إليهم صعبا.

6- كون فعل التعاطي مجرماً في جميع الأحوال، حيث تنص المادة 12 من القانون رقم 04-18 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 والمتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها: يعاقب بالحبس من شهرين (2) إلى سنتين (2) وبغرامة من 5.000 دج إلى 50.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين كل شخص يستهلك أو يحوز من أجل الاستهلاك مخدرات أو مؤثرات عقلية بصفة غير مشروعة. وهذا ما يحول دون الوصول إلى حقيقة حجم انتشار تعاطي المخدرات في المجتمع محل الدراسة. مما تطلب على الباحث ابتكار الأساليب غير المباشرة للاقتراب من الظاهرة بهدف دراستها.

الفصل الثاني

المقاربة النظرية للدراسة

المبحث الأول: أهم الأطر النظرية المفسرة لظاهرة تعاطي
المخدرات

المبحث الثاني : المسار التاريخي و التوزيع الجغرافي للمخدرات

الفصل الثاني

المقاربة النظرية للدراسة

المبحث الأول: أهم الأطر النظرية المفسرة لظاهرة تعاظم المخدرات:

المطلب الأول : الاتجاه البيولوجي:

رائد هذا الاتجاه العالم الإيطالي سيزاري لمبروزو Cesare Lambroso الذي استطاع بفضل تجاربه حول الجنود المنحرفين المتوفين في المعارك، من تأسيس المدرسة البيولوجية، حيث فسر أسباب السلوك الإجرامي في كتابه "الإنسان الجانح" "l'uomo delinquente" على أساس الحتمية البيولوجية⁽¹⁾. فكان لمبروزو يعتبر الانحراف نتيجة لتشوهات دماغية تخل بالعلاقة بين وظائف الإرادة والقيم الخلقية في الدماغ أو بين مراكز الغرائز العدوانية ويؤدي تغلب مراكز الغرائز على السلوك إلى إضعاف وظائف الضبط وتحرير النزعات العدوانية من أسرها⁽²⁾. وبالتالي حدد لمبروزو مجموعة من السمات التي تميز الشخص المنحرف بالميلاد، وهي⁽³⁾: اختلاف الرأس حجما وشكلا عن النمط الشائع في بيئة المجرم، خلل في نصفي الوجه و الفك والعينين والتواء الأنف أو نحو ذلك، مع إمتلاء الشفتين و الوجنتين وضخامتهما وبروزهما، وخلل في شكل الدقن، إلى جانب طول زائد للذراعين.

إلا أننا نجد لومبروزو غير في أواخر دراساته نظريته، حيث أدخل العامل الاجتماعي في تفسيره للسلوك الإجرامي، وعلى هذا الأساس أضاف مصطلحات جديدة : المجرم المجنون، المجرم الانفعالي، المجرم المدمن على الخمر، المجرم الهستيري، المجرم المعتاد، المجرم الانفعالي، والمجرم بالمناسبة⁽⁴⁾.

ولقد تأثر عدد كبير من الباحثين في هذا المجال بأفكار لمبروزو منهم رجل القانون قاروفالو Raffaele Garofalo حيث جمع هذا الأخير بين العوامل العضوية الخلقية المتوارثة

⁽¹⁾ سامية الساعاتي. الجريمة والمجتمع. مرجع سابق، ص 92

⁽²⁾ غريب محمد، سيد و سامية محمد جابر. علم الاجتماع السلوك الانحرافي. مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص 65.

⁽³⁾ سمير نعيم، أحمد. الدراسة العلمية للسلوك الإجرامي. القاهرة: دار إنسانيات للنشر والتوزيع، 2011، ص 101.

⁽⁴⁾ سامية، الساعاتي. الجريمة والمجتمع. مرجع سابق، ص 4.

والعوامل الاجتماعية التطبيعية المكتسبة، فهو يعتبر الإجرام ظاهرة اجتماعية شاذة لأناس شاذين الخلقة يقومون بتنشئة اجتماعية شاذة، تؤدي إلى تكوين نفوس شاذة تفتقر إلى الورع. وأكد ضرورة الاهتمام بالمجرم ببحث حالته علمياً يساعد على علاجه بدلاً من إنزال العقاب التقليدي به⁽¹⁾. كما يعتبر فيري Enrico Ferri ثالث العلماء البارزين في المدرسة البيولوجية، والذي حاول إبراز البيئة الاجتماعية في كتابه الشهير "علم الاجتماع الجنائي". واستنتج أن الأساس للجريمة لا ينبع فقط من الذات الداخلية للفرد، وإنما يرجع إلى عوامل خارجية تتصل بالمحيط الاجتماعي للمجرم (أو المنحرف)، فالجريمة في نظره هي نتيجة المزيج من عوامل داخلية (شخصية) عضوية ونفسية، و خارجية اجتماعية وطبيعية، وتوصل إلى قانون التشعب الإجرامي "الذي يعزو في الجريمة إلى عوامل ثلاثية مركبة : شخصية، اجتماعية وطبيعية، ومفاد هذا القانون هو في مجتمع معين، وتحت ظروف شخصية معينة وظروف اجتماعية معينة وعوامل طبيعية معينة، ترتكب جرائم معينة لا تزيد ولا تنقص. ويعتبر بعض الكتاب أن فيري هو المؤسس الأول لعلم الإجرام لأنه أول من نادى إلى هذه النظرية التركيبية لمشكلة الجريمة، كما أكد أيضاً بأن إصلاح المجرم ليس كافياً لوحده، بل يجب بذل جهود لإصلاح وسطه الاجتماعي⁽²⁾.

أما عن تفسير تعاطي المخدرات حسب الاتجاه البيولوجي، فقد كشفت الدراسات الوراثية التي أجريت على حالات التبنى والتوائم عن مكونات وراثية أساسية ومستقلة عن التأثيرات البيئية كعامل وراثي مهياً، ولقد قام الباحثون بفحص العلامات البيولوجية من خلال مقارنة الأطفال الذين يسيئون استخدام المواد النفسية (ذو عامل المخاطرة العالي)، وأشارت النتائج إلى وجود فروق نتيجة تنوع العوامل البيولوجية والتي قد تهيئ الفرد بشكل نشط لتطوير سوء استخدام الكحول أو العقاقير الأخرى⁽³⁾. على هذا الأساس أجريت دراسات متعددة في كل من الدانمارك والسويد والولايات المتحدة الأمريكية، وتشير نتائجها جميعاً إلى غلبة العامل الوراثي، أي أن الأبناء الذين ينحدرون من أباء مدمنين للكحوليات يزيد معدل إنتشار

(1) سامية، الساعاتي. الجريمة والمجتمع. مرجع سابق، ص 96.

(2) أحمد فتحي، سرور. السياسة الجنائية. بيروت: دار النهضة العربية ، 1972، ص 106.

(3) M.A.,Schuckit, "Studies of population at high risk of alcoholism". *Psychiatric developments*, 3(1985):pp.31-63.

الإدمان بينهم إلى نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من أباء غير مدمنين أو أسوياء، وذلك رغم التنشئة في بيئات التبني حيث لا يوجد الإدمان⁽¹⁾.

وهناك أدلة تؤكد يوما بعد يوم عن دور العوامل الوراثية في ظاهرة تعاطي الكحول. وأقوى دليل جاء من دراسات على تاريخ العائلة، عن التوائم و الأطفال المتبنين، لمختلف الأجناس و الحيوانات فالعوامل الوراثية تؤثر بشكل كبير في طريقة الاستجابة البشرية واستقلاب الكحول، حيث يظهر أن العوامل الوراثية تساهم في الاضطرابات العصبية عند الأشخاص الذين بدأت تظهر عليهم مشاكل تعاطي الكحول في سن مبكر. كما أن للعوامل الوراثية تأثير على الأشخاص الذين يعانون من ظاهرة تعاطي التبغ والمخدرات الأخرى⁽¹⁾. فهناك اعتقاد عن وجود عدد من الجينات التي تؤثر في استجابة الأشخاص للكحول.

ويتفق كل من "هيلي" و "بيرت" على أن الوراثة ليست عاملا أساسيا في إحداث السلوك المضاد للمجتمع، إلا أنها لها دور إلى حد ما في حالات الانحراف، فقد وجد هيلي أن 61% من حالات الأحداث المنحرفين، التي قام بدراستها كانوا يعانون من تقلب انفعالي شامل وعميق كعيب فطري⁽²⁾.

وفي هذا الصدد أثبتت عدة الدراسات الاكلينيكية أن احتمال وجود في تاريخ العائلة الإدمان على الكحول عند المدمنين على الكحول مقارنة بغير المدمنين، إلا أنه هناك عدد كبير من الكحوليين ينحدرون من عائلات غير كحولية، وهذا ما يؤدي بنا إلى الإقرار بالانقسام بين إدمان الكحول الوراثي وإدمان الكحول البيئي⁽³⁾.

أما دراسات التوائم فقد سمحت بالتفرقة على مشاركة العوامل الوراثية، لأن التوائم المتماثلة Jumeaux Monozygotes تحمل رصيذا من المورثات متماثلا تماما. بينما التوائم غير المتماثلة أو الأخوية Jumeaux Dizygotes لها 50% فقط من رصيذ الجينات أو المورثات

⁽¹⁾ مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص 70.

⁽²⁾ A.F. Pamela, Madden; and Heath, A.C. "Shared genetic vulnerability in alcohol and cigarette use and dependence". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2002): pp. 1919–1921.

⁽³⁾ Healy, William ; and Augusta F. Bronner. "New light on delinquency and its treatment" *The Howard Journal of Criminal Justice*, 4,4 (July,1937): pp. 391–397. <http://onlinelibrary.wiley.com>. (03/10/2010).

⁽⁴⁾ مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 69.

متمائل. إن هذه الدراسات سمحت بالتأكيد أن عوامل الوراثة لها دور مهم، ولكن جزئي (Partiel) في نمط تعاطي الكحول⁽¹⁾. أما Pikens فقد وجد نسبة عالية من التوافق في السلوكيات الكحولية عند الأشخاص الذين بدأوا تعاطي الكحول في سن مبكر والعلاقة التوافقية مع التوائم المتماثلة⁽²⁾. وفي دراسة على 862 متبني Adoptés وجد بوهمان Bohman أنه ليس هناك ارتفاع في نسبة إدمان الكحول في أسر التبني لأبناء مدمنين على الكحول بينما الأسرة البيولوجية غالبا ما تكون مصابة بالإدمان⁽³⁾. ويرى كلونينغر (Cloninger) أنه ليس الإدمان على الكحول فقط هو الذي تم توريثه. ولكن بالأخص نوع التعاطي (البداية المبكرة، ونمط التعاطي) إلى جانب العوامل الداعمة (جنس الذكور، والسلوك المعادي للمجتمع).

وفي دراسة حديثة حول سر زيادة الرغبة في القهوة، توصل باحثون إلى ضبط جينين (deux séquences génétiques) الذين لهما علاقة بالحاجات إلى تعاطي القهوة، الشاي، الشكولاتة، الصودا ومواد أخرى تحوي على الكافيين.. وعليه أظهرت نتائج الدراسات أن هناك وجود محددات وراثية هي سبب الاعتماد، غير أنها لا تتبلور إلا في محيط معين (بيولوجي، ثقافي، اجتماعي...)⁽⁴⁾.

هذا بالإضافة إلى العيوب البدنية التي تعتبر من أشد الأمور قسوة، ولا يرجع ذلك إلى وطأتها الذاتية، بقدر ما يرجع إلى قسوة المجتمع الذي لا يرحم في تعامله مع أصحابه. فتأثير العوامل البيولوجية يفسر أحيانا عند الأشخاص الضعفاء، الإدمان على الكحول يكون حتمي، تدريجي، و دون رجوع. فهذا ما يبين حدود تفسير دور الوراثة في تحديد السلوكيات المعقدة وعدم تطابقها مع الدراسات⁽⁵⁾.

(1) J. Koopmans; and Boosman.D. "Familial resemblances in alcohol use: genetics or cultural transmission". *J Stud Alcohol*, 57,1(January, 1996): pp . 19-28.

(2) R. Pikens; et al et al ." Heterogeneity in the inheritance of alcoholism : a study of male and femal twins". *Arch Gen Psychiatry*, 48(1991): pp.19-28.

(3) M. Bohman; Sigvardsson S.; and Cloninger CR. "Maternal inheritance of alcohol abuse:Cross-fostering analysis of adopted women". *Arch.Gen.Psychiatry*, 38,9(1981): pp. 861-868.

(4) Ferard, Émeline. « Caféine : un besoin d'origine génétique ? ». *GENTSIDE découvertes*, 17 avril 2011. <http://www.maxisciences.com>. (15/02/2012).

(5) Mello, Nancy K.; and Mendelson, J.H. "Operant analysis of drinking habits of chronic alcoholics". *Nature*, 206,4979(1965): pp.43-45.

على أساس ما سبق ذكره، فإنه يمكن القول أن هناك وجود باعث وراثي له دور رئيسي في الإدمان. إلا أنه مازال لم يتم الجزم على أن هناك علاقة ارتباطية مباشرة بين الوراثة والإدمان. فالواقع أكثر تعقيدا، فعلى أن نضع في الحسبان العوامل التي لها علاقة بالضعف والهشاشة التي توجد عند بعض الأشخاص حيال الإدمان أكثر من الآخرين. هذه العوامل تبدو متعددة، وتتفاعل فيما بينها، وتظهر أنها تستجيب إلى نماذج اتصالات معقدة، غير منديلية Mandel (أي غير وراثية). وعليه نقول أن بعض العوامل البيولوجية لا تتبلور إلا في محيط معين (بيولوجي، ثقافي ...). وزيادة على الحدود العلمية، فإنه لا يمكننا التطرق إلى وراثة السلوكيات، دون أن نتعرض إلى المشاكل الأخلاقية التي تنبثق عنه، فاحتمال أن يسلك الإنسان سلوكا معيناً نتيجة إلى تحاليل وراثية مبكرة، ليس بالضرورة أنه سيسلكها في المستقبل. فكل إجراء وقائي ضد أشخاص يحتمل أنهم سيصبحون مدمنين على الكحول أو المخدرات، يعتبر إجراء عنصرياً، الذي تم اتخاذه من احتمالات فقط. ومادام لم يتم حتى الآن الفصل على وجود عامل ارتباط مباشر بين أي عامل من العوامل الوراثية في ظاهرة الإدمان. فنحن بعيدين كل البعد على اقتراح في الوقت الحالي، تشخيص وراثي لقابلية الشخص ولوج عالم الإدمان، وما يمكن أن ينتج عنه من إيجابيات (الوقاية، التحسيس، العلاج المبكر).

المطلب الثاني : الاتجاه النفسي :

تعتبر المدرسة النفسية امتداداً للمدرسة اللومبروزية بغير تركيز على الخاصة التشكيلية، بالرغم من رفضها لبعض الآراء التي تبنتها مع اهتماماتها بالاضطرابات العاطفية وما يشابهها عند الحديث عن المزاج الفردي⁽¹⁾. وقد أعطت كما فعل لومبروزو أهمية للأمراض النفسية والصراع والانحراف العقلي والخلقي، إلا أنها ركزت أكثر على الاضطرابات العاطفية وغيرها من الأمراض النفسية اليسيرة بعد أن وجه النقد إلى مدرسة الاختبارات العقلية، و في آخر تاريخ هذه المدرسة اعتبرت أن الاضطرابات العاطفية تقع

(1) غريب محمد، سيد و سامية محمد جابر . علم الاجتماع السلوك الانحرافي. مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص29.

نتيجة للاتصال الاجتماعي أكثر منها نتيجة للوراثة الطبيعية⁽¹⁾. فيذهب الاتجاه النفسي بزعماء "فرويد" على تفسير الجريمة عامة تفسيراً نفسياً دون أخذ بعين الاعتبار العيوب الجسمية، أو الظروف الاجتماعية.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

على رأس هذه المدرسة العالم سجموند فرويد Freud الذي اهتم مبكراً بموضوع الاعتماد على المواد النفسية من خلال كتاباته التي كانت في كثير من الأحيان مشتتة ومبعثرة. بدأ فرويد في دراسة مادة الكوكايين، وجربها حتى على نفسه، كما أنه أوصى بها، ووصفها لعلاج الفصام لصديقه فليشل Fleischel وفي هذا الصدد، نشر كتابه عام 1884 تحت عنوان *de la Coca*، ثم بعد ذلك بحث عن توصيات علاجية أخرى للكوكايين⁽²⁾. وبعد ظهور أول حالات الاعتماد على الكوكايين *Cocainomanie* إتهم فرويد بأنه أصل ثالث آفة عالمية (الأولى الكحول والثانية المورفين والثالثة الاعتماد على الكوكايين) و للدفاع عن نفسه من الاتهامات المنسوبة إليه، أصدر عام 1887 كتاباً بعنوان *Cocainomanies et Cocainophilie*، كما لفت جونز Jones الانتباه وهو يدافع عن فرويد، أن هذا العالم النفسي استطاع كشف عن عقدة أوديب بفضل الكوكايين⁽³⁾. كما أن فرويد كان مدمناً على التبغ، والذي كان سبب وفاته بعد مرض عضال دام أكثر من خمسة عشر سنة.

ويمكن حوصلة أعمال فرويد في مجال تعاطي المخدرات على النحو التالي⁽⁴⁾:

- التعاطي هو بديل للسلوك الجنسي، فالدافع الجنسي يكون قوياً شديداً الإلحاح في الشباب، الذي ترتفع فيه نسبة الاغتصاب وبخاصة في سن الثالثة والعشرين⁽⁵⁾. فإن لم يجد يلجأ إلى تعاطي المخدرات كبديل عن السلوك الجنسي، هذا محاولة منه تخفيف شدة الحالة

(1) أودين، هـ. سنرلاند و دونالدر كريسي. مبادئ علم الإجرام. ترجمة: محمود السباعي، حسن صادق المرصفاوي. القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية، ص73.

(2) Gérard, DANOU. ; and Emmanuel Meunier. « Freud et la Cocaïne ». *Synergie*, Correspondance hors serie1, (2006) : pp.2-7. www.rvh-synergie.or. (19/07/2010).

(3) Ali, Magoudi. ; and Caroline, Ferbos. *Approche psychanalytique des toxicomanes*. Paris : PUF, 1986, p.24.

(4) سامية حسن، الساعاتي. علم الإجتماع الجنائي. مرجع سابق، ص101.

(5) Roland, Grassberger. « Towards a synthesis of the causes of crimes », *The National review of criminal sciences*, 1, (March, 1958): pp.14-15.

الانفعالية لديه، ومن الباحثين الذين بنوا دراستهم على هذا الاتجاه، الباحث سلحاب، الذي أكد أن عدم الإشباع الجنسي والفراغ الجنسي الذي يعيشه الشباب الجزائري (زواج متأخر بعد 25 سنة، نظرا للظروف الاجتماعية والاقتصادية) تجعل النزوات كامنة ومكبوتة، كمحاولة وهمية من طرف الشباب للإشباع الجنسي، والبحث عن اللذة يلجأ إلى المادة النفسية، وما يؤكد هذه الفكرة هو تأنيثه للمادة والتسمية المعطاة لها: الشيرة (البنت) ، الزينة (الجميلة)، الشعالة (الفاتنة)⁽¹⁾.

- التكوينية الفمية (*Oralité Constitutionnelle*) الاعتماد يعكس ثباتا في نمو الليبيدو في المرحلة الفمية، وهذا ما يؤدي إلى عدم استقلالية الأنا، وذلك لعدم قدرته على إقامة علاقة مع الموضوع الأساسي-الفم-الذي عوض بالمادة النفسية، على هذا قدم فيشل مصطلح النرجسية الفمية *Oral Narcissique* . فالشيء الحقيقي، هو صدر الأم، حيث يتم إدخاله عند الطفل ويأخذ المكان الأول في عالم الخيال بالقراءة الرمزية⁽²⁾.

وقد جاء بعد فرويد عددا كبيرا من المحللين النفسانيين الذين حاولوا تفسير ظاهرة التعاطي والإدمان على المخدرات من الجانب النفسي، ومن هؤلاء المحللين :

1- وجهة نظر ساندور رادو *Sandor RADO* : اعتبر أن كل أنواع الإدمانات والسلوكات الاعتمادية ترجع في الأساس إلى اضطراب ومرض وحيد متمثل في الاكتئاب الأولي⁽³⁾. ثم طور رادو فكرته حيث أطلق إسم الفارماكوثيميا *Pharmacothemia* على ظاهرة الولوع بالمخدر ويحددها بآثارها التي تتضمن⁽⁴⁾ : تأثير التسكين والتنعيم أو تخفيف الألم أو منعه، و الإثارة وجلب المرح واللذة. فالهدف من التعاطي ليس اللذة، بل تخفيف وخفض الضغط.

2- وجهة نظر قلوفر *Edward Glover*⁽⁵⁾ : وهو أول من أدخل مصطلح الحالات التحويلية *Etats transitionnels* مشيرا للحالات البينية، وربط بذلك بين الاعتماد والسادية

⁽¹⁾ M.R., Selhab. ; et coll « Enquête Répertoire des substances psycho actives consommées dans la ville d'Alger par les jeunes de 15 à 30 ans, 30 Aout 1992». *R.E.M.* III,11(Novembre, 1992) : pp. 62-67.

⁽²⁾ C. Ferbos. ; Guedeney. A.; and Magoudi, A. «Approche psychanalytique des toxicomanes ». *Encycl.Med.Chri*, Paris. Psychiatrie, (Novembre, 1988) : pp.1-4.

⁽³⁾ Sandor, RADO, "la psychanalyse des pharmacothymies". *Revue Française de Psychanalyse*, 39,4(1975) : pp. 603-618.

⁽⁴⁾ سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية. مرجع سابق، ص412.

⁽⁵⁾ E. GLOVER. "on the etiology of drug addiction". *International Journal of Psychoanalysis*. 13(1932): pp.298-328. <http://www.pep-web.org>. (05/05/2011).

المرتبطة بالمراحل الليبيدية من التطور السيكلوجي للفرد. وواقفه على ذلك مجموعة من الباحثين، وعلى رأسهم برجوري Bergeret⁽¹⁾ الذي ربط التعاطي بالسادية، فيرى أن كل فرد يولد بمقدار من العنف بداخله (عنف طبيعي) ضروري للحياة، كلما كبر الفرد من الناحية العلائقية كلما استطاع إدماج هذا العنف لصالح توازنه النفسي، لكن عند التعاطي تظهر في كل لحظة عناصر العنف (السادية) كونها غير مدمجة نتيجة فشل التعاطي في إدماجها في الجهاز النفسي، وهذا ما يجعل التعاطي عنيفا عدوانيا (ساديا) يقلق المحيط والرأي العام بسبب عنفه هذا⁽²⁾. ويرى سولفيان Sullivan⁽³⁾ في الكائن البشري نظاما طبقته السفلى هي الوراثة والنضج الفيزيولوجي، تليها تأثيرات الحضارة التي تتيح الفرصة لظهور القدرات العقلية التي تساعد على خفض التوتر وإشباع الحاجات بالمواقف التربوية⁽⁴⁾.

3- وجهة نظر جيرارد وكورنتسكي Gerard et Kornetsky : فقد توصلنا إلى أن هناك زمرة أعراض مشتركة بين المتعاطين، تتمثل في مشكلة الهوية واضطرابات علائقية⁽⁵⁾، فمفهوم الهوية مفهوم مهم وأساسي في التكوين والتوازن السيكلوجي، ويظهر هذا لمفهوم حسب أمارال دياز Amaral Dias كمحدد ومجمل لكل المشاكل المرتبطة بالتعاطي⁽⁶⁾. ويؤكد ديفيليس De Felice 1936 أن التعاطي تجربة ذاتية تتناسب في الغالب مع عدم قدرة الفرد وعجزه عن إيجاد هوية⁽⁷⁾. فالتعاطي يهدف إلى ملء الفراغ الناتج عن قلق الوجود وبالتالي العجز عن تحديد الهوية.

4- وجهة نظر شارل نيكولاس و لو كوجيك Charles Nicolas et le Coguic : إن أولى مميزات مرحلة المراهقة، هو مشكل الحداد الطفولي (Deuil Infantile)، ف(أنا) المراهق يجب أن يواجه التغيرات الفيزيولوجية السريعة ونشاط النزوات الليبيدية والعدوانية، ومراجعة مثالية الصور

(1) J. Bergeret. Les conduites addictives : Approche clinique et thérapeutique. Paris : Masson, 1990, pp3-9.

(2) In : J. BERGERET et M. FAIN. Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane. Paris :Dunod, 1981, p.55.

(3) F.E. Barton. Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy. New York: Routledge, Dec12, 1996, p.11.

(4) مجاهدة الشهابي، الكتاني. شخصية الجاني: دراسة ميدانية لشخصية الحدث المنحرف في المغرب. الرباط: مكتبة البديع، 1986، ص ص 37-38.

(5) F.M. Vassoler.; et al. " Deep Brain Stimulation of the Nucleus Accumbens Shell Attenuates Cocaine Priming-Induced Reinstatement of Drug Seeking in Rats" .J. Neurosci, 28,35(August, 2008) : pp.8735-8739. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Consulté le 03/04/212.

(6) C.A., Amaral-Dias.; T. N. Vicente.; and M. F.Cabrita. 1981. "Transplantation, Identity and Drug Addiction" . Bulletin of Narcotics, 33(1988): pp.21-22.

(7) Stephane L, DeFelice. Drug discovery. The pending crisis, New York: Medcom, 1972. P.13.

الوالدية، ورفض تقمص الوالدين واختيار مواضيع أخرى غير والدية للاستثمار الليبيدي. ويرى كل من **Charles Nicolas et le Coguic** أن المتعاطي المراهق اكتسب معنى جديدا مرتبطا بمشكلاته المتعلقة بأزمة المراهق، والتي سمحت له بالابتعاد عن العائلة وهذا عن طريق المادة النفسية، وبالتالي سوف يجنبه المواجهة العنيفة مع النزوات الأوديبية المنشطة من جديد بحكم التغيرات الفيزيولوجية، ويجنبه كذلك الصراعات التقمصية، كما يبعده عن الصور الوالدية المشحونة بالاستثارة، ويدعم التناوب والاستبدال باستثمار آخر قهري وخاص، كما أنه يدعم الانقطاع عن الوالدين⁽¹⁾. فالمادة النفسية ملغومة بمفهوم التدمير الذاتي، إلا أنها تهدف في الحقيقة إلى الحياة. وعليه يمكن اعتبار التعاطي كنمط مرضي لأزمة المراهقة، وبعيدا عن أن يكون تدميرا ذاتيا بطيئا، هو محاولة وعلاج ذاتي يسمح بالانتقال من الطفولة إلى حالة الرشد، فالتعاطي يأتي كحل للمشكل الليبيدي والتقمصي الذي يعاني منه المراهق⁽²⁾. وهو أيضا حل دفاعي يحمي الفرد من سيطرة السياقات الذهانية (قلق الانتشار: سيطرة الأفكار العدوانية غير المتحكم فيها) والاكنتابية⁽³⁾.

5- **وجهة نظر ألفرد أدلر Alfred Adler**: يرى Adler أن الجانبين مثلهم مثل الذهانيين، العصائبيين، فهم أشخاص يفشلون في حياتهم لافتقارهم إلى الشعور بالود، ومحبة الآخرين، وحتى يعوضوا هذا النقص، فإنهم يلجأون إلى المخدرات التي تعطيهم الثقة بالنفس⁽⁴⁾.

6- **وجهة نظر أوليفانشتين Olieveinstein في التعاطي**: يرى Olieveinstein أنه ليس هناك طفولة خاصة بالمتعاطي، ولكن هناك أحداثا خاصة في طفولة المتعاطي تميزه عن الآخرين تتمثل أساسا في الكسور **Brisures**، وتحدث هذه الكسور في مرحلة المرأة، وهي نتيجة عدم استثمار الاقتصادي الليبيدي (جزئيا أو تماما) في النظام العلائقي أم - طفل. فعندما تتلقى الأم الصدمات تعكسها (أو تسقطها على الطفل). وهذا ما يعمل على إضعاف أنا الطفل مما يدعم تواجد التعاطي عند بعض الأفراد دون البعض الآخر⁽⁵⁾. ومثال على

(1) In: J. Bergeret.; Leblanc J., *Précis des toxicomanies*. Paris : Masson, 1988. Pp.41-52.

(2) A. CHARLES-NICOLAS . "A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose ?". *Topique*, 35-36(1985) : pp. 207-210.

(3) A. Charles-Nicolas.; and Prat.P. « Therapeutique de la personne du Toxicomane » . *Précis de toxicomanies*, Paris, Masson, (1988) : PP 95-99.

(4) عبد الحكيم ، العفيفي.الإدمان. ط1. القاهرة: الزهراء للإعلام العربي، ص67.

(5) C. Olieveinstein. *La Vie de Toxicomane*. 3éme édition. Paris : PUF, Aout 1991. P.55.

ذلك معايشة طفل في مكان طفل آخر متوفى، أي أن الوالدين لا يعيشون الطفل لنفسه ولذاته كما هو، لكنهم يعيشونه في مكان الطفل المتوفى، وهذا ما يخلق لاحقا عند الطفل اضطرابا في الهوية التي هي أساس السلوك الاعتمادي⁽¹⁾. فعلى المستوى الرمزي، يمكن تشبيه حقن المادة في الوريد بمحاولة إدخال الفتات والشظايا (شظايا الكسور) مثل عملية سد ثغرات الحائط بالإسمنت لإعادة واسترجاع وحدة، أي إسترجاع هوية⁽²⁾. هكذا، اعتبرت وجهة نظر التحليلية، التعاطي كمحاولة للتصدي والتخفيف من الصراعات اللاشعورية.

فترى مدرسة التحليل النفسي أن الجانح عموما والمتعاطي بصفة خاصة يلجأ إلى العدوان دفاعا عن قلقه وعدم اطمئنانه، فالإحباط يثير الشعور بالعدوان. ولكن الجانح يعرف أن التعبير عن هذا العدوان سيقابل بعدوان مضاد له، وهو هنا يرى لأن خير وسيلة لضبط الخوف والقلق من العدوان المتوقع هي البدء بهذا العدوان الذي يأخذ صورا وأشكالا عديدة⁽³⁾. فالسلوك الانحرافي من وجهة نظر التحليل النفسي هو سلوك لا شعوري هدفه التعويض أو الإبدال والتخلص من الصراع الذي يعانيه الفرد من جراء الصراع بين المكونات النفسية الثلاثة للشخصية من ناحية، ومطالب المجتمع وقواعده السلوكية من ناحية أخرى. فمحدودية قدرة الفرد على الكبت الدائم للدوافع (الهُو) وغرائزها بصورة كافية يقوى احتمال أن يصبح الفرد منحرفا حتى وإن أفلح في كبت دوافعه. ويقوى من ميل الفرد إلى الانحراف استجابا للعقاب، إن نزعاته الغريزية تكون غير محببة ومحظورة ومستهجنة، فهو ينحرف لكي يعاقب تخفيفا للشعور بالذنب⁽⁴⁾.

ثانيا: النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون أن الأعراض المرضية عادات خاطئة، تعلمها الفرد لكي يقلل من درجة قلقه وتوتراته، ولهذا أصحاب الإتجاه السلوكي يعتبرون موضوع التعلم من الموضوعات الهامة في حياة الإنسان، و في الواقع أن معظم السلوك الإنساني مكتسب، كما أن خصائص شخصية الفرد هي حصيلة عملية تعلم طويلة تبدأ منذ الولادة. والإنسان كثيرا ما يحاول نقل

⁽¹⁾ C. Olievenstein. Le toxicomane et son enfance : Précis des Toxicomanies. Paris : Masson, 1988, PP 53-61

⁽²⁾سمية، منصوري. "دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين (15-33) سنة في بومرداس جويلية 2000"، أطروحة دكتوراه . كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الجزائر، 2000-2001 ، ص 145.

⁽³⁾محمد علي، حسن. علاقة الوالدين بالطفل وأثرها في جناح الأحداث. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، 1970، ص399.

⁽⁴⁾ Alon R.Colfe. The prevention of crime and delinquency. London: printice-hall, 1975, p.55.

ما تعلمه إلى غيره ضمن عملية التعميم (généralisation)، فمواقف الحياة تتكرر وتختلف وتتطور، و الإنسان يكرر ما تعلمه، وهذا التكرار يؤدي للتثبيت، فإذا كانت هذه الإستجابة شديدة وقوية تصبح عادة، فالإنسان يكتسب مجموعة كبيرة من العادات، ومنها ما هو مفيد يحقق للإنسان رغباته بشكل سوي، ومنها ما هو ضار يؤدي به إلى القلق والتوتر، وينتج عنه في الغالب الأعراض المرضية⁽¹⁾. وعلى هذا تعتبر المدرسة السلوكية أن الادمان يخفي وراءه إضطرابا في نمط تكيف الشخصي مع ظروف حياتها الاجتماعية والمحيطية، فالاعتماد إذن، هو سلوك صادر عن فرد، مكتسب ومتعلم، وأن ممارسات التعاطي إذا تمكنت من صاحبها فإنها تؤدي به إلى الاعتماد، ومعنى ذلك أنها وصلت به إلى تكوين عادات شديدة الرسوخ والتركيب، وأن العلاج من تعاطيه للمواد السامة لن يكون أمرا سهلا، ولكن غير مستحيل⁽²⁾.

ويتمثل النموذج الوظيفي السلوكي لظاهرة الإعتدال فيما يلي⁽³⁾ : A.B.C

A : Antécédent يمثل مجموعة السوابق السلوكية التي تسبق وقوع فعل التعاطي (المثيرات الشرطية الارتباطية)

B : Behavior يمثل فعل أو سلوك التعاطي نفسه

C : Conséquences يمثل مجموعة اللواحق السلوكية التي تلحق بفعل التعاطي (النتائج التعزيزية).

وتمثل مجموعة السوابق واللواحق السلوكية (A ,C) داعمات ثانوية لسلوك التعاطي. ويقصد بالداعمات الثانوية، كل ما ترتبط من عناصر البيئة (الطبيعية والاجتماعية) بالجوانب المرضية في خبرة التعاطي، ومعنى ذلك كل ما ترتبط بالجوانب الاستمتاع (في خبرة التعاطي) من بين العوامل التي تساعد على استمرار التعاطي في ممارسته. وتعتبر الداعمات الثانوية من أهم العوامل المؤدية إلى الانتكاس، إثر العلاج وخروج المتعاطين من

⁽¹⁾ فيصل محمد، خير الزراد. العلاج النفسي السلوكي. المعرفي لحالات الوسواس القهري، والقلق، والخوف المرضي. بيروت: دار العلم للملايين، 2005، ص 96.

⁽²⁾ سمية، منصور. "دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين (15-33) سنة في بومرداس جويلية 2000". مرجع سابق، ص ص 146-147.

⁽³⁾ مصطفى سوي. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 77.

المصحات العلاجية لأنهم يعودون إلى بيئاتهم محملة بالطاقة التي سبق أن أمدتها بها عمليات الربط الشرطي.⁽¹⁾

كما يوجد نوعا آخر من التدعيم المتمثل في الخوف الفعلي من الامتناع أو ما يقدره الفرد من آثار الامتناع. بحيث أن الفرد إذا خبر الامتناع عدة مرات نشأ عنده نمط من استجابة التجنب الشرطية، فإذا ما أضيف إلى ذلك ما كانت تحدثه المادة النفسية أول الأمر من آثار التدعيم، وجد أنه قد نشأت لدى الفرد عادة إلتماس المادة النفسية بوصفها نمطا سلوكيا دائما، يستعصي على التغيير في أكثر الأحيان⁽²⁾. وبالتالي أولت المدرسة السلوكية في تفسيرها للتعاطي على العوامل البيئية المحيطية، متجاهلة المعطيات النابعة من ذاتية الفرد، كالأفكار والمشاعر.

ثالثا : النظرية المعرفية:

إن قدرة الإنسان على الاندماج والتفاعل مع عدد لا يحصى من الحوادث المحيطة به، والاستجابة المتكيفة لها، وسهولة تكيفه مع الإخفاقات والإحباطات غير المتوقعة، وقدرته على استعمال العقل والحيلولة دون اصطدامه بالواقع، كل ذلك لا يمكن أن يتم لو لم تكن هناك عمليات معرفية مثل التمييز والتعرف على المثيرات وتصفيه وربط رموز خاصة، ومناسبة للمثيرات العديدة الخارجية، ومن دونها تكون الاستجابات عشوائية، ويصبح عالمه فوضويا منتقلا من أزمة إلى أخرى⁽³⁾.

يعتبر كل من بيك وإيليس من رواد المدرسة المعرفية في مجال علم النفس، حيث يتفقان على أهمية العامل المعرفي في إحداث السلوك، كما يتفقان على أن السلوك غير الملائم هو نتيجة اضطراب في التفكير، حيث يشوه العمل الواقع بطريقة مزاجية (Idiosyncrasique) فجهاز معتقدات العمل يؤثر على نظرتة للعالم ويدفع به إلى انفعالات غير مريحة وإلى مشاكل سلوكية. لذا فالأساس حسب هذين العالمين يمكن في المحتوى الاعتقادي، والمتمثل في الحوار الداخلي والمتضمن للعرض السلوكي. هذا الحوار الداخلي

⁽¹⁾ مصطفى سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 77.

⁽²⁾ شلدون، كاشدان. علم نفس الشواذ. ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة. مصر: دار الشروق، 1984، ص36.

⁽³⁾ A.T., Beck.; et al. Cognitive Therapy of substance abuse.1 edition. New York: Guilford press, 2001, pp. 15-21.

يمنع الفرد من مجابهة الحياة الواقعية، فيؤثر توازنه بالانفعالات غير الملائمة والمؤلمة والمبالغ فيها.

1- نظرية الانفعالية العقلانية لـ: إيليس Ellis في تعاطي المواد النفسية⁽¹⁾: تركز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في ظهور الاضطرابات الانفعالية والاضطرابات السلوكية. وقدم في هذا الصدد نماذج تفسيرية تظهر من خلالها أهم المعتقدات الخاطئة التي يحملها المتعاطي، وتتمثل هذه النماذج فيما يلي: التحمل المنخفض للإحباط، والانسحاب كطريق للتعامل الهروبي مع المواقف، والانسحاب الكهولي كنموذج يساوي فقدان قيمة الذات والحقارة، والحاجة للإثارة.

2- نظرية الاعتقادات لـ: بيك Beck في تعاطي المواد النفسية: يركز تفسير بيك لظاهرة الإدمان على المخدرات على أهمية الاعتقادات، حيث يرى أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه إيجابي نحو سوء استهلاك المخدرات يملكون معتقدات مميزة، والتي تنشط تحت تأثير بعض الظروف، والتي سماها بالظروف ذات الخطر المرتفع⁽²⁾ ، والتي يمكن أن تكون خارجية، كتأثير جماعة الأصدقاء التي تتعاطى الكوكايين، الاتصال مع بائعي المخدرات، السكن في مناطق التي يكثر فيها تعاطي المخدرات، أو ظروف داخلية: تتمثل في مختلف حالات التوتر الانفعالي مثل : الاكتئاب، القلق والتشاؤم. فالاعتقادات التي يحملها الفرد إزاء المادة النفسية هي التي تقوده إلى دخول عالم المخدرات أو تبعده عنها⁽³⁾. و قد صنف بيك الاعتقادات الاعتمادية **addictive beliefs** إلى : اعتقادات التوقعية: **Anticipatory Beliefs**، واعتقادات الموجهة - المخلصة **Relief oriented beliefs**، واعتقادات تساهلية: **Facilitating Or Permissive Beliefs**، واعتقادات اللب : **Core Beliefs**، ومواقف المثيرة.

رابعاً: نظرية اضطراب الشخصية و السلوك الإدماني :

هناك عدة طرق ممكنة لمعرفة وتشخيص اضطرابات الشخصية، منها:

⁽¹⁾ A, Ellis; and Dryden,W. The practice of rational emotive therapy. New York: Springer Publishing Company, 1987, p.66.

⁽²⁾ Lawrence A. Pervin; Oliver P. John . La personnalité: De la théorie à la recherche. Traduit par Louis Nadeau; Didier, Acier ; and Dave Mirinda. Paris : De Boeck Supérieur,2004. P.456.

⁽³⁾ A.T., Beck. "Cognitive Therapy and Psychiatric practice". Psychiatry Annals, 22(1992): pp. 464-467.

1- البحث عن اللذة⁽¹⁾ : La recherche de sensations et l'impulsivité: و يتم تقييمه عن طريق **Sensation Seeker Scale (SSS)** الذي طوره Zuckerman في بداية الستينات، ويعرف بالحاجة إلى الإحساس بالتجربة، التنوع، الجديد، التركيب، المرتبط بالذوق و الإرادة في سلوك المخاطر البدنية والاجتماعية من أجل هذه التجارب السالفة الذكر.

2- الألم و الاكتئاب⁽²⁾ : La souffrance et la dépressivité: إن الدراسات الإكلينيكية تجد دائما عند متعاطي المخدرات وجود حالة من الألم، يصعب وصفها أو تمثيلها. كآلم الوجود، أو الإحساس بالفراغ الداخلي، فقدان توجه الذات والوجود، ويتحول هذا الألم إلى إفتقاد المخدر. فالإدمان يساعد الشخص على الاحساس بأنه مقبول، وإعادة تقدير الذات. فالإدمان يقلل من الشعور السلبي (القلق، الاكتئاب)، يوقف مؤقتا الألم والشعور غير المرغوب فيه. فيمكن للإدمان أن يصبح حلا لهذا الألم، عند الالتقاء مع المادة المخدرة.

3-العلاقة بين البحث عن اللذة والحالة الاكتئابية L'association «recherche de sensations» et dépressivité⁽³⁾: عدة أعمال بينت أن الادمان على الكحول في سن مبكر، قبل 20 سنة، يكون مقرون في التوجه إلى حالات الاكتئاب، impulsives، عدوانية ضد المجتمع، و كثرة محاولة الانتحار، مع وجود حالات الادمان على الكحول في العائلة.

4-اضطرابات سلوكية Les troubles du comportement : أثبتت جل الدراسات أن اضطرابات في السلوك وفي المزاج، لها علاقة ارتباطية قوية بالإدمان على المخدرات. حيث تظهر هذه الاضطرابات بصفة تكاد تكون ثابتة والمتمثلة في سلوك مضاد للمجتمع (الهروب من المنزل، الغياب من المدرسة، الانحراف الصغير...)، عدم الاستقرار، العدوانية، عدم تحمل الحرمان، العدوانية، اضطراب في التركيز⁽⁴⁾.

(1) Marvin, Zuckerman; and Lawrence, Erlbaum. Biological bases of sensation seeking impulsivity and anxiety. New Jersey : Associates Publishers Medical, 1983, pp. 37-76.

(2) J. Bergeret. Les conduites addictives. Op-Cit, pp. 3-9.

(3) L, Buydens-Branchey ; Branchey M.H.; and Noumair D. "Age of alcoholism onset: I.Relationship to psychopathology". Arch Gen Psych, 46(1989): pp.587-599.

(4) In Glantz, M; and Pickens, R. Vulnerability to drug abuse. Washington DC : American Psychological . Association, 1992, p. 389-418.

المطلب الثالث : الإتجاه الاجتماعي:

لم يزدهر هذا الاتجاه إلا بعد ظهور النظرية البيولوجية لرائدها Cesare Lombroso، والتي لقيت نقدا كبيرا خصوصا من العلماء الفرنسيين مثل Durkeim, Tarde, Then, Manouveler et Lacassane، حيث مهدت هذه الانتقادات إلى إعطاء بعدا جديدا للمدرسة الاجتماعية في تفسير الجريمة عموما، والسلوك الانحرافي خصوصا، وتعاطي المخدرات على أخص الخصوص. فالإدمان في ضوء الاتجاه الاجتماعي يفسر على أنه نتيجة لضغوط في المجتمع، الذي يعيش فيه الفرد، كالفقر وإحباطات الأقليات والقوى المدمرة، التي قد تعمل مع الفقر على إظهار دوافع عدم الرضا لدى الشباب⁽¹⁾. وعليه يفسر علماء الاجتماع السلوك الانحرافي برده إلى عوامل ومسببات داخل المجتمع أو المنطقة التي يعيش فيها الفرد، أو إلى الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها، كما يعتبرون الانحراف انتهاكا للقيم والمعايير والقواعد المنظمة للسلوك والأدوار والمراكز التي يشغلها أعضاء المجتمع⁽²⁾. وفيما يلي بعض النظريات الاجتماعية التي حاولت تفسير السلوك الانحرافي:

أولا: نظرية الاختلاط التفاضلي أو "المخالطة الفارقة" (Differential Association Theory):

تقوم هذه النظرية على أساس أن السلوك الانحرافي ليس موروثا، وإنما هو سلوك يكتسبه الفرد عن طريق الاختلاط بالمنحرفين. ففكرة المخالطة التي نادى بها Edwin Sutherland قامت أساسا على أفكار الفيلسوف الفرنسي تارد Tarde الذي يرى أن السلوك الإجرامي هو سلوكا اجتماعيا مكتسبا، وقدمت المحاكاة والتقليد الاجتماعيين على أنهما الأساس في تفسير تعلم السلوك، ومن ثم تفسير الجريمة⁽³⁾. فالجريمة هي ظاهرة اجتماعية تتكون تحت تأثير البيئة الاجتماعية وهي بذلك تشكل جزءا من النشاط الاجتماعي⁽⁴⁾. لقد اشتهر عالم الاجتماع الأمريكي Sutherland الذي اهتم بدراسة رجال الأعمال، من خلال دراسته عن اللص المحترف، ووصف نموذج حياته، وتدريبه على الانحراف

⁽¹⁾ J. Saltaman. What can we do about drug abuse. New York: Stewart, 1970. pp. 44-46.

⁽²⁾ جلال، مدبولي. ظاهرة جناح الأحداث والعوامل المفسرة لها: دراسة استطلاعية لعلاج الظاهرة بمدينة الرياض. القاهرة: مكتبة نهضة الشرق، 1985، ص 19.

⁽³⁾ أحسن، طالب. الجريمة والعقوبة والمؤسسات الإصلاحية. بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر، 2002، ص 95.

⁽⁴⁾ إبراهيم عبد الرحمن، الطخيس. دراسات في علم الاجتماع الجنائي. الرياض: دار العلوم للطباعة والنشر، 1983، ص 88.

وتدرجه فيه، كما وصف جماعات اللصوص المحترفين، وروح الفريق بينهم، ومواثيق الشرف التي تحكم تصرفاتهم، وعلاقتهم مع المجتمع الكلي⁽¹⁾. حيث ينطلق Sutherland في نظرية المخالطة الفارقة أو الاختلاط التفاضلي من أن السلوك الإجرامي لدى الفرد سلوكا مكتسبا يتم عن طريق التعلم، بمعنى أن الفرد لا يصبح مجرما بدون خبرة إجرامية سابقة وتدريب كاف على السلوك الإجرامي، كما أن انتقال السلوك المنحرف يحدث حينما يتعرض الفرد لقوتين متعارضتين من الجاذبية الأولى ضرورة احترام الأنظمة والقانون، و الأخرى تجذبه لعدم إحترامها وخرقها، فإذا تعرض الفرد للاختلاط بالمجرمين أصبح فريسة سهلة لتعلم الأنماط الإجرامية، ومن ثم ارتكاب الجريمة⁽²⁾.

والانحراف وفق رأي سذرلاند هو تعرض الشخص لمعايير جماعة جانحة تجتذبه بشكل تتغلب فيه على معايير الجماعات المتكيفة، وهو ينتمي إلى الجماعة الجانحة، ويتمرن من خلال الاتصال الشخصي على فنون الانحراف⁽³⁾.

وملخص نظرية سذرلاند أن الشخص يكتسب السلوك الإجرامي عن طريق التعلم المتصل بأشخاص آخرين، ويحدث الجزء الأكبر من عملية تعلم السلوك الإجرامي داخل جماعات يرتبط أعضاؤها بعلاقات شخصية قائمة على المودة، كما تتضمن عملية تعلم السلوك الإجرامي شيئين محوريين هما : الوسائل الفنية لارتكاب الجريمة، و التوجيه الخاص للدوافع والبواعث والحوافز والمبررات والاتجاهات . كما يستقي التوجيه المحدد للدوافع والحوافز من تعريفات القواعد القانونية باعتبارها ملائمة أو غير ملائمة، و يصبح الشخص منحرفا بسبب توصله إلى مجموعة تحديدات أو تعريفات تجعل مخافة القانون مسألة ملائمة وهي تفوق التحديدات والتعريفات الأخرى التي تجعل مخافة القانون مسألة غير ملائمة. كما أن المخالطة الفارقة يمكن أن تختلف من حيث التكرار، والأولوية، والعمق أو الكثافة، وهذا يعني أن الارتباط بالسلوك الإجرامي، وكذلك بالسلوك السوي يتباين، فالسلوك السوي الذي يتم اكتسابه في المراحل الأولى يستمر طوال الحياة. و تتضمن عملية السلوك الإجرامي عن

(1) مصطفى، حجازي. تأهيل الطفولة غير المتكيفة: الأحداث الجانحون: دراسة ميدانية نفسانية اجتماعية. ط2. بيروت: ، دار الطليعة، 1975، ص 80.

(2) عدنان، الوري. جناح الأحداث: الكتاب الأول، المشكلة والسبب. الكتاب الاول، ط3، الكويت: ذات السلاسل، 1985، ص ص 247-254.

(3) مصطفى، حجازي. تأهيل الطفولة غير المتكيفة: الأحداث الجانحون. مرجع سابق، ص 83.

طريق الاختلاط بنماذج إجرامية وغير إجرامية.. وفي الأخير إذا كان السلوك الإجرامي يمثل تعبيراً عن حاجات وقيم عامة، فإنه لا يمكن تفسيره من خلالها، لأن السلوك غير الإجرامي هو أيضاً تعبير عن نفس هذه الحاجات والقيم.

فالنظرية حاولت تفسير جوانب ثلاثة هي: ماهو الارتباط ؟ و الارتباط بماذا ؟ و كيف يكون الارتباط ؟

ويرى **Edwin Sutherland** أن إدمان الكحوليات والاعتماد على المخدرات تكون نتاجاً للمخالطة بجماعات مختلفة هي التي يتحد معها، فإذا اتحد مع جماعات لها نفس الخبرة والممارسة في الإدمان فإن ممارسته من المحتمل أن تتوافق مع معيار الجماعة في هذا الخصوص، ويضيف **Alfred R. Lindemith** أن هذا الاتحاد يسبب الإدمان خاصة عندما يرتبط التعاطي في البداية بالتجريب⁽¹⁾.

ثانياً : نظرية التعلم الاجتماعي: (Social Learning Theory):

تتطلب هذه النظرية من فرضية السلوك الإنساني متعلم عن طريق التقليد والمحاكاة، وتعلم الانحراف من الممكن أن يكون قوياً من خلال التدعيم، أو ضعيفاً من خلال العقاب، وبالتالي تؤكد هذه النظرية على أهمية الجماعات المرجعية في بلورة السلوك الاجتماعي، وقد تأثرت إلى حد بعيد بنظرية المخالطة الفارقة.

ويعرض أيكس **Ronald Akers** نظريته والتي اشتملت على النقاط التالية⁽²⁾:

- 1- السلوك المنحرف سلوك متعلم طبقاً لأسس التشريط الإجرائي "شكل من العلاج السلوكي"،
- 2- يتم تعلم الجزء الأساسي من السلوك المنحرف في الجماعات التي تشكل المصدر الرئيسي لتدعيم الفرد.
- 3- أن يتعلم المنحرف - بما يتضمنه من أساليب محددة واتجاهات وظيفية المدعمين،
- 4- أن فئة معينة من السلوك المتعلم وتكرارها (تلك الفئة) تدعم ذلك السلوك،

⁽¹⁾ نقلاً عن السيد متولى العشماوي. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 2006، ص142.

⁽²⁾ Ronald, L Akers, Social Learning and Social Structure: A General Theory of Crime and Deviance. Boston: Northeastern University Press, 1998, pp.321-325.

5- يتزايد احتمال ارتكاب الفرد السلوك المنحرف، عندما تكون المقولات والتعريفات والأقوال المعيارية المدعمة للسلوك المنحرف أقوى من تلك المدعمة للسلوك التوافقي.

6- أن قوة السلوك المنحرف ومقداره يعدان نتيجة مباشرة لمقدار وتكرار واحتمال تدعيمه. وتفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن التعاطي التجريبي للمواد النفسية تنشأ من اتجاهات وسلوكيات الأشخاص الذين يتخذهم المراهقون قدوة لهم، ووفق الخطوات التالية⁽¹⁾:

1- ملاحظة ومحاكاة السلوكيات المتعلقة بالتعاطي،

2- مرحلة التشجيع والدعم للتعاطي التجريبي،

3- توقع المراهق للتوابع الاجتماعية والسيكولوجية الإيجابية من التعاطي التجريبي المستقبلي، كما تفترض هذه النظرية بأنه يمكن للأفراد كسب المزيد من السيطرة على سلوك التعاطي لديهم إذا تعلموا رؤية الهفوات باعتبارها ناتجة عن عوامل خارجية قابلة للسيطرة وليس عوامل داخلية حيث يلومون أنفسهم بسبب افتقارهم القدرة على السيطرة على ذاتهم⁽²⁾. وفي نفس السياق يحدد **Howards Beker** خطوات التعلم الاجتماعي لتعاطي المخدر على النحو التالي⁽³⁾ :

1- تعلم الطريقة الصحيحة التي تؤدي إلى آثار تخديرية فعلية، وفيها أوضح بيكر أن المتعاطي في التجارب الأولى في العادة لا يحصل على النشوة المطلوبة، وهذا يرجع إلى أن المبتدئ عادة لا يعرف الطريقة الصحيحة لتعاطي المخدر، وإلى عدم كفاية الكمية.

2- التعرف على الآثار التخديرية وربطها باستعمال المخدر: وتتضمن عاملين وهما: ظهور آثار المخدر، و ربط هذه الآثار في ذهن المتعاطي بالمخدر.

3- تعلم الاستمتاع بآثار المخدر: المبتدئ يتأثر من خلال التفاعل الاجتماعي مع المتعاطين الآخرين ذوي الخبرة الإدمانية، ويتعلم مع مرور الوقت كيفية الوصول إلى اللذة والنشوة

⁽¹⁾ Robert J. Sternberg ; et Al. "Psychological Bulletin". The American Psychological Association, 117,1 (January, 1995): pp 912-923.

⁽²⁾ C.D., Chaudron.; and Wilkinson, D.A .Théories on Alcoholism. Toronto : Addiction Research Foundation, 1988, pp. 103-41.

⁽³⁾ عفاف محمد، عبد المنعم. الإدمان : دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2009، ص 89-91.

ويؤكد بيكر أنه من خلال عملية التعلم ينمو عند الفرد الاستعداد أو الدافع لاستعمال المخدر، وعلى نفس السياق يقدم جوليان روثر **Julien Rotter** نظريته حول الأداء الاجتماعي **Rotter 's Social Learning Theory**، والذي يحدد من خلالها أربعة متغيرات للتنبؤ بسلوك الفرد، وهي⁽¹⁾:

- 1- احتمال حدوث سلوك معين في موقف معين،
- 2- التوقعات : قد تكون هذه التوقعات خاصة بموقف معين،
- 3- الدافعية: أي درجة تفضيل دافع معين، أو إشباع حاجة معينة،
- 4- الموقف السيكولوجي والذي هو عنصر تنبؤي هام طبقا لنظير التعلم الاجتماعي،

ثالثا : نظرية التفكك الاجتماعي : (Social Disorganisation):

يرى إليوت **Elliot** أن المقصود بالتفكك الاجتماعي هو "اضطراب أو انشقاق أو صراع أو افتقار يحدث في نطاق جماعة من الجماعات، أو في مجتمع ما، ويؤثر على العادات الاجتماعية السلوكية المقررة أو على النظم الاجتماعية أو على الضوابط الاجتماعية بصورة تجعل من المستحيل أن يتحقق لهذه الأمور أداء وظيفيا منسجما⁽²⁾. ومن خلال الأبحاث التي قام بها إليوت **Elliot** وزملاؤه عامي 1985 و 1989، حدد ثلاثة أسباب تؤدي إلى ضعف الارتباط بتقاليد المجتمع ومعايير الدور ومن ثم يكون السلوك المضاد للمجتمع وهي⁽³⁾:

- التوتر المستمر: الناشء من تعارض طموحات الشباب الأكاديمية والمهنية مع الفرص المتاحة من قبل المجتمع، ومنه ضعف الالتزام بقيم ومعايير المجتمع.
- العشوائية الاجتماعية: عجز المؤسسات الاجتماعية عن ضبط سلوك الأفراد.
- سوء التنشئة الاجتماعية للأفراد داخل الأسرة : ومنه ضعف الالتزام بقيم المجتمع ومعاييرها.

⁽¹⁾ Raymond, J. Corsini. Encyclopedia of Psychology. Volume 3, New York : Wiley-Inter-science of John Wiley, 1994, P.437.

⁽²⁾ جلال الدين عبد الخالق، رمضان. الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث، 2001، ص 203.

⁽³⁾ سليمان فائز، قديح. "الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات "البانجو" في مركز الإصلاح والتأهيل غزة". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس، القاهرة. 2006، ص34.

فالفرد الذي يشعر بالأمن والطمأنينة ليس له مبرر اتخاذ سلوك معارض للجماعة، لكن عندما يندممان، يلجأ إلى ارتكاب سلوك منحرف ومعارض للجماعة.

وشرح كلينار Clinard معنى السلوك المنحرف بأنه سلوك ذو وجهة متناقضة ومخالفة للمعايير التي يرتضيها المجتمع لدرجة تجاوز السلوك لحدود التسامح المجتمعي⁽¹⁾.

وركز Thurston Sellin في نظريته على التفكك الاجتماعي، على أنه يلعب دوراً قوياً في تعاطي المخدرات، لأن كل فرد يرتبط بمجموعة من الوحدات الاجتماعية، وكل وحدة منها تشبع له حاجة اجتماعية⁽²⁾. فالمجتمعات البسيطة وفق رأي سيلين Sellin تتميز بالانسجام والتضامن بين أفرادها، والفرد في هذه المجتمعات يشعر بالأمن والاطمئنان والاستقرار، ولا يشعر بالعزلة، بل يحس بالانسجام في علاقته مع الآخرين، ومن ثم فاحتمال السلوك الانحرافي يكون ضعيفاً. أما المجتمع الحضري فعلى العكس من ذلك يتميز بعدم الانسجام بين أفرادها، وإلى التفاوت الطبقي بين أفرادها، وبالتالي يفتقر إلى التكافل بين أفرادها، ويكون الفرد غير قادر على التكيف مع الوسط الذي يعيش فيه، ويحس بالعزلة وعدم الاستقرار، ومن ثم فإن اتخاذ سلوك انحرافي يصبح أمراً قريب المنال.

أما عن مراحل حياة الفرد فيرى سيلين Sellin أن الفرد يمر بمراحل عمرية مختلفة، وفي كل مرحلة يلتقي بمجموعة من الناس، والاختلاف بين جماعة وجماعة أمر وارد ولو داخل الأسرة الواحدة.

فالفرد الذي يحيا حياة مستقرة لا تناقض فيها، تتسم بالانسجام والتضامن مما يجعل سلوك الفرد متفقاً مع ما هو سائد في المجتمع من نظم وعادات وتقاليده، فمن الصعوبة هنا وقوع الانحراف، فالسلوك الانحرافي وفق هذه النظرية يرجع إلى عدم الانسجام الاجتماعي.

وبعض المفكرين الذين يحللون المشاكل الاجتماعية من منظور التفكك الاجتماعي يرون أن طبيعة التغير الاجتماعي الديناميكية ضرورة أن يتبعها قدر معين من التفكك الاجتماعي، وهذا يرجع إلى عدم توفر فرص العمل المناسب، أو الوصول إلى الأهداف الثقافية التي تقرها الثقافة السائدة، فإذا توافق الأفراد على ما هو مقبول، وما هو غير مقبول

⁽¹⁾ عبد العزيز بن عبدالله، البريشن. الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات. الرياض: أكاديمية نابف العربية للعلوم الأمنية، 2002، ص 110.

⁽²⁾ فوزية، عبد الستار . مبادئ علم الإجرام وعلم العقاب. القاهرة: دار النهضة العربية، 1977م، ص 48.

من السلوك، ووضعت الضوابط الاجتماعية اللازمة لذلك فإن هذا المجتمع سيكون مستقرا بدرجة أو بأخرى، ولكن عندما ينهار نظام التوقعات الاجتماعية وينهار تبعا لذلك نظام التوافق لأي سبب من الأسباب، أو عندما تتعرض قواعد السلوك للنقد أو التغيير بواسطة قواعد أخرى جديدة فإن المجتمع يكون في حالة تفكك أو عدم تنظيم اجتماعي⁽¹⁾.

كما يوضح بكمان Buckman أن التغيرات السريعة التي تحدث في المجتمع تشكل مظهرا للصراع أمام الشباب أثناء محاولتهم تحقيق ذواتهم وإشباع حاجاتهم ورغباتهم، وأيضا تجعل البعض منهم يشعر بالتشاؤم تجاه العالم المحيط به، خاصة من كان منهم في بداية مرحلة الشباب، حيث إنهم أكثر قابلية للتأثر بهذه المتغيرات مما يثير لديهم مظاهر الاضطراب في الشخصية ، الأمر الذي يدفع البعض منهم إلى تعاطي المخدرات كوسيلة هروبية من مواجهة أمور حياته⁽²⁾. ويشير الموظفون على أن التفكك الاجتماعي يعد أحد الأسباب الرئيسية لتعاطي المخدرات، أي أنه عندما تفقد مؤسسات المجتمع سيطرتها على أفرادها خلال فترات التغير السريع ينتشر تعاطي المخدرات.

وأظهرت الدراسات التي قام بها Show and Macky، أن هناك اختلافا جوهريا في معدلات الجريمة بين أحياء المدينة، حيث تتركز أعلى المعدلات في مركز المدينة والأحياء المتاخمة لمركز المدينة التجاري، وتقل كلما ابتعدنا عن المركز⁽³⁾. وأثبتت الدراسة التي قام بها الباحث الأمريكي بيرجس Ernest Berges أن نسبة عالية من مدمني الخمر والمخدرات يقطنون بمدينة شيكاغو، و يعود إلى عدم الثبات في العلاقات وإلى العزلة والاعتراب⁽⁴⁾. فمدخل التفكك الاجتماعي يفسر إدمان المخدرات بأنه سلوك منحرف ويعبر عن مشكلة سببها انحراف المدمن عن المعايير والقيم التي أقرها المجتمع⁽⁵⁾.

فبالنسبة لعالم الاجتماع، الإدمان هو عبارة عن حل للتفكك الاجتماعي. فالإدمان بما أنه مشكل اجتماعي وفردى، هو عبارة عن جواب تمت صياغته من طرف الإيديولوجية

(1) علي الهادي، الحوات، وآخرون. دراسات في المشكلات الاجتماعية. طرابلس: مطابع الثورة العربية، 1985، ص88.

(2) Jerome J. Plat. Heroin addiction: Theory Research and a Treatment. Volume 1, (2nd) florida : Malbar, FL : Kieger Publishing Company , 1986, P.32.

(3) نياض، البداينة. المنظور الاقتصادي والتقني للجريمة المنظمة. الرياض: المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب ، 1989 م، ص35.

(4) عبد الرحمان محمد علي، أبو توتة. الأحداث الجانحين. طرابلس: (ب-ن)1998، ص. 139.

(5) عبد العزيز بن عبدالله، البريشن. الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات . مرجع سابق، ص.110.

السائدة أو الطاغية التي تعبر عن طريق التفكك الاجتماعي. وعدد الأحداث والظواهر عبارة عن أعراض هذا التفكك: البطالة، سوء الأحوال المعيشية الناتجة عن الفقر، سرعة النمو الاقتصادي. فبالنسبة لعلم الاجتماع، هذه التصرف لا يترسخ بالتاريخ الشخصي للفرد، ولا بنوعية التفاعل الاجتماعي مع المحيط، ولكن بواسطة التنظيم الاجتماعي الذي من خلاله يأخذ مكانه. وهذا التفسير يقودنا مباشرة إلى نظرية الأنومي⁽¹⁾.

رابعاً : نظرية الأنومي اللامعيارية (Anomie Theory):

اللامعيارية في نظرية دوركايم Durkheim تشير إلى حالة اضطراب تصيب النظام order أو حالة من انعدام الانتظام de regulation أو التسيب تتجم عن : أزمات اقتصادية، أو كوارث أسرية، في الوقت الذي تؤدي فيه إلى الانحراف⁽²⁾. فاللامعيارية تمثل فكرة محورية في نظرية دوركايم السوسيولوجية، كما أنه استخدمها كأداة لتحليل الانحراف والجريمة ولفهم السلوك الانساني بوجه عام⁽³⁾. فاللامعيارية هي حالة تكون العلاقات فيها بين الأعضاء Organs في عملية تقسيم العمل، غير منظمة أو غير متسقة في اتصالها مع بعضها البعض، وفي استمرارها واعتمادها المتبادل، ومن ثم تكشف هذه الحالة عن مظاهر انحرافية، أي تكون مظهراً للانحراف⁽⁴⁾.

والجريمة في نظر دوركايم أمراً طبيعياً ترتبط بالتطور الاجتماعي وبنظام المجتمع وثقافته السائدة، لذا فهو يرفض ربط الجريمة بالعوامل التكوينية للمجرم، ويرى أن جنوح الفرد عن قواعد السلوك الجماعية لا يمثل ظاهرة فردية شخصية وإنما يعتبر ذلك ناشئاً عن المجتمع مباشرة، وعما يتصف به من خصائص. وهو بالتالي يرى أن الوسط الاجتماعي هو التفسير المنطقي للجريمة، وحتى لو وجدت أسباب في الفرد ذاته هو صناعة اجتماعية،

⁽¹⁾ Emmanuel, JOVELIN . Iconet Training Module. France: Lille social Institute/Lille .catholic university, France.
<http://www.iconet-eu.net>. Consulté le 03/01/2011.

⁽²⁾ سامية محمد، جابر. الجريمة والقانون والمجتمع. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999، ص. 48.

⁽³⁾ سامية محمد، جابر. الانحراف والمجتمع: محاولة لنقد نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعي. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص. 203.

⁽⁴⁾ نفس المرجع، ص 204.

وتأسيس على ذلك فإن الجريمة في نظره هي ظاهرة عادية في المجتمع شأنها شأن بقية الظواهر الاجتماعية الأخرى⁽¹⁾.

فالأنوميا عند دوركايم، هي حالة أو شرط مجتمعي حيث تكون فيه المعايير غير قادرة أو فاعلة في تنظيم السلوك الإنساني، أي أنها تصاب بالاضطرابات أو عدم القدرة على القيام بوظائفها، ويشير دوركايم أيضا إلى أن الأنوميا تنتج من التعارض بين الطموحات الإنسانية ومقدرة الناس على تحقيق تلك الطموحات، وبالتالي ربط دوركايم بين الطبقة الاجتماعية والانتحار فكلما ازدادت المكانة الطبقة كلما ازدادت معدلات واحتمالات الانتحار، وذلك لأن طموحات الأفراد في الطبقات العليا مرتفعة وقد تدفعهم إلى سلوك طريق منحرف من أجل تحقيقها، وأشار إلى التغير الاجتماعي الذي أحدثته الثورة الصناعية والتحضر أديا إلى حالة الأنوميا، وبالتالي حالات الانحراف والجريمة⁽²⁾.

فحسب نظرية دوركايم، فالأسباب التي تؤدي إلى انتشار الجريمة والانحراف عموما وظاهرة تعاطي المخدرات على وجه الخصوص، هو القهر والتسلط الذي يمارسه بعض الأفراد ضد البعض الآخر، وهذا ما بينه بوضوح في كتابه "تقسيم العمل الاجتماعي" فالفقر باعتباره انعكاسا صارخا لانعدام العدالة الاجتماعية بين مختلف افراد الطبقات، ينتج عنه معارضة ورفض للقيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية التي يؤمن بها أغلبية المجتمع، وعليه فقد تكون الجريمة بأشكالها المختلفة صورة من صور الرفض الاجتماعي، وحسب دوركايم هنا يلعب القهر الاجتماعي دورا حاسما في توليد الضغط لدى بعض الأفراد كي ينحرفوا اجتماعيا، ويرى دوركايم أن الثقافات التقليدية التي ينخفض فيها مستوى تقسيم العمل تتميز بالتضامن العضوي، ويعود ذلك إلى أن أغلبية أعضاء المجتمع يكونون منخرطين في مهن متشابهة، وتربط بينهم تجربة مشتركة واعتقادات مشتركة، وتقسم هذه المعتقدات بقوة ضاغطة كابته، إذ تقوم الجماعة بإيقاع العقوبة بسرعة على من تسول له نفسه طرائق الحياة التقليدية، ولن يكون ثمة مجال على هذا الأساس لانشقاق الفرد عن الجماعة، ويكون التضامن الآلي على هذا الأساس قائما على الاجماع وتقارب المعتقدات، بيد أن قوى

(1) منصور، رحمانى. علم الإجرام والسياسة الجنائية. الجزائر: دار العلوم للنشر، ص 90.

(2) عايد عواد، الوريكات. نظريات علم الإجرام. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2004، ص 146.

التصنيع والتحضّر قد أدت إلى التزايد في تقسيم العمل مما أسهم في انهيار هذا الشكل من التضامن، إن التخصص في المهمات والتزايد في التفاوت الاجتماعي في المجتمعات الصناعية سيؤدي إلى قيام نظام جديد يتسم بالتضامن العضوي على رأي دوركايم، فمع توسع تقسيم العمل يصبح الناس أكثر اعتمادهم بعضهم على بعض، لأن كل فرد يحتاج إلى البضائع والخدمات التي يصنعها آخرون يعملون في مهنة أخرى، وتبدأ العلاقات الاقتصادية المتبادلة والاعتماد المتبادل بالحلول آنئذ محل المعتقدات المشتركة في إقرار الاجتماع الاجتماعي⁽¹⁾.

وعليه، فإن عمليات التغيير في المجتمعات الحديثة هي السرعة والكثافة بحيث تسفر عن صعوبات اجتماعية رئيسية، ويمكن أن تتسبب آثارها في اضطراب أساليب الحياة التقليدية وفي القيم والمعتقدات الدينية وأنماط الحياة اليومية دون أن تطرح بدلا منها قيما جديدة واضحة. مما يدفع أعدادا كبيرة من الأفراد في المجتمعات الحديثة إلى الاحساس بأن حياتهم اليومية لا معنى لها ولا دلالة⁽²⁾. فتراجع آليات الضبط الاجتماعي، وفقدان تأثير القيم والمعايير في المجتمع، تؤدي بعدد كبير من أفراد المجتمع للسلوك الطريق غير السوي لإشباع بعض الأهداف، فالفرد الذي لا يستطيع تحقيق أهدافه، يلجأ إلى تدمير ذاته بعدة طرق، منها تعاطي المخدرات والانعزال عن المجتمع.

أما مصطلح الأنومي Anomie عند روبرت ميرتون R.Merton فهي تعني "خللا أو انهيارا في النظام الاجتماعي يتسم بعدم التكافؤ بين الأهداف التي تحددها ثقافة المجتمع وبين الوسائل والإمكانات والموارد المتوفرة والفرص المتاحة لأفراد المجتمع لكي يحققوا هذه الأهداف. فقد طور ميرتون أفكار دوركايم عن اللامعيارية، حيث افترض أن ثقافة أي مجتمع تتألف من مجموعة من أهداف ثقافية مشروعة وذات إجبار اجتماعي أو ضغط ثقافي، ومجموعة من السبل منها ما هو مشروع تبيحه الثقافة وتسمح للأفراد باتباعها في تحقيق الطموحات والأهداف، والمجموعة الثانية من السبل غير المشروعة وهي التي لا تبيحها ثقافة المجتمع ولا قوانينه، فالمجتمع يتألف من مجموعة من الأفراد المتباينين في خصائصهم

⁽¹⁾نقلا عن أنتوني، غدنز. علم الاجتماع. ترجمة فايز الصياغ. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2005، ص 65.

⁽²⁾نفس المرجع، ص 65.

الاجتماعية والاقتصادية وإمكانيتهم، الأمر الذي يجعلهم متباينين في بلوغ السبل المشروعة لتحقيق أهدافهم المشروعة⁽¹⁾.

فنظرية ميرتون تتمحور حول الصراع القيمي "مطبقة على المجتمع الأمريكي" والتي تقوم على ثلاث استجابات أساسية هي⁽²⁾ :

- (1) أن القيم التي تدعو إلى تحقيق الثراء من أهم خصائص الثقافة الأمريكية،
 - (2) هناك قيم أخرى في نفس الثقافة تحدد الأساليب المشروعة لتحقيق الأهداف، وهي لا تسمح للكثير من أفراد الطبقات الدنيا بتحقيق هذه الأهداف بطرق مشروعة.
 - (3) هذا الصراع يؤدي إلى جهود من جانب الطبقات الدنيا لتحقيق النجاح وحين يفشلون في ذلك يلجأون إلى الانسحاب من المجتمع باللجوء إلى إدمان المخدرات.
- فحسب نظرية ميرتون⁽³⁾ عندما يعجز الأفراد عن تحقيق الأهداف التي تحددها ثقافة المجتمع، بالسبل المشروعة يحدث انحراف ، ويمثل الانحراف عند ميرتون خمسة أنواع، وهي :

- الانحراف الابتكاري: ابتكار وتطوير سبل غير مشروعة من قبل الأفراد لتحقيق أهدافهم،
 - الانحراف الانتمائي : أي أن الفرد ينتمي إلى بيئة منحرفة منذ ولادته،
 - الانحراف الانسحابي: فشل مواجهة الواقع (التكيف السلبي)، واللجوء إلى تعاطي المخدرات،
 - الانحراف الثوري : استعمال الفرد جرائم العنف خاصة الضرب والتكسير والحرق والإتلاف،
 - الانحراف الطقوسي: تمسك الأفراد بالطقوس بشكل مفرط لدرجة الانحراف عن المعتاد.
- وهكذا يرى ميرتون أن تعاطي المخدرات والخمور كرد فعل انسحابي من جانب أفراد الطبقة الدنيا التي لا تتاح أمامهم الوسائل المشروعة لتحقيق أهدافهم، ويرى ميرتون أن الشخص المنسحب محبط ومعلق، فهو شخص في المجتمع ولكنه ليس من المجتمع. وينتمي إليه بصور صورية، أو شكلية، فالشخص المنسحب لا يشارك في القيم الاجتماعية، وغير

(1) نبيل، رمزي. النظرية السوسيولوجيا المعاصرة: أصولها الكلاسيكية واتجاهاتها المحدثة (قراءات وبحوث)، مصر: دار الفكر الجامعين، 1999، ص 354-355.

(2) السيد متولي، العشماوي. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان . مرجع سابق، ص 139.

(3) نفس المرجع، ص 139.

قادر على تحقيق أي نجاح، ولا يسعى إلى الحصول على أية امتيازات يتيحها المجتمع لأفراده، ويحل الانسحابيون صراعمهم الناتج عن حالة الأنومي بالتخلي عن كل من الأهداف والوسائل، وعندما ينسحب الفرد من المجتمع بصورة كاملة، ينتهي الصراع، وتغلب عليه روح الانهزامية، وينطبق هذا التفسير على من يعيش في الخيال هرباً من الواقع، والمنبوذ، والسكير، والمتشرد ومدمن المخدرات⁽¹⁾.

وفي إطار دراسة على عينة من سكان الريف المدمنين على الكحول في ريف كيبيك بكندا⁽²⁾، حول Laforest (1975 et 1976) تقييم مدى صحة مفهوم الأنومي كعامل مؤدي للإدمان. فحسب هذه الدراسة، فإن تطور ظاهرة الكحولية مرتبط عند الأشخاص الذي ظهر عليهم عدم توازن بين التطلعات الشخصية و إمكانيات المتاحة في المجتمع الريفي التي تمكنه من تحقيق ما يصبو إليه. فبسبب مواجهة حقيقة ندرة الإمكانيات، يلجأ البعض (سكان الريف) إلى الإفراط في تعاطي الكحول، كجواب مفضل للإحساس بالضعف وعدم القدرة من الجانب الفردي.

خامساً : نظرية الوصم الاجتماعي (Labeling Theory):

إن لهذه النظرية العديد من الأسماء، فتارة تسمى بنظرية الوصم عند بعض المؤلفين، والبعض الآخر يسميها بنظرية رد الفعل الاجتماعي ، كما أن البعض الآخر يسميها بنظرية العنونة⁽²⁾.

يستخدم المصطلح "الوصم" في سوسيولوجيا الانحراف للإشارة إلى نتيجة التفاعل الاجتماعي والضبط الاجتماعي وليس باعتباره نتيجة لعوامل تتعلق بسيكولوجية الأفراد وخصائصهم الوراثية⁽³⁾

⁽¹⁾ عبله جميل، حسين. الابعاد الاجتماعية والثقافية لتعاطي المخدرات بين الشباب في المجتمع السعودي دراسة ميدانية على مدينة جدة.

القاهرة: المعهد العالي للدراسات الإسلامية والعربية، 1997، ص 62.

⁽²⁾ Laforest, Lucien. "L'usage quotidien de l'alcool et du tabac : Deux habitudes de vie liées au système d'interaction sociale". Toxicomanies, 9, 1(1976): pp. 73-79.

⁽³⁾ جمال معتوق. مدخل إلى علم الاجتماع الجنائي: أهم النظريات المفسرة للجريمة والانحراف. ج1، ط1. الجزائر: دار بن مرابط للنشر والطباعة، 2008، ص259.

⁽⁴⁾ محمود، أبو زيد. المعجم في علم الإجرام والاجتماع القانوني والعقاب. القاهرة : دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2003، ص170.

فالوصم هو إلحاق النعوت والصفات الرذيلة والدونية بالأفراد، وهذا نتيجة لما فعلوه من سلوك، فمثلا بدلا من أن ينادى فلان باسمه الحقيقي، يناديه بـ: يا "لص" كونه ارتكب هذه الجريمة أو حاول القيام بها، فهنا تلتصق الكثير من النعوت وأسماء الوصم بالأفراد . فالنعوت القبيحة التي يوصف بها بعض الأفراد الذين خرجوا عن قيم المجتمع تزيدهم سخطا وعدوانية وانتقاما من المجتمع ومن أنفسهم، ونفس الشيء بالنسبة للنساء اللواتي يرتكبن جرائم الشرف والعفة، فالوصم والنبد هو مصيرهن، وهذا ما يزيد في إقبالهن أو العودة إلى الانحراف من جديد⁽¹⁾.

تركز نظريات الوصم على أنه "لا يوجد سلوك منحرف بحد ذاته، وإنما بيئة المجتمع هي التي تعرف الانحراف، فالمنحرف كشخص، والانحراف كسلوك، يكون معرفا اجتماعيا باعتباره يتضمن اختراقا للمعايير الاجتماعية⁽²⁾". ويشير جوفمان E.Joffman⁽³⁾ إلى أن الانحراف باعتباره طريقة في تحديد موقف معين، أو أسلوبا للحكم على موقف محدد، ويرى أن الشخص المنحرف هو شخص مصاب بوصمة اجتماعية، أو أنه مختلف عن بقية الأشخاص "جسميا، وعقليا ونفسيا و اجتماعيا". وتستند هذه النظريات إلى عدة افتراضات⁽⁴⁾:

- (1) رد فعل الآخرون تجاه سلوك الفرد هو الذي يجعله مهتما بهذا السلوك (منحرفا أو لا).
- (2) لا يوجد سلوك منحرف بالفطرة أو بالوراثة.
- (3) هناك صعوبة في التمييز بين السلوك المنحرف وغير المنحرف، وذلك باعتبار أن الانحراف يتغير بتغير الزمان والمكان. ويعتبر شرب الخمر في المجتمع الجزائري غير مجرم، ولكن في المجتمع السعودي يعاقب فاعله، ونجد حتى في المجتمع الأمريكي في بداية القرن الماضي كانت الحكومة تعاقب تاجر الخمر وحتى شاريه.

(1) جمال، معتوق. مدخل إلى علم الاجتماع الجنائي: أهم النظريات المفسرة للجريمة والانحراف. مرجع سابق، ص ص 260-261.

(2) Raymond, J. Corsini. *Encyclopedia of Psychology*. Op-cit, P.297.

(3) Goffman, Erving. *Stigmaté : les usages sociaux des handicaps. Traduit au Français : Alain Khim, Paris : Les Editions de Minuits, 1975. P.96.*

(4) علي الهادي، الحوات، وآخرون. دراسات في المشكلات الاجتماعية. مرجع سابق، ص 95.

ومدخل الوصم يفسر تعاطي المخدرات والإدمان عليها بأنه "سلوك انحرافي أو إجرامي إذا كان من أفراد الشريحة الدنيا وسلوك شاذ إذا كان من أفراد الشريحة الوسطى أو العليا ومما يرسخ في نفسية المتعاطي ويكون عاملا قويا لاستمراره في تعاطي المخدرات⁽¹⁾.

ويعتبر الوصم سلاح ذو حدين، فالجانب الإيجابي فيه كونه يمنع أشخاص آخرين من ارتكاب السلوك غير السوي خوفا من الوصم، أما الجانب السلبي فيه، هو مجرد اتهام الشخص بتهمة أو جريمة يعطى اللقب "قاتل" أو "لص" أو "حشاشا" أو "خمار" أو غيرها من الألقاب، تبقى هذه الوصمة لاصقة به وبأسرته، وبسببها ينعزل عن المجتمع، وهذا الوصم يدفع إلى الاستمرار في سلوكه غير السوي إن كان يقوم به فعلا، أو الشروع في القيام بالسلوك الانحرافي إذا لم يقم به في السابق.

سادسا: نظرية التفاعل الأسري (Family Interaction Theory) :

ترتكز هذه النظرية على علاقة الارتباط أو الرابطة الوجدانية التي تكون بين الوالدين والطفل، وخصوصا بين الأم والطفل، وطبقا لنظرية التفاعل الأسري فإن الارتباط بين الآباء والأطفال له أربعة أسباب وثلاثة توابع⁽²⁾:
والأسباب هي : القيم التي يعتنقها الآباء، ممارسة الآباء لدورهم، التوافق السيكولوجي للأب وسيطرة الأم على الطفل.

وتوابع الروابط القوية بين الآباء والأطفال هي : تطور شخصية المراهق ونموها بشكل جيد، عدم وجود الفرصة للتورط مع الأقران المتعاطين، وانخفاض نسبة التعاطي التجريبي للمواد بين المراهقين.

وطبقا لهذه النظرية فإن الأبناء الذين يفتقر آباؤهم إلى القيم والتوافق الوجداني وعدم قدرتهم على السيطرة على أبنائهم، يكونون معرضين للعديد من المشاكل وخاصة في مرحلة المراهقة، ومما يورطهم في علاقات مع المراهقين الأقران المتعاطين، ويدفعهم إلى التعاطي

⁽¹⁾ عبد العزيز بن عبدالله، البريثن. الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات. مرجع سابق، ص ص 111-112.

⁽²⁾ Robert J. Sternberg ; et Al. " Psychological Bulletin". The American Psychological Association, 117,1 (January, 1995): pp 912-923.

التجريبي. ويرى ستانتون Stanton⁽¹⁾ أن تعاطي المخدرات والإدمان عليها يمكن أن يفهم في ضوء العلاقات العائلية أو أن عددا من العوامل تسهم في تعاطي المخدر وهي : فقدان الصدمة Traumatic Loss، الخوف من الانفصال Fear of Separation، محيط أسرة المدمن

Family Structure، التركيب العائلي، Addiction Family Context

ويرى ستانتون Stanton أن هناك عددا من العوامل تميز بين أسر المتعاطين وغير المتعاطين، كوجود نسبة عالية من الظواهر الاعتمادية الكيميائية بين المدمنين عبر الأجيال، وتكرار الوفاء المبكرة والالتجاء لجماعة الأقران.

أما دراسة خالد عيسى⁽²⁾ ربحان فقد بينت أن هناك توجيهين أساسيين تساهم من خلالهما الأسرة في الإقدام على التعاطي وهما:

(1) أسلوب التعامل والتنشئة الأسرية داخل الأسرة.

(2) وجود ظاهرة التعاطي داخل نطاق الأسرة.

وفي نفس الوقت تؤكد نظرية سيلدن Seldin عام 1972 أنه حينما تكون صورة الأب مهتزة، فالأم تتجه للسيطرة على حياة الأسرة، وعدم الاستقرار العاطفي والصراع هو نتيجة التناقض الوجداني، وهذا الموقف يؤدي إلى خلق اتجاه صبياني لأطفال تلك الأسرة، ويعتبر ذلك إحدى الخصائص المشتركة للعديد من المدمنين⁽³⁾.

وعليه، فإن عدم قيام الأسرة بدورها على أكمل وجه تجاه أبنائها قد يعود إلى أسباب خارجية منها:

- التغير الاجتماعي والاقتصادي: الذي يحدث في كافة المستويات وبصفة مستمرة وسريعة، والأسرة هي إحدى تلك المؤسسات التي يحدث فيها التغير وبالتالي يؤثر ذلك على وظائفها.
- فشل الأسرة في أداء وظائفها أو بعضها كالتغير في نمط الثقافة والانفتاح الخارجي.

⁽¹⁾ In T. Bratter.; and G. Forrest. Alcoholism and Substance Abuse: Strategies for Clinical Interventions. New York: Family Process, 1985. pp. 33-46,

⁽²⁾ خالد عيسى، ربحان. "المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالاستهداف لتعاطي المخدرات". رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1972، ص 174.

⁽³⁾ سيد، محمد. الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات واستراتيجية مواجهتها. القاهرة: د . ن، 2003، ص 104.

سابعا: نظرية الفعل الاجتماعي (Social Action):

تقوم منظومة الفعل الاجتماعي برأي تالكوت بارسونز على أربعة أنساق فرعية، تتدرج من المنظومة العضوية إلى المنظومة الشخصية، ثم المنظومة الاجتماعية، وتقع منظومة الفعل الاجتماعي بمنظوماتها الأربع بين حي الحقيقة المطلقة، من جهة، والواقع المادي، من جهة أخرى، وبينما تقترب المنظومة العضوية من الواقع المادي تكون المنظومة الحضارية على تماس مع الحقيقة المطلقة⁽¹⁾.

ويذهب بارسونز إلى توضيح مسألة التكامل بين الأفراد والجماعات في التنظيم، فيشير إلى أن هذا التكامل يتحقق من خلال النسق القيمي السائد في المجتمع، ومن خلال أهداف التنظيم الاجتماعي نفسه، وتتأكد عملية التكامل من خلال أنماط معيارية محددة تنظم العمليات المختلفة التي يتم من خلالها مواجهة المتطلبات الوظيفية التي تفرضها المنظومة، أما المتطلبات الوظيفية التي يتعين على كل منظومة مواجهتها بغية المحافظة على بقائها فتتمثل بالعناصر التالية: المواءمة، وتحقيق الأهداف، وهما مطلبان يتعلقان مباشرة بعلاقة النسق بالبيئة المحيطة به، ثم التكامل والكمون، وهما مطلبان يرتبطان بالظروف الداخلية للنسق، وتعمل كل منظومة، وبمختلف المستويات على تلبية المتطلبات وضمان تحقيقها للمحافظة على الأداء الوظيفي في إطار المنظومة الأوسع⁽²⁾.

إن إقدام الفرد على تعاطي المخدرات، وفق هذا التصور مبني على منظومة اجتماعية خاصة به، فمنظومة القيم الثقافية التي يتمثلها في وعيه تسوغ له أنماط السلوك التي يمارسها، بما في ذلك تعاطي المخدرات، خاصة وأن هذه القيم تجد من يشجعه عليها، في سياق المنظومة الاجتماعية التي يعيشها، التي يمكن أن تغلب عليها جماعة الأقران الذين يتأثرون بمنظومة القيم نفسها، وما إن تقدم الجماعة مسوغات الفعل، وهو التعاطي، الذي يصبح معيارا من معايير التفاضل بينهم، حتى تنتظم أمور حياتهم اليومية في ضوء

(1) محمد صفوح، الأخرس. علم الاجتماع العام. سوريا: منشورات جامعة دمشق، 1984، ص34.

(2) أحمد عبد العزيز، الأصفر. أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. مركز الدراسات والبحوث، 1433هـ، 2012م، ص ص 53-54.

متطلباته ولوازمه، وسرعان ما تأخذ المنظومة الشخصية بتكييف ذاتها مع ما توجبه المنظومة الاجتماعية، من شروط شخصية كتنقل عملية التعاطي، والرضا بها، ومن ثم تمثلها وممارستها، خاصة مع ما يعود على الشخصية من تقدير واحترام في إطار الجماعة التي ينتمي إليها ويمارس من خلالها عملية التعاطي، الأمر يجعل مظاهر التقدير والاحترام التي تقدمها جماعة الأقران للمتعاطي أشبه ما تكون بالإثابة التي تشجع على الاستمرار، حتى يصل المتعاطي إلى ما يسمى بالاعتماد النفسي في عملية التعاطي، فلا يشعر المتعاطي بالفرح والسرور والتفاؤل إلا مع تزايد عملية التعاطي وارتفاع مستوى الجرعات. وفي مرحلة متقدمة من مراحل التعاطي تمتد سيطرته إلى المنظومة العضوية التي تصبح بحاجة إلى عملية التعاطي بالاضطراب وعدم التوازن في شخصيته، وقد يشعر ببعض الآلام في الرأس أو قلة النوم، وعدم التوازن في شخصيته، وقد يشعر ببعض الآلام في الرأس أو قلة النوم، وغيرها من المشكلات التي تشير إلى بلوغ التعاطي مرحلة الاعتماد العضوي، التي يصبح الجسم خلالها بحاجاته الكبيرة للمخدرات وعدم قدرته على التخلي عنها، الأمر الذي يوجب تدخل المعالجة الطبية لفترة من الزمن تزيد أو تنقص تبعا لدرجة الاعتماد العضوي التي بلغها المتعاطي، وتبعا لنوعية المخدر الذي يستخدمه⁽¹⁾.

إن عملية العلاج تستوجب الاهتمام بالمستويات الأربعة من منظومة الفعل الاجتماعي، نظرا لما بينهما من عمليات ترابط وتكامل، ولكون كل مستوى منها مرتبط ارتباطا وثيقا بالمستويات الأخرى، وأية معالجة لا تأتي مبنية على هذا التكامل يمكن أن تنتهي بالفشل والعود إلى التعاطي مع ظهور العوامل مرة أخرى، فالشفاء التام من الاعتماد العضوي لا يؤتي بثماره إلا مع الشفاء التام من الاعتماد النفسي، وهذا لا يتحقق على النحو الإيجابي إلا في سياق البيئة الاجتماعية التي انتجته، و التي يمكن أن تنتج مرة أخرى إذا ما حافظت على مقوماته، وينطبق الأمر تمام الانطباق على المنظومة القيمية والثقافية⁽²⁾.

(1) أحمد عبد العزيز، الأصفر. أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. مرجع سابق، ص 55.

(2) نفس المرجع، ص ص 55-56.

المطلب الرابع : الإتجاه السيكو فارماكولوجي:

ركز هذا الاتجاه اهتمامه على البناء الكيميائي للعقار المخدر، وتأثيره على جسم الإنسان، وبالتالي فقد تجاهل العوامل البيئية والاجتماعية المحيطة بالأفراد وكذلك الاستعداد والتكوين النفسي وراء إحداث سلوك تعاطي المخدر أو الاعتماد عليه. وعلى الرغم من أنه قد افترض أن المقلعين عن استخدام العقار المخدر لا يستطيعون العمل بكفاءة بدون بديل كيميائي يعوض لهم النقص البيوكيميائي، إلا أنه غض الطرف عن كثير من المقلعين عن استخدام تلك العقاقير الذين استطاعوا أن يغيروا أنماط حياتهم بصورة إيجابية بعيدا عن أي بدائل كيميائية، كما أنه لم يقدم تفسيراً موضوعياً عن موقف الذين يتعاطون أكثر من عقار واحد في نفس الوقت.

ويؤكد هذا الاتجاه على أن للمتعاطين خصائص شخصية تجعل منهم أفراداً مستهدفين للإدمان ، ففي الدراسات المبكرة عن شخصيات المدمنين كشفت النتائج عن وجود اضطرابات شخصية، والاحتياج إلى المساعدة لدى هؤلاء الأفراد.

هناك العديد من التفسيرات الفارماكولوجية لظاهرة الاعتماد على المخدر ومنها ما يلي:

1. **نظرية التغير الكيميائي:** تنطوي على أن طاقة العقار المخدر تتشأ عن زيادة هدم إفراز الأفيون في الجسم، وأن هذا الأفيون يتحول في الجسم إلى مضاد الأفيون، وعلى ذلك تتشأ الحاجة إلى المزيد من العقار، بسبب قلة وتضاعف المورفين الطبيعي في الجسم⁽¹⁾.
2. **نظرية الفعل المزدوج للعقار:** والتي مؤداها أن الأفيونات عامة لها بعض الآثار الانهباطية وبعض الآثار المنبهة أو التهيجية على الجهاز العصبي المركزي، أي أنه مهيج ومهبط لأجزاء مختلفة من الجهاز العصبي المركزي، ولكون آثار التنبيه تبقى وتستمر لذلك استنتج الفارماكولوجيون أنه مع تقدم الإنسان تزداد التأثيرات المنبهة والتي تتعارض مع الفعل الانهباطي للأفيون ومن ثم يزداد الاحتمال و طلب المزيد من الجرعات⁽²⁾.

⁽¹⁾ عبد الله، اليوسف. الأطفال الباعة والمتسولون: دراسة حول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للأطفال الذي يقومون بالبيع

والتسول عند إشارات المرور الضوئية في مدينة الرياض. الرياض: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، 1423هـ. ص55.

⁽²⁾ نفس المرجع، ص 56.

3. **نظرية احتمال الخلايا:** والتي يرى أتباعها بأن خلايا الجسم فيها تغير دائم و مستمر يجعلها أكثر حساسية لآثار التنبيه مما يجعلها تحتاج إلى المزيد من الأفيون لكي تعود إلى حالة التوازن الأولى⁽¹⁾.

4. **نظرية التمثيل الغذائي :** والتي ترى بأن الشخص يبدأ في التعاطي لأجل الحصول على النشوة التي يحدثها المخدر، ومع استمرار في التعاطي، ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش، أو النشوة التي عهدها الجسم من المخدر، تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية في التمثيل الغذائي والحيوي داخل جسم الإنسان، وبهذا يصبح ذلك النوع ضرورة للجسم ويصعب الاستغناء عنه، لكونه أصبح جزءا من التكوين البدني للمدمن، بحيث يعتمد عليه الجسم في عمليات الأداء الأمثل لوظائفه الطبيعية⁽²⁾. ويقول العلماء في هذا الصدد، أن الإنسان يتعاطي المخدرات في بداية الأمر بحثا عن المتعة والنشوة، إلا أنه يتعاطي المخدرات بعدها سعيا منه تخفيف الألم الناتج عن الانسحاب، وهذه من علامات الإدمان، ولكن ليس وحدها. فكم من أشخاص استطاعوا الإقلاع عن تعاطي المخدرات، وتخلصوا من أعراض الانسحاب تماما إلا أنهم انتكسوا من جديد. ويعود ذلك ربما إلى وجودهم في محيط ساعدهم على الرجوع للتعاطي، كمكان يوجد فيه تعاطي المخدرات والكحول أو زملاء مازالوا يعانون من تعاطي المخدرات. وعليه فما توصل إليه العلم في وقتنا الحاضر يؤكد أن الأشخاص الذي أدمنوا على المخدرات وكانوا يتعاطونها بكثافة، ورغم إقلاعهم عنها لمدة طويلة سينتكسون من جديد، وهذا لحدوث تغيرات في فيزيولوجيا العصبية للمدمنين، وهذا ما يفسر ظاهرة اللهفة على التعاطي رغم إقلاعهم عن التعاطي لمدة طويلة⁽³⁾.

5. **نظرية وجود المستقبلات العصبية الخاصة بالأفيون:** يعد التقرير الصادر عن شعبة الصحة والخدمات الانسانية في أمريكا، والخاص باكتشاف النظام الأفيوني الطبيعي **aphid system** (الببتيد ومستقبلاتها) في جسم الانسان، حدثا مهما في طريق تفسير الإدمان من

⁽¹⁾ سعد، المغربي. سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1986، ص18.

⁽²⁾ عبد العزيز بن عبد الله ، البريشن. الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات. مرجع سابق، ص 128.

⁽³⁾ Pierre, Bremond. " Pharmacological Approaches to Addiction ". Dianova Network, Friday, 01 July 2011. <http://www.dianova.org>. (17/04/2012).

المنظور الفارماكولوجي، حيث أشار التقرير أن داخل جسم كل إنسان نظام إتصال فيسيولوجي يقوم بإنتاج مواد أفيونية طبيعية، داخلة ضمن التكوين البشري، لحاجة الانسان إليها في تخفيف الآلام الجسدية والنفسية، كالاكتئاب مثلاً⁽¹⁾. وبعد ذلك التقرير توالت الدراسات المعملية، التي أكدت على أن المستقبلات توجد في الأعصاب الطرفية والنخاع الشوكي، والغدد النخامية، وأماكن أخرى داخل المخ، وبتعاطي المادة الأفيونية تعتمد هذه الخلايا اعتماداً كلياً على الأفيون الخارجي، ولا تتأثر بالأفيون الداخلي الطبيعي⁽²⁾. حيث بمجرد تفاعل الأفيون الطبيعي (الببتيد) مع جزيئية مستقبلية من خلية أخرى ينتهي دور الأفيون الطبيعي ويبدأ عمل المستقبلية بإحداث تغييرات داخل الخلية تؤثر على محتوى المورثات، وأشياء أخرى. ومحصلة نشاطات الجزيئية المستقبلية وتفاعلها مع الجزيئات الموجودة قرب الجدار الداخلي للخلية، هو التحكم في أحاسيس الألم، والضغط، وميكانيزمات الثواب، وعمل الغدد الصماء، والتنسيق الحركي والتعلم، والذاكرة⁽³⁾.

6. **نظرية الأندومورفين** : اسهمت الأبحاث العلمية في تفسير إحساس الإنسان بالألم، وحاولت الوصول إلى حقائق علمية تكشف النقاب عن سبب إدمان الجسم على مادة أو عقار معين، حيث أكتشف أن بعض الأحماض الأمينية في مخ الإنسان ذات تركيب كيميائي شبيه بتركيب المورفين، إضافة إلى أن له خواص فيسيولوجية مشابهة، بل أقوى من المورفين بكثير، وسميت تلك المواد بالأندومورفين، ويمكن استخلاصها من الغدة النخامية الموجودة في قاع المخ، فعلى سبيل المثال لو تعرضت الشعيرات العصبية الموجودة في المخ إلى جرعات متكررة من الهيروين، فإن الخلايا المنتجة للأندومورفين تتوقف عن إفراز الأندومورفين، ويعتمد الجسم على جرعات الهيروين للقيام بوظائفه، وبهذا يحدث الإدمان، بدليل أننا لو قطعنا الهيروين عن الجسم فجأة لأحدث الإنقطاع أثراً وألماً وهي ما تسمى بالأعراض الانسحابية الناتجة عن الإدمان، كما أن هناك بعض الافراد الذين لديهم نقص

(1) حمد، المرزوقي وآخرون. إدمان المخدرات في أوساط الشباب. الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، وزارة الداخلية، 1414 هـ، ص 14.

(2) أحمد، أبو الروس. مشكلة المخدرات والإدمان. الإسكندرية: دار المطبوعات الجامعية، دون تاريخ، ص 91.

(3) حمد، المرزوقي وآخرون. إدمان المخدرات في أوساط الشباب. مرجع سابق، ص 14.

تكويني في أجسامهم لمادة الأندومورفين، وتكون قابلية الإدمان لدى هؤلاء أكثر من غيرهم⁽¹⁾.

المطلب الخامس : الإتجاه الاقتصادي:

أولاً: النظرية الكلاسيكية في تفسير الانحراف: تؤكد النظريات الكلاسيكية أن الانحراف مرتبط بمستوى المعيشة، فانخفاض مستوى المعيشة والحرمان يؤديان إلى صعوبة توافر الامكانيات اللازمة لحياة كريمة. وهذا يفسح المجال للبحث عن طرائق ملتوية للحصول على الرزق، مما يعرض من يخضعون لهذه الظروف إلى الانحراف والجروح، وبالتالي أنكر أصحاب هذا الطرح أهمية العوامل الفردية. وفي هذا يذهب كارل ماركس إلى أن القضاء على المشكلات الاجتماعية إنما يتم باصلاح النظام الاقتصادي⁽²⁾. ولا شك أن الظروف الاقتصادية السيئة تؤدي إلى مشكلات اجتماعية وشخصية. إذ يؤثر سوء التغذية على سلامة الفرد من الناحية الفيزيائية والنفسية وقدرته على التكيف الاجتماعي. وفي هذا انتهت بعض الدراسات إلى أن الطبقة وما تشير إليه من مكانة مادية ومستوى معيشة معين، ترتبط ارتباطاً واضحاً بالجريمة والانحراف من حيث نمطها وتكرارها وشدتها ومجالها⁽³⁾. ويلعب الوضع الاقتصادي للفرد دوراً كبيراً في تحديد نمط الشخصية وفي نموها النمو السليم أو النمو الشاذ و المنحرف.

تعد الجريمة والانحراف بمظاهرها المختلفة حسب الطرح الماركسي من إفرازات الرأسمالية، فهي ترجمة وانعكاس للوضع الاقتصادي السائد، ذلك الوضع المتمثل في الاستغلال البشع الذي تقوم به الطبقة البرجوازية للطبقة البروليتارية⁽⁴⁾. فالوضع الاقتصادي هو أساس البنية التحتية، والذي على أساسه تتكون الأسس العلوية، وتعتبر الظاهرة الإجرامية أحد هذه الأسس⁽⁵⁾. فالجريمة والانحراف بالمنظور الماركسي، ظواهر شاذة في حياة المجتمع، هما نتاج النظام الرأسمالي. وحسب ماركس وأنصاره إن تركيبة النظام

(1) أحمد، أبو الروس. مشكلة المخدرات والإدمان. مرجع سابق، ص 91.

(2) يسر أنور، علي وأمال عبد الرحيم عثمان. علم الإجرام والعقاب. بيروت: دار النهضة العربية، 1970، ص 19.

(3) نفس المرجع، ص 130.

(4) جمال، معنوق، مدخل إلى علم الاجتماع الجنائي. مرجع سابق، ص 196.

(5) Jean, Leauté . Criminologie et Science Pénitentiaire. Paris : éditions P.U.F, 1972, P.290.

الرأسمالي تؤدي حتما إلى انتشار وتكاثر الظواهر الإجرامية، وهذا يرجع لطبيعة هذا النظام القائم على الظلم والاستغلال⁽¹⁾.

ثانيا: النظرية الاقتصادية المعاصرة في تفسير الإدمان : فنظرية بيكر تحاول تفسير الفعل الانحرافي مستقلا عن ماضي المعني بالأمر، فالشخص يرتكب الجريمة، لأنه يرى أنها الحل الأمثل، وليس بسبب الضغط الاجتماعي: فقرار أن يصبح الشخص مجرما هو نتيجة مقارنته بين الأرباح المتوقعة من الفعل المنحرف ومبلغ العقوبة التي يتمناها الفاعل(أي العقاب الذي ممكن أن يتعرض له في حالة تم القبض والحكم عليه كما يتصورها وينتظرها). فالعقوبة المتمناة أو المرجوة هي الثمن أو كلفة الجريمة التي ارتكبتها المعني بالأمر.

1- النظرية الاقتصادية للإدمان، في مراحلها الأولى: تميزت النظرية الاقتصادية للإدمان في مراحلها الأولى باتجاهين أساسيين للدراسة، وهما:

أ- الاتجاه الأول: المادة مولدة للإدمان أو الاعتماد: (reinforcement)، فتعاطي اليوم سيؤدي (إيجابيا) إلى تعاطي الغد. وكانت أولى المحاولات تدور حول نموذج الطلب غير الرجعي (Demande Irreversible)، فالفكرة الخفية التي أتى بها فاريل Farrell، هي أن الشخص الذي يبدأ تعاطي التبغ، أو يرفع من نسبة التعاطي يكون بسبب ارتفاع المداخل، أو تراجع في سعر التبغ. فالشخص المتعاطي يطور عادته، ولا يعود إلى مستوى التعاطي السابق حتى ولو عادت الشروط الأولى، أي سعر مرتفع ومدخول متوسط⁽²⁾.

ب- الاتجاه الثاني: الشخصية المدمنة: يرى Elster أن الإنسان يختلف على باقي الحيوانات، وذلك لقدرته بتضحيته بالمتعة الطرفية مقابل المتعة المستقبلية و التي تكون أكبر⁽³⁾. إلا أنه لا يستطيع أن يوظف دائما هذه القدرة، وبالتالي يستجيب في آخر الأمر إلى (ضعف الإرادة)، فيركن إلى المتعة الطرفية. فكثير من المدمنين (مدمنون على

(1) جمال، معتوق. مدخل إلى علم الاجتماع الجنائي. مرجع سابق، ص 196.

(2) M.J., Farrell. "Irreversible demand functions". *Econometrica*, 20(1952): p.171-186.

(3) J. Elster. *Le laboureur et ses enfants : Deux essais sur les limites de la rationalité*. trad fr. A.Gerschenfeld, Paris : Les éditions de minuit, 1986, P 4.

التبغ، على القمار، على الكحول، والمخدرات) يصرحون أن لهم الرغبة في التوقف (المتعة على المدى البعيد)، ولكنهم يتعاطون بصفة آلية الجرعة القادمة (المتعة الظرفية أو الآنية)، تقنيا فالأمر يتعلق بمشكلة اختلاط الأفضلية الزمنية التي أول من نمطها ستورتر (1956) Strotz⁽¹⁾. وبالتالي يركز هذا الاتجاه على المميزات و الخصائص التي تتعلق ببعض الأشخاص الذين يعتبرون هم المتسببين في الإدمان.

2- نظرية الاختيار العقلاني لظاهرة الإدمان:

إن الإدمان بكل أنواعه ولمدة طويلة لم يكن في مجال التحليل الاقتصادي، حيث لم تتماشى الأطروحات الاقتصادية الكلاسيكية مع السلوك الإدماني. وعليه فإن الاقتصاد ما بعد الكلاسيكي يركز حول فرضية محورية لعقلانية المستهلك. فحسب هذه النظرية، أن كل فعل يحمل في طياته التكلفة والربح، وأن المستهلك agent يختار دائما الفعل الذي يحقق أقصى حد بين الإثنين. على العكس من ذلك فالإدمان ينظر إليه من جانب عامة الناس أو المختصين، على أنه قهري، بغية تحقيق فعل دون تفكير مسبق⁽²⁾.

إن المنعرج الحاسم في النظرية الاقتصادية في تفسير الإدمان هي عندما صرح كل من (1988) Becker et Murphy بالرجوع فقط لنظرية الاختيار العقلاني TCR (Théorie du Choix Rationnel) في تفسير الإدمان⁽³⁾. لقد أراد (4) Gary Becker إثبات أن TCR هي المنهج المثالي في تفسير السلوك الإنساني السوي والمنحرف، بما فيها ظاهرة تعاطي المخدرات، والتي أطلق عليها نظرية الإدمان العقلاني Théorie de l'Addiction Rationnelle.

- نظرية الإدمان العقلاني Théorie de l'Addiction Rationnelle : إن التنبؤ الرئيسي لنظرية الإدمان العقلاني، هي السعر المتوقع الذي يعتبر المتغير الذي يحدد السلوك الإدماني. وفيما يلي بعض النماذج التي تناولت الإدمان من وجهة نظر الإدمان العقلاني:

(1) R.H., Strotz. Myopia and inconsistency in dynamic utility maximization. *Review of Economic Studies*, 23,3 (1956) : pp.165-170. <http://www.jstor.org>. (23/07/2011).

(2) Bertrand, PIERRARD . *Fumer ou ne pas fumer ...Un modèle de l'initiation sur données empiriques*. CREDES. www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires. (13/12/2012).

(3) Gary S. Becker.; and Murphy, Kevin M. "A Theory of Rational Addiction". *Journal of Political Economy*, 96,4(Aug, 1988) : pp.675-700.

(4) Sophie, MASSIN . *La notion d'addiction en économie : la théorie du choix rationnel à l'épreuve* . Paris : Centre National de la Recherche Scientifique, Septembre 2008, P.6.

1- نموذج Stigler et Becker: إن استقرار التفضيل والاختيار عند المستهلكين* تحدد بظروف خارجية (السعر و المداخل). فبرنامج المستهلك يتجه نحو رفع *maximisation* دالته النفعية⁽¹⁾. وتعبير المنفعة، هذا يعني أن المنفعة الهامشية للاستهلاك الحاضر بالنسبة للاستهلاك السابق إيجابية. حيث يمكن أن نلاحظ المنفعة الهامشية المتناقصة للمادة (النشوة) المتعلقة بتعاطي المخدرات القوية (من نوع الهيروين). كلما زاد تعاطي الهيروين في الماضي، كلما أصبح من الصعب إنتاج نفس كمية النشوة في الحاضر، إلا إذا زادت كمية التعاطي.

2- نموذج Beker et Murphy: لقد بين كل من بيكر ومورفي أن التوازن في استهلاك المادة الإدمانية يكون غير مستقر عندما تكون درجة الإدمان قوية. زيادة على أن بعض العوامل، مثل الدخل، والأحداث الظرفية المرهقة للحياة اليومية، ومستوى تطور الأسعار، تكون أسباب ذات دلالة في أن يصبح الشخص مدمنا. فلا يمكن الإقلاع عن التعاطي إلا عن طريق التوقف المفاجيء⁽²⁾ (*arrêt brutal (cold turkey)*).

3- نموذج Orphnides et Zervos: يحاولان تفسير التناقض بين إرادة تعاطي المادة المسببة للإدمان، والندم الذي يحصل فيما بعد. ومن هذا المنطلق فهما يدافعان عن الدور الاساسي للسلطات العمومية في قدرتها على تنظيم وتقنين الإشهار، ووظيفتها في إعادة الإعتبار والأهلية للمدمنين⁽³⁾.

4- نموذج Douglas et Hariharan: ومنطلق تفكيرهما يدور أساسا على سلوك المدخنين، تعاطيهم، تكلفتهم بالنسبة للمجتمع، واستعدادهم للدفع حتى يتفادون الأضرار المتعلقة بالتدخين أو حتى الوفاة بسبب التدخين⁽⁴⁾. وقد أثبتت المعطيات التي تم استخلاصها من

* حسب هذه المسلمة، فإن أذواق الناس مستقرة وهي نفسها عند كل الأشخاص.

(1) E Loonis. « Les modèles économiques des addictions ». *revue-psycho tropes*, Revue Internationale des toxicomanies et des Addictions. 7(2), (2001): pp.7-22. <http://www.academia.edu>. (11/10/2011).

(2) Gary S. Becker.; and Murphy, Kevin M. "A Theory of Rational Addiction". Op-Cit. pp.675-700.

(3) Athanasios, Orphanides.; and David, Zervos. "Rational Addiction with Learning and Regret". *Journal of Political Economy*. 103(4), (1995): pp.75-80.

(4) S. Douglas; and Hariharan G. "The hazard of starting smoking : estimates from a split population duration model". *Journal of Health Economics*, 13,2(1994): pp. 213-219.

تحقيق Santé et Protection Sociale (SPS) أن السعر يؤثر على التعاطي ولكنه لا يؤثر على التدريب والتعلم.

ثالثاً: من النظريات الجزئية إلى النظريات الكلية في مجال الإدمان:

لقد أثبت Stanton Peele أن الإدمان لا يمكن حصره فقط كعلاقة إدمانية بين شخص ومادة مخدرة، فالعوامل البيئية لها تأثير حاسم على سلوك الإدمان. والتأثير ليس فقط على تهيئة السلوك أو الميل إلى الانتكاس، ولكن الإكراه على استهلاك مادة نفسية⁽¹⁾.

كما بين كل من Robinson et Berridge (1993) دور المنبهات و المهيجات الخارجية التي تؤثر في الجانب العصبي للشخص. وحسب بييل Peele فإن تعاطي المواد النفسية عند الإنسان يعود إلى عدة عوامل غير بيولوجية: ثقافية، اجتماعية، ظرفية، وشعائرية وتنموية ومعرفية وشخصية. فالإنسان غير معرض للمخدرات بصفة ميكانيكية، ولكن علاقته مع المخدرات، كعلاقته مع النشاطات القهرية والإكراهية ذات الطابع الإدماني (الشراهة في الأكل، الشراء، العمل، الجنس، والقمار القهري...)، و ذلك بوساطة متغيرات الاختيار، الحرية، والعودة إلى السلوكات السابقة، القيم والدوافع وجودية أخرى.

فعدة دراسات سمحت بتطوير نموذج " الاقتصاد السلوكي " *Economie comportementale* ، والذي يعطي تفسير لتعاطي المواد النفسية كاختيار تفضيلي، مثله مثل باقي اختيارات الاستهلاكات الأخرى⁽²⁾. وفي إطار هذا النموذج يأخذ بعين الاعتبار المجهود المبذول للحصول على المخدر (عمل منجز، الكلفة)، و البدائل المعززة (إمكانية القيام بشيء آخر ذو أهمية عوض تعاطي المخدر). فالعلاقة إذن توجد بين المخدر كمصدر راحة اقتصادية - وكائن متعاطي عنده طلب (وظيفة كلفة المخدر) ومرونة استهلاكه، (حسب المعادلة الوفرة/ تكلفة المعززات المنافسة للمخدر).

⁽¹⁾ Peele, JD. Stanton . "The Meaning of Addiction: DSM-5 Gives the Lie to Addiction as a Chronic Brain Disease". *Psychiatric Times*, 24 august 2010. www.psychiatrictimes.com. (06/12/2011).

⁽²⁾ S.R., Hursch. "Behavioral Economic of Drug Self-Administration: An Introduction". *Drug and Alcohol Dependence*, 33(1993): pp.165-170.

فهناك عدة بحوث منها (BICKEL, W.K.; et al)⁽¹⁾ التي درست الآثار الناجمة عن تكلفة التعاطي. سواء تعلق الأمر بالمواد النفسية أو المعززات كالطعام مثلا. فإن ارتفاع التكلفة تؤدي دائما إلى التراجع في الاستهلاك. وهذه الحقيقة تواجدت عند الحيوان (القرود، الطيور) كما تواجدت عند الإنسان.

وحسب نظرية الاقتصاد السلوكي، فتفضيل هذا المعزز أو ذاك يعتمد على الجرعات المتوفرة وتكلفة الاستهلاك، ولكن مع تواجد المعززات البديلة تساعد على اختيار هذا المعزز أو ذاك. وهذا يعني أن تعاطي المخدرات والسلوك الإدماني عموما لا يكون فقط تحت تأثير العوامل الداخلية المهيأة (مثل الاضطراب النفسي)، ولكن السلوك الإدماني يعتمد كذلك على الظروف التي تواجه الفرد، مع نقص كبير من التنوع في قدرتها على إدمان من الحياة اليومية⁽²⁾.

فالمخدرات تقوم بوظائف متعددة (التطبيب والمعالجة الذاتية، تنشيط وتقوية، مخالطة، ...)، فهي تتعدى حل مشاكل الطبقة "المحرومة"، فهناك عدة مؤشرات تدل على أن التعاطي يشمل كذلك المجموعات الاجتماعية الثرية والفقيرة، فالتعاطي الإدماني لا يمكن تفسيره فقط بالانتماء الطبقي. فإذا كان للطبقات المحرومة والمعدومة مشاكلها الخاصة تحلها عن طريق التعاطي الإدماني، فالطبقات الثرية كذلك لها مشاكلها الخاصة بها (كالإرهاق العام، الخطر المهني، الصراعات العائلية، متطلبات المنافسة الاجتماعية المهنية...)، ناهيك عن الطبقات الأخرى التي ليست بمنأى للبحث عن مسليات ذات إثارات قوية. فالعوامل الداخلية للشخص غير كافية لتفسير ظاهرة التعاطي، فعلى بالرجوع إلى العوامل البيئية⁽³⁾.

رابعاً: نماذج اقتصادية أخرى للإدمان :

لقد عمق كل من Herrnstein et Vaughan¹⁵ مفهوم التعيين السلوكي *d'allocation* « comportementale »، حيث أوضح أن الإدمانات تتميز بطغيان المنفعة المحلية (على المدى القريب) على المنفعة الكلية (على المدى البعيد) للتعاطي، وأطلق على هذه الظاهرة

⁽¹⁾ W.K., BICKEL; et al. "Behavioral Economics and Drug Self-Administration-I- Functional Equivalence of Response Requirement and Drug Dose". *Life Sciences*, 47(1990): pp.1501-1505.

⁽²⁾ E. Loonis. « Vers une écologie de l'action ». *Psychotropes*, 4,1(1998): pp.31-40.

⁽³⁾ E. Loonis. « Les modèles économiques des addictions ». Op-Cit, p.16

إسم "تحسينية" «*mélioration*»، أو طريق السهولة⁽¹⁾ *primerose path*. مثلاً المنفعة (المحلية) تقود الشخص إلى شرب الكحول للحصول على عدة آثار إيجابية تنتج عن التسمم الكحولي، بينما المنفعة (الكلية) تدفع الشخص إلى شرب الكحول بطريقة معتدلة من أجل الحفاظ على الصحة على المدى البعيد. فالتوجه نحو تفضيل المنفعة المحلية، تؤدي إلى سلوك التعاطي الإدماني، أما العكس فيطلق عليه أقصى درجة (*maximisation*)⁽²⁾. فحالة الجنود الأمريكيين المدمنين في الفيتنام، أصبحوا ممتنعين عن التعاطي بنسبة 80% بعد عودتهم مباشرة إلى الولايات المتحدة الأمريكية⁽³⁾. فالضغط الممارس على الجندي الأمريكي في الفيتنام بإدراكه أنه في حالة حرب شجعت إلى التوجه نحو التحسينية الإدمانية، بينما عند عودته إلى البلد الأصلي، سمح بتصور جديد عن الحياة على المدى البعيد، مما أدى إلى تحول في التصرف إلى الاتجاه المعاكس للإدمان (*maximisante antiaddictive*). وقد يسمح هذا النموذج بتفسير التعاطي في الأحياء الصعبة، أو عند البطالة، أو الطرد، أو غياب رؤية زمنية مستقبلية⁽⁴⁾، والتي تؤدي إلى حالة تحسينية، إلا أنه يمكن حتى عند الطبقة الراقية أن تظهر عندها حالات من التعاطي الإدماني، حتى ولو كان متحكم فيه، أين توجد هناك رؤية مستقبلية نوعاً ما واضحة.

كما طور Heyman (1996) النموذج الاقتصادي للإدمان، وذلك بتحليل السمات الغربية والمتناقضة للمدمنين: فحسب النموذج الطبي، فإن الإدمان هو فقدان السيطرة على السلوك من جهة⁽⁵⁾، أي أن هذا الإدمان غير إرادي. ومن جهة أخرى، فالمعطيات الميدانية التجريبية والتحقيقات تظهر أن عوامل الخطورة التي لها علاقة بالآثار السيئة للإدمان باستطاعتها أن تؤدي إلى التعاطي المراقب أو إلى التوقف النهائي عن التعاطي⁽¹⁾، وهذا ما يدل على أن

⁽¹⁾ In : G. Loewenstein, J. Elster (éd.), *Choice over time*. New York: Russell Sage Foundation, 1992, pp.331-360.

⁽²⁾ R.J. , Herrnstein; et al. "Utility maximization and melioration : Internalities in individual choice." *Journal of Behavioral Decision Making*, 6(1993): pp149-161.

⁽³⁾ In : L. Brill, C. Winick (éd.). *The Yearbook of Substance Use and Abuse*. vol. 2, New York, NY : Human Sciences Press, 1980, p.71.

⁽⁴⁾ J. Nuttin . *Théorie de la motivation humaine : du besoin au projet d'action*, Paris :PUF, Psychologie d'Aujourd'hui, 1980. P.31.

⁽⁵⁾ Gene.M HeymanN. "Resolving the contradictions of addiction". *Behavioral and Brain Sciences*. 19(1996): pp.561-610.

⁽¹⁾ S. Peele, *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and Its Interpretation*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1985, pp. 1-26. <http://www.peele.net/the-meaning-of->

الإدمان فعل إرادي. فبالنسبة لـ Heyman ، ليست المادة المخدرة هي التي تؤدي إلى الإدمان، ولكن الظروف التي يوجد فيها الشخص، والتي تؤدي به إلى تفضيل القيم المحلية (تحسينية (mélioration) أو القيم الإجمالية (maximisation)).

20 فالتعاطي الإدماني لا يمكن حصره في المتناقضة (أعاطي / لا أعاطي). فلو سلمنا جدلاً، أن تعاطي المخدرات هو فعل لا إرادي (مرض)؟ فلماذا نلاحظ قدرة التحكم في التعاطي بالنسبة إلى العوامل الاقتصادية للتكلفة؟ لو أن تعاطي المخدر هو فعل إرادي، فلماذا نلاحظ فقدان التحكم المأساوي والعودة على المدى البعيد، حتى ولم تظهر على الشخص أعراض الانسحاب؟ symptôme de manque.

ما يمكن استخلاصه من النظرية الاقتصادية، أن الإدمان ليس مرض، ولكنه سلوك طبيعي الذي يمكن أن ينحرف. وهكذا يمكن للسياسة الوقائية أن تكون أكثر فاعلية (لأنها تصبح أكثر انسجاماً).

وهكذا نجد أن النماذج الاقتصادية للإدمان تختلف اختلافاً واضحاً عن النماذج الطبية البيولوجية والنفسية، حيث تعتبر أن القوة الحافزية القصوى تكمن في المجال البيئي للسلوك⁽²⁾. فكما أن النماذج الطبية تأخذ بعين الاعتبار السبب الفعال (حافز يؤدي إلى استجابة)، فإن النماذج الاقتصادية تعتمد على السبب النهائي (السلوك مرتبط ببرنامج مسطر للوصول إلى الهدف). فالنماذج الاقتصادية تركز على نظريات الاختيار، والتي هي عبارة عن مجموعة من ألعاب استراتيجية التي تأخذ مكانها عند الشخص⁽³⁾. فالأمر يتعلق بتطبيق في مجال الإدمان ما يقوم به علماء الاقتصاد من تفسير على مستوى السلوك الاستهلاكي عموماً، كصراع يجري بين مختلف العناصر النفسية للشخص. فبالنسبة للنظرية الاقتصادية الأمر يتعلق "بألعاب داخلية" تجري بين الطابع العقلاني والضميري للشخص. فالشخص عند Winston معرض في أي لحظة إلى وضعيتين وحالتين مختلفتين

addiction-1-the-concept-of-addiction. (02/03/2011).

⁽²⁾H. Rachlin. " Four teleological theories of addiction", *Psychonomic Bulletin & Review*. 4,4(1997): pp. 462-473.

⁽³⁾B. FRANK. "The use of internal games : The case of addiction". *Journal of Economic Psychology*. 1,5(Nov,1996) : pp. 651-657.

ومتعارضتين، عليه أن يختار إحداها وهي ما تسمى بـ (dialectique comportementale) "الديالكتيكية السلوكية"⁽¹⁾.

وهكذا، ففي مجال الاقتصاد السلوكي فموضوع الدراسة الرئيسي هي الجدلية القائمة بين (الاستهلاك / عدم الاستهلاك)، والموجودة أصلا في صميم النظام الاقتصادي. وقد حاولت جميع النماذج الاقتصادية دراسة وتحليل العوامل التي بإمكانها أن تدفع إلى اختيار "الاستهلاك" (تعاطي المادة النفسية). وقد عانت محاولات التتميط الاقتصادي للإدمان من عدة عيوب وهذا على مستوى البساطة والتطفل على الاختصاصات الأخرى. فمثلا مفهوم الطلب غير المرن *demande non élastique* (طلب الاستهلاك الذي لا يأخذ بعين الاعتبار الكلفة)، والذي يركز على ظاهرة التحمل الفيزيولوجي لمادة نفسية متعاطاة.

المطلب السادس: نظرة الشرائع السماوية والقوانين الوضعية لمشكلة تعاطي المخدرات

أولا: وجهة نظر الشرائع السماوية لمشكلة تعاطي المخدرات:

جاءت الشرائع السماوية وعلى رأسها الدين الإسلامي للمحافظة التامة على جسم الإنسان وعقله وماله وعرضه ودينه، فإن للعقل منزلة سامية في الإسلام. فالعقل هو المميز بين الخير والشر وبين الحق والباطل. و تتحقق في العقل منزلة الكرامة في الدنيا وهو المدار في استحقاق المثوبة أو العقوبة في الآخرة⁽²⁾. والعقل دليل الإنسان إلى كل خير، فبالعقل شرف الله الإنسان على سائر المخلوقات، فالعقل هو اللطيفة الربانية التي أودعها الله ليذكر حقائق الأشياء وهو مناط التقضيل وسر التخصيص⁽³⁾. والإسلام إذ يحرم الخمر والمخدرات ويشدد في تحريمها إنما يستهدف بذلك إيجاد شخصية إنسانية قوية في جسمها ونفسها وعقلها، وما من شك في أن الخمر والمخدرات تضعف الشخصية وتذهب بموقعاتها ولاسيما

⁽¹⁾ E. LOONIS. *Notre cerveau est un drogué : vers une théorie générale des addictions*. Toulouse :Presses Universitaires du Mirail, 1997, p.23.

⁽²⁾ محمد بن جمعة، بن سالم. النظرية الإسلامية لمكافحة المخدرات. ط1. أبو ظبي: المحمدية للنشر والتوزيع والطباعة، 1995، ص69.

⁽³⁾ محمد جواد، الفقيه . *مكانة العقل في الإسلام*. ط1. بيروت: سلسلة أضواء من هدى الإسلام، دار الأخوة، 1993، ص25.

العقل⁽¹⁾. إن الدين والعلم يقفان في مواجهة خطر المخدرات، فإذا كان الإسلام يحرم المسكرات والمخدرات على اختلاف أشكالها وأسمائها فإن العلم يكشف لنا أسباب هذا التحريم وحكمته ودواعيه⁽²⁾.

وعلى هذا الأساس، يتبين أن من خصائص العقل السليم أن يقضي حتما بالامتناع عن كل المسببات التي تؤذي البدن وتخل بالصحة العامة، ولو لم يحرمها القرآن الكريم والسنة، لكانت ببداهة العقل تكون محظورة ومحرمة، ولكن الله سبحانه وتعالى جعل للدين منهجه وتخطيطه الفكري والنفسي و الأخلاقي، كما جعل له أيضا منهجا متكاملا لرعاية الجسد وتلبية مطالبه المادية والغريزية والتنسيق بين المنهاج الجسدي وبين المنهاج الفكري والنفسي والروحي ينطلق من مبدأ كون الإنسان وحدة إنسانية ومادية متكاملة لا ينفصل بعضها عن بعض⁽³⁾.

وعلماء المسلمين يطلقون لفظ الخمر على كل ما يؤثر تعاطيه على العقل، ويستند هؤلاء العلماء على مدلول لفظ الخمر من الناحية اللغوية، فالخمر أصلا الستر، والمواد التي تنقص الوعي سميت خمرا لأنها تستر العقل وتحجبه⁽⁴⁾. كما يستندون أيضا على الحديث الشريف : " كل مسكر حرام"⁽⁵⁾. وقد رأى كثير من هؤلاء العلماء أن المخدرات تعتبر خمرا لفظا ومعنى لأنها تفعل فعلها وأكثر، كما أن الأحاديث النبوية التي رويت عن الرسول صلى الله عليه وسلم لم تفرق بين مائع وجامد أو بين عصير ومطبوخ. وعليه أجمع الفقهاء على تحريم المخدرات بناء على ما ورد في السنة النبوية الشريفة فالرسول صلى الله عليه وسلم، قال موجها الأمة الإسلامية : "ما أسكر كثيره فقليله حرام"⁽⁶⁾. ويظهر من الحديث أن النبي صلى الله عليه وسلم، اعتبر كل مادة مسكرة خمرا سواء سميت بذلك في لغة العرب أو لم

(1) محمد بن جمعة، بن سالم. النظرية الإسلامية لمكافحة المخدرات. مرجع سابق، ص75.

(2) نفس المرجع، ص45.

(3) وزارة الأوقاف، الإدارة العامة للإرشاد الديني. الإسلام وقضايا الإدمان والسموم البيضاء. مصر: مطابع روز اليوسف، (د.س)، ص24.

(4) محمد بن علي، الشوكاني. نيل الأوطار. تحقيق: عصام الدين الصباطي. ط1. مصر: دار الحديث، 1413هـ - 1993م، ص149.

(5) الحافظ أحمد بن حجر، العسقلاني. فتح الباري بشرح صحيح البخاري. ج/10 ط، بيروت، : دار المعرفة، أخرجه: محب الدين الخطيب ، حققه: عبد العزيز بن عبد الله بن باز، (د.س)، ص42.

(6) سليمان بن الأشعث أبو داود، السجستاني. سنن أبي داود. ج2- المملكة العربية السعودية: مكتبة المعارف للنشر والتوزيع، تحقيق: محمد

ناصر الدين الألباني - مشهور بن حسن آل سلمان، دون سنة، ص ص : 293-294.

تسم به، فقد روي عن ابن عباس رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم، قال : " كل مسكر خمر، وكل مسكر حرام"(1). والخمر كل ما يغطي العقل، وقد جمع الرسول صلى الله عليه وسلم، بما أوتيته من جوامع الكلم كل ما غطى العقل أو أسكر ولم يفرق بين نوع ونوع، لا عبرة لكونه مأكولا أو مشروبا، على أن الخمر قد يصنع منه أي نوع من الطعام والحشيشة قد تذاب بالماء وتشرب فالخمر يشرب و يؤكل والحشيشة تؤكل وتشرب وكل ذلك حرام، وحدوث الحشيشة وسائر المخدرات بعد عصر الرسول صلى الله عليه وسلم لم يمنع من دخولها في عموم حديثه عن المسكر(2). وقال عليه الصلاة والسلام: " كل مسكر حرام. إن على الله عز وجل، عهدا، لمن يشرب المسكر أن يسقيه من طينة الخبال، قالوا يا رسول الله ما طينة الخبال؟ قال : عرق أهل النار أو عصارة أهل النار"(3).

وعن عائشة رضي الله عنها: " كل شراب أسكر فهو حرام"(4)، وعنهما أيضا قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " كل مسكر حرام" وما أسكر منه الفرق فملاء الكف منه حرام، كذلك ما رواه أحمد في مسنده، وأبو داود في سننه وعن أم سلمة رضي الله عنها أنها قالت : " نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر"، والمفتر بتشديد التاء، من فتره، فالمفتر : كل ما يورث الفتور والخمول والانكسار والضعف واسترخاء الجسم وهذوء الأطراف. فالمخدرات تورث الفتور، والنهي عن المفتر نهى عن المخدر والنهي عن تناول الشيء يدل على تحريمه فيكون تناول المخدرات حراما، إذ إن القاعدة عند المحدثين والأصوليين أنه إذا ورد النهي عن شيئين مقترنين ثم نص على حكم النهي عن أحدهما من حرمة أو غيرها أعطى الآخر ذلك الحكم بدليل اقترانهما في الذكر والنهي، وفي الحديث المذكور ذكر المفتر مقرونا بالمسكر وتقرر تحريم المسكر بالكتاب والسنة والإجماع، فيجب أن يعطى المفتر حكمه بقربه النهي عنهما مقترنين لما لهما من اشتراك في العلة(1).

(1) أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري، النيسابوري. صحيح مسلم. المملكة العربية السعودية: دار المغني للنشر والتوزيع، كتاب الاشربة، 1419هـ، 1998م، ص 1109.

(2) عزت، حسنين. المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون: دراسة مقارنة. ط1. الرياض: دار الناصر للنشر والتوزيع، 1984م، ص 19.

(3) أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري، النيسابوري. صحيح مسلم. باب بيان كل مسكر خمر، وأن كل خمر حرام، ص 1108.

(4) نفس المرجع، ص 1107.

(1) الحافظ أحمد بن حجر، العسقلاني . فتح الباري بشرح صحيح البخاري. مرجع سابق، ص 41.

وحرمت المخدرات تطبيقاً لقاعدة من أهم القواعد التشريعية في الإسلام، درأً المفسد أولى من جلب المصالح، ومن أجل ذلك اهتمت الشريعة الإسلامية بالحفاظ على كيان الأمة فأوجبت حماية الأصول الخمسة التي يقوم عليها المجتمع القوي الصالح وهي : الدين والنفس والمال والعقل والنسل. ويقول أبو حامد الغزالي في هذا الصدد: "... ومقصود الشرع من الخلق خمسة ، وهو أن يحفظ عليهم دينهم ، ونفسهم ، وعقلهم ، ونسلهم ، وماله ، وهذه الأصول الخمسة حفظها واقع في رتبة الضرورات ، فهي أقوى المراتب في المصالح ، ومثاله : قضاء الشرع بقتل الكافر المضل ، وعقوبة المبتدع الداعي إلى بدعته ، ... ، وإيجاب حد الشرب ، إذ به حفظ العقول التي هي ملاك التكليف ، وإيجاب حد الزنا إذ به حفظ النسل والأنساب ، وإيجاب زجر الغصاب والسارق ، إذ به يحصل حفظ الأموال التي هي معاش الخلق وهم مضطرون إليها ، وتحريم تفويت هذه الأصول الخمسة والزجر عنها يستحيل أن لا تشتمل عليه ملة من الملل ، وشريعة من الشرائع التي أريد بها إصلاح الخلق ، ولذلك لم تختلف الشرائع في تحريم الكفر ، والقتل ، والزنا ، والسرقة وشرب المسكر⁽²⁾. فالمخدرات تفسد العقل وتضر بالبدن وتهدد كيان المجتمع، والله سبحانه وتعالى نهى عن كل خمر ورجس وفساد، وقد نص على ذلك بالتحريم مصداقاً لقوله تعالى: " يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون، إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل أنتم منتهون"⁽³⁾.

فتحريم الخمر التي يمكن تعريفها بأنها كل مسكر مخامر للعقل مغط عليه إذ تحول بينه وبين رؤية الأشياء على حقيقتها وهي بذلك تدخل في تعريف المخدر، كما أن

⁽²⁾ محمد بن محمد الغزالي، أبو حامد. المستصفى في علم الأصول. ط.1. بيروت: دار الكتب العلمية، تحقيق: محمد عبد السلام عبد الشافي،

1413هـ، ص 152.

⁽³⁾ القرآن الكريم، سورة المائدة - الأيتان (90-91).

الرجس لم يستعمل في القرآن إلا كعنوان على ما اشتد قبحه وهو من عمل الشيطان الذي يزين للناس شربها حتى يوجد بينهم الخلاف والشقاق والكراهية، وهذه المعاني موجودة في المخدرات بصورة أكبر وأكثر وضوحاً من الخمر لما تؤدي إلى العداوة وارتكاب الجرائم بأنواعها كافة وفيه صد عن ذكر الله يؤدي إلى تفكك المجتمع الإسلامي وانهياره⁽¹⁾.

وفي ذلك أفتى رسول الله صلى الله عليه وسلم، وقال: "كل مسكر حرام" جاءت هذه الفتوى حينما سأله أبو موسى الأشعري رضي الله عنه فقال: يا رسول الله أفتنا في شرابين كنا نصنعهما باليمن: البتع وهو من العسل ينبذ حتى يشتد والمزر وهو من الذرة والشعير ينبذ حتى يشتد، فقال عليه الصلاة والسلام: "كل مسكر حرام" وسأله صلى الله عليه وسلم. طارق بن سعيد عن الخمر، فنهاء أن يصنعها، فقال إنما أصنعها للدواء، فقال: "إنه ليس دواء، ولكنه داء".

وسأله صلى الله عليه وسلم، رجل من عبد قيس، فقال، يا رسول الله ما ترى في شراب نصنعه في أرضنا من ثمارنا، أفأعرض عنه؟ حتى سأله ثلاث مرات، حتى قام يصلي، فلما قضى صلاته قال: "لا تشربه ولا تسقيه أخاك المسلم، فوالذي نفسي بيده لا يشربه رجل ابتغاء لذة سكر فيسقيه الله الخمر يوم القيامة" رواه أحمد في صحيحه.

يقول ابن تيمية أن هذه الحشيشة الصلبة حرام، سواء سكر منها أو لم يسكر، والسكر منها حرام باتفاق المسلمين، ومن استحل ذلك وزعم أنه حلال فإنه يستتاب، فإن تاب ولا قتل مرتداً، لا يصلى عليه، ولا يدفن في مقابر المسلمين⁽²⁾.

وقال بعض علماء الحنفية: "إن من قال بحل الحشيش زنديق مبتدع وفي هذا دلالة على ظهور حرمتها ويحدث من الطرب واللذة عند تناولها ما يدعوهم إلى تعاطيها والمداومة عليها"⁽³⁾.

(1) عبد الوهاب عبد السلام، طويلة. فقه الاشرية وحدها او حكم الاسلام في المسكرات والمخدرات والتدخين. ط1، القاهرة: دار السلام للطباعة

والنشر والتوزيع و الترجمة، 1986، ص 418.

(2) ابن القيم، الجوزية. فتاوى رسول الله صلى الله عليه وسلم. تحقيق وتعليق مصطفى عاشور. مكتبة الاعتصام، ط2. القاهرة: دار العلوم للطباعة، 1980، ص 255.

(3) عزت، حسنين. المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون: دراسة مقارنة. مرجع سابق، ص 140.

لقد اتخذت الشريعة الإسلامية عدة إجراءات وقائية متعددة للحد من تفشي الخمر والمخدرات لما يترتب عليهما من أضرار خطيرة تهدد أمن وسلامة الفرد والمجتمع، ومن ثم فإن تعاطي المخدرات جريمة يعاقب عليها شرعا، فأهداف الشريعة الإسلامية في التجريم في المواد المخدرة⁽¹⁾:

- 1- صيانة المصالح الأساسية المعتبرة في الإسلام (الدين والعقل والنفس والنسل والمال)،
- 2- إن أساس التجريم في المواد المخدرة هو القرآن والسنة والإجماع والقياس،
- 3- أن من المواد المخدرة ما هو مسكر وما هو مفتر،
- 4- أن لجرائم المخدرات في الشريعة الإسلامية ثلاثة أركان، هي: ركن مفترض: وهو المخدر. و ركن مادي : وهو إتيان الفعل المجرم، و ركن معنوي : وهو القصد الجنائي.
- 5- أن للمشرع (ولي الأمر) أن يسلك في بيان ما يعد مادة مخدرة أحد السبيلين: الأول أن يحصر المواد المخدرة في جداول، والثاني : أن يترك للقاضي حرية التقدير في تحديد طبيعة المادة على ضوء ما يثبت لديه من تحليلها على أيدي الخبراء.
- 6- أن عقوبة جريمة التعاطي الحدية هي ثمانون جلدة.
- 7- أن عقوبة جريمة التعاطي تعزيرية .
- 8- مراعاة اختيار العقوبة التعزيرية المناسبة.
- 9- اتخذت الشريعة الإسلامية، في مكافحة جرائم المخدرات أساليب ثلاثة : أولها وقائي ويقوم على التنشئة الاجتماعية الصالحة للصغار وإصلاح الكبار، وثانيها عقابي بإيقاع العقوبة المناسبة على الجاني لإصلاحه ، وثالثها علاجي باتخاذ مجموعة من التدابير الإصلاحية، كعلاج المدمن.

المسكرات والمخدرات في الأديان السماوية الأخرى :

إن السموم البيضاء بجميع أنواعها وبكافة آثارها، لم تعرف إلا منذ قرون عديدة لم تتجاوز ثلاثة أو أربعة قرون وبالتالي لم تعالجها الأديان السماوية بالاسم: "أفيون أو كوكايين

⁽¹⁾ محمد بن جمعة، بن سالم. النظرية الإسلامية لمكافحة المخدرات. مرجع سابق، ص ص 75-78.

أو حشيش أو خلّافه" وإنما أشارت إلى كل ما يخدر العقل ويخدر الجسد وحرّمته تحريماً⁽¹⁾. ولم يقتصر تحريم الخمر على التشريع الإسلامي، بل حرّمته سائر الشرائع السماوية الأخرى، كالثورة والإنجيل وأوضحت آثاره الضارة.

الدين المسيحي: يحرم الدين المسيحي الخمر ولا يرى في منعها أي اعتداء على الحرية الشخصية بل يرى في هذا المنع احتراماً لحرية الجماعة. ومما جاء في نصوص العهد القديم ما يمنع ويحذر من شرب الخمر⁽²⁾:

1- يكتب الجامعة: "الخمر مستهزئة. المسكر عجاج ومن يترنح بهما فليس بحكيم (أم 20:1). "بالخمر الدعارة وبالمسكر الجلبة. كل من لهج بهما فليس بحكيم" (نفس النص ترجمة اليسوعيين) لا الشرور التي يكشفها الوحي مرتبطة بالخمر والمسكر، مثل الدعارة والاستهزاء وضياع الكرامة (الترنح) والجهل.

2- ويكتب الحكيم: "لمن الويل لمن الشقاوة. لمن المخاصمات لمن الكرب لمن الجروح بلاسبب لمن ازمهّار العينين (التهابهما). للذين يدمنون الخمر الذين يدخلون في طلب الشراب الممزوج. لا تنتظر إلى الخمر إذا احمرت حين تظهر حبابها (الفقايع) في الكأس وساغت مرققة (سهلت للشارب لامعة متلألئة). في الآخر تلسع كالحية وتلدغ كالأفعوان (ذكر الأفعى). (فتلتهب الشهوة والغرائز) عيناك تنظران الأجنبيةات (النساء الشريرات) وقلبك ينظر بأمور ملتوية (الفواحش). وتكون كمضطجع في قلب البحر (عدم الاستقرار مثل الترنح والتمايل وغياب العقل) أو كمضطجع على رأس سارية (عدم الاتزان مثل اهتزاز الراية). يقول ضربوني ولم أتوجع (جلب سخرية الآخرين مع فقد الإحساس والتلبّد). لقد لك الوني (رضضوني) ولم أعرف. (وبالرغم من كل ذلك) متى أستيقظ (أفيق) أعود أطلبها بعد. (الإدمان والعبودية) (أم 23: 29-35).

(1) إسماعيل، عبد الفتاح. السموم البيضاء بين الدين والقانون والقيم. القاهرة: الهيئة العامة لقصور الثقافة، شركة الأمل للطباعة والنشر، 2007، ص 31.

(2) سامي، غبريال. الخمر والمخدرات والإدمان: من منظور مسيحي. علمي. اجتماعي. مصر الجديدة: دار يوسف كمال للطباعة، 2005، ص ص 45-47.

الدين اليهودي : وأوصى سليمان الحكيم : قال : اسمع يا بني وكن حكيما وأرشد قلبك في الطريق. لا تكن بين شاربي الخمر المتلفين أجسادهم لأن السكيرين لا ينالون رضا الخالق جل وعلا في هذه الدنيا. وفي الآخرة يحرمون شراب الله الطهور⁽¹⁾.

فالديانة اليهودية تحرم المخدرات والمسكرات تحريما تاما، فكلمة "شيكار" بالعبرية تعني أي نوع من المشروبات المخمرة من غير العنب، وهي محرمة تحريما مطلقا في الكتاب المقدس، وعقوبة الذي يشرب المسكرات له الويل والشقاوة وازمهرار العينين بلا سبب، والجروح بلا سبب، بل إن هناك عقابا صارما لمن يسقي صاحبه مسكرا⁽²⁾.

ثانيا : وجهة نظر القوانين الوضعية للمخدرات:

1- الأنظمة التحريمية **Systèmes Prohibitionnistes** تاريخيا هي أول من حاولت إعطاء حل لمشكل المخدرات. فالمبدأ بسيط، وهو يركز على القضاء على العرض لكل أنواع المخدرات عن طريق المنع العام والقاطع. للقضاء على المشاكل التي انجرت عن طريق الإدمان على الكحول والتبغ والمخدرات. أما أسس هذا الاتجاه، فتتمثل في: البعد الأخلاقي للإنسان: حيث يعتبر الامتناع أمر واجب يتطلبه الدين وعلى الشخص أن يتمتع من تلقاء نفسه. فالممتع يعرف كيف يصبر ولا يستجيب لما تمليه عليه نفسه، و لا يبذر أمواله في المسكرات أو المخدرات، فهو مندمج في المجتمع، ولا يكون سببا في إزعاج الآخرين. كما أنه لا يعرض صحته ولا صحة الآخرين للخطر. وهو لا يكون تكلفة إضافية على المنظمات الاجتماعية. وهو يحترم القانون المتعلق بمنع استهلاك المخدرات والتي تتماشى مع أخلاقه، فهو مواطن مثالي. كما أن المخدرات والكحول، تساعد على اختلال الأخلاق (حالة السكر في أماكن عمومية، الإحلال الأخلاقي، والدعارة...)، كما تؤدي إلى زيادة الجرائم (الإعتداء، القتل...)، كما أنها عامل للتفكك الأسري (العنف، التبذير، لطلاق...)، فبالنسبة

⁽¹⁾ عادل، رسلان . " حكم تناول المخدرات و المفترات وتداولها في التشريع الإسلامي والقانون". رسالة الإمام، وزارة الأوقاف، المجلس الأعلى للشؤون الإسلامية، القاهرة، 6 (ديسمبر 1985): ص ص 15-21.

⁽²⁾ إسماعيل عبد الفتاح، السموم البيضاء بين الدين والقانون والقيم. مرجع سابق، ص 30.

إلى هذه النظرية ليس هناك موقف وسط، فشارب الكحول يصبح لا محالة مدمنا على الكحول إن عاجلا أو آجلا⁽¹⁾.

كما يركز هذا الاتجاه على النظرية الصحية الاجتماعية وهي أن حماية الصحة العمومية من صلاحيات السلطات الحاكمة⁽²⁾. فالمخدرات تمثل بوجودها تهديدا على المجتمع غير مسموح به، فتحريمها يبقى الحل الأمثل. كما يرون أنصار هذه الفرضية أن الإدمان هو مرض معد **Maladie Contagieuse** والذي يجب دفنه قبل ولادته. فمنع القنب مثلا مع السماح للتبغ والكحول، هو تجنب المجتمع خطر اجتماعي آخر والمتمثل في الاعتماد على القنب، فالظلم أحسن من الفوضى. وأن القنب يعتبر كبوابة **Marche-pied** إلى المخدرات القوية، وذلك طبقا لنظرية التصعيد **Escalade**⁽³⁾. تعاطي القنب، يؤدي إلى تعاطي الكوكايين ثم إلى **LSD** أو الأمفيتامينات لينتهي إلى الأفيونات المصنعة وأخيرا إلى الهيروين.

فخلاصة القول أن كل متعاطي المواد المخدرة غير المشرعة هو شخص مدمن على الهيروين بقوة **Héroinomane**. ويبيّن أنصار نظرية المنع والتحرّيم أفكارهم على أساس الدراسات الوبائية، التي أظهرت أن نسبة متعاطي القنب لدى مدمني الهيروين أكبر من غير المتعاطين، حيث بينت هذه الدراسات أن 26 % من متعاطي الماريجوانا ينتقلون إلى مخدرات أقوى **LSD, Opiacés et amphétamines**، بينما فقط 4% من متعاطي المخدرات المشروعة (التبغ والكحول)، و 1 % من غير المتعاطين لأي مادة مخدرة، وهكذا يتضح أن هناك ارتباطا واضحا بين تعاطي القنب والتعاطي الهيروين⁽⁴⁾.

ويفرق أنصار هذه النظرية بين أربعة مراحل في ظاهرة التصعيد: الجعة والنبيذ، ثم السجائر و المشروبات قوية التركيز للكحول، ثم المارجوانا، وأخيرا باقي أنواع المخدرات غير الشرعية.

⁽¹⁾ Gabriel, Domenech. *Eloge de l'ivresse*. Paris : Albin Michel, 1981, P.67.

⁽²⁾ J.M., Auby. *le droit de la santé*. Thémis, Paris : PUF, 1981, pp -90-97.

⁽³⁾ Ibid. P.98.

⁽⁴⁾ D. Kandel. "Stages in adolescent involvement in drug use". *Science*, 190,4217(28 November, 1975) : pp.912-913.

إلا أن هذه النظرية انتقدت من طرف العديد من الباحثين، ويعد **MM.Grinspoon et Bakalar** ⁽¹⁾ من أشد أعداء نظرية التحريم. وارتكزا في نظريتهما على أفكار رايت ميلز **Wright Mills** الذي يرى أن كل فرد هو المسؤول الوحيد للحفاظ على صحته الجسدية والنفسية والفكرية. فحسب رأي **Wright Mills** القوانين التحريمية تتعامل مع المواطنين كأنهم أطفالا صغارا أو متوحشين عاجزين عن التمييز. وفي هذا الصدد يرى كل من **Grinspoon et Bakalar** أنه لا يمكن أن نمنع شخص من أن يتعاطى الكحول، أو يدخن، أو حتى يتعاطى الحقن، إذا لم يسبب الضرر لغيره أو أن يسبب اضطرابا للنظام العام. ويذهب البعض الآخر إلى أبعد من ذلك، حيث يعتبرون أن التحريم الدولي للمخدرات هو في حد ذاته منافي للأخلاق. فيرى مثلا **Hulsman** أن السياسة الدولية للمخدرات ما هي إلا نوع جديد من الإستعمار والظلم ⁽²⁾.

2- تقليص الأخطار: Réduction des risques وهو مذهب براغماتي أنجلو ساكسوني، ينطلق من مبدأ تقليص الآثار الضارة لظاهرة التعاطي غير الشرعي للمخدرات عن طريق المجهودات الفردية والجماعية الصحية منها والاجتماعية. فالأساس الصحي الذي انطلق منه هذا المذهب، هي فكرة أن عددا كبيرا من متعاطي المخدرات غير مستعدين للتوقف كما تفرضه القوانين المتعلقة بالمخدرات، ويجب وضع آليات التي تساعد على تقليص المخاطر الصحية التي يتعرض لها المدمنين وحتى غير المدمنين (سيذا، فيروس الكبد، الجرعة الزائدة، الاعتداءات...)، فيقوم هذا المبدأ على "اقتراب صحي عمومي"، حيث يرى أنه: "من الأحسن أن يكون هناك مدمن، خير من مدمن ميت"، وجاء هذا المبدأ كحل استعجالي لمرضى فيروس المناعة (سيذا) حيث كان ينتقل هذا المرض بسرعة مذهلة بين المدمنين الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن ⁽³⁾.

⁽¹⁾ James B. Bakalar, Lester, Grinspoon. Drug control in a free society. 4th Edition. U.S.A: Cambridge. University Presse, 1984, pp.4-9.

⁽²⁾ Louk, Hulsman. Drug Policy as A Source of Drug Problems and A Vehicle of Colonization and Repression. Rotterdam : Ewodor Workshop, 1984. P.31.

⁽³⁾ Médecins du Monde (MdM). Harm Reduction : A Medical and Political Approach Based on Public Health and Human Rights. <http://urgences.medecinsdumonde.org>. (23/05/2010).

إن نتائج سياسة تقليص المخاطر كانت محل تقييم عديدة ومتنوعة، فأظهرت تلك التقييمات أن هذه السياسة أحسن وأفضل من سياسة الحظر و القمع.

وكانت هولندا أول بلد من تبني هذه السياسة بقوة، وهذا قبل ظهور مرض السيدا Sida، فكان مبدأ هذه السياسة هو مد اليد للمدمنين عن طريق حافلات الميثادون⁽¹⁾ « bus méthadone »، وهذا بتوزيع الميثادون والحقن بدون شروط خاصة. فرغم الانتقادات التي وجهت إلى هولندا، إلا أن السلطات الهولندية لم تتخلى عن هذه السياسة بل تتفخر بها أمام الدول الأخرى، بإعلانها أن نسبة المدمنين في هولندا أقل بكثير من عدد كبير الدول الأوروبية؛ وأن نسبة مرضى السيدا عند المدمنين في هولندا 6.5 %، بينما هي 14.8 % في فرنسا و 26.5 % في سويسرا، وأكثر من 60 % في اسبانيا و إيطاليا⁽²⁾.

كما تبنت سويسرا هذه السياسة سنة 1977 عن طريق الطبيب Deglon ، وخلال فترة قصيرة ظهرت نتائج موضية⁽³⁾. إلا أن هذه السياسة باءت بالفشل في إنجلترا، لتصدي السلطات الصحية لها، وهذا رغم تراجع نسبة مرضى السيدا⁽⁴⁾.

3- سياسة عدم التجريم Dépenalisation إن اتفاقيات الأمم المتحدة صنفّت المخدرات تبعا لخطورتها على الصحة، وخطورة تعاطيها، وقيمتها العلاجية. فاتفاقية 1961 و 1971 صنفّت المخدرات والمواد النفسية في أربعة جداول. أما اتفاقية 1988 (جاءت كرد فعل للتجارة الدولية للمخدرات غير الشرعية) والتي صنفّت المخدرات على أساس جدولين⁽⁵⁾.

يجب الإشارة إلى أن بعض المواد النفسية تم تصنيفها مرتين من طرف نفس الاتفاقية. وذلك لخطورة تعاطيها، ولخصائصها الضارة، ولقيمتها الطبية والعلاجية المحدودة جدا. إن

⁽¹⁾ In Alain Ehrenberg, Patrick Mignon, « Drogues, politique et société ». Paris : Descartes, 1992, P.225.

⁽²⁾ World Health Organisation (W.H.O) . Expert Committee on Drug Dependence [meeting held in Geneva from 18 to 23 April 1988] : twenty-fifth report. Genève : Organisation mondiale de la Santé. OMS , 1988. <http://www.who.int>. (18/12/2012).

⁽³⁾ J.J, Deglon. Histoire des traitements de substitution à Genève et en Suisse : de la guerre des thérapies à la distribution d'héroïne. In . Touzeau, D ; and Jacquot, C. Les traitement de substitution pour les usagers de drogues. Paris : Arnette, 1997, P.249.

⁽⁴⁾ J.A., Marks. ; and Palombella, A. « Prescribing smokable drugs ». Lancet, 335,8693(April, 1990): pp. 805-868. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (30/11/2011).

⁽⁵⁾ Organisation des Nations unies (ONU) (1961, 1971,1988), Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, Convention de 1971 sur les substances psychotropes, Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. <http://www.incb.org/e/conv>. (14/09/2012).

هذا التصنيف المزدوج، يبين أن المشرع أراد أن يؤكد على سمية هذه المواد النفسية، ولها انعكاسات بعدم قدرة التحكم في مراقبتها، ومحدودية استعمالاتها الطبية⁽¹⁾.

إن الاتفاقيات الثلاثة للأمم المتحدة تنظم المراقبة الدولية للمخدرات، ولكن المعايير التي تقدمها ليست سارية المفعول بطريقة مباشرة. فالدول الموقعة عليها، تقوم بترجمتها إلى قوانين وطنية وذلك وفقا لمبادئ قوانينها مع صدق النية، وهذا باحترام الأهداف العامة للاتفاقيات عبر القوانين الوطنية لكل دولة⁽²⁾.

بمقتضى اتفاقيات الأمم المتحدة، فإن استعمال كافة المخدرات المصنفة لابد أن تكون لأغراض طبية وعلمية فقط⁽³⁾. فالاتفاقيات تحدد المخالفات التي تنجر عنه عقوبة: الحيازة، الشراء، التوزيع، أو البيع... إلخ⁽⁴⁾. و تقترح بأن تكون مجموعة منها جنحة خطيرة تؤدي بصاحبها إلى عقوبات تصل إلى السجن. إلا أن الاتفاقيات لم تنطرق إلى التعاطي على أنه مخالفة يعاقب عليها مرتكبها، ولكن حرية اتخاذ الإجراءات لكل دولة حسب ما تراه مناسبة لخصوصيتها. حتى ولو أن تطبيق الاتفاقيات الدولية يعود إلى كل بلد موقع، إلا أن مراقبة ذلك التطبيق يعود إلى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات OICS، والتي تم إنشاءها ضمن اتفاقية 1961. ولهذه الهيئة مهمة تشجيع تطبيق بنود الاتفاقيات المتعلقة بالمخدرات من طرف الحكومات⁽⁵⁾. كما أن للمنظمة صلاحية الطلب من الحكومات بالقيام بتقييم سياستهم، وهذا إذا لاحظت أن هناك تهديد لتحقيق الأهداف المسطرة من طرف تلك الاتفاقيات⁽⁶⁾.

وعلى ضوء ما ذكر أنفا، يمكن تقسيم التشريعات الوضعية في مجال المخدرات إلى ثلاثة أقسام⁽⁷⁾:

(1) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). "Medicinal cannabis and derivatives – A legal analysis of the options, their limitations, and current practice in the EU ELDD Comparative Study". May 2002. <http://eldd.emcdda.org/databases>. (10/03/2012).

(2) Erika, Grossrieder. Commentaires à la Convention de Vienne sur le droit des traités de 1969. Art. 31. <http://www.stoessel.ch>. Consulté le 15/02/2010.

(3) O.N.U. CONVENTION UNIQUE SUR LES STUPÉFIANTS DE 1961. Art. 4.c, .United Nation, New York, 1977,p.5.

(4) Ibid , Art 36.1.a.

(5) Ibid , l'Art 5 à Art 18.

(6) Organe international de contrôle des stupéfiants (O.I.C.S) . Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2001, (§ 214), United Nations, New York, 2002.

(7) محمد فتحي محمد محمود، عيد. جريمة تعاطي المخدرات في القانون المصري و القانون المقارن. رسالة دكتوراه في الحقوق، جامعة القاهرة، 1981 م، ص ص 301-321.

- التشريعات التي تجرم المخدرات ،
 - التشريعات التي تجرم بعض صور التعاطي وتستبعد من نطاق التجريم باقي الصور،
 - التشريعات التي تستبعد تعاطي المخدرات من نطاق التجريم.
- أ- **التشريعات التي تجرم المخدرات :** يضم هذا القسم أغلب تشريعات الدول، و بعض هذه التشريعات لا تكتفي بتجريم التعاطي في كافة صورته، بل تتناول بالتجريم الأفعال التحضيرية لجريمة التعاطي. والبعض الآخر يجعل من المساهمة التبعية في جريمة التعاطي عملا أصليا في جريمة قائمة بذاتها.
- وفي الماضي كانت معظم تشريعات المخدرات لا تفرق في العقوبات التي تنص عليها بين ما إذا كان مخالفا أحكامها متاجرا أو متعاطيا، ومن هذه التشريعات القانون الإنجليزي الصادر في 17 مايو سنة 1923 الذي ينص على عقاب المتاجرين في المخدرات والمتعاطين بالأشغال الشاقة بما لا يزيد عن عشر سنوات والغرامة ألف جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين⁽¹⁾. وكانت قلة من التشريعات تقرر للمتعاطي عقوبة أخف من عقوبة المتاجر.
- ب- **التشريعات التي تجرم بعض صور التعاطي:** ترى هذه التشريعات أن التعاطي لا يخل بالمصالح الرئيسية التي يجب حمايتها بالتجريم، إلا إذا حدث في صورة يخشى منها انتشار عدوى التعاطي من شخص إلى آخر. لذا نجد القانون الإسباني الصادر في 21 فيفري 1991، الذي يعاقب التعاطي (ورمي الإبر المستعملة في المخدرات في الشارع) في الأماكن العمومية بغرامة إدارية تصل إلى خمسة ملايين بستانس، وهذا بعدما كان مسموح بالتعاطي في الأماكن العمومية منذ 1983، إلا أن النتائج الكارثية لهذه السياسة أدت بالحكومة الإسبانية إلى تجريم التعاطي في الأماكن العمومية⁽²⁾.
- ج- **التشريعات التي تبيح التعاطي :** هذه التشريعات لا ترى أن تعاطي المخدرات يخل بالمصالح الواجب حمايتها بالتجريم، وهي صنفان، صنف يبيح تعاطي جميع أنواع المخدرات، وصنف يبيح تعاطي بعض هذه الأنواع.

⁽¹⁾ F.X. , Dudouet. « La Formation du Contrôle International des Drogues ». Déviance et Société, 23,4(1999) : pp. 395-396. <http://www.persee.fr>. (12 Avril 2012).

⁽²⁾ Francis, Caballero. ; and Yann ,Bisiou. Droit de la Drogue. Paris : Dalloz, 2000, p.130.

من الصنف الأول، قانون العقوبات اليوغسلافي المعدل في 16 فبراير 1973 الذي لا يجرم تعاطي المخدرات بجميع أنواعها، ولكنه يفرض العلاج الإجباري على مدمني المخدرات إذا ارتكبوا جنایات⁽¹⁾.

ويدخل في تشريعات الصنف الثاني القانون السويسري الذي دخل حيز التنفيذ في 1970/01/01، وجرم تعاطي عقاقير الهلوسة (ل س د)، وجعل العقوبة هي الحبس مدة أقصاها سنتان وغرامة مقدارها 30000 فرنك سويسري ومن ثم لا يدخل في دائرة التجريم تعاطي أنواع المخدرات.

وبالرغم من انتهاج المشرع الأمريكي سياسة تجريم التعاطي إلا أن هناك اتجاه حديث لإباحة تعاطي الحشيش في بعض الولايات الأمريكية، وكانت ولاية Oregon هي أول ولاية أمريكية تنزع صفة الجريمة عن تعاطي الماريجوانا عام 1973 ثم تلتها عدة ولايات منها⁽²⁾ :
Maine, Alaska, California, Washington

ولعل أحسن مثال في هذه الصدد النموذج الهولندي، والذي يسمح فيه القانون في هذا البلد ببيع وتعاطي القنب في محلات خاصة تسمى Coffee-Shops إلا أن على صاحب المحل إحترام خمسة مبادئ رئيسية وهي " 1-تحديد كمية البيع بـ 35 غرام كأقصى حد للشخص الواحد، 2-المنع البيع للقصر، 3-، منع الإشهار وإزعاج الجيران، 5-إبعاد المخدرات القوية (كالهيروين والكوكايين) ومنع حيازتها. وهكذا نجد أن هذه المحلات زاد عددها بشكل رهيب، فبعدما كانت لا تتعدى 300 محل في 1980 وصلت 2000 محل سنة 1993⁽³⁾.

وإذا نظرنا إلى التشريعات نجد أن أغلبها يعتمد في سياسته العقابية على العقوبات التقليدية والتدابير الإحترازية. وخاصة تدابير الإيداع في المصحة للعلاج مثل التشريع

⁽¹⁾ Aleksic, Zivogin. "The abuse and sale of drugs in Yougoslavia". *revue internationale de droit pénal*, 3-4, (1973): pp.173-180.

⁽²⁾ Peter, Wong. "Oregon legislators consider bill to legalize pot". *Statesman Journal*, EDT April 3, 2013 Peter. <http://www.usatoday.com>. (30 Juin 2013).

⁽³⁾ A.C.M., Jansen. « Cannabis à Amsterdam, une géographie du haschich et de la marhuana ». Paris : ed du Lézard, 1991, p.155.

المصري والفرنسي والأمريكي اللبناني والتشريع النمساوي والجزائري، والبعض يعتمد في سياسته العقابية على العقوبات التقليدية وحدها مثل التشريع الكويتي.

وإذا نظرنا إلى العقوبة التقليدية المقررة لهذه الجرائم نجدها تتفاوت تفاوتاً شديداً، فتصل في بعض الدول إلى الإعدام بينما تصل في دول أخرى إلى الحبس.

أما القانون الجزائري فقد عالج المشرع الجزائري ظاهرة المخدرات عبر عدة قوانين، ابتداءً من القانون 75-09 المتعلق بالمخدرات والأمر رقم 79-76 المتضمن قانون الصحة العمومية، والقانون 85-05 المتضمن قانون حماية الصحة وترقيتها، وصولاً إلى القانون رقم 18-04 الصادر في 25 ديسمبر 2004. ويعتبر القانون 18-04 هو القانون الخاص بتجريم وحظر كافة صور الاستهلاك أو التعامل أو الاتجار في المخدرات. والملاحظ أن كافة العقوبات في هذه الجرائم مشددة إلا في جرمي الاستهلاك والحياسة من أجل الاستهلاك فقط فهي جنح عادية. حيث تنص المادة (12) من القانون 18-04 على أنه "يعاقب من شهرين (02) إلى سنتين (02) وبغرامة مالية من 5.000 دج إلى 50.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين كل شخص يستهلك أو يحوز من أجل الاستهلاك الشخصي مخدرات أو مؤثرات عقلية بصفة غير مشروعة". وهكذا ترك المشرع الجزائري سلطة تقديرية للمفاضلة بين الحبس والغرامة أو بهما معاً.

والملاحظ أن غالبية الفقه في أغلبية التشريعات المقارنة يذهب إلى عدم معاقبة المدمن على المخدرات، واعتباره مريضاً وليس مجرمًا، وبالتالي يجب وضعه في مؤسسة علاجية قصد معالجته، وعليه فإن المدمن هو إنسان مريض مكانه المصحة وليس مجرمًا تدخله الحبس⁽¹⁾. فالحبس ربما يدخله عالم الإجرام والاتجار غير الشرعي للمخدرات. وعلى هذا الأساس نجد أن المشرع الجزائري وضمن التدابير الاحترازية، أدرج مادة في الفصل الثاني من هذا القانون جاء فيها : " يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين المنصوص عليها في المادة (12) أدناه لعلاج مزيل للتسمم تصاحبه جميع تدابير المراقبة الطبية وإعادة التكييف الملائم لحالتهم، إذا ثبت بواسطة خبرة طبية متخصصة، أن حالتهم الصحية تستوجب علاجاً طبياً. يبقى الأمر الذي يوجب هذا

⁽¹⁾ نصر الدين، مارك. جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية. بوزريعة، الجزائر: دار هومه، 2004 م، ص 55.

العلاج نافذا عند الاقتضاء، بعد انتهاء التحقيق، وحتى تقرر الجهة القضائية المختصة خلاف ذلك".

بصفة عامة، يتضح أن سياسات المنع والتحريم (أو الحظر) التي نجحت في المنع الجزئي، حيث يترك لمتعاطي المخدر الممنوع أو المحظور "باب الخروج أو النجدة" نحو مادة مخدرة أخرى. بينما سياسات المنع والتحريم الشاملة، مثل الكحول في الولايات المتحدة الأمريكية، أو المواد النفسية في نصف الكرة الجنوبية، باءت كلها بالفشل⁽¹⁾.

المبحث الثاني: المسار التاريخي والتوزيع الجغرافي للمخدرات:

المطلب الأول : المسار التاريخي للمخدرات:

إن نبتة المخدرات، نبتة قديمة قدم العصور التاريخية، وقد مضى على زراعتها وفي بعض الأحيان اكتشافها في الطبيعة منذ آلاف السنين، و كذلك تداولها من قبل الإنسان، فقد عرفها الإنسان منذ أكثر من أربعة آلاف 4000 سنة قبل الميلاد، وتدل على ذلك الكتابات السومرية التي عثر عليها، حيث عرفت باسم (البوبا)، وهي الثمرة التي يستخرج منها العقار وتعني السعادة⁽²⁾. وفيما يلي تاريخ المخدرات حسب نوع المخدر:

1- **الأفيونات والمثبطات والمنومات:** رفت نبتة الخشخاش من قبل الإغريق، حيث كتب المؤرخ والأديب اليوناني (هوميروس) أن هيلينا سقت تلماك مشروبا مر المذاق كريبه الطعم ينسي الأحزان، وفي الأساطير الصينية يقال أن نبات الخشخاش ظهر عندما سقط جفنا بوذا اللذان قطعهما حتى لا ينام. وقد كتب ديسقوريدس Disscordies الإغريقي موسوعته في النباتات الطبيعية *Materia Medica* والتي اعتبرت أوسع وأشمل وأدق فارماكوبيا في القرن الميلادي الأول، حيث تحدث عن هذه النبتة ووصفها واستخداماتها الطبية⁽³⁾.

⁽¹⁾ Francis, Caballero. *Droit de la drogue*. Op-cit ; p 105.

⁽²⁾ عزة عبد النبي، حجازي. *الإدمان والأداء الإنساني*. القاهرة: الدار الفنية، 1991م، ص 34.

⁽³⁾ صلاح، بحيوي. *المخدرات*. ط 1. بيروت: مؤسسة الرسالة، 1981م، ص 22.

وقد وصفت خواصها الدوائية من قبل الأطباء العرب القدامى في القرنين العاشر والحادي عشر للميلاد، مثل أبي بكر الرازي، وعلي بن سينا، حيث وصفا خصائص الأفيون الطبية واستخدامها في معالجة المرضى، وكذلك الأمر بالنسبة لابن البيطار في موسوعته عن النباتات الطبية، وأيضاً البيروني الذي وصفها في أحد كتبه، كما وصف أعراض الإدمان عليها⁽¹⁾.

ويعتبر البرتغاليون أول من حول استخدام الأفيون إلى تجارة منظمة بعد احتلالهم أجزاء من سواحل الهند وصنّروا الأفيون إلى الموانئ الصينية، وتبعهم بعد ذلك الفرنسيون الذين نشروا زراعة وتجارة الأفيون في فيتنام وكمبوديا ولاوس التي تعرف اليوم باسم الهند الصينية⁽²⁾. ومنذ القرن الثامن عشر للميلاد سيطرت بريطانيا بواسطة الهند الشرقية على البنغال الهندية، ووسعت زراعة الخشخاش وإنتاج الأفيون، ومع حلول سنة 1773م احتكرت شركة الهند الشرقية أرباحاً طائلة من تجارة الأفيون⁽³⁾. وفي عام 1806م تمكن الشاب الصيدلي الألماني (F.Serturmer) 1773-1841م بعد عدة تجارب عن المادة الفعالة المخدرة الموجودة في الأفيون من الحصول على بلورات بيضاء لها خاصية التئيم والتخدير، وجرب هذه المواد على الكلاب والقطط، وأطلق عليها اسم مورفين نسبة إلى "مورفيس" إله الأحلام عند الإغريق عام 1817م⁽⁴⁾. فيما بعد بدأ العلماء يهتمون بهذا المستحضر وتمكن الدكتور ألكسندر وود A.Wood الإنجليزي من استخدام بلورات المورفين على شكل حقن تحت الجلد بعد إذابتها بمسائل خاص، ودام استمرار استخدام المورفين كحقن حتى صدر قرار (هاريسون Harrison) للمسكنات في الولايات المتحدة الأمريكية (Harrison's Narcotic Act In USA) الذي نص على الحد من استعمال حقن المورفين ومادة الأفيون بدون وصفة طبية حتى عام 1920م⁽⁵⁾.

(1) محمد، وهبي. عالم المخدرات بين الواقع والخيال الخادع. لبنان: دار الفكر اللبناني، 1990م، ص ص 183-184.

(2) Martin, Booth. Opium: A History. New York: St. Martin's Press, 1999, p34.

(3) ELLEN N. LA MOTTE. THE OPIUM MONOPOLY: HISTORY OF THE OPIUM TRADE IN CHINA. <http://druglibrary.org>. (15/12/2011).

(4) وزارة الإعلام والشؤون الإعلامية. المخدرات الخطر والمقاومة. الرياض: وزارة الإعلام والشؤون الإعلامية، 1991م، ص 22.

(5) حلمي، شعبان. المخدرات أعرفها وأبتعد عنها. بيروت: دار التوفيق، 1993م، ص ص 5-25.

ونتيجة لمخاطر المورفين واستخدامه بواسطة الحقن، بدأ الأطباء والعلماء في البحث عن مادة أخرى لها نفس قوة المورفين في إسكان الألام وجلب النوم، ولكن ليس لها نفس أثر الإدمان، وكان أول من حضر مادة الهيروين الدكتور (رايت C.R. Alder Wright) من مستشفى سانت ماري Mary's Hospital Medical School في لندن عام 1874م، حيث تمكن من استخلاص مادة ثنائي خلين المورفين دي استيل المورفين diacetylmorphine ، وتمكن العالم الألماني Dank Wart عام 1890 م أن يحصل على ثنائي خلين المورفين بعد تسخين المورفين مع كمية كبيرة من كلوريد الاستيل، ثم قام (Dresser) بالعديد من الدراسات الفيسيولوجية لهذا العقار، ونشر أبحاثه عنه وسماه الهيروين وهي كلمة يونانية مشتقة من البطولة، وقامت بعده شركة باير الألمانية بشراء حق الإنتاج لهذا المستحضر عام 1898م، واستخدم الهيروين كمسكن لجميع الآلام، وتثبتت جدراته في أنه أفضل من المورفين في تسكين الألم، حيث أن 1 ملغ منه يعادل 3 ملغ من المورفين، ولكن بهذا الاكتشاف تم اكتشاف أكبر وأخطر مادة مخدرة تضر الإنسان عبر التاريخ⁽¹⁾.

وفي عام 1914م انتشر إدمان الهيروين في الولايات المتحدة الأمريكية، وأصبح العقار الأول المسبب للإدمان، ورغم أنه منع بعد ذلك عام 1924م في الولايات المتحدة الأمريكية إلا أن استهلاكه لم يتوقف⁽²⁾.

أما البنزوديازيبين Benzodiazépine فيذكر أن تاريخ استحضار الباربيتورات يرجع إلى حين قام العالمان (كوناردو) و (تزايت) عام 1882 م، بوضع أول مركب نتيجة (البولة) مع (حامض المالونيك) فسمياه (باربيتال)، ومع ذلك لم تدخل هذه المادة الجديدة في مجال الطب إلا في عام 1904م بعد أن عرفت الخواص التي تتميز بها⁽³⁾. اهتم بهذا المنتج الأطباء لخصائصه المسكنة والمنومة وغير الصرعية من جهة، ولقلة الأدوية المسكنة

(1) محمد علي، البار. المخدرات: الخطر الداهم، الأفيون ومشتقاته. مرجع سابق، ص 105.

(2) تماضر محمد زهري، حسون. المخدرات أخطارها وطرق الوقاية منها. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، 1993، ص 17.

(3) اللجنة الوطنية للدراسة والتوعية بظاهرة المخدرات والمسكرات بالأردن. حقيية المخدرات. الأردن، وزارة الصحة، 1983، ص 47.

المتوافرة آنذاك من جهة أخرى، إلا أن سنة 1925م، تم الكشف عن إمكانياتها الإدمانية التي تتراوح في تأثيرها حسب المكونان الكيميائيين للمادة، وحسب الأفراد ونمط الاستعمال⁽¹⁾.

اكتشفت البريتوريك عام 1826 م، من قبل الباحث الألماني **Adolf Von Baeyer** ويقال أن هذا الاسم قد أطلق عليها لأن هذا الاكتشاف حدث أثناء عيد القديسة بربارا **Saint Barbar's Day** الذي يوافق 4 ديسمبر 1826، ودخل في الاستعمال الإكلينيكي سنة 1903م على يد فان مينغ **Van Meing** وفيشر **Fischer**، وبعد تسع سنوات تم تكوين فينوبريتال (**Phenobarbital**) ثم تبعه الأموبريتال (**Amobarbital**) سنة 1923م، وتوالى بعد ذلك التصنيع المخبري لمئات من هذه البريتورات ومن أشهرها بنتوتال (**Pentotal**) سنة 1935 م. ويرى أهل الاختصاص أن البريتوريك يمثل خطراً حقيقياً في عالم المواد النفسية، رغم الفترة الزمنية التي استغرقها لتبيان خطورة حدثها مستدلين على ذلك بالدراسة التي قام بها ويلوكس **Wilox** عام 1913م⁽²⁾.

2 - المنشطات: عرف الكوكايين Cocaine من قبل هنود الأنكا الذين عاشوا في منطقة الأنديز في أمريكا الجنوبية، وكانوا يمضغون أوراق الكوكا منذ آلاف السنين، وقد اكتشف حديثاً أثر تجربة الإنسان مع الكوكايين التي تعود إلى ما يزيد على ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد، حيث كان الهنود قبل تأسيس امبراطورية الأنكا يمضغون الأوراق ويقدمونها، حيث قيل أن الإله (أنتي **Anti**) أوجد شجر الكوكا ليساعد شعب الأنكا على مقاومة متاعب الحياة والجوع والعطش والتعب⁽³⁾. وكانت الدولة تسيطر تماماً على زراعة وقطف أوراق الكوكا وتوزيعها على الجنود والعمال وغيرهم في بعض المناسبات الرسمية. ومع وصول أول المكتشفين إلى بلاد الأنديز لاحظ (**America-Vesquca**) أن الهنود يستخدمون الكوكا ويمضغونها⁽⁴⁾. وقد أصدر ملك إسبانيا عام 1570م مرسوماً ملكياً أباح فيه استعمال العمال لهذه النبتة حتى يستمروا في نشاطهم، كما أنهم كانوا ينقلونها إلى أوروبا بكميات

⁽¹⁾ Roux, J.M. ; et Coll . « Toxicomanies autre que l'alcoolisme », *Encycl Med Chirur*, 7 (1983) : p 1-12.

⁽²⁾ سمية، منصورى. تعاطى المخدرات عند الشباب الجزائري: دراسة وبائية حول تعاطى المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين (15-33) سنة في بومرداس (جويلية 2000). مرجع سابق، ص 51.

⁽³⁾ هاني، عرموش. المخدرات امبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان، العلاج. بيروت: دار النفائس، 1993م، ص 206.

⁽⁴⁾ محمد، زيد. آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان. ط 4. بيروت: دار الأندلس دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع، 1988م، ص 30.

محدودة في القرنين السابع عشر والثامن عشر، وكان أول من نقل نبتة الكوكا إلى أوروبا الفرنسي (Angel Marianne)، وقد زرعها في حديقة منزله ثم بدأ يستورد أوراق الكوكا بكميات كبيرة، وكان يعصرها ويستخرج عصارتها ليضيفها إلى مستحضرات مختلفة، فصنع منها نبيذا وشايا وحلاوة أسماها باسمه، وحصل مارياني على إطاء ووسام من البابا تقديرا لمصنوعاته⁽¹⁾.

وفي عام 1886م قام (جون بيمبرتون Peamberton) في الولايات المتحدة الأمريكية بصنع شراب اضاف إليه خلاصة الكوكا والكافيين وأسماه كوكا كولا، وكانت نسبة الكوكا في الشراب 2% ونشره على نطاق واسع. وفي عام 1906م صدر تشريع في الولايات المتحدة الأمريكية ينص على كتابة محتويات المستحضرات الزجاجية، وقد منع استخدام الكوكايين في مسحضراته وفق قانون (Harrison) سنة 1914م، واعتباره من العقاقير الخطيرة، مما أدى إلى تقليص عدد المدمنين⁽²⁾. ويعتبر العالم الألماني (Frederic Ceadeke) أول من عزل الكوكايين القلوي من أوراق الكوكا، وكان ذلك عام 1855م على شكل مادة زيتية تحتوي على بلورات بيضاء صغيرة، ثم قام العالم الأمريكي البير نمان Albert Neman بعزل هذه المادة، وقال الطبيب الروسي فورتزبورك Vurzburg عام 1880م أنها إذا استعملت حقنا تحت الجلد، فإنها تحدث تخديرا ملحوظا في منطقة الحقن بحيث لا يشعر الشخص بوخز الدبوس في تلك المنطقة⁽³⁾. ثم ظهر في أمريكا أنه يمكن استخدام الكوكايين كعلاج على المورفين، وفي النمسا درس فرويد Freud الكوكايين، وتحمس له كمنبه للجهاز العصبي، وكمساعدة على علاج مدمني المورفين، وأهمل كونه مخدرا موضعيا، واكتشف تشارلز فوفوتس Charles Fouvutes الأثر التخديري للكوكايين عام 1886م، واستعمل كمخدر ممتاز في جراحة العيون وفي معالجة العديد من الأمراض في أوروبا وأمريكا، ولكن كما ذكر سابقا مع اكتشاف أخطاره منع استخدام الكوكايين حتى كمخدر في العمليات الجراحية، وحل محله عقار

(1) هاني، عرموش. المخدرات امبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان، العلاج. مرجع سابق، ص 302.

(2) وزارة الإعلام والشؤون الإعلامية. المخدرات الخطر والمقاومة. الرياض: مطابع أطلس للأوقست، 1991م، ص 26.

(3) هاني، عرموش. المخدرات امبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان. مرجع سابق، ص 209.

النوفاكائين كمخدر موضعي، وانحصر خلال الثلاثينات والأربعينات من القرن الماضي، إلا أنه عاد مع الستينات والسبعينات ليشكل خطورة كبيرة على الأفراد والمجتمع⁽¹⁾.

القات: يذهب شوبن Shopen أحد الباحثين الألمان المهتمين بالتاريخ اليمني القديم إلى أن مناطق آسيا الوسطى وبالتحديد في تركستان وأفغانستان هي أول من عرف القات في العالم⁽²⁾. و انتقل إلى اليمن عندما غزاها الأحباش عام 525م، وانتقل من اليمن إلى بعض المناطق من فلسطين مع هجرة اليهود من اليمن، وتعتبر اليمن والحبشة الآن من أكثر المناطق زراعة للقات⁽³⁾.

الأمفيتامينات: اكتشف هذا العقار لأول مرة عام 1887م⁽⁴⁾، وظلت متعثرة الصنع إلا أن استطاع الياباني نجاي Nagai من استخراج أمفيتامين الإيفيردين Ephérine عام 1895م، والذي تمت عملية تصنيفة على يد شين Chen عام 1923م من خلال نبات إفيدرا فولجارس (Ephédra Vulgaris) لعلاج الربو، وكان جوردن أليس Gorden Alis هو أول من بحث في آثاره السيكونفارماكولوجية عام 1928م⁽⁵⁾. كما سمحت هذه الدراسة لاسيما خصائصها التأثيرية من تركيب أمفيتامين بنزدرين (Benzedrine) عام 1931م، ثم دكسيرين (Dexérine) ثم مثيلا مفيتامينات Methyldamphetamine . اقترحت الأمفيتامينات كمواد تنشيطية أولاً، وكعلاجات بديلة لاعتماد الكوكايين⁽⁶⁾، وفي عام 1935م صنعت المادة في شكل أقراص، واستخدمت لعلاج حالات النوم القهري. وفي أوائل الأربعينيات شاع استعمال الامفيتامينات بين الطلاب لمقاومة النوم أثناء الامتحانات، الرياضيين ورجال الأعمال وسائقي الشاحنات، و بعدها بدأ استخدام الأمفيتامينات بين جنود الولايات المتحدة الأمريكية في الحرب العالمية

(1) هاني، عرموش. المخدرات امبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان. مرجع سابق، ص 209.

(2) حسين بن أحمد، السياغي. "قانون صنعاء اليمن في القرن 12 هـ". مجلة معهد المخطوطات العربية، جامعة الدول العربية، القاهرة : الصفاة، 26(1982).

(3) عبد الله علي، زلب. ثقافة القات في اليمن: مقاربة سوسيوولوجية. ط2. دمشق: دار كنعان، 2010، ص 67.

(4) MethOIDE. Methamphetamine : Origin and History. Methamphetamine and Other Illicit Drug Education. The University of Arizona. <http://methoide.fcm.arizona.edu/index.cfm>. (15/12/2010).

(5) مصطفى، سوييف. المجتمع والمخدرات. مرجع سابق، ص 55.

(6) J.M., Roux; et Coll . « Toxicomanies autre que l'alcoolisme ». Op-Cit. p p 13-25.

الثانية، حيث يصرف بصفة رسمية لكل جندي نصيبه من الحبوب، وقد قدر الخبراء حجم ما صرف للجنود على هذا النحو ما يقارب 180 مليون قرص. كما أن اليابانيين والألمان كانوا يزودون جنودهم بهذه الأقراص بصفة منتظمة. غير أن الحرب انتهت ولكن استمر الطلب على الأمفيتامينات⁽¹⁾.

وفي عام 1954م أعلنت كل من اليابان والسويد عن وباء إعتقاد الأمفيتامينات، ففي اليابان وحدها أصيب أكثر من مليون ونصف مليون فرد بـ **Hyloponisme** وهو اسم مشتق من كلمة **Hylopon** المعطاة للأمفيتامين مثيلبنزيدرين **Méthylbenzedrine**، مما دفع بالحكومة اليابانية لمحاربة هذا الأمر بحزم، وقضت على هذا الوباء سنة 1960م. وكان هذا الوباء منحصر أكثر في فئة الرياضيين والممثلين والخارجين عن القانون وكذا الطلاب. و مع نهاية 1971، حوالي 31 أمفيتامين محضر تم تسويقهم عبر 15 مؤسسة صيدلانية⁽²⁾. أما في الولايات المتحدة الأمريكية وخلال الفترة الممتدة من 1960 إلى 1962 ظهرت بوادر إنتشار وبائي لتعاطي الأمفيتامين بالحقن في الوريد في منطقة سان فرانسيسكو **San Fransisco**، وازداد التصنيع غير المشروع للأمفيتامينات القابلة للحقن بعد سنة 1963م وخاصة في كاليفورنيا، وهذا بازدياد متعاطيه، وبلغت هذه الزيادة ذروتها عام 1972، ثم تراجعت بعد هذا التاريخ نتيجة تشديد الحكومة العقوبة على المتعاطي⁽³⁾. وفي عام 1972 أصدرت كل من منظمة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية قراراتين وضعت بهما الأمفيتامين ومشتقاته في جدول العقاقير المسببة للإعتماد ومنعت بيعها إلا بموجب وصفة طبية رسمية.

3 - المهلوسات: من أشهر العقاقير المهلوسة عقار **ل س د** ويقصد به حمض دايتلامين اليسرجيك الذي استخرجه عالم الكيمياء السويسري **Albert Hofman**. وقد شاع استعماله بين الفنانين والكتاب في الستينات، حيث قام **Leary et Richard** بتأسيس **International Federation for International Freedom** في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث

⁽¹⁾ مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 56.

⁽²⁾ Nicolas, Rasmussen. "America's First Amphetamine Epidemic 1929-1971". *Am J Public Health*, 98,6(June, 2008) : pp.974-980. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (12/05/2012).

⁽³⁾ Ibid. pp:974-985.

ضمت الفضوليين وتزامن هذا التأسيس مع صعود حركة (ضد الثقافة **Contre Culture**) والتي كانت تروج لتعاطي عقار ل س د على المستوى الأمريكي ثم الأوروبي. كما أن مكتب المخابرات الأمريكية CIA اهتم بدراسة عقار ل س د بعد الحرب العالمية الثانية وذلك سعياً منه إيجاد مصل الحقيقة فعال **sérum de vérité** فكان أول تقرير سري لـ CIA في 21 أكتوبر 1951م والذي أوضح فيه أن هذا العقار لا يمكن استعماله لأنه يؤدي إلى قلق شديد والفقدان التام في بعض الأحيان للواقع⁽³⁾.

4- المستنشقات (المواد المتطايرة): لقد عرفت عملية استنشاق المواد المتبخرة منذ العهود القديمة، حين كان الانسان القديم يلجأ إلى استخدام ذات الروائح والأبخرة كوسيلة لتغيير الحالة النفسية في سياق طقوس دينية وعادات سحرية⁽¹⁾. ويرجع استعمال هذه الطريقة إلى أواخر القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر، وقد انحصرت أساساً في عملية التغيير في الحالة النفسية أو العقلية، حيث تعد جوهر عملية التعاطي، وتأتي هذه البداية مع ظهور ما يعرف باسم "غاز الإضحاك" **Laughings gas** الذي اكتشفه رجل الدين الإنجليزي جوزيف برستلي **Joesph Prestly** سنة 1793م، إذ سرعان ما تبين أن من خصائص هذا الغاز إثارة الضحك لدى مستنشقيه⁽³⁾. وفي عام 1844م قام طبيب الأسنان الأمريكي **Horace Wells** بـ **Harford Conn** بتجريب أكسيد النيتروز **nitrous oxide** على نفسه كمخدر، حيث بعد استنشاقه لهذا الغاز قام بقلع أحد أسنانه دون ألم. واعتباراً من سنة 1863م شاع استعماله عند أطباء الأسنان، وفي عام 1864م تم الاعتراف باختراع **Horace Wells** من طرف (**the American Dental Association**)⁽⁴⁾. كما كانت تجرى عروض لغاز الإضحاك في الولايات المتحدة.

⁽¹⁾ Martin, Lee; and Bruce, Shlain. Acid Dreams: The CIA, LSD, and the Sixties Rebellion. Grove Press, 1986, pp 60-61.

⁽²⁾ Sharp, C.W.; and Korman, M. Volatile Substances. In Lowinson JH, Ruiz P, eds. Substance abuse : clinical Problems and perspectives. Baltimore : Williams & Wilkins,1981 :pp. 233-255

⁽³⁾ NGK.Spark plugs .How Nitrous Oxide affects the Spark plug. NGK.Spark plugs (USA), 2007, Magellan Drive. Wixom. <http://www.ngksparkplugs.com>. (26/11/2011).

⁽⁴⁾ M. Goerig; and J. Schulte am Esch. « History of nitrous oxide—with special reference to its early use in Germany ». Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 15,3(2001) : pp.313–318. <http://www.clinicalanaesthesiology.com>. (23/11/2011).

كما عرف تأثير الغاز المضحك في السويد منذ وقت مبكر، وقد تبين للبعض منذ بداية تاريخه أن له تأثيرا شبيها بتأثير الكحول، ومن ثم عرف أنه يحل عند الكثيرين محل شرب الكحوليات عندما ترتفع أثمانها أو توضع القيود المشددة على تداولها، ومن ذلك ما حدث في إنجلترا في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين⁽¹⁾. حيث ظهر وباء الإثير (L'étheromanie) الذي اعتبر كارثة اجتماعية⁽²⁾. كما انتشرت في السويد والنرويج أثناء القرن العشرين ظاهرة إضافة بعض القطرات من الإثير إلى القهوة وسارعت بعض شركات الأدوية إلى صنع مستحضرات طبية تحتوي على الإثير، واعتبر بيعها وتسويقها قانونيا، ومن أشهر هذه المستحضرات، قطرات هوفمان، وقطرات الدكتور هواز. والجدير بالذكر هنا، أنه قلما ظهرت في تلك الفترة المبكرة دراسات علمية جادة تتناول التعاطي الضار لهذه المواد. كما أثرت الحرب العالمية الثانية في قلة ظهور مثل هذه الدراسات⁽³⁾.

5 - القنب الهندي Cannabis Sativa : يقال أن الصينيون زرعوا القنب للاستفادة من أليافه فقط، حيث لم تكن تعرف خصائصه التخديرية. وفي القرن الخامس عشر قبل الميلاد أشار إليه في إحدى المقالات الصينية ووصف بأن أصله نبات على نوعين أحدهما ينتج بذورا والآخر ينتج أزهارا. كما أن الصينيين هم أول من فرق بين ذكر الحشيش وأنثاء - غير أنهم لم يعرفوا خواصه التخديرية إلا في سنة 220 ميلادية حيث ذكره الطبيب "هوانو" تحت اسم "مايو" بأنه يستعمل كمخدر في العمليات الجراحية⁽⁴⁾. كما عرفه الآشوريون والفرس، ووصفه "هوميريس" في الأوديسا" باسم "تبيينثي"، وكذل ذكره المؤرخ الروماني "بليني"، وذكره الطبيب الروماني "جالينوس" حيث كان يستعمله مع البهارات والمشروبات كمنشط⁽⁵⁾. و لقد استخدم في الهند لأغراض دينية قبل أن يستخدم لأغراض طبية، وذلك لاعتقاد اتباع بعض

(1) مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، 1996، ص 61.

(2) A. Greaves. Some Contradictions in the Work of Guy de Maupassant, Citation Information. Vol.7. pp.80-89. <http://www.eupublishing.com.> (29/11/2012).

(3) مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع، مرجع سابق ص 61.

(4) سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش. دراسة نفسية اجتماعية. مرجع سابق، ص ص 52-53.

(5) عادل، الدمرداش. "الإدمان مظاهره وعلاجه"، عالم المعرفة، العدد 56، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1982، ص 211.

العقائد الدينية أنه يخلص العقول من المشتتات الدنيوية حتى يتم التركيز على الوجود الأعلى، ولا يزال يستخدم إلى الآن في معابد الهندوس والسيخ⁽¹⁾.

كما استخدمت القبائل الجرمانية القديمة نبات القنب سنة خمسمائة قبل الميلاد، حيث كانوا يصنعون من أليافه الملابس، ويستعملونه كدواء، ووجدت بذوره في مقابرهم⁽²⁾. كما تشير بعض المراجع التاريخية إلى أنه عرف في مصر منذ حوالي القرن العشرين قبل الميلاد، واستخدم حينئذ في علاج بعض أمراض العيون⁽³⁾.

وفي أوائل العهد المسيحي كان أول من عرف الحشيش كمخدر هم طبقة الكهنة وهم وحدهم المتعلمون في ذلك الوقت، وكانوا يستعملونه أثناء الحفلات والطقوس الدينية. وأول من وصف نبات القنب وشرحه بالرسم "ديوسكوريدس" Dioscorides اليوناني في القرن الأول للميلاد وقال عنه إن أليافه تستعمل في عمل الحبال، وأنه دواء مسكن للآلام وإن الإدمان عليه يولد العقم⁽⁴⁾. وفي القرن الثاني الميلادي ذكر "جالينوس" أن ثمار نبات القنب المعروفة بالشرانق كانت تطبخ بالبهارات وتؤخذ بعد الأكل مع بعض المشروبات كمنشط ومنعش⁽⁵⁾.

وابن البيطار هو أول طبيب وصف التخدير الذي يحدثه القنب الهندي النابت في مصر ولم يكن ذلك قبل القرن السابع الهجري (13 ميلادي) وذكر أنه يزرع في بساتين مصر ويعرف بالحشيش وكان الفقراء بصفة خاصة مدمنين على هذا العقار⁽⁶⁾. ثم جاء المقرئ في القرن الرابع عشر ميلادي فذكر شيوع تعاطي حشيشة الفقراء في مصر. وكان الكثير من الحشيش يؤكل في الشام وبلاد الأناضول والعراق، أما في فارس فقد سجلت عادة تعاطيه في قرون سابقة على يد المؤرخين الذين قالوا أن الإسماعيلية أدمنوا الحشيش منذ

(1) مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 40.

(2) عادل، الدمرداش. "الإدمان مظهره وعلاجه"، مرجع سابق، ص 212.

(3) محمد فتحي، محمد. إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيالي: من منظور التحليل النفسي اللاكاني. مصر: مكتبة الانجلو المصرية، 2011، ص 52.

(4) سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش. دراسة نفسية إجتماعية. مرجع سابق، ص 55.

(5) نفس المرجع، ص 55.

(6) Gabriel G. Nahas . « HASHISH IN ISLAM: 9TH TO 18TH CENTURY ». Bull. N.Y. Acad. Med, 58,9 (December, 1982) :pp. 814-822. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov. \(04/01/2012\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov. (04/01/2012)).

القرن الثالث الهجري. ويقول المقرئزي عن عصره إن الأمير سودون الشيوخوني سعى قرابة عام 780 هـ (1378 م) إلى تحريم استعمال الحشيش بين الطبقات الدنيا في مصر بالعقاب الصارم⁽¹⁾.

والحشيش كمخدر استعماله في بادئ الأمر السحرة وكهنة المعابد والدرأوش وزعماء بعض الطوائف الدينية وذلك للتأثير به على عقائد العامة ونفسياتهم واستغلالهم لتحقيق أغراضهم. وقد بدئ استعمال الحشيش على وجه عام كمكيف في القرن العاشر بعد الميلاد ومنذ هذا التاريخ ظل استعماله يشيع تدريجيا في معظم البلاد الإسلامية وإفريقيا وآسيا وبعض بلدان أوربا ومن ثم الأمريكتين. ولم يهتم الأوروبيون بدراسة الحشيش إلا بعد حملة نابليون على مصر بفضل ملاحظات ودراسات العلماء الذي صاحبوا الحملة وأهمهم العالمان Silvester De Sacy و R.G.Rouyer حيث نشر الأول عام 1809 بباريس تقريراً عن التحضيرات المختلفة للحشيش، كما نشر الثاني في نفس العام كتاباً عن مصر يتضمن المعلومات الفارماكولوجية عن الحشيش⁽²⁾. وفي سنة 1838 م في كلكتا وعلى يد العالم O'shaughnessy أجريت تجارب علمية فارماكولوجية فسيولوجية علاجية⁽³⁾.

6- الخمر و الكحول: تعتبر الكحوليات من أقدم المواد النفسية التي تعاطاها الإنسان، حيث منذ العصر الحجري استطاع الإنسان صنع الخمر ابتداء من العسل، والذي يسمى خمر العسل (Vin du Miel ou hydromel) ولكن صناعته كانت سرية، إلا أنه حتى اكتشاف مادة السيراميك أصبح الإنسان باستطاعته تخزين الخمر⁽⁴⁾. وقد عرف الصينيون القدامى عدداً من عمليات التخمير الطبيعية لأنواع مختلفة من الطعام منذ تلك العصور الضاربة في القدم. ومن ثم عرفوا الطريق إلى تصنيع أنواع مختلفة من هذه المشروبات التي كانوا يطلقون عليها جميعاً كلمة جيو (Jiu)، أي النبيذ، أو الأنبيذة. ويبدو أن النبيذ الأصفر هو أقدم أنواع الأنبيذة التي صنعت في الصين. ثم عرف الصينيون طريقهم إلى صنع النبيذ الأبيض المقطر من أنواع معين من البطاطا والحنطة وبعض الجذور النباتية التي تحتوي على النشأ.

(1) أحمد، فتحي. الخمر والمخدرات في الإسلام. القاهرة: مؤسسة الخليج العربي، 1989، ص 133.

(2) Antonio, ESCOHOTADO. *Histoire générale des drogues*. Paris : L'esprit frappeur (éd.), 2004, p.125.

(3) In : R.J Boouquet. Cannabis. Bulletin on Narcotics, Vol.III, U.N., N.Y, 1951, pp.22-43

(4) A. Tongue. *Five thousand years of drinking in drinking*. Chicago: Nelson Hal, 1978, p7.8.

أما نبيذ العنب فقد استوردوا صناعته مع أول اتصال بينهم وبين الغرب، حدث ذلك حوالي 200 سنة قبل الميلاد، أيام أسرة هان التي أرسلت أول بعثة دبلوماسية للاتصال بالأمبراطورية الرومانية. وقد ساعد معرفة نبيذ العنب على ابتكار مزيد من الطرق لصناعة الأنبذة من سائر الفواكه، كالتفاح والكمشري والبرتقال... إلخ. وارتبط هذا كله بنشوء وارتقاء ثقافة خاصة بالقواعد الاجتماعية التي يلزم مراعاتها مع شرب الأنبذة. وإلى جانب هذه الأنبذة ذات الوظيفة الترويحية نشطت صناعة مجموعة من الأنبذة عرفت بالأنبذة الدوائية، يشار إليها بعبارة ياوجيو (Yaojiu) وكانت تستخدم لتنشيط الشهية وتنشيط الدورة الدموية وإناء الدم وخفض التوترات وتخفيض الآلام الروماتيزية وعلاج نزلات البرد. ونتيجة لهذا التاريخ الطويل فقد استقر نوع من الذوق العام الذي يختلف في تفضيله هذا النوع أو ذاك من الأنبذة باختلاف موقعه من خريطة الصين.، ففي الشمال يفضلون الأنبذة البيضاء (المقطرة) وفي الجنوب يفضلون أنبذة الأرز الصفراء، بينما يلقي نبيذ الأعناب والفواكه عموماً القبول في جميع أنحاء الصين.

أما عن المجتمعات القديمة كمصر والهند فقد عرفت المشروبات الكحولية بصفة تلقائية عن طريق التخمير الطبيعي لبعض ألوان الطعام. و عرف العرب منذ القدم أنواع كثيرة من الخمر، وكانوا يصنعونها من عملية التخمير الطبيعي وترك هذه العملية لفترات طويلة من الزمان ثم يأخذون الناتج ويشربونه دون تقطير. فقد كانوا يكتفون بتصفيته وإزالة الشوائب الصلبة منه. ومن الأنواع الشائعة من الخمر عندهم⁽¹⁾.

7- النيكوتين والتبغ: شهد القرن الخامس عشر بداية استكشاف الأوروبيين لعادة تدخين التبغ، وذلك من خلال رحلة المستكشف الشهير كريستوف كولومبس **Christophe Colomb** إلى العالم الجديد (أمريكا الشمالية) **Les Maya** الهنود الحمر، على ظهر السفينة التاريخية (بنتا) في عام 1492م، بمشاهدة الأهالي الأصليين في أمريكا وهم يدخنون عشب الدخان، وكانت تلك هي أول مرة يشاهد فيها رجل أبيض جماعة من الناس يدخنون التبغ. ورغم أن هذه العادة لم يكن يعرف عنها الأوروبيون شيئاً قبل عام 1492م⁽²⁾.

(1) محمد السيد، أرناؤوط، المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة. ط1، القاهرة: المكتب الثقافي للنشر والتوزيع، 1990، ص ص 130-132.

(2) جمال الدين محمد، موسى. الإنسان والتدخين. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1993م، ص 19.

استخدم التبغ في البداية لعلاج الزكام والصداع والقرح، ثم من أجل الترويح بواسطة البحارة الأسبان الذين نشروا زراعته واستعماله أينما ذهبوا⁽¹⁾، وأول من استعمل التبغ من الأوروبيين ملاح إسباني من رجال كريستوف كولمبس مكتشف أمريكا⁽²⁾. وهكذا نجد أن فرنسيسكو فرنانديز عندما عاد إلى إسبانيا ومعه بذور نبات الدخان، عاد ومعه أيضا فكرة استغلال هذا النبات استغلالا تجاريا. فأدخله إلى إسبانيا لأغراض زراعية⁽³⁾. أما فرنسا فدخل التبغ عن طريق الدبلوماسي الفرنسي جون نيكوت **Jean Nicot** الذي كان سفيراً لفرنسا في البرتغال، وبدأت زراعة نبات الدخان تنتشر سيما وأن ملكة فرنسا نفسها تشجع زراعته⁽⁴⁾. وأطلق العالم السويدي كارل لينيناس **Linnaeus** اسم نيكوتينا على نبات التبغ نسبة إلى جين نيكوت⁽⁵⁾. أما في بريطانيا فأدخله رالف لين عام 1586م عند عودته من فرجينيا (أين كان حاكماً) إلى إنجلترا⁽⁶⁾. وفي عهد الملكة إليزابيث انتشرت عادة التدخين في بريطانيا انتشاراً كبيراً وشاعت محلات بيع التبغ⁽⁷⁾. ويعود ذلك إلى السير والتر رالي (**Sir Walter Rally**)⁽⁸⁾. وقد بلغ عدد مقاهي التدخين في لندن وحدها 7000 مقهى سنة 1614م، بالرغم من تحذيرات الملك **Jacques** الأول ملك إنجلترا الذي كان أول من نبه إلى أضرار التدخين على الرئتين سنة 1619م، وكان من أشد أعداء هذه العادة كما أنه قضى عليها من مجلسه. وكان التبغ يدخن في تلك الأيام في غليون أو على شكل سيجار، ثم استخدمه النبلاء على شكل سغوط⁽⁹⁾. وأول من استخدم السجائر الفرنسيون، وكان ذلك سنة 1840م، حيث قاموا بلف التبغ داخل ورق رقيق وكانوا يدخنونه بهذه الطريقة. وأثناء الحرب العالمية الأولى إذ كانت الحكومات تعطي كل جندي علبة سجائر بالمجان سواء كان مدخناً أم لا، مما دفع

(1) عادل، الدمرداش. الإدمان: مظاهره وعلاجه. مرجع سابق، ص 250.

(2) حمدي أمين، فرج. التدخين بين الطب والدين. ط1. القاهرة: مكتبة القيمة للطباعة والنشر والتوزيع، 1987م، ص 10.

(3) جمال الدين محمد، موسى. الإنسان والتدخين. مرجع سابق، ص 20.

(4) نفس المرجع، ص ص 21-22.

(5) عادل، الدمرداش. الإدمان: مظاهره وعلاجه. مرجع سابق، ص 250.

(6) جمال الدين محمد، موسى. الإنسان والتدخين. مرجع سابق، ص 24.

(7) نفس المرجع، ص 25.

(8) نفس المرجع، ص 25.

(9) عادل، الدمرداش. الإدمان: مظاهره وعلاجه. مرجع سابق، ص 251.

العديد من الشباب إلى التدخين آنذاك. وفي سنة 1939م صنعت أول سيجارة (كينغ سايز) في أمريكا، ثم ظهرت بعدها السجائر ذات الفلتر لأول مرة سنة 1954م. وفي السبعينات نتيجة لضغط الهيئات الصحية صنعت الشركات سجائر ذات نيكوتين وقطران مخفف، وكان تدخين السجائر يعتبر من علامات الأناقة والرجولة، وكانت الإعلانات التي تبرز مشاهير الممثلين وشخصيات أخرى تؤكد ذلك⁽¹⁾.

8- الكافيين (القهوة والشاي): تشير بعض الآثار إلى أن الشاي كان معروفا في الصين منذ ما يقرب من ثلاثة آلاف عام، وإن كانت الكتابات التي تذكره صراحة لا ترجع إلى أبعد من سنة 350 ميلادية⁽²⁾. أما عن القهوة، فمصطلح القهوة مشتق من القهفي المشتق بدوره من القهفا وهي منطقة جبلية في إثيوبيا. فمصطلح القهور العربي والذي يقصد به ذلك المشروب الذي يتحصل عليه من البن والذي اشتق من قفى Kaffa وهي منطقة جبلية في إثيوبيا، ثم تحول هذا المصطلح إلى قهفي Gahvé في تركيا ثم تحول إلى كفي Caffé بالإيطالية. وقد اشتق الفرنسيون مصطلح café من الإيطالية Caffé عام 1660م. من المعتقد أن الأثيوبيين أجداد قبيلة أورومو كانوا هم أول من اكتشف وتعرف على الأثر المنشط لنبات حبوب القهوة، وظهر أقرب دليل موثوق به سواء على شرب القهوة أو معرفة شجرة البن، في منتصف القرن الخامس عشر، في الأديرة الصوفية في اليمن في جنوب شبه الجزيرة العربية، وقد انتشرت القهوة من اليمن إلى مصر وإثيوبيا، وبحلول القرن الخامس عشر وصلت إلى أرمينيا وبلاد فارس وتركيا وشمال إفريقيا، وقد انتشرت من العالم الإسلامي إلى إيطاليا ثم إلى بقية أوروبا وأندونيسيا وإلى الأمريكيتين⁽³⁾. ففي القرن الخامس عشر، وعند عودتهم من الحج، نقلوا الحجاج القهوة إلى بلاد الفرس، وفي عدة مناطق من الإمبراطورية العثمانية (مصر، شمال إفريقيا، سوريا وتركيا).

وفي 1583م وبعد عودته من سفره الذي دام عشر سنوات بالشرق الأوسط، وصف الطبيب الألماني (Léonhard Rauwolf) هذا المشروب: " هو مشروب أسود كالخبر أو

(1) عادل، الدمرداش. الإدمان: مظاهره وعلاجه. مرجع سابق، ص 252.

(2) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 58.

(3) International Coffee Organization. The Story Of Coffee. I.C.O. <http://www.ico.org>. (23/04/2012).

المداد، فعّال ضد عدة أوجاع وخاصة مشاكل المعدة. يتعاطونه صباحا بدون أن يضطروا إلى الاختباء في قذح من البرسلان **Porcelaine** إناء خزفي، وهي متشكلة من ماء وفاكهة من شجيرة تسمى بانو⁽¹⁾ **Bannu**. وقد أثار هذا الشرح اهتمام تجار التوابل، ووصلت القهوة إلى أوروبا في 1600 م عن طريق تجار البندقية الإيطالية⁽²⁾.

وهناك من يرى أن البابا **Clément VIII** هو أول من أعطى الشعبية لتعاطي القهوة في أوروبا⁽³⁾، وهذا بعدما ذاقها وأعجب بها، حتى قال أنه من الخسارة أن يتمتع الكفار وحدهم بمتعة ونكاهة القهوة، وهذا ما دعى إلى الرهبان والقساوسة إلى تعاطي القهوة كما فعلها الأئمة المسلمين قبلهم وذلك ليبقوا أيقاظا ويسهرين ويكونوا متقنين. و في سنوات 1650م بدأت القهوة تستورد وتستهلك في إنجلترا، وفتحت المقاهي في أوكسفورد **Oxford** ولندن.

المطلب الثاني : التوزيع الجغرافي للمخدرات :

وتشمل مناطق انتاج المخدرات والمؤثرات العقلية على مستوى بلدان العالم المختلفة، ولكافة أنواع المخدرات الطبيعية (الأفيون، الكوكايين، القنب، الحشيش) والمخدرات التخليقية (المؤثرات العقلية)، وهذا من خلال المجموعات التالية⁽⁴⁾:

أولا: مجموعة القنب(الحشيش):

حسب مكتب الأمم المتحدة المعني بمكافحة المخدرات والجريمة **UNODC**، فإن هناك ما بين 125 و 203 مليون شخص تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 64 سنة قد تعاطوا القنب على الأقل مرة واحدة خلال سنة 2009⁽⁵⁾ أي ما يعادل 3.9 % من سكان العالم لنفس الفئة العمرية. و يتمثل إنتاج القنب في عنصرين أساسيين وهما حشيش القنب و راتنج القنب، و الذي يزرع وتنتج مستحضراته على نطاق واسع . وتبقى أوروبا من أهم المناطق

(1) Karl H. Dannenfeldt. ; and Leonard, Rauwolf. sixteenth-century physician, botanist, and traveler. éd. Cambridge: Harvard University Press, (Mass), 1968, p 24.

(2) Coubard d'Aulnay, G.-E. Monographie du Café, ou manuel de l'amateur de café. Paris : Bouchard-Huzard, 1843, p36.

(3) Sean, Rooney. Clement VIII: The Pope Who Popularized Coffee in Europe. 5 February 2008. [http://voices.yahoo.com/clement-viii-pope-popularized-coffee. \(07/11/2012\).](http://voices.yahoo.com/clement-viii-pope-popularized-coffee. (07/11/2012).)

(4) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. نيويورك، 2012. الأمم المتحدة.

(5) U.N. O.D.C. World Drug Report 2011. United Nations, New York, 2011. P 175.

استهلاكاً لراتنج القنب في العالم، وتعتبر المملكة المغربية أهم ممول براتنج القنب للسوق غير الشرعية الأوروبية⁽¹⁾.

ورغم أن القنب ينتج تقريباً في كل أنحاء العالم، إلا أن تشكيل صورة عالمية واضحة عن مقادير زراعته وإنتاجه تبقى عملية صعبة ميدانياً، وهذا بإعتراف مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة⁽²⁾. وقد تم تقدير حوالي 172 بلد ومنطقة يزرع فيها القنب⁽³⁾. ويقدر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، أن الإنتاج العالمي لهذه النبتة (حشيش القنب) يصل ما بين 13300 و 66100 طن في 2008، أما راتنج القنب فيتراوح الإنتاج العالمي من 2200 إلى 9900 طن سنوياً⁽⁴⁾.

وتحتل المملكة المغربية المرتبة الأولى في إنتاج مادة راتنج القنب على المستوى الدولي، ووفقاً للبيانات التي قدمتها الحكومة، تمت خلال عام 2010 إبادة 9400 هكتار من نباتات القنب المزروعة على نحو غير مشروع. وبذلك، تراجعت المساحة الإجمالية المزروعة بالقنب على نحو غير مشروع (غير مرخص به) من 134000 هكتار في عام 2003 إلى 47500 هكتار عام 2010. والجزء الأكبر من راتنج القنب المنتج على نحو غير مشروع في المغرب موجّه إلى أوروبا أو شمال أفريقيا.

وتأتي أفغانستان في المرتبة الثانية، ثم تليها كل من الهند ولبان وباكستان بنسب متفاوتة. وقد توصلت الدراسة الاستقصائية الثانية لزراعة القنب في أفغانستان، التي شاركت في إجرائها وزارة مكافحة المخدرات ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة والتي نُشرت في جوان 2011 أنّ عدد الأسر المعيشية التي تزرع نبتة القنب ازداد بنسبة 18 في المائة في عام 2010 عما كان عليه في عام 2009. وتشير نتائج الدراسة الاستقصائية إلى أن أفغانستان أنتجت راتنج القنب أكثر من أي بلد آخر على الأرجح، وتقدر الغلة فيها بـ 127 كيلوغراماً للهكتار الواحد، وهي نسبة أعلى بكثير من الغلال في البلدان الأخرى من

⁽¹⁾ EMCDDA , Europol. EU Drug Markets Report. A Strategic Analysis, 2013. Publications EMCDDA. P54. <https://www.europol.europa.eu>. (10/09/2013).

⁽²⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة ووافية. الأمم المتحدة، 2013، ص6.

⁽³⁾ U.N.O.D.C. World Drug Report 2009. United Nations, New York, p.91.

⁽⁴⁾ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (O.E.D.T). Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2012, p.43.

كبار منتجي راتنج القنب، مثل المغرب 40 كيلوغراما للهكتار الواحد .ومع أن مستويات الإنتاج الإجمالي للقنب بقيت على حالها منذ عام 2009 فإن عدد المقاطعات التي تنتجه ازداد في عام 2010 من 17 مقاطعة إلى 19 مقاطعة، أو أكثر من نصف عدد مقاطعات البلد البالغ عددها 34 مقاطعة .وارتفعت أسعار القنب عند باب المزرعة ارتفاعا كبيرا في عام 2010، أيا كانت رتبة المنتج. وفي عام 2010 قُدِّر دخل المزارعين الإجمالي من زراعة القنب 9000 دولار للهكتار، ما جعل هذا المنتج مربحا نسبيا مقارنة بمحصول خشخاش الأفيونا بـ (10700 عشرة آلاف وسبعمائة دولار للهكتار الواحد) أو بمحاصيل بديلة مثل القمح (770 دولارا للهكتار). ويزرع معظم القنب في الجزء الجنوبي غير الآمن من البلد، حيث ينتج أيضا معظم الأفيون⁽¹⁾.

ولا تزال جامايكا أكبر بلد منتج ومصدر للقنب على نحو غير مشروع في منطقة أمريكا الشمالية. أما في أمريكا اللاتينية فتعتبر باراغواي أكبر منتج للقنب في هذه المنطقة، حيث تسهم بما يزيد على نصف الإجمالي المقرر لإنتاج القنب في المنطقة. وفي عام 2010، استطاعت سلطات باراغواي إبادة ما يزيد على 1000 هكتار من نباتات القنب المزروعة بصورة غير مشروعة. وينشأ نحو 20 في المائة من القنب المتعاطى في البرازيل من مصادر محلية. وتدخل نسبة 80 % المتبقية إلى البلد من باراغواي.

حسب تحليل حديث للمرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، فإن سويسرا وروسيا يعتبران مصدران لحشيش القنب المتوفر في أوروبا. زيادة على ألبانيا وبدرجة أقل كوسوفو والجمهورية السابقة ليوغوسلافيا ماسيدونيا وسربيا بصفتهم الممول الرئيسي لحشيش القنب المحجوز لوسط والجنوب الشرقي لأوروبا. نسبة كبيرة من نبات القنب المستهلك في أوروبا مصدره إفريقيا (وبصفة خاصة من جنوب إفريقيا)، وبدرجة أقل من جزر الكاريبي (أمريكا)⁽²⁾.

وأظهرت دراسة حديثة، أن أفغانستان أخذت مكان المملكة المغربية (التي تعتبر المنتج رقم واحد في العالم) من حيث إنتاج مادة راتنج القنب، فقد قدر الانتاج الأفغاني لهذه المادة

⁽¹⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 124.

⁽²⁾ O.E.D.T. Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Op-Cit. P.44.

ما بين 1200 إلى 3700 طن سنويا. حتى ولو أن هناك نسبة من راتنج القنب الأفغاني التي تباع في السوق غير الشرعية الأوروبية، إلا أن المملكة المغربية تبقى الممول الرئيسي من هذه المادة لأوروبا، عبر شبه جزيرة إيبيريا^(*) (أو جزيرة الأندلس) وهولندا و بلجيكا التي تلعب دور ثانوي في توزيع وتخزين هذه المادة على المستوى الأوروبي⁽¹⁾.

وفي أوروبا الغربية والوسطى شهدت الزراعة غير المشروعة لنبته القنب، ولا سيما داخل المباني، زيادة كبيرة على مدى العقود القليلة الماضية. وكما أشارت سلطات الجمهورية التشيكية وسلوفاكيا فإن زراعة نبتة القنب داخل المباني على نطاق صناعي تتزايد في هذين البلدين. وفي الجمهورية التشيكية كشف في عام 2010 عن عدد قياسي من مواقع زراعة القنب داخل المباني بلغ 145 موقعا مقارنة بـ 84 موقعا في عام 2009. وفي ألمانيا، ازدادت زراعة نبتة القنب داخل المباني من عام 2009 إلى عام 2010، في حين انخفضت زراعته خارج المباني في الفترة نفسها. ومن بين مواقع زراعة القنب غير المشروعة التي كشف عنها في ألمانيا، كان عدد المواقع التي تسع أكثر من 1000 نبتة قنب 22 موقعا داخل المباني وموقعا واحدا خارج المباني.

ثانيا: مجموعة الأفيونات :

حسب مكتب الأمم المتحدة المعني بمكافحة المخدرات والجريمة، فإن هناك ما بين 12 و 21 مليون شخص في العالم قد تعاطوا الأفيونات خلال سنة 2009. ويحتل الهيروين المرتبة الاولى في نسبة التعاطي في مجموعة الأفيونات، حيث يقدر بنحو 75% من المتعاطين خلال سنة 2009⁽²⁾.

تاريخيا، هناك نوعان من الهيروين الموجود في السوق: هناك الهيروين البني (l'héroïne brune) على شكل أساس كيميائي ، والتي هي الأكثر شيوعا والمنتجة في مجملها

^(*) شبه جزيرة إيبيريا أو شبه الجزيرة الإيبيرية كانت تسمى جزيرة الأندلس أثناء فترة الحكم الإسلامي للأندلس (تقع في الجزء الجنوبي الغربي من قارة أوروبا. تتكون من إسبانيا والبرتغال وأندورا ومنطقة جبل طارق).

⁽¹⁾ EMCDDA. Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2009, pp.38-40.

⁽²⁾ U.N. O.D.C. World Drug Report 2011. Op-Cit, P 45.

من أفغانستان، وهناك الهيروين الأبيض (على شكل أملاح) وهي مادة نادرة والتي تنتج في جنوب وشرق آسيا⁽¹⁾.

تتم زراعة خشخاش الأفيون وإنتاج مستحضراته بصورة غير مشروعة في مناطق عديدة من العالم، أهمها:

- منطقة المثلث الذهبي Triangle d'Or: وهي المنطقة الجبلية الوعرة، التي تتداخل بين حدود ثلاث دول متجاورة في جنوب شرقي آسيا، وهي إتحاد ماينمار (بورما سابقا)، ولاوس وتايلند. ولا تتمتع حكومات هذه الدول بأية سيطرة حقيقية في هذه المنطقة، نظرا لطبيعتها الجغرافية القاسية والاضطرابات السياسية التي تعمها، وتسيطر عليها في الغالب جماعات سياسية متמרدة ومنظمات إجرامية محترفة، بالغة القوة والتنظيم، تمتلك قوات عسكرية وفيرة العدد، جيدة التسلح، تتولى إدارة مزارع الخشخاش ومختبرات الهيروين، وترتبط بعلاقات وثيقة مع أقوى العصابات الدولية للتهريب والاتجار غير المشروع بالمخدرات في آسيا وإفريقيا وأوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا، ومنها منظمة ياكوزا Yakuza اليابانية التي تضم 88 ألف عضو، ينقسمون إلى ثلاثة آلاف مجموعة، وتقوم بعمليات التهريب والاتجار بالمخدرات، إلى جانب القتل بالأجر والاتجار بالرقيق الأبيض. وترتبط بعلاقات قوية مع المنظمات الإجرامية مماثلة في تايلند والفلبين وسنغافورة وماليزيا والولايات المتحدة الأمريكية⁽²⁾. وتعد ماينمار هي المنتج الرئيسي للأفيون في هذه المنطقة.

- منطقة الهلال الذهبي Croissant d'Or : وهي منطقة متخصصة في زراعة الخشخاش، وتسيطر عليها بعض القبائل والأقليات المنتشرة على الحدود المشتركة، وبعض الجيوب المتناثرة داخل ثلاث دول تقع في جنوب غربي آسيا، وهي أفغانستان وباكستان وإيران. وتحتل أفغانستان المركز الأول في إنتاج الأفيون في هذه المنطقة بل في العالم*. كما يزداد إنتاجها من الأفيون بإطراد. وفي إيران واصلت المجموعات الإجرامية المنظمة

(1) O.E.D.T. Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Op-Cit, p.78

(2) Martial, Dassé . « Les réseaux de la drogue dans le triangle d'or », Cultures & Conflits, mis en ligne le 31 décembre 2002. [http://conflits.revues.org. \(02/10/2012\)](http://conflits.revues.org. (02/10/2012)).

* لقد تراجع مستوى إنتاج الأفيون بصورة كبيرة في عهد حكم حركة طالبان، إلا أنه عاد إلى تسجيل أرقام قياسية بعد الحرب الأمريكية على أفغانستان، وخروج حركة طالبان من الحكم، وهذا ما يبرز دور الولايات المتحدة في إبقاء وضع الإنتاج العالمي للأفيون على ما هو عليه.

نشاطها في تهريب الأفيونات على طول الحدود مع أفغانستان شرقاً، ومع تركيا غرباً. أما في باسكتان، فتنتشر زراعات الخشخاش ومخابر الهيروين بالمناطق الشمالية النائية، المتاخمة لأفغانستان، ويعتقد أن هناك حوالي (100) معمل للهيروين تعمل على منطقة الحدود الأفغانية الباكستانية في منطقة طيرة بفضاء خيبر.

ولا تزال زراعة خشخاش الأفيون غير المشروعة تجري على نطاق ضيق في صعيد مصر وفي شبه جزيرة سيناء . وفي مصر أبيدت مساحة قدرها 222 هكتاراً مزروعة بخشخاش الأفيون على نحو غير مشروع، وضُبطت كمية قدرها 51 كغ من الأفيون في عام 2010 . واستناداً إلى ما ذكرته السلطات المصرية، لم تسجل أي حالة لصنع الهيروين في البلد.

وتتصدر أفغانستان إنتاج الخشخاش وزراعته على المستوى الدولي مستاثرة في عام 2012 بنسبة 74% من الإنتاج غير المشروع للأفيون في العالم. وحسب مكتب المخدرات والجريمة، فقد بلغت المساحة المزروعة بالأفيون في أفغانستان 236000 هكتار في عام 2012⁽¹⁾. كما أنه تم تسجيل توسع الرقعة العالمية المزروعة بخشخاش الأفيون في عام 2012 بنسبة 15 %، و يعود معظمه إلى الزيادات المسجلة في أفغانستان وميانمار، غير أن الإنتاج العالمي انخفض في عام 2012 بنسبة 30 % تقريباً، وهذا نتيجة لضعف المحاصيل في أفغانستان على وجه الخصوص. وتعتبر بورما ثاني أكبر منتج غير الشرعي للأفيون بعد أفغانستان، ويمثل إنتاجها حوالي 80% من الهيروين المصنوع في الجنوب الشرقي لقارة آسيا، وتعتبر من أهم مصادر مادة الهيروين للولايات المتحدة الأمريكية⁽²⁾.

وتبقى المكسيك أكبر منتج للأفيون في الأمريكتين⁽³⁾، وتعتبر واحدة من أهم البلدان المنتجة للأفيون، ويستخرج منه نوع من الهيروين الأسود، والذي يعرف بهيروين القطران الأسود (Black Tar). حيث تقدر إمكانات صنع الهيروين في المكسيك بنسبة 9% من المجموع العالمي. ولا يزال خشخاش الأفيون يزرع بصورة غير مشروعة في أمريكا الجنوبية

(1) U.N.O.D.C. World Drug Report 2013. UNITED NATIONS, New York, 2013, P.30

(2) U.S. Department of Justice. Drug Enforcement Administration. Drugs of Abuse 2005. <http://www.usdoj.gov/dea/pubs/abuse>. (05/06/2011)

(3) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة وافية. مرجع سابق، ص 3.

على نطاق محدود⁽¹⁾ ووفقاً لحكومة كولومبيا، تراجعت هذه الزراعة تدريجياً في البلد من 6.500 هكتار في عام 2000 إلى 341 هكتاراً في عام 2010. كما توجد زراعة خشخاش الأفيون غير المشروعة على نطاق صغير في كل من إكوادور وبيرو.

وتجري زراعة خشخاش الأفيون بطريقة غير مشروعة في أجزاء عدة من الهند. و تقدر المساحة الإجمالية المزروعة بخشخاش الأفيون بطريقة غير مشروعة بما لا يقل عن 7500 هكتار. وفي عام 2010، أبادت السلطات الهندية ما مجموعه 1022 هكتاراً من خشخاش الأفيون المزروع بطريقة غير مشروعة. وفي عام 2009، كانت الهند مصدر كل الهيروين تقريباً في بنغلاديش وغالبيتها العظمى في نيبال. وفي سري لانكا، كان بعض الهيروين من مصدر أفغاني بينما كانت الهند مصدر البعض الآخر⁽²⁾.

وظلت أفغانستان وكولومبيا والمكسيك بلدان المصدر الرئيسية الثلاثة للهيروين المتعاطى في أمريكا الشمالية في عام 2009 وأفادت إدارة إنفاذ قوانين المخدرات في الولايات المتحدة بأن كولومبيا كانت مصدر 58 % من الهيروين المضبوط في الولايات المتحدة والمكسيك 39 % . ولا تزال الحدود بين الولايات المتحدة والمكسيك هي نقطة الدخول الرئيسية للهيروين المهرب إلى الولايات المتحدة من المكسيك. وفي المقابل، لا تزال أفغانستان المصدر الرئيسي للهيروين المتعاطى في كندا والذي يُعتقد أنه يمثل نحو 78 % من الهيروين المتعاطى فيها⁽³⁾.

كما تضاعفت كميات الهيروين المحجوزة في إفريقيا، حيث ارتفعت من 311 كلغ في 2008 إلى 695 كلغ في سنة 2010 (أي زيادة بنسبة 7 %). ففي سنة 2010 سجلت شرق إفريقيا أعلى كمية من المحجوزات على المستوى الإفريقي (245 كلغ)، بينما سجلت غرب إفريقيا حيز ما وزنه 239 كلغ من الهيروين⁽⁴⁾.

(1) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 100.

(2) نفس المرجع، ص 116.

(3) United States. Congress. House. Committee on Foreign Affairs. U.S. Narcotics Control Programs In Peru, Bolivia, Colombia, And Mexico: an Update : Report of a Staff Study Mission to Peru, Bolivia, Colombia, And Mexico, November 19 to December 18, 1988, to the Committee On Foreign Affairs, U.S. House of Representatives. Washington: U.S. G.P.O., 1989, p.31.

(4) O.I.C.S. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012. Nations Unies, New York, 2013, p.57

ثالثا: الكوكايين:

حسب مكتب الأمم المتحدة المعني بمكافحة المخدرات والجريمة ، فإن هناك ما بين 14.3 و 20.5 مليون شخص قد تعاطوا الكوكايين على الأقل مرة واحدة خلال سنة 2009 ممن تتراوح أعمارهم ما بين 15-64 سنة. وهو ما يمثل 0.3 % إلى 0.5 % من مجموع سكان العالم⁽¹⁾. وتبقى أوروبا هي ثاني أكبر سوق للكوكايين في العالم، حيث تشكل ما يقرب من ثلث كمية الكوكايين المستهلكة عالميا، وتشكل أوروبا الغربية والوسطى 95% من حصة أوروبا، ويقدر حوالي 14.5 مليون شخص في أوروبا تعاطى الكوكايين مرة واحدة على الأقل في حياته⁽²⁾. والأسواق الرئيسية للكوكايين على المستوى العالمي، هي أمريكا الشمالية، أوروبا وأقيانوسيا (أستراليا ونيوزيلندا تحديدا)، كما شهدت أمريكا الشمالية انخفاضا ملحوظا في تعاطي الكوكايين (ويرجع ذلك إلى انخفاض تعاطي الكوكايين في الولايات المتحدة الأمريكية من 3% عام 2006 إلى 2.2% عام 2010 للفئة العمرية من 14 إلى 64 سنة)⁽³⁾.

إن زراعة نبتة الكوكا (النبتة التي يستحضر منها الكوكايين)، تبقى تتمركز في منطقة سفوح جبال الأنديز: بوليفيا، كولومبيا والبيرو لسنة 2012. كما تزرع في حوض نهر الأمازون، وفي بعض السهول الساحلية على المحيط الأطلنطي وبحر الكاريبي، كما يزرع نوع محلي من أنواع الكوكا يسمى إيبيدو (Epadu) في عدة مناطق، خاصة في منطقة الأمازون بالبرازيل. وتعتبر البيرو وبوليفيا وكولومبيا على التوالي أكبر ثلاث دول منتجة للكوكايين في العالم⁽⁴⁾، إلى جانب دول أخرى مثل البرازيل والإكوادور وفنزويلا. وتحتل كولومبيا مصدر الصدارة بينها في عملية إنتاج الكوكايين وتهريبه للولايات المتحدة الأمريكية و أوروبا وأستراليا⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ U.N.O.D.C. World Drug Report 2011. Op-Cit, P 85.

⁽²⁾ E.M.C.D.D.A. Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe, 2011, p64. Luxembourg: Publications Office of the European Union. www.emcdda.europa.eu. (03/09/2012).

⁽³⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2012. الأمم المتحدة، نيويورك، ص3.

⁽⁴⁾ Sayaka , Fukumi. " The Impact of the Andean Cocaine trafficking : The cases of Bolivia, Colombia and Mexico". ECPR. Workshops, Grenoble. 6-11 Apr 2001, p.17.

⁽⁵⁾ Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Rapport Mondial sur les Drogues 2010: Résumé Analytique. Nations Unies, New York, 2011. P.8.

وحسب مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات، فقد بلغت مساحة الرقعة العالمية المزروعة بالكوكا عام 2010 حوالي 149000 هكتار⁽¹⁾. وبالتالي يلاحظ تراجع بنسبة 6 % مقارنة بسنة 2009 أين كانت المساحة الإجمالية لزراعة الكوكا تقدر بـ 158000 هكتار⁽²⁾. ويعود هذا التراجع في المساحة إلى قضاء السلطات الكولومبية على مساحات شاسعة لزراعة الكوكا، إلا أنه في المقابل تم تعويضها جزئياً بزيادة المساحات المزروعة في كل من البيرو وبوليفيا. و تنتج هذه المساحات (149000 هكتار) ما يقدر بحوالي 788 إلى 1060 طن من الكوكايين الصافي⁽³⁾.

وفي البيرو، بلغت المساحة المزروعة بشجيرة الكوكا بصورة غير مشروعة في عام 2010 نفس المساحة المزروعة في كولومبيا تقريباً : فقد ازدادت مساحة الأراضي المزروعة بشجيرة الكوكا بصورة غير مشروعة في بيرو للسنة الخامسة على التوالي، من 48200 هكتار في عام 2005 إلى، 61200 هكتار في عام 2010 حوالي 1300 هكتار بزيادة قدرها 2% عن عام 2009. ووفقاً للجنة الوطنية للتنمية والتحرر من المخدرات (DEVIDA) يمكن عزو زيادة الزراعة غير المشروعة لشجيرة الكوكا في السنوات الأخيرة إلى زيادة الطلب العالمي على الكوكايين وتكثيف عمليات القضاء على شجيرة الكوكا في البلدان المجاورة، وهو ما أدى إلى نقل زراعة شجيرة الكوكا إلى بيرو. وفي الفترة 2006-2009، تراوحت المساحة المزروعة بشجيرة الكوكا بطريقة غير مشروعة التي جرت إبادتها بين 10025 و 11065 هكتاراً سنوياً⁽⁴⁾.

رابعاً: المؤثرات العقلية: (الحبوب المخدرة) :

حسب المكتب المعني بمكافحة المخدرات والجريمة، فإن هناك ما بين 13.7 و 56.4 مليون شخص ما بين 15 و 64 سنة قد تعاطوا مجموعة الـآمفيتامينات على الأقل

⁽¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة ووافية. مرجع سابق، ص 3.

⁽²⁾ U.N.O.D.C. WORLD DRUG REPORT 2012. UNITED NATIONS New York, 2012. P.37 .

⁽³⁾ O.E.D.T. Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Op-Cit, p.67.

⁽⁴⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق ، ص 97.

مرة واحدة خلال سنة 2009. وهذا ما يدل على زيادة تعاطي هذه المواد مقارنة بالسنوات الماضية⁽¹⁾.

شهدت فترة الثمانينات استمرارا وتصاعدا في إنتاج المؤثرات العقلية والاتجار بها وإساءة استعمالها في العديد من مناطق العالم. وتصنيع هذه المواد في المختبرات الكيميائية في صورة أقراص وكبسولات أو في شكل مسحوق أو سائل. وكانت تستخدم في بادئ الأمر لأغراض علاجية، إلا أنه ما لبث أن شاع استعمالها بصورة غير مشروعة كبديل للمخدرات الطبيعية. ومن أهم المخدرات التخليقية (المؤثرات العقلية)، حسب قوة تأثيرها على الجهاز العصبي المركزي المنشطات (الأمفيتامينات)، وأبرزها الأمفيتامين الذي يصنع في معامل سرية بالولايات المتحدة الأمريكية، وتايلند والصين، واليابان، والتايلوان. كما تصنع الأمفيتامينات في هولوندا وهنغاريا.

ومن العقاقير ذات التأثير المشابه للأمفيتامين، عقار (الفينثيلينك الكبتاجون) الذي ينتج في العديد من دول أوروبا، وخصوصا بلغاريا، ويساء استعماله بشكل كبير في بلدان شرق البحر المتوسط، خاصة قبرص وسوريا والمملكة العربية السعودية، وبعض دول الخليج.

وفيما يتعلق بالمهبطات (الباربيتورات)، وأهمها أموباريتال وسيكوبريتال (سيكونال)، وبعض المهبطات الأخرى ذات التأثير المشابه للبريتيورات، مثل الجلوتثيميد والميثاكالون ومستحضراته الصيدلانية، مثل أقراص الماندركس والنوبارين والموتولون، فتركز أهم مناطق إنتاجها في أوروبا، خاصة سويسرا، وفي أمريكا الشمالية والهند. وقد بدأ الاتجار في الميثاكالون بين الهند وجنوب إفريقيا عبر بلدان جنوب شرق إفريقيا في أوائل الثمانينات، ومازال مستمرا باضطراب حتى الآن⁽²⁾.

كما تم تسجيل محاولة إقامة مختبرات سرية لإنتاج غير مشروع للميثاكالون في سوازيلاند وموزمبيق التي تعتبر أكبر سوق استهلاكية لهذا المخدر في المنطقة، خاصة وقد سبق ضبط العديد من المختبرات السرية فيها، كما سبق ضبط 14 مليون جرعة منه إثر

(1) U.N.O.D.C. World Drug Report 2011. Op-Cit. P 127.

(2) O.E.D.T. Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Op-Cit. pp.57-61.

اكتشاف مختبر سري لانتاجه في جنوب إفريقيا عام 1987، وهي كمية تشكل 90 % مجمل ضبطيات الميثاكوالون في العالم كله خلال ذلك العام. كما يوجد تصنيع سري غير مشروع للميثاكوالون في الهند بمعدلات متصاعدة⁽¹⁾.

تم إحصاء في أوروبا نحو 328 مختبر سنة 2010 ، معظمها (307) موجودة في جمهورية التشيك، إلا أنه ومقارنة بسنة 2009 تم تسجيل تراجع بنحو 23 مختبرا⁽²⁾ . استأثرت أمريكا الشمالية بنسبة 99% من جميع مختبرات الميثامفيتامين التي تم تفكيكها في جميع أنحاء العالم في عام 2009 وشكلت مضبوطات الميثامفيتامين في المنطقة للعام نفسه 44% من المجموع العالمي⁽³⁾.

وحدثت زيادة قدرها 92 % تقريبا في عدد ضبطيات مختبرات الميثامفيتامين في الولايات المتحدة بين عامي 2007 و 2009. وعلى مدى العقد الماضي، أصبحت المكسيك أيضا مصنعا هاما للميثامفيتامين كما يتبين من الزيادة في المختبرات المفككة من 21 مختبرا في عام 2008 إلى 191 مختبرا في عام 2009. وعلى الرغم من أن عدد مختبرات الميثامفيتامين في الولايات المتحدة يفوق بكثير مثيله في المكسيك، فإن المختبر المكسيكي ينتج عادة كميات أكبر بكثير من مثيله في الولايات المتحدة⁽⁴⁾.

وفي عام 2009، مثلت المضبوطات من الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين "الإكستاسي" في أمريكا الشمالية أكثر من نصف المجموع العالمي. ولا تزال كندا مركزا هاما لصنع "الإكستاسي"، وهو، وإن كان موجها للاستخدام المحلي أساسا، يهرب على نحو متزايد إلى الولايات المتحدة وكذلك إلى الأسواق الآخذة في الاتساع مثل أستراليا ونيوزيلندا واليابان. لا تزال منطقة شرق وجنوب شرق آسيا إحدى المناطق الرئيسية التي يصنع فيها الميثامفيتامين. وهناك مؤشرات تدل على صنع الميثامفيتامين على نطاق واسع فيما يُعرف بالمثلث الذهبي. وفي عام 2010، أبلغت الصين عن ضبط 378 مختبرا سريا، كانت

(1) O.E.D.T. Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Op-Cit, pp.57-61.

(2) U.N.O.D.C. World Drug Report 2012. Op-Cit. P.51.

(3) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 87.

(4) نفس المرجع، ص 87.

أغلبيتها تصنع على نحو غير مشروع الميثامفيتامين وغيره من المخدرات الاصطناعية مثل الكيتامين .وفي إندونيسيا تم تفكيك 13 مخبرا سرّيا لصنع المخدرات وذلك عام 2010. وقد تزايد صنع المنشّطات الأمفيتامينية على نحو غير مشروع في أمريكا الوسطى، وظهر حديثا صنع هذه المواد على نحو غير مشروع في بليز وغواتيمالا ونيكاراغوا. كما تم تفكيك ثلاثة مختبرات سرّية لصنع الأمفيتامين والميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين "الإكستاسي" في عام 2009 في غواتيمالا. وفي عام 2011 فككت خمسة مخابر للميثامفيتامين كانت قد اكتُشفت بالقرب من حدود غواتيمالا مع المكسيك في عام 2009. كما فككت السلطات في نيكاراغوا مخبرا سرّيا كبيرا ، للميثامفيتامين في عام 2010.

و ترتبط مشكلة المخدرات في أمريكا الجنوبية إلى حدّ بعيد بالصنع غير المشروع للمخدرات النباتية، ولا سيما الكوكايين .غير أنه في السنوات الأخيرة، اكتشفت سلطات بعض البلدان في أمريكا الجنوبية محاولات من جانب المتاجرين لصنع المنشّطات الأمفيتامينية بصورة غير مشروعة، بما في ذلك "الإكستاسي" و"الميثامفيتامين"، في المنطقة .وكانت أحدث عملية ضبط لمختبر يقوم بصنع "الإكستاسي" بصورة غير مشروعة في المنطقة قد أبلغ عنها في الأرجنتين في عام 2010 . وفي عام 2008، أفادت منظمة الجمارك العالمية بأنّ أمريكا الجنوبية ليست الجهة التي يجرى تهريب المنشّطات الأمفيتامينية إليها من المناطق الأخرى فحسب، بل هي أيضا مصدر المنشّطات الأمفيتامينية المضبوطة في أوروبا.

ولا تزال مستويات استهلاك المنشّطات المصنوعة بصورة غير مشروعة مثبّطات الشهية والبنزوديازيبينات تشهد ارتفاعا غير عادي في بعض بلدان أمريكا الجنوبية، لا سيما في الأرجنتين (المنشّطات والبنزوديازيبينات)، وأوروغواي (البنزوديازيبينات) .

وفي جنوب آسيا تصنع المنشّطات الأمفيتامينية على نحو غير مشروع في كل من بنغلاديش وسري لانكا والهند. ويهرب جزء على الأقل من تلك المنشّطات الأمفيتامينية المصنّعة بطريقة غير مشروعة إلى وجهات خارج جنوب آسيا .

وأبلغت جمهورية إيران الإسلامية عن زيادة كبيرة في عدد المخابر السرية لصنع الميثامفيتامين التي فككت في البلد. فقد فكك 166 مخبرا من هذه المخابر في عام 2010.

كما استشرى في البلد تعاطي الميثامفيتامين وكذلك عمليات الاتجار بكميات ضخمة من المخدرات . ويستمر تدفق الميثامفيتامين من البلد مباشرة وعبر دروب تمرّ ببلدان مجاورة الإمارات العربية المتحدة وتركيا والجمهورية العربية السورية، متجها أساسا إلى إندونيسيا وتايلند وماليزيا واليابان⁽¹⁾.

ولا تزال بلدان الشرق الأوسط، وخصوصا المملكة العربية السعودية، والتي تعد السوق الرئيسية لتسويق الأمفيتامين الذي يباع في شكل أقراص كابتاغون مزيفة . و يفاد بأن الأردن والجمهورية العربية السورية هما المصدران الرئيسيان للأمفيتامين المضبوط، في حين كانت المملكة العربية السعودية بلد المقصد الرئيسي، مثلما كانت في السنوات السابقة . ويكشف عن معظم أقراص الكابتاغون في المركبات أو في شحنات البضائع.

و في سبتمبر 2009 أدى التعاون بين المديرية العامة لمكافحة المخدرات بالمملكة العربية السعودية والدوائر الأمنية التركية إلى ضبط وتدمير مختبر كبير في تركيا كان يصنع أقراص الكابتاغون بصفة غير مشروعة. وكانت السعة الإنتاجية للمختبر 200 مليون قرص كابتاغون في السنة. كما تم في المملكة العربية السعودية في جوان 2010 تفكيك أول مختبر سري للصنع غير المشروع لأقراص الكابتاغون . وضبطت أثناء هذه العملية آلات لصنع الأقراص ومثاقب ومواد كيميائية وأقراص كابتاغون⁽²⁾.

أما في القارة الأوروبية فقد تم في السنوات الأخيرة في الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي تفكيك 60 إلى 90 موقعا في السنة من المواقع التي تصنع فيها المخدرات الاصطناعية على نطاق واسع، ولا سيما الأمفيتامين والميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين "الإكستاسي". ويعتقد أن صنع الأمفيتامين بصفة غير مشروعة يتزايد في أوروبا⁽³⁾.

كم يتم صنع الأمفيتامين في القارة الأوروبية في كل من بلجيكا وبولندا وهولندا أساسا، مع وجود بعض الصناعة في كل من إستونيا وألمانيا وليتوانيا .ومن بين المخابر السرية لصنع المخدرات البالغ عددها 16 مخبرا التي فككت في بولندا في عام 2010 كان

(1) Schwann, Shariatirad.; Masoomah, Maarefvand ; and Hamed Ekhtiari. "Emergence of a methamphetamine crisis in Iran". Drug and Alcohol Review, 32,2(March, 2013) : pp.223-224.

(2) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 126.

(3) E.M.C.D.D.A. Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2009, pp.91-93.

14 مخبرا يستخدم لصنع الأمفيتامين بصفة غير مشروعة. وانخفضت في عام 2010 كميات المواد الأمفيتامينية المنتجة في إستونيا وبولندا وليتوانيا التي ضببتها السلطات الجمركية. ويجري صنع الميثامفيتامين بصفة غير مشروعة أيضا في بولندا وليتوانيا⁽¹⁾. كما تم تفكيك مرافق لصنع الميثامفيتامين بصفة غير مشروعة أيضا في ألمانيا وبولندا وسلوفاكيا والنمسا.

ولوحظ انخفاض بشكل كبير لصناعة الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين "الإكستاسي" في أوروبا في السنوات الأخيرة، ويرجع مكتب الشرطة الأوروبي اليوروبول هذا إلى ندرة بعض السلائف الكيميائية مع ظهور مؤثرات عقلية جديدة⁽²⁾.

فيما يخص أوقيانوسيا فقد تم تفكيك عدد قياسي من المخابر السرية المستخدمة في صنع المنشطات الأمفيتامينية بين جويلية 2009 وجوان 2010، وهو 585 مخبرا، مقارنة بـ 297 مختبرا خلال الفترة جويلية 2008 و جوان 2009، أي بزيادة قدرها 97% . وعلاوة على ذلك، تم تفكيك 17 مخبرا سريا لصنع "الإكستاسي" فيما بين جويلية 2009 وجوان 2010 . وفي جوان 2011، قامت السلطات الأسترالية بتفكيك واحد من أكبر المختبرات السرية المكتشفة على الإطلاق في أستراليا- حيث كانت لديه القدرة على صنع ما يصل إلى 70 كغ من الميثامفيتامين وكميات مماثلة من "الإكستاسي".

خامسا: المؤثرات العقلية الجديدة:

لم يتم إلى حد الساعة تحديد عدد متعاطي المؤثرات العقلية الجديدة عبر العالم. على الرغم من أن المؤثرات العقلية الجديدة منتشرة في أوروبا وأمريكا الشمالية أكثر من باقي مناطق العالم، إلا أنه سجل مؤخرا (أي مع نهاية 2012 وبداية 2013)، نشأتها في شرق وجنوب آسيا، وبالأخص في البلدان المتقدمة في الصناعات الكيميائية والصيدلانية. أما ما يميز هذه المؤثرات العقلية هو نمط الاتجار عبر الإقليمي، كالمنشطات الأمفيتامينية،

⁽¹⁾ E.M.C.D.D.A. Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe. Op-Cit, pp.94-95.

⁽²⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 138.

التي تُصنع عادة في نفس المنطقة التي يوجد فيها المستهلكون⁽¹⁾. ومن أصل 80 دولة ومنطقة، 61 منها (أي 76%) أبلغوا المكتب الدولي المعني بالمخدرات والجريمة أنهم قام بحجز كميات معتبرة من المؤثرات العقلية الجديدة، وتقريبا نصف هذه الدول من أوروبا. أغلب الدول (45) سجلوا حجز في المقام الأول المؤثرات العقلية (قنبية و كيتامين) بنسبة 75%، والبيبيرازين piperazines بنسبة 65%⁽²⁾.

المطلب الثالث : مناطق و طرق تهريب المخدرات في العالم :

تختلف مناطق التهريب للمخدرات حسب العرض والطلب، بين مناطق الانتاج وبلدان الاستهلاك، مما يتطلب وجود مناطق عبور ومرور ، وكذلك بلدان تخزين وتصنيع للمخدرات، ومشتقاته، وفيما يلي أبرز مناطق تهريب للمخدرات والمؤثرات العقلية في العالم⁽³⁾:

أولا : القنب (الحشيش) : يغلب على الحشيش ومستحضراته طابع الاتجار المحلي والإقليمي، ولذا فإن عمليات تهريبه من بلدان الانتاج إلى بلدان الاستهلاك تتم غالبا في حدود إقليمية قارية، إذ تنطلق عمليات تهريب الحشيش بشكل كبير من القارة الإفريقية نحو مناطق الاستهلاك الرئيسية في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا، وتأخذ هذه الطرق شكلا أكثر تنظيما من خلال الهيمنة على جميع مراحله من قبل عصابات منظمة معظمها من الرعايا النيجيريين والغانيين والزائريين، تقوم بتنسيق أنشطتها مع عصابات الإجرام الأوروبي المنظم. وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية السوق الرئيسية لاستهلاك الحشيش (الماريوانا) المهرب إليها من المكسيك بنسبة 25%⁽⁴⁾ ، ومن بلدان أخرى مثل جامايكا وجواتيمالا بنسبة 10 % والباقي ونسبته 25 %، من الانتاج المحلي في الولايات المتحدة الأمريكية.

⁽¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013. مرجع سابق، ص 6.

⁽²⁾ U.N.O.D.C .The challenge of new psychoactive substances. A Report from the Global Smart Programme. March 2013. P.43.

⁽³⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة عن عام 1993. نيويورك ، 1994 ، ص ص 34-75.

⁽⁴⁾ Chris, Eskridge . Mexican Cartels and Their Integration into Mexican Socio-Political Culture. University of Nebraska. Aug 08, 2012. <http://www.customscorruption.com>. (28/12/2012).

ويتم تهريب الحشيش المنتج في بلدان الهلال الذهبي (باكستان، أفغانستان وإيران) إلى بعض دول حوض البحر الأبيض المتوسط والجزيرة العربية وإفريقيا، وأحيانا يستمر إلى بعض البلدان الأوروبية.

واستنادا إلى سلطات جنوب أفريقيا، فإن ما يقدر بنسبة 30 والباقي ونسبته 25 % من كميات عشبة القنب المضبوطة في جنوب أفريقيا كانت موجهة إلى أوروبا⁽¹⁾. كما أن الجزائر تعتبر منطقة عبور مهمة، للمخدرات الآتية من إفريقيا، وخصوصا تلك الآتية من جارتها المملكة المغربية، التي تعتبر أول بلد منتج لراتنج لقنب على المستوى الدولي. فمن خلال التراب الجزائري يتم تهريب المخدرات إلى أوروبا، حيث تكشف الإحصائيات ضبط الأطنان من القنب الآتي من المغرب والمتجهة إلى السوق الأوروبية غير الشرعية.

فالقنب المغربي الموجه إلى السوق غير الشرعية الأوروبية يمر على الجزائر، تونس وليبيا، أو عبر كبريات الموانئ الجزائرية. فقد قدر أن هناك تقريبا 73.87 % من القنب الموجه إلى أوروبا قد مر من الجزائر، وأن حوالي 26.13 % منه قد وجه إلى الاستهلاك المحلي. أما أبرز نقاط العبور، فهي الحدود الجنوبية للمغرب، البيض، النعامة، ورقلة، الوادي. وتعتبر منطقة غرب البلاد هي الأكثر عرضة لهذه الظاهرة (48%). ويتم التهريب عن طريق الشاحنات، وكذلك عن طريق البحر⁽²⁾.

ثانيا: مجموعة الأفيونات والهيروين :

تتم عملية تهريب الهيروين من جميع مناطق إنتاجه الرئيسية إلى أنحاء عديدة من العالم، حيث تجري عمليات تصنيع وتحويل الأفيون إلى مورفين ثم هيروين في معامل سرية منتشرة على طول حدود بلدان المثلث الذهبي (مينمار، لاوس وتايلند) ثم تهريبه إلى أسواق المخدرات العالمية، انطلاقا من دول المنطقة خاصة تايلند التي مازالت تعتبر أهم معبر لتهريب هيروين جنوب شرق آسيا، بالإضافة إلى دول أخرى مثل هونغ كونج والصين

(1) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة عن عام 1993. مرجع سابق، ص 66.

(2) Aïssa KASMI. Directeur de la Coopération Internationale à Onlctd. Situation actuelle du Phénomène de la drogue en Algérie. Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Onlctd. Séminaire national d'information et de sensibilisation sur les dangers de la drogue. Tlemcen: 20-21 Novembre 2006

وماليزيا وفيتنام، وتلعب العصابات الصينية المنظمة (Triads) دورا كبيرا في التحكم بعمليات تهريب الهيروين إلى الأسواق العالمية من خلال مراكزها و مجموعاتا المنتشرة في آسيا وأوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأستراليا.

كما تقوم عصابات التهريب في منطقة الهلال الذهبي باستخدام ناقلين هنود وباكستانيين ونيجيريين وأوروبيين في نقل الهيروين من هذه المنطقة إلى أسواق أوروبا وأمريكا الشمالية عبر شبه القارة الهندية، علاوة على استخدام إيران كدولة عبور لهيروين أفغانستان وباكستان المتجه إلى مراكز التجميع والتخزين بتركيا، ومنها عبر طريق البلقان البري الخاضع لسيطرة العصابات التركية والأوروبية، إلى كل من بلغاريا ويغوسلافيا السابقة والنمسا وألمانيا الاتحادية، وصولا إلى أمستردام، التي تعد من أهم مراكز توزيع الهيروين في أوروبا كلها.

وهناك نشاط واسع لعصابات افريقية وآسيوية وشرق أوسطية في تهريب هيروين جنوب غرب آسيا إلى أوروبا وأمريكا الشمالية، إما مباشرة أو عبر العديد من العواصم الافريقية، ويساهم النيجيريون بدور بارز في هذا المجال.

ويهرب الهيروين المنتج في المكسيك عبر الحدود البرية إلى الولايات المتحدة الأمريكية، حيث يجد إقبالا كبيرا وانتشارا واسعا بسبب زيادة نقاوته وارتفاع درجة إدمانه⁽¹⁾. ويدخل الهيروين إفريقيا عبر مطارات وموانئ بحرية في شرق إفريقيا، ليهرب من هناك إما مباشرة أو عبر غرب إفريقيا إلى أوروبا ومناطق أخرى.

وفي عام 2011 ضبطت كميات قياسية من الهيروين في جمهورية تنزانيا المتحدة وكينيا. كما يهرب الهيروين موزمبيق إلى جنوب إفريقيا حيث يتعاطاه السكان المحليون أو يهرب إلى بلدان أخرى. وقد أدى تزايد تدفق الهيروين الوارد من إفريقيا إلى زيادة تعاطي المخدرات في جميع أنحاء المنطقة وخصوصا في شرق إفريقيا وجنوبها⁽²⁾.

⁽¹⁾ Sayaka , Fukumi. " The Impact of the Andean Cocaine trafficking : The cases of Bolivia, Colombia and Mexico". Op-Cit, p.17.

⁽²⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة لمراقبة المخدرات لعام 2011 . مرجع سابق، ص 61.

ففي إفريقيا يستخدم المتاجرون البلدان الأفريقية بدرجة متزايدة لتهريب الهيروين إلى مناطق أخرى وقد أن كمية تتراوح ما بين 40 و 45 طنا من الهيروين الأفغاني هربت إلى أفريقيا في عام 2009. ولا تزال منطقة شرق أفريقيا منطقة عبور رئيسية للهيروين الآتي من غرب آسيا الموجه إلى أسواق غير مشروعة في أوروبا وأمريكا الشمالية وبعض مناطق من آسيا. وتعد جنوب أفريقيا ونيجييريا من المراكز الرئيسية للاتجار بالهيروين ضمن البلدان الأفريقية الأخرى وقد آلت زيادة تدفق الهيروين إلى أفريقيا إلى زيادة تعاطي المخدرات في جميع أنحاء المنطقة، وخصوصا في شرق أفريقيا وجنوبها⁽²⁾. أما شرق أفريقيا فقد أبلغت جمهورية تنزانيا المتحدة عن ضبط شحنات كبيرة من الهيروين المنقول بحرا إلى سواحلها. فعلى سبيل المثال، ضبط فيها في ديسمبر 2010 ما مقداره 50 كغ من الهيروين كانت ستهرب إلى السودان عبر نيروبي. ونفذت عمليتان ضبط خلالهما ما مجموعه 178 كغ من الهيروين في دار السلام في شهري مارس وسبتمبر 2011. وضبطت أكبر كمية من الهيروين في عملية واحدة في شرق أفريقيا، مقدارها 179 كغ، في جمهورية تنزانيا المتحدة في فيفري 2011. وضبط في كينيا 102 كغ من الهيروين في مارس 2011، وقد جلب الهيروين إلى المنطقة الساحلية لذلك البلد على متن سفينة كبيرة أفرغت شحناتها في زوارق سريعة صغيرة. وأصبحت إثيوبيا منطقة عبور لشحنات الهيروين والكوكايين الموجهة إلى الأسواق غير المشروعة في أوروبا وأمريكا الشمالية وغرب أفريقيا وجنوبها. ومركز الاتجار الرئيسي هو مطار بولي الدولي، الواقع بالقرب من أديس أبابا، والذي يربط إثيوبيا ببلدان أخرى في أفريقيا ومناطق أخرى. وكشفت في عام 2010 دروب لتهريب المخدرات من البرازيل إلى جمهورية تنزانيا المتحدة عبر إثيوبيا، كما كشفت دروب مؤدية من مالي إلى الفلبين أوائل عام 2011. وتمثل جنوب أفريقيا أحد بلدان المقصد المهمة لشحنات الهيروين؛ وهي أيضا منطقة مهمة توجه منها شحنات الهيروين الموجهة إلى بلدان في الجنوب الأفريقي (وخصوصا موريشيوس) وفي أوروبا وإلى أستراليا. والمطار الدولي في جوهانسبرغ مركز مهم للشحنات غير المشروعة الموجهة إلى المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا

(1) المرجع السابق، ص ص 34-75.

الشمالية .ويهرب الهيروين عبر موزامبيق إلى جنوب أفريقيا؛ وبمجرد وصوله إلى جنوب أفريقيا، ينقل عبر دربان إلى كيب الشرقية حيث يتعاطاه السكان المحليون .ويهرب الهيروين أيضا باستعمال الخدمات البريدية الجوية الخاصة وفي شحنات جوية عبر نيروبي وأديس أبابا باتجاه غرب أفريقيا.

وقد أصبحت نيجيريا مركزا هاما لتوزيع الهيروين في غرب أفريقيا، فاستنادا إلى تقديرات السلطات النيجيرية، كان نحو نصف كمية الهيروين المتجر به في نيجيريا في عام 2009 موجهة إلى الولايات المتحدة، و 40 والباقي ونسبته 25 % إلى أوروبا و 10 في المائة إلى الصين . و ينقل الهيروين برا أيضا من نيجيريا إلى بلدان أخرى في غرب أفريقيا قبل أن يشحن إلى وجهات أبعد على امتداد الدروب البحرية .وفيما يخص عام 2010 ، أبلغت نيجيريا عن ضبط ما مجموعه 202 كغ من الهيروين. وتشمل شحنات الهيروين الكبيرة التي اكتشفت مؤخرا داخل حاويات بحرية ببلدان في غرب أفريقيا شحنة قدرها 193 كغ من الهيروين قادمة من جمهورية إيران الإسلامية ضبطت في نيجيريا في نوفمبر 2010، وشحنة قدرها 200 كغ من الهيروين قادمة من باكستان ضبطت في بنين في أبريل 2011⁽¹⁾.

وقد طرأت زيادة كبيرة في السنوات الأخيرة على كمية الهيروين المضبوطة في مصر . ففي عام 2008، ضبطت مصر ما مجموعه 211 كغ من الهيروين أي ما يعادل ثلثي الكمية الإجمالية المضبوطة من الهيروين في أفريقيا . وقد تراجعت تلك الكمية إلى 159 كغ في عام 2009 لكنها ارتفعت مرة أخرى في عام 2010 إلى أكثر من 222 كغ.

وهكذا ومن خلال ما تم ذكره، يتضح أن إفريقيا أصبحت منطقة عبور مهمة لمادة الهيروين الذي يدخل عبر سواحل شرق إفريقيا (إثيوبيا، كينيا، موزمبيق، تانزانيا والصومال)، الآتية من إيران وأفغانستان عبر المحيط الهندي، ليتم نقلها إلى غرب إفريقيا، ثم يهرب إلى

⁽¹⁾ J.M., Blanco Navarro.; and Luis de la Corte Ibáñez . Le trafic de drogue en Afrique subsaharienne (I) : Son rôle dans le trafic de drogue international et les influences internes Terrorisme et trafic de drogues en l'Afrique sub-saharienne. P.8. Institut Espagnol d'Études Stratégiques (IEEE) et Institut Militaire de Documentation de l'Évaluation et Prospective (IMDEP). DOCUMENT DE TRAVAIL. Décembre 2012.

أمريكا الشمالية و بعض مناطق آسيا، والجزء الباقي يتم تهريبه إلى إفريقيا الجنوبية (Afrique australe). وتبقى كل نيجيريا وجنوب إفريقيا أهم منطقتي عبور للهيريون في إفريقيا⁽¹⁾. وفيما يخص قارة آسيا، ففي السنوات الأخيرة، بات الهيريون القادم من غرب آسيا يهرب جوا عبر جنوب آسيا أو الشرق الأوسط إلى شرق وجنوب شرق آسيا. وفي بعض الحالات، جرى تهريب الهيريون من بلدان في غرب أفريقيا، لا سيما من نيجيريا. وأخذت الجماعات الإجرامية من غرب أفريقيا تستخدم على نحو متزايد نساء تايلنديات في تهريب الهيريون من تايلند إلى بلدان أخرى في منطقة شرق وجنوب شرق آسيا. وفي الصين؛ يهرب الهيريون برا بالدرجة الأولى من المنطقة المعروفة باسم المثلث الذهبي إلى مدن تقع جنوبي الصين؛ ثم يهرب جزء من الهيريون باتجاه هونغ كونغ، الصين. وفي عام 2010، ضبط في الصين 5.3 أطنان تقريبا من الهيريون، وكان غرب آسيا مصدر حوالي 19 % من هذه الكمية 580 كغ. وفي ميانمار، تركزت معظم أنشطة صنع الهيريون على نحو غير مشروع ومضبوطات الهيريون في ولاية شان الواقعة على الحدود مع تايلند وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية والصين. وفي عام 2010، فكك مختبر واحد فقط لصنع الهيريون غير المشروع في ميانمار.

أما جنوب آسيا، فيهرب الهيريون الأفغاني المصدّر عن طريق باكستان إلى دول جنوب آسيا. ووفقا لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فإن من بين كمية الهيريون المتوافرة في جنوب آسيا في عام 2009 وقدرها 40 طنا، هرب 25 طنا من أفغانستان، بينما صنعت الكمية الباقية وقدرها 15 طنا بصورة غير مشروعة في الهند. وعلاوة على ذلك، تم تعاطي نحو ثلثي تلك الأطنان الأربعة من الهيريون في المنطقة بينما هُرب الباقي إلى أفريقيا وأوروبا وشرق آسيا وجنوب شرقها وأمريكا الشمالية. ويفضل تجار المخدرات في جنوب آسيا الاتجار بالهيريون الأفغاني نظرا لارتفاع مستوى نقائه مقارنة بالهيريون الذي يصنع بطريقة غير مشروعة في جنوب آسيا⁽²⁾.

⁽¹⁾ O.I.C.S. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012. Nations Unies, New York, 2013, p.57.

⁽²⁾ U.N.O.D.C and MCN (Government of Afghanistan Ministry of Counter Narcotics). Afghan opium survey 2010: Sammury Finding. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. September 2010, pp.7-6.

وتتهرب المواد الأفيونية من أفغانستان عبر جمهورية إيران الإسلامية أو باكستان أو عبر بلدان أخرى في آسيا الوسطى. ومن أصل كمية الهيروين المهربة من أفغانستان إلى الخارج في عام 2009 والمقدرة بـ 365 طناً، هرب حوالي 44 في المائة عن طريق باكستان و 32% عبر جمهورية إيران الإسلامية و 25% عبر بلدان مختلفة في آسيا الوسطى. كما هربت كمية من الأفيون مقدرة 1050 طناً إلى جمهورية إيران الإسلامية. وكانت معظم كميات الأفيون المضبوطة في بلدان الشرق الأوسط، ومعظمها في الإمارات العربية المتحدة، مهرباً من جمهورية إيران الإسلامية في أمتعة الركاب.⁽¹⁾

وأفادت عدة بلدان في آسيا الوسطى بأن حالة مراقبة المخدرات متدهورة، مشيرة إلى أن المشكلة الرئيسية هي تزايد الاتجار بالمواد الأفيونية والقنب من أفغانستان. وأبلغت أوزبكستان عن زيادة في الاتجار بالمخدرات، حيث ازداد إجمالي عدد حالات ضبط المخدرات في عام 2010 بما نسبته 35% مقارنة بالعام السابق، ويعزى ذلك معظمه إلى مضبوطات القنب التي بلغ مجموعها 1732 كغ، ومضبوطات راتنج القنب التي بلغ مجموعها 565 كغ. وهذا الارتفاع الحاد في مضبوطات القنب ناشئ من الإنتاج في أفغانستان، إذ أن معظم الضبطيات حدثت في المناطق الحدودية، وقد ضبط ما مجموعه 1004 كغ من الهيروين، بزيادة 33% عن عام 2009.⁽²⁾

أما عن القارة الأوروبية : فيمثل الاتحاد الروسي مقصد نحو 90% من الهيروين الناشئ في أفغانستان والمضبوط في بلدان آسيا الوسطى في عام 2010 . ويرد الهيروين إلى بلدان أخرى في أوروبا الشرقية أساساً من الاتحاد الروسي، وبقدر أقل عن طريق دروب البلقان، التي تظل الممر الرئيسي المستخدم لتهريب الهيروين إلى البلدان الأوروبية. ويضبط في جنوب شرق أوروبا نحو 63% من مجموع مضبوطات الهيروين في أوروبا. وبينما بقيت كمية مضبوطات الهيروين في أوروبا الغربية والوسطى مستقرة بصفة عامة منذ عام 2005، تضاعفت في جنوب شرقي أوروبا.⁽³⁾

(1) U.N.O.D.C. The Global Afghan Opium Trade: A Threat Assessment, 2011. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Vienna. July 2011. P.26.

(2) Ibid, P.28.

(3) Ibid, P.51-53.

ويتزايد تنوع الأساليب والدروب المستخدمة لتهريب الهيروين إلى أوروبا. وتفيد المنظمة العالمية للجمارك بأن كمية الهيروين المضبوطة في أوروبا والمهربة على درب البلقان الشمالي عبر تركيا إلى بلغاريا ورومانيا والمجر ثم النمسا انخفضت في عام 2010 مقارنة بالكميات المهربة على درب البلقان الجنوبي إلى إيطاليا عبر اليونان وألبانيا أو جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقا ، في حين بقيت الكمية المهربة إلى أوروبا عن طريق ما يُعرف باسم "طريق الحرير" عبر آسيا الوسطى مستقرة نسبيا. وأفريقيا في سبيلها لأن تصبح منطقة النقل العابر الرئيسية لتهريب الهيروين جوا إلى أوروبا، بينما تُهرب بعض شحنات الهيروين من تركيا جوا إلى بلدان أوروبا الغربية والوسطى⁽¹⁾.

وكانت جمهورية إيران الإسلامية وتركيا المصدرين الرئيسيين للأفيون الذي تضبطه السلطات الجمركية في أوروبا الغربية والوسطى. وفي عام 2010، ضبطت السلطات الفرنسية أغصانا صغيرة مشبعة بالأفيون مرسله في عدة شحنات بريدية وعن طريق خدمات تسليم البريد باليد من جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وتايلند. وضبطت السلطات الجمركية لبيلاروس أكبر كمية من قش خشخاش الأفيون 661 كغ تضبط في أوروبا الشرقية في عام 2010؛ حيث كشفتها في شاحنة قادمة من بولندا. وأفادت السلطات الجمركية في الاتحاد الروسي وبولندا في عام 2010 بضبط كميات صغيرة من قش خشخاش الأفيون⁽²⁾.

تدخل مادة الهيروين إلى أوروبا عبر طريقين أساسيين، وهذا مع تعدد وتطور وسائل التهريب⁽³⁾. فيتتمثل المسلك الكلاسيكي في طريق البلقان التي تستعمل تهريب الهيروين المنتج في أفغانستان، مروراً من باكستان وإيران وتركيا، والتي عند وصولها إلى أوروبا هناك عدة بلدان تستعمل كمناطق عبور قبل أن تصل إلى بلدان استهلاكية، وهي موجودة أساسا في أوروبا الجنوبية والغربية.

كما يدخل الهيروين إلى أوروبا عبر "طريق الحرير" التي يعبر آسيا الوسطى والمتوجهة إلى روسيا. جزء من هذه الكميات تسلك بعدها بلاروسيا، بولوندا و أوكرانيا والتي

(1) World Customs Organisation (W.C.O). annual Report 2011 - 2012. W.C.O. 13 June 2012, pp. 43-44.

(2) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 137.

(3) O.E.D.T. Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Op-Cit, p.67.

تصل إلى البلدان الاسكاندينافيا. كما أصبحت إفريقيا منطقة عبور جد مهمة للهيروين الموجه للسوق غير الشرعية الأوروبية وهذا باستعمال المجال الجوي⁽¹⁾. أما في أوروبا تلعب كل من هولندا، وبدرجة أقل بلجيكا دور مراكز ثانوية لتوزيع للهيروين.

أما بخصوص أوقيانوسيا فقد تراجعت كمية الهيروين المضبوطة في أستراليا بنسبة 35% من 295 كغ خلال الفترة يولييه 2008 و يولييه 2009 إلى 192 كغ خلال الفترة يولييه 2009 يولييه 2010 . ومع ذلك، تشير البيانات الأولية للفترة جويلية 2010 إلى جوان 2011، إلى أن مضبوطات الهيروين زادت بدرجة كبيرة مقارنة بالفترة جويلية 2009 إلى جوان 2010 . وفي نوفمبر 2010، قامت السلطات الأسترالية بكشف وضبط شحنة من ماليزيا تحتوي على 168 كغ من الهيروين، وهي خامس أكبر كمية مضبوطة من الهيروين في تاريخ أستراليا. وما تزال منطقتا جنوب شرق آسيا وغرب آسيا المصدرين الرئيسيتين للهيروين المهرب إلى داخل أستراليا. وأصبحت فييتنام وكمبوديا بلدين رئيسيين لعبور الهيروين المتجه إلى السوق الأسترالية. وفيما بين جويلية و جوان 2010، انطلقت معظم شحنات الهيروين المضبوطة، حسب الترتيب التنازلي، من كمبوديا وفييتنام وأفغانستان وسنغافورة وباكستان . وخلال الفترة نفسها، ضُبطت أيضا شحنات كانت قد غادرت بنغلادش ونيجيريا والهند مما يشير إلى أن المتاجرين يبحثون عن دروب جديدة للاتجار⁽²⁾.

وأصبح للمنظمات الإجرامية من غرب أفريقيا حضور قوي في تهريب الهيروين إلى داخل أستراليا . فقد أسست تلك الجماعات شبكات لها في باكستان والهند وبلدان في جنوب شرق آسيا . وعلاوة على ذلك، لا يزال مواطنون من بلدان شرق آسيا وجنوب شرقها ضالعين في سوق الهيروين الأسترالية .

وتشير الضبطيات الأخيرة إلى تزايد تهريب الأفيون إلى داخل أستراليا ونيوزيلندا من جمهورية إيران الإسلامية. وفي مارس 2011 اكتشفت سلطات الجمارك الأسترالية شحنة واردة من جمهورية إيران الإسلامية تحتوي على 170 كغ من الأفيون. وقد أخفي المختر في 200 عبوة زجاجية عليها ملصقات، تشير إلى أنّ محتواها معجون طماطم .وفي ماي

(1) O.I.C.S. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012. Op-Cit, P.106-119.

(2) U.N.O.D.C. The Global Afghan Opium Trade: A Threat Assessment, 2011. Op-Cit, P.71.

2011 ضُبِطت كمية أخرى من الأفيون قدرها 10 كغ في شحنة جوية من جمهورية إيران الإسلامية. كما أبلغت نيوزيلندا عن مضبوطات من الأفيون، هُوب معظمها من جمهورية إيران الإسلامية عن طريق تايلند والهند⁽¹⁾.

ثالثاً: مجموعة الكوكايين:

لا تزال منطقة أمريكا الوسطى والكاريبي، بحكم موقعها الجغرافي، تُستخدم منطقة عبور رئيسية لتهريب المخدرات من أمريكا الجنوبية إلى أمريكا الشمالية. وقد نقل بعض كارتلات المخدرات المكسيكية الواقعة تحت ضغط سلطات إنفاذ القوانين المكسيكية عملياتها للاتجار بالمخدرات إلى أمريكا الوسطى مما أدى إلى ارتفاع مستويات حوادث العنف والاختطاف والرشوة والتعذيب والقتل في تلك المنطقة دون الإقليمية. وزادت تنظيمات الاتجار بالمخدرات عملياتها في أمريكا الوسطى والكاريبي. واستخدمت غواتيمالا في السنوات الأخيرة منطقة عبور لتهريب الكوكايين إلى المكسيك. واكتسبت بلدان أمريكا الوسطى أهمية بوصفها مناطق لإعادة الشحن في الأعوام الأخيرة. ورغم الجهود التي بذلت لمكافحة المخدرات في كوستاريكا ونيكاراغوا وهندوراس في عام 2010، فقد اعتبرت تلك البلدان لأول مرة من كبريات بلدان العبور التي تستخدم أساساً لتهريب المخدرات الموجهة إلى الولايات المتحدة. وفي الوقت ذاته، تراجعت أهمية الكاريبي كم منطقة لإعادة شحن المخدرات المهربة إلى أمريكا الشمالية؛ ويبدو أن سبب ذلك يعود إلى تشديد المراقبة البحرية في أمريكا الوسطى والكاريبي. وفي عامي 2009 و 2010، بدأت بلدان الكاريبي تؤدي دوراً متزايد الأهمية بوصفها نقاط توزيع ثانوية لشحنات الكوكايين الموجهة إلى أوروبا.

تحتل كولومبيا الصدارة في عمليات إنتاج الكوكايين وتهريبه إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأستراليا، وتؤكد إدارة مكافحة المخدرات الأمريكية (DEA) أن الكوكايين المهرب إلى الولايات المتحدة الأمريكية مصدره البلدان التالية وفق نسب متباينة، وهي: بيرو 60%، بوليفيا 30%، كولومبيا 10%، إلا أن 80% من إجمالي هذه الكمية ينتج ويهرب من

(1) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 145.

كولومبيا، بينما تستحوذ البيرو وبوليفيا مع دول أخرى كالبرازيل وتشيلي واليوجواي والأرجنتين على النسبة الباقية⁽¹⁾.

وقد أصبحت العصابات الكولومبية تسيطر دون منازع على عمليات إنتاج الكوكايين ونقله وترويجه بالولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا بالتنسيق مع المنظمات الإجرامية الأمريكية والأوروبية⁽²⁾. وتتمتع هذه العصابات بقدرات تنظيمية ومناطق نفوذ واسعة، بعد أن أصبح بإمكانها أن تمول جيوشا خاصة ذات كفاءة عالية، مزودة بأحدث الاسلحة والشاحنات والسفن والطائرات ووسائل الاتصال الحديثة والمتطورة⁽³⁾.

أما عن القارة الإفريقية: لا تزال أجزاء من أفريقيا، وخصوصا غرب أفريقيا، تستخدم لتهريب الكوكايين من أمريكا الجنوبية إلى أوروبا. وقد ازدادت أهمية دروب تهريب الكوكايين عبر أفريقيا بدرجة كبيرة ما بين عامي 2004 و 2007، و في عام 2008، لوحظ حدوث تحوّل كبير في الأساليب التي يستخدمها المتجّرون بالمخدرات في غرب أفريقيا⁽⁴⁾. فقد كانت معظم المخدرات المهرّبة إلى غرب أفريقيا يُنقل بسفن كبيرة تفرغ شحناتها في سفن أصغر مملوكة لجهات محلية قبالة ساحل غرب أفريقيا. أما اليوم، فيبدو أنّ مهرّبي المخدرات غيّرُوا أساليبهم باستخدام الشحن بالحاويات لتهريب الكوكايين إلى هذه المنطقة. وفيما يخص معظم شحنات الكوكايين التي كشفت داخل حاويات في الطريق من أمريكا الجنوبية إلى غرب أفريقيا، فإنّ بلد المقصد كان غانا أو نيجيريا. وفي جويلية 2010، ضبطت السلطات النيجيرية 450 كغ من الكوكايين في ميناء ليغوس على ظهر سفينة قادمة من شيلي. كما أسفرت عمليتان أخريان عن ضبط ما مجموعه 270 كغ من الكوكايين في جانفي 2011. و في غانا، ضبطت كمية قدرها 125 كغ من الكوكايين في أكتوبر 2010 في حاوية قادمة من الولايات المتحدة مروراً بنما. وفي أكتوبر 2011، ضبطت كمية قياسية من الكوكايين

(1) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 31.

(2) Inter-American Drug Abuse Control Commission (C I C A D). 2010 annual Report of the Inter-American Drug Abuse Control Commission to the Forty Regular Session of the General Assembly of The Organisation of American States. Forty-Ninth Regular Session May 4 - 6, 2011. www.oas.org. (20/09/2011).

(3) Jonathan D. Rosen. Plan Colombia and Beyond: Pastrana to Santos(2000 TO 2012). Florida : University of Miami. Coral Gables, December 2012, p.72.

(4) Georges, Berghazan. Panorama du trafic de cocaïne en Afrique de l'Ouest. (GRIP)Groupe de recherche et d'information sur la paix et la sécurité, Les Rapports du Grip, Bruxelles, 6(2012), pp.8-31.

قدرها 1.5 طن في الرأس الأخضر. كما ضبط ما مجموعه 1.4 طن من الكوكايين، الذي كان مخبأً في شحنات موجهة إلى بنين، في سلسلة من سبع ضبطيات جرت في أفريقيا والقارة الأمريكية في عام 2011. وعلاوة على ذلك، ضبط 480 كغ من الكوكايين الذي كان موجهًا إلى نيجيريا في البرازيل في أكتوبر 2011⁽¹⁾.

ويستخدم تجار المخدرات أيضًا الطائرات التجارية لنقل الكوكايين إلى غرب أفريقيا. وفي عام 2010، غادر عدد متزايد من الطائرات المحوّرة جمهورية فنزويلا البوليفارية متوجّهًا إلى بلدان في غرب أفريقيا، منها الرأس الأخضر وسيراليون وغينيا -بيساو ومالي وموريتانيا. ومن غرب أفريقيا نُقل معظم الكوكايين الموجه إلى أوروبا عن طريق الجو، عادة باستعمال الخدمات البريدية الخاصة في رحلات جوية تجارية وكذلك بالشحن الجوي. ويُهرب بعض الكوكايين من غرب إفريقيا عبر الصحراء الكبرى إلى شمال أفريقيا قبل أن يبلغ أوروبا.

ويدخل الكوكايين شرق أفريقيا وجنوبها بكميات متزايدة. وتشير التحقيقات التي أجرتها الشرطة في جنوب أفريقيا إلى حركة كبيرة للكوكايين ما بين بلدان في أمريكا الجنوبية وجنوب أفريقيا وزمبابوي وناميبيا. وتؤكد هذه النتيجة ضبط عدد من الشحنات الكبيرة من الكوكايين في جنوب أفريقيا في عامي 2010 و 2011. وفي ديسمبر 2010 تم ضبط في جنوب أفريقيا 2010 كمية قدرها 1.7 طن من الكوكايين عُثر عليها في سفينة قادمة من باراغواي، و 165 كغ من الكوكايين في حاوية قادمة من باراغواي في أوت 2010 وفي جويلية 2011، اعتترضت البحرية البرتغالية زورق صيد من ناميبيا يحمل نحو 1.7 طن من الكوكايين الموجه إلى أوروبا. وفي ماي 2011، كما ضُبطت كمية قدرها 875 كغ من الكوكايين في باراغواي كانت مخبأة في حاوية بحرية قاصدة موزامبيق. وقد قدرت السلطات في جنوب أفريقيا أن نحو 40 % من الكوكايين المتّجر به في جنوب أفريقيا موجه نحو أوروبا، بينما يتعاطى السكان المحليون النسبة المتبقية وقدرها 60 % أو تُهرب إلى بلدان أخرى في الجنوب الأفريقي⁽²⁾.

(1) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 34-75.

(2) O.I.C.S. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012. Op-Cit, P. 53.

أما عن القارة الأمريكية : يقدر أن 90 % تقريباً من الكوكايين في الولايات المتحدة يصل إليها عن طريق المكسيك. ويرد قدر متزايد من الكوكايين القادم إلى المكسيك عبر بلدان في أمريكا الوسطى أولاً. والقيمة المضافة للكوكايين المتدفق عبر ممر أمريكا الوسطى قد تناهز 5% من الناتج المحلي الإجمالي لهذه المنطقة دون الإقليمية. ويستمر تهريب المخدرات عن طريق البحر أساساً، إذ يستخدم مهربو المخدرات الزوارق السريعة وسفنا غوّاصة وشبه غوّاصة. ويزداد أيضاً استخدام العصابات الإجرامية لمركبات النقل البري والطائرات الخفيفة، وهي تستغل قصور مراقبة الحدود، بما في ذلك افتقار الموانئ البحرية للأمن وعدم تجهيز الضباط المعنيين بإنفاذ القوانين تجهيزاً كافياً. وأصبح استخدام الحاويات وسفن نقل البضائع لتهريب المخدرات مصدر قلق متزايد في المنطقة دون الإقليمية.

وأبلغت بلدان عدة في أمريكا الوسطى والكاريبي عن ضبط كوكايين من نوع "الكراك" أو قاعدة الكوكايين أو أملاحه، واحتلت بنما المرتبة الرابعة من حيث كمية الكوكايين المضبوطة في عام 2009 الذي ضبط خلاله 53000 كغ من هذه المادة⁽²⁾.

وتستخدم الجمهورية الدومينيكية كمنطقة عبور لشحنات الكوكايين والهيريون الموجهة إلى بلدان في مناطق أخرى، منها الولايات المتحدة وكندا وبلدان عدة في الاتحاد الأوروبي. وتعتبر كولومبيا مصدر جميع هذه الشحنات والولايات المتحدة وجهتها الرئيسية. وأبلغت الجمهورية الدومينيكية عن ضبط ما مجموعه 4526 كغ من هيدروكلوريد الكوكايين و في عام 2010. وزادت أيضاً أهمية جامايكا كبلد مصدر لشحنات الكوكايين في عام 2010، وضبط فيها 1217 كغ من الكوكايين عام 2010⁽²⁾.

وتعبر أكثر من 11 مليون حاوية سنوياً قناة بنما، وقد ساعد البرنامج العالمي لمراقبة الحاويات السلطات المحلية في بنما على ضبط قرابة 1200 كغ من الكوكايين منذ سبتمبر 2009. ويتضمن البرنامج الذي يقع مقره الإقليمي في بنما 27 وحدة لمراقبة الحاويات تعمل في كل أنحاء العالم.

(1) O.I.C.S. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012. Op-Cit, P.69 .

(2) Ibid, P.76 .

واستنادا إلى ما ذكرته وكالة خدمات الحدود الكندية، فإنّ بلدان المصدر/العبور الرئيسية الأخرى للكوكايين الذي جرى اعتراضه عند نقاط الدخول إلى كندا في عام 2010 كانت الأرجنتين والجمهورية الدومينيكية وشيلي والمكسيك. وقد حددت مصادر إنفاذ القانون الكندي مجموعة متنوعة من الجماعات الإجرامية المنظمة الضالعة في تهريب الكوكايين إلى كندا، ومنها عصابات الدراجات النارية، وعصابات المخدرات الآسيوية، ومنظمات "مقرها إيطاليا". وعلاوة على ذلك، هناك أدلة متزايدة تشير إلى قيام الجماعات الإجرامية المنظمة المكسيكية، الموجودة بالفعل في كندا، بتوسيع أنشطتها في البلد.

لا تزال منطقة أمريكا الوسطى والكاريبي، بحكم موقعها الجغرافي، تُستخدم منطقة عبور رئيسية لتهريب المخدرات من أمريكا الجنوبية إلى أمريكا الشمالية. وقد نقل بعض كارتلات المخدرات المكسيكية الواقعة تحت ضغط سلطات إنفاذ القوانين المكسيكية عملياتها للاتجار بالمخدرات إلى أمريكا الوسطى مما أدى إلى ارتفاع مستويات حوادث العنف والاختطاف والرشوة والتعذيب والقتل في تلك المنطقة دون الإقليمية. وزادت تنظيمات الاتجار بالمخدرات عملياتها في أمريكا الوسطى والكاريبي، مما يشكل خطرا كبيرا يهدد الأمن البشري ويؤثر في الحياة اليومية في المنطقة.

واستُخدمت غواتيمالا في السنوات الأخيرة منطقة عبور لتهريب الكوكايين إلى المكسيك. واكتسبت بلدان أمريكا الوسطى أهمية بوصفها مناطق لإعادة الشحن في الأعوام الأخيرة. ورغم الجهود التي بذلت لمكافحة المخدرات في كوستاريكا ونيكاراغوا وهندوراس في عام 2010، فقد اعتبرت تلك البلدان لأول مرة من كبريات بلدان العبور التي تستخدم أساسا لتهريب المخدرات الموجهة إلى الولايات المتحدة.

وفي الوقت ذاته، تراجعت أهمية الكاريبي كم منطقة لإعادة شحن المخدرات المهربة إلى أمريكا الشمالية؛ و يعود ذلك إلى تشديد المراقبة البحرية في أمريكا الوسطى والكاريبي. وفي عامي 2009 و 2010، بدأت بلدان الكاريبي توثي دورا هاما بوصفها نقاط توزيع ثانوية لشحنات الكوكايين الموجهة إلى أوروبا⁽¹⁾.

(1) الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 72.

ولا يزال التجار غير الشرعيين للمخدرات من بلدان أمريكا الجنوبية، وخصوصاً كولومبيا، يستخدمون سفناً غواصة وشبه غواصة ذاتية الدفع غير تقليدية البناء لخفض مخاطر اكتشافها عند تهريب الكوكايين من المنطقة⁽¹⁾، وتتّسم السفن التي ضبطتها السلطات بقدرتها على نقل 12 طناً من المواد 2000 كيلومتر. وقد صُمّمت هذه السفن لتمكين طاقمها عند اكتشافها، من تدمير المواد المهرّبة بسهولة، وهو عادة ما يحدث عن طريق ثقب جسم السفينة أو إغراق المواد المهرّبة، مما يزيد من صعوبة مقاضاة المهرّبين لغياب الدليل . وقد ضبطت البحرية الكولومبية، في فبراير 2011 ، إحدى هذه السفن الغواصة قبل شحنها . وبفضل التكنولوجيا المتطورة، بما في ذلك نظم الملاحة الحديثة، يمكن لسفينة غواصة مصنوعة من الألياف الزجاجية ومقوّاة بألياف كربونية أن تُبحر وهي مغمورة تماماً بالمياه تحت سطح البحر مما يجعل اكتشافها شبه مستحيل . وقد استمرت محاولات استخدام السفن الغواصة وشبه الغواصة لتهريب المخدّرات، طيلة عام 2011 ، حسبما يُستلّ من ضبط سفينتين غواصتين وواحدة شبه غواصة في كولومبيا في سبتمبر من نفس السنة⁽²⁾.

زيادة عن ذلك، فقد قام المهربون بحفر الأنفاق الحدودية جد متطورة. وحسب مصالح إنفاذ قوانين الهجرة و الجمارك للولايات المتحدة الأمريكية، تم اكتشاف منذ 1990 أكثر من 150 نفق مجهز بأنظمة الإضاءة والتهوية، وفي بعض الأنفاق هناك حتى الطرق الحديدية. وسمح هذا الاكتشاف بحجز عدة أطنان من المواد المخدرة وعلى رأسها القنب⁽³⁾.
أما بالنسبة للقارة الآسيوية: فمّثلت مضبوطات الكوكايين المبلغ عنها في آسيا 0.1 % فقط من الإجمالي العالمي . غير أن المضبوطات التي حصلت في الأشهر الأخيرة من عام 2010 في إندونيسيا والصين من ضمنها هونغ كونغ والفلبين واليابان تشير إلى أن التجار كانوا يستهدفون الأسواق الناهضة في المنطقة. وتشكل أمريكا الجنوبية المصدر الرئيسي للكوكايين المضبوط في المنطقة .وفي عام 2010، ضبطت الصين شحنة احتوت على طنين من الكوكايين كانت تنقل بحراً إلى مقاطعات صينية على الساحل الجنوبي الشرقي .

⁽¹⁾ C.I.C.A.D. 2010 annual Report of the Inter-American Drug Abuse Control. Op-Cit.

⁽²⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 99.

⁽³⁾ O.I.C.S.Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012, Op-Cit. P.74.

وفي سبتمبر 2011، ضبطت السلطات في هونغ كونغ، الصين، أكثر من 560 كغ من الكوكايين مخبأة في حاويات شحن، وهذه أكبر كمية أبلغ عن ضبطها في هونغ كونغ على الإطلاق. ويُعتقد بأن جزءاً من الكوكايين المضبوط كان موجهاً إلى السوق غير المشروعة في الصين القارية. في عام 2010 أفادت إندونيسيا بضبط شحنات من الكوكايين الكولومبي المصدر. وانطلقت شحنات الكوكايين المضبوطة من أستراليا والولايات المتحدة⁽²⁾.

وفي الفلبين، ضبطت كمية قياسية من الكوكايين في عام 2010 بلغت 342 كغ، بما يمثل زيادة بنسبة 32 % بالمقارنة بعام 2009⁽³⁾.

ولا يزال تهريب الكوكايين محدوداً في جنوب آسيا. وفي الهند يهرب الكوكايين بكميات صغيرة عن طريق السعاة، وأفادت السلطات الهندية بأنها ضبطت ما مجموعه 23 كغ من الكوكايين في عام 2010 و 3 كغ في النصف الأول من عام 2011. كما ضبطت السلطات في سريلانكا ما مجموعه 4 كغ من الكوكايين في عام 2010⁽⁴⁾.

وهناك مؤشرات على أن تهريب الكوكايين آخذ في الازدياد في جميع أنحاء غرب آسيا، حيث ازدادت مضبوطات الكوكايين فيها بنسبة 76 % من عام 2000 إلى عام 2009. وأبلغت بلدان عدة في المنطقة عن ضبط كميات كبيرة من الكوكايين في عام 2010 وفي الجزء الأول من عام 2011. وضبطت السلطات التركية ما مجموعه 2.3 كغ من الكوكايين في عام 2010، بزيادة قدرها 226 % مقارنة بالعام السابق. وأبلغت السلطات التركية عن ازدياد آخر في مضبوطات الكوكايين في الأشهر الخمسة الأولى من عام 2011.

ووفقاً لما تذكره المنظمة العالمية للجمارك، ضبطت السلطات اللبنانية 133 كغ من الكوكايين في عام 2010 داخل شحنة بضائع بحرية مصدرها كولومبيا ومرت عبر بلجيكا، تمثل واحدة من أكبر الكميات المضبوطة من الكوكايين المبلغ عنها في غرب آسيا⁽⁴⁾.

⁽¹⁾Huan, Gao. Handbook of Asian Criminology :Drug Abuse and Drug Trafficking in Asia. New York: Springer, 2013, pp.115-127.

⁽²⁾UNODC, "Drug Trafficking in Central Asia," United Nations Office on Drugs and Crime, <http://www.unodc.org/unodc/en/drug-trafficking/central-asia.html>. (15/03/2011).

⁽³⁾Timothy A. Krambs. Drug Control in Central Asia : An Assessment of Compliance with International Law. The Foreign Military Studies Office (FMSO), 2013, pp 5-7. fmso.leavenworth.army.mil. (23/05/2013).

⁽⁴⁾W C O. annual Report 2011 - 2012. Op-Cit. p.44.

ويصل الكوكايين الكولومبي أيضا إلى إسرائيل بالقوارب .ففي أبريل 2011 ضبطت أجهزة إنفاذ القانون والجمارك في إسرائيل 250 كغ من الكوكايين . وفي باكستان أُبلغ في تشرين أكتوبر 2010 عن ضبط أول كمية كبيرة من الكوكايين عندما ضبطت السلطات في ميناء كراتشي حاوية بها 226 كغ من الكوكايين قادمة من سورينام ومتّجهة إلى لاهور، باكستان⁽¹⁾.

كما تم القبض في مطار هونكنغ الدولي على امرأتين روسيتين و رجل من كونكنغ وبحورزتهم 60 كغ من الكوكايين، على متن طائرة قادمة من البرازيل. وتؤكد مصالح الجمارك بالمطار أن الكمية المحجوزة كانت موجهة لجنوب شرق آسيا وجزء منها إلى السوق الروسية⁽²⁾.

أما عن منطقة أوقيانوسيا فهناك مؤشرات على أن سوق الكوكايين في أستراليا آخذة في التوسع. من جويلية 2009 إلى جوان 2010، ضُبط ما مجموعه 782 كغ من الكوكايين في أستراليا، كان مصدره بيرو وكولومبيا أساسا .وكانت شحنات الكوكايين التي ضُبطت عند الحدود الأسترالية قادمة من مجموعة متنوعة من البلدان، وخصوصا من بلدان في أمريكا الشمالية وبدرجة أقل من أمريكا الوسطى وأمريكا الجنوبية .وخلال الفترة نفسها، برزت نيجيريا باعتبارها من بلدان الانطلاق الرئيسية لشحنات الكوكايين الموجهة إلى أستراليا . وكانت جماعات إجرامية من المكسيك وأمريكا الوسطى وأمريكا الجنوبية ضالعة في تهريب الكوكايين إلى أستراليا .وفي عملية مشتركة نفذت في أكتوبر 2010 ، ضبطت أجهزة إنفاذ القانون الأسترالية 464 كغ من الكوكايين في ميناء بحري صغير في كوينزلاند، وهي ثالث أكبر كمية من الكوكايين يتم ضبطها على الإطلاق في أستراليا.⁽³⁾ أُلقي القبض على ثلاثة تجار لهم صلات بعصابات الجريمة المنظمة في أستراليا وأمريكا الجنوبية بعد أن ذُقل الكوكايين من سفينة كبيرة في المحيط الهادئ إلى زورق صغير استُخدم لنقل المخدرات إلى ميناء غير تجاري. وفي مايو 2011 ، أُنّت عملية مشتركة إلى تفكيك عصابة مخدرات

⁽¹⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 125.

⁽²⁾ D. Aurobinda Mahapatra. " Drug Trafficking: A rising menace in Eurasia". Russia Beyond The Headlines. January 17, 2013 . <http://rbth.asia/world/2013.17/01/2013>.

⁽³⁾ A.N.C.D. Annual Report 2010-2011. P.93. www.ancd.org.au. (20/06/2011).

تعمل في أستراليا وبنما وكولومبيا وضُبط 50 كغ من الكوكايين معالقة في براميل من الزيت الهيدرولي .وفي سبتمبر 2011 ، ضبطت في ملبورن، أستراليا، شحنة قدرها 270 كغ من الكوكايين كانت قد انطلقت من البرازيل.⁽¹⁾

وزادت أيضا كمية الكوكايين المضبوطة في نيوزيلندا، من 3 كغ في عام 2009 إلى نحو 10 كغ في عام 2010. وحتى وقت قريب، كان الطلب على الكوكايين في نيوزيلندا محدودا، حيث كان البلد يستخدم كمعبر لشحنات الكوكايين المتجهة إلى أستراليا .ومع ذلك، يبدو أن الجزء الأكبر من الكوكايين الذي ضُبط في عام 2010 كان القصد منه إمداد سوق نيوزيلندا .ومعظم الكوكايين الذي تم ضبطه كان ينقله سعاة مخدرات قادمون على متن رحلات قادمة من أمريكا الجنوبية .وأصبح الإخفاء الداخلي، وهو أسلوب لم يكن معهودا في نيوزيلندا من قبل، طريقة عمل شائعة . وفيما بين سبتمبر 2010 و أبريل 2011 ، ضبطت أجهزة الجمارك في نيوزيلندا سبعة مهربين كانوا يحملون المخدرات، بما في ذلك الكوكايين والميثامفيتامين والأفيون. وفي عام 2011 ، ضبطت سلطات إنفاذ القانون في تونغا وفيجي كميات صغيرة من الكوكايين، كان بعضها موجّه إلى بلدان أخرى.⁽²⁾

رابعا: المؤثرات العقلية: (الحبوب المخدرة):

تهرب المؤثرات العقلية إلى مناطق الاستهلاك في كثير من بلدان العالم، بحيث لا يكاد يخلو أي بلد في العالم من توفر المؤثرات العقلية وإساءة استخدامها بصورة غير مشروعة.

لقد تم ضبط مختبر كبير للميثامفيتامين في ليغوس 2011، وقد تصبح نيجيريا مركزا لتهريب المنشطات الأمفيتامينية، وخصوصا الميثامفيتامين. ففي عام 2010، ضبطت السلطات النيجيرية شحنتين من الأمفيتامين والميثامفيتامين بلغ مجموعهما 63 كغ، وكانت إحدى الشحنتين مرسلة عبر جنوب إفريقيا إلى الولايات المتحدة الأمريكية، أما الشحنة الثانية

⁽¹⁾ Ria, Novosti. « Drogue: 270 kg de cocaïne saisis en Australie ». DTOM – L'info en liberté, <http://www.dtom.fr/archives/drogue-270-kg-de-cocaine-saisi-en-australie>. (23/09/2011).

⁽²⁾ الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. مرجع سابق، ص 125.

فكانت موجهة إلى اليابان⁽¹⁾. ومنذ 2008 يبدو أن هناك نشاط مكثف لتهريب الميثامفيتامين الموجه إلى شرق آسيا وبالأخص اليابان و جمهورية كوريا، وذلك إنطلاقاً من دول غرب إفريقيا على غرار البنين، الكامرون، ساحل العاج، غانا، غينيا، السنغال و الطوغو . فعدد مرات حجز الميثامفيتامين في تطور ملحوظ منذ 2009. فحالياً أبرز البلدان التي تمثل السوق غير الشرعية لهذه المادة والتي تتخذ من غرب إفريقيا منطقة عبور، هي اليابان، ماليزيا، جمهورية كوريا، سنغافورة وتايلند. مستعملة عموماً المجال الجوي⁽²⁾.

كما استخدمت جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية كبلد عبور لتهريب الميثامفيتامين من ميانمار إلى كمبوديا، حيث تدخل المخدرات بعد ذلك تايلند عبر الحدود التايلندية الكمبودية. واستخدمت تايلند وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وجمهورية كوريا وسنغافورة وماليزيا كبلدان عبور لشحنات الميثامفيتامين الموجهة إلى بلدان أخرى في المنطقة .واستعين بنساء لتهريب⁽³⁾.

أما عن مضبوطات المواد الخاضعة للمراقبة الدولية المرسلة بالبريد، بما في ذلك المواد المطلوبة عبر الإنترنت . فهناك أكثر من 12000 ضبطية من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية المرسلة بالبريد. وكانت بلدان وأقاليم المصدر الرئيسية فيما يتعلق بالمستحضرات الصيدلانية المضبوطة هي الهند حيث بلغ نصيبها 57% من المواد المضبوطة، تليها الولايات المتحدة والصين وبولندا. وإضافة إلى خدمات البريد العامة الوطنية، ذكر عدد من خدمات البريد الخاصة أو خدمات تسليم الطرود السريعة التي يساء استخدامها لتهريب المخدرات، سواء تعلق الأمر بالمستحضرات الصيدلانية أو بالمخدرات غير المشروعة .

(1) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2012. مرجع سابق، ص 91.

(2) O.I.C.S. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012. Op-Cit. p.58.

(3) Madonna, Devaney.; Gary Reid.; And Simon, Baldwin . situational analysis of illicit drug issues and responses in the: Asia-Pacific region. Australian National Council on Drugs 2006. P.7.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

المبحث الأول: الدراسات الغربية

المبحث الثاني : الدراسات العربية

المبحث الثالث : الدراسات الجزائرية

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

المبحث الأول: الدراسات الغربية:

1. دراسة دوروس وآخرون بعنوان ⁽¹⁾ Depression Demographic dimensions and Drug Use

تكونت عينة الدراسة من 432 شابا قسموا على ثلاثة مجموعات:

- المجموعة الأولى : مدمنو الأفيون لمدة سنتين فأكثر وعددهم 266 فردا،
- المجموعة الثانية: متعاطو الأفيون لأقل من سنتين وعددها 100 فردا،
- المجموعة الثالثة: مدمنو حبوب مخدرة وماريجوانا وعددها 66 فردا.

وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين مجموعات الإدمان الثلاث وفقا لمدة التعاطي في الاكتئاب وتبين:

(أ) بالنسبة للمدمنين الذين أمضوا أكثر من سنتين، كانت النسبة على التوالي: 15% مرتفعي الاكتئاب، ثم 29% متوسطي الاكتئاب، يليها 56% منخفضي الاكتئاب.

(ب) كما أظهرت الدراسة أن مستوى الاكتئاب لدى المجموعة الأقل من سنتين في التعاطي كانت 23% مرتفعي الاكتئاب و 23% متوسطي الاكتئاب و 54% منخفضي الاكتئاب.

(ج) بالنسبة لمجموعة متعددي التعاطي كان مستوى الاكتئاب على التوالي 29% 18% ، 53% .

⁽¹⁾ Dorus W. Edward .C.; and Seroy. M. " Depression Demographic dimensions and Drug Use" . American J.Psychiatry, 137,06(1980):pp.699-704.

2. دراسة سبوتس، وشونتس: ⁽¹⁾ 'The phenomenological structure of drug-induced ego states' وهي دراسة إكلينيكية متعمقة أجريت على تسع حالات من مدمني العقاقير المخدرة، أعمارهم تراوحت بين 22- 48 سنة واستخدمت عينة أخرى من مدمني الـآمفيتامين والأفيون والكوكايين.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها:
أن مدمني الحبوب المخدرة يعانون من إحساس بالضعف، الضآلة والكرهية للذات، ويرجع السبب في ذلك أن المدمنين نشأوا في أسر مفككة وغير مترابطة، بالإضافة إلى سوء معاملة الوالدين.

3. دراسة ليويد و رون بعنوان " correlates of reported drug abuse problems among college Undergraduates " ⁽²⁾.

أجريت هذه الدراسة على عينة تقدر بـ: 626 طالبا مقيدين في قسم علم النفس للسنة الأولى بجامعة جنوب غرب تكساس Texas، والهدف من الدراسة هو المقارنة بين المتعاطين ، ومجموعة أخرى من غير المتعاطين .
واعتمد الباحث على أداة الاستبيان في جميع المعلومات .
أما أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة فهي:
أ) مشكلات الوالدين لها صلة بمشكلة تعاطي المخدرات؛
ب) مشكلات المخدرات لدى كل من الذكور والإناث لها صلة بمشكلات الآباء أكبر من مشكلات الأمهات في إدمان المخدرات؛
ج) الذكور الذين اختاروا أن يعيشوا مع الأب أكثر تعرضا لمشكلات إدمان المخدرات، من الذين اختاروا أن يعيشوا مع الأم.

⁽¹⁾ J.V., Spotts; and Shontz, F. C. The phenomenological structure of drug-induced ego states: II. Barbiturates and sedative-hypnotics: Phenomenology and implications: International Journal of the Addictions, 19,3(May, 1984): pp. 295-326.

⁽²⁾ Might, Loyds W.; and Ron nor. "correlates of reported drug abuse problems among college Undergraduates". journal of drug education, 12(1982): pp: 237-248.

4. دراسة بروك وآخرون بعنوان Dynamic of childhood and adolescent personality: traits and adolescent drug use⁽¹⁾.

تهدف الدراسة إلى إبراز العوامل المرتبطة بالعلاقة بين أساليب الوالدين في التنشئة الاجتماعية واتجاه المراهقين نحو إدمان الماريجوانا على عينة عددها 71 حالة من المراهقين الذكور أعمارهم تتراوح بين 16 و 20 سنة .

اعتمدت الدراسة في جمع البيانات على الأسلوب الاكلينيكي من خلال المقابلة الفردية، ومن نتائج الدراسة:

- 1 . أن إحساس المراهقين المدمنين للماريجوانا بآبائهم إحساس بلا مبالاة، أي أنه ليست هناك علاقة وطيدة بين الأباء والأبناء المدمنين على الماريجوانا.
- 2 . هناك علاقة سببية بين غياب التسامح الأبوي في كثير من الأحيان واتجاه المراهقين نحو تعاطي الوالدين للماريجوانا.

6 . دراسة هوبا وآخرين بعنوان "A framwork for interactive Theory of Drug users"⁽²⁾.

- هي دراسة استكشافية مسحية، تهدف إلى معرفة أسباب تعاطي الشباب للمخدرات . وتكونت العينة من مجموعتين:
- أ) المجموعة التجريبية: شباب الجامعات الذين يتعاطون المخدرات من الجنسين؛
 - ب) المجموعة الضابطة: شباب غير متعاطين.
- كما طبقت الدراسة عدة مقاييس لسمات الشخصية واستعانت بأداة الاستبيان لجمع المعلومات عن المفحوصين لمحاولة معرفة الأسباب الحقيقية لتعاطيهم المخدرات. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:
- أ) السبب الرئيسي لبداية تعاطي الشباب للمخدرات يرجع إلى أسباب أسرية، والضغوطات الاجتماعية.
 - ب) نمط الشخصية يلعب دوراً هاماً في تعاطي الشباب للمخدرات.

⁽¹⁾ J.S., Brook ; et al. " Dynamic of childhood and adolescent personality: traits and adolescent drug use". journal abnormal psychology, 97,2(1991): pp.195-213.

⁽²⁾ G.J., Huba, et Al, "A framwork for interactive Theory of Drug users". journal of Consulting and clinical Psychology, 57,1(1980): PP.765-767.

ج) إن أهم أبعاد الشخصية المؤثرة في التعاطي والإدمان هي الانبساط، والقيادة، والاستغلال و الشعور بالحاجة إلى التمرد.

7. دراسة نيوكمب وبنتلر بعنوان "

"The impact of family context , deviant attitudes and emotional distress on adolescent drug use " (1).

تكونت عينة الدراسة من 557 من الأمهات وأبنائهن وبناتهن، منهم 36% ذكورا و64% إناثاً، واستغرقت الدراسة ثلاث سنوات.

استخدمت الدراسة عدة أدوات: كمقياس بنتلر لتحديد درجة تعاطي الفرد للمخدر وتتضمن المهدئات والمنشطات والعقاقير المخدرة، وكمقياس الضغوط الانفعالية الذي يتضمن التفكك الأسري وفقد أحد الأبوين، والإقامة مع الأسرة أو الانفصال عنها. أما النتائج فكانت كالآتي:

أ) وجود فروق دالة بين الذكور والإناث لصالح الذكور، وحيث أن الذكور أكثر تعرضاً لأعراض الاضطراب، وأكثر تعاطي للمخدرات .
ب) هناك عدة عوامل مؤدية إلى تعاطي المخدرات متمثلة في الضغوط الانفعالية والبيئة الأسرية التي تتسم بعدم الرعاية والاهتمام من قبل الوالدين.

8 . دراسة كاندال تحت عنوان " Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults " (2).

ضمت عينة الدراسة 222 شاباً، تراوحت أعمارهم ما بين (28-29) عام، وهم من الآباء المقسمين على 166 أنثى و 56 ذكورا.

كما ضمت الدراسة عينة من طلاب المدارس المتوسطة بلغ 18 شاباً ممن قضوا في التعليم فترة من (10 - 11) عاماً.

كما أختيرت مجموعة من الأبناء تراوحت أعمارهم ما بين (2 إلى 6) سنوات.

(1) Michael. D Newcomb; and Bentler , P, M. « The impact of family context , deviant attitudes and emotional distress on adolescent drug use ». Journal of Research in Personality. 22,2(1988): pp.154-176.

(2) D.B., Kandel. "Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults". Journal of Marriage and the Family, 52(1990): pp.183-196.

اعتمدت الدراسة على عدة، منها المقابلة الشخصية، وقياس سلوك الوالدين مع الأبناء "أساليب المراقبة ونظم العقاب والتقبل والرفض"، ومقياس للأبناء الذين تضمن "أساليب السيطرة والاستقلال والطاعة والانفصال والعدوان والتوافق والانطواء ل: شيفووفور ستينج.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- (أ) تعاطي الآباء للمخدرات له تأثير كبير في مشكلات السيطرة على الأبناء وتوجيههم.
- (ب) مظاهر الاضطراب في الأسرة، وإفتقار النظام والمراقبة، وضعف الدور الوالدي يتيح الفرصة للأبناء لتكون اتجاهات مضادة للمجتمع وييسر لهم سبل الانحراف.
- (ج) تأثير الأم أكثر وضوحاً على الأبناء مقارنة بدور الأب.
- (د) مظاهر الاضطراب في الشخصية العدوانية والسلوكيات المضادة للمجتمع ترجع إلى البيئة الأسرية التي ينتمي إليها الفرد.

9- دراسة دو بيرتي و ليزيوم بعنوان: "Les jeunes et les drogues : réflexion pour la prévention" (1).

- أجريت هذه الدراسة الوبائية في السداسي الأول من سنة 1991 على 2335 تلميذ في الطور الثانوي، وهم موزعين على ثلاث مدن فرنسية كبيرة : باريس : 1063 تلميذ ، ليل 751 تلميذ، و نيس 521 تلميذ. وشملت هذه الدراسة 56 مؤسسة تربوية.
- ومن بين أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة: مقارنة بدراسة سنة 1983 بمدينة باريس الفرنسية على نفس الشريحة، تبين الدراسة أن هناك تطور ملحوظ في التعاطي.
- بالنسبة للكحول: أغلب التلاميذ يتعاطون على الأقل بالمناسبات المشروبات الكحولية. فهناك واحد في كل عشرين تلميذ (5.7%) صرح بأنه يتعاطى يوميا الكحول، وهذا التعاطي اليومي للكحول متواجد بصفة كبيرة عند الذكور (تلميذ واحد لكل عشرة 9%).
 - يطغى تأثير جماعة الرفاق في تعاطي الكحول،
 - 86% من التلاميذ الذين صرحوا بأنه مروا بحالة سكر عشر مرات خلال السداسي الأخير، قد جربوا المخدرات غير المشروعة.

(1) Perretti De, Christine; and Nelly, Leselbaum. " Les jeunes et les drogues : réflexion pour la prévention ". Revue Française de Pédagogie, 114(Janvier-Février-Mars 1996) : pp. 29-43.

- **تعاطي التبغ:** إن التعاطي بالمناسبات للتبغ موجودة، حيث هناك 47.1% في باريس، 41.7% في نيس، و 42.1% في ليل. و هناك 14.3% من التلاميذ يدخنون التبغ بانتظام على الأقل 10 سجائر يوميا.
- هناك علاقة إحصائية قوية بين تعاطي التبغ و تجربة تعاطي المواد المخدرة غير المشروعة. تجربة القنب هي نادرة عند غير المدخنين، و موجودة بكثرة عند المدخنين.
- **المواد المخدرة غير المشروعة:** حوالي تلميذ واحد من أصل ستة في كل من نيس 17.9% و ليل 17.3%، تعاطى على الأقل المخدرات مرة واحدة في حياته. أما في باريس، فهناك تلميذ واحد من أصل أربعة (24.2%) جرب على الأقل مرة واحدة المخدرات في حياته، و مقارنة بين عامي 1983 و 1991 بقي تجريب المخدرات مستقر في مدينة باريس.
- أما طبيعة المواد المخدرة المتعاطاة: فيبقى القنب ومشتقاته على رأس المواد المتعاطاة بنسبة 94%، وهو تقريبا نفس النسبة في سنة 1983.
- ويعتبر الفضول تحت ضغط جماعة الأقران من أهم أسباب تجريب المخدرات. أما إعادة تجريب المخدرات لأكثر من مرة يكون بسبب حضور الحفلات. كما أن الشعور بالنجاح الدراسي يساعد على التخفيف من التعاطي المتكرر للمخدرات، بينما الغياب المتكرر يعتبر من العوامل التي تدفع إلى التعاطي. وممارسة النشاطات الرياضية بانتظام، يعتبر من المحاور الأساسية للاستثمار الإدماجي، التي تساعد على خفض خطورة التعاطي المتكرر للمخدرات.

10 . دراسة سوان وآخرون بعنوان " Across-Cultural Comparaison " ⁽¹⁾.

- تكونت العينة من 477 شاباً منهم 52.8 % من الذكور و 47.2% من الإناث ممن قضوا سنوات تعليم بين (11 و 12) سنة.
- اعتمدت الدراسة على عدة مقاييس منها:
- (أ) مقياس لتحديد درجة تعاطي الفرد للمخدر.
- (ب) مقياس يتضمن " التوافق والعقاب الأسري " .
- أما نتائج الدراسة فكانت:
- (أ) وجود علاقة سلبية بين التوافق الدراسي وتعاطي المخدرات.

⁽¹⁾ Randall C. Swaim; et al. " Across-Cultural Comparaison". J.Cross-Cultural Psychology, 24,1(1993):pp.53-70.

ب) كما بيّنت الدراسة تأثير جماعة الرفاق على تعاطي المخدرات لدى الأبناء الأصغر عمراً.

ج) كان تأثير الأسرة في عملية تعاطي المخدرات أكثر وضوحاً لدى الأبناء المراهقين مقارنة بالأصغر عمراً.

11. دراسة برودي وفورهاند بعنوان

(1) " Prospective associations among family form, family processes, and adolescents' alcohol and drug use "

أجريت الدراسة على عينة من الأمهات وأبنائهن بلغت 80 فرداً قسمت إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى: عددها 40 منهم 17 ذكورا و 23 أنثى.

- المجموعة الثانية: عددها 40 منهم 23 ذكور و 17 أنثى.

ومتوسط عمر الأمهات كان 36 عاماً، بينما يتراوح عمر الأبناء بين (11- 14) عاماً.

لقد استخدمت في هذه الدراسة عدة أدوات أهمها:

أ) مقياس اسكودرمان الخاص بالتقبل والرفض الوالدي.

ب) مقياس الصراعات الأسرية، إعداد روبن وفوستري 1989 .

ج) استبيان لتحديد درجة تعاطي المخدر.

ومن أبرز نتائج الدراسة ما يلي:

أ) تلعب الصراعات داخل الأسرة دوراً هاماً في تعاطي الفرد للمخدر.

ب) أسلوب المعاملة المتبع للأسرة في معاملة الابن " الرفض والنبذ " يؤدي بالفرد إلى

تعاطي المخدرات.

ج) حالات الانفصال والاضطراب داخل الأسرة تؤدي بصورة مباشرة أو غير مباشرة

في تعاطي الأبناء للمخدرات.

د) تبين الدراسة أهمية تأثير جماعة السوء في دفع الفرد نحو تعاطي المخدرات.

(1) G.H., Brody; and Forehand R. "Prospective associations among family form, family processes, and adolescents' alcohol and drug use". *Behavior Research and Therapy*, 31,6(1993): pp.587-593.

12 . دراسة دانيال " A Longitudinal study of relations of family factors to adolescent psychological symptoms,

" (1) coping resources, school behavior, and substance abuse .

تهدف الدراسة إلى التأكد على أهمية العلاقات بين المراهقين والوالدين، وأيضاً الاتصال بين المراهقين، لذا فهي تبحث في نوع العلاقة بين البيئة الأسرية والتوافق والتركيز على الأمراض النفسية العامة والسلوك المدرسي وإنجاز الأعمال وتعاطي العقاقير المؤثرة. أجريت الدراسة على عينة تفر بـ: 378 مراهق والذين يقعون تحت سلطة الضبط الاجتماعي.

واستخدمت الدراسة الاستبيان والمقابلة لجمع البيانات المتعلقة بالدراسة. أما أهم نتائج الدراسة، فهي أن البيئة الأسرية تلعب الدور الأولي في إصابة المراهقين بالأمراض النفسية، كما تلعب نفس الدور في اتجاههم نحو إدمان المؤثرات العقلية.

13 . دراسة المجلس الوطني الأسترالي للمخدرات بعنوان: " High Risk Groups and

" Behaviours: A Secondary Position paper on Heroin related Overdose (2) .

كان الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو اكتشاف الأبعاد التي يجب مراعاتها عند الإقدام على تصميم برامج موجهة نحو التعامل مع مشكلة الإفراط في تعاطي مخدر الهيروين. لقد قام المركز القومي لبحوث المخدرات بدراسة تلك الجماعات، تضم كل جماعة نحو عشرين فرداً من متعاطي مخدر الهيروين.

وقد وصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1 . على الرغم من علم تلك الجماعات بالمخاطر التي تترتب على الإفراط في تعاطي مخدر الهيروين أو أي نوع آخر من المخدرات، إلا أن ذلك لم يمنعهم من محاولة الإفلاع عن التعاطي أو حتى الإقدام على العلاج.

2 . إن الإفراط في تعاطي مخدر الهيروين يأتي بعد وقت طويل من تناول المدمن أول

جرعة.

(1) T.L. Shek, Daniel . "A Longitudinal study of relations of family factors to adolescent psychological symptoms, coping resources, school behavior, and substance abuse". International Journal of Adolescent Medicine and Health, 10,3(1998): pp. 155-184.

(2) A.N.C.D. High Risk Groups and Behaviours: A Secondary Position paper on Heroin related Overdose. 2000. <http://www.hawaii.edu/pdf>. Consulté le 03/05/2010.

3. يصاحب الإفراط في تعاطي المخدر السلوكيات العنيفة.

ومن ثم تتسم تلك الجماعات بكثير من مشكلاتها الداخلية، وغلبة طابع العنف على التعامل بين أعضائها فضلاً عن اتجاهها نحو السلوك الإجرامي في أوقات كثيرة.

14. دراسة: كاثرين واين و ميخائيل بعنوان: "Structural determinants of youth drug use"⁽¹⁾.

انطلقت هذه الدراسة من فرضية مؤداها: أن تعاطي المخدرات مشكلة تكمن خلفها الكثير من العوامل البيئية أكثر منه نتيجة للعوامل الفردية. وشملت عينة البحث الفئات التالية:

1. 2000 فرد يخضعون للعلاج، يتعاطون أنواعاً مختلفة من العقاقير المخدرة.
 2. 1000 فرد مروا بتجربة الإدمان، وتم شفاؤهم بعد خضوعهم لبرنامج مكثف للعلاج.
 3. 200 من أباء المدمنين وأمهاتهم.
- وقد اعتمدت الدراسة بشكل أساسي على منهج دراسة الحالة، كما استعانت أيضاً بالمنهج التاريخي، حيث تتبع النشأة التاريخية لمشكلة الإدمان عند أفراد العينة من مختلف الفئات. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج، أهمها :

أولاً: فيما يتعلق بتاريخ أفراد العينة وعلاقته بالإدمان و متغيرات البيئة المحيطة.

- 1- هناك علاقة قوية بين المتغيرات التنموية المصاحبة لفترة الطفولة المبكرة ونمط التغيرات النفسية والاجتماعية لدى الأطفال وبين اتجاههم مستقبلاً نحو إدمان المخدرات.
- 2- تلعب البيئة الاجتماعية دوراً هاماً في الاتجاه نحو إدمان العقاقير المخدرة أو تعاطيها .
- 3- تلعب المعايير والقيم المشتركة في الشعور بالانتماء لدى الشباب دوراً محورياً في الموقف من العقاقير المخدرة ومن ثم الاتجاه نحو تعاطيها.

ثانياً: فيما يتعلق بدور العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

- 1- شعور البعض بفوراق تفصلهم عن الآخرين، وتقلل من فرص الحياة، يكون في أغلب الأحيان عاملاً ودافعاً هاماً نحو اتجاه البعض نحو تعاطي وإدمان المخدرات.

⁽¹⁾ Catherine, Spooner, Wayne, Hall; and Michael Lynskey .Structural determinants of youth drug use. Woden, A.C.T.: Australian National Council on Drugs, 2001. <http://catalogue.nla.gov.au>. (25/06/2011).

2- زيادة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، كإنخفاض الأجور وارتفاع معدلات زيادة الضرائب والتباين الشديد في مستوى الدخل يؤثر تأثيراً كبيراً على الاتجاه نحو الإدمان.

ثالثاً: فيما يتعلق بدور العوامل الوسيطة: فالشعور بالتدني الاجتماعي يساهم بشكل كبير في الإحساس بافتقار الأمان الاجتماعي وذلك في مرحلة الطفولة المبكرة . وهو الأمر الذي يدفع بالشباب للإدمان رغبة منه في التخلص من هذا الإحساس.

رابعاً: دور البطالة في الإدمان: إن البطالة لها دور يسهم في زيادة الشعور بالفقر، وما يترتب على ذلك من انخفاض الإحساس بأداء الدور الاجتماعي المنشود. فقد كشفت الدراسة عن أن ثمانية من بين كل عشرة خضعوا لبرامج تأهيل من قبل المركز وقعوا في مشكلة المخدرات بسبب تعطلهم عن العمل بشكل أساسي.

15 . دراسة: ليندا و هيتار بعنوان:

(1) " Evidence Supporting Treatment. The Effectiveness of Interventions for illicit drug use."

حاول الباحثان من خلال هذه الدراسة معرفة دور بعض البرامج والسياسات التي يتم وضعها من قبل الهيئات المتخصصة في علاج الإدمان ودورها في التقليل من استخدام العقاقير المحظورة استخدامها، وهي في الغالب العقاقير التي تسبب الإدمان.

و تمثلت عينة الدراسة في أربعة مجموعات وهي كالآتي:

1. عينة تعرضت لتجربة الإدمان، وتخلصت منها بفضل خضوعها لبرامج تأهيلية علاجية.
 2. عينة تعاني من الإدمان أثناء الدراسة، ولكنها تخضع حالياً لنفس البرنامج.
 3. عينة سمعت عن البرنامج، ولكنها لم تمر بخبرة الإدمان أو التعاطي .
 4. عينة من العاملين في تلك البرامج والقائمين على تنفيذها.
- وتم استخدام المسح الشامل، كما اعتمدت الدراسة على منهج دراسة الحالة. بإجراء مقابلات.

وفي الأخير تمكنت الدراسة من الوصول إلى النتائج التالية:

(1) Linda, Gowing ; and Heather, Prodfoot. Evidence Supporting Treatment. The Effectiveness of Interventions for illicit drug use. The national drug and alcohol research, Australia, 2001.

1. إن نسبة كبيرة من المدمنين الخاضعين للعلاج، أنتت من أسر تعاني من مشكلات عديدة من أهمها انفصال الوالدين أو كثرة المشاكل بينهما.
2. إن نجاح البرنامج الذي خضع له الأفراد الذين تم علاجهم، كان بفضل التركيز على العوامل الأسرية المحيطة بالشباب المدمن والعمل على حلها من خلال إشراك الأسر برنامج.
3. أشار كثير من العاملين في البرنامج العلاج الوقائي على ضرورة تطوير تلك البرامج مع مرور الوقت، وذلك في ضوء التغيرات التي تطرأ على المجتمع نفسه.

16. دراسة دنيس جراي، وآخرون بعنوان "Indigenous Drug and Alcohol Projects 1999-2000"⁽¹⁾.

تناولت هذه الدراسة تحليل بعض المتغيرات المرتبطة بإدمان الشباب للمخدرات الطبيعية والكحول على وجه الخصوص (المستوى التعليمي والمهني والدخل ومكان الإقامة). وبلغت حجم العينة 200 فرداً، 100 للعينة التجريبية، 100 للعينة الضابطة. وقد تمثلت العناصر التي تم ربطها بنوع المخدر (طبيعي أو اصطناعي) في المتغيرات التالية: 1. المهنة، 2. الدخل، 3. المستوى التعليمي، 4. مكان الإقامة. أما المنهج المتبع فكان المنهج التجريبي، والمنهج المقارن و المنهج الإحصائي. واعتمد عناصر الفريق على إستمارة الاستبيان كأداة لجمع البيانات. و من بين أهم نتائج الدراسة:

1. توجد علاقة إرتباطية إيجابية وذات دلالة إحصائية بين المهنة ونوع المخدرات التي أدمن عليها، فالأفراد الذين يعملون في مهن تتطلب السهر في الغالب يقعون في فئة مدمني العقاقير الاصطناعية.
2. توجد علاقة إرتباطية وذات دلالة إحصائية بين توزيع أفراد العينة على الدخل وبين نوع المخدر المتعاطي، فالأفراد الذين ترتفع مداخلهم في الغالب هم من يتناول المخدرات الطبيعية نظراً لارتفاع كلفتها على العكس من ذوي المداخيل المتوسطة أو المنخفضة.
3. لا توجد علاقة بين توزيع أفراد العينة على المستوى التعليمي وبين إدمان نوع محدد من العقاقير.

⁽¹⁾ Dennis, Gray.; et al (2002). *Indigenous Drug and Alcohol Projects 1999-2000. ANCD Research Paper N°4. Australian National Council on Drugs, A report prepared for the Australian National Council on Drugs, 2002. <http://www.indigenousjustice.gov>. Consulté le 11/03/2010.*

4. ترتفع نسبة الذين تعاطون المخدرات الطبيعية في الأحياء الراقية والغنية، بينما ترتفع نسبة الذين يتعاطون المخدرات الاصطناعية في الأحياء المزدهمة والفقيرة.
5. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين نوع الكحول الذي يتعاطه أفراد العينة، وبين المتغيرات السابق الإشارة إليها (الدخل والمهنة ومكان السكن).

17. دراسة ماتيو وارنر سميت وآخرون " Heroin overdose: causes and consequences " ⁽¹⁾.

- ركزت هذه الدراسة على فئة معينة من متعاطي ومدمني مخدر الهيروين.
- وكانت تسعى الدراسة إلى :** التعرف على مدى انتشار الهيروين في مجتمع البحث، في إحدى ضواحي التابعة لمدينة سيدني الاسترالية، والعلاقة المتبادلة بين إدمان البعض لهذه المادة المخدرة وبين تعاطي وإدمان مواد أخرى. مع التعرف على أهم النتائج التي تظهر عن إدمان مخدر الهيروين.
- واعتمدت الدراسة على المنهج الإحصائي، باستعمال المقابلة الموجهة كأداة جمع البيانات، وتبنت الدراسة العينة العمدية، لعدد من الحالات التي كانت تخضع للعلاج في بعض المراكز. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
1. يعد الهيروين أحد أخطر أنواع العقاقير المخدرة تدميرًا للإنسان، حيث تزداد درجة الاعتمادية عليه بسرعة بعد الجرعة الثانية.
 2. يحدث تعاطي هذا المخدر أضرارًا بالغة بالجسم والعقل في آن واحد. حتى بالنسبة للذين اتجهوا للعلاج منه مبكرًا.
 3. تعاطي الهيروين جاء بعد التعرف على أنواع أخرى من العقاقير المخدرة، بحيث أن هذا المخدر جاء في ترتيب الأخير، حيث تكون البداية بالماريجوانا، ثم الأقراص الهلوسة ثم الحشيش ثم الآفيون ثم الهيروين.
 4. من نتائج تعاطي للهيروين: ضعف الذاكرة، قصور في النظر؛ فقدان حاستي الشم والذوق و فقدان الشهية.

⁽¹⁾ Matthew Warner-Smith and all. "Heroin overdose: causes and consequences". *Addiction*, 96,8(August, 2001): pp.1113-1125. [http://onlinelibrary.wiley.com. \(10/09/2011\).](http://onlinelibrary.wiley.com. (10/09/2011).)

18. دراسة ستروم ⁽¹⁾ Profile Of State Prisoners Under age 18, 1985-1997

درس ستروم مدى انتشار تعاطي المخدرات بين الصغار، وحجم هذا انتشار وعوامل التعاطي، حيث بدراسة مدى انتشار المخدرات بين الأحداث المسجونين من سنة 1985 إلى 1997، وقد وجد أن عدد المستهلكين للعقاقير المخدرة تحت سن 18 قد زاد من 2% في سنة 1985 إلى 11% في سنة 1997، وقد زاد عدد الأطفال السود المتعاطين للمخدرات من هؤلاء المسجونين من 53% إلى 62%، وكذلك البسيط من 21% إلى 32% من هؤلاء المسجونين البيض.

وحاول معرفة العلاقة بين تعاطي المخدرات لهؤلاء الأحداث وبين حدوث بعض الجرائم، فقد وجد أن 75% من المراهقين المتعاطين للمخدرات، قد ارتكبوا جرائم الاغتصاب، ونحو 70% ارتكبوا جرائم العنف المحلي.

وأشارت الدراسة أيضا إلى نحو 74% من الأطفال المتعاطين للمخدرات، قد أساء إليهم من قبل الأسرة بالإهمال والتفكك الأسري، وخاصة تعرض أحد الوالدين للسجن، فنحو 32% من أباء هؤلاء الأطفال موجودين في السجن لتعاطيهم المخدرات، وكذلك في سجون نيويورك لإساءة استعمال العقاقير المخدرة وهذه نسبة جد عالية من شأنها أن تؤثر على تعاطي الأطفال للمخدرات.

19. دراسة جونستون وآخرون بعنوان:

⁽²⁾ National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future study, 1975-1999

وقد توصل فريق البحث أن أكثر من نصف الطلاب في الولايات المتحدة في عام 1999، حاولوا تجريب العقاقير المخدرة قبل تخرجهم من المدرسة الثانوية، بالإضافة إلى نحو 65% من الطلبة حاولوا تدخين السجائر، ونحو 35% مدخنون حاليا أي اثناء الدراسة، ونحو 62% منهم تعاطوا الكحوليات، و25% تناولوا المخدرات الطبيعية كالقنب الهندي والأدوية المخدرة.

(1) Kevin J. Strom. Profile Of State Prisoners Under age 18, 1985-1997. United State: U.S. Department of Justice Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics Special Report. February 2000.

(2) L.D., Johnston; O'Malley, P.M.; and Bachman, J.G. National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future study, 1975-1999. Vol. 2, NIH Publication No. 00-4803, Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, 2000.

وبالرغم من ذلك فإن المبالغ التي تتفققها الولايات المتحدة ضد العقاقير المخدرة تزيد باستمرار، فزادت من 65.1 بليون دولار في عام 1982 إلى 17.7 بليون دولار عام 1999. وخاصة أن 82% من تلاميذ الثانوية المتعاطين للمخدرات، قد أشاروا على أنهم كانوا يحصلون على القنب الهندي بسهولة شديدة، حتى أن البعض من هؤلاء المراهقين قد أشاروا إلى أن الحصول على القنب الهندي أسهل بكثير من الحصول على البيرة.

20. دراسة: بوتفين⁽¹⁾ A skills training approach to smoking prevention among Hispanic youth

عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات لدى الأحداث. حيث عرض الديناميكا العوامل النفسية والاجتماعية والعائلية، التي تلعب دور في تعاطي المراهقين للمخدرات، فالعلاقات بين الآباء والأطفال والمعاملة القاسية للأطفال، وعدم الرقابة من الوالدين، وتعاطي الأب للكحوليات، وعدم الاستقرار الاقتصادي، قد تؤدي إلى تعاطي المخدرات بين المراهقين.

21. دراسة بيجور وكورزون بعنوان Problem drinking and Child injuries⁽²⁾

وهي دراسة عن العوامل التي تؤدي إلى تعاطي الأطفال للمخدرات. حيث أكدت الدراسة على العلاقة بين مشكلات تعاطي الكحوليات ومعاملة الطفل، فنحو 40% من الأطفال المتعاطين للكحوليات والمخدرات، قد توجه إليهم المعاملة القاسية من الوالدين، فالعوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات في معظم الحالات هو الانتهاك العاطفي، والإهمال للأطفال يعانون من المشكلات الصحية والعاطفية، ويعانون من الحزن والقلق و يعيشون في جو من الإجهاد العائلي والفشل الدراسي.

⁽¹⁾ G.J., Botvin; et al (1989). "A skills training approach to smoking prevention among Hispanic youth". Journal of Behavioral Medicine, 12(1989): pp.279-296.

⁽²⁾ P.E, Bijur.; Kurzon.M.D.; and P.C. Scheidt. " Problem drinking and Child injuries". Journal of the America and Medical Association, (1992): pp.3166-3171.

22. دراسة لنج و دارو (1) بعنوان Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1995 : annual fifty state survey

اهتمت بدراسة العلاقة بين تعاطي الأب للكحوليات والمعاملة القاسية للطفل، وآثار ذلك على تعاطي الطفل للمخدرات، فالعلاقة بين تناول الآباء للكحوليات، وتعاطي الأبناء للعقاقير المخدرة أو الكحوليات، علاقة شديدة الترابط، فنحو 14 مليون أمريكي بالغ، يتناول الكحوليات، وعدد مستعملي العقاقير المخدرة المحظور استخدامها تجاوزون 212 مليون، تتضمن القنب الهندي والكوكايين والهيروين والمستنشقات وعقاقير الهلوسة، وأكثر من 6.6 مليون طفل تحت سن 18 سنة، يوجد عائل أسرهم يتعاطى المخدرات والكحول. ويوجد عامل آخر يساهم في تعاطي الطفل للمخدرات، هو إهمال الطفل، حيث 81% من إجمالي الأطفال المتعاطين للمخدرات يؤكدون أنهم كانوا ضحايا للإهمال والتفكك الأسري .

23. دراسة كريستوفر 2000 عن العلاقة بين سجن الآباء وتعاطي الاولاد للمخدرات (2) ، فقد بينت الدراسة أن 62% من المراهقين المتعاطين للمخدرات كان والدهم مسجون، وأكدت الدراسة أيضا بوجود علاقة قوية بين استعمال المراهقين للقنب الهندي والكحول وبين وجود مشكلات بالعائلة من تركيب عائلي وانخفاض الدخل وانفصال الوالدين الذين يؤدي إلى السلوك العدواني المنحرف للحدث.

24. تحقيق François, Beck وآخرون بعنوان (3):

Les drogues à 17 ans : Évolutions, contextes d'usages et prises de risque

في تحقيق أجري في فرنسا على 30000 شاب من الجنسين في سن 17. أظهرت النتائج أنه مقارنة بسنة 2003، تراجع بخمسة نقاط تجربة تعاطي التبغ، أما نسبة المدخنين اليوميين، فهي موزعة كالآتي، 34% من الذكور و 32% من الإناث. وقد صرح

(1) C.T., Lung; and Daro, D. Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1995 annual fifty state survey. Working paper no. 808. Chicago, IL: National Committee to Prevent Child Abuse, April 1996.

(2) Mimola, Christopher J. Incarcerated Parents and their Children. Bureau of Justice Statistics. August 30, 2000. <http://www.bjs.gov>. (20/01/2012).

(3) François, Beck ; Stéphane, Legleye ; and Stanislas, Spilka. "Les drogues à 17 ans : Évolutions, contextes d'usages et prises de risque. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2005 ". *Tendances*, 49(Septembre, 2009) : pp 1-4., OFDT. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/english-tab.html>. (29/01/2011).

1/3 ثلث المدخنين اليوميين أنهم قللوا من نسبة تعاطيهم اليومي للتبغ بسبب ارتفاع سعر السجائر .

تراجع استهلاك الكحول منذ 2003، وبصفة خاصة لدى الذكور، في حين تبدو الثمالة المتواترة (على الأقل 10 مرات في السنة) في تزايد، حيث أنها ارتفعت من 6.6 % إلى 9.6% في نفس الفترة. أما تعاطي القنب الهندي، فبعد أن عرف تزايد منذ مطلع التسعينات، نجده قد بلغ النسبة نفسها التي كان عليها في 2000 (تتعلق التغيرات الملاحظة خلال الفترة أساساً بالذكور)، وهكذا نجد تعاطي القنب الهندي المنتظم منذ سنة 2000، في مستوى قريب من مستوى التعاطي المنتظم للكحول لدى الجنسين.

أما إستهلاك مواد أخرى كالكيثامين و GHB والسيبتاكس Subutex فلم يعرف أي تطور ملحوظ خلال السنوات الأخيرة.

يصرح واحد من خمسة ذكور وواحدة من عشرة فتيات ممن بلغوا 17 سنة، أنهم يتعاطون بانتظام أنواعاً متعددة من المخدرات من بينها الكحول والتبغ والقنب الهندي، ونصف الفتيات المعنيات يتعاطين التبغ والقنب الهندي، وحوالي ربعهن الكحول والتبغ و 15 % المواد الثلاثة. ويتوزع الذكور بصفة أكثر إنتظاماً بين هذه الأنواع الثلاثة من الاستهلاك.

24. تحقيق ستيفان ليغلي وآخرون⁽¹⁾:

Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008.

الكحول والتبغ في تراجع:

في 2008، 70.7% من الشباب (17 سنة) سبق لهم وأن دخنوا سيجارة واحدة، 92.6% سبق لهم وأن تعاطوا الكحول، 59.8% صرحوا بأنه سبق لهم وأن تعاطوا الكحول حتى السكر (الثمالة) 42.2% تعاطوت القنب خلال حياتهم.

الكوكايين، الأمفيتامين والمستنشقات في تصاعد:

ما بين 200 و 2008، لوحظ ارتفاع مستوى تجربة المواد النفسية غير المشروعة ما عدا القنب. فتجريب الكوكايين والأمفيتامين وصل إلى 5%، أما الإسكتازي و الفطريات المهلوسة

⁽¹⁾ Stéphane, Legleye. ; et al. "Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008". *Tendances*, 66(Juin, 2009): pp 1-6., OFDT, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/english-tab.html>. (29/01/2011).

فقد تراجع مقارنة بسنة 2005. وبالنسبة لعقاقير ل س د ، الهيروين، الكراك و السوبيتكس، GHB و الكيتامين في تصاعد إلا أنه لم يتعدى 1%

ارتفاع المعدل العمري للتجريب:

في سنة 2008 ، وصل المعدل العمري لتدخين أول سيجارة إلى 13.4 سنة عند الذكور و 13.7 سنة عند الإناث. أما بالنسبة لأول مرة يتعض فيها المبحوث إلى حالة السكر، فكان المعدل العمري 14.9 سنة عند الذكور مقابل 15.3 سنة عند الإناث. يتبعه تعاطي القنب بمعدل عمر 15.1 سنة عند الذكور، و 15.3 سنة عند الإناث. أسباب التعاطي والامتناع:

خلال 30 يوما قبل إجراء التحقيق، 40.5% من الشباب صرحوا بأنهم دخنوا على الأقل سيجارة واحدة، و 77% صرحوا بأنهم تعاطوا الكحول، و 24.7% صرحوا بأنهم تعاطوا القنب.

أما ظروف التعاطي، فتأتي في المرتبة الأولى المناسبات والأفراح بالنسبة لتعاطي الكحول بنسبة 11%. وفيما يخص تعاطي القنب يأتي البحث عن اللذة في المقدمة بنسبة 38%. أما عن أسباب تدخين التبغ صرح نحو 47% بأنهم يدخنون بحكم العادة، و 34% صرحوا بأن تجريب التبغ لا يستطيعون الاستغناء عن تدخين التبغ، و 31% صرحوا بأن التدخين يساعدهم على الهدوء و النوم.

أما الذين امتنعوا عن التعاطي الحالي، صرحوا بأن ذلك يعود إلى خوفهم من المشاكل الصحية، والخوف من الاعتماد والاعتياد. كما صرح نحو 39% من الممتنعين عن عدم تعاطيهم القنب لعدم شرعيته قانونيا. أما الأسباب الثقافية والدينية فوصلت النسبة إلى 15% من الممتنعين بالنسبة للكحول، و 5% بالنسبة للتبغ والقنب.

25. دراسة إسباد بعنوان⁽¹⁾ Utilisation de Substance parmi les jeunes scolarisés de 35 Pays d'Europe

تدخل هذه الدراسة ضمن سلسلة من الدراسات على البلدان الأوروبية، وهذا لمحاولة معرفة تطور ظاهرة تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب المتمدرس في كل الدول الأوروبية ومقارنة الظاهرة بين الدول . واشتملت عينة هذه الدراسة على 100000 شاب متمدرس والمولودين في 1991 (أي معدل السن أثناء جمع المعلومات كان 15.8 سنة)، أعمارهم بين 15 إلى 16 سنة. وتم استعمال أداة الاستبيان لجمع البيانات، وهو موحد على كل الدول الأوروبية والذي تم توزيعه في ربيع 2007.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- التبغ:

- 58% من عينة الدراسة صرحوا بأنهم حاولوا التدخين مرة واحدة على الأقل، و 29% دخنوا السجائر في الثلاثين يوم الأخيرة، و 02% صرحوا بأنهم دخنوا علبة سجائر في اليوم خلال الثلاثين يوم الأخيرة، و 07% صرحوا بأنهم دخنوا علبة السجائر يوميا اعتبارا من سن الثالثة عشر.

وكانت جمهورية التشيك، استونيا، ليتونيا وسلوفانيا على رأس الدول الأوروبية 13%، أما اليونان ورومانيا فكانتا في مؤخرة الترتيب بـ 3%. كما لوحظ انخفاض طفيف مقارنة بالدراسة التي أجريت سنة 1995 بأربعة نقاط في مجال تدخين السجائر لدى الشباب المتمدرس.

2-الكحول:

- 2/3 أفراد عينة الدراسة تعاطوا الكحول تجريبيا أو بالمناسبة.
 - 82% من أفراد العينة تعاطوا الكحول في السنة الأخيرة.
 - 61% من أفراد العينة صرحوا بـ،هم تعاطوا الكحول في الثلاثين يوم الأخيرة.
- هذه الأرقام لم تتغير مقارنة مع دراسة 1995.

⁽¹⁾ O.E.D.T. Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD « Utilisation de Substance parmi les jeunes scolarisés de 35 Pays d'Europe ». Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2009. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2009 . www.emcdda.europa.eu.(18/05/2010).

على حسب الدول، نجد أن النمسا (80%) من أفراد العينة صرحوا بتناول الكحول في الثلاثين يوم الأخيرة، ولم يسجل إلا (31%) في إسبانيا، و (35%) بأرمينيا. البيرة هي المشروب المفضل عند الأولاد، أما الإناث فيفضلن الروحيات (Spiriteux).

نصف أفراد العينة صرحوا بأنهم شربوا حتى السكر على الأقل مرة واحدة في حياتهم.

المخدرات غير المشروعة:

- 1/3 أفراد العينة يجدون أن القنب الهندي سهل الحصول عليه.
 - 23% من الأولاد و 17% من البنات حاولوا تعاطي المخدرات غير المشروعة مرة واحدة على الأقل في حياتهم.
 - صرح 19% من أفراد العينة، أنهم استعملوا القنب الهندي على سبيل التجريب أو بالمناسبة، مقابل 7% من أفراد العينة الذي حاولوا استعمال واحد أو أكثر من مخدر ممنوع.
 - في معظم البلدان الأوروبية، نسبة الذكور أكبر من نسبة الإناث في تعاطي القنب.
- مقارنة بسنة 2003 فإنه لوحظ انخفاض ملحوظ في تعاطي المخدرات لسنة 2007، أي من 21% إلى 18%.

مقارنة بسنتي 1995 و 2003، لوحظ تراجع في تعاطي المخدرات غير المشروعة بثلاثة نقاط بالنسبة لثلاثين يوما الماضية. أما بالنسبة للكحوليات والعقاقير على سبيل التجربة أو المناسبة فلم يلاحظ أي تغيير في 2007 مقارنة بسنة 2003.

26. دراسة جونستون و آخرون بعنوان: Monitoring The Future National Results on:

Adolescent Drug Use Overview o Key Finding 2010⁽¹⁾

يدخل هذا التحقيق في إطار التحقيقات السنوية التي تقوم بها جامعة ميشيغان بالولايات المتحدة وهذا منذ سنة 1975م، أي أن هذه التحقيقات تجرى سنويا لأكثر من 36 سنة، وتخص هذه التحقيقات الشباب المراهق في الطور الثانوي Secondary School، وهذا ما

⁽¹⁾ Lloyd D. Johnston, et al. . Monitoring The Future National Results on Adolescent Drug Use Overview o Key Finding 2010. The University of Michigan Institute for Social Research, NIDA. <http://www.monitoringthefuture.org>. (30/10/2011).

يسمح بالمقارنة بين مختلف السنوات، وتحليل اتجاهات التلاميذ وكذلك تطور تعاطي مختلف المخدرات المشروعة وغير المشروعة.

تتكون هذه العينة من 46500 تلميذ لـ 396 ثانوية، وهي موزعة كالآتي: 15800 تلميذ الصف 8، 15600 تلميذ الصف 10، و 15100 تلميذ الصف 12. وتم استخدام أداة الاستبيان متعدد الأشكال لكل صف استبيان خاص به. وتوصلت الدراسة إلى مايلي:

نحو 7 لكل 10 (42%) من الشباب الأمريكي جرب التبغ في الصف 12، و يوجد 1 لكل 5 شباب في الصف 12 يدخنون حالياً. أما فيما يخص الصف الثامن، نجد أن واحد من أصل 5 تلاميذ (20%) قد جرب التبغ، وواحد في كل 14 تلميذ (7%) أصبح مدخن في الوقت الحالي (أي عند إجراء التحقيق).

وعلى الرغم من تراجع التعاطي الكحول عموماً، إلا أن ثلاث ارباع 3/4 من التلاميذ أي 71% صرحوا أنهم قد تعاطوا الكحول (أكثر من جرعة واحدة) في نهاية المرحلة الثانوية. ففي أواخر القرن العشرين، وصلت مستويات تعاطي الشباب الأمريكي للمخدرات غير المشروعة نسبة عالية، فعند بداية استخدام هذا التحقيق سنة 1975، وصلت نسبة تعاطي المخدرات عند الشباب الأمريكي الذي غادر الثانوية نسبة 55 %، ليصل عام 1981 نسبة 66%، ثم تنخفض عام 1992 لتصل إلى 41%، لترتفع من جديد عام 1999 لتصل إلى 55 %، ثم تنخفض من جديد عام 2007 لتصل إلى 47% وتبقى مستقرة إلى غاية 2009، ثم ترتفع من جديد عام 2010 إلى 47%.

يبقى مخدر الماريجوانا، هو الأكثر تعاطياً من بين المخدرات غير المشروعة في الولايات المتحدة الأمريكية منذ 36 سنة.

أما بالنسبة للمخدرات غير المشروعة الأخرى ماعدا القنب، ففي 1975 أكثر من 1/3 الثلث (36%) من تلاميذ الصف الثاني عشر 12، جربوا بعض المخدرات غير المشروعة غير الماريجوانا.

منذ أن بدأت التحقيقات في عام 1975، ما بين 81 % و 90% من تلاميذ الصف الثاني عشر 12، صرحوا بأنهم يستطيعون الحصول على الماريجوانا بسهولة كبيرة إذا ما أرادوا تعاطيها.

بالنسبة للاستنشاق الغازات، فقد ارتفع هذا النوع من التعاطي من 1976 إلى 1987، ولكن عرف هذا النوع تراجع سنتي 2001 و 2002.

أما فيما يخص عقار ل س د LSD، فقد تراجع هذا النوع من المخدرات في تعاطيه اعتباراً من سنة 1975 بالنسبة للصف الثاني عشر، إلا أنه عرف ارتفاعاً للصفوف الثلاث ما بين 1991 و 1996. واعتباراً من 1996 بدأ يعرف تراجعاً في الصفوف الثلاثة وخصوصاً سنوات 2011، 2002 و 2003. واستمر في التراجع حتى السنين الأخيرة.

أما عن مخدر الكوكايين، فإن تعاطيه لدى تلاميذ الصف الثاني عشر عرف بدايته مع نهاية السبعينات، ثم عرف استقراراً في تعاطيه إلى نهاية النصف الأول من سنوات الثمانينات. و بين 1992 و 1999 شهد تعاطي هذا العقار ارتفاعاً قبل أن يتراجع من جديد في سنوات 2000 الألفينات. أما فيما يخص سنة 2010 فقد استقر التعاطي لدى تلاميذ الصف الثاني عشر 12 نحو 2.9%.

أما عن عقار الكراك، فقد عرف منحنى تصاعدياً في تعاطيه اعتباراً من 1980، لكن بعد 1986 عرف تراجعاً في تعاطيه لدى فئة التلاميذ للصف الثاني عشر 12 واستمر حتى 1991. بالنسبة للصفوف الثلاث استمر تراجع تعاطي الكراك حتى 1998 حتى ولو أنه كان بطيئاً. ومنذ ذلك الوقت تراجعت نسبة التعاطي لهذه المادة بالنصف للصفوف الثلاث.

بالنسبة لتعاطي عقار الأمفيتامينات، فقد عرف ارتفاعاً في التعاطي في منتصف السبعينات الأخير، ليصل إلى ذروته عام 1981. بعد 1981 عرف تعاطي هذا النوع تراجعاً لدى تلاميذ الصف الثاني عشر وهذا حتى 1992. كباقي المخدرات الأخرى عرف الأمفيتامين عودة قوية مع بداية التسعينات ليعرف ذروته للصفين الثامن 8 والعاشر 10 سنة 1996. واعتباراً من هذه السنة بدأ تعاطيه يتراجع عند الصف الثامن و بصفة متقطعة بالنسبة للصف العاشر. أما بالنسبة للصف الثاني عشر بدأ تعاطي الأمفيتامين يتراجع اعتباراً من 2002.

أظهر التحقيق السنوي، أن تعاطي الهيروين في وسط تلاميذ الصف الثاني عشر سقط بنحو النصف ما بين 1975 و 1979، أي من 1.0% إلى 0.5%، ثم عرف انتشار تعاطي الهيروين من جديد ارتفاعاً في المنتصف الثاني من سنوات التسعينات، ليلعب ذروته سنة 1996 في أوساط التلاميذ الصف الثامن (1.6%)، وعرف في 1997 (1.4%) بالنسبة

للفص العاشر، و في سنة 2011 عرف (1.5%) بالنسبة للفص الثاني عشر. منذ ذلك عرف انتشار تعاطي الهيروين تراجعاً للفصوف الثلاث من سنة 2005 إلى سنة 2009. وبخصوص الاكستازي MDMA. فانتشار تعاطي هذا العقار حسب التحقيق الذي أجري سنة 1996 بالنسبة للفص العاشر والثاني عشر كان على النحو 4.6%، ولكن يتراجع خلال السنتين المقبلتين، ثم تعود ثانياً للارتفاع من 1999 إلى 2001، ليصل إلى التعاطي السنوي عند الفص العاشر إلى 6.2% و إلى 9.2% بالنسبة للفص الثاني عشر. ثم يعود إلى التراجع من جديد اعتباراً من 2001.

بالنسبة للكحول، في أوساط تلاميذ الفص الثاني عشر سنة 1979 وصل تعاطي الكحول ذروته، ويبدأ في الانخفاض ابتداءً من 1983، وذلك من 41% إلى 28% عام 1992. أما في عام 2010 وصل التعاطي 46، 32 و 26 للفصوف 8، 10 و 12 على التوالي.

أما فيما يخص التبغ، ففي أوساط تلاميذ الفص الثاني عشر، انتشار تعاطي التبغ لثلاثون يوم التي سبقت التحقيق، نجد أن التعاطي بلغت ذروته سنة 1976 بنسبة 39%. ولكن يتراجع سنة 1981 إلى 28%. إلا أنه في سنوات التسعينات بدأ يرتفع بشكل محسوس، فبعد 1991 في أوساط الصفين الثامن والعاشر، وبعد سنة 1992 في أوساط الفص الثاني عشر، وخلال الأربع سنوات القادمة أي إلى غاية نهاية 1995 تراجع تعاطي التبغ نوعاً ما، إلا أنه في 1996 يصل إلى ذروته للفص الثامن و العاشر، و في سنة 1997 يعرف ذروته للفص الثاني عشر، قبل أن يبدأ في الانخفاض من جديد وهذا حتى سنة 2004. فبين 1990 و 2004، انتشار تعاطي التبغ لثلاثون يوم الماضية تراجع إلى نحو 56% للفص الثامن، 47% للفص العاشر، و 32% للفص الثاني عشر. واستمر الانخفاض إلى غاية 2010.

27. تحقيق 2011 (ESPAD) الأوروبي في المدارس على تعاطي الكحول و المخدرات الأخرى في أوساط التلاميذ⁽¹⁾.

يسعى هذا التحقيق إلى مقارنة تعاطي المواد المخدرة عند المراهقين المتمدرسين لمعظم الدول الأوروبية، وكانت أول تجربة سنة 1995. أما التحقيق الأخير فكان سنة 2011 وشمل 36 دولة، بما فيها فرنسا التي تشارك للمرة الرابعة.

بالنسبة لفرنسا، فقد أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 2572 مراهق متمدرس في سن 15-16 سنة. وشملت الدراسة 195 مؤسسة تربوية (collèges, lycées, d'enseignement général et technique, lycées professionnels).

أما النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، فكانت كالآتي:

تعاطي للتبغ: شهدت فرنسا: ارتفاع التعاطي الحديث للتبغ، وخصوصا عند البنات: ففي 2011، أكثر من 6 لكل 10 مراهقين في السن 15-16 سنة (63%) صرحوا بأنهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ على الأقل مرة واحدة في حياتهم، وتمثل نسبة الإناث أكثر من الذكور (68% إناث مقابل 58% ذكور).

أما على مستوى التعاطي الحديث في وسط الشباب الفرنسي يفوق المتوسط الأوروبي (38% فرنسا مقابل 28% دول أوروبا)، وهكذا يحتل الشباب الفرنسي المرتبة السادسة (من أصل 36 دولة أوروبية). أما الدول التي هي على رأس القائمة فهي: ليتونيا (43%)، جمهورية التشيك (42%)، كرواتيا (41%). أما الشباب الذين يتعاطون التبغ أقل من الآخرين فهم شباب دول ألبانيا (12%) و منتينيغرو (11%) و إسيلاندا (10%). أما النسبة العالية من الإناث اللواتي يتعاطين التبغ أكثر من الذكور فتخص فرنسا، بلغاريا وموناكو.

تعاطي الكحول: في 2011، 91% من المراهقين ما بين 15-16 سنة صرحوا بأنهم تعاطوا الكحول على الأقل مرة واحدة في حياتهم، بدون فرق بين الإناث والذكور. أما نسبة التعاطي الحديث (تعاطي خلال 30 يوم الأخيرة قبل التحقيق) فقد وصل إلى 67%. و تفوق نسبة الذكور مقارنة بالإناث (70% ذكور مقابل 64%).

⁽¹⁾Stanislas, Spilka, Olivier Le Nézet. Premiers Résultats du volet Français de l'Enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2011. OFDT. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 31 mai 2012. www.ofdt.fr/BDD/publications. (17/07/2012).

أما بالنسبة للدول الأوروبية، تحتل ألمانيا و اليونان المراتب الأولى بفارق كبير عن باقي الدول. أما دول شرق أوروبا والشمال، فهي تمثل مستوى أقل من المتوسط الأوروبي. **تعاطي القنب:** في فرنسا: سنة 2011، تقريبا تلميذين من أصل خمسة تلاميذ البالغين من العمر 15 إلى 16 سنة، صرحوا بأنهم قد تعاطوا القنب على الأقل مرة واحدة خلال حياتهم، وتكرر هذا الفعل عند البنات أكثر من الذكور. أما التعاطي الحديث للقنب (على الأقل خلال 30 يوم الأخيرة)، فيخص 24% من المراهقين، مع تفوق بسيط للذكور (26% ذكور مقابل 22% إناث).

أما مستوى التعاطي للقنب في دول أوروبا: يتسم الوضع بنقص نسبة التعاطي كلما اتجهنا من دول الأطلنطي إلى دول الأورال المتاخمة للقارة الآسيوية، إلا أن فرنسا تتميز عن باقي الدول الأوروبية، لكونها البلد الوحيد الذي يفوق 15 %. ومن دول أوروبا الوسطى التي يعتبر تعاطي القنب فيها ضعيف، تتميز جمهورية التشيك بمستوى تعاطي القنب أعلى من جيرانها التي تتقاسم معهم الحدود.

تعاطي المخدرات غير المشروعة: في سنة 2011، واحد من كل 10 مراهقين بين 15-16 (10 %) صرحوا بأنهم، سبق لهم وأن جربوا مخدر غير شرعي غير القنب (مثل الأمفيتامين أو الكوكايين أو الكراك أو الإكستازي، أو غيرها من المهلوسات، أو الهيرويين، أو GHB)، مع تفوق بسيط للإناث ليس لها دلالة إحصائية (10 % للإناث مقابل 9 % للذكور).

بالنسبة لباقي الدول الأوروبية، فإن أغلبية الدول تمثل مستوى التجريب ما بين 5 % إلى 9 %. ماعدا فرنسا وبلغاريا و موناكو فلم مستوى ما بين 10 % إلى 11 %. أما الدول التي لها مستوى متوسط (ما بين 7 % إلى 9 %) فيتمركزون في أوروبا الشرقية (بولندا، جمهورية التشيك، المجر). أما دول الشمال و الجنوب، فيمثلون مستوى التجريب الأضعف في أوروبا.

تعقيب على الدراسات الغربية:

على الرغم من عدم تمكننا من الحصول على الدراسات لمجمل الدول الغربية، إلا أن الدراسات التي حصلنا عليها تشير إلى تنوع وتعمق تلك الدراسات والتي شملت جميع الميادين، وخصوصا الدراسات الأمريكية، ويرجع ذلك أن الولايات المتحدة الأمريكية عانت

أكثر من غيرها من بلدان العالم بظاهرة تعاطي المخدرات وخصوصا القوية منها، الأمر الذي دفعها إلى تخصيص مبالغ مالية ضخمة للبحث العلمي، وهذا لمواجهة هذه الظاهرة بأسلوب علمي أكاديمي.

وعلى العموم فإن الدراسات الغربية المتعلقة بالمخدرات تتميز بثراءها وتنوعها، فلا يكاد يخلو أي جانب من هذه الألفة دون أن تكون هناك دراسة أو بحث، وخصوصا في الجانب التجريبي والمخبري والطبي، أين تم تسخير كافة الامكانيات المادية والبشرية للوقوف على أسباب و الأضرار التي تسببها المخدرات، وأغلب الاستدلالات التي يستدل بها الكتاب هي النتائج المخبرية التي توصلت إليها الدراسات الغربية.

كما تتسم الدراسات الغربية بالدراسات الوبائية، وهذا لمعرفة حجم انتشار تعاطي المخدرات، وقد تعدت تلك الدراسات على مستوى الدول بل أصبحت على مستوى القارات، حيث أجريت عدة دراسات على مستوى الدول الأوروبية وهي دراسات تتبعية، أي أنها تمتد لفرات طويلة، ليتم من خلالها معرفة تطور حجم تعاطي المخدرات حسب نوع المخدر وحسب الفئات العمرية، وهذا حتى يتسنى للدول المعنية ببناء سياسة وقائية على أسس علمية.

المبحث الثاني : الدراسات العربية:

1. دراسة سليمان فايز قديح. " الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات (البانجو) في مركز الإصلاح والتأهيل غزة⁽¹⁾.

من أهم تساؤلات الدراسة:

1. ما هي أهم الخصائص النفسية التي تميز المتعاطي في المجتمع الفلسطيني؛

2. هل يمكن أن يختلف الأشقاء في الأسرة الواحدة في خصائصهم النفسية تبعا

لاختلافهم في خبرة تعاطي المخدرات؛

3. ما هي الخصائص الاجتماعية التي تميز أسرة متعاطي المخدرات.

أجريت الدراسة على أربعين متعاطي، تتراوح أعمارهم ما بين (20-40) سنة، مستوى

التعليمي ما بين الاعدادية والثانوية العامة. و ثلاثين غير متعاطين كمجموعة ضابطة

⁽¹⁾ سليمان فايز، قديح. " الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات (البانجو) في مركز الإصلاح والتأهيل غزة ". أطروحة دكتوراه. جامعة الدول العربية ALESCO. القاهرة، 2006.

هم أشقاء لهؤلاء المتعاطين ويعيشون في أسرة واحدة.
واعتمد الباحث في هذه الدراسة على عدة أدوات، منها : اختبارا للشخصية المتعددة الأوجه، إستبيان الشخصية للكبار، مقاييس العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء الأسرة، مقاييس المناخ الأسري، مع بعض صور من إختبار التات TAT.
وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها:
أ. وجود فروق دالة إحصائية بين المتعاطين وغير المتعاطين، في الأبعاد التالية:
العدوان/العداء، والتقدير السلبي للذات، وعدم الثبات الانفعالي، وعدم التجاوب الانفعالي والنظرة السلبية للحياة.

ب . لا توجد فروق دالة بين المتعاطين وغير المتعاطين في الأبعاد التالية:
الاعتمادية وعدم الكفاية الشخصية، وعدم الثبات الانفعالي.
ج . حصول المتعاطين على الدرجة الأعلى على مقاييس الهستيريا، والفصام والهوس الخفيف، والبارانويا والسيكاتينيا.
د . الاستعداد النفسي لشخصية المتعاطي للسلوك الانحرافي وقابليته للإغواء والتأثير بمن يمارسون عليه الاغواء، ومعاناته من الانفصال الوجداني والاجتماعي عن الأفراد الأسرة، ولجوءه للعزلة والانطواء على النفس.

2. دراسة رشاد أحمد عبد اللطيف: "الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، تقديرا لمشكلة وسبل العلاج والوقاية"⁽¹⁾.

من بين أهم تساؤلات الدراسة:

1. ما هي العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات ؟
 2. ماهي الآثار الاجتماعية المترتبة على تعاطي المخدرات ؟
 3. ماهي المقترحات اللازمة لمواجهة الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات ؟
- وقد استخدم الباحث في دراسته منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة بالنسبة للأحداث الجانحين المودعين بداري الملاحظة والتوجيه، وعينة من المسؤولين عن رعاية الأحداث

⁽¹⁾ رشاد أحمد، عبد اللطيف. الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات : تقديرا للمشكلة وسبل العلاج والوقاية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، محطة الرمل، 1999.

والاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين العاملين مع الأحداث. وهذا بمدينة الرياض. وذلك على عينة مكونة من 80 حدث و 20 مسؤول. ودامت الدراسة خمسة أشهر. كما استخدم الباحث في دراسته عدة أدوات منها: الاستبار، و مقابلات شبه مقننة، و البحث المكتبي والوثائقي، و المقاييس الإحصائية.

ومن أبرز ما توصل إليه الباحث في دراسته :

- 1- أن معظم الأحداث متعاطي المخدرات يقعون في الفئة العمرية 12-14 سنة بنسبة 32.5% والفئة العمرية 14-16 سنة بنسبة 31.3%.
- 2- أن أكثر من نصف الأحداث متعاطي المخدرات 62.2% لم يصلوا إلى المرحلة المتوسطة. فكلما ارتفعت نسبة الأمية والتأخر المدرسي أدى ذلك إلى تعاطيهم للمخدرات.
- 3- أن معظم المتعاطين يسكنون في مناطق شعبية بنسبة 51.3%.
- 4- معظم متعاطي المخدرات هم من سكان المدن بنسبة 73.8%.
- 5- 52.5% من أفراد عينة الدراسة يتعاطون المخدرات في الخلاء، يلي ذلك الحدائق العامة بنسبة 25%. أما أوقات التعاطي 47.5% في الفترة المسائية.
- 6- 39% من الأحداث يتعاطون المخدرات مع أصدقائهم، يلي 21% من أفراد العينة يفضلون الخلوة في تعاطيهم للمخدر.
- 7- كما تؤدي العوامل الشخصية إلى تعاطي المخدرات هي: إثبات الرجولة 40%، التقليد والمسايرة 30%، إشاعة جو المرح 15%، نسيان المشاكل 15%،
- 8- كما أن العوامل الاجتماعية كان لها التأثير الأول على تعاطي الأحداث للمخدرات. ومنها: عدم التزام الوالدين بالواجبات 38.8%، انشغال الوالدين في الأعمال الخاصة 36.3%، التدليل الزائد في المعاملة 36.5%، وجود خلافات بين الزوجين 35%.
- 9- وجود ارتباط موجب بين انخفاض المستوى التعليمي للوالدين وتعاطي أبنائهم للمخدرات.

3- دراسة عمار ساسي عطية: "تعاطي المخدرات بين الشباب الليبي، دراسة ميدانية للنزلاء في مؤسسات الإصلاح والتأهيل بمدينة طرابلس ليبيا"⁽¹⁾.

تناولت الدراسة عينة من نزلاء السجون وعددهم 82 سجين، صدر فيهم حكم قضائي، بتهمة تعاطي المخدرات لشباب تتراوح أعمارهم بين 18 و 30 سنة، وهذا بسبع مؤسسات للإصلاح والتأهيل بمدينة طرابلس. واستعمل المسح الاجتماعي بطريقة العينة للنزلاء بمؤسسات الإصلاح والتأهيل. وتم الاستعانة بالمقابلة الشخصية، والملاحظة، ودراسة الحالة. واستغرقت الدراسة الميدانية 14 شهرا من 2004 إلى 2005. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 1- الغالبية العظمى من المتعاطين هم من فئة العزاب بنسبة 90.3%،
- 3- أغلب أسر المبحوثين من الأسر كبيرة الحجم، بنسبة 68% عدد أفراد الأسرة أكثر من 8 أشخاص؛
- 3- 36% من أفراد العينة أيتام بوفاة أحد الوالدين أو كليهما؛
- 4- نسبة كبيرة من أصدقاء المحكوم عليهم يمارسون شتى أنواع الانحراف من تعاطي المخدرات 94.4%، شرب الخمر 88.9%، النصب والاحتيال 37.5% السرقة 31.9%؛
- 5- أفاد 54.2% من أفراد العينة عدم حبهم للمدرسة لسوء معاملة المدرسين ومخالطة أصدقاء السوء.
- 6- 41.2% من أفراد العينة صرّحوا أن الشرطة والأفلام شجعتهم على تعاطي المخدرات؛
- 7- 90.3% من أفراد العينة صرّحوا أن تعاطي المخدرات حرام.
- 8- 27.8% من أفراد العينة تعاطوا المخدر قبل سن 18 سنة؛
- 9- أكثر أنواع المخدرات تعاطيًا هي الحشيش بـ 86.1% ثم الهيرويين بـ 38.9%، وحبوب الهلوسة بـ 15.3% والكوكايين بـ 6.9% .

⁽¹⁾ عادل عمار ساسي، عطية. "تعاطي المخدرات بين الشباب الليبي، دراسة ميدانية للنزلاء في مؤسسات الإصلاح والتأهيل بمدينة طرابلس، ليبيا". أطروحة دكتوراه. جامعة الدول العربية. القاهرة. 2005.

4- دراسة فاروق سيد عبد السلام، "دراسة نفسية إجتماعية لبعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان"⁽¹⁾.

أنصب اهتمام هذه الدراسة على العوامل الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان، و التغيرات النفسية التي تطرأ على المدمن عند انقطاعه عن المخدر.

شملت الدراسة 41 حالة من المتقدمين طوعية للعلاج بمصحة الأمراض النفسية بالخانكة بالقاهرة. أما أدوات الدراسة فكانت : إستمارة مقابلة؛ اختبار الشخصية المتعدد الأوجه؛ اختبار الذكاء المصور؛ استفتاء ماسلو.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 1- يعاني مدمن الأفيون من شعور عالي بعدم الأمن والطمأنينة، ويشعر بأنه غير محبوب ومحتمل من قبل الآخرين، كما يعاني المدمن بالشعور بالعزلة والخطر الدائم،
- 2- مدمنو الأفيون ينتمون إلى مستويات ذكاء منخفضة.

5- دراسة: محمد رمضان مصطفى: "تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم"⁽²⁾.

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على ديناميات شخصية المدمن، والفرق بين الذكور والإناث المتعاطين للحشيش. مستخدماً التحليل النفسي إطاراً نظرياً للبحث.

وتكونت العينة من مجموعتين: المجموعة الأولى: ذكور بلغ عددهم 5 حالات يتراوح المدى العمري بين (19-25) سنة غير المتزوجين من طلاب الجامعة الذين يتعاطون المخدر لمدة لا تقل على (03) سنوات . أما المجموعة الثانية: إناث عددهن 5 حالات يتراوح المدى العمري ما بين (18-32) سنة، ولديهم نفس خصائص المجموعة الأولى.

وتم استخدام المقابلة الاكلينيكية، اختبار البيكفورو اختبار هيوم بل للتوافق.

و أظهرت الدراسة ما يلي:

- 1- يعاني المدمن من مشكلة اضطراب الوجود، وفقدان الهوية. وتتميز شخصيته بالاعتمادية والتمرد.
- 2- يشعر المدمن بالنبذ والوحدة، وفقدان الدفء العاطفي.
- 3- يشعر كل من الجنسين بتخيلات جنسية تحوم حول استشهارة المحارم.

(1) فاروق سيد، عبد السلام. "دراسة نفسية إجتماعية لبعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان". أطروحة دكتوراه. كلية التربية، بنين القاهرة، 1970.

(2) محمد رمضان، مصطفى. "تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم". أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس. جامعة عين شمس، القاهرة. 1982.

4- علاقة الذكر مع الأم علاقة، اعتماد طفلي، بينما علاقته بالأب مضطربة، أما الأنثى فهي تتعود على الأم باعتبارها مصدرًا للسلطة، وتحاول التقرب من الأب.

06- دراسة عبد الله السيد عسكر: تعاطي الأقرص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب⁽¹⁾

حاول الباحث من خلال هذه الدراسة، معرفة الأسباب السيكولوجية التي تدفع الشباب المتعلم من الذكور لتعاطي العقاقير المخدرة المصنفة طبيًا. واعتمد في دراسته على المنهج الاكينيكي، ومنهج التحليل النفسي في تحليل وتفسير النتائج. باستخدامه المقابلة الحرة، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMP، واختبار تفهم الموضوع الاسقاطي T.A.T، مع الملاحظة غير المباشرة والاستمارة .

أما عينة الدراسة: فتمثلت في الطلاب الذين يتعاطون الأقرص المخدرة أو عقاقير الهلوسة.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها : أن شخصية المتعاطي تتصف بالانطوائية والسلبية، وانخفاض مستوى الطموح. كما تظهر لدى المتعاطي دوافع عدوانية تجاه المجتمع. مع عدم القدرة على الاحتفاظ بعلاقات اجتماعية طويلة.

6-دراسة جبر محمد جبر: الدوافع النفسية الاجتماعية لتعاطي الحشيش لدى بعض شرائح المجتمع⁽²⁾.

حاول الباحث من خلال هذه الدراسة، التعرف على الدوافع النفسية والاجتماعية المؤدية لتعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطين.

وشملت الدراسة 194 متعاطيًا للحشيش تم اختيارهم من محافظتي القاهرة والشرقية، أعمارهم بين (17-68) سنة. باستخدام أداة الاستبيان.

وأظهرت الدراسة أن من العوامل التي تؤدي إلى تعاطي الحشيش لدى عينة الدراسة:

1- الرغبة في الفرفشة.

2- نسيان المشاكل والهموم والاضطرابات الأسرية.

⁽¹⁾ عبد الله السيد ، عسكر. " تعاطي الأقرص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب ". رسالة ماجستير. جامعة الزقازيق، مصر. 1985.
⁽²⁾ جبر محمد، جبر. " الدوافع النفسية الاجتماعية لتعاطي الحشيش لدى بعض شرائح المجتمع ". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس، القاهرة. 1985.

3- مشاكل العمل.

4- الرغبة في إظهار الرجول.

5- بيّنت الدراسة أن الريفين أكثر تعاطياً للحشيش من الحضريين.

8- دراسة متولي العشماوي: الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان⁽¹⁾.

حاول الباحث من خلال هذه الدراسة، معرفة الخصائص الاجتماعية لشخصية المتعاطين المعتمدين على العقاقير التخليقية، و الخصائص المميزة لهذا النوع من الاعتماد. وماهي العوامل الاجتماعية الدافعة إلى الاعتماد. مع محاولة التعرف على الآثار المختلفة الجسدية والعقلية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية المترتبة على التعاطي. استخدم الباحث في دراسته، المنهج الوصفي، واعتمد استمارة المقابلة كأداة لجمع البيانات. أما عينة الدراسة فشملت 97 فردا موزعين كالآتي:

- (52) بنادي الدفاع الاجتماعي لعلاج مرض الإدمان بمدينة الزقازيق.

- (32) بنادي الدفاع الاجتماعي لعلاج مرض الإدمان بمدينة كفر الشيخ.

- (09) بمستشفى أبي العزائم للصحة النفسية بمدينة نصر.

- (04) بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية بالقاهرة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. التعاطي يبدأ في سن مبكر أقل من 20 سنة بنسبة (38.2%)
2. نسبة كبيرة (84.5%) من مجتمع البحث تقيم بالمدينة و (15.5%) تقيم في القرية.
3. من أهم أسباب التعاطي مجارة الأصدقاء ب: (85.5%).
4. الآثار المترتبة على التعاطي: هزال شديد : 86.5%. فقدان الشهية 79.5%. قلة الدخل 94.8%. السلف والاستدان 92.7%. خوف دائم 72.1%. التهيج العصبي 70.1%. خلافات في العمل 59.7%.

⁽¹⁾ متولي ، العشماوي. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان. الرياض: المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب، 2006.

9 - دراسة: سلوى علي سليم: "الإسلام والمخدرات: دراسة سوسيولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات"⁽¹⁾.

أراد الباحث من خلال دراسته هذه: الكشف عن أنواع المخدرات المنتشرة بين فئات الشباب. و معرفة العوامل المؤدية إلى تعاطي الشباب للمخدرات والآثار المترتبة على تعاطي السموم. مع محاولة التعرف على السمات العامة للشباب المتعاطي. و شملت الدراسة عينة ضمت 200 حالة فرد من الذكور الذين تم علاجهم بمستشفيات الصحة النفسية بالعباسية. حيث استعمل فيها الباحث منهج المسح الاجتماعي، ومنهج الوصف التحليلي في خطواته المنهجية، مستخدماً استمارة الاستبيان، المقابلة و الملاحظة كأدوات الدراسة.

من خلال هذه الدراسة، توصل الباحث إلى ما يلي:

- 1- انعدام تكافؤ الفرص أمام الشباب أدى إلى عدم الإحساس بالأمن وعدم الاستقرار.
- 2- الضغوط الاقتصادية والارتفاع المستمر في الأسعار أثر على تعدد أدوار المرأة وانشغال الآباء، مما جعلهم لا يساهمون بشكل ايجابي في تنشئة أبنائهم ورعايتهم وتوجيههم.
- 3- أدت البطالة العادية والمقنعة إلى احتقار الشباب لأدوارهم الاجتماعية. مما جعلهم ينسحبون من الحياة الواقعية إلى عالم الخيال.
- 1- للتغير الاجتماعي أثر واضح في ظهور فئات اجتماعية جديدة تملك الثروة، ولكنها غير متعلمة، مما جعلها تفقد القدرة على توظيف ما تملكه في تطوير إمكانياتها.
- 2-

10 - دراسة: ماجدة عبد الفتاح أحمد بكر: "تعاطي بعض طلاب الجامعات للمخدرات ودور التربية في القضاء عليها"⁽²⁾.

من بين أهداف الدراسة الوقوف على دور التربية في وقاية الطلاب من تعاطي المخدرات. التعرف على العوامل الشخصية والاجتماعية التي أدت إلى تعاطي بعض طلاب الجامعة للمخدرات. و التعرف على نواحي القصور في العملية التعليمية. وشملت الدراسة التي استعمل فيها الباحث إستمارة المقابلة على عينة من :

⁽¹⁾ سلوى علي، سليم. الإسلام والمخدرات: دراسة سوسيولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات. القاهرة: مكتبة وهبة، 1989.
⁽²⁾ ماجدة عبد الفتاح أحمد، بكر " تعاطي بعض طلاب الجامعات للمخدرات ودور التربية في القضاء عليها ". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس، القاهرة. 1990.

- 124 طالبا الذين يقضون فترة عقوبتهم بالسجون لارتكابهم جرائم تحت تأثير المخدر.
- 116 طالبة بالسجن.
- 110 من هيئة التدريس: الإسكندرية، القاهرة والغربية والزقازيق.
- وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج، أهمها :
- 1- (76%) من أفراد العينة يتعاطون المخدر بسبب مجارة الأصدقاء.
- 2- قصور أداء الأسرة لوظائفها أدى بطلبة الجامعات لتعاطي المخدرات.
- 3- عمل الطلاب أثناء الدراسة أدى بهم إلى تعاطي المخدرات.
- 4- سهولة الحصول على المخدر من بين الأسباب الرئيسية لتعاطي الطلبة للمخدرات.

11 - دراسة: ماجدة حسين محمود، "سيكولوجية المدمن العائد" (1).

أرادت الباحثة من خلال هذه الدراسة الإجابة على عدة تساؤلات، أهمها: ما أسباب العود الخاصة بالجوانب الاجتماعية والشخصية كما يدركها المدمن الذي عاد للعلاج مرة أخرى؟ و ما هي أسباب العود في رأي فريق العلاج ؟ و ما الخدمات الإرشادية النفسية التي تقدم لعلاج المدمن العائد لأول مرة.

وللإجابة على هذه التساؤلات، استعملت الباحثة استمارة المقابلة، واختبار الشخصية "برنر وثير" على عينة مكونة من 60 مدمنًا عائداً لعقار الهيروين ذكور غير متزوجين تتراوح أعمارهم ما بين 20 و 30 سنة، كما قامت الباحثة بمقابلة 40 طبيب و 40 من بعض أسر المدمنين العائدين.

من بين النتائج التي توصلت إليها الباحثة، أن :

- 1- (95%) من أسر المدمنين أجمعوا على تأثير أصدقاء السوء في العود للإدمان.
- 2- (98.5%) من المدمنين أكدوا على تأثير الأصدقاء، وأنهم السبب المباشر للعود للإدمان.
- 3- (95%) من الأطباء اجمعوا على أن السبب للعود يتمثل في الفراغ الذي يعيشه المدمن.
- (75%) يرون أنه سبب طول فترة العلاج تدفع بالمدمن إلى العود إلى الإدمان.
- 4- اختبار " برنر وثير " أوضح أن بعض خصائص العينة كونهم غير متزين من الناحية الانفعالية ويميلون إلى العزلة، ويرفضون النصيحة وأنهم غير اجتماعيين.

(1) ماجدة حسين، محمود. " سيكولوجية المدمن العائد: دراسة نفسية اجتماعية ". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس، القاهرة. 1991.

12- دراسة: زيد العابد بن مخلوف حسن: "الإدمان كم مشكلة اجتماعية لدى بعض الشباب المصري"⁽¹⁾.

أراد الباحث من خلال هذه الدراسة : التعرف على الخصائص العامة لمدمني المخدرات من الشباب كالسن والتعليم والمهنة. وكذلك التعرف على العوامل الاجتماعية المؤدية إلى إدمان الشباب. مستعملا منهج المسح الاجتماعي، عن طريق الحصر الشامل للمتطوعين للعلاج بالمصحات، واستخدم أداة الاستبيان.

وتوصل الباحث من خلال هذه الدراسة إلى كون أن:

- 1- الأقران وعقاقير الهلوسة أكثر أنواع المخدرات إنتشارا لدى الشباب.
- 2- لأصدقاء السوء دور هام في دفع الفرد للإدمان.
- 3- الاضطرابات الأسرية، وعدم وجود القدوة، تساعد الفرد على الإدمان على المخدرات .

13- دراسة: سيد محمد عبد المجيد عبد العال، " بعض العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالإدمان لدى الشباب"⁽²⁾ .

من بين الأهداف الرئيسية التي تبناها الباحث هي : دراسة بعض العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالإدمان، و التعرف على ديناميات شخصية المدمن، مع تقديم برنامج مقترح لحاجة الشباب من الإدمان وعلاج المدمنين.

ومن بين ما افترضه الباحث في دراسته: أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين في الشعور بالاغتراب. كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين وغير المدمنين في أنماط القيم. و توجد كذلك فروق بين المدمنين وغير المدمنين في ديناميات الشخصية.

استعمل الباحث في دراسته مقياس الشعور بالاغتراب، مقياس المسؤولية الاجتماعية، اختبار التوافق، واستفتاء القيم. كأدوات الدراسة، على عينة من : 100 شاب يتراوح سنهم بين (15-30) سنة، موزعين كالتالي : (50) شاب مدمن كمجموعة تجريبية و (50) شاب غير مدمن كمجموعة ضابطة.

⁽¹⁾ زيد العابد بن مخلوف، حسن. " الإدمان كم مشكلة اجتماعية لدى بعض الشباب المصري". رسالة ماجستير. جامعة المنيا. مصر. 1993.
⁽²⁾ سيد محمد عبد المجيد، عبد العال. " بعض العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالإدمان لدى الشباب". أطروحة دكتوراه. جامعة المنصورة. مصر، 1993.

وتوصل الباحث في هذه الدراسة إلى عدة نتائج، نلخصها كالآتي :

- 1- وجود فروق دالة إحصائية بين المدمنين وغير المدمنين في الشعور بالاغتراب بأبعاده.
- 2- وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في المسؤولية الاجتماعية لصالح غير المدمنين.
- 3- وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في القيم الاقتصادية لصالح المدمنين.
- 4- وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في القيم الاجتماعية والدينية لصالح غير المدمنين.

14- دراسة: طلعت إبراهيم لطفي، "جماعة الأصدقاء، وعلاقتها بتعاطي المخدرات"⁽¹⁾.

أراد الباحث من خلال دراسته هذه : التعرف على خصائص المتعاطين للمخدرات في مدينة بني سويف. أسباب التعاطي والدور الذي تؤديه جماعة الأصدقاء في هذا التعاطي، الدور الذي تلعبه جماعة الأصدقاء في تعليم الشخص تعاطي المخدرات ؟
استعمل الباحث في دراسته المنهج التجريبي، مستخدماً في هذا السياق صحيفة الاستبيان.

تتكون عينة الدراسة من 332 حالة مقسمة إلى مجموعة تجريبية : 166 حالة ذكور تردوا على قسم علاج الإدمان الموجود في جمعية الدفاع الاجتماعي بمدينة بني سويف. و مجموعة ضابطة : 166 حالة ذكور غير المتعاطين.

توصل البحث في هذه الدراسة إلى جملة من النتائج الهامة، منها:

- 1- الفئة العمرية (15-35) سنة أكثر الفئات تعاطياً للمخدرات بنسبة (57.9%)
- 2- (35.5%) من المتعاطين أميين، (14.5%) يقرؤون ويكتبون، و(12%) حاصلين على تعليم عالي (جامعي).
- 3- الغالبية العظمى بدأوا التعاطي في سن مبكر.
- 4- تلعب جماعة الأصدقاء الدور الأساسي في تعليم الشخص التعاطي.
- 5- تتمثل أسباب التعاطي في صحبة الأصدقاء المتعاطين، تفكك الأسرة، الهروب من المشاكل الاجتماعية، التخفيف حدة القلق، و الشعور بالإحباط.

⁽¹⁾ طلعت إبراهيم لطفي. جماعة الأصدقاء، وعلاقتها بتعاطي المخدرات: دراسة ميدانية لمجموعة من المتعاطين للمخدرات في مدينة بني سويف. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العلمي عن الإدمان والتنمية كلية الآداب، جامعة المنوفية، مصر، 1993.

15- دراسة: ماهر نجيب الياس " العلاقة بين البناء النفسي ونوع المخدر"⁽¹⁾.

اشتملت عينة الدراسة على 03 متعاطين الهيرويين و 03 متعاطين أقراص كلهم ذكور متطوعين للعلاج بقسم الإدمان بالعباسية ما بين (29-36) سنة. واستعمل الباحث في دراسته، الاستبار الاكلينيكي، المقابلة المنتظمة، و اختبار البيكفورد الاسقاطي المصور. أما نتائج الدراسة فكانت أبرزها:

وجود أوجه شبه كثيرة بين متعاطي الهيرويين ومتعاطي أقراص الرهينبول تتمثل في :

- 1- كلاهما متمرّد على السلطة بكافة أشكالها؛
- 2- الشعور بالكره والنبذ من الآخرين، وهذا انعكاس لواقعة، حيث يفقد الأمن والطمأنينة والحب.

16- دراسة: هاني حسين الأهواني 1995. "بعض المتغيرات المرتبطة بالهوية لدى فئات من الشباب المدمن"⁽²⁾.

أراد الباحث من خلال دراسته هذه، التعرف على بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالهوية لدى الشباب المدمن. ومدى تباين المتغيرات النفسية المرتبطة بالهوية لدى الشباب المدمن وفقا لنوع العقار ومستوى التعليم. و التعرف على المظاهر النفسية المصاحبة للإدمان الهيرويين والحبوب المخدرة لدى الشباب.

تكونت عينة الدراسة من 204 شاب ذكر للفئة العمرية ما بين (18-22) سنة ، و (100) شاب غير مدمن كمجموعة ضابطة. و تبنى الباحث في دراسته المنهج التجريبي، باستخدام ،سيكومترية، مقياس القلق والاكتئاب وتقدير الذات، و إكلينيكية اختبار تفهم الموضوع كأدوات الدراسة.

وتوصل الباحث في دراسته هذه إلى عدة نتائج، أهمها:

- 1- المدمنون يعانون من المشاعر السلبية والاعتمادية والدونية.
- 2- المدمنون يعانون من الاكتئاب والقلق وضعف تقدير الذات والعجز.
- 3- يفتقد المدمنون التوجه الاجتماعي الايجابي ومشاعر الاستقرار.

⁽¹⁾ ماهر نجيب، الياس. "العلاقة بين البناء النفسي ونوع المخدر: دراسة إكلينيكية". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس، القاهرة. 1994.

⁽²⁾ هاني حسين، الأهواني. " بعض المتغيرات المرتبطة بالهوية لدى فئات من الشباب المدمن". أطروحة دكتوراه. جامعة الأزهر. القاهرة. 1995.

17- دراسة: مجدي رزق محمد شحاتة. "دراسة أثر تعاطي الآباء للمخدرات على الصحة النفسية والتنشئة الاجتماعية لدى الأبناء"⁽¹⁾.

من بين أهداف الدراسة، الكشف عن طبيعة البناء النفسي لأبناء المتعاطين للمخدرات ومستوى صحتهم النفسية ونضجهم الانفعالي. و شملت عينة الدراسة على : 10 ذكور من أبناء المتعاطين، و 10 ذكور من أبناء غير المتعاطين، و 10 ذكور غير متعاطين كمجموعة ضابطة. و استعمل الباحث في دراسته الميدانية، مقياس وكسلر، و المقابلة. مما توصل إليه الباحث في دراسته، أن ما يتميز به أبناء المتعاطين:

- 1- انتمائهم إلى مستويات ذكاء أدنى من أبناء غير المتعاطين.
- 2- ارتفاع درجة العدوان والسيكوباتية أكثر من أبناء غير المتعاطين للمخدرات.
- 3- ضعف الآنا وعجزه عن مواجهة الواقع.

18- دراسة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، "المسح الشامل لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات، المرحلة الرابعة، دراسة على المتعاطين من نزلاء بعض سجون الجمهورية"⁽²⁾.

تهدف الدراسة إلى استطلاع أكثر الخصائص شيوعاً بين المتعاطين والتعرف على ظروف تعاطيهم. أما تساؤلات الدراسة فتمحورت حول الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للمتعاطين وأوضاعهم الأسرية، أنماط التعاطي وظروفه، وأخيراً الصور الذهنية الشائعة حول المخدرات لدى المتعاطين.

بلغ عدد أفراد العينة 230 حالة، لنزلاء سجن المنصورة و دمنهور (الوجه البحري) والمنيا (الوجه القبلي) وأسيوط. وتم استخدام الاستمارة كأداة لهذه الدراسة. وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها:

- 1- الشباب هم أكثر تعاطياً للمخدرات من (18-40) سنة بنسبة (64.3%) الوجه البحري، و (51.2%) بالنسبة للوجه القبلي.
- 2- نصف ذكور وثلاث إناث الوجه البحري، وثلاث ذكور والوجه القبلي من المتزوجين.

⁽¹⁾ مجدي رزق محمد، شحاتة. "دراسة أثر تعاطي الآباء للمخدرات على الصحة النفسية والتنشئة الاجتماعية لدى الأبناء". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس. القاهرة، 1995.

⁽²⁾ المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. المسح الشامل لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات: المرحلة الرابعة. دراسة على المتعاطين من نزلاء بعض سجون الجمهورية المصرية، القاهرة، 2000.

- 3- انخفاض المستويات التعليمية لأفراد العينة.
- 4- متوسط حجم أسر المتعاطين من الذكور الوجه البحري 6.6 فرد وعلى مستوى أسر الإناث بلغ 5.1 فرد، والوجه القبلي متوسط حجم أسر المتعاطين ذكور بلغ 7.8 أفراد.
- 5- غالبية المتعاطين ينتمون إلى أسر نووية.
- 6- الحشيش ب (64%) للوجه البحري و (66.7%) للوجه القبلي.
- 7- غالبية المتعاطين لهم أصدقاء يتعاطون.

19- دراسة: ليلي عبد الجواد. "تعاطي المخدرات بين شباب العشوائيات⁽¹⁾".

أرادت الباحثة من خلال هذه الدراسة، الوصول إلى تحديد الملامح والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للشباب المتعاطين في عشوائية الشرايبة. و الكشف عن العوامل المؤدية إلى سلوك التعاطي لدى الشباب، وعلاقة هذا السلوك بالظروف الخاصة بالمنطقة. مع التعرف على الآثار النفسية والاجتماعية لتعاطي الشباب للمخدرات. مستعملة في ذلك إستمارة الاستبيان مع المقابلة المعمقة مع المتعاطين، كأدوات لجمع البيانات.

وكان من جملة ما توصلت إليه الباحثة، أن :

- 1- (35.5%) من أفراد العينة أميون،
- 2- (92%) من أفراد العينة عاملون ، (37.6%) من أفراد العينة حرفيون.
- 3- (58.2%) عدد الأسر التي يتراوح عدد أفرادها بين (5-9) أفراد.
- 4- (68.7%) من أفراد العينة يرون مجارة الأصدقاء هو سبب التعاطي، و (11.4%) يرون أن التفكك الأسري هو السبب الرئيسي.
- 5- الأصدقاء يشجعون المتعاطي على الاستمرار في تعاطيه بنسبة (82.9%)، و (10.9%) من الأصدقاء حاولوا مساعدة أصدقائهم من المتعاطين على الخروج من دائرة التعاطي .

⁽¹⁾ ليلي ،عبد الجواد. تعاطي المخدرات بين شباب العشوائيات: دراسة ميدانية لمنطقة الشرايبة، القاهرة. القاهرة، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، 2002.

20- دراسة: رسمية سعيد عبد القادر. "تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم الفلسطيني، دراسة في سيكولوجية التعاطي" (1).

كان الهدف الرئيسي لهذه الدراسة، هو التعرف على ديناميات شخصية الشباب الفلسطيني الذي أدمن التعاطي. ومن ابرز التساؤلات التي طرحتها الباحثة، هي : لماذا بدأ بعض الناس في تعاطي المخدرات والبعض الآخر رفض بالرغم أن الكل يعيش في نفس الظروف الاجتماعية والاقتصادية ؟ و لماذا أصبحوا مدمنين على عقارا معينًا بالذات ؟ للإجابة على تساؤلاتها استخدمت الباحثة عدة أدوات، منها المقابلة الاكلينيكية المعمقة على عينة من 32 حالة (22 ذكور و 10 إناث) للفئة العمرية ما بين (39 و 35) سنة. و أهم ما توصلت إليه الباحثة :

- 1- أن التعاطي يلجأ للعقار كوسيلة لرفع مشاعر الاكتئاب المدمرة.
- 2- يأخذ الجنس شكل التمرد وتأكيد الذات ويستخدم كأداة لقهر الشعور بالوحدة والخطر والضيق.

3- قسوة الحياة أدت إلى تمزق القيم الاجتماعية السائدة

21- دراسة: محمد عيسى برهوم: "ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن" (2).

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أسباب التعاطي، ومدى انتشار الظاهرة في الأردن. واستعمل الباحث أداتي الاستبيان والمقابلة في دراسته. أما نتائج الدراسة، فكانت كالتالي:

- 1- نسبة كبيرة من الشباب المتعاطون موظفون.
- 2- من أسباب التعاطي تقليد الأصدقاء، ومحاولة تجريب المخدر.
- 3- لثقافة الأسرة أثر في دخول الأبناء هذه التجربة.
- 4- (20%) من المتعاطين يلجأون إلى ارتكاب السلوك الانحرافي بسبب نقص المخدر أو تحت تأثيره.

(1) رسمية سعيد، عبد القادر. "تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم الفلسطيني : دراسة في سيكولوجية التعاطي". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس. القاهرة، 1983.

(2) محمد عيسى، برهوم. " ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن ". الأردن ، مجلة الباحث، 3(1984)، ص ص 33-40.

22- دراسة: أحمد سوقي العقبائي، محمد فهي الكردي، وقحطان الناصري: " مشكلة تعاطي المخدرات في قطر⁽¹⁾ .

تسعى هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على الملامح الديموجرافية والاجتماعية لمتعاطين، و تحديد أنماط التعاطي.

تكونت عينة الدراسة من 123 شابا من الموقوفين بإدارة التحقيقات الجنائية. منهم 91 شابا يتعاطون المخدرات، و 32 شابا يتاجرون فيها. واستعمل خلالها أداة الاستبيان. توصلت الدراسة إلى مايلي :

- 1- (87%) من المتعاطين يقعون في الفئة العمرية (20-39) سنة.
- 2- أكثر الأنواع إنتشارا الحشيش ثم الهيرويين ثم الأفيون.
- 3- (1/3) المتعاطين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة للإدمان كالقلق والاكتئاب، ونصفهم شخصيات غير سوية.

23- دراسة: ناصر ثابت " المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات " ⁽²⁾ .

اشتملت عينة الدراسة على 425 حالة من الذكور والإناث من المواطنين والوافدين في دولة الإمارات العربية، منهم 422 ذكور و 3 إناث. واستخدم فيها الباحث استمارة الاستبيان التي احتوت على 53 سؤالا توصل الباحث إلى جملة من النتائج أهمها :

- 1- غالبية اسر المتعاطين لاستنشاق الغازات في مجتمع البحث من الأسر الكبيرة الحجم، متوسط الحجم (08) أشخاص.
- 2- واقع أسر المتعاطين وضع اقتصادي سيء.
- 3- يسكن غالبية أفراد العينة مساكن شعبية.
- 4- كثرة المشاكل الأسرية والفراغ والرغبة في الهروب من الواقع وصعوبة العمل وقسوته من أهم الأسباب المؤدية إلى الاستنشاق.
- 5- نسبة البطالة مرتفعة بين أسر الأفراد الذين يمارسون استنشاق الغازات.

(1) أحمد سوقي، العقبائي، و محمد فهمي الكردي وقحطان الناصري. " مشكلة تعاطي المخدرات في قطر ". منشورات جامعة قطر، الدوحة، 1984)1: ص ص 14-16.

(2) ناصر، ثابت. المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات. الكويت: منشورات ذات السلاسل، 1984.

24- دراسة: سليمان بن قاسم الصالح. "عوامل تعاطي المخدرات: دراسة للمحكوم عليهم في سجون الرياض"⁽¹⁾.

يسعى الباحث من خلال دراسته هذه إلى التعرف على أهم العوامل الاجتماعية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والآثار المترتبة عليها.

واستعمل الباحث المنهج الوصفي في دراسته، على عينة مكونة من 100 نزيل، مستخدماً استمارة الاستبيان المقننة.

وتوصل خلالها الباحث إلى عدة نتائج أهمها:

1 - كون المدمنين يقعون في الفئة العمرية (20-29) سنة. أغلبهم عزاب، بمستوى تعليمي منخفض.

2- أهم عوامل التعاطي: مخالطة رفاق السوء وضعف الوازع الديني والتحضر والوفرة المادية وقضاء وقت الفراغ.

25- دراسة: سيف الإسلام بن سعود بن عبد العزيز. "تعاطي المخدرات في بعض الدول مجلس التعاون الخليجي"⁽²⁾.

تهدف هذه الدراسة، إلى التعرف على العوامل المؤثرة في ازدياد التعاطي. وكذا التعرف على الآثار الاجتماعية والنفسية والصحية لمتعاطي المخدرات على مستوى الأفراد، الأسرة، والمجتمع.

تتكون عينة الدراسة من 139 فرد من متعاطي المخدرات في السجون، موزعة كالاتي:

- 75 % من سجناء الرياض؛

- 14 % من سجناء الكويت؛

- 11 % من سجناء المنامة .

وتوصلت الدراسة إلى جملة من النتائج، أبرزها:

1- معظم المتعاطين للمخدرات يقعون في الفئات العمرية (15-35) سنة.

⁽¹⁾سليمان بن قاسم، الغالم. "عوامل تعاطي المخدرات دراسة للمحكوم عليهم في سجون الرياض". رسالة ماجستير. جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1407 هـ/1986م.

⁽²⁾سيف الإسلام ابن سعود، بن عبد العزيز. تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي: دراسة استطلاعية للعوامل المؤثرة في ازدياد تعاطيها وأساليب الوقاية والعلاج. الرياض: المعهد العالي للدراسات الإسلامية والعربية. 1986 .

- 2- أغلب المتعاطين من أصحاب الدخل المحدودة.
- 3- أغلب المتعاطين من غير المتعلمين .
- 4- أغلب المتعاطين يتعاطون المخدرات لمجرد التقليد ومجاملة الآخرين.
- 5- يحصل المتعاطون على المخدرات من الأماكن العامة والأسواق.
- 6- أكثر من نصف المتعاطين يتعاطون العقاقير بنوعيه المنشط والمهدئ .

26- دراسة : عبد المنعم بدر . " مشكلة المخدرات" (1) .

يسعى الباحث من خلال هذه الدراسة إلى :

- 1- التعرف على الظروف الشخصية المحيطة بالمتعاطين للمخدرات.
 - 2- التعرف على جوانب المشكلة، النوع، وطرق الاستخدام، والتكلفة ، وطرق الحصول عليها، والآثار المترتبة على التعاطي أو الانقطاع وكيفية طرق العلاج.
- أما عينة الدراسة فشملت 102 نزير بسجن مدينة بريدة بالقصيم. واستعمل الباحث منهج المسح الشامل في اقتراجه المنهجي، مستخدماً أداة المقابلة في دراسته الميدانية.
- و توصل الباحث في نهاية دراسته إلى أن :
- غالبية المتعاطين يقعون في المرحلة العمرية بين (20-30) سنة بـ 60.78% ، جلهم عزاب.
 - أما أسباب التعاطي فتعود إلى : أ- الأصدقاء 38.25% ، ب- الاعتقاد بفوائدها 13.13% ، ج - الفراغ والملل 9.8% ،

27- دراسة: محمد الغريوش. "استعمال المخدر بواسطة الطلاب السعوديين الملتحقين بمدارس ولاية واشنطن" (2) .

من خلال هذه الدراسة، سعى الباحث إلى معرفة حجم ظاهرة تعاطي المخدرات بين الطلاب السعوديين الملتحقين بمدارس ولاية واشنطن. مع محاولة معرفة اتجاهات هؤلاء الطلاب نحو استخدام المخدرات.

(1) عبد المنعم، بدر. مشكلاتنا الاجتماعية، الكتاب الخامس: مشكلة المخدرات . الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1987.

(2) محمد ، الغريوش. استعمال المخدر بواسطة الطلاب السعوديين الملتحقين بمدارس ولاية واشنطن . سلسلة بحوث مشروع مكافحة المخدرات، مركز أبحاث مكافحة الجريمة بوزارة الداخلية السعودية، 1990، ص ص 19-23.

استخدم الباحث في دراسته أداة الاستبيان على 87 طالب سعودي يدرسون في مدارس وكليات وجامعات القطاع الشمالي الغربي من ولاية واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية.

من بين ما توصل إليه الباحث أن :

- 1- الماريجوانا أكثر أنواع المخدرات استخداما ب 62.2% ثم الكحوليات ب 38.7%.
- 2- 76.4% من الطلاب يتعاطون المخدرات على الأقل مرة واحدة في اليوم.
- 3- أهم الأسباب لتعاطي المخدرات يرجع إلى إلحاح الأصدقاء والمشكلات المدرسية، والمشكلات الشخصية .
- 4- الطلاب العزاب أكثر تعاطي للمخدرات من نظرائهم من المتزوجين.

28- دراسة: عبد الله عبد الغني الصيرفي وآخرون: "نوع جريمة المخدرات بواسطة نزلاء السجون السعوديين في علاقاتهم بخصائصهم الاجتماعية والأسرية والتعليمية والاقتصادية بالرياض"⁽¹⁾.

أراد الباحثون من خلال هذه الدراسة، التوصل إلى التعرف على خصائص نزلاء السجون من السعوديين مرتكبي جرائم المخدرات الاجتماعية، والأسرية والتعليمية والاقتصادية، وما إذا كانت هذه الخصائص تختلف باختلاف جريمة المخدر المرتكبة بواسطة النزلاء. تكونت عينة الدراسة من 36 سجيناً، استعمل معهم استمارة الاستبيان لجمع البيانات. ومن بين أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة:

- 1- 58 % من المبحوثين بدأت علاقاتهم بالمخدر قبل سن الخامسة والعشرون؛
- 2- 54 % من نوع المخدرات كانت حبوب السكونال، في حين مثّل الحشيش 10.3%.
- 3- 92% من المبحوثين تعيش أمهاتهم في ذمة الأب، في المقابل 8% في حالات طلاق.
- 4- 70% من آباء المسجونين كانوا يستخدمون الضرب وسيلة عقابية عندما يخطأ ابنهم بمقابل 55.4% من أمهات هؤلاء النزلاء كن يضربن أبناءهن عندما يخطئون.

⁽¹⁾ عبد الله عبد الغني، الصيرفي و عبد الله أحمد الصياد و عبد الرحيم الغامدي. نوع جريمة المخدرات بواسطة نزلاء السجون السعوديين في علاقاتهم بخصائصهم الاجتماعية والأسرية والتعليمية والاقتصادية. الرياض: مركز أبحاث الجريمة بالسعودية، 1988.

29- دراسة: أحمد فاضل الجمعان. "تعاطي المخدرات وارتكاب الجريمة دراسة ميدانية مطبقة على المودعين بسجن الدمام"⁽¹⁾.

من بين تساؤلات هذه الدراسة:

- 1- هل هناك علاقة بين جريمة تعاطي الهيرويين وبين ارتكاب جرائم أخرى.
 - 2- هل هناك علاقة بين جريمة تعاطي الهيرويين وبين المتغيرات الاجتماعية كالسنة والحالة الاجتماعية والمستوى الاجتماعي والمهنة والتعليم والدخل ؟
- اشتملت عينة الدراسة على 175 حالة من السعوديين المودعين بسجن الدمام، موزعين كالآتي:

المجموعة الأولى: وهي التي ارتكبت جريمة بسبب تعاطي الهيرويين وعددها 75 حالة.

المجموعة الثانية: التي ارتكبت جريمة تعاطي الهيرويين فقط وعددهم 25 حالة.

المجموعة الثالثة وهي التي ارتكبت السرقة والجرائم الأخلاقية وغيرها، ولم تتعاطى الهيرويين وعددهم 75 حالة .

تم استخدام في هذه الدراسة أداة الاستبيان.

و توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، أهمها:

- 1- وجود علاقة بين جريمة التعاطي والجرائم الأخرى، فأهم ما يميز متعاطي الهيرويين هو أنه على استعداد أن يضحي بالمبادئ والقيم والضوابط الاجتماعية في سبيل الحصول على المخدرات.

2- 85.3% من الجرائم التي تقع تحت تأثير الهيرويين هي جرائم اقتصادية.

3- أغلب المدمنين أقل من 30 سنة وعزاب، وحصلوا على تعليم متوسط.

4- كشفت الدراسة أن من أهم عوامل التعاطي وارتكاب جرائم أخرى هو مخالطة رفقاء السوء.

⁽¹⁾ أحمد فاضل، الجمعان. "تعاطي المخدرات وارتكاب الجريمة دراسة ميدانية مطبقة على المودعين بسجن الدمام". رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1409 هـ.

30- دراسة: مريم علي المالكي. "دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية عند المتعاطين وغير المتعاطين في المجتمع القطري" (1) .

إنطلقت الباحثة في دراستها من التساؤلات التالية: كيف نفسر أوجه الاتفاق بين الأسوياء والمتعاطين ؟ وهل يمكن الوصول إلى مقياس للإدمان يشتق من اختبار الشخصية المتعددة الأوجه في التنبؤ والتشخيص؟

وللإجابة على هذه التساؤلات، أخذت الباحثة عينة تتكون من 60 فرداً، مقسمة إلى

مجموعتين:

- مجموعة تجريبية، تضم 30 فرداً مدمناً على الهيروين،
 - مجموعة ضابطة، تضم 30 فرداً من غير المدمنين.
- واستخدمت في دراستها، اختبار إيزنك للشخصية، و اختبار لقياس العوامل الاجتماعية ومن جملة ما توصلت إليه من خلال دراستها، أن :
- المشكلات الأسرية وسوء العلاقة بين الوالدين تدفع الأبناء نحو الاتجاه إلى طريق إدمان المخدرات.
 - كما وجدت فروق دالة إحصائية بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقدير الذات والشعور بالسعادة والاكتئاب وتوهم المرض.
 - وتوصلت كذلك إلى أن هناك فروق دالة في السمات الشخصية لدى المتعاطين وغير المتعاطين.

31- دراسة : سحر عبد الغني، بعنوان " الأطفال وتعاطي المخدرات" (2).

انطلقت الباحثة في هذه الدراسة من عدة تساؤلات، أهمها : ما الدوافع والعوامل المختلفة التي تجعل بعض أبناء الأسر يتجهون إلى تعاطي المخدرات؟ وما العلاقة بين التفكك الأسري وبين اتجاه الأطفال للمخدرات ؟ و ماهي المواد المخدرة المنتشرة بين الأطفال المتعاطين للمخدرات ؟ و الأماكن والأشخاص الذين يتردد عليهم الطفل المتعاطي لأخذ احتياجاته من المواد المخدرة ؟ و ما هو حجم الإنفاق اليومي أو الاسبوعي على هذه المواد المخدرة ؟ وأخيراً ما الآثار والسلوكيات المنحرفة المرتبطة بتعاطي الأحداث للمخدرات ؟ و

(1) مريم علي، المالكي. "دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية عند المتعاطين وغير المتعاطين في المجتمع القطري". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس. القاهرة، 1990.

(2) سحر، عبد الغني. "الأطفال وتعاطي المخدرات". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس. المكتبة المصرية. القاهرة، 2007.

طبيعة الأضرار التي تلحق بالطفل وأسرته والمجتمع ككل نتيجة لهذه الظاهرة. كما حاولت معرفة الظروف الاجتماعية التي يمكن الاستعانة بها في وقاية الأطفال من تعاطي المخدرات. بلغت عينة الدراسة التي من شروط الانتماء إليها أن يكون سن الحدث أقل من 18

سنة، و أن يكون قد تعاطى أي مادة مخدرة ، 250 حالة موزعين كالآتي:

-205 مبحثاً بمؤسسة العقابية للبنين بالمرج 82 %

- 19 مبحثاً بمؤسسة الشباب بعين شمس 7.6 %

- 62 مبحثاً بمؤسسة القاصرات بعين شمس 10.4 %

استخدمت الباحثة في دراستها الميدانية التي استغرقت 08 أشهر (من ماي إلى ديسمبر 2002)، منهج البحث الاجتماعي بالعينة لوصف وتشخيص ظاهرة البحث، كما استعانت بمنهج دراسة الحالة للتحقق من صدق البيانات. واستخدمت صحيفة الاستبيان، التي تضمنت 86 سؤالاً، وكذا استخدمت دليل المقابلة كأداتي لجمع البيانات.

لقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج، نلخصها فيما يلي:

- 1- حب الاستطلاع في بداية التعاطي دفع نحو 40.4% من عينة الدراسة نحو التعاطي.
- 2- أكد نحو 32% بأن أصدقائهم كان لهم دور في تعاطيهم للمخدرات.
- 3- 6.8% من أفراد العينة بدأوا التعاطي بتقليد الآخرين وكانت نفس النسبة لإثبات الرجولة.
- 4- 5.6% من أفراد العينة تعاطوا المخدرات بسبب الانفصال بين الوالدين وإهمال الأسرة وكثرة المال بنسبة 3.2%.
- 5- مثلت الرغبة في تجربة هذه المواد ومعرفتها نسبة 42.8%. من إجمالي عينة الدراسة، والمرح والفرشة ونسيان الهموم بنسبة 40.4%، ثم تقليد الأصدقاء بنسبة 37.6%، ثم إثبات الرجولة بنسبة 15.6%، ثم تقليد أحد أفراد الأسرة بنسبة 13.6% ، ثم رخص المادة المخدرة بنسبة 8% .

6 - تمثلت العوامل الأسرية التي أسهمت في تعاطي أفراد العينة للمخدرات في عدم المتابعة الأسرية للأبناء، باحتلالها المرتبة الأولى بنسبة 62% من إجمالي عينة الدراسة، ثم ضعف الوازع الديني لدى الأسرة بنسبة 28.4% ثم خلافات بين الوالدين بنسبة 24.4% ثم انفصال الوالدين بنسبة 16% ثم وفاة أحد الوالدين بنسبة 14.8% من إجمالي العينة.

7- مجارة الأصدقاء المتعاطين للمخدرات كان لها تأثير كبير في تعاطي الأحداث للمخدرات بنسبة 92.5%

32- تحقيق Medspad 2006 حول تعاطي المخدرات في أوساط ثانويات الرباط و سالة⁽¹⁾.

يهدف التحقيق إلى تقويم المخدر عند الثانويين بين 15 و 17 سنة، مع تكوين فكرة على أراء هذه الفئة من العمر وسلوكاتها، و إبراز العوامل التوقعية لتعاطي المخدرات، وتحديد محاور للوقاية.

أما العينة فكانت مكونة من 2000 تلميذ لـ 36 ثانوية (20 في الرباط و 16 في سالة)، مشتملة على 73 قسما : 24 (جذع مشترك، 22 أولى باكالوريا، 27 ثانية باكالوريا). واستعمل في هذا التحقيق استبيان ذاتي، مجهول الهوية، بالعربية، يحتوي على 57 سؤالا، استبيان مغلق (أسئلة ذات الاختيارات المتعددة)، وتحقيق ESPAD النموذجي معدل. ومن جملة ما توصل إليه هذا التحقيق:

- أن التبغ هو أكبر المخدرات استهلاكاً.
- أما توزيع تعاطي المخدرات حسب النوع وحسب الجنس فكان كما يلي:
الذكور: التبغ 19.5%، الكحول 16.6%، القنب 12.5%، المؤثرات العقلية 9.5%.
الإناث : التبغ 9.5%، الكحول 4.7%، قنب 1.5%، المؤثرات العقلية 8.4%.
- وقد أظهر التحقيق : أن تعاطي الذكور أكثر من الإناث.
- أول تعاطي للمخدرات كان في السن 11 عند أغلبية أفراد العينة.
- الفتيات يتعاطين عادة في المناسبات
- 15 إلى 17 سنة : سن حاسم بين الاستهلاك التجريبي والمنتظم.

⁽¹⁾ جلال، توفيق. نتائج تحقيق Medspad 2006 حول تعاطي المخدرات في أوساط ثانويات الرباط سالة. ورقة مقدمة إلى الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية لوقاية من المخدرات ومكافحتها. الجزائر. 03 - 04 ديسمبر 2006. ص ص 83-90.

33-دراسة: عدنان أحمد مسلم، و أمال عبد الرحيم. " مشكلة المخدرات في سورية، دراسة ميدانية"⁽¹⁾.

حدد الباحثان في بداية دراستهما مجموعة من الأهداف، من بينها: التعرف على أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع السوري، مع تكوين صورة واضحة عن طبيعة المشكلة وخطورتها في المجتمع، ومحاولة الوقوف عند سياسات محددة للعلاج و الوقاية من هذه المشكلة في المجتمع.

استخدم الباحثان في دراستهما طريقة المسح الشامل لعدد من أفراد العينة: 453 ذكر من سجن عدرا للذكور بدمشق، و 5 إناث من سجن دوما للإناث. كما استعملت في الدراسة أداة المقابلة المباشرة المدعمة بالاستبيان. ودامت الدراسة ثلاثة من عام 1993.

توصل الباحثان إلى جملة من النتائج، نلخصها كما يلي:

- أن النسبة الكبيرة من المتعاطين، هم من الشباب،
- كانت أسباب التعاطي هي رفاق السوء بالدرجة الأولى، ثم المشاكل الأسرية،
- معظم المتعاطين مدركين لمخاطر المخدرات،
- ارتباط الإدمان بالوضع الاقتصادي الجيد،
- عدم انتشار هذه المشكلة بشكل كبير بين الإناث،
- كون أن سوريا تعتبر منطقة عبور بين الدول المنتجة والدول المستهلكة للمواد المخدرة غير الشرعية، لذلك تزداد هذه المشكلة في سوريا.
- من سبق له أن عوقب من طرف العدالة بسبب التعاطي، لايعود إلى تكرار التعاطي.

34-دراسة:عبد الرحمان محمد أبو عمه."حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات"⁽²⁾.

من أصل خمس (05) دول عربية اقتضرت الدراسة على ثلاث دول عربية فقط، وهي مصر، سوريا والسعودية، وهذا راجع إلى الصعوبات الفنية. وقدّر عدد سكان الدول الثلاث عام 1992 حوالي ثمانين مليون نسمة. وكانت تهدف الدراسة إلى دراسة حجم ظاهرة

⁽¹⁾عدنان أحمد، مسلم و أمال عبد الرحيم. " مشكلة المخدرات في سورية، دراسة ميدانية". ، دمشق: دار كنعان، للدراسات والنشر، 1995، ص ص 20-51.

⁽²⁾عبد الرحمان محمد، أبو عمه. حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات. ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، 1419هـ، 1998م.

الاستعمال غير المشروع للمخدرات في الوطن العربي، وذلك عن طريق تقدير عدد المتعاطين والمروجين والبائعين والمهربين، وكانت تهدف الدراسة كذلك إلى التعرف على أنواع المخدرات المستخدمة في الوطن العربي، وتقدير كميات استخدامها وتقدير تكاليفها، كما اهتمت الدراسة بتحديد فئات المستخدمين والمروجين المهربين من حيث مستوى تعليمهم وطبيعة عملهم، كما انصب اهتمام الدراسة على حجم المخدرات المضبوطة في مناطق التحكم والمكافحة المختلفة، وتقدير حجم المخدرات المهربة، وتوزعها حسب أنواعها وطرق تهريبها.

تم استعمال في هذه الدراسة مجموعة من الاستبيانات: (الأول مخصص للمسؤولين والعاملين في إدارات التحكم والمكافحة، والثاني مخصص للعاملين في العلاج وإعادة التأهيل، والثالث موجه للمتعاطين، والرابع موجه للمروجين والبائعين).

بعد تحديد عينة الدراسة من الدول العربية الثلاث، بالتنسيق مع الجهات المعنية في هذه الدول لتعبئة هذه الاستبيانات وإعادتها. تم استرجاع 1130 استبيان من أصل 1211 استبيان مرسل في هذه الدراسة.

لقد توصلت الدراسة إلى مجموعة كبيرة من النتائج، أهمها:

- كان متوسط عدد المقبوض عليهم سنوياً من المتعاطين، 1990 شخص، ومن المروجين 1229 شخص، ومن المهربين 465 شخص، وهذا لمختلف أنواع المخدرات.
- يصل الإنفاق الشهري على المخدرات في المتوسط في المدينة الواحدة إلى حوالي 662850 دولار شهرياً، أي حوالي سبعة ملايين ونصف دولار سنوياً.
- يقدر العاملون في أجهزة التحكم والمكافحة، بأن المتعاطين يتوزعون بنسبة 28 % للمخدرات المنومة، و 34 % للمخدرات المنبهة والمنشطة.
- يعرف المتعاطي في المتوسط 51 شخص من المتعاطين، وقد يتعامل مع حوالي 9 من المروجين في الفترة نفسها.
- لا تقل نسبة من يتعاطون المخدرات المهدئة عن 16 %، ولا تقل نسبة المتعاطين للمخدرات المنشطة عن 32 %، وهذا حسب تقدير المتعاطين والمروجين.
- لا تقل نسبة المتعاطين للحشيش والمروجين له عن 44 %، وهذا حسب تقدير المتعاطين والمروجين، يلي ذلك الهيروين بنسبة لا تقل عن 18 %.
- حوالي 57 % من المتعاطين من المتزوجين، و 24.5 % منهم لهم طفل أو طفلين.

- حوالي 70% من المتعاطين لم يتجاوز تعليمهم المرحلة المتوسطة.
- غالبية المقبوض عليهم في قضايا المخدرات هم من العاطلين، يلي ذلك المزارعين، ثم موظفو الدولة، ويأتي الطلاب في المرتبة الرابعة والتجار في المرتبة الخامسة.
- غالبية المحولين للعلاج هم من متعاطي الهيروين ومشتقاته، يلي ذلك متعاطو الأفيون ومشتقاته، ويأتي الحشيش في المرتبة الثالثة، والمذيبات الطيارة في المرتبة الرابعة، وحبوب الهلوسة في المرتبة الخامسة.
- تصل نسبة الموظفين في القطاعين العام والخاص إلى حوالي 51% من المروجين.
- أكثر من نصف المحولين للعلاج أو التأهيل سبق وأن مروا بالتجربة نفسها للمرة الثانية على الأقل.
- حوالي 32% من المروجين هم من الحرفيين والمهنيين.
- يبلغ دخل المروجين أو البائعين الشهري حوالي 744489 دولار شهريا، أي ما يقارب تسعة ملايين دولار سنويا.
- قد يصل متوسط حجم تجارة المروجين من المخدرات في السنة في مدينة واحدة إلى حوالي 13.8 مليار دولار.
- تبلغ نسبة من يتقدم طوعية إلى مراكز العلاج 85%، أما الباقي أي 15%، فيتم إيداعهم من طرف السلطات الأمنية بعد القبض عليهم.

35- مصطفى سويف وآخرون: "تعاطي المواد النفسية بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية

- (بنين) على مستوى الجمهورية المصرية: دراسة ميدانية في الواقع المصري⁽¹⁾.
- أجريت هذه الدراسة سنة 1992 على عينة مكونة من 11977 من مجتمع البحث المقدر بـ 607587 تلميذ متدرس على مستوى المحافظات المصرية. واستعملت في هذه الدراسة أداة الاستبيان تحمل 191 سؤالاً.
- وكانت من جملة نتائج الدراسة ما يلي:
- 18.1% من أفراد العينة يقرّون أنهم يدخنون السجائر،

(1) مصطفى ، سويف وآخرون. تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية (بنين): دراسة ميدانية في الواقع المصري . القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية، البرنامج الدائم لبحوث المخدرات، 2002. ص ص 1-104

- بدأت الأغلبية 68% التدخين في الفترة العمرية ما بين 14 سنة و أقل من 18 سنة. إلا أن هناك 8% بدأوا قبل بلوغهم سن 12 سنة.
- اقر 5.6% من التلاميذ أنهم تعاطوا أو يتعاطون الحبوب الدوائية (بغض النظر عن كونها من المهدئات أو من المنشطات).
- 12% من أفراد العينة بدأوا خبرة التعاطي قبل أن يبلغوا سن 12 سنة.
- أقر 27.3% أنهم سعوا وهم الذين انتهزوا الفرصة عندما سحت. بينما أجاب حوالي 70% بأنهم كانوا في تعاطيهم يستجيبون لضغوطات الغير.
- أقر 18.3% من متعاطي الأدوية أنهم مستمرون في التعاطي، والبقية توقفت.
- أقر 5.1% من أفراد العينة أنهم تعاطوا أو أنهم ما يزالون يتعاطون المخدرات الطبيعية .
- بلغت نسبة من تعاطوا الحشيش 96.3%، بينما بلغت نسبة من تعاطوا الأفيون 6.8%، ومن تعاطوا الهيروين 1.8%. ومن تعاطوا الكوكايين 3.2% .
- بلغ متوسط عمر التلميذ عند بدأ تعاطيه المخدرات الطبيعية جميعا. كما أن هناك حالات بدأت التعاطي قبل بلوغ سن 12 سنة.
- هناك 51.6% من أفراد العينة بدأوا تعاطي الحشيش ونسبة 28.6% في حالة الأفيون، و 45.5% في حالة الهيروين في مناسبة اجتماعية سعيدة.
- أقر 20.8% بأنهم مستمرون في تعاطي المخدر، بينما قال 74% بأنهم توقفوا.
- أقدم 16.7% على شرب الكحوليات، وكانت البيرة هي أكثر أنواع الكحوليات انتشارا.
- العمر المنوالي لشرب تلاميذ الثانوي الفني للكحوليات يقع بين 15 و 16 سنة.
- نسبة كبيرة من الشاربين كانت المناسبات الاجتماعية السعيدة والجلسة مع الأصدقاء، هي أهم المناسبات التي ارتبطت بخبرتي بدء الشرب والاستمرار فيه.
- 2.8% فقط من الشاربين اقرروا أنهم يكفوا عن الشرب خوفا من الأهل.
- أكثر من نصف أفراد العينة تتعرض للسماع عن الكحوليات عن طريق وسائل الإعلام المرئية و المسموعة والمقروءة.
- أظهرت الدراسة أن تأثير القانون ضعيف إلى حد كبير في كف المجريين عن الاستمرار في الشرب، أو في منع غير الشاربين من الإقدام عليه.

36- دراسة عبد الحليم محمود السيد، بعنوان : "مشكلة المخدرات في الوطن العربي"⁽¹⁾.

أجريت الدراسة على ثلاث بلدان، وهي: الأردن، الإمارات و السودان، لعينة إجمالية قدرت بـ 2959 طالب. وتناولت الدراسة موضوع تعاطي المخدرات والمواد الأخرى المؤثرة في الحالة النفسية (السجائر و الأدوية المؤثرة في الحالة النفسية والمخدرات الطبيعية والمسكرات) في العالم العربي.

من أهم الاسئلة التي حاول هذا البحث الإجابة عنها:

- 1- ما الخصال والظروف الاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات أو الامتناع عن تعاطيها، مثل التدخين، التعليم، العمر، الوالدين وغير ذلك.
 - 2- ما درجة انتشار المعلومات والخبرات والممارسات المتصلة بكل من : التدخين، الأدوية المؤثرة في الأعصاب، المخدرات التقليدية والمواد المسكرة.
 - 3- ما أهم مصادر الحصول على هذه المعلومات والخبرات المتصلة بهذه المواد؟
 - 4- ما الظروف النفسية والاتجاهات الاجتماعية التي تيسر الحصول على هذه المعلومات أو الخبرات، مما يجعل الفرد يتصورها ضارة أو نافعة.
- تم الإستعانة بأداة الاستبيان لجمع المعلومات، على عينة من تلاميذ الذكور (للفصول الدراسية للسنوات الأولى والثانية والثالثة)، مكونة من 2959 تلميذ من جمهور المدارس الثانوية بعدد من البلاد العربية، وهم موزعين كالآتي:
- الأردن : 967 تلميذ، الإمارات: 997 تلميذ و السودان: 995 تلميذ

ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة:

- 1- **تدخين السجائر:** حوالي 50% من أفراد العينة بدأوا التدخين في عمر يقل عن 14 سنة. كما تبين أن 1/3 هؤلاء المدخنين يدخنون بانتظام أقل من 5 سجائر يوميا، ونسبة تتراوح بين 50 % و 80 % يدخنون أقل من عشر سجائر يوميا، ونسبة تتراوح بين 30% و 50% تدخن من عشرة إلى أكثر من عشرة سجائر يوميا.
- يبدأ تدخين السجائر في الصف الأول الثانوي بنسبة حوالي 10% وينتهي في الصف الثالث (أدبي) إلى نسب تتراوح بين 20% إلى 30%. كما ارتبط بزيادة نسبة التدخين لدى

(1) عبد الحليم محمود، السيد. مشكلة المخدرات في الوطن العربي. ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، 1418 هـ-1997م.

التلاميذ في عينات الدراسة الثلاث كل من: ارتفاع مصرف الجيب، ارتفاع الدخل الشهري للأسرة، انخفاض مستوى تعليم الأم. كم ارتبط انخفاض نسبة التدخين بكل من : ارتفاع مستوى التدخين، ارتفاع مستوى التحمس للدراسة.

كما أوضحت نتائج الدراسة، أن المدخنون مقارنة بغير المدخنين أكثر سماعا عن المواد المخدرة ، ورؤية لها، واعتقادا في فائدتها.

2- تعاطي الأدوية (المهدئة والنومة والمنشطة): من 3% و 5% من أفراد العينة صرحوا بأنهم جربوا تعاطي هذه المواد، وأن نسبة الاستمرار في التعاطي تتراوح بين 25% و 35% من الأفراد الذين جربوا التعاطي ولو مرة واحدة. وأن معظم المتعاطين (من 45% إلى 85%) يبدأون من عمر 14 سنة وقبل 18 سنة.

3- تعاطي المخدرات : أقر بين (1% و 5%) من أفراد عينة الدراسة أنهم تعاطوا المخدرات (وخصوصا الحشيش) ولو لمرة واحدة في الحياة. وقد تمثلت أهم ظروف التعاطي المخدرات، لأول مرة في كل من : مناسبة اجتماعية، صحبة الأصدقاء. أما أهم أسباب التوقف عن تعاطي للمخدرات فقد تمثلت في كل من (بالترتيب): لأنها ضارة صحيا، أسباب دينية، الخوف من الأهل. مع أن معظم التلاميذ المتعاطين ينتمون لوالدين على قيد الحياة، إلا أن وفاة الأب صاحبها زيادة واضحة في نسبة تعاطي المخدرات.

كما أظهرت الدراسة، أن حوالي 1/3 ثلثي أباء المتعاطين للمخدرات من ذوي التعليم المنخفض، كما أن نسبة تتراوح بين 75% و 86% من أمهات هؤلاء التلاميذ في مستوى تعليمي أقل من الإعدادية (أميات أو يقرآن ويكتبن)، وتصاب ارتقاء نسبة تعاطي المخدرات بارتفاع قيمة المصروف الشهري للتلميذ.

4- تعاطي الكحوليات: بين 7% و 20% من افراد العينة تعاطوا البيرة. و ما بين 3% و 10% تعاطوا الويسكي. أما نسبة الاستمرار فتصل إلى 30% من المتعاطين.

حوالي 50% من التلاميذ المتعاطين للبيرة (ولو لمرة واحدة) يبدأون التعاطي في عمر أقل من 14 سنة.

5- دوافع التعاطي والامتناع عن المواد المخدرة و المؤثرة في الحالة النفسية: أوضحت نتائج الدراسة، أن أهم دوافع التعاطي تتمثل في صحبة الأصدقاء، ومناسبة

اجتماعية، وخصوصا لدى المتعاطين لكل من : السجائر، المخدرات والكحوليات. كما تتمثل في التخلص متاعب وآلام جسمية لدى المتعاطين للأدوية.

وأهم أسباب التوقف أو الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة فتتمثل في الخوف من الأضرار الجسمية ثم أسباب دينية.

6- أهم مصادر المعلومات عن المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية:
تركزت أهم مصادر المعلومات بالنسبة للمتعاطين في الأصدقاء (أصدقاء السوء عادة)، سماعا ورؤية وحصولا على هذه المواد المخدرة وخصوصا في حالة السجائر والمخدرات. أما في حالة الأدوية والكحوليات فإنه يضاف إلى الأصدقاء، الأقارب، ثم الجيران. أما بالنسبة لغير المتعاطين فيتمثل المصدر الأساسي للمعلومات في القراءة أو الاستماع أو الرؤية من خلال وسائل الإعلام الرسمية (الصحف والمجلات والكتب، أو الإذاعة والتلفزيون).

7- الظروف الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمواد المؤثرة في الحالة النفسية. وتتمثل في ثلاثة أنماط:

- ينخفض الإقبال على تعاطي المواد المخدرة، بارتفاع المستوى الثقافي و الاجتماعي للوالدين .

- يرتبط فيه ارتفاع المستوى الثقافي (أو التعليمي) والاجتماعي للوالدين وارتفاع طموح الأبناء وتفوقهم بارتفاع الإقبال على تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية.

- يرتبط فيه المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط للوالدين والمستوى المتوسط من تحصيل الأبناء وطموحهم الدراسي وتدينهم بتعاطي الأدوية.

تعقيب على الدراسات العربية :

يعود الاهتمام بدراسة العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات في الوطن العربي إلى الخمسينيات من القرن العشرين، حيث كانت الظاهرة أكثر انتشارا في دول عربية (كمصر) مقارنة مع ما هي عليه في دول عربية أخرى، ولهذا جاء الاهتمام بمشكلة التعاطي متباينا بين دول الوطن العربي بتباين درجة انتشار المشكلة فيها⁽¹⁾.

⁽¹⁾ أحمد عبد العزيز، الأصفر. أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. مركز الدراسات والبحوث، 1433هـ، 2012م، ص 23.

يتعذر على أي باحث حصر حجم ونوع الدراسات العربية التي تناولت ظاهرة المخدرات، وبالتالي لا يمكن تقديم رؤية شاملة على هذه الدراسات من حيث النمط والنوع، وهذا ما يستدعي من الباحث أن يقترب من هذا الموضوع من الزاوية التي لها صلة بمجال اهتمامه. وعموما فالدراسات العربية السابقة المذكورة أنفاً، تناولت موضوع المخدرات من زوايا مختلفة، فمنها من اهتمت بالعوامل المؤدية إلى انتشار ظاهرة التعاطي وتدخل في هذا السياق مجموعة الدراسات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي حاولت أن تبرز أهم العوامل التي يمكن أن تكون سببا للتعاطي، إما على مستوى الفرد أو على مستوى المجتمع ككل. و قد اعتمدت الكثير من هذه الدراسات على الدراسات الميدانية تتعلق بواقع المتعاطين، وهذا ما دفعها إلى استخدام المناهج الإحصائية كأداة للمقارنة بين المجموعات الضابطة والمجموعات التجريبية. بالإضافة إلى دراسات أخرى كانت تهدف إلى التعرف على الأسباب والعوامل المؤدية إلى هذه الظاهرة.

ويجب الإشارة، أن أغلب الدراسات العربية السابقة المذكورة أنفاً، فيما يخص الاسباب فقد ركزت على بعض الجوانب من المشكلة دون الجوانب الأخرى، دون النظرة التكاملية. كون كل العوامل تعتبر أنها منظومة متكاملة يؤثر كل منها في غيره، من المستوى العضوي للشخصية، إلى مستوى أبعادها النفسية والاجتماعية والثقافية وانتهاء بمظاهر التغير الاقتصادي والاجتماعي والسياسي الذي يشهده المجتمع العربي برمته.

كما أن هناك نسبة كبيرة من هذه الدراسات اهتمت بالدراسات الوبائية، محاولة إبراز حجم انتشار تعاطي المخدرات، وأماكن الانتشار وأنواع المخدرات الأكثر انتشاراً، والتوصيف النوعي للمخدرات، والتصنيف القانوني، وكل ما له صلة بتوصيف الظاهرة وتحديد خصائصها. وهناك من الدراسات من ركزت على الأضرار التي تسببها المخدرات من النواحي النفسية والاجتماعية والاقتصادية. وقد حاولت هذه المجموعة شرح الآثار المترتبة على ظاهرة التعاطي على مستوى الفرد والمجتمع في آن واحد.

وهناك من الدراسات ذات الطابع القانوني والتي كانت تهدف على تطوير النظم والقوانين التي من شأنها أن تساعد في الحد من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، والوقاية منها، والتقليل من حجم الطلب عليها في المجتمع، بالإضافة إلى القوانين ذات الصلة بالمكافحة والمعالجة في الوقت نفسه.

ومع ذلك لم ترقى بعد الدراسات العربية إلى مستوى الدراسات الغربية من حيث تنوع الاختصاصات. كما يلاحظ نقص كبير في الدراسات الوبائية على مستوى الإقليمي، وهذا رغم توفر الإمكانيات لدى العديد من الدول العربية. وعدم القيام بمثل هذه الدراسات لا يساعد على بلورة سياسة مكافحة المخدرات بأبعادها المختلفة.

المبحث الثالث : الدراسات الجزائرية:

1- دراسة: ياحي وحنون وسلحاب: "تحقيق حول تعاطي المؤثرات العقلية عند الشباب بين 15 إلى 24 سنة بولاية الجزائر العاصمة"⁽¹⁾.

أجريت هذه الدراسة في جوان 1990، من قبل الباحثين ياحي وحنون وسلحاب في ولاية الجزائر على شباب تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة، وقد تكونت عينة البحث من 639 مبحوثا وكونت الشوارع وأماكن التجمعات الشبانية المجال الأساسي للبحث، وهدفت الدراسة إلى تحديد مشكل تعاطي العقاقير والأدوية النفسية في الجزائر العاصمة. أما عن أداة البحث، فتمثلت في إستبيان للملأ مهياً من طرف جماعة من الباحثين من مختلف التخصصات.

ومن بين ما توصل إليه الباحثون:

- نسبة إنتشار تعاطي العقاقير النفسية هي 51.9%، منها 28.1% تعاطي متقطع و 23.8% تعاطي منتظم. وكان السن المتوسط لأول التعاطي هو على العموم 17 سنة.
- بالنسبة للذكور: المتعاطين المنتظمين 33%، المتعاطين المتقطعين 35%، الذين لم يتعاطو في حياتهم 32%. أما بالنسبة للإناث: المتعاطيات المنتظمات 15%، المتعاطيات المتقطعيات 22%، اللواتي لم يتعاطين في حياتهن 63%.
- ويعود التعاطي الأول : تحت تأثير الرفاق 47.1% للذكور. وتحت وصفة طبية 47.1% للإناث.

⁽¹⁾ M, Yahy ; Hannoun , D. ; et Selhab, MR, « Enquête sur la consommation des psychotropes chez les jeunes de 15 a 24 ans dans la Willaya d Alger, juin 1990 » R.E.M, II,5(Mai,1991): pp. 20-29.

- أما طريقة الحصول على المادة، فالوسط العائلي بنسبة 76.03% للإناث. أما بالنسبة للذكور فتمثلت في الوسط العائلي بنسبة 50%، و في الحي السكني بنفس النسبة 50%.
- ويعود السبب الأول للتعاطي لأول مرة: مكافحة القلق 51.05% بالنسبة للذكور والإناث. البحث عن تجربة جديدة 2.4% بالنسبة للإناث، و 18.3% بالنسبة للذكور. تأثير الرفاق حاز على نسبة 18.3% لصالح الذكور، و 2.4% لصالح الإناث.
- أما سبب التعاطي الحالي، فيعود للمشاكل الخارجية والانشغالات الداخلية السلبية بنسبة 69.03%، حيث حازت الإناث على نسبة 38% بينما الذكور على نسبة 28%.
- ويتم الحصول على العقار، 63.3% بدون وصفة طبية، و 36.2% بوصفة طبية.
- صرح 66.03% من عينة الدراسة على التعاطي الفردي. بينما 14.5% يشكل التعاطي الجماعي. ويشكل التعاطي المتعدد نسبة 49.2% من أفراد العينة، بينما 49.6% تعاطي لنوع واحد من العقار النفسي. كما أن هناك نسبة 36.6% تصرح بأنها تتعاطي مواد نفسية أخرى زيادة عن العقاقير.
- الفئة العمرية (15-19) سنة بلغت نسبتها عند التعاطي المنتظم 27%، وعند التعاطي المتقطع 32%، وعند غير المتعاطين 41%. كذا بالنسبة للفئة العمرية (20-24) سنة، فبلغت نسبتها عند التعاطي المنتظم 27%، و 32% عند التعاطي المتقطع، و 41% عند غير المتعاطين.
- بلغت نسبة النوم في غرفة واحدة 6.5% عند المتعاطين المنتظمين، أي ما يعادل 6 أفراد أو أكثر الشاغلين أو النائمين في الغرفة الواحدة.
- وبلغ متوسط سن أول التعاطي 17 سنة بالنسبة للتعاطي المنتظم، و 18 سنة بالنسبة للتعاطي المتقطع.
- 39.8% من المتعاطين المنتظمين يلجأون إلى الوصفات الطبية، في حين أن هناك نسبة 28.2% من المتعاطين المتقطعين.
- 29% تؤكد على الحالة الصحية التي أدت إلى التعاطي.
- بالنسبة لشراء العقاقير النفسية، هناك نسبة 74.4% من المتعاطين المنتظمين يلجأون إلى شراء هذه العقاقير، بينما قدرت النسبة عند المتعاطين المقطعين بـ 55.3%، هذا يعني.

- كما أن هناك نسبة 38.9% من المتعاطين المقتطعين يعانون من التعاطي المتعدد، بينما عند المتعاطين المنتظمين فقد بلغت النسبة 58.5%.
- 44.4% من المتعاطين المنتظمين يلجأون إلى مواد نفسية أخرى، بينما عند المتعاطين المنقطعين فمثلت نسبة المتعاطين الذين يلجأون إلى مواد نفسية أخرى 30%، أي أنه كلما تطور التعاطي، كلما كان اللجوء إلى مواد نفسية أخرى وإلى التعاطي المتعدد.
- هناك 57.8% من غير المتعاطين يشتغلون، بينما عند المتعاطين بالمناسبات بلغت نسبة المشتغلين 65%، وعند المتعاطين المنتظمين بلغت نسبة الشغل 49.6%.
- بالنسبة للبطالين، الحي هو مكان أول تعاطي بنسبة 33.3%، بينما عند المشتغلين العمل هو مكان أول تعاطي.
- بالنسبة للمشتغلين مثلت نسبة التعاطي المتعدد 31.6%، بينما عند البطالين مثلت نسبة التعاطي المتعدد 43.7%.
- بالنسبة للبطالين هناك نسبة 40.6% يتعاطون الشيرة، بينما عند المشتغلين هناك فقط 29.5% يتعاطونها.

3- دراسة: سلحاب و ياحي " تحقيق حول تعاطي المواد النفسية عند الشباب تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة في ولاية الجزائر ⁽¹⁾.

أجريت هذه الدراسة في أكتوبر عام 1991 من قبل سلحاب وياحي، على شباب تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة، وفي منطقة الجزائر العاصمة أيضا، وقد مست بالبحث 433 فردا، 50% ذكور و 50% إناث وتمثلت أهداف هذه الدراسة التي جرت أساسا في الأحياء المختلفة بالعاصمة في: - تحديد وضعية تعاطي المواد النفسية عند شباب تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة في ولاية الجزائر. تحديد الجانبيه العامة للمتعاطين. وتحديد تواتر التعاطي للتمييز بين التعاطي المنتظم والمتعاطي المنقطع. وأخيرا تحديد بعض التصورات الاجتماعية لمفهوم التعاطي "Drogué". و الاستعانة تم استخدام أداة الاستبيان.

ومن بين ما توصلت إليه الدراسة :

⁽¹⁾ M.R., Selhab, et Yahy, M «Enquête sur la consommation des substances psycho active chez les jeunes de 15-24 Ans Wilaya D' Alger octobre 1991» R.E.M, II,11(Novembre-1991) : pp.64-67.

- 76% من هؤلاء الشباب لهم معرفة بمتعاطين لهذه المواد.
- تعاطي المواد النفسية منتشر بكثرة بين الذكور: 79.3%.
- هناك 62 % من الذكور المتعاطين، تتراوح أعمارهم بين 20 إلى 24 سنة.
- الحشيش هو المادة الأكثر استعمالا بنسبة 76.6%، بعدها يأتي استهلاك الكحول بنسبة 56.5% والعقاقير أو الأدوية النفسية بنسبة 51.7%، وتأتي في المرتبة ما قبل الأخيرة بنسبة 6.1% المواد المخدرة القوية (الهرويين والكوكايين) التي دخلت السوق الجزائرية ومستهلكوها هم ذكور، ثم المواد النفسية الأخرى والتي حازت على نسبة 12.5% منها المذيبات (الغراء، البنزين).
- وجود ظاهرة التعاطي المتعدد (خاصة مع الأزمة الاقتصادية - أزمة العرض).
- 42.6% من المتعاطين هم بطلون.
- الوضعية العائلية للمتعاطين : 18.2% غياب الأب، 9.7% غياب الأم، 22.9% من الأمهات يشتغلن وغير ماكثات في البيت.
- 38.3% من المتعاطين يعيشون التفكك العائلي (موت، طلاق، هجرة).
- 10.9% حاولوا الانتحار، وهذه المحاولات الانتحارية هي أكثر إرتفاعا عند المتعاطيات الإناث من المتعاطين الذكور.
- 21.6% من المتعاطين لديهم سوابق عدلية (دخلوا السجن).
- 5.5% من المتعاطين هم مرضى عقليين، و 7.9% من المتعاطين لديهم مرض عضوي مزمن.
- 72% من المبحوثين يؤكدون على إمكانية تخلص المتعاطي من مشكلته الاعتمادية.
- 37% من المبحوثين يعانون التفكك العائلي. 22.9% منهم لهم سوابق عدلية.
- تواجد التعاطي المنتظم بنسبة 57.1%، والتعاطي المتقطع بنسبة 34.3%.
- 80% من المتعاطين هم من الفئة العمرية (20-24) سنة.
- كم أوصى الباحثان لعلاج مشكل تعاطي المخدرات، بإنشاء خلايا للمساعدة النفسية والإرشاد السيكلوجي.

4- دراسة: لعيدلي وبن ساحة ومهدي. "الإدمان: إقتراب إبيديميولوجي في وسط السجناء"⁽¹⁾:

قام كل من هاذين الباحثين بمستشفى مصطفى باشا الجامعي في مصلحة الطب الشرعي في نوفمبر 1990، بدراسة على عينة بحث مكونة من 911 سجيناً استفادوا من فحوصات طبية، بطلب من القضاة، وقد مكنت هذه الدراسة من معرفة الخصائص الوبائية للمتعاطين السجناء من الفترة 1983-1990، وتمثلت النتائج فيما يلي:

- من مجموع 911 سجين، هناك عدد 233 أي ما يعادل نسبة 25.6% هم من المتعاطين.
- هناك نسبة 96.8% من الرجال مقابل 3.2% من النساء.
- هناك نسبة 98.7% من الجزائريين مقابل 1.3% أجانب.
- 67.2% من مجموع العينة سنهم أقل من 30 سنة، وقد حازت الفئة العمرية (20-29) سنة على أعلى نسبة قدرت بـ 58.2%.
- 59.7% من عينة الدراسة غير متزوجين.
- 98.5% من عينة الدراسة لا يتعدى مستواهم الدراسي المتوسط.
- 40% عاطلون عن العمل، 68% ينتمون إلى طبقات اجتماعية محرومة.
- أما عن سبب تواجدهم في السجن، فأكثر من 40% من التهم تمثلت في السرقة، 22.9% التعدي على الأشخاص منها الاغتصاب، 13.5% المساس بالأخلاق والآداب فمثلت.
- 52.7% من المتعاطين السجناء هم منتكسون.
- 48.2% يعانون من التشويه الذاتي والمتمثل في شق الوريد، والتجريح.
- 12.3% حاولوا الانتحار، و 16% لديهم سوابق سيكوباتولوجية.
- أما عن المواد النفسية التي يتعاطونها فهي: 30.2% يتعاطون الكحول، و 23.1% يتعاطون العقاقير، ومن أهم العقاقير المتعاطاة أرتان (ARTANE) وفوستان (FAUSTAN)، ثم التعاطي المتعدد (الكحول + العقاقير النفسية) بنسبة 18.3%، و 16.2% لصالح تعاطي القنب، و 3.6% للتعاطي المتعدد المتمثل في (الكحول + القنب)، و 0.7% للمخدرات القوية، أهمها الكوكايينو 7.9% للمواد النفسية الأخرى.

⁽¹⁾ M, Laidli ; Bessaha,Y ; and Mehdi,R. « La Toxicomanie: Approche Epidémiologique en milieu Pénitentiaire ». Diagnostic, (1992) : pp 17-22

لقد خلصت هذه الدراسة إلى أن الظروف الصعبة للسجن (التفتيش الجسمي، نزع الحاجيات الشخصية، الممنوعات، العزل الاجتماعي....)، تجعل من المسجونين فئة معرضة للكثير من الأخطار أهمها سلوك التعاطي، ومن ثم ضرورة وضع هيئات صحية ومصالح مختصة وذلك للفحص الطبي عند الدخول (لمعرفة الأمراض منذ البداية). والتأهيل السجين للعمل داخل السجن. و الفحص الطبي عند إطلاق سراح السجين، و الفحص الطبي الدوري لضمان المتابعة العلاجية للسجين.

5- دراسة: سلاحب وآخرون. " تحديد قائمة المواد النفسية المستهلكة عند شباب مدينة الجزائر (1).

أجريت هذه الدراسة في أوت 1992 لسلاحب وجماعته على عينة تتكون من 100 شاب (65 ذكور، 35 إناث) تتراوح أعمارهم بين (15-30) سنة، وقد مست الدراسة مناطق مختلفة من العاصمة وهي وسط الجزائر، بلكور، باب الوادي، رويسو، الأبيار، حيدرة، وجرت أساسا في الشوارع والأماكن التي يتواتر عليها الشباب، كالمركب الثقافي لرياض الفتح ودور الشباب ، ومن أبرز ما كانت تهدف إليه هذه الدراسة : تحديد قائمة المواد النفسية المستهلكة عند شباب هذه المناطق. مع تحديد التسميات المعطاة لهذه المواد، وما تحمله من مواد. واستعان الباحثون بالاستمارة بالمقابلة كأداة الدراسة.

لقد أكدت هذه الدراسة على أن :

- الحشيش هي المادة النفسية أكثر إنتشارا في الجزائر العاصمة. كما أن هذه المادة تحمل تسميات مختلفة ذات معان محددة ومميزة، وفيما يلي قائمة لتسميات الحشيش عبر منطقة الجزائر العاصمة: زينة (الجميلة). الشيرة (البنيت باللهجة الوهرانية). الزطلة (التي تتوم وتبلد). أما عن المعاني التي تحملها هذه التسميات، فهي تعكس الكثير من عوامل التعاطي التي يمكن أ تحمل فيما يلي:

- تأنيث الحشيش (تشبيهه بالمرأة) ، ومن ثم العلاقة الشبقية (فرد - مادة نفسية) مثل: الشيرة، الزينة، الشّعلة، يرى الباحث سلاحب في هذا الصدد، أغلبية العياديين الجزائريين

(1) MR. Selhab ; et « Enquête Répertoire des substances psycho actives consommées dans la ville d'Alger par les jeunes de 15 à 30 ans, 30 Aout 1992 ». R.E.M, III,11(Novembre, 1992) : pp. 62-67.

يتجاهلون هذه العلاقة الشبقية - ذات الطابع الجنسي - بين المتعاطي والمادة النفسية، وهو يؤكد على أن استهلاك القنب في الجزائر العاصمة مرتبط مباشرة بالبحث عن اللذة.

- رغبة الشاب الجزائري في الهروب من الواقع المعيش، فبعض التسميات ما هي إلا

تعابير صريحة عن الهروب من هذا الواقع وإنكار له مثل: حبيت نمشي لكندا، زاوش.

- أحيانا، تكون التسمية مرتبطة أساسا بطريقة وكيفية الاستهلاك مثل تبسيصة، كمية،

كرطاس، ابرم، أو بنوعية المادة هل هي من النوع الرفيع أو الرديء مثل: Double Zero -

• Royale- Bnina

- إن الآثار المتوخاة من التعاطي هي المتعة مع الاسترخاء ويضيف الباحث سلحاب

إلى نتائج دراسته هذه، أن تناول القنب مقبول اجتماعيا إلى حد ما، حيث يمكن للمدخن أن

يستهلك القنب أمام الآخرين، لكن بدون معرفة المحيط، عكس تناول الخمر، كما يضيف

الباحث أن استهلاك القنب مدمج إلى حد كبير مع الثقافة الجديدة التي ظهرت في السنوات

الأخيرة والمتمثلة في (Les Hittistes).

كما بينت الدراسة، أنه بعد تعاطي الحشيش الذي يحتل المرتبة الأولى من حيث

الاستهلاك، يأتي إستهلاك الأدوية والعقاقير النفسية، وقد أعطى الباحث قائمة بهذه المواد مع

التسميات المختلفة لها وثنمها.

أما عن طريقة استهلاك هذه الأدوية فيمكن أن:

-تستهلك خالصة دون مادة أخرى.

-تستهلك مع بعض المشروبات(غالبا ما يستهلك لارطان مع القهوة القوية التركيز)

- تطحن لتصبح بذرة ثم تخلط مع الكحول للشرب.

- تطحن لتصبح بذرة ثم تدمج مع التبغ أو مع القنب للتدخين.

بعد تعاطي الأدوية، تأتي المواد النفسية القوية حيث 20% من عينة البحث ذكروا الكوكايين

التي تباع على شكل مسحوق وتسمى بالغبرة في منطقة العاصمة ويتراوح ثمنها بين 4000

دج و 5000دج للغرام الواحد، أما عن طريق احتكارها فيبقى السؤال إلى حد الآن مطروحا،

ويحتاج إلى بحث، أما بالنسبة للمواد النفسية الأخرى فتبقى القائمة مفتوحة للمواد المذيبة

كونها الحصول عليها سهلا وغير ثمينة ومتوفرة في السوق ولها أثر نفسي على الجهاز

العصبي.

5- دراسة: بن حبيليس وبريكسي وسلحاب وبين تركي وولد علي عام (1)1993:

أجريت هذه الدراسة على عينة من 600 طالب، تم تحديدها بطريقة عشوائية من الطلبة المقيمين في الأحياء الجامعية لولاية الجزائر، يتراوح سنهم من (18 إلى 30) سنة. واستعملت أداة الاستبيان لجمع البيانات.

أما النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، نجملها في الآتي:

- الجنس: 2/3 من المتعاطين هم ذكور، مقابل 1/3 من المتعاطيات الإناث.
- السن: هو مطابق لسن عينة البحث (18-30) سنة، ومن ثم لا يمكن استخراج أية نتيجة.
- الحالة المدنية: نسبة العزاب مثلت 95.49% .
- عدد سنوات الدراسة: يتبين أن عدد سنوات الدراسة والتي قدرت بـ (0-3) سنوات مثلت نسبة التعاطي فيها 58.29%، فيما عدد سنوات الدراسة والتي تراوحت بين (4-6) سنوات مثلت 40.42% .
- عدد السنوات المقضية في الأحياء الجامعية: يتضح أن التعاطي يرتفع كلما ارتفعت عدد السنوات المقضية في الأحياء الجامعية، حيث مثلت الفترة (0-3) سنوات نسبة 34.46% ، بينما مثلت الفترة (4-6) سنوات نسبة 57.81% .
- طبيعة الدراسة: تبين أن نسبة المتعاطين المتابعين للتخصصات الأدبية (قانون، فلسفة.... الخ) مرتفعة عن نسبة المتعاطين المتابعين للتخصصات الدقيقة والعلمية. حيث حصلت الفروع الأدبية على أعلى نسبة تعاطي قدرت بـ 37.68%، تليها العلوم الحية بنسبة 31.72% ، ثم العلوم الدقيقة بنسبة 26.25% ، وأخرى بنسبة 4.35% .
- المواد النفسية المتعاطاة: تمثلت المواد النفسية المتعاطاة فيما يلي:
الحشيش: 28.18%، الكحول: 14.01%، العقاقير: 7.09%، الكوكايين: 0.97% .
أخرى: 0.32%، إجابات غير محددة: 49.34% .
- المشاكل المرتبطة بالتعاطي: 28.5% من حالات المتعاطين تعاني من مشاكل صحية أو مشاكل الاندماج الاجتماعي، والتي تمثلت فيما يلي: 10.79% من الحالات حاولوا الانتحار،

(1) In : N. Benahbiles. ; et al. « Cosommation des Substances Psycho-Actives dans une population d'Etudiants : Reflet de la Situation Epidémiologique 10 ans déjàé ». Institut National de la Santé Publique, Décembre 1999, pp 237-241.

9.18% لديهم أمراض عضوية مزمنة، 5.48% لديهم أمراض عقلية مزمنة، 3.06% لديهم سوابق عدلية.

أسباب التعاطي: تمثلت أسباب التعاطي في: صعوبة الدراسة، مشاكل عائلية، البحث عن اللذة و الجنسية المثلية.

6- دراسة: عبد القادر حمر الرأس، بعنوان الأسرة وتعاطي المخدرات: أثر الوسط الأسري في إبراز تعاطي المخدرات في البلدية⁽¹⁾.

انصب اهتمام الباحث في هذه الدراسة حول العلاقة بين الوسط الأسري وحالات تعاطي المخدرات ؟

ضمت عينة الدراسة 100 حالة موزعة كالتالي:

- عينة المتعاطين خارج السجن 60 حالة بالأحياء الشعبية لبلدية البلدية.
- عينة المتعاطين المسجونين 40 حالة محكوم عليهم من 08 أشهر إلى 05 سنوات.
- استخدم الباحث في دراسته التي دامت 18 شهرا، المنهج الامبريقي، باستعمال تقنية التحليل الإحصائي، ومنهج دراسة حالة، مستعينا بالملاحظة والمقابلة واستمارة المقابلة كأدوات لجمع البيانات. و توصل الباحث من خلال هذه الدراسة إلى عدة نتائج، منها:
- 1- هناك علاقة سببية بين الدخل المنخفض لأسر المبحوثين، وبين انحراف أبناءها، حيث تبين الدراسة أن: 66.66% من أبناء المبحوثين كانوا عمال بسطاء؛ 48.77% من أبناء المبحوثين كان دخلهم يتراوح بين 2000-3000 دج وهو ضعيف .

- 2- 71.66% من أمهات المبحوثين ربات بيوت.
- 3- أن الظروف السكنية لأسر المتعاطين للمخدرات سيئة .
- 4- 60% من أسر المتعاطين للمخدرات يوجد فيها الخصام بين الآباء والأمهات، كما أن 83.33% من المبحوثين أكدوا أن الخصام يتكرر باستمرار بين الوالدين و 64% منهم أقرّوا بضرب الأب للأم و 8.88% بضرب الأم للأب. كما أقرّ 82.75% من أفراد العينة أن خصام الوالدين كان يحدث أمامهم.

(1) عبد القادر، حمر الرأس. " الأسرة وتعاطي المخدرات: أثر الوسط الأسري في إبراز تعاطي المخدرات في البلدية ". رسالة ماجستير . جامعة الجزائر، 1992-1993.

- 5- وجود علاقة بين حالات الهجر بين الوالدين في حالات تعاطي المخدرات.
- 6- كلما زادت نسبة الطلاق بين الوالدين في أسر المبحوثين كلما زاد احتمال نسبة تعاطي المخدرات، وأنه توجد علاقة موجبة بين حالات وفاة أحد الوالدين أو كليهما وحالات.
- 7- 72 % من أفراد العينة أقرروا بأنهم تعلموا المخدرات في السجن.
- 8- أغلب المسجونين بدؤوا التعاطي في سن مبكرة:
 - 30 % من الحالات بدأوا التعاطي في السن ما بين 11 إلى 15 سنة.
 - 46 % من الحالات بدأوا التعاطي في السن ما بين 16 إلى 20 سنة.
 - 14 % من الحالات بدأوا التعاطي في السن ما بين 21 إلى 30 سنة.
- 9- يرى معظم أفراد العينة أن المخدرات وخصوصا (الحشيش) غير ضارة بالصحة.
- 11- 40 % من المسجونين المتعاطين المخدرات يصلون ويصومون بانتظام إلا أنه لم يمنعهم هذا من تعاطي المخدر، وهناك من يرى أن المخدرات مكروهة فقط إن لم تكن مباحة.
- 7- دراسة: مصطفى عشوي بعنوان. " دراسة أولية للإدمان بالوسط المدرسي"⁽¹⁾.
انصب اهتمام الباحث على محاولة معرفة أنواع المخدرات التي يتعاطها الطالب في الثانوية. و هل هناك طالبات يتعاطين المخدرات.
شملت هذه الدراسة على عينة مكونة من 360 طالبا (ذكور وإناث)، كانت عينة قصدية لثلاث ثانويات بالجزائر العاصمة. و من جملة ما توصل اليه الباحث من نتائج:
- 14 % من أفراد العينة يتعاطون مخدر ما. وأن هناك 30 % من مجموع المتعاطين بنات.
- كون أكثر أنواع المخدرات تعاطيا حسب التلاميذ هي: الزطلة (الحشيش، الشيرة)، ثم أقراص الأدوية. ثم يأتي تعاطي الكوكايين في المرتبة الثالثة، والغراء في المرتبة الرابعة.

⁽¹⁾ مصطفى، عشوي. " دراسة أولية للإدمان بالوسط المدرسي". مجلة علم النفس وعلوم التربية ، جامعة الجزائر، 6(1994-1995) صص: 12-13.

8- دراسة المجلس الأعلى للشباب، بعنوان "دراسة ميدانية حول إستهلاك المخدرات"⁽¹⁾.

احتوت عينة الدراسة على عينة مكونة من 494 شابا تراوحت أعمارهم بين 11 و 25 سنة، وشملت الدراسة سبع ولايات من الوطن. أما أداة الدراسة فتمثلت في إستمارة مقابلة.

توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- 51.2% من المتعاطين عاطلون عن العمل ثم يأتي المتدربون بنسبة 26.1%.
- 31% من أفراد العينة المتعاطين مستواهم الدراسي ثانوي و 7.7% لهم مستوى عالي.
- تمثل الفتيات ما نسبته 6.7% من المتعاطين.
- أما أسباب التعاطي فتعود حسب تصريحات المبحوثين إلى: التجريب والاستطلاع ب: 64%، ثم تقليد الزملاء ب: 29.2%، وأخيرا القلق والاضطراب ب: 19.7%.
- 68.6% يتعاطون في الأحياء، ثم في الثانويات بنسبة 19.4%.
- تأتي المخدرات الطبيعية على رأس التعاطي بـ 96.6% ثم تليها الأقراص والأدوية النفسية بـ 9.9%، أما الجمع بين الاثنين فيمثل 21.1%.
- التعاطي يكون عادة في جماعة بـ 71.7%، أما التعاطي الفردي فيمثل 22.4%.
- بلغت نسبة التعاطي المستمر 54.5%، والتعاطي الظرفي أو بالمناسبات يمثل 22.3%.
- بينت الدراسة أن الشيرة والكيف هما المادتان الأكثر استهلاكاً.
- 64% يحصلون على المادة المخدرة من الأصدقاء. أما 35.9% يبررون استمرارهم في التعاطي بالرغبة في الحصول على المتعة، ثم يليهم 25.3% تقليد الأصدقاء، 23.9% بحجة وجودهم في حالة غير جيدة.

9- دراسة: ولد طالب، بعنوان " الوقاية من الإدمان في الوسط المدرسي"⁽²⁾.

اعتمد الباحث في دراسته على المعطيات المقدمة من طرف مصالح الأمن (الشرطة والدرك الوطني) ومصالح الجمارك والمجلس الأعلى للشباب، كما اعتمد على الأعمال العلمية والطبية التي أنجزت منذ 1975 إلى 1997.

وتوصل الباحث على إثرها إلى النتائج التالية:

⁽¹⁾ Conseil supérieur de la jeunesse . Enquête sur la consommation de produits psycho- actif. Alger, Juin.1997 P :05.

⁽²⁾ Ouled, Talebi. « la prévention de la toxicomanie eu milieu scolaire » .Thèse de doctorat en sciences Médicales, C.H.S, drid hocine , Kouba, Alger, in : Actes toxicomanie. 1997.

- أن هناك ارتفاع مستمر لعدد المتعاطين. وتنوع المواد المخدرة.
- 40% من المدمنين متعددي التعاطي، 30% في حالة اعتماد على مادة القنب، 20% في حالة اعتماد على مادة الكحول، و 5% يتعاطون المواد المخدرة الصلبة. بينما 5% يتعاطون مواد أخرى كالإثير والغراء.
- تعاطي القنب لوحده أو مع مواد أخرى يحتل المرتبة الأولى، ثم استهلاك القنب لوحده في المرتبة الثانية ويأتي الكحول في المرتبة الثالثة، وظهر المذيبات العضوية والمخدرات الصلبة.
- بداية التعاطي في سن مبكر من 12 إلى 15 سنة، مع ارتباط تعاطي المخدرات باضطراب المسار الدراسي للطفل؛ و التفكك الأسري.
- أغلبية المتعاطين من الذكور بنسبة 5 ذكور إلى أنثى واحدة.

10- دراسة: لعبدلي وريدوح: الإدمان إقتراب إبيديميولوجي لسجناء 1993 و 1996 (1).

- كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة، هو مقارنة ابيديميولوجية بين مجموع السجناء بين عام 1993 و 1996. واعتمدت على دراسة 551 ملف لعام 1993 مقارنة بدراسة 316 ملف لعام 1996. أما أهم توصلت إليه هذه الدراسة:
- سجين من بين أربعة، هو متعاطي، أي نسبة 24.8% .
 - 75% أقل من 30 سنة، 97.5% أميين أو لا يتجاوز مستواه التعليمي الإكمالية، 95% بطالين أو عمال بسطاء، 48% مرتكبين لعدة مخالفات قانونية ، 60.2% مترددين لمرات عديدة على السجن. يفضلون تعاطي العقاقير النفسية، وبدعوا في اكتشاف تعاطي الهيرويين.
 - ارتفاع نسبة التعاطي لأقل من 19 سنة، من 9.2% إلى 10.8% من 1993 إلى. بينما انخفضت نسبة التعاطي للفئة الأقل من 30 سنة من 67.4 % إلى 64.3 % بين عامي 1993 و 1996.

- ارتفاع نسبة التعاطي في فئة الأميين من 37 % إلى 41.2 % بين عام 1993 و 1996. ونفس الأمر حدث بالنسبة لذوي المستوى الابتدائي، من 38% عام 1993 لتصبح 39% عام

(1) MS., Laidli ; and Ridouh B. « La toxicomanie, approche épidémiologique chez les entrants en prison de 1993 Et 1996 ». *J Med Leg Droit Med*, 40(1997): pp. 134-137.

1996. ولم تتغير كثير بالنسبة لذوي المستوى الإكمالي. أما بالنسبة لذوي المستوى الثانوي والجامعي فتغيرت النسبة بانخفاضها بشكل محسوس. حيث كانت 5.1% سنة 1993 لتتخفض إلى 02% سنة 1996 بالنسبة لذوي المستوى الثانوي. وكانت 2% سنة 1993 لتتخفض إلى 0.5% سنة 1996 بالنسبة لذوي المستوى الجامعي.

- ارتفاع عدد المسجونين البطالين من 39 % إلى 41.1 % بين عامي 1993 و 1996. بينما انخفض في وسط المسجونين المتعاطين العاملين من 58 % إلى 54 % لنفس الفترة.

- أن أغلب المخدرات لم تتغير نسبة تعاطيها بين سنتي 1993 و 1996 باستثناء الغراء حيث انخفضت بشكل محسوس من 09.6 % إلى 03.0 % (وهذا ما يدل على أن المستوى المعيشي للمواطن الجزائري عموما قد ارتفع نوعا ما، حيث تعاطي الغراء يلجأ إليه المتعاطي عادة لعدم تمكنه من اقتناء مخدر آخر غالي الثمن. إلا أن العكس حدث بالنسبة لمادة الهيروين، حيث شهدت ارتفاع مدهش بين السنتين من 01.2 % إلى 05.0 % ، وهذا يوضح جليا أنه أصبح هناك في الجزائر متعاطو المخدرات القوية بعدما كان الأمر مقتصرًا فقط على الحشيش والأقراص والكحول).

ومن بين التوصيات التي خلصت إليها هذه الدراسة، الاستعجال بالكفالة بالسجين المتعاطي، فالعقوبة هي غير كافية على الإطلاق للحد من سلوك التعاطي.

11- دراسة المركز الوطني للبحث والتحليل والتخطيط: تحقيق حول تعاطي المواد النفسية⁽¹⁾

من بين الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة، التحقق من أن تعاطي المواد النفسية لا يمس الراشدين فقط، بل أصبح معروفا لدى أفراد من صغار السن. كما أن هذه الآفة قد دخلت المدارس. وكذلك ظهور استهلاك المواد النفسية القوية كالهرويين والكوكايين... في الجزائر. كما أن الإناث أصبحن يتعاطين المواد النفسية.

اعتمدت الدراسة على العينة المقصودة لشباب من مستهلكين للمواد النفسية، قدرت بـ 494 مستهلكا، تتراوح أعمارهم بين 11-25 سنة، في 7 ولايات: الجزائر، بومرداس، تيبازة، الشلف، بشار وهران، الطارف. وتم استعمال المقابلة المباشرة كأداة جمع المعلومات.

⁽¹⁾ Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Population et le Développement (CENEAP) . Enquête sur la consommation de produits , psycho active . conseil supérieur de la jeunesse juin.1997.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 51.2% من العاطلين ، 48.8% من غير العاطلين منهم 26.1% يتواترون على المؤسسات التعليمية و 22.7% يعملون.
- أما المستوى التعليمي، فيتراوح على العموم بين التكميلي 37.7% والثانوي 31.2%.
- أما التعاطي حسب الفئات العمرية فكان كالتالي:
من (10-14) سنة: كونت نسبة العقاقير 9.1%، والمواد النفسية نسبة 77.3%، ونسبة العقاقير + المواد النفسية 13.6% .
- من (15-18) سنة: كونت نسبة العقاقير النفسية 12.1% ، والمواد النفسية 72.7% ، أما العقاقير + المواد النفسية 15.2% .
- من (19-22) سنة: مثلت العقاقير النفسية نسبة 10% والمواد النفسية 66.5% أما العقاقير + المواد النفسية فبلغت النسبة 23.53% .
- من (23-25) سنة: مثلت العقاقير النفسية 8.2% ، والمواد النفسية 65.9% أما العقاقير النفسية + المواد النفسية فبلغت نسبة 25.9% .
- ومن مجموع إجابات المتعاطين فقد حازت المواد النفسية على أعلى نسبة 68.9% تليها العقاقير + المواد النفسية بنسبة 21.2%، ثم العقاقير النفسية بنسبة 9.9%.
- متوسط العمر لأول التعاطي هو 17 سنة، وبعض الحالات بدأت تتعاطى في سن 9 إلى 10 سنوات، أما بالنسبة للمتعاطين قبل سن 15 ، فكانت تقدر بـ 19.4% .
- 74.6% تتعاطى المخدرات بالانتظام، و 22.3% منهم يتعاطونها بصفة متقطعة.
- أعلى نسبة فيما يخص أول اتصال بالمواد النفسية، كانت لصالح الأصدقاء 52.9%، يلي ذلك عامل محض الإرادة بنسبة 42.5%، ثم وصفه الطبيب بنسبة 4.6% .
- حاز الحي على المرتبة الأولى بنسبة 68.6% يليه المدرسة بنسبة 19.4%، ثم المنزل بنسبة 3%، وفي الأخير العمل بنسبة 1.2% .
- حب الإطلاع وخوض تجربة جديدة حاز على أعلى نسبة 34.8%، يلي ذلك تقليد الأصدقاء والذي حاز على نسبة 29.9%، ثم مكافحة القلق 19.2% والبحث عن الآثار الايجابية 10.7% .
- البحث عن اللذة، كان من أهم الأسباب التعاطي الحالي ، حيث حاز على نسبة 35.4%،

- يلي ذلك تقليد الأصدقاء 25.3%، ثم الانزعاج والألم النفسي 23.9%، ونسبة 7.7% لا تعرف سبب تعاطيها الحالي، وفي الأخير نسبة 2.9% بسبب الحالة الصحية .
- التعاطي الجماعي حاز على نسبة 71.7% من مجموع الإجابات، متبوع بالتعاطي الفردي 22.4%، ثم التعاطي مع أفراد الأسرة 0.6%.
- أكثر من 80% من عينة البحث يشترطون العقاقير النفسية، لكن ليس من الصيدليات.
- 4.7% يحصلون عليها بوصفة طبية، وهذا ما يؤكد على تواجد شبكة للمتاجرة اللاشعورية بهذه الأدوية النفسية.
- 28.8% صرحوا بأنهم يتعاطون مخدر واحد، بينما 69.9% يتعاطون مخدرات متعددة (تعاط متعدد)، في حين أن 56.9% تجيب على أن الحشيش دائما يكون من بين المواد النفسية المستهلكة المتعددة.
- أما التعاطي حسب النوع فهو كالآتي: 92.1% يتعاطون الشيرة والكيف، 2.4% يتعاطون المواد النفسية القوية، 4.1% يتعاطون المذيبيات أو المواد الطيارة.
- وعن مصادر الحصول على المخدرات، يأتي الأصدقاء في المقدمة بنسبة 33.4%.
- 39.9% من المتعاطين يحصلون على المخدرات بطريقة منتظمة، و 49.7% يحصلون عليها من حين لآخر، ونسبة 10.4% يحصلون عليها بطريقة نادرة.
- وفي الأخير هناك نسبة 74% من المتعاطين يرغبون في التوقف عن التعاطي والعلاج.

12-دراسة: ولد طالب . بعنوان: مدى إسهام النظرية الوقائية في إحداث سلوك التعاطي المتعدد على 100 حالة من المتعاطين المعالجين بالجزائر العاصمة⁽¹⁾ .

تهدف هذه الدراسة التي أقيمت هذه الدراسة على 100 حالة من المتعاطين المستشفين في مصلحة الطب العقلي بدريد حسين، إلى البحث في مدى إسهام النظرية الوقائية في إحداث سلوك التعاطي المتعدد. واستعمل خلالها الباحث مقابلة نصف موجهة، ومقياسين للأحداث الوقائية (الحياتية) الأول لهولمس ورايت Holmes et Rates عام 1967، ومقياس كروك وستينيتز Crocg et Steinitz . مستخدما المنهج الوصفي كمهجية لهذه الدراسة.

⁽¹⁾ M. Ould Taleb. « L'apport de la Théorie événementielle à l'étiologie de la polytoxicomanie : à propos de 100 cas hospitalisés à Alger » Thèse pour le Doctorat en Medecine. Faculté de Médecine. Université d'Alger. 1999.

أما النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، أهمها:

السن: 65 % من المتعاطين يقل سنهم عن 35 سنة.

الجنس: كلهم ذكور (بحكم المصلحة العلاجية الخاصة بالرجال).

الترتيب بين الإخوة والأخوات : 28% من المتعاطين هم البكر في العائلة.

الحالة المدنية: 83% هم عزاب.

السوابق العائلية الاعتمادية: 75% لديهم سوابق عائلية اعتمادية.

الحالة السكنية: 18% يسكنون وسط الجزائر العاصمة، 62% ينتمون إلى أحياء قديمة، 52% يعانون من ضيق السكن ونقص المجال.

السوابق العدلية: 37 % لديهم سوابق عدلية.

المستوى التعليمي: 50% لديهم مستوى ابتدائي ومتوسط.

البطالة: 56% هم بطالون.

أسباب التعاطي: الملل والفراغ والكره هي من أهم أسباب التعاطي.

مصدر الحصول على المادة النفسية: 52% يتحصلون عليها من الأحياء.

التعاطي الجماعي: 74% من المتعاطين المستشفين يتعاطون المواد بطريقة جماعية.

مكان أول تعاط: 42% كان أول تعاط لهم في الأحياء.

المادة المتعاطاة: 52% يتعاطون الكيف.

اضطراب الشخصية المسيطر عند المبحوثين هو اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

نمط الأحداث المعاشة من قبل المبحوثين:

- يعطي المبحوث معنى إيجابي للحدث، عندما ينجر عنه توقف عن التعاطي.
 - يعطي المبحوث معنى سلبي للحدث، عندما ينجر عنه تدعيم وتصعيد لسلوك التعاطي.
 - يعطي المبحوث معنى حيادي للحدث، عندما لا يكون له أثر على سلوك التعاطي
- تأثير الأحداث الحياتية على تصعيد سلوك التعاطي: 78% يعترفون أن هناك حدث أو أكثر من حدث حياتي سعدت ودعمت سلوك التعاطي.
- نتائج مقياس كروك وستيتز: 20% من المبحوثين كان الإرهاب بأشكاله المتعددة سبب في تصعيد سلوك التعاطي.

كيفية الحصول على المادة: 40% من المبحوثين يتحصلون على المواد بيعهم لها (15% يبيعونها بانتظام، و 25% بطريقة متقطعة). فترة الكمون: 48% من المبحوثين تتراوح فترة الكمون لديهم بين بضعة أيام إلى سنة بعد حدوث الواقعة أو الحدث.

13- دراسة: ريدوح و آخرون :الصفات الإبيديميولوجيا للمرضى المعالجين خلال سنة 1997، بمصلحة الوقاية والعلاج المدمنين بمستشفى البلدية⁽¹⁾.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة خصائص المتعاطين الخاضعين للعلاج في مصلحة الوقاية والعلاج من المواد النفسية بالبلدية خلال سنة 1997، وخلصت الدراسة إلى أن أهم مميزات المتعاطين المعالجين في مصلحة البلدية تمثلت إجمالاً فيما يلي:

- من جنس الذكور (70-97%)
- يتراوح سنهم بين 20-30 سنة (52%)
- عزاب (68%)
- من منطقة الجزائر العاصمة والبلدية
- ذوي مستوى ابتدائي ومتوسط (53.52%)
- عاطلون عن العمل (53.25%)
- ذوي سواق عدلية (32%)
- يعانون من التعاطي المتعدد (85.44%) والذي يضم في الغالب (القنب+ العقاقير + الكحول).
- مدة التعاطي أكثر من 10 سنوات 48.27% .

⁽¹⁾ B., Ridouh ; et Col.« Caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés durant l'année 1997 au Service de prévention et de soins aux toxicomanes, Blida ». Centre Hospitalo - Universitaire de Blida, 2000.

14- دراسة: سمية منصوري، بعنوان: " دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين 15-33 سنة في بومرداس⁽¹⁾ .

حاولت الباحثة من خلال هذه الدراسة التعرف على مدى انتشار ظاهرة تعاطي المواد النفسية في منطقة بومرداس، وماهي المعتقدات التي يحملها المتعاطي الحالي إزاء المادة النفسية، وما هي مصادر هذه المعتقدات؟

استخدمت الباحثة في دراستها منهج المسح الاجتماعي والمنهج المقارن، مع الاعتماد على الدراسة الارتباطية وذلك لمعرفة الخصائص المرتبطة بظروف الاستمرارية في سلوك التعاطي. كما اعتمدت على عدة أدوات، منها الاستبيان، ومقياس رايت Wrigt للاعتقادات إزاء تعاطي المادة النفسية.

تكونت عينة الدراسة من 600 مبحوث موزعين بالتساوي أي 120 مبحوثا لكل دائرة من الدوائر الخمس، وهي : بومرداس، ثنية، يسر، برج منايل، بودواو (قبل التقسيم الإداري الأخير). توصلت الباحثة إلى عدة نتائج أهمها:

- 1- أن هناك 57.8% من أفراد العينة يتعاطون المواد النفسية،
- 2- أغلبية المتعاطين ذكور يتراوح سنهم من (20-33) سنة وهم عزاب، ومن المستوى الابتدائي، والمتوسط، وعاطلون عن العمل، ويمارسون مهنا غير مصرح بها.
- 3- متوسط عمر بدء التعاطي هو (17.461) سنة .
- أما مكان أول تعاطي تمثل أساسا في الأحياء، وكان أهم أسباب التعاطي هو حب الاطلاع من خلال ما تبثه وسائل الإعلام، وتأثير المشاكل الاجتماعية، التعاطي المتعدد والليلي، والفردى، أما مصدر الحصول على المادة تمثل أساسا من البائعين في الأحياء، أما عن مصدر الحصول على ثمن المادة فتمثل في الأغلب في مصروف الجيب، والسرقة ومصادر أخرى مشبوهة. ويفضل أغلب المتعاطين أماكن منعزلة عند تعاطيهم.
- 4- أهم مصدر للحصول على الاعتقادات إزاء المادة النفسية، تمثلت في وسائل الإعلام والأصدقاء، والمدرسة والوالدين، والمعلومة العامة المتداولة.
- 5- أما عن نتائج الدراسة الارتباطية فتمثلت في:

⁽¹⁾ سمية، منصوري. " دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين 15-33 سنة في بومرداس جويلية 2000". أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر. 2000-2001.

- نسبة البطالة التي ترتفع بارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.
- نسبة التفكك العائلي التي ترتفع بارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.
- تعاطي أحد الوالدين للأدوية بصفة مستمرة أدى إلى ارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.
- نسبة تناول أحد الوالدين المواد النفسية التي ترفع بارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.
- نسبة تواجد المتعاطين بين الأقارب ترتفع بارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.
- نسبة تواجد بائعين للمواد النفسية بين الأقارب ترتفع بارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.
- نسبة السوابق العدلية التي ترتفع بارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.
- متوسط السن به التعاطي هو أكثر انخفاضا عند الفئة الأكثر خطورة.
- نسبة التعاطي المتعدد الممزوج، والتي ترتفع بارتفاع خطورة فئات التعاطي الحالي.

15- دراسة بدرا و نوريا: العلاقة المحتملة بين تعاطي المخدرات وفيرس نقص المناعة في الجزائر⁽¹⁾.

أنجزت هذه الدراسة خلال 2004-2005 من طرف مركز الدراسة الأنثروبولوجية الاجتماعية والثقافية (CRASC) لحساب وزارة التعليم العالي والبحث العلمي. وقد تلقت هذه الدراسة دعم عدة منظمات عالمية: UNODC، UNICEF، PNUD، ONUSIDA ، وكان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة، تحديد العلاقة المحتملة بين تعاطي المخدرات ومرض الإيدز.

ومن أهم أهداف هذه الدراسة: معرفة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمتعاطين للمخدرات، مع وصف التصرفات الخطيرة، وبحث إجراءات تلقي العلاج والدخول إلى مصالح الاستشفائية لهذه الشرائح.

تمت هذه الدراسة (التحقيق) في ثلاث مدن كبرى، وهي الجزائر، عنابة ووهران ولوجود فيها مراكز لعلاج المدمنين ومرض الإيدز. وأجري التحقيق على عينة مكونة من 285 فرد، منهم 31 امرأة ، نصف منهم على مستوى (مراكز الاستشفاء والسجون). وتم الحصول على المعلومات من : مراكز الأستشفاء، مراكز السجون، الشارع.

⁽¹⁾ Badra, Moutassem-Mimouni ; Nouria, Bengharbi Remaoun. « Etudes du lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA en Algérie » CRASC , ONUSIDA, United Nations Office on Drugs and Crime. Juin 2003.

وبعد التحقيق، كانت النتائج كالآتي :

- هناك 13 % من حجم العينة أميين،
- ثلاثة متعاطين من اصل أربعة غير متزوجين،
- أربعة متعاطين من اصل عشرة لهم وظائف،
- كل أفراد العينة المعنيين يسكنون مع آبائهم أو أجدادهم وأفراد آخرين من العائلة،
- متعاطي واحد من اصل ثلاثة تم توقيفه من طرف مصالح الأمن في حياته لمشكل له علاقة بالمخدرات.

أما عن التعاطي فكان كالآتي:

- التبغ : تقريبا جميع أفراد العينة يتعاطون التبغ،
- الكحول: أغلبية أفراد العينة تعاطوا الكحول أو مازالو يتعاطونه،
- القنب: الأغلبية الساحقة من أفراد العينة، تعاطوا أو ما يزالون يتعاطون القنب،
- الهيروين 1/3 ثلث أفراد العينة صرحوا بأنهم تعاطوا أو ما زالوا يتعلطون الهيروين (تحتل الجزائر العاصمة الصدارة)،
- المؤثرات العقلية Tamgesic/ Subutex 1/2 نصف أفراد العينة، صرحوا بأنهم تعاطوا أو ما يزالون يتعاطون هذه المادة (تحتل الجزائر العاصمة الصدارة).
- التعاطي يخص الفئة العمرية من 14 سنة فما فوق،
- 26.1 % من الشباب (الأفراد المستجوبين كانوا في وضعية البطالة)،
- 3/4 ثلاثة أرباع من الشباب المستجوب لهم مستوى المتوسط على الأقل.
- نسبة تعاطي المخدرات أكبر من تعاطي المؤثرات العقلية،
- أكثر من نصف الشباب المستجوب يتعاطى بانتظام،
- تعاطي المؤثرات العقلية يكون بمبادرة شخصية (42.5 %)، أو باقتراح من الأقران (52.9 %)،
- حي السكن هو المكان المفضل لتعلم تعاطي المؤثرات العقلية،
- التعاطي الأول يتم عن طريق التجربة (34.8 %)،
- هدف التعاطي عند أغلبية أفراد العينة للمؤثرات العقلية، هو البحث عن النشوة،
- يتم تعاطي المؤثرات العقلية في جماعة بنسبة (72.2 %)،

- الحشيش هو المخدر الأكثر تعاطيا إذ استثنينا المؤثرات العقلية (92.0%)،
- يمثل الأقران المصدر الرئيسي للتمويل بالمؤثرات العقلية.

16- دراسة: جعفر حذاق، " دراسة نفسية تحليلية لظاهرة تعاطي المخدرات بالجزائر: دراسة ميدانية لدى شباب من نزلاء مؤسسة إعادة التربية تتراوح أعمارهم بين 18-32 سنة⁽¹⁾ .

- انطلق الباحث في دراسته هذه من عدة تساؤلات، أهمها :
- ما طبيعة المعتقدات الاعتمادية التي يتميز بها المتعاطي للمخدرات ؟ فكان يهدف إلى الوقوف عن أهمية المعتقد أو التفكير الخاطئ في نشوء واستمرار سلوك التعاطي.
 - استخدم الباحث الاستبيان والمقابلة، مع تطبيق مقياس رايت ومقياس سكينر على عينة من 102 حالة من نزلاء مؤسسة إعادة التربية بالجزائر من متعاطي المخدرات.
 - وقد توصل الباحث إلى عدد من النتائج، أما أهمها فهي كالآتي:
 - 1- يعاني (57.84%) من أفراد العينة بصفة دائمة من الخصومات بين الوالدين و(39.21%) أحيانا. و تتعلق هذه الخصومات بالمشاكل المتعلقة بتعاطي الأفراد للمخدرات (46.08%) .
 - 2- غالبية أفراد العينة يؤكدون أن العلاقة قاسية بينهم وبين والديهم (40.20%) .
 - 3- غالبية أفراد العينة مستواهم الاقتصادي متوسط (65.68%) .
 - 4- غالبية أفراد العينة يسكنون في أحياء شعبية (95.09%) .
 - 5- يوجد استهلاك المخدرات والمتاجرة فيها في الحي السكني لدى أفراد العينة (83.33%)، والسرقة (60.78%) والاعتداءات الجسدية والشجارات بالسلاح الأبيض (51.56%) .
 - 6- إن الكيف (96.07%) والمواد النفسية والكحول (89.21%) هي أكثر المواد تعاطيا في الحي، ثم تليها المذيبيات الطيارة (50.98%) والكوكايين (28.43%) والهيريويين (16.66%) .

⁽¹⁾ جعفر، حذاق. " دراسة نفسية تحليلية لظاهرة تعاطي المخدرات بالجزائر، دراسة ميدانية لدى شباب من نزلاء مؤسسة إعادة التربية تتراوح أعمارهم بين 18-32 سنة". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. 2007-2008.

- 7- أغلب أفراد المجموعة كانت بدايتها الأولى للتعاطي في السن الممتدة ما بين 13 و 16 سنة بنسبة (60.78%) ، حيث المتوسط الحسابي لسن التعاطي هو 14.41 سنة.
- 8- الحي السكني لمعاطي هو أكثر الأماكن للتعاطي الأول لدى أفراد العينة (87.25%).
- 9- بداية التعاطي تحت تأثير وضغط الأصدقاء بنسبة (80.39%)، و (16.66%) منهم حباً للاستطلاع وللاستكشاف والرغبة والتقليد.
- 10- التجريب وتقليد الأصدقاء وحب الاستطلاع من أهم الظروف التي تدفع بأفراد العينة لخوض تجربة التعاطي لأول (50.38%)، ثم المشاكل العائلية (40.19%) ثم المشاكل النفسية (24.51%) ثم المشاكل الاجتماعية (19.60%) والمشاكل الاقتصادية (11.76%).
- 11- (86.29%) من أفراد العينة لديهم تعاطي متعدد للمواد المخدرة في حين 14.71% لديهم تعاطي أحادي. حيث أن غالبية أفراد العينة تتعاط المواد المخدرة بصفة يومية ودون إنقطاع (92.16%) مقابل (7.84%) تتعاطها بالمناسبة وحسب الظروف المتاحة.
- 12- غالبية أفراد العينة يشتررون المواد المخدرة في الأحياء السكنية (79.41%) ثم عن طريق استعمال الوصفة الطبية (20.58%) مستعملين مالههم الخاص (44.11%) أو اللجوء إلى السرقة (55.89%) .
- 13- أغلب أفراد العينة حاولوا التخلص من تناول المخدرات (68.63%) في مقابل (31.37%) لم يحاولوا بتاتا الانقطاع.
- 14- يعتبر الأصدقاء مصدر هام ومعتبر للاعتقادات الاعتمادية إزاء المواد المخدرة (95.09%) تليها وسائل الإعلام (21.57%) ثم المدرسة والكتب والصحف (4.90%) ثم الأب والأقارب بـ (2.94%).
- 15- أغلب أفراد العينة من المنتكسين ومن المعاودين لارتكاب الجرائم (59.80%) سواء تعلق الأمر بالمخالفات أو الجنح أو الجنايات، مقابل (40.20%) من الابتدائيين الذين دخلوا مؤسسة إعادة التربية لأول مرة.
- 16- السرقة هي أكثر ما ارتكبتها أفراد عينة الدراسة من الجنح والجرائم (44.11%) تليها حيازة واستهلاك المخدرات (20.58%) والضرب والجرح العمدي (14.70%).
- 17- (87.26%) من أفراد العينة لديهم اعتقادات اعتمادية شديدة حيث تحصلوا على أكثر من 70 درجة في مقياس رايت للاعتقادات الاعتمادية.

17 - دراسة: فاطمة صادقي، بعنوان "علاقة الاضطرابات النفسية بالإدمان على المخدرات عند الشباب: دراسة ميدانية بمنطقة تمنراست" (1).

حاولت الباحثة من خلال دراستها هذه الوصول إلى العلاقة بين الاضطرابات النفسية والإدمان على المخدرات عند الشباب. ومنه إن كان الإدمان على المخدرات يتسبب في ظهور اضطرابات نفسية لدى الشباب.

باستعانها بالمنهج العيادي، واستخدامها للمقابلة العيادية، الملاحظة ومقياس التحليل الاكلينيكي كاثل كأدوات للدراسة، باشرت دراستها الميدانية بمصلحة الطب العقلي بمستشفى مصطفى بغدادى ومؤسسة إعادة التربية بتمنراست، على عينة مكونة من 40 فردا تتراوح أعمارهم بين 16-40 سنة، كلهم ذكور.

ومن جملة ما توصلت إليه الباحثة أن:

- هناك صعوبة في تمييز الارتباطات السببية بين الإدمان على المخدرات عند الشباب والاضطرابات النفسية التي يعانون منها، فالاضطرابات النفسية والإدمان على المخدرات لا توجد بينهما أية صلة حتمية لكنهما ببساطة متعايشان، أي تواجد أحد الاضطرابين يشجع الوقوع فريسة الاضطراب الآخر.
- كما أن فئة الشباب هي المستهدف الأول لظاهرة الإدمان على المخدرات. وأغلب الاضطرابات النفسية التي تظهر لديهم قد ، تترافق ، أو تلي انسحابهم في تعاطي هذه المواد.
- كشفت الدراسة تعاطي أفراد العينة عدة عقاقير بدل عقار واحد.
- لوحظ اضطراب سيكوباتي في أغلب الحالات.
- يتعاطي البعض العقاقير من أجل التخلص من اضطرابات سابقة.

(1) فاطمة، صادقي. "علاقة الاضطرابات النفسية بالإدمان على المخدرات عند الشباب، دراسة ميدانية بمنطقة تمنراست". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. 2005-2006.

18- دراسة MEDSPAD: "دراسة وبائية لتعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين 15-16 سنة في ولاية الجزائر" (1).

في إطار التعاون الدولي لمكافحة المخدرات، وبإشراف الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها، سعت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار استهلاك المواد النفسية (التبغ، الكحول، القنب، العقاقير النفسية) عند شباب متدرسين تتراوح أعمارهم ما بين 15-16 سنة. أجريت الدراسة في الجزائر العاصمة التي استغرقت 32 يوما، من 04 جانفي 2005 إلى 06 فيفري 2005. و تم إتباع الطريقة العنقودية كمنهجية متبعة في الدراسة، واختير فيها الدوائر التالية : باب الوادي . سيدي أحمد . حسين داي . الكاليتوس . القبة . بن عكنون، بوروية . برج الكيفان . جسر قسنطينة. ومنها تم اختيار 36 مؤسسة تعليمية بين إكمالية وثانوية. ومنها أختير 108 قسم عشوائيا، على أساس 03 أقسام من كل مؤسسة تعليمية. تكونت عينة الدراسة من 3177 تلميذ، واستخدمت أداة الاستبيان التي احتوت على 65 سؤالا. ومن بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- نسبة المدخنين الذكور تفوق نسبة المدخنات الإناث.
- أن تعاطي المواد النفسية (التبغ، الكحول، القنب، العقاقير النفسية) هو تعاطي تجريبي، بالنسبة للفئة العمرية (15-16) سنة. وأن الذكور هم أكثر تعاطي للمواد النفسية من الإناث.
- يفضل الذكور تعاطي التبغ (40.5%)، متبوع بالقنب (17.0%)، ثم العقاقير النفسية (14.9%)، وفي الأخير الكحول (3.0%). أما الإناث فيفضلن تعاطي العقاقير النفسية (12.2%) متبوع بالتبغ (10.2%) ثم الكحول (3.0%)، وفي الأخير القنب (1.2%).
- العقاقير هي أكثر المواد النفسية تعاطيا عند البنات، لسهولة الحصول عليها، ولكونها تساعد المتعاطي على التخلص من الانزواء والحشمة، ولا تظهر أي آثار التعاطي.
- يحتل الكحول الترتيب الأخير عند الذكور وما قبل الأخير عند الإناث.
- 30 % من المتعاطين أكدوا على أنهم دخنوا أول سيجارة قبل بلوغهم سن 11 سنة.

(1) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدماجها. المجلس الأوروبي مجموعة بومبيدو. دراسة في إطار مشروع MEDSPAD والمرصد الفرنسي لمكافحة المواد النفسية OFDT. فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية لوقاية من المخدرات ومكافحتها. الجزائر - يومي 03 و 04 ديسمبر 2006. ص ص 55-66.

- 20 % من يتراوح سنهم ما بين 16-17-، 14-15 سنة أكدوا أنهم تعاطوا الكحول لأول مرة قبل بلوغهم سن 11 سنة.

- بين 5% و 20% من المتعاطين صرحوا أنهم تعاطوا لقنب لأول مرة قبل سن 11 سنة .
- (1/3) أفراد عينة الدراسة كان أول تناول لهم للعقاقير في سن 13 سنة.

19- دراسة: صغيري راج، بعنوان "دور النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من ظاهرة الإدمان على المخدرات: دراسة ميدانية بمركز فرانتز فانون بالبلدية"⁽¹⁾.

لقد انصب اهتمام الباحث في هذه الدراسة على عينة من المدمنين، والذي بلغ عددهم 43 فردا، بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية حول إن كان للنشاط الرياضي الترويحي دور في التقليل من ظاهرة الإدمان على المخدرات؟
ومن ضمن ما توصل إليه:

1- بالنسبة للمستوى التعليمي لأفراد العينة، فكان كالآتي : 9.3% من المدمنين ذوي مستوى تعليمي ابتدائي، 51.2% من المدمنين ذوي مستوى تعليمي متوسط، 25.6% من المدمنين ذوي مستوى تعليمي ثانوي، 14% من المدمنين ذوي مستوى تعليمي جامعي.

2- 69.8 % من مدمني عينة الدراسة هم من الفئة العمرية (20-30). نسبة 14 % من مدمني عينة الدراسة هم من الفئة العمرية (30-40). وكلما صعدنا في السلم العمري كلما نقص عدد المدمنين.

3- يمثل الذكور نسبة 88.4 % من مدمني عينة الدراسة، والباقي إناث.

4- 53.5% من عينة الدراسة يرون أن الدافع لتعاطي المخدرات كان لأسباب اجتماعية. 39.5 % لأسباب أسرية. 27.9% من عينة الدراسة يرون أن الدافع لتعاطي المخدرات كان لملاً وقت الفراغ.

5- 55.8 % من عينة الدراسة يفضلون ممارسة النشاط الرياضي الترويحي مع الجماعة. بينما 44.2 % منهم يفضلون ممارسة النشاط الرياضي الترويحي بمفردهم.

6- 82.4 % من أفراد العينة يشعرون بالراحة أثناء ممارسة النشاط الرياضي الترويحي.

⁽¹⁾ راج، صغيري. " دور النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من ظاهرة الإدمان على المخدرات، دراسة ميدانية بمركز فرانتز فانون بالبلدية". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. 2007-2008.

7-65.1 % من أفراد العينة يقضون أوقات فراغهم في مصاحبة الأصدقاء.

20- دراسة: نوبيات قدور: " اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات : دراسة استكشافية على عينة من شباب مدينة ورقلة"⁽¹⁾.

كان يهدف الباحث من خلال دراسته هذه، التعرف على طبيعة اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات. وأوجه الاختلاف في الاتجاه نحو تعاطي المخدرات بين البطالين حسب متغيرات الجنس، السن، التأهيل، والتدخين.

استعمل الباحث المنهج الوصفي، لدراسة عينة مكونة من 358 فرداً تتراوح أعمارهم بين (18-29 سنة)، مستخدماً كل من أدوات الاستبيان، اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات ب: 03 أبعاد (البعد المعرفي، والبعد الوجداني، والبعد السلوكي).

وتوصل الباحث من دراسته هذه إلى عدة نتائج أبرزها :

- وجود اتجاهات إيجابية نحو تعاطي المخدرات لدى أفراد العينة بنسبة 53.63 %.
- نسبة حاملي شهادات تأهيل ذوي الاتجاهات الإيجابية أكبر من نسبة حاملي شهادات ذوي الاتجاهات السلبية ب: 52.60 % .
- نسبة غير حاملي شهادات تأهيل ذوي الاتجاهات الإيجابية أكبر من نسبة حاملي شهادات تأهيل ذوي الاتجاهات السلبية ب 55.42 %.
- نسبة كبار السن ذوي الاتجاهات السلبية أعلى من نسبة كبار السن ذوي الاتجاهات الإيجابية ب: 52.65 % .
- نسبة صغار السن ذوي الاتجاهات الإيجابية أكبر من نسبة صغار السن ذوي الاتجاهات السلبية ب: 55.29 % .
- نسبة المدخنين ذوي الاتجاهات السلبية أكبر من نسبة المدخنين ذوي الاتجاهات الإيجابية ب 65.11 % .
- وجود فرق دال إحصائياً في اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات باختلاف الجنس بحيث يمثل عند الذكور نسبة 52.79 % .

⁽¹⁾ قدور، نوبيات، " اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات ، دراسة استكشافية على عينة من شباب مدينة ورقلة". رسالة ماجستير. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة، السنة 2006.

- وجود فرق دال إحصائيا في الاتجاهات نحو تعاطي المخدرات بين الشباب البطالين الحاملين لشهادات التأهيل (46.36%) ، والشباب البطالين غير الحاملين لشهادات التأهيل (53.60%).
 - وجود فرق دال إحصائيا في اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات بين المدخنين (45.50%) وغير المدخنين (54.49%).
- وبالتالي يتضح من خلال نتائج الدراسة، أن هناك وجود اتجاهات إيجابية للشباب البطال نحو تعاطي المخدرات.

21- دراسة: جاوت كريم: " تعاطي المخدرات عند الشباب الجزائري: دراسة ميدانية في الجزائر العاصمة"⁽¹⁾.

حاول الباحث من خلال دراسته هذه، كشف وتوضيح العلاقة بين سلوك التعاطي وعملية التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد عبر الأسرة كمؤسسة تنشئية أساسية وتأثير ظروفها الاقتصادية والاجتماعية، و المحيط الاجتماعي للحي، وكيفية تأثيره في توجه الشباب إلى تعاطي المواد المخدرة. مع إبراز دور جماعة الرفاق وتأثيرها في فشل الشباب في محاولاتهم المتكررة للانقطاع عن تعاطي المخدرات.

استعمل الباحث المنهج الوصفي على عينة قصدية لـ 150 شاب متعاطي المخدرات ينتمون إلى المناطق الحضرية. لكل من الحراش وبراقى بالعاصمة، وكان ذلك خلال سنة 2007.

- توصل الباحث في نهاية دراسته إلى مجموعة من النتائج، نلخصها فيما يلي:
- كون أغلبية المبحوثين المتعاطين ذكور بنسبة 93.3% ، و يتوزعون كالآتي: بين 27-23 سنة 73%، بين 28-30 سنة 16.7%، أقل من 20 سنة 10%.
- 66.7% لهم مستوى تعليمي متوسط، ثم يليهم مستوى تعليمي ابتدائي 23.3% ثم مستوى تعليمي ثانوي 10%.
- أغلبية المبحوثين المتعاطين للمخدرات عزاب بنسبة 90% . منهم 53.3% بطالين.

⁽¹⁾كريم، جاوت. " تعاطي المخدرات عند الشباب الجزائري : دراسة ميدانية في الجزائر العاصمة ". رسالة ماجستير . جامعة الجزائر. 2008-2009.

- 80 % يتراوح دخل أسرهم 10.000 دج إلى 20.000 دج .
- أغلبية المبحوثين يعيشون داخل شقة بـ: 83.3 % ، يليها 10 % في بيت قصديري.
- 83.3 % يتراوح عدد أفراد أسرهم بين 3 و 7 أفراد، ثم تليها نسبة 13.3 % من فئة الذين حجم أسرهم يتراوح بين 1 إلى 3 أفراد.
- أغلب المبحوثين صرّحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم في الشوارع بنسبة 83.3 % .
- أغلب المبحوثين يأتي ترتيبهم في الأسر الأول بـ: 60 % .
- 76.7 % منهم صرّحوا بأن أسرهم لا تراقب العلاقات التي يقيمونها خارج البيت.
- 53.5 % يعيشون الفقر كمشكل اجتماعي. 20.9 % يعيشون البطالة كمشكل اجتماعي، 16.3 % صرّحوا بعجزهم عن قضاء دين المسكن.
- 63.3 % من أفراد العينة صرّحوا بأن أسرهم على علم بتعاطيهم للمخدرات. منهم 73.7 % صرّحوا بأن رد الأسرة كان عاديا عند معرفتها بالتعاطي.
- 70 % من أفراد العينة صرّحوا بوجود أفراد متعاطين داخل أسرهم.
- 87.3 % من المبحوثين يتعاطون الحشيش. و 12.7 % منهم يتعاطون الحشيش زائد مواد أخرى: كالكحول التبغ و أقراص.
- 63.3 % صرّحوا برغبتهم في الاستمرار في التعاطي.
- 52.8 % من أفراد عينة الدراسة صرّحوا بأنهم يتعاطون المخدرات لنسيان المشاكل، 63.9 % منهم لإرضاء جماعة الرفاق و 10.2 % منهم بحثا عن الراحة.
- 93.3 % من أفراد عينة الدراسة صرّحوا بأن أصدقائهم يتعاطون المخدرات. و صرح نحو 96.7 % من المبحوثين بأن أصدقائهم يشجعونهم على تعاطي المخدرات.
- 73.3 % يتعاطون المخدر يوميا. و 26.7 % يتعاطون المخدر أسبوعيا.
- صرح نحو 80 % يتحصلون على المخدرات بالشراء وجماعة الرفاق.

22- تحقيق المركز الوطني للدراسات والتحليل في مجال السكان والتنمية CNEAP:
بغوان " الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر: مسح وطني شامل
حول انتشار وباء الإدمان على المخدرات في الجزائر"(1).

(1) C.N.E.A.P.D. « Enquête Epidémiologique Nationale et Globale sur la prévalence de la Drogue en Algérie » .
 Synthèse Globale. ONLDT. Office National de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Septembre 2010.

يتمثل الهدف الرئيسي من هذا التحقيق في جمع معطيات ومعلومات ذات قيمة وجودة على المستوى الوطني وفي وسط السكني، وهذا بـ:

- قياس انتشار تعاطي المخدرات في الجزائر،
- بحث واستكشاف السلوك ومواقف وأراء الجزائريين من 12 سنة فما فوق حول تعاطي المخدرات في الجزائر،
- تمكين الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان ONLDT من الحصول على معلومات حديثة وذات مصداقية، وهذا ليقوم بإعادة بلورة استراتيجية وتكييف برامجه الفعلية Programmes d'Actions للفترة 2011-2015.

- كشف وفرز كل العناصر التي تساعد على تحديد عوامل الخطر النفسية والاجتماعية،
 - اقتراح إجراءات تنفيذية وفعالية لمحاربة هذه الظاهرة.
- العينة:** أجري هذا التحقيق على 154 حي، يحتوي 9240 أسرة (Ménages) تمثل أكثر من 48700 فرد موزعين على 46 ولاية، للأشخاص البالغين سن 12 سنة فما فوق.

- كما تم تصميم اربع إستمارات، وتم صياغتها، وهي موزعة كآآتي :
- الشباب من 12 إلى 15 سنة،
 - الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 19 سنة،
 - الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 39 سنة،
 - الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من 40 سنة فما فوق.
- سريان التحقيق:** تم تقسيم المجال الجغرافي إلى خمسة 5 مناطق Régions، وهي : الوسط، الشرق ، الغرب، الجنوب والجنوب الكبير.

أدوات الدراسة (التحقيق) : اعتمد التحقيق على نوعين من الاستمارات الاستبائية:

- استبيان الأسرة موجه لأرباب الأسر،
 - استبيان فردي حسب الفئة العمرية موجه لأفراد أسر العينة :
- استمارة استبيان لفئة 12-15 سنة
 - استمارة استبيان لفئة 16-19 سنة
 - استمارة استبيان لفئة 20-39 سنة
 - استمارة استبيان 40 سنة فما فوق

كما تم الاعتماد على أدوات أخرى لملاءمة الاستمارة، كدليل توجيهي للمحققات والمراقبين وكشف الحوصلة Fiches de Synthèses لمراقبة العمل. كما تم استعمال تقنية الملاحظة في هذا التحقيق.

إجراء التحقيق في الميدان: بدأ التحقيق في 10 نوفمبر 2009، واستمر لمدة شهرين (02)، وكان في المجموع 46 فرقة، كل منها يتكون من مراقب وثلاثة (03) محققات وسائق. وكانت متابعة التحقيق من طرف أربعة مشرفين جهويين 15 مشرف في الميدان، كل منهم يشرف على 3 ولايات.

الأسر المحقق معها: الأسر المعنية تجمع 48708 فردا، 44387 فرد موجودين في مناطق التجمعات الحضرية، أي (90.9%) من مجموع العينة. والنساء يمثلن 49.4 % من مجموع أفراد العينة.

قيمة وجود المعطيات: أعطى التحقيق نسبة عدم الإجابة أقل من المستوى المسموح به (8.2% ضد 12% مسموح به). أما عن الأسر الغائبة: تمثل 5.3% والرفض كان 2.9%، وهذا يعتبر التغطية الجغرافية الجيدة للتحقيق.

نتائج الدراسة: حسب النتائج النهائية لهذا التحقيق الوطني الأول من نوعه على مستوى الجزائر، وإذا قمنا بعملية إسقاط النتائج النهائية لمجتمع البحث على المجتمع الكلي، لكون (حسب فرقة البحث، فالعينة تمثيلية وفق المعايير الدولية)، يتبين أن هناك 302.000 شخص، يتعاطون المخدرات في الجزائر ابتداء من سن 12 سنة، وهي موزعة حسب الفئات العمرية كالآتي :

- من 12 إلى 15 سنة : 3.175 متعاطي أي 1.5%،
- من 16 إلى 19 سنة 24.676 متعاطي أي 8.15%،
- من 20 إلى 39 سنة 180.379 متعاطي أي 59.55%،
- 40 سنة فما فوق 97.438 متعاطي أي 31.2%.

وهكذا، يتبين أن الفئة العمرية من 20 إلى 39 سنة تمثل أعلى نسبة بـ: 180.679 متعاطي.

انتشار المخدرات حسب الجنس، الفئات العمرية والأزمنة: أظهر التحقيق الوطني من تحديد النسبة الوطنية لانتشار تعاطي المخدرات بـ: 1.15%. وهذه النسبة تم حسابها على أساس تعاطي العينة محل التحقيق خلال الاثنى (12) عشر شهرا لمخدر واحد أو عدة مخدرات، وهذا يمثل 1.69% رجال، و0.67% نساء.

أما حسب الفئات العمرية، فكانت كالآتي:

(20-39 سنة): 1.48 %، (40 سنة فما فوق): 1.11 %، (16-19 سنة): 0.85 %، (12-15 سنة): 0.12 % .

أما تعاطي المخدرات خلال الحياة، فقد أظهر التحقيق، أن: 2.15 % من أفراد العينة جربوا مخدر واحد أو أكثر خلال حياتهم، ونسبة الرجال أعلى من نسبة النساء.

وتجريب المخدر أو أكثر حسب الفئة العمرية فكان كمايلي: الفئة الواقعة بين 20 و 39 سنة بنسبة 2.15%، ثم تليها الفئة العمرية من 40 فما فوق بنسبة 2.15 % . ثم تليها الفئة العمرية من 16 إلى 19 سنة بنسبة 1.38% . و أخيرا تأتي الفئة من 12 إلى 15 سنة بنسبة 0.38%.

وفيما يخص تعاطي المخدرات خلال ثلاثون (30) يوم الماضية التي سبقت التحقيق، فأظهرت الدراسة أن (0.83 %) من أفراد العينة تعاطوا مخدر أو عدة أنواع من المخدرات خلال ثلاثون يوما الماضية، الرجال (1.18 %) والنساء (0.52%). أما حسب الفئات العمرية فكانت كالآتي: 20-39 سنة : 0.98%، ثم 40 سنة فما فوق : 0.90%، ثم 16 إلى 19 سنة : 0.59 %، وأخيرا من 12 إلى 15 سنة : 0.12%

كما أظهر التحقيق أن الرجال هم الذين جربوا مخدر أو أكثر من مخدر خلال الاثنى عشر (12) شهرا الماضية قبل التحقيق والشهر الأخير. أما الفئة العمرية فهي بين 20 و 39 سنة. وهذا يعني أن مدة التعرض للخطر لم تؤثر على سن التعاطي، وأن الفئة العمرية التي تتعاطى المخدرات هي الفئة الموجودة في سن العمل (20-39 سنة)، أي أن لها الموارد التي تسمح لها بشراء المخدرات.

أما التعاطي حسب الجهات الكبرى، فالتحقيق أظهر أنه ورغم قلة عدد السكان بالجنوب، إلا أنه تم تسجيل أكبر نسبة لانتشار التعاطي والمؤثرات العقلية، وكان انتشار التعاطي حسب الفترات كالتالي:

3.87 % خلال الحياة

2.55 % خلال الإثني عشر شهرا الماضية

1.93 % خلال الشهر الأخير

ثم تأتي الجهة الغربية في المرتبة الثانية

ثم الجهة الشرقية في المرتبة الثالثة

وتأتي جهة الوسط في آخر الترتيب

أما على المستوى الوطني فكان التعاطي حسب الفترات الزمنية كالآتي:

1.61 % خلال الحياة

0.88 % خلال الإثني عشر شهرا الأخيرة

0.63 % خلال الشهر الأخير

إنتشار المخدرات حسب نوع المخدر خلال الإثني عشر شهرا الأخيرة: يبقى مخدر القنب هو الذي يتصدر قائمة المخدرات الأكثر تعاطيا في المجتمع الجزائري حسب عينة التحقيق، ثم يليه المؤثرات العقلية، و هذا مهما كانت الفترة من الفترات الثلاث. ويأتي الأفيون في المرتبة الثالثة بنسبة 0.055 % في فترة الإثني عشر شهرا الماضية قبل التحقيق. أما الهيروين والكوكايين والاكستازي والمواد الأخرى، فقد سجلت نسب ضعيفة.

انتشار تعاطي المخدرات المشروعة وغير المشروعة: أظهر التحقيق، أن تعاطي التبغ يبقى المادة المخدرة الأولى الذي يتعاطاها جميع فئات العمرية لأفراد عينة البحث، ويأتي في المرتبة الأولى. ولكن الفئة العمرية من 20 إلى 39 سنة تتصدر قائمة تعاطي التبغ بنسبة 17.6 %. والمادة النفسية الثانية التي تتعاطاها هذه الفئة العمرية هي الكحول، وتأتي المخدرات في المرتبة الثالثة.

أما بالنسبة للأشخاص البالغين (40) سنة فما فوق، فيحتل التبغ الصدارة للمواد المخدرة المتعاطاة، ثم تأتي المهدئات والمنومات (Somnifères) في المرتبة الثانية، ثم المخدرات الأخرى. أما الفئة العمرية الأقل من 20 سنة، فقد أظهر التحقيق، أن التبغ يأتي في المرتبة الأولى من حيث التعاطي.

إن سهولة اقتناء التبغ، وعدم منعه من قبل السلطات العمومية، وجهل أغلبية أفراد المجتمع بتحريمه دينيا، جعله يتصدر قائمة المخدرات الأكثر تعاطيا في المجتمع الجزائري، وهذا لكل الفئات العمرية، وهو يعتبر بوابة دخول عالم المخدرات، حيث أظهرت جل الدراسات أن الأغلبية الساحقة من المدمنين على المخدرات تعاطوا التبغ كأول تجربة في تعاطي المواد المخدرات، مما سهل عليهم كسر جدار المخدرات.

أما عن أسباب وعوامل تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، التي صرح بها أفراد عينة التحقيق: إن أسباب تعاطي القنب سواء كان للمرة الأولى أو آخر مرة، فقد صرح أغلب أفراد العينة أن ذلك كان من أجل تقليد الآخرين (الأقران)، أي (أفعل مثل أقراني)، وهذا يؤدي بنا إلى تفسير هذا التعاطي على أساس ظاهرة الانتماء وتوطين الفرد في الجماعة. ثم يأتي السبب الثاني، وهو البحث عن le bien être، ثم يأتي الهروب من الواقع اليومي في الدرجة الثالثة، أما متعة وتقاسم الخبرة يعتبران الدافعين الأكثر انتشارا في مجتمع البحث.

أما الأسباب الأكثر تكرارا والتي صرح بها أفراد العينة، عند بداية التعاطي وآخر مرة التي تعاطى فيها المخدرات، كانت بدواعي للتقليل من الألم المعنوي Douleur Morale والقلق Angoisse، ثم الهروب من الواقع اليومي.

وإذا قمنا بمقارنة انتشار التعاطي مع دول أخرى (حسب نتائج هذا التحقيق الوطني)، فإن نسبة انتشار تعاطي القنب هي 0.6% في الجزائر. وتعتبر هذه النسبة أكبر من المملكة العربية السعودية، وأقل من نسب باقي الدول العربية. وهذا يخص مادة القنب فقط.

كما كشف التحقيق أن الجنوب، وعكس ما كان متوقع له نسبة معتبرة من متعاطي المخدرات، بقي فقط أن تجرى هناك تحقيقات ودراسات على هذه الظاهرة في الجنوب لمعرفة ما وراءها من أسرار.

تعقيب على الدراسات السابقة الجزائرية

عدم تمكن الباحث من الإلمام بكل الدراسات السابقة الجزائرية التي تعرضت لموضوع المخدرات، وهذا راجع أساسا إلى عدم تحديث البنك الوطني الخاص بالدراسات و البحوث

الجامعية، ويعتبر هذا من أهم معوقات البحث العلمي بالجزائر، حيث من الممكن أن يتناول أكثر من باحث نفس الموضوع عبر التراب الوطني، مما يؤدي إلى ضياع الوقت والجهد. يغلب على الدراسات الجزائرية التي تحصل عليها الباحث، والخاصة بالمخدرات الطابع الطبي والعقلي أكثر منها التي تتناول المخدرات من الجانب النفسي والاجتماعي، ويرجع ذلك أساسا إلى عدم الاعتراف أساسا بمشكلة المخدرات في وقت مبكر من طرف السلطات الجزائرية. ففي عام 1985م صرح الأستاذ كاشا بأن هناك تداول المخدرات بين الشباب في الجزائر، ونبه إلى غياب القانون لمكافحة هذه الظاهرة. كما صرح بأن السلطات أهملت هذه الظاهرة⁽¹⁾.

إن الدراسات الجزائرية عموما ومقارنتها بالدراسات الأجنبية أو حتى العربية منها تعتبر قليلة جدا، فإذا أخذنا بعين الاعتبار حجم المشكلة الاجتماعية لظاهرة المخدرات على المستوى المحلي والإقليمي والعالمي يتضح جليا أن الدراسات الأكاديمية الخاصة بالمخدرات لم تساير التطور الملحوظ في مجال حجم انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، أو التجارة غير الشرعية للمخدرات، وهذا حسب ما يتم نشره سنويا من طرف المصالح المعنية بمكافحة المخدرات. حتى الدراسات التي اطلعنا عليها تكاد تصب في نفس الاتجاه، كما أنها محدودة في المجال المكاني، وهذا ما شجع الباحث على القيام بدراسة وبائية والتي تعتبر الأولى من نوعها على المستوى الوطني*.

مما سبق، أردنا من خلال دراستنا هذه تناول تعاطي المخدرات على مستوى التراب الوطني، لعلها تساهم في تغيير اتجاه الدراسات الأكاديمية الخاصة بهذا الموضوع في المستقبل.

(1) B., Kasha. « Fléau Social ou Maladie ». *Santé Jeunes*, 1(1988) :P.6.

* على الرغم من أن التحقيق الذي أجراه CENEAP، جاء بعد انطلاق هذه الدراسة، إلا أنه ولأسباب موضوعية متعلقة بالإمكانات المادية والبشرية جعلت نتائج التحقيق تسبق زمنيا نتائج هذه الدراسة.

الباب الثاني

أنواع المخدرات، أضرارها، أسباب
تعاطيها، وأساليب الوقاية منها

الفصل الرابع : أنواع المخدرات وأضرارها

الفصل الخامس : أسباب تعاطي المخدرات وأساليب الوقاية
منها

الفصل السادس : المخدرات في المجتمع الجزائري

الفصل الرابع

أنواع المخدرات وأضرارها

المبحث الأول : أنواع المخدرات

المبحث الثاني : أضرار المخدرات

الفصل الرابع

أنواع المخدرات وأضرارها

المبحث الأول : أنواع المخدرات:

للمخدرات أقسام وأنواع متعددة لا يمكن حصرها وتقسيمها أو تصنيفها، ذلك أن الصناعات الكيماوية الدوائية في تطور مستمر، وهي كل يوم تطرح لنا عشرات المركبات التي تختلف من نوع لآخر حسب تأثيرها ونوعية تركيبها، ولهذا اختلف العديد من الباحثين في تصنيف هذه المواد، وصنفها كل منهم في مجموعات تختلف من باحث لآخر، إلا أن جميعهم تناولوا المواد المخدرة كافة ولكن ضمن نماذج متعددة.

فالتنوع الكيميائي للمواد المخدرة التي يمكن أن تؤدي إلى الإدمان، والطرق المتعددة للاستعمال والآثار، تجعل أن كل التصنيفات الفارماكولوجية للمخدرات تركز قبل كل شيء على تقييم آثارها⁽¹⁾. وهناك عدة تصنيفات للمخدرات، وفيما يلي بعضها:

- 1- **التصنيف حسب التأثير الإكلينيكي:** لقد قسمت المخدرات حسب التأثير الإكلينيكي إلى⁽²⁾:
 - مسببات النشوة ومهدئات الحياة العاطفية، وهي تشمل الأفيون ومشتقاته، المورفين، الهيرويين والكوكايين.
 - مهلوسات: مثل الميسكالين، فطور البتول، القنب الهندي، فطر الأمانيت، البلازون.
 - المسكرات: مثل الغول، الإيثير، الكلورفور، البنزين وأول أكسيد الآزوت.
 - المنومات: مثل الباربيتورات.
- 2- **تصنيف المخدرات حسب طريقة إنتاجها:** لقد إعتد الباحثون تقسيم المخدرات حسب طريقة الإنتاج إلى ثلاث مجموعات، وهي :

⁽¹⁾ Richard, Denis; Jaen-Louis, Senon.; and Marc, Valleur. Dictionnaire des Drogues et les dépendances. Paris: éd Larousse, 2005, P.234.

⁽²⁾ عبد الله بن أحمد، الطبار. المخدرات في الفقه الإسلامي، الرياض: مكتبة التوبة، 1401 هـ، ص36.

أ- المجموعة الأولى : المخدرات الطبيعية، وهي مجموعة العقاقير التي يحصل عليها من الطبيعة دون إدخال أي تعديل صناعي عليها، وهي نباتات وجدت في الطبيعة وتحتوي على مادة مخدرة مثل: الأفيون، القات، الكوكا، التبغ والشاي والبن⁽¹⁾.

ج- المجموعة الثانية: المخدرات الصناعية، وهي المستخرجة صناعيا من النباتات الطبيعية، وذلك عن طريق إجراء بعض العمليات الكيميائية لتصبح في صورة أخرى مختلفة.

ح- المجموعة الثالثة: مجموعة المخدرات التخليقية، وتدعى بالمركبات الكيميائية، لأنها لا تعود في أصلها إلى مخدرات طبيعية أو مصنعة وإنما تتركب من عناصر كيميائية تحدث التأثير الطبيعي والصناعي نفسه.

3- تصنيف المخدرات على أساس المواد التي تسبب اعتمادا نفسيا وعضويا⁽²⁾.

مثل الأفيون ومشتقاته (الهيروين، المورفين والكوديين).

4- تصنيف المخدرات على أساس المواد التي تسبب اعتمادا نفسيا فقط⁽³⁾.

وهي الكوكايين، الأمفيتامينات، الحشيش، الماريوانا، القات، عقاقير الهلوسة والسوائل المتأطرة.

وهناك من صنف المخدرات إلى أربعة أنواع رئيسية حسب تأثيرها على الكائن الحي ووظائف أعضائه، وهي⁽⁴⁾:

- 1- المثبطات **Depressants** (المسكنات): وهي تضم المواد القاتلة للألم أو المنومة أو المهدئة والمسكنة، ومنها : الأفيون، قلويات الأفيون المورفين والكوديين، الهيروين
- 2- المنشطات **Stimulants** (المنبهات): وهي المواد التي يسبب تعاطيها حالة من التهيج العام وتستعمل طبيا لمعالجة زيادة السمنة ولتقليل الشهية ومنها : أوراق الكوكا، الأمفيتامينات، القات.

(1) عبد الرحمان، عيسوي. سيكولوجية الإدمان وعلاجه. بيروت، لبنان: دار النهضة للطباعة والنشر، 1993، ص 200.

(2) عبد الله بن أحمد، الطيار. المخدرات في الفقه الإسلامي، مرجع سابق، ص 38.

(3) نفس المرجع، ص 38.

(4) فؤاد، بيسوني. الحقيقة والخيال في ظاهرة إنتشار و إدمان المخدرات: دراسة لأبعاد المشكلة. ط2. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص 25.

3- المهلوسات Hallucinogène: وتشمل عدة أنواع منها : عقار ل س د، الميسكالين، سيلوبين، عقار م د م، عقار ب س ب وغيرها من المواد المهلوسة الأخرى

4- القنب ومشتقاته : ويشمل الماريوانا والحشيش وزيت الحشيش.

أما التصنيف التي أقرته الاتفاقية الدولية حسب المواد التي تؤثر على الحالة النفسية والمزاجية للإنسان، فهو عبارة عن فئتين رئيسيتين: المواد المخدرة والمنومة، والمواد النفسية غير المخدرة.

وقسمت الاتفاقية الوحيدة لعام 1961 م المخدرات إلى أربع فئات مبينة في أربع جداول ملحقة بالاتفاقية مرقمة من 1 إلى 4 وفيها تخضع كل المواد المخدرة والعقاقير إلى رقابة دولية مميزة. أما اتفاقية المؤثرات العقلية التي تم التوقيع عليها عام 1971 م وبدأ تنفيذها منذ أوت 1976 م فقد قسمت المواد النفسية إلى أربع فئات أو أربعة جداول تبعا لنوع تأثيرها وخطورتها ، فالمواد الأخطر في الجدول الأول، والأقل خطرا في الجدول الثاني وهكذا، وتخضع كل مجموعة إلى تدابير ورقابة مميزة واعتبرتها جميعها من المخدرات⁽¹⁾.

و أما أحدث تصنيف للمواد المخدرة السابقة، وحسب خضوعها للرقابة الدولية فهي كالآتي⁽²⁾:

أ- مشتقات الأفيون الطبيعية الخشخاش وهي : الأفيون، المورفين، الكودايين، الهيرويين

ب- مشتقات الأفيون الاصطناعية وهي البيثيديين

ج -القنب الحشيش نبات القنب راتنج القنب

د -أوراق الكومكا، الكوكايين

هـ -المنبهات الأمفيتامينات

و -المسكنات الباربيتوريك ، الميثكالون

⁽¹⁾ هاني، عرموش. المخدرات أمبراطورية الشيطان: التعريف ، الإدمان، العلاج. مرجع سابق، ص36.

⁽²⁾ فؤاد، بسيوني. الحقيقة والخيال في ظاهرة إنتشار وإدمان المخدرات:دراسة لأبعاد المشكلة.مرجع سابق، ص19.

5- تصنيف المخدرات حسب اللون⁽¹⁾: وهي نوعان :

- مخدرات بيضاء ، وأهم أنواعها الكوكايين والهيريويين والمورفين
- مخدرات سوداء وأهم أنواعها : الحشيش والأفيون

و يتبين من خلال هذا التصنيف أنه يقوم على أساس لون المخدر ودرجة الشبوع وليس على خصائص الجوهر المخدر كيميائيا أو فسيولوجيا بالنسبة لتأثيره على الكائن الحي⁽²⁾.

وبناء على ما سبق ذكره، تبيننا في هذا المبحث تصنيف المخدرات حسب تأثيرها على الكائن الحي ووظائف أعضائه.

المطلب الأول: المخدرات المثبطة:

أولاً- المخدرات الطبيعية:

1- الأفيون: Opium وهو العصارة المستخرجة من ثمار الخشخاش^(*) غير الناضجة لنبته خشخاش الأفيون المعروف باسم *Papaver Somniferum* وهي مادة لزجة القوام لاذعة، مرة المذاق تصبح فيما بعد بلون بني قاتم أقرب للسوداء، يشتق منها عدد من القلويدات التي تدخل بعضها في تركيب العقاقير الطبية، ويعتبر الأفيون ومشتقاته من أخطر أنواع المواد المخدرة تأثيرا على الجسم في حالة سوء استخدامه. بسبب غناه بالقلويدات حيث تبلغ أكثر من 800 قلويد أو مادة عضوية ومركبة وجميعها ذات طبيعة سامة جدا، وقد إستخرج منها 65 قلويدا يدخل في تركيب كثير من الأدوية⁽³⁾.

(1) أنور، العمروسي. المخدرات. الاسكندرية: دار الفكر الجامعي، 1990، ص 36.

(2) سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي المخدرات: تعريفها، نبذة تاريخية عنها. بحث مقدم للندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات، الفترة 4-10 مايو 1971م، المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي، القاهرة، ص 43.

(*) الخشخاش: هو نبات حولي من رتبة روداليز *Rhoeadales* أزهاره مفردة زاهية اللون حشرية التلقيح خالية من الغدد الرحيقية وأوراقه متبادلة كاملة وثمرته أشبه بعلبة ذات ثقب علوية. ينمو هذا النبات في المناطق الاستوائية أو تحت الاستوائية، مثل الهند، تركيا، بعض أجزاء الإتحاد السوفياتي سابقا، المجر، بلغاريا، يوغسلافيا، إيران، أفغانستان، باكستان، كشمير، بورما، تايلندا، الهند الصينية، كوريا الشمالية.

(3) عماد، كوفي. المخدرات الإتهيار. دمشق: دار الإيمان للنشر والتوزيع، 1993، ص 47.

يتم الحصول على الأفيون بتجريح القشور الخارجية لنبات الخشخاش بواسطة سكين مما يؤدي إلى سيلان الأفيون على شكل مادة صمغية بيضاء لا تلبث أن تتجمع طوال الليل حول شقوق المحافظ وعلى الأوراق، ويتحول لونها إلى بني، تتم عملية جمع المحصول في مدة تتراوح ما بين 5 إلى 10 أيام حيث تستطيع المحافظ إفراز مادة راتنج الأفيون الذي يضغط على شكل أقراص مستديرة وتلف هذه الكتل أو الأقراص بورق السلفان أو قماش ليرسل إلى معامل التحضير والتعبئة والتصدير.

وتعمل الأفيونات عموماً على تخميد الجهاز العصبي المركزي، وعلى الأخص مناطق الحس في المهاد وقشرة المخ، وتعمل هذه الفاعلية المخددة لتخفيف الألم وللتنويم إذا أخذت بجرعات كبيرة، وتتسبب الجرعة الزائدة في الوفاة بسبب تأثير هذه العقاقير المثبطة على النخاع المستطيل. وتشير بعض الاكتشافات إلى أن للأفيونات القدرة على تقليد إفرازات المخ والحلول محلها، ولذلك تستطيع التأثير على الآلام وتجارب المكافأة، ويتطور التحمل مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاعتماد النفساني والاعتماد الجسدي للأفيون.

2- المورفين: إشتق هذا المخدر من إسم مورفيوس إله النوم عند الإغريق وهو المادة الشبه قلويدية الرئيسية الموجودة في الأفيون، والتي يتم الحصول عليها على شكل بلورات، وهو مسحوق أبيض خفيف الوزن مر المذاق جداً.

اكتشف عام 1803 م، وبدأ استعماله في الطب عام 1872 م، وهو يستخرج بحل مادة الأفيون الراتنجية ووضعها في حمض كلور الماء حتى يتم تحليل القلويدات تاركة وراءها كمية كبيرة من المادة الحامضة التي يستحصل منها على راسب المورفين بعملية أخرى. والمورفين الخام رمادي اللون وينقى بوضعه في حامض الكبريت المخفف، تختلف محويات راتنج الأفيون بحسب بلد المنشأ والمورفين الصافي لا يستعمل بسبب عدم قابليته للدوبان⁽¹⁾. وهناك عدد كبير من مشتقات المورفين وهي⁽²⁾ : ثاني إستيل المورفين، والبيثدين، و الميثادون. والأفيون الاسود. كما أن هناك المركبات المصنعة الشبيهة بمشتقات الأفيون، ومنها : البنزازوسين Pentazocine يستخدم لتسكين الألم.

⁽¹⁾ وزارة الإعلام والشؤون الإعلامية. المخدرات الخطر والمقاومة. مرجع سابق، 1991، ص 22.

⁽²⁾ نفس المرجع، ص 24.

3- الكوديين: وهو أحدث مشتقات الأفيون الخام، تم استخلاصه أول مرة من الأفيون في عام 1832 من طرف الصيدلي الفرنسي Jean Pierre Robiquet (1780-1840)، يستخدم في تسكين السعال وتشنج الأمعاء، وهو يمثل حوالي 2% من قلويدات الأفيون، ولكن تأثيره أقل على الإنسان من تأثير المورفين بنسبة 25% وهو يدخل في تركيب الكثير من الأدوية ولاسيما تلك المضادة للسعال لتأثير المهبط لمركز السعال في المخ⁽¹⁾. إلا أن مدمني الأفيون يتعاطونه كبديل في حالة تعذر حصولهم على الأفيون⁽²⁾.

عندما تحقن مادة الكوديين في الوريد يكون لها نفس الأثر الفارماكولوجي للمورفين، أما إذا تم تعاطيه عن طريق الفم يكون له مفعول المسكن أقل بعشر مرات من المورفين إلا أنه يحدث عدة آثار غير مرغوب فيها كضيق النفس، الدوار التقيؤ، الإمساك. كما يمكن أن يحدث الإدمان على الكوديين إذا كان التعاطي عن طريق الفم و بصفة كثيفة⁽³⁾.

ثانيا- المخدرات المصنعة أو نصف مخلقة:

الهيرويين: هو أحد مشتقات الأفيون، واسمه العلمي هو ثاني خليك المورفين. وهو عبارة عن مسحوق نقي أبيض اللون مر المذاق، أما الهيرويين التجاري والذي يباع في الشوارع يكون ما بين أبيض وبني داكن، ويعتمد ذلك على عدة عوامل مثل طريقة التحضير أو خلطه مع السكر الناعم أو السكر البني أو بإضافة مواد أخرى بغرض تحقيق الكسب السريع بالاتجار غير المشروع⁽⁴⁾.

تحضيره: يسخن المورفين مع حمض الخليك (Acetic Acid) لمدة ساعتين عند درجة حرارة تساوي 85 درجة مئوية. وعندما تنتهي عملية التسخين (يذوب المورفين في الحمض) مشكلين معا الهيرويين، بعدها يضاف الماء إلى الخليط لتذويب الهيرويين، ثم تضاف مادة بيكاربونات

(1) محمد السيد، أرناؤوط. المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة. مرجع سابق، ص 60.

(2) أحمد، أبو الروس. مشكلة الإدمان والمخدرات. الاسكندرية: دار المطبوعات الجامعية، 2007م، ص 11.

(3) Richard, Denis; Jaen-Louis, Senon.; and Marc, Valleur. Dictionnaire des Drogues et les dépendances. Op-Cit p.155.

(4) خليل إبراهيم علي، طالب. الهيرويين: تعريفه، تركيبه، أثاره، طرق تحليله. المملكة العربية السعودية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية،

2007م، 1428هـ، ص 20.

الصوديوم (Sodium Bicarbonate) إلى مزيج الهيرويين لينتج عن ذلك التفاعل مسحوق الهيرويين القاعدي⁽¹⁾.

الإدمان على الهيرويين من أشد المواد المسببة للاعتماد النفسي والعضوي، حيث أن قوته تتراوح من 2 إلى 10 أضعاف المورفين، لذا فهو يعتبر من أشد العقاقير المسببة للإدمان. ولا توجد استخدامات طبية لمادة الهيرويين إلا في حالات نادرة جدا مثل علاج حالات السرطان الميؤوس من شفاءهم في بريطانيا⁽²⁾ ، وتكفي ثلاث حقن متتالية لإحداث الإدمان على الهيرويين لدى أغلب الأشخاص، إلا أن القدرة على تحمل هذا المخدر تختلف من شخص إلى آخر⁽³⁾.

طرق تعاطي الهيرويين: لقد أكدت تجارب NIDA أن كل طرق التعاطي تؤدي إلى الإدمان⁽⁴⁾، وهي الاستنشاق : باستعمال أنبوب مجوف، و التدخين، والحقن في الوريد⁽⁵⁾.

يبدأ مفعول الهيرويين بعد 7 إلى 8 ثواني بعد الحقن في الوريد، وبعد 5 إلى 8 دقائق من الحقن في العضلات وبعد 10 إلى 15 دقيقة بعد التدخين أو الشم⁽⁶⁾. ولأنه غالبا ما يؤخذ عن طريق الحقن فإن التأثير يظهر فورا ويستمر حوالي أربع ساعات يحتاج بعدها المتعاطي إلى جرعة أخرى، وقد يصاب المتعاطي بالتسمم نتيجة للمواد التي تخط بالهيرويين لغشه، حيث يضاف إلى الهيرويين مواد غير فعالة مثل السكر والمانيثول واللاكتوز لكي تزيد من وزنه، كما تضاف مواد مثل الكينين والبروكايين والكافيين والميثادون والباربيتورات لكي تزيد من قوة تأثيره، وتلجأ بعض العصابات إلى إضافة مواد ملونة لتمييز نوع الهيرويين الخاص بها⁽⁷⁾.

⁽¹⁾ Martin, Booth. Opium : A History. U.S Department of Justice, ST Martin's Press, Jun 12, 1999. P.56.

⁽²⁾ خليل إبراهيم علي، طالب، الهيرويين، تعريفه، تركيبه، أثاره، طرق تحليله، مرجع سابق، ص 23.

⁽³⁾ محمد، علي، البار. الأضرار الصحية للمسكرات والمخدرات المنبهة. الرياض، السعودية: الدار السعودية للنشر والتوزيع، 1989م، ص 61.

⁽⁴⁾ National Institute on Drug Abuse (N.I.D.A). Heroin. Research Report Series .National Institute on Drug Abuse, U . S . Department o f Health and Human, Services • National Institutes of Health. May 2005 . www.drugabuse.gov/sites. (12/11/2011).

⁽⁵⁾ محمد خالد، أبو بكر. الهيرويين وطرق الكشف عنه في جسم الإنسان. الرياض: كلية الملك فهد الأمنية، 2002 م، ص 21.

⁽⁶⁾ US Department of health and Human service. Heroin. National institute of health NIDA Research report series,2005, P.1. www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrheroin.pdf. (03/01/2011).

⁽⁷⁾ حسين كامل، المكايي وآخرون، تأثير تعاطي الهيرويين على الحالة الصحية وكفاءة الأداء البدني. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان

والتعاطي، 2002 م، ص 7.

وللهيرون فعالية سريعة لتخفيف الألم مع الشعور بنشوة ومرح في المزاج، وكذلك الشعور بالسلام والارتياح والطمأنينة⁽¹⁾.

ولما كان تعاطي الهيرون يؤدي إلى حدوث إعتقاد عضوي ونفسي عليه مما يعني أن التوقف عن تعاطي الهيرون يؤدي إلى ظهور أعراض الانسحاب على المتعاطي، وتبدأ هذه الأعراض في الظهور قبل موعد الجرعة التالية، حيث يلاحظ على المدمن تصرفات تتميز بالشكوى وكثرة الطلبات وتزايد النشاط من أجل الحصول على المخدر، وضمان حياة كمية منه، ويبدأ ظهور أعراض الحرمان بعد 8 ساعات من آخر جرعة تناولها المدمن، وذلك في حالة الهيرون حيث يشكو في البداية من القلق والاكتئاب والاضطراب النفسي والتأمل واشتهاء المخدر، وبعد مرور 8 إلى 15 ساعة تظهر على المدمن أعراض عضوية مثل الإدماع والرشح الأنفي، وتصيب العرق والتثاؤب والشعور بعدم الراحة أثناء النوم وبعد الإستيقاظ منه، وكذلك كثرة العطس، وتبلغ الأعراض مداها في اليوم الثاني واليوم الثالث بعد الإقلاع، حيث يشكو المدمن من الوهن، الأرق، القشعريرة، الغثيان، إنعدام الشهية للطعام، الجفاف وزيادة الحموضة في الأنسجة والدم، كما تشمل الأعراض تقلصات في البطن والشعور بالألم في العضلات والعظام واشتهاء الحلوى ووقوف شعر الجلد بالإضافة إلى ارتفاع ضغط الدم والقلب، وارتفاع معدل التنفس والحمى، وتقل هذه الأعراض بعد مرور 5 إلى 10 أيام، حيث يظهر على المدمن خلال هذه المدة الإنهاك وانخفاض الوزن⁽²⁾.

ثالثاً - المخدرات الإصطناعية أو المخلقة:

أ- **مجموعة البنزوديازيبين Benzodiazépine** تنتمي عائلة البنزوديازيبين إلى مجموعة مثبطات الجهاز العصبي، وتدخل في كثير من الأدوية التي تستخدم كمهدئات أو مطمئئات **sedatives** أو منومات **Hypnotics** مثل روهيبنول أو أبو صليبية، ومزيلات التوتنر **Anxiolytics**

(1) حسين كامل، المكاوي وآخرون، تأثير تعاطي الهيرون على الحالة الصحية وكفاءة الأداء البدني . مرجع سابق، ص 8.

(2) Briefer, Jean-François. "Toxicomanie et syndrome de sevrage aux opiacés : Évolution et limites de l'approche psychiatrique descriptive". *Les Cahiers de l'Actif*, 310-311(Avril,2002): pp. 171-176. www.actif-online.com. (13/06/2012).

مثل ليكسوتانيل Lexotanil . فالجرعات القليلة منها تستخدم كمهدئات ومطمئئات، والجرعات المتوسطة تستخدم كمزيلة للتوتر أما الجرعات العالية فتستخدم كممنومات (1).

وهناك ما يقرب من 35 دواء ينتج على مستوى العالم وتختلف عن بعضها في سرعة إحداث التأثير المطلوب على الجهاز العصبي وطول الفترة التي يدوم فيها هذا التأثير. وبناءا على هذا تنقسم هذه المجموعة إلى :

- 1- بنزوديازيبين قصير المفعول وتستخدم لعلاج الأرق، منها الرفوتريل (Revotril).
 - 2- البنزوديازيبين متوسطة وطويلة المفعول ومنها (Tranxene)، (Valium) (Diazepam). وهذه المجموعة تستخدم لعلاج حالات القلق والتوتر العصبي وحالات الصرع، وبعضها يستخدم مصاحبا للتخدير مثل الفاليوم من أجل التهدئة قبل إجراء الجراحات (2).
- والاستخدام اليومي لأي من أدوية هذه المجموعة، يمكن أن يؤدي إلى إدمانها، حتى لو كان استخدامها في البداية من أجل العلاج (3).

إن الأعراض الجسدية التي يشعر بها المريض نتيجة التوقف المفاجئ عن تعاطي الدواء، تشبه الأعراض التي يشعر بها مدمن الكحول عندما يتوقف عن التعاطي بشكل مفاجئ غير متدرج أو مدروس (4). ومن ضمنها الميل إلى النوم، وأحيانا الأرق، سوء الهضم، فقدان الشهية، إحساس بالتعب واضطراب المزاج، ثقل في اللسان وبطء في إيقاع الكلام، العرق، الرعشة، الإحساس بالضعف، اضطراب في استقبال المنبهات العصبية، ويشمل الإحساس بالتميل وبالضجر من الضوء والصوت العالي، والروائح النفاذة. وفي بعض الحالات النادرة يمكن أن يحدث حالات اكتئاب شديد وأحيانا تشنجات تحتاج إلى العلاج في المستشفى. وهذه المجموعة من (البنزوديازيبين) يستخدمها البعض أحيانا مصاحبة لبعض المواد الأخرى المسببة للإدمان، لكي يحصل المدمن على حالة (أعلى) من النشوة والسرور، مما يعرضه للخطر في

(1) عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص130.

(2) نفس المرجع، ص131.

(3) H. Ashton. "Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use". *Psychiatric Annals*, 25(1995): pp.158-165.

(4) S. Marriott; and Tyrer, P. "Benzodiazepine dependence. Avoidance and withdrawal". *Drug Saf*, 9(1993): pp.93-103.

بعض الأحيان، مثل تناولها مع الخمر والكحوليات والمنبهات الأخرى، مثل الهيروين، أو المنبهات مثل الكوكايين، مما يسبب إصابة المدمن بحالة تسمم يمكن أن تؤدي إلى وفاته⁽¹⁾.

التأثيرات التي تحدثها مجموعة (البنزوديازيبين): يعتمد تأثير الدواء على عدة عوامل أهمها⁽²⁾: نوع وشدة المرض الذي تم تعاطي الدواء بسببه، الكمية التي يتناولها المريض والجرعات التي يتناولها في كل مرة، الشكل الذي يتناول به المريض الدواء، فالتأثير العلاجي الذي يحدثه (البنزوديازيبين) عندما يكتب بالجرعات المناسبة للمريض المناسب، يمكن أن يساعد في علاج حالات التوتر والقلق، كما يساعد على النوم الهادئ، إلا أن ارتباط المريض به، وتناوله لفترات طويلة يجعله يزيد من الجرعات التي يتناولها حتى يحدث الأثر المطلوب، مما يدخله في دائرة الإدمان⁽³⁾. والجرعات القوية والعالية تؤثر على حدة الذكاء عند الإنسان، وعلى حضوره الذهني، كما تؤثر على التناغم العصبي الحركي⁽⁴⁾، كما تؤثر الجرعات العالية على طلاقة اللسان والكلام، وتسبب ثقلاً في اللسان وفي الحركة، وتتميل الأطراف، وعدم التركيز، مما يمنع المتعاطي من الوقوف أمام الماكينات مثلاً، أو قيادة السيارات⁽⁵⁾، كما تؤثر على القدرة على الحفظ والتعلم⁽⁶⁾، حتى مع الجرعات الطبية العادية، وتصبح هذه الأعراض أكثر خطورة إذا تم تعاطي هذه المادة مع الكحول⁽⁷⁾.

من علامات إدمان أدوية البنزوديازيبين⁽⁸⁾ : الرغبة الملحة لتناول الدواء والبحث عنه والتأكد من وجوده، محاولة إيجاد الدواء، حتى ولو على حساب النشاط اليومي الأساسي والعمل الذي يقوم به المدمن، وعدم القدرة على تقليل الجرعة، أو التوقف عن التعاطي ولو ليوم واحد.

⁽¹⁾ U.Busto; et al. "Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines". *N Engl J Med*, 315(1986): pp.854-857.

⁽²⁾ H. Ashton. "Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use". Op-Cit.

⁽³⁾ J.D, Roache; and Meisch, R.A. "Findings from self-administration research on the addiction potential of benzodiazepines". *Psychiatric Annals*, 25,3(1995):pp.153-155.

⁽⁴⁾ J.J , De Gier. *Estimation of psychotropic drug secondary effects on vigilance*. Vigilance et Transports, aspects fondamentaux, dégradation et prévention. Presse Universitaires de Lyon ed, 1995. [http://www.chu-toulouse.fr._\(15/05/2010\)](http://www.chu-toulouse.fr._(15/05/2010)).

⁽⁵⁾ F. Barbone.; et al. "Association of road traffic accidents with benzodiazepine use". *Lancet*, 352,9137(Oct,1998) : pp.1331-1333.

⁽⁶⁾ C. Salzman; et al. "Cognitive improvement following benzodiazepine discontinuation in elderly nursing home residents". *Int J Geriatr Psychiatry*, 7(1992): pp.89-91.

⁽⁷⁾ P.Lance; and Longo, M.D. "Benzodiazepines—Side Effects, Abuse Risk and Alternatives". *Am Fam Physician*. 61,7(Apr, 2000): pp2121-2128. [http://www.aafp.org. \(13/12/2011\)](http://www.aafp.org. (13/12/2011)).

⁽⁸⁾ M.S., Gold; et al. "Epidemiology of benzodiazepine use and dependence". *Psychiatric Annals*, 25(1995): pp.146-148.

ب- **مجموعة الباربيتورات Barbiturates** : تعتبر الباربيتورات مجموعة مخدرات مسكنة وجالبة للنوم، مشتقة من (حامض الباربيتوريك) وتستخدم هذه المادة مع اختلاف تحضيرها على نطاق واسع في علاج الكثير من الأمراض والاضطرابات التي تحتاج إلى التسكين والنوم، وتوصف هذه المجموعة طبيا في حالة الاضطراب العصبي والقلق الانفعالي، وفي الحالات التي تحتاج إلى تقليل التوتر، ورد فعل الجسم للمنبهات الخارجية، وكذلك للتوترات والانفعالات والصراعات الداخلية، وفي الاضطرابات الجسمية المصحوبة بتوتر انفعالي أو في حالات الربو⁽¹⁾.

ولقد صنفت شعبة المخدرات بالأمم المتحدة الباربيتورات تبعا لتأثيرها على الإنسان إلى ثلاثة أنواع⁽²⁾:

- طويلة المفعول (من 8 إلى 12 ساعة) مثل "الفينوباريتال"
- متوسطة المفعول (من 4 إلى 6 ساعات) "النيوباريتال"
- قصيرة المفعول، ذات مفعول مؤثر، أقل من ساعة، أو من (1 إلى 3 ساعات) مثل التيوبنتال.

المطلب الثاني : المخدرات المنشطة:

أولا : المخدرات الطبيعية:

1- **الكوكايين Cocaine** الكوكايين هي المادة الفعالة التي تحتوي عليها أوراق الكوكا **Erythroxy Loncoca**^(*) والكوكايين مادة قلبية تركيبها الكيميائي $(C_{12}H_{21}NO_4)$ ، وهو عبارة عن بلورات صغيرة يمكن ضغطها على شكل ألواح. ينمو نبات الكوكا في البيرو وجبال الأنديز بأمريكا اللاتينية، وقد عرفه هنود الأنكا منذ 50 سنة قبل الميلاد ولا يزال يستعمل حتى الآن، فيمضغ الأهالي أوراق النبات ويقومون بتخزينه في الفم واستحلابه لأنه ينشط الجهاز العصبي ويخدر المعدة فلا يشعر المتعاطي بالجوع.

(1) سعد المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية. مرجع سابق، ص 41.

(2) شعبة الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير بنينيوورك، 1981،

(*) يزرع نبات الكوكا في الهند وأندونيسيا والهند الغربية وأمريكا الجنوبية . يتراوح إرتفاع شجيرات الكوكا بين 2 إلى 2.5 م أوراقها رقيقة بيضوية الشكل، وتجمع الأوراق من مرتين إلى أربع مرات سنويا حسب الجو وظروف الزراعة، وتجنّى أوراق الكوكا بالأيدي مثل أوراق الشاي.

يستخلص الكوكايين من أوراق الكوكا التي تنقع في مزيج من البروسين وحامض الكبريت والأسيتون والجير. ويرشح الناتج ليخفف فيخلف عجينة الكوكايين الذي يمر بمرحلة أخرى أكثر تعقيدا ليعطي الكوكايين، وكل 400 كلغ من أوراق الكوكا تعطي كيلوغرام من عجينة الكوكايين التي تستخلص منها نصف كيلوغرام كوكايين⁽¹⁾، وهو مخدر مثله مثل الأفيون والهروين والمورفين، ويعتبر منشطا للجسم كالأمفيتامينات، ويوجد على شكل مسحوق ناعم، يستنشقه المتعاطي مثل السعوط، ونادرا ما يذاب في الماء ويحقن في الوريد، ويسبب شعورا بالخفة والنشاط وزيادة الحركة والسلوك العدواني وهو يحدث عادة الإدمان إذا استمر استعماله⁽²⁾.

وقد استخرج كودكين (COEDKIN) الكوكايين الخام لأول مرة في عام 1844م من أوراق الكوكا البرازيلية، وفي عام 1923م تمكن والتر بو من تركيب كوكايين بشكل إصطناعي، وظهرت فيما بعد بعض مشتقات إصطناعية ذات قوة تخدير مشابهة للكوكايين ولكنها لا تسبب الإدمان⁽³⁾.

ويستخدم الكوكايين أو مستحضراته الاصطناعية في العمليات الجراحية أو في عمليات التخدير الموضعي وعند مداواة أمراض العين والفم والأذن والحنجرة⁽⁴⁾. ويعتبر الكوكايين من أقوى المواد المسببة للإدمان، وهو منبه للجهاز العصبي المركزي.

ويمكن تعاطي الكوكايين إما عن طريق الحقن أو الشم أو التدخين أو عن طريق تدليك الأغشية المخاطية للفم واللثة به، لكي يمتص من خلالها. ولعل التدخين من أسرع وسائل التعاطي من حيث الامتصاص، والوصول إلى المخ تماما مثل الحقن من خلال الوريد⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ C. Vincent. " Danger cocaïne ". *Science et Avenir*, (Avril 1987) :pp.33-40.

⁽²⁾ محمد، زيد. آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان. مرجع سابق، ص30.

⁽³⁾ Richard, Denis ; Jean-Louis, Senon. ; and Marc Valleur. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Op-Cit. P.355.

⁽⁴⁾ Ibid, p.355.

⁽⁵⁾ عبد الهادي مصباح، الإدمان ، مرجع سابق، ص 194.

كيف يحدث الكوكايين تأثيره: يقوم الكوكايين بتأثيره على مراكز عميقة بالمخ، منها مراكز الرضى **Reward Center** وكذلك منطقة أخرى تسمى **Ventral Tegmental Area (VTA)** حيث تمتد الألياف العصبية من هذه المنطقة إلى منطقة السرور والسعادة في المخ⁽¹⁾.

وفي حالة إدمان الكوكايين، فإنه يلتصق بناقل الدوبامين **Dopamine Transporter**^(*) وبالتالي يمنع الدورة الطبيعية للدوبامين في المخ، مما يؤدي إلى تنبيه المخ، من أجل إفراز كميات إضافية من الدوبامين، وهذا يجعل المدمن يشعر بالتأثير الإيجابي الذي يحدثه الكوكايين بمجرد تناوله، من الإحساس بالنشوة، والسرور، والمزاج العالي، بسبب إفراز الدوبامين. وبعد أن يلتقي الدوبامين بسمتقبلاته عند النهايات العصبية، تنخفض نسبة الدوبامين في المخ نظراً لأن الكوكايين ملتصق بناقل الدوبامين، الذي من المفروض أن يعيد توازن هذه الدورة بالمخ، وبالتالي يشعر المدمن بحالة من الاكتئاب الشديد والحزن، ويسعى جاهداً لأخذ جرعة أخرى من الكوكايين، حتى يعود إلى حالته الطبيعية مرة أخرى، وهكذا يتكرر حتى لا يستطيع المدمن أن يعيش بدون تعاطي هذا المخدر⁽²⁾.

ولا يسبب الكوكايين زيادة التحمل، لكنه يسبب الاعتماد النفسي⁽³⁾.

2- القات: يسمى القات **Khatorcatha** باللاتينية وكلمة قات مشتقة من كلمة حبشية هي تشات. يمكن الحصول على القات من أوراق نبات **Cathaedulis** من فصيلة **Celastraceae** وشجرة القات شجرة معمرة تزرع في أي تربة، وتقاوم الآفات وتقلبات المناخ، وهي ذات أوراق دائمة الإخضرار صيفا وشتاء، ويبلغ ارتفاعها من متر إلى مترين في المناطق الحارة ومن 3 إلى 4 أمتار في المناطق الاستوائية، وفي أثيوبيا يصل ارتفاع أشجار القات إلى 25 متراً، والأوراق هي الجزء الهام من النبات، وخاصة حديثة النمو، والأوراق لها شكلان: رمحية أو بيضاوية الشكل، ويتراوح طول الورقة من 8 إلى 10 سم، وعرضها من 4 إلى 5 سم، وحافة الورقة غير مشرشرة عند القاعدة ولكن باقياً غير مشرشر حتى نهايتها، والأوراق ناعمة

(1) عبد الهادي مصباح، الإدمان، مرجع سابق، ص 195.

(*) الدوبامين بالإنجليزية (Dopamine): مادة كيميائية تتفاعل في الدماغ لتؤثر على كثير من الأحاسيس والسلوكيات بما في ذلك الانتباه، والتوجيه وتحريك الجسم. ويؤدي الدوبامين دوراً رئيسياً في الإحساس بالمتعة والسعادة والإدمان.

(2) عبد الهادي، مصباح، الإدمان، مرجع سابق، ص 194.

(3) عادل، الدمرداش، الإدمان، مرجع سابق، ص 185.

الملمس مصقولة من الجهة العليا ولونها أخضر غامق عندما تكون طازجة تتحول إلى بني أو بني المحمر إذا لم تكن طازجة، وليس لها رائحة مميزة، وهناك أنواع كثيرة من القات تختلف من منطقة إلى أخرى، ومن ثم يتباين مفعول النبات تبعاً لطبيعة التربة والمناخ. وترعرع شجرة القات في شرق وجنوب شرق القارة الإفريقية (الصومال، الحبشة، كينيا، أوغندا، تنزانيا، مدغشقر) وجنوب شبه الجزيرة العربية. والقات من النباتات المدرجة في جدول المخدرات، وتخضع للرقابة الإقليمية في الدول العربية، ولكنه ليس مدرجاً تحت الرقابة الدولية باعتبار أن مشكلة القات مشكلة إقليمية لا تهم إلا بضعة دول معينة، هي المنتجة والمستهلكة للنبات وذلك لعدم صلاحية أوراقه للتهريب أو التصدير من مناطق الإنتاج لأنها لا تمضغ إلا طازجة، وإذا ذبلت تفقد تأثيرها الفعال⁽¹⁾. وقد وصف القات في العصور الماضية كوصفة طبية تحدث الانتعاش والنشوة والفرح، ولها فائدة في العلاج الطبي، وخاصة لحالات الكآبة. ويعتبر نبات القات نباتاً منشطاً حيث تمضغ أوراقه الطرية الطازجة وتخزن في الفم، ويبلغ المتعاطي المواد المستحلبة، ويستمر التعاطي حتى يشعر المتعاطي بالدفع الشديد المصحوب بعرق، ويعقب ذلك حالة الانتعاش والسعادة والصفاء الذهني، والتحدث بانطلاق، ويحلو له السهر حتى ساعات متأخرة من الليل دون الشعور بالإرهاق أو الجوع، وتحتوي أوراق القات على قلويدات من أهمها: **Norpseudoephedrine Cathionine** كما توجد به زيوت طيارة أخرى⁽²⁾.

أول من أسماها باسمها العلمي ووصفها وصفاً دقيقاً هو العالم السويدي **Perforshal** الذي توفي في اليمن عام 1763م، أما الاسم العلمي الذي أطلقه على هذا النبات هو كاتا إدوليس⁽³⁾ **Catha Edulis**.

وثمرة القات على شكل محفظة مستطيلة بلون بني لها ثلاث مصاريع يحوي كل جوف من أجوافها على بذرة أو ثلاث بذور حمراء، يبلغ طول الواحدة منها أكثر من 30 ملم. تحتوي مواد قلويدية وهي: القاتين **Cathine** صيغته الكيميائية **CH13ON** ، وهو مادة بلورية قابلة للانحلال بالماء وذلك بنسبة 27%، والقاتينين **Cathidine** بنسبة 32%، والقاتينين

⁽¹⁾المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان،. الدليل الطبي للعلاج والإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي، 1999، ص ص 56-57.

⁽²⁾نفس المرجع، ص 57.

⁽³⁾مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 57.

Cathnine بنسبة 15%. وتستعمل عادة كعلاج طبي فعال لتنشيط العمل العصبي بالتأثير الوظيفي⁽¹⁾. كما يوجد في تركيب القات السكريات والقانين (الحامض التينك) والمطاط وحمض الإسكوريك (فيتامين C) ومادة شمعية وزيت طيار اصفر حلو الرائحة والمذاق⁽²⁾.

للقات مسميات مختلفة، أهمها⁽³⁾: كافتا (إفريقيا)، الشعبي والضالعي (اليمن)، قهرج و تبج (إثيوبيا). وغيرها من التسميات.

كيفية استعمال القات: يتم تعاطي القات في القطر اليمني - وبشكل عام في جلسات جماعية تسمى جلسات التخزين، حيث يتوافد عدد من الأصدقاء والمعارف ويجلسون في غرفة مغلقة (خاصة في المدن) ويبدؤون عملية تخزين القات، والتي تتم باستحلاب الأوراق، ولكن هناك عدة طرق لاستعمال القات، منها⁽⁴⁾:

- إستحلاب الأوراق الغضة: تمضغ الأوراق الغضة التي لم يمضي على قطعها أكثر من خمسة أيام، وتخزن في الفم لعدة ساعات، وتستحلب المواد الموجودة فيها وتبلع.
- قد تخلط أوراق القات مع التبغ وتدخن.
- تدخن أوراق القات كما يدخن التبغ.
- تجفف أوراق القات وتطحن ثم تغلى مع بعض التوابل والسكر حتى تصبح كالعجينة، ثم تقسم إلى أجزاء صغيرة، ثم تستحلب في الفم لفترة من الزمن ثم تبلع بكاملها.
- التحمل والاعتماد**: يؤدي تكرار استعمال القات إلى حدوث قليل من الاعتماد النفسي، وقليل جدا من الاعتماد الجسدي، ويسبب هذا الاعتماد وتلك الحالة من السرور والنشوة، والتي ترسخ في ذهن المتعاطي، يجد المرء نفسه يسعى دائما للحصول على مزيد من القات وعلى مزيد من جلسات التخزين⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ R, PARIS; and MOYSE, H. " Essai de caractérisation du Kat ou Thé des Abyssins (Catha edulis, Forssk.) (Celastracée):drogue recement inscrite au tableau B ". Annales pharmaceutiques françaises,15(1957) : pp.89-97.

⁽²⁾ محمد، زيد. آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان. ط4. بيروت: دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع ، 1988، ص23.
⁽³⁾ فؤاد محمد يحيى، العطاب. تجريم المخدرات في القانون اليمني ووسائل مكافحتها: دراسة مقارنة. ماجستير في القانون الجنائي، كلية الحقوق، جامعة عدن، 1427هـ-2006م، ص 35.

⁽⁴⁾ هاني، عرموش. المخدرات امبراطورية الشيطان. مرجع سابق، ص 75.

⁽⁵⁾ نفس المرجع، ص76.

ثانيا - المخدرات الإصطناعية أو المخلقة:

الأمفيتامينات: اكتشف هذا العقار لأول مرة عام 1887م. وفي عام 1937 أُنتج الأمفيتامين كأقراص لعلاج النوم، وكان المحاربون في الحرب العالمية الثانية يتناولونه للتغلب على الإجهاد ويظلون يقظين.

وفي عام 1972 أدرج هذا العقار ومشتقاته في جدول العقاقير المسببة للإعتماد، و منع بيعها إلا بموجب وصفة طبية رسمية⁽¹⁾.

الاستعمال العلاجي: هي مركبات دوائية منشطة للقوة الجسمية والنفسية، تستعمل لعلاج⁽²⁾: حالات النوم القهري، حالات الاكتئاب، حالات الاعتماد على الكحول، حالات الصرع، كما تستعمل ضد السمّة Anoxerigènes، ولعلاج الأطفال المصابين بالحركة الزائدة والنشاط المفرط. **كيفية استعمال وتعاطي الأمفيتامينات:** تتوفر غالبا الأمفيتامينات على شكل أقراص أو كبسولات، وهي تؤخذ عن طرق الفم. إلا أن هناك بعض المتعاطين يقومون بحقنها في الوريد، وذلك بسحق الحبوب وإذابتها في الماء وتسخين المحلول حتى الغليان ثم حقنها. ومع تصنيع الآيس بدأ استخدام الأمفيتامينات عن طريق التدخين⁽³⁾.

آلية تأثير الأمفيتامينات على الجهاز العصبي: لقد كشفت الأبحاث على تدمير الأمفيتامينات لخلايا الدوبامين⁽⁴⁾. فالأمفيتامينات من المنتجات المخلقة، ولها دور رئيسي في تنشيط الجهاز العصبي الرئيسي، مفعولها ناتج أساسا في إفراز إضافي للدوبامين dopamine في المخ⁽⁵⁾. و عمل الأمفيتامين على المستوى الجهاز العصبي يشبه إلى حد كبير عمل الأدوية المضادة للاكتئاب⁽⁶⁾. فتأثير الأمفيتامين يشبه تأثير الكوكايين، ولاسيما الميتامفيتامين، ولكن

(1) هاني، عرموش. المخدرات اميراطورية الشيطان. مرجع سابق، ص 201.

(2) تماضر محمد زهري، حسون. المخدرات أخطارها وطرق الوقاية منها. تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، 1993، ص 66.

(3) عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص 182.

(4) D. Nora. and Volkow, M.D. Communities Across the Country Are Trying to Respond to Increased Abuse of Methamphetamine, a Powerfully Addictive Stimulant, National Institute of Drug Abuse, April 2005, <http://www.drugabuse.gov>. (05/04/2011).

(5) Wei-Xing, Shi.; et al. Shi, Wei-Xing; et al. "Dual Effects of D-Amphetamine on Dopamine Neurons Mediated By Dopamine and Nondopamine Receptors". The Journal of Neuroscience, 20,9(May 1, 2000): pp.3504-3509. <http://www.jneurosci.org/content/20/9/3504.full.pdf>. (05/04/2011).

(6) Centre Communautaire d'Intervention en Dépendance . AMPHÉTAMINE - MÉTHAMPHÉTAMINE : description - effets court terme - effets long terme Dépendance - sevrage. <http://www.etape.qc.ca>. (20/05/2012).

مفعوله أبطأ وتأثيره أطول على الجهاز المركزي، ومع طول التعاطي يولد حالة سكزوفرينيا Schizophrenia⁽¹⁾.

التحمل والاعتماد: يمكن للمتعاطي أن يزيد من كمية الأمفيتامين بطريقة ملحوظة، وينتج عن هذا تعقيدات متنوعة. غير أن التحمل يزول بالامتناع عن الأمفيتامين⁽²⁾. والاعتماد النفسي ملحوظ وسريع، ويمكن أن يكون في بعض الحالات الاعتماد الجسدي⁽³⁾.

التسمم بالأمفيتامينات: يؤدي تعاطي الأمفيتامين إلى وقف الإحساس بالتعب⁽⁴⁾. إن جرعة من Crystal Ice وهي من عائلة المفيتامينات Méthaphétamine يتم الشعور بها مباشرة، وهي تؤدي إلى إسراع وظيفة الجسم والمخ، حيث تقوم بتنشيط الجهاز العصبي Sympathique وتؤدي إلى⁽⁵⁾ : ارتفاع شدة الدم وخفقان القلب والتنفس، ارتفاع درجة حرارة الجسم والتعرق، نقص اللعاب، فقدان الشهية، كثرة الكلام، ذلاقة اللسان.

ينتج عن تعاطي الأمفيتامينات تغيرات سلوكية أو نفسية يمكن ملاحظتها بسهولة، تتمثل في النقاط التالية⁽⁶⁾ : الإحساس بالمتعة والانتعاش، اليقظة الشديدة، حساسية في العلاقات مع الغير، قلق، غضب أو إحساس بالضغط، رتابة سلوكية، تغير واضطراب في الأحكام، تغير واضطراب في السلوك الاجتماعي والمهني، الومضة : إحساس بالحرارة ، فقدان الشهية العصبية، إفراط حركي نفسي وجنسي.

كما يمكن ظهور بعض العلامات الأتية⁽⁷⁾: سرعة نبضات القلب، اتساع حدقة العين، ارتفاع ضغط الدم، الارتعاش أو التعرق، غثيان أو قيء، فقدان مهم في الوزن، إهتياج أو

(1) Z. Cesarec; and Nyman AK. "Differential response to amphetamine in schizophrenia". *Acta Psychiatr Scand*, 71,5(May, 1985): pp. 523-38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (20/05/2010).

(2) Charles, Sharp Wm. *Mechanisms of Tolerance and Dependence*. NIDA Research Monograph 54, National Institute on Drug Abuse, Maryland 1984. <http://archives.drugabuse.gov/pdf>. (10/11/2012).

(3) N.D.A.R.C . *ILLICIT DRUG DEPENDENCE : Mental Disorders and Illicit Drug Use Expert Group, Global Burden of Disease*. Expert Group National Drug and Alcohol Research Centre University of New South Wales, Sydney, AUSTRALIA, p.3. <http://www.gbd.unsw.edu.au>. (13/05/2011).

(4) Ibid,

(5) Ibid,

(6) Michael Bodmer ; et al. " Les intoxications aux amphétamines: importance pour la médecine d'urgence". *Forum Med Suisse*, 8(2008): pp.30-31. <http://www.medicalforum.ch>. (20/03/2011).

(7) William, Haning; and Deborah, Goebert. *Electrocardiographic abnormalities in methamphetamine abusers*, Department of Psychiatry, University of Hawai'i John A. Burns School of Medicine, USA. <http://www.laboratoriosilesia.com>. (19/01/2012).

تباطؤ نفسي حركي، ضعف عضلي وانخفاض في التنفس⁽¹⁾ ، آلام صدرية، أو اضطراب في نبضات القلب و نوبات صرعية.

أما تأثيره على المدى الطويل⁽²⁾: تعب الشديد، حركات غير متناسقة، الحاجة إلى النوم تصبح لا تستطيع المقاومة، الإنفعال غير المتحكم فيه، كثرة حدوث الهلوسة والذهان Paranoia والهلوسة السمعية البصرية، حدوث إتهاب على الجلد مما يؤدي إلى الحك وبالتالي إلى تعفن أماكن على الجلد، دوران و تقيء وإسهال، ووجع في القفص الصدري.

أعراض الفطام عن الأمفيتامين: عند الانقطاع الكلي عن تعاطي الامفيتامين أو التخفيض في كمية التعاطي بعد مدة طويلة من التعاطي، تنتج الأعراض التالية⁽³⁾: اضطراب المزاج: اكتئاب، قلق، سرعة الانفعال، كما تظهر بعض الأعراض والتي يمكنها أن تستمر 24 ساعة بعد الانقطاع، وهي : تعب، أحلام مزعجة، المبالغة في النوم، احتياج أو تباطؤ نفسي حركي و التفكير في الانتحار.

المطب الثالث : المهلوسات :

كثيرة هي العقاقير المهلوسة التي تحدث أوهاما في أغلب الأحيان وتترأى لمن يتعاطاها مناظر وأصوات خيالية تستند إلى أجسام مادية وأصوات حقيقة.

على مستوى الأمعاء يكون استهلاك المهلوسات سريعا، فيتم امتصاصها بسرعة ملحوظة من خلال جدران القناة الهضمية، ومن خلال جميع الأغشية المخاطية، ومنها تنتشر إلى جميع أنسجة الجسم بما في ذلك المخ⁽⁴⁾. لكن انتشارها على مستوى المخ يكون سيئا، وبالرغم من ذلك فهي تحظى بمفعول نشيط، حتى ولو كانت الجرعات قليلة جدا، ويمكن تفسير ذلك على أساس تواجد وسيط كيميائي عصبي يسمى بالسيروتونين (Serotonin) ،

⁽¹⁾ T. Nestor; et al. "Crystal methamphetamine-induced acute pulmonary edema". Hawaii Med J, 48(1989):pp 457-460. <http://www.laboratoriosilesia.com>. (03/03/2010).

⁽²⁾ David A. Staunton, Stephen J. Young; and Philip M. Groves. "The Effect of Long Term Amphetamine Administration on the Activity of Dopaminergic Neurons of the Substantia Nigra. Brain Research", 188 (1980): pp 107-117.

⁽³⁾ S.J., Shoptaw; et al. "Treatment for amphetamine withdrawal". Cochrane Database Syst Rev, 15,2(Apr, 2009). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (05/03/2010).

⁽⁴⁾ مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص126.

وهذا الوسيط يشبه في تركيبه الكيميائي المهلوسات، وهو مايزيد من النشاط الهلوسي، ضف إلى ذلك أن هناك مواقع استقبال نوعية (مستقبلات خاصة بالمهلوسات) متواجدة في النخاع الشوكي ويسمح ترابط هذه المستقبلات مع المواد الهلوسية بكف وتثبيط قوين للإرسالات العصبية، كما أنها تؤثر على بعض الوسائط الكيميائية مثل الاستامين (Istamine) والاسيتيلكولين (acetylcholine)⁽¹⁾.

التحمل: يمكن أن يظهر التحمل منذ الاستهلاك الثاني، كما يمكن أن يكون التحمل خليطاً بين المسكالين و ل س د 25 و بسيلوسيبين، لكن ليس مع القنب الهندي بالرغم من أنه مهلوس بكميات كبيرة. والاعتماد النفسي ملحوظ ومسيطر⁽²⁾.
أولاً: العقاقير المهلوسة الموجودة في النباتات الطبيعية:

1- **فطر أمانيتا موكساريا (Amanita Muxaria):** هو فطر ذو ساق وقلنسوة، لونه أصفر أو برتقالي منقط بالأبيض، ويحوي مادتي بيوفوتينين (Pioufutinine) وموكساران (Muxarin) المهلوستين. إن تناول كميات بسيطة من هذا الفطر، يسبب حدوث هلوسات سمعية وهلوسات بصرية شديدة، كروية المتعاطي للأشباح. وقد يحدث تناول هذا الفطر غثياناً وقيئاً ورعشة في الأطراف وتسرعاً في نبضات القلب وتعرقاً غزيراً، وإذا تناول المرء كميات أكبر فإنه يصاب بحالات تسمم شديدة تؤدي إلى الموت. و تكرار تناول هذه الفطور يؤدي إلى اعتمادها، ويسبب الامتناع عنها حدوث حالات من التعب والإنهاك والكآبة⁽³⁾.

2- **فطر بسيلوسيبين (Psilocybine):** ويسمى أيضاً **Psilocybe Mexicana** ينمو هذا الفطر في المكسيك خاصة، وقد استعمله سكان البلاد الأصليون (خاصة قبائل الاستاك les azthèques منذ آلاف السنين). بل كانوا يقدسونه ويسمون لحم الآلهة. ويعتبر هذا الفطر من أشهر الفطريات المهلوسة. وقد تمكن Albert Hofmann عام 1958 من عزل مادتي بيلوسيبين و بسيلوسين من هذا الفطر⁽⁴⁾. و تناول 5 غرامات فقط من هذا الفطر، تجعل المتعاطي يمر

⁽¹⁾ D. Touzeau; and Jacquot, C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Paris :Arnette, 1997, p-p. 3-14.

⁽²⁾ سمية، منصوري. تعاطي المخدرات عند الشباب الجزائري. مرجع سابق، ص 91.

⁽³⁾ هاني، عرموش. المخدرات إمبراطورية الشيطان. مرجع سابق، 1993، ص 215.

⁽⁴⁾ Richard Evans, SCHULTES. The plant kingdom and hallucinogens (part I). <http://www.unodc.org>. (13/12/2012).

بفترات الهلوسة، حيث يصبح يرى الحقيقة بطريقة مختلفة، ويفتح اجتماعيا، كما يمر المتعاطي بفترات ضحك جنوني، كما يصل به الأمر إلى جنون العظمة⁽¹⁾.

3- **صبار بيوت كاكيتوس (Peyote Cactus)** ⁽²⁾: لازال الهنود يستخدمونه حتى اليوم. اعتبر كل من البيوت والمسكاليين المستخرج من البيوت مواد خالية من الإمكانية الاعتمادية. يحتوي البيوت على 20 قلويد أشهرها المسكاليين. تبدأ أعراض الهلوسة تظهر 3 ساعات بعد تناوله، منها ومضات ألوان، و بعدها ألم في الرأس وتسبب العرق.

4- **الحرملة Harmel**: ويسمى باللاتينية **Penganum Harmala** استعملت بذوره في الماضي من قبل المنجمين والمشعوذين والسحرة⁽³⁾، إذ كانوا يحرقونها في غرف مغلقة يجلسون فيها مرضاهم، مما يساعد المشعوذ على السيطرة على تفكير المرضى وتصرفاتهم، وحديثا اكتشف العلماء في تلك البذور مادة مهلوسة ومهدئة أطلقوا عليها اسم الهرمين **Harmin** وصنعوها⁽⁴⁾.

5- **الكابي أو الباجة (Caapi)**: ويسمى أيضا **Banisterica Cuapi** وينمو هذا النبات في أمريكا اللاتينية وقد استعمله السكان الأصليون لأغراض السحر. وقد اكتشف المادة الموجودة في هذا النبات والتي تسبب استعمالها الهلوسة، وأطلق عليها إسم البانسترين **(Panestrine)**⁽⁵⁾. إن تعاطي كمية قليلة من هذه المادة يعطي شعورا وهميا بالشجاعة والقوة والقدرة على التحمل⁽⁶⁾.

6- **جوزة الطيب Nutmeg** : استخدمها قدماء المصريين دواء لآلام المعدة وطارد للريح⁽⁷⁾ وهي شجرة يصل طولها إلى أكثر من عشرة أمتار. أهم المواد الفعالة فيها مركب الميريستيسين **Myristicin** الذي يسبب النشوة والهلوسات اللمسية والبصرية. تسبب

⁽¹⁾Jochen, Gartz. "Cultivation and analysis of Psilocybe Species and investigation of galerina Steglichii". *Mus. civ. Rovereto*, 10(1995): pp.297-306. <http://catbull.com>. (03/01/2011).

⁽²⁾ National Institutes of Health . *Hallucinogens: LSD, Peyote, Psilocybin, and PCP*. U.S. Department of Health and Human Services, June 2009 .

⁽³⁾ L., El Babhri; and Chemli,R. "Peganum Harmala.L: A poisonous plant of North Africa". *Vet Hum Toxicol Journal* , 33(1991): pp.276-277.

⁽⁴⁾سمية، منصورى. *تعاطي المخدرات عند الشباب الجزائري*. مرجع سابق، ص 88.

⁽⁵⁾V. Samoylenko; et al. "Banisteriopsis caapi, a unique combination of MAO inhibitory and antioxidative constituents for the activities relevant to neurodegenerative disorders and Parkinson's disease". *Journal of Ethnopharmacology*, 127,2(February, 2010): pp.357-367.

⁽⁶⁾ هانى، عرموش. *المخدرات إمبراطورية الشيطان*. مرجع سابق، ص 101.

⁽⁷⁾In: Longe JL, project ed. *Gale Encyclopedia of Alternative Medicine*. 2nd ed. Detroit, MI: Thomson Gale. 3(2005): pp.1461-1463.

بجرعات صغيرة (1-5 ملغ) تأثيراً منشطاً، قليلاً من النشوة، وزيادة في النشاط الجنسي⁽¹⁾، أما تناول جرعات 15 ملغ أو أكثر فإنها تسبب الهلوسة، تسرعاً قلبياً وجفافاً في الحلق وعطشاً شديداً. وتحدث هياماً في التفكير وقلقاً وخوفاً واضطراباً وهلوسات سمعية وبصرية وشعوراً بسعادة وهمية ونشوة، ويستمر ذلك حوالي خمس ساعات، يفقد المتعاطي خلالها إدراكه للزمان والمكان والأشياء، وبعد انتهاء المفعول يشعر المتعاطي بتعب وإنهاك وصداع وكآبة شديدة⁽²⁾. وفي حالة تناول جرعات زائدة يصاب المرء بطنين في الأذن، إمساك شديد، إعاقة تبول، قلق، توتر، هبوط في الجهاز العصبي المركزي قد يؤدي إلى الوفاة⁽³⁾.

7- الزعفران: Saffron يستخرج الزعفران من أزهار نبات الزعفران يستخدم في تحضير الأطباق و تلوين المواد الغذائية. كما يستعمل لعلاج عسر الهضم والغازات، وذلك بمقادير بسيطة جداً⁽⁴⁾، أما إذا تناول المرء كمية أكبر فإنه يصاب بما يشبه السكر والجنون، مع شعور بسعادة غامرة وحدوث هلوسات سمعية وبصرية شديدة، مع فقدان الإدراك للزمان والمكان.

8- العنبر Ambergis: تلك المادة التي مادة تخرج من جوف الحوت المعروف باسم حوت العنبر (Sperm Whale) والعنبر مادة رمادية أو بيضاء أو صفراء أو سوداء يستخدم في تحضير وتصنيع أفضل وأغلى أنواع العطر. يستعمل في علاج آلام المعدة والغازات والصداع وغير ذلك، كما يستعمل كمقو جنسي عند الرجال، وذلك بمقادير بسيطة ضمن الكمية المسموح بها، أما إذا كانت الكمية المأخوذة كبيرة فإنها تحدث هلوسات سمعية وبصرية، ويتشوش التفكير وتخف القدرات العقلية ويضطرب الشعور بالمكان والزمان. كما تستعمل هذه المادة لتعطير الأكل⁽⁵⁾.

(1) Ahmad S. Tajuddin; et al. "An experimental study of sexual function improving effect of Myristica fragrans Houtt. (nutmeg)". BMC Complementary and Alternative Medicine, 5,16(2005). <http://www.drugs.com>. (05/04/2012).

(2) H., Hallström; and Thuvander, A. Toxicological evaluation of myristicin. Natural Toxins, 5,5(1997): pp.186-192. <http://www.drugs.com/npp/nutmeg.html>. (15/04/2010).

(3) Edward B. Truitt, Jr., Gilbert Duritz and Ethel M. Ebersberger Evidence of Monoamine Oxidase Inhibition by Myristicin and Nutmeg". Experimental Biology and Medicine, 112(1963): p.647-657. <http://www.sagepublications.com>. (02/01/2012).

(4) M., Giaccio. "Crocetin from saffron: an active component of an ancient spice". Crit Rev Food Sci Nutr, 44(3);(2004): pp.155-162.

(5) Cynthia, Graber. "Strange but True: Whale Waste Is Extremely Valuable". Scientific American, April 26, 2007. <http://www.scientificamerican.com>. (14/06/2012).

ثانيا : العقاقير المهلوسة التخليقية:

1- د م ت DMT, DAT : سمي عقار د م ت Dimethyltryptamine عقار رجل الأعمال ذلك أن جرعة وزنها 70 ميلغرام يحقن بها الجسم تتسبب في توليد الهلوسة خلال فترة تتراوح بين دقيقتين وخمس دقائق، وتهدأ الحالة ما بين نصف ساعة وساعة، وهذان العقاران يفقدان مفعولهما إن هما أخذوا بواسطة الفم، ولذلك يتم تدخينهما أو حقنهما. يحدث هلوسات مباشرة بعد تعاطيه. ويدخن هذا العقار عادة مع مزيج من البقدونس أو الماريجوانا أو التبغ أو الشاي⁽¹⁾. لم يثبت أن هذين العقارين يسببان في حدوث ظاهرة اعتماد جسماني، ولكن تعاطيهما يؤدي إلى نشوء رغبة ملحة في الاستمرار في تكرار التجربة⁽²⁾.

2- D O M Dimethoxy Methyldamethy Lamphetamine وهو من الأمفيتامينات، ويعرف باسم STP. تولد الجرعات المتناولة التي تقل عن ثلاثة ملغ زيادة في درجة الحرارة ونبضات القلب، وتتسبب في توسع حدقة العين وارتفاع ضغط الدم والشعور بنشوة خفيفة، وتتراوح ردة الفعل بين 8 ساعات و 12 ساعة، ويصل تأثيره إلى ذروته بين الساعة الثالثة والساعة الخامسة بعد تناول العقار، وإذا كانت الجرعة كبيرة تتراوح تأثيرها بين 16 إلى 24 ساعة ويشعر المتعاطي بالذعر الحاد والمقترن باستعمال هذه الجرعات العالية من العقار، وأيضا تحدث تغيرات إضافية بسبب زيادة الجرعة مثل الغثيان، تعرق اليدين و حدوث هلوسات بصرية وسمعية وأشكال مشوهة وتذبذب بالأجسام يراها ويتدفق على العقل أنواع من الأفكار الغير متماسكة ويوقد الشعور لدى المرء بأنه أضحى معنوها، بالإضافة إلى ومضات استرجاع الذاكرة وردود فعل دورية⁽³⁾.

3- ل س د L S D Lysergie Acid Diethylamid ويقصد به حمض دايتلامين اليسرجيك الذي استخرجه عالم الكيمياء السويسري Albert Hofman في 1943⁽⁴⁾. ويختصر هذا الحمض بالرموز التالية LSD وهو يعتبر النموذج الأصلي للعقاقير المهلوسة. وهو أقوى وأكثر عقاقير الهلوسة تغييرا للمزاجية للمتعاطي.

⁽¹⁾ محمد زكي، شمس الدين. أساليب مكافحة المخدرات. الناشر : خاص، الجزء الثاني، 1995م، ص301.

⁽²⁾ عماد، الكوفي. المخدرات الانهيال. دمشق، سوريا: دار الإيمان للنشر والتوزيع، 1984، ص 76.

⁽³⁾ Richard, Denis; Jaen Louis. ; and Senon, Marc, Valleur. Dictionnaire des drogues et des dépendances. Op-Cit. p.377.

⁽⁴⁾ Ibid, p.377.

ويستعمل هذا العقار على شكل حقن في الوريد أو شرب كسائل. ويمتص الدم عقار ل س د بسرعة كبيرة ولدى امتصاصه من الغشاء المخاطي للجهاز الهضمي في حالة تناوله عن طريق الفم (1). وهناك العديد من الآثار الفيزيولوجية تظهر على متعاطي هذا العقار منها وخز في اليدين والقدمين، شعور بالحذر، غثيان أو قيء في بعض الأحيان، فقدان الشهية للطعام احمرار في الوجه، شعور بالبرودة والرعشة، توسع في حدقة العين، زيادة في سرعة نبضات القلب ومستوى السكري في الدم، وارتفاع في حرارة الجسم وضغط الدم. كما النشاط العقلي بحيث لا يستطيع المرء تركيز أفكاره، وتظهر عليه غمامة من الاختلاط والارتباك (2). ويتعرض من يتعاطي هذا العقار إلى ثلاثة أنواع من الومضات:

- ومضات حسية وهي مشاهدة ألوان وسماع أصوات،
 - ومضات جسدية وهي العور بالخز وخفقان القلب،
 - ومضات عاطفية وهي إحياء أفكار بائسة وكابته وقلقة نجمت عن تجربة هذا العقار.
- والنوعان الأولان من الومضات يطلقان شعورا بالخوف والذعر والهستيريا في نفوس متعاطيه الذين لا يفهمون طبيعة العقار، أما النوع الثالث من الومضات، وهو أشد خطرا حيث يشعرون دائما بالخوف وتأنيب الضمير والوحدة ومشاعر أخرى قد تؤدي إلى كآبة شديدة وحادة أو إلى الانتحار، هذا بالإضافة إلى الذهان المستمر أو العصاب المزمن الناجم عن استعمال عقار ل س د، وتستمر هذه الأعراض حتى نهاية تجربة العقار (3).

4- المسكالين Mescaline وهو أحد القلويدات الرئيسية الموجودة في نبات صبار البيوت (4)، يتم تعاطي المسكالين عن طريق الفم في شكل مسحوق، أو أقراص، أو كبسولات، أو سائل، ويمكن تناوله في صورة السائل النقي. وهو عقار مهلوس قوي، يسبب تشويشا سمعيا وبصريا، ويلهب العواطف، وتظهر تأثيراته خلال ساعة أو ساعتين ويستمر إلى إثني عشر ساعة. قد يرى المتعاطي خلالها أنماط ملونة جميلة أو رؤى مخيفة عن أنفسهم أو

(1) فؤاد، بسيوني. ظاهرة انتشار وإدمان المخدرات. مرجع سابق، ص 32.

(2) أحمد علي طه، الريان. المخدرات بين الطب والفقه. القاهرة: دار الإعتصام، 1984، ص 49.

(3) محمود زكي، شمس. أساليب مكافحة المخدرات. مرجع سابق، ص 205.

(4) M.E., Attema-de Jonge; Portier, C.B.; and Franssen, E.J. "Automutilation after consumption of hallucinogenic mushrooms". *Ned Tijdschr Geneesk*, 151,52(2007): pp.2869-2872.

الآخرين كوحوش⁽¹⁾. إلا أنه لم يلاحظ أنها تترك ثمة اعتمادا جسديا على هذه المواد، غير أن الحاجة إلى المزيد من الرضى النفسي، قد يدفع إلى تكرار التجربة⁽²⁾.

5- **Methylendioxy M D M A** يستعمل (م د م أ) كأداة في العلاج النفسي بسبب قدرته على جعل الناس راضين عن أنفسهم، ويصنف الآن قانونيا عقار من الدرجة الأولى (أي العقاقير التي يساء استعمالها دون أن يكون لها فائدة طبيعية) وتتلخص الآثار في كل ما يفترض أن يكون بعقار ل س د⁽³⁾، ولكن يختلف عنه في أنه لا يحد من قدرة التمييز بين الحقيقة والخيال، ويشبه بالأمفيتامينات والميسكالين ويعتبر **M D M A** منبه قوي⁽⁴⁾. يتعاكى هذا المخدر في السهرات مع موسيقى التكنو **Techno**.

6- **Morning Glory** أو ما يعرف باسم **Belle de Jour** وهو من عائلة **convolvulacées** ويعرف باسم بذور مجد الصباح، وهو يحتوي على مواد شبيهة بحامض الليسرجيك والتي تسبب الهلوسة وأيضا مادة الابيوجين **Ebogaine** والتي تسبب الهلوسة أيضا⁽⁵⁾.

7- **Psilocybine**: تم فصله في المختبر سنة 1958م على يد هوفمان الذي اكتشف الآثار المهلوسة لعقار ل س د. ويحتوي البسيلوسيبين على مركب دايمتايلتريبتامين **Dimethytrypatimine** الذي يشبه تركيبه المواد الكيميائية الموصلة الموجودة في مخ الإنسان⁽⁶⁾، ويسبب برودة في الأطراف، غثيان، قيء، توسع العين، انتصاب شعر الجسم، سرعة النبض والتنفس وارتفاع حرارة الجسم وضغط الدم مع ازدياد معدل السكري في الدم، كما يسبب الهلوسة البصرية وتغيرات في المزاج، ويوجد في شكل مسحوق أو سائل. وقد تبين أن استعماله يسبب حدوث ظاهرة التحمل، غير أنه لم يلاحظ أنه يحدث ظاهرة الإعتماد الجسدي وإن كان هناك احتمال في حدوث الإعتماد النفسي⁽⁷⁾.

(1) محمود السيد، علي. المخدرات: تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2012م، ص 142.

(2) محمد السيد، أرناؤوط. المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة. مرجع سابق، ص 77.

(3) C.J., Teter; and Guthrie, S.K. "A comprehensive review of MDMA and GHB: Two common club drugs". Pharmacotherapy, 21,12(2001) : pp. 1486-1513.

(4) ناصر بوكلي، حسن. الإدمان. العراق: دار المأمون للتراث، 1988، ص 88.

(5) نفس المرجع، ص 89.

(6) Michel, Hautefeuille ; and Dan, Vélé. Les drogues de synthèse. Paris :PUF, coll. «Que sais-je ?», 2002, p.63.

(7) محمد، عباس. المخدرات والإدمان، المواجهة والتحدى. أخبار اليوم، القاهرة، 1986م، ص 23.

8- Phencyclidine Helpiperidine PCP له خواص مهيجة وخواص مخدرة تبعث على الكآبة، وخواص مهلوسة و مسكنة للألم⁽¹⁾. صنع في الأصل مخدرا للإنسان للجراحة تحت اسم Sernyl عام 1950. كما استعمل كمخدر لطب الحيوانات إلى غاية سنة 1978 م أين تم منعه نهائيا⁽²⁾. يستخدم هذا العقار بالتدخين أو الاستنشاق، ويمكن تناوله عن طريق الفم. ويستعمل أيضا خليطا مع الهيرويين والكوكايين وعقاقير أخرى، وهو يولد العنف لدى المتعاطين بالإضافة إلى مشكلات في الذاكرة وصعوبة الكلام، وتغير في المزاج وكآبة وقلق، وقد يصاب المتعاطي بجنون العظمة، ويصبح عنيفا وقد يسبب الوفاة⁽³⁾.

المطلب الرابع: المستنشقات (المواد المتطايرة):

هي مواد تتطاير ذراتها في الهواء إذا تركت مكشوفة (أي معرضة للهواء) لذا يجب أن تحفظ دائما في أواني مغلقة، وأثناء الاستعمال ينبغي أن نتفادى قدر الإمكان استنشاقها، وهذا بفتح النوافذ لتوفير التهوية اللازمة، ونضمن انتشار ذراتها في الهواء⁽⁴⁾.
لقد عرفت عملية استنشاق المواد المتبخرة منذ العهود القديمة، حين كان الانسان القديم يلجأ إلى استخدام ذات الروائح والأبخرة كوسيلة لتغيير الحالة النفسية في سياق طقوس دينية وعادات سحرية⁽⁵⁾. ويرجع استعمال هذه الطريقة إلى أواخر القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر، وقد انحصرت أساسا في عملية التغيير في الحالة النفسية أو العقلية، حيث تعد جوهر عملية التعاطي، وتأتي هذه البداية مع ظهور ما يعرف باسم "غاز الإضحاك" Laughings gas الذي اكتشفه رجل الدين الإنجليزي جوزيف برستلي Joseph Prestly سنة 1793م، إذ سرعان ما تبين أن من خصائص هذا الغاز إثارة الضحك لدى مستنشقيه⁽⁶⁾. وفي

(1) محمد، عباس. المخدرات والإدمان، المواجهة والتحدي. مرجع سابق، ص 23.

(2) K.B., Yago; et al. "The urban epidemic of phencyclidine (PCP) use: Clinical and laboratory evidence from a public psychiatric hospital emergency service". *J Clin Psychiatry*, 42(1981): pp. 193-201.

(3) فؤاد، بسبوني. ظاهرة انتشار إدمان المخدرات. مرجع سابق، ص 33.

(4) فتحي، دردار. الإدمان - التدخين - الخمر - المخدرات. ط1. الناشر: المؤلف، 2005، ص 74.

(5) In J.H., Lowinson, Ruiz P, eds. Substance abuse : clinical Problems and perspectives. Baltimore : Williams & Wilkins, 1981, pp.233-235.

(6) NGK.Spark plugs .How Nitrous Oxide affects the Spark plug. NGK.Spark plugs (USA), 2007, Magellan Drive. Wixom.http://www.ngksparkplugs.com. (26/11/2011).

عام 1844م قام طبيب الأسنان الأمريكي **Horace Wells** بـ **Harford Conn** بتجريب أوكسيد النيتروز **nitrous oxide** على نفسه كمخدر، حيث بعد استنشاقه لهذا الغاز قام بقلع أحد أسنانه دون ألم. واعتبارا من سنة 1863م شاع استعماله عند أطباء الأسنان، وفي عام 1864م تم الاعتراف باختراع **Horace Wells** من طرف (**The American Dental Association**)⁽¹⁾.

من أهم هذه المواد المتطايرة: سوائل التنظيف، البنزين، مزيل طلاء الأظافر، مخففات الأصبغة (سوائل تضاف للأصبغة لزيادة سيولتها)، وقود الولاعات، مزيل الحبر، مزيل البقع، الأصماغ (الصمغ) الصناعية بمختلف أنواعها مثل باتكس (**patex**)⁽²⁾.

أما أهم الفحوم المتطايرة الموجودة في المواد المتطايرة : هيدروكربون، التولوين، الترايكلوين، اثيلين، الاسيتون (الخلون)، البنزين، مشتقات الكيتون، النايثا (من مشتقات البترول)⁽³⁾. وهناك أكثر من مائة مادة ورد إساءة استخدامها من خلال الشم، إلا أنها جميعها تندرج تحت ثلاثة أقسام وهي⁽⁴⁾:

1- **الغازات Gases** مثل : الكلوروفورم-الاثير-الهيليوم-الفيرون (الذي يستخدم للتبريد في الثلاجات والتكييف)، غاز أكسيد النيتروز (غاز الإضحاك)، الغاز المستخدم في علب الكريم، شانتلي، البروبان، البيوتان.

يستنشق غاز أكسيد النيتروز بهدف جلب النشوة، مما قد يؤدي إلى حدوث الوفاة وخاصة إذا كان تركيزه 100%، وخالي من أي نسبة من أوكسيجين، وينجم عن استنشاق ذلك الغاز، صعوبة التفكير والتنميل مع إحساس بوخز خفيف، واضطرابات سمعية وبصرية، ورؤية الأحلام تحت تأثير الغاز⁽⁵⁾.

2- **النيتريت Nitrites**: مثل أميل نيتريت، وبيوتيل نيتريت، وغالبا ما تستخدم في الملاهي الليلية وبين الطبقات المتعلمة والراقية اجتماعيا. أما مادة نيتريت الأميل **Amyl Nitrite** فهي تستعمل لعلاج الذبحة الصدرية، وفي بعض حالات التسمم من السيانور، وقد يستعمل

⁽¹⁾ B. Chavagnac. Histoire de l'anesthésie. P.4. **Université Claude Bernard Lyon 1**. [http://histoire-medecine.univ-lyon1.fr. \(12/01/2012\).](http://histoire-medecine.univ-lyon1.fr. (12/01/2012).)

⁽²⁾ فتحي، دردار. الإدمان. مرجع سابق، ص 74.

⁽³⁾ نفس المرجع، ص 75.

⁽⁴⁾ عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص 204.

⁽⁵⁾ المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الطبي للعلاج من الإدمان. مرجع سابق، ص 94.

بعض الأفراد هذه المادة للتنشيط الجنسي. وقد ينجم عن استعمالها حدوث حالات تسمم التي من أعراضها الصداع، الدوخة، تورد الوجه، انخفاض ضغط الدم، التيفويد، الإغماء، التشنجات، وتوقف التنفس⁽¹⁾.

3- **المذيبات الطيارة Volatiles Solvents** : مثل السائل الذي يضاف لمصحح الكتابة (Corrector)، دهانات الاسبراي، السوائل التي تملأ بها الولاعات، ورنيش تلميع الأحذية الصمغ، الكلاً، التتر، مزيل طلاء الأظافر (الاسيتون)، البنزين، اسبراي تثبيت الشعر، الكحول، سبراي معطر الجو، اسبراي القماش العازل للمياه والمنظف.

مواد أخرى متطايرة (مستنشقة):

- **الإثير (Ether)** : انتشر استخدام الإثير شماً وشرباً أحياناً في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا خاصة في القرن التاسع عشر للحصول على المزيد من المتعة واللذة الجنسية، وكانت تقام حفلات خاصة لذلك. وكان في بعض الأحيان يغمى على بعضهم أثناء هذه الحفلات الصاخبة، وقد يتوقف القلب، وينخفض الضغط الدموي، وغالباً ما تحدث الوفاة نتيجة الإفراط في تعاطي الإثير أو عدم تحمل المتعاطي له⁽²⁾.

- **الكلو فورم Chloroforme** : اكتشف عام 1831م، من طرف الكيميائي الأمريكي Samuel Guthrie الذي قام بمزج الويسكي مع كلوري الجير وذلك للحصول على مادة مبيدة للحشرات رخيصة الثمن. ثم استخدم كمخدر من طرف الفيزيائي الأسكتلندي Sir James Young Simpson عام 1847م، ثم استخدم كمسكن للألم ومفرح للنفس باستنشاق عدة قطرات منه، وبمرور الوقت تكرر استنشاقه صباحاً ومساءً من قبل بعض الناس، وبالتالي أدمنوا عليه (خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، وأوروبا)، كما استعمله الجيش الأمريكي في الحرب المكسيكية الأمريكية (1846-1848) كمخدر. وبعد اكتشاف أنه يسبب في حدوث السرطان تم منعه⁽³⁾.

⁽¹⁾ المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الطبي للعلاج من الإدمان. مرجع سابق، ص 94.

⁽²⁾ Ron, Fletcher. "The History of Ether, from six feet under". The Boston Globe, June 17, 2007. <http://www.boston.com/news/local/massachusetts>. (13/07/2011).

⁽³⁾ J. Wawersik. "History of chloroform anesthesia". Allergie et immunologie journal, 30,5(May,1998): pp.135-139. <http://www.general-anaesthesia.com/chloroform>. (18/11/2012).

- البوبرز Poppers: يحتوي على "نترات الأميل" التي يؤدي استنشاقها إلى احتقان فوري للأوعية الدموية وشعور قوي في النشاط لمدة دقائق معدودة. في البداية كان استعمال هذه المادة لأغراض طبية لعلاج أمراض القلب ⁽¹⁾ ابتداءً من 1970 شاع استعمال هذه المادة بغرض إطالة اللذة الجنسية، ثم بعدها انتشر لدى الشباب المراهق ⁽²⁾. يسوق هذا المركب كدواء في عبوات زجاجية صغيرة لعلاج الذبحة الصدرية، لأن استنشاقه يوسع الأوعية الدموية، وإذا استعمل بمقادير غير علاجية فيؤدي إلى انخفاض ضغط الدم لدرجة كبيرة وحدوث غثيان ودوار وقيء، وربما يصاب المستنشق بالإغماء أيضاً ⁽³⁾.
- طريقة استعمال المواد المتطايرة:** بعيداً عن استعمالها النفعي كالدهن والتنظيف وغيرها، يلجأ البعض وخاصة الفقراء جداً والمراهقين إلى استعمال المواد المتطايرة بغرض التخدير، وتستنشق بعدة طرق من أهمها ⁽⁴⁾:
- الاستنشاق المباشر من الإناء أو العلبة أو القارورة (حسب طريقة العرض والتخزين).
- وضع الواد فوق قطعة من القماش ثم تستنشق بعمق.
- وضع المواد في كيس بلاستيكي ويستنشق من فتحة صغيرة.
- خلط المواد المتطايرة مع العطور ثم شمها حتى تحقق المفعول، أو تخلط مع بعض السوائل وتشرب (قهوة، شاي، عصير،...)
- آلية التأثير في الجسم:** ينتقل بخار هذه المواد المتطايرة مباشرة وبسرعة (ثانيتين بعد الاستنشاق) من الرئتين إلى الدم ليصل للأنسجة الغنية بالأوردة الدموية مثل الكبد والمخ ويؤدي إلى التأثير عليها ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Richard , Denis; Jean-Louis, Senon ; Marc, Valleur. Dictionnaire des drogues et des dépendances . Op-Cit. p.315.

⁽²⁾ Lucile, Quillet. « Le Poppers : la drogue du sexe que les jeunes adorent ». Lefigaro, 29/05/2013. [http://etudiant.lefigaro.fr. \(01/06/20103\)](http://etudiant.lefigaro.fr. (01/06/20103)).

⁽³⁾ N.I.D.A. Drug Facts, Inhalants . September 2012, US Department of Health and Human Services. [http://www.drugabuse.gov. \(9/10/2012\)](http://www.drugabuse.gov. (9/10/2012)).

⁽⁴⁾ N.I.D.A. How are inhalants used?. Research Reports: Inhalant Abuse, July 2012. <http://www.drugabuse.gov. Consulté le 9/10/2012>.

⁽⁵⁾ Isabel, Burk.; and M.S., C.H.E.S. Burk, Isabel; And M.S., C.H.E.S. Inhalant Prevention Resource Guide., Second Printing, The Health Network, Virginia Department of Education January 2001. [http://www.inhalants.org. \(01/04/2012\)](http://www.inhalants.org. (01/04/2012)).

أما مفعول هذه المواد: فالتعاطي المستمر لأسابيع وشهور متوالية يصحبه ظهور أعراض خطيرة منها الهزال، والضعف الحركي العام والتوهان (غياب الإدراك) لمدة طويلة، وغياب التنبيه وضعف التآزر الحركي والاتجاه نحو السلوك العدواني وانخفاض القدرة على التعلم⁽¹⁾.

التحمل والاعتماد: التحمل : سريع جدا، فالفرد أمام هذه المواد يحس بالحاجة إلى زيادة الجرعات لكي يحصل على الأثر النفسي المطلوب. أما الاعتماد: الاعتماد النفسي مسيطر، فيحس الفرد برغبة شديدة في المادة، أما الاعتماد الجسدي فهو ملحوظ عن طريق تشنجات عضلية وآلام بطنية⁽²⁾.

القطام: في حالة الامتناع المفاجئ لتعاطي المواد المتطايرة، يصيب المدمن على هذه المواد: التهيج، القلق، الاكتئاب، العدوان، فقدان الشهية، دوخة، الارتعاش، الغثيان.

يبدو الشخص الذي يدمن على استنشاق المواد المتطايرة⁽³⁾: بوجود بقع أو دهانات على الجسم أو على الملابس، ووجود التهاب أو قرح في المنطقة التي تحت الأنف وحول الفم، مع انبعاث روائح كيميائية من المتعاطي، و ثقل في اللسان أثناء الكلام، وعدم الاتزان أثناء المشي، كما يبدو كأنه سكران، و يظهر عليه الغثيان والقيء، مع فقدان الشهية، وقلق واضطراب، وعصبية وأحيانا بعض السلوكات العدوانية، كما يبدو عليه إهمال المظهر الشخصي والملابس والنظافة، و فقدان الاهتمام بالعمل، أو بالذاكرة، وفقد الحافز من أجل النجاح في الحياة المهنية أو المدرسية، كما أنه يفضل البقاء في حالة وحدة وانعزال بعيدا عن العائلة، أو التواجد مع مجموعة أصدقاء السوء الذين يدمن معهم.

المطلب الخامس : القنب الهندي Cannabis Sativa:

وهو نبات بري ينمو تلقائيا أو يزرع، يتراوح طوله 1 متر إلى 2 مترين ونصف تبعا لجودة الأرض التي ينمو فيها وهطول الأمطار، أوراقه بسيطة متبادلة على الساق ذات أذينات، أما أزهاره فهي وحيدة الجنس، بحيث أن هناك شجيرات ذكرية وأخرى أنثوية صغيرة

⁽¹⁾فتحي دردار. الإدمان. مرجع سابق، ص 75.

⁽²⁾ J.T., Sakai, J.T.; et al. " Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: Commonly comorbid problems". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43,9(2004): pp 1080-1086.

⁽³⁾ عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص 206.

الحجم منتظمة ذات غلاف زهري أخضر اللون، ويحتوي النبات المؤنث على البذور وينتج كن القنب نفسه مادة راتنجية تمتاز عن سائر النبات باحتوائها على أكبر نسبة من المخدر أم الشجيرات الذكورية فتزهر ولكنها تحتوي على بذور ولا تنتج المادة الراتنجية كالأنثى، وتحتوي أجزائها على نسبة ضئيلة من المادة المخدرة⁽¹⁾.

وينتمي نبات القنب إلى العائلة التوتية، وهو نبات عشبي حولي، له ساق قائمة وقوية، يتراوح طولها بين 60 سم إلى 450 سم، وهو ثنائي المسكن، فالنبات المذكرة لا تنتج بذورا وأوراقها مفصصة تفصيصة غائرا، وهي مركبة من 7 إلى 11 وريقة، ويمكن تمييز النباتات المذكرة عن المؤنثة بسهولة، وتحتوي على 80% من السيللوز النقي وبصورة عامة يزيد ارتفاع ساق القنب المزروع عن ساق الحشيش الذي يزرع في الهند وفي الشرق الأدنى⁽²⁾.

يحصد القنب ويتم تجميع الأوراق ثم هزها للحصول على بذورها وتنقل إلى معامل قشر الألياف كما ويجمع منه حزم وتوضع إلى جانب بعضها البعض لتجف قبل أخذها إلى أماكن التعطين، وهي العملية التي تتحلل فيه المواد المحيطة بالخلايا اللحائية مما يؤدي إلى تحرر الألياف من الخشب وهذا ناتج عن نشاط بعض البكتيريا والفطور النباتية وقد تمكن العلماء أن يعزلوا من المادة الراتنجية عدة مركبات نقية أهمها⁽³⁾ القنابينول ($C_{12}H_{30}O_2$) وهي الجوهر الفعال في نبات القنب، زيتة شبه أصفر اللون غير قابل للذوبان، ولكنه سهل الانحلال بالكحول والأثير والكلورفورم وحمض الخل حيث يشكل معه محلول بلون أخضر محمر.

ويعرف القنب أسماء عديدة من العالم نذكر منها⁽⁴⁾ : البانج في السودان، التكروري في تونس، الجانجا، الجيرفا وهو من المكسيك، الحشيش في سوريا ومصر ولبنان. أما في الجزائر فيسمى بالزطلة والطيف والبنج وغيرها من الاسماء المتداولة بين المتعاطين.

(1) هاني، عرموش. المخدرات امبراطورية الشيطان. مرجع سابق، ص ص 91-100.

(2) محمود زكي، شمس. أساليب مكافحة المخدرات في الوطن العربي: فقهاً - تشريعاً - اجتهاداً - قضاءً. ط1 دمشق: مطبعة الداودي، 2008،

ص 60.

(3) نفس المرجع، ص 60.

(4) نفس المرجع، ص 90.

والحشيش هو الاسم العربي لمخدر شرقي يستخلص من نبات القنب ويسمى علمياً **Cannabis Sativa** ونسبة إلى الهند **Cannabis Indica** وتعود كلمة **Cannabis** في أصلها إلى الكلمة اليونانية **Kovabos** ومعناها ضوضاء نسبة إلى ضوضاء المتعاطي أثناء جلسات التعاطي وإلى ضحكهم وتهريجهم⁽¹⁾.

ويقصد بتعبير القنب أية نبتة من جنس القنب⁽²⁾. وكلمة حشيش في اللغة العربية تعني العشب وقد أطلق على المادة المخدرة لنبات القنب، ويعود ذلك إلى العرب حين عرفوا الحشيش عرفوه نباتاً برياً وعادة ما يطلق على النبات البري كلمة عشب، ويحتل اشتقاق كلمة حشيش من كلمة شيش العبرية ومعناها فرح وذلك نسبة إلى تأثيره المفرح⁽³⁾. أما في الصين فقد أطلقوا على كلمة مايو **Mayo** ومعناها دواء ومنها يحتل اشتقاق كلمة معجون العربية ومعجون البرتغالية التي يطلق على المستحضرات المكيفة، أما في كندا فيطلق عليه الماريوانا وفي الولايات المتحدة الماريجوانا، وترجع إلى الأصل الإسباني مشتقة من كلمة **Malihua** وهذه الأخرى أصلها **Mallin** ومعناها سجين **Prisoner** وكلمة أو مقطع **Hua** ويقصد بها الملكية **Ownership** ثم مقطع **Ana** ويقصد بها القبض أو المسك، والمعنى العام منها أن النبات يستعبد الفرد⁽⁴⁾.

ويعرف الحشيش قانونياً حسب اتفاقية المخدرات الدولية عام 1925 بأنه القمم المزهرة أو المثمرة المجففة لسيقان أنثى القنب **Cannabis Sativa** الذي يستخرج مادته الراتنجية، ونتيجة للأبحاث والتجارب العديدة التي قامت بها عصبة الأمم المتحدة تبين أن جميع أجزاء النباتات المشار إليها ذكرها كان أم أنثى باستثناء البذور (القنبز) والسيقان السفلي تحتوي على الجوهر المخدر لذلك وصف الحشيش في الاتفاقية الدولية الوحيدة للمخدرات التي أبرمت بين معظم الدول عام 1961 :

(1) محمد السيد، أرناؤوط. المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة. مرجع سابق، ص 60.

(2) المنظمة الدولية للشرطة الجنائية. أسماء الحشيش ومرادفاتها. باريس: سانت كلود، 1985، ص 11.

(3) عماد، كوفي. المخدرات الانهيار. الرياض: دار الثقافة العربية، 1993، ص 57.

(4) محمود زكي، شمس، أساليب مكافحة المخدرات في الوطن العربي: فقهاً - تشريعاً - اجتهاداً - قضاءً، مرجع سابق، ص 80.

يقصد بتعبير القنب الأطراف المزهرة أو المثمرة من نبتة القنب، فلا يشمل البذور والأوراق الغير مصحوبة بأطراف لم يستخرج الراتنج منه⁽¹⁾.

إن الحشيش نبات يصلح زراعته تحت الظروف المختلفة للجو والتربة، فهو بالتالي يتأقلم مع كافة الظروف الطبيعية، وحتى إن وجدت اختلافات بين النبات في مختلف الأماكن، إلا أن هذه الاختلافات تكون على مستوى الإنتاج وجودة الألياف وقوة مادته المخدرة وليس اختلافات خاصة بنوع النبات.

أما أوصاف الحشيش فلونه أخضر أو بني مخضر أو بني، تحتوي الطبقة الخارجية للورقة على فوهات كثيرة وجدران متعرجة في كل سطحها الأسفل، أما سطحها الأعلى فإن جدرانه مستوية وليس فيها فوهات، أما الأوبار أو الشعيرات فبعضها غدي وبعضها الآخر غير غدد عقدي، وهذه أوفر الغدد، وهي ذات قمم رقيقة مدببة ولها قواعد كثيرة تحتوي على كتل بلورية من قمم الكالسيوم المتصلبة الناتجة عن الجدران السيللوزية كخلايا النبات، وهي أيضا صلبة ومنحنية ولكل منها خلية واحدة، وهناك نوعان: الأول قصير ذو سويقات وحيدة الخلايا، والثاني طويل وله عدة خلايا وسويقات تشبه اللسان وهي ذات رؤوس أو غدد كروية تحتوي على عدد يتراوح من 8 إلى 16 خلية.

وهناك ثلاثة اصناف للحشيش تزرع الأولى من أجل الحصول على السيقان اللينة والثانية من أجل الحصول على البذور التي تستخدم في التغذية واستخراج الزيت منها حيث تحتوي على زيت لونه أخضر جاف من 32 إلى 35 % أما الثالثة تزرع في الهند والشرق الأدنى لخواصها الطبيعية والتخديرية ويطلق عليها أصناف الحشيش أو القاني⁽²⁾.

مستحضرات نبات القنب الساتيفية⁽³⁾:

أ- الحشيش السائل : زيت الحشيش، وهو مادة لزجة لونها أخضر قاتم ولها قوام الغاز، ولا تذوب في الماء، ويتم إنجازها عن طريق إذابة الحشيش في محلول محولي ثم يسخن

⁽¹⁾ المنظمة الدولية للشرطة الجنائية، أسماء الحشيش ومرادفاتها، مرجع سابق، ص 11.

⁽²⁾ نفس المرجع، ص 11.

⁽³⁾ نوال محمد، عمر. أدبيات نبع الأداب والثقافة والإعلام و المخدرات. مصر: المؤسسة العربية الحديثة، 2009م، ص 15.

المحلول لدرجة التبخر ويكثف بعد ذلك للحصول على السائل وتضاهي قوته عشرين ضعفا من الحشيش.

ب- نبات القنب: وهو نبات شجري شديد الرائحة يشبه الحشائش الطفيلية، يبلغ طول هذا النبات من 30 سم إلى 6 أمتار، أوراقه طويلة و مشرشرة ولامعة ولزجة، سطحها العلوي مغطى بثغرات قصيرة، وتتجمع الأوراق على شكل مروحة، وتتخلص طرق إعدادها في تقطيع كافة أجزاء النبات وحرقتها واستنشاق دخانها، فإما ينقع في الماء أو الخمر أو يغلى مع بعض الأشربة كالشاي أو القهوة أو يدخن بالسيجارة أو النرجيلية أو الجوزة أو في الغليون.

ت- الماريوانا: أو الماريجوانا وهي مجموعة الأزهار والأوراق والأغصان عندما تستعمل كلها مع بعضها، وتجري استعمال هذه التسمية في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا بشكل خاص، وتستخلص من أزهار ولباب أنثى القنب المسماة سابقا ساتيفا SATIVA وتفرز الراتنج RESINE (مادة صمغية صفراء اللون) لتكون درعا واقيا من عناصر الطبيعة، ويحتوي الصمغ المادة الفعالة للنبته، وتحتوي الماريجوانا على 421 مادة كيميائية تنتمي إلى 18 صنفا كيميائيا، ولكن يعتقد أن أهم المركبات الفعالة هي تتراهيدروكانابينول، أو ما يسمى دلتا 9 تتراهيدروكانابينول (ت.5.ك)⁽¹⁾.

وكان أول من نجح في استخلاص المادة الفعالة للحشيش العالم سميث Smith 1846 وتبعه بعد ذلك كثير من العلماء، وسميت المادة الفعالة باسم كنبابينول ولازال استخلاص هذه المادة موضع دراسات كيميائية وفسولوجية عديدة في جميع أنحاء العالم⁽²⁾. طرق وأوقات وظروف تعاطي القنب: تتخلص أهم الطرق القديمة والمعروفة بين أهالي جنوب إفريقيا الأصليين في تقطيع كافة أجزاء النبات وتكوينها وحرقتها واستنشاق دخانها، وكثيرا ما كانت تدعى الحوامل في هذه الجلسات لاعتقادهم أن يخفف آلام الوضع⁽³⁾. ثم عرفت الهند قديما طريقة شربه نقيعا في الماء أو الخمر أو بعض أنواع الشراب السكري الأخرى⁽⁴⁾. أما تدخينه وحده أو مخلوطا بالطباق، في السجاير، أو الغليون أو "الجوزة" أو

⁽¹⁾ المنظمة الدولية للشرطة الجنائية، أسماء الحشيش ومرادفاتها، مرجع سابق، 13.

⁽²⁾ سعد المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش. مرجع سابق، ص 64.

⁽³⁾ In: V.H., Vogel . Clinical Studies in Drug Addictions, Public Health Reports, N° 132, Washington, Government Printing Office, 1937

⁽⁴⁾ سعد المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش. مرجع سابق، ص 69.

الرجيلية، فهي طرق حديثة العهد، وإن كانت منتشرة في كثير من البلاد التي تتعاطاه، وقد أصبحت الآن طرق تحضير وتعاطي الحشيش من التنوع والكثرة بحيث يصعب حصرها، وتتدخل عوامل كثيرة في تحديد طرق التعاطي.

وبالرغم من صعوبة حصر طرق التحضير والتعاطي فإنه يمكن تقسيمه إلا ثلاث مجموعات⁽⁵⁾:

- أ- يؤخذ الحشيش تدخيناً وحده أو مخلوطاً بمواد مخدرة أخرى على الطباق.
 - ب- يؤخذ الحشيش - كشراب - منقوعاً دافئاً أو ساخناً.
 - ت- يؤخذ الحشيش مأكولاً وحده أو مع مواد غذائية أخرى.
 - ث- ويتم تعاطي القنب إما عن طريق التدخين أو يأكل⁽¹⁾، أو ممزوج بالتبغ، أو الماء، أو الكحول، أو حتى مع الكوكايين خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية⁽²⁾.
- أثار تعاطي القنب:** إن المادة الفعالة في الماريجوانا عبارة عن مادة **THC Tetra-Hydro-Cannabinol** وتتراوح نسبتها ما بين 0.01 إلى 10% أي أنها يمكن أن تكون مختلفة من نبات إلى آخر بنسبة ألف مرة⁽³⁾، وبالتالي يختلف تأثير البانجو من شخص إلى آخر بناء على نسبة هذه المادة في النبات، وأيضاً صحته العامة ومناعته، وكذلك إن كان مدمناً، أم أنه يتناول هذا المخدر لأول مرة في حياته⁽⁴⁾.

يكون مفعول القنب عند تدخينه أقوى بـ 3 إلى 4 أضعاف من أكله⁽⁵⁾ وتتوزع مادة **THC** في الدم بسرعة كبيرة عند تدخينه، ويظهر مفعوله على الجهاز العصبي في الثواني الأولى، وبعد عشر دقائق من تدخين القنب على أساس عشر جرعات، ونسبة **THC** تكون

⁽¹⁾ سعد المغربي، ظاهرة تعاطي الحشيش. دراسة نفسية اجتماعية. مرجع سابق، ص70.

⁽²⁾ B.B., Wheelock. *Effets Physiologiques et Psychologiques du Cannabis : Examens des Conclusions des Travaux de Recherches*, Préparé pour le Comité Spécial du Sénat sur les Drogues Illicites, Bureau du sénateur Eileen Rossiter, Mai 2002.

⁽³⁾ Jacques, Chamayou. « Les Dangers du Haschich, les dernières découvertes scientifiques sur le cannabis ». thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen France 2002. p.7

⁽⁴⁾ B., Brands; Sproule, B., and Marshman, J. *Drugs and Drug Abuse*. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale. 1998, pp.15-16.

⁽⁵⁾ عبد الهادي، مصباح، الإدمان، مرجع سابق، ص107.

⁽⁶⁾ M.A., Huestis; et all ; "Characterization of absorption phase of marijuana smoking". *cli pharmacol ther*, 52,1 (Jul, 1992): pp .31-41.

3.55% تصل ذروة تأثير القنب **Pic Plasmatique**⁽¹⁾. أما مفعول مادة **THC** عن طريق الأكل يكون بعد ثلاث ساعات من بدأ التعاطي، ويكون التركيز في الدم أقل بكثير⁽²⁾.

إن مادة **THC** الموجودة في القنب مستقطبة للشحوم **Lopophiles** فبعد تعاطيها تنقل مادة **THC** عن طريق بروتينات شحمية، ولقوتها الإستقطابية للشحوم، تتعلق بالبروتينات البلازمية بنسبة 100% مما يفسر حجم انتشارها الكبير من 4 إلى 14 لتر في الكيلو، ثم تترك مادة **THC** الأوعية لتستقر في الأعضاء الغنية بالدهن مثل المخيخ أين يوجد مستقبل القنبيات **(CB1) l'hippocampe et le cortex cérébral**⁽³⁾ ، والكبد والرئة، والجهاز التناسلي، وفي كل الدهون الموجودة في الجسم، فكل هذه الأجزاء من الجسم محاطة بأغشية من الدهون الموجودة في كل عضو، خاصة مع الوصول إلى حالة الإدمان⁽⁴⁾، وهذا يفسر ظاهرة نصف الحياة لطرح مادة **THC** لثمانية أيام على الأقل، حيث من المؤلف إيجاد هذه مادة عند مدخني القنب بانتظام، حتى ولو مضى على تعاطيهم مدة طويلة. فتتوزع مادة **THC** على الأنسجة الدهنية، ويبطء شديد وبعد فترة طويلة من التخزين، يتم التخلص منها في البلازما، ومدة التخلص تختلف من شخص إلى آخر لعدة عوامل منها الجرعة ومدة التعاطي **fréquence**. فقد ثبت أن المتعاطيين بانتظام للقنب لهم القدرة على التخلص بسرعة من مادة **THC** من الذين لم يسبق لهم التعاطي⁽⁵⁾، وتستقلب في الكبد ليقوم هذا الأخير بطرحها، فيتخلص منها الجسم عن طريق الهضم، ومجاري الكلى والعرق.

الأثار المباشرة لتعاطي القنب: أما الأثار المباشرة لتعاطي الحشيش عن طريق التدخين كما لخصها **Bouquet**⁽⁶⁾ هي كالآتي : جفاف الفم وسقف الحلق، لعاب سميك، التهاب يحدث

(1) C.H., Ashton. "Pharmacology of cannabis: a brief review". *British Journal of Psychiatry*, 178(2001):pp. 101-106. <http://www.tc.gc.ca/media/documents>. (08/12/2012).

(2) Th, Lehmann. *Chemical Profile of Cannnabis Sativa*. Berne: University of Berne, 1995, pp.15-16.

(3) J.,Axelrod; and C.C. Felder." Cannabinoid receptors and their endogenous agonist". *anandamide, Neurochem Res*, 23,5(1998): pp.575-581.

(4) E., Johansson; et all. "Determination of delta-1-tetrahydrocannabinol in human fat biopsies from marihuana users by gas chromatography-mass spectrometry". *Biomed Chromatogr*, 3,1(1989): pp 35-38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (20/10/2012).

(5) M.E., WALL; et all. "Metabolism,disposition, and kinetics of delta-9-tetrahydrocannabinol in men and women". *Clin Pharmacol Ther*, 34(1983): pp.353-355.

(6) R.J., Bouquet."Marihuana Intoxication".*Journal of the American Medical Association*, 124(1944): pp.1010-1011.

سعالاً، عطس شديد، إحمرار العيون، إنخفاض في ضغط الدم، برودة في الأطراف ولكنها ليس كثيرة الشروع في التعاطي عن طريق التدخين، تقلصات حشوية عضلية. وكذلك توترات شديدة في القصبات الهوائية لمتعاطي الراتنج⁽¹⁾. وتزيد شهية الأكل. ومن الأعراض كذلك زيادة في ضربات القلب (+30 إلى +60 دقة في الدقيقة) أو خفق بطني للقلب⁽²⁾. أما الآثار الفسيولوجية الناتجة عن الأكل لهذه المادة، فيلخصها سعد المغربي⁽³⁾ من بحوث بوكيه Bouquet على النحو التالي : ضغط على الصدغين، عرق وفير، سرعة في النبض، برودة في الأطراف، عدم توازن وتآزر حركي في الجلوس والمشي، اتساع واحمرار العيون، غثيان وأحياناً قيئ، إحساس بلفحات باردة أو ساخنة على الوجه، إحساس خافض بالرأس (دوار)، إحساسات محلية خاطئة (جسمية)، ذوي بالأذن، تقلصات عضلية حشوية. وحسب يمر متعاطي القنب أثناء التخدير باربطة مراحل⁽⁴⁾: 1-مرحلة المرح والشعور بالرضى، 2-مرحلة غيام الشعور أو الخلط العقلي، 3-مرحلة النشوة الحاملة، 4-مرحلة الانهباط والنوم.

المطلب السادس : الخمر و الكحول:

الخمر هي تلك السوائل المعروفة المعدة بطريقة تخمر الحبوب أو الفواكه، وتحول النشأ أو السكر الذي تحتويه إلى (الكحول)، بواسطة بعض الكائنات الحية التي لديها قدرة على إفراز مواد خاصة. يعد وجودها (هذه الكائنات) ضروريا في عملية التخمر. وقد سميت خمر لأنها تخامر العقل وتستتره: أي تغطيه وتفسد إدراكه⁽⁵⁾. ويرى مصطفى سوييف، أن هناك ثلاثة حقائق أساسية للكحوليات، و هي⁽⁶⁾ :

⁽¹⁾ F., Carriot; and Sasco AJ. "Cannabis and Cancer". *Rev epidemiol*, 48,5(Oct, 2000): pp.473.482. www.ncbi.nlm.nih.gov. (13/12/2012).

⁽²⁾ M.A., Huestis.; et al, "Blockade of Smoked marijuana by the CB1- Selective cannabinoid receptor antagonist". *Arch Gen psychiatry*, 58,4 (Apr, 2001): pp.322-328.

⁽³⁾ سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش. مرجع سابق، ص.232.

⁽⁴⁾ R.J., Bouquet. "Marihuana Intoxication". Op-Cit. PP 1010-1011.

⁽⁵⁾ عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص.152.

⁽⁶⁾ مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص ص 99-100.

الحقيقة الأولى أن العنصر الفعال في جميع المشروبات الكحولية على اختلاف أنواعها (البيرة والأنبذة والراندي والويسكي... إلخ) هو الكحول.

الحقيقة الثانية : وهي تترتب على الحقيقة السابقة، اننا نستطيع أن نعاذل بين تأثير المشروبات الكحولية المختلفة بناء على معرفتنا بنسب تركيز المادة الكحولية فيها. والحقيقة الثالثة: هي أن الكيميائيين يفرقون بين نوعين من الكحول يطلق على أحدهما إسم الإيثانول (Ethyl alcohol) أو كحول الإيثيلي، وهذا النوع الموجود في المشروبات الكحولية جميعاً، والنوع الثاني يسمونه الميثانول وهو نوع شديد السمية إذا تعاطاه شخص على سبيل الخطأ أو الجهل فإنه قد يؤدي به إلى العمى، وأحياناً إلى الموت.

لقد عرف العرب منذ القدم أنواع كثيرة من الخمر، وكانوا يصنعونها من عملية التخمير الطبيعي وترك هذه العملية لفترات طويلة من الزمان ثم يأخذون الناتج ويشربونه دون تقطير. فقد كانوا يكتفون بتصفيته وإزالة الشوائب الصلبة منه. ومن الأنواع الشائعة من الخمر عندهم (1) :

- 1- النبيذ : عملية نبذ (أي ترك) عصير العنب أو التمر حتى يتخمر ويصبح مادة مسكرة.
- 2- الفضيخ: تخمير العنب أو التمر في ماء ولبن حتى يتخمر ويصبح مادة مسكرة.
- 3- النقيع: نقع (أي غمس) الزبيب والتمر في الماء دون أن يطبخ (أي دون غليه) حتى لا تموت البكتريا وتحدث عملية التخمير بعد وقت طويل.
- 4- الطلاء: تسخين ماء العنب بسرعة وطبخ وتبخير جزء منه وترك الباقي ليتخمر .
- 5- الباذق: تدفئة عصير العنب ثم ترك ليتخمر لمدة طويلة.
- 6- البتع: تخمر العسل، أي أنه شراب العسل المتخمر الذي أصبح مسكراً.
- 7- الجعة: (أو البوظة) تخمير الشعير أو القمح ليصبح مسكراً.
- 8- المزر: ويؤخذ من عملية تخمير الذرة وتركها حتى تصبح مادة مسكرة.

(1) أحمد السيد، أرناؤوط . المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة. مرجع سابق، ص ص 130-132.

أنواع الخمور : هناك أنواع كثيرة من الخمور منها⁽¹⁾ :

- 1- البيرة : وهي تصنع من الشعير وتحتوي على كمية من الكحول بين 3-8 % وذلك تبعا لنوع البيرة. كما يوجد من البيرة نوع يسمى البيرة الفاتحة وآخر يسمى البيرة الغامقة.
- 2- البراندي : يحتوي على 50% كحول إيثيلي، وهناك نوع آخر من البراندي يصنع من عصير التفاح ويحتوي على 55 % من كحول الإيثيلي.
- 3- الويسكي: ويصنع من أحد أنواع البيرة التي تحتوي على نسبة مرتفعة من الكحول، حيث تقطر البيرة المخمرة ويستخلص منها الويسكي الذي يخزن في براميل من الخشب لمدة طويلة (عدة سنوات) وهو يحتوي على نسبة من الكحول الإيثيلي تتراوح بين (40-50)%.
- 4- الروم: ويستخلص من عصير القصب أو بتخمير العسل الأسود، حيث يقطر الناتج من عملية التخمير وأحيانا يضاف إليه السكر المحروق والكرملة لإعطائه نكهة خاصة.
- 5- الجن- الفودكا: يستخلص من تخمر أي مواد تحتوي على الكربوهيدرات، حيث يتم تقطيرها، و يضاف إليها بعض المواد، وهو أرخص أنواع المشروبات الكحولية، وذلك لأنه يشرب دون تخزين أو تعتيق، وهو يحتوي على نسبة 40% من كحول الإيثيلي تقريبا.
- 6- الشمانيا: يتخلص من تخمير عصير التفاح، حيث يتم تقطير هذا الناتج ثم يضاف إليه بعض المواد لإعطائه اللون الخاص والرائحة المميزة. وتحتوي الشمانيا على نسبة 18 % من كحول الإيثيلي.

التمثيل الكحولي في الجسم: نظرا لبساطة تركيب الكحول الكيميائي، نجد أنه يمتص بسهولة من جدار المعدة ويصل مباشرة إلى مجرى الدم والمخ، مما يجعل تأثيراته تبدأ بعد دقائق قليلة من تعاطيه⁽²⁾. ومن العوامل التي تعطل امتصاص الكحول : ارتفاع نسبة الكحول في الخمر عن 20 % أو تخفيف الخمر بكميات كبيرة من الماء، امتلاء المعدة بالطعام وخاصة الأطعمة التي تحتوي على المواد الدهنية مثل الحليب والمواد النشوية. ينتقل الكحول بعد امتصاصه بسرعة إلى الدم ولا يختزن في أنسجة الجسم، وانتشار الكحول في الأنسجة الدهنية

⁽¹⁾المرجع السابق، ص ص 128-129.

⁽²⁾المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الطبي للعلاج من الإدمان. مرجع سابق، ص 84.

بطيء جدا، لذلك يرتفع تركيز الكحول في دم الإناث أكثر من الذكور لكثرة الأنسجة الدهنية في المرأة. وقد لوحظ أن تناول الطعام مع الخمر يؤدي إلى انخفاض تركيز الكحول في الدم بسرعة والسبب في ذلك غير معروف حتى الآن. ويتم تمثيل 90 % من الكحول في الكبد، أما الباقي فيفرز كما هو في العرق والبول والنفس، وتقوم خماثر الكبد بتمثيل الكحول بمعدل 15 سم³ في الساعة، أما في المدمنين فتتشط الخمائر ويتم التمثيل بصورة أسرع، وهو ما يؤدي إلى ظاهرة (التحمل) أي الحاجة المتزايدة إلى جرعات أكبر من الخمر لإحداث نفس التأثير. وفي الكبد تتحول الخمر بواسطة خماثر معينة إلى مادة الأستالدهايد **Acetaldehyde** ثم تقوم خماثر أخرى بتحويل هذه المادة إلى الخلات التي تتحول في النهاية إلى ثاني أكسيد الكربون والماء.

يقوم الكحول بتخدير الجهاز العصبي مما يؤدي إلى تعطيل التركيب الشبكي المنشط الذي يتكون من نوايا منتشرة في ساق المخ، ويختص باليقظة والتركيز، وقشرة المخ المختصة بإدراك الحواس والانتباه والذكريات والانفعالات والخيال وصواب الحكم على الأمور. لذلك يشعر الشخص بعد جرعة بسيطة من الخمر بالخفة والنشوة وتضعف الضوابط والموانع الاجتماعية كاحياء وتقد الذات، فيأتي المتعاطي بأفعال قد يستكرها فيما بعد⁽¹⁾.

كما تضعف سيطرته على الانفعالات والمهارات الحركية، كقيادة السيارة في الجرعات "المقبولة اجتماعيا" ومع زيادة الجرعة تخدر الخمر المخيخ فيفقد المتعاطي سيطرته على التوازن والكلام، فيهتز إذا مشى، كما يبدو لسانه ثقيلًا وتهتز مقلتا العينين واليدان. ومع زيادة الجرعة يشعر بالنعاس ولا يستطيع الوقوف ويصعب عليه الكلام، وبعد جرعة أكبر يفقد المتعاطي الوعي، ويصاب بالغيوبة، وتتعطّل مراكز وظائف القلب والتنفس في النخاع المستطيل ويموت المتعاطي إذا لم يسعف فوراً⁽²⁾. وتسبب الخمر تمدد الأوعية الدموية في الأطراف، لأنها تهبط المركز الخاص بهذه الأوعية في المخ، فيشعر المتعاطي بالدفء لتدفق الدم في الأطراف، ولكن الجسم يفقد حرارته في واقع الأمر، لذلك فقد يؤدي الإسراف في تعاطي الخمر والتعرض للجو الشديد البرودة إلى الانخفاض السريع في درجة الحرارة

(1) عادل، الدمرداش، الإدمان، مرجع سابق، ص ص 74-75.

(2) نفس المرجع، ص 76.

والإغناء. وعلى العكس ما يقال، لن يثبت أن الكحول يسبب تمدد أوعية القلب الإكليلية وتدفق الدم إلى هذا العضو. وتسبب الخمر بجرعات صغيرة تسكين الألم والنوم وتمدد شعب القصبة الهوائية، وتؤدي إلى زيادة إدرار البول لأنها تهبط إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول من الغدة النخامية⁽¹⁾.

تظهر على مدمن الخمر ظاهرة التحمل. ومن المعروف أيضا أن إدمان الخمر يزيد من تحمل الشخص للمنومات وللمخدر العام الذي يستعمل في العمليات، وهي ظاهرة تعرف باسم التحمل التداخلي⁽²⁾ Cross Tolerance.

التحمل والإعتماد : التحمل ملحوظ ومهم، إلا أنه يختلف من شخص إلى آخر (الجنس، بنية الجسم، السن... إلخ)⁽³⁾. أما الاعتماد (الذي يعتريه الكثيرون بأنه مرض) فهو نفسي وجسمي ملحوظ على الشخص. وتظهر على الشخص المتعاطي ثلاثة أعراض من الأعراض التالية⁽⁴⁾: كزيادة في التحمل (أي الحاجة إلى جرعات إضافية)، و ظهور أعراض الانسحاب في حالة التوقف المفاجئ، أو صعوبة التحكم في كمية الكحول المتعاطاة، مع التفكير في تخزين الكحول للجرعات المستقبلية، وإرادة تخفيض أو التوقف دون جدوى عن التعاطي، كما نسجل انعكاسات سلبية للكحول على الحياة الاجتماعية للمتعاطي، والاستمرار في التعاطي رغم المشاكل الجسمية والنفسية الناجمة عن تعاطي الكحول.

التسمم بالكحوليات : يقصد بالتسمم بالكحول إكلينيكيًا، هو ذلك الضرر في القدرات (جسمية أو نفسية) الذي يلحق بالشخص المتعاطي، بعد تناوله كمية كبيرة من الكحول في مناسبة ما، بحيث تصبح نسبة الكحول في الدم كبيرة لا يستطيع الجسم التخلص منها، كما هو الحال في التعاطي العادي⁽⁵⁾.

(1) عادل، الدمرداش، الإدمان، مرجع سابق، ص 77.

(2) J.G., Ramaekers; et al. "Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use". Drug and alcohol dependence, 73(2004): pp109-112. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (23/10/2011).

(3) Raymond F. Anton M.D. "What Is Craving? :Models and Implications for Treatment". Alcohol Research & Health, 23,3(1999) : pp.187-188.

(4) Entreprise & Prévention. L'alcool-dépendance. <http://www.preventionalcool.com>. (20/09/2010).

(5) L., Nadeau; and Biron, C. Pour une meilleure connaissance de la toxicomanie. Québec : Presses de l'Université Laval, 1998, p.48.

يلاحظ بعد تعاطي الكحول تغيرات من الناحية السلوكية والنفسية، منها: السلوك الجنسي والعدواني غير الملائم، الاضطراب في المزاج، الاضطراب في الأحكام، التغير والاضطراب في السلوك الاجتماعي والمهني، كلام غير الواضح، عدم التناسق الحركي، مشية تاملة، اضطرابات بصرية، اضطراب في الذاكرة والانتباه، غيبوبة أو انعاش.

إن إسم الكحولية **alcoholisme** أطلق من طرف الطبيب السويدي **Magnus Huss** في 1849م، الذي قام بدراسة مرضى يعانون من عدة أوجاع لها علاقة بالإدمان على المخدرات⁽¹⁾.

أعراض الفطام عن الكحول : بعد الانقطاع أو التقليل من كمية الكحول، بعد عادة شرب مطولة ومكثفة تتطور على الأقل علامتين من العلامات التالية⁽²⁾: نشاط مفرط للعصبية الحيوية (مثل غزارة التعرق، ارتفاع نبضات القلب)، الارتعاش الشديد للأيدي، ارق، غثيان و قيء، هلاوس و تهيؤات بصرية ولمسية وسمعية عابرة، هيجان نفسي حركي، القلق والحصر، نوبات صرعية.

المطلب السابع : النيكوتين والتبغ:

التبغ هو نبات عشبي من عائلة سولاناسي (**Solanacées**) يصل طول العشبة الواحدة من متر إلى ثلاثة أمتار، أما طول أوراقها التي تتراوح من 10 إلى 20 ورقة، فتصل إلى 80 سم، وعرضها 40 سم⁽³⁾.

دخان التبغ: يمكن تقسيم دخان التبغ إلى نوعين، وهما:

النوع الأول: الدخان الرئيسي. Main Steam : وهو الدخان الذي يستنشقه المدخن من طرف السيجارة الموجودة بفمه، ثم يطرده من رئته إلى الهواء مرة أخرى عن طريق فمه أو أنفه.

النوع الثاني : الدخان الجانبي Side Steam : وهو الدخان الخارج إلى الهواء مباشرة نتيجة احتراق طرف السيجارة أو السيجار. وقد أثبتت الدراسات و الأبحاث أن هذا النوع من الدخان

⁽¹⁾ Pierre, Fouquet .; and Martine de Borde. Histoire de l'Alcool. Presse Universitaire de France, Paris, Que-Sais-je, 1990, p.31.

⁽²⁾ M., Bayard; et all. "Alcohol withdrawal syndrome". Am Fam Physician, 69(2004): pp.1443-1442.

⁽³⁾ The Beehive .Le tabac. <http://cameroon.thebeehive.org>. (08/07/2010).

يحتوي على تركيز أكبر من القطران والنيكوتين وغاز أول أكسيد الكربون السام. ودخان التبغ في البيئة المحيطة الذي يتعرض له غير المدخنين هو خليط من الدخان الخارج إلى الهواء من رئة المدخن، والدخان الناتج عن احتراق طرف السيجارة، وخروجه إلى الهواء مباشرة. وهذا يوضح مدى خطورة تعرض غير المدخنين لدخان التبغ في البيئة المحيطة⁽¹⁾. إن التبغ مادة اعتمادية بنفس درجة خطورة المواد النفسية غير المشروعة مثل الهيروين والكوكايين إن لم يكن أكثر، وهذا ما يؤكد الباحث رزنجر **Reisinger** في دراسة مقارنة بين مادتي التبغ والهيروين، والتي من بين ما توصل إليه⁽²⁾ : أن الاعتماد على التبغ أسرع من الاعتماد على الهيروين.

وهكذا يصنف التبغ (الدخان) ضمن القسم الأول، كما أثبتت الدراسات والبحوث أن مادة النيكوتين الموجودة بالتبغ هي أحد أنواع المخدرات والتي تولد الاعتماد ثم الإدمان⁽³⁾. **التركيب الكيميائي لدخان السجائر**⁽⁴⁾: عند احتراق نبات التبغ أثناء التدخين ينتج عنه دخان يحتوي على أكثر من (4000) مركب كيميائي أغلبها مواد سامة، ضارة بالجسم، حيث يؤثر بعضها في الفم والشعب الهوائية والبعض الآخر يمتص في الفم أو المسالك والجيوب الهوائية إلى أن يصل إلى الرئة ثم الدم وبالتالي يؤثر في أنسجة الجسم كله. وفيما يلي أهم مكونات دخان السجائر :

أولاً : النيكوتين Nicotine : يعرف النيكوتين بأنه العنصر الفعال في التبغ، وهو هو عبارة عن مادة شبه قلوية سامة جداً، وخطيرة على جميع المخلوقات، وعادة ما تستخدم لقتل القوارض، ويكفي غرام واحد منها لقتل عشر كلاب من الحجم الكبير كما أن حقنة واحدة تقدر بواحد سم 3 كافية لقتل حصان وإذا ما تم حقن إنسان بكمية قدرها 70 ملغ من مادة النيكوتين فإنه يموت على الفور، ولكن هذه الكمية ليست لها التأثير المميت إذا أخذت بالتدريج وتوزعت

(1) حسن أحمد، شحاتة. التدخين والإدمان. مرجع سابق، ص ص 19-20.

(2) M., Reisinger. « Heroine et Tabac ». La revue des Addictions, (Décembre, 1999) : pp.35-36.

(3) حسن أحمد، شحاتة. التدخين والإدمان وإعاقة التنمية. مرجع سابق، ص 18.

(4) زينب، سالم . المراهقون وتدخين السجائر في المجتمع المصري. ط1. القاهرة: مركز الكتاب للنشر، 2005، ص 82.

على مدى اليوم. كذلك عند وضع عدة نقاط من النيكوتين على لسان إنسان فإنها كافية لقتله بعد بضع ثوان مما يثبت سرعة إمتصاص الجلد المخاطي للسّم⁽¹⁾.

والنيكوتين النقي ليس له رائحة، ولكنه عند الاحتراق يتأكسد ويعطي الرائحة المميزة للتبغ⁽²⁾. وتختلف نسبة النيكوتين في التبغ تبعا لنوعه، فهي في التبغ الأسمر (1.8 ملغ)، حيث تتراوح كميته في السيجارة الواحدة (1 إلى 2 ملغ).
ومما يلاحظ على النيكوتين :

- أنه مخدر سام إذ يعتبر أقوى المبيدات الحشرية،
 - يعتبر من أقوى المواد المنبهة في السيجارة، إذ أن له تأثير سريع في إزالة التوتر،
 - يزيد من النبض ورفع ضغط الدم وانقباض في الأوعية الدموية،
 - يمتص النيكوتين الناتج من احتراق السجائر من داخل الشعب الهوائية للمدخن.
- حسب التصنيف الأمريكي T.H Goodspeed (1945-1953)، هناك ثلاث أنواع فرعية للمادة النيكوتين وهي⁽³⁾:

- نيكوتيانا روستيكا *nicotiana rustica*، لها 9 أصناف.
- نيكوتيانا طابكيوم *nicotiana tabacum*، ويحتوي على 6 أصناف.
- *nicotiana pétunoïde*، ويحتوي على 45 صنف.

تمثيل النيكوتين داخل الجسم Metabolism : يتم امتصاص النيكوتين من داخل السجائر من الغشاء المبطن للشعب الهوائية إلى الدم، والمدخن يبتلع دخان السجائر يمتص حوالي 95% من النيكوتين الموجود بهذا الدخان، والذي سرعان ما يمر إلى الرئتين، وتصل الكمية الممتصة في كل شهيق إلى (2 ملغ) نيكوتين. ويرتفع تركيز النيكوتين بسرعة في الدم، كما ينخفض بسرعة أيضا عندما يتوقف عن التدخين، ويقل إلى النصف بعد امتصاصه إلى البلازما في وقت يتراوح من (30-80) دقيقة، وذلك عن طريق تمثيله في الكبد، أو إفراز

(1) حسن أحمد، شحاتة. التدخين والإدمان وإعاقة التنمية. مرجع سابق، ص 25.

(2) المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، الدليل الطبي لعلاج الإدمان، مرجع سابق، ص 96.

(3) T.H., Goodspeed . "The genus Nicotina". Journal of the American Pharmaceutical Association, 45,3(March1956): pp.165-167. <http://ntr.oxfordjournals.org>. (23/05/2010).

بعضه عن طريق الكليتين دون تغيير، ويتحول (80 إلى 90 %) من النيكوتين إلى كوتينين (Cotinine) وذلك في الكبد وتعكس نسبة المادة الأخيرة مدى تأثير النيكوتين في الجسم⁽¹⁾.

نسبة النيكوتين في الدم: تتوقف نسبة النيكوتين في الدم عند التدخين على عدد من العوامل، منها : نوعية التدخين، عدد مرات التدخين، المدة التي يستغرقها النفس، وكم من مرة يتكرر في الدقيقة، المدة التي يستغرقها حبس النفس داخل الفم والشعب الهوائية⁽²⁾، أظهرت إحدى الدراسات أن نسبة النيكوتين تتراوح ما بين 0.4 و 1.6 ملغ في السيجارة⁽³⁾.

نسبة النيكوتين في أنواع التدخين المختلفة:

1 السيجارة والسيجار: تزيد نسبة النيكوتين في الدم سريعا بعد تدخين سيجارة واحدة، وقد تصل إلى أقصى نسبة لها وهي (10-40 ملغ /لتر) في أقل من خمس دقائق ثم تقل تدريجيا إلى النصف خلال نصف ساعة، ولكن تظل آثار النيكوتين موجودة في الدم لمدة ساعة تقريبا، ومع تكرار التدخين تتراكم كميات النيكوتين في الدم.

2 لبان النيكوتين: عند استخدام لبان النيكوتين فإن امتصاص النيكوتين يتم بمعدل أسرع قليلا منه في حالة السيجار ولكنه أبطأ من السجائر. وتصل نسبة النيكوتين في الدم في هذه الحالة إلى 20 ملغ/لتر.

3 شيشة والجوزة والبوري والرجيلة: تسبب الانسداد الشعبي المزمن في مدخنيها أكثر من مدخني السجائر.

4 النشوق : استنشاق الدخان عن طريق الأنف، والنيكوتين في هذه الحالة يمتص إلى الدم بواسطة الغشاء المخاطي للأنف بنفس السرعة التي يمتص بها من خلال الشعب الهوائية عند تدخين السجائر .

ويعتبر النيكوتين منبها للجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى حدوث تغييرات فسيولوجية ونفسية. وللنيكوتين مرحلتان في عمله:

⁽¹⁾ Neal L. BENOWITZ; et al. " Nicotine metabolite ratio as a predictor of cigarette consumption". Nicotine & Tobacco Research, 5,5(2003): pp.621-622.

⁽²⁾ Institut national de la santé et de la recherche médicale(INSERM). Pharmacocinétique et pharmacodynamie de la nicotine .Tabac – Comprendre la dépendance pour agir . <http://www.ipubli.inserm.fr>. (03/12/2012).

⁽³⁾ Neal L. BENOWITZ; and JACOB, P3rd. "Daily intake of nicotine during cigarette smoking". Clin Pharmacol Ther, 35(1984):pp.501-503.

المرحلة الأولى: هي تقليد عملية التنشيط بالأسيتيلكولين، وذلك في جرعات صغيرة.
المرحلة الثانية: إذا أخذ النيكوتين بكميات كبيرة فإنه ينبه الأعصاب المنشطة بالأسيتيلكولين.
وهو المسؤول عن الآثار المبهجة التي تدفع المدخن إلى التدخين⁽¹⁾.

ثانيا : القطران Irritants: و هو أحد المكونات المهمة في دخان التبغ، ويصل إلى الرئتين نحو 70% من القطران الموجود في دخان السجائر في هيئة جزيئات دقيقة تهيج الغشاء المخاطي المبطن للشعب الهوائية وحوصلات الرئة. وهو مادة لزجة صفراء تؤدي إلى اصفرار الإنسان ونخرها، كما تؤدي إلى إتهاب اللثة، ويتكون القطران من الاحتراق غير الكامل للتبغ، ويضاف إليه ما يتكون من احتراق ورقة اللفافة. وتحتوي السجارة على نحو (30-40 ملغ) من مادة القطران، حسب طول السجارة ونوع الفلتر، وعندما يستنشق دخان السجائر، فإن القطران الناتج عن إحتراق التبغ يترسب على جدران الرئتين وهو من المواد خطيرة التأثير على أنسجة رئة المدخن، وذلك لأن كل من القطران والدخان معا يؤديان إلى إبطاء سرعة الأهداب في الشخص غير المدخن والبعيد عن المدخنين تتحرك بمرونة بصفة مستمرة وتعمل على طرد جميع الأنواع الغريبة كالأتربة والجزيئات التي تدخل ممرات التنفس- وكذلك البلغم- والتخلص منها عن طريق الفم، أما في الشخص المدخن، فإن كفاءة هذه الأهداب تتأثر وتقل حركتها نتيجة التدخين وذلك لأن القطران والمواد الكيميائية الأخرى تصل إلى رئة المدخن وتترسب فيها في شكل كتل لزجة اللون، فتقل حركة هذه الأهداب، وبذلك تقل القدرة على طرد البلغم أو أي مواد غريبة تدخل الجهاز التنفسي (الشخص الذي يدخن السجائر بمعدل علبة في اليوم، يترسب القطران في رئتيه بمعدل كوب واحد سنويا)⁽²⁾. ويقلل فلتر السجائر جزيئات القطران ويحد من خطره.

ثالثا : غاز أول أكسيد الكربون Carbon Mono Oxide: غاز أول أكسيد الكربون (CO) هو غاز سام، وتختلف نسبته في دخان التبغ حسب كمية الأوكسجين الواصلة إلى منطقة الاحتراق (منطقة التآرج) فكلما كانت كمية الأوكسجين الواصلة قليلة زادت نسبة (CO) والعكس صحيح، وتتراوح كميته من (2 إلى 20 ملغ) في السجارة الواحدة، حيث تتوقف هذه

⁽¹⁾المجلس الوطني لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الطبي للعلاج من الإدمان. مرجع سابق، ص 96-97.

⁽²⁾حسن أحمد، شحاتة. التدخين والإدمان وإعاقة التنمية. مرجع سابق، ص 24-25.

الكمية على نوع التبغ ونوع الفلتر وكمية الهواء التي يتم استنشاقها مع الدخان. كما أن تركيز أول أكسيد الكربون في دخان السيجار أعلى منه في سائر ألوان التدخين، ومع نهاية تدخين سيجار واحدة فإن خمسة بالمائة من دم المدخن لا يعمل كحامل للأكسجين⁽¹⁾.

رابعاً : عنصر الكاديوم: الكاديوم عنصر من العناصر الثقيلة، وهو عنصر سام، وتظهر آثاره الضارة على أجهزة الجسم مع تزايد كمياته، فهو من العناصر التي تتراكم بالجسم، ولا يستطيع الجسم التخلص منها. وعنصر الكاديوم الموجود بالتبغ يتصاعد مع الدخان وتعمل أبخرة الكاديوم على إثارة الأغشية المخاطية المبطنة للقناة التنفسية والحلق عند الشخص المدخن مما يؤدي إلى اضطرابات تنفسية وسعال متكرر⁽²⁾.

خامساً : مادة البنزوبيرين : تحتوي السيجارة الواحدة على نسبة لا تقل عن (30) ملغ من هذه المادة، وهي من أخطر المواد ضرراً لأجهزة الجسم إذا وصلت إليها. وهي إحدى العوامل الرئيسية لإصابة المدخنين بالسرطانات المختلفة⁽³⁾.

سادساً : مادة البولونيوم 21: هي مادة مشعة تتركز في رئة المدخن وتفتك بها، وتسبب بما تحتويه من إشعاع ومواد أخرى في تشويه الأجنة وإصابتهم بسرطان الدم (لويميا)، والتخلف العقلي⁽⁴⁾.

سابعاً: عنصر الرصاص : هو من العناصر الثقيلة والمعروفة بتأثيرها التراكمي الضار، حيث لا يستطيع الجسم إفرازه أو التخلص منه⁽⁵⁾.

ثامناً: الزرنيخ : وهو أحد المواد الناتجة عن احتراق التبغ. وعند تدخين السيجارة ينفذ من هذه المادة السامة (10%) ويدخل الرئتين. تبدأ مضاعفاتها الخطيرة على الإنسان وأجهزة جسمه المختلفة. وتستخدم هذه المادة في إبادة الحشرات نظراً لتأثيرها السام⁽⁶⁾.

(1) زينب، سالم. المراهقون وتدخين السجائر. مرجع سابق، ص 53.

(2) حسن أحمد، شحاتة. التدخين والإدمان وإعاقة التنمية. مرجع سابق، ص 30.

(3) نفس المرجع، ص 30.

(4) نفس المرجع، ص 30.

(5) نفس المرجع، ص 30.

(6) نفس المرجع، ص 31.

تاسعا: سموم أخرى: هذه السموم تشمل مواد يصل عددها إلى حوالي (48) مادة ، منها مواد مسرطنة، وأهم هذه المواد السامة: داي ميثيل نيتروز أمين، ميثيل كاربازول، هيدرازين، نيتروبيرلين، نيكل، فينيل كلورايد، فورمالدهيد، فاورانثيت، ناثالين، أرسنيك. هذا بالإضافة إلى مادة نافثيل أمين، وقد ثبت أن هذه المادة تسبب سرطان المثانة في المدخنين⁽¹⁾.

وينقسم التدخين إلى نوعين رئيسيين :

الأول : التدخين الفارماكولوجي : (أي مرتبط بمستوى النيكوتين في الدم)، ويشمل الفئات التالي:

- 1- التدخين الانغماسي أو الإشباعي وهو أكثر أنماط التدخين انتشارا، وهدف المدخن في هذه الحالة الحصول على أكثر قدر من اللذة أو لتكثيف لذة تصاحب موقف يمر به.
- 2- التدخين التسكينى: والغرض منه تهدئة التوتر العصبي أو تخفيفه.
- 3- التدخين المنبه: ويهدف لى نبية الجهاز العصبي للمساعدة على التفكير والتركيز.
- 4- التدخين الإدماني: لتجنب آثار الامتناع التي تحدث عند هبوط نسبة النيكوتين في الدم.
- 5- التدخين اللاإرادي : تديخين سيجارة تلو الأخرى دون أن شعور.

الثاني : التدخين غير الفارماكولوجي: ويشمل الفئات التالية :

- 1- التدخين النفسي الاجتماعي: يعتبره رمزا للمركز الاجتماعي واحترام الذات العصرية.
 - 2- التدخين النفسي الحركي: تلعب هنا طقوس التدخين الدور الأساسي في إرضاء المدخن، مثل اول السجائر أو الغليون ووضعها في الفم وإشعاله وتحريكه⁽²⁾.
- كما يشير بعض الباحثون لوجود نوعين من التدخين⁽³⁾:

- 1- التدخين الإرادي: ويقوم الشخص بالتدخين وفي هذه الحالة تقع المسؤولية على الفرد باعتبار التدخين سلوك فردي نابع من نفسه.

(1) حسن أحمد، شحاتة .التدخين والإدمان وإعاقة التنمية. مرجع سابق ، ص31.

(2) نفس المرجع ، ص 31.

(3) زينب سالم. المراهقون وتدخين السجائر. مرجع سابق، ص ص 56-57.

2- التدخين السلبي: وذلك عندما يكون المحيطون بالفرد مدخنين، فقد أظهرت الدراسات، أن نسبة النيكوتين وأول أكسيد الكربون والبنزوبيرين في الدخان الذي ينبعث من السيارة وينتشر بالحجرة تزيد على نسبتها في الدخان الذي يستنشقه المدخن مباشرة.

التحمل والاعتماد: إن استمرار تعاطي التبغ يصحبه ظهور ظاهرة التحمل⁽¹⁾. فالنيكوتين محدثة للاعتماد، فهو ينطوي على ظهور أنماط قهرية للتعاطي⁽²⁾.

القطام: حيث تصحب بعض الأعراض عند الانقطاع عن التدخين، تترتب عن فقدان مادة النيكوتين⁽³⁾. وعلى هذا الأساس، أدرجت منظمة الصحة العالمية التبغ ضمن المواد المسببة للإدمان، وقد تأكد أن جميع أعراض ومظاهر الإدمان تتوفر في مدمني التدخين. و تتمثل هذه الأعراض في : الشعور بالتوتر الشديد، والرغبة الملحة في التدخين عند الامتناع عنه أو عند عدم توفر السجائر. كما أنهم يلجئون إلى زيادة عدد السجائر أو كميات التبغ التي يستهلكونها تدريجيا للحصول على نفس الأثر. وقد لوحظ أن مدمني التدخين يصابون بأمراض نفسية وجسمانية مزعجة عند الامتناع عن التدخين، تعرف هذه الظاهرة بأعراض (سحب النيكوتين)، ومن أهم هذه الأعراض : القلق والعصبية، اضطراب النوم، التعب عند بذل أي مجهود، عدم التركيز والتبدل، الرغبة الملحة في التدخين، الصداع، التوتر الشديد، حدة الطبع، ضعف الذاكرة. كما أن هناك أعراض أخرى عند الانقطاع، مثل : زيادة الشهية وزيادة الحجم. ويلاحظ اختفاء أعراض سحب النيكوتين السابقة فورا عند إعطاء مدمن التدخين حقنة نيكوتين في الوريد⁽⁴⁾. ولقد أثبتت الدراسات أن الشركات المنتجة للتبغ تقوم بتقوية النيكوتين الموجود في التبغ، وهذا حتى يدمن المدخن ويصبح معتمد على نوع معين من السجائر.

(1) H.C., Porchet; Benowitz, NL; and Sneider, LB. "Pharmacodynamic model of tolerance: application to nicotine". *J Pharmacol Exp Ther* , 244(1988): pp. 233-236.

(2) مصطفى سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 135.

(3) In Lowinson J, Ruiz P, Millman R . Substance abuse: a comprehensive textbook. 2nd eds. Baltimore : Williams and Williams, 1992 ,pp 334-356

(4) حسن أحمد، شحاتة. التدخين والإدمان. مرجع سابق، ص ص 18-19.

المطلب الثامن : الكافيين (القهوة والشاي):

الكافيين هو قلويد من عائلة ميثيلكسننتين **Méthylxatine** والتي تحتوي كذلك على تيوفيلين **Théophylline** وتيو برومين **Théobromine**، وتركيبها الكيميائي هو : **C8H10N4O2**، وهو متواجد في القهوة، والشاي، والشكولاتة، وبعض المشروبات الغازية. فالكافيين عنصر فعال ذو تأثير تنشيطي وتنبه على المخ، ومنه على السلوك والمزاج⁽¹⁾. ويتواجد في العديد من المكيفات والمستهلكات الاجتماعية بنسب متفاوتة. فالقهوة تحتوي على 90 إلى 120 ملغ من الكافيين، أما النسكافيه فيتضمن 60 إلى 80 ملغ، وبالنسبة للشاي يلاحظ وجود 30 إلى 75 ملغ، وفي الكاكو يوجد بنسبة 5 ملغ، أما فيما يخص الشكولاتة فإن 30 غرام شكولاتة تحتوي على 23 ملغ من الكافيين⁽²⁾. وعليه سنقتصر فقط عن الشاي والقهوة.

والقهوة هي مشروب يعد من جذور البن الذي ينمو في أكثر من 70 بلدا (من البلدان الاستوائية)، ويقال أن البن الأخضر هو ثاني أكثر السلع تداولاً في التجارة الدولية بعد النفط الخام⁽³⁾.

التركيب الكيميائي للقهوة: هناك أكثر من 800 مركب كيميائي في القهوة⁽⁴⁾. وطبيعتهم ونسبتهم هي التي تحدد خصوصية القهوة، مثلا : **Vaniline, Gaiacal, Ethylguaiacol** لهم طعم التوابل. **Butadione** طعم الزبدة.

وجل المركبات تتأثر وتفقد مفعولها في الهواء عند تعرضها للضوء، وهذا يفسر نصح تخزين القهوة المرحية في وعاء مغلق بعيدا عن الحرارة والضوء.

يتم إنتاج ثمار البن التي تحتوي على حبوب القهوة عن طريق عدة أنواع من الشجيرات دائمة الخضرة الموجودة بشجر البن، والنوعان الأكثر شيوعا هما كافياكانيفورا المعروفة أيضا بام كافيا روببستا، وكافيا أرابيكا. أما أقل الأنواع شيوعا فهي : **mauritiana, stenophylla, excelsa, liberica, racemoso** حيث يتم زراعتها غالبا في أمريكا اللاتينية، جنوب شرق آسيا

⁽¹⁾ مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 59.

⁽²⁾ هاني، عرموش. المخدرات، إمبراطوية الشيطان. مرجع سابق، ص 115.

⁽³⁾ A.W., Bennett; and Bonnie K. B. The world of caffeine: the science and culture of the world's most popular drug. New York : Routledge, 2001, 394 p.

⁽⁴⁾ Fernando, Vega. l'ascension du café. pour la science, Juin 2008. pp.16-17. <http://www.pourlascience.fr>. (26/03/2010).

وأفريقيا. وبمجرد نضجها، يتم قطف حبوب القهوة، وتجهيزها، وتجفيفها، ثم يتم تحميص البذور، قبل مرورها بعد تغيرات فيزيائية وكيميائية، حيث يتم التحميص بدرجات متفاوتة، اعتماداً على النكهة المطلوبة، ثم طحنها وغليها لعمل القهوة، حيث يمكن إعدادها وتقديمها بطرق متنوعة.

التحمل والاعتماد : يؤدي تناول الكافيين وما يشابهه بشكل دائم إلى حدوث ظاهرة التحمل عند المتعاطي، مما يستوجب زيادة الكمية للحصول على نفس التأثير السابق. ويؤدي أيضاً إلى حدوث اعتماد نفسي واضح على هذه المواد. فيتعاطاه المرء ويحتاج إلى تكرار استعمالها وتعاطيها باستمرار. فشرب القهوة مثلاً يؤدي إلى حدوث اعتماد نفسي عليها، مما يستوجب شرب عدة فناجين منها كل يوم وباستمرار حتى يحصل المتعاطي على الشعور المرغوب فيه⁽¹⁾.

وفي دراسة جديدة حول سر زيادة الرغبة في القهوة، قام باحثون من المعهد القومي للسرطان بجامعة هارفارد وجامعة كارولينا الشمالية بفحص المجموع الوراثي (الحمض النووي) ADN لـ 40.000 أربعين ألف شخص، وهذا قصد البحث عن العلاقة بين الحمض النووي والحاجة إلى الكافيين، وتوصلوا إلى ضبط جينين (*deux séquences génétiques*) التي لها علاقة بالحاجات إلى تعاطي القهوة، الشاي، الشكولاتة، الصودا ومواد أخرى تحوي على الكافيين. وصرح أحد الباحثين في هذه الدراسة (Neil Caporaso) من المعهد الوطني للسرطان بـ **Maryland** " لأول مرة، نعرف أن جينات خاصة تؤثر على كمية الكافيين التي يتناولها الأشخاص"، فالأشخاص ذوي التركيبة وراثية معينة يستهلكون في المتوسط 40 ملغ إضافية من القهوة يومياً عن الأشخاص ذوي التركيبة الجينية التي يعزى لها استهلاك أقل من الكافيين. وحسب نفس الباحث، فإن كمية 40 ملغ من الكافيين تعادل ثلث فناجان من القهوة أو علبة كولا صغيرة⁽²⁾.

⁽¹⁾ هاني، عرموش. المخدرات إمبراطورية الشيطان. مرجع سابق، ص 95.

⁽²⁾ Émeline, Ferard . « Caféine : un besoin d'origine génétique ? ». *GENTSIDE découvertes*, 17 avril 2011. <http://www.maxisciences.com>. (15/02/2012).

أعراض الفطام عن الكافيين أو الانسحاب الكافييني : يشار بالانسحاب الكافييني إلى مجموعة الاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية التي تنتاب الفرد المعتاد على التعاطي المنتظم للكافيين، إذا انقطع عن تعاطيه فجأة. وأهم هذه الأعراض⁽¹⁾: الاضطراب، الصداع، التعب. وقد يصطحب ذلك اضطراب في قوالب النشاط الحركي والصعوبة في التركيز، وربما الغثيان و شعور بالهفة للعودة إلى تعاطي الكافيين.

المطلب التاسع: المؤثرات العقلية الجديدة New psychoactive substances :

يقصد بالمؤثرات العقلية الجديدة NPS سواء النقية منها أو المستحضرة بتلك المؤثرات النفسية التي لا تخضع للمراقبة بموجب الاتفاقية الوحيدة 1961، أو اتفاقية المؤثرات العقلية 1971، ولكنها تسبب تهديدا حقيقيا للصحة العمومية، ولا يعني "الجديدة" بأنه تم إختراعها مؤخرا، ولكن أصبحت متداولة في السنين الأخيرة⁽²⁾.

المؤثرات النفسانية الجديدة هي من مواد التعاطي، سواء في شكلها النقي أو كمستحضرات، وهي لا تخضع للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية بشأن المخدرات، ولكنها قد تشكل خطراً على الصحة العامة. وفي هذا السياق، لا يشير مصطلح "الجديدة" بالضرورة إلى مبتكرات جديدة بل إلى مواد أصبحت متاحة حديثاً في أسواق معينة. ومصطلح "المؤثرات النفسانية الجديدة" هو عموماً مصطلح جامع يشمل المواد أو المنتجات الجديدة ذات التأثير النفساني غير الخاضعة للمراقبة التي تستهدف محاكاة مفعول العقاقير الخاضعة للمراقبة⁽³⁾.

ولوحظ إجمالاً أنه متى أخضع مؤثر من المؤثرات النفسانية الجديدة للمراقبة أو جرت جدولته، انخفض تناوله بعد ذلك بفترة وجيزة، وهو ما له تأثير إيجابي من حيث العواقب الصحية والوفيات المتصلة بتناول تلك المادة، وإن يكن "أثر البدائل" قد حال دون الاضطلاع بأية بحوث متعمقة بشأن الأثر البعيد المدى لجدولة المؤثرات النفسانية.

⁽¹⁾ Anne, Richard. « Le sevrage de caféine en passe d'être reconnu comme un trouble mental ». *Psychopharmacology*, (octobre, 2004). <http://sante-guerir.notrefamille.com.> (02/03/2012).

⁽²⁾ U..N.O.D.C .The challenge of new psychoactive substances. A Report from the Global SMART Programme. United Nations Publication. March 2013, P.1.

⁽³⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة وافية. مرجع سابق، ص 6.

ومشكلة المؤثرات النفسانية الجديدة مشكلة مستعصية لأن صانعيها ينتجون أشكالاً جديدة منها للإفلات من الأطر القانونية الجديدة التي توضع باستمرار لمراقبة المواد المعروفة . وتشمل هذه المواد مؤثرات نفسانية اصطناعية ونباتية، وقد انتشرت بسرعة فائقة في السوق غير الشرعية للمخدرات، وحتى منتصف عام 2012 تمثّلت معظم المؤثرات النفسانية الجديدة المكتشفة في:

- شبائه القنب الاصطناعية (23 في المائة)، لها نفس مفعول مادة THC.
 - والفينيثيلامينات Phenethylamines (23 في المائة)، هي منبهة وتحدث الهلوسة،
 - الكاثينونات الاصطناعية (18 في المائة) ، مستخرجة من قوليّد ميتكاثينون الموجود في القات يضاف له مواد أخرى. وهو منشط.
 - التريبتامينات Tryptamines (10 في المائة) ، تحدث الهلوسة.
 - والمواد النباتية (8 في المائة)،
 - والبيبيرازينات Piperazines (5 في المائة)⁽¹⁾، وهي منبهة للجهاز العصبي المركزي.
- وما يجعل المؤثرات النفسية الجديدة خطيرة هو التصور العام الذي يكتنفها. فكثيراً ما سوقت على أنها " مسكّرات مشروعة" ، أي لا خطر من استهلاكها وتناولها ، وقد يكون ذلك في كثير من الأحيان غير صحيح. ولتضليل السلطات يقوم الموردون بتسويق منتجاتهم والترويج لها تحت أسماء منتجات عادية غير ضارة، كمعطرات جو وأملاح استحمام وبخور عشبي، بل وحتى كأسمدة نباتية.

وارتفع عدد المؤثرات النفسانية الجديدة التي أبلغت الدول الأعضاء مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة عنها من 166 مادة في نهاية عام 2009 إلى 251 مادة بحلول منتصف عام 2012 ، ما يمثل زيادة تفوق نسبتها ال 50 في المائة. ولأول مرة، تجاوز عدد هذه المنشطات في الواقع العدد الكلي للمواد الخاضعة للمراقبة الدولية وهي 234 مادة⁽²⁾.

(1) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة وافية. مرجع سابق، ص 7.

(2) نفس المرجع، ص 3.

المبحث الثاني : أضرار المخدرات:

إن أضرار المخدرات عديدة ومتشعبة ولا تكاد تحصى، وكل يوم تطلعنا البحوث العلمية عن أضرار جديدة لم تكن معروفة في السابق، وهذا على عدة أصعدة، سواء الجسمية، أو النفسية، أو الاجتماعية أو الاقتصادية، أو السياسية. أما الجسمية منها، فأعضاء كثير، من جسم المتعاطي تتعرض للضرر، وتختلف من شخص إلى آخر، أما أهمها : الجهاز العصبي المركزي، والجهاز التنفسي، والكبد. وفيما يتعلق بالأضرار النفسية فتتمثل في الاضطرابات النفسية، والعلاقة السببية القوية مع مرض الفصام. أما الأضرار الاجتماعية فهي متعددة أبرزها الجريمة، والانتحار وحوادث المرور. ومن أهم الأضرار الاقتصادية للمخدرات التكاليف المباشرة وغير المباشرة التي يتحملها المتعاطي والدولة التي تتكفل بعلاج المدمنين وتكاليف مكافحة المخدرات، زيادة على عملية تبييض الأموال الناتجة عن التجارة غير الشرعية للمخدرات، وما تخلفه من اختلال التوازن في الكتلة المالية التي توجد في السوق الوطنية والدولية، إلا جانب ذلك تلك القوى التي لا يتسفيد منها الاقتصاد والمتمثلة في فئة المتعاطين والتجار والمهربين والمزارعين وغيرهم من ينشك في هذا المجال. وأخيرا و من بين تحدثه المخدرات من أضرار سياسية الفساد السياسي والإداري، فبفضل الأموال الطائلة التي يجنيها تجار المخدرات، يستطيعون شراء ذمم عناصر أجهزة نفاذ القوانين خصوصا أجهزة مكافحة المخدرات، إلى جانب رجال السياسة الذين يتم تمويل حملاتهم من أموال المخدرات، وبالتالي يصبحون تحت سيطرة تلك العصابات. كما أن هناك تعاون بين بارونات المخدرات والجماعات الانفصالية والثورية وحتى الإرهابية منها، وهذا ما يؤدي إلى زعزعة استقرار الأمن القومي، بل يتعدى الأمر إلى الصعيد الدولي، خصوصا إذا علمنا أن الجريمة المنظمة عبر شبكاتها المتشعبة على المستوى الدولي و قد ساعد نشاطها غير الشرعي النظام العالمي الجديد والعولمة وذوبان الحدود بين الدول ووسائل الاتصالات الحديثة والمتطورة.

المطلب الأول : الأضرار الجسمية للمخدرات:

رغم أن كل المخدرات تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، إلا أنها تحدث أضرار متفاوتة الخطورة، وهذا يعود إلى عوامل مختلفة تتمثل في⁽¹⁾:

- التكوين الجسماني للمتعاطي، من حيث حالته الصحية العامة، وحالته الفردية، وأمراضه، وقدرته على التحمل، وغير ذلك من التكوين الفسيولوجي، فقد تبين أن التخدير تشتد آثاره ونتائجه في حالة المرض والهزال، والإعياء عنه في حالة الصحة والقوة.
- يختلف التخدير وآثاره باختلاف نوع المخدر، وقوة المادة الموجودة فيه، وذلك تبعا لنوع النبات المخدر وجزء النبات المستخدم في التخدير.
- تختلف آثار التخدير ودرجاته، باختلاف المادة المتعاطاة من المخدر، فكلما زادت الكمية زادت آثار المخدر.
- يختلف التخدير باختلاف طريقة التعاطي، فتعاطي المخدر عن طريق التدخين أقل تأثيرا وضرا منه عن طريق الشم أو الأكل، وهي أقل تأثيرا عن الحقن، نظرا لامتصاص كل مادة المخدرة مباشرة في الدم.
- كذلك يختلف التأثير كما ونوعا، تبعا للتكوين النفسي للفرد، أي حالته النفسية والمزاجية، ومشاكله وهمومه قبل التخدير وأثناءه، وقد ثبت أن الاستجابة الأولى للمخدر تختلف بين الشخص العادي، والشخص المستعد للإدمان.

وفيما يلي بعض أهم الأضرار الجسمية التي تحدثها المخدرات:

أولاً: المخدرات والموت المبكر: جاء في تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة 2013 ، أن سنة 2011 سجلت 211000 حالة وفاة مرتبطة بتعاطي المخدرات، ومعظم هذه الوفيات في صفوف الشباب من متناولي المخدرات، وهي وفيات كان من الممكن جدا تفاديها⁽²⁾.

ومن بين 2 مليون من الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1990، هناك حوالي 400 ألف شخص ماتوا بسبب أمراض يسببها التدخين، وإذا أضيف إليهم المدخنون السلبيون

⁽¹⁾ سعد، المغربي . تعاطي المخدرات، المشكلة والحل. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب، 1986، ص ص 39-40.

⁽²⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة وافية. مرجع سابق، ص1.

فسوف يصل هذا العدد إلى 500 ألف، 25 % منهم ما بين سن 35-64 عاما. كما أن كل سيجارة يدخنها المدخن، تأخذ من عمر المدخن خمس دقائق ونصف، وذلك حسب إحصائيات كل من الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا⁽¹⁾.

نادرا ما تحتل الوفاة بسبب التبغ مركز الصدارة في الأخبار، ومع ذلك فإن التبغ يزهق روحا كل ست ثوان⁽²⁾. ويقول "مايكل بلومبرغ عمدة مدينة نيويورك" في هذا الصدد: التبغ أصبح القاتل الأول في العالم⁽³⁾. ولقد قضى التبغ على 100 مليون نسمة في جميع أنحاء العالم في القرن العشرين، وهو يسبب وفاة 5.4 مليون شخص كل عام، وإذا لم تتخذ الإجراءات اللازمة فورا، ستحدث أكثر من 8 ملايين حالة وفاة بحلول عام 2030. وتشير التقديرات إلى أن عدد الضحايا سيقارب المليار نسمة في القرن الحادي والعشرين⁽⁴⁾. ويقتل التبغ ثلث من يتعاطونه، قبل 15 سنة تقريبا من أجلهم الافتراضي⁽⁵⁾. وإذا استمر الوضع على هذا النحو سيقتل التبغ نحو 500 مليون شخص ممن هم على قيد الحياة اليوم⁽⁶⁾.

وفي البلدان المتقدمة، يعتبر الإدمان على الكحول المسؤول بنسبة 9.2% من عدد السنين الضائعة، إما بسبب الوفاة المتقدمة أو عدد السنين المنتجة الضائعة بسبب عدم القدرة أو العجز الذي سببه الإدمان على الكحول⁽⁷⁾.

ولقد تسبب الإدمان على الكحول في وفاة 1.8 مليون حالة عام 2000، وهذا يمثل 3.2% من الوفيات لنفس السنة⁽⁸⁾. كما أثبتت دراسة بريطانية أن الكحول أخطر من الهيروين والكراك⁽⁹⁾، حيث وصلت درجة خطورة الكحول إلى 72 ثم الهيروين 55 ثم الكراك 54.

⁽¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة وافية. مرجع سابق، ص ص 72-73.

⁽²⁾ Mathers, C.D; and Loncar, D. "Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030". *PLoS Medicine*, 3,11(2006). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (31/01/2012).

⁽³⁾ منظمة الصحة العالمية. تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي 2008. مجموعات السياسات الست، جينيف، 2009، ص 11.

⁽⁴⁾ نفس المرجع، ص 12.

⁽⁵⁾ Richard, Peto; et all. «Mortality from smoking worldwide». *British Medical Bulletin*, 52,1(1996). PP12-21.

⁽⁶⁾ Levine, Ruth. ; and Kinder, Molly. *Million saved proven succession global health*. Washington DC. Center of global developpement. 2004, , P167 . www.cgdev.org. (14/10/2011).

⁽⁷⁾ Ibid, P167

⁽⁸⁾ O.M.S. *Cinquante-Huitième Assemblée Mondiale de la Santé*. GENÈVE, 16-25 MAI 2005, pp. 109-111. Organisation Mondiale de la Santé, 2005.

⁽⁹⁾ Katherine, Faulkner. « L'alcool est il plus nocif que le crack ou l'héroïne ? » *Doctissimo*, 30 Novembre 2010. <http://news.doctissimo.tc//alcool-plus-que-le-crack-ou-l'héroïne>. (14/10/2011).

ويقدر البروفيسور **Jurgun Rehm** وفريقه، من جامعة تورنتو **Totonto** أن في كل 25 وفاة في العالم، هناك حالة وفاة واحدة لها علاقة بأمراض أو جروح مباشرة بالكحول⁽¹⁾. كما تبين إحصائيات للوفيات لعام 2004، أن 3.8 % من كل الوفيات، سببها الكحول (6.3% رجال، و1.8% نساء)⁽²⁾. وتحتل بلدان الإتحاد السوفييتي سابقا المرتبة الأولى في نسبة الوفيات التي لها علاقة بتعاطي الكحول، بـ 15%، ثم تأتي دول أوروبا بوجود حالة واحدة في كل عشر حالات وفاة⁽³⁾.

ثانيا: المخدرات والسرطان: التبغ هو المسؤول عن أزيد من 24% من الوفيات بالسرطان في فرنسا⁽⁴⁾، أي ¼ وفيات السرطان سببها التبغ. وكشفت دراسات حديثة العلاقة بين التبغ وسرطان المعى الغليظ، وبعض أشكال سرطان الدم. كما أن معظم الوفيات الناتجة عن سرطان الرئة سببها التبغ، ففي فرنسا يموت 28000 شخص سنويا بسبب سرطان الرئة، 80% من هذه الوفيات سببها التبغ⁽⁵⁾. كما يسبب التبغ الفم، والبلعوم والحنجرة والمرئى والبنكرياس والكلى والمثانة وعنق الرحم والمعدة⁽⁶⁾. ويعتبر معدل العيش بعد اكتشاف السرطان لا يتعدى الثمانية أشهر.

لقد سمحت دراسة **Roth**⁽⁷⁾ التي أجراها في 2001 بفهم العلاقة بين دخان الماريجوانا، ومختلف الآثار البيولوجية والوراثية، ومشاركتهم في حدوث السرطان وبالأخص سرطان القصبات الهوائية والرئة. كما أظهرت دراسة **Gordy** إتلاف وإفساد وتشويه الحمض النووي

(1) J. Rehm; et al. "Alcohol and Global Health 1 Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders". LANCET, 373,9682(Jun-Jul, 2009): pp.2223-2233. <http://archive.sciencewatch.com>. (13/04/2013).

(2) Ibid.

(3) Ibid.

(4) Hélène, Jolly. « Le tabac : la plus grande cause de cancers en France ». doctissimo, <http://www.doctissimo.fr>. (11/12/2012).

(5) Ibid.

(6) P. Vineis; et al. "Tobacco and Cancer: Recent Epidemiological Evidence". Oxford Journals Medicine, 96,2(Janv, 2004): pp 99-106.

(7) Michael D. Roth, et al. Induction and regulation of the carcinogen delta9 tetrahydrocannabinol, AM.J. Respir, Cell Mol Biol, 24,3(2001, March): pp.339-344. www.arjcm.atsjournals.org. (28/12/2012).

الريبي منقوص الاكسجين DNA إثر تعاطي الماريجوانا والتبغ⁽¹⁾. كما تقلل مادة THC من المناعة ضد الأورام مما يجعله عامل حاسم في حدوث سرطان رئوي⁽²⁾.

إن تعاطي الماريجوانا أو البانجو أو الحشيش يساعد في احتمال ظهور السرطان في المجاري الهوائية والهضمية، كما توضحه دراسة Zhang، وهي تعتبر أول دراسة التي تبين العلاقة بين جرعة الماريجوانا ومخاطر ظهور هذا النوع من السرطانات، حيث أجريت دراسة على 173 حالة سرطان على مستوى ORL الأنف والأذن والحنجرة، وعلى مجموعة طابطة من 176 فكانت علاقة ارتباطية قوية بين تعاطي الماريجوانا والسرطان⁽³⁾.

وحسب إحدى الدراسات التي أجراها المعهد الألماني للتغذية الإنسانية - Potsdam « Rehbruecke »، عام 2008 على 364000 شخص يعيشون في ثمانية 8 بلدان أوروبية، أظهرت أن 3% من حالات السرطان عند النساء، و10% من حالات السرطان عند الرجال سببها تعاطي الكحول⁽⁴⁾.

ثالثاً: المخدرات و أمراض الجهاز التنفسي: يسبب التبغ كل سنة عدد هائل من الوفيات الناتجة عن أمراض تنفسية، ومن جهة أخرى فالسيجارة هي السبب في الوفاة والإعاقة التي لها صلة بالتهاب القصبات الرئوية. كما يسبب التبغ التهاب الرئة Pneumonie والإنفلونزا تكون قوية عند المدخنين مقارنة بغيرهم⁽⁵⁾.

لقد اتضح جلياً عند كبار متعاطي القنب ظهور مرض الانسداد الرئوي المزمن Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)⁽⁶⁾. حيث تعتبر D9 THC مصدر اضطراب خلوي مؤكسد، والذي يساعد على تدمير الخلايا وإحداث خلل وظيفي في الرئة

(1) N.I.D.A. Nida's National Conference on Marijuana use : prevention, treatment, and research, July 19 and 20, 1995, Crystal, Marriott Arlington, Virginia, in pp71-75. Nida edition. (archive.drugabuse.gov).

(2) W., Zhu; H., Friedman, and T.W., Klein. "Delta 9-tetrahydrocannabinol induces apoptosis in macrophages and lymphocytes" : involvement of BCL-2 and caspase-1". *J pharmacol exp ther*, 286,2 (Aug, 1998): pp 371-382. www.ncbi.nlm.nih.gov. (23/06/2012).

(3) Zuo-Feng, Zhang ;et al. " Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck". *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 8,12(Dec,1999):pp.1071-1078.

(4) Madlen, Schütze; et al. "Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study" . *Br.Med.J*, 342(2011): pp. 1-10. http://www.bmj.com. (15/09/2012).

(5) Fédération Française de psychiatrie. *Conséquences du Tabagisme sur la Santé*. http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies. (15/11/2012).

(6) J.W.,Bloom; et al. « Respiratory effects on non-tobacco.Cigarettes ». *Br Med J*, 295,6612(1987): pp.1516-1517.

والقصبات الهوائية. كما أظهرت دراسات في علم الآفات التشريحية **anatomopathologie** تدمير الخلايا المخاطية، واستنفاد أهداب الشعب الهوائية⁽¹⁾. فالقطران الذي يستقر في الرئة والناتج عن إحراق القنب يكون أعلى بثلاث مرات منه من دخان التبغ⁽²⁾. كما تسبب المواد المتطايرة تلف الرئتين وتدميرها. بالإضافة إلى احتمال حدوث اختناق يؤدي إلى الأسفكسيا **Asphixé** و الوفاة.

رابعاً: المخدرات و الأمراض القلبية: التبغ هو السبب الرئيسي للعديد من الأمراض القلبية، حيث يصل 30% من مجموع الوفيات بمرض القلب التاجية **CHD** في الولايات المتحدة الأمريكية سنوياً مصدره التدخين⁽³⁾، وكذلك الإصابات أو الحوادث العروق المخية **Accidents Cérébrovasculaires**، وكذلك أمراض الأوعية الدموية.

كما يؤدي تعاطي القنب إلى أضرار على القلب، و الآثار القلبية للقنب مرتبطة أساساً بتركيز **Δ-THC** في الدم، حيث بين ويس وآخرون **Weiss et al** أنه بعد عشر دقائق من أخذ جرعة عادية من القنب، فإن الوتيرة القلبية، وصبيب **Débit** القلب والمخ يزداد⁽⁴⁾. وقد لوحظ أن التعاطي المفرط للماريجوانا يحدث رجفان أذني، أي انقباضات عشوائية لأذني القلب⁽⁵⁾. وباستطاعة مادة **THC** إحداث ارتفاع ضغط الدم⁽⁶⁾، وذلك بإثارة وتنبيه الجهاز العصبي الودي* **sympathique** وتنشيط الجهاز العصبي نظير الودي **parasympathique**.

⁽¹⁾ S.E., Frigiel ; et al. "Tracheobronchial. Histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana and/or tobacco". *Chest*, 112,2(Aug, 1997): pp.325-326.

⁽²⁾ Tza chin, Wu ; et al. "Pulmonary hazards of smoking marijuana as compared with tobacco". Department of medicine, university of California, Los Angeles School of medicine, *New England Journal medicine*. 318,6 (Feb 11, 1988): pp.105-107.

⁽³⁾ U.S Dept of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989.

⁽⁴⁾ J.L., Weiss; et al. « Cardiovascular effects of delta 9 tetrahydro cannabinol in man". *Clin pharmacol. Ther*, 13,5(Sep-Oct,1972): pp. 673-674.

⁽⁵⁾ Ryan, Vandrey; Annie, Umbricht.; and Eric C. Strain. " Increased Blood Pressure Following Abrupt Cessation of Daily Cannabis Use". *J Addict Med*, 5,1(2011 March): pp. 17-18.

⁽⁶⁾ Benowitz, N.L., et al. " Cardiovascular effects of intravenous delta-9-tetrahydrocannabinol: autonomic nervous mechanisms". *Clin pharmacol Ther*, 25,4(Apr, 1979): pp.440-440.

*إن الجهاز العصبي الودي والجهاز العصبي نظير الودي يشكلان الجهاز العصبي الذاتي والتلقائي، ويؤثر الجهاز العصبي الودي على عدة أعضاء من الجسم، ومنها الأوعية الدموية بانقباضها.

كما أن التهاب الشرايين القنبى **Artérite cannabique** عند متعاطي القنب معروف منذ الستينيات، وفي هذا المجال قدم الدكتور **Disdier et coll** ⁽¹⁾ عشر حالات لالتهاب الشرايين القنبى، وهم ذكور متوسط عمرهم 23.7 سنة، يعانون من قصور نسبي لإمداد الدم للأعضاء العلوية والسفلية، وفي بعض الأحيان يحدث نخر أو موت موضعي للأعضاء العلوية والسفلية⁽²⁾. و أظهرت دراسة Mouzak et al على ثلاثة مرضى، العمر المتوسط 24.6 سنة، يتعاطون القنب بنسبة كبيرة، يعانون من نوبة إقفارية عابرة. **Transient Ischemic.** ⁽³⁾

خامسا: المخدرات و الجهاز العصبي المركزي: اكتشف **Wilson** وزملاؤه خلال دراسته على عينة مكونة من 57 شاب أقل من 17 سنة متعاطو القنب، أن حجم المخ أصغر، وأن المادة الرمادية أقل من البيضاء⁽⁴⁾. وأظهرت الدراسة التي أجراها كل من **Chan** وزملاؤه أن مادة **THC** سامة لخلايا حصين الدماغ (**Cellules Hippocampiques**) وهي خلايا خاصة باختزان الذاكرة، فتعاطي حتى سيجارة واحدة من القنب، تؤدي إلى تدمير الجسم الخلوي، ووجود تشوهات في نواة الخلية، وكسور في غصن الحمض النووي **ADN** في خلايا الحصين⁽⁵⁾.

كما أظهرت الدراسات أن مخ مدمن الكحول يكون أصغر في الحجم وأخف في الوزن، وأكثر انكماشاً من غير المدمن. حيث للكحول خصوصية تدمير الخلايا العصبية، إما بشكل مباشر عند تعاطي كمية كبيرة منه⁽⁶⁾، أو بمنعه (أي الكحول) من هضم فيتامين ب **b**، كون أن الخلايا العصبية تتغذى على هذه الفيتامينات، ومن دونها تموت حتماً⁽⁷⁾. وموت هذه الخلايا العصبية يظهر في علامات فقدان التوازن الدائم للشخص، و فقدان الذاكرة أو ما يعرف بمرض كورساكوف **Korsakoff's syndrome** وذلك يعود للضرر الذي لحق بمنطقة

⁽¹⁾ P., Disdier., et al "Cannabis arteits revisited-ten new case reports". *Angiology*, 52,1(Jan, 2001): pp.2-3.

⁽²⁾ Beth, Goundry; et al. « *Diagnosis and management of Raynaud's phenomenon* ». *BMJ*, (2012) :pp.348-349. <http://www.bmj.com>. (30/07/2012).

⁽³⁾ A. Mouzak; et all. "Transiet Ishcemic attack in heavy cannabis smokes- how safe is it ?" *Eur Neurol*, 44,1(2000): pp.42-44.

⁽⁴⁾ William, Wilson; et al. " A Magnetic resonance and positron emission tomography study". *journal of addictive deseases*, 19,1(2000): pp.3-5.

⁽⁵⁾ Chiu, Guy-Kai .Chan; et all. "Hippocampal neurotoxicity of delat9 tetrahydrocannabinol". *The journal of neuroscience*, 18,14(July, 1998):5322-5322. (15/02/2012).

⁽⁶⁾ R.E., TARTER.; and K.L., Edwards. "Multifactorial etiology of neuropsychological impairment in alcoholics". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10,2(1986): pp.128-130.

⁽⁷⁾ Médecine et Santé.«Les effets nocifs de l'alcool sur l'organisme». www.medecine-et_santé.com.(18/11/2012).

Hippocampique للمخ⁽¹⁾. كما بينت اكتشافات حديثة في مجال بحوث الجهاز العصبي أن اكتمال نمو المخ لا يكون إلا بعد عمر عشرين (20) سنة، وهذا ما يعتبر من أهم أسباب تعرض مخ المراهقين لأضرار أكثر من غيرهم عند تعاطي الكحول⁽²⁾. كما أظهرت الدراسات أن الكحول تلعب دور الانتقائي على مستوى الخلايا في مراحل النمو، حيث أن المراهقين الصغار يكونون أكثر هشاشة للآثار السلبية للكحول⁽³⁾.

أما عن الأمفيتامينات وهي من المخدرات المخلقة، فلها دور رئيسي في تنشيط الجهاز العصبي الرئيسي، و مفعولها ناتج أساسا في إفراز إضافي للدوبامين **dopamine** في المخ⁽⁴⁾ ، ولقد كشفت الأبحاث على تدميره لخلايا الدوبامين⁽⁵⁾. هذا النوع من المنبهات للجهاز العصبي يحدث نوعا من النشاط والحيوية في الجسم كله في بداية إستعمالها، مما يعطي الشخص مزيدا من الثقة التي يشعر معها بتحسّن أدائه الجنسي⁽⁶⁾، ولكن مع كثرة الاستخدام وزيادة تنبيه العصب السمبثاوي ينتج عن ذلك، بجانب تدمير خلايا عصبية⁽⁷⁾، ضيق في الشرايين الموجودة في الأعضاء التناسلية مما يسبب ضعف الانتصاب والإحساس أثناء اللقاء الجنسي، والضعف العام وفقد القدرة الجنسية⁽⁸⁾.

وتسبب المستنشقات أو المواد المتطايرة كذلك تلف دائم في خلايا المخ، مما ينتج عنه أعراضا عصبية ونفسية، مثل : اضطراب المزاج، والعوانية، وعدم القدرة على التركيز،

⁽¹⁾ M.Oscar-Berman.; and S.M., Zola-Morgan. "Comparative neuropsychology and Korsakoff's syndrome.I: Spatial and visual reversal learning". *Neuropsychologia*,18,4-5(1980): pp.499-512.

⁽²⁾ I.S.P.A. « L'alcool dans le corps, effet et élimination : les jeunes et l'alcool ». Cahier 2. Education + santé SFA/ispa. Edition: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne, 2004. www.sfa-ispa.ch. (08/10/2011).

⁽³⁾ V.B., Faden; M. Goldma. "The effects of alcohol on physiological processus and biological development". *Alcohol research and health*, 28(2005): pp. 125-132.

⁽⁴⁾ Wei-Xing, Shi, et al. "Dual Effects of D-Amphetamine on Dopamine Neurons Mediated by Dopamine and Nondopamine Receptors". *The Journal of Neuroscience*, 20,9(May 1, 2000): pp.3504-3511. <http://www.jneurosci.org/content/20/9/3504.full.pdf>. (15/04/2011).

⁽⁵⁾ Nora D., Volkow. M.D. . Communities Across the Country Are Trying to Respond to Increased Abuse of Methamphetamine, a Powerfully Addictive Stimulant. National Institute of Drug Abuse, April 2005, <http://www.drugabuse.gov>. (13/03/2010).

⁽⁶⁾ W., Richard et al. "Intoxication with street drugs: Cocaine and amphetamines". *Journal Of Respiratory Diseases*, 30,1(février, 2009). <http://jrd.consultantlive.com>. (23/06/2012).

⁽⁷⁾ D.G., Bostwick. "Amphetamine-induced cerebral vasculitis". *Hum Pathol*, 12(1981: pp.1031-1033.

⁽⁸⁾ John C., Kramer."Introduction to Amphetamine Abuse". *Journal of Psychedelic Drugs*. II,1-2(1969).

والاكتئاب، وفقدان الذاكرة، بالإضافة إلى الذهان أو البارانويا. ومن الأعراض الجسدية الأخرى الواضحة: فقد القدرة على التناغم العضلي العصبي، وانعدام التوازن، والتحكم في العضلات.

سادسا: المخدرات والحمل: كلما دخت الأم أكثر أثناء الحمل، كلما كان المولود الجديد ضعيف الوزن. فالتدخين يزيد من خطر ولادة الطفل لوزن أقل من 2500 غرام⁽¹⁾. كما يسبب التدخين الإجهاض العفوي والموت الفجأة أو السريع للرضيع. 18% من ظاهرة موت الفجأة عند الأطفال الرضع يعود سببها الرئيسي إلى تدخين الأمهات للتبغ⁽²⁾. كما يؤدي التبغ إلى خفض كمية حليب الأم وتغيير نوعيته⁽³⁾.

أما عن القنب ففي دراستين على مجموعة من حديثي الولادة لأمهات يتعاطين القنب، تبين أن لهؤلاء الحالات اضطرابات في الانتباه، وفي الوظائف التنفيذية ونقص في الاستجابة لاختبارات الرؤية و إلى منبهات الضوئية⁽⁴⁾. كما توصل Ball⁽⁵⁾ وآخرون أن الأطفال المولودين من أم تتعاطى القنب كان لديهم نقص في الدماغ من حيث الوزن ونقص في الطول مقارنة بالأطفال العاديين. وقد أجريت دراسة على مولودين جدد لأمهات يتعاطين القنب حتى سن الثالثة، فكانت النتيجة، أن هناك علاقة بين التطور في التصرفات الخاصة، واستعمال الماريجوانا أثناء الحمل، فتبين : زيادة الخوف، نقص في القدرة على الحركة و نقص في وقت اللعب⁽⁶⁾. أما إذا كانت المرأة مدمنة على الهيروين وهي حامل فإن الجنين قد يصاب بنزيف بالمخ، وقد يصاب بنقص في النمو⁽⁷⁾، ويصاب أيضا بمرض الصفراء الذي يؤدي إلى الوفاة،

(1) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1988.

(2) Southall, D.P.; and Samuels, M.P. "Reducing the Risks in Sudden Infant Death Syndrome". Br. Med. J. 304(February, 1992): pp.265-266. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (05/12/2011).

(3) Marie D. Cornelius.; and Nancy L. Day. "The Effects of Tobacco Use During and After Pregnancy on Exposed Children". Alcohol Research & Health, 24,4(2000): pp. 242-249. pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh24-4/242-249.pdf. (05/03/2013).

(4) P.A., Freid; And A.M., Smith. "A literature review of the consequences of prenatal marihuana exposure. An emerging the of deficiency in aspects of executive function. Neurotoxicol teratol, 23(1);(2001, Jan-Feb): pp. 5-7.

(5) M.J., Ball; and Olofsson; J. "Hilden. Cannabis and pregnancy". Ugeskr laeger, 161,36(September, 1999): pp.5024-5025. <http://www.ukcia.org>. (05/12/2011).

(6) V.B., Faden; B.I., Graubard . " maternal substance use during pregnancy and developmental outcome at age three". J.subst abuse, 12,4(2000): pp.329-331.

(7) G.K., Hulse; et all. " The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight". Addiction, 92,11(1997): pp. 1573-1574.

وقد يدمن الجنين على الهيروين، وتظهر عليه أعراض الإنسحاب، ولذلك يجب أن يعطى فور ولادته مزيلا للألم وهو عبارة عن صبغة الأفيون أو الميتادون، وكذلك يعطى نالكسون لمنع حدوث هبوط التنفس⁽¹⁾.

سابعا: المخدرات وأمراض الكبد: يؤثر الكحول على شكل ووظائف الكبد بشكل مباشر، وغير مباشر، ويؤثر على تكوين بروتين البلازما المكون للدم في الجسم كله، وكذلك على تكوين الدهون الثلاثية وإفرازها بواسطة خلايا الكبد. بالإضافة إلى ذلك، فإن الكحول يسبب تلف هذه الخلايا، وترسيب الدهون بها ليصبح الكبد دهنيا، وينتهي الأمر بحدوث فشل كبدي، خاصة إذا كان هذا المدمن مصابا بالتهاب كبدي نتيجة العدوى بفيروس "سي"⁽²⁾.

من خلال الإحصاءات والأبحاث التي أجراها علماء الوبائيات في الولايات المتحدة الأمريكية⁽³⁾، تبين أن 10-35 % من مدمني الخمر والكحوليات في الولايات المتحدة الأمريكية يصابون بالتهاب كبدي، 10-20 % يصابون بتليف في الكبد، وأن تليف الكبد والفشل الكبدي يعتبران سابع أهم أسباب الوفاة في سن الشباب والعمر المتوسط في الولايات المتحدة الأمريكية⁽⁴⁾.

1- الإلتهاب الكبدي الكحولي : Hépatite alcoolique يحدث الإلتهاب الكبدي الكحولي عند حوالي 20% من مجموع مدمني الكحول⁽⁵⁾. ففي دراسة على 29 مريض يعانون من إلتهاب كبدي كحولي، لوحظ تطور تشمع الكبد cirrhose : 35 % من مجموع أفراد عينة البحث، و 50% من الحالات كلها لها جرح كبدي⁽⁶⁾. كما بينت الدراسات أن الوفاة بسبب الإلتهاب الكبدي الكحولي وصلت إلى 40% بعد خمس 05 سنوات من التوقف عن

(1) L.M., Jansson; et all, F. "Pregnancy and addiction: a comprehensive care model". Journal of Substance Abuse Treatment, 13,(1996): pp.321-323.

(2) M.J., Tong;; et al. "A Prediction of response during interferon alfa 2b therapy in chronic hepatitis C patients using viral and biochemical characteristics: A comparison". Hepatology, 26,6(Dec, 1997): pp.1640-1641.

(3) U.S. Department of Health& Human . "Alcoholic Liver Disease". Alcohol Alert, 64(January, 2005): pp.3-3 U.S.D of Health& Human Services National Institutes of Health National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. <http://pubs.niaaa.nih.gov>. (30/10/2012).

(4) De, Bakey; et al. Liver Cirrhosis: Mortality in the United States, 1970-93. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1996, p.36.

(5) Philippe, Mathurain; et al. « Hépatite alcoolique : données physiopathologiques et perspectives thérapeutiques ». Hépatogastroentérologie, (2001) : pp103-111.

(6) A.,Pares; et al. "Histological course of alcoholic hepatic. Influence of abstinence, sex and extent of hepatic damage". J.Hepatol, 2,1(1986): pp.33-42.

التعاطي⁽¹⁾. كما أن نسبة الحياة لخمس سنوات في المجموعة التي توقفت عن تعاطي الكحول وصلت إلى 60%، بينما وصلت 40% في المجموعة التي واصلت تعاطي الكحول⁽²⁾.

العوامل التي تحدد مدى إصابة الكبد وسرعة تدهوره بسبب الكحول: إن الاختلافات الجينية بين الأفراد، تحدد شدة الإصابة التي تلحق بخلايا الكبد⁽³⁾. كما أن أسلوب التغذية، يمكن أن يكون له دخل في سرعة تدهور حالة الكبد. فقد أظهرت الدراسات أن النساء يتعرضن لنفس الأعراض المدمرة للكبد، نتيجة إدمانهن للكحول، حتى ولو كان أقل من التي يتعاطاها الرجال، ولفترات أقصر من الإدمان⁽⁴⁾، كما يصبى بالالتهاب الكبدي نتيجة تعاطي الكحول أسرع من الرجال، ويعانين من تلف الكبد بنسبة أكبر من الرجال المدمنين للكحول⁽⁵⁾.

2- فيروس الكبد "س" C، إن إصابة الكبد بالالتهاب الكبدي لفيروس "س" وتحوله إلى حالة مزمنة، يزيد من سرعة تدمير خلايا الكبد نتيجة تعاطي الكحول⁽⁶⁾. مثلاً المرضى صغار السن والمصابين بفيروس الكبد س، وبعد تعاطيهم ولو لكمية قليلة من الكحول يتعرضون لتدمير خلايا الكبد أكثر من غير المصابين بفيروس الكبد س⁽⁷⁾.

ثامناً: المخدرات ومرض فقدان المناعة^(*): تشير التقديرات إلى أن 14 مليون شخص ممن تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 سنة يتعاطون المخدرات حقناً، بينما يصل عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية من بين متعاطي المخدرات بالحقن إلى 1.6 مليون نسمة⁽⁸⁾. وبالتالي هناك علاقة مباشرة بين تعاطي المخدرات و انتقال فيروس فقدان المناعة. فتعاطي

(1) J.F., Alexander; M.W., Lishner; and J.T., Galambes. "Natural history of alcoholic hepatitis: the long term prognosis". *AMJ, Gastroenterol*, 56,5(1971): pp. 515-517.

(2) W.J.R., Powell; G., Klastin. Powell, W.J.; and G., Klastin. "Duration of survival in patients with laennec's cirrhosis: Influence of alcohol withdrawal, and possible effects of recent changes in general management of the disease". *AMJ, Med*, 44(1968): pp. 406-420. <http://www.amjmed.com>. (03/12/2011).

(3) U.S. Department of Health & Human Services. "Alcoholic Liver Disease". *Alcohol Alert*, 64(January, 2005): pp.3-3 U.S.D of Health & Human Services National Institutes of Health National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. <http://pubs.niaaa.nih.gov>. Consulté le 30/10/2012.

(4) In P., Hall. *Alcoholic Liver Disease: Pathology and Pathogenesis*. 2d ed. London: Edward Arnold, 1995. pp. 123-124.

(5) Ibid.; pp. 299-316.

(6) T.M., Tong ; et al. A. Prediction of response during interferon alfa 2b therapy in chronic hepatitis C patients using viral and biochemical characteristics: A comparison". *Op-Cit*. pp.1640-1645.

(7) J.J., Maher. "Exploring alcohol's effects on liver function". *Alcohol Health & Research World*, 21,1(1997). pp.5-12.

(*) **فيروس العوز المناعي البشري** بالإنجليزية: *human immunodeficiency virus*، يعرف اختصاراً (HIV)؛ هو فيروس يهاجم جهاز المناعة بالجسم ويعطل عمله ويؤدي إلى الإيدز، مما يجعل الإنسان ضعيفاً وبدون أي قوة دفاعية ضد أي مرض، لأنه فقد حماية جهاز مناعة جسمه له. (8) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. *تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة واقية*. مرجع سابق، ص1.

المخدرات عن طريق الحقن مسؤول بطريقة مباشرة عن الإصابة 5 % بمرض الإيدز في العالم ، كما أن تعاطي الكحول وبعض المؤثرات العقلية الأخرى لها علاقة غير مباشرة بهذا المرض، لما ينجر عنها من الممارسة الجنسية دون أخذ الاحتياطات⁽¹⁾. و حسب الإحصائيات الكندية لسنة 1996، حوالي نصف مرضى نقصان المناعة الجدد كان بسبب تعاطي المخدرات عن طريق الحقن⁽²⁾.

تاسعا: أضرار المخدرات على النظام المناعي: لقد بينت عدة دراسات حديثة أن مادة THC تحدث اضطراب في نظام المناعة⁽³⁾. فمادة THC حتى بجرعة صغيرة تقلل من نشاط تدمير الخلايا لخلية اللمفية أو الخلية اللمفاوية (إحدى الخلايا البيضاء) فمادة THC الموجودة في القنب تقلل من المناعة الخلوية، وتساعد على تطور الورم⁽⁴⁾. ومن جهة أخرى بين Sarafian وزملاؤه أن دخان الماريجوانا ومادة THC تسبب موت الخلايا⁽⁵⁾.

زيادة على الأضرار التي تحدثها المخدرات على مختلف أعضاء الجسم، هناك أضرار أخرى نلخصها فيما يلي:

-**الآثار المعدية المعوية Gastro-Intestinaux:** القرحة المعدية والمعوي الإثني عشر أكثر إنتشارا عند المدخنين⁽⁶⁾.

-**التدخين السلبي وآثاره:** إن الدخان الذي يصل إلى غير المدخن يحمل سموما ذات قطر وجزيئات أصغر، وبالتالي تكون أكثر تغللا وعمقا وترسيبا في الرئة. ففي الولايات المتحدة تحدث في كل سنة 3400 وفاة بسرطان الرئة و 46000 وفاة بأمراض قلبية بين غير

⁽¹⁾ United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). *Men and AIDS - A Gendered Approach*. 2000 World AIDS Campaign. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2000, March 2000. p. 13. <http://www.unaids.org> . (04/04/2011).

⁽²⁾ Ibid. p. 6.

⁽³⁾ T., BISOGNO; et al. "Biosynthesis, uptake, and degradation of anandamide and palmitoylethanolamide in leukocytes". *J Biol Chem*, 272(1997): pp.3317-3318.

⁽⁴⁾ Yahia, Daaka; et al. "induction of interleukin-2 receptor alpha gene by D9 THC is mediated by nuclear factor KB and CB1 cannabinoid receptor DNA and celle biology". *DNA and celle Biology*, 16,3(March, 1997): pp.301-309. www.libertonline.com. (02/12/2011).

⁽⁵⁾ A., Theodore; et al. "Marijuana smoke and delta9THC promote necrotic death but inhibit fas-mediated opoptosis". *Applied toxicology and pharmacology*. 174,3(august, 2001): pp 264-272.

⁽⁶⁾ P., Maity; et al. "Smoking and the pathogenesis of gastroduodenal :ulcer--recent mechanistic update". *Mol Cell Biochem*, 253,1-2(Nov,2003):p329-331.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (15/11/2012).

المدخنين ممن تعرضوا لدخان غيرهم. ويقدر أن هذا التعرض لدخان المدخنين يؤدي في الولايات المتحدة في كل سنة إلى 430 متلازمة وفاة فجائية بين الرضع، وإلى مولد 24500 طفل ضئيل الوزن، وإلى 71900 حالة وضع قبل الأوان⁽¹⁾، وإلى 200000 حالة ربو طفولي. كما أن التبغ الذي لا يُنخن يؤدي هو أيضاً إلى إدمان قوي ويسبب سرطان الرأس والرقبة والمرئ والبنكرياس، بالإضافة إلى أمراض كثيرة في الفم⁽²⁾. والأطفال المعرضين للتدخين السلبي ETS لهم حظوظ 40% لإصابتهم من أعراض الربو من الأطفال الذين لم يتعرضوا للتدخين السلبي، فقد قدر بنحو 8% من إصابة الأطفال بالربو في أستراليا بسبب التدخين السلبي. وتشير الإحصائيات أن التدخين السلبي ساهم في إصابة حوالي 46.500 طفل سنوياً في أستراليا⁽³⁾.

زيادة على أضرار التبغ المذكورة سابقاً، فالخبراء يعتبرون أن هذه المادة تعتبر بوابة gateway لتعاطي المخدرات القوية، وهذا ما أظهرته التجربة التي أجريت على الفئران، أين قامت الفئران التي تم تعويدها على النيكوتين بالاستجابة لمادة الكوكايين بسرعة، مقارنة بمجموعة ضابطة لم تتعود على مادة النيكوتين⁽⁴⁾. إلا أن الفيدرالية الفرنسية لأطباء الأمراض العقلية، ترى أن للتبغ بعض المنافع لأثاره المضادة للصداع، حيث أثبتت عدة دراسات أن التبغ له آثار إيجابية على مرض ألزيمير Alzheimer والباركينسون Parkinson، كما يلعب دوراً هاماً لمرض السكيزوفريني المصابين بالفصام⁽⁵⁾.

(1) California Environmental Protection Agency. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary*. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005. [ftp://ftp.arb.ca.gov](http://ftp.arb.ca.gov). (07/12/2011).

(2) P., Boffetta. P ; et al. "Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs". *International Journal of Cancer*, 114,6(2005): pp 992-993.

(3) Jiang, He; et al. "Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies". *New England Journal of Medicine*, 340 (1999). 920-921.

(4) A., Levine; et al. « Molecular mechanism for a gateway drug: Epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine ». *Science Translational Medicine*, 107,3(2013):pp:107-109. <http://www.drugabuse.gov>. (23/05/2013).

(5) Fédération Française de Psychiatrie. *Conséquence du tabagisme sur la santé, effet du Tabagisme*. Hometox, dépendance-toxicomanie conduites addictives, Psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies. (08/09/2011).

- **تغيير الجينات الموروثة:** لقد أجرى JF Kittler عدة تجارب على الفئران، وبعد تعرضهم لمادة Delta9 THC لاحظ أن حوالي 49 خلية موروثة Genes قد تعرضت إلى إتلاف وإفساد⁽¹⁾.

- **الهرمونات والأعضاء التناسلية:** لقد بين Nahas قدرة THC في تدمير وقتل خلايا المنى spermatozoides، وذلك بلخلخة وتشويش على نظام الإشارات على الأغشية، والاتصال والتبادل المباشر⁽²⁾.

- **الغدد الصماء Endocrine Glands :** يؤدي تعاطي الهيروين إلى اضطراب وظائف الغدد الصماء، مما يؤدي إلى إقلال إفراز بعض الهرمونات⁽³⁾، التي تكون سبب في ضعف الخصوبة في الرجال. وخمولا وضعفا عاما في جميع خلايا الجسم. وزيادة من درجة التأهب لحدوث داء السكر. و يزيد من مستوى سكر الدم، وتراكم شوارد الصوديوم في الجسم .

المطلب الثاني : الأضرار النفسية للمخدرات :

تختلف تجربة التعاطي من شخص إلى آخر، وتختلف معها تأثير المخدرات على الأشخاص، وهذا راجع كما أسلفنا ذكره إلى عدة عوامل، منها نوع المخدر، وبالتالي تختلف الأضرار النفسية التي تحدثها المخدرات سواء المثبطات منها أو المنشطات أو المهلوسات، وسواء منها الطبيعية أو المصنعة، وعلى هذا الأساس سنتطرق إلى الأضرار المشتركة التي تحدثها جميع أنواع المخدرات، ثم الأضرار النفسية حسب نوع المخدرات (كون بعض الاضطرابات يسببها نوع بعينه من انواع المخدرات).

أولا : الأضرار النفسية العامة للمخدرات:

1- **متلازمة كورساكوف⁽⁴⁾ Korsakoff Syndrome** هي خلل دماغي نتيجة نقص في مادة الثيامين (فيتامين بي 1) في الدماغ. وقد نسبت هذه الحالة إلى طبيب الأعصاب الروسي

⁽¹⁾ Josef T.Kittler; et all . “ Large scale analysis of gen expression changes during acute and chronic exposure to delta9-THC in rats”. *Physiological Genomics*, 3,3(Sept, 2000): pp.175-185.

⁽²⁾ Gabrile, G.Nahas; Nahas, G. G.; et al.; “Pharmacokinetics of THS in brain and testis, male gametotoxicity and premature opoptosis of spermatozoa”. *Human Psychopharmacology: Clinical and experimental*, 17,2(March, 2002): pp. 103-113.

⁽³⁾ كمال الدين حسين، الطاهر. لا للمخدرات و المؤثرات العقلية. الرياض: دار العلوم للطباعة والنشر، 1415هـ، 1995م، ص53.

⁽⁴⁾ In L.,Goldman; and Ausiello D. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007. P.443.

الذي اكتشفها، سرغي كورساكوف⁽¹⁾ ، وهي من أشهر الأمراض العصبية التي تقتزن بالاعتماد أو الادمان الكحولي. ومن أهم الأعراض : اختلال الذاكرة **Memory Impairment**، وخاصة ذاكرة الوقائع الحديثة، واختلال الإحساس بالزمن⁽²⁾.

2- العته الكحولي⁽³⁾ Alcoholic dementia: من مميزات هذا المرض، أنه يتطور تدريجيا ولا يأخذ شكل التدهور المفاجئ مثل مرض كورساكوف، وهو شائع عند النساء المدمنات على الكحول أكثر من الرجال. ومن أهم أعراضه: تدهور عقلي واضح يعم على معظم الوظائف العقلية بحيث يعوق قدرة الشخص على أداء مهامه الاجتماعية والمهنية.

3- اضطرابات في سلوك الأكل: إن التعاطي المفرط للكحول أو أي مخدر آخر له علاقة في أغلب الحالات بتطور مرض الشراهة في الأكل (الجوع المستمر)⁽⁴⁾. فبعد الاضطرابات العقلية (الاكتئاب والانهيار العصبي) تعد ثاني مشكلة لها علاقة بتعاطي المخدرات. ففي دراسة **Hatsukami et coll.** التي تم بموجبها مقارنة الصفات الإكلينية لـ 45 مريض لهم أعراض الشراهة (أي حب الأكل)، و 34 حالة لهم الشراهة مشخصة ناتجة عن اضطراب في الغدة السعترية **Tymique** و 34 حالة لهم شراهة ولهم تجربة بتعاطي المواد النفسية وبدون اضطرابات نفسية مشتركة⁽⁵⁾. كما أظهر كل من **Lacey et Evans**⁽⁶⁾ عند عينة تعاني من ظاهرة الشراهة الزائدة، 18% منهم مدمنون على الكحول والمخدرات.

4- الانهيار العصبي وتعاطي المخدرات: حسب المعطيات المتوفرة، تظهر أن المرضى الذين يتم فحصهم في مصحات الأمراض العقلية، 50% من الحالات مدمنين على المخدرات، و 30% من الحالات لهم انهيار عصبي⁽⁷⁾. كما بينت نتائج الدراسة **ECA**

(1) K.A., Paller; and Acharya, A. "Functional neuroimaging of cortical dysfunction in alcoholic Korsakoff's syndrome". *Journal of Cognitive Neuroscience*, 9,2(1997): pp.278-279.

(2) Diana. M Goodwin. *A dictionary of neuropsychology*. New York : Spring- Verla, 1989, p269.

(3) Richard E. Powers, MD .*Alcohol-Induced Dementia*. - DEMENTIA EDUCATION & TRAINING PROGRAM. 2005, www.alzbrain.org/pdf. (19/10/2011).

(4) Martine, Flament; And Philippe, Jeammet. *La boulimie :réalités et perspectives*. Paris :Masson, 2000 , p25.

(5) D., Hatsukami; et al. "Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorders and bulimia with substance abuse problems". *Addict Behav*, 11(1986):pp.184-185.

(6) J.H., Lacey; and Evans, C.D. " The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder". *British Journal of Addiction* , 81 (1986): pp 641-642.

(7) N.S., Miller; and Fine, J. "Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders". *Psychiatr Clin North Am*, 16,1(March,1993): pp.1-10.

(Epidemiological catchment area) أن 27% من الحالات المنهارين عصيبا، مدمنين على المواد النفسية أو لهم قابلية ليصبحوا مدمنين في المستقبل⁽¹⁾. وفي دراسة أجريت على مراهقين متعاطين للقنب، المتابعة دامت خمس سنوات في أحد مستشفيات لعلاج الإدمان، أظهرت أن الأشخاص الذين لهم مستوى التعاطي مرتفع، سيعانون من اضطرابات القلق بعد خمس سنوات، كما أنهم سيتعرضون لانهايات عصبية حادة **Épisodes dépressifs**⁽²⁾ majeurs. وحسب Farges فإن تعاطي المواد النفسية مرتبط دائما بالانهيار العصبي الخطير أو الحاد⁽³⁾. كما بينت دراسة لـ Ryan et coll أجريت على 92 مراهق يعانون من انهيار عصبي حاد، 18% منهم تعاطوا القنب على الأقل بالمناسبات و 4 % منهم جربوا مواد نفسية قوية⁽⁴⁾.

وهكذا، وحسب ما تظهره بعض الدراسات، فإن أمراض الانهيار العصبي غالبا ما تسبق تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية. كما يمكن للقنب أن يضاعف خطورة الإصابة بحالات الانهيار العصبي خلال أو بعد الإدمان. زيادة على هذا فقد لاحظ كل من⁽¹⁾ Reinherz et coll أن احتمال محاولة الانتحار عند سن الثامنة عشر 18 تزداد بـ 17 مرة عندما يمر الشخص في سن الرابعة عشر بحالة من الانهيار العصبي أو الاعتماد على المواد النفسية غير المشروعة.

ويجب الإشارة إلى هناك علاقة ارتباطية قوية بين التعاطي المبكر للمخدرات⁽¹⁵⁾ إلى 19 سنة) وظهور أعراض مبكرة للانهيار العصبي، مقارنة بتعاطي أو الاعتماد على المواد النفسية في سن متقدم⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ D.A., Regier; et al. "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area.(ECA) Study". The Journal Of American Medical Association(JAMA), 264,19(Nov, 1990): pp.2515-2516.

⁽²⁾ G.A, AARONS; et coll. "Adolescent alcohol and drug abuse and health". Journal of Adolescent Health, 24,6(June,1999): pp 412-413.

⁽³⁾ F., Farges, « Toxicomanie et troubles mentaux. Revue de la littérature in *Psychotropes* ». Revue Internationale des Toxicomanies, 2,3(1996) : pp.16-17.

⁽⁴⁾ N.D., Ryan; et coll. "The clinical picture of major depression in children and adolescents". Arch Gen Psychiatry, 44(1987): pp.854-854.

⁽⁵⁾ H.Z., Reinherz; et coll. "Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(1995): pp 601-602.

⁽⁶⁾ D.A., Brent; et al. "Suicide in affectively ill adolescents : a case-control study". J Affect Disord, 31(1994): pp.193-193.

5- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب*: Bipolar mood disorder يصيب الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من 1.9% إلى 30% من المجتمع بصفة عامة، وهذا تبعا للمعايير التي يقاس عليها⁽¹⁾. ويشير Regier et coll أن الإدمان على الكحول وتعاطي المواد النفسية تضاعف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بنسبة قوة الارتباط 6.2 و 6.6⁽²⁾. فنسبة تعاطي المواد النفسية التي وجدت عند مرضى الاضطراب الوجداني الثنائي القطب في دراسات مختلفة تتراوح⁽³⁾ من 21% إلى 58%. وتعد مادة الكوكايين من المواد المفضلة لهؤلاء المرضى. ويقر كل من Mirin et Weiss في دراستهما أن بين مرضى الاضطراب الوجداني الذين كانوا موضوع دراستهما، حسب معيار DSM-III-R، يوجد منهم 5.4% تعاطوا الأفيونات، و 6.8% تعاطوا المواد النفسية المهبطة و 17.5% تعاطوا المواد النفسية المنبهة⁽⁴⁾.

6- تعاطي المخدرات والشخصية المعادية للمجتمع: يظهر اضطراب السلوكيات عموما من سنتين إلى ثلاث سنوات قبل تشخيص تعاطي المواد النفسية. وحسب دراسة ECA (Epidemiological catchment area)، وجدت اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع بنحو 3% في المجتمع الكلي. هذه الظاهرة موجودة على الأقل عشرة أضعاف عند متعاطي المؤثرات العقلية. كما أصبح الآن من المؤكد أن 2/3 المرضى الذين يعانون من اضطرابات شخصية، تم تشخيص فيهم كذلك اضطرابات لها علاقة بتعاطي المواد النفسية⁽⁵⁾.

7- المخدرات والاضطرابات الفصامية schizophrènes: في دراسة تتبعية étude prospective لمدة ستة 06 أشهر لكوفازناي Kovasznay et coll⁽⁶⁾، قام بمقارنة 96 مريض

* الاضطراب الوجداني الثنائي القطب Bipolar mood disorder : هو أحد الأمراض النفسية التي تتميز بتناوب فترات من الكآبة مع فترات من الأبتهاج غير الطبيعي التي تختلف عن الشعور بالابتهاج الطبيعي كونها تؤدي بالشخص لقيام بأعمال طائشة وغير مسؤولة وخطيرة في بعض الأحيان.

(1) K., Brady; and Zydiard, R. "Bipolar affective disorder and substance abuse". *J Clin Psychopharmacology*, 12(1992): pp. 230.231.

(2) D.A., REGIER; et al. "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study". *Op-Cit*. PP 2517-2517.

(3) K., Brady; and Zydiard, R. *Op-Cit*. pp 224-225.

(4) In R.J., Frances; and Miller, SJ. *Clinical text book of addictive disorders*. New-York: Guilford Press, 1991. pp 271-298.

(5) Sylvain, Aquatias; et coll. *Cannabis Quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris : Les éditions Inserm, 2001, p93-117.

(6) Kovasznay, B; et al. "Substance use disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis". *Schizophr Bull*, 23,2(1997):pp.195-201.

الفصام يتعاطون المواد النفسية مع 106 مريض لايتعاطون. فتبين أن المرضى الذين يعانون من الفصام المتعاطين معرضين للعودة إلى تعاطي القنب. وبالتالي تقترح هذه الدراسة أن تعاطي المخدرات يضاعف تطور الاضطرابات الفصامية. كما توصل كاسباري⁽¹⁾ Caspari إلى نفس النتائج من خلال دراسته التي قام من خلالها بتقييم تعاطي المخدرات لمدة 7 سنوات على تسعة وثلاثون (39) حالة يعانون من مرض الفصام Schizophrènes مع تعاطيهم للقنب، و مقارنة بمجموعة ضابطة تبعا للمتغيرات (السن، الجنس و سنة ظهور الأعراض النفسية)، أظهرت الدراسة أن أثر تعاطي القنب على تطور مرض الفصام schizophrènes يمكن أن يكون مهم وحاسم على المدى الطويل. وبينت الدراسة السويدية التي أجراها دالمو Dalmau et coll.⁽²⁾ التي أجراها على 773 مريض مصابين (الفصام) schizophrènes تم متابعتهم لمدة خمسة عشرة سنة، 30 % مدمنون على الأمفيتامينات و القنبيات، 20 % مدمنون على الكحول، و 6 % مدمنون على الأفيونات. أوضحت الدراسة أن مرض الفصام pathologie schizophrénique كان قويا وحادا عند متعاطي الأمفيتامينات والقنب، أقل شدة عند متعاطي الكحول والأفيونات.

كما أن القنب له دور حاسم في انتكاسة المرضى، حيث بين مارتيناز وزملاؤه Martinez-Arevalo et coll في دراسة على 78 حالة من مرضى الفصام (18 و 30 سنة)، أن تعاطي القنب له علاقة مباشرة بانتكاساتهم⁽³⁾. وقد ذهب ديكسون Dixon⁽⁴⁾ في حصيلته أن حوالي واحد فصامي من أصل إثنين، يتعاطون القنب أو الكحول أو مادة نفسية أخرى.

⁽¹⁾ D., Caspari. " Cannabis and schizophrenia : results of a follow-up study". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249(1999): pp. 46-46.

⁽²⁾ A., Dalmau; Bergman, B.; and Brismar, B. "Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates:Do dopaminergic stimulant facilitate psychiatric illness ?". *Eur Psychiatry*, 14(1999): pp.366-367.

⁽³⁾ M.J., Martinez-Arevalo; Calcedo-Ordóñez, A.; and Varo-Prieto, J.R. "Cannabis consumption as a prognostic factor in schizophrenia". *British Journal Psychiatry*, 164(1994): pp. 680-681 .

⁽⁴⁾ L., Dixon. "Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia : prevalence and impact on outcomes". *Schizophr Res*, 35(1999): pp.93-100.

وفي دراسة لـ⁽¹⁾ Dequardo et coll على 76 مصاب بالفصام في مستشفى ميشغان Michigan، وجدوا أنه هناك 37% صرحوا بتعاطي المواد النفسية (القنب عند 1/3 المصابين، الكحول 2/3)، كما بينت هذه الدراسة أن القنب له دور تسريع ظهور اضطرابات الفصام. وهكذا نستنتج من خلال الدراسات السابقة، أن المخدرات لسيت هي السبب المباشر لظهور مرض الفصام، ولكن لها دور حاسم وخصوصا القنب في ظهور الاضطراب في سن مبكر، كما أن تعاطي المخدرات عند مرضى الفصام لا يساعد على علاجهم، بل يؤدي إلى انتكاسات متكررة.

8- **إضطراب الإدراك الحسي:** يؤدي التخدير بالحشيش إلى اضطراب مؤقت في الإدراك الحسي، الذي يزول بزوال حالة التخدير. ومنه ما يتعلق بالإحساسات السمعية، يذكر بوكيه أنها تصبح حادة وحساسة لدرجة أن أبسط وأتفه الأصوات وغيرها كدقات الأجراس أو اهتزازات الأوتار أو موسيقى تنثير الانسجام والغبطة بل والنشوة عند المتعاطي اثناء التخدير⁽²⁾.

9- **اضطراب الشعور:** ومن بين أهم أنواع هذا الاضطراب:
أ - **اختلال الشعور بالزمن والمسافة:** ويعتبر ميريل Merrill أن الحشيش من أخطر ما يكون بالنسبة لسائقي السيارات⁽³⁾، كون يفقد متعاطيه تقديره للزمن والمسافة⁽⁴⁾. كما توصل كل من Allentuck et Bowman في دراستهما على آثار الحشيش المباشرة في الولايات المتحدة الأمريكية تؤدي إلى⁽⁵⁾ : مظاهر مختلفة لخداع الحواس، واختلال تقدير المتعاطي وإدراكه للمسافات والأزمنة، واضطراب في العلاقات الميكانيكية.

ب - **غيام الشعور (الخط العقلي):** و الخط العقلي Mental Confusion, Cloudy of Consciousness, (Delerium) وهو الغموض في إدراك الأشياء أو الأصوات، حيث تبدو ناقصة أو

(1) J.R., Dequardo; Carpenter, C.F.; and Tandon, R. "Patterns of substance abuse in schizophrenia : nature and significance". *J Psychiatr Res*, 28(1994). 267-275.

(2) R.J., Bouquet. "Cannabis". *Bulletin on Narcotics*, 3,1(1951): pp. 22-45.

(3) F.T., Merrill. *Marhuana the new dangerous drug*. opium research committee, Washington office, National press, Washington, 1950, P16.

(4) P.O., Wolf. *Marihuana in latin America*. Washington: Lincore Presse, 1948, P 31

(5) S., Allentuck; and Bowman, K.M. "The Psychiatric Aspects of Marihuana Intoxication". *American Journal of Psychiatry*, 99,2(September, 1942) : pp.249.250.

مشوهة أو محرفة. وقد تصل هذه الظاهرة في بعض الحالات إلى حالة الخلط بين الأحلام وأحلام اليقظة وبين الحقيقة والواقع⁽¹⁾. و يضع بوكيه⁽²⁾ حالة غيام الشعور في المرحلة الثانية التي يمر عليها المتعاطي أثناء حالة التخدير و التي قسمها إلى أربع مراحل : 1-مرحلة المرح والشعور بالرضى، 2- مرحلة غيام الشعور أو الخلط العقلي، 3- مرحلة النشوة الحاملة، 4-مرحلة الانهباط والنوم.

ج- **تضخم الشعور بالذات** : يشعر المتعاطي بأنه إنسان ممتاز يفوق غيره من الناس، و يعتبر أقرانه ممن يتعاطون معه أقل منه في كل الأمور⁽³⁾. كما وصف⁽⁴⁾ Boudlaire هذه الحالة من خلال تجاربه الشخصية: " ...إن الحشاش نفسه يشعر كما لو كان سيد الناس وملكا عليهم... حتى يشعر في النهاية بأنه قد أصبح إلها". وفي موضع آخر يقول بودلير : " إن الحشاش رجل قد تزوج نفسه". ويصف كل من Allentuck,S & Bowman,K.M تأثير الحشيش في حالة التخدير بقولهما أن المتعاطي يشعر بأن روحه المعنوية عالية⁽⁵⁾.

د- **الشعور بالانفصال**: كأن المتعاطي يعيش في عالم الخيال والتخيلات المختلفة التي لا تتناسب مع واقع الحياة الفعلية.

10- **إضطراب التفكير**: هي حالة من التهيج العقلي وعدم ترابط الأفكار أثناء التخدير بالحشيش. ويقول Eliot Slater في هذا الصدد أن هناك درجة من اضطراب التفكير تصاحب التخدير بالحشيش، ويشمل هذا الاضطراب الإدراك، والذاكرة وسياق التفكير⁽⁶⁾.

11- **اضطراب الوجدان**: تجمع كل الدراسات الخاصة بالقنب على أن التخدير بالحشيش يحدث الشعور بالرضى والسرور والنشوة⁽⁷⁾ Euphoria .

12- **التعب**: حيث غالبا ما يشعر متعاطي القنب بالتعب أثناء التعاطي.

(1) سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش. مرجع سابق. ص 292.

(2) R.J., Bouquet, R.J. "Marihuana Intoxication". Op-Cit. PP 1010-1011.

(3) Ibid, pp.1010-1011.

(4) Charles, Baudelaire. Les Paradis artificiels. Œuvres Complètes, Bibliothèques NRF, de la Pleiade, Paris, 1951. <http://www.pitbook.com>. (31/12/2011).

(5) S.,Allentuck; and Bowman, K.M. "The Psychiatric Aspects of Marihuana Intoxication"Op-Cit. pp.250-251 .

(6) Eliot, Slater; Martin Roth; and W. Mayer-Gross Clinical Psychiatry". London: Elsevier Health Sciences, , 1969, PP. 365-359

(7) سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش. مرجع سابق، ص 329.

- 13- الجنون الحاد: يحدث لمتعاطي القنب اضطرابات ولكنها ذات طبيعة مؤقتة تختفي دون أن تترك أثرا بعد ذلك.
- 14- حالة الاختلاط العقلي Mental Confusion والتي تظهر في عرضين واضحين هما السبات أو الكلال العقلي Mental Torpor والأحلام المستمرة Continuous Dreaminess.
- 15- التصعيد من تعاطي القنب إلى تعاطي مخدرات أقوى منه (Escalade): يلاحظ أحيانا من أن بعض متعاطي القنب (وخاصة في حالة التعاطي المكثف)، يتجهون إلى تعاطي مخدرات أخرى أقوى من القنب، غالبا على سبيل الاضافة، وأحيانا على سبيل الإحلال⁽¹⁾.
- 16- اضطراب الهلع panic disorder⁽²⁾ تشير الدراسات الإكلينيكية أن من النتائج طويلة المدى على تعاطي الكوكايين هو تعرض الشخص لاضطرابات الهلع التي تتوالى بتكرارات عالية⁽³⁾.
- 17- أفكار ومشاعر اضطهادية: إن تعاطي الأمفيتامين لفترة طويلة يترتب عليه ظهور أفكار ومشاعر اضطهادية مصحوبة بإندفاعات عدوانية. كما بينت الدراسات أن الكثير الذي ارتكبوا الجرائم كانوا تحت تأثير هذا النوع من العقاقير⁽⁴⁾.
- 18- الاكتئاب والسلوك الانتحاري: يعتبر مدمنو الأفيونات في جملتهم مجموعة هشة أو مستهدفة أكثر من مجموعات الأشخاص الأسوياء للإصابة بالاكتئاب، كما تغطي العوامل المهيئة للسلوك الانتحاري بينهم⁽⁵⁾.
- 19- قدرة إدراك العلاقات المكانية وتحقيق التآزر الحركي البصري المناسب : يعاني الكحوليون المزمنين من انخفاض كفاءة الأداء الخاص بالمهام البصرية .
- زيادة على ما تم ذكره سابقا هناك اضطرابات ومشاكل نفسية أخرى، نجلها فيما يلي:

(1) مصطفى سوييف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 114.

(2) نفس المرجع، ص.ص 123-124.

(3) In Lowinson, JH, Ruiz, P, eds. Substance abuse : clinical Problems and perspectives. Baltimore : Williams & Wilkins, 1981, pp. 205-221

(4) S.B., King. The pathology of drug abus, and other stimulants, in substance abuse . Baltimore : Williams & Wilkins ed, 1992, pp. 247-270.

(5) Moore, J T; et al. "Oppiate addiction and suicidal behaviors". Amer.J. Psychiatry, 136,9 (Sept, 1979): pp. 1137-1139.

أما عن آثار التعاطي المزمن لعقاقير الهلوسة، فتترتب في بعض حالات التعاطي المزمن للعقار LSD الحالات الاكتئابية، والمشاعر الاضطهادية، و الاحساسات الاسترجاعية **Falshbacks**، إذ يعيش المتعاطي فجأة خبرة سبق أن عايشها تحت تأثير العقار. أما عن علاقة المهلوسات والمرض العقلي، فالرأي السائد هو أنها قد تؤثر في من يحملون استعدادا وراثيا للفصام.

وتكمن أبرز الأضرار النفسية التي يحدثها التعاطي المزمن للكحول في الذكاء العام: حيث يعاني الكحولي من إصابات عضوية في الشق الايمن من المخ. كما أن هناك انخفاض في الأداء الذي يتطلب جهد فكري و الذي يزداد سوءا مع تقدم السن⁽¹⁾.

أما بالنسبة **لِلنيكوتين**، فالنيكوتين منبه للكثير من خلايا ومراكز المخ، فيزيد من قدرة الانسان على التركيز والإدراك ويقلل من الإحساس بالجوع، وله تأثير إيجابي في تقليل القلق والاكتئاب ويهدئ الغضب. كما تفيد النتائج العلمية المتاحة على فعاليته في تحسين حالة مرض الباركنسونس" و الألزهايمر " وكلها خواص تعري شركات الدواء للبذل الجهود نحو اشتقاق دواء منه يكون أكثر فعالية وأقل ضررا من التدخين⁽²⁾. إلا أن المدخنين يتميزون على غيرهم من غير المدخنين بالعصابية والذهانية، والميل إلى السلوك العدواني، والقلق. أي أن هناك وجود اقتران جوهري بين التدخين وكل السمات الأربع.

وفيما يخص **الكافيين (البن و الشاي)**، فيرى الخبراء أن هناك نوعين من الاضطرابات التي تحدثها مادة الكافيين، هما **الكافيينية caffeinism** والانسحاب الكافييني **caffeine withdrawal**. والكافيينية هي زملة الأعراض والعلامات التي تترتب على الإفراط (الحاد أو المزمن) في تعاطي الكافيين. ومن أهم مكونات هذه الزملة ما يأتي : القلق، واضطراب النوم والتقلبات الوجدانية، بالإضافة إلى بعض الاضطرابات السيكوفيزيولوجية، أما الانسحاب الكافييني، فيشار به إلى مجموعة اضطرابات فيزيولوجية نفسية تنتاب الفرد المعتاد على التعاط المنتظم للكافيين إذا انقطع عن تعاطيه فجأة، ومن أهم أعراض الاضطراب: الصداع،

(1) In Weddind, D.; A.M Horton.JR; and J.Webster. The neuropsychology handbook. New York: Spring eds, 1986, pp 376-409

(2) محمود، خيال. الإدمان. القاهرة: كتاب الهلال الطبي، أغسطس، 2001، ص86.

والوخم، والتعب... وقد يصحب ذلك اضطراب في قوالب النشاط الحركي، وصعوبة التركيز وربما الغثيان وشعور باللهفة للعودة إلى تعاطي الكفايين⁽¹⁾.

و أما عن القات: يذكر Kalix أن مادة الكاثينون Catheine تحدث حالة من القلق المتواصل وزيادة النشاط أو الحركة وفقدان الشهية وارتفاع درجة الحرارة، ويعتبر أن الكاثينون المستخرج من أوراق القات هي المادة الرئيسية الفعالة التي تحدث، حسب تعبيره بتعاطي القات بالإكراه النفسي⁽²⁾. و يرى كل من⁽³⁾ Kennedy and Hurwit أن هناك جوانب فيسيولوجية إيجابية للقات، والتي تتمثل في منح طاقة هائلة عند العمال، الطلاب و التجار، تظهر عند الأشخاص المسنين علامات الاستفادة والتمتع بالقات. ففي القرى، عدد كبير من الأشخاص كبار السن، والذين تعودوا على تخزين القات، مازالوا قادرين على العمل في المزارع. فالمسنين لا يبقون بغير عمل أو نشاط في اليمن.

و من أهم الأضرار النفسية التي تترتب على تعاطي الأفيونات: الإكتئاب: فبالنسبة للأموباربيتال "التي شاع استعمالها في الستينات" فعند التجريب على الأشخاص الأسوياء فقد لوحظ أن تعاطيه يكون مصحوبا بالتهدة ومعه قدر من تغييم الفكر **Clouding of Thinking**، وتتأثر عدد من الوظائف، فزمن الرجوع للمنبهات البصرية يبطئ. وكذلك تبطئ سرعة النقر بالسبابة، كما يختال تآزر اليدين، ويختل ثبات الجسم في وقفته. كما تختل تحت جرعة 150 مجم عدة وظائف إدراكية مثل تحديد السرعة التي يتم عندها الدمج الضوئي والتمييز بين الأنعام⁽⁴⁾. أما بالنسبة للبنتبوباربيتال فقد تبين أن إعطاء جرعة مقدارها 100 ملجم بالحقن يترتب عليه تقليص لمدى الذاكرة، مع اختلال في تحصيل المعلومات وتنظيمها⁽⁵⁾. ومع استخدام هذه الأدوية لمدة طويلة تؤدي إلى فقدان الذاكرة، وعدم القدرة على الحكم على الأشياء، أو اتخاذ القرارات السليمة، مع الإحساس بالتعب المستمر، واضطراب المزاج، وقد يصاب المتعاطي بالذهان، أو البارانونيا، وتراوده أفكار للتخلص انتحارية⁽⁶⁾.

(1) مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص 150.

(2) عبد الله علي، الزلب، ثقافة القات في اليمن. مرجع سابق، ص 47

(3) J., Kennedy ; and R. Hurwit. "Qat's cradle". *Human Behavior*, 9 (October, 1978): pp.38 - 39.

(4) In H.J., Eysenck. *Handbook of abnormal psychology*. 2nd ed .London: Pitman 1973, pp.755-804.

(5) مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 130.

(6) عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق. ص 136

أما عن الأضرار النفسية التي يسببها تعاطي المستنشقات أو المواد المتطايرة: فحين يبدأ التعاطي للمذيبات العضوية يحدث قدر من الاثارة العامة، يعقبها حالة من الوخم، يعقبه قدر من الانفلات، ثم الاثارة قد تصل إلى هياج. هذه أعراض مباشرة تترتب على التعاطي. فإذا استمر الشخص في تعاطيه تبدأ تصدر عنه اختلاجات **Ataxie**، ويكون ذلك مصحوبا بالتوهان **Désorientation** أو فقدان التوجه. ويصاب بعدها بالأرق، مع ضعف عام في العضلات وبعض الهلوس. فإذا قدر له أن ينام لبضع ساعات فإنه يستيقظ وهو يشعر بالهمود مع قدر من الصداع⁽¹⁾. والتعاطي المزمن يصحبه الهزال، والضعف العضلي العام، والتوهان لمدة طويلة، وغياب التنبيه وضعف التآزر الحركي. مع ظهور السلوكيات العدوانية ويكون العدوان مرتبطا أحيانا بتعرضهم للهلوس البصرية أو السمعية⁽²⁾. كما تشير دراسات أخرى إلى انخفاض مستوى الدقة في الأداء الحركي لدى المتعاطي.

المطلب الثالث: الأضرار الاجتماعية للمخدرات:

جاء في الإعلان السياسي للجمعية العمومية للأمم المتحدة في جلستها العامة للدورة الاستثنائية العشرين بتاريخ 09 و 10 جوان 1998: "إن المخدرات تهلك الأرواح والمجتمعات، وتقوض التنمية البشرية المستدامة، وتولد الإجرام. وتلحق المخدرات الضرر بجميع قطاعات المجتمع في كل البلدان"⁽³⁾. وأطلقت على هذه الظاهرة بمشكلة المخدرات. وهكذا فمشكلة المخدرات تمثل اضطرابا أو تعويقا لسير الأمور، فهي بالتالي ظاهرة سلبية تعمل على تخلف المجتمع، وتقف كعائق لإفساح المجال أمام أفرادها للتقدم، وتحول دون إنجازهم للأدوار الاجتماعية الموكلة إليهم من قبل المجتمع.

لقد أثبتت جل الدراسات أن أضرار المخدرات تتعدى الفرد المتعاطي إلى المجتمع، فإنه يتمثل في كون هؤلاء المتعاطين خطرا على حياة الآخرين، من حيث أنهم عنصر قلق

⁽¹⁾ مصطفى سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص153.

⁽²⁾ J., Kay; and Tasman, A. Substance Abuse: Inhalant-Related Disorder. Essentials of Psychiatry, Chichester UK : John Wiley & Sons, Ltd, 2006, pp.15-20.

⁽³⁾ الجمعية العامة للأمم المتحدة : (1998) وثائق الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة ، منشورات الأمم المتحدة ، نيويورك.

واضطراب لأمن المجتمع⁽¹⁾. فتعاطي المخدرات لا يؤثر على المتعاطي، ولا على محيطه القريب فقط. ولكنه يؤثر على كل أوجه نشاط المجتمع تقريبا، حيث يؤدي حدوث ضروب من السلوك، تؤثر على المجتمع بصفة عامة. وعندما يصاب قسم من المجتمع بالاضطراب نتيجة للظروف التي يحيا وينشأ فيها، فإن اضطرابه يشمل المجتمع بأسره⁽²⁾. ونظرا لتعدد وتشعب الأضرار الاجتماعية الناتجة عن تعاطي المخدرات، سنحاول تلخيصها في المحاور التالية:

أولا: تعاطي المخدرات والجريمة: يتفق العلماء أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين تعاطي المخدرات والجريمة، إلا أن الجدل القائم إلى يومنا هذا، هو حول العلاقة السببية بين المتغيرين. فهناك من العلماء من توصل من خلال أبحاثه أن الجريمة هي سبب وممهد لدخول عالم المخدرات، وهناك فريق آخر من العلماء يرى من خلال أبحاثه أن تعاطي المخدرات وما تحدثه من آثار على المتعاطي تؤدي به إلى ارتكاب الجرائم. ومنه سنحاول فيما يلي إبراز دور تعاطي المخدرات في تفشي الجريمة في المجتمع.

ومن أشهر الدراسات في هذا المجال، تلك التي أجريت في بلنيمور بالولايات المتحدة الأمريكية⁽³⁾، على عينة تضم 354 مدمنا للهروين، سبق إلقاء القبض عليهم خلال الفترة من 1952-1976 وهي مكونة من 195 شخص أسود و 159 من البيض.

وتوصل الباحثون إلى جملة من النتائج، أهمها : أن إرتفاع معدلات الجرائم التي كانوا يرتكبوها يوميا تقريبا مع بدء إدمانهم الهرويين. وأن معدل ارتكابهم للجرائم في فترات الإدمان يبلغ أربعة أمثال المعدل في فترات الإقلاع عن التعاطي. وهذا ما أدى بالاستنتاج أن الإدمان على الهروين يسبب الزيادة في معدل ارتكاب الجريمة، أو يسهم في ظهورها على الأقل. وهكذا يعلق الباحثون على هذه النتائج، بأن إدمان الهروين مسبب الإجرام بنفس المعنى الذي نقصده بشأن تدخين السجائر أو عن تلوث الهواء إنه مسبب للإصابة بالسرطان⁽⁴⁾.

(1) محمد إبراهيم، الحسن. المخدرات والمواد المشابهة المسببة للإدمان. الرياض: مكتبة الخريجي، 1980، ص 9.

(2) سمير نعيم، أحمد. الدراسة العلمية للسلوك الإجرامي. مرجع سابق، ص 135.

(3) In : J.C., Ball. ; J.W., Shafer.; D.N., Nurco. The Day-to-Day Criminality of heroin addicts in Baltimore- a study in the continuity offence rates. *Drugs and Alcohol Dependence*, 12,2(1983): pp.119-142.

(4) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص 164.

وجاء في تقرير وزارة العدل الأمريكية أنه توجد علاقة بين تعاطي المخدرات والاتجاه نحو ارتكاب جرائم العنف وإن العودة إلى ارتكاب جرائم السرقة البسيطة وجرائم البغاء (من أجل توفير مصدر مالي لشراء المخدرات) تعد نتيجة حتمية للتعاطي⁽¹⁾. وفي دراسة قام بها بلومر Blumer أن الشباب الذي يتعاطى الماريجوانا يميل إلى ارتكاب جرائم وأفعال لا اجتماعية⁽²⁾. كما أبرزت دراسة كل من إيكاردي Icardi وشامبرز Chambers التي طبقت على 280 متعاطيا للمخدرات في ولاية نيويورك، أنهم جميعا قد ارتكبوا أفعالا إجرامية وأن 79 % منهم لديهم سوابق إجرامية، وقد أرتكب 93 % منهم جرائم الاعتداء على المال وأن 63 % منهم من هم في سن صغير (13-16) سنة⁽³⁾.

أما فيما يخص جنوح الأحداث والمخدرات، فقد بينت الإحصائيات أن 22 % من الصبيان يقفون أمام محاكم الأحداث وأن أكثر أنواع الجنوح هو السطو، التشرّد، جرائم التزوير، وقد تبين من خلال تحليل الأسباب أن هناك عوامل اجتماعية وأخرى تتصل بنوعية المخدر المتعاطى⁽⁴⁾. كما أشار كل من وايت White و فاستا Vasta إلى أن نسبة الجريمة قد ارتفعت بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة إلى 34.8 % في الأعوام من 1960 و 1979، وذلك بسبب تعاطيهم للمخدرات⁽⁵⁾. كما أظهرت دراسة أجريت في مدينة واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية على 4182 حالة من المراهقين لهم مشاكل مع العدالة. وبعدما أجريت لهم تحاليل طبية على البول Urine أن 35 % منهم ظهرت التحاليل إيجابية، أي أنهم تعاطوا الكوكايين، الماريجوانا، الأفيونات، وب س ب pcp⁽⁶⁾.

ولقد لوحظ في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين 37 % إلى 43 % من المراهقين الذين تم اعتقالهم، يحملون أثر المخدرات في بولهم⁽⁷⁾. ونجد أن نسبة تفشي ظاهرة تعاطي

⁽¹⁾ US Department of Justice. Drugs usage and arrests charges : a study of drugs and arrest charges among arrestees in six metropolitan areas in USA. N.Y, Dec, 1981, P.8. www.ncjrs.gov. (23/10/2011).

⁽²⁾ محمد، إبراهيم. علم الإجرام والسلوك الإجرامي. القاهرة: دار الثقافة، 1978، ص.282.

⁽³⁾ J., Icardi; Chambers.C.; and C.Rug. Criminal Justice System. London: Kegan Paul, 1974, P.11.

⁽⁴⁾ N., Toder, N. ; Marcia, J. E. "Ego identity status and response to conformity pressure in college women". Journal of Educational Research, 64(1973) : pp.166-167.

⁽⁵⁾ E.R., Vasta; and White G. Child behavior. Boston: Houghton Mifflin Company, 1977, P.468.

⁽⁶⁾ In M. TONRY; and J. WILSON (Eds.) Drugs and Crime. Chicago: University of Chicago Press, 1990, pp 321-392.

⁽⁷⁾ R., Dembo; et al. "Further examination of the association between heavy marijuana use and crime among youths entering a juvenile detention center". Journal of psychoactive drugs, 19,4(1987): pp.361-362.

المخدرات قوية نسبيا عند الأحداث المقبوض عليهم⁽¹⁾. ومن جهة أخرى نلاحظ أن عند فئة المراهقين عدد المخالفات مرتفع لدى متعاطو الكوكايين والهيروين مقارنة بغير المتعاطين⁽²⁾. وللكحول علاقة سببية مع الجرائم الخطيرة عند الشباب⁽³⁾. وهكذا فإن كل الدراسات توصلت إلى خلاصة مفادها، أنه يوجد علاقة نسبية بين تعاطي المخدرات والجريمة عند فئة الأحداث⁽⁴⁾. وفي هذا الصدد أظهرت دراسة أخرى أن الشباب دون الثامنة عشر و الذين يتعاطون المخدرات يرتكبون الجرائم دون تمييز، حيث بلغت نسبة الشباب المتعاطي والذين قاموا بجرائم عنف ضد الغير في فرنسا 66% وأن نسبة 52% منهم قاموا بجرائم قتل، و76% قاموا بجرائم التعدي على الموظفين الرسميين⁽⁵⁾. والمدمن عندما يكون في حالة احتياج يستعمل كل الوسائل للحصول على الجرعة. كما انه يضطر في بعض الأحيان إنشاء علاقات مع المجرمين الحقيقيين، و التي يمكن أن تتجر عنها ارتكاب المدمن لجرائم أخرى⁽⁶⁾. وعليه يرى الخبراء أن هناك خمس أنواع من التفسيرات للعلاقة بين تعاطي المخدرات والجريمة عند الشباب⁽⁷⁾:

أ- تعاطي المخدرات يؤدي إلى الانحراف، وتعتمد هذه الفرضية على أعمال Chaiken.M.R (1985)⁽⁸⁾، حيث أن تعاطي الهيروين والكوكايين في سن مبكر يكون سببا في دخول عالم الجريمة عند وصول سن النضج. وهي بالتالي تستند على كون أن سلوك تعاطي المخدرات ظهر قبل الانحراف.

(1) R., Dembo; Wilams,L.; and Schneidler, J. "Drug abuse among juvenile detainees". Annals of American Academy of Political and Social Science, 521(1992): pp 30-31.

(2) Delbert S .Eliot; David, Huizinga.; and Susanne S.Ageton. Explaining delinquency and drug abus. Beverly Hills: Sage Publication, (1985), p123.

(3) R.L., Akers ; et al. « Social Learning and deviant behavior: A specific Test of a general Theory". American Sociological Review, 44,4(1979): pp. 641-642.

(4) H.R., White; Johnson,V., Garrison, C.G. "The Drug crime nexus among adolescents and their peers". Deviant behavior, 6,2(1985) : pp.203-204.

(5) محمد عبد العليم، مرسى. دور البرامج الدينية في معالجة قضايا ومشكلة المجتمع. الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1406 هـ، ص 26.

(6) العياش، نواصر. إستهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي. باتنة: مطابع عمار قرني، دون سنة، ص 118.

(7) Pascal, Schneeberger ; Serge, Brochu.; and Marjolaine, Dion. "Toxicomanie et Mineurs Judiciaricés Recension des Ecrits". Les Cahiers de Recherches Criminologiques, 20(Juin, 1995) : pp.6-14.

(8) Martia R. Chaiken; and Jan M. Chaiken.Who gets caught doing crime ? u.s. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. 1985, pp.5-6. www.bjs.gov. (23/08/2011).

- ب- الجريمة تسبب تعاطي المخدرات: في أغلب الحالات يظهر الانحراف قبل بداية تعاطي المؤثرات العقلية⁽¹⁾. هكذا وبالتسلسل التاريخي، يظهر الانحراف الصغير في بداية الأمر، ثم تعاطي المخدرات، ثم يظهر الانحراف الخطير أو الحاد⁽²⁾.
- ت- عوامل الخطورة المساعدة على تفشي الظاهرة: هناك قائمة من العوامل التي تساعد وتجعل الأرضية خصبة لتعاطي المخدرات⁽³⁾.
- ث- المرض العام للانحراف : يرى هذا الإتجاه أن الحياة الهامشية تأتي عندما تكون المعايير الاجتماعية قليلة التأثير وغير مدمجة⁽⁴⁾.
- ج- طريقة الحياة الانحرافية: فالفاعل الاجتماعي ليس كعنصر يستجيب فقط، بل يؤثر ويقوم بأفعال⁽⁵⁾.
- فإذا كان تعاطي المخدرات الخفيفة أو اللينة (Droque Douce) (الكحول، التبغ والقنب)، لا تؤدي بالضرورة إلى الجريمة، إلا أنها تسبق في معظم الأحيان تعاطي المخدرات القوية، التي بدورها لها علاقة تقريبا دائما في ولوج عالم الإجرام⁽⁶⁾. إلا أنه ليس بالضرورة تعاطي المخدرات اللينة أو الخفيفة يؤدي إلى تعاطي المخدرات القوية⁽⁷⁾.
- فعلى الرغم من أن أغلب الجرائم ترتكب من طرف متعاطو المخدرات، إلا أنه لا يكفي للمخدرات وحدها أن تؤدي إلى ارتكاب الجرائم والعكس صحيح. فمن الصواب القول أن تعاطي المخدرات يقوي احتمال ارتكاب المخالفات القانونية⁽⁸⁾.

(1) In B.S., Brown; and A.R. Mills. Youth at High Risk for Substance Abuse. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1987.pp. 81-133.

(2) Pascal, Schneeberger ; Serge, Brochu. ; and Marjolaine, Dion. "Toxicomanie et Mineurs Judiciaricés Recension des Ecrits". Op-cit, P12

(3) J.D., Hawkins; Catalane, R.F.; and Miller, J.Y. "Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention". Psychological Bulletin, 112,1(1992): pp. 66-66.

(4) S., Brochu, S. "Drogues et criminalité : Point de vue critique sur les idées véhiculées". Déviance et société, 21,3(1997) : pp.305-307.

(5) Ibid.; pp. 311-311.

(6) Bruce D. Johnson ; et al. Taking Care of Business: the Economics of Crime by Heroin Abusers. Toronto: Lexington, Mass, 1985, p.103.

(7) D.M, Altschuler; and Brounstein, P. J. "Patterns of Drug Use, Drug Trafficking, and Other Delinquency among Inner City Adolescent Males in Washington DC". Criminology, 29,4(1991): pp 589-622.

(8) National Institute of Justice. Drug Use Forecasting: 1992 Annual Report: Drugs and Crime in America's Cities. National Crimi,nal Justice, U.S.A, 1993, pp 1-32.

فتعاطي المخدرات يعتبر عامل من ضمن مجموعة من العوامل والمتغيرات التي يمكن إحصاءها في سلوك الجريمة⁽¹⁾، كالجانب الفيزيولوجي والنفساني والسلوكي والعائلة والثقافة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية. فالبحوث والدراسات أثبتت عدد من الارتباطات يمكن وضعها بين التعاطي غير المشروع للمخدرات والجريمة⁽²⁾، وبالتالي فيمكن القول أن العلاقة بين المخدرات والجريمة ليست بسيطة وسهلة كما يراها البعض، فالعلاقة الثلاثية بين الشخص-المادة المخدرة-والسلوك، معقدة ومن غير الممكن تحديدها بصيغة بسيطة⁽³⁾.

وعلى هذا الأساس، ومن أجل تأطير الرؤية في بوتقة علمية، هناك من الخبراء من يرجع العلاقة بين الجريمة وتعاطي المخدرات إلى نماذج نظرية، وهي :

1- العامل البسيكوفارماكولوجي : **psychopharmacological Link** في كثير من الأحيان يقوم الأشخاص بارتكاب الجريمة أو استعمال العنف بعد تعاطي بعض أنواع من المخدرات التي تؤدي بالتعاطي إلى فقد ضبط النفس، وتسبب البارانونيا والجنون والتصورات الخاطئة⁽⁴⁾. فهناك بعض المخدرات لها تأثير قوي ولها علاقة بالإجرام مقارنة ببعض المخدرات الأخرى⁽⁵⁾. مثل ب س ب **PCP** والكوكايين والآمفيتامين والباربيتورات⁽⁶⁾. فقد أثبتت الدراسات أن التسمم الحاد أو المزمن الناتج عن استهلاك مخدر الآمفيتامين يؤدي بالمستهلك إلى إتيان سلوك عدواني، هذا السلوك الذي له دور كبير في الإجرام⁽⁷⁾. يبقى أن هذا النموذج أنتقد من طرف بعض العلماء، لكونه غير قادر على تفسير لماذا معظم متعاطو المخدرات لا يرتكبون جرائم أو جنح بالقوة والعنف⁽⁸⁾.

(1) M.J., Russell. Drug Use Forecasting: 1992 Annual Report, Op-Cit. pp 1-32.

(2) C.W, Harlow. "Drugs and Jail Inmates 1989". The Narc Officer, (1991) : pp 37-51.

(3) S. Brochu. "Drogues et criminalité : Point de vue critique sur les idées véhiculées". Op-Cit. pp. 312-312.

(4) E. Single. "The Economic Costs of Illicit Drugs and Drug Enforcement," Policy Options, 19,8(October, 1998) : pp.3-4.

(5) M.M. Cousineau ; S. Brochu ; and Pascal, Schnneeberger. Consommation de substances psychoactives et violence chez les jeunes. comité permanent de la lutte à la toxicomanie. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, August 2000, p.5-14.

(6) S. Wright; and H. Klee. "Violent Crime, Aggression and Amphetamine: what are the implications for drug treatment services?" Drugs: education, prevention and policy, 8,1(2001): pp.74-75.

(7) Mott. « l'abus des drogues et la criminalité in « l'importance des stupéfiants par rapport à la criminalité ». Conseil de l'europe, Strasbourg, 1975, p.73

(8) Orest, Fedorowycz. "Homicide in Canada, 1997", Juristat, Statistics Canada, 18,12(1998): pp.10-13.

2- الإرتباط الاقتصادي القهري Economic-Compulsive Link:

أ- تعاطي المخدرات والنشاط الإجرامي **Substance abus and criminal activity**: يرتكب متعاطو للمخدرات الجرائم من أجل شراء المخدرات. فبناءً على تقرير صدر في 1995 لجمعية أونتاريو **Ontario** صرح رئيس الشرطة بأن معظم الجرائم ضد الممتلكات (سرقة، تزوير والدخول عن طريق الكسر) والدعارة، تم القيام بها من طرف متعاطي المخدرات وهذا لتمويل عاداتهم⁽¹⁾. كما بينت دراسة بريطانية، أن معظم المقبوض عليهم الذين صرحوا أنهم يعتقدون أن تعاطيهم للمخدرات والجرائم التي ارتكبوها لهما ارتباط ببعضهما البعض، وهذا لأنهم كانوا في حاجة للمال لشراء المخدرات بنحو 70 % منهم⁽²⁾.

ب- نوع الجريمة التي يقتربها المتعاطي **Types of crime committed by drug users** إن الجريمة التي يقع فيها مدمنو المخدرات للحصول على المال لشراء بعض أنواع المخدرات تكون في العموم كأنها اقتناء **acquisition** وبدون عنف⁽³⁾. فأغلب ما يقتربه المدمنون يكون داخل العائلة أو في العمل أو سرقة أمور في مساحة للبيع كدكان أو سرقة أشياء صغيرة⁽⁴⁾.

3- العلاقة النسقية **Systemic Link**: يرى هذا الاتجاه أن العنف جزء لا يتجزأ من عالم السوق غير المشروعة للمخدرات⁽⁵⁾. فعلاقة المخدرات بالجريمة وفق هذا النموذج تتمثل في كون فرص الربح التي ينظر إليها مختلف الأطراف الفاعلة في هذا السوق غير المشروعة والمنافسة الشرسة في هذا المحيط تشجع التورط والمشاركة في الجريمة. ويقول اريكسون **Erikson** في هذا الصدد : ففي حين أن الأسواق المشروعة مثل الكحول والأدوية، يلجأ طرفي النزاع إلى السلطات الشرعية لحل النزاعات وإرساء قواعد ومعايير المنافسة العادلة، أما

⁽¹⁾ Ontario Association Of chiefs of police (O.A.C.P). Canadian drug perspective-1995. Ontario Association Of chiefs of police. <http://www.oacp.on.ca>. (12/05/2012).

⁽²⁾ Bennett, Trevor. Drugs and Crime: The Results of the Second Developmental Stage of the New-Adam Programme. London: Home Office Research Study, August 2000, p. 80.

⁽³⁾ S. Brochu. "La violence et la drogue". L'intervenant, 16,3(April, 2000).

⁽⁴⁾ C.E. Faupel. Shooting Dope : Career pattern of Hard-Core heroin Users gainsville. Grainsville: university of Florida Press, 1991. P.133.

⁽⁵⁾ D.E., Hunt. Drug and Consensual Crimes: Drug Dealing and Prostitution in Drugs and Crime . Chicago: The University of Press, 1990, pp.11-15.

النزاعات والصراعات في السوق غير الشرعي والأرباح الطائلة الناتجة عنه يكون دائما اللجوء إلى القوة لحل الصراعات⁽¹⁾ ، ويصبح العنف في هذه الحالة كإستراتيجية منظمة.

ثانيا: تعاطي المخدرات وحوادث الطرقات: تشير نتائج البحوث إلى وجود اقتران جوهري بين شرب الكحوليات، أو تعاطي أنواع كثيرة من المواد النفسية (المخدرات الطبيعية والمؤثرات العقلية) والتورط في حوادث الطرقات، ومن تم يمكن القول أن تعاطي هذه المواد قبيل وقوع هذه الحوادث تعتبر مسؤولة بدرجة ما عنها⁽²⁾. فمن خلال دراسة في مشيقن **Michigan USA** لسنة 1964 والتي سميت بـ **Grand Rapids**⁽³⁾ والمتعلقة بمراقبة السائقين، كشفت أن نسبة احتمال تورط السائقين الذين تعاطوا الكحول تكون أكبر مقارنة بسائقين لم يتعاطوا الكحول. وهذا الاحتمال يرتفع بسرعة كبيرة مع تكحل الدم ^(*)**alcoholémie** (نسبة الكحول في الدم)، هذه النتائج سمحت لعدة بلدان في العالم من تحديد نسبة الكحول في الدم ونسبة الكحول في الزفير **haléine** بـ: 0.08 غ/دل. ففي 1981 أقيمت دراسة في استراليا، والتي توصلت إلى أن احتمال وقوع حادث اصطدام يكون أعلى عند تكحل الدم بنسبة 0.05 غ/دل مقارنة بنسبة تكحل تساوي الصفر⁽⁴⁾. وعليه فعند عموم السائقين، يبدأ خطر وقوع حادث مرور في الإرتفاع بصفة محسوسة عندما تصل نسبة تكحل الدم إلى 0.04 غ/دل⁽⁵⁾.

وفي دراسة بريطانية تم المقارنة فيها معطيات لتحقيقات طرقية مع مختلف أنواع تكحل الدم التي قامت بها الشرطة القضائية، تبين أن الخطر المتعلق بحوادث مرور مميتة ترتفع

⁽¹⁾ P. Erickson. *Drugs, Violence and Public Health: What Does the Harm Reduction Approach Have to Offer?* Paper prepared for a conference in Vancouver, *Sensible Solutions to the Urban Drug Problem*, The Fraser Institute, 21 April 1998.

⁽²⁾ مصطفى، سوييف. *المخدرات والمجتمع*. مرجع سابق، ص 170.

⁽³⁾ Robert F. Borkenstein ; et al. *The role of the drinking driver in traffic accidents*. Department of Police Administration, Bloomington : Indiana University, 1964, pp. 45-47.

^(*) L'**alcoholémie** est le taux d'alcool présent dans le sang. Elle se mesure généralement en grammes par litre de sang, en milligrammes par 100 ml de sang ou en millimoles par litre de sang.

⁽⁴⁾ In: L. Goldberg L, ed. *Alcohol, drugs and traffic safety. Actes de la 8e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Stockholm, 15-19 juin 1980*. Stockholm (Suède), Almqvist & Wiksell International, 1981, pp.113-123.

⁽⁵⁾ In D.R., Mayhew; and Dussault C. *Actes de la 16e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Montréal, 4-9 août 2002*. Québec (Canada), pp 39-44. <http://www.saaq.gouv.qc.ca>. consulté le 17 novembre 2012.:39-44

بصفة كبيرة جدا مع تكحل الدم⁽¹⁾. وفي إطار التحقيق الذي أجري في كولومبيا البريطانية في كيبك عام 2010، تبين أنه من ضمن 2840 سائق الذين تم إيقافهم 7.2% منهم تعاطوا المخدرات: (63,8% تعاطوا القنب، 31,8% تعاطوا الكوكايين)، و9.9% منهم تعاطوا الكحول، كما بينت هذه الدراسة أن المخدرات يتم تعاطيها خلال أيام الأسبوع، أما الكحول فيتم تعاطيها في نهاية الأسبوع وفي آخر الليل⁽²⁾.

كما أن هناك علاقة بين تعاطي المخدرات وعلى رأسها الكحول، وحوادث المرور والسن، حيث قدرت أن نسبة تعرض مرافقين لحادث مرور تساوي أكثر من خمس مرات من سائقين سنهم ثلاثون سنة فما فوق، وهذا مهما كانت نسبة تكحل الدم. فالمجموعة التي يتراوح سنها من 20 إلى 29 سنة، الخطر يساوي أكبر من ثلاث مرات مقارنة بمجموعة سنها ثلاثون سنة فما فوق، وهذا مهما كانت نسبة التكحل⁽³⁾. ويقدر Zador أن نسبة الحوادث عند الذكور الذين يتراوح سنهم من 16 إلى 20 سنة، هي على الأقل ثلاثة أضعاف من الذكور الذين تتراوح أعمارهم من 25 سنة فما فوق، وهذا مهما كانت نسبة تكحل الدم⁽⁴⁾. كما أن المرافقين الذين يقودون سيارة وبنسبة تكحل الدم 0.03 غ/دل أي أقل بالنسبة المسموح بها، فخطر تورطهم في حادث مرور هو 34 مرة مقارنة بسائقين عمرهم ثلاثون سنة فما فوق⁽⁵⁾.

أما بالنسبة للمشاة، فلقد بين (4) Clayton et al أن خطر موت المشاة إثر حادث مرور يرتفع بين نسبة تكحل الدم من 0 إلى 0.1 غ/دل. وتوصل Peden et al في هذا المجال إلى أن الكحول له دور في أكثر من 61% من وفاة المشاة في جنوب إفريقيا⁽⁶⁾. وأظهرت دراسة

(1) G, Maycock. Drinking and driving in Great Britain: a review. Crowthorne (Royaume-Uni), Transport Research Laboratory, 1997 (Rapport 232 du TRL).

(2) Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (C.C.L.A.T). Alcool et drogues chez les conducteurs : Enquête routière menée en 2010 en Colombie- Britannique. CCLAT, 2011. <http://www.ccsa.ca.> (13/12/2012).

(3) M.D., Keall; Frith, W.J.; and Patterson, T.L. "The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time risk of driver fatal injury in New Zealand". Accident Analysis and Prevention, 36,2(2004): pp. 135-136.

(4) P.L., Zador. "Alcohol-related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex". Journal of Studies on Alcohol. 52,4(1991). pp:308-309.

(5) Keall, M.D; Frith, W.J.; and Patterson, T.L. Op-Cit. 36(2004): pp.52-53.

(6) M., Peden; et al. "Injured pedestrians in Cape Town: the role of alcohol". South African Medical Journal, 16(1996): pp.1103-1005.

برطانيا أن 48 % من المشاة الذين ماتوا إثر حادث مرور تعاطوا الكحول، وعند 39 % حالة كانت لهم نسبة الكحول في الدم عالية من الحد المسموح به للسائقين⁽¹⁾.

وعلى ضوء ما تم ذكره سابقا، يتبين أن للكحول دور كبير في حوادث المرور مقارنة بالمخدرات الأخرى، إلا أن الأدوية والمؤثرات العقلية والمخدرات على العموم التي لها تأثير على الجهاز العصبي يمكنها أن تضعف وتقلص من قدرات التحكم في السيارة⁽²⁾. أما الإشكالية التي يتعرض لها الباحثون في هذا المجال، هي عدم تمكنهم من التأكد من دور المؤثرات العقلية على حوادث المرور بنفس الدقة كما هو الحال بالنسبة للكحول، حيث ليس من السهل ربط بين جرعات العقاقير والمخدرات واحتمال وقوع الحوادث، حيث تكمن الصعوبة في عدة مشاكل منها⁽³⁾: أنه لا يمكن إظهار العلاقة بين كمية المخدرات في الدم ودرجة ضعف التحكم⁽⁴⁾. و تأثير الأدوية من فئة خاصة كالمثبطات التي تؤثر على رد فعل السائق وخصوصا مثل مسافة المكابح، حيث يستغرق وقت بين تعرضه لطارئ و استعمال المكابح⁽⁵⁾. كما أن التأثيرات على المدى القريب لبعض الأدوية تستطيع أن تختلف عن تأثيرات على المدى البعيد⁽⁶⁾. وتعاطي السائقون للمؤثرات العقلية والمخدرات بكثرة، والتي غالبا ما يتم مزجها بالكحول⁽⁷⁾. و على الرغم من أن الدراسات تؤكد وتدعم فكرة أن القنب يقلل ويضعف القدرات والتحكم⁽⁸⁾. حيث وجد في بعض البلدان أن بقايا القنب في دم سائقين توفوا في حوادث مرور. إلا أن العلاقة السببية لهذا المخدر مع حوادث المرور تبقى غير مؤكدة⁽⁹⁾.

(1) M., Keigan; Tunbridge, R.; and Jackson, P. *The incidence of alcohol in fatally injured adult pedestrians*. Crowthorne (Royaume-Uni), Transport Research Laboratory, 2003. <http://www.trl.co.uk>. (05/06/2012).

(2) C.E., Hunter; et al. *The prevalence and role of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants in non-fatal crashes*. Adélaïde (Australie), Forensic Science, Department for Administrative and Information Services, 1998.

(3) O.M.S. *Rapport Mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2004, p. 23.

(4) H., Moskowitz, H. "Marijuana and driving". *Accident Analysis and Prevention*, 17(1985): pp. 325-326.

(5) E.H.J.R., Ellinwood; and Heatherly, D.G. "Benzodiazepines, the popular minor tranquilizers: dynamics of effect on driving skills". *Accident Analysis and Prevention*, 17,4(1985): pp. 283-284.

(6) Hemmelgarn, B; et al. "Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly". *Journal of the American Medical Association*, 278(1997). 30-31.

(7) In Mercier- Guyon C, ed. *Actes de la 14e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Annecy, France, 21-26 septembre 1997*. Annecy (France), Centre d'études et de recherches en médecine du trafic, 1997. pp.803-807.

(8) Moskowitz, H. "Marijuana and driving". *Op-Cit*, pp.326-326.

(9) J.H.W., Robbe. *Influence of marijuana on driving*. Université de Limburg, Pays-Bas, 1994, p.35.

وفي الأخير تبقى طريقة قياس نسبة القنب في الدم موضوع جدال بين المختصين، وهذا لكون أن هذه المادة تبقى في الدم لمدة ثلاثة أسابيع، وهذا ما يجعل من الصعوبة الربط بين تعاطي القنب وضعف التحكم في القيادة طرف السائق⁽¹⁾.

إن المعطيات التجريبية إبتداء من الثمانينات 1980، مكنت من إعطاء أفكار أولية حول خطورة تعاطي القنب وحوادث المرور، ولكن بسبب عدم تطابق نتائج الدراسات الوبائية أدت إلى عدم الجزم في هذا الموضوع، واستمر هذا الوضع حتى سنوات 2000 أين استطاع العلماء الوصول إلى نتائج قوية ومقنعة تثبت أن تعاطي القنب يلعب دور معتبر في حوادث المرور⁽²⁾. وهكذا اتضحت مع الوقت العلاقة السببية بين تعاطي القنب وحوادث المرور كما أثبتته عدة دراسات وعلى رأسها دراسة Ramaekers وزملاؤه⁽³⁾.

للاشارة، فإن الجزائر احتلت المرتبة الرابعة عالميا من حيث حوادث المرور لسنة 2008، حيث تم تسجيل خلال نفس السنة 2008⁽⁴⁾: 111 حادث يومي، 12 وفاة إثر حادث مرور يوميا، و 177 مجروح إثر حادث مرور يوميا، إلا أننا لم نصادف دراسات ميدانية دقيقة حول دور الكحول والمخدرات في هذه الحوادث.

ثالثا: تعاطي المخدرات والانتحار: يعتبر الانتحار ظاهرة اجتماعية، استقطبت اهتمام الكثير من الباحثين لمعرفة أسبابها، وعلى غرار العديد من الدراسات، هناك من توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بينها وبين تعاطي المخدرات. فقد بينت الدراسات على الأحداث المتعاطين للمخدرات في الأرجنتين أن نحو 30% من عينة الدراسة أعترفوا بأنهم حاولوا الإنتحار مرة أو أكثر من مرة نتيجة التعاطي والرغبة في التخلص من الحياة وضغوطها الاجتماعية، وتراوحت نسبة الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين 25-50% من المدمنين. وبلغت في بريطانيا نسبة الانتحار بين المدمنين من 8 إلى 45 %.

(1) O.M.S. Rapport Mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Op-Cit. P.25.

(2) Bernard, Laumon; et al. Stupéfiants et Accidents Mortels de la Circulation Routière (Projet SAM) : Synthèse des principaux résultats. Convention OFDT/CEESAR Groupe SAM Septembre 2005, pp.33-39.

(3) Ramaekers, J.G; et all. "Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use". Drug and alcohol dependence, 73(2004): pp109-119. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (23/10/2011).

(4) Centre National de Prévention et de Sécurité Routières. Etude Statistique des Accidents de la Circulation en Algérie Année 2008. ministère des transports, Algérie, 2009.

على غرار تجربة وتحليل دقيق لعدة حالات الإنتحار الكحولي لـ: Murphy⁽¹⁾ 1992، فإنه من المحتمل جدا أن التسمم بالكحول يعتبر السبب المباشر للإنتحار. وما يؤكد العلاقة القوية بين تعاطي المخدرات والإقدام على الانتحار، تجربة مكافحة الإدمان على الكحول في عهد البريسترويكا **perestroika** حيث أدت هذه السياسة إلى تخفيض نسبة الانتحار من 65.6 في 100000 إلى 37 حالة عند الرجال في جمهورية روسيا⁽²⁾، وهذا يعني أنه كلما نقص عدد المدمنين على الكحول أدى إلى نقص عدد حالات الانتحار، والعكس صحيح، فتوفر الكحول يساعد على تفاقم ظاهرة الانتحار الكحولي، وهذا ما تدعمه الدراسة الأمريكية التي أظهرت أن نسبة الانتحار تزداد في المناطق التي تقل فيها المراقبة والتضييق للحصول على الكحول مقارنة بالمناطق الأخرى التي تشدد على هذه المادة كرفع الضرائب وحجز الكحول المتحصل عليها بالبيع الغير مرخص به **dry country**⁽³⁾.

ولقد أظهرت دراسة برتغالية لسنوات 1931 إلى 1989 أن زيادة لتر واحد في المعدل لكل شخص سنويا للتعاطي الوطني، أدى إلى زيادة الانتحار بـ: 1.9% عند الرجال⁽⁴⁾. وفي النرويج⁽⁵⁾ أجريت دراسة مقارنة بين مختلف المناطق من 1975 إلى 1988، وتبين أن ارتفاع معدل البيع السنوي للتر الواحد لكل شخص يؤدي إلى ارتفاع الانتحار بـ: 2.4%. وفي نفس السياق، أظهرت دراسة أجريت في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية بين 1990 و 1992 حول تحليل 1635 حالة انتحار، أن المؤثرات العقلية كانت السبب في 8.5% من مجموع الوفاة عن طريق الانتحار⁽⁶⁾. كما تم إحصاء 70 حالة وفاة عن طريق الانتحار لدراسة سويدية أجريت على 1537 مريض في المستشفى يعانون من الإدمان أو

(1) George E. Murphy. Suicide in alcoholism. 1st Ed. New York: Oxford University press, 1992, p.35.

(2) D., Wasserman, D; Varnik, A.; and Eklund, G. "Male suicide and alcohol consumption in the former USSR". Acta psychiatrica scandinavica, 89(1994), 307-309.

(3) D., Lester. "Restricting the availability of alcohol and rates of personal violence: suicide and homicide". Drug and alcohol, dependence, 31, (3), (1993): pp.215-217.

(4) O.J., Skog; et al. "Alcohol and suicide". The portuguese experience addiction, 90(1995): pp.1055-1056.

(5) I., Rossow. "Regional Analyses of alcohol and suicide in norway : some empirical considerations". Suicide and life Threatening behavior, 25,3(1995): pp.403-407.

(6) P.M., Marzuk; et al. "Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one year period". American Journal of Psychiatry, 149(1992): pp.371-372.

تعاطي المؤثرات العقلية⁽¹⁾. وفي دراسة في ساكسوني Saxoni بألمانيا، توصلت أن نسبة الوفاة عن طريق الانتحار بلغت 7% في فترة ستة سنوات ونصف فقط لعينة من 248 شخص تحت العناية الطبية يعانون من تعاطي وإدمان على الأدوية والمخدرات غير المشروعة⁽²⁾. وفي نفس المجال أجريت دراسة في شمال كاليفورنيا، تتمحور حول متابعة أسباب الوفاة غير الطبيعية لمدة ثمان سنوات على 130000 شخص قاموا بملأ استمارة (قبل وفاتهم)، تبين أن الفئة التي تتعاطى ستة مرات أو أكثر للكحول يوميا، عرضة للانتحار بستة اضعاف أكبر من بقية العينة⁽³⁾.

كما تبين الإحصائيات أن النسبة السنوية للانتحار عند مدمني الكحول في كيبك هي 140 في 100000. و تبين أن معدل المدة بين الإدمان على الكحول قبل الانتحار هي 19 سنة، وترتفع نسبة معدل الانتحار عند فئة الرجال بين 45 و 50 سنة⁽⁴⁾.

وفي الأخير يجب الإشارة أن هناك عدد من المخدرات والمؤثرات العقلية لها تأثير أقوى لسلوك الانتحار عن باقي المخدرات⁽⁵⁾. وأن تعاطي المخدرات عامة وتعاطي الكحول على وجه الخصوص له علاقة بالاضطرابات العقلية التي بدورها تؤدي إلى الانتحار⁽⁶⁾.

رابعاً: التعاطي والمشاكل الاجتماعية الأخرى :

زيادة على ما أسلفنا ذكره، فهناك مشاكل اجتماعية أخرى يتسبب فيها تعاطي المخدرات، ومن جملة هذه المشاكل:

1- **تعاطي المخدرات و العمل :** هناك ما بين 5 إلى 20% من العمال في أوروبا إما مدمنين على الكحول أو سيصبحون مدمنين على الكحول في المستقبل⁽¹⁾. وفي دراسة تحت

(1) C., Allgulander, C ; Brandt,L.; and Allebeck,P. "Suicide and psychopathology in 1537 patients dependents on prescribed psychoactive medications". stockholm, sweden.American Journal on addictions, 3,3(1994):pp.236-240.

(2) W., Poser; Poser,S. ; EAV-Condemarin,P. "Mortality in patients with dependence on prescription drugs". Drug and Alcohol dependence, 30(1992):pp.49-57.

(3) A.L., Klasky, A.L.; and Armstrong,M.A.(1993). "Alcohol use other traits and risk of unnatural death: a prospective study".Alcoholism: clinical and experimental research, 17,16,(1993): pp.1156-1162.

(4) Michel, Tousignant; and Tyna.Fayette. Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés. comité permanent de lutte à la toxicomanie(CPLT) ,Octobre 1997, Gouvernement du Québec. P 6.

(5) G., Borges; Walter, E.E.; and Kessler, R.C. "Associations of substance use: abuse and dependence with substance suicidal behavior". American journal of epidemiology, 151,8(2000): pp781-789.

(6) Jane-Liopsis, E.; and Matytsina, I. "Mental health, alcohol, drugs and tobacco: a review of the cormobidity between mental disorder and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs". Rug and alcohol. Review, 25(2006): pp. 515-536.

رعاية المكتب الدولي للعمل بالتعاون مع اللجنة الأوروبية، تم فيها تحقيق حول المخدرات والكحول في أماكن العمل في أوروبا، اتضح أن هناك حوالي 1.5 مليون عامل يتعاطون المخدرات والكحول في المؤسسات العمومية على المستوى الأوروبي⁽²⁾. كما أظهرت هذه الدراسة، عن وجود ثلاثة عشر مشكلة في أماكن العمل لها علاقة بالتعاطي، منها: تراجع في المردودية 87.5 %، تسمح في العمل 81.4 %، تأخر عن العمل 81.4 %، مشاكل انضباطية في العمل 80.6 %، غياب عن العمل 78 %⁽³⁾.

إن آثار وأضرار تعاطي المخدرات التي تظهر في أماكن العمل، تختلف حسب نوعية العمل وما يتطلبه من كفاءة وقدرة، وكذلك الأعمال التي تتطلب تركيز دائم، وذاكرة و كذلك مهارة معينة، هذه الأمور تكون سهلة التأثير عند تعاطي المخدرات مقارنة بالعمل الجسدي. فعلى سبيل المثال الماريجوانا يمكنها التأثير على الوظائف الإدراكية و التركيز، أما الأفيونات حتى بكميات قليلة، يمكنها أن تؤثر على المزاج، وتجعل المتعاطي أقل حركة، وتقلل من المهارة الحركية النفسية، كالسياقة⁽⁴⁾.

2- العنف الزوجي: تبين على العموم وجود ارتباط احصائي بين تعاطي الكحول والعنف العائلي، فكلما كان التعاطي أكثر كلما كان العنف أكثر⁽⁵⁾. فالدراسات العلمية، تذهب إلى وجود عوامل أخرى تؤثر على هذه الظاهرة، مثل أنه يكون أحد الطرفين ضحية عنف في طفولته، أو أنه كان شاهد على العنف الزوجي بين والديه⁽⁶⁾. كما أظهرت الدراسات أن التعاطي المفرط للكحول يعتبر من بين أهم الأسباب (وليس الوحيد) للعنف الزوجي⁽¹⁾. ففي

⁽¹⁾ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (E.F.I.L.W.C). Use of alcohol and drugs at the workplace. E.F.I.L.W.C. Dublin, 2012.p.39. <http://www.eurofound.europa.eu>. (15/01/2013).

⁽²⁾ J.P., Smith. Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programmes in the European Community, Report prepared for International Labour Office (ILO) in collaboration with the Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva, 1993, p. 11.

⁽³⁾ Ibid, p. 11.

⁽⁴⁾ Ibid, p. 11.

⁽⁵⁾ Lopez. D. ; et D. Sansfaçon. «Dommage Sociaux liés à l'usage de drogues : focus sur les relations et difficultés familiales». Toxibase, 4(Décembre, 2005) : pp.6-6.

⁽⁶⁾ Ibid. pp. 6-6.

⁽⁷⁾ H., Johnson. "The Role of Alcohol in Male Partners' Assaults on Wives". Journal of Drug, 30,4(2000): pp.728-729.

دراسة على 790 امرأة تتراوح أعمارهن بين 20 و 59 سنة، تبين أن 35 % من أفراد العينة، هن ضحايا عنف من طرف أزواجهن عندما يكونوا تحت تأثير الكحول⁽¹⁾.

3-الاعتداء الجنسي: بينت إحدى الدراسات أن أكثر من نصف المعتدين جنسيا كانوا قد تعاطوا الكحول قبل إرتكابهم الإعتداء⁽²⁾. و تشير بعض التحاليل أن تعاطي المؤثرات العقلية من طرف المعتدي أو الضحية له علاقة بخطورة الإعتداء⁽³⁾. فكثير من المعتدين ظهرت عليهم مشاكل التعاطي المفرط⁽⁴⁾. ففي دراسة مقارنة على 32 (جانيا) بالغا استعملوا العنف، و36 (جانيا) بالغا قاموا باعتداء. تبين أن 75 % من المعتدين تعاطوا الكحول قبل قدومهم على ارتكاب الجناية⁽⁵⁾. وفي دراسة أخرى تبين أن هناك، 50 % من المعتدين تعاطوا الكحول قبل إقدامهم على الاعتداء⁽⁶⁾. كما أن هناك دراسة أخرى تبين أن 26 % من المعتدين تعاطوا المخدرات غير المشروعة قبل الشروع في الاعتداء⁽⁷⁾.

المطلب الرابع : الأضرار الاقتصادية للمخدرات :

إن التعرض إلى الأضرار الاقتصادية للمخدرات يعد من المواضيع الشائكة التي يكتنفها الكثير من الغموض وعدم الدقة والسرية، إلا أن تجارة المخدرات كباقي التجارة حتى كونها غير شرعية، فهي تستجيب لقانون العرض والطلب وهي بالتالي حقيقة اقتصادية، مثل البترول والقمح والبن. وتتفق في هذا المجال معظم التقارير الدولية الصادرة عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة للسنوات الأخيرة، على القول بأن: الغموض التي تتميز به السوق

⁽¹⁾ M, Jaspard; et al. Les violences envers les femmes en France. une enquête nationale. Paris, La Documentation Française, 2002. <http://www.previh-anrs.fr>. (23/05/2012).

⁽²⁾ M, Tourigny; and DUFOUR, M. H. La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants: une recension des écrits. Montreal, CPLT, Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, 2000. PP.19-20.

⁽³⁾ In A.J., Reid; and J. A. Roth. Understanding and preventing violence. Washington, DC: National Academy Press, 3(1994).

⁽⁴⁾ S.H., Allnutt; et al. "Co-morbidity of alcoholism and the paraphilias". Journal of Forensic Sciences, 412, (1996): pp.236-237.

⁽⁵⁾ G.H., Gudjonsson; and Sigurdsson, J. F. "Differences and similarities between violent offenders and sex offenders". Child Abuse and Neglect, 24,3(2000): pp: 364-366.

⁽⁶⁾ R., Langevin; and BAIN, J. "Diabetes in sex offenders: a pilot study". Annals of Sex Research, 5,2(1992). pp. 112-113.

⁽⁷⁾ Gray M. D; et al. "Sexual aggression and victimization : A local prespective". Response to the Victimization of Women and Children, 11,3(1988): pp.9-13.

غير الشرعية للمخدرات يجعل من عملية التقدير في غاية الصعوبة، وذلك لكون أن معظم المدخلات الأساسية التي تحتاجها مثل هذه التقديرات (المعطيات، الأسعار، الكمية المصدرة والمستوردة و المستهلكة) هي في حد ذاتها غير دقيقة و مقدرة ومأخوذة في أغلب الأحيان من معطيات غير كاملة⁽¹⁾. وخصوصا إذا علمنا أنه خلال التسعينيات كان عدد البلدان المنتجة للمخدرات لا يتعدى العشرين وكلها معلومة لدى الهيئات الدولية، إنتشر الإنتاج اليوم على مستوى كل دول العالم، وهذا للمغريات المادية التي يجنيها، وإذا كانت زراعة المخدرات الطبيعية في تراجع، فإن إنتاج المؤثرات العقلية الجديدة (**Nouvelles Substances Psychoactives**)⁽²⁾ في ارتفاع مستمر وخطير.

أحدث الدراسات تقدر أن عائدات الجريمة المنظمة على المستوى الدولي لسنة 2009 وصلت إلى 2.1 تريليون دولار أمريكي، أي حوالي 3.6 % من الناتج المحلي الإجمالي العالمي^(*) (PIB) من بين هذه الجرائم (الاتجار بالبشر، والمخدرات، والتزوير، والاتجار بالنفط والذهب وغيرها من الجرائم)، وتمثل تجارة المخدرات ما يقارب نصف عائدات جميع الجرائم أي 1.5 % من الناتج المحلي الإجمالي العالمي⁽³⁾. وبالتالي تأتي تجارة المخدرات في المرتبة الثانية بعد تجارة الأسلحة في السوق الاقتصادية العالمية. وإذا فرضنا أن بارونات المخدرات يشكلون دولة بعينها، فإن الناتج الداخلي الخام لتجارتهم ترشحهم لاحتلال المرتبة 21 عالميا، بعد السويد مباشرة، أي ضمن أغنى دول العالم⁽⁴⁾.

ومهما يكن، فإن سوق المخدرات لها خاصيتان تتميز بهما عن الأسواق الشرعية وهما: الحظر (باعتبارها غير شرعية فالقانون الوطني والدولي يعاقب كل من يزرع أو يتاجر أو يهرب أو حتى يتعاطى المخدرات بطريقة غير شرعية)، وعدم مرونة الطلب مع السعر، وهذا

⁽¹⁾ Royal Society for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce (R.S.A). The Economic Effect of Illegal Drug Use. Action and Research Centre .March 2007. pp.8-9

⁽²⁾ U.N.O.D.C .The challenge of new psychoactive substances. A Report from the Global SMART Programme. United Nation, New York, March 2013. P.1.

^(*) الناتج المحلي الإجمالي أو الناتج الداخلي الخام هو مؤشر اقتصادي يستعمل لقياس الإنتاج المحلي في دولة معينة خلال مدة محددة.

⁽³⁾ U.N.O.D.C . Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes .Research report. Octobre 2011 , p.P9

⁽⁴⁾ planetoscope .Chiffre d'affaires du trafic de drogues dans le monde . Statistiques Mondiales en Temps Réel. <http://www.planetoscope.com>. (15/03/2013).

ما يجعل هذا السوق له جاذبية خاصة. فهاتين الخاصيتين تساعد على بقاء أسعار المخدرات مرتفعة، وبالتالي تجني أرباحا معتبرة لا تقارن مع أرباح باقي السلع على كل المستويات.

أولا : تكاليف المخدرات: وإذا أردنا معرفة الأضرار الاقتصادية التي تتسبب فيها المخدرات، فلا بد من معرفة جميع التكاليف التي تتجر عن هذا المرض الاجتماعي.

فمفهوم "التكاليف الاجتماعية للمخدرات"⁽¹⁾ ، أي مجموع المصاريف التي ينفقها المتعاطون وممونيهم، وكذلك المصاريف التي تتحملها السلطات العمومية. وتتمثل مصاريف السلطات العمومية في تلك النفقات المخصصة في تخفيض العرض عن طريق أجهزة القمع، وخفض الطلب عن طريق الوقاية والعلاج، زيادة عن مصاريف أخرى غير مباشرة كالموت المبكر والأمراض الناتجة عن المخدرات، وتكاليف الانحراف والجريمة. وهكذا نستطيع القول أن التكاليف الاجتماعية للمخدرات هي مجموع المبالغ : النفقات العمومية (المباشرة)، النفقات الخارجية (غير المباشرة)، والنفقات الخاصة (التي ينفقها المتعاطون)⁽²⁾.

ليس من السهل حساب تكاليف الأمراض الاجتماعية بصفة عامة، وبالأخص آفة تعاطي المخدرات وذلك نظرا لحساسيتها وارتباطها الوثيق بعالم الإجرام، إلا أن هناك عدة طرق في الدراسات الاقتصادية لحساب التكلفة الاجتماعية لمرض ما أو سلوك منحرف الذي يفرض على المجتمع. فالمشاكل التي تتجر عن المخدرات لا تقتصر فقط عن الجانب المرضي، فهناك جوانب أخرى مرتبطة بهذا المرض الاجتماعي، من مكافحة العرض بجميع أجهزته إلى خفض الطلب بكل أوجهه. إلا أن هناك عدد من الخبراء تعرضوا لهذا الموضوع مستعملين عدة طرق أشهرها: طريقة تحليل تكلفة المرض **ACM (Analyse du Coût de la Maladie)** التي تم تطويرها في الاقتصاد الصحي. حيث يتم من خلال تقنية **ACM** تقييم الانعكاسات الاقتصادية لمرض ما، مثلا تكلفة العلاج إن كان هناك علاج، كما يتم حساب كل التكاليف التي لها علاقة بهذا المرض. وهكذا يتم حساب التكاليف الناجمة عنه والتكاليف الاجتماعية.

⁽¹⁾ P., KOPP. L'économie de la drogue. Canada : Repères, La Découverte, 1997, p.128.

⁽²⁾ P., KOPP; and PALLE ,C . Le coût de la politique publique de la drogue. Essai de mesure des dépenses des administrations d'Etat. rapport pour la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. 1997.

وتعتبر طريقة **ACM** نموذج التحليل الأكثر شيوعاً في هذا الصدد. وذلك لكون هذه التقنية تتأقلم مع المواضيع، خصوصاً عندما يتعلق الأمر بمعلومات متفرقة لمرض معين، كما نستطيع استخدام هذه التقنية إذا كان نجهل جوانب كثيرة من المرض محل الدراسة مثل مدى انتشاره في المجتمع و كذلك أضراره المباشرة الجانبية كما هو الحال بالنسبة للمخدرات. فالتكلفة الاقتصادية لمرض ما أو مشكل اجتماعي معين، يتفرع منه عدة أضرار متباينة فيما بينها، والتي يمكن ترجمتها إلى وحدة مالية⁽¹⁾.

ومن أشهر الدراسات التي اعتمدت على هذه التقنية، دراسة **Rice et alli** (1991)⁽²⁾ حيث تم تحديد التكاليف المباشرة للمخدرات والمتمثلة في الموارد التي كانت من الممكن استعمالها في مشاريع أخرى وبطرق أخرى، ومن هذه التكاليف المباشرة المصاريف الخاصة بالصحة لصالح الأفراد المعنيين. كما تدخل مصاريف الخاصة بتكوين عمال الصحة وهذا يتمكنوا من التكفل بهذا المشكل. كما أن تكلفة الجريمة تدخل كذلك في هذا البند، وتكلفة الجريمة نعني بها تكلفة أجهزة مكافحة المخدرات المختلفة، وكذلك الخسائر التي تتجر عن تعاطي والاتجار غير الشرعي للمخدرات. كما يدخل في بند التكاليف المباشرة، إدارة السجون والمحاكم المختصة. فقد توصلت دراسة في الولايات المتحدة أن التكاليف الاقتصادية الإجمالية ذات الصلة بتعاطي المخدرات قدرت بأكثر من 180 مليار دولار أمريكي (650 دولار أمريكي عن كل فرد) لسنة 2002، أي ما يعادل 1.7% من إجمالي الناتج المحلي في الولايات المتحدة الأمريكية⁽³⁾، وبالتالي قدرت الأضرار الاقتصادية لتعاطي المخدرات في الولايات المتحدة وحدها بمجموع الناتج المحلي الإجمالي لـ 172 بلدا وإقليما في عام 2002 من أصل 198 بلدا وإقليما، وهي تمثل في حجمها لمجموع الناتج المحلي الإجمالي لدول مثل

⁽¹⁾ H.J., Harwood. "Economic and Drugs : Promises, Problems, and Prospects". *NIDA Research Monograph Series*, 113(1991). [http://archives.drugabuse.gov. \(30/11/2012\).](http://archives.drugabuse.gov. (30/11/2012).)

⁽²⁾ D.P., Rice; Kelman, S.; and Miller, L. S. "Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988". *Public Health Rep*, 106,3(May-Jun, 1991): pp.283-284. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov. Consulté le 30/11/2012.>

⁽³⁾ O.N.D.C.P. "The Economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992- 2002". Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy. Washington D.C, December 2004, p. 64. [https://www.ncjrs.gov. \(23/10/2012\).](https://www.ncjrs.gov. (23/10/2012).)

السعودية، النرويج أو الدانمارك⁽¹⁾.

وفيما يلي بعض الأرقام الخاصة لتكاليف المخدرات مقابل الناتج المحلي الخام لبعض البلدان التي قدمت دراستها إلى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة:

الجدول رقم (04) تكاليف المخدرات مقابل الناتج المحلي الخام لبعض البلدان

البلد	السنة	نسبة التكاليف مقابل الناتج المحلي الخام
أستراليا	2006	1.9%
إنجلترا وويلز والغال	2004-2003	1.8%
الولايات المتحدة	2002	1.7%
أستراليا	1998	1.0%
كندا	2002	0.7%
كوستاريكا	2003	0.5%
ألمانيا	1992	0.4%
سالفادور	2004	0.3%
إسبانيا	1997	0.2%
الشيبي	2003	0.2%
فرنسا	2000	0.2%
المكسيك	2003	0.1%

Source : United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes Research report. Octobre 2011. p101.

يتبين من خلال الجدول رقم (04)، أن أغلب البلدان تتفق أمولا طائلة لمكافحة المخدرات، وهي تختلف من بلد إلى بلد آخر، وهذا حسب حجم المشكلة الاجتماعية حسب البلد. كما نشير أن هذه الأرقام تخص بعض البلدان فقط، والتي تمكنت من دراسة دقيقة لتكاليف المخدرات وذلك للصعوبة الميدانية، وهذا ما يفسر أن الدراسات لا تخص سنة واحدة وإنما كل دولة قامت بهذه الدراسة حسب إمكانياتها المادية والبشرية.

ويقسم في هذا الصدد عادة الخبراء تكاليف المخدرات إلى تكاليف خاصة، و تكاليف

مباشرة « core costs » وغير مباشرة « associated costs »:

أ : **التكاليف الخاصة:** وهي تخص المصاريف الخاصة بشريحة من المجتمع التي تتخبط في مشكلة الإدمان، فزيادة على الأضرار الجسمية والنفسية التي يعاني منها المدمن بسبب

⁽¹⁾ World Bank (W.B) . World Development Indicators 2011 Part 1 of 2 : Global Development Indicators. Washington, February 2011.

المخدرات، فهناك أضرار أخرى تلحق به مادام مصر على التعاطي، وهي الأضرار الاقتصادية، فعلى المدمن أن يستعمل جميع حيله لكي يؤمن تموينه اليومي، وبالتالي يصرف جميع ماله على المخدرات خصوصا إذا كان مدمنا على المخدرات، كما يمكنه أن يبيع أغراضه الخاصة من أجل المخدرات، وقد يلجأ إلى السرقة أو الاعتداء على الغير و يمكنه كذلك وهذا هو المألوف عند المدمنين أن يصبح من المروجين للمخدرات وهذا حتى يؤمن مصروف جرعته اليومية.

ففي إندونيسيا مثلا تصرف الفئة الأقل دخلاً 15% من مجموع نفقاتها على التبغ⁽¹⁾، وفي مصر تصرف الأسر المنخفضة الدخل على التبغ أكثر من 10% من نفقاتها⁽²⁾. و في الولايات المتحدة الأمريكية، قدرت الإنفاقات سنة 2000 لشراء الكوكايين 36 مليار دولار والهيرويين 12 مليار دولار، وهي بالتالي تمثل 76% من إجمالي الإنفاقات لشراء غير المشروع للمخدرات لهذه السنة⁽³⁾. أما في بريطانيا وإيرلندا الشمالية، بلغت مصاريف المدمنين لشراء الهيرويين 3.9 مليار دولار و الكوكايين 3.6 مليار دولار، وهو ما يمثل 68% من إجمالي المصاريف لشراء المخدرات الغير الشرعية لهذين البلدين⁽⁴⁾.

أما في الجزائر، فحسب المقابلات التي أجريناها مع مجموعة من المدمنين على المخدرات بمركز علاج المدمنين ومكافحة الإدمان بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية، فالتكاليف الخاصة تختلف من مدمن إلى آخر وهذا حسب نوع المخدر، فالمدمن على الكيف المعالج ينفق تقريبا 1200 دج يوميا، أما المدمن على الكحول، فينفق يوميا 1600 دج، والمدمن على الأقراص ومنها الخطيرة كالسوبيتاكس Subitex فيصل الإنفاق اليومي من 4000 دج (للقرص الواحد) إذا كانت المادة متوفرة في السوق، إلى 8000 دج في حالة الندرة (وهكذا نجد

(1) De Beyer, Joy; Lovelace C. Yürekli. "A. Poverty and tobacco". *Tobacco Control*, 10,3(2001): pp.210-211.

(2) Heba, Nassar. "The economics of tobacco in Egypt, a new analysis of demand". *Economics of Tobacco Control*, HNP.World Bank, 8(March, 2003): pp. 10-20.

(3) O.N.D.C.P. What America's Users Spend on Illegal Drugs 1988-1998. Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy. Washington D.C, Décembre 2000.

(4) E. Bramley-Harker. 'Sizing the UK market for illicit drugs'. RDS Occasional Paper No 74(2001), Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

أن المخدرات تستجيب لقانون السوق الخاص بالعرض والطلب). أما المدمن على الكوكايين والهيروين فينفق المدمن يوميا لتأمين جرعته اليومية من 8000 إلى 16000 دج.

ب: التكاليف المباشرة: Core Costs حسب النظرية الاقتصادية فإن التكلفة المباشرة هي كون الموارد المستعملة، تكون واضحة المعالم، والدفع يكون بالعملة.

1- تكاليف إنفاذ القانون: ويدخل في هذا المحور كل ما تتفقه الدولة رسميا لمكافحة كل من يعمل على توافر المخدرات في السوق غير المشروعة، كما يدخل تحت هذا البند جزء كبير من ميزانية وزارة الداخلية بأجهزتها الثلاثة (الشرطة، الدرك والجمارك)، ميزانية وزارة العدل وتشمل كل من المحاكم الخاصة بقضايا المخدرات وإدارة السجون، والديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، وهناك أيضا وزارة الدفاع التي توكل لها مهمة حراسة الحدود وخفر السواحل بمكافحة التهريب من الخارج إلى الداخل والعكس. ويدخل هذا الإنفاق كله في نشاط مكافحة العرض على اختلاف أنواعها.

ففي كندا على سبيل المثال: قدرت تكاليف تنفيذ القانون لسنة 1992 ما يقارب 168.4 مليون دولار بالنسبة للشرطة، أما بالنسبة للمحاكم المختصة بجرائم المخدرات فقد قدرت التكاليف 59.2 مليون دولار. أما الجمارك فقد صرفت ما يناهز 9 ملايين دولار للبند المخصص للمخدرات، و قدرت في هذا الصدد تكاليف الخاصة بالمؤسسات العقابية في تنفيذها الأحكام المتعلقة بجرائم المخدرات بنحو 123.8 مليون دولار⁽¹⁾.

2- تكاليف الصحة والعلاج: إن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، يترتب عنه أضرار جسمية ونفسية، وهذا ما يجعل السلطات المعنية تسخر المؤسسات الاستشفائية لاستقبال المرضى ومعالجتهم، وهذا المؤسسات تتطلب مباني وأجهزة ومعدات وطواقم متكون يتقاض مقابل عمله راتبا شهريا. فعلى سبيل المثال مصلحة مكافحة الإدمان بمستشفى البلدية يضم طاقمه 48 موظف، موزعين كالآتي : 03 أطباء عقليين، 01 طبيب عام، 04 علماء نفسانيين، 02 عالمين اجتماعيين، 09 تقني سامين في الصحة، 01 تقني سامي، و 27

⁽¹⁾ Diane, Riley. La politique canadienne de contrôle des stupéfiants: aperçu et commentaire. Canadian Foundation for Drug Policy & International Harm Reduction Association. Préparé pour le Sénat du Canada. 1998, pp.16-20. www.parl.gc.ca. (15/02/2013).

عون مصلحة. كما يحتوي المركز على وحدة فحص، ووحدة استشفائية تحتوي على 40 سرير للرجال و10 أسرة للنساء. إلى جانب هذا المركز، هناك مركز آخر بسيدي الشحمي بوهران له نفس الخصائص. إضافة إلى ذلك فتح 56 مركزا على أساس مركز لكل ولاية، مركزين بالجزائر العاصمة، مركزين بوهران، مركزين بقسنطينة ومركزين بعنابة. موزعين (تتمثل مهماتها الرئيسية في استقبال وفحص وسماع والتكفل بالمدمنين إلا أن هذه المراكز لا تقوم باستضافة المدمنين (Non Hospitalisés). فكانت تكلفة الخزينة العمومية لتجهيز هذه المراكز فقط ما يقارب : $(40.000.000.00 \times 56 = 2.240.000.000.00 \text{ دج})$ ⁽¹⁾.

أما الجانب العلاجي، فقد صرح المدير العام للديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، أن تكلفة علاج مدمن واحد لمدة أسبوع هي 70.000 دج، و500.000 دج لمعالجة مدمن عولج من قبل (أي معاود) لنفس المدة⁽²⁾. وإذا علمنا أن مكوث المدمن في المستشفى يدوم 21 يوما، وإذا أخذنا إحصائيات مركز علاج المدمنين بمستشفى البلدية لسنة 2012، أين تم علاج 992 مدمن، فالتكلفة المالية لسنة واحدة في حالة أن كل المدمنين جاءوا للمرة الأولى (وفي الواقع أن عدد المنتكسين يكون أكثر من الباقي، وهذا حسب المعلومات التي استقيناها من عين المكان)، وهي $992 \times 21 \times 70.000 \text{ دج} = 1.458.240.000.00 \text{ دج}$. وهذا بدون إدراج تكاليف الفحوصات التي أجريت في نفس السنة للمدمنين الذي وصل إلى 6890 مدمن. وهكذا نلاحظ أن تكاليف علاج المدمنين تكلف خزينة الدولة أموالا طائلة، التي كانت من الممكن أن تصرف في علاج مرضى السرطان، أو مرض مستعصي آخر. كما يجب الإشارة إليه أن هذا الرقم يخص مستشفى واحد فقط لسنة واحدة فقط، وهذا ما يعطي صورة على الأضرار الاقتصادية التي يتكبدها المجتمع بسبب آفة المخدرات.

فالتكاليف السنوية للرعاية الصحية في مجال التبغ فقط تبلغ في الولايات المتحدة 81 مليار دولار أمريكي، وفي ألمانيا حوالي 7 مليارات دولار أمريكي و في أستراليا مليار دولار

⁽¹⁾ Ministère de la Santé et Population et Réformes Hospitalières (M.S.P.R.H). Projet de Réseau de Prise en Charge de la Toxicomanie et de la Psychiatrie : Programme de 2007-2009. M.S.P.R.H, 2007.

⁽²⁾ Salima, Tlemçani . « Trafic de drogue en évolution constante ». El Watan, 8 Février 2008. [http://www.elwatan.com. \(03/11/2011\)](http://www.elwatan.com. (03/11/2011)).

أمريكي⁽¹⁾. كما يتسبب التعرض لدخان الآخرين (أي التدخين السلبي) في الولايات المتحدة تكاليف طبية مباشرة تصل إلى 5 مليارات دولار أمريكي⁽²⁾.

3- الوقاية والبحث العلمي: كما تأخذ الوقاية قسطا من الميزانية المخصصة لمكافحة المخدرات، والممتثلة في أيام توعية ، ونشر الكتب المتعلقة بالموضوع، وكذا القيام بأفلام وثائقية لتحسيس الرأي العام بمخاطر المخدرات، وعقد ندوات ومؤتمرات وطنية وجهوية ودولية، إلى غير ذلك من الأمور التي تدخل في السياسة الوقائية.

إلى جانب هذا، ولأهمية الجانب العلمي في مكافحة المخدرات، تقوم السلطات العمومية بتخصيص ميزانية معتبرة لتمويل الدراسات والبحوث الميدانية حول ظاهرة المخدرات، وهذا من أجل وضع سياسات خاصة بالمخدرات وفق أسس علمية، وقد قام الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها بتكليف CNEAPD المركز الوطني للبحوث والتحليل للسكان والتنمية لإجراء تحقيق إبيديميولوجي وطني شامل حول انتشار المخدرات في الجزائر⁽³⁾

ج- تكاليف غير مباشرة Associated Costs: الخسارة في الانتاجية: فالأمراض التي تتسبب فيها المخدرات على الأشخاص تؤدي إلى خسارة الإنتاجية للفرد الذي يصبح غير قادر على العمل أو لا يعمل بطريقة صحيحة. ففي دراسة أمريكية حول علاقة الكحول بالخسارة الانتاجية، أظهرت أن خزانة الدولة الأمريكية خسرت حوالي 107 مليون دولار لسنة 1992⁽⁴⁾. وفي الولايات المتحدة الأمريكية دائما، فإن الخسارة الانتاجية تأخذ حصة الأسد من تكاليف الغير المباشرة لتعاطي المخدرات والتي قدرت بحنو 129 مليار دولار لسنة 2002 (وهذا باستعمال تقنية تكاليف المرض (COI) أي ما يعادل 71 % من مجموع تكاليف تعاطي المخدرات. وهي ناتجة أساسا من عدم القدرة على العمل بسبب دخول المؤسسات

⁽¹⁾G.E., Guindon; et al. "The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. World Health Organization, Geneva, 2006.

⁽²⁾D.F, Behan; Eriksen, M.P.; and Lin, Y. "Economic effects of environmental tobacco smoke". Society of Actuaries, March 31, 2005. <http://www.soa.org/>. Consulté le 20/10/2011.

⁽³⁾ C.N.E.A.P.D. « Enquête Épidémiologique Nationale et Globale sur la prévalence de la Drogue en Algérie » . Synthèse Globale. ONLDT. Office National de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Septembre 2010.

⁽⁴⁾ National Institutes of Health (N.I.H) . Disease-Specific Estimates of Direct and Indirect Costs of Illness and NIH Support: 1997.Update. Report submitted to the U.S. House of Representatives Committee on Appropriations. Bethesda, MD: National. Institutes of Health, 1997. p. 364.

العقابية لقضايا متعلق بتجارة المخدرات أو الجرائم التي لها صلة بالمخدرات، إلى جانب المرض و الوفاة المبكرة⁽¹⁾. وحسب دراسة مسحية سنة 2007 بأسكتلندا، أظهرت أن في المتوسط 4 من العمال اليدويين (أي مايعادل 31094 عامل) و 2 من العمال غير اليدويين (أي مايعادل 30525 عامل)، كان غيابهم عن العمل بسبب المخدرات. وقدرت تكاليف هذه الغيابات بسبب المخدرات ما يقارب 19 مليون جنيه أسترليني⁽²⁾. وفي دراسة مسحية أخرى لنفس البلد على سوق العمل لسنة 2006، بينت أن هناك تقريبا 26145 من الذكور و 10704 أنثى يعانون من مشكلة تعاطي المخدرات والذين كان بإمكانهم العمل لولا تورطهم في مشكلة الإدمان. وهذا ما أدى إلى خسارة في الانتاجية التي كلفت خزينة الدولة ما يناهز 769 مليون جنيه أسترليني⁽³⁾.

1- **الموت المبكر** : غالبا ما يموت المدمن في سن مبكر أي في سن مازال قادرا على العمل، وبالتالي يفقد الإقتصاد الوطني قوة عاملة بسبب إدمانها على المخدرات، وهي ما تسمى بتكاليف الموت⁽⁴⁾. فنصف جميع الوفيات المرتبطة بالتبغ وضياح الفرص الاقتصادية في البلدان النامية ذات الكثافة السكانية، يحدث في أوج العمر المعطاء⁽⁵⁾، والتكلفة الاقتصادية للوفيات المرتبطة بالتبغ تفرض عبئا خاصاً على العالم النامي لأنه سيسجل بحلول عام 2030 أربع وفيات من بين كل خمس وفيات في العالم مرتبطة بالتبغ⁽⁶⁾.

2- **الخسائر البشرية**: والمقصود بمفهوم الخسائر البشرية إلى مجموع الأفراد الذين يخرجون كلياً أو جزئياً من حساب القوة العاملة في المجتمع كنتيجة مباشرة لمشكلة المخدرات، وأول مجموعة بشرية تحسب على هذه الخسائر هي بطبيعة الحال المتعاطون والمدمنون

⁽¹⁾ U.N.O.D.C. Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes Research report. Octobre 2011 .p.10.

⁽²⁾ Jane, Casey; and Gordon, Hay. Assessing the Scale and Impact of Illicit Drug Markets in Scotland for the year 2006. Report for Scottish Government Social Research. 5 October 2009, p.62. <http://www.scotland.gov.uk>. (15/10/2012).

⁽³⁾ Ibid, p63.

⁽⁴⁾ Pierre, Kopp.; and Christophe, Palle . Vers l'analyse de Cout des Drogues Illégales : Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts . Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Mai 1998, pp. 60-70.

⁽⁵⁾ Guindon, G.E; et al. The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. Op-Cit.

⁽⁶⁾ C.D., Mathers; and Loncar, D. "Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030". PLoS Medicine, 3,11(2006): pp. 442-442. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (31/01/2012).

أنفسهم. على الصعيد الدولي تشير التقديرات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات أن عدد الأشخاص الذين تناولوا المواد غير المشروعة مرة واحدة في عام 2010 ما نسبته من 3.4 إلى 6.6 في المائة من مجموع السكان في الفئة العمرية بين 15 و 64 سنة. ومن 10 إلى 13 في المائة من هؤلاء الأشخاص هم من متعاطي المخدرات الإشكاليين* وهم بالتالي يعانون من اضطرابات لها علاقة بالمخدرات⁽¹⁾. على أن هذه المجموعة البشرية نفسها التي نحسبها خسائر بقدر انسحابها من العالم الاجتماعي السوي من حيث الاهتمامات والعمل والالتزام، كذلك كخسائر من حيث كونها تصبح بؤرة غير صحية داخل مجموع الأوساط الاجتماعية التي تكتنفها (الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل...إلخ). ويدخل في هذه الفئة جميع الأفراد العاملين في حقل التهريب والإنتاج غير المشروع في المخدرات، إذ أن هؤلاء جميعا كان من الممكن أن يحسبوا ضمن طاقة العمل السوي في المجتمع، ولكن بانحرافهم إلى الاشتغال في مجال توفير المخدرات وعرضها يخضمون من طاقة العمل المشروع في المجتمع. يشير Clinard إلى أن أحد الأبعاد الإقتصادية لجريمة المخدرات، هو حجب المجهود الخاص بالقوى العاملة الفنية عن الإنتاج الإقتصادي المثمر، بسبب غياب هذه القوى عن الوعي، أو دخولها السجن، ولهذا يحرم الناتج القومي من ثمار قوة عمل هذه المجموعة، نتيجة العقوبات والتي تصل أحيانا إلى الإعدام⁽²⁾.

تشير الإحصائيات المنشورة من طرف الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها لسنة 2012، أنه تم توقيف 4985 شخص بتهمة التجارة والتهريب، و11637 بتهمة الحيازة والتعاطي، أي في المجموع 16612 شخص تورطوا في جرائم المخدرات وهم بالتالي حرموا المجتمع من قوتهم العضلية والفكرية.

3- **خسائر غير مباشرة أخرى:** من الخسائر غير المباشر التي لها علاقة بالمخدرات، الجريمة بكل أنواعها، فالجريمة تكلف الدول أموالا طائلة، وعلى رأسها القتل، والسرقة

* أولئك الذين يتعاطون مواد غير مشروعة بصورة منتظمة ويمكن اعتبارهم مرتين، وأولئك الذين يتعاطون المخدرات بواسطة الحقن.

⁽¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير المخدرات العالمي 2012. مرجع سابق. ص 1.

⁽²⁾ William F. Skinner. "Delinquency, Crime, and Development: A Case Study of Iceland". Journal of Research in Crime and Delinquency, 23(August, 1986): pp268-294.

وتبييض الأموال، والاعتداء على الغير. وكذلك الحرائق التي تتجر عن تعاطي المخدرات في أماكن التعاطي.

عدة دراسات توصلت أن تقريبا نصف الحرائق المميتة للبالغين، كانت تحت تأثير الكحول أثناء الحريق، وأن الرجال يشكلون أغلبية هذه الحالات. كما بينت أن الشباب (بين 15 و 34 سنة) تمثل أعلى نسبة في التسبب في حرائق بسبب تعاطيهم الكحول⁽¹⁾. ففي دراسة عن الحرائق في مدينة منيسوتا Minnesota أحصيت 255 حالة حريق مميت من 1993 إلى 1996، 74 من هذه الحرائق وجد في دم ضحايا 70% منهم أثر الكحول في دمهم⁽²⁾.

زيادة على هذه الخسائر، هناك تكاليف الرعاية الاجتماعية لهؤلاء المدمنين، حيث تولي الحكومات عناية خاصة لهذه الفئات الهشة من المجتمع، وهذا عن طريق المتابعة الدائمة عند الإدمان، وعند الإقلاع بإعادة إدماجهم في المجتمع، حيث تسخر لهم الإدارات وعمال مهمتهم الرئيسية الرعاية الاجتماعية من حيث توفير المأوى للفئات التي أصبحت مع الوقت بدون سكن بسبب المخدرات، وكذلك توفير وجبات غذائية للكثير منهم الذين أصبحوا بدون مدخول بسبب الإدمان، كما أن بعض البلدان وعلى رأسها الدانمارك، توفر مكاتب خاصة للمدمنين لأخذ جرعاتهم فيها تفاديا للأمراض المعدية الخطيرة كداء فقدان المناعة و فيروس الكبد المنتشر بين المدمنين. كما تشمل الرعاية الاجتماعية أطفال المدمنين، الذين في أغلب الأحيان يحتاجون المساعدة الاجتماعية⁽³⁾.

ثانيا: تجارة المخدرات وتبييض الأموال: يعتبر تبييض الأموال من أخطر الجرائم التي ظهرت في العقود الأخيرة، وتتمثل هذه الظاهرة في تمويه المصدر غير المشروع لمصدر الأموال، وإضفاء صفة المشروعية إلى مصدرها. ويأتي تبييض الأموال في المرحلة الأخيرة من شبكة جريمة المخدرات، وتشكل هذه المرحلة أخطر مراحل هذا النشاط.

(1) TriData Corporation . Establishing a relationship between alcohol and casualties of fire. United States Fire Administration, October 1999.p1.

(2) D., Kloehn; K. Miner.; and K. Daly . Alcohol Use in Minnesota: Extent and Cost. Minnesota Department of Health, October 1995.

(3) Jane, Casey; and Gordon, Hay. Centre for Drug Misuse Research, Op-Cit.p.59.

وتشكل ظاهرة غسل الأموال إحدى الظواهر الاجتماعية والاقتصادية التي تحمل العديد من الأخطار على البنية الاجتماعية والاقتصادية لأي مجتمع من المجتمعات. وحسب المجموعة المالية الدولية، **Groupe d'action financière internationale (GAFI)**، تقدر الأموال التي يتم تبييضها سنوياً في العالم من السوق غير الشرعية للمخدرات فقط ما بين 300 إلى 500 مليار دولار. وهي بالتالي تقدر حسب تقديرات الصندوق النقد الدولي بـ: 2% من الناتج الخام العالمي⁽¹⁾.

تمتد الأنشطة المتعددة لجرائم الاتجار غير المشروع بالمخدرات عبر مناطق شاسعة في العالم عن طريق عصابات دولية تمتاز بالقوة والدهاء والتنظيم والنفوذ، وتحقق من خلالها أرباحاً وعائدات ضخمة، بما يسمح لها بالاستمرار و تطوير قدراتها الميدانية من قوة و نفوذ، وهذا ما يؤثر سلباً على العديد من دول العالم⁽²⁾. وقد ساعد التطور المذهل في وسائل الاتصال وثورة المعلومات عصابات الجريمة المنظمة في إخفاء الأموال النائدة عن التجارة غير الشرعية للمخدرات، إذا أصبح من السهل انتقال رؤوس الأموال عبر الدول في ظل تدويل الإقتصاد العالمي ونمو أسواق المال الدولية، وهذا حتى يتسنى لهم من تدوير تلك الأموال في قنوات استثمار شرعية.

ومن القنوات الرئيسية التي تستخدم في عمليات أموال المخدرات القنوات المصرفية وكثير من البنوك والمؤسسات المالية يمكن استخدامها كوسائل تحويل وإيداع أموال المخدرات. وحسب المعلومات المتوافرة من صندوق النقد الدولي **FMI** ومنظمة التعاون الإقتصادي والتنمية وبنك التسويات الدولي، فإن تقديرات إيرادات المتاجرة بالتجزئة في ثلاثة أنواع رئيسية من الكوكايين و الهيروين والماريجوانا تبلغ 122 مليار دولار، منها 75 مليار دولار قابلة للغسل من خلال القنوات البنكية⁽³⁾.

وجاء في التقرير السنوي لجمعية **"Geopolitical Drugs Watch"** المعنية بمراقبة المخدرات، أن العولمة الاقتصادية جعلت غسل الأموال أكثر سهولة، وذكر التقرير أن مهربي

⁽¹⁾ Samuel D. Porteous. *Étude d'Impact du Crime Organisé Points Saillants*. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 1998, P.19. www.sgc.gc.ca. (03/10/2012).

⁽²⁾ عادل حسن، السيد. *طبيعة عمليات غسل الأموال وعلاقتها بانتشار المخدرات*. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 429 هـ - 2008م، ص 63.

⁽³⁾ نفس المرجع، ص 73.

المخدرات تمكنوا في عام واحد من دمج ما يتراوح بين (350) مليار دولار و (400) مليار دولار من أرباح المخدرات في الاقتصاد العالمي. واستنادا إلى نفس التقرير فإن شبكات تهريب المخدرات المنظمة في النصف الشمالي من الكرة الأرضية تستخدم البنوك في الجنوب كملاجئ آمنة لأموال المخدرات والتهرب من الضرائب، ثم تعتمد على غسل هذه الأموال وإعادة دمجها في الاقتصاد العالمي مرة أخرى، ويضيف التقرير أن المنظمات الإجرامية، بالأخص المافيا الروسية، تقوم باستخدام جزر المحيط الهادي مثل جزيرة مارشال ونيو وساموا وقانوتا، كملاجئ آمنة لغسل الأموال، ويستثمر كبار مهربي المخدرات في الشمال والجنوب أرباحهم غير الشرعية في الأسواق الجنوبية التقليدية، مثل الذهب والماس والكوكا والقهوة، متجاوزين الحكومات والمسؤولين، ويدرج التقرير نحو ثلاثين صراعا في أنحاء العالم المختلفة تستمد تمويلها من أموال المخدرات، بدءاً من منظمة إيتا الانفصالية في إقليم الباسك الإسباني، إلى أفغانستان وكولومبيا وأنجولا، ويضيف التقرير أن منظمة إيتا التي تقدر ميزانيتها السنوية بين (15) و (20) مليار دولار قد تمكنت من تعزيز إيراداتها عن طريق تهريب المخدرات منذ مطلع الثمانينات عندما ارتبطت تجارة المخدرات بتجارة الأسلحة⁽¹⁾.

وعملية غسل الأموال لم تسلم من تبعاتها حتى إقتصاديات الدول الصناعية، فحسب إحدى الدراسات توصلت إلى أن زيادة نشاط تبييض الأموال يؤدي إلى تقليص وتراجع النمو الاقتصادي. وذلك لكون أن لكل 1 مليار دولار أمريكي يتم تبييضها، تؤدي إلى تراجع الإقتصاد بنسبة 0.04 إلى 0.06 من المائة في 17 دولة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية⁽²⁾ OECD^(*).

ولكن رغم الآثار السلبية لعملية تبييض الأموال، إلا أن هناك بعض البنوك من استفادت من هذا النشاط خلال الأزمة المالية لسنة 2008، ففي حوار له يوم 13 ديسمبر 2009 صرح Antonio Maria Costa مدير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أن نسبة كبيرة من أصل 352 مليار دولار الناتجة عن التجارة غير الشرعية للمخدرات تم

(1) المرجع السابق، ص 74.

(2) U.N.O.D.C. Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes Research report. Op-Cit. p.11.

(*) منظمة دولية مكونة من مجموعة من البلدان المتقدمة التي تقبل مبادئ الديمقراطية التمثيلية واقتصاد السوق الحر.

تبييضها من طرف مؤسسات مالية وهي على علم بمصدرها وهذا خلال سنة 2008، وأكد أن أرباح الجريمة المنظمة كانت المصدر الوحيد للعملة لبعض البنوك التي كانت على حافة الإفلاس، وكان هذا المال المصدر الوحيد للعملة في النصف الثاني من سنة 2008، حيث كان نقص العملة هو المشكل الرئيسي للنظام البنكي⁽¹⁾.

وحسب بعض الخبراء فإنه من الصعب الإستغناء عن الأموال غير الشرعية في الدورة الإقتصادية الجارية. ففي إفريقيا تغض الحكومات الطرف عن زراعة المخدرات، إن لم تكن هي التي تشارك مباشرة في التجارة، ونمو الاقتصاد الموازي يلعب دور صمام الأمان، حيث يسمح للفلاحين تقبل الإنقلابات الإقتصادية الحالية. كما يلعب الكوكايين في أمريكا اللاتينية دور المهدأ الإجتماعي في سياسات النظام المالي وهذا لضمان استقراره، حيث تضع العملة الصعبة في الاقتصاد لخفض البطالة، واستقرار الميزانية التجارية وتمويل خدمات المديونية عن طريق السماح للأموال غير النظيفة دخول التراب الوطني.

ثالثا: الأضرار الاقتصادية للمخدرات على الدول المنتجة: حقيقة أن الصناعة غير الشرعية للمخدرات توفر العمل في قطاع الفلاحة لعدد كبير من الأشخاص المناطق الريفية للدول المنتجة للمخدرات في العالم، كما تعطي فرصة كذلك للعمل لأشخاص في المخابر، و تجارة الجملة، و تسمح كذلك بتوفير عمل للمختصين في تبييض الأموال و التجار والمهربين. كل هذا العدد الهائل من الوظائف غير الشرعية، إلا أنه بالمقابل هناك نسبة بطالة مرتفعة في هذه الدول⁽²⁾. و تم تقدير أن حوالي 3 % من سكان الريف لدولتي البيرو وبوليفيا شاركوا في إنتاج الغير الشرعي للمخدرات في نهاية عام 1980، وهي نفس النسبة لسكان الريف لكل من أفغانستان وكولومبيا في نهاية 1990. في المناطق التي تم إنتاج الغير الشرعي للمخدرات. كما بلغت سنة 2001 قيمة الحصاد الغير الشرعي لمادة الأفيون على مستوى المستوطنات الزراعية حوالي 400 مليون دولار، والكوكا بـ 700 مليون دولار⁽³⁾. أي ما يقارب 1100

⁽¹⁾ Joras, Ferwerda. Criminals saved our Banks: The Effect of Money Laundering during the Financial Crisis. Paper for the course Inclusion and Exclusion in Contemporary European Societies. Challenges of a New Europe: Chances in Crisis IUC Dubrovnik April 21-24/ 2010. p.1

⁽²⁾ Ibid, p.2.

⁽³⁾ Programme des Nations Unies pour le contrôle international des Drogues (P.N.U.C.I.D). Tendances mondiales des drogues illicites 2002. Nations Unies, New York, 2003, p. 66.

مليون دولار لهاتين المادتين . إلا أن هذا الرقم لا يمكن مقارنته بمجموع المداخل الفلاحية للبلدان المعنية (حوالي 86 مليار دولار) أي أنها تمثل 1.3 % من هذه المداخل. كما أنه في بعض البلدان تقدر نسبة المداخل المحصل عليها عن طريق إنتاج المخدرات غير المشروعة حوالي 5 % من مجموع المداخل الفلاحية.

ويظهر جليا أن الإيرادات المتحصل عليها من طرف المزارعين لإنتاج الغير الشرعي للمخدرات، تمثل حصة ضعيفة مقارنة بالميزانيات التي تخصصها معظم الدول التي تعاني من هذه الآفة لمراقبة المخدرات، فالولايات المتحدة الأمريكية وحدها خصصت ما يقدر بـ 33 مليار سنة 2001 لمراقبة المخدرات، وهو ما يعادل 33 مرة المداخل على المستوى الدولي لزراعة وإنتاج الكوكا والخشخاش⁽¹⁾.

وعليه يتضح أنه وإن كان عدد قليل من الأشخاص، وبالأخص أولئك الذين ينظمون الاتجار غير الشرعي للمخدرات، يجنون أرباحا طائلة من زراعة المخدرات، فإن هذه الأنشطة تعود بالضرر والخسارة على الأغلبية الساحقة لباقي السكان، وحتى الذين قد استفادوا في بداية الأمر من هذا النشاط. وعليه فالصناعة غير المشروعة للمخدرات تسبب على المدى البعيد مشاكل كبيرة والتي تضر بالتنمية الاقتصادية للبلد المعني.

كما يجب الإشارة أن المداخل التي يتم ربحها من تجارة المخدرات تكون أضعاف مضاعفة في البلدان المستهلكة عنه في البلدان المنتجة. وخير مثال على ذلك مادة الهيروين المنتجة في أفغانستان، حيث تباع في البلد المنتج 600 جنيه استرليني للكغ، ثم تباع في تركيا بـ 7000 جنيه استرليني للكغ، لتصل عند وسط الشبكة (أي في منتصف الطريق) بنحو 22000 جنيه استرليني للكغ، ويبلغ ثم الكيلوغرام الواحد عند نهاية الشبكة بنحو 35000 كغ، وهكذا نجد أن ثمن البيع بالجملة في البلد المستهلك يصل إلى 60 ضعف عن ثمن الجملة في البلد المنتج⁽²⁾.

⁽¹⁾ O.I.C.S. Les drogues illicites et le développement économique. Soixante-quinzième session .Vienne, 30 Octobre-15 novembre 2002 .Point 10 de l'ordre du jour provisoire * Projet de rapport de l'Organe pour 2002.

⁽²⁾ P e a r s o n , G e o f f r e y . ; a n d D i c k H o b b s . Middle Market drug Distribution. Novembre 2001, p.19. R e s e a r c h S t u d y 2 2 7 . <http://www.scribd.com>. (15/12/2012).

و تشير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات **The International Narcotics Control Board** إلى العلاقة السلبية بين الإنتاج غير الشرعي للمخدرات والنمو الاقتصادي، وتعطي مثال على ذلك لكل من دولتي بوليفيا والبيرو، أين شهدتا هاتين الدولتين زيادة ملحوظة في زراعة المخدرات، إلا أن ذلك لم يصحبه نموا اقتصاديا⁽¹⁾. وحسب مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فإن المال الذي يأتي من التجارة غير الشرعية للمخدرات، سرعان ما يسبب في زعزعة استقرار اقتصاد الدول المنتجة، وهذا من خلال النقاط التالية⁽²⁾:

- التضخم: وهذا بسبب كثرة تداول الأموال في الاقتصاد الناتج من السوق السوداء أو الاقتصاد التحتي **underground activity**.

- تدمير التجارة الشرعية للبلد: أو ما يسمى بالمرض الهولندي^(*) وهو عندما يزدهر قطاع إقتصادي ويتسبب في ركود باقي القطاعات. فالتبادل التجاري الخارجي غير المتكافئ الذي يؤدي إلى مداخل كبيرة نتيجة الإنتاج غير الشرعي للمخدرات يستطيع التسبب في ركود كل الأنشطة التي ليس لها علاقة بالمخدرات. ويترتب على ذلك أن يصبح الاقتصاد البلاد يعتمد على تجارة وحيدة فقط.

- خلخلة السياسة النقدية: فالحركة الكبيرة للمال غير الشرعي، تعيق الحكومة في مراقبة السياسة المالية للبلاد. وفقدان البنك المركزي في توفير الاستقرار الاقتصادي الكلي. فالأموال الضخمة للتجار غير الشرعية للمخدرات، و التي تضخ في السوق وتختلط بالأموال الشرعية، تؤدي إلى إضعاف المراقبة المالية، تفقد معها مصداقية السياسة المالية لذلك البلد، وتكون النتيجة أن أرباح البلد الناتجة من المخدرات أكثر من تلك الآتية من المال المشروع وبالتالي تختل الموازين.

- الآثار المنفعية للمال المتحصل عليه من التجارة غير الشرعية للمخدرات، أقل بكثير من الآثار المنفعية المتحصل عليها من التجارة المشروعة. وذلك لكون أن أرباح تجارة المخدرات

⁽¹⁾ International Narcotics Control Board (I.N.C.B) . Report of the International Narcotics Control Board for 2002: Chapter. Illicit drugs and economic development. Vienna, 2003, p.2. www.incb.org. (15/11/2012).

⁽²⁾ Royal Society for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce (R.S.A). The Economic Effect of Illegal Drug Use. Action and Research Centre .March 2007. pp.8-9.

^(*) المرض الهولندي (Dutch Disease) ، اسم لحالة من الكسل والتراخي الوظيفي أصابت الشعب الهولندي في النصف الأول من القرن الماضي

1900 إلى 1950، بعد اكتشاف النفط في بحر الشمال، ولم يستفيق إلا بعد نفاذ الأبار التي استنزفها باستهلاكه غير المنتج.

ولتبييضها تصرف في أمور تافهة وفي قطاعات غير منتجة كالعقار والسلع المستوردة والقمار، لأن الاستثمار في هذه الحالة يكون هدفه تبييض الأموال وبالتالي محاولة التمويه أكثر من النية الحقيقية لتحقيق أرباح اقتصادية.

المطلب الخامس : الأضرار السياسية للمخدرات:

إن الأضرار السياسية التي تتسبب فيها المخدرات كثيرة ومتشعبة، أهمها الفساد السياسي الناتج عن الأموال الكثيرة التي تجنيها المنظمات الإجرامية وترشي بها قيادات سياسية، وموظفين، منها إدارة نفاذ القانون كالمحاكم ورجال الشرطة، وهذا ما يؤدي إلى ضعف الدولة وفقدان مصداقيتها أمام باقي الدول. وكذلك هناك الحروب التي تسببت فيها المخدرات كحرب الأفغانيون في الصين. ناهيك عن ضياع أوقات و جهود مؤسسات الدولة.

أولاً: الفساد السياسي: جاء في الافتتاحية لاتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد لسنة 2003، لسيد الأمين العام السابق للأمم المتحدة كوفي عنان: إن الفساد يترتب عليه نطاق واسع من الآثار الضارة في المجتمعات، فهو يقوض الديمقراطية وسيادة القانون ويؤدي إلى ارتكاب انتهاكات حقوق الإنسان وتشويه الأسواق، وتدهور نوعية الحياة وبتيح إزدهار الجريمة المنظمة والإرهاب، وغير ذلك من التهديدات لازدهار الأمن البشري⁽¹⁾. وتوجد هذه الظاهرة في جميع البلدان، إلا أن أثارها في العالم النامي أكثر ما تكون تدميراً.

إن السوق غير الشرعية للمخدرات معقدة ومتشابكة وفي تغير مستمر، كما أنها تمتاز بمرونة خارقة للعادة فاقت باقي الأسواق الشرعية، فبارونات المخدرات يغيرون أساليبهم باستمرار لمواجهة جهود الحكومات الخاصة بمكافحة الجريمة المنظمة. وكثيراً ما تنتقل أنشطة تلك المنظمات من مكان إلى مكان آخر، بل من بلد إلى بلد آخر عندما تتهدد مصالحها في تلك المناطق. ولا تتميز هذه المنظمات بدهائها الخارق بل بطرقها للسيطرة على السوق، وهي الفساد أو العنف. وهكذا غالباً ما تلجأ إلى استعمال الرشوة و العنف والتهريب الممنهج لبسط نفوذها وإضعاف الهيئات الرسمية المختصة في إنفاذ القانون. وفي هذا الإطار أقرت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في تقريرها السنوي لعام 2010، أنه: "ما من شيء يضعف الجهود

⁽¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد (أكتوبر 2003). الأمم المتحدة، نيويورك 2004 ص.iii.

الرامية إلى الحد من تجارة المخدرات غير المشروعة مثل نجاح التنظيمات الإجرامية في محاولاتها الرامية في تهريب الموظفين العموميين^(*) وإفسادهم. ولا شيء يقوض الجهود الدولية لمراقبة المخدرات مثل الحالات العديدة التي يسهل فيها موظفون فاسدون الاتجار بالمخدرات أو يشاركون فيه. ومع ذلك فإن العنف والفساد هما عنصران جوهريان في أسواق المخدرات غير المشروعة⁽¹⁾. فالتهريب والفساد هما أنجع أداتين تستخدمهما المنظمات الإجرامية للتصدي لجهود مكافحة المخدرات التي توكل إلى هيئات إنفاذ القانون. حيث باستطاعة أي تنظيم إجرامي شراء ذمم موظفين عموميين، بنفس السهولة التي تسمح لها باغتياله عن طريق دفع الثمن للمرتزقة. فالعائدات الهائلة التي تأتي من التجارة غير الشرعية للمخدرات، تشكل مصدر إفساد قوية جدا. فالفساد كما تراه الأمم المتحدة خطر على الديمقراطية والتنمية، ويفعل كل ما من شأنه أن يضر بالحكومة الرشيدة ويضعف المؤسسات الاجتماعية. كما يضر بنظام القضاء الجنائي ضررا بالغا، وبالتالي يؤدي إلى إضعاف سيادة القانون. كل هذا يجعل المواطن يفقد الثقة في مؤسسات الدولة.

ويقول وليامس Williams⁽²⁾ في هذا الصدد أن الجريمة المنظمة هي خطر حقيقي على أمن واستقرار الوطني والدولي، وتشكل تهديدا مباشرا للسلطة السياسية والقانونية، كما تعتبر تحديا لسلطة الحكومات، حيث تؤدي إلى زعزعت ورهن المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية مسببة بذلك خسارة في تقدم ورقي الديمقراطية، لتصبح المجتمعات ضحية لهذا الوضع.

وهكذا، نجد أن أغلب الدول المنتجة للمخدرات، أو تلك التي تستعمل كمناطق عبور للتجارة الدولية غير الشرعية، يشككي نظامها السياسي من الفساد، وكل أجهزة مكافحة المخدرات متورطة بشكل من الأشكال في جرائم المخدرات، كما أن الحكومة التي تمثل السلطة تكون ضعيفة أمام تلك المجموعات الإجرامية، وبالتالي تفقد سيطرتها على البلاد، وفيما يلي، بعض النماذج للبلدان التي تعاني من هذه الظاهرة:

(*) يقصد بموظف عمومي: أي شخص يشغل منصبا تشريعيا أو تنفيذيا أو إداريا أو قضائيا في الدولة سواء أكان معينا أو منتخبا، دائما أو مؤقتا، مدفوع الأجر أو غير مدفوع الأجر.

(1) الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2010. الأمم المتحدة نيويورك. 2011. ص 1.

(2) P., Williams; and Savona, E.U. The United Nations and Transnational Organized Crime. London: Frank Cass. 1996., p.32.

1- **المكسيك Mexico** : منذ 1980 وحتى أواخر التسعينات حوالي 70% من الكوكابين المنتج في أمريكا اللاتينية (البيرو و بوليفيا) المتوجه إلى السوق غير الشرعية للولايات المتحدة الأمريكية يمر عبر التراب المكسيكي، وخصوصا إذا علمنا أن هناك 2000 ميل أي أكثر من 3200 كلم طول الحدود بين البلدين⁽¹⁾. زيادة على ذلك حوالي 80% من الماريجونان، 70% من الهرويين، 80% من الميثامفيتامين المستهلكة في الولايات المتحدة الأمريكية تمر عبر التراب المكسيكي⁽²⁾. ويعود سبب لعب كارتلات المكسيكية دور فعال في التجارة غير الشرعية للمخدرات في جنوب أمريكا لعدة أسباب، أهمها : الموقع الجغرافي للبلاد، وحدودها الواسعة مع الولايات المتحدة الأمريكية، كما أنها عضوة في النافتا (NAFTA) (اتفاقية التجارة الحرة لشمال أمريكا)⁽³⁾. فالنشاط المربح للمخدرات، جعل هناك عدد كبير من الجماعات تنشط في هذا المجال، من أجل إغراق السوق غير الشرعية للولايات المتحدة الأمريكية، و تعرف بإسم (Cartels) أو (Federations)، والتي مع مرور الوقت وفي منتصف التسعينات (1997) أصبحت لها نفس قوة الكارتلات الكولمبية، و هذا ما جعلها تستغني عن خدمات الكارتلات الكولمبية بشراء المخدرات مباشرة من الدول المنتجة (البيرو وبوليفيا)⁽⁴⁾ بعدما كانت في السابق تشتري المنتج من الكارتلات الكولمبية. و من أهم هذه الجماعات: (Tijuana Cartel)، (Sinoloa Cartel)، (Juarez Cartel)، (Guadalajara Cartel)، (Gulf Cartel)، وتشتهر جماعة تيجوانا كارتل (Tijuana Cartel) بأنها أعنف جماعة إجرامية في العالم⁽⁵⁾.

إن الفساد والرشوة مترسخ بصورة عميقة في المؤسسات المكسيكية بل في المجتمع بصفة عامة، فهناك تقريبا 90% من ضباط الشرطة، والمدعين العامين والقضاة، في مدينتي

⁽¹⁾James O. Finckenauer; Joseph R. Fuentes; and George L. Ward . Mexico and the United States: Neighbors Confront Drug Trafficking. 12/6/2007. p.2. www.ncjrs.gov. Consulté le 05/03/2012.

⁽²⁾Chris, Eskridge. Mexican Cartels and Their Integration into Mexican Socio-Political Culture. University of Nebraska. Aug 08, 2012. <http://www.customscorruption.com>. Consulté le 28/12/2012.

⁽³⁾Larmer, Brook. « A leap of Faith ». Newsweek, 10 March, 1997, pp.34-36. <https://www.newsweekeurope.com>. Consulté le 15/05/2012.

⁽⁴⁾Constantine, T.A. op.cit.

⁽⁵⁾J.S., Milford. Anti-Narcotics Cooperation with the Government of Mexico. Testimony before the senate foreing relations committee and senate drug caucus, 29 October 1997. 1997 Congressional Hearings Intelligence and Security.www.usdoj.gov. Consulté le 20/12/2012.

(Tijuana)، و (Baja) تورطوا بعلاقتهم مع تنظيم **Tijuana Cartel**، إلى جانب ذلك هناك ضباط سامون في الشرطة يقومون بإمداد معلومات لهذه العصابة على الأشخاص الذين يشكلون خطر على نساكهم غير الشرعي⁽¹⁾.

تتفق الكارتلات الميكسيكية ما يقارب من ثلاث (03) مليارات دولار سنويا كرشوة على رجال السياسة⁽²⁾. فمثلا نجد أن حاكم مدينة **Quintano Roo** ماريو فيلانوفيا **Mario Villanueva** قد تورط في قضية تبييض الأموال و كذلك حماية عناصر من الكارتل. مما أدى إلى سجن عدد من الموظفين العموميين الرسميين و 100 موظف رسمي بما فيهم الشرطة الفيدرالية والمدعين العامين⁽³⁾. إلا أن تورط النظام القضائي صعب من مهمة السيطرة على الوضع ففي 1989 تم القبض على أحد زعماء **Juarez Cartel**، إلا أنه وبعد أشهر قليلة يطلق سراحه بحجة عدة كفاية الأدلة⁽⁴⁾. بل هناك من عناصر الكارتل من تحميهم الشرطة، فمثلا **Amado Carrillo Fuentes** وهو من تجار المخدرات المعروفين في المكسيك، ينتقل في بحراسة من جانب ضباط الشرطة⁽⁵⁾. فبين 1997 و 1999 تم إحصاء أكثر من 1400 ضابط شرطي فيدرالي من بين 3500 ضابط متورطون في قضايا رشاي وفساد بسبب المخدرات.

وخلال الثمانينات، تفشى الفساد بصورة كبيرة في الجيش المكسيكي، مما أثر كثيرا على عملياتهم الميدانية وخصوصا في المناطق الشمالية للبلاد⁽⁶⁾. حيث في 1990، تمكنت كارتلات المخدرات من بسط نفوذها في قيادات الجيش المكسيكي، فقد تم القبض على أربعين (40) ضابطا من الجيش تورطوا في جرائم المخدرات، ولكن في آخر المطاف لم يتم إدانتهم

⁽¹⁾T.A., Constantine. DEA Congressional Testimony Regarding cooperation with Mexico. before the national security International Affairs and Criminal Justice Subcommittee of house government reform and oversight committee, 25 February 1997. www.usdoj.gov. (14/11/2012).

⁽²⁾Jeff, Builta. « Mexico faces corruption Crime : Drug trafficking and political intrigue ». Justice and Crime International, 13,1(January-February, 1997). <http://www.cjimagazine.com>. Consulté le 24/05/2012.

⁽³⁾M., Moore. «Mexican seeks. Ex governor on drug charges». The Washington Post, 8 April 1999. <http://www.washingtonpost>. (03/11/2011).

⁽⁴⁾ Brant, M. « Most Wanted Kingpin ? » Newsweek, March 10, 1997, p.18.

⁽⁵⁾Tim, Golden. « Cold Pursuit : a special report : top mexican off limits to US Drug agents ». The New York Times, March 16, 1999. <http://www.nytimes.com>. (03/11/2011).

⁽⁶⁾ United States. Congress. House. Committee on Foreign Affairs. U.S. Narcotics Control Programs In Peru, Bolivia, Colombia, And Mexico: an Update . Report of a Staff Study Mission to Peru, Bolivia, Colombia, And Mexico, November 19 to December 18, 1988, to the Committee On Foreign Affairs, U.S. House of Representatives. Washington: U.S. G.P.O., 1989, p.31.

بل أطلق سراحهم، وحتى الجنرال الذي قام باعتقالهم (Jesus Gutierrez Robollo) استقال من منصبه بسبب الضغوطات والتهديدات من طرف كارتلات المخدرات⁽¹⁾.

إن استعمال العنف والقوة كانت من السمات الرئيسية التي تتميز بها الكارتلات المكسيكية، وهذا للحفاظ على استمرارية نشاطها غير الشرعي أمام أجهزة مكافحة المخدرات⁽²⁾. ففي فيفيري 2000 القى زديلو Zedillo خطابا في مدينة باجا كاليفورنيا Baja California (معقل كارتيلات المخدرات) يثني فيه على سياسة الدولة في مكافحة المخدرات، وبعدها بيومين يتم اغتيال الرجل الأول في الشرطة لمدينة تيجوانا السيد (Alfredo de la Torre)⁽³⁾، وهكذا كانت هذه العملية كرد فعل من جانب كارتيلات المخدرات على خطاب الرئيس كرسالة ترهيبية واضحة ضد السلطة عموما، أن كل من يتصدى أو يعرقل نشاطها سيكون له نفس المصير. ويقول أحد نشطاء حقوق الإنسان في المكسيك: " في الثمانينات كانت الشرطة تتحكم وتسيطر على المنحرفين، أما الآن فالمنحرفون هم الذين يسيطرون على الشرطة⁽⁴⁾. وبالتالي فهذه الجماعات إذا مست مصالحها لا تتردد في تصفية كل من يقف في طريقها، حتى أن هناك مقولة مشهورة في المكسيك: "أن الذي لا يقبل الرشوة في جهاز مكافحة المخدرات وإنفاذ القانون يعتبر شخصا ميتا"⁽⁵⁾. وتتعامل هذه الكارتلات عادة بالترغيب فإذا لم تتجح الطريقة الأولى، يلجأون إلى الترهيب والوعيد، ففي الأول يرسلون إليك حقيبة مملوءة بالمال، وإذا رفضتها يرسلون إليك حقيبة بداخلها مسدس⁽⁶⁾. وهذا ماجرى كذلك للمدعي العام لمدينة تيجوانا Tijuana السيد (Hodin Gutierrez)، فبعد نجاحه في حملة تنظيف الشرطة المحلية من الضباط المتورطين في أعمال قتل لها علاقة بتجارة المخدرات، يتم

⁽¹⁾ T.A., Constantine. International Organized Crime Syndicates and their Impact on thenUnited States. Congressional Testimony before the Senate Foreign Relations Committee, U.S. Department of Justice, 26 February 1998. <http://www.fas.org>. (29/10/2012).

⁽²⁾ L., Tullis. Unintended Consequences: Illegal Drugs and Drug Policies in Nine Countries: Studies on the Impact of the Illegal Drug Trade, Vol. 4, Colorado: Lynne Rienner Publishers, 1995, p.106.

⁽³⁾ S., Dillon. « Tijuana Official says slaying shows traffickers power ». The New York Times, 29 February 2000. <http://www.nytimes.com>. (23/11/2011).

⁽⁴⁾ Molly, Moore. "Mexicans Stunned by Killing of Police Chief: Attack in Tijuana Follows Tough Talk by President". The Washington Post, February 29, 2000. <http://www.washingtonpost.com>. (03/11/2011).

⁽⁵⁾ Jeff, Builta. « Mexico faces corruption Crime : Drug trafficking and political intrigue ». op-cit.

⁽⁶⁾ Molly, Moore. "Mexicans Stunned by Killing of Police Chief : Attack in Tijuana Follows Tough Talk by President". Op-cit.

اغتياله بطريقة عنيفة في جانفي 1997⁽¹⁾. فالعنف الممارس من طرف كارتلات المخدرات في المكسيك أثر على جميع أفراد المجتمع و شمل مختلف المناطق الميكسيكية. فالنظام القضائي أصبح لا يعمل وفق قوانين جرائم المخدرات خاصة في بعض المناطق (Juarez, Baja California) التي خرجت من سيطرة الحكومة، حتى أن سكان تلك المناطق تعودوا على الخوف وتقبلوا مع الوقت النظام الاجتماعي الذي فرضته هذه الكارتلات. كما نال الخوف رجال السياسة الرسميين في الدولة حيث أصبحوا غير قادرين على القيام بمهامهم⁽²⁾.

2- **بوليفيا Bolivia** تشتهر بوليفيا بانتاجها لأوراق الكوكا إلى جانب البيرو، وتعود زراعة الكوكا في هذا البلد إلى عهد الإنكا Inca Perdioid⁽³⁾. كما أن هناك أزيد من 70000 عائلة تعتمد على زراعة هذه المادة⁽⁴⁾. ونظرا للثقافة المحلية وتجبر هذه الزراعة في المجتمع البوليفي فإن الحكومة ترخص زراعة الكوكا للاستهلاك التقليدي لهذه المادة، ففي 1940 أكثر من 80% من مجموع الضرائب الخاصة بالصناعة تأتي من تجارة الكوكا⁽⁵⁾.

يبلغ عدد الجماعات التي تنشط في التجارة غير الشرعية في المخدرات في ريف بوليفيا من 12 إلى 40 مجموعة، 13 منها تسيطر على (75% إلى 80%) من حجم هذه التجارة⁽⁶⁾.

في سنوات الثمانيات استحوذت كارتلات الكولومبية على السوق غير الشرعية للكوكا البوليفية، إلا أنه بسبب زيادة الطلب على مادة الكوكايين دخلت المجموعات البوليفية إلى

⁽¹⁾Linda, Robinson; and Witkin, Gordon. " An inferno next door ". U.S. News & World Report, 122,7(24 February, 1997): p36.

⁽²⁾ Sayaka , Fukumi. " The Impact of the Andean Cocaine trafficking : The cases of Bolivia, Colombia and Mexico". ECPR. Workshops, Grenoble. 6-11 Apr 2001, p.17.

⁽³⁾ In M.B., Leons; and Sanabria,H.(ed). Coca, Cocaine and The Bolivian Reality. 1997, State University of New York Press: New York, PP 48-51.

⁽⁴⁾Lee III. W., Resselaer. "Dimensions of the South American. Cocaine Industry," Journal of Interamerican Studies Aid World Affairs, (Summer/Fall 1988): p.93.

⁽⁵⁾P., Andreas. "Free market reform and drug market prohibition: U.S. policies at cross-purposes in Latin America". Third World Quarterly, 16,1(1995): pp75-87.

⁽⁶⁾James, Painter. Bolivia and Coca : A study in dependency: studies on the Impact of Illegal Drug trade. London: Lynne Rienner Publishers, 1994, pp.29-31.

السوق الدولية غير الشرعية بالتعاون مع المافيا الإيطالية في تجارة الكوكايين⁽¹⁾، وكذا بعض المجموعات البرازيلية وهذا منذ 1990⁽²⁾.

يقال على الفساد في بوليفيا، أنه يوجد مناخ سياسي واقتصادي مثالي لاستثمار الأموال الناتجة عن تجارة المخدرات (Narco-dollars)⁽³⁾. وقد ساعد الفقر في أوساط الشعب وكذلك المرتبات المتدنية لموظفي الدولة على إنتشار الفساد وتغلغل المجموعات الإجرامية في المجتمع البوليفي. حيث نجد في 1990 أن الجندي البوليفي يتقاضى مرتب شهري لايتعدى 50 دولار، بينما يتقاضى ضابط في الجيش مرتب شهري لا يتجاوز: 300 دولار، ويصل مرتب موظف سامي في السلك القضائي 800 دولار شهريا⁽⁴⁾.

ووصل نفوذ هذه الجماعات في السلطة إلى إحداث إنقلاب سنة 1980 والذي سمي بـ إنقلاب الكوكا Coca Coup الذي قام به الجنرال ميزا Meza، ويعود سبب هذه التسمية كون هذا الإنقلاب تم تمويله بأموال الكوكايين و التي قدرت بـ 1.3 مليون دولار⁽⁵⁾. وقد سمي هذا النظام بالنااركوديموقراطية (Narco-Democracy)، ثم سمي فيما بعد Cociane Superstate وذلك لكون الرئيس ميزا Meza كان يحمي تجار المخدرات⁽⁶⁾. حتى بعد أفول نظام الجنرال Meza إلا أن نفوذ الجماعات المتاجرة في المخدرات بقي قويا على الحكومة وعلى السلطات الرسمية وأجهزة إنفاذ القانون، ويرجع الخبراء ذلك إلى الظروف الاقتصادية الصعبة الذي يعيشها الشعب البوليفي، إلى جانب هشاشة الديمقراطية لهذا البلد⁽⁷⁾. إن درجة تفسخ الدولة جعلت من المدعو (Robert Suarez Gomez)^(*) أن يتقدم برسالة إلى رونالد ريقان (Ronald

(1) Sewall H. Menzel . "Fire in the Andes: U.S. Foreign Policy and Cocaine Politics in Bolivia and Peru". University Press Of America (November 7, 1996): p70.

(2) Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (B.I.N.L.E.A). "International Narcotics Control Strategy Report 1998". Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. United States Department of State February 26, 1999. The HR-Net Project. [http://www.hri.org/docs. \(09/11/2012\)](http://www.hri.org/docs. (09/11/2012)).

(3) R.B., Craig. « Illicit Drug Traffic : Implication for American Source Countries ». *Journal of Interamerican studies and world affairs*, 29,2(1987): pp.5-6.

(4) Tullis, L. *Unintended Consequences: Illegal Drugs and Drug Policies in Nine Countries: Studies on the Impact of the Illegal Drug Trade*. Op-cit, p.169.

(5) Ibid, p.169.

(6) A. Henman; et al. *Big Deal : The Politics of the Illicit Drug Bussiness*. Pluto Press : London, 1985, p.140.

(7) Tullis, L. *Unintended Consequences: Illegal Drugs and Drug Policies in Nine Countries: Studies on the Impact of the Illegal Drug Trade*. Op-cit, p.129.

(*) Robert Gomez : 1932-2000 surnommé le Roi de la Cocaïne est un trafiquant de drogue qui a joué un rôle majeur dans l'extension du narcotrafic en Bolivie.

(Regan) رئيس الولايات المتحدة الأمريكية، يقترح فيها تسديد ديون الخارجية لبوليفيا التي وصلت إلى 3 مليارات دولار مقابل العفو عنه وعن ابنه بقضايا متعلقة بجرائم المخدرات⁽¹⁾. وقد صرح أحد ضباط الشرطة أن منحة نهاية السنة 1985 لموظفي الحكومة، تم دفعها من أموال تجارة المخدرات⁽²⁾. وفي 1993 حاولت إدارة زامورا Paz Zamora إقناع منظمة الصحة العالمية (WHO) بالجانب الإيجابي لإنتاج وزراعة الكوكا، إلا أن هذه الأخيرة قابلت هذا الاقتراح بالرفض، بل ذهبت إلى اتهام رئيس بوليفيا شخصيا بعلاقته مع بارونات المخدرات⁽³⁾.

أما عن الجانب السياسي فتشير بعض المصادر أن هناك حوالي 10% من المترشحين لبرلمان بوليفيا لعام 1989 كانت لهم علاقة بعصابات تجارة المخدرات⁽⁴⁾. وهذا حتى تكون لهذه الجماعات دعم في الجهاز التشريعي للبلاد. و مثل باقي الاسلاك لم يسلم سلك القضاء من نفوذ وسيطرة جماعات المخدرات. حيث تمارس عليهم أشكال مختلفة من الضغوطات ليس فقط من تلك الجماعات بل حتى من رجال السياسة الذين يشغلون مناصب عليا. فأغلب القرارات التي تصدرها المحاكم والمتعلقة بجرائم المخدرات يتم إلغاؤها أو مراجعتها بسبب الضغوطات السياسية. وقد صرح وزير الداخلية سنة 1993 في عهد الرئيس زامورا Paz Zamora أنه تلقى رشوة بقيمة 100000 مائة ألف دولار سنة 1991 مقابل إطلاق سراح عناصر من كارتلات المخدرات التي كانت موجودة في السجون آنذاك⁽⁵⁾. ويعترف أحد ضباط الشرطة أنه تلقى 50000 خمسون ألف دولار مقابل إطلاق سراح (Justiniano) أحد كبار تجار المخدرات، وكان متورطا في هذه القضية 17 ضابط شرطة⁽⁶⁾.

واستجابة لضغوطات الولايات المتحدة الأمريكية، قامت السلطات البوليفية ببذل جهود لمكافحة المخدرات، إلا أن كل المحاولات الميدانية باءت بالفشل، ويرجع ذلك أساسا إلى

⁽¹⁾ "Roberto, Suarez, Gomez: Bolivian Drug Traffiker". *Los Angeles Times*, 24 Juillet 2000. [http://articles.latimes.com. \(19/12/2012\).](http://articles.latimes.com. (19/12/2012).)

⁽²⁾ Tullis, L. Op-cit, p.128.

⁽³⁾ Sewall H. Menzel . "Fire in the Andes: U.S. Foreign Policy and Cocaine Politics in Bolivia and Peru". Op-cit, P.90.

⁽⁴⁾ J. Painter, J. « Drugs may fund Bolivian Campaign ». *The Independent*, 6 May 1989.

⁽⁵⁾ U.S. "Hand Stirs Controversy in Bolivian Election Campaign". *Financial Times*, June 4, 1993, p. 4 .

⁽⁶⁾ J.E., Malmud-Goti. *Smoke and Mirrors : the paradox of the drug wars*. Boulder: westview press, 1992, p.53.

النفوذ الذي كانت تتمتع بها جماعات تجارة المخدرات في أجهزة الدولة، يقول Gamara في هذا الصدد: " كلما أنشأت أجهزة جديدة لمكافحة المخدرات كلما تم اختراقها، وزادت نسبة الفساد في تلك الأجهزة"⁽¹⁾. فالفساد الذي انتشر في كل أجهزة الدول البوليفية وبالأخص الوحدات الخاصة بمكافحة المخدرات جعل كل سياسات مكافحة الاتجار غير المشروع للمخدرات تبوء بالفشل.

3- **كولومبيا Colombia**: إن الفساد في كولومبيا موجود ومترسخ، ولم يسلم منه أي قطاع، فهو موجود في القضاء والحكومة وحتى في الشوارع، وحسب جوان فيرو **Juan Ferro** ⁽²⁾ صحفي في جريدة **El Espectador** ^(*). وحسب تقديرات **US Law** فإن كارتلات المخدرات الكولومبية ينفقون 100 مليون دولار في الفساد والرشوة أسبوعياً، وهذا لشراء الحماية⁽³⁾. وإذا لم تؤدي الرشوة مفعولها، يتم تعويضها بالعنف. ففي 30 أبريل 1984، يتم اغتيال وزير العدل الكولومبي لمجرد أنه صرح في الأشهر القليلة قبل اغتياله بوجود علاقة بين بعض الرجال السياسيين مع تجار المخدرات⁽⁴⁾.

من أشهر التنظيمات التي تتاجر بالمخدرات في كولومبيا، كارتل كالي **Medellin Cali** ، وكارتل مدلين **Medellin Cartel**. عرف هذا التنظيم باستعماله العنف المفرط و برع في النشاط السياسي عكس تنظيم كالي الذي يفضل استعمال طرق غير مباشرة في النشاط السياسي⁽⁵⁾. ففي عام 1985 نجح **Pablo Escobar** ^(*) (زعيم تنظيم كارتل مدلين) في انتخابه كمساعد لممثل الحزب الليبرالي. أما **Carlos Lehder** فقد استطاع إنشاء حزب سماه **"Mouvement latin socialiste"** ويفضل تبرعاته وهباته على الناس اكتسب شعبية كبيرة، وعن طريق تدخلاته

⁽¹⁾ Eduardo A. Gamara. " Fighting Drugs in Bolivia : United States and Bolivian perceptions at odds" in Madeline Barbara Léons, and Harry Sanabria. "Coca, Cocaine, and the Bolivian Reality". State University of New York Press, New York, 1997, pp247-248.

⁽²⁾ R., Chepesiuk. "The Colombian Drug : its source, distribution and impact". *Journal of defense & Diplomacy*, (April 1988): p.27.

^(*) El Espctator : Meaning the Spectator is a newspaper with national circulation within Colombia.

⁽³⁾ Resselauer, Lee III. W. " Global Reach :The Threat of International Drug Trafficking". *Current History*, 94,592, (May 1995) : P.207.

⁽⁴⁾ Daniel, Pécaut. « Trafic de drogue et violence en Colombie ». *Cultures & Conflits*, 03, automne 1991. conflits.revues.org. (25/03/2011).

⁽⁵⁾ M., Issikoff, M. " Colombia'a Drug King Becoming Entrenched". *Wachington Post*, 8 January 1989.

^(*) Pablo Emilio Escobar Gaviria (1949- 1993, Medellín, Colombie) fut le trafiquant colombien de cocaïne le plus recherché et le plus important au monde .

السياسية أعطى شهرة لأسماء تجار المخدرات التي لم تكن معروفة من قبل. حتى أن من بين أعرق الصحف الكولومبية كالأسبوعية **Semana** وصفت هؤلاء التجار بـ: روبن هود **Robin Hood**.

أما كارتل كالي، فقد بسط نفوذه وسمح لنشاطه غير الشرعي بالاستمرار، عن طريق الرشوة، ويصنف ميغل رودريغز **Miguel Rodriguez Orejuela** زعيم هذا التنظيم، ضمن 2800 مؤسسة ورجال أعمال في كولومبيا من حيث ضخامة كلفة الأجور (**Payroll**) التي تمثل مجموع ما ينفقه كمرتبات وغيرها. كما كانت له مقولة مشهورة: "نحن لا نقتل القضاة أو الوزراء، بل نشترتهم"⁽¹⁾. وبواسطة هذه السياسة بسط هذا التنظيم سيطرته ونفوذه بصفة واسعة على الحكومة والإدارة، مما سمح لزعماءه بتسيير نشاطهم غير الشرعي من وراء السجون بحرية⁽²⁾. ويقول في هذا الصدد **Clawson and Lee III**: "إن كارتل كالي **Cali Cartel** ربما تكون قد أحدثت ضررا بالنظام السياسي الكولومبي أكثر مما أحدثته كارتل مدلين **Medellin Cartel**"⁽³⁾. رغم أنها ساعدت الحكومة الكولومبية للقضاء على بابلو إسكوبار (زعيم كارتل مدلين) و 60 من أتباعه⁽⁴⁾. ولكون الحكومة الكولومبية لا تدعم المترشحين السياسيين في حملتهم الانتخابية، كانت أموال المخدرات مصدر مهم للمترشحين السياسيين في الحملات الانتخابية⁽⁵⁾. وهذا ما يسمح لهذه التنظيمات السيطرة على رجال السياسة التي كانت لها الفضل في بلوغهم مبتغاهم. وقد ساهم تنظيم كارتل كالي في الحملة الانتخابية للرئاسيات الكولومبية لسنة 1990 بـ: 6 ملايين دولار أمريكي لدعم ترشيح ارنيسنتو سامبر **Ernesto Samper**⁽⁶⁾. وفي عام 1995، تم إقالة كل من أمين المال للحملة الانتخابية لـ سامبر

⁽¹⁾ In Felia, Allum.; and Renate, Siebert. Organized Crime and the Challenge to Democracy. Routledge. 2003, pp. 98-99. http://www.nethelper.com/article/Cali_Cartel. (19/03/2013).

⁽²⁾ Gelbard, R.S. "Narcotics Certification: Remarks at State Department" . Daily Press Briefing, February 28, 1997. <http://www.state.gov>. (18/02/2012).

⁽³⁾ Patrick, Clawson, L.; and Rensselaer Lee III, W. The Andean Cocaine Industry: A clear-eye analysis of the Latin American Business. New York: Foreign Affairs St Martin's Griffin., 1996, p.173.

⁽⁴⁾ N.A.C.L.A. The rise and fall of the "gentlemen from Cali". NACLA Report on the Americas, North American Congress on Latin America, May/Jun97, 30(6).

⁽⁵⁾ Lee III, W., Rensselaer, J. The White Labyrinth : Cocaine and Political Power. New Jersey(New Brunswick) : Transaction Publisher, 1989, p.131.

⁽⁶⁾ Committee on Foreign Relations, United States Senate. Corruption and Drugs in Colombia : Democracy at Risk. a staff report to committee for foreign relations U.S.Senate, February 1996, GPO: Washington, pp.10-11.

وثلاث وزراء من مناصبهم بسبب تورطهم في علاقاتهم مع كارتل كالي⁽¹⁾. إن هذه الفضيحة تسببت في توتر العلاقات بين كولومبيا و الولايات المتحدة الأمريكية، حتى أن هذه الأخيرة رفضت منح تأشيرة للرئيس الكولومبي ماعدا زيارته للأمم المتحدة بنيويورك⁽²⁾.

حتى النظام القضائي لم يسلم من نفوذ كارتلات المخدرات، حيث يلجأ تجار المخدرات إلى استعمال الرشوة كوسيلة فعالة لشراء ذمم كل من القضاة والمدعين العامين، و إن باءت محاولتهم بالفشل يستعملون التهديد. وحتى في حالة محاكمة أعضاء من هذه التنظيمات، ففي غالب الأحيان تكون خفيفة مقارنة بالجرائم المقترفة، أو يتم إطلاق سراحهم في مدة قصيرة⁽³⁾. والأمثلة على ذلك كثيرة، منها أنه تم إيقاف أحد بارونات المخدرات لضلوعه في جريمة قتل صحفي بجريدة *El Espectador*، إلا أنه أطلق سراحه بعد بضعة أيام فقط من اعتقاله⁽⁴⁾. ويقول في هذا الصدد المدعي العام للشرطة القضائية الكولومبية: " إنه لمن الصعب إيجاد شخص لا يريد التعامل التجاري مع كارتلات المخدرات، حيث انها تدفع مرتبات جيدة، وتدفع نقدا، ولا تسأل أبدا عن التخفيضات⁽⁵⁾. ونفس الأمر ينطبق على الشرطة الكولومبية، فقد تبين أن نسبة كبيرة من عناصر الشرطة مرتبطة بهذه التنظيمات قبل إلحاقهم بمؤسسة الشرطة⁽⁶⁾، وبالتالي تخترق كارتلات المخدرات الشرطة لاستعمال عناصرها وقت الحاجة. وفي عملية الإصلاح الإداري لسلك الشرطة التي تبنته السلطات العمومية والمعروف بـ: *Barco Administration's Reform of The Police* (*) تم من خلالها فصل 2000 شرطي من أصل 80000 شرطي لثبوت علاقتهم بكارتلات المخدرات الكولومبية⁽⁷⁾. وعموما فقد تم فصل ما بين 1990 إلى 1998 أكثر من 14000 شرطي بسبب علاقتهم مع عصابات

(1) Sewall H. Menzel. *Cocaine Quagmire: Implementing the U.S. Anti-Drug Policy in the North Andes-Colombia*. Lanham, MD: University Press of America, 1997, p.149.

(2) U.S. *Lifts economic Sanctions against Colombia : Improved efforts to fight drug spur move*. February 26, 1988. <http://www.cnn.com>. (06/07/2012).

(3) Sayak, Fukumi. " The Impact of the Andean Cocaine trafficking : The cases of Bolivia, Colombia and Mexico". *Op-cit*. P.7.

(4) Lee III, W., Rensselaer, J. *The White Labyrinth : Cocaine and Political Power*. Op – Cit, pp.10-11.

(5) M., Isikoff. " Colombia's Drug King Becoming Entrenched", *Washington Post*, 8 January 1989.

(6) R.Chepesiuk. « Colombia under siege : Drug fueled violence tears Country apart ». *Defense and diplomacy*, (Décembre 1989): pp.43-43.

(*)Virgilio Barco Vargas (17 September 1921 – 20 May 1997) was a politician and diplomat from Colombia. He was a member of the Colombian Liberal Party and served as President of Colombia from 1986 to 1990.

(7) M.B., Bagley. " Dateline Drug Wars : Colombia : The Wrong Strategy". *Foreign Policy*, 77(Winter, 1989-1990) : pp.154-160. <http://www.jstor.org>. (25/09/2012).

المخدرات⁽¹⁾. وهذا ما يوضح مدى نفوذ هذه العصابات في سلك الشرطة. كما تم في نفس السياق فصل المدير العام للشرطة، وهذا بعدما ظهر إسمه في قائمة الأجور لزعيم كارتل مدلين بابلو إسكوبار⁽²⁾. وفي 1994 تم العثور على قائمة الأجور لكارتل كالي تضم أسماء لـ 35 من ضباط الشرطة و 25 من الإطارات السامية لنفس المؤسسة و 130 عون شرطة⁽³⁾. وبالنسبة للجيش الكولومبي، ثبت أن هناك تبادل معلومات كثيف بين عناصر الجيش وكراتلات المخدرات المتعلقة بعدوهم المشترك المتمثل في الجماعات الثورية⁽⁴⁾. وأظهرت التحريات تورط مجموعة من الضباط من الجيش في تجارة الكوكايين، وتم تلقيبهم بـ: كارتل الأزرق **Blue Cartel** نسبة إلى لون لباس جيش الطيران الكولمبي⁽⁵⁾. وعرف هذا التنظيم **Blue Cartel** إثر قضية حجز كمية كبيرة من الكوكايين (حوالي 750 كلغ) على متن طائرة تابعة لطيران الجيش الكولومبي من طرف مصالح الجمارك للولايات المتحدة الأمريكية بمطار مدينة فلوريدا⁽⁶⁾. ومما زاد الأمر سوءا هو أنه قبل أسبوعين في لقاء جمع بين ليل كلنتون **Bill Clinton** (رئيس الولايات المتحدة الأمريكية) برئيس كولومبيا باسترانا **Pastrana** بالولايات المتحدة الأمريكية، وتعهد هذا الأخير بأنه سيسعى للقضاء على التجارة غير الشرعية للكوكايين في بلاده. وتلقى على إثرها 289 مليون دولار كمساعدة أمريكية لكولومبيا في إطار مكافحة المخدرات، والنمو الاقتصادي⁽⁷⁾. واعتبرت الولايات المتحدة الأمريكية أن هذه الحادثة تعتبر تحدي لمجهودات مكافحة المخدرات للولايات المتحدة الأمريكية، مما أدى إلى توتر العلاقات بين البلدين⁽⁸⁾. وأسفرت هذه الفضيحة على اتهام طاقم الطائرة المتكون من 6 اشخاص، و 22 من

(1) T.A., Constantine. International Organized Crime Syndicates and their Impact on the United States. Congressional Testimony before the Senate Foreign Relations Committee, U.S. Department of Justice, 26 February 1998. <http://www.fas.org/irp>. (29/10/2012).

(2) M.B., Bagley. "Dateline Drug Wars : Colombia : The Wrong Strategy". Op-cit, p160.

(3) United States Senate. "Corruption and Drugs in Colombia : Democracy at risk . A Staff Report to the Committee on Foreign Relations, Trends in Organized Crime" . Springer Journals. 2,4(Summer, 1997): pp.35-36.

(4) D.J., Mabry. " Andean Drug Trafficking and the military option". Military Review, March 1990, p.34.

(5) M.B., Bagley. " Dateline Drug Wars : Colombia : The Wrong Strategy". Op-Cit. p161.

(6) Larry, LEBOWITZ.; and TESSIE, BORDEN . "Chief Of Colombian Air Force Steps Down Resignation Follows Drug Find On Plane". SunSentinal, November 11, 1998. <http://articles.sun-sentinel.com>. (03/05/2011).

(7) Bert, Ruiz. The Colombian Civil War. North Carolina: Mcfarland & Co Inc Pub (October 2001), p134.

(8) Sayak, Fukumi. "The Impact of the Andean Cocaine trafficking : The cases of Bolivia, Colombia and Mexico". Op-cit., p.8.

عناصر الطيران للجيش الكولمبي. وهذا ما دفع بـ Jose Manuel Sandoval رئيس القوات المسلحة للطيران للاستقالة.

وهكذا يتضح مما سبق، أن كارتلات المخدرات في كولومبيا أصبحت تسيطر على أغلب مؤسسات الدولة و نشاطات الحكومة، ويقول في هذا الصدد ضابط سابق لـ DEA^(*): "إن النظام الكولمبي لا يسير وفق الديمقراطية، ولكن وفق ديمقراطية المخدرات"⁽¹⁾.

نستطيع القول أن استعمال الرشوة والتهريب والتخويف من طرف عصابات المخدرات في كولومبيا زعزع مهام الحكومة. فالانتخابات، والقرارات السياسية والقضاء كلها أصبحت تحت سيطرة المال والعنف. فرجال السياسة لا يستطيعون التكلم بصوت مرتفع على مراقبة المخدرات أو عن سياسة مكافحة المخدرات، والصحفيين لا يستطيعون الكتابة على تجارة المخدرات غير الشرعية. وكل من يريد تغيير هذا الوضع يتم تصفيته جسدياً. فالخوف من كارتلات المخدرات جعل من القاضي يتردد بل يرفض مسك قضية لها علاقة بجرائم المخدرات، كما أن أجهزة إنفاذ القانون لا تستطيع التحرك بالفعالية اللازمة بسبب الخوف من التعرض للاغتيال. وكانت النتيجة أن أغلب قضايا جرائم المخدرات بقيت مفتوحة⁽²⁾.

4- بانما: منذ أواخر السبعينيات، أصبحت بنما منطقة عبور للكوكايين في اتجاه الولايات المتحدة الأمريكية، وبالتالي كانت الأرباح جد معتبرة. زيادة على ذلك فإن أغلب النشاطات غير الشرعية للكوكايين كانت معروفة وتحت مراقبة عناصر القوة الدفاعية البنامية، تحت حكومة الجنرال Torrijos (1968-1981)، ثم تحت الحكومات المتتالية بطريقة غير مباشرة، الجنرال Paredes (1981-1983)، ثم الجنرال Noriega (1983-1989). كما أعترف أمام الكونغرس الأمريكي متورطون سابقون في التجارة غير المشروعة مع الرئيس السابق لبنما Noriega على وجود عمليات مدبرة من السلطات العليا لبنما. وقد ساعدت الأموال الطائلة الناتجة عن التجارة غير الشرعية للكوكايين البنوك البنامية على وفرة السيولة

(*) إدارة مكافحة المخدرات بالإنجليزية Drug Enforcement Administration: واختصارها (DEA) هي وكالة إنفاذ القانون الاتحادي تحت

مظلة إدارة العدل في الولايات المتحدة، المكلفة بمكافحة تهريب المخدرات واستخدامها داخل الولايات المتحدة .

(1) "Ex US agent calls Colombia a Narco-Democracy". *The International Herald Tribune*, 10 October 1994. Narco-Democracy: Using drug trade to fund government; relationship between politics and drug cartel

(2) Felia, Allum.; and Renate, Siebert. *Organized Crime and the Challenge to Democracy*. New York : Routledge. 2003, pp. 98-103. <http://www.sudoc.fr>. (20/10/2011).

بطريقة غير مسبقة، كما أدى إلى ثراء العديد من عناصر الجيش البنامي، مما إنجر عنه تضارب المصالح وحدوث مشاكل وصراعات سياسية حادة. ففي عام 1983، تمكن Noriega بفضل الأموال الطائلة التي تحصل عليها عن طريق التجارة غير الشرعية للمخدرات ببسط نفوذه على باقي القوات السياسية في بنما. إلا أنه في 1987 وبعد الأزمة السياسية التي تسبب فيها Noriega، أصدرت محكمة ميامي Miami بإدانة المعني بالأمر في قضية المتاجرة غير الشرعية بالمخدرات، ويلقى عليه القبض في ديسمبر 1989 في عملية سميت بـ: Just Cause من طرف قوات خاصة من الجيش الأمريكي⁽¹⁾، بتهمة التلاعب بالانتخابات الديمقراطية في بلده، والاتجار بالمخدرات وتوظيف أموالها في المعركة الانتخابية التي قدرت بملايين الدولارات التي تم تبييضها في عمليات غسل الأموال المشبوهة⁽²⁾.

5- بورما: تعتبر بورما ثاني أكبر منتج غير الشرعي للأفيون بعد أفغانستان، ويمثل إنتاجها حوالي 80% من الهيروين المصنوع في الجنوب الشرقي لقارة آسيا، وتعتبر من أهم مصادر مادة الهيروين للولايات المتحدة الأمريكية⁽³⁾. بالنسبة للإدارة الأمريكية و ملاحظين آخرين، يعتبرون الفساد و الرشوة متفشية بصورة كبيرة في الإدارة البيروقراطية و الجيش في بورما Burma، خصوصا بين صفوف الشرطة والجيش العاملون على حدود البلاد، فهم متورطون في تهريب السلع وجرائم المخدرات و تبييض الأموال وكذا الرشوة. فالرشوة موجودة في كل مستويات الحكومة البورمية. تقرير منظمة الشفافية الدولية لسنة 2007، صنفت بورما في المراتب الأولى من حيث الفساد والرشوة⁽⁴⁾.

6- إيطاليا: أما في إيطاليا فإن المنظمة الاجرامية المعروفة بإسم كامورا camorra، تعتبر سوق المخدرات من أهم إيراداتها، أكثر من باقي نشاطاتها الإجرامية، وبفضل الأموال الطائلة الناجمة عن هذه التجار غير الشرعية كسبت إستقلاليته من تنظيم المافيا الإيطالي وكذلك من

⁽¹⁾ Gilles, Bataillon. «Drogue et politique: le cas panaméen». *Cultures & Conflits*, 3(automne, 1991) : pp. 118-119. <http://conflits.revues.org>. Consulté le 04/10/2011.

⁽²⁾ شمالي، نصر. "حقول المخدرات وحقول النفط والحروب الأمريكية. سوريا". *جريدة المحرر*، 2006، العدد 243، ص6.

⁽³⁾ U.S. Department of Justice. Drug Enforcement Administration. *Drugs of Abuse 2005*. <http://www.usdoj.gov/dea/pubs/abuse>. (05/06/2011).

⁽⁴⁾ U.S. Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report*, Jane's Sentinel Security Assessment: Southeast Asia, 1-2, (April 30, 2008).

السلطة السياسية⁽¹⁾. ففي بداية الثمانينات أصبحت الكامورا تملك أموالا كبيرة مما سمح لها كسب احترام وتقدير باقي العصابات الإجرامية وعلى رأسها المافيا الإيطالية، مما نتج عنه إتفاق على أساس أن تقوم المافيا بمراقبة سوق الهيروين، وتقوم الكامورا بمراقبة سوق الكوكايين، وهذا بتوفير كل الوسائل اللوجيستكية بالتعاون بين الطرفين. فزيادة على التجارة غير الشرعية يقوم هذا التنظيم بكل النشاطات غير الشرعية في جميع المجالات. ولكنه في نفس الوقت وبفضل هذه الأموال كان يقوم بتوزيع نسبة كبيرة منها في مجال التضامن، كمساعدة العائلات المعوزة، وتمويل النشاطات الرياضية وغيرها من الأمور الخيرية. وفي هذا الصدد قدمت اللجنة البرلمانية للتحقيق تقريرا تحذر فيه من أن سلطة الكامورا التي توسعت وبسطة نفوذها، حتى أصبحت ملاذ للمواطنين بدل السلطة التي تخلت على هذا الدور. فقد أصبحت نحو 300000 عائلة تعيش من هذا التنظيم، وهذا خارج نشاط غير الشرعي للمخدرات، حيث كانت تسيطر كذلك على السوق السوداء في جميع المجالات. وهكذا تمكنت من أن تستمر في تواجدها⁽²⁾.

إن العلاقة بين تنظيم الكامورا والسلطات السياسية و الإدارية كانت تتمثل في تبادل الخدمات، فكان التفاهم على أساس تقديم الدعم في الانتخابات و مراقبة العنف الحضري من طرف الكامورا، والسماح لهذا التنظيم بممارسة الأنشطة غير الشرعية من طرف السلطات المحلية. ومع مرور الوقت أصبح المسيطر والفعال، وهذا بفضل سياسة العنف المنتهجة من طرف أجهزته، وكان ذلك بفقدان سيطرة النظام السياسي القائم على الوضع. وخصوصا بعد تفاقم الجرائم الحضرية والزلازل الذي ضرب إيطاليا فأحدث شخا كبيرا بين السلطات وشريحة كبيرة من الفئات الشعبية التي تضررت جراء هذه الكارثة، ووجد تنظيم الكامورا الفرصة المواتية لبسط نفوذه وتقديم نفسه كبديل على السلطات الرسمية. حيث دخل في جل الصفقات العمومية لإعادة إعمار المناطق التي تضررت من الزلازل، وبالتالي ضمن لنفسه موارد مهمة من الأموال الشرعية. وفي تقرير لمصلحة محاربة المخدرات للوزارة الداخلية الإيطالية سنة

(1) Maria-Luisa, Cesoni. « Camorra et politique: démythification du rôle de la drogue ». *Cultures & Conflits*, 3(automne, 1991) . <http://conflits.revues.org>. (22 mai 2012).

(2) Ibid.

1989 يعترف بوجود علاقة بين الجريمة المنظمة الإيطالية والأجنبية في مجال التجارة غير الشرعية للمخدرات⁽¹⁾.

7- **باكستان** معظم المنظمات الإجرامية في باكستان هي من أصل ريفي و قبلي، و أصبحت ثرية بفضل تجارة الحشيش والهيروين. وهناك العائلات ثرية تملك المؤسسات الصناعية والتجارية في جميع أنحاء البلاد وتتجار في المخدرات، ولهم ممثلين في الجيش، الحكومة والأشخاص الديبلوماسية. فالنشاطات الإجرامية لهذه العائلات لا تختلف كثيرا على طريقة عمل المافيا الحضرية، إلا أن إنتماءها إلى القبائل تسمح لها بتوسيع شبكتها⁽²⁾. وتقرّ أجهزة الإستخبارات الغربية، أن نسبة هامة من الأسلحة الباكستانية تم شراءها بعوائد الصناديق السوداء لأموال المخدرات. وهناك من يرى أن عائدات التجارة غير الشرعية للهيروين يمكنها حتى مساعدة باكستان في تطوير سلاحها النووي وتمويل المحطة النووية. إذ أصبحت باكستان في ظرف عشر سنوات البلد الثاني في إنتاج الهيروين عالميا بعد بربمانيا، فهذا يعود اساسا إلى الحرب التي جرت في افغانستان. فعدم الرقابة لنسبة كبيرة من الأراضي الأفغانية، من طرف السلطات ونتيجة قصف وقنبلة الإتحاد السوفيتي لأخصب الأراضي و حاجة المقاومة إلى الإمداد بالأسلحة، كل هذا ساعد على توسع إنتاج الأفيون، ونسبة كبيرة من هذا الانتاج تصدر إلى باكستان لتحويلها إلى هيروين، حيث يوجد من 150 إلى 200 مخبر لتحويل الأفيون إلى هيروين والتي يطلق عليها بالمطابخ الطائرة (makeshifts)⁽³⁾.

و نتيجة لضغوطات الولايات المتحدة الأمريكية، قام نواز الشريف^(*) باتخاذ تدابير ردعية لمحاربة التجارة غير الشرعية للمخدرات في 1991. حيث تم القبض على إثنين من كبار بارونات الهيروين في حكومة بنازير بوتو، وصدر في حقهم 7 سنوات حبسا نافذة. كما تم التحقيق مع عدد كبير من ذوي النفوذ السياسي لهم علاقة بترويج المخدرات. ولقد أدى بمافيا الهيروين في باكستان كرد فعل على السلطات الباكستانية إلى إغتيال أحد رؤساء

(1) Maria-Luisa, Cesoni. « Camorra et politique: démystification du rôle de la drogue ». Op-cit.

(2) Alain, Labrousse. «Le trafic de drogue au Pakistan : une affaire d'Etat? ». *Cultures & Conflits*, 3(automne,1991): pp.11.12. <http://conflits.revues.org>. (23/02/2012).

(3) Ibid.

(*) **ميان محمد نواز** شغل منصب رئيس وزراء باكستان لولايتين غير متتاليتين، أول فترة كانت من 1 نوفمبر 1990 إلى 18 يوليو 1993 ، والثانية

من 17 فبراير 1997 إلى 12 أكتوبر 1999

الأجهزة الاستخباراتية الباكستانية للجمارك لمدينة كاراتشي في جويلية 1991⁽¹⁾، كما لعب دورا رئيسيا في القبض على بارون الهيروين والذي نجح أصدقاؤه السياسيون في إخراجه من السجن بعد ذلك.

ثانيا: المخدرات والحروب: اقترن عالم المخدرات بالصراعات والحروب، وهذا منذ أن دخلت المخدرات التجارة الدولية. و حرب الأفيون الأولى والثانية هي خير دليل:

حرب الأفيون الأولى : في عام 1800م، ومن أجل حماية شعبه من أضرار الأفيون، منع الإمبراطور الصيني من دخول الأفيون إلى ميناء Conton، وهذا ما أدى ببعض الوكالات الإنجليزية بتواطأ مع بعض القراصنة الصينيين إلى تهريب بطريقة غير مشروع الأفيون إلى الصين، حيث تكونت عصابات وأدخلت الأفيون على امتداد لساحل ب 1500 كلم. أمام هذه الوضعية لم تستطيع السلطات الصينية أن تقوم بردع هذه التجارة (وهذا خوفا من الدولة البريطانية العظمى)، وفي ربيع 1839 في Conton قام وموظفو الميناء بحجز أكثر من 1400 طن على متن باخرة بريطانية كانت تحاول إنزالها في الميناء، وقام الموظفون بتفريغ كل الحمولة في البحر، وهذا ما أدى بالأسطول البريطاني بضرب الساحل الصيني، وأرغمت بريطانيا على إثرها الصين بدفع تعويضات للعصابات أصحاب المخدرات وهذا عن طريق اتفاقية Nankin نانكين 1842 ، كما فتحت على إثرها خمسة موانئ صينية لتجار المخدرات البريطانيين وهذا أدى إلى مضاعفة استيراد الأفيون إلى الصين خلال العشر سنوات الموالية.

حرب الأفيون الثانية: أو *guerre de l'arrow* (1856-1858) : أين دخلت فرنسا كطرف في الصراع وتحالفت مع بريطانيا من أجل القضاء على ما تبقى من مقاومة في الأراضي الصينية. وفي 1858 تم المصادقة على اتفاقية Tien-Tsin والتي بموجبها أصبح استيراد الأفيون إلى الصين شرعيا، وفتح على إثرها إحدى عشر ميناء جديد لاستقبال البواخر المحملة بالأفيون. إلا أن الإمبراطورية الصينية استطاعت تمرير في هذه الاتفاقية ضرائب مرتفعة على الأفيون المستورد، ومع مرور السنين أستطاعت الصين بفضل تلك الضرائب والأناتوات تطوير زراعة الأفيون على أراضيها، مما أدى إلى منافسة الأفيون المستورد، ففي 1896م وصل الإنتاج المحلي إلى 12000 طن ليصل في 1905م 22000، وهذا ما أدى

⁽¹⁾ Alain, Labrousse. «Le trafic de drogue au Pakistan : une affaire d'Etat? ». Op-Cit. p.12.

إلى تراجع الأفيون البريطاني المستورد، حيث كان في 1884 م 6000 طن ليصل خلال بعض السنوات فقط إلا حدود 3000 طن. ولكن ما يجب الإشارة إليه أن المرض قد إنتشر في أوساط المجتمع الصيني، حيث وصل عدد المدمنين على الأفيون خلال فترة من 1870 إلى 1900 (5% إلى 20%) من المجتمع الصيني، وتعتبر هذه أكبر نسبة تسمم جماعي في التاريخ⁽¹⁾.

ولقد لاحظنا الآثار السلبية لتجارة المخدرات غير الشرعية على زعزعة استقرار وأمن دول الساحل، ولقد صرح كوفي عنان (أمين العام للأمم المتحدة السابق) في حوار بتاريخ 22 فيفري 2013: " أنه لا يمكن ان يكون هناك سلام في دولة مالي و لا في كل المنطقة، إذا لم يتم مكافحة تجارة المخدرات". فالمخدرات الآتية من من أمريكا اللاتينية عبر إفريقيا، تمر عبر الصحراء ليتم توزيعها في أوروبا، وفي الطريق يتم تمويل نشاطات الجماعات الارهابية وتسبب في زعزعة كل منطقة الساحل حسب قوله⁽²⁾.

ثالثا: علاقة المخدرات بالجماعات الثورية والإرهابية: في عام 1983، تم إدخال مصطلح " الارهاب المرتبط بالمخدرات" narcoterrorism من قبل الرئيس البيروفي تييري بيلاوندي Belaunde Terry. و أصبحت لهذا المصطلح شعبية كبيرة بعد وقت قصير، فكتب عليه بعد عدة سنوات عالم الإجرام الأسترالي Grant Wardlaw ، على أن هذا المصطلح دخل كسلاح قوي في الحرب الدعائية من طرف الحكومات ضد الإرهابيين، المتمردين، الجريمة المنظمة، والتجار غير الشرعيين للمخدرات، وكذلك حتى ضد دول ذات سيادة⁽³⁾. في 2001 أصدر مجلس الأمن قرار 1373 جاء فيه : "ويلاحظ المجلس مع القلق الصلة الوثيقة بين الإرهاب الدولي والجريمة المنظمة عبر الوطنية والمخدرات غير المشروعة، وغسل الأموال، والاتجار غير القانوني بالأسلحة ، والنقل غير المشروع للمواد النووية والكيميائية والبيولوجية وغيرها، التي قد تكون قاتلة"⁽⁴⁾.

(1) Alain, Labrousse. «Le trafic de drogue au Pakistan : une affaire d'Etat ? ». Op-Cit. pp.13-14.

(2) "La paix au Mali passe par le combat du trafic de drogue". Kofi Annan Dans un entretien à la RTS, le 22 février 2013, le 22 février 2013. <http://www.rts.ch/info/monde>. (24/02/2013).

(3) Gilles, Bataillon. «Droge et politique: le cas panaméen». Op-cit. p.119.

(4) Alex, Schmid. Links between Terrorism and Drug Trafficking: A Case of "Narco-terrorism. January 27, 2005. International Summit On Democracy, Terrorism and Security, 8-11 March 2005 Madrid. <http://english.safe-democracy.org>. (03/01/2012).

وفيما يلي بعض نقاط التفاعل بين الجماعات الثورية والانفصالية وعصابات المخدرات⁽¹⁾:

- يستفيد تجار المخدرات من خبرة الجماعات المسلحة في حماية الزراعة والتجارة غير الشرعية للمخدرات، في الأراضي التي تسيطر عليها تلك الجماعات الثورية أو الإرهابية.
- إن زعزعة الاستقرار النظام الاقتصادي والسياسي يساعد على خلق جو مناسب لنشاطات الجريمة المنظمة.
- إن اهتمامات السلطات الرسمية بإنفاذ القانون المتعلق بمحاربة المخدرات، يؤدي إلى إهمال محاربة التنظيمات الإجرامية الأخرى وعلى رأسها بارونات المخدرات.
- كما أن هناك نقاط اتفاق واختلاف بين الجماعات الإرهابية و العصابات الإجرامية، نلخصها في الآتي⁽²⁾:

- **نقاط الاختلاف:** و تتمثل في أن هدف الجماعات الإرهابية يكون سياسي أو إيديولوجي. بينما عصابات الجريمة المنظمة فهدفها الربح. كما تسعى الجماعات الإرهابية إلى منافسة الحكومة في الشرعية، بينما العصابات الإجرامية لا تسعى لذلك. و أخيرا تسعى الجماعات الإرهابية إلى لفت نظر الإعلام، عكس المنظمات الإجرامية، التي تريد أن تعمل في الظلام.

ب- نقاط الاتفاق: كلا التنظيمين ينشط في السرية، وفي شبكة السوق السوداء، و يستعملان العنف لتحقيق أهدافهما، وكذلك سياسة التهريب، كما يستعملان : الخطف، الاغتيال، و أخذ الأموال بالقوة.

إن الجريمة المنظمة ومنها عصابات المخدرات تشكل تهديدا حقيقيا على أمن واستقرار البلدان. فهي تزعزع و تقوض المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية، مسببة بذلك فقدان الثقة في المسار الديمقراطي خصوصا بالنسبة للدول الفقيرة والسائرة في طريق النمو. بحيث تصبح تستثمر في ضعف قدرة المواطن على مواجهة المغريات المادية أو التخويف من جانب

⁽¹⁾ Alex, Schmid. *Links between Terrorism and Drug Trafficking: A Case of "Narco-terrorism"*. Op-cit.

⁽²⁾ Alex P. Schmid. "The Links between Transnational Organized Crime and Terrorist Crimes". *Transnational Organized Crime*, 2,4(Winter, 1996): pp. 43-44.

تلك المنظمات⁽¹⁾. فمعظم الدول المنتجة للمخدرات أو التي يستعملها تجار المخدرات كمنطقة عبور تشتكي من الفساد السياسي وفقدان الثقة بين الشعب والحكومة وسيطرة تلك الجماعات على جميع أفراد المجتمع إما بالعنف أو بالمال.

⁽¹⁾ P., Williams, and Savona, E.U. The United Nations and Transnational Organized Crime. London: Frank Cass. 1996, p.32.

الفصل الخامس

أسباب تعاطي المخدرات وأساليب الوقاية منها

المبحث الأول : أسباب تعاطي المخدرات

المبحث الثاني : الوقاية من المخدرات

الفصل الخامس

أسباب تعاطي المخدرات وأساليب الوقاية منها

المبحث الأول : أسباب تعاطي المخدرات:

إن عوامل تعاطي الأشخاص للمخدرات ذات بعد مزدوج، البعد الأول يتمثل في العوامل الفردية أو الداخلية للأشخاص، كالعامل الوراثي، والمورفولوجية الحسية والتكوين النفسي للشخص، والبعد الثاني يتمثل في العوامل البيئية أو الخارجية، التي تدفع بالشخص للانحراف وتعاطي المخدرات كتوفر المادة المخدرة، والمحيط الأسري، وجماعة الرفاق، وبالتالي هذه العوامل مستقلة عن الشخص وتؤثر فيه.

المطلب الأول: العوامل الخاصة بالشخص المتعاطي:

أولا -العوامل البيولوجية:

إن عامل الوراثة له تأثير على السلوك الإجرامي، حيث يتفق كل من (هيلي و بيرت) على أن العوامل الوراثية لها دورا إلى حد ما في حالات الانحراف، فقد وجد هيلي أن 61% من حالات الأحداث، التي قام بدراستها كانوا يعانون من تقلب انفعالي شامل وعميق كعيب فطري، غير أن بيرت كان يرى أن الجريمة في ذاتها لا تورث⁽¹⁾.

إن التركيز على العائلة في مجال الإدمان على الكحول قد تم ملاحظته والتطرق إليه منذ ألفين سنة على الأقل، وقد قال بلوتارك Plutarque في هذا الصدد: الكحولي أو المدمن على الكحول ينجب مدمن على الكحول، فأصبحت هذه المقولة مسلمة في اللا شعور الجماعي، حيث تم إثبات وجود ارتباط عند بعض العائلات بإدمانها على الكحول من مدة، ولكن للبحث الدقيق في هذا المجال لم يتسنى حتى ظهور علم الوراثة وعلم الكحول (Alcoologie)⁽²⁾. حيث لم تتوفر أدوات التحليل الدقيق إلا في السنوات الأخيرة في هذا

⁽¹⁾ William, Healy; and Augusta F. Bronner. "New light on delinquency and its treatment". The Howard Journal of Criminal Justice, 4,4(July, 1937): pp.391-397.

⁽²⁾ Michel, Reynaud; Philippe.Jean., Parquet; and Gilbert.Large. Les pratiques addictives : Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives. pp.33-43. Rapport remis au secrétaire d'Etat à la santé. 09 Juillet 1999, Paris.

المجال، وفي هذا الصدد هناك دراسات عديدة، اثبتت أن العوامل الوراثية تلعب دور في الإدمان على الكحول⁽¹⁾.

1- الدراسات الإكلينية:

أ- **الدراسات العائلية:** أثبتت دراسات على مدمني الكحول عن احتمال وجود إدمان في تاريخ العائلة مقارنة بغير المدمنين. إلا أنه هناك عدد كبير من الكحوليين ينحدرون من عائلات غير كحولية. وفي هذا الصدد بين كلونينغر Cloninger أن معامل الوراثة $\text{Coéfficient d'héritabilité}$ يتغير حسب نوع المرض الكحولي المحلل ويكون بين (21 إلى 88%)⁽²⁾.

ب- **دراسات التوائم:** إن دراسات التوائم سمحت بالتأكيد أن عوامل الوراثة لها دور مهم، ولكن جزئي Partiel في نمط تعاطي الكحول⁽³⁾. أما Píkens فقد وجد نسبة عالية من التوافق في السلوكات الكحولية عند الأشخاص الذين بدأوا تعاطي الكحول في سن مبكر والعلاقة التوافقية مع التوائم المتماثلة⁽⁴⁾ (*) **Jumeaux Monozygots**. وعليه فإن نتائج الدراسات التي تناولت التوائم أوضحت تأثير العوامل الوراثية ومعظم الأعمال بينت إرتفاع المعدلات بين أزواج التوائم المتماثلة مقارنة بالأزواج التوائم غير المتماثلة ويظهر ذلك بوضوح عند الإناث.

ج- **دراسات التبني:** تحاول هذه الدراسات معرفة، هل الطفل المتبنى يشبه الأسرة البيولوجية، أو أسرة التبني. فإذا كانت الخاصية قريبة من أسرة التبني، فهذا يعني تأثير البيئة، أما إذا كان قريب من الأسرة البيولوجية، فهذا يعني تأثير العامل الوراثي. إن نتائج هذه الدراسات غير متجانسة، فإذا تناولنا ظاهرة الإدمان على الكحول على العموم. فليس

(1) Marc ,A Shuckit. "New findings on the genetics of alcoholism". *Journal of the American Medical Association*, 281(20), (1999): p p.1875-1876.

(2) C.R., Cloninger. "Recent advances in family studies of alcoholism". *Prog Clin Biol Res*, 241(1987): pp.50-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (09/03/2011).

(3) J., Koopmans; and Boosman.D. "Familial resemblances in alcohol use: genetics or cultural transmission". *J Stud Alcohol*, 57(January, 1996): pp . 20-21.

(4) Píkens, R.; et al ." Heterogeneity in the inheritance of alcoholism : a study of male and femal twins". *Arch Gen Psychiatry*, 48(1991): pp.19-19.

(*) Les jumeaux monozygotes (univitellins, « vrais », « identiques ») proviennent de la division d'un œuf fécondé unique au départ. Ils partagent le même placenta.

هناك أي فرق بين العائلتين، ولكن إذا أخذنا الرجال فقط، وبالخصوص الإدمان المزمن أو الحاد، فقد وجدت الدراسات زيادة في الإصابة عند الأسرة البيولوجية مقارنة بأسرة التبني. فدراسة بوهمان Bohman على 862 متبني Adoptés وجد أنه ليس هناك ارتفاع في نسبة إدمان الكحول في أسر التبني لأبناء مدمنين على الكحول بينما الأسرة البيولوجية غالبا ما تكون مصابة بالإدمان⁽¹⁾. ويرى كلونينغر Cloninger في هذا الصدد أنه ليس الإدمان على الكحول فقط هو الذي تم توريثه ولكن بالأخص نوع التعاطي (البداية المبكرة، والتعاطي) إلى جانب العوامل الداعمة (جنس الذكور، والسلوك المعادي للمجتمع)⁽²⁾.

2- دراسات المسجلات الوراثية :

- أ- دراسات الشراكة Etudes Association: هناك حاليا اتجاهين، الاتجاه الأول من الأعمال يرمي إلى أنزيمات استقلاب الكحول، والتي أظهرت أن سكان آسيا الشرقية لديهم أنزيم (إيزوانزيم isoenzyme) أقل نشاطا لـ الدهايد ديزيدروجيناس Aldéhyde Désydrégénase المسؤول عند الجنين Homozygote بالإحساس المفرط عن ردود الأفعال المزعجة عند تعاطي الكحول (Flush، توعك... إلخ) التي تعتبر حامية وواقية نسبيا ضد ظهور أعراض الإدمان.
- ب- دراسات الترابط Etudes de Liaison: هناك دراسات لا تهتم بالأفراد ولكن تدرس السلالات والأنساب للمرض أو على الأزواج والأشقاء أو لهم علاقة قرابة. فقد توصل⁽³⁾ Schuckit إلى أن هناك مميزات وصفات ردود أفعال هرمونية وعصبية خاصة بالكحوليين وسلالتهم أو ذريتهم. فاستقرار الإدمان في هذا النموذج يكون بالحاجة في تعاطي جرعات إضافية عالية عن المتوسط للوصول إلى نفس الحالة.
- ج- الوراثة والتدخين: لقد سمحت دراسات التوائم بإبراز العوامل الفطرية والعوامل المكتسبة في تطور سلوك التدخين. ففي دراسة لـ كارملي Carmelli⁽⁴⁾ بالولايات المتحدة الأمريكية على عينة من 4960 توعم متماثل وغير متماثل للجنود القدامى للحرب العالمية الثانية، قام من خلالها بالتحليل لفترتين :

⁽¹⁾M., Bohman; Sigvardsson S.; and Cloninger CR. "Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted women". *Arch.Gen.Psychiatry*, 38,9(1981): pp. 861-865.

⁽²⁾C.R. Cloninger. "A Systematic method for clinical description and classification of personality variants". *Arch.Gen.Psychiatry*, 44,6(June, 1987): pp. 573-576.

⁽³⁾M.A., Schuckit; et al., "Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorders". *American.Journal.Psychiatry*. 143(1986):pp.143.144.

⁽⁴⁾D., Carmelli ; et al. "Genetic influence on smoking: A study of male twin" *New Engl. J. Med*, 327(1992): pp. 829-831.

- من 1967-1969م كان الاستمرار في التدخين يعتمد على العوامل الخارجية. أين كان الضغط الاجتماعي-الثقافي يساعد على التدخين.

- من 1983-1985م أين انقلبت الوضعية تماما

بين هاتين الفترتين، نسبة المدخنين انخفضت بـ 52% إلى 27% في المجموعة الكلية، ولكن بنسبة عالية عند المدخنين الكبار المعتمدين **Gros fumeurs**. لقد أظهرت نتائج هذه الدراسة تأثير العوامل الوراثية حتى ولو كانت معتدلة **modérée** إلا أنها غير قابلة للنقاش. فعامل الوراثة، أي القابلية الوراثية **Prédisposition héréditaire** "أي أن هناك استعداد وراثي، التي تم إثباتها عن طريق الحقائق التالية:

- يكون الشخص أو يبقى غير مدخن، أي لا يقبل التدخين،

- يصبح الشخص مدخن بتعاطي قوي (أكثر من 20 سيجارة في اليوم) مع نسبة عالية من الإعتماد على النيكوتين، والصعوبة الكبيرة للتوقف.

فانطلاقا من هذه الأعمال، تبين قيمة ودرجة أهمية العامل الوراثي، والتي أصبح من الممكن تقييمها، فوزن الدرجة الوراثية **héritabilité** تكون في المعدل 50% (30 إلى 80% حسب بعض الدراسات). يجب الإشارة أنه في وقت سابق ليس ببعيد، كانت العوامل السلوكية والاجتماعية الثقافية تعتبر مهمة.

وفي دراسة حول دور الجينات **ADN** في الإدمان على الكافيين، أثبتت أن هناك علاقة ارتباطية قوية، فحسب الباحث **Neil Caporaso** الأشخاص ذوي تركيبة وراثية معينة يستهلكون في المتوسط 40 ملغ إضافية من القهوة يوميا عن الأشخاص ذوي التركيبة الجينية التي يعزى لها استهلاك أقل من الكافيين⁽¹⁾.

وهكذا ومن خلال نتائج الدراسات، يتبين أن هناك وجود محددات وراثية هي سبب الإعتماد، إلا أننا مازلنا بعيدين عن تحديد الجين **Gène** المسؤول عن الإعتماد بسببية مباشرة خطية فالواقع يبدو أكثر تعقيدا. وهكذا يمكننا القول أن العوامل البيولوجية لا تتبلور إلا في محيط معين (بيولوجي، ثقافي، اجتماعي...).

⁽¹⁾ Émeline, Ferard. « Caféine : un besoin d'origine génétique ? ». GENTSIDE découvertes, 17 avril 2011. <http://www.maxisciences.com>. (15/02/2012).

هذا بالإضافة إلى العيوب البدنية التي تعتبر من أشد الأمور قسوة، ولا يرجع ذلك إلى وطأتها الذاتية، بقدر ما يرجع إلى قسوة المجتمع الذي لا يرحم في تعامله مع أصحابه، فالطفل الذي يعاني من أي نقص أو شذوذ بدني، بما في ذلك العيوب الوظيفية كالنطق والحركة، يجد صعوبة في مجابهة الحياة على قدم المساواة مع الآخرين، لما يتعرض له بين الحين والحين من سخرية وتهكم، وهذا الشعور بالدونية يؤدي إلى الإدمان على الكحول والمخدرات والقمار، أو إلى أنواع السلوك اللااجتماعي كالكسل البالغ والسف والتبذير والكذب المستمر والعناد الشديد والغيرة العمياء وامتهان الحياء⁽¹⁾.

ثانياً: العوامل النفسية:

يرى علماء النفس أن الأصل في تعاطي المخدرات يرجع إلى العوامل النفسية المرتبطة بالتركيب النفسي المتصف بعدم الشعور بالأمن واعتبار الذات، وكف العدوان، واضطراب التوحد، حيث أن المتعاطين هم نتاج أسر يشيع داخلها الحرمان، والجوع العاطفي، وافتقار السند والرعاية والتوجيه، ولا يوجد الدفء بين أفرادها، ويكثر الإحباط والعدوان والهجر⁽²⁾. هذا البناء النفسي يحدث حالة من الاستعداد التكويني، يؤدي إلى القابلية لتعاطي المخدرات بصفة عامة، حيث يعتبر التعاطي البديل عن الإشباع الفمي المضطرب في الطفولة المبكرة الأولى⁽³⁾. ولقد أكدت نتائج دراسة "عادل عبدالله" عن علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين خلال مرحلة الطفولة الكلية المبكرة أو خلال مرحلة المراهقة، يدفع الشباب إلى عدم شعورهم بالأمن والطمأنينة النفسية، فيتولد لديهم الإحساس بالقلق النفسي والاكتئاب، فيسبب نقص العطف التلقائي، وانقطاع قنوات الاتصال بينهم وبين الوالدين، وشعورهم بانفصاليتهم عن الوجود الإنساني، لدرجة أصبحوا معها مغتربين عن ذواتهم، حيث يعيشون في أزمة هوية تمزق كيانههم وتركيبهم، وهذا ما يؤدي إلى الإدمان على تعاطي الهيروين⁽⁴⁾. وحسب هارمس 1973، فالالاكتئاب هو العامل الأساسي للإدمان سواء عند الخبرة الأولى أو عند العودة إليه بعد الانقطاع، ويؤديه بذلك Smith 1973 الذي يرى أن

(1) أحمد محمد، خليفة. مقدمة في دراسة السلوك الإجرامي. ج1، القاهرة: دار المعارف، 1962م، ص139.

(2) اسحر، عبد الغني، الأطفال وتعاطي المخدرات، مرجع سابق، ص 28.

(3) اسعد، المغربي. "سيكولوجية تعاطي المخدرات". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس، كلية الآداب، القاهرة. 1966، ص211.

(4) عادل، علي عبد الله. "علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس، القاهرة. 1989، ص 175.

المدمن لديه اكتئاب مزمن من قبل استخدام المخدر، مع عدم القدرة على إرجاع الإشباع وعدم النضج، وعدم القدرة على تحمل الضغوط، هذا مع وجود أنماط متعددة لشخصيات المدمنين، يميزهم من غير المدمنين⁽¹⁾. وذهب سيل وآخرون (Chiles et al, 1988) في دراسة للكشف عن المميزات النفسية لعينة من متعاطي المخدرات، أن 60.7 % من أفراد العينة يعانون من اكتئاب حاد، ويستعملون المخدرات للتخفيف من مشاعر الحزن. وفي نفس السياق توصل (Weiss et all, 1992) إلى أن نسبة عالية من أفراد العينة يعانون من إكتئاب رئيسي بالإضافة إلى اضطرابات نفسية أخرى، وتبين أن 63 % من أفراد العينة على اختلاف نوع المخدر الذي يتعاطونه، فهم يتعاطون المخدرات للتعامل مع أعراض الاكتئاب، وكاستجابة لمشاعر اليأس. كما توصل (Henry et all 1993) في دراسة مماثلة أن للأعراض الاكتئابية دور أساسي للتنبؤ بالاستعمال اللاحق للمخدرات. وتشير دراسة (Compas 1998) إلى أن المتورطين في سلوك التعاطي، يعتمدون إلى استراتيجيات المقاومة المنصبة نحو الانفعال بشكل متزايد⁽²⁾. أما كولمان (Koleman 1972) فيرى أن الخصائص النفسية تختلف تبعاً لنوع المدمن، ذلك أنه قسم المدمنين إلى ثلاثة أقسام: الأول فئة المرضى الذين تحولوا إلى مدمنين لارتباط الإدمان لديهم بالتخلص من الألم، ويتسم هؤلاء بعدم النضج وعدم تحمل الإحباط والرغبة في الهروب من الواقع إلى سحر المخدرات، أما القسم الثاني فهو الإدمان المرتبط باضطرابات الشخصية أو بالمرض النفسي ويتسم هؤلاء بأن لهم خصائص سيكوباتية كالاكتئاب والتوتر، وعدم الأمن والشعور بعدم الكفاءة والفشل في إقامة العلاقات مع الآخرين. أما القسم الثالث فهو الإدمان المتصل بالعوامل الاجتماعية والثقافية⁽³⁾. كما توصل سعد المغربي في دراسته، أن سيكولوجية المدمن تقوم على محور واحد، هو كف العدوان، فينسحب على بقية نواحي الشخصية، من ضعف الذات وانخفاض اعتبارها والسلبية وانخفاض مستوى الطموح والتشاؤم، وعدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية كموضوعات إشباع⁽⁴⁾. كما توصل حسين فايد في دراسته لديناميات شخصية

⁽¹⁾ فاروق سيد، عبد السلام. سيكولوجية الإدمان. القاهرة: عالم الكتب، 1977م، ص 59.

⁽²⁾ رشيد، ميسيلي و فريدة طايبي. المميزات النفسية لمتعاطي المخدرات. الجزائر: منشورات جامعة الجزائر، الجزء الثاني، 1998م، ص ص 495-496.

⁽³⁾ نفس المرجع، ص 60.

⁽⁴⁾ سعد، المغربي. "سيكولوجية تعاطي المخدرات". مرجع سابق، ص 217.

متعاطي الهيروين ومتعاطي الحشيش عن شيوخ السمات الاكتئابية والسيكوباتية لدى متعاطي الهيروين والحشيش⁽¹⁾.

ويرى Charles Nicolas في هذا الصدد، أن الإدمان نوع من الحماية من الآخرين والغير. ويأتي (الإدمان) من أجل تضميد (colmater) جرح نرجسي. فالإحساس بعدم الفعالية، وعدم قدرة المدخنين أمام حياة الإعتماد، فنظرا لمشكل إيجاد الهوية، تؤدي بهم إلى البحث عن الإحساس بالفردية عن طريق أعمال فردية التي تؤكد فرقهم⁽²⁾. أما برجوري Bergeret فيصف المدمنين حسب البنية الشخصية، فهناك المدمنين ذوي البنية الشخصية العصابية، وهناك مدمنين ذوي البنية الشخصية الذهانية⁽³⁾. و يذهب وينيكوت Winnicott إلى أن الإدمان له دور حماية الشخص المدمن ضد الاكتئاب والذهان، فالإدمان له قيمة دفاعية للأنا⁽⁴⁾. أما كوهيت Kohut فيرى أن الاضطراب النرجسي هو مركز الأمراض النفسية لكل الإدمانات. حيث يعتبر أن الإدمان هو عبارة عن شكل من أشكال النرجسية المرضية. وما يميز الشخصية النرجسية المرضية عند Kohut هو فقدان البنية النفسية الداخلية التي باستطاعتها خفض الشدة أو تنظيم تقدير الذات. فالإدمان مهما كان، يأتي لسد هذا النقص (أو العجز)⁽⁵⁾. وتوصل كل من هيكلان وجيرشون: أن السبب الرئيسي في تعاطي المخدرات، هو التغلب على مشاعر القلق والتوتر الكامن لديهم الناتج عن اضطراب علاقتهم بوالديهم، وحرمانهم من الحب والعطف التلقائي للوالدين⁽⁶⁾. ولقد توصل سعد المغربي إلى دوافع التعاطي للمخدرات وخاصة الأفيون، هو الرغبة في الرفشة والسرور والراحة وتهدة الأعصاب ونسيان الهموم، حيث أن إدمان المخدرات هو عرض ونتيجة للاضطراب عميق في الشخصية، التي تتسم بضعف الذات، السلبية، التشاؤم، إنخفاض مستوى الطموح⁽⁷⁾.

(1) حسين، فايد. سيكولوجية الإدمان. المكتب العالمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، مكان النشر غير محدد، 1992، ص 73.

(2) L., Fernandez; Sztulman. H. « Comment repérer une disposition narcissique chez un fumeur présentant une addiction tabagique grâce à un bilan psychologique ». *L'évolution psychiatrique*, 63,3(1998): pp.430-431.

(3) J., Bergeret, J. *Toxicomanie et Personnalité*. Paris : Presse Universitaire Française, 1982, p.52.

(4) D.W., Winnicott. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. traduit de l'anglais par J., Kalamanovitch Coll. Paris: Payot, 1989. p. 200

(5) In J.L. Venisse. *les nouvelles addictions*. Paris, Masson, 1991, pp. 10-29.

(6) L.J., Hekimian; and Gershon, S. "Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital". *Journal of the American Medical Association*, 205(1968):pp: 126-128.

(7) سعد المغربي، سيكولوجية تعاطي المخدرات، مرجع سابق، ص.215.

وتوصل مصطفى سوييف من خلال دراساته، أن أنه هناك عامل إيجابية وسلبية الشخص المتعاطي في الاستمرار أو التوقف، والإيجابية هو أن الشخص يسعى ويتلمس الأسباب واستكشاف تعاطي المخدرات. أما السلبية فهي شعور المتعاطي بأنه بدأ مسيرته في طريق التعاطي تحت ضغط الغير من المحيطين به⁽¹⁾.

وهناك من لخص أسباب تعاطي المخدرات المتعلقة بالمتعاطي نفسه إلى مايلي:

- 1- الشعور بالحرمان : يشعر الشخص بأنه عاجز عن تلبية حاجياته كباقي الأفراد⁽²⁾.
 - 2- مرحلة النمو الحرجة في حياة الشخص: ومنها مرحلة المراهقة، ففشل المراهق في محاكاة أترابه في مهاراتهم وإثبات قدراته، قد يدفع به إلى ولوج عالم المخدرات⁽³⁾.
 - 3- الفراغ والملل: حيث غالبا ما يشعر الشباب والمراهقون بالملل والضجر⁽⁴⁾. وهذا ما يدفعهم إلى تعاطي المخدرات للترويح على أنفسهم حسب زعمهم.
 - 4- حب الإثارة والاستطلاع: يشاع كثيرا عن المخدرات أنها تلهب المشاعر، وتمد متعاطيها بإحساس جميل، وتجعله متحررا من كل الضغوط، وأكثر جرأة وشجاعة، وأقل خجلا وجبنا، فيسعى الشباب عموما إلى تجربتها⁽⁵⁾.
 - 5- الظروف الصعبة والمواقف الحرجة: غالبا ما نجد الأشخاص الذين يعملون لفترات زمنية طويلة ويبدلون جهودا جسمانية وذهنية كبيرة خاصة الطلاب والسائقين والعاملين، لساعات طويلة يلجئون إلى المخدرات لاسيما الحبوب المنشطة للتغلب على الإعياء، وهذا ما حدث مع عقار الأمفيتامين في الستينات في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث شاع استعماله بين سائقي الشاحنات وطلاب الجامعات⁽⁶⁾.
- إلى جانب ماتم ذكره، هناك كذلك من العوامل التي لها علاقة مباشرة بالمتعاطي أو المدمن، هو الجهل والاعتقاد الخاطئ، فكثير ممن جربها أول مرة كان يجهل الأخطار الناجمة عن تعاطيه⁽⁷⁾.

(1) مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص 72.

(2) محمد، هادي. الحشيش قاتل الإنسان ودعامة الإستعمار. عين مليلة، الجزائر: دار الهدى، د.ت، ص ص 24-25.

(3) إبراهيم، نافع. كارثة المخدرات والإدمان. الإسكندرية: الكتاب الجامعي الحديث، 2003م، ص 57.

(4) نفس المرجع، ص 50.

(5) هاني، عرموش. المخدرات أمبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان. مرجع سابق، ص 301.

(6) أحمد، أبو الروس. مشكلة المخدرات والإدمان. مرجع سابق، ص 58.

(7) هاني، عرموش. المخدرات أمبراطورية الشيطان، التعريف، الإدمان. مرجع سابق، ص 301.

وهناك من يعتقد أن المواد المخدرة تثير الرغبة الجنسية، أو تطيل فترة الجماع⁽¹⁾. وهناك من يعتقد بعدم تحريم المخدرات دينياً⁽²⁾.

6- نقص الوازع الديني: إن الفراغ الروحي الذي يعاني منه الشباب بسبب بعده عن الدين، ولد اضطرابات نفسية لهم كالقلق والاكتئاب والإحباط، فيلجأ إلى المخدرات كحل لما يعانونه من أزمات، فيجدون أنفسهم رويدا رويدا أصبحوا مدمنين

المطلب الثاني: عوامل خاصة بالمادة المتعاطاة:

أولاً: عوامل التوافر: وجود المخدر وسهولة الحصول عليه، يعد عاملاً مؤثراً في تعاطي المخدرات، فكلما كان المخدر متاحاً، ولا توجد صعوبة في الحصول عليه، كلما كان ذلك عاملاً ميسراً، بل ومشجعاً أحياناً على تعاطي المخدرات. ففي البيئة المباشرة تلعب الأسرة دوراً هاماً في وجود المخدر، إذ كان أحد أفراد الأسرة متعاطياً للمخدرات، أما البيئة غير المباشرة فهي المدرسة أو محل العمل، فيلعب الأصدقاء والزملاء دوراً هاماً في وجود المخدر، وهم المصدر الأساسي للسمع عن المخدر والحصول عليه أيضاً وبصفة عامة فإن الدراسات أوضحت أن الحصول على المخدرات بين المتعاطين أمر ميسور، فعادة ما يعرف المتعاطي كيف يصل إلى المخدر وممن يحصل عليه⁽³⁾. فمع زيادة المادة المخدرة في المجتمع، يزداد الإقبال على تعاطيها، والعكس صحيح. إلا هذه العلاقة الارتباطية ليست دائماً صحيحة وهذا ما بينه التاريخ في عدد من التجارب لبعض المجتمعات⁽⁴⁾. وأكبر مثال على ذلك تجربة الولايات المتحدة الأمريكية في بداية القرن العشرين، والخاصة بقانون حظر الكحوليات في الولايات المتحدة (من 1920 إلى 1933)، والنتائج الكارثية التي انجرت عن هذا القانون، مما أدى بالسلطات الأمريكية إلى إلغائه عام 1933⁽⁵⁾.

(1) حسن فتح، الباب و سمير عياد، المخدرات سلاح الإستعمار والرجعية. القاهرة: دار الكاتب العربي للطباعة والنشر، 1967م، ص35.

(2) أحمد، أبو الروس. مشكلة المخدرات والإدمان. مرجع سابق، ص 58.

(3) محمد الجوهري وآخرون. دراسة المشكلات الاجتماعية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993م، ص 344.

(4) مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع، مرجع سابق، ص 80.

(5) Anne-Lorraine Bujon, de l'Estang. « La prohibition aux Etats-Unis dans les 1920 : Un échec cuisant ». Communication présentée lors du colloque de l'Académie du Vin de France et de la Société de Géographie, le 27 janvier 2012.

ثانيا : عوامل الثمن : إن عامل الثمن يلعب دورا مهما في عملية إنتشار المخدرات بالزيادة أو النقصان. والدليل على ذلك، ما حدث في الجزائر، فبعد تضيق الخناق عبر الحدود الأوروبية على بارونات المخدرات، أصبحت المخدرات الموجهة أصلا إلى أوروبا تباع في الجزائر (منطقة عبور) بأسعار زهيدة، وهذا ما أدى إلى انتشار تعاطي المخدرات وعلى رأسها القنب الهندي الآتي من المغرب.

ثالثا: تركيب العقار وخواصه الدوائية: تختلف العقاقير وفقا لتركيبها الكيميائي، فكل مادة من المواد الموجودة في الطبيعة تركيب خاص بها، وإن كانت بعض هذه المواد تتشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها، وعند تعاطي أي عقار يطرأ عليه تغييرات مختلفة أثناء عملية إمتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي. وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة تسمى مستقبل العقار (Drug Receptor). أي أن هناك مستقبلات خاصة للعقار في الجملة العصبية للإنسان حسب البنية الكيميائية للعقار نفسه، فالأفيون مثلا: حيث اكتشف العلماء أن جسم الإنسان يعزز مواد ومسكنات طبيعية تكافح الألم تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، كالأندورفين Endorphine، فعند تعاطي الأفيون تخدع هذه المواد المستقبل وترتبط معه وتطرد المسكن الطبيعي خارج الخلية إلى الدم فيرتفع تركيزها وبالتالي يقل صنعها بواسطة الجسم لوجود الأفيون على المستقبل. وعند الامتناع عن تعاطي الأفيون فجأة يعاني الجسم من نقص حاد في هذه المواد الطبيعية⁽¹⁾.

فتفاعل الخلايا العصبية والعقار مرتبط بعوامل مختلفة، من ضمنها التركيب الكيميائي وتطابق جزيئاته مع المستقبل والتفاعل معه. وبالتالي يختلف الإدمان من عقار إلى آخر. فالخصائص الكيميائية للنومات واستمرار تعاطيها بصفة منتظمة يوميا، يؤدي إلى الإدمان خلال شهر، في حين أن الخصائص الكيميائية للهروين واستمرار تعاطيه بانتظام يؤدي إلى الإدمان عليه خلال 7 إلى 10 أيام، بينما الخمر يحتاج من خمس إلى عشر سنوات من التعاطي المفرط والمستمر⁽²⁾.

⁽¹⁾ حمد عبد الكريم، مرزوقي وآخرون. إدمان المخدرات في أوساط الشباب في المجتمع العربي السعودي. الرياض : (سلسلة دراسات إجتماعية مقارنة- البحث الميداني الثاني)وزارة الداخلية، مركز أبحاث مكافحة الجريمة. 1416هـ، ص 14.

⁽²⁾ مناس محمد ابراهيم، الصواف. "أثر العوامل الاجتماعية في تعاطي المخدرات: دراسة ميدانية من واقع سجون سورية". رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة دمشق، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم الدراسات الفلسفية والاجتماعية، شعبة علم الاجتماع، 1996-1997، ص 67-68.

فهناك إذن خصائص فارماكولوجية في بعض المواد النفسية دون البعض الآخر، تجعلها قادرة على استثارة الإعتقاد⁽¹⁾.

رابعاً: طريقة استعمال العقار: تختلف طريقة استخدام وتعاطي العقاقير من فرد إلى آخر، وبالتالي يؤدي هذا إلى اختلاف تأثير نفس العقار على الإنسان بحسب الطريقة التي يستخدمها في التعاطي. فهناك من يتعاطى المخدر على شكل حقن في الوريد أو العضلات، وهي أكثر الوسائل تأثيراً وإحداثاً للإدمان، والتعاطي عن طريق الفم (جهاز الهضم)، وأيضاً هناك طريقة الاستنشاق، وطريقة التدخين، وهي أقل تأثيراً لإحداث الإدمان. ويبقى التأثير مرتبطاً بالكمية التي يستعملها الإنسان والفترة التي تستغرقها بين كل فترة تعاطي، والاستمرار في التعاطي بانتظام⁽²⁾.

خامساً : نظرة المجتمع إلى العقار : تلعب نظرة المجتمع إلى العقار دوراً كبيراً في انتشار تعاطي المخدرات أو الحد من انتشارها، فالخمر والتدخين مقبولان اجتماعياً في بعض المجتمعات، والحشيش وعقاقير الهلوسة مرفوضان في نفس الوقت، والسبب وراء هذا التناقض يعود لثلاثة عوامل:

- أ- تأصل العقار: فكما كان استعمال العقار متأصلاً في المجتمع ازداد تقبل الأفراد له.
- ب- تأخر ظهور الأضرار والوفاة بسبب التعاطي، فالخمر لا تظهر أضرارها إلا بعد عشر سنوات تقريباً وكذلك التدخين، وقد تصيب الأضرار فئة قليلة من المتعاطين، لذلك يغض المجتمع النظر عن التعاطي.
- ج- ظروف اقتصادية: وهي مثل توافر الحصول على العقار ورخص ثمنه، ولاسيما إذا كان التعاطي لا يتعارض مع قيم المجتمع، فمثلاً التدخين وشرب القهوة لرخص أسعارها وتوفرها مقبولان أكثر من الخمر، والخمر بدورها مقبولة أكثر من الأفيون⁽³⁾.

سادساً: التعاطي غير الطبي للعقاقير : من مسببات الإدمان، التعاطي غير الطبي للعقاقير أو ما يعرف بأسباب سوء الإستعمال، ويعود إلى⁽⁴⁾ :

⁽¹⁾ مصطفى سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 80.

⁽²⁾ هاني، عرموش. المخدرات إمبراطورية الشيطان. مرجع سابق، ص 299.

⁽³⁾ عبد المجيد سيد أحمد، منصور. الإدمان: أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج. الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، 406 هـ، ص 107.

⁽⁴⁾ نفس المرجع، ص 302.

- أ- مخالفة التقاليد والخروج على قيم المجتمع،
 - ب- الهروب من مشاكل الحياة،
 - ت- القلق الزائد أو التوتر والاكتئاب،
 - ث- تأكيد الذات، وخاصة عند الانفصاميين،
 - ج- الرغبة والخضوع لمجاراة جماعة الرفاق،
 - ح- التشبث الزائد بملذات الحياة والخوف من عدم التمتع بالخبرات السارة،
 - خ- التقليد الأعمى والفضول والتجريب ما هو جديد،
 - د- العبث واللهو والتسلية بقصد الإثارة وإشباع النزوات،
- والتعاطي غير الطبي للعقاقير يعود من الناحية السلوكية إلى ما يعرف بثقافة العقاقير **Drug Culture** ، فإنسان هذا العصر كثرت أمامه العقاقير المتعددة الأغراض من مسكنات الألم والمهدئات والمنومات والمنشطات ومضعفات الشهية، وهذه العقاقير من شأنها تزويد الفرد بخبرات إنعاشية وانفعالية وفكرية، وتؤدي هذه إلى التعود، وتصبح نمطا سلوكيا عاديا في حياة الفرد.

المطلب الثالث: العوامل البيئية:

العوامل البيئية هي العوامل الخارجية التي قد تحيط بالسلوك الإجرامي (أو الانحرافي) وتؤثر فيه، وهي عوامل كثيرة ومتعددة تؤثر وتتأثر ببعضها البعض، كما تؤثر وتتأثر بالعوامل الشخصية⁽¹⁾. ويمكن تقسيم هذه العوامل إلى نوعين رئيسيين: العوامل التي تحيط بتعاطي المخدرات باعتبارها ظاهرة عامة في المجتمع ويطلق عليها عوامل البيئة العامة، والعوامل التي تحيط بالتعاطي باعتباره ظاهرة في حياة الفرد ويطلق عليه عوامل البيئة الخاصة بالفرد.

أولاً: عوامل البيئة العامة:

- تنقسم عوامل البيئة العامة إلى عوامل اجتماعية وعوامل طبيعية:
- 1- **العوامل الاجتماعية:** وهي عوامل وثيقة الصلة بكيان المجتمع والنظم السائدة فيه والقيم والمبادئ التي يعتنقها، وتنقسم هذه العوامل إلى عوامل اقتصادية وثقافية وسياسية.

(1) مأمون، سلامة. أصول علم الإجرام والعقاب. مصر: دار الفكر العربي، 1979، ص222.

أ- **العوامل الاقتصادية:** إذا كان الأصل أن تحسن الحالة الاقتصادية للجماعة من شأنه أن يقلل من حجم ظاهرة الإجرام، وأن سوء الحالة الاقتصادية يؤدي إلى زيادة حجم هذه الظاهرة، فإن الأمر يختلف بالنسبة لظاهرة تعاطي المخدرات. فالمخدرات منتشرة في الدول المتقدمة والغنية، والدول النامية و الفقيرة. فالولايات المتحدة الأمريكية تعتبر من أكثر دول العالم ثراء، إلا أنها تعاني أكثر من غيرها من تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات بين أبناءها، مما دفعها إلى تقديم العون للدول الفقيرة المنتجة للمخدرات حتى تحكم تلك الدول سيطرتها على عملية إنتاج المخدرات والاتجار فيها، وحتى تقلل من حجم المخدرات التي يمكن أن تهرب من هذه الدول وتأخذ طريقها إليها. فدفعت ملايين الدولارات إلى تركيا حتى تبيد الزراعات غير المشروعة للخشخاش، فلا يتسرب أفيون من إنتاجها إلى يد عصابات التهريب. كما نجد أن الأمم المتحدة بمساعدة الدول الغنية ترصد سنويا ملايين الدولارات قصد القضاء على الزراعة غير المشروعة للمخدرات في الدول النامية أو الفقيرة. وذلك بتشجيع الفلاحين على التخلي عن زراعة المخدرات والتوجه نحو الحبوب وغيرها.

إلا أن العوامل الاقتصادية تؤثر على ظاهرة تعاطي المخدرات من زاوية أخرى، فالدول الغنية تستطيع إعداد جهاز قوي لمكافحة مهربي المخدرات وتجارها والقيام ببرامج وقائية لتوعية مواطنيها بأضرار المخدرات، وإنشاء مصحات لعلاج المدمنين وإعادة تأهيلهم من جديد في المجتمع. بينما الدول الفقيرة لا تستطيع ذلك فتقوى فيها عصابات التهريب والاتجار وتستخدم أموالها لإفساد الجهاز الحكومي ونشر الفساد في المجتمع⁽¹⁾.

والتغير الاقتصادي السريع سواء كان إلى الرخاء أو إلى الكساد يؤدي إلى زيادة حجم ظاهرة التعاطي وقد انتهى إلى هذا الرأي الكثير من الباحثين⁽²⁾. وتعليل ذلك أن الرخاء المفاجئ يؤدي إلى وفرة المال قد تؤدي إلى الإقبال على تعاطي المخدرات كما أن هذه الثروات تصبح هدفا لمهربي المخدرات والمتاجرين فيها الذين يحاولون فتح أسواق جديدة لها في الدول الغنية، كما تجتذب عمليات التنمية التي تصاحب الرخاء، الأيدي العاملة التي تأتي إليها محملة بخبراتها وسيئاتها ومن بين هذه السيئات تعاطي المخدرات، والكساد

⁽¹⁾ محمد فتحي محمد محمود، عيد. جريمة تعاطي المخدرات في القانون المصري والقانون المقارن. مرجع سابق، ص 467.

⁽²⁾ R.W. Susman. Reducing of drug demand : General Consideration study on measures to reduce illicit demand for drugs . New York: united nations, 1979. P45.

المفاجئ، يؤدي إلى التفكك الأسري والبطالة بما تعنيه من إحباط الأمل والشعور بالفشل خصوصا بين الشباب الذي يواجهون الصعوبات في البحث عن عمل مناسب⁽¹⁾.

فالفقر يعتبر سببا من أسباب التعاطي، وكذلك الثراء الناتج عن الحياة الحديثة المعقدة، دفع بالإنسان من خلال العرض والطلب، إلى تعاطي المخدرات. وفي المجتمعات الحديثة النمو، تتضافر عوامل اقتصادية أخرى، في دفع الأفراد إلى طريق المخدرات⁽²⁾.

ب- **العوامل الثقافية:** العوامل الثقافية هي مجموعة القيم المعنوية والخلقية والدينية التي تسود الجماعة ومستوى التعلم فيها، والتي ينبثق عنها عادات الجماعة وتقاليدها وأسلوبها في الحياة⁽³⁾. وسنرى فيما يلي ما مدى تأثير قيم الجماعة على ظاهرة تعاطي المخدرات :

1- **قيم الجماعة:** قيم الجماعة هي القيم التي تسيطر عليها وتؤثر في نفسياتها وتكون موجهة لها في مواقفها حيال أية ظاهرة من الظواهر، وقد اتضح من البحوث التي أجريت أن البيئة التي ينتشر فيها تعاطي المخدرات، ينتشر فيها أيضا جو من التسامح تجاه تعاطيها، أي أن القيم السائدة فيها لا تدين هذا السلوك وتعتبره عملا غير مستهجن أخلاقيا⁽⁴⁾. وخير مثال على ذلك جلسات تخزين القات في المجتمع اليمني. وهذا التسامح يظهر أثره أيضا في عدم معاونة السلطات على ضبط جرائم تعاطي المخدرات⁽⁵⁾.

2- **التعليم:** يرى بونجر **Bonger** في هذا الصدد أن انتشار الأمية ينبغي أن يعد من العوامل المحركة للجريمة، ويوافقه المفكر الفرنسي فيكتور هيجو **Victor Hugo** الذي يرى فتح مدرسة بمثابة غلق سجن، والبعض الآخر مثل **Cesare Lambroso** يرى أن التعليم يصقل الإجرام ويحولله من إجرام عنف وعدوان إلى إجرام مدروس ودهاء. ويساير هذا الرأي **J.J.Rousseau** الذي يقول : "أن الناس الفاسدون ولو شاء لهم أن يولدوا متعلمين لكانوا أكثر فسادا"⁽⁶⁾.

⁽¹⁾United nations . Preliminary Report on the study on measures to reduce illicit demand for drugs presented to the commission on narcotic drugs at its twenty seventh session . prepared by working group of experts. United nations, New York, 1979, P.4.

⁽²⁾سلوى علي، سليم. الإسلام والمخدرات: دراسة سوسولوجية لأثر التغيير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات. مرجع سابق، ص 141.

⁽³⁾مأمون محمد، سلامة . أصول علم الإجرام والعقاب. مرجع سابق، ص 244.

⁽⁴⁾أسمر نعيم، أحمد .تعاطي المخدرات والتدابير الوقائية والاجتماعية والإعلامية . القاهرة: دار الفكر العربي، 1996، ص 180.

⁽⁵⁾مأمون محمد، سلامة . أصول علم الإجرام والعقاب. مرجع سابق، ص 248.

⁽⁶⁾رؤوف، عبيد . أصول علم الإجرام والعقاب. ط5. مصر: دورية الوقائع المصرية، 1981م، ص 146.

3- **التقاليد والعادات:** التقاليد هي صور موروثة من السلوك الاجتماعي، محوطة بالاحترام العام بغير بحث في ماهيتها أو منشئها أو آثارها. والعادات لا تختلف في جوهرها عن التقاليد، وإن كانت أقل منها شوبعا وأصعب رسوخا وأكثر تنوعا من مجتمع إلى آخر. ومن المتعذر وضع حدود فاصلة بينها وبين التقاليد⁽¹⁾. ولا ريب أن التقاليد الضارة والعادات غير السوية تلعب دورا هاما في توجيه إرادات الأفراد نحو صور متنوعة من السلوك الإجرامي أو الانحرافي، ومن بينها تعاطي المخدرات. وفي كثير من دول آسيا مثلا، تلعب التقاليد دورا رئيسيا كعامل دافع إلى تعاطي المخدرات، ويتم التعاطي في المناسبات والأعياد. وفي كثير من هذه الدول نجد أنه من الأمور الشائعة إعطاء الأفيون إلى الأطفال لتسكين ألامهم أو جلب النوم إلى عيونهم، ومن ثم فإن تقبل المخدر والإقبال على تعاطيه يأتي في هذه الدول في سن مبكرة⁽²⁾.

وكذلك تخزين القات تعتبر من العادات السيئة التي ترسخت في المجتمع اليمني، فلا تكاد تخلو أي جلسة (عند الرجال والنساء) من تخزين القات، حتى أنها تعتبر ضرورية في المناسبات والأعياد⁽³⁾. كما كان منتشرا في وقت من الأوقات في المجتمع الجزائري تشجيع الرجل يوم زفافه على شرب الخمر، وهذا حتى يتخلص من القلق والخجل عند دخوله على العروسة.

ج- **العوامل السياسية:** من العوامل التي تساعد على انتشار المخدرات وازدياد الإقبال على تعاطيها، أن يكون الشعب مسلوب الإرادة بسبب الإستعمار أو الاضطهاد وما يرتبط به من تخلف وفساد في النظم الاقتصادية والعلاقات الانسانية والاجتماعية بوجه عام كالصين قبل التحرير والهند وجنوب إفريقيا⁽⁴⁾.

وقد عرف التتار الذي أغاروا على بلاد المسلمين وأفسدوها قيمة المخدرات (الحشيش) وتأثيره في سلب إرادة متعاطيه فاستخدموه سلاحا مدمرا للنفوس وسلب إراداتها، وغمروا مصر به⁽⁵⁾. ويقول روبرستون في جريدة الديلي كرونيكل البريطانية، ونشر

⁽¹⁾ رؤوف، عبيد . أصول علم الإجرام والعقاب . مرجع سابق، ص 152.

⁽²⁾ Joel, Fort. "Giver of delight or liberator of sin: Drug use and addiction in Asia". Bulletin on Narcotics, 3,4, XVII (1965) : pp 14-14.

⁽³⁾ عبد الله علي، زلب. ثقافة القات في اليمن: مقاربة سوسيولوجية. مرجع سابق، ص 183.

⁽⁴⁾ أسعد، المغربي. تعاطي المخدرات: أسبابه ودوافعه النفسية والصحية. القاهرة: منشورات المكتب العربي لشؤون المخدرات، 1971م، ص 92.

⁽⁵⁾ الإمام بدر الدين، الزركشي. زهر العريش في تحريم الحشيش. ط2. المنصورة : دار الوفاء للطباعة والنشر، تحقيق: السيد أحمد فرج، 1411هـ -1990م، ص 87.

في الخامس من مايو عام 1911م: " إني لأجد في هذه البلاد (مصر) إلى جانب معالم الرقي والتقدم التي قامت في مصر على أيدينا، معالم أخرى جلبت على أهلها أصنافا شتى من المفاسد الاجتماعية، والانحطاط الخلقي، بسبب انتشار الخمر فيهم في عهد احتلالنا لبلادهم، وقد كانوا من قبل متمسكين بمبادئهم الدينية التي تفرض عليهم اجتناب الخمر فطغت تجارتها عليهم طغيانا جلب عليهم أسوء النتائج⁽¹⁾. كما ترتب بعد نشوب الحرب الأهلية في لبنان من الانتشار الواسع لتعاطي الكوكايين وعقاقير الهلوسة وخاصة ل س د LSD. وفي فلسطين كانت المخدرات معروفة منذ زمن بعيد، خاصة المخدرات الطبيعية، حيث أنها تنمو وتنتشر تلقائيا بدون زراعتها، لأن الناس لا يستعملونها كمواد مخدرة، خاصة الأفيون الذي كان يسمى (أبو النوم) حيث كان يعطى بعد غليه لتسكين الآلام⁽³⁾. وفي زمن الإستعمار البريطاني أصبحت المخدرات تزرع من أجل المتاجرة فيها للدول العربية، وكانت المواد المزروعة هي الأفيون والماريجوانا التي يستخرج منها الحشيش، وعندما خرج الاستعمار البريطاني حلت محله إسرائيل في زراعة الأفيون والماريجوانا وتصديرها إلى الدول العربية وخاصة مصر، وذلك من أجل تحطيم الأمر العربية وخاصة الشباب بهدف هدم اقتصادها. وقد كان تأثير الاحتلال الإسرائيلي على الشعب الفلسطيني كبيرا، فقد شجع الاحتلال الشعب الفلسطيني على تعاطي المخدرات عن طريق إدخال المواد المخدرة إلى الأراضي الفلسطينية، ولقد تعدت هذا الحد إلى استعماله في الإسقاط الأمني للشباب من أجل التعامل معه للحصول على المعلومات التي يريدها، ومن أجل أن يعملوا كجواسيس على أبناء شعبهم⁽⁴⁾. ولقد كانت المخدرات تباع في الضفة الغربية وقطاع غزة في الشوارع والأماكن العامة على مرأى من جنود الاحتلال دون أن تتخذ السلطات أي إجراء بحق مروجيها ومتعاطيها حماية لمصالحها. ونظرا لمحاربة السلطة الفلسطينية لظاهرة المخدرات، فإن متعاطي المخدرات يذهب إلى المناطق التي تسيطر عليها الاحتلال الإسرائيلي وخاصة القدس من أجل تعاطي وجبتهم، وهذا أيضا يتم على مرأى من الشرطة الإسرائيلية، وعندما

⁽¹⁾ أحمد على طه، ريان. المسكرات آثارها وعلاجها في الشريعة الإسلامية. القاهرة: دار الاعتصام، 1984م، ص 169.

⁽²⁾ Joel, Fort. "Giver of delight or liberator of sin: Drug use and addiction in Asia". Op-cit; p 15.

⁽³⁾ عبد الله، تيسير. دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات في القدس العربية ومصادر معلومات طلبة المدارس الثانوية العامة عنها.

الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2001م، ص ص 245-246.

⁽⁴⁾ نفس المرجع، ص 247.

يفرض طوق أمني على المناطق يسمح لمتعاطي المخدرات بالدخول لمجرد أن يقول لهم بالعبرية (نوركمان) وهي كلمة تعني بالعربية مدمن، فلا يتخذ بحقه أي إجراء⁽¹⁾. حتى غزة لم تسلم من هذه الآفة، حيث تشير الأرقام بأنه و في عام واحد من يناير حتى مارس 2006 تم تسجيل 171 قضية حيازة وترويج، تورط فيها 193 مشبوها، وتم ضبط أكثر من 77 ألف شجرة مخدرة من نوع البانجو و 23 كيلوغرام من البانجو الجاف و 22 ألف بذرة مخدرة و 48 كلف من الحشيش و 184 قرص مخدر، بالإضافة إلى 7 غرامات من الهيروين والكوكايين، وبين العقيد حسين العمودي مدير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات أن الكثير من هؤلاء المروجين والمتعاطين قاموا بزراعة الشتلات المخدرة داخل منازلهم وآخرين بالمنطقة الصفراء ومناطق إلتماس التي تسيطر عليها قوات الاحتلال، والتي تشجع وتغض الطرف عن الأشخاص الذين يقومون بزراعة الشتلات المخدرة، لعدم تكمن الشرطة الفلسطينية من الوصول إليهم⁽²⁾.

وأثبتت الدراسات أن هناك درجات متفاوتة من القلق النفسي الذي خلفه غزو النظام العراقي السابق لدولة الكويت باعتباره موقفا إنعصابيا^(*) ترك أثارا سلبية سيئة على شرائح المجتمع الكويتي، واتجه بسببها العديد من الشباب إلى تعاطي المخدرات لنسيان ما تعرضوا له من تعذيب أو مشاهدة جرائم القتل أو الإغتصاب⁽³⁾.

كما أظهرت الإحصاءات "المنطقة الجنوبية في العراق" لعام 2005 أن من بين كل عشرة من الشباب ممن تتراوح أعمارهم بين 18-30 سنة يوجد ثلاثة منهم مدمنون على المخدرات القادمة من إيران، وهذا تحت سمع وعلم القوات الأجنبية⁽⁴⁾.

ولعل حرب الأفويون الأولى والثانية لأكبر دليل على دور الجانب السياسي في استفحال ظاهرة المخدرات.

(1) عبد الله، تيسبير. دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات في القدس العربية ومصادر معلومات طلبة المدارس الثانوية العامة عنها. مرجع سابق، ص 248.

(2) الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. المارايجونا بغزة أكثر إنتشارا من الحشيش والهيروين (تقرير خاص) فلسطين. غزة، 2006، ص 4.

(*) العصاب هو اضطراب إنفعالي بسبب صراع داخلي وتصدع العلاقات الشخصية أهم سماته بعدم الأمن، وينشأ القلق العصابي من الشعور بعدم الأمن الناتج من المواقف البيئية الضاغطة مثل الانعصاب الناشئ عن الأزمات والحروب.

(3) عايد علي، الحميدان. أثر الحروب في انتشار المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث ، 1428هـ، 2007م، ص 42.

(4) الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. المارايجونا بغزة أكثر إنتشارا من الحشيش والهيروين (تقرير خاص) فلسطين. مرجع سابق، ص 4.

حرب الأفيون الأولى : في عام 1800م، ومن أجل حماية شعبه من أضرار الأفيون، منع الإمبراطور الصيني من دخول الأفيون إلى ميناء Conton، وهذا ما أدى ببعض الوكالات الإنجليزية بتواطاً مع بعض القراصنة الصينيين إلى تهريب بطريقة غير مشروعة الأفيون إلى الصين، حيث تكونت عصابات وأدخلت الأفيون على امتداد لساحل ب 1500 كلم. أمام هذه الوضعية لم تستطيع السلطات الصينية أن تقوم بردع هذه التجارة (وهذا خوفاً من الدولة البريطانية العظمى)، وفي ربيع 1839 في Conton قام وموظفو الميناء بحجز أكثر من 1400 طن على متن باخرة بريطانية كانت تحاول إنزالها في الميناء، وقام الموظفون بتفريغ كل الحمولة في البحر، وهذا ما أدى بالأسطول البريطاني بضرب الساحل الصيني، وأرغمت بريطانيا على إثرها الصين بدفع تعويضات للعصابات أصحاب المخدرات وهذا عن طريق اتفاقية Nankin نانكين 1842 ، كما فتحت على إثرها خمسة موانئ صينية لتجار المخدرات البريطانيين وهذا أدى إلى مضاعفة استيراد الأفيون إلى الصين خلال العشر سنوات الموالية. حرب الأفيون الثانية: أو *guerre de l'arrow* (1856-1858) : أين دخلت فرنسا كطرف في الصراع وتحالفت مع بريطانيا من أجل القضاء على ما تبقى من مقاومة في الأراضي الصينية. وفي 1858 تم المصادقة على اتفاقية Tien-Tsin والتي بموجبها أصبح استيراد الأفيون إلى الصين شرعياً، وفتح على إثرها إحدى عشر ميناء جديد لاستقبال البواخر المحملة بالأفيون. إلا أن الإمبراطورية الصينية استطاعت تمرير في هذه الاتفاقية ضرائب مرتفعة على الأفيون المستورد، ومع مرور السنين أستطاعت الصين بفضل تلك الضرائب والأتاوات تطوير زراعة الأفيون على أراضيها، مما أدى إلى منافسة الأفيون المستورد، ففي 1896م وصل الإنتاج المحلي إلى 12000 طن ليصل في 1905م 22000، وهذا ما أدى إلى تراجع الأفيون البريطاني المستورد، حيث كان في 1884 م 6000 طن ليصل خلال بعض السنوات فقط إلا حدود 3000 طن.

ولكن ما يجب الإشارة إليه أن المرض قد إنتشر في أوساط المجتمع الصيني، حيث وصل عدد المدمنين على الأفيون خلال فترة من 1870 إلى 1900 (5% إلى 20%) من المجتمع الصيني، وتعتبر هذه أكبر نسبة تسمم جماعي في التاريخ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Alain, Labrousse ; and Michel, Koutouzik. *Géopolitique et Géostratégiques des drogues*. Paris : Edition : Economica, 1996, pp.13-14.

2- العوامل الطبيعية:

العوامل الطبيعية، هي الظواهر التي تسود منطقة معينة وتتعلق بالمناخ والمكان. والرأي الغالب في الفقه أن هذه العوامل ينبغي النظر إليها بوصفها عاملاً محدوداً جداً من حيث أثره في السلوك الإجرامي، فضلاً عن كونها عاملاً غير مباشر على أي وجه كان⁽¹⁾.

أ- **المناخ:** يلعب المناخ دوراً هاماً كعامل دافع على التعاطي في المجتمعات الفقيرة التي يسودها الجو البارد، وقد تبين ذلك من نتائج البحوث العلمية، ومن بينها البحث الذي أجراه كل من **Carter ; Parkerson ; and Mamami** عن تعاطي الكوكا في بوليفيا، حيث أقر 68% من أفراد عينة البحث أن مقاومة البرد كان من بين الأسباب الرئيسية التي دفعتهم إلى التعاطي. كما تبين لفريق البحث أن بعض رجال الشرطة قد بدأوا تعاطي الكوكا أثناء وجودهم في نوبات الحراسة الليلية انقاء للبرد⁽²⁾.

ب- **المكان:** يرى علماء الإجرام، أن ظاهرة الإجرام والانحراف تتأثر بطبيعة المكان وكثافة السكان فيه، فنسبة الإجرام والانحراف تزيد في المدينة عنها في الريف، كما أن نسبة الانحراف والإجرام تكون عالية كلما اقتربنا من مركز المدينة أين يكون تركيز السكان أكثر. وقد بينت أبحاث مدرسة شيكاغو ما مدى صحة هذه الفرضية⁽³⁾. كما توصل حسن الساعاتي إلى تمييز نوعيين متميزين من مناطق الجناح فيهما (في دراسة على ظاهرة الخروج على القانون في كل من مدينتي القاهرة والاسكندرية لسنوات 1939-1940-1941-1942)، أطلق على أحدهما اصطلاح "مناطق التفريخ"، التي يولد الجانحون فيها وتتم عملية تنشأتهم الاجتماعية وفق الثقافة الفرعية السائدة فيها، وهي الثقافة الشعبية ضعيفة الضوابط الأخلاقية، والرسمية والقانونية، وتنتشر فيها جنح الضرب والمروق من سلطة الوالدين، وأطلق على المناطق الأخرى اصطلاح "مناطق الجذب" وهي المناطق التجارية في مركز الأعمال في كل من المدينتين (القاهرة والاسكندرية) وفيما حولهما من مناطق التحول، وتكثر فيها جنح السرقة، والتسول التي تختفي وراء جمع أعقاب السجائر وبيع السلع التافهة وعرض ألعاب بهلوانية، ويحظى هذان النوعان من مناطق الجناح بأعلى نسبة

⁽¹⁾ مأمون محمد، سلامة. أصول علم الإجرام والعقاب. مرجع سابق، ص 257.

⁽²⁾ William, E Carter., William E., Parkerson P; and M. Mamani. Traditional and Changing Patterns of Coca Use in Bolivia. in *Cocaine 1980: Proceedings of the Interamerican Seminar on Coca and Cocaine* Lima 1980, pp 159-161.

⁽³⁾ آلان، كولون. مدرسة شيكاغو. ترجمة مروان بطش. ط1. بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. 2012. ص82.

للأحداث الجانحين في كل من القاهرة والاسكندرية⁽¹⁾. وقد فسر علماء الاجتماع ذلك بازدياد نقشي عوامل التفكك الاجتماعي وزيادة فرص الغواية في المدينة عنها في القرية. وفي مجال تعاطي المخدرات نجد أن الأصل هو زيادة حجم ظاهرة التعاطي في المدينة عنها في القرية.

ثانيا : عوامل البيئة الخاصة:

هي العوامل الخارجية التي تحيط بشخص الفرد، فتدفعه إلى ارتكاب الجريمة⁽²⁾ أو الانحراف. وهي عوامل كثيرة ومتعددة، منها : الأسرة، البيئة المدرسية، جماعة الرفاق ووسائل الإعلام.

أ- الأسرة: تعتبر الأسرة نظاما اجتماعيا يؤثر على النظم الاجتماعية الأخرى ويتأثر بها⁽³⁾، ويبدو أن العائلة في تركيبها المعاصر قد فقدت الكثير من وظائفها التقليدية التي عرفت من خلال عصور طويلة⁽⁴⁾.

يمر الإنسان منذ مولده بعدة مراحل في الأسرة، تبدأ بمرحلة الحضانة ثم مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة الطفولة المتأخرة، ومن ثم مرحلة البلوغ والمراهقة، وفي كل مرحلة من هذه المراحل يكتسب الفرد شخصية الأسرة وقيمها وعاداتها وتقاليدها عن طريق عملية التنشئة الاجتماعية التي يقوم بها الوالدان. وقد دلت الدراسات والبحوث التجريبية على أن أساس شخصية الفرد تكون في المرحلة الأولى من الطفولة المبكرة، وأن هذه الأسس تتكون يصعب تعديلها فيما بعد⁽⁵⁾. فتنشئة الطفل نفسيا ورعايته في المراحل الأولى من حياته لها أثر بالغ في سلوكه، فإذا لم يحم الوالدان على تربية الطفل على أسس سليمة متوافقة نفسيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا، مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية⁽⁶⁾ يؤدي ذلك إلى الانحراف ومنه إلى تعاطي المخدرات.

(1) نقلا عن حسن، الساعاتي. في علم الاجتماع الجنائي. القاهرة: النهضة المصرية، 1951، ص ص 83-91.

(2) مأمون محمد، سلامة. أصول علم الإجرام والعقاب. مرجع سابق، ص 306.

(3) مصطفى، الخشاب. دراسات في علم الاجتماع العائلي. دار النهضة العربية، بيروت، 1981م، ص 46.

(4) نفس المرجع، ص 46.

(5) عبد الحكيم، العفيفي. الإدمان. مرجع سابق، ص 78.

(6) حاد عبد السلام، زهران. الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب، ط 1، 1978م، ص 9.

ويفسر هورناي Horney في هذا الصدد أن تعاطي المخدرات عبارة عن عدوان موجه نحو الذات وناتج عن فقد الحب واضطراب العلاقات مع الوالدين⁽¹⁾. ولهذا كلما كانت الأسرة ذات شخصية قوية متماسكة، كلما انعكس ذلك على شخصية الفرد وشب قويا متماسكا جسميا ونفسيا وعقليا، وكان بذلك بعيدا عن الانحراف. أما إذا كانت الأسرة مختلة التوازن، مفككة كلما شب الفرد ضعيف مشتتا ومحطما كهذه الأسرة، وهذا ما يرشح الفرد بأن يصبح من الجماعات الهشة التي يسهل عليه ولوج عالم الإجرام والانحراف ومنه عالم المخدرات⁽²⁾. إن التدخلات الاجتماعية المعنية بالأسرة لا تقتصر على الوالدين الطبيعيين وأبنائهما فقط، بل تشمل أيضا كل من يعتبر جزءا من الأسرة، ومن ثم فإن الأشخاص الآخرين الذين يقومون برعاية الأبناء (الجد والجدة والعمات والخلات والأعمام والأخوال والإخوة والأخوات ممن هم أكبر سنا، أو حتى المستأجرون لتقديم الرعاية أو الأباء والأمهات بالتبني أو بالحضانة وغيرهم) هم أيضا لهم دور في تلقين الطفل وتربيته. وفي حين أن العوامل الوراثية والمزاجية والبيئية كلها تسهم في قولبة الطفل⁽³⁾.

ويتضح جليا من الأبحاث والدراسات أن التربية الوالدية التي تتسم بالكفاءة هي عامل حماية قوي⁽⁴⁾. فإن الأسر تستطيع أن تحمي أبنائها من كثير من مختلف أنماط السلوك المخوفة بالمخاطر بما في ذلك تعاطي مواد الإدمان، وهذا بتوجيههم وإرضاء حاجاتهم الأساسية، وحفزهم على التطور والاستقرار⁽⁵⁾. وقد أثبت الباحثون من خلال دراساتهم أن العوامل الأسرية لها وضعية محورية في المسارات الطويلة المدى التي تقود إلى تعاطي مواد الإدمان. فمع أن تأثير القراء يكون في أغلب الحالات هو السبب الرئيسي الذي يدفع المراهق إلى السلوك السلبي كتعاطي المخدرات، إلا أن وجود بيئة أسرية إيجابية يحول دون انخراط الشباب في هذه الأنماط السلوكية، بما في ذلك تعاطي العقاقير والكحول، والجنوح، وممارسة النشاط الجنسي المبكر⁽⁶⁾.

(1) عبد العزيز بن عبد الله، البرثين. الإرشاد الأسري. د ن، د س، ص 115.

(2) عبد الحكيم، العفيفي. الإدمان. مرجع سابق، ص 78.

(3) C.M., Glantz ; and A.I. Leshner. "Drug abuse and developmental psychopathology". development and psychopathology. 12(4); (2000):p p. 795-795.

(4) Eleanor E. Maccoby; and J. Martin . Socialization in the context of family: parent-child interaction. 4theds. New York: John Wiley and sons, 1983, P.101

(5) Jan, Horwath. The Child's World: Assessing Children in Need. London: Jessica Kingsley, 2001, pp. 255-272.

(6) K. L. Kumpfer ; and C. W. Turner. "The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention". International Journal of the Addictions, 25,4(1990): pp. 435-435.

وبما أن عملية التنشئة الاجتماعية عملية ذات تأثير هام في تحديد العلاقة ما بين الأسرة والإدمان، فكان لابد من الإطلاع على جملة من العوامل أو الظروف الأسرية الخاصة بحياة المدمنين وتنشئتهم الخاصة التي لعبت دورا في دفعهم إلى الإدمان، وأهمها⁽¹⁾:

1- **التفكك الأسري** : يعتبر تواجد الوالدين في حياة الطفل عاملا أساسيا في تقويم أسس حياته السليمة، والترعرع في كنفهما والتعود على وجود الوالدين المستمر ورعايتهما يجزع أشد الجزع عند فقدهما، وكأنه فقد المكانة الآمنة فيؤثر هذا على نفسيته. ويتخذ التفكك الأسري شكلين :

الشكل الأول: ويتمثل بالتفكك المادي، المتمثل بوفاة أحد الوالدين أو غيابهما بسبب السجن أو الهجر أو الطلاق أو الغياب الطويل عن المنزل، وبالتالي غياب عنصر الحنان والرقابة والتوجيه والرعاية، وحرمان الطفل من مصادر التهذيب والتقويم التي تشكل أحد العوامل في دفع الفرد إلى الإدمان. كما يطلق عليه التصدع الأسري **Physical Disruption** وتسمى هذه الأسر بالأسر المحطمة **Broken Homes**.

الشكل الثاني: ويتمثل في التفكك المعنوي، ويقصد به أن تسود الأسرة رغم وجود الوالدين قيم سيئة تتجم عن علاقات سيئة مثل الشجارات الدائمة بين الوالدين، أو إدمان أحد الوالدين على المواد المخدرة، الأمر الذي يصرفهما على الاعتناء بأطفالهم وتهذيبهم وإرشادهم وتوجيههم⁽²⁾. كما يطلق على هذا النوع من التفكك بالتصدع السيكولوجي **Psychological Disruption** وقد ترجع بعض حالات الإدمان بين أفراد الأسرة إلى الاضطرابات في العلاقات بين أفراد الأسرة وتفككها بسبب سوء العلاقة بين الزوجين أو انفصالهما أو وفاة أحدهما. وتمثل الأم العنصر الفعال في نمو السمات التي تؤدي إلى الاستعداد للإدمان على الخمر أو العقاقير، والسبب في ذلك يعود إلى أسلوب التربية التي تستخدمه الأم في تربية أبنائها. فإما أن تكون الأم متسلطة أو نابذة للأبناء أو تكون من سماتها الاضطراب الانفعالي والشعور بالذنب والعدوانية والسيطرة. كما أن غياب الأب يلعب دوره في انحراف الطفل وذلك بسبب غيابه وانعدام رقابته وتوجيهه. وفي المجتمع الجزائري،

(1) عبد الحكيم، العيفي. الإدمان. مرجع سابق، ص 79.

(2) هناء محمد شريف، البرقاوي. "أثر العوامل الاجتماعية في الدافع إلى ارتكاب الجريمة: دراسة ميدانية من واقع سجن دمشق للذكور ودوما للإناث". رسالة ماجستير جامعة دمشق. 1995، ص 141.

أكد بعض قضاة الأحداث بمحكمة البلدة وبعض أطباء علم النفس بمراكز إعادة التربية، أن كثيرا من حالات الانحراف كان العامل العميق فيها عدم رضا الأبناء عن العلاقات الزوجية بين آبائهم وأمهاتهم، هذه العلاقات التي كانت تعكر دائما صفاء الحياة الأسرية، وتفقد بذلك الأسرة الانسجام والاستقرار والتوافق بين أطرافها، ويترك آثار خطيرة على نفوس الأطفال⁽¹⁾. وأوضحت دراسة عبد القادر حمر الراس، أن (60%) من أسر المتعاطين يشدد فيها الخصام بين الزوجين، وأن (83.33%) من المبحوثين كان الخصام فيها أكثر تكرارا بين والديهم. وقد صرح هؤلاء المبحوثين أن استمرار الخصام بين والديهم يجعلهم مرهفي الإحساس اتجاه البيت ومن فيه، فيلقون بأنفسهم إلى الشارع الذي لا يوفر لهم أدنى وقاية أو رعاية فتحتملهم جماعة السوء ثم مراكز إعادة التربية⁽²⁾. كما أظهرت الدراسة أن الخصام المستمر والمتكرر بين والديهم يستغرق كل الاوقات التي يتواجد فيها الأباء في البيت، وتبقى تأثيراته وانعكاساته على نفسية الأمهات مدة طويلة، مما يؤدي غالبا إلى إهمال الأبناء من ناحية الرعاية والتوجيه والاهتمام بحاجياتهم ومصالحهم. وقد ذهب المبحوثون إلى حد التصريح بأن آبائهم وأمهاتهم غالبا ما يعكسون مشكلاتهم عليهم أثناء الخصام أو بعده بشكل أو بآخر، مما يترك أثارا بالغة في نفوس الأحداث، فيتولد فيهم استعداد قوي للعنوان والعنف والانحراف والجنوح، وتعاطي المخدرات إذا توفرت عوامل مساعدة وممهدة لذلك⁽³⁾.

وفي دراسة لكل من شلدون جلوك Sheldon Glueck واليانور جلوك Eleanor Glueck على عينة تتكون من 100 منحرف في ولاية بوسطن Boston بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 48 % من المنحرفين جاءوا من أسر متصدعة. كما وجدوا في دراسة أخرى على 500 نزيل في إصلاحية ماساتشوسيتس Massachusetts أن حوالي 60% من النزلاء جاءوا من أسر متصدعة⁽⁴⁾. وفي دراسة أخرى لكل من شو Shaw وماكاي McKay حول الوضع الأسري لمجموعة من المنحرفين عددهم 1675 منحرفا بولاية شيكاغو، تم مقارنتها بمجموعة أخرى ضابطة لغير المنحرفين جماعة من التلاميذ عددها 7278 في نفس

(1) عبد القادر، حمر الراس. "الأسرة وتعاطي المخدرات، أثر الوسط الأسري في إبراز تعاطي المخدرات في البلدة". مرجع سابق، ص 196.

(2) نفس المرجع، ص 197.

(3) نفس المرجع، ص 200.

(4) جلال الدين، عبد الخالق. الجريمة والانحراف: الحدود والمعالجة. الإسكندرية: مطبعة سامي لطباعة الأوفست والماستر، 1988م، ص 58.

منطقة الإقامة و نفس السن، وجدا أن 41.5% من المنحرفين جاءوا من أسر متصدعة بالمقارنة بنسبة (36.1 %) من غير المنحرفين⁽¹⁾.

وفي دراسة لجلوك⁽²⁾ Gluck وجد أن 54% من المنحرفين الذي قدموا لمحكمة الأحداث ببوسطن من أسر متصدعة تصدعا فيزيقيا، حيث وجد أن 26.7 % كانوا من أسر متصدعة بالموت (موت العائل) و 18.8 % نتيجة الهجر أو الانفصال أو الطلاق، و 2.5 % نتيجة للغياب الطويل. فهذا من شأنه أن يشكل عاملا هاما في خلق الانحراف، إذ تشير الدراسات إلى أن مثل هذا التصدع السيكولوجي للأسرة يكون على مزاملة بالانحراف، في حين السعادة والبناء السليم لحياة الأسرة يكونان ذات علاقة بالتوافق الناجح المثمر للمجتمع وعلامة على عدم وجود أي مظاهر الانحراف⁽³⁾.

وفي دراسة قام بها ستوري Stury في ألمانيا على 144 مجرما حدثا، وجد أنه في 32 % من الحالات كان الأب مجرما، وفي 35 % منها كان مدمن على الخمر، وفي 25 % من الحالات كان أحد الأبوين مصابا بمرض نفسي أو جسدي، وفي 22 % من الحالات كان الحدث المجرم وحيد أبويه، وفي 36% منها كان أحد الإخوة مجرما. وكانت هذه الأرقام جميعها تفوق المتوسط العام. وهكذا يتضح أن العلاقات الأسرية تكون مضطربة إذا كان الوالدان من متعاطي مواد الإدمان، وخصوصا إذا كانت الأم مدمنة⁽⁴⁾. ذلك أنه عندما يتعاطى الأبوان مواد الإدمان، تزداد احتمالات تعرض الأطفال للمنازعات وحالات العنف المتكرر داخل الأسرة، بما في ذلك الإساءات البدنية والشفوية، وكذلك تعرضهم للكحول والمخدرات. وهذا علاوة على أن الأسر التي لديها مشاكل إدمان تنتزع غالبا إلى العزلة الاجتماعية من أجل اتقاء الانكشاف والازدراء الاجتماعي والإجراءات الجنائية. ومن الآثار الجانبية لذلك أن الأبناء يصبحون هم أيضا معزولين ويتضاءل لديهم نمو الميول الاجتماعية في العلاقات⁽⁵⁾.

(1) جلال الدين، عبد الخالق. الجريمة والانحراف: الحدود والمعالجة. مرجع سابق، ص 58.

(2) نفس المرجع، ص 58.

(3) نفس المرجع، ص 59.

(4) L. A. Bennett; et al. Couples at risk for transmission of alcoholism: protective influences". *Family Process*, 26,1(1987):pp.3-5.

(5) S. Luthar; et al. Multiple jeopardy: risk and protective factors among addicted mothers' offspring". *Development and Psychopathology*, 10,1(1998): pp.117-136.

2- **السلوك التربوي للأسرة:** لقد دلت معظم الأبحاث على أن التربية الخاطئة لمن أهم العوامل البيئية صلة بالجريمة والانحراف. وتتم التربية الخاطئة إما باللامبالاة والتجاهل من جانب الوالدين بسلوك الأطفال، ولما بالقسوة المسرفة في التربية والتقويم. فالعلاقات بين الوالدين والأبناء التي تتميز باللامبالاة وعدم الاستجابة الشعورية وانعدام الأمان العاطفي وانعدام الاتساق لدى الوالدين في رعاية الأطفال أثناء السنوات المبكرة من نموهم، تؤدي إلى ارتفاع درجة الاكتئاب والقلق مما يسهل من دخول عالم الانحراف⁽¹⁾. حيث هناك علاقة ارتباطية وثيقة بين الاكتئاب في مرحلة الطفولة وتعاطي المخدرات في بداية مرحلة المراهقة. وقد وجد Bronner et Healy في دراستهما على 4000 حالة أن 40 % من هذه الحالات قد جاءوا من أسر ينعدم فيها التقويم. كما وجد كل من شلدون جلوك Sheldon Glueck واليانور جلوك Eleanor Glueck أن الاستخدام المسرف للعقاب البدني يبدو كعامل واضح في نمو وخلق النشاط العدواني⁽²⁾.

3- **المستوى القيمي والخلقي السائد في الأسرة:** يعتبر الانهيار الخلقي والقيمي في مقدمة العوامل البيئية التي تدفع الحدث إلى الانحراف، حيث أن أهم عوامل الانهيار الخلقي داخل الأسرة بل أخطرها هو انحراف الوالدين أو أحدهما، أو لانحراف أكبر الأبناء أو أكبر البنات، والمقصود بالانهيار الخلقي والقيمي، فقدان المثل العليا واختلال المعايير الاجتماعية داخل المنزل وانعدام القيم الروحية، مما يجعل الحياة داخل الأسرة مجردة من معاني الشرف أو الفضيلة أو السلوك الطيب، وتصبح فيها الجريمة أو الانحراف أو سوء الخلق أمرا عاديا، لا يرى فيه أفراد الأسرة غضاضة ولا يحسون فيه معنى الخطيئة⁽³⁾.

كما يمكن تمييز ثلاث درجات يؤثر من خلالها الانهيار الخلقي والقيمي على انحراف الأبناء، أشدها تطرفا هي عندما يلزم الآباء في خطة محكمة الأطفال ارتكاب الجرائم، والثانية عندما يكتسب الأبناء دون تعليم مباشر أنماط الجريمة عن طريق التقليد لسلوك الآباء أو غيرهما من أعضاء الأسرة، والثالثة هي عندما يكتسب الأبناء أنماط سلوك أخرى تتجه إلى السلوك المعادي للمجتمع⁽⁴⁾. ففي دراسة لـ Burt في إنجلترا، أظهرت أن

⁽¹⁾ L.Porter.; and B. Porter. "A blended infant massa-parenting enhancement program for recovering sunstance-abusing mothers". *Pediatric nursing*, 30(2004) : pp.363-364.

⁽²⁾ جلال الدين، عبد الخالق . الجريمة والانحراف: الحدود والمعالجة. مرجع سابق، ص 60.

⁽³⁾ نفس المرجع، ص 61.

⁽⁴⁾ نفس المرجع، ص 61.

شيوخ الجريمة والربذيلة عامة في أسر الجانحين يبلغ خمسة أمثال ما هو عليه في أسر غير الجانحين. وهناك أسر تنتشئ أطفالها، أي تربيهم على الانحراف الذي يصبح من عناصر ثقافتها الخاصة بها، أي القيم التي تحرص عليها، وتصبح أعرافا شائعة بين أفرادها وتقاليد يتوارثونها. إن بعض الناس قد يكونون غير متوافقين لأنهم متوافقون في توافق غير متوافق⁽¹⁾.

4- **علاقة الطفل بإخوته:** يشعر الطفل بحاجة إلى تقسيم الحب الوالدي يتساوي مع إخوته جميعا، وهذا أمر أساسي لتنشأ أخوة حقيقية خالية من الحقد أو الحسد أو الغيرة، وعدم الشعور بالنقص أو بالقوة أو التفوق نتيجة حب الوالدين لأحد الأبناء أكثر من الآخر، الأمر الذي يولد بين الإخوة نوع من المنافسة الضارة أو المقارنات المستمرة، وهذا يدفع إلى نمو الكراهية اللاشعورية بين الإخوة والتعصب والتعويض المرضي والاكتئاب أو العدوان الذي يكون اتجاهها نحو تعاطي المخدرات.

5- **علاقة المستوى الاقتصادي للأسرة وتعاطي الأبناء للمخدرات:** إن الطفل عندما يتوافر معه فائض من الدخل قد يدفعه ذلك إلى ارتياد أماكن اللهو وتعاطي المشروبات المخدرة والمسكرة، وما ينجم عن ذلك من وقوع الجرائم الخلقية⁽²⁾. أما عن الانخفاض في دخل الأسرة وعلاقته بانحراف الأحداث، فقد تبين من نتائج البحوث الميدانية أن الأحداث الجانحين غالبيتهم من أسر على جانب كبير من الانخفاض في المستوى الاقتصادي، ويؤكد ذلك البحث الذي أجراه مركز بحوث الخدمة الاجتماعية بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالاسكندرية عام 1974م في دراسة اجتماعية لأسر الأحداث المنحرفين المودعين بالمؤسسات لإعادة التربية بالاسكندرية⁽³⁾.

6- **المسكن وحي الأسرة :** يعد دراسة حجم المنزل الذي تقطن فيه الأسرة من الدراسات الهامة في الكشف عن أسباب الإدمان، فللمسكن أثر كبير في تكوين شخصية الفرد وتحديد مدى استجابة الفرد للمؤثرات الخارجية، فإذا كان المنزل ضيقا وعدد أفراد الأسرة كبير سبب ذلك اكتظاظ سكانيا، ونجم عنه أوضاعا خطيرة، مثل : الفشل في أداء الواجبات المدرسية الذي قد يكون بداية للفشل في أمور مستقبلية لاحقة، وإلى الهروب من المنزل الضيق ولعب

(1) سامية حسن، الساعاتي. الجريمة والمجتمع. ط2. بيروت: دار النهضة للطباعة والنشر، 1983م، ص 121.

(2) عزت سيد، اسماعيل. جنوح الأحداث. الكويت: وكالة المطبوعات، 1984م، ص 226.

(3) محمد علي، البار. المخدرات الخطر الداهم: الأفيون ومشتقاته. مرجع سابق، ص ص 321-322.

الأطفال في الخارج، هذا الهروب والتواجد في الشارع بما فيه من أمور سيئة وأشخاص غير مضمونين أخلاقيا وسلوكيا قد يؤدي في المستقبل دافعا إلى تلمس السلوك المنحرف أو الإدمان. وكذلك المنزل الضيق يؤدي إلى الانحراف السلوكي للأطفال ولاسيما من الناحية الجنسية، وهذا بسبب إطلاع الطفل على الأمور الجنسية التي تحدث بين والديه، الأمر الذي ينشط لديه الغريزة الجنسية التي قد يحاول إشباعها من خلال اتصاله غير المشروع مع أحد أفراد أسرته أو الاتصال الشاذ بين أفراد جنسه، الأمر الذي يجعله يهرب من عذابه ونسيان أفعاله الشاذة بتعاطي المخدر، أو اللجوء لتعاطي المخدرات عندما يعجز عن تحقيق ذلك، لاسيما أنه يعلم أن بتعاطيه هذا قد يعرض عن الحرمان الذي يشعر به بالخيال أو التوهم الذي يحصل عليه من التعاطي⁽¹⁾. فمسكن الأسرة يمارس تأثيرا على تكوين شخصية الفرد، ويحدد مدى استجابته للمؤثرات الخارجية، فضيق مسكن الأسرة قد يدفع الأبناء إلى البحث عن مكان يلوذون به، فيلجأون إلى الأصدقاء، أو إلى الشوارع حيث يكون الاتصال برفقاء السوء⁽²⁾.

ويمكن أن ننظر إلى المسكن من جانبين، الأول: الجانب المورفولوجي وهو تخطيطه، وطريقة بنائه، وعدد غرفه، واتساعه وطريقة تهويته، وكفاية امكانياته ومرافقه... إلخ. الثاني: الجانب الفيسيولوجي في المسكن، وهو ما يعرف بالعلاقات الانسانية والاتصالات بين أفراد وحدات المسكن، وتلك العلاقات والاتصالات الإنسانية القائمة داخل إطار المسكن يغذيها وشكلها المؤثرات المورفولوجية للمسكن فقد يؤدي إزدحام أفراد الأسرة في حجرة واحدة إلى تحديد أنماط التعامل بين أفرادها⁽³⁾. وفيما يتعلق بالحي فقد عالج كثير من العلماء موضوع الحي، وبرزوا علاقته بالانحراف والجريمة، فقد أظهر كليفورد شو Show في إحدى دراساته التي تناولت خمسة أشقاء عرفوا بتاريخهم الإجرامي الطويل، كيف يلعب الحي دورا كبيرا في الجنوح أو الجريمة. لقد وصف شو هذا الحي بأنه منطقة جناح، يتميز بكل أسباب عدم التنظيم الاجتماعي، وأنه كان بيئة فاسدة، شجعت هؤلاء الإخوة على ارتكاب الجريمة، والمعروف أن شخصية الفرد تتكون من خلال دورين هامين:

الأول: هو دور الفرد في الحي الذي يعيش فيه

(1) عادل، الدمرداش. الإدمان، مظاهره وعلاجه. مرجع سابق، ص 143.

(2) عبد الله بن محمد بن أحمد، الطيار. المخدرات في الفقه الإسلامي. مرجع سابق، ص 29.

(3) محمد علي، البار. المخدرات الخطر الداهم: الأفيون ومشتقاته. مرجع سابق، ص ص 321-322.

والثاني: هو مكانة الحي بين الأحياء الأخرى، والدور الذي يلعبه الحي في المجتمع الكبير الذي يحتويه، فالحي الذي تتوافق قيمه مع قيم المجتمع الكبير يكون حيا سويا، يهيء للطفل جوا يكسبه الشعور باحترام النظام والقانون، وحين يخرج الحي في قيمه الاجتماعية على ما هو متعارف عليه في المجتمع الكبير فإن هذا الحي يصبح مصدرا لتكوين بعض الاتجاهات الخاطئة، ويفشل عندئذ في توجيه قيم أفراد، وضبط سلوكهم، وبذلك قد يضع الطفل في بعض مواقف وظروف تقوده إلى الانحراف أو الجريمة⁽¹⁾. فقد توصل كليفورد شو، إلى وجود ما أطلق عليه اصطلاحا مناطق الجناح في المدينة، والقائم على وجود ارتباط، في تلك المناطق المتخلفة ذات الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية المتدنية، بين زيادة جناح الأحداث وجرائم الكبار من جهة، وانتشار مظاهر التخلف كازدحام السكان وسوء الأحوال السكنية، وتدني القيم، وانتشار ظاهرة التفكك الأسري وسيادة نظام الضبط الاجتماعي المنحرف في تنشئة الصغار في كل من مجموعة الأسرة وجماعة الحي على السواء. ويقول Clifford Shaw: إن سلوك الجانح قد يكون جزء منه انعكاسا لصورة الصراع الذي يدفعه إلى العصابة وإن العصابة الجانحة قد تعكس صورة لمجتمع محلي تنظم حياته حول الأنماط الجانحة⁽²⁾. وهكذا، فالأسرة تعتبر من أهم العوامل البيئية التي تؤدي إلى الإدمان، فلا توجد دراسة تناولت موضوع الإدمان، إلا وكانت الأسرة سببا فيه، كيف لا وهي مهد الشخصية وأول جماعة ينتمي إليها الفرد بعد ميلاده، وهي التي تمده بالخبرات الضرورية التي يحتاجها في حياته⁽³⁾.

ب - البيئة المدرسية:

تعد المدرسة الخلية الثانية التي تتلقى الفرد من أحضان أسرته لتقوم بعملية الإعداد الأولية في خروج الطفل إلى العالم الخارجي بعيدا عن الاعتماد الكلي لحماية الأسرة وتعاليمها وتصرفاتها، حيث لا يكفي مجتمع الأسرة بمفرده كي يؤهل الطفل لتكيف اجتماعي سليم، بل لابد أن يخرج من إطار الأسرة كي يتعلم كيف يواجه الحياة خارجها. وهنا تعرض ضرورة الدخول في مجتمع آخر، حاسم في التكوين الاجتماعي السليم لكل فرد، هو مجتمع

⁽¹⁾ محمد علي، البار. المخدرات الخطر الداهم: الأفيون ومشققاته. مرجع سابق، ص 321.

⁽²⁾ سامية حسن، الساعاتي. الجريمة و المجتمع. مرجع سابق، ص 122.

⁽³⁾ محمد سلامة، قباري. الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1991م. ص 65.

المدرسة، فمجتمع المدرسة هو أول مجتمع يخرج إليه الطفل بعد الفترة الأولى من عمره التي قضاها مع أسرته. والمدرسة تعد بيئة عرضية للطفل، إذ يقضي فيها فترة من عمره تنتهي إما بانتهاء سنوات المدرسة وإما بالفشل في المدرسة⁽¹⁾. فالطفل لا يكاد يبلغ الخامسة أو السادسة من العمر حتى يبدأ الاحتكاك بالعالم الخارجي، ويتم هذا في المحيط المدرسي. وتعد هذه المرحلة الابتدائية الأولى مرحلة هامة من عمر الطفل، حيث يخرج منها لأول مرة عن حماية أسرته طوال ساعات تواجده في المدرسة، ويكوّن علاقات مع زملائه ومع أعضاء الهيئة التدريسية في المدرسة، وبهذا يكون للمدرسة دورا هاما يجب الانتباه إليه وملاحظته في هذه المرحلة، وما يتبعها من أوجه سلبية قد تؤدي إلى انحراف الطفل إذا أهملت مما يدفعه إلى ما قد يحدث له من العلل الجسمية والأزمات المالية المستمرة وانهايار حياته الاجتماعية كأسوأ كارثة تصيب المدمن⁽²⁾. فمجتمع المدرسة لا يعد في ذاته من عوامل الانحراف، بل على العكس فإنه يؤدي وظيفته التعليمية والتربوية والتهديبية خلال ساعات طويلة من اليوم يقضيها الطفل بعيدا عن أسرته. فإذا أحسنت المدرسة وظيفتها التعليمية والتهديبية تكن عاملا يقي الطفل من الانحراف، أما غياب الدور الطبيعي للمدرسة فقد يكون عاملا من عوامل انحراف الصغير وإجرامه⁽³⁾. في صورة جريمة المخدرات، أو صورة جريمة أخرى. ويكفي أن تضم مدرسة تفتقد الرقابة الحازمة متعاطيا للمخدرات حتى يدفع الفضول غيره إلى تقليده. وقد بينت دراسة أجريت في الهند عام 1975م شملت طلبة المدارس العليا في دلهي الذين تتراوح أعمارهم بين الرابعة عشر والسابعة عشر، تبين أن عدد متعاطي المخدرات والكحوليات والتبغ بلغ 34.2% ، أما بنسبة تعاطي مادة الباربيتورات فقد بلغت 13.8% . أما تعاطي الحشيش فوصلت النسبة إلى 12% والامفيتامينات 5.8% والأفيون 1.3% . وأوضحت الدراسة أن الفضول كان من الاسباب الرئيسية التي دفعت الطلبة إلى تعاطي المخدرات⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. المخدرات، سموم، لعنة، دمار. المملكة العربية السعودية : سلسلة منشورات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، د.ت، ص 15.

⁽²⁾ هناء محمد شريف، البرقاوي . "أثر العوامل الاجتماعية في الدافع إلى ارتكاب الجريمة: دراسة ميدانية من واقع سجنى دمشق للذكور ودوما للإناث". مرجع سابق، ص 143.

⁽³⁾ أحمد علي طه، ريان. المخدرات بين الطب والفقہ. القاهرة: دار الاعتصام للنشر والطبع، 1984م، ص ص 27-38.

⁽⁴⁾ D, Mohamn; et al. "Prevalence and patterns of drug use among high school students".replivated study, Bulletin on Narcotics, XXXI,3-4, (1979): pp.77-83.

وقد لا يتأقلم الطفل على الحياة مع زملائه في المدرسة، مما يدفع به إلى سلوك سبيل الانحراف، وانعدام هذا التكيف في المجتمع المدرسي إنما يرجع إلى عدة عوامل، لعل أهمها⁽¹⁾:

- فشل شخصية المدرس في تزويد التلميذ بنموذج للنقص، في حالة ما إذا كان التلميذ يعاني من غياب الأب أو عدم قيامه بدوره في الأسرة.
 - فشل المدرسة في تسهيل اندماج التلميذ في وسطه الطلابي.
 - فشل التلميذ في الدراسة، عندئذ قد يضطر إلى إيجاد بدائل للمدرسة يقضي فيها هذا الوقت، فيلجأ إلى الشوارع فيكتسب منها عوامل الانحراف والإجرام المختلفة.
 - وإزاء فشل المدرسة بوجه عام في أداء رسالتها في تنمية الدوافع الاجتماعية للتلميذ، فإن موقف هذا الأخير يتخذ أحد الصور التالية: إما انعزالي، أو عدائي، أو هروبي.
- ج- جماعة الرفاق:**

الإنسان اجتماعي بالطبع كما قال العلامة ابن خلدون، فهو لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الآخرين، وإنما هو بحاجة إلى الاختلاط مع غيره من الأفراد لتأمين حاجاته ومسيرته في الحياة. والإنسان في اختياره لأصدقائه يفضل المجموعة التي تتقارب معه في السن وتتفق معه في الميول والاتجاهات، ومن الطبيعي أن يكون للحدث أصدقاء من بين هؤلاء يرتبط بهم وجدانيا ويأنس لهم ويشاركهم انفعالاتهم وعواطفهم⁽²⁾.

تؤدي جماعة الرفاق دوراً بالغ الأهمية والحساسية في التأثير على أفرادها، لسبب أنها تنشأ في مرحلة حاسمة من النمو الاجتماعي لشخصية الطفل، أين يكون الطفل يبحث عن ذاته خارج الأسرة، وإشباع الحاجات والدوافع الاجتماعية التي تلقت في كثير من الأحيان عدم القبول والرفض من قبل محيط الأسرة. فتقوم جماعة الرفاق بصياغة شخصية الطفل وسلوكه الاجتماعي، وقيمه واتجاهاته. فالأطفال يؤثرون في بعضهم البعض عن طريق الأفعال والسلوك النموذجي الذي يمكن أن يقلد تحت تأثير التدعيم الاجتماعي بينهم. ويتغير هؤلاء الرفاق تبعاً للمرحلة من العمر التي يجتازها الشخص ويتوقف تأثير الأصدقاء في شخصية الفرد على نوع هؤلاء الأصدقاء وميولهم، فمنهم الصالح ومنهم

⁽¹⁾ جلال الدين، عبد الخالق والسيد رمضان. الجريمة والانحراف. الاسكندرية: مكتبة الجامعة الحديثة، 2001، ص ص 71-74.

⁽²⁾ عبد العزيز، بن باز. كشف الستار عما في المخدرات والمسكرات من أضرار. مكة المكرمة: مطابع التراث الإسلامي، 1403هـ، ص 68.

السيء، لكن تأثير الجماعة على الفرد تأثير مشترك يتحدد بما يسود تلك الجماعة من قيم ومبادئ. فإن كانت جماعة تحترم القانون وتلتزم بأنماط السلوك الاجتماعي وتسودها القيم الفاضلة، كان تأثيرها على الفرد في الغالب تأثيرا حسنا. أما إذا كان من الجماعات التي تحبذ التمرد والثورة على أنماط السلوك الاجتماعي وقواعد الضبط، ولا تحترم القانون، فإنها يمكن أن تكون عاملا يساعده على الانحراف والإجرام حيث أن وجود الشخص بين جماعة الأصدقاء يحدث تأثيرا متبادلا، فكلًا منهم يؤثر في تكوين شخصية الآخر⁽¹⁾. وفي مرحلة من مراحل العمر ولاسيما مرحلة المراهقة، أو مرحلة الشباب الأولى، فينشأ ما يسمى بالثلة "الشلة" أو جماعة الأنداد أو الرفاق ولها دور هام في عملية النمو، وهي مجموعة من الأولاد جمعتهم ميول ورغبات متقاربة، فإذا سادت هذه المجموعة قيم ومثل عليا سامية، وكانت منظمة ويرعاها المجتمع من خلال منظمات مثل الكشافة ومنظمات الشباب، أثرت على كل أعضائها وارتقت بهم إلى أعلى المستويات، أما إذا كانت منحرفة وتسودها القيم الفاسدة والاتجاهات السلوكية الخاطئة، قادت أعضائها إلى الانحراف والسلوك الخاطيء، وهي تدعى في صورتها الشاذة برفقة السوء الذين يتجمعون في الشوارع وعلى قارعة الطريق لإتلاف ممتلكات الغير أو السخرية بالمارة أو التدخين أو تناول الحبوب المنومة. وهناك العديد من الأمثلة عن مجموعة شباب ربطتهم صلة الصداقة فنظموا من مجموعتهم عصابة مختلفة لارتكاب العديد من الجرائم، ورأى العلماء أن الشخص الذي يرتكب جرما أو ينحرف نتيجة لتأثره بأصدقائه دون أن يكون لديه ميلا أو استعدادا للإجرام، يعود إلى طبيعته أو رشده بعد أول سلوك منحرف أو جرم يرتكبه ولا سيما عندما يجد الرعاية والاهتمام من المختصين⁽²⁾. ففي مرحلة معينة من حياة الطفل، تعتبر جماعة الرفاق المحيط البديل عن الأسرة بالنسبة له. فهي المحيط الذي يحاول الطفل أن يتعلم المهارات التي افتقدها في أسرته، واستكمال جوانب النقص في شخصيته. لكن قد يكون من سوء حظ الطفل أن ينتمي إلى جماعة الرفاق المنحرفة، فتلقنه مبادئ وآليات الانحراف. وكثيرا ماتكون الجرائم المرتكبة من قبل الأحداث، آتية من جراء تأثير رفاقهم عليهم، وخاصة تعاطي المخدرات والانحلال الخلقي⁽³⁾. وغالبا ما تكون الصحبة هي المصدر الذي يزود الفرد بالمعلومات عن المخدرات

(1) جلال الدين عبد الخالق، والسيد رمضان . الجريمة والانحراف. مرجع سابق، ص77.

(2) هناء محمد شريف، البرقاوي. أثر العوامل الاجتماعية في الدافع إلى ارتكاب الجريمة. مرجع سابق، ص 148.

(3) مصباح، عامر. التنشئة الاجتماعية والسلوك الانحرافي لتلميذ المدرسة الثانوية. ط1. الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر، 2003م، ص248.

وأثارها وكيفية تعاطيها، وكثيرا ما يدفع حب الاستطلاع أو الرغبة في اكتشاف المجهول إلى تجربة التعاطي تقليدا للصحة، وقد يقف الأمر عند حد التجربة وقد يستمر البعض في التعاطي مجازة للرفاق، وحتى يصبح المتعاطي جديرا بالصحة. ولقد أثبتت أبحاث كثيرة في العصر الحاضر، إلى دور العصبية السيء كعامل أساسي للجناح، ومما لاشك فيه، أن الفرد في جماعته من رفاقه أو أصدقائه غير في أسرته أو وهو وحده. وبمعنى آخر، يتأثر سلوك الفرد تبعا لسلوك من يخالطهم من أفراد الآخرين، فإذا كان سلوكهم منحرفا، كان الاحتمال قويا في انقياده لهم، وبخاصة أنه إن لم يجاريهم في سلوكهم فإنه يصبح غير متوافق فينبذونه، وهذا أقصى عقاب يتعرض له، ولذلك يحرص على أن لا يعرض نفسه له. هذا فضلا عن حقيقة أن الفرد يستطيع أن يحقق ذاته بشكل فاعلي، عن طريق معايشة أفراد الجماعة وما يظهر أثناء ذلك من مواقف تبعث على الحب وظروف تدفع إلى الكره، وهذه هي الممارسة الواقعية الحقيقية للحياة⁽¹⁾. ويمكن أن يتطور الأمر، إذا انضم الحدث إلى مجموعة أحداث تشكل عصابة إجرامية، هدفها المقاتلة والدفاع عن النفس، وهذه العصبية الجانحة تتعدى السيطرة عليها، وغالبا ما تكون العصبية الأطفال الجانحين أول حلقة في تكوين الإجرام المنظم، ذلك أن الحدث لا يقوى في كثير من الحالات على مخالفتها بسبب وسائل الضغط المختلفة التي تملكها. وإذا كانت جماعة الأصدقاء سيئة داخل مجتمعات الأسرة والمدرسة والعمل، ولم يتكيفوا مع هذه المجتمعات تكونت منهم عصابة إجرامية، وتتشأ هذه العصبية لنوعين من العوامل⁽²⁾:

- عوامل طرد: تتعلق بالأسرة والمدرسة، مما يؤدي بالطفل إلى الهروب منها والبحث عن مكان آخر يجد فيه ملاذا من قصور الأب أو غيابه.
- عوامل جذب: وتتمثل في أن الصحة الإجرامية تتميز ببعض الصفات التي تجعل منها بديلا للبيت والمدرسة، ويحكم سلوكها مبدأ اللذة، و مبدأ العنف أو معاداة المجتمع. وقد أكدت معظم الدراسات التي أجريت على الأحداث المنحرفين، على أهمية جماعة الأقران في تحديد سلوك المراهق، وذهبت جل هذه البحوث إلى دور جماعة الأقران في ولوج المراهق عالم المخدرات. ومن بين العوامل الفعالة في هذا الصدد كون هؤلاء

⁽¹⁾ سامية، الساعاتي. الجريمة والمجتمع. مرجع سابق، ص 126.

⁽²⁾ جلال الدين، عبد الخالق والسيد رمضان. الجريمة والانحراف. مرجع سابق، ص ص 78-79.

الأقران والأصدقاء يتعاطون المخدر، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى كونهم يشجعون الشاب الذي لم يتعاطى بعد أن يقدم على التعاطي ويخوض التجربة⁽¹⁾. وبينت الدراسة التي أجراها شوبرا وشوبرا على متعاطي الحشيش في الهند أن المتعاطين غالباً ما يحاولون إقناع أصدقائهم بتعاطي الحشيش بعد أن يزينوا لهم هذا التعاطي⁽²⁾.

وقد أقرت اللجنة القومية لبحث تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية في تقريرها المقدم إلى الرئيس الأمريكي والكونغرس في مارس 1972، أن من أهم العوامل المؤثرة في تحديد سلوكيات المراهقين في الولايات المتحدة تأثير جماعات الأقران، فصحة من يتعاطى الماريجوانا تهنيء الشخص لتعاطيه⁽³⁾.

كما تؤكد كل الدراسات الميدانية التي أجراها مصطفى سويف وزملاؤه الدور الذي يقوم به الأصدقاء في دعم عملية تعاطي المواد النفسية بين الشباب⁽⁴⁾. كما بينت هذه الدراسات دور الاقران في الرؤية المباشرة للمادة النفسية لأول مرة. وتشير نتائج الدراسة التي قام بها فريق من علماء الطب والاجتماع بجامعة شيكاغو على جماعات تعاطي المخدرات بجميع أنواعها، أن هذه الجماعات أكثر قدرة من المتعاطين المنفردين على دفع الآخرين إلى تعاطي المخدرات⁽⁵⁾.

وهكذا، يتضح جلياً من خلال الدراسات كيف تحكم جماعة الرفاق سيطرتها على أفرادها، بحيث يفوق نفوذها على أفرادها السلطة الأسرية، فإذا كانت هذه الجماعة منحرفة وخارجة عن القانون، ترغم كافة أفرادها انتهاج هذا السلوك ومنه تعاطي المخدرات، ومن يتجرأ على العصيان يتم طرده، كونه لا يتوافق مع ثقافتها التي لا تتوافق مع ثقافة المجتمع.

(1) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 90.

(2) Chopra, I.C; et Col. "The use of the Cannabis drugs in India". Bulletin on Narcotics, IX,1(1957). pp. 3-3. <http://www.unodc.org/unodc>. (27/04/2012).

(3) National Commission on Marihuana and Drug Abuse (N.C.M.D.A). Marijuana. A signal of misunderstanding. The Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse Commissioned by President Richard M. Nixon, March, 1972, Washington : US Government Printing Office, 1972. <http://www.druglibrary.org>. (20/09/2012).

(4) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص ص 91-92.

(5) J. F. E. Shick; W. Dorus; and P. H. Hughes. " Adolescent drug using groups in Chicago parks". Drug and Alcohol Dependence, 3(1978):pp. 203-204.

د-وسائل الإعلام:

على الرغم من الدور الايجابي الذي تقوم به وسائل الإعلام المختلفة، المتمثل في نقل المعلومات والمعارف، إلا أنها بالمقابل تلعب دوراً خطيراً وسلبياً إذا ما أسيء استخدامها. فالاستخدام غير المشروع لوسائل الإعلام يترك تأثيراً واضحاً على فكر الفرد وسلوكه، وأنماط تفكيره نظراً لما تحدثه من تغيرات جوهرية في منظومة المجتمع⁽¹⁾. وعلى هذا الأساس، تبقى عند علماء الإجرام هذه الوسائل من عوامل زيادة الإجرام⁽²⁾. وقد أظهرت نتائج عملية مسح أجرتها مؤسسة " ويكلي ريدر " للاستطلاع الرأي عام 1987 بالولايات المتحدة الأمريكية أن للتلفزيون والسينما أكبر الأثر في جعل المخدرات والكحوليات تبدو جذابة بالنسبة لطلاب الصفوف من الرابع إلى السادس⁽³⁾. ولقد أثبتت بعض الدراسات الأمريكية التي أجريت على نزلاء المؤسسات العقابية أن السينما كانت سبباً في دفع بعض المحكوم عليهم إلى طريق الإجرام والانحراف، فقد تبين أنها دفعت 10% من الذكور و 25 % من الإناث إلى طريق الجريمة. وفي فرنسا أظهرت دراسات كثيرة أن المجرمين الشبان يترددون غالباً على دور السينما، و أن معدل مشاهدتهم للأفلام السينمائية يتجاوز بكثير معدل مشاهدة الشباب غير المجرم من المجموعة الضابطة التي قورنت بمجموعة المحكوم عليهم⁽⁴⁾.

ويظهر شبكة الإنترنت وانتشارها الواسع برزت على الساحة مشكلة شديدة الخطورة تمثلت في إدخال المخدرات والمؤثرات العقلية نطاق العالم الافتراضي " شبكة الإنترنت" وظهر مصطلح جديد وهو (Cyber Drugs)⁽⁵⁾. ودخول المخدرات عالم الإنترنت أمر أعترف به المجتمع الدولي فقد أشارت لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات التابعة لمنظمة الدول الأمريكية في تقريرها عن نصف الكرة الأرضية لعامي 1999-2000

إلى أن شبكة الإنترنت أصبحت مستخدمة أكثر من الوسائط الأخرى في زيادة إنتاج المخدرات المصنعة واتساع رقعتها، وأن الجماعات الإجرامية المنظمة تستخدم العولمة والاتصالات الفورية والتحويلات المالية الإلكترونية في تحسين كفاءة أنشطة الاتجار

(1) علي، نبيل. "الثقافة العربية وعصر المعلومات". مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والآداب، الكويت، العدد 276 (2011): ص23.

(2) جلال الدين، عبد الخالق والسيد رمضان. الجريمة والانحراف. مرجع سابق، ص82.

(3) إبراهيم، نافع. " في بيتنا مدمن : كيف نمنع الكارثة " . ط1، القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1991، ص50.

(4) بريك عائض القرني . المخدرات أنواعها أسباب تعاطيها. ط1. 1411هـ، ص 125. نقلاً عن جلال الدين عبد الخالق، والسيد رمضان ،

الجريمة والانحراف، مرجع سابق، ص85.

(5) عمر محمد، بن يونس. المخدرات والمؤثرات العقلية عبر الإنترنت . الاسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2004م ص 18.

بالمخدرات⁽¹⁾. وهذا ما أكدته مكتب مكافحة الجريمة والمخدرات التابع للأمم المتحدة حيث حذر من استخدام شبكة الإنترنت في الإعلان والترويج لمواد غير مشروعة وخاضعة للمراقبة، منتهكة في ذلك أحكام المعاهدات الدولية وتحول دون تطبيق أحكام التشريعات الوطنية.

ويشير تقرير صادر عن الإنتربول إلى أن 890 مليون متعاطي للمخدرات معظمهم في آسيا وأوروبا وأمريكا الشمالية يستخدمون شبكة الإنترنت بإمكانياتها المتاحة في الحصول على المخدرات⁽²⁾. وجاء في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 132/404 : " وإذ تسلم الجمعية بأن استخدام شبكة الإنترنت يتيح فرصا جديدة وتقرض تحديات جديدة بالنسبة للتعاون الدولي في مكافحة إساءة استعمال المخدرات وإنتاجها والاتجار بها على نحو غير مشروع ، وإذ تسلم بالحاجة إلى زيادة التعاون بين الدول وتبادل المعلومات بما في ذلك ما يتصل بالخبرات الوطنية بشأن التعدي للتشجيع على إساءة استعمال المخدرات والاتجار غير المشروع بها بواسطة هذه الوسيلة وبشأن استخدام شبكة الإنترنت لعرض المعلومات المتصلة بخفض الطلب على المخدرات"

وإذا كان لدخول المخدرات والمؤثرات العقلية العالم الافتراضي جانبه الإيجابي المتمثل في التوعية بمخاطر تلك الآفة (وهكذا دخلت المؤثرات العقلية هذا العالم لأول) كأسلوب للمواجهة من خلال التعرف على أنواعها وأشكالها وأضرار استخدامها غير المشروع عبر الصفحات المعدة عبر شبكة الإنترنت، وصولا إلى إمكانية الاتصال بأشخاص تعرضوا لمحنة المخدرات وتمت معالجتهم منها وذلك بمراسلتهم والتحدث معهم مباشرة عن تجربتهم المريرة في هذا الشأن. فإن لها جانبا آخر سلبي تمثل في استخدام تلك الشبكة بخدماتها الكثيرة والمتنوعة في تسهيل عملية المتاجرة بالمخدرات والمؤثرات العقلية والترويج لها بل والتوزيع أيضا. وكانت أول إساءة لاستخدام شبكة الانترنت في مجال الاتصال المادي والقانوني بالمخدرات والمؤثرات العقلية خاصة بالدعوة إلى تعاطي المخدرات والحض عليها عن طريق جماعة أمريكية تسمى Drug Reform Coordination Network ويتزعمها ديفيد بوردين قصد سبق في هذا الخصوص فهي تعمل عبر شبكة الإنترنت منذ عام 1993م سعيا وراء

(1) محمد فتحي، عيد. الإنترنت ودوره في انتشار المخدرات. الرياض : مركز البحوث والدراسات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003،

ص 7

(2) نفس المرجع، ص 5-6.

تغيير قوانين المخدرات من أجل جعل حيازة المخدرات مباحة⁽¹⁾ . ولقد أشار التقرير السنوي للمجلس الدولي لمكافحة المخدرات⁽²⁾ إلى أن تعاطي مخدر القنب سجل ارتفاعا كبيرا بسبب قيام الكثير من المواقع الإلكترونية بنشر معلومات تتعلق بكيفية زراعته في المنازل. وأكد المجلس في تقرير إلى أن بذور هذا المخدر واللوازم المستخدمة في زراعته داخل المنازل يجري بيعها وتداولها عبر شبكة الإنترنت من خلال مواقع إلكترونية متخصصة.

وتلعب مواقع الانترنت دورا خطيرا، والمتمثل في إعطاء صورة زائفة عن المخدرات، زيادة عن تقديم شرحا مفصلا عن المخدرات والمؤثرات العقلية من حيث أنواعها وأساليب معالجتها وكيفية تعاطيها بل وصل الأمر إلى أن بعض المواقع تقدم وصفات لصناعة المخدرات منزليا بوسائل بسيطة، وبمواد أولية تباع قانونيا في كل بلدان العالم. ويشير تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2001 إلى أنه منذ عام 1996م درجت شركات مقرها هولندا على استخدام الانترنت في بيع بذور القنب ومشتقاته، كما أفادت المنظمة الدولية للشرطة الجنائية أن السلطات البريطانية أعلنت عن اكتشافها أكثر من 1100 موقع على شبكة الإنترنت تعرض مختلف أنواع المخدرات للبيع وخاصة القنب ، إضافة إلى الاكستازي والكوكايين والهروين ، وغالبية هذه المواقع ملقمتها في سويسرا أو هولندا وذلك خلال عام 2000⁽³⁾. وفي إحصائية قامت بها إحدى شركات إنتاج البرمجيات الحاسوبية بالولايات المتحدة الأمريكية حول المواقع المشبوهة اكتشفت وجود أكثر من 60 ألف موقع يرى أنها غير ملائمة لأسباب عدة منها التشجيع على تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية بصورة غير مشروعة.

نخلص مما سبق أن شبكة الإنترنت بخدماتها ومميزاتها الكثيرة المتطورة أصبحت سوقاً مغرية لتجار المخدرات والمروجين ، يمكن في بعض دقائق للغواص في محيطها من اكتشاف كيفية الحصول على المخدرات، وأن يتعلم كيفية استنشاق الهيروين والكوكايين، وأن يتعرف إلى أسعار الماريجوانا، وإلى الصيغة الكيماوية للميتافيتامين أو أن يتحصل على المواد الأولية لصناعة المخدرات، والتعرف على طرق صناعة الخلطات، ويشتروا التجهيزات

(1) محمد فتحي، عيد . الإنترنت ودوره في انتشار المخدرات. مرجع سابق، ص 5-6.

(2) حسين بن سعيد، الغافري. الإنترنت وآفة المخدرات. ورقة بحثية مقدمة لمؤتمر أمن المعلومات والخصوصية في ظل قانون الإنترنت القاهرة 4-2 يونيو 2008م/ <http://www.f-law.net> (2012/06/15).

(3) محمد فتحي، عيد . الإنترنت ودوره في انتشار المخدرات. مرجع سابق، ص 92.

اللازمة لذلك. كما يؤكد تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2001 إلى أن الملاحظة في محيط الإنترنت تمكن من الوصول إلى الكتب التي تتناول كيفية الحصول على السلائف الكيميائية المستخدمة في صنع المخدرات والمؤثرات العقلية ، والتعرف على أسلوب تشغيل مختبرات العقاقير غير المشروعة بالإضافة إلى دعوات شتي لشراء مجموعة من الكتب التي تتضمن وصفات لتركيب العقاقير فضلا عن إمكانية تعاطي العقاقير على نطاق واسع نتيجة للتشجيع على إنتاج العقاقير واستهلاكها في إطار ناد كبير على شبكة الإنترنت يشجع أعضاؤه بعضهم بعضا ويتبادلون الآراء والمساعدة.

والأخطر من هذا كله، أن هناك اتجاه لا يمكن تجاهله في العالم يطالب بإخراج تعاطي المخدرات من دائرة التجريم . مستنديين في ذلك إلى أن الكثير من التشريعات سيما الغربية لا تجرم الانتحار أو إصابة الشخص نفسه. ولقد وجد أنصار هذا الاتجاه ضالتهن في شبكة الإنترنت بخدماتها الكثيرة، ويأتي في مقدمة المطالبين بإباحة المخدرات مجموعة **Drug Reform Coordination Network** ويتزعمها ديفيد بوردين والتي تعمل عبر الشبكة منذ عام 1993. ويطلق على مواقع الانترنت التي تطالب بإباحة تعاطي المخدرات اسم مواقع الثقافة المضادة Counter Culture و من أشهرها موقع www.paranoia.com و الذي منع مؤخرا من قبل السلطات الأمريكية لقيامه بحملات تتدد بقسوة بتجريم تعاطي المخدرات وتنتعت مصدري هذه القوانين بألفاظ لا تليق⁽¹⁾.

مما تقدم يتجلي لنا أن استخدام شبكة الإنترنت بخدماتها الكثيرة والمتنوعة في الترويج والمتاجرة بالمخدرات والمؤثرات العقلية أصبح مشكلة عالمية . فأقراص الإكستازي المنتجة أصبحت ترسل وبكل يسر وسهولة إلى أمريكا الشمالية أو جنوب شرق آسيا في حين نجد أمريكا الجنوبية تنتج الكوكايين الذي ينتهي به المطاف بذات اليسر والسهولة بكندا أو جنوب أفريقيا أو إيطاليا. ومما يزيد من تعقيد هذه المشكلة أنها ظاهرة حديثة جدا ومن غير المتوقع مكافحتها بسهولة في الأمد القريب . وهو ما يفرض على الأسرة الدولية ضرورة وضع خطوط قانونية وإجرائية لتضييق الخناق على هذه الظاهرة⁽²⁾.

⁽¹⁾ محمد فتحي، عيد . الإنترنت ودوره في انتشار المخدرات. مرجع سابق، ص 67.

⁽²⁾ حسين بن سعيد، الغافري. الإنترنت وأفة المخدرات. مرجع سابق.

المبحث الثاني: الوقاية من المخدرات:

لا توجد أي شرطة أو هيئة ردعية في عالمنا المعاصر باستطاعتها القضاء على مشكلة المخدرات أو حتى التقليل منها، ولهذا السبب أصبح المخرج الوحيد لهذا المشكل الاجتماع هو تظافر جهود كل شرائح المجتمع للتحكم فيه والتقليل من إنتشاره ولهذا تبنت المنظمة الأممية لمكافحة المخدرات ONDUC الوقاية كأحسن وسيلة لمواجهة هذا المرض الاجتماعي.

والوقاية هي أية تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسباً لمشكلة لم تقع بعد، أو تحسباً لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلاً، ويكون الهدف من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لحدوث المشكلة، أو التعقيدات أو كليهما⁽¹⁾.

وتصنف إجراءات الوقاية عادة في ثلاث فئات هي⁽²⁾:

- الوقاية من الدرجة الأولى؛
- الوقاية من الدرجة الثانية؛
- الوقاية من الدرجة الثالثة.

المطلب الأول: دور الأسرة في الوقاية من المخدرات:

تلعب الأسرة الدور المحوري في الوقاية من تعاطي المخدرات، فهي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي يقع على عاتقها المسؤولية الكبيرة في إعداد نشأ محصن من الوقوع في الآفات تتخر النسيج الاجتماعي للمجتمع .

فالأسرة هي أهم جماعة أولية تتولى تنشئة الطفل وخاصة في أولى مراحل نموه. فهي التي تعلمه كيف يتكلم ويفكر ويتصرف ويكتسب الصفات الإنسانية، ويمتص ثقافة المجتمع الذي يولد فيه من خلال عملية التفاعل عبر فترة طويلة نسبياً من التنشئة الاجتماعية، والأسرة هي التي تقدم الدعم في الحماية اللازمة للطفل، وتعمل على إشباع حاجاته العاطفية (الحب والحنان). وتعتمد حيوية المجتمع، إلى حد بعيد، على مدى فعالية الأسرة في القيام

⁽¹⁾مصطفى، سوييف. مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. مرجع سابق، ص32.

⁽²⁾صندوق مكافحة وعلاج الإدمان في التعاطي. دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان. مرجع سابق، ص ص: 61-67.

بهذه الواجبات الضرورية للمحافظة على إستمراريتها⁽¹⁾. أما أهم أهداف التنشئة الاجتماعية على مستوى الأسرة فهي⁽²⁾:

1- تهيئة الأسرة لأن تكون المحيط الاجتماعي المناسب لتنمية قدرات الطفل الشخصية، عن طريق شعوره بالحماية والقبول الاجتماعي.

2- وجود معايير وقيم اجتماعية يتعامل أفراد الأسرة وفقها،

3- شعور كل من الأب والأم أن لهما مسؤولية اجتماعية نحو أبنائهما.

4- تبصير الأسرة بأدوارها الاجتماعية نحو أبنائها، وأي الأساليب السليمة في تربية الأبناء وتكوينهم، وكيف يمكنها أن تتفادى إنحراف أعضائها أو فشلهم في الحياة الدراسية أو الاجتماعية.

5- تحديد الاتجاهات الشخصية، ومن بين هذه الاتجاهات التي تقوم الأسرة بتشكيلها ما يتعلق بتنمية اتجاهات الأعضاء نحو بعضهم البعض.

فالأسرة إذن من بين أهم المؤسسات الضبط الاجتماعي وهو لازم لحفظ الحياة الاجتماعية وضروري لبقاء الإنسان. وطبيعة الإنسان لا تكون بشرية صالحة للحياة الاجتماعية إلا بخضوعها لقيود النظم المختلفة التي تهدب النفس وتسمو بها. وبذلك يعيش الإنسان في سلام مع غيره من الناس ويكتسب حبهم واحترامهم⁽³⁾. وتبدأ عملية التعلم وضبط دوافع الإنسان في الأسرة في سن مبكرة جداً. وبالتالي تقوم الأسرة بتربية وإرشاد طفلها وضبط سلوكه في تفاعله مع الآخرين. فالأب هو المسؤول الأول عن ضبط سلوك أطفاله (خاصة الذكور) ومن جهتها تقوم الأم بإرشاد بناتها وتوجيههن وتربيتهن⁽⁴⁾.

فالفرد الذي يتعاطي المخدرات يكون كأنه خرج عن الضبط الاجتماعي الذي تلقنه منذ صغره. وعلى هذا الأساس هناك منظور يفسر تعاطي المخدرات على أنه نتاج تنشئة اجتماعية فاشلة، حيث يصور التعاطي في شكل عدم القدرة على مواجهة موقف أو أزمة،

(1) أحمد سالم، الأحمد. علم اجتماع الأسرة بين التنظير و الواقع المتغير. ط1. طرابلس، ليبيا: دار الكتاب الجديد المتحدة، 2004، ص 55.

(2) محمود، حسن. الأسرة ومشكلاتها. القاهرة: دار النهضة العربية، 1981، ص 237.

(3) سامية حسن، الساعاتي. علم الاجتماع الجنائي. القاهرة: دار الفكر العربي، 2005، ص 17.

(4) حسن، الساعاتي. دور الأسرة كأداة الضبط الاجتماعي، في الثقافة الأمنية. الرياض: الموسم الثقافي السابع، المركز العربي للدراسات الأمنية في التدريب، 1990، ص ص: 116-127.

بمعنى أن التنشئة الاجتماعية لم تعلّم الشخص طرق التعامل مع الموقف أو الأزمة، التي يكون التعاطي والاستمرار فيه هو نتيجة حتمية لهذا الفشل.

ويوضح منظور التنشئة الاجتماعية الإدمان في صورة خروج عن القانون العام للمجتمع أو مخالفته، وذلك من خلال ما تغرسه التنشئة الاجتماعية في نفوس الأفراد من هيبة القانون وخوف من العقاب عند تخطيه والذي يقدم بواسطة العلاقة الحميمة والعاطفية بين الطفل وأبويه، فكلما شعر الطفل بالحرمان نتيجة تجاوزه النظام الصغير (النظام الأسري) كلما احترّم هذا النظام ووقف عند حدوده، ثم ينطبق الشيء نفسه على النظام الكبير (النظام المجتمعي) ويتدعم ذلك من خلال ملاحظته لاحترام والديه لتلك الأنظمة.

أما الدور الوقائي للأسرة في مجال المخدرات، فيتمثل في الوقاية على المستويات

الثلاث:

1- الوقاية من الدرجة الأولى:

ويقصد بها الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة أصلاً. وتتمثل الوقاية من الدرجة الأولى عند الأسرة، بأن تسعى إلى تجنب الأبناء الوقوع في ممارسات سلوكية خاطئة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، والحيولة دون إكتسابهم لأي من الأنماط السلوكية المنحرفة السائدة، وذلك عن طريق أداء الواجبات التالية⁽¹⁾:

أ- **توعية الأبناء وتثقيفهم سلوكياً وأمنياً:** وذلك بتعريفهم بأنواع السلوك المنحرف، ومنه تعاطي المخدرات وأسبابه ومجالاته ونتائجه وسبل التصدي له في مقاوماته، ولكن للقيام بهذا الدور التوعوي لابد من توفر ثقافة واسعة للوالدين في هذا المجال⁽²⁾.

وعند الوقوف على حقائق المخدرات يمكن للآباء تبصير أبنائهم بعواقب المخدرات وآثارها السلبية على الفرد والمجتمع، وكذلك تخويفهم بالعقوبات الحكومية والدينية بحكم أن هذا الأمر محرّم بإجماع فقهاء الأمة الإسلامية. وتعريفهم بجهود الأجهزة الأمنية والقضائية والمؤسسات العقابية بمكافحة الجريمة والسلوك المنحرف كالسرقة والقتل والاختلاس، والتزوير والمخدرات.

⁽¹⁾ صالح، السعد. الوقاية من المخدرات. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع، 1999، ص ص: 15-17.

⁽²⁾ Gilles, Cahareau; et Chritophe Tiso La drogue expliquée aux parents. Paris: Ed. Ballard, 1987, P.14.

كما يقتضي من الأسرة اختيار البرامج التلفزيونية والإذاعية المناسبة لأعمار الأطفال وثقافتهم ومستوياتهم الفكرية، وتوجيههم التوجيه المناسب نحو قبول البرامج الإعلامية الهادفة، وإبعادهم عن البرامج التي تتعارض مع سبل تربيتهم وتنشئتهم وفق ثقافة المجتمع ومستوياتهم العمرية والإدراكية (1).

والابتعاد عن ممارسة الوالدين لأنماط سلوكية غير متزنة في التعامل مع الأبناء كالسلط وحدة المزاج والقسوة المبرحة والأنانية أو التسبب بالإهمال في اللامبالاة. ويقول ابن خلدون في هذا الصدد: " وذلك أن إرهاب الحد بالتعليم مضرّ بالمتعلم سيما في أصاغر الولد لأنه من سوء الملكة ومن كان مرباه بالعسف والقهر من المتعلمين أو المماليك أو الخدم سطا به القهر وضيق عن النفس في إنبساطها وذهب بنشاطها ودعاة إلى الكسل وحمل الكذب والخبث وهو التظاهر بغير ما في ضميره خوفاً من إنبساط الأيدي بالقهر عليه وعلمه المكر والخديعة لذلك، وصارت له هذه عادة وخلقاً فسدت معاني الإنسانية التي له من حيث الاجتماع والتمرن وهي الحمية والمدافعة عن النفس ومنزله وصار عيلاً على غيره في ذلك بل وكسلت النفس عن إكتساب الفضائل والخلق الجميل فأنقبضت عن غايتها ومدى إنسانيتها فارتكس وعاد في أسفل السافلين.... فينبغي للمعلم والوالد في ولده أن لا يستبد عليهما في التأديب (2).

إن الثواب والعقاب حاجة إنسانية، فالإنسان بطبيعته محتاج إلى الثواب، لتأكيد الشعور بلذة الصواب، فمنع المكافأة أو القضاء بالجزاء، حسبما تدعو إليه الحالتين من حسن وقبيح، يأتيان بالفائدة الجزيلة، كما أنه لو أسيء استعمالهما ينتج منه الكسل والتجهم (3). فالتربية القائمة على الرفق أنجع من التربية القائمة على العنف والضرب والخوف، لحديث رسول الله صلى الله عليه وسلم الذي يقول فيه لعائشة رضي الله عنها: " إن الله رفيق يحب الرفق ويعطي على الرفق ما لا يعطي على العنف، وما لا يعطي على سواه (4). فالعقاب ليس أصلاً في الحياة، وإنما مثله كالأدوية مع الأغذية. حتى الشتم وهو أشد أنواع العقاب، فتركه

(1) عبد العزيز بن عبد الله، البريشن. الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات. مرجع سابق، ص 166.

(2) عبد الرحمن، ابن خلدون. المقدمة. الفصل الثاني والثلاثون: في أن الشدة على المتعلمين مضرّة بهم. بيروت: دار مكتبة الهلال، تحقيق: الأستاذ حجر عاص، 1991، ص 335.

(3) محمد نبيل، كاظم. كيف نؤدب أبنائنا بغير ضرب وحكم الضرب المدرسي. ط2. القاهرة: دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، 2007، ص 37.

(4) أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري، النيسابوري. صحيح مسلم. باب فضل الرفق، مرجع سابق، ص 1398.

أولى، فإطلاق العبارات غير اللائقة على الأبناء، ولو كانت صادقة في وصف ما يقال فيهم، فإنها تدفع بالأبناء إلى تمثلها في سلوكياتهم، باعتبارها الوصف المناسب لهم، في موقف من مواقفهم التربوية والتعليمية، مما يؤدي إلى اقتناعهم بها، إذ يكون المعاقب عن نفسه صورة سلبية انهزامية⁽¹⁾.

ب- **مساعدة الأبناء في اختيار الأصدقاء** من العناصر الخيرة المعروفة بسلوكهم السليم، " والإسلام بتعاليمه التربوية وجه الآباء والمربين إلى أن يراقبوا أولادهم مراقبة تامة، وخاصة في سن التمييز والمراهقة، ليعرفوا من يخالطون ويصاحبون. يقول الرسول الله صلى الله عليه وسلم: " إنما مثل الجليس الصالح والجليس السوء، كحامل المسك، ونافخ الكير، فحامل المسك إما أن يحذيك، وإما يتباعد منه، وإما تجد منه ريحاً طيبة، ونافخ الكير إما أن يحرق ثيابك، أو تجد منه ريحاً خبيثة"⁽²⁾.

كما يقتضي من الأسرة مراقبة سلوكيات أبناء الحي، ولكتشاف العناصر الخيرة والعناصر الشريرة المنحرفة بينهم لتوجيه أبنائهم مع من يتعاملون ويرافقون ويتصاحبون، وخصوصاً في الأحياء التي تتعدم فيها مرافق الشباب والأطفال، فلا يجد الطفل أن يفرغ شحنته وطاقاته فيتجه إلى رفاق السوء. فهناك أسر منحرفة تنشئ أطفالها، أي تربيهم، على الانحراف الذي يصبح من عناصر ثقافتها الخاصة بها⁽³⁾. وكذلك الشأن بالنسبة لزملائهم في المدرسة أو في محيط العمل، حيث يوجد بينها السوي والمعتدل والشاذ. ويرى علماء الجريمة أن الجناح أو السلوك الإجرامي هما حصيلة تفاعل طويل يحدث بين الفرد وبين ظروف بيئته من جهة، وبين الفرد وبين أفراد جماعته الأولية التي يتعامل معها، أو التي يتصل بها من خلال حياة الجماعة، ومن أبرز هذه الجماعات الأولية الأسرة **The Family**، وجماعة اللعب **The Play Group**، والعصابة **The Gang** في هذه الجماعات الأولية هي التي تشكل الإطار العام للبيئة الأولى التي يتعامل معها الطفل خلال مراحل تنشئته الاجتماعية المبكرة⁽⁴⁾.

(1) عمر بشير، الطويبي. التدريس من الصحة النفسية. ط1. مصراته: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1992، ص146.

(2) أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري، النيسابوري. صحيح مسلم. باب استحباب مجالسة الصالحين ومجانبة قراء السوء، مرجع سابق، ص 1414.

(3) سامية حسن الساعاتي، علم الاجتماع الجنائي. مرجع سابق، ص115.

(4) محمد سلامة، غباري. الإدمان، خطر يهدد الأمن الاجتماعي. مرجع سابق، ص107.

وقد أثبتت عدة دراسات أن جماعة الرفاق غير الأسوياء يشكلون قدوة لأصدقائهم ورفاقهم الآخرين نحو الولوج في مسالك الانحراف وتعاطي المخدرات واكتساب ثقافتها منهم عن طريق الإغراء أو الضغط أو تجربة تعاطي المخدر للمرة الأولى. وهناك بعض الآراء تقول أن العلاقة بين النظراء، وخاصة بين الأحداث الجانحين قوية جداً لدرجة أنها تتحكم وتوجه سلوكهم واتجاهاتهم، وقد اتضح أن الارتباط بالنظراء قد يضعف العلاقة بالوالدين، مما يؤدي إلى الجنوح⁽¹⁾.

2- الوقاية من الدرجة الثانية:

وهدفها الأساسي هو الكشف عن وجود حالات التعاطي المبكر حتى يمكن التدخل العلاجي المبكر، وبالتالي الوقاية من التماذي في التعاطي والوصول إلى مرحلة الإدمان. يجب أن يكون سلوك الأبناء وتصرفاتهم وبأخص في مرحلتي الطفولة والمراهقة تحت المراقبة المستمرة، وذلك لمعرفة أي خلل قد يطرأ في أي مرحلة من المراحل العمرية لهذه الفترة الحساسة من عمر الإنسان، ومعرفة أسبابه ومبرراته ومعالجتها بالطرق العلمية والتربوية السليمة، فزيادة عن النضج الجسمي عند المراهق، فإن مرحلة المراهقة تعتبر من الفترات الحرجة في النمو المعرفي. فالمراهقون قادرون على اكتساب الهوية المنفصلة، ويصبحوا مستقلين عن والديهم، ومن خلال بحثهم عن الاستقلال والهوية المنفصلة عن الوالدين، يقوم المراهقون بتجريب عدد كبير من الاتجاهات والسلوكيات، ويعد تجريب تعاطي المخدرات أحد سلوكيات المتنوعة التي يتبناها الشباب المراهق. ومن خلال سلوكهم هذا يحاولون التقليل من تأثير الكبار عليهم، وتجعلهم يأخذون قراراتهم بأنفسهم⁽²⁾، فأي فشل في التنشئة الاجتماعية من خلال سلوك الطفل أو المراهق أو الشاب عموماً يستدعي تدخل الضبط الاجتماعي، فإذا ظهر في الموقف الاجتماعي أي علامة على قرب حدوث الانحراف نتيجة **التصدع** في مراكز الأفراد أو في أدوارهم فإنه من الممكن التدخل عن طريق أحد ميكانيزمات الضبط الاجتماعي لتلافي هذا **التصدع** وتخفيف التوتر، والعودة

(1) Colman , C. Tomes .The Adolescent Society . New York: The Free Press, 1961, P.09.

(2) أوسكار جاري، بوكستن. إدمان المراهقين، التقييم والوقاية والعلاج. ترجمة: خالد إبراهيم الفخراي، ابتسام حامد السطيحة، ط1. طنطا مصر: دار الحضارة للطباعة والنشر والتوزيع، 2000، ص ص 140-143.

بالموقف الاجتماعي إلى وضعه الطبيعي⁽¹⁾. وتشكل مرحلة الاكتشاف المبكر لمتعاطي المخدرات عاملاً في غاية الأهمية إذ يكون العلاج ممكناً في بداية التعاطي، وفرص نجاحه كبيرة، وتكلفته معقولة. فالوقاية من الدرجة الثانية (أي التدخل العلاجي المبكر) تسعى إلى وقف التماذي في التعاطي لكي لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان⁽²⁾. فتشخيص مستوى التعاطي ونمط التعاطي وكذلك أسباب التعاطي يساعد الأسرة على مساعدة الابن التخلص من المخدر والعودة إلى الحياة الطبيعية خالية من المخدرات.

إنه لمن الصعب التعرف على تأثيرات المخدرات بصفة غير منتظمة أو لمرة واحدة، ولكن التعاطي المنتظم يسبب للمتعاطي بعض التغيرات السلوكية والأعراض العضوية التي تكون واضحة تماماً لمعظم الآباء والأمهات، ومن هذه الأعراض⁽³⁾:

- تقلب مفاجئ في الحالة المزاجية بصفة منتظمة وواضحة؛
- ظهور بعض الأفعال العدوانية غير المعتادة؛
- التوقف عن ممارسة بعض الأنشطة التي كانت مثار اهتمام الابن في الماضي؛
- تغير النمط الغذائي وفقدان الشهية للطعام؛
- الشعور بالكسل والخمول والميل إلى قضاء أوقات طويلة في الفراش؛
- كثرة الغياب عن المنزل والعودة إليه في ساعات متأخرة وحب الانفراد في الجلوس⁽⁴⁾.
- الإهمال في مظهره الخارجي والفوضى في ترتيب؛
- كثرة الغياب عن المدرسة أو مركز العمل، وأحياناً الانقطاع التام،
- الحاجة الدائمة والملحة للمال، وكثرة طلبه،
- التصاق تام ببعض الأصدقاء سيما الجدد منهم، والابتعاد عن الأصدقاء القدامى،
- فقدان بعض مقتنيات الأسرة، خاصة الثمينة منها كالذهب والأجهزة الكهرومنزلية،
- ممارسة بعض أنماط السلوك المنحرف،

(1) محمد عاطف، غيث. علم الاجتماع : دراسات تطبيقية. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 1974، ص130.

(2) مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص210.

(3) سارة، لاوسون. كل ما يجب أن يعرفه الآباء عن المخدرات. ترجمة: قسم الترجمة بدار الفاروق. ط1. مصر: دار الفاروق للنشر والتوزيع، 2005، ص65.

(4) صالح، السعد. الوقاية من المخدرات، مرجع سابق، ص ص15-16-17.

إذن فالإكتشاف المبكر لتعاطي الإبن للمخدرات، يساعد الأسرة على اتخاذ كل التدابير العلاجية المبكرة حتى لا يصل الإبن إلى مرحلة الإدمان. وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات، أي أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلا على التعاطي، ولكنه لا يزال في مراحله الأولى ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه⁽¹⁾.

فعند عثور الأب على بعض المواد الذي يخشى أن تكون من المخدرات المحظورة قانونيا، يجب أن يكون أول رد فعل له هو محاولة التعرف على حقيقة هذه المادة، ويمكن للأب أن يتعرف على حقيقة المادة من عدة طرق⁽²⁾. كالاتصال ببعض المؤسسات المتخصصة في علاج مشكلات الإدمان، أو تقديم المادة المخدرة للشرطة للتعرف عليها، أو الاستفسار من الإبن مباشرة.

3- الوقاية من الدرجة الثالثة أو مرحلة التعرف على مدمن المخدرات:

وهي الإجراءات التي نتخذها حتى لا تعود المشكلة إلى الظهور، ووقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية والنفسية المترتبة على الإدمان، أو منع العودة أو الإنتكاسة إلى الإدمان بعد الشفاء منه. فيقصد بالوقاية من الدرجة الثالثة إلى ذلك التدخل العلاجي المتأخر نسبياً، وأن المبادرة إلى تناول هذه الحالات بالعلاج، يتضمن بالضرورة وقاية الفرد من مزيد من التدهور إلى مستويات متدنية من الصحة البدنية والنفسية⁽³⁾. فإمكانية التعرف على مدمن المخدرات تعتبر أكثر سهولة من إكتشاف التعاطي بمرحلة مبكرة، ويرجع ذلك إلى أن مدمن المخدرات يكون قد وصل إلى مرحلة متقدمة في التعاطي تظهر عليه خلالها ملامح ظاهرة وبارزة ليست بحاجة في معظم الأحيان إلى الاجتهاد والتخمين.

أما مقدمات التعرف على مدمن المخدرات، فتكمن في⁽⁴⁾: مبادرة المدمن بالاعتراف الأولي لأحد المقربين له، أو العثور على مواد مخدرة بحياسة المدمن، أو العثور على بعض

(1) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 210.

(2) سارة، لوسون. كل ما يجب أن يعرفه الآباء عن المخدرات. مرجع سابق، ص: 70-73.

(3) ملاك أحمد محمد، الرشيدى. التنشئة الاجتماعية ودورها في الوقاية من تعاطي المخدرات. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي الأول لمواجهة

مشكلات الإدمان: الوقاية - العلاج - المتابعة، القاهرة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية 1988، ص 174.

(4) صالح، السعد. الوقاية من المخدرات. مرجع سابق، ص 18.

الأدوات لتعاطي المخدر، كما تتغير شخصية المدمن كالانطواء والخمول والانعزال، و كثرة التردد على الأماكن الموبوءة التي يتم فيها تعاطي المخدرات، كالمقاهي، وأماكن اللهو، و يميل المدمن إلى العنف في فترات الانقطاع عن تعاطي المخدر أو عدم توفره.

فبعد التأكد من تعاطي أو إدمان الابن على المخدرات، يجب إتباع إجراءات سليمة، وهذا حتى تكون عملية الإنقاذ سليمة، ومن جملة هذه الإجراءات: التزام الهدوء مع الابتعاد التام عن التأنيب و الإهانة، ومحاولة احتواء الابن المدمن بالحديث معه مباشرة، حديثاً ودياً هادئاً متزنًا على اختيار الوقت المناسب للحديث و الإصغاء إلى الابن، مع الإسرار للتعرف على نوع المخدر المستخدم في التعاطي أو الإدمان، و إجراء الفحوصات الطبية السريرية كاملة للمتعاظمي، ومحاولة معرفة السبب الرئيسي والأسباب الأخرى التي أدت إلى تعاطي المخدر، وأخيرا الإسراع في عرض المدمن على طبيب نفسي مختص لتشخيص حالته.

وبعد هذه الخطوات الأولية بعد اكتشاف التعاطي أو الإدمان تأتي إجراءات أخرى لا تقل أهمية عن الأولى، وهي⁽¹⁾.

- تخويف الابن حتى يقلع عن تعاطي المخدرات، منها إبلاغ الشرطة؛
- مساعدة الشرطة للقبض على مروجي المخدرات؛
- الاتصال بالمدرسة إن كان الابن يزاول الدراسة؛
- الاتصال بأولياء أمور الطلبة المشكوك في تعاطيهم للمخدرات.

وفي بعض الأحيان يعترف الابن المدمن بأن له مشكل ويطلب المساعدة، يجب أن يعرف الآباء ما هي نوعية وطريقة هذه المساعدة، ولا بد من أفراد الأسرة أن يتفقوا على برنامج واحد لتخلص المعني بالأمر من الإدمان وهذا بطبيعة الحال بعد موافقته. ورغم أن الأسرة لظروف خاصة تعتبر من الأسباب الرئيسية في إقدام الأبناء على تعاطي المخدرات، إلا أنها تبقى من العناصر الهامة في مساعدة الأبناء للتخلص من المخدرات⁽²⁾. وتتخلص هذه المرحلة في العناصر التالية:

(1) سارة، لاوسون . كل ما يجب أن يعرفه الآباء عن المخدرات. مرجع سابق، ص ص: 112-113.

(2) U.N.D.C.P. The Social impact of drug abuse. Study prepared by UNDCP as a position paper for the world summit for social development (copenhagen, 6-12 March 1995). <http://www.unodc.org/pdf.> (08/09/2011).

- أ- **مواجهة مشكلة التعاطي على المدى الطويل:** فطلب المدمن المساعدة من غيره، في التخلص من المخدرات، تكون عندما يدفعه أمر ما خارج إطاره المريح "Zone De Confort" وتلزمه على أخذ القرار. فعلى الأباء التحلي بالصبر لإنقاذ إبنهم من براثن المخدرات.
- ب- **مرحلة الإقلاع عن تعاطي المخدرات:** في أغلب الأحيان يمر المتعاطي بانتكاسات عديدة أثناء محاولته الإقلاع التام عن المخدرات.
- ج- **كيفية علاج الإدمان:** وضع معهد الصحة القومي لمكافحة الإدمان بالولايات المتحدة الأمريكية عدة توصيات لنجاح العلاج أهمها⁽¹⁾: أن كل مدمن يمكن علاجه وشفائه نهائياً، إلا أنه لا يوجد علاج واحد يناسب كل الأفراد؛ وأن العلاج ينبغي أن يكون متاحاً ومتوفراً، عند رغبة المدمن في الإقلاع؛ مع وجوب إحكام الرقابة على المدمن أثناء فترة العلاج، وأن بناء المستشفيات لعلاج المدمنين وحده، لا يمثل إلا 25% من عناصر حل المشكلة، في حين تقع ثلاثة أرباع حل المشكلة على عاتق جهات ومؤسسات أخرى.
- د- **مرحلة إعادة التأهيل:** وتهدف هذه المرحلة إلى إرساء دعائم الشعور بالهوية الذاتية، والشعور بفاعلية الذات في مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية، والبدنية، ويساهم إعادة التأهيل في⁽²⁾: إمكانية المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خبرة التعاطي، إمكانية التبنى الصارم لآليات المواجهة الايجابية لمشكلات الحياة اليومية، إنماء المهارات اللازمة لممارسة الدور الطبيعي في الحياة و تشكيل قوى المقاومة لبعض السمات النوعية التي يتسم بها متعاطي المخدرات.

المطلب الثاني: دور المؤسسات الدينية في الوقاية من المخدرات:

تقوم المؤسسات الدينية وعلى رأسها دور العبادة بدور مهم في عملية التنشئة الاجتماعية لما تتميز به من خصائص فريدة، أهمها إحاطتها بهالة من التقديس، وثبات وإيجابية المعايير السلوكية التي تعلمها الأفراد، والإجماع على تدعيمها، وتؤثر في عملية التنشئة الاجتماعية بالمجالات التالية⁽³⁾:

⁽¹⁾ عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص ص: 249-252.

⁽²⁾ محي الدين أحمد، حسين. إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي لمتعاطي المخدرات. القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (30/29 أكتوبر)، منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص: 251-278.

⁽³⁾ فهمي سليم، الغزوي وآخرون. المدخل إلى علم الاجتماع. ط2. القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2000، ص198.

1. تعليم الفرد التعاليم الدينية التي تحكم سلوكه؛
2. إمداد الفرد بإطار سلوكي مرتضى مبارك؛
3. تنمية الضمير عند الفرد والجماعة؛
4. الدعوة إلى ترجمة التعاليم الدينية إلى سلوك عملي؛
5. توحيد السلوك الاجتماعي والتقريب بين الفئات والطبقات الاجتماعية.

وقبل أن نتطرق إلى أساليب الوقاية من المخدرات عبر المؤسسات الدينية، فلا بأس أن نعرف بعض دوافع تعاطي المخدرات من وجهة نظر المدخل الديني وهي⁽¹⁾:

1. الخوف والقلق المصاحب للعصر، مع الاعتقاد الخاطئ بين فئة عريضة من المسلمين بأن الشريعة الإسلامية لم تحرم صراحة تعاطي المخدرات، فالمحرم شرعا هو الخمر.
2. تأثر الشباب البلدان الإسلامية بالثقافة الغربية، وفي هذا الصدد، يقول ابن خلدون: "أن المغلوب مولع أبدا بالافتداء بالغالب في شعاره وزيه ونحلته وسائر أحواله وعوائده، والسبب في ذلك أن النفس أبدا تعتقد الكمال في من غلبها وانقادت إليه إما لنظره بالكمال بما وفر عندها من تعظيمه أو لما تغالط به من أن انقيادها ليس لغلب طبيعي إنما هو لكمال الغالب..."⁽²⁾.
3. ضعف الوازع الديني.

أولاً: موقف الشريعة الإسلامية من المسكرات والمخدرات:

لقد اتفق الفقهاء على أن الشريعة الإسلامية جاءت لتحفظ جملة من الأصول والتي أطلقوا عليها مقاصد التشريع الإسلامي منها: 1. حفظ الدين، 2. حفظ العقل، 3. حفظ العرض، 4. حفظ النفس و 5. حفظ المال.

فحفظ الدين يعطي ضرورة التمسك بالشريعة الإسلامية وإقامة الحدود. ويكون حفظ العقل بتحريم المسكرات والخمر وكل ما يفقد العقل ويؤدي إلى التهلكة، ويكون حفظ العرض بتنظيم العلاقة بين الرجال والنساء على أساس مبادئ الشريعة الإسلامية. أما حفظ المال

⁽¹⁾ مركز البحوث والتدريب والتجريب والتوثيق. المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان " الوقاية . العلاج . المتابعة " 13-16 سبتمبر 1988 ، جامعة الدول العربية، القاهرة، ص: 456. المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، مجلد الأبحاث.

⁽²⁾ عبد الرحمن، ابن خلدون. المقدمة. الفصل الثاني والثلاثون في أن الشدة على المتعلمين مضرة بهم. مرجع سابق، ص 101.

فيكون بحماية كل ما يجمعه الإنسان من مال حلال. ويأتي حفظ النفس بتكريمها وحمايتها من كل ضرر⁽¹⁾.

فشرب المسكر أو تعاطي المخدرات مدمر كل هذه المقاصد. ففيه إتلاف النفس ودافع للاعتداء على نفوس الآخرين، وفيه خروج على حدود الله واعتداء على الحرمات من الدين، واضطراب العقل واختلال الفكر، وإتلاف المال ودافع للسرقة والغصب. وعلى هذا الأساس جاء تحريم المسكرات لما فيه ضررا على الفرد والمجتمع، ولم يمنع الإسلام الخمر مباشرة، ولكنه ثبت أركان العقيدة أولا و قالت السيدة عائشة رضي الله عنها في هذا الصدد: " إنما نزل أول ما نزل منه (آي القرآن) سورة من المفضل فيها ذكر الجنة والنار، حتى إذا ثاب الناس إلى الإسلام نزل الحلال والحرام، ولو نزل أول شيء: لا تشربوا الخمر لقالوا: لا ندع الخمر أبداً، ولو نزل: لا تزنوا، لقالوا لا ندع الزنا أبداً "⁽²⁾. وقد مر تحريم الخمر بأربع مراحل⁽³⁾.

1. مرحلة الذم: في قوله تعالى " وَمِنْ ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَالْأَعْنَابِ تَتَّخِذُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَرِزْقًا حَسَنًا إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَةً لِقَوْمٍ يَعْقِلُونَ "⁽⁴⁾.

2. مرحلة التنفير: في قوله تعالى: " يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس وإثمهما أكبر من نفعهما "⁽⁵⁾.

3. مرحلة التحريم الجزئي: في قوله تعالى: " يا أيها الذين آمنوا لا تقربوا الصَّلَاةَ وَأَنْتُمْ سُكَارَى حَتَّى تَعْلَمُوا مَا تَقُولُونَ "⁽⁶⁾.

4. مرحلة التحريم الكلي: " يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة

⁽¹⁾ أنبيل محمد توفيق، السمالوطي. المنهج الإسلامي في دراسة المجتمع. ط2. جدة: دار الشروق لنشر والتوزيع والطباعة، 1985 ، ص ص: 16، 17.

⁽²⁾ أبي عبد الله محمد بن إسماعيل، البخاري . صحيح البخاري. كتاب فضائل القرآن، باب تأليف القرآن "، رقم 4993، الجزء التاسع . ط1. بيروت: دار ابن كثير للطباعة والنشر والتوزيع، 2002، ص ص38-39 .

⁽³⁾ عبد الرحمن عبد الله، الزبير . " من مرتكزات الخطاب الدعوي في التبليغ والتطبيق ". قطر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، سلسلة كتاب الأمة، 56 (1997)، ص ص 82-101 <http://www.islam.gov.qa//umma> (2012/08/20).

⁽⁴⁾ القرآن الكريم، سورة النحل، الآية 67.

⁽⁵⁾ القرآن الكريم، سورة البقرة، الآية 219.

⁽⁶⁾ القرآن الكريم، سورة النساء، الآية 43.

والبغضاء في الخمر والميسر ويصدقكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل أنتم منتهون⁽¹⁾.

و قد دخلت جميع المسكرات في معنى خمر العنب. ويقول أبو حامد الغزالي في هذا الصدد: " وأما النبات فلا يحرم منه إلا ما يزيل العقل أو يزيل الحياة أو الصحة، فمزيل العقل: البنج ، والخمر وسائر المسكرات ومزيل الحياة: السموم. ومزيل الصحة الأدوية في غير وقتها، وكأن مجموع هذا يرجع إلى الضرر إلا الخمر والمسكرات، فإن الذي لا سكر منها أيضا حرام مع قلته لعينه وصفته، وهي الشدة⁽²⁾. وعلى هذا الأساس، فإن علة الحكم في الخمر وهي الإسكار، تكون في حجب العقل، وإذهابه، ويكون حكم الخمر وهو التحريم، هو حكم المخدرات أيضا، وبالتالي تكون جميع أنواع المخدرات حراما والنصوص التي تحرم كل مسكر ومفتر تتسحب على المخدرات كذلك⁽³⁾. و وقال في هذا الشأن ابن حجر العسقلاني في الفتح: واستدل بمطلق قوله : " كل من يسكر حرام " على تحريم المسكر، ولو لم يكن شرابا فيدخل في ذلك الحشيشة⁽⁴⁾. ويقول شيخ الإسلام ابن تيمية رحمه الله عن حكم أكل الحشيشة: أنها تفسد الأمزجة، حيث جعلت خلقا كثيرا مجانين، وتجعل الكبد بمنزلة السفنج، ومن لم يجن منهم فقد أعطته نقص العقل، ولو صحا منها، فإنه لا بد أن يكن في عقله خبل، ثم إن كثيرها يسكر حتى يضارب ويشاتم، فكفى بالرجل شرا أنها تصده عن ذكر الله، وعن الصلاة إذا سكر منها، وقليلها وإن لم يسكر فهو بمنزلة قليل الخمر⁽⁵⁾. وقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " كل مسكر خمر، وكل مسكر حرام " وهذه " الحشيشة " مسكرة، ولو لم يشملها لفظ بعينها فكان فيها من المفساد ما حرمت الخمر لأجلها. مع أن فيها مفساد أخرى غير مفساد الخمر توجب تحريمها والله أعلم⁽⁶⁾.

(1) القرآن الكريم، سورة المائدة، الآيتين : 91،90.

(2) ابن حامد محمد بن محمد، الغزالي، إحياء علوم الدين . ط1. القاهرة: علق عليه جمال محمود ومحمد سيد ، الجزء الثاني، دار الفجر للتراث، 1420 هـ. 1999م، ص126.

(3) مركز أبحاث مكافحة الجريمة. المخدرات والعقاقير المخدرة. الرياض: لكتاب الرابع من سلسلة كتب مركز أبحاث مكافحة الجريمة. وزارة الداخلية، المملكة العربية السعودية، 1985 ، ص 288.

(4) ابن حجر، العسقلاني. فتح الباري بشرح صحيح البخاري. مرجع سابق، ص

(5) تقي الدين أحمد بن تيمية، الحراني. مجموعة الفتاوى . ط1، الرياض: مكتبة عبيكان، اعتنى بها وخرج أحاديثها : عامر الجزار وأنور الباز، المجلد السابع: فقه الطلاق والظهار، باب حد السكر، 1998م، ص 278.

(6) نفس المرجع، ص 279.

ثانياً: الإجراءات العملية للوقاية من المخدرات من المنظور الديني:

لقد فضل الله تعالى الإنسان على سائر المخلوقات وخصه بالعقل، فنجد ان غير العاقل غير مكلف، عن عائشة رضي الله عنها قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " رفع القلم عن ثلاثة عن النائم حتى يستيقظ وعن الصغير حتى يحتلم وعن المجنون حتى يعقل"⁽¹⁾، فالمحافظة على العقل تمثل أهمية خاصة في مقاصد التشريع الإسلامي. وذلك لمساس التفريط فيه بسائر الضرورات الأخرى، فتعاطي ما يذهب العقل أو يغيبه يعتبر إضاعة للدين وقطع للصلة بين الإنسان وربه وإهدار مناط التكليف بالعبارات، وتغييب ما يميز في غيرها بين الحسن والقبيح، كما أن هذا التعاطي ينطوي على إضافة النفس بالحاق الضرر المؤكد بها، مما سيؤدي، عاجلاً أو آجلاً إلى إتلافها كلياً أو جزئياً، وقد يحمل الشخص على الأضرار بأنفس الآخرين بمختلف الأفعال المحضورة شرعاً وينطوي هذا التعاطي أيضاً على إضافة للمال سفهاً وتبذيراً، بإنفاقه فيما يضر بغية الحصول على المادة المذهبة لعقل أو المغيبة له، وينطوي كذلك على تفريط في المحافظة على النسل، فلا يدرك الفاقد لعقله مواطن الحرمات، وقد ينزلق من حيث لا يشعر على ما يبدي له جبينه في صحوته، أو يؤدي إلى اختلاط الأنساب أو هتك الأعراض⁽²⁾.

وعليه جاءت تعاليم الدين الإسلامي لدرأ مخاطر المخدرات والمسكرات عن البشرية، ويتحقق هذا الدور من خلال العناصر التالية:

1. تقوية الوازع الديني: فلقد بينت نتائج إحدى الدراسات على المدمنين أن 88.5%

من أفراد عينة الدراسة لا يؤدون فريضة الصلاة، كما أن 81.5 % من أفراد عينة الدراسة لا يصومون شهر رمضان⁽³⁾. كما أثبتت دراسة أخرى أن 83.9 % من أفراد العينة الأردنيين و 81 % من أفراد عينة الجنسيات العربية الأخرى من متعاطي المخدرات لا يؤدون فريضة الصلاة، وأن 82 % من أفراد العينة الأردنيين و 78.5 % من أفراد عينة الجنسيات

(1) عبد الله بن عبد الرحمن الدرامي، السمرقندي. سنن الدارمي. الجزء الثاني، كتاب الحدود، باب رفع القلم عن ثلاثة. لبنان: دار الكتاب العربي، 1407 هـ/1987م، ص 225.

(2) المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الإرشادي للدعاة، لتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات. ط2، القاهرة، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، 2001، ص 50.

(3) سلوى علي، سليم. الإسلام والمخدرات: دراسة سوسولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات، مرجع سابق، ص ص: 220. 221.

العربية الأخرى لا يصومون شهر رمضان⁽¹⁾. فضعف الوازع الديني يؤدي إلى اهتزاز القيم الدينية عند الفرد.

وتهدف التوعية الدينية إلى إعداد الفرد المتكامل الذي يتوافق سلوكه مع إيمانه بالعقيدة من أجل التوافق النفسي والاجتماعي للفرد وصحته والتزامه بالضوابط الدينية والاجتماعية التي تقلل من الانحرافات السلوكية في المجتمع. وبيان موقف الدين الإسلامي من تعاطي المخدرات و الخمر من أهم الجوانب التي يمكن أن تساعد في الوقاية⁽²⁾. وتحتاج هذه التوعية الدينية لعلماء لديهم ثقافة بعالم المخدرات وتعاطيها، حتى يكون هناك صدى ومصادقية لما يقولونه من أحكام شرعية وتعاليم دينية حول المخدرات⁽³⁾.

2. إزالة اللبس في موقف الإسلام من المخدرات: هناك الكثير ممن يعتقدون اعتقاداً خاطئاً بعدم تحريم المخدرات شرعاً أو أنها مكروهة فقط، مما من شأنه يدفع بالإقبال على تعاطي المخدرات، وبالتالي تزايد انتشارها، ويعود ذلك كله إلى جهل الكثير من المتعاطين بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف وجهلهم بتحريم المخدرات دينياً، وعدم سؤالهم واستفسارهم من أهل الذكر عن موقف الإسلام من المخدرات.

ولقد أثبتت أغلب الدراسات الميدانية أن نسبة كبيرة من متعاطي المخدرات ممن يعتقدون بأنها غير محرمة أو مكروهة. فلقد توصلت دراسة أجراها سعد المغربي⁽⁴⁾ أن نسبة 74% من أفراد عينة المتعاطين، قالوا بعدم وجود نص صريح يحرم المخدرات بما فيها الحشيش⁽⁵⁾. كما أظهرت دراسة أجراها مصطفى سُويف⁽⁶⁾ أن : 12,3 % فقط من بين المتعاطين يعتقدون أن تعاطي المخدرات محرم دينياً وبالتالي فالتعاطي خطيئة. بينما يعتقد 61,4 % من أفراد عينة المتعاطين أن التعاطي معصية صغيرة. ويرى 26.3 % من أفراد عينة المتعاطين أن التعاطي " لا هو معصية ولا هو خطيئة أو إثم، لكنه سلوك عادي شأنه شأن أنواع السلوكات الأخرى. وفي رأي مصطفى سُويف أن المتعاطين يتبنون منظوراً للدين

(1) صالح، السعد. "تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار غير المشروع بها في الأردن". أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة التونسية، تونس. 1995، ص 512.

(2) جمعة سيد، يوسف. الوقاية من تعاطي المخدرات. ط2، القاهرة: دارغريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2003، ص 59.

(3) نفس المرجع، ص: 60.

(4) سعد، المغربي. ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية. مرجع سابق، ص 134.

(5) نفس المرجع، ص 134.

(6) مصطفى، سُويف. مشكلة تعاطي المخدرات. مرجع سابق، ص ص 123. 124.

يختلف اختلافاً جوهرياً عن المنظور الذي يتبناه غير المتعاطين، وبالتالي فبينما يسود الاتجاه لدى غير المتعاطين بأن المتعاطين يقتربون الإثم بما يفعلون، نجد أن المتعاطين لا يرون أنفسهم كذلك، بل أنهم يرون أنفسهم على أنهم أشخاص عاديون، يعانون من بعض الضعف الذي يكشف عن نفسه من حين لآخر⁽¹⁾.

إن الاتجاهات التي تسود لدى المتعاطين أو غير المتعاطين الذين لم يبلغوا بعد مرحلة التعاطي، بأن تعاطي المخدرات غير محرمة شرعاً تجعلهم لا يمثلون إلى المعايير الاجتماعية التي وضعها المجتمع وبالتالي يتحدون الضبط الاجتماعي وينحرفون وللمؤسسات الدينية وعلى رأسها المسجد دور كبير في توعية الناس وتوجيههم نحو أفضل السبل للوقاية من المخدرات، ومن مجمل ما يقوم به: تأصيل الإقناع الديني في حرمة تعاطي المخدرات، مع توريث هذه المفاهيم للأجيال بعد غرسها في الشباب.

ولا بد من الاستعانة برجال الدين في النهي عن تعاطي كل ما يضر بالصحة والنفس والعقل مع التعريف بمشكلة الإدمان والمخدرات وتأثيرها البدني والنفسي⁽²⁾. ولكن قبل أن يباشر رجال الدين والدعاة مهمتهم في محاربة تعاطي المخدرات والاتجار بها، عليهم أن يدرسوا أمر المخدرات دراسة مستفيضة بحيث يدرسوا أنواعها وتأثيراتها الاجتماعية والنفسية والجسمية والاقتصادية والسياسية، ليعرفوا أضرارها على الفرد والمجتمع، ثم يدرسوها من الجانب الديني ويعرفوا آراء العلماء والفقهاء فيها وهذا ليقنعوا هم أولاً بحكم الشرع فيها، و أن ينقلوا هذا الاقتناع إلى من يتعاملون معهم. وطريق الداعية إلى هذه المهمة المتشعبة، يجب أن يستعين فيها بقدراته وبما يوفره له الدين الذي ينتمي إليه في نفوس أتباعه وبما يقدمه القانون الوضعي من تيسيرات، فيستهدف من ذلك كله تحقيق أمرين معاهما: تخفيض الطلب على المخدرات، وتخفيض العرض لها⁽³⁾.

فعلى الداعية الديني بعد إلمامه بما سبق ذكره، أن يحذر من التعاطي، أو يدعو إلى الإقلاع عنه، أو يسهم في إعادة المدمن إلى الطريق الصحيح، وله من قواعد الدين السليم ومبادئه وأحكامه ما يؤيده في مهمته، كما أن له من أحكام القانون ما ييسر له أداءها⁽⁴⁾.

(1) المرجع السابق، ص 124.

(2) جلال الدين، عبد الخالق . الجريمة و الانحراف: الحدود والمعالجة . مرجع سابق، ص 322.

(3) المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الإرشادي للدعاة للتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات. مرجع سابق، ص 57.

(4) نفس المرجع، ص 57.

فإذا أدرك الداعية أنه يخاطب مدمنا على المخدرات فعليه أن يهون عليه أمر العودة إلى سبيل الرشاد، وأن يدعو إلى التوبة النصوح. ولا ريب أن قيام الداعية الديني بشرح الآثار الشرعية والقانونية المترتبة على التوبة لما يسهم في تنبيه المذنب الغافل إلى طريق الرشاد فيقلع عن غيِّه وينخفض بذلك العرض. على أنه إذا لم يستجب المجرم لنداء التوبة، فإن على الداعية أن يرشد الناس إلى مَغْبة التعامل معه.

و يشترط في نجاح عملية التوعية الدينية وإزالة اللبس، أن تكون لدى رجال الدين ثقافة واسعة لعالم المخدرات، وأن يعرفوا جيّداً أفكار واتجاهات المتعاطين، وكذلك أن يكون أسلوبهم واضح وهذا حتى يفهمه الجميع. وفي هذا الصدد علّق مصطفى سوييف على نتائج إحدى الدراسات التي أجراها في بداية الثمانينات، والتي توصلت إلى أن المجموعة التي تلقت العلاج الطبي دون العلاج النفسي الجماعي تفوقت في تحسنها عن المجموعة التي تلقت العلاج الطبي مصحوباً بالعلاج الجماعي بما في ذلك الإرشاد الديني، وذلك أن المتحدثين ليس لديهم علم بالآثار السلوكية المختلفة التي تسببها المخدرات المتنوعة المنتشرة في الوقت الحاضر، و يبدو أن المتحدثين لم يكن لديهم أية فكرة عن الآراء والمعتقدات التي يتبناها المتعاطون نحو ما يتعاطون من مخدرات، ولا نحو تصورهم لأنفسهم من حيث تدينهم. كما أن أحاديث الوعاظ كانت تتذبذب بين قطبين متباعدين من حيث الأسلوب.

3 . تطبيق الحكم الشرعي على متعاطي المخدرات ومهربيها ومروجيها: إذن فبعد تلقين الفرد المسلم تعاليم دينه وتقوية الوازع الديني ليواجه به شهوات الدنيا، تأتي مرحلة إزالة اللبس لدى أفراد المجتمع عامة و الشباب خاصة بتحريم الشريعة الإسلامية لكل أنواع المسكرات كما تم تفصيله سابقاً، فإذا لم يرتدع الفرد وقام بالتعدي على المصالح الأساسية في الإسلام وهي: الدين، والعقل، والنفس، والنسل، والمال وهذا بالترويج للمخدرات أو المتاجرة فيها أو تعاطيها، فتقوم خطة الشريعة الإسلامية بالتجريم والعقاب حفاظاً على مقاصد الشريعة. فبعد ذلك التهذيب الحقيقي لأخلاق و سلوك الأفراد، شُرعت العقوبات لتردع القلة الشاذة عن هذا المنهج ، لئلا تتفشى عدواها في المجتمع الإسلامي مرة ثانية، وهي في نفس الوقت مطهرة لصاحبها مخلصه له من عقاب الله في الدار الآخرة، فمن عوقب على ذنبه في الدنيا وفقاً لأحكام شرع الله، لقي الله تعالى ظاهراً نظيفاً ما عليه ذنب.

فمبدأ حفظ المقاصد الشريعة الخمسة، يترتب على متعاطيها ومخالفها ومنتهكها تطبيق الحكم الشرعي في حقهم، وهذا من باب جلب المصالح ودرأ المفساد. ويأتي هذا كخط دفاعي رابع لرفع الانحراف عن النسق الاجتماعي وهذا بسجن المنحرفين أو عزلهم أو حتى إعدامهم إذا اقتضت الضرورة^(*). و على هذا الأساس يقول ابن القيم الجوزية في كتابه " الطرق الحكمية في السياسة الشرعية: " والمقصود أن هذه أحكام الشرعية لها طرق شرعية لا تتم مصلحة الأمة إلا بها ولا تتوقف على مدع ومدعي عليه ، بل لو توقفت على ذلك لفسدت مصالح الأمة واختل النظام، بل ويحكم فيها متولي ذلك بالإمارات والعلامات الظاهرة والقرائن البينة. ولما كان الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر لا يتم إلا بالعقوبات الشرعية، فإن الله يزرع بالسلطان ما لا يزرع بالقرآن، فإقامة الحدود واجبة على ولاية الأمور، والعقوبة تكون على فعل محرم أو ترك واجب، والعقوبات كما تقدم منها ما هو مقدر و منها ما هو غير مقدر وتختلف مقاديرها وأجناسها وصفاتها باختلاف أحوال الجرائم وكبرها وصغرها، وبحسب حال المذنب في نفسه والتعزير منه ما يكون بالتوبيخ وبالزجر وبالكلام ومنه ما يكون بالحبس ومنه ما يكون بالنفي ومنه ما يكون بالضرب ...⁽¹⁾.

و لا شك أن العقوبات الشرعية في الإسلام تحمل معنيين هامين، فهي في حق مرتكب المعصية عقوبة ملائمة تتناسب وجرمه الذي ارتكبه، وتطهير له من الذنب الذي وقع فيه، وهي في الجانب الآخر لعله الأهم وهي أنها تردع كل من يفكر في الوقوع في المعصية، فيفكر ألف مرة قبل إرتكاب الجرم خشية من العقوبة. ولذا فإن قسوة العقوبة لا ينظر فيها إلى شخص مرتكبه ، وإنما ينظر فيها إلى أثرها التي توجده في المجتمع.

وقد تباينت وجهة نظر علماء المسلمين حول تحديد مقدار العقوبة وكيفية تطبيقها على متعاطي المخدرات فذهب جمهور منهم إلى القول في: " أن عقوبة تعاطي المخدرات عقوبة تعزيرية " والتعزير مجموعة عقوبات تتدرج من مجرد التوبيخ أو الزجر إلى الضرب والجلد والنفي، فضلا عن التعويض المضاعف والغرامة الكبيرة⁽²⁾. أي أنه عقوبة تأديبية يفرضها الحاكم على جناية أو معصية لم يعين الشرع لها عقوبة أو حدود لها عقوبة، وليست

(*) وهذا ما تبنته بعض الدول الإسلامية، كالجمهورية الإسلامية الإيرانية والمملكة العربية السعودية.

(1) أحمد بن أبي بكر ابن قيم، الجوزية. الطرق الحكمية في السياسة الشرعية. تحقيق وتعليق: بشير محمد عيون، ط1. سوريا: مكتبة دار البيان، 1989، ص 7.

(2) أحمد فتحي، بهنسي. العقوبة في الفقه الإسلامي. ط3. بيروت: دار الرائد العربي، 1970، ص 140.

حدية، لأن المشرع أوجب الحد بالسكر من المشروب المائع على خاصية الضرب، المعبر عنها بشدة المضربة، ولم يوجبه على المأكل الذي لا تتحقق فيه هذه الصفة أو الخاصية، وعليه فيقتصر الحد على ما جاء به النص في المشروب المائع المسكر دون غيره من الجامدات المخدرة⁽¹⁾.

أ . **العقوبة التي تطبق على متعاطي المخدرات:** وقد تباينت وجهة نظر علماء المسلمين حول تحديد مقدار العقوبة وكيفية تطبيقها على متعاطي المخدرات فذهب جمهور منهم إلى القول في: " أن عقوبة تعاطي المخدرات عقوبة تعزيرية " والتعزير مجموعة عقوبات تتدرج من مجرد التوبيخ أو الزجر إلى الضرب والجلد والنفي، فضلا عن التعويض المضاعف والغرامة الكبيرة⁽²⁾. أي أنه عقوبة تأديبية يفرضها الحاكم على جناية أو معصية لم يعين الشرع لها عقوبة أو حدود لها عقوبة.

ب . **العقوبة التي تطبق على مهربي ومروجي المخدرات:** ومعلوم أن هذا الفعل لا يدخل في الحدود المقدرة، لأنها محصورة فيكون مجال التطبيق هنا عقوبة التعزير، وقد اتفق الفقهاء على أنها توقع على كل مقترف معصية لا تدخل في نطاق الحدود المقدرة، كما اتفقوا على أن مجالها رحب يبدأ بالتوبيخ وينتهي بالعزل من الولاية مروراً بالضرب وأخذ المال من إتلافه، وقد أجاز العلماء أن تصل عقوبة التعزير إلى القتل إذا تمادى المفسد في إفساده⁽³⁾. إلا أن مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية أصدر قرار عقوبة القتل لمهرب المخدرات، لما يسببه من فساد على المهرب نفسه، وأخطار على الأمة بمجموعها. وقرار بالتعزير لمروج المخدرات بالحبس أو الجلد أو الغرامة المالية أو بها جميعا وبعقوبة القتل في حالة العود⁽⁴⁾.

(1) آل سعود سيف الإسلام ابن سعد، بن عبد العزيز. تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي: دراسة استطلاعية للعوامل المؤثرة في ازدياد تعاطيها وأساليب الوقاية والعلاج. الرياض: المعهد العالي للدراسات الإسلامية والعربية، 1986، ص ص 118. 119.

(2) أحمد فتحي، بهنسي. العقوبة في الفقه الإسلامي. مرجع سابق، ص 140.

(3) محمد بن يحيى، النجدي. المخدرات وأحكامها في الشريعة الإسلامية. مرجع سابق، ص 92.

(4) حكم مهربي ومروج المخدرات . المسلم. مجلس هيئة كبار العلماء في دورته التاسعة والعشرين المنعقدة بمدينة الرياض بتاريخ 1407 / 6 / 9 هـ.

وحتى 20 / 6 / 1407 هـ. <http://www.amoslim.net/node/182049>

المطلب الثالث: دور المؤسسات التربوية والتعليمية في الوقاية من المخدرات:

تتولى المؤسسات التربوية والتعليمية عملية التنشئة الاجتماعية للأفراد بعد الأسرة مباشرة، ويتم في هذه المؤسسات إكتساب المعرفة والمفاهيم السلوكية المختلفة عن طريق التلقين والتعليم من جهة، وعن طريق البيئة الاجتماعية عند الرفاق من جهة ثانية⁽¹⁾. فالمدرسة تواصل دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية، وتعتبر أكبر حجما من الأسرة، حيث اتفق المجتمع على إنشائها بقصد المحافظة على ثقافته، ونقل هذه الثقافة من جيل إلى جيل، كما أنها تقوم بتوفير الفرص المناسبة للطفل كي ينمو نموا جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا إلى المستوى المناسب الذي يتفق مع ما يتوقعه المجتمع من مستويات وما يستطيعه⁽²⁾. وبالتالي فهي تقوم بمساعدة الأطفال على فهم مجتمعهم وعلاقات أفرادهم⁽³⁾.

فالمؤسسة التربوية عامة والمدرسة خاصة هي المحيط الاجتماعي الذي يتم فيه نقل الطفل من محيط الأسرة الضيق، إلى الانفتاح على الآخرين وعلى المجتمع الواسع، كما انها تؤدي إلى تدعيم الكثير من المعتقدات والاتجاهات والقيم الحميدة التي تكونت لدى الطفل في البيت. وتعلم طرق التفاعل الاجتماعي مع أقرانه أو محيط مدرسته، وتدرجه على ممارسة العلاقات الإنسانية مع غيره⁽⁴⁾.

وحيثما يكون التوجيه السلوكي سليما فيها تكون النتائج التربوية إيجابية، نتيجة تحصين الأفراد ضد جميع أشكال الانحراف، ومنها الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، وهذا يعتمد على قدرة المؤسسة التعليمية في إعداد أجيال ناضجة عقليا وفكريا، ومحصنة من جميع الانزلاقات والانحرافات.

ووعيا منها بخطورة الظاهرة وتشعبها أولت الهيئات الدولية أهمية بالغة لهذا الموضوع، وذلك من خلال نشر التوعية الوقائية ضد الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية في جميع مستويات المؤسسات التعليمية. وقد جاء في الإعلان السياسي للمؤتمر الدولي المعني بإساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها، الذي عقد في

(1) صالح، السعد . الوقاية من المخدرات . مرجع سابق، ص20.

(2) فهمي سليم ، الغزاوي . المدخل إلى علم الاجتماع . مرجع سابق، ص197.

(3) عبد الفتاح، أبو معال. التربية كيف تكون وسيلة لتجسير الطاقات الإبداعية في الطفل العربي . المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، 1992، ص110.

(4) محمد مصطفى، زيدان ونبيل السمالوطي. علم النفس التربوي . جدة : دار الشروق، 1981 ، ص27،

الفترة من 17 إلى 26 جوان 1987 بمقر الهيئة الأمم المتحدة بفيينا⁽¹⁾ التأكيد على دور البرامج التعليمية الشاملة والفعّالة التي تشكل جزءاً ضرورياً من تدابير مكافحة التزايد الحاصل في إساءة استعمال المخدرات على النطاق العالمي.

و من بين ما جاء في التوصيات الختامية للمؤتمر العربي (لجنة دور التعليم) لحماية النشء من المخدرات الذي عقد خلال الفترة من 12-14 يونيو 2005 بالقاهرة⁽²⁾: تطبيق إستراتيجيات للوقاية من تعاطي المخدرات بإشراك النشء في حل المشكلة. مع التأكيد على تدريب المدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين على الاكتشاف المبكر لتعاطي وأساليب التعامل مع المتعاطين. وضرورة صياغة قوانين ولوائح تنفيذية تساعد إدارات المدارس على التعامل مع حالات الاكتشاف المبكر وعلاجه وإعادة إدماجهم في المجتمع. وإنشاء مركز للنصح والإصغاء والمشورة للتلاميذ مع تفعيل دور الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين داخل المدارس. مع تطبيق أسلوب الكشف السريع عن التعاطي بين التلاميذ ، و تأهيل وتفعيل دور طبيب الصحة المدرسي في برنامج الوقاية من الإدمان. و إدراج الموضوعات المتعلقة بمضار التدخين والمخدرات في المواد الدراسية المختلفة. مع أهمية الأخذ بأساليب التعليم الأنشطة التفاعلية في عمليات التوعية للنشء.

فلا بد للوقاية أن تركز على المنهج الدراسي وإعادة صياغة مفرداته لتلبية حاجة المجتمع، وأن يتضمن معارف ومهارات واتجاهات تساعد الطلاب على فهم واقعهم وإستشراف مستقبلهم معتمد على أنشطة تعليمية متنوعة، وأن يتم تقييم هذه المناهج بشكل مستمر، بالإضافة إلى تأهيل المعلمين لزيادة معرفتهم بالمخدرات وأخطارها وطرق الوقاية منها والعوامل المؤدية إلى إنتشارها. وتوجيه الطلاب إلى التفكير الإبداعي في حل هذه المشكلة وغيرها... وكذلك توعية الطلاب بأخطار المخدرات وتفعيل دور الإرشاد التربوي الطلابي،

⁽¹⁾ Nation Unies. Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, Rapport de la conférence international sur l'abus et le trafic des Drogues, Vienne. 17-26 juin 1987. <http://www.un.org>. Consulté le 04/04/2012.

⁽²⁾ المؤتمر العربي رفيع المستوى -القاهرة- لحماية النشء من المخدرات. الذي نظمه المجلس القومي والأمومة بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة لشرق الأوسط وشمال إفريقيا. 12 إلى 14 يونيو 2005. القاهرة.

وتحسين أوضاعهم الصحية وتفعيل دور المؤسسات الصحية والنفسية والاجتماعية والتعاون مع المؤسسات التربوية والتعليمية⁽¹⁾.

وعلى هذا الأساس فإن البرامج الحكومية على الصعيد الدولي لمكافحة المخدرات الغير المشروعة، والتبغ والكحول، جعلت من المدرسة الفاعل من الدرجة الأولى لسياسة الوقاية.

أولاً: تجارب بعض الدول الغربية : وفيما يلي بعض نماذج الخاصة بالوقاية على مستوى المؤسسات التعليمية في الدول الغربية:

1- التجربة الفرنسية: لأهمية الوقاية لدى فئة الشباب وخصوصاً الفئة الهشة منهم، ونظراً لما تكتسبه المؤسسات التعليمية والتربوية في مجال الوقاية عموماً، تم إنشاء في فرنسا عام 1998 لجان التربية للصحة والمواطنة **comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)** ، وتلخصت المهام الرئيسية لهذه اللجان في ستة محاور أساسية وهي⁽²⁾:

- المساهمة في بلورة تربية المواطنة في المدرسة أو المؤسسة التعليمية وهذا لجعل التلميذ مسؤولاً ومستقلاً، وفاعلاً في السياسة الوقائية؛
- تنظيم الوقاية للسلوكات التي تحمل المخاطر، أو الإدمان وكذلك العنف في إطار برنامج المؤسسة ككل؛
- السهر على متابعة التلاميذ داخل وخارج المدرسة بحيث تسمح هذه اللجان (CESC) أعضاء مجتمع التربية بالتكفل بمشاكل التلاميذ وهذا بالاستعانة ومشاركة الكفاءات الداخلية (أطباء، ممرضين، ومساعدين اجتماعيين)، أو بأخصائيين خارج المؤسسة؛
- مساعدة التلاميذ الذين تبدو عليهم مظاهر تدعو إلى القلق: كاستعمال المواد المشروعة أو غير المشروعة. أو الغيابات، أو اللامبالاة اتجاه الدراسة؛
- تقوية العلاقات مع العائلات؛
- تقوية العلاقات بين المؤسسة وأولياء التلاميذ الذين لهم مشاكل وكل المتعاملين المعنيين.

⁽¹⁾أكرم، عبد القادر. دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات. ورقة مقدمة إلى الندوة العلمية حول التوعية بأضرار المخدرات بمقر جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. مركز الدراسات والبحوث الأمنية بالرياض. 02-04 أبريل 2007م.

⁽²⁾ Jean Pierre, Beaumler. *L'école, citoyenne: le rôle du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté*. Rapport présenté à monsieur le premier ministre Français. janvier 2002. www.ladocumentationfrancaise.fr. (05/06/2012).

2- التجربة الأمريكية : كما نجد في الولايات المتحدة الأمريكية كذلك برنامج CTC^(*) Communities that Care الذي يعتمد على معطيات علمية ومعلومات ميدانية من أجل تحديد المخاطر، تم اختيار البرامج الوقائية بمشاركة عدد كبير من الأخصائيين لفائدة الشباب من أجل إبعاده عن المخاطر. فدراسة Community youth developement CYD المعتمدة على نظام CTC حول الشباب ما بين 12 و 18 سنة والذين لهم مشاكل الإدمان السلوكيات المنحرفة. والتي امتدت إلى خمسة سنوات لمحاولة معرفة مدى قدرة نظام CTC في مساعدة النمو السليم للشباب، وتقليل من تعاطي المخدرات و استعمال العنف، والانحراف والتسرب المدرسي، وحمل القاصرات. حيث يمر البرنامج على خمسة مراحل وهي: مرحلة التحضير؛ مرحلة التعليم؛ مرحلة تحديد نقاط القوة والضعف؛ مرحلة تصميم البرنامج؛ وأخيرا مرحلة تنفيذ البرنامج وتقييمه. وكشفت الدراسة أن نتائج نظام CTC 81% من التلاميذ حصلوا على نقطة الانتقال لمادتين أساسيتين على الأقل، اللاتي كان يرسب فيهما أغلب التلاميذ، كما بينت الدراسة عن انخفاض نسبة الغياب ب: 18%، وانخفاض نسبة التأخر ب: 62% وانخفاض نسبة المجالس التأديبية ب: 31%، وكذلك انخفاض نسبة جناح الأحداث ب: 33% خلال السنة الدراسية⁽¹⁾.

3- التجربة الكندية: تعتبر التجربة الكندية رائدة في هذا المجال، وذلك من خلال إعتمادها النهج التكاملي للوقاية من الجريمة عموما ومن تعاطي المخدرات على وجه الخصوص، والذي يركز على الأفراد من حين الولادة بل أحيانا قبل الولادة وحتى سن الثامنة عشر⁽²⁾. ويقسم هذا البرنامج نشاطاته وفقا لثلاث مراحل عمرية:

(1) مرحلة ما قبل الولادة إلى سن السادسة: وذلك بتدريب الوالدين وتقديم الدعم المادي والمعنوي للوالدين قبل الولادة، ثم تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل، في منع إساءة معاملة

(*) Communities That Care (CTC) is a program of the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) in the office of the United States Government's Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

هو برنامج لمركز الوقاية من تعاطي المخدرات (CSAP) التابع لمنظمة (SAMHSA) الأمريكية.

(1) J., Hawkins , J. «Preventing crime and violence Through communities that Care » . European journal on criminal Policy and Research, 7(1999): pp.443-458. <http://link.springer.com/article.03/06/2011>.

(2) إبراهيم بن عبد الرحمان، الحيدر .عرض مضمون التجربة الكندية من خلال توظيف المنهج التكاملي للوقاية من الجريمة. ورقة عمل مقدمة

لندوة المجتمع والأمن المنعقدة بكلية الملك فهد الأمنية بالرياض من 21 فيفري إلى 24 صفر 1425. كلية الملك فهد الأمنية. الجلسة

الرابعة، الثلاثاء 23 صفر 1425 هـ. <http://www.minshawi.com/other/haidar.htm> . (2011/10/11).

الأطفال، وهذا بالدعم المادي والمعنوي، والزيارة المنزلية، والتحديد المبكر للصعوبات التي تواجه الطفل، و تعزيز الارتباط الأسري، وتطوير مهارات الوالدين. مع تشجيع المعرفة وتقليل السلوك العدواني عن طريق العناية المبكرة بالطفل، تعليم الارتباط العائلي وبالأخص للأسر التي تحتاج العون. وأخيرا تطوير مخرجات التعليم وذلك بإجراءات تعتمد أنشطتها على المدرسة.

ويشير Crawford 1998 إلى أن برامج التعليم قبل سن الدراسة تعد رافدا هاما للوقاية من الجريمة، ويستدل بذلك على نتائج مشروع Perry Preschool study الذي توصل إلى أن الأطفال الذين التحقوا بالبرامج قد استفادوا من التعليم المبكر لما قبل سن الدراسة، ومن أهم نتائج هذه الدراسة : أن أولئك الأطفال كانوا أقل بخمسة أضعاف في ارتكاب السلوك الانحرافي مقارنة بالأطفال الذين لم يلتحقوا بتلك المدارس. وهم اقل اعتمادا على المساعدات الاجتماعية. كما أن معدل إمكانية تلك الفئة في امتلاك منازل ثلاثة أضعاف مقارنة بغيرهم. و معدل إمكانية حصولهم على وظائف ذات دخل جيد أربعة أضعاف مقارنة بالفئة التي لم تلتحق بالبرنامج.

المرحلة الثانية: من سن السادسة حتى سن الثانية عشر: وهذا عن طريق تعزيز كفاءة الوالدين، ومنع إساءة معاملة الأطفال، وكذلك منع العنف العائلي، مع تطوير مخرجات المدرسة، وحماية السلوك الاجتماعي السوي، وهذا عن طريق تدعيم الارتباط بالمدرسة والانجازات الأكاديمية من برامج منع التسرب المدرسي، وكذلك برامج منع العنف وزيادة الوعي من خلال وسائل الإعلام. كما يتم خلال هذه المرحلة بتطوير المهارات الاجتماعية والتفاعل المراقب للتلاميذ، مع تطوير التفاعل الاجتماعي والهوية الاجتماعية عن طريق النشاطات الاجتماعية.

يشير Lawrence W.Sherman (1) إن الإجراءات الوقائية خلال الثلاث سنوات الأولى

للطفل في الدراسة، وبالأخص ممن هم عرضة للطرد، تقلل ظهور السلوك الإجرامي.

المرحلة الثالثة: من سن الثانية عشر وحتى سن الثامنة عشرة: خلال هذه المرحلة يتم التركيز على المنهج التكاملي الشامل بصورة أوسع وأعمق، والذي يبرز أهمية الاحتياجات

(1) Lawrence W.Sherman. et al. Family Preventing crime what works , what doesn't. Wath's Promising_a report to the united states congress.U.S Department of Justice. National Institute of Justice. July 1998. www.NCRJRS.org. (01/02/2012).

الروحية والعضوية والعاطفية والعقلية لأفراد المجتمع. من الأسرة عن طريق تطوير مهارات الوالدين في التربية والتنشئة، إلى المدرسة بتعليم الأطفال مهارات حل المشاكل، وتوفير الرعاية الصحية والعقلية، إلى الأصدقاء، وذلك بتطوير العلاقة الصالحة بين الأصدقاء وهذا عن طريق توفير برامج الرقابة ومعايير اختيار الصديق. ثم يأتي الحي، الذي يتمثل دوره في بناء بيئة قوية وصحية بين أفراد الحي، مع إبراز التنوع والتوسع في الجهود المحلية للحي لوقاية الشباب من الجريمة، والسهر على منع تشرد الشباب والتسكع خارج المنزل، وأخيرا يأتي المجتمع: وهذا عن طريق جملة من الإجراءات أهمها: زيادة برامج الدعم المادي للتعليم والصحة والضمان الاجتماعي، ومحاولة القضاء على الفقر على مستوى الفرد والأسرة.

ثانيا: برنامج الأمم المتحدة في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات عبر المؤسسات التعليمية:

ولقد وضع المكتب المعني بالمخدرات والجريمة، التابع لمنظمة الأمم المتحدة عام 2004 دليل خاص بالوقاية من تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي⁽¹⁾. ويتمثل دور المدرسة حسب هذا الدليل في تعليم المهارات ونقل المعارف وتأسيس قاعدة سليمة من القيم المتعلقة بالصحة وتناول المخدرات⁽²⁾. ويرى المكتب أنه من المرغوب فيه أن تعني المدارس بخفض الطلب على المخدرات وخفض عرضها وتخفيف الآثار الصحية والاجتماعية المترتبة على تناولها، مع التركيز بشكل رئيسي على خفض الطلب عليها⁽³⁾.

- أما المكونات التعليمية لبرنامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المدارس فهي:
- برنامج يستند على المبادئ التوجيهية للتعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات. ويركز على تزويد الشباب بمعلومات عن المخدرات، وبالمهارات الحياتية الضرورية لتمكينهم من مواجهة الأوضاع المختلفة دون اللجوء إلى المخدرات.
 - بيئة مدرسية مأمونة و داعمة ،
 - مساهمة كل أعضاء المجتمع المدرسي في السياسات والإجراءات المدرسية المتعلقة بمعالجة قضايا المخدرات ودعمها؛

⁽¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. التعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات. الأمم المتحدة، نيويورك، 2004، ص 11.

⁽²⁾ نفس المرجع، ص 12.

⁽³⁾ نفس المرجع، ص 12.

- التطوير والتدريب والدعم إلى الآباء والأمهات، لاسيما أباء وأمهات الطلاب المتورطين في تناول المخدرات غير المشروعة وغيرها من المخدرات المحظورة؛
- آليات للمراقبة والمواجهة المتواصلين لنهج المدرسة في التعليم للوقاية من تعاطي المخدرات وتدبر حوادثه.

وتشمل الخطة على عدة محاور، نلخصها فيما يلي:

- 1- **التخطيط للبرنامج:** ينبغي أن يأخذ في الاعتبار المجالات الأساسية التالية:
 - أ. تحليل الوضع: وذلك بمعرفة: ما مقدار انتشار المخدرات، و ما هي المخدرات المتداولة وفي أي سياق؟ والفئة العمرية المعنية؟، وكذا القوانين الوطنية المتعلقة بالمخدرات؟
 - ب. تقييم الاحتياجات: معرفة القيم والمواقف والمعتقدات والمفاهيم التي لدى الطلاب،
 - ج. تحديد المرامي والأهداف: معرفة كيف يتحد الطلاب للدفاع عن قيمهم وزيادة معارفهم،
 - د. انتقاء مكونات البرنامج: ينبغي الإجابة على بعض الأسئلة منها: ما هي المفاهيم الأساسية في تعليم الوقاية من تعاطي المخدرات؟

و. مضمون البرنامج: يجب أن يشمل البرنامج معلومات عن المخدرات التي تلحق أكبر الضرر بالأفراد أو المجتمع، والتي يحتمل أن يتعرض لها الطلاب في حياتهم.

- 2- **أهداف البرنامج الوقائية:** ولقد وضع أهداف البرامج الوقائية على ثلاثة مستويات:

المستوى الأول: أهداف برنامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المدارس الابتدائية: ويكون بتحصيل التلميذ على جملة من المعارف أهمها: طرق تعزيز ثقتهم بأنفسهم؛ وكيفية المشاركة مع الأسرة والأصدقاء والاهتمام بهم؛ وما هي أهداف استخدام الأدوية وقواعد الأمان المتعلقة بها ومخاطر الاستخدام غير الصحيح، مع أفصاح التلميذ عن المواقف الايجابية تجاه عدم تدخين التبغ، و إظهار المهارات الأساسية في الاستماع والتخاطب عند إقامة إتصالات مع الآخرين.

المستوى الثاني: أهداف برنامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المدارس الإعدادية (المتوسطة): ينبغي أن يعرف الطلاب قواعد المدرسة والمجتمع والقوانين المتصلة بالمخدرات المشروعة وغير المشروعة؛ وكذلك عواقب التدخين وشرب الكحول. و تحمل وقبول المسؤولية عن أفعالهم وسلامتهم؛ و أن تكون لهم مواقف وقيم مختلفة وقيم واقعية ومعتقدات صحيحة عن المخدرات والأشخاص الذين يتناولونها .

المستوى الثالث: أهداف برنامج الوقاية من تعاطي المخدرات في المدارس الثانوية: يجب أن يعرف الطالب مفاهيم الامتناع عن تناول المخدرات وبدائل المخدرات، ومعرفة ما يترتب على تناول المخدرات بصورة غير مشروعة من الجانب القانوني. وأن يفصح عن موقفه من المخدرات القائم على القيم والثقة في العمل بموجب هذه القيم. مع وجوب معرفة التخابط بشكل بناء مع الآباء والأمهات والمعلمين والأقران.

3- تنفيذ البرنامج: عند وضع البرنامج على المعلمين أخذ بعين الاعتبار التوازن في تطوير المعارف والقيم والمواقف والمهارات، وأن تستجيب البرامج من الناحية التعليمية لمستويات تناول المخدرات عند الأفراد والمجتمع وعوامل الخطر والحماية.

4- تقييم البرامج: وذلك عن طريق التحقق إن كان التعليم المتعلق ببرنامج الوقاية من تعاطي المخدرات يشكل جزءاً من المنهاج الرسمي للمدرسة أو يمكن أن يربط به.

5- موارد التدريس: يجب الأخذ بعين إشراف الطلاب في العمليات التفاعلية، والنتائج المنشودة للتعليم ذي الصلة بالمخدرات والمبادئ التوجيهية للتعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات⁽¹⁾.

6- إستراتيجيات التدريس: يحقق التعليم للوقاية من تعاطي المخدرات نجاحاً أكبر عندما يركز على الطلاب ويستخدم طرقاً تفاعلية، أساسها التعلم القائم على التجربة الشخصية والعمل في مجموعات صغيرة⁽²⁾.

7- بيئة المدرسة ومناخ الصف: أما خصائص بيئة المدرسة الهادفة فتتميز بوجود قيادة إدارية قوية ومناخ مدرسي نظامي؛ و توقعات عالية لنجاح الطلاب.

8- السياسة العامة المتعلقة بالمخدرات لدى إدارة التربية: بتقديم المشورة والإحالة إلى المساعدة الاختصاصية طوال وجودهم في المدرسة. مع إشراف الآباء والأمهات في الوقاية من تعاطي المخدرات، حيث غالبا ما يواجه الآباء والأمهات صعوبة في بحث قضايا

⁽¹⁾ Lia, Cavalcanti. « Prévention de L'abus des drogues par éducation et l'information : un devoir interdisciplinaire dans le contexte du développement humain ». Serie D'éducation préventive 1, Paris, 1(juillet, 1994): pp. 3-4. www.unesdoc.unesco.org. (17/12/2012).

⁽²⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. التعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات. مرجع سابق، ص31.

المخدرات مع أولادهم، ومع ذلك يمكن أن يكونوا مصدر المعلومات المفضل والأكثر موثوقية في القضايا الصعبة للشباب⁽¹⁾.

9- **تدريب المعلمين:** بتزويدهم في تعليم الوقاية من تعاطي المخدرات، وعليهم الإلمام باستراتيجيات التعلم التفاعلي⁽²⁾.

10- **حوادث المخدرات في المؤسسات التعليمية:** في حالة خرق تعليمات القانون الداخلي للمؤسسة التربوية المتعلقة بالمنع البات من تعاطي المخدرات والكحول أو التبغ، وكذلك إدخال المواد النفسية إلى المؤسسة يستطيع التلميذ الحصول على إنذار أو توبيخ، أو يحال على المجلس التأديبي، ليتم طرده مؤقتاً أو نهائياً.

11- **تدابير تقليل حوادث المخدرات في المدرسة:** وذلك بالإعلان عن سياسة المخدرات، وتعزيزها بإشراك الشرطة والآباء والأمهات، كما يجب تطبيق العقوبات في حالة تورط التلاميذ في جرائم المخدرات، مع انتهاج السرية فيما يخص المعلومات المتعلقة بالأشخاص الذين يتناولون المخدرات أو يحملونها أو يبيعونها، والحرص على إعادة إدماج حيث أمكن عن طريق عقد اجتماعات أهلية أو تقديم خدمات مجتمعية.

المطلب الرابع: دور المؤسسات الإعلامية في الوقاية من المخدرات:

لقد ظلت المدرسة حتى بدايات القرن العشرين المصدر الأول للمعرفة، وظل المعلمون هم المصادر الرئيسية لتوزيع المعرفة، وكان الناس يعتمدون على المدرسة كمصدر (محتكر) يستمدون منه معرفتهم بالعالم من حولهم، أما اليوم فقد تطور الإعلام الحديث، وتقدمت فنونه حتى استطاع أن يثبت قدرته على صنع بيئته التربوية الخاصة معلناً بذلك نهاية عصر إحتكار مؤسسات التعليم النظامي لنشر الثقافة والمعرفة⁽³⁾. وبالتالي فقد ساهمت وسائل الإعلام الحديثة في إيجاد جيل تحرر من كل شيء سوى إشباع رغباته بأسرع السبل

⁽¹⁾ محمد فتحي، عيد. التعاون بين المؤسسات التربوية والأجهزة الأمنية للحد من انتشار المخدرات . ورقة عمل مقدمة للندوة العلمية في التوعية بأضرار المخدرات . عنوان الندوة : " المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات "، المنعقدة بتاريخ 12. 16 مارس 1428 هـ بمقر جامعة ناف العربية للعلوم الأمنية بالرياض.

⁽²⁾ G.J., Botvin; and Kenneth W. Griffin. " School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use". *International Review of Psychiatry*, 19,6(December, 2007): pp 607-608.

⁽³⁾ حسن بن عايل أحمد، يحي. رؤى حول التربية والإعلام وأدوار المناهج لتنمية التفكير في مضامين الإعلام لتحقيق التربية الإعلامية. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الدولي الأول للتربية الإعلامية، 2007. من 14 إلى 17 صفر 1428 هـ 2007م، ضمن محور المناهج الدراسية وعلاقتها بالتربية.

وأيسرها⁽¹⁾. والإعلام هو تلك العملية الاجتماعية التي يتم بمقتضاها تبادل المعلومات والآراء والأفكار بين الأفراد أو الجماعات داخل المجتمع وبين الثقافات المختلفة، لتحقيق أهداف معينة⁽²⁾. وعليه فإن كافة وسائل الإعلام المسموعة والمرئية والمطبوعة تلعب دوراً بارزاً في تكوين شخصية الفرد وتطبيعها الاجتماعي على أنماط سلوكية معينة. وتؤثر وسائل الإعلام في عملية التنشئة الاجتماعية في النواحي التالية⁽³⁾:

1. نشر معلومات متنوعة في كافة المجالات وتتاسب كافة الأعمار،
2. تيسير التأثير بالسلوك الاجتماعي في الثقافات الأخرى،
3. إشباع الحاجة إلى المعلومات والأخبار.

ولكن على الرغم من الدور الإيجابي الذي تقوم به وسائل الإعلام المختلفة، المتمثل في نقل المعلومات والمعارف والاتجاهات والأحداث السياسية والاقتصادية والاجتماعية، إلا أنها بالمقابل تلعب دوراً خطيراً وسلبياً إذا ما أسيء استخدامها⁽⁴⁾.

فالكثير من دول العالم، أدرك فيها المربون وواضعو المناهج الدراسية أهمية الإعلام في حياة الناس اليوم، وقيمة أن يعرف الشاب عموماً و الطالب على وجه الخصوص كيف يتعامل بشكل صحيح مع الإعلام، وأن يفهم أبعاد الإعلام الإيديولوجية، والقيمة المهنية، وكيف ينبغي للإعلام أن يؤدي رسالته، ومتى يكون الإعلام راقياً ومتى يكون منحطاً. على هذا الأساس أصبح من الضروري دمج التربية الإعلامية في برامج الدراسة والتي ينظر إليها على أنها مشروع دفاع، يتمثل هدفه في حماية الأطفال والشباب من المخاطر التي استحدثتها وسائل الإعلام. كما تضمن تقرير اليزابت توماس⁽⁵⁾ تعريفاً للتربية الإعلامية بأنها المقدرة على القراءة و معالجة المعلومات، لكي يتم المشاركة بشكل كامل في المجتمع.

(1) صلاح، جوهر. التعليم والإعلام دعوة إلى العمل معاً تحت مظلة التربية. الجمعية المصرية لتكنولوجيا التعليم، المجلد الرابع، الكتاب الثالث، القاهرة، 1994.

(2) عبد الحميد، محمد. نظريات الإعلام واتجاهات التأثير. القاهرة: عالم الكتب، 1997، ص21.

(3) فهمي سليم، الغزاوي وآخرون. المدخل إلى علم الاجتماع. مرجع سابق، ص198.

(4) علي، نبيل. " الثقافة العربية وعصر المعلومات". مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والآداب، الكويت، 276(2001): ص ص 23-30.

www.islam.com/vb/showthread.php

(5) اليزابيت، توماس. " الاتجاهات الحديثة في التربية الإعلامية" المؤتمر الدولي بجامعة تولوز - فرنسا يوليو 1990 .

كما طرح إعلان جرنوالد⁽¹⁾ Grunwald عدداً من مسلمات التربية الإعلامية ، ومنها: أن هناك أعداداً كثيرة ومتزايدة من الناس يقضون وقتاً كبيراً في مشاهدة التلفاز وقراءة الصحف والمجلات وسماع المذياع وأجهزة التسجيل، وقضي الأطفال أوقاتاً في مشاهدة التلفاز أكثر من تلك التي يقضونها في المدارس، كما لا ينبغي الاستهانة بدور الإعلام كعنصر من عناصر الثقافة وتأثيره في الهوية، وفي مشاركة المواطنين بفعالية في المجتمع. و التربية الإعلامية تصبح أكبر تأثيراً عندما تتكامل أدوار الآباء والمعلومات والمختصين في الإعلام وصناع القرار، لخلق وعي نقدي أكبر بين الأفراد. كما تقع على عاتق الأسرة والمدرسة مسؤولية تعايش الأفراد مع عالم به صور وانطباعات ذهنية سمعية وبصرية شديدة القوة على الفرد. وفي الأخير على الأنظمة التعليمية والسياسية تشجيع المواطنين على الفهم النقدي للمضامين الإعلامية.

وتعد وسائل الإعلام من أهم آليات المجتمع التي تقوم بدور حيوي في التوعية بخطورة مشكلة الإدمان، وفي إثارة الاهتمام بأبعاد المشكلة وأسبابها وآثارها السلبية. ويمثل التوظيف الدقيق لوسائل الإعلام في مواجهة الطلب على المخدرات، والتصدي له والوقاية من أخطاره، حجر الزاوية في تفعيل الدور الإعلامي والثقافي كإحدى أبرز مؤسسات الوقاية من الإدمان⁽²⁾.

ومما لا شك فيه أن المادة الإعلامية، وهي التي تحمل مضمون الرسالة الإعلامية المدروسة من أهم عناصر العمل الإعلامي الموجه للفئات المختلفة في أي مجتمع، فلا بد لهذه المادة الإعلامية من أن تستفيد وتستند إلى ما وصلت إليه الدراسات العلمية، كي تستطيع بلوغ غايتها، فتحدث التغيير المطلوب في السلوك والاتجاه عند الفرد أو مجموعة الأفراد الذين توجه إليهم الرسالة. والإعلام في عصر المعلوماتية سلاح ذو حدين، وبقدر ما نحسن استخدامه وتوجيهه نحصد النتائج المرجوة منه، فالإعلام غير المدروس يشكل خطراً كبيراً على المشكلة التي يسعى إلى معالجتها، إذ تقوم بعض المجهودات الإعلامية غير

(1) U.N.E.S.C.O. Grunwald Declaration on Media Education. This declaration was issued unanimously by the representatives of 19 nations at UNESCO's 1982. International Symposium on Media Education at Grunwald, Federal Republic of Germany. From 18 to 22 January 1982. www.unesco.org/education/pdf/MEDIA_E.PDF. (23/11/2011).

(2) آمال، كمال. "السينما المصرية وثقافة المخدرات: دراسة تحليلية لعينة من الأفلام الروائية"، 1988، 2002. المجلة القومية للتعايش الإدمان ، 2(يوليو 2005): ص ص 23-28، ص ص 89-90.

المدرسة في إلقاء الضوء على مشكلة الإدمان على المخدرات أو غيرها من مشاكل المجتمع، تقود إلى تعقيد هذه المشكلة وربما تفاقمها، وقد تقرر بتسليط الضوء على عوامل ثانوية مما يؤدي إلى إغفال عوامل رئيسية لا ينبغي السكوت عنها في مقاومة ظواهر العنف والمخدرات والاعتصاب والانتحار لدى الشباب⁽¹⁾. ومن أهم وسائل الإعلام التي يمكن أن يستفاد منها في محاربة مشكلة تعاطي المخدرات:

أولاً: الصحافة: تتبع أهمية الصحافة في أنها مصدر اتصال يومي ومباشر مع الجمهور، هدفه نقل الخبر والرأي والتحليل بحيث تقوي الصلة بين الصحيفة والجمهور، وميزة الصحافة أنها مرشد زهيد الثمن يستخدمه الملايين من القراء للاسترشاد في أمور حياتهم اليومية كالتغذية وتربية الأطفال والمشكلات الزوجية⁽²⁾.

فبالرغم أنه لا يستفيد من محتواها إلا المتعلمين والقادرين على القراءة والذين يشكلون في بعض المجتمعات الدول النامية أقل من نصف السكان، إلا أنه يمكن تكريس المحتوى في الجوانب التالية:

1. التغطية الإخبارية: لما يدور في المجتمع من أحداث وظواهر تحتاج إلى المتابعة والبحث والتحليل، ومن بينها ظاهرة تعاطي المخدرات والاتجار الغير شرعي بها. وفي هذا الصدد يغطي الصحفي تغطية بإجراء المقابلات الصحفية مع المدمنين ورجال الشرطة والمتضررين من سلوكيات متعاطي المخدرات، لغرض توضيح النتائج السيئة لعملية الإدمان في جوانبها الصحية والنفسية والاجتماعية، فالصحافة اليوم بنشرها أخبار القبض على عصابات التهريب وبطريقة مشوقة، مثلاً: "حجز أزيد من 3 أطنان من المخدرات وتفكيك أربع شبكات عابرة للحدود"⁽³⁾ فهي تعزز الصورة الايجابية لأجهزة الأمن مما يشجع المواطن على التعاون، كما أن نشر أخبار تفيد القصاص في حق مهربي المخدرات في مكان بارز من صفحاتها يعزز فكرة الردع القوي.

(1) غسان، شحرر. مكافحة المخدرات. الإعلام والدور المنشود. <http://www.nssat.net/index.php>. (2011/12/13).

(2) فوزية بنت بكر، البكر. " دور الإعلام في مواجهة مشكلة المخدرات ". مجلة المكافحة، 42(1426هـ): ص ص 13-15.

(3) سميح. ب. «حجز أزيد من 3 أطنان من المخدرات وتفكيك 4 شبكات عابرة للحدود». جريدة الشروق أون لاين، 30 أوت 2010.

www.echourouk online.com. (2012/12/30).

2. المقالات والتحقيقات الصحفية: بدورها تستطيع التعمق في تحليل أبعاد ظاهرة تعاطي المخدرات بكافة أشكالها بالوقوف أمام متعاطيها، وموقف القانون واللوائح النافذة والقضاء في مواجهتها وأهمية تنفيذ العقوبات.

ثانياً: التلفزة: أصبح التلفزيون جزءاً من أثاث كل منزل ووجوده ضرورة عند كثيرين لأسباب شتى كالتسلية وقتل الوقت ومعرفة آخر الأخبار. ووسيلة لإلهاء الأطفال من تمضية أوقاتهم في الشوارع لما فيها من سلبات تعود عليهم بالضرر⁽¹⁾. وقد أجابت طفلة روسية على سؤال: مما تتكون أسرتك قالت من: بابا وماما وجدتي والتلفزيون⁽²⁾. فنجاح التلفزة هو استثنائي منذ أكثر من خمسين سنة. الكل يشاهدها، والكل يتكلم عنها، ولكن ينتقدونها ويحتاطون منها. إلا أنها استطاعت أن تخلق الروابط الاجتماعية، وتساهم في التعايش الثقافي⁽³⁾.

ويمتاز التلفاز بمقدرته الفائقة لجذب جميع الأعمار، فهو يحمل العناصر الحيوية من صوت وصورة وحادثة الخبر والمتعة التي يريدها المشاهد حسب عمره. وكذلك لتعامله مع أكثر نوع من الأحاسيس، فهو أكثر الوسائل إقناعاً، وقدرة على الوصول إلى جميع الأعمار والعقول، واختراقاً لحياة جميع المستويات دون تمييز. ويعتبر وسيلة سريعة لإيصال الخبر. ويتميز بقدرته على تشكيل الرأي العام وتغييره.

فالصورة إذن شاملة ومعبرة بأشكال مختلفة وبتأثيرات متنوعة تتناسب مع كل موضوع متناول، سواء يتزامن التعبير اللفظي والصوري أو باستقلالية الصورة والتعبير عن ذاتها للوصول إلى أهداف محددة. وفي كلتا الحالتين فإن التعبير المرئي يأخذ نصيب الأسد من وقت البرنامج وتبقى على الدوام محورا أساسياً وهاماً بالنسبة للمشاهد⁽⁴⁾.

وعليه يستطيع معد والبرامج التلفزيونية استغلال هذه الوسيلة في عدة محاور منها:

1. محور البرامج الدينية الارشادية: لتوضيح موقف الإسلام من تعاطي المخدرات.

⁽¹⁾ حسين محي الدين سبها، هي. "الأطفال والتلفزيون، والآثار النفسية والاجتماعية للتلفزيون على سلوك الطفل من منظور علم النفس". www.kidwordnag.com. (2012/11/12).

⁽²⁾ صلاح الدين، أبو الرب، "الإعلام المرئي وأثره على الجيل" رابطة أدباء الشام. <http://www.odabasham.net>. زيارة الموقع بتاريخ 2012/12/13.

⁽³⁾ Dominique, wolton. *la télévision au pouvoir: omniprésent, irritante, irremplaçable*. Paris : Universalis, 2004, p 133.

⁽⁴⁾ أحمد، عقبات. "التعبير الصوري في البرنامج التلفزيوني". مجلة الإذاعات العربية، اتحاد الإذاعات العربية، تونس، 4(2003): ص88.

2. محور البرامج الدرامية الفنية: حيث تشير إحدى الدراسات أن نسبة الذين يشاهدون الدراما التلفزيونية في المغرب 72.5% وفي السودان 79.5% وترتفع في العراق لتبلغ 88% وفي الأردن 89.3%. في حين يصل عدد الكبار فوق سن 15 سنة الذين يشاهدون المسلسلات العربية في مصر إلى 90%، وتزداد هذه النسبة في أقطار الخليج العربي زيادة واضحة على ذلك⁽¹⁾.

غير أنه يجب أن تكون هناك رقابة لصيقة ومستمرة على الأطفال للبرامج التي تبث على التلفاز. فقد قام كارلوس وآخرون⁽²⁾. بإجراء تحليل مضمون للبرامج التجارية بالتلفزيون لسنتي 1976 إلى 1977 لوصف مقدار تناول المخدرات والتواصل الجنسي المعروضة بالتلفزيون. وكانت أهم النتائج النهائية لهذه الدراسة: أن استخدام تعاطي الكحول في المسلسلات التجارية التلفزيونية مؤسسة ومتكررة، وتحدث أكثر من مرتين في كل ساعة من البرنامج.

وعليه تؤكد هذه الدراسة على ضرورة تحديد ساعات المشاهدة للأبناء من طرف أولياءهم، وأن لا تكون على حساب المطالعة والدراسة. والطالب في البلدان العربية عندما ينهي المرحلة الثانوية العامة يكون قد قضى (10800) ساعة تقريبا في حبرات الدراسة على أقصى تقدير، وقضى في مشاهدة التلفاز (15000) ساعة تقريبا، ويترتب على طول تلك الفترة العديد من التبعات الثقافية والصحية والنفسية والاجتماعية⁽¹⁾. كما تزداد خطورة الأفلام الدرامية في نقل ثقافة المخدرات حينما يمارسونها النجوم المفضلون لدى الجمهور، وحينها تقدم بصور تضيف الشرعية على سلوك التعاطي من خلال تبرير هذا السلوك، وتدفع إلى التعاطي أكثر من كونها وسيلة لمكافحة الظاهرة⁽²⁾. وقد تبين من خلال نتائج العديد من البحوث الميدانية المتعلقة بتعاطي المخدرات على شرائح اجتماعية مختلفة وفترات زمنية متعددة أن وسائل الإعلام تقوم بدور خطير في تعرض الشباب لثقافة المخدرات⁽¹⁾.

⁽¹⁾ ناطق، الخلوصي. " الدراما التلفزيونية ". مجلة الإذاعات العربية، اتحاد الإذاعة الدول العربية ، تونس، (1999): ص29.
⁽²⁾ Fernandez-Collado F. Carlos; et al. " Sexual Intimacy and Drug use in TV" . *Journal of Communication*, 28,3(Septembre, 1978) : pp. 30-37.

⁽³⁾ عبد الرحمان، سعد . التلفزيون وأطفال المرحلة المتوسطة. الكويت: وزارة الإعلام، 1994، ص28.
⁽⁴⁾ آمال، كمال . "السينما المصرية وثقافة المخدرات: دراسة تحليلية لعينة من الأفلام الروائية ، 1988، 2002". مرجع سابق.
⁽¹⁾ مصطفى، سوف وآخرون. تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين تلاميذ الثانوي العام وتلاميذ الثانوي الفني : دراسات مقارنة على أسس ميدانية . مرجع سابق، ص414.

ثالثاً: الإذاعة المسموعة: لها القدرة على الوصول إلى كافة أفراد المجتمع، وتتميز بأنها أقل تكلفة في الإعداد وأسرع من التلفزيون، وباعتبار أن برامجها يستطيع سماعها جميع أفراد الأسرة. والإذاعة كبقية الوسائل الإعلامية ينبغي أن يتواجد مراسلوها في المؤتمرات العلمية والندوات المتخصصة في موضوع إنتشار المخدرات للاستفادة من محتوى الأوراق المقدمة والأفكار المطروحة من محتوى وتسجيلها لاختيار مقاطع هامة منها تتماشى والسياسة الإعلامية المتبعة، خاصة تلك التي ستضيف رؤى جديدة لفقرات برامجية توعوية تساهم في الحد من إنتشار الظاهرة إلى جانب استغلال تواجد معني الأوراق العلمية لإجراء حوارات إضافية معهم، خاصة أولئك المتخصصين في الطب الوقائي والنفسي والإدمان وعلماء الاجتماع والقانون وعلماء الدين، لهدف تقريب وجهات النظر والسير بها في مجرى تنوير المواطن وإرشاده إلى الطريق السوي في تجنب تعاطي أي نوع من المخدرات .

رابعاً: الانترنت أو الشبكة العنكبوتية: لقد دخلت الانترنت كتحد حقيقي في حياة الأمم المعاصرة، فرغم حداثها مقارنة بالتلفزيون والإذاعة والصحافة المكتوبة إلا أنها خطت خطوة عملاقة واكتسحت كل القارات، حيث بلغ عدد مستعمليها في العالم سنة 2010 على نحو (1.966.000.000)⁽¹⁾. بعد ما كان في 1995 (16 مليون) مستعمل، ليصل في 2000 إلى (361 مليون) ثم إلى (1.023 مليون) في 2005.

ففي القرن (21) الواحد والعشرين أين أصبحت التكنولوجيا الحديثة للإعلام متاحة للجميع، لا يمكن للسياسة الوقائية من مشكلة تعاطي المخدرات أن تغض الطرف على الإمكانيات الخارقة للعادة التي تملكها الشبكة العنكبوتية "الانترنت"، والتي تمثل أحدث وأرقى ما توصلت إليه الإنسانية في هذا العصر، والتي أحدثت نقلة نوعية عملاقة نحو الثورة المعلوماتية. ومنه استغل الكثير من العاملين في مجال التربية وفي مجال الصحة في جميع أنحاء العالم هذه الوسيلة لإعلام الناس وتحذيرهم من المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات، الذي أصبح هاجس ومصدر قلق المجتمعات المعاصرة.

ومن بين ما جاء في تقرير الجمعية العامة للأمم المتحدة لعام 2000: "... ويشأن استخدام شبكة الانترنت لعرض المعلومات المتصلة بخفض الطلب على المخدرات"⁽²⁾.

⁽¹⁾ Internet World Stats. Usage and Population Statistics 2010. www.internetworldstats.com. (15/04/2011).

⁽²⁾ الأمم المتحدة. تقرير الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 404 / 132 لشهر فيفري عام 2000.

فبفضل الانترنت أصبح من السهل الاطلاع على تجارب أي شعب على وجه الأرض، وإتاحة الفرصة إلى الجميع للحصول على المعلومات والتجارب القديمة منها والحديثة. بضربتين فقط على فأرة الحاسوب كل ما كتب ونقل وتم تصويره حول موضوع تعاطي المخدرات، وكل ما يقابله من إستراتيجيات الوقائية.

و يوجد الكثير من المواقع التي تكافح ضد المخدرات ولكن يوجد كذلك الكثير من المواقع التي تسعى إلى إباحة المخدرات. فالمتصفح في شبكة الانترنت يجد عددا لا يحصى من المواقع التي تحارب ظاهرة تعاطي المخدرات، إذ يوجد أزيد من 500 موقع في العالم ينشط هذا المجال⁽¹⁾، فلا تخلو أي دولة من دول العالم اليوم ليس لها موقع على شبكة الانترنت، لها دوريات ونشرات وتقارير ومجلات وكتب علمية افتراضية، كلها تهدف إلى خفض العرض والطلب على المخدرات. غير أن هناك من يستغل هذه التكنولوجيا لبيع المخدرات، فيعتمد بائعوا الأدوية عل الخط(عن طريق الانترنت)، طريقة شرسة في استراتيجيات الإشهار، وذلك بإرسال إلى الزبائن المحتملين عن طريق البريد الالكتروني، إعلانات عن المنتجات الصيدلانية الأكثر رواجاً لدى المجتمع كحبوب تخفيف الوزن، فهذه الحبوب التي يطلق عليها حبوب تقليل الشهية أو حبوب تخفيف الوزن، تكون محل اهتمام وإعجاب وتقدير الكثير، لما لها من مزايا تحفيزية، وهذا لاحتوائها الـامفيتامينات أو مخدرات أخرى. فمثلاً أقراص **Gamma Hydroxybuate GBH** والتي كان يروج لها من الولايات المتحدة الأمريكية عبر شبكة الانترنت على أساس أنها تساعد على خفض الوزن وتهدئة الأعصاب. اكتشف فيما بعد أنها مادة أدت على مشاكل عديدة لمستعملها خصوصا في مجال العلاقات الجنسية، فاضطرت السلطات إلى منعها من الأسواق، وهذا راجع إلى عدم ذكر منتجها بالآثار الثانوية لهذا الدواء⁽²⁾. وهذا ما يستدعي من السلطات ورجال التربية أن يهتموا بتلقين النشء التربية الإعلامية، حتى تكون لهم المقدرة على القراءة ومعالجة المعلومات، ويتحصلون على المهارات التحليلية لقراءة كل من المضمون الجمالي والإيديولوجي لرسائل الإعلام الجماهيري.

⁽¹⁾ Internet usage statistics.INTERNET USAGE REPORTS .www.internetworldstats.com. (15/04/2011).

⁽²⁾ Unesco, European Commission. « The Internet and drugs , the risks and challenge involved : From cybercrime to preventive education ». _Peddro, 7(june, 2003): pp. 10-11.www.unesdic.unesco.org. (19/02/2012).

أما من حيث نسبة استعمال هذه الشبكة، نجد أن القارة الإفريقية تحتل المرتبة الأخيرة بنسبة 10.90% ⁽¹⁾ من عدد سكان القارة البالغ عددهم إلى غاية نهاية جوان 2010 (1.013.779.050)، حيث تأتي أمريكا الشمالية في المرتبة الأولى بـ(77,49%)، ثم تتبعها استراليا بـ: (61.3%)، وتأتي في المرتبة الثالثة أوروبا بـ (58,4%) ثم أمريكا اللاتينية بـ(34.5%) في المرتبة الرابعة، ثم يأتي الشرق الأوسط في المرتبة الخامسة، بـ: (29.8%)، وتحتل آسيا المرتبة السادسة بنسبة (21.5%). ولقد بلغت النسبة الكلية لمستخدمي الانترنت في العالم (28.7%).

وتحتل الجزائر المرتبة التاسعة إفريقيا بنسبة (13.6%) من المستخدمين من مجموع السكان الذي بلغ (34.586.184 نسمة). كما تحتل المرتبة الثالثة على مستوى المغرب العربي بعد كل من تونس بـ(34%) والمغرب بـ: (33%).

و على الرغم من النسبة الضعيفة التي تحتلها الجزائر سواءً مقارنة بالدول الإفريقية أو الأوروبية أو الأمريكية، إلا أن السلطات المعنية والجهات المسؤولة لم تقم باستغلال هذه التكنولوجيا التي ما فتأت أن تغزو بيوتاً يومياً، وتكتسح مناطق نائية من التراب الوطني. فبعدما كانت نسبة المستخدمين في سنة 2000 هي 0.2% لتصل في 2010 إلى 13.6% وتصل النسبة في 2012 إلى 14%، أي أن هناك أزيد من 5.230.000 جزائري يستعمل الشبكة العنكبوتية ⁽²⁾.

وعلى ضوء ما تم التطرق إليه آنفاً، فإن وسائل الإعلام تضطلع بالدور الأكبر في تغيير أنماط الحياة الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية، وتكمن أهم أدوارها في التأثير على الاتجاهات النفسية والعقلية والوجدانية للإنسان بهدف بناء الإنسان الصحيح والسوي المتوازن الأمر الذي يجعلنا ندرك مدى أهمية هذه الوسائل الإعلامية في مجال التوعية بأضرار المخدرات والإدمان عليها. لذلك أشار التقرير الصادر عن الاجتماع التاسع للجنة الأمم المتحدة الخاص بمكافحة الجريمة ومعاملة المدمنين، إلى ضرورة رصد دور الإعلام في علاقته ليس فقط في إطار التهيئة غير المباشرة لأسباب بعض صور الجريمة، بل والأهم

⁽¹⁾Unesco, European Commission. « The Internet and drugs , the risks and challenge involved : From cybercrime to preventive education ». Op-Cit

⁽²⁾ The Internet Coaching Library. Internet Usage Stats and Market Reports : Algerian Internet Usage and Population Growth 2012. <http://www.internetworldstats.com/af/dz.htm>. (24/12/2012).

من ذلك كله علاقته بالعمل على دعم ثقافة مكافحة الجريمة والوقاية منها⁽¹⁾. وبناءً على ذلك فإن جهود مكافحة الإدمان لن تؤتي ثمارها ما لم تمس كل الدوائر التي تزيد من تفاقم المشكلة، مثل دائرة العرض ودائرة الاتجار غير المشروع ودائرة الطلب ومشاكل العلاج و التأهيل⁽²⁾. وبالتالي أصبح دور وسائل الإعلام في عصرنا هذا إيجاد آليات جديدة قصد تعديل السلوكيات غير المرغوبة والوقاية منها وإنتاج سلوكيات جديدة هادفة ومساهمة في علاج المشكلات الناجمة عن السلوكيات غير المرغوبة من خلال تأثيره على المتلقين للرسائل الإعلامية⁽³⁾، ولا يتسنى ذلك إلى عن طريق الدراسات والبحوث الميدانية. وفي هذا الصدد يرى **Albert Bandura** وهو أحد رواد نظرية التعلم بالملاحظة أو التعلم الاجتماعي، أن الناس يستطيعون إعادة إنتاج سلوك الذي لاحظوه سابقاً⁽⁴⁾. حيث تمر عملية التعلم بالملاحظة بأربع ملاحظات رئيسية وهي: الانتباه، ثم الاسترجاع، فالدافعية و أخيراً الإنتاج أي أداء السلوك كما رآه المتعلم.

فالأطفال والبالغين على حد سواء يتعلمون من وسائل الإعلام السلوك العدواني بنفس الطريقة التي يتعلمون بها المهارات المعرفية والسلوكية من الوالدين والأسرة والرفاق والمدرسة وغيرها من مؤسسات التنشئة الاجتماعية. فإمكانية إكتساب سلوك ما من خلال الملاحظة والاحتفاظ به دون القيام به مباشرة أو أدائه على الإطلاق لها مغزاها في فهم تأثيرات وسائل الإعلام، فإذا استطاع الفرد أن يكتسب سلوكاً جديداً خلال التعلم الاجتماعي من وسائل الإعلام فلديه القدرة على إعادة إنتاجه خصوصاً إذا وجد نفسه في موقف يجعل هذا الإنتاج يبدو مفيداً أو مرغوباً فيه.

وبناء على هذه النظرية فإن الدور الوقائي لوسائل الإعلام يتقدم على الدور العلاجي وهو مكمل له، ويمكن أن يتحقق هذا الدور بتكثيف التعاون بين المؤسسات التربوية والعلاجية والإعلامية من خلال إعداد البرامج التربوية ذات الصبغة الإعلامية، التي تتناول كيفية مكافحة المخدرات والحد من آثارها المدمرة على الفرد والمجتمع وذلك بتبني سياسات

(1) أحمد، النكلاوي. الشباب والدور الإعلامي الوقائي. الرياض: الدورة العلمية 36، 1998، ص17.

(2) رشاد ساهر، محمد. مقاومة الإدمان بمنع اتصال دوائه. بحث في ندوة رؤية تكاملية لمواجهة الإدمان على المخدرات، دبي، مركز البحوث والدراسات، شرطة دبي، ص221.

(3) ظافر بن سعد بن عبد الله، الشعري. " دور الاتصال والإعلام في تشجيع المدمنين على التقدم طوعاً للعلاج ". رسالة ماجستير في علوم الشرطة جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية كلية الدراسات العليا . قسم العلوم الشرطية ، الرياض . 1425 هـ 2004 م، ص33.

(4) Philippe, Carré. « Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ? ». Savoirs, 5(2004) : pp. 24-25, (Hors série).

محددة تهدف إلى تطوير علاقاته مع جميع المؤسسات التربوية بما فيها الجامعات وتشجيعها على تزويد المؤسسات الإعلامية بمواد إعلامية مناسبة هدفها الإسهام في إيضاح الروابط الاجتماعية ودورها في تحقيق التماسك الاجتماعي وتأثير ذلك على البناء الأمني مما يسهل السليم الذي يساعد في إيصال المادة الإعلامية الهادفة إلى كافة فئات المجتمع.

المطلب الخامس: دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات:

البحث العلمي، اصطلاحاً هو دراسة مبنية على تقصي وتتبع لموضوع وفق منهج خاص لتحقيق هدف معين من إضافة جديدة، أو جمع متفرق، أو ترتيب مختلط، أو غير ذلك من أهداف البحث العلمي⁽¹⁾. ويعرفه عبد الباسط محمد حسن بأنه: " الدراسة العلمية المنظمة لظاهرة معينة باستخدام المنهج العلمي للوصول إلى حقائق يمكن توصيلها والتحقق من صحتها"⁽²⁾، ففي عصر يسيطر فيه العلم على حياة الإنسان، يكون دور البحث العلمي أساسياً في الحصول على معرفة الحقائق، وحاسماً في الإجابة عن التساؤلات وموجهاً في رسم الخطط وتنفيذها، لإعادة تنظيم المجتمع على قواعد علمية سليمة⁽³⁾. وهكذا يتضح، أنه من الضروري الاستعانة بالعلوم والدراسات سواء النظرية منها أو التجريبية في مجال المخدرات، وذلك حتى يتسنى لنا معرفة الأسباب الكامنة وراء هذه الظاهرة، وكذلك للاتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة.

وقد جاء في البيان الختامي للجمعية العامة للأمم المتحدة التي انعقدت في 17 إلى 26 جوان 1987 بفيينا، حول المبادئ الأساسية لخفض الطلب على المخدرات: " يجب أن تكون برامج خفض الطلب على المخدرات مبنية على التقييم المنتظم لطبيعة وحجم تعاطي المخدرات. هذا التقييم ضروري للكشف عن الاتجاهات التي ترسم. إن هذه المهمة تقع على عاتق الدول، بصفة كاملة، منظمة، ودورية، وهذا بالاعتماد على نتائج البحوث حول هذه المسألة. ... فيجب أن تكون الاستراتيجيات الخاصة بخفض الطلب مبنية على نتائج بحوث علمية، ودروس مستخلصة من البرامج السابقة. فعلى هذه الاستراتيجيات الأخذ

(1) عبد العزيز بن علي، الربيعية. البحث العلمي . ط1. الرياض: (د. ن)، 1418 هـ، ص23.

(2) عبد الباسط محمد، حسن. أصول البحث الاجتماعي . مرجع سابق، ص124.

(3) سامية، الساعاتي. علم الاجتماع الجنائي. مرجع سابق، ص172.

بعين الاعتبار التطور الحاصل في المجال العلمي المتعلق بالمخدرات، وبمقتضى واجبات الاتفاقيات، آخذين بعين الاعتبار التشريع الوطني والمخطط المتعدد الاختصاصات للنشاطات المستقبلية في محاربة تعاطي المخدرات⁽¹⁾.

ويقول حسن الساعاتي في هذا الصدد : " وأنه لمن نافلة القول أن نردد ما سبقت الإشارة إليه من شدة حاجتنا إلى بحوث علمية، تتناول ظاهرة تعاطي الحشيش في مصر من جوانبها المختلفة، حتى يمكن فهم هذه الظاهرة فهماً واضحاً، وبذلك تتسنى معاملة المتعاطين على أسس سليمة، واتخاذ إجراءات وقائية وعلاجية ذات آثار فعالة في مجال هذه الظاهرة⁽²⁾. كما يقول كذلك المدير العام للديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان بالجزائر: " إنه لمن البديهي أن أي مشكلة اجتماعية لا يمكن محاربتها بالفعالية اللازمة دون الاستعانة بالبحث العلمي العملي، الذي يسمح بالتشخيص الدقيق والمعرفة الحقيقية للميدان من كل الجوانب. إن المعطيات العلمية عند جمعها تشكل قاعدة لتصميم سياسة وقائية متكاملة بإستراتيجية ذات فعالية⁽³⁾. وعليه فإن الكم الهائل من المعلومات والمعطيات التي تترجم بها المكتبات على المستوى الدولي حول موضوع المخدرات وآثار تعاطيها، إنما وصلت إليها كثر من الجهود العلمية بذلها الباحثون الذين استعانوا بطرق البحث العلمي المختلفة، من تجارب معملية، وملاحظات إكلينيكية و بحوث ميدانية الخ كل في تخصصه⁽⁴⁾.

فلقد كشفت البحوث الميدانية بوجود اقتران إيجابي جوهري بين كون بعض الأقرباء يتعاطون المخدرات واحتمالات أن يتجه شباب هذه العائلات إلى التعاطي. كما انتهت إليه البحوث الوراثية من ترجيح وجود عوامل وراثية تجعل بعض الأشخاص على استعداد فطري للانزلاق إلى الإدمان إذا ما توافرت حولهم ظروف بعينها. كما كشفت البحوث الميدانية عن العوامل النفسية الايجابية والسلبية في الإقدام على خبرة التعاطي والأسباب الشعورية التي

(1) Nation Unies. Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, Rapport de la conférence internationale sur l'abus et le trafic des Drogues, Vienne. 17-26 juin 1987. Publication des nation unies .<http://www.un.org>. (19/09/2012).

(2) نقلا عن حسن، الساعاتي. تعاطي الحشيش كمسألة اجتماعية. أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة، 1963، ص ص: 46-49.

(3) Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie (O.N.L.C.D.T). « La Conférence internationale sur le rôle de la recherche scientifique pour Elaboration des politiques de drogues ». Cercle national de L'Armée, Beni messous , le 3 et 4 Décembre 2006. www.oncdt.mjustice.dz. (04/05/2010).

(4) مصطفى، سوييف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص 242.

بيديها المتعاطون فيما يتعلق بالاستمرار في خبرة التعاطي، والاتجاهات النفسية نحو المواد المخدرة.

وكشفت كذلك الدراسات العلمية عن الخصائص الفارماكولوجية التي تتوفر في بعض المواد النفسية فتجعلها مواد محدثة للإدمان، وكيف يستعين العلماء بالتجارب المعملية على الحيوانات كالفئران والقردة لكي يتأكدوا من وجود الخصائص الإدمانية أو عدم وجودها. كما كشفت الدراسات العلمية عن وجود ارتباط إيجابي بين توافر مادة إدمانية معينة ودرجة إنتشار تعاطيها، أي أن مجرد توافر المادة النفسية يرفع من احتمالات الإقدام على تعاطيها. وأوضحت البحوث الانثروبولوجية إسهام الإطار الحضاري بنصيب ما في منشأ التعاطي. كما أوضحت البحوث الوبائية إسهام أجهزة الإعلام من إسهامات مناخ التنشئة في الأسرة، بالإضافة إلى مستوى تعليم الوالدين والمرتبة الاجتماعية لمهنتهما. والحصيلة النهائية لهذا الحشد الهائل من وحدات المعرفة العلمية، حول موضوع المنشأ، والاضطرابات النفسية، والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بالتعاطي والإدمان⁽¹⁾. فالمجتمعات الإسلامية عندما أدانت تعاطي الحشيش بل حرّمته عن طريق علماءها كشيخ الإسلام ابن تيمية وغيره. لم يكن يملك حقيقة من هذه الحقائق العلمية، والتي لم نعرف معظمها إلا مع بداية السبعينات، ولكن البعد العلمي يضيف إلى المشكلة إيضاحات تحدث تغييراً بالغ الأهمية في الكيان الاجتماعي. فالبعد العلمي يكسب الإدانة الاجتماعية للقنب مثلاً وغيره من المخدرات، درجة من العقلانية بما يزودها به من مضمون معلوماتي يجعلها شديدة الإقناع، ومن ثم ترتفع احتمالات فاعليتها في ترشيد سلوك المواطنين نحو تحقيق أهداف الإدانة⁽²⁾.

فالحاجة لدراسة مشكلة المخدرات بطريقة علمية أصبحت ضرورة ملحة لتتناسب الجهود الوقائية والعلاجية مع التزايد المستمر من حجم هذه المشكلة، وهنا يتطلب من المؤسسات ذات العلاقة بمواجهة مشكلة المخدرات، ضرورة تنسيق جهودها لوضع السياسات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات من أجل تخفيف أثارها السلبية والضارة ولن يتحقق ذلك إلا باستخدام البحث العلمي الذي يكون سنناً لكل هذه المؤسسات⁽³⁾.

(1) مصطفى، سويّف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص ص: 242 . 243.

(2) نفس المرجع، ص 244.

(3) عبد العزيز علي، خزاولة. دور البحث العلمي في رسم السياسات الوقائية والعلاجية. ط1. الرياض: أعمال الندوة العلمية دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، 2001.

وعلى ضوء ما سبق سنحاول إبراز دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات من خلال العناصر التالي ذكرها:

أولاً: دور البحث العلمي في مجال تحديد المشكلة:

لعل من أصعب الأمور على الإطلاق هو تقدير المشكلة أي الوصول إلى معلومات دقيقة بشأن هذه المشكلة من حيث الكم والكيف، وبالنسبة لموضوع المخدرات نذكر على سبيل المثال: حجم المعروض في السوق غير المشروعة من مختلف المواد شائعة التعاطي، وعدد المتعاطين ومقدار المواد الإدمانية التي يتعاطونها في الشهر أو في السنة، ومتوسط الجرعة التي يتعاطاها الفرد في المرة الواحدة من أي مادة، ومتوسط عدد المرات التي يتم فيها التعاطي في الأسبوع أو في الشهر. الخ، أما تقديراً لمشكلة من حيث الكيف، فتطرح الأسئلة من هذا النوع: ما هي طرق التعاطي السائدة في المجتمع ككل مادة (التدخين)، والمضغ، والبلع، والاستنشاق، والحقن، وأنواع الحقن المختلفة هل هي تحت الجلد، أم في الوريد؟..... وما هي التوليفات السائدة بين المواد الإدمانية المختلفة عند الأفراد ممن يميلون إلى التعاطي المتعدد، وتوزيع التعاطي بين الشرائح العمرية، وكذلك بين القطاعات الاجتماعية المختلفة (الطلبة، العمال، الموظفين، أبناء الريف، في مقابل أبناء المدن، النساء، عمال الزراعة في مقابل عمال الصناعة، التجار،..... الخ) والكثافة النسبية للتعاطي والمتعاطين في المناطق المختلفة من القطر، وما هي أنواع الاضطرابات الصحية الشائعة بين المتعاطين، وما مدى ارتباطها بأنماط التعاطي المختلفة، وأخيراً ما هي أنواع المشكلات الاجتماعية المقترنة، في هذا المجتمع أو ذاك بالتأثير كما يمارس به؟⁽¹⁾ فلا بد من البحوث العلمية المبنية على أسس سليمة لتحديد حجم المشكلة وأبعادها والتعامل معها.

أ. في مجال الإدمان: إجراء بحوث علمية متواصلة وجادة للحصول على المعلومات عن المشكلة وأبعادها (الصعوبة الحصول على المعلومات من المدمنين أنفسهم).

(1) مصطفى، سوييف. مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. مرجع سابق، ص 42 . 43.

ب . في مجال الإنتاج: قدرت الأمم المتحدة رقم الأعمال السنوي لتجارة المخدرات بـ 320 مليار دولار⁽¹⁾ ولدى العاملين به القدرة الهائلة على شراء الضمائر وطمس الحقائق وتزوير البيانات، ولهذا يعد البحث العلمي هو المنفذ الوحيد للوصول إلى المعلومات.

ج . في مجال التهريب ونقل المخدرات: بفضل آلة الكشف (Scanner) تم القبض من طرف مصالح الأمن للمطار الدولي بالجزائر على عدد كبير من الرعايا الأفارقة، وبأحشائهم كمية كبيرة من المخدرات⁽²⁾. كما يتم تدريب الكلاب تدريباً علمياً للكشف عن المخدرات التي يقوم المهربون بإخفائها في أماكن يستحيل الوصول إليها لولا التدريب الجيد للكلاب. فهذه البحوث تتضمن البحوث النفسية والبحاث الكيميائية لكشف المواد المخبأ بطرق ذكية ومتطورة.

ثانياً: دور البحث العلمي في وضع خطة وقائية:

أ. القيام ببحوث خاصة ببرامج التدريب على اكتساب المهارات الأسرية، حيث تبين أن هذه البرامج وسيلة فعّالة في الوقاية من كثير من هذه الأنماط السلوكية المحفوفة بالمخاطر، بما في ذلك تعاطي مواد الإدمان.

وقد تم من تحديد من طرف الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ما يقارب (130) برنامجاً من البرامج الشاملة الانتقائية، ومنه تم تصنيف الدليل الإرشادي لبرامج التدريب على اكتساب المهارات الأسرية من أجل الوقاية من تعاطي المخدرات⁽³⁾.

ب . القيام ببحوث تربوية إن المدارس لا تملك القدرة على منع التدخين أو شرب الكحول، لكنها تملك القدرة على تحسين معارفهم و مهاراتهم. وعلى هذا الأساس تم إعداد منشور من طرف المكتب المعني بالمخدرات والجريمة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من تعاطي المخدرات⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ O.N.U . Rapport de l'ONU - Drogue: un monstre difficile à abattre. 25 juin 2005 . www.ledevoir.com. (05/12/2011).

⁽²⁾ إبراهيم. ب. "آخر حيل المهربين لتفادي كشف السكاير وتضليل الجمارك". جريدة النهار، 08 فيفري 2011. <http://www.ennaharonline.com> (2012/03/29).

⁽³⁾ مكتب المعني بالمخدرات والجريمة. دليل إرشادي لتنفيذ برامج التدريب على إكتساب المهارات الأسرية من أجل الوقاية من تعاطي المخدرات. الأمم المتحدة نيويورك 2009.

⁽⁴⁾ مكتب المعني بالمخدرات والجريمة . التعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات. فيينا من 2 إلى 5 سبتمبر 2002 ، الأمم المتحدة نيويورك 2004، ص ص : 23-27.

ج . القيام بدراسات إعلامية لوضع خطط إعلامية، لتفعيل أدوار وسائل الإعلام، والمساجد ودور العبادة، في توعية المجتمع ضد هذه الآفة.

ولأهمية هذا الموضوع، تطرقت العديد من الدراسات العربية إلى موضوع وسائل الإعلام والمخدرات، ومن بين هذه الدراسات:

دراسة: أحمد الخطيب⁽¹⁾، الذي تعرض من خلالها إلى الدور الإيجابي الذي يمكن أن تؤديه وسائل الإعلام في تكييف الإنسان مع قيم روحية و اجتماعية مستمدة من عقيدة ومبادئ وتراث حضاري، وما للإعلام الأجنبي من أدوار سلبية وهدامة في المجتمعات العربية، مثل نقل أنماط من السلوك المنحرف كتعاطي المخدرات. فتوعية الجمهور بالآثار الضارة للمخدرات على أسس علمية واقعية دون مبالغة أو تشويش للحقائق تلعب دوراً كبيراً في الوقاية من انتشار المخدرات.

د . القيام ببحوث قانونية هدفها حماية المجتمع من شر هذه الآفة الاجتماعية بسلسلة من القوانين الجامعة المانعة والتي تردع المسيء وتتقذ الضحية، ودراسة ميدانية لأثر هذه القوانين في فعاليتها في المجتمع ودراسة النقاط السلبية والايجابية، وهذا لاستخلاص الدروس من التجارب السابقة في مجال التشريع. وكانت الولايات المتحدة الأمريكية السبابة في هذا المجال حيث قامت في عام 1977 جمعية نيويورك بار New york City Bar Association ، بدراسة قوانين روكفيلير loie Rockefeller⁽²⁾ حول المخدرات، التي تم المصادقة عليها في ماي 1973 من طرف المشرع لولاية نيويورك.

ثالثاً: دور البحث العلمي في وضع خطة العلاج:

لقد تعددت الاتجاهات والنظريات، التي حاولت أن تقدم تصوراً لكيفية التعامل مع الإدمان، من العلوم الإنسانية، وصولاً إلى العلوم الطبية التجريبية، وغيرها في التصدي لهذه المشكلة المعقدة والمتشابكة. ومن هذه النظريات⁽³⁾:

⁽¹⁾أحمد، الخطيب. دور وسائل الإعلام في الوقاية من المخدرات. القاهرة: المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلة الإدمان، جامعة الدول العربية. 1988.

⁽²⁾ Benjamin, Dolin . Politique national en matière de drogues produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites . Division des Affaire politique et social le 23Juillet 2001, Bibliothèque du parlement www.parl.qc.ca. (03/03/2011).

⁽³⁾ محمد حسن، غانم. العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين . القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، 2005، ص ص 47 . 50.

1 . نظرية التحليل النفسي في علاج الإدمان: إهتم فرويد Freud باللاشعور، وركز على الحيل الدفاعية، ووحدة الأضداد.

2. النظرية السلوكية في علاج الإدمان: ترى هذه النظرية أن الإدمان يؤدي إلى اكتساب سلوكيات جديدة، مما يكسب الشخص عادة التعاطي ومنه الإدمان، ويشترط للعلاج وفق هذه النظرية التعاون بين المدمن والمعالج .

وهناك من الباحثين من استعمل العلاج المناعي للإدمان، فقد قام د. تشارلز شوتسر في عام 1974⁽¹⁾ بجامعة " وين " في ديترويت، بحقن القروود بمادة مشابهة كيميائياً للهيروين أدت إلى تحفيز الجهاز المناعي لهذه القروود لإفراز أجساماً مضادة يمكنها التصدي لهذا المخدر، وإلغاء تأثيره على خلايا المخ، إلا أن الدراسة وجدت أن هذه الأجسام المضادة تختفي بسرعة كبيرة من الدم، بمجرد أن تلتقي مع المادة المراد التصدي لها.

أما عن دراسات إعادة التأهيل النفسي، فقد أظهرت دراسة Brochu وزملاؤه⁽²⁾ التي أجراها على متعاطين كانوا يعانون اضطرابات إكلينيكية حادة من نوع التشخيص المزدوج، أن المجموعة التي تم استخدام الأسلوب العلاجي الشامل قد أظهرت قدراً كبيراً من التحسن مقارنة بالمجموعتين الأخرتين، واللتين لم يتم التعامل معهما وفقاً لهذا المنظور.

وبصفة عامة، فإن المعلومات التي يتم جمعها تساعدنا على الفهم الدقيق للاتجاهات والبيانات الخاصة بالإدمان؛ وكذلك لتحديد طبيعة المشكلة، وتقييم حجمها وهذا حتى يتسنى تحسين فعالية خدمات العلاج.

ومن أجل مساعدة البلدان على تطوير وتحسن أنظمة المعلومات حول تعاطي المخدرات، فإن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات من الجريمة ONUDC والمرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان OEDT⁽³⁾ وبمساهمة خبراء من منظمات دولية، وضعوا برنامج وهو عبارة عن مقياس مرجعي رقم 8 (Module 8)، أعطوه عنوان " نصائح عملية لقياس طلب علاج المدمنين"، ويهدف هذا البرنامج، إلى تحسين المعايير الموحدة في مجال

(1) عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص252.

(2) S., Brochu; Guyon, L.; and Desjardins, L. « Comparative Profiles of Addicted Adult Populations in Rehabilitation and Correctional Services ». *Journal of substances abuse Treatment*, 16,2(March, 1999): pp.174-185.

(3) Nations unies .Office contre la drogue et le crime (OCDC) , Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies(OEDT) . « Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogue (GAP) Module 8 du Référentiel : Conseils pratiques pour mesurer la demande de traitement des toxicomanes » .New York 2006. www.unodc.org. (14/09/2012).

المعطيات، والمتابعة، وهذا لتنميط وتوحيد الإجراء على المستوى الدولي، وتقديم جدول أكثر دقة حول اتجاهات الإدمان وتسهيل التحليل المقارن. وهكذا فإن البرنامج الدولي لتقييم تعاطي المخدرات GAP يساعد على تحسين نظام المعلومات على المستوى الدولي، وهذا بمساعدة الدول الأعضاء في وضع أنظمة جمع المعطيات ذات مصداقية. وتشجيعهم على تبادل التجارب.

وتقتضي عملية العلاج من الإدمان المرور بثلاث مراحل على الأقل⁽¹⁾ وهي:

- أ مرحلة علاج طبي قصير المدى في المرحلة الحادة، لتخليص الجسم من سموم المخدرات؛
- ب العلاج النفسي والاجتماعي لحالة الاعتماد "الإدمان"؛
- ج التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعي للفرد.

يجب الإشارة هنا أنه لا يمكن وضع أسلوب واحد لعلاج الإدمان ليطبق على كل حالات الإدمان، ومع كل الأنواع والشخصيات، إلا أن هناك أساسيات ينبغي أن نضعها في الحسبان، حسب ما جاء في توصيات معهد الصحة القومي لمكافحة الإدمان بالولايات المتحدة الأمريكية، أهمها⁽²⁾ أن الإدمان له علاج، وكل مدمن يمكن علاجه وشفائه نهائياً، كما أن عملية إزالة السموم ليست إلا خطوة البداية فقط في مرحلة العلاج.

ويكفي أن نعلم أن 15% من المدمنين، يموتون في خلال ثلاث سنوات من بداية دخولهم في مرحلة الإدمان، إذا لم يتم إنقاذهم وعلاجهم، وأن 20% ينتهي بهم المطاف إلى السجن، إما نتيجة ارتكابهم لجرائم أو لاتجارهم في المخدرات من أجل تيسير الحصول عليها، وأن 7% إلى 8% من المدمنين يصابون بلوثة عقلية وجنون، ومن 30% إلى 40% يعودون إلى الإدمان مرة أخرى بعد إتمام العلاج⁽³⁾.

كما أوصى الملتقى الدولي لبحث استثمار الموارد البشرية في مجال مكافحة المخدرات، بضرورة تدريب وتأهيل جميع العاملين في المراكز والمصحات العلاجية وإعادة التأهيل وفقاً لأحدث الأساليب العلمية، وتمكينهم من أداء مهامهم بشكل متكامل وفعال⁽⁴⁾.

(1) جمعة سيد، يوسف. الوقاية من تعاطي المخدرات. مرجع سابق، ص 150.

(2) عبد الهادي، مصباح. الإدمان. مرجع سابق، ص ص 249-252.

(3) نفس المرجع، ص 252.

(4) المكتب الإقليمي للأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال إفريقيا. ملتقى حماية الدولي لبحث استثمار الموارد البشرية في مجال مكافحة المخدرات بين الواقع و الطموح يومي 29-30 يونيو 2010 تنظيم القيادة العامة لشرطة دبي، والمكتب الإقليمي للأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، بنادي ضباط شرطة دبي، بالقرهود.

ويجب أن يتكوّن هذا الفريق العلاجي من⁽¹⁾ : أخصائي الطب النفسي، أخصائي نفس إكلينيكي معالج نفسي، أخصائي اجتماعي، مرشد تعافي، أخصائي تأهيل، مرشد ديني.

رابعاً: دور البحوث الإحصائية الوصفية:

إن البحث العلمي الأمثل في ميادين مكافحة المخدرات وغيرها، هو ذلك البحث الذي يعتمد في خطواته على إجراء الإحصاءات اللازمة المتعلقة بزراعة أنواع المخدرات وصناعتها وكمياتها وأسعارها في الجملة والتجزئة⁽²⁾، لكونه مقدمة ضرورية لمعرفة ظاهرة التعاطي لتلك المخدرات، إلى جانب ذلك إحصاءات المتعاطين الذين يمكن التعرف عليهم، الخاصة بجنسياتهم، ونوعهم، وأعمارهم ومهنتهم، وحرفهم، ومستوياتهم الاقتصادية والاجتماعية وطوائفهم وأحوالهم المدنية، ومعتادي التعاطي والمدمنين منهم، وكذلك الإحصاءات التي تتعلق بالإجراءات التي اتخذت معهم، سواء أكانت هذه الإجراءات في المؤسسات الطبية أو الإصلاحية، ومقدار ما انفق من مال في سبيل ذلك، وفقد العمل الناجم عن ذلك في شتى ميادين الإنتاج.

ومن المهم معرفة الإحصاءات الخاصة بالجرائم، التي ارتكبها متعاطو المخدرات ومدمنوها، وهم تحت تأثير المخدر ومقدار الخسارة البشرية والمادية الناجمة عن ذلك⁽³⁾. ولا بد من الإشارة هنا إلى صعوبة التي تواجه البحث الإحصائي، وهي عدم دقة البيانات الإحصائية التي يمكن جمعها عن المتعاطين. فالمدانون منهم قضائياً لا يمثلون دائماً العدد الحقيقي لجميع المتعاطين، فبطلان الإجراءات القانونية يتم تبرئة المدان الذي قدمته الشرطة للعدالة، وتبرئة المجرم لعدم كفاية الأدلة، وإنكار أهل المجني عليهم، يؤدي إلى تبرئة المجرم، فتبقى إحصاءات المحاكم أو الإحصاءات القضائية ناقصة، ولا تعطينا صورة شاملة عن الظاهرة في المجتمع، حتى إحصاءات الشرطة وجهت لها عدة إنتقادات، منها أن هناك جرائم كثيرة لم تكتشف، فلا ترد في إحصاءات الشرطة، والمبالغة في الإحصاءات، حيث هناك بلاغات لا تعد مخالفة أو جريمة يتم تسجيلها، كما أن هناك جرائم تكتشف لا يتم إبلاغ الشرطة عنها لعدة أسباب، وهناك جرائم يكتشف ارتكابها وتبلغ عنها الشرطة

(1) محمد حسن، غانم. العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين . مرجع سابق، ص74.

(2) سمير محمود، عالية. دور البحث العلمي في تقليص الآثار السلبية الناجمة عن تعاطي المخدرات. ط1. الرياض: دور البحث العلمي في الوقاية

من المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2001، ص64.

(3) سامية حسن، الساعاتي. علم الاجتماع الجنائي. مرجع سابق، ص169.

ولكنها لا تسجل، وهناك جرائم يتم اكتشافها والتبليغ عنها وتسجيلها، والجاني يبقى مجهول أو لا يقبض عليه.

وتعد إحصاءات السجون أكثر دقة في البيانات التي تقدمها من خصائص الموقوفين في قضايا المخدرات المودعين بها نظرا لوجودهم بها، وسهولة التعرف على خصائصهم الاجتماعية والنفسية والجسمية، وسوابقهم، ولكن تبقى إحصاءات السجون أقل الإحصاءات دقة من حيث تقديم بيانات عن حجم الظاهرة في المجتمع واتجاهها. لذلك ليس من الصواب الوصول إلى عدد افتراضي لمن يتعاطون المخدرات في أي مجتمع استنادا إلى فروض إحصائية تصاعدية قائمة على حقيقة مشوهة، كحد المتعاطين الموجودين في أحد السجون أو في مجموع السجون في المجتمع، ثم نسبة هذا العدد إلى عدد السكان في فئات السن المقابلة في مناطق النزلاء، ثم حساب النسبة إلى مجموع السكان⁽¹⁾. وهكذا يتبين أن إحصاءات الشرطة أفضل الإحصاءات في إعطاء تلك البيانات عن حجم الجريمة في المجتمع⁽²⁾.

أما البحوث الوصفية فتعطي صورة واضحة عن الظاهرة الاجتماعية، وعن حقيقتها القائمة في مجتمع أو بلد معين، حتى يتمكن الباحث من الإحاطة بطبيعتها أو معرفة عناصرها والعوامل التي يبدو أنها تتحكم بها وصولا لوضع برنامج وقائي أو علاجي. وللحصول على هذه المعلومات لابد من القيام بالدراسات وبائية أو إبيديميولوجية، والتي تتمثل في دراسة التوزيع الاجتماعي لمرض اجتماعي ما بهدف الكشف عن العلاقة أو العلاقات بين الاضطراب ومتغيرات البيئة الاجتماعية. فهذا النوع من البحوث يكشف أساليب الحياة الاجتماعية والاقتصادية لمن يقومون بزراعة المخدرات أو صناعتها أو تجارتها أو تهريبها أو توزيعها أو تعاطيها. وكيفية زراعة المخدرات أو صناعتها ومتطلبات عمليات الإنتاج المتضمنة في كلتا الحالتين، والمكاسب التي تتحقق نتيجة هذه الألوان من الأنشطة، وأجور الأيدي العاملة في مجالاتها المختلفة. ويسمح لنا كذلك هذا النوع من البحوث، التعرف على طرق التعاطي، والمقادير التي تحدث آثارها في أجسام المتعاطين ونفوسهم، ومناسبات التعاطي، والتهيو له، سواء على النطاق الفردي أو الجمعي في شكل المجموعات

⁽¹⁾ سمير محمود، عالية. دور البحث العلمي في تقليص الآثار السلبية الناجمة عن تعاطي المخدرات. مرجع سابق، ص 65.

⁽²⁾ سامية حسن، الساعاتي. الجريمة والمجتمع. مرجع سابق، ص 25.

التي تعرف بالغرز (Teapads) وتركيبها الاجتماعي ووظيفتها الاجتماعية، وفاعليات العلاقة فيها، تلك التي تميّط اللثام عن سلوك المتعاطين وهم تحت تأثير المخدرات ثم بعد زوال آثارها، وكذلك في حالة امتناعهم وبحثهم عنها أو تلهفهم عليها في حالة إدمانهم⁽¹⁾.

ويندرج أيضا في لائحة الوصفية تلك الدراسات التي تتناول البيئات التي ينتشر فيها التعاطي، وأهم خصائصها العمرانية والاجتماعية، ومواقعها في المراكز الحضرية والصناعية، أو التي تتناول المجموعات التي ينشأ فيها المتعاطي، كالأُسرة، وعصابة الأقران في اللعب، وزمرة الرفاق في العمل، وكذلك الجماعات التي يعيش بينها كالمدرسة والجيران، والحي، أو القرية وذلك فضلا عن أسر المتعاطين أنفسهم التي يكونونها بالزواج وإنجاب الأطفال وسلوكهم مع زوجاتهم وأطفالهم ؟ وتتضمن هذه البحوث القيم الخاطئة التي تسود بين المتعاطين وتتبلور حول تعاطي المخدرات كشعورهم الواهي بالرجولة والقدرة على التدوق الجمالي والإبداع والتسامي، ومن القيم الشائنة عن فائدة المخدرات، تلك التي تتعلق باعتقاد بعض المتعاطين في أثرها المثير للناحية الجنسية، مما يمكنهم من الارتواء الكامل عن طريقها، واعتقاد البعض خطأ أن المخدرات على عكس الخمر غير محرمة⁽²⁾.

ومن البحوث المهمة كذلك، البحوث البرهانية، والتي تكمن أهميتها في معرفة الأسباب والدوافع المسؤولة عن السلوك وكيفية ارتباط ذلك بتكوين الشخصية.

المطلب السادس: دور الجهود الدولية والإقليمية في الوقاية من المخدرات:

بحلول سنة 2009، تكون قد مرت 100 عام في مكافحة المخدرات، ففي 1909 اجتمعت المجموعة الدولية في شنغهاي بالصين، لمعالجة وفحص أكبر مشكل للمخدرات في العالم وهو وباء الأفيون في الصين، في قمة الوباء، عشرات الملايين من الصينيين، كانوا مدمنين على هذا المخدر، ربع سكان الصين من الذكور البالغين. يستهلكون سنويا الأفيون. إمبراطور الصين آنذاك كان يرى أن احتياطي العملة الصعبة في تناقص

(1) سامية، الساعاتي. علم الاجتماع الجنائي. مرجع سابق، ص 170.

(2) سمير محمود، عالية. دور البحث العلمي في تقليص الآثار السلبية الناجمة عن تعاطي المخدرات. مرجع سابق، ص 66.

مستمر بسبب استيراد هذا المخدر. وكان بالتالي عدم تكافؤ التبادل التجاري مع دول الغرب وعلى رأسها بريطانيا العظيمة التي كانت المستفيد الأول من هذا الوضع⁽¹⁾.

فقبل لجنة الأفيون عام 1909، كان السوق والتجارة الدولية للمخدرات حرة، والتي كانت نتائجها كارثية، وكانت الحكومات الوطنية تشارك بنشاط في التجارة الدولية للأفيون. كانت الفوائد كبيرة جدًا من هذه المخدرات، قد تصل إلى نصف المدخول الوطني لبعض الدول التي كانت تشكل كمراكز إعادة التوزيع، فحتى الهند التي كانت تحت الاحتلال البريطاني، تحصل على 14% من مجموع الدخل الوطني باحتكارها لمادة الأفيون⁽²⁾. فاليوم نجد أن أكثر من 180 دولة مصادقة على هذه الاتفاقيات، فهناك إجماع دولي على التصدي لمشكلة المخدرات⁽³⁾.

وقد أخذت جريمة المخدرات طابعا دوليا، وذلك بتصديرها من دولة إلى دولة أخرى، وقد تستعمل بعض الدول مثل الجزائر ودول إفريقيا أخرى كمناطق عبور، كما تعتبر كذلك في حالة اشتراك عدة أشخاص ينتمون إلى جنسيات مختلفة في جريمة المخدرات⁽⁴⁾. وتعد تجارة المخدرات فيما بين الدول التي تمتنعها العصابات العابرة للقارات أو العصابات الدولية خطراً يهدد أمن البشرية بأكملها. وحيث أن الاتجار غير المشروع في المخدرات هو نشاط إجرامي دولي يستلزم تعاون الدول فيما بينها من أجل القضاء عليه، حيث لا يمكن لدولة بمفردها أن تقضي على هذا النشاط دون اتخاذ إجراءات منسقة في إطار التعاون الدولي.

أولاً: الجهود الدولية السابقة على منظمة الأمم المتحدة في مجال مكافحة المخدرات.

في إطار الجهود الدولية السابقة على قيام منظمة الأمم المتحدة في مجال مكافحة المخدرات، أبرمت العديد من الاتفاقيات والبروتوكولات التي تنظم استعمال المخدرات في المجالات الطبية والعلمية، وهي:

(1) O.N.U.D.C. BULLETIN DES STUPÉFIANTS. Un siècle de lutte contre la drogue. Vienne ,Volume LIX, n° 1 et 2, 2007, NATIONS UNIES, New York, 2009. P1.

(2) John, Richards. Opium and the British Indian Empire: the Royal Commission of 1895". Modern Asian Studies, 36,2(2002) : p.375.420.

(3) O.N.U.D.C. Rapport Mondial sur les Drogues 2008 : Résumé analytique. P.15. Un siècle de contrôle international des drogues. www.unodc.org. (20/10/2011).

(4) مصطفى، سويف. المخدرات والمجتمع. مرجع سابق، ص190.

1- مؤتمر شنغاي عام 1909 : وكان أول مؤتمر دولي لمراقبة الاتجار بالمخدرات في عام 1909 واجتمعت ثلاثة عشر دولة في شنغهاي بالصين فيفري 1909. فكانت نتائج الاجتماع عبارة عن تجميع الوقائع، ومجموعة من الاقتراحات والتوصيات الغير ملزمة⁽¹⁾.

2- الاتفاقية الدولية لاهاي 1912 (la convention international de l'opium) : بمبادرة من الولايات المتحدة الأمريكية من أجل إيجاد ميكانيزمات الرقابة على المواد النفسية، وإيقاف التجارة للمواد المخدرة التي كانت تسيطر عليها القوى الاستعمارية آنذاك، وافق اثني عشر دولة على الاجتماع في لاهاي (هولندا) يوم 01 ديسمبر 1911، وهذا للخروج باتفاقية⁽²⁾. وعندما تم تنفيذ هذه الاتفاقية بتاريخ 11 فيفري 1915 أصبحت أول أداة ملزمة للقانون الدولي تهيمن على شحن المواد المخدرة لغرض مراقبة نقل المخدرات اللازمة للاستخدام الطبي⁽³⁾.

3- إتفاقية جنيف للأفيون 1925 (Convention de l'opium Genève) : بعد إنشاء عصبة الأمم (société des nations) SDN في 25 جانفي 1919 إثر الحرب العالمية الأولى، وفتح هيئة مركزية لمراقبة المخدرات، أنشأت في 1920 عصبة الأمم للجنة الاستشارية للمتاجرة الغير الشرعية في الأفيون والمخدرات الأخرى الضارة. وسميت باللجنة الاستشارية للأفيون Comité consultatif de l'opium (CCO) والتي أصبحت تسمى فيما بعد بلجنة المخدرات في عهد الأمم المتحدة.

بين نوفمبر 1924 و فيفري 1925 عُقد مؤتمران، وأسفر عنهما اتفاقيتين، الاتفاقية الأولى بجنيف كانت تخص الدول المنتجة للأفيون. حيث يسمح ببيع الأفيون لهذه الدول فقط عن طريق الجهات الرسمية أي الحكومات. أما الاتفاقية الثانية لجنيف (الاتفاقية الدولية للأفيون 1925)، وتهدف إلى إخضاع للمراقبة الدولية مجموعة من المخدرات بما فيها القنب.

⁽¹⁾ Jay, Sinha Histoire et Evaluation des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants. produits par le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, Division du droit et du gouvernement, 21 février 2001, Bibliothèque du parlement. www.parl.q1.ca. (15/04/2012).

⁽²⁾ O.N.U.D.C. BULLETIN DES STUPÉFIANTS. Un siècle de lutte contre la drogue. Op-Cit. pp.68-72.

⁽³⁾ أحمد حمزة، الحوري. تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات. الندوة العلمية : المخدرات والعولمة، مركز الدراسات والبحوث، قسم الندوات واللقاءات العلمية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، 10-12/07/2006م، الرياض.

4- اتفاقية عام 1931 بجينيف: لتحديد الصناعة وتقنين توزيع المخدرات⁽¹⁾:

في 1931 عقدت عصبة الأمم مؤتمر جديد في جينيف لفرض سقف وحد لصناعة الكوكايين والهيريويين والمورفين، ومراقبة توزيعهم. فكانت نتيجة هذا المؤتمر إتفاقية تحديد صناعة وتنظيم توزيع المخدرات والتي سميت بـ *la convention de limitation 1931*. إن الأمر الملموس الوحيد الذي خرج به هذا المؤتمر، هو إقناع الولايات المتحدة الأمريكية بضرورة أخذ مواقف صارمة لمكافحة إنتاج المواد الأولية، وعصابات المخدرات⁽²⁾.

5- اتفاقية عام 1936⁽³⁾ *la convention pour la répression du trafic illicite des drogues* (Genève 1936) . nuisibles

فبينما كانت كل الاتفاقيات والمعاهدات السابقة، تسعى إلى تنظيم النشاط الشرعي المتعلق بالمخدرات، أما اتفاقية قمع التجارة الغير الشرعية للمخدرات (التي لم تكن محل إجماع من طرف الدول المشاركة)، جعلت تلك الأنشطة جريمة دولية تستحق العقوبة الجزائية.

ثانيا: أهم الاتفاقيات الدولية المعقودة في إطار منظمة الأمم المتحدة في مجال مكافحة المخدرات.

1- بروتوكول *Le protocole de lake success 1946*⁽⁴⁾ : بعد الحرب العالمية الثانية تم إدماج التنظيمات والوظائف الخاصة بمراقبة المخدرات التابعة لعصبة الأمم " التي تفككت من تلقاء نفسها في 18 أبريل 1946"⁽⁵⁾ في المنظمة الجديدة، التي سميت بمنظمة الأمم المتحدة، " التي تأسست رسمياً بتاريخ 24 أكتوبر 1945 ". فالمجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، أخذ على عاتقه المسؤولية الرئيسية بواسطة لجنة المخدرات، التي خلفت لجنة مراقبة الأفيون (cco) فقد تكلفت لجنة المخدرات بالنشاطات التحضيرية

(1) Société des Nations. *Convention pour Limiter la pour Limiter la Fabrication et Reglement la Distribution des Stipéfiants*, Signée à Genève, le 13 Juillet 1931. *Recueil des Traités*, vol. CXXXIX, n° 3219, 1933.

(2) Quincy, Wright. "The Narcotics Convention of 1931". *American Journal of International Law*, 28,3(1934): pp.475-475.

(3) J.G. Stracke. "Convention of 1936 for the Suppression of the Illicit Traffic In Dangerous Drugs". *The American Journal of International Law*, 31,1(Jan, 1937). <http://www.jstor.org>. (23/03/2010).

(4) United Nations. *Protocol Amending the Agreements, Conventions and Protocol on Narcotic Drugs*. Chapter VI. Narcotic Drugs and Psychotropic Substance. Vol I. United Nations, Lake Success, New York, 1946.

(5) Paul, David. *L'esprit de Genève Histoire de Société des Nations - Vingt ans d'efforts pour la paix*. Genève : Slatkine (Editions). 2000, pp. 121-124.

للمؤتمرات . أما المنظمتين الدوليتين (CCPO) و(OCS) فقد واصلتا نشاطهما تحت لجنة المخدرات للأمم المتحدة، بتقديم الإحصائيات الخاصة بالدول الأعضاء، وتسيير الاتفاقيات السابقة.

كل هذه التغييرات في الجانب التنظيمي والمسؤولية تطلبت تعديلات في الاتفاقيات المتعلقة بالمراقبة الدولية للمخدرات، مما أدى إلى إمضاء البروتوكول في Lake Success بنيويورك في 11 ديسمبر 1946 .

2- بروتوكول باريس⁽¹⁾ 1948: هو خاص بإخضاع طائفة من العقاقير المحدثة للإدمان تحت الرقابة، وقد تم التوقيع على هذا البروتوكول في مارس 1948م. وأصبح ساري المفعول اعتباراً من سنة 1949م.

3- بروتوكول الأفيون نيويورك 1953: لقد تم في هذا البروتوكول تحديد وتنظيم زراعة الخشخاش Pavot وإنتاج والاتجار الدولي فيه و كذلك استعماله، وتلتزم كل دولة منتجة للأفيون بمقتضى هذا البروتوكول أن تنشئ مؤسسة خاصة يسلم إليها كل الأفيون الناتج بعد حصده مباشرة، وقصر البروتوكول حق إنتاج الأفيون على دول معينة هي: الاتحاد السوفياتي، الهند، إيران، تركيا، بلغاريا، اليونان) وهي ملزمة بتقديم إحصاءات دورية.

4- الاتفاقية الوحيدة للمخدرات⁽²⁾ 1961م La convention unique sur la stupéfiants: إن الاتفاقية الوحيدة لعبت دوراً محورياً في إنشاء نظام حديث للمراقبة الدولية للمخدرات القائمة على التحريم والمنع. فهي عبارة عن تكملة وتوسعة للبروتوكولات والاتفاقيات الصادرة من 1909 إلى 1953.

تعتبر هذه الاتفاقية الأكثر تحريماً ومنعاً من كل البروتوكولات والاتفاقيات السابقة⁽³⁾، وكانت الأمم المتحدة ترمي من وراء هذه الاتفاقية إلى ثلاثة أهداف⁽⁴⁾.

1- ضرورة تقنين المعاهدات المتعددة الجوانب الموجودة بالفعل، وقد تم إنجاز ذلك بنجاح.

(1) Nations Unies. Protocole de Paris 1948. Recueil des Traités. vol.44. Convention Internationale. International convention. <http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac>. (05/07/2011).

(2) الأمم المتحدة. الاتفاقية الموحدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972 المعدل للاتفاقية الموحدة للمخدرات سنة 1961. الأمم المتحدة ، 1979.

(3) Jay, Sinha « Histoire et Evaluation des principales conventions internationales se contrôle des stupéfiants ». Op-Cit.

(4) أحمد حمزة، الحوري. تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات. مرجع سابق، ص178.

2- توسيع نطاق أجهزة المراقبة الدولية الدائمة وقيام تعاون دولي في هذا المجال وقصر استعمال المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية.

3- تبسيط وتنظيم آلية جهاز المراقبة.

5- اتفاقية المؤثرات العقلية عام 1971م⁽¹⁾: لم تكن تخضع معظم المؤثرات العقلية . كالأفياتامينات والباربيوتورات. و ل س د (التي تم اختراعها منذ الحرب العالمية الثانية) للمراقبة الدولية. وبما أن القوانين والتشريعات الوطنية كانت تختلف من دولة إلى أخرى، مما ساعد على تنامي ظاهرة التجارة الغير الشرعية للمخدرات من طرف العصابات. وبعد نقاشات عديدة و مفاوضات بين الدول الأعضاء تولدت عنها اتفاقية المؤثرات العقلية.

6- بروتوكول عام 1972 المعدل للاتفاقية الوحيدة⁽²⁾: انعقد بجنيف في 25 مارس 1972 مؤتمر الأمم المتحدة للنظر في تعديل الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961، و من بين أهم التعديلات التي أدخلها بروتوكول سنة 1972 هي⁽³⁾: أن تتخذ الدول الأطراف التدابير التشريعية والإدارية اللازمة فيما يخص تنفيذ أحكام الاتفاقية في إقليمها، والتعاون مع الدول الأخرى على تنفيذ أحكام هذه الاتفاقية، وأن تقتصر على إنتاج المخدرات وصنعها وتصديرها، واستيرادها وتوزيعها والاتجار فيها واستعمالها وحيازتها على الأغراض الطبية والعلمية فقط⁽⁴⁾.

7- الإستراتيجية الدولية لمراقبة إساءة استعمال المخدرات لعام 1981⁽⁵⁾: قامت لجنة المخدرات الدولية تحت رعاية الأمم المتحدة بوضع إستراتيجية دولية تتعلق بإساءة استعمال المخدرات، وهي عبارة عن برنامج أساسي مدته أربع سنوات من عام 1982 إلى غاية 1986 يتناول كافة جوانب مراقبة المخدرات ويهدف إلى⁽⁶⁾: تحسين أجهزة مراقبة المخدرات والقضاء على الإمداد غير المشروع للمخدرات، و إجراء توازن بين العرض والطلب للمخدرات المشروعة، وضرورة تخفيض الاتجار غير المشروع للمخدرات. مع تخفيض

⁽¹⁾ O.N.U.D.C. BULLETIN DES STUPÉFIANTS. Un siècle de lutte contre la drogue. La Convention de 1971 sur les substances psychotropes. Vienne ,Volume LIX, nos 1 et 2, 2007, NATIONS UNIES, New York, 2009. p95.

⁽²⁾ O.N.U.D.C. BULLETIN DES STUPÉFIANTS. Un siècle de lutte contre la drogue. Le protocole de 1972 amendant la Convention unique. Vienne , Op-Cit. ; p92.

⁽³⁾ الاتفاقية الموحدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972 المعدل للاتفاقية الموحدة للمخدرات سنة 1961. مرجع سابق.

⁽⁴⁾ الأمم المتحدة . شعبة المخدرات . الرسالة الإعلامية. نشرة ديسمبر 1985، ص10.

⁽⁵⁾ O.N.U.D.C. BULLETIN DES STUPÉFIANTS. Un siècle de lutte contre la drogue, La Stratégie de lutte internationale contre l'abus de drogues de 1981. Op-Cit. ; P99.

⁽⁶⁾ أحمد حمزة، الحوري. تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات. مرجع سابق، ص ص : 179-180.

الطلب غير المشروع والوقاية من الاستعمالات غير الواجبة للمخدرات المشروعة. وأخيراً العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي لمسيء استعمال المخدرات.

8- اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية⁽¹⁾
لِسنة 1988: تعتبر هذه الاتفاقية كأداة للقانون الدولي للجريمة. فكان الهدف هو جعل القوانين الخاصة بالجريمة لكل الدول تكون متجانسة. فلقد حثت الوثيقة على أن تتعرض قوانين دول الأعضاء إلى جريمة تبييض الأموال، الحجز على الأملاك، التسليم، المساعدة القانونية المتبادلة، الزراعة الغير مشروعة، والاتجار الغير مشروع للمواد الكيميائية، الأدوات والتجهيزات التي تستعمل لإنتاج المخدرات⁽²⁾.

ثالثاً: الأجهزة الدولية لمكافحة المخدرات والاتجار بها:

أ- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (ONUDC): في عام 1997 ثم تأسيس مكتب مراقبة المخدرات والوقاية من الجريمة ليعيد تسميته في أكتوبر 2002 بمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (ONUDC)⁽³⁾. أما الأهداف المكتب (ONUDC) فقد تم تحديدها في الإستراتيجية للفترة الممتدة من 2008-2011 حيث جاء فيها: " تتمثل مهمة مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة في الإسهام في تحقيق الأمن والعدالة للجميع عن طريق تخليص العالم من برائن الإجرام والمخدرات والإرهاب"⁽⁴⁾.

يعتمد هذا المكتب في عمله على مجموعة من الأدوات القانونية الدولية. كاتفاقية الأمم المتحدة ضد الفساد المنظم العابر للدول. الإطار القانوني الدولي لمراقبة المخدرات (الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، الاتفاقية المؤثرات العقلية، اتفاقية مكافحة التجارة غير المشروعة للمخدرات والمؤثرات العقلية) وكذلك الإطار القانوني الدولي لمكافحة الإرهاب⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Nations unies (ONU) (1961, 1971, 1988), Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, Convention de 1971 sur les substances psychotropes, Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. <http://www.incb.org/e/conv>. Consulté le 14/09/2012.

⁽²⁾ Jay, Sinha . Histoire et Evaluation des principales conventions internationales se contrôle des stupéfiants. Op-Cit.

⁽³⁾ Circulaire de secrétaire général –organisation de l'office des nations unies contre la drogue et le crime UN.Document . ST/SGB/2004/6 (2004), P.1

⁽⁴⁾ الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي. استراتيجية الفترة 2008-2011 لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. فيفري 2007. ص3.

⁽⁵⁾ نفس المرجع، ص6.

يقوم المكتب بنشر تقرير سنوي باللغة الانجليزية مترجم إلى عدة لغات منها العربية، يقدم من خلاله كل النشاطات والأعمال التي قام بها لمساعدة الدول الأعضاء على التصدي للأخطار التي تمثلها كل من المخدرات والجريمة والإرهاب. كما يقوم المكتب بنشر تقرير دولي سنوي عن المخدرات.

إن النظام الدولي لمراقبة المخدرات والمؤثرات العقلية يعتبر من أهم النجاحات القرن العشرين، ويعتبر من أقدم الأنظمة في مجال التعاون الدولي حيث جاء قبل تأسيس عصبة الأمم، أزيد من 95 % من دول الأعضاء (والتي تمثل 99% من شعوب العالم) هم طرف في الاتفاقيات الثلاثة. حيث وصل عدد المواد الخاضعة للمراقبة اليوم إلى 119 مادة مخدرة، و116 مؤثرات عقلية⁽¹⁾.

وكما أقره مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة في 2008، بأن هناك تقدم معتبر قد تم تحقيقه ضمن الأهداف المسطرة من طرف الجمعية العمومية لسنة 1998 في خفض الزراعة الغير مشروعة للنباتات التي تستخدم لصناعة المخدرات، إلا في بعض المناطق، وهذا لأسباب عدم الاستقرار الأمني كأفغانستان⁽²⁾. ويقر المكتب أن هناك مجموعة من التحديات:

- **التحديات الصحية:** وذلك بتوفير العلاج وإعادة التأهيل للمدمنين، لتخفيف الآثار الصحية والاجتماعية الخطيرة لتعاطي المخدرات.

- **التحديات القانونية:** فالاتفاقيات غير قابلة للتطبيق المباشر: فعلى الدول أقلمة التدابير على حسب التشريعات الوطنية.

- **التحديات الوقائية:** يبقى التحدي الكبير الذي يواجه كل الحكومات هو نوعية السياسات الوقائية . فقد صرح بأن 94% من دول الأعضاء قاموا بحملات إعلامية عمومية سنة 2007. إلا أن نصفهم فقط قاموا بعملية تقييمية لتلك الحملات⁽³⁾.

- **تحديات العولمة:** أشار المكتب إلى قلقه بالنسبة إلى الدور الذي تلعبه الشبكة العنكبوتية في بيع وتوزيع المخدرات.

⁽¹⁾ O.N.U.D.C. BULLETIN DES STUPÉFIANTS. Un siècle de lutte contre la drogue. Op-Cit, P.1

⁽²⁾ O.I.C.S. les conventions internationales relatives au contrôle des drogues: Histoire, Réussite et Défis. 2008. Organe International de contrôle des stupéfiants .

⁽³⁾ O.N.U.D.C. Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes: guide pour L'élaboration de politique et de programmes, Nations Unies, New York, 2007, P.17.

ب- **المنظمة الدولية للشرطة الجنائية Interpol** : تعد هذه المنظمة أكبر هيئة دولية للشرطة⁽¹⁾ تضم 190 دولة عضوة، أنشأت في 1923، وهي تسهل التعاون عبر الحدود للشرطة، كما أنها تساعد كل المنظمات والسلطات والمصالح التي تسعى إلى الوقاية أو مكافحة الجريمة الدولية.

ويدعم الأنتربول أجهزة الشرطة الوطنية والدولية المعنية بمكافحة إنتاج المخدرات غير المشروع والاتجار في المواد الخاضعة للرقابة. والسلائف الكيميائية⁽²⁾، كجمع وتحليل بيانات عملية الضبط الواردة من البلدان الأعضاء ومن أجهزة إنفاذ القوانين الوطنية المختصة بالمخدرات؛ و إصدار تنبيهات بشأن المخدرات لتتبيه مجموعة إنفاذ القانون إلى الحالات الفريدة، وتقنيات الاتجار الجديدة أو الوجهات الناشئة، وتنظيم دورات تدريبية في مجال التحقيقات خاصة بموظفي أجهزة إنفاذ القوانين الوطنية المختصة بالمخدرات؛

ج- **المكتب العربي لشؤون المخدرات**: أنشأ المكتب العربي لشؤون المخدرات في نطاق الأمانة العامة لجامعة الدول العربية في شهر أيلول عام 1950. و أصبح أحد المكاتب المتخصصة العاملة في نطاق الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العربي اعتباراً من 1 أفريل 1984 ومقره في عمان. ومن بين جهود المكتب: المشاركة في إعداد مشاريع الاستراتيجيات والخطط المرحلية والاتفاقيات والقوانين المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية. إصدار مجموعة قوانين المخدرات والمؤثرات العقلية المعمول بها في الدول العربية. إعداد الدراسة القانونية المقارنة لقوانين المخدرات المعمول بها في الدول العربية. إعداد وإصدار القائمة السوداء العربية الموحدة لتجار ومهربي المخدرات والمؤثرات العقلية ومتابعة عملي الإدراج والحذف عليها، وتنقيحها بصورة مستمرة. و إعداد دراسة سنوية تحليلية مقارنة حول نتائج أعمال اللقاءات السنوية العربية والدولية المعنية بمكافحة المخدرات.

د- **المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان (OEDT)** : أنشأ المرصد في 1993 بليزبونة Lisbonne⁽³⁾، وأصبح عملي في 1995. ويعتبر المركز أحد الوكالات اللامركزية للاتحاد

⁽¹⁾ Interpol . History. <http://www.interpol.int/About-INTERPOL/History>. (26/01/2012).

⁽²⁾ Ibid.

⁽³⁾ E.M.C.D.D.A .History of the EMCDDA. <http://www.emcdda.europa.eu>. (26/01/2012).

الأوروبي. هدفه هو إعداد معلومات ذات مصداقية وموثوقة وقابلة للمقارنة عن المخدرات للباحثين والمختصين حتى تكون لديهم معلومات حديثة لاقتراح حلول مناسبة⁽²⁾. فهو يمد الاتحاد الأوروبي ودول الأعضاء في الاتحاد قاعدة بيانات التي تؤكد مشكلة المخدرات وتفتح المجال لنقاش هذه الآفة.

إضافة على ما سبق، هناك منظمات إقليمية أخرى تهتم بالمخدرات، مثل **CICAD (Inter American Drug Abuse Control Commission)** ، و **PAADP Pacific Asian Alcohol and Drug Program**، وغيرها من المنظمات التي تسعى إلى خفض العرض والطلب على المخدرات.

⁽¹⁾ Susanne, MacGregor. ; and Marcus, Whiting . Developpement d'une politique Européenne en matière de drogues et place. Monographie 10 reduction des risques: Observations, Impact et Défis. Observatoire européenne des drogues et des toxicomanies O.E.D.T. p4. <http://a-f-r.org/sites>. (23/06/2011).

الفصل السادس

المخدرات في المجتمع الجزائري

المبحث الأول : تاريخ المخدرات في المجتمع الجزائري وجهود السلطات
والمشرع الجزائري في مكافحة المخدرات

المبحث الثاني: طرق تهريب وتعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري

الفصل السادس

المخدرات في المجتمع الجزائري

المبحث الأول : تاريخ المخدرات في المجتمع الجزائري وجهود السلطات والمشرع الجزائري في مكافحة المخدرات:

المطلب الأول: نبذة تاريخية عن المخدرات في الجزائر:

أما عن معرفة الإنسان الجزائري للمخدرات، فتشير إحدى الدراسات إلى أن معرفة الإنسان الجزائري للمخدرات تعود إلى فترة ما قبل الإحتلال الفرنسي، أي قبل تاريخ 05 جولية 1830م. وقد إعتمدت هذه الدراسة في حكمها هذا على رواية للرحالة الألماني هايزيش فون مالستان التي تحمل عنوان "مدخنو الحشيش في مدينة الجزائر"، و قد تعرض فيها إلى طبيعة تعاطي الحشيش والمسكرات بين الجزائريين وأسبابها في تلك الفترة، فلاحظ أن المتعاطين يستعملون "العرق" كمشروب مفضل للإسكار، ثم أصبحوا يفضلون "الإبسنت" منذ أن أدخله الفرنسيون عند إحتلالهم الجزائر. وهذا ما يؤكد العلاقة الوطيدة بين الإستعمار والمخدرات، و"الإبسنت" مشروب يجمع بين الحلاوة والمرارة ويميل إلى الخضرة ويسبب سكرًا فضيعة إذا تم تناوله خالصًا دون مزجه بالماء. وقد أكد الرحالة أن تعاطي الحشيش يعود إلى العهد العثماني، ودليل ذلك أن الحشيش كان منتشرًا في كل أرجاء الدولة العثمانية، ولكن قلما نجد الأنواع الأخرى مثل الأفيون. وحسب الرحالة لم يكن الحشيش ممنوعًا من الناحية القانونية، فقد كان الجزائريون يتعاطونه في المقاهي، إلا أن انتشاره زاد بشكل كبير في فترة الإحتلال الفرنسي نظرا للمشاكل التي عانى منها الجزائريون لاسيما أرباب الأسر⁽¹⁾.

في سنة 1927م كتب "لويس ليفين" Lewis Lewin أن العرب في شرق بسكرة يقومون باستهلاك معتبر للقنب، والذي انتقل نحو الشرق الجزائري، وأن استهلاك هذه المادة منتشر أكثر في الأرياف. فالاستهلاك للقنب ليس بالشيء الجديد، فقد وجد دائما في أوساط مجموعات الصيادين والفنانين وعمال التعبئة بالميناء، أين الشعائر والتقاليد الخاصة بالمجتمع تمنع كل إفراط في الاستهلاك⁽²⁾.

(1) سهام، العاقل. "دراسة حول فعالية الإعلام في وقاية الشباب من المخدرات". رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر، 1998م، ص 137-138.

(2) In : C.N.I.A.J. « Spécial toxicomanie ». Bulletin du CNIAJ , (Juin, 1997) : pp.21-21.

أما عن الخمر والكحول، فكان للإستعمار الفرنسي دورا كبيرا في ترويجها وتشجيع تصنيعها وتعاطيتها، حيث في عام 1830م (أي سنة الغزو العسكري الفرنسي للجزائر)، لم تتعدى المساحة الكلية لزراعة الكروم على كل التراب الوطني 2000 هكتار. وكانت أول استغلال للأراضي الجزائرية اعتبارا من سنة 1836م، ثم تطورت من 1850م إلى 1880م، حيث قرر المارشال كلوزيل Clausel في عام 1836م إنشاء مركز المعمرين قرب ثكنة الجيش الفرنسي في منطقة بوفاريك، وعليه تم منح للجندي القديم أو المعمر الجديد أرض (التي أخذت بالقوة من مالكة الأصلي) وبدون أن يدفع أي مبلغ، إلا أنه كان عليه دفع إتاوة (20 فرنك فرنسي) عن كل هكتار. ولكن لحسن الحظ باءت هذه التجربة بالفشل إثر مقاومات 1839م، إلا أنه عند قدوم المارشال بيجو Bugeaud في 22 فيفري 1841م أعاد التجربة مرة ثانية⁽¹⁾. وفي عام 1851م تم توزيع 41 قطعة أرض على كل معمر لزراعة الكروم، وبين 1850م و 1885م عرفت زراعة الكروم تطورا ملحوظا، مما أدى بعدد كبير من الفرنسيين السفر إلى الجزائر للاستثمار في هذا المجال. فقد بلغت الجالية الأوروبية في الجزائر عام 1840م 25000 شخص، كان أولئك المعمرون (الفرنسيون) يشكلون 44% من هذه الجالية، والباقي يتضمن الإسبان والإنجليز والإيطاليين والألمان والمالطيين. فلم يكونوا هؤلاء نخباء، لأنهم كانوا يدمنون الأفسنتين (شراب مسكر)* ويعيشون حياة دعارة وأخلاق منحلة وعدم الإعتقاد الديني⁽²⁾. ولتشجيع الهجرة نحو الجزائر، أصدر قرار في فرنسا في 12 أفريل 1841م ينص على أن كل فرنسي يملك (من 1200 إلى 15000 من الفرنكات) يمكنه أن يحصل من الدولة على قطعة تتراوح مساحتها بين 4 و 12 هكتار ومسكن. كان من نتيجة هذا القرار أن اشتدت الهجرة الأوروبية إلى الجزائر، ففي سنة 1843م وحدها وصل إلى الموانئ الجزائرية 14137 مهاجر منهم أكثر من الأرمان والإيرلنديين والسويسريين، كما اشتدت عملية بناء المستوطنات، حيث بلغ عددها سنة 1844م فقط 28 مستوطنة في المتيجة والساحل⁽³⁾.

(1) Edgard, Scotti. « Petite Histoire du Vignoble en Algérie 1830-1962 ». *l'Algérieniste*, 38(Juin, 1987). <http://www.Cerdealgerianiste.asso.fr>. (23/02/2013).

* **L'absinthe** est un ensemble de spiritueux à base de plantes d'absinthe, également appelé « fée verte » ou encore « bleue ».

(2) محفوظ، قداش. جزائر الجزائريين. تاريخ الجزائر 1830-1954. الجزائر: منشورات ANEP، ترجمة محمد المعراجي. 2008، ص 157.

(3) حسينية، حماميد. المستوطنون الأوروبيون والثورة الجزائرية 1954-1962م. ط 1، الجزائر: منشورات الحبر، 2007، ص 23.

وهكذا نجد أنه منذ دخول الاستعمار الفرنسي إلى الجزائر وزراعة الكروم وصناعة الخمر في نمو مستمر ومتسارع، حيث وصلت الأراضي المخصصة لزراعة الكروم في عام 1914م إلى أكثر من 150000 هكتار، لتصل في 1918م إلى 171723 هكتار وفي عام 1936م وصلت الأراضي المخصصة لزراعة الكروم إلى 399447 هكتار. وهكذا نجد أنه في ظرف مائة سنة من الإستعمار أرتفعت مساحة الأراضي المخصصة لزراعة الكروم بـ: 397447 هكتار (أي 399447-2000=397447 هكتار). إلا أنه وبعد صدور قانون في 4 جويلية 1931م، تم توقيف تخصيص أراضي لزراعة الكروم إلا في حدود 10 هكتار في المعدل. وهكذا ففي عام 1939م كان عدد المزارعين في مجال الكروم 31569 مزارع لمساحة كلية تقدر بـ: 394512 هكتار، وكان الإنتاج الكلي 17.874.900 هكتولتر، وفي عام 1959م (أي عشرون سنة بعدها) وصل عدد المزارعين 31.906 مزارع على مساحة كلية تقدر بـ: 349.670 هكتار، وكانوا بمجملهم 18.600.000 هكتو لتر⁽¹⁾.

وهكذا يتبين من خلال ما سبق أن ظاهرة تعاطي الكحول اتسعت رقعتها مع دخول الاستعمار أي أنها دخلت إلى المجتمع الجزائري بالقوة والسلاح. وهكذا نجد أن عملية التثاقف بين ثقافة الاستعمار الفرنسي و ثقافة المجتمع المحلي المستعمر، حسمت لصالح الاستعمار، وعند خروجه عام 1962م استمرت زراعة وانتاج الكروم حتى أصبحت متغلغلة في مجتمعا، وخصوصا وأن السلطات الجزائرية لم تمنع صنع وبيع الخمر، بل المصانع الكبيرة تملكها الدولة.

أما بالنسبة إلى المخدرات الأخرى، حتى ولو لم تكن هناك دراسات ميدانية في عهد الاستعمار عن تعاطي المخدرات عموما و القنب على وجه الخصوص، إلا أن هناك المؤشرات تؤكد على أنه كان هناك تعاطي المخدرات، حيث تغنى الشاعر سي امحمد أو محند الذي توفي عام 1946م بتجربته المريرة مع المخدرات من كيف وشيرا وحتى الأفيون، حيث قال⁽²⁾:

محني صعبة وكبرى

أيها الفاهم عذرا

نتعاطى "الكيف" سلوى

ثقلها ضعف الأخرى

بين أفيون وخمر

ولقد تكلم حتى على الأفيون، حيث قال : إن قلبي منشطر

⁽¹⁾ Edgard, Scotti. « Petite Histoire du Vignoble en Algérie 1830-1962 », Op-Cit.

⁽²⁾ عبد الرحمن، بو زيدة. اشعار سي امحمد أو محند. الجزائر: دار الحكمة، 1990، ص17.

أما بعد خروج الاستعمار الفرنسي، واستقلال الجزائر عام 1962م، فإنه وحتى 1988م كانت السلطات الجزائرية تنفي في الخطابات الرسمية بوجود ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، (مع التسريح ببيع وتعاطي الخمر وفتح الحانات، حتى أنه كانت تعطى رخص للمجاهدين لفتح الحانات). ففي تصريحات اللجنة الوطنية للطب العقلي عام 1988م، بأن تعاطي المخدرات والاعتماد عليها لا وجود لهما في الجزائر، لأنها بلد عربي مسلم⁽¹⁾. فكان موقف النفي هو المسيطر في كل الخطابات الوطنية والتصريحات الرسمية منذ الاستقلال وإلى سنة 1988م، وعلى هذا لم تكن الجزائر في حاجة إلى سياسة أو استراتيجية تهدف إلى مكافحة الاعتماد والتعاطي، مادام غير موجودين⁽²⁾.

لقد أكد البروفيسور ريدوح (المختص في الأمراض العقلية) أن الجزائر كانت تعرف تعاطي المخدرات ما بين 1950-1970 خاصة في الأوساط الفنية، لأن المادة النفسية كانت تسمح بالإبداع الفني، فكثيرات من المطربين والشعراء الجزائريين اعترفوا وصرحوا وتغنوا بالمزايا الإبداعية للقنب الهندي والأفيون، لكن هؤلاء المتعاطين الفنانين كانوا يمثلون الأقلية الثقافية، لأن الأغلبية من المتعاطين كانت من الطبقة الكادحة الفقيرة⁽³⁾.

وفي 1985م صرح الأستاذ كاشا بأن هناك تداول المخدرات بين الشباب في الجزائر، ونبه إلى غياب القانون لمكافحة هذه الظاهرة. كما صرح بأن السلطات أهملت هذه الظاهرة⁽⁴⁾. كما بينت دراسة أحمد عبد النبي سنة 1987م عن إنتشار المدمنين على المواد النفسية الذين يقصدون المصالح للأمراض العقلية والتطور الخطير لهذه الظاهرة في المجتمع الجزائري⁽⁵⁾.

بعدها كانت دراسة كل من جودي ودرامشي وسائيس الوبائية، التي حاول الباحثين من خلالها معرفة الأسباب المؤدية إلى سلوك التعاطي ومعرفة نوع المواد النفسية والمخدرات

(1) Ministère de la Santé et de la Population . Rapport du Comité National de Psychiatrie 1988. Ministère de la Santé et de la Population , Alger, 1988.

(2) M.R. Selhab. « Difficultés, Contraintes et Problèmes méthodologiques pour la mise au point d'un système de surveillance des toxicomanes dans le contexte Algérien » Op-Cit. PP 90-94.

(3) B. Ridouh ; et Coll. « Caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés durant l'année 1997 au service de prévention et de soins aux toxicomanes, Blida ». Centre Hospitalo - Universitaire de Blida, 2000.

(4) B. Kasha. « Fléau Social ou Maladie », Santé Jeunes, 1(1988) :P.6-6.

(5) A. Abdennbi. « Le Toxicomane Hospitalisée en milieu psychiatrique : Etude dans trois services de l'Algérie ». Thèse pour le Diplôme de Docteur en Sciences de Médecine, Université d'Alger, 1987.

المتعاطاة في المجتمع الجزائري وكيفية الحصول عليها⁽¹⁾. كما جاءت دراسة بلعيد وزملاؤه لتدق ناقوس الخطر حول ظاهرة التعاطي المفرط لمادة (Trihexyphenidyle) تريهيكسيفينيديل عند المفحوصين غير الذهانيين بالمركز النفسي الاجتماعي بالشرقة⁽²⁾.

وفي عام 1975م، أي بعد 13 سنة من الاستقلال تمكنت مصالح الأمن من حجز ما لا يقل عن ثلاثة أطنان من القنب الهندي في عملية واحدة. وكان هذا الحدث بمثابة إنذار على وجود ظاهرة التعاطي في الجزائر⁽³⁾. رغم الكمية المحجوزة من القنب، إلا أن السلطات، ونظرا للسياسة المتبناة في تلك الفترة (حيث كانت الجزائر قبل الثورة، و عضو في دول عدم الانحياز و نظام اشتراكي)، لم تريد الاعتراف بوجود خطر المخدرات الذي بدأ ينخر النسيج الاجتماعي للمجتمع الجزائري، الذي يعني ضعف الدولة الجزائرية وهشاشة المجتمع الجزائري.

وفي سنة 1989م، تم حجز طنين من القنب دفعة واحدة، كما تمكنت مصالح الأمن في نفس السنة من توقيف 2500 شخص وتقديمهم أمام العدالة⁽⁴⁾. وهكذا ففي سنة 1989م اعترفت السلطات الجزائرية بوجود مشكل تعاطي المخدرات، وذلك من خلال إعلان وزارة العدل عن إحصائيات وارقام معتبرة متعلقة بالمخدرات. فلقد أكدت وزارة العدل عام 1989م على أن عدد القضايا المتعلقة بالمخدرات بلغت 1843 قضية، أما عدد الأشخاص المقبوض عليهم فكان 3267 شخصا منهم 3034 من جنسيات جزائرية و 233 من جنسيات أجنبية، وأن 2595 منهم حكم عليهم بالإعدام. أما عن الكميات المحجوزة من المخدرات فكانت 3265.439 كلف تمثلت في أغلبها من القنب الهندي، و 13106 قرصا من العقاقير النفسية⁽⁵⁾.

إن هذا الاعتراف بوجود ظاهرة تهريب وتعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، وتقديم أرقام حول هذه الظاهرة من كميات المحجوزات و عدد القضايا والأشخاص المقبوض عليهم، كان مرده إلى السياسة المتبناة من طرف النظام الجزائري آنذاك بعد أحداث أكتوبر،

(1) Deramchi & Djoudi & Sais. des drogués nous parlent . Alger. Comité pour la protection de la Santé, 1987.

(2) A., Belaid. ; et al. «Consommation abusive de Trihexyphenidyle- Etude sur 50 cas Algérois 1984-1988 ». *Actualités Psychiatriques*, 3,20(1990) : pp 48-53.

(3) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. ملخص عن الجهود المبذولة في مكافحة المخدرات وإدمانها في الجزائر في إطار تنفيذ المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات (2004-2008). وزارة العدل. 24 فيفري 2009. ص 3.

(4) نفس المرجع، ص 4.

(5) سهام، العاقل. "دراسة حول فعالية الإعلام في وقاية الشباب من المخدرات" مرجع سابق، ص ص 137-138.

التي أرغمته على تغيير السياسة المنغلقة حتى تلك الفترة، وهو الإنفتاح السياسي وفتح المجال لحرية تشكيل أحزاب سياسية ونقابات وحرية التعبير، فكان هذا الإعراف كتحصيل حاصل للظروف التي كانت موجود آنذاك، حيث أصبح من غير المعقول إخفاء بعض الأحداث التي أصبحت معروفة لدى العام والخاص.

منذ الإنذار الثاني بظاهرة المخدرات والإدمان عليها في الجزائر إثر حيز أكثر من طنين (02) من راتنج القنب وتوقيف حوالي 2500 شخص في عام 1989م. أصبحت الجزائر تشهد تطورا ملحوظا وثابتا نوعا ما سنة بعد أخرى، وتتعلق هذه الأرقام براتنج القنب فقط. إلا أنه ومن خلال قراءة الإحصائيات المتوفرة، يظهر أن سنة 1992 قد شكلت تحولا جذريا في طبيعة الميول العام المتعلقة بالاتجار بالمخدرات، بفعل حيز ما يقارب (07) أطنان من راتنج القنب. وقد تأكد هذا الميول في السنوات اللاحقة بحيز كميات حتى ولو كانت قليلة لكنها معبرة من الهيروين والكوكايين، وكميات هامة من المؤثرات العقلية⁽¹⁾.

وقد أكد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها أن اتساع مساحة التراب الوطني ونقص وسائل وإمكانات مراقبة الحدود الشاسعة (شريط ساحلي طوله 1200 كم، بركة طولها 6000 كم، ومساحة قدرها 2.381.471 كلم²) تعد من أبرز العوامل التي ساعدت على انتشار المخدرات وصعبت التقليل منها، هذا بالإضافة إلى موقع الجزائر القريب من مناطق الزراعة (غربا وجنوبا) ومن مناطق الاستهلاك شمالا. كما أن تضيق الحناق على شبكات المهريين في مختلف أنحاء العالم، وبصفة خاصة في بلدان الضفة الشمالية للمتوسط، الأمر الذي أدى إلى إعادة انتشار الفروع والشبكات في اتجاه القارة الإفريقية، مع تطور الإنتاج والتفريب على المستوى الدولي بسبب الأرباح الطائلة التي يوفرها. كما أن عدم ملائمة التشريعات الوطنية حول المخدرات وغياب تنظيمات ملائمة حول مراقبة حركة رؤوس الأموال (وهنا راجع أساسا إلى الإعراف الحديث للسلطات الجزائرية بتعاطي المخدرات كظاهرة) أدى إلى تفاقم المشكلة⁽²⁾.

والملاحظة الأولى التي تفرض نفسها هي أن الجزائر، في المرحلة الراهنة، لا تعتبر بلدا منتجا ولا مستهلكا بصفة واسعة، لكنها فضاء مفضلا للعبور، وفي هذا الإطار نسجل

(1) الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها 2004-2008. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، د.ت، ص6.

(2) نفس المرجع. ص6.

بأن 90% من الكميات المحجوزة من قبل المصالح المعنية خلال السنوات الأخيرة كانت موجهة للإستهلاك في بلدان أخرى من أوروبا وإفريقيا والشرق الأوسط (93.39% في سنة 2000، و 91.30% في سنة 2001 بينما تقدر هذه النسبة بـ 73.5% سنة 2002)⁽¹⁾.

إلا أنه اعتبارا من سنة 2007، شهدت الجزائر تحولا خطيرا من خلال محاولات بعض شبكات المخدرات من زرع المخدرات على المستوى الوطني، حيث دق مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماها السيد عبد المالك سايح ناقوس الخطر في عام 2007م بأن الجزائر تستطيع أن تصبح بلدا منتجا للمخدرات إذا لم تتدارك السلطات الأمور في أوانها، وهذا إثر الإعلان عن كشف وحجز 8224 نبتة الأفيون و 6260 نبتة القنب بولاية أدرار، وهذا ما ينذر بالخطر الآتي من جنوب الجزائر⁽²⁾.

كما تم خلال السداسي الأول من سنة 2007م القضاء على 330 ألف شجيرة للقنب الهندي و 60 ألف شجيرة من الأفيون وهو ما يعكس حسب مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، وجود حركة نشاط وشبكة واسعة عبر مختلف ولايات الوطن تنشط في تجارة المخدرات بتواطؤ بعض الفلاحين الصغار الذين توقفوا عن نشاطهم ليتحولوا إلى زرع الأفيون، علما أن قوات الأمن تمكنت من تفكيك العديد من هذه الشبكات، وتم على إثرها معالجة 1000 قضية حيازة مخدرات وإحالتها على العدالة، لاسيما من الأفارقة التابعين إلى النيجر والمالي، كما ربط المسؤول عملية مباشرة تجارة المخدرات في إنتاج المخدرات وزراعتها في الجزائر، بتضييق مصالح الأمن الخناق على هؤلاء التجار بعد تكثيف دوريات الرقابة، خاصة على الحدود الغربية، وقال إن الرقابة المشددة دفعت بتجار المخدرات إلى التفكير واللجوء إلى زراعة هذه السموم في الجزائر مما يفك قيود ارتباطهم بتجار ومروجي المخدرات في المغرب⁽³⁾.

وهكذا نجد أنه بعد تراجع المساحات المزروعة بالقنب بالمملكة المغربية، بفضل الجهود الدولية عن طريق الأمم المتحدة، وذلك عن طريق تحويل أراضي الريف إلى زراعات أخرى بدعم من الأمم المتحدة، وبفضل جهود السلطات المغربية، حيث أصبحت المساحات

⁽¹⁾ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماها. المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها 2004-2008. مرجع سابق، ص 8.

⁽²⁾ Nawal, Imés. « Le Directeur de l'Office de Lutte Contre la Toxicomanie Tire la Sonnette d'Alarme : L'Algérie est en passe de devenir un Pays Producteur de Stupéfiants ». *Le soir d'Algérie*, Mardi 12 Juin 2007.

⁽³⁾ إيلي، ك. "الجزائر تتحول من بلد مستهلك للمخدرات إلى بلد منتج". *جريدة البلاد*، 12 جوان 2007.

المخصصة لزراعة القنب بالريف المغربي تقدر بـ: 72.500 هكتار في 2005 بعدما كانت تقدر بـ: 134.000 هكتار في 2003⁽¹⁾، هناك محاولات لتحويل الجزائر إلى بلد منتج للمخدرات لتغطية العجز الناتج عن تراجع كميات المخدرات المنتجة من طرف المملكة المغربية.

المطلب الثاني: جهود السلطات والمشرع الجزائري في مكافحة المخدرات:

لقد صادقت الجزائر على كل الاتفاقيات الدولية المتعلقة بمكافحة المخدرات مباشرة بعد استقلالها. فقد انضمت إلى الاتفاقية الوحيدة لسنة 1961م، بالمرسوم الرئاسي رقم 63-343 بتاريخ 11 سبتمبر 1963م بتحفظ، حيث تحفظت على المادتين 42 و 49. كما صادقت على الاتفاقية المتعلقة بالمؤثرات العقلية المبرمة في 21 فبراير سنة 1971م بمدينة فيينا بمرسوم رئاسي رقم 77-177 المؤرخ في 07 ديسمبر 1977. ووافقت مع تحفظ على اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية الموافق عليه في فيينا بتاريخ 20 ديسمبر 1988م، وهذا عبر المرسوم التشريعي رقم 94-02 المؤرخ في 05 مارس 1994م، وبالمرسوم الرئاسي رقم 95-14 المؤرخ في 24 جانفي 1995م. تحفظت الجزائر على مادتي 42 و 49 من الاتفاقية الوحيدة لسنة 1961، الذي جاء فيها: تسري هذه الاتفاقية على كل إقليم غير متروبولي، تتولى إحدى الدول الأطراف مسؤولية علاقاته الدولية، ولا يقضي العرف أو دستور الدولة الطرف أو الإقليم بسبق الحصول على موافقته. فإن قضى العرف أو دستور أيهما بذلك، تسعى الدولة الطرف إلى الحصول في أقصر وقت ممكن على تلك الموافقة، وتبلغ الأمين العام بذلك الحصول عند حدوثه، وتسري الاتفاقية على الإقليم أو الأقاليم المذكورة في البلاغ من تاريخ وروده إلى الأمين العام. وفي الحالات التي لا يقتضي فيها سبق الحصول على موافقة الإقليم غير المتروبولي، تعلن الدولة الطرف المعنية، لدى توقيعها هذه الاتفاقية أو تصديقها عليها أو انضمامها إليها، اسم الإقليم أو الأقاليم التي تسري عليها الاتفاقية⁽²⁾. حيث جاء في المادة

⁽¹⁾Office Contre la Drogue et le Crime. Rapport Mondial sur les Drogues 2007. P101. Nations Unies. New York. www.unodc.org. (16/09/2012).

⁽²⁾ الأمم المتحدة. الاتفاقية الموحدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972 المعدل للاتفاقية الموحدة للمخدرات سنة 1961. الأمم المتحدة ، 1979، ص 63.

الثانية من المرسوم الرئاسي أن الجزائر لا توافق على نص المادة 42، والتي لا تستطيع منع تطبيق الاتفاقية على الأقاليم المسماة غير المتروبولية، وجاء في المادة 3 من المرسوم الرئاسي أن الجزائر غير معنية بالفقرة الثانية من المادة 48 والتي تنص على الإحالة إلى محكمة العدل الدولية كل نزاع بين دولتين أو أكثر.

أما على المستوى الداخلي، فالملاحظة الأولى تكمن في أنه رغم أن الجزائر أعلنت إنضمامها إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961م، عام فقط بعد الاستقلال أي في سبتمبر 1963م، إلا أنها لم تقم بوضع تشريع وطني خاص بالمخدرات حتى سنة 1975م، وهذا يعتبر تأخراً كبيراً ظهرت عواقبه بعد عدة سنوات.

الأمر رقم 75-9 المؤرخ في 17 فيفري 1975م: يتضمن قمع الاتجار والاستهلاك المحظورين للمواد السامة والمخدرات⁽¹⁾. حيث جاء في المادة (3) الثالثة: يعاقب بالحبس لمدة من عشرة إلى عشرين عاماً، وبغرامة مالية من 5.000 دج إلى 10.000 دج، من، بصفة غير قانونية، صنع، أو هياً أو غير، أو استورد، أو تولى عبور، أو صدر، أو خزن، أو سمسر، أو باع، أو أرسل، أو حمل، أو اتجر في المخدرات بأي حالة أخرى. كما تنص المادة 4: يعاقب بالحبس لمدة من عامين إلى عشرة أعوام، وبغرامة مالية من 5.000 دج إلى 50.000 دج أو بإحدى العقوبتين: كل من سهل للغير استعمال تلك المواد أو النباتات بعوض أو بدونه، أو بإعداد محل لهذا الغرض أو بأي وسيلة أخرى. وكل من تسلم أو حاول تسليم هذه المواد أو النباتات بوصفة طبية صورية أو ممنوحة بمجاملة. و كل من تسلم تلك المواد أو النباتات بمجرد إبراز لوصفات عالما بطابعها الصوري أو بمنحها مجاملة.

وعندما يسهل استهلاك تلك المواد أو النباتات لقاصر عمره أقل من واحد وعشرين عاماً، أو تسلم له تلك المواد أو النباتات في الحالات السابقة فتكون مدة الحبس من خمسة إلى عشرة أعوام.

⁽¹⁾ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 15، 21 فبراير 1975م. الجزائر: المطبعة الرسمية، ص ص 226-227.

كما يمكن للمحاكم أن تصدر حكم منع الإقامة لمدة عامين على الأقل إلى خمسة أعوام على الأكثر كل شخص حكم عليه بمقتضى المواد السابقة، وينبغي للمحاكم أن تأمر بسحب جواز السفر وحجز رخصة سوق السيارات لمدة ثلاثة أعوام على الأكثر.

وتنص المادة الخامسة من هذا الأمر: أنه يعاقب بالحبس لمدة من شهرين إلى عام واحد، وبغرامة مالية من 500 إلى 5.000 دج، أو بإحدى العقوبتين كل من استهلك بصفة غير قانونية إحدى المواد أو النباتات المصنعة كمخدرات. كما تسوغ هذه المادة لقضاة التحقيق أن يجبروا الأشخاص المتابعين بمقتضى هذه المادة على معالجة أنفسهم قصد إزالة التسمم في مؤسسة طبية متخصصة. وقد يصل الحكم إلى الإعدام بمقتضى هذا الأمر، حيث جاء في نص المادة الثامنة (08) : عندما يكون طابع إحدى هذه الجرائم المشار إليها في هذا النص من شأنه أن يلحق أضرار بالصحة الأخلاقية للشعب الجزائري يمكن الحكم بالإعدام.

الأمر رقم 75-26 المؤرخ في 17 ربيع الثاني 1395هـ الموافق لـ 29 افريل 1975م:
يتعلق بقمع السكر العمومي وحماية القصر من الكحول⁽¹⁾.

جاء في المادة الأولى من هذا الأمر: انه كل من يوجد في حالة سكر سافر في الشوارع، أو في المقاهي أو في المحلات العمومية الأخرى يعاقب بغرامة قدرها 40 دج إلى 80 دج. وفي حالة العود المتكرر يمكن أن تصل العقوبة إلى السجن لمدة تتراوح ما بين شهرين وسنة وبغرامة مالية من 100 دج إلى 4000 دج. كما يمنع لمدة سنة على الأقل وخمس سنوات على الأكثر من حق سوق سيارة ذات محرك، كما يمكن أن يجرّد من السلطة الأبوية.

أما عن حماية القصر من الكحول، فقد جاء في المادة (14) الرابعة عشر: يمنع أصحاب المحلات بيع المشروبات والمحلات العمومية الأخرى في يوم وفي أي ساعة من بيع الخمور الكحولية، أو عرضها مجاناً على القصر البالغة أعمارهم أقل من 21 سنة لحملها معهم أو لشربها في عين المكان. وكل من خالف هذه المادة يعاقب بغرامة من 2000 دج إلى 20.000 دج. وفي حالة العود خلال 5 سنوات يعاقب بغرامة من 4000 دج

⁽¹⁾ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 37، 9 مايو سنة 1975م. الجزائر: المطبعة الرسمية، ص 498-499.

إلى 40.000 دج، ويمكن علاوة على الغرامة إصدار حكم بالسجن من شهرين إلى سنة كاملة.

كما تنص المادة 21 بالزام المقاهي والحانات ومحلات بيع المشروبات الكحولية الأخرى، بإلصاق إعلان ينص على أحكام هذا الأمر، وإلا فإن صاحب المحل يمكنه أن يتعرض إلى العقوبة.

القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405هـ، الموافق لـ 16 فبراير سنة 1985م، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها⁽¹⁾.

رغم أن الجزائر خلال هذه الفترة، لم تكن تعترف رسميا بوجود ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، إلا أنها أصدرت هذا القانون الخاص بحماية الصحة وترقيتها، حيث يعاقب بموجبه كل فرد يتورط في إنتاج المواد أو النباتات السامة المخدرة، كما يعاقب على نقلها واستيرادها وحيازتها وإهدائها وشرائها واستعمالها.

وجاء في المادة 190 من هذا القانون: يحدد عن طريق التنظيم إنتاج المواد أو النباتات السامة المخدرة وغير المخدرة ونقلها واستيرادها وتصديرها وحيازتها وإهدائها والتنازل عنها وشرائها واستعمالها وكذلك زراعة هذه النباتات.

أما المادة 241، فتتعلق بالأحكام الجزائية بالمواد الصيدلانية، إذ جاء في المادة، أنه يعاقب الذين يخالفون المادة 190 فيما يخص المواد السامة غير المخدرة، بالحبس من شهرين إلى سنتين، وبغرامة مالية تتراوح بين 2000 دج و 10.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين.

وتنص المادة 242 من هذا القانون ، أنه يعاقب الذين يخالفون أحكام التنظيمات المنصوص عليها في المادة 190 من هذا القانون، فيما يخص المواد السامة المصنفة على أنها مخدرات، بالحبس من سنتين إلى عشر سنوات، أو بغرامة مالية تتراوح بين 5000 دج و 10.000 دج، أو بإحدى هاتين العقوبتين.

أما فيما يتعلق بصناعة وتحضير وتحويل المخدرات، فقد جاء في المادة 243: أنه يعاقب بالحبس من عشر سنوات إلى عشرين سنة وبغرامة مالي بين 5000 دج إلى

⁽¹⁾ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 08، 16 فبراير 1985م، الجزائر: المطبعة الرسمية، ص ص 176-202 .

10.000 دج الذين يصنعون بصفة غير شرعية، مخدرات أو يحضرونها أو يحولونها أو يستوردونها أو يتولون عبورها أو يصدرونها أو يستودعونها أو يقومون بالسمسرة فيها أو يبيعونها أو ينقلونها أو يعرضونها للتجارة بأي شكل كان.

مرسوم تنفيذي رقم 92-151 المؤرخ في 11 شوال عام 1412هـ الموافق لـ 14 أفريل سنة 1992م، يتضمن إنشاء لجنة وطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها⁽¹⁾.

حيث تنص المادة الأولى منه، أنه: نتشأ لدى الوزير المكلف بالصحة، لجنة وطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.

ومن بين ما جاء في المادة الثانية، والمتعلقة بالمهام الموكلة إليها: أنها تقيم أثر الإدمان على المخدرات وتوصي بالإجراءات ذات الطابع الطبي والاجتماعي أو التنظيمي اللازمة، و تحلل مجموع العوامل التي لها علاقة باستعمال المواد ذات الطابع التخديري والإفراط في استعمالها، وتقتراح الإجراءات لإلغاء عرضها والطلب عليها، كما تقترح عناصر السياسة الوطنية في مجال مكافحة الإدمان على المخدرات، و تعد و تنظم ملتقيات للتكوين أو الإعلام حول مكافحة التهريب والاستعمال المفرط للمخدرات والمواد المؤثرة على العقل، وحول العلاجات وإعادة تكييف المدمنين على المخدرات وتشارك فيها، وتقتراح كل إجراء أو طريقة للوقاية والتربية لمكافحة الإفراط في المخدرات، وتشجع ترقية حركة الجمعيات التي تعمل في إطار الوقاية من الإفراط في المخدرات، و تدرس الاتفاقيات والبرتوكولات الدولية في مجال المخدرات والمواد المؤثرة على العقل وتقتراح طرق التطبيق المكيفة مع الظروف الخاصة بالبلاد، وتساهم في تطبيقها بعد المصادقة عليها،

مرسوم تنفيذي رقم 97-212، المؤرخ في 4 صفر 1418هـ الموافق لـ 9 يونيو سنة 1997م، يتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها⁽²⁾.

قبل إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، نصبت لجنتان من طرف السلطات العمومية، لدراسة آفة المخدرات والإدمان عليها، كانت الأولى سنة 1971م،

⁽¹⁾ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 28، 15 أبريل 1992م، الجزائر: المطبعة الرسمية، ص ص 822-823.

⁽²⁾ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 41، 15 يونيو 1997م، الجزائر: المطبعة الرسمية، ص ص 5-7.

والثانية في 1992م، لكن نشاط هذين الهيكلين لم يفض إلى إرساء سياسة وطنية مدعمة بوسائل ملائمة، تترجمها نشاطات منهجية ملموسة في الميدان.

أعدت اللجان المشتركة بين القطاعات بعد التشاور ودراسة الظاهرة تقارير في 1999 و 2001 تتضمن إقتراح القيام بنشاطات متعددة تشارك فيها كل القطاعات المعنية مع تحديد الوسائل الضرورية لإنجاز هذه النشاطات، وأوصت هذه الهياكل في استنتاجاتها المختلفة بتطبيق المرسوم رقم 97-212 المؤرخ في 09 جوان 1997م والمتضمن إنشاء الديون الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، وفعلا جاء تنصيب الديوان في أكتوبر 2002م⁽¹⁾. وجاء في المادة الأولى من هذا المرسوم: أنه ينشأ لدى رئيس الحكومة ديوان لمكافحة المخدرات وإدمانها، يدعى في صلب النص "الديوان"^(*).

من بين أهم المهام التي كلف بها هذا الديوان، فهي: إعداد السياسة الوطنية واقتراحها لمكافحة المخدرات وإدمانها في مجال الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج والقمع والسهر على تطبيقها.

أما أهم إنجازات هذا الديوان⁽²⁾، فتتمثل في مراجعة التشريع الوطني الخاص بالمخدرات بغرض تحيينه وجعله يتلاءم والتحولت الجذرية التي عرفها المجتمع الجزائري من جهة، ومع تطورات ظاهرة المخدرات من جهة أخرى، ويتمثل أيضا في جعل التشريع الوطني يتطابق مع الاتفاقيات والمعاهدات الدولية العديدة التي صادقت عليها الجزائر.

القانون رقم 04-18 المؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425 هـ الموافق لـ 25 ديسمبر 2004 والمتعلق بالوقاية من المخدرات و المؤثرات العقلية و قمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها⁽³⁾.

⁽¹⁾الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها 2004-2008. مرجع سابق، ص 10.

^(*) يجب الإشارة أن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، أصبح فيما بعد، أي في شهر جوان 2006، تابع لوزارة العدل، وهذا بعدما كان تابع مباشرة إلى رئاسة الحكومة، وهذا عن طريق المرسوم التنفيذي الرئاسي رقم 06-181 المؤرخ في 09 جوان 2006.

⁽²⁾الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. ملخص عن الجهود المبذولة لمكافحة المخدرات وإدمانها في الجزائر في إطار تنفيذ المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات (2004-2008). الجزائر: وزارة العدل، 24 فيفري 2009.

⁽³⁾الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 83، 26 ديسمبر 2004، الجزائر: المطبعة الرسمية، ص ص 3-10.

نظرا لتفاقم ظاهرة الاتجار غير المشروع للمخدرات في الجزائر، وهذا عن طريق نسبة المحجوزات، فعلى سبيل المثال ارتفاع نسبة المحجوزات من 2002 إلى 2004 بـ: (100%)⁽¹⁾. ولكون التشريعات السابقة (الأمر رقم 09-75 والأمر رقم 26-75 والقانون رقم 05-85) أصبحت غير قادرة على مواجهة خطر المخدرات والتطور السريع لهذه الظاهرة على المستوى الوطني والدولي، وسعيا منها على مواكبة القوانين الدولية والاتفاقات العالمية التي صادقت عليها الجزائر تناول المشرع الجزائري جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية بهذا القانون، ملغيا جميع الأحكام المخالفة له لاسيما المواد 190، 241 إلى 259 من القانون رقم 05/85، وجاء القانون 18-04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، انسجاما مع الاتفاقيات الدولية باستعمال مصطلح الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال، لاسيما حين اعتمد اساليب العلاج والوقاية (التي غابت في التشريعات السابقة)، حيث قرر مبدأين في هذا المجال، مبدأ عدم ممارسة الدعوى العمومية (إنعدام المتابعة الجزائية) ومبدأ الإعفاء من العقوبة. وهذا سعيا منه للتشجيع على الخضوع للعلاج، حيث أعطى فرصة لمستعملي المخدرات لإثبات سعيهم للتخلص من الإدمان، ونص صراحة على عدم متابعة الأشخاص الذين يخضعون للعلاج المزيل للتسمم في حالة إثبات الخبرة الطبية أن الحالة تستوجب العلاج⁽²⁾.

فقد جاء في المادة الأولى من هذا القانون على أنه يهدف إلى الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها. وجاء في المادة الثانية، أن المقصود بالمؤثرات العقلية، السلائف، المستحضر، القنب، نبات القنب، خشخاش الأفيون، شجيرة الكوكا، الاستعمال غير المشروع، الإدمان، العلاج من الإدمان، الزراعة، الإنتاج، الصنع، التصدير، والاستيراد، النقل ودولة العبور. وهكذا تضمن هذا القانون أربعة (4) فصول:

⁽¹⁾ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها. المجلس الأوروبي مجموعة بومبيدو. دراسة في إطار مشروع MEDSPAD والمرصد الفرنسي لمكافحة المواد النفسية OFDT. فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات

وطنية لوقاية من المخدرات ومكافحتها. الجزائر - يومي 03 و 04 ديسمبر 2006، الجزائر العاصمة. ص 11.

⁽²⁾ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها. آليات التنسيق بين مختلف الهيئات في اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية على ضوء القانون 18-04، الأيام الدراسية حول تطبيق قانون 18-04. 5 و 6 ماي 2009م، الجزائر العاصمة.

حاول المشرع في الفصل الأول إعطاء تعريفات قانونية دقيقة للمخدرات والمؤثرات العقلية، كما عرج على تعريف المخدرات الأكثر شيوعا كالسلائف المستحضرات ثم أنواع المخدرات كالقنب وخشخاش الأفيون وشجيرة الكوكا... كما تطرق للاستعمال غير الشرعي (أو دون وصفة طبية) للمخدرات والمؤثرات العقلية⁽¹⁾. كما عرّف المدمن وما المقصود به، ثم عرّج على الزراعة والانتاج والصنع، التصدير والاستيراد، النقل والعبور. أما فيما يخص الجرائم فقد حصرها هذا القانون في المواد من 12 إلى 22، ونص على العقوبات المقررة لها، ومن أهم هذه الجرائم الاستهلاك والحيازة من أجل الاستهلاك، عرض المخدرات أو المؤثرات العقلية على قاصر أو معوق أو شخص يعالج من الإدمان، وذلك نظرا لضعف هذه الفئة واستغلال الجاني لظروفها. وكذا جريمة الاعتراض أو منع الأعوان المكلفين بمعاينة الجريمة، تسهيل الاستعمال للغير (توفير المحل، أصحاب الفنادق والشقق المفروشة والحانات والمطاعم)، تقديم وصفة طبية صورية أو على سبيل المحاباة، ويقصد القانون الجزائري هنا الأطباء والصايدلة متى علموا بصورية الوصفة الطبية ورغم ذلك قاموا بتسليم المواد المؤثرات العقلية.

إنتاج وصنع وعرض وبيع والشراء من أجل البيع، التخزين، الاستخراج، التوزيع، النقل عن طريق العبور. هذه الجرائم صنفها القانون رقم 04-18 على أنها جنح، كما يعاقب القانون على الاشتراك في الجريمة عملا بالمبدأ العام، كما يعاقب على الشروع فيها. ورغم تكييفه للجرائم المنصوص عليها أعلاه على أنه جنح إلا أنه شدد العقوبات، حيث تتراوح ما بين سنتين في الجريمة المنصوص عليها في المادة (12) وعشرين سنة في الجريمة المنصوص عليها في المادة (17).

أما الجرائم الواردة في المادة (18) وما بعدها فكيفت على أساس جنايات يعاقب عليها القانون بالسجن المؤبد، وتتمثل في تصدير أو استيراد المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، زرع الخشخاش، الأفيون، الكوكا، القنب، صناعة، نقل، توزيع السلائف أو تجهيزات أو معدات بهدف استعمالها في الزراعة أو الإنتاج أو الصناعة. و استبعد القانون ظروف

(1) فاطمة، العرفي و ليلي إبراهيم العدوان. جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع. الجزائر: دار الهدى، عين مليلة، 2010، ص 127.

التخفيف متى ارتكبت الجريمة في حالات معينة كاستخدام العنف أو الأسلحة، وهي خمس حالات. كما شددت العقوبات في حالات العود، وذلك بمضاعفة العقوبة.

الإعفاء من العقوبة : وقد ذكر قانون المخدرات والمؤثرات العقلية المادة 30 منه، على أنه يعفى من العقوبة كل من يبلغ السلطات الإدارية أو القضائية بكل جريمة منصوص عليها في هذا القانون قبل البدء في تنفيذها أو الشروع فيها.

خفض العقوبات: فقد خفض المشرع الجزائري العقوبات التي يتعرض لها الفاعل الأصلي أو الشريك في الجرائم المنصوص عليها في المواد 12 إلى 17 من هذا القانون إلى النصف، إذا أمكن من تحريك الدعوة العمومية من إيقاف الفاعل الأصلي أو الشريك في نفس الجريمة أو الجرائم الأخرى من نفس الطبيعة أو مساوية لها في الخطورة. وتخفيض العقوبات المنصوص عليها في المواد من 18 إلى 23 من هذا القانون إلى السجن المؤقت من عشرة (10) سنوات إلى عشرين (20) سنة وهذا حسب المادة 31.

أما القواعد الإجرائية: فقد تناول المشرع في الفصل الرابع القواعد الإجرائية المتعلقة بجرائم المخدرات والمؤثرات العقلية بحث الجهات القضائية المختصة بأن تأمر في كل الحالات المنصوص عليها في المادة 12 وما يليها من هذا القانون بمصادرة النباتات والمواد المحجوزة التي لم يتم إتلافها أو تسليمها إلى هيئة مؤهلة قصد استعمالها بطريقة مشروعة وهذا بموجب المادة 32. وأن تأمر كل الحالات بمصادرة المنشآت والتجهيزات والأموال المنقولة والعقارية الأخرى المستعملة أو الموجهة للاستعمال قصد ارتكاب الجريمة إيا كان مالكةا، إلا إذا أثبت أصحابها حسن نيتهم (أنظر المادة 33). كما تأمر الجهة القضائية المختصة، حسب المادة (34) بمصادرة الأموال النقدية المستعملة في ارتكاب الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون أو المتحصل عليها من هذه الجرائم، دون المساس بمصلحة الغير حسن النية.

وفيما يخص تطبيق النص الجنائي من حيث المكان: فحسب المادة 35، أنه يمكن أن تتابع وتحاكم الجهات القضائية الجزائية كل من يرتكب جريمة منصوص عليها في هذا القانون سواء كان جزائريا أو أجنبيا مقيما بالجزائر أو موجود بها، أو كل شخص معنوي خاضع للقانون الجزائري، ولو خارج الإقليم الوطني، أو يكون قد ارتكب فعلا من الأفعال

المكونة لأحد أركان الجريمة داخل الإقليم الجزائري حتى وإن كانت الأفعال الأخرى قد تم ارتكابها في بلدان أخرى.

الضبطية القضائية : نصت المادة (36) من هذا القانون، فعلاوة على ضباط الشرطة القضائية المنصوص عليهم في المادة (12) وما يليها من قانون الإجراءات الجزائية، يمكن أن يقوم المهندسون الزراعيون ومفتشو الصيدلية المؤهلين قانونا من وصايتهم، تحت سلطة ضباط الشرطة القضائية، بالبحث عن الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون ومعاينتها. كما يجوز لضباط الشرطة القضائية إذا دعت ضرورات التحقيق الابتدائي المتعلق بالبحث عن الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون ومعاينتها، أن يوقفوا للنظر أي شخص مشتبّه فيه لمدة (48) ساعة⁽¹⁾.

ومما يلاحظ في هذا القانون، أنه: حاول تدارك النقائص، وسد الثغرات التي تضمنتها القوانين السابقة التي تطرقت إلى مكافحة المخدرات، فعملا بمقولة الوقاية خير من العلاج، تطرق القانون 18-04 إلى الإجراءات الوقائية والعلاجية، قبل أن يتطرق إلى التجريم والعقاب، وهذا إقرار ضماني بأن الوقاية هي السبيل الناجح للتقليل من الطلب على المواد المخدرة والتخليقية، وكذا هي السبيل إلى حماية الفئات الهشة التي يمكن أن تكون في أية لحظة عرضة لولوج دائرة المخدرات⁽²⁾.

⁽¹⁾ عبيدي، الشافعي. قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين. الجزائر: دار الهدى، عين مليلة، 2008، ص ص 3-19.

⁽²⁾ محمد، لعزيزي. محاضرة حول المخدرات ورقة مقدمة في إطار آليات التنسيق بين مختلف الهيئات في اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية على ضوء القانون 18-04، الايام الدراسية حول تطبيق قانون 18-04. 5 و 6 ماي 2009م، الجزائر العاصمة.

المبحث الثاني: طرق تهريب وتعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري :

المطلب الأول : طرق تهريب المخدرات في الجزائر:

بحكم موقع الجزائر الجيوستراتيجي المطل على البحر الأبيض المتوسط، بشريط ساحلي يقدر بـ 1622 كم^(*)، وحدود برية تقدر بـ 6.343 كم موزعة كالاتي⁽¹⁾:

- المملكة المغربية 1559 كم

- مالي 1376 كم

- ليبيا 982 كم

- تونس 965 كم

- النيجر 956 كم

- موريتانيا 463 كم

- الجمهورية العربية الصحراوية 42 كم

وبحكم حدود الجزائر مع المملكة المغربية التي تعتبر أول بلد منتج لراتنج القنب في العالم، حيث يمول السوق غير الشرعية لدول شمال إفريقيا وأوروبا الغربية⁽²⁾. حيث تنتج المملكة المغربية سنويا 38.000 طن حشيش القنب، و760 طن راتنج القنب، على مساحة قدرت بـ: 47.500 هكتار⁽³⁾. وتشارك حوالي 89.900 عائلة مغربية في إنتاج القنب، أعظمهم من الريف المغربي، أين تتركز زراعة وإنتاج القنب الهندي⁽⁴⁾. ويقدر الخبراء رقم الأعمال لتجارة غير الشرعية للراتنج القنب للمملكة المغربية بـ: 5.5 مليار دولار سنويا، وهو ما يعادل 4.6 مليار يورو⁽⁵⁾.

كما أن حدود الجزائر مع دول الساحل أزيد من 2.795 كلم.

(*) أوضح السيد زبير بن صبان، في أشغال تقديم عملية ترقية مخططات تهيئة الساحل لولايتي عنابة والطارف، المنعقدة بعنابة، أنه بفضل قانون الساحل الصادر سنة 2002، تم إعادة حساب طول الشريط الساحلي للجزائر، على اعتبار أن تحديد طول 1200 كيلومتر يعد رقما موروثا عن الحقبة الاستعمارية <http://www.palmoon.net/7/topic-550-18.html> . (2011/10/09).

(1) الهادي، قطش. أطلس الجزائر والعالم: طبيعيا، بشريا، اقتصاديا، سياسيا. الجزائر: دار الهدى، عين مليلة، 2009، ص 24.

(2) Nations Unies, Office Contre la Drogue et le Crime. Rapport Mondial sur les Drogues 2007. Nations Unies. New York 2008, p.101.

(3) Nations Unies, Office Contre la Drogue et le Crime. Rapport Mondial sur les Drogue 2012. Nations Unies, New York, 2012, p. 57.

(4) Nations Unies, Office Contre la Drogue et le Crime. Enquête sur le cannabis au Maroc 2005. NUOCDC, Janvier 2007, P.5.

(5) Ibid, P.5.

وشساعة التراب الوطني ب: 2.381.741 كلم2

كل هذه المعطيات السالفة الذكر، رشحت الجزائر بأن تصبح منطقة عبور مهمة لجميع أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية وعلى رأسها القنب الهندي. وهذا ما تؤكد الأرقام التي ينشرها الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها عن طريق الحصيد السنوية للمحجوزات.

الجدول رقم (05) حصيد المحجوزات من المخدرات لسنتي 2011 و 2012

نوع المخدر	2011	2012
النوع	الكمية	الكمية
راتنج القنب	53.323,093 كلغ	157 382,643 كلغ
بذور القنب	39.924 كلغ	127,4 غ
نبته القنب		88 نبته
المؤثرات العقلية	262.074 قرصا 10 قارورات 56 علبة 98 كبسولة	937 660 قرصا 36 قارورة من الميتادون، 42 علبة من المورفين (Sulfate de Morphine) 36 كبسولة
الكوكاين	1.091,023 غ	182 856,7 غ
الكراك	5.7 غ	
الهيروين	2.493,65 غ	6 073,659 غ
خشخاش الأفيون	805.1 غ	
نبته من الأفيون	340 نبته	204 نبته.
بذور الأفيون	/	13 غرام

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها، الحصيد السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنة 2011 و 2012.

ومن خلال القراءة الأولية للجدول رقم (05)، يتبين الارتفاع المذهل للمحجوزات من رانتج القنب والكوكايين والهيروين لسنة 2012 مقارنة بسنة 2011.

أما عن قضايا التهريب، يتبين أنه تم معالجة من طرف مصالح المكافحة (الشرطة، الدرك والجمارك) خلال سنة 2011، 7473 قضية عبر التراب الوطني. 1939 قضية متعلقة بالتهريب والاتجار غير المشروع للمخدرات، منها 1407 قضية متعلقة بتهريب رانتج القنب والأفيون و 69 قضية بالتهريب الدولي لراتج القنب والأفيون، 07 قضايا متعلقة بالتهريب الدولي للكوكايين، و 05 قضايا متعلقة بتهريب الهيروين، وقضية واحدة متعلقة بتهريب الدولي للهيروين. كما تم تسجيل 436 قضية تخص الاتجار بالمؤثرات العقلية، وكذلك 14 قضية متعلقة بالتهريب الدولي لنفس المادة⁽¹⁾.

كما تمكنت المصالح المعنية في نفس السنة 2011، بعد التحريات من توقيف 10574 شخص. منهم 2666 مهريا لراتج القنب و الأفيون، 6455 مستهلكا لراتج القنب والأفيون، 538 مهريا للمؤثرات العقلية، 827 مستهلكا للمؤثرات العقلية، 03 مهريا للكوكايين، 03 مستهلكا للكراك، 26 مهريا للهيروين و 17 مستهلكا للهيروين. كما تم توقيف 11 شخصا تورطوا في زراعة القنب والأفيون.

ومن بين المقبوض عليهم في هذه الجرائم، هناك 123 أجنبيا، وهذا ما يعطي الانطباع إلى البعد الدولي لقضية المخدرات.

وحسب الجدول رقم (06)، فمجموع الأشخاص الذين تم توقيفهم في قضايا التهريب وصل إلى 3232 شخص، وهذا لمختلف أنواع المخدرات، لسنة 2011 فقط، منهم 123 مهرب أجنبي، على رأسهم 64 شخص من دول الساحل و غرب إفريقيا و 11 شخص من المغرب. وهذا ما يؤكد الخطورة الآتية من الحدود الغربية و الجنوبية، التي اتخذ مهربيها الجزائر كمنطقة عبور لتهريب المخدرات إلى دول أوروبا والشرق الأوسط.

⁽¹⁾ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات ولإماتها. الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح المكافحة لسنة 2011. مرجع سابق، ص2.

الجدول رقم (06) المتورطون الأجانب في جرائم المخدرات لعام 2011 حسب البلد

العدد	البلد
27	نيجيريا
19	نيجر
18	مالي
11	المغرب
5	ليبيا
3	فرنسا
2	تونس
2	غينيا
1	لبيريا
1	الكاميرون
1	البنين
1	الأردن
1	اليابان
31	آخرون (لم تحدد هويتهم)

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنة 2011.

وقد وصل عدد الأشخاص الذين تم القبض عليهم لسنة 2012 في قضايا المخدرات ، 16672 شخص، منهم 1349 في التهريب و المتاجرة في المؤثرات العقلية، 34 شخص في تهريب والمتاجرة في الهيروين، 24 شخص في قضايا تهريب والمتاجرة في الكوكايين، و 4 أشخاص متورطين في زراعة القنب والأفيون. أما عدد الأجانب المتورطين في قضايا المخدرات لسنة 2012، فقد وصل إلى 136 شخص.

الجدول رقم (07) عدد الأجانب المتورطين في قضايا المخدرات لسنوات 2010، 2011، 2012

السنة	عدد الأجانب	الفرق
2010	56	-
2011	123	67 (+)
2012	136	80 (+)
المجموع	315	-

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات 2010، 2011، 2012.

وإذا قمنا بعملية مقارنة بسيطة بين عدد الأجانب الموقوفين بين السنوات الثلاثة الأخيرة، نجد أن سنة 2010 كان عدد الأجانب الذين تورطوا في قضايا المخدرات 56 أجنبيا، أي أن سنة 2011 عرفت ارتفاعا ملحوظا في عدد الأجانب المقبوض عليهم ب 67 شخصا بنسبة 219.64%، ليرتفع العدد إلى 136 أجنبي سنة 2012، ليصل إلى 136، أي بنسبة ارتفاع تقدر ب: 242.85 % مقارنة بسنة 2010. ويعود هذا الارتفاع لعدة أسباب، منها أن الجزائر أصبحت منطقة مفضلة للمهربين لتهرب المخدرات، بل كل أنواع الممنوعات، وبعد أن اشتد الخناق عليهم في مناطق أخرى، وكذلك لكون دول الساحل تعيش في أزمت متعددة الأوجه، ومنها الفقر والحاجة والحروب الأهلية... الخ.

أما إذا عدنا إلى الإحصائيات الخاصة بالمحكوم عليهم في قضايا المخدرات المعالجة من الجهات القضائية لسنة 2011 حسب الولايات⁽¹⁾، نجد أن ولاية الجزائر العاصمة تحتل المرتبة الأولى في قضايا التهريب والمتاجرة بالمخدرات ب: 288 قضية مسجلة، ثم تليها ولاية البليدة ب: 221 قضية مسجلة، وتأتي ولاية السطيف في المرتبة الثالثة ب: 197 قضية، ثم تليها ولاية تلمسان ب: 139 قضية مسجلة، ثم تليها ولاية قسنطينة ب: 123 قضية مسجلة، ثم بسكرة ب: 114 قضية مسجلة. ويلفت الانتباه أن ولاية حدودية بأقص الجنوب وهي إيليزي تسجل قضية واحدة فقط خلال سنة 2011، وهذا رغم الحدود الشاسعة لهذه الولاية مع كل من مالي وليبيا، وهذا ما يدل على أن الأرقام لا تعكس حقيقة الميدان ولا تعطي الصورة الحقيقية لما يجري على أرض الواقع.

وعليه، يجب التنبيه أن هذه الإحصاءات السنوية التي تقدم للقضايا المتعلقة بالمخدرات، وعدد الذين أدينوا فيها، لها دلالتها إلا أنها تعد إحصاءات بتراء، لا تصف كل ما يحدث، وذلك لعدة أسباب أهمها:

1- بطلان الإجراءات القانونية، يتم تبرأة المدان، الذي قدمته الشرطة للعدالة،

2- يتم تبرأة المجرم لعدم كفاية الأدلة،

3- بإنكار أهل المجني عليهم، يتم تبرأة المجرم.

⁽¹⁾ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها. الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنة 2011. وزارة العدل 2012، ص 16.

حتى الإحصاءات التي تقدمها أجهزة مكافحة المخدرات (شرطة، درك، جمارك) لا تخلو من العيوب، حيث توجه لها عدة انتقادات أهمها⁽²⁾:

- 1- هناك جرائم كثيرة لم تكتشف، فلا ترد في إحصائيات الأجهزة المعنية بمكافحة المخدرات،
 - 2- المبالغة في الإحصائيات (حتى يقال أن هذا الجهاز يقوم بمهامه على أحسن مايرام)،
 - 3- هناك جرائم تكتشف، ولا يتم إبلاغ الأجهزة الأمنية عليها لعدة أسباب،
 - 4- هناك جرائم يكتشف ارتكابها، وتبلغ عنها الأجهزة الأمنية، لكنها لا تسجل،
 - 5- هناك جرائم يتم اكتشافها والتبليغ عنها وتسجيلها، والجاني يبقى مجهول (كإكتشاف في عدة مناسبات كميات كبيرة من المخدرات، مخبأة أو في قارب، أو تحملها الحمير أو الجمال من غير صاحبها)،
 - 6- هناك جرائم يتم إكتشافها والتبليغ عنها وتسجيلها ولا يقبض عن الجاني (سجلت سنة 2011 ما يقدر بـ 264 شخص في حالة فرار لهم علاقة بجرائم المخدرات).
- إذن، تعد إحصاءات الجريمة ركيزة أساسية في محاولة فهم ظاهرة الجريمة، والتعرف على مختلف جوانبها، ويمكن التعرف على مدى انتشار الجريمة وتوزيعها بين المناطق المختلفة في المجتمع بدراسة إحصاءاتها التي تسمى إحصاءات الجريمة، أو الإحصاءات الجنائية⁽²⁾.

ولو سلمنا جدلا أن الأرقام المقدمة من أجهزة مكافحة المخدرات صحيحة، فإن هذه الأرقام تمثل فقط 10 % من المخدرات المتداولة في السوق غير الشرعية.

تهريب المخدرات في دول الساحل وغرب إفريقيا:

حتى نفهم كيف أصبحت الجزائر جزءا من المعادلة الدولية في التهريب الدولي للمخدرات، لابد وأن نخرج على تطور تهريب المخدرات في دول الساحل ودول غرب إفريقيا. إن الاضطرابات التي تشهدها مالي منذ مدة، وعدم إستقرار ليبيا، ووجود مجموعات مسلحة ومتطرفة كمجموعة بوكو حرام، وأنصار الدين، والقاعدة في بلاد المغرب الإسلامي وغيرها من المجموعات المسلحة ساعد على استفحال ظاهرة تهريب المخدرات في هذه

(1) سامية، الساعاتي. الجريمة والمجتمع. مرجع سابق، ص 31.

(2) نفس المرجع، ص 30.

المناطق، إذ شهدت الثلاثون سنة الماضية تطور ونمو الاقتصاد الموازي ودخول المنطقة في التدفق الدولي للتبادل غير الشرعي لجميع أنواع السلع (بما فيها المخدرات القوية كالكوكاين)⁽¹⁾. كما أن التقاليد التجارية العريقة لمجتمعات الساحل ساعد على تغلغل التجارة غير الشرعية للمخدرات في هذه الدول⁽²⁾. زيادة على وصول أناس متورطين في المخدرات إلى أعلى الطبقات السياسية.

حقيقة أن ظاهرة المخدرات ليست جديدة على دول غرب إفريقيا، حيث تم تسجيل أول قضية من طرف DEA (Drug Enforcement Administration) الأمريكية، أين تم ذكر المنطقة في سنوات الخمسينات 1950، ويؤكد إيليس Ellis أنه اعتبارا من 1952 استعمل المهربون اللبنانيون إفريقيا الغربية كمنطقة عبور للهيروين الموجه إلى الولايات المتحدة الأمريكية، كما توجد طرق لأوراق الحشيش التي تربط بين إفريقيا الغربية (مناطق الإنتاج) كشمال غانا، بمناطق الاستهلاك مثل دكار⁽³⁾.

إن دولة مالي ليس البلد الوحيد المعني بعبور الكوكايين عبر ترابه، ولكن كل دول الساحل معنية بهذه الظاهرة، موريطانيا، السينيغال، بوركينا فاسو والنيجر، فكل هذه الدول معنية بظاهرة عبور الكوكايين عبر حدودها، ولكن بطرق مختلفة. فهناك من هذه الدول من هي منطقة عبور، وهناك من هي منطقة إعادة الاستثمار (وذلك عن طريق تبييض الأموال الناتجة من التجارة غير الشرعية للمخدرات)⁽⁴⁾.

و أول أهم عملية حجز الكوكايين التي سجلت في إفريقيا كانت في منتصف الألفينيات، حيث قبل 2004، بعض عمليات الحجز لم تكن تتجاوز بعض الكيلوغرامات، إلا أنه ابتداء من 2005 بدأت تسجل كميات مهمة من الكوكايين، حيث تتجاوز 100 كلغ في بعض الأحيان، وتصل إلى أكثر من 1000 كلغ أحيانا أخرى، فبين 2005 و 2008 تم ضبط 46 طن من الكوكايين في إفريقيا الغربية أو في المياه البحرية المتاخمة لهذه

⁽¹⁾ Jean-François, Baayart ; et Stephen Ellis, Béatrice Hibau. La Criminalisation de l'Etat en Afrique. Paris : Editions Complexe, 1997, pp.42-43.

⁽²⁾ Emmanuel, Grégoire ; et Pascal, Labazée. Grands Commerçants d'Afrique de l'Ouest : Logiques et pratiques d'un groupe d'hommes d'affaires contemporain. Paris : Ed de l'ORSTOM/ Kartthala, 1993, p3.

⁽³⁾ Eric, Léonard. « Crise des Economies de plantation et trafic de drogues en Afrique de l'Ouest : le cas Ivoirien et Ghanéen ». Autrepart, 8(1998), pp. 98-100.

⁽⁴⁾ Alain, antil. « Trafic de drogue au Sahel ». Revue Etudes, Octobre 2012. <http://www.lfri.org>. (25/11/2012).

المنطقة⁽¹⁾. وأصبحت بلدان مثل غينيا بيساو، وغينيا وموريطانيا والسينيغال أو الرأس الأخضر كأبواب رئيسية لدخول الكوكايين إلى القارة الإفريقية. ولكون سكان هذه المناطق ليس لهم القدرة المالية لشراء هذا النوع من المخدرات "حتى ولو أن تقرير ONUDC يؤكد على تصاعد تعاطي الكوكايين في بعض بلدان إفريقيا الغربية (غينيا بيساو، أو غانا" إلا أن إفريقيا الغربية تبقى قبل كل شيء منطقة عبور للكوكايين.

إن وصول هذا النوع من المخدرات القوية إلى إفريقيا الغربية، يعود إلى ازدياد التعاطي الأوروبي للكوكايين، حيث تمثل السوق الأوروبية سنة 2008م 26% من تعاطي الكوكايين على مستوى العالم، وتمثل أمريكا الشمالية 41% من حصة التعاطي على المستوى الدولي. وتعتبر كذلك السوق الأوروبية بالنسبة لسعر البيع جد مربحة، إذا تعادل المداخل المتحصل عليها كتلك المتحصل عليها من أمريكا الشمالية⁽²⁾.

وهكذا أصبحت إفريقيا الغربية محطة لطريق الكوكايين الآتية من منطقة الإنتاج أمريكا اللاتينية (كولومبيا البيرو و بوليفيا) التي أنتجت خلال العشرين سنة الماضية ما بين 1100 750 طن من مخدر الكوكايين سنويا. حتى ولو سلمنا جدلا أن الكوكايين تهرب من أمريكا اللاتينية إلى أوروبا عبر البحر، فهذا المخدر يمر عبر هذه المنطقة (إفريقيا الغربية) من أجل التخزين وإعادة التوزيع من طرف التجار⁽³⁾.

يقول السيد Antonio Maria Costa المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة , (ONUDC) في حوار له: "أن حوالي 60 % من المحجوزات من مادة الكوكايين التي تم تحقيقها في سنة 2006 على المستوى الدولي والمنتجة في أمريكا اللاتينية، عبرت إفريقيا الغربية. هذه المحجوزات تمثل 1/4 ربع كميات الكوكايين المستهلكة في أوروبا"⁽⁴⁾. حتى ولو انخفضت كميات الكوكايين العابرة من إفريقيا الغربية إلى 10% ثم

⁽¹⁾ Liana-Sun, Wyler; et Nicola Cook. Illegal Drug trade in Africa: Trends and US Policy. Crs. Report for Congress, 30 Septembre 2009. P8.

⁽²⁾ U.N.O.D.C. World Drug Report 2010. United Nations, New York, Vienne 2011, P69.

⁽³⁾ Pierre , Cherruau . « Tout le Continent est touché par le trafic de drogue : entretien réalisé avec le Journaliste Christophe Champin » dans State Afrique, Slateafrique, 4 Juin 2011. <http://www.slateafrique.com>. (23/11/2011).

⁽⁴⁾ Christine, Holzbauer . « Le trafic de cocaïne finance le terrorisme ». l'express, le 04/03/2010 . <http://www.lexpress.fr>. (03/11/2011).

5 % في السنوات الأخيرة، هذا لا يعني تراجع كمية الإنتاج والتهريب، ولكن يرجع بالأساس إلى إعادة تنظيم كارتلات المخدرات أنفسهم، حتى يضمنوا ربحا أكبر بأقل التكاليف.

عند تحليلنا للمحجوزات التي تم ضبطها من الكوكايين خلال السنوات الأخيرة في أوروبا والآتية من إفريقيا الغربية، تعطينا فكرة عن وسائل وطرق التهريب، وهي:

- كمية مهمة من الكوكايين يتم نقلها عبر البحر،
- قوارب صغيرة أو بواخر تجارية تنطلق من إحدى موانئ أفريقيا الغربية، ويتم تحويل الحمولات في أعالي البحار، أو في موانئ الجزر الأطلسية أو المغربية، وهذا قبل أن تدخل إلى منطقة الاتحاد الأوروبي عن طريق الجزيرة الإيبيرية، أو موانئ الجزر البريطانية أو الهولندية.

- كما أن هناك العديد من القضايا ولكن بكميات قليلة تتعلق بإرسال الكوكايين عن طريق رحلات جوية عادية، ستعمل فيها مهربين يطلق عليهم إسم البغال (**Mules ou Douletteux**) عموما، حيث الرحلات الجوية بين إفريقيا الغربية وأوروبا لا تكون مباشرة، فمثل هذه الرحلات يستوجب تغيير الطائرة في كثير من الأحيان على مستوى شمال إفريقيا، وهذا ما يفسر القبض على العديد من الأشخاص في المطار الدولي الجزائري في محاولة منهم تهريب المخدرات والتي يستعملون في بعض الأحيان أجسامهم لإخفاء المخدرات.

وأخطر ما في الأمر، كما صرح المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، أنه بعدما كان يتم حجز بعض الكيلوغرامات من الكوكايين في السابق، أصبح يتم تهريب الأطنان من هذه المادة، وخير دليل على ذلك تلك الطائرة من نوع بوينغ (Boeing 727) التي وجدت محطمة في منطقة قاو بمالي (منطقة تسيطر عليها قوات مناهضة للنظام وجماعات مسلحة) في 02 نوفمبر 2009، حيث قدر أنها كانت تحمل أكثر من 10 أطنان من الكوكايين أين تم تفريغ الحمولة وإحراق الطائرة على آخرها⁽¹⁾.

وأخيرا هناك كميات لا يستهان بها من الكوكايين يتم نقلها عبر الصحراء نحو بلدان شمال إفريقيا، أهمها المملكة المغربية، الجزائر وليبيا، ليتم نقلها عبر البواخر من طرف مهربين (**Passeurs**) الذين يقومون أصلا بتهريب الحشيش والسجائر (السلعتين الأكثر تهريبا

⁽¹⁾ Christine, Holzbauer. "Le trafic de cocaïne finance le terrorisme". Op-Cit.

بين ضفتي البحر الأبيض المتوسط). إن هذا النوع من التهريب، لا يمكن أن ينظم في شمال إفريقيا بما فيها الجزائر بدون حماية، أو حتى المشاركة لبعض عناصر الأجهزة الأمنية⁽¹⁾. إن مخدر الكوكايين من المخدرات التي تدر أرباحا طائلة، مثلها مثل التجارة في السلاح والذهب، حيث تباع في مناطق الإنتاج ما بين 2000 إلى 3000 يورو للكيوغرام الواحد، ليصبح سعرها 10.000 يورو للكلف في إفريقيا الغربية، ويصل إلى 12.000 يورو في عواصم دول الساحل، ويرتفع سعرها من 18.000 إلى 20.000 يورو للكلف في مدن شمال إفريقيا، وعندما تصل إلى أوروبا يصبح سعرها ما بين 30.000 إلى 45.000 يورو، أي أن بين بلد الإنتاج وبلد الاستهلاك يرتفع السعر إلى 1500%. إن هذه الأسعار خاصة بسعر الجملة، وتخص منتج ذو نوعية وجودة رديئة وغير خالصة وذلك لما يتعرض له خلال عملية النقل وإعادة تقسيمه (حيث تنقص درجة صفاءه خلال التنقلات العديدة)، وزيادة بعض المواد الأخرى (هناك بعض الكارتلات من تريد أن تميز منتوجها عن باقي المنتوجات بإضافة مواد كيميائية)⁽²⁾.

تعتبر القيمة المالية للمحجوزات من المخدرات في إفريقيا الغربية جد مهمة، وهذا نظرا لفقر دول المنطقة، فقد تمثل قيمة المحجوزات في بلد مثل غينيا بيساو **Guinée Bissau** حجم ميزانية وزارة العدل لهذا البلد، ولذلك نجد في كثير من الأحيان تورط مسؤولين كبار في هذه الدول في قضايا تهريب المخدرات.

ولو قمنا بتتبع طريق المخدرات عن طريق الحجز التي تقوم به أجهزة مكافحة المخدرات في منطقة إفريقيا الغربية والساحل منذ 2005، يتضح أن أغلب البلدان أصبحت مناطق عبور للمخدرات. فزيادة على البلدان المذكورة آنفا، أصبحت كل من مالي، النيجر، تشاد، البنين، ليبيريا، غانا، نيجيريا وغامبيا تستعمل كمناطق عبور⁽³⁾.

إن هذا التحول يعود لعدة أسباب منها :

- من ناحية تدعيم أجهزة مكافحة المخدرات بدولة السينيغال من طرف شراكة خارجية (أورو - أمريكية)، وهذا ما أدى ببارونات المخدرات إلى تغيير الوجهات نحو بلدان

(1) Hubert, Ledoux. « Trafic de drogues et fragilité des Etats ». *Revue de Presse Corens*, 13 Octobre 2012. <http://revuedepressecorens.wordpress.com> . (29/11/2012).

(2) Alain, antil. « Trafic de drogue au Sahel ». Op-Cit.

(3) Ibid.

أخرى، أين يوجد فيها أجهزة أمنية غير مدربة، وفي كثير من الأحيان غير حريصة على استئصال هذه الأفة.

- ومن ناحية أخرى هناك من الأفارقة من يريد إدخال هذا النوع من التجارة غير الشرعية إلى هذه المناطق، لما تدره من أرباح طائلة.

و ما يبعث على القلق والتساؤل، هو استقرار كميات المحجوزات من المخدرات، وفي بعض الأحيان التراجع في هذه الكميات، وهذا رغم الوصول المستمر لهذا النوع من المخدرات لدول هذه المناطق، وهذا يؤكد حسب رأي الخبراء تواطؤ بعض الأجهزة الأمنية وحماية هذه التجارة في هذه المناطق من طرف منظمات إجرامية من أمريكا اللاتينية و مافيا أوروبية التي تتحكم في سوق التجزئة على التراب الأوروبي، حيث لهذه المنظمات أعوانها في هذه المناطق، وهي منظمات إجرامية إفريقية، والمنظمات الأكثر تنظيما هي المنظمات النيجيرية والغانية.

وقد عرفت مالي منذ منتصف الألفينات 2005 عدد من القضايا التي لها علاقة بتهريب المخدرات، وعلى رأسها الكوكايين الآتية من أمريكا اللاتينية، والتي تدخل أساسا من غينيا كوناكري (Guinée Konakry). فالمهربين أغلبهم لهم علاقة بمافيا أمريكا اللاتينية والأوروبية، مع مساعدة محلية من طرف الأجهزة الأمنية والجالية الغينية الموجودة بمالي. ففي 2010 تم تفكيك شبكة في باماكو (مالي) وسال (المغرب)⁽¹⁾، مكونة من عدة جنسيات، (فنزويلي، إسباني وبرتغالي) تم القبض عليهم في أوت 2010، وكانوا يتخذون من الشمال المغربي قاعدة لهم. وكانت المخدرات (الكوكايين) تأتي من باماكو إلى شمال المغرب، عن طريق البر ثم تمر عبر الجزائر (تدخل من مدينة فجيح أو فكيك المغربية التي تبعد عن الحدود الجزائرية بـ 7 كلم فقط)، أو عن طريق شمال موريطانيا، ثم يتم نقلها إلى إسبانيا بواسطة طائرات صغيرة أو عن طريق البحر. هذه المجموعة قامت بثماني عمليات مماثلة بين مارس وأوت 2010، وقد استفادة من خبرة ومساعدة AQMI جيش القاعدة في المغرب الإسلامي في عبورها طريق الصحراء القاسي والخطير (حيث عناصر هذا التنظيم تعرف

⁽¹⁾ Amadou Baba, Niang. « La police marocaine démantèle un réseau de trafic de drogue liée à AQMI ». Africapresse, 20 Octobre 2010.

جيدا عروق الصحراء). و كان تهريب الكوكايين في مالي تحت قبضة لمهار Lamhar أو عرب تيلمسي والإمغاد Imghad.

وأكبر عملية تهريب شهدتها مالي، كانت سنة 2009، أين تم العثور على طائرة⁽¹⁾ من نوع بوينغ، حيث تم حرقها بعد تفريغ حمولتها المقدر بـ: 5 أطنان من الكوكايين. حيث انطلقت الطائرة من فنزويلا وحطت بتاركيونت بقاو (الشمال الشرقي لمالي)، كشف التحقيق أن هناك عائلة لبنانية كبيرة متورطة في هذه العملية، ورجل أعمال يماني، الذين كانوا يتاجرون في الماس الأنغولي وكسبوا أرباحا طائلة في هذه التجارة. كما تم إخبار بوجود عدة رحلات من هذا النوع بين أمريكا اللاتينية و مالي.

وهكذا نجد أن منطقة غرب إفريقيا و الساحل أصبحت منطقة استراتيجية مهمة جدا للتهريب الدولي للمخدرات القوية كالهروين والكوكايين القادمة من أفغانستان وأمريكا اللاتينية. إحدى تفسيرات هذا التحول حسب الخبراء، أن المنطقة تعتبر أقل خطرا من الطرق المباشرة التي تربط البلدان المنتجة بأمريكا اللاتينية بالقارة الأوروبية، والتي تعتبر أول سوق دولي للاستهلاك⁽²⁾.

فالمخدرات (الكوكايين والهروين) القادمة من أمريكا اللاتينية وأفغانستان الموجهة إلى السوق الأوروبية غير الشرعية تمر عبر إفريقيا الغربية والسواحل الشرقية لإفريقيا، لتمر عبر تشاد ومالي والنيجر والمغرب. وحسب مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (UNODC)، ففي 2009 قدر حوالي 13 طن من الكوكايين التي عبرت دول إفريقيا الغربية للاستهلاك والتخزين، وقدر أنه حوالي 800 مليون دولار أنفقت في دول إفريقيا الغربية من أجل استهلاك الكوكايين، وهو ما يمثل ضعف الناتج الوطني الخام (PNB) لدولة غينيا بيساو (Guinée Bissau) الذي يقدر بـ: 400 مليون دولار⁽³⁾.

كما ازداد خطر هذا التهريب، خصوصا مع توطيد العلاقات بين مهربي المخدرات والجماعات المسلحة التي تنشط في دول الساحل، على غرار جيش القاعدة في البلاد

⁽¹⁾ Serge, Daniel. « La veritable histoire de l'avion de la cocaine », RFI, 24 Novembre 2009.

⁽²⁾ Abdelkader, Abderhmane. « Terrorisme et trafic de drogues au sahel ». Le Monde, 19-07-2012. [http://lemonde.fr/idees/article/2012. \(25/07/2012\).](http://lemonde.fr/idees/article/2012. (25/07/2012).)

⁽³⁾ U.N.O.D.C. COMMUNIQUÉ DE PRESSE. Le Directeur Exécutif de l'ONUDC et les Dirigeants de la Guinée Bissau se rencontrent afin de discuter du trafic de drogues en Afrique de l'Ouest.. Vienne. 27 octobre 2011. [http://www.unodc.org/unodc. \(15/01/2012\).](http://www.unodc.org/unodc. (15/01/2012).)

الاسلامية (AQMI) وأنصار الدين، و بوكو حرام، وحركة الوحدة من أجل الجهاد في إفريقيا الغربية (MUJAO)، فزيادة عن تهريب المخدرات، هناك تجارة الأسلحة حتى الثقيلة منها، وكذلك نشاط تبليص الأموال الآتية من التجارة غير المشروعة، كما أن هناك علاقة بين هذه الجماعات والجماعات المافياوية في أوروبا، وعلى رأسها الكامورا الإيطالية (Camora) . وحسب DEA (Drug Enforcement Agency) فإن 60 % من الجماعات المسلحة لها علاقة بتهريب المخدرات.

كما أن سقوط نظام القذافي في ليبيا، وعدم الاستقرار الجيوسياسي الذي يسود المنطقة، ساعد على فقدان السيطرة على الحدود و جعل انتشار الأسلحة كبيرا جدا، حيث يم الأكتشاف من حين لآخر أسلحة ثقيلة بين الحدود الجزائرية الليبية، مما دفع السلطات الجزائرية إلى اتخاذ إجراءات أمنية على طول الحدود التي تمتد إلى أكثر من 1000 كلم، وخاصة بعد حادثة تقننورين، وكذلك إخلاء الحدود من طرف الجيش الليبي قصد تأمين المدن الليبية التي شهدت سلسلة من الإغتيالات والتفجيرات التي شهدتها أكبر المدن الليبية تاركة الشريط الحدودي لميلشات مسلحة⁽¹⁾ وهذا ما ساعد الجماعات المسلحة ومهربي المخدرات على تعزيز قدراتهم، مما أدى إلى تآزيم الوضع أكثر في منطقة الساحل الإفريقي. من خلال ما تم ذكره سابقا، يتبين مدى خطورة الوضع بالنسبة للجزائر في مجال التطور الملحوظ في التهريب الدولي للمخدرات، و بحكم حدودها مع هذه الدول أصبحت جزءا لا يتجزأ من مخططات المهربين في استعمالهم للأراضي الجزائرية لتهريب المخدرات إلى دول أوروبا والشرق الأوسط.

وفي نفس السياق، وحسب رسالة من سفارة أمريكا بالجزائر، والتي كشفت عنها موقع ويكيليكس Wikileaks المؤرخة في 02 ديسمبر 2009 (وهي مصنفة سري للغاية)⁽²⁾، جاء فيها أن لطول الحدود الجزائرية وصعوبة مراقبتها والتحكم فيها، وبمساعدة الجماعات الإرهابية التي تستفيد من نشاطات تهريب وتجارة المخدرات. يتبين أن الجزء الكبير من المخدرات الي تعبر الجزائر، تأتي من المملكة المغربية، واختيار الجزائر كمنطقة عبور من

⁽¹⁾ MF., Gaidi. « Insécurité à la Frontière Algéro-Libyenne : La grande Inquiétude ». El Watan, Mercredi 23 Octobre 2013, Page3.

⁽²⁾ Wikileaks.«l'Algérie Principale pays de transit de Cocaïne et d'Héroïne vers l'Europe».Wikileaks, 26-03-2011. www.algerie-news.com/categories. (20/09/2013).

طرف المهربين تضاعف بشكل كبير منذ أن اتخذت إسبانيا تدابير وإجراءات مشددة لمحاربة ومراقبة المخدرات على حدودها.

فالحشيش القادم من المغرب، يدخل من ناحية بشار. أما الكوكايين والهيريون القادمة من كولومبيا، البرازيل وبوليفيا، وأفغانستان، يتم تهريبها عن طريق الجو إلى مالي، النيجر، نيجيريا، موريطانيا والسينيغال، ليتم نقلها فيما بعد إلى الجزائر عن طريق مالي. وتستعمل هذه الشبكات الإجرامية المهاجرين غير الشرعيين الأفارقة في تهريب ونقل المخدرات إلى شمال الجزائر.

و تقر السفارة الأمريكية، أن الجزائر تجد صعوبة كبيرة في التصدي للمهربين، نظرا لطول شريط حدودها البرية وحتى البحرية. أما أهم النقاط التي يتم منها تهريب المخدرات إلى أوروبا، فهي الجزائر العاصمة، وهران، عنابة وسطيف، حيث تتجه المخدرات إلى فرنسا، إسبانيا، إيطاليا ومالطا. ولقد تم التأكد من وجود علاقة بين مهربي المخدرات والجماعات المسلحة (AQMI)⁽¹⁾. وقد صرح مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماها، أن هناك ستة آلاف بارون المخدرات ينشطون في الجزائر، مختصين في تهريب وترويج المخدرات⁽²⁾.

كما أن مهربي المخدرات يستعملون كل الوسائل المتاحة لحماية قوافل المخدرات المحمولة عبر الحدود، بما فيها استعمال السلاح، وهذا ما يؤدي في كل مرة إلى اشتباكات مسلحة بين مصالح الأمن الجزائرية والمهربين. وقد صرح العقيد في الدرك الوطني السيد زغيدة جمال في مؤتمر صحفي، أنه تم تسجيل أربعة (04) إشتباكات سنة 2008، و(15) إشتباك سنة 2009. وفي 2008، تمكنت مصالح الأمن وأجهزة مكافحة المخدرات، باسترجاع (16) سيارة، و 2 FM/PK، و 4 PM/AK، و (4) هواتف نقالة من نوع ثريا ووحد (3) GPS. وهذا ما يدل على أن المهربين يستعملون التكنولوجيا الحديثة وكل ما يؤمن لهم تهريب المخدرات في راحة، وهذا ما يصعب عملية مراقبة الحدود، وخصوصا عندما نعلم أن في كثير من الأحيان تكون وسائل أجهزة مكافحة المخدرات متواضعة أمام الترسانة من العتاد وحتى الأسلحة في أيدي المهربين. أما خلال سنة 2009 فقد تمكنت الأجهزة الأمنية

(1) Wikileaks, « l'Algérie Principale pays de transit de Cocaïne et d'Héroïne vers l'Europe ». Op-Cit.

(2) H, K. « Il y a 6000 trafiquants en Algérie » L'expression, Jeudi 19 Juin 2008. www.lexpression.dz.com. (03/11/2011).

(3) Farid , Belgacem. « Des projets de laboratoires d'héroïne ont été déjoués » Liberté, 03 Février 2010.

الجزائرية المكلفة بمحاربة المخدرات من توقيف عدة قوافل لمهربي المخدرات أدت إلى استرجاع، 42 سيارة، و 4 FM/PK، و 7 PM/AK، 16 هاتف نقال من نوع الثريا، و 3 GPS، و 45970 علبة سجائر و دراجتين ناريتين. وهذا ما يؤدي بنا إلى الجزم أن مهربي السجائر والمواد الغذائية لا تانون عن تهريب المخدرات إذا سمحت الفرصة إلى ذلك. أما الخطر الذي يحوم حول أمن واستقرار الجزائر، هو محاولة بارونات المخدرات من جعل الجزائر بلدا منتجا للمخدرات، حيث صرح العقيد جمال زعيدة، مدير الشرطة القضائية لقيادة الدرك الوطني في ندوة صحفية خاصة بالجريمة المنظمة، أن مصالح وأجهزة الدرك الوطني نجحت في تفكيك شبكة كانت تسعى إلى فتح مخبر لعلاج المخدرات القوية كالكوكايين والهيروين في الجزائر، كما فككت شبكة تنشط في الزراعة غير الشرعية لنبتة الخشخاش⁽¹⁾.

كما صرح السيد عبد المالك سايح مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، بأن أجهزة مكافحة المخدرات للدرك الوطني، تمكنت بين 2007 و 2008 من إتلاف 40 هكتار من حقول الأراضي التي كانت مخصصة لزراعة المخدرات⁽²⁾. إنه، ورغم المساحات التي تكتشف من حين لآخر لزراعة المخدرات، على غرار أدرار، بجاية، تبسة وتيزي وزو، فقد نفى مدير التعاون الدولي بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها وجود إنتاج صناعي للمخدرات في الجزائر، مؤكدا أن المكتشف من المزروعات في المساحات الصغيرة، موجهة للاستهلاك الشخصي، إلا أنه حذر أن هذه الظاهرة قابلة للتطور إلى حد التسويق إذا لم يتم التحكم فيها من قبل المصالح المختصة. وخصوصا إذا علمنا أن هناك شبكات التهريب تساعد الفلاحين أحيانا بالبذور مجانا⁽³⁾.

رغم أن المساحات المحدودة التي تم اكتشافها من طرف مصالح الأمن والمقدرة بـ 40 هكتار، لا تكاد تقارن مع المساحات الشاسعة المزروعة بالقنب بالمملكة المغربية، حيث قدرت عام 2010م بـ 47.500 هكتار⁽⁴⁾، بعدما كانت في مطلع الألفينات 134.000 هكتار. إلا أن هذا لا يمنع أن تتطور هذه الظاهرة إذا لم يتم إستئصالها وأخذ الموضوع

(1) M.F.Gaidi. « Les saisies de drogues multipliées par 11 en 5 ans ». EL Watan, 16 Septembre 2012. [http://www.djazairiess.com/fr. \(20/09/2012\).](http://www.djazairiess.com/fr. (20/09/2012).)

(2) Karima, Mokrani. « Destruction de 40 ha de culture de stupéfiants ». La Tribune, 19 Juin 2008.

(3) تاهد، زرواطي. "المخدرات لا تصنع في الجزائر". جريدة البلاد، 24 جوان 2008.

(4) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تقرير الهيئة العامة لعام 2011. الأمم المتحدة، نيويورك، 2012. ص 65.

بجيدة، فالجزائر ليست المغرب، ولكن هذه الأخيرة بدأت كالجزائر. فلو سلمنا جدلا، أن يحدث في المستقبل القريب أزمة عالمية ويتدهور سعر البترول إلى أدنى حد كما حدث في الماضي، وتدوم هذه الأزمة مدة طويلة، فحسب الخبراء الإقتصاديين سيؤدي هذا إلى توقيف جميع المشاريع الكبرى في البلاد، وتراجع الإقتصاد الوطني المرهون بمدخيل البترول، وتوقيف كل أوجه الدعم بما فيها الدعم الفلاحي على الفلاحين، مما يؤدي بعضهم لا محالة أن يحول نشاطه إلى زراعة المخدرات، وهذا بداعي الفقر والحاجة، كما هو الحال في ريف المملكة المغربية، وما جعل تقليص المساحات المخصصة لزراعة القنب، إلا الدعم المقدم للفلاحين مقابل خسارتهم لتخليهم عن زراعة القنب.

كما أن الشبكات الكولومبية المتخصصة في تهريب المخدرات لم تعد تسعى فقط للتواجد في الجزائر بعد أن ضمنت تواجدها في المملكة المغربية، وإنما أيضا تريد أن تضع موطأ قدم لها في بلدان الساحلي لغرب إفريقيا المطل على المحيط الأطلسي، وتسعى هذه الشبكات كما علمنا، إلى تمرير مادة الكوكايين عبر السنيغال نحو موريتانيا والجزائر، وهذا باستعمال الشبكات التي تنشط عبر التراب الوطني، إلى جانب ذلك فإن هذه الشبكات الكولومبية التي ضيق عليها الخناق في بلدان الضفة الأخرى من المتوسط (الدول الأوروبية) تسعى حاليا إلى استعمال البواخر الجزائرية في تهريب سمومها حتى لا ينكشف أمرها ولا تكون محل شك، باعتبار السمعة الطيبة التي تحظى بها الجزائر، هذا حسب تصريحات مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها⁽¹⁾.

ويحذر مدير الديوان في هذا السياق، أنه إذا لم تستطيع هذه المافيا من ترويج مخدراتها في البلدان الأوروبية (كون هذه الدول ضيقت الخناق على مستوى كل الحدود للاتحاد الأوروبي، وجلبت أحدث التقنيات، بصرفها أموالا باهظة لللقضاء على هذه الآفة)، بأنها ستحاول أن تروج سمومها في الجزائر، وهذا بسبب المراقبة المشددة عليها. وقد حاولت في السابق إدخال حاوية من الكوكايين إلى جزائر، وكانت موجهة خصيصا إلى مواطن جزائري يتاجر في المواد الصحية، قبل أن يتم حجزها من طرف الشرطة الإسبانية، وقد دلت التحريات أن هذا الشخص سبق له وأن استلم ثلاث حاويات من نفس المصدر.

⁽¹⁾ عبد الحكيم، اسابع. "الشبكات الكولومبية تسعى لاستعمال البواخر الجزائرية لتهريب الكوكايين" حوار مع مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. جريدة النصر، 27 أبريل 2008. ص2.

كما يمكن أن تصبح الجزائر أول سوق للقنب المغربي، وذلك راجع لكون أوروبا أغلقت حدودها على هذه المواد بفضل المراقبة المشددة على المخدرات من جهة، وكون أن القنب أصبح يزرع في كثير من الدول الأوروبية، (أكبر منتجي القنب في أوروبا، ألبانيا، هولندا، ألمانيا، سويسرا، والمملكة المتحدة)⁽¹⁾، وبالتالي فقدت المملكة المغربية نصيبا معتبرا من السوق الأوروبية، وبالتالي ستحاول التركيز على البلدان المجاورة وعلى رأسها الجزائر، لطول حدودها معها، وشساعة التراب الوطني، وكذلك للبحبوحة المالية التي تشهدها الجزائر في السنوات الأخيرة (ولهذا فالمشكل الرئيسي الذي يمنع السلطات الجزائرية حسب من فتح الحدود التصريحات الرسمية، يعود إلى تهريب القنب من المغرب إلى الجزائر)، وعليه، فالجزائر مرشحة لأن تصبح سوقا كبيرة للقنب المزروع في المغرب. كما أكد مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، أن هناك تورط تنظيم القاعدة AQMI الذي ينشط في الساحل مع مهربي المخدرات، حيث تبين من خلال عدة عمليات لتهريب الكوكايين، أن هناك طائرات كانت تأتي من أمريكا اللاتينية وتحط بمالي وموريطانيا، وتحمل في كل رحلة من 2 إلى 4 أطنان من الكوكايين، وفي سنة 2009 عبرت أكثر من 20 طن هذين البلدين، ويأخذ تنظيم القاعدة حصته من المال مقابل الحماية وتأمين الطريق⁽²⁾.

أما طرق تهريب المخدرات إلى الجزائر ومن الجزائر، فهي متعددة، وقد استعمل المهربون كل الوسائل المتاحة، من الطرق الكلاسيكية البسيطة إلى أحدث التكنولوجيا في هذا المجال. فبين المغرب والجزائر، استخدم المهربون المغاربة والجزائريون في المنطقة الحدودية الحمير كأول وسيلة (مطبعة ورخيصة الثمن، خصوصا إذا علمنا أن المملكة المغربية رائدة في تربية الحمير)، وهذا لتمييزها بخصلة الطاعة والانقياد التام لأصحابها ومروضيها. حيث يعمدون إلى تدريبها من خلال تركها عطشى طيلة يوم كامل، ليقودها أحدهم (أي حمار) دون أن يكون محملا بأية بضاعة، فيتم مدّها بالماء لترتوي عند الوصول إلى الحدود، ويستمر هذا الترويض مدة أيام متوالية إلى أن يعتاد الحمار على الطريق ذاتها، وعلى الشعور بالعطش والإرتواء عند نقطة معينة من الحدود. وبعد عملية التدريب، يأتي دور التهريب بتحميل هذه الحمير وحتى الجمال أحيانا وتوجيهها لسلوك نفس المسالك التي

⁽¹⁾ O.N.U.D.C. *Rapport Mondial sur les Drogues* 2007. Nations Unies, New York 2008, p.98.

⁽²⁾ Salima, Akkouche. « Face à la fermeture des frontières Européennes l'Algérie, première destination du cannabis Marocain ? » *Le Soir d'Algérie*, 27 Décembre 2010. <http://www.lesoirdalgerie.com>. (03/11/2011).

تدربت عليها من قبل دون أن يرافقها المهربون، إلى أن تصل إلى النقطة الحدودية المتفق عليها من طرف الجانبين معا. وفي حالة ضبط حراس مراقبة الحدود هذه الدواب يجدونها وحيدة، ليتم حجزها وما تحمله من سلع، فيفلت المهربون من الاعتقال⁽¹⁾. وهذا ما يحدث باستمرار، حيث يتم العثور يوميا على كميات معتبر من الكيف المعالج، مهربة على الحدود المغربية الجزائرية البرية (علما أن الحدود الجزائرية المغربية البرية مغلقة منذ صيف 1994، بقرار رسمي جزائري لأسباب سياسية). وقد عثرت مصالح الدرك الوطني بولاية تلمسان على 119 كلف من الكيف، كانت على حمير مهربة نحو أرض الوطن، حيث تخلى أصحابها عنها ولاذوا بالفرار⁽²⁾. وقد تكمنت المجموعة الأولى لحرس الحدود بمغنية من حجز 112 قنطار من الحشيش المغربي ما بين شهري ماي و جوان 2012، وكشفت التحقيقات المفتوحة السر الكامن وراء إدخال هذه الكميات من الكيف المعالج إلى الجزائر والتي تعتبر قياسية مقارنة بالسنوات الماضية، وذلك يرجع أساسا إلى اعتماد المهربين على مركبات كبيرة الحجم مهربة من هولندا ومهياة بصناديق تحتية وخلفية تتسع لاستيعاب 50 قنطار من المخدرات (خلافا للمركبات الصغيرة التي كانت تستعمل سابقا و لا تستوعب سوى 7 قناطير على الأكثر). كما أن هذه المركبات الجديدة حديثة الصنع و تتوفر على علبة سرعة فائقة تتجاوز 260 كلم/ساعة. وبفضل تركيباتها التكنولوجية الجديدة يستطيع سائقها تجنب الوقوع في حوادث المرور، وكذا الصدمات المحتملة لكونها مزودة بحواجز وقاية ضد مختلف مخاطر الطريق⁽³⁾ (ويؤكد ذلك بعض العمليات الأخيرة، حيث يتعرض المهربون لحوادث سير مروعة ومع ذلك يخرجون سالمين ولا يظهر عليهم أثر بعد الحادث مباشرة).

كما تستعمل شبكة تهريب المخدرات على الحدود المغربية طائرات صغيرة بدون ريان، يتم توجيهها عن بعد من أجل تهريب المخدرات. ويعلق السيد نور الدين الفكيكي، الباحث الميداني في شؤون التهريب، على الحيل التي اختلقها المهربون بكونها تخضع لعاملين اثنين، الأول يتعلق بشدة المراقبة الأمنية، حيث تتكاثر حيل تهريب السلع عندما

(1) حسن، الأشرف. "الحمير وسيلة لتهريب البضائع بين المغرب والجزائر". العربية، الإثنين 26 مارس 2012م. www.alarbiya.net. (2012/03/30).

(2) أماني، ي. "حجز 25 قنطار من المخدرات بندرومة بتلمسان". آخر الساعة، 11 مارس 2012. <http://www.akhersaa-dz.com>. (2012/03/18).

(3) محمد، مجاهد. "حجز 112 قنطار من الكيف بمغنية". جريدة النهار، 18 جوان 2012. ص 5.

تكون المراقبة شديدة ولصيقة، وتخفت حدتها عندما يظهر عناصر المراقبة نوع من المرونة. أما العامل الثاني، فهو تأثير الضغط الاجتماعي والاقتصادي على أبناء المنطقة، خاصة حيث لا يجد عدد من الشباب المتعلمين وغير المتعلمين فرصا سانحة للعمل، فيضطرون للتفكير في حيل لتسليم البضائع المهربة التي يتاجرون فيها دون أن تطالهم أياد الأمن. كما يستعمل المهربون الجمال في تهريب المخدرات وهذا لكونها تتحمل مشقة السفر في عمق الصحراء، حيث تمكنت أجهزة حرس الحدود الجزائرية "الوحدة الراجلة" من إحباط محاولة لتهريب 1700 كلف من المخدرات بمنطقة حاسي خبي التابعة لبلدية أم العسل بولاية تيندوف. واعتقلت على إثرها 10 مغاربة، وتم حجز 20 جملا و 11 هاتفا نقالا، وهاتف من نوع الثريا للاتصالات عبر الأقمار الصناعية، ووسائل رصد وتوجيه، وأموال بالعملة المغربية⁽¹⁾.

وتستعمل الشبكات القوارب في تهريب المخدرات، مادام أن الجزائر تزخر بشريط ساحلي يقدر بـ: 1600 كلم. ففي أكتوبر 2012 عثرت فرق السواحل التابعة للمجموعة الإقليمية لولاية مستغانم، على مركبة بحرية من نوع يخت Yackht مهجور على بعد 6 أميال بحرية على مستوى شاطئ الميناء الصغير بدائرة سيدي لخضر على بعد 44 كلم شرق عاصمة الولاية. ويعد هذا النوع من الزوارق فائق السرعة، حيث يستخدم من طرف شبكات تهريب المخدرات انطلاقا من السواحل المغربية، ولم تستبعد فرقة حراسة السواحل على مستوى المياه الإقليمية. أن هذا الزورق تم استخدامه في نقل المخدرات قبل أن يتم الاستغناء عنه في عرض البحر بعد الاستتجاد بمركبة ثانية⁽²⁾. كما تم العثور على قارب من نوع ياخت طوله 12 متر من طرف الدرك الوطني لمدينة بني صاف بغرب البلاد يحتوي على 1700 كلف من الكيف المعالج⁽³⁾.

وهكذا نجد أن القنب المغربي ينتقل إلى الجزائر من كل الجهات، برا، بحرا، وحتى جوا. إنه وبعد غلق دول أوروبا الجنوبية (فرنسا، إيطاليا، إسبانيا، بلجيكا والبرتغال) حدودها

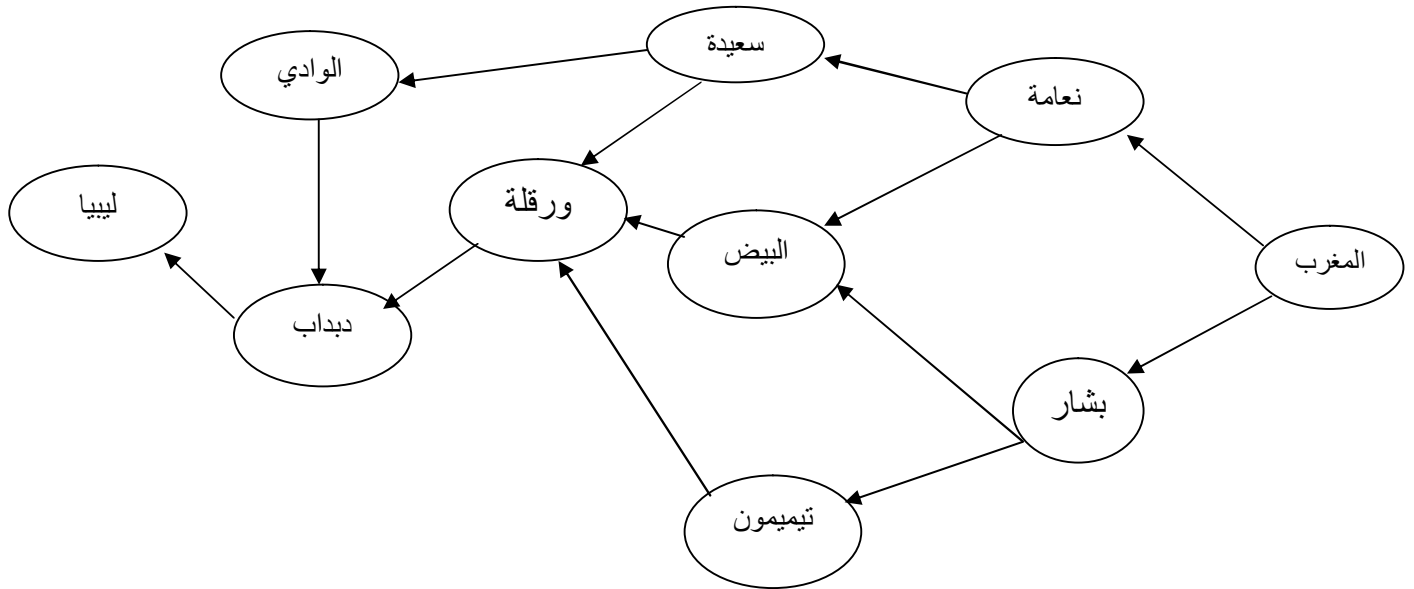
(1) "اعتقال 10 مغاربة دخلوا الجزائر بطريقة غير شرعية وحجز 1.7 طن من المخدرات". الجزائر تايمز (جريدة إلكترونية مستقلة)، 28 نوفمبر 2012. <http://algeriatimes.net/algerianews23253.html>. (2012/11/ 29).

(2) العربي، ب. "يخت مغربي بسواحل مستغانم يستخدم لتهريب المخدرات". الشروق أون لاين، 27 أكتوبر 2012. <http://www.echoroukonline.com/ara/articles/145783.html>. (2012/11/23).

(3) M. Laradj. « Un yacht britannique intercepté à Béni-Saf soupçonné de transporter de la drogue ». Liberté, 31 Juillet 2007. <http://www.algerie-dz.com>. (03/11/2011).

على مهربي المخدرات، وبتشديد قبضتها على حدودها، حول بارونات المخدرات وجهتهم إلى بلدان أخرى، فأصبح الطريق الجديد المستعمل هو المغرب، نعامة أو بشار، ثم من هاتين الولايتين تنطلق الحمولات عبر سعيدة، البيض وتيميمون ثم ورقلة لتمر عبر الوادي ثم دبداب لتصل في النهاية إلى ليبيا وتونس. وبعدها أصبحت كذلك ولايات الغرب الشمالي للبلاد غير آمنة بالنسبة للمهربين، وهذا نظرا للمحجوزات الكبيرة التي قامت بها أجهزة مكافحة المخدرات، أعادت شبكات التهريب تنظيم صفوفها باتباع طرق أخرى أكثر أمانا بسلوك العرق الغربي، وهو عرق بشار إلى غاية الحدود الليبية أو التونسية مرورا بورقلة-الوادي وورقلة - إليزي⁽¹⁾.
الشكر رقم (01)

طريق تهريب المخدرات عبر التراب الوطني



Source : Salima, Tlemçani. « de Béchar, Ouargla, illizi vers la Tunisie et la Lybie. La Nouvelle route du Kif ». El Watan. 9 Mars 2008. P8.

أما عن بارونات الجزائر، فأكبر مهرب للمخدرات الذي عرفته الجزائر هو أحمد زنجبيل المدعو إسكوبار **Pablo Escobar** الذي تم القبض عليه سنة 2006 (إلا أن هناك من يقول أنه سلم نفسه للاستفادة من العفو الرئاسي في إطار ميثاق السلم الوطني)، والذي استطاع في ظرف 25 سنة من تنظيم شبكة دولية لتهريب القنب، تنشط في كل من المغرب، الجزائر، النيجر، مالي، تشاد، تونس، ليبيا، مصر، إسبانيا وأوروبا. وكانت جماعته

⁽¹⁾ Salima, Tlemçani. « de Béchar, Ouargla, illizi vers la Tunisie et la Lybie. La Nouvelle route du Kif ». El Watan, 9 Mars 2008. P8.

(وهي جماعة مسلحة ومجهزة بأحدث الأجهزة، والتي يثق فيها كثيرا، لكون أغلبهم ينحدرون من عائلته بولاية الشلف) تتقل الكيف المعالج من المغرب مرورا بعدة مناطق بالجزائر دون أن يتعرض أحد إلى القوافل المحملة بالكيف (لا من طرف حرس الحدود، ولا حواجز الأمن التي كانت موجودة في كل مكان، ولا حتى من طرف الجماعات المسلحة). وهذا لكون أن هذا البارون كانت له علاقات وطيدة مع أجهزة الأمن المختلفة بفضل المال، وبسط نفوذه حتى على السلك القضائي. وعدم تعرض الجماعات المسلحة لقوافله، يثبت أن لهذه الأخيرة يد في نشاطاته على التراب الوطني. فقد اشتهر بنشاطاته المختلفة بالمخدرات منذ أواخر الثمانينات، إلا أنه حتى 1999 أين صدر ضده الأمر بالقبض، وهذا بعد أن قدمت دولة أجنبية دعوى ضده بتهمة تنظيم شبكة دولية لتهريب المخدرات. وحسب ما تسرب من معلومات، أن الحرية الكبيرة التي كان يتمتع بها (بابلو أسكوبار الجزائر) كونه كان بارعا في توريط كل من يتعرض طريقة (من الأجهزة الأمنية وحتى القضاة) بإغراءه بالمال والنفوذ، كما أنه اعترف بتمويله للجماعات المسلحة في عدة مناسبات. والنواة الصلبة من تنظيمه مكونة من أفراد عائلته وهم مدججون بالأسلحة، وأغلبهم يتمركزون في منطقة المشرية، ويثق فيهم ثقة عمياء، كما أنه تمكن من تحييد كل البارونات التي كانت تنشط في المخدرات في تلك الفترة، وهذا لعلاقاته الوطيدة مع حراس الحدود، الجمارك والشرطة. ونظرا للأرباح الطائلة التي كان يجنيها من التجارة الدولية غير الشرعية للمخدرات، التي كانت تعد بمئات الملايين من الدولارات حسب الأخصائيين، شجع الكثير من الإطارات السامية في أجهزة الدولة الدخول في اتصالات حثيثة معه، حتى أنه كان يدعوهم في مناسبات الأعراس⁽¹⁾.

وهكذا، تمكن في أواخر التسعينات من التحكم والسيطرة على سوق القنب، حيث كل الحمولات الوافدة من المغرب لراتنج القنب كانت تحت سيطرته، وهذا لتمويل السوق الأوروبية والشرق الأوسط، لتصدر بعده دعوى دولية من طرف الشرطة الدولية (Interpol).

إن القبض أو تسليم زنجبيل نفسه للسلطات الجزائرية كانت له انعكاسات حتى على المخزن المغربي، بما فيه مسؤولين كبار من جيش الملك، مما أدى إلى سقوط عدة رؤوس، مثل المدير العام للأمن الوطني المغربي "حميدو لاعنيقري"، كما أن هناك من يرى أن سقوط

⁽¹⁾ Salima, Tlemçani. « Ahmed Zendjabil dénonce ses parrains au Maroc et en Algérie ». [afrik.com](http://www.afrik.com), 16 OCTOBRE 2006. <http://www.afrik.com>. (03/11/2011).

البارون المغربي شريف بن لويدنين (بابلو إسكوبار المغرب) كان بفضل معلومات سربت من طرف زنجبيل. ويعتبر الممول الرئيسي للقنب لهذا الأخير⁽¹⁾. وعلى الرغم من أن تفكيك الشبكة الدولية لتهريب المخدرات التي كونها زنجبيل، أدت إلى سقوط العديد من الشخصيات السامية في المغرب، إلا أن القضية عمها سكوت كبير من قبل الدوائر الرسمية في الجزائر، ولم يتسرب أي خبر عن تورط مسؤولين في قضايا التهريب. وقد يفسر من طرف البعض أن إسكوبار الجزائر كانت له ضمانات من قبل بعض من لهم نفوذ في السلطة. حتى أن وفاة المعني بالأمر في سبتمبر 2012 في ظروف غامضة (بعد عملية جراحية على القلب) يطرح أكثر من سؤال حول ظروف وفاته وحول ملف تهريب المخدرات في الجزائر⁽²⁾.

كما تم تفكيك شبكة تهريب وترويج المخدرات من طرف أجهزة مكافحة المخدرات لولاية عنابة، و كان ذلك في شهر جانفي 2012، وتنشط هذه الشبكة عبر المغرب، وتصل حتى ليبيا وتونس وتمر عبر الجزائر. وكان على رأس هذه الشبكة المكونة من 20 شخص المدعو حاج ناصر و زوجته الذي كان له علاقة وطيدة برجال المخابرات المغربية حسب اعترافاته (حيث اعترف بأن المخابرات المغربية هي من كانت تموله بالقنب). إلا أن أخ زوجته أعاد تنظيم الشبكة من جديد (لأكثر من 23 شخص) لتتمكن مصالح الأمن بتفكيكها ثانية⁽³⁾. ومن هنا نلاحظ أن شبكات التهريب الوطنية أو الدولية لها عدة رؤوس، فما إن تنتهي مصالح الأمن من تفكيك شبكة إلا و تقوم على أنقاضها شبكات أخرى، وقد تكون أخطر من الأولى، وهذا كون اكتسابها خبرات الشبكات السابقة، وبالتالي تطور طرق تعاملها مع أجهزة مكافحة المخدرات.

وتجدر الإشارة أن بارونات المخدرات يقحمون النساء في عملية تهريب المخدرات، حيث تمكنت الكتيبة الإقليمية للدرك بالرمشي بولاية تلمسان من توقيف عجوز في السبعين من عمرها تدعى "الحاجة ميمونة" متورطة في ترويج المخدرات والمشروبات الكحولية في منزلها. كما تمكنت فرقة لعناصر الدرك الوطني بالقبض على سيدة في الخمسين من عمرها لتورطها في بيع المخدرات والمشروبات الكحولية. كما يتم استغلال مواكب الأعراس في

(1) Salima, Tlemçani. « Ahmed Zendjabil dénonce ses parrains au Maroc et en Algérie ». Op-Cit.

(2) Salima, Tlemçani. « Mystérieuse mort du fameux sous-chef du réseau de drogue de l'Ouest algérien ». Le Quotidien d'Algérie. 26 Septembre 2012. <http://lequotidienalgerie.org>. (30/09/2012).

(3) A. Djabali. « Drogue : Le makhzen marocain derrière le trafic en Algérie ». Algérie360, 26 Aout 2012. <http://www.algerie360.com/algerie>. (29/09/2012).

تهريب المخدرات وخصوصا في ولاية تلمسان⁽¹⁾. كما تمكنت مصالح الدرك الوطني بولاية سيدي بلعباس الجزائرية من توقيف شابة تبلغ من العمر 25 عاما، وهي حامل بـ 6 كلغ من الكيف المعالج، برفقة أم لطفلين كانت تغلف جسمها بـ 14 كلغ هي الأخرى من الكيف المعالج المهرب من المملكة المغربية⁽²⁾. وخلال عملية التحقيق مع المتورطتين تبين أنهما متعودتان على تمرير كميات معتبرة من المخدرات عن طريق استعمال الجلباب لتمويه المصالح الأمنية، انطلاقا من مغنية بولاية تلمسان إلى ولايات الشرق الجزائري، على غرار عنابة وتبسة مروراً بالجزائر العاصمة⁽³⁾.

وفي نفس السياق، تم حجز 6 أجهزة هواتف من نوع الثريا بحوزة امرأتين بمغنية ولاية تلمسان، تنشطان في تهريب الكيف المعالج من المغرب إلى الجزائر ومالي. وتبين من خلال التحقيق، علاقة الامرتين بتنظيم القاعدة AQMI، حيث كانتا في مهمة لتسليم تلك الأجهزة المتطورة لأمر جماعة بجبل عصفور، هذا التنظيم يتعاون مع مهربي المخدرات وذلك بتأمين مسالك جديدة لهم، ودعمهم بالسلاح في مواجهة المطاردات الأمنية، مقابل تقاسم الأرباح المحصلة من تهريب المخدرات⁽⁴⁾.

كما تستعمل بارونات المخدرات طرود بريدية في تهريب المخدرات. فبعد شكوك راودت عمال مصلحة الطرود والرسائل البريدية ببلدية قسنطينة، تم إخضاع الظرفين البرديين محل الشك، واللذين كانا يحملان على الغلاف الخارجي إسم وعنوان شخص يقطن ببلدية البوني ولاية عنابة، وأثبت التحليل على مستوى المخبر المركزي بقسنطينة أن المادة الموجودة بداخلهما هي مخدرات من نوع الكوكايين، ويحمل كل ظرف 250 غرام من هذه المادة. ولقد صرح أحد مروجي المخدرات الذي تم القبض عليه بعنابة، أن هناك عصابة مختصة في تهريب الكوكايين تتخذ من دول جنوب أمريكا مسرحا لهذه العمليات إذ يتم تحويل كميات كبيرة من المخدرات ومنها الكوكايين على متن طائرات خاصة تلقى بها في جو الصحراء الجزائرية، وهنا تتكفل عصابة وطنية مشككة من عدة أفراد بنقلها بالتجزئة نحو

(1) خالد، بودية. "توقيف البارونة" ميمونة: مواكب الأعراس لتهريب المخدرات في تلمسان". جريدة الخبر، 21 سبتمبر 2012.

(2) "طريقة جديدة للتهريب: جزائرية حامل بـ 6 كيلوجرامات من المخدرات". جريدة حرية بريس الإلكترونية، 2012/06/18. <http://www.horiapress.com/news825.html>. (2012/11/15).

(3) "توقيف امرأتين وبحوزتهما 20 كيلو غرام من الشيرا بسيدي بلعباس شرق الجزائر". صحيفة أحداث الشرق، 18 جوان 2012. <http://hisspress.net>. (2012/11/15).

(4) محمد، مجاهد. "حجز 6 هواتف ثرايا لدى امرأتين بمغنية تلمسان". جريدة النهار، 18 جوان 2012. ص 5.

ولايات الشمال الشرقي للبلاد، باستعمال عدة طرق ومن بينها اعتماد إرسال هذه الكميات عبر البريد العادي انطلاقاً من عدة ولايات، وهذه العصابات لها إتصالات بالماфия الإيطالية، إذ يتم تهريب كميات كبيرة من الكوكايين على متن قوارب المهاجرين غير الشرعيين إلى السواحل الإيطالية⁽¹⁾. وهذا ما يفسر قلق الاتحاد الأوروبي اتجاه ظاهرة الهجرة غير الشرعية، فهي ليست هروب الشباب الإفريقي إلى دول أوروبا فقط بحثاً عن حياة أفضل، وإنما تعتبر كذلك شبكة دولية لتهريب المخدرات عن طريق قوارب الموت.

تهريب المخدرات عبر مطار هوارى بومدين: لقد تحول المطار الدولي هوارى بومدين إلى نقطة هامة لتهريب المخدرات نحو أوروبا. ففي 26 جوان 2007 تمكنت مصالح الأمن بالمطار من توقيف امرأة رعية نيجيرية تدعى، كانت بحوزتها كمية من الكوكايين معبأة في 71 كبسولة صغيرة مخبأة بشكل محكم بحزامها، وتم اكتشاف في رحمها حوالي 925 غرام من الكوكايين، حيث قامت مصالح الأمن بتحويل المتهممة إلى مستشفى مصطفى باشا الجامعي للتأكد من صحة وجود كبسولات الكوكايين في رحمها (حيث تم إدخال الكوكايين عبر الجهاز التناسلي، وكان معها هاتفها النقال الذي يحمل صور كيفية إدخال الكبسولات إلى رحمها)، و تمكنت مصالح الصحة بالمستشفى من استخراج تلك الكبسولات من المتهممة⁽²⁾. واتضح من هذه القضية أن هناك شبكة كانت تنشط على مستوى باماكو (مالي) مروراً بالجزائر لتنتهي بإسبانيا في تهريب الكوكايين مقابل 26 ألف دولار لكل رحلة. وهكذا نجد أن المهربين، بعدما استعملوا الملابس الداخلية، والتي أصبح اكتشاف أمرها سهلاً على مصالح الأمن، لجأوا إلى طرق أخرى في التهريب منها أجسامهم وبطونهم وحتى بعض المناطق الحساسة في أجسامهم، وهذا رغم خطورة هذه الطرق، إلا أن المهربون يجازفون بحياتهم من أجل المال، وهم في آخر الأمر ضحية يستعملها بارونات المخدرات مستغلين الفقر المدقع والمعيشة الصعبة التي يعانون منها سكان بعض الدول الإفريقية. كما تم القبض بنفس المطار على رعية نيجيري قادم من النيجر ومتوجهاً إلى قطر وبحوزته 77 كبسولة من الهيروين مخبأة في بطنه، ويصل وزن الكبسولة الواحدة من 100 إلى 200 غرام، وكان

(1) أحمد، زقاري. "تهريب الكوكايين داخل أطراف بريدية وقوارب الحراقة". الشروق أون لاين، 09/01/2009. <http://www.echoroukonline.com> (2011/11/18).

(2) إبراهيم، ب "آخر حيل المهربين لنفادي كشف السكاكين وتضليل الجمارك". جريدة النهار، 08 فيفري 2011. <http://www.ennaharonline.com> (2012/03/29).

الوزن الإجمالي أكثر من 1 كغ، وبعد رعاية طبية في أحد مستشفيات العاصمة، تم طرح الكبسولات بعد أربعة أيام⁽¹⁾. وتبين من خلال التحقيق أن الرعية النيجيري سبق له وأن هرب 67 كبسولة ببطنه لم يتم كشفها بجهاز السكاير من النيجر عبر الجزائر إلى قطر لصالح رعايا أفارقة بدولة قطر، وهذا مقابل 3 آلاف دولار عن كل رحلة.

وفي عملية وصفت بالنوعية، تم حجز 7 كغ من الكوكايين في 09 ديسمبر 2011، كانت معبأة في كبسولات لدى 5 أشخاص من جنسية نيجيرية، تنقلوا من البرازيل إلى العاصمة الإسبانية وكانوا متوجهين إلى عاصمة النيجر نيامي عبر الجزائر، وبعد الاشتباه في الرعايا الخمسة النيجيرية قامت مصالح الفرقة الثانية لشرطة الحدود بالمطار الدولي هوارى بومدين، بعمليات معaine وتفتيش اتضح أن الرعايا الخمسة قاموا بابتلاع كبسولات تتضمن كميات من الكوكايين تقدر بـ: 18 غراما في كل كبسولة لتبلغ الكمية الإجمالية قرابة 7 كغ من الكوكايين⁽²⁾.

كما عالجت مصالح الأمن في جانفي 2012 بمطار هوارى بومدين الدولي قضية مسافر إفريقي يحمل الجنسية النيجيرية، وبحوزته كمية من الكوكايين، قدرت بـ 1.5 كغ، حيث قدم هذا المسافر من مطار واغادوغو ببوركينا فاسو على متن رحلة الخطوط الجوية الجزائرية التي حطت بمطار هوارى بومدين متجهة إلى مرسيليا بفرنسا، وبعد عملية تفتيش دقيقة تبين أن هناك كمية من المخدرات مخبأة بإحكام في إحدى حقائبه (1.5 كغ من الكوكايين). كما تم في نفس الشهر من القبض على امرأة وهي رعية من سنغافورة قادمة من نيامي بالنيجر ومتجهة إلى الدوحة مروراً بالجزائر، وبعد التفتيش تم اكتشاف 4.2 كغ من الكوكايين، والتي قدرت قيمتها المالية بـ 4 ملايين سنتيم⁽³⁾.

وهكذا فقد تمكنت مصالح الأمن الجزائرية من مساعدة الأنتربول في تفكيك 4 أكبر شبكات عالمية في تهريب الكوكايين منذ 2007 إحداها كانت تنشط بين إفريقيا وفرنسا تم

(1) إبراهيم، ب "آخر حيل المهربين لتفادي كشف السكاير وتضليل الجمارك". جريدة النهار، مرجع سابق.

(2) حفيظ، صوالي. "إحباط إحدى أكبر عمليات تهريب المخدرات الصلبة" 7 كيلو غرام من الكوكايين في أمعاء أفارقة بمطار الجزائر.

جريدة الخبر، 10 ديسمبر 2011. <http://www.elkhabar.com> (2011/12/30).

(3) حمزة، بن يحيى. مطار الجزائر الدولي: هل تحول إلى نقطة تهريب الكوكايين في خريطة المافيا العالمية". المحور، 20 ماي 2009.

<http://www.elmihwar.com> (2011/11/19).

تفكيكها سنة 2009 بمدينة ليل الفرنسية بعد معلومات دقيقة قدمتها مصالح الأمن الجزائرية بناء على معلومات إستقتها من مهربين ألقى عليهم القبض بالجزائر (1).

وهكذا بتضح جليا، أن مطار هواري بومدين الدولي منطقة عبور مهمة للمخدرات القوية، وأغلبية المهربين من غرب إفريقيا وبالأخص رعايا من دولة نيجيريا، حيث لا يوجد رحلات مباشرة إلى أوروبا، وبالتالي غالبا ما يتم تغيير رحالته بالجزائر. وفي كثير من الأحيان، يتم بيع تلك السموم في الجزائر وهذا حتى يتمكنوا من تمويل باقي رحلتهم إلى الخارج، وينطبق هذا الأمر على الأفارقة الذين يعتزمون المكوث في أوروبا في إطار الهجرة غير الشرعية.

ولم يقتصر تهريب المخدرات عبر المطار الدولي الجزائري على الرعايا الأجانب، بل حتى موظفو الخطوط الجوية الجزائرية، حيث تم القبض بتاريخ 02 أكتوبر 2011 على مضيف من طاقم الطائرة (قادمة من باماكو "مالي) وبحوزته 800 غرام من الهيروين (2).

الأجانب المقبوض عليهم: بلغ عدد الأجانب المقبوض عليهم في قضايا المخدرات في الفترة الممتدة من (2004 إلى 2012) 808 أجنبي متورط في تهريب المخدرات. وتعتبر سنة 2012 ، السنة التي سجل فيها أكبر عدد من الأجانب المقبوض عليهم في قضايا تهريب المخدرات، ب : 136 شخص، وتأتي سنة 2011 في المرتبة الثانية ب 123، وتأتي سنة 2008 في المرتبة الثالثة ب 118 أجنبي، ثم سنة 2007 ب 102 أجنبي، وهذا ما يؤكد أن الجزائر أصبحت منطقة عبور مهمة منذ عدة سنوات، و لم يقتصر الأمر على القنب الهندي المنتج في المملكة المغربية، بل تعداه ليشمل الكوكايين والهيروين والكراك والمؤثرات العقلية.

الجدول رقم (08) عدد الرعايا الأجانب المقبوض عليهم في قضايا المخدرات من 2004 إلى 2012

المجموع	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
804	136	123	56	82	118	102	90	85	97

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات 2010، 2011، 2012.

(1) حمزة، بن يحيى. مطار الجزائر الدولي: هل تحول إلى نقطة تهريب الكوكايين في خريطة المافيا العالمية". مرجع سابق.
(2) و، ق. "توقيف مضيف طائرة وبحوزته مخدرات بمطار هواري بومدين". جريدة الفجر، 03 أكتوبر 2011. <http://www.al-fadjr.com> (2011/11/18).

من خلال الجدول رقم (08)، يتبين أن سنة 2012 شهدت ارتفاعا محسوسا في عدد الرعايا الأجانب المقبوض عليهم في قضايا المخدرات، ويمكن تفسيره بالاضاع الأمنية والاقتصادية والسياسية التي تدهورت في السنوات الأخيرة خصوص أواخر 2011 وبداية 2012.

الجدول رقم (09) عدد الأجانب المقبوض عليهم في قضايا تهريب المخدرات في التراب الوطني حسب البلد من 2004 إلى 2011

المجموع	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	البلد
133	27	4	16	23	19	23	21		نيجيريا
110	11	3	7	11	13	13	21	31	المغرب
119	18	15	15	15	13	10	12	21	مالي
32	2	2	3	1	6	6	6	6	تونس
84	19	8	9	12	17	4	5	10	النيجر
40	3	3	3	5	7	13	4	2	فرنسا
12		2		3	1	2		4	غانا
6	5					1			ليبيا
2				1		1			التشاد
1						1			سينغال
4	1					1		2	البنين
2						1	1		فلسطين
1						1			إنجلترا
4	2							2	غينيا
15	1	2	4	1	6			1	ليبيريا
9	1			5	1		1	1	الكاميرون
2	1						1		الأردن
1	1								اليابان
7				1			1	5	الكونغو
1								1	كندا
3					2			1	سويسرا
2							1	1	سوريا
3				1			1	1	سيراليون
5					4			1	الصحراء الغربية
1							1		ألمانيا
6		1	1	3			1		إسبانيا
1							1		البرتغال
2				1	1				ساحل العاج
9				9					غامبيا
2				2					أوغندا
1				1					تركيا
1		1							السودان
132	31	15	24	23	12	13	7	7	غير محدد
753	123	56	82	118	102	90	85	97	المجموع

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011.

أما المقبوض عليهم حسب الجنسيات، فتأتي نيجيريا في المقدمة بمجموع 133 مقبوض عليه^(*)، ثم تأتي مالي في المرتبة الثانية بـ 119 رعية مالية تم القبض عليها في قضايا المخدرات، وتأتي المملكة المغربية في المرتبة الثالثة، بـ 110 مغربي مقبوض عليهم في قضايا تهريب المخدرات، ثم يأتي النيجر في المرتبة الرابعة بتورط 84 رعية نيجري في قضايا تهريب المخدرات، وتأتي فرنسا في المقام الخامس بتورط 40 فرنسي بتهمة تهريب المخدرات (أغلب الرعايا الفرنسيين المتورطين في قضايا المخدرات ينحدرون من أصول جزائرية). ثم تأتي جنسيات أخرى متفاوتة الأعداد من 15 شخص إلى شخص واحد، جلهم من الدول الإفريقية، إلا أن هناك رعايا من دول أوروبية، كإسبانيا، و ألمانيا وإنجلترا. كما تم القبض خلال نفس الفترة على 132 رعية أجنبية متورطة في جرائم المخدرات لم يتم تحديد هويتهم، وهؤلاء جميعهم أفرقة، يخترقون الحدود الجزائرية بطريقة غير شرعية، وبالتالي يستعملون الجزائر كمنطقة عبور، ويجلبون معهم المخدرات يبيعون جزءا منها في الجزائر لتأمين مصاريف السفر إلى أوروبا بطرق غير شرعية.

وهكذا من خلال الجدول رقم (09)، يتبين أن الجزائر تعتبر منطقة عبور استراتيجية، وهذا بتورط رعايا من دول غرب إفريقيا والساحل والمغرب، مستغلين بذلك طول حدودها وشساعة صحراءها وإطلالها على أوروبا عن طريق ساحل يقدر بـ 1600 كلم.

المطلب الثاني: تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري :

إن الحصول على معطيات خاصة بظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري ليس بالأمر الهين، خصوصا و أن هناك مصادر عديدة يمكن أن نستقي منها هذه المعلومات (وفي كثير من الأحيان تكون متناقضة)، مصالح الأمن بكل أجهزته (الجمارك، الدرك الوطني والشرطة)، وهذا بعدد القضايا وعدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا الحيازة والاستهلاك للمواد المخدرة، أو زراعة وإنتاج هذه المواد. وكذلك المحاكم عن طريق عدد القضايا المعالجة في إطار محاربة المخدرات، وكذلك من المؤسسات العقابية عن طريق معرفة عدد المحكوم عليهم

^(*) للإشارة أننا لن نتمكن من الحصول على عدد الرعايا الأجانب المقبوض عليهم في جرائم المخدرات حسب الجنسية لسنة 2012.

والمسجونين في قضايا المخدرات. وكذلك عن طريق مصالح القطاع الصحي (كمراكز إزالة التسمم، الاستعجالات، عدد الوفيات بالجرعة الزائدة...). وكذا عن طريق الجمعيات غير الحكومية (إحصاءات وبحوث يقوم بها أفراد منتمين للجمعيات). ولقد أكد في هذا الإطار مكتب الأمم المتحدة لمراقبة المخدرات ومنع الجريمة، على أهمية المعلومات المستقاة من هذه المصالح، والتي تسمح بتقدير سريع لمدى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، مقارنة بالبحوث الوبائية التي قد تأخذ وقتا طويلا والتي أصبحت غير كافية لتطوير المعرفة حول ظاهرة تعاطي المخدرات⁽¹⁾. ويقصد بالتقييم السريع، هو التوصل بسرعة على تقدير لطبيعة المشكل من أجل وضع التدابير والموارد الملائمة لمعالجة المشكل، ويشير التقدير السريع إلى منهجية تستخدم مجموعة تضم عدة تقنيات لجمع البيانات بغية الوصول إلى فهم طبيعة المشكل والتقييمات السريعة مناسبة بصورة مثالية لإجراء بحوث فيما بين السكان المستترين، والذين يصعب النفاذ إليهم في أغلب الأحيان، والمهمشين، الذين لا يتم الكشف عنهم بسهولة أثناء إجراء دراسات استقصائية وبائية تقليدية مثلما هو الحال بالنسبة لمشكل التعاطي⁽²⁾. إلا أن ميزة هذا التقدير السريع والحديث، يكاد لا ينجو من بعض المزالق المنهجية، يمكن ذكر على سبيل المثال الاحتمال الوارد في تكرار الأفراد عبر الإحصاءات، مما يمس بمصداقية هذه الإحصاءات. بالإضافة إلى ذلك هناك حالات يمكن أن يستغرق فيها التقييم السريع وقتا أطول من المتوقع.

هناك دراسات وبائية قليلة التي تناولت هذه الظاهرة، وبالتالي ليس من البديهي التوصل إلى تكوين صورة واضحة وشاملة حول ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري. وعند المقارنة مع الدراسات الوبائية في الاتحاد الأوروبي أو

⁽¹⁾سمية، منصوري، " دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين (15-33) سنة في بومرداس جويلية 2000"، مرجع سابق، ص 35 .

⁽²⁾مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. تقرير سنة 1999. الأمم المتحدة، نيويورك، 2010.

الولايات المتحدة الامريكية أو كندا أو أستراليا، نجد أن هناك تقريبا كل سنة دراسات وبائية. ففي أوروبا مثلا تجرى لعدة سنوات دراسات وبائية على 36 دولة أوروبية كان آخرها تحقيق 2011 (ESPAD) ⁽¹⁾.

وفيما يخص الدراسات الوبائية الجزائرية، التي من خلالها يمكن أن نعرف مدى حجم انتشار تعاطي المخدرات في المجتمع، و الفئة العمرية الأكثر تعاطيا من بين الفئات، وغيرها من المعلومات التي قد تسمح لأصحاب القرار ببلورة سياسة وقائية لمكافحة المخدرات. ومن هذه الدراسات:

1- دراسة العلاقة المحتملة بين تعاطي المخدرات وفيرس نقص المناعة في الجزائر ⁽²⁾. حاول الباحثون من خلال هذه الدراسة التي أجريت خلال 2004-2005 : معرفة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمتعاطين (المشكلة) للمخدرات. وقد أجري هذا التحقيق على ثلاث مدن كبيرة، وهي : الجزائر، عنابة ووهران. لعينة مكونة من 285 فردا، منهم 31 امرأة، نصف منهم على مستوى (مراكز الاستشفاء والسجون) وقد توصل التحقيق إلى جملة من النتائج، أهمها: أن نسبة تعاطي المخدرات أكبر من تعاطي المؤثرات العقلية، وأن أكثر من نصف الشباب المستجوب يتعاطى بانتظام. أما التعاطي الأول يتم عن طريق التجربة (34.8%)، و الحشيش هو المخدر الأكثر تعاطيا إذ استثنينا المؤثرات العقلية (92.0%)

2- دراسة: سمية منصوري، بعنوان: " دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين 15-33 سنة في بومرداس ⁽³⁾ 2000

بالاستعانة بالمنهج المسح الاجتماعي والمنهج المقارن، حاولت الباحثة معرفة إن كانت ظاهرة تعاطي المواد النفسية منتشرة، وتشكل خطرا على منطقة بومرداس، وانصبت

⁽¹⁾ Stanislas, Spilka; and Olivier, Le Nézet. L'enquête European School Survey Projetc On Alcohol and Other Drugs (ESPAD)2011. OFDT. 31 mai 2012. www.ofdt.fr. (11/12/2012).

⁽²⁾ Badra, Moutassem-Mimouni ; Nouria, Bengharbi Remaoun. « Etudes du lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA en Algérie », Op-Cit.

⁽³⁾ سمية منصوري، " دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين (15-33) سنة في بومرداس جويلية 2000"، مرجع سابق.

دراستها على عينة مكونة من 600 مبحوث موزعين بالتساوي على خمس دوائر من ولاية بومرداس، أي على أساس 120 مبحوثا لكل دائرة من الدوائر الخمس.

ومن بين أهم ما توصلت إليه الباحثة، أن هناك نسبة (57.8%) من أفراد العينة يتعاطون المواد النفسية، منهم (29%) يتعاطونها بطريقة قهرية. وأن أغلبية المتعاطين ذكور يتراوح سنهم من (20-33) سنة عزاب، ومن المستوى الابتدائي، والمتوسط، وعاطلون عن العمل، ويمارسون مهنا غير مصرّح بها. كما أن متوسط بدء التعاطي هو (17.461) سنة. أما مكان أول تعاطي تمثل أساسا في الأحياء، وكان أهم أسباب التعاطي هو حب الاطلاع من خلال ما تبثه وسائل الإعلام، وتأثير المشاكل الاجتماعية، التعاطي لصالح التعاطي المتعدد والليلي، والفردى.

3- دراسة: وبائية لتعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين 15-16 سنة في ولاية الجزائر⁽¹⁾.

كان الهدف الرئيسى لهذه الدراسة التي أجريت في عام 2005 على تلاميذ لـ 36 مؤسسة تربوية بين إكمالية وثانوية لولاية الجزائر العاصمة. هو تحديد مدى انتشار استهلاك المواد النفسية (التبغ الكحول، القنب، العقاقير النفسية) عند شباب متدرسين تتراوح أعمارهم ما بين 15-16 سنة.

ومن بين ما توصلت إليه الدراسة: أن نسبة المدخنين الذكور تفوق نسبة المدخنات الإناث. كما أن تعاطي المواد النفسية (التبغ، الكحول، القنب، العقاقير النفسية) هو تعاطي تجريبي، للفئة العمرية (15-16) سنة. و الذكور هم أكثر تعاطيا للمواد النفسية من الإناث. والعقاقير هي أكثر المواد النفسية تعاطيا عند البنات. و يحتل الكحول الترتيب الأخير عند الذكور وما قبل الأخير عند الإناث. أما سن أول تعاطي للكحول فهو مبكر فنسبة 20% من الشباب الذين سنهم يتراوح ما بين 16-17-، 14-15 سنة تؤكد على أنها تعاطت الكحول لأول مرة قبل بلوغها سن 11 سنة. وفيما يخص سن أول تعاطي للقنب هو اقل تبكيرا مقارنة بالمواد الأخرى، (التبغ، الكحول) حيث تتراوح النسبة بين 5% و 20% من الشباب المستهلك الذي يؤكد تدخينه للقنب لأول مرة قبل بلوغه سن 11 سنة .

⁽¹⁾دراسة في إطار مشروع MEDSPAD والمرصد الفرنسى لمكافحة المواد النفسية OFDT. فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمى في إعداد السياسات الوطنية لوقاية من المخدرات ومكافحتها.

4- الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر : مسح وطني شامل حول انتشار وباء الإدمان على المخدرات في الجزائر⁽¹⁾.

وكان الهدف الرئيسي من هذا التحقيق الذي أجري على 9240 أسرة تمثل أكثر من 48700 فردا موزعين على 46 ولاية، يتلخص في : قياس انتشار تعاطي المخدرات في الجزائر، و بحث واستكشاف السلوك ومواقف وأراء الجزائريين من 12 سنة فما فوق حول تعاطي المخدرات في الجزائر، وكذلك تمكين الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها ONLDT من الحصول على معلومات حديثة وذات مصداقية، وهذا ليقوم بإعادة بلورة استراتيجية وتكييف برامجه الفعلية Programmes d'Actions للفترة 2011-2015.

ومن بين أهم النتائج التي توصل إليها هذا التحقيق : أنه هناك 302.000 شخص، يتعاطون المخدرات في الجزائر ابتداء من سن 12 سنة، وأن الفئة العمرية من 20 إلى 39 سنة تمثل أعلى نسبة بـ: 180.679 متعاطي. كما أظهر التحقيق انتشار تعاطي المخدرات بـ: 1.15%. وهذه النسبة تم حسابها على أساس تعاطي العينة محل التحقيق خلال الأثنى عشر شهرا لمخدر واحد أو عدة مخدرات، وهذا يمثل 1.69% رجال، و 0.67% نساء. وأظهر التحقيق كذلك أن: 2.15% من أفراد العينة جربوا مخدر واحد أو أكثر مخدر خلال حياتهم، ونسبة الرجال أعلى من نسبة النساء. وفيما يخص تعاطي المخدرات خلال ثلاثون (30) يوم الماضية التي سبقت التحقيق، فأظهرت الدراسة أن (0.83 %) من أفراد العينة تعاطوا مخدر أو عدة أنواع من المخدرات خلال ثلاثون يوما الماضية، الرجال (1.18 %) والنساء (0.52 %). كما أظهر التحقيق أن الرجال هم الذين جربوا مخدر أو أكثر من مخدر خلال الاثنى عشر (12) شهر الماضية قبل التحقيق والشهر الأخير. أما الفئة العمري فهي بين 20 و 39 سنة. أما التعاطي حسب الجهات الكبرى، فالتحقيق أظهر أنه ورغم قلة عدد السكان بالجنوب، إلا أنه تم تسجيل أكبر نسبة لانتشار التعاطي والمؤثرات العقلية، وكان انتشار التعاطي حسب : الجهة الجنوبية في المرتبة الأولى، ثم تأتي الجهة الغربية في المرتبة الثانية، ثم الجهة الشرقية في المرتبة الثالثة

(1) C.N.E.A.P.D. « Enquête Epidémiologique Nationale et Globale sur la prévalence de la Drogue en Algérie. ». Synthèse Globale. ONLDT. Office National de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Septembre 2010.

وتأتي جهة الوسط في آخر الترتيب. أما على المستوى الوطني فكان التعاطي حسب الفترات الزمنية كالآتي: 1.61 % خلال الحياة، 0.88 % خلال الاثنى عشر شهرا الأخيرة، 0.63 % خلال الشهر الأخير

إنتشار المخدرات حسب نوع المخدر خلال الاثنى عشر شهرا الأخيرة:

يبقى مخدر القنب هو الذي يتصدر قائمة المخدرات الأكثر تعاطيا في المجتمع الجزائري حسب عينة التحقيق، ثم يليه المؤثرات العقلية، وهذا مهما كانت الفترة من الفترات الثلاث. ويأتي الأفيون في المرتبة الثالثة بنسبة 0.055% في فترة الاثنى عشر شهرا الماضية قبل التحقيق. أما الهيروين والكوكايين والاكستازي والمواد الأخرى، فقد سجلت نسب ضعيفة.

كل التقارير تشير أن الجزائر تتحول مع الوقت من بلد عبور للمخدرات إل بلد مستهلك، وهو مرشح لأن يصبح بلد منتج للمخدرات، وهذا راجع لعدة عوامل، منها تشديد الخناق على الحدود الأوروبية، وشساعة التراب الوطني مما يصعب من عملية المراقبة الميدانية، وكذلك عدم الاستقرار السياسي والاقتصادي في دول الساحل وكذلك الأموال الطائلة التي تجنيها هذه الشبكات. وقد صرح السيد عبد النوري صالح المكلف بالدراسات في الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان*، أن المغرب تنتج 60% من القنب الهندي الذي يسوق في العالم، والذي يصل منه للجزائر ما يفوق 26% وتستهلك الجزائر 16.26 % من القنب الهندي الذي يدخل من المغرب باتجاه أوروبا⁽¹⁾.

إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان:

عند تحليل للتقارير السنوية للمحجوزات من المخدرات التي يصدرها سنويا الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، يتبين ما يلي:

بالنسبة لسنة 2004، كان عدد القضايا المتعلقة بالمخدرات بالحيازة وتعاطي المخدرات على المستوى الوطني 4115 ملف، منها 3658 ملف يتعلق برانتج القنب، و 456 منها تخص الحيازة وتعاطي المؤثرات العقلية.

* وهذا في مداخلة ألقاها في ملتقى الإدمان الذي نظمته جمعية آلات مكافحة الإدمان بقصر الثقافة مالك حداد بقسنطينة.

⁽¹⁾ صوفيا، م . " الجزائر تستهلك 16 بالمائة من القنب الهندي المغربي". جريدة الخبر، 26 أبريل 2008.

أما سنة 2005، فمن أصل 6185 قضية متعلقة بالمخدرات، هناك 4082 قضية خاصة بالحيازة وتعاطي القنب، ثم تأتي في المرتبة الثانية المؤثرات العقلية بـ 452 ملف خاص بالحيازة وتعاطي راتنج القنب، وقضية واحدة تتعلق بالحيازة وتعاطي الكوكايين. أما عدد الأشخاص الذين تم القبض عليهم في نفس السنة لحيازة وتعاطي راتنج القنب، فقد وصل إلى 4961 شخص، أما الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة حيازة وتعاطي المؤثرات العقلية، فقد وصل إلى 565 شخص.

وإذا عدنا لقراءة التقارير السنوية للسنوات من 2004 إلى 2011 الخاصة بعدد الأشخاص المتورطين في قضايا الحيازة، وتعاطي المخدرات، يمكن أن نستخلص ما يلي:

- نجد أن حيازة وتعاطي مخدر راتنج القنب يحتل المرتبة الأولى، وقد سجل أعلى مستوى سنة 2009 بـ 7529 شخص تم توقيفهم لحيازة وتعاطي القنب (مع العلم أن هذا المخدر مصدره المملكة المغربية). وكان مجموع ثمان سنوات يقدر بـ: 50137 شخص. أي بمعدل سنوي يقدر بـ 2697 شخص، تم توقيفهم بسبب تعاطي وحيازة القنب.

- وتأتي في المرتبة الثانية المؤثرات العقلية، حيث تسجل سنويا في المعدل توقيف 571 شخص متورطين في حيازة وتعاطي المؤثرات العقلية. وتسجل سنة 2011 رقم قياسي، بتوقيف 827 شخص بتهمة الحيازة والتعاطي. وهذا ما يؤكد على خطورة هذه الظاهرة واستفحالها في المجتمع الجزائري، وخصوصا في الجنوب والشرق، ويرجع السبب إلى سعرها المنخفض مقارنة بباقي المخدرات الأخرى، وكذلك لتوفرها في السوق غير الشرعي، وسهولة الحصول عليها حتى وإن استدعى الأمر استعمال صفات طبية حقيقية أو مزورة (حيث يكتشف سنويا تورط أشخاص من القطاع الصحي في قضايا المؤثرات العقلية)

- ثم تأتي في المرتبة الثالثة مادة الهيروين الخطيرة، فقد تم توقيف خلال ثمان سنوات 98 شخصا بتهمة الحيازة وتعاطي الهيروين، وسجلت سنة 2009 أكبر نسبة، بتوقيف 22 شخص. وشهدت سنة 2011 حيز 512.65 غرام في قضايا الحيازة والتعاطي، وهي تمثل خمسة أضعاف الكمية المحجوزة سنة 2010، أين تم حيز 110.35 غرام من هذه المادة، أي زيادة تقدر بـ 364.47%. وهكذا نجد أنه خلال سبع سنين ارتفعت نسبة المحجوزات من هذه المادة بـ 1912.87%. إن هذه الأرقام، تبعث على القلق من حيث ارتفاع كميات المحجوزات من المخدرات القوية (Droque Dure) في السوق غير الشرعية، وهي لا تمثل إلا

10% مما هو متداول في السوق. وتكمن الخطورة في هذا المخدر القوي والفتاك، أنه يكفي بعض الجرعات فقط لكي يحدث الاعتماد والإدمان. مع العلم أن هذه المادة ليست في متناول الجميع، وهذا لسعرها الباهض، فلا يستطيع اقتناءها الشرائح الفقيرة، وبالتالي يكون في متناول الشرائح الميسورة الحال، وهذا ما يؤكد الواقع، من تورط بعض أبناء الشخصيات المرموقة في المجتمع الجزائري في قضايا تعاطي الهيروين⁽¹⁾.

- وتأتي مادة الكوكايين في المرتبة الرابعة، بتسجيل تورط في المعدل 7 أشخاص سنويا بتهمة الحياة والتعاطي، ولا تخلو أي سنة منذ 2005 إلا ويتم تسجيل فيها القبض على أشخاص يتعاطون هذه المواد البيضاء السامة، و التي مصدرها الأساسي أمريكا اللاتينية الداخلة إلى الجزائر من دول غرب إفريقيا و دول الساحل. وقد سجلت سنة 2009 أعلى نسبة بتورط 18 شخص في جريمة حياة وتعاطي الكوكايين، أما أكبر كمية من الكوكايين التي تم حجزها كان في سنة 2011، أين تم حجز 1177.72 غرام في إطار الحياة والتعاطي والتعاطي، وهي تمثل أعلى نسبة منذ 2004.

وهكذا يتضح مع مرور الوقت، أنه بعدما كانت الجزائر في السنوات الماضية منطقة عبور، اين يتم تهريب هذه المادة الخطيرة الآتية من أمريكا اللاتينية والمارة على غرب إفريقيا ثم دول الساحل، لتعبر التراب الوطني في اتجاه أوروبا، أصبحت في السنوات الأخيرة تروج وتتعاظم في الجزائر، وهناك من يتعاطاها بانتظام وهذا من خلال الإحصائيات المتوفرة من قضايا الحياة والتعاطي. ويعود هذا لعدة أسباب، منها تضيق الخناق على مهربي المخدرات في الدول الأوروبية من جهة، و من جهة أخرى تخفيض أسعارها من طرف المروجين، حيث تؤكد دراسات متخصصة أن رواج تجارة المخدرات الصلبة وخاصة الكوكايين، يأتي بعد أن سجلت أسعارها تراجعاً بعد أن كان الغرام الواحد يقدر بحوالي 120 إلى 150 أورو، خاصة ما بين 2005 و 2010، ليصبح غرام الكوكايين حالياً يباع ما بين 50 و 60 أورو، مع إمكانية الحصول عليها بأقل من ذلك في حالة توفر كمية كبيرة، أي أن سعر الغرام من الكوكايين يمكن أن يقدر ما بين 6000 إلى 7000 دينار جزائري⁽²⁾ (مع العلم أن مادة الكوكايين الموجهة إلى السوق المحلية ذات جودة رديئة، وهذا بسبب خلطه مع

(1) Salima, Tlemçani. « Impliqués dans une affaire de drogue Les enfants d'un ex-ministre et d'un général à la retraite maintenus en détention ». El Watan, 17 mai 2011.

(2) حفيظ، صواليلي . "إحباط إحدى أكبر عمليات تهريب المخدرات الصلبة". جريدة الخبر، 10 ديسمبر 2011 .

مواد أخرى، وبعض الأحيان تكون سامة، وهذا سعيًا من مروجي الكوكايين أن يجعلون من هذه المادة ذات تأثير كبير على متعاطيها). وعلى الرغم من تخفيض سعرها مقارنة بالماضي، إلا أنها تبقى ليست في متناول جميع المتعاطين.

يجب الإشارة أن هذه الإحصائيات لا تتعرض إلى الأنواع الأخرى من المخدرات المسموح تعاطيها في المجتمع الجزائري، كالتبغ والشمة والرنجيلية (التي دخلت في السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري بشكل ملفت للانتباه)، والخمر والكحوليات والمواد الخطيرة الموجودة في السوق الشرعية، كالغراء والدليون... إلخ. فكل هذه المواد يتعاطاها عدد لا بأس به من أفراد المجتمع الجزائري، إلا أنه ولنقص المعطيات لا يمكننا إعطاء رؤية واضحة حول هذا النوع من التعاطي.

الجدول رقم (10) عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا الحيازة و تعاطي المخدرات

من 2004 إلى 2012

السنة	القنب والأفيون	الموثرات العقلية	الهروين	الكوكايين	الكراك	المجموع
2004	5104	581	2			5687
2005	4961	565		4		5530
2006	6130	836	20	1		6987
2007	6408	656	12	3		7079
2008	7046	298	8	13		7365
2009	7529	433	22	18	2	8004
2010	6506	372	17	12		6907
2011	6453	827	17	3	3	7303
2012	10264	1318	24	31		11637
المجموع	60401	5886	122	85	5	66499

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والموثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

وهكذا يتبين من خلال الجدول رقم (10)، أنه خلال تسعة سنوات (من 2004 إلى 2012) تورط أكثر من 66499 شخص في جريمة حيازة وتعاطي المخدرات، أي في المعدل 7388 شخصا/سنويا. ويعطي هذا الرقم فكرة واضحة على حجم ظاهرة انتشار تعاطي المخدرات وحيازتها في المجتمع الجزائري، فلو قارنا سنة 2012 بسنة 2004 نجد أن عدد المقبوض عليهم قد تضاعف بنسبة 204.62%، إلا أنه لا يعبر عن حقيقة الواقع، وهذا راجع لعدة أسباب موضوعية، وهي :

- أن هناك قضايا كثيرة لا تحوّل إلى العدالة (لعدم وجود أدلة، أو لتورط عناصر مكافحة المخدرات فيها، أو عدم استوفاء الملف للشروط القانونية)،
 - القضايا التي تصل إلى العدالة، ثم يتم تبرأة المتهمين حتى ولو أنهم متورطين،
 - عدم الأخذ بعين الاعتبار المخدرات الأخرى،
 - عدم القبض على عدد كبير من المتعاطين،
- و هذا ما يدفعنا إلى القول على أن الرقم الحقيقي بعيدا جدا على ما تم ذكره آنفا.

1- القنب الهندي

الجدول رقم (11) كميات المحجوزات من القنب بكل أنواعه من 2002 إلى 2012

السنة	راتنج القنب/ كلغ	حشيش القنب/ كلغ	بذور القنب/ غرام	نبات القنب
2002	6 109,649	0	41	2249
2003	8 068,741	1,797	1237,4	3361
2004	12 372,993	6,959	688	122
2005	9 644,001	0,13	22055	48
2006	10 046,286	0,527	858	757
2007	16 595,436	45,04	814,185	20987
2008	38 027,297	3,216	115,9	10712
2009	74 643,377	1,44	5909,3	1802
2010	23 041,597	0,104	4883	3163
2011	53 323,093	0	39924	1019
2012	157 382,643	0	127,4	88
المجموع	409 255,113	59,213	76653,185	44308

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2002، 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

- أ- راتنج القنب: عند قراءة الجدول رقم (11) يتبين ما يلي:
- أن أجهزة مكافحة المخدرات الثلاث (الشرطة، الدرك الوطني والجمارك)، حجزت خلال الفترة من 2002 إلى 2012 أكثر من 409255,113 كلغ أي في المعدل 37205,010 كلغ / سنويا من مادة راتنج القنب.
- شهدت سنة 2012 أعلى مستويات الحجز بأكثر من 157382,643 كلغ، ثم تأتي سنة 2009 في المرتبة الثانية بحجز أكثر من 74643,377 كلغ، ثم تأتي سنة 2011 في المرتبة الثالثة بتسجيل حجز ما وزنه 53323.093 كلغ من نفس المادة. و إذا قارنا هذه

الكمية المحجوزة لسنة 2012 بالكمية المحجوزة خلال سنة 2002، نجد أنه تم تسجيل ارتفاع بنسبة (+ 2575.96%). وهكذا نجد أن سنة 2012 قد سجلت رقما قياسيا للكمية المحجوزة من راتنج القنب.

- رغم تذبذب كميات المحجوزات المصرح بها، إلا أن هناك تصاعد من سنة إلى سنة أخرى، حتى وإن شهدت بعض السنوات تراجعاً في كمية المحجوزات (وهذا لا يعني بالضرورة تراجع رواج هذه المادة على أرض الواقع عبر التراب الوطني، حيث يمكن تفسيره بتراجع عمل الأجهزة الأمنية، أو تغيير طريقة عمل بارونات المخدرات).

أما حسب طبيعة المخالفة (عد إلى الجدول رقم (12) كمية المحجوزات من راتنج القنب حسب المخالفة من 2004 إلى 2012)، نجد أن الكميات الموجهة للسوق الداخلية غير الشرعية، تفوق بكثير الكميات الموجهة للسوق الدولية غير الشرعية. فقد تم تسجيل خلال الفترة من 2004 إلى 2012 (لا توجد إحصائيات من 2002 إلى 2004) حجز أكثر من 165,672 228 كغ من مادة راتنج القنب موجهة للاستهلاك المحلي، مقابل 163 883,300 كغ موجهة للسوق الدولية غير الشرعية. وهكذا نجد أن كل السنوات (من 2004 إلى 2012) شهدت ارتفاع كميات المحجوزات من راتنج القنب الموجهة للسوق الداخلية بكثير مقارنة بما يتم نقله إلى خارج الوطن، هذا باستثناء سنتي 2011 و 2012، التي شهدتا عكس السنوات السابقة ارتفاعاً ملحوظاً، حيث وصلت الكميات المحجوزة من هذه المادة والموجهة إلى خارج الوطن سنة 2011 إلى 32610.984 كغ مقابل 20589.732 كغ كانت موجهة إلى الاستهلاك المحلي، أما سنة 2012 فقد وصلت الكميات المحجوزة من راتنج القنب والموجهة إلى خارج الوطن إلى 99 837,837 كغ، مقابل 57 401,933 كغ موجهة إلى الاستهلاك المحلي. يمكن تفسير هذه الحالة، أنه عندما تكون جودة المنتج جيدة يتم توجيهها بكل الطرق المتاحة إلى الدول الأوروبية، عكس السنوات السابقة التي من الممكن أن تكون الجودة رديئة أو في بعض الأحيان تم استخراجها من المخزون القديم (عادة ما تكون رديئة الجودة وخطيرة على صحة الإنسان)، حيث تؤكد معلومات من الدرك الوطني أنه في أوقات معينة من السنة، يتخلص منتجو القنب من المملكة المغربية من منتوجهم القديم، وذلك استعداداً منهم لاستقبال المنتج الجديد، وهذا ما يجعلهم يتخلصون من المنتج المخزون بأسعار زهيدة.

الجدول رقم (12) كمية المحجوزات من راتنج القنب حسب المخالفة من 2004 إلى 2012

السنة	داخل التراب الوطني	من وإلى الخارج
2004	6 133,085	6 086,171
2005	6 864,981	1 942,071
2006	8 548,923	1 106,045
2007	8 732,347	6 986,436
2008	32 833,897	5 146,794
2009	65 818,787	8 615,433
2010	21 241,987	1 551,529
2011	20 589,732	32 610,984
2012	57 401,933	99 837,837
المجموع	228 165,672	163 883,300

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

ب- **بذور القنب:** كما قامت الأجهزة الأمنية لمحاربة المخدرات بحجز في الفترة الممتدة من (2002 إلى 2012) عد إلى الجدول رقم (الجدول رقم 11)) ، ما وزنه 76653.175 غرام من بذور القنب، أي ما يقارب 76 كلغ. وشهدت سنة 2011 أعلى كمية من البذور المحجوزة، حيث وصلت إلى 39924 كلغ، من بذور القنب. وهكذا يتضح جليا، أن هناك إصرار من طرف بارونات المخدرات، بتحويل الجزائر إلى بلد منتج للقنب، وهذا بعدما أصبحوا يواجهون مشاكل في تمرير القنب من المملكة المغربية إلى الجزائر عبر الحدود، وسعيا منهم كذلك للتحكم في السوق الوطنية والدولية للتجارة غير المشروعة للقنب.

ج- **نبات القنب:** كما سجلت نفس الفترة الممتدة من 2002 إلى 2012 حجز 44308 نبتة القنب، وسجلت سنتي 2007-2008 أعلى نسبة بحجز 20987 نبتة و 10712 نبتة على التوالي.

إن تصاعد وارتفاع الكميات المحجوزة من نبات و بذور القنب، يعتبر مؤشر خطيرا لمحاولة جعل من الجزائر بلدا منتجا لمخدر القنب، وترشيحه لاستخلاف المملكة المغربية، التي تتراجع كميات إنتاجه والمساحات المخصصة لهذا المخدر من سنة إلى أخرى، وهذا بفضل الجهود الدولية بالتعاون مع السلطات المغربية.

إن الخسائر التي يتكبدها مهربي المخدرات (في الأموال والأرواح) كل سنة بفضل أجهزة مكافحة المخدرات بكل أسلاكها، دفعتهم للبحث عن أساليب جديدة، منها محاولة استغلال بعض المناطق من التراب الوطني لزراعة القنب وفي بعض الأحيان الأفيون، حتى أنهم يقومون بمنحها مجانا للفلاحين لتجربتها، مستغلين بذلك جهلهم و طمعهم، وخصوصا وأن زراعة المخدرات عموما تجلب أموالا طائلة لا تقارن بما تجلبه مداخل الخضر والفواكه. وفيما يتعلق بجريمة حيازة وتعاطي القنب، فيكشف الجدول رقم (10) أن أجهزة مكافحة المخدرات، ضبطت خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012 (لم نتحصل على معلومات خاصة بسنتي 2002 و 2003)، 3037.751 كلف من القنب ضمن جريمة الحيازة وتعاطي القنب. إلا أن هذه الكميات متذبذبة حسب السنوات، حيث سجل ارتفاعا ثم انخفاضا، إلا أن سنتي 2005 و 2007 شهدتا أكبر كمية من المحجوزات في هذا الإطار، إذ تم حجز سنة 2005 ما وزنه 836,949 كلف من القنب، و 876.653 كلف سنة 2007، أما باقي السنوات فكان المعدل تقريبا 370 كلف سنويا. وهذا ما يوضح جليا مدى انتشار هذا المادة وتغللها عبر التراب الوطني.

الجدول رقم (13) كمية المحجوزات من القنب خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012

والمتعلقة بقضايا الحيازة والتعاطي

السنة	كمية المحجوزات كلف
2004	153,737
2005	836,949
2006	391,318
2007	876,653
2008	56,606
2009	209,157
2010	248,081
2011	122,377
2012	142,873
المجموع	3 037,751

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدmanها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح المكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

1- الكوكايين :

الجدول رقم (14) الكميات المحجوزة من مادة الكوكايين من 2002 في 2012

السنة	الكمية (غرام)
2002	272,69
2003	9510,6
2004	151,9
2005	66,55
2006	7772,7
2007	22000,5
2008	716,418
2009	1026,36
2010	1177,72
2011	10901,023
2012	182856,7
المجموع	236453,161

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2002، 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012، 2012 تكشف حصيلة المحجوزات التي نشرها ديوان مكافحة المخدرات وإدمانها، أن كميات الكوكايين التي تم حجزها خلال الفترة الممتدة من 2002 إلى 2012 بلغت 236453.161 غرام، أي مايعادل 236 كلف و 453.161 غرام، وهذا يمثل معدل سنوي بـ 21495,741 غرام/ سنويا. وما يلاحظ أن الأرقام لا تأخذ منحى واحد، فهي ترتفع ثم تنخفض تارة أخرى. إلا أنه واعتبارا من سنة 2008 أخذنا شكلا تصاعديا ملفتا للانتباه لتصل إلى الذروة عام 2012 حيث تم حجز أزيد من 182856 غرام، أي أكثر من 182 كلف من مادة الكوكايين.

الجدول رقم (15) كميات المحجوزة من مادة الكوكايين المهربة إلى خارج وداخل التراب الوطني من 2004 إلى 2012

السنة	داخل التراب الوطني	من وإلى خارج التراب الوطني
2004	151,90	0,00
2005	0,00	66,50
2006	7 740,80	24,00
2007	1 750,50	20 249,00
2008	360,00	333,60
2009	909,89	63,20
2010	-	-
2011	-	10 280,00
2012	165 924,16	16 902,80
المجموع	176 837,25	47 919,10

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

من خلال قراءة الجدول أعلاه رقم (15)، يلاحظ أنه قد تم حجز في قضايا تهريب والاتجار غير المشروع بالكوكايين، 176837.25 غرام موجهة للسوق الوطنية، و 47919.10 غرام موجهة للسوق الدولية خارج التراب الوطني، وهكذا يتضح أنه أصبح التراب الوطني مكانا خصبا للاتجار في مادة الكوكايين الآتية عموما من دول أمريكا الجنوبية. فبعدما كان في السنوات السابقة جل الكميات تعبر التراب الوطني لتكون وجهتها الدول الأوروبية (حيث تعتبر هذه الأخيرة سوق مهمة لمادة الكوكايين) وبعدما ضيقت هذه الدول خناقها على بارونات المخدرات الدولية، أصبحت الجزائر الوجهة النهائية لهذه المادة الخطيرة. وما يلفت الانتباه الكمية المحتجزة الموجهة للسوق المحلية لسنة 2012 والتي بلغت 165 924,16 غرام. فلو قارنا سنة 2012 بسنة 2004 نجد أن الكمية تضاعفت بنسبة 109232.49 % . كما سجلت سنة 2007 أكبر كمية من المحجوزات الموجهة إلى الخارج وتقدر بـ: 20249 غرام. أما أكبر كمية التي ضبطت مهربة إلى داخل التراب الوطني فكانت 7740.8 غرام، وكان ذلك عام 2006.

الجدول رقم (16) كميات المحجوزة من مادة الكوكايين في قضايا الحياة والتعاطي من 2004 إلى 2012

النسبة	الكمية (غرام)
2004	/
2005	0.05
2006	7.9
2007	1
2008	22.818
2009	53.27
2010	1177.72
2011	621.02
2012	29.74
المجموع	1913,518

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

أما فيما يخص قضايا الحياة والتعاطي، ومن خلال الجدول رقم (16)، يتضح أنه قد تم حجز ما بين 2004 و 2012، ما يقدر بـ: 1913.518 غرام من الكوكايين. وقد سجلت سنة 2010 أعلى كمية من المحجوزات في هذه القضايا، بحجز 1177.72 غرام من هذه المادة، وهذا يعني أن هناك عدد لا بأس به من المتعاطين الذين يدمنون على الكوكايين

في الجزائر، وهم بحاجة إلى تمويل مستمر، لأن هذه المادة كذلك تسبب الإدمان بسرعة كبيرة عكس الحشيش. وشهدت نفس الفترة محاكمة 85 شخصا بتهمة حيازة وتعاطي الكوكايين (أنظر الجدول رقم (10) عدد الأشخاص الذين تم القبض عليهم ومحاكمتهم في قضايا الحيازة والتعاطي لمادة الكوكايين من 2004 إلى 2012)، وتعتبر سنة 2012 السنة التي سجلت فيها أعلى نسبة من حيث الأشخاص التي تم القبض عليهم في إطار الحيازة والتعاطي.

وعليه نستنتج أن شريحة من المجتمع الجزائري خطت خطوة كبيرة نحو تعاطي المخدرات القوية، بعدما كانت في الماضي مقتصرة فقط على القنب و الكحول والتبغ بكل أنواعه. وتكمن خطورة هذه المادة، كون أن التجار يقومون بخلط مواد كيميائية خطيرة مع هذا المخدر. ولقد سمحت لنا الفرصة بتواجدنا بمصلحة معالجة المدمنين بمستشفى فرانتز قانون بالبلدية بإجراء مقابلات مع مدمنين على هذه المادة، حيث صرحوا بأن المادة موجودة في السوق غير المشروعة في الجزائر، ويتعاطون المدمنون عادة هذه المادة عن طريق الشم، وهي تلغفهم يوميا 6000 دج. ويصرحون أن هناك من توفى بسبب هذه المادة لسوء استعمالها، كما أن هناك من المدمنين من صرح بأن عند شمه للمرة الأولى جعلته يفقد وعيه وبعد أن استرجع وعيه حدث له فقدان الذاكرة بشكل عجيب، مما جعله يزور الكثير من مستشفيات الأمراض العقلية ولكن دون جدوى، وهذا ما يؤكد أن لمادة الكوكايين تأثير مباشر وخطير على الجهاز العصبي المركزي. وزيادة على الآثار السلبية الخطيرة على صحة المتعاطي فهي تكلف الكثير من المال، وهكذا نجد المدمن ينفق شهريا على هذه المادة 180.000.00 دج شهريا، وهذا ما يؤدي بأغلب المتعاطين لهذه المادة إلى اللجوء إما إلى السرقة، و إما إلى بيعها وبالتالي يصبح من متعاطي إلى مدمن إلى متاجر في الكوكايين، فأغلب اللذين تم مقابلتهم يصرحون أنهم لتأمين جرعتهم اليومية يلجأون إلى بيعها.

الجدول رقم (17) يبين عدد الأشخاص الذين تم القبض عليهم ومحاكمتهم في قضايا الحيازة والتعاطي

لمادة الكوكايين من 2004 إلى 2012

السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
عدد الأشخاص	/	4	1	3	13	18	12	3	31	85

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

2- الكراك:

الجدول رقم (18) الكميات المحجوزة من مادة الكراك من 2007 إلى 2012

السنة	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
تهريب وتجارة	53,92	/	41,67	/	/	/	95,59
اتجاه داخل التراب الوطني	/	67	/	/	/	/	67
من وإلى خارج التراب الوطني	/	/	1,15	/	5,7	/	6,85
حيازة وتعاطي	53,92	67	42,82	/	5,7	/	169,44
المجموع	53,92	67	42,82	/	5,7	/	169,44

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

حسب الجدول رقم (18)، فقد عرفت الجزائر دخول مادة الكراك منذ 2007، أين تم تسجيل حجز 53.92 غرام من مادة الكراك، كما تم حجز خلال الست سنوات (2007-2012) 169.44 غرام من هذه المادة، منها 56.41% كانت موجهة إلى السوق المحلية، و 39.54 % منها كانت موجهة إلى خارج التراب الوطني، و 4.04% منها ضبطت عند متعاطيها. و هذا يظهر رواج هذه المادة الخطيرة في المجتمع الجزائري، حتى ولو كانت بنسبة قليلة إلا أنها موجودة، وما يهرب داخل التراب الوطني أكثر مما يهرب خارج التراب الوطني، و هذا ما ينذر عن تنامي ظاهرة تعاطي المواد المخدرة القوية والخطيرة. و قد سمي "كراك" نظرا للطريقة التي يحدثها عندما يتم تدخينه مع الجوزة، حيث يحدث تأثرا فوريا من خلال تدخينه، والشعور بالسعادة والانبساط الفوري.

3- الهيروين:

الجدول رقم (19) يبين الكميات المحجوزة من مادة الهيروين من 2002 إلى 2012

السنة	الكمية (غرام)	أقراص
2002	24,6	
2003	1459,2	
2004	26,8	10 أقراص
2005	88,736	
2006	25,3	
2007	381,79	
2008	109,57	
2009	708,359	
2010	191,05	
2011	2496,65	
2012	6073,659	
المجموع	11585,714	

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات لسنوات: 2002، 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

أما عن مادة الهيروين، وهي أخطر المواد المخدرة على الإطلاق، إذ بمجرد الجرعات الأولى يصبح المتعاطي مدمنا عليها، وتظهر عليه آثار الانسحاب بعد تعاطي بضع منها فقط. وحسب الجدول أعلاه رقم (19) فقد تمكنت أجهزة مكافحة المخدرات بحجز خلال الفترة الممتدة من 2002 إلى 2012 ما وزنه 11585.714 غرام من الهيروين، أي أكثر من 11.5 كلف من هذه المادة. نجد أن سنة 2012 سجلت أعلى كمية بحجز أكثر من 6 كلغرامات من هذه المادة، ثم تأتي سنة 2011 في المرتبة الثانية بحجز تقريبا 2 كلغ و500 غرام، وهكذا يتضح أن دخول هذه المادة إلى أرض الوطن في ارتفاع مستمر من سنة إلى أخرى، وذلك راجع لما يجنيه بارونات المخدرات من هذه المادة الخطيرة.

الجدول رقم (20) الكميات المحجوزة من مادة الهيروين في قضايا التهريب والحياسة من 2004 إلى 2012

السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
داخل التراب الوطني		14,236	5	345	26,67	659,7	80,7	805	929,24	2865,546
من وإلى خارج التراب الوطني	26,7	74,5	4	14,2	81,8	/	/	1179	5090	6470,2
	10 اقراص									
حيازة وتعاطي	0,1	/	16,3	22,59	1,1	48,659	110,35	512,65	44,419	756,168
المجموع	10 أقراص 26,8	88,736	25,3	381,79	109,57	708,359	191,05	2496,65	6073,659	10075,214

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

وكان 28.54% أي 2865,546 غرام موجهة إلى داخل التراب الوطني و 63.95% أي 6470,2 غرام منها مهربة إلى خارج التراب الوطني، أما البقية أي 756,168 غرام وهي تمثل 07.51% من المحجوزات، فقد تم مصادرتها في إطار قضايا الحياسة والتعاطي. و يتبين من خلال هذه الأرقام، أن نسبة الهيروين الموجهة إلى السوق غير الشرعية الدولية فاقت تلك الموجهة للسوق غير الشرعية الوطنية، إلا أن حتى تلك الموجهة إلى السوق المحلية تعتبر جد مهمة وخصوصا إذا تم مقارنة سنة 2012 بسنة 2002 نلاحظ أن كمية المحجوزات تضاعفت بمئات الأضعاف. وبالتالي اجتازت الجزائر مرحلة منطقة العبور، لتصبح منطقة تعاطي واستهلاك للمخدرات القوية بامتياز، وهي بالتالي

محل اهتمام تجار المخدرات لشساعة التراب الوطني وعدد السكان الذي يفوق 37 مليون نسمة⁽¹⁾.

يظهر الجدول رقم (20)، أن سنة 2012 سجلت أعلى كمية من المحجوزات من مادة الهيروين موجهة إلى السوق الوطنية، فعلى الرغم من أن هذه المادة المخدرة الخطيرة ما زالت تعبر الجزائر، إلا أن هناك كمية لا بأس بها موجه للاستهلاك المحلي. حيث نجد أن الكمية المحجوزة الموجهة خارج التراب الوطني قدرت من 2004 إلى 2012 بلغت 6470.2 غرام، وهي بالتالي تفوق الكمية التي تم حجزها و الموجه للاستهلاك المحلي، هذا يطمئن من جهة ولكن إذا أخذنا بعين الاعتبار ارتفاع كمية المحجوزات من الهيروين من سنة إلى أخرى والموجهة للاستهلاك داخل التراب نجد أن هذا الأمر يدعو للقلق ولاتخاذ إجراءات أكثر ردعا لمنع هذا السم الخطير من اقتحام عالم الإدمان في بلادنا.

الجدول رقم (21) كمية المحجوزات من مادة الهيروين في قضايا الحيازة و التعاطي من 2004 إلى 2012

السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
الكمية (غرام)	0,1		16,3	22,59	1,1	48,659	110,35	512,65	44,419	756,168

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

من خلال قراءة الجدول أعلاه رقم (21)، والمتعلق بكمية المحجوزات من مادة الهيروين في قضايا الحيازة والتعاطي، فلا تكاد تخلو أي سنة من هذه الجريمة، ما عدا سنة 2005 أين لم تشهد عملية حجز لهذه المادة في مجال التعاطي والحيازة. كما يبدو من خلال الجدول المذكور آنفا، أن هذه الجريمة في ارتفاع محسوس ومستمر من سنة إلى أخرى، فبعدما كانت سنة 2004 حوالي 0.1 غرام، ترتفع سنة 2006 إلى حوالي 16.3 غرام، لتصل سنة 2007 إلى حوالي 22.59 غرام، ثم تتضاعف سنة 2009 لتصبح 48.659 غرام، وترتفع سنة 2010 لتصل إلى 110.35 غرام، لتبلغ ذروتها سنة 2011 بحجز حوالي 512.65 غرام. فعند مقارنة سنة 2011 بسنة 2004، نلاحظ أن كميات المحجوزات من

⁽¹⁾الديوان الوطني للإحصائيات ديسمبر 2012. www.ons.DZ

الهيروين في قضايا الحيازة و التعاطي، ارتفعت ب 5126.5%، وهذا يعتبر رقم قياسي، ويؤكد أن عدد متعاطي المخدرات يزداد باستمرار من سنة إلى أخرى، وتبين كذلك هذه الأرقام، أن من تعاطى هذه المادة يدمن عليها مباشرة، و تحدث ظاهرة التحمل، حيث يصبح متعاطي هذه المادة يحتاج إلى جرعات إضافية لتحديث له نفس التأثير الذي كان يشعر به في السابق، وهذا ما يجعل المتعاطي حبيس هذه المادة، وسجين البحث الدائم والمستمر لهذا المخدر الخطير، والذي يعتبر غالي الثمن مقارنة بالمواد المخدرة الأخرى. إن تنقلنا إلى مستشفى فرانتز فانون بالبليدة، سمح لنا بمقابلة مدمنين على مادة الهيروين، فمن خلال مقابلة مع فتاة في السن 25 سنة جاءت إلى المستشفى للعلاج من الإدمان على مادة الهيروين، صرحت بأن هذه المرة الرابعة التي تأتي فيها إلى هذا المركز للعلاج، حيث في المرات الثلاث السابقة لم ينجح العلاج، وانتكست من جديد بمجرد الخروج من المستشفى، وهذا يرجع إلى سببين هامين، وهما عدم المتابعة من طرف المصالح المعنية للمدمنين بعد خروجهم من المستشفى من أجل إعادة الإدماج الاجتماعي، والأمر الثاني و هي الخطير جدا ويتمثل في جانب العرض، حيث أن هذه المادة المخدرة موجودة في السوق غير الشرعية مما يجعل إقتناءها أسهل من الحصول على دواء السرطان أو أمراض أخرى. كما أن ثمن الغرام الواحد قد يصل إلى 8000 دج جزائري عندما تكون المادة متوفرة في السوق، أما عندما تكون مفقودة فقد يصل الغرام الواحد إلى 16000 دج. فهذه الفتاة تتفق على الهيروين يوميا 8000 دج، أي انها تتفق في الشهر الواحد 240.000.00 دج. و مما يزيد من خطورة هذه المادة أن معظمها غير صافية فهي تخلط في بعض الأحيان بأدوية أخرى من المهدئات (Asperine) بعد حرقها لتعطي اللون الرمادي الذي يشبه لون الهيروين، وفي بعض الأحيان تخلط بمواد سامة خطيرة، وبالتالي فلا يمكن معرفة نسبة الهيروين الموجودة في المادة، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى وفاة المتعاطي بسبب الجرعات الزائدة. كما يجب التنبيه أنه كلما بعد بلد التعاطي عن بلد الإنتاج كلما نقص صفاء المادة المخدرة.

4- الأفيون :

الجدول رقم (22) يبين الكميات المحجوزة من مادة الأفيون بكل أنواعها من 2002 إلى 2012

السنة	الأفيون (غرام)	بذور الخشخاش	نبات الخشخاش
2002	8100		
2003	0		
2004	3016,1	0,2gr	55
2005	480		
2006	12,2		
2007	47,1	193,28Kg	74817
2008	15022,3		77612
2009	200		977
2010	79		868
2011	850,1		340
2012	13		204
المجموع	27819,8	193.48kg	154873

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف

مصالح مكافحة لسنوات: 2002، 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012

حسب الجدول رقم (22)، ومن الفترة الممتدة من 2002 إلى 2012، تم تسجيل حيز 27819.8 غرام من مادة الأفيون، أي أكثر من 27 كلغ خلال إحدى عشر سنة. وتقدر أكبر كمية التي تم حجزها بـ: 15022.3 غ أي 15 كلغ، وكان ذلك عام 2008، ثم تليها سنة 2002 بحيز 8100 غرام، ثم سنة 2004 بتسجيل حيز 3016.1 غرام من مادة الأفيون.

إن ما يبعث على القلق، هو الكميات المحجوزة من البذور ونبات الخشخاش التي تم حجزها سنويا. فقد تم حجز ما يقدر بـ 0.2 غرام من بذور الأفيون سنة 2004، ليرتفع بعد ثلاث سنوات إلى 193.28 كلغ، ثم يختفي في باقي السنوات.

أما عن نبات الخشخاش، فقد تم حجز خلال الفترة الممتدة من (2004 إلى 2012) : 154873 نبتة، وسجلت سنة 2008 أكبر كمية من المحجوزات بـ 77612 نبتة، ثم تأتي سنة 2007 بحيز 74817 نبتة. إلا أنه يلاحظ تسجيل انخفاض في كمية المحجوزات لنبتة الخشخاش من سنة إلى أخرى اعتبارا من سنة 2008. إن هذا الانخفاض، يمكن تفسيره من زاويتين اثنتين، فإما أن تكون أجهزة مكافحة المخدرات قد حاصرت هذه الظاهرة بتكثيف جهودها عبر الحدود، وهذا بعدما تبين لها أن هناك مخطط دولي لتحويل الجزائر إلى بلد منتج للمخدرات حتى القوية منها، أو أن مهربي المخدرات أصبحوا أكثر يقظة، وابتكروا وسائل وطرق جديدة، لم تتمكن الأجهزة الأمنية من اكتشافها بعد، وبالتالي نقصت كميات

الأفيون المحجوزة والتي لا تعبر حقيقة عن ما هو عليه الحال في أرض الواقع. وهذا ما يدعوا إلى دعم الأجهزة المختصة في هذا المجال بكل الوسائل و التكنولوجيا الحديثة وإعادة تكوينها في كل مرة، حتى تتصدى إلى هذه الظاهرة على أكمل وجه.

5- المؤثرات العقلية:

الجدول رقم (23) يبين كمية المحجوزات من المؤثرات العقلية بكل أنواعها من 2002 إلى 2012

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
Comprimé	452086	571138	227701	426617	319014	233950	924398	90630	304319	262074	937660	4749587
Mili Litre					2542	5960	2050	990				11542
Flacon				325					32	10	36	403
Boite										56	42	98
Gélule							982			98		1080
Bouteille							57					57

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2002، 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012

عند قراءة الجدول رقم (23) يتبين أنه:

- تم حجز 4749587 قرص من المؤثرات العقلية خلال الفترة الممتدة من 2002 إلى 2012. وكانت أكبر كمية التي تم تسجيلها سنة 2012، حيث تم حجز 937660 قرص. وهكذا يتبين أن سنة 2012 قد حطمت الرقم القياسي في جميع أنواع المخدرات من حيث المحجوزات.

- كما تم تسجيل حجز 11542 مليلتر من المؤثرات العقلية السائلة، و 403 قارورة Flacons و 98 علبة و 1080 كبسولة Gellule و 57 قارورة.

- إن أغلب الكميات المحجوزة من المؤثرات العقلية، يتم حجزها في جنوب البلاد، الذي يأتي في المرتبة الأولى، ثم شرق البلاد الذي يأتي في المرتبة الثانية، ثم وسط البلاد الذي

يأتي في المرتبة الثالثة، ثم غرب البلاد الذي يأتي في المرتبة الرابعة. إن هذا التوزيع الجغرافي للمؤثرات العقلية يمكن تفسيره، أن من خصوصيات المؤثرات العقلية، أنها سهلة الحصول عليها من طرف المدمنين، وهي رخيصة مقارنة بالمخدرات الأخرى، إلا أنها خطيرة من حيث المفعول، وخصوصا كيفية تعاطيها وعدم معرفة تركيبها الكيميائي، هذا ما يجعلها أكثر انتشارا في الجنوب ثم الشرق، كون الغرب والوسط لهم وفرة المخدرات الأخرى وعلى رأسها رانتج القنب. أما الجنوب فندرة المخدرات و غلائها تجعل الشباب يتجهون نحو المؤثرات العقلية.

الجدول رقم (24) يبين كمية المحجوزات من المؤثرات العقلية المهربة داخل و خارج التراب الوطني من

2004 إلى 2012

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Trafic et Commerce	A L'Interieur du Pays	188 965	113 743 247 flacons	267 555	155 760	79 685	83 386	118 047	140 975	921 498 09 Ampoules	2 069 614
	A partir Vers l'étranger	18 000	14 100	24 410	64 206	839 631 982 Gélules 57 Bouteilles	12 174	172 381 32 flacons	109 108 10 flacons 56 Boites 98 Gélules	3 376 36 flacons 42 Boites	1 257 386 1060 98 98 57
	Détention et Usage	20 736	298 774 78 flacon	27 049	13 984	5 082	5 070	13 892	12 171	12 786	409 544
	Total	227 701	426 617	319 014	233 950	924 398	100 630	304 320	262 254	937 660	3 737 857

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح

المكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن كمية المحجوزات من المؤثرات العقلية الموجهة إلى السوق المحلية يفوق بكثير تلك الموجهة للسوق الخارجية، وأكبر كمية تم حجزها كانت سنة 2012 بحجز 921498 قرص كانت موجهة للاستهلاك المحلي، وهذا ما يبين أن السوق غير الشرعية الجزائرية تم إغراقها بكميات هائلة من المؤثرات العقلية بشتى أنواعها، حيث بعد تراجع الكميات المضبوطة سنة 2008، بدأ الارتفاع من جديد إعتبارا من سنة 2009 ليصل إلى ذروته سنة 2012.

أما عن المحجوزات في قضايا الحيازة والتعاطي، فيظهر الجدول أعلاه رقم (21)، أن سنة 2005 سجلت أكبر كمية من المحجوزات بـ 298774 قرص، لتراجع بعد ذلك بشكل ملحوظ خلال السنوات اللاحقة، ثم تستقر ما بين 2010 و 2012 ما بين 12000 و 13000 قرص. إن المقابلات التي تم إجرائها بمستشفى فرانتز فانون مع المدمنين، وجدنا أن أغلب المدمنين يدمنون على المؤثرات العقلية بشتى أنواعها، إلا أن هناك أنواعا خطيرة جدا، منها ريفوتريل Revotril و سوبيتكس Subutex ، وهذا الأخير يعتبر أخطرهما، حيث تسبب الاعتماد بعد الجرعات الأولى مباشرة. في بداية التعاطي يقوم المتعاطي بشمها أي يستعملها عن طريق الأنف، وبعد عدة جرعات لا تصبح هذه الطريقة تؤدي مفعولها كما كانت في السابق، مما يؤدي بالمدمن إلى حقنها (يدقها بتعبير المدمنين) لتؤدي مفعولها مثل المرات الأولى. و هي باهظة الثمن حيث يقدر ثمنها بـ 4000 دج للقرص الواحد (في حالة توفرها، أما عند ندرتها فقد تصل إلى غاية 8000 دج)، وهكذا فهي تكلف المدمن من 4000 دج/يوميا إلى 8000 دج/يوميا.

القضايا المتعلقة بجرائم المخدرات:

الجدول رقم (25) يبين عدد القضايا المعالجة و المتعلقة بجرائم المخدرات

من 2002 إلى 2012

السنة	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
القضايا المعالجة	4227	5161	5741	6185	6880	6683	7358	7680	6866	7473	12109	76363

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2002، 2003، 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012

لقد عالجت المحاكم المختصة بقضايا المخدرات في الفترة الممتدة من 2002 إلى 2012 أكثر من 76363 قضية متعلقة بالمخدرات، وهذا لكل أنواع الجناح والجرائم، أي بمعدل 6942 قضية سنويا. وتميزت سنة 2012 بتسجيل أكبر عدد من القضايا حيث بلغت 12109 قضية، ثم تلتها سنة 2009 بـ 7680 قضية، وتأتي سنة 2011 في المرتبة الثالثة بـ 7473 قضية.

**الجدول رقم (26) يبين عدد الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات
من 2002 إلى 2012**

السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
عدد الأشخاص	8312	8698	9879	9874	10954	11362	9849	10838	17092	96858
عدد الأجانب	97	/	90	102	118	82	56	123	136	804
عدد المبحوثين	282	309	218	190	305	248	148	/	1700	3400

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012

ويبين الجدول رقم (26)، أن عدد الأشخاص المتورطين في هذه القضايا وصل في الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012 إلى 96858 شخص، وتأتي سنة 2012 في مقدمة الترتيب من حيث عدد الأشخاص المقبوض عليهم، فوصل إلى 17092، ثم تأتي سنة 2009 في المرتبة الثانية بالقبض على 11362 شخص، ثم سنة 2008 بـ 10954 شخص. أما عدد الرعايا الأجانب المقبوض عليهم فقد وصل إلى 804 شخصا. كما وصل عدد الهاربين والمبحوث عليهم، إلى 3400 شخص، وتحتل سنة 2012 الصدارة بـ: 1700 شخص.

الجدول رقم (27) عدد الأشخاص المقبوض عليهم في جرائم المخدرات (الحيازة والتعاطي والتهريب) لكل أنواع المخدرات من 2004 إلى 2012

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Nombre de Personnes Impliquées		8312	8698	9879	9874	10954	11362	9849	10838	17092	96858
Personnes Etranger Impliquées		97		90	102	118	82	56	123	136	804
resine de cannabis et Opium	trafiquant	2060	2549	2025	2058	3003	2874	2284	2666	3571	23090
	usager	5104	4961	836	6408	7046	7529	6506	6453	10310	55153
Psyhotrope	trafiquant	521	567	837	625	485	420	483	538	1349	5825
	usager	581	565	836	656	298	433	372	827	1318	5886
Cocaine	trafiquant	3	14	11	34	8	15		2	24	111
	usager		4	1	3	13	18	12	3	31	85
Héroïne	trafiquant	23	23	2	12	9	13	2	26	34	144
	usager	2		20	12	8	22	17	17	31	129
Crack	trafiquant				2	15	13				30
	usager						2				2
Opium	trafiquant			5							5
	usager										0
Cultivateur (cannabis et opium)		17	12	12	3	69	29	25	11	4	182
Recherché		282	309	218	190	305	248	148		364	2064

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماؤها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012

الجدول رقم (28) عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تهريب وحيازة وتعاطي وزراعة القنب

من 2004 إلى 2012

السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
مهرب	2060	2549	2025	2058	3003	2874	2284	2666	3571	23090
متعاطي	5140	4961	836	6408	7046	7529	6506	6453	10310	55189
مزارع	17	12	12	3	69	29	25	11	4	182

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإلحمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

أما عدد المقبوض عليهم حسب نوع الجريمة و نوع المخدر، فكان كالاتي:

- أما عدد الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة التهريب و التجارة بالقنب والأفيون فقد وصل إلى 23090 شخص، وسجلت سنة 2012 أكبر عدد من المقبوض عليهم، و تأتي سنة 2008 في المرتبة الثانية بالقبض على 3003 شخص.

- أما عدد الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة تعاطي راتنج القنب والأفيون فوصل من 2004 - 2012 إلى 55153، وسجلت سنة 2012 رقم قياسي من المقبوض عليهم بـ 10310 شخص، فإذا قارنا 2012 بـ 2004 تضاعف العدد بنسبة 201.99%، وهذا ما يعطي دلالة واضحة عن تضاعف عدد متعاطي القنب بشكل عجيب.

أي أنه يتم القبض في المعدل على 5605 شخص سنويا بتهمة تعاطي راتنج القنب.

كما يوضح الجدول رقم (28) والمتعلق بعدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تهريب وحيازة وتعاطي وزراعة القنب، أنه تم تسجيل خلال الفترة (2004-2012) القبض على 182 شخص بتهمة زراعة القنب والأفيون، وتحتل سنة 2008 المرتبة الأولى من حيث العدد، بتسجيل القبض على 69 شخص، والولايات المعنية هي تيزي وزو وبجاية. وقد استغل بارونات المخدرات عدم الاستقرار الأمني للهاتين المنطقتين لمحاولة جعلهما مناطق زراعة القنب والأفيون، وخصوصا إذا علمنا أن أغلب المناطق في هاتين الولايتين جبليّة، وبالتالي فهي وعرة التوغل فيها، خصوصا وأن هذه الجبال تنتشط فيها جماعات مسلحة، من المحتمل أن تكون لها علاقة مع المزارعين. وتأتي سنة 2009 في المرتبة الثانية بتسجيل القبض على 29 شخص بتهمة زراعة القنب، ثم تأتي سنة 2010 بالقبض على 11 شخص. وعلى الرغم من تراجع عدد المقبوض عليهم، إلا أن هناك إلحاح من

طرف المزارعين بسعيهم لزراعة القنب والأفيون، وهذا للأرباح الطائلة التي تدرها هذه الزراعة. إن هذا التراجع يمكن تفسيره بإعادة الاستقرار الأمني تدريجيا لمنطقتي تيزيوزو وبجاية، حيث أعيد انتشار قوات الأمن، بعدما غابت منذ مطلع 2000 لأسباب سياسية، وذلك بعد أعمال العنف التي طالت الولايتين إثر وفاة الشاب "بوقرموح ماسينيا"⁽¹⁾. ومنذ ذلك العام أي 2008 والعدد في تناقص ملحوظ ليصل إلى 4 أشخاص في سنة 2012، وهذا ما يوحي بأن أجهزة الأمن تمكنت من ردع بارونات المخدرات في محاولة جعل الجزائر منطقة إنتاج، بعدما تمكنت من جعلها منطقة استهلاك واسعة لجميع أنواع المخدرات وعلى رأسها القنب.

الجدول رقم (29) يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تهريب وتعاطي المؤثرات العقلية من 2004 إلى 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Trafiquant Psyhotrope	521	567	837	625	485	420	483	538	1349	5825
Usager de Psyhotrope	581	565	836	656	298	433	372	827	1318	5886

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للمكيمات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

حسب الجدول رقم (29)، فقد وصل عدد الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة تهريب والمتاجرة بالمؤثرات العقلية خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012 إلى 5825 شخص. وفيما يخص عدد الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة تعاطي المؤثرات العقلية، فقد وصل خلال نفس الفترة إلى 5886 شخص، وسجلت سنة 2012 أكبر عدد بـ: 1318 شخص، وهذا ما يدل على أن نسبة كبيرة من المتعاطين أصبحوا يلجأون إلى الأقراص وذلك لسهولة الحصول عليها و سعرها الذي يعتبر في متناول الجميع مقارنة بالمخدرات القوية، إلا أنها تبقى خطيرة جدا. والأغرب في هذا الباب، أن سنة 2008 سجلت القبض على 298 بتهمة تعاطي المؤثرات العقلية، و يعتبر أدنى مستوى من المقبوض عليهم خلال الفترة

⁽¹⁾ Mouloud , Aït-Chaâlal. « Quatre manifestants tués, selon la population ». Le Jeune Indépendant, 26 avril 2001.

الممتدة من 2004 إلى 2012، وهذا رغم أن هذه السنة سجلت أرقاما قياسية فيما يخص المحجوزات، وكذا فيما يتعلق بعدد المقبوض عليهم في قضايا تعاطي مادة القنب.

الجدول رقم (30) يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تهريب وتعاطي الكوكايين

من 2004 إلى 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Trafiquant Cocaine	3	14	11	34	8	15		2	24	111
Usager de Cocaine		4	1	3	13	18	12	3	31	85

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح

المكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

عند قراءة الجدول رقم (30)، يتضح أنه تم تسجيل القبض على 111 شخص خلال الفترة (2004-2012) بتهمة تهريب والمتاجرة بمادة الكوكايين، و كان أكبر عدد المقبوض عليهم سنة 2007، بـ 34 شخص، ثم تأتي سنة 2012 بـ 24 شخص. إلا أن سنة 2011 سجلت أضعف نسبة خلال الفترة المذكورة سابقا، بتسجيل القبض على شخصين 02 بتهمة تهريب الكوكايين. أما عدد المقبوض عليهم في قضايا الحيازة و تعاطي مادة الكوكايين، فقد وصل العدد خلال الفترة (2004 إلى 2012) 85 شخص. وسجلت 2012 عدد قياسي في عدد المقبوض عليهم في هذه القضايا، مما يؤكد أن عدد المتعاطين لهذه المادة الخطيرة يتزايد باستمرار من سنة إلى أخرى. وهكذا أصبح التعاطي لا يقتصر على المؤثرات العقلية بل تعداه إلى مواد خطيرة كالكوكايين.

الجدول رقم (31) عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تهريب وتعاطي الهيروين

من 2004 إلى 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Trafficant Héroïne	23	23	2	12	9	13	2	26	34	110
Usager Héroïne	2		20	12	8	22	17	17	31	98

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية

من طرف مصالح المكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

و بالعودة إلى الجدول رقم (31)، يظهر أنه خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012 تم تسجيل القبض على 110 شخص بتهمة تهريب الهيروين، وتأتي سنة 2012 في المقدمة بالقبض على 34 شخص، ثم تأتي سنة 2011 في المرتبة الثانية بالقبض

على 26 شخص، ثم تأتي سنتي 2004 و 2005، بتسجيل القبض على 23 شخص في كلتا السنتين، إلا أنه عموماً هناك تذبذب في عدد المقبوض عليهم من سنة إلى أخرى. وهذا ما يدل على أن بارونات المخدرات في كل مرة يحاولون تنظيم أنفسهم من جديد بعدما تتمكن أجهزة مكافحة المخدرات من تفكيك بعض الشبكات التي تنشط في هذا الإطار.

ولقد تم القبض في نفس الفترة على 98 شخص بتهمة تعاوي الهيروين، وكان أكبر عدد تم تسجيله سنة 2012، بالقبض على 31 شخص، ثم تليها سنة 2009، بالقبض على 22 شخص بتهمة تعاوي الهيروين، ويعتبر هذا الرقم مخيفاً ويدل على تنامي ظاهرة تعاوي الهيروين في الجزائر، وخصوصاً إذا علمنا أن هذا المخدر من أقوى المخدرات على الإطلاق، وأن المدمن على هذا المخدر لا يستطيع التخلص منه إلا بمساعدة طبية طويلة مقارنة بالمخدرات الأخرى.

الجدول رقم (32) يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم في قضايا تهريب وتعاوي الكراك

من 2004 إلى 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Trafficant Crack	/	/	/	2	15	13	/	/	/	30
Usager Crack				/	/	2	/	/	/	2

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية

من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

- سجلت مصالح الأمن، القبض خلال الثلاث سنوات 2007-2008-2009 على 30 شخص، بتهمة تهريب الكراك، وعرفت سنة 2008 أكبر عدد بالقبض على 15 منهم بتهريب مادة الكراك.

- وسجلت سنة 2009 القبض على شخصين بتهمة تعاوي الكراك.

المبحوث عنهم:

الجدول رقم (33) يبين عدد الأشخاص المبحوث عنهم في قضايا المخدرات من 2004 إلى 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Recherché	282	309	218	190	305	248	148		364	2064

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية

من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

حسب الجدول رقم (33)، فقد وصل عدد المبحوث عنهم خلال الفترة (2004-2012) : 2064 شخص، وهذا يعني أن هناك عددا كبيرا من الأشخاص متورطين في قضايا المخدرات، لم تتمكن الأجهزة الأمنية من توقيفهم. ويمكن تفسير ذلك، بأن عدد كبير من المبحوث عنهم لهم القدرة في التخلص من قبضة الأجهزة الأمنية، وهذا لكونهم من الأجهزة الأمنية⁽¹⁾ كما هو الحال في كثير من دول العالم، أو لهم شبكة من داخل الأجهزة الأمنية تمدهم بكل المعلومات، ف شراء ذمم رجال أجهزة الأمن من اختصاص بارونات المخدرات. وهكذا فهؤلاء المبحوث عليهم هم مصدر قلق، حيث يصبحون ينشطون في السرية، ويحاولون تنظيم أنفسهم من جديد بتكوين شبكات جديد، ربما تكون أخطر وأذكى من الشبكات التي تم تفكيكها، كما يصبح لهؤلاء المبحوث عنهم مصدر رزقهم الوحيد هو التهريب والتجارة في المخدرات، وبالتالي يصبحون يشكلون خطرا على أمن واستقرار المجتمع، وهم في أغلب الأحيان يمتلكون أسلحة ثقيلة، وتجهيزات متطورة، كما أنهم بثرواتهم التي لا تعد، تسمح لهم بتوظيف عناصر جديدة ربما ليس لها سوابق عدلية وغير مشبوهة. وهكذا تستمر عملية تهريب المخدرات، بل تستقل وتصبح أكثر خطورة و أكثر حيلة في تعاملها مع الأجهزة الأمنية، حيث يبتكرون حيل وطرق التهريب لم تخطر على بال أجهزة مكافحة المخدرات، وهذا ما يجعلنا نلاحظ تراجع كمية المحجوزات من المخدرات في بعض السنوات دون الأخرى.

الجدول رقم (34) يبين عدد الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة الحيازة والاستهلاك:

حسب نوع المخدر من 2004 إلى 2012

السنة	القنب والأفيون	المؤثرات العقلية	الهيروين	الكوكايين	الكراك	المجموع
2004	5104	581	2			5687
2005	4961	565		4		5530
2006	6130	836	20	1		6987
2007	6408	656	12	3		7079
2008	7046	298	8	13		7365
2009	7529	433	22	18	2	8004
2010	6506	372	17	12		6907
2011	6453	827	17	3	3	7303
2012	10264	1318	24	31		11637
المجموع	60401	5886	122	85	5	66499

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف

مصالح مكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011، 2012.

⁽¹⁾ Amar, Fedjkh. « Trafic de drogue : L'ex chef de sûreté de Tlemcen et des officiers de police devant le juge aujourd'hui à Bouira ». El Watan, le 31.03.13 .

يبين الجدول رقم (34)، تطور عدد المقبوض عليهم بتهمة الحيازة وتعاطي المخدرات في الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012. حيث يظهر جليا ارتفاع عدد المقبوض عليهم من سنة إلى أخرى ابتداء من سنة 2005 ليصل إلى ذروته سنة 2009 بتسجيل القبض على 8004 شخص، وينخفض العدد سنة 2010 إلى 6907، ليعود للارتفاع مرة أخرى سنة 2011 ليصل إلى 7303 شخص، ويصل إلى أقصاه سنة 2012 بتسجيل القبض على 11637 شخص.

أما عدد المقبوض عليهم حسب نوع المخدر. يبقى رائج القنب في المقدمة، حيث وصل عدد المقبوض عليهم في الفترة الممتدة من 2004 إلى 2012، 66499 شخص بتهمة الحيازة والتعاطي. ويأتي تعاطي وحيازة القنب في مقدمة الترتيب بـ 60401 شخص، ثم المؤثرات العقلية في المرتبة الثانية، بـ 5886 شخص مقبوض عليهم بنفس التهمة، ويحتل الهيروين المرتبة الثالثة بـ 122 شخص متورط في جريمة الحيازة والتعاطي، ثم يأتي الكوكايين في المرتبة الرابعة من حيث المقبوض عليهم بـ 85 شخص، ويأتي الكراك في المرتبة الخامسة بـ 5 أشخاص موقوفين بتهمة الحيازة والتعاطي وهذا لسنتي 2009 و 2011. ولقد سجلت سنة 2012 أكبر عدد الموقوفين بـ 11637 شخص، كما سجلت أرقاما قياسية لكل أنواع المخدرات.

وهكذا يتضح جليا أن رائج القنب يبقى المخدر المفضل والأكثر تداولاً بين المتعاطين للمخدرات في المجتمع الجزائري مقارنة بالمخدرات الأخرى، وتبقى المملكة المغربية هي الممول الأول بهذه المادة للجزائر.

الجدول رقم (35) عدد الأشخاص الموقوفين والمحكوم عليهم للفترة الممتدة من 2006 إلى 2011، حسب الولايات.

JURIDUCTIONS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Illizi	52	26	26	19	8	23	154
Laghouat	69	68	43	68	136	50	434
Adrar	144	94	62	79	83	129	591
Ghardaïa	166	90	54	136	95	87	628
Djelfa	200	122	99	104	181	162	868
Bouira	238	108	145	244	142	118	995
Tamanrasset	304	99	175	202	146	90	1 016
Médéa	346	170	126	180	155	114	1 091
Jijel	318	194	155	177	147	152	1 143
Bechar	266	252	172	178	134	175	1 177
Tizi Ouzou	281	180	139	226	230	236	1 292
B-B-Arreridj	329	332	149	211	216	229	1 466
Bejaia	544	277	231	239	167	120	1 578
Relizane	283	305	232	331	278	185	1 614
M'sila	439	263	217	225	327	186	1 657
Saida	472	314	258	243	264	223	1 774
Mostaganem	551	236	264	200	391	306	1 948
O-E-Bouagui	642	307	349	249	288	259	2 094
Tébessa	753	301	344	182	249	328	2 157
Ouargla	883	331	146	431	240	392	2 423
Mascara	865	278	393	312	330	299	2 477
Biskra	538	442	397	346	465	450	2 638
Batna	931	306	357	289	396	424	2 703
Skikda	960	330	416	289	360	366	2 721
Boumerdes	809	442	410	450	448	585	3 144
Sétif	714	520	477	493	672	569	3 445
Tiaret	1513	630	363	234	369	437	3 546
S- B-Abbes	1195	658	616	619	601	391	4 080
Chlef	1327	731	428	535	602	528	4 151
Guelma	1583	508	686	629	575	534	4 515
Constantine	1346	663	760	837	706	717	5 029
Annaba	2029	853	703	594	687	590	5 456
Tlemcen	3172	563	715	427	563	547	5 987
Blida	2810	1323	1221	1943	1826	1508	10 631
Oran	2259	4761	891	1496	2027	1108	12 542
Alger	5379	4692	2476	2274	2545	2604	19 970
TOTAL	34710	21769	14695	15691	17049	15221	119 135

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات ولإدماجها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011.

وبين الجدول رقم (35) عدد الأشخاص الموقوفين والمحكوم عليهم للفترة الممتدة من 2006 إلى 2011، حسب الولايات. وبالتالي تحتل الجزائر المركز الأول، بـ 19970 شخص مقبوض عليهم في قضايا المخدرات، ثم تأتي ولاية وهران في المركز الثاني، وولاية بليدة في المركز الثالث، وتلمسان في المركز الرابع و عنابة في المركز الخامس. أما ولاية إيليزي فتحتل المركز الأخير بـ 153 مقبوض عليهم.

وعليه، يتبين أن توزيع عدد المقبوض عليهم والمحامين، عبر التراب الوطني، فهو كالاتي :

الجدول رقم (36) عدد المقبوض عليهم حسب المناطق من 2006 إلى 2011

المنطقة	عدد المقبوض عليهم
الوسط	38 701
الشرق	36 798
الغرب	36 345
الجنوب	7 291

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية

من طرف مصالح مكافحة لسنوات: 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011.

ومن خلال الجدول رقم (36)، يتبين أن منطقة الوسط تأتي في المقدمة من حيث عدد المقبوض عليهم في جرائم المخدرات، ثم تأتي منطقة الشرق، ثم تأتي منطقة الغرب، وتأتي منطقة الجنوب في آخر القائمة.

الأشخاص المعالجين:

الجدول رقم (37) عدد الأشخاص الذين تم فحصهم واستشفاءهم من تعاطي المخدرات

حسب المؤسسات الاستشفائية من 2004 إلى 2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	
EHS BLIDA	3721	3755	3435	3940	5024	5922	6537	6695	39029	CONSULTATION
	993	1230	1278	674	936	843	893	1033	7880	HOSPITALISATION
EHS ORAN							1990	2135	4125	CONSULTATION
	111	142	158	240	174	232	266	246	1569	HOSPITALISATION
CHU Bab El -Oued						143	143	232	518	CONSULTATION
CIST SETIF	124	310	688	244	279	236	311	328	2520	CONSULTATION
CIST ANNABA	208	158	43	97	1067	763	1475	1410	5221	CONSULTATION
EHS MOSTAGANEM								911	911	CONSULTATION
CIST ADRAR								63	63	CONSULTATION
CIST EL KHROUB								221	221	CONSULTATION
CIST M'SILA								104	104	CONSULTATION
CIST BATNA								16	16	CONSULTATION
CIST LAGHOUAT								127	127	CONSULTATION
CIST BECHAR								222	222	CONSULTATION
Total avec Hosp/Consultati	5157	5595	5602	5195	7480	8139	11615	13743	60862	CONSULTATION
Total Consultation	4053	4223	4166	4281	6370	7064	10456	12464	51413	CONSULTATION

المصدر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح

المكافحة لسنوات: 2004، 2005، 2006، 2007، 2008، 2009، 2010، 2011.

عند تحليل الجدول رقم (37)، يتبين أن هناك تطور ملحوظ لعدد الأشخاص الذي تم فحصهم أو خضعوا للعلاج من الإدمان خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى 2011، حيث يأخذ المنحنى شكلا تصاعديا. فلو قارنا سنة 2011 بسنة 2004، لوجدنا أن العدد ازداد إلى ثلاث 3 اضعاف أي بنسبة 307.52%.

فقد بلغ العدد الإجمالي من الحالات التي تعرضت للفحص الطبي وتلقت العلاج عبر التراب الوطني 60862 حالة، منهم 7880 حالة تلقت العلاج بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية، و1569 بسيدي الشحمي بوهران، وهذا يعني أن هناك تقريبا 9500 مدمنا تلوقوا العلاج المكثف بسبب تعاطيهم المخدرات، وهذا العدد عاقل عن العمل بسبب الإدمان، فهو لا يساهم في نمو المجتمع وتطوير إقتصاد البلاد رغم أن البلاد في الوقت الراهن تحتاج إلى كل الطاقات، بل الأدهى والأمر أن هذا العدد الهائل، أصبح عبئا على المجتمع، فزيادة على المشاكل النفسية التي يعانون منها بسبب المخدرات، فهناك مشاكل اجتماعية واقتصادية، فالاجتماعية تكمن في أن هناك من هؤلاء المدمنين تسببوا في تفكيك أسرهم بسبب إدمانهم على المخدرات، خصوصا المتزوجين منهم. أما الجانب الاقتصادي، فهؤلاء المرضى يشكلون عبئا ثقيلا على خزينة الدولة، فعلاج مدمن واحد للمرة الأولى يكلف خزينة الدولة 50000 دج، وفي حالة العودة *Récidive* يكلف خزينة الدولة أكثر من 70000 دج للشخص الواحد، زيادة عن تسخير الدولة طاقات الأمة لعلاج هؤلاء. وللاشارة أن هاتين المصلحتين (مستشفى فرانتز فانون البلدية، وسيدي الشحمي بوهران) الوحيدتان على مستوى الوطن، وتستقبلان أعدادا محدودة من المدمنين للعلاج، ولو فتحت مراكز أخرى على مستوى التراب الوطني فالعدد الحقيقي مرشح للارتفاع بصورة كبيرة على ما تم ذكره آنفا. ومن ناحية أخرى ليس هناك إشهار حول وجود مراكز للعلاج بما فيه الكفاية.

كما هو معمول به منذ صدور قانون رقم 18-04 مؤرخ في 13 ذي القعدة عام 1425 الموافق 25 ديسمبر سنة 2004، والذي يتعلق بالوقاية من المخدرات و المؤثرات العقلية و قمع الاستعمال و الاتجار غير المشروعين بها ، أن هناك نوعين من المرضى الذين يقصدون المصالح الصحية المختصة. فهناك مرضى الذين يأتون من تلقاء أنفسهم بسبب المشاكل الصحية والاجتماعية و النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تعرضوا لها جراء تعاطيهم للمخدرات. وهناك مرضى يتم القبض عليهم بتهمة حيازة وتعاطي المخدرات،

وفي هذه الحالة للقاضي الحرية كما جاء في نص المادة 8 من القانون المذكور أعلاه: : يجوز للجهة القضائية المختصة أن تلزم الأشخاص المذكورين في المادة 7 أعلاه، بالخضوع لعلاج إزالة التسمم و ذلك بتأكيد الأمر المنصوص عليه في ذات المادة أعلاه، أو تمديد آثاره و تنفيذ قرارات الجهة القضائية المختصة رغم المعارضة أو الاستئناف. و في حالة تطبيق أحكام الفقرة الأولى من المادة 7 أعلاه و الفقرة الأولى من هذه المادة، يمكن الجهة القضائية المختصة أن تعفي الشخص من العقوبات المنصوص عليها في المادة 12 من هذا القانون.

المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية :

إن تحليل تطور عدد المدمنين الذين تلقوا العلاج بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية لفترة 2001-2006 حسب نوع المخدر في مصلحة الوقاية وعلاج المدمنين، يتضح أن إدمان متعدد المخدرات polytoxicomanes تمثل أكثر من نصف الحالات التي خضعت للعلاج. أما الإدمان على القنب فيأتي في المرتبة الثانية، وتأتي المؤثرات العقلية في المرتبة الثالثة التي كانت السبب في دخول العلاج من الإدمان. وهذه الأسباب الثلاث (متعدد الإدمان، القنب، والمؤثرات العقلية) تمثل 90.8% في عام 2006، مقابل 82 % لسنة 2001⁽¹⁾.

أما بالنسبة للمدمنين حسب السن، فالفئة العمرية بين 20 و 30 سنة تمثل نصف عدد المدمنين الذين تم علاجهم بالمركز الاستشفائي فرانتز فانون بالبلدية، ثم تأتي في المرتبة الثانية الفئة العمرية من 30 إلى 40 سنة بنسبة (28.3%). أما الفئة أقل من 20 عاما فهي تمثل نسبة 20.1% لسنة 2006⁽²⁾.

⁽¹⁾ C.E.N.E.A.P. Etude sur l'usage de la drogue en Algérie . Rapport d'Etape consolidé. Office National de lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Septembre 2007, P 66.

⁽²⁾ Ibid. P 66.

الجدول رقم (38) يبين عدد حالات المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانترز
فانون بالبلدية حسب نوع التعاطي من 2008 إلى 2012

نوع الإدمان	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
متعدد التعاطي	54,50%	515	53,62%	452	44,68%	399	42,50%	439	40,52%	402	46,90%	2207
القنب	23,07%	218	20,52%	173	19,60%	175	19,26%	199	19,76%	196	20,42%	961
المؤثرات العقلية	17,99%	170	18,51%	156	17,13%	153	16,75%	173	17,24%	171	17,49%	823
الكحول والخمور	1,06%	10	1,66%	14	1,90%	17	2,81%	29	3,43%	34	2,21%	104
الأفيونات	2,43%	23	5,10%	43	16,46%	147	18,10%	187	18,65%	185	12,43%	585
المواد المتطايرة	0,95%	9	0,59%	5	0,22%	2	0,58%	6	0,40%	4	0,55%	26
Total	100%	945	100%	843	100%	893	100%	1033	100%	992	100%	4706

المصدر: أرشيف مصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانترز فانون بالبلدية^(*)

يبين الجدول رقم (38)، أن الإدمان المتعدد المخدرات، يمثل أعلى نسبة لجميع السنوات الخمس بـ 46.90%، وسجلت سنة 2008 أعلى نسبة بـ 54.50%. ويأتي القنب في المقام الثاني بالنسبة الكلية لخمس سنوات 20.42%، وسجلت سنة 2008 أعلى نسبة بـ 23.07%. وتأتي المؤثرات العقلية في المرتبة الثالثة بنسبة كلية لخمس سنوات قدرت بـ 17.12%، وسجلت سنة 2009 أعلى نسبة بـ 18.51%. وتأتي الأفيونات في المقام الرابع بنسبة كلية لخمس سنوات 12.43%، وسجلت سنة 2012 أعلى نسبة والتي قدرت بـ 18.65%. ويأتي الإدمان على الكحول في المرتبة الخامسة بنسبة كلية قدرت بـ 2.21%، وسجلت سنة 2012 أعلى نسبة بـ 3.43%. وتأتي المواد المتطايرة في المرتبة الأخيرة بنسبة كلية لخمس سنوات قدرت بـ 0.55%، وسجلت أعلى نسبة في 2008 بـ 0.95%. وهكذا يظهر من خلال الجدول رقم (34)، أن هناك تراجع في عدد المرضى المعالجين بالمستشفى المذكور اعلاه بسبب التعاطي المتعدد والقنب وحتى المواد المتطايرة. أما بالنسبة للمؤثرات العقلية فهناك تدبب في النسب، حيث نجده يصعد تارة ويتراجع وتارة أخرى. أما فيما يخص الكحول والأفيونات، فالجدول أعلاه، يوضح جليا أن هناك تصاعدا ملحوظا من سنة إلى أخرى، وخصوصا بالنسبة للأفيونات، فلو أخذنا سنة 2008 كمرجع، والتي كان عدد المدمنين

(*) تم الحصول على هذه الإحصائيات من الدكتور حبيبش طبيب الأمراض العقلية ومسؤول مصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانترز فانون بالبلدية

على الأفيونات 23 مدمنا، فقد وصل سنة 2012 إلى 185، أي أنه تضاعف العدد بنسبة 804%، وهذا ما يؤكد أن هناك عددا كبيرا من الشباب الجزائري لم يكتفي بالقنب والمؤثرات العقلية والكحول، فأتجه إلى المخدرات القوية والخطيرة كالأفيونات. فتراجع عدد المدمنين على القنب قابله ارتفاعا محسوسا وخطيرا لعدد المدمنين على الأفيونات.

الجدول رقم (39) توزيع المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية حسب الفئة العمرية من 2008 إلى 2012

السن	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 20 سنة	134	14,18%	127	15,07%	133	14,89%	153	14,81%	141	14,21%	688	14,62%
من 20 إلى 30 سنة	461	48,78%	417	49,47%	436	48,82%	491	47,53%	477	48,08%	2282	48,49%
من 30 إلى 40 سنة	335	35,45%	278	32,98%	292	32,70%	337	32,62%	331	33,37%	1573	33,43%
من 40 إلى 50 سنة	10	1,06%	15	1,78%	24	2,69%	39	3,78%	36	3,63%	124	2,63%
50 سنة فما فوق	5	0,53%	6	0,71%	8	0,90%	13	1,26%	7	0,71%	39	0,83%
المجموع	945	100%	843	100%	893	100%	1033	100%	992	100%	4706	100%

المصدر: أرشيف مصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية

يوضح الجدول رقم (39)، والخاص بتوزيع المدمنين المعالجين بمستشفى فرانتز فانون لخمس سنوات حسب السن، أن الفئة العمرية ما بين 20 إلى غاية 30 سنة تمثل الفئة أكبر فئة مقارنة بباقي الفئات، حيث وصلت النسبة الكلية لخمس سنوات 48.49 %، ثم تأتي بعدها الفئة العمرية من 30 إلى 40 سنة بنسبة 33.43 %، وبالتالي هاتين الفئتين أي من 20 إلى 40 سنة، تمثلان لوحدهما 81.92 % من المجموع الكلي للفترة الممتدة من 2008 إلى 2012. وهكذا فعوض أن تسخر هذه الطاقات لتقدم المجتمع وتطوير الإقتصاد، نجد هذا العدد الهائل من المدمنين (3955 مدمنا لفترة 5 سنوات فقط الذين تم علاجهم بمستشفى فرانتز فانون) في أقوى فترات حياتهم يشكلون عائق من عوائق التي يعرقل السير الحسن للمجتمع، فزيادة عن تعطيل هذه الطاقات، فهناك طاقات أخرى تعمل بالمقابل في مجال الوقاية والعلاج من الإدمان.

الفئة العمرية من 40 إلى 50 سنة، حتى وإن كانت النسب ضعيفة إلا أنها تتصاعد من سنة إلى أخرى، وإذا قارنا سنة 2008 بسنة 2012، نجد أن هناك زيادة بنسبة 360%.

الجدول رقم (40) توزيع المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية حسب الجنس من 2008 إلى 2012

السنة الجنس		2008		2009		2010		2011		2012		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
ذكور		95,45%	902	93,12%	785	95,07%	849	94,09%	972	96,07%	953	94,79%	4461
إناث		4,55%	43	6,88%	58	4,93%	44	5,91%	61	3,93%	39	5,21%	245
المجموع		100%	945	100%	843	100%	893	100%	1033	100%	992	100%	4706

المصدر: أرشيف مصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية.

يبين الجدول رقم (40)، أن عدد الذكور المدمنين الذين تلقوا العلاج بمستشفى البلدية يشكلون الأغلبية الساحقة بنسبة 94.79% للفترة الممتدة من 2008 إلى 2012. ويعود هذا الفرق الشاسع بين الجنسين إلى عدة عوامل، منها أن الذكور هم أكثر عرضة لظاهرة تعاطي المخدرات من الإناث. كما أن ثقافة المجتمع الجزائري المحافظة في أغلب مناطق التراب الوطني لا تسمح و لا تتقبل تعاطي التبغ بالنسبة للأنثى، فما بالك بالمخدرات، حتى وإن وجدت حالات التعاطي والإدمان على المخدرات، فتفضل أكثر الحالات العلاج الذاتي من الإدمان عوض الذهاب إلى مراكز علاج المدمنين، وذلك خشية اكتشاف أمرها من طرف العائلة، أو الخوف من الفضيحة أمام الأقارب والجيران إن كانت العائلة على علم بإدمان إحدى بناتها على المخدرات. إلا أنه على العموم، فقد توصلت جل الدراسات بما فيها الأجنبية منها إلى الذكور يشكلون الأغلبية الساحقة لحالات التعاطي و الإدمان.

الجدول رقم (41) توزيع المدمنين الذين تلقوا العلاج بمصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية

حسب المستوى التعليمي من 2005 إلى 2008

المستوى التعليمي	2005		2006		2007		2008		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أمي	2,21%	27	0,16%	2	1,79%	23	2,33%	22	1,57%	74
إبتدائي	25,74%	314	23,43%	295	19,74%	254	8,89%	84	20,10%	947
متوسط	62,87%	767	64,10%	807	63,25%	814	66,14%	625	63,96%	3013
ثانوي	7,95%	97	9,13%	115	11,03%	142	18,62%	176	11,25%	530
جامعي	1,23%	15	3,18%	40	4,20%	54	4,02%	38	3,12%	147
المجموع	100%	1220	100%	1259	100%	1287	100%	945	100%	4711

المصدر: أرشيف مصلحة الوقاية وعلاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية

عند قراءة الجدول رقم (41)، يتبين أن أغلبية المدمنين الذين تلقوا العلاج بالمستشفى لهم مستوى المتوسط بنسبة 63.96%، ثم يليهم بمسافة بعيدة الذين لهم مستوى الابتدائي بنسبة 20.10%. وعليه يتبين أن أغلب المتعاطين الذين يصلون إلى مرحلة الإدمان لهم مستوى محدود، ومنه يتبين أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين المستوى التعليمي والإدمان. فأغلب المدمنين يبدأون التعاطي في سن مبكرة، وهناك من كان سبب تعاطيه هو الخروج من المدرسة، إلا أن هناك من كان تعاطي المخدرات هو السبب في التسرب المدرسي.

المركز الاستشفائي سيدي الشحمي بوهران:

إن متابعة تطور عدد المدمنين المعالجين بالمركز الاستشفائي سيدي الشحمي بوهران للفترة الممتدة من 2001 إلى 2006 حسب نوع المخدر، يظهر أن المدمنين بالقنب يشكل أعلى نسبة بـ: 61.4%، ثم يأتي الإدمان على المؤثرات العقلية والكحول في المرتبة الثانية. أما الإدمان المتعدد للمخدرات فلا يمثل سوى 5.7%، وهذا عكس مركز فرانتز فانون بالبلدية أين يمثل 53.7%. و يمكن تفسير صدارة الإدمان على القنب، بقرب المناطق الغربية من الحدود المملكة المغربية أكبر منتج لمادة راتج القنب في العالم، وبالتالي توافر هذه المادة المخدرة بكثرة مقارنة بباقي مناطق الوطن، كما أنه كلما اقتربنا من مصدر المنتج كلما كانت نقاوة المخدر وكلما زاد من احتمال الإدمان عليها.

الجدول رقم (42) تطور المدمنين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لسيدي الشحمي بوهران خلال
الفترة الممتدة من 2001 إلى 2006

السن	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 20 سنة	53,51%	61	32,77%	39	73,50%	86	20,72%	23	31,69%	45	54,43%	86	44,68%	340
من 20 إلى 30 سنة	41,23%	47	51,26%	61	10,26%	12	74,77%	83	61,97%	88	43,04%	68	47,17%	359
من 30 إلى 40 سنة	3,51%	4	15,13%	18	16,24%	19	3,60%	4	4,23%	6	0,63%	1	6,83%	52
من 40 إلى 50 سنة	1,75%	2	0,84%	1	0,00%	0	0,90%	1	2,11%	3	1,90%	3	1,31%	10
المجموع	100%	114	100%	119	100%	117	100%	111	100%	142	100%	158	100%	761

CENEAP :Etude sur l'usage de la drogue en Algérie. Rapport d'Etape consolidé. Office National de lutte Contre
Drogue et la Toxicomanie. Septembre 2007. P 69 .

ومن خلال الجدول رقم (42)، والخاص بتوزيع المدمنين المعالجين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لسيدي الشحمي بوهران خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2006، يتبين أن الفئة العمرية من 20 إلى 30 سنة تتصدر الفئات العمرية بنسبة 47.17%، وبالتالي فهي تتوافق مع المدمنين المعالجين بمستشفى البلدية. إلا أننا نلاحظ الفئة العمرية الأقل من 20 سنة تأتي في المرتبة الثانية بنسبة 44.68%، وهو عكس ما هو موجود في مستشفى البلدية أين احتلت هذه الفئة العمرية المرتبة الثالثة. وهكذا يتبين أن المدمنين المعالجين بمستشفى سيدي الشحمي هم عموماً صغار السن مقارنة بالمدمنين المعالجين بمستشفى البلدية. وإذا عدنا إلى سنة 2006 نجد أن الفئة العمرية الأقل 20 سنة تحتل المرتبة الأولى بنسبة 54.43%، أي أنه أكثر من نصف المدمنين المعالجين بهذا المركز هم صغار السن، وهذا الرقم يبعث على القلق، فوجود هذه الفئة العمرية في مركز العلاج من الإدمان، ينبأ أن هناك نسبة معتبرة من الشباب بمنطقة الغرب بدأت تعاطي المخدرات في سن مبكرة جداً، كون أن القنب (القنب الذي يتصدر نوع التعاطي بمركز علاج المدمنين بسيدي الشحمي) يأخذ وقتاً طويلاً حتى يتمكن من صاحبه ويصبح المتعاطي مدمناً عليه، وهذا عكس المخدرات الأخرى.

وخلاصة القول، أن ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، أخذت منحى تصاعدياً، وهذا لكل أنواع المخدرات، ومن الملاحظ أن سجن المهربين و التجار وحتى المزارعين لهذه السموم لم تنجح في تراجع هذه الظاهرة، وذلك راجع إلى المغريات الكبيرة

التي تشد أطماع الأشخاص الباحثين على الأرباح الكبيرة والسريعة. وعليه فرما حان الأوان لمراجعة قانون المخدرات الصادر سنة 2004 حتى يصبح أكثر فعالية وواقعية مع هذه الظاهرة العالمية التي تتخر نسيج المجتمعات وتحول دون تسخير كل الطاقات للتطور والرقى.

أما من حيث التعاطي حسب نوع المخدر، يأتي راتج القنب في المقدمة بعد التبغ (وخصوصا وأن الجزائر لها حدود واسعة مع أكبر منتج راتج القنب في العالم)، ثم يليه المؤثرات العقلية، ثم الكحول، ثم الهيروين، ثم الكوكايين، وحتى الكراك.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع تحت عنوان

ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب بالمجتمع الجزائري

دراسة ميدانية لعينة من طلبة القسم التحضيري

لجامعة التكوين المتواصل

الجزء الثاني

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور: أحمد حويطي

إعداد الطالب :

بلبريك محمد

السنة الجامعية : 2013-2014

الباب الثالث

الدراسة الميدانية

الفصل السابع : خصائص أفراد عينة البحث

الفصل الثامن : عرض وتحليل البيانات الميدانية

الفصل التاسع : مناقشة النتائج الميدانية

الفصل السابع

خصائص أفراد عينة البحث

المبحث الأول: المتغيرات الشخصية

المبحث الثاني: الظروف الإقتصادية

المبحث الثالث: الظروف الإجتماعية

الفصل السابع

خصائص أفراد عينة البحث

المبحث الأول: المتغيرات الشخصية:

الجدول رقم (43) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

النسبة	التكرار	السن
% 11,59	176	أقل من 20 سنة
% 46,51	706	من 20 إلى 24 سنة
% 20,55	312	من 25 إلى 29 سنة
% 21,35	324	30 سنة فأكثر
%100	1518	المجموع

يوضح الجدول رقم (43) أن السن من المؤشرات المهمة في الدراسات التي تتناول الآفات الاجتماعية وعلى رأسها المخدرات، وهذا قصد الكشف عن الفئة العمرية الأكثر هشاشة من الفئات الأخرى التي تتعرض لهذه الظاهرة، مما يساعد على فهم الأسباب التي تدفع الشباب الوقوع في هذا المشكل الاجتماعي.

يتضح من خلال الجدول رقم (43)، أن متوسط العمر لعينة الدراسة هو 24.70 سنة. يجب التنبيه هنا أن متوسط العمر من المفروض أن يكون أقل من هذا بكثير، إلا أن من خصوصيات جامعة التكوين المتواصل أنها جامعة مفتوحة لكل الفئات العمرية دون استثناء، الشرط الوحيد أن يكون للطالب مستوى السنة الثالثة ثانوي ليسمح له بمتابعة الطور التحضيري للمشاركة في امتحان البكالوريا لجامعة التكوين المتواصل. وأن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة تمثل أعلى نسبة بـ 46.48%. ثم تليها الفئة العمرية من 30 فما فوق بنسبة 21.41%، أما الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة فتأتي في المرتبة الثالثة(*) بنسبة 20.63%.

(*) وهي تمثل في المجتمع الجزائري : 1007 لكل 10000 مواطن جزائري من نفس الفئة العمرية، وهي بالتالي تمثل أعلى نسبة في المجتمع الجزائري للفئة العمرية من 4 سنوات إلى 85 سنة فما فوق. وهذا حسب النيوان الوطني للإحصاء (Office National des Statistiques, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2012, p 6. <http://www.ons.dz/-Population-et-Demographie-.html>)

الجدول رقم (44) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية وحسب المنطقة

المنطقة السن	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 20 سنة	%1,98	30	%2,64	40	%2,24	34	%4,74	72	%11,59	176
من 20 إلى 24 سنة	%22,79	346	%8,96	136	%7,64	116	%7,11	108	%46,51	706
من 25 إلى 29 سنة	%8,83	134	%4,48	68	%5,01	76	%2,24	34	%20,55	312
30 سنة فأكثر	%7,38	112	%5,01	76	%7,11	108	%1,84	28	%21,34	324
المجموع	%41	622	%21,08	320	%22	334	%15,94	242	%100	1518

يبين الجدول رقم (44)، بأن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة تمثل أعلى نسبة بالنسبة لجميع المناطق، حيث تأتي منطقة الوسط في المرتبة الأولى بنسبة 22.79 % ، ثم تأتي منطقة الشرق في المرتبة الثانية بـ 8.96 %، ثم تأتي منطقة الغرب في المرتبة الثالثة بـ 7.64 %، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب في المرتبة الرابعة بنسبة 7.11 %.

أما بالنسبة للفئة العمرية 30 سنة فأكثر، نجد أن منطقة الوسط تحتل المرتبة الأولى بنسبة 7.38 % من مجموع عينة البحث، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 7.11 %، ثم منطقة الشرق بنسبة 5.01 %، وتأتي منطقة الجنوب بنسبة ضئيلة وهي لا تمثل سوى 1.84 % وهذا ما يوضح أن سكان منطقة الجنوب يتخلون عن الدراسة بعد سن الثلاثين.

وفيما يخص الفئة العمرية الأقل من 20 سنة، تأتي منطقة الجنوب في الصدارة، حيث تمثل 4.74 % من عينة الدراسة، ثم تأتي منطقة الشرق في المقام الثاني بـ 2.64 %، ثم منطقة الغرب بـ 2.24 % وتحتل منطقة الوسط المرتبة الأخيرة بنسبة 1.98 %.

وهكذا نجد أن تقدم نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة في السن لم يمنعهم من مواصلة الدراسة.

الجدول رقم (45) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الوسط

المنطقة		السن
الوسط		
النسبة	التكرار	
%4,82	30	أقل من 20 سنة
%55,63	346	من 20 إلى 24 سنة
%21,54	134	من 25 إلى 29 سنة
%18,01	112	30 سنة فأكثر
%100	622	المجموع

يوضح الجدول رقم (45) الخاص بتوزيع العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الوسط، أن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة تشكل 55.63% من مجموعة عينة البحث لمنطقة الوسط، ثم تأتي الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة بنسبة 21.54%، ثم تأتي الفئة العمرية 30 سنة فأكثر، وتأتي في المرتبة الأخيرة الفئة العمرية الأقل من 20 سنة بنسبة 4.82%. يتبين أن متوسط العمر لمنطقة الوسط هو 24.64 سنة.

الجدول رقم (46) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الشرق

الشرق		المنطقة السن
النسبة	التكرار	
12,50%	40	أقل من 20 سنة
42,50%	136	من 20 إلى 24 سنة
21,25%	68	من 25 إلى 29 سنة
23,75%	76	30 سنة و أكثر
100%	320	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (46)، أن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة تمثل أغلب الفئات العمرية لمنطقة الشرق بنسبة 42.50%، ثم تليها الفئة العمرية 30 سنة فأكثر بنسبة 23.75%، وتأتي بعدها الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة بنسبة 21.55%، وتأتي الفئة العمرية أقل من 20 سنة في المرتبة الأخيرة بنسبة 12.50%. كما يتبين من خلال هذا الجدول أن متوسط العمر لمنطقة الشرق هو 24.94 سنة.

الجدول رقم (47) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الغرب

الغرب		المنطقة السن
النسبة	التكرار	
10,18%	34	أقل من 20 سنة
34,73%	116	من 20 إلى 24 سنة
22,75%	76	من 25 إلى 29 سنة
32,34%	108	30 سنة و أكثر
100%	334	المجموع

من خلال قراءة الجدول رقم (47) والمتعلق بتوزيع أفراد العينة لمنطقة الغرب حسب الفئة العمرية، يظهر أن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة تأتي في الصدارة بنسبة %34.73، ثم تأتي الفئة العمرية 30 سنة فأكثر بنسبة %32.34، وتأتي الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة في المرتبة الثالثة %22.75، وتأتي الفئة العمرية الأقل من 20 سنة في المرتبة الرابعة. ويتبين من هذا الجدول أن متوسط العمر لمنطقة الغرب هو 25.90 سنة

الجدول رقم (48) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية لمنطقة الجنوب

الجنوب		المنطقة السن
النسبة	التكرار	
29,75%	72	أقل من 20 سنة
44,63%	108	من 20 إلى 24 سنة
14,05%	34	من 25 إلى 29 سنة
11,57%	28	30 سنة و أكثر
100%	242	المجموع

يبين الجدول رقم (48) المتعلق بتوزيع أفراد العينة لمنطقة الجنوب حسب الفئة العمرية، أن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة تمثل أعلى نسبة بـ 44.63 %، ثم تأتي في المرتبة الثانية الفئة العمرية الأقل من 20 سنة بنسبة 29.75 %، ثم تأتي الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة في المرتبة الثالثة، وتأتي الفئة العمرية 30 سنة فأكثر في المرتبة الأخيرة. كما يتضح من خلال الجدول أن متوسط العمر لمنطقة الجنوب هو 22.91 سنة، وبالتالي هو أصغر متوسط العمر لعينة الدراسة.

الجدول رقم (49) توزيع المتوسط العمري حسب المناطق

المنطقة	الجنوب	الوسط	الغرب	الشرق
المتوسط العمري	22.91	24.64	24.94	25.90

يوضح جليا الجدول رقم (49) والخاص بتوزيع المتوسط العمري حسب المناطق، أن منطقة الجنوب تأتي في الصدارة بخصوص السلم العمري، فمتوسط العمري لهذه المنطقة 22.91 سنة، تليها منطقة الوسط بمتوسط عمري 24.64 سنة. ثم تأتي منطقة الغرب بمتوسط عمري 24.94 سنة. وأخيرا تأتي منطقة الشرق بمتوسط عمري 25.90 سنة، ومنه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة لمنطقة الشرق يواصلون دراستهم بالجامعات المفتوحة حتى في سن متأخر، وهذا عكس مناطق الجنوب الذين يلتحقون بالجامعات المفتوحة مباشرة بعد فشلهم في حصول على بكالوريا التعليم الثانوي، إلا أن نسبة كبيرة منهم يتوقفون عن الدراسة عند وصولهم سن 30 فما فوق.

الجدول رقم (50) توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	846	55, 73%
أنثى	672	44, 27%
المجموع	1518	100%

يبين الجدول رقم (50) والخاص بتوزيع افراد العينة حسب الجنس، أن عدد الذكور يفوق عدد الإناث، حيث وصلت نسبة الذكور 55.60% بينما وصلت نسبة الذكور 44.40%. في الأصل أن نسبة الإناث المسجلات في جامعة التكوين المتواصل عالية وهي تفوق بكثير نسبة الذكور، ويرجع سبب ذلك إلى طبيعة موضوع الدراسة والخاص بتعاطي المخدرات بين الشباب، ولطبيعة ثقافة المجتمع الجزائري امتنع عدد كبير من الطالبات من ملأ الاستمارة التي لم تكن إجبارية بل اختيارية، حتى أن هناك من أجبن على الاستمارة وعندما وصلن إلى الأسئلة الخاصة بتعاطي المخدرات توقفن عن الإجابة، وهذا من بين أسباب إلغاء بعض الاستمارات من طرف الباحث.

الجدول رقم (51) توزيع عينة الدراسة حسب الجنس وحسب المنطقة

المنطقة الجنس	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
ذكر	%54,66	340	%58,75	188	%52,69	176	%58,68	142	%55,73	846
أنثى	%45,34	282	%41,25	132	%47,31	158	%41,32	100	%44,27	672
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يلاحظ من خلال الجدول رقم (51)، أن عدد الذكور يفوق عدد الإناث في كل المناطق بشكل متفاوت رغم أن نسبة الإناث في القسم التحضيري تفوق نسبة الذكور على المستوى الوطني، وهذا راجع لحساسية الموضوع وتقادي الإناث ملء الاستمارة، بعدما تبين أنها تتعلق بالمخدرات. فيما يخص الذكور تنصدر منطقة الشرق مجموعة المناطق بنسبة 58,75 %، ثم تأتي منطقة الجنوب بـ 58,68 %. وهذا ما يؤشر أن الثقافات الفرعية للمجتمع الجزائري تختلف من منطقة إلى منطقة أخرى، فيبدو من خلال الجدول أن المناطق الشرقية للبلاد تحتفظ كثيرا على ظاهرة تعاطي المخدرات خصوصا عند الإناث، ثم تأتي منطقة الجنوب التي تبدو متحفظة على تعاطي الإناث لكافة أنواع المخدرات، وتأتي منطقة الوسط في المرتبة الثالثة بـ 54.66 %، فعلى الرغم من وجود تعاطي المخدرات لدى الفئتين في مناطق الوسط كما أثبتته عدة دراسات إلا أنه مازال المجتمع لا يتقبل ظاهرة تعاطي المخدرات عند الإناث. وتأتي منطق الغرب في المرتبة الأخيرة 52.69 %، وهذا يدل على أن نظرة المناطق الغربية لتعاطي المخدرات عند الإناث تختلف عن باقي المناطق، كأن هناك نوعا من التسامح في هذا الأمر، ويمكن أن نرجع ذلك إلى طبيعة الثقافات الفرعية السائدة في كل منطقة.

الجدول رقم (52) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الوسط حسب الجنس وحسب الفئة العمرية

الوسط						الجنس السن
المجموع		إناث		ذكور		
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%4,82	30	%9,22	26	%1,18	4	أقل من 20 سنة
%55,63	346	%56,74	160	%54,71	186	من 20 إلى 24 سنة
%21,54	134	%19,15	54	%23,53	80	من 25 إلى 29 سنة
%18,01	112	%14,89	42	%20,59	70	30 سنة فأكثر
%100	622	%100	282	%100	340	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (52) المتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس و الفئة العمرية لمنطقة الوسط، أن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة عند الإناث تمثل أعلى نسبة بـ 56.74 %، ثم تأتي نفس الفئة العمرية عند الذكور في المركز الثاني بـ 54.71 % . كما نلاحظ أن أضعف نسبة تقع في الفئة العمرية أقل من 20 سنة عند الذكور بنسبة 1.18 % . ويجب الإشارة أن الذكور يمثلون 54.66 % من مجموع عينة الدراسة لمنطقة الوسط، أما الإناث فيمثلن 45.34 % من مجموع عينة الدراسة لمنطقة الوسط وبالتالي لم تخرج عينة الوسط عن القاعدة العامة الخاصة بالعينة الكلية للدراسة والخاصة بأن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث. كما يلاحظ أن هناك عددا كبيرا من افراد عينة الوسط لكلا الجنسين لا يلتحقون مباشرة بجامعة التكوين المتواصل بعد توقفهم على الدراسة (أو عدم نجاحهم في اجتياز بكالوريا التعليم الثانوية)، إلا أن الإناث أكثر إرادة من الذكور بالنسبة للفئة العمرية الأقل من 20 سنة، حيث يظهر أن الإناث لا يمكنن طويلا للاتحاق بجامعة التكوين المتواصل لمواصلة دراستهن بنسبة 9.22 %، بينما الذكور لا يوجد سوى 1.18 % لهذه الفئة العمرية. إلا أن الفئة العمرية من 25 سنة فما فوق، فنجد أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث، وهذا ما يشير إلى أنه مع تقدم السن يزداد إصرار الذكور في مواصلة الدراسة أكثر من الإناث.

الجدول رقم (53) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الجنس وحسب الفئة العمرية

الشرق						الجنس السن
المجموع		إناث		ذكور		
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%12,50	40	%16,67	22	%9,57	18	أقل من 20 سنة
%42,50	136	%48,48	64	%38,30	72	من 20 إلى 24 سنة
%21,25	68	%15,15	20	%25,53	48	من 25 إلى 29 سنة
%23,75	76	%19,70	26	%26,60	50	30 سنة و أكثر
%100	320	%100	132	%100	188	المجموع

يبين الجدول رقم (53) والخاص بتوزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الجنس وحسب الفئة العمرية، أن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة تشكل أعلى نسبة عند الإناث بـ %48.48 ثم تليها نسبة 38.30 % عند الذكور لنفس الفئة العمرية. ثم تأتي الفئة العمرية 30 سنة وأكثر عند الذكور بنسبة 26.60 %، ثم تليها عند نفس الجنس الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة بنسبة 25.53 %، ثم تليها الفئة العمرية 30 سنة وأكثر عن الإناث بنسبة 19.70 %، ثم الفئة العمرية الأقل من 20 سنة، بنسبة 16.67 %، ثم لنفس الجنس عند الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة عند نفس الجنس بنسبة 15.15 %. وأخيرا تأتي الفئة العمرية أقل من 20 سنة عند الذكور بنسبة 9.57 %. ويبدو أن ظاهرة إصرار الإناث أعلى من الذكور في مباشرة الدراسة بعد إخفاقهن في البكالوريا أعلى من الذكور. أما عند الفئة العمرية الأكثر من 25 سنة فنجد عند الذكور أعلى من الإناث، حيث وصلت النسبة عند الذكور 52.13 % (أي 25.53+26.60=52.13)، بينما هي عند الإناث 34.85 % (أي 15.15+19.70=34.85)، وبالتالي مع التقدم في السن تزداد الرغبة عند الذكور أكثر من الإناث في مواصلة الدراسة.

الجدول رقم (54) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الجنس وحسب الفئة العمرية

المجموع		الغرب				الجنس السن
		إناث		ذكور		
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%10,18	34	%15,19	24	%5,68	10	أقل من 20 سنة
%34,73	116	%37,97	60	%31,82	56	من 20 إلى 24 سنة
%22,75	76	%24,05	38	%21,59	38	من 25 إلى 29 سنة
%32,34	108	%22,78	36	%40,91	72	30 سنة و أكثر
%100	334	%100	158	%100	176	المجموع

يبين الجدول رقم (54) والمتعلق بتوزيع عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الجنس و حسب الفئة العمرية، أن الفئة العمرية من 30 سنة فأكثر عند الذكور تمثل أعلى نسبة لمنطقة الغرب ب 40.91%، ثم تليها الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة عند الإناث بنسبة 37.97%. ويلاحظ أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور للفئات العمرية الأقل من 29 سنة. كما يلاحظ أن نسبة الإناث أعلى من نسبة الذكور في الفئة العمرية الأقل من 20 ، حيث بلغت 15.19% عند الإناث، بينما هي عند الذكور 5.68% فقط. وهذا ما يؤكد أن الإناث لا يلبثن مكتوفات الأيدي أمام إخفاقهن في اجتياز عقبة البكالوريا لدخول الجامعة، عكس الذكور الذين يمرون بفترة فراغ أكثر من الإناث. إلا أنه مع تقدم السن يعود التفوق لجنس الذكور على الإناث، كأن مع الوقت يكتشف الذكور أنهم عليهم الحصول على شهادة جامعية لدخول عالم الشغل أو الترقية في المنصب إن كانوا يعملون.

الجدول رقم (55) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الجنوب حسب الجنس وحسب الفئة العمرية

المجموع		الجنوب				الجنس السن
		إناث		ذكور		
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%29,75	72	%38	38	%23	34	أقل من 20 سنة
%44,63	108	%46	46	%43	62	من 20 إلى 24 سنة
%14,05	34	%4	4	%21	30	من 25 إلى 29 سنة
%11,57	28	%12	12	%11	16	30 سنة و أكثر
%100	242	%100	100	%100	142	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (55) و المتعلق بتوزيع عينة الدراسة حسب الجنس والعمر لمنطقة الجنوب، أن الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة عند الإناث تمثل أعلى نسبة ب: 46%. ثم تأتي في المرتبة الثانية من نفس الفئة العمرية عند الذكور بنسبة 43 %. أما أضعف نسبة فهي عند الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة عند الإناث بنسبة 4%. ونلاحظ أن نسبة الإناث في الفئة العمرية الأقل من 20 سنة هي أعلى من نسبة الذكور، حيث وصلت 38%، بينما هي عند الذكور 23%. وهكذا يتضح جليا لهذه المنطقة كباقي المناطق أن فئة الإناث أكثر عزما وإصرار على مواصلة الدراسة من الذكور وهذا مباشرة بعد عدم تمكنهن من الحصول على شهادة البكالوريا. إلا أنه وبعد سن 24 لا يعدن تهتمن بالدراسة كالسابق، ففي هذه المرحلة ربما يفكرن في الزواج أكثر من أي أمر آخر، أما عند الذكور فعكس ذلك ففي المرحلة العمرية من 25 إلى 29 سنة بقيت مجموعة من أفراد عينة الدراسة تهتم بالدراسة، حتى ولو أنها تراجع مقارنة بالفئة العمرية السابقة أي من 20 إلى 24 سنة، إلا أنه مازالت تمثل نسبة لا بأس بها وهي 21%. أما في الفئة العمرية الأكثر من 30 سنة فالنسب تكاد تكون متقاربة بين الفئتين، أي أنه على عكس المناطق الأخرى، يبقى كلا الجنسين مهتم بالدراسة رغم التقدم في السن.

الجدول رقم (56) توزيع عينة الدراسة حسب الاختصاص

الاختصاص	التكرار	النسبة
علمي	590	38,87%
أدبي	876	57,71%
تسيير واقتصاد	46	3,03%
آخر	6	0,40%
المجموع	1518	100%

يوضح الجدول رقم (56) والخاص بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب الاختصاص، أن قسم الآداب يأتي في الطليعة بنسبة 57.71% ، ويأتي القسم العلمي في المرتبة الثانية ب 38.87 %، ويحتل قسم تسيير واقتصاد المرتبة الثالثة بنسبة 3.03%. أما التخصصات الأخرى فلا تمثل سوى 0.40% من مجموع عينة الدراسة. ويمكن تفسير طغيان التخصص

الأدبي على بقية التخصصات، كون أغلب الاختصاصات التي توفرها جامعة التكوين المتواصل ذات طابع العلوم الانسانية والإدارية أكثر منها ذات طابع علوم دقيقة: مثل التجارة الدولية، والتسيير العمومي، والتقنيات البنكية، والإنجليزية التقنية، وعلم النفس ، و القانون الدولي إلى غير ذلك من التخصصات. إلا أن ذلك لم يمنع من تسجيل نسبة معتبرة من العلميين في النظام المفتوح هذا من جهة. ومن جهة أخرى، كون جامعة التكوين المتواصل بقيت تعمل حسب النظام القديم فيما يخص القسم التحضيري، عكس وزارة التربية التي انتقلت إلى النظام الجديد والذي يختلف كثيرا على نظيره القديم لكل الأطوار، وهذا ما جعل نسبة الطلبة عموما تنخفض مقارنة بالسنوات السابقة، ونسبة طلبة الأقسام العلمية تتراجع بصفة محسوسة لما طرأ من تغيير كبير على جميع البرامج، عكس تخصص الآداب الذي ربما لم يكن هناك تغييرا كبيرا مما سمح للطلبة بالتأقلم مع النظام الجديد دون عناء كبير.

الجدول رقم (57) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الوسط حسب الاختصاص

المنطقة الاختصاص	الوسط	
	النسبة	التكرار
علمي	49.84%	310
أدبي	46.95%	292
تسيير واقتصاد	3.22%	20
المجموع	100%	622

عند قراءة الجدول رقم (57)، والخاص بتوزيع أفراد العينة لمنطقة الوسط حسب الاختصاص، يظهر أن طلبة قسم العلوم يمثلون الأغلبية بمنطقة الوسط بنسبة 49.84%، ثم يلونهم طلبة قسم الآداب بنسبة 46.95%، ويأتي طلبة قسم تسيير واقتصاد في المرتبة الثالثة بنسبة 3.22%. وهكذا يظهر أن طلبة منطقة الوسط يميلون أكثر نحو التخصصات العلمية والعلوم الدقيقة منه على التخصصات الأدبية، وتعتبر المنطقة الوحيدة التي تنفرد بهذه الخاصية.

الجدول رقم (58) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الاختصاص

المنطقة		الاختصاص
الشرق	التكرار	
النسبة		
23,13%	74	علمي
73,75%	236	أدبي
2,50%	8	تسيير واقتصاد
0,63%	2	آخر
100%	320	المجموع

من خلال الجدول رقم (58) والخاص بتوزيع عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الاختصاص، يتضح أن قسم الآداب يأتي في المقدمة بنسبة كبيرة و التي وصلت إلى 73.75%، بينما يأتي قسم العلوم في المرتبة الثانية بنسبة 23.13%، ويأتي قسم تسيير واقتصاد في المرتبة الثالثة بنسبة 2.50%. والباقي فلا يمثل إلا 0.63% وتخص العلوم الإسلامية. و عليه يتبين أن منطقة الشرق على عكس منطقة الوسط يطغى عليها اختصاص الآداب، وهذا ما يوحي بأن طلبة منطقة الشرق يفضلون العلوم الانسانية والاجتماعية على العلوم الدقيقة، و تعتبر هذه النسبة 73.75% أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق.

الجدول رقم (59) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الاختصاص

المنطقة		الاختصاص
الغرب	التكرار	
النسبة		
31,74%	106	علمي
67,66%	226	أدبي
0,60%	2	تسيير واقتصاد
100%	334	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (59) الخاص بتوزيع عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الاختصاص، أن قسم الآداب يمثل الأغلبية لمنطقة الغرب بنسبة 67.66%، ثم يأتي قسم العلوم في المرتبة الثانية بنسبة 31.74%، ويأتي قسم تسيير واقتصاد في المرتبة الثالثة

بنسبة 0.60%. و نفس الأمر ينطبق على منطقة الغرب كون أغلبية الطلبة لهم مرجعية أدبية، هذا لما توفره جامعة التكوين المتواصل من تخصصات تتلاءم و ميولاتهم.

الجدول رقم (60) توزيع عينة الدراسة لمنطقة الجنوب حسب الاختصاص

الجنوب		المنطقة الاختصاص
النسبة	التكرار	
41,32%	100	علمي
50,41%	122	أدبي
6,61%	16	تسيير واقتصاد
1,65%	4	آخر
100%	242	المجموع

يظهر الجدول رقم (60) المتعلق بتوزيع عينة الدراسة لمنطقة الجنوب حسب الاختصاص، أن طلبة قسم الآداب يمثلون أغلبية أفراد العينة لهذه المنطقة بنسبة 50.41%، ويأتي طلبة القسم العلمي في المقام الثاني بنسبة 41.32%، كما يحتل قسم تسيير واقتصاد المرتبة الثالثة بنسبة 6.61%، وهي أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق. ونفس الأمر ينطبق على طلبة منطقة الجنوب، فاختصاص أكثر من نصف الطلبة أدبي لوجود أغلب التخصصات في جامعة التكوين المتواصل من العلوم الانسانية والإدارية والتجارية. هذا لا يمنع بوجود نسبة لا بأس بها من الطلبة في التخصص العلمي وهي تأتي مباشرة بعد منطقة الوسط.

الجدول رقم (61) توزيع عينة الدراسة حسب الاختصاص وحسب المنطقة

المنطقة / الاختصاص	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
علمي	%49,84	310	%23,13	74	%31,74	106	%41,32	100	%38,87	590
أدبي	%46,95	292	%73,75	236	%67,66	226	%50,41	122	%57,71	876
تسيير واقتصاد	%3,22	20	%2,50	8	%0,60	2	%6,61	16	%3,03	46
آخر	%0,00	0	%0,63	2	%0,00	0	%1,65	4	%0,40	6
المجموع	%100	622	100%	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يوضح الجدول رقم (61) والمتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص وحسب المناطق، أن أعلى نسبة يحتلها قسم الآداب بمنطقة الشرق بـ 73.75 %، ثم يليها نفس القسم لمنطقة الغرب بنسبة 67.66 %، ثم منطقة الجنوب لنفس القسم بنسبة 50.41 %.

و ما يلفت الانتباه، أنه ماعدا منطقة الوسط، فإن باقي المناطق الأخرى يفوق قسم الآداب قسم العلوم، وهذا ما يمكن تفسيره أن طلبة مناطق الوسط يميلون إلى التخصصات العلمية، بينما يتجه طلبة باقي المناطق إلى التخصصات الأدبية.

الجدول رقم (62) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الاختصاص وحسب الجنس

الجنس / الاختصاص	ذكور		إناث		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
علوم	%23,72	360	%15,15	230	%38,87	590
آداب	%30,04	456	%27,67	420	%57,71	876
تسيير واقتصاد	%1,71	26	%1,32	20	%3,03	46
أخرى	%0,26	4	%0,13	2	%0,40	6
المجموع	%55,73	846	%44,27	672	%100	1518

يتبين من خلال الجدول رقم (62) أن تخصص آداب عند الذكور يشمل أعلى نسبة بـ 30.04 %، ثم يأتي بعده نفس القسم عند الإناث بنسبة 27.67 % . كما أن قسم العلوم عند

الذكور 23.72 % يفوق بكثير قسم الإناث 15.15%. إن عدد الذكور يفوق عدد الإناث عموما ولهذا يظهر أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث لجميع التخصصات. فنسبة العلوم عند الذكور تمثل 42.55% بالنسبة لمجموع الذكور، و 53.90% من الآداب لمجموع ذكور عينة منطقة الوسط. أما الإناث، فمن أصل 672 انثى، هناك 34.43% علوم و 62.50% منهن آداب. وهكذا يتضح جليا أن أغلب إناث عينة الدراسة عموما يتجهن نحو تخصصات الآداب أكثر من الذكور.

الجدول رقم (63) توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الوسط حسب الاختصاص وحسب الجنس

الوسط						المنطقة الجنس الاختصاص
المجموع		إناث		ذكور		
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%49,84	310	%21,54	134	%28,30	176	علوم
%46,95	292	%22,51	140	%24,44	152	أداب
%3,22	20	%1,29	8	%1,93	12	تسيير واقتصاد
%100	622	%45	282	%55	340	المجموع

يظهر الجدول رقم (63)، الذي يخص توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الوسط حسب الاختصاص وحسب الجنس، أنه قد بلغت نسبة قسم العلوم عند الذكور 28.30% وبالتالي يفوق قسم الآداب الذي بلغت نسبته 24.44%. إلا أنه عند الإناث نجد أن نسبة قسم الآداب الذي بلغ 22.51% يفوق قسم العلوم الذي بلغ 21.54%. وهكذا يتضح أن نسبة الذكور في تخصص العلوم هي التي رجحت الكفة لمنطقة الوسط لصالح العلوم على حساب باقي التخصصات.

الجدول رقم (64) توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الشرق حسب الاختصاص وحسب الجنس

الشرق						المنطقة
المجموع		إناث		ذكور		الجنس
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	الاختصاص
%23,13	74	%8,75	28	%14,38	46	علوم
%73,75	236	%30,63	98	%43,13	138	آداب
%2,50	8	%1,25	4	%1,25	4	تسيير واقتصاد
%0,63	2	%0,63	2	-	-	أخرى
%100	320	%41,25	132	%58,75	188	المجموع

يبين الجدول رقم (64)، أن أغلبية طلبة منطقة الشرق من قسم الآداب بنسبة 73.75%، ويمثل الذكور 43.13% من هذه النسبة، أما الإناث فيمثلن 30.63% منه. وذلك كون عدد الذكور أعلى من عدد الإناث لهذه المنطقة. وبالتالي يظهر أن كلا الجنسين لمنطقة الشرق يتقدم طلبة الآداب على طلبة العلوم بفرق كبير، إلا أن طلبة العلوم عند الذكور يفوق الإناث.

الجدول رقم (65) توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الغرب حسب الاختصاص وحسب الجنس

الغرب						المنطقة
المجموع		إناث		ذكور		الجنس
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	الاختصاص
%31,74	106	%11,98	40	%19,76	66	علوم
%67,66	226	%36,25	116	%32,93	110	آداب
%0,60	2	%0,63	2	-	-	تسيير واقتصاد
%100	334	%48,85	158	%52,69	176	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (65) أن قسم الآداب بالنسبة للجنسين يمثل الأغلبية بنسبة 67.66 %، فهو عند الإناث وصل 36.25% من عينة منطقة الوسط. عند الذكور يمثل 32.93% من نفس العينة. ونشير أن نسبة الآداب عند إناث منطقة الغرب هي أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، وبالتالي، يفضلن إناث هذه المنطقة شعبة الآداب على باقي التخصصات.

الجدول رقم (66) توزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الجنوب حسب الاختصاص وحسب الجنس

الجنوب						المنطقة
المجموع		إناث		ذكور		الجنس
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	التخصص
%41,32	100	%11,57	28	%29,75	72	علوم
%50,41	122	%27,27	66	%23,14	56	آداب
%6,61	16	%2,48	6	%4,13	10	تسيير واقتصاد
%1,65	4	-	-	%1,65	4	أخرى
%100	242	41,32	100	%58,68	142	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (66) الخاص بتوزيع أفراد عينة الدراسة لمنطقة الجنوب، أن قسم العلوم عند الذكور يمثل أعلى نسبة بالنسبة لهذه العينة بـ: 29.75 %، ثم يأتي قسم الآداب في المقام الثاني عند الإناث بنسبة 27.27 % . كما نشير أن قسم العلوم عند الذكور لمنطقة الجنوب يمثل أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، ومنه نستنتج أن ذكور بمنطقة الجنوب يفضلون العلوم أكثر من التخصصات الأخرى، عكس الإناث اللواتي يتجهن نحو التخصصات الأدبية أكثر من العلمية.

المبحث الثاني: الظروف الاقتصادية:

الجدول رقم (67) توزيع افراد العينة حسب العمل والمنطقة

المنطقة العمل	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	%33,12	206	%35,00	112	%41,32	138	%27,27	66	%34,39	522
لا	%66,88	416	%65,00	208	%58,68	196	%72,73	176	%65,61	996
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يتبين من خلال الجدول رقم (67) والمتعلق بتوزيع أفراد العينة العمل والمنطقة، أن نسبة كبيرة من أفراد العينة صرحوا بأنهم لا يعملون بـ: 65.61%، وتتصدر المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 72.73 %، وهذا ما يؤكد مدى انتشار البطالة في المناطق الجنوبية مما أدى في بعض الأحيان إلى تعبير شباب هذه المنطقة عن طريق وقفات احتجاجية عن رفضهم لهذه الوضعية، وقد اتخذت في السنة الأخيرة أي (2013) تدابير من طرف السلطات العمومية لإدماج أكبر عدد ممكن من الشباب البطال بالمناطق الجنوبية، تفاديا لانزلاقات خطيرة قد تعصف بالمنطقة، وخصوصا و أغلب دول الجوار تعيش في حالة عدم الاستقرار منذ فترة. كما أن هناك 34.39% من أفراد العينة صرحوا بأنهم يعملون، وتأتي على رأس المجموعة منطقة الغرب بنسبة 41.32%، وهذا ما يشير أن أفراد عينة الدراسة لمنطقة الغرب هم أكثر حظا من باقي المناطق بحصولهم على مناصب عمل . حيث يسمح نظام جامعة التكوين المتواصل بالدراسة و العمل في نفس الوقت، وهذا ما يميز الجامعة المفتوحة على الجامعة التي تعمل بالنظام الحضوري خلال أيام الأسبوع. غير أن ما يمكن استنتاجه من هذا الجدول أن نسبة كبيرة من أفراد العينة لا يعملون، ويتوزع هذا الصنف إلى عدة فئات، فهناك من الطلبة المسجلين بجامعة التكوين المتواصل يزاولون دراستهم في الجامعة النهارية، وبالتالي لهم بكالوريا في كلا النظامين، وهناك صنف آخر من الطلبة من أكمل دراسته بجامعة النهار، و هو يريد أن يدعم دراسته بتكوين آخر يسمح له بدخول عالم الشغل من بابه

الواسه، وهناك صنف ثالث من الطلبة من هم بطلون إلا أنهم يشتغلون كبائعين في المتاجر أو في المطاعم، أو يمارسون تجارة في السوق الموازية، وهم بالتالي لا يصرحون بذلك. ولقد ساعدت وظيفة الباحث كأستاذ بجامعة التكوين المتواصل، وكذلك الدراسة الاستطلاعية من الحصول على المعلومات السالفة الذكر.

الجدول رقم (68) توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة

النسبة	التكرار	الدخل الشهري للأسرة
15,15%	230	أقل من 12,000 دج
19,10%	290	12,000 – 19.999 دج
17,00%	258	20,000 – 29.999 دج
15,28%	232	30,000 – 39.999 دج
8,17%	124	40,000 – 49.999 دج
16,47%	250	50,000 دج فأكثر
8,83%	134	بدون إجابة
100%	1518	المجموع

إن الدخل الشهري للأسرة يعتبر من المؤشرات التي لها دلالة واضحة في موضوع تعاطي المخدرات، فقد توصلت أغلب الدراسات الميدانية على وجود علاقة غير مباشرة بين الدخل المنخفض واحتمالات تعاطي المخدرات، وذلك على أساس أن الدخول إذا بلغت حدا معيناً من التدني من انعدام الاستقرار فإنه يصبح تدهور في ظروف المعيشة بصورة متكاملة، مما يزيد من احتمالات تعرض الأفراد لعوامل الانحراف ومن بينها تعاطي المخدرات⁽¹⁾. يوضح الجدول رقم (68)، أن الفئة من 12.000 إلى 19.999 دج تأتي في المقدمة بنسبة 19.10%، ثم تأتي مباشرة بعدها الفئة من 20.000 إلى 29.999 دج بنسبة 17%، أما الفئة 50.000 دج فأكثر فتأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 16.47%. وما يمكن ملاحظته من خلال هذا الجدول أن الفئة دون 30.000 دج تمثل 55.20%. وهكذا يتضح أن أكثر من نصف أفراد العينة لهم دخل أسري ضعيف. ويجب التنبيه في هذا الباب أنه نظراً لظاهرة التضخم التي يعيشها الاقتصاد الوطني وتراجع القدرة الشرائية للمواطن أصبح من

(1) مصطفى ، سويف و آخرون. تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية (بنين) دراسات ميدانية في الواقع المصري. مرجع سابق، ص50.

الصعب تحديد الدخل الشهري، وخصوصا إذا علمنا أن لحد الساعة لم يفصل في المادة 87 مكرر والخاصة بتحديد مكونات الأجر الأدنى الوطني SNMG ، وعليه فممن تحديد الفئات الموجودة في الجدول تغيرت عدة معطيات مما يجعلنا نتحفظ كثيرا عند قراءة هذه المعطيات، إلا أنه لا يمنع من بلورة صورة على الدخل الاسري لأفراد عينة الدراسة.

كما يجب الإشارة ان هناك نسبة 8.83% من أفراد عينة الدراسة تحفظت عن الإدلاء بمدخول أسرتها، وهذا ما يصعب على الباحث من الوصول إلى بعض الحقائق المتعلقة بموضوع الدراسة.

الجدول رقم (69) توزيع أفراد العينة لمنطقة الوسط حسب الدخل الشهري للأسرة

النسبة	التكرار	الدخل الشهري للأسرة
10,93%	68	أقل من 12,000 دج
19,29%	120	12,000 – 19.999 دج
18,65%	116	20,000 – 29.999 دج
12,86%	80	30,000 – 39.999 دج
9,32%	58	40,000 – 49.999 دج
22,51%	140	50,000 دج فأكثر
6,43%	40	بدون إجابة
100%	622	المجموع

يوضح الجدول رقم (69)، والمتعلق بتوزيع أفراد العينة لمنطقة الوسط حسب الدخل الشهري للأسرة، أن الفئة البارزة في هذه المنطقة هي فئة الأكثر من 50000 دج بنسبة 22.51%، ثم تليها الفئة من 12.000 إلى 19.999 دج بنسبة 19.29%، وتأتي في المرتبة الثالثة الفئة من 20.000 إلى 29.999 دج بنسبة 18.65%. وتأتي في المرتبة الرابعة الفئة من 30.000 إلى 39.999 دج بنسبة 12.86%، ثم تليها فئة أقل من 12.000 دج بنسبة 10.93%، ثم تليها الفئة من 40.000 إلى 49.000 دج بنسبة 9.32%. وبالتالي يمكن القول أن منطقة الوسط عموما هي أكثر راحة من الجانب المالي مقارنة بباقي المناطق، وذلك لكون أكبر نسبة وهي 22.51% من أفراد العينة يتواجدون ضمن الفئة 50.000 دج فأكثر. كما نشير إلى أن هناك 6.43% من أفراد عينة منطقة الوسط فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال.

الجدول رقم (70) توزيع أفراد العينة لمنطقة الشرق حسب الدخل الشهري للأسرة

النسبة	التكرار	الدخل الشهري للأسرة
%18,75	60	أقل من 12,000 دج
%20,63	66	12,000 – 19.999 دج
%16,88	54	20,000 – 29.999 دج
%15,63	50	30,000 – 39.999 دج
%4,38	14	40,000 – 49.999 دج
%13,13	42	50,000 دج فأكثر
%10,63	34	بدون إجابة
%100	320	المجموع

يبين الجدول رقم (70) الخاص بتوزيع أفراد العينة لمنطقة الشرق حسب الدخل الشهري للأسرة، أن الفئة من 12.000 إلى 19.999 دج تمثل أكبر شريحة لعينة هذه المنطقة بنسبة 20.63%، ثم تأتي الفئة الأقل من 12.000 دج بنسبة 18.75%، وتأتي الفئة من 20.000 إلى 29.000 دج في المقام الثالث بنسبة 16.88%، ثم تليها الفئة من 30.000 إلى 39.999 دج في المقام الرابع بنسبة 15.63%، ثم تليها الفئة أكثر من 50000 دج بنسبة 13.13%، وتأتي في المقام الأخير الفئة من 40.000 إلى 49.000 دج بنسبة 4.38%. كما نسجل 10.63% من أفراد عينة منطقة الشرق أبوا الإجابة على هذا السؤال. وهكذا يتبين أن نسبة معتبرة من طلبة منطقة الشرق دخل الشهري لأسرهم لا يصل إلى الحد المتوسط.

الجدول رقم (71) توزيع أفراد العينة لمنطقة الغرب حسب الدخل الشهري للأسرة

النسبة	التكرار	الدخل الشهري للأسرة
%22,75	76	أقل من 12,000 دج
%19,76	66	12,000 – 19.999 دج
%13,77	46	20,000 – 29.999 دج
%13,17	44	30,000 – 39.999 دج
%8,38	28	40,000 – 49.999 دج
%11,38	38	50,000 دج فأكثر
%10,78	36	بدون إجابة
%100	334	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (71) الخاص بتوزيع أفراد العينة لمنطقة الغرب حسب الدخل الشهري للأسرة، نجد أن الفئة الأقل من 12000 دج تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 22.75%، ثم الفئة من 12.000 إلى 19.999 دج تأتي في المرتبة الثانية بنسبة 19.76%، وتأتي الفئة من 20.000 إلى 30.000 دج في المرتبة الثالثة بنسبة 13.77%. ثم تليها الفئة من 30.000 إلى 39.999 دج في المرتبة الرابعة بنسبة 13.17%، وتأتي في المرتبة الأخير الفئة الأكثر من 50.000 دج بنسبة 11.38%، وتعتبر هذه النسبة هي الأضعف مقارنة بباقي المناطق. وهكذا حتى وإن صرح عدد كبير من أفراد عينة منطقة الغرب بأنهم يعملون، إلا أن ذلك لم يمنع بأن نسبة كبير منهم دخل أسرهم لم يتعدى 30.000 دج، وقد يكون هذا من بين الأسباب التي شجعت نسبة معتبرة منهم إلى دخول عالم الشغل. وهناك 10.78% من أفراد عينة منطقة الغرب من فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال.

الجدول رقم (72) توزيع أفراد العينة لمنطقة الجنوب حسب الدخل الشهري للأسرة

النسبة	التكرار	الدخل الشهري للأسرة
10,74%	26	أقل من 12,000 دج
15,70%	38	12,000 – 19.999 دج
17,36%	42	20,000 – 29.999 دج
23,97%	58	30,000 – 39.999 دج
9,92%	24	40,000 – 49.999 دج
12,40%	30	50,000 دج فأكثر
9,92%	24	بدون إجابة
100%	242	المجموع

يوضح الجدول رقم (72)، أن أعلى نسبة لأفراد عينة منطقة الجنوب حسب الدخل الشهري للأسرة، هي عند الفئة مابين 30.000 و 39.999 دج بنسبة 23.97%، ثم تليها الفئة ما بين 20.000 و 29.999 دج بنسبة 17.36%، وتأتي الفئة من 12.000 إلى 19.999 دج في المقام الثالث بنسبة 15.70%، ثم تليها الفئة الأكثر من 50.000 دج بنسبة 12.40%، ثم تأتي الفئة من 40.000 إلى 49.999 دج بنسبة 9.92%، وتأتي في آخر المطاف الفئة الأقل من 12000 دج بنسبة 10.74%. كما نشير أن هناك 9.92% من

أفراد عينة الدراسة من فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال. وعلى العموم، نلاحظ أن هناك توازن بين الفئة الأقل من 30.000 دج والأكثر من 30.000 دج لدخل أسر أفراد عينة منطقة الجنوب.

الجدول رقم (73) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة و الدخل الشهري للمبحوث

المنطقة الدخل الشهري		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 12,000 دج		7,69%	16	9,43%	10	18,57%	26	17,65%	12	12,26%	64
12,000 – 19.999 دج		39,42%	82	39,62%	42	37,14%	52	44,12%	30	39,46%	206
20,000 – 29.999 دج		24,04%	50	24,53%	26	21,43%	30	14,71%	10	22,22%	116
30,000 – 39.999 دج		14,42%	30	15,09%	16	15,71%	22	8,82%	6	14,18%	74
40,000 – 49.999 دج		2,88%	6	3,77%	4	2,86%	4	5,88%	4	3,45%	18
50,000 دج فأكثر		3,85%	8	3,77%	4	2,86%	4	2,94%	2	3,45%	18
دون إجابة		7,69%	16	3,77%	4	1,43%	2	5,88%	4	4,98%	26
المجموع		100%	208	100%	106	100%	140	100%	68	100%	522

إن الدخل الشهري بالنسبة للمبحوث، يتمثل في راتبه الشهري إن كان يعمل، أو أي دخل آخر حتى ولو كان عن طريق التجارة في السوق الموازية. ويوضح الجدول رقم (73) أن هناك 496 فرد من أفراد العينة أجابوا على هذا السؤال، و أن أكبر شريحة تقع في الفئة ما بين 12.000 دج إلى أقل من 20.000 دج بنسبة 39.46 %، ثم تليها الفئة من 20000 إلى 29.999 دج، ثم تأتي الفئة من 30000 إلى 39.999 دج في المقام الثالث بنسبة 14.18 %. كما أن هناك 4.98 % فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال.

وإذا قارنا الدخل الشهري للمبحوثين بين المناطق، نجد أن منطقة الجنوب تحتل الصدارة لفئة من 12.000 دج إلى 19.999 دج بنسبة تقدر بـ 44.12 %، وهكذا فبالنسبة لمنطقة الجنوب، فزيادة على النسبة الكبيرة من أفراد عينة هذه المنطقة الذين صرحوا أنهم لا يعملون، وحتى الذين صرحوا أنهم يباشرون نشاطا يتقاضون بمقابلته أجرا، فإن نسبة معتبرة منهم لا يتجاوز دخلهم 20.000 دج أي يقارب الأجر الوطني الأدنى. ثم تليها منطقة الشرق لنفس

الفئة بنسبة 39.62%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 39.42%، وفي الأخير المنطقة الغربية لنفس الفئة بنسبة 37.14%.

أما الفئة من 50.000 دج فما فوق، حتى ولو أنها بالنسبة لجميع المناطق لا تشكل نسبة كبيرة مقارنة بباقي الفئات، إلا أننا إذا قمنا بمقارنة بين المناطق، نجد أن منطقة الوسط تأتي في المقدمة بنسبة 3.85%، ثم تأتي منطقة الشرق 3.77%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 2.94% . كما يجب الإشارة أن هناك نسبة 4.98% فضلت عدم الإجابة على هذا السؤال، وتمثل منطقة الوسط أعلى نسبة بـ 7.69%.

وهكذا يظهر، أن أكثر من نصف افراد الذين صرحوا بأنهم يعملون لهم مدخول شهري أقل من 20.000 دج أي أنهم في حدود الأجر الوطني الأدنى (والذي هو 18.000 دج اعتبارا من 1 جانفي 2012)، وبالتالي زيادة على الذين صرحوا بأنهم لا يعملون فهناك نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة الذين يعانون من مشكل المدخول الشهري، وعليه يتبين أنه وبناء على معطيات الواقع المعيشي للمواطن الجزائري، فأغلب أفراد عينة الدراسة لا يستطيعون بناء مستقبلهم بالإمكانيات المادية المتوفرة لديهم، وهذا ما يمكنه أن يؤدي بعدد كبير منهم إلى فقدان الأمل واليأس الذي يعتبر من العوامل المشجعة إلى السلوك الانحرافي أو الاستمرار في هذا السلوك.

الجدول رقم (74) توزيع أفراد العينة حسب المصروف الشهري للمبحوث

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المصروف الشهري
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
3,43%	52	2,48%	6	1,20%	4	2,50%	8	5,47%	34	أقل من 1000 دج
23,45%	356	30,58%	74	17,37%	58	19,38%	62	26,05%	162	1000 - 4999 دج
15,55%	236	12,40%	30	16,17%	54	16,25%	52	16,08%	100	5000 - 9999 دج
9,75%	148	7,44%	18	10,18%	34	8,75%	28	10,93%	68	10000 - 14999 دج
5,27%	80	0,83%	2	7,78%	26	5,63%	18	5,47%	34	15000 - 19999 دج
9,49%	144	3,31%	8	10,78%	36	9,38%	30	11,25%	70	20000 دج فما فوق
33,07%	502	42,98%	104	36,53%	122	38,13%	122	24,76%	154	بدون إجابة
100%	1518	100%	242	100%	334	100%	320	100%	622	المجموع

يرتبط هذا المتغير بالمتغير السابق نوعا ما، أي المتغير الخاص بالدخل الشهري للأسرة أو للمبحوث، حيث هناك تداخل بينهما، فلا بد للأسرة أن تقدم للأبنائها مصروفا شهريا تبعا لمدخلها الشهري، فالأبناء الذين يعملون عادة لا يحتاجون مصروف شهريا من الأسرة، بينما البقية فهي في حاجة لمصروف شهري، وكلما كان الدخل الشهري مرتفعا كلما كان المصروف الشهري المخصص للأبناء كبيرا نسبيا، والعكس صحيح.

وبين الجدول رقم (74)، والمتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب المصروف الشهري للمبحوث، أن نسبة معتبرة من المبحوثين 33.07% فضلت عدم الإجابة على هذا السؤال، وتأتي منطقة الجنوب على رأس المجموعة بنسبة 42.98%، وهذا ما يدل على أن المصروف يعتبر من الأمور التي لا يريد المبحوث الخوض فيها عموما لخصوصيتها وخصوصا إذا كان مصدر هذا المصروف غير واضح. وتأتي في المرتبة الأولى الشريحة التي لها مصروف شهري يتراوح من 1000 إلى 4999 دج بنسبة 23.45%، وتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 30.58%. ثم تأتي بعدها مباشرة الفئة من 5000 إلى 9999 دج بنسبة 15.55%، وتأتي على رأس المجموعة الشرق في المقدمة بنسبة 16.25%. كما أن هناك نسبة لا بأس بها من أفراد العينة الذين صرحوا بأن لهم مصروف شهري يفوق 10000 دج حيث وصلت هذه النسبة في مجملها إلى 24.51%، وتتصدر المجموعة منطقة الوسط بنسبة 27.67%. ومنه يظهر أن طلبة منطقة الوسط هم الأكثر حظا من طلبة باقي المناطق الذين منهم نسبة كبيرة لهم مصروف شهري يتعدى 10000 دج. حتى ولو أن هناك عددا كبيرا من المبحوثين لم يجيبوا على هذا السؤال، إلا أن البقية التي أجابت عليه، يسمح ببلورة تصور عام حول المبحوثين، كون الأغلبية لها مصروف شهري يسمح لها بشراء المخدرات وخصوصا الكيف وبعض الأنواع من الأقراص.

الجدول رقم (75) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة و نوع السكن

نوع السكن	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
فيلا	12,38%	188	3,29%	50	4,61%	70	3,16%	48	23,45%	356
شقة	17,26%	262	10,94%	166	9,09%	138	5,53%	84	42,82%	650
سكن تقليدي	10,28%	156	5,67%	86	6,98%	106	6,85%	104	29,78%	452
بيت قصديري	1,05%	16	0,53%	8	1,19%	18	0,40%	6	3,16%	48
دون إجابة	-	-	0,66%	10	0,13%	2	-	-	0,79%	12
المجموع	40,97%	622	21,08%	320	22%	334	15,94%	242	100%	1518

يتبين لنا أن نوع المسكن يؤثر بصفة بالغة في ظهور سلوك التعاطي عند المبحوثين، ذلك أن المسكن الضيق (الشقة في عمارة غالبا ما تتكون من غرفتين أو ثلاث غرف أو بيت قصديري لا يتوفر على أدنى شروط السكن اللائق) قد يفتقد المبحوثين بداخلها لغرفة خاصة بهم يستعملونها حسب أهوائهم، و إن كانت أسرهم كبيرة الحجم فقد يشعرون بالضيق أكثر مما يدفعهم إلى مغادرة المنزل و الغياب عنه إلى درجة أين يكون حضورهم بداخله قليل إلا في أوقات الأكل و النوم مما يجعل علاقتهم بأفراد العائلة تنقلص بالخصوص مع الوالدين، فيصبحون مغتربين فيها، وبهذا تتحول الأسرة كفضاء اجتماعي يمنح للفرد الراحة البدنية و الاستقرار النفسي، إلى فضاء محدود (الأكل و النوم)، في الوقت نفسه يذهب الفرد للبحث عن فضاء آخر يعوض له كل ما لا يجده داخل أسرته الذي هو فضاء غير مراقب وخصوصا إذا لم يتوفر الحي على مرافق للشباب لتأطيرهم، وبالتالي يصبحون لقمة صائغة أمام كل الآفات الاجتماعية ومنها تعاطي المخدرات.

فمسكن الأسرة يمارس تأثيرا على تكوين شخصية الفرد، ويحدد مدى استجابته للمؤثرات الخارجية، فضيق مسكن الأسرة قد يدفع الأبناء إلى البحث عن مكان يلودون به، فيلجأون إلى الأصدقاء، أو إلى الشوارع حيث يكون الاتصال برفقاء السوء⁽²⁾.

(2) عبد الله بن محمد بن أحمد، الطيار. المخدرات في الفقه الإسلامي. مرجع سابق، ص 29.

من خلال الجدول رقم (75) يظهر لنا أن أغلبية الباحثين يعيشون داخل شقة في عمارة بنسبة 42.82%، ثم يلونهم الذين يعيشون في سكن تقليدي بنسبة 29.78%. كما أن الباحثين الذين يعيشون في فيلات لهم نسبة معتبرة وصلت إلى 23.45%. وعليه، فالذين يسكنون في سكن تقليدي و شقة في عمارة، يمثلون 72.50%، وبالتالي فأغلبية أفراد عينة الدراسة مرشحون لأن يكونوا يعانون من ضيق المسكن، **وخصوصا إذا علمنا** أن نسبة المساكن التي لا يتجاوز عدد غرفها ثلاث غرف تمثل الأغلبية الساحقة بنسبة 65.14% حسب إحصاء عام 1998⁽¹⁾. أما قراءة الجدول رقم (75) حسب المناطق، فيتبين أن أن أغلب افراد عينة منطقة الوسط يعيشون في شقة بنسبة 42.12%، بينما يأتي أفراد العينة الذين يعيشون في فيلات في المقام التالي بنسبة 30.23% وهي أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، أما عن السكن التقليدي فيأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 25.08%. أما توزيع افراد العينة لمنطقة الشرق حسب نوع السكن، أن أفراد العينة لهذه المنطقة والذين يسكنون في شقة يشكلون الأغلبية بنسبة 51.88%، ويأتي في المقام الثاني أفراد العين الذين يسكنون في سكن تقليدي بنسبة 26.88%. وبالنسبة لمنطقة الغرب، فإن الباحثين الذين يشغلون شقق يشكلون الأغلبية بنسبة 41.32%، ثم يلونهم الذين يشغلون سكن تقليدي بنسبة 31.74%، يأتي الذي يشغلون فيلات في المرتبة الثالثة بنسبة 20.96%. وبخصوص منطقة الجنوب، ولخصوصية هذه المنطقة جغرافيا و مناخيا و ثقافيا، فيلغب السكن التقليدي على هذه المنطقة، حيث صرح 42.98% من أفراد عينة هذه المنطقة أنهم يسكنون في في سكنات تقليدية وهي بالتالي تختلف على بقية المناطق الأخرى، كما صرح نحو 34.71% بأنهم يسكنون في شقق، وصرح 19.83% بأنهم يسكنون في فيلات.

(1) نقلا عن. فتحة ترميست. " واقع الأسرة الممتدة في المدينة: خصائصها ووظيفتها ومشكلاتها: دراسة ميدانية لحي عين النعجة، الجزائر العاصمة" رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2005-2006.

أما إذا قمنا بترتيب المناطق حسب نوع السكن، فبخصوص الفيلات، تنصدر منطقة الوسط المجموعة بنسبة 30% من مجموع 622 فرد، ومنه يظهر أن طلبة منطقة الوسط لهم الحظ أكثر من غيرهم في العيش في فيلات حتى ولو أن هناك عدد كبير من نفس المنطقة يسكنون في شقق. أما فيما يخص الشقق فتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 52% من أصل 320 فرد، أي أن أكثر من نصف عينة هذه المنطقة يسكنون في شقق، وهذا ما يشير إلى أن نسبة كبيرة من عينة منطقة الشرق لهم مستوى معيشي متوسط. أما السكن التقليدي فتحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 43% من أصل 242 فرد، وعليه تبقى منطقة الجنوب وفية لتقاليدها من حيث السكن، كما أن الظروف المناخية تفرض على سكان هذه المنطقة طريقة بناء خاصة بها، تتميز في أغلب الحالات ببنائات غير عالية حتى تتحمل الحرارة في فصل الصيف والبرودة في فصل الشتاء، كما تخصص فيها عادة غرف خاصة بالضيوف. إلا أنه وفي السنوات الأخيرة بدأت أغلب نواحي منطقة الجنوب تشهد غزو البنائات كالتى في المناطق الشمالية. وفيما يخص البيوت القصديرية حتى ولو أن النسبة الإجمالية لكافة المناطق بسيطة إلا أن لها دلالة، وتتقدم المجموعة منطقة الغرب بنسبة 5% من أصل 334 فرد. وهذا ما يشير إلى أن هناك فئة من أفراد عينة الدراسة تعيش ظروف مزرية من حيث السكن، والمعلوم أن البيوت القصديرية تفتقر لأدنى ظروف السكن الصحي بعدم توفره على الخدمات الداخلية والضرورية ومستوى تجهيزه بالمرافق الأساسية والضرورية وخاصة منها التوصيلات اللازمة للماء والكهرباء، التهوية، الإضاءة، النظافة، والمطبخ، مما يجعل الأبناء يهجرونه طوال الوقت، وهذا ما يدفعهم إلى اقترابهم أكثر من رفاق السوء والسلوك الانحرافي.

المبحث الثالث: الظروف الإجتماعية:

إن للظروف الاجتماعية أثر كبير في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد و في إعدادة للتكوين الاجتماعي والنفسي، ومن خلال هذا المبحث سنحاول معرفة الظروف الاجتماعية التي نشأ فيها أفراد عينة الدراسة بصفة عامة.

الجدول رقم (76) توزيع عينة الدراسة حسب مهنة الأب وحسب المنطقة

المنطقة مهنة الأب	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
متقاعد	%23,15	144	%35	112	%28,14	94	%20,66	50	%26,35	400
بطل	%8,36	52	%6,25	20	%6,59	22	%7,44	18	%7,38	112
عمل حر	%19,94	124	%12,50	40	%12,57	42	%13,22	32	%15,68	238
متوفى	%7,07	44	%7,50	24	%6,59	22	%7,44	18	%7,11	108
فلاح	%0,96	6	%0,63	2	%4,19	14	%1,65	4	%1,71	26
إمام	-	-	-	-	%1,20	4	-	-	%0,26	4
رجل أمن	%1,29	8	%2,50	8	%1,80	6	%2,48	6	%1,84	28
معلم/أستاذ	%3,86	24	%5,63	18	%4,19	14	%5,79	14	%4,61	70
إطار في مؤسسة	%7,72	48	%3,75	12	%4,79	16	%4,13	10	%5,67	86
عامل في مؤسسة	%23,79	148	%19,38	62	%25,15	84	%32,23	78	%24,51	372
دون إجابة	%3,86	24	%6,88	22	%4,79	16	%4,96	12	%4,87	74
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

جل الدراسات الميدانية المتعلقة بالانحراف عموما وتعاطي المخدرات على وجه الخصوص، تولي اهتماما خاصا بمعرفة المستوى المهني للأبوين باعتباره أحد المؤشرات للوضع الاجتماعي للأسرة، ومن ثم باعتباره أحد المحددات الهامة لسلوك الأبناء. من خلال قراءة الجدول رقم (76) المتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب مهنة الأب، يتبين أن أغلب أفراد

العينة لهم أباء متقاعدون، حيث بلغت نسبتهم 26.35%، ثم يأتي بعدهم الذين لهم أباء عمال في مؤسسات عمومية بنسبة 24.51%. كما يجب الإشارة إلى أن هناك تقريبا 4.87% لم يجيبوا على هذا السؤال.

أما قراءة الجدول رقم (76) حسب المناطق، فنجد أن مهنة (عامل في مؤسسة) لمنطقة الوسط تأتي في المقدمة بنسبة 23.79%، ثم تأتي فئة الذي لهم أباء متقاعدين في المرتبة الثانية بنسبة 23.15%. كما أن الفئة التي لديها أباء تجار تحتل المرتبة الثالثة بنسبة 11.58%.

أما توزيع أفراد العينة لمنطقة الشرق حسب مهنة الأب، أن الأباء المتقاعدين يحتلون مقدمة الترتيب بنسبة 35%، ثم يأتون العمال في مؤسسات عمومية في المقام الثاني بنسبة 19.38%، أما باقي المهن فأغلبها يتراوح ما بين 5 إلى 10%. كما أن هناك نسبة 6.22% لم تجيب على هذا السؤال.

وبالنسبة لمنطقة الغرب، فيشكل الأباء المتقاعدون أعلى نسبة لهذه المنطقة بنسبة 28.14%، كما يمثل الأباء الذين يعملون في مؤسسات عمومية نسبة معتبرة من عينة منطقة الغرب والتي وصلت إلى 25.15%.

أما فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة لمنطقة الجنوب حسب مهنة الأب، فإن أفراد العينة الذين لهم أباء عمال في مؤسسة يأتون في الطليعة بنسبة 32.23%، ثم يلونهم الذين لهم أباء متقاعدون بنسبة 20.66%. كما أن هناك 12 من أفراد العينة فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال.

وإذا قمنا بالمقارنة بين المناطق حسب مهنة الأباء، نجد أن منطقة الشرق تحتل المرتبة الأولى لأفراد العينة الذين لديهم أباء متقاعدين بنسبة 35%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 28.14%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 26.35%، وأخيرا منطقة الوسط بنسبة 23.15%.

أما بالنسبة لأفراد عينة الدراسة الذي لديهم اباء بطالين، نجد أن منطقة الوسط تأتي في المقدمة بنسبة 8.36%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 7.44%، ثم منطقة الغرب بنسبة 6.59%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 6.25%.

ويمثل أفراد عينة منطقة الوسط الذين لديهم أباء يمتنون أعمالا حرة أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، بنسبة 19.94%، أما باقي المناطق فتتقارب النسب بين 12 % و 13%.

أما عن الأباء الذين يزاولون نشاطا فلاحيا، فتحتل المنطقة الغربية الصدارة بنسبة 4.19%، ثم الجنوب بنسبة 1.65%، أما منطقتي الشرق والوسط، فالنسبة أقل من 1%.

أما أفراد العينة الذين لديهم أباء أئمة فينحصر في منطقة الغرب بنسبة 1.20%.

وبالنسبة لأفراد العينة الذين لديهم أباء في سلك التعليم، فتحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 5.79%، ثم تأتي منطقة الشرق في المقام الثاني بنسبة 5.63%، ثم منطقة الغرب بنسبة 4.19%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 3.86%.

وتحتل منطقة الوسط المقام الأول من حيث أفراد العينة الذين لديهم أباء إطارات في المؤسسات بنسبة 7.72%، أما باقي المناطق فتتراوح النسبة بين 3 و 5%.

وبخصوص أفراد العينة الذين لديهم اباء عمال في مؤسسات، تأتي منطقة الجنوب في الطليعة بنسبة 32.23%.

كما أن هناك في المجموع 74 فردا من عينة الدراسة لم يجيبوا على هذا السؤال، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 6.88%، وتأتي منطقة الوسط في المرتبة الأخير بنسبة 3.86%. وهكذا يتبين عموما أن أفراد عينة الدراسة للمنطقة الشرقية يتحفظون عن ذكر مهنة الأب مقارنة بباقي المناطق، بينما نجد أن منطقة الوسط هي الأقل تحفظا.

الجدول رقم (77) توزيع عينة الدراسة حسب مهنة الأم وحسب المنطقة

المنطقة مهنة الأم	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
متقاعدة	%3,22	20	%3,13	10	%4,19	14	%1,65	4	%3,16	48
ماكثة في البيت	%71,38	444	%79,38	254	%74,85	250	%74,38	180	%74,31	1128
بطالة	%0,00	0	%0,63	2	%0,00	0	%0,00	0	%0,13	2
متوفية	%2,57	16	%0,63	2	%0,00	0	%3,31	8	%1,71	26
عمل حر	%3,86	24	%1,25	4	%0,60	2	%2,48	6	%2,37	36
معلم/أستاذ	%7,72	48	%3,13	10	%5,99	20	%7,44	18	%6,32	96
إطارة في مؤسسة	%0,64	4	%0,63	2	%0,60	2	%0,00	0	%0,53	8
عاملة في مؤسسة	%4,50	28	%3,13	10	%5,39	18	%5,79	14	%4,61	70
دون إجابة	%6,11	38	%8,13	26	%8,38	28	%4,96	12	%6,85	104
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يوضح الجدول رقم (77) والمتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب مهنة الأم، أن أفراد العينة الذين صرحوا بأن أمهاتهم ماكثات في البيت تشكل أغلب أفراد العينة بنسبة 74.31%، ثم يأتي بعدها الذين فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال بنسبة 6.85%.

أما إذا قرأنا الجدول حسب المناطق، فيظهر أن الأمهات الماكثات في البيت يشكلن الأغلبية بالنسبة لكل المناطق، إلا أن منطقة الشرق تتصدر المجموعة بنسبة 79.38%، ثم تأتي بعدها منطقتي الغرب والجنوب بنسب متقاربة على التوالي 74.85 % و 74.38%.

أما منطقة الوسط فتأتي في المرتبة الرابعة بنسبة 71.38%. وعليه، حتى ولو لم تكن النسب متباعدة إلا أن هذه الأرقام تظهر أن منطقة الشرق محافظة أكثر من باقي المناطق. وعلى العموم يمكن أن يساعد مكوث الأم في البيت من التحكم أكبر في عملية التنشئة الاجتماعية للنشء، وبالتالي حمايتهم من ولوج عالم الانحراف وبالخصوص تعاطي المخدرات، إلا أن ذلك لا يكفي لوحده وخصوصا وأنا في عصر العولمة وثورة تكنولوجيا المعلومات وعلى رأسها

الشبكة العنكبوتية، مما يتطلب من الأم أن يكون لديها مستوى معين وكفاءة عالية في مجال التربية في وسط محيط يتميز بعدم الاستقرار على جميع الأصعدة.

كما أن هناك 6.32% من أفراد العينة من صرحوا بأن أمهاتهم يمارسن مهنة التدريس. نظريا، فالطلبة الذين لديهم أمهات يمتحن في المؤسسات التربوية، يكون لهم الحظ أكثر من غيرهم في عدم ولوج عالم المخدرات، وذلك لكون أمهاتهم يشتغلن في أهم مؤسسة من المؤسسات التنشئة الاجتماعية بعد الأسرة، وبالتالي فهم يتمتعوا أكثر من غيرهم بخطوط دفاعية تجعلهم من منأى عن كل السلوكات الانحرافية. وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 7.72%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 7.44%، ثم تأتي منطقة الغرب في المرتبة الثالثة بنسبة 5.99%، وتأتي منطقة الشرق في آخر القائمة بنسبة 3.13%، وهكذا يبدو أن طلبة منطقة الشرق هم الأقل حظا في هذا الجانب.

ويوجد ما نسبته 4.61% من أمهات أفراد العينة، من يعملن في مؤسسة، وهذا يجعل هذه الشريحة من أفراد عينة الدراسة أكثر هشاشة من غيرهم، كون أن الأم العاملة يصاحبه حرمان الأطفال من تلقي التربية الكافية والحنان والمراقبة المستمرة من الأم على وجه الخصوص والوالدين عموما، وبالتالي يؤدي ذلك إلى وجود ثغرات في نظام المناعة التي تحمي الطفل، والتي يدخل من خلالها السلوك المنحرف كمصاحبة رفاق السوء و تعاطي المخدرات. وتأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 5.79%*، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 5.39%، وتأتي في المرتبة الثالثة منطقة الوسط بنسبة 4.50%، وتأتي منطقة الشرق في المؤخرة بنسبة 3.13%.

* يجب الإشارة أن منطقة الجنوب قد شهدت بعد العشرية السوداء التي عاشتها الجزائر هجرة داخلية معتبرة نوعا ما من سكان الشمال، وخصوصا من المناطق التي شهدت تدهورا أمنيا خطير كمنطقة القبائل، وبالتالي فهناك كثير من الطلبة المسجلين بمراكز جامعة التكوين المتواصل بمنطقة الجنوب، هم من شمال البلاد.

كما يوضح الجدول، أن هناك 3.16% من أمهات المبحوثين متقاعدات، وهذا يعني أنهن كانت عاملات في السابق، وبالتالي هن يدخلن في فئة الأمهات العاملات، لأنهن كن يقضين أغلب أوقاتهم في العمل في الوقت الذي كان هؤلاء الطلبة في مرحلة الطفولة وبالتالي كانوا يحتاجوا إلى رعاية خاصة لتفقيهم فيما بعد تحديات المشاكل الاجتماعية المتعددة، إلا أن خروج هؤلاء الأمهات إلى عالم الشغل حال دون تلقي هذه الفئة من أفراد العينة الرعاية الكافية من أمهاتهم. وتتقدم منطقة الغرب المجموعة بنسبة 4.19 %، وتأتي بعدها كل من منطقة الوسط والشرق بنسب متقاربة على التوالي 3.22 % و 3.13 %، وتأتي منطقة الجنوب في آخر المجموعة بنسبة 1.65%.

الجدول رقم (78) توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة و المستوى التعليمي للأب

المنطقة المستوى التعليمي		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أمي	90	%14,47	66	%20,63	80	%23,95	38	%15,70	274	%18,05	274
إبتدائي	138	%22,19	58	%18,13	46	%13,77	64	%26,45	306	%20,16	306
متوسط	110	%17,68	64	%20,00	68	%20,36	46	%19,01	288	%18,97	288
ثانوي	102	%16,40	56	%17,50	78	%23,35	42	%17,36	278	%18,31	278
جامعي	182	%29,26	70	%21,88	62	%18,56	52	%21,49	366	%24,11	366
دون إجابة	0	%0,00	6	%1,88	0	%0,00	0	%0,00	6	%0,40	6
المجموع	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518	%100	1518

لقد أدرج علماء السلوك مستوى تعليم الوالدين من المتغيرات التي لها دلالتها و بصمتها على سلوك الأطفال. ويظهر من خلال الجدول رقم (78) والمتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأب، أن النسب متقاربة فيما بين المستويات، إلا أن المبحوثين الذين لهم أباء لهم مستوى جامعي يأتون في المقدمة بنسبة 24.11 %، ثم يأتي الأباء ذوو المستوى الابتدائي في المرتبة الثانية. أما المستوى الثانوي والمتوسط والامي فهي ما بين 18 و 19%.

وحسب المناطق، فتشكل منطقة الوسط أعلى نسبة للأباء ذوي المستوى الجامعي بنسبة 29.26%، وقد يعود ذلك إلى أن منطقة الوسط كانت أكثر حظا من باقي المناطق في توفر المؤسسات التربوية والتعليمية، وكذا أكبر الجامعات والمعاهد، وهذا نتيجة لعدم التوازن الجهوي في عملية التنمية التي عانت منه الجزائر لعدة عقود، حيث كان الاهتمام بالمناطق الوسطى خصوصا وشمال البلاد على وجه العموم أكثر من المناطق الأخرى، مما نتج عنه اختلال في التوازن مس كل لقطاعات ومنه قطاع التربية، ثم تأتي كل من منطقتي الشرق والجنوب بنسب متقاربة وهي على التوالي 21.88 % و 21.49 %، وتحتل المرتبة الأخيرة منطقة الغرب بنسبة 18.56%.

ويأتي بعد ذلك مستوى الابتدائي، حيث هناك 20.16% من أفراد العينة من لهم أباء لم يتعدى مستواهم التعليمي المرحلة الابتدائية. وتتقدم منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 26.45%، ثم تأتي منطقة الوسط في المرتبة الثانية بنسبة 22.19%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 18.13%، وتحتل منطقة الغرب المرتبة الأخيرة بنسبة 13.77%.

ويأتي المستوى المتوسطي في المقام الثالث، حيث صرح نحو 18.97% بأن أباءهم لهم مستوى المتوسط، وتأتي الغرب على رأس المناطق بنسبة 20.36%، وتليها مباشرة منطقة الشرق بنسبة 20%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 19.01%، وتأتي منطقة الوسط في المرتبة الرابعة بنسبة 17.68%.

ويأتي المستوى الثانوي في المقام الرابع المستوى الثانوي، ونسبته قريبة جدا من نسبة المستوى المتوسط، حيث هناك نحو 18.31% من أباء المبحوثين من واصلوا مسارهم الدراسي حتى المستوى الثانوي. وتحتل منطقة الغرب المرتبة الأولى بنسبة 23.35%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 17.50%، وتليها مباشرة منطقة الجنوب بنسبة 17.36%، وتحتل المرتبة الأخيرة منطقة الوسط بنسبة 16.40%.

وتأتي في المقام الأخير الأمية، حيث وصلت نسبة الأمية بين أباء المبحوثين 18.05%، وتأتي منطقة الغرب على رأس القائمة بنسبة 23.95%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 20.63%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 15.70%، وتأتي منطقة الوسط ككل مرة في المرتبة الأخيرة بنسبة 14.47%.

وهكذا، وعلى أساس ما تم التطرق إليه أنفاً، تحتل منطقة الغرب الصدارة فيما يخص الأمية والمستوى الثانوي. بينما تتصدر المجموعة منطقة الجنوب فيما يخص المستوى الابتدائي. أما منطقة الوسط فهي تأتي على رأس المجموعة فيما يخص المستوى الجامعي. على العموم، إذا جمعنا كل من المستوى الثانوي والمتوسط والابتدائي والأمية، يتبين لنا أن أغلب آباء المبحوثين بنسبة 75.49% لهم مستوى تعليمي محدود والذي لا يسمح لهم بالتحكم في عملية التربية في عهد أصبحت مهارات الآباء تغلب دوراً محورياً في التنشئة الاجتماعية للطفل على مستوى الأسرة. ففي عصر العولمة وثورة المعلومات، والتي أصبح الطفل يتلقى القيم والمعايير من عدة مصادر، فمهارات الآباء التربوية أصبحت أكثر من ضرورة، ولا يتسنى ذلك إلا بمستوى معين تمكن الآباء من التشبع بالوعي التربوي الذي يتم ترجمته على أرض الواقع، عن طريق تلقين الأبناء السلوك السليم ووقايتهم من كل سلوك يضر بهم وبمجتمعهم كظاهرة تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (79) توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة والمستوى التعليمي للأُم

المنطقة / المستوى التعليمي للأُم	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أُمي	23,47%	146	37,50%	120	32,34%	108	31,40%	76	29,64%	450
إبتدائي	25,08%	156	21,88%	70	22,75%	76	23,14%	56	23,58%	358
متوسط	13,50%	84	14,38%	46	21,56%	72	20,66%	50	16,60%	252
ثانوي	18,33%	114	19,38%	62	14,37%	48	17,36%	42	17,52%	266
جامعي	19,61%	122	5,63%	18	8,98%	30	7,44%	18	12,38%	188
دون إجابة	-	-	1,25%	4	-	-	-	-	0,26%	4
المجموع	100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

يوضح الجدول رقم (79) والخاص بتوزيع عينة الدراسة حسب مستوى التعليمي للأُم والمنطقة، أن أغلبية المبحوثين لهم أمهات أميات بنسبة 29.64%، ثم يأتي بعدها المستوى الابتدائي بنسبة 23.58%، أما المستوى الثانوي يأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 17.52%، ثم يأتي المستوى المتوسط في المرتبة الرابعة بنسبة 16.60%، وأخيرا يأتي المستوى

الجامعي بنسبة 12.38%. وهذا ما يوضح الفرق بين مستوى أباء وأمهات المبحوثين، فبينما نجد أن مستوى الجامعي عند الأباء يأتي في المقدمة بنسبة 24.11%， فإنه يأتي في المرتبة الأخيرة عند أمهات المبحوثين بنسبة 12.38%. كما أن الأمية تأتي في المرتبة الأولى عند أمهات المبحوثين بنسبة 29.64%， بينما تحتل المرتبة الأخيرة عند أباء المبحوثين بنسبة 18.05%. ومنه يمكن أن نستخلص أن أباء المبحوثين كانت لهم فرص أوفر للالتحاق بمقاعد الدراسة والوصول إلى المستوى الجامعي مقارنة بأمهات المبحوثين.

وعند قراءة الجدول رقم (79) حسب المناطق، يتبين الآتي:

- الأمية: تأتي منطقة الشرق في الصدارة بنسبة 37.50%， ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 32.34%， وتأتي منطقة الجنوب في المرتبة الثالثة بنسبة 31.40%， و تلي منطقة الوسط في المرتبة الرابعة.
- الابتدائي: تأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 25.08%， ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 23.14%， ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 22.75%， وتأتي في الأخير منطقة الشرق بنسبة 21.88%.
- المتوسط: تأتي منطقة الغرب في المرتبة الأولى بنسبة 21.56%， ثم تأتي بعدها منطقة الجنوب بنسبة 20.66%， ثم تأتي بعدها منطقة الشرق بنسبة 14.38%， ثم تختتم المجموعة منطقة الوسط بنسبة 13.50%.
- الثانوي: تأتي منطقة الشرق في المقام الأول بنسبة 19.38%， ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 18.33%， وتأتي في الرتبة الثالثة منطقة الجنوب بنسبة 17.36%， وفي الأخير تأتي منطقة الغرب بنسبة 14.38%.
- الجامعي: يتجلى بوضوح أن منطقة الوسط تتقدم المجموعة بنسبة 19.61%， وبالتالي فهناك فرق شاسع بين هذه المنطقة وباقي المناطق الثلاث، فتأتي بمسافة بعيدة منطقة الغرب بنسبة 8.98%， ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 7.44%， وفي الأخير تأتي منطقة الشرق بنسبة 5.63%.

وهكذا يتبين من خلال ما سبق، حتى وإن كان هناك استثناء لمنطقة الوسط التي تتميز بكون أن هناك نسبة معتبرة من أمهات المبحوثين جامعات، إلا أن أن أغلبية أمهات

المبحوثين لهن مستوى تعليمي محدود (أي دون مستوى الجامعي) بنسبة 87.35%، مما يشكل عائقا كبيرا في لعب دورهن في عملية التربية وفق متطلبات وتحديات العصر، فظاهرة تعاطي المخدرات التي استفحلت على المجتمعات المعاصرة، تتطلب من الأمهات أن تكون لهن دراية وثقافة واسعة حول أنواع المخدرات التي يتعاطاها الشباب، وما هي العوامل الرئيسية التي تساعد على التعاطي، وما هي ملامح التي تظهر على الشاب المتعاطي أو الذي وصل إلى درجة الإدمان، وما هي أعراض الانسحاب، فكل هذا الأمور تساعد الأمهات على لعب دورا أساسيا في عملية الوقاية في مراحلها الثلاث، ولا يتسنى ذلك إلى بمستوى تعليمي معلوم.

الجدول رقم (80) توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة وعدد الإخوة

المنطقة عدد الإخوة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
بدون إخوة	10	1,61%	10	3,13%	12	3,59%	2	0,83%	34	2,24%	
1 إلى 4	300	48,23%	144	45,00%	130	38,92%	80	33,06%	654	43,08%	
5 إلى 9	282	45,34%	148	46,25%	172	51,50%	142	58,68%	744	49,01%	
10 وأكثر	30	4,82%	10	3,13%	20	5,99%	18	7,44%	78	5,14%	
دون إجابة	-	-	8	2,50%	-	-	-	-	8	0,53%	
المجموع	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518	100%	

إن هذا المتغير يرتبط بشكل مباشر بالخصائص التي يكتسبها الفرد نتيجة انتمائه الأسري. ويوضح الجدول رقم (80) الخاص بتوزيع عينة الدراسة حسب عدد الأخوة، أن عدد الأخوة ما بين 5 إلى 9 يمثل أعلى نسبة بـ: 49.01%. ثم يليها من 1 إلى 4 بنسبة 43.08%. ومنه يتضح أن أغلبية المبحوثين لهم عدد كبير من الإخوة والأخوات.

أما إذا قمنا بقراءة الجدول حسب المناطق، فينتبين أن منطقة الوسط يغلب عليها فئة عدد الأخوات للفئة من 1 إلى 4 أخوات بنسبة 48.23 %، ثم يأتي في المقام الثاني الفئة من 5 إلى 9 بنسبة 45.23 %. أما منطقة الشرق فالفئة من 5 إلى 9 تمثل أكبر نسبة بـ 46.25 %، ثم تأتي الفئة من 1 إلى 4 بنسبة 45 %. والأمر نفسه بخصوص منطقة الغرب، فالفئة من 5 إلى 9 تمثل أغلب الفئات بنسبة 51.50 %، ثم تأتي الفئة من 1 إلى 4 إخوة بنسبة 38.92 %. أما فيما يخص منطقة الجنوب نجد أن الفئة من 5 إلى 9 أخوات تمثل أعلى نسبة لهذه المنطقة وهي أعلى نسبة على باقي المناطق بنسبة 58.68 %، ثم تأتي الفئة من 1 إلى 4 بنسبة 33.06 %. كما أن الفئة من 10 أخوة فأكثر بالمنطقة الجنوبية تمثل أعلى نسبة بـ 7.44 %، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 5.99 %، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 4.82 %، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 3.13 %.

ومن خلال الجدول، يتبين أن أكثر من نصف من أفراد العينة أي 54.15 %، لهم عدد الإخوة يفوق الخمسة، وبالتالي يكون شغل الغرف بصفة غير متزنة، وخصوصا إذا علمنا أن أغلب أفراد العينة يسكنون في شقق، وهذا ما يعوق عملية التربية السليمة والسوية. وإذا أخذنا بعين الاعتبار أن الجزائر تعاني من أزمة توزيع السكن حادة، مما جعل في كثير من الأحيان المجموعات السكنية قليلة الهياكل والمرافق والخدمات الضرورية للحياة الحضرية مما أطلق عليها إسم أحياء المراقد (Cités Dortoires)، الأمر الذي يؤدي إلى تدهور ظروف حياة السكان في الوسط الحضري، مما يدفع معظم الأسر الجزائرية إلى التخلص من أبنائها عن طريق إرسالهم إلى الشارع، فيصبح الشارع يلعب دور الأسرة و يتحكم في وظيفتها التربوية. وهذا ما يجعل الأبناء لقمة صائغة في أيدي المنحرفين و المتعاطين للمخدرات.

الجدول رقم (81) توزيع عينة الدراسة حسب المنطقة وترتيب المبحوث بين إخوته

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة ترتيب المبحوث بين إخوته
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%13,97	212	%8,26	20	%8,38	28	%13,75	44	%19,29	120	
%59,95	910	%71,90	174	%63,47	212	%59,38	190	%53,70	334	
%23,32	354	%19,01	46	%24,55	82	%21,25	68	%25,40	158	
%2,24	34	%0,83	2	%3,59	12	%3,13	10	%1,61	10	
%0,53	8	%0,00	0	%0,00	0	%2,50	8	%0,00	0	
%100	1518	%100	242	%100	334	%100	320	%100	622	

عند قراءة الجدول رقم (81)، والمتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب ترتيب المبحوث بين إخوته، يتبين أن أغلبية أفراد العينة يتوسطون إخوتهم بنسبة 59.95%. كما أن هناك 23.32% من أفراد العينة هم الأكبر بين إخوتهم، بينما هناك 13.97% من أفراد عينة الدراسة هم الأصغر بين إخوتهم. وهناك 2.24% من أفراد عينة الدراسة من ليس لهم إخوة على الإطلاق.

وإذا قرأنا الجدول رقم (81) حسب المناطق، يظهر ما يلي:

- الأصغر: تحتل منطقة الوسط المرتبة الأولى بنسبة 19.29%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 13.75%، ثم تليها منطقتي الغرب والجنوب بنسب متقاربة على التوالي : 8.39%، 8.26%.
- الأوسط: تتقدم المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 71.90%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 63.47%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 59.38%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 53.70%.

- الأكبر: تأتي في الصدارة منطقة الوسط بنسبة 25.40%، ثم تأتي في المرتبة الثانية مباشرة منطقة الغرب بنسبة 24.55%، ثم تأتي منطقة الشرق في المرتبة الثالثة بنسبة 21.25%، وتختتم المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 19.01%.
- الوحيد: تتقدم المجموعة منطقة الغرب بنسبة 3.59%، ثم تتبعها مباشرة منطقة الشرق بنسبة 3.13%، ثم تأتي منطقة الوسط في الصف الثالث بنسبة 1.61%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 0.83%.

وهكذا يتبين أن الشريحة الكبيرة من أفراد عينة الدراسة يتوسطون إخوتهم، وقد تكون هذه الشريحة معرضة لمخاطر الانحراف أكثر من الباقي، كونهم يكونون أكثر هشاشة، ويعود ذلك لكون الأباء عموما يولون اهتماما أكبر بالكبار والصغار، أما الأواسط فيكون الاهتمام أقل، بل ينعدم في كثير من الحالات، مما يجعل الطفل يحس بالتهميش فيضطر إلى البحث عن وسط آخر خارج الأسرة ومنه رفاق السوء، فيشعر بالتقدير والانتماء وخصوصا إذا قام بكل ما يقومون به من سلوكات معادية للمجتمع ومنحرفة.

الجدول رقم (82) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ومكان الإقامة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة مكان الإقامة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%82,61	1254	%87,60	212	%85,63	286	%71,25	228	%84,89	528	مدينة
%16,73	254	%10,74	26	%14,37	48	%26,88	86	%15,11	94	ريف
%0,66	10	%1,65	4	-	-	%1,88	6	-	-	دون إجابة
%100	1518	100	242	%100	334	%100	320	%100	622	المجموع

إن البيئة الجغرافية التي يعيش فيها الفرد تساعده على التزود بقيم و اتجاهات و عادات الإطار الاجتماعي الذي يميز تلك البيئة. فنسبة الانحراف والإجرام تكون عالية كلما اقتربنا من مركز المدينة أين يكون تركيز السكان أكثر. وقد بينت ابحاث مدرسة شيكاغو ما مدى صحة هذه الفرضية⁽¹⁾، وعليه فظاهرة تعاظم المخدرات من الظواهر التي تعاني منها الأوساط الحضرية أكثر من الأوساط الريفية، ويرجعها العلماء إلى التغيرات الاجتماعية السريعة التي تميز الوسط الحضري، وما ينجر عنه من تفكك اجتماعي. كما أن المدينة تتميز على الريف بضعف الروابط الاجتماعية واختلاف الثقافات الفرعية عكس الريف الذي حتى ولو طرأ عليه بعض التغيرات الاجتماعية نتيجة التكنولوجيا والعولمة، إلا أن الروابط الأسرية فيه ما تزال قوية، كما أن الجماعة تلعب دورا حاسما في ضبط سلوك الأفراد.

ومن خلال الجدول رقم (82)، والمتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان الإقامة، يظهر جليا أن الأغلبية الساحقة لأفراد العينة يقطنون في المدينة بنسبة 82.61%، وبالتالي فهم عرضة للتغيرات الاجتماعية السريعة التي تساهم في بروز ظواهر الانحراف كتعاطي المخدرات خصوصا لدى الفئات الهشة.

وعند قراءة الجدول رقم (82) حسب المناطق، يتبين لنا ما يلي:

المبحوثون الذين يقطنون المدينة: عكس كل التوقعات تأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 87.60%، وهذا ما يؤكد أن الجزائر شهدت تغيرات عميقة في بنيتها الاجتماعية، فبعدما كان يطغى على المنطقة الجنوبية للبلاد البدو الرحل الذين ينتقلون باستمرار خلال السنة، حتى التوارق الذين يتواجدون بكثرة في المناطق الجنوبية ويعرف عليهم أنهم ينتقلون باستمرار بين المناطق الجنوبية للتراب الوطني، بل ينتقلون حتى خارج التراب الوطني، استقروا بشكل دائم في المدن، وهذا ما يؤكد جليا التناقص الملحوظ للبدو الرحل في المناطق الجنوبية. زيادة على ذلك هناك عدد كبير من سكان منطقة الشمال الذين تنقلوا إلى جنوب البلاد واستقروا بمدنها. وتأتي منطقة الغرب في المرتبة الثانية بنسبة 85.63%، ثم تأتي بعدها مباشرة منطقة الوسط بنسبة 84.89%، وتأتي في المقام الرابع منطقة الشرق بنسبة 71.25%.

⁽¹⁾ آلان، كولون. مدرسة شيكاغو. ط1. ترجمة مروان بطش. بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. 2012. ص82.

- أفراد العينة الذين يقطنون في الريف: فهو عكس الترتيب السابق بالنسبة للمدينة، حيث تأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 26.88%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 15.11%، ثم تأتي بعدها بقليل منطقة الغرب بنسبة 14.37%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 10.74%.

الجدول رقم (83) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ووجود الأب على قيد الحياة

المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
وجود الأب على قيد الحياة											
نعم		87,46%	544	85,00%	272	80,84%	270	89,26%	216	85,77%	1302
لا		12,54%	78	15,00%	48	19,16%	64	10,74%	26	14,23%	216
المجموع		100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

إن وجود الأب على قيد الحياة يعتبر من المؤشرات الهامة على الاستقرار العائلي وبالتالي استقرار شخصية الأبناء، وبفقدانه تفقد الأسرة حلقة مهمة في الاستقرار وتصبح مفككة ماديا، مما يصعب على الأم إن بقيت على قيد الحياة من القيام بدور التربية على أتم وجه. فالأطفال الذين يفقدون آبائهم في مرحلة جد حساسة من مراحل نموهم يكونون عرضة على المدى البعيد إلى اختلالات في سلوكياتهم وعلاقاتهم الاجتماعية، ويميلون بسهولة أكثر من غيرهم إلى تعاطي المخدرات، ويظهر أن البنات يكن أكثر تضررا من الأولاد من فقدان آبائهم، وهذا ما توصلت إليه إحدى الدراسات بكندا^(*).

(*) Absence du père : un frein au développement de l'enfant . Selon une étude menée par les chercheurs de l'Université McGill au Canada et publiée le 4 décembre dans la revue scientifique Cérébral Cortex, les compétences sociales et comportementales des enfants seraient significativement affectés par l'absence du papa. <http://www.magicmaman.com/absence-du-pere-un-frein-au-developpement-de-l-enfant>. Consulté le 15/11/2013.

وبين الجدول رقم (83)، أن أغلبية أفراد العينة مازال أباؤهم على قيد الحياة بنسبة 85.77%، بينما النسبة الباقية أي 14.23% فقد فقدوا أباؤهم مما يدخلهم في خانة الفئات الهشة التي يسهل عليهم دخول عالم الانحراف، فهذه الفئة من أفراد عينة الدراسة حرمت الفرص المباشرة لتنمية سلوكها الاجتماعي وصقله. وقد أظهرت عدة دراسات في علم النفس بأن الطفل ذا الأب الغائب عموماً والمتوفى على وجه الخصوص، يواجه فعلياً صعوبة كبيرة في عملية تطور سلوكه الاجتماعي العام. فالأطفال من هذا القبيل أقل استقلالية وأضعف قدرة ذاتية على ضبط سلوكهم الفردي. و يتميز سلوكهم بالعصبية والانحراف، وإن تفتهم بغيرهم من الأطفال متزعزعة، ووجود صعوبة حادة في تكوين صداقات أو روابط مع أقرانهم. وحتى في حالة تكوين مثل هذه الصداقات، فإنها غالباً ما تتلاشى لأتفه الأسباب.

أما قراءة الجدول حسب المنطقة، فيظهر: أن منطقة الجنوب تنصدر المجموعة بوجود الأب على قيد الحياة بنسبة 89.26%، ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 87.46%، ثم تتبعها منطقة الشرق بنسبة 85%، وأخيراً تأتي منطقة الغرب بنسبة 80.84%.

وفيما يخص المبحوثين الذين فقدوا آباءهم، فتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 19.16%، وبالتالي يعتبر مبحوثين هذه المنطقة أكثر تعرضاً لمخاطر الانزلاق في جحيم المخدرات أكثر من غيرهم لعدم وجود آباء مصدر الحماية والرقابة والردع، ثم تأتي في المرتبة الثانية منطقة الشرق بنسبة 15%، ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 12.54%، وتأتي في المرتبة الرابعة منطقة الجنوب بنسبة 10.74%.

الجدول رقم (84) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ووجود الوالدة على قيد الحياة

المنطقة وجود الوالدة على قيد الحياة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم		96,46%	600	94,38%	302	97,01%	324	96,69%	234	96,18%	1460
لا		3,54%	22	5,63%	18	2,99%	10	3,31%	8	3,82%	58
المجموع		100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

إذا كان وجود الوالد على قيد الحياة، يمثل أحد عوامل استقرار الأسرة فإن وجود الأم على قيد الحياة يعتبر كصمام أمان توازن واستقرار الأسرة.

يبين الجدول رقم (84)، أن الأغلبية العظمى من أفراد عينة الدراسة لهم أمهات على قيد الحياة بنسبة 96.18%، وبالتالي يظهر أن أمهات المبحوثين على قيد الحياة أكثر من إباء المبحوثين الذين هم على قيد الحياة. والباقي أي 3.82% صرحوا بفقدان أمهاتهم. ومنه يتضح ان أغلبية أفراد العينة ظاهريا يحضون بحنان الأم، أي أنهم محصنين ولو جزئيا من بعض الانزلاقات كالخروج على الضبط الاجتماعي.

وعند قراءة الجدول حسب المناطق، يتبين أن منطقة الغرب تحتل الصدارة فيما يخص المبحوثين الذي لا تزال أمهاتهم على قيد الحياة بنسبة 97.01%، ثم تليها مباشرة كل من منطقتي الجنوب والوسط بنسب مقاربة على التوالي 96.69% و 96.46%، وتأتي منطقة الشرق في المرتبة الأخيرة بنسبة 94.38%.

اما فيما يخص المبحوثين الذين فقدوا أمهاتهم، فتأتي منطقة الشرق في المقام الأول بنسبة 5.63%، ثم تليها منطقتي الوسط والجنوب بنسب مقاربة على التوالي 3.54% و 3.31%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 2.99%.

الجدول رقم (85) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة وما إذا كان الوالدان يعيشان معا

المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
هل الوالدان يعيشان	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
معا	552	%88,75	274	%85,63	270	%80,84	216	%89,26	1312	%86,43	1518
مطلقان	26	%4,18	14	%4,38	32	%9,58	6	%2,48	78	%5,14	128
منفصلان	44	%7,07	32	%10,00	32	%9,58	20	%8,26	128	%8,43	334
المجموع	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518	%100	1518

يعتبر تواجد الوالدين في حياة الطفل عاملا أساسيا في تقويم أسس حياته السليمة، والترعرع في ظلها، ففقدان أحد الوالدين كالوفاة أو الطلاق بعد التعود على وجودهما المستمر ورعايتهما يحدث صدمة قد لا تلتئم أبداً، وكأنه فقد المكانة الآمنة فيؤثر هذا على نفسيته بشكل فظيع. ويظهر الجدول رقم (85)، أن أغلب أفراد العينة صرحوا بأن والديهم يعيشان معا بنسبة 86.43%. أما البقية أي 9.58% فقد صرحوا بأن ابويهم مطلقان أو منفصلان، وبالتالي تدخل في خانة الأسر المتصدعة أو المفككة مادياً، وتبقى حسب نظرية التفكك الاجتماعي أن هذه الفئة من عينة الدراسة تدخل ضمن الفئات الهشة، وبالتالي فهي معرضة أكثر من غيرها لتبني سلوك مضاد للمجتمع. وقد أثبتت معظم الدراسات التي تناولت الانحراف عموماً وظاهرة تعاطي المخدرات على وجه الخصوص، أن التفكك الأسري يعتبر من الأسباب الرئيسية التي تؤدي بالشباب إلى السلوك الانحرافي.

وعند قراءة الجدول حسب المناطق، يتبين أن منطقة الجنوب تأتي في المقدمة بنسبة 89.26%، ثم تأتي منطقة الوسط مباشرة في المرتبة الثانية بنسبة 88.75%، ثم تأتي منطقة الشرق في المرتبة الثالثة بنسبة 85.63%، وتأتي في المرتبة الأخيرة منطقة الغرب بنسبة 80.84%.

الجدول رقم (86) يبين مع من يعيش المبحوث في حالة وفاة أحد الوالدين أو طلاقهما حسب المنطقة

المنطقة مع من يعيش المبحوث	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الوالد	%11,32	12	%10,53	4	%6,06	4	%9,09	2	%9,48	22
الوالدة	%79,25	84	%73,68	28	%87,88	58	%81,82	18	%81,03%	188
آخر	%9,43	10	%15,79	6	%6,06	4	%9,09	2	%9,48%	22
المجموع	%100	106	%100	38	%100	66	%100	22	%100%	232

يبين الجدول رقم (86)، أن الأغلبية من أفرد العينة الذين صرحوا بفقدان أحد والديهم (إما وفاة أو طلاق) أنهم يعيشون مع الوالدة بنسبة 81.03%، ويدخل في هذا الإطار من لهم أبناء متوفين أو مطلّقين أو تركوا أسرهم، وهناك 9.48% منهم من صرح بأنهم يعيشون مع الوالد، ويدخل في هذا الإطار المبحوثين الذين توفت أمهاتهم فقط، ويرجع ذلك أساساً إلى قانون الأسرة الذي يمنح الكفالة للأم في حالة الطلاق أو الانفصال. وكما أن هناك من الفئة من صرحوا بأنهم يعيشون مع شخص آخر غير محدد، ويتمثل أساساً في الجد والجدة من عائلة الأب أو الأم أو أحد أفراد العائلة من الأب أو الأم، أو الإخوة عندما يتوفى كل من الأب والأم معاً.

وتعتبر هذه الفئة كلها أي 232 طالبا من الفئات الهشة في عينة الدراسة، التي عانت أو مازالت تعاني من التفكك الأسري وبالتالي فهي معرضة أكثر من غيرها لدخول عالم الانحراف.

الجدول رقم (87) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة واختصاص الوالدان من عدمه

المنطقة اختصاص الوالدين		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أبدا		23,15%	144	26,25%	84	24,55%	82	37,19%	90	26,35%	400
أحيانا		58,52%	364	55,00%	176	58,08%	194	51,24%	124	56,52%	858
دائما		9,32%	58	8,75%	28	9,58%	32	6,61%	16	8,83%	134
دون إجابة		9%	56	10%	32	7,78%	26	4,96%	12	8,30%	126
المجموع		100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

لا يكفي أن يكون الوالدان على قيد الحياة ويعيشيان معا، ولكن لابد أن تسود روح الأخوة والتسامح والحوار بين أفراد الأسرة، وهذا حتى يتسنى للأطفال أن يتربوا في جو ملائم يسمح بصقل شخصيتهم بالشكل الصحيح، فالأسرة التي يسود فيها رغم وجود الوالدين قيم سيئة تتجم عن علاقات سيئة مثل الشجارات الدائمة بين الوالدين، الأمر الذي يصرفهما على الاعتناء بأطفالهم وتهذيبهم وإرشادهم وتوجيههم⁽¹⁾. وهذا ما يعرف بالتفكك المعنوي للأسرة. كما أن وتيرة التخاصم من أهم المؤشرات لدرجة التصدع التي تعاني منها الأسرة والذي يدفع بالأبناء إلى السلوك الانحرافي. ويظهر الجدول رقم (87)، أن هناك أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة من صرحوا بأن والديهم يتخاصمان أحيانا بنسبة 56.52%، ثم يلونهم الذين صرحوا بأن والديهم لا يتخاصمان أبدا بنسبة 26.35%، ثم يلونهم الذين صرحوا بأن والديهم يتخاصمان دائما بنسبة 8.83%. فقد أثبتت إحدى الدراسات، أن استمرار الخصام بين الوالدين تجعل الابناء مرهفي الإحساس اتجاه البيت ومن فيه، فيلقون بأنفسهم إلى الشارع الذي

(1) هناء محمد شريف، البرقاوي. "أثر العوامل الاجتماعية في الدافع إلى ارتكاب الجريمة: دراسة ميدانية من واقع سجن دمشق للذكور ودوما للإناث". مرجع سابق، ص 141.

لا يوفر لهم أدنى وقاية أو رعاية، فتحتضنهم جماعة السوء⁽¹⁾. كما أظهرت نفس الدراسة أن الخصام المستمر والمتكرر بين الوالدين تبقى تأثيراته وانعكاساته على نفسية الأمهات مدة طويلة، مما يؤدي غالبا إلى إهمال الأبناء من ناحية الرعاية والتوجيه والاهتمام بحاجياتهم ومصالحهم. وغالبا ما يعكسون الوالدان مشاكلهم على الأبناء أثناء الخصام أو بعده بشكل أو بآخر، مما يترك أثارا بالغة في نفوسهم، فيتولد فيهم استعداد قوي للعدوان والعنف والانحراف والجروح، وتعاطي المخدرات إذا توفرت عوامل مساعدة وممهدة لذلك⁽²⁾. كما أن هناك عدد لا بأس به من أفراد عينة الدراسة أبوا الإجابة على هذا السؤال بنسبة 8.30%، وقد يكون بسبب حساسية بعض الطلبة اتجاه هذا السؤال لكونهم يعيشون في ظروف أسرية سببت لهم بعض المتاعب النفسية مما جعلتهم يفضلون الإجابة على الخوض في مثل هذه النواحي الحساسة من حياة الطالب.

أما إذا قرنا الجدول حسب المناطق، نلاحظ أن النسب متقاربة في يخص خصومة الوالدين أحيانا، إلا أن منطقة الوسط تتقدم المجموعة بنسبة 58.52%، ثم تليها مباشرة منطقة الغرب بنسبة 58.08%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 55%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 51.24%.

أما عدم الخصومة على الإطلاق، نجد أن منطقة الجنوب تتصدر القائمة بمسافة بعيدة عن باقي المناطق بنسبة 37.19%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 26.25%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 24.55%، وتأتي في آخر القائمة منطقة الوسط بنسبة 23.15%. وفيما يخص الخصومة الدائمة بين الوالدين، فتأتي منطقة الغرب في المرتبة الأولى بنسبة 9.58%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 9.32%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 8.75%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 6.61%.

(1) عبد القادر، حمر الراس. "الأسرة وتعاطي المخدرات، أثر الوسط الأسري في إبراز تعاطي المخدرات في البلدة". مرجع سابق، ص 197.

(2) نفس المرجع، ص 200.

الجدول رقم (88) توزيع أفراد العينة حسب نوع الخصومة (متعدد الإجابات)

نوع الخصومة		المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
مشاكل عائلية	310	%60,31	136	%72,34	154	%57,89	94	%63,51	694	%62,19			
مشاكل مادية	120	%23,35	26	%13,83	72	%27,07	22	%14,86	240	%21,51			
مشاكل حول تربية الأولاد	64	%12,45	16	%8,51	26	%9,77	30	%20,27	136	%12,19			
مشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات	20	%3,89	10	%5,32	14	%5,26	2	%1,35	46	%4,12			
المجموع	514	%100	188	%100	266	%100	148	100%	1116	%100			

للإشارة أنه من أصل 1518 أجاب 992 على السؤال السابق، ومن أصل 992 هناك من أجاب على أكثر من احتمال، وعليه يظهر الجدول رقم (88) أن نسبة كبيرة من المبحوثين 62.19% أجابوا بأن الخصومة تتعلق بمشاكل عائلية على العموم. كما أن هناك نحو 21.51% من المبحوثين المعنيين صرحوا بأن الخصومة بين أباءهم تتعلق بمشاكل مادية، وهذا ما يؤكد بأن هناك نسبة لا بأس بها من المبحوثين يعانون من مشاكل مادية مما يجعل هذه الفئة معرضة لخطر اللجوء إلى السلوك المنحرف ومنه تعاطي المخدرات وهذا حسب النظرية الاقتصادية المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات. وصرح 12.19% من الطلبة بأن خصومة الأباء تتعلق بمشاكل حول تربية الأولاد، وذلك لكون عدم التفاهم بين الأباء حول طريقة تربية الأبناء، فمثلا تحاول الأم أن تكون صارمة مع الأبناء في تربية الأبناء، بينما يلعب الأب دور معاكس تماما بحمايته من الأم، وقد يحدث العكس، حيث يحاول الأب تربية الأبناء بصرامة وحزم، إلا أن الأم تقوم بمخالفة طريقة معاملة الأب مع الأبناء، بل تقوم بإخفاء عن الأب بعض السلوكات المنحرفة التي يقوم بها الأبناء، وهذا ما يجعل هناك تذبذب في عملية التنشئة الاجتماعية للأبناء، ويدفعهم السلوكات المنحرفة. وصرح 4.12% من المبحوثين المعنيين من أن نوعية الخصومة بين أباءهم تتعلق بتعاطي المخدرات والمسكرات،

وهذا ما يبين أن هناك فئة من أباء المبحوثين تتعاطى المخدرات والمسكرات، وقد أثبتت عدة دراسات أن تعاطي الأباء للمخدرات يؤدي إلى التفكك المعنوي والمادي للأسرة، فتعاطي الأباء للمخدرات والمسكرات يمهد الطريق أمام الأبناء لسلوك نفس المسار، فحسب المدرسة البيولوجية الكحولي أو المدمن على الكحول ينجب مدمن على الكحول⁽¹⁾.

أما إذا قرأنا الجدول حسب المناطق، يظهر ما يلي:

- المشاكل العائلية: تأتي منطقة الشرق في مقدمة المناطق بنسبة 72.34%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 63.51%، ثم تأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 60.31%، ثم تأتي في الأخير منطقة الغرب بنسبة 57.89%.

- مشاكل مادية: يتبين من خلال الجدول أن منطقة الغرب تعاني أكثر من باقي المناطق من هذه المشاكل، حيث أن هناك 27.07% من المبحوثين لهذه المنطقة صرحوا بأن أباءهم يتخاصمون بسبب المشاكل المادية، ثم تأتي منطقة الوسط في المقام الثاني بنسبة 23.35%، ثم تأتي منطقة الجنب بنسبة 14.86%، وتختتم المجموعة منطقة الشرق بنسبة 13.83%.

- مشاكل حول تربية الأولاد: يظهر من خلال الجدول أن منطقة الجنوب تتصدر المجموعات فيما يخص تخاصم الوالدان بسبب مشاكل تربية الأولاد بنسبة 20.27%، وقد يعود ذلك أساسا على عدم توافق المستوى التعليمي للوالدين، فالأب له طريقته الخاصة في التربية، والأم ترى غير ذلك مما يسبب التخاصم المستمر بسبب هذا المشكل، وهذا بدوره يؤدي إلى اضطراب شخصية الطفل، مما قد يؤدي به إلى رد فعل سلبي في كثير من الأحيان والخروج عن الضبط الاجتماعي كتعاطي المخدرات على سبيل المثال. وتأتي في المقام الثاني بمسافة بعيدة منطقة الوسط بنسبة 12.45%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 9.77%، وتأتي في الأخير منطقة الشرق بنسبة 8.51%.

⁽¹⁾ Michel, Reynaud. Philippe J. Parquet. ; and Gilbert, Large. Les pratiques addictives : Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives. pp.33-43. Rapport remis au secrétaire d'Etat à la santé. 09 Juillet 1999, Paris.

- مشاكل بسبب تعاطي المخدرات والمسكرات: حتى ولو كانت بنسب ضعيفة مقارنة بباقي المحاور، إلا أن منطقتا الشرق والغرب تأتي في المقدمة بنسب متقاربة على التوالي: 5.32% ، 5.26%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 3.29%، وتختتم المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 1.35%.

الجدول رقم(89) توزيع أفراد العينة حسب معاملة الأباء للمبحوثين وحسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة
										معاملة الأباء للمبحوثين
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
38,97%	608	40,50%	98	38,20%	136	41,94%	130	37,42%	244	بحماية كبيرة
49,10%	766	53,72%	130	49,44%	176	47,74%	148	47,85%	312	بكيفية عادية
4,23%	66	1,65%	4	4,49%	16	4,52%	14	4,91%	32	بلا مبالاة
2,18%	34	2,48%	6	2,81%	10	0,65%	2	2,45%	16	بخشونة
2,56%	40	0,83%	2	2,25%	8	2,58%	8	3,37%	22	بالتوبيخ المستمر
1,03%	16	0,00%	0	0,56%	2	1,29%	4	1,53%	10	بالشتم والسب
1,92%	30	0,83%	2	2,25%	8	1,29%	4	2,45%	16	بالضرب
100%	1560	100%	242	100%	356	100%	310	100%	652	المجموع

يجب الإشارة أن هذا السؤال يحتمل أكثر من إجابة، وعليه نجد أن عدد الأجوبة تفوق عدد أفراد العينة.

يظهر من خلال الجدول رقم (89)، والمتعلق بكيفية معاملة الأباء للمبحوثين، أن هناك تقريبا نصف المبحوثين 49.10% صرحوا بأن أباؤهم يعاملونهم معاملة عادية، وتتصدر المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 53.72%. أي أن تلك المعاملة لم ترقى إلى مستوى يحس

في المبحوث بالطمأنينة والأمان والرعاية الكافية والحب من طرف الآباء، إلا أن تلك المعاملة لم تنزل إلى مستوى يحس فيه المبحوث بالتخلي التام من طرف الآباء لوظيفته التربوية والتوجيهية، فهذه الفئة كأنها تريد التعبير عبر هذا الجواب بعدم الاهتمام الكافي بهم من طرف الآباء كعدم متابعتهم في المسار الدراسي.

كما أن هناك نسبة معتبرة وصلت إلى 38.97% من المبحوثين صرحوا بأن آباءهم يعاملونهم بحماية كبيرة، وتأتي منطقة الشرق في المرتبة الأولى بنسبة 41.94%، وهذه الحماية هي التي توفر للإبن الراحة الكاملة التي تساعد على النمو بشكل طبيعي تحت كنف الوالدين، وذلك ما يحصنه من البحث عن ملاذ آخر غير إطار الوالدين والأسرة.

وصرح نحو 4.23% من المبحوثين بأن آباءهم لا يبالون بهم، أي لا يكثرثون بما يقومون به داخل المنزل أو خارجه وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 4.91%، فالإبن وخصوصا في مرحلة المراهقة إذا أحس بأن والديه لا يبالون به وهو ما يزال يحتاج إلى حنانهما ورعايتهما، سيلجأ إلى القيام بسلوكات للفت انتباههما حتى ولو كانت تلك السلوكات مخافة لقيم ومعايير المجتمع، وقد يقوم الإبن تعاطي المخدرات والاستمرار فيها إذا كان الأبوان لا يكثرثان بما يقوم به الإبن، وهذا ما يجعل الإبن يتمادى في انحرافه إلى أبعد الحدود.

وصرح نحو 7.69% بأن آباءهم يعاملونهم بالخشونة و التوبيخ المستمر و الشتم والسب والضرب، وتتصدر المجموعة منطقة الوسط بنسبة 9.82% . وكل هذه المعاملات قد حذر منها علماء التربية لتنافيها مع أصول التربية باعتبارها كلها تدخل في إطار العنف بكل أشكاله سواء كان عنفا رمزيا أو عنفا شفويا أو عنفا جسديا، وكل هذه الأنواع من العنف تدفع بالإبن إلى عالم الانحراف مباشرة، وهذا ما تدعمه العديد من الدراسات التي تناولت موضوع الانحراف.

الجدول رقم (90) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة والحوار مع الوالدين

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	%83,92	522	%83,75	268	%84,43	282	%80,17	194	%83,40	1266
لا	%16,08	100	%16,25	52	%15,57	52	%19,83	48	%16,60	252
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يبين الجدول رقم (90)، والمتعلق بالسؤال الخاص بحوار الآباء مع المبحوثين، وهذا السؤال له دلالة في طريقة تربية الآباء لأبنائهم، للأسرة التي يسود فيها روح الحوار تكون محصنة من التفكك الاسري، أكثر من باقي الأسر، فإن كان البناء يعانون من بعض المشاكل فتحل مع الآباء عن طريق الحوار، وعندما ينعدم الحوار يلجأ الشباب لحلها بطرقهم الخاصة أو بأراء بعض الأصدقاء مما يعرضهم إلى تجربة تعاطي المخدرات. ويتضح أن أغلبية المبحوثين صرحوا بأنهم يتحاورون مع آباءهم بنسبة 83.40%، أما الباقي أي 16.60% فقد صرحوا بعكس ذلك، أي أنهم لا يتحاورون مع آباءهم، وبالتالي تكون هذه الفئة من المبحوثين أكثر عرضة من غيرها بولوج عالم المخدرات.

الجدول رقم (91) توزيع أفراد العينة حسب موضوع الحوار والمنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة موضوع الحوار	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
مستقبلك	%64,49	414	%67,76	206	%65,24	214	%86,97	414	%71,31	1248
مشاكل العائلة	%35,51	228	%32,24	98	%34,76	114	%13,03	62	%28,69	502
المجموع	%100	642	%100	304	%100	328	%100	476	%100	1750

حسب الجدول رقم (91)، يظهر أن أغلبية المبحوثين الذي أجابوا بأنهم يتحاورون مع أباءهم، أن موضوع الحوار يتعلق بمستقبل المبحوث بنسبة 71.31%، والباقي أي 28.69% أجابوا بأن موضوع الحوار يخص المشاكل العائلية. ولإشارة هناك من المبحوثين من أجابوا على الموضوعين في نفس الوقت. ومنه يمكن أن نقول أن هناك نسبة لا بأس بها من المبحوثين يعانون من مشاكل ويحاولون حلها مع الاباء عن طريق الحوار.

أما إذا قرأنا الجدول حسب المنطقة، يتبين أن منطقة الجنوب تتقدم المجموعة بمسافة كبيرة بنسبة 86.97% فيما يخص الحوار مع الاباء حول موضوع مستقبل المبحوثين، أما باقي المناطق فتكاد تكون النسب متقاربة ما بين 64% و 68%.

وفيما يتعلق بالحوار حول المشاكل العائلية، تأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 35.51%، ثم تأتي بعدها بمسافة قصير منطقة الغرب بنسبة 34.76%، ثم تأتي بعدها مباشرة منطقة الشرق بنسبة 32.24%، وتأتي منطقة الجنوب في المرتبة الأخير بمسافة بعيدة بنسبة 13.03%.

الجدول رقم (92) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة والشعور بالملل والفراغ

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة الشعور بالممل والفراغ
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%54,55	828	%51,24	124	%57,49	192	%52,50	168	%55,31	344	نعم
%45,45	690	%48,76	118	%42,51	142	%47,50	152	%44,69	278	لا
%100	1518	%100	242	%100	334	%100	320	%100	622	المجموع

يشير الجدول رقم (92)، والمتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب الشعور بالملل والفراغ وحسب المنطقة، أن هناك أكثر من نصف عينة الدراسة، أي 54.55% صرحوا بأنهم يعانون من الملل والفراغ، وعلى الرغم من أن كل المناطق تتقارب في النسب إلا أن منطقة الغرب تتقدم المجموعة بنسبة 57.49%، فالشعور بالملل و الفراغ يدفع بالشباب عموما و المراهق على وجه الخصوص بالبحث عن أي وسيلة أو طريقة كانت للتخلص من هذا الملل

والفراغ ولو بتعاطي المخدرات، وأغلب الدراسات تؤكد أن الشعور بالملل والفراغ كان من بين أهم الأسباب التي أدت بالشباب إلى تعاطي المخدرات.

كما صرح نحو 45.45% من أفراد عينة الدراسة أنهم لا يعانون من الملل والفراغ، وبالتالي تكون هذه الفئة أكثر راحة وأبعد عن تجربة تعاطي المخدرات مقارنة بالفئة الأولى فما يخص هذه النقطة (أي الشعور بالملل والفراغ)، وتتقدم منطقة الجنوب مجموعة المناطق بنسبة 48.76%، وهذا ما يدل على أن ليس توفير الوسائل والإمكانيات والتجهيزات تمنع الشباب من الشعور بالملل والفراغ، فشباب منطقة الجنوب هم الأقل حظاً من سكان المناطق الأخرى في عدة أمور، إلا أننا نجد أن حوالي نصف عينة منطقة الجنوب لا تشعر بالملل والفراغ، وهذا ما يؤكد أن هناك عوامل أخرى تؤثر على الشعور بالملل والفراغ.

الجدول رقم (93) توزيع أفراد العينة حسب والشعور بالملل والفراغ و حسب الجنس والمنطقة

المجموع		الجنوب				الغرب				الشرق				الوسط				المنطقة		
إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		المعاناة من الملل والفراغ
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
61,90 %	416	48,70 %	412	56 %	56	47,89 %	68	65,82 %	104	50 %	88	60,61 %	80	46,81 %	88	62,41 %	176	49,41 %	168	نعم
38,10 %	256	51,30 %	434	44 %	44	52,11 %	74	34,18 %	54	50 %	88	39,39 %	52	53,19 %	100	37,59 %	106	50,59 %	172	لا
100 %	672	100 %	846	100 %	100	100 %	142	100 %	158	100 %	176	100 %	132	100 %	188	100 %	282	100 %	340	المجموع

من خلال الجدول رقم (93)، يتضح جليا أن نسبة الشعور بالملل والفراغ عند الإناث تفوق الذكور، حيث بلغت نسبة الإناث اللواتي صرحن بأنهن يعانين من الملل والفراغ بـ 61.90%، وتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 65.82%، بينما وصلت عند الذكور 48.70%، وتتصدر منطقة الذكور بنسبة 49.41%.

بينما نجد أن 51.30 % من الذكور صرحوا بعدم الشعور بالملل والفراغ، وتحتل منطقة الشرق المقدمة بنسبة 53.19%.

وهكذا يتبين أن إناث عينة الدراسة يشعرون بالملل أكثر من الذكور، و قد يعود ذلك عموما إلى طبيعة المجتمع الجزائري، حيث هناك متسع من الحرية للذكور أكثر من الإناث، فالأسرة الجزائرية لا تسمح للإناث على سبيل المثال الذهاب إلى قاعات السينما و الملاعب و لا الشواطئ أو الغابات لوحدهن، عكس الذكور الذين يتمتعون بحرية أكثر كالسهر مع أصدقاء الحي إلى وقت متأخر من الليل، إلى الذهاب إلى الملاعب والشواطئ والغابات وقاعات السينما لوحدهم دون رقيب. ومع التغيرات التي يشهدها المجتمع في السنوات الأخيرة وتأثير وسائل الإعلام، أصبحت المرأة الجزائرية عموما والشابة الجزائري على وجه الخصوص تصبو إلى حرية أكثر كباقي فتيات العالم كما تراه عبر القنوات الفضائية حتى ولو كان ذلك على حساب العادات والتقاليد والقيم، وبالتالي أصبح المكوث في البيت يشكل مصدر ملل وفراغ، وحيث مع التغيرات الاجتماعية التي عرفت الجزائر تغيرت أنماط المعيشة للأسرة الجزائرية، فالنشاطات المنزلية التي كانت تقوم بها المرأة عموما والفتاة على وجه الخصوص في البيت سابقا، أصبحت لا تروق الفتاة في عصر التكنولوجيا الحديثة، مما جعل الفتاة تبحث عن فضاءات أخرى تقضي من خلالها أوقات الفراغ.

الجدول رقم (94) توزيع أفراد العينة حسب قضاء أوقات الفراغ و حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة قضاء أوقات الفراغ	وسط		شرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
ممارسة الرياضة	15,66%	212	15,22%	98	14,33%	86	14,69%	62	15,17%	458
مشاهدة البرامج التلفزيونية	27,18%	368	28,26%	182	27,67%	166	31,28%	132	28,08%	848
سماع الراديو	7,98%	108	9,63%	62	10,33%	62	5,69%	24	8,48%	256
قراءة الجرائد والمجلات	13,00%	176	14,29%	92	8,67%	52	10,90%	46	12,12%	366
الذهاب إلى دار الشباب	1,33%	18	2,17%	14	2%	12	1,90%	8	1,72%	52
السهر مع الأصدقاء	8,86%	120	9,94%	64	1,33%	68	10,43%	44	9,80%	296
نشاطات في جمعية	1,92%	26	1,86%	12	4%	24	1,90%	8	2,32%	70
نشاطات دينية	3,10%	42	4,35%	28	4,67%	28	7,11%	30	4,24%	128
التجول في شبكة الانترنت	17,43%	236	14,29%	92	13%	78	11,37%	48	15,03%	454
الجلوس في المقهى	0,15%	2	-	-	0,33%	2	0,47%	2	0,20%	6
المطالعة	2,36%	32	-	-	0,67%	4	1,42%	6	1,39%	42
التنزه	0,74%	10	-	-	1%	6	0,95%	4	0,66%	20
شرب المسكرات و المخدرات	0,15%	2	-	-	0,33%	2	-	-	0,13%	4
دون إجابة	0,15%	2	-	-	1,67%	10	1,90%	8	0,66%	20
المجموع	100%	1354	100%	644	100%	600	100%	422	100%	3020

عند قراءة الجدول رقم (94) المتعلق بتوزيع أفراد العينة على قضاء أوقات الفراغ، وهو يحتتمل أكثر من جواب. يتضح أن أغلب أفراد العينة يقضون أوقات فراغهم في مشاهدة البرامج التلفزيونية بنسبة 28.08%، وليست كل البرامج التلفزيونية نافعة وتثقيفية، بل أن أغلبها تكون له انعكاسات سلبية على تربية الابناء، وخصوصا ونحن في عصر الهوائيات المقعرة التي بواسطتها يتم مشاهدة العشرات من القنوات التي تمثل العديد من الثقافات، والتي معظمها لا تتماشى مع القيم والثقافة الجزائرية، مما يجعل الشباب الجزائري عموما متذبذب بين ما يشاهده عبر هذه القنوات و بين ما يتلقونه من قيم ومعايير الثقافة المحلية. ومن جهة أخرى الأفلام التي تشجع على تعاطي الكحول والمخدرات، حيث لا يكاد يخول أي فيلم من تعاطي البطل للتبغ والكحول وحتى المخدرات. وتأتي منطقة الجنوب في مقدمة المناطق بنسبة 31.28%.

كما صرح نحو 15.17% من المبحوثين بأنهم يمارسون الرياضة، وتعتبر ممارسة الرياضة عموماً ضمن الأنشطة الترويحية التي يمارسها الشخص في أوقات الفراغ، حيث يهدف النشاط الرياضي بمختلف مجالاته إلى تحقيق أهداف تربية وتنمية اللياقة البدنية والحركية، إلى جانب تطوير الشخصية، وبالتالي تعتبر من أهم الدعائم التي تقي الشباب من السلوك الانحرافي على وجه العموم وتعاطي المخدرات على وجه الخصوص، فمن غير الممكن أن يلتقي تعاطي المخدرات وممارسة الرياضة في نفس الشخص، وهكذا تعتبر هذه الفئة من المبحوثين أنهم بممارستهم الرياضة أو الراحة النشيطة كما يسميها بعض الخبراء قد حصنوا أنفسهم من السلوك المخالف لقيم المجتمع. وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 15.66%، إلا أن النسب متقاربة بين كل المناطق.

ويأتي في المقام الثالث التجول في شبكة الأنترنت بنسبة 15.03%، وتعتبر الأنترنت أحدث ما توصل إليه الإنسان في مجال التكنولوجيا الحديثة، وهكذا يستطيع المستعمل التجول عبر هذه الشبكة للاتصال بالعالم الخارجي والحصول على المعلومات بسرعة فائقة، إلا أنها تعتبر سلاح ذو حدين، فإذا لم تستعمل بطريقة سليمة، فكما أن هناك مواقع للوقاية من المخدرات، فهناك كذلك مواقع تشجع بل تباع المخدرات وخصوصاً المؤثرات العقلية بأسماء مختلفة عبر مواقعها، فرغم أنه يبدو أن هذه الفئة من المبحوثين متصلة بالعالم الخارجي إلا أنها معرضة لخطر الإشهار من بعض المواقع الخطيرة التي تقوم بإغراء الشباب لتجريب بعض الأنواع من المخدرات الخطيرة، وتتقدم منطقة الوسط المجموعة بنسبة 17.43%، أي أن المبحوثين لمنطقة الوسط لهم الحظ أكثر من غيرهم من المناطق الأخرى للاتصال بالعالم الخارجي عبر هذه الشبكة، إلا أنهم معرضون أكثر من غيرهم من الوقوع في فخ بعض المواقع الخطيرة التي تقوم للدعاية لبعض المؤثرات العقلية وخصوصاً الجديدة منها تحت غطاء صحي، وهذا ما حذر منه مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة⁽¹⁾.

ويأتي قراءة الجرائد والمجلات في المقام الرابع بنسبة 12.12%. وتأتي منطقة الشرق على رأس المناطق بنسبة 14.29%، وهذا يعطي انطباع بأن مبحوثين منطقة الشرق وكذلك

⁽¹⁾ U.N.O.D.C. The challenge of new psychoactive substances: A Report from the Global SMART Programme . March 2013. P.1.

منطقة الشرق بنسبة أقل هم الأكثر اهتماما بهذا الجانب، وهذا يمكن أن يكون من الوسائل التي تساعد الشباب على تفادي الوقوع في مشكلة تعاطي المخدرات، فزيادة على تراكم ثقافي في شتى الميادين، فهناك الكثير من الجرائد والمجلات التي تتناول ظاهرة تعاطي المخدرات بنظرية علمية وهذا لتحذير الرأي العام من خطر هذه الظاهرة، كما أن هناك من هذه الوسائل من تقوم بنشر أخبار أمنية على الكميات المحجوزة من المخدرات و أخبار أخرى تتعلق بالقبض على الشبكات الوطنية والدولية التي تنشط في مجال التهريب والتجارة غير الشرعية للمخدرات، وهذه الأخبار تكون لها وقع قوي على القارئ، وبالتالي سيحاول الابتعاد قدر المستطاع على هذا العالم الإجرامي حتى ولو كان الأمر يتعلق بتعاطي المخدرات فقط.

ويحتل السهر مع الأصدقاء المقام الخامس بنسبة 9.80%. ويعتبر هذا البند من أخطر أنواع قضاء أوقات الفراغ، حيث تؤكد أغلب الدراسات والبحوث أن من الأسباب الرئيسية لتعاطي المخدرات هي جماعة الأقران، ومنه فهذه الفئة أكثر عرضة من غيرها لدخول عالم المخدرات مقارنة بباقي الفئات، وتحتل منطقة الغرب الصدارة بنسبة 11.33%.

وما يلفت الانتباه، هو النسبة الضعيفة فيما يخص ممارسة النشاطات الدينية التي لم تتعدى 4.24%، وهذا البند يعتبر من مؤشر من مؤشرات الوازع الديني لدى أفراد عينة الدراسة. فالنشاطات الدينية تسمح للشخص بأن يكون عضوا فعالا في المجتمع، فهو من جهة يقي نفسه من جميع أنواع السلوكات الانحرافية، ومن جهة ثانية يساعد الآخرين من الشباب من الابتعاد على كل ما يتناقض مع تعاليم الدين الإسلامي بما فيها تعاطي المخدرات. وتحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 7.11% وهذا ما يؤكد أن الوازع الديني لأفراد عينة منطقة الجنوب هو الأقوى مقارنة بباقي المناطق. والعكس فيما يخص منطقة الوسط التي تحتل المرتبة الرابعة بنسبة 3.10%، أي أن هذه المنطقة هي الأكثر بعدا عن الوازع الديني مقارنة بباقي المناطق.

الجدول رقم (95) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة ومعية قضاء أوقات الفراغ

المنطقة معية قضاء أوقات الفراغ		وسط		شرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أفراد الأسرة		%38,65	320	%38,17	142	%48,28	196	%47,02	142	%41,93	800
زملاء الدراسة		%25,12	208	%24,19	90	%19,70	80	%19,21	58	%22,85	436
أصدقاء الحي		%25,85	214	%32,80	122	%23,65	96	%30,46	92	%27,46	524
وحدى		%3,38	28	%1,61	6	%2,96	12	%0,66	2	%2,52	48
افراد اخرين اذكرهم		%5,56	46	%3,23	12	%2,96	12	%2,65	8	%4,09	78
دون إجابة		%1,45	12	-	-	%2,46	10	-	-	%1,15	22
المجموع		%100	828	%100	372	%100	406	%100	302	%100	1908

يبين الجدول رقم (95)، أن نسبة معتبرة من أفراد عينة الدراسة صرحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم مع أفراد الأسرة بنسبة 41.93%، وتعتبر هذه الفئة في منأى عن الآفات الاجتماعية مقارنة بباقي أفراد عينة الدراسة إذا لم يكن أحد الوالدين أو الإخوة يتعاطى المخدرات عموماً، و لا تعاني هذه الأسرة من التفكك المادي والمعنوي، وتتقدم المجموعة منطقة الغرب بنسبة 48.28%. كما أن هناك نحو 27.46% من أفراد العينة صرحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم مع أصدقاء الحي وتتصدر المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 30.46%، وتعتبر هذه المجموعة من أفراد عينة الدراسة في خطر الوقوع في عالم الانحراف، فأغلب الدراسات أثبتت أن من الأسباب الرئيسية لتعاطي المخدرات هي ضغط الأصدقاء. وصرح 22.85% من أفراد عينة الدراسة أنهم يقضون أوقات فراغهم مع زملاء الدراسة وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 25.12%، ويمكن القول أن قضاء أوقات الفراغ مع زملاء الدراسة يعتبر من التدابير الوقائية إذا لم يتورط هؤلاء الزملاء في تعاطي المسكرات والمخدرات أو انتهاج السلوك الانحرافي ومواظبون على دروسهم و القيام بواجباتهم المنزلية، أما إذا كان

هؤلاء الزملاء من المنحرفين حتى ولو كانوا يزاولون الدراسة فيصبحون مصدر خطر بالنسبة للمبحوث وخصوصا وأنه يقضي معهم وقتا طويلا بين الدراسة وفي أوقات الفراغ. وهناك من صرح بأنه يقضي أوقات فراغه مع أفراد آخرين غير محددين بنسبة 4.09%، وتحتل منطقة الوسط المرتبة الأولى بنسبة 5.56%. كما أن هناك من يفضل قضاء أوقات فراغه وحيدا وبلغت النسبة 2.52%، وتتصدر المجموعة منطقة الوسط بنسبة 3.38%.

الجدول رقم (96) توزيع أفراد العينة حسب التفكير في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة

المنطقة التفكير في الهجرة إلى الخارج		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم		65,59%	408	57,50%	184	56,29%	188	41,32%	100	57,97%	880
لا		34,41%	214	42,50%	136	43,71%	146	58,68%	142	42,03%	638
المجموع		100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

يظهر الجدول رقم (96)، أن أكثر من نصف أفراد العينة صرحوا بأنهم فكروا في الهجرة إلى الخارج بنسبة 57.97%، وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 65.59% وهي تتقدم باقي المناطق بمسافة كبيرة نسبيا، ويعتبر التفكير في الهجرة إلى الخارج من المؤشرات التي تظهر عدم الرضى عن الوضع الحالي الذي يعيشه الشاب عموما، وهو من الدوافع التي يمكنها أن تجعل الشاب يسلك سلوكا مخالف لقيم المجتمع والخروج عن الضبط الاجتماعي. أما الباقي أي 42.03% فصرحوا بأنهم لم يفكروا في الهجرة إلى الخارج، وتتصدر المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 58.68% وتبعد باقي المناطق بمسافة بعيدة.

الجدول رقم (97) توزيع أفراد العينة حسب سبب التفكير في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة
(متعدد الإجابات)

المنطقة سبب التفكير في الهجرة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الحصول على العمل		27,67%	140	38,95%	74	30,08%	74	28%	28	30,33%	316
الرفع من المستوى الاقتصادي		30,83%	156	30,53%	58	37,40%	92	22%	22	31,48%	328
الاستقلالية والحرية		27,27%	138	30,53%	58	21,95%	54	22%	22	26,10%	272
الدراسة		12,65%	64	-	-	6,50%	16	20%	20	9,60%	100
السياحة		1,58%	8	-	-	4,07%	10	8%	8	2,50%	26
المجموع		100%	506	100%	190	100%	246	100%	100	100%	1042

يبين الجدول رقم (97)، أن نسبة معتبرة من أفراد عينة الدراسة الذين صرحوا في السؤال السابق أنهم فكروا في الهجرة إلى الخارج، أن السبب الأول يعود إلى الرفع من المستوى الاقتصادي بنسبة 31.48%، وتأتي على رأس المجموعة منطقة الغرب بنسبة 37.40%، وهذا يعني أن هناك نسبة معتبرة من أفراد عينة الدراسة غير راضية بمستوى الاقتصادي الحالي، فهي تحاول من خلال التفكير في الهجرة إلى الخارج من تحسين مستواها الاقتصادي، و يفسر هذا السبب أن هذه الفئة ترى أنها غير قادرة على تحقيق هذا الهدف في وطنها لعدم تكافؤ الفرص مع الآخرين لعدة معطيات، وبالتالي يشعر الشاب بنوع من الظلم مما يجعله لقمة سائغة للاستسلام ومنه انتهاج سلوك معاديا للمجتمع وخصوصا إذا لم يتحقق هدفه بالهجرة إلى الخارج.

أما السبب الثاني وهو مرتبط بالسبب الأول فهو الحصول على العمل بنسبة 30.33%، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 38.95%، وهذا ما يوحي بأن هناك نسبة لا بأس بها من المبحوثين يرون أنهم لا يمكنهم الحصول على العمل حسب تجربتهم الخاصة حسب الظروف الحالية، وخصوصا وأنهم يسمعون أن نسبة كبيرة من المهاجرين الجزائريين الموجودين في شتى أنحاء العالم يتقاضون مرتبات معتبرة مقابل عملهم حتى ولو كان ذلك في السوق السوداء للعمل.

وصرح نحو 26.10% من أفراد العينة أنهم فكروا في الهجرة إلى الخارج بحثا عن الاستقلالية والحرية، وتأتي على رأس المجموعة منطقة الشرق بنسبة 30.53%، وهذا ما يشير أن هناك عددا من أفراد عينة الدراسة ترى أنها مقيدة ولا تستطيع أن تقوم بكل ما تحلم به عكس ما ترى وتسمع عبر وسائل الإعلام ما يجري في الدول الغربية من الحرية المطلقة، وقد يساعد هذا الإحساس الشباب إلى خرق بعض الضوابط الاجتماعية التي يراها أنها تقيد من حريته، ومنه تعاطي المخدرات أو أي سلوك انحرافي آخر.

وفي الأخير هناك نحو 12.10% من أفراد عينة الدراسة يفكرون في الهجرة إلى الخارج من أجل الدراسة والسياحة، وتأتي منطقة الجنوب على رأس المناطق بنسبة 28%، وهذا ما يشير أن هناك نسبة معتبرة من الشباب الجزائري تأثر بالعلم والتكنولوجيا التي توصلت إليها الحضارة الغربية، وبالتالي فهدفه من التفكير في الهجرة إلى تلك البلدان هو التحصيل العلمي الذي يعتبر من أهم عوامل تقدم تلك البلدان، ويعتبر هذا الجانب من الأمور الإيجابية التي يختص بها عدد من أفراد العينة وفي مقدمته أفراد عينة منطقة الجنوب، وهذا ما يشير إلى الوعي الحضاري لدى هذه الفئة.

الجدول رقم (98) توزيع أفراد العينة حسب تعاطي أحد الوالدين للمسكرات وحسب المنطقة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة تعاطي أحد الوالدين للمسكرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
6,06%	92	3,31%	8	5,99%	20	4,38%	14	8,04%	50	نعم
93,94%	1426	96,69%	234	94,01%	314	95,63%	306	91,96%	572	لا
100%	1518	100%	242	100%	334	100%	320	100%	622	المجموع

من خلال الجدول رقم (98)، يتبين أن الأغلبية العظمى لأباء المبحوثين لا يتعاطون المسكرات بنسبة 93.94% وتتصدر المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 96.69%، أما الباقي

ي 6.06% فهم يتعاطون المسكرات، وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 8.04%، وهذا يعني أن هذه الفئة من المبحوثين من الفئات الهشة لعينة الدراسة، وبالتالي فهي معرضة أكثر من غيرها لتعاطي الكحول كون الأرضية مهياة لها من طرف الوالدين. فالإبن الذي يتربى في بيئة أسرية يتعاطى فيها أحد الوالدين المسكرات تكون نسبة تعاطيه المسكرات كبيرة مقارنة بزملاءه الذين تربوا في أسرة لا يتعاطى فيها أحد الوالدين المسكرات، وهذا ما أظهرته العديد من الدراسات الوراثية. فالأبناء الذين ينحدرون من أباء مدمنين للكحوليات يزيد معدل إنتشار الإدمان بينهم إلى نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من أباء غير مدمنين، وذلك رغم التنشئة في بيئات التبني حيث لا يوجد الإدمان⁽¹⁾.

الجدول رقم (99) توزيع أفراد العينة حسب تعاطي أحد الوالدين للمخدرات وحسب المنطقة

المجموع	الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة تعاطي أحد الوالدين للمخدرات
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
	1,58%	24	1,65%	4	1,20%	4	1,93%	12	نعم
	98,42%	1494	98,35%	238	98,80%	330	98,07%	610	لا
	100%	1518	100%	242	100%	334	100%	622	المجموع

يشير الجدول رقم (99)، أن الأغلبية الساحقة من أفراد عينة الدراسة صرحوا بأن أباءهم لا يتعاطون المخدرات بنسبة 98.42%، ويبدو أن نسب المناطق متقاربة جدا فيما بينها من 98.75 % إلى 98.80%. ويجب الإشارة أنه بعد الدراسة الاستطلاعية تبين للباحث أن الطلبة يفرقون بين المسكرات والمخدرات، مما جعلنا نطرح سؤال حول المسكرات وآخر حول المخدرات. وتبقى نسبة قليلة جدا من أفراد عينة الدراسة من صرحوا بأن أباءهم يتعاطون المخدرات بنسبة 1.58%، ورغم أن النسب متقاربة بين المناطق إلا أن منطقة الوسط تأتي في الطليعة بنسبة 1.93%، وهذا يعني أن هذه الفئة من العينة أكثر هشاشة من

⁽¹⁾مصطفى، سوف. المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. مرجع سابق، ص 70.

باقي أفراد المجتمع، كونهم تخطوا المرحلة الأولى المتعلقة بالمخدرات وهي مرحلة السمع و المشاهدة وخصوصا وأن الأمر يتعلق بأحد الوالدين الذي يتخذهما الطفل كقدوة في جميع تصرفاته.

الجدول رقم (100) توزيع أفراد العينة حسب تدخين السجائر وحسب المنطقة

المنطقة تدخين السجائر	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	%20,26	126	%18,75	60	%26,35	88	%22,31	54	%21,61	328
لا	%79,74	496	%81,25	260	%73,65	246	%77,69	188	%78,39	1190
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يشير الجدول رقم (100)، أن أغلبية أفراد عينة الدراسة أقروا بأنهم لا يتعاطون السجائر بنسبة %78.39، وتأتي منطقة الشرق في الصدارة بنسبة %81.25. بينما صرح نحو %21.61 من أفراد عينة الدراسة بأنهم يدخنوا أو سبق لهم وأن دخنوا السجائر، وتحتل منطقة الغرب المقام الأول بنسبة %26.35، وكما أظهرته الكثير من الدراسات، بل حتى التجارب المخبرية أن تدخين السجائر هو بوابة لتعاطي المخدرات، فهذه الفئة من أفراد عينة الدراسة هي الأقرب لخوض تجربة تعاطي المخدرات من غيرها.

الجدول رقم (101) توزيع أفراد العينة حسب المنطقة وحسب رأيهم من تعاطي الشباب للمخدرات

المنطقة تعاطي المخدرات بين الشباب	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	%59,16	368	%58,13	186	%58,68	196	%63,64	154	%59,55	904
لا	%5,47	34	%5,63	18	%5,99	20	%4,13	10	%5,40	82
لست أدري	%35,37	220	%36,25	116	%35,33	118	%32,23	78	%35,05	532
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

حسب الجدول رقم (101)، فقد صرح أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة بنسبة %59.55 [إن هناك نسبة كبيرة من الشباب يتعاطون المخدرات، وتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة %63.64، وهذا ما يؤكد أن نسبة كبيرة من أفراد العينة لها معلومات حول ظاهرة

تعاطي المخدرات بين الشباب الجزائري، بل من الممكن من شاهد الشباب يتعاطون وهذا ما يكون من أسباب دخول المبحوث عالم المخدرات، حيث يبدأ بالسماع ثم المشاهدة ثم التجريب ومنه إلى التعاطي المنتظم فالإدمان. كما أن هناك 35.05% من أفراد عينة الدراسة صرحوا بأن ليست لهم أية معلومة عن هذا الموضوع، وقد يكون هذا الجواب لدواعي الخوف وذلك يرجع إلى حساسية الموضوع، وخصوصا إذا كان المبحوث يعلم أن القانون يجرم حتى التعاطي، وتتصدر المجموعة منطقة الشرق بنسبة 36.25%. وفي الأخير هناك 5.40% من أفراد عينة الدراسة من صرحوا بعدم وجود نسبة كبيرة من الشباب الذي يتعاطون المخدرات، وتأتي منطقة الغرب على رأس المناطق بنسبة 5.99%.

الفصل الثامن

عرض وتحليل البيانات الميدانية

المبحث الأول: حجم تعاطي المخدرات لدى أفراد عينة الدراسة
المبحث الثاني: الواقع الأسري وتعاطي المخدرات
المبحث الثالث: أنواع المخدرات المتعاطاة وطرق تعاطيها والظروف
المساعدة على التعاطي :

المبحث الرابع: مكان بدأ التعاطي، و سن بداية التعاطي، و عدد مرات
التعاطي

المبحث الخامس: المكان والأوقات المفضلة للتعاطي والأشخاص
المتعاطين معهم و مصدر الحصول على المخدرات
المبحث السادس: المشاكل التي تعرض لها المتعاطون
المبحث السابع: أثر التدخين في دخول الطالب إلى عالم المخدرات
المبحث الثامن: الوازع الديني ودوره في الإقلاع عن التعاطي
المبحث التاسع : مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة
الدراسة.

المبحث العاشر: الاستمرار في التعاطي و تجربة الإقلاع
المبحث الحادي عشر: وجود الفضاءات الترفيهية في الأحياء
وعلاقتها بظاهرة تعاطي المخدرات عند أفراد عينة الدراسة.
المبحث الثاني عشر: فعالية طرق ووسائل الوقاية من المخدرات
حسب عينة الدراسة.

الفصل الثامن

عرض وتحليل البيانات الميدانية

المبحث الأول: حجم تعاطي المخدرات لدى أفراد عينة الدراسة:

الجدول رقم (102) نسبة تعاطي المخدرات بين أفراد عينة الدراسة حسب المنطقة

المنطقة تعاطي المخدرات	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	18,65%	116	11,88%	38	17,96%	60	16,53%	40	16,73%	254
لا	72,67%	452	81,88%	262	76,05%	254	77,69%	188	76,15%	1156
دون إجابة	8,68%	54	6,25%	20	5,99%	20	5,79%	14	7,11%	108
المجموع	100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

يبين الجدول رقم (102) توزيع أفراد العينة حول السؤال المتعلق بتجربة تعاطي المبحوث للمخدرات من عدمه، ومن خلال هذا الجدول يتضح أن 76.15% صرحوا بأنهم لم يسبق لهم وأن جربوا المخدرات من قبل، وتأتي منطقة الشرق في مقدمة المناطق بنسبة 81.88%. إلا أن هناك 16.73% من عينة الدراسة صرحوا أنهم تعرضوا لتجربة تعاطي المخدرات من قبل، وتتصدر منطقة الوسط المجموعة بنسبة 18.65%، ثم تليها منطقة الغرب في المرتبة الثانية بنسبة 17.96%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 16.53%، وتأتي منطقة الشرق في الأخير بنسبة 11.88%، ومنه يتبين أن المناطق الثلاثة أي الوسط و الغرب والجنوب لهم نسبة متقاربة في تعاطي المخدرات، بينما منطقة الشرق تبعد عنهم بمسافة معتبرة. كما أن هناك 7.11% فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال، وتحتل منطقة الوسط المقدمة بنسبة 8.68%.

الجدول رقم (103) نسبة تعاطي المخدرات بين أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

المجموع		أنثى		ذكر		الجنس
						نسبة تعاطي المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نعم
%16,73	254	%5,95	40	%25,30	214	لا
%76,15	1156	%85,42	574	%68,79	582	دون إجابة
%7,1 2	108	%8,63	58	%5,91	50	المجموع
%100	1518	%100	672	%100	846	

يبين الجدول رقم (103) والمتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة تجريب تعاطي المخدرات حسب الجنس، أن الأغلبية العظمى من الإناث 85.42% صرحن بأنهن لم يتعاطين المخدرات من قبل، و أن 5.95% فقط أقرن بأن سبق لهن وأن تعاطين المخدرات من قبل. أما فيما يخص الذكور قدر صرح نحو 68.79% بأنهم لم يتعاطوا المخدرات من قبل، بينما صرح 25.30% أنهم كانت لهم تجربة مع تعاطي المخدرات في السابق. وهذا ما يؤكد نتائج عدة دراسات جزائرية وأجنبية أن الذكور هم الأكثر تعرضا لتجربة المخدرات مقارنة بالإناث.

الجدول رقم (104) نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الوسط

المجموع		أنثى		ذكر		الجنس
						تعاطي المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نعم
%18,65	116	%8,51	24	%27,06	92	لا
%72,67	452	%78,01	220	%68,24	232	دون إجابة
%8,68	54	%13,48	38	%4,71	16	المجموع
%100	622	%100	282	%100	340	

يبين الجدول رقم (104) أن هناك 78.01% من الإناث لعينة منطقة الوسط صرحن بعدم تجربتهن لتعاطي المخدرات، إلا أن ذلك لم يمنع من أن هناك 8.51% من الإناث صرحن بأنهن سبق وأن جربن المخدرات. أما فيما يخص الذكور فهناك 68.24%

يؤكدوا على أنهم لم يسبق لهم وأن تعاطوا المخدرات في السابق، غير أن هناك 27.06% صرحوا بأنهم تعاطوا المخدرات وتعتبر هذه أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق.

الجدول رقم (105) نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الشرق

المجموع		أنثى		ذكر		الجنس تعاطي المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
11,88%	38	-	-	20,21%	38	نعم
81,88%	262	98,48%	130	70,21%	132	لا
6,25%	20	1,52%	2	9,57%	18	دون إجابة
100%	320	100%	132	100%	188	المجموع

حسب الجدول رقم (105)، فإن هناك 98.48% من إناث عينة الدراسة لمنطقة الشرق صرحن بأنهن لم يسبق لهن وأن جربن تعاطي المخدرات وهي تعتبر أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، وما يلاحظ أن هذه المنطقة لا يوجد أي أنثى صرحت بأنها تعاطت المخدرات من قبل. أما فيما يخص الذكور فهناك 70.21% منهم من أجاب بعدم تجربته لتعاطي المخدرات، بينما صرح نحو 20.21% من ذكور منطقة الشرق بأنهم سبق لهم وأن جربوا المخدرات من قبل أو ما يزالون يتعاطون المخدرات. و ما يلفت الانتباه أن هناك حوالي 9.57% من الذكور فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال وهي تعتبر أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق الذين لم يجيبوا على هذا السؤال.

الجدول رقم (106) نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الغرب

المجموع		أنثى		ذكر		الجنس تعاطي المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
17,96%	60	8,86%	14	26,14%	46	نعم
76,05%	254	83,54%	132	69,32%	122	لا
5,99%	20	7,59%	12	4,55%	8	دون إجابة
100%	334	100%	158	100%	176	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (106) أن الأغلبية العظمى من الإناث لمنطقة الغرب 83.54% لم يتعاطين المخدرات، و أن هناك 8.86% منهم جرين المخدرات، وهي تعتبر أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق. بينما امتنع نحو 7.59% منهم عن الإجابة. أما بخصوص الذكور فقد صرح نحو 69.32% بأنهم لم يتعاطوا المخدرات، وأن هناك 26.14% تعاطوا المخدرات، كما أن هناك 4.55% لم يريدوا الإجابة على هذا السؤال. وعليه يتغلب الذكور على الإناث في تجربتهم للمخدرات كباقي المناطق. ومنه يتضح أن إناث كل من منطقتي الوسط و الغرب أكثر تعرضا للمرض المخدرات من منطقتي الشرق والجنوب.

الجدول رقم (107) نسبة تعاطي المخدرات حسب الجنس لمنطقة الجنوب

الجنس		ذكر		أنثى		المجموع
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
تعاطي المخدرات						
نعم		26,76%	38	2%	2	16,53%
لا		67,61%	96	92%	92	77,69%
دون إجابة		5,63%	8	6%	6	5,79%
المجموع		100%	142	100%	100	242

حسب الجدول رقم (107)، لا يختلف الوضع عن باقي المناطق، حيث تتصدر الإناث بعدم تعاطيهم المخدرات بنسبة 92%، ثم يأتي الذكور بنسبة 67.61% الذي صرحوا بعدم تعاطيهم المخدرات. بينما هناك 26.76% من الذكور صرحوا بأنهم سبق لهم وأن جربوا المخدرات. ومع ذلك هناك 2% من الإناث صرحن بأنهن تعاطين المخدرات، وتأتي منطقة الجنوب في المرتبة ما قبل الأخيرة في تعاطي الإناث للمخدرات. وهذا ما يشير إلى دور الثقافات الفرعية وتعاطي الإناث للمخدرات. ومنه يظهر أن كل من منطقة الشرق والجنوب لا تسمح للإناث بتعاطي المخدرات أكثر من باقي المنطقتين الباقيتين.

الجدول رقم (108) توزيع المتعاطين للمخدرات حسب القسم

القسم	التكرار	النسبة
علمي	112	%44,09
أدبي	130	%51,18
تسيير واقتصاد	12	%4,72
المجموع	254	%100

يتبين من خلال الجدول رقم (108)، أن قسم الآداب يشكل أكبر نسبة بـ 51.18%، ثم يأتي بعدها قسم العلوم بـ 44.09%، وأخيرا يأتي قسم تسيير واقتصاد بنسبة 4.72%. ومنه فالقراءة الأولى للجدول تظهر أن ترتيب التعاطي حسب القسم، أن الآداب يحتل المرتبة الأولى ثم يأتي القسم العلمي وأخيرا يأتي قسم تسيير واقتصاد.

الجدول رقم (109) توزيع المتعاطين للمخدرات حسب القسم

القسم	مجموع أفراد العينة		المتعاطون	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
علمي	590	%38,87	112	%18,98
أدبي	876	%57,71	130	%14,84
تسيير واقتصاد	46	%3,03	12	%26,09
آخر	6	%0,40	-	-
المجموع	1518	%100	254	%60

يوضح الجدول رقم (109) أعلاه، والمتعلق بتوزيع المتعاطين للمخدرات حسب القسم، وذلك بقراءة الجدول من زاوية ثانية، أن قسم تسيير واقتصاد يتصدر القائمة بنسبة 26.09% حيث من أصل 46 هناك 12 طالبا يتعاطون المخدرات، ثم يأتي في المقام الثاني قسم العلوم بنسبة 18.98%، حيث من أصل 590، صرح نحو 112 بتعاطيهم للمخدرات. وأخيرا يأتي قسم الآداب بنسبة 14.84%، حيث من أصل 876 صرح 130 منهم بأنهم يتعاطون المخدرات. إلا أننا لا يمكننا الجزم بأن للتخصص علاقة بتجريب المخدرات.

المبحث الثاني: الواقع الأسري وتعاطي المخدرات:

الجدول رقم (110) توزيع متعاطي المخدرات حسب عدد الإخوة

عدد الإخوة	التكرار	النسبة
من 1 إلى 4	124	48,82%
من 5 إلى 9	112	44,09%
10 وأكثر	18	7,09%
المجموع	254	100%

يبين الجدول رقم (110)، أن المتعاطين الذين لهم عدد الإخوة من 1 إلى 4 يأتي في الصدارة بنسبة 48.82%، ثم يأتي بعدها في المرتبة الثانية من لهم عدد الإخوة من 5 إلى 9 بنسبة 44.09%، ويأتي في المقام الأخير من لهم 10 إخوة فأكثر بنسبة 7.09%. وهذا ما يشير إلى أن عدد الإخوة الذين يفوقون 5 يمثلون أكثر من النصف بنسبة 51.18%، أي وجود علاقة بين عدد الإخوة والتعاطي.

الجدول رقم (111) مقارنة عدد الإخوة بين المتعاطين والأسوياء

عدد الإخوة	المتعاطون		الأسوياء	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
لا شيء	-	-	32	2,78%
من 1 إلى 4	124	48,82%	476	41,32%
من 5 إلى 9	112	44,09%	586	50,87%
10 وأكثر	18	7,09%	54	4,69%
دون إجابة	-	-	8	0,69%
المجموع	254	100%	1156	100%

يجب الإشارة أن هناك 108 فردا من أفراد العينة رفضوا الإجابة على السؤال الخاص بتعاطي المخدرات، وبالتالي فلا يمكن تصنيفهم في إحدى الفئتين (أي فئة المتعاطين وفئة الأسوياء). و من خلال الجدول رقم (111)، والمتعلق بمقارنة عدد الإخوة بين المتعاطين والأسوياء، يتبين أنه لا يوجد فرق كبير بين الفئتين، إلا أنه عند الأسوياء هناك 2.78% ليس لهم إخوة، بينما لا توجد أية حالة عند المتعاطين. كما أن عدد الإخوة

من 1 إلى 4 يمثل 48.82%، بينما تمثل عند الأسوياء ما نسبته 41.32%. أما عدد الإخوة من 5 إلى 9 فهو عند فئة الأسوياء أعلى بنسبة 50.87% منه عند المتعاطين بنسبة 44.09%. و بالنسبة لعدد الإخوة الأكثر من 10، نجد أن فئة المتعاطين تفوق فئة الأسوياء، حيث نجدها عند الأولى 7.09 بينما هي عند الثانية 4.69%، وعليه فقد يلعب عدد الإخوة دور في تهيئة الظروف لتعاطي المخدرات.

الجدول رقم (112) ترتيب المبحوث المتعاطي بين إخوته

النسبة	التكرار	الترتيب
10,24%	26	الأصغر
65,35%	166	الأوسط
24,41%	62	الأكبر
100%	254	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (112)، أن أغلبية المتعاطين يتواجدون في وسط الترتيب بين إخوانهم بنسبة 65.35%، ثم يلونهم الأكبر بنسبة 24.41% وفي الأخير يأتون الأصغر بنسبة 10.24%. ومنه يظهر أن أواسط افراد عينة الدراسة كانوا أكثر هشاشة من غيرهم في تعرضهم للمخدرات.

الجدول رقم (113) توزيع المتعاطين للمخدرات حسب نوع المسكن

النسبة	التكرار	نوع المسكن
32,28%	82	فيلا
37,01%	94	شقة
24,41%	62	سكن تقليدي
6,30%	16	بيت قصديري
100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (113)، أن الطلبة المتعاطون للمخدرات الذين صرحوا بأنهم يسكنون في شقة يأتون في المقدمة بنسبة 37.01%، ثم يلونهم الذين يسكنون في فيلا بنسبة 32.28%، ثم يلونهم الذين يسكنون في سكن تقليدي بنسبة 24.41%، وأخيرا يأتون الذين يسكنون في بيت قصديري بنسبة 6.30%.

أما إذا قرأنا الجدول حسب عدد المتعاطين من الطلبة لكل نوع من المسكن (أنظر الجدول رقم 75)، نجد أن الطلبة الذين يسكنون في بيت قصديري يتصدرون المجموعة بنسبة 33.33%، اي أنه من أصل 48 طالب الذين صرحوا بأنهم يسكنون في فبيت قصديري هناك 16 منهم تعاطوا المخدرات. ثم يلونهم الذين صرحوا بأنهم يسكنون في فيلا بنسبة 23.03%، فمن أصل 356 طالب هناك 82 منهم تعاطوا المخدرات. ثم يلونهم الطلبة الذين صرحوا بأنهم يسكنون في شقة بنسبة 14.46%، حيث هناك نحو 94 تعاطوا المخدرات من اصل 650 طالب. ثم يأتي في المقام الأخير الذين يسكنون في سكن تقليدي بنسبة 13.72%، حيث من أصل 452 طالب من صرحوا بأنهم يسكنون في سكن تقليدي هناك 62 فقط من صرحوا بأنهم تعاطوا المخدرات.

وعليه، يتبين أن الطلبة الذين يسكنون في بيت قصديري تأثروا كثيرا بالأوضاع السكنية المزرية التي تتعدم فيها أدنى شروط السكن الصحي مما ألقت بهم تلك الظروف إلى عالم المخدرات. إلا أن ما يثير التساؤل هو احتلال الطلبة الذين يسكنون في فيلا المرتبة الثانية متقدمين كل من الذين يسكنون في شقة وسكن تقليدي، حيث لم تق سعة المسكن عددا لا بأس به من المبحوثين من الوقوع في براثن المخدرات. كما نلاحظ أن الطلبة الذين يسكنون في سكن تقليدي يحتلون المرتبة الأخيرة، كأن هذا النوع من السكن كان له وقعا في الابتعاد عن السلوك الانحرافي مقارنة بباقي أنواع السكنات.

الجدول رقم (114) توزيع متعاطي المخدرات حسب مكان الإقامة

النسبة	التكرار	مكان الإقامة
74,02%	188	مدينة
25,98%	66	ريف
100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (114)، أن الأغلبية العظمى من المتعاطين يقطنون في المدينة بنسبة 74.02%، والباقي أي 25.98% يقطنون بالريف.

غير أنه لو قرأنا الجدول من زاوية أخرى، أي نسبة المتعاطين للطلبة الذين يقيمون في المدينة، ونسبة الطلبة المتعاطين الذين يقيمون في الريف (عد إلى الجدول رقم 82)، فنجد أن الطلبة الذين يقيمون في الريف يأتون في المقدمة بنسبة 25.98%، حيث من أصل 254 طالب المقيم في الريف هناك 66 منهم تعاطوا المخدرات، بينما الطلبة المقيمون في المدينة يأتون في المقام الثاني بنسبة 14.99%، حيث من أصل 1254 طالب هناك 188 من تعاطي أو ما يزال يتعاطى المخدرات. وهذه النتيجة جاءت مخالفة تماما لعدة دراسات سابقة التي أكدت على انتشار تعاطي المخدرات في المدينة أكثر من الريف، وهذا ما يوحي بأن المجتمع الجزائري يشهد تحولات عميقة، وبالتالي لم يعد الريف بمنأى عن الأفات والمشاكل الاجتماعية كما كان في السابق.

الجدول رقم (115) مقارنة مكان الإقامة بين المتعاطين للمخدرات والأسوياء

أسوياء		متعاطون		مكان الإقامة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
84,55%	974	74,02%	188	مدينة
14,93%	172	25,98%	66	ريف
0,87%	10	-	-	دون إجابة
100%	1156	100%	254	المجموع

يظهر الجدول رقم (115)، أن غير المتعاطين الذين يقيمون في المدينة يمثلون نسبة أعلى من الأسوياء، حيث بلغت النسبة في الفئة الأولى 84.20% والتي تمثل 64.16% من العينة الكلية، بينما وصلت عند الفئة الثانية 74.02% والتي تمثل 12.38% من العينة الكلية. وفيما يخص الطلبة المقيمون في الريف نجد أن نسبة المتعاطين بلغت 25.98% من مجموع المتعاطين والتي تمثل 4.35% من العينة الكلية،

بينما وصلت النسبة عن الأسوياء 14.93% والتي تمثل من العينة الكلية. وبالتالي ليس هناك دلالة إحصائية بين مكان الإقامة والتعاطي.

الجدول رقم (116) توزيع متعاطي المخدرات حسب تخاصم الوالدين

النسبة	التكرار	خصام الوالدان
23,62%	60	أبدا
51,18%	130	أحيانا
21,26%	54	دائما
3,94%	10	دون إجابة
100%	254	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (116)، يتضح لنا أن هناك 51.18% من المتعاطين من صرحوا بأن والديهم يتخاصمان أحيانا، وهناك 23.62% منهم من صرحوا بأن والديهم لم يتخاصما أبدا أمام أعينهم. كما أن هناك 21.26% من المبحوثين المتعاطين من صرحوا بأن والديهم يتخاصمان دائما. و في الأخير يجب الإشارة أن هناك 3.94% من المتعاطين من فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال. حتى ولو أن هناك نسبة لا بأس بها من المتعاطين من صرحوا بأن أباؤهم لا يختصون أبدا، إلا أن هناك أكثر من 70% من صرحوا بأن أباؤهم يختصمون أحيانا و دائما. وبالتالي يظهر أن الخصومة التي تقع بين الوالدين أحيانا أو دائما قد تكون لها انعكاسات على الأبناء، مما يدفعهم إلى السلوك الانحرافي تحت ظروف معينة.

الجدول رقم (117) مقارنة المتعاطين و الأسوياء وتخاصم الوالدين

الأسوياء		المتعاطون		خصام الوالدان
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%26,99	312	%23,62	60	أبدا
%56,92	658	%51,18	130	أحيانا
%6,57	76	%21,26	54	دائما
%9,52	110	%3,94	10	دون إجابة
%100	1156	%100	254	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (117) أعلاه، أن هناك فرقا شاسعا بين الفئتين في ديمومة الخصومة بين الوالدين، حيث يمثل عند الأسوياء نسبة 6.57%، بينما يمثل عند المتعاطين نسبة 21.26%، فالخصومة موجودة عند أباء الفئتين، إلا أن كلما كانت وتيرة التخاصم كثيرة ومتواصلة كلما كان تصدع الأسرة أكبر، مما يساعد الأبناء على ولوج عالم المخدرات، فتخاصم الوالدان الدائم يمكن تصنيفه ضمن العناصر القوية التي تحدد مدى قابلية الأبناء في تبين السلوك الانحرافي. بينما تخاصم الوالدان أبدا وأحيانا فهي عند فئة الأسوياء أعلى منها عند فئة المتعاطين.

الجدول رقم (118) توزيع متعاطي المخدرات حسب نوعية المشاكل التي يتخاصم حولها الوالدان

النسبة	التكرار	نوع المشاكل
%51,64	126	مشاكل عائلية
%27,87	68	مشاكل مادية
%11,48	28	مشاكل حول تربية الأولاد
%9,02	22	مشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات
%100	244	المجموع

نشير أنه من أصل 254 متعاطي هناك 10 منهم رفضوا الإجابة على السؤال المتعلق بتخااصم الوالدين. ويوضح الجدول رقم (118)، أن أكثر من نصف عينة الدراسة بنسبة 51.64% صرحوا بأن المشاكل العائلية تأتي على رأس المشاكل التي يتخااصم الوالدان عليها، ثم تليها المشاكل المادية بنسبة 27.87%، ثم تليها مشاكل حول تربية الأولاد بنسبة 11.48%، وتأتي في الأخير مشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات بنسبة 9.02%.

الجدول رقم (119) مقارنة نوع المشاكل التي يتخااصم حولها الوالدان بين المتعاطين للمخدرات والأسوياء

نوع المشاكل	متعاطون للمخدرات		الأسوياء	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
مشاكل عائلية	126	51.64%	510	64.39%
مشاكل مادية	68	27.87%	156	19.70%
مشاكل حول تربية الأولاد	28	11.48%	100	12.63%
مشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات	22	9.02%	26	3.28%
المجموع	244	100%	792	100%

تغلب عند الفئتين المشاكل العائلية التي يتخااصمان حولها الوالدان، إلا أنها تمثل نسبة أكبر عند الأسوياء بنسبة 64.39%، بينما هي عند المتعاطين تمثل نسبة 51.64%. بينما نجد أن المشاكل المادية تأتي في المرتبة الثانية في كلتا الفئتين، إلا أنها أعلى عند فئة المتعاطين بنسبة 27.87%، بينما هي عند الأسوياء تمثل 19.70%. أما فيما يخص المشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات، فالفرق يبدو واضحا بين الفئتين، فهي عند المتعاطين تمثل 9.02%، بينما هي عند غير المتعاطين تمثل نسبة 3.28%. وعموما يمكن القول أم تخااصم الوالدان حول المشاكل المادية ومشاكل حول تعاطي المسكرات والمخدرات شكلت فرقا جوهريا بين الفئتين وصل إلى 13%.

الجدول رقم (120) توزيع المتعاطين حسب تخاصم الوالدين وحسب المنطقة

المنطقة تخاصم الوالدان		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أبدا	28	%24,14	8	%21,05	10	%16,67	14	%35	60	%23,62	60
أحيانا	56	%48,28	22	%57,89	38	%63,33	38	%35	130	%51,18	130
دائما	30	%25,86	4	%10,53	10	%16,67	10	%25	54	%21,26	54
دون إجابة	2	%1,72	4	%10,53	2	%3,33	2	%5	10	%3,94	10
المجموع	116	%100	38	%100	60	%100	40	%100	254	%100	254

يظهر الجدول رقم (120)، أن منطقة الجنوب تمثل أعلى نسبة 35% بعدم تخاصم الوالدين، أما فيما يخص التخاصم أحيانا، تأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 63.33%، أما بخصوص الخصومة الدائمة فتحتل منطقة الوسط الصدارة بنسبة 25.86%، و هذا التخاصم الدائم لوالدين لمنطقة الوسط رشحها لأن تكون في المرتبة الأولى في تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (121) نوعية المشاكل التي يتخاصم حولها أباء الطلبة المتعاطين للمخدرات حسب المناطق

نوعية المشاكل		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
مشاكل عائلية	68	%62,96	14	%50	28	%42,42	16	%38,10	126	%51,64	126
مشاكل مادية	22	%20,37	8	%28,57	32	%48,48	6	%14,29	68	%27,87	68
مشاكل حول تربية الأولاد	8	%7,41	2	%7,14	-	-	18	%42,86	28	%11,48	28
مشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات	10	%9,26	4	%14,29	6	%9,09	2	%4,76	22	%9,02	22
المجموع	108	%100	28	%100	66	%100	42	%100	244	%100	244

يجب الإشارة، أن هناك 10 من أصل 254 الطلبة المتعاطون للمخدرات لم يريدوا الإجابة على السؤال المتعلق بوجود التخاصم بين الوالدين. و يظهر الجدول رقم (121)،

أن منطقة الوسط تنصدر المناطق فيما يخص المشاكل العائلية بنسبة 62.96%، بينما فيما يخص المشاكل المادية تأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 48.48%. أما بخصوص مشاكل حول تربية الأولاد تأتي منطقة الجنوب في الصدارة بنسبة 42.86%. وتحتل منطقة الشرق المرتبة الأولى فيما يتعلق بالمشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات بنسبة 14.29%، وتأتي منطقة الجنوب في المرتبة الأخيرة فيما يخص تخاصم الوالدان حول تعاطي المخدرات والمسكرات.

الجدول رقم (122) مقارنة تعاطي أحد الوالدين للمسكرات حسب المناطق

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة عاطي المسكرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%6,06	92	%3,31	8	%5,99	20	%4,38	14	%8,04	50	نعم
%93,94	1426	%96,69	234	%94,01	314	%95,63	306	%91,96	572	لا
%100	1518	%100	242	%100	334	%100	320	%100	622	المجموع

ويوضح الجدول رقم (122)، أن الأغلبية العظمى من المبحوثين 93.94% صرحوا أن أباءهم لا يتعاطون المسكرات، إلا أن هناك 6.06% صرحوا بأن أباءهم يتعاطون المسكرات.

أما إذا قمنا بمقارنة تعاطي الوالدين للمسكرات بين المناطق، نجد أن منطقة الوسط تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 8.04%، ثم تتبعها منطقة الغرب بنسبة 5.99%، ثم تأتي منطقة الشرق في المرتبة الثالثة بنسبة 4.38%، وتأتي منطقة الجنوب في المرتبة الأخيرة بنسبة 3.31%.

الجدول رقم (123) توزيع أفراد العينة على تعاطي أحد الوالدين المخدرات حسب المنطقة

المنطقة تعاطي المخدرات	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	12	1,93%	4	1,25%	4	1,20%	4	1,65%	24	1,58%
لا	610	98,07%	316	98,75%	330	98,80%	238	98,35%	1494	98,42%
المجموع	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518	100%

لمعرفة إن كان هناك بين أولياء المبحوثين من يتعاطي المخدرات، توجهنا بهذا السؤال وكانت النتيجة أن الأغلبية الساحقة للمبحوثين صرحوا بعدم تعاطي والديهم للمخدرات بنسبة وصلت إلى 98.42%. كما أن هناك 1.58% من عينة الدراسة صرحوا بأن والديهم يتعاطون المخدرات. وإذا قمنا بمقارنة بين المناطق، نجد أن منطقة الوسط تأتي في المقدمة من حيث تعاطي الأباء للمخدرات بنسبة 1.93%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 1.65%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 1.25%، ثم منطقة الغرب بنسبة 1.20%. وقد تعود هذه النسبة الضئيلة إلى عدم أخذ بعين الاعتبار من الطلبة بعض أنواع المخدرات منها الأقراص وكذلك بعض الأنواع من الأقراص من الأدوية التي تؤخذ بوصفات طبية، والتي تكون من بين أهم أسباب تعاطي المخدرات لدى الأبناء.

الجدول رقم (124) يبين تعاطي المسكرات لأحد والدي المتعاطين

تعاطي المسكرات	التكرار	النسبة
نعم	54	21,26%
لا	200	78,74%
المجموع	254	100%

يبين الجدول رقم (124)، أن أغلبية المبحوثين المتعاطين للمخدرات بنسبة 78.74% صرحوا بأن أبويهم لا يتعاطون المسكرات، في حين هناك 21.26% منهم

صرحوا بأن أبويهم يتعاطون المسكرات. ومقارنة بالمخدرات، نجد أن هناك نسبة معتبرة من آباء الطلبة المتعاطين للمخدرات يتعاطون المسكرات، وهذا ما يشير أن تعاطي المسكرات منتشر أكثر من من تعاطي المخدرات عند آباء المتعاطين عموماً، ومنه يتضح جلياً أن هناك اختلافاً بين الأجيال في تعاطيهم للمخدرات عموماً، فالجيل السابق كان يفضل الكحول أما الجيل الحالي فهو يفضل المخدرات الأخرى في المقام الأول، وقد يعود السبب لعدم وجود عامل وفرة المخدرات كما هي عليه الآن عند الجيل السابق. عكس الجيل الحالي الذي تغطي على عصره عامل الوفرة و التنوع في السوق غير الشرعية للمخدرات.

الجدول رقم (125) مقارنة تعاطي الآباء للمسكرات بين المتعاطين و الأسوياء

تعاطي المسكرات		المتعاطون		الأسوياء	
نعم	لا	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
54	200	21,26%	40	3,46%	1116
254		100%	1156	100%	

يبين الجدول رقم (125) أعلاه، أن الفرق شاسع بين الفئتين من حيث تعاطي آباءهم المسكرات، فبينما صرحت فئة المتعاطين للمخدرات بأن أحد والديهم يتعاطي المخدرات بنسبة 21.26%، صرحت الفئة الثانية أي الأسوياء بنسبة 3.46% بنعم. وهكذا يتضح لنا من خلال الجدول أن تعاطي أحد الوالدين للمسكرات من أهم عوامل تعاطي الابناء للمخدرات.

الجدول رقم (126) تعاطي المخدرات لأحد والدي المتعاطين

تعاطي المخدرات	التكرار	النسبة
نعم	16	6,30%
لا	238	93,70%
المجموع	254	100%

يظهر من خلال الجدول رقم (126) أعلاه، أن 93.70% من المتعاطين صرحوا بعدم تعاطي أبويهم للمخدرات، بينما هناك 6.30% منهم من أقر بتعاطي أبويهم

للمخدرات. ومنه نجد أن تعاطي المخدرات عند آباء المتعاطين أقل من تعاطي المسكرات، وقد يعود ذلك لعدة أسباب، منها أن المتعاطي للمخدرات لا تظهر عليه آثار التعاطي مثل المسكرات وخصوصا كيف المعالج والذي هو الأكثر انتشارا في بين المتعاطين، أو أي أنواع من الأقراص المخدرة، وبالتالي ففي أغلب الأحيان لا يمكن للأبناء معرفة إن كان أحد الوالدين متعاطي للمخدرات، عكس المشروبات الكحولية التي تظهر علامات التعاطي مباشرة بعد التعاطي والتخايم المستمر بين الوالدين بسبب هذا التعاطي.

الجدول رقم (127) مقارنة تعاطي الآباء للمخدرات بين المتعاطين و الأسوياء

الأسوياء		المتعاطون		تعاطي المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0,87%	10	6,30%	16	نعم
99,13%	1146	93,70%	238	لا
100%	1156	100%	254	المجموع

يظهر الجدول رقم (127) أعلاه، أن الفرق شاسع بين الفئتين فيما يخص تعاطي أحد الأبوين المخدرات، بينما صرحت الفئة الأولى أي المتعاطون بنسبة 6.30 %، بينما صرحت فئة الأسوياء بنسبة 0.87% بتعاطي آباءهم المخدرات.

ومنه وحسب الجدولين رقم (125) و رقم (126) يتضح أن نسبة آباء المتعاطي للمخدرات الذين يتعاطون الكحول والمخدرات قد وصلت إلى 27.36%، وبالتالي تظهر أن هذه النسبة لها دلالة واضحة على تأثر الأبناء بتعاطي آباءهم للمسكرات والمخدرات، بينما أن هذه النسبة نجدها عند الأسوياء لا تتعدى 4.34% وهكذا يظهر الفرق شاسعا بين الفئتين.

الجدول رقم (128) توزيع متعاطي المخدرات حسب الحالة المدنية للوالدين

المجموع		الوالدان يعيشان
النسبة	التكرار	
81,89%	208	معا
8,66%	22	مطلقان
9,45%	24	منفصلان
100%	254	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (128)، أن الأغلبية العظمى من المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأن والديهم يعيشون معا بنسبة 81.89%، وأن هناك 9.45% منفصلان و 8.66% مطلقان. صحيح أن الأغلبية العظمى من المبحوثين المتعاطي للمخدرات صرحوا بأن أبويهم يعيشان معا، وهذا يعتبر مؤشر مهم لتماسك الأسرة وعدم وجود تفكك مادي، إلا أن هذا لا يكفي حيث وجود الوالدان مع لا يمنع من التفكك المعنوي الذي يكون من العوامل الرئيسية لولوج عالم الانحراف، وهذا ما سنراه في الجداول القادمة.

الجدول رقم (129) توزيع متعاطي المخدرات حسب الحالة المدنية للوالدين وحسب المناطق

المنطقة الوالدان يعيشان	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
معا	87,93%	102	78,95%	30	76,67%	46	75%	30	81,89%	208
مطلقان	10,34%	12	5,26%	2	10%	6	5%	2	8,66%	22
منفصلان	1,72%	2	15,79%	6	13,33%	8	20%	8	9,45%	24
المجموع	100%	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254

يوضح الجدول رقم (129)، أن منطقة الوسط تحتل المرتبة الأولى من حيث كون الوالدان يعيشان معا بنسبة 87.93%. أما بالنسبة للطلاق و الانفصال تحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 25% ، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 23.33%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 21.05%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 12.06%. ومنه فاحتلال منطقة الوسط المقام الأول لكون الوالدان يعيشان معا، إلا أن ذلك لم يمنعها من أن تحتل المرتبة الأولى في تعاطي المخدرات، وهذا ما يشير أن وجود الوالدان كلاهما معا لا يعني بالضرورة أنه ليس هناك نوع من أنواع التفكك الاسري.

الجدول رقم (130) توزيع متعاطي المخدرات حسب المنطقة ووجود الوالد على قيد الحياة

المنطقة الوالد على قيد الحياة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم		%96,55	112	%84,21	32	%80	48	%90	36	%89,76	228
لا		%3,45	4	%15,79	6	%20	12	%10	4	%10,24	26
المجموع		%100	116	%100	38	%100	60	%100	40	%100	254

حسب الجدول رقم (130)، يظهر أن 89.76% من المبحوثين المتعاطين للمخدرات لهم أباء على قيد الحياة وتأتي منطقة الوسط على رأس المناطق بنسبة 95.55%، مقابل 10.24% من توفوا أباؤهم وتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 20% من الأباء المتوفين. ومنه فإن فقدان الوالد لم يكن عاملا حاسما في تعاطي الأبناء للمخدرات، كون أن الأغلبية الساحقة من المتعاطين لم يفقدوا آبائهم إلا أن ذلك لم يمنعهم من تعاطيهم المخدرات.

الجدول رقم (131) توزيع متعاطي المخدرات حسب المنطقة ووجود الوالدة على قيد الحياة

المنطقة الوالدة على قيد الحياة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم		%96,55	112	%84,21	32	%96,67	58	%80,00	38	%94,49	240
لا		%3,45	4	%15,79	6	%3,33	2	%15,00	2	%5,51	14
المجموع		%100	116	%100	38	%100	60	%95	38	%100	254

يظهر الجدول رقم (131)، أن 94.49% من أمهات المبحوثين المتعاطين للمخدرات على قيد الحياة، وتأتي كل من منطقتي الغرب والوسط في الطليعة بنسبة 96.67% و 96.55% على التوالي. بينما هناك 5.51% من الأمهات متوفاة، وتتصدر القائمة منطقتا الشرق والجنوب بنسبة 15.79% و 15% على التوالي. وهكذا يبدو ظاهريا أن فقدان أحد الوالدين لم يكن له وقع على المبحوثين في تعاطيهم للمخدرات حيث أغلب المبحوثين مايزال أباؤهم على قيد الحياة.

الجدول رقم (132) معاملة الوالدان للمبحوث المتعاطي للمخدرات حسب المناطق (متعدد الإجابات)

المناطق	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
بحمية كبيرة	38	26,39%	10	25%	20	30,30%	4	10%	72	24,83%
بكيفية عادية	48	33,33%	24	60%	30	45,45%	24	60%	126	43,45%
بلا مبالاة	12	8,33%	-	-	6	9,09%	4	10%	22	7,59%
بخشونة	8	5,56%	-	-	2	3,03%	4	10%	14	4,83%
بالتوبيخ المستمر	16	11,11%	-	-	2	3,03%	2	5%	20	6,90%
بالشتم والسب	12	8,33%	2	5%	2	3,03%	-	-	16	5,52%
بالضرب	10	6,94%	4	10%	4	6,06%	2	5%	20	6,90%
المجموع	144	100%	40	100%	66	100%	40	100%	290	100%

عند قراءة الجدول رقم (132) ، نجد أن هناك نسبة كبيرة من المتعاطين 43.45% صرحوا بأن والديهم يعاملوهم بكيفية عادية، ثم تأتي المعاملة بحماية كبيرة في المرتبة الثانية بنسبة 24.83%. ويأتي بعدها المعاملات الأخرى ولكن بنسب متفاوتة إلا أن لها دلالة إحصائية واضحة، حيث نجد أن هناك 7.59% من المتعاطين يعاملون من قبل أوليائهم باللامبالاة، و 6.90% يعاملون بالتوبيخ المستمر ونفس النسبة فيما يخص المعاملة بالضرب، كما أن هناك 5.52% يعاملون بالشتم والسب، و 4.83% يعاملون بخشونة.

أما إذا قرأنا الجدول حسب المناطق، فنجد أن منطقة الغرب تحتل الصدارة في معاملة الوالدين بحماية كبيرة بنسبة 30.30%. أما المعاملة بكيفية عادية، نجد أن كلا من الجنوب والشرق يحتلان المقدمة بنسبة 60%. وتأتي منطقة الجنوب في المرتبة الأولى في عدم مبالاة الوالدان اتجاه أولادهم والمعاملة بخشونة بنسبة 10%. أما التوبيخ المستمر فهو من السمات التي يتسم بها أبناء منطقة الوسط على سائر المناطق الأخرى بنسبة 11.11%، كما تتصدر نفس المنطقة المعاملة بالشتم والسب بنسبة 8.33%. و أخيرا تأتي منطقة الشرق في مقدمة المناطق من حيث المعاملة بالضرب بنسبة 10%. ومنه يمكن القول، أنه حتى وإن كان الوالدان يعيشان معا، وأن نسبة قليلة من المتعاطين من فقد أحد الوالدين، إلا أن معاملة الوالدين كان له أثرها على المبحوثين حيث

نجد أنه تقريبا 31.72% تلقوا المعاملة من قبل أوليائهم باللا مبالاة والخشونة والتوبيخ المستمر والشتم والسب والضرب، وهذه كلها عوامل تساعد على تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات لدى الشباب، حتى بالنسبة للمعاملة بكيفية عادية تبدو غير كافية بالنسبة للمبحوث أي في كثير من الأحيان لا يظهر الآباء شعورهم بالحب والمودة والحماية نحو أبنائهم، مما يكون له وقع سلبي لدى الأبناء.

الجدول رقم (133) مقارنة معاملة الآباء لأبنائهم بين كل من المتعاطين والأسوياء

الأسوياء		المتعاطون للمخدرات		كيف يعاملون والدك
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
44,98%	520	24,83%	72	بحماية كبيرة
48,96%	566	43,45%	126	بكيفية عادية
3,29%	38	7,59%	22	بلا مبالاة
1,04%	12	4,83%	14	بخشونة
1,04%	12	6,90%	20	بالتوبيخ المستمر
-	-	5,52%	16	بالشتم والسب
0,69%	8	6,90%	20	بالضرب
100%	1156	100%	290	المجموع

يبين الجدول رقم (133)، وجود فرق شاسع بين النوع الأول من المعاملات، وهي الحماية الكبيرة، فبينما صرح نحو 44.98% من الأسوياء بأنهم يعاملون بحماية كبيرة من قبل آبائهم، صرح 24.83% من المتعاطين بذلك. حتى المعاملة بكيفية عادية كانت عند الأسوياء أهم من المتعاطين، إذ بلغت عند الفئة الأولى 48.96%، بينما كانت عند الفئة الثانية 43.45%. أما للامبالاة فقد بلغت عند المتعاطين 7.59%، بينما كانت عند الأسوياء 3.29%. وبخصوص المعاملة بخشونة وصلت عند المتعاطين 4.83% وعند الأسوياء 1.04%. كذلك بالنسبة للتوبيخ المستمر فقد وصلت النسبة عند المتعاطين 6.90%، ولم تتعدى عند الأسوياء 1.04%. وفيما يخص المعاملة بالشتم والسب فقد بلغت الأسوياء 5.52%، إلا أنها منعدمة عند غير المتعاطين. وأخيرا وبخصوص المعاملة بالضرب، فكانت عند المتعاطين 6.90%، وتكاد تكون معدومة عند الأسوياء إذ لم تتعدى 0.69%. وهكذا يتبين الفرق بين الفئتين فيما يخص المعاملات التي تتسم

باللامبالاة والخشونة والتوبيخ والشتم والضرب، ومنه ما يفسر تعاطي الفئة الأولى وامتناع الفئة الثانية.

الجدول رقم (134) مقارنة معاملة الآباء لأبنائهم بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين (متعدد الإجابات)

المنتكسون		الناجحون في الإقلاع		معاملة الوالدين
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
16,67%	6	22,50%	36	بحماية كبيرة
22,22%	8	48,75%	78	بكيفية عادية
22,22%	8	5,00%	8	بلا مبالاة
5,56%	2	5,00%	8	بخشونة
5,56%	2	8,75%	14	بالتوبيخ المستمر
11,11%	4	05%	8	بالشتم والسب
16,67%	6	05%	8	بالضرب
100%	36	100%	160	المجموع

يجب الإشارة أن هناك 56 متعاطي من أصل 254 أحجموا عن الإجابة عن السؤال المتعلق بنجاح أو فشل تجربة الإقلاع عن التعاطي، وهذا ما يفسر الفرق بين هذا الجدول والجدول السابقة. ومنه يظهر الجدول رقم (134) أن هناك فرقا شاسعا بين الفئتين، في كل من المعاملات التالية: الشتم والسب و الضرب. حيث وصلت نسبة المعاملة بالشتم والسب عند المنتكسين 11.11%، بينما وصلت عند الناجحين 5%. كما وصلت نسبة المعاملة بالضرب عند المنتكسين 16.67%، بينما وصلت عند الناجحين 5%. كما وصلت نسبة المعاملة باللامبالاة عند المنتكسين 22.22%، بينما وصلت عند الناجحين 5%. بينما وصلت نسبة المعاملة بحماية كبيرة عند الناجحين 22.50%، بينما وصلت عند المنتكسين 16.67%. وهكذا نستنتج أن بإمكان طريقة معاملة الآباء لأبنائهم تحديد معالم توجهاتهم السلوكية فيما بعد.

الجدول رقم (135) شعور المبحوث المتعاطي للمخدرات نحو والديه

شعورك نحو والديك شعور	التكرار	النسبة
حب	172	%67,72
عادي	72	%28,35
كره	10	%3,94
المجموع	254	%100

يبين الجدول رقم(135)، أن أغلبية المتعاطين للمخدرات بنسبة %67.72 صرحوا بأنهم يحبون والديهم. و %28.35 منهم صرحوا بأن شعورهم نحو آبائهم هو شعورا عاديا، بينما صرح نحو %3.94 بكرههم لأبائهم. وهكذا نلاحظ أن حب الوالدين لم يمنع المبحوثين من تعاطي المخدرات، وهذا ما يجعلنا نجزم أن هناك عدة عوامل هي التي تهيأ أرضية دخول عالم المخدرات.

الجدول رقم (136) مقارنة شعور المبحوث المتعاطي للمخدرات نحو والديه بين المناطق

المنطقة الشعور	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
حب	82	%70,69	28	%73,68	44	%73,33	18	%45	172	%67,72
عادي	32	%27,59	8	%21,05	12	%20	20	%50	72	%28,35
كره	2	%1,72	2	%5,26	4	%6,67	2	%5	10	%3,94
المجموع	116	%100	38	%100	60	%100%	40	%100	254	%100%

حسب الجدول رقم (136)، تتصدر منطقة الشرق مجموعة المناطق بنسبة %73.68 بخصوص شعور المبحوث المتعاطي نحو والديه بالحب. أما الذين صرحوا بأن شعورهم نحو آبائهم هو شعور عادي، نجد أن منطقة الجنوب تتصدر المجموعة بنسبة %50. وتأتي منطقة الغرب على رأس المناطق فيما يتعلق بشعور الأبناء المتعاطين للمخدرات بالكره نحو ابائهم بنسبة %6.67، وهذا الكره يمكن أن يتجسد عن طريق انتهاج سلوك مضاد للمجتمع ومنه تعاطي المخدرات، والذي يعبر المتعاطي من خلاله أنه ناقد على مجموعة من القيم التي تسود الأسرة والمجتمع.

الجدول رقم (137) المقارنة بين المتعاطين والأسوياء بخصوص شعور المبحوثين نحو والديهم

الأسوياء		المتعاطون		الشعور
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
81,66%	944	67,72%	172	حب
17,82%	206	28,35%	72	عادي
0,52%	6	3,94%	10	كره
100%	1156	100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (137) أعلاه، أن نسبة الأسوياء المحبين لآبائهم تفوق نسبة المتعاطين، حيث بلغت عند الفئة الأولى 81.94%، بينما وصلت عند الفئة الثانية 67.62%. أما فيما يخص الشعور العادي نحو الآباء فقد صرح نحو 28.35% من المتعاطين بأن شعورهم نحو آبائهم هو شعور عادي، أي أنه لم يرقى إلى درجة الحب، وقد يعود ذلك إلى عدم إحساس الإبن بحنان وعطف وحب الوالدان له، مما جعله لا يبدي ذلك الشعور الذي يحس به كل إبن تربي في كنف الأسرة وحبها وعطفها وحنانها. بينما صرح نحو 17.88% من الأسوياء بذلك. وبخصوص الشعور بالكره نحو الوالدين فالفرق واضح بين الفئتين، فقد بلغت النسبة عند المتعاطين 3.94%، بينما وصلت عند غير المتعاطين 0.52%. وهكذا قد يكون من أحد اسباب بداية التعاطي عند بعض المتعاطين هو شعورهم نحو والديهم.

الجدول رقم (138) المقارنة بين شعور الناجحين والمنتكسين من المتعاطين للمخدرات نحو والديهم

المنتكسون		الناجحون في الإقلاع		شعورك نحو والديك شعور
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
45,45%	20	74,03%	114	حب
40,91%	18	23,38%	36	عادي
13,64%	6	2,60%	4	كره
100%	44	100%	154	المجموع

لِلإشارة أن هناك 56 من المتعاطين فضلوا عدم الإجابة عن السؤال حول النجاح في تجربة الإقلاع عن التعاطي من عدمه، وهذا ما يفسر الفرق في المجموع بين هذا

الجدول والذي قبله. يوضح الجدول رقم (138)، أن نسبة الشعور بالحب نحو الوالدين عند الناجحون في الإقلاع هي 74.03 %، تفوق نسبة الشعور بالحب عند فئة المنتكسين بكثير والتي وصلت 45.45%. بينما الشعور العادي نحو الوالدين نسبته أكبر عند فئة المنتكسين والتي وصلت 40.91%. كما أن الشعور بالكره نحو الوالدين يظهر الفرق بوضوح بين الفئتين، فهو عند المنتكسين 13.64%، بينما هو عند الناجحين في الإقلاع 2.60%. ويمكن القول أن من عوامل الانتكاسة عند بعض المتعاطين يكمن في شعورهم بالكره نحو آبائهم.

الجدول رقم (139) الحوار مع الوالدين

الحوار	التكرار	النسبة
نعم	180	70,87%
لا	74	29,13%
المجموع	254	100%

حسب الجدول رقم (139)، صرح 70.87% من المبحوثين المتعاطين للمخدرات بأنهم يتحاورون مع والديهم، كما أن هذا الحوار يمكن أن يخص أحد الوالدين فقط دون الآخر، وهذا ما توصلنا إليه من خلال الخرجات الميدانية إلى مستشفى فرانتر فانون بالبلدية، حيث الأغلبية الساحقة من المدمنين الذين صرحوا بأنهم يتحاورون مع الوالدين أن هذا الحوار يخص الأم دون الأب، وبالتالي فهذا الحوار وإن وجد فهو مبتور، ومن الممكن جدا أن نصل إلى نفس النتيجة لو تعمقنا في السؤال مع المبحوثين وبالتالي يظهر أن ليس كل الذين صرحوا بأنهم يتحاورون مع آبائهم يقصد به الأم والأب معا. كما أن هناك 29.13% أجابوا بالنفي، وهنا يكمن الخطر في عملية التنشئة الاجتماعية، فالإبن إذا لم يجد مع من يتحاور معه من بين أفراد الأسرة قد يلجأ إلى رفاق السوء الذين يتعلم منهم سلوكا غير سوي كتعاطي المخدرات، وقد يكون هذا ما حدث لهذه الفئة.

الجدول رقم (140) الحوار مع الوالدين حسب المناطق

المنطقة الحوار	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	75.86%	88	73.68%	28	76.67%	46	45%	18	70.87%	180
لا	24.14%	28	26.32%	10	23.33%	14	55%	22	29.13%	74
المجموع	100%	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254

حسب الجدول رقم (140)، الأغلبية من المتعاطين للمخدرات أكدوا تحاورهم مع آبائهم إلا أن منطقة الغرب تصدرت القائمة بنسبة 76.67%، وتأتي منطقة الوسط في المركز الثاني بنسبة 75.86%، ثم تتبعها منطقة الشرق بنسبة 73.68%، ثم تأتي في آخر الصف منطقة الجنوب بنسبة 45%. أما فيما يخص عدم الحوار فيظهر أن منطقة الجنوب تأتي في الطليعة بنسبة 55% وهذا ما يؤكد نسبة شعور المبحوثين نحو آبائهم لهذه المنطقة، ثم تأتي منطقة الشرق في المقام الثاني بنسبة 26.32%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 24.14%، وتأتي في الأخير منطقة الغرب 23.33%. وهكذا يظهر، أنه على الرغم من تصريح نسبة كبيرة من المتعاطين للمخدرات أنهم يتحاورون مع آبائهم وقد يكون أحد الوالدين دون الآخر، وبالتالي فالحوار يكون مبتورا، إلا أن ذلك لم يمنع من وجود نسبة معتبرة تقارب 30% صرحوا بأنهم لا يتحاورون مع والديهم، وقد يكون ذلك من العوامل التي دفعت هذه الشريحة من الطلبة إلى تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (141) موضوع الحوار مع الوالدين حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة موضوع الحوار	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
مستقبلك	55.56%	60	76.47%	52	59.26%	32	63.64%	14	62.70%	158
مشاكل العائلة	44.44%	48	23.53%	16	40.74%	22	36.36%	8	37.30%	94
المجموع	100%	108	100%	68	100%	54	100%	22	100%	252

حسب الجدول رقم (141)، يتضح أن موضوع الحوار يخص بالدرجة الأولى مستقبل المبحوث بنسبة 62.70%، وتحتل منطقة الشرق المرتبة الأولى بين المناطق بنسبة 76.67%. وهذا يوحي بأن هناك اهتمام من طرف الآباء بمستقبل هذه الفئة من المبحوثين. بينما هناك نحو 37.30% من المتعاطين من صرحوا بأن الحوار يتعلق بمشاكل العائلة، وهذا ما يشير أن هذه الفئة من المتعاطين تشارك في إيجاد حلول لمشاكل التي تتخبط فيها العائلة، أي أنها تهتم بمشاكل العائلة كما أن الآباء يأخذون ارائهم لحل مشاكل العائلة وخصوصا عند يكون الإبن يعمل وله مدخول شهري ويشارك في مصروف العائلة الإجمالي كما هو الحال لكثير من الأسر الجزائرية. ويجب الإشارة أن هناك من المبحوثين من أجاب على كلتا الإجابتين، أي أنه يتحاور مع الوالدين من أجل مستقبله وكذلك لمشاكل العائلة.

الجدول رقم (142) المدخول الشهري لأسرة المتعاطي

النسبة	التكرار	المدخول الشهري لأسرة المتعاطي
16,54%	42	أقل من 12.000 دج
18,90%	48	12.000 – 19.999 دج
12,60%	32	20.000 – 29.999 دج
12,60%	32	30.000 – 39.999 دج
9,45%	24	40.000 – 49.999 دج
25,20%	64	50.000 دج فأكثر
4,72%	12	بدون إجابة
100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (142)، أن نسبة كبيرة من المتعاطين صرحوا بأن المدخول الشهري لأسرهم يتجاوز 50.000 دج بنسبة 25.20%، ثم يأتي من 12.000 دج إلى 19.999 دج بنسبة 18.90%، ثم أقل من 12.000 دج بنسبة 16.54%. وإذا أخذنا كمرجع الأجر الوطني القاعدي الأدنى 18.000 دج، يتبين أن أغلب أسر المبحوثين المتعاطين للمخدرات بنسبة 64.74% لهم مدخول شهري يفوق الأجر الوطني القاعدي الأدنى، مما قد يكون له علاقة مع تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (143) توزيع متعاطي المخدرات حسب العمل من عدمه وحسب المنطقة

العمل	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	46	39,66%	24	63,16%	22	36,67%	14	35%	106	41,73%
لا	70	60,34%	14	36,84%	38	63,33%	26	65%	148	58,27%
المجموع	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (143)، أن 58.27% من المتعاطين لا يعملون، وتحتل منطقة الجنوب الصدارة بنسبة 65%، وهذا ما يؤكد الوضعية الصعبة التي يمر بها شباب منطقة الجنوب مما استدعى من السلطات الحكومية اتخاذ إجراءات استعجالية بخصوص توظيف وادماج شباب المنطقة خصوصا الحاملين الشهادات منهم. بينما هناك 41.73% منهم صرحوا بأنهم يعملون، وتأتي منطقة الشرق في مقدمة المناطق بنسبة 63.16%، ويعني أن هذه الفئة قد اخذت استقلاليتها على الأقل من الجانب الاقتصادي، بل قد تشارك في مصروف العائلة.

الجدول رقم (144) توزيع متعاطي المخدرات المباشرون للعمل حسب المدخول الشهري وحسب المنطقة

المنطقة المدخول الشهري	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 12,000 دج	2	4,35%	6	25%	4	18,18%	4	28,57%	16	15,09%
12,000 – 19.999 دج	22	47,83%	6	25%	12	54,55%	8	57,14%	48	45,28%
20,000 – 29.999 دج	6	13,04%	8	33,33%	2	9,09%	2	14,29%	18	16,98%
30,000 – 39.999 دج	8	17,39%	2	8,33%	4	18,18%	-	-	14	13,21%
40,000 – 49.999 دج	2	4,35%	-	-	-	-	-	-	2	1,89%
50.000 دج فأكثر	6	13,04%	2	8,33%	-	-	-	-	8	7,55%
المجموع	46	100%	24	100%	22	100%	14	100%	106	100%

يظهر من خلال الجدول رقم (144)، أن نسبة معتبرة من العمال المتعاطين للمخدرات يتراوح مدخولهم الشهري بين 12.000 و 20.000 دج بنسبة 45.28%، وتأتي منطقة الجنوب في الطليعة بنسبة 57.17%. ثم يأتي في المقام الثاني المتعاطون الذين لهم مدخول شهري يتراوح ما بين 20.000 دج و 30.000 دج بنسبة 16.98%، وتتصدر المجموعة بمسافة بعيدة منطقة الشرق بنسبة 33.33% . ثم يأتي في المقام الثالث المتعاطون الذي يقل مدخولهم عن 12.000 دج بنسبة 15.09%، وتأتي في المقدمة منطقة الجنوب بنسبة 28.57%. ويأتي في المقام الرابع المتعاطون الذي يتراوح مدخولهم الشهري بين 30.000 دج و أقل من 40.000 دج بنسبة 13.21%، وتأتي منطقة الغرب على رأس المناطق بنسبة 18.18%. ويأتي في المقام الأخير المتعاطون الذي لهم مدخول شهري يفوق 50.000 دج و يقتصر الأمر على منطقة الوسط دون سواها. كما أن هناك 7.55% فضلوا عدم التصريح بمدخولهم الشهري ويقتصر الأمر على منطقتي الوسط والشرق.

ومن خلال ما سبق، يتبين أن أكثر من نصف المتعاطين العمال لهم مدخول الشهري أقل من الأجر الوطني القاعدي الأدنى المقدّر بـ 18.000 دج. وحسب المستوى المعيشي والقدرة الشرائية المتدهورة عموماً، فإن هؤلاء الفئة رغم أنها تعمل إلا أن ذلك لا يسمح لها ببناء مستقبلها من التفكير في الزواج والحصول على مسكن لائق.

الجدول رقم (145) المصروف الشهري للمبجوث المتعاطي المخدرات حسب المنطقة

المنطقة المصروف الشهري		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 1000 دج		6,90%	8	15,79%	6	-	-	5%	2	6,30%	16
1000 - 4999 دج		15,52%	18	-	-	13,33%	8	55%	22	18,90%	48
5000 - 9999 دج		18,97%	22	26,32%	10	13,33%	8	20%	8	18,90%	48
10000 - 14999 دج		22,41%	26	15,79%	6	13,33%	8	5%	2	16,54%	42
15000 - 19999 دج		8,62%	10	10,53%	4	13,33%	8	-	-	8,66%	22
20000 دج فما فوق		10,34%	12	21,05%	8	13,33%	8	-	-	11,02%	28
بدون إجابة		17,24%	20	10,53%	4	33,33%	20	15%	6	19,69%	50
المجموع		100%	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254

من خلال قراءة الجدول رقم (145)، يتبين أن نسبة كبيرة من المتعاطين أحجموا عن الإجابة عن هذا السؤال بنسبة 19.69%، وذلك لحساسية السؤال وحساسية الموضوع عموماً، حيث يتعلق الأمر بتعاطي المخدرات، ومصرف المتعاطي الشهري والذي له علاقة وثيقة بما يخصصه من مال شهرياً لشراء المادة المخدرة كما أن هناك نحو 18.90% من لهم مصرف شهري من 1.000 دج إلى 4.999 دج، وتتصدر المجموعة بمسافة بعيدة منطقة الجنوب بنسبة 55%، ونفس النسبة أي 18.90% لها مصرف شهري من 5.000 دج إلى 9.900 دج، وتأتي منطقة الشرق على رأس المناطق بنسبة 26.32%. وصرح نحو 16.54% بأن مصرفهم الشهري يتراوح من 10.000 دج إلى 14.999 دج، وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 22.41%. كما يوجد نحو 11.02% من يفوق مصرفهم الشهري 20.000 دج، وتتصدر المجموعة منطقة الشرق بنسبة 21.05%، كما أن هناك من المتعاطين من لهم مصرف شهري من 15.000 دج إلى 19.999 دج حيث بلغت النسبة بنسبة 8.66%. وتأتي في المرتبة الأولى منطقة الغرب بنسبة 13.33 بنسبة 8.66%. وأخيراً هناك نسبة قليلة من الذين لهم مصرف شهري أقل من 1.000 دج، وتتصدر المجموعة منطقة الشرق بنسبة 15.79%. ومن خلال ما سبق، يتبين أن كل المتعاطي لهم مصرف شهري يسمح لهم بشراء المخدرات، إلا أن هذا المصرف لا يسمح للمتعاطي بشراء المخدرات القوية كالهيريون والكوكايين وحتى بعض الأقراص كالسوبيتكس والريفوتريل لغلاءها في السوق غير الشرعية للمخدرات.

الجدول رقم (146) مهنة أب المبحوث المتعاطي لمخدرات حسب المنطقة

المنطقة مهنة الأب	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
موظف	%10,34	12	%10,53	4	%10	6	-	-	%8,66	22
عامل	%22,41	26	%10,53	4	%20	12	%40	16	%22,83	58
معلم	%1,72	2	%10,53	4	%10	6	-	-	%4,72	12
طبيب	%6,90	8	-	-	-	-	%5	2	%3,94	10
بطل	%3,45	4	-	-	%10	6	%20	8	%7,09	18
متقاعد	%18,97	22	%57,89	22	%23,33	14	%15	6	%25,20	64
عمل حر	%31,03	36	%5,26	2	%20	12	%5	2	%20,47	52
شرطي/دركي	%3,45	4	-	-	-	-	%5	2	%2,36	6
دون إجابة	%1,72	2	%5,26	2	%6,67	4	%10	4	%4,72	12
المجموع	%100	116	%100	38	%100	60	%100	40	%100	254

يتضح من خلال الجدول (146)، أن عددا كبيرا من المتعاطين لهم أباء متقاعدين بنسبة 25.20%، ثم يأتي بعدهم الطلبة المتعاطين الذين لهم أباء عمال في مؤسسة بنسبة 22.83%. كما أن هناك نسبة معتبرة من الأباء الذين يمارسون عملا حرا بنسبة 20.47%.

أما توزيع المهن حسب المناطق: فبالنسبة للموظفين ماعدا منطقة الجنوب، فإن بقية المناطق لها نسب متقاربة جدا من 10 % إلى 10.53%. وبخصوص العمال في المؤسسات تأتي منطقة الجنوب على رأس المناطق بنسبة 40%. أما سلك التعليم وبالأخص معلم وأستاذ، تحتلان كل من منطقة الشرق والغرب المقدمة 10.53 % و 10%. أما مهنة الطب فهي مقتصرة على منطقة الوسط بنسبة 6.90%، ومنطقة الجنوب بنسبة 5%. أما البطالة فهي متفشية بكثرة بين اباء المتعاطين في منطقة الجنوب بنسبة 20%. وفيما يتعلق بالتقاعد فتحل منطقة الشرق المرتبة الأولى بنسبة 57.89%. أما عن العمل الحر فهي منحصرة بين منطقة الوسط بنسبة 15.52%، ومنطقة الغرب

بنسبة 16.67%. وتتصدر منطقة الوسط مهنة التجارة للآباء بنسبة 15.52%. كما أن وظيفة الأمن في سلك الأمن، فهي تخص منطقة الوسط بنسبة 3.45%، ومنطقة الجنوب بنسبة 5%.

الجدول رقم (147) مقارنة مهنة الآباء بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين

مهنة الأب	ناجح		منتكس	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
موظف	14	9,09%	4	9,09%
عامل	32	20,78%	12	27,27%
معلم	8	5,19%	-	-
طبيب	6	3,90%	-	-
بطل	12	7,79%	4	9,09%
متقاعد	44	28,57%	8	18,18%
فلاح	4	2,60%	-	-
عمل حر	24	15,58%	10	22,73%
شرطي/دركي	-	-	2	4,55%
دون إجابة	10	6,49%	4	9,09%
المجموع	154	100%	44	100%

يجب الإشارة، أنه من أصل 254 متعاطي للمخدرات، هناك 56 لم يجيبوا على نجاح تجربتهم من فشلها في الإقلاع عن التعاطي. و يبين الجدول رقم (147) أعلاه، أن هناك بعض الفئات المهنية، كالموظفين، والذين يعملون في سلك التعليم والأطباء، نجح أبناءهم كلهم أي 100% في تجربة الإقلاع عن التعاطي، بينما نجد الذين يعملون في سلك الأمن والعمال في مؤسسة و البطالون والتجار والذين يمارسون أعمالاً حرة، والمتقاعدون لم ينجح أبناءهم بنسبة كبيرة في التخلص نهائياً من تعاطي المخدرات، وهذه يمكن استنتاج أن هناك علاقة بين المستوى المهني لآباء المتعاطين للمخدرات ونجاح الإقلاع عن التعاطي.

الجدول رقم (148) مهنة الأم لمتعاطي المخدرات حسب المنطقة

المنطقة مهنة الأم	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
عاملة	%6,90	8	-	-	%6,67	4	-	-	%4,72	12
معلمة	%18,97	22	-	-	%3,33	2	%15,00	6	%11,81	30
طبيبة	%8,62	10	%5,26	2	%3,33	2	-	-	%5,51	14
متقاعدة	%5,17	6	%5,26	2	%3,33	2	%5	2	%4,72	12
ماكثة في البيت	%50	58	%89,47	34	%73,33	44	%65	26	%63,78	162
عمل حر	%3,45	4	-	-	-	-	%10	4	%3,15	8
دون إجابة	%6,90	8	-	-	%10	6	%5	2	%6,30	16
المجموع	%100	116	%100	38	%100	60	%100	40	%100	254

يبين الجدول رقم (148)، أن أغلبية المتعاطين للمخدرات لهم أمهات ماكثات في البيت بنسبة 63.78%. وتتصدر منطقة الشرق مجموعة المناطق بنسبة 89.47%. كما أن هناك نسبة 11.81% لهم أمهات أساتذة، وتأتي منطقة الوسط على رأس المناطق بنسبة 18.97% أما فيما يتعلق بسلك الطب فتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 8.62%. وبخصوص العمل الحر تتفرد منطقة الجنوب بنسبة 10%. كما أن هناك أمهات متقاعدات بنسب متقاربة ماعدا منطقة الغرب. وتقتصر مهن العمل في مؤسسة على منطقتي الوسط والغرب بنسب متقاربة على التوالي 6.90% و 6.67%. وهكذا يتبين أن مكوث المرأة في المنزل لم يساعد الأبناء على اكتساب السلوك السوي من خلال التنشئة الاجتماعية لدخل الأسرة ومنه تقادي تعاطي المخدرات، وهذا ما يؤكد على وجوب تعلم المرأة بعض المهارات في كيفية تربية الأبناء تبعا للتغيرات الاجتماعية السريعة التي تشهدها المجتمعات في العقود الأخيرة.

الجدول رقم (149) مقارنة مهنة الأمهات بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين

مهنة الأم	ناجح		منتكس	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
عاملة	8	5,19%	-	-
معلم (ة)	18	11,69%	2	4,55%
طبيب	10	6,49%	2	4,55%
متقاعد	10	6,49%	2	4,55%
ماكثة في البيت	98	63,64%	28	63,64%
عمل حر	4	2,60%	4	9,09%
دون إجابة	6	3,90%	6	13,64%
المجموع	154	100%	44	100%

كما أسلفنا ذكره، هناك 56 متعاطي لم يجيبوا على السؤال المتعلق بنجاح تجربة التعاطي من عدمها. يبين الجدول رقم (149)، أن بعض المهن كالعاملات في المؤسسة، نجح أبناءهن في التخلي كلياً عن تعاطي المخدرات، وفيما يخص المعلمات والطبيبات وحتى المتقاعدات نجح عدد لا بأس به من الأبناء في التخلص من عادة التعاطي. بينما لم تتجح الأخريات في ذلك كاللواتي يمارسن أعمالاً حرة والماكثات في البيوت. وعليه يمكن القول أن المستوى المهني للأمهات يعتبر كإحدى الركائز التي تساعد الإبن المتعاطي على التخلص من المخدرات.

الجدول رقم (150) توزيع متعاطي المخدرات حسب المستوى التعليمي للأب

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
أمي	28	11,02%
إبتدائي	66	25,98%
متوسط	36	14,17%
ثانوي	40	15,75%
جامعي	84	33,07%
المجموع	254	100%

يظهر من خلال الجدول رقم (150)، أن أغلب المتعاطين لهم أباء جامعيون بنسبة 33.07%، ثم يأتي الآباء ذوو المستوى الابتدائي بنسبة 25.98%، ثم الثانوي بنسبة 15.17%، ثم المتوسط بنسبة 14.17%. و أخيراً هناك 11.02% من أباء المتعاطين أميين. وهذا لا يتوافق مع عدد كبير من نتائج الدراسات التي توصلت إلى أن

أغلب آباء المتعاطين للمخدرات لهم مستوى تعليمي متدني. فالمستوى التعليمي للآباء لم يساعد الأبناء على تقادي السلوك المنحرف ومنه تعاطي المخدرات. إلا أنه لو أخذنا بعين الاعتبار أن كل من المستوى المتوسط والابتدائي والأمية ضمن المستويات الدنيا، يتضح أن أكثر من 51% من المتعاطين لهم مستوى تعليمي متدني.

الجدول رقم (151) توزيع متعاطي المخدرات حسب المستوى التعليمي للأم

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
24,41%	62	أمي
20,47%	52	إبتدائي
12,60%	32	متوسط
18,90%	48	ثانوي
23,62%	60	جامعي
100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (151)، أن هناك 24.41% من الطلبة المتعاطين للمخدرات من لهم أمهات أميات، ثم يأتي بعدهم مباشرة في المرتبة الثانية من لهم أمهات جامعات بنسبة 23.62%، أما المستوى الابتدائي للأمهات فيأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 20.47%، ثم الثانوي بنسبة 18.90% وأخيرا يأتي مستوى المتوسط بنسبة 12.60%. حتى ولو أن هناك نسبة كبيرة من المتعاطين لهم أمهات لهن مستوى تعليمي دون الجامعي، إلا أن المستوى الجامعي لعدد معتبر من أمهات المبحوثين لم يمنع هؤلاء الطلبة من تجريب أو تعاطي المخدرات. وبالتالي فالمستوى الجامعي للآباء يظهر أنه لا يكفي وحده لوقاية الأبناء من السلوك الانحراف ومنه تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (152) مقارنة المستوى التعليمي للأباء بين الناجحين في الإقلاع عن التعاطي والمنتكسين

المتعاطون المنتكسون		الناجحون في الإقلاع		المستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%22,73	10	%9,09	14	أمي
%18,18	8	%27,27	42	إبتدائي
%27,27	12	%14,29	22	متوسط
%22,73	10	%16,88	26	ثانوي
%9,09	4	%32,47	50	جامعي
%100	44	%100	154	المجموع

يوضح الجدول رقم (152)، أن هناك نسبة معتبرة 32.47% من المتعاطين من لهم أباء ذوو مستوى جامعي نجحوا في الإقلاع عن التعاطي. كما نلاحظ أن نسبة الأمية مرتفعة عند أباء المنتكسين 22.73% مقارنة بالناجحين 9.09%. وهذا ما يشير إلى أن المستوى التعليمي يكون له دورا حاسما في مرحلة متقدمة من مراحل الوقاية من المخدرات.

الجدول رقم (153) مقارنة المستوى التعليمي للأمهات بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين

المتعاطون المنتكسون		لناجحون في الإقلاع		المستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%9,09	4	%31,17	48	أمي
%31,82	14	%12,99	20	إبتدائي
%27,27	12	%11,69	18	متوسط
%22,73	10	%18,18	28	ثانوي
%9,09	4	%25,97	40	جامعي
%100	44	%100	154	المجموع

كما أشرنا سابقا، أن هناك 56 متعاطي رفضوا الإجابة على السؤال المتعلق بنجاح تجربة الإقلاع من عدمها. حسب الجدول رقم (153)، تغطي الأمية على أمهات المتعاطين الناجحين في الغفلة بنسبة 31.17%. بينما أغلب أمهات المنتكسين لهم مستوى ابتدائي بنسبة 31.82%، ثم تليهن من لهن مستوى متوسط بنسبة 27.27%. كما أن نسبة معتبرة من أمهات الناجحين في الإقلاع لهن مستوى جامعي بنسبة

25.97%، وهذا ما يؤكد دور المستوى التعليمي العالي في مساعدة الأبناء التخلي عن عادة التعاطي.

الجدول رقم (154) مقارنة المستوى التعليمي لأباء المتعاطين حسب المناطق

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة المستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%11,02	28	%5	2	%23,33	14	%15,79	6	%5,17	6	أمي
%25,98	66	%25	10	%23,33	14	%36,84	14	%24,14	28	إبتدائي
%14,17	36	%30	12	%13,33	8	%15,79	6	%8,62	10	متوسط
%15,75	40	%20	8	%23,33	14	%5,26	2	%13,79	16	ثانوي
%33,07	84	%20	8	16,67	10	%26,32	10	%48,28	56	جامعي
%100	254	%100	40	%100	60	%100	38	%100	116	المجموع

يوضح الجدول رقم (154)، أن نسبة الأمية مرتفعة عند أباء المتعاطين في المنطقة الغربية مقارنة بباقي المناطق بنسبة 23.33%. وتأتي منطقة الشرق في المقدمة عند الاباء ذوي المستوى الابتدائي بنسبة 36.84%. أما المستوى المتوسط والثانوي فتتفرد منطقة الجنوب بنسبة معتبرة على التوالي 60% و 40%. وتتصدر منطقة الوسط لحاملي المستوى الجامعي بنسبة 48.28%. ومنه يظهر جليا أن منطقة الوسط لها الحظ أكثر من باقي المناطق فيما يخص المستوى الجامعي عند الآباء إلا أن ذلك لم يمنع من دخول أبنائهم عالم المخدرات، ونجد أن هذا المستوى هو السائد حتى بالنسبة لمنطقة الوسط في حد ذاتها.

الجدول رقم (155) مقارنة المستوى التعليمي لأمهات المتعاطين حسب المناطق

المجموعة		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة المستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%24,41	62	%30	12	%33,33	20	%47,37	18	%10,34	12	أمية
%20,47	52	%5	2	%36,67	22	%31,58	12	%13,79	16	إبتدائي
%12,60	32	%30	12	%13,33	8	%5,26	2	%8,62	10	متوسط
%18,90	48	%20	8	%10	6	%10,53	4	%25,86	30	ثانوي
%23,62	60	%15	6	%6,67	4	%5,26	2	%41,38	48	جامعي
%100	254	%100	40	%100	60	%100	38	%100	116	المجموع

حسب الجدول رقم (155)، يتبين أن منطقة الشرق تتميز على غيرها من المناطق بنسبة كبيرة من الأمية عند الأمهات حيث وصلت إلى 58.33% . بينما تتفرد كل من منطقتي الغرب والشرق بالمستوى الابتدائي للأمهات على التوالي 13.33% و 8.33%. و تتصدر منطقة الوسط المجموعة للمستويات المتوسطة والثانوي والجامعي على التوالي 16.67% و 23.33% و 46.67%. وعليه يظهر أن منطقة الوسط أوفر حظا من باقي المناطق في وصول أمهات المبحوثين إلى مستوى التعليم العالي، ويعود ذلك بالتأكيد إلى الإمكانيات التي حظيت بها منطقة الوسط على حساب باقي المناطق من أرض الوطن، من توفر الفرص والظروف الملائمة للمواطن عموما والمرأة على وجه الخصوص لمواصلة الدراسة إلى أعلى المستويات، إلا أن ذلك لم يكن مانعا لتجريب أبناءهم المخدرات ودخول عالم الانحراف، وعليه يظهر أن التعليم العالي ودخول الفتيات إلى الجامعة غير كافي لإعدادهن لتكوين أسر سوية وتربية أبناء أحسن تربية.

المبحث الثالث: أنواع المخدرات المتعاطاة وطرق تعاطيها والظروف المساعدة على التعاطي :

المطلب الأول : أنواع المخدرات التي تعاطاها أو ما يزال يتعاطاها المبحوثون
المتعاطون للمخدرات:

الجدول رقم (156) نوع المخدرات التي تعاطاه أو ما يزال يتعاطاها المبحوثون المتعاطون للمخدرات
(متعدد الإجابات)

نوع المخدر	التكرار	النسبة
الكيف	210	69,54%
الأفيون	2	0,66%
الهيرويين (الغبرة)	4	1,32%
الكوكايين (الغبرة)	4	1,32%
الأقراص (الكاشيات)	24	7,95%
البنزين	4	1,32%
الغراء	4	1,32%
الكحول	48	15,89%
مخدرات أخرى	2	0,66%
المجموع	302	100%

يبين الجدول رقم (156)، أن أغلب المبحوثين المتعاطين للمخدرات يفضلون الكيف بالدرجة الأولى بنسبة 69.54%. وهذا ما يؤكد ما توصلت إليه جل الدراسات سواء الوطنية منها أو العربية أو الغربية. ثم يليه تعاطي الكحول بنسبة 15.89%， ويأتي تعاطي الاقراص في المرتبة الثالثة بنسبة 7.95%. كما أن هناك تعاطي ولو بنسب قليلة لكل من

الكوكايين الهيروين والبنزين والغراء بنسبة 1.32%. أما الأفيون ومخدرات أخرى لم يتم تحديدها فنسبتها 0.66%، كل منهما. وهكذا نجد أن تعاطي الكيف المعالج هي المادة المخدرة الأكثر تفضيلا عن المتعاطي، ويعود ذلك لعدة أسباب أهمها: وجود أكبر دولة منتجة لمادة راتج القنب في العالم بنسبة 60 % مجاورة للجزائر، وبالتالي توفر المادة ورخص سعرها وخصوصا بعد أن اشتد الخناق على تجار هذه المادة في الدول الأوروبية. كما أن الكحول مازال يحتل مكانا هاما في قائمة المواد المخدرة المتعاطاة، ويعد ذلك إلى كون أن تجارة هذه المادة يسمح بها القانون، ولا تكاد تخلو أية ولاية من ولايات الوطن من وجود محلات حوكمية و خاصة تباع هذه المادة باستثناء عدد قليل من الولايات المحافظة كولاية جيجل على سبيل المثال، أين يقوم المتعاطي للكحول بالتوجه إلى الولايات المجاورة لاقتناء هذه المادة. كما يأتي تعاطي الأقراص في المرتبة الثالثة، إن عامل وفرة هذه الأقراص ورخص ثمنها ساعد على انتشار تعاطيها بين الشباب، إلا أن ليست كل الأقراص رخيصة الثمن، غير أن ذلك لم يمنع من انتشارها بين الشباب كالأقراص : السويتيكس والريفوتريل. كما يجب التنبيه بخطورة هذه الأقراص عموما، ويرجع ذلك إلى عدم معرفة تركيباتها الفارماكولوجية مما قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة عند متعاطيها كالجرعة الزائدة التي تؤدي إلى الوفاة أو فقدان الذاكرة أو اضطرابات نفسانية عديدة.

الجدول رقم (157) نوع المخدرات التي تعاطاها أو ما يزال يتعاطاها المبحوثون المتعاطون للمخدرات حسب المناطق (متعدد الإجابات)

نوع المخدر / المنطقة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الكيف	%73,97	108	%65	26	%71,88	46	%57,69	30	%69,54	210
الأفيون	%1,37	2	-	-	-	-	-	-	%0,66	2
الهيريون (الغبرة)	%2,74	4	-	-	-	-	-	-	%1,32	4
الكوكايين (الغبرة)	%1,37	2	-	-	-	-	%3,85	2	%1,32	4
الأقراص (الكاشيات)	%8,22	12	%5	2	%12,50	8	%3,85	2	%7,95	24
البنزين	-	-	%5	2	-	-	%3,85	2	%1,32	4
الغراء	-	-	%5	2	-	-	%3,85	2	%1,32	4
الكحول	%12,33	18	%20	8	%15,63	10	%23,08	12	%15,89	48
مخدرات أخرى	-	-	-	-	-	-	%3,85	2	%0,66	2
المجموع	%100	146	%100	40	%100	64	%100	52	%100	302

يتصدر الكيف قائمة المخدرات التي يتعاطاها الطلاب المتعاطين لمنطقة الوسط بنسبة 73.97%، ثم يأتي تعاطي الكحول في المقام الثاني بنسبة 12.33%، ويأتي تعاطي الأقراص في المقام الثالث بنسبة 8.22%. ويأتي بعدها تعاطي الهيريون بنسبة 2.74%، ثم تعاطي الأفيون والكوكايين بنسبة 1.37% .

كما يظهر الجدول أن طلاب منطقة الشرق المتعاطين للمخدرات يفضلون في المقام الأول تعاطي الكيف، حيث هناك 65% منهم صرحوا بأنهم تعاطوا أو ما يزالون يتعاطون الكيف، ثم يأتي تعاطي الكحول في المرتبة الثانية بنسبة 20%، ويأتي تعاطي كل من الأقراص والبنزين والغراء في المرتبة الثالثة بنسبة 5%.

يأتي تعاطي الكيف بالمنطقة الغربية في المقام الأول بنسبة 71.88%، ثم يأتي في المقام الثاني تعاطي الكحول بنسبة 15.63%، ويأتي في المرتبة الثالثة والأخيرة تعاطي

الأقراص بنسبة 12.50%. وما يميز منطقة الغرب على باقي المناطق هي اقتصار متعاطيها على ثلاث مواد مخدرة فقط،

إن طلبة منطقة الجنوب يفضلون تعاطي الكيف بنسبة 57.69%، ثم يأتي بعدها تعاطي الكحول بنسبة 23.08%، ثم يأتي تعاطي كل من الكوكايين والأقراص والبنزين والغراء ومخدرات أخرى بنسب متساوية 3.85%. وهذا ما يؤكد أن منطقة الجنوب أصبحت منطقة عبور للمخدرات بشتى أصنافها حتى القوية منها كمادة الكوكايين الوافدة من أمريكا اللاتينية والتي تدخل عبر دول الساحل ليعبر جزء مهم منها صحراء الجزائر لتأخذ بعدها عدة اتجاهات من وراء البحر.

المطلب الثاني: طرق تعاطي المخدرات:

الجدول رقم (158) يبين طرق تعاطي المخدرات لدى المبحوثين حسب المنطقة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة طريقة التعاطي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%27,59	80	%26,92	14	%29,41	20	%19,23	10	%26,87	36	الفم
%2,76	8	%7,69	4	%2,94	2	%5	2	-	-	الشم
%66,21	192	%61,54	32	%64,71	44	%60	24	%68,66	92	التدخين
%3,45	10	%3,85	2	%2,94	2	-	-	%4,48	6	الحقن
%100	290	%100	52	%100	68	%84	36	%100	134	المجموع

حسب الجدول رقم (158)، تأتي طريقة تدخين المخدرات في المقدمة بنسبة معتبرة 66.21%، ثم تأتي بعدها طريقة التعاطي عن طريق الفم في المرتبة الثانية بنسبة 27.59%، ثم تليها طريقة الحقن بنسبة 3.45%، وأخيرا تأتي طريقة الشم في المرتبة الرابعة بنسبة 2.76%.

أما إذا قارنا طريقة تعاطي المخدرات بين المناطق، تأتي طريقة التدخين في المقدمة بالنسبة لكل المناطق وهذا يخص بالاساس مادة راتنج القنب، إلا أن منطقة الوسط تتصدر

المناطق بنسبة 68.66%. أما طريقة التعاطي عن طريق الفم، تأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 29.41%، وتخص بالأساس الكحول والأقراص. وتأتي منطقة الوسط في المرتبة الأولى لطريقة التعاطي بالحقن بنسبة 4.48% وهذا يخص المخدرات القوية كالهيريون والكوكايين وحتى أقراص السوبيتكس التي يتم طحنها ثم حقنها، وتأتي بعدها منطقة الجنوب بنسبة 3.85%، وهذا مایؤكد دخول المخدرات القوية منطقة الجنوب. أما الشم فتحتل منطقة الجنوب الصدارة بنسبة 7.69%، وتخص طريقة شم المخدرات لكل من الهيريون والكوكايين و حتى أقراص السوبيتكس، إلا أن هذه الطريقة سرعان ما تصبح لا تؤدي مفعولها مما يؤدي بالمتعاطي إلى اللجوء إلى طريقة الحقن لمفعولها المباشر والسريع.

المطلب الثالث: الظروف التي تساعد على البدء والاستمرار في تعاطي المخدرات:

الجدول رقم (159) ظروف بدء تعاطي المخدرات

النسبة	التكرار	الظروف
14,17%	36	صديق
37,80%	96	جماعة رفاق
7,87%	20	أحد أفراد العائلة
11,02%	28	مشاكل نفسية (الدمار)
5,51%	14	مشاكل إجتماعية
0,79%	2	ما تبثه وسائل الإعلام
16,54%	42	الفضول
6,30%	16	الرجلة
100%	254	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (159)، والخاص بتوزيع المتعاطين حسب نوع ظروف بدأ التعاطي. يتضح أن أغلب المتعاطين بدعوا التعاطي تحت تأثير جماعة الرفاق بنسبة

37.80%. ويأتي في الدرجة الثانية بدأ التعاطي عن طريق الفضول بنسبة 16.54%،. ويأتي بعدها ضغط صديق على بدأ التعاطي بنسبة 14.17%، ثم بسبب مشاكل نفسية حسب المتعاطي بنسبة 11.02%، كما أن هناك نسبة من هؤلاء المتعاطين 7.87% بدءوا التعاطي تحت تأثير أحد أفراد العائلة. كما أن هناك نسبة 6.30% من المتعاطين الذين صرحوا أن بداية التعاطي كان بدافع الرغبة . دون أن ننسى أن المشاكل الاجتماعية كان لها دور كذلك في بداية التعاطي بالنسبة للبقية والتي تمثل نسبة 5%.

وعليه، يظهر جليا من خلال الجدول، أن أغلبية أفراد العينة الذي تعاطوا المخدرات صرحوا بأن ذلك كان تحت تأثير المحيط بنسبة 66.14%، أي أنه كان خارج إرادة الشخص المتعاطي، أما الباقي أي 33.86% فكان ذلك نابع من إرادة الفرد (مشاكل نفسية، الفضول، الرغبة)

الجدول رقم (160) ظروف بدء التعاطي حسب المنطقة

الظروف		المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
صديق		10,34%	12	31,58%	12	10%	6	15%	6	14,17%	36	14,17%	36
جماعة رفاق		34,48%	40	36,84%	14	43,33%	26	40%	16	37,80%	96	37,80%	96
أحد أفراد العائلة		5,17%	6	10,53%	4	16,67%	10	-	-	7,87%	20	7,87%	20
مشاكل نفسية (الدمار)		10,34%	12	5,26%	2	10%	6	20%	8	11,02%	28	11,02%	28
مشاكل إجتماعية		5,17%	6	-	-	3,33%	2	15%	6	5,51%	14	5,51%	14
ما تبثه وسائل الإعلام		-	-	-	-	3,33%	2	-	-	0,79%	2	0,79%	2
الفضول		24,14%	28	10,53%	4	10%	6	10%	4	16,54%	42	16,54%	42
الرغبة		10,34%	12	5,26%	2	3,33%	2	-	-	6,30%	16	6,30%	16
المجموع		100%	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254	100%	254

يبين الجدول رقم (160)، والخاص بظروف بدأ التعاطي حسب المنطقة، أن طلبة منطقة الغرب تأثروا أكثر من غيرهم بجماعة الرفاق بنسبة 43.33%. أما تأثير الصديق فتحتل منطقة الشرق الصدارة بنسبة 31.58%، ومنه يظهر أن منطقة الشرق يلعب الصديق دورا هاما في بدأ التعاطي، أما منطقة الغرب فتلعب جماعة الرفاق جورا أساسيا في بداية التعاطي.

كما أن منطقة الغرب تنصدر المجموعة من حيث تأثير أحد أفراد العائلة بنسبة 16.67%، ويلاحظ أن هذا التأثير غير موجود في منطقة الجنوب، وهذا ما يمكن تفسيره بالثقافة الفرعية الخاصة بكل منطقة.

وبخصوص الظروف النفسية التي كانت السبب في بداية التعاطي، تحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 20%، وهكذا يعتبر العامل النفسي عند أفراد عينة منطقة الجنوب من العوامل الرئيسية في تجربة التعاطي، ويأتي في المقام الثاني بعد تأثير جماعة الرفاق، وهذا يعتبر مؤشر مهم في الوضع النفسي الصعب الذي يمر به سكان المنطقة عموما والشباب على وجه الخصوص.

كما أن منطقة الجنوب تتقدم المجموعة فيما يتعلق بالظروف الاجتماعية التي كانت سببا في بداية التعاطي بنسبة 15% وهي بالتالي تتقدم باقي المناطق بمسافة بعيدة، وهذا ما تؤكد الاضطرابات الاجتماعية التي تشهدها معظم ولايات الجنوب في السنوات الأخيرة، مما دفع بالسلطات العمومية باتخاذ اجراءات استعجالية خاصة بهذه المنطقة.

وتأتي منطقة الوسط على رأس المناطق فيما يخص الفضول بنسبة 24.14%، ويأتي في المقام الثاني لهذه المنطقة. إن الفضول عموما يؤدي بصاحبه إلى الاكتشاف والاختراع إذا تم توظيفه بطريقة صحيحة ومؤطرة، أما إذا لم يوظف بحكمة يؤدي إلى الخروج عن الضبط الاجتماعي واكتشاف شتى أنواع الانحراف. ويتميز طلبة منطقة الوسط عن باقي الطلبة بالفضول، مما تسبب في تجريبهم تعاطي المخدرات. كما تحتل منطقة الوسط الصدارة فيما يتعلق بالرجلة بنسبة 10.34%.

أما ما تبثه وسائل الإعلام، فتأتي منطقة الجنوب وحدها في هذا البند بنسبة 3.33%.

وهكذا، بالنسبة لمنطقة الوسط: جماعة الرفاق في المرتبة الأولى بنسبة 34.48%، ثم الفضول بنسبة 24.14%، تحت تأثير صديق و الفضول ومشاكل نفسية بنسبة 10.34%، ثم أحد أفراد العائلة ومشاكل اجتماعية بنسبة 5.17%.

أما منطقة الشرق، فكانت جماعة الرفاق السبب الأول في بداية التعاطي لدى أفراد عينة هذه المنطقة المتعاطين للمخدرات بنسبة 36.84%، ثم يليها تأثير الصديق بنسبة 31.58%، ثم يليها أحد أفراد العائلة بنسبة 10.53%. كما أن هناك من صرح بأن بداية التعاطي كان بسبب الفضول بنسبة 10.53% ومشاكل نفسية والرجلة بنسبة 5.26%.

وبخصوص منطقة الغرب فتأتي جماعة الرفاق في مقدمة العوامل الخارجية التي أثرت على المبحوث في بداية التعاطي بنسبة 43.33%، ثم يأتي عنصر أحد أفراد العائلة في المرتبة الثانية بنسبة 16.67%، ويأتي بعدها الصديق ومشاكل نفسية والفضول بنسبة 10%، أما الباقي مثل المشاكل الاجتماعية وما تبثه وسائل الإعلام والرجلة فتأثيرها ضعيف على بدأ التعاطي بنسبة 3.33%.

وأخيرا، فيما يخص منطقة الجنوب، فقد لعبت جماعة الرفاق دورا بارزا في التأثير على المبحوثين في التجربة الأولى لتعاطي المخدرات لمنطقة الجنوب بنسبة 40%، ثم تليها المشاكل النفسية التي يعاني منها أفراد هذه العينة كان لها سبب حاسم في بداية التعاطي بنسبة 20%، أما تأثير الصديق والمشاكل الاجتماعية فتأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 15%، وأخيرا لعب الفضول دور في بداية التعاطي عند 10% من متعاطي منطقة الجنوب.

الجدول رقم (161) يبين الاستمرار في التعاطي من عدمه

النسبة	التكرار	الاستمرار في التعاطي
%29,13	74	نعم
%67,72	172	لا
%3,15	8	دون إجابة
%100	254	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (161)، أن أغلبية المتعاطين قد توقفوا عن التعاطي حيث بلغت النسبة 67.72%، أما الذين صرحوا بأنهم مستمرين في التعاطي فقد بلغت النسبة 29.13%. كما أن هناك 3.15% فضلوا عدم الإجابة عن هذا السؤال. وهذا ما يبين أن عدد الذين يستمرون في التعاطي يتراجع باستمرار، حتى يبقى فقط الذي يصرون على التعاطي ليصبحوا مدمنين، ويمكن أن تنطبق على هذه الفئة النظرية الوراثة لتعاطي المخدرات، والتي تقضي بوجود جينات لبعض الأشخاص تساعد على الاستمرار في التعاطي، عكس الفئات الأولى التي وجدت نفسها في ظروف ملائمة للتجريب والتعاطي لفترة معينة، وبمجرد أن تغيرت الظروف توقف التعاطي.

الجدول رقم (162) يبين الاستمرار في التعاطي من عدمه حسب المنطقة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة الاستمرار في التعاطي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%29,13	74	%45	18	%26,67	16	%10,53	4	%31,03	36	نعم
%67,72	172	%55	22	%63,33	38	%89,47	34	%67,24	78	لا
%3,15	8	-	-	%10	6	-	-	%1,72	2	دون إجابة
%100	254	%100	40	%100	60	%100	38	%100	116	المجموع

يبين الجدول رقم (162)، أنه وإن كان أغلب المتعاطين صرحوا بأنهم توقفوا عن التعاطي، إلا أن منطقة الشرق تحتل الصدارة بأغلبية ساحقة بنسبة 89.47%، وتحتل منطقة الجنوب بنسبة 55%.

كما يوضح الجدول أن نسبة معتبرة 45% من المتعاطين لمنطقة الجنوب صرحوا بأنهم لم يتوقفوا عن التعاطي إلى غاية توزيع استمارة هذه الدراسة، وهذا ما يطرح عدة تساؤلات عن استمرار تعاطي المخدرات لهذه المنطقة. كما أن منطقة الشرق تأتي في آخر القائمة بنسبة 10.53%.

ومن خلال الجدول، يتبين أن طلبة منطقة الشرق هم الأكثر حظا في خروجهم مبكرا من عالم المخدرات حيث من اصل 38 طالب من جرب المخدرات، بقي فقط 4 طلاب ما يزالون يتعاطون المخدرات، وقد يعود إلى طبيعة الثقافة الفرعية لمنطقة الشرق التي تساعد على التوقف عن تعاطي المخدرات. كما نجد أن منطقة الجنوب تأتي آخر القائمة من حيث عدم التوقف عن التعاطي أو الاستمرار فيه، وقد يعود ذلك إلى عدم توفر الوسائل الضرورية لهذه المنطقتي التي تساعد الشباب على عد الاستمرار في التعاطي بعد التجارب الأولى.

الجدول رقم (163) يبين الاستمرار في التعاطي من عدمه حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		المنطقة الاستمرار في التعاطي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نعم
29,13%	74	30%	12	28,97%	62	نعم
67,72%	172	65%	26	68,22%	146	لا
3,15%	8	5%	2	2,80%	6	دون إجابة
100%	254	100%	40	100%	214	المجموع

يوضح الجدول رقم (163)، أن الأغلبية من الجنسين توقف عن تعاطي المخدرات، فقد صرح نحو 68.22% من الذكور أنهم توقفوا عن التعاطي، بينما صرح نحو 65% من الإناث، أنهم توقف عن تعاطي المخدرات. بينما استمر نحو 30% من

الإناث و 28.97% من الذكور في التعاطي. ومنه يظهر أن عامل الجنس لم يكن له دور في التوقف عن التعاطي من الاستمرار فيه.

إن تعاطي الإناث للمخدرات مقتصر فقط على منطقتي الوسط والغرب، إلا أن هناك نسبة معتبرة بلغت 42.86% من إناث منطقة الغرب صرحن بأنهن لم يتوقفن عن التعاطي، مقابل 25% من إناث منطقة الوسط. وهذا ما يؤكد أن الثقافات الفرعية للمناطق كانت لها دور في بداية تجريب المخدرات وكذلك في التوقف عن التعاطي.

المبحث الرابع: مكان بدأ التعاطي، و سن بداية التعاطي، و عدد مرات التعاطي:

الجدول رقم (164) مكان بداية تعاطي المخدرات لأول مرة

النسبة	التكرار	المكان
6,30%	16	المنزل
22,83%	58	المدرسة
55,12%	140	الحي
3,15%	8	مركز إعادة التربية
2,36%	6	حفلة أو عرس
3,15%	8	الجامعة
7,09%	18	الغابة / البحر
100%	254	المجموع

عند قراءة الجدول (164) والخاص بمكان بداية التعاطي للأفراد العينة الذين صرحوا بأنهم تعاطوا أو ما يزالون يتعاطون المخدرات. يظهر أن أغلب المتعاطين بدأوا التعاطي في الحي الذي يقطنون فيه بنسبة 55.12%، ويأتي في المقام الثاني الذين بدأوا التعاطي في المدرسة بنسبة 22.83% وهذا أبرز ما يميز هذا الجدول. كما أن هناك من بدأ التعاطي في أماكن أخرى ولو بنسب ضعيفة مثل الغابة والمنزل والجامعة ومركز إعادة التربية وفي مناسبة عرس أو حفلة. وعليه، يتبين أن لكل من الحي والمدرسة دورا بارزا عند الإلابة في بداية التعاطي، وهذا ما لى خطورة تواجد المراهق في حيه طوال الوقت بدون تأطير من طرف المجتمع المدهني أو هياكل رسمية تقوم بدورها خارج مؤسسات التنشئة الاجتماعية، كما أن المدرسة التي تعتبر من أهم المؤسسات التنشئة الاجتماعية

بعد الاسرة، وبعد تخليها عن عدة أدوار كانت تؤديها في السابق، جعلت من التلاميذ لقمة سهلة تحت رحمة مروجين المخدرات.

الجدول رقم (165) مكان بداية تعاطي المخدرات لأول مرة حسب المنطقة

المنطقة المكان	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
المنزل	5,17%	6	15,79%	6	2,63%	2	5%	2	6,30%	16
المدرسة	32,76%	38	10,53%	4	13,16%	10	15%	6	22,83%	58
الحي	48,28%	56	52,63%	20	44,74%	34	75%	30	55,12%	140
مركز إعادة التربية	3,45%	4	5,26%	2	2,63%	2	-	-	3,15%	8
حفل أو عرس	1,72%	2	-	-	5,26%	4	-	-	2,36%	6
الجامعة	1,72%	2	-	-	5,26%	4	5%	2	3,15%	8
الغابة / البحر	6,90%	8	15,79%	6	5,26%	4	-	-	7,09%	18
المجموع	100%	116	100%	38	79%	60	100%	40	100%	254

يبين الجدول رقم (165)، أن هناك تقريبا نصف المتعاطين لمنطقة الوسط بدأوا التعاطي في الحي بنسبة 48.28%، ثم يأتي بعدها الذين بدأوا التعاطي في المدرسة بنسبة 32.76%. كما أن هناك من بدأ التعاطي في المنزل بنسبة 5.17%.

و يؤكد الجدول أن أكثر من نصف الذي يتعاطون المخدرات لعينة منطقة الشرق، بدأوا التعاطي في الحي بنسبة 52.63%، ثم يلونهم الذين بدأوا التعاطي في الغابة أو البحر بنسبة 15.79%، ثم يلونهم الذين بدءوا التعاطي في المنزل بنسبة 15.79% وهي المنطقة الوحيدة التي يأتي فيها المنزل في المقام الثاني من حيث مكان بدء التعاطي، ثم يأتي الذين بدأوا التعاطي في المدرسة بنسبة 10.53%، وهي المنطقة الوحيدة التي تأتي فيها المدرسة في المرتبة الرابعة من حيث مكان بدأ التعاطي. كما أن هناك من بدأ التعاطي في مركز إعادة التربية بنسبة 5.26%.

كما أن هناك عددا كبيرا من أفراد عينة منطقة الغرب بدأوا التعاطي في الحي بنسبة 44.74%، ثم يأتي بعدها الذين بدأوا التعاطي في المدرسة بنسبة 13.16%. ويأتي بعدها بنسب ضئيلة باقي الأماكن التي بدأ المتعاطون التعاطي فيها.

وقد صرح أن أغلب أفراد عينة منطقة الجنوب بدأوا تعاطي المخدرات في الحي بنسبة 75%، وهي تمثل أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، كما أن هناك 15% منهم بدأوا تعاطي المخدرات بالمدرسة. ويوجد 5 % من بدأ التعاطي بالمنزل والجامعة.

الجدول رقم (166) سن بداية تعاطي المخدرات حسب المنطقة

المنطقة السن	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 15 سنة	6,90%	8	21,05%	8	10%	6	5%	2	9,45%	24
15 - 19 سنة	67,24%	78	63,16%	24	43,33%	26	65%	26	60,63%	154
20 - 24 سنة	24,14%	28	5,26%	2	36,67%	22	30%	12	25,20%	64
25 - 29 سنة	1,72%	2	10,53%	4	10%	6	-	-	4,72%	12
المجموع	100%	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254

عند قراءة الجدول رقم (166) الخاص بتوزيع أفراد عينة الدراسة المتعاطين للمخدرات حسب سن بداية التعاطي، يتبين أن أغلبهم بدأوا التعاطي ما بين 15 و 19 سنة بنسبة تصل إلى 60.63%. ثم يأتي في المرتبة الثانية الذين بدأوا التعاطي ما بين 20 و 24 سنة بنسبة 25.20%، أما الفئة الأقل من 15 سنة فهناك نسبة 9.45% من صرحوا ببداية تعاطي المخدرات في هذه الفئة العمرية.

يظهر الجدول رقم (166)، أن أغلب المتعاطين لمنطقة الوسط بدأوا التعاطي في سن ما بين 15 إلى 19 سنة بنسبة 67.24% وهي تمثل أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، كما أن الذين بدأوا يتعاطون المخدرات ما بين 20 و 24 سنة يشكلون نسبة معتبرة بنسبة 24.14%. كما أن هناك من بدأ التعاطي قبل سن 15 بنسبة 6.90%.

كما يبين الجدول رقم (155) كذلك، أن أغلب أفراد عينة منطقة الشرق الذين تعاطوا المخدرات، صرحوا بأنهم بدأوا التعاطي في سن من 15 إلى 19 سنة بنسبة 63.16%، ويليهما على خلاف باقي المناطق الذين بدأوا التعاطي في سن أقل من 15 سنة، وبالتالي تتفرد منطقة الشرق عن باقي المناطق بالسن المبكر في بداية تعاطي المخدرات. كما يأتي بعدها في المرتبة الثالثة في سن من 25 إلى 29 سنة بنسبة 10.53% وهو على خلاف باقي المناطق.

ويظهر نفس الجدول أن نسبة كبيرة من المتعاطين لمنطقة الغرب كان بداية سن تعاطيهم من 15 إلى 19 سنة بنسبة 43.33%، كما أن هناك 36.37% بدأوا التعاطي في سن من 20 إلى 24 سنة. أما من بدأ التعاطي قبل سن 15 فوصلت نسبتهم 10%.

و يشير الجدول أن هناك 65% من المتعاطين لأفراد عينة منطقة الجنوب صرحوا بأنهم بدأوا تعاطي المخدرات في السن من 15 إلى 19 سنة، أما الذين بدأوا التعاطي في سن من 20 إلى 24 سنة بلغ نسبتهم 30%. كما أن هناك 5% منهم من بدأ التعاطي في أقل من 15 سنة.

وعليه، يظهر أن الأغلبية العظمى من المبحوثين بدأوا تعاطي المخدرات ما بين 15 و 24 سنة، وتعتبر هذه أهم مراحل حياة الشخص، أين يكون الشاب عرضة لجميع أنواع الاستكشافات، حتى أن الأطباء يرون أن الجانب الهرموني والغريزي للشباب في هذه الفترة من حياته تغطي على الجانب العقلي، مما يجعله يتجه نحو السلوك الذي لا يرضاه المجتمع، ويظن الشاب أن المجتمع هو الذي يحتاج إلى إعادة النظر في بعض قيمه ومعاييره.

الجدول رقم (167) يبين عدد مرات تعاطي المخدرات حسب المنطقة

المنطقة عدد مرات التعاطي		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
بالمناسبات		39,66%	46	42,11%	16	36,67%	22	75%	30	44,88%	114
مرة في الشهر		12,07%	14	10,53%	4	16,67%	10	5%	2	11,81%	30
مرة في الأسبوع		3,45%	4	5,26%	2	6,67%	4	15%	6	6,30%	16
مرتين في الأسبوع		-	-	-	-	3,33%	2	-	-	0,79%	2
مرة في اليوم		10,34%	12	15,79%	6	3,33%	2	5%	2	8,66%	22
أكثر من مرة في اليوم		20,69%	24	-	-	10%	6	-	-	11,81%	30
مرة واحدة في العمر		13,79%	16	26,32%	10	23,33%	14	-	-	15,75%	40
المجموع		100%	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254

حسب الجدول رقم (167) أعلاه، يتبين أن أغلب أفراد العينة يتعاطون المخدرات بالمناسبات بنسبة 44.88%. ثم يلونهم الذي تعاطوا المخدرات مرة واحدة في حياتهم، ثم يلونهم الذين يتعاطون مرة في الشهر 11.81%، و أكثر من مرة في اليوم بنفس النسبة أي 11.81%. ويأتي بعد ذلك الذين يتعاطون المخدرات مرة في اليوم بنسبة 8.66%،

ثم مرة في الأسبوع بنسبة 6.30%. ويأتي في الأخير الذين يتعاطون المخدرات مرتبين في الأسبوع بنسبة 0.79%.

أما عدد مرات التعاطي حسب المناطق، فتأتي منطقة الجنوب في المقدمة لتعاطي المخدرات بالمناسبة بنسبة 75%. أما التعاطي مرة في الشهر فتأتي منطقة الغرب في الصدارة بنسبة 16.67%. وبخصوص تعاطي مرة في الأسبوع تتقدم منطقة الجنوب بنسبة 15%. وتحتل منطقة الشرق المرتبة الأولى بالنسبة للتعاطي مرة في اليوم بنسبة 15.79%. وتتصدر منطقة الوسط المجموعة لعدد مرات التعاطي أكثر من مرة في اليوم بنسبة 20.69%، وتليه منطقة الغرب بنسبة 10% و منطقتا الشرق والجنوب غير معنيتان. أما عدد مرات التعاطي مرتين في الأسبوع فتخص منطقة الغرب فقط بنسبة 3.33%. وأخيرا فيما يخص التعاطي مرة في العمر فتأتي منطقة الشرق في الطليعة بنسبة 26.32%. وهذا ما يؤكد أنه ليس كل من يجرب المخدرات يستمر في التعاطي، حيث يبدأ العد التنازلي من التجريب إلى المناسبات إلى الانتظام، ويعود ذلك لعدة أسباب أهمها نوع المخدر وتوفره و التركيبية النفسية والجينية للتعاطي ومحيطه الاجتماعي إلى غير ذلك من العوامل التي تحدد الاستمرار في التعاطي من عدمه.

الجدول رقم (168) يبين التعاطي لأكثر من نوع من المخدرات من عدمه

النسبة	التكرار	تعاطى أكثر من نوع
22, 05%	56	نعم
77, 95%	198	لا
100%	254	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (168)، أن معظم المتعاطين لا يتعاطون أكثر من مخدر بنسبة 77.95%. إلا أن هناك 22.05% يتعاطون أكثر من مخدر، وهذه الفئة يصعب عليها التوقف عن التعاطي لاعتيادها على عدة أنواع من المخدرات، حتى أن علاجهم في مراكز علاج المدمنين يختلف عن علاج باقي المدمنين الذين يتعاطون مخدر واحد فقط.

الجدول رقم (169) يبين التعاطي لأكثر من نوع من المخدرات من عدمه حسب المناطق

النسبة	التكرار	الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة تعاطي أكثر من نوع
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%22,05	56	%30	12	%13,33	8	%5,26	2	%29,31	34	نعم
%77,95	198	%70	28	%86,67	52	%94,74	36	%70,69	82	لا
%100	254	%100	40	%100	60	%100	38	%100	116	المجموع

حسب الجدول رقم (169)، حتى وإن كان معظم المتعاطين لعينة الدراسة لا يتعاطون أكثر من مخدر واحد، فإن منطقة الشرق تتفرد بالريادة بمسافة كبيرة على باقي المناطق بهذه الخاصية بنسبة 94.74%، وتأتي بعدها منطقة الغرب بنسبة 86.67%. أما الذين أجابوا بنعم، فنجد أن منطقتي الجنوب والوسط تأتيان في الطليعة بالنسب التالية على التوالي: 30 % و 29.31%.

الجدول رقم (170) يبين توزيع المتعاطين لأكثر من مخدر وطريقة الخلط بين المخدرات

النسبة	التكرار	طريقة الخلط
%50	28	الخلط بين المخدرات في أوقات مختلفة
%50	28	الخلط بين المخدرات في وقت واحد
%100	56	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (170)، والمتعلق بالمتعاطين الذين صرحوا بالخلط بين المخدرات، أن 50 % منهم يخلطون المخدرات في أوقات مختلفة، و 50% الباقية يخلطون المخدرات في وقت واحد. حتى وإن كان تعاطي المخدرات أصلاً له أضرار متعددة ومتشعبة، فإن الخلط بين المخدرات يكون أضر من تعاطي مخدر واحد فقط، كما أن الخلط بين المخدرات في وقت واحد تكون أضراره أقوى بكثير، وذلك لكون أن كل مخدر له مفعوله الخاص من المثبط إلى المنوم إلى المنشط إلى المهلوس، كما أن التفاعل الكيميائي بين المخدرات تكون له انعكاسات خطيرة على صحة المتعاطي مما يتسبب في اضطرابات قد تؤدي إلى الموت في كثير من الحالات.

الجدول رقم (171) يبين توزيع المتعاطين لأكثر من مخدر حسب طريقة الخلط بين المخدرات
و حسب المنطقة

المنطقة طريقة الخلط		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الخلط بين المخدرات في أوقات مختلفة		%52,94	2	%100	4	%50	4	%33,33	4	%50	28
الخلط بين المخدرات في وقت واحد		%47,06	-	-	4	%50	8	%66,67	8	%50	28
المجموع		%100	2	%100	8	%100	12	%100	12	%100	56

يظهر من خلال الجدول رقم (171)، أنه فيما يتعلق بالخلط بين المخدرات في أوقات مختلفة، أن منطقة الشرق تأتي في الطليعة بنسبة 100%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 52.94%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 50%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 33.33%.

فيما يخص الخلط بين المخدرات في وقت واحد، يظهر أن منطقة الجنوب تتصدر المجموعة بنسبة 66.67%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 50%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 47.06%.

المبحث الخامس: المكان والأوقات المفضلة للتعاطي والأشخاص المتعاطين معهم و مصدر الحصول على المخدرات.

الجدول رقم (172) المكان المفضل لتعاطي المخدرات (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	المكان
%9,02	24	المنزل
%51,88	138	الحي
%6,77	18	الغابة
%12,03	32	البحر
%6,02	16	الجامعة
%14,29	38	مكان معزول
%100	266	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (172)، والمتعلق بالمكان المفضل للتعاطي عند المتعاطين، يظهر أن أغلبية المتعاطين يفضلون الحي كمكان للتعاطي بنسبة 51.88%. ويأتي في المقام الثاني المكان المعزول بنسبة 14.29%، ثم البحر بنسبة 12.03% فيما يخص المناطق التي تطل على البحر، ثم المنزل بنسبة 9.02%، ثم الغبة بنسبة 6.77%، ثم الجامعة بنسبة 6.02%. وبالتالي يظهر كأن المتعاطي يفضل التعاطي في المكان الذي بدأ فيه التعاطي أول مرة، ويكون المتعاطي أكثر راحة نفسيا في المكان الذي اكتشف فيه عالم المخدرات، وكأنه يبحث عن اللذة والنشوة التي كان يتذوقها في بداية التعاطي.

الجدول رقم (173) المكان المفضل لتعاطي المخدرات حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة المكان المفضل لتعاطي المخدرات		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
المنزل		13,85%	18	5,56%	2	-	-	10%	4	9,02%	24
الحي		50,77%	66	50%	18	60%	36	45%	18	51,88%	138
الغابة		9,23%	12	5,56%	2	6,67%	4	-	-	6,77%	18
البحر		12,31%	16	5,56%	2	23,33%	14	-	-	12,03%	32
الجامعة		3,08%	4	16,67%	6	3,33%	2	10%	4	6,02%	16
مكان معزول		10,77%	14	16,67%	6	6,67%	4	35%	14	14,29%	38
المجموع		100%	130	100%	36	100%	60	100%	40	100%	266

يظهر من خلال الجدول رقم (173)، أن أغلبية أفراد عينة الوسط المتعاطون للمخدرات يفضلون الحي بالدرجة الأولى بنسبة 50.77%، ثم المنزل بالدرجة الثانية بنسبة 13.85%، ثم البحر بالدرجة الثالثة بنسبة 12.31%. كما يبين نفس الجدول، أن أغلب متعاطو منطقة الشرق يتعاطون المخدرات في حيهم بنسبة 50%، ثم يأتي بدرجة أقل التعاطي في مكان معزول وفي الجامعة بنسبة 16.67%.

ويفضل أغلب متعاطو المخدرات لمنطقة الغرب التعاطي في الحي بنسبة 60% وهي أعلى نسبة مقارنة بباقي مناطق الوطن، ثم يأتي البحر في المرتبة الثانية بنسبة 23.33%.

ويظهر الجدول، أن نسبة معتبرة من متعاطي منطقة الجنوب يتعاطون المخدرات في حيههم 45%، ثم يأتي المكان المعزول في المقام الثاني بنسبة 35%، ويفضلون بدرجة اقل التعاطي في الجامعة والمنزل بنسبة 10%. ومن خلال ما سبق، يتبين أن المتعاطين لجميع المناطق يفضلون تعاطي المخدرات في الحي بالدرجة الأولى.

الجدول رقم (174) الوقت المفضل لتعاطي المخدرات (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	الوقت
3,73%	10	الصباح
35,82%	96	المساء
50,75%	136	الليل
9,70%	26	في كل وقت
100%	268	المجموع

حسب الجدول رقم (174)، يفضل أكثر المتعاطين الفترة الليلية لتعاطي المخدرات بنسبة 50.75%، كما أن هناك 35.82% يفضلون التعاطي في المساء. وقد وصلت نسبة من يفضلون التعاطي في كل وقت إلى 9.70%، أما الباقي أي 3.73% منهم فيفضلون التعاطي في الصباح.

ومنه يظهر أن هناك أكثر من 86% من المتعاطين يفضلون التعاطي ما بين الفترة المسائية والليلية. وحسب أهل الاختصاص فإن هناك اختلاف في التعاطي بين الفترة الصباحية والمسائية، و الفترة المسائية هي المفضلة لدى أغلب المتعاطين وبالتحديد متعاطي الكيف، لأن تعاطي الكيف يحب البرودة والتي تتصادف مع غروب الشمس، كما أن ظاهرة المد والجزر لها علاقة بسرعة دورة الدم في الجسم، ويكون مفعول المخدر في هذا الوقت أفضل بكثير لدى المتعاطي من أي وقت آخر.

الجدول رقم (175) الوقت المفضل لتعاطي المخدرات حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

الوقت / المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الصباح		4,84%	6	5%	2	3,03%	2	-	-	3,70%	10
المساء		38,71%	48	60%	24	21,21%	14	25%	10	35,56%	96
الليل		45,16%	56	35%	14	69,70%	46	55%	22	51,11%	138
في كل وقت		11,29%	14	-	-	6,06%	4	20%	8	9,63%	26
المجموع		100%	124	100%	40	100%	66	100%	40	100%	270

يبين الجدول رقم (175)، أن متعاطو المخدرات لمنطقة الوسط يفضلون التعاطي بالليل بنسبة 45.16%، ثم يلونهم الذين يفضلون التعاطي في الفترة المسائية بنسبة 38.71%، أما الذين يلجأون للتعاطي في كل وقت فقد وصلت نسبتهم 11.29%، وأخيرا تأتي فترة التعاطي في الصباح بنسبة 4.84%.

كما يظهر الجدول، أن أغلبية المتعاطين لمنطقة الشرق يفضلون تعاطي المخدرات في المساء بنسبة 60%، ثم يلونهم الذين يفضلون التعاطي في الليل بنسبة 35%، أما الذين يفضلون التعاطي في الفترة الصباحية فهم لا يمثلون سوى 5% من المتعاطين. و تتميز هذه المنطقة عن باقي المناطق بعدم وجود من يتعاطى المخدرات في كل وقت. ومن خلال نفس الجدول، يتضح أن أغلبية المتعاطين لمنطقة الغرب يلجأون إلا التعاطي بالليل بنسبة 69.70%، ثم يلونهم الذين يفضلون التعاطي في الفترة المسائية بنسبة 21.21%.

كما يشير الجدول ذاته، أن ما نسبته 55% من المتعاطين لمنطقة الجنوب يفضلون الليل للتعاطي، ثم تأتي الفترة المسائية في المقام الثاني بنسبة 25%، ثم يأتي كل الأوقات في المقام الأخير بنسبة 20%. وتتميز منطقة الجنوب عن باقي المناطق، أنه لا يوجد من يتعاطى المخدرات في الفترة الصباحية.

الجدول رقم (176) الأشخاص المتعاطي معهم المخدرات

النسبة	التكرار	الأشخاص
81,10%	206	مجموعة الأصدقاء
18,11%	46	منفردا
0,79%	2	أحد أفراد العائلة
100%	254	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (176)، أن الأغلبية العظمى تتعاطي المخدر مع مجموعة من الأصدقاء بنسبة 81.10%، ثم يلونهم الذين يتعاطون المخدرات على الانفراد بنسبة 18.11%، ثم يلونهم بنسبة ضئيلة جدا 0.79% من يتعاطون المخدرات مع أحد أفراد العائلة. وهذا يؤكد ما توصلت إليه جل الدراسات التي تناولت تعاطي المخدرات، حيث يأتي الأصدقاء أو جماعة الأقران في المرتبة الأولى بدون منازع من حيث من يفضل المتعاطي تعاطي المخدرات، ويعود ذلك أساسا إلى الأفكار والتوجهات والقناعات التي تترسخ في الجماعة ويتقاسم معها المتعاطي جميع مشاعره، كما أن المتعاطي في مرحلة من مراحل تعاطيه يبحث عن اللذة والتعبير عنه مشاعره عند ذروة تلك اللذة، ولا يتأتى له ذلك إلا عن طريق تعاطيه مع جماعة الأقران، التي تتواجد معه وتعرف ما يدور في أعماق مشاعره، وتتبادل معه تلك المشاعر، ومع مرور الوقت تكتسب تلك الجماعة تقاليد التعاطي خاصة بها، حتى هناك من يستعمل بعض المفاهيم والتعبير تختلف عن المفاهيم والتعبير الشائعة في المجتمع، فمثلا عند تعاطي الحشيش يتداول أغلب المتعاطين على سيجارة واحدة، وعندما يحتفظ بها أحد الرفاق مدة طويلة يقوم أحد المتعاطين بتذكيره "سرح المحبوس"، أي أترك السيجارة لمتعاطي آخر. فمثلا المادة المخدرة (ريفوتريل Rivotril) تسمى من قبل المتعاطين (الزدامة) أو (madame courage) وكان العقار المخدر هو حل سحري للخوف والخجل.

الجدول رقم (177) الأشخاص المتعاطي معهم المخدرات حسب المنطقة

المنطقة الأشخاص	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
مجموعة الأصدقاء	77,59%	90	78,95%	30	83,33%	50	90%	36	81,10%	206
منفردا	22,41%	26	15,79%	6	16,67%	10	10%	4	18,11%	46
أحد أفراد العائلة	-	-	5,26%	2	-	-	-	-	0,79%	2
المجموع	100%	116	100%	38	100%	60	100%	40	100%	254

يبين الجدول رقم (177)، والمتعلق بالأشخاص الذي يتعاطي معه المخدرات، أن وإن كان أغلب المتعاطي لجميع المناطق يفضلون التعاطي مع مجموعة الأصدقاء، إلا أن منطقة الجنوب تتفرد بالريادة بنسبة 90 %، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 83.33 %، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 78.95 %، ثم تليه بقليل منطقة الوسط بنسبة 77.59 %.

أما عن التعاطي الانفرادي، يظهر الجدول، أن منطقة الوسط تتصدر المناطق بنسبة 22.41 %، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 16.67 %، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 15.79 %، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 10 %، كأن طلبة منطقة الجنوب لا يحبذون التعاطي الانفرادي وذلك لكون هذا التعاطي يفقر لبعض الطقوس التي تعود عليها المتعاطي لهذه المنطقة مقارنة بباقي المناطق.

أما فيما يخص التعاطي مع أحد أفراد العائلة، فيتبين من خلال الجدول، أن منطقة الشرق تتفرد لوحدها عن باقي المناطق بهذه الخاصية بنسبة 5.26 %. وهذا يعني أن الإلبيه الساحقة من المتعاطين يبغضون التعاطي مع أحد أفراد العائلة، ويرجع ذلك أساسا إلى صورة العائلة المترسخة في المجتمع الجزائري عامة، حيث مازالت تحاط بكثير من الإحترام، فمن النادر جدا أن نجد شاب يدخل التبغ أمام والديه أو عمه أو خاله أو حتى أخوه الأكبر، فالمتعاطي وكأنه يعرف أن تعاطي المخدرات هو سلوك انحرافي لا تقبله أعراف المجتمع، فهو يسعى أن لا يلطخ أسرته بسلوك انحرافي مع أحد العائلة.

الجدول رقم (178) يبين مصدر الحصول على المخدرات حسب المنطقة

المنطقة المصدر	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الأصدقاء	%61,97	88	%60	24	%55	44	%66,67	32	%60,65	188
بائعين في الحي	%29,58	42	%35	14	%40	32	%25	12	%32,26	100
الوصفات الطبية	%5,63	8	-	-	%2,50	2	%4,17	2	%3,87	12
بائع الخردوات	%2,82	4	%5	2	%2,50	2	%4,17	2	%3,23	10
المجموع	%100	142	%100	40	%100	80	%100%	48	%100	310

يتبين من خلال الجدول رقم (178)، أن أغلبية المتعاطين يتم حصولهم على المخدرات من طرف أصدقائهم بنسبة 60.65%، وتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 66.67%. ثم يأتي البائعون في الحي بنسبة 32.26%، وتأتي منطقة الغرب في الطليعة بنسبة 40%. ثم تأتي الوصفات الطبية في المقام الثالث بنسبة 3.87%، وتتقدم منطقة الوسط مجموعة المناطق بنسبة 5.63%، وقد يعود سبب قلة استعمال هذه الطريقة لوفرة المخدرات عموماً و الإقراص على وجه الخصوص في السوق غير الشرعية للمخدرات. وأخيراً يأتي بائع الخردوات في المقام الرابع بنسبة 3.23%، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 5%.

وهكذا، يتبين أن بداية تعاطي المخدرات يكون بالدرجة الأولى تحت تأثير الأصدقاء، و يكون التعاطي المفضل بصحبة الأصدقاء، تصبح جماعة الرفاق هي المصدر والممون الرئيسي للحصول على هذه المخدرات، مما يؤكد على أن الدور الخطير الذي يقوم به الأصدقاء عندما يكونون غير أسوياء.

كما أن البائعين في الحي يمثل مصدر الثاني مهم بالنسبة للمتعاطين، وهذا ما يبين على وجود بائعين في أغلب أحياء المبحوثين المتعاطين للمخدرات، مما يسهل عليهم اقتناء المخدرات بدون التنقل إلى أماكن أخرى خارج الحي، وهذا في حد ذاته يعتب من أهم المؤشرات على أن السوق غير الشرعية للمخدرات في الجزائر أخذت أبعاد خطيرة،

حيث تواجد البائعين بالتجزئة في أغلب الأحياء يؤدي إلى وفرة السلعة و رخصها، مما يجعلها في متناول الجميع، الأمر الذي يؤدي إلى تزايد عدد المتعاطين وبالتالي تزايد عدد المدمنين.

الجدول رقم (179) يبين مصدر الحصول على النقود لشراء المخدرات

النسبة	التكرار	المصدر
43,31%	110	مصرف الجيب
19,69%	50	أجرة عمل
11,02%	28	السرقه
25,98%	66	مصادر أخرى أذكرها
100%	254	المجموع

أما فيما يخص مصدر الحصول على النقود لشراء المخدرات، فيوضح الجدول رقم (179)، أن نسبة كبيرة من المتعاطين 43.31% يقتنون المخدرات من مصرف الجيب، ولقد ذكرنا سابقا أن أغلب المتعاطين لهم مصرف الجيب يسمح لهم باقتناء المخدرات بانتظام باستثناء بعض المخدرات باهضة الثمن. بينما 25.98% منهم لهم مصادر أخرى غير مبينة، ويمكن أن تكون هذه المصادر مشبوهة كالسرقة مثلا، أو الاتجار بالمخدرات أو بيع مقتنيات المنزل أو التحايل على الناس وغيرها من الوسائل التي تسمح للمتعاطي بالحصول على المال لشراء ما يحتاجه من المخدرات. ويوجد 19.69% من المتعاطين من صرح بأنه يشتري المخدرات من أجرة العمل، ويتعلق الأمر بالفئة العاملة من المتعاطين الذين يخصصون مبلغا من أجرتهم الشهرية أو كلها لشراء المخدرات. كما أن هناك 11.02% من المتعاطين من صرحوا بأنهم يلجأون إلى السرقة حتى يوفروا النقود لشراء المخدرات، وتعتبر السرقة من الآثار المباشرة الشائعة في ظاهرة تعاطي المخدرات، حيث عندما تتقطع السبل على المتعاطي للحصول على النقود لشراء ما يحتاجه من المخدرات يلجأ إلى السرقة. إلا أنه هناك من المتعاطين من يفضل التوقف عن التعاطي حتى لا يقع في المحذور، وهذا ما توصلت إليه بعض الدراسات.

الجدول رقم (180) يبين مصدر الحصول على النقود لشراء المخدرات حسب المنطقة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة
										المصدر
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%43,31	110	%65	26	%63,33	38	%21,05	8	%32,76	38	مصرف الجيب
%19,69	50	%25	10	%10	6	%21,05	8	%22,41	26	أجرة عمل
%11,02	28	%10	4	%6,67	4	%10,53	4	%13,79	16	السرقه
%25,98	66	-	-	%20	12	%47,37	18	%31,03	36	مصادر أخرى أذكرها
%100	254	%100	40	%100	60	%100	38	%100	116	المجموع

يوضح الجدول رقم (180)، والمتعلق بمصدر الحصول على النقود لشراء المخدرات حسب المنطقة أن مصرف الجيب يأتي في المرتبة الأولى بنسبة 32.76% كمصدر لشراء المخدرات لمنطقة الوسط، ثم تليه مصادر أخرى بنسبة 31.03%، ثم يأتي في المقام الثالث أجرة عمل بنسبة 22.41%، وتأتي السرقه في آخر القائمة بنسبة 13.79% وهي تمثل أعلى نسبة مقارنة بباقي مناطق الوطن. ما يمكن ملاحظته أن النسب غير متباعدة كثيرا فيما بينها.

كما يتبين من خلال الجدول، أن المصادر الأخرى لمنطقة الشرق تنصدر قائمة الجدول بنسبة 47.37%، وبالتالي هي أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، ثم يأتي مصرف الجيب وأجرة العمل كمصدر ثاني من مصادر الحصول على النقود لمنطقة الشرق بنسبة 21.05%. وتأتي في المرتبة الأخيرة السرقه كأحد المصادر البديلة للحصول على النقود بنسبة 10.53%.

أما عن منطقة الغرب، فمن خلال الجدول، يتبين أن مصرف الجيب يأتي في الصدارة بنسبة 63.33% كمصدر الحصول على النقود لشراء المخدرات، ثم تأتي مصادر أخرى غير مبينة بنسبة 20%، أما أجرة العمل فتأتي في المرتبة الثالثة بنسبة

10%، وأخيرا تأتي السرقة كطريقة غير شرعية للحصول على المخدرات في السوق غير الشرعية بنسبة 6.67% وهي أضعف نسبة مقارنة بباقي المناطق.

ما يميز منطقة الجنوب حسب نفس الجدول، أن أغلبية المتعاطين يقتنون المخدرات من مصروف الجيب بنسبة 65% وهي بالتالي تمثل أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق، ثم يليها أجرة العمل بنسبة 25%، ثم أخيرا السرقة بنسبة 10%. وبالتالي فهي المنطقة الوحيدة التي لا يحتاجون فيها متعاطيها إلى مصادر أخرى للحصول على النقود لشراء المخدرات.

المبحث السادس: المشاكل التي تعرض لها المتعاطون:

المطلب الأول: المشاكل التي تعرض لها المتعاطي بسبب المخدرات:

الجدول رقم (181) المشاكل التي تعرض لها المتعاطي بسبب المخدرات حسب المنطقة
(متعدد الإجابات)

المشاكل		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
إنعزال عن المجتمع		4,84%	6	-	-	6,45%	4	7,69%	4	5,07%	14
مشاكل مع رجال الأمن		4,84%	6	-	-	3,23%	2	19,23%	10	6,52%	18
مشاكل دراسية		3,23%	4	-	-	12,90%	8	-	-	4,35%	12
مشاكل اجتماعية		9,68%	12	10,53%	4	9,68%	6	23,08%	12	12,32%	34
مشاكل صحية		4,84%	6	5,26%	2	-	-	11,54%	6	5,07%	14
مشاكل نفسية		6,45%	8	10,53%	4	12,90%	8	-	-	7,25%	20
مشاكل مالية		1,61%	2	-	-	-	-	3,85%	2	1,45%	4
لم يتعرض		64,52%	80	73,68%	28	54,84%	34	34,62%	18	57,97%	160
المجموع		100%	124	100%	38	100%	62	100%	52	100%	276

من خلال الجدول رقم (181) أعلاه، يمكن ترتيب المشاكل التي تعرض لها المتعاطون

بسبب تعاطيهم المخدرات كالآتي:

- مشاكل اجتماعية، بنسبة 12.32 %، وتأتي منطقة الجنوب على رأس المناطق بنسبة 23.08%.
 - مشاكل نفسية، بنسبة 7.25 %، وتتصدر منطقة الغرب القائمة بنسبة 12.90%.
 - مشاكل مع رجال الأمن، بنسبة 6.52 %، وتأتي منطقة الجنوب في الطليعة بنسبة 19.23%.
 - مشاكل صحية، بنسبة 5.07 %، وتأتي في مقدمة المناطق منطقة الجنوب بنسبة 11.54%
 - إنعزال عن المجتمع، بنسبة 5.07 %، وتأتي منطقة الجنوب في المقام الأول بين المناطق بنسبة 7.69%.
 - مشاكل دراسية، بنسبة 4.35 %، وتأتي منطقة الغرب في المركز الأول بين المناطق بنسبة 12.90%
 - مشاكل مالية، بنسبة 1.45 %، وتتصدر المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 3.85%.
- كما نشير أن هناك نسبة كبيرة وصلت إلى 57.97 % من المتعاطين فضلوا عدم الإجابة عن هذا السؤال أي أنهم لم يتعرضوا إلى أي مشكل بسبب المخدرات. وعلى رأس المناطق تأتي منطقة الشرق بنسبة 73.68 %. وهذا يعود أساسا إلى كون عدد كبير من المتعاطين من جرب المخدرات وتوقف والآخر تعاطاها لمدة وتوقف، وبالتالي لم تظهر عليهم بعد الآثار الجانبية للمخدرات.
- إن الأرقام المذكورة أنفا تؤكد على أن المشاكل العديدة والمتشابكة فيما بينها التي تسببها المخدرات على متعاطيها، وتظهر جليا أن المشاكل الاجتماعية تأتي في مقدمة جميع المشاكل.

المطلب الثاني: مشاكل التوقيف من قبل رجال الأمن:

الجدول رقم (182) يبين ما إذا تم توقيف المتعاطي من قبل مصالح الأمن

النسبة	التكرار	التوقيف
19,69%	50	تم التوقيف
60,63%	154	لم يتم التوقيف
19,69%	50	بدون إجابة
100%	254	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (182)، والمتعلق بالإجابة على السؤال الخاص بحدوث توقيف المتعاطي من قبل رجال الأمن من عدمه. يتبين أن 60.63 % من المتعاطين صرحوا بأنهم لم يتعرضوا للإيقاف من طرف مصالح الأمن، بينما صرح 19.69% منهم بأنهم أوقفوا من قبل مصالح الأمن، حتى ولو كانت هذه النسبة تمثل أقل من نصف نسبة الذين صرحوا بعدم توقيفهم من قبل مصالح الأمن، إلا أنها لها دلالة واضحة المعالم بتعرض نسبة لا بأس بها من المتعاطين إلى مضايقات من قبل السلطات الحكومية، وهي تعتبر سلطة ردعية، فهناك من المتعاطين من تعرض إلى أضرار بسبب المخدرات إلا أن ذلك لم يمنعه من الاستمرار في التعاطي، و إيقافه من قبل مصالح الأمن يمكن أن يكون كمنعرج مهم في حياته للإقلاع النهائي عن تعاطي المخدرات، وخصوصا الوصم الاجتماعي الذي قد لا يتحملة المتعاطي ولا أسرته بسبب توقيفه من قبل مصالح الأمن. ويبقى 19.69% منهم لم يجيبوا على هذا السؤال، وهذا لا يعني أنهم لم يتعرضوا إلى التوقيف من قبل مصالح الأمن، وعدم إجابتهم على السؤال يصعب من مهمة الباحث في الربط بين المتغيرات التي تساعد على الاقتراب من الحقيقة.

**الجدول رقم (183) سبب التوقيف من قبل مصالح الأمن عند المتعاطين
حسب المناطق (متعدد الإجابات)**

سبب التوقيف	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
حيازة مخدرات	%55,56	20	%33,33	2	%40	4	%25	2	%46,67	28
المتاجرة بالمخدرات	%5,56	2	-	-	%60	6	-	-	%13,33	8
السرقه	%16,67	6	%33,33	2	-	-	%50	4	%20	12
مشاجرة	%11,11	4	-	-	-	-	%25	2	%10	6
حالة سكر	-	-	%33,33	2	-	-	-	-	%3,33	2
مخالفة قانون المرور	%11,11	4	-	-	-	-	-	-	%6,67	4
المجموع	%100	36	%100	6	%100	10	%100	8	%100	60

يتبين من خلال الجدول رقم (183) والمتعلق بسبب التوقيف من قبل رجال

الأمن كما صرح المتعاطون، يمكن ترتيب الأسباب على النحو التالي:

- حيازة مخدرات، بنسبة 46.67%، وتأتي منطقة الوسط على رأس المجموعة بنسبة 55.56%.
- السرقه، بنسبة 20 % ، وتأتي منطقة الجنوب في الصدارة بنسبة 50%.
- المتاجرة بالمخدرات، بنسبة 13.33%، وتتصدر منطقة الغرب مجموعة المناطق بنسبة 60% .
- المشاجرة، بنسبة 10%، وتأتي في مقدمة المناطق منطقة الجنوب بنسبة 25%.
- مخالفة قانون المرور بنسبة 6.67%، وتحتل منطقة الوسط في المرتبة الأولى بين المناطق بنسبة 11.11%، وهي المنطقة الوحيد المعنية بهذا البند.
- حالة سكر، بنسبة 3.33 % ، وتأتي منطقة الشرق على رأس المناطق بنسبة 33.33%، وهي الوحيدة في المناطق المعنية بهذا البند.

ومن خلال ما ذكر سابقا، يتبين أن توقيف المتعاطي من قبل مصالح الأمن له علاقة بتعاطي المخدرات، فالعلاقة المباشرة تتمثل في الحيازة والمتاجرة بالمخدرات حالة سكر والتي تمثل 63.33%، أما السرقه و المشاجرة ومخالفة قانون المرور والتي تمثل 36.67% وهي كذلك لها علاقة إلا أنها غير مباشرة مع تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (184) مقارنة سبب التعرض للقبض من طرف مصالح الامن بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين

المنتكسون		الناجحون في الإقلاع		سبب القبض
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
30%	6	56,25%	18	حيازة مخدرات
30%	6	18,75%	6	متاجرة بالمخدرات
20%	4	-	-	السرقه
20%	4	12,50%	4	مشاجرة
-	-	6,25%	2	حالة سكر
-	-	6,25%	2	مخالفة قانون المرور
100%	20	100%	32	المجموع

يبين الجدول رقم (184) أعلاه، أن هناك بعض الفروق بين الفئتين، بينما نجد أن سبب حيازة المخدرات عند الناجحين في الإقلاع 56.25% أعلى من فئة المنتكسين 30%، بينما المتاجرة بالمخدرات هي أعلى عند المنتكسين 30%. ووجود حالات من السرقة عند المنتكسين 20%، بينما هي منعدمة عند الناجحين في الإقلاع عن التعاطي. ونجد كذلك الشجار موجود عند المنتكسين 20% أكثر من الناجحين في الإقلاع 12.50%. ومخالفة قانون المرور موجودة فقط عند الناجحين في الإقلاع عن التعاطي 6.25%.

ومنه يمكن القول أن إيقاف المتعاطي للمخدرات من قبل مصالح الأمن يمكنه أن يدفع بالمتعاطي للتوقف عن التعاطي. كما أن هناك من تكون له آثار عكسية بسبب توقيفه من طرف مصالح الأمن والزج به في مؤسسة عقابية، حيث يتعلم من السجناء القدماء والمعاولين تعاطي المخدرات التي قد لا يعرفها أصلا، بل قد يتعلم كيفية التهريب والترويج، وبالتالي يكون ذلك التوقيف كتريص ليصبح محترف في الجريمة بعدما كان مجرد متعاطي.

المبحث السابع: أثر التدخين في دخول الطالب إلى عالم المخدرات:

المطلب الأول: حجم المدخنين عند عينة الدراسة:

الجدول رقم (185) حجم المدخنين في عينة الدراسة حسب المناطق

المنطقة التدخين	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	20,26%	126	18,75%	60	26,35%	88	22,31%	54	21,61%	328
لا	79,74%	496	81,25%	260	73,65%	246	77,69%	188	78,39%	1190
المجموع	100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

يظهر الجدول رقم (185) أن الغالبية العظمى من المبحوثين صرحوا بعدم التدخين بنسبة 78.39%. أما عدد الذين أجابوا بتعاطيهم التبغ فقد وصلت النسبة 21.61%. وإذا قرأنا الجدول أعلاه حسب المنطقة، يظهر أن منطقة الغرب تأتي في المقدمة من حيث من صرحوا بتعاطيهم التبغ بنسبة 26.35%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 22.31%، ثم منطقة الوسط بنسبة 20.26%، ثم منطقة الشرق بنسبة 18.75%.

الجدول رقم (186) حجم المدخنين من الطلبة حسب الجنس

الجنس التدخين	ذكور		إناث		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	32,62%	276	7,74%	52	21,61%	328
لا	67,38%	570	92,26%	620	78,39%	1190
المجموع	100%	846	100%	672	100%	1518

يوضح الجدول رقم (186) أعلاه، أن أغلب أفراد العينة الذين صرحوا بعدم تدخين السجائر كان من نصيب الإناث بنسبة 92.26%، ثم يليهم الذكور بنسبة

67.38%. أما الذين صرحوا بأنهم تعاطوا التبغ فكانت نسبة الذكور 32.62%، أما نسبة الإناث فكانت متواضعة حيث وصلت 7.74%، وقد تكون النسبة أكبر من هذه النسبة بكثير، إلى أنه ولعدة اعتبارات تفضل الأنثى النفي على التصريح بأنها تدخن التبغ، فثقافة المجتمع الجزائري على العموم كان لها أثرها على النسبة الضعيفة لتعاطي الإناث للتبغ. كما أن الذكور هم الأكثر عرضة لولوج عالم المخدرات بما أن فيهم عدد كبير من المدخنين.

الجدول رقم (187) حجم المدخنين من الطلبة حسب الجنس و حسب المنطقة

المنطقة الجنس التدخين		الوسط				الشرق				الغرب				الجنوب			
		ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث					
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار				
نعم		100	%29,41	26	%9	52	%27,66	2	%1,52	68	%38,64	20	%12,66	56	%39,44	4	%4
لا		240	%70,59	256	%91	136	%72,34	130	%98,48	108	%61,36	138	%87,34	86	%60,56	96	%96
المجموع		340	%100	282	100	188	%100	132	%100	176	%100	158	%100	142	%100	100	%100

يلاحظ من خلال الجدول رقم (187)، أن نسبة الذكور الذين يدخنون السجائر لمنطقة الوسط وصلت إلى 29.41%، بينما وصلت نسبة الإناث اللواتي يدخن التبغ إلى 9.22%. في حين هناك 27.66% من الذكور لمنطقة الشرق صرحوا بأنهم يدخنون السجائر، بينما صرح سوى 1.52% من الإناث بأنهن يدخن. و يظهر نفس الجدول، أن هناك 38.64% من ذكور منطقة الغرب يدخنون التبغ، بينما هناك ما نسبته 12.66% من الإناث من صرحن بأنهن يدخنون وهي بالتالي تعتبر أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق. كما يبين الجدول، أن 39.44% من ذكور عينة منطقة الجنوب يدخنون، و فقط 4% من إناث نفس المنطقة يدخن التبغ.

وهكذا يمكن ترتيب تدخين السجائر حسب الجنس وحسب المنطقة على النحو

التالي:

تدخين السجائر عند الذكور:

1- الجنوب، 2 - الغرب، 3- الوسط، 4- الشرق

تدخين السجائر عند الإناث :

1- الغرب، 2- الوسط، 3- الجنوب، 4- الشرق

ومن خلال ما سبق، يظهر جليا علاقة الثقافة الفرعية للمناطق بتدخين الأنثى للتبغ، حيث نجد أن الغرب يتصدر المجموعة بنسبة 12.66%، ثم تراجع في منطقة الوسط إلى 9%، أما بالنسبة لمنطقتي الجنوب والشرق فهي ضعيفة وتكاد تنعدم، وهذا من بين المؤشرات المهمة على أن هناك بعض المناطق من التراب الجزائري أكثر محافظة من المناطق الأخرى.

الجدول رقم (188) حجم المدخنين من الطلبة حسب التخصص

النسبة	التكرار	التخصص
45,12%	148	علمي
51,22%	168	أدبي
3,66%	12	تسيير واقتصاد
100%	328	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (188)، أن تعاطي التبغ يكون في أعلى مستوى عند قسم الآداب إذ وصلت نسبته 51.22%، ويكون أقل عند قسم العلوم بنسبة 45.12%، ويكون في أدنى مستوياته في قسم تسيير واقتصاد بنسبة 3.66%. أما إذا قرأنا الأرقام من زاوية أخرى، يتبين أن أن قسم تسيير واقتصاد يأتي في المقدمة بنسبة 26.09%، حيث أنه من أصل 46 هناك 12 طالبا يتعاطى السجائر، ثم يأتي في المقام الثاني طلبة قسم العلوم بنسبة 25.08%، إذ تم تسجيل من أصل 590 طالبا أن هناك 148 طالب من هذا القسم يتعاطون السجائر، ويأتي في الأخير قسم الآداب بنسبة 19.78%، حيث تبين أنه من أصل 876 طالب هناك 168 طالب يدخن السجائر. ومنه يتبين أن قسم

الأدباء يفضلون عدم تدخين التبغ، كأن الطلبة الذين يتعاملون مع المواد العلمية والحسابية عودوا أنفسهم على تدخين التبغ أكثر من طلبة الأدباء.

الجدول رقم (189) نسبة المدخنين من الطلبة حسب التخصص وحسب المنطقة

التخصص	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
علمي	%53,97	68	%30,00	18	%38,64	34	%51,85	28	%45,12	148
أدبي	%42,86	54	%66,67	40	%61,36	54	%37,04	20	%51,22	168
تسيير واقتصاد	3,17	4	%3,33	2	-	-	%11,11	6	%3,66	12
المجموع	%100	126	%100	60	%100	88	%100	54	%100	328

يظهر من خلال الجدول رقم (189) أعلاه، والخاص بتعاطي السجائر حسب القسم وحسب المنطقة، أنه بالنسبة لقسم الأدباء، تأتي منطقة الشرق في المقدمة بـ 66.67%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 61.36%، ثم تأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 42.86%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 37.04%.

أما فيما يخص قسم العلوم، فيظهر أن منطقة الوسط تحتل الصدارة بنسبة 53.97%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 51.85%، لتأتي بعدها منطقة الغرب بنسبة 38.64%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 30%.

وبخصوص قسم تسيير واقتصاد، نجد أن منطقة الجنوب تتصدر القائمة بنسبة 11.11%، ثم منطقة الشرق بنسبة 3.33%، ثم منطقة الوسط بنسبة 3.17%.

الجدول رقم (190) المستوى التعليمي لآباء المدخنين حسب المنطقة

المستوى التعليمي	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أمي	%15,87	20	%6,67	4	%29,55	26	%18,52	10	%18,29	60
إبتدائي	%20,63	26	%13,33	8	%20,45	18	%25,93	14	%20,12	66
متوسط	%9,52	12	%26,67	16	%11,36	10	%22,22	12	%15,24	50
ثانوي	%14,29	18	%20	12	%27,27	24	%14,81	8	%18,90	62
جامعي	%39,68	50	%33,33	20	%11,36	10	%18,52	10	%27,44	90
المجموع	%100	126	%100	60	%100	88	%100	54	%100	328

فيما يخص المستوى التعليمي للآباء واقتترانه بتدخين الأبناء للتبغ، فلم يظهر من خلال الجدول رقم (190) أي اتجاه واضح المعالم لتوزيع نسب التدخين بناء على المستوى التعليمي للآباء، إلا أنه ما يجب الإشارة إليه أن أكبر نسبة تتمثل في الآباء ذوي المستوى الجامعي بنسبة 27.44%.

ويمكن ترتيب المناطق حسب المستوى التعليمي للآباء على المنوال التالي:

- الأمية: تتصدر منطقة الغرب بنسبة 29.55% المجموعة، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 18.52%، ثم منطقة الوسط بنسبة 15.87%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 6.67%.
- المستوى الابتدائي: تأتي منطقة الجنوب في الصدارة بنسبة 25.93%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 20.63%، ثم منطقة الغرب بنسبة 20.45%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 13.33%.
- المستوى المتوسط: تأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 26.67%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 22.22%، ثم منطقة الغرب بنسبة 11.36%، ثم منطقة الوسط بنسبة 9.52%.
- المستوى الثانوي: تأتي منطقة الغرب في الطليعة بنسبة 27.27%، ثم تأتي بعدها منطقة الشرق بنسبة 20%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 14.81%، وأخيرا منطقة الوسط بنسبة 14.29%.
- المستوى الجامعي: تتصدر القائمة منطقة الوسط بنسبة 39.68%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 33.33%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 18.52%، وأخيرا منطقة الغرب بنسبة 11.36%.

وهكذا نجد الجامعي لكل من آباء طلبة الوسط والشرق الذي يطغى على باقي المستويات لم يكن حصنا لتفادي الطلبة الوقوع في مشكلة تدخين التبغ. وبالتالي فليس هناك علاقة بمستوى التعليمي للآب وتدخين الإبن للتبغ حسب هذه الدراسة.

الجدول رقم (191) المستوى التعليمي لأمهات المدخنين حسب المنطقة

المجموع	الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة المستوى التعليمي
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
	%29,88	98	%37,04	20	%34,09	30	%36,67	22	أمي
	%19,51	64	%7,41	4	%34,09	30	%13,33	8	إبتدائي
	%13,41	44	%25,93	14	%15,91	14	%16,67	10	متوسط
	%19,51	64	%14,81	8	%11,36	10	%26,67	16	ثانوي
	%17,68	58	%14,81	8	%4,55	4	%6,67	4	جامعي
	%100	328	%100	54	%100	88	%100	60	المجموع

يظهر الجدول رقم (191)، أنه على العكس المستوى التعليمي عند الأباء، فإنه يلاحظ زيادة تدخين أبناء الأمهات الأقل تعليماً (أي أميات) إذ وصلت النسبة إلى 29.88%.

فنسبة أبناء الأمهات الأميات مرتفع لكل المناطق والتي تتقدمهم منطقة الجنوب بنسبة 37.04%، باستثناء منطقة الوسط التي سجلت أضعف نسبة بـ 20.63%. وفيما يخص المستوى الابتدائي، تحتل منطقة الغرب الصدارة بنسبة 34.09%، وتأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 17.46%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 13.33%، وتأتي منطقة الجنوب في آخر المجموعة بنسبة 7.41%.

وتتصدر مجموعة المناطق منطقة الجنوب فيما يخص المستوى المتوسط بنسبة 25.93%، وتأتي منطقة الشرق في المرتبة الثانية بنسبة 16.67%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 15.91%، وتأتي منطقة الوسط في المرتبة الرابعة بنسبة 4.76%.

وتأتي على رأس المناطق منطقة الشرق بخصوص المستوى الثانوي بنسبة 26.67%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 23.81%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 14.81%، وتختتم المجموعة منطقة الغرب بنسبة 11.36%.

أما بالنسبة للمستوى الجامعي، فتحتل منطقة الوسط المرتبة الأولى بنسبة 33.33%، وتأتي بعدها بمسافة بعيدة منطقة الجنوب بنسبة 14.81%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 6.67%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 4.55%.

الجدول رقم (192) توزيع المدخنين حسب الإحساس بالملل و الفراغ

النسبة	التكرار	الإجابة
65,85%	216	نعم
34,15%	112	لا
100%	328	المجموع

حسب الجدول رقم (192)، صرح أغلب المدخنين للتبغ بأنهم يعانون من الملل والفراغ بنسبة 65.85%، وهذا ما يعطي دلالة واضحة أن الإحساس بالفراغ يدفع بالشباب إلى تعاطي التبغ على وجه الخصوص والسلوك الانحرافي عموما.

الجدول رقم (193) توزيع المدخنين حسب الإحساس بالملل و الفراغ و حسب المناطق

المنطقة الإجابة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم		69,84%	88	60%	36	61,36%	54	70,37%	38	65,85%	216
لا		30,16%	38	40%	24	38,64%	34	29,63%	16	34,15%	112
المجموع		100%	126	100%	60	100%	88	100%	54	100%	328

إذا رجعنا إلى الجدول رقم (193)، و أردنا ترتيب درجة الإحساس بالملل والفراغ للمدخنين، نجد أن منطقة الجنوب تأتي في المقدمة بنسبة 70.37%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 69.84%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 61%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 60%. فالإحساس بالملل والفراغ لعب دورا حاسما في تعلم عادة التدخين بالنسبة لجميع المناطق.

الجدول رقم (194) كيفية قضاء المدخن لأوقات فراغه (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	قضاء أوقات الفراغ
15,85%	110	ممارسة الرياضة
21,33%	148	مشاهدة البرامج التلفزيونية
7,49%	52	سماع الراديو
10,95%	76	قراءة الجرائد والمجلات
2,31%	16	الذهاب إلى دار الشباب
20,17%	140	السهر مع الأصدقاء
2,59%	18	نشاطات في جمعية
2,88%	20	نشاطات دينية
14,41%	100	التجول في شبكة الأنترنت
-	-	نشاط آخر أذكره
0,29%	2	الجلوس في المقهى
0,29%	2	المطالعة
0,86%	6	التنزه
0,58%	4	شرب المسكرات و المخدرات
100%	694	المجموع

لو أردنا ترتيب كيفية قضاء مدخن السجائر لأوقات فراغه، فحسب الجدول رقم (194)، يتبين أن الترتيب يكون على النحو التالي:

1-مشاهدة البرامج التلفزيونية: 21.33%.

2-السهر مع الأصدقاء : 20.17%.

3- ممارسة الرياضة : 15.85%

4-التجول في شبكة الانترنت : 14.41%

5-قراءة الجرائد والمجلات: 10.95%

6-سماع الراديو : 7.49%

وتأتي بعدها نشاطات أخرى بنسب ضئيلة تكاد لا تذكر.

وعليه يظهر، أن مشاهدة البرامج التلفزيونية والسهر مع الأصدقاء كان لهما دورا

بارزا في تشجيع الطالب على التدخين.

الجدول رقم (195) مع من يقضي المدخن أوقات فراغه (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	الإجابة
22,69%	98	أفراد الأسرة
25,93%	112	زملاء الدراسة
41,20%	178	أصدقاء الحي
5,09%	22	افراد آخريين
4,17%	18	وحيدي
0,93%	4	دون إجابة
100%	432	المجموع

يبين الجدول رقم (195)، أن نسبة كبيرة من المدخنين 41.20% يقضون أوقات فراغهم مع أصدقاء الحي، ثم يأتي بعدها زملاء الدراسة بنسبة 25.93%، ثم يأتي أفراد الأسرة في المرتبة الثالثة بنسبة 22.69%. ثم يأتي بعدها أفراد آخريين غير محددين بنسبة 5.09%. كما أن هناك 4.17% من المدخنين من يفضلون قضاء أوقات فراغهم بمفردهم. وبالتالي يشكل كل من زملاء الدراسة وأصدقاء الحي أكثر من 67%، وهذا ما يؤكد على دور الاقران عموما في تشجيع المراهق على انتهاج السلوك الانحرافي. فقبول جماعة الاقران لأحد أفرادها لا يتم إلا بعد برهان أن بأنه تخلص من مراقبة الوالدين وأنه أصبح حرا في تصرفاته، و يعبر عن ذلك بالتدخين كأحد رموز التحرر و التقدم في السن، وهذا ليضمن مكانته ضمن جماعته، وإلا فإنه سيعاقب بإبعاده عن الجماعة.

المطلب الثاني: سن وظروف بداية تدخين التبغ:

الجدول رقم (196) عمر الطالب المدخن عند بداية التدخين حسب المنطقة

المنطقة عمر الطالب	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 15 سنة	%34,92	44	%30	18	%25	22	%22,22	12	%29,27	96
15 - 19 سنة	%47,62	60	%60	36	%40,91	36	%70,37	38	%51,83	170
20 - 24 سنة	%15,87	20	%10	6	%22,73	20	%7,41	4	%15,24	50
25 - 29 سنة	%1,59	2	-	-	%9,09	8			%3,05	10
30 فما فوق	-	-	-	-	%2,27	2			%0,61	2
المجموع	%100	126	%100	60	%100	88	%100	54	%100	328

من خلال الجدول رقم (196) والخاص بتوزيع أفراد العينة الذين صرحوا بأنهم تعاطوا أو ما يزالون يتعاطون التبغ حسب الفئة العمرية، فإنه تبين أن هناك نسبة لا يمكن إغفالها من الطلبة في هذه العينة بدأوا تدخين السجائر وهم في الفئة العمرية ما بين 15 و 19 سنة وذلك بنسبة 51.83%. كما أن هناك نسبة معتبرة من الطلبة الذين بدأوا التدخين وهم أقل من 15 سنة بنسبة 29.27%. وهذا ما جعل هذه الفئة تكون هشة أكثر من باقي فئات أفراد عينة الدراسة. فبداية التدخين في سن مبكر يدفع بالمدخن إلى تجريب ما هو أخطر من التدخين بعد ذلك.

الجدول رقم (197) المناسبة التي أحاطت بتدخين السجائر لأول مرة حسب المنطقة

المناسبة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
التقليد	%3,17	4	%13,33	8	%9,09	8	-	-	%6,10	20
الفضول	%23,81	30	%36,67	22	%27,27	24	%22,22	12	%26,83	88
جماعة الرفاق	%57,14	72	%40	24	%47,73	42	%70,37	38	%53,66	176
مشاكل نفسية	%14,29	18	%10	6	%15,91	14	%7,41	4	%12,80	42
الرجلة	%1,59	2	-	-	-	-	-	-	%0,61	2
المجموع	%100	126	%100	60	%100	88	%100	54	%100	328

يبين الجدول رقم (197)، والخاص بتوزيع أفراد العينة الذين تعاطوا وما يزالون يتعاطون التبغ حسب المناسبة التي أحاطت بتدخين السجائر لأول مرة، أن معظم المتعاطي للتبغ استجابوا لضغوط الآخرين وعلى رأسهم جماعة الرفاق بنسبة 53.66%. مع ذلك هناك نسبة لبأس بها من هذه العينة تتحمل المسؤولية المباشرة عن دخولها عالم التبغ عن طريق الفضول بنسبة 26.83% أو عن طريق التقليد بنسبة 6.10%. كما يوجد نسبة 12.80% الذين صرحوا بأن ذلك كان سببه مشاكل نفسية. وهكذا يمكننا ترتيب ظروف بدء التدخين لدى أفراد العينة كما يلي:

1- تحت ضغط جماعة الرفاق،

2- الفضول،

3- مواجهة مشاكل نفسية،

4- التقليد،

5- الرحلة

وعليه يظهر أن نسبة معتبرة من المدخنين كان ضغط المحيط (أي خارج إرادة المدخن) هو سبب بداية تدخينهم، أما الباقي فكان من إرادة المدخن.

الجدول رقم (198) عدد السجائر المدخنة يوميا من قبل الطلبة المدخنين

المنطقة عدد السجائر		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 5 سجائر		17,46%	22	43,33%	26	15,91%	14	7,41%	4	20,12%	66
5 - 9 سجائر		14,29%	18	10%	6	34,09%	30	14,81%	8	18,90%	62
10 - 14 سجائر		19,05%	24	10%	6	20,45%	18	37,04%	20	20,73%	68
15 - 19 سجائر		11,11%	14	13,33%	8	9,09%	8	7,41%	4	10,37%	34
أكثر من 20 سجائر		38,10%	48	23,33%	14	20,45%	18	33,33%	18	29,88%	98
المجموع		100%	126	100%	60	100%	88	100%	54	100%	328

يقدم الجدول رقم (198) والخاص بعدد السجائر المدخنة يوميا بين الطلبة المدخنين، ويشير أن 29.88% من المدخنين من عينة الدراسة يدخنون أكثر من علبة

سجائر يوميا، بينما هناك 20.73 % من يدخنون ما بين 10 و 14 سيجارة يوميا، و 20.12% منهم من يدخنون أقل من 5 سجائر يوميا (ويدخل في هذا الإطار حتى الذي يدخن سجارة في اليوم أو بالمناسبات). وهذا ما يؤكد ان نسبة كبيرة من المدخنين مدمنون على التبغ.

المطلب الثالث: التدخين وتعاطي المخدرات:

الجدول رقم (199) تدخين السجائر عند متعاطي المخدرات

النسبة	التكرار	تدخين السجائر
74,02%	188	نعم
25,98%	66	لا
100%	254	المجموع

يشير الجدول رقم (199)، أن هناك 74.02% من مجموع المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم يدخنون التبغ، بينما هناك 25.98% منهم صرحوا بأنهم لا يتعاطون التبغ. وهذا ما يؤكد العلاقة المترسخة بين التبغ وتعاطي المخدرات، حتى الفئة التي صرحت أنها لا تدخن قد تستعمل المادة الهلالية (الشمة) أو تبغ الشمة، وهذا ما توصلنا إليه خلال التنقلات الميدانية لمستشفى فرانتز فانون بالبليدة، حيث أن أغلبية المدمنين يدخنون، و الباقي يتعاطون الشمة، وهناك من يتعاطاهما معا.

الجدول رقم (200) سن بداية تدخين السجائر عند متعاطي المخدرات

السن		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
30	36,59%	8	36,36%	6	13,04%	12	31,58%	56	29,79%		
38	46,34%	12	54,55%	28	60,87%	24	63,16%	102	54,26%		
12	14,63%	2	9,09%	10	21,74%	2	5,26%	26	13,83%		
2	2,44%	-	-	2	4,35%	-	-	4	2,13%		
82	100%	22	100%	46	100%	38	100%	188	100%		

يتبين من خلال الجدول رقم (200)، أن أغلبية المتعاطين للمخدرات بدأوا تعاطي التبغ بين 15 و 19 سنة بنسبة 54.26%، وتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 63.16%، كما أن هناك نسبة معتبرة 29.79% منهم بدأوا تعاطي التبغ في سن أقل من 15 سنة، وتحتل المقدمة منطقة الوسط بنسبة 36.59%، ويوجد كذلك 13.83% من متعاطي المخدرات بدعوا تدخين السجائر ما بين 20 و 24 سنة، وتأتي على رأس المجموعة منطقة الغرب بنسبة 21.74%. وأخيرا هناك نسبة قليلة منهم 2.13% بدأوا تدخين السجائر في سن من 25 إلى 29 سنة، وتخص كل من منطقي الغرب والوسط فقط. ومنه يتبين أن تدخين التبغ يكون قبل بداية تعاطي المخدرات أو معه.

الجدول رقم (201) ظروف بداية التدخين عند متعاطي المخدرات حسب المنطقة

ظروف بداية التدخين	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
التقليد	2%	2	9,09%	2	17,39%	8	-	-	6,38%	12
الفضول	31,71%	26	27,27%	6	21,74%	10	26,32%	10	27,66%	52
جماعة الرفاق	36,59%	30	36,36%	8	21,74%	10	68,42%	26	39,36%	74
مشاكل نفسية	12,20%	10	9,09%	2	13,04%	6	-	-	9,57%	18
الرجلة	4,88%	4	-	-	-	-	-	-	2,13%	4
دون إجابة	12,20%	10	18,18%	4	26,09%	12	5,26%	2	14,89%	28
المجموع	100%	82	100%	22	100%	46	100%	38	100%	188

حسب الجدول رقم (201)، فإن أغلب المبحوثين المتعاطين للمخدرات بدأوا تدخين السجائر تحت تأثير جماعة الرفاق بنسبة 39.36%، ويظهر جليا أن منطقة الجنوب تتقدم المجموعة بمسافة كبيرة حيث بلغت النسبة فيها 68.42%، وهذا يوحي بأن جماعة الرفاق لها وطأتها على المبحوثين في منطقة الجنوب أكثر من المناطق الأخرى. ثم يأتي الفضول في المقام الثاني بنسبة 27.36%، وتتقدم المجموعة منطقة الوسط بنسبة 31.71% وبالتالي يتميز أفراد عينة منطقة الوسط بالفضول على بقية المناطق، إلا أن ذكل الفضول يؤدي في غالب الأحيان إلى نتائج وخيمة كالاغتياد على التدخين أو

تعاطي المخدرات، كما صرح نحو 9.57% منهم أن بداية تدخين التبغ كان بسبب مشاكل نفسية، وتتصدر المجموعة منطقة الغرب بنسبة 13.04%. كما صرح نحو 8.43% أن ظروف التدخين كان نتيجة التقليد، وتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 17.39%. وأخيرا هناك 2.41% من المدخنين صرحوا بأن ظروف بداية التدخين كان بسبب الرحلة، و تتفرد منطقة الوسط بهذه الخاصية بنسبة 4.88%.

ويجب الإشارة إلى أن هناك نسبة من المدخنين 14.89% فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال، ويمكن أن يعود ذلك إلى عدم تذكرهم بالظروف التي أحاطت بهم وشجعتهم على بدء التدخين، فبداية التدخين في هذه الحالة لم يكن يشكل حدثا هاما لهذه الفئة من المتعاطين كبقية المتعاطين، ويمكن تفسير ذلك أن مشاهدة المعنيين بالأمر أغلب من حولهم يدخنون كالأب أو الأخ الأكبر أو المعلم إلى غير ذلك من الأشخاص الذي يكن لهم كل الاحترام والتقدير، جعل التدخين بالنسبة إليه أمرا طبيعيا، مما أدى به إلى عدم التذكر عن أول يوم وتحت أي ظرف بدأ في التدخين.

الجدول رقم (202) عدد السجائر المدخنة يوميا عند متعاطي المخدرات حسب المنطقة

المنطقة عدد السجائر		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقل من 5 سجائر		17,07%	14	27,27%	6	13,04%	6	-	-	13,83%	26
من 5 إلى 9 سجائر		2,44%	2	-	-	30,43%	14	10,53%	4	10,64%	20
من 10 إلى 14 سجارة		24,39%	20	18,18%	4	8,70%	4	36,84%	14	22,34%	42
من 15 إلى 19 سجارة		9,76%	8	9,09%	2	8,70%	4	5,26%	2	8,51%	16
أكثر من 20 سجارة		43,90%	36	27,27%	6	30,43%	14	47,37%	18	39,36%	74
دون إجابة		2,44%	2	18,18%	4	8,70%	4	-	-	5,32%	10
المجموع		100%	82	100%	22	100%	46	100%	38	100%	188

يظهر الجدول رقم (202)، أن عددا كبيرا من المتعاطين للمخدرات يستهلكون أكثر من علبة سجائر يوميا بنسبة 39.36%، وتحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 47.37%، ثم يلونهم الذين يدخنون من 10 إلى 14 سيجارة يوميا بنسبة

22.34%، وتأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 36.84%، ثم يأتي بعدهم الذين يدخلون أقل من 5 سجائر يوميا بنسبة 13.83%، وتتقدم المجموعة منطقة الشرق بنسبة 27.27%، ويأتي بعدهم الذين يدخلون من 5 إلى 9 سيجارة يوميا بنسبة 10.64%، وتتصدر المجموعة منطقة الغرب بنسبة 30.43%. ويأتي في المقام الأخير الذي يدخلون من 15 إلى 19 سيجارة يوميا بنسبة 8.51%، وتأتي على رأس المجموعة منطقة الوسط بنسبة 9.76%.

وإذا أخذنا تدخين 10 سجائر يوميا كمعيار للتدخين المفرط، فيتبين من خلال الجدول، أن الأغلبية العظمى من المتعاطين للمخدرات من كبار المدخنين (Grands Fumeurs) بنسبة 70.21%. وتعتبر هذه النتيجة منطقية كون تدخين التبغ يعتبر بوابة تعاطي المخدرات.

المبحث الثامن: الوازع الديني ودوره في الإقلاع عن التعاطي:

الجدول رقم (203) رأي المتعاطين في تعاطي المخدرات حسب المنطقة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة رأي المتعاطي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%69,29	176	%70	28	%73,33	44	%78,95	30	%63,79	74	حرام
%12,60	32	%10	4	%13,33	8	%10,53	4	%13,79	16	مكروه
%3,15	8	-	-	-	-	-	-	%6,90	8	حلال
%10,24	26	%20	8	%6,67	4	%10,53	4	%8,62	10	لا أدري
%4,72	12	-	-	%6,67	4	-	-	%6,90	8	دون إجابة
%100	254	%100	40	%100	60	%100	38	%100	116	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (203)، أن الأغلبية صرحوا بأن تعاطي المخدرات حراما شرعا بنسبة 69.29%. كما أن هناك 12.60% منهم يرون أنها مكروهة، و هناك 3.15% يعتبرونها حلالا (أي أن تعاطيها لا يعتبر مخالفة شرعية). وصرح 10.24% منهم أنه ليست لهم دراية بالموضوع. وفضل نحو 4.72% عدم الإجابة على هذا السؤال. وعند المقارنة بين المناطق، يظهر أن منطقة الشرق تصدر المجموعة بنسبة 78.95% في حرمة تعاطي المخدرات. أما عن مكروهية التعاطي، فتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 13.79%. أما عن إباحة تعاطي المخدرات، فكل المناطق لا ترى ذلك إلا منطقة الوسط بنسبة 6.90% ترى أنها حلالا. وبخصوص عدم دراية المبحوثين بالحكم الشرعي لتعاطي المخدرات، تأتي منطقة الجنوب في المرتبة الأولى بنسبة 20%. وهكذا، نلاحظ أنه رغم علم نسبة كبيرة من المتعاطين للمخدرات بحرمة تعاطي المخدرات، إلا أن ذلك لم يمنعهم من التعاطي. أما عن الحلال فيقتصر الأمر على منطقة الوسط فقط التي يرى الطلبة أن تعاطي المخدرات حلال كباقي الطيبات التي أحلها الله لعباده.

الجدول رقم (204) مقارنة رأي المتعاطين والأسوياء في المخدرات

الأسوياء		المتعاطون		رأي المبحوثين
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
73,53%	850	69,29%	176	حرام
3,98%	46	12,60%	32	مكروه
0,35%	4	3,15%	8	حلال
4,50%	52	10,24%	26	لا أدري
17,65%	204	4,72%	12	دون إجابة
100%	1156	100%	254	المجموع

يجب الإشارة أنه فيما يخص السؤال بتجربة تعاطي المخدرات، أن هناك 254 طالبا أجابوا بأنهم تعاطوا المخدرات، و 1156 أجابوا بالنفي، و 108 لم يجيبوا على هذا السؤال، ولهذا تظهر في الجدول الفرق لـ 108 فرد من أفراد عينة الدراسة، وهم الطلبة الذين لم يجيبوا على السؤال، فالنسبة للدراسة لا يمكن تصنيفهم ضمن المتعاطين ولا يمكن

تصنيفهم أيضا ضمن فئة الأسوياء. يظهر الجدول رقم (204)، أن نسبة المبحوثين الأسوياء الذين يرون بحرمة المخدرات أعلى من نسبة المتعاطين، حيث بلغت عند الفئة الأولى 73.53%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 69.29%. أما بخصوص مكروية المخدرات فالنسبة مرتفعة عند المتعاطين مقارنة بالأسوياء، حيث بلغت عند الأولى 12.60%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 3.98%. كما أن هناك 3.15% من المتعاطين يرون بأن المخدرات حلال، بينما هناك 0.35% فقط من الأسوياء من يرون بأنه حلال. وفي الأخير هناك 4.72% من المتعاطين من صرحوا بعدم درايتهم بالحكم الشرعي للمخدرات، ويرى نحو 4.50% من الأسوياء بعدم درايتهم بحكم تعاطي المخدرات. و نشير إلى أن 17.65% من الأسوياء و 4.72% من المتعاطين لم يجيبوا على هذا السؤال.

وعليه فمكروية المخدرات وعدم الدراية بحكم المخدرات تحدد الفرق بين الفئتين، حيث نجد أن فئة شريحة لا بأس بها من المتعاطين ترى أن تعاطي المخدرات مكروه وبالتالي لم يصل إلى درجة التحريم، فارتكاب المكروه ليس كارتكاب المحرم، وهكذا حتى يبرر المتعاطون بأن ذلك السلوك لا يتنافى مع تعاليم الدين الحنيفية. كما أن عدم الدراية بالحكم الشرعي لتعاطي المخدرات يعتبر كمنفذ لبعض المتعاطين لتبرير تعاطيهم واستمرارهم التعاطي ما دام ليس لهم علم بالحكم الشرعي، وهم لا يحاولون معرفة ذلك حتى لا يصبح حجة ضدهم.

الجدول رقم (205) مقارنة رأي الذين نجحوا في الإقلاع والمنتكسين في المخدرات

المنتكسون		الناجحون في الإقلاع		رأي المبحوثين
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
50%	22	79,22%	122	حرام
13,64%	6	12,99%	20	مكروه
-	-	2,60%	4	حلال
36,36%	16	5,19%	8	لا أدري
100%	44	100%	154	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (205)، أن رأي المبحوثين الناجحين في التوقف عن التعاطي بشأن حرمة المخدرات أعلى من تلك الخاصة بفئة المنتكسين، حيث بلغت النسبة عند الفئة الأولى 79.22%، بينما بلغت النسبة عند الفئة الثانية 50%. كما أن نسبة المبحوثين الناجحين في الإقلاع عن التعاطي في مكروهية التعاطي أضعف منها عند فئة المنتكسين، حيث بلغت عند الأولى 12.99% بينما بلغت عن الثانية 13.64. أما عدم الدراية فهي عالية عند فئة المنتكسين مقارنة بفئة الناجحين، حيث بلغت في الفئة الأولى 36.36% بينما بلغت عند الثانية سوى 5.19%. أما فيما يخص حلال التعاطي فبلغت عند الناجحين في الإقلاع 2.60% بينما هي منعدمة عند فئة المنتكسين. وهكذا يظهر الفرق واضح في رأي الفئتين حول تعاطي المخدرات و انعكاسات ذلك الرأي على نجاح الإقلاع من عدمه.

الجدول رقم (206) مقارنة أسباب التوقف بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين (متعدد الإجابات)

المنتكسون		الناجحون في الإقلاع		أسباب التوقف
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
2,94%	2	8,67%	26	الخوف من الوالدين
5,88%	4	2%	6	الأصدقاء
5,88%	4	7,33%	22	أمام المسجد
17,65%	12	24,67%	74	محرمة دينيا
14,71%	10	22,67%	68	الخوف من إيمانها
14,71%	10	20%	60	الخوف من المشاكل الصحية
14,71%	10	7,33%	22	عدم توفر المال
-	-	1,33%	4	نظرة المجتمع للمخدرات
23,53%	16	6%	18	دون إجابة
100%	68	100%	300	المجموع

يوضح الجدول رقم (206)، أن من الأسباب البارزة في تجربة الإقلاع هي كون تعاطي المخدرات محرمة دينيا، إلا أنها أعلى عند فئة الناجحين مقارنة بفئة المنتكسين،

حيث بلغت النسبة في الفئة الأولى 24.67%، بينما بلغت في الفئة الثانية 17.65%. كما أن الخوف من إيمانها شكل أحد أهم أسباب تجربة الإقلاع، إلا أنها أعلى عند فئة الناجحية في الإقلاع مقارنة بفئة المنتكسين، حيث بلغت في الفئة الأولى 22%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 14.71%. وكان الخوف من المشاكل الصحية في المقام الثالث عند فئة الناجحين بنسبة 20%، بينما بلغ عند فئة المنتكسين نسبة 14.71%.

كما يبين الجدول أن إمام المسجد أثر على فئة الناجحين أكثر من فئة المنتكسين، حيث وصلت النسبة في الفئة الأولى 7.33%، وبلغت عند الفئة الثانية 5.88%. حتى الخوف من الوالدين كان له أثر إيجابي على فئة الناجحين أكثر منه على فئة المنتكسين، حيث بلغت النسبة عند الفئة الأولى 8.67%، في حين بلغت عند الفئة الثانية 2.94%.

وتبقى نظرة المجتمع كأحد الأسباب للإقلاع مقتصرة فقط على فئة الناجحين بنسبة 1.33%.

إلا أننا نجد فيما يخص بند الخاص بعدم توفر المال كأحد أسباب الإقلاع، نسبته مرتفعة عند المنتكسي مقارنة بالناجحين، حيث بلغت النسبة عند الفئة الأولى 14.71% بينما بلغت النسبة عند الفئة الثانية 7.33%. حتى تأثير الأصدقاء كأحد أسباب التوقف فهو أعلى عند فئة المنتكسين منه عن الناجحين، حيث بلغت النسبة في الفئة الأولى 5.88%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 2%.

يجب الإشارة، أن هناك عددا من الفئتين لم يجيبوا على هذا السؤال، إلا أنه أعلى عن فئة المنتكسين منه عند فئة الناجحين، حيث وصلت النسبة في الفئة الأولى 23.53%، إلا أنه وصلت عند الفئة الثانية 6%.

وما يمكن استنتاجه مما سبق، أن لاعتبارات دينية وصحية ووالدية ساعدة فئة من المتعاطين من الإقلاع عن التعاطين، بينما الإعتبارات المالية والصدقة لم تؤتي أكلها في الإقلاع عن التعاطي.

المبحث التاسع : مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة الدراسة:

الجدول رقم (207) مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة الدراسة (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	المصادر
7,33%	218	الوالدان
9,62%	286	المدرسة
10,96%	326	الأصدقاء
0,74%	22	المسرح
14,79%	440	البرامج التلفزيونية
8,27%	246	الأفلام السينمائية
6,39%	190	الحصص الإذاعية
8,74%	260	الكتب والصحف والمجلات
4,51%	134	الندوات وأيام التوعية
5,18%	154	اللافتات
0,20%	6	الإنترنت
23,27%	692	دون إجابة
100%	2974	المجموع

يبين الجدول رقم (207)، والمتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب مصادر المعلومات عن المخدرات، أن أن البرامج التلفزيونية تأتي في الطليعة بنسبة 14.79%، ثم يليها الأصدقاء بنسبة 10.96%، ثم المدرسة بنسبة 9.62%، ثم تليها الكتب والصحف والمجلات بنسبة 8.74%، ثم يأتي بعدها الوالدان بنسبة 7.33%، ثم تأتي بعدها الحصص الإذاعية بنسبة 6.39%، ثم تليها اللافتات بنسبة 5.18%، ثم يأتي بعدها ندوات وأيام التوعية بنسبة 4.51%، ثم المسرح بنسبة 0.74%، وأخيرا شبكة الانترنت بنسبة 0.20%. وهذا ما يبين دور كل من وسائل الإعلام وعلى رأسها التلفزة، وجماعة الرفاق والمدرسة في تكوين صورة على المخدرات بجانبها الإيجابي والسلبي.

الجدول رقم (208) مصادر المعلومات عن المخدرات عند المتعاطين للمخدرات

النسبة	التكرار	المصادر
5,32%	28	الوالدان
11,41%	60	المدرسة
26,62%	140	الأصدقاء
0,38%	2	المسرح
15,21%	80	البرامج التلفزيونية
12,55%	66	الأفلام السينمائية
5,70%	30	الحصص الإذاعية
7,60%	40	الكتب والصحف والمجلات
3,04%	16	الندوات وأيام التوعية
3,80%	20	اللافتات
0,38%	2	الإنترنت
7,98%	42	دون إجابة
100%	526	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (208) المتعلق بمصادر المعلومات عن المخدرات، يتبين أن نسبة معتبرة 26.62% من المتعاطين صرحوا بأن الأصدقاء هم مصدر المعلومات عن المخدرات. ويأتي بعدها البرامج التلفزيونية بنسبة 15.21%. ثم تأتي بعده الأفلام السينمائية بنسبة 12.55%. وتأتي بعدها المدرسة بنسبة 11.41%. وفيما يخص الكتب والصحف والمجلات فهناك 7.60% من المتعاطين من صرحوا بذلك، كما أن هناك 5.70% من المتعاطين من وصلتهم المعلومات عبر الحصص الإذاعية. ونجد أن مصادر المعلومات عن المخدرات التي تأتي عن طريق الوالدين لا تمثل سوى 5.32%. وهناك نسب قليلة من المتعاطين من صرحوا بأن مصادر المعلومات عن المخدرات كانت عن طريق الندوات العلمية اللافتات بنسبة 3.80%، واللافتات بنسبة 3.08%، والإنترنت والمسرح بنسبة 0.38%.

ومن خلال ما سبق بيانه، نستطيع القول أن كلما كانت مصادر المعلومات عن المخدرات عن طريق الأصدقاء والأفلام السينمائية والبرامج التلفزيونية كلما كان توجه

نحو التعاطي أكبر، وكلما كانت مصادر المعلومات عن المخدرات عن طريق الأباء قلت احتمالات اللجوء إلى المخدرات.

الجدول رقم (209) رأي أفراد العينة فيما إذا كان هناك نسبة كبيرة من الطلبة تتعاطى المخدرات حسب المنطقة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	%59,16	368	%58,13	186	%58,68	196	%63,64	154	%59,55	904
لا	%5,47	34	%5,63	18	%5,99	20	%4,13	10	%5,40	82
لست أدري	%35,37	220	%36,25	116	%35,33	118	%32,23	78	%35,05	532
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يتضح من خلال الجدول رقم (209)، أن هناك نسبة كبيرة من المبحوثين %59.55 يرون أن هناك نسبة كبيرة من الطلبة يتعاطون المخدرات، وتأتي منطقة الجنوب على رأس المناطق بنسبة %63.64. وصرح %5.40 من أفراد عينة الدراسة بالنفي، حتى وإن كانت النسب متقاربة إلا أن منطقة الغرب تأتي في المقدمة بنسبة %5.99. كما أن هناك نحو %35.05 من أفراد عينة الدراسة صرحوا بأنه ليست لهم دراية بهذا الموضوع، وتتقدم المجموعة منطقة الشرق بنسبة %35.33. ومنه، يتضح أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة يرون أن ثمة نسبة كبيرة من الطلبة يتعاطون المخدرات، حتى وإن كانت الأجوبة تعبر عن الآراء، إلا أن تلك الآراء مستمدة مما سمعوه وشاهدوه في أرض الواقع عن ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري عموماً والطلبة على الوجه الخصوص.

الجدول رقم (210) مقارنة بين رأي المتعاطين والأسوياء فيما إذا كان هناك نسبة كبيرة من الطلبة تتعاطى المخدرات

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%55,36	640	%83,46	212	نعم
%6,23	72	%1,57	4	لا
%38,41	444	%14,96	38	لست أدري
%100	1156	%100	254	المجموع

حسب الجدول رقم (210)، يظهر أن الفرق شاسع بين الفئتين حول رأي المبحوثين حول إن كان هناك نسبة كبيرة من الطلبة من تتعاطى المخدرات، حيث بلغت عند المتعاطين 83.46%، بينما بلغت عند الأسوياء 55.38%. وبالتالي فعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من الفئتين ترى بوجود عدد كبير من الطلبة من يتعاطون المخدرات، إلا أن الأغلبية العظمى عند المتعاطين تؤيد هذا الرأي، وهذا من بين المؤشرات التي لها دلالة قطعية على حجم انتشار ظاهرة المخدرات في المجتمع الجزائري في السنين الأخيرة.

كما بلغت نسبة الأسوياء الذين لا يرون أن هناك عدد كبير من الطلبة من يتعاطون المخدرات 6.23 % ، بينما بلغت عند المتعاطين 1.57%. أما الذين صرحوا بأنهم لا يدرون أصلا بهذه المشكلة الاجتماعية فقد بلغت النسبة عن الأسوياء 38.41% وهي تمثل تقريبا ثلاثة أضعاف نسبة المتعاطين التي بلغت 14.96%، ويمكن تفسير هذه الإجابة من زاويتين، فبالنسبة للأسوياء فتعتبر الإجابة نوعا ما منطقية مادام أنهم لم يجربوا التعاطي، وحتى لو في بعض الأحيان لا يدركون حتى بالمشاهدة ماهية المادة المتعاطاة كالكيف مثلا الذي يتم تعاطيه عن طريق التدخين، فالأسوياء ربما يرونه على أساس تدخين التبغ ليس إلا. بينما الأمر يختلف عند المتعاطين، وبالتالي إجاباتهم بعدم الدراية فيها نوعا من الغموض.

الجدول رقم (211) يبين مدى وجود متعاطين للمخدرات بين زملاء أفراد عينة الدراسة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	34,08%	212	33,75%	108	35,93%	120	24,79%	60	32,94%	500
لا	16,08%	100	20%	64	17,96%	60	30,58%	74	19,63%	298
لست أدري	49,84%	310	46,25%	148	46,11%	154	44,63%	108	47,43%	720
المجموع	100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

يبين الجدول رقم (211)، أن عدد كبير من المبحوثين لكافة المناطق صرحوا بأن ليست لهم دراية بتعاطي زملاءهم المخدرات بنسبة 47.43%، وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 49.84%، أما عن علمهم بتعاطي زملاء الدراسة للمخدرات، فبلغت النسبة 32.94%، وسجلت أعلى نسبة بمنطقة الغرب بـ 35.93. وهكذا نجد أن النسبة انخفضت من الطلبة المتعاطين للمخدرات إلى الزملاء الذين يتعاطون المخدرات، وهذا ما يؤكد أن هناك نسبة معتبرة من الطلبة يتعاطون المخدرات، وهذا بشهادة أقرانهم.

الجدول رقم (212) يبين مدى وجود متعاطين للمخدرات بين زملاء أفراد عينة الدراسة

حسب الجنس

الجنس الإجابة	ذكور		إناث	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	39,72%	336	24,40%	164
لا	21,51%	182	17,26%	116
لست أدري	38,77%	328	58,33%	392
المجموع	100%	846	100%	672

حسب الجدول رقم (212)، يتبين أن الإناث يمثلن أغلبية المبحوثين اللواتي فضلن الإجابة بعدم الدراية بنسبة 58.33%. إلا أن نسبة معتبرة من الذكور 39.72% أجابوا

بأن هناك متعاطون للمخدرات بين زملائهم في الدراسة، وهذا ما يشير إلى أن تعاطي المخدرات منتشر أكثر عند الذكور مقارنة بالإناث.

الجدول رقم (213) مقارنة بين المتعاطين والأسوياء بوجود متعاطين للمخدرات بين زملاء الدراسة

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
26,12%	302	67,72%	172	نعم
22,15%	256	8,66%	22	لا
51,73%	598	23,62%	60	لست أدري
100%	1156	100%	254	المجموع

حسب الجدول رقم (213)، يظهر أن نسبة كبيرة من المتعاطين 67.22% يصرحوا بأن لهم زملاء في الدراسة يتعاطون المخدرات، بينما هناك 26.12% من الأسوياء من أقر بذلك. وهناك 22.15% من الأسوياء من نفى بوجود زملاء يتعاطون المخدرات، وبالمقابل هناك 8.66% من المتعاطين من صرح بعدم وجود متعاطين بين زملائهم. كما أنه هناك أكثر من النصف 51.73% من الأسوياء من صرح بأن ليس له أية معلومة عن هذا الموضوع، بينما صرح نحو 23.62% من المتعاطين بذلك. وعليه، نستنتج أن هناك نسبة معتبرة من الطلبة من يتعاطون المخدرات.

الجدول رقم (214) توزيع المتعاطين والأسوياء حسب نوع المخدر الذي يتعاطاه زملاء الدراسة (متعدد الإجابات)

الأسوياء		المتعاطون		نوع المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
38,52%	218	32,89%	150	الكيف
0,71%	4	2,19%	10	الأفيون
0,35%	2	2,19%	10	المورفين
3,53%	20	5,70%	26	الهرويين (الغبرة)
4,59%	26	6,58%	30	الكوكايين (الغبرة)
18,02%	102	15,35%	70	الأقراص (الكاشيات)
3,89%	22	4,82%	22	البنزين
7,77%	44	4,82%	22	الغراء
22,61%	128	25,44%	116	الكحول
100%	566	100%	456	المجموع

يجب التذكير أنه هناك 500 فرد فقط من أفراد عينة الدراسة من أصل 1518 من صرحوا بأن هناك من زملائهم من يتعاطون المخدرات (انظر الجدول رقم 211). أما الجدول رقم (214)، فيظهر تصدر تعاطي الكيف عند زملاء الباحثين لكلتا الفئتين، ثم يليه الكحول، ثم يليه الأقراص. وتأتي بعدها المخدرات و المواد النفسية الأخرى بنسب متفاوتة. يظهر أن زملاء الدراسة لكلتا الفئتين تتعاطى الكيف أولاً، ثم الكحول ثانياً، ثم الأقراص ثالثاً.

الجدول رقم (215) يبين مدى وجود متعاطين للمخدرات بين أقارب المبحوث حسب المنطقة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	%27,97	174	%25,63	82	%37,72	126	%25,62	62	%29,25	444
لا	%39,23	244	%40	128	%36,53	122	%46,28	112	%39,92	606
لست أدري	%32,80	204	%34,38	110	%25,75	86	%28,10	68	%30,83	468
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يشير الجدول (215) والخاص بمدى وجود متعاطين للمخدرات بين أقارب المبحوث حسب المنطقة ، إلى أن عدد كبير من المبحوثين أجابوا بعدم وجود متعاطين للمخدرات بين أقاربهم بنسبة 39.92%. و يأتي في المقام الثاني المبحوثين الذين ليس لهم معرفة بتعاطي للمخدرات لدى أقاربهم بنسبة 30.83%. أما الذين صرحوا بوجود متعاطين للمخدرات بين أقاربهم فيمثلون 29.25% من أفراد عينة الدراسة. وبالتالي، يعتبر ذلك مؤشر مهم و له دلالة واضحة على وجود عدد كبير من أقارب المبحوثين يتعاطون المخدرات، وهذا ما يؤكد على تنامي ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، كما أن هذه الفئة من المبحوثين حتى ولو أنهم جربوا المخدرات أو مايزالون يتعاطونها يعود ذلك بالدرجة الأولى إلى سابقة وجود تعاطي المخدرات في عائلاتهم، وهذا ما ساعدهم على دخول عالم الانحراف.

وإذا قرأنا الجدول حسب المناطق، فيبين أن منطقة الجنوب تمثل أعلى نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بعدم وجود متعاطين للمخدرات بين الأقارب بنسبة 46.28%.

ونشير هنا أن منطقة الغرب تختلف عن باقي المناطق، حيث صرح عدد كبير من المبحوثين أن لهم أقارب يتعاطون المخدرات بنسبة 37.72%، وقد يعود ذلك إلى الثقافة الفرعية لهذه المنطقة التي قد تسمح بتعاطي الفرد أمام أحد أفراد عائلته المخدرات، دون أن يشكل ذلك خرقاً للظوابط الاجتماعية.

الجدول رقم (216) توزيع المتعاطين والأسوياء حسب وجود متعاطين للمخدرات بين أقارب المبحوث

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
22,57%	260	67,72%	172	نعم
44,79%	516	14,17%	36	لا
32,99%	380	18,11%	46	لست أدري
100%	1156	100%	254	المجموع

من خلال الجدول رقم (216)، يتبين أن نسبة كبيرة من المتعاطين 67.72% يقرون بوجود أقارب يتعاطون المخدرات، على العكس من ذلك هناك 44.62% من الأسوياء من ينفون وجود أقارب يتعاطون المخدرات. وهذا ما يؤكد أن تعاطي أحد الأقارب للمخدرات من أهم العوامل التي أدت بالمبحوثين إلى تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (217) توزيع المتعاطين والأسوياء حسب المواد المخدرة التي يتعاطاها الأقارب

(متعدد الإجابات)

الأسوياء		المتعاطون		نوع المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
37,56%	160	35,96%	128	الكيف
-	-	1,69%	6	الأفيون
0,47%	2	1,12%	4	المورفين
0,94%	4	3,93%	14	الهرويين (الغبرة)
2,35%	10	4,49%	16	الكوكايين (الغبرة)
14,08%	60	12,36%	44	الأقراص (الكاشيات)
2,82%	12	2,25%	8	البنزين
5,63%	24	3,37%	12	الغراء
36,15%	154	34,83%	124	الكحول
100%	426	100%	356	المجموع

يجب التذكير أن هناك 172 من أصل 254 من المتعاطين، و 260 من أصل 1156 من الأسوياء من أجابوا بنعم على هذا السؤال. وبالتالي يبين الجدول رقم (217)، أن الأقارب عند الفئتين يتعاطون بالترتيب: الكيف، ثم الكحول ثم الأقراص. إلا أن هناك فروق دالة فيما يخص تعاطي الأقارب للمخدرات القوية، حتى وإن كانت بنسب بسيطة، إلا أنها عالية عند فئة المتعاطين مقارنة بفئة الأسوياء. كما أن ترتيب التعاطي عند أقارب المبحوثين للفئتين هو على التوالي : الكيف، ثم الكحول، ثم الأقراص فالمخدرات الأخرى بنسب ضعيفة.

الجدول رقم (218) يبين مدى وجود بائعين للمخدرات بين زملاء المبحوث حسب المنطقة

الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
نعم	56	9,00%	12	3,75%	22	6,59%	22	9,09%	112	7,38%
لا	232	37,30%	112	35,00%	170	50,90%	104	42,98%	618	40,71%
لست أدري	334	53,70%	196	61,25%	142	42,51%	116	47,93%	788	51,91%
المجموع	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518	100%

من خلال الجدول رقم (218) والمتعلق بوجود بائعين للمخدرات بين زملاء المبحوث، فكان جواب أكثر من نصف المبحوثين بعدم درايتهم بهذا الموضوع بنسبة 51.91%، ونفى ما نسبته 40.71% بوجود بائعين للمخدرات بين زملائهم. غير أن هناك ما نسبته 7.38% من المبحوثين من صرحوا بوجود بائعين للمخدرات بين زملاء الدراسة. ومنه يتبين أن بيع المخدرات ليس مقتصر فقط في الأحياء أو بعض الأماكن المشبوهة، بل يتواجد البائعون حتى في الحرم الجامعي، والطالب المتعاطي لا يجد صعوبة في الحصول على المادة المخدرة التي تعود على تعاطيها.

الجدول رقم (219) نوع المخدرات التي يبيعونها زملاء المبحوثين حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

نوع المخدرات	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الكيف	%63,64	42	%50	4	%30	6	%53,33	16	%54,84	68
الأفيون	%3,03	2	-	-	%10	2	-	-	%3,23	4
المورفين	%3,03	2	-	-	%10	2	-	-	%3,23	4
الهيرويين (الغبرة)	%6,06	4	-	-	-	-	-	-	%3,23	4
الكوكايين (الغبرة)	-	0	%25	2	%10	2	-	-	%3,23	4
الأقراص (الكاشيات)	%18,18	12	%25	2	%20	4	%33,33	10	%22,58	28
الغراء	%3,03	2	-	-	%10	2	-	-	%3,23	4
الكحول	%3,03	2	-	-	%10	2	%13,33	4	%6,45	8
المجموع	%100	66	%100	8	%100	20	%100	30	%100	124

يجب الإشارة أنه من أصل 1518 المبحوث، 112 مبحوث صرحوا بأن لهم زملاء الدراسة يبيعون المخدرات. ويظهر الجدول رقم (219)، والخاص بأنواع المخدرات التي يبيعها زملاء المبحوثين، وهو مرتبط بالسؤال السابق، فيأتي بيع الكيف المعالج في المقام الأول بنسبة 54.84%، ثم الأقراص بنسبة 22.58%، ثم الكحول في المقام الثالث بنسبة 6.45%. كما أن هناك بائعو المورفين والهيرويين والأفيون بنفس النسب 3.57%. ونلاحظ أن بيع الأفيون والمورفين من طرف زملاء المبحوثين يقتصر فقط على منطقتي الغرب والوسط بالنسب على التوالي 10% و 3.03%، أما بيع الهيرويين فتتفرد به منطقة الوسط لوحدها بنسبة 6.06%. بينما نجد أن بيع الكوكايين يقتصر عند زملاء الطلبة في كل من منطقتي الشرق و الغرب بالنسب على التوالي : 25% و 10%.

أما إذا قرأنا الجدول حسب المناطق، فتتصدر منطقة الوسط القائمة في بيع الكيف بنسبة 63.64%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 53.33%، ثم منطقة الشرق بنسبة 50%، ثم منطقة الغرب بنسبة 30%.

وفيما يخص بيع الاقراص من طرف زملاء، فتأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 33.33%، ثم منطقة الشرق بنسبة 25%، ثم منطقة الغرب بنسبة 20%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 18.18%.

أما عن الكحول، فتأتي على راس المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 13.03%، ثم منطقة الغرب بنسبة 10%، ثم منطقة الوسط بنسبة 3.03%. وبناءا على ما سبق، يتضح أن زملاء المبحوثين يبيعون جميع أنواع المخدرات، ولو أن مادة الكيف تغطي على جميع المواد باحتلالها المركز الأول.

الجدول رقم (220) توزيع المتعاطين والأسوياء حسب وجود بائعين للمخدرات بين زملاء الدراسة للمبحوثين

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
3,63%	42	27,56%	70	نعم
40,83%	472	39,37%	100	لا
55,54%	642	33,07%	84	لست أدري
100%	1156	100%	254	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (220)، يتبين أن أكثر من نصف عدد الأسوياء صرحوا بأنهم ليس لهم أية معلومة عن هذا الأمر بنسبة 55.54%. كما صرح نحو 39.37% من المتعاطين بعدم وجود زملاء الدراسة من يبيع المخدرات. إلا أن ذلك لم يمنع من أن 27.56% من المتعاطين، وهذا ما يؤكد على وجود بائعين للمخدرات في الحرم الجامعي. و3.64% من الأسوياء من صرح بوجود زملاء يبيعون المخدرات. ويعود الفرق شاسع بين الفئتين، كون أن فئة المتعاطين تتعامل مع هؤلاء البائعين يوميا، بينما فئة الأسوياء قد تسمع عنهم فقط مادامت هي غير معنية بالأمر. حتى هؤلاء الزملاء الذين يتاجرون بالمخدرات يحاولون قدر المستطاع أن يكون نشاطهم غير مشبوه حتى لا يجلبون الانتباه من طرف من لا يهتم بأمر تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (221) توزيع المتعاطين والأسوياء حسب نوع المخدرات التي يبيعها زملاء المبحوثين
(متعدد الإجابات)

الأسوياء		المتعاطون		نوع المخدرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
28%	14	52,17%	48	الكيف
4%	2	6,52%	6	الأفيون
-	-	4,35%	4	المورفين
4%	2	4,35%	4	الهيريويين (الغبرة)
-	-	2,17%	2	الكوكايين (الغبرة)
16%	8	23,91%	22	الأقراص (الكاشيات)
8%	4	6,52%	6	الكحول
40%	20	-	-	لا أعرفها
100	50	100%	92	المجموع

للإشارة أن هناك 70 من المتعاطين و 42 من الأسوياء من صرحوا بأن لهم زملاء يبيعون المخدرات. و يبين الجدول رقم (221)، أن هناك بعض الفروق بين الفئتين، فبينما يتميز زملاء المتعاطين ببيع الكيف في المقام الأول، ثم الأقراص، ثم كل من الأفيون والمورفين والكحول، ثم الهيريويين والغراء. يتميز زملاء الأسوياء ببيع كل من الكيف والمورفين في المقام الأول، ثم الأقراص، ثم الكحول، ثم الكوكايين. إلا أن ما يلاحظ أن هناك نسبة 16.67% من الأسوياء من صرحوا أنهم لا يعرفون نوع المخدرات التي يبيعها الزملاء، بل هناك من ذهب إلى اعتبار أن كل من الشمة والتبغ من المخدرات، حتى وإن صنفنا فارماكولوجيا من المخدرات، إلا أنهما ليس لهما نفس التأثير كباقي المخدرات، وكونها غير محظورتين. و ما يمكن استنتاجه عموماً من هذا الجدول، أن كلتا الفئتين لهما زملاء يبيعون تقريباً نفس المواد المخدرة، غير أن ما يلفت الانتباه من خلال قراءة الجدول، هو العدد الكبير من الأسوياء (20 من أصل 30 من أجابوا على السؤال السابق بنعم أي نسبة 66.66%) لا يعرفون حتى أنواع المخدرات التي يبيعونها زملاء الدراسة، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 75%، وقد تعتبر عدم معرفة تلك الأنواع سلاحاً

ذو حدين، من جهة يظهر أن الطالب بعيد كل البعد عن عالم المخدرات، الأمر الذي جعله لا يميز بين المخدرات، ومن جهة أخرى قد يحاول أحدهم إعطاء إحدى تلك الأنواع للطالب، وما دام لا يعرفها قد يجربها ثم يستمر في تعاطيها بعد شعوره بتلك اللذة في التجربة الأولى، فمعرفة علمية لأنواع المخدرات تعتبر من أوجه الوقاية من تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (222) توزيع أفراد العينة حسب وجود بائعين للمخدرات بين الأقارب حسب المنطقة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	28	4,50%	14	4,38%	12	3,59%	18	7,44%	72	4,74%
لا	378	60,77%	190	59,38%	232	69,46%	140	57,85%	940	61,92%
لست أدري	216	34,73%	116	36,25%	90	26,95%	84	34,71%	506	33,33%
المجموع	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518	100%

يبين الجدول رقم (222) والخاص بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب وجود بائعين للمخدرات بين الأقرباء، أن أغلبية أفراد العينة بنسبة 61.92% صرحوا بعدم وجود أقارب لهم يبيعون المخدرات، وتأتي منطقة الغرب على رأس المجموعة بنسبة 69.46%. كما بلغت نسبة الذين صرحوا بعدم درايتهم إن كان هناك بائعون للمخدرات بين أقاربهم 33.33%، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 36.25%. أما الذين أكدوا بأن لديهم أقارب يبيعون المخدرات فقد وصلت نسبتهم 4.74%، وتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 7.44%. حتى وإن تبدو نسبة الذين صرحوا بوجود أقارب لهم يبيعون المخدرات، غير أنها لها مدلول واضح بانتشار بيع المخدرات بين أفراد المجتمع الجزائري بشكل كبير، أي أن هناك بائع واحد لكل 25 طالب.

الجدول رقم (223) توزيع أفراد العينة حسب نوع المخدرات التي يبيعها أقارب المبحوثين
و حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

نوع المخدرات	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الكيف	46,15%	24	60%	12	25%	4	54,55%	12	47,27%	52
الأفيون	3,85%	2	-	-	-	-	-	-	1,82%	2
الهيريويين (الغبرة)	3,85%	2	-	-	-	-	-	-	1,82%	2
الكوكايين (الغبرة)	3,85%	2	-	-	-	-	9,09%	2	3,64%	4
الأقراص (الكاشيات)	3,85%	2	30%	6	25%	4	18,18%	4	14,55%	16
الكحول	11,54%	6	-	-	-	-	9,09%	2	7,27%	8
لا أعرفها	26,92%	14	10%	2	50%	8	9,09%	2	23,64%	26
المجموع	100%	52	100%	20	100%	16	100%	22	100%	110

يجب الإشارة، أن من أصل 1518 مبحوث، 72 منهم صرحوا بوجود أقارب لهم يبيعون المخدرات. وعند قراءة الجدول رقم (223) والمتعلق بنوع المخدر الذي يبيعه أقارب المبحوثين الذين صرحوا بوجود أقارب يبيعون المخدرات، أن 47.27% من هؤلاء الأقارب يبيعون الكيف في المقام الأول، وتتصدر منطقة الشرق ببيع هذا النوع من المخدرات بنسبة 60%. ثم يأتي بيع الأقراص في المقام الثاني بنسبة 14.55%، وتأتي منطقة الشرق في الطليعة في بيع أحد أقرباء المبحوث الأقراص بنسبة 30% . ثم يأتي بيع الكحول في المقام الثالث بنسبة 7.27%، وتتفرد منطقة الوسط ببيع أحد أقرباء المبحوث الكحول بنسبة 11.54%. وتتفرد كل من منطقة الوسط والجنوب بوجود أحد أقارب المبحوثين من بيع الكوكايين بنسبة 3.64%، وتأتي منطقة الجنوب في المقام الأول بنسبة 9.09%، وهذا ما يؤكد على انتشار تهريب وبيع السموم البيضاء الواردة من أمريكا اللاتينية عبر الدول الساحل في جنوب التراب الوطني. كما أن هناك من الأقارب من يبيع الأفيون والهيريويين بنسبة 1.82%، وكلها تخص منطقة الوسط.

وفي الأخير، هناك 23.64% من مجموع أفراد العينة الذين صرحوا بوجود أقارب يبيعون المخدرات، يصرحون بأنهم لا يعرفون نوع تلك المخدرات، وتأتي منطقة الغرب على رأس المناطق بنسبة 50%.

الجدول رقم (224) توزيع المتعاطين والأسوياء حسب ما إذا كان هناك بائعون للمخدرات بين الأقارب

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
3,11%	36	14,17%	36	نعم
64,36%	744	55,91%	142	لا
32,53%	376	29,92%	76	لست أدري
100%	1156	100%	254	المجموع

كما أشرنا إليه سابقاً أن هناك 108 من أفراد عينة الدراسة من أحجموا عن الإجابة حول السؤال الخاص بتعاطي المخدرات من عدمه، وبالتالي فمجموع أفراد عينة الدراسة بين الأسوياء و المتعاطين باستثناء الذين رفضوا الإجابة هو 1410 مبحوث.

عند قراءة الجدول رقم (224) أعلاه، يتبين أن الأغلبية عند الفئتين تنفي وجود أقارب يبيعون المخدرات. إلا أن الفرق يكمن في الذين صرحوا بوجود بائعين للمخدرات بين الأقارب، حيث بلغت النسبة عند المتعاطين 14.17 %، وسجلت أعلى نسبة بمنطقة الجنوب بنسبة 20 %، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 15.52 %. بينما بلغت عند الأسوياء 3.11 % ، وتأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 5.43 %، وبالتالي تتصدر منطقة الجنوب المجموعة بالنسبة للفئتين.

دون أن ننسى بأن هناك 32.53 % من صرحوا بأن ليس لديهم أي معلومة حول هذا الموضوع، فيما يخص الأسوياء، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 35.11 %. أما بخصوص المتعاطين، فبلغت نسبة الذي صرحوا بعد درايتهم أصلاً بهذا الموضوع 29.92 %، وتأتي منطقة الجنوب على رأس المجموعة بنسبة 45 %.

وهكذا فوجود اقارب يبيعون المخدرات يساعد الطالب على الحصول على جرعته من المخدرات باستمرار، وبسعر معقول مقارنة بالسوق غير الشرعية للمخدرات، كما أن

هذا العامل يساعد المتعاطي على الاستمرار في التعاطي، بل قد يصبح مع مرور الوقت من المروجين للمواد المخدرة.

المبحث العاشر: الاستمرار في التعاطي و تجربة الإقلاع:

الجدول رقم (225) يبين مدى استمرار المتعاطين في تعاطي المخدرات

النسبة	التكرار	الاستمرار
29,13%	74	نعم
67,72%	172	لا
3,15%	8	دون إجابة
100%	254	المجموع

يوضح الجدول رقم (225) والمتعلق باستمرار تعاطي المخدرات من عدمه، يتبين أن أغلبية المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم توقفوا عن التعاطي بنسبة 67.72%، بينما هناك 29.13% منهم صرحوا بأنهم مستمرين في التعاطي. إلا أن هناك نسبة 3.15% فضلوا عدم الإجابة عن هذا السؤال. وهذا ما يؤكد أنه ليس كل من يجرب المخدرات يستمر في تعاطيها، وهذا يوافق معظم التجارب المتعلقة بظاهرة تعاطي المخدرات، حيث مع مرور الوقت يتضاءل العدد ليقى إلا من يحمل في جيناته عناصر مرض الإدمان حسب المدرسة البيولوجية، التي تؤكد توريث الإدمان من الأباء إلى الأبناء، أو الذي تجتمع فيه عدة عوامل تمنعه من الخروج من تلك الحلقة المفرغة حسب المدرسة الاجتماعية.

الجدول رقم (226) يبين مدى استمرار المتعاطين في تعاطي المخدرات حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
						الاستمرار
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نعم
29,13%	74	30%	12	28,97%	62	نعم
67,72%	172	65%	26	68,22%	146	لا
3,15%	8	5%	2	2,80%	6	دون إجابة
100%	254	100%	40	100%	214	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (226) أعلاه، يتبين أن أغلبية الذكور 68.22%، وأغلبية الإناث 65% صرحوا بأنهم أقلعوا عن التعاطي. كما أن هناك 30% من الإناث و 28.97% من الذكور مازالوا يتعاطون المخدرات. مع امتناع 5% من الإناث و 2.80% من الذكور عن الإجابة على هذا السؤال. وما يلفت الانتباه أن نسبة الإناث اللواتي مازلن يتعاطين المخدرات أعلى من نسبة الذكور، كما أن النسبة المتبقية من الإناث اللواتي فضلن عدم الإجابة قد يدخلن في خانة المستمرات في التعاطي، وبما أن موضوع تعاطي المخدرات يكتنفه الطابع الأمني والخوف من قبل المتعاطي عند ملأ الاستمارة قد يجعل المبحوثات يلجأن إلى عدم الإجابة كحل لتفادي أي مشاكل قد يتعرضن لها في حالة الإجابة بنعم.

الجدول رقم (227) يبين استمرار تعاطي المخدرات حسب الجنس وحسب المنطقة

المنطقة		الجنس		الاستمرار		الوسط				الشرق				الغرب				الجنوب				المجموع			
						إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور		إناث		ذكور	
						النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم		30		32,61 %		6	25 %	4	10,53 %			10	21,74 %	6	42,86 %	18	47,37 %			62	28,97 %	12	30 %		
لا		62		67,39 %		16	66,67 %	34	89,47 %			30	65,22 %	8	57,14 %	20	52,63 %	2	100 %	146	68,22 %	26	65 %		
دون إجابة						2	8,33 %					6	13,04 %							6	2,80 %	2	5 %		
المجموع		92		100 %		24	100 %	38	100 %			46	100 %	14	100 %	38	100 %	2	100 %	214	100 %	40	100 %		

يبين الجدول رقم (227) أعلاه، أن 67.39% من الذكور و 66.67% من الإناث لمنطقة الوسط توقفوا عن التعاطي. بينما 32.31% من الذكور و 25% من الإناث ما يزالون يتعاطون المخدرات. كما أن هناك 8.33% من الإناث امتنعن عن الإجابة .

أما ما يميز منطقة الشرق حسب نفس الجدول، أن الأغلبية العظمى من الذكور توقفوا عن التعاطي بنسبة 89.47% وهي تعتبر أعلى نسبة لكل المناطق. أما البقية أي

10.53% فصرحوا أنهم لم يتوقفوا بعد عن التعاطي، أما الإناث فتعتبر المنطقة الوحيدة التي لا يوجد فيها متعاطيات.

وبوضح الجدول كذلك أن، 65.22% من الذكور، و 57.21% توقفوا عن التعاطي لمنطقة الغرب. بينما ما يزال 42.86% من الإناث (وهي أعلى نسبة لكل المناطق الأربعة)، و 21.74% من الذكور يتعاطون المخدرات. كما أن هناك 13.04% وهي أعلى نسبة كذلك مقارنة بباقي المناطق من فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال. ومن خلال الجدول نفسه، يتبين أن كل الإناث 100% توقفن عن تعاطي المخدرات لمنطقة الجنوب، بينما 52.63% من الذكور صرحوا بأنهم أقلعوا عن التعاطي. ويبقى 47.37% من الذكور يتعاطون المخدرات إلى غاية إجراء هذه الدراسة.

الجدول رقم (228) يبين مدى رغبة المتعاطين في التوقف عن التعاطي

النسبة	التكرار	الرغبة
70,08%	178	يرغب في التوقف
11,81%	30	لا يرغب في التوقف
18,11%	46	دون إجابة
100%	254	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (228)، أن أغلبية المتعاطين كانت لهم الرغبة في الإقلاع عن التعاطي بنسبة 70.08%. كما أن هناك 18.11% منهم فضلوا عدم الإجابة عن هذا السؤال. وأخيرا هناك 11.81% من المتعاطين صرحوا بأنه لم تكن لديهم الرغبة في التوقف عن التعاطي. وعليه يظهر أن نسبة كبيرة من المتعاطين لا يرغبون في الاستمرار في التعاطي بعد ما أيقنوا من خلال تعاطيه أن ما كانوا يصبون إليه لم يتحقق، وأن تلك اللذة والنشوة التي كانوا يشعرون بها في بداية التعاطي قد زالت، واكتشفوا المخدرات على حقيقتها، ومن خلال تعاملهم مع المتعاطين وتجار المخدرات، تبين لهم أن أغلب المتعاطين يصل بهم التعاطي إلى مرحلة الإدمان والأضرار النفسية والصحية والاقتصادية التي تتجرب عنها، وقد يصل الأمر بهم أن تعاملوا مع المدمنين ولاحظوا مما

يعانون منه هؤلاء المدمنين، فقررا الإقلاع. وبقيت نسبة قليلة لا ترغب في التوقف لعدة عوامل.

الجدول رقم (229) يبين مدى رغبة المتعاطين في التوقف عن التعاطي حسب المنطقة

المنطقة الرغبة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	%63,79	74	%73,68	28	%83,33	50	%65	26	%70,08	178
لا	%10,34	12	%5,26	2	%5	2	%35	14	%11,81	30
دون إجابة	%25,86	30	%21,05	8	%20	8	-	-	%18,11	46
المجموع	%100	116	%100	38	%108	60	%100	40	%100	254

من خلال الجدول رقم (229)، نستخلص أن هناك نسبة عالية من متعاطي منطقة الوسط، كانت لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي بنسبة 63.79%، وهي تعتبر أضعف نسبة مقارنة بباقي المناطق، كما أن هناك 25.86% امتنعوا عن الإجابة عن هذا السؤال، وهناك 10.34% لم تكن لهم الرغبة على الإطلاق في التوقف عن التعاطي. أما عن منطقة الشرق، وحسب نفس الجدول، يتبين أن الأغلبية الساحقة من متعاطي هذه المنطقة صرحوا بأنه كانت لهم الرغبة في التوقف عن تعاطي المخدرات بنسبة 73.68%، إلا أن هناك 5.26% لم تكن لهم هذه الرغبة. كما أن هناك 21.05% امتنعوا عن الإجابة عن هذا السؤال.

ويظهر الجدول كذلك، أن أغلب متعاطي منطقة الغرب كانت لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي بنسبة 83.33%، وتعتبر أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق. وهناك 5% لم تكن لهم الرغبة في الإقلاع، كما أن هناك 20% منهم لم يجيبوا عن هذا السؤال. و يبين الجدول، أن هناك نسبة كبيرة من متعاطي منطقة الجنوب كانت لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي بنسبة 65%، والباقي أي 35% صرحوا بأن لم يفكروا

على الإطلاق بالإقلاع عن التعاطي، وهي بالتالي أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق. فالإصرار على الاستمرار في التعاطي مع التيقن من أضرار المخدرات يعبر عن عدم الرغبة الخروج من جحيم المخدرات والاستمرار في الانتحار الغير مباشر مادام لا يجد المتعاطي البديل الذي كان يبحث عنه عند بداية تجربة التعاطي.

الجدول رقم (230) الإجراءات المتخذة للإقلاع عن التعاطي (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	الإجابة
67,92%	144	أقلعت
1,89%	4	خففت كمية التعاطي
4,72%	10	اعتزلت رفاق السوء
4,72%	10	مارست الرياضة
0,94%	2	ذهبت إلى الطبيب
19,81%	42	دون إجابة
100%	212	المجموع

من خلال قراءة الجدول رقم (230)، والمتعلق بما قام به المتعاطي الذي كانت له الرغبة في التوقف عن التعاطي، يتضح أن نسبة كبيرة منهم 67.92% أقلعت عن التعاطي، وزيادة عن الإقلاع عن التعاطي هناك من اعتزل جماعة الرفاق التي كان يتعاطى معها بنسبة 4.72%، كما أن هناك 4.72% فضلت ممارسة الرياضة. و هناك من خفض كمية التعاطي بنسبة 1.89% . وفضل 0.94% الذهاب إلى الطبيب. غير أن هناك 19.81% لم يجيبوا على هذا السؤال، ومن الممكن جدا أنهم لم يقوموا بأي إجراءات فعلية للتخلص من التعاطي.

الجدول رقم (231) الإجراءات المتخذة للإقلاع عن التعاطي حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أقلعت	76,92%	60	85,71%	24	68,97%	40	41,67%	20	67,92%	144
خففت كمية التعاطي	2,56%	2	-	-	-	-	4,17%	2	1,89%	4
أعتزلت رفاق السوء	-	-	-	-	3,45%	2	16,67%	8	4,72%	10
مارست الرياضة	5,13%	4	-	-	10,34%	6	-	-	4,72%	10
ذهبت إلى الطبيب	-	-	-	-	3,45%	2	-	-	0,94%	2
دون إجابة	15,38%	12	14,29%	4	13,79%	8	37,50%	18	19,81%	42
المجموع	100%	78	100%	28	100%	58	100%	48	100%	212

يظهر الجدول رقم (231)، أن أغلب الذين صرحوا بأنهم كانت لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي بنسبة 76.92% أقلعوا عن التعاطي لمنطقة الوسط، و 5.13% منهم فضلوا ممارسة الرياضة، و 2.56% خفضوا كمية التعاطي. إلا أن هناك 15.38% فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال.

أما عن منطقة الشرق، فيوضح الجدول، أن 85.71% أي كل الذين صرحوا بأنه كانت لهم الرغبة في التوقف عن المخدرات وأجابوا على هذا السؤال قد أقلعوا عن التعاطي، وتعتبر بالتالي أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق. ويبقى 14.29% لم يجيبوا على هذا السؤال.

وفيما يخص منطقة الغرب، فيتبين أن 68.97% من مجموع المتعاطين الذين صرحوا بأنهم كانت لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي أقلعوا عن التعاطي، و 10.34% مارسوا الرياضة للإقلاع عن التعاطي، كما أن هناك من عزم اعتزال رفاق السوء كأهم إجراء للتوقف عن التعاطي بنسبة 3.45%، وهناك 3.45% منهم من فضل الذهاب إلى الطبيب ، وبالتالي تتفرد منطقة الغرب بهذا الإجراء عن باقي المناطق. ويبقى 13.79% لم يريدوا الجواب على هذا السؤال.

ويظهر الجدول، أن أغلبية المتعاطين الذي كانت لهم الرغبة في الإقلاع عن التعاطي لمنطقة الجنوب قد اقلعوا بنسبة وصلت إلى 41.67%. كما أن هناك نسبة معتبرة 16.67% اعتزلوا رفاق السوق. وترى 4.17% منهم تخفيض كمية التعاطي كخطوة أولى نحو الإقلاع. وفي الأخير هناك نسبة كبيرة امتنعت عن الإجابة 37.50% وهي بالتالي تعتبر أعلى نسبة مقارنة بباقي المناطق.

الجدول رقم (232) أسباب التوقف عن التعاطي (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	الأسباب
7,95%	28	الخوف من الوالدين
2,27%	8	نصيحة الأصدقاء
6,82%	24	موعظة إمام المسجد
25%	88	محرمة دينيا
21,59%	76	الخوف من إدمانها
19,89%	70	الخوف من المشاكل الصحية
9,66%	34	عدم توفر المال
1,14%	4	نظرة المجتمع للمخدرات
5,68%	20	دون إجابة
100%	352	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (232)، والمتعلق بالدوافع والأسباب التي أدت بالمتعاطي للتوقف عن تعاطي المخدرات. يتبين لنا جليا أن أغلب المتعاطين المقلعين عن التعاطي 25% صرحوا بأن ذلك كان بسبب أنها محرمة دينيا. ويأتي الخوف من إدمان المخدرات من أهم أسباب التوقف عن التعاطي بنسبة 21.59%. ويأتي الخوف من المشاكل الصحية في الدرجة الثالثة بنسبة 19.89%. كما أن هناك نسبة لابأس بها من المتعاطين 9.66% توقفوا عن التعاطي لعدم توفر المال. ويأتي بعدها سبب الخوف من الوالدين بنسبة 7.95%. كما أن هناك نسبة 6.82% صرحوا بأنهم فكروا في التوقف عن التعاطي بسبب إمام المسجد. ويأتي في مؤخرة القائمة الاصدقاء بنسبة 2.27%. كما أن هناك طائفة من المتعاطين تخلوا عن التعاطي بسبب نظرة المجتمع للمخدرات بنظرة ازدراء واحتقار بنسبة 1.14%. وهكذا، يظهر من خلال الجدول، أن الوازع الديني لعب

دورا هاما في دفع عدد كبير من المتعاطين للتوقف عن التعاطي. كما أن الخوف من الإدمان و المشاكل الصحية تأتي بعد تحريمها دينيا يؤكد أن المتعاطين تبين لهم مع الوقت والعلاقة المباشرة مع المدمنين مدى الأضرار التي تتجر من الاستمرار في التعاطي، كما يؤكد مدى اهتمام عددت كبيرا من المتعاطين بصحتهم.

الجدول رقم (233) أسباب التوقف عن التعاطي حسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة الأسباب	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الخوف من الوالدين	6,45%	8	11,54%	6	7,41%	8	8,82%	6	7,95%	28
نصيحة الأصدقاء	3,23%	4	-	-	-	-	5,88%	4	2,27%	8
موعظة إمام المسجد	1,61%	2	3,85%	2	11,11%	12	11,76%	8	6,82%	24
محرمة دينيا	20,97%	26	26,92%	14	31,48%	34	20,59%	14	25%	88
الخوف من إدمانها	27,42%	34	23,08%	12	16,67%	18	17,65%	12	21,59%	76
الخوف من المشاكل الصحية	22,58%	28	23,08%	12	16,67%	18	17,65%	12	19,89%	70
عدم توفر المال	6,45%	8	3,85%	2	12,96%	14	14,71%	10	9,66%	34
نظرة المجتمع للمخدرات	3,23%	4	-	-	-	-	-	-	1,14%	4
دون إجابة	8,06%	10	7,69%	4	3,70%	4	2,94%	2	5,68%	20
المجموع	100%	124	100%	52	100%	108	100%	68	100%	352

حسب الجدول رقم (233)، فما يميز منطقة الوسط هو أن الخوف من إدمان المخدرات يأتي في الصدارة لأسباب التفكير في التوقف عن التعاطي بنسبة 27.42%، ثم يليه الخوف من المشاكل الصحية في المرتبة الثانية بنسبة 22.58%، ويأتي في المرتبة الثالثة أنها محرمة دينيا بنسبة 20.97%.

يبين الجدول نفسه، أن أهم الأسباب التي دفعت بمتعاطي منطقة الشرق في التفكير في التوقف عن التعاطي هي حرمة المخدرات دينيا بنسبة 26.92%، ثم تليها الخوف من إدمانها و الخوف من المشاكل الصحية بنفس النسبة أي 23.08%، كما يلعب الخوف من الوالدين دورا بارزا في الإقلاع عن التعاطي بنسبة 11.54%.

وحسب الجدول، فإن أغلب متعاطي منطقة الغرب صرحوا بأن من أهم الدوافع التي حفزتهم على التوقف عن التعاطي هي سبب حرمتها دينيا بنسبة 31.48%، وهي

بالتالي تعتبر أعلى نسبة إذا ما قرناها ببقية المناطق، وتأتي بعدها الخوف من إيمانها والخوف من المشاكل الصحية بنفس النسبة أي 16.67%، ويليهما عدم توفر المال بنسبة 12.96%. كما أن لإمام المسجد دورا هاما في دفع المتعاطين للتوقف عن التعاطي لطلبة الغرب بنسبة 11.11%.

كما يظهر الجدول، أن لكون المخدرات محرمة دينيا كانت سببا كافيا لدفع عددا كبيرا من متعاطي منطقة الجنوب للتوقف عن التعاطي بنسبة 20.59%، يأتي بعدها الخوف من إيمانها والخوف من المشاكل الصحية بنفس النسبة 17.65%، ويأتي بعدها سبب عدم توفر المال بنسبة 14.71%. كما كان سبب الخوف من الوالدين يمثل عاملا هاما من عوامل توقف عن التعاطي بنسبة 8.82%، ثم يأتي بعد الأصدقاء بنسبة 5.88%.

الجدول رقم (234) نجاح أو فشل تجربة الإقلاع عن التعاطي حسب رأي المتعاطي وحسب المنطقة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
78,65%	140	76,92%	20	72%	36	85,71%	24	81,08%	60	نجاح التجربة
15,73%	28	23,08%	6	20%	10	7,14%	2	13,51%	10	فشل التجربة
5,62%	10	-	-	8%	4	7,14%	2	5,41%	4	دون إجابة
100%	178	100%	26	100%	50	100%	28	100%	74	المجموع

يجب الإشارة، أن من أصل 254 متعاطي، صرح 30 منهم بأنه لم تكن لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي، و 46 منهم لا يجيبوا على السؤال، وبالتالي يبقى 178 من كانت لهم الرغبة على الإقلاع عن التعاطي. و حسب الجدول رقم (234)، فقد صرح أغلب المبحوثين المعنيين بهذا السؤال ونسبته 78.65% أن تجربتهم عن التوقف قد نجحت، وتأتي منطقة الشرق على رأس المجموعة بنسبة 85.71%. إلا أن هناك 15.73% من هذه الفئة صرحت بأنه انتكست وعاودت التعاطي من جديد، وتتصدر

المجموعة منطقة الجنوب بنسبة 23.08%. وفي الأخير يجب التنبيه أن هناك 5.62% امتنعوا عن الإجابة، وتأتي منطقة الغرب في الطليعة بنسبة 8%.

ومن خلال ما سبق، تؤكد الأرقام أن من أهم شروط النجاح في الإقلاع هو رغبة المعني بالأمر في التخلص من عادة التعاطي. وعندما يصرح المتعاطي أنه نجح في تجربة الإقلاع، فهو خير دليل على نجاح الإقلاع، لأن المتعاطي هو الأكثر الناس دراية بنفسه من أنه لا يعود إلى التعاطي أبداً، وأنه قد تخلص نهائياً من هذا المرض.

الجدول رقم (235) مقارنة أسباب التوقف عن التعاطي بين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين (متعدد الإجابات)

المنتكسون		الناجحون في الإقلاع		أسباب التوقف
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
3,85%	2	9,79%	28	الخوف من الوالدين
3,85%	2	2,10%	6	الأصدقاء
7,69%	4	6,99%	20	إمام المسجد
23,08%	12	25,17%	72	محرمة دينيا
19,23%	10	22,38%	64	الخوف من إدمانها
19,23%	10	19,58%	56	الخوف من المشاكل الصحية
19,23%	10	7,69%	22	عدم توفر المال
-	-	1,40%	4	نظرة المجتمع للمخدرات
3,85%	2	4,90%	14	دون إجابة
100%	52	100%	286	المجموع

يبين الجدول رقم (235) ، أن الخوف من الوالدين عند فئة الناجحين في الإقلاع تفوق بكثير فئة المنتكسين، حيث بلغت عند الفئة الأولى 9.79%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 3.85%. ويتجلى بوضوح أن نسبة عدم توفر المال عند المنتكسين تفوق بكثير تلك التي عند الناجحين، حيث بلغت عند الفئة الأولى 19.23%، بينما وصلت عند الثانية 7.69%. كما أن الخوف من إدمان المخدرات أو كونها محرمة دينيا هي أعلى عند فئة الناجحين مقارنة بفئة المنتكسين.

وهذا ما يؤكد دور الوالدين في تخليص أبنائهم من جميع السلوك الانحرافي بالدرجة الأولى. كما أن الوازع الديني و البرامج الوقائية التي تكشف الأضرار الصحية للمخدرات يكون لها دور محوري في نجاح تجربة الإقلاع من تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (236) مدة الإقلاع النهائي للمتعاطين الناجحين في التوقف عن التعاطي

النسبة	التكرار	مدة الإقلاع النهائي
1,43%	2	أقل من شهر
12,86%	18	من 01 شهر إلى 06 أشهر
14,29%	20	من 06 أشهر إلى 12 شهرا
71,43%	100	أكثر من 12 شهرا
100%	140	المجموع

حسب الجدول رقم (236)، يظهر أن المتعاطين الذين نجحوا في التوقف عن التعاطي، أغلبهم بنسبة 71.43% توقفوا منذ أكثر من سنة وهذا ما يدل على نجاحهم في التوقف النهائي عن تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (237) مدة التوقف قبل الانتكاسة

النسبة	التكرار	مدة التوقف
7,14%	2	من 1 إلى 9 ايام
7,14%	2	من 10 إلى 19 يوم
-	-	من 20 إلى 29 يوم
85,71%	24	30 يوم فأكثر
100%	28	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (237)، أن مدة التوقف قبل الانتكاسة غلب عليها 30 يوم فأكثر بنسبة 85.71 %، وهذا يعني أنه حتى ولو تجاوز المتعاطي الشهر عن الإقلاع فهذا لا يعني أنه قد نجح في التوقف، حيث يجب إتباع إجراءات عملية تبعا لنصائح الأخصائيين حتى يستطيع الشخص الاستمرار في التوقف.

الجدول رقم (238) مقارنة عدد مرات التعاطي بين المتعاطين و المنتكسين

المتعاطون الناجحون		المتعاطون المنتكسون		عدد مرات التعاطي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%54,29	76	%42,86	12	بالمناسبات
%12,86	18	%14,29	4	مرة في الشهر
%5,71	8	-	-	مرة في الأسبوع
%7,14	10	%21,43	6	مرة في اليوم
%8,57	12	%21,43	6	أكثر من مرة في اليوم
%11,43	16	-	-	مرة واحدة في العمر
%100	140	%100	28	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (238)، أن المتعاطين الذين فشلوا في تجربة التوقف عن تعاطي المخدرات أغلبهم كانوا يتعاطون أكثر من مرة في اليوم بنسبة 21.43%، ومرة في اليوم 21.43%. وبالتالي يتبين أن عدم النجاح في التوقف عند هؤلاء كونهم وصلوا إلى مستوى الإدمان وهم بحاجة إلى رعاية طبية لتخليصهم منه. كما أننا نجد أنه لا يوجد أية حالة من التعاطي الاستكشافي عند المنتكسين عكس الفئة التي نجحت في الإقلاع عن التعاطي.

الجدول رقم (239) علاقة تدخين التبغ بنجاح وفشل تجربة الإقلاع عن تعاطي المخدرات

المتعاطون الناجحون		المتعاطون المنتكسون		التدخين
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%75,71	106	%100	28	نعم
%24,29	34	-	-	لا
%100	140	%100	28	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (239)، والمتعلق بمقارنة المنتكسين والناجحين في تجربة الإقلاع عن تعاطي المخدرات حول تدخين التبغ، يتبين أن كل المنتكسين أي 100% يتعاطون التبغ، عكس الناجحين في تجربة الإقلاع حتى ولو كانت الأغلبية تتعاطي التبغ بنسبة 75.71%، إلا أن هناك نسبة لا تتعاطاه وبلغت 24.29%. ومنه نستنتج أن التبغ زيادة على كونه بوابة لتعاطي المخدرات فهو من معوقات الشفاء من مرض التعاطي.

الجدول رقم (240) مقارنة بين متعاطين ناجحين في تجربة الإقلاع ومتعاطين منتكسين حول كيفية قضاء أوقات الفراغ (متعدد الإجابات)

قضاء أوقات الفراغ	المتعاطون المنتكسون		المتعاطون الناجحون	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
ممارسة الرياضة	13,79%	8	17,75%	60
مشاهدة البرامج التلفزيونية	13,79%	8	22,49%	76
سماع الراديو	3,45%	2	6,51%	22
قراءة الجرائد والمجلات	6,90%	4	7,69%	26
الذهاب إلى دار الشباب	3,45%	2	2,96%	10
السهر مع الأصدقاء	34,48%	20	17,75%	60
نشاطات في جمعية	-	-	4,73%	16
نشاطات دينية	-	-	4,14%	14
التجول في شبكة الانترنت	20,69%	12	14,79%	50
الجلوس في المقهى	3,45%	2	-	-
المطالعة	-	-	0,59%	2
التنزه	-	-	0,59%	2
المجموع	100%	58	100%	338

يوضح الجدول رقم (240) أعلاه، أن قضاء أوقات الفراغ كالسهر مع الأصدقاء عند المنتكسين 34.48% يمثل ضعف ما هو موجود عند الناجحين في الإقلاع والذي هو 17.75%. كما أن التجول في شبكة الانترنت هو عند المنتكسين أعلى من فئة الناجحين. ويظهر أن الجلوس في المقاهي منحصر فقط عند فئة المنتكسين بنسبة 3.45%. أما ممارسة الرياضة ومشاهدة البرامج التلفزيونية وسماع الراديو وقراءة الجرائد والمجلات فهي أقوى عند فئة الناجحين منه عند فئة المنتكسين. ونفس الشيء فيما يخص النشاطات الدينية والنشاطات في الجمعيات، حيث نجد عدد لا بأس به من الناجحين في الإقلاع يمارسون تلك الأنشطة، إلا أنها تنعدم عند فئة المنتكسين. كما يبدو من خلال الجدول، ولو بنسب بسيطة أن المتعاطين الذين نجحوا في الإقلاع يطالعون ويقومون بالتنزه عكس الفئة الأخرى.

وهكذا، وعلى أساس ما سبق، يتبين أن ممارسة الأنشطة الهادفة تساعد المتعاطي على التخلص من عادة التعاطي، أما قضاء أوقات الفراغ في السهر مع الأصدقاء، والجلوس في المقاهي والتجول في شبكة الانترنت لا يساعد على الشفاء من مرض تعاطي المخدرات.

الجدول رقم (241) مقارنة بين متعاطين ناجحين في تجربة الإقلاع ومتعاطين منتكسين حول
المعاناة من الملل والفراغ (متعدد الإجابات)

المتعاطون الناجحون		المتعاطون المنتكسون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%75,71	106	%85,71	24	نعم
%24,29	34	%14,29	4	لا
%100	140	%100	28	المجموع

يوضح الجدول رقم (241)، أن المتعاطين المنتكسين يعانون من الملل والفراغ بنسبة 85.71 % أكثر من المتعاطين الناجحين في الإقلاع ولو نسبيا. ومنه فالمعاناة من الملل والفراغ لا يساعد نسبيا في الإقلاع من التعاطي.

الجدول رقم (242) مقارنة نجاح و فشل محاولة التوقف عن تعاطي المخدرات عند الجنسين

المتعاطون الناجحون		المتعاطون المنتكسون		المجموع		الجنس
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%83	120	%17	24	%100	144	ذكر
%83%	20	%17	04	%100	24	أنثى

نلاحظ من خلال الجدول رقم (242) ، أن كلا الجنسين لهما نفس النسبة في النجاح في التوقف عن التعاطي بنسبة 83% . كما أن لهم نفس نسبة الانتكاسة 17%. بالرغم من أن تعاطي الأنثى للمخدرات في المجتمع الجزائري غير مقبول، إلا أنه من ناحية الإقلاع لم يكن له دور في نجاحه من عدمه.

المبحث الحادي عشر: وجود الفضاءات الترفيهية في الأحياء وعلاقتها بظاهرة تعاطي المخدرات عند أفراد عينة الدراسة.

الجدول رقم (243) يبين مدى وجود فضاء مخصص للشباب في أحياء المبحوثين

المنطقة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
نعم	226	%36.33	104	%32,50	130	%38,92	76	%31,40	536	%35,31
لا	396	%63,67	216	%67,50	204	%61,08	166	%68,60	982	%64,69
المجموع	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518	%100

ويبين الجدول رقم (243)، والمتعلق بوجود مكان مخصص للشباب في أحياء المبحوثين، أن أغلبية أفراد العينة صرحوا بأنه لا توجد في أحياءهم مكان مخصص في أحياء المبحوثين بنسبة 64.69%، وتحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 68.60%، وهذا يجعل أن أفراد عينة هذه المنطقة يشكون من الملل والفراغ أكثر من غيرهم، كما أن عدم وجود أمكنة مخصصة للشباب في أحيائهم يؤدي بهم إلى الذهاب إلى أوكار الفساد، كون الطبيعة لا تحب الفراغ، وخصوصا إذا غاب الوعي التربوي عند الأولياء. وهناك 35.31% من أفراد عينة الدراسة صرحوا بأن أحياءهم مهيأة بأماكن مخصصة للشباب، وتتصدر منطقة الغرب المجموعة بنسبة 38.92%.

الجدول رقم (244) مقارنة مدى وجود فضاء مخصص للشباب في الأحياء بين

المتعاطين والأسوياء

الإجابة	المتعاطون		الأسوياء	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
نعم	88	%34,65	412	%35,64
لا	166	%65,35	744	%64,36
المجموع	254	%100	1156	%100

حسب الجدول رقم (244)، أن هناك 65.35% من فئة المتعاطين صرحوا بأنه لا يوجد في حيهم فضاء نخصص للشباب، بينما صرح نحو 64.41% من فئة الأسوياء بأنه ليس في حيهم مكان مخصص للشباب، وبالتالي لا يوجد فرق له دلالة بين الفئتين.

الجدول رقم (245) المعاناة من الملل والفراغ عند أفراد العينة حسب المنطقة

المنطقة المعاناة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	22,66%	344	11,07%	168	12,65%	192	8,17%	124	54,55%	828
لا	18,31%	278	10,01%	152	9,35%	142	7,77%	118	45,45%	690
المجموع	40,97%	622	21,08%	320	22%	334	15,94%	242	100%	1518

يبين الجدول رقم (245)، أن هناك نحو 54.55% من أفراد العينة صرحوا بأنهم يعانون من الملل والفراغ. وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 22.66%، ثم تتبعها منطقة الغرب بنسبة 12.65%، ثم تتبعها منطقة الشرق بنسبة 11.07%، وتأتي منطقة الجنوب في الأخير بنسبة 8.17%، وعلى الرغم من أن منطقة الجنوب يشكو عدد كبير من طلابها من انعدام أماكن مخصصة للشباب إلا أنهم في المقابل لا يشكون من الملل والفراغ. أما الباقي أي 45.44% فقد صرحوا بأنهم لا يعانون من الملل والفراغ، وتأتي الوسط في المقدمة بنسبة 18.31%. وهكذا يتبين أن عدد كبير من طلبة منطقة الوسط يتقدمون بين الطلبة في المعاناة من الملل والفراغ وفي نفس الوقت هناك عدد لا بأس به لا يعانون من الملل والفراغ.

الجدول رقم (246) المعاناة من الملل والفراغ عند المتعاطين للمخدرات

النسبة	التكرار	الإجابة
69,29%	176	نعم
30,71%	78	لا
100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (246) أعلاه أن هناك 69.29% من المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم يعانون من الفراغ. بينما الباقي أي 30.71% أجابوا بأنهم لا يعانون من الملل والفراغ، وهذا ما يشير إلى أن الملل والفراغ قد يكون له دور في السلوك الانحرافي.

الجدول رقم (247) المعاناة من الملل والفراغ عند المتعاطين للمخدرات حسب المنطقة

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المنطقة الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%69,29	176	%80	32	%66,67	40	%52,63	20	%72,41	84	نعم
%30,71	78	%20	8	%33,33	20	%47,37	18	%27,59	32	لا
%100	254	%100	40	%100	60	%100	38	%100	116	المجموع

يبين الجدول رقم (247)، أن المتعاطين للمخدرات لمنطقة الجنوب يعانون أكثر من غيرهم من المناطق الأخرى من الملل والفراغ بنسبة 80%، وهذا عكس المعاناة من الملل عند كافة أفراد العينة، وهذا ما يؤكد عدم اهتمام أكبر عدد من المتعاطين لهذه المنطقة من الإقلاع من تعاطي المخدرات. ثم يلونهم طلبة منطقة الوسط بنسبة 72.41%، ثم يأتون بعدهم طلبة منطقة الغرب بنسبة 66.67%، ويأتون في المؤخرة طلبة منطقة الشرق بنسبة 52.63%.

الجدول رقم (248) مقارنة المعاناة من الملل والفراغ بين الأسوياء والمتعاطين للمخدرات

الإجابة	المتعاطون		الأسوياء	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
نعم	176	%69,29	604	%52,25
لا	78	%30,71	552	%47,75
المجموع	254	%100	1156	%100

يوضح الجدول رقم (248)، أنه حتى وإن كانت الفئتين تعاني من الملل والفراغ، أن المتعاطين للمخدرات يعانون أكثر من الأسوياء من الملل والفراغ، حيث بلغت النسبة للفئة الأولى 69.29%، بينما بلغت نسبة الفئة الثانية 52.25%، وهذا يدل على أن المعاناة من الملل والفراغ مع مجموعة من العوامل الأخرى قد دفعت بشريحة من طلبة عينة الدراسة إلى ولوج عالم المخدرات، إلا أن نفس العامل لم يتمكن من باقي أفراد عينة الدراسة من إدخالهم في دائرة المخدرات، ويمكن تفسير ذلك إلى عدم توفر الشروط الكافية لتلك الفئة لتعاطي المخدرات.

الجدول رقم (249) كيفية قضاء المتعاطين للمخدرات أوقات فراغهم (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	قضاء أوقات الفراغ
%15,44	84	ممارسة الرياضة
%22,06	120	مشاهدة البرامج التلفزيونية
%6,25	34	سماع الراديو
%9,19	50	قراءة الجرائد والمجلات
%2,57	14	الذهاب إلى دار الشباب
%20,22	110	السهر مع الأصدقاء
%3,31	18	نشاطات في جمعية
%3,31	18	نشاطات دينية
%15,81	86	التجول في شبكة الأنترنت
%0,37	2	الجلوس في المقهى
%0,37	2	المطالعة
%0,37	2	التنزه
%0,74	4	شرب المسكرات و المخدرات
%100	544	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (249)، أن المتعاطين للمخدرات يقضون معظم أوقاتهم في مشاهدة التلفزة بنسبة 22.06%، ثم السهر مع الأصدقاء بنسبة 20.22%،

ثم التجول على شبكة الأنترنت بنسبة 15.81%، ثم ممارسة الرياضة بنسبة 15.44%، ثم يليها نشاطات أخرى أقل حجما كقراءة الجرائد والمجلات بـ 9.19%، وسماع الراديو بنسبة 6.25%، والنشاطات في الجمعية حتى الدينية منها بنسبة 3.31%، ثم الذهاب إلى دار الشباب بنسبة 2.57%.

و عليه يظهر أن مشاهدة التلفزة والسهر مع الأصدقاء والتجول على شبكة الأنترنت تشكل أكثر من نصف ما يقضيه المتعاطين للمخدرات أوقات فراغهم، وتبدو أنها كانت لها نتائج سلبية على أصحابها.

الجدول رقم(250) كيفية قضاء المتعاطين للمخدرات أوقات فراغهم حسب المناطق (متعدد الإجابات)

المنطقة قضاء أوقات الفراغ	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
ممارسة الرياضة	17,32%	44	10,26%	8	14,49%	20	16,22%	12	15,44%	84
مشاهدة البرامج التلفزيونية	22,05%	56	23,08%	18	20,29%	28	24,32%	18	22,06%	120
سماع الراديو	6,30%	16	2,56%	2	10,14%	14	2,70%	2	6,25%	34
قراءة الجرائد والمجلات	9,45%	24	20,51%	16	4,35%	6	5,41%	4	9,19%	50
الذهاب إلى دار الشباب	2,36%	6	2,56%	2	2,90%	4	2,70%	2	2,57%	14
السهر مع الأصدقاء	17,32%	44	20,51%	16	20,29%	28	29,73%	22	20,22%	110
نشاطات في جمعية	0,79%	2	2,56%	2	10,14%	14	-	-	3,31%	18
نشاطات دينية	2,36%	6	2,56%	2	7,25%	10	-	-	3,31%	18
التجول في شبكة الأنترنت	21,26%	54	15,38%	12	5,80%	8	16,22%	12	15,81%	86
الجلوس في المقهى	-	-	-	-	1,45%	2	-	-	0,37%	2
المطالعة	-	-	-	-	1,45%	2	-	-	0,37%	2
التنزه	-	-	-	-	-	-	2,70%	2	0,37%	2
شرب المسكرات و المخدرات	0,79%	2	-	-	1,45%	2	-	-	0,74%	4
المجموع	100%	254	100%	78	100%	138	100%	74	100%	544

يظهر من خلال الجدول رقم (250) أعلاه، أن منطقة الوسط تتصدر نشاط ممارسة الرياضة بنسبة 17.32%، أما فيما يخص مشاهدة البرامج التلفزيونية والتي تعد من أبرز النشاطات التي يتم من خلالها قضاء أوقات الفراغ، تأتي منطقة الجنوب على رأس المناطق بنسبة 24.32%. وتحتل منطقة الغرب المرتبة الأولى بخصوص سماع الراديو بنسبة 10.14%. وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بخصوص قراءة الكتب والجرائد والمجلات بنسبة 20.51%. أما بخصوص الذهاب إلى دار الشباب، رغم نسبها الضئيلة إلا أن منطقة الغرب تأتي على رأس المناطق بنسبة 2.90%. أما فيما يتعلق بالسهر مع الأصدقاء فتأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 29.73%. وتتصدر منطقة الغرب المجموعة فيما يخص النشاطات في جمعية بنسبة 10.14%. كما تأتي منطقة الغرب في المقدمة فيما يخص النشاطات الدينية بنسبة 7.25%. وتأتي منطقة الوسط في طليعة المناطق بخصوص التجول على شبكة الانترنت بنسبة 21.26%.

وهكذا، يتبين أن السهر مع الأصدقاء والتجول على شبكة الانترنت و مشاهدة البرامج التلفزيونية تأتي في مقدمة قضاء أوقات الفراغ لجميع المناطق، إلا أن منطقة الغرب تخرج عن القاعدة فيما يخص التجول على شبكة الانترنت حيث بلغت النسبة فيها 5.80% فقط.

الجدول رقم (251) مقارنة كيفية قضاء أوقات الفراغ بين المتعاطين للمخدرات والأسوياء
(متعدد الإجابات)

الأسوياء		المتعاطون		كيفية قضاء أوقات الفراغ
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
14,88%	342	15,44%	84	ممارسة الرياضة
29,56%	674	22,06%	120	مشاهدة البرامج التلفزيونية
8,95%	204	6,25%	34	سماع الراديو
12,72%	290	9,19%	50	قراءة الجرائد والمجلات
1,67%	38	2,57%	14	الذهاب إلى دار الشباب
7,37%	168	20,22%	110	السهر مع الأصدقاء
2,19%	50	3,31%	18	نشاطات في جمعية
4,56%	104	3,31%	18	نشاطات دينية
15,18%	346	15,81%	86	التجول في شبكة الأنترنت
0,18%	4	0,37%	2	الجلوس في المقهى
1,58%	36	0,37%	2	المطالعة
0,70%	16	0,37%	2	التنزه
0,35%	8	0,74%	4	شرب المسكرات و المخدرات
0,79%	18	-	-	دون إجابة
101%	2298	100	544	المجموع

لو أردنا ترتيب قضاء أوقات الفراغ حسب الأولوية لكلتا الفئتين من خلال الجدول رقم (251) أعلاه، نتحصل على ما يلي:
بالنسبة للمتعاطين:

- 1- مشاهدة البرامج التلفزيونية 22.06%
- 2- السهر مع الأصدقاء 20.22%
- 3- التجول على شبكة الأنترنت 15.81%
- 4- ممارسة الرياضة 15.44%
- 5- قراءة الجرائد والمجلات 9.19%
- 6- سماع الراديو 6.25%
- 7- نشاطات في جمعية ونشاطات دينية 3.31%

بالنسبة للأسوياء:

- 1- مشاهدة البرامج التلفزيونية بنسبة 29.56%
- 2- التجول على شبكة الانترنت 15.18 %
- 3- ممارسة الرياضة 14.88%
- 4- قراءة الجرائد والمجلات 12.72%
- 5- سماع الراديو 8.95%
- 6- السهر مع الاصدقاء 7.37%
- 7- نشاطات دينية 4.56%
- 8- نشاطات في جمعية 2.19%

ومن خلال ما سبق، يتبين أن السهر مع الأصدقاء يمثل أحد الفروق الجوهرية بين الفئتين. أما بالنسبة للنشاطات الدينية فلا يوجد فرق كبير بين الفئتين، وقد يعود سبب ذلك أن فئة المتعاطين الذين يمارسون نشاطات دينية وجمعية قصد التخلص من بفة المخدرات.

الجدول رقم (252) توزيع أفراد العينة حسب معية قضاء أوقات الفراغ (متعدد الإجابات)

النسبة	التكرار	قضاء أوقات الفراغ مع
41,93%	800	أفراد الأسرة
22,85%	436	زملاء الدراسة
27,46%	524	أصدقاء الحي
2,52%	48	وحدي
4,09%	78	أفراد آخرين
1,15%	22	دون إجابة
100%	1908	المجموع

يبين الجدول رقم (252) والخاص بتوزيع المبحوثين حسب قضاء أوقات الفراغ، أن نسبة معتبرة من المبحوثين 41.93% صرحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم مع أفراد الأسرة، إلا أن هناك 27.46% صرحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم مع أصدقاء الحي، وهنا يكمن الخطر خصوصا إذا غابت مراقبة الوالدين لنوعية هؤلاء الأصدقاء، كما أن

هناك 22.85% من المبحوثين صرحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم مع زملاء الدراسة. كما يجدر الإشارة أن هذا السؤال يحتمل أكثر من جواب، حيث هناك عدد كبير من المبحوثين أجابوا على أكثر من احتمال واحد، وهذا ما يفسر أن عدد الإجابات يفوق عدد المبحوثين.

الجدول رقم (253) توزيع أفراد العينة حسب معية قضاء أوقات الفراغ حسب الجنس
(متعدد الإجابات)

المجموع		إناث		ذكور		الجنس قضاء أوقات الفراغ مع
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%41,93	800	%58,65	488	%29	312	أفراد الأسرة
%22,85	436	%22,60	188	%23,05	248	زملاء الدراسة
%27,46	524	%11,06	92	%40,15	432	أصدقاء الحي
%2,52	48	%3,13	26	%2,04	22	وحيدي
%4,09	78	%3,13	26	%4,83	52	أفراد آخرين أذكرهم
%1,15	22	%1,44	12	%0,93	10	دون إجابة
%100	1908	%100	832	%100	1076	المجموع

عند قراءة الجدول رقم (253)، والمتعلق بتوزيع أفراد عينة الدراسة حسب معية قضاء أوقات الفراغ حسب الجنس، يتبين أنه فيما يخص قضاء أوقات الفراغ مع أفراد الأسرة أن الإناث يمثلن أعلى نسبة بـ 58.65%، أما الذكور يمثلوا نسبة 29%، أما فيما يخص قضاء أوقات الفراغ مع زملاء الدراسة فهناك 23.05% من الذكور و 22.60% من الإناث. وبخصوص أصدقاء الحي، نجد أن هناك 40.15% من الذكور و 11.06% من الإناث صرحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم مع أصدقاء الحي. ونستطيع القول عموماً أن الإناث يفضلن قضاء أوقات فراغهن مع أفراد الأسرة ويعود هذا أساساً إلى ثقافة المجتمع الجزائري، بينما يفضل الذكور قضاء أوقات فراغهم مع أصدقاء الحي.

الجدول رقم (254) يبين مع من يقضي متعاطو المخدرات أوقات الفراغ حسب المنطقة (متعدد الإجابة)

المنطقة قضاء أوقات الفراغ		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أفراد الأسرة		16,88%	26	32%	16	25,58%	22	13,64%	6	20,96%	70
زملاء الدراسة		25,97%	40	24%	12	25,58%	22	13,64%	6	23,95%	80
أصدقاء الحي		36,36%	56	40%	20	41,86%	36	68,18%	30	42,51%	142
افراد اخرين		11,69%	18	4%	2	4,65%	4	4,55%	2	7,78%	26
وحدى		7,79%	12	-	-	2,33%	2	-	-	4,19%	14
دون إجابة		1,30%	2	-	-	-	-	-	-	0,60%	2
المجموع		100%	154	100%	50	100%	86	100%	44	100%	334

يبين الجدول رقم (254)، أن قضاء أوقات الفراغ مع أصدقاء الحي يأتي في الطليعة بنسبة 42.51%، وتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 68.18%. ويأتي في المقام الثاني زملاء الدراسة بنسبة 23.95%، وتأتي منطقة الوسط على رأس المناطق بنسبة 25.97%، ويحتل أفراد الأسرة المرتبة الثالثة بنسبة 20.96%، وتأخذ منطقة الشرق المرتبة الأولى بين المناطق بنسبة 32%. ثم يأتي أفراد آخرين لم تحدد هويتهم في المركز الرابع بنسبة 7.78%، وتحتل منطقة الوسط الصدارة بنسبة 11.69%. كما أن هناك 4.19% من المتعاطين من يفضلون قضاء أوقات فراغهم بمفردهم، وتخص هذه الحالة منطقتي الوسط و الغرب وتتقدمها منطقة الوسط بنسبة 7.79%.

وعليه، فما يميز المتعاطين في هذه الدراسة هو قضاء معظم أوقاتهم مع زملاء الدراسة وأصدقاء. وهذا ما يؤكد دور الاقران في تبيني الطالب السلوك الانحرافي عموما وتعاطي المخدرات على وجه الخصوص، فمن هذا الوسط يتعلم الشاب عادة التعاطي وطرق التعاطي، وبتشجيع الأقران يستمر الشاب في التعاطي.

الجدول رقم (255) مع من يقضي المبحوث السوي أوقات فراغه حسب المنطقة

المنطقة قضاء أوقات الفراغ		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
أفراد الأسرة		55,27%	262	40,41%	118	53,69%	160	52,50%	126	51,07%	666
زملاء الدراسة		2,95%	14	22,60%	66	18,79%	56	20%	48	14,11%	184
أصدقاء الحي		30,80%	146	32,19%	94	18,79%	56	24,17%	58	27,15%	354
افراد اخرين اذكرهم		5,91%	28	3,42%	10	2,68%	8	2,50%	6	3,99%	52
وحيدي		2,95%	14	1,37%	4	2,68%	8	0,83%	2	2,15%	28
دون إجابة		2,11%	10	-	-	3,36%	10	-	-	1,53%	20
المجموع		100%	474	100%	292	100%	298	100%	240	100%	1304

يبين الجدول رقم (255)، أن المبحوثين الأسوياء يفضلون قضاء أوقات فراغهم بالدرجة الأولى مع أفراد أسرهم بنسبة 51%، وتأتي منطقة الوسط على رأس المناطق بنسبة 55.27%. ويأتي قضاء أوقات الفراغ مع أصدقاء الحي في المقام الثاني بنسبة 27.27%، وتتصدر منطقة الشرق المجموع بنسبة 32.19%. ويأتي زملاء الدراسة في المقام الثالث بنسبة 14.02%، وتأتي منطقة الشرق على رأس قائمة المناطق بنسبة 22.60%. ويأتي بعدهم قضاء أوقات الفراغ مع أفراد آخرين لم تحدد هويتهم بنسبة 4.01%، وتحتل منطقة الوسط الصدارة بنسبة 5.91%. وفي الأخير هناك نسبة 1.54% من تفضل قضاء أوقات الفراغ بمفردها. وتأتي على رأس القائمة منطقة الوسط بنسبة 2.95%.

وهكذا يظهر أن قضاء أوقات الفراغ مع أفراد الأسرة كان له دور عند أفراد عينة الدراسة الأسوياء في الابتعاد عن السلوك المنحرف، وخاصة عندما يكون الوعي التربوي متوفر لدى الوالدين.

الجدول رقم (256) مقارنة مع من يقضي المبحوث أوقات فراغه بين المتعاطين والأسوياء
(متعدد الإجابات)

الأسوياء		المتعاطون		قضاء أوقات الفراغ
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
51,07%	666	20,96%	70	أفراد الأسرة
14,11%	184	23,95%	80	زملاء الدراسة
27,15%	354	42,51%	142	أصدقاء الحي
3,99%	52	7,78%	26	أفراد آخرين
2,15%	28	4,19%	14	وحدى
1,53%	20	0,60%	2	دون إجابة
100%	1304	100%	334	المجموع

حسب الجدول رقم (256) أعلاه، يتبين أن هناك فرق بين الفئتين من حيث
أفضلية مع من يقضي المبحوث أوقات فراغه، بينما يحتل أفراد الأسرة المرتبة الأولى عند
فئة الأسوياء بنسبة 51.00%، نجده يحتل المرتبة الثالثة عند المتعاطين للمخدرات بنسبة
20.96%. في حين نجد أن عند فئة المتعاطين للمخدرات يحتل أصدقاء الحي المركز
الأول بنسبة 42.51%، بينما يحتل عند فئة الأسوياء المركز الثاني بنسبة 27.27%.
ونفس الأمر يتعلق بزملاء الدراسة فهو يحتل المرتبة الثانية عند فئة المتعاطين بنسبة
23.95%، بينما يحتل المرتبة الثالثة عند فئة الأسوياء بنسبة 14.11%.

ومنه يتضح أن قضاء أوقات الفراغ مع زملاء الدراسة وأصدقاء الحي يمثل عند
المتعاطين أكثر من 66%، بينما يمثل عند فئة الأسوياء 41.27%، وهذا الفرق كان له
دورا حاسما في تحديد سلوك الفئتين. كما أن قضاء أوقات الفراغ مع الأسرة كانت له نتائج
إيجابية على الأسوياء.

**الجدول رقم (257) يبين توزيع أفراد العينة حسب التفكير في الهجرة إلى الخارج
وحسب المنطقة**

المجموع		الجنوب		الغرب		الشرق		الوسط		المناطق التفكير في الهجرة إلى الخارج
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%57,97	880	%41,32	100	%56,29	188	%57,50	184	%65,59	408	نعم
%42,03	638	%58,68	142	%43,71	146	%42,50	136	%34,41	214	لا
%100	1518	%100	242	%100	334	%100	320	%100	622	المجموع

يبين الجدول رقم (257)، والمتعلق بالتفكير في الهجرة إلى الخارج، أن أكثر من نصف المبحوثين فكروا في الهجرة إلى الخارج، حيث بلغت النسبة 57.97%. وتأتي منطقة الوسط في الصدارة بنسبة 65.59%، ثم منطقة الشرق بنسبة 57.50%. عكس ذلك فأغلبية أفراد عينة منطقة الجنوب صرحوا بأنهم لم يفكروا في الهجرة إلى الخارج بنسبة 58.68%، فالتفكير في الهجرة إلى الخارج يستلهم شباب مناطق الشمال أكثر من شباب الجنوب. والهجرة إلى الخارج عموما تتعلق بالدول الأوروبية بالدرجة الأولى ثم الولايات المتحدة الأمريكية وكندا بالدرجة الثانية. وظاهرة الهجرة إلى الخارج ظهرت منذ عدة عقود بين الشباب الجزائري، إلا أنها في السنين الأخيرة أخذت أبعادا خطيرة، حتى أصبح هؤلاء الشباب يستعملون القوارب للهجرة الغير الشرعية عبر البحر إلى بلدان الدول الأوروبية على وجه الخصوص.

الجدول رقم (258) توزيع أفراد العينة حسب أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
أسباب التفكير في الهجرة		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الحصول على العمل		27,67%	140	38,95%	74	30,08%	74	28%	28	30,33%	316
الرفع من المستوى الإقتصادي		30,83%	156	30,53%	58	37,40%	92	22%	22	31,48%	328
الاستقلالية والحرية		27,27%	138	30,53%	58	21,95%	54	22%	22	26,10%	272
الدراسة		12,65%	64	-	-	6,50%	16	20%	20	9,60%	100
السياحة		1,58%	8	-	-	4,07%	10	8%	8	2,50%	26
المجموع		100%	506	100%	190	100%	246	100%	100	100%	1042

يجب الإشارة، أنه من اصل 1518 مبحوث، هناك 880 منهم من أجاب بنعم على سؤال التفكير في الهجرة إلى الخارج.و من خلال الجدول رقم (258) والمتعلق بأسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج، يتبين أن البحث عن رفع المستوى الاقتصادي من بين الأسباب الرئيسية التي تجعل الشباب الجزائري يفكر في الهجرة إلى الخارج، حيث بلغت النسبة 31.48%، كما أن الحصول على العمل يأتي في المرتبة الثانية بنسبة 30.33%. ويأتي بعدهما البحث عن الاستقلالية والحرية بنسبة معتبر وصلت إلى 26.10%.

أما إذا قمنا بمقارنة أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج حسب المناطق: فبالنسبة للحصول على العمل نجد أن منطقة الشرق تأتي في المقدمة بنسبة 38.95%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 30.08%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 28%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 27.67%.

أما عن الرفع من المستوى الاقتصادي، تحتل منطقة الغرب الصدارة بنسبة 37.40%، ثم تأتي منطقتي الوسط والشرق بنسب متقاربة على التوالي 30.83%، و 30.53%، و تأتي منطقة الجنوب في الأخير بنسبة 22%.

وفيما يخص البحث عن الاستقلالية والحرية، فنجد أن منطقة الشرق تتصدر المجموعة بنسبة 30.53%. ثم منطقة الوسط بنسبة 27.27%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 22%، وأخيرا منطقة الغرب بنسبة 21.95%.

أما عن الدراسة، فهناك نسبة معتبرة من المبحوثين لمنطقة الجنوب فكروا في الهجرة إلى الخارج من أجل الدراسة بنسبة 20%، لتأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 12.65%، ثم منطقة الغرب بنسبة 6.50%.

وعلى العموم، فالحصول على العمل والرفع من المستوى الاقتصادي، هو من بين أهم الأسباب التي تتدفع بالمبحوثين في التفكير في الهجرة إلى خارج الوطن حيث وصلت النسبة إلى أكثر من 61%. وهو من أحد أهم المؤشرات على سوء الأوضاع الاجتماعية والتي تدفع بالشباب إلى البحث عن عمل حتى يستطيع تحديد أهدافه المستقبلية.

الجدول رقم (259) توزيع أفراد العينة حسب التفكير في الهجرة إلى الخارج و حسب الجنس

الجنس		التفكير في الهجرة	
إناث	ذكور	إناث	ذكور
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
52,98%	356	61,94%	524
47,02%	316	38,06%	322
100%	672	100%	846

إذا حللنا الجدول رقم (259) والمتعلق بالسؤال حول التفكير في الهجرة إلى الخارج، نجد أن عند الذكور بلغت الإجابة بنعم نسبة 61.94% الذين صرحوا بتفكيرهم بالهجرة إلى الخارج. كما بلغت النسبة عند الإناث أكثر من النصف بـ: 52.98% وهن اللواتي فكرن بالهجرة إلى الخارج. فظاهرة الهجرة إلى البلدان الغربية عموما لم تعد تقتصر على الذكور فقط، بل عمت وأصبحت في تفكير الجنسين، وهذا ما يعطي دلالة أن المجتمع الجزائري مر بتغيرات اجتماعية في السنوات الأخيرة.

الجدول رقم (260) توزيع أفراد العينة حسب أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج حسب الجنس
(متعدد الإجابات)

المنطقة		سبب التفكير في الهجرة	
الذكور	النسبة	النسبة	التكرار
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الحصول على العمل	216	33,44%	100
الرفع من المستوى الإقتصادي	214	33,13%	114
الاستقلالية والحرية	154	23,84%	118
الدراسة	52	8,05%	48
السياحة	10	1,55%	16
المجموع	646	100%	396

يجب الإشارة أنه، من أصل 846 ذكر، أجاب 524 بأنه فكر في الهجرة، ومن أصل 672 أنثى أجابت 356 بأنها فكرت في الهجرة إلى الخارج. يتضح من خلال الجدول رقم (260) الخاص بالسؤال المتعلق بسبب التفكير في الهجرة إلى الخارج حسب الجنس، أن السبب الرئيسي الذي يدفع الذكور إلى التفكير في الهجرة هو الحصول على العمل بنسبة 33.44%، ثم يأتي الرفع من المستوى الاقتصادي في المرتبة الثانية بنسبة 33.13%، ثم البحث عن الاستقلالية والحرية في المرتبة الثالثة بنسبة 23.84%. أما عند الإناث المبحوثات فأول سبب في التفكير في الهجرة هو الاستقلالية والحرية بنسبة 29.80%، ثم يأتي سبب الرفع من المستوى الاقتصادي في المرتبة الثانية من نفس الجنس بنسبة 28.79%، وأخيرا يأتي الحصول على العمل بنسبة 25.25%. وهذا ما يظهر أن من الأسباب الرئيسية التي تدفع بالإناث إلى التفكير في الهجرة هو البحث عن الحرية والاستقلالية، وقد يعود ذلك إلى تداعيات العولمة مما جعل الإناث يبحثن عن مجالات أخرى حتى يتحررن من كل الضوابط الاجتماعية التي تملئها الثقافة المحلية.

الجدول رقم (261) يبين تفكير المبحوثين المتعاطين للمخدرات في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة

المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم		%81,03	94	%68,42	26	%83,33	50	%55	22	%75,59	192
لا		%18,97	22	%31,58	12	%16,67	10	%45	18	%24,41	62
المجموع		%100	116	%100	38	%100	60	%100	40	%100	254

يبين الجدول رقم (261)، أن هناك نسبة كبيرة 75.59% من المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم فكروا في الهجرة إلى الخارج. وتأتي منطقة الغرب على رأس المناطق بنسبة 83.33%. كما أن هناك 24.41% لم يفكروا بالهجرة إلى الخارج، وتأتي منطقة الجنوب في طليعة المناطق بنسبة 45%. ومنه فالتفكير في الهجرة إلى الخارج تغطي على أغلبية المبحوثين المتعاطين للمخدرات. وبالتالي فتعاطي المخدرات يعتبر كبديل لا بد منه مادام لم يحقق المعني بالأمر أحلامه بالهجرة إلى الخارج.

الجدول رقم (262) يبين أسباب تفكير المبحوثين المتعاطين للمخدرات في الهجرة إلى الخارج وحسب المنطقة (متعدد الإجابات)

المنطقة		الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الأسباب											
الحصول على العمل		%26,23	32	%25	10	%24,32	18	%50	12	%27,69	72
الرفع من المستوى الإقتصادي		%27,87	34	%45	18	%40,54	30	%16,67	4	%33,08	86
الإستقلالية والحرية		%37,70	46	%30	12	%35,14	26	%33,33	8	%35,38	92
الدراسة		%6,56	8	-	-	-	-	-	-	%3,08	8
السياحة		%1,64	2	-	-	-	-	-	-	%0,77	2
المجموع		%100	122	%100	40	%100	74	%100	24	%100	260

يوضح الجدول رقم (262)، أن من الأسباب الرئيسة التي دفعت بالمتعاطين بالتفكير في الهجرة إلى الخارج هي الاستقلالية والحرية بنسبة 35.38%، وتأتي منطقة الوسط على رأس المناطق بنسبة 37.70%. ثم الرفع من المستوى الاقتصادي بنسبة 33.08%، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 45%. ويأتي بعده الحصول على العمل بنسبة 27.69%، وتأتي منطقة الجنوب في الصدارة بنسبة 50%. أما الدراسة والسياحة فهي مقتصرة فقط على أفراد عينة منطقة الوسط.

فالبحث عن الاستقلالية والحرية هي أهم حافز الذي يدفع المتعاطي في التفكير في الهجرة إلى الخارج، كأن المتعاطي يجد نفسه مقيد ببعض الضوابط الاجتماعية، وتعاطيه للمخدرات يعتبر أحد أهم المؤشرات التي يريد من خلالها التعبير عن رفضه لهذا الواقع. كما أن الرفع من المستوى الاقتصادي يدفع عدد معتبر من المتعاطين إلى فكرة الهجرة إلى الخارج، وهذا ما يوحي أن هناك عددا كبيرا من الشباب الجزائري من يعاني من أزمة اقتصادية تمنعه من الحصول على بعض ضروريات الحياة، وفي تفكيره في الهجرة إلى البلدان الغربية قد ينقذه من تلك الأزمة، وخصوصا إذا كان له أصدقاء أو أقرباء مهاجرين.

الجدول رقم (263) مقارنة التفكير في الهجرة إلى الخارج بين المتعاطين والأسوياء

الأسوياء		المتعاطون		التفكير في الهجرة إلى الخارج
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
53,47%	616	75,59%	192	نعم
46,88%	540	24,41%	62	لا
100%	1156	100%	254	المجموع

من خلال الجدول رقم (263)، يظهر أن نسبة كبيرة لكل من المتعاطين والأسوياء فكروا في الهجرة إلى الخارج، إلا أن نسبة المتعاطين أعلى بكثير من نسبة الأسوياء، حيث بلغت النسبة عند الفئة الأولى 75.59%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 53.47%.

وعليه، يظهر أن التفكير في الهجرة إلى الخارج ظاهرة أصابت عدد كبير من أفراد عينة الدراسة، إلا أنه يبدو واضحاً أن المتعاطين أشد تحملاً وأكثر عدداً من الأسوياء في هذا الأمر، وهذا ما يجعلهم أكثر هشاشة من غيرهم في انتهاج السلوك الانحرافي، كما يمكن تفسير ذلك إلى تمسك فئة الأسوياء بمجتمعهم أكثر من المتعاطين.

الجدول رقم (264) مقارنة أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج بين المتعاطين والأسوياء

أسباب التفكير		المتعاطون		الأسوياء	
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
الحصول على العمل	72	27,69%	214	29,89%	
الرفع من المستوى الإقتصادي	86	33,08%	228	31,84%	
الاستقلالية والحرية	92	35,38%	170	23,74%	
الدراسة	8	3,08%	78	10,89%	
السياحة	2	0,77%	26	3,63%	
المجموع	260	100%	716	100%	

يوضح الجدول رقم (264)، الفرق بين المتعاطين و الأسوياء في أسباب التفكير في الهجرة إلى الخارج. بينما كان السبب الرئيسي عند فئة المتعاطين هو الاستقلالية والحرية بنسبة 35.38%، نجد الرفع من المستوى الاقتصادي هو ابرز الأسباب عند فئة الأسوياء بنسبة 31.84%. أما الدراسة و السياحة فهي أعلى بكثير عند الأسوياء مقارنة بالمتعاطين. وهكذا نجد أن الاستقلالية والتحرر عند المتعاطين أعلى بكثير من فئة الأسوياء، وهذا ما يشير أن المتعاطين يريدون التحرر من كل الضوابط الاجتماعية التي حسبهم تعيقهم من تحقيق أحلامهم، ومنه فالتعاطي يعوضهم عن فشلهم في الهجرة إلى الخارج.

المبحث الثاني عشر: فعالية طرق ووسائل الوقاية من المخدرات حسب عينة الدراسة.

الجدول رقم (265) دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين
وحسب المنطقة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
لها دور	%71,06	442	%72,50	232	%70,06	234	%76,03	184	%71,94	1092
ليس لها دور	%17,36	108	%13,75	44	%20,96	70	%19,01	46	%17,65	268
دون إجابة	%11,58	72	%13,75	44	%8,98	30	%4,96	12	%10,41	158
المجموع	%100	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518

يبين الجدول رقم (265)، أن أغلب أفراد العينة بنسبة %71.94 يرون أن الندوات و أيام التوعية تفيد في الوقاية من المخدرات، وتتصدر المجموعة منطقة الجنوب بنسبة %76.03. إلا أن هناك %10.41 لم يجيبوا على هذا السؤال، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة %13.75، وعليه فإن منطقة الشرق هي تتصدر دائما القائمة فيما يخص عدم الإجابة على الأسئلة، وبالتالي فهي الأكثر مناطق تحفظا من الأسئلة الخاصة بهذا الموضوع. كما أن هناك %17.65 من المبحوثين لا يرون أية فائدة من هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات، وتأتي منطقة الغرب على رأس المجموعة بنسبة %20.96.

الجدول رقم (266) دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين و
حسب الجنس

الجنس الإجابة	ذكر		أنثى		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
لها دور	%70,45	596	%73,81	496	%71,94	1092
ليس لها دور	%19,39	164	%15,48	104	%17,65	268
دون إجابة	%10,17	86	%10,71	72	%10,41	158
المجموع	%100	846	%100	672	%100	1518

يبين الجدول رقم (266)، أن كلا الجنسين يوافق على أن الندوات وأيام التوعية تقيد في الوقاية من المخدرات بالأغلبية، إلا أن نسبة الإناث 70.45% تفوق قليلا نسبة الذكور.

الجدول رقم(267) دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المنطقة

المنطقة الإيجابية	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
لها دور	67,85%	422	73,75%	236	63,47%	212	67,77%	164	68,12%	1034
ليس لها دور	20,58%	128	16,25%	52	28,14%	94	29,75%	72	22,79%	346
دون إجابة	11,58%	72	10%	32	8,38%	28	2,48%	6	9,09%	138
المجموع	100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

يظهر الجدول رقم (267) أعلاه، أن نسبة كبيرة 68.12% صرحت بالدور الإيجابي التي تلعبه الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات. غير أن هناك 22.79% لا ترى فيهم أية فائدة. بينما امتنع نحو 9.09% من الإجابة على هذا السؤال. أما رأي المبحوثين حسب المناطق، فعلى الرغم من أن أغلب أفراد العينة لكل المناطق ترى الفائدة في هذه الوسائل، إلا أن منطقة الشرق تنصدر المجموعة بنسبة 73.75%. وبخصوص من يرى عكس ذلك، فتأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 29.75%. وتحتل منطقة الوسط الرتبة الأولى بنسبة 11.58% من حيث الذين امتنعوا عن الإجابة.

ومن خلال ما سبق، يتبين أن أفراد عينة الدراسة لا تهتم كثيرا بهذه الوسائل مقارنة بالوسائل السابق ذكرها، إلا أن طلبة منطقة الشرق ينفردون بتفضيلهم أكثر من الآخرين هذه الوسيلة عن باقي المناطق.

الجدول رقم (268) دور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر
المبحوثين وحسب المنطقة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
لها دور	392	%63,02	214	%66,88	206	%61,68	150	%61,98	962	%63,37
ليس لها دور	148	%23,79	68	%21,25	98	%29,34	82	%33,88	396	%26,09
دون إجابة	82	%13,18	38	%11,88	30	%8,98	10	%4,13	160	%10,54
المجموع	622	%100	320	%100	334	%100	242	%100	1518	%100

يشير الجدول رقم (268)، أن أغلب أفراد العينة بنسبة 63.37% يرون أن للافتات والملصقات والمعارض تفيد في الوقاية من المخدرات. وتأتي منطقة الشرق في مقدمة المناطق بنسبة 66.88%. وقد أجاب نحو 26.09% من أفراد العينة بعدم فائدة هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات، وتأتي منطقة الجنوب في الصدارة بنسبة 33.88%. كما أن هناك 10.54% من أفراد العينة فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال، وتأتي منطقة الوسط في الطليعة بنسبة 13.18%.

وعليه، يبدو أن اللافتات والملصقات والمعارض التي تظهر الآثار السلبية للمخدرات، لا تجلب اهتمام الشباب حسب رأي المبحثن مقارنة بباقي الوسائل السابق ذكرها.

الجدول رقم (269) دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المنطقة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
لها دور	74,28%	462	78,13%	250	75,45%	252	84,30%	204	76,94%	1168
ليس لها دور	13,83%	86	11,88%	38	14,37%	48	12,40%	30	13,31%	202
دون إجابة	11,90%	74	10%	32	10,18%	34	3,31%	8	9,75%	148
المجموع	100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

حسب الجدول رقم (269)، أن أغلب أفراد العينة بنسبة 76.94% يؤكدون على فائدة هذه الوسائل، وتتصدر منطقة الجنوب المناطق بنسبة 84.30%. وهناك 13.44% من أفراد العينة لا يرون أية فائدة من هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات، وتتصدر منطقة الغرب هذا الرأي بنسبة 14.37%. وفي الأخير هناك 9.75% لم يريدوا الإجابة على هذا السؤال، وتأتي منطقة الوسط على رأس المناطق بنسبة 11.90%.

الجدول رقم (270) دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات من وجهة نظر المبحوثين وحسب المنطقة

المنطقة الإجابة	الوسط		الشرق		الغرب		الجنوب		المجموع	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
لها دور	80,71%	502	86,88%	278	85,03%	284	91,74%	222	84,72%	1286
ليس لها دور	8,04%	50	10%	32	6,59%	22	4,13%	10	7,51%	114
دون إجابة	11,25%	70	3,13%	10	8,38%	28	4,13%	10	7,77%	118
المجموع	100%	622	100%	320	100%	334	100%	242	100%	1518

يظهر الجدول رقم (270)، أن الأغلبية الساحقة من أفراد عينة الدراسة يرون أن الدروس الدينية فائدة كبيرة في الوقاية من المخدرات بنسبة 84.72%، وتتصدر منطقة الجنوب مجموعة المناطق بهذا الرأي بنسبة 91.74%. وهناك 7.51% من يرون أنه ليس هناك أية فائدة لهذه الطريقة للوقاية من المخدرات، وتأتي منطقة الشرق على رأس

المناطق المؤيدة لهذا الرأي بنسبة 10%. كما أن هناك نحو 7.77% من أفراد العينة من لم يريدوا الجواب على هذا السؤال، وتأتي منطقة الوسط في الطليعة بنسبة 11.25%.

الجدول رقم (271) مقارنة دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
74,57%	862	59,84%	152	لها دور
14,36%	166	33,86%	86	ليس لها دور
11,07%	128	6,30%	16	دون إجابة
100%	1156	100%	254	المجموع

من خلال الجدول رقم (271)، يتبين أن نسبة الأسوياء أعلى بكثير من نسبة المتعاطين في رأيهم حول فائدة الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات، حيث بلغت النسبة عند الفئة الأولى 74.57%، بينما بلغت النسبة عند الفئة الثانية 59.84%. كأن الأوسايء يولون اهتمامهم للندوات وايام التوعية حتى يستخلصوا الدروس من طرف خبراء في الميدان، وقد يكون ذلك قد ساعدهم نسبيا بالابتعاد عن المخدرات مقارنة بالمتعاطين.

الجدول رقم (272) دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
71,45%	826	54,33%	138	لها دور
19,03%	220	39,37%	100	ليس لها دور
9,52%	110	6,30%	16	دون إجابة
100%	1156	100%	254	المجموع

يظهر الجدول رقم (272) بوضوح الفرق بين الفئتين. حتى وإن كانت كلاهما ترى فائدة هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات، إلا أن نسبة فئة الأسوياء أعلى بكثير من نظيرتها، حيث بلغت عند الفئة الأولى 71.45%، بينما بلغت عند فئة المتعاطين

54.33%. ومما سبق يتبين أن المطالعة قد تكون من الخطوط الدفاعية المهمة ضد ولوج عالم المخدرات.

الجدول رقم (273) دور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
65,22%	754	52,76%	134	لها دور
24,39%	282	38,58%	98	ليس لها دور
10,39%	120	8,66%	22	دون إجابة
100%	1156	100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (273)، أن كلتا الفئتين تؤيدا دور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات، إلا أن نسبة فئة الأسوياء أعلى من نسبة فئة المتعاطين، حيث بلغت بلغت النسبة في الفئة الأولى 65.22%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 52.76%.

الجدول رقم (274) دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
77,68%	898	72,44%	184	لها دور
11,94%	138	2,05%	56	ليس لها دور
10,38%	120	5,51%	14	دون إجابة
100%	1156	100%	254	المجموع

يبين الجدول رقم (274)، أن أغلبية كل من المتعاطين والأسوياء يرون بالدور الإيجابي الذي تلعبه هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات، إلا أن نسبة فئة الأسوياء أعلى من فئة المتعاطين، حيث بلغت النسبة في الفئة الأولى 77.68%، وبلغت النسبة في الفئة الثانية 72.44%.

الجدول رقم (275) دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات والأسوياء

الأسوياء		المتعاطون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%85,42	984	%81,89	208	لها دور
%5,56	64	%11,81	30	ليس لها دور
%9,38	108	%6,30	16	دون إجابة
%100	1156	%100	254	المجموع

من خلال الجدول رقم (275)، يظهر جليا أن الأغلبية الساحقة لكلتا الفئتين ترى بالدور الكبير الذي تقدمه الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات، إلا أننا نجد أن نسبة فئة الأسوياء أعلى من نسبة فئة المتعاطين، حيث بلغت النسبة في الفئة الأولى 85.42%، بينما بلغت في الفئة الثانية 81.89%.

الجدول رقم (276) دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات حسب الناجحين في الإقلاع والمنتكسين

المنتكسون		الناجحون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%35,71	10	%74,29	104	لها دور
%57,14	16	%25,71	36	ليس لها دور
%7,15	2	-	-	دون إجابة
%100	28	%100	140	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (276)، الفرق بين الفئتين، بينما يرى 74.29% من الناجحين في الإقلاع بالدور الإيجابي للندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات، نجد عكس ذلك عند المنتكسين، حيث يرى 57.14% منهم بعدم جدوى هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات.

الجدول رقم (277) دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين
الناجين في الإقلاع والمنتكسين

المتكسون		الناجون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%35,71	10	%64,29	90	لها دور
%57,14	16	%35,71	50	ليس لها دور
%7,14	2	-	-	دون إجابة
%100	28	%100	140	المجموع

يجب الإشارة، انه من أصل 254 متعاطي 178 منهم صرحوا بهم حاولوا الإقلاع عن التعاطي، 140 منهم صرحوا بأن التجربة كانت ناجحة، و 28 منهم صرحوا بأن التجربة لم تكن ناجحة، و 30 منهم لم تكن ناجحة. من خلال الجدول رقم (277)، يتبين أن أغلب المتعاطين الناجحين في الإقلاع بنسبة 64.29% صرحوا بأن الكتب والصحف والمجلات تفيد في الوقاية من المخدرات. وعلى العكس من ذلك صرح أغلب المنتكسون بنسبة 57.14% بأن هذه الوسائل غير مفيدة في الوقاية من المخدرات. ومنه نستنتج أن من بين شروط نجاح تجربة الإقلاع هو الاهتمام بمطالعة الكتب والصحف والمجلات وما تنشره من مواضيعه تتعلق بالمخدرات.

الجدول رقم (278) دور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين
الناجين في الإقلاع والمنتكسين

المتكسون		الناجون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%42,86	12	%60	84	لها دور
%50	14	%35,71	50	ليس لها دور
%7,14	2	%4,29	6	دون إجابة
%100%	28	%100	140	المجموع

يظهر الجدول رقم (278) ، الفرق بين الفئتين، بينما يرى أغلب المتعاطين بنسبة 60 % بالدور الفعال التي تؤديه كل من اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات، نجد أن أغلب المنتكسين يرون عكس ذلك بنسبة 50%. وهكذا يظهر، أنه حتى ولم تؤثر في الطالب اللافتات والملصقات والمعارض لتحول دونه ودون تجربته

للمخدرات، إلا أن مع الوقت أصبح يتهم أكثر بهذه الوسائل، وهذا ما ساعده على نجاح تجربة الإقلاع.

الجدول رقم (279) دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين

المنتكسون		الناجحون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%85,71	24	%85,71	120	لها دور
%14,29	4	%14,29	20	ليس لها دور
%100	28	%100	140	المجموع

يشير الجدول رقم (279) أعلاه، أن الأغلبية الساحقة لكلا الفئتين بنسب متساوية 85.71% ترى أن الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية تفيد في الوقاية من المخدرات. وبالتالي لا يوجد فرق بين رأي الفئتين، حيث كلتاهما ترى منفعلة الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات وخصوصا إذا تخللت تلك الحصص شهادات حية من الشباب الذين وقعوا في براثن المخدرات.

الجدول رقم (280) دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات حسب المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمنتكسين

المنتكسون		الناجحون		الإجابة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%92,86	26	%90	126	لها دور
%7,14	2	%8,57	12	ليس لها دور
-	-	%1,43	2	دون إجابة
%100	28	100	140	المجموع

يوضح الجدول رقم (280)، أن كلا الفريقين و بأغلبية ساحقة يرون بأن الدروس الدينية تلعب دورا حاسما في الوقاية من المخدرات، إلا أن نسبة المنتكسين أعلى بقليل من نسبة الناجحين في الإقلاع، حيث بلغت النسبة في الفئة الأولى 92.86%، بينما بلغت

في الفئة الثانية 90%. ومنه نستنتج أن كلتا الفئتين تعطي للجانب الديني أهمية بالغة في الوقاية من مشكلة المخدرات، ونجد أن فئة المنتكسين تؤيد أكثر من الفئة الأخرى على هذا الجانب، وكأنها توضح أنها لو تلقت الدروس والمواعظ قبل التعاطي من طرف رجال الدين لهم دراية كافية بعالم المخدرات، وطريقة حديثة في مخاطبة الشباب بلغة يفهمها وكانت كافية لعدم اقترابها من المخدرات. كما أن هذه النسبة تعبر مدى تغلغل الدين في الشباب الجزائري حتى وكونه منحرف، إلا أنه يقدس الجانب الديني ويراه كمنقذ لجميع الآفات الاجتماعية التي يعاني منها المجتمع.

الفصل التاسع

مناقشة النتائج الميدانية

الفصل التاسع: مناقشة النتائج الميدانية

لقد طرح الباحث في بداية هذه الدراسة جملة من التساؤلات التي لها صلة بظاهرة تعاطي المخدرات وجوانبها المختلفة، وقد تمثلت هذه التساؤلات في :

- التساؤل الأول : ما حجم انتشار تعاطي المخدرات في أوساط الطلاب المسجلين في الطور التحضيري بجامعة التكوين المتواصل ؟
- التساؤل الثاني : هل للواقع الأسري أثر على المراهق في دخوله عالم المخدرات (المستوى التعليمي للوالدين، ومهنة الوالدين، ومعاملة الوالدان للمراهق).
- التساؤل الثالث: ما هي أنواع المخدرات التي تعاطاها أو ما يزال يتعاطاها طلاب جامعة التكوين المتواصل؟
- التساؤل الرابع: يدور حول أهم طرق تعاطي المخدرات.
- التساؤل الخامس: و يتعلق بالظروف التي تساعد على بدأ واستمرار في تعاطي المخدرات؟
- التساؤل السادس: ماهو المكان الذي بدأ فيه المبحوثين التعاطي لأول مرة؟ وما هو سن بداية التعاطي؟ وما هو نظام أو وتيرة التعاطي عندهم؟ وهل هو نفسه في جميع مناطق التراب الوطني، أم يختلف تبعا للثقافات الفرعية لكل منطقة؟
- التساؤل السابع: حول المكان المفضل للتعاطي، و الأوقات المفضلة للتعاطي، ومع من يفضل المتعاطي تعاطي المادة المخدرة.
- التساؤل الثامن: ويتعلق بالطالب المدخن للتبغ، إن كان أكثر عرضة من غيره في المجموعات الهشة إلى دخول عالم المخدرات.
- التساؤل التاسع: ويتعلق بالوازع الديني ودوره في اجتناب التعاطي والإقلاع عنه.

- التساؤل العاشر : ما هي مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة الدراسة، وهل هي بنفس الدرجة عند المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات؟
- التساؤل الحادي عشر: هل كل الذين جربوا تعاطي المخدرات ما يزالون يتعاطونها، أم أن هناك من حاول التوقف عن التعاطي؟ و ماهي أسباب نجاح وفشل المحاولة في الإقلاع إن وجدت؟
- التساؤل الثاني عشر: هل انعدام أو نقص الفضاءات الترفيهية في الأحياء يؤدي بالشباب إلى السلوك الانحرافي ومنه تعاطي المخدرات؟
- التساؤل الثالث عشر: ويخص أنجع الطرق والوسائل للوقاية من المخدرات حسب رأي الطالب

وقد حاولت الدراسة الحالية الإجابة عليها من خلال الدراسة الميدانية، وهذا سعيًا من الباحث للإحاطة بإشكالية الدراسة من جوانبها المختلفة، وفيما يلي مناقشة النتائج الميدانية المتعلقة بتساؤلات الدراسة.

التساؤل الأول: يخص حجم انتشار تعاطي المخدرات في أوساط الطلاب المسجلين في القسم التحضيري بجامعة التكوين المتواصل.

وقد أفضت نتائج الدراسة الميدانية إلى الحقائق التالية:

بعدما تم تهيئة المبحوث نفسيا من خلال أسئلة ممهدة والخاصة بتعاطي الزملاء للمخدرات، ثم تعاطي أحد الأقرباء للمخدرات، ثم تعاطي المبحوث للتبغ، شرعنا في توجيه أسئلة حول بداية تعاطي المخدرات بالنسبة للمبحوث، وقد بينت نتائج الدراسة الميدانية أن هناك نحو 76.15% من أفراد عين الدراسة صرحوا بأنهم لم يسبق لهم وأن جربوا المخدرات من قبل. إلا أن هناك 16.73% من عينة الدراسة صرحوا أنهم تعرضوا لتجربة تعاطي المخدرات من قبل. ويلاحظ أن هذه النسبة (16.73%) أعلى بكثير مما أظهره التحقيق الوطني الذي أجراه المركز الوطني

للدراستات والتحاليل في مجال السكان والتنمية CNEAPD⁽¹⁾ عام 2010، حيث توصل إلى أن نسبة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري هي 1.15 % خلال الإثني عشر (12) شهرا لمخدر واحد أو عدة مخدرات^(*).

وإذا أسقطنا هذه النسبة على مجتمع البحث كله والذي هو 23688 طالب، يتبين أن هناك تقريبا 3964 طالبا جربوا المخدرات ولو مرة واحدة في حياتهم. و تبين هذه النسبة مدى خطورة انتشار تعاطي المخدرات لدى فئات الشباب في المجتمع الجزائري عموما، وفئة الطلبة على وجه الخصوص. وللاشارة أن هناك نحو 7.11% من عينة الدراسة فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال ويرجع ذلك إلى حساسية الموضوع.

أما إذا أردنا ترتيب نسبة تعاطي المخدرات حسب المناطق، يظهر أن :

- منطقة الوسط تأتي في الطليعة بنسبة 18.65%،
- منطقة الغرب في المركز الثاني بنسبة 17.96%
- منطقة الجنوب في المركز الثالث بنسبة 16.53%،
- وأخيرا منطقة الشرق في المركز الرابع بنسبة 11.88%

أما مدى انتشار تعاطي المخدرات لعينة الدراسة حسب الجنس، فهناك 25.30% من ذكور عينة الدراسة صرحوا بتعاطيهم للمخدرات، بينما هناك 5.95% من إناث عينة الدراسة من صرحن بأنهن يتعاطين المخدرات، ويجب التنبيه إلى أن الكثير من الإناث رفضن ملاً الاستمارة بعدما علمن بموضوع الدراسة، وهناك منهن من بدأن ملاً الاستمارة ولما وصلن إلى السؤال الخاص بتعاطي المبحوث للمخدرات توقفن عن الإجابة، وهذا ما جعل الباحث يلغي عددا كبيرا من الاستمارات. حقيقة أن هذه الحالة تشكل عائقا كبيرا أمام البحث العلمي في الجزائر، فمازال موضوع تعاطي المخدرات عند الإناث يعتبر من الطابوهات التي لا تتقبلها الثقافة الشعبية الجزائرية. وقد صرح العديد من المبحوثات في الدراسة الاستطلاعية أن هناك الكثير

⁽¹⁾ C.N.E.A.P.D. « Enquête Epidémiologique Nationale et Globale sur la prévalence de la Drogue en Algérie » Op-Cit.

^(*) يجب الإشارة هنا أنه لا يتعلق الأمر لنفس مجتمع البحث، وبالتالي فلا مجال للمقارنة إلا في حدود أهمية النسبة فقط.

من الإناث من يدخن ويتعاطى المخدرات بشتى أنواعها، وعليه فالنسبة المتحصل عليها لا تمثل حقيقة الواقع وهي مرشحة لأن تكون أكثر من ذلك بكثير.

وترتيب تعاطي المخدرات للمناطق حسب الجنس، فهو كما يلي:

بالنسبة للذكور:

- منطقة الوسط 27.06%

- منطقة الجنوب 26.76%

- منطقة الغرب 26.14%

- منطقة الشرق 20.21%

بالنسبة للإناث:

- منطقة الغرب 8.86%

- منطقة الوسط 8.51%

- منطقة الجنوب 2%

- منطقة الشرق 0% (*)

وبالنسبة لتعاطي المخدرات حسب القسم، فإذا رتبنا الأقسام حسب العدد الكلي للمتعاطين، يظهر أن أن قسم الآداب يشكل أكبر نسبة بـ 51.18% ، ثم يأتي بعدها قسم العلوم بـ 44.09%، وأخيرا يأتي قسم تسيير واقتصاد بنسبة 4.72%.

أما توزيع المتعاطين للمخدرات حسب القسم، وإذا أخذنا كل قسم على حدى، تظهر نتائج الدراسة أن قسم تسيير واقتصاد يتصدر القائمة بنسبة 26.09% حيث من أصل 46 هناك 12 طالبا يتعاطون المخدرات، ثم يأتي في المقام الثاني قسم العلوم بنسبة 18.98%، وأخيرا يأتي قسم الآداب بنسبة 14.84%.

(*) يظهر أن المنطقة الشرقية هي الأكثر مناطق محافظة فيما يخص الإناث وعلاقتهم بالسلوك الانحرافي عموما وتعاطي المخدرات على وجه الخصوص، حيث عدم تعرض إناث هذه المنطقة لتجربة التعاطي من المؤشرات المهمة للثقافة الفرعية وتأثيرها على ضبط سلوك الأشخاص، حتى ولو تعاطين فلا يصرحن بذلك لاحترامهن لقيم ومعايير المجتمع، وقوة الضبط الاجتماعي.

التساؤل الثاني : هل للواقع الأسري أثر على المراهق في دخوله عالم المخدرات (المستوى التعليمي للوالدين، ومهنة الوالدين، ومعاملة الوالدين للمراهق...).

1- الظروف الاجتماعية للأسرة:

- عدد الإخوة : إن الدراسات الاجتماعية التي تناولت دور عدد الإخوة في الظواهر الاجتماعية، ترى أن تزايد عدد الأبناء من شأنه أن يقلل من حجم الرعاية التي يتلقاها الأبناء مما قد يؤدي إلى ازدياد احتمالات التعاطي على أساس أن نقص الرعاية يقلل من كفاءة الرقابة الأسرية ولمكانية الإشباع العاطفي.

وقد اوضحت نتائج الدراسة أن المتعاطين الذين لهم عدد الإخوة من 1 إلى 4 يأتي في الصدارة بنسبة 48.82%، ثم يأتي بعدها في المرتبة الثانية من لهم عدد الإخوة من 5 إلى 9 بنسبة 44.09%، ويأتي في المقام الأخير من لهم 10 إخوة فأكثر بنسبة 7.09%. فما يمكن ملاحظته أن عدد الإخوة من 1 إلى 4 لا يمكن اعتباره عددا كبيرا، وبالتالي لا تظهر هذه الدراسة العلاقة الارتباطية بين عدد الإخوة وتعاطي المخدرات.

أما إذا قارنا عدد الإخوة حسب المناطق، فيكون الترتيب كالاتي :

- من 1 إلى 4 إخوة: تأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 60.34%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 52.63%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 40%، وأخيرا منطقة الغرب بنسبة 30%.

- من 5 إلى 9 إخوة، تحتل منطقة الغرب الصف الأول بنسبة 56.67%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 50%، ثم منطقة الشرق بنسبة 47.37%، وأخيرا منطقة الوسط بنسبة 34.48%.

- 10 إخوة فأكثر: تأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 13.66%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 10%، ثم منطقة الوسط بنسبة 5.17%. أما منطقة الشرق فليس هناك أية حالة.

ومنه يتبين أن منطقة الوسط تتميز بوجود عدد معتدل لإخوة المتعاطي مقارنة ببقاقي المناطق، بينما تتميز كل من منطقتي الجنوب والغرب بكثرة عدد الإخوة مقارنة بباقي المناطق.

مقارنة عدد الإخوة بين المتعاطين و الأسوياء:

وحيد: النسبة عند الأسوياء 2.78%، بينما هي عند المتعاطين لاشيء،
من 1 إلى 4 إخوة : النسبة عند الأسوياء 41.18%، بينما هي عند المتعاطين 48.82%.

من 5 إلى 9 : النسبة عند الأسوياء هي 50.69%، بينما هي عند المتعاطين 44.09%.

10 فأكثر : النسبة عند الأسوياء هي 4.67%، بينما هي عند المتعاطين 7.09%.
من خلال هذه المقارنة، يتبين أنه ليس هناك علاقة قوية بين التعاطي و عدد الإخوة. حتى وإن كان عدد الإخوة (10 وأكثر)، عند المتعاطين يفوق بكثير عند الأسوياء، إلا أنه لم يصل إلى حد الدلالة.

- **ترتيب المتعاطي بين إخوته:** أشارت نتائج الدراسة إلى أن أغلبية المتعاطين يتواجدون في وسط الترتيب بين إخوتهم بنسبة 65.35%، ثم يليهم الأكبر بنسبة 24.41% وفي الأخير يأتون الأصاغر بنسبة 10.24%. وهكذا يتضح أن الأبناء الذين يتوسطون إخوتهم يكونون أكثر عرضة من غيرهم من الأبناء في سلوك طريق الانحراف، فيكونون أقل اهتماما من طرف الوالدين بعدما صبوا كل عنايتهم على الإبن الأول في الأسرة، وأصبحوا يهتمون أكثر بأبنائهم الصغار لأن حسب الأباء يحتاجون أكثر رعاية وعطف من الآخرين، ويحدث ذلك حتى وإن كان الأوسط مايزال صغيرا نسبيا ويحتاج إلى الرعاية مثل بقية إخوته.

- وبالتالي يشعر الإبن بأنه أقل قيمة من غيره من الإخوة، حتى أن المراقبة تكون أقل مقارنة بباقي إخوته الكبار منهم و الصغار، وهذا ما يدفعه للبحث عن بيئة أخرى تعوضه هذا النقص، فيلجأ بالتالي إلى جماعة رفاق السوء التي يتلقى فيها شتى أنواع التلقين ومن جملة ما يتعلمه السلوك الانحرافي، و منه تعاطي المخدرات.

أما مقارنة ترتيب المبحوثين المتعاطين للمخدرات بين إخوتهم حسب المناطق، فيمكن ترتيبها كالآتي:

- الأصغر: تأتي منطقة الشرق على رأس المناطق بنسبة 21.05% ثم منطقة الوسط بنسبة 12.07%، ثم منطقة الغرب بنسبة 6.67%. أما منطقة الجنوب فهي غير معنية بهذا البند حيث لا يوجد أية حالة.
- الأوسط: تحتل منطقة الغرب الصدارة بنسبة 76.67%، ثم تأتي بعدها منطقة الجنوب بنسبة 75%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 60.34%، وأخيرا تأتي في مؤخرة القائمة منطقة الشرق بنسبة 52.63%.
- الأكبر: تأتي منطقة الوسط بنسبة 27.59%، ثم منطقة الشرق بنسبة 26.32%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 25%، وأخيرا تأتي بعيدا عنهم منطقة الغرب بنسبة 16.67%.

وعلى ضوء ما سبق: يمكننا من خلال نتائج الدراسة الميدانية، أن نستخلص العلاقة الارتباطية بين ترتيب المبحوث بين إخوته وتعاطي المخدرات، حيث كلما كان المبحوث يتوسط إخوته كلما كان احتمال تعاطيه المخدرات أكثر من الآخرين.

نوع مسكن المتعاطي للمخدرات: إن الطلبة المتعاطين للمخدرات الذين صرحوا بأنهم يسكنون في شقة يأتون في المقدمة بنسبة 37.28%، ثم يليهم الذين يسكنون في فيلا بنسبة 32.28%، ثم يليهم الذين يسكنون في سكن تقليدي بنسبة 24.41%، وأخيرا يأتون الذين يسكنون في بيت قصديري بنسبة 6.30%.

وتعد دراسة حجم المنزل الذي تقطن فيه الأسرة من الدراسات الهامة في الكشف عن أسباب الإدمان، فللمسكن أثر كبير في تكوين شخصية الفرد وتحديد مدى استجابته للمؤثرات الخارجية، فإذا كان المنزل ضيقا وعدد أفراد الأسرة كبير يؤدي إلى شغل الغرف بصورة كثيفة، مما قد ينجم عنه أوضاعا صعبة و خطيرة، والذي تدفع بالمراهق إلى الهروب من المنزل الضيق والبحث عن مجال واسع، وسرعان ما يحتضن الشارع هذا المراهق الهارب من المنزل وما يحمله من أشخاص غير مأمونين من الناحية الأخلاقية والسلوكية، الأمر الذي قد يؤدي إلى انتهاج السلوك

الانحرافي المضاد لقيم وثقافة المجتمع. وكذلك المنزل الضيق يؤدي إلى الانحراف السلوكي للأطفال ولاسيما من الناحية الجنسية، وهذا بسبب إطلاع الطفل على الأمور الجنسية التي تحدث بين والديه، الأمر الذي ينشط لديه الغريزة الجنسية التي قد يحاول إشباعها من خلال اتصاله غير المشروع مع أحد أفراد أسرته أو الاتصال الشاذ بين أفراد جنسه، الأمر الذي يجعله يهرب من عذابه ونسيان أفعاله الشاذة بتعاطي المخدر، أو اللجوء لتعاطي المخدرات عندما يعجز عن تحقيق ذلك، لا سيما أنه يعلم أن بتعاطيه هذا قد يعرض عن الحرمان الذي يشعر به بالخيال كما تطرق إليه سيغموند فرويد. فمسكن الأسرة يمارس تأثيرا على تكوين شخصية الفرد، ويحدد مدى استجابته للمؤثرات الخارجية، فضيق مسكن الأسرة قد يدفع الأبناء إلى البحث عن مكان يلوذون به، فيلجأون إلى الأصدقاء، أو إلى الشوارع حيث يكون الاتصال برفقاء السوء⁽¹⁾.

أما ما يتميز به المسكن الجزائري عموما بضيق مجاله سواء في الريف أو في الحضر، حيث أن نسبة المسكن ذات الغرفتين وأقل تمثل 35.08% عام 1998 ، أما نسبة المساكن ذات الثلاث فهي تمثل 30.06% أي أن نسبة المساكن التي لا يتجاوز عدد غرفها ثلاث غرف تمثل الأغلبية الساحقة بنسبة 65.14% في إحصاء عام 1998. وهكذا نلاحظ عموما أن سعة المجال السكني الجزائري لا يدعم الوظيفة التربوية للأسرة خاصة في الوسط الحضري، عندما يصبح المسكن منفرا بالنسبة لقاطنيه فيلجأون إلى الشارع والأماكن العمومية ولاسيما الأطفال الصغار الذين يكون أمرهم أصعب في هذا الصدد⁽²⁾.

فمن الطبيعي، إذن أن يحول الأطفال وحتى الشباب والكبار الساحات العمومية والأرصفة إلى مجالات متعددة الوظائف للراحة والتسلية وقضاء وقت الفراغ واللعب، وغيرها من الوظائف، ويتحول الشارع عندئذ إلى مجال حاضن للكبار والصغار على السواء، ويشكل متفصلا للأسرة وضاعطا عليها في ذات الوقت⁽³⁾.

(1) عبد الله بن محمد بن أحمد، الطيار. المخدرات في الفقه الإسلامي. مرجع سابق، ص 29.

(2) محمد، بومخلوف وآخرون. واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري: القطيعة المستحيلة. ط 1. الجزائر:

دار الملكية للطباعة والنشر والتوزيع والإعلام، فيفري 2008، ص 132.

(3) نفس المرجع، ص 135.

وفي دراسة حول واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الأسري، أجابت مفردات العينة بأن ضيق المسكن من المعوقات التي تواجه الأسر الجزائرية في تربية أبنائهم وذلك بنسبة 29.4%، إذ يعتبر المسكن المكان الطبيعي للعلاقات الأسرية، وطالما بقي هذا المكان مجرد مرقد في نظر قاطنيه، فهو سيفقد وظيفته الأساسية، ويؤثر في الوظيفة التربوية للأسرة⁽¹⁾.

وقد أثبتت دراسة "كوغلر و بريل" عام 1967، "أن أية عوائق في طريق عملية التنشئة أو أية اضطرابات تعوق التطبيع الاجتماعي وبناء قدرة الفرد على الاندماج الاجتماعي فإنما ستعكس إلى اضطرابات نفسية وسلوكية، ستولد إحباطات وتوترات لدى الفرد⁽²⁾". ولكون الأسرة الخلية الأولى للتطبيع الاجتماعي، فإن أي خلل فيها سيؤثر على الأبناء.

هذا لا يعني أن اتساع المسكن لا يعرض المراهق إلى تجريب المخدرات، فقد رأينا في هذه الدراسة كما سبق ذكره أن هناك 32.28% يسكنون في فيلا، إلا أن هذا لم يقيهم تعاطي المخدرات، فقد يكون سعة المسكن هو في حد ذاته كعامل من عوامل التي تساعد المراهق على تعاطي المخدرات حتى داخل المنزل دون أن يدري أحد من أسرته، وقد يستمر هذا لعدة سنوات، وقد سمحت لنا التنقلات الميدانية لمستشفى فرانتز فانون للوقوف على مثل هذه الحالات أين كان المدمن يسكن في فيلا كبيرة و يتعاطي المخدرات في أحد الغرف لمدة طويلة دون أن يتفطن الوالدان لذلك. حتى في محاولة الإقلاع عن تعاطي المخدرات، فقد أظهرت الدراسة الميدانية أن هناك 31.43% من المتعاطين الذين يسكنون في فيلا والذين نجحوا في تجربة توقفهم عن تعاطي المخدرات، في المقابل 21.43% من المتعاطين الذين يسكنون في فيلا والذين لم ينجحوا في إقلاعهم عن المخدرات، ومنه يظهر أنه حتى ولو كان السكن من نوع فيلا لا يشكل مانعا عن تعاطي المخدرات، إلا أنه من الممكن أن يكون مساعدا على التوقف عن التعاطي.

(1) محمد، بومخلوف وآخرون. واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري: القطيعة المستحيلة. مرجع سابق، ص 135.

(2) ياسين عطوف، محمود. مدخل إلى علم النفس الاجتماعي. بيروت: دار النهار، 1981، ص 291.

مكان إقامة المبحوث المتعاطي للمخدرات: صرح نحو 74.02% من المبحوثين المتعاطين للمخدرات بأنهم يقطنون في المدينة، بينما صرح الباقي أي 25.98% بأنهم يقطنون في الريف. وتتميز المدينة على الريف بضعف الروابط الاجتماعية واختلاف الثقافات الفرعية، عكس الريف الذي حتى ولو طرأ عليه بعض التغيرات الاجتماعية نتيجة التكنولوجيا والعولمة، إلا أن الروابط الأسرية فيه ما تزال قوية، كما أن الجماعة تلعب دوراً حاسماً في ضبط سلوك الأفراد. فظاهرة تعاطي المخدرات من الظواهر التي تعاني منها الأوساط الحضرية أكثر من الأوساط الريفية، ويرجعها العلماء إلى التغيرات الاجتماعية السريعة التي تميز الوسط الحضري، وما ينجر عنه من تفكك اجتماعي.

تخاخم الوالدان وتعاطي الأبناء للمخدرات: يتضح لنا من خلال نتائج الدراسة الميدانية، أن هناك 51.18% من المتعاطين صرحوا بأن والديهم يتخاضمان أحياناً، وهناك 23.62% منهم من صرحوا بأنهم لم يلاحظوا إطلاقاً أية خصومة بين والديهم. كما أن هناك 21.26% من المبحوثين المتعاطين من صرحوا بأن والديهم يتخاضمان دائماً. و في الأخير يجب الإشارة أن هناك 3.94% من المتعاطين من فضلوا عدم الإجابة على هذا السؤال.

وتخاضم الوالدان يمثل شكلاً من أشكال التفكك الأسري، ولكن في جانبه المعنوي، والذي يقصد به أن تسود الأسرة رغم وجود الوالدين قيم سيئة تنجم عن علاقات سيئة مثل الشجارات الدائمة بين الوالدين، أو إدمان أحد الوالدين على المواد المخدرة، الأمر الذي يصرفهما على الاعتناء بأطفالهم وتهذيبهم وإرشادهم وتوجيههم⁽¹⁾. كما يطلق على هذا النوع من التفكك بالتصدع السيكولوجي **Psychological Disruption** وقد ترجع بعض حالات الإدمان بين أفراد الأسرة إلى الاضطرابات في العلاقات بين أفراد الأسرة وتفككها بسبب سوء العلاقة بين الزوجين أو انفصالهما أو وفاة أحدهما. وتمثل الأم العنصر الفعال في نمو السمات التي

⁽¹⁾ هناء محمد شريف، البرقاوي. "أثر العوامل الاجتماعية في الدافع إلى ارتكاب الجريمة: دراسة ميدانية من واقع سجن دمشق ذكور ودوما للإناث". مرجع سابق، ص 141.

تؤدي إلى الاستعداد للإدمان على الخمر أو العقاقير، والسبب في ذلك يعود إلى أسلوب التربية التي تستخدمه الأم في تربية أبنائها. فإما أن تكون الأم متسلطة أو نابذة للأبناء أو تكون من سماتها الاضطراب الانفعالي والشعور بالذنب والعدوانية والسيطرة. كما أن غياب الأب يلعب دوره في انحراف الطفل وذلك بسبب غيابه وانعدام رقابته وتوجيهه.

وفي المجتمع الجزائري، أكد بعض قضاة الأحداث بمحكمة البلدية وبعض أطباء علم النفس بمراكز إعادة التربية، أن كثيرا من حالات الانحراف كان العامل العميق فيها عدم رضا الأبناء عن العلاقات الزوجية بين آبائهم وأمهاتهم، هذه العلاقات التي كانت تعكر دائما صفاء الحياة الأسرية، وتفقد بذلك الأسرة الانسجام والاستقرار والتوافق بين أطرافها، ويترك آثار خطيرة على نفوس الأطفال⁽¹⁾. وأوضحت دراسة عبد القادر حمر الراس، أن (60%) من أسر المتعاطين يشدد فيها الخصام بين الزوجين، وأن (83.33%) من المبحوثين كان الخصام فيها أكثر تكرارا بين والديهم. وقد صرح هؤلاء المبحوثين أن استمرار الخصام بين والديهم يجعلهم مرهفي الإحساس اتجاه البيت ومن فيه، فيلقون بأنفسهم إلى الشارع الذي لا يوفر لهم أدنى وقاية أو رعاية فتحضنهم جماعة السوء ثم مراكز إعادة التربية⁽²⁾. كما أظهرت نفس الدراسة أن الخصام المستمر والمتكرر بين والديهم يستغرق كل الاوقات التي يتواجد فيها الأباء في البيت، وتبقى تأثيراته وانعكاساته على نفسية الأمهات مدة طويلة، مما يؤدي غالبا إلى إهمال الأبناء من ناحية الرعاية والتوجيه والاهتمام بحاجياتهم ومصالحهم. وقد ذهب المبحوثون إلى حد التصريح بأن آبائهم وأمهاتهم غالبا ما يعكسون مشكلاتهم عليهم أثناء الخصام أو بعده بشكل أو بآخر، مما يترك أثارا بالغة في نفوس الأحداث، فيتولد فيهم استعداد قوي للعدوان والعنف والانحراف والجنوح، وتعاطي المخدرات إذا توفرت عوامل مساعدة وممهدة لذلك⁽³⁾.

(1) عبد القادر، حمر الراس. "الأسرة وتعاطي المخدرات، أثر الوسط الأسري في إبراز تعاطي المخدرات في البلدية". مرجع سابق، ص 196.

(2) نفس المرجع، ص 197.

(3) نفس المرجع، ص 200.

وفي دراسة لكل من شلدون جلوك Sheldon Glueck واليانور جلوك Eleanor Glueck على عينة تتكون من 100 منحرف في ولاية بوسطن Boston بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 48 % من المنحرفين جاءوا من أسر متصدعة. كما وجدوا في دراسة أخرى على 500 نزيل في إصلاحية ماساتشوسيتس Massachusetts أن حوالي 60% من النزلاء جاءوا من أسر متصدعة⁽¹⁾. وفي دراسة أخرى لكل من شو (Shaw) وماكاي (Mckay) حول الوضع الأسري لمجموعة من المنحرفين عددهم 1675 منحرفا بولاية شيكاغو، تم مقارنتها بمجموعة أخرى ضابطة لغير المنحرفين جماعة من التلاميذ عددها 7278 في نفس منطقة الإقامة و نفس السن، وجدا أن 41.5% من المنحرفين جاءوا من أسر متصدعة بالمقارنة بنسبة 36.1 % من غير المنحرفين⁽²⁾.

وفي دراسة لجلوك "Gluck"⁽³⁾ وجد أن 54% من المنحرفين الذين قدموا لمحكمة الأحداث ببوسطن من أسر متصدعة تصدعا فيزيقيا، حيث وجد أن 26.7% كانوا من أسر متصدعة بالموت (موت العائل) و 18.8% نتيجة الهجر أو الانفصال أو الطلاق، و 2.5% نتيجة للغياب الطويل. فهذا من شأنه أن يشكل عاملا هاما في خلق الانحراف، إذ تشير الدراسات إلى أن مثل هذا التصدع السيكولوجي للأسرة يقترن دائما بالانحراف، في حين السعادة والبناء السليم لحياة الأسرة يكونان ذات علاقة بالتوافق الناجح للمجتمع وعلامة على عدم وجود أي مظاهر الانحراف⁽⁴⁾.

وعند مقارنة هذا البند بين المتعاطين و الأسوياء في الدراسة الحالية (أي غير المتعاطين)، يظهر بوضوح الفرق في استمرارية الخصومة بين الوالدين دائما، حيث وصلت عند الأسوياء 6.57%، بينما وصلت عند المتعاطين 21.26% أي تفوق ثلاثة أضعاف تقريبا عند الأسوياء. وهذا ما يؤكد جليا التصدع الأسري وما يترتب عليه من إهمال تربية الأبناء وبالتالي تركهم يواجهون مصيرهم بأيديهم دون توجيههم

(1) جلال الدين، عبد الخالق. الجريمة والانحراف: الحدود والمعالجة مرجع سابق، ص 58.

(2) نفس المرجع، ص 58.

(3) نفس المرجع، ص 59.

(4) نفس المرجع، ص 59.

في الفترة الحساسة من حياتهم. وعليه يمكن القول أن هناك علاقة بين تخاصم الوالدين وتعاطي الأبناء للمخدرات.

أما **المشاكل التي يتخاصم حولها** أباء المبحوثين المتعاطين للمخدرات، فيمكن ترتيبها كالتالي:

- مشاكل عائلية 51.64%
- مشاكل مادية 27.87%
- مشاكل حول تربية الأولاد 11.48%
- مشاكل حول تعاطي المسكرات والمخدرات 9.02% .

ويتضح من خلال المقارنة بين فئة المتعاطين وفئة الأسوياء*، أن مشاكل حول تعاطي المخدرات و المسكرات تشكل فرقا بين الفئتين، فبينما تمثل عند الأسوياء نسبة 3.28%، فهي تمثل عند المتعاطين ثلاثة أضعاف لتصل إلى 9.02%، وبالتالي يعتبر هذا الفرق مؤشرا مهما في بداية تعاطي المخدرات لدى المبحوثين. وبالتالي الأبناء الذين يترعرعون في بيئة أسرية يسودها التخاصم الدائم، وخصوصا إذا كان هذا التخاصم بسبب تعاطي أحد الوالدين المخدرات، يدخلون ضمن الجماعات الهشة التي تستجيب أكثر من غيرها من المجموعات الأخرى إلى مغريات السلوك الانحرافي، فهي في هذه الحالة أصبحت بدون حصانة تجاه السلوكات المخالفة لقيم المجتمع.

أما مقارنة بند التخاصم بين المناطق، فبينت النتائج الميدانية ما يلي:

عدم التخاصم : تأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 35%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 24.14%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 21.05%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 16.67%. وهكذا تظهر أسر المبحوثين المتعاطين للمخدرات لمنطقة الجنوب أكثر استقرارا نسبيا من باقي المناطق.

* باعتبار أن تعاطي المخدرات يعتبر سلوكا منحرفا، فقد تم تصنيف غير المتعاطي بالشخص السوي، أي ذلك الفرد الذي لم يقوم بسلوك انحرافي وفي دراستنا هذه يخص تعاطي المخدرات.

تخاصم الوالدان أحيانا: تتصدر المجموعة منطقة الغرب بنسبة 63.33%، ثم تأتي في المركز الثاني منطقة الشرق بنسبة 57.89%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 48.28%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 35%.

التخاصم الدائم: أما التخاصم المستمر بين الوالدين، وهو المحور الأساسي في هذا الباب، نجد أن منطقتا الوسط والجنوب تتقدما المجموعة بنسبة 25.86% و 25% على التوالي، وتأتي بعدهما بفارق كبير نسبيا منطقة الغرب بنسبة 16.67%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 10.53%.

أما المشاكل التي يتخاصم حولها الآباء حسب المناطق، فهي كالآتي:

- مشاكل عائلية: تتصدر منطقة الوسط المجموعة لهذا البند بنسبة 62.96%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 50%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 42.42%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 38.10%.

- مشاكل مادية: تتميز منطقة الغرب على غيرها من المناطق بخصوص المشاكل المادية التي تكون السبب الرئيسي في الخصام بين الوالدين، وبالتالي تحتل المكانة الأولى بنسبة 48.48%، ثم تأتي بعدها بفارق كبير منطقة الشرق بنسبة 28.57%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 20.37%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 14.29%. ومنه يظهر أن المبحوثين لمنطقة الغرب يشكون أكثر من غيرهم من عدم تلبية أسرهم للمتطلبات المادية، مما ينجر عنه الكثير من المشاكل.

- مشاكل حول تربية الأولاد: قد لا يتفق الأبوان على طريقة تربية أولادهم، خصوصا إذا أراد أحد الأبوين استعمال أسلوب تسلطي بينما يريد الآخر استعمال أسلوبا مخالفا، وهذا ما يكون في كثير من الأحيان موضوع خلاف وتخاصم بينهما، ونجد أن منطقة الجنوب تتصدر القائمة بنسبة 42.86%، ويمكن إعادة هذا الخلاف كذلك إلى تباين المستوى بين الزوجين مما ينعكس ذلك على طريقة تربية الأولاد، كما يثبت أن آباء منطقة الجنوب مهتمين أكثر من غيرهم بطريقة تربية أبنائهم مقارنة بالمناطق الأخرى، ثم تأتي بعدها بفارق كبير جدا منطقتا الشرق والوسط بنسبة 7.41%، أما منطقة الغرب فليس هناك مشاكل بين الأبوين تتعلق بتربية الأولاد حسب تصريح المبحوثين.

- مشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات: إن تعاطي أحد الأبوين المسكرات والمخدرات من أهم الاسباب للتصدع العائلي، ولطبيعة التركيبة الاجتماعية للمجتمع الجزائري فإن تعاطي المسكرات أو المخدرات يكون عند الآباء أكثر منه عند الأمهات، وتبين النتائج الميدانية أن الشرق يأتي في طليعة هذا البند بنسبة 14.29%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 9.26%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 9.09%، وتأتي في المقام الأخير منطقة الجنوب بنسبة 4.76%.

- تعاطي أحد الوالدين المسكرات أو المخدرات وأثره على تعاطي الأبناء للمخدرات: لقد صرح نحو 21.26% من المبحوثين المتعاطين للمخدرات، بتعاطي أحد الوالدين للمسكرات، بينما نفى الباقي ذلك. وبالتالي تعتبر من بين صور التفكك الأسري المعنوي، فعلى الرغم من وجود كلا الوالدين معا وهما على قيد الحياة، إلا أن هذا لم يمنع من حرمان الأبناء من الرعاية التامة من طرف الوالدين وذلك لكون أن أحدهما يتعاطى المسكرات، وبالتالي فهو عامل مهم في مساعدة الأبناء ولوج عالم الانحراف، فالموجه الأول (لأنه غالبا ما يكون الأب هو من يتعاطى المسكرات بين الوالدين) والقذوة يشتكي من عدم قدرته على قيادة الأسرة، فتصبح هنا الأم تحاول القيام بدور الأب والأم معا، إلا أنها في كثير من الأحيان لا تفلح في هذه المهمة، وبالتالي يصبح الأبناء عرضة لكل الآفات الاجتماعية باعتبارهم من الفئات الهشة في المجتمع. ففي دراسة قام بها ستوري Stury في ألمانيا على 144 مجرما حدثا، وجد أنه في 32% من الحالات كان الأب مجرما، وفي 35% منها كان مدمن على الخمر، وفي 25% من الحالات كان أحد الأبوين مصابا بمرض نفسي أو جسدي، وفي 22% من الحالات كان الحدث المجرم وحيد أبويه، وفي 36% منها كان أحد الإخوة مجرما. وكانت هذه الأرقام جميعها تفوق المتوسط العام. وهكذا يتضح أن العلاقات الأسرية تكون مضطربة إذا كان الوالدان من متعاطي مواد الإدمان، وخصوصا إذا كانت الأم مدمنة⁽¹⁾. ذلك أنه عندما يتعاطى الأبوان مواد الإدمان،

⁽¹⁾ L. A. Bennett and others. "Couples at risk for transmission of alcoholism: protective influences", *Family Process*, 26,1(1987):pp.3-10.

تزداد احتمالات تعرض الأطفال للمنازعات وحالات العنف المتكرر داخل الأسرة، بما في ذلك الإساءات البدنية والشفوية، وكذلك تعرضهم للكحول والمخدرات. وهذا علاوة على أن الأسر التي لديها مشاكل إدمان تنزع غالبا إلى العزلة الاجتماعية من أجل اتقاء الانكشاف والازدراء الاجتماعي والإجراءات الجنائية. ومن الآثار الجانبية لذلك أن الأبناء يصبحون هم أيضا معزولين ويتضاءل لديهم نمو الميول الاجتماعية في العلاقات⁽¹⁾.

وعند مقارنة هذا البند بين المتعاطين وغير المتعاطين، يتبين أن غير المتعاطين صرحوا بنسبة 3.47% بأن أحد والديهم يتعاطى المسكرات، بينما صرح المتعاطون بنسبة 21.26% بنعم وهي بالتالي تمثل 7 أضعاف عند المتعاطين، وهذا يكفي لبناء علاقة بين تعاطي أحد الوالدين المسكرات واحتمال تعاطي الأبناء المخدرات أو المسكرات فيما بعد. وقد ذهبت المدرسة البيولوجية إلى دور الوراثة في تعاطي الأبناء للكحول لآباء مدمنين على الكحول، فهناك أدلة تزداد، وتتأكد يوما بعد يوم عن دور العوامل الوراثية في ظاهرة تعاطي الكحول⁽²⁾. وأقوى دليل جاء من دراسات على تاريخ العائلة، عن التوائم و الأطفال المتبنين، لمختلف الأجناس و الحيوانات فالعوامل الوراثية تؤثر بشكل كبير في طريقة الاستجابة البشرية واستقلاب الكحول، حيث يظهر أن العوامل الوراثية تساهم في الاضطرابات العصبية عند الأشخاص الذين بدأت تظهر عليهم مشاكل تعاطي الكحول في سن مبكر. كما أن للعوامل الوراثية تأثير على الأشخاص الذين يعانون من ظاهرة تعاطي التبغ والمخدرات الأخرى⁽³⁾. فحسب بلوتارك Plutarque الكحولي أو المدمن على الكحول ينجب مدمنا على الكحول⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ S. Luthar.; et al. "Multiple jeopardy: risk and protective factors among addicted mothers' offspring". *Development and Psychopathology*, 10,1(1998): pp.117-120.

⁽²⁾ Marc A. Schuckit. "New findings on the genetics of alcoholism". *Journal of the American Medical Association*, 281(20), (1999): p p.1875-1876.

⁽³⁾ A.F.Pamela., Madden; and Heath, A.C. "Shared genetic vulnerability in alcohol and cigarette use and dependence". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2002): PP.1919-1921.

⁽⁴⁾ Michel Reynaud, Philippe Jean Parquet, Gilbert Large. *Les pratiques addictives, Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*. Op.Cit.

أما عن تعاطي أحد الوالدين المخدرات، فقد صرح نحو 93.70 % بأن والديهم لا يتعاطون المخدرات، و أكد سوى 6.30 % من المبحوثين على تعاطي أحد والديهم للمخدرات.

وهذا ما يبين أن تعاطي أحد الوالدين المسكرات يفوق بكثير تعاطيهم للمخدرات، وفي أغلب الحالات يكون تعاطي المسكرات عند الآباء.

وعند مقارنة المتعاطين بغير المتعاطين، فقد صرح نحو 99.13% من غير المتعاطين للمخدرات، بأن والديهم لا يتعاطون المخدرات، أي أن هناك فقط ما نسبته سوى 0.87% من أقر بتعاطي آباءهم للمخدرات. وبالتالي يعتبر الفرق واضحا بين الفريقين، مما يعطي دلالة قاطعة على أن تعاطي أحد الوالدين المسكرات والمخدرات يعتبر من الداعمات التي تساهم في أن يتخطى الشخص الخط الدفاع الأول في بداية مرحلة جديدة من حياته نحو عالم الانحراف. ومنه نستخلص أن هناك علاقة قوية بين تعاطي أحد الآباء المسكرات والمخدرات وتعاطي الأبناء للمخدرات.

التفكك المادي للوالدين وعلاقته بتعاطي الأبناء للمخدرات : أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن نحو 81.89% من المتعاطين صرحوا بأن والديهم يعيشان معا. إن وجود الوالدين معا تحت سقف واحد لا يكفي إذا كان غير مدركين بدورهما المحوري في عملية التنشئة الاجتماعية و تربية أولادهما تربية صالحة، أما إذا كان أحدهما سكيراً أو يتعاطى المخدرات فيصبحان بالتالي مصدر خطر وقذوة سيئة للأبناء مما يمهّد الطريق للأبناء لسلوك طريق الانحراف. كما أن وجود الوالدين معا إلا أنهما يتخاصمان باستمرار وفي كثير من الأحيان أما أنظار أبنائهم يشكل في حد ذاته مصدر خطر وأحد المدعمات القوية التي تدفع الأبناء إلى الهروب من المحيط الأسري والبحث عن مكان آخر يلجئون إليه، وغالبا ما يحتضن هؤلاء الأشخاص الشارع وما يحمله من مخاطر عليهم كتعرفهم على رفاق السوء وتكون بداية الانحراف وتعاطي المخدرات.

بينما هناك نحو 8.66% من المتعاطين من صرح بأن أبويهم مطلقان. كما صرح نحو 9.45 % بأن أبويهم منفصلان. وقد أكدت دراسات عديدة على أهمية

وجود الأبوين، وبينت الآثار العميقة التي يتركها على شخصية الأبناء، واختصرها د. خوخ بثلاث نقاط⁽¹⁾: الجوع الوجداني، و الاضطرابات الشخصية كالقلق والميل للعزلة والانحراف السلوكي، وأخيرا الاكتئاب الفمي.

وقد ميز العلماء بين أنواع الغياب، ووجدوا أن لكل درجة من الغياب الأبوي أثارا محددة، فغياب الأبوين لفترة قصيرة لا يترك أثارا دائمة بل تزول بسرعة عند الالتقاء بالأبوين، وقد ركز العلماء اهتمامهم على فترة غياب الأبوين إذ اعتبروا أن أخطر مرحلة لغياب الأبوين هي في السنوات المبكرة من حياة الأبناء، كالسنة الخامسة فما فوق، وهي المرحلة التي يبدأ فيها الطفل بمحاكاة الأبوين والاكساب الأولي والفهم لخبرات الحياتية في كافة المجالات وذلك عن طريق محاكاة أساليب الأبوين وسلوكاتهما، ومن خلال التفاعل الاجتماعي معهما، فالأبوان مصدر الأمان والثقة للأبناء، ولذلك يقتبسون منهما وهم مطمئنون ومستقرون عاطفيا ونفسيا، ويستجيبون لكافة الإشارات التي توجه إليهم عن طريق الأبوين.

فغياب الأبوين يترك مكانهما فارغا مما يجعل توازن الأبناء النفسي والاجتماعي السلوكي والقيمي النموذجي بالنسبة لهم، فيلجئون إلى الاجتهادات الشخصية، والتي غالبا ما يعتبرها المجتمع اجتهادات لا اجتماعية وبالتالي يرفضها. أما عند المقارنة بين المناطق : نجد منطقة الجنوب بين الطلاق و الانفصال تحتل المرتبة الأولى بنسبة 25% ، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 23.33%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 21.05%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 12.06%.

وفاة أحد الوالدين أو كلاهما وعلاقته بتعاطي الأبناء للمخدرات:

فيما يخص الوالد: فقد صرح نحو 89.76% من المتعاطين بأن آباءهم على قيد الحياة، بينما صرح الباقي أي 10.24% بوفاة آباءهم. وإذا قارنا المتعاطين بالأسوياء نجد أن هناك 85.24% من الأسوياء صرحوا بأن آباءهم على قيد الحياة، وصرح نحو 14.76% منهم أن آباءهم متوفين.

⁽¹⁾ عبد الله، خوخ و عبد السلام، فاروق. الأسرة العربية ودورها في الوقاية من الجريمة والانحراف. الرياض، المركز الوطني للدراسات الأمنية والتدريب، 1989، ص 94.

أما حسب المناطق، نجد أن منطقة الغرب تأتي في المقدمة بنسبة 20% من الآباء المتوفين، ثم تأتي بعدها منطقة الشرق بنسبة 15.79%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 10%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 3.45%.

وبخصوص الوالدة، فقد صرح نحو 94.49% من المتعاطين بأن أمهاتهم على قيد الحياة، بينما صرح الباقي أي ما نسبته 5.51% بوفاة الأم، وهكذا يتبين أن نسبة وفاة الآباء عند المتعاطين أكثر من نسبة وفاة الأمهات. وإذا قارنا المتعاطين بالأسوياء نجد أن هناك 96.35% من الأسوياء صرحوا بأن أمهاتهم على قيد الحياة، وصرح نحو 3.65% منهم بوفاة أمهاتهم.

إن الثقل الاجتماعي- النفسي لهذا المتغير محدود. وإن كان افتقاد الأم أكثر أهمية نسبيا بالمقارنة بافتقاد الأب. فالعلاقة تبدو ضعيفة في هذه الدراسة بين تعاطي المخدرات و وفاة أحد الوالدين أو كلاهما. إلا أننا يمكننا أن نقرن وظيفة الإشباع العاطفي بدور الأمومة أكثر مما نقرنها بدور الأبوة، كما أننا يمكن أن نقرن وظيفة الرقابة بدور الأبوة. وهذا ما يدعو إلى المزيد من الدراسات في هذا المجال حتى يتحدد أكثر دور هذا المتغير في تعاطي المخدرات.

إن وفاة الأب، يعني غياب المصدر القيمي والأخلاقي والمادي والاجتماعي للأبناء، وغياب هذا المصدر المادي سيترك الأبناء عرضة للحاجة والسؤال، وقد يؤدي بهم إلى مغادرة مقاعد الدراسة أو إهمالها بحثا عن العمل ودخولهم عالم الشغل في سن مبكرة، وفي كثيرا من الحالات خصوصا إذا كان الأبناء صغار السن، تلجأ الأم إلى تحمل المسؤولية المالية إلى جانب المسؤوليات الأخرى، وبذلك يقع الأبناء فريسة للحرمان من الأم والأب معا، حيث يشغلها العمل عن تلبية حاجات أبنائها العاطفية والنفسية، وفي هذه الحالة تغيب الرقابة والتوجيه السلوكي والأخلاقي بغياب الأب وانشغال الأم ليصبح الأبناء من الفئات الهشة، وتصبح بالتالي لقمة صائغة للإغراءات المحيطة بهم ولاجتهاداتهم الشخصية التي بإمكانها أن توقعهم في عالم المخدرات.

وحسب المناطق، تظهر النتائج الميدانية، أن منطقتا الشرق والجنوب تتصدرا القائمة بنسبة 15.79% و 15% على التوالي، أما منطقتا الوسط و الغرب فتليهما بفارق كبير بنسبة 3.45% و 3.33% على التوالي.

معاملة الوالدان للمبحوث المتعاطي للمخدرات: تعتبر الأسرة الوسط الأولى الذي يتواصل معه الفرد منذ ولادته، وهو الوسط الذي يسهم في تشكيل العناصر الأولية لشخصيته من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تقع على عاتق الأسرة وحدها في المراحل الأولى من حياة الأبناء، وهنا تبدو حساسية دور الوالدين وأهميته في تحقيق الاستقرار والتوازن النفسي والجسدي للأبناء، وهذا الاستقرار ينعكس على نمط شخصياتهم وسلوكياتهم فيما بعد. وقد أجمع العلماء على أهمية الأسرة ولاسيما أساليب المعاملة المتبعة من قبلها تجاه أبنائها، لما تتمتع به الأسرة من مكانة عاطفية في نفوس الأبناء. فعملية إشباع الأسرة لحاجات أبنائها ومنحهم الأمن والإستقرار منذ نشأتهم تكسبهم القدرة على النمو السليم للجسم والنفس معا، ومن ثم القدرة على التكيف والتوافق مع أسرهم وقيم مجتمعم وقوانينه. لذلك أولى علماء النفس والتربية أساليب المعاملة الوالدية اهتماما بالغا لعلاقتها الوثيقة بما يمكن أن تكون عليه شخصية الأبناء وسلوكياتهم وقناعاتهم واتجاهاتهم في مرحلة المراهقة وما بعدها، حيث تبرز نتائج التنشئة الاجتماعية، وتنعكس على شخصية الأبناء وسلوكهم.

لقد أكدت دراسات عديدة على وجود علاقة بين أنماط المعاملة الوالدية أو من يقوم بمقامها وبين أنماط السلوك لدى الأبناء⁽¹⁾.

حسب النتائج الميدانية لهذه الدراسة، فقد صرح أغلب المبحوثين بنسبة 48.75% أن والديهم يعاملهم معاملة عادية، أي أنها لم تسمو إلى درجة الحماية والحب المصرح به علانية، كما أنها لم تتحدر إلى درجات أدنى مثل لا مبالاة والتوبيخ... إلخ. فالمعاملة الديمقراطية القائمة على التسامح والمحبة والدفء العاطفي

(1) غريب عبد الفتاح، غريب . مفهوم الذات في مرحلة المراهقة وعلاقته بالاكتئاب:دراسة مقارنة بين مصر والإمارات العربية المتحدة. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، 1992، ص 75.

والاهتمام بالأبناء في صغرهم، والمتسمة بالديمقراطية والثقة في مراهقتهم وشبابهم تخلق شخصيات سوية قادرة على التكيف والتوافق مع مجتمعتها وقوانينه.

كما أن هناك ما نسبته 22.50 % صرحت بأن معاملة الوالدان تسودها الحماية الكبيرة. حتى هذا النوع من المعاملة إذا لم يكن متزناً يكون له في بعض الأحيان انعكاسات سلبية، فالرعاية بصورة متوازنة دون إفراط في إظهار العواطف من طرف الآباء ومنحها لأبنائهم، وكذلك دون بخل في بذلها، فهذا يشعرهم بالثقة بأنفسهم وبقدرتهم على الاعتماد على ذواتهم، ويجعلهم يدركون بأن ممارسة حرياتهم وتحقيق رغباتهم. ويتم هذا الأمر بطرق منظمة ومتفقة مع قيم وقوانين أسرهم ومجتمعهم. وبذلك تتكون لهم صورة واضحة حول ما يمكنهم تحقيقه وما لا يمكنهم، مما يجعلهم يواجهون مشاكلهم، وينظرون إليها على أنها سبيل لممارسة خبراتهم، وكسب ثقة الآخرين واحترامهم. وقد أظهرت الكثير من الدراسات أن الرعاية المفرطة من قبل الآباء نحو أبنائهم، ومتابعة شؤونهم، والتدخل بكل صغيرة وكبيرة في حياتهم، تحرمهم من فرص الاعتماد على أنفسهم، وتؤدي إلى تعطيل عملية استقلالهم (فصامهم) عن الأسرة، وبالتالي فشلهم في تحقيق التكيف الاجتماعي مع محيطهم وقتل احساسهم بالمسؤولية والقدرة على التخطيط للمستقبل. وبالتالي نجدهم يقعون فريسة للإحباط والقلق والخوف من مواجهتهم لأية مشكلة أو الحد من رغبتهم ونزواتهم، فإذا تخطى الأهل عنهم أو تأخروا في تحقيق ما يريدونه، فإن ذلك سيؤدي إلى اعتناقهم لأشكال سلوكية مرفوضة اجتماعياً، وقد تصل إلى درجة العدوان الصريح والمباشر على أسرهم أو من يحيط بهم دون اكتراث منهم لنتائج سلوكهم، وبذلك الانحراف السلوكي نتيجة طبيعية ومتوقعة لهم⁽¹⁾. كما أن المبالغة في الرعاية الوالدية نحو الأبناء تعكس مرضاً أسرياً واجتماعياً صريحاً كما يرى مصطفى حجازي، ولكنه مغلف بدافع الأمومة والأبوة. ولكن إذا ما ترافقت هذه الرعاية المبالغ

⁽¹⁾ منصور عبد المجيد، سيد أحمد. دور الأسرة كأداة للضبط الاجتماعي في المجتمع العربي. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 1987، ص 95.

فيها مع تفكك في الاسرة، فإنها غالبا ما يؤدي إلى تبني الأبناء لسلوكيات لا اجتماعية⁽²⁾.

وهناك من صرح بأنهم يعاملون من طرف آباءهم بالتوبيخ المستمر بنسبة 8.75%. إن التوبيخ المستمر يدخل ضمن العنف اللفظي، الذي يستعمله الآباء، وذلك بطرح صور قمعية وتخويفية متنوعة لأشكال العقوبة التي يمكن أن ينفذها مستخدما اللفظ القاسي والجرح في التوبيخ والتوجيه، ولكن دون أن يتحول هذا التهديد إلى فعل واقع على الشخص الموجه إليه العنف أو إلحاق الضرر الجسدي به. إن هذا النوع من المعاملة تقتل في الطفل روح المبادرة والاعتماد على النفس، كما أنها تجعله ينطوي على نفسه، وهذا ما يسبب له قلقا نفسيا مستمرا، وتصبح له حسب نظرية التوقعات أن السلوك الذي سيقوم به يكون جزاءه التوبيخ، وهذا ما يربي فيه التردد في كل ما يقوم به وعدم قدرته على اتخاذ القرار. فهذا النوع من المعاملة يساعد الشباب على الهروب من هذا الواقع الأسري القمعي إلى محيط أكثر راحة ويكون بالتالي لقمة صائغة أمام الانحراف بكل أشكاله.

وهناك من المبحوثين المتعاطين للمخدرات من وصفوا معاملة آباءهم لهم بأنها تتميز باللامبالاة بنسبة 5%. وهذه المعاملة تكون غالبا في الأسر كبيرة الحجم مع انخفاض مستواها المادي، كما تكون في الأسر المتصدعة أو المفككة. من خلال هذه المعاملة يشعر الابن كأنه ليست له مكانة في أسرته فيبحث على من يعوض له هذا الفراغ، وتعاطي المخدرات قد ينسيه ولو مؤقتا هذه الوضعية التي تزعجه كثيرا.

وصرح نحو 20% من المتعاطين بأنهم يعاملون من طرف آباءهم بالخشونة والشتم والسب وبالضرب. وتتميز هذه المعاملة بالعنف الرمزي واللفظي والجسدي، وغالبا ما يترافق العنف الرمزي والعنف اللفظي فيسبق الرمز اللفظ. إن معاملة الاطفال بهذه الطريقة تؤدي في نهاية الأمر إلى شخصيات مشوهة وسلوكيات شاذة، مخالفة لقيم وأعراف المجتمع⁽²⁾.

(1) مصطفى، حجازي. الأحداث الجانحون وتأهيل الطفولة غير المتكيفة: دراسة نظرية ميدانية. بيروت: دار الفكر، 1995، ص 65.

(2) عبد الله، خوخ و عبد السلام، فاروق. الأسرة العربية ودورها في الوقاية من الجريمة والانحراف. مرجع سابق، ص 97.

ومن الدراسات التي أجريت في هذا المجال دراسة بولدون Bolduun التي تناول فيها أثر المعاملة الوالدية الديمقراطية في سلوك الأبناء، حيث طبق دراسته على عينة مؤلفة من (17) طفلا من خلال مراقبته لسلوكهم. وقد تبين له أن الأسر التي تعتمد المعاملة الديمقراطية تنشئ أطفالا نشيطين هجوميين، و مخططين فضوليين، على خلاف الأسر التي تعتمد التسلط والقهر والعنف اسلوبا لتنشئة أبنائها، فيخرج أطفالهم في أحسن الأحوال ميالين للهدوء والالتكالية ولا يتمتعون بأية قدرة على المبادرة⁽¹⁾.

فإذا واكبت المعاملة الخاطئة أسباب أخرى فإنها غالبا ما تنتج أشخاصا مليئين بالحدق والأنانية وغير قادرين على تبادل العواطف مع الآخرين، ويتسمون بالمشاكسة والشذوذ عن السلوك الطبيعي المقبول اجتماعيا.

مقارنة معاملة الآباء لأبنائهم بين المناطق: وعند المقارنة بين المناطق حول كيفية معاملة الآباء لأبنائهم حسب المبحوثين المتعاطين للمخدرات، فقد أظهرت الدراسة ما يأتي :

- حماية كبيرة: تنصدر منطقة الغرب عن بقية المناطق في هذا البند بنسبة 30.30%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 26.39%، ثم تأتي منطقة الشرق مباشرة بنسبة 25%، وتحتل منطقة الوسط مؤخرة الترتيب بنسبة 10%.
- كيفية عادية: تأتي كل من منطقة الجنوب والشرق في المقدمة بنسبة معتبرة وصلت إلى 60%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 45.45%، أما منطقة الوسط فتحتل المركز الرابع بنسبة 33.33%.
- لا مبالاة: تنصدر منطقة الجنوب المجموع بنسبة 10%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 9.09%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 8.33%، أما منطقة الشرق فهي غير معنية.

(1) علي، وطفة . علم الاجتماع التربوي. دمشق: جامعة دمشق، 1990، ص 147.

- بخشونة: صرح نحو 10% من متعاطي منطقة الجنوب بأنهم يعاملون بخشونة من طرف آبائهم، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 5.56%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 3.03%.
- بالتوبيخ المستمر: تحتل منطقة الوسط المقدمة لهذا النوع من المعاملة بنسبة 11.11%، ثم تليها بفارق كبير منطقة الجنوب بنسبة 5%، ثم تتبعها منطقة الغرب بنسبة 3.03%، أما منطقة الشرق فهي غير معنية.
- بالشتم و السب: يشتكي متعاطو المخدرات لمنطقة الوسط من معاملة الشتم والسب من قبل آبائهم بنسبة 8.33%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 5%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 3.03%، أما منطقة الجنوب فإنها غير معنية بهذا البند.
- بالضرب: تأتي منطقة الشرق في الصدارة من حيث العنف الجسدي المسلط على الأبناء بنسبة 10%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 6.94%، ثم تأتي بعدها منطقة الغرب بنسبة 6.06%، وتختتم القائمة منطقة الجنوب بنسبة 5%.

مقارنة معاملة الآباء بين المتعاطين والأسوياء: عند المقارنة بين الفئتين، يظهر الفرق جليا وهام بين النوع الأول من المعاملات، وهي "الحماية الكبيرة"، فبينما صرح نحو 44.98% من الأسوياء بأنهم يعاملون بحماية كبيرة من قبل آبائهم، صرح 24.83% من المتعاطين بذلك، وهذا يوضح أن إحساس الأبناء بالحماية الكبيرة من طرف الآباء كان له دور في امتناعهم عن تعاطي المخدرات، فالحماية التي يشعر بها الطفل ويكبر في كنفها تجعله يحس بالآمان والاطمئنان، فلا يحاول تعويض هذا الدفئ العائلي والهروب منه بسلوك انحرافي كتعاطي المخدرات قد يفقده هذه الحماية، بل يلجأ إليه عند الحاجة. حتى المعاملة "بكيفية عادية" كانت عند الأسوياء أهم من المتعاطين، إذ بلغت عند الفئة الأولى 48.96%، بينما كانت عند الفئة الثانية 43.45%. أما "لامبالاة" فقد بلغت عند المتعاطين 7.59%، بينما كانت عند الأسوياء 3.29%. وبخصوص "المعاملة بخشونة" وصلت عند المتعاطين 4.83% وعند الأسوياء 1.04%. كذلك بالنسبة للتوبيخ المستمر فقد وصلت النسبة عند المتعاطين 6.90%، ولم تتعدى عند غير المتعاطين 1.04%. وفيما يخص المعاملة

بالشتم والسب فقد بلغت عند المتعاطين 5.52%، إلا أنها منعدمة عند الأسوياء. وأخيرا وبخصوص المعاملة بالضرب، فكانت عند المتعاطين 6.90%، وتكاد تكون معدومة عند الأسوياء إذ لم تتعدى 0.69%.

وبالتالي يظهر بوضوح من خلال النتائج الميدانية للدراسة، أن العنف الرمزي واللفظي والجسدي لم يساهم في التطبيع الاجتماعي لدى أفراد العينة، بل بالعكس أدى إلى سلوك لا اجتماعي والمتمثل في تعاطي المخدرات. وهذا ما ذهب إليه أحد علماء علم النفس بأن تعاطي المخدرات يعتبر من طرف المتعاطي كتأدية دين اقترضه في طفولته، فالذي نشأ منذ نعومة أظافره في جو من العنف الأسري بكل أنواعه، لا يسعه عند بلوغه سنا معيناً إلا الانحراف وخروجه عن القيم والأعراف والقوانين التي تسود في المجتمع الذي يعيش فيه.

مقارنة معاملة الأباء لأبنائهم بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع عن التعاطي والمتعاطين المنتكسين: أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن هناك فرق بين المتعاطين الناجحين في تجربة الإقلاع عن التعاطي و المتعاطين المنتكسين وعلاقتها بمعاملة الوالدين لهم.

- حماية كبيرة: نجد أن النسبة عند الناجحين تفوق عند المنتكسين، فكانت عند الفئة الأولى 22.50%، بينما وصلت عند الفئة الثانية 16.67%
- كفيفة عادية: نجد أن النسبة وصلت عند الناجحين 48.75%، بينما وصلت عند المنتكسين 22.22%.

- لا مبالاة: نلاحظ الفرق شاسع بين الفئتين حيث بلغت نسبة اللامبالاة عند المنتكسين 22.22%، بينما وصلت عند الناجحين في الإقلاع نسبة 5%. ويتضح جليا العلاقة القوية بين معاملة الأباء لأبنائهم باللامبالاة و عدم تمكنهم من الإقلاع النهائي من تعاطي المخدرات.

- خشونة: ليس هناك فرق كبير بين الفئتين، حيث بلغت النسبة 5.56% عند المنتكسين، ووصلت عند الناجحين 5%.

- بالتوبيخ المستمر: أما فيما يخص هذا البند، يظهر أن النسبة عند الناجحين 8.75 % فاقت تلك عند المنتكسين 5.56%.
- بالثتم والسب: يتبين أن نسبة المنتكسين أعلى من نسبة الناجحين، إذ بلغت عند الفئة الأولى 11.11 %، وبلغت عند الفئة الثانية 5%.
- بالضرب: كما أن المعاملة بالضرب أثرت على المنتكسين أكثر منه عند الناجحين في التعاطي، حيث بلغت النسبة عند المنتكسين 16.67 %، بينما بلغت عند الناجحين 5%. ومنه يتبين أن هناك علاقة وثيقة بين معاملة الأبناء بالضرب، والنجاح في الإقلاع من تعاطي المخدرات، فالطفل الذي يعامل بالضرب يصبح غير قادر على مواجهة المشاكل والتحديات التي تواجهه باستمرار، فهو يفقد الثقة في نفسه وهذا ما يجعله غير قادر في كبره على مواجهة بعض الصعوبات كمحاولته التخلص من مشكل تعاطي المخدرات التي أوقع نفسه فيها.

شعور المبحوث المتعاطي نحو والديه: أظهرت الدراسة الميدانية، أن حوالي 67.72 % من المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأن شعورهم نحو آبائهم هو شعور حب. بينما صرح نحو 28.35 % بأنه شعور عادي. وهناك 3.94 % صرحوا بأنهم يكرهون آبائهم، وهذا ما يدل على أن هناك فشل ذريع في عملية التنشئة الاجتماعية من طرف الآباء، فحين يصل الابن إلى درجة أن يكره والديه، فلا يمكن تفسيره إلا أنه رد فعل عنيف لما تعرض له منذ نشأته في وسطه الأسري من معاملة أثرت في تكوين شخصيته، فبدل من أن يتم تحضيره إلى التكيف الاجتماعي مع المجتمع ككل، وتقبل الآخرين، فهو لم يتقبل حتى من كانا سببا في وجوده، وبالتالي فإنه يتجه إلى تبني سلوكا منحرفا يعبر من خلاله عن سخطه ورفضه لكل قيم المجتمع. وفي بعض الأحيان يكون الكره مبرر من طرف الشخص، نتيجة لاستعمال أحد والديه العنف جسدي ضد الآخر، فعندما يشاهد الابن أباه يضرب أمه أمامه باستمرار فلا يسعه إلا أن يحقد على أبيه ويعطف على أمه.

ومنه يتضح أنه لا توجد علاقة بين شعور الأبناء المتعاطين للمخدرات نحو آبائهم وتعاطي المخدرات بصفة عامة.

مقارنة شعور المبحوث المتعاطي نحو والديه بين المناطق: الحب: تتصدر منطقة الشرق مجموعة المناطق لهذا البند بنسبة 73.68%، وتأتي بعدها مباشرة منطقة الغرب بنسبة 73.33%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 70.69%، وتليها بمسافة بعيدة منطقة الجنوب بنسبة 45%.

- عادي: أما الذين صرحوا بأن شعورهم نحو آبائهم هو شعور عادي، نجد أن منطقة الجنوب تتصدر المجموعة بنسبة 50%، ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 27.59%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 21.05%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 20%.

- الكره: صرح نحو 6.67% من المتعاطين للمخدرات لمنطقة الغرب بأنهم يكرهون آبائهم، ثم تأتي منطقة الشرق في المركز الثاني بنسبة 5.26%، وتليها بعد ذلك منطقة الجنوب في المركز الثالث بنسبة 5%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 1.72%.

مقارنة شعور المتعاطين والأسوياء نحو والديهم: أظهرت الدراسة، أن نسبة الأسوياء المحبين لآبائهم تفوق تلك المتعلقة بالمتعاطين، حيث بلغت عند الفئة الأولى 81.66%، بينما وصلت عند الفئة الثانية 67.62%. أما فيما يخص الشعور العادي نحو الآباء فقد صرح نحو 28.35% من المتعاطين بأن شعورهم نحو آبائهم هو شعور عادي، بينما صرح نحو 17.82% بذلك عند الأسوياء. وبخصوص شعور الكره نحو الوالدين فالفرق واضح بين الفئتين، فقد بلغت النسبة عند المتعاطين 3.94%، بينما وصلت عند الأسوياء 0.52%. فالشخص الذي يصل إلى درجة أن يكره والديه لا يتوان عن فعل أي سلوك معبرا عن سخطه للمجتمع الذي يعيش فيه ابتداء من أسرته، فالشخص الذي يكره أبويه، يسقط ذلك الكره على مجتمعه، والخروج عن الضوابط الاجتماعية كتعاطي المخدرات، هو تعبيراً عن عدم رضاه لما قد تعرض له من صغره، وهذا ما يفسره بعض خبراء الأمراض العقلية، بأن التعاطي في حد ذاته يمثل بالنسبة للمتعاطي كتسديد دين عليه استقرضه في صغره.

الحوار بين الآباء والأبناء: أوضحت نتائج الدراسة الميدانية، أن حوالي 70.87% من عينة المتعاطين للمخدرات، صرحوا بأنهم يتحاورون مع آبائهم. إن التنقلات الميدانية لمصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون سمحت لنا بالتعمق أكثر في مسألة الحوار مع الوالدين، فالأغلبية الساحقة من المستجوبين صرحوا بأنهم يتحاورون مع آبائهم، ولكن عندما تعمقنا أكثر في هذا الحوار وجدناه يخص الأمهات فقط، أما الآباء فهم غير معنيين بهذا الحوار، والسبب يعود إلى الأسلوب التسلطي والمعاملة الخشنة للآباء مع أبنائهم. ومنه نستطيع القول أنه حتى وإن كان هناك نسبة كبيرة من الذين أكدوا بأنهم يتحاورون مع آبائهم، إلا أن هناك نسبة معتبرة تقصد الأم فقط.

مقارنة بند حوار الآباء مع الأبناء بين المناطق: كما أن هناك 29.13% من المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم لا يتحاورون مع آبائهم. فالمعاملة الديمقراطية القائمة على التسامح والمحبة والدفء العاطفي والاهتمام بالأبناء في صغرهم والحوار معهم عند بلوغهم سن الرشد، والمتسمة بالثقة في مرافقتهم وشبابهم تخلق شخصيات قادرة على التكيف والتوافق مع قيم مجتمعهم وقيمه. أما الأسرة النابذة لأبنائها في تتشتتهم، فإنها غالبا ما تنشئ أبناء عدوانيين أو إتكاليين أو منحرفين.

تبين نتائج الدراسة الميدانية، أن أغلبية المبحوثين لمختلف المناطق صرحوا بأنهم يتحاورون مع آبائهم، وهي تقريبا نسب متقاربة، فالغرب تصدر القائمة بنسبة 76.67%، وتليها منطقة الوسط بنسبة 75.86%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 73.68%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 70%.

موضوع الحوار : توضح نتائج الدراسة الميدانية، أن أغلبية المبحوثين المتعاطين للمخدرات بنسبة 62.70% صرحوا بأن موضوع الحوار يتعلق أساسا بمستقبل المبحوث، وتحتل منطقة الشرق المرتبة الأولى بين المناطق بنسبة 76.67%. وهذا ما يؤكد اهتمام الآباء بمستقبل هذه الفئة من المبحوثين. بينما صرح نحو 37.30% بأن موضوع الحوار يتعلق أساسا بمشاكل عائلية، وتحتل منطقة الوسط الصدارة بنسبة 44.44%، ويعني ذلك أن هذه الفئة من المتعاطين تشارك في إيجاد

حلول لمشاكل التي تتخبط فيها العائلة، أي أنها تهتم بمشاكل العائلة كما أن الآباء يأخذون ارائهم لحل مشاكل.

أما عن الفرضية الأولى: والتي مفادها أن المعاملة التسلطية للوالدين أو أحدهما، يؤدي بالابن إلى السلوك الانحرافي ومنه إلى تعاطي المخدرات. فقد بينت الدراسة أن هناك 29.13% من المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم لا يتحاورون مع آبائهم. حتى بالنسبة للباقي أي الذين صرحوا بأنهم يتحاورون مع آبائهم فقد بينت التنقلات الميدانية لمستشفى فرانتز فانون أن الحوار يخص أحد الوالدين فقط وهي الأم، وبالتالي يعتبر الحوار مبتور، فالأم تصبح وسيطا بين الأب والابناء مما يشكل عائق في عملية التنشئة الاجتماعية. كما صرح نحو 20% من المتعاطين بأنهم يعاملون من طرف آبائهم بالخشونة والشتم والسب وبالضرب. وصرح نحو 3.94% من المتعاطين بشعورهم بالكره الكره نحو الوالدين. وفيما يخص المعاملة بالضرب، فكانت عند المتعاطين 6.90%، وتكاد تكون معدومة عند الأسوياء إذ لم تتعدى 0.69%. ونلاحظ أن هناك فرقا شاسعا بين المنتكسين والناجحين في الإقلاع عن التعاطي بخصوص المعاملة باللامبالاة: حيث بلغت النسبة عند المنتكسين 22.22%، بينما وصلت عند الناجحين في الإقلاع نسبة 5%. ونفس الأمر يتعلق بالمعاملة بالشتم والسب: حيث النسبة بلغت عند الفئة الأولى 11.11%، وبلغت عند الفئة الثانية 5%. كما أن المعاملة بالضرب أثرت على المنتكسين أكثر منه عند الناجحين في التعاطي، حيث بلغت النسبة عند المنتكسين 16.67%، بينما بلغت عند الناجحين 5%. ومنه يتضح أن المعاملة التسلطية للوالدين أو أحدهما وفقدان الحوار فيما بين الآباء والأبناء، يكون من العوامل التي تساعد الأبناء على دخول عالم المخدرات.

2- الظروف الاقتصادية لأسرة المبحوثين المتعاطين للمخدرات:

- المدخول الشهري للأسرة وتعاطي المخدرات: أصبح تحديد معيار المدخول الشهري من المشاكل التي يتعرض لها الباحث في عصرنا هذا، وخصوصا في البلدان المتخلفة، وبأخص الخصوص البلدان التي يعتمد اقتصادها الكلي على

المحروقات بنسبة فاقت 96%. وحتى الزيادة في الرواتب التي شهدتها أغلب القطاعات لم تكن على أساس الناتج الخام الوطني (أي على حساب الإنتاج) وإنما كان على حساب مداخل البترول، وبالتالي انجر مباشرة عن هذه الزيادة تضخم محسوس وهذا ما أدى إلى تدهور قيمة الدينار الجزائري. كما أنه ولحد كتابة هذه الرسالة لم يتم بعد الاتفاق على مكونات الراتب الوطني الأدنى المضمون. وعلى هذا الأساس فمنذ أن حددنا فئات المدخول الشهري للأسرة أو للمبحوث حدثت عدة أزمات عالمية ووطنية، منها الأزمة المالية العالمية التي بدأت منذ عام 2008 وهي تلقي بظلالها على كل دول العالم حتى الآن، ورغم أن هذه الأزمة لم تؤثر على الاقتصاد الجزائري مباشرة، إلا أن الركود الاقتصادي العالمي أثر على أسعار البترول الذي شهد تدبداً. وهذا ما أدى إلى ظاهرة التضخم الذي شهدتها العملة الجزائرية، حتى قال أحدهم "أعيدوا إلي القدرة الشرائية لسنوات الثمانينات وأبقوا راتبي كما هو عليه". وعلى هذا الأساس. كما أن السؤال عن دخل الأسرة يعتبر من الأسئلة التي تخرج المبحوث، فقد يتخرج المبحوث بالبوح بكافة مداخل الأسرة لأسباب ثقافية واجتماعية وتاريخية، ونظراً لتركيبية الأسرة الجزائرية ونمط معيشتها ونظام العلاقات فيها، فإنه توجد أسر كثيرة لها مداخل متعددة متأتية من تعاون أفراد الأسرة من زوج وزوجة وأبناء وبنات غير متزوجات وأعمام، فضلاً عن امتلاك البعض عقارات أو من معاشات متنوعة⁽¹⁾. وعلى هذا الأساس يجب أخذ بعين الاعتبار هذه الملاحظات عند قراءة الأرقام الآتي ذكرها:

أغلبية المتعاطين صرحوا بأن المدخول الشهري لأسرهم يتجاوز 50.000 دج بنسبة 25.20%، ثم يأتي بعدهم من 12.000 دج إلى أقل من 20.000 دج بنسبة 18.90%، ثم أقل من 12.000 دج بنسبة 16.54%.

لو قارنا المتعاطين بغير المتعاطين فيما يخص المدخول الشهري لأسرهم الذي يتجاوز 50.000 دج، لوجدنا أن غير المتعاطين لهم نسبة أقل بكثير من المتعاطين حيث وصلت إلى 14.76%، أما باقي الفئات فتكاد تكون متقاربة.

⁽¹⁾ محمد، بومخلوف وآخرون. واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري: القطيعة المستحيلة. مرجع سابق، ص 207.

- **عمل المبحوث المتعاطي للمخدرات:** أظهرت الدراسة أن هناك 59.06 % من المتعاطين لا يعملون، بينما هناك 40.94 % منهم صرحوا بأنهم يعملون. مادامت الدراسة تتعلق بالطلبة المسجلين بقسم التحضيرى بجامعة التكوين المتواصل، وبالتالي فهي جامعة مفتوحة أصلا من أجل العمال الذين يريدون مواصلة دراستهم العليا، وخصوصا إذا علمنا أن أوقات الدراسة تكون إما بعد أوقات العمل أو خلال العطل الأسبوعية. وعليه نجد أن هناك نسبة معتبرة من الطلبة صرحوا بأنهم يعملون.
- **المدخول الشهري للمبحوث المتعاطي للمخدرات في حالة العمل:** بينت الدراسة الميدانية أن أغلب العمال المتعاطين يتراوح مدخولهم الشهري بين 12.000 و أقل من 20.000 دج بنسبة 46%. ويأتي في المقام الثاني المتعاطين الذين لهم مدخول شهري يتراوح ما بين 20.000 دج و أقل من 30.000 دج بنسبة 20%، ثم أقل من 12.000 دج بنسبة 16%، ثم ما بين 30.000 دج و 40.000 بنسبة 14%. وهكذا يتبين أن أغلب المتعاطين العمال يشتغلون إما في إطار صيغة تشغيل الشباب، أو أعمال حرة، وهناك نسبة قليلة منهم تعمل في أجهزة الدولة المختلفة.

- **المصروف الشهري للمبحوث المتعاطي للمخدرات:** إن الأسئلة التي تتعلق بالمال عموما و بالمصروف الشهري يعتبر من الأسئلة التي لا تروق لدى كثير من المبحوثين، حيث تعتبر من الأسئلة المحرجة التي يحاول الكثير من المبحوثين تفاديها، خصوصا عندما يتعلق الأمر بموضوع المخدرات ومصدر الحصول على المصروف لشراءها، وبالتالي فالمتعاطي يتهرب من مثل هذه الأسئلة حتى يبعد عن نفسه بعض الشبهات، وخصوصا إذا علمنا أن هناك من المتعاطين من يتحصل على المصروف لشراء المخدرات من السرقة، وعليه فقد امتنع عدد كبير من المتعاطين الإجابة على هذا السؤال حيث وصلت النسبة 19.69%. كما أن هناك نحو 18.90 % من يتراوح مصروفهم الشهري من 1.000 دج إلى 4.999 دج، ونفس النسبة لها مصروف شهري من 5.000 دج إلى 14.900 دج. كما يوجد نحو 11.02 % من يفوق مصروفهم الشهري 20.000 دج. وتوجد نسبة قليلة 6.30 % من الذين لهم مصروف شهري أقل من 1.000 دج. وهكذا يتبين أن أغلب

المتعاطين لهم مصروف شهري يمكنهم من شراء المخدرات، وخصوصا إذا تعلق الأمر بالكيف والأقراص والكحول، أما فيما يخص تعاطي الهيروين والكوكايين وبعض الأنواع من الأقراص كالسوبيتكس Subutex فذلك يتطلب أموالا كبيرة لتأمين الجرعات اليومية، ولا يكفي المصروف الشهري المصرح به. والمشكل يتعلق من أين يتحصل المتعاطي على مصروفه الشهري والذي سيتم التطرق إليه لاحقا.

- **وضع الوالدين المهنية:** يعد وضع الأباء المهني من أبرز مؤشرات الظروف المادية والوضع الاقتصادي للأسرة، فالوضع الاقتصادي المريح هو الذي يضمن للأسرة إشباع احتياجاتها واستقرارها واندماجها في المجتمع أكثر، ويوفر لها فرص أوسع للتحكم في العملية التربوية. والأبناء بدورهم يكونون أكثر تشجيعا على التعلم واكتساب المهارات وعدم الدخول في سوق العمل بصفة مبكرة، الأمر الذي يؤهلهم للاندماج في المجتمع، بل أكثر من ذلك تكون أسرهم بما تحمله من قيم ومثل قدوة لهم ومثالا يتبع، على العكس من ذلك إذا كانت الأسرة تعاني من وضع اقتصادي صعب أو من بطالة وهامشية في المجتمع، فتزول بذلك القدوة التي يضطر الابن للبحث عنها في جهات أخرى⁽¹⁾.

ومهنة الوالدين لا تعكس المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة فحسب، بل تعكس مكانتها في المجتمع التي تترك آثارها على تربية الابناء، كما تبين الفرص التي تتيحها للتفاعل الأسري، فبعض المهن تترك وقتا أكبر للحياة الأسرية في حين تستحوذ مهن أخرى على معظم الوقت ولا تترك للأسرة وقتا كافيا للتفاعل، بسبب السفر الدائم أو الغياب عن الأسرة أو الوقت الطويل الذي يتطلبه العمل مثل العمل التجاري⁽²⁾.

والربط بين مستوى المهنة ودرجتها الاجتماعية وارتفاع الدخل أمر بديهي، فكلما ارتقت المهنة زاد دخل صاحبها، وعندما يرتفع الدخل يبتعد شبح الحاجة والعوز

⁽¹⁾ محمد، بومخلوف وآخرون. واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري: القطيعة المستحيلة. مرجع سابق، ص 203.

⁽²⁾ نفس المرجع، ص 203.

عن الأسرة. وقد أكدت العديد من الدراسات على دور الفقر في صنع الجريمة والسلوك اللا اجتماعي للأفراد، إذ يؤدي الفقر إلى العجز عن إشباع مطالب الأبناء المادية من غذاء وملابس وألعاب، وعدم قدرة الآباء على تعليم أبنائهم أو تأمين المسكن المناسب صحيا واللائق اجتماعيا لهم. وغالبا ما يقترن المستوى المهني المتدن مع المستوى التعليمي المتدن، وبذلك يفتقر الآباء إلى الفهم الواعي لأدوارهم ولواجباتهم، وهذا ما يؤدي إلى انخفاض مستوى التنشئة الاجتماعية للأبناء لعدم قدرة الابناء على اتباع أسلوب أفضل. فمع الحاجة المادية ينمو لدى الابناء شعور بالحرمان والدونية والضعف، ويتفاقم لديهم الإحساس بالظلم وخاصة عندما يضاف إلى الفقر المعاملة القاسية والعنيفة.

- **المستوى المهني عند الأب:** وقد أظهرت نتائج الدراسة الميدانية ما يلي: أن أغلب آباء المتعاطين يعملون في مؤسسة، أي أن لهم عمل يتقاضون بمقابلته أجرا (ولتعدد نوعية العمل والاختصاص تم ضمن كل المهن تحت تسمية عامل باتخاذ معيار ممارسة المهنة مهما كانت تلك المهنة) بنسبة 42.52%، ثم يأتي في الصف الثاني المتقاعدون بنسبة 25.20%، ويأتي في الصف الثالث الذين لهم أعمال حرة بنسبة 20.47%. كما أن هناك نسبة 7.09% من الآباء البطالين.

- **مقارنة المستوى المهني للآباء بين المناطق:** بينت النتائج الميدانية للدراسة ما يلي:

عامل في مؤسسة : تأتي منطقة الجنوب على رأس القائمة فيما يخص الآباء العاملون في مؤسسة بنسبة 50%، ثم تأتي منطقة الوسط في المقام الثاني بنسبة 44.83%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 40%، وتأتي في المرتبة الأخيرة منطقة الشرق بنسبة 31.58%.

- **بطل :** تنصدر منطقة الجنوب القائمة بخصوص هذا البند بنسبة 20 %، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 10%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 3.45%، اما منطقة الشرق فلا يوجد فيها أية حالة من البطالة.

- متقاعد: تأتي منطقة الشرق في الصدارة بنسبة 57.89% من حيث الأباء المتقاعدين، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 23.33%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 18.97%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 15%.
- عمل حر: أما فيما يخص الأعمال الحرة، فتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 31.03%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 20%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 5.26%، ثم تليها في الأخير الجنوب 5%.

- **الفئات السوسيو-مهنية لأباء المتعاطين للمخدرات: إن متغير الفئات السوسيو-مهنية من المتغيرات الهامة في عملية التربية الأسرية، فمهنة الوالدين لا تعكس المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة فحسب، بل تعكس مكانتها في المجتمع التي تترك آثارها على تربية الأبناء. يعتبر تحديد تصنيف مهني يتسم بالدقة من الأمور الصعبة، ويرجع ذلك إلى تنوع و تعدد وتعدد المهن في آن واحد، إلا أننا قمنا بتحديد وفق اجتهادنا الخاص حسب طبيعة العمل في حد ذاته، وكان ذلك كالآتي:**

- إطارات سامية وإطارات في المؤسسة
- عمال (تنفيذ، ومهرة ، و إطارات متوسطة) في المؤسسة
- السلك الطبي (أطباء)
- السلك التربوي (معلمين، أساتذة وأساتذة جامعيين)
- تجار
- عمل حر (مثل محامي وغيره)
- موظفون في سلك الأمن
- بطل
- متقاعد

بينت الدراسة الميدانية، أن أعلى نسبة كانت عند المتقاعدين بـ 25.20%، وهذا لا يعني بالضرورة علاقة التعاطي بالتقاعد، فعدد كبير من المتعاطين بدعوا التعاطي قبل تقاعد آباءهم. ثم يأتي في المقام الثاني العمال بصفة عامة بنسبة

22.83%. ويأتي في المركز الثالث الذين لهم عمل حر بنسبة 11.02%، ثم يأتي بعدهم التجار بنسبة 9.45%، ثم يلونهم الإطارات بنسبة 8.66%، ثم يليهم البطالون بنسبة 7.09%، ثم يليهم المعلمون والأساتذة بنسبة 4.72%، ثم يليهم الأطباء بنسبة 3.94%، ثم يليهم الموظفون في سلك الأمن بنسبة 2.36%.

ومن خلال هذه الأرقام نلاحظ أن أغلب المهن موجودة عند آباء أفراد العينة المتعاطين للمخدرات، فلا يمكن الجزم بأن هناك مهنة معينة لها تأثير على تعاطي الأبناء للمخدرات. وبالتالي لا توجد في هذه الدراسة علاقة بين الفئة السوسيو- مهنية للآباء وتعاطي الأبناء للمخدرات في دراستنا هذه. إلا أننا نقول أن هناك بعض المهن تترك وقتاً أكبر للحياة الأسرية في حين تستحوذ مهن أخرى على معظم الوقت ولا تترك للأسرة وقتاً كافياً للتفاعل، وما لهذا التفاعل من دور إيجابي في عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي للأبناء.

- مقارنة المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمتعاطين المنتكسين حسب مهنة الآباء:

لعبت بعض المهن عند الآباء دوراً حاسماً في تجربة الإقلاع، وهذا لبضع الفئات المهنية، فعند كل من الإطارات، والذين يعملون في سلك التعليم والأطباء، نجح أبناءهم كلهم أي 100% في تجربة الإقلاع عن التعاطي، بينما نجد الذين يعملون في سلك الأمن والعمال في مؤسسة و البطالين والتجار والذين يمارسون عملاً حراً، والمتقاعدين لم ينجح أبناؤهم بنسبة كبيرة في التخلص نهائياً من تعاطي المخدرات. وهذا ما يؤكد أن الفئة السوسيو مهنية تعكس ولو نسبياً المستوى التعليمي للآباء ومدى تجاوبهم مع ظاهرة تعاطي أبنائهم للمخدرات. حقيقة أنهم لم يتمكنوا من أن يمنعوا أبنائهم من دخول عالم المخدرات، ولكن يظهر من خلال الدراسة الميدانية أن كان له دوراً فعالاً في إخراجهم من عالم المخدرات، وهذا ما يثبت مدى وعي هذه الفئة في المجتمع مقارنة بباقي الفئات. وعليه يمكن استخلاص في دراستنا هذه أن هناك علاقة بين المستوى المهني للآباء والتخلص الأبناء من تعاطي المخدرات.

- **المستوى المهني عند الأم:** صرح أغلب المتعاطين للمخدرات بنسبة 63.78% أن لهم أمهات ماكثات بالبيت، وبالتالي فمعظمهن لهن مستوى محدود لا يسمح لهن بعملية التنشئة الاجتماعية لأبنائهن، وهذا ما يساعد الأبناء في الخروج عن الضبط الاجتماعي وسلوك طريق الانحراف. بينما هناك 22.05%، أمهات عاملات، كما أن عمل الأمهات قد يكون في كثير من الأحيان من العوامل التي تجعل الشباب ينتهجون سلوكا منحرفا، فالأمهات العاملات يقضين أغلب أوقاتهم في عملهن، وبالتالي يتخلين على كثير من واجباتهن الأسرية المتمثلة في التنشئة الاجتماعية، ويصبح الأبناء دون موجه ولا رقيب، بل لا يجدون من يحيطهم بالحنان والعاطفة في مراحل نموهم الحساسة، وهذا ما يجعل الأبناء يدخلون ضمن الفئات الهشة التي تصبح سهلة المنال من طرف رفاق السوء وأوكار الفساد. كما صرح نحو 4.72% بتقاعد أمهاتهم أي أنهم كن في يوم من الأيام عاملات، وربما كان الأبناء في حاجة ماسة إليهن في مرحلة جد صعبة من مراحل نموهم وهي مرحلة المراهقة. وهناك في آخر المطاف من لهن عمل حر بنسبة 3.15%. كما أن هناك نسبة 5.51% فضلت عدم الإجابة على هذا السؤال.

- **الفئات السوسيو-مهنية لأمهات المتعاطين للمخدرات:** أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن أغلب المبحوثين صرحوا بأن أمهاتهم ربات بيت بنسبة 63.78%، وبالتالي يظهر أن أغلب أمهات المتعاطين لهم مستوى تعليمي محدود، فرغم تفرغهن إلى أمور العائلة والتربية إلا أنهم لم يوفقن في توعية أبنائهن من خطر المخدرات وإبعادهم من برائين الانحراف. كما يوجد من المبحوثين من صرحوا بأن لهم أمهات يمارسن التعليم بنسبة 11.81%، فعندما يتورط شباب في تعاطي المخدرات لهم أمهات من سلك التعليم، يجعلنا نطرح أكثر من تساؤل عن دور المنظومة التربوية في مكافحة المخدرات والوقاية منها. كما أن هناك ما نسبته 5.51% من أمهات المتعاطين من يمارسن مهنة الطب، وبالتالي لم تسمح لهن مهنتهن بوقاية أبنائهن من مشكلة المخدرات، والأمر يعود بالدرجة الأولى إلى عدم التفرغ الكامل إلى عملية

التنشئة الاجتماعية فكانت النتيجة دخول أبنائهن إلى عالم المخدرات. وهناك 4.72% من يعملن في مؤسسات، و 4.72% من يمارسن أعمالاً حرة.

- مقارنة مهنة الأمهات بين المناطق:
- عاملة: تبين النتائج أن منطقة الوسط تتقدم بامتياز على باقي المناطق للمبحوثين الذين لديهم أمهات عاملات بنسبة 34.48%، ثم تأتي بعدها بفارق كبير منطقة الجنوب بنسبة 15%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 13.33%، ثم تأتي في الأخير منطقة الشرق بنسبة 5.26%.
- متقاعدة: تأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 5.26%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 5.17%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 5%، وأخيراً تأتي منطقة الغرب في المقام الأخير بنسبة 3.33%.
- مأكثة في البيت: تحتل منطقة الشرق المكان الأول بنسبة 89.47%، ثم تأتي من بعدها منطقة الغرب بنسبة 73.33%، وتليها منطقة الجنوب بنسبة 65%، وتأتي في آخر القائمة منطقة الوسط بنسبة 50%.
- عمل حر: تأتي منطقة الجنوب في المرتبة الأولى بنسبة 10%، ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 6.90%

- مقارنة المتعاطين للمخدرات الناجحين في الإقلاع عن التعاطي والمنتكسين حسب الفئة السوسيو مهنية للأم: بينت النتائج الميدانية للدراسة، أن بعض المهن لعبت دوراً حاسماً في إنجاح تجربة الإقلاع عند الأبناء، وعلى رأسها : عاملة في مؤسسة، والعاملات في سلك التعليم ، والطبيبات. وهذا ما يؤكد أن المكانة الاجتماعية لبعض الفئات السوسيو مهنية والتي تتمتع بوعي تربوي (والذي يرجع بالأساس كذلك إلى المستوى التعليمي الذي يرافق تلك الفئة) ساعدت وبشكل فعال في مساعدة الأبناء التخلص نهائياً من مشكلة تعاطي المخدرات، ومنه يتضح أن الوعي التربوي يكون خطاً دفاعياً قوياً ضد الآفات الاجتماعية حتى ولو تأخر في بعض الأحيان، حيث في دراستنا هذه لم تستطيع الأمهات المعنيات من تكوين خط

الدفاع الأول و المتمثل في تجنب أبنائهم من تعاطي المخدرات، إلا أنهم أدركن بعد ذلك دورهن.

وعكس ذلك هناك بعض الفئات السوسيو- مهنية للأمهات، لم تلعب الدور الكافي لمساعدة أبنائهم في الإقلاع عن التعاطي (مثل المتقاعدة والماكثة في البيت، والتي تقوم بنشاط حر).

وعلى أساس ما تم ذكره آنفا، أظهرت الدراسة أنه ليس هناك علاقة بين المستوى المهني للآباء وبداية تعاطي أبنائهم المخدرات، إلا أنه هناك علاقة قوية بين المستوى المهني للآباء ونجاح تجربة الإقلاع عند الأبناء. فكلما كان المستوى المهني للآباء مرتفعا كلما ساعد الأبناء على التخلص من عادة تعاطي المخدرات، والعكس صحيح.

-المستوى التعليمي لآباء متعاطي المخدرات: إن المستوى التعليمي للآباء من المتغيرات التي تؤثر بشكل أو بآخر في عملية التربية وفي حياة الأسرة على العموم، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للآباء كلما زادت قدرتهم على مراقبة أولادهم خصوصا فيما يتعلق بدراساتهم، حيث يمكنهم مستواهم التعليمي من المتابعة والتنسيق مع المعلمين فيما يخص مسارهم الدراسي، فوعيمهم التربوي يمكنهم من تجنب أبنائهم الرسوب المدرسي الذي يعتبر من المدعمات الأساسية في السلوك الانحرافي ومنه تعاطي المخدرات. كما أن المستوى التعليمي للآباء يدعم الأبناء للاقتداء بهم.

تظهر نتائج الدراسة الميدانية، أن أغلب المتعاطين لهم آباء جامعيين بنسبة 33.07%، ثم يأتي الآباء ذوي المستوى الابتدائي بنسبة 25.98%، ثم الثانوي بنسبة 15.17%، ثم المتوسط بنسبة 14.17%. و أخيرا هناك 11.02% من آباء المتعاطين أميين. وإذا قرأنا الأرقام من زاوية أخرى، واعتبرنا أن المستويات الدنيا هي الثانوي و المتوسط والابتدائي والأمية، لاستنتجنا أن أغلبية الآباء لهم مستوى محدود لا يسمح لهم بمتابعة وتربية أبنائهم في عصر يطغى فيه الإعلام الآلي و تكنولوجيا الاتصال الحديثة.

كما أظهرت النتائج، أن هناك 24.41% من الطلبة المتعاطين للمخدرات من لهم أمهات أميات، ثم يأتي بعدهم مباشرة في المرتبة الثانية من لهم أمهات جامعات بنسبة 23.62%، أما المستوى الابتدائي للأمهات فيأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 20.47%، ثم الثانوي بنسبة 18.90% وأخيرا يأتي المستوى المتوسط بنسبة 12.60%.

ما تزال النساء الأمهات في الأسر الجزائرية اقل تعليميا من الرجال، فبينما ترتفع المستويات التعليمية العليا لدى الرجال مثل الجامعي 33.07% نجد على العكس من ذلك في المستويات الدنيا كالأمية التي وصلت عند النساء 24.41% . إلا أنه يجب الإشارة أن هناك نسبة معتبرة من الأمهات من لهن مستوى جامعي بنسبة 23.62%. كما أن المستويات الأقل من الجامعي (ثانوي، متوسط، ابتدائي، أمة) أكثر لدى الأمهات مقارنة بالرجال، وبالتالي وهذا ما صعب عليهن عملية متابعة أبنائهم في سن المراهقة ومراقبتهم خصوصا في بداية تعاطيهم المخدرات، مما سهل على الأبناء تجريب المخدرات، بل الاستمرار في التعاطي.

وهكذا فالفرد الذي يتعاطي المخدرات يكون كأنه خرج عن الضبط الاجتماعي الذي عاش في ظله و تلقنه منذ صغره، وهو بالتالي نتاج تنشئة اجتماعية فاشلة، وهذا الفشل يتحمله بالدرجة الأولى الآباء، فالتنشئة الاجتماعية في هذه المرحلة لم تعلم الشخص طرق التعامل مع الموقف أو الأزمة، التي يكون التعاطي والاستمرار فيه هو نتيجة حتمية لهذا الفشل.

- مقارنة المستوى التعليمي للآباء بين الناجحين في الإقلاع و المنتكسين :
أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أنه عند مقارنة المستوى التعليمي للآباء المتعاطين للمخدرات بين الذين حاولوا الإقلاع عن التعاطي ونجحوا وبين الذين انتكسوا، أن نسبة الأمية عند آباء المنتكسين أعلى بكثير منها عند الناجحين، فبينما وصلت عند المنتكسين 35.43%، كانت عند الناجحين 10%. ويزداد الأمر تأكيدا عند المستوى الجامعي، فبينما وصلت نسبة الآباء ذوي المستوى الجامعي 31.43%، بينما لم يسجل أي جامعي بين آباء المنتكسين.

كما أنه عند مقارنة المستوى التعليمي لأمهات المتعاطين للمخدرات الناجحين في محاولة الإقلاع والمنتكسين، تظهر الدراسة جليا أن نسبة المستوى الجامعي لأمهات الناجحين تفوق بكثير نسبة المنتكسين حيث بلغت الأولى 25.71% بينما وصلت الثانية 7.14 % .

كما أن نسبة المستوى الابتدائي لأمهات المنتكسين تفوق ستة أضعاف لأمهات الناجحين في الإقلاع، حيث وصلت الأولى 42.86%، بينما وصلت الثانية نسبة 7.14%.

وهكذا يتبين من خلال النتائج الميدانية للدراسة، أن المستوى التعليمي لم يكن له دور كبير عند الاسرة في الوقاية من الدرجة الأولى، أي الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة أصلا، و بالتالي تجنب الأبناء من الوقوع في ممارسات سلوكية خاطئة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، والحيلولة دون وقوعهم في جحيم المخدرات، كما أن اكتشاف تعاطي المخدرات في مرحلة التجريب يكون صعبا بل مستحيلا في كثير من الأحيان. فعندما يكون مستوى الآباء محدودا، فلا يمكنهم من توعية أبنائهم وتثقيفهم سلوكيا وأمنيا، وتعريفهم بأنواع السلوك المنحرف، ومنه تعاطي المخدرات وأسبابه ومجالاته ونتائجه وسبل التصدي له في مقاومته، فهذه الأمور تتطلب توفر ثقافة واسعة للوالدين في هذا المجال. فالوالدان اللذين لهما معلومات كافية على عالم المخدرات تعتبر أحسن وسيلة للتصدي لهذا المرض الاجتماعي الخطير ألا وهو انتشار تعاطي المخدرات بين الشباب. ففي كثير من الأحيان يكون الوالدان في موقف الضعف أمام أولادهم. حيث أن الأبناء لهم معرفة ودراية بعالم المخدرات التي يجهلها الآباء، فكم من الآباء من يتناولون العشاء مع أبنائهم، ولم يلاحظوا أن أبنائهم قد تعاطوا المخدرات. وعند الوقوف على حقائق المخدرات يمكن للآباء تبصير أبنائهم بعواقب المخدرات وآثارها السلبية على الفرد والمجتمع. فعصر التكنولوجيا الحديثة، لا يسمح للآباء ذوي المستوى المتدني من اختيار البرامج التلفزيونية والإذاعية المناسبة لأعمار الأطفال وثقافتهم ومستوياتهم الفكرية، وتوجيههم التوجيه المناسب نحو قبول البرامج الإعلامية الهادفة، وإبعادهم عن البرامج التي

تتعارض مع سبل تربيتهم وتنشئتهم وفق ثقافة المجتمع ومستوياتهم العمرية والإدراكية.

ولكن يتضح جليا أن المستوى التعليمي كان له دورا حاسما في الوقاية من الدرجة الثانية والثالثة كما تؤكد الأرقام السالفة الذكر. فالوقاية من الدرجة الثانية والتي يقصد بها التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي لكي لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان. فتشخيص مستوى التعاطي ونمط التعاطي وكذلك أسباب التعاطي يساعد الأسرة على مساعدة الابن التخلص من المخدر والعودة إلى الحياة الطبيعية خالية من المخدرات. ولا يستنى لجميع الآباء القيام بهذا الدور وخاصة إذا كان مستواهم محدودا، وليس لهم ثقافة واسعة على السلوك الانحرافي عموما وعالم المخدرات على وجه الخصوص، وعلى العكس من ذلك فالآباء الذين لهم مستوى تعليمي عالي تمكنوا من مساعدة ابنائهم في التخلص من المخدرات كما تؤكد نتائج هذه الدراسة الميدانية، فالمتعاطين الذين نجحوا في تجربة الإقلاع كان مستوى التعليمي الجامعي لأبائهم 32.47% وأمهاتهم 25.97%. ونفس الأمر حدث في الوقاية من الدرجة الثالثة أي التدخل العلاجي في مرحلة متقدمة من التعاطي، ووقاية الفرد المزيد من التدهور إلى مستويات متدنية من الصحة البدنية والنفسية.

وقد مكنتنا التنقلات الميدانية لدى مصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتو فانون بالبليدة، من التفريق بين الآباء ذوي المستوى الجامعي وكيفية متابعة علاج أبناءهم بالمستشفى، وحرصهم على تواجد أبناءهم بالمستشفى لمدة (21) القانونية، وكذلك متابعة تطور علاجهم أول بأول، ومتابعتهم بعد العلاج بحضورهم مع أبناءهم لكل المواعيد المسطرة من طرف أطباء المصلحة، كما أنهم يستفسرون عن كل الأمور الخاصة بالمخدرات. أما آباء المدمنين محدودي المستوى فالأمر مغاير تماما، وهذا بشهادة أطباء وعمال المصلحة، فهم لا يتابعون أبناءهم خلال فترة العلاج، كما أن في أغلب الأحيان يقنع المدمنون آباءهم بأنهم تم شفاءهم قبل المدة المحددة ويستطيعون الخروج (لأن الأمر اختياري وطوعي وليس إجباري)، كما أنهم

لا يرجعون بعد العلاج لمتابعة العلاج الخارجي، وفي كثير من الأحيان لا يعرفون ما هو نوع المخدر الذي أدمن عليه ابنائهم.

مقارنة المستوى التعليمي للآباء بين المناطق

- الأمية : تحتل منطقة الغرب المركز الأول من حيث الأمية عند إباء المتعاطين بنسبة 23.33%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 15.79%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 5.17%، وتأتي منطقة الجنوب في آخر القائمة بنسبة 5%.

- المستوى الابتدائي: أما فيما يخص المستوى الابتدائي، نجد أن منطقة الشرق تأتي في الصدارة بنسبة 36.84%، ثم تأتي بعدها منطقة الجنوب بنسبة 25%، ثم تليها في المركز الثالث منطقة الوسط بنسبة 24.14%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 23.33%.

- المستوى المتوسط: تأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 30%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 15.79%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 13.33%، ثم في الأخير تأتي منطقة الوسط بنسبة 8.62%.

- المستوى الثانوي: نجد أن منطقة الغرب تتقدم قائمة المناطق بنسبة 23.33%، ثم تأتي بعدها منطقة الجنوب بنسبة 20%، ثم منطقة الوسط بنسبة 13.79%، ثم في الأخير تختتم منطقة الشرق القائمة بنسبة 5.26%.

- المستوى الجامعي: تصدر المجموعة منطقة الوسط بنسبة 48.28%، وتأتي في المرتبة الثانية منطقة الشرق بنسبة 26.32%، ثم تأتي في المرتبة الثالثة منطقة الجنوب بنسبة 20%، وتأتي في المرتبة الرابعة والأخيرة منطقة الغرب بنسبة 16.67%.

وهكذا نجد أننا كلما اقتربنا من الوسط ارتفع المستوى التعليمي لآباء المتعاطين للمخدرات.

أما إذا أخذنا كل منطقة على حدى، تظهر النتائج الميدانية، أن منطقة الوسط يطغى عليها المستوى الجامعي بنسبة 48.28%. بينما يطغى على مستوى الشرق المستوى الابتدائي بنسبة 36.84%. أما فيما يخص منطقة الغرب فتتساوى النسب

لكل من المستوى الثانوي والابتدائي والأمي وهي 23.33%. أما منطقة الجنوب فقد أخذ المستوى المتوسط حصة الأسد بنسبة 30%.

وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي عند أمهات المتعاطين للمخدرات، فقد أظهرت النتائج الميدانية للدراسة ما يلي:

- الأمية: تنتشر الأمية عند الأمهات بصورة كبيرة في المنطقة الشرقية إذ وصلت النسبة 47.37%، وتأتي بعدها منطقة الغرب بنسبة 33.33%، ثم تتبعها منطقة الجنوب بنسبة 30%، وأخيرا تأتي بعدهم بفرق كبير منطقة الوسط بنسبة 10.34%.

- المستوى الابتدائي: تصدر منطقة الغرب القائمة بنسبة 36.67%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 31.58%، ثم تأتي منطقة الوسط في المركز الثالث بنسبة 13.79%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 5%.

- المستوى المتوسط: تحتل منطقة الجنوب الصدارة بنسبة 30%، ثم تأتي بعدها منطقة الغرب بنسبة 13.33%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 8.62%، وتختتم القائمة منطقة الشرق بنسبة 5.26%.

- المستوى الثانوي: تصدر المجموعة منطقة الوسط بنسبة 25.86%، ثم تأتي بعدها منطقة الجنوب بنسبة 20%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 10.53%، وتختتم القائمة منطقة الغرب بنسبة 10%.

- المستوى الجامعي: تتفوق منطقة الوسط على جميع المناطق فيما يخص المستوى الجامعي لأمهات المتعاطي للمخدرات، حيث بلغت النسبة 41.38%، وتأتي بعده بفارق كبير منطقة الجنوب بنسبة 15%، ثم تأتي بعدها بفارق كبير منطقة الغرب بنسبة 6.67%، وتليها مباشرة منطقة الشرق بنسبة 5.26%.

وعليه وفيما يخص المستوى التعليمي لأمهات المتعاطين للمخدرات، يتبين أن منطقتا الشرق والغرب يطغى عليهما المستوى الابتدائي والأمية، بينما يطغى على منطقة الوسط المستوى الثانوي والجامعي. أما الجنوب فيطغى عليها المستوى المتوسط والأمية.

ومن خلال ما تم شرحه وتحليله أنفاً، أظهرت لنا نتائج الدراسة، أنه ليس هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأباء وتعاطي الابناء للمخدرات، إلا أننا استخلصنا أن هناك علاقة قوية بين المستوى التعليمي للأباء والنجاح في تجربة الإقلاع للابناء المتعاطين للمخدرات.

وفيما يخص الفرضية الثانية والتي مفادها أنه: كلما كان المستوى الدراسي للوالدين متدنياً، كلما كانت نسبة تعاطي المخدرات عالية، والعكس صحيح. حسب نتائج الدراسة لم يتحقق الشرط الأول من هذه الفرضية، حيث كشفت نتائج الدراسة أن هناك نسبة كبيرة من أباء المتعاطين لهم مستوى جامعي. غير أنه وبخصوص تجربة الإقلاع، بينت الدراسة أن نسبة نجاح الإقلاع مرتفعة عن الطلبة الذين لهم أباء جامعيين مقارنة بباقي الطلبة.

وبالنسبة للفرضية الثالثة والخاصة بالتفكك الأسري، وعدم متابعة الوالدين لأبنائهما، وغياب الحوار بين الآباء و الأبناء، يؤدي بالشباب إلى دخول دائرة تعاطي المخدرات. فقد أظهرت الدراسة أن هناك 51.18% من المتعاطين صرحوا بأن والديهم يتخاصمان أحياناً، و 21.26% منهم صرحوا بأن والديهم يتخاصمان دائماً. بينما هناك نحو 8.66% من المتعاطين من صرح بأن أبويهم مطلقان. كما صرح نحو 9.45% بأن أبويهم منفصلان. وهناك نحو 8.66% من المتعاطين من صرح بأن أبويهم مطلقان. كما صرح نحو 9.45% بأن أبويهم منفصلان. وقد صرح نحو 24.73% من المبحوثين المتعاطين للمخدرات، بتعاطي أحد الوالدين المسكرات أو المخدرات.

التساؤل الثالث: يتعلق بأنواع المخدرات التي تعاطاها أو ما يزال يتعاطاها طلاب جامعة التكوين المتواصل.

1- توصلت الدراسة الميدانية إلى حقيقة مفادها أن هناك انتشار العديد من المواد المخدرة بكافة أنواعها، الطبيعية منها و نصف المخلقة و المخلقة. ويأتي الكيف في مقدمة المخدرات المتعاطاة بين الطلبة بنسبة 69.54% من إجمالي المبحوثين المتعاطين للمخدرات، نظراً لأنه متوافر بدرجة كبيرة في السوق غير الشرعية

للمخدرات، لكون الجزائر لها حدود واسعة مع أكبر منتج لراتنج القنب في العالم (المملكة المغربية)، والسبب الثاني يعود لرخص ثمنه مقارنة بالمواد المخدرة الأخرى، وهكذا جاءت هذه النتيجة لتدعم أغلب النتائج التي توصلت إليها الدراسات من هذا النوع، وعلى رأسها تحقيق المركز الوطني للبحوث والتحليل للسكان والتنمية (Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Population et le Développement)، بعنوان "التحقيق الإبيديميولوجي الوطني الشامل حول انتشار المخدرات في الجزائر"⁽¹⁾.

ويأتي تعاطي الكحول في المقام الثاني بنسبة 15.89%، ثم تأتي الأقراص بنسبة 7.95%، ثم الهيروين والكوكايين والغراء والبنزين بنسب متساوية 1.32%، ثم الأفيون بنسبة 0.66%، ثم مواد مخدرة أخرى غير مبينة بنسبة 0.66%.

أما أنواع المواد المخدرة المتعاطاة حسب المناطق، فهي كالآتي:

- **الكيف:** تأتي منطقة الوسط في صدارة المناطق من حيث تعاطي الكيف بنسبة 73.97%، ثم تأتي في المرتبة الثانية منطقة الغرب بنسبة 71.88%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 65%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 57.69%.
- **الكحول:** تتصدر منطقة الجنوب القائمة بنسبة 23.08% ويضم كل أنواع المشروبات الكحولية بما فيها المصنوعة محليا (اللاقيمي)^(*)، وتأتي منطقة الشرق في المركز الثاني بنسبة 20%، وتأتي منطقة الغرب في المركز الثالث بنسبة 15.63%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 12.33%.

⁽¹⁾ C.N.E.A.P.D. « Enquête Epidémiologique Nationale et Globale sur la prévalence de la Drogue en Algérie. » . Op-Cit.

^(*) يجب التفريق بين اللاقيمي الحلال الذي يباع بـ 80 دج للتر الواحد، واللاقيمي الحرام الذي يصل إلى 400 دج، وهو محظور صناعه قانونا، كما أنه يهرب إلى الحدود كباقي السلع مثل المازوت والمشروبات الكحولية الأخرى. وكيفية صناعه هي كالآتي: يقوم منتج خمر اللاقيمي بجني المشروب من النخلة، ويقوم بعد ذلك بوضعه في إناء بلاستيكي ويضع بداخله إما قطعة نحاسية صغيرة أو قطعة حديدية أو كمية من خميرة الخبز، وبعد ذلك يتم تركه لمدة 42 ساعة على ما هو عليه، ليتحول من شراب حلو حلال للشرب، إلى مشروب يسكر كل من يشربه ولو بالخطأ، وتكفي كمية قليلة من المشروب لتسكر الإنسان دون تناول كميات كبيرة، بسبب قوة هذا الأخير ومفعوله الكبير على التأثير في العقل البشري. و تشتهر كل من بسكرة ورقلة و الوادي بصناعه. (عد إلى **اللاقيمي عندما يتحول التمر إلى خمر**. "جريدة النهار" أمين. ش 05 جويلية 2010، www.ennaharonline.com/ar/?news=64485)

- الأقراس: تأتي منطقة الغرب بنسبة 12.50% في المقدمة، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 8.22% ، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 5% ، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 3.85%.
- الأفيون: تتفرد منطقة الوسط وحدها بتعاطي هذا النوع من المخدرات بنسبة 1.37%.
- الهيروين: كما تتفرد منطقة الوسط بتعاطي مادة الهيروين بنسبة 2.74%.
- الكوكايين: تتصدر منطقة الجنوب تعاطي الكوكايين بنسبة 3.85%، ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 1.37%. أما منطقتا الشرق و الغرب فلا يوجد لديهما تعاطي هذا النوع من المخدرات. وهذا ما يؤكد أن منطقة الجنوب أصبحت منطقة عبور مهمة في السنوات الأخيرة للمخدرات القوية وعلى رأسها الكوكايين المهربة من دول أمريكا اللاتينية عبر دول الساحل وإفريقيا الغربية، والموجهة أساسا إلى السوق الأوروبية والأسبوية وحتى بعض دول الخليج، ونتجت عن هذا النشاط التجاري غير الشرعي فتح سوق محلية لترويج هذه المادة المخدرة الخطيرة.
- البنزين : تتميز منطقة الشرق بتعاطي البنزين بنسبة 5%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 3.85%، أما باقي المناطق فهي غير معنية بتعاطي البنزين.
- الغراء: تتميز منطقة الشرق بتعاطي الغراء بنسبة 5%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 3.85%، اما باقي المناطق فهي غير معنية بتعاطي الغراء. وتعاطي الغراء يخص الشباب من الفئات الفقيرة و المعوزة، التي لم تسمح لها إمكانياتها المادية من شراء المخدرات كالكيف وغيره من المخدرات التي يبدو ثمنها باهضا أمام الغراء والبنزين، فيلجأ هؤلاء الشباب إلى هذا النوع من المخدرات المتطايرة، فهي رخيصة و مشروعة ومتوفرة في كل الأماكن، وحتى القانون لا يعاقب عليها. إلا أنها خطيرة ولها انعكاسات على صحة متعاطيه النفسية والبدنية.
- مخدرات أخرى غير مبينة: تتفرد منطقة الجنوب بتعاطي مواد مخدرة أخرى غير مبينة بنسبة 3.85% ربما لأنها تصنع محليا، وعلى رأسها اللاقمي الذي يصنع من التمر.

ما يمكن استخلاصه مما سبق، أن منطقة الغرب تتميز بتعاطي الكيف والأقراص، وتتميز منطقة الجنوب بتعاطي الكحول إلى جانب الكوكايين والبنزين والغراء، أما منطقة الوسط فتتميز بتعاطي المخدرات القوية كالهيريون والكوكايين والأفيون. وتتميز منطقة الشرق بتعاطي الغراء والبنزين، إلى جانب المواد المخدرة الأخرى بطبيعة الحال.

التساؤل الرابع: يدور حول أهم طرق تعاطي المخدرات:

أظهرت نتائج الدراسة أن معظم المتعاطين يفضلون التعاطي عن طريق التدخين، حيث وصلت النسبة إلى 66.21%، وتعتبر هذه النتيجة بديهية ما دام أن معظم المتعاطين يفضلون تعاطي الكيف بالدرجة الأولى، وطريقة تعاطي الكيف تكون عن طريق التدخين وهي الطريقة المشهورة في الجزائر، مع أن هناك طرق أخرى كاستنشاق دخانه، أو شربه نقيعا في الماء أو الخمر أو بعض أنواع الشراب السكري الأخرى، كما أنه يمكن أن يؤخذ مأكولا بعد خلطه بالعسل. أما تدخينه فهي طريقة حديثة العهد. وتأتي في المرتبة الثانية طريقة التعاطي عن طريق الفم بنسبة 27.59%، و يتمثل تعاطي المخدرات عن طريق الفم بالنسبة للكحول و الأقراص. وتأتي طريقة الحقن في المقام الثالث بنسبة 3.45%، وتعتبر من أخطر طرق التعاطي، بحيث بعدما يتراجع مفعول المخدر عند صاحبه كما كان في بدايات التعاطي عن طريق التدخين أو البلع أو الشم يلجأ المتعاطي للحقن من أجل المفعول السريع للمخدر حيث يدخل مباشرة في الدم، إلا أن خطورة هذه الطريقة تكمن في الأمراض المعدية التي يمكن أن تنتج من تبادل الإبر بين المتعاطين مثل فيروس فقدان المناعة أو فيروس الكبد، أو حتى بالنسبة للمتعاطي المستعمل لنفس الإبرة عدة مرات، كون أن بقايا الدم الموجود في الإبرة التي تم استعمالها سابقا تتسبب في أمراض خطيرة منها فيروس الكبد، وهذا ما تم التحقق منه عند تنقلنا إلى مصلحة علاج المدمنين بمستشفى البلدية، وتكمن خطورة هذه الطريقة كذلك في المناطق التي يحقن المدمن فيها المخدر، فبعد مدة من الحقن عن طريق الأوعية الدموية الموجودة في الجسم يتراجع حجمها وتصبح غير قادرة على استيعاب المزيد من الحقن يلجأ

المتعاطي إلى أماكن أخرى من الجسم أشد حساسية و خطورة بحثا عن وريد يستوعب الإبرة، فالكثير منهم يلجأ إلى الحقن على مستوى الرقبة، بل ومنهم من يلجأ إلى الحقن في أماكن جد حساسة من الجسم، وهذا ما يسبب في أكثر الحالات وفاة المدمن. ويأتي في آخر القائمة طريقة التعاطي بالشم بنسبة 2.76%، ويخص هذا النوع من التعاطي المخدرات القوية وعلى رأسها الكوكايين التي يكون مفعولها قويا بهذه الكيفية، وعلى الرغم من خطورتها إلا أنه ذلك لم يمنع من استعمالها من طرف المتعاطين وخصوصا المبتدئين منهم الذين لا يعرفون حدود الجرعة التي يتحملها جسدكم وهذا ما يؤدي في كثير من الأحيان إلى الجرعات الزائدة التي تؤدي إلى الوفاة. وفي هذا الصدد أجرينا مقابلة مع أحد المدمنين بمستشفى البليدة لعلاج المدمنين، والذي أقر بأن تعاطيه للكوكايين عن طريق الشم غير مسار حياته كلها، حيث بعد شمه بقوة لذلك المخدر فقد وعيه مباشرة، وبعد استيقاظه كانت الصدمة كبيرة بفقدان ذاكرته بنسبة كبيرة، مما أدى به إلى التنقل إلى مستشفى الأمراض العقلية والمكوث به لعدة أشهر دون أن يتمكن من الخروج من الجحيم الذي ألقى نفسه فيه، ومنذ ذلك الوقت وهو يتنقل من مستشفى إلى آخر وهذا حتى ساعة إجراء المقابلة.

أما طرق تعاطي المخدرات حسب المناطق فهي كالآتي :

- طريقة التدخين : تأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 68.66%، ثم منطقة الغرب بنسبة 64.71%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 61.54%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 60%.

- طريقة التعاطي عن طريق الفم: تأتي منطقة الغرب في الطليعة بنسبة 29.41%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 26.92%، ثم منطقة الوسط بنسبة 26.87%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 19.23%

- طريقة التعاطي عن طريق الشم: تأتي منطقة الجنوب في أول القائمة بنسبة 7.69%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 5%، ثم منطقة الغرب بنسبة 2.94%، أما منطقة الوسط فليس هناك أية حالة. للإشارة أن هناك الكثير من الطلبة من يعتبر التبغ الذي يوضع في الفم(أو الشمة) عبارة عن مخدر.

- طريقة التعاطي عن طريق الحقن: تتصدر منطقة الوسط القائمة بنسبة 4.48%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 3.85%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 2.94%. أما الشرق فلا يستعمل المتعاطين لهذه المنطقة هذه الطريقة.

التساؤل الخامس: و يتعلق بالظروف التي تساعد على البدء والاستمرار في تعاطي المخدرات:

فقد أظهرت الدراسة الميدانية أن نسبة كبيرة من المتعاطين بدعوا التعاطي تحت تأثير جماعة الرفاق بنسبة 37.80%، وهذا يعني أن بدأ تعاطي المخدرات كان خارج إرادة المتعاطي. ويأتي في الدرجة الثانية بدأ التعاطي عن طريق الفضول بنسبة 16.54%، وهذا ما يعني أن بدأ التعاطي كان بإرادة المتعاطي. ويأتي بعدها ضغط صديق على بدأ التعاطي بنسبة 14.17%، ثم بسبب مشاكل نفسية حسب المتعاطي بنسبة 11.02%، كما أن هناك نسبة من هؤلاء المتعاطين 7.87% بدعوا التعاطي تحت تأثير أحد أفراد العائلة. كما أن هناك نسبة 6.30% من المتعاطين الذين صرحوا أن بداية التعاطي كان بدافع الرحلة، ويمثل ذلك بإظهار المراهق للآخرين وحتى لنفسه أنه نضج و تحرر من كل قيود الضبط الاجتماعي التي يفرضها المجتمع على افراده، دون أن ننسى أن المشاكل الاجتماعية كان لها دور كذلك في بداية التعاطي بالنسبة للبقية ويمثلون 5.71%. وما يلفت الانتباه هي تلك النسبة الضعيفة جدا من الطلبة 0.76% التي صرحت بأن وسائل الإعلام كانت وراء بداية تعاطيهم للمخدرات.

وهكذا تظهر نتائج الدراسة، أن بداية التعاطي خارج إرادة المتحدث شكلت الغالبية العظمى، والمتمثلة في تأثير كل من جماعة الرفاق و صديق وأحد أفراد العائلة: والتي تمثل مجتمعة 59.84%.

أما ظروف التعاطي حسب المناطق فهي موزعة كالآتي :

- جماعة الرفاق: تأتي منطقة الغرب في المرتبة الأولى 43.33%، ثم منطقة الجنوب في المرتبة 40%، وتأتي منطقة الشرق في المرتبة الثالثة بنسبة 36.84%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط في المرتبة الأخيرة بنسبة 34.48%. ومنه يتضح أن

جماعة الرفاق لها تأثير كبير على كل الطلبة الذين جربوا المخدرات، ولكنها لها تأثير أكبر على باقي المناطق. كما أن ما يميز منطقة الوسط أن جماعة الرفاق لها تأثير أقل في بداية التعاطي من بقية المناطق.

- صديق: بعد ضغط جماعة الرفاق في بداية تعاطي المخدرات يأتي دور الصديق في التأثير على المبحوث في تجريب التعاطي، وبالتالي تأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 31.58%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 15%، ثم منطقة الوسط بنسبة 10.34%، ثم منطقة الغرب بنسبة 10%.

- الفضول: تتصدر منطقة الوسط القائمة بنسبة 24.14%، ثم تأتي منطقة بفارق كبير منطقة الشرق بنسبة 10.53%، ثم تأتي بعدهما منطقتي الغرب والجنوب بنفس النسبة 10%.

- مشاكل نفسية (الدمار): تأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 20%، ثم تأتي بفارق كبير منطقة الوسط بنسبة 10.34%، ثم منطقة الغرب بنسبة 10%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 5.26%، وهكذا يعتبر طلبة منطقة الشرق أقل معاناة من المشاكل النفسية مقارنة بباقي المناطق.

- أحد افراد العائلة: تأتي منطقة الغرب بنسبة 16.67% في مقدمة المناطق، فضغط أحد أفراد العائلة يأتي في المرتبة الثانية بعد ضغط جماعة الرفاق لهذه المنطقة، وهذا يشير إلى ما تلعبه الثقافة الفرعية لهذه المنطقة، التي لا يتوانى فيها أحد أفراد العائلة بتلقي تعاطي المخدرات لباقي أفراد العائلة، إما عن قصد أو عن طريق التعاطي أمام باقي أفراد العائلة ومن ثم يتعلم المراهق تعاطي المخدرات عن طريق المشاهدة ثم التجريب ثم التعود فالإدمان. فالسلوك الإنساني حسب نظرية التعلم الاجتماعي متعلم عن طريق التقليد والمحاكاة، وتعلم الانحراف من الممكن أن يكون قويا من خلال التدعيم إذا كان من يتخذه المراهق كقدوة له يتعاطى المخدرات، أو ضعيفا من خلال العقاب أي أن الوالدين يقومان بعقاب الطفل إذا صدر منه سلوكا مخالفا لقيم ومعايير المجتمع. ثم تليها منطقة الشرق في المقام الثاني بنسبة 10.53%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 5.17%. أما منطقة الجنوب فليس هناك أية حالة لتأثير أحد افراد العائلة على المبحوث في بداية التعاطي. وهذا ما يؤكد

طبيعة الثقافة الفرعية لمنطقة الجنوب المحافظة التي لا تقبل فيه الأسرة بتعاطي كل أنواع المخدرات حتى التبغ منها، فإذا حدث وأن تعاطى أحد أفراد الأسرة المخدرات، فهو غير مسموح له التأثير على بقية أفراد الأسرة لسلوك نفس الطريق، ويكون ذلك بعدم تعرض الآخرين وخصوصا الصغار منهم إلى مشاهدة التعاطي أو كل سلوك قد يساعد على التعاطي في المستقبل، وهذا ما يفسر أن مبحوثي منطقة الجنوب هم أقل نسبة مقارنة بباقي المناطق علمهم بتعاطي أحد أفرادهم للمخدرات.

- مشاكل اجتماعية: تأتي المشاكل الاجتماعية في المرتبة السابعة من حيث الظروف التي مهدت للمبحوثين في بداية تعاطي المخدرات، وبالتالي فمقارنة بباقي الظروف فهي تمثل بالنسبة لأفراد عينة الدراسة مدعّمات ثانوية وذلك بالنسبة لمجموعة المناطق. أما ترتيب المناطق حسب هذا البند، فهي كالتالي: الجنوب يأتي في المقدمة بنسبة 15%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 5.17%، ثم منطقة الغرب بنسبة 3.33%، أما منطقة الشرق فحسب المبحوثين المتعاطين فلم تكن للمشاكل الاجتماعية أي تأثير على بداية تعاطي المخدرات لدى هذه العينة. كما يبدو أن عينة منطقة الجنوب يعانون من عدة مشاكل اجتماعية أثرت بدورها على المبحوثين في تجربتهم تعاطي المخدرات.

- الرحلة: وهي بأن يبرهن المراهق أنه بلغ من الكبر ما يسمح له بالتححرر من كل القيود، وأن يظهر لأقرانه بأنه يتمتع بكل إرادته وحرية وأنه لا يخاف عواقب سلوكه المنحرف، ويقوم الشاب المراهق بكل هذه التصرفات والسلوكيات حتى يقبل بين أقرانه، ولا رفض وأبعد من الجماعة. وتحتل منطقة الوسط بنسبة 10.34%، ثم تأتي بعدها منطقة الشرق بفارق كبير بنسبة 5.26% ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 3.33%، أما منطقة الجنوب فلا توجد أية حالة، وهذا يعني أن المبحوثين بمنطقة الجنوب ليسوا في حاجة إلى إثبات رجولتهم عن طريق تعاطي المخدرات، وهذا ما يميز هذه المنطقة عن باقي المناطق، فربما هناك سلوكات أخرى يثبت بها المراهق رجولته غير تعاطي المخدرات.

- ما تبثه وسائل الإعلام: تتميز منطقة الغرب عن باقي مناطق الوطن لكون المبحوثين فيها صرحوا بأن وسائل الإعلام كان لها دور في بداية تجربتهم في تعاطي

المخدرات 3.33%، أما باقي المناطق فلم يكن لهذا العامل أي دور في تعاطي المبحوثين للمخدرات. وهذه النتيجة الميدانية تعتبر في حد ذاتها غير متوقعة لدى الباحث، حيث عند بداية الدراسة كان في الخلفية النظرية للباحث أن للإعلام دورا بارزا في دخول الشباب عالم المخدرات، إلا أن النتائج الميدانية جاءت مخالفة تماما لتلك التوقعات.

الاستمرار في تعاطي المخدرات: فقد اشارت نتائج الدراسة الميدانية، أن هناك 67.72% صرحوا بأنهم توقفوا عن التعاطي، إلا أن هناك 29.13% من المتعاطين مايزالون يتعاطون المخدرات حسب تصريحهم. كما أن هناك 3.15% فضلوا عدم الإجابة عن هذا السؤال، وهذا ما يوحي أن هذه الفئة الأخير لم تريد الإفصاح عن استمرارية التعاطي، وهذا لحساسية الموضوع، فعندما تعلق التعاطي بالماضي لم يشكل أي حرج لهاته الفئة، ولكن فيما يخص التعاطي الحالي فالجواب كان محرجا بالنسبة للمبحوث، فهو يفضل الإحجام عن الجواب كأحسن طريقة للمبحوث لاجتناب أية مشكلة.

من الحقائق التي أسفرت عنها البحوث الميدانية أن الشباب يبدأون خطواتهم الأولى في التعاطي بمرحلة يمكن أن نسميها بالمرحلة التجريبية. فهم يجربون هذه المغامرة، مرة أو بضع مرات، ثم يتراجع عنها نسبة كبيرة منهم، والذي يبقى ويواصل التعاطي هو دائما نسبة محدودة تتراوح بين 25% و 35% من مجموع من أقبلوا على المغامرة. وتبين أن هذه النسبة ثابتة في حالة جميع المواد النفسية، أي السجائر، والأدوية المختلفة، والمخدرات الطبيعية والكحوليات⁽¹⁾.

وهكذا يمكن أن نفرق بين ثلاث أصناف من المتعاطين، فالفئة الأولى تخص فئة الاستكشاف، والفئة الثانية تخص فئة التعاطي بالمناسبة والفئة الثالثة تخص فئة الانتظام في التعاطي، فإذا كان المستكشفون 16 فردا، فالمتعاطون بالمناسبة يكونون 4 أفراد، والمدمنون يصبحون فردا واحدا⁽²⁾، أي أنه عندما يبدأ 160 شاب التعاطي

(1) مصطفى، سوف. مشكلة تعاطي المخدرات: بنظرة علمية. مرجع سابق، ص 35 و 36.

(2) نفس المرجع، ص 21.

وهم في هذه المرحلة يصنفون كمستكشفون أي أنهم جربوا المخدرات لأول مرة، ثم بعدها يتناقص العدد إلى 40 شابا الذين استمروا في التعاطي ولكن بالمناسبات فقط، ثم مع مرور الوقت يتناقص العدد ليبقى فقط 10 شبان في آخر المطاف من أصبحوا معتمدين على المادة المخدرة، وبالتالي يدخلون في صنف المدمنين. و إذا عدنا إلى الاستمرار في التعاطي من عدمه حسب الجنس، أوضحت نتائج الدراسة أن الأغلبية من الجنسين توقفت عن تعاطي المخدرات. إلا أن هناك نحو 30% من الإناث و 28.97% من الذكور ما يزالون يتعاطون المخدرات. أما الاستمرار في التعاطي من عدمه حسب المناطق:

فأغلب المتعاطين لمختلف المناطق صرحوا بأنهم توقفوا عن التعاطي، إلا أن منطقة الشرق تأتي على رأس المناطق 89.47%. أما الاستمرار في التعاطي، فتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 45%، وهذا ما يؤكد النتائج التي توصل إليها التحقيق الوطني لسنة 2010⁽¹⁾، بأن تعاطي المخدرات في منطقة الجنوب أخذ بعدا خطيرا، فبعدما كان التعاطي مقتصرًا على المناطق الشمالية إمتد إلى كافة ربوع الوطن، بل هو مرشح للارتفاع في السنوات المقبلة، وخصوصا إذا أخذنا بعين الاعتبار تراجع الأمن والاستقرار واتخاذ بارونات المخدرات هذه المنطقة كمنطقة عبور للمخدرات من دول الساحل وغرب إفريقيا إلى السوق غير الشرعية الأوروبية.

التساؤل السادس: والمتعلق بمكان وسن بداية التعاطي، و نظام التعاطي، وهل هو نفسه في جميع مناطق التراب الوطني، أم يختلف تبعا للثقافات الفرعية لكل منطقة؟

1- المكان الذي بدأ فيه المبحوث تعاطي المخدرات لأول مرة: أظهرت النتائج الميدانية للدراسة أن أكثر من نصف المبحوثين المتعاطين للمخدرات بنسبة 55.12% صرحوا بأن أو تجربتهم في تعاطي المخدرات كانت في الحي، وهكذا تظهر خطورة الحي عندما يغيب تأطير الشباب المراهق الذي لا يجد ملجأ ولا منفذا إلا الشارع والحي، فنقص الفضاءات الترويجية وضيق المسكن يؤدي بالمراهق إلى أن يجعل

⁽¹⁾ C.N.E.A.P.D. « Enquête Epidémiologique Nationale et Globale sur la prévalence de la Drogue en Algérie. » . Op-Cit.

الحي كمنفذ لا بديل عنه ليعبر عن تدمره وعدم قبوله لوضعه الراهن عن طريق انتهاجه سلوكا يرفضه المجتمع وذلك مع أقرانه الذين يعلمونه تعاطي المخدرات أو يتعلم معهم هذا السلوك المنحرف.

وتأتي المدرسة كثاني مكان بدأ المبحوثين التعاطي فيه بنسبة 22.83%، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة لأحمد بوكابوس وزملاؤه حول تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي⁽¹⁾، والتي كشفت أن نسبة 90.02 % من الأساتذة لاحظوا حالات التدخين عند تلاميذ وقدرت نسبة التعاطي بينهم بـ 94.66%، وسط الذكور، و 5.34% مختلط، بينما لم يلاحظوا ذلك عند الإناث. أما أماكن ملاحظة التلاميذ فنسبة 76.39 % وقعت خارج المؤسسة التعليمية، ونسبة 23.61 % تمت في ساحة المؤسسة وملحاقاته. أما الملاحظات التي أبدتها الأساتذة عن تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي "بقسميه إكمالي/ثانوي" وسط التلاميذ أعطت نسبة 83.87 % وسط الذكور، 15.33 % مختلط و 0.8 % فقط. أما إمكانية التعاطي حسب ملاحظة الأساتذة فكانت: ساحة المؤسسة 9.68%، دورة مياه المؤسسة التربوية 37.90%، خارج المؤسسة 52.42%.

كما أظهرت نتائج الدراسة، أن هناك من بدأ التعاطي في الغابة أو البحر بنسبة 7.09% وهذا ما يؤكد أن الأماكن المعزولة إن لم تكن مهيكلة ومحمية من طرف السلطات العمومية يمكنها أن تصبح بؤرا للفساد وأماكن مشبوهة يتم من خلالها تعلم وارتكاب سلوك انحرافي. إضافة على ذلك، هناك من بدعوا التعاطي في المنزل بنسبة 6.90% وتخص هذه الفئة عموما من لهم أحد أفراد العائلة من يتعاطون أصلا المخدرات فيسهل على الابن تجربة المخدر، وخصوصا عندما يكن أحد الوالدين أو الإخوة مصابا بأمراض عقلية ويستعمل على إثرها أدوية مهدئة أو منومة، فيبدأ الشاب بتجربة تلك الأدوية المهدئة، ثم ينتقل إلى المخدرات. كما أن هناك من بدأ التعاطي في مركز إعادة التربية بنسبة 3.15%، أي أن هذه الحالات تخص الخروج على القانون فيما يتعلق بالأحداث، كالسرقة والسطو والضرب والنشل

⁽¹⁾ أحمد، بوكابوس وآخرون. "عوامل ودوافع تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي وطرق الوقاية منها". الوقاية والأرغونوميا، مجلة نفسية اجتماعية صحية. مخبر الوقاية والأرغونوميا جامعة الجزائر. 02(2008): ص ص 75-102.

والفعل الفاضح, كل الأفعال التي يرتكبها الأحداث، وتعد خارجة عن القانون، ومن تم يحاكمون ويوضعون في هذه المراكز لإعداد التربية. وهذا ما يوضح أنه في بعض الأحيان يكون بداية الانحراف قبل بداية التعاطي وبالتالي يأتي تعاطي المخدرات بعد دخول المراهق عالم الانحراف، ويصبح الانحراف بوابة دخول عالم المخدرات. وهناك من بدأ التعاطي في الجامعة بنسبة 3.15%، أي أن هذه الفئة بدأت التعاطي نوعا ما في سن متأخر مقارنة بباقي الفئات. وهناك نحو 2.36% من المتعاطين من بدعوا التعاطي في حفل أو عرس، وهذا ما يؤكد كذلك أن الأعراس و خصوصا بعض الحفلات التي يتم فيها دعوة بعض المغنيين من نوع معين والتي تشجع على تعاطي المسكرات والمخدرات. وقد اقترن في الثقافات الفرعية الجزائرية أن تعاطي المخدرات و خصوصا الحشيش كان مشهورا عند فئة الفنانين والمغنيين، فلا يمكن أن يقوم مغني بتنشيط سهرة بدون أن يتعاطى الحشيش وهذا حتى يستطيع أن يقدم أحسن ما عنده. و لقد أكد البروفيسور ريدوح (المختص في الأمراض العقلية) أن الجزائر كانت تعرف تعاطي المخدرات ما بين 1950-1970 خاصة في الأوساط الفنية، لأن المادة النفسية كانت تسمح بالإبداع الفني، فكثيرا من المطربين والشعراء الجزائريين اعترفوا وصرحوا وتغنوا بالمزايا الإبداعية للقنب الهندي والأفيون⁽¹⁾.

وعند ترتيب أماكن بداية تعاطي المخدرات حسب الأهمية، تكون النتيجة

كالآتي:

- الحي : 55.12%، وتأتي منطقة الجنوب على رأس المناطق بنسبة 75%،
- المدرسة 22.83%، وتأتي منطقة الوسط في الطليعة بنسبة 32.76 %،
- الغابة أو البحر 7.09%، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 15.79%،
- المنزل 6.30%، وتتصدر منطقة الشرق المجموعة بنسبة 15.79%،
- مركز إعادة التربية 3.15%، وتتقدم المجموعة منطقة الشرق بنسبة 5.26%،
- الجامعة 3.15%، وتأتي في المقام الأول منطقة الغرب بنسبة 5.26%،
- حفل أو عرس 2.36%، وتتقدم المجموعة منطقة الغرب بنسبة 5.26%

⁽¹⁾ Ridouh.B & Coll. « Caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés durant l'année 1997 au service de prévention et de soins aux toxicomanes, Blida. Centre Hospitalo-Universitaire de Blida, 2000.

2- سن بداية تعاطي المخدرات: أكدت النتائج الميدانية للدراسة أن أغلب المتعاطين بدءوا تعاطي المخدرات في سن ما بين 15 و 19 سنة بنسبة تصل إلى 60.63%. وبالتالي تمثل هذه الفئة العمرية الأقل من 20 سنة، حيث تبدأ خلال هذه المرحلة تظهر ملامح النضج وتكوين الشخصية لديهم أين تكثر فيها متطلباتهم النفسية والعاطفية والمادية، الأمر الذي يستدعي انتباه الأسرة إلى سلوك وتصرفات أبناءهم في هذه المرحلة الحرجة من حياتهم، غير أن انشغالهم بمشاكلهم الأسرية المتشعبة منعهم من استيعاب أبناءهم في هذه المرحلة الصعبة، وليس هذا فقط وإنما لم يستطيعوا التعامل مع أبناءهم في هذه المرحلة الخطيرة التي تحدد سير الفرد في المستقبل، فمنهم من وصل به الأمر إلى استخدام أسلوب اللامبالاة و التوبيخ والشتيم والسب بل وحتى الضرب في كثير من الأحيان. وقد يزداد في هذه المرحلة حب المغامرة عند الأبناء ويزداد معه الغرور، بحيث يظن المراهق أن كل ما يؤمن به من آراء وأفكار ومعتقدات وما يقوم به من سلوك و ما يفكر فيه هو الأمر الصحيح والأحلام التي يبنيناها هي ما يريد أن يسعى إلى تحقيقها. غير أن الواقع والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المراهق تحول دون تحقيق أحلامه، بل تقضي عليها واحدة بعد الأخرى، وخصوصا إذا كانت الأسرة ليس لديها الكفاءة اللازمة التي تمكنها من إدراك ما يختلج في نفوس أبناءهم، وبالتالي يتعاملون معهم بطريقة غير صحيحة تدفعهم إلى الخروج من بوتقة الأسرة والبحث عن من يفكر مثلهم أو يمر بنفس الظروف من أقرانهم، ويتعاطون المخدرات في هذه المرحلة الحساسة ظنا منهم كما صور لهم وسمعوه أن المخدرات تجعل متعاطيها سعيدا وبالتالي ينسى همومه ومشاكله فيتعاطونها، وبذلك يحاولون تحقيق أحلامهم ولو عن طريق الوهم.

ولو أردنا ترتيب الفئات العمرية حسب نسب التعاطي، نتحصل على:

60.63% من 15 إلى 19 سنة،

25.20% من 20 إلى 24 سنة

9.45% أقل من 15 سنة

أما سن بداية تعاطي المخدرات حسب المناطق فهي كالاتي:

-من 15 إلى 19 سنة: تأتي منطقة الوسط في الصدارة بنسبة 67.24%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 65%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 63.16%، وتأتي منطقة الغرب في آخر القائمة بنسبة 43.33%.

-من 20 إلى 24 سنة: تتصدر منطقة الغرب هذه الفئة العمرية بنسبة 36.67%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 30%، ثم منطقة الوسط بنسبة 24.14%، وأخيرا وبعيدا عنهم تأتي منطقة الشرق بنسبة 5.26%.

-أقل من 15 سنة: تأتي منطقة الشرق في المرتبة الأولى بنسبة 21.05%، فما يميز طلبة منطقة الشرق أنهم يبدأون تعاطي المخدرات في سن مبكر مقارنة بباقي المناطق، ثم تليها بفارق كبير منطقة الغرب بنسبة 10%، ثم تأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 6.90%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 5%.

-من 25 إلى 29 سنة: تأتي منطقة الشرق في الطليعة بنسبة 10.53%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 10%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 1.72%. أما منطقة الجنوب فلا يوجد فيها أية حالة في هذه الفئة العمرية، ويبدو أن المبحوثين في المنطقة الجنوبية عندما يصلون إلى سن ما بعد 25 سنة تصبح المخدرات غير مغرية كما هي عليه بالنسبة إلى باقي المناطق أو حتى لنفس المنطقة في الفئات العمرية الأخرى.

3- **نظام تعاطي المخدرات:** بينت الدراسة الميدانية أن تعاطي المخدرات عند المتعاطين يتم وفق النظام التالي:

أن نسبة كبيرة من المتعاطين 44.88%، يتعاطون المخدرات بالمناسبة، أي كلما سمحت الفرصة لذلك مثل عرس أو فرح أو مهرجان إلى غير ذلك من المناسبات، وقد تمتع هذه الفئة في أجواء مغايرة، وبالتالي لا تدخل في دائرة الإدمان. كما أن هناك 15.75% تعاطوا المخدرات مرة واحدة في حياتهم، وتدخل في فئة المجربين فقط، وبعد تجربتهم التي يبدو أنها كانت سيئة لم يعاودوا المحاولة، وعلى الخبراء أن يهتموا بدراسة هذه الفئة والأسباب الكامنة التي جعلتهم لم يعاودوا التجربة من جديد رغم أن أقرانهم أو زملاءهم استمروا في التعاطي بعد التجربة

الأولى، و الوصول إلى تلك الأسباب تمكن أهل الاختصاص من صياغة سياسة وقائية متكاملة يتم من خلالها تجنب عدد كبير من الفئات الهشة إلى دخول عالم المخدرات. كما أن هناك نسبة معتبرة 11.81% من هذه العينة تتعاطى المخدرات مرة في الشهر، ونظام التعاطي هذا لا يبدو خطيرا ولكنه يبعث عن القلق، حيث يعتبر هذا التعاطي منتظما و يمكن أن يصعد المتعاطي من وتيرة تعاطيه أكثر من مرة في الشهر وذلك حسب الظروف والداعمات الثانوية التي تساعد على ذلك، وبالتالي فهذه الفئة معرضة لأن تصبح في المستقبل ضمن دائرة المدمنين. ويوجد كذلك ضمن المتعاطين من يتعاطى المخدرات مرة في الأسبوع بنسبة 6.30%، وتدخل هذه الفئة كذلك ضمن المتعاطين بانتظام الذين يخصصون يوما في الأسبوع للتعاطي، وبالتالي إذا اجتمعت كل الظروف المواتية يمكن لهذه الفئة أن تتعاطى أكثر من مرة في الأسبوع فلها قابلية التصعيد. وهناك كذلك ولو بنسبة ضعيفة 0.79% من يتعاطى المخدرات مرتين في الأسبوع.

وأظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن هناك من يتعاطى مرة في اليوم بنسبة وصلت إلى 8.66% وتدخل هذه الفئة ضمن المدمنين حيث لا يمكنها أن تستغني عن جرعتها اليومية والا سيظهر على صاحبها أعراض الانسحاب والتي لا يتمناها كل المتعاطين ويسعون جاهدين إلى تفادي هذه الحالة. كما أظهرت الدراسة الميدانية أن هناك 11.81% من يتعاطى أكثر من مرة في اليوم، وتعتبر هذه الفئة من بين المتعاطين الذين دخلوا مرحلة الإدمان المزمن الذي أصبح فيه المتعاطي سجين المخدرات، فشغله الشاغل في ليله ونهاره هو البحث عن مصدر لتمويل جرعاته اليومية، وبالتالي لا يستطيع أن يخرج من هذه الحلقة المفرغة إلا بمساعدة طبية للتخلص من سموم المخدرات جسما ونفسيا واجتماعيا. ونشير هنا أن هذه الفئات الأخيرة المدمنة بدأت تعاطيها تدريجيا، من التجربة الأولى إلى المناسبات ثم مرة في الشهر ثم مرة في الأسبوع ثم مرة في اليوم ثم عدة مرات في اليوم. وعليه يرى أهل الاختصاص أن كل المخدرات خطيرة بما فيها التبغ، ومادة الكيف الذي يعتبرها الكثير من الناس بأنها مخدر خفيف، حتى ذهبت بعض الدول إلى السماح بتعاطيه في أماكن محدودة، ويتميز تعاطي الكيف بظاهرة التحمل و التصاعد

(Escalade) حيث يبدأ المتعاطي به ثم ينتهي بمخدرات أشد خطورة كالهروين و الكوكايين وأقراص السوبيتكس (Subutex) والريفوتريل (Revotril) إلخ...

أما نظام تعاطي المخدرات حسب المناطق فهي كالآتي:

-منطقة الوسط: يطغى على عينة منطقة الوسط التعاطي بالمناسبات بنسبة 39.66%، ثم يليها التعاطي لأكثر من مرة في اليوم بنسبة 20.69%، وهي تعتبر نسبة معتبرة وتمثل أعلى نسبة مقارنة بجميع المناطق. كما أن هناك 13.79% من مجموعة المتعاطين لمنطقة الوسط من جربوا مرة واحدة في حياتهم تعاطي المخدرات. وهناك ما نسبته 12.07% من يتعاطون بانتظام المخدرات على أساس مرة في الشهر، وآخرين 3.45% يتعاطونها مرة في الأسبوع. كما أن هناك 10.34% من يتعاطون المخدرات مرة في اليوم.

-منطقة الشرق: أن ما يميز منطقة الشرق، هو صدارة التعاطي بالمناسبات بنسبة 42.11%، ثم التعاطي بانتظام: مرة في اليوم 15.79%، مرة في الشهر 10.53%، مرة في الأسبوع 5.26%، وأخيرا يأتي التعاطي الاستكشافي بنسبة 26.32%.

-منطقة الغرب: أن التعاطي بالمناسبات يتصدر عدد مرات التعاطي لمنطقة الغرب بنسبة 36.67%، ويأتي في المرتبة الثانية التعاطي الاستكشافي بنسبة 23.33%. ثم يأتي التعاطي بانتظام في المرتبة الثالثة حتى ولو كان بنسب متفاوتة، حيث نجد أن هناك تعاطي مرة في الشهر 16.67%، ثم أكثر من مرة في اليوم 10%، ثم مرة في الأسبوع 6.67%، ثم مرتين في الأسبوع 3.33% وتتفرد بهذا الخاصية هذه المنطقة على باقي المناطق، ومرة في اليوم بنسبة 3.33%.

-منطقة الجنوب: يتبين أن ما يميز منطقة الجنوب هو أغلب المتعاطين يتعاطون المخدرات بالمناسبات بنسبة 75% (وتعتبر أكبر نسبة مقارنة بالمناطق الثلاثة الأخرى)، ثم يأتي التعاطي بانتظام حيث يظهر جليا أن هناك من يتعاطى المخدرات مرة في الأسبوع بنسبة 15%، ومرة في الشهر 5% ومرة في اليوم بنسبة 5%. ومنه يتضح أنه ليس في منطقة الجنوب التعاطي الاستكشافي على الإطلاق، أي أن كل

من جرب تعاطي المخدرات استمر في التعاطي. كما أن هناك نسبة صغيرة جدا من المتعاطين الذين وصلوا بالفعل إلى مرحلة الإدمان.

التساؤل السابع: ويتعلق بمكان و الأوقات المفضلة للتعاطي، ومع من يفضل المتعاطي تعاطي المادة المخدرة. و مصدر الحصول على المخدرات، و مصادر الحصول على النقود لشراء المخدرات. وأخيرا المشاكل التي تعرض لها المتعاطي بسبب المخدرات.

1- المكان المفضل للتعاطي : أظهرت الدراسة الميدانية أن أغلبية المتعاطين يفضلون الحي كمكان للتعاطي بنسبة 51.88%، وهكذا يتضح لنا جليا الدور السلبي الذي يلعبه الحي في انحراف الشباب و الاستمرار فيه، ففي هذه الحالة يحتضن الحي عموما كل أشكال المنحرفين. وعدم مراقبة الأولياء لأبنائهم و أين يقضون أوقات فراغهم يعتبر من أهم عوامل لجوء الشباب إلى أوكار الفساد الموجودة في أحياءهم، ومنه ارتكاب كل السلوكيات المنحرفة وعلى رأسها تعاطي المخدرات. ويأتي في المقام الثاني المكان المعزول بنسبة 14.29%، حيث يفضل هذا النوع من المتعاطين تعاطي المخدرات بعيدا عن أعين الناس. ثم يأتي البحر في المرتبة الثالثة بنسبة 12.03% وهذا النوع خاص بالمناطق التي تطل على البحر، فبالنسبة لهؤلاء النوع من المتعاطين يفضلون البحر الذي على حسب ظنهم (يخلويهم) وهو تعبير يستعمله المتعاطون ويعني أن التعاطي يبعدهم عن المشاكل اليومية. ويأتي بعده المنزل بنسبة 9.02%، و حسب التنقلات الميدانية لمصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتر فانون فإن أغلب المدمنين (أي الذين أصبحوا غير قادرين على الإقلاع بمفردهم) يفضلون تعاطي المادة المخدرة في منزلهم، تفاديا للمشاكل التي قد تقع سواء مع الزملاء المتعاطين أو مع رجال أجهزة مكافحة المخدرات، كما أن عائلة المدمن تفضل أن يتعاطى ابنها جرسته في المنزل أحسن من أخذها في مكان آخر، فربما يتعرض للخطر ولا يجد من يسعفه. وهناك نوع آخر من يفضل تعاطي المخدر في الغابة (بالنسبة لأماكن تتواجد فيها الغابات) بنسبة 6.77%. وفي الأخير هناك من يفضل تعاطي المادة المخدرة في الجامعة بنسبة 6.02% وهذه الفئة غالبا ما تتعاطى

المخدر مع زملاء الدراسة، فإذا توفرت الأجواء تعاطى حتى يظهر لزملاءه أنه يقاسمهم الشعور، وإذا كان لوحده أو في مكان آخر امتنع عن التعاطي وبالتالي تدخل هذه الفئة في فئة التعاطي بالمناسبات.

أما المكان المفضل للتعاطي فيها حسب المناطق، فهو مبين بالترتيب كما أكدته الدراسة كالآتي:

- المنزل: هناك من المتعاطين من يفضل التعاطي في المنزل، وتأتي منطقة الوسط في الطليعة بنسبة 13.85%، تليها منطقة الجنوب بنسبة 10%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 5.56%. أما منطقة الغرب فلا يوجد أحد من المتعاطين من يفضل تعاطي المخدرات في المنزل.

- الحي: يفضل أغلب المتعاطين لمنطقة الغرب التعاطي في الحي، وبالتالي تصدر منطقة الغرب المناطق بنسبة 60%، ثم تأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 50.77%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 50%، وتأتي منطقة الجنوب في آخر القائمة بنسبة 45%.

- الغابة: تحتل منطقة الوسط الصدارة في التعاطي في الغابة بنسبة 9.29%، ثم تأتي بعدها منطقة الغرب بنسبة 6.67%، ثم تليها مباشرة منطقة الشرق بنسبة 5.56%. أما منطقة الجنوب فهي غير معنية بهذا البند.

- البحر: تأتي منطقة الغرب في الطليعة من حيث تعاطي المخدرات على ضفاف البحر بنسبة 23.33%، ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 12.31%، وتليها منطقة الشرق بنسبة 5.56%. ومادام ليس هناك بحر بالجنوب فهي غير معنية بهذا البند.

- الجامعة: تأتي الشرق في المقدمة فيما يخص تعاطي المخدرات بالجامعة بنسبة 16.67%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 10%، و تأتي بعدها منطقة 3.33%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 3.08%.

- مكان معزول : تصدر منطقة الجنوب قائمة المناطق فيما يخص تعاطي المتعاطي في مكان المعزول بنسبة 35%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 16.67%،

ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 10.77%، وتأتي في الأخير منطقة الغرب بنسبة 6.67%.

2- **الأوقات المفضلة للتعاطي:** لقد أظهرت الدراسة الميدانية أن الأوقات المفضلة للتعاطي هي موزعة كالآتي: يفضل أكثر المتعاطون الفترة الليلية لتعاطي المخدرات بنسبة 50.75% وهي الفترة التي تسهل على المتعاطين عملية التعاطي وشراء الجرعات اللازمة واختيار الأماكن المناسبة لمثل هذه السلوكيات المنحرفة، كما أن هناك 35.82% يفضلون التعاطي في المساء أي بعد العصر إلى غاية المغرب أو بعده بقليل، وقد وصلت نسبة من يفضلون التعاطي في كل وقت إلى 9.70%، أما الباقي أي 3.73% منهم فيفضلون التعاطي في الصباح، ونشير إلى أن التعاطي في الفترة الصباحية و في كل وقت تخص فئة المدمنين في أغلب الأحيان.

أما أفضل أوقات التعاطي حسب المناطق، فهي مرتبة كالآتي:

- **الصباح:** هناك نسبة قليلة من يفضلون التعاطي في الصباح مقارنة بباقي الأوقات، وتأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 5%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 4.84%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 3.03%. أما منطقة الجنوب فلا يفضل المتعاطين فيه هذا الوقت.

- **المساء:** يفضل متعاطو منطقة الشرق أكثر من غيرهم تعاطي المخدرات في الفترة المسائية بنسبة 60%، ويأتي بعدهم متعاطو منطقة الوسط بنسبة 38.71%، يليهم متعاطو منطقة الجنوب بنسبة 25%، ويأتي في آخر القائمة متعاطو منطقة الغرب بنسبة 21.21%.

- **الليل :** يفضل أغلبية المبحوثين المتعاطين الفترة الليلية للتعاطي، إلا أنها تختلف من منطقة إلى أخرى، فتتقدم المناطق منطقة الغرب بنسبة 69.70%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 55%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 45.16%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 35%.

- **في كل وقت:** إن التعاطي في كل وقت يوحي بأن المتعاطي وصل إلى مرحلة جد متقدمة وخطيرة من الإدمان على المخدرات، وبالتالي أظهرت نتائج الدراسة

الميدانية أن الجنوب يتصدر القائمة بنسبة 20%، ثم تأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 11.29%، وتليها منطقة الغرب بنسبة 6.06%. أما منطقة الشرق فلا يوجد أي متعاطي يتعاطى المخدرات في كل وقت.

مع من يتعاطى المتعاطون للمخدرات: أكدت نتائج الدراسة الميدانية، أن الأغلبية العظمى تتعاطى المخدر مع مجموعة من الأصدقاء بنسبة 81.10%، وهذا ما يؤكد دور جماعة الرفاق في بداية تعاطي المخدرات وكذلك في الاستمرار في التعاطي. ففي غالب الأحيان تكون الصحبة هي المصدر الذي يزود الفرد بالمعلومات عن المخدرات وآثارها وكيفية تعاطيها، وكثيرا ما يدفع حب الاستطلاع أو الرغبة في اكتشاف المجهول إلى تجربة التعاطي تقليدا للصحبة، وقد يقف الأمر عند حد التجربة وقد يستمر البعض في التعاطي مجارة الرفاق، وحتى يصبح المتعاطي جديرا بالصحبة. ولقد أثبتت أبحاث كثيرة في وقتنا الحاضر، الدور السيء الذي تلعبه العصابة كعامل أساسي للجناح والانحراف، فالفرد في جماعته غير الفرد في أسرته أو وهو وحده. حيث يتأثر سلوك الفرد تبعا لسلوك من يخالطهم من أفراد الآخرين، فإذا كان سلوكهم منحرفا، كان الاحتمال قويا في انقياده لهم، وبخاصة أنه إن لم يجاريهم في سلوكهم فإنه يصبح غير متوافق فينبذونه، وهذا أقصى عقاب يتعرض له، ولذلك يحرص على أن لا يعرض نفسه له⁽¹⁾ فإذا أراد أحد أفراد الجماعة الإقلاع عن التعاطي فسيكون الرد عنيف من طرف رفاق السوء، وهذا ما لا يرغب فيه المتعاطي أن يحدث له، كما أن جماعة الرفاق تحاول خلق عالم خاص بها، وهذا نلاحظه حتى في العبارات المستعملة فيما بين أفراد تلك الجماعات، ففي أغلب الأحيان، يكون الاسم الطبي و حتى التجاري للمادة المخدرة المتعاطاة مجهولا أو متجاهلا من قبل المتعاطي، الذي يعطي بالمقابل أسماء مستعارة لعدم معرفته من قبل الآخرين، هذا من جهة، ومن جهة أخرى بهدف إنشاء لغة خاصة بالمتعاطين. وهذا ما يؤكد الثقافة التحتية للمتعاطين، والتي من أهم مميزاتها اللغة والكلمات الخاصة بهم. فمثلا يطلقون على أقرص الريفوتريل (Revotril)، (Roche)، (Madame)

⁽¹⁾ سامية، الساعاتي. الجريمة والمجتمع. مرجع سابق، ص 126.

(Courage)، (Les Gouttes)، (الزرقعة)، (الزدامة)، ومن تم ومن تم فالتسميات تعكس: إسم المخبر الذي صنع العقار (Roche)، أو حسب الاعتقادات المتعاطي الاعتمادية مثل الشجاعة (Madame Courage) أو المرأة (الزدامة). كما أن هناك 18.11% يفضلون تعاطي المادة المخدرة بمفردهم، ولقد سمحت لنا التنقلات الميدانية بمستشفى فرانتر فانون أن الأغلبية الساحقة من المدمنين الذي وصلوا إلى مرحلة متقدمة من الإدمان، يفضلون التعاطي بمفردهم وهذا تفاديا للمشاكل وبحثا عن الهدوء والراحة، فبعدما يكتشف المعني بالأمر بأنه أصبح مدمنا على المخدرات يستسلم للأمر الواقع وينطوي على نفسه ويصبح همه الوحيد توفير الجرعة القادمة بكل الوسائل الممكنة، وفي هذه المرحلة لا يبحث المدمن عن المتعة واللذة كما كان الأمر في وقت مضى مع جماعة رفاق أو صديق، وإنما أصبح همه أن لا يتعرض إلى حرمان المخدر وبالتالي إلى ظاهرة الانسحاب، ولهذا أصبح الأمر لا يهمه أن يكون متواجدا مع أحد بل المهم أن يتخلص من تلك الرغبة الملحة أو اللهفة (Starving) في تعاطي المخدر. وفي الأخير هناك نسبة ضعيفة جدا من يتعاطون المخدر مع أحد أفراد العائلة وهي 0.79%، وهذا ما يؤكد أن تعاطي أحد أفراد العائلة للمخدرات يعتبر من أحد المدعمات القوية التي تدفع بالشباب لتعاطي المخدرات، فإذا كانت العائلة التي تعتبر هي من أقوى مؤسسات التنشئة الاجتماعية في تحصين الفرد من جميع أشكال الانحراف التي يعاني منها المجتمع مريضة وفيها من يتعاطى المخدر بل يتعاطاه مع أحد أفراد العائلة، ففي هذه الحالة يفقد الشخص المناعة وتصبح الأسرة مصدر خطر.

وعند مقارنة هذا البند بين المناطق، يتبين لنا الآتي:

- مجموعة الأصدقاء: تأتي منطقة الجنوب في الصدارة بنسبة 90%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 83.33%، وتأتي بعدها منطقة الشرق بنسبة 78.95%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 77.59%.

- منفردا: يفضل متعاطو منطقة الوسط أكثر من غيرهم من المناطق الأخرى التعاطي بمفردهم 22.41%، ثم يليهم متعاطو منطقة الغرب بنسبة 16.67%، ثم

يليهام متعاطو منطقة الشرق مباشرة بنسبة 15.79% ، ثم يختتم القائمة متعاطو منطقة الجنوب بنسبة 10%.

- أحد أفراد العائلة: إن ظاهره تعاطي المخدرات مع أحد أفراد العائلة يقتصر فقط على منطقة الشرق 5.26%، أما باقي المناطق فتتعدم فيها هذه الظاهرة، والتعاطي مع أحد أفراد العائلة يعتبر من الظواهر الغربية على المجتمع الجزائري وخصوصا عندما يتعلق الأمر بمنطقة الشرق التي تعتبر عموما من المناطق المحافظة، وقد يعود ذلك إلى تأثير أحد أفراد العائلة بالثقافة الغربية إثر عودته من المهجر ولا يرى حرجا في التعاطي وإشراك أفراد العائلة تعاطي المخدرات وعلى رأسها الكحول، وخصوصا إذا كان هو رب العائلة أو الإبن الأكبر في العائلة.

3- مصدر الحصول على المخدرات: أوضحت نتائج الدراسة الميدانية، أن أغلبية المتعاطين يتم حصولهم على المخدرات من طرف أصدقائهم بنسبة 60.65%، وتتصدر منطقة الجنوب المجموعة بنسبة 66.67%. وهذا ما يؤكد الدور الذي تلعبه جماعة الرفاق في تلقين تعاطي المخدرات، كما أن هذه الجماعات تمد المتعاطين بالمخدرات، فتوفير المخدرات باستمرار للمتعاطي من طرف الأصدقاء، يجعل تجربة الإقلاع صعبة على المتعاطين. وهذا ما تم التأكد منه خلال التنقلات الميدانية لمستشفى فرانتز فانون بالبلدية، حيث أن أغلب المدمنين المنتكسين صرحوا بأن سبب انتكاساتهم هو توفير المخدرات من طرف جماعة الرفاق، فالمدمن يحاول في بداية الأمر رفض العرض، إلا أنه في النهاية يستجيب لعرض أصدقاءه ويعاود التعاطي من جديد، وهكذا يجد نفسه يدور في حلقة مفرغة لا توجد فيها أي نافذة نجاة، فكل النوافذ والأبواب محاصرة بالأصدقاء ورفاق السوء.

فوجود المخدر وسهولة الحصول عليه، يعد عاملا مؤثرا في تعاطيه، فكلما كان المخدر متاحا، ولا توجد صعوبة في الحصول عليه، كلما كان ذلك عاملا ميسرا ومشجعا للتعاطي والاستمرار فيه. ففي البيئة المباشرة تلعب الأسرة دورا هاما في وجود المخدر، إذا كان أحد أفراد الأسرة متعاطيا للمخدرات، أما البيئة غير المباشرة فهي المدرسة أو الجامعة أو محل العمل، فيلعب الأصدقاء والزملاء دورا هاما في

وجود المخدر، وهم المصدر الأساسي للسمع عن المخدر والحصول عليه أيضا. والدراسات قد أوضحت أن الحصول على المخدرات بين المتعاطين أمر ميسور، فعادة ما يعرف المتعاطي كيف يصل إلى المخدر وممن يحصل عليه⁽¹⁾. فهناك علاقة قوية بين زيادة المادة المخدرة في المجتمع مع ازدياد الإقبال على تعاطيها، والعكس صحيح. كما توجد نسبة معتبرة من المتعاطين من يتحصلون على المادة المخدرة من البائعين في الحي تقدر بـ 32.26% أي أن هذه الفئة تقوم بشراء هذا المخدر، ولا يكاد يخلو أي حي إلا وتجد فيه بائع المخدرات بالتجزئة. فرغم العقوبة الصارمة التي يطبقها القانون على هذه الفئة، إلا أن الإغراء المالي يحول دون تخلص المجتمع من التجارة غير الشرعية للمخدرات، وتتصدر منطقة الغرب المناطق بنسبة 40%. ويوجد 3.87% من الذين يتحايلون على الصحة العمومية ويستعملون الوصفات الطبية في الحصول على المؤثرات العقلية التي توصف عموما للأمراض العقلية و للذين يعانون من اضطرابات نفسية، ويتحصل هؤلاء على الوصفات الطبية إما بتواطأ أطباء وبالتالي وجود شبكة تنشط في هذا المجال، وإما بسرقة الوصفات الطبية من المستشفيات أو حتى الأطباء الخواص، وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 5.63%. وفي الأخير هناك من يقتني المادة المخدرة من بائع الخردوات بنسبة 3.23% وتتمثل هذه المواد أساسا في المواد المتطايرة كالغراء وحتى البنزين (وقد قامت السلطات العمومية في فترة من الفترات بفرض رقابة صارمة على بائعي الخردوات من بيع الغراء و المواد المتطايرة)، ويلجأ المتعاطي الفقير الذي لا دخل له إلى هذا النوع من التعاطي، وتحتل منطقة الجنوب المرتبة الأولى بنسبة 4.17%.

4- مصادر الحصول على النقود لشراء المخدرات: حسب نتائج الدراسة الميدانية، توجد نسبة كبيرة من المتعاطين 43.31% يقتنون المخدرات من مصروف الجيب، بينما 25.98% منهم لهم مصادر أخرى غير مبينة، وأغلب هذه المصادر تكون ببيع أمور خاصة بالمتعاطي أو بعض أدوات المنزل. ويوجد 19.69% من المتعاطين من صرح بأنه يشتري المخدرات من أجرة عمل أي أن هذه الفئة لها

⁽¹⁾ محمد، الجوهري وآخرون. دراسة المشكلات الاجتماعية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993م، ص 344.

مصدر ثابت وبالتالي ليس لها مشكل في إيجاد المال لشراء المخدرات، وكلما زادت الجرعات كلما أصبح هناك مشكل في التمويل، و الأمر يتوقف كذلك على نوع المخدر المتعاطى، فالمخدرات القوية ثمنها باهض ولا يكفي الراتب الشهري إلى تغطية مصاريف المخدرات، وبالتالي يلجأ المعني بالأمر في كثير من الأحيان إلى بيع المخدر من أجل توفير جرعته اليومية. كما أن هناك 11.02% من المتعاطين من صرحوا بأنهم يلجأون إلى السرقة حتى يوفروا النقود لشراء المخدرات، وهؤلاء المتعاطون وصلوا إلى مرحلة من التعاطي متقدمة بحيث أنهم يعرضون أنفسهم إلى ملاحقات أمنية مقابل الحصول على المخدرات بأيّة طريقة كانت حتى ولو كلفهم ذلك الدخول إلى السجن، وهذا ما اكتشفناه عند تنقلنا إلى مصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية، حيث تعرض عدد كبير من المدمنين الذين التقيناهم إلى ملاحقات قضائية بسبب السرقة التي لها علاقة مباشرة بالمخدرات، وهذا ما يؤكد العلاقة الارتباطية بين تعاطي المخدرات والجريمة بصفة عامة والانحراف على وجه الخصوص، فتعاطي المخدرات يؤدي بالتعاطي إلى مخالفة القانون بارتكابه أعمال كالسرقة والدعارة وغيرهما من الجرائم للحصول على المال لتوفير الجرعات اليومية اللازمة.

5- المشاكل التي تعرض لها متعاطو المخدرات: أظهرت نتائج الدراسات الميدانية: أن هناك مشاكل تعرض لها متعاطو المخدرات بسبب تعاطيهم للمخدرات. حتى وإن أحجم نحو 57.97% من المتعاطين عن الإجابة عن هذا السؤال، ويرجع ذلك إلى أن أغلبية المتعاطين 72% كان تعاطيهم (مرة في العمر أو بالمناسبات أو مرة واحدة في الشهر)، وبالتالي فأغلبية المتعاطين كان تعاطيهم إما استكشافياً أو بالمناسبات، أي أنهم لم يصلوا بعد إلى مرحلة التعاطي بانتظام، وهذا ما جعلهم ربما في منأى عن المشاكل التي يتعرض لها المتعاطون بانتظام أو المدمنون، حيث عادة وبعد مرور فترة معينة (وهي فترة الإحساس بالمتعة واللذة) من التعاطي يبدأ المتعاطي يشعر ببعض المشاكل بسبب المخدرات، وكلما استمر في التعاطي كلما كبرت وتنوعت المشاكل، وتأتي منطقة الشرق على رأس المناطق من حيث عدد المتعاطين الذين لم يجيبوا على هذا السؤال بنسبة 73.68%. و صرح نحو

12.32% بأنه كانت لهم مشاكل اجتماعية بسبب المخدرات، وتتمثل هذه المشاكل الاجتماعية بالدرجة الأولى في المشاكل مع الأسرة، فالمتعاطون للمخدرات يتعرضون للمضايقات من طرف الأسرة عندما تعرف هذه الأخيرة أن ابنها يتعاطى المخدرات وتسوء العلاقات بين الإبن والوالدين مما يؤدي بهذا الأخير إلى هجران البيت العائلي ويقصده فقط للنوم أو الأكل أو بحثا عن المال لشراء المخدرات، ويصل الأمر إلى حد الطلاق إن كان المتعاطي متزوج. كما تتمثل هذه المشاكل الاجتماعية في الشجار مع الناس، وهناك من يتعرض إلى السب والشتم و حتى نظرة ازدراء من طرف العائلة وهذا يدخل في إطار نظرية الوصم، أين يلقب المتعاطي بالمدمن (مدروقي Drogué) فنعته بالصفة القبيحة تجعله ينفر من هذا المحيط ولا يساعده هذا بطبيعة الحال الإقلاع عن التعاطي. ويأتي بعدها الذين صرحوا بأن المخدرات سببت لهم مشاكل نفسية بنسبة 7.25%، وتتمثل أساسا هذه المشاكل في القلق والنسيان واضطرابات نفسية، وكما هو معلوم أن تعاطي المخدرات وعلى رأسها الكيف والمؤثرات العقلية تسبب القلق وفي بعض الأحيان الهلوس، كما يسبب تعاطي الكيف (حيث يأتي الكيف على رأس المخدرات الأكثر تعاطيا حسب نتائج هذه الدراسة) المستمر لفترات طويلة الوسواس والشعور بالخوف، وقد توصل العلماء إثر التجارب الإكلينية على مجموعة من المشاكل النفسية التي يتعرض لها متعاطو الكيف، منها : اضطراب الإدراك الحسي (الذي يزول بزوال مفعول المخدر)، اختلال الشعور بالزمن والمسافة، و غيام الشعور (الخلط العقلي) وهو الغموض في إدراك الأشياء أو الأصوات، تضخم الشعور بالذات، الشعور بالانفصال، اضطراب التفكير، اضطراب الوجدان، التعب، والجنون الحاد. كما توصل عدد من العلماء إلى العلاقة الارتباطية القوية بين التعاطي المستمر والمزمن للقنب و حالات الفصام. وهناك نحو 6.52% صرحوا بأنه كانت لهم مشاكل مع أجهزة مكافحة المخدرات، حيث يتعرض المتعاطي للمضايقات من طرف هذه أجهزة الأمن ويصل الأمر إلى غاية الحبس أو المتابعة القضائية، وخصوصا وأن القانون الجزائري أصبح صارما فيما يخص جرائم المخدرات، سواء تجارة المخدرات أو الحيازة والتعاطي. ومع ذلك يسمح هذا القانون للقاضي بتحويل المعني بالأمر أي المتعاطي إلى مصالح علاج

الإدمان عوض الحبس. ويوجد 5.07% من صرح بأنه انعزل عن المجتمع، وهذا يعود إلى التركيبة الفارماكولوجية لبعض المواد المخدرة، فهناك من المخدرات من تساعد الشخص على الاندماج الاجتماعي و تجعله يشعر بالراحة وتزول عنه كل علامات الخجل والتردد ويصبح منفتح على الآخرين وعلى رأس هذه المواد المخدرة المهلوسات، ولكن بمجرد زوال مفعول المخدر ينغلق المتعاطي على نفسه، ومع التعاطي المستمر لهذه المواد يزول تدريجيا كل الشعور الذي كان يشعر به المتعاطي في بداية التعاطي، ومن ثم يصبح المتعاطي أكثر انعزالا عن المجتمع، فلا يمكنه التواصل مع الأسوياء (غير المتعاطين) فيصبح همه الوحيد هو التواصل مع المدمنين وتجار المخدرات الذين يوفرون له جرعته اليومية. كما يمكن القول أن تعاطي المخدر هو في حد ذاته إنعزال عن المجتمع بصفة إرادية، فالتعاطي عموما هو سلوك انحرافي مذموم ترفضه الأعراف و القوانين والشرائع، وهو خروج عن الضوابط الاجتماعية، فمادام المتعاطي مستمرا في تعاطيه فهو يخرج نفسه بنفسه من دائرة الأشخاص الأسوياء في المجتمع، فالمخدر أو المادة النفسية هي بمثابة رمز للقطيعة والهروب من الواقع، بل هي إنكار الواقع، فهناك من يلجأ إلى إنكار الواقع بطريقة هادئة عن طريق المهدئات والمنومات، وهناك من يعبر عن قطيعته مع المجتمع عن طريق المنشطات أو المنبهات، وهناك من يلجأ إلى المهلوسات كطريقة تعبيره عن رفضه للواقع. و 5.07% صرحت بأنها تعاني من مشاكل صحية بسبب المخدرات، وتتمثل هذه المشاكل عموما في الربو والصداع و قلة النوم. أما 4.35% منهم فصرحوا بأن المخدرات كانت سببا في تسربهم المدرسي، وقد أكدت عدة دراسات أن تعاطي المخدرات من بين الأسباب الرئيسية للتسرب المدرسي. وسردت سارة لوسون بعض العلامات والتغيرات الوجدانية والسلوكية التي توحى بأن الابن يتعاطى المخدرات ، منها ⁽¹⁾:

-تقلب مفاجئ في الحالة المزاجية بصفة منتظمة وواضحة؛

⁽¹⁾سارة لاوسون. كل ما يجب أن يعرفه الآباء عن المخدرات. مرجع سابق ، ص65.

- ظهور بعض الأفعال العدوانية غير المعتادة؛
- التوقف عن ممارسة بعض الأنشطة التي كانت مثار اهتمام الابن في الماضي؛
- تغير النمط الغذائي وفقدان الشهية للطعام؛
- الشعور بالكسل والخمول والميل إلى قضاء أوقات طويلة في الفراش؛
- كثرة الغياب عن المنزل والعودة إليه في ساعات متأخرة والدخول والخروج من المنزل خلسة، وحب الانفراد في الجلوس،
- الإهمال في مظهره الخارجي والفوضى في ترتيب؛
- كثرة الغياب عن المدرسة أو مركز العمل، وأحياناً الانقطاع التام،
- الحاجة الدائمة والملحة للمال، وكثرة طلبه،
- التصاق تام ببعض الأصدقاء سيما الجدد منهم، والابتعاد عن الأصدقاء القدامى،
- فقدان بعض مقتنيات الأسرة، خاصة الثمينة منها كالذهب والأجهزة الكهرومنزلية،
- ممارسة بعض أنماط السلوك المنحرف،

وفي الأخير هناك نسبة قليلة 1.45% من المتعاطين من يعانون من مشاكل مالية بسبب تعاطيهم للمخدرات، وتتمثل المشاكل المالية في عدم قدرة المتعاطي شراء المخدرات وكثرة الديون، وفي كثير من الأحيان لا يستطيع تلبية حاجياته الأخرى سواء من المصروف الشهري أو المرتب الشهري، وخصوصاً عندما يتعلق الأمر بتعاطي المخدرات القوية كالهروين والكوكايين وأقراص السويتكس التي شاع تعاطيها بين الشباب في السنوات الأخيرة، حيث تكلف الجرعة اليومية للمتعاطي من 4000 دج إلى 8000 دج لتصل في بعض الأحيان في حالة ندرة المادة المخدرة إلى غاية 16000 دج. ولقد مكنتنا التنقلات الميدانية لمستشفى فرانتر فانون للوقوف عند بعض الحالات التي صرحت أنها وصلت إلى حد بيع سياراتها الخاصة من النوع الرفيع من أجل إقتناء المخدرات، فحتى الموظفون الذي لهم أجرة مرتفعاً، بل حتى التجار الكبار المدمنين على المخدرات لا يستطيعون توفير المال بصفة دائمة لشراء المخدرات القوية، فالتاجر المدمن لا يصبح محل ثقة، ويفضل الممولون عدم التعامل معه بسبب الديون المتراكمة عليه لأنها أنفقها على المخدرات، ويصل به الأمر إلى درجة الإفلاس، وقد وقفنا على مثل هذه الحالات في المستشفى المذكور.

6- التوقيف من قبل رجال الأمن: لقد بينت نتائج الدراسة الميدانية بخصوص توقيف المتعاطي من طرف مصالح الأمن ما يلي:

نحو 60.63 % صرحوا بأنهم لم يتعرضوا للإيقاف من طرف مصالح الأمن، وفضل 19.77 % عدم الإجابة على هذا السؤال. بينما صرح 19.69 % منهم بأنه قد تم توقيفهم من قبل مصالح الأمن، فكانت أغلب أسباب التوقيف لها علاقة بالمخدرات من الحيازة والشجار إلى غيرها من المشاكل التي تسببها المخدرات والعقاقير المهلوسة. وحتى نفهم المشكلة بشكل واضح، قمنا بمقارنة بين المتعاطين والأسوياء لهذا البند. فأظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن هناك فرقا شاسعا بين الفئتين بالنسبة لتوقيفهم من طرف مصالح الأمن، فبينما وصلت نسبة الذين تم إيقافهم من طرف مصالح الأمن من الأسوياء 1.42 %، نجد أنها وصلت عند المتعاطين نسبة 19.69 %، وهذا ما يؤكد أن للمخدرات دورا واضحا في تعرض المتعاطي للتوقيف من قبل رجال الأمن أو المتابعة القضائية. وحتى أن الأسوياء الذين صرحوا بأنهم تعرضوا للتوقيف من قبل مصالح الأمن كان أغلبهم بسبب مخالفة قوانين المرور وليس بسبب السرقة أو جنح أخرى. بينما جل الذي صرحوا بأنهم تم توقيفهم من المتعاطين من قبل مصالح الأمن كان إما بسبب حيازتهم المخدرات أو السرقة لشراء المخدرات، أو الشجار أو أعمال مخلة بالحياء تحت تأثير المخدرات.

أما أسباب التوقيف فيما يخص المتعاطي، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى الآتي:

أن أغلب الذين تم توقيفهم 46.67 % كان بسبب حيازة المخدرات، أي أن هذا التوقيف كان سببه الرئيسي وبشكل مباشر المخدرات، كما صرح 20 % منهم أنه تم توقيفهم بسبب السرقة، وتتمثل السرقة هنا من أجل توفير المال لشراء المخدرات، ويأتي في المقام الثالث الذين تم القبض عليهم من طرف أجهزة مكافحة المخدرات بنسبة 13.33 % بتهمة المتاجرة بالمخدرات، ويعود السبب الرئيسي إلى لجوء هذه الفئة إلى المتاجرة بالمخدرات هو ضمان جرعاتهم اليومية بعدما تمكنت المخدرات منهم، فهم أصبحوا لا يستطيعون الاستغناء عنها من جهة، ومن جهة أخرى أنهكتهم

الديون ومصاريف المخدرات فلم يجدوا مخرجا سوى اللجوء إلى المتاجرة بالمخدرات، وهذا ما يسعى إليه بارونات المخدرات من أجل ترويج سلعتهم في سوق التجزئة غير الشرعية. كما أنه هناك 10% من الذين أوقفوا من طرف مصالح الأمن بسبب المشاجرة، فالخمر والأقراص المهلوسة تؤدي بالمتعاطي إلى السلوك العدواني والاحساس بالقلق والشعور بالاضطهاد، وهذا ما يؤدي في كثير من الأحيان إلى التعبير عن آراءهم وأفكارهم وانشغالاتهم بشكل عنفي اتجاه الآخرين، فهم يخاصمون لأنفسه الأسباب. جاء في تقرير وزارة العدل الأمريكية أنه توجد علاقة بين تعاطي المخدرات والاتجاه نحو ارتكاب جرائم العنف وإن العودة إلى ارتكاب جرائم السرقة البسيطة وجرائم البغاء (من أجل توفير مصدر مالي لشراء المخدرات) تعد نتيجة حتمية للتعاطي⁽¹⁾. وفي دراسة قام بها بلومر (Blumer) أن الشباب الذي يتعاطى الماريجوانا يميل إلى ارتكاب جرائم وأفعال لا اجتماعية⁽²⁾. كما أبرزت دراسة كل من إيكاردي (Icardi) وشامبرز (Chambers) التي طبقت على 280 متعاطيا للمخدرات في ولاية نيويورك، أنهم جميعا قد ارتكبوا أفعالا إجرامية وأن 79 % منهم لديهم سوابق إجرامية، وقد ارتكب 93 % منهم جرائم الاعتداء على المال وأن 63 % منهم من هم في سن صغير (13-16) سنة⁽³⁾.

أما الذين أوقفوا بسبب مخالفة قانون المرور فقد وصلت نسبتهم إلى 6.67%، ورغم أن جميع الدراسات الميدانية المتعلقة بحوادث المرور في أوروبا وأمريكا وكندا وكثير من دول العالم أثبتت العلاقة الارتباطية القوية بين تعاطي المخدرات وخصوصا الخمر والقنب، إلا أننا لا نستطيع الجزم أن هذه المخالفات لها علاقة مباشرة بتعاطي المخدرات، وخاصة وأن البحوث الميدانية في هذا المجال مازالت متأخرة نوعا ما وهذا على الرغم من احتلال الجزائر مكانة متقدمة على المستوى الدولي فيما يخص حوادث المرور. وأخيرا يوجد نسبة 3.33 % من المتعاطين تم توقيفهم بسبب حالة سكر، ولو أن هناك وسائل متطورة لدى أجهزة

(1) US Departement of Justice. Drugs usage and arrears charges: a study of drugs and arrest charges among arrestees in six metropolitan areas in USA. N.Y, Dec, 1981. www.ncjrs.gov. Consulté le 23/10/2011.

(2) محمد، إبراهيم. علم الإجرام والسلوك الإجرامي. مرجع سابق، ص. 282.

(3) J., Icardi.; C., Chambers; and C.Rug. Criminal Justice System. London, Kegan Paul, 1974, P.11.

الأمّن لكانت النسبة أكبر من هذه بكثير، وهذا باكتشاف تعاطي كل من القنب والمؤثرات العقلية وحتى الهيروين والكوكايين.

وقد بينت عدة دراسات أن الذين يتم القبض عليهم من المراهقين نسبة كبيرة منهم متورطة في جرائم المخدرات، فقد أظهرت الإحصائيات أن 22 % من الصبيان يقفون أمام محاكم الأحداث وأن أكثر أنواع الجنوح هو السطو، التشرد، جرائم التزوير، وقد تبين من خلال تحليل الأسباب أن هناك عوامل اجتماعية وأخرى تتصل بنوعية المخدر المتعاطى⁽¹⁾. كما أشار كل من وايت (White) و فاستا (Vasta) إلى أن نسبة الجريمة قد ارتفعت بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة إلى 34.8% في الأعوام من 1960 و 1979، وذلك بسبب تعاطيهم للمخدرات، مما أثر سلباً على أسرهم وعلى المجتمع الذي يعيشون فيه⁽²⁾. كما أظهرت دراسة أجريت في مدينة واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية على 4182 حالة من المراهقين لهم مشاكل مع العدالة. وبعدها أجريت لهم تحاليل طبية على البول (Urine) أن 35% منهم ظهرت التحاليل إيجابية، أي أنهم تعاطوا الكوكايين، الماريجوانا، الأفيونات، وب س ب (pcp)، وهذه الأخيرة هي الأكثر تعاطياً بنسبة 27% من مجموعة العينة، وأظهرت الدراسة أن كلما تقدمت المجموعة المبحوثة في السن كلما كانت نتائج التحاليل إيجابية. ففي سن 14 سنة، أقل من مراهق واحد على خمسة (17%) وجد أثر المخدر في بوله، أما عند 17 سنة، وجد شابين في كل خمسة شباب به أثر المخدر في البول، أي نسبة 40%⁽³⁾. ولقد لوحظ في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين 37% إلى 43% من المراهقين الذين تم اعتقالهم، يحملون أثر المخدرات في بولهم⁽⁴⁾. ونجد أن نسبة تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات قوية نسبياً عند

(1) N., Toder; and Baric, J. "Ego identity status and response to conformity pressure in college women". Journal of Educational Research, 64(1973) : pp.165-168.

(2) E.R., Vasta; and White G. Child behavior. Boston: Houghton Mifflin Company, 1977, P.468.

(3) In M. TONRY and J. WILSON (Eds.) Drugs and Crime. Chicago: University of Chicago Press, 1990, pp 321-392.

(4) R., Dembo; et al. "Further examination of the association between heavy marijuana use and crime among youths entering a juvenile detention center". Journal of psychoactive drugs, 19(4), (1987): pp 361-373.

الأحداث المقبوض عليهم⁽¹⁾. ومن جهة أخرى نلاحظ أنه عند فئة المراهقين عدد المخالفات مرتفع لدى متعاطي الكوكايين والهيروين مقارنة بغير المتعاطين⁽²⁾.

وعند مقارنة الناجحين في تجربة الإقلاع عن التعاطي والمنتكسين، نجد أن نسبة المنتكسين أعلى من نسبة الناجحين فيما يخص تعرضها للقبض من طرف مصالح الأمن. وبخصوص سبب التعرض للقبض، تظهر حيازة المخدرات عند الناجحين في الإقلاع عن التعاطي 56.25% أعلى بكثير من المنتكسين 30%، أما المتاجرة بالمخدرات فكان الفرق واضحاً بين الفئتين، فبلغت النسبة عند فئة المنتكسين 30%، بينما بلغت عند الناجحين 18.75%، وهذا ما يؤكد أن المتاجرة بالمخدرات من المؤشرات على بلوغ المتعاطي مرحلة متطورة من التعاطي أدت به الظروف إلى المتاجرة بالمخدرات لتأمين جرعاته اليومية، كما أن المتاجرة بالمخدرات لا تشجع المتعاطي عن الإقلاع عن التعاطي، بل سيزداد تعاطياً مع مرور الوقت. وتظهر نتائج الدراسة الميدانية أن السرقة تتفرد بها الفئة المنتكسة، وهذا لتأمين جرعاته اليومية، فبعد إنقطاع السبل على المتعاطي يلجأ إلى السرقة كحل من الحلول للحصول على النقود لشراء المخدرات. بينما نجد أن الذين نجحوا في الإقلاع عن التعاطي لم يلجأوا إلى السرقة، بل أن هناك منهم كما رأينا آنفاً توقف عن التعاطي بسبب عدم وفرة الأموال ولم يلجأ إلى السرقة كما هو ملاحظ عند الفئة الأخرى، وتعتبر السرقة في حد ذاتها كمؤشر هام من المؤشرات التي تدل على أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى الجريمة بصفة عامة وإلى السلوك الانحرافي على وجه الخصوص. كما أن ظاهرة المشاجرة والتي تؤدي في بعض الأحيان إلى التعرض إلى القبض من طرف مصالح الأمن كما هو الحال في هذه الدراسة، نجدها أنه عالية عند فئة المنتكسين مقارنة مع فئة الناجحين في الإقلاع. أما التوقيف في حالة سكر و مخالفة القانون فهي منحصرة فقط عند فئة الناجحين في الإقلاع عن التعاطي.

⁽¹⁾ R., Dembo; Wilams, L.; and Schneidler, J. "Drug abuse among juvenile detainees". the annals of the American academy. (1992): pp 28-41.

⁽²⁾ S. Eliot, Delbert; David, Huizinga.; and Susanne S. Ageton. Explaining delinquency and drug abuse. Beverly Hills: Sage, 1985, p123.

وعموما ما يمكن قوله، أن القبض على المتعاطين من قبل مصالح الأمن يمكن أن يكون دافعا قويا للإقلاع النهائي عن التعاطي، فالجانب الأمني كما أن له دورا قمعيا في الحد من العرض، فله دورا كبيرا كذلك في الحد من الطلب، وذلك عن طريق القبض على المتعاطين، ولهذا نجد القانون الجزائري يحاول أن يجعل لأجهزة مكافحة المخدرات دورا محوريا ضمن سلسلة من السياسة الوقائية، حيث نجد أن هناك عددا كبيرا من المتعاطين والمدمنين يتم تحويلهم إلى مصالح علاج الإدمان عوض تحويلهم إلى السجون، وهذا سعيًا من السلطات المعنية إخراج أكبر عدد ممكن من المتعاطين من دائرة التعاطي وإدماجهم من جديد في المجتمع، وخصوصا وقد تبين مع مرور الزمن أن السجون أصبحت تكون مجرمين محترفين.

التساؤل الثامن: والخاص بعلاقة تدخين التبغ وتعاطي المخدرات

1- التدخين عند أفراد العينة وبعض المتغيرات الشخصية: بعدما تطرقنا في الأسئلة السابقة لوجود التعاطي وبيع المخدرات لدى زملاء الدراسة وأقارب المبحوثين، وهذا لمعرفة المحيط الذي يعيش فيه المبحوث وعلاقته بالمخدرات، من جهة وكذلك لتمهيد واستدراج المبحوث إلى أسئلة أكثر خصوصية تخص المبحوث في حد ذاته. وكما توصلت إليه جل التجارب والدراسات إلى دور التدخين في تحضير المدخن إلى تعاطي المخدرات، والذي يعتبر بوابة التعاطي، يعتبر هذا السؤال ذا أهمية بالغة لمعرفة مدى انتشار ظاهرة التدخين عند أفراد عينة الدراسة. وعليه وصلت النسبة المئوية للمدخنين في عينة الدراسة إلى 21.61%. حتى ولو أن النسبة الإجمالية أقل بكثير من نتائج الدراسة التي أجريت في فرنسا عام 2011، أين صرح نحو 63 % من مراهقين في السن 15-16 بأنهم سبق لهم وأن تعاطوا التبغ على الأقل مرة واحدة في حياتهم⁽¹⁾، إلا أن النسبة المذكورة أنفا تبعث على القلق، وخصوصا إذا علمنا أن التبغ المستهلك في الجزائر ذو نوعية رديئة وغير خاضع للمراقبة، حيث

⁽¹⁾ Stanislas, Spilka; and Olivier Le Nézet. L'enquête European School Survey Projetc On Alcohol and Other Drugs (ESPAD)2011. OFDT. 31 mai 2012. www.ofdt.fr. Consulté le 11/12/2012.

97% من التبغ المستهلك في الجزائر مستورد، و يدخل إلى التراب الوطني عن طريق التهريب، وبالتالي فهو أخطر بكثير من التبغ المستهلك في أوروبا.

وتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 26.35%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 22.31%، ثم منطقة الوسط بنسبة 20.26%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 18.75%.

أما التعاطي حسب الجنس، فبيّنت الدراسة أن هناك 32.62% من الذكور و 7.74% من الإناث من دخن أو ما يزال يدخن التبغ.

أ- **العمر عند بداية التدخين:** أما العمر عند بدء التدخين، لدى أفراد عينة الدراسة، فهو موزع كالتالي:

- 51.83 % بدأوا التدخين في السن من 15 إلى 19 سنة،
- 29.27 سنة بدأوا التدخين في السن أقل من 15 سنة
- 15.24 % بدأوا التدخين من 20 إلى 24 سنة
- 3.05 % بدأوا التدخين من 25 إلى 29 سنة.
- 0.61 % بدأوا التدخين في السن 30 سنة فما فوق.

وهكذا يتضح أن نسبة كبيرة من المدخنين بدأت تعاطي التبغ في السن من 15 إلى 19 سنة، وهذه الفئة تخص بداية التعليم الثانوي، ثم تأتي في المرتبة الثانية الفئة العمرية الأقل من 15 سنة، أي أن هناك نسبة معتبر من المدخنين بدأت التدخين في سن مبكرة أي في عمر المدرسة الابتدائية والمتوسطة. ثم مع التقدم في العمر تتناقص فرص بداية تعاطي التبغ، ومنه يتبين أنه إذا استطاع الشاب تجاوز مرحلة المراهقة دون تجربة التدخين، يكون أكثر حظا من غيره في اجتناب تعاطي التبغ بعد هذه المرحلة. حتى أنه إذا جربه بعد هذه المرحلة يسهل عليه التوقف والامتناع عن الاستمرار.

أما إذا قمنا بمقارنة عمر بداية التدخين حسب المنطقة، فيكون كالتالي:

- الفئة العمرية من 15 إلى 19 سنة: تنصدر منطقة الجنوب القائمة بنسبة 70.37%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 60%، ثم منطقة الوسط بنسبة 47.62%، ثم منطقة الغرب بنسبة 40.91%.

- الفئة العمرية الأقل من 15 سنة : تأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 34.92%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 30%، ثم منطقة الغرب بنسبة 25%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 22.22%.
- الفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة: تحتل منطقة الغرب الصدارة بنسبة 22.73%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 15.87%، ثم منطقة الشرق بنسبة 22.73%، وأخيرا منطقة الجنوب بنسبة 7.41%.
- الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة: تأتي منطقة الغرب الأولى في هذه الفئة بنسبة 9.09% ثم منطقة الوسط بنسبة 1.59%.
- أما الفئة العمرية من 30 فما فوق، فهي منحصرة في منطقة الغرب بنسبة 2.27%.

ومن خلال ما سبق يتبين أن: منطقة الوسط تتميز عن باقي المناطق ببداية التدخين في سن مبكر. أما منطقة الغرب فتتميز ببداية التدخين في سن متأخرة نسبيا مقارنة بباقي المناطق. أما عن منطقة الجنوب فما يميز مدخنين هذه المنطقة أنهم يبدءوا معظمهم تعاطي التبغ في مرحلة الثانوية.

ب- مناسبة بداية التدخين: إن معظم المدخنين استجابوا لضغوط الآخرين عند بداية تدخينهم للتبغ، وعلى رأسهم جماعة الرفاق بنسبة 53.66%. مع ذلك هناك نسبة لا بأس بها من هذه العينة تتحمل المسؤولية المباشرة عن دخولها عالم التبغ عن طريق الفضول بنسبة 26.83% أو عن طريق التقليد بنسبة 6.10%. كما يوجد نسبة 12.80% الذين صرحوا بأن ذلك كان تحت مشاكل نفسية. وهكذا يمكننا ترتيب ظروف بدء التدخين لدى أفراد العينة كما يلي:

✓ تحت ضغط جماعة الرفاق،

✓ الفضول،

✓ لمواجهة مشاكل نفسية،

✓ التقليد،

✓ الرحلة

وعند مقارنة مناسبة بداية التدخين بين المناطق، نلاحظ ما يلي:

- جماعة الرفاق: تشكل جماعة الرفاق أحد أهم أسباب بداية تعاطي التبغ لكل المناطق، إلا أن منطقة الجنوب تأتي في المقدمة بنسبة 70.37%، ثم منطقة الوسط بنسبة 57.14%، ثم منطقة الغرب 47.73%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 40%، وهذا مايوحى بأن جماعة الرفاق لمنطقة الجنوب لها تأثير بالغ الأهمية على أعضائها مقارنة بباقي المناطق.

- الفضول: يلعب الفضول وحب الاستطلاع دورا مهما ودافعا قويا لبداية التدخين، حيث بينت الدراسة، أنه يأتي في المرتبة الثانية، وتأتي منطقة الشرق في أولى مراتب هذا البند بنسبة 36.67%، ثم منطقة الغرب بنسبة 27.27%، ثم منطقة الوسط بنسبة 23.81%، ثم منطقة الجنوب بنسبة 22.22%.

ت- عدد السجائر التي يتم تدخينها يوميا : بينت الدراسة أن هناك نسبة كبيرة وصلت إلى 29.88% مدمنون على التبغ، كونهم يدخنون أكثر من علبة في اليوم. وهناك 20.73% من الطلبة المدخنين من يدخن من 10 إلى 14 سيجارة يوميا، ويأتي تدخين لأقل من 5 سجائر يوميا في المرتبة الثالثة بنسبة 20.12%، ثم يأتي بعدهم من يدخن من 5 إلى 9 سجائر يوميا بنسبة 18.90%، وأخيرا يليهم من يدخنون من 15 إلى 19 سيجارة في اليوم بنسبة 10.37%.

وعند مقارنة نسب عدد السجائر المدخنة يوميا حسب المناطق، فيمكن ترتيبها كالتالي:

- أكثر من 20 سيجارة يوميا: الوسط 38.10%، الجنوب 33.33%، الشرق 20.45%، الغرب 20.45%.
- من 15 إلى 19 سيجارة يوميا : الشرق 13.33%، الوسط 11.11%، الغرب 9.09%، الجنوب 7.41%.
- من 10 إلى 14 سيجارة يوميا: الجنوب 37.04%، الشرق 20.45%، الوسط 19.05%، وأخيرا الشرق 10%.

- من 5 إلى 9 سجائر يوميا : الغرب 34.09%، ثم الجنوب 14.81%، ثم الوسك 14.29%، وأخيرا الشرق 10%.
 - أقل من 5 سجائر يوميا: الشرق 43.33%، ثم الوسط 17.46%، ثم الغرب 15.91%، وأخيرا الجنوب 7.41%.
- وإذا أخذنا تدخين أقل أو أكثر من 10 سجائر يوميا كمقياس لتدخين التبغ،
يمكن ترتيب المناطق على الأساس التالي :

تدخين لأكثر من 10 سجائر يوميا:

- الجنوب 89.47%
- الوسط 79.49%
- الشرق 66.67%
- الغرب 52.38%

تدخين لأقل من 10 سجائر يوميا:

- الغرب 47.62%
- الشرق 33.33%
- الوسط 20.51%
- الجنوب 10.53%

2- تدخين السجائر عند متعاطي المخدرات: بينت الدراسة الميدانية أن هناك 74.02% من مجموع المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم يدخنون التبغ، وبالتالي تعتبر نسبة هامة ولها دلالة قاطعة على دور التدخين في تمهيد صاحبه إلى دخول عالم المخدرات، فهو يعتبر بوابة حقيقة ومن الداعمات القوية لتعاطي المخدرات. فعند بداية تعاطي التبغ في سن مبكرة كأن المراهق يقوم بتكسير حاجز نفسي مهم يساعده فيما بعد إلى تجريب ما هو أخطر من التبغ (ويبقى على الرغم من ذلك التبغ هو أكثر المخدرات خطورة لما يسببه من أضرار صحية و عدد الوفيات المسجلة بسببه على المستوى العالمي سنويا أكثر

دليلا على ذلك). وعليه يتبين أن هناك علاقة قوية بين التدخين وتعاطي المخدرات.

أما مقارنة نسب تدخين التبغ بين المناطق، فهي مرتبة كالاتي:

الجنوب : 95%

الغرب : 76.67%

الوسط : 70.69%

الشرق : 57.89%

أ- سن بداية تدخين التبغ عند متعاطي المخدرات: حسب الدراسة الميدانية،

يتوزع سن بداية التدخين كالاتي :

54.26% من 15 إلى 19 سنة

29.79% اقل من 15 سنة

13.83% من 20 إلى 24 سنة

2.13% من 25 إلى 29 سنة

عند مقارنة سن بداية التدخين بين المتعاطين وغير المتعاطين، يظهر جليا أن بداية التدخين عند المتعاطين للمخدرات لأقل من 15 سنة تفوق بكثير تلك الموجودة عند فئة غير المتعاطين، فقد وصلت عند المتعاطين 29.79%، بينما كانت عند غير المتعاطين 15.56%. وهكذا يتبين أنه كلما بدء الشاب التدخين مبكرا كلما سهل عليه تجريب المخدرات فيما بعد.

ب- ظروف بداية تدخين التبغ عند متعاطي المخدرات: أوضحت الدراسة

الميدانية أن أغلب المبحوثين المتعاطين للمخدرات بدعوا تدخين السجائر تحت تأثير جماعة الرفاق بنسبة 43.37%، ثم يأتي الفضول في المقام الثاني بنسبة 34.94%، كما صرح نحو 10.84% منهم أن بداية تدخين التبغ كان بسبب مشاكل نفسية، و 8.43% كان نتيجة التقليد، وأخيرا هناك 2.41% كان بسبب الرحلة.

أما إذا قارنا ظروف بداية التدخين بين المتعاطين و الأسوياء، يظهر جليا أن الفرق يكمن في جماعة الرفاق، فبينما تحتل جماعة الرفاق الصدارة بنسبة 43.37% في الضغط على الشاب لبداية التدخين، نجدها تحتل المرتبة الثانية عند غير

المتعاطين بنسبة 27.78% وهي في نفس المستوى مع ضغوط المشاكل النفسية. ونشير أن الفضول يأتي في المقام الأول عند غير المتعاطين كسبب في بداية التدخين. وهكذا يتبين أن بداية التدخين عند أغلب متعاطي المخدرات كان بسبب خارجي أي محيط المبحوث، أما بداية التدخين عند أغلبية الأسوياء كان بسبب داخلي وبرغبة من المبحوث نفسه.

ج- **عدد السجائر المدخنة يوميا عند المتعاطين للمخدرات:** من خلال الدراسة الميدانية يتبين أن عدد السجائر المدخنة يوميا عند المتعاطين للمخدرات هو كالاتي: أن عددا كبيرا من المتعاطين للمخدرات المدخنين يستهلكون أكثر من علبة من السجائر يوميا بنسبة 42.05%، ثم يليهم 22.73% منهم الذين يدخنون من 10 إلى 14 سيجارة يوميا، ويأتي في المرتبة الثالثة الذين يدخنون أقل من 5 سجائر يوميا بنسبة 14.77%، ويأتي بعدهم الذين يدخنون من 5 إلى 9 سيجارة يوميا بنسبة 11.36%، ويأتي في المقام الأخير الذين يدخنون من 15 إلى 19 سيجارة يوميا بنسبة 9.09% .

وعند مقارنة عدد السجائر المدخنة يوميا بين المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين، يظهر أن الفرق الجوهري يكمن في التدخين لأقل من 5 سجائر يوميا وأكثر من علبة في اليوم، فعند غير المتعاطين، هناك 31.82% يدخنون أقل من 5 سجائر يوميا، بينما عند المتعاطين فهناك 14.77% يدخنون أقل من 5 سجائر يوميا. بينما العكس عند بند تدخين أكثر من علبة سجائر يوميا، حيث هناك 42.05% من المتعاطين من يدخن أكثر من علبة سجائر يوميا، بينما هناك 15.91% فقط عند غير المتعاطين من يدخن أكثر من علبة يوميا. وعلى هذا الأساس يتبين أن نسبة كبيرة من المتعاطين للمخدرات يدمنون على تدخين التبغ، بينما غير المتعاطين للمخدرات فهناك نسبة معتبرة من يدخنون التبغ بصفة معتدلة نوعا ما إذا ما قارناهم بغيرهم من المتعاطين.

د- **الإقلاع عن تعاطي المخدرات وتدخين السجائر:** أظهرت الدراسة الميدانية أن الإقلاع عن تعاطي المخدرات ينجح أكثر عند غير المدخنين منه عند المدخنين. حيث أن كل المنتكسون الذين لم ينجحوا في التوقف النهائي عن تعاطي

المخدرات بعد محاولتهم كانوا يدخنون التبغ. بينما هناك نسبة 75.71% من المتعاطين الذين نجحوا في الإقلاع عن التعاطي هم مدخنون. كما أن المنتكسين بدءوا التدخين في سن مبكر 50% أقل من 15 سنة، و50% من 15 إلى 19 سنة. أما بالنسبة لفئة المتعاطين للمخدرات الذين نجحوا في الإقلاع النهائي عن التعاطي، بدأ أغلبهم التدخين في الفئة العمرية من 15 إلى 19 بنسبة 60.38%. ومنه يمكن القول أنه كلما كان بداية تدخين التبغ في سن مبكر كلما صعب على متعاطي المخدرات الإقلاع عن التعاطي.

وبخصوص الفرضية الرابعة التي تقترح أن الظروف التي تساعد على بدأ والاستمرار في تعاطي المخدرات هي التدخين، فالطالب المدخن يكون أكثر عرضة من غيره في المجموعات الهشة إلى دخول عالم المخدرات. فقد تحققت من خلال نتائج الدراسة الميدانية، حيث تبين أن هناك نسبة كبيرة من المتعاطين كانوا يدخنون السجائر قبل بداية تعاطيهم المخدرات، كما أن الذين لم ينجحوا في تجربة الإقلاع عن المخدرات كلهم يدخنون التبغ.

التساؤل التاسع: ويتعلق بالوازع الديني ودوره في اجتناب التعاطي والإقلاع عنه.

1- **الحكم الشرعي لتعاطي المخدرات حسب المتعاطين للمخدرات:** عند سؤال المبحوثين المتعاطين للمخدرات عن الحكم الشرعي لتعاطي المخدرات، أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن الأغلبية صرحوا بأنها حرام بنسبة 69.29%. كما أن هناك 12.60% منهم يرون أنها مكروهة، والمكروه في الفقه الإسلامي هو العمل الذي يُثاب تاركه - امتثالا - ولا يأثم فاعله. و هناك 3.15% يعتبرونها حلالا أي أن تعاطيها لا يعتبر مخالفة شرعية. وصرح 10.24% منهم أنه ليست لهم دراية بالموضوع، وذلك يعني أنهم لا يعرفون حكمها الشرعي وهذا ما يجعلهم لا يبالون عند تعاطيها وفي هذه الحالة تقع المسؤولية على المؤسسات الدينية التي لم تقم بدورها لتوضيح الحكم الشرعي في هذا الأمر. وفضل نحو 4.72% عدم الإجابة على هذا السؤال، وذلك لترددهم عن الحكم الشرعي لتعاطي المخدرات، أو لأنهم يتعاطون المخدرات وهم متيقنون أنها حرام، إلا أنهم لا يعترفون أمام الآخرين أنها كذلك.

أما إذا قارنا نظرة المبحوثين المتعاطين للمخدرات للحكم الشرعي لتعاطي المخدرات، تبين ما يلي:

- حرام: تأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 78.95%، ثم تأتي بعدها منطقة الغرب بنسبة 73.33%، ثم تأتي بعدها منطقة الجنوب بنسبة 70%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 63.79%.
- مكروه: تأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 13.33%، ثم تليه منطقة الوسط بنسبة 13.79%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 10.53%، وتختتم منطقة الجنوب القائمة بنسبة 10%.
- حلال: هناك منطقة الوسط فقط من ترى ما نسبته 6.90% من المتعاطين أن تعاطي المخدرات حلال. أما باقي المناطق فلا يرون ذلك.
- لا أدري: تأتي منطقة الجنوب في المرتبة الأولى بنسبة 20%، ثم تأتي بعدها منطقة الشرق بنسبة 10.53%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 8.62%، وتأتي في الأخير منطقة الغرب بنسبة 6.67%.
- دون إجابة: وفضل 6.90% من منطقة الوسط، و 6.67% من منطقة الغرب بعدم الإجابة على هذا السؤال.

أما مقارنة الحكم الشرعي لتعاطي المخدرات حسب المبحوثين بين المتعاطين و الأسوياء، فأظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أنه:

- حرام : يرى نحو 73.53% من الأسوياء بأن تعاطي المخدرات حرام شرعا، بينما يرى نحو 69.29% من المتعاطين بأنها كذلك، وبالتالي تفوق نسبة غير المتعاطين نسبة المتعاطين وهذا ما منعهم من التعاطي.
- مكروه: يرى نحو 12.60% من المتعاطين بكراهية المخدرات، بينما يرى ما نسبته 3.98% من غير المتعاطين بذلك، وبالتالي سمحت الفئة الأولى لنفسها بالتعاطي مادامت ترى أن الأمر في كراهية فقط ولم يصل إلى درجة التحريم.
- حلال: يرى نحو 10.24% من المتعاطين بأن تعاطي المخدرات حلال، وهي تفوق بكثير نسبة 0.35% من غير المتعاطين التي ترى ذلك. وهكذا نجد الفرق

واضحا بين الفئتين، وهذا ما يفسر دور الوازع الديني في الابتعاد عن التعاطي أو الإقبال عليه، فالفئة التي ترى أن تعاطي المخدرات حلال تكون قد سوغت لنفسها مخرج شرعي تسمح لها بالتعاطي دون أن يختلجها أي ريب، بينما الفئة الأخرى لا ترى ذلك وإذا كان الأمر كذلك فهي نسبة قليلة جدا.

- لا أدري: بينما نجد أنه في فئة المتعاطين صرح نحو 10.24% منهم أنهم لا يعرفون الحكم الشرعي لتعاطي المخدرات، وهذا ما يسمح لهم حسب اعتقادهم تعاطي المخدرات، بينما صرح نحو 4.50% من الأسوياء بأنهم لا يعرفون الحكم الشرعي لتعاطي المخدرات، وبالتالي لا تسمح هذه الفئة لنفسها بتعاطي المخدرات. ويبدو الفرق واضحا بين الفئتين، فالذي لا يدري الحكم الشرعي لسلوك معين، يسهل عليه اقتراف ذلك السلوك حتى ولو كان منبوذا من طرف المجتمع.

2- **الإقلاع عن التعاطي لحرمة المخدرات:** أظهرت النتائج الميدانية للدراسة، أن أغلب المتعاطين المقلعين عن التعاطي بنسبة 25% صرحوا بأن ذلك كان بسبب حرمتها دينيا، وهذا ما يؤكد أن الوازع الديني كان له دور في إحياء ضمائر هؤلاء المتعاطين مما جعلهم يتوقفون عن التعاطي، ففي السابق كانت لهم معلومات عن حرمة المخدرات ولكن لم يمنعهم ذلك من التعاطي بسبب تأثير المحيط، و حتى عندما كانوا يتعاطونها كانوا على يقين بحرمتها وبالتالي يعلمون أنهم يرتكبون حراما جعل جلهم لا يؤدون الصلاة لأنها حسب رأيهم لا يمكن أن يختلط فعل حرام كتعاطي المخدرات مع العبادة كالصلاة، وهذا ما وجدناه عند المدمنين في مصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتر فانون بالبليدة، فجميع المدمنين الذين التقيناهم صرحوا بأنهم لم يكونوا يصلون في السابق لأنهم يتعاطون المخدرات، فهم كانوا على يقين أن المخدرات حرام، ولكن عند توقفهم عن التعاطي أول إجراء يقومون به هو مباشرة الصلاة وفي حالة انتكاسهم ينقطعون عن الصلاة.

كما أن هناك نسبة 6.82% صرحوا بأنهم فكروا في التوقف عن التعاطي بسبب إمام المسجد، وهذا ما يؤدي بنا إلى التأكيد على أهمية المؤسسات الدينية وعلى رأسها المسجد وإمام المسجد في تعميق الوازع الديني في نفسية الأشخاص عموما و الشباب على وجه الخصوص، وهذا حتى يبتعدوا عن كل رذيلة ومنها

تعاطي المخدرات، فالإمام بعدما يحيط بمعلومات دقيقة حول ظاهرة المخدرات وأنواع المخدرات المتداولة في السوق غير الشرعية والاطلاع على الدراسات الميدانية الخاصة بموضوع المخدرات، يستطيع مخاطبة المصلين على وجه الخصوص وجميع من يستطيع التواصل معهم خارج المسجد وخصوصا الشباب منهم بلغة بسيطة تصل إلى الجميع لتحذيرهم من خطورة المخدرات من الجانب العلمي والجانب الشرعي وحكمها في الإسلام وما يترتب على متعاطيها من عقوبة دنيوية وأخروية .

فالوازع الديني الذي تختص به الأمة الاسلامية على غيرها من الأمم، لا يعني فقط معرفة الحكم الشرعي للمخدرات، بل كيفية ترجمة هذا الإقتناع إلى عملية ملموسة و ذلك بالابتعاد عن تعاطي المخدرات نظرا لحرمتها، وبالتالي فهو كصمام أمان للفرد والمجتمع، وبمثابة جهاز مناعة قوي للشخص المسلم، الذي يقيه من كل الرذائل ويحصنه بالأخلاق الحميدة التي ترشحه ليكون فردا صالحا في المجتمع الذي يعيش فيه. وهذا الوازع الديني يحتاج إلى مراجعة دورية حتى يبقى تأثيره قويا على صاحبه لأنه متعلق بالإيمان وهو يقوى ويضعف تبعا لارتباط الشخص بتعاليم دينه. ولا يتسنى للإمام أن يقوم بهذا الدور والمتمثل في محاربة تعاطي المخدرات، إلا إذا درس المخدرات دراسة مستفيضة، بحيث يدرس أنواعها وتأثيراتها الاجتماعية والنفسية والجسمية والاقتصادية والسياسية، ليعرف أضرارها على الفرد والمجتمع، ثم يدرسها من الجانب الديني ويعرف آراء العلماء والفقهاء فيها، وبمبررات العقوبة التي يفرضها القانون الوضعي والسمائي، وليستطيع هو بدوره اقتناع الشباب المستقبل للرسالة. وعلى الإمام أن يستعين في هذه المهمة المتشعبة بقدراته حتى يساهم في تخفيض الطلب على المخدرات، وذلك لكي لا يبحث الشاب عن المخدر ولا يطلبه حتى ولو كان في متناوله، ويكون بالحث على الوقاية والتشجيع على العلاج والتأهيل والاستيعاب الاجتماعي. فالإسلام لم يحرم المخدرات إلا ابتغاء مصلحة الأفراد والجماعة، وعلى الإمام أن يؤكد على هذه المصلحة، ويقوم الدليل المقنع عليها من واقع التقارير والأبحاث الموثوق بها.

وعلى هذا الأساس يشترط في نجاح عملية التوعية الدينية وإزالة اللبس، أن تكون لدى رجال الدين ثقافة واسعة لعالم المخدرات، وأن يعرفوا جيداً أفكار واتجاهات المتعاطين، وكذلك أن يكون أسلوبهم واضح وهذا حتى يفهمه الجميع. وفي هذا الصدد علق مصطفى سوفى⁽¹⁾ على نتائج إحدى الدراسات التي أجراها في بداية الثمانينات، والتي توصلت إلى أن المجموعة التي تلقت العلاج الطبي دون العلاج النفسي الجماعي تفوقت في تحسينها عن المجموعة التي تلقت العلاج الطبي مصحوباً بالعلاج الجماعي بما في ذلك الإرشاد الديني:

- من الواضح أن المتحدثين ليس لديهم علم بالآثار السلوكية المختلفة التي تسببها المخدرات المتنوعة المنتشرة في الوقت الحاضر.
- كذلك يبدو أن المتحدثين لم يكن لديهم أية فكرة عن الآراء والمعتقدات التي يتبناها المتعاطون نحو ما يتعاطون من مخدرات، ولا نحو تصورهم لأنفسهم من حيث تدينهم.
- كانت أحاديث الوعاظ تتذبذب بين قطبين متباعدين من حيث الأسلوب.

فضعف الوازع الديني يؤدي إلى اهتزاز القيم الدينية عند الفرد وابتعاده عن التمسك بإرادة الله والسكون إليها والاعتماد عليه وحده في وقت الشدة والظروف الصعبة وكذلك إبعاد الفرد عن ذكر الله والنأي به عن أداء الصلاة. وتلبية نداء الخالق بالأحكام السمحة لما فيه خير العبد في الدنيا والآخرة⁽²⁾. وفي رأي مصطفى سوفى أن المتعاطين يتبنون منظوراً للدين يختلف اختلافاً جوهرياً عن المنظور الذي يتبناه غير المتعاطين، وبالتالي فبينما يسود الاتجاه لدى غير المتعاطين بأن المتعاطين يقتربون الإثم بما يفعلون، نجد أن المتعاطين لا يرون أنفسهم كذلك، بل أنهم يرون أنفسهم على أنهم أشخاص عاديون، يعانون من بعض الضعف الذي يكشف عن نفسه من حين لآخر⁽³⁾.

إن الاتجاهات التي تسود لدى المتعاطين أو غير المتعاطين الذين، بأن تعاطي المخدرات غير محرمة شرعاً تجعلهم لا يمتثلون إلى المعايير الاجتماعية

(1) مصطفى، سوفى. المجتمع والمخدرات. مرجع سابق، ص 123.

(2) صالح، سعد. الوقاية من المخدرات. مرجع سابق، ص 220.

(3) مصطفى، سوفى. المجتمع والمخدرات. مرجع سابق، ص 124.

التي وضعها المجتمع وبالتالي يتحدون الضبط الاجتماعي وينحرفون وبالتالي يصبحون مرضى، على المجتمع أن يسعى لتفادي هذه الظاهرة من خلال تفعيل دور التنشئة الدينية السليمة في غرس القيم الدينية لدى النشء بما يمكنهم من التمييز لعدم الانزلاق في الإدمان ولما يمكن أن تسببه لهم المخدرات من أضرار جسمية ونفسية واجتماعية واقتصادية، وتعظيم دور رجال الدين للقيام بعملية التوعية خاصة في مواجهة الإدعاءات والأفكار السائدة لدى الكثير من الأفراد الذين يعتبرون بأن تعاطي المخدرات لا يشكل مخالفة دينية مقارنة بالخمور باعتبار أنه لا يوجد في الدين نص صريح يحرم المخدرات⁽¹⁾.

أما بخصوص الفرضية الخامسة والتي ترى أن ضعف الوازع الديني لدى الطلاب، وعدم معرفتهم بالحكم الشرعي لاستهلاك المخدرات، أدى إلى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات لدى فئة طلاب جامعة التكوين المتواصل (الطور التحضيري). فقد توصلت الدراسة أن نسبة كبيرة من المتعاطين لهم دراية بالحكم الشرعي للمخدرات، إلا أن ذلك لم يكن مانعا من عدم إقترابهم من المخدرات، وبالتالي فالوازع الديني لا يتمثل فقط في معرفة الحكم الشرعي بل ترجمته إلى واقع ملموس.

التساؤل العاشر : والخاص بمصادر المعلومات عن المخدرات عند افراد عينة الدراسة، وهل هي بنفس الدرجة عند المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات؟
أوضحت نتائج الدراسة أن مصادر المعلومات عن المخدرات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة هي كالاتي:

1- مصادر المعلومات عن المخدرات عند أفراد عينة الدراسة: أظهرت النتائج الميدانية للدراسة أن البرامج التلفزيونية تأتي في المقدمة بنسبة 14.79%، ثم يليها الأصدقاء بنسبة 10.96%، ثم المدرسة بنسبة 9.62%، ثم تليها الكتب والصحف والمجلات بنسبة 8.74%، ثم يأتي بعدها الوالدان بنسبة 7.33%، ثم تأتي بعدها الحصص الإذاعية بنسبة 6.39%، ثم تليها اللافتات بنسبة 5.18%، ثم يأتي بعدها

⁽¹⁾ أحمد حمزه، الحوري. المخدرات والعولمة. ط1، الرياض: مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات، 1428 هـ 2007 م، ص 174.

ندوات وأيام التوعية بنسبة 4.51%، ثم المسرح بنسبة 0.74%، وأخيرا شبكة الانترنت بنسبة 0.20%.

ومن خلال هذه الأرقام، يتأكد لنا ما للأهمية الإعلام عموما والتلفزيون خصوصا في لعب دور محوري في تثقيف الجمهور المشاهد عموما والشباب على وجه الخصوص، بمخاطر المخدرات بطريقة علمية تثير انتباه المشاهد ودون أن تحي فيه حب الاستطلاع والتجريب، وكذلك دون التخويف المبالغ فيه. كما أظهرت النتائج الميدانية أن الأصدقاء لهم مكانة عالية عند أفراد عينة الدراسة من حيث تلقي المعلومات حول المخدرات، وهذا المصدر يشوبه الكثير من المخاطر بحيث يمكن جدا أن يصبح هو أهم أسباب تعاطي المخدرات. كما وجدنا أن المدرسة تلعب دورا هاما في تلقي أفراد العينة معلومات حول المخدرات. إن ما يلفت الانتباه هو ترتيب الوالدين من حيث مصادر المعلومات عن المخدرات والذي يأتي في المقام الرابع، وهذا يعني أن الآباء تخلوا عن وظيفتهم الأساسية في توعية أبناءهم من جميع مخاطر الحياة و السلوك الانحرافي الذي يجب تجنبه ومنه مشكل تعاطي المخدرات، وبالتالي تركت هذه المهمة إلى أطراف آخرين خارج الإطار العائلي وما يمكن أن يترتب عنه من مخاطر جمة في تلقين الشاب طرق تعاطي المخدرات وأنواع المخدرات المختلفة، وطرق الحصول عليه بدلا من إقناعه باجتنابها قدر المستطاع. كما أن نسبة ضئيلة جدا من أفراد العينة الذين صرحوا بأن الانترنت تعتبر من مصادر المعلومات عن المخدرات، وهذا ما يبين أن أفراد عينة الدراسة لا يستعملون وسائل التكنولوجيا الحديثة وعلى رأسها الانترنت، وقد تم التطرق إلى دور الانترنت في توعية الشباب بمخاطر المخدرات. وفي الأخير يجب الإشارة أن هناك نسبة معتبرة من المبحوثين لم يجيبوا على هذا السؤال بنسبة 23.27%.

2- مصادر المعلومات عن المخدرات عند المتعاطين من أفراد عينة الدراسة:

من خلال نتائج الدراسة الميدانية اتضح جليا، أن نسبة معتبرة 26.62% من المتعاطين صرحوا بأن الأصدقاء هم مصدر المعلومات عن المخدرات، ففي بعض الأحيان يستطيع الشاب أن ينتمي إلى جماعة الرفاق المنحرفة، فتلقنه مبادئ وآليات الانحراف. وكثيرا ما تكون الجرائم المرتكبة من قبل الشباب، آتية من جراء تأثير

رفاقهم عليهم، وخاصة تعاطي المخدرات والانحلال الخلقي⁽¹⁾. وغالبا ما تكون الصحبة هي المصدر الذي يزود الفرد بالمعلومات عن المخدرات وآثارها وكيفية تعاطيها، وكثيرا ما يدفع حب الاستطلاع أو الرغبة في اكتشاف المجهول إلى تجربة التعاطي تقليدا للصحبة، وقد يقف الأمر عند حد التجربة وقد يستمر البعض في التعاطي مجارة للرفاق، وحتى يصبح المتعاطي جديرا بالصحبة. ويأتي بعدها البرامج التليفزيونية بنسبة 15.21%، فعلى الرغم من الدور الايجابي الذي تقوم به التلفزة المتمثل في نقل المعلومات والمعارف، إلا أنها بالمقابل تلعب دورا خطيرا وسلبيا إذا ما أسيء استخدامها. وتبقى عند علماء الإجرام من عوامل زيادة الإجرام⁽²⁾. وقد أثبتت البحوث الميدانية المتعلقة بتعاطي المخدرات على شرائح اجتماعية مختلفة أن وسائل الإعلام تقوم بدور خطير في تعرض الشباب لثقافة المخدرات⁽³⁾ وعلى رأسها التلفزة. ثم يأتي بعدها الأفلام السينمائية بنسبة 12.55% وتكمن خطورة دور هذه الأفلام في نشر ثقافة المخدرات بين الشباب والمراهقين. كما تزداد خطورة هذه الأفلام الدرامية في نقل ثقافة المخدرات حينما يمارسونها النجوم المفضلون لدى الجمهور، وحينها تقدم بصور تضيي الشرعية على سلوك التعاطي من خلال تبرير هذا السلوك، وتدفع إلى التعاطي أكثر من كونها وسيلة لمكافحة الظاهرة⁽⁴⁾. وتأتي بعدها المدرسة بنسبة 11.41%، فإذا أحسنت المدرسة وظيفتها التعليمية والتثقيبية تكون عاملا يقي الطفل من الانحراف، أما غياب الدور الطبيعي للمدرسة فقد يكون عاملا من عوامل انحراف الصغير وإجرامه⁽⁵⁾. فيكفي أن تضم مدرسة متعاطيا للمخدرات حتى يدفع الفضول غيره إلى تقليده. ونجد أن مصادر المعلومات عن المخدرات التي تأتي عن طريق الوالدين لا تمثل سوى 5.32%، وهذا يعني أن

(1) عامر، مصباح. التنشئة الاجتماعية والسلوك الانحرافي لتلميذ المدرسة الثانوية. مرجع سابق، ص 248.

(2) جلال الدين، عبد الخالق والسيد رمضان. الجريمة والانحراف. مرجع سابق، ص 82.

(3) مصطفى، سوفي وآخرون. تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين تلاميذ الثانوي العام وتلاميذ الثانوي الفني : دراسات مقارنة

على أسس ميدانية. المجلد العاشر، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية، 2003، ص 55.

(4) آمال، كمال. "السينما المصرية وثقافة المخدرات: دراسة تحليلية لعينة من الأفلام الروائية، 1988-2002".

المجلة القومية للتعاطي، الإدمان : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية، المجلس القومي لمكافحة وعلاج

الإدمان، المجلد الثاني، العدد الثاني، يوليو 2005، ص ص 89-96.

(5) أحمد علي طه، ريان. المخدرات بين الطب والفقه. القاهرة: دار الاعتصام للنشر والطبع، 1984م، ص ص 27-38.

الأسرة لم تقم بدورها في مجال توعية الأبناء بمخاطر المخدرات، وبالتالي تركت هذا المجال لجماعة الرفاق ومحيط المدرسة والأفلام التليفزيونية والسينمائية وهذه الأخيرة أعطت نتائج سلبية للمبحوثين.

3- **مقارنة مصادر المعلومات بين المتعاطين والأسوياء للمخدرات:** عند مقارنة مصادر المعلومات عن المخدرات بين المتعاطين و غير المتعاطين، يظهر الفرق جليا في بعض المصادر الحساسة وهي:

- الأصدقاء

- المدرسة

- الأفلام السينمائية

- الوالدان.

فمثلا عند المتعاطين الأصدقاء يمثلون 26.62%، بينما لا يمثلون عند الأسوياء سوى 7.34%، وهذا ما يدل على أنه كلما كانت مصادر معلومات المخدرات عن طريق الأصدقاء و جماعة الرفاق كلما كان احتمال تعاطي المخدرات أكبر والعكس صحيح. ونفس الشيء بالنسبة للأفلام السينمائية. كما نجد أنه عند الأسوياء نسبة كبيرة منهم 26.43% لم تجيب على هذا السؤال، وقد يعود ذلك أنهم شعروا بأن السؤال لا يعنهم و أنه يخص المتعاطين فقط.

3- **رأي المبحوثين حول حجم تعاطي المخدرات بين الطلبة :** إن هذا السؤال ذو بعدين، فالبعد الأول هو محاولة معرفة آراء المبحوثين حول مدى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب عموما وبين الطلبة على وجه الخصوص، أما البعد الثاني فيتمثل في تحضير الطالب إلى أسئلة أكثر خصوصية وتتعلق بالمبحوث في حد ذاته. وبينت نتائج الدراسة الميدانية أن نسبة كبيرة من المبحوثين 59.55% يرون أن هناك نسبة كبيرة من الطلبة يتعاطون المخدرات. وهذا على الرغم من وجود نحو 35.05% صرحوا بأنهم ليس لهم علم بهذا الأمر، ويرجع هذا أساسا إلى حساسية الموضوع وارتباطه بالجانب الأمني و حتى بالعرف الاجتماعي، وخصوصا عندما يتعلق الأمر بالإناث.

وإذا قمنا بمقارنة المتعاطين و الأسوياء ورأيهم إن كانت هناك نسبة كبيرة من الطلبة تتعاطى المخدرات، نجد أن الأغلبية الساحقة من المتعاطين ترى أن هناك عددا كبيرا من الطلبة يتعاطون المخدرات بنسبة 83.46%، بينما هناك 55.36% من الأسوياء ترى أن هناك نسبة كبيرة من الطلبة من تتعاطى المخدرات. وهذا يعتبر منطقي، فرغم أنه يعتبر رأي المبحوث فقط، إلا أنه مستمد من الواقع وبالتالي فرأي المتعاطي عن المخدرات يختلف عن رأي غير المتعاطي، فالأول جزء من عالم المخدرات وله دراية بانتشار تعاطي المخدرات في أوساط الشباب، أما الثاني فهو لا يعرف عن هذا العالم المنحرف إلا الشيء القليل، رغم هذا كله فتؤكد نسبة كبيرة من فئة الأسوياء أن هناك عدد كبير من الطلبة من يتعاطون المخدرات، وهذا ما يؤكد على حجم انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب بصفة عامة و في أوساط الطلبة على وجه الخصوص. وبالتالي تعاطي المخدرات لم يعد من الطابوهات كما كان في الماضي، فكل الشباب يعرف عن هذه الظاهرة سواء بالسمع أو المشاهدة أو الممارسة.

4- **وجود متعاطين للمخدرات بين زملاء المبحوثين في الدراسة:** إن هذا السؤال يكمل السؤال السابق، فبعدما طلب من المبحوث رأييه إن كان هناك نسبة كبيرة من الطلبة يتعاطون المخدرات، انتقلنا إلى سؤال أكثر دقة وواقعية وليس مجرد رأي، بل هو ما وقع تحت ملاحظة و معلومة المبحوث من وجود زملاء الدراسة يتعاطون المخدرات، ونستطيع من خلال هذا السؤال معرفة حجم ظاهرة تعاطي المخدرات بين طلاب جامعة التكوين المتواصل، حيث يمكن للطالب أن يصرح أن هناك زملاء الدراسة يتعاطون المخدرات حتى ولو كان هو نفسه يتعاطى المخدرات، ولكنه من الممكن أن يمتنع من الإجابة عن سؤال يخص نفسه إن كان يتعاطى أو تعاطى المخدرات. وأظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن 47.43% من أفراد العينة صرحوا بأنه ليست لهم أية دراية بهذا الموضوع، وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 49.84%، إلا أن هناك 32.94 % منهم أقروا بعلمهم بتعاطي زملاء الدراسة للمخدرات، و سجلت أعلى نسبة بمنطقة الغرب بـ 35.93%.

أما حسب الجنس، فهناك 58.33% من الإناث فضلن عدم الإجابة على هذا السؤال، باعتباره سؤالاً محرّجا للإناث وتقاديا لتبعات هذا السؤال تفضل الأنثى الإحجام عن الاسترسال في الأجوبة على مثل هذه الأسئلة، وهذا يعتبر من بين العوائق التي تتعرض لها الدراسات من هذا القبيل. إلا أن نسبة معتبرة من الذكور 39.72% أجابوا بأن هناك متعاطون للمخدرات بين زملائهم في الدراسة، وهذا ما يشير إلى أن تعاطي المخدرات منتشر أكثر عند الذكور مقارنة بالإناث، إلا أن هذا لا يعتبر حكماً نهائياً مادام هناك نسبة كبيرة من الإناث لا يجبن على مثل هذه الأسئلة.

وعند مقارنة المتعاطين بالأسوياء عن وجود زملاء في الدراسة يتعاطون المخدرات، أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن نسبة كبيرة من المتعاطين 67.72% يقرّون بأن هناك متعاطين للمخدرات بين زملائهم، وعلى العكس من ذلك يقرّ نحو 26.12% من الأسوياء فقط بوجود زملاء لهم في الدراسة يتعاطون المخدرات، ويصرّح نحو 51.73% من الأسوياء بأنه ليست لهم دراية بهذا الموضوع. وهذا ما يؤكد على وجود نسبة كبيرة من الطلبة من يتعاطون المخدرات. فبحكم انتماء المتعاطين إلى عالم المخدرات فهم يعتبرون أصدق مصدر للمعلومات حول انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الطلبة.

5- **وجود أقارب يتعاطون المخدرات:** بعد سؤال المبحوث عن رأيه فيما إن كانت هناك نسبة كبيرة من الطلبة من يتعاطون المخدرات، ثم سؤاله إن كان هناك بين زملاء الدراسة من يتعاطون المخدرات، يأتي سؤال خاص بأقرباء المبحوث وتعاطيهم للمخدرات، وقد اثبتت جل الدراسات أن تعاطي أحد الأقرباء للمخدرات يكون من العوامل المؤدية لتعاطي المخدرات لدى الشباب. وأظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن أغلبية المبحوثين أجابوا بعدم وجود متعاطين للمخدرات بين أقاربهم بنسبة 39.92%. و يأتي في المقام الثاني المبحوثين الذين ليس لهم معرفة بتعاطي المخدرات لدى أقاربهم بنسبة 30.83% (ربما يفضل المبحوث اختيار هذا النوع من الإجابة، خوفاً من كشف أمر أحد أقاربه بتعاطي المخدرات، لكون هناك بعض المبحوثين لا يثق كثيراً في هذا النوع من الاستمارات)، أما الذين صرحوا بوجود

متعاطين للمخدرات بين الأقارب فيمثلون 29.25% من أفراد العينة، وبالتالي تعتبر هذه الفئة من الفئات الهشة التي يسهل عليها دخول عالم المخدرات أكثر من غيرها. وتمثل منطقة الجنوب أعلى نسبة من المبحوثين الذين صرحوا بعدم وجود متعاطين للمخدرات بين الأقارب بنسبة 46.28%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 40%، وتأتي في المرتبة الثالثة منطقة الوسط بنسبة 39.23%. وتأتي في المرتبة الرابعة منطقة الغرب بنسبة 36.53%. وهذا ما يؤكد أن منطقة الجنوب هي الأكثر مناطق محافظة، حيث حتى وإن كان أحد الأقارب يتعاطي المخدرات فليس من البديهي أن تكون كل العائلة على علم بذلك، وهذا ما يجعل باقي أفراد العائلة في منأى عن ذلك وبالتالي لا يتعرض الصغار منهم إلى الاطلاع. عكس ذلك نجد أن منطقة الغرب حسب نتائج هذه الدراسة هي أقل المناطق محافظة، ويرجع ذلك إلى الثقافة الفرعية لتلك المنطقة كون أفراد العائلة يعلمون بتعاطي أحد أفراد العائلة أو أكثر بتعاطي فرد من العائلة للمخدرات، فذلك لا يشكل حرجاً لا على المتعاطي ولا حتى على الأقارب، وبالتالي يصبح الصغار عرضة للإطلاع، ويصبح الأقارب من مصادر المعلومات حول المخدرات، وهذا ما يهيئ هؤلاء الصغار إلى ولوج عالم المخدرات منذ نعومة أظافرهم.

ونشير هنا أن منطقة الغرب تختلف عن باقي المناطق، حيث صرح أغلب المبحوثين أن لهم أقارب يتعاطون المخدرات بنسبة 37.72%، ثم يأتي في المقام الثاني منطقة الوسط بنسبة 27.97%، ثم منطقتي الشرق والجنوب بنسبة 25.63% و 25.62% على التوالي.

وعند مقارنة المتعاطين بالأسوياء وتعاطي أقاربهم للمخدرات: فقد أظهرت النتائج الميدانية للدراسة، أن هناك فرق شاسع بين الفئتين، حيث هناك نسبة كبيرة من المتعاطين 67.72% يقرون بوجود أقارب يتعاطون المخدرات، على العكس من ذلك هناك 44.79% من الأسوياء من ينفون وجود أقارب يتعاطون المخدرات. وهذا ما يؤكد أن وجود أحد الأقارب يتعاطي المخدرات يكون من المدعمات القوية التي تدفع بالشباب دفعا نحو الانحراف وتعاطي المخدرات. وبالتالي نستطيع القول أن هناك علاقة بين تعاطي المبحوث للمخدرات و تعاطي أحد أقاربه للمخدرات.

6- وجود بائعين للمخدرات بين زملاء: إن هذا السؤال من المؤشرات القوية التي لها ارتباط بالمدعمات الثانوية لتعاطي المخدرات، فوجود زملاء يبيعون المخدرات يسهل على المعني بالأمر من اقتناء المخدر من مصدر قريب وموثوق، فكما هو معروف من الأسباب التي تساعد على تعاطي المخدرات توافر المادة المخدرة، وبالتالي يعتبر من الاسئلة المهمة التي لها علاقة مباشرة بدفع المبحوث إلى تعاطي المخدرات. و حسب نتائج الدراسة الميدانية فأغلب المبحوثين صرحوا بعدم درايتهم بهذا الموضوع بنسبة 51.91%، وصرح ما نسبته 40.71% بأن ليس هناك بائعون للمخدرات بين زملائهم، وصرحت نسبة صغيرة 7.38% من المبحوثين بأن هناك بائعون للمخدرات بين زملاء الدراسة. وما تجب الإشارة إليه هنا أن هذا السؤال عند المبحوث غير مريح مما يجعله يلجأ إلى الاختيار الثالث بأنه لا يدري، فليس من السهل على أي باحث أن يتحصل على معلومات دقيقة من هذا القبيل.

أما أنواع المخدرات التي يبيعها زملاء المبحوثين، يأتي بيع الكيف المعالج في المقام الأول بنسبة 54.84%، ثم الأقراص بنسبة 22.58%، ثم الكحول في المقام الثالث بنسبة 6.45%. كما أن هناك بائعي المورفين والهروين والأفيون بنفس النسب 3.57%.

أما إذا قمنا بالمقارنة حسب المناطق، فتتصدر منطقة الوسط القائمة في بيع الكيف بنسبة 63.64%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 53.33%، ثم منطقة الشرق بنسبة 50%، ثم منطقة الغرب بنسبة 30%.

وفيما يخص بيع الاقراص من طرف الزملاء، فتأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 33.33%، ثم منطقة الشرق بنسبة 25%، ثم منطقة الغرب بنسبة 20%، وأخيرا منطقة الشرق بنسبة 18.18%.

مقارنة بين المتعاطين والأسوياء بخصوص بيع زملاء الدراسة للمخدرات: فقد بينت نتائج الدراسة الميدانية، أن الأغلبية من الأسوياء لا تدري عن وجود أية تجارة غير مشروعة للمخدرات بين زملاءها بنسبة 55.54%، ووصلت عند المتعاطين 33.07%، وهذا يمكن تفسيره بالهروب من السؤال لخطورته الأمنية حسب المبحوث. كما صرحت الفئتان بنسب متقاربة بعدم وجود زملاء يبيعون المخدرات.

إلا أن هناك نسبة من الفئتين، (وإن كانت نسبة المتعاطين تفوق بكثير نسبة الأسوياء) صرحوا بوجود من يبيع المخدرات بين زملاء الدراسة حيث وصلت عند الفئة الأولى أي المتعاطين 27.56% ووصلت عند الفئة الثانية أي الأسوياء 3.63%. وهكذا يتبين أن بيع المخدرات لا يقتصر على شريحة من المجتمع، لكن أصبح يشمل جميع الفئات بما فيها الطلبة الجامعيين، وذلك لعامل الريح من جهة، وعامل توافر المادة المخدرة من جهة أخرى، وعامل تأمين الجرعة اليومية من طرف المتعاطي من جهة ثالثة. حقيقة أن عدد البائعين هو أقل من عدد المتعاطين، وهذا منطقي فليس كل من يتعاطى يبيع المخدرات، ولكن في أغلب الأحيان كل من يبيع المخدرات يتعاطاها بحكم أن تعاطيها كان سببا في بيعها، حيث يبدأ الأمر بالتعاطي وعندما يتقدم المتعاطي في التعاطي يزيد من الجرعات اليومية، وهذا ما يدفعه إلى البحث عن التأمين اليومي لجرعاته مما يؤدي به إلا بيعها عندما تتمكن المادة المخدرة منه ويصبح مدمنا عليها. أما أنواع المواد المخدرة التي يبيعها زملاء المبحوثين، فهي متنوعة عند المتعاطين ويتقدمها كل من الكيف والأقراص. أما عند الأسوياء فتخص كل من الكيف والمورفين والكحول والأقراص والكوكايين و الغراء.

7- وجود بائعين للمخدرات بين الأقارب: إن هذا السؤال بقدر ما هو محرج بالنسبة للمبحوث ومبعث قلق (وقد توقف كثير من المبحوثين عن مواصلة الإجابة بعد هذا السؤال مباشرة وكان من ضمن الأسباب التي أدت بالباحث إلى حذف بعض الاستمارات)، إلا أنه من ناحية أخرى يعتبر جد مفيد لهذه الدراسة، فوجود أحد أقرباء المبحوث يتاجر في المخدرات هو أكثر خطورة من وجود أحد الأقارب أو الزملاء يتعاطى المخدرات، ففي هذه الحالة عنصر تواجد المخدر موجود في الأسرة، وبالتالي كل الأجواء مواتية ليصبح المبحوث متعاطي للمخدرات في البداية، بل من الممكن جدا أن يصبح في المستقبل مروجاً للمخدرات، مادام هناك من سبقه من الأقارب لهذا النشاط. وحسب النتائج الميدانية للدراسة، فقد صرح نحو 61.92% بعدم وجود أقارب لهم يبيعون المخدرات، كما بلغت نسبة الذين صرحوا بعدم درايتهم إن كان هناك بائعون للمخدرات بين أقاربهم 33.33%. أما الذين أكدوا بأن لديهم أقارب يبيعون المخدرات فقد وصلت نسبتهم 4.74%.

ويأتي الكيف على رأس قائمة المخدرات التي يبيعها الأقارب.

أما إذا قارنا هذا البند بين المتعاطين و الأسوياء، يتبين أن نسبة كبيرة من الفئتين تنفي متاجرة أحد أفراد العائلة بالمخدرات بما فيها الكحول (حتى ولو كان الكحول لا يدخل في المخدرات غير المشروعة إلا أنه يعتبر من بين المخدرات، كما أن من له أحد الأقارب من يبيع هذه المادة فهو لا يتحرج من قول الحقيقة كونها لم تجرم من طرف القانون الوضعي، إلا أنه تم تجريمها من طرف الشرائع السماوية). رغم ذلك فهناك نسبة من الفئتين أقرت بوجود بائعين للمخدرات بين أقاربهم، إلا أن نسبة المتعاطين تفوق بكثير نسبة الأسوياء في ذلك، حيث بلغ النسبة عند الفئة الأولى 14.17%، بينما بلغت عند الفئة الثانية 3.11%. كما أن المتعاطين صرحوا بأن أقاربهم يبيعون مختلف أنواع المخدرات بما فيها المخدرات القوية، وهذا ما يؤكد على انتشار المخدرات القوية في الجزائر، حتى وإن لم تكن بحجم الكيف إلا أنها متواجدة في السوق غير الشرعية للمخدرات وهي في زيادة ملحوظة من سنة إلى أخرى (وهذا ما تبينه المحجوزات السنوية من هذه المواد).

وفيما يتعلق بالفرضية السادسة والتي ترى أنه كلما كان مصدر المعلومات عن المخدرات من الأصدقاء كلما كان احتمال تعاطي المخدرات أكبر. فقد أكدت الدراسة ذلك، حيث هناك 26.62% من المتعاطين صرحوا بأن الأصدقاء هم مصدر المعلومات عن المخدرات (بينما لا يمثلون عند الأسوياء سوى 7.34%)، ويأتي بعدها البرامج التليفزيونية بنسبة 15.21%، ثم يأتي بعدها الأفلام السينمائية بنسبة 12.55%، وتأتي بعدها المدرسة بنسبة 11.41% (أي زملاء الدراسة)، ونجد أن مصادر المعلومات عن المخدرات التي تأتي عن طريق الوالدين لا تمثل سوى 5.32%. وبالتالي لو أضفنا الأصدقاء إلى زملاء الدراسة لأصبحت النسبة 42.83%، ومنه يتبين أن عندما يكون مصدر المعلومات عن المخدرات من الاقران، يؤدي بالشباب إلى تجربته ويعود ذلك إلى الطابع التشويقي الذي يتميز به هذا المصدر. وخصوصا إذا علمنا أن نسبة كبيرة من المتعاطين 67.72% يقرون بأن هناك متعاطين للمخدرات بين زملائهم.

التساؤل الحادي عشر: ويخص استمرار تعاطي المخدرات من عدمه، ومحاولة التوقف عن التعاطي، مع أسباب نجاح وفشل المحاولة في

الإقلاع إن وجدت؟

1- رغبة التوقف عن التعاطي: بينت الدراسة الميدانية أن أغلبية المتعاطين كانت لهم الرغبة في الإقلاع عن التعاطي بنسبة 70.08%. كما أن هناك 18.11% منهم فضلوا عدم الإجابة عن هذا السؤال ويعود أساسا إلى أن نسبة معتبرة من الذين صرحوا بأنهم تعاطوا المخدرات كتجربة أولى وأخيرة أي أنه تعاطي استكشافي فقط، وبالتالي يرون أنهم غير معنيون بهذا السؤال. وأخيرا هناك 11.81% من المتعاطين صرحوا بأنه ليست لديهم الرغبة في التوقف عن التعاطي، أي أنهم غير مستعدين للإقلاع، ومادامت الإرادة غير متوفرة من المتعاطي فالإقلاع في هذه الحالة يصبح أمرا في غاية الصعوبة بل مستحيلا في أغلب الأحيان، فهؤلاء المتعاطون الراضون لحياة دون مخدر لم تتوفر لهم الأجواء لتغيير طريقة الحياة، فهم يخافون الخروج من هذه الحلقة الفارغة خوفا من مرحلة ما بعد التخلص من التعاطي، فالشخص المتعاطي بانتظام أو المدمن لا يتصور أنه يستطيع العيش بدون جرعة اليومية خصوصا إذا لم يجد الدعم من الأسرة والمحيط والمجتمع بصفة عامة. وفيما يلي الفرق بين المناطق من حيث الرغبة من عدمها في التوقف عن التعاطي:

- الذين كانت لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي: نجد أن منطقة الغرب تأتي في المقدمة بنسبة 83.33%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 73.33%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 65%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 63.79%.

- أما الذين لم تكن لهم الرغبة في التوقف عن التعاطي: فتأتي منطقة الجنوب بنسبة 35%، ثم تليها بفارق كبير منطقة الوسط بنسبة 10.34%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 5.26%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 5%.

- وفيما يخص الذين لم يجيبوا على هذا السؤال: فنجد أن منطقة الوسط تتصدر القائمة بنسبة 25.26%، ثم تتبعها منطقة الشرق بنسبة 21.05%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 20%، أما أفراد عينة منطقة الجنوب فكلهم أجابوا على هذا السؤال ولم يكن هناك تردد في الجواب.

إن ما يلفت الانتباه فيما ذكر آنفاً، هو النسبة العالية من متعاطي منطقة الجنوب الذين لا يريدون التوقف عن تعاطي المخدرات، وهذا ما يطرح عدة تساؤلات حول امتناعهم عن التوقف، ويمكن تفسيره بالأوضاع الصعبة التي يمر بها شباب الجنوب جعلتهم يشعرون بأنهم مهمشون من طرف السلطات المحلية والمركزية، و الأحداث التي شهدتها المناطق الجنوبية خلال السنوات الأخيرة خير دليل على ذلك، وهذا ما أدى بالسلطات المعنية إلى تخصيص برنامج خاص لولايات الجنوب، وخاصة سياسة التشغيل وكذلك دعم الشباب وتأطيره، بل ذهب الأمر إلى الضغط على المؤسسات المتواجدة في هذه المناطق إلى تخصيص مناصب شغل إضافية إلى فئات الشباب البطال من الجنوب.

2- **رغبة المتعاطي في الإقلاع والإجراء الميداني:** أما بالنسبة للذين أبدوا الرغبة في التوقف عن تعاطي المخدرات، فقد أظهرت الدراسة الميدانية، أن نسبة كبيرة منهم 67.92% أقلعت عن التعاطي، وزيادة عن الإقلاع هناك من اعتزل جماعة الرفاق التي كان يتعاطى معها المخدرات بنسبة 4.72% وهو إجراء من أهم الإجراءات التي يوصي بها أهل الاختصاص المتعاطين الذين يقلعون عن التعاطي وهذا تقاديا للعودة والانتكاسة، كما أن هناك 4.72% فضلت ممارسة الرياضة كطريقة للتغيير نمط الحياة وتعويض الفراغ الذي يظهر بعد الإقلاع، وكذلك لضبط الجانب النفسي في حالة ظهور أعراض الانسحاب. كما أن هناك من خفض كمية التعاطي بنسبة 1.89% وهي فكرة غير صائبة لأن سرعان ما يعود المتعاطي إلى ما كان عليه في السابق بل وأكثر من ذلك، فمادام المتعاطي غير قادر على الإقلاع فهو بالتالي غير قادر على تخفيض التعاطي، لأن هناك ظاهرة التحمل التي تتميز بها كثير من المخدرات كما أن هناك ظاهرة التصاعدية Escalade التي يتميز بها الكيف وبالتالي لا يمكن للمتعاطي الاستمرار في تعاطي كمية معينة لمدة طويلة، إلا أن باستشارة الطبيب ممكن أن يعوض المتعاطي المادة المخدرة بمادة مخدرة أخرى تكون أقل خطورة من الأولى وتخفض الجرعات يوميا حتى يتخلص المتعاطي من عادة التعاطي نهائياً، فمثلاً لعلاج الإدمان على الهيروين يعطى للمدمن جرعات من السوبيتكتس (Subutex)، إلا أن هناك من تخلص من الهيروين وأصبح مدمناً على

مادة السوبيتكس، وهذا ما تحقنا منه عند تنقلنا إلى مصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتر فانون بالبلدية، إلا أن هذا يخص فقط العلاج الشخصي أي بدون اشتشارة الطبيب. كما أن هناك 0.94% من فضل الذهاب إلى الطبيب، و هو إجراء في غاية الأهمية وخصوصا إذا وصل المتعاطي إلى درجة متقدمة من التعاطي، فالطبيب في هذه الحالة يمكن أن ينصحه بالذهاب إلى مصلحة العلاج من الإدمان لنزع السموم من الجسد والعلاج النفسي ثم إعادة التأهيل الاجتماعي لإدماجه في المجتمع من جديد بعدما انعزل عنه وخرج عن ضوابطه بسبب المخدرات. إلا أن هناك 19.81% لم يجيبوا على هذا السؤال، ومن الممكن جدا أنهم لم يقوموا بأي إجراءات فعلية للتخلص من التعاطي، هذا ما يبرر عدم إجابتهم عن هذا السؤال.

وعند مقارنة المناطق لهذا البند، نتحصل على ما يلي:

- الإقلاع: تأتي منطقة الشرق في المقدمة بنسبة 85.71%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 76.92%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 68.97%، وأخيرا تأتي منطقة الجنوب بنسبة 41.67%.
- تخفيض كمية التعاطي: تأتي منطقة الجنوب بنسبة 4.17%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 2.56%. أما منطقتي الشرق و الغرب فلا توجد أية حالة.
- اعتزال رفاق السوء: تأتي منطقة الجنوب في الطليعة بنسبة 16.67%، ثم منطقة وسط بنسبة 2.52%. أما أفراد منطقتي الغرب والشرق فلم يقوموا بهذا الإجراء.
- ممارسة الرياضة: تأتي منطقة الغرب في المرتبة الأولى بنسبة 10.34%، ثم تتبعها منطقة الوسط بنسبة 5.13%، أما منطقتا الشرق والجنوب فلم يحاول أفرادها التخلص من المخدرات عن طريق ممارسة الرياضة.
- الذهاب إلى الطبيب: هناك فقط 3.45% من أفراد عينة المتعاطين لمنطقة الغرب من اتجهوا إلى الطبيب لتشخيص حالاتهم واتباع النصائح الطبية للتخلص من المخدرات. أما بقية المناطق فلم يروا أفراد عينتها أنه من الضرورة الذهاب إلى الطبيب، وهذا ما يعطي دلالة واضحة على عدم اهتمام أفراد عينة الدراسة بالعلم عامة وبالطب على وجه الخصوص في قضية خطيرة كظاهرة تعاطي المخدرات، كما

يكشف عن ضعف الوعي الصحي عند الشباب الجزائري عموما، ونقص التوعية الصحية في إطار سياسة الصحة العمومية.

- عدم الإجابة عن السؤال: تأتي منطقة الجنوب في المركز الأول بنسبة 37.50% ، ثم تليها منطقة الوسط بفارق كبير بنسبة 15.38% ، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 14.29%، وتأتي في الأخير منطقة الغرب بنسبة 13.79%.

3- أسباب التوقف عن التعاطي: والمتعلق بالدوافع والأسباب التي أدت بالمتعاطي للتوقف عن تعاطي المخدرات. يتبين لنا جليا أن أغلب المتعاطين المقلعين عن التعاطي 25% صرحوا بأن ذلك كان بسبب حرمتها دينيا، و هذا ما يؤكد أن الوازع الديني لعب دورا في التوقف عن التعاطي، ومنه يظهر أنه حتى الذين لم تؤثر فيهم المواعظ والدروس الدينية في الوقاية من تعاطي المخدرات، إلا أن ذلك لا يمنع الأئمة ورجال الدين بمواصلة تقديم النصائح والإرشادات لهؤلاء المتعاطين وتوضيح موقف الشريعة الإسلامية من هذه السموم، حيث أظهرت الدراسة أن هؤلاء المتعاطين قد يعودون إلى رشدهم بسبب حرمة المخدرات.

ويأتي الخوف من إدمان المخدرات من أهم أسباب التوقف عن التعاطي بنسبة 21.59%، وهذا يدل على أن هذه الفئة تلقت معلومات خاصة بأضرار المخدرات، وبالتالي هذا ما يؤكد أن التوعية مهمة في مجال المخدرات بكل صورها، وخاصة عندما تكون من طرف أشخاص كانوا هم أنفسهم مدمنون في السابق، حيث تساعدهم تجاربهم في هذا المجال من إبلاغ رسالتهم واستيعابها من طرف الشباب، ومن خلال هذه النتيجة يمكننا بلورة وتصميم سياسة وقائية يتم التركيز فيها على هذا الجانب.

ويأتي الخوف من المشاكل الصحية في الدرجة الثالثة بنسبة 19.89%، حيث يرون أن عليهم الإقلاع عن المخدرات ولا سيعانون في المستقبل من مشاكل صحية، ويعود هذا أساسا إلى ما لاحظوه بأنفسهم من أناس تعاطوا المخدرات وهم يعانون حاليا من مشاكل صحية، وهذا ما يؤكد على دور المؤسسات المعنية في تحسيس افراد المجتمع عموما بالوعي الصحي. كما أن هناك نسبة لا بأس بها من المتعاطين 9.66% توقفوا عن التعاطي لعدم توفر المال، وبالتالي هذا توقف اضطراري فلو توفر المال لاستمروا في التعاطي، ويفسر لنا أن هذه الفئة لم تصل

بعد إلى درجة الإدمان والا لاستحال عليها التوقف بمجرد هذا السبب، كما أن الجانب الإيجابي في هذا الأمر أن هؤلاء يفضلون التوقف عن التعاطي ولا يمدون أيديهم مثلا للسرقة أو بيع مقتنيات منازلهم أو اللجوء إلى الاستدانة... إلخ كما يفعل الكثير من المدمنين. ويأتي بعدها سبب الخوف من الوالدين بنسبة 7.95%، وهذا ما يعطي إشارة واضحة إلى دور الوالدين في الوقاية من المخدرات من الدرجة الثانية، فعندما يفشل الوالدان في تجنب أبناءهم من تعاطي المخدرات والتي تعتبر كوقاية من الدرجة الأولى، عليهما أن لا يستسلما ويحاولا أن يجنبا أبناءهما من الاستمرار في التعاطي، وهكذا نجد أن هؤلاء المتعاطين توقفوا عن التعاطي نتيجة الخوف من الوالدين، ولا يقصد بالخوف هنا فقط بإمكانية التعرض لعقوبة من طرف الوالدين، بل الأمر يفوق ذلك بكثير فالسعي لحصول على رضى الوالدين من الطبائع المترسخة في ثقافة المجتمع الجزائري، وحرمان رضى الوالدين يعتبر من أقصى العقوبة التي قد يتعرض لها الابن، وهذا ما لمسناه لدى عدد كبير من المدمنين بمصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون، حيث الدافع الرئيسي لإقبالهم على العلاج هو محاولة إرضاء الوالدين والخوف من السخط منهم مدى الحياة. كما أن هناك نسبة 6.82% صرحوا بأنهم فكروا في التوقف عن التعاطي بسبب نصائح إمام المسجد، وهو ما يدل على دور المسجد كمؤسسة من المؤسسات الاجتماعية في تجنب المجتمع من الأمراض الاجتماعية، وبالتالي فدور إمام المسجد لا يقتصر فقط داخل المسجد بل يمتد إلى الحي، فمكانته الاجتماعية في المجتمع تمكنه من الاقتراب من المنحرفين وتقديم لهم النصائح، فالمتعاطي لا يذهب إلى المسجد مادام يعلم أن يرتكب أمرا محرما دينيا، ولكن يستطيع الإمام أن يصل إليه ويحاول نصحه بالتي هي أحسن، وقد أثبتت هذه الدراسة أن مثل هذا النصائح قد تعطي ثمارها مع الوقت والصبر. كما أن للاصدقاء دور في تخليص أصدقاءهم من المخدرات حتى ولو كانت نسبة ضئيلة وهي 2.27% إلا أنها تبين أنه ليس دائما الصديق أو جماعة الرفاق هي التي تدفع بالشخص إلى ولوج عالم المخدرات، ولكن في بعض الأحيان هي من تنقذ المتعاطي من الغرق في برائين المخدرات والسلوك المضاد للمجتمع. كما أن هناك

من أقلع عن المخدرات بسبب نظرة المجتمع للمخدرات وللمدمنين نظرة احتقار وازدراء بنسبة 1.14%، وعلينا أخذ بعين الاعتبار هذه النسبة حتى ولو كانت بسيطة مقارنة بغيرها، إلا أننا على يقين بأن هناك فئة من المتعاطين من لا يحفزها على الإقلاع إلا نظرة المجتمع للمخدرات التي تجرم وتوصم المتعاطي، وتنتعه بأبشع الصفات، فهذا الوصم قد يثبط بعض المتعاطين عن الإقلاع، إلا أن هناك بعض المتعاطين من يكون الوصم الاجتماعي من أهم أسباب الإقلاع، وهذا ما تم التأكد منه إثر تتقلاطنا الميدانية بمصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية، حيث أكد لنا عددا من المدمنين أن من الاسباب الرئيسية التي دفعته إلى دخول المستشفى هو نظرة احتقار المجتمع للمدمن.

أما مقارنة أسباب التوقف بين المناطق، يتبين لنا ما يأتي:

- الخوف من الوالدين: تتصدر منطقة الشرق القائمة بنسبة 11.54%، ثم تأتي منطقة الجنوب في المقام الثاني بنسبة 8.82%، ثم تليها منطقة الغرب بنسبة 7.41%، وأخيرا تأتي منطقة الوسط بنسبة 6.45%. ويمكن تفسير ذلك أن منطقة الشرق توقر الوالدين أكثر من باقي المناطق، وهذا ما يدل على أن العائلة في منطقة الشرق لها دور كبير في مساعدة أبنائها في التوقف عن التعاطي، أي أن الخوف من الوالدين في مستوى محدود له دور إيجابي في حث الأبناء على اجتناب السلوك المخالف لقيم وأعراف المجتمع. ويظهر كذلك أن العائلة لمنطقة الوسط هي الأقل تأثيرا مقارنة بباقي المناطق في ردع أبنائهم حتى يتوقفوا عن تعاطي المخدرات.
- الأصدقاء: تأتي منطقة الجنوب الأولى من حيث تأثير ومساعدة الأصدقاء في التوقف عن التعاطي بنسبة 5.88%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 3.23%. أما منطقتا الشرق والغرب فلم يلعب الأصدقاء أي دور في تخليص زملائهم من مشكلة تعاطي المخدرات.

- إمام المسجد: أما عن إمام المسجد فقد لعب دورا في مساعدة المتعاطي على التوقف عن التعاطي بنسبة مختلفة، ففي الجنوب كانت النسبة 11.76%، وكانت في الغرب 11.11%، أما في الشرق فلم تتعد النسبة 3.85%، وبالنسبة لمنطقة الوسط يظهر أن النسبة تكاد لا تذكر إذ وصلت إلى حدود 1.61%. وهذا ما يؤكد أن دور

إمام المسجد في منطقة الوسط يكاد يكون معدوماً في مجال مكافحة المخدرات، إلا أنه أكثر فاعلية في الجنوب والغرب منه في الشرق والوسط.

- محرمة دينياً: تأتي منطقة الغرب في الطليعة بنسبة 31.48%، ثم تليها منطقة الشرق 26.92%، ثم منطقة الوسط بنسبة 20.97، وبعدها مباشرة تأتي منطقة الجنوب بنسبة 20.59%. وهذا ما يؤكد أن المتعاطين أولوا أهمية كبيرة لحزمة المخدرات من الجانب الشرعي، و أن أفراد عينة منطقة الغرب يعطون إعتباراً كبيراً للجانب الديني، وبالتالي كان من أهم أسباب التوقف عن التعاطي لهذه المنطقة.

- الخوف من إدمانها: نجد أن أفراد عينة منطقة الوسط يخافون أكثر من باقي افراد عينة الدراسة من الإدمان على المخدرات بنسبة 27.42%، وهم بالتالي أكثر وعياً من غيرهم بخطورة الإدمان على المخدرات، قد يعود ذلك إلى المشاهدة الفعلية للمدمنين في أحياءهم أو عبر أيام توعية. وتأتي منطقة الشرق في المقام الثاني بنسبة 23.08 %، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 17.65%، وأخيراً تأتي منطقة الغرب بنسبة 16.67%.

- الخوف من المشاكل الصحية: تنصدر منطقة الشرق المجموعة بنسبة 23.08 % من حيث الخوف من المشاكل الصحية التي من الممكن أن يتعرض لها من يتعاطى المخدرات، وهذا من المؤشرات الدالة على أهمية التوعية الصحية بمخاطر المخدرات، وربما تكون هذه البرامج أكثر في منطقة الشرق على حساب باقي المناطق، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 22.58%، وتأتي في المركز الثالث منطقة الجنوب بنسبة 17.65 %، وأخيراً تأتي منطقة الغرب بنسبة 16.67%.

- عدم توفر المال: هناك من المتعاطين من صرح بأنه انقطع عن التعاطي بسبب المورد المالي، أي أنه لعدم توفر المال فضل أن يتوقف عن تعاطي المخدرات، وتأتي منطقة الجنوب في صدارة هذا البند بنسبة 14.71% وهذا ما يؤكد ما تم التطرق إليه سابقاً بأن نسبة كبيرة من متعاطي منطقة الجنوب لم تكن لهم الرغبة في الإقلاع عن التعاطي، ومنه حتى الذين كانت لهم الرغبة في الإقلاع كان بدافع الفقر وعدم توفر المال، ثم تأتي منطقة الغرب في المقام الثاني بنسبة

12.96%، ثم تليه منطقة الوسط بسنبة 6.45%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 3.85%.

- نظرة المجتمع للمخدرات: أما النظرة السلبية للمجتمع اتجاه المخدرات فكانت سببا في العزم على الإقلاع لـ 3.23% من متعاطي منطقة الوسط فقط. أما باقي المناطق فلم يولوا أية أهمية لهذا البند في التوقف عن التعاطي.

- دون إجابة: كما أن هناك 8.06% من منطقة الوسط، و 7.69% من منطقة الشرق، و 3.70% من منطقة الغرب، و 2.94% من منطقة الجنوب رفضوا الإجابة على هذا السؤال والمتعلق بدوافع وأسباب الرغبة في الإقلاع عن التعاطي. إن هذا التردد في عدم الإجابة عن هذا السؤال ربما يعود إلى عدم معرفة أو تحديد الأسباب للإقلاع عن التعاطي، وهذا في حد ذاته يعتبر من عوائق النجاح في الإقلاع، فعندما لا يدري المتعاطي لماذا أقلع فمن الصعب عليه أن يتوقف عن التعاطي لكونه لا يعرف ما يمنعه من التعاطي وبالتالي معرفة وتحديد أسباب الرغبة في التوقف عن التعاطي يعتبر ضروري حتى يستطيع المتعاطي المقلع من وضع برنامجا مسطرا بإجراءات علمية وعملية تسمح له بالتوقف النهائي عن التعاطي.

- هناك سبب مهم لم يتطرق إليه المبحوثون المتعاطون للمخدرات، وهو عدم توفر المادة المخدرة. فقد سمحت لنا التنقلات الميدانية لمستشفى فرانتز فانون من التحقق من هذا الأمر، حيث أن هناك من المدمنين من يلجأون إلى مصلحة علاج المدمنين بهذا المستشفى عندما تفتقد المادة المخدرة في السوق (وخصوصا عندما يتعلق الأمر بالمخدرات القوية كالهروين والكوكايين وبعض الاقراص و على رأسها Revotril و Subutex)، فندرة أو فقدان المخدر في السوق يؤدي بالتعاطي أو المدمن على هذا المخدر إلى حالة كما يسمونه (Manque) أعراض الانسحاب مما يظطر إلى الاستعانة بالطبيب، ولكن مجرد ما يتسعيد السوق غير الشرعي عافيته يعود المدمن للتعاطي من جديد. وبالتالي فخفض العرض في بعض الأحيان يكون سببا في التوقف عن التعاطي ولو لمدة محدودة، وهذا ما يؤدي بنا إلى القول أن خفض العرض وحده لا يكفي لمحاربة المخدرات، فيجب أن تكون محاربة المخدرات

سياسة متكاملة ومدروسة تساهم فيها جميع مؤسسات المجتمع الرسمية منها وغير الرسمية.

4- نجاح تجربة التوقف عن التعاطي من عدمه: أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أنه من بين المتعاطين الذين عزموا التوقف عن تعاطي المخدرات، هناك 78.65% منهم صرحوا بأنهم نجحوا في تجربة التوقف عن التعاطي نهائياً، بينما أخفق 15.73% منهم في الإقلاع عن التعاطي. كما أن هناك 5.62% من المتعاطين فضلوا عدم الإجابة عن هذا السؤال. وبالتالي يتبين أن هناك عددا كبيرا من المتعاطين استطاعوا التوقف عن التعاطي عندما أرادوا الإقلاع، إلا أن هناك نسبة من المتعاطين انتكسوا وعاودوا التعاطي من جديد رغم أنه كانت لهم الرغبة في التوقف، وبالتالي فالإرادة متوفرة ولكن الظروف غير متوفرة لإنجاح التجربة. فعلاج التعاطي أو الإدمان ليس فقط توقف المدمن عن التعاطي، فالتوقف عن التعاطي ليس معناه الشفاء على الإطلاق، التوقف عن التعاطي هو الخطوة الأولى في طريق طويل، وأسهل خطوة في هذا الطريق هي التوقف عن التعاطي، أما العلاج الحقيقي وهو أصعب وهو الذي يحتاج إلى إخلاص حقيقي من المعالج فهو أن يستمر في التوقف، وذلك لن يكون إلا بعلاج الأسباب التي أدت إلى التعاطي⁽¹⁾.

أما مقارنة نجاح تجربة التوقف عن التعاطي بين المناطق، فتبين النتائج الميدانية ما يلي:

تتصدر منطقة الشرق القائمة بنسبة كبيرة للمتعاطين الذين نجحوا في الإقلاع عن التعاطي إذ وصلت 85.71%، وتتربع في المركز الثاني منطقة الوسط بنسبة 81.08%، وتأتي في المركز الثالث منطقة الجنوب بنسبة 76.92%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 72%. وهكذا يظهر أن متعاطي منطقة الشرق سهل عليهم الإقلاع مقارنة بباقي المناطق. بينما أظهرت النتائج الميدانية أن أفراد عينة منطقة الغرب صعب عليهم التوقف عن التعاطي، وربما يعود ذلك إلى توفر المادة المتعاطاة التي سهلت من الانتكاسة.

⁽¹⁾ صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. الدليل الطبي للعلاج من الإدمان. مرجع سابق، ص 112.

5- مقارنة بين الذين نجحوا في الإقلاع عن التعاطي و المنتكسين:

أوضحت الدراسة الميدانية، أن هناك اختلاف جوهري في بندين من بنود أسباب الرغبة في الإقلاع عن التعاطي. أولاً الخوف من الوالدين الذي يعد من العناصر الهامة التي ساعدت المتعاطين على التوقف النهائي في التعاطي، حيث وصل عند الناجحين في الإقلاع 9.79% بينما وصل عند المنتكسين 3.85%. أما العنصر الثاني فيتمثل في عدم توفر المال، حيث نجد أنها وصلت عند المنتكسين 19.23%، بينما كانت عند من نجحت تجربتهم في الإقلاع سوى 7.69%. وهذا يعني أن من يقلع بسبب عدم توفر المال يعاود التعاطي إذا تغيرت الظروف بتوفر المال مباشرة.

كما بينت الدراسة أن المتعاطين الذين فشلوا في تجربة التوقف عن تعاطي المخدرات أغلبهم كان يتعاطى أكثر من مرة في اليوم بنسبة 21.43%، ومرة في اليوم 21.43%. وبالتالي يتبين أن عدم النجاح في التوقف عند هؤلاء كونهم وصلوا إلى مستوى الإدمان وهم بحاجة إلى رعاية طبية لتخليصهم من هذا الإدمان. كما أننا نجد أنه لا يوجد أية حالة من التعاطي الاستكشافي عند المنتكسين عكس الفئة التي نجحت في الإقلاع عن التعاطي.

وأكدت نتائج الدراسة كذلك، أن كل المنتكسين أي 100% يتعاطون التبغ، عكس الناجحين في تجربة الإقلاع حيث هناك أغلبية تتعاطي التبغ بنسبة 75.71%، إلا أن هناك نسبة لا تتعاطاه وبلغت 24.29%. صحيح أن التبغ يعتبر بوابة لتعاطي المخدرات، إلا أنه يؤكد لنا في هذه الدراسة أنه يعتبر عائقاً كبيراً للإقلاع عن تعاطي المخدرات إذا توفرت عوامل أخرى.

وتبين من خلال المقارنة بين الفئتين فيما يخص قضاء أوقات الفراغ، أن السهر مع الأصدقاء عند المنتكسين 34.48% وهو ما يمثل ضعف ما هو موجود عند الناجحين في الإقلاع والذي هو 17.75%، وهذا ما يثبت أن أسباب فشل التوقف عن تعاطي المخدرات هم الأصدقاء، فالمتعاطي الذي يحاول الإقلاع عن التعاطي ولكنه يستمر في مصاحبة المتعاطين لا يلبث حتى ينتكس من جديد، لأن الرغبة الملحة نتيجة الانسحاب والحاح الأصدقاء عليه لا يسمحان له بالإقلاع عن التعاطي نهائياً.

وبالنسبة للفرضية السابعة والتي تخص عدم تحذير الطفل منذ صغره، وخصوصا في مساره الدراسي عن مساوئ وأضرار المخدرات، من العوامل التي تساعد الشباب تجريب المخدرات ولو لمرة واحدة خلال حياتهم. حيث بينت نتائج الدراسة أن هناك 35.37% من المتعاطين من صرحوا بأنه تم تحذيرهم من طرف المعلم، أما البقية فكانت بطرق أخرى، وهكذا يظهر أن المنظومة التربوية عموما لم يكن لها دورا حاسما في السياة الوقائية فيما يخص المخدرات. حتى هؤلاء الطلبة المتعاطين للمخدرات الذين صرحوا بأنهم حذروا من طرف المعلم بخطورة المخدرات لم يمنعهم ذلك من تجربتها، وقد يعود ذلك أن طريقة التحذير لم تكن مدروسة بطريقة علمية، وكانت بمبادرة شخصية من المعلم وليس ضمن البرنامج التربوية. وهذا ما جعل ذلك التحذير لم يؤتي أكله.

التساؤل الثاني عشر: والمتعلق بانعدام أو نقص الفضاءات الترفيهية في الأحياء وعلاقته بالسلوك الانحرافي ومنه تعاطي المخدرات؟

1- وجود مكان مخصص للشباب في أحياء المبحوثين المتعاطين للمخدرات:
حسب نتائج الدراسة الميدانية، فقد صرح أغلبية المبحوثين المتعاطين للمخدرات بعدم وجود مكان مخصص للشباب في حيهم بنسبة 65.35%. والباقي أي 34.65% أكدوا على وجود مكان مخصص للشباب في حيهم. فافتقار الأحياء وخصوصا الشعبية منها لأماكن ترويحية وترفيهية يعد من أهم عوامل انحراف الشباب ومنه دخول عالم المخدرات.

فافتقار الأحياء إلى فضاءات ترويحية وترفيهية، يحرم الشباب من قضاء أوقات فراغهم في إطار منظم ومهيكل. وقد عالج كثير من العلماء موضوع الحي، وبرزوا علاقته بالانحراف والجريمة، فقد أظهر كليفورد شو (Show) في إحدى دراساته التي تناولت خمسة أشقاء عرفوا بتاريخهم الإجرامي الطويل، كيف يلعب الحي دورا كبيرا في الجنوح أو الجريمة. لقد وصف شو هذا الحي بأنه منطقة جناح، يتميز بكل أسباب عدم التنظيم الاجتماعي، وأنه كان بيئة فاسدة، شجعت هؤلاء

الإخوة على ارتكاب الجريمة، والمعروف أن شخصية الفرد تتكون من خلال دورين هامين:

الأول: هو دور الفرد في الحي الذي يعيش فيه.

والثاني: هو مكانة الحي بين الأحياء الأخرى، والدور الذي يلعبه الحي في المجتمع الكبير الذي يحتويه، فالحي الذي تتوافق قيمه مع قيم المجتمع الكبير يكون حيا سويا، يهيء للطفل جوا يكسبه الشعور باحترام النظام والقانون، وحين يخرج الحي في قيمه الاجتماعية على ما هو متعارف عليه في المجتمع الكبير فإن هذا الحي يصبح مصدرا لتكوين بعض الاتجاهات الخاطئة، ويفشل عندئذ في توجيه قيم أفرادها، وضبط سلوكهم، وبذلك قد يضع الطفل في بعض مواقف وظروف تقوده إلى الانحراف أو الجريمة⁽¹⁾. فقد توصل كليفورد شو، إلى وجود ما أطلق عليه اصطلاحا مناطق الجناح في المدينة، والقائم على وجود ارتباط، في تلك المناطق المتخلفة ذات الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية المتدنية، بين زيادة جناح الأحداث وجرائم الكبار من جهة، وانتشار مظاهر التخلف كازدحام السكان وسوء الأحوال السكنية، وتدني القيم، وانتشار ظاهرة التفكك الأسري وسيادة نظام الضبط الاجتماعي المنحرف في تنشئة الصغار في كل من مجموعة الأسرة وجماعة الحي على السواء. ويقول Clifford Shaw: إن سلوك الجانح قد يكون جزء منه انعكاسا لصورة الصراع الذي يدفعه إلى العصابة وإن العصابة الجانحة قد تعكس صورة لمجتمع محلي في تنظيم حياته حول الأنماط الجانحة⁽²⁾.

و عند مقارنة وجود الفضاءات الترويحية حسب المناطق، فقد أظهرت الدراسة، أن منطقة الجنوب تأتي في الصدارة من حيث عدم توفر هذه الفضاءات في أحياء المبحوثين، بحيث صرح نحو 71.74% بفقدان هذه الفضاءات في أحياءهم، وذلك ما شكل عائقا هاما في تفجير طاقات هؤلاء الشباب ودفعهم إلى مخالطة رفاق السوء وما ينجر عنه من تعلم مختلف أنواع السلوك الانحرافي. وتأتي بعدها منطقة الشرق بنسبة 65.65%. ثم تأتي بعدها منطقة الوسط بنسبة 62.83%، وأخيرا تأتي

(1) محمد علي، البار. المخدرات الخطر الداهم. مرجع سابق، ص 321.

(2) سامية حسن، الساعاتي. الجريمة و المجتمع. مرجع سابق، ص 122.

منطقة الغرب بنسبة 60.63%. وهكذا يظهر أن كل المناطق يشتكي أغلب الشباب فيها من عدم توفر هذه الفضاءات. ومن حقائق الحياة الحضرية أن كثيرا من الأسر الجزائرية تعيش في ظروف سكنية غير ملائمة تنقصها المرافق العامة، ولا ريب أن ذلك يترك أثارا بصفة خاصة في حياة الأطفال تلك الأسر، وخاصة إذا كان المسكن ضيقا⁽¹⁾.

2- **المعاناة من الملل والفراغ:** أظهرت نتائج الدراسة الميدانية، أن 69.29% من المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم يعانون من الملل والفراغ، وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى عدم وجود أماكن وفضاءات للشباب في أحياءهم التي تجنبهم الذهاب إلى أوكار الفساد أين يتعلمون شتى أنواع السلوك المنافي لقيم المجتمع، ويعود كذلك إلى عدم تعلم الشباب منذ نعومة أظافرهم مهارات استغلال أوقات فراغهم فيما يفيدهم ويفيد مجتمعهم، وهذا لا يتأتى إلا بفضل مشاركة جميع مؤسسات التنشئة الاجتماعية في تربية هادفة.

ولو قمنا بمقارنة هذا البند بين المناطق، يتبين أن منطقة الجنوب تحتل الصدارة في معاناة المبحوثين المتعاطين من الملل والفراغ بنسبة 80%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 72.41%، ثم منطقة الغرب بنسبة 66.67%، ثم منطقة الشرق بنسبة 52.63%.

ويظهر عند مقارنة الاحساس بالملل والفراغ بين المتعاطين و الأسوياء، أن الأسوياء أقل إحساسا بالملل والفراغ من المتعاطين، حيث وصلت النسبة عندهم حوالي 52.26%، بينما وصلت عند المتعاطين 69.29%.

3- **كيف يقضي المبحوث المتعاطي للمخدرات أوقات فراغه:** قد أصبح شغل أوقات الفراغ أو الترفيه، ذا أهمية قصوى في الحياة الاجتماعية الحضرية المعاصرة، ويؤكد رايزمان (D.Riesman)، على أن وقت الفراغ يمثل الفرصة السانحة الوحيدة التي تمكن الإنسان في عصرنا من أن يتكيف عن طوعية مع المجتمع الاستهلاكي⁽¹⁾. كما يرى "ج. فوراستي" أن "قضاء اوقات الفراغ" لم يعد عنصرا ثانويا

⁽¹⁾ محمد، بومخلوف و آخرون. واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري : القطيعة المستحيلة. مرجع سابق،

⁽¹⁾ In : Lanfant Marie, Francoise. Les théories du Loisir. Paris :P.U.F. , 1972, P.74.

في واقع الإنسان الحالي، بل عنصرا أساسيا، وأن استخدام الوقت الحر أصبح يشكل حجرا أساسيا في بناء الشخصية، وكلما اتسعت أهمية الترويح في ظروف الناس كلما زاد الإلحاح على مزيد من الوقت الحر و تقليص الأوقات الضاغطة الأخرى المهنية والاجتماعية⁽²⁾. وهكذا أخذ قضاء أوقات الفراغ أو الترويح مكانة خاصة في مجال تكوين الفرد وتربيته، فهو من جهة يعتبر مكملا لدور المدرسة عندما يستغل في الجانب الإيجابي منه، ومن جهة أخرى يعتبر مناقضا لها عندما يستغل في تعلم السلوك المنافى لقيم وأعراف المجتمع.

وهكذا صارت الأنشطة الترويحية مجالا تتبلور والقيم التربوية والقيم التربوية الاجتماعية في شخصية الإنسان⁽³⁾.

أما عن قضاء المتعاطين للمخدرات أوقات فراغهم، فبينت نتائج الدراسة، أن مشاهدة التلفزيون يأتي في المقدمة بنسبة 22.06%، ثم يليها السهر مع الأصدقاء بنسبة 20.22%، ثم التجول على شبكة الأنترنت بنسبة 15.81%، ثم ممارسة الرياضة بنسبة 15.44%، ثم يليها نشاطات أخرى أقل حجما كقراءة الجرائد والمجلات بـ 9.19%، وسماع الراديو بنسبة 6.25%.

وهكذا يتبين من خلال الأرقام المذكورة أنفا، أن البرامج التلفزيونية أخذت حيزا كبيرا من أوقات فراغ المبحوثين المتعاطين للمخدرات، وفي هذا الصدد أكدت عدة دراسات للدور السلبي الذي يلعبه التلفاز في المنزل، بالرغم من أنه موجود داخل الأسرة، ولكن يعبر عن قيم وسلوكيات خارجية بعيدة كل البعد عن قيم الأسر الجزائرية وخاصة تلك المتعلقة بالأمور التربوية⁽⁴⁾. وقد أجاب الآباء في إحدى الدراسات بأن عامل التلفزيون يعد معيقا لتربية الأبناء بنسبة 41.87%.

أما كيفية قضاء أوقات الفراغ للمتعاطين حسب المناطق فهي كالآتي :

- ممارسة الرياضة: تأتي منطقة الوسط في الصدارة بنسبة 17.32%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 16.22%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 14.49%، وأخيرا

⁽²⁾ In : J. Fourastié . Des Loisirs pourquoi faire ? Belgique : Gasterman Poche, 3Ed, 1970, p.61.

⁽³⁾ Lanfant Marie Francoise.Op-cit, P.123.

⁽⁴⁾ محمد، بومخلوف وآخرون. واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري: القطيعة المستحيلة. مرجع سابق،

تأتي منطقة الشرق بنسبة 10.26%. فعلى الرغم من أن ممارسة الرياضة تعتبر من أهم وسائل الوقاية من السلوك الانحرافي وتعاطي المخدرات، إلا أنها لم تمنع هؤلاء الشباب من تعاطي المخدرات.

- مشاهدة البرامج التلفزيونية: تأتي منطقة الجنوب في المقدمة بنسبة 24.32%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 23.08%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 22.05%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 20.29%. ومنه يتبين أن شباب منطقة الجنوب ليس لهم وسائل الترويح كثيرا مقارنة بباقي المناطق مما يغلب عليهم متابعة البرامج التلفزيونية.

- سماع الراديو: مع أن وسائل التكنولوجيا الحديثة قضت على هذه الوسيلة إلا أن هناك فئة من المبحوثين يقضون أوقات فراغهم في سماع الراديو، وتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 10.14%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 6.30%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 2.70%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق بنسبة 5.56%.

- قراءة الجرائد والمجلات: تأتي منطقة الشرق في الصدارة بنسبة 20.51%، ثم تأتي منطقة الوسط بفارق كبير في المرتبة الثانية بنسبة 9.45%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 5.41%، ثم تأتي في الأخير منطقة الغرب بنسبة 4.35%.

- الذهاب إلى دار الشباب: وهذا فيما يخص الذين صرحوا بوجود فضاءات للشباب في حيهم، حتى ولو أنها قليلة إلا أنها موجودة، حيث تأتي منطقة الغرب بنسبة 2.90%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 2.70%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 2.56%، ثم تأتي منطقة الوسط في الأخير بنسبة 2.36%.

- السهر مع الأصدقاء: تأتي منطقة الجنوب بنسبة 29.73% في المقدمة، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 20.51%، ثم تأتي منطقة الغرب بنسبة 20.29%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 17.32%.

- نشاطات في جمعية: تأتي منطقة الغرب بنسبة 10.14%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 2.56%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 0.79%. أما منطقة الجنوب فهي غير معنية بهذا البند.

- نشاطات دينية: تأتي منطقة الغرب بنسبة 7.25%، ثم تأتي منطقة الشرق بنسبة 2.56%، ثم تأتي منطقة الوسط بنسبة 2.36%.

- التجول في شبكة الانترنت: يتبين أن الانترنت موجودة في انشغالات المبحوثين المتعاطين للمخدرات، حيث تحتل منطقة الوسط المقدمة بنسبة 21.26%، ثم تأتي منطقة الجنوب بنسبة 16.22%، ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 15.38%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 5.80%. وعليه يظهر جليا أن متعاطو منطقة الوسط أكثر حفا في التجول على شبكة الانترنت مقارنة بغيرهم من المناطق الأخرى، إلا أن هذا يعتبر سلاح ذو حدين، فهو من جانب يسمح لمستعمليه بالاتصال بالعالم الخارجي والحصول على المعلومات في وقت قصير كما يساعد الباحثين الأكاديميين بل حتى الطلبة و التلاميذ بالبحث السريع عبر المكتبات الالكترونية، والحصول على آخر ما توصل إليه العلم في شتى المجالات. إلا أنه من جانب آخر قد يستعمل في ترويج للمواد المخدرة وسهولة الحصول عليها، بل والتعلم حتى كيفية زراعتها حتى في الأماكن الصغيرة كالمنازل، وهذا ما يجعل التجول على شبكة الانترنت من عوامل دخول عالم المخدرات. إلا أنه يجب الاعتراف بأن هناك مشكلة كبيرة في كيفية استغلال تكنولوجيا الانترنت، وكيف نحصل على معلومات دقيقة وصحيحة وموثوقة، وخاصة في مجال التعاطي الغير المشروع للمخدرات والاتجار بها، أين الإشاعات والمفاهيم الخاطئة بإمكانها إضعاف فعالية الجهود الوقائية، ووقوفها حاجزا للوصول إلى من يحتاجون المساعدة.

فمثلا أقراص **Gamma Hydroxyburate GBH** والتي كان يروج لها من الولايات المتحدة الأمريكية عبر شبكة الانترنت على أساس أنها تساعد على خفض الوزن وتهدئة الأعصاب. اكتشف فيما بعد أنها مادة أدت إلى مشاكل عديدة لمستعمليها خصوصا في مجال العلاقات الجنسية، فاضطرت السلطات إلى منعها من الأسواق، وهذا راجع إلى عدم ذكر منتجها بالآثار الثانوية لهذا الدواء⁽¹⁾.

⁽¹⁾ John, Daniel. « The Internet and drugs : the risks and challenges involved , From cybercrime to preventive education » Peddro, 7(june, 2003): pp.1-1 .

يعتمد بائعو الأدوية عل الخط (عن طريق الانترنت)، طريقة شرسة في استراتيجيات الإشهار، وذلك بإرسال إلى الزبائن المحتملين عن طريق البريد الالكتروني، إعلانات عن المنتجات الصيدلانية الأكثر رواجاً لدى المجتمع كحبوب تخفيف الوزن، فهذه الحبوب التي يطلق عليها حبوب تقليل الشهية أو حبوب تخفيف الوزن، تكون محل اهتمام وإعجاب وتقدير الكثير، لما لها من مزايا تحفيزية، وهذا لاحتوائها الـامفيتامينات أو مخدرات أخرى، والتي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي. وعليه تم منعها في بعض البلدان، وبالتالي يسهل الحصول عليها عن طريق الانترنت، حتى ولو كان استعمالها المفرط يؤدي إلى اضطرابات نفسية وارتفاع ضغط الدم، وتوتر الأعصاب والعنف وحتى الجنون.

- الجلوس في المقاهي: صرح نحو 1.45 % من منطقة الغرب بقضاء أوقات فراغهم بالجلوس في المقاهي، أما المناطق الأخرى فهي غير معنية. ويعتبر الجلوس في المقاهي من العادات السيئة التي اعتاد عليها الكثير من الشباب لقضاء أوقات فراغهم، حتى ولو أنها قلت مقارنة بالماضي إلا أنها مازالت تشكل ظاهرة يجب الوقوف عندها من طرف علماء الاجتماع.

- المطالعة: يقتصر هذا النشاط في منطقة الغرب فقط دون غيرها بنسبة 1.45%. فعلى الرغم من أهمية المطالعة في تنمية الثقافة الشخصية للمبحوثين، إلا أننا نجد أنها غير مرغوب فيها لدى الكثير من المتعاطين.

- التنزه: يقتصر نشاط التنزه على منطقة الجنوب فقط بنسبة 2.70%.

- وهناك من المبحوثين المتعاطين للمخدرات من صرح بقضاء أوقات فراغه في شرب المسكرات والمخدرات، لكل من منطقتي الغرب والوسط.

وعند مقارنة قضاء أوقات الفراغ بين المتعاطين وغير المتعاطين، يظهر أن قضاء أوقات الفراغ في السهر مع الأصدقاء يشكل فرقا جوهريا بين الفئتين، حيث بلغت النسبة 7.37% عند غير المتعاطين الذي صرحوا بأنهم يقضون أوقات فراغهم في السهر مع الأصدقاء وهي تأتي في الرتبة السادسة من حيث الأفضلية، بينما وصلت النسبة لهذا البند عند المتعاطين 20.22% وهي تأتي في الرتبة الثانية من حيث الأفضلية، وبالتالي يتبين أن عدم وجود فضاءات ترويحية في الأحياء التي

تساعد الشباب على تفجير طاقاتهم وتطهيرهم حتى لا ينحرفوا، تؤدي بهذا الشباب إلى السهر مع الأصدقاء وما يحمله هذا السهر من تعلم السلوك الانحرافي ومنه تعاطي المخدرات. أما بالنسبة للذين صرحوا بأنهم يمارسون نشاطات دينية وجمعية عند فئة المتعاطين، فهي تخص الذين ألقوا عن التعاطي وأصبحوا يملأون أوقات فراغهم بنشاطات تعود بالمنفعة عليهم وعلى المجتمع بصفة عامة.

4- مع من يقضي المبحوث المتعاطي للمخدرات وقت فراغه: أوضحت نتائج الدراسة الميدانية، أن أغلبية أفراد المبحوثين المتعاطين للمخدرات، يفضلون قضاء أوقات فراغهم مع أصدقاء الحي بنسبة 42.51%. وإذا أردنا ترتيبهم حسب الأهمية نتحصل على ما يلي:

- أصدقاء الحي 42.51%،
- زملاء الدراسة 23.95%،
- أفراد الأسرة 20.96%،
- أفراد آخرين 7.78%،
- وحده 4.19%

ومنه يتبين أن الأقران من أصدقاء الحي وزملاء الدراسة يمثلون الأغلبية الساحقة التي يقضي معها المبحوث المتعاطي للمخدرات جل أوقات فراغه، وتأتي الأسرة في المرتبة الثالثة، وبالتالي تصبح الأسرة تلعب دورا ثانويا في ضبط سلوكيات الإبن وفي تلقينه أساسيات الضبط الاجتماعي الذي بفضلها يجتنب الإبن السلوكيات المنحرفة، ويصبح الأقران مصدر الإلهام ومصدر كل المعلومات التي يبحث عنها الشاب.

أما إذا رتبنا مع من يقضي المبحوث غير المتعاطي للمخدرات حسب الأهمية نتحصل على ما يلي:

- أفراد الأسرة بنسبة 51%
- أصدقاء الحي بنسبة 27.27%
- زملاء الدراسة بنسبة 14.02%
- أفراد آخرين بنسبة 4.01%

- وحده بنسبة 2.16%.

وعليه يمكن أن نستخلص، أنه كلما كان قضاء أوقات الفراغ مع أفراد الأسرة (إن كانوا لا يتعاطون المخدرات) كلما كانت فرصة عدم تعاطي المخدرات أكثر. وكلما كان قضاء أوقات الفراغ مع أصدقاء الحي، كلما كان احتمال دخول عالم المخدرات أكبر.

5- التفكير في الهجرة إلى الخارج: إن السؤال المتعلق بالتفكير في الهجرة إلى الخارج يظهر مدى عدم رضى الشباب الجزائري بواقعه اليومي ومحاولة الهروب منه بشتى الوسائل، إما عن طريق السفر إلى الخارج أو عن طريق تعاطي المخدرات والتي هي حسب المتعاطون عبارة عن نسيان الواقع والسفر في أحلام ولو لبضع الوقت.

أ- تفكير أفراد العينة في الهجرة إلى الخارج: وقد بينت النتائج الميدانية للدراسة، أن نسبة كبيرة من المبحوثين فكروا في الهجرة إلى الخارج، حيث بلغت النسبة 57.97%. وتأتي منطقة الوسط في الصدارة بنسبة 65.59%، ثم منطقة الشرق بنسبة 57.50%. إلا أن شباب منطقة الجنوب يفضلون البقاء في بلدهم مقارنة بباقي المناطق، حيث بلغت نسبة الذين لم يفكروا في الهجرة إلى الخارج بـ 58.68%. إن هذه النسب تعطي رؤية واضحة على أن أغلبية المبحوثين غير راضين على الواقع المعيشي مما جعلهم يبحثون على فضاء آخر، يمكنهم من تفجير طاقاتهم.

أما التفكير في الهجرة حسب الجنس، نجد أنه عند الذكور بلغت الإجابة بنعم نسبة 61.94% الذين صرحوا بتفكيرهم بالهجرة إلى الخارج. كما بلغت النسبة عند الإناث أكثر من النصف بـ: 52.98% اللواتي فكرن بالهجرة إلى الخارج. وهذا ما يوضح جليا التغيرات الاجتماعية التي طرأت على المجتمع الجزائري، حيث في السابق كانت هذه الظاهرة مقتصرة فقط على الشباب الذكور، أما في وقتنا الراهن أصبحت هذه الظاهرة موجودة عند الجنسين بنسب متفاوتة.

ب- تفكير المبحوثين المتعاطين للمخدرات في الهجرة إلى الخارج: أظهرت نتائج الدراسة، أن أغلب المتعاطين 75.59% فكروا في الهجرة إلى الخارج، وكانت منطقة

الغرب على رأس المجموعة بنسبة 83.33%. أما أسباب التفكير في الهجرة ، فكان البحث عن الاستقلالية والحرية في مقدمة الأسباب بنسبة 27.54%. وإذا قارنا المبحوثين المتعاطين للمخدرات بالمبحوثين الأسوياء، أظهرت الدراسة أن هناك نسبة 53.47% من الأسوياء فكرت في الهجرة إلى الخارج، وبالتالي هي أقل بكثير من نسبة المتعاطين. أما أسباب التفكير في الهجرة عند الأسوياء، فكانت على رأس الأسباب الرفع من المستوى الاقتصادي بنسبة 31.84%.

وعلى أساس ما تم ذكره، يتبين أن أغلب المتعاطين فكروا في الهجرة إلى الخارج، وكان على رأس أسباب التفكير في الهجرة هو البحث عن الاستقلالية والحرية، وهذا ما يؤكد على أن المتعاطي عموما يريد أن يتحرر من الضبط الاجتماعي الذي فرض عليه من طرف المجتمع، وتؤكد هذه النتيجة الميدانية ما توصل إليه الباحث سلاح وجماسته⁽¹⁾ عام 1992، عندما قام بتحليل بعض المفردات التي يستعملها المتعاطون والمدمنون، مثل : كندا، زاوش، حبيبت نمشي... إلخ، وهي عبارات صريحة لرغبة المتعاطي القوية في الهجرة، حتى ولو كانت هذه الهجرة وهمية، وبالتالي فسلوك التعاطي هو سلوك هروب من الواقع الذي يراه المتعاطي كأنه سجن، وبتعاطيه كأنه يحدث قطيعة مع هذا المجتمع الذي كبج حريته وأفكاره وطموحاته حسب رأي المتعاطي.

أما عن الفرضية الثامنة والتي تنص أن النقص الملحوظ للفضاءات الترفيهية، والمرافق الرياضية على مستوى الأحياء في المدن الكبرى، أدى بالشباب عامة و الطلاب خاصة إلى اللجوء إلى السلوك الانحرافي، ومنه الدخول في عالم المخدرات. فقد تبين من خلال نتائج الدراسة أن الأغلبية العظمى من المتعاطين صرحوا بعدم وجود فضاءات ترفيهية على مستوى أحياءهم مما جعلهم يتجهون نحو السلوك الانحرافي ومنه إلى تعاطي المخدرات.

⁽¹⁾ Selhab, MR, et coll « Enquête Répertoire des substances psycho actives consommées dans la ville d'Alger par les jeunes de 15 à 30 ans, 30 Aout 1992» Op-Cit, PP : 62-67.

التساؤل الثالث عشر: فعالية الطرق والوسائل للوقاية من المخدرات حسب رأي
المبحوثين .

1- رأي أفراد عينة الدراسة في دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من
المخدرات: يرى أغلبية أفراد العينة، بنسبة 71.94% أن للندوات وأيام التوعية فائدة
في الوقاية من المخدرات. وبالتالي تؤكد شريحة كبيرة من طلبة التكوين المتواصل أن
الندوات وأيام التوعية يمكن أن تفيد في عملية تحذير الشباب وتوعيتهم بأضرار
المخدرات، إلا أنه في كثير من الأحيان يعاب على هذه الندوات أو أيام التوعية، أنها
محدودة في الزمان والمكان، ولا تمس أكبر عدد ممكن من الشباب، كما أنها غير
مدرسة بطريقة علمية، والخطاب الموجه لفئة الشباب غير متزن، مما يؤدي في
أغلب الأحيان إلى نتيجة عكسية، حيث يكون التخويف إلى أقصى درجة ممكنة، أو
الدخول في تفاصيل و معلومات دقيقة عن المخدرات مما يدفع بالشباب إلى حب
الاستطلاع ومنه إلى تجريب هذا الأمر الذي يبدو في غاية الخطورة، وخصوصا عند
الشباب الذي له روح التحدي. كما أن تبسيط أمر المخدرات إلى درجة لا تهز مشاعر
الشباب كذلك يعتبر من بين عيوب هذه الطريقة. كما أن هناك 17.65 % من أفراد
عينة الدراسة يرون أن هذه الندوات وأيام التوعية لا تفيد في الوقاية من المخدرات،
وبالتالي يستوجب علينا عدم إهمال هذه الشريحة في عملية الوقاية، فربما لا يفيد
معها هذا النوع من الوقاية مما يستدعي الاستئجار بأنواع أخرى تستدعي اهتمام هذه
الشريحة من الشباب. وفي الأخير يجب الإشارة إلى أن هناك 10.41% من عينة
الدراسة لم تجيب على هذا السؤال.

أما حسب المناطق، يتبين أن طلبة منطقة الجنوب هم الأكثر اقتناعا من
غيرهم بفعالية هذه الطريقة، فقد وصلت النسبة لهذه المنطقة 76.03% من أفراد
عينة هذه المنطقة يرون بفائدة الندوات وأيام التوعية في عملية الوقاية من المخدرات.
ثم تليها منطقة الشرق بنسبة 72.50%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 71.06%،
وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 70.06%.

2- رأي أفراد عينة الدراسة في دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من
المخدرات: نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة 68.12%، ترى أن الكتب والصحف

والمجلات تفيد في الوقاية من المخدرات، رغم أن النسبة تبدو كبيرة إلا أنها لم ترقى إلى سابقتها، وهذا يبدو له علاقة بنسبة المقرئية في المجتمع الجزائري عموما و في وسط الطلبة الجامعيين خصوصا وفي أوساط طلبة التكوين المتواصل على وجه الخصوص. وتكمن أهمية الصحف والمجلات في أنها مصدر اتصال يومي ومباشر مع الجمهور، هدفه نقل الخبر والرأي والتحليل بحيث تقوي الصلة بين الصحيفة والجمهور، وتتميز بزهد ثمنها واستخدامها من طرف الملايين من القراء للاسترشاد في أمور حياتهم اليومية كالتغذية وتربية الأطفال والمشكلات الاجتماعية بصفة عامة. إلا أنه لا يستفيد من محتواها إلا المتعلمين والقادرين على القراءة والذين يشكلون في بعض مجتمعات الدول النامية أقل من نصف السكان. ويتمثل دورها أساسا في التغطية الإخبارية: لما يدور في المجتمع من أحداث وظواهر تحتاج إلى المتابعة والبحث والتحليل، ومن بينها ظاهرة تعاطي المخدرات والاتجار الغير شرعي بها. وكذلك المقالات والتحقيقات الصحفية: بدورها تستطيع التعمق في تحليل أبعاد ظاهرة تعاطي المخدرات بكافة أشكالها بالوقوف أمام متعاطيها، وموقف القانون واللوائح النافذة والقضاء في مواجهتها وأهمية تنفيذ العقوبات. وهناك 22.79% من عينة الدراسة لا ترى أي فائدة من الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات. وفي الأخير هناك نسبة 9.09% فضلت عدم الإجابة على هذا السؤال.

أما حسب المناطق، تظهر الدراسة أن منطقة الشرق تحتل المقدمة بنسبة 73.75%، ثم تليها منطقة الوسط بنسبة 67.85%، ثم تليها منطقة الجنوب بنسبة 67.77%، وأخيرا تأتي منطقة الغرب بنسبة 63.47%. وهكذا يتضح أن طلبة منطقة الشرق يهتمون بالمطالعة والقراءة عموما، الأمر الذي جعلهم يحبذون هذه الطريقة في إيصال الرسائل التي تريد تحذير الشباب من المخدرات. أما المناطق الأخرى فهي بعيدة نوعا ما على منطقة الشرق ولكنها تبقى لها نسب مرتفعة. كما تظهر دراسة أن طلبة منطقة الغرب هم أبعد طلبة عن المطالعة وقراءة الصحف والمجلات مقارنة بباقي المناطق.

3- رأي أفراد عينة الدراسة في دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات: مقارنة بالوسيلتين السابقتين، تظهر نتائج الدراسة

الميدانية، أن أغلبية أفراد عينة الدراسة بنسبة 76.94% يرون أن الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية لها تأثير كبير على الشباب لوقايتهم من خطر المخدرات. في عصرنا الحالي أصبح التلفزيون جزءاً من أثاث كل منزل ووجوده ضرورة عند الكثير. كما للتلفزيون مقدرة فائقة لجذب جميع الأعمار، فهو يحمل العناصر الحيوية من صوت وصورة وحادثة الخبر والمتعة التي يريدها المشاهد حسب عمره. ويتميز على باقي الوسائل لكونه يتعامل مع أكثر نوع من الأحاسيس، فهو أكثر الوسائل إقناعاً. كما أنه قادر على الوصول إلى جميع الأعمار والعقول، وسيلة سريعة لإيصال الخبر. كما أنه أكثر الوسائل مقدرة على تشكيل الرأي العام وتغييره، ووسيلة ناجحة للتعليم. فالصورة التي يقدمها التلفزيون هي شاملة ومعبرة بأشكال مختلفة وبتأثيرات متنوعة تتناسب مع كل موضوع متناول، سواء بتزامن التعبير اللفظي والصوري أو باستقلالية الصورة والتعبير عن ذاتها للوصول إلى أهداف محددة. ولهذه الأسباب يحبها الشباب ويفضلها على باقي الوسائل.

والإذاعة المسموعة لها القدرة على الوصول إلى كافة أفراد المجتمع، وتتميز بأنها أقل تكلفة في الإعداد وأسرع من التلفزيون، وباعتبار أن برامجها يستطيع سماعها جميع أفراد الأسرة. سواء الإخبارية منها أو التعليمية التربوية أو الفنية الترفيهية. والإذاعة كبقية الوسائل الإعلامية يتواجد مراسلوها في المؤتمرات العلمية والندوات المتخصصة في موضوع إنتشار المخدرات في المجتمع للاستفادة من محتوى الأوراق المقدمة والأفكار المطروحة من محتوى وتسجيلها لاختيار مقاطع هامة منها تتماشى والسياسة الإعلامية المتبعة، خاصة تلك التي ستضيف رؤى جديدة لفقرات برامجية توعوية تساهم في الحد من إنتشار الظاهرة إلى جانب استغلال تواجد معيّ الأوراق العلمية لإجراء حوارات إضافية معهم، خاصة أولئك المتخصصين في الطب الوقائي والنفسي والإدمان وعلماء الاجتماع والقانون وعلماء الدين، لهدف تقريب وجهات النظر والسير بها في مجرى تنوير المواطن وإرشاده إلى الطريق السوي في تجنب تعاطي أي نوع من المخدرات. والاستخدام الفعال للراديو في نشر المواقف السلوكية المفضلة من أجل معالجة بعض الآفات الاجتماعية مثل ظاهرة تعاطي المخدرات. من الضروري دراسة الجمهور المستهدف، مع اختيار

أفضل الأوقات للوصول إلى الجمهور المستهدف، وأن تكون هذه البرامج والمشروعات التي غايتها محاربة ظاهرة تعاطي المخدرات وعلاجها متصفة بالسمات التي ترغب الشخص في الاستماع إليها والاستفادة بها.

ويبقى أن هناك 13.31% من أفراد العينة لا يرون أي فائدة من الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات. وعليه لا بد من الاهتمام بهذه الفئة ودراساتها لمعرفة كيف يمكن أن تؤدي الرسائل الوقائية دورها مع هذا النوع من الشباب. كما أن هناك 9.75% من أفراد العينة لم يريدوا الجواب على هذا السؤال.

4- رأي أفراد عينة الدراسة في دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات:

ترى الأغلبية الساحقة من أفراد عينة الدراسة بنسبة 84.72%، أن الدروس الدينية والمواعظ لها دور كبير وفعالا في الوقاية من المخدرات. وهكذا يتبين ما مكانة الدين عند أغلبية أفراد عينة البحث وما مدى تغلغل الدين في شباب المجتمع الجزائري. و يتضح جليا أن هذه النسبة أعلى من جميع النسب لطرق الوقاية من المخدرات الأخرى. فالدروس والمواعظ الدينية والتي تعد من أهم أدوات المؤسسات الدينية، وما تلعبه من دور كبير و عملية التنشئة الاجتماعية لما تتميز به من خصائص فريدة، أهمها إحاطتها بهالة من التقديس، وثبات وإيجابية المعايير السلوكية التي تزرعها في الأفراد، وتؤثر في عملية التنشئة الاجتماعية من خلال توحيد السلوك الاجتماعي، وتنمية الضمير عند الفرد والجماعة، وكذا تعليم الفرد التعاليم الدينية التي تحكم سلوكه؛ والدعوة إلى ترجمة التعاليم الدينية إلى سلوك عملي، ومنه تقوية الوازع الديني. وخصوصا إذا علمنا ضعف أو إنحسار الوازع الديني سواء في المجتمعات المتقدمة أو النامية يمثل إحدى الدوافع الهامة في تعاطي المخدرات وهذا ما أظهرته عدة دراسات وبحوث ميدانية، فإذا ضعف هذا الوازع الديني أدى ذلك إلى لجوء الأفراد إلى تعاطي المخدرات لتخفيف ما لديهم من ضغوط أو اضطرابات نفسية. وكذلك الاعتقاد الخاطئ بين فئة عريضة من المسلمين بأن الشريعة الإسلامية لم تحرم صراحة تعاطي المخدرات، فالمحرم شرعا هو الخمر، كون أن المخدرات الأخرى لا يوجد فيها أي نص صريح من القرآن الكريم والسنة.

كما أن هناك نسبة قليلة وهي 7.51% ترى أن الدروس الدينية ليس لها أي دور في الوقاية من المخدرات، ويعود السبب ربما لجهل هذه الفئة بتعاليم الدين الحنيف الذي جاء لحفظ مقاصد الشريعة المعروفة (حفظ الدين، حفظ العقل، حفظ العرض، حفظ النفس و حفظ المال).

وفي الأخير، هناك 7.77%، لم يريدوا الإجابة على هذا السؤال. وعلى أساس ما تم تحليله سابقا، يمكن ترتيب طرق ووسائل الوقاية من المخدرات حسب رأي المبحوثين تبعا لأهمية الطريقة:

أولا : دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات 84.72%

ثانيا: الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية 76.94%

ثالثا: الندوات وأيام التوعية 71.94%

رابعا: الكتب والصحف والمجلات 67.85%

خامسا: اللافتات والملصقات والمعارض 63.37%

5- المقارنة بين المتعاطين والأسوياء : فيما يخص السؤال المتعلق برأي المبحوثين من دور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات، فقد أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أنه هناك فرق واضح بين رأي المتعاطين و الأسوياء، حتى وإن كانت أغلبية الفئتين ترى فائدة هذه الطريقة في الوقاية من المخدرات، إلا أن النسبة تختلف، بينما وصلت نسبة الفئة الأولى 59.84% نجد أن الفئة الثانية وصلت 74.57%.

وبخصوص دور الكتب و الصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات، هناك 54.33% من المتعاطين ترى فائدة هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات، بينما وصلت نسبة فئة الأسوياء إلى 71.75%. أي أن الأسوياء أو غير المتعاطين للمخدرات يؤيدون أكثر من نظراءهم المتعاطين من نجاعة هذه الوسيلة في الوقاية من المخدرات.

وفيما يتعلق بدور اللافتات والملصقات والمعارض في الوقاية من المخدرات، وصلت نسبة فئة المتعاطين 52.76% التي ترى فائدة هذه الوسائل في الوقاية من المخدرات، بينما وصلت نسبة فئة الأسوياء التي تؤيد هذا الرأي إلى 65.22%.

أما فيما يخص رأي المبحوثين من دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات، فكلتا الفئتين ترى فائدتها، إلا أن الأسوياء يدعمون أكثر هذه الفكرة، حيث وصلت نسبتهم 77.68%، بينما وصلت نسبة تأييد فئة المتعاطين لهذه الفكرة 72.44%.

وأخيرا وبخصوص رأي المبحوثين حول دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات، فنجد كباقي المحاور السابقة، أن فئة الأسوياء فاقت فئة المتعاطين بخصوص تأييدها لهذه الطريقة، حيث بلغت نسبة الفئة الأولى 85.12%، بينما بلغت نسبة الفئة الثانية 81.89%.

6- مقارنة المتعاطين الناجحين في الإقلاع عن التعاطي والمتعاطين المنتكسين:

فيما يخص السؤال المتعلق برأي المبحوثين في الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات، أظهرت النتائج الميدانية للدراسة، أن المبحوثين المتعاطين للمخدرات الذين نجحوا في تجربة الإقلاع عن التعاطي أغلبهم بنسبة 74.29% يرون أن هذه الوسائل فعالة للوقاية من المخدرات، بينما أغلب المنتكسون بنسبة 57.14% يرون عكس ذلك. ومنه يمكن القول أن هناك علاقة لنظرية المبحوث لدور الندوات وأيام التوعية في الوقاية من المخدرات و النجاح في الإقلاع عن التعاطي، فالمتعاطي عندما يعطي إهتماما لهذه الوسائل، من أيام التوعية بأضرار المخدرات والندوات المتعلقة بمشكلة المخدرات في المجتمع، وهو تحت رحمة هذه المخدرات يزداد تيقنا بخطورة المخدرات، مما يشجعه على التوقف، أما المتعاطي الذي لا يرى في هذه الوسائل أية منفعة، حتى ولو كانت هناك ندوات وأيام التوعية فلا يكلف نفسه لحضورها، وبالتالي لا يستطيع معرفة الاضرار التي تحدثها المخدرات على الفرد والمجتمع، كما أنه لا تصله تلك الرسائل التحسيسية من طرف الخبراء والمختصين، وهذا ما يجعله لا يتسطيع التخلص من التعاطي.

أما فيما يخص السؤال المتعلق برأي المبحوثين في دور الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات، أظهرت الدراسة الميدانية نفس نتائج السؤال السابق، حيث يرى أغلب الناجحين في الإقلاع على أهمية هذه الطرق في الوقاية من المخدرات بنسبة 64.29%، بينما على العكس من ذلك يرى أغلب المنتكسيون

بنسبة 57.14% بأنه لا فائدة من الكتب والصحف والمجلات في الوقاية من المخدرات. وهكذا يتبين من خلال هذه الدراسة أن أغلب المتعاطين يهتمون بالمطالعة والمعرفة وخصوصا بالمواضيع التي لها صلة بالمخدرات، وهذا ما جعلهم ينجحون في التوقف عن التعاطي، بينما نجد أن أغلب المنتكسين غير مهتمين بالقراءة والمطالعة، مما أعاقهم في تجربتهم عن الإقلاع عن التعاطي.

أما فيما يتعلق برأي المتعاطين في دور الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية في الوقاية من المخدرات، أظهرت الدراسة أنه ليس هناك فرق بين المتعاطين الناجحين في الإقلاع والمتعاطين المنتكسين، حيث ترى أغلبية الفئتين بنفس النسبة 85.71% أن تلك الطرق مهمة في عملية الوقاية، وبالتالي لم تلعب التلفزة دورا حاسما في نجاح تجربة الإقلاع كما كان الأمر بالنسبة للبندين السابقين.

وفي الأخير، وبخصوص السؤال الخاص برأي المتعاطين من دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات، يظهر أن الأغلبية الساحقة لكلا الفئتين، ترى أن للدروس الدينية دورا بالغ الأهمية في عملية الوقاية من المخدرات، إلا أن الوازع الديني بقى ضعيف المفعول عند المنتكسين، عكس ذلك فهو يظهر بقوة عند فئة الناجحين.

أما إذا قارنا رأي الإناث والذكور بالنسبة للوسائل والطرق المذكورة آنفا، نجد أن كلا الجنسين يؤيد بنسبة كبيرة فائدة كل من تلك الطرق والوسائل، إلا أنه هناك تفوق ولو بسيط لفائدة الإناث مقارنة بالذكور، ما عدا رأي المبحوثين من الدروس الدينية، فقد أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن الأغلبية الساحقة لكل من الذكور والإناث ترى فائدة كبيرة في دور الدروس الدينية في الوقاية من المخدرات ولكن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث قليلا.

النتائج العامة للدراسة

لقد وضع الباحث في بداية الدراسة، جملة من الفرضيات وذلك للإجابة المؤقتة على التساؤلات، وفيما يلي النتائج العامة التي توصلت إليها الدراسة :

- 1- 16.73% من أفراد عينة الدراسة صرحوا بأنهم تعرضوا لتجربة تعاطي المخدرات من قبل.
- 2- تأتي منطقة الوسط في طليعة التعاطي بنسبة 18.65%، ثم تليها منطقة الغرب في المركز الثاني بنسبة 17.96%، ثم تليها منطقة الجنوب في المركز الثالث بنسبة 16.53%، وأخيرا تأتي منطقة الشرق في المركز الرابع بنسبة 11.88%.
- 3- أن أغلبية المتعاطين يتواجدون في وسط الترتيب بين إخوتهم بنسبة 65.35%، ثم يلونهم الأكبر بنسبة 24.41% وفي الأخير يأتون الأصاغر بنسبة 10.24%.
- 4- 74.02% من مجموع المبحوثين المتعاطين للمخدرات صرحوا بأنهم يدخنون التبغ، وأغلبهم بدأوا تدخين التبغ قبل دخولهم عالم المخدرات.
- 5- فاقت نسبة الذكور كثيرا نسبة الإناث في تجربة التعاطي، حيث هناك 25.30% من ذكور عينة الدراسة صرحوا بتعاطيهم للمخدرات، وتأتي منطقة الوسط في المقدمة بنسبة 27.06%، بينما هناك 5.95% من إناث عينة الدراسة من صرحن بأنهن يتعاطين المخدرات، وتأتي منطقة الغرب في المقدمة بنسبة 8.86%.
- 6- نسبة كبيرة من المتعاطين بدعوا التعاطي تحت تأثير جماعة الرفاق بنسبة 37.80%، ثم عن طريق الفضول بنسبة 16.54%، ثم ضغط صديق على بدأ التعاطي بنسبة 14.17%، ثم مشاكل نفسية بنسبة 11.02%، ثم تحت تأثير أحد أفراد العائلة 7.87%، ثم بدافع الرغبة بنسبة 6.30% وأخيرا بسبب المشاكل الاجتماعية بنسبة 5.71%.

7- أما أنواع المخدرات المتعاطاة فهي كالآتي: يأتي الكيف بنسبة 69.54% من إجمالي المبحوثين المتعاطين للمخدرات. ويأتي تعاطي الكحول في المقام الثاني بنسبة 15.89%، ثم تأتي الأقراص بنسبة 7.95%، ثم الهيروين والكوكايين والغراء والبنزين بنسب متساوية 1.32%، ثم الأفيون بنسبة 0.66%، ثم مواد مخدرة أخرى غير مبينة بنسبة 0.66%.

8- 77.95% من المتعاطين يتعاطون مخدر واحد فقط، غير أن 22.05% يتعاطون أكثر من مخدر أي تعاطي متعدد.

9- أكثر من نصف المتعاطين يفضلون الحي كمكان للتعاطي بنسبة 51.88%.

10- المتعاطون الذين لهم عدد الإخوة من 1 إلى 4 يأتون في الصدارة بنسبة 48.82%، ثم يأتي بعدها في المرتبة الثانية من لهم عدد الإخوة من 5 إلى 9 بنسبة 44.09%، ويأتي في المقام الأخير من لهم 10 إخوة فأكثر بنسبة 7.09%. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن أغلبية المتعاطين يتواجدون في وسط الترتيب بين إخوانهم بنسبة 65.35%، ثم يلونهم الأكبر بنسبة 24.41% وفي الأخير يأتون الأصغر بنسبة 10.24%.

11- 44.88% من المتعاطين يتعاطون المخدرات بالمناسبة. كما أن هناك 15.75% تعاطوا المخدرات مرة واحدة في حياتهم، و هناك نسبة معتبرة 11.81% من هذه العينة تتعاطى المخدرات مرة في الشهر. ويوجد كذلك ضمن المتعاطين من يتعاطى المخدرات مرة في الأسبوع بنسبة 6.30%. وهناك كذلك ولو بنسبة ضعيفة 0.79% من يتعاطى المخدرات مرتين في الأسبوع. كما أن هناك من يتعاطى مرة في اليوم بنسبة وصلت إلى 8.66%. كما أظهرت الدراسة الميدانية أن هناك 11.81% من يتعاطى أكثر من مرة في اليوم.

12- أما سن بداية التعاطي فهو مرتب كالآتي :

- 60.63% من 15 إلى 19 سنة،

- 25.20% من 20 إلى 24 سنة

- 9.45% أقل من 15 سنة.

- 13- يفضل أكثر المتعاطون الفترة الليلية لتعاطي المخدرات بنسبة 50.75%، كما أن هناك 35.82% يفضلون التعاطي في المساء.
- 14- الأغلبية العظمى تتعاطى المخدر مع الأصدقاء بنسبة 81.10%.
- 15- نسبة كبيرة من المتعاطين 43.31% يقتنون المخدرات من مصروف الجيب، بينما 25.98% منهم لهم مصادر أخرى غير مبينة.
- 16- معظم المتعاطين يفضلون التعاطي عن طريق التدخين، حيث وصلت النسبة إلى 66.21%، وتأتي في المرتبة الثانية طريقة التعاطي عن طريق الفم بنسبة 27.59%، وتأتي طريقة الحقن في المقام الثالث بنسبة 3.45%، ويأتي في آخر القائمة طريقة التعاطي بالشم بنسبة 2.76%.
- 17- 37.28% من المتعاطين للمخدرات يسكنون في شقة ، ثم يليهم الذين يسكنون في فيلا بنسبة 32.28%، ثم يليهم الذين يسكنون في سكن بنسبة 24.41%، وأخيرا يأتون الذين يسكنون في بيت قصديري بنسبة 6.30%.
- 18- 58.27% من المتعاطين لا يعملون، وتحتل منطقة الجنوب الصدارة بنسبة 65%، بينما هناك 41.73% منهم صرحوا بأنهم يعملون.
- 19- 25.20% من المتعاطين صرحوا بأن المدخول الشهري لأسرهم يتجاوز 50.000 دج بنسبة 25.20%، ثم يأتي من 12.000 دج إلى 19.999 دج بنسبة 18.90%، ثم أقل من 12.000 دج بنسبة 16.54%.
- 20- 64.74% من أسر المبحوثين المتعاطين للمخدرات بنسبة لهم مدخول شهري يفوق الأجر الوطني القاعدي الأدنى 18.000 دج.
- 21- 45.28% المتعاطين للمخدرات الذين صرحوا بأنهم يعملون يتراوح مدخلهم الشهري بين 12.000 و 20.000 دج .
- 22- نحو 18.90% من المتعاطين لهم مصروف شهري من 1.000 دج إلى 4.999 دج، ونفس النسبة أي 18.90% لها مصروف شهري من 5.000 دج إلى 9.900 دج. كما صرح نحو 16.54% بأن مصروفهم الشهري يتراوح من 10.000 دج إلى 14.999 دج. كما يوجد نحو 11.02% من

- يفوق مصروفهم الشهري 20.000 دج. كما أن هناك من المتعاطين من لهم مصروف شهري من 15.000 دج إلى 19.999 دج حيث بلغت النسبة بنسبة 8.66%. وأخيرا هناك 6.30 % من لهم مصروف شهري أقل من 1.000 دج.
- 23- 42.52 % من أباء المتعاطين يعملون في مؤسسة ، ثم يأتي في الصف الثاني المتقاعدون بنسبة 25.20 %، ويأتي في الصف الثالث الذين لهم أعمال حرة بنسبة 20.47 %. كما أن هناك نسبة 7.09 % من الآباء البطالين.
- 24- صرح أغلب المتعاطين للمخدرات بنسبة 63.78 % أن لهم أمهات ماكثات بالبيت.
- 25- أغلب المتعاطين 75.59 % فكروا في الهجرة إلى الخارج، وكانت منطقة الغرب على رأس المجموعة بنسبة 83.33 %. أما أسباب التفكير في الهجرة ، فكان البحث عن الاستقلالية والحرية في مقدمة الأسباب بنسبة 27.54 %.
- 26- 70.08 % من المتعاطين صرحوا بأنهم كانت لهم الرغبة في الإقلاع عن التعاطي. بينما هناك 11.81 % من المتعاطين صرحوا بأنهم لم تكن لديهم الرغبة في التوقف عن التعاطي.
- 27- 67.72 % من الذين جربوا تعاطي المخدرات، صرحوا بأنهم توقفوا عن التعاطي، بينما الباقي أي 29.13 % صرحوا بأنهم ما يزالون يتعاطون المخدرات إلى غاية إجراء هذه الدراسة.
- 28- 25 % من المقلعين عن التعاطي صرحوا بأن ذلك كان بسبب أنها محرمة دينيا. و 21.59 % بسبب الخوف من إدمان المخدرات. و 19.89 % بسبب الخوف من المشاكل الصحية . وهناك 9.66 % من المتعاطين توقفوا عن التعاطي لعدم توفر المال.
- 29- 78.65 % من المتعاطين الذين كانت لهم الرغبة في الإقلاع عن التعاطي نجحوا في الإقلاع نهائيا، بينما هناك 15.73 % منهم انتسكوا وعادوا التعاطي من جديد.
- 30- كل المنتكسين أي 100 % يتعاطون التبغ.

- 31- 69.29% من أفراد عينة الدراسة صرحوا بأن تعاطي المخدرات حراما شرعا، بينما هناك 12.60% منهم يرون أنها مكروهة.
- 32- يرى 84.72% من أفراد العينة، أن الدروس الدينية والمواعظ لها دور كبير وفعال في الوقاية من المخدرات. بينما يرى نحو 76.94% أن الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية لها تأثير كبير على الشباب لوقايتهم من خطر المخدرات. ويرى 71.94% أن للندوات وأيام التوعية فائدة في الوقاية من المخدرات. و يرى 68.12% منهم أن الكتب والصحف والمجلات تفيد في الوقاية من المخدرات، ويرى.
- 33- أما عن قضاء المتعاطين للمخدرات أوقات فراغهم، فبينت نتائج الدراسة، أن مشاهدة التلفزيون يأتي في المقدمة بنسبة 22.06%، ثم يليها السهر مع الأصدقاء بنسبة 20.22%، ثم التجول على شبكة الأنترنت بنسبة 15.81%، ثم ممارسة الرياضة بنسبة 15.44%، ثم يليها نشاطات أخرى أقل حجما كقراءة الجرائد والمجلات بـ 9.19%، وسماع الراديو بنسبة 6.25%.
- 34- 42.51% من المتعاطين للمخدرات، يفضلون قضاء أوقات فراغهم مع أصدقاء الحي. بينما 23.95% يفضلون زملاء الدراسة ، و 20.96% أفراد الأسرة.

التوصيات

- إن هذه الدراسة مكنت الباحث من الوقوف على حقائق ميدانية، مما سمحت له من بلورة تصور حول طرق ووسائل التصدي الفعال لهذا المشكل الاجتماعي، وفيما يلي جملة من التوصيات التي يراها الباحث مهمة:
- التشجيع على الإكثار من الدراسات والبحوث الوبائية، وغيرها من الدراسات المتخصصة في جميع الميادين التي لها علاقة بمشكلة المخدرات، وهذا حتى يتسنى للسلطات المعنية ببناء سياسة وقائية وفق مقارنة علمية مبنية على بيانات حديثة وميدانية.
 - التشجيع على إنشاء جمعيات تساعد على مساعدة المتعاطين والمدمنين بالإقلاع عن التعاطين كما تستطيع أن تساهم في بلورة سياسة وقائية تكاملية.
 - إنشاء مصالح لعلاج المدمنين في عدد كبير من ولايات الوطن حسب توزيع حجم المدمنين، حيث أن المدمنين موجودين في 48 ولاية بينما مصلحة علاج المدمنين لا تتواجد إلا في ولايتي البليدة ووهران، أما البقية فهي مراكز للاستماع للمدمنين فقط.
 - متابعة المدمنين بعد تلقينهم العلاج في المصالح المختصة، حيث تبين من خلال الزيارات الميدانية لمستشفى فرانتر فانون أن أغلبية المعالجين ينتكسون بسبب عدم المتابعة خارج المستشفى من قبل مصالح مختصة لضمان التأهيل الاجتماعي، فالعلاج الجسدي والنفسي لا يكتب له النجاح إذا لم يتبع بإعادة التأهيل الاجتماعي والذي يعتبر مرحلة حاسمة في التخلص النهائي من المخدرات.
 - في إطار تنفيذ سياسة وقائية متكاملة وشاملة، يجب إدراج ضمن مقررات المناهج التعليمية برامج تثقيفية تربوية تتناول أضرار المخدرات على جميع الأصعدة، موجهة لجميع الأطوار التعليمية، حتى يعرف كيف يتعامل الشباب مع هذا المشكل الاجتماعي، إلا أن هذه البرامج يجب أن تكون مدروسة من طرف أهل الاختصاص حتى تحقق هدفها المنشود.

- حث وزارة التعليم العالي والبحث العلمي كافة المؤسسات والإدارات، على ضرورة مساعدة البحث العلمي والباحثين للحصول على المعلومات التي تساعد في بحثهم دون عناء، وهذا حتى يؤدي البحث العلمي رسالته في المجتمع على أحسن وجه.
- كما يجب وضع سياسة وقائية تكاملية تشارك فيها جميع الأطراف لإنجاحها، وتفعيل دور وسائل الإعلام بشتى أنواعها في تنوير الشباب بالأضرار النفسية والجسمية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية للمخدرات.
- وأخيرا يجب تفعيل دور المؤسسات الدينية في الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل، وخصوصا أن نتائج الدراسة أثبتت أن المؤسسات الدينية تحظى بالتقدير لدى شريحة كبيرة من الشباب الجزائري، وقد تساهم بقدر كبير في تقليل العرض والطلب على المخدرات في السوق غير المشروعة، ولا يتسنى ذلك إلا بتكوين رجال الدين والأئمة في مجال مكافحة المخدرات، وتمكينهم من معرفة عالم المخدرات معرفة دقيقة والتي ستسمح لهم بمخاطبة الشباب باللغة التي يفهمونها.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

- القرآن الكريم.

أولاً : الكتب :

- 1- إبراهيم، محمد . علم الإجرام والسلوك الإجرامي. القاهرة: دار الثقافة، 1978.
- 2- ابن خلدون، عبد الرحمن. المقدمة الفصل الثاني والثلاثون. تحقيق: الأستاذ حجر عاص. بيروت: دار مكتبة الهلال، 1991.
- 3- أبو الرب، صلاح الدين. " الإعلام المرئي وأثره على الجيل " رابطة أدباء الشام. (2012/12/13). <http://www.odabasham.net/show>.
- 4- أبو الروس، أحمد. مشكلة المخدرات والإدمان. مصر: دار المطبوعات الجامعية، 2007م.
- 5- أبو بكر محمد، خالد. الهيريويين وطرق الكشف عنه في جسم الإنسان. الرياض: كلية الملك فهد الأمنية، 2002 م.
- 6- أبو حامد محمد بن محمد، الغزالي. المستصفى في علم الأصول. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية، تحقيق: محمد عبد السلام عبد الشافي، 1413هـ.
- 7- أبو توتة، عبد الرحمن محمد علي. الأحداث الجانحون. طرابلس: (ب-ن) 1998.
- 8- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. لهفة الإدمان وتشخيصها وعلاجها. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2003.
- 9- أبو عمه، عبد الرحمن محمد. حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات في الوطن العربي، ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 1998 .
- 10- أبو معال، عبد الفتاح. التربية كيف تكون وسيلة لتفجير الطاقات الإبداعية في الطفل العربي. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، 1992.
- 11- أرناؤوط محمد، السيد. المخدرات والمسكرات بين الطب والقرآن والسنة. ط1. القاهرة: المكتب الثقافي للنشر والتوزيع، 1990.
- 12- إسماعيل عزت، سيد. جنوح الأحداث. الكويت: وكالة المطبوعات، 1984م.
- 13- أحمد سمير، نعيم. تعاطي المخدرات والتدابير الوقائية الاجتماعية والإعلامية. القاهرة: دار الفكر العربي، 1996 .
- 14- ----- . الدراسة العلمية لسلوك الإجرامي. القاهرة: دار إنسانيات للنشر والتوزيع، 2011.
- 15- الأحمد أحمد، سالم. علم اجتماع الأسرة بين التنظير و الواقع المتغير. ط1. طرابلس، ليبيا: دار الكتاب الجديد المتحدة، 2004.

- 16-الأخرص، محمد صفوح. علم الاجتماع العام. سوريا: منشورات جامعة دمشق، 1984.
- 17-الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. المخدرات، سموم، لعنة، دمار. المملكة العربية السعودية : سلسلة منشورات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، د.ت.
- 18-الأصفر أحمد، عبد العزيز. أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. ط1. لرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. مركز الدراسات والبحوث، 1433هـ، 2012م.
- 19-الإمام الزركشي، بدر الدين. زهر العريش في تحريم الحشيش. ط2. المصنورة : تحقيق السيد أحمد فرج، دار الوفاء للطباعة والنشر 1411هـ -1990م.
- 20-الباب حسن، فتح و سمير عياد. المخدرات سلاح الإستعمار والرجعية. القاهرة: دار الكاتب العربي للطباعة والنشر، 1967م.
- 21-البار، محمد علي. المخدرات الخطر الداهم: الأفيون ومشتقاته. ط2. دمشق: دار القلم، 1998.
- 22------ . الخمير بين الطب والفقه . ط6. السعودية: الدار السعودية للنشر والتوزيع، 1984.
- 23------ . الأضرار الصحية للمسكرات والمخدرات المنبهة. الرياض: الدار السعودية للنشر والتوزيع، 1989.
- 24-البخاري، أبي عبد الله محمد بن إسماعيل . صحيح البخاري: كتاب فضائل القرآن، باب تأليف القرآن ، الجزء التاسع . ط1. بيروت: دار ابن كثير للطباعة والنشر والتوزيع، 2002.
- 25-البدائية، ذياب. المنظور الاقتصادي والتقني للجريمة المنظمة. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 1989 .
- 26-البريثن، عبد العزيز بن عبد الله. الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات. ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 1423هـ/2002م.
- 27------ . الإرشاد الأسري. دن، د.ت.
- 28-الجسار، سلوى . التفكك الأسري وأثره في سلوك الأبناء.
http://alwatan.kuwait.tt . (2011/04/14).
- 29-الجوزية، حمد بن أبي بكر ابن القيم. فتاوى رسول الله صلى الله عليه وسلم. ط2. تحقيق وتعليق مصطفى عاشور، القاهرة : دار العلوم للطباعة، 1980.
- 30------ . الطرق الحكيمة في السياسة الشرعية. ط1. تحقيق وتعليق: بشير محمد عيون. سوريا: مكتبة دار البيان، 1989.
- 31-الجوهري، محمد وآخرون. دراسة المشكلات الاجتماعية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993م.

- 32-الحجازي، مصطفى. تأهيل الطفولة غير المتكيفة: الأحداث الجانحون: دراسة ميدانية نفسانية اجتماعية. ط2. بيروت: دار الطليعة، 1975.
- 33-الحسن إحسان، محمد. الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي. ط2. بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر، 1986.
- 34-الحسن محمد، ابراهيم. المخدرات والمواد المشابهة المسببة للإدمان. الرياض: مكتبة الخريجي، 1980.
- 35-الحرائي، تقي الدين أحمد بن تيمية. مجموعة الفتاوي. المجلد السابع، ط1. الرياض: مكتبة عبيكان، 1998م.
- 36-الحمد أحمد، سالم. علم اجتماع الأسرة بين التنظير في الواقع المتغير. ط1. طرابلس، ليبيا: دارالكتاب الجديد المتحدة، 2004.
- 37-الحميدان عايد، علي. أثر الحروب في انتشار المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2007م.
- 38-الحوات، علي الهادي وآخرون. دراسات في المشكلات الاجتماعية. طرابلس: مطابع الثورة العربية، 1985.
- 39-الحوري أحمد، حمزه. المخدرات والعولمة. ط1. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات، 1428 هـ .
- 40-الخشاب، مصطفى. دراسات في علم الاجتماع العائلي. بيروت: دار النهضة العربية، 1981م.
- 41-الخطيب، اسماعيل. المسكرات بين الشرائع السماوية والقوانين الجنائية. القاهرة: مطبوعات الشعب، 1976.
- 42-الدوري، عدنان. جناح الأحداث: الكتاب الأول، المشكلة والسبب. الكويت: منشورات ذات السلاسل، 1985.
- 43-الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها، الجزائر، وزارة العدل، د.ت.
- 44-الربيعة، عبد العزيز بن علي. البحث العلمي. ط1. الرياض: د.ن، 1418 هـ.
- 45-الريان أحمد علي، طه. المخدرات بين الطب والفقه. القاهرة: دار الإعتصام، 1984.
- 46-الزركشي، الإمام بدر الدين. زهر العريش في تحريم الحشيش. ط2. تحقيق السيد أحمد فرج، المنصورة : دار الوفاء للطباعة والنشر دار الوفاء للطباعة والنشر، 1990 م .
- 47-الساعاتي، سامية حسن. الجريمة والمجتمع. ط2. بيروت: دار النهضة للطباعة والنشر، 1983.
- 48------ . الشباب العربي والتغير الاجتماعي. ط1. مصر: الدار المصرية اللبنانية، 2003.

- 49- -----علم الاجتماع الجنائي. القاهرة: دار الفكر العربي، 2005.
- 50- الساعاتي، حسن. دور الأسرة كأداة الضبط الاجتماعي، في الثقافة الأمنية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب، 1990 .
- 51- -----في علم الاجتماع الجنائي. القاهرة: النهضة المصرية، 1951.
- 52- السجستاني، سليمان بن الأشعث أبو داود. سنن أبي داود. -ج2- . تحقيق: محمد ناصر الدين الألباني - مشهور بن حسن آل سلمان. المملكة العربية السعودية: مكتبة المعارف للنشر والتوزيع، د.ت.
- 53- السعد، صالح. الوقاية من المخدرات. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع، 1999.
- 54- السالموطي، نبيل محمد توفيق. المنهج الإسلامي في دراسة المجتمع. ط2. جدة: دار الشروق لنشر والتوزيع والطباعة، 1985.
- 55- السمرقندي، عبد الله بن عبد الرحمن الدرامي. سنن الدارمي. الجزء الثاني، لبنان: دار الكتاب العربي 1987م.
- 56- السيد، عبد الحليم محمود. مشكلة المخدرات في الوطن العربي. ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 1997م.
- 57- السيد، متولي العشماوي. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان. الجزء الأول، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 1414هـ.
- 58- السيد، عادل حسن. طبيعة عمليات غسل الأموال وعلاقتها بانتشار المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2008م.
- 59- الشافعي، عبيدي. قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين. الجزائر: دار الهدى، 2008.
- 60- الشوكاني، محمد بن علي. نيل الأوطار. تحقيق: عصام الدين الصبابي . ط1. مصر: دار الحديث، 1993 م .
- 61- الشيخ الطهطاوي، أحمد عبد العال. معالم الخيرات بشرح أضرار المخدرات. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية، 2002.
- 62- الصيرفي، عبد الله عبد الغني و عبد الله أحمد الصياد و عبد الرحيم الغامدي. نوع جريمة المخدرات بواسطة نزلاء السجون السعوديين في علاقاتهم بخصائصهم الاجتماعية والأسرية والتعليمية والاقتصادية. الرياض: مركز أبحاث الجريمة بالسعودية، 1988.
- 63- الطاهر، كمال الدين حسين. لا للمخدرات و المؤثرات العقلية. الرياض: دار العلوم للطباعة والنشر، 1995م.

- 64- الطخيس، إبراهيم عبد الرحمان. دراسات في علم الاجتماع الجنائي. الرياض: دار العلوم للطباعة والنشر، 1983.
- 65- الطيار، عبد الله بن محمد بن أحمد. المخدرات في الفقه الإسلامي. المملكة العربية السعودية: مكتبة التوبة، 1401هـ.
- 66- الطويبي عمر، بشير. التدريس من الصحة النفسية. ط1. مصراتة: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1992.
- 67- العسقلاني، ابن حجر. فتح الباري بشرح صحيح البخاري. ط1، حققه: عبدالعزيز بن عبد الله بن باز، أخرجه: محب الدين الخطيب، بيروت: دار المعرفة، د.ت.
- 68- العشماوي، السيد متولى. الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 2006.
- 69- العرفي، فاطمة و ليلي إبراهيم العدوانى. جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع. الجزائر: دار الهدى، 2010.
- 70- العزاوي، سامي مهدي. نساء واطفال وقضايا الحاضر والمستقبل. بغداد: مطبعة القبس، 2009.
- 71- العفيفي، عبد الحكيم. الإدمان. ط1. القاهرة: الزهراء للإعلام العربي، 1986م.
- 72- العقباوي، أحمد سوقي وآخرون. مشكلة تعاطي المخدرات في قطر. الجز الأول. الدوحة: منشورات جامعة قطر، 1984.
- 73- العمروسي، أنور. المخدرات. الاسكندرية: دار الفكر الجامعي، 1990.
- 74- الغامدي، عائض. دور الحملة الإعلامية ضد المخدرات في زيادة الوعي خطورة المخدرات لدى المتعاطين في المملكة العربية السعودية. 1999.
- 75- الغربوش، محمد. استعمال المخدر بواسطة الطلاب السعوديين الملتحقين بمدارس ولاية واشنطن. سلسلة بحوث مشروع مكافحة المخدرات، مركز أبحاث مكافحة الجريمة بوزارة الداخلية السعودية، 1990.
- 76- الغزالي، ابن حامد محمد بن محمد. إحياء علوم الدين. ج2. ط1. علق عليه جمال محمود ومحمد سيد، القاهرة: دار الفجر للتراث، 1999م.
- 77- الغزوي، فهمي سليم وآخرون. المدخل إلى علم الاجتماع. ط2. القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2000.
- 78- الفقيه، محمد جواد. مكانة العقل في الإسلام. ط1. بيروت: دار الأخوة، 1993.

- 79- الكتاني، مجاهدة الشهابي. شخصية الجانح، دراسة ميدانية لشخصية الحدث المنحرف في المغرب. الرباط: مكتبة البديع، 1986.
- 80- الكوفي، عماد. المخدرات الانهيار. دمشق: دار الإيمان للنشر والتوزيع، 1984.
- 81- اللجنة الوطنية للدراسة والتوعية بظاهرة المخدرات والمسكرات بالأردن. حقيقية المخدرات. الأردن: وزارة الصحة، 1983.
- 82- المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الطبي للعلاج والإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي، 1999.
- 87- المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. الدليل الإرشادي للدعاة، لتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات. ط2. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، 2001.
- 83- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. المسح الشامل لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات المرحلة الرابعة: دراسة على المتعاطين من نزلاء بعض السجون الجمهورية المصرية. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 2000.
- 84- المرزوقي، حمد وآخرون. إدمان المخدرات في أوساط الشباب. الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، وزارة الداخلية، 1414 هـ.
- 85- المشرف، عبد الإله بن عبد الله و رياض بن علي الجوادي. المخدرات والمؤثرات العقلية: أسباب التعاطي وأساليب المواجهة. ط1. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2011م.
- 86- المغربي، سعد. تعاطي المخدرات: أسبابه ودوافعه النفسية والصحية. القاهرة: منشورات المكتب العربي لشؤون المخدرات، 1971م.
- 87- ----- . سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1986.
- 88- ----- . ظاهرة تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية. ط2، مصر: دار الراتب الجامعية، 1984.
- 89- ----- . تعاطي المخدرات، المشكلة والحل. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب، 1986.
- 90- المقصود، محمد. المخدرات بين الوهم والتدمير. القاهرة: وزارة الإعلام لجمهورية مصر العربية، د.ت.
- 91- المكاي، حسين كامل وآخرون، تأثير تعاطي الهيرويين على الحالة الصحية وكفاءة الأداء البدني. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، 2002 م.
- 92- المنظمة الدولية للشرطة الجنائية. أسماء الحشيش ومرادفاتها. باريس: سانت كلود، 1985.

- 93- الهاشمي، أحمد. علاقة الأنماط السلوكية للطفل بالأنماط التربوية الأسرية. ط1. دار البيضاء: درا قرطبة، 2004.
- 94- الهيتي، مازن عبد الرحمان. جغرافيا المدن والتحضر: أسس ومفاهيم. ط1. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، 2014.
- 95- النكلاوي، أحمد. الشباب والدور الإعلامي الوقائي. الرياض: الدورة العلمية 36، 1998.
- 96- النيسابوري، أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري. صحيح مسلم. المملكة العربية السعودية: دار المغني للنشر والتوزيع، كتاب الاشربة، 1998.
- 97- الوردي، زكي حسن. مصادر المعلومات وخدمات المستفيدين في المؤسسات المعلوماتية. عمان: مؤسسة الوراق، 2002.
- 98- الوريكات، عايد عواد. نظريات علم الجريمة. ط1. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2004.
- 99- اليماني، أميرة. تلوث البيئة التربوية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. الرياض: مؤسسة عكاظ، 2006.
- 100- عبد الله، يوسف. الأطفال الباعة والمتسولون: دراسة حول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للأطفال الذين يقومون بالبيع والتسول عند إشارات المرور الضوئية في مدينة الرياض. الرياض: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، 1423هـ.
- 101- بدر، عبد المنعم. مشكلاتنا الاجتماعية، الكتاب الخامس: مشكلة المخدرات. الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1987.
- 102- بدوي، محمد. المجتمع والمشكلات الاجتماعية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988.
- 103- بسيوني، فؤاد. الحقيقة والخيال في ظاهرة إنتشار و إدمان المخدرات: دراسة لأبعاد المشكلة. ط2. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988.
- 104- بن باز، عبد العزيز. كشف الستار عما في المخدرات والمسكرات من أضرار. مكة المكرمة : مطابع التراث الإسلامي، 1403هـ.
- 105- بن سالم محمد، بن جمعة. النظرية الإسلامية لمكافحة المخدرات. ط1. أبو ظبي: المحمدية للنشر والتوزيع والطباعة، 1995.
- 106- بن عبد العزيز آل سعود، سيف الإسلام ابن سعد. تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي: دراسة استطلاعية للعوامل المؤثرة في ازدياد تعاطيها وأساليب الوقاية والعلاج. الرياض: المعهد العالي للدراسات الإسلامية والعربية، 1986.
- 107- بن يونس عمر، محمد. المخدرات والمؤثرات العقلية عبر الإنترنت. الاسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2004.
- 108- بهنسي أحمد، فتحي. العقوبة في الفقه الإسلامي. ط3. بيروت: دار الرائد الحربي، 1970.

- 109- بو زيدة، عبد الرحمن. أشعار سي امحمد أو محند. الجزائر: دار الحكمة، 1990.
- 110- بوكستين، أوسكار جاري. إدمان المراهقين، التقييم و الوقاية والعلاج. تر: خالد ابراهيم، الفخزاني و ابتسام حامد السطحية، ط1. مصر: دار الحضارة للطباعة والنشر والتوزيع، 2000.
- 111- بومخلف، محمد وآخرون. واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري: القطيعة المستحيلة. ط1. الجزائر: دار الملكية للطباعة والنشر والتوزيع والإعلام، 2008.
- 112- تايلور، ج.جون. عقول المستقبل. ترجمة لطفي فطيم. الكويت: عالم المعرفة، 1985.
- 113- تيسير، عبد الله. دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات في القدس العربية ومصادر معلومات طلبة المدارس الثانوية العامة عنها. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2001م.
- 114- ثابت، ناصر. المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات. الكويت: منشورات ذات السلاسل، 1984.
- 115- جابر، سامية محمد. الجريمة والقانون والمجتمع. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999.
- 116- ----- . الانحراف والمجتمع: محاولة لنقد نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعي. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988.
- 117- جلال الدين، عبد الخالق والسيد رمضان. الجريمة والانحراف. الاسكندرية: مكتبة الجامعة الحديثة، 2001.
- 118- جوهر، صلاح. التعليم والإعلام : دعوة إلى العمل معاً تحت مظلة التربية. المجلد الرابع، الكتاب الثالث، القاهرة: الجمعية المصرية لتكنولوجيا التعليم، 1994.
- 119- حجار محمد، حمدي. العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 1992.
- 120- حجازي عزة، عبد النبي. الإدمان والأداء الإنساني. القاهرة: الدار الفنية، 1991م.
- 121- حجازي، مصطفى. الأحداث الجانحون وتأهيل الطفولة غير المتكيفة: دراسة نظرية ميدانية. بيروت: دار الفكر، 1995.
- 122- حسن ناصر، بوكلي. الإدمان. العراق: دار المأمون للتراث، 1988.
- 123- حسن، محمود. الأسرة و مشكلاتها. القاهرة: دار النهضة العربية، 1981.
- 124- حسن، محمد علي. علاقة الوالدين بالطفل وأثرها في جناح الأحداث. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، 1970.
- 125- حسن، عبد الباسط محمد. أصول البحث الإجتماعية. ط13. القاهرة: مكتبة وهبة، 2006.
- 126- حسون تماضر محمد، زهري. المخدرات أخطارها وطرق الوقاية منها. تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، 1993.

- 127- حسنين، عزت. المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون: دراسة مقارنة. ط1. الرياض: دار الناصر للنشر والتوزيع، 1984م.
- 128- حسين، عبلة جميل. الابعاد الاجتماعية والثقافية لتعاطي المخدرات بين الشباب في المجتمع السعودي دراسة ميدانية على مدينة جدة. القاهرة: المعهد العالي للدراسات الإسلامية والعربية، 1997.
- 129- حماميد، حسينية. المستوطنون الأوربيون والثورة الجزائرية 1954-1962م. ط1. الجزائر: منشورات الحبر، 2007.
- 130- حويتي، أحمد. دليل التوثيق في العلوم الاجتماعية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2012.
- 131- خزاغلة، عبد العزيز علي. دور البحث العلمي في رسم السياسات الوقائية والعلاجية. ط1. الرياض: أعمال الندوة العلمية دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات، 2001.
- 132- خيال، محمود. الإدمان. القاهرة: كتاب الهلال الطبي، أغسطس، 2001.
- 133- خليفة، أحمد محمد. مقدمة في دراسة السلوك الإجرامي. ج1. القاهرة: دار المعارف، 1962.
- 134- خوخ، عبد الله و عبد السلام فاروق. الأسرة العربية ودورها في الوقاية من الجريمة والانحراف. الرياض، المركز الوطني للدراسات الأمنية والتدريب، 1989.
- 135- خير الزراد، فيصل. العلاج النفسي السلوكي. المعرفي لحالات الوسواس القهري، والقلق، والخوف المرضي. بيروت: دار العلم للملايين، 2005.
- 136- دردار، فتحي. الإدمان - التدخين-الخمير-المخدرات. ط1. الناشر: المؤلف، 2005.
- 137- رحمانى، منصور. علم الإجرام والسياسة الجنائية. الجزائر: دار العلوم للنشر، 2006.
- 138- رمزي، نبيل. النظرية السوسيولوجيا المعاصرة: أصولها الكلاسيكية واتجاهاتها المحدثه. مصر: دار الفكر الجامعين، 1999.
- 139- رمضان، جلال الدين عبد الخالق. الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2001.
- 140- روبرت ديجارليه، وآخرون. الصحة العقلية في العالم. ترجمة: إيهاب عبد الرحيم. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة، 2004.
- 141- ريان أحمد على، طه. المسكرات آثارها وعلاجها في الشريعة الإسلامية. القاهرة: دار الاعتصام للنشر والطبع، 1984م.
- 142- ----- المخدرات بين الطب والفقهاء. القاهرة: دار الاعتصام للنشر والطبع، 1984م.

- 143- زلب عبد الله، علي . ثقافة القات في اليمن: مقارنة سوسولوجية. ط2. دمشق: دار كنعان، 2010.
- 144- زهدي، حسون تماضر. جرائم الأحداث الذكور في الوطن العربي. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 1994.
- 145- زهران، حامد عبد السلام. الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط1. الرياض: عالم الكتب، 1978م.
- 146- زيد، محمد. آفة المخدرات وكيفية معالجة الإدمان. ط4. بيروت: دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع ، 1988.
- 147- زيدان، محمد مصطفى ونبيل السمالوطي. علم النفس التربوي. جدة : دار الشروق، 1981.
- 148- سالم، زينب. المراهقون وتدخين السجائر في المجتمع المصري. ط1. القاهرة: مركز الكتاب للنشر، 2005م.
- 149- سرور أحمد، فتحي. السياسة الجنائية. بيروت: دار النهضة العربية ، 1972.
- 150- ----- . الوسيط في قانون العقوبات. مصر: دار النهضة العربية، 1981.
- 151- سكر. عبد الصمد. التعاون الدولي الأمني في مكافحة الجرائم المعاصرة. مصر: أكاديمية الشرطة، 1997.
- 152- سلامة، مأمون. أصول علم الإجرام والعقاب. مصر: دار الفكر العربي، 1979.
- 153- سليم، سلوى علي. الإسلام والمخدرات: دراسة سوسولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات. القاهرة: مكتبة وهبة، 1989.
- 154- سعد، عبد الرحمان . التلفزيون وأطفال المرحلة المتوسطة. الكويت: وزارة الإعلام، 1994.
- 155- سيد غريب، محمد و سامية محمد جابر. علم الاجتماع السلوك الانحرافي. مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003.
- 156- سنذرلاند، هـ.أودين. و دونالدر كريسي. مبادئ علم الإجرام. ترجمة: محمود السباعي، حسن صادق المرصفاوي. القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية، 1974.
- 157- سويف، مصطفى. المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والأداب، 1996.
- 158- ----- . تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام 1986، القاهرة: المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية، 1991.
- 159- ----- . مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. طبعة خاصة. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، 2001.

- 160-سوفى، مصطفى وآخرون. تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية (بنين): دراسة ميدانية فى الواقع المصرى. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية و الجنائية، البرنامج الدائم لبحوث المخدرات، 2002.
- 161-سوفى، مصطفى وآخرون. " تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ الثانوى العام وتلاميذ الثانوى الفنى : دراسات مقارنة على أسس ميدانية ، المجلد العاشر، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، 2003.
- 162-سيد أحمد منصور، عبد المجيد. دور الأسرة كأداة للضبط الاجتماعى فى المجتمع العربى. الرياض: المركز العربى للدراسات الأمنية و التدريب، 1987.
- 163-سيد غريب، محمد و سامية محمد جابر. علم الاجتماع السلوك الانحرافى. مصر: دار المعرفة الجامعية، 2003.
- 164-شحرر، غسان. مكافحة المخدرات . الإعلام والدور المنشود. <http://www.nssat.net/>. (2011/12/13).
- 165-شعبان، حلمي. المخدرات أعرفها وأبتعد عنها. بيروت : دار التوفيق، 1993م.
- 166-شفيق، محمد. البحث العلمى، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الإجتماعية. ط4. الإسكندرية: المكتبة الجامعية، 2000.
- 167-شمس الدين، محمد زكى. أساليب مكافحة المخدرات. الناشر : خاص، الجزء الثانى، 1995م.
- 168-شمس محمود، زكى. أساليب مكافحة المخدرات فى الوطن العربى: فقهاً - تشريعاً - اجتهاداً - قضاءً. ط1. دمشق: مطبعة الداوودى، 2008.
- 169-صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى. الدليل الطبى للعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، 1999.
- 170------الشباب المصرى وظاهرة المخدرات. ط1. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى ، 2002.
- 171------دليل الأخصائى النفسى فى الوقاية والعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان فى التعاطى ، 1991.
- 172-طالب، أحسن . الجريمة والعقوبة والمؤسسات الإصلاحية. ط1. الرياض: درا الزهراء للنشر والتوزيع، 1998.
- 173-طالب، خليل إبراهيم علي. الهيرويين: تعريفه، تركيبه، أثاره، طرق تحليله. المملكة العربية السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، 2007م.
- 174-طويلة، عبد الوهاب عبد السلام. فقه الاشرية وحدها او حكم الاسلام فى المسكرات والمخدرات والتدخين. ط1، القاهرة: دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع و الترجمة، 1986.

- 175- عالية، سمير محمود .دور البحث العلمي في تقليص الآثار السلبية الناجمة عن تعاطي المخدرات. ط1. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2001.
- 176- عباس، فخري صبري. دراسة تحليلية للعوامل المرتبطة بالتفكك الأسري للعائلة العراقية بعد أحداث 02/12/2012 . <http://www.alnoor.se> . 2003/4/9 .
- 177- عبد الجواد، ليلي. تعاطي المخدرات بين شباب العشوائيات: دراسة ميدانية لمنطقة الشرايية. القاهرة: المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، 2002.
- 178- عبد الخالق، جلال الدين. الجريمة و الانحراف: الحدود والمعالجة . مصر: كلية الخدمة الاجتماعية بالإسكندرية، 1998.
- 179- عبد الخالق، جلال الدين والسيد رمضان .الجريمة والانحراف. الاسكندرية: مكتبة الجامعة الحديثة، 2001.
- 180- عبد السلام فاروق، سيد. سيكولوجية الإدمان. القاهرة: عالم الكتب، 1977.
- 181- عبد الرحمان، إبراهيم وآخرون. مناهج البحث الإجتماعي وتطبيقاته في محيط الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2003.
- 182- عبد الفتاح، إسماعيل. السموم البيضاء بين الدين والقانون والقيم. القاهرة: شركة الأمل للطباعة والنشر، 2007.
- 183- عبد اللطيف، رشاد أحمد. الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات : تقديرا المشكلة وسبل العلاج والوقاية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1999.
- 184- عبد الغني، سحر. الأطفال وتعاطي المخدرات. ط1. القاهرة: المكتبة المصرية ، 2007.
- 185- عبد المنعم، عفاف محمد. الإدمان : دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2009.
- 186- عبد الستار، فوزية. مبادئ علم الإجرام وعلم العقاب. القاهرة: دار النهضة العربية، 1977.
- 187- عبيد، رؤوف . أصول علم الإجرام والعقاب. ط5. مصر: دورية الوقائع المصرية، 1981.
- 188- عبيدي، الشافعي. قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين. الجزائر: دار الهدى، 2008.
- 189- عبيدات، نوقان وآخرون، .البحث العلمي . ط5، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 1417 هـ.
- 190- عدنان، الدوري. علم العقاب ومعاملة المذنبين. الكويت: دار السلاسل، 1988.
- 191- ----- . جناح الأحداث. ط3. الكويت: ذات السلاسل، 1985.
- 192- عرموش، هاني. المخدرات امبراطورية الشيطان: التعريف، الإدمان، العلاج. بيروت: دار النفائس، 1993.

- 193-عسكر عبد الله، السيد. مدخل إلى الإضطرابات النفسية. ج1. القاهرة: الانجلو- المصرية، 1999 .
- 194-عقبات أحمد، مظهر. دور وسائل الإعلام في الوقاية من إنتشار المخدرات.
www.nauss.edu.sa. (2012/07/13)
- 195-علوان عبد الله، ناصح. تربية الأولاد في الإسلام . باتنة: الجزء الأول دار الشهاب، 1988.
- 196-علي محمود، السيد. المخدرات: تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 1433هـ، 2012م.
- 197-علي يسر، أنور و أمال عبد الرحيم عثمان. علم الإجرام والعقاب. بيروت: دار النهضة العربية، 1970.
- 198-عمر نوال، محمد. ادبيات نبع الأداب والثقافة والإعلام والمخدرات. مصر: المؤسسة العربية الحديثة، 2009.
- 199-عمر محمد، زيان. البحث العلمي، مناهجه وتقنياته . ط8، جدة: دن، 2002.
- 200-عويس، مسعد سيد. دور المؤسسات الرياضية والشبابية في مواجهة الإدمان، مصر: مطابع الشرطة للطباعة والنشر والتوزيع، 2004.
- 201-عيد، فتحي .دليل العمل في مجال ضبط المخدرات. القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، 1984.
- 202-عيد محمد، فتحي .الإنترنت ودوره في انتشار المخدرات. الرياض : أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003.
- 203-عيسوي، عبد الرحمن. سيكولوجية الإدمان وعلاجه. بيروت، لبنان: دار النهضة للطباعة والنشر، 1993.
- 204-غانم محمد، حسن. العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 2005.
- 205-غباري، محمد سلامة. الإدمان: خطر يهدد الأمن الإجتماعي. ط1. الأسكندرية: دار الوفاء لعنبا الطباعة والنشر، 2007.
- 206-غبريال، سامي. الخمير والمخدرات والادمان: من منظور مسيحي. علمي. اجتماعي. مصر الجديدة: دار يوسف كمال للطباعة، 2005.
- 207-غدنز، أنتوني. علم الاجتماع. ترجمة فايز الصياغ. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2005.
- 208-غريب، عبد الفتاح . مفهوم الذات في مرحلة المراهقة وعلاقته بالاكنتاب:دراسة مقارنة بين مصر والإمارات العربية المتحدة. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، 1992.

- 209- بسيوني، فؤاد. ظاهرة انتشار إدمان المخدرات. ط2. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988.
- 210- غيث، محمد عاطف. علم الاجتماع: دراسات تطبيقية. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 1974.
- 211- فايد، حسين. "سيكولوجية الإدمان". الإسكندرية: المكتب العالمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، 1992.
- 212- فتحي، أحمد. الخمر والمخدرات في الإسلام. القاهرة: مؤسسة الخليج العربي، 1989.
- 213- فرج، صفوت. القياس النفسي. القاهرة: الدار الأنجلو المصرية، 1989.
- 214- فرج، حمدي أمين. التدخين بين الطب والدين. ط1. القاهرة: مكتبة القيمة للطباعة والنشر والتوزيع، 1987م.
- 215- قباري محمد، سلامة. الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1991م.
- 216- قداش، محفوظ. جزائر الجزائريين. تاريخ الجزائر 1830-1954. ترجمة محمد المعراجي، الجزائر: منشورات ANEP ، 2008.
- 217- قطش، الهادي. أطلس الجزائر والعالم: طبيعيا، بشريا، اقتصاديا، سياسيا. الجزائر: دار الهدى، 2009.
- 218- قناوي، شادية. البعد الاجتماعي وراء ظاهرة التعاطي بالقاهرة. القاهرة: جامعة عين شمس، 1999.
- 219- كاشدان، شلدون. علم نفس الشواذ. ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة. مصر: دار الشروق، 1984.
- 220- كاظم محمد، نبيل. كيف نؤدب أبنائنا بغير ضرب وحكم الضرب المدرسي. ط2. القاهرة: دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، 2007.
- 221- كوفي، عماد. المخدرات الإتهيار. دمشق: دار الإيمان للنشر والتوزيع، 1993.
- 222- كولون، آلان. مدرسة شيكاغو. ترجمة مروان بطش. ط1، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2012.
- 223- لاوسون، سارة. كل ما يجب أن يعرفه الآباء عن المخدرات. ترجمة: قسم الترجمة بدار الفاروق. ط1. مصر: دار الفاروق للنشر والتوزيع، 2005.
- 224- لطفي، طلعت إبراهيم. أساليب وأدوات البحث الاجتماعي. القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، د.ت.

- 225- لويس، كامل مليكة وآخرون. دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، 1999.
- 226- محمد، عباس. المخدرات والإدمان، المواجهة والتحدي. أخبار اليوم، القاهرة، 1986.
- 227- محمد، علي محمد. علم الاجتماع والمنهج العلمي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1983.
- 228- محمد، عبد الحميد. نظريات الإعلام واتجاهات التأثير. القاهرة: عالم الكتب، 1997.
- 229- محمد محمد، فتحي. إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيالي: من منظور التحليل النفسي اللاكاني. مصر: مكتبة الانجلو المصرية، 2011.
- 230- محمد، سيد. الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات واستراتيجية مواجهتها. القاهرة: د. ن، 2003.
- 231- محمود ياسين، عطوف. مدخل إلى علم النفس الاجتماعي. بيروت: دار النهار، 1981.
- 232- مدبولي، جلال. ظاهرة جناح الأحداث والعوامل المفسرة لها: دراسة استطلاعية لعلاج الظاهرة بمدينة الرياض. القاهرة: مكتبة نهضة الشرق، 1985.
- 233- مرسي سيد، عبد الحميد. الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة: مكتبة الخانجي، 1976.
- 234- مرسي، محمد عبد العليم. دور البرامج الدينية في معالجة قضايا ومشكلة المجتمع. الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1406 هـ.
- 235- مرزوقي حمد، عبد الكريم وآخرون. إدمان المخدرات في أوساط الشباب في المجتمع العربي السعودي. الرياض: وزارة الداخلية مركز أبحاث مكافحة الجريمة، 1416 هـ.
- 236- مركز أبحاث مكافحة الجريمة. المخدرات والعقاقير المخدرة. الرياض: وزارة الداخلية، المملكة العربية السعودية، 1985.
- 237- مروك، نصر الدين. جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية. بوزريعة، الجزائر: دار هومه، 2004 م.
- 238- مسلم، عدنان أحمد و أمال عبد الرحيم. مشكلة المخدرات في سورية، دراسة ميدانية. دمشق: دار كنعان للدراسات والنشر، 1995.
- 239- مصباح، عبد الهادي. الإدمان. ط1. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، 2004.
- 240- مصباح، عامر. التنشئة الاجتماعية والسلوك الانحرافي لتلميذ المدرسة الثانوية. ط1. الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر، 2003 م.
- 241- معوض، موسى نجيب موسى. أسلوب التسلط في المعاملة الوالدية في عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال. شبكة الألوكة. <http://www.alukah.net>. (2013/05/15).

- 242-معتوق، جمال. مدخل إلى علم الاجتماع الجنائي: أهم النظريات المفسرة للجريمة والانحراف. ج1، ط1. الجزائر: دار بن مرابط للنشر و الطباعة، 2008.
- 243-مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. التعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات. الأمم المتحدة، نيويورك، 2004 .
- 244------ . دليل إرشادي لتنفيذ برامج التدريب على إكتساب المهارات الأسرية من أجل الوقاية من تعاطي المخدرات. الأمم المتحدة، نيويورك 2009.
- 245-موسى جمال الدين، محمد. الإنسان والتدخين. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1993.
- 246-منصور، عبد المجيد سيد أحمد. الإدمان: أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج. الرياض: أبحاث مكافحة الجريمة، 1406 هـ.
- 247-منظمة الصحة العالمية. تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي 2008. مجموعات السياسات الست، جنيف، 2009 .
- 248-ميسيلي، رشيد و فريدة طايبي. المميزات النفسية لمتعاطي المخدرات. ج2، الجزائر: منشورات جامعة الجزائر، الجزء الثاني، 1998م.
- 249-نافع، ابراهيم. كارثة المخدرات والإدمان. ، الاسكندرية: الكتاب الجامعي الحديث، 2003م.
- 250------ . في بيتنا مدمن : كيف نمنع الكارثة . ط1. القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1991.
- 251-نواصر، العياش. إستهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي. باتنة: مطابع عمار قرني، د.ت.
- 252-نيل، أن شابيروا . في بيتنا مراهق. ترجمة: ألفيرا عون، بيروت: شركة دار الفرشة للطباعة والنشر و التوزيع، 2006.
- 253-هادي، محمد. الحشيش قاتل الإنسان ودعامة الإستعمار. الجزائر: دار الهدى، د.ت.
- 254-هي، حسين محي الدين سبها. الأطفال والتلفزيون، والآثار النفسية والاجتماعية للتلفزيون على سلوك الطفل من منظور علم النفس. www.Kidwordnag.com. (2012/11/12).
- 255-وظفة، علي . علم الاجتماع التربوي. دمشق: جامعة دمشق، 1990.
- 256-وزارة الإعلام والشؤون الإعلامية. المخدرات والخطر والمقاومة. الرياض: مطابع أطلس للأوفست، 1991م.
- 257-وزارة الأوقاف، الإدارة العامة للإرشاد الديني. الإسلام وقضايا الإدمان والسموم البيضاء. مصر، مطابع روز اليوسف، د.ت.
- 258-وهبي، محمد. عالم المخدرات بين الواقع والخيال الخادع. لبنان: دار الفكر اللبناني، 1990م.
- 259-ياسين، السيد. العولمة والطريق الثالث. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1999.

- 260- يحيوي، صلاح. المخدرات. ط 1. بيروت: مؤسسة الرسالة، 1981م.
- 261- يوسف، جمعة سيد. الوقاية من تعاطي المخدرات. ط2. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2003.

ثانيا: الدوريات والمجلات العلمية

- 1- البكر، فوزية ، بنت بكر. "دور الإعلام في مواجهة مشكلة المخدرات ". مجلة المكافحة، 42(1426هـ): ص ص 13-15.
- 2- الخلوصي، ناطق. " الدراما التلفزيونية ". مجلة الإذاعات العربية. تونس: اتحاد إذاعة الدول العربية، 1999.
- 3- الدمرداش، عادل. "الإدمان مظاهره وعلاجه". عالم المعرفة، العدد 56، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1982، ص-ص 211-211.
- 4- الزبير عبد الرحمن، عبد الله. " من مرتكزات الخطاب الدعوي في التبليغ والتطبيق ". قطر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، سلسلة كتاب الأمة، 56 (1997)، ص ص 82-101 <http://www.islam.gov.qa/umma> (2012/08/20).
- 5- السويدي، عيسى. " العولمة وتأثيراتها التربوية والاجتماعية ". مجلة البيان، (2001): ص ص 24-27.
- 6- العربي، الحارثي، ساعد. " أثر التلفاز في التوعية بأخطار تعاطي المخدرات وإدمانها ". مجلة جامعة أم القرى للبحوث العلمية، 13(1416هـ): ص ص 41-48.
- 7- العقباوي، أحمد سوقي، و محمد فهمي الكردي وقحطان الناصري. "مشكلة تعاطي المخدرات في قطر". منشورات جامعة قطر، 1(1984): ص ص 13-16.
- 8- القاضي، علاء الدين. "التربية والتغيير الاجتماعي". مجلة رسالة التربية، القاهرة، 1(1971): ص ص 11-13.
- 9- السياغي، حسين بن أحمد. "قانون صنعاء اليمن في القرن 12 هـ". مجلة معهد المخطوطات العربية، 26(1982): ص ص 3-7.
- 10- برهوم، محمد عيسى. " ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن ". الأردن ، مجلة الباحث، 3(1984)، ص ص 33-40.
- 11- بوكابوس، أحمد، وآخرون. "عوامل ودوافع تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي وطرق الوقاية منها". الوقاية والأرغونوميا، مجلة نفسية اجتماعية صحية. مخبر الوقاية والأرغونوميا جامعة الجزائر. 02(2008): ص ص 75-102.

- 12- حسون ناصر محمد، زهري. "المخدرات أخطارها وطرق الوقاية منها". كتب ثقافية للراشدين، 23 (1993): ص ص 11-17.
- 13- رسلان، عادل. "حكم تناول المخدرات و المفترات وتداولها في التشريع الإسلامي والقانون". رسالة الإمام. وزارة الأوقاف، المجلس الأعلى للشؤون الإسلامية، القاهرة، 6 (ديسمبر 1985): ص ص 15-21.
- 14- عبد الرحمن عبد الله، الزبير. "من مرتكزات الخطاب الدعوي في التبليغ والتطبيق". قطر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، سلسلة كتاب الأمة، 56 (1997)، ص ص 82-101 <http://www.islam.gov.qa//umma>. (2012/08/20).
- 15- عبيد، رؤوف. "أصول علم الإجرام والعقاب". ط5. مصر: دورية الوقائع المصرية، 1981م.
- 16- عيسى برهوم، محمد. "ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن". الأردن، مجلة الباحث، 3(1984): ص ص 16-21.
- 17- عشوي، مصطفى. "دراسة أولية للإدمان بالوسط المدرسي". مجلة علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، 6(1994-1995): ص ص 35-39.
- 18- عقبات، أحمد. "التعبير السوري في البرنامج التلفزيوني". مجلة الإذاعات العربية، 4(2003): ص ص 5-9.
- 19- كمال، آمال. "السينما المصرية وثقافة المخدرات: دراسة تحليلية لعينة من الأفلام الروائية 1988-2002". المجلة القومية للتعاطي، الإدمان : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، 2، 2(يوليو، 2005): ص ص 89-125.
- 20- مجلس هيئة كبار العلماء. "حكم مهرب ومروج المخدرات". المسلم. مجلس هيئة كبار العلماء في دورته التاسعة والعشرين المنعقدة بمدينة الرياض بتاريخ 9 / 6 / 1407 هـ وحتى 20 / 6 / 1407 هـ. <http://www.almoslim.net>.
- 21- محمود، خيال. الإدمان. كتاب الهلال الطبي، القاهرة: (أغسطس 2001): ص ص 6-11.
- 22- كمال، آمال. "السينما المصرية وثقافة المخدرات: دراسة تحليلية لعينة من الأفلام الروائية، 1988-2002". المجلة القومية للتعاطي الإدمان ، 2(يوليو 2005): ص ص 23-28.
- 23- نبيل، علي. "الثقافة العربية وعصر المعلومات". مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والآداب، الكويت، 276(2001): ص ص 23-30.

ثالثاً : الرسائل العلمية:

- 1- الأهوائي هاني حسين. " بعض المتغيرات المرتبطة بالهوية لدى فئات من الشباب المدمن". أطروحة دكتوراه. جامعة الأزهر. القاهرة، 1995.
- 2- البرقاوي، هناء محمد شريف. "أثر العوامل الاجتماعية في الدافع إلى ارتكاب الجريمة: دراسة ميدانية من واقع سجنى دمشق للذكور ودوما للإناث". رسالة ماجستير، جامعة دمشق، 1995.
- 3- الحديثي، عباس غالي. " الخدمات الترفيهية لسكان مدينة البصرة: دراسة تحليلية في جغرافية المدينة وإقليمها". رسالة ماجستير . جامعة بغداد. 1983.
- 4- الجمعان، أحمد فاضل. " تعاطي المخدرات وارتكاب الجريمة دراسة ميدانية مطبقة على المودعين بسجن الدمام". رسالة ماجستير. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1409هـ.
- 5- الشعري، ظافر بن سعد بن عبد الله. " دور الاتصال والإعلام في تشجيع المدمنين على التقدم طوعاً للعلاج". رسالة ماجستير، قسم العلوم الشرطية، الرياض . 1425 هـ.
- 6- الصواف، مناس محمد ابراهيم. "أثر العوامل الاجتماعية في تعاطي المخدرات، دراسة ميدانية من واقع سجون سورية". رسالة ماجستير . جامعة دمشق. 1996-1997.
- 7- العطاب، فؤاد محمد يحي. "تجريم المخدرات في القانون اليمني ووسائل مكافحتها: دراسة مقارنة". رسالة ماجستير. جامعة عدن. 2006م.
- 8- المالكي، مريم علي. " دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية عند المتعاطين وغير المتعاطين في المجتمع القطري". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس. القاهرة، 1990.
- 9- المغربي، سعد. "سيكولوجية تعاطي المخدرات". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس، القاهرة. 1966.
- 10- العاقل، سهام . "دراسة حول فعالية الإعلام في وقاية الشباب من المخدرات". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر، 1998م.
- 11- الغالم، سليمان بن قاسم. " عوامل تعاطي المخدرات دراسة للمحكوم عليهم في سجون الرياض". رسالة ماجستير. جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض. 1407 هـ.
- 12- إلياس، ماهر نجيب. "العلاقة بين البناء النفسي ونوع المخدر: دراسة إكلينيكية". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس، القاهرة. 1994.
- 13- بكر، ماجدة عبد الفتاح أحمد. " تعاطي بعض طلاب الجامعات للمخدرات ودور التربية في القضاء عليها ". رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، القاهرة، 1990.

- 14- تمريست، فتيحة. " واقع الأسرة الممتدة في المدينة: خصائصها ووظيفتها ومشكلاتها: دراسة ميدانية لحي عين النعجة، الجزائر العاصمة" رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. 2005-2006.
- 15- جاوت، كريم. " تعاطي المخدرات عند الشباب الجزائري : دراسة ميدانية في الجزائر العاصمة ". رسالة ماجستير .جامعة الجزائر. 2008-2009.
- 16- جبر، جبر محمد. " الدوافع النفسية الاجتماعية لتعاطي الحشيش لدى بعض شرائح المجتمع ". رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، القاهرة. 1985.
- 17- حذاق، جعفر. " دراسة نفسية تحليلية لظاهرة تعاطي المخدرات بالجزائر، دراسة ميدانية لدى شباب من نزلاء مؤسسة إعادة التربية تتراوح أعمارهم بين 18-32 سنة". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. 2007-2008.
- 18- حسن، زيد العابدين مخلوف. " الإدمان كمشكلة اجتماعية لدى بعض الشباب المصري". رسالة ماجستير. جامعة المنيا. مصر. 1993.
- 19- حمر الرأس، عبد القادر. " الأسرة وتعاطي المخدرات: أثر الوسط الأسري في إبراز تعاطي المخدرات في البلدية ". رسالة ماجستير، جامعة الجزائر. 1992-1993.
- 20- ربحان، خالد عيسى. "المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالاستهداف لتعاطي المخدرات ". رسالة ماجستير. جامعة القاهرة. 1972.
- 21- شحات، مجدي رزق محمد. " دراسة أثر تعاطي الآباء للمخدرات على الصحة النفسية والتنشئة الاجتماعية لدى الأبناء ". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس. القاهرة. 1995.
- 22- صادقي، فاطمة. " علاقة الاضطرابات النفسية بالإدمان على المخدرات عند الشباب: دراسة ميدانية بمنطقة تمنراست ". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. 2005-2006 .
- 23- صالح، السعد. "تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار غير المشروع بها في الأردن". أطروحة دكتوراه. الجامعة التونسية. 1995.
- 24- صغيري، رابح. " دور النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من ظاهرة الإدمان على المخدرات، دراسة ميدانية بمركز فرانز فانون بالبلدية". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. 2007-2008.
- 25- عبد الله عادل، علي. "علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين" رسالة ماجستير. جامعة عين شمس، القاهرة. 1989.
- 26- عبد الغني، سحر. " الأطفال وتعاطي المخدرات ". رسالة ماجستير. قسم الآداب. جامعة عين شمس. القاهرة. 2007.
- 27- عبد القادر رسمية، سعيد. " تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم الفلسطيني : دراسة في سيكولوجية التعاطي ". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس. القاهرة. 1983.

- 28- عبد العال، سيد محمد عبد المجيد. "بعض العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالإدمان لدى الشباب". أطروحة دكتوراه. جامعة المنصورة. مصر. 1993.
- 29- عبد السلام، فاروق سيد. "دراسة نفسية إجتماعية لبعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان". أطروحة دكتوراه. كلية التربية، بنين القاهرة. 1970.
- 30- عسكر، عبد الله السيد. "تعاطي الأقرص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب". رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة الزقازيق. 1985.
- 31- عطية، عادل عمار ساسي. "تعاطي المخدرات بين الشباب الليبي: دراسة ميدانية للنزلاء في مؤسسات الإصلاح والتأهيل بمدينة طرابلس، ليبيا". أطروحة دكتوراه. جامعة الدول العربية. القاهرة. 2005.
- 32- عيد، محمد فتحي محمد محمود. "جريمة تعاطي المخدرات في القانون المصري والقانون المقارن". أطروحة دكتوراه. جامعة القاهرة. 1981م.
- 33- عيفي، ناظك عيسى. "العلاقة بين ممارسة فريق العمل مع الجماعات والتأهيل الاجتماعي للمدمن". رسالة ماجستير. جامعة حلوان. 1993.
- 34- قديح، سليمان فايز. "الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات (البانجو) في مركز الإصلاح والتأهيل غزة". أطروحة دكتوراه. جامعة الدول العربية، القاهرة، 2006.
- 35- محمود، ماجدة حسين. "سيكولوجية المدمن العائد: دراسة نفسية اجتماعية". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس، القاهرة، 1991.
- 36- مصطفى محمد، رمضان. "تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم". أطروحة دكتوراه. جامعة عين شمس، القاهرة. 1982.
- 37- منصوري، سميرة. "دراسة وبائية حول تعاطي المواد النفسية لشباب تتراوح أعمارهم بين (15-33) سنة في يومرداس جويلية 2000"، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر. 2001-2000.
- 38- نوبيات، قدور. "اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات، دراسة استكشافية على عينة من شباب مدينة ورقلة". رسالة ماجستير. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة. 2006.

رابعا: الأوراق المقدمة في الندوات والمؤتمرات واللقاءات العلمية:

- 1- الحوري، أحمد حمزة. تطوير سياسة وقائية لمواجهة المخدرات. ورقة مقدمة إلى الندوة العلمية حول المخدرات والعولمة، مركز الدراسات والبحوث، قسم الندوات واللقاءات العلمية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 10-12/07/2006م، الرياض.

- 2- الحيدر إبراهيم، بن عبد الرحمن. عرض مضمون التجربة الكندية من خلال توظيف المنهج التكاملية للوقاية من الجريمة. ورقة عمل مقدمة لندوة المجتمع والأمن. 21 صفر إلى 24 صفر 1425، الرياض. <http://www.minshaw.com>. (2011/10/11)
- 3- الخطيب، أحمد. دور وسائل الإعلام في الوقاية من المخدرات . القاهرة: المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلة الإدمان، جامعة الدول العربية. 1988.
- 4- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها. المجلس الأوروبي مجموعة بومبيدو. دراسة في إطار مشروع **MEDSPAD** والمرصد الفرنسي لمكافحة المواد النفسية **OFDT**. فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات وطنية لوقاية من المخدرات ومكافحتها. الجزائر - يومي 03 و 04 ديسمبر 2006، الجزائر العاصمة.
- 5- -----آليات التنسيق بين مختلف الهيئات في اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية على ضوء القانون 04-18 ، الايام الدراسية حول تطبيق قانون 04-18. 5 و 6 ماي 2009م، الجزائر العاصمة.
- 6- الرشيدى، ملاك أحمد محمد. التنشئة الاجتماعية ودورها في الوقاية من تعاطي المخدرات. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان: الوقاية - العلاج- المتابعة، القاهرة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية 1988، القاهرة.
- 7- الساعاتي، حسن. "تعاطي الحشيش كمسكلة اجتماعية". أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1963.
- 8- الغافري، حسين بن سعيد. الإنترنت وآفة المخدرات. ورقة بحثية مقدمة لمؤتمر أمن المعلومات والخصوصية في ظل قانون الانترنت 2-4 يونيو 2008م، القاهرة <http://www.f-law.net>. (2012/06/15).
- 9- المغربي، سعد. ظاهرة تعاطي المخدرات: تعريفها : نبذة تاريخية عنها. بحث مقدم للندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات 4-10 مايو 1971م، القاهرة.
- 10- المكتب الإقليمي للأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال إفريقيا. ملتقى حماية الدولي لبحث استثمار الموارد البشرية في مجال مكافحة المخدرات بين الواقع والطموح يومي 29. 30 يونيو 2010 تنظيم القيادة العامة لشرطة دبي، والمكتب الإقليمي للأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، بنادي ضباط شرطة دبي، بالقرهود.

- 11- المكتب الإقليمي للأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال إفريقيا. المؤتمر العربي رفيع المستوى -القاهرة- لحماية النشء من المخدرات. الذي نظمه المجلس القومي والأمومة بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة لشرق الأوسط وشمال إفريقيا. 12 إلى 14 يونيو 2005، القاهرة.
- 12- توماس، اليزابيث. الاتجاهات الحديثة في التربية الإعلامية. ورقة مقدمة إلى المؤتمر الدولي بجامعة تولوز. فرنسا يوليو 1990 .
- 13- توفيق، جلال. نتائج تحقيق Medspad 2006 حول تعاطي المخدرات في أسواق ثانويات الرباط سالة. ورقة مقدمة إلى الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية لوقاية من المخدرات ومكافحتها. 03 - 04 ديسمبر 2006، الجزائر العاصمة.
- 14- حسين، محي الدين أحمد. إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي لمتعاطي المخدرات. القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (30/29 أكتوبر)، منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة.
- 15- عبد القادر، أكرم. دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات. ورقة مقدمة إلى الندوة العلمية حول التوعية بأضرار المخدرات بمقر جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية . مركز الدراسات والبحوث الأمنية بالرياض. 02-04 أبريل 2007م.
- 16- عقبات، أحمد مطهر. دور وسائل الإعلام في الوقاية من انتشار المخدرات. ورقة مقدمة إلى ندوة حول دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات، الرياض: 14 و 16 / 03 1428 هـ ، الموافق 2 أبريل 2007 م، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث . قسم الندوات واللقاءات العلمية.
- 17- عيد، محمد فتحي. التعاون بين المؤسسات التربوية والأجهزة الأمنية للحد من انتشار المخدرات . ورقة عمل مقدمة للندوة العلمية في التوعية بأضرار المخدرات . عنوان الندوة : " المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات " . 12. 16 مارس 1428 هـ، الرياض.
- 18- لعزيزي، محمد. محاضرة حول المخدرات ورقة مقدمة في إطار آليات التنسيق بين مختلف الهيئات في اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية على ضوء القانون 04-18، الايام الدراسية حول تطبيق قانون 04-18. 5 و 6 ماي 2009م، الجزائر العاصمة.
- 19- محمد، رشاد ساهر. مقاومة الإدمان بمنع اتصال دوائره . بحث في ندوة حول رؤية تكاملية لمواجهة الإدمان على المخدرات، دبي، مركز البحوث و الدراسات، شرطة دبي.
- 20- مركز البحوث والتدريب والتجريب والتوثيق. المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان" الوقاية . العلاج . المتابعة". 13-16 سبتمبر 1988، القاهرة.

- 21- مخبر الوقاية والأرغونوميا، جامعة الجزائر: فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي. مارس 2004.
- 22- لطفي طلعت، إبراهيم. جماعة الأصدقاء، وعلاقتها بتعاطي المخدرات: دراسة ميدانية لمجموعة من المتعاطين للمخدرات في مدينة بني سويف. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العلمي عن الإدمان والتنمية كلية الآداب، جامعة المنوفية. 1993، مصر.
- 23- لعزیز، محمد. محاضرة حول المخدرات، الأيام الدراسية حول تطبيق قانون 18-04، 5 و 6 ماي 2009، الجزائر العاصمة.
- 24- يحي، حسن بن عايل أحمد. رؤى حول التربية والإعلام وأدوار المناهج لتنمية التفكير في مضامين الإعلام لتحقيق التربية الإعلامية. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الدولي الأول للتربية الإعلامية. من 14 إلى 17 صفر 1428 هـ 2007م، الرياض.

خامسا : الموسوعات والقواميس والمعاجم:

- 1- أبو زيد، محمود. المعجم في علم الإجرام والاجتماع القانوني والعقاب. القاهرة : دار الغرب للطباعة والنشر والتوزيع، 2003.
- 2- ابن المنظور. لسان العرب. المجلد الثالث عشر. ط3. بيروت: دار صادر، 1994.
- 3- مجمع اللغة العربية. المعجم الوسيط. ط3. القاهرة: دار المعارف، 1972.

سادسا: التقارير والوثائق الرسمية والحكومية:

- 1- الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. الماريجوانا بغزة أكثر إنتشارا من الحشيش والهيروين (تقرير خاص) فلسطين، غزة، 2006.
- 2- الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة عن عام 1993. نيويورك: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 1994.
- 3- الأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة العامة عام 2011. نيويورك: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، 2012.
- 4- الأمم المتحدة. شعبة المخدرات . الرسالة الإعلامية، نشرة ديسمبر 1985.
- 5- الأمم المتحدة. الاتفاقية الموحدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972 المعدل للاتفاقية الموحدة للمخدرات لسنة 1961. الأمم المتحدة ، 1979.
- 6- الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي. استراتيجية الفترة 2008-2011 لمكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة. فيفري 2007.

- 7- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 15، 21 فبراير 1975م. الجزائر: المطبعة الرسمية.
- 8- ----- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 28، 15 أبريل 1992م، الجزائر: المطبعة الرسمية.
- 9- ----- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 41، 15 يونيو 1997م، الجزائر: المطبعة الرسمية.
- 10- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها 2004-2008. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها ، دون سنة.
- 11- ----- الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة، سنة 2001. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.
- 12- ----- الحصيلة السنوية للكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية من طرف مصالح مكافحة لسنة 2011. الجزائر: وزارة العدل. 2012.
- 13- ----- ملخص عن الجهود المبذولة في مكافحة المخدرات وإدمانها في الجزائر في إطار تنفيذ المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات (2004-2008). الجزائر: وزارة العدل. 24 فيفري 2009.
- 14- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2010. الأمم المتحدة، نيويورك. 2011.
- 15- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. التعليم المدرسي للوقاية من تعاطي المخدرات. فيينا من 2 إلى 5 سبتمبر 2002، الأمم المتحدة، نيويورك 2004.
- 16- ----- تقرير المخدرات العالمي 1999. الأمم المتحدة، نيو يورك، 2010.
- 17- ----- تقرير المخدرات العالمي 2012. الأمم المتحدة، نيو يورك، 2012.
- 18- ----- تقرير المخدرات العالمي 2013: خلاصة وافية. الأمم المتحدة، 2013.
- 19- ----- إتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد (أكتوبر 2003). الأمم المتحدة، نيويورك 2004.

20- ----- . تقرير الهيئة العامة لعام 2011. الأمم المتحدة، نيويورك، 2012.

21- منظمة الأمم المتحدة. تقرير الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 404 / 132 لشهر فيفري 2000.

سابعا : الجرائد والصحف:

1- أسابع، عبد الحكيم. "الشبكات الكولومبية تسعى لاستعمال البواخر الجزائرية لتهريب الكوكايين". حوار مع مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها. جريدة النصر، 27 أبريل 2008.

2- الأشرف، حسن. "الحمير وسيلة لتهريب البضائع بين المغرب والجزائر". العربية، الإثنين 26 مارس 2012م. www.alarbiya.net. (30 مارس 2012).

3- البواشري، محمد. "الوازع الديني ويقتطع الضمير في معالجة الظواهر الاجتماعية السلبية". عبد الله أموش. 26/04/2013. جريدة الجديد الإلكترونية. <http://www.attajdid.ma>. (2013/04/30).

4- ب، العربي. "يخت مغربي بسواحل مستغانم يستخدم لتهريب المخدرات". الشروق أون لاين، 27 أكتوبر 2012. www.echoroukonline.com. (2012/11/23).

5- ب. سميج. "حجز أزيد من 3 أطنان من المخدرات وتفكيك 4 شبكات عابرة للحدود". جريدة الشروق أون لاين، 30 أوت 2010. www.echourouk online.com. (2012/12/30).

6- ب. إبراهيم. "آخر حيل المهربين لتفادي كشف السكاير وتضليل الجمارك". جريدة النهار، 08 فيفري 2011. www.ennaharonline.com. (2012/03/29).

7- ب، فضيلة. "تعاطي المخدرات في الجزائر: 85% من المدمنين لا يتعدى سنهم 35 سنة". جريدة الشعب، 11 أبريل 2007.

8- بن يحيى، حمزة. "مطار الجزائر الدولي: هل تحول إلى نقطة تهريب الكوكايين في خريطة المافيا العالمية". المحور، 20 ماي 2009. www.elmihwar.com. (2011/11/19).

9- بودية، خالد. "توقيف البارونة ميمونة: مواكب الأعراس لتهريب المخدرات في تلمسان". جريدة الخبر، 21 سبتمبر 2012.

10- زرواطي، ناهد. "المخدرات لا تصنع في الجزائر". جريدة البلاد، 24 جوان 2008.

11- صوايلي، حفيظ. "إحباط إحدى أكبر عمليات تهريب المخدرات الصلبة: 7 كيلو غرام من الكوكايين في أمعاء أفارقة بمطار الجزائر". جريدة الخبر، 10 ديسمبر 2011. <http://www.elkhabar.com>. (2011/12/30).

- 12- ك، ليلي. "الجزائر تتحول من بلد مستهلك للمخدرات إلى بلد منتج". جريدة البلاد، 12 جوان 2007.
- 13- م، صوفيا. "الجزائر تستهلك 16 بالمائة من القنب الهندي المغربي". جريدة الخبر، 26 أبريل 2008.
- 14- مجاهد، محمد. "حجز 6 هواتف ثرايا لدى امرأتين بمغنية تلمسان". جريدة النهار، 18 جوان 2012.
- 15- زقاي، أحمد. "تهريب الكوكايين داخل أظرفة بريدية وقوارب الحراقة". الشروق أون لاين، 2009/01/09. <http://www.echoroukonline.com>. (2011/11/8).
- 16- نصر، شمالي. "حقوق المخدرات وحقوق النفط والحروب الأمريكية. سوريا". جريدة المحرر، 2006.
- 17- ق، و. "توقيف مضيف طائرة وبحوزته مخدرات بمطار هواري بومدين". جريدة الفجر، 03 أكتوبر 2011. <http://www.al-fadjr.com>. (2011/11/18).
- 18- "اعتقال 10 مغاربة دخلوا الجزائر بطريقة غير شرعية وحجز 1.7 طن من المخدرات". الجزائر تايمز (جريدة إلكترونية مستقلة)، 28 نوفمبر 2012. <http://algeriatimes.net>. (2012/11/29).
- 19- "طريقة جديدة للتهريب: جزائرية حامل بـ 6 كيلوجرامات من المخدرات". جريدة حرية بريس الإلكترونية، 2012/06/18. <http://www.horiapress.com>. (2012/11/15).
- 20- ي، أماني. "حجز 25 قنطار من المخدرات بندرومة بتلمسان". آخر الساعة، 11 مارس 2012. <http://www.akhersaa-dz.com>. (2012/03/18).
- 21- "تقرير لدراسة إستطلاعية قامت بها "ميد/سباد" والتي شملت 3180 تلميذ للجزائر العاصمة". جريدة الخبر، 05 ديسمبر 2006.
- 22- "توقيف امرأتين وبحوزتهما 20 كيلو غرام من الشيرا بسيدي بلعباس شرق الجزائر". صحيفة أحداث الشرق، 18 جوان 2012. <http://hisspress.net>. (2012/11/15).

ثامنا : المقابلة:

- 1- عبد النوري، صالح . مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات ولدمانها، الجزائر (مقابلة)، 02 فيفري 2009.
- 2- حبيش، عبد الرحمان . رئيس مصلحة علاج المدمنين بمستشفى فرانتز فانون، البلدية (مقابلة)، 20 أبريل 2013.
- 3- مقابلة مع 60 مدمن بمستشفى فرانتز فانون (أفريل، ماي، جوان 2013).

أولا : الكتب (Books)

1. Akers, Ronald L. Social Learning and Social Structure: A General Theory of Crime and Deviance. Boston: Northeastern University Press, 1998.
2. Allum, Felia; and Renate, Siebert .Organized Crime and the Challenge to Democracy. New York : Routledge. 2003. [http://www.sudoc.fr.\(20/10/2011\)](http://www.sudoc.fr.(20/10/2011)).
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi, & M.-A. Crocq. Paris, France : Masson, 2003.
4. A.N.C.D. High Risk Groups and Behaviours: A Secondary Position paper on Heroin related Overdose. 2000. <http://www.hawaii.edu/.pdf>. (03/05/2010).
5. Aquatias, Sylvain ; et coll, Cannabis Quels effets sur le comportement et la santé ? Paris : Les éditions Inserm,2001.
6. Auby, J.M. le droit de la santé. France: Thémis, PUF, 1981.
7. Bakalar , James. B ; and Lester, Grinspoon. Drug control in a free society. 4th Edition. U.S.A: Cambridge. University Presse, 1984.
8. Barton, F.E. Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy. New York: Routledge, Dec12, 1996 .
9. Baudelaire, Charles. Les Paradis artificiels. Œuvres Complètes, Bibliothèques NRF, de la Pleiade, Paris, 1951. <http://www.pitbook.com>. Consulté le 31/12/2011.
10. Bayyart, Jean-François; et Stephen Ellis, Béatrice Hibau. La Criminalisation de l'Etat en Afrique. Paris : Editions Complexes, 1997.
11. Beck, AT.; et al. Cognitive Therapy of substance abuse.1 edition. New York: Guilford press, 2001.
12. Bennett A.W.; and Bonnie K. B. The world of caffeine: the science and culture of the world's most popular drug. New York : Routledge, 2001, 394 p.
13. Bentham, Mandy. The Politics of Drug Control. London: MacMillan Press, 1998.
14. Bergeret, J .Toxicomanie et Personnalité. Paris : Presse Universitaire Française, 1982.
15. Bergeret , J. « Les conduites addictives/ Approche clinique et thérapeutique ». Paris : Masson, 1990.
16. Bergeret, J. ; et M. Fain. Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane. Paris: Dunod, 1981.
17. Bergeret J. ; et Leblanc. J. Précis des toxicomanies. Paris : Masson, 1988.
18. Biecheler, M.B. Cannabis, conduite et sécurité routière: une analyse de la littérature. Observatoire Interministériel de Sécurité Routière (2003) .[http:// www.ecuriteroutiere.equipement.gouv.fr](http://www.ecuriteroutiere.equipement.gouv.fr). (11/03/2011).
19. Booth, Martin. Opium : A History. New York: ST Martin's Press, 1999.
20. Borkenstein, Robert F.; et al. The role of the drinking driver in traffic accidents. Department of Police Administration, Bloomington : Indiana University, 1964.
21. Bourne, P.G. Addiction. New York, NY :Academic Press, 1974.
22. Brands. B; Sproule, B., and Marshman, J. Drugs and Drug Abuse. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale. 1998.
23. Bratter, T; and G. Forrest. Alcoholism and Substance Abuse: Strategies for Clinical Interventions. New York: Family Process, 1985.
24. Brill, L.; C. Winick (éd.). The Yearbook of Substance Use and Abuse. vol. 2, New York, NY : Human Sciences Press, 1980.
25. Brook W. David.; and Henry I.Spiz. The groupe therapy of substance abuse. New York: Routledge, 2002.
26. Brown, B.S.; and A.R. Mills. Youth at High Risk for Substance Abuse. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1987.

27. Burk, Isabel; And M.S., C.H.E.S. Inhalant Prevention Resource Guide, Second Printing, The Health Network, Virginia Department of Education January 2001. <http://www.inhalants.org>. (01/04/2012).
28. Caballero ,Francis; and Yann ,Bisiou. ; Droit de la Drogue. Paris : Dalloz, 2000.
29. Cahareau,Gilles; et Christophe Tiso. La drogue expliquée aux parents. Paris: Ed.Ballard, 1987.
30. Centre Communautaire d'Intervention en Dépendance .Amphétamine -M é t h a m p h é t a m i n e : d e s c r i p t i o n - e f f e t s c o u r t t e r m e - e f f e t s l o n g t e r m e D é p e n d a n c e - s e v r a g e. <http://www.etape.qc.ca>. Consulté le 20/05/2012.
31. C.C.L.A.T. Alcool et drogues chez les conducteurs : Enquête routière menée en 2010 en Colombie-Britannique. CCLAT, 2011. <http://www.ccsa.ca>. (13/12/2012).
32. Chaiken, Martia R.; and Jan M. Chaiken.Who gets caught doing crime ? u.s. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. 1985. www.bjs.gov.(23/08/2011).
33. Chavagnac, B. Histoire de l'anesthésie. Université Claude Bernard Lyon 1. <http://histoire-medecine.univ-lyon1.fr>. (12/01/2012).
34. Chaudron, C.D.; and Wilkinson, D.A .Theories on Alcoholism. Toronto : Addiction Research Foundation, 1988.
35. Clinard. M.B and D.J Abbott. Crime in Developing Countries: A Comparative Perspective. New York : John Wiley and Sons, 1973.
36. Colfey, Alon R. The prevention of crime and delinquency. London: printice-hall, 1975.
37. Constantine, T.A. "DEA Congressional Testimony before the senate Drug Caucus." 24 February, 1999. <http://www.usdoj.gov/dea>. (05/02/2012).
38. Coussineau, M.M.; S. Brochu ; and Pascal, Schnneeberger. Consommation de substances psychoactives et violence chez les jeunes. comité permanent de la lute à la toxicomanie. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, August 2000.
39. Coubard d'Aulnay, G-E . Monographie du Café, ou manuel de l'amateur de café. Paris : Bouchard-Huzard, 1843.
40. Daniels, Bruce C. Puritans at Play. Leisure and Recreation in Colonial New England. New York: St. Martin's Press, 1995.
41. Dannenfeldt, Karl H; and Leonard, Rauwolf. sixteenth-century physician, botanist, and traveller, éd. Cambridge : Harvard University Press, (Mass.) 1968.
42. David, Paul. L'esprit de Genève Histoire de Société des Nations - Vingt ans d'efforts pour la paix. Genève : Slatkine (Editions). 2000.
43. De, Bakey; et al. Liver Cirrhosis: Mortality in the United States, 1970-93. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1996.
44. DeFelice, Stephane L. Drug discovery. The pending crisis. New York: Medcom, 1972.
45. De Gier, J.J. Estimation of psychotropic drug secondary effects on vigilance. Vigilance et Transports, aspects fondamentaux, dégradation et prévention. Presse Universitaires de Lyon ed, 1995. <http://www.chu-toulouse.fr>. (15/05/2010).
46. Delbert S .Eliot; David, Huizinga.; and Susanne S.Ageton. Explaining delinquency and drug abuse. Beverly Hills: Sage, 1985.
47. Dolin, Benjamin. Politique national en matière de drogues produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites. Division des Affaire politique et social le 23Juillet 2001, Bibliothèque du parlement .www.parl.qc.ca. (03/03/2011).
48. Domenech, Gabriel . Eloge de l'ivresse. Paris : Albin Michel, 1981.
49. Maccoby, Eleanor E; and J. Martin . Socialization in the context of family: parent-child interaction. 4theds.New York: John Wiley and sons,1983.
50. Ehrenberg, Alain ; and Patrick, Mignon. Drogues, politique et société. Paris : Descartes Editions, 1992.
51. Eliot, Delbert S; David, Huizinga.; and Susanne S.Ageton. Explaining delinquency and drug abus. Beverly Hills: Sage Publication, (1985).

52. Ellis, A; and Dryden,W. The practice of rational emotive therapy. New York: Springer Publishing Company. 1987.
53. Elster, J. Le laboureur et ses enfants : Deux essais sur les limites de la rationalité. trad fr. A.Gerschenfeld, Paris : Les éditions de minuit, 1986.
54. E.M.C.D.D.A. History of the EMCDDA. <http://www.emcdda.europa.eu>. (26/01/2012).
55. Entreprise & Prévention. L'alcool-dépendance . <http://www.preventionalcool.com>. (20/09/2010)
56. Escohotado, Antonio. Histoire générale des drogues. Paris : L'esprit frappeur (éd.), 2004.
57. Eskridge, Chris. Mexican Cartels and Their Integration into Mexican Socio-Political Culture. University of Nebraska. Aug 08, 2012. <http://www.customscorruption.com>. (28/12/2012).
58. Eysenck, H.J. Handbook of abnormal psychology. 2nd ed .London: Pitman 1973.
59. Faupel, C.E. Shooting Dope :Career pattern of Hard-Core heroin Users gainsville. Grainsville: university of Florida Press, 1991.
60. Farges, Eric.Les Etats face aux Drogues.<http://www.memoireonline.com>. (28/10/2011).
61. Federal Bureau of Narcotics. Living death :Truth about drug addiction. Washington DC, U.S. Government Printing Office 1965.
53. Fédération Française de psychiatrie. Conséquences du Tabgisme sur la Santé. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies>. (15/11/2012).
63. Finckenauer, James O.; Joseph R. Fuentes ; and George L. Ward. Mexico and the United States: Neighbors Confront Drug Trafficking. 12/6/2007. www.ncjrs.gov. (05/03/2012).
64. Flament, Martine; and Philippe, Jeammet. La boulimie :réalités et perspectives. Paris :Masson, 2000.
65. Fourastié. J . Des Loisirs pourquoi faire ? Belgique : Gasterman Poche, 3Ed, 1970.
66. Fouquet, Pierre, .; and Martine de Borde. Histoire de l'Alcool. Presse Universitaire de France, Paris, Que-Sais-je, 1990.
67. Frances, R.J.; and Miller,SJ .Clinical text book of addictive disorders. New-York: Guilford Press, 1991.
68. Francoise, Lanfant Marie. Les théories du Loisir. Paris :P.U.F,1972.
69. Gamara, Eduardo A. Fighting Drugs in Bolivia : United States and Bolivian perceptions at odds" in Madeline Barbara Léons, and Harry Sanabria .Coca, Cocaine, and the Bolivian Reality. State University of New York Press, New York, 1997.
70. Gao, Huan. Handbook of Asian Criminology :Drug Abuse and Drug Trafficking in Asia. New York: Springer, 2013.
71. Gauthier, Benoit. Recherche Sociale de la Problématique à la Collecte des données. Québec : Presse de l'université du Québec, 2004.
72. George, Murphy E. Suicide in alcoholism. 1st Ed.New York: Oxford University press, 1992.
73. Gifford E. Emily. Horace Wells Discovers Pain-free Dentistry. <http://connecticuthistory.org/horace-wells-discovers-pain-free-dentistry>. (11/12/2012).
74. Glantz, M; and Pickens, R. Vulnerability to drug abuse. Washington DC : American Psychological. Association, 1992.
75. Goffman, Erving. Stigmate : les usages sociaux des handicaps. Traduit au Français : Alain Khim, Paris : Les Editions de Minuits, 1975.
76. Goldman, L.; and Ausiello, D. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2007.
77. Gowing, Linda; and Heather, Prodfoot. Evidence Supporting Treatment. The Effectiveness of Interventions for illicit drug use. The national drug and alcohol research, Australia, 2001.
78. Gray, Dennis.; et al (2002). Indigenous Drug and Alcohol Projects 1999-2000. ANCD Research, Paper N°4. A report prepared for the Australian National Council on Drugs, 2002. <http://www.indigenousjustice.gov>. (11/03/2010).

79. Greaves, A. Some Contradictions in the Work of Guy de Maupassant, Citation Information. Vol.7. <http://www.euppublishing.com>. (29/11/2012).
80. Grégoire, Emmanuel; et Pascal, Labazée. Grands Commerçants d'Afrique de l'Ouest : Logiques et pratiques d'un groupe d'hommes d'affaires contemporain. Paris : Ed de l'ORSTOM/ Kartthala, 1993.
81. Grossrieder, Erika, Grossrieder. Commentaires à la Convention de Vienne sur le droit des traités de 1969. Art. 3. <http://www.stoessel.ch>. (15/02/2010).
82. Hall, P. Alcoholic Liver Disease: Pathology and Pathogenesis. 2d ed. London: Edward Arnold, 1995.
83. Haning, William; and Deborah, Goebert. Electrocardiographic abnormalities in methamphetamine abusers, Department of Psychiatry, University of Hawai'i John A. Burns School of Medicine, USA. <http://www.laboratoriosilesia.com>. (19/01/2012).
84. Hautefeuille, Michel,; and Dan, Véléa. Les drogues de synthèse. Paris :PUF, coll. «Que sais-je ?», 2002.
85. Heather, N; et al. Psychoactive Drugs and Harm Reduction. London U.K: Whurr, 1993.
86. Hekimian.L.J; and Gershon.S. Characteristics of drug abusers. Chicago, 1968.
87. Henman, A.; et al. Big Deal : The Politics of the Illicit Drug Bussiness. Pluto Press : London, 1985.
88. Hervé, Francois.«Comment vivre avec un Toxicomane ». France: édition Josette lyon. 2005.
89. Hughes.P.H. “ Social and Geographical Organisation of Drug using groups”. Public Health Papers.
90. Hulsman, Louk. Drug Policy as A Source of Drug Problems and A Vehicle of Colonization and Repression. Rotterdam : Ewodor Workshop, 1984.
91. Hunt, D.E. Drug and Consensual Crimes: Drug Dealing and Prostitution in Drugs and Crime . Chicago: The University of Press, 1990.
92. Hunter, C.E; et al. The prevalence and role of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants in non-fatal crashes. Adélaïde (Australie), Forensic Science, Department for Administrative and Information Services, 1998.
93. Icardi, J, Chambers.C.; and C.Rug. Criminal Justice System. London: Kegan Paul, 1974.
94. INSERM. Pharmacocinétique et pharmacodynamie de la nicotine .Tabac – Comprendre la dépendance pour agir . <http://www.ipubli.inserm.fr>. (03/12/2012).
95. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies « L'alcool dans le corps, effet et élimination : les jeunes et l'alcool ». Cahier 2. Education + santé SFA/ispa. Edition: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies,Lausanne, 2004. www.sfa-ispa.ch. (08/10/2011).
96. International Coffee Organization. The Story Of Coffee. I.C.O. www.ico.org. (23/04/2012).
97. International Wellness Directory, The History of Anesthesia. <http://www.mnwelldir.org>. (03/09/2012).
98. Interpol . History. <http://www.interpol.int/About-INTERPOL/History>. Consulté le 26/01/2012.
99. James, Painter,. Bolivia and Coca : A study in dependency: studies on the Impact of Illegal Drug trade. London: Lynne Rienner Publishers, 1994.
100. Jan, Horwath. The Child's World: Assessing Children in Need. London: Jessica Kingsley,2001.
101. Jansen, A. C. M. « Canabis à Amesterdam, une géographie du haschich et de la marhuana ». Paris : ed du Léopard, 1991.
102. Jaspard, M ; et al. Les violences envers les femmes en France. une enquête nationale . Paris, La Documentation Française, 2002. www.previh-anrs.fr. (23/05/2012).
103. Johnson, Bruce D.; et al. Taking Care of Business: the Economics of Crime by Heroin Abusers. Toronto: Lexington, Mass, 1985, p.103.

104. Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; and Bachman, J.G. National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future study, 1975-1999, Vol. 2, NIH Publication, Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, 2000.
105. Johnston, L.D; et all . "Monitoring The Future National Results on Adolescent Drug Use Overview o Key Finding 2010. NIDA. <http://www.monitoringthefuture.org>. (30/10/2011).
106. Jovelin, Emmanuel. Iconet Training Module. France: Lille social Institute/Lille catholic university, France. <http://www.iconet-eu.net>. (03/01/2011).
107. Kay, J. and Tasman,A. Substance Abuse: Inhalant-Related Disorder. Essentials of Psychiatry, Chichester UK : John Wiley & Sons, Ltd, 2006.
108. Keigan, M.; Tunbridge, R; and Jackson, P. The incidence of alcohol in fatally injured adult pedestrians. Crowthorne (Royaume-Uni), Transport Research Laboratory, 2003. <http://www.trl.co.uk>. (05/06/2012).
109. King, S.B. The pathology of drug abus, and other stimulants, in substance abuse: Baltimore : Williams & Wilkins ed, 1992.
110. Kloehn, D.; K. Miner.; and K. Daly.Alcohol Use in Minnesota: Extent and Cost. Minnesota Department of Health, October 1995.
111. Kopp, P. L'économie de la drogue . Canada : Repères, La Découverte, 1997.
112. Kopp, P.; and Christophe, Palle . Vers l'analyse de Cout des Drogues Illégales : Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts. O.F.D.T, Mai 1998.
113. Labrousse, Alain ; and Michel, Koutouzik. Géopolitique et Géostratégiques des drogues. Paris : Edition Economica, 1996.
114. Laumon, Bernard; et al. Stupéfiants et Accidents Mortels de la Circulation Routière (Projet SAM) : Synthèse des principaux résultats. Convention OFDT/CEESAR Groupe SAM, Septembre 2005.
115. Leauté, Jean. Criminologie et Science Pénitentiaire, Paris : éditions P.U.F, 1972.
116. Lee, Martin; and Bruce, Shlain. Acid Dreams: The CIA, LSD, and the Sixties Rebellion. Grove Press, 1986.
117. Lehmann, Th. Chemical Profile of Cannnabis Sativa, Berne: University of Berne, 1995.
118. Leons, M.B.; and Sanabria,H.(ed). Coca, Cocaine and The Bolivian Reality. 1997, State University of New York , Press: New York.
119. Lisa S. Onken; Jack D. Blaine.; and John J. Boren. Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. NIDA 1997. www.archives.drugabuse.gov/pdf. (23/05/2011).
120. Loewenstein, G; and J. Elster .Choice over time. New York, NY: Russell Sage Foundation, 1992.
121. Longe JL, project ed. Gale Encyclopedia of Alternative Medicine . 2nd ed. Detroit, MI: Thomson Gale. 3(2005).
122. Loonis, E. Notre cerveau est un drogué: vers une théorie générale des addictions. Toulouse :Presses Universitaires du Mirail, 1997.
123. Lowinson, JH, Ruiz, P, eds. Substance abuse: clinical Problems and perspectives. Baltimore: Williams & Wilkins,1981 .
124. Lung, C.T., and Daro, D. Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1995 annual fifty state survey. Working paper no. 808. Chicago, IL: National Committee to Prevent Child Abuse, April 1996.
125. MacGregor, Susanne; and Marcus, Whiting . Développement d'une Politique Européenne en Matière de Drogue et Place. «Monographie 10 Réduction des Risques» :Observations, Impact et Défis. O.E.D.T. <http://a-f-r.org> . (23/06/2011).
126. Magoudi, Ali. ; and Caroline, Ferbos. Approche psychanalytique des toxicomanes. Paris : PUF, 1986.

127. Malmud-Goti, J.E. Smoke and Mirrors : the paradox of the drug wars. Boulder: westview press, 1992.
128. Massin, Sophie. La notion d'addiction en économie : la théorie du choix rationnel à l'épreuve . Paris : Centre National de la Recherche Scientifique, Septembre 2008.
129. Médecine et Santé. « Les effets nocifs de l'alcool sur l'organisme ». www.medecine-et-sante.com. (18/11/2012).
130. Médecins du Monde (MdM). Harm Reduction : A Medical and Political Approach Based on Public Health and Human Rights. <http://urgences.medecinsdumonde.org>. (23/05/2010).
131. Menzel, Sewall H. Cocaine Quagmire: Implementing the U.S. Anti-Drug Policy in the North Andes-Colombia. Lanham, MD: University Press of America, 1997.
132. ----- . Fire in the Andes: U.S. Foreign Policy and Cocaine Politics in Bolivia and Peru. University Press Of America (November 7, 1996).
133. Merrill, F.T., Marhuana the new dangerous drug, opium research committee, Washington office, National press, Washington, 1950.
134. MethOIDE. Methamphetamine : Origin and History. Methamphetamine and Other Illicit Drug Education. The University of Arizona. <http://methoide.fcm.arizona.edu/index.cfm>. (15/12/2010).
135. Mimola, Christopher J. Incarcerated Parents and their Children . Bureau of Justice Statistics. August 30, 2000. <http://www.bjs.gov>. (20/01/2012).
136. Ministère de la Santé de la Population et de la Reforme Hospitalière. Projet de Réseau de Prise en Charge de la Toxicomanie et de la Psychiatrie : Programme de 2007-2009.
137. Nadeau, L. ; and Biron, C. Pour une meilleure connaissance de la toxicomanie. Québec : Presses de l'Université Laval, 1998.
138. National Institutes of Health . Hallucinogens: LSD, Peyote, Psilocybin, and PCP. U.S. Department of Health and Human Services, June 2009 .
139. N.D.A.R.C .Illicit Drug Dependence: Mental Disorders and Illicit Drug Use Expert Group, Global Burden of Disease. Expert Group National Drug and Alcohol Research Centre University of New South Wales, Sydney, Australia..<http://www.gbd.unsw.edu.au>. (13/05/2011).
140. N.I.D.A. Drug Facts, Inhalants . September 2012, US. Department of Health and Human Services. <http://www.drugabuse.gov>. (9/10/2012).
141. N.I.D.A. How are inhalants used?. Research Reports: Inhalant Abuse, July 2012. <http://www.drugabuse.gov>. (9/10/2012).
142. NGK.Spark plugs .How Nitrous Oxide affects the Spark plug. NGK.Spark plugs (USA), 2007, Magellan Drive. Wixom.<http://www.ngksparkplugs.com>. (26/11/2011).
143. Nora D., Volkow. M.D.Communities Across the Country Are Trying to Respond to Increased Abuse of Methamphetamine, a Powerfully Addictive Stimulant, National Institute of Drug Abuse, April 2005, <http://www.drugabuse.gov>. (05/04/2011).
144. Nuttin, J. Théorie de la motivation humaine : du besoin au projet d'action, Paris : PUF, Psychologie d'Aujourd'hui, 1980.
145. O'malley, M. Patrick; and Lloyd D. Johnston. Epidemiology of Alcohol and Other Drug Use among American College Students. Institute for Social Research, University of Michigan. <http://www.collegedrinkingprevention.gov>. (13/12/2012).
146. O.A.C.P. Canadian drug perspective-1995. Ontario Association Of chiefs of police. <http://www.oacp.on.ca>. (12/05/2012).
147. O.N.U.D.C. Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes : guide pour L'élaboration de politique et de programmes. Nations Unies. New York, 2007.
148. Olieveinstein.C. La Vie de Toxicomane. 3^{ème} édition. Paris : PUF, Aout 1991.
149. Olievenstein, C. Le toxicomane et son enfance, Précis des Toxicomanies. Paris: Masson, 1988.

150. Patrick, Clawson, L.; and Rensselaer Lee III, W. The Andean Cocaine Industry: A clear-eye analysis of the Latin American Business . New York: Foreign Affairs St Martin's Griffin., 1996.
151. Payne, S.L. The Art of Asking Questions. Princeton: Princeton University Press, 1951.
152. P e a r s o n , G e o f f r e y . ; a n d D i c k H o b b s . Middle Market drug Distribution. Novembre 2001, . R e s e a r c h S t u d y 2 2 7 . <http://www.scribd.com>. (15/12/2012).
133. Peele, S. The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and Its Interpretation. Lexington, Massachusetts: Lexington Books, 1985. <http://www.peele.net/the-meaning-of-addiction-1-the-concept-of-addiction>. (02/03/2011).
154. Pervin, Lawrence A. Pervin, Oliver P. John. La personnalité: De la théorie à la recherche. Traduit par Louis Nadeau., Didier, Acier ; and Dave Mirinda. Paris : De Boeck Supérieur, 2004.
155. Philippe, Michel Reynaud; J. Parquet.; and Gilbert, Large. Les pratiques addictives, Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives. Rapport rédigé par Mr Joel Menard Menard; et remis à Mr le Secrétaire d'état de la santé et aux affaires sociales 09/07/1999, Paris.
156. Pierrard, Bertrand. Fumer ou ne pas fumer ...Un modèle de l'initiation sur données empiriques. CREDES. www.irdes.fr/EspaceEnseignement. (13/12/2012).
157. Planetoscope. Chiffre d'affaires du trafic de drogues dans le monde . Statistiques Mondiales en Temps Réel. <http://www.planetoscope.com>. (15/03/2013).
158. Plat, Jerome J. Heroin addiction: Theory Research and a Treatment. Volume 1, (2nd) floride : Malbar, FL : Kieger Publishing Company, 1986.
159. Powers, Richard E. MD . Alcohol-Induced Dementia. – Dementia Education & Training Program. 2005, www.alzbrain.org/pdf. Consulté le 19/10/2011.
160. Reid, A.J.; and J. A. Roth, Understanding and preventing violence. Washington, DC: National Academy Press, 3(1994).
161. Rensselaer, Lee III, W. The White Labyrinth : Cocaine and Political Power. New Jersey: Transaction Publisher, 1989.
162. Robbe, J.H.W. Influence of marijuana on driving. Université de Limburg Pays-Bas, 1994.
163. Rooney, Sean. Clement VIII: The Pope Who Popularized Coffee in Europe. 5 February 2008. <http://voices.yahoo.com/clement-viii-pope-popularized-coffee>. (07/11/2012).
164. Rosen, Jonathan D. Plan Colombia and Beyond : Pastrana to Santos (2000 TO 2012). Florida : University of Miami. Coral Gables, December 2012
165. Royal Society for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce (R.S.A). The Economic Effect of Illegal Drug Use. Action and Research Centre .March 2007.
166. Ruiz, Bert. The Colombian Civil War. North Carolina: Mcfarland & Co Inc Pub(October 2001).
167. Ruth, Levine.; and Kinder, Molly. Million saved proven succession global health. Washington DC. Center of global developpement. 2004 . www.cgdev.org. (14/10/2011).
168. Saltaman, J. What can we do about drug abuse. New York stewart, 1970.
169. Schultes, Richard Evans. The plant kingdom and hallucinogens (part I). <http://www.unodc.org>. (13/12/2012).
170. Scotti, Edgard. Petite Histoire du Vignoble en Algérie 1830-1962, In l'Algérieniste n°38, du Juin 1987. <http://www.Cerclealgerianiste.asso.fr>. (15/11/2012).
171. Senlis, Council. Global drug polic: Building a new framework. Paris : The Lisbon Int. Symposium on Global Drug Policy, 2003.
172. Sharp Wm. Charles. Mechanisms of Tolerance and Dependence, NIDA Research Monograph 54, National Institute on Drug Abuse, Maryland 1984. <http://archives.drugabuse.gov/pdf>. (10/11/2012).
173. Shaw, Clifford R; et James McDonald, Brothers in crime university of Chicago Press, 1942, Chapitre 05.

174. Singer, K. The Prognosis of Narcotic Addiction. Boston ,London : Buterworths. 1975.
175. Slater, Eliot; Martin, Roth.; and W. Mayer-Gross . "Clinical Psychiatry". Elsevier Health Sciences, London, 1969.
176. Smart, R.G; and Ogborne, A.C. Northern Spirits: A Social History of Alcohol in Canada (2nd ed.). Toronto: Addiction Research Foundation. (1996).
177. Spilka, Stanislas, Olivier Le Nézet. Prmières Résultats du Volet Français de l'Enquête European School Survey on Alcohol and Other Drugs(ESPAD), 2011.O.F.D.T.31 mai 2012. www.ofdt.fr/BDD/publications. (17/07/2012).
178. Spooner, Catherine.; Wayne, Hall; and Michael Lynskey .Structural determinants of youth drug use. Woden, A.C.T.: Australian National Council on Drugs, 2001, <http://catalogue.nla.gov.au>. (25/06/2011).
179. Susman, R.W. Reducing of drug demand : General Consideration study on measures to reduce illicit demand for drugs . New York: United Nations, 1979.
180. The Beehive .Le tabac. <http://cameroon.thebeehive.org>. (08/07/2010).
181. Tomes, Colman C. The Adolescent Society .New York: The Free Press, 1961.
182. Tongue, A. Five thousand years of drinking in drinking. Chicago: Nelson Hal, 1978.
183. Tonry, M; and J. WILSON (Eds.) Drugs and Crime. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
184. Tourigny, M; and Dufour, M. H. La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants: une recension des écrits. Montreal, CPLT, Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, 2000.
185. Tousignant, Michel. ; and Tyna, Fayette. Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés. comité permanent de lutte à la toxicomanie(CPLT), Octobre 1997, Gouvernement du Québec.
186. Touzeau, D. ; and Jacquot, C. Les traitements de substitution pour les usagers de Drogues. Paris : Arnette, 1997.
187. Trevor, Bennett. Drugs and Crime: The Results of the Second Developmental Stage of the New-Adam Programme. London: Home Office Research Study, August, 2000.
188. TriData Corporation . Establishing a relationship between alcohol and casualties of fire. United States Fire Administration, October 1999.
189. Tullis, L. Unintended Consequences: Illegal Drugs and Drug Policies in Nine Countries: Studies on the Impact of the Illegal Drug Trade, Vol. 4, Colorado: Lynne Rienner Publishers, 1995.
190. US Departement of Justice. Drugs usage and arretrs charges : a study of drugs and arrest charges among arrestees in six metropolitan areas in USA. N.Y, Dec, 1981. www.ncjrs.gov. (23/10/2011).
191. U.S Department of health and Human service, Heroin, National institute of health NIDA Research report series, 2005. www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrheroin.pdf. Consulté le 03/01/2011.
192. Vasta, E.R.; and White G. Child behavior. Boston: Houghton Mifflin Company, 1977.
193. Venisse, J.L. les nouvelles addictions. Paris, Masson, 1991.
194. Vogel, V.H. Clinical Studies in Drug Addictions, Public Health Reports, N° 132, Washington, Government Printing Office, 1937.
195. Volkow D. Nora, M.D. Communities Across the Country Are Trying to Respond to Increased Abuse of Methamphetamine, a Powerfully Addictive Stimulant. National Institute of Drug Abuse, April 2005, <http://www.drugabuse.gov>. (13/03/2010).
196. Weddind, D.; A.M Horton.JR; and J.Webster. the neuropsychology handbook. New York: Spring eds, 1986.
197. Wellness Directory of Minnensota .The History of Anesthesia: An Hystercal perspective. International Wellness Directory .<http://www.mnwelldir.org>.

198. Weikart P. David ; et Al. Longitudinal Results of the Ypsilanti Perry Preschool Project. Final Report. Volume II of 2 Volumes. 1997.<http://www.eric.ed.gov>.
199. William, McAllister B. Drug Diplomacy in the Twentieth Century. New York : Routledge Press, 2000.
200. Williams, P., and Savona, E.U. The United Nations and Transnational Organized Crime. London: Frank Cass. 1996.
201. Winnicot, D. W. De la pédiatrie à la psychanalyse. traduit de l'anglais par J. Kalamanovitch Coll. Paris: Payot, 1989.
202. Wolf, P.O. Marihuana in latin America. Washington: Lincore Presse, 1948.
203. Wolton, Dominique la télévision au pouvoir :omniprésent, irritante, irremplacable. Paris : Universalis, 2004,
204. Wyler, Liana-Sun; and NicoSla Cook. Illegal Drug trade in Africa: Trends an US Policy. Crs. Report for Congress, 30 Septembre 2009.
205. Yukic, Thomas S. Fundamentals of Recreation, 2nd edition. Harpers & Row, 1970, Library of Congress, United States.
206. Zuckerman, Marvin; and Lawrence, Erlbaum. Biological bases of sensation seeking impulsivity and anxiety . New Jersey : Associates Publishers Medical, 1983.

ثانيا: الدوريات والمجلات العلمية (Magazines and Periodicals)

1. Aaarons, GA; et coll. "Adolescent alcohol and drug abuse and health". Journal of Adolescent Health, 24,6(June,1999): pp 412-421.
2. Abraham, Henry David.; and FAVA, Maurizio. "Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients". Compr Psychiatry, 40(1999). pp.44-50.
3. Akers, R.L., et al. « Social Learning and deviant behavior: A specific Test of a general Theory". American Sociological Review, 44,4(1979): pp. 636-655.
4. Alexander, J.F.; M.W., Lishner; and J.T., Galambes. "Natural history of alcoholic hepatitis: the long term prognosis". AMJ, Gastroenterol, 56,5(1971): pp. 515-525.
5. Allgulander,C ; Brandt,L.; and Allebeck,P. "Suicide and psychopathology in 1537 patients dependents on prescribed psychoactive medications". stockholm, sweden.American Journal on addictions, 3,3(1994): pp.236-240.
6. Allentuck, S.; and Bowman, K.M. "The Psychiatric Aspects of Marihuana Intoxication". American Journal of Psychiatry, 99,2(September, 1942) : pp.248.251.
7. Allnutt, S. H; *et al.*"Co-morbidity of alcoholism and the paraphilias". Journal of Forensic Sciences, 412, (1996): pp.234-239.
8. Altschuler, D. M; and Brounstein, P. J. "Patterns of Drug Use, Drug Trafficking, and Other Delinquency among Inner City Adolescent Males in Washington DC". Criminology, 29,4(1991): pp. 589-622.
9. Amaral-Dias, C. A., T. N. Vicente, and M. F.Cabrita. 1981. "Transplantation, Identity and Drug Addiction." Bulletin of Narcotics, 33 (1988): pp.21-26.
10. Anderson, T.L ." Toward a preliminary macro theory of drug addiction". Deviant Behavior, 16,4(Oct-Dec, 1995) : pp.353.372.
11. Andreas P. "Free market reform and drug market prohibition: U.S. policies at cross-purpose in Latin America". Third World Quarterly, 16,1(1995): pp75–87.
12. Antil, Alain. «Trafic de drogue au Sahel ». Revue Etudes, octobre 2012. <http://www.ifri.org>. Consulté le 25/11/2012.
13. Anton M.D Raymond. F. "What Is Craving? : Models and Implications for Treatment". Alcohol Research & Health, 23,3(1999) : pp.187-196.
14. Attema-de Jonge, M.E.; Portier, C.B.; and Franssen, E.J. "Automutilation after consumption of hallucinogenic mushrooms". Ned Tijdschr Geneesk, 151,52(2007): pp.2869-2872.

15. Ashton H. "Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use". Psychiatric Annals, 25(1995): pp.158-165.
16. Ashton, C.H. "Pharmacology of cannabis: a brief review". British Journal of Psychiatry, 178(2001): pp. 101-106. <http://www.tc.gc.ca/media/documents>. (08/12/2012).
17. Axelrod, J; and C.C. Felder." Cannabinoid receptors and their endogenous agonist". anandamide, Neurochem. Res, 23,5(1998): pp.575-581.
18. Bagley, B.M. "Drug Trafficking and Organised Crime in the Americas: Major Trends in The Twenty First Century". August 2012. Wilson center. <http://www.wilsoncenter.org>. (03/12/2012).
19. Bagley, B.M. "Dateline Drug Wars : Colombia : The Wrong Strategy". Foreign Policy, 77(Winter, 1989-1990) : pp.154-160. <http://www.jstor.org>. (25/09/2012).
20. Ball, J.C., Shaffer, J.W.; and Nurco, D.N.; "The day to day Criminality of heroin addiction in Baltimore: a study in the continuity of offence rates". drugs& alcohol dependence, 12,2(December, 1983): pp.119-142.
21. Ball, M.J; and Olofsson; J. "Hilden. Cannabis and pregnancy". Ugeskr laeger, 161,36(September, 1999): pp.5024-5028. <http://www.ukcia.org>. (05/12/2011).
22. Bandura, Albert. «L'apprentissage social ». Psychologie et sciences humaines, P. Mardaga, 83(1980) : pp. 105-110.
23. Bataillon, Gilles. «Drogue et politique: le cas panaméen», Cultures & Conflits, 3(automne, 1991) : pp. 117-140. <http://conflits.revues.org> . (04/10/2011).
24. Barbone, F.; et al. "Association of road traffic accidents with benzodiazepine use". Lancet, 352,9137(Oct, 1998): pp.1331-1336.
25. Bayard, M; et all. "Alcohol withdrawal syndrome". Am Fam Physician, 69(2004): pp.1443-1450.
26. Beck, François; Stéphane, Legleye ; and Stanislas, Spilka. "Les drogues à 17 ans : Évolutions, Contextes d'usages et prises de risque". Résultats de l'enquête ESCAPAD 2005 Tendances, 49(Septembre, 2009) : pp 1-4., OFDT. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev>. (29/01/2011).
27. Beck, A.T."Cognitive Therapy and Psychiatric practice". Psychiatrie Annals, 22(1992): pp-464-469.
28. Becker, Gary S.; and Murphy, Kevin M. "A Theory of Rational Addiction". Journal of Political Economy, 96,4(Aug, 1988) : pp.675-700.
29. Becker, G.S; and MURPHY, K.M. A theory of rational addiction. Journal of Political Economy, 96(1990): pp.675-700.
30. Behan, D.F; Eriksen, M.P.; and Lin, Y. "Economic effects of environmental tobacco smoke". Society of Actuaries, March 31, 2005. <http://www.soa.org>. (20/10/2011).
31. Belaid,A .; et al. Consommation abusive de Trihexyphenidyle : Etude sur 50 cas Algérois 1984-1988». Actualités Psychiatriques, 3,20(1990) : pp .48-53.
32. Benahbiles, N.; et al. « Cosommation des Substances Psycho-Actives dans une popullation d'Etudiants : Reflet de la Situation Epidémiologique 10 ans déjà ». Institut National de la Santé Publique, Décembre 1999, pp 237-241.
33. Bennett, L. A; et al. "Couples at risk for transmission of alcoholism: protective influences", Family Process, 26,1(1987):pp.3-10.
34. Benowitz, Neal L.; et al. "Nicotine metabolite ratio as a predictor of cigarette consumption". Nicotine & Tobacco Research, 5,5(2003): pp.621-624. <http://ntr.oxfordjournals.org>. (23/05/2010).
35. Benowitz, Neal L.; and JACOB, P3rd. "Daily intake of nicotine during cigarette smoking". Clin Pharmacol Ther, 35(1984). 499-504.
36. Berghezan, Georges. « Panorama du trafic de cocaïne en Afrique de l'Ouest ». Les Rapports du GRIP, Groupe de recherche et d'information sur la paix et la sécurité (GRIP), 2012/6. <http://www.grip.org/en/node>. (03/05/2013).

37. Bickel, W.K.; et al. "Behavioral Economics and Drug Self-Administration- I- Functional Equivalence of Response Requirement and Drug Dose". Life Sciences, 47(1990): pp 1501-1510.
38. Bijur, P.E, Kurzon.M.D and P.C. Scheidt. " Problem drinking and Child injuries". Journal of the America and Medical Association, (1992): pp.3166-3171.
39. Bisogno,T.; et al. "Biosynthesis,uptake, and degradation of anandamide and palmitoylethanolamide in leukocytes". J Biol Chem, 272(1997): pp.3315-3323.
40. Bloom. JW; et al. « Respiratory effects on non-tobacco. Cigarettes ». Br Med J, 295,6612 (Dec, 1987):pp.1516-1518.
41. Bodmer, Michael; et al. " Les intoxications aux amphétamines: importance pour la Médecine d'urgence". Forum Med Suisse, 8(2008): pp.30–31. www.medicalforum.ch. (20/03/2011).
42. Boffetta. P; et al."Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs". International Journal of Cancer, 114,6(2005): pp 992-1000.
43. Bohman M.; Sigvardsson S; and Cloninger CR. "Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted women". Arch.Gen.Psychiatry,38,9(1981):pp.861-868.
44. Borges, G; Walter, E.E.; and Kessler, R.C. " Associations of substance use: abuse and dependence with substance suicidal behavior". American journal of epidemiology, 151,8(2000) pp. 781-789.
45. Bottorff L Joan.; et al. " Relief-oriented use of marijuana by teens". Substance abuse Treat prev policy, 4,7(2009). www.ncbi.nlm.nih.gov. ((12/12/2011).
46. Botvin, G. J., et al (1989). "A skills training approach to smoking prevention among Hispanic youth". Journal of Behavioral Medicine, 12(1989): pp.279–296.
47. Botvin, G. J.; and Kenneth W. Griffin. " School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use". International Review of Psychiatry, 19,6(December, 2007): pp 607-608.
48. Bouquet,R.J. "Cannabis" .Bulletin on Narcotics, 3,1(1951): pp. 22-45.
49. ----- "Marihuana Intoxication". Journal of the American Medical Association, 124(1944): pp. 1010-1011.
50. Brady, K; and Zydiard, R. "Bipolar affective disorder and substance abuse". J Clin Psychopharmacology, 12(1992): pp. 227.255.
51. Bramley-Harker, E. 'Sizing the UK market for illicit drugs'. RDS Occasional Paper, 74(2001), Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
52. Bremond, Pierre . " Pharmacological Approaches to Addiction ".Dianova Network, Friday, 01 July 2011 .<http://www.dianova.org>. (17/04/2012).
53. Brent, D.A ; et al." Suicide in affectively ill adolescents : a case-control study". J Affect Disord, 31(1994):pp.193-202.
54. Briefer, Jean-François. "Toxicomanie et syndrome de sevrage aux opiacés : Évolution et limites de l'approche psychiatrique descriptive". Les Cahiers de l'Actif, 310-311 (Avril,2002) : pp. 171-176. www.actif-online.com. (13/06/2012).
55. Brochu, S., Guyon, L.; and Desjardins, L. « Comparative Profiles of Addicted Adult Populations in Rehabilitation and Correctional Services ». Journal of substances abuse Treatment,16,2(March, 1999): pp.173-182.
56. Brochu, S. "Drogues et criminalité : Point de vue critique sur les idées véhiculées". Déviante et société, 21,3(1997).303-314.
57. Brochu, S. "La violence et la drogue". L'intervenant, 16,3(April, 2000): pp.4-7.
58. Brody, GH; and Forehand R. "Prospective associations among family form, family processes and adolescents' alcohol and drug use".Behavior Research and Therapy, 31,6(1993): pp.587-593.

59. Brook J.S; et al. "Dynamic of childhood and adolescent personality: traits and adolescent drug use". Journal abnormal psychology, 97,2(1991): pp.195-213.
60. Builta, Jeff. « Mexico faces corruption Crime : Drug trafficking and political intrigue ». Justice and Crime International, 13,1(January-February, 1997). <http://www.cjimagazine.com>. (24/05/2012).
61. Buydens-Branchey, L; Branchey M.H.; and Noumair D. "Age of alcoholism onset : I.Relationship to psychopathology". Arch Gen Psych, 46(1989): pp.587-599.
62. Bukstein, O.G; BRENT, D.A.; and KAMINER, Y. "Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents" . American Journal of Public Health, 146,9(September, 1989): pp1131-1141.
63. Busto, U.; et al. "Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines". N Engl J Med, 315(1986): pp.854-859.
64. Caspari, D." Cannabis and schizophrenia : results of a follow-up study". Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 249(1999): pp. 45-49.
65. Carlos F. Fernandez-Collado; et al. " Sexual Intimacy and Drug use in TV". Journal of Communication, 28,3(Septembre, 1978) : pp. 30-37.
66. Carré, Philippe. « Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ? ». Savoirs, 5(2004) : pp. 9-50, (Hors série). <http://pages.citebite.com>. Consulté le 10/03/2011.
67. Carriot, F; and Sasco AJ. "Cannabis and Cancer". Rev epidemiol, 48,5(Oct, 2000): . www.ncbi.nlm.nih.gov. (13/12/2012).
68. Carmelli,D., et al. "Genetic influence on smoking: A study of male twin" New Engl. J. Med, 327(1992): pp. 829-833.
69. Cavalcanti, Lia .« Prévention de L'abus des drogues par éducation et l'information : un devoir interdisciplinaire dans le contexte du développement humain ». Serie d'éducation présentative 1, Paris, 1(juillet, 1994): pp. 1-28. www.unesdoc.unesco.org. (17/12/2012).
70. Cesarec, Z; and Nyman AK." Differential response to amphetamine in schizophrenia". Acta Psychiatr Scand, 71,5(May, 1985): pp. 523-38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Consulté le 20/05/2010.
71. Cesoni, Maria-Luisa. " Camorra et politique : démystification du rôle de la drogue". Cultures & Conflits, 3(automne, 1991) . <http://conflits.revues.org>. (22 mai 2012).
72. Charles-Nicolas. A . "A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose?" Topique, 35-36(1985) : pp. 207-239.
73. Charles-Nicolas. A . and Prat.P. « Therapeutique de la personne du Toxicomane » . Précis de toxicomanies, Paris, Masson, (1988) : PP 95-101.
74. Chepesiuk, R. « Colombia under siege : Drug fueled violence tears Country apart ». Defense and diplomacy, (Décembre, 1989): pp.43-44.
75. Chopra, I.C; et Col. "The use of the Cannabis drugs in India". Bulletin on Narcotics, IX,1(1957). pp. 3-3. <http://www.unodc.org/unodc>. (27/04/2012).
76. Christine, Perretti De; Nelly, Leselbaum. "Les jeunes et les drogues : réflexion pour la prévention" . Revue Française de Pédagogie, 114(Janvier-Février-Mars 1996): pp. 29-43.
77. Chiu, Guy-Kai .Chan; et all. "Hippocampal neurotoxicity of delat9 tetrahydrocannabinol". The journal of neuroscience, 18,14(July, 1998):5322-5332. (15/02/2012).
78. Cloninger C.R. "Recent advances in family studies of alcoholism". Prog Clin Biol Res, 241(1987): pp.47-60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (09/03/2011).
79. Cloninger, C.R. "A Systematic method for clinical description and classification of personality variants". Arch.Gen.Psychiatry, 44,6(June, 1987): pp. 573-588.
80. C.N.I.A.J . « Spécial toxicomanie ». Bulletin du CNIAJ , (Juin, 1997) : pp.21-21.
81. Conseil supérieur de la jeunesse," Enquête sur la consommation de produits psycho- actif". Alger, Juin.1997.

82. Curry, S. J; Marlatt, G. A.; and Gordon, J. R. "Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(1987) :pp. 145-149.
83. Craig, R.B. « Illicit Drug Traffic : Implication for American Source Countries » : Journal of Interamerican studies and world affairs, 29,2(1987): pp.1-34.
84. Daaka, Yahia; et al. "induction of interleukin-2 receptor alpha gene by D9 THC is mediated by nuclear factor KB and CB1 cannabinoid receptor DNA and celle biology". DNA and celle Biology, 16,3(March, 1997): pp.301-309. www.libertonline.com. (02/12/2011).
85. Dalmau, A; Bergman, B.; and Brismar, B. "Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates:Do dopaminergic stimulant facilitate psychiatric illness ?". Eur Psychiatry, 14(1999): pp.366-371.
86. Daniel T. L. Shek . "A Longitudinal study of relations of family factors to adolescent psychological symtoms, coping resources, school behavior, and substance abuse". International Journal of Adolescent Medicine and Health, 10,3(1998): pp. 155-184.
87. Daniel, John. « The Internet and drugs : the risks and challenges involved , From cybercrime to preventive education » Peddro, 7(june, 2003): pp.1-19.
88. Danis, Daniela. « La maladie de la dépendance et la codépendance : l'effet miroir (Point de vue) La problématique de l'entourage des personnes dépendantes ». La revue ARPES, <http://www.arpes.fr>. (18/01/2012).
89. Danou, Gérard.; and Emmanuel Meunier. « Freud et la Cocaine ». synergie, Correspondance hors serie1, (2006), pp.2-11. www.rvh-synergie.or. (9/07/2010).
90. Dassé, Martial. « Les réseaux de la drogue dans le triangle d'or », Cultures & Conflits, mis en ligne le 31 décembre 2002. <http://conflits.revues.org>. (02/10/2012).
91. Darling, M.R; G.M.,Learmonth; and T.M., Arendorf . "Oral cytology in cannabis smokers". faculty of health sciences, university of Stellenbosch, SADJ,57,4(2002 Apr):pp.91-96.
92. Day, N; et all." The effects of prenatal tobacco and marijuana use on offspring growth from birth through 3 years of age". Neurotoxicol teratol, 14,6(Nov-Dec, 1992):pp. 407-414.
93. de Beyer, Joy ; Lovelace C. Yürekli. "A. Poverty and tobacco". Tobacco Control, 10,3(2001): pp.210-211.
94. Dembo, R ; et al. "Further examination of the association between heavy marijuana use and crime among youths entering a juvenile detention center". Journal of psychoactive drugs, 19,4(1987): pp.361-373
95. Dembo, R ; Wilams,L .; and Schneider, J. "Drug abuse among juvenile detainees". Annals of American Academy of Political and Social Science, 521(1992): pp 28-41.
96. Demilio, L. «Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers ». Am J Psychiatry, 146,9(1989):pp. 1131-1141.
97. Dequardo, J.R; Carpenter, C.F.; and Tandon, R. "Patterns of substance abuse in schizophrenia : nature and significance". J Psychiatr Res, 28(1994). 267-275.
98. Deykin, E.Y; Levy, J.C.; and Wells, V. "Adolescent depression, alcohol and drug abuse". American Journal of Public Health, 77,2(February, 1987). pp.178-182.
99. Disdier.P, et al . "Cannabis arteits revisited-ten new case reports". Angiology, 52,1 (Jan, 2001): pp.1-5.
- 100.Dixon, L. "Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia : prevalence and impact on outcomes". Schizophr Res, 35(1999): pp.93-100.
- 101.Douglas S.; and Hariharan G. "The hazard of starting smoking : estimates from a split population duration model". Journal of Health Economics, 13,2(1994): pp. 213-230.
- 102.Drummer, O. H; et al. "The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes". Accident Analysis and Prevention, 362,(2004): pp.239-248. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (03/09/2012).
- 103.Dudouet, F.X. « La Formation du Contrôle International des Drogues ». Déviance et Société, 23,4(1999) : pp. 395-396. <http://www.persee.fr>. (12/04/2012).

104. Edward, Truitt B.; Jr., Gilbert Duritz; and Ethel M. Ebersberger. "Evidence of Monoamine Oxidase Inhibition by Myristicin and Nutmeg". Experimental Biology and Medicine, 112(1963): p.647-657. <http://www.sagepublications.com>. (02/01/2012).
105. Edward, Dorus W.C.; and Seroy. M. "Depression Demographic dimensions and Drug Use". American J. Psychiatry, 137,06(1980): pp.699-704.
106. El Babhri, L; and Chemli, R. "Peganum Harmala. L: A poisonous plant of North Africa". Vet Hum Toxicol Journal, 33(1991): pp.276-277.
107. Ellinwood, E.H.J.R ; and Heatherly, D.G. "Benzodiazepines, the popular minor tranquilizers: dynamics of effect on driving skills". Accident Analysis and Prevention, 17,4(1985): pp. 283-290.
108. Elliott, D. S., Huizinga, D.; and Morse, B. J. "Self-Reported Violent Offending: A Descriptive Analysis of Juvenile Offenders and Their Offending Careers." Journal of Interpersonal Violence. 1,4(1986): p.472-514.
109. Faden V.B.; and B.I., Graubard . "maternal substance use during pregnancy and developmental outcome at age three" J. subst abuse, 12,4(2000): pp.329-340.
110. Faden, V.B; and M. Goldma. "The effects of alcohol on physiological processus and biological development". Alcohol research and health, 28(2005): pp. 125-132.
111. Farges, F. « Toxicomanie et troubles mentaux. Revue de la littérature in Psychotropes ». Revue Internationale des Toxicomanies, 2,3(1996) : pp.7-17.
112. Farrell, M.J. "Irreversible demand functions". Econometrica, 20(1952). pp.1-21.
113. Faulkner, Katherine. « L'alcool est il plus nocif que le crack ou l'héroïne ? » Doctissimo, 30 Novembre 2010. [http://news.doctissimo.tc//alcool-plus-que-le-crack-ou-l'héroïne](http://news.doctissimo.tc//alcool-plus-que-le-crack-ou-l-héroïne). (14/10/2011).
114. Fédération Française de Psychiatrie. « Conséquence du tabagisme sur la santé, effet du Tabagisme ». Hometox, dépendance-toxicomanie conduites addictives, Psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies. (08/09/2011).
115. Fedorowycz. Orest . "Homicide in Canada, 1997", Juristat, Statistics Canada, 18,12(1998): pp.1-15.
116. Ferard, Émeline. « Caféine : un besoin d'origine génétique ? ». GENTSIDE découvertes, 17 avril 2011. <http://www.maxisciences.com>. (15/02/2012).
117. Ferbos. C .; Guedeney. A.; and Magoudi, A. « Approche psychanalytique des toxicomanes ». Encycl. Med. Chri, Paris. Psychiatrie, (Novembre, 1988) : pp.1-4.
118. Fernandez. L ; Sztulman. H. « Comment repérer une disposition narcissique chez un fumeur présentant une addiction tabagique grâce à un bilan psychologique ». L'évolution psychiatrique, 63,3(1998). pp.409-432.
119. Fort, Joel. "Giver of delight or liberator of sin: Drug use and addiction in Asia". Bulletin on Narcotics, 3,4, XVII (1965) : pp 13-19.
120. Frank, B. "The use of internal games : The case of addiction". Journal of Economic Psychology, 1,5(Nov, 1996): pp.651-660.
121. Freid P.A; And A.M., Smith. "A literature review of the consequences of prenatal marihuana exposure. An emerging the of deficiency in aspects of executive function. Neurotoxicol teratol, 23,1(2001, Jan-Feb): pp.1-11.
122. Frigiel. SE, et al. " Tracheobrochial. Histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana and / or tobacco". Chest, 112,2(Aug, 1997): pp 324-332.
123. Friederich W. Busch; Donna A. Seid, and Eddie T. Wei. " Mutagenie Activity of Marijuana smoke condensate". School of public health, university of California, Berkley, Cancer letters, 6,6(Decembre, 1978): pp. 67.96.
124. Gartz, Jochen. "Cultivation and analysis of Psilocybe Species and investigation of galerina Steglichii " . Mus. civ. Rovereto, 10(1995): pp.297-306. <http://catbull.com>. (03/01/2011).
125. Giaccio M. "Crocetin from saffron: an active component of an ancient spice". Crit Rev Food Sci Nutr, 44,3(2004); pp155-172.

126. Glantz C.M. ; and A.I. Leshner. "Drug abuse and developmental psychopathology". development and psychopathology. 12(4); (2000):p p. 795-814.
127. Glover, E. "on the Aetiology of drug addiction". International Journal of Psychoanalysis, 13(1932): pp.298-328. <http://www.pep-web.org>. (05/05/2011).
128. Glouchkoff, Alexandre,. « Le ravage de l'alcool sur le cerveau». France, 01 décembre 2006. <http://www.i.dietique.com>. (30/11/2011).
129. Goerig, M.; and J. Schulte am Esch. « History of nitrous oxide—with special reference to its early use in Germany ». Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 15,3(2001) : pp.313–338. <http://www.clinicalanaesthesiology.com>. (23/11/2011).
130. Gold, M.S.; et al. "Epidemiology of benzodiazepine use and dependence". Psychiatric Annals, 25,11(1995) : pp.146-148.
131. Goodspeed, T.H . "The genus Nicotina". Journal of the American Pharmaceutical Association, 45,3(March1956): pp.161-180.
132. Gorman, W.M. "Tastes. habits, and choices". International Economic Review, 8(1967): pp.218.230.
133. Goundry, Beth; et al. « Diagnosis and management of Raynaud's phenomenon ». BMJ, 344(2012) . <http://www.bmj.com>. (30/07/2012).
134. Graber, Cynthia. "Strange but True: Whale Waste Is Extremely Valuable". Scientific American, April 26, 2007. <http://www.scientificamerican.com>. (14/06/2012).
135. Grassberger, Roland. «Towards a synthesis of the causes of crimes». The National review of criminal sciences, 1(March, 1958): pp. 15-19.
136. Gray M. D; et al. "Sexual aggression and victimization : A local prespective". Response to the Victimization of Women and Children, 11,3(1988): pp.9-13.
137. Gudjonsson, G. H; and Sigurdsson, J. F. "Differences and similarities between violent offenders and sex offenders". Child Abuse and Neglect, 24,3(2000): pp: 363-372.
138. Guindon, G.E; et al. "The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. World Health Organization, Geneva, 2006.
139. Hallström, H.; and Thuvander, A. Toxicological evaluation of myristicin. Natural Toxins, 5,5(1997): pp.186-192. <http://www.drugs.com/npp/nutmeg>. (15/04/2010).
140. Hambrecht, M; and Hafner, H. "Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia : an epidemiological perspective". Aust NZ J Psychiatry. 161(2004) :pp.501-506.
141. Harlow, C. W. "Drugs and Jail Inmates 1989". The Narc Officer. (1991).
142. Harwood, H.J. "Economic and Drugs : Promises, Problems, and Prospects". NIDA Research Monograph Series,113(1991).<http://archives.drugabuse.gov>. (30/11/2012).
143. Hatsukami, D; et al. "Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorders and bulimia with substance abuse problems".Addict Behav,11(1986): pp.181-192.
144. Hawkins, J.D; Catalane, R.F.; and Miller, J.Y. "Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention". Psychological Bulletin, 112,1(1992): pp. 64-105.
145. Hawkins , J. «Preventing crime and violence Through communities that Care » . European journal on criminal Policy and Research, 7(1999): pp.443-458. <http://link.springer.com>. (03/06/2011).
146. He, Jiang; et al. "Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies". New England Journal of Medicine, 340 (1999). 920-926.
147. Healy M.D., William; and Augusta F. Bronner. "New light on delinquency and its treatment". The Howard Journal of Criminal Justice, 4,4(July, 1937): pp.391–397.
148. Hekimian, L. J.; and Gershon, S. "Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital". Journal of the American Medical Association, 205(1968): pp.124-130.
149. Hemmelgarn, B; et al. "Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the Elderly". Journal of the American Medical Association, 278(1997). 27-31.

- 150.Herrnstein R.J; et al. "Utility maximization and melioration : Internalities in individual choice". Journal of Behavioral Decision Making, 6(1993): 149-185.
- 151.Heyman, Gene. M. "Resolving the contradictions of addiction". Behavioral and Brain Sciences, 19(1996): pp.561-610.
- 152.Huba , G.J.; et Al. " A framwork for interactive Theory of Drug users". journal of Consulting and clinical Psychology,57,1(1980): PP.765-767.
- 153.Huestis.M.A ; et all ; "Characterization of absorbtion phase of marijuana smoking". cli pharmacol ther, 52,1 (Jul, 1992): pp .31-41.
- 154.Huestis. M.A ; et all, "Blockade of Smoked marijuana by the CB1- Selective cannabinoid receptor antagonist". Arch Gen psychiatry, 58,4 (Apr, 2001): pp.322-328.
- 155.Hulse, G.K.; et all. " The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight". Addiction, 92,11(1997): pp. 1571–1579.
- 156.Hursh R. Steven. "Behavioral Economic of Drug Self-Administration : An Introduction". Drug and Alcohol Dependence, 33(1993): pp.165-172.
- 157.Hurst, P.M; Harte, D.; and Frith WJ. "The Grand Rapids dip revisited". Accident Analysis and Prevention, 26(5),(1994).647-354.
- 158.Jane-Liopsis, E.; and Matytsina, I. "Mental health, alcohol, drugs and tobacco: a review of the cormobidity between mental disorder and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs". Rug and alcohol. Review, 25(2006): pp. 515-536.
- 159.Jansson, L.M.; et all, F. "Pregnancy and addiction: a comprehensive care model". Journal of Substance Abuse Treatment,13,4(1996): pp.321-329.
- 160.Johansson, E; et all. "Determination of delta-1-tetrahydrocannabinol in human fat biopsies from marihuana users by gas chromatography-mass spectrometry". Biomed Chromatogr, 3,1(1989): pp 35-38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (20/10/2012).
- 161.Johnson, H. "The Role of Alcohol in Male Partners' Assaults on Wives". Journal of Drug, 30,4(2000): pp.725-740.
- 162.Johnson, S. D; et al. "Alcohol and rape in Winnipeg, 1966-1975". Journal of Studies on Alcohol, 39,11(1978): pp.2892-2901.
- 163.John C. Leffingwell ."Saffron" .Leffingwell Reports, 2,5(October, 2002):pp.1-6.
- 164.Jolly, Hélène, « Le tabac : la plus grande cause de cancers en France ». doctissimo, <http://www.doctissimo.fr>. (11/12/2012).
- 165.Kasha, B. « Fléau Social ou Maladie », Santé Jeunes, 1(1988) :P.6-10.
- 166.Kandel, D. B. "Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults". Journal of Marriage and the Family, 52(1990): pp.183-196.
- 167.----- . "Stages in adolescent involvement in drug use". Science, 190,4217(28 November,1975) : pp.912-914.
- 168.Keall, M.D; Frith, W.J.; and Patterson, T.L. "The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time risk of driver fatal injury in New Zealand". Accident Analysis and Prevention, 36,2(2004): pp. 135-147.
- 169.Kennedy, J ; and R. Hurwit. "Qat's cradle". Human Behavior, 9(October,1978): pp.38 - 39.
- 170.Kittler, Josef T.; et al . " Large scale analysis of gen expression changes during acute and chronic exposure to delta9-THC in rats". Physiological Genomics, 3,3(Sept, 2000): pp.175-185.
- 171.Klasky, A.L.; and Armstrong,M.A.(1993). "Alcohol use other traits and risk of unnatural death: a prospective study".Alcoholism: clinical and experimental research, 17,16,(1993): pp.1156-1162.
- 172.Koopmans. J; and Boosman.D. "Familial resemblances in alcohol use: genetics or cultural transmission". J Stud Alcohol, 57(January, 1996): pp . 19-28.
- 173.Kosior.DA, et al . "Paroxysmal arterial fibrillation in a young female patient following marijuana intoxication: a case report of possible association". med Sci, Monit, 6,2(2000, Mar- Apr): pp.652-664.

- 174.Kovaszny, B; et al. "Substance use disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis". Schizophr Bull, 23,2(1997):pp.195-201.
- 175.Kumfer, K. L; and C. W. Turner. "The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention". International Journal of the Addictions, 25,4(1990): pp. 435-463.
- 176.Labrousse, Alain. «Le trafic de drogue au Pakistan : une affaire d'Etat ? ». Cultures & Conflits, 3(automne, 1991). <http://conflits.revues.org>. (23/02/2012).
177. Lacy, J.H; and Evans, C.D. "The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder". British Journal of Addiction, 81 (1986) : pp.641-649.
- 178.Laidli, M.S; et Ridouh B. « La toxicomanie, approche épidémiologique chez les entrants en prison de 1993 et 1996 ». J Med Leg, (1997) .Droit Med.
- 179.Laidli, M.S; Bessaha,Y ; and Mehdi,R. « La Toxicomanie: Approche Epidémiologique en milieu Pénitentiaire ». Diagnostic, (1992) : pp 17-22
- 180.Lance, P.; and Longo, M.D. "Benzodiazepines—Side Effects, Abuse Risk and Alternatives". Am Fam Physician, 61,7(Apr, 2000): pp2121-2128. <http://www.aafp.org>. Consulté le 13/12/2011.
- 181.Langevin, R.; and BAIN, J. "Diabetes in sex offenders: a pilot study". Annals of Sex Research, 5,2(1992). pp.99-118.
- 182.Legleye, Stéphane. ; et al. Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. Tendances, 66(Juin, 2009) : pp 1-6., OFDT, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live>. (29/01/2011).
- 183.Léonard, Eric.«Crise des économies de plantation et trafic de drogues en Afrique de l'Ouest: les cas ivoirien et ghanéen ». Autrepart, 8(1998), pp. 98-100.
- 184.Lester, D. "Restricting the availability of alcohol and rates of personal violence: suicide and homicide". Drug and alcohol, dependence, 31,3(1993): pp.215-217.
- 185.Levine, A.; et al. « Molecular mechanism for a gateway drug: Epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine". Science Translational Medicine, 107,3(2013): pp:107-109. <http://www.drugabuse.gov>. (23/05/2013).
- 186.Linszen, D.H; Dingemans, P.M.; and Lenior, M.E. "Cannabis abuse and the course of recentonset schizophrenic disorders". Arch Gen Psychiatry, 51(1994): pp.8-19.
187. Loonis, E. « Vers une écologie de l'action ». Psychotropes, 4,1(1998) : pp.31-46.
- 188.-----.« Les modèles économiques des addictions ». revue-psychotropes, Revue Internationale des toxicomanies et des Addictions. 7,2(2001): pp.7-22. <http://www.academia.edu>. (11/10/2011).
- 189.Lopez. D. ; et D. Sansfaçon. «Dommage Sociaux liés à l'usage de drogues : focus sur les relations et difficultés familiales». Toxibase, 4(Décembre, 2005).
- 190.Loyds, W.might.; and Ron nor. "correlates of reported drug abuse problems among college Undergraduates". journal of drug education, 12(1982): pp
- 191.Lucien, Laforest. "L'usage quotidien de l'alcool et du tabac : Deux habitudes de vie liées au système d'interaction sociale". Toxicomanies, 9, 1(1976): pp. 73-79.
- 192.Luthar, S.; et al. "Multiple jeopardy: risk and protective factors among addicted mothers' offspring". Development and Psychopathology, 10,1(1998): pp.117-136.
- 193.Madden A.F. Pamela; and Heath, A.C. "Shared genetic vulnerability in alcohol and cigarette use and dependence". Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26(2002): PP.1919-1921.
- 194.Maher, J.J. "Exploring alcohol's effects on liver function". Alcohol Health & Research World. 21,1(1997). pp.5-12.
- 195.Maity P ; et al. "Smoking and the pathogenesis of gastroduodenal :ulcer--recent mechanistic update". Mol Cell Biochem, 253,1-2(Nov,2003):p329-338. www.ncbi.nlm.nih.gov. (15/11/2012).

- 196.Mabry, D.J. "Andean Drug Traffiking and the military option". Military Review, LXX,3(March 1990): pp.29-40.
- 197.Marks,J.A, Palombella, A. « Prescribing smokable drugs ». Lancet, 335,8693(April, 1990): pp. 805-868. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (30/11/2011).
- 198.Marriott, S.; and Tyrer, P. "Benzodiazepine dependence. Avoidance and withdrawal". Drug Saf, 9(1993): pp.93–103.
- 199.Martinez-Arevalo, M.J; Calcedo-Ordonez, A.; and Varo-Prieto, J.R. "Cannabis consumption as a prognostic factor in schizophrenia". British Journal Psychiatry, 164(1994): pp. 679-681 .
- 200.Marzuk ,P.M; et al. "Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one year period". American Journal of Psychiatry, 149(1992):pp.371–375.
- 201.Mathers, C.D; and Loncar, D. "Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030". PLoS Medicine, 3,11(2006) : 442-452. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (31/01/2012).
- 202.Mathurain, Philippe; et al. « Hépatite alcoolique : données physiopathologiques et perspectives thérapeutiques ». Hépatogastroentérologie, (2001) : pp.103-111.
339. Matthew, Warner-Smith; and all. "Heroin overdose: causes and consequences" .Addiction, 96,8(August,2001):pp.1113–1125.<http://onlinelibrary.wiley.com>. (10/09/201).
- 204.Matthias, Peter; et al." Effects of varying marijuana potency on deposition of tar and delta 9THC in the lung during smoking". Pharmacology Biochemistry and Behavior, 58,04(December, 1997): pp.105-109.
- 205.McGhee, S.M; et al. "Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong". Tobacco Control,15,2(2006): pp.125-130.
- 206.McCAULEY, C., "Understanding addiction : Conventional rewards and lack of control, Commentary/ Heyman : Resolving the contradictions of addictions". Behavioral and Brain Sciences, 19(1996): pp.312-320.
- 207.Mello, Nancy K.; and Mendelson, J.H. "Operant analysis of drinking habits of chronic alcoholics". Nature, 206(4979), (1965): pp.43-46.
- 208.Mello, Nancy K; McNamee, H.B.; and Mendelson, J.H. (1968). "Drinking Patterns of Chronic Alcoholics: Gambling and Motivation" (Psychiatric Research Report No. 24). Washington, DC: American Psychiatric Association. (A SUPPRIMER).
- 209.Michael D.Roth, et al. Induction and regulation of the carcinogen delta9Tetrahydrocannabinol, AM.J. Respir, Cell Mol Biol, 24,3(2001, March):pp.339-344.
- 210.Miller, N.S; and Fine, J. "Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders. Psychiatr Clin North Am, 16,1(March,1993): pp.1-10.
- 211.Mishra, B.K; Banerji, A.K.; and Mohan D. "Two-wheeler injuries in Delhi, India: a study of crash victims hospitalized in a neuro-surgery ward". Accident Analysis and Prevention, 16(1984):pp.407-416.
- 212.Mohamn, D; et al. "Prevalence and patterns of drug use among high school Students: replivated study". Bulletin on Narcotics, XXXI, 3-4(1979).
- 213.Moore, J T; et al. « Oppeat addiction and suicidal behaviors", Amer.J. Psychiatry, 136,9 (Sept, 1979): pp. 1137-1139.
- 214.Moskowitz, H. "Marijuana and driving". Accident Analysis and Prevention. 17(1985): pp. 323-346.
- 215.Mouzak.A; et all. "Transiet Ishcemic attack in heavy cannabis smokes- how safe is it ?" Eur Neurol, 44,1(2000): pp.42-44.
- 216.Mura, P; et al. "Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs Between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study". Forensic Sci Int, 23,233(1-2)(Apr, 2003): pp.79-85.

- 217.Nahas, Gabriel, G. « Hashish in Islam: 9Th to 18Th Century ». Bull. N.Y. Acad. Med, 58,9 (December, 1982) :pp. 814-822. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (04/01/2012).
- 218.Nahas, Gabriel, G.; et al.; "Pharmacokinetics of THS in brain and testis, male gametotoxicity and premature opoptosis of spermatozoa" Human Psychopharmacology: Clinical and experimental, 17,2(March, 2002): pp. 103-113.
- 219.Nassar, Heba. "The economics of tobacco in Egypt, a new analysis of demand". Economics of Tobacco Control, HNP.World Bank, 8(March, 2003).
- 220.Negrete, J.C. ; et al. "Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms : Results of a clinical survey". Psychol Med, 16(1986): pp.515-520.
- 221.Nestor,T; et al."Crystal methamphetamine-induced acute pulmonary edema".Hawaii Med J. 48(1989):pp 457–460. <http://www.laboratoriosilesia.com>. (03/03/2010).
- 222.Newcomb ,Michael D; and Bentler , P, M. « The impact of family context , deviant attitudes and emotional distress on adolescent drug use ». Journal of Research in Personality. 22,2(1988): pp.154-176.
- 223.Oscar-Berman, M.; and S.M., Zola-Morgan."Comparative neuropsychology and Korsakoff's syndrome.I: Spatial and visual reversal learning". Neuropsychologia,18,4-5(1980): pp.499-512.
- 224.Orphanides, Athanasios.; and David, Zervos. "Rational Addiction with Learning and regret" Journal of Political Economy, 103,4(1995): pp.75-91.
- 225.Paller, K. A; and Acharya, A. "Functional neuroimaging of cortical dysfunction in alcoholic Korsakoff's syndrome". Journal of Cognitive Neuroscience, 9,2(1997): pp.277-293.
- 226.Pares. A ; et al. "Histological course of alcoholic hepatic. Influence of abstinence, sex and extent of hepatic damage". J.Hepatol, 2,1(1986): pp.33-42.
- 227.Paris, R ; and Moyse, H. "Essai de caractérisation du Kat ou Thé des Abyssins (Catha edulis, Forssk.) (Célastracée):drogue recement inscrite au tableau B ". Annales pharmaceutiques françaises, 15(1957): pp89-100.
- 228.Pécaut, Daniel. « Trafic de drogue et violence en Colombie ». Cultures & Conflits, 3(automne, 1991) : pp. 2-10. conflits.revues.org. (25/03/2011).
- 229.Peden, M; et al. "Injured pedestrians in Cape Town: the role of alcohol". South African Medical Journal, 16(1996): pp.1103-1105.
- 230.Peto, Richard; et al. "Alcohol Consumption and Mortality among Middle-Aged and Elderly U.S. Adults". New England Journal of Medicine, 337(1997): pp.1705-1714.
- 231.Peto, Richard; et al. «Mortality from smoking worldwide». British Medical Bulletin, 52,1(1996). PP12-21.
- 232.Piazza P.V.; et al. " Stress and pharmacologically : induced behavioral sensitization increases vulnerability to acquisition of amphetamine self administration". Brain Res, 514(1990): pp.22-26.
- 233.Pikens, R.; et al ." Heterogeneity in the inheritance of alcoholism : a study of male and femal twins". Arch Gen Psychiatry, 48(1991): pp.19-28.
- 234.Porchet, HC.; Benowitz, NL; and Sneider, LB. "Pharmacodynamic model of tolerance: application to nicotine". J Pharmacol Exp Ther , 244(1988): pp. 231-238.
- 235.Porter, L.; and B. Porter. "A blended infant massa-parenting enhancement program for recovering sunstance-abusing mothers". Pediatric nursing, 30(2004) : pp.363-401.
- 236.Poser,W; Poser,S. ; EAV-Condemarin,P. "Mortality in patients with dependence on prescription drugs". Drug and Alcohol dependence, 30(1992): pp.49-57.
- 237.Powell, W.J.; and G., Klastin. "Duration of survival in patients with laennec's cirrhosis: Influence of alcohol withdrawal, and possible effects of recent changes in general management of the disease". AMJ, Med , 44(1968): pp. 406-420.
- 238.Rachlin, H." Four teleological theories of addiction", Psychonomic Bulletin & Review, 4,4(1997): pp.462-473.

- 239.Rado, Sandor. "la psychanalyse des pharmacothymies". Revue Française de Psychanalyse, 39,4(1975) : pp.603-618.
- 240.Ramaekers, J.G; et all. "Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use". Drug and alcohol dependence, 73(2004): pp109-119. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (23/10/2011).
- 241.Rasmussen, Nicolas, . "America's First Amphetamine Epidemic 1929–1971". Am J Public Health, 98,6(June, 2008) : pp.974–980. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (12/05/2012).
- 242.Regier, D,A ; et al. "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area.(ECA) Study". The Journal Of AmericanMedical of Association(JAMA), 264,19(Nov, 1990): pp.2511-2518.
- 243.Rehm, J ; et al. "Alcohol and Global Health 1 Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders" .LANCET, 373,9682(Jun-Jul, 2009): pp. 2223-2233. <http://archive.sciencewatch.com>. (13/04/2013).
- 244.Reinherz, H.Z; et coll. "Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(1995): pp 599-611.
- 245.Reisigner, M . « Heroine et Tabac ». La revue des Addictions, (Décembre, 1999): pp.35-36.
- 246.Resselaer, Lee III. W. "Dimensions of the South American. Cocaine Industry," Journal of Interamerican Studies aid World Affairs, (Summer/Fall 1988).
- 247.-----."Global Reach :The Threat of International Drug Trafficking". Current History, 94,592 (May, 1995): pp.207-211.
- 248.Rice, D.P; Kelman, S.; and Miller, L. S. "Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988". Public Health Rep, 106,3(May-Jun,1991): pp.280–292. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (30/11/2012).
- 249.Richard, Anne. « Le sevrage de caféine en passe d'être reconnu comme un trouble mental ». Psychopharmacology, (octobre, 2004). <http://sante-guerir.notrefamille.com>. Consulté le (02/3/2012).
- 250.Richard, W; et all. "Intoxication with street drugs: Cocaine and amphetamines". Journal Of Respiratory Diseases, 30,1(février, 2009). <http://jrd.consultantlive.com>. (23/06/2012).
- 251.Richards, John. "Opium and the British Indian Empire: the Royal Commission of 1895". Modern Asian Studies, 36,2(2002) : p.375.420.
- 252.Roache, J.D; and Meisch, R.A. "Findings from self-administration research on the addiction potential of benzodiazepines". Psychiatric Annals, 25,3(1995):pp.153-157.
- 253.Robinson, Linda.; and Witkin, Gordon." An inferno next door ". U.S. News & World Report, 122,7(24 February,1997): p36.
- 254.Rossow, I. "Regional Analyses of alcohol and suicide in norway : some empirical considerations". Suicide and life Threatening behavior, 25,3(1995): pp.401-409.
- 255.Roth, Michael D.; et al. Induction and regulation of the carcinogen delta9 tetrahydrocannabinol, AM.J. Respir, Cell Mol Biol. 24,3(2001, March): pp.339-344. www.arjcm.atsjournals.org. (28/12/2012).
- 256.Roux, J.M. ; et Coll . « Toxicomanies autre que l'alcoolisme », Encycl Med Chirur, 7 (1983) : p p 1-28.
- 257.Ryan, N.D; et coll. "The clinical picture of major depression in children and adolescents". Arch Gen Psychiatry, 44(1987): pp.854-861.
- 258.Ryan, Vandrey; Annie, Umbricht.; and Eric C. Strain. "Increased Blood Pressure Following Abrupt Cessation of Daily Cannabis Use". J Addict Med, 5,1(2011 March): pp. 16-20.
- 259.Safarian, Theodore A; et al. "Marijuana smoke and delta9THC promote necrotic death but inhibit fas-mediated opoptosis". Applied toxicology and pharmacology. 174,3(august, 2001):pp.264-272. <http://cat.inist.fr>. (02/12/2011).

- 260.Sakai, J.T.;et al. "Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: Commonly comorbid problems". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43,9(2004): pp 1080-1088.
- 261.Salzman, C.; et al. "Cognitive improvement following benzodiazepine discontinuation in elderly nursing home residents". Int J Geriatr Psychiatry, 7(1992).pp.89.93.
- 262.Samoylenko, V. ; et al. Banisteriopsis caapi, a unique combination of MAO inhibitory and antioxidative constituents for the activities relevant to neurodegenerative disorders and Parkinson's disease. Journal of Ethnopharmacology, 127,2(February ,2010): pp.357–367.
- 263.Schmid, Alex P. "The Links between Transnational Organized Crime and Terrorist Crimes". Transnational Organized Crime, 2,4(Winter, 1996). pp.66-67.
- 264.Schneeberger, Pascal ; Serge, Brochu.; and Marjolaine, Dion. "Toxicomanie et Mineurs Judiciaires Recension des Ecrits". Les Cahiers de Recherches Criminologiques, 20(Juin, 1995) : pp.6-14.
- 265.Schuckit, M.A. "Studies of population at high risk of alcoholism".Psychiatric developments, 3(1985): pp.31-63.
- 266.------. "New findings on the genetics of alcoholism". Journal of the American Medical Association, 281(20), (1999): p p.1875–1876.
- 267.Schuckit, M.A.; et al., "Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorders". American Journal of Psychiatry. 143(1986):pp.140.147.
- 268.Scotti, Edgard,. « Petite Histoire du Vignoble en Algérie 1830-1962 ». l'Algérieniste, 38(Juin,1987). <http://www.Cerclealgerieniste.asso.fr>. (23/02/2013).
- 269.Schütze, Madlen; et al. "Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study" . B.M.J, 342(2011): pp. 1-10. <http://www.bmj.com>. (15/09/2012).
- 270.Selhab, M.R. « Difficultés, Contraintes et Problèmes méthodologiques pour la mise au point d'un système de surveillance des toxicomanes dans le contexte Algérien ». REM, IV,12(Décembre, 1993): pp.90-94.
- 271.Selhab, M.R; et Yahi, M. « Enquête sur la consommation des substances psycho active chez les jeunes de 15-24 ans Wilaya D'Alger D'octobre 1991 » R.E.M, II,11(Nov, 1991) : pp. 64-67.
- 272.Selhab, MR, et coll « Enquête Répertoire des substances psycho actives consommées dans la ville d'Alger par les jeunes de 15 à 30 ans, 30 Aout 1992». R.E.M, III,11(Novembre, 1992) : pp. 62-67.
- 273.Sexton, B.F; et al. The influence of cannabis and alcohol on driving. Crowthorne (Royaume-Uni), Transport Research Laboratory, 2002 (Rapport 543 du TRL) . <http://www.trl.co.uk>. Consulté le 08/07/2011.
- 274.Shariatirad, Schwann.; Masoomah, Maarefvand ; and Hamed Ekhtiari. "Emergence of a methamphetamine crisis in Iran". Drug and Alcohol Review, 32,2(March, 2013) : pp.223–224.
- 275.Shi, Wei-Xing; et all. "Dual Effects of D-Amphetamine on Dopamine Neurons Mediated by Dopamine and Nondopamine Receptors".The Journal of Neuroscience, 20,9(May 1, 2000): pp.3504-3511. <http://www.jneurosci.org>. (15/04/2011).
- 276.Shick, J. F. E.; W. Dorus; and P. H. Hughes. " Adolescent drug using groups in Chicago parks". Drug and Alcohol Dependence. 3(1978): pp.199-210.
- 277.Shoptaw S.J.; et al . "Treatment for amphetamine withdrawal".Cochrane Database Syst Rev, 15,2(Apr, 2009). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (05/03/2010).
- 278.Single, E. "The Economic Costs of Illicit Drugs and Drug Enforcement," Policy Options, 19,8(October, 1998): pp.3-6.
- 279.Skinner F. William "Delinquency, Crime, and Development: A Case Study of Iceland" Journal of Research in Crime and Delinquency, 23(August, 1986):pp268-294.

- 280.Skog, O.J; et al. « Alcohol and suicide”. The portuguese experience addiction, 90(1995): pp.1053-1061.
- 281.Southall, D.P., Samuels, M.P. “Reducing the Risks in Sudden Infant Death Syndrome”. Br. Med. J. 304(February, 1992): pp.265-266. [\(05/12/2011\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).
- 282.Spotts, J.V., and Shontz, F. C. The phenomenological structure of drug-induced ego states: II. Barbiturates and sedative-hypnotics: Phenomenology and implications: International Journal of the Addictions, 19,3(May, 1984): pp. 295-326.
- 283.Stanislaw, Batawia. « Abus et trafic des drogues en Pologne ». revue internationale de droit pénal, 44ème année, 2ed and 3ém tri, n° 3 et 4, (1973).
- 284.Stanton, Peele, JD. “The Meaning of Addiction: DSM-5 Gives the Lie to Addiction as a Chronic Brain Disease”. Psychiatric Times, 24 august 2010. www.psychiatristimes.com. (06/12/2011).
- 285.Staunton, David A.; Stephen J. Young; and Philip M. Grovesdavid. “The Effect of Long Term Amphetamine Administration on the Activity of Dopaminergic Neurons of the Substantia Nigra. Brain Research”, 188 (1980): pp 107-117.
- 286.Sternberg, Robert J; et Al. “ Psychological Bulletin”. The American Psychological Association, 117,1(January, 1995): pp 912-923.
- 287.Stracke, J.G. Convention of 1936 for the Suppression of the Illicit Traffic In Dangerous Drugs. The American Journal of International Law, 31,1(Jan, 1937). <http://www.jstor.org>. (23/03/2010).
- 288.Strotz, R.H. Myopia and inconsistency in dynamic utility maximization, Review of Economic Studies, 23,3(1956) : pp.165-170. <http://www.jstor.org>. (23/07/2011).
- 289.Suranovic, S.M; Goldfarb, R.S.; and Leonard, T.C. “An economic theory of cigarette addiction”. Journal of Health Economics. 18(1999): pp .1-29.
- 290.Swaim, Randall. C; et al. “Across-Cultural Comparaison”. J.Cross-Cultural Psychology, 24,1(1993): pp.53-70.
- 291.Tajuddin, Ahmad S.; et al. “An experimental study of sexual function improving effect of Myristica fragrans Hoult. (nutmeg)”. BMC Complementary and Alternative Medicine, 5,16(2005). <http://www.drugs.com>. (05/04/2012).
- 292.Tarter E. Ralph. « Prevention of drug abuse : Theory and application”. The American Journal on Addictions. 1,1 (Winter, 1992):pp.02-20.
- 293.Tarter., R.E; and K.L., Edwards. “Multifactorial etiology of neuropsychological impairment in alcoholics”. Alcoholism: Clinical and Experimental Research,10,2(1986): pp.128-135.
- 294.Teter, C.J ; and Gutherie, S.K. “A comprehensive review of MDMA and GHB: Two common club drugs”. Pharmacotherapy, 21,12(2001) : pp. 1486-1513.
- 295.Theodore , A; et al. “Marijuana smoke and delta9THC promote necrotic death but inhibit fas- mediated opoptosis”. Applied toxicology and pharmacology. 174,3(august, 2001): pp 264-272.
- 296.Toder, N. ; Marcia, J. E. “Ego identity status and response to conformity pressure in college women”. Journal of Educational Research, 64(1973) : pp.165-168.
- 297.Tong, M.J; et al. “A Prediction of response during interferon alfa 2b therapy in chronic hepatitis C patients using viral and biochemical characteristics: A comparison”. Hepatology , 26,6(Dec, 1997): pp.1640-1645.
- 298.Unesco, European Commission. « The Internet and drugs , the risks and challenge involved : From cybercrime to preventive education ». Peddro, 7(june, 2003): pp. 10-11. www.unesdic.unesco.org. (19/02/2012).
- 299.United States Senate “Corruption and Drugs in Colombia : Democracy at risk”. A Staff Report to the Committee on Foreign Relations, Trends in Organized Crime . Springer Journals, 2,4(Summer, 1997): pp 35-36.

- 300.Vassoler, F.M.; et al. "Deep Brain Stimulation of the Nucleus Accumbens Shell Attenuates Cocaine Priming-Induced Reinstatement of Drug Seeking in Rats". J Neurosci, 28,35(August,2008):pp.8735-8739.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (23/04/2012).
- 301.Vega, Fernando. l'ascension du café. pour la science, Juin 2008. pp.16-19. <http://www.pourlascience.fr>. (26/03/2010).
- 302.Vineis, P.; et al. "Tobacco and Cancer: Recent Epidemiological Evidence". Oxford Journals Medicine , 96,2(Janv, 2004): pp 99-106.
- 303.Vincent, C. " Danger cocaïne ". Science et Avenir, 482(Avril, 1987).
- 304.Wall, M.E.; et all. "Metabolism,disposition, and kinetics of delta-9-tetrahydrocannabinol in men and women". Clin Pharmacol Ther, 34(1983): pp. 352-363.
- 305.Wasserman, D; Varnik, A.; and Eklund,G. "Male suicide and alcohol consumption in the former USSR". Acta psychiatrica scandinavica, 89,5(1994): pp.306-313.
- 306.Wawersik J. "History of chloroform anesthesia". Allergie et immunologie journal, 30,5(May, 1998): pp. 135-139. <http://www.general-anaesthesia.com/chloroform>. (18/11/2012).
- 307.Weiss, J.L.; et al. « Cardiovascular effects of delta 9 tetrahydro cannabinol in man". cli pharmacol. Ther, 13,5(Sep-Oct,1972): pp. 671-684.
- 308.White, H.R., Johnson,V., Garrison, C.G. "The Drug crime nexus among adolescents and their peers". Deviant behavior, 6,2(1985) : pp.183-204.
- 309.William, Healy; and Augusta F. Bronner. "New light on delinquency and its treatment". The Howard Journal of Criminal Justice, 4,4(July,1937): pp. 391–397. <http://onlinelibrary.wiley.com>. (03/10/2010).
- 310.Wilson, Wilson; et all ."A Magnetic resonance and positron emission tomography study". journal of addictive diseases, 19,1(2000): pp.1-22.
- 311.Wright, S.; and H. Klee. "Violent Crime, Aggression and Amphetamine: what are the implications for drug treatment services?" Drugs: education, prevention and policy, 8,1(2001): pp. 73-90.
- 312.Wong, Wong ."Oregon legislators consider bill to legalize pot" . Statesman Journal, EDT April 3, 2013 Peter. <http://www.usatoday.com>. Consulté le 30 Juin 2013.
- 313.Wright, Quincy. "The Narcotics Convention of 1931". American Journal of International Law, 28,3(1934): pp.475-488.
- 314.Wu, Tza chin; et al. "Pulmonary hazards of smoking marijuana as compared with tobacco". Department of medicine, university of California, Los Angeles School of medicine, New England Journal medicine. 318,6(1988. Feb.11): pp.105-109.
- 315.Yahi , M. ; Hannoun , D ; et Selhab, MR, « Enquête sur la consommation des psychotropes chez les jeunes de 15 a 24 ans dans la Willaya d Alger, juin 1990». R.E.M, II,5(Mai,1991): pp. 20-29.
- 316.Yago, KB; et al. "The urban epidemic of phencyclidine (PCP) use: Clinical and laboratory evidence from a public psychiatric hospital emergency service". J Clin Psychiatry , 42(1981): pp. 193-201.
- 317.Youce, Seema; et al. Neuroprotection Offered by Majun Khadar, a Traditional Unani Medicine, during Cerebral Ischemic Damage in Rats. Ecam, 2009: pp. 1-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (29/06/2011).
- 318.Zador, PL. "Alcohol-related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex". Journal of Studies on Alcohol. 52,4(1991). pp:302-310.
- 319.Zivogin Aleksic. "The abuse and sale of drugs in Yougoslavia". revue internationale de droit pénal, n° 3-4, (1973): pp.173-180.
- 320.Zhang, Zuo-Feng; et al." Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck". Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 8,12(Dec,1999):pp.1071-1078.

321. Zhu, W; H., Friedman, and T.W., Klein . "Delta 9-tétrahydrocannabinol induces apoptosis in macrophages and lymphocytes" : involvement of BCL-2 and caspase-1". J pharmacol exp ther, 286,2(Aug, 1998):pp 371–382. www.ncbi.nlm.nih.gov. (23/06/2012).

ثالثا: الرسائل العلمية (Theses and Diseertation)

1. Abdennbi, A. « Le Toxicomane Hospitalisée en milieu psychiatrique : Etude dans trois services de l'Algérie ».Thèse pour le Diplôme de Docteur en Sciences de Médecine, Université d'Alger, 1987.
2. Chamayo, Jacques. "Les Dangers du Haschich, les dernières découvertes scientifiques sur le cannabis". thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen France 2002.
3. C.E.N.E.A.P « Enquête sur la consommation de produits , psycho active ».conseil supérieur de la jeunesse juin.1997.
4. C.E.N.E.A.P.«Enquête Epidémiologique Nationale et Globale sur la prévalence de la Drogue en Algérie. ». Synthèse Globale. ONLDT. Office National de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Septembre 2010.
5. Deramchi & Djoudi & Sais. : « des drogués nous parlent », Alger. Comité pour la protection de la Santé, 1987.
6. ESPAD. « Utilisation de Substance parmi les jeunes scolarisés de 35 Pays d'Europe ». Rapport 2007 sur l'enquête. [http:// www.mone-diplomatique.fr](http://www.mone-diplomatique.fr). (23/07/2012).
7. Moutassem-Mimouni, Badra; and Nouria, Bengharbi Remaoun. « Etudes du lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA en Algérie » CRASC , ONUSIDA, United Nations Office on Drugs and Crime. Juin 2003.
8. Ouled, Talebi. « la prévention de la toxicomanie eu milieu scolaire » .Thèse de doctorat en sciences Médicales, C.H.S, drid hocine , Kouba, Alger, in : Actes toxicomanie. 1997.
9. Ould Taleb, M. « L'apport de la Théorie événementielle à l'étiologie de la polytoxicomanie à propos de 100 cas hospitalisés à Alger » Thèse pour le Doctorat en Medecine. Faculté de Médecine. Université d'Alger. 1999.
10. Ridouh. B. ; et Coll. « Caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés durant l'année 1997 au service de prévention et de soins aux toxicomanes, Blida ». Centre Hospitalo - Universitaire de Blida, 2000.
11. Spilka, Stanislas; and Olivier, Le Nézet. L'enquêté European School Survey Projetc On Alcohol and Other Drugs (ESPAD)2011. OFDT. 31 mai 2012. www.ofdt.fr. (11/12/2012).

رابعا: الأوراق المقدمة في الندوات والمؤتمرات العلمية (Papers Presented into Syposium) Congres and Scientific Meetings)

1. Aïssa, Kasmi. Situation actuelle du Phénomène de la drogue en Algérie. Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Onlcdt. Séminaire national d'information et de sensibilisation sur les dangers de la drogue. Tlemcen: 20-21 Novembre 2006.
2. De l'Estang, Anne-Lorraine Bujon. « La prohibition aux Etats-Unis dans les 1920 : Un échec cuisant ». Communication présentée lors du colloque de l'Académie du Vin de France et de la Société de Géographie, le 27 janvier 2012.
3. Erikson, P. Drugs, Violence and Public Health: What Does the Harm Reduction Approach Have to Offer? Paper prepared for a conference in Vancouver, Sensible Solutions to the Urban Drug Problem, The Fraser Institute, 21 April 1998.
4. Fukumi, Sayaka. "The Impact of the Andean Cocaine trafficking: The cases of Bolivia, Colombia and Mexico". ECPR. Workshops, Grenoble. 6-11 Apri 2001.

5. Ferwerda, Joras. Criminals saved our Banks: The Effect of Money Laundering during the Financial Crisis. Paper for the course Inclusion and Exclusion in Contemporary European Societies. Challenges of a New Europe: Chances in Crisis IUC Dubrovnik April 21-24/ 2010.
6. Gledec, M. The presence of alcohol in Croatian road traffic. In: Actes de la 15e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Stockholm, 22–26 mai 2000. Stockholm, Swedish National Road Administration, 2000 .http://www.vv.se/traf_sak.
7. Goldberg L, ed. Alcohol, drugs and traffic safety. Actes de la 8e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Stockholm, 15–19 juin 1980. Stockholm (Suède), Almqvist & Wiksell International, 1981.
8. Kasmi, Aïssa. Situation actuelle du Phénomène de la drogue en Algérie. Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Onlcdt. Séminaire national d'information et de sensibilisation sur les dangers de la drogue. Tlemcen: 20-21 Novembre 2006.
9. Mayhew, DR; and Dussault C. Actes de la 16e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Montréal, 4–9 août 2002. Québec (Canada), <http://www.saaq.gouv.qc.ca>. (17/11/2012).
10. Mercier- Guyon C, ed. Actes de la 14e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Annecy, France, 21–26 septembre 1997. Annecy (France), Centre d'études et de recherches en médecine du trafic, 1997.
11. N.I.D.A. Nida's National Conference on Marijuana use : prevention, treatment, and research, July 19 and 20, 1995, Crystal, Marriott Arlington, Virginia, in. Nida edition archive.drugabuse.gov.
12. O.N.L.D.T« La Conférence internationale sur le rôle de la recherche scientifique pour Elaboration des politiques de drogues » .Cercle national de L'Armée, Beni messous , le 3 et 4 Décembre 2006. www.oncdt.mjustice.dz. (04/05/2010).
13. Schmid, Alex. Links between Terrorism and Drug Trafficking: A Case of "Narco-terrorism. January 27, 2005. International Summit On Democracy, Terrorism and Security, 8-11 March 2005 Madrid. <http://english.safe-democracy.org>. (03/01/2012).
14. White, S.R. Amphetamine toxicity. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine (Journal). 23(1) (Feb 2002): 27-36.
15. U.N.D.C.P. The Social impact of drug abuse. Study prepared by UNDCP as a position paper for the world summit for social development (copenhagen, 6-12 March 1995). <http://www.unodc.org/pdf>. (08/09/2011).
16. Wheelock, B.B. Effets Physiologiques et Psychologiques du Cannabis : Examens des Conclusions des Travaux de Recherches, Préparé pour le Comité Spécial du Sénat sur les Drogues Illicites, Bureau du sénateur Eileen Rossiter, Mai 2002.
17. William, Carter, E., Parkerson P; and M. Mamani 1980a. Traditional and Changing Patterns of Coca Use in Bolivia. in Cocaine 1980: Proceedings of the Interamerican Seminar on Coca and Cocaine Peru: Pacific Press , Lima 1980.

خامسا: الموسوعات والمعاجم (Encyclopedias and Dictionaries)

18. Corsini, Raymond J. Encyclopedia of Psychology, New York : Wiley-Inter-science of John Wiley, 3(1994).
19. Denis, Richard ; Jaen-Louis, Senon. ; and Marc, Valleur. Dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris : éd Larousse. 2005.
20. Dominique, wolton .la télévision au pouvoir :omniprésent, irritante, irremplacable. Paris : Universalis, 2004.
21. Goodwin, Diana.M. A dictionary of neuropsychology. New York : Spring- Verla, 1989.
22. Teresa, Leshner; and Yasser Abdel-Motey. Dictionnaire of Library and Information Science. English-Arabic and Arabic-English Index, le Caire: Dar el kitab et Hadith, 2008.

23. Richard, Denis.; Jean-Louis, Senon ; and Marc, Valleur. Dictionnaire des drogues et des dépendances . Paris : Larousse, 2004.

سادسا : التقارير والوثائق الرسمية والحكومية (Government and Official Reports)

1. Australian National Council on Drugs. Annual Report 2010-2011. www.ancd.org.au. (20/06/2011).
2. Beaumler , jean Pierre. L'école, citoyenne : le rôle du comité d'éducation a la santé et a la citoyenneté. Rapport présenté a monsieur le premier ministre Français. janvier 2002. www.ladocumentationfrançaise.fr. (05/06/2012).
3. Bennet, Trevor. Drugs and Crime: The Results of the Second Developmental Stage of the NEW-ADAM Programme. Home Office Research Study 205, London, Home Office August 2000.
4. Berghezan, Georges. Panorama du trafic de cocaïne en Afrique de l'Ouest. (GRIP) Groupe de recherche et d'information sur la paix et la sécurité, Les Rapports du Grip, Bruxelles, 6(2012), pp.8-31.
5. The Bureau of International Narcotics and Law Enforcement affairs -B.I.N.L.E.A. " International Narcotics Control Strategy Report 1998". Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. United States Department of State. February 26, 1999. The HR-Net Project. <http://www.hri.org>. (09/11/2012).
6. Blanco, Navarro J.M.; and Luis de la Corte Ibáñez . Le trafic de drogue en Afrique subsaharienne (I) : Son rôle dans le trafic de drogue international et les influences internes Terrorisme et trafic de drogues en l'Afrique sub-saharienne. Institut Espagnol d'Études Stratégiques (IEES) et Institut Militaire de Documentation de l'Évaluation et Prospective (IMDEP). Document de Travail. Décembre 2012.
7. California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005 .<ftp://ftp.arb.ca.gov>. (7/12/2011).
8. Casey, Jane; and Gordon, Hay. Assessing the Scale and Impact of Illicit Drug Markets in Scotland for the year 2006. Report for Scottish Government Social Research. 05/10/2009. <http://www.scotland.gov.uk>. (5/10/2012).
9. Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Population et le Développement. Etude sur l'usage de la drogue en Algérie. Rapport d'Etape consolidé. Office National de lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie. Septembre 2007.
10. Centre national de prévention et de sécurités routières. Etude Statistique des Accidents de La Circulation en Algérie Année 2008, ministère des Transports, Algérie, 2009.
11. Inter-American Drug Abuse Control Commission. 2010 Annual Report of The Inter-American Drug Abuse Control Commission to The Forty Regular Session of The General Assembly of The Organization of American States. Forty-Ninth Regular Session, May 4-6 2011. www.oas.org. (20/09/2011).
12. C.N.I.A.J . Bulletin du CNIAJ , Spécial toxicomanie, Alger.
13. Constantine, T.A. International Organized Crime Syndicates and their Impact on the United States. Congressional Testimony before the Senate Foreign Relations Committee, U.S. Department of Justice, 26 February 1998. <http://www.fas.org/irp>. (29/10/2012).
14. Constantine, T.A. "DEA Congressional Testimony Regarding cooperation with Mexico". before the national security International Affairs and Criminal Justice Subcommittee of house government reform and oversight committee, 25 February 1997. www.usdoj.gov. (14/11/2012).
15. Committee on Foreign Relations, United States Senate. Corruption and Drugs in Colombia : Democracy at Risk. a staff report to committee for foreign relations U.S.Senate, February 1996, GPO: Washington.

16. Devaney, Madonna,.; Gary Reid.; And Simon, Baldwin . situational analysis of illicit drug issues and responses in the: Asia–Pacific region. Australian National Council on Drugs 2006.
17. E.F.I.L.W.C. Use of alcohol and drugs at the workplace . European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin, 2012. <http://www.eurofound.europa.eu>. (15/01/2013).
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction–EMCDDA- Europol. EU Drug Markets Report. A Strategic Aanalysis, 2013. Publications. <https://www.europol.europa.eu>. (10/09/2013).
19. ----- . Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
20. ----- . Medicinal cannabis and derivatives – A legal analysis of the options, their limitations, and current practice in the EU ELDD Comparative Study. May 2002. <http://eldd.emcdda.org/databases> . (10/03/2012).
21. ----- . Annual report 2011: the State of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.www.emcdda.europa.eu. (03/09/2012).
22. European Transport Safety Council .Reducing traffic injuries resulting from alcohol impairment. Bruxelles (Belgique), Working Party on Road User Behaviour, 1995.
23. European Community", Report prepared for International Labour Office (ILO) in collaboration with the Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva, 1993.
24. International Narcotics Control Board-I.N.C.B . Report of the International Narcotics Control Board for 2002: Chapter. Illicit drugs and economic development. Vienna, 2003. www.incb.org. (15/11/2012).
25. Internet usage statistics. Internet Usage Reports .<http://www.internetworldstats.com>.
26. Internet World Stats. Usage and Population Statistics. <http://www.internetworldstats.com>.
27. Internet Coaching Library. Internet Usage Stats and Market Reports : Algerian Internet Usage and Population Growth 2012. <http://www.internetworldstats.com/af/dz.htm>. (24/12/2012).
28. KOPP, P.; and PALLE ,C . Le coût de la politique publique de la drogue. Essai de mesure des dépenses des administrations d’Etat . rapport pour la Mission Interministérielle de de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. M.I.L.D.T.1997.
29. Krambs, Timothy A. Drug Control in Central Asia :_An Assessment of Compliance with International Law. The Foreign Military Studies Office (FMSO), 2013, pp 5-7. fmso.leavenworth.army.mil. (23/05/2013).
30. League of Nations. Convention of 1936 for the Suppression of the Illicit Traffic In Dangerous Drugs. Conference for the Suppression of Illicit Traffic in Dangerous Drugs (Geneva, June 8th-26th, 1936).. Chapter VI.Vol-1. Narcotic Drugs and Psychotropic Substances.
31. Maycock, G. Drinking and driving in Great Britain: a review. Crowthorne (Royaume-Uni), Transport Research Laboratory, 1997.
32. Michel , Liais .« La question des stupéfiants :manufacturés et l’œuvre de la société des Nations ». October 1928. Foreign affairs . www.foreignaffairs.com. (13/04/2012).
33. Milford, J.S. Anti-Narcotics Cooperation with the Government of Mexico. Testimony before the senate foreing relations committee and senate drug caucus, 29 October 1997. 1997 Congressional Hearings Intelligence and Security.www.usdoj.gov. (20/12/2012).
34. Ministère de la Santé et la Population. Rapport du Comité National de Psychiatrie 1988, Ministère de la Santé et de la Population, Alger, 1988.

35. Ministère de la Santé de la Population et de la Reforme Hospitalière. Projet de Réseau de Prise en Charge de la Toxicomanie et de la Psychiatrie : Programme de 2007-2009. Ministère de la Santé et Population et Réformes Hospitalières, 2007.
36. Mott. « l'abus des drogues et la criminalité » in l'importance des stupéfiants par rapport à la criminalité ». Conseil de l'europe, Strasbourg, 1975.
37. Mueller.O.W. Gerard. Drug abuse and its prevention. General Report IX, The international congress of penal law.
38. N.A.C.L.A .The rise and fall of the "gentlemen from Cali. NACLA Report on the Americas, North American Congress on Latin America, May/Jun97, 30(6).
39. Nations Unies . Rapport de la Conférence internationale sur l'abus et le trafic illicites des drogues. Vienne, 17-26 juin 1987 (publication des Nations Unies, chap. I, sect. A).
40. Nations Unies. Protocole de Paris 1948. Recueil des Traités, vol.44 .Convention Internationale International convention. [http ://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac](http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac). (05/07/2011).
41. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism- N.I.A.A.A. "Alcohol and the Liver: Research Update".Alcohol Alert (October 1998), No.42.
42. Nations unies .Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961. Nations unies, New York, 1977.
43. Nations unies .Office contre la drogue et le crime (OCD) , Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies(OEDT) .« Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogue (GAP) Module 8 du Référentiel : Conseils pratiques pour mesurer la demande de traitement des toxicomanes » .New York 2006, www.unodc.org. (14/09/2012).
44. Nation Unies. Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, Rapport de la conférence international sur l'abus et le trafic des Drogues, Vienne. 17-26 juin 1987(Publication des nation unies . www.un.org. (19/09/2012).
45. Nations unies (ONU) (1961, 1971,1988), Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, Convention de 1971 sur les substances psychotropes, Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. <http://www.incb.org/e/conv>. (14/09/2012).
46. Nation Unies. Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, Rapport de la conférence international sur l'abus et le trafic des Drogues, Vienne. 17-26 juin 1987. <http://www.un.org>. (04/04/2012).
47. Nations unies . Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes, 19 décembre 1988. blospot.gc.ca/node. (19/09/2012).
48. Nations unies. Commentary on the unites nations convention Against Illicit Traffic. In Narcotic Drugs and Psychotropéc substances, Done at Vienna on 20 Décembre 1988, New york, 1976.
49. Nations Unies, Office Contre la Drogue et le Crime. Enquête sur le cannabis au Maroc 2005. NUOCD, Janvier 2007.
50. ----- . Rapport Mondial sur les Drogues 2007. Nations Unies. New York 2008.
51. -----.Rapport Mondial sur les Drogues 2010 . Résumé Analytique. Nations Unies, 2011.
52. -----. Rapport Mondial sur les Drogue 2012. Nations Unies, New York, 2012.
53. National Institute of Justice. Drug Use Forecasting: 1992 Annual Report: Drugs and Crime in America's Cities. National Criminal Justice, U.S.A, 1993.
54. National Institutes of Health-N.I.H-. Disease-Specific Estimates of Direct and Indirect Costs of Illness and NIH Support:1997.Update. Report submitted to the U.S. House of Representatives Committee on Appropriations. Bethesda, MD: National. Institutes of Health, 1997.

55. National Institute of Drug Abuse.N.I.D.A. Heroin. Research Report Series .National Institute on Drug Abuse, U . S .Department of Health and Human, Services • National Institutes of Health. May 2005. www.drugabuse.gov/sites. le 12/11/2011).
56. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies-O.E.D.T.Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2012.
57. ----- .Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD « Utilisation de Substance parmi les jeunes scolarisés de 35 Pays d'Europe . O.E.D.T, 2009. Luxembourg: Office des publications officielles des européennes, 2009 . www.emcdda.europa.eu. (18/05/2010).
58. Organe international de contrôle des stupéfiants- O.I.C.S. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2001, (§ 214), United Nations, New York, 2002.
59. O.I.C.S .Les drogues illicites et le développement économique. Soixante-quinzième Session. Vienne, 30 octobre-15 novembre 2002. Point 10 de l'ordre du jour provisoire Projet de rapport de l'Organe pour 2002.
60. ----- .les conventions internationales relatives au contrôle des drogues : Histoire, Réussite et Défis, 2008. Organe International de contrôle des stupéfiants .
61. ----- .Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2012. Nations Unies, New York, 2013.
62. ----- .Rapport Mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2004.
63. Organisation Mondiale de la Santé-O.M.S. Cinquante- Huitième Assemblée Mondiale de la Santé. Genève, 16-25 Mai 2005, Organisation Mondiale de la Santé, 2005.
64. Office of National Drug Control Policy -O.N.D.C.P. What America's Users Spend on Illegal Drugs 1988-1998 . Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy. Washington D.C, Déc 2000.
65. ----- . "The Economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992- 2002". Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy. Washington D.C, December 2004, <https://www.ncjrs.gov>. (le 23/10/2012).
66. Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie.O.N.L.C.D.T. Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2003. Service de Chef de Gouvernement. www.onlcdt.dz.com.(19/12/2011).
67. ----- .Activité de lutte contre la drogue et la Toxicomanie. Bilan statistique des neuf 1ers mois 2012. Novembre 2012. www.onlcdt.dz.com. (15/12/2012).
68. ----- . Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2004. Service de Chef de Gouvernement. www.onlcdt.dz.com. (19/12/2011).
69. ----- . Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2005. Service de Chef de Gouvernement. www.onlcdt.dz.com. (20/12/2011).
70. ----- . Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2006. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. (20/12/2011).
71. ----- . Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2007. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. (20/12/2011).
72. ----- . Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2008. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. (21/12/2011).

73. -----. Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2009. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. Consulté le 21/12/2011.
74. -----. Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2010. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. (21/12/2011).
75. -----. Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2011. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. (02/03/2012).
76. -----. Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2012. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. (le 15/03/2013).
77. -----. Bilan Annual des Saisies de Stupéfiants et de Substances Psychotropes par les Services de Lutte Année 2013. Ministère de la Justice. www.onlcdt.dz.com. (20/02/2013).
78. Office des Nations unies contre la drogue et le crime-O.N.U.D.C. Bulletin des Stupéfiants :siècle de lutte contre la drogue. Vienne ,Volume LIX, N° 1 et 2, 2007, Nations Unies, New York, 2009.
79. -----. Rapport Mondial sur les Drogues 2007. P101. Nations Unies. New York. www.unodc.org. (16/09/2012).
80. ----- . cinquième Rapport du directeur exécutif sur le problème mondial de la drogue: rééducation de la demande de drogue. 21 Février2008.
81. ----- .Circulaire de secrétaire général –Organisation de l’office des nations unies Contre la drogue et le crime UN.Document . 2004.
82. -----. Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes : guide pour L’élaboration de politique et de programmes Nations Unies. , New York, 2007.
83. Organisation des Nations Unies-ONU. Rapport de l'ONU - Drogue: un monstre difficile à abattre. 25 juin 2005. www.ledevoir.com. (05/12/2011).
84. Programme des Nations Unies pour le contrôle international des Drogues-P.N.U.C.I.D. Tendances mondiales des drogues illicites 2002. Nations Unies, New York, 2003.
85. Porteous, Samuel D. Étude d’Impact du Crime Organisé Points Saillants . Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 1998, P.19. www.sgc.gc.ca. (03/10/2012).
86. Rapport de Hosgare international des stupéfiant pour 2007. Publication des nations.
87. Reynaud, Michel; Philippe.Jean, Parquet; and Gilbert, Large. Les pratiques addictives : Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives.. Rapport remis au secrétaire d'Etat à la santé. 09 Juillet 1999, Paris.
88. Riley, Diane. La politique canadienne de contrôle des stupéfiants: aperçu et commentaire. Canadian Foundation for Drug Policy & International Harm Reduction Association. Préparé pour le Sénat du Canada. 1998, pp.16-20. ww.parl.gc.ca. (15/02/2013).
89. Sherman, Lawrence W.; et al. Family Preventing crime what works , what doesn’t. Wath’s Promising. a report to the united states congress.U.S Department of Justice. National Institute of Justice. July 1998. www.NCRJRS.org. (1/02/2012).
90. Sinha, Jay . Histoire et Evaluation des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants . produits par le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, Division du droit et du gouvernement , 21 février 2001, Bibliothèque du parlement. www.parl.q1.ca. (15/04/2012).

91. Smith J.P. Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programmes in the European Community, Report prepared for International Labour Office (ILO) in collaboration with the Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva, 1993.
92. Société des Nations. Convention pour Limiter la pour Limiter la Fabrication et Règlement la Distribution des Stupéfiants, Signée à Genève, le 13 Juillet 1931. Recueil des Traités, vol. CXXXIX, n° 3219, 1933.
93. Strom, Kevin J. Profile Of State Prisoners Under age 18, 1985-1997. United State: U.S. Department of Justice Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics Special Report. February 2000.
94. U.N.A.I.D.S .Men and AIDS - A Gendered Approach. 2000 World AIDS Campaign. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2000 UNAIDS, March 2000. <http://www.unaids.org> . (04/04/2011).
95. U.N.E.S.C.O.Grunwald Declaration on Media Education. UNESCO's 1982. International Symposium on Media Education at Grunwald, Federal Republic of Germany. From 18 to 22 January 1982. www.unesco.org. (23/11/2011).
96. United Nations Office on Drugs and Crime-U.N.O.D.C .Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes Research report. Octobre 2011.
97. ----- . Rapport Mondial sur les Drogues 2008 : Résumé analytique. Un siècle de contrôle international des drogues. P.15 www.unodc.org. (20/10/2011).
98. ----- . Drug Trafficking in Central Asia. United Nations Office on Drugs and Crime, <http://www.unodc.org/unodc/en>. (15/03/2011).
99. ----- .The challenge of new psychoactive substances. A Report from the Global SMART Programme. March 2013.
- 100.----- . Estimating illicit financial flows resulting from drug trafficking and other transnational organized crimes .Research report. Octobre 2011.
- 101.----- . World Drug Report 2009. United Nations, New York, 2010.
- 102.----- . World Drug Report 2010. United Nations, New York, Vienne 2011.
- 103.----- . World Drug Report 2011. United Nations, New York, 2011.
- 104.----- . COMMUNIQUÉ DE PRESSE. Le Directeur Exécutif de l'ONUDC et les Dirigeants de la Guinée Bissau se rencontrent afin de discuter du trafic de drogues en Afrique de l'Ouest. (15/01/2012).
- 105.----- . World Drug Report 2012. United Nations, New York, 2012.
- 106.----- . World Drug Report 2013. United Nations, New York, 2013
- 107.----- . The Global Afghan Opium: A Threat Assessment, 2011. United Nations Office on Drugs and Crime.Vienna. July 2011
- 108.----- .The challenge of new psychoactive substances: A Report from the Global Smart Programme. United Nations . March 2013.
- 109.U.N.O.D.C and MCN (Government of Afghanistan Ministry of Counter Narcotics). Afghan opium survey 2010. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, 2010.
- 110.United Nations. Protocol Amending The Agreements, Conventions and Protocols on Narcotics Drugs. Chapter VI. Narcotic Drugs and Psychotropic Substance. Vol I. United Nations,Lake Success, New York, 1946.
- 111.United Nations . Preliminary Report on the study on measures to reduce illicit demand for drugs presented to the commission on narcotic drugs at its twenty seventh session . prepared by working group of experts. United nations, New York, 1979.

112. United States. Congress. House. Committee on Foreign Affairs. U.S. Narcotics Control Programs In Peru, Bolivia, Colombia, And Mexico: an Update . Report of a Staff Study Mission to Peru, Bolivia, Colombia, And Mexico, November 19 to December 18, 1988, to the Committee On Foreign Affairs, U.S. House of Representatives. Washington: U.S. G.P.O., 1989.
113. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1988.
114. U.S. Dept of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989.
115. U.S. Department of Justice. Drug Enforcement Administration. Drugs of Abuse 2005. <http://www.usdoj.gov/dea/pubs/abuse>. (05/06/2011).
116. U.S. Department of State. International Narcotics Control Strategy Report. Jane's Sentinel Security Assessment: Southeast Asia, 1-2, (April 30, 2008).
117. U.S. Lifts economic Sanctions against Colombia : Improved efforts to fight drug spur move. February 26, 1998. <http://www.cnn.com>. (06/07/2012).
118. World Bank -W.B. "World Development Indicators 2011 Part 1 of 2 " Global Development Indicators, Washington, February 2011.
119. World Customs Organisation-W. C. O. annual Report 2011 - 2012. W.C.O. 13 June 2012.
120. World Health Organisation-W.H.O .Expert Committee on Drug Dependence [meeting held in Geneva from 18 to 23 April 1988 : twenty-fifth report. Genève : Organisation mondiale de la Santé. OMS , 1988. <http://www.who.int>. (18/12/2012).
121. ----- . Global Status Report on Alcohol and Health 2011. <http://www.who.int>. (20/02/2012).

سابعا: الجرائد والصحف (Newspapers)

1. Abderhmane, Abdelkader. «Terrorisme et trafic de drogues au sahel ». Le Monde, 19-07-2012. <http://lemonde.fr/idees/article/2012>. (25/07/2012).
2. Akkouche, Salima. « Face à la fermeture des frontières Européennes l'Algérie, première destination du cannabis Marocain ? » Le Soir d'Algérie, 27 Décembre 2010. <http://www.lesoirdalgerie.com>. (03/11/2011).
3. A, Badiaâ. « Le DG de l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie tire la sonnette d'alarme : Grand risque de passer à la culture de la drogue à grande échelle ». L'Authentique, 27/06/2007.
4. Aït-Chaâlal, Mouloud. « Quatre manifestants tués, selon la population ». Le Jeune Indépendant, 26 avril 2001.
5. Belgacem, Farid. « Des projets de laboratoires d'héroïne ont été déjoués » .Liberté, 03 – Février 2010.
6. Brant, M. « Most Wanted Kingpin ? » Newsweek, 10 March 1997.
7. Brook, Larmer. « A leap of Faith ». Newsweek, 10 March, 1997, pp.34-36. <https://www.newsweekeurope.com>. (15/05/2012).
8. Cherruau, Pierre .« Tout le Continent est touché pas le trafic de drogue : entretien réalisé avec le Journaliste Christophe Champin» dans State Afrique, Slateafrique, 4 Juin 2011. <http://www.slateafrique.com>. (23/11/2011).
9. Chepesiuk, R. "The Colombian Drug : its source, distribution and impact". Journal of defense & Diplomacy, (April 1988).
10. Daniel, Serge. « La véritable histoire de l'avion de la cocaïne ». RFI, 24 novembre 2009.

11. Djabali , A. « Drogue : Le makhzen marocain derrière le trafic en Algérie ». Algérie.360, 26 Aout 2012. <http://www.algerie360.com/algerie>. (29/09/2012).
12. Dillon, S. « Tijuana Official says slaying shows traffickers power ». The New York Times. 29 February 2000. <http://www.nytimes.com>. (23/11/2011).
13. Eskridge, Chris. "Mexican Cartels and Their Integration into Mexican Socio-Political Culture". University of Nebraska. Aug 08, 2012. <http://www.customscorruption.com>. (06/09/2012).
14. Fedjkhi, Amar. « Trafic de drogue : L'ex chef de sûreté de Tlemcen et des officiers de police devant le juge aujourd'hui à Bouira ». El Watan, le 31.03.13 .
15. Fletcher, Ron. "The History of Ether, from six feet under". The Boston Globe, June 17, 2007 <http://www.boston.com/news/local/massachusetts>. (13/07/2011).
16. Gaidi, M.F. « Les saisies de drogues multipliées par 11 en 5 ans ». EL Watan, 16 Septembre 2012. <http://www.djazairess.com/fr>. (20/09/2012).
17. Gaidi, M.F. « Insécurité à la Frontière Algéro-Libyenne : La grande Inquiétude ». El Watan, Mercredi 23 Octobre 2013.
18. Gelbard, R.S. "Narcotics Certification: Remarks at State Department" . Daily Press Briefing, February 28, 1997. <http://www.state.gov>. (18/02/2012).
19. Golden, TIM. « Cold Pursuit : a special report : top mexican off limits to US Drug agents ». The New York Times, 16March1999.<http://www.nytimes.com>. (03/11/2011).
20. Holzbauer, Christine. « Le trafic de cocaïne finance le terrorisme ». lexpress, le 04/03/2010 . <http://www.lexpress.fr>. Consulté le 03/11/2011.
21. Imés, Nawal. « Le Directeur de l'Office de Lutte Contre la Toxicomanie Tire la Sonnette d'Alarme : L'Algérie est en passe de devenir un Pays Producteur de Stupéfiants ». Le soir d'Algérie, Mardi 12 Juin 2007.
22. Isikoff, M. "Colombia's Drug King Becoming Entrenched", Washington Post, 8 January 1989.
23. K, H. « Il y a 6000 trafiquants en Algérie » L'expression, Jeudi 19 Juin 2008. www.lexpression.dz.com. (03/11/2011).
24. Laradji, M. « Un yacht britannique intercepté à Béni-Saf soupçonné de transporter de la drogue ». Liberté, 31 Juillet 2007. <http://www.algerie-dz.com>. (03/11/2011).
25. Larry, Lebowitz.; and Tessie, Borden. "Chief Of Colombian Air Force Steps Down Resignation Follows Drug Find On Plane". SunSentinel. November 11, 1998. <http://articles.sun-sentinel.com>. (15/03/2012).
26. Lebowitz, Larry.; and Tessie, Borden. "Chief Of Colombian Air Force Steps Down Resignation Follows Drug Find On Plane". SunSentinel, November 11, 1998. <http://articles.sun-sentinel.com>. (04/05/2013).
27. Ledoux, Hubert, « Trafic de drogues et fragilité des Etats ». Revue de Presse Corens, 13 Octobre 2012. <http://revuedepressecorens.wordpress.com> . (29/11/2012).
28. Mabry, D.J. "Andean Drug Trafficking and the military option". Military Review, March 1990.
29. Mahapatra, Aurobinda D. " Drug Trafficking: A rising menace in Eurasia" .Russia Beyond The Headlines, January 17, 2013.<http://rbth.asia/world/2013>. (17/01/2013).
30. Moore, Molly. « Mexican seeks. Ex governor on drug charges ». The Washington Post, 8 April 1999. <http://www.washingtonpost>. (03/11/2011).
31. Mokrani, Karima. « Destruction de 40 ha de culture de stupéfiants ». La Tribune, 19 Juin 2008.
32. Niang, Amadou Baba. « La police marocaine démantèle un réseau de trafic de drogue liée à AQMI ». Africapresse, 20 Octobre 2010.

33. Novosti, Ria, . « Drogue: 270 kg de cocaïne saisis en Australie » . DTOM – L’info en liberté, <http://www.dtom.fr/archives>. (23/09/2011).
34. Painter, J. « Drugs may fund Bolivian Campaign ». The Independent, 6 May 1989.
35. “Roberto, Suarez, Gomez: Bolivian Drug Traffiker”. Los Angeles Times, 24 Juillet 2000. <http://articles.latimes.com>. (19/12/2012).
36. Titouche, Ali. « Lutte Contre la Toxicomanie : Une Bataille qu’il faut gagner ». L’Expression, Mardi 12 Février 2008.
37. Tlemçani, Salima. « de Béchar, Ouargla, illizi vers la Tunisie et la Lybie. La Nouvelle route du Kif ». El Watan, 9 Mars 2008.
38. ----- . « Ahmed Zendjabil dénonce ses parrains au Maroc et en Algérie ». Afrik.com, 16 Octobre 2006. <http://www.afrik.com>. (03/11/2011).
39. ----- . « Mystérieuse mort du fameux sous-chef du réseau de drogue de l’Ouest algérien ». Le Quotidien d’Algérie, 26 Septembre 2012. <http://lequotidienalgerie.org> (30/09/2012).
40. ----- . « Trafic de drogue en évolution constante ». El Watan, 8 Février 2008. <http://www.elwatan.com>. (03/11/2011).
41. ----- . « Impliqués dans une affaire de drogue Les enfants d’un ex-ministre et d’un général à la retraite maintenus en détention ». El Watan, 17 mai 2011.
42. Quillet, Lucile. « Le Poppers : la drogue du sexe que les jeunes adorent ». Lefigaro, 29/05/2013. <http://etudiant.lefigaro.fr>. (01/06/20103).
43. Wikileaks. « l’Algérie Principale pays de transit de Cocaïne et d’Héroïne vers l’Europe ». Wikileaks, 26-03-2011. www.algerie-news.com/categories. (20/09/2013).
44. U.S. “Hand Stirs Controversy in Bolivian Election Campaign”. Financial Times, June 4, 1993.
45. U.S. Lifts economic Sanctions against Colombia : Improved efforts to fight drug spur move. February 26, 1998. <http://www.cnn.com>.
46. « Le Directeur de l’Office de Lutte Contre la Toxicomanie Tire la Sonnette d’Alarme : L’Algérie est en passe de devenir un pays producteur de Stupéfiants ». Le soir d’Algérie, Quotidien d’Information Algérien, Mardi 12 Juin 2007.
47. "La paix au Mali passe par le combat du trafic de drogue" Kofi Annan Dans un entretien à la RTS, le 22 février 2013, , le 22 février 2013. www.rts.ch/info/monde. (24/02/2013).
48. “Ex US agent calls Colombia a Narco-Democracy”. The International Herald Tribune, 1 October 1994.

الملاحق

إستمارة الإستبيان

أخي الطالب،

في إطار تحضير رسالة الدكتوراه في علم الاجتماع بجامعة الجزائر حول " ظاهرة تعاطي المخدرات"، يرجى منك الإجابة على هذا الاستبيان، الذي يحتوي على عدد من الأسئلة، على أساس ما تعرفه عن ظاهرة تعاطي المخدرات في وسط الشباب.

أمام كل سؤال، احتمالات مختلفة، والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل المربع الذي يعبر عن رأيك وخبرتك الشخصية، ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، إنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن رأيك بكل صدق وحرية.

الرجاء الإجابة عن جميع الأسئلة بكل عناية، علما أن ما تدلي به من إجابات سوف يبقى سريا ولا يستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

الباحث: محمد بلبريك

- 1- السن:
- 2- الجنس: ذكر () أنثى ()
- 3- القسم: علمي () أدبي () أخرى.....
- 4- مهنة الأب:
- 5- مهنة الأم:
- 6- المستوى التعليمي للأب: أمي () ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()
- 7- المستوى التعليمي للأم: أمية () ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()
- 8- عدد الإخوة والأخوات (لا تحسب نفسك):
- 9- ترتيبك بين الإخوة والأخوات:
- 10- ما هو الدخل الشهري للأسرة: أقل من 12.000 دج ()، من 12.000 دج إلى 20.000 دج ()، من 20.000 دج إلى 30.000 دج ()، من 30.000 دج إلى 40.000 دج ()، من 40.000 دج إلى 50.000 دج ()، أكثر من 50.000 دج ()
- 11- هل تعمل حالياً؟ نعم () لا ()
- 12- في حالة نعم، ما هو دخلك الشهري؟ أقل من 12.000 دج (من 12.000 دج إلى 20.000 دج ()، من 20.000 دج إلى 30.000 دج ()، من 30.000 دج إلى 40.000 دج ()، من 40.000 دج إلى 50.000 دج ()، أكثر من 50.000 دج ()
- 13- كم هو مصروفك الشهري:
- 14- نوع المسكن الذي تسكن فيه: فيلا () شقة () سكن تقليدي () بيت قصديري ()
- 15- مكان الإقامة: مدينة ()، ريف ()
- 16- الوالدان يعيشان: معا () مطلقان () منفصلان ()
- 17- هل الوالد على قيد الحياة: نعم () لا ()
- 18- هل الوالدة على قيد الحياة: نعم () لا ()
- 19- في حالة طلاق الوالدين أو وفاة أحد منهما، مع من تعيش حالياً:
- 20- في حالة الوالدان يعيشان معا، هل يتخاصمان: أبداً () أحياناً () دائماً ()

- 21- في حالة نعم ما هي نوعية المشاكل التي يتخصصان حولها :مشاكل عائلية() مشاكل مادية() مشاكل حول تربية الأولاد()، مشاكل حول تعاطي المخدرات والمسكرات () مشاكل أخرى أذكرها:.....
- 22- هل يتعاطى أحد والديك المسكرات : نعم () لا ()
- 23- هل يتعاطى أحد والديك المخدرات : نعم () لا ()
- 24- كيف يعاملك والداك : بحماية كبيرة () ، بكيفية عادية () ، بلا مبالاة () ، بخشونة () ، بالتوبيخ المستمر () ، بالشتم والسب () ، بالضرب ()
- 25- شعورك نحو والديك شعور : حب () ، عادي () ، كره () أخرى :.....
- 26- هل تتحاور مع والديك ؟ نعم () لا ()
- 27- في حالة نعم ما هو موضوع الحوار : مستقبلك () مشاكل العائلة () موضوع آخر أذكره.....
- 28- هل تعاني من الملل والفراغ : نعم () لا ()
- 29- كيف تقضي أوقات فراغك : ممارسة الرياضة () مشاهدة البرامج التليفزيونية () سماع الراديو () قراءة الجرائد والمجلات () الذهاب إلى دار الشباب () السهر مع الأصدقاء () نشاطات في جمعية () نشاطات دينية () التجول في شبكة الإنترنت () نشاط آخر أذكره:.....
- 30- هل يوجد في حيك مكان مخصص للشباب : نعم () لا ()
- 31- مع من تقضي أوقات الفراغ : - أفراد الأسرة () زملاء الدراسة () أصدقاء الحي () أفراد آخرين أذكرهم:
- 32- هل فكرت في الهجرة إلى الخارج : نعم () لا ()
في حالة نعم، هل من أجل : الحصول على العمل () الرفع من المستوى الاقتصادي () الاستقلالية و الحرية () - أخرى أذكرها:.....
- 33- هل في رأيك - ثمة نسبة كبيرة من التلاميذ تتعاطى المخدرات : نعم () لا () لست أدري ()
- 34- هل هناك متعاطون للمخدرات بين زملائك في الدراسة ؟ نعم () لا () لست أدري ()
في حالة نعم، ما هي أنواع المخدرات التي يتعاطونها؟ الكيف () الأفيون () المورفين () الهيرويين (الغبرة) () الكوكايين (الغبرة) () الأقراص (الكاشيات) () البنزين () الغراء () الكحول () مخدرات أخرى أذكرها:.....
- 35- هل هناك متعاطون للمخدرات من بين أقاربك ؟ نعم () لا () لست أدري ()
- في حالة نعم، ما هي أنواع المخدرات التي يتعاطونها؟
- الكيف () الأفيون () المورفين () الهيرويين (الغبرة) () الكوكايين (الغبرة) () الأقراص (الكاشيات) () البنزين () الغراء () الكحول () مخدرات أخرى أذكرها:.....
- 36- هل هناك بائعون للمخدرات من بين زملائك في الدراسة ؟ نعم () لا () لست أدري ()
- في حالة نعم، ما هي المخدرات التي يبيعونها:.....

37- هل هناك بائعون للمخدرات من بين اقاربك ؟ نعم () لا () لست أدري ()

- في حالة نعم، ما هي المخدرات التي يبيعونها:.....

38- هل تدخن السجائر ؟ نعم () لا ()

في حالة نعم، في أي سن بدأت التدخين :.....

كيف بدأت التدخين.....

كم تدخن من سيجارة في اليوم :.....

39- هل سبق لك أن جربت المخدرات؟ نعم () لا ()

- في حالة نعم، في أي سن كانت لك أول تجربة :.....

40- ما هو المكان الذي إستهلكته فيه المخدر لأول مرة : المنزل () المدرسة () الحي () مركز إعادة التربية ()

مكان آخر أذكره:.....

41- هل كان ذلك تحت تأثير : - صديق ()، جماعة رفاق ()، أحد أفراد العائلة ()، مشاكل نفسية (الدمار) ()

مشاكل إجتماعية ()، ما تبثه وسائل الإعلام ()، الفضول ()، الرغبة ()، أخرى أذكرها:.....

42- هل ما زالت تتعاطى المخدرات؟ نعم () لا ()

43- ما هو المخدر الذي تعاطيته أو ما زلت تتعاطاه ؟.....

44- عدد مرات التعاطي ؟ - بالمناسبات ()، مرة في الشهر ()، مرة في الأسبوع ()، مرة في اليوم ()،

أكثر من مرة في اليوم ()، أخرى:.....

45- ما هي طريقة تعاطيك للمخدر : الفم ()، الشم ()، التدخين ()، الحقن () أخرى:.....

46- هل تتعاطى أكثر من نوع من المخدرات ؟ نعم () لا ()

- في حالة نعم، هل التعاطي: - يتم بالخلط بين المخدرات في وقت واحد () بالخلط بين المخدرات في أوقات مختلفة ()

47- ما هو المكان المفضل لديك للتعاطي؟ :.....

48- في أي وقت تلجأ إلى تعاطي المخدرات؟: الصباح ()، المساء ()، الليل ()، في كل وقت ()

49- هل يتم تعاطيك للمخدرات مع : مجموعة الأصدقاء ()، منفردا ()، أفراد آخرين أذكرهم:.....

50- هل يتم الحصول على المخدرات عن طريق : الأصدقاء ()، بائعين في الحي ()، الوصفات الطبية () بائع الخردوات ()،

مصادر أخرى أذكرها:.....

51- ما ثمن الغرام الواحد من المخدر الذي تتعاطه؟:.....

52- من أين تتحصل على النقود لشراء المخدر؟: - مصروف الجيب ()، أجره عمل ()، السرقة ()،

مصادر أخرى أذكرها:.....

53- ما هي المشاكل التي تعرضت لها بسبب المخدرات:.....

- 54- هل سبق لك أن أوقفت من قبل مصالح الأمن؟: نعم () لا ()
- 55- في حالة نعم، لأي سبب: حيازة مخدرات ()، متاجرة بالمخدرات ()، السرقة ()، أسباب أخرى:
- 56- ما مصادر معلوماتك عن المخدرات: الوالدان ()، المدرسة ()، الأصدقاء ()، المسرح ()، البرامج التلفزيونية ()، الأفلام السينمائية ()، الحصص الإذاعية ()، الكتب والصحف والمجلات ()، الندوات وأيام التوعية ()، اللافتات ()، مصادر أخرى اذكرها:
- 57- هل في رأيك، المخدرات: حرام ()، مكروه ()، حلال ()، لا أدري ()
- 58- هل كانت لك الرغبة في التوقف عن تعاطي المخدرات؟ نعم ()، لا ()
في حالة نعم، ماذا فعلت؟
- 59- ما هي الأسباب التي دفعتك إلى التوقف؟ - الخوف من الوالدين ()، الأصدقاء ()، إمام المسجد () محرمة دينيا () الخوف من إدمانها () الخوف من المشاكل الصحية ()، عدم توفر المال ()، دوافع أخرى أذكرها:
- 60- هل نجحت تجربة التوقف عن تعاطي المخدر؟ نعم () لا ()
في حالة نعم، ماهي مدة توقفك النهائي عن تعاطي المخدرات:
- في حالة لا، أذكر مدة توقفك قبل معاودتك لتعاطي المخدرات:
- 61- هل تم تحذيرك من مساوئ تعاطي المخدرات خلال مسارك الدراسي: نعم () لا ()
في حالة نعم، هل كان ذلك عن طريق الكتب ()، أيام توعية ()، المعلم ()، أخرى أذكرها:
- 62- هل ترى أن الندوات وأيام التوعية تفيد في الوقاية من المخدرات: نعم () لا ()
- 63- هل ترى أن الكتب والصحف والمجلات تفيد في الوقاية من المخدرات: نعم () لا ()
- 64- هل ترى أن اللافتات والملصقات والمعارض تفيد في الوقاية من المخدرات: نعم () لا ()
- 65- هل ترى أن الحصص الإذاعية والبرامج التلفزيونية تفيد في الوقاية من المخدرات: نعم () لا ()
- 66- هل ترى أن الدروس الدينية تفيد في الوقاية من المخدرات: نعم () لا ()