



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - الجزائر 2 -

كلية العلوم الاجتماعية



مدرسة الدكتوراه

تخصص: علم اجتماع التنظيم

العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري - الأسباب والعوامل -

دراسة ميدانية بمصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان - المركز الاستشفائي الجامعي
"فرانتز فانون" - البلدية -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم تخصص علم اجتماع التنظيم

إشراف الدكتورة:

جويذة عميرة

إعداد الطالب:

• حاتم شبايكي

السنة الجامعية: 2017 - 2018



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ

بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ ﴿١١﴾

سورة المجادلة الآية 11

" رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا
إِصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِنَا رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا
لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ وَاعْفُ عَنَّا وَارْحَمْنَا أَنْتَ مَوْلَانَا
فَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ " سورة البقرة الآية 286

صدق الله العظيم

الفهرس

رقم الصفحة	محتوى الأطروحة
أ - ج	المقدمة
/	الباب الأول: الإطار النظري للدراسة
/	الفصل الأول: مدخل منهجي للبحث
01	المبحث الأول: إشكالية الدراسة وفرضياتها
04	المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات
13	المبحث الثالث: الإجراءات المنهجية المتبعة
32	المبحث الرابع: الدراسات السابقة
38	المبحث الخامس: تقييم عام للدراسات السابقة
/	الفصل الثاني: المقاربة النظرية السوسيولوجية للبحث
43	المبحث الأول: نظرية المخالطة الفارقة
49	المبحث الثاني: نظرية الوصم
52	المبحث الثالث: نظرية العائلة (الأسرة)
58	المبحث الرابع: نظرية العلاج الانفعالي العقلاني
72	المبحث الخامس: بعض النظريات المفسرة لظاهرة العود إلى الإدمان
/	الفصل الثالث: مدخل عام لظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات
82	تمهيد
83	المبحث الأول: ماهية العود
83	أولا: العود من المنظور السوسيولوجي
84	ثانيا: العود من المنظور السيكولوجي
85	ثالثا: العود من المنظور القانوني
86	المبحث الثاني: العود: أنواعه وشروطه وخصائصه
86	أولا: أنواع العود
89	ثانيا: شروط العود
92	ثالثا: خصائص العود
94	المبحث الثالث: تأثير انتشار ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات على المجتمع الجزائري
94	أولا: واقع انتشار ظاهرة العود في المجتمع الجزائري

96	ثانيا: أسباب تنامي ظاهرة العود في المجتمع الجزائري
100	ثالثا: آثار انتشار ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات على المجتمع الجزائري
102	المبحث الرابع: الاستراتيجيات المتبعة لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات
103	أولا: الردع في القوانين الوضعية
105	ثانيا: أهداف الاستراتيجية المتبعة ضد الاستعمال غير المشروع للمخدرات
106	ثالثا: مجالات ومقومات الاستراتيجية المتبعة لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات
109	المبحث الخامس: الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات
109	المطلب الأول: الرعاية اللاحقة من طرف الأسرة للمدمن المتعافى
114	المطلب الثاني: أهمية الرعاية اللاحقة في إعادة إدماج المدمن المتعافى اجتماعيا
116	ملخص الفصل
/	الفصل الرابع: علاقة التفكك الأسري بظاهرة العود إلى إدمان المخدرات
117	تمهيد
118	المبحث الأول: الأسرة الجزائرية خصائصها ووظائفها
118	أولا: تعريف الأسرة
120	ثانيا: خصائص الأسرة الجزائرية
123	ثالثا: وظائف الأسرة
127	المبحث الثاني: التفكك الأسري مراحله وعوامله
127	أولا: مفهوم التفكك الأسري
130	ثانيا: مراحل التفكك الأسري
132	ثالثا: أسباب التفكك الأسري
137	المبحث الثالث: أشكال التفكك الأسري والأضرار الناجمة عنه
137	أولا: أشكال التفكك الأسري
140	ثانيا: الأضرار الناجمة عن التفكك الأسري
144	ثالثا: الأنماط الأسرية السلبية المساهمة في بروز السلوك الانحرافي
147	المبحث الرابع: دور الأسرة في عدم العودة إلى إدمان المخدرات
147	أولا: الأنماط الأسرية السليمة المساهمة في عدم العودة إلى إدمان المخدرات
149	ثانيا: دور الأسرة في مرحلة ما بعد العلاج
151	ثالثا: العلاج الأسري في حالات العودة إلى الإدمان
155	ملخص الفصل

/	الفصل الخامس: علاقة بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية بظاهرة العود إلى إدمان المخدرات واستراتيجية تقادي الانتكاس
156	تمهيد
157	المبحث الأول: ماهية التنشئة الاجتماعية
157	أولاً: مفهوم التنشئة الاجتماعية
159	ثانياً: خصائص التنشئة الاجتماعية
161	ثالثاً: أنواع التنشئة الاجتماعية
165	المبحث الثاني: بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات
165	أولاً: جماعة الرفاق ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات
167	ثانياً: المدرسة ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات
170	ثالثاً: وسائل الإعلام ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات
172	المبحث الثالث: الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل الاجتماعي لتقادي الانتكاس لمدمني المخدرات
172	أولاً: ماهية العلاج والتأهيل الاجتماعي
176	ثانياً: مستوى برامج العلاج المقدمة للمدمنين وآثارها على المدمن بعد خروجه من المستشفى
180	ثالثاً: أهمية إكمال مرحلة ما بعد العلاج في تقادي الانتكاس
182	المبحث الرابع: استراتيجية الوقاية من الانتكاس
182	أولاً: خطة للتعامل مع المدمن المنتكس
186	ثانياً: القصور والملاحظات للمستشفيات والعيادات الخاصة بعلاج المدمنين
189	ثالثاً: مدى فعالية الاستراتيجية المطبقة في الجزائر للوقاية من الانتكاس
193	ملخص الفصل
/	الباب الثاني: الإطار الميداني للدراسة
/	الفصل الأول: عينة البحث وخصائصها
194	تمهيد
195	أولاً: تحليل البيانات العامة الخاصة بالمبحوثين
195	أ- الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة
199	ب- الخصائص الجغرافية لأفراد العينة
201	ج- الخصائص الثقافية لأفراد العينة
203	د- الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة

205	هـ- الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة
233	ثانيا: عرض نتائج البيانات العامة الخاصة بالمبحوثين
237	خلاصة الفصل
/	الفصل الثاني: تحليل الفرضية الأولى: علاقة التفكك الأسري بظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات
238	تمهيد
239	أولا: تحليل متغيرات الفرضية الأولى
273	ثانيا: عرض نتائج الفرضية الأولى
275	خلاصة الفصل
/	الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية: البرنامج العلاجي المسطر من طرف المؤسسة الاستشفائية وعلاقته بعودة المبحوث إلى الإدمان
276	تمهيد
277	أولا: تحليل متغيرات الفرضية الثانية
303	ثانيا: عرض نتائج الفرضية الثانية
306	خلاصة الفصل
/	الفصل الرابع: تحليل الفرضية الثالثة: علاقة جماعة الرفاق بعودة المدمن إلى استهلاك المخدرات
307	تمهيد
308	أولا: تحليل متغيرات الفرضية الثالثة
338	ثانيا: عرض نتائج الفرضية الثالثة
340	خلاصة الفصل
341	الاستنتاج العام للدراسة
	الاقتراحات والتوصيات
	الخاتمة
	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
195	توزيع المبحوثين حسب السن	01
197	توزيع المبحوثين حسب الجنس	02
198	توزيع المبحوثين حسب سن تعاطيهم للمخدرات لأول مرة	03
199	توزيع المبحوثين حسب الأصل الجغرافي	04
200	توزيع المبحوثين حسب الإقامة الحالية	05
201	توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي	06
203	توزيع المبحوثين حسب النوع العمل	07
205	توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية	08
207	توزيع المبحوثين حسب الوضع المهني	09
208	توزيع المبحوثين حسب نوع المخدر المتعاطي	10
210	توزيع المبحوثين حسب سبب الإدمان على المخدرات	11
211	توزيع المبحوثين حسب مصدر الحصول على المخدرات	12
213	توزيع المبحوثين حسب وجود الوالدين أو إحداهما على قيد الحياة	13
214	توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية للوالدين	14
215	توزيع المبحوثين حسب توفر المركز على وسائل ترفيه من عدمها	15
217	توزيع المبحوثين حسب وجود برامج توعية داخل المؤسسة	16
219	توزيع المبحوثين حسب سبب خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية لأول مرة	17
221	توزيع المبحوثين حسب نوع العلاج الذي كان يركز عليه الأطباء والمختصين داخل المؤسسة الاستشفائية	18
223	توزيع المبحوثين حسب ملاحظة المبحوث لوجود تغير في حياته اليومية بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى	19
225	توزيع المبحوثين حسب سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمدمن بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية	20
227	توزيع المبحوثين حسب طريقة تعاطي المخدرات بالنسبة للمدمن في أول تجربة له في التعاطي	21

229	توزيع المبحوثين حسب استمرار علاقة المبحوث بالأصدقاء الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات	22
231	توزيع المبحوثين حسب ردة فعل المبحوث تجاه عرض تناول المخدرات عليه من طرف أصدقائه المدمنين	23
239	علاقة بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة بسبب الإدمان على المخدرات	24
241	علاقة بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة بنوع المخدر المتعاطى	25
243	علاقة بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة بمصدر الحصول على المخدرات	26
245	علاقة كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين بنوع المخدر المتعاطى	27
247	علاقة كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين بسبب إدمان المبحوث على المخدرات	28
249	علاقة كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين بمصدر الحصول على المخدرات	29
251	العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأب) بنوع المخدر المتعاطى	30
253	العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأم) بنوع المخدر المتعاطى	31
255	العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأب) بسبب الإدمان على المخدرات	32
257	العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأم) بسبب الإدمان على المخدرات	33
259	العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأب) بمصدر الحصول على المخدرات	34
261	العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأم) بمصدر الحصول على المخدرات	35
263	العلاقة بين نوع المخدر المتعاطى وما إذا اندمج المبحوث مباشرة مع أفراد أسرته بعد خروجه من المستشفى أو عزلته	36
265	العلاقة بين المستوى التعليمي للأب بإمكانية تلقي المبحوث للمال من أفراد أسرته بعد خروجه من المستشفى	37
267	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم بإمكانية تلقي المبحوث للمال من أفراد أسرته بعد خروجه من المستشفى	38
269	العلاقة بين المستوى التعليمي للأب بإمكانية سؤال أفراد الأسرة للمبحوث فيما ينفق المال	39
271	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم بإمكانية سؤال أفراد الأسرة للمبحوث فيما ينفق المال	40

277	العلاقة بين خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه بنوع المخدر المتعاطى لأول مرة	41
279	العلاقة بين خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه بسبب إدمانه على المخدرات	42
281	العلاقة بين خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه بمصدر حصوله على المخدرات	43
282	العلاقة بين اقرار المبحوث بفعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه لأول مرة بنوع المخدر المتعاطى لأول مرة	44
284	العلاقة بين اقرار المبحوث بفعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه لأول مرة بسبب إدمانه على المخدرات	45
286	العلاقة بين اقرار المبحوث بفعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه لأول مرة من عدمه بمصدر الحصول على المخدرات	46
287	العلاقة بين ملاحظة المبحوث وجود تغير في حياته اليومية من عدمها بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى بنوع المخدر المتعاطى	47
289	العلاقة بين ملاحظة المبحوث وجود تغير في حياته اليومية من عدمها بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى بسبب الإدمان على المخدرات	48
291	العلاقة بين ملاحظة المبحوث وجود تغير في حياته اليومية من عدمها بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى بمصدر الحصول على المخدرات	49
293	العلاقة بين سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية للمرة الأولى بنوع المخدر المتعاطى	50
295	العلاقة بين سبب وجود تغير في الحية اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية للمرة الأولى بسبب الإدمان على المخدرات	51
297	العلاقة بين سبب وجود تغير في الحية اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية للمرة الأولى بمصدر الحصول على المخدرات	52
299	العلاقة بين نوع العلاج الذي كان مركز عليه من طرف الأطباء والمختصين خلال مكوث المبحوث بالمستشفى لأول مرة وخضوع هذا الأخير لبرنامج ما بعد العلاج	53
301	العلاقة بين نوع العلاج المركز عليه من طرف الأطباء والمختصين أثناء مكوث المبحوث بالمستشفى لأول مرة وإمكانية ملاحظة المبحوث لوجود تغير في حياته اليومية بعد خروجه من المستشفى	54

308	55	العلاقة ما إذا كان للمبحوث أصدقاء اثناء مكوثه بالمؤسسة الاستشفائية لأول مرة بمصدر الحصول على المخدرات
310	56	العلاقة بين استمرارية العلاقة بين المبحوث وأصدقائه بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية بمصدر الحصول على المخدرات
312	57	العلاقة بين تعاطي أصدقاء المبحوث للمخدرات بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية بمصدر الحصول على المخدرات
314	58	العلاقة بين طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته بنوع المخدر المتعاطى
316	59	العلاقة بين طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته بسبب الإدمان على المخدرات
318	60	العلاقة بين طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته بمصدر حصوله على المخدرات
320	61	العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات بنوع المخدر المتعاطى
322	62	العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات بسبب الإدمان على المخدرات
324	63	العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات بمصدر الحصول على المخدرات
326	64	العلاقة بين ما إذا كان هناك عرض لتناول المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى أو كان ذلك بطلب منه بنوع المخدر المتعاطى
328	65	العلاقة بين ما إذا كان هناك عرض لتناول المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى أو كان ذلك بطلب منه بسبب الإدمان على المخدرات
330	66	العلاقة بين ما إذا كان هناك عرض لتناول المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى أو كان ذلك بطلب منه بمصدر الحصول على المخدرات
332	67	العلاقة بين ردة فعل المبحوث اثناء عرض المخدرات عليه من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى بسبب الإدمان على المخدرات
334	68	العلاقة بين ردة فعل المبحوث اثناء عرض المخدرات عليه من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى بسبب الإدمان على المخدرات

336	العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة التعاطي بإمكانية ملاحظته لوجود رقابة من طرف أسرته بعد خروجه من المستشفى	69

شكر وعرفان

نشكر الله تعالى ونحمده على توفيقه لنا لإتمام هذا العمل.

بفائق الامتنان والاحترام والتقدير نشكر الأستاذة الدكتورة - **جريدة عميرة** - التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها ونصائحها، وسعت دوماً إلى نجاحنا في هذه الأطروحة.

كما نشكر الرجل الكريم الطيب السيد: **حكيم ميهوب** مدير دار الشباب ببلدية الشريعة، ولاية تبسة، الذي سخر لنا إحدى القاعات بالمؤسسة لإنجاز هذا العمل، دون أن ننسى بقية الأساتذة الذين أشرفوا على تدريسنا خلال السنوات الماضية، كما نشكر السيد الدكتور **حبیباش** بمصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان بمستشفى فرانتز فانون -البلدية- الذي سهل لنا القيام بالبحث الميداني بذات المصلحة.

كما نشكر الأخ **فوزي قواسمية** الذي أشرف على كتابة هذه الأطروحة وكان سندي في عدة أعمال بحثية.

إلى كل هؤلاء تشكراتنا الخالصة.

شكرا

الإهداء

إلى كل من كان دائما بجانبني وضحي من أجلي " **أبي الغالي** " حفظه الله.
إلى منبع الحنان والعطف من تقف إلى جانبي دائما أغلى مخلوق إلى قلبي "**أمي**
الغالية" حفظها الله.

إلى إخوتي وكل أفراد العائلة.

إلى روح أختي العزيزة رحمها الله "**ش. نورة**"

إلى روح الإنسانية العزيزة "**ب. أمينة**" رحمها الله بأوسع رحمته

إلى من وقفت معي دائما في الشدة "**ب، سعاد**" حفظها الله وأطال عمرها

إلى كل الأصدقاء والأحباب، إلى كل هؤلاء وكل من يعرفني من قريب أو بعيد إليهم
جميعا أهدي هذا العمل.

حاتم

المقدمة

مقدمة

إن مشكلة الإدمان على المخدرات والعودة إليها من المشكلات الاجتماعية التي أصبحت تشكل الشغل الشاغل للأفراد والمجتمعات على حد سواء، فالإنسان يستخدم المخدرات استخداما سلبيا منذ نشوء الحضارة على هذا الكون، مع أنها تستخدم في الحالات العلاجية، فتقدم إلى الأفراد بجرعات مضبوطة، ويتم التوقف عنها بعد الانتهاء من العلاج، وقد يؤدي الاستمرار الطويل في استعمالها إلى عدم قدرة الفرد العيش من دونها، وقد ينشأ لدى الفرد حالة إدمان لأنه لا يدرك أن هذه المخدرات تجعل المرء يعتمد عليها دون بذل أي جهد خاص في حياته.

لذلك كان اهتمام السلطات الحكومية والهيئات المعنية بالصحة الاجتماعية أو كذا المهتمين بالطب النفسي والصحة العقلية، موجه نحو ظاهرة تعاطي المخدرات، والإدمان عليها. ومن الواضح أن هذا الاهتمام يرجع إلى ما يترتب على المخدرات وانتشارها من آثار خطيرة، حيث تشكل عائقا في طريق التطور الاجتماعي للفرد. حيث أصبح ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة، لها تأثيرات لم تقتصر المباشرة منها وغير المباشرة على الفرد فحسب، بل على المجتمع من حيث الضرر الذي يسببه لعائلته، مما قد يؤدي إلى اضطرابها، وخسارة للفرد الذي قد يكون استئثاره للإنماء الاقتصادي والحضاري، وكذلك لما تخصصه جهود وطاقات المجتمع ومختلف المؤسسات لأغراض الوقاية والعلاج، كما أن المدمنين على المخدرات يشكلون خطرا على حياة الآخرين، من حيث أنهم عنصر قلق واضطراب لأمن المجتمع، حيث يسعى كل منهم للخروج عن القيم والمعايير والنظم الاجتماعية والقانون العام لارتكابهم العديد من الجرائم لبلوغ حاجاتهم، فيما قد يصبحوا شخصيات بسيكوباتية أو إجرامية حاقدة على المجتمع، يكون للإجرام والضغط سبيلا لتحقيق أهدافهم، والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات الأخرى، أصبح يعاني من مخاطر هذه الآفة، ولكن الدولة تواصل مجهوداتها في محاولة القضاء على ظاهرة المخدرات، وذلك بوضع استراتيجيات لمكافحة المخدرات وفتح مؤسسات استشفائية خاصة بهذه الفئة - فئة المدمنين - ويقوم على عملية العلاج في هذه المؤسسات أطباء وأخصائيين ويعملون وفق برنامج علاجي، ورغم ذلك نجد أن الكثير من المدمنين الذين خضعوا للعلاج في تلك المؤسسات يعودون ثانية إلى الإدمان، ومن خلال هذه النقاط حاولنا في دراستنا هذه معرفة أسباب وعوامل العودة إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري، كذلك الشيء الذي جعل هذا الموضوع محل اهتمامنا هو استفحال ظاهرة الإدمان

على المخدرات وتزايدها بشكل كبير ومستمر بين جميع فئات المجتمع، خاصة عند المراهقين والشباب، بحيث أدت هذه الظاهرة المستفحلة إلى ظهور أعراض سلبية على الفرد المتعاطين سواء من الناحية الصحية أو من الناحية الاجتماعية، بالإضافة إلى الاعتداءات الجسدية، والسرقة باستعمال العنف، أو حتى القتل أحيانا، أو الانتحار الناجم عن اضطراب السلوك، كما نرى أن المخدرات نتاجها كلها هلاك وفساد لكل القيم والأخلاق، كما أن قلة الدراسات والبحوث العلمية التي تناولت موضوع العودة إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري دفعتنا إلى محاولة معرفة أسباب وعوامل هذه الظاهرة - العودة إلى إدمان المخدرات - . زد على ذلك أن هناك إشارة إلى أن مؤسسات علاج المدمنين في الدول العربية والإسلامية مازالت قاصرة عن تلبية احتياجات جميع المرضى، كما يعرف عملها كثير من العقبات والمشكلات، فهي مازالت ينظر إليها على أنها مجرد جزء من المصحات الأمراض العقلية، ويحتاج العلاج إلى فترة زمنية طويلة، وتكاليف باهضة لا يقدر عليها معظم الناس، ولا توفرها معظم الحكومات، مع أن هناك وجود كم من المؤسسات العقابية، والمصحات التي تتكفل بالمدمنين، إلا أنه ومع ذلك مازالت هذه الظاهرة مستمرة بشكل ملحوظ، كما أن علاج أي مدمن يحتاج إلى فريق متكامل من الطبيب الجسماني، الطبيب النفسي، ورجل دين، والأخصائي الاجتماعي ومرشد التعافي، مع مراعاة الأبعاد الاجتماعية والثقافية المحيطة بالمدمن، كذلك من أهم أهدافنا في هذه الدراسة هو محاولة التقرب أكثر من المدمن للكشف عن الأسباب والعوامل التي جعلته يعود إلى استهلاك المخدرات وتعرضه للانتكاس، وكذلك الكشف عن المشاكل التي يواجهها، ولا سيما بعد سحب المادة المعتاد على تعاطيها سواء كانت جسدية أو نفسية، كذلك الكشف عن المكانة الاجتماعية للمدمن ووضع العائلة لديه، والدور الذي تقوم به الأسرة في ظل الظروف والحالة التي يمر بها الشخص المدمن، وكذا تحديد المادة المخدرة أو العقار ومصدره، كما جاءت هذه الدراسة نتيجة التغيرات والتحولات المتعاقبة التي عرفها المجتمع الجزائري، وتنامي مستوى وعي الشباب الاجتماعي، الاقتصادي، والثقافي، وما قد يصاحب ذلك من انتشار المخدرات في المجتمع الجزائري، وانتشار الجرائم بمختلف أشكاله.

وقد قسمنا دراستنا إلى بابين، **الباب الأول** جانب نظري قسم بدوره إلى خمس فصول، تناولنا في الفصل الأول: المدخل المنهجي للبحث، وضم هذا الفصل أربع مباحث تتناول كل من الإشكالية والفرضيات، وتحديد المفاهيم والمصطلحات، الدراسات السابقة، وتقييم عام لهذه

الدراسات، أما الفصل الثاني والذي تناولنا فيه المقاربة النظرية السوسيولوجية للبحث، وقسم هذا الفصل بدوره إلى أربع مباحث تناولنا فيها نظرية المخالطة الفارقة، ونظرية الوهم ونظرية العائلة، وبعض النظريات المفسرة لظاهرة العودة إلى الإدمان، ويليه الفصل الثالث تحت عنوان: مدخل عام لجريمة العودة إلى استهلاك المخدرات، وضم هذا الفصل كذلك أربع مباحث، ثم الفصل الرابع الذي تكلمنا فيه عن علاقة التفكك الأسري بظاهرة العودة إلى إدمان المخدرات، وقسم هذا الفصل إلى أربع مباحث، ويليه الفصل الخامس الذي تناولنا فيه علاقة بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية بظاهرة العود إلى إدمان المخدرات، واستراتيجية تفادي الانتكاس، وقسم هذا الفصل إلى أربع مباحث، أما الباب الثاني فهو الجانب الميداني للدراسة، وقسم إلى خمس فصول، فصل تكلمنا فيه عن الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، وفصل ضم تحليل البيانات الميدانية، وقسم هذا الفصل إلى خمس مباحث، ويليه فصل يتناول تحليل المتغيرات الخاصة بالفرضية الأولى، وضم مبحثين، ثم فصل يضم تحليل المتغيرات الخاصة بالفرضة الثانية فيه مبحثين، والفصل الذي يليه يتناول تحليل المتغيرات الخاصة بالفرضية الثالثة يضم كذلك مبحثين، أما الفصل الأخير نعرض من خلاله نتائج الدراسة ويضم أربع مباحث.

الباب الأول

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول:

مدخل منهجي للبحث

المبحث الأول: إشكالية الدراسة وفرضياتها

المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات

المبحث الثالث: الإجراءات المنهجية المتبعة

المبحث الرابع: الدراسات السابقة

المبحث الخامس: تقييم عام للدراسات السابقة

المبحث الأول: إشكالية الدراسة وفرضياتها

الإشكالية:

من المشكلات المعاصرة التي تعاني منها المجتمعات على اختلاف مستوياتها المتقدمة والمتخلفة على حد سواء، وتهدد أمنها وسلامتها، واستقرارها مشكلة «تعاطي المخدرات»، وتعتبر هذه المشكلة من المشكلات التي تؤثر على بناء المجتمع وأفراده بما يترتب عليها من آثار اجتماعية، واقتصادية، ونفسية سيئة تتسحب على كل من الفرد والمجتمع، كما أنها ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة بعضها يتعلق بالفرد، والآخر بالأسرة، والثالث بالبناء الاجتماعي ككل، وقد دلت الإحصاءات الرسمية الصادرة عن الهيئات المتخصصة على أن الفرد (متعاطي المخدرات) قد سجل بالفعل تهديدا لكيان المجتمعات، وساهم في عرقلة مسيرة البناء والتطور في كل المجالات.

وقد اهتمت كافة المهن والتخصص العلمية ومراكز البحث العلمي بالإسهام في الجهود العلاجية والوقائية لمواجهة هذه المشكلة سواء على المستوى العلاجي أو الوقائي، وسواء على مستوى الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات لمواجهة الآثار المترتبة على هذه المشكلة.¹

كما أن المدمنين على المخدرات يشكلون خطرا على حياة الآخرين، من حيث أنهم عنصر قلق، واضطراب لأمن المجتمع، حيث يسعى كل منهم لخروج عن القيم والمعايير، والنظم الاجتماعية، والقانون العام، لارتكابهم العديد من الجرائم لبلوغ حاجاتهم، فيما قد يصبحوا شخصيات بسلوكيات أو إجرامية حاقة على المجتمع، يكون الاجرام والضغط سبيلا لتحقيق أهدافهم.

والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات الأخرى أصبح يعاني من مخاطر هذه الآفة، وهذه الآفات والانحرافات جاءت نتيجة للتحويلات العالمية والمحلية، حسب ما يلاحظ أن هناك تحولا في المجال الاقتصادي والاجتماعي، والثقافي، والسياسي، خلال السنوات الأخيرة أثرت تأثيرا بالغا على البناء الاجتماعي، ومكوناته بصفة عامة، وعلى الوسط الأسري بصفة خاصة، ويظهر ذلك في الجانب المادي للثقافة، من تطور أدوات الإنتاج وتطور نمط المعيشة،

¹ رشاد أحمد علد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1412 هـ، ص 11.

كالمسكن والملبس، والنقل والاتصال، وثقافة الناس، وقيمهم وعاداتهم وتقاليدهم، مما أدى إلى بروز نوع من التناقض الذي يعيشه الفرد، بين القيم والمعايير القديمة المحافظة على الروابط العائلية والتضامن، وبين الأفكار الجديدة المستمدة من الواقع الذي يعيشه الفرد حالياً، والمتضرر الأول هي الأسرة، ثم الشباب الذين يشكلون الجزء الكبير من المجتمع، وما تتميز به هذه الفئة من خصائص حيوية فياضة، فقد يلجؤون إلى الانحراف والعود للإدمان على المخدرات، وخرق القواعد والقيم السائدة كطريقة للتعبير عن الوضعية الاجتماعية التي تعيشها أسرهم والمجتمع الذي يتمتعون إليه، ولهذه المشكلة علاقة وارتباط مع التفكك الأسري، خاصة أن الاهتمام الأسري يعتبر عاملاً حاسماً في الوقاية على سلوكيات الأبناء من الانحراف، وبالتالي الحد من هذه المشكلة، لأن الوالدين والأقرباء، وأفراد الأسرة يعتبرون مصدر تأثير كبير في الفرد، فإذا كانت العائلة ممتدة وموحدة، فإن تأثيرها سيكون قوياً جداً على الفرد، ولذلك فالأسرة مازالت من النظم الأساسية ذات التأثير الفعال في حياة أفرادها، كما أنها عامل مهم في تفسير بعض مشكلات المجتمع والشباب خاصة.¹

كما أن هناك محاولات بحثية تشير إلى الدور الفعال الذي تلعبه المراكز الصحية، والتي تخضع مستهلك المخدرات أساساً لتدابير علاجية منصوص عليها في قانون حماية الصحة وترقيتها، كما أن مشروع العلاج يندرج في إطار «مشروع حياة» شامل يساعد الشخص على بلوغ أهدافه، وينبغي أن يكون مخطط العلاج ثمرة تقييم كامل متعدد الاختصاص بمشاركة فريق متعدد التخصص يتضمن أطباء عامين، وأطباء نفسانيين، ومتخصصين في علم واجتماعيين، ومربين، وغيرهم. فإذا كانت المؤسسة العلاجية تضمن كفاءة المعالجين، وتقدم خدمات تسمح بعلاج فعال، فقد يأتي هذا العلاج بثماره، أما في حالة حدوث العكس أي يكون برنامج العلاج غير متكامل مثلاً، فإن المدمن الخاضع للعلاج قد تحدث له انتكاسة ويعود إلى إدمان المخدرات، فالعلاج المتكامل والتخلص من الإدمان يتطلب مواصلة المدمن لاتصاله بالمؤسسة الاستشفائية بعد خروجه منها، وتسمى هذه المرحلة بمرحلة ما بعد العلاج، أو الرعاية اللاحقة، وهي تمثل الفترة الأكثر صعوبة في عملية التكفل بالمدمن، ذلك أن المريض يبقى خاضعاً لدفاعيته فقط عندما يصير خارج المركز، وفجأة في مواجهة حرية استهلاكه أم لا لمواد

¹ الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، ملتقى حول اليوم العالمي لمكافحة المخدرات، الجزائر: 2002/03/26، ص

سامة¹، خاصة إذا استمرت علاقة المدمن بأصدقاء السوء الذين سيكون لهم الدور الكبير في إمكانية عدم نجاح العلاج لدى المدمن في حالة احتكاكه بهم ومجالسته لهم، فهناك الكثير من المدمنين الذين خضعوا للعلاج بالمراكز الخاصة بمكافحة الإدمان، لكن سرعان ما عادوا لتناول المخدرات بعد خروجهم من تلك المؤسسات، وبناء على ذلك نطرح التساؤل التالي:

- ما هي أسباب وعوامل العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري ؟

كما نطرح التساؤلات التالية:

- هل تعود ظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات عند الشباب إلى التفكك الأسري ؟
- هل عدم خضوع المدمن على المخدرات إلى المراقبة، والمتابعة الطبية، ومتابعة برنامج ما بعد العلاج أي الانقطاع عن الاتصال بالمؤسسة بمجرد الخروج منها يؤدي إلى العود إلى الإدمان ؟
- هل عودة المدمن إلى مخالطة رفقاء السوء بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية يؤدي ذلك إلى حدوث الانتكاس، والعود إلى الإدمان ؟

الفرضيات:

- 1- تعود ظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات عند الشباب إلى التفكك الأسري.
- 2- يؤدي عدم خضوع المدمن على المخدرات إلى المراقبة الطبية ومتابعة برنامج العلاج بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية إلى العود إلى الإدمان.
- 3- عودة المدمن إلى مخالطة رفقاء السوء بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية يؤدي ذلك إلى حدوث الانتكاس والعود إلى الإدمان.

¹ ملتقيات تكوين الأطباء في إطار مشروع MEDNET، التكفل بالمدمنين، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر، السداسي الأول، 2008، ص 41، 42.

المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات

1- تعريف الإدمان:

أ- نظريا:

أ¹ - لغة: الإدمان مصدر الفعل أَدَمَنَ والمقصود اعتياد وتعود، واعتماد الإنسان على شيء معين بغض النظر على نفع أو ضرر هذا الشيء، وقد يكون الإدمان ضار للفرد وهو ما يسمى بالإدمان السلبي كالاعتماد على الخمر والمخدرات، والعقاقير المخدرة، لذا يجب علاج هذا النوع وتوعية المدمن بالخطر الذي يهدده، وقد يكون الإدمان نافعا للفرد والمجتمع كاعتياد الشخص على المطالعة والبحث والدراسة، وهذا ما يعرف بالإدمان الإيجابي، وهنا يجب تشجيع الشخص لأنه يفيد نفسه ومجتمعه.

أ² - اصطلاحا: يقصد بمصطلح "الإدمان" تكرار تعاطي المواد المخدرة الطبيعية (أصلها نبات) أو المصنعة (مواد نباتية تم تصنيعها) أو نفسية (أدوية ذات تأثير نفسي)، وتعود الشخص عليها لدرجة الاعتماد، بمعنى آخر صعوبة الإقلاع عنها مع حاجة الجسم بين فترة وأخرى إلى زيادة الجرعة، فتصبح حياة المدمن تحت سيطرة هذه المادة، وفي حالة الإقلاع (الامتناع) تظهر على المدمن أعراض انسحابية مختلفة (عجز في الحركة، مغص، عدم القدرة على التركيز، تشنجات عضلية). كما أن أغلب الباحثين غير المختصين اتفقوا بأن المخدرات هو كل ما يشوش ويخدر العقل وقد ينام الفرد من جراء تعاطيه، وهو كل مهبط أو منشطة أو هلوسة استعملته في غير غرضها وحجمها الصحيح، ودون مسؤولية ورقابة طبية، ومن خلال تكرار استعمال نفس الكمية وبأوقات متقاربة يصبح الشخص مدمن على المخدرات ويقع في فخ الإدمان.

أ³ - المفهوم العام للإدمان: هو حالة من التسمم المزمن، تضر الفرد والمجتمع تنتج عن تكرار تعاطي عقار محدد قد تكون ذو أصل نباتي (طبيعي) مثل الأفيون والكوكايين، أو صناعي يتم استنشاقها أو شربها أو حقنها مثل المورفين¹.

¹ فتحي دردار: الإدمان: الخمر - التدخين - المخدرات، دار تصنيف وتصميم وإخراج PSISOLUTECH، 2003، ص

ب- التعريف الإجرائي للمفهوم:

وفي هذا العمل نقصد بالإدمان عملية نتجت عن تكرار تعاطي المخدرات، وكل شخص مدمن يكون إدمانه جراء تعاطي إحدى أنواع المخدرات مع زيادة الجرعة حتى يصل إلى درجة التعاطي المنتظم، أي عند زوال المفعول يصبح سلوك المدمن مضطرب، فيحتاج إلى المادة المخدرة، وبما أن دراستنا الميدانية أقيمت بالمركز الاستشفائي فإن المادة المخدرة تعوض بمادة أخرى طبية، بما أن المدمن في فترة العلاج ولكن حسب دراستنا لا يعد هذا حل لأن نفس الشيء بالنسبة للمادة الطبيعية يصبح المريض مدمن عليها ويطلبها باستمرار وتقدم له في حالة إصابته بالقلق والاضطراب.

2- مفهوم العود:

أ- **اصطلاحاً:** لا يوجد إجماع بين الباحثين في مجالات الانحراف والجريمة حول مفهوم واحد وموحد للعود، غير أن العود على العموم يعبر عن تكرار السلوك المنحرف من شخص راشد كان أم حدثاً لأكثر من مرة¹، أما عند علماء الاجتماع فإن العود هو تكرار الخروج على القواعد الاجتماعية التي يقوم عليها المجتمع، ومن هنا يعطى هذا التعريف المجرمين الذين لم يسبق لهم الوقوع في يد رجال السلطة على الرغم من تكرار ارتكابهم للجرائم².

ب- **العود في اللغة:** الرجوع والعود أي الرجوع في الأمر، وعاد لما فعل أي فعله مرة أخرى، وتتباين تعريفات العود بحسب تخصص كل دارس، إلا أنها لا تخرج في الغالب عن كونها تطلق ويراد بها ارتكاب المجرم لجريمة جديدة³، والعود لغة بفتح العين وسكون الواو، ومت عاد يعود عودة وعوداً، بمعنى رجع، فتقول: عاد فلان إلى الشيء أو عاد فيه، بمعنى رجع إليه، أو له أو فيه بعد أن بدأه أول مرة⁴.

¹ ابن منظور: لسان العرب، الجزء 3، دار المعارف، القاهرة، 1976، ص 135.

² ناهد صالح: العود إلى الإجرام - مفهومه وأنماطه -، المجلة الجنائية القومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، العدد 01، مارس 1969، ص 207.

³ ابن منظور: المرجع السابق، ص 315-316.

⁴ السماك أحمد حبيب: ظاهرة العود إلى الجريمة في الشريعة والفقه الجنائي، مطبوعات الجامعة، الكويت، 1975، ص

ج- العود إلى الإدمان من الناحية الدينية:

لقد وردت كلمة العود كثيرا في القرآن الكريم والسنة النبوية، فمن القرآن الكريم مثلاً قوله تعالى: "والذين يظهرون على نسائكم ثم يعودون لما قالوا فتحرير رقبة من قبل أن يتماسا " ¹، وقوله تعالى أيضا: " كما بدأكم تعودون فريقا هدى وفريقا حق عليهم الضلالة " ².

أما في السنة النبوية، فمنها قوله صلى الله عليه وسلم في حكم شارب الخمر: " إذا سكر فاجلدوه، فإن عاد فاجلدوه "، وقوله صلى الله عليه وسلم: " من شرب الخمر وسكر لن تقبل توبته أربعين صباحا، فإن تاب تاب الله عليه، فإن عاد لم تقبل توبته أربعين " ³.

د- العود في القانون الوضعي:

أما العود في القانون الوضعي فيطلق على حالة الشخص الذي يرتكب جريمة بعد أخرى، حكم فيها نهائيا، أي أن العود نشأ عن تكرار وقوع الجرائم من شخص واحد بعد الحكم نهائيا عليه في إحداها أو بعضها، كما يقصد به ارتكاب المتهم جريمة رغم سبق الحكم عليه بعقوبة عن جريمة أخرى في ماضيه، وهو يعتبر شرطا مشددا للعقوبة وما يكشف عن خطورة إجرامية كامنة في نفس الجاني، فالعائد في علم العقاب هو الشخص الذي سبق خضوعه لمعاملة عقابية أو إصلاحية بسبب الحكم عليه في جريمة ⁴، كما أنه لا يمكننا أن نحكم على شخص أنه عائد إلا إذا صدر فيه حكم سابق، وهذا من الناحية القانونية.

هـ- التعريف الإجرائي للعود:

تناولنا مفهوم العود إجرائيا من خلال المدمنين على المخدرات الذين خضعوا للعلاج بالمؤسسة الاستشفائية بعيدا عن المتواجدين بالمؤسسات العقابية، حيث هناك الكثير من مدمني المخدرات بعد اتمامهم لبرنامج العلاج المسطر لهم من قبل المؤسسة الاستشفائية عادوا إلى الإدمان مرة ثانية، وحسب دراستنا الميدانية هناك حتى من عادوا إلى الإدمان وتعرضوا للانتكاس مرة ثالثة ورابعة، وذلك راجع لعدة أسباب سنتطرق إليها من خلال دراستنا هذه.

¹ سورة المجادلة، آية 03.

² سورة الأعراف، آية 29-30.

³ السماك أحمد حبيب، المرجع السابق، ص 25.

⁴ ناهد صالح، المرجع السابق، ص 207.

تعريف المخدرات:

أ- نظريا:

أ₁- لغة: كلمة المخدرات مشتقة أصلا من الفعل "خدر" الذي يعني كل ما يؤدي إلى الفتور والكسل والاسترخاء والضعف والنعاس والنقل في الأعضاء، وقد يمنع الألم كثيرا أو قليلا.

أ₂- **التعريف القانوني للمخدرات:** هي كل المواد والمركبات سواء الطبيعية أو الصناعية التي تسبب الإدمان وتضر الإنسان، وتختلف قائمة هذه المواد بين دولة وأخرى، وأشار المؤتمر الدولي لقانون العقوبات في بودابست في سبتمبر 1974 م إلى غموض مصطلح المخدر¹، والذي كان مصدرا لاختلاف المشاركين في المؤتمر حول المواد التي يمكن أن تدخل ضمن المخدر، فمنهم من يعتبر الحشيش والكحول مخدرات ومنهم من يخرجها من هذا النطاق، مصرحين بأن مصطلح المخدر لا تشمل إلى المواد التي تؤدي حقيقة إلى الإدمان، بينما يرى المختصون في القانون الجنائي، واستنادا على مبدأ شرعية الجريمة والعقوبة، فإن المخدر مصطلح يضم كل المواد التي يضاف عليها المشروع طابع المخدرات، أما القانوني "أنديري دكوريار" فيرى أن المخدرات هي كل المواد والمركبات التي تسبب الإدمان وتضر الإنسان².

أ₃- **التعريف العلمي للمخدرات:** حسب منظمة الأمم المتحدة لا يوجد تعريفا عاما متفقا عليه يوضح المصطلح، بل هناك بعض المحاولات الخاصة التي تركز في تعريفها على حسب درجة خطورة المخدر، وعلى حسب تصنيف المخدرات، كما أن الاتفاقيات الدولية حول ظاهرة المخدرات تعطي الحق لكل دولة في تصنيف المخدرات وكل ما هو جديد وكل ما تم اكتشافه، ومن التعاريف نذكر ما جاء في لجنة المخدرات بالأمم المتحدة لتعريف المواد المخدرة فاعتبرت أنها: كل مادة خام أو مستحضر تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة، مما يضر بالفرد جسما ونفسيا، وكذا المجتمع، وتعود الفرد على هذه المواد ويصبح في حالة خضوع تام لها،³

¹ محفوظ صادق بن عبد الله: تعاطي المخدرات واستراتيجية الإدماج الرسمي والأسري، رسالة ماجستير، جامعة البليدة، 2006، ص 55.

² سعد المغربي: ظاهرة تعاطي الحشيش، دراسة نفسية واجتماعية، دار الراتب الجامعة، بيروت، ط2، 1984، ص 105.

³ سليمان بن قاسم الفالح: عوامل تعاطي المخدرات، دراسة المحكوم عليهم داخل سجون الرياض، جامعة الأمم المتحدة محمد بن سعود، الرياض، 1988، ص 13.

ونجده يستسلم لتأثيرها، وفي هذه الحالة يوصف بأنه مدمن، وتعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات بأنها كل المواد التي يتعاطاها الكائن الحي، بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية¹.

أ4- التعريف العام للمخدرات: وهو التعريف بالأفراد غير المختصين في مجال المخدرات، حيث اتفق أغلب الباحثين غير المختصين على أن المخدرات هي كل ما يشوش ويخدر العقل، وقد ينال الفرد من جراء تعاطيه، وهو كل مهبطة أو منشطة أو مهلوسة، استعمله في غير غرضها وحجمها الصحيح، ودون مسؤولية رقابة طبية²، كما أن المخدرات هي كل المواد والعقاقير التي تضر العقل والجسم، وتسبب الأذى لمتعاطيها والمجتمع ككل، وهي كافة المواد التي حرمتها كل الشرائع والأديان، والشخص السوي ينبذها، والعقل السليم يرفضها³. ويفهم من مصطلح المخدر "La drogue" بصفة عامة، كل ما يترتب على استهلاكها التأثير في سلوك البنية الجسمية للإنسان، وبذلك يدخل ضمن المخدرات، الأدوية، التبغ، والكحول⁴.

ب- التعريف الإجرائي للمفهوم: وفي هذا العمل نقصد بالمخدرات هي كل مادة تكون طبيعية أو مصنعة تشوش العقل وتجعل الفرد متأثراً، ويتميز بسلوكات غير طبيعية، خاصة بعد تعاطي هذه المواد أكثر من مرة، ويتم تأثير المواد المخدرة على الفرد حسب الكمية المتناولة ونوعها، فيجد صعوبة في الإقلاع عنها، ومن هنا يلجأ إلى المؤسسة الاستشفائية والتي بدورها تخضع المدمن لبرنامج علاج طبي ونفسي واجتماعي، وحتى بالنسبة للمدمنين العائدين لتناول المخدرات بعد خضوعهم للعلاج، فإنهم يدخلون للمؤسسة الاستشفائية بشروط معينة، كما أنه قد يؤدي الاستمرار الطويل في استعمال المخدرات إلى عدم قدرة الفرد العيش من دونها، وتنشأ لديه حالة إدمان، خاصة إذا عاد لتناولها بعد العلاج فإنه يتعرض للانتكاس، ويصبح هذا الشخص يعتمد على المخدر ويعيش رهينة له.

¹ سليمان بن قاسم الفالح: المرجع السابق، ص 13.

² نافع إبراهيم: كارثة الإدمان، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 1989، ص 36.

³ فتحي دردار: المرجع السابق، ص 36.

⁴ د. نواصر العايش: إستهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، مطابع عمار قرفي، باتنة، الجزائر، ص 6.

3- تعريف المؤسسة:

أ- **التعريف النظري للمؤسسة**¹: لقد تعددت تعاريف المؤسسة نظرا لتعدد أنشطتها وهياكلها وكذلك

أهدافها، فقد عرفها "جاك لوبستين" بأنها: " إحدى أشكال النشاط الاقتصادي، بالإضافة إلى كونها إحدى الأشكال الاجتماعية للعمل ".

يمكن اعتبار المؤسسة حسب الدكتور "يوسف سعدون" كعمل اقتصادي، بمعنى أنها تقوم بنشاط ذو طابع صناعي أو تجاري أو مالي أو خدماتي، ويدخل ضمن هذه الأنشطة عدة عمليات مثل: الإنتاج، التمويل، التمويل، التوزيع.

- **كهيكل عضوي**: وهذا يعني أن المؤسسة تضم مجموعة من الوحدات والأقسام، والمصالح المرتبطة ببعضها البعض.

- **كنظام**: بمعنى أنها تشكل وحدة متكاملة مبنية على أساس العلاقات والتبادلات المنظمة بين مختلف الأجزاء المتكونة منها.

والمؤسسة الصحية في الجزائر تنتمي - حسب القانون الإداري - إلى فئة المؤسسات العمومية ذات الطابع الصناعي والتجاري، والمؤسسات العمومية الاقتصادية من حيث الخصوصية في النشاط الذي تؤديه. وتتميز المؤسسة الصحية بنشاط الخدمات الصحية، وهي تمثل جزءا هاما عن الوجه الإداري والاقتصادي للدولة.

وإذا أسقطنا عليها التعريفين الذي تطرقنا إليهما سابقا، فإننا نجدها أي المؤسسة الصحية إحدى أشكال النشاط الاقتصادي، وهو النشاط الخدماتي (حماية وترقية الصحة العمومية)، كما أنها تضم مجموعة من المديريات والمصالح المرتبطة ببعضها البعض، وهي تشكل وحدة متكاملة مبنية على أساس العلاقات والتبادلات المنظمة بين هذه الأجزاء قصد أداء الوظائف التالية:

- العلاج
- التكوين الطبي والشبه الطبي
- الوقاية
- البحث العلمي

¹ صفى ذهبية: التحفيز في ظل الإصلاحات الجديدة للمؤسسة العمومية للصحة، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية لزرالدة، مذكرة ماجستير، جامعة بي يوسف بن خدة، الجزائر، 2008-2009، ص 9.

ب- التعريف الإجرائي للمؤسسة الاستشفائية:

وفي هذا العمل نقصد بالمؤسسة الاستشفائية، المؤسسة التي تضم مصلحة مكافحة الإدمان وعلاجه، حيث تتكون من فريق متكامل مكون من: أطباء وأخصائيين نفسانيين واجتماعيين، يخضعون المدمنين المقبلين على المصلحة - مصلحة مكافحة الإدمان - إلى برنامج متكامل من حيث الأساليب العلاجية، والمدة الزمنية للعلاج، وأخذنا في دراستنا مصلحة مكافحة الإدمان المتواجدة بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون - البليدة -، والشيء الإيجابي في هذه المؤسسات العصرية هو أنه في القرن الماضي كان مصدر الرعاية الطبية هو الطبيب وحده، ولكن لم يلبث الطبيب أن أحس أن خطة العلاج تحتاج إلى جهود من لون آخر غير وجود الطبيب، إذ أنه لنجاح هذه الخطة يجب السيطرة على البيئة أحيانا، وعلى أعمال المريض أحيانا أخرى، كما يتحتم في بعض الحالات معرفة مصدر المرض لوقف انتشاره بين الأفراد، ومعرفة حالة المريض الفردية، وفي أوائل القرن العشرين وجد الطبيب الشخص المهني، وهو "الأخصائي الاجتماعي" الذي دخل إلى ذلك الميدان عام 1905، وكانت المستشفى التي فتحت أبوابها للأخصائي الاجتماعي في ذلك العام هي مستشفى "ماساشوستس" العمومية "ببوسطن"، وتبعها بعد قليل مستشفى "بلفيو" بنيويورك.

ومما يزيد من أهمية وجود الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية في العصر الحالي، قوة الإيمان بالفكرة الحديثة عن العلاج الطبي وهي ضرورة توفيره لكل ذي حاجة إليه دون قصره على القادرين على الدفع، كما أن الوسائل التشخيصية والعلاجية التي تجدد من آن إلى آخر تتطلب أنواعا من المجهودات لمساعدة المريض وأسرته على قبولها والتلاؤم معها، وفي دراستنا هذه لاحظنا أهمية وجود الأخصائي الاجتماعي داخل الطاقم الطبي لمصلحة مكافحة الإدمان، حيث يلعب دورا كبيرا في محاولة معرفة الظروف الاجتماعية التي دفعت بالمدمن المنتكس إلى العود إلى إدمان المخدرات، ومحاولة إيجاد حلول مناسبة تساعد المدمن المنتكس على الإقلاع عن هذه السموم وعدم العودة إليها مجددا.

4- تعريف الأسرة:

أ- التعريف النظري للأسرة:

لقد جاء تعريف الأسرة في قاموس علم الاجتماع على أنها: "... جماعة اجتماعية بيولوجية نظامية تتكون من رجل وامرأة، (تقوم بينهما رابطة زواجية مقرر)، وأبنائها، ومن أهم

الوظائف التي تقوم بها هذه الجماعة إشباع الحاجات العاطفية وممارسة العلاقات الجنسية، وتهيئة المناخ الاجتماعي، والنفساني الملائم، وتنشئة وتوجيه الأبناء... " ¹.

وتعتبر الأسرة أيضا على أنها الوحدة الأساسية في التنظيم الاجتماعي، ومؤسسة من المؤسسات الاجتماعية ذات الأهمية الكبرى، ضمنها نبدأ حياتنا الأولى، ونتعود عليها، وهي تضع أولى خبراتنا، وفيها تشكل شخصياتنا، وتتكيف مع البيئات المتغيرة حولنا، وهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك، ويلقى فيها الكبار والصغار مصدر الرخاء.

إن الأسرة مازالت من النظم الأساسية ذات التأثير الفعال في حياة الأفراد، وإذا كانت الأسرة هذا الدور، فينبغي أن نبقي إلى حد يمكن استخدام مفهوم الأسرة الجزائرية خاصة بعد تعرضها لتغيرات مختلفة وجوهرية ظهرت بدرجات متفاوتة بين الأسر في مختلف الهياكل الاجتماعية، نتيجة لعمليات التغير الاجتماعي، الذي شهده المجتمع الجزائري ككل، مما أدى إلى بروز اختلافات في مفهوم الأسرة الجزائرية، وخصائصها بين المجتمعات المحلية، الريفية والحضرية ²، كما أن الأسرة عبارة عن جماعة اجتماعية تتميز بمكانة إقامة مشترك وتعاون اقتصادي، ووظيفة تكاثرية، ويوجد بين أعضائها على الأقل من ذكر بالغ وأنثى بالغة وطفل، سواء كان من نسلها أو عن طريق التبني ³، وهي عبارة عن وحدة إنتاجية بيولوجية تقوم على زواج شخصين يترتب عليه نتاج من الأطفال، عند ذلك تتحول الأسرة إلى وحدة اجتماعية، ويعرفها "أوجست كونت" بأنها: "الخلية الأولى في جسم المجتمع، وهي النقطة الأولى التي يبدأ منها في التطور، ويمكن مقارنتها في طبيعتها وجهر وجودها بالخلية الحية في التركيب البيولوجي للكائن الحي، وهي أول وسط طبيعي واجتماعي نشأ فيه الفرد وتلقى عنه المكونات الأولى للثقافة، وتراثه الاجتماعي " ⁴.

ب- التعريف الإجرائي للأسرة:

لقد تنوعت واختلفت الدراسات العلمية والكتابات حول الأسرة عبر التاريخ الطويل للإنسانية، إذ أن هناك من يعتبرها أو بدأ بوصفها حياة الأسرة، وتحديد أركانها فسمها بالمؤسسة، ومنهم من يعتبرها كجماعة أساسية وكنظام أساسي، ومصدر أخلاقي وتربوي يعمل

¹ غيث محمد عاطف: قاموس علم الاجتماع، دار المعارف الجامعية، مصر، ص 390، 391.

² حسن عبد الحميد رشوان: الأسرة والمجتمع، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2005، ص 22.

³ محمد حسين: علم الاجتماع الصناعي، مكتبة انجلومصرية، مصر، 1972، ص 4.

⁴ محمد حسن الشناوي وآخرون: التنشئة الاجتماعية للطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2001، ص 207.

على تشكيل وتنشئة أعضاء صالحين في المجتمع، ولذلك تشكل الأسرة إحدى المقومات الأساسية للوجود الاجتماعي في الحياة الإنسانية، وتتميز الأسرة كجماعة بوجود تفاعل ومستمر ومباشر وعميق بين أفرادها، ويؤثر نمط هذا التفاعل وطبيعته في روابط العلاقات، والروابط الاجتماعية في المجتمع، وكلما كانت العلاقات الأسرية تقوم على أسس وروابط متينة تمتع المجتمع بالاستقرار والوحدة والترابط بين أفرادها، وهناك مجموعة من المقومات أو القوى التي تتصل بالحياة الاجتماعية وجوانب الأسرة، كالعلاقات والتفاعلات والولاء والانتماء، وكلها مقومات إذا ما توفرت في الأسرة فإن أعضاءها يستطيعون اكتسابها، بل قد تصبح جزءا من مكونات السلوك الإنساني من المهد إلى اللحد، ومن ثمة ينتقل السلوك إلى المجتمع الخارجي، وتعتبر هذه أساس الأمن الاجتماعي والتضامن البشري، لكي تؤدي الأسرة الوظائف المكلفة بها تحتاج إلى التقارب والتماسك فيما بينها حتى يكون التفاعل بين أفرادها إيجابيا، وبناءا على هذا فإننا في دراستنا هذه تعرضنا إلى عنصر التفكك الأسري الذي يعتبر من بين أسباب عود المدمن إلى المخدرات، حيث وبعد خضوع المريض إلى فترة علاج بالمؤسسة الاستشفائية، فإنه بعد انتهاء تلك المرحلة يحتاج إلى جو يساعده على عدم الرجوع إلى الإدمان، وهذا العامل يجب أن توفره الأسرة من خلال العلاقات الجيدة والمستقرة داخل كيانها، وإذا كان العكس، أي بعد خروج المدمن من المستشفى واصطدامه بجو أسري غير مستقر ومليء بالصراعات والمشاكل فإنه بنسبة كبيرة سيتعرض للانتكاس ويحاول الهروب من الواقع باللجوء والعود إلى الإدمان.

المبحث الثالث: الإجراءات المنهجية المتبعة

أولاً: المناهج المتبعة في الدراسة:

لكل دراسة علمية يقوم بها الباحث تتطوي قضايا وأمر، يسعى فيها الباحث إلى تحقيق أهداف دراسة موضوعه، ومحاولة عرضها بطريقة موضوعية، فالسعي لتحقيق ذلك يتوقف قبل كل شيء على كيفية دراسة هذه القضايا بمنهج مناسب، وبطريقة بحث تحقق الهدف الرئيسي من إجراء هذه الدراسة.

ويعرف المنهج على أنه >> عبارة عن مجموعة من العمليات التي تسعى لبلوغ هدف معين>>¹ كما يعرف أيضا >> على أنه طريقة البحث التي يعتمد عليها الباحث في جمع المعلومات والبيانات المكتسبة أو الحلقية، وتصنيفها، وتحليلها وتنظيمها>>²، وفي بعض الحالات قد يجد الباحث نفسه مجبرا على استخدام منهجين أو أكثر، وذلك إذا كانت طبيعة المشكلة تتطلب ذلك>>³.

وبالنسبة لدراستنا هذه فإنها تعتمد على منهجين متناسبين مع طبيعة موضوع البحث وهما:

أ- **المنهج الإحصائي:** حيث يهدف هذا المنهج إلى التحليل الإحصائي، لمعطيات وسمي أيضا >> بالمنهج المتمم، فهذه المعطيات المجتمعة من خلال التحقيق بالاستمارة والتي تضم إجابات عديدة مرمزة مسبقا ليس لها دلالة بحد ذاتها، ولا يمكن استخدامها بالتالي إلا في إطار معالجة كمية تسمح بمقارنة الإجابات الشاملة لفئات اجتماعية مختلفة، وتحليل الترابطات القائمة بين المتغيرات>>⁴.

ويعتبر هذا المنهج من أنسب المناهج لدراسة موضوع العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري-الأسباب والعوامل-، وخاص أنه يسعى إلى تحديد العلاقة بين عناصر الظاهرة، كما يسعى إلى تقرير حقائق راهنة، بظاهرة معينة، وتوضيح أبعاده، وتفسيرها،

¹ موريس انجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصية للنشر، الجزائر، 2004، ص 98.

² الحسن إحسان محمد: مناهج البحث الاجتماعي، دار وائل للنشر، بغداد، ط 1، 2005، ص 11.

³ بوحوش عمار، محمد الذبيات: مناهج البحث الاجتماعي (الأسس والأساليب)، مكتبة المنار، الأردن، ط 1، 1989، ص 329.

⁴ ريمون كفي، لوك فان كمبنهود: دليل الباحث في العلوم الاجتماعية، ترجمة د.يوسف الجياي، المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت، ط 1، 1997، ص 228.

والعلاقات المترتبة عنها، وقد اعتمدنا على المنهج نظرا لأهميته سواء من حيث تجميع المعلومات والبيانات وتفسير مدلولاتها خاصة فيما يتعلق بوصف الوضعية الاجتماعية والاقتصادية والمهنية للمدمن العاقر للإدمان المخدرات، والعلاقة الاجتماعية بين الأسرة والمدمن العاقر.

كما أن هذا المنهج يعتمد على تحويل البيانات الكيفية إلى بيانات كمية، ويعرف على أنه « المنهج الذي يعتمد على تحويل البيانات إلى معطيات كمية بغية تحليلها والتحقق من الفرضيات»¹.

والهدف من استعمال المنهج الكمي هو التحليل الكمي القياسي للظاهرة المدروسة، وقد قمنا بتوظيف هذا المنهج لأن بواسطته نقرب من الموضوعية والدقة والوصول إلى نتائج علمية من خلال التعامل مع الأرقام والنسب مع تفادي الأحكام الذاتية ويساعدنا هذا المنهج في جمع البيانات الكمية المتعلقة بموضوع الدراسة، وكان الهدف من استعماله وصف فراد العينة، والظاهرة المتغيرة وتحديد تكرارها، وأهميتها من خلال جميع الملاحظات حوله للتعبير عنه وترجمتها إلى أرقام.

ب- المنهج التاريخي: ويعتبر هذا المنهج مجموعة الخطط العلمية المتبعة من أجل إعادة بناء الظاهرة أو المشكلة الاجتماعية، ونتبعها من حيث سيرورتها الزمنية والمكانية، وكذا معرفة أسبابها، ونتائجها، وتطوراتها².

كما أن هذا المنهج يعتمد على ملاحظات الباحث ولا يقف عند مجرد الوصف بل يحلل ويفسر. إضافة إلى ذلك فإن هذا المنهج يساعدنا على معرفة تطور المشاكل وحلولها السابقة ودراسة سلبيات وإيجابيات هذه الحلول، ويمكننا كذلك هذا المنهج من حل مشاكل معاصرة على ضوء خبرات الماضي، والهدف من هذا المنهج هو الكشف عن أسباب الظاهرة بموضوعية على ضوء ارتباطها بما قبلها، أو بما عاصرها من حوادث، وربط الظاهرة التاريخية بالظواهر الأخرى الموائية لها والمتفاعلة معها، ويمكن التنبؤ بالمستقبل من خلال دراستنا للماضي، كذلك الهدف من هذا المنهج هو التعرف على نشأة الظاهرة زد على ذلك التأكد من صحة المعلومات التي جمعت وذلك ليكون البحث أكثر مصداقية وأمانة وفي ذلك قال ابن خلدون: « وكثيرا ما

¹ بوحوش عمار، محمد الذبيات: مناهج البحث الاجتماعي وطرق إعداد البحوث، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص 57.

² القول صلاح مصطفى: منهجية العلوم الاجتماعية، عالم الكتاب، القاهرة، دون تاريخ، ص 196.

وقع المفسرين وأئمة النقل من المغالط في الحكايات والوقائع لاعتمادهم فيها على مجرد النقل ولم يعرضوها على أصولها ولا قاسوها بأشباهها بمعيار الحكمة والوقوف على طبائع الكائنات وتحكيم النظر والبصيرة في الأخبار فضلوا عن الحق وتاهوا في ببداء الوهم والغلط ولاسيما في إحصاء الأعداد من الأموال والعساكر إذا عرضت في الحكايات إذ هي مظنة الكذب ومظنة الهذر ولا بد من ردها إلى الأصول وعرضها على القواعد كما أن من إيجابيات المنهج التاريخي فإنه يعتمد على المنهج العلمي في تقديم البحوث ، النقد الداخلي والخارجي لمصادر جمع البيانات الولية والثانوية، ورغم الانتقادات أو الآخذ التي سجلت على المنهج التاريخي، إلا أنه يحتفظ بمكانته الخاصة ضمن المناهج الأخرى، ويحظى بحصة الأسد من خلال اختياره في أغلب البحوث العلمية وذلك لما له من أهمية في التعرف على ماضي وكيفية نشأة الظاهرة وتطورها عبر التاريخ مما يجعل الحلول ممكنة أمام الباحث ويسهل عليه تطبيق الحلول بطريقة علمية وموضوعية ¹ .

وقد قمنا باستخدام هذا المنهج للتعرف على الوضعية الأسرية للمبحوث، ونوع المشاكل التي طرأت على أسرة المدمن، وعلاقة المبحوث بأصدقاء السوء بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية وعودته مجدداً، وهذا العرض التاريخي يحدد لنا الأسباب والعوامل التي ساعدت على انتشار ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات.

ثانياً: التقنيات المستعملة في الدراسة:

إنه بمجرد الانتهاء من مرحلة إعداد البحث، يبدأ الباحث في عملية جمع البيانات، وهذا يعتمد على عدة أدوات مختلفة لجميع البيانات، نذكر منها، الملاحظة والمقابلة، والاستبيان، وتحليل المضمون.... إلخ، ويتم عادة بتحديد الأداة أو الوسيلة اللازمة لجمع البيانات على ضوء الأهداف والبيانات المتاحة، ومدى ملائمة هذه الأوصاف لدراسة المشكلة من جهة والتي يجب أن تكون على درجة عالية من الثبات، والصدق من جهة أخرى ² ، وفي دراستنا هذه تم الاعتماد على الأدوات التالية:

أ. الدراسة الاستطلاعية: تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة الأولى والضرورية في أي بحث علمي، فهي قاعدة الدراسة الميدانية، باعتبارها مرحلة مهمة من مراحل البحث

¹ عبد الرحمان ابن خلدون: مقدمة ابن خلدون، دار الهيثم، القاهرة، 2005، ط1، ص 204.

² عاطف غيث، محمد علي محمد: محاضرات في البحث الاجتماعي، مكتبة كزبيد إخوان، بيروت، 1976، ص 100.

الاجتماعي، وهي « محاولة لفحص الميدان الذي سيجري فيه الباحث دراسته، والتأكد من صحة الأفكار التي يطرحها »¹.

من خلال دراستنا الاستطلاعية حول موضوع بحثنا وهو: العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري - الأسباب والعوامل - حيث أننا لاحظنا رغم وضع الدولة الجزائرية استراتيجية لمواجهة هذه الظاهرة، ورغم تخصيص مصحات لعلاج الإدمان مع أنها قليلة جداً فإن الأرقام في تزايد مستمر في مجال العود إلى الإدمان، ومن هنا جاءت الحاجة للبحث في الموضوع، وعرفت هذه المرحلة عملية البحث عن الوثائق والكتب بهدف التمكن من بناء إطار نظري، وطرح إشكالية تتماشى والموضوع، كما قمنا بعملية حسب نبض الميدان، وذلك باتصالنا بالمؤسسة الاستشفائية: المركز الاستشفائي الجامعي - فرانتز فانون - بالبلدية، وبالضبط مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان، حيث قمنا بمقابلة 10 مبحوثين بغرض ملئ الاستمارة، كما قمنا بمقابلة الأستاذ "حبيب باش" مدير المصلحة، إضافة إلى مقابلة تقني سامي في الصحة بالمصلحة، وعرفنا منه أن الدافعية لدى المريض تمثل عنصراً أساسياً في نجاح العلاج وعدم عودته إلى الإدمان مجدداً، ويتضمن العلاج جانبين: ألا وهما جانب دوائي، وجانب نفسي اجتماعي، وتتحصر مدة العلاج في 21 يوماً، وبعد نهاية تلك الفترة يتقرر خروج المريض بالتفاهم مع جملة أعضاء الفريق المشرف على العلاج، ويتم فحص المدمن قبل خروجه، مع ضمان متابعة منتظمة خلال بضعة أشهر، وفي حالة الانتكاس يمكن أن يعالج المريض بكيفية متنقلة، أو يمكن أن يستفيد من فترة أخرى لإزالة السموم وفقاً لإرادته، ووجود الدافعية لديه، فخلال قدوم المريض إلى المصلحة يكون له ملف حسب الرسالة التي جاء لها، ثم يعرض على الطبيب، فإذا كانت حالته ليست خطيرة يعالج خارج المؤسسة، وخلال 5 أيام الأولى التي يقضيها المدمن داخل المؤسسة تكون حالته غير مستقرة، لأنه توجد بعض الأنواع من المخدرات مثل: الكوكايين، أو الهيروين، لا يستطيع المريض أن ينقطع عنها بسهولة، فيقدم له دواء لكي لا يتصرف تصرفات عدوانية تضر به أو بغيره، وبعد ذلك يبدأ في الاستقرار، كما يمارس المرضى نشاطات رياضية مرتين في الأسبوع، أما النشاطات الثقافية، فلا توجد وسائل لتقديم هذه النشاطات، والملاحظ أنه من المقيمين في المصلحة، و الذين يقصدونها قصد العلاج من الإدمان، ليسوا فقط من الطبقة الغير مثقفة، بل هناك فنانين، وذوي مواهب مختلفة يقصدون

¹ الحسن إحسان محمد: المرجع السابق، ص 14.

المصلحة بغرض إزالة التسمم، كما أن هناك متابعة بعد الخروج من المؤسسة، وهذا يتوقف على إرادة المريض ودور أسرته في تشجيعه على مواصلة الاتصال بالمؤسسة، حيث يتم التأكد من الشفاء - شفاء المريض - على الأقل بعد عام أو في بعض الحالات من 3 إلى 4 سنوات، وبعد التأكد من الشفاء يمنع المريض من شرب الدواء، إلا أنه هناك بعض المدمنين بعد خروجهم من المؤسسة عادوا إلى تناول المخدرات، وتعطى ثلاث فرص للمريض إذا عاد إلى تعاطي المخدرات للعودة إلى المصلحة والاستفادة من العلاج، ولكن بعد ذلك إذا أعاد سلوكه يمنع عليه دخول المصلحة، كما أنه بالنسبة لمدة العلاج التي هي 21 يوما فهي ثابتة مهما كان نوع المخدر، وذلك لتعطى فرصة للمدمنين الذين يتهافتون على المصلحة يوميا وحدهم أو مع أسرهم، وسبب برمجة هذه المدة للعلاج والمكوث في المصلحة نظرا لقدرة هذه الأخيرة على استيعاب عدد كبير من المرضى.

كما أننا عرفنا من المتحدث إلينا أن هناك أشخاص وجد بحوزتهم مخدرات داخل المؤسسة، وكانت بعض الأسر تدخل لأبنائها المخدرات بكل الطرق مثال (الأكل)، وتواجه هذه الأسر بمنع الزيارة، أما إذا وجد يتناول المخدرات يتم تسريحه مباشرة دون نقاش، وهناك أشخاص من الخارج - خارج المؤسسة - هم ضد فكرة العلاج من الإدمان، خاصة المروجين، حيث قبض على مروجين للمخدرات داخل المصلحة، ومن بعض السليبيات أن المدمنين يكونون علاقات ببعضهم داخل المؤسسة، خاصة وأن بعض الغرف تحتوي على أكثر من مريض نظرا لضيق المصلحة، وبعد الخروج يتصلون بغرض العودة إلى التعاطي، كذلك من بين الصعوبات التي تواجهها المؤسسة هو استعمال الهواتف النقالة، بحيث أن المدمنين يواجهون رفض المؤسسة استعمالهم الهاتف النقال، ويبررون ذلك برغبتهم في الاتصال بعائلاتهم، كما أنه في العديد من المرات وقعت داخل المصلحة جرائم سرقة بين المدمنين.

إن الساهرين على علاج أولئك المدمنين يحاولون دائما التقرب منهم ومشاركتهم نشاطاتهم، وإلى جانب ذلك الحديث معهم، ومعاملتهم معاملة حسنة.

كما أنه وقبل أن تنشأ مصلحة مكافحة الإدمان، كانت هذه المصلحة مصلحة أمراض عقلية، وكان المدمنون يعالجون مع المرضى نفسيا، ولم تكن حالات كثيرة، ولا يعني هذا أن عدد المدمنين كان قليلا، لكن كانت المصلحة غير معروفة لدى الكل بأنها تشرف على علاج المدمنين خاصة، وأنها كانت تتكفل بالمرضى عقليا، وذلك ما زاد عزوف الشباب المدمنين

عن العلاج، كما أن مصلحة مكافحة الإدمان مصلحة مفتوحة لا تقبل الأشخاص المبعوثين من المؤسسة العقابية، ولكن أولئك الأشخاص المدمنين يبعثون إلى المصلحة العقلية المغلقة، ويخضعون لنظام خاص مغلق، وبرنامج مختلف وتسمى هذه المصلحة "بمصلحة الإصلاح".

كذلك وجدنا أن لمصلحة مكافحة الإدمان علاقات بمصالح أخرى، مثال ذلك الجمعيات، مثال "جمعية مكافحة الإدمان"، ولديهم خلايا استماع، ولديهم أطباء نفسانيين يسمعون المرضى، ثم يرسلونهم للمؤسسة الاستشفائية، كذلك لها علاقة بالديوان الوطني لمكافحة المخدرات، كذلك المخابر، مثال "مخبر باب الواد"، لأنه لا يوجد مخبر خاص بالمصلحة (مصلحة مكافحة الإدمان).

كما تحصلنا على جدول لتوزيع المدمنين الذين تعرضوا إلى حالات الانتكاس حسب السن والعام.

جدول يبين توزيع المدمنين الذين عادوا إلى إدمان المخدرات ودخلهم إلى المستشفى حسب السن والعام.

ب. الملاحظة: تستخدم الملاحظة في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة، أو الوثائق أو السجلات، والتي لا يمكن الحصول عليها عن طريق الدراسة النظرية أو المكتبية¹.

وتعرف الملاحظة كأداة بأنها توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة، وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه²، وتعتبر الملاحظة وسيلة من وسائل جمع المعطيات، وتستعمل لجمع وتصنيف وتحليل الحقائق والمعلومات التي يشتقها الباحث من الحقل الاجتماعي بعد فحصه وملاحظة وتحليل جوانبه³.

وقد استعملنا الملاحظة في دراستنا هذه خلال زيارتنا لمصلحة مكافحة الإدمان، والتقرب من مجموعة من المدمنين العائدين والمقيمين داخل المؤسسة بغرض العلاج، كذلك بعض الأخصائيين، ولاحظنا كذلك كيفية التعامل بين المشرفين على العلاج والمرضى، ووقفنا على

¹ زرواطي رشيد: منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2004، ص 56.

² بوحوش عمار، محمد الذبيات: المرجع السابق، ص 72.

³ إحسان محمد حسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار البحث والنشر، بيروت، 1971، ص 131.

أهم النقاط الأساسية التي تهمنا، وتدخل أهداف دراستنا من خلال تلك الملاحظات طرحنا عددا من التساؤلات فيما يخص أسباب وعوامل عود أولئك المدمنين إلى إدمان المخدرات. كما أننا استعملنا الملاحظة ليس فقط داخل المصلحة وإنما تقرنا أيضا إلى عدد من المدمنين العائدين إلى تعاطي المخدرات خارج المؤسسة الاستشفائية، وطرحنا عليهم بعض الأسئلة فيما يخص أهم الأسباب التي دفعتهم إلى الانتكاس والعود إلى هذا السلوك المنحرف، وقد لاحظنا وجود العديد من الخصائص المشتركة بين الأفراد المدمنين سواء المقيمين داخل مصلحة مكافحة الإدمان أو أولئك الذين قابلناهم خارج المؤسسة، إذ يتميزون بجفون زرقاء اللون، وبشرة سمراء، بالإضافة إلى بعض الجروح الظاهرة على مستوى الوجه واليدين، أما نحن بعض السلوكات لاحظنا عليهم بعض ملامح الانطواء، والميل إلى الابتعاد عن الناس، إذ يجتمعون في مناطق معروفة لديهم، للالتقاء مع بعضهم البعض، هذا بالإضافة إلى بعض السلوكات المنحرفة، ويستعملون ألفاظا بذيئة في تعاملهم مع بعضهم البعض دون الاهتمام بمن حولهم... إلخ، أما المدمنين الذين يقيمون بالمصلحة فقد لاحظنا أنهم يختلفون تماما عن أولئك الذين قدموا إلى المؤسسة قصد العلاج لأول مرة، حيث لاحظنا أن سلوكهم مختلف، فمثلا عند تعرض أحدهم إلى افتقاد العقار يطلب مباشرة من الطبيب أو الممرض الحقنة المهدئة عكس المدمن الذي دخل إلى المؤسسة لأول مرة، حيث تجده في هذه الحالة مضطرب وفي حالة من القلق، إضافة إلى أن هؤلاء المدمنين العائدين، نجدهم يتعاملون بنوع من الحرية لأن جو المؤسسة ليس جديد عليهم.

ج. الاستثمار بالمقابلة: تعتبر أهم تقنية يقدم عليها أي بحث اجتماعي في الجانب الميداني في جمع المعلومات، حيث أن الاستثمار وسيلة علمية تساعد الباحث على جمع الحقائق والمعلومات من المبحوثين خلال عملية المقابلة، والاستثمار بالمقابلة هي وجيز أسئلة يطرحها المستجوب الذي يقوم في نفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المستجوب، فتتم عن طريق الطرح الشفوي للأسئلة وتسجيل الإجابات، وهذا يتطلب من الباحث وقتا وتدخل أكثر، وكذلك الشأن بالنسبة إلى الذين يقومون بتقديم الاستثمار¹.

¹ موريس أنجريس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصة للنشر، الجزائر، 2004، ص 206.

وفي دراستنا هذه قمنا في البداية بعد عملية جش نبض الميدان، وتسجيلنا لعدة نقاط لاحظناها داخل مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان، قمنا بتحضير استمارة تتكون من 59 سؤال، وتضم أولاً خصائص العينة ثم بيانات خاصة بكل فرضية، حيث لدينا ثلاث فرضيات، وكل فرضية خصصنا لها عددا من الأسئلة، وقمنا بعرضها على الأستاذ المشرف، ثم عرضها على محكمين إثنين - كل من الأستاذ بوزيدة عبد الرحمان، والأستاذ الهاشمي مقراني - وبعد ذلك قمنا بمقابلة كل مبحوث على حدى، بحيث لدينا 70 مبحوث، ووجهنا لكل واحد الأسئلة، ويتم الجواب مباشرة من طرف المبحوث بمساعدة الأخصائية الاجتماعية بمصلحة مكافحة الإدمان السيدة عثمان، التي وضحت لي الظروف الاجتماعية لبعض المدمنين وكيفية التعامل معهم، وقد اعتمدنا على هذه التقنية في داستنا لأن الاستمارة لمّا تترك عند المريض قد لا يفهم بعض الأسئلة نظرا للمستوى الدراسي المحدود لبعض المدمنين، أو أن هناك بعض المدمنين الذين تكون حالتهم متوترة، ومن ثمة قد تتعرض الاستمارة للتلف، ومنه يصعب علينا جمع البيانات في وقت محدود، كما أن البعض من المرضى قد لا يجيبون على كل الأسئلة، ولذلك لجأنا إلى استخدام الاستمارة بالمقابلة لنشرح بعض النقاط للمرضى، وتتنطق حتى لبعض الأمور الأخرى قد لا تكون متعلقة بالأسئلة الموجودة بالاستمارة، حيث وجدنا بالقرب من المرضى والحديث معهم يكشف لنا عن عدة نقاط مهمة تساعدنا في الوصول إلى نتائج دقيقة، خاصة أن هناك بعض المدمنين الذين أقاموا بالمصلحة قصد العلاج من الإدمان أكثر من مرة، وتحصلنا منهم على معلومات ساعدتنا على التعرف أكثر على الأجواء التي يعيشها المرضى داخل المصلحة أثناء فترة العلاج.

د- الأساليب الإحصائية المعتمدة: تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS رقم النسخة أو الإصدار 22، وتم الاعتماد على الأساليب الآتي ذكرها:

- التكرارات
- النسب المئوية
- الإحصاء الوصفي لبنود الاستبيان

هذا بالنسبة لخصائص العينة (بيانات خصائص العينة)

- أما بالنسبة للفرضية الأولى تم الاعتماد على معامل ارتباط بارسون، وفي الفرضيتين الثانية والثالثة تم استخدام معامل الانحدار الخطي البسيط.

ثالثا: العينة وخصائصها وكيفية استخراجها:

العينة هي اختيار مجموعة من مجموع مجتمع البحث، وهؤلاء الأشخاص يكونون العينة التي يهتم الباحث بفحصها ودراستها، والعينة المختارة من مجتمع البحث يجب أن تكون ممثلة له في مزاياها ¹.

ولما كان هدفنا هو الكشف عن عوامل وأسباب ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري ودور المؤسسة الاستشفائية في الحد من هذه الظاهرة ومكافحتها، ومنه قمنا باختيار عينة من المقيمين بمصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان بالمركز الاستشفائي الجامعي "فرانتز فانون"، هذه الفئة يعالجون داخل المصلحة ويخضعون لنظام داخلي (مقيمين).

هذا وقد تم الاعتماد اختيار العينة على الطريقة العمدية، أي "العينة القصدية"، حيث يقوم الباحث بهذا النوع من العينات باختيار مفرداتها بطريقة تحكيمية لا مجال فيها للصدفة، بل يقوم هو شخصيا باقتناء المفردات الممثلة ².

وقد تم اختيار هذا النوع من العينات، وذلك تماشيا مع طبيعة الموضوع، والهدف منها، حيث تم اختيار 70 مفردة من تلك الفئة المترددة على المصلحة للعلاج والاستفادة منه لمدة معينة، حيث تم الاعتماد على المقابلات الشخصية، والاطلاع على بعض سجلات المصلحة.

وعند تقربنا من المصلحة علمنا من طرف أحد الموظفين أن عدد حالات الزائرين لهذا المركز قصد العلاج تكاد تكون شبه يومية، حيث يلتحق بالمركز ما بين (332 - 350) مدمنا شهريا، ويتم الاستشفاء بالمركز لمدة حوالي 21 يوم، وأن هذا العلاج داخل المركز ليس إلزامي أو إجباري على المدمنين الذين يرغبون في العلاج من الإدمان على المخدرات.

ويأتي إلى هذه المصلحة أفراد من مناطق وولايات مختلفة أغلبيتهم من ولاية الجزائر، البلدية.

¹ محمد حسن إحسان: المرجع السابق، ص 19.

² بن مرسل أحمد: مناهج البحث العلمي في علوم الإعلام والاتصال، الديوان الوطني للطباعة الجامعية، الجزائر، 2003، ص 197.

وهؤلاء المدمنين المقيمين بالمصلحة قصد العلاج يشتركون في هذه الخاصية أن يكونوا مقيمين بالمصلحة "مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان"، وسبب وجودهم العلاج من تلك السموم.

رابعاً: مجالات الدراسة:

أ- المجال المكاني للدراسة:

1- التعريف بمستشفى فرانتز فانون: يعود وجود مستشفى "فرانتز فانون" إلى سنوات الثمانينات، وإبان وجود الاستعمار الفرنسي بالجزائر، وقد اختيرت منطقة غرب البلدية لتكون مكاناً لضم فئة المختلين عقلياً، حيث كانت تسمى آنذاك بـ: "JOINVILLE" وفي سنة 1983 عرف أول دخول للمرضى بوجود مصلحتين فقط، وبعد مجيء الدكتور "فرانتز فانون" "Frantz Fanon" وضعت خطة محكمة لعلاج هؤلاء المرضى، وبالتالي ازدادت شهرة هذا الدكتور فسمي المستشفى باسمه، وفي سنة 1985 أدخلت إلى المستشفى عدة اختصاصات، كما أعيد النظر في تسمية المستشفى، إذ أصبح يدعى "المركز الاستشفائي الجامعي" وحدة "فرانتز فانون"، وهو يعتبر من أكبر المستشفيات في الجزائر، إذ يحتوي على عدة مصالح مختلفة، ومنها مصلحة طب وجراحة الأعصاب، مصلحة أمراض القلب، طب العيون، الأنف والحنجرة، مصلحة الإنعاش، مصلحة التدريب الوظيفي، مصلحة الإعانة الطبية النفسية لضحايا الإرهاب، مصلحة مكافحة السرطان، وقسم خاص بالأمراض العقلية الذي يشتمل على ثلاث فئات كالتالي:

- عشرة مصالح خاصة بالرجال.
- ثلاث مصالح خاصة بالنساء.
- مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان.

2- التعريف بمصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان:

تقع هذه المصلحة في مستشفى "فرانتز فانون" وتعتبر أول مصلحة مختصة في مجال الوقاية ومكافحة المخدرات والإدمان، وقد دشنت سنة 1994، وتتكون هذه المصلحة من العديد من الموظفين، مختصين، إداريين، وفنيين، يساهمون على تسيير المصلحة، وتتكون مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان من وحدتان وظيفيتان:

- وحدة الفحص.
- وحدة الاستشفاء بالإقامة مكونة من مصلحتان:

واحدة للرجال (40 سريرًا)، وأخرى للنساء (10 أسرة).

- يتكون التأطير يتكون التأطير من فريق متعدد التخصصات كان يعمل تحت سلطة الأستاذ "ريدوح شبيرة" رحمه الله - ثم بالنيابة الأستاذ "حبيباش".

يتكون الفريق من: - 02 مختصين في علم النفس

- 01 طبيب عام

- 02 مختصين في علم الاجتماع

- 01 تقني سامي في الصحة

- 01 تقني في الصحة

- 02 أستاذين مساعدين (مصلحة النساء)

- 10 أستاذة مساعدين (قسم الرجال)

- الأعوان شبه الطبيين موزعون على أربعة فرق يعملون خلال 24 ساعة منهم إثنان تقنيان ساميان في الصحة و 5 أعوان مصلحة في كل فريق وسكرتيرة شبه طبي، وأربعة عمال مكلفين بالنظافة.

- ويلتحق بالمصلحة حوالي (250 إلى 322) مدمن شهريا من الجنسين الذكور والإناث، غير أن وجود الإناث يكاد يكون منعدما، إذ يلتحق بالمصلحة ما بين (6 إلى 8) مدمن شهريا، ويتم الاستشفاء فيها لمدة 21 يوما حتى شهر كعلاج داخلي، وتبقى هناك متابعة حتى بعد خروج المبحوث، وهناك من يعود إلى المخدرات ويضطر إلى إعادة الإدماج من جديد، وبالنسبة لدراستنا فقد تم اختيار هذا المركز ومصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان، وهي مجال اهتمام بحثنا.

3- مركز نوفادونا (NOVA DONA) المتخصص لعلاج الإدمان بباريس - فرنسا -

في سنة 2015 وبالضبط في شهر جوان قمنا بزيارة مركز نوفادونا الذي كان في الأصل جمعية أنشئت بتاريخ 18 ماي 1994، مركز للعلاج في الفاتح فيفري 1995 برقم 104 شارع ديدو، في الدائرة الرابعة عشرة بباريس، ويقع هذا المركز في الجنوب الغربي للدائرة، ويكون

جزءاً من محيط مستشفى "بروسي"، ويقع المركز قريباً من أماكن استهلاك المخدرات والاتجار غير المشروع بها بكل من "باب فانف" و "أورليان"، والبلديات المجاورة وهي: "مالاكوف" و "فانف"، وهو من جانب آخر عن طريق بلدية "بانيو"، وهي مكان آخر شهير بالاتجار غير المشروع بالمخدرات واستهلاكها.

وبعد أخذ موعد مع مدير المركز البروفيسور "مصطفى بن سليمان" قمنا بجلستين مع هذا الأخير، وطرحنا عليه عدة أسئلة فيما يتعلق بخدمات هذا المركز، وأي الفئات التي يستقبلها وعلاقة هذا المركز بهيئات ومؤسسات أخرى، ومدى فعالية العلاج من الإدمان وخاصة بالنسبة للمدمنين العائدين. وتتمثل الأهداف الأساسية لهذا المركز فيما يلي:

- استقبال مستعملي المخدرات ومرافقتهم في العلاج.
 - تقليص المخاطر الصحية والاجتماعية المرتبطة باستعمال المخدرات، لاسيما بالنسبة لتنقل فيروس فقدان المناعة المكتسبة **V.I.H**، والالتهابات الكبدية.
 - الاتصال بالأشخاص المهمشين المستعملين للمنشطات.
 - التكفل الطبي والنفسي والاجتماعي والتربوي.
- وبالنسبة للأشخاص المستهدفون، فإن مركز "توفادونا" يعنى باستقبال كل شخص يستعمل مواد منشطة ومخدرة، ويسهل هذا التخصص الاستفادة من الهيكل، ويسمح بتنويع العرض، وهكذا، فإن كل مستعمل يدخل إلى مركز "توفادونا" مكانه مهما كان وضعه في المسار.
- تحترم وتيرة كل مستهلك وكيف حسب متطلبات الهيكل وفقاً لك واحد.
 - إن المستعملين الذين يدخلون مركز "توفادونا" يأتون من الأحياء المجاورة من جميع إقليم باريس ومن الضاحية القريبة.

* مركز "توفادونا" مفتوح منذ الفاتح فيفري 1995، وجمعه بين صفات مركز "CAARUD" ومركز "CSST" في المكان ذاته، يمكن من القيام بالاستقبال غير الرسمي دون شروط مسبقة حتى العلاج.

* نصّب مركز "توفادونا" في جويلية 1996 بجانب مدخله موزعاً ومستبدلاً للحقن يشغل 24 ساعة على 24 ساعة.

* قبول المستعملين للمخدرات في "توفادونا" غير مشروط، أي بدون شروط في إطار احترام القواعد المسطرة من قبل المركز، كما أن جميع الأشخاص الموجودين في حالة هشاشة غير المستعملين لمواد منشطة ومخدرة يواجهون نحو التجهيزات الملائمة لإشكالياتهم.

- مركز "توفادونا" مفتوح للجمهور طوال السنة، من الإثنين إلى الجمعة، ومن الساعة 13 إلى الساعة 17 و 30 دقيقة.

- تخصص الفترات الصباحية للمساعدة الإدارية المختلفة ولنشاط المرافقة الجسمانية للمستعملين.

- كل شخص جديد يتقدم للمركز يستقبل بصفة عامة من قبل أحد أعضاء الفريق الاجتماعي التربوي، الذي يقدر طلبه، ويقدم الهيكل وطرق التكفل، واطلاعه على حقوقه، ويسلم لكل واحد كتيبا ونظاما داخليا لسير المركز.

وعلى إثر هذه المقابلة -مقابلة المدمن- يقترح الفريق المتخصص توجيهه سواء بالإقامة إذا كان المركز قادرا على الاستجابة لطلبه، أو نحو هيكل أكثر ملائمة لإشكالية المستعمل للمخدرات.

- يتم التوجيه نحو شريك خارجي بالاتصال بهذا الأخير بخصوص الشخص المعني.

فغذا كان التوجيه داخليا يقترح موعد مع أحد أطباء المركز، يمكن أن يكون هذا الموعد في اليوم ذاته أو في الأيام القادمة، وبعد هاتين المقابلتين يعرض طلب المدمن ووضعه خلال اجتماع الفريق الذي ينظم كل يوم ثلاثاء، وينفذ قرار التكفل به بصفة جماعية، وهكذا، فبني لحظة الاستقبال الأول للمدمن وبداية التكفل به يمكن أن يمر أسبوعا على أقصى تقدير، إذا كان قرار الفريق يقضي بتوجيه المعني إلى هيكل آخر أكثر ملائمة، يتغل هذا القرار وينفذ مع المدمن.

- في حالة اقتراح المركز تكفلا شاملا، يمكن أن يكون جميع المهنيين معنيين بالتدخل، وهناك مرجعيتان إحدهما اجتماعية وتربوية وأخرى طبية، في إطار تنسيق مجمل العمليات المتخذة بالنسبة للتكفل بالمستعمل.

- يستقبل مركز "توفادونا" محيط المدمنين وأقاربهم، ويقوم بالإعلام والدعم والتوجيه عند الضرورة نحو المؤسسات الأكثر ملائمة.

* الشخص الذي لا يقدم طلب علاج صريح يستقبل مع ذلك في جزء من مركز **C.A.A.R.U.D** ، ويمكنه أن يستريح ويتناول مشروب ساخن أو بارد، وأن يستحم ويغتسل ويجفف ثيابه وأن يستفيد من العلاج إذا رغب في ذلك، وأن يأخذ التجهيز الضروري لاستهلاكه بأقل ضرر.

- تسمح طاولة عرض موجودة في فضاء الاستقبال لكل شخص يدخل المركز بالاطلاع على الوثائق المتضمنة للمعلومات الضرورية حول المواد المخدرة والمخاطر المرتبطة باستعمالها.

أ- المساعدة المتعلقة بالكشف عن حالات الاستعمال الضار للمخدرات وعن تقليص المخاطر:

- تسهل الخصوصية الهيكلية لمركز "توفادونا" الذي يضم مصلحة **C.A.A.R.U.D** و **CSST** في المكان ذاته تحقيق هذه المهمة، حيث يسمح برنامج استبدال المحاقن داخل الهيكل بمنح تجهيز ضروري للحقن مع وسائل وقائية ملائمة، يتم منح التجهيز بكيفية فردية في أحد المكاتب، الأمر الذي يمكن من نقل معلومة ملائمة لكل تبعا للاستهلاك وطرقه، كما يتم فحص نقاط الحقن والجهاز الوريدي إذا قبل المستعمل للمخدرات ذلك، وعند الضرورة يقدم علاج وتقتراح نصائح وقائية، كما أن المؤسسة تقدم إعلاما فرديا أو جماعيا حول المواد المخدرة المختلفة، لا سيما ما يتعلق منها بالمخاطر والتأثيرات السلبية، ويسمح هذا البرنامج كذلك للمدمنين الذين لهم اتصالات مع هياكل علاج أخرى من الحصول على أدوات استهلاك دون خوف من إصدار أحكام.

- يكمل هذا التنظيم بموزع ومستبدل المجموعات التركيبية واقعين بجانب مدخل المركز في حالة تشغيل دائم 24/24 ساعة و 7/7 أيام.

- من جهة أخرى أمضى مركز "توفادونا" اتفاقا مع وكيل الجمهورية في إطار الترتيبات مع التوجيه نحو هياكل طبية اجتماعية، ويتعلق الأمر باستقبال الأشخاص الواقعين في حالة الاستجواب الأول من أجل استعمال المخدرات، من أجل القيام بفحص طبي واجتماعي شامل لوضعهم ومنهم شهادة، ويسمح هذا الفحص الشامل أحيانا باكتشاف مستعملين آخرين غير ذلك الذي كان وراء الاستجواب، وكذا السلوك ذي المخاطر المرتبط به، وهكذا ضمن الممكن تقديم المعلومة الضرورية واقتراح تكفل ملائم سواء في المركز أو في مكان آخر.

ب- العلاج والمتابعة الطبية:

- العلاج والمتابعة الصحية في مركز "توفادونا" يضمّنهما أطباء عامون مدعمون بقطب الممرضين ويمنحان وفقا لعدد من المحاور.
- العلاج المرتبط مباشرة باستعمال المنشطات يختلف عن علاج داخلي إلى المرافقة نحو الفطام، وفق النظام المستقل أو بالاستشفاء وإلى علاج استبدال بالنسبة للأشخاص الذين هم في حالة تبعية للأفيونات.
- إن التشجيع على الكشف الأولى للأمراض المرتبطة بالإدمان مثل VCH, VHB, VIH والتلقيح ضد الالتهاب الكبدي من النوع B، والتوجيه نحو الفحص المتخصص من أجل الشروع في العلاج وإقامة متابعة والمراقبة والمساعدة على تسيير هذه الأنواع من العلاج.
- التكفل بالمشاكل الجسمانية مع الاستشفاء عند الضرورة التوجيه نحو الفحوص المتخصصة مثل طب الأسنان، والتوليد، وامراض العيون وغيرها.
- الأخذ في الحسبان الأمراض النفسية مع التوجيه نحو هياكل **CMP** و **CHS**، والمساعدة على تسيير العلاج داخل المركز بالنسبة للمدمنين الذين يعانون من صعوبات.
- كل شخص متكفل به المركز يستفيد من الفحوص الطبية بصفة منتظمة بتواتر يتغير بحسب حاجاته مع طبيبه المتابع الذي يحترم قواعد سر المهن احتراما دقيقا.
- يكون ملف طبي لكل مدمن.
- يرتكز الفريق الطبي على شراكة قائمة ومتنوعة من أجل استمرار العلاج الذي أقره.
- أقيمت شراكات من أجل الكشف عن الأمراض مثل **VIH**، والالتهاب الكبدي **B** و **C**، على الخصوص من مركز الكشف السري والمجاني الواقع قرب المركز، ويمكن مرافقة المدمنين الراغبين في ذلك إلى هذا الفحص.
- تتم عمليات التوجيه والمرافقة نحو مصالح بعض المستشفيات الباريسية التي لنا معها شراكة ذات امتيازات.
- فيما يخص التكفل العلاجي النفسي، تنظم نقاط إيدال نحو بعض مراكز **CMP**، كما أننا نقيم شراكة ذات امتياز مع مركز أخذ متخصص لعلاج المدمنين بباريس.

ج- التكفل الاجتماعي والتربوي:

- إن المدمنين المتكفل بهم في مركز نوفادونا يأتون أحيانا في أوضاع اجتماعية معقدة يمكن أن تتطلب تجنيد كفاءات الفريق، وكذا شبكة من المتعاملين، يحدد المرجع الاجتماعي والتربوي مع المدمن الأولويات وينسق العمليات التي شرع في تنفيذها من أجل تحقيق الأهداف المسطرة بكيفية منسجمة.

- ويعمل الفريق من أجل الاستفادة - استفادة المدمن - من الحقوق مثل: التغطية الاجتماعية، الحد الأدنى من الحاجات الاجتماعية، وغيرها من الخدمات عندما لا يكون مستفيدا منها، ويسهر على استمرار هذه الحقوق.

- المرافقة نحو الإقامة التي تتغير من الإقامة الوسيطة بل بالنسبة للبعض حتى السكن المستقل بالاعتماد على شراكة جمعوية متغيرة بحسب تغير الأشخاص الوافدين إلى المركز.

- دعم إدماج أو إعادة إدماج مهني للتوجيه نحو نظام الحق العام عندما يكون ذلك ممكنا، نحو جمعيات متخصصة في المرافقة نحو الشغل أو نحو هياكل أكثر تخصصا في مجال الإعاقة.

- مرافقة حقيقية للمدمنين في المساعي المختلفة مهما كانت طبيعتها إدارية أو علاجية أو قضائية.

- تحسين إدماج المدمنين والمحافظة على نظام العلاج الذي شرع فيه، وهذه العملية يمكن أن تمتد من المساعدة على تسيير الميزانية إلى غاية زيارة المسكن.

د- الوسائل:

- المحلات التي يشغلها مركز "نوفادونا" أعطيت له مجانا من طرف مستشفى بروسى، وهو الذي يضمن صيانتها.

- يتكون الفريق مما يلي: - مدير.

- مسؤولين إداري ومالي.

- طبيبان عامان.

- طبيب نفسي.

- ممرضان.

- مربيان متخصصان.

- مساعدة اجتماعية.

- عون استقبال.

- وهناك ممرضة موضوعة تحت التصرف مجانا من قبل مصلحة المساعدة العمومية لمستشفيات باريس.

يتدخل الطبيب النفسي بصفته مشرفا خلال اجتماعات الفريق، يشارك جميع أعضاء الفريق في السير العام والحسن لمركز "نوفادونا" أي CSST و C.A.A.R.U.D.

هـ-الشراكة: يقيم مركز نوفادونا شراكة غنية ومتطورة عامة وخاصة في الوقت ذاته.

- مستشفيات AP-HP

- مستشفيات الأمراض العقلية

- المراكز المتخصصة لعلاج المدمنين الأخرى ومراكز المتخصصة بالتكفل بالمدمنين على الكحول

- الشبكات الصحية الباريسية

- الصيدليات المجاورة

-الهياكل الجمعوية التي تقترح الإيواء

- الهياكل البيئية التي تعمل في مجال الإدماج المهني

--وتسمح كل من التشكيلة الخاصة لمركز "نوفادونا" وقدرته على التكيف مع كل شخص يلج بابه بتوفير جملة أوسع من التدخلات في صالح المدمنين وتمنحهم بابا مزدوجا للدخول إلى العلاج.

- كما يقوم المركز بالاستقبال الجماعي والفردى والإعلام والمشورة المتخصصة لفائدة مستغلى المخدرات.

- الدعم المقدم للمدمنين للوصول إلى العلاج.

- الدعم المقدم للمدمنين للاستفادة من الحقوق والتمكن من السكن والإدماج أو إعادة الإدماج المهني.

- توفير تجهيز الوقاية من الإصابات المرضية.

- التدخل الجوارى خارج المركز من أجل إقامة علاقة مع المدمنين -

- تطوير نشاط وساطة اجتماعية

* من خلال ما سبق عرضه عن أهم الخدمات الصحية والاجتماعية التي يقوم بها مركز "نوفادونا" تجاه الأفراد المدمنين ومقارنة بالمركز ألالستشفائى الجامعى فرانتز فانون بالضبط كمصلحة علاج الإدمان بالبليدة فإننا لاحظنا فرقا كبيرا فى عدة نقاط هامة للأسف وبالرجوع إلى نوعية الخدمات المقدمة وكيفية المتابعة للمدمن من طرف مركز "نوفادونا" فإننا نلاحظ بشكل مباشر ونكتشف قصور مصلحة علاج الإدمان بمستشفى فرانتز فانون ،سواء طبيا أو اجتماعيا أو غير ذلك من نوع البرنامج المقدم أو حتى التجهيزات وهذا يعكس وببين عدم الاهتمام اللازم والمفروض أن يكون من طرف الدولة بهذه الشريحة من المجتمع التي تبقى تعاني فى ظل التهميش والبطالة والآفات الاجتماعية ليست فقط المخدرات ،ومن بين أهم النقاط التي سجلناها بالمقارنة بين المركزين -مركز "نوفادونا" بباريس "ومصلحة علاج الإدمان بالبليدة - ما يلي:

- لاحظنا أن فى مركز "نوفادونا" بباريس يتم الاهتمام حتى بالأشخاص المدمنين الذين لم يتقدموا بطلب العلاج أى العمل يكون فى خارج المركز وليس محصورا فى إطار المصلحة وتتم اكتشاف تلك الحالات مثلا عن طريق استجواب المدمن الذي يتقدم إلى المركز ، فى حين أن مصلحة علاج الإدمان بالبليدة لا تقوم بمثل هذه المبادرات بل فى غلب الأحيان يتم تسريح بعض المرضى المدمنين الذين يقدمون إلى المصلحة من عدة ولايات قصد العلاج أويتم تأهيل استقبالهم إلى موعد بعيد وهذا قد يصيب المدمن بالإحباط وربما حتى التخلي عن العلاج مما يزيد حالته شدة وخطورة ولا نقصد بهذا أن عملية رفض استقبال المريض من طرف المركز

في اليوم ذاته أو بتحديد موعد آخر ترجع إلى عدم اهتمام المصلحة بالمدمنين ولكن نقصد أن ذلك يرجع إلى عدم توفير الأماكن نظرا لضيق المصلحة وعدم قدرتها على استيعاب عدد كبير من الأفراد

- لاحظنا كذلك أن مركز "نوفادونا" عند استقباله للمدمن ثم اطلاعه على حقوقه، وتسليمه كتيباً ونظاماً داخلياً لسير المركز في حين أننا لم نلاحظ هذا في مصلحة الوقاية من الإدمان وعلاجه بمستشفى فرانتز فانون البلدية، وذلك بالاستقبال الروتيني في حالة القبول يتم فحص المدمن وتوجيهه مباشرة إلى غرفة التي تخصص لإقامته وإعلامه بالقوانين الداخلية للمؤسسة وما يجب عليه من احترامها دون التعرض إلى حقوقه.

- كذلك بالنسبة لاختلاف الحالات بين كل مدمن وآخر لاحظنا أن مركز "نوفادونا" يقوم بتوجيه كل مدمن حسب حالته إلى الشريك الخارجي عندما يقتضي الأمر ذلك في حين أن مصلحة علاج الإدمان بالبلدية توجه المدمنين بصفة عامة للإقامة داخل المصلحة إلا في حالة إصابة المدمن بمرض عقلي. وهذا يرجع إلى نقص عامل الشراكة بين مصلحة علاج الإدمان مع غيرها من المؤسسات سواء العامة أو الخاصة.

- لاحظنا أيضاً أن مركز نوفادونا لا يستثني المدمنين الذين يقدمون طلباً صريحاً للعلاج فقط بل يستقبل حتى الأشخاص الذين يلجؤون إلى المركز قصد التطلع على البرنامج والراحة النفسية بينما مصلحة علاج الإدمان - فرانتز فانون - لا يستقبل هذه الشريحة نظراً لعدم قدرتها على استيعاب عدد كبير من المرضى.

- يقوم مركز نوفادونا بالمرافقة نحو إقامة المدمنين ومساعدتهم على ضمان السكن وهذا بالتنسيق مع الجمعيات المتخصصة في هذا الشأن في حين لم تبرمج مصلحة علاج الإدمان بالبلدية مثل هذه المبادرات وهذا يرجع إلى قصور الدولة في التكفل بهذه الفئة.

- يقوم مركز نوفادونا بدعم إدماج المدمنين وتوجيههم نحو نظام الحق العام وهذا عن طريق جمعيات متخصصة، في حين أن مركز علاج الإدمان بالبلدية لا يقوم بمثل هذه المبادرات نظراً لعدم قدرة الدولة بالتكفل حتى بالأفراد العاطلين عن العمل رغم امتلاك العديد منهم على شهادات ومؤهلات تسمح لهم بالعمل فهم يعانون من البطالة فما بالك بالمدمنين الذين هم ضحية العديد من العوامل كالتهميش وعدم الاندماج.

-لاحظنا كذلك أن مركز "نوفادونا" لا تقض مهمته عند إدماج المدمن عمليا بل حتى زيارته في مسكنه، وهذه الخطوة لم تهتم بها مصلحة علاج الإدمان بالبلدية.

-يقوم مركز نوفادونا بالتكفل بصاحبات المدمنين ليس فقط من ناحية الإدماج والعمل بل حتى في المساعي المختلفة لهم سواءا مشاكل إدارية أو اقتصادية أو علاجية وهذه أيضا نقطة ومبادرة لم تهتم بها مركز علاج الإدمان بالبلدية.

-وبالنسبة للشراكة فإننا بالنظر إلى مركز "نوفادونا" نلاحظ وجود عددا من المؤسسات العامة والخاصة التي تربطه بها شراكة تساعد على علاج المدمن وإعادة تأهيله اجتماعيا وإدماجه ونجاح عملية علاجه في حين أن مصلحة علاج الإدمان بالبلدية تقتصر لمثل هذه الشراكة وهذا يرجع ربما لقلة الجمعيات أو عدمها ونقصد تلك الجمعيات التي توفر السكن والعمل وإدماج المدمنين وحتى إن توفرت جمعيات فان دورها يقف عند التوعية بمخاطر المخدرات وتقديم النصائح دون التدعيم المادي في الواقع .لان المدمن يمكنه أن يستمع للإرشادات والنصائح والتوعية بهذه المخاطر لكن في حالة معافاته اقتصاديا من البطالة والفقر وربما بعض المشاكل الاجتماعية كالتفكك الأسري فان هذا لا يضمن عمله بتلك الإرشادات والنصائح على العكس إن توفر له العمل والاهتمام بانشغالاته فهذا يشجعه على الاندماج في الحياة الاجتماعية ويكون فرد منتج وإيجابي في المجتمع.

- والنقطة التي يلتقي فيها المركزان "نوفادونا" و "فرانتر فانون" هي أن العلاج يقوم على وجود الإرادة لدى المدمن في مواصلة العلاج وهي نقطة مهمة.

- ومن خلال ما سبق نصل إلى أن القصور والنقص الخدماتي الذي تعاني منه مصحات علاج الإدمان بالجزائر وحتى أن توفرت فهي قليلة جدا وتفتقر إلى الإمكانيات اللازمة ولا يمكن أن تساهم بشكل فعال في نجاح العلاج إلا إذا توفرت الشروط وهي التدعيم المادي والبشري زيادة الاهتمام بهذا المجال بإنشاء جمعيات وتوفير مناصب شغل لان الكثير من المدمنين ليس بالضرورة يملكون شهادات علمية بل نجد أن الكثير منهم موهوبون ولديهم حرف متنوعة يستطيعون العمل والإنتاج إن وفرت لهم الدولة ذلك.

ب-المجال الزمني للدراسة:

بالنسبة لدراستنا هذه حول موضوع العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري - الأسباب والعوامل - فإنه بالنسبة للدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها بمصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون وذلك بداية من يوم 2014//12/02 إلى غاية 2014/12/14 وهي مدة 13 يوم خلالها كانت لنا مقابلات مع بعض المدمنين العائدين لإدمان المخدرات والذين سبق لهم الإقامة داخل مصلحة علاج الإدمان قصد العلاج، كذلك مقابلة مختصين يعملون بالمصلحة، وكذلك الاطلاع على بعض السجلات الخاصة بدخول وخروج المدمنين، وإقامتهم بالمصلحة قصد التخلص من الإدمان خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2011، أما الدراسة الميدانية الخاصة بقيامنا بمقابلة واستجواب المبحوثين فكان ذلك من يوم 16 ديسمبر 2014 إلى غاية 14 ماي 2015 وهي مدة 05 أشهر أكملنا عملية مقابلة واستجواب المبحوثين، وفي شهر جوان 2015 قمنا بزيارة مركز "توفادونا" بباريس -فرنسا- والتقىنا بمدير المركز الخاص بعلاج الإدمان وطرحنا عليه عدة أسئلة متعلقة بموضوع بحثنا قصد اخذ نموذج عمل عن برنامج العلاج الذي يقدمه هذا المركز ومدى فعاليته، وتم إفادتنا من قبل مدير المركز بعدة معلومات عن برنامج العلاج وكيفية التكفل بالمدمنين في باريس. وقمنا بمقارنة ذلك البرنامج المعمول به في فرنسا مع البرنامج المقدم من قبل مصلحة علاج الإدمان فرانتز فانون وخلصنا إلى عدة نقاط تم ذكرها سابقا.

رابعاً: صعوبات الدراسة:

بالنسبة للصعوبات التي واجهناها خلال دراستنا هذه على العموم فإنها لم تكن صعوبات كثيرة فالنسبة للمراجع والكتب فإن كثير من الدراسات التي تناولت موضوع الإدمان على المخدرات بصفة عامة فهي متوفرة إلا أن هناك نقص بالنسبة للدراسات التي تناولت موضوع العود إلى إدمان المخدرات وهذه أول نقطة واجهناها، من ناحية أخرى في العمل الميداني الذي قمنا به واجهت صعوبة في الالتقاء بالعدد اللازم من أفراد العينة في فترة واحدة بل قيامنا باستجواب المبحوثين كان على فترات متقطعة حيث استغرق العمل الميداني 05 أشهر نظراً لعدم وجود العدد الكافي لأفراد العينة والمقصود بهم هؤلاء المدمنين العائدين لأن مصلحة علاج الإدمان تستقبل أيضاً المدمنين الذين التحقوا بالمؤسسة لأول مرة وليس خاصة بالمدمنين العائدين فقط كما قابلنا العديد من المدمنين العائدين لاستهلاك المخدرات خارج المؤسسة الاستشفائية من الذين لم يخضعوا لبرنامج علاج أي اكتشفنا ذلك خلال حديثنا معهم حيث أنهم انقطعوا عن الإدمان بإرادتهم ثم عادوا إليه مرة أخرى لكن هذه الفئة ورغم كثرتهم وبلوغهم العدد اللازم للعينة -عينة الدراسة- إلا أننا لم نسجل استجواباتهم لأننا أردنا معرفة العلاقة بين برنامج المؤسسة برنامج العلاج -ومدى فعاليته وعلاقته بالعود أو انتكاس المدمن وكيفية التعامل مع هذا النوع من المدمنين أي قصدنا الدراسة في إطار مؤسسي وتنظيمي.

المبحث الرابع: الدراسات السابقة:

1- الدراسة الأولى:

قام بها الدكتور "محمد أحمد خدام" بعمان سنة 2006 تحت عنوان "الإدمان على المخدرات - الإرشاد والعلاج النفسي"، وتهدف هذه الدراسة إلى تقديم مشكلة الإدمان على المخدرات للمعالجين والأخصائيين النفسيين والباحثين والمربين والمهتمين بمشكلة الإدمان، وإلى التعريف بدور الإرشاد النفسي والإرشاد الجمعي في العلاج النفسي للإدمان، وإضافة بعض المعلومات التي جمعت من مصادر متعددة للتعرف على مشكلة الإدمان، وعلى أسبابها، وطرق معالجتها، والوقاية منها، فتناول الدكتور في هذه الدراسة دور الأسرة في الوقاية من الإدمان حيث تطرق إلى أثر الإدمان على أسرة المدمن، ودور الأسرة في الوقاية من الإدمان، ودور كل من الأم والأب في الوقاية من الإدمان، وتحدث عن كيفية الاكتشاف المبكر للإدمان ودور الأنشطة في الوقاية من الإدمان، وبرامج التدخل الوقائي، وتحدث عن دور الأسرة في منع حدوث الانتكاسة، وعن برامج رعاية المتعافين من الإدمان كما تعرض الدكتور إلى علاج الإدمان مع التركيز على دور الإرشاد النفسي في علاج هذه المشكلة، وتحدث عن وسائل التأهيل وعن التخطيط للعلاج وعن أهداف العلاج، وتحدث عن مراحل العلاج وعن فعالية العلاج، ويركز على دور الإرشاد النفسي والإرشاد الجمعي في علاج الإدمان، وتحدث عن المدمنين المجهولين، وتناول أيضا برنامج علاجي في الإرشاد الجمعي، ويقدم هذا البرنامج إلى المدمنين في المرحلة الثانية من العلاج وهي مرحلة العلاج والتأهيل النفسي، ويتألف هذا البرنامج من اثنتي عشرة جلسة بمعدل 90 دقيقة للجلسة الواحدة يساعد المدمنين في تكوين مفهوم ذات إيجابي، وتطوير المهارات الاجتماعية التي تقوم عليها خطة العلاج النفسي، ويحتاجها المدمن خلال العلاج وبعد الشفاء ليمارس فيها حياته اليومية العادية بدون عودة إلى المخدرات، وهذا البرنامج من إعداد وتصميم الكاتب.

2- الدراسة الثانية:

قام بها الدكتور "صالح السعد" دكتور في علم الاجتماع الجنائي تحت عنوان "الوقاية من المخدرات" سنة 1999، حيث أن المؤلف له عدة مؤلفات ودراسات في مجال الجريمة والمخدرات، ومن أبرزها أيضا "علاج المدمنين على المخدرات وتأهيلهم"، فبالنسبة للدراسة الأولى - الوقاية من المخدرات - بين الباحث دور الأسرة البنائي والتوجيهي والإرشادي في الوقاية من المخدرات، ودور المؤسسات الاجتماعية المختلفة في الوقاية من المخدرات من

خلال العناية بالأفراد والتجمعات البشرية ورعايتهم وتحصينهم بالمبادئ والقيم السلوكية ضد آفة المخدرات، وبين أيضا دور المؤسسات الدينية في الوقاية من المخدرات بهدي من الشريعة الإسلامية السمحة وأحكامها المختلفة، وتعرض بعد ذلك إلى دور المؤسسات التربوية والتعليمية، في الوقاية من المخدرات، وذلك من خلال التنشئة الاجتماعية السليمة، والتربية الحديثة للأطفال والناشئة، وفدهم بالخبرات والثقافات التعليمية التي تحصنهم ضد الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، وتناول فيما بعد دور المؤسسات الشبانية في الوقاية من المخدرات وسبل وقاية الشباب منها، وبعد ذلك بين دور المؤسسات الإعلامية المختلفة في الوقاية من المخدرات من خلال برامج الإعلام الموجهة نحو الفئات المستهدفة، والمادة الإعلامية المدروسة والمتخصصة في هذا المجال، وبين أيضا الدور الذي يمكن أن تقوم به الهيئات التطوعية غير الرسمية في مؤازرة الجهود الرسمية المبذولة في الوقاية من المخدرات، كما حرص على إبراز الدور الريادي والهام للنشاطات الرياضية المختلفة في الوقاية من المخدرات، في إطار الجهود الوطنية والإقليمية والعربية والدولية التي تبذل في سبيل مواجهة هذه الآفة والحد منها والسيطرة عليها.

3- الدراسة الثالثة:

بعنوان "دور الرعاية اللاحقة في الحد من جرائم العود"¹

تهدف هذه الدراسة إلى معالجة ظاهرة العود للجريمة ووضع الحلول المناسبة لها باعتبارها مشكلة اجتماعية مؤثرة على بناء المجتمع، وقد اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج التجريبي، كما حاول الإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1- ما هي المشكلة التي تواجه السجناء المفرج عنهم ؟
 - 2- ما سبب الزيادة في حالات العود للجريمة بعد الإفراج ؟
 - 3- ما سبب إخفاق جهود برامج الرعاية اللاحقة في تحقيق أهدافها ؟
- ويمكن تلخيص النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة في النتائج التالية:
- 1- لم يتم تقديم خدمات وبرامج الرعاية اللاحقة للمذنبين في الوقت الذي يجب أن تبدأ من هذا التطبيق.

¹ علي بن سليمان الحناكي: دور الرعاية اللاحقة في الحد من جرائم العود، رسالة ماجستير غير منشورة، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1460 هـ.

- 2- غياب الهيئات التطوعية القادرة على التفاعل النشط في أداء الخدمات وتنفيذ برامج هذه الرعاية.
- 3- عاد الإخفاق في نجاح الرعاية اللاحقة إلى عدم تظافر كافة جهود أجهزة الخدمات والأمن والإعلام والتربية وغيرها، في إطار كامل من التنسيق وفق خطة مرسومة تتميز بالمرونة وعدم التقيد بتنفيذ اللوائح الحكومية.
- 4- ان عدم فعالية برامج الرعاية اللاحقة عاد إلى خضوع تنفيذها للوائح الحكومية والإجراءات المطولة والمعقدة التي تشكل عقبة في سبيل تحقيق الأهداف بالسرعة الواجبة.
- 5- غياب أساليب تعاون عربي وتبادل الخبرات في هذا المجال.
- 6- عدم استعمال برنامج إدماج المسجونين بعد خروجهم من المؤسسة العقابية يساعدهم في بدء مرحلة جديدة مع الشغل تبعدهم عن العود.
- 7- قلة المراكز الشبانية وحتى المتوفرة فإنها لا تحتوي على إمكانيات وعوامل تساعد المفرج عنهم في ممارسة هواياتهم وطاقاتهم الثقافية والرياضية وغيرها.

4- الدراسة الرابعة:

الملتقى الدولي الأول أيام 21، 22، 23 أفريل 2008، بجامعة المسيلة حول "الإدمان على المخدرات" - نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين على المخدرات - حيث تشهد ظاهرة الإدمان على المخدرات في السنوات الأخيرة تغيرا نوعيا على مستوى التصور، تجسد هذا التغير على مراحل في اختلاف وجهات النظر التي تناولت بالدراسة النظرية والتطبيقية هذه الظاهرة، فنجد أن كان ينظر إلى المدمن على أنه حالة مرضية تعيق فعالية المجتمع، ومذنبا منحرفا يجب إخضاعه للمسؤولية القانونية، أصبح ينظر إليه على أنه حالة من حالات الإحباط الذي يعبر لنا بصورة رمزية عن فشل المدمن في مواجهة تكرار هذه الإحباطات، واستنادا إلى نتائج دراسات كثيرة نفسية وتربوية حول شخصية المدمن، اتضح أن التصورات السلبية حول المدمنين على المخدرات تزيد من شدة تبعيتهم إلى المواد المخدرة، وعندما نتحدث عن التصورات السلبية فإننا نقصد بذلك وجهات نظر المجتمع، الأسرة، المدرسة والجامعة للمدمن،

الشيء الذي ينجم عنه آثارا، ولعل الدراسة التي أجريت بفرنسا حديثا تحت إشراف "Peletier" والتي شملت المستويين المحلي والعالمي توصلت إلى تحديد نطاق جديد للمشكلة النفسية، والاجتماعية للمدمن، وحققت إنجازا علميا يتمثل في بلورة تصور جديد حول الظاهرة، وحول شخصية المدمن ومعاناته النفسية، إننا اليوم في خضم هذا التحول العلمي والتكنولوجي الكبير نحاول كباحثين وعاملين، وكأساتذة أن ننثري هذه الجوانب الحساسة في الجامعة لما لها من علاقة وطيدة في تغيير ثقافة الأفراد والمجتمعات. وعى هذا الملتقى إلى فتح الباب أمام البحوث التي تعالج هذا الموضوع من مختلف جوانبه، ليس فقط أمام الباحثين الجامعيين، بل حتى أمام الهيئات التي تتابع هذا الموضوع في الميدان، وتتمثل أهداف هذا الملتقى في:

أ- الأهداف الخاصة:

- 1- التعرف بشخصية المدمن لمساعدته على الخروج من دوائره المغلقة، وذلك بتجديد طاقاته الانفعالية،
والنفسية، والعقلية، والافصاح عن مختلف العوامل والأسباب التي تدفع إلى الإدمان.
- 2- بناء سياسة وقائية وعلاجية تضع في الاعتبار التربية كأساس لتنشئة أفراد أسوياء.
- 3- الخروج باقتراحات جديدة حول تصميم تقنيات محادثة، ومناقشة نضمن من خلالها تجسيد ثقافة جديدة
وتصور إيجابي نحو المدمن ونحو بيئته، نساهم من خلالها في مواجهة المشكلة وتحديد التدابير الوقائية اللازمة.
- 4- تحسيس المجتمع بأهمية توطيد العلاقة بين الآباء والأبناء، وبين الأبناء والأمهات، لما لهذه العلاقة من تأثير

في النمو السليم والمتوازن لبنية الشخصية.

ب- الأهداف العامة:

- 1- الاحتكاك بالخبرات الأجنبية.
- 2- فتح المجال لتنظيم اتفاقيات تعاون مع الأساتذة الباحثين.
- 3- تيسير سبل البحث العلمي للجامعة الجزائرية.

5- الدراسة الخامسة:

مذكرة ماجستير تخصص علم الاجتماع الجنائي سنة 2007-2008 تحت عنوان:
أثر البرامج التأهيلية في الحد من ظاهرة العود - دراسة ميدانية بمؤسسة الوقاية - تابلان -
حيث وضع الباحث ثلاث فرضيات جاءت على النحو التالي:

- 1- يعتبر رضا النزلاء على البرامج المعتمدة في المؤسسة العقابية سببا رئيسيا في مشاركتهم الفعالة فيها مما يساعد على تأهيلهم وإصلاحهم، والحد بذلك من احتمال عودتهم للإجرام مرة أخرى.
- 2- كلما استطاع المفرج عنهم التكيف مع الحياة خارج السجن كلما حد ذلك من عودتهم إلى الإجرام.
- 3- تساهم الرعاية اللاحقة في تكييف المفرج عنه اجتماعيا وبالتالي ادماجه في المجتمع مما يحول دون عودته إلى الإجرام.

أما الأهداف هذه الدراسة فقد أوضح الباحث أن أسباب العود لا تختلف عن الأسباب العامة للإجرام، إلا أنه يعبر عن خطورة إجرامية كاملة في ذات الفرد تتطلب من المعنيين فقهاء قانون كانوا أو اختصاصيين اجتماعيين أو نفسانيين، الاهتمام بشخص المجرم للكشف عن العوامل والأسباب المؤدية إليها (الخطورة الاجرامية) للتمكن من القضاء عليها وبالتالي صقل الميول العدائية لدى المجرم من خلال البرامج المعدة خصيصا لهذا الغرض، وبالتالي القضاء على احتمال عودة المجرم إلى السلوك المنحرف، وعليه تهدف هذه الدراسة إلى:

- 1- التعرف على البرامج التأهيلية المعتمدة من طرف الإدارة العقابية في السجون الجزائرية.
- 2- مدى فعالية برامج التأهيل في تكييف المفرج عنهم اجتماعيا.
- 3- الوقوف على الصعوبات والعراقيل التي تواجه البرامج التأهيلية في إصلاح وتأهيل السجناء.
- 4- معرفة إن كان هناك رعاية لاحقة للمفرج عنهم.

وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك نقص من الناحية المادية أو الإدارية في برامج التأهيل الاجتماعي المقدمة للمفرج عنهم وحتى في نوعية الخدمات المقدمة لهم في بعض المؤسسات الشبانية كدور الشباب التي مازالت تعرف قصورا في برامجها، وهذا ما قد يدفع المفرج عنهم بالعود إلى ارتكاب جرائم في ظل قلة أو انعدام المرافق الاجتماعية والشبانية بصفة خاصة.

6- الدراسة السادسة:

دراسة قام بها الدكتور "محمد حسن غانم" معالج نفسي، وأستاذ علم النفس المساعد - كلية الآداب - جامعة حلوان - القاهرة - تحت عنوان: **العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين**، حيث تناول الباحث في دراسته الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي لمدمني المخدرات، من خلال التعرض لنظرية التحليل النفسي، وما يمكن أن تساهم به في علاج الإدمان، ثم النظرية السلوكية - بمختلف توجهاتها - وما يمكن أن تقدمه في مجال العلاج والتأهيل لمدمن المخدرات. كما تعرض إلى قضايا وإشكالات في علاج الإدمان، حيث تناول عناصر الموقف العلاجي ثم المحاور الخاصة بعلاج الإدمان ثم تحدث عن الفريق العلاجي، الذي سيتم من خلاله التعامل مع مدمن المخدرات ومحددin - في علاجه - الدور المنوط بكل عضو، ثم تحدث عن المدمن المنتكس وكيفية التعامل معه، كما تحدث عن التأهيل النفسي والاجتماعي لمدمني المخدرات من خلال تقديم ما يقصد بالتأهيل، وما يرتبط به من مفاهيم ثم مبادئ التأهيل ومحاورة، وتساؤلاته، وأهدافه الاستراتيجية والتكتيكية، ومكان التأهيل، ودور أخصائي التأهيل وخطوات التأهيل الاجتماعي، والجهود العربية في مجال التأهيل.

7- الدراسة السابعة:

رسالة ماجستير في علم الاجتماع الجنائي - بجامعة الجزائر 2- تحت عنوان: **العوامل الاجتماعية وأثرها في ظاهرة العود إلى الانحراف عند الشباب**، حيث تناول الباحث في هذه الدراسة مؤسسات التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بظاهرة العود، كما تكلم عن الإصلاحات التي تبنتها الدولة في إصلاح وإدماج المنحرفين، وجاءت إشكاليته حول مدى إسهام العوامل الاجتماعية في بروز ظاهرة العود عند المنحرفين، مثل تأثير مؤسسات التنشئة الاجتماعية في تنامي ظاهرة العود عند المنحرفين، وتساءل عما إذا كانت الأسرة وجماعة الرفاق من بين العوامل المسؤولة عن انتشار هذه الظاهرة، كما تعرض إلى عامل الفقر وما أفرزه من نتائج سلبية على المستوى المعيشي للأفراد من بين الأسباب التي تؤثر في بروز وانتشار ظاهرة العود للانحراف، كما أشار إلى النظرة السلبية التي يتبناها المجتمع تجاه الفرد المنحرف، وما مدى أثرها في عودة هذا الأخير إلى الانحراف والجريمة، على الرغم من الإصلاحات التي انتهجتها الدولة من أجل مساعدته على الاندماج في المجتمع، وتوصل الباحث إلى أن كل

من الأسرة وجماعة الرفاق ومؤسسات التنشئة الاجتماعية بصفة عامة، زد على ذلك النظرة السلبية للمجتمع تجاه المنحرف تساهم بشكل مباشر في انتكاس هذا الأخير.

8- الدراسة الثامنة:

دراسة عزة صالح الألفي¹، 1980 موضوعها: " شخصية المجرم العائد في ضوء بعض العوامل السيكولوجية والاجتماعية"، وهدفت إلى دراسة العوامل السيكولوجية والاجتماعية التي تتميز المجرم العائد من أجل إعطاءها المعايير اللازمة واقتراح الأساليب العلاجية اللازمة التي تساعد في الاندماج في المجتمع، وشملت هذه الدراسة عينة تتكون من 160 حالة مقسمة بين مجموعتين، الأولى مجموعة تجريبية من المجرمين العائدين للانحراف، والمجموعة الثانية ضابطة من بين الأشخاص الأسوياء.

واستخدمت في هذه الدراسة المنهج التجريبي وبعض الأدوات البحثية كاختبار تكلمة الجمل الإسقاطي، اختبار تفهم الموضوع، الطريقة الإسقاطية، واستمارة المقابلة. ومن أهم النتائج المتوصل إليها:

- 1- انعدام وجود العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والصحية وبين العود للجريمة، أي أن إهمال الأشخاص المبحوثين في الطفولة الناتج عن الخلافات بين الوالدين وانفصالهما ليست له علاقة بالعود للانحراف لدى المبحوث، باستثناء بعض الحالات الشاذة التي لا يمكن القياس عليها.
- 2- انعدام وجود علاقة بين الحرمان الذي عاشه المبحوث أثناء طفولته من طرف الوالدين أو أحدهما وبين العود للانحراف.
- 3- تأكيد العلاقة الموجودة بين القسوة التي عاشها المبحوث وبين عوده للانحراف.
- 4- كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين عدة متغيرات والعود للانحراف، كرفقاء السوء، تعاطي المخدرات، الفقر من الناحية الاجتماعية ومتغيرات أخرى سوسيولوجية.

¹ عزة صالح الألفي: شخصية المجرم العائد في ضوء بعض العوامل السيكولوجية والاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، قسم علم النفس، جامعة عين شمس، 1980.

المبحث الخامس: تقييم عام للدراسات السابقة:

ما يمكن استنتاجه على ضوء ما سبق من الدراسات السابقة حول العود للانحراف، أن هذه الدراسات لم تتعرض بشكل خاص إلى فئة العائدين إلى إدمان المخدرات، إلا أنه مع ذلك نلاحظ أن سجل النتائج التي إليها هذه الدراسات في ضوء الأسباب والعوامل المؤدية إلى العود للانحراف متفقة في كثير من النقاط، كعوامل التفكك الأسري والمخالطة الفارقة، زد على ذلك التغيرات التي مست المجتمع من حيث الأسياق والقيم، والتي كان لها التأثير على العلاقات، وبالتالي الضعف في التضامن العضوي، كما أن انعدام الدراسات السابقة حول موضوع العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري هي حقيقة لا يمكن تجاهلها، وهو العامل الذي زاد حدة الصعوبات في بحثنا هذا، لذلك تطرقنا إلى بعض الدراسات في المجتمع العربي والتي تكلمت عن العود للانحراف بصفة عامة، وكما ذكرنا سابقا فإنه من خلال النتائج التي توصل إليها الباحثون، اكتشفنا أن الجزائر كغيرها من الدول العربية تنتشر فيها هذه الظاهرة ألا وهي العود إلى الانحراف والمخدرات بصفة خاص، كما لاحظنا أن الدراسات السابقة لم تتطرق بشكل كبير إلى البرامج التي تعتمد المؤسسات العقابية مع المسجونين بقدر ما تطرقت إلى العوامل الخارجية المحيطة بظروف الشخص المبحوث، كالتفكك الأسري والتنشئة الاجتماعية، مع أن تلك المؤسسات العقابية تلعب دورا أساسيا في تهيئة المسجون لبدء حياة جديدة بعد خروجه من تلك المؤسسة، وهذا بناءا على فعالية الأساليب المتبعة داخل هذه الأخيرة، كالتدريس مثلا والتوعية والتكوين المهني داخل تلك المؤسسات، واستغلال طاقات المسجونين، وتكوينهم لاكتسابهم حرفة معينة، كذلك البرامج الرياضية والثقافية التي من المفروض أن تكون مبرمجة في كل المؤسسات العقابية، أو الاستشفائية الخاصة بمدمني المخدرات والمنحرفين بصفة عامة، كذلك لاحظنا عدم وجود حلول مقترحة في تلك الدراسات ومحاولة إيصالها إلى المسؤولين للحد من هذه الظاهرة أو التقليل منها على الأقل.

الفصل الثاني:

المقاربة النظرية السوسيولوجية للبحث

المبحث الأول: نظرية المخالطة الفارقة

المبحث الثاني: نظرية الوصم

المبحث الثالث: نظرية العائلة (الأسرة)

المبحث الرابع: نظرية العلاج الانفعالي العقلاني

المبحث الخامس: بعض النظريات المفسرة لظاهرة العود إلى الإدمان

المبحث الأول: نظرية المخالطة الفارقة:

هي محاولة بارزة لصياغة نظرية تكاملية في السلوك الإجرامي، يلخصها "سوذرلاند" (مؤسسها) في هذه العبارة: "يصبح الشخص جانحا بسبب توصله إلى تعريفات أو تحديات ملائمة لمخالفة القانون"، ويشير في موقع آخر من النظرية إلى أن المحددات المباشرة للسلوك الإجرامي تعتبر كامنة في مركب الموقف والشخص، وأن الموقف الموضوعي يحمل أهمية بالنسبة للجريمة بقدر ما يتمكن من توفير فرصة للفعل الاجرامي، علما بأن تحديد ملائمة الموقف أمر يتوقف على الشخص المتضمن فيه وفق ذلك، فإن الأحداث المتضمنة في "مركب الموقف والشخص"، أثناء وقوع الجريمة لا يمكن فصلها عن الخبرات السابقة في حياة المجرم، ولا يحدث الفعل الاجرامي إلا إذا وجد الموقف الملائم له كما يحدده الشخص ذاته، إذن فالموقف مرتبط بالشخص، لأن موقفا معينا ربما يؤدي إلى ارتكاب شخص معين لجريمة ما، ولكنه لا يؤدي بآخر إلى ذات الفعل.

وأما العملية التي تؤدي إلى توريط الشخص في سلوك إجرامي، فقد صاغها "سوذرلاند" في مجموعة قضايا أو دعاوي أساسية هي:

- 1- يكتسب السلوك الاجرامي عن طريق التعلم، فهو ليس فطريا، ومعنى ذلك أن الشخص الذي لم يتدرب على الجريمة لا يمكن أن يرتكب فعلا إجراميا.
- 2- ويكتسب السلوك الإجرامي عن طريق التعلم المتصل بأشخاص آخرين تربطهم بالشخص "عملية" اتصال مباشر، تتميز بأنها لفظية في معظم جوانبها، وفي نفس الوقت الذي تتطوي فيه على "الاتصال عن طريق الإشارة".
- 3- يحدث الجزء الأكبر من عملية تعلم السلوك الإجرامي داخل جماعات يرتبط أعضاؤها بعلاقات شخصية قائمة على المودة، ومعنى ذلك أن هيئات الاتصال غير شخصية، كالصحافة والسينما، لا تلعب دورا هاما في خلق السلوك الاجرامي¹.

¹ سامية محمد جابر: أستاذة علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية: سوسيولوجيا الانحراف، دار المعرفة الجامعية، 2001، ص 125-129.

4-تتضمن عملية تعلم السلوك، السلوك الاجرامي شينئين محوريين وهما:

أ- الوسائل الفنية لارتكاب الجريمة.

ب- توجيه محدد للدوافع والحوافز والمبررات والاتجاهات.

5-يكتسب التوجيه المحدد للدوافع والحوافز من تعريفات القواعد القانونية باعتبارها ملائمة أو غير ملائمة.

6-يصبح الشخص منحرفا بسبب توصله إلى مجموعة تحديدات أو تعريفات تجعل مخالفة القانون مسألة ملائمة،

وهي تفوق التحديدات والتعريفات الأخرى التي تجعل مخالفة القانون مسألة غير ملائمة، وهذا هو مبدأ "المخالطة الفارقة" الذي يشير إلى الارتباطات الاجرامية وغير الاجرامية في نفس الوقت، فعندما يصبح الشخص مجرما، يكون ذلك راجعا إلى مخالطة واتصالاته بالنماذج الاجرامية، وعزلته عن النماذج غير الاجرامية.

7-يمكن للمخالفات الفارقة أن تتفاوت من حيث التكرار والأولية والكثافة، وهذا يعني أن الارتباطات

بالسلوك الاجرامي وبالسلوك غير الاجرامي تتفاوت في هذه النواحي.

8-تتضمن عملية السلوك الاجرامي عن طريق الاختلاط بنماذج إجرامية وغير إجرامية، جميع المكانيزمات التي

توجد في أي نوع آخر من التعلم، وإذن فتعلم السلوك الاجرامي ليس قاصرا على عملية واحدة في التفكير، كما ترى بعض وجهات النظر الأخرى، هذا وتتميز نظرية "المخالطة الفارقة" بمجموعة أبعاد يمكن تحديدها باختصار على النحو التالي:

أ- بعد التعلم من خلال عملية الاتصال بأشخاص آخرين داخل إطار جماعات صغيرة.

ب-التوجه الخاص للدوافع والبواعث، الذي يستسقي من تعريفات القواعد القانونية باعتبارها ملائمة أو غير ملائمة.

ج- المفارقة بين المخالفات من حيث تكرارها، واستمرارها وأولوياتها وكثافتها¹.

كما أن "ايدوين لندرلاند" قدم نظريته على صورة تفسيرية للعملية التي تؤدي بالفرد إلى السلوك الانحرافي من خلال منطلقات أساسية ذكر منها، أن السلوك الانحرافي يتعلمه الفرد

¹ سامية محمد جابر: المرجع السابق، ص 129.

ولا يرثه، وأن عملية تعلم السلوك الانحرافي بالاتصال الاجتماعي والتفاعل بين الفرد والآخرين، كما تتم عملية تعلم السلوك الانحرافي في وسط الجماعات التي يكون بينها علاقات متينة تهيء الاتصال الشخصي المباشر، وتشتمل هذه العملية لدى الفرد على جانبين اثنين وهما: فن ارتكاب الجريمة، ويشمل التخطيط والتحضير وطرق ارتكابها، والجانب الثاني هو الاتجاهات الخاصة للدوافع والميول التي تقود الفرد إلى السلوك المنحرف وإلى التبريرات التي تعطى لهذه التصرفات، كما أن عملية تعلم الاتجاه الخاص للدوافع والميول تتم عن طريق الأشخاص الذين يحيطون بالفرد واتجاهاتهم نحو القانون، وإذا كان هناك انقسام في الراي بين الجماعة تجاه القانون، يبدأ الفرد يعيش صراعا ثقافيا حول مدى مناسبة نصوص القانون من عدمه، ويبدأ انحراف الفرد حينما تترجح لديه آراء الجماعة التي لا ترى غضاضة في انتهاك القانون، وتتباين العلاقات التفاضلية نسبيا بحسب تكرارها، واستمرارها، اسبقيتها وعمقها، وتتضمن عملية تعلم السلوك المنحرف كل الآليات التي يتضمنها أي تعلم آخر، كما يعبر السلوك المنحرف عن حاجات وقيم عامة، ومع ذلك فإنه لا تفسر بهذه الحاجات والقيم، لأن السلوك السوي هو أيضا يعبر عن الحاجات والقيم نفسها.

غير أنه وبالرغم ما حظيت به هذه النظرية من اهتمام من قبل العلماء بشكل لم تتله أي نظرية أخرى، إلا أنه أخذ عليها عجزها عن تفسير بعض أنواع السلوك الإجرامي، والتي يكون فيها للانفعال والمصادفة دورا اسسي، كما أن هذه النظرية لا تأخذ بعين الاعتبار الإرادة الحرة للفرد، وتعتبره عاجزا عن التحكم في أفعاله، كما أنها - النظرية - اكتفت فقط بالقول أن الاختلاط بالمجرمين يقود إلى الجريمة، ولم تدرس العوامل التي تدفع الشخص إلى الاختلاط بالمجرمين، ثم هناك عد من المتغيرات في النظرية يصعب قياسها علميا مثل: العمق والتكرار، والاستمرار والأسبقية والمخالطة¹.

ويعد "سوذرلاند " من ابرز أنصار المدرسة الاجتماعية وناد في نظريته " المخالطة الفارقة " بان السلوك الإجرامي يكتسب بالتعلم الذي يتم عن مخالطة الآخرين والتفاعل معهم في الجماعات المتميزة بالقرب والألفة والتأثر بتوجيههم نحو تصرف معين من مواقف معينة، واعتناق اتجاهات ودوافع ومبررات هذا التصرف، حيث يحدث التوجه نحو السلوك الإجرامي

¹ ويسى جيلالي: العوامل الاجتماعية وأثرها في ظاهرة العود إلى الانحراف عند الشباب، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الجنائي، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2010-2011، ص 27، 28.

إذا رجحت كفة المفاهيم المجنّدة لانتهاك القانون على كفة المفاهيم المجنّدة للسلوك الذي يقره المجتمع، ويصنف "سندلاند" أن المخالطة التي يقصدها تتراوح في درجاتها وفقاً لأربعة أسس وهي ك:مدى تكرارها ودوامها وأفضليتها وعمقها¹.

وقد تطورت نظرية المخالطة الفارقة بعد أن أطلق عليها "دونالدريكس" اسم مبدأ الصراع القيمي متحاشياً إطلاق مصطلح النظرية عليها لعدم توافر الشروط العلمية فيها ويدعى هذا المبدأ أن معدلات الجريمة العالية توجد في مجتمعات وجماعات تتميز بظروف معينة تؤدي إلى تطوير ثقافات فرعية إجرامية ويتمثل الجانب الواقعي لهذه النظرية أو البحوث التطبيقية التي اعتمدت عليها في مجموع الدراسات عن الأحداث الجانبين والأطفال المتشردين في المنطقة المحيطة بلوس انجلوس والتي حاول "سودرلاند" من خلالها تفسير انخراط هؤلاء في الجنوح والتشرد واستمرارهم في هذا السلوك وتقدمهم الملحوظ فيه كلمات طالت مدة إقامتهم في هذه المنطقة. وقد كالتنظرية "سودرلاند" هذه تأثيراً مهماً على الفكر الاجتماعي حول نزعة الإجرام والجريمة. فقد أثار كثيراً من الجدل والخلاف وقد وجه عدد من الباحثين والعلماء في ميدان علم الاجتماع عدة انتقادات واقترح البعض منهم إجراء إضافات إليها أو تعديلات عليها².

وغالباً ما يختار الفرد شخصاً يوافقه في نفس الصفات ونفس الأهواء والرغبات والنزاعات وعندما يجد الحدث هذه الرفقة يبدأ بحس الاستقلالية عن سلطة الأسرة وليس هناك من شك في أن هذه المجموعة سوف تؤثر بعضها على بعض فإذا كانت الرفقة تجتمع على الخير وتقضي وقت فراغها بما يعود عليها وعلى المجتمع بالفائدة، وكانت تتصف بالأخلاق الحميدة فإن الفرد سوف يكتسب هذه الأخلاق وبالتالي فإن السلوك الفاضل سيصبح هو المسيطر على هذه المجموعة أما إذا كانت هذه المجموعة أو الرفقة تتسم بسمات غير حميدة وصفات غير فاضلة، فإن الفرد المنظم إليهم سوف يكتسب نفس السلوك³.

¹ أبحاث الندوة العلمية السادسة - الخطة الأمنية الوقائية العربية الأولى: النظريات الحديثة في تفسير السلوك الإجرامي،

المركز العربي للدراسات الأمنية في التدريب، الرياض، 1987، ص، 23.

² عبد الرحمان العيسوي: سيكولوجيا الجريمة والانحراف، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص، 79.

³ سعد المغربي: انحراف الصغار، دار المعارف، ط3، مصر، 1970، ص، 141.

ويستمد الفرد شخصيته من المحيطين به وعلى الأخص الأم والأب وسائر أفراد الأسرة ، ومن القواعد الأساسية في خلق السلوك الإجرامي أن يكون الفرد قد ارتبط وجدانيا بشخص آخر يكون قد انحرف فعلا ، وهذا الارتباط الوجداني لاقتصر نطاقه على الأب والام أو أفراد الأسرة ، وإنما يتعدى هذا المحيط العائلي إلى سائر الأشخاص الذين يتصل بهم سواء كانوا من الأصدقاء والأقارب أم الجيران ، وسواء كانوا رفقه في المدرسة أم في العمل أم في اللعب أو تكون الصدفة المحض قد ساقته إلى الاتصال بهم ، ويلاحظ " جليوبك " إن الحدث يميل إلى مصاحبة الأحداث الذين يتفقون معه في الميول الانحرافية ، ويرى كذلك انه من العسير أن يندمج الفرد السوي في جماعة منحرفة إلا إذا كان لديه استعداد طبيعي وميل فطري للسلوك المعوج ، وأثبتت دراسته لمائة وخمسين من الإحداث المنحرفين ومثلهم من الأسوياء أن أكثر من نصف المنحرفين قد انتهى بهم المصدر إلى أن أصبحوا أعضاء في عصابات تمارس النشاط الإجرامي بشكل جماعي بينما لم ينضم إلى مثل هذه العصابات إلا ثلاثة فقط من الأحداث الذين كانوا أسوياء، كما لاحظ الباحث أن أحداث المنحرفين كانوا لا يميلون إلى ممارسة نشاطهم الانحرافي والإجرامي بطريقة فردية بل كانوا يميلون إلى التكتل في جماعات من فردين أو ثلاثة أو أكثر.

إن عدم انحراف الفرد ليس معناه انه لم يتصل بأحد من الأفراد المنحرفين بل قد يعني ذلك انه لم يتخذ من هؤلاء المنحرفين أصدقاءه الأساسيين وان صلتته بهم لم تكن اندماجه فيهم وتأثيره بهم، ومن هنا تبرز قاعدة أساسية في تحليل الصداقة كعامل من عوامل الانحراف وهذه القاعدة مؤداها إن مجرد اختلاف الفرد السوي بأخر منحرف ولا يكن في ذاته لخلق الانحراف وإنما يرجع الأمر إلى مدى هذا الاختلاط وقوة استجابة الفرد السوي للفرد المنحرف، ومقدار انفعاله لسلوكه الانحرافي، وإعجابه بها و استهجانه له، ووجود الشخص بين جماعة الأصدقاء يحدث تأثيرا متبادلا فكل منهم يؤثر في تكوين شخصية الآخر بدرجات متفاوتة حسب مقدره كل منهم في الاقتناع وقوة الشخصية، فإذا سادت الجماعة مبادئ وتقاليده سليمة انعكس ذلك على سلوكهم وغرائزهم، فيصدر عنهم السلوك السليم، وأما إذا كانت ظروفهم سيئة داخل مجتمعات الأسرة والمدرسة والعمل، ولم يتكيفوا مع هذه المجتمعات تكونت منهم عصابة¹

¹ يحي خير الله عودة: البيئة والسلوك الإجرامي - دراسة نظرية في الانثربولوجيا الجنائية، الجامعة المستنصرية، مجلة الأدب، العدد، 107، ص، 109.

إجرامية. وهذا يوضح أن جماعة الرفاق أو الإقران أو الصحبة تقوم بدور مهم جدا في مدى تأثر الشخص بها، ودرجة ولائه لها، ومدى تقبله لمعاييرها قيمها واتجاهاتها وتماسك الجماعة، ونوع التفاعل القائم بين أعضائها، لذلك فانه من الأهمية أن يكون بين أفراد تلك الجماعة تقارب في الأدوار الاجتماعية وأيضا وضوح للمعايير السلوكية وكذا وجود قيم عامة يتفقون عليها، واهتم العالم " سندرلاند " بتأثير الأصدقاء على الفرد وان السلوك الإجرامي ينجم عن مخالطة الفرد لأصدقاء منحرفين مخالطة أطول زمنا وان هذه المخالطة أعماق أثرا من مخالطته لأصدقاء أسوياء، فيكون للمجموعة المنحرفة في نفسه الغلبة على المجموعة السوية.

ومن هناك كانت أهمية جماعة الأصدقاء، فإذا سادت الجماعة مثل عليا ومبادئ قوية، تأثر بها الأعضاء وتساوت غرائزهم واتجهوا بها نحو مجالات التفوق العلمي والرياضي والفني أما إذا كانت جماعة الأصدقاء تمارس نشاطا غير مشروع، فان انضمام الشخص لهم يترتب عليه تأثره بها وانحداره معهم إلى الجريمة¹.

ورغم تأثير نظرية " سودرلاند " على الفكر الاجتماعي حول نزعه الإجرام والجريمة إلا أنها قد أثارت كثيرا من الجدل والخلاف وقد وجه عدد من الباحثين والعلماء في ميدان علم الاجتماع عدة انتقادات واقتراح البعض منهم إجراء إضافات إليها أو تعديلات عليها، ومن أهم الانتقادات الموجهة إليها هي أن هذه النظرية قد أغفلت أو أسقطت من اعتبارها مسألة هامة وهي الإرادة الحرة، إذ يمكن ورائها ادعاء كامن بان الارتباط بالنماذج الإجرامية يعتبر نتيجة للانقياد ولعدم قدرة الشخص على التحكم في أفعاله، وفي طبيعة ارتباطه مع الآخرين، كما أنها لم تتطوي على قضية واحدة متقنة تصور العملية التي تحول الشخص الى مجرم، وإنما اكتفت بالإشارة إلى أن المجرم أصبح كذلك لأنه ارتبط بنماذج لا إجرامية، إذا فقد أغفلت تفسير مصدر الجريمة وهي نظرية تفسر السلوك الجانح عند كثير من الأحداث ولكنها لا تفسر سبب عدم تورط بعض الأفراد الذين يجرون اتصالات واسعة واحتكاك مركز بالمعايير الإجرامية²

¹ يحي خير الله عودة: المرجع السابق، ص، 411.

² عبد الرحمان العيسوي: المرجع السابق، ص، 79.

وبالأشخاص الذين يقدمون على السلوك الإجرامي في الجنوح والجريمة. هذا مع أن التعلم المتمايز للجريمة يعد مسألة أكثر تركيباً وتعقيداً مما تصوره " سودرلاند " عن مفهوم المخالطة الفارقة الذي لم يحدد معناه تحديداً دقيقاً في النظرية¹.

المبحث الثاني: نظرية الوصم:

يعتبر اليونانيون أول من استخدموا كلمة (الوصم)، حيث تشير الكلمة عندهم إلى أن هناك علامات جسمانية تكشف عن كل ما هو سيء من الناحية الأخلاقية للشخص الذي يمارس سلوكاً غير سوي، ويعني هذا أن من كانوا بهذا الأمر يحملون علامات جسمانية من حفر أو حرق، وتعني هذه العلامة أن حاملها عبد أو مجرم أو خائن، وأنه شخص قد تجاوز في تصرفاته كل القيم والعادات والقوانين التي أقرها المجتمع، وأنه (موصوم)، وأن الضرورة تتطلب من أفراد المجتمع تجنبه والابتعاد عنه، وخاصة في الأماكن العامة، وهذا الفرد ممنوع من مخاطبة الشرفاء أو الزواج من بناتهم أو الشراء من أسواقهم².

وترجع جذور "نظرية الوصم" إلى ما أدركه "دوركايم" منذ فترة طويلة، أن كثيراً من الأفراد يتجهون إلى الانحراف ليس بسبب سمات متأصلة في ذاتهم تدفعهم إلى الجريمة والانحراف، ولكن سبب تلك النظرة والانطباع الاجتماعي الذي تكون ضدهم من قبل المجتمع الذي ألصق بهم (وصمة) معينة نتيجة لسلوكهم الانحرافي، وأن هذه الوصمة تظل عالقة في تاريخهم الاجتماعي، ومن خلال الرؤى المتعددة والمتباينة لكل من يتعامل معهم.

ويعد العالم الأمريكي "أدوين ليمرت" أبرز من تبني هذه النظرية التي ترى أن الطريقة التي يتعامل بها المجتمع مع الفرد هي التي تؤدي إلى استمراره في ذلك السلوك المنحرف، وما ذلك الانحراف إلا نتيجة تفاعلية تبين فعل الفرد المنحرف ونظرة المجتمع له³.

بينما تفسر نظرية الوصم ظاهرة العود للانحراف في المجتمع الجزائري من خلال التعامل الذي يحظى به الفرد المنحرف وكيفيته، وهو الذي يحدد مدى استمرارية المنحرف في سلوكاته أو العدول عنها، والأدلة في هذا الشأن عديدة ومتعددة، لا سيما المعطيات توصلت إليها الدراسة التي اتضح أن المبحوثين كثيراً ما عادوا للانحراف بمجرد أن أطلق عليهم اسم

¹ عبد الرحمان العيسوي: المرجع السابق، ص، 79.

² علاء سليمان أحمد: التفاعل الاجتماعي بين السجناء المفرج عنهم والمجتمع المحلي، دراسة ميدانية على نمط الوصم ونتائجه، في منطقة مكة المكرمة، المكتبة المركزية، جامعة القاهرة، 1997، ص 47.

³ عدنان الدوري: جناح الأحداث: المشكلة والسبب، ذات السلاسل، الكويت، 1985، ص 2010.

من الأسماء الموصومة والناعثة والنايذة على أنهم مدمني مخدرات مثلاً، ومن هذا فإن الانحراف ما هو إلا نتيجة تفاعلية بين فعل الفرد المنحرف، وردود أفعال المجتمع تجاهه، وبتنميتها في عملية تصاعدية تصل في النهاية إلى استفزاز المنحرف على ذلك السلوك المنحرف، هذا بالنسبة للانحراف عامة، ونفس الشيء بالنسبة لدمني المخدرات بعد اتمامهم عملية العلاج وخروجهم من المصالح الاستشفائية، يتعرضون إلى نعت بأسماء نابزة تؤثر عليهم وتخلق لديهم حقد على المجتمع، وبالتالي العود إلى ارتكاب نفس الخطأ والوقوع في الإدمان مجدداً.

وما نود الإشارة إليه أن حالة الانحراف التي تعقب عملية الوصم (الانحراف الثانوي) هي حالة يبدأ عندها الشخص الموصوم بتقبل دور المنحرف كما حدده المجتمع، بل وقد تزداد أفعاله المنحرفة من حيث عددها بهدف فرض أدوار جديدة من الانحراف، فالشخص الذي يوصم بأنه متعاطي للمخدرات مثلاً يدفعه ذلك الوصم إلى تبني ما يعتبره المجتمع أسلوب حياة المتعاطين للمخدرات، والذي قد يتجلى في مقاومة العمل أو العلاج والانخراط في الجريمة والاتصال بالمجرمين ... إلخ.

ويقول "RABB" بأن المشكلة الاجتماعية تظهر أو تتواجد في حالتين أولهما: إذا بلغت العلاقات السائدة بين الناس إلى عرقلة الأهداف الشخصية لعدد كبير من الأفراد، والثانية: إذا تعرض تماسك المجتمع لتهديد خطير نظراً لعجزه عن تنظيم العلاقات بين أفرادها مع وجود ثمة ميل واضح بالنظر إلى حالات، مثل الجناح والجريمة والإدمان والفقر، بوصفها مشكلات اجتماعية أو أنماط انحرافية، وهناك سعي قوي إلى تفسير تلك الحالات بالنظر إلى العوامل التي تؤدي إلى ظهورها، وطبيعة الظروف التي تظهر فيها... إلخ دون أن تأخذ في الاعتبار رد الفعل المجتمعي إزاء سلوك معين، واختلاف ذلك من مجتمع لآخر، وكان لا بد من تفسير آخر يفسح طريقه إزاء ردود الأفعال الاجتماعية، ويأخذ في حسبانها عمليات التعامل الرمزي، وبالضبط الاجتماعي، فضلاً عن تباين المراكز وتوزيع القوة واختلاف القيم بين الجماعات المختلفة، ولقد شكل هذا التفسير من خلال نموذج "التنمية الاجتماعية" "Social label" أو ما يطلق عليه في بعض الكتابات أحياناً نموذج رد الفعل الاجتماعي أو نموذج "الوصم الاجتماعي" "labeling" أحياناً أخرى¹.

¹ فتحي أبو العينين: سوسيولوجية المشكلات الاجتماعية - دراسة نقدية -، مركز الوثائق والدراسات الإنسانية، جامعة قطر، 1989، ص 20، 391.

وتشير الوصمة إلى أنها هي تلك العملية التي تنسب الأخطاء أو الآثام التي تدل على الانحطاط الخلقي إلى أشخاص في المجتمع، فتصفهم بصفات بغیضة أو سمات تجلب لهم العار وتثیر حولهم الشائعات، وتتمثل هذه الصفات بخصائص جسمیة أو عقلیة أو نفسیة أو اجتماعیة، فإذا ما لحقت الوصمة بشخص ما أكسبته صفة غیر مرغوب فیها تحرمه من التقبل الاجتماعی، لأنه أصبح شخصا مختلفا عن بقية أشخاص المجتمع، وهذا الاختلاف يكون في خاصیة من خصائصه الجسمیة أو العقلیة أو الاجتماعیة التي يعاني منها مما يجعله في إحساس دائم بعدم التوازن النفسي¹.

وعلى الرغم من أن نموذج الوصم الاجتماعی، وقد نجح في لفت الانتباه إلى مثل هذه الآراء والتصورات المتصلة بفهم وتحلیل المشكلات الاجتماعیة على أساس الدراسة العلمیة لأنماط الانحراف، والعملیات الأساسیة التي يتضح على ضوءها التنظيم الاجتماعی للمنحرفین، إلا أن النموذج قد وقع في بعض المثالب التي واجهه بسببها كثير من الانتقادات التي وجهها إليها بعض نقاده ومعارضیه، فمن قال بأن أصحاب نظریة الوصم، وإن كانوا قد أثاروا بعض التساؤلات حول أساس الوصم ونتائجه، إلا أنهم لم يقدموا أية مستويات أو معايير بديلة لتعديل أو تحسين الأحكام المجتمعیة بشأن إطلاق التسمیات على مرتكبي الأفعال المنحرفة، ومن جانب آخر، فقد أكد نموذج الوصم أن هذا النموذج یمیل إلى تجاهل الضرر الفعلي الذي تحدثه اشكال معینة من الانحراف، وأن التركيز على تأثير وصمة العار قد جعل الدراسة الاجتماعیة لضحايا الظلم والاضطهاد تعفي المنحرف عن مسؤولیاته عن فعله، ولأن النظرة إلى المنحرف كضحية أنها تلقى باللوم والمسؤولیة على المجتمع وجماعاته المهيمنة، وثمة نقد آخر مؤداه أن نموذج الوصم قد بالغ في تبسیط أسباب الانحراف، حيث یذهب بعض أنصاره إلى القول بأن إطلاق الصفات (مريض عقلي، مجرم... إلخ)، هي الأسباب الرئیسیة للانحراف، وفي الوقت الذي یجمع فیہ النقاد على أن أسباب الانحراف الأولى لا تكمن في عملیة الوصم ذاتها، وإنما في مجموعة أخرى متنوعة من الحالات مثل الصراع والفقر مثلا².

¹ سامية جابر: الفكر الاجتماعی، دار المعرفة الجامعیة، الإسكندریة، 1990، ص 187.

² Jerome Manize: Analyzing social problem of cit، نقلا عن جیروم ج ماينز: تحلیل المشكلات الاجتماعیة، الترجمة العربیة، 1966، ص 59-60.

وفي معرض تحليل هذا الجانب من الانتقادات الموجهة إلى أنصار هذا النموذج، تؤكد (شادية قناوي) بأنهم أي (الأنصار) لم يحاولوا الإجابة عن بعض التساؤلات، مثل لماذا استمر هذا الوضع غير العادل الذي يحتم وجود واستمرار عملية التسمية بين الفرد مقترف السلوك المنحرف ومجموعة الأفراد الذين يسمون سلوكه بالانحراف؟ وما هي طبيعة التكوين الاجتماعي، الاقتصادي التي تحتم شروطه المجتمعية انتشار الجريمة (الانحراف) بين الأغلبية العظمى من أبناء الطبقات الدنيا¹.

المبحث الثالث: نظرية العائلة (الأسرة):

حيث تعارض هذه النظرية بأن يكون المرض أو صعوبات الفرد هي مقدمة للإدمان، وتركز هذه النظرية على إسهامات الأسرة في سلوك الإدمان، وكيف تؤثر المشاكل على كل عضو في الأسرة، وما هو تأثير الإدمان على الأسرة كوحدة متماسكة، وتفترض هذه النظرية أن الإدمان وسيلة تكيف مع ظروف الحياة، والسلوك المسموح به وغير المسموح به في الأسرة، التي تدعم سلوك الإدمان، والطقوس التي تتبناها الأسرة والقوانين التي تفرضها كلها تساهم في مشكلة الإدمان، كما أن الاتصال غير الفعال والتعبير المحدود عن المشاعر داخل الجو العائلي، هي صفات وخصائص للأسر التي تعاني من الإدمان، وإن تفاعلات الآباء وتوقعاتهم غير المتناسقة، وسلوكهم القسري مع الأطفال تدفع إلى سلوك الإدمان، كما أن السلبية والإهمال والغضب، وعي من مسببات الإدمان.

وعند تطور الاعتمادية وتقدم الإدمان، يصبح الإدمان في هذه الحالة مفرط، ويصعب السيطرة عليه، وعندها تصبح استجابات الأسرة خارج الأسرة، وتبدأ الأسرة بالبحث عن زيادة السيطرة، في هذه الحالة يزداد الضغط على الأسرة، وتؤكد نظرية الأنظمة على التفاعل والاعتماد المتبادل وتكامل أو انسجام الأعضاء في النظام، وبناء عليه فإن كل الأعضاء الذين يعيشون معا هم عبارة عن أنظمة مفتوحة، والنظام المفتوح يحافظ على الاستمرارية، ومرتبطة مع البيئة، والنظام المفتوح أكثر تميزا واختلافا وسيطرة، في حين أن النظام المغلق مستقل عن البيئة، ويتحرك باتجاه زيادة الاضطراب، وتصف هذه النظرية الأفراد بأنهم اجتماعيون أكثر من اهتمامها بالناحية النفسية أو البيولوجية، والتفاعل بين البيئة والأفراد أمر مهم وحساس في

¹ شادية قناوي: سوسيولوجية المشكلات الاجتماعية وأزمة علم الاجتماع المعاصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص 93، 96.

هذه النظرية، فعلى سبيل المثال إزالة السموم من شخص مدمن في المركز العلاجي تكون معالجة ضعيفة إذا كان لدى الشخص رغبة في العودة إلى بيئة الإدمان، حيث تتفق هذه النظرية مع فطرية العائلة في نقطة واحدة ألا وهي التفاعل المتبادل وتكامل وانسجام الأعضاء في النظام الأسري، كما أن نظرية الأنظمة فعالة مع الأسر المدمنة، ومع متعاطي المخدرات والمدمنين، وتستخدم مع الأشخاص المرضى، والمختلين وظيفيا في نظام الأسرة، والإدمان مؤشر لاختلال النظام الأسري والعائلة عبارة عن نظام يلعب دورا هاما في بدء وتطور ومعالجة الإدمان، وتهتم هذه النظرية بالأسئلة التالية:

- كيف يؤثر الشخص المدمن على العائلة ؟
- كيف تساهم الأسرة في إدمان أحد أفرادها ؟
- كيف يمكن أن تساعد الأسرة في المعالجة ؟
- ما المعالجة التي تحتاجها الأسرة ؟

والإدمان على أية حال يخلف فراغا واختلالا في نظام العائلة، وتعتبر نظرية الأسرة أنه إذا كم يحل هذا الاختلال (الفراغ) الوظيفي، فإن خطر الانتكاسة يكون مرتفعا، والاختلال الوظيفي يكون مرتفعا أيضا، والمعالجة الفعالة والناجحة تحتاج لأدوار جديدة ومسؤوليات جديدة لكل أعضاء الأسرة¹.

كما أن التفكك الأسري سواء الطلاق أو المشاكل المستمرة بين الوالدين تخلق جوّا من التوتر والقلق لدى الابن المدمن، خاصة بعد خضوعه للعلاج، حيث إذا لم يجد الجو الأسري الملائم للراحة النفسية ومساعدته على إكمال مرحلة ما بعد العلاج، فإنه بنسبة كبيرة ستحدث له الانتكاسة، ويكون معرضا للعود إلى الإدمان وتدفعه تلك الحالة الأسرية المضطربة إلى البحث عن الراحة خارج نطاق الأسرة، وهنا يلجأ إلى رفاق السوء والاعتماد على المخدرات، زد على ذلك أن الأسرة هي البيئة الأولى التي تتيح لأبنائها جميع الفرص والظروف والإمكانيات لتنمية قدراتهم وتفكيرهم، وإدراك حقائق الأشياء، وتتطوي وظيفة التنشئة على جملة من الأمور تعلق بمبدأ تأمين احتياجات الأبناء النفسية، الثقافية، الاجتماعية والمعرفية، الذي يساهم في تكوين الملامح الأساسية لشخصية الطفل مستقبلا، وتؤمن هذه الاحتياجات بواسطة²:

¹ محمد أحمد مشاقبة: الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 64، 65.

² محمد نعيمة: التنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية، دار الثقافة العلمية، القاهرة، 2001، ص 37.

أ- الاكتساب التفاعلي الذي يعد جملة من العمليات والأنماط السلوكية، والمعارف التي تكتسب عن طريق التفاعل مع الوسط الاجتماعي عن طريق عملية المحاكاة، اللعب، التقمص، بالإضافة إلى علاقات الدور.

ب-الاكتساب الموجه أو المقصود والمتجسد في عمليات الأمر والنهي والوعظ والإرشاد والتشجيع والإكراه.

هذا ويتأثر سلوك الأبناء غالبا بدرجة ثقافة الوالدين ومدى التجانس بينهما، فالجهل وتناقض الثقافة يؤدي إلى السلوك المنحرف أو فشل الأبناء في التكيف مع ظروف البيئة والمجتمع، ويبدو واضحا من نظرة سريعة عبر التاريخ أن الأسرة جماعة اجتماعية أساسية ودائمة، ونظام اجتماعي رئيسي، وليست الأسرة أساس السلوك والإطار الذي يتلقى فيه الإنسان، أول دروب الحياة الاجتماعية، وربما كان ذلك هو مجمل منظور علم الاجتماع إلى الأسرة باعتبارها نظاما اجتماعيا، ومع ذلك فإن رواده لم يهتموا كثيرا بالوحدات الاجتماعية الصغيرة كالأسرة في تحليلهم للمجتمع، ولذلك لم تنتعش دراسات الأسرة إلا في أواخر القرن التاسع عشر و أوائل القرن العشرين على يد علماء الانثروبولوجيا وعلماء الآثار الذين اهتموا بدراسة الأسرة في الثقافات البدائية وفي الحضارات القديمة ومنذ ذلك الوقت بدأت دراسات الأسرة تحتل مكانة هامة في العلوم الاجتماعية بالنسبة لعلاقة الأب بالأبناء فهناك من الدراسات التي اهتمت اهتماما ملحوظا بعلاقة الأب بالأبناء دراسة " أوني ويكان " التي عالجت في مواقع متفرقة منها تلك العلاقة من عدة جوانب، فمن حيث ممارسة السلطة رأت أن الأب أكثر سيطرة على الأطفال من الأم حيث يتحكم في كثير من سلوكياتهم، كما أشارت إلى غياب الإباء لفترات طويلة عن بيوتهم وترك التربية إلى الأمهات، وتصبح الفترة القصيرة التي يقضيها الآباء كافية فقط لأداء ادوار محدودة مع الأطفال¹.

¹ محمد نعيمة: المرجع السابق، ص 37.

ومن بين المداخل النظرية الأساسية في دراسة الأسرة نجد النظرية البنائية الوظيفية التي تعتبر من أكثر النظريات انتشارا وهي قائمة على فكرة مؤداها أن المجتمع مكون من أجزاء لكل منها وظيفة وان هناك تكاملا بين جميع أفراد البناء، وترتكز على بناء الأسرة ووظائفها، ومن أهم روادها "تالكوت بارسونز" " روبرت ميرتون " غير انه نجد جذور هذه النظرية في كتابات " اميل دوركايم " وقد لاقت البنائية الوظيفية قبولا لدى رواد دراسة الأسرة من أمثال " وليام جبرن " و " بيرجس " حيث فهمت الأسرة كوحدة أو مؤسسة متكاملة الأدوار بها علاقات ممتدة في محيطها البنائي العام ¹.

إن المفاهيم والفروض التي تعود الى التحليل البنائي الوظيفي للأسرة كأحد المؤسسات أو النظم الاجتماعية الهامة في المجتمع يمكن استخدامها للنظر الى الأسرة كجماعة صغيرة من الأفراد المتفاعلين في الأدوار المختلفة تؤدي وظائف لإفرادها وللمجتمع ككل، ومن الافتراضات التي تتعلق بدراسة الأسرة كنسق، الفروض التي حددها كل من " هيل " و " هانس " والتي كانت كالاتي:

- يمكن تحليل السلوك الاجتماعي بصورة مرضية عن طريق معرفة إسهاماته في بقاء النسق الاجتماعي او تبعا لطبيعته المندرجة تحت بناءات النسق.
- الإنسان الاجتماعي هو أساس صورة منعكسة للنسق الاجتماعي والفعل المستقل المتبسط ذاتيا نادر وغير اجتماعي.
- الوحدة الأساسية المستقلة هي النسق الاجتماعي الكلي الذي يتكون من انساق فرعية مثل: انساق الأسرة والنظم الاجتماعية.
- يمكن دراسة أي وحدات فرعية للنسق الرئيسي.
- يميل النظام الاجتماعي إلى التوازن.
- ويبعد المدخل البنائي الوظيفي أهم المداخل في دراسة الأسرة ويمكن إسقاط مفهومي البناء والوظيفة على الأسرة، فيشير البناء الاجتماعي للأسرة إلى الطريقة التي تنتظم ²

¹ احمد زايد وآخرون: الأسرة والطفولة، دراسات اجتماعية انثروبولوجية، ط دار المعرفة الجامعية، دون تاريخ، ص، 17.

² سناء الحولي: الأسرة والحياة العائلية، دار المعرفة الجامعية الازارطة، الإسكندرية، 1984، ص، 144.

بها الوحدات الاجتماعية والعلاقات المتبادلة بين الأجزاء، أما الوظيفة فهي الدور الذي يلعبه البناء الاجتماعي الشامل.

كما يمكن الإشارة إلى أن أصحاب هذا المدخل يعترفون بعدم تكافؤ جميع وظائف الأسرة في محافظتها بالبقاء داخل المجتمع وبنائه، إذ قد تحصل اختلالات وظيفية تهدد بناءها مثل التقصير بواجباتها في تنشئة أبنائها، وتقوم بها بأسلوب خاطئ أو سيئ، مما ينجر عنه انحرافات لا تخدم الأسرة والمجتمع معا¹.

وعلى الرغم من أهمية هذه النظرية خاصة لما قدمته في مجال الأسرة إلا أنها بالغت في تصويرها النظري للأسرة بأنها متماسكة ومترابطة، كما أنه من الصعب تحديد وظائف الأسرة خاصة في المجتمعات الحديثة، فمثلا الوظيفة التعليمية لم تعد وظيفة الأسرة فقط بل أصبح يشارك به العديد من المؤسسات التربوية، كالمدرسة، المسجد، رياض الأطفال، وغيرها، هذا وكان نظام تعترض الأسرة عدة تغيرات كغيرها من الأنظمة الأخرى ففكرة الاستقرار والثبات للأسرة التي ركز عليها أنصار هذه النظرية لا يمكن الأخذ بها وخاصة في ظل التطورات الحاصلة والتي مست مختلف مؤسسات المجتمع بما فيه مؤسسة الأسرة².

إن الأسرة كوحدة اجتماعية لا يمكن دراستها بمعزل عن التغيرات الحاصلة في المجتمع فهي كغيرها من البنيات الأخرى تؤثر وتتأثر، فإذا رجعنا قليلا إلى الوراء لننظر في التكوين الاجتماعي والاقتصادي للأسرة الجزائرية لوجدنا أن الدراسات الخاصة بالأسرة الجزائرية محدودة بل نادرة وبالأخص تلك التي تتناول العلاقات الأسرية وبناء الأسرة وتغير وظائفها، والمشكلات التي تتعرض لها وقد قسم " بوتفوشيت " تطور الأسرة الجزائرية إلى مراحل مرحلة ما قبل الاستعمار، ومرحلة الاستعمار، مرحلة ما بعد الاستعمار، حيث كانت الأسرة الجزائرية قبل الاستعمار أسرة ريفية يقوم أفرادها بالنشاط الزراعي جماعيا نظرا للعلاقات القروية، والتماسك الموجود في العائلة الواحدة التي تعيش في أحضانها عدة أسر تحت سقف واحد أي ما يعرف³

¹ سناء الحولي: المرجع السابق، ص، 144.

² سامية محمد جابر، على عبد الرزاق جلبي: علم الاجتماع المعاصر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص، 80، 79.

³ العايب سليم: الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجوده الحياة في الأسرة مداخلة بعنوان: التفكك الأسري وأثره على انحراف الطفل، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، أيام 10/09 أفريل 2013، ص 4، 5.

بالدار الكبيرة القائمة على السلطة الأبوية المطلقة بينما للمرأة سلطة اقل من سلطة الرجل، إذ كان يتعلق دورها بالدرجة الأولى بالإنجاب ورعاية الأبناء، وتدبير شؤون البيت، أما بعد الاستعمار ونتيجة لسياستها الموجهة لتخريب بيئة المجتمع حدثت في المجتمع الجزائري تغييرات مست تلك العلاقات القرابية القوية التي تربط أفرادها عن طريق فرض نظام الخماسة أي يصبح الفلاح الجزائري أجيرا عند المستعمر بعد الاستيلاء على أرضيه، هذا ما أدى إلى تفكك أعضاء الدار الكبيرة بسبب الهجرة إلى المناطق الأقل اضطهادا عنيفا بالتالي أصبح الفرد يقوم بالعمل المأجور الذي انعكس بالضرورة على الأسرة من حيث البنية الوظيفية وبعد استرجاع الاستقلال تحديد المصير انطلقت عمليات البناء والتشييد فاستغلت العملية التنموية للبلاد خاصة في المدن خلال إنشاء مؤسسات اقتصادية زادت من زحف اليد العاملة الريفية إلى المدن وبالتالي إهمال الأراضي الزراعية طلبا للعمل المأجور، ويرى علماء الاجتماع أن لتغيير الحياة من الريف إلى الحضر له اثر عميق على الأسرة من حيث البناء والسلطة والزواج والإنجاب والوظائف التقليدية للأسرة كالضبط الاجتماعي ففي المدينة تتوفر المؤسسة الصناعية والتجارية التي تستخدم الفرد على أساس القدرة والكفاءة فقط دون الأخذ بعين الاعتبار صلة القرابة والجنس والسلالة كما أن إقامة الفرد في مكان معين أصبح متعلقا بمكان فرص العمل عكس الحال في الريف أين ترتبط بقطعة الأرض وبمجاليه الاجتماعي الخاص، الأمر الذي يدفع بالعلاقات الأسرية إلى النزوع نحو الفردية ومن ثم إلى تقلص حجمها من كونها أسرة ممتدة تقود أجيالها إلى أسرة محدودة العدد غالبا ما تقوم على الزوج والزوجة وأبنائهم الصغار ونادرا ما تضم والدي الزوجين أو احدهما كما أدت التغيرات الاقتصادية التي شهدتها المجتمع إلى حدوث تغيرات في الاتجاهات والقيم الخاصة بالأدوار داخل الأسرة وكذلك الإنجاب وتلك الخاصية بمكانة المرأة ودورها التقليدي كان وربة منزل فتتحول بناء الأسرة الجزائرية من النظام الممتد إلى النظام النووي وأصبح واضحا بعد نزوحها إلى الوسط الحضري الذي يختلف عن الوسط الريفي، أي من نموذج اجتماعي واقتصادي واستهلاكي تلعب فيه علاقات قرابة دورا أساسيا يعتمد على الإنتاج الزراعي والحيواني إلى نمط اجتماعي فردي يقوم على الاقتصاد الصناعي والتجاري¹.

¹ العايب سليم: المرجع السابق، ص 4، 5.

المبحث الرابع: نظرية العلاج الانفعالي العقلاني

تعد مدرسة ألبرت أليس "Albert Ellis" المنسوبة إلى هذا العالم السيكولوجي الكبير وصاحب نظرية العلاج الانفعالي العقلاني (الفكري) إحدى المدارس الكبيرة المشهورة في العالم والتي لا نظير لها في تاريخ العلاج النفسي المعاصر، وهذه الشهرة إنما جاءت بفعل شمولية وتكامل هذا النمط العلاجي النفسي واتساع صيته في الأوساط العلاجية النفسية السلوكية، وتعود هذه النظرية العلاجية النفسية إلى عام 1982 م، حيث اتسعت دائرة التعامل بها على المستوى العلاجي فأصبحت اليوم من كبريات العلاج النفسي التي تتحدى العلاج النفسي التحليلي الفرويدي بنسبة نجاحه العلاجية العالية ومصادقية النتائج العلاجية في مستوى العصابات النفسية وإعادة تعديل السلوك، وقد لاحظ "ألبرت أليس" خلال علاجه أن مرضاه قد استفادوا من طريقته العلاجية واستفاد جمة بدون سبر القصة المرضية سبرا راجعا إلى عهد الطفولة، وبدون التعامل مع نوااميس الأمراض النفسية على مستوى اللاشعوري الفرويدي، أي العقد النفسية وديناميكياتها اللاشعورية، والكشف عنها بالطرق العلاجية التحليلية وجرها إلى الوعي المريض وشعوره، أو من خلال التعامل مع مبدأ التحويل العاطفي في العلاج النفسي الفرويدي، إذ أن مرضاه الذين يشكون اضطراب السلوك والانفعال قد تبدلت عواطفهم وسلوكياتهم المرضية بفعل اكتسابهم طرق جديدة في التفكير، أي بتعبير آخر من خلال تبديل بنيتهم الفكرية المعرفية ومعتقداتهم وتأويلاتهم للمنبهات الخارجية والداخلية كما وجد (أليس) أيضا أنه في مقدوره تقديم العون للمرضى للتغلب على متابعتهم من خلال طرق مباشرة، واقتصاد في الوقت، ومصرف العلاج، وعلى عكس العلاج النفسي التحليلي الذي يستند أساسا على قانوني التداعي الحر في سبر العناصر المرضية الكامنة في اللاشعور، حيث يكون المعالج في موقف سلبي، ويقتصر دوره على الإنصات ورصد هذا الفيض من التداعي اللاشعوري والسعي لتحليله وهو في عملية اصطياذ العقد النفسية المسئولة عن الاضطراب النفسي، والكشف عنها، وجرها إلى الشعور المريض واستبصاره، فإن دور المعالج في هذا العلاج الجديد يكون فعالا وليس منفعا، يساعد المريض ويحثه على تحدي معتقداته الخاطئة اللامنتطقية ومناهضتها بأسلوب خاص معين¹

¹ محمد حمدي حجار: العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1412هـ، ص 13، 14.

وهكذا يمكننا أن نصف العلاج الانفعالي العقلاني "لألبرت أليس" بأنه علاج تبديل المعتقد والفكر والانفعال الذي يؤكد على توجيه والمداخلات الفعالة والتي يشترك فيها المعالج والمتعالج، ويلعب هذا الأخير دوراً أساسياً من خلال التمارين والتدريبات العلاجية السلوكية في شفاء نفسه، وتختلف النظرية العلاجية عن غيرها من مدارس العلاج النفسي، وإنها تركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في الاضطراب النفسي عند الكائن البشري، بينما نجد في المدرسة التحليلية الديناميكية خاصة أن أسس علاجها ومركزاته الأساسية إنما تعتمد على دراسة ماضي المريض ومحتويات لا شعوره، والحوادث البيئية المحيطة فان مدرسة " ألبرت أليس " وطريقته العلاجية تركز على المعتقد، والكلام مع الذات والمواقف الفعالة في الإسهام في تسبب الاضطراب الانفعالي والاضطراب السلوكي واستمرار يتهما، وبدون تبديل هذه المكونات المعرفية التي ذكرناها يستحيل تبديل الاضطراب الانفعالي والسلوكي. وأكثر من ذلك فان النظرية المعرفية الفكرية التي نحن بصدها لا تغفل أهمية العوامل البيئية، والبيوكيميائية، والأثرية في تأثيرها على السلوك والعاطفة عند الإنسان، ولكنها من ناحية أخرى تلح على أهمية المخدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الإنسان القادرة على تبديل التفكير المسبب للمرض والاضطراب النفسي والسلوكي، وفتح الباب العريض أمام تفكير معافى سليم يشع بالأمل والتفاؤل وحياة سعيدة.

يعد الإقبال على المكسرات اليوم المشكلة الأولى في العالم المرتبطة بالصحة العامة، وتليها المخدرات، ورغم أن الإحصائيات المتعلقة بالكحوليات وسوء استخدام الكحول والعقاقير المبدلة للمزاج مختلفة ومتباينة إلا أن التقديرات المحفوظة ترى أن الإدمان على الكحول يشكل ما نسبته على الأقل 4% من مجموع السكان في البلدان الصناعية ويقدر عدد البشر الذين يتعاطون المشروبات الروحية في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من 100 مليون منهم 6-10 ملايين يصنفون في عداد المدمنين، ويضاف إلى هذا العدد مليون من المراهقين (21 سنة). وعندما نتصور أن كل مدمن على المواد المبدلة للمزاج يؤثر تأثيراً سيئاً على حياة الآخرين،¹

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص 13، 14.

حينئذ يتصاعد العدد ليصبح 70 مليون من الأمريكيين يعانون من مشكلات اجتماعية وشخصية هامة تعزي إلى الإدمان على المواد المبدلة للمزاج، وأكثر من ذلك نقدر الخسائر المالية الناجمة عن الإدمان على الكحول والمواد المخدرة في ميدان رعاية الصحة، وهدر الطاقة والإنتاج البشريين، والبطالة، وترك الأعمال عند المدمنين بحوالي 70 بليون دولار أمريكي سنويا، وهكذا نجد هول الخسارة الاقتصادية والاجتماعية والشخصية الناجمة عن هذه الآفات الاجتماعية والاقتصادية التي تأكل الأرضية التحتية للمجتمعات وبخاصة الصناعية المتقدمة ، كما ظهر اتجاه في السنين الأخيرة نحو إدراك خطورة الصعوبات والمشكلات المتعددة الإبعاد التي سببها الإدمان على المواد المبدلة للمزاج، إذ ظهر في الأفق الوعي المتنامي لمشكلات الإدمان وما تجره من ويلات اجتماعية واقتصادية وأسرية، وشخصية على المستوى المهنيين الذين يعملون في قطاع العناية، بالصحة والأسرة، وأرباب العمل، والمدمنين أنفسهم، فالمدمنين أصبحوا أكثر وعيا وإدراكا، لمشكلاتهم من ذي قبل ، فآخذوا يلتمسون العون والعلاج، على مستوى أسباب الإدمان هناك جدول مازال قائما حول الأسباب الدقيقة والصحيحة لهذا الإدمان، وأفضل الطرق لعلاجها، والذي لا خلاف فيه والأمر المتفق عليه بين القائمين على الأمور العلاجية أن المعالجة المبكرة والمباشرة هي الأفضل والأكثر فعالية. وتمسكت نظرية "ألبرت أليس" دوما بالقول بان التفكير المعرض على شرب الكحول أو نفي وإزالة هذا التفكير هو جوهر الكثير من الاضطرابات الإنسانية البشرية هذه النظرية تثبت موقفا علاجيا يقوم على التفكير العلمي الصحيح كأداة لتحقيق التكيف السيكلوجي.

إن الكتاب التشخيصي والإحصائي المسمى "DSM111" (الصادر عن الجمعية الأمريكية السيكاترية سنة 1980) حاول أن يدمج بعض هذه الأفكار الحديثة الخاصة بالإدمان في تعارفه الشخصية فسوء استخدام الكحول والتعود عليه يعرفان بالمشكلات الخاصة بسوء استخدام الكحول، وسوء استخدام الكحول يوصف بالاستخدام المتكرر لمادة الكحول رغم تقاوم المشكلات العملية التي يواجهها الشارب بفعل تعاطيه الكحول أو المخدر، ثم أن التعود ينظر إليه من زاوية الإدمان والذي يترتب عنه متلازمة (أعراض) سحب المادة المبدلة للمزاج حيث¹

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص، 15، 24.

توقف تعاطيها أو تخفيض الجرعة المتعود عليها المدمن، وهذا الأمر يقودنا إلى التأكيد مسألة الإدمان معا.

إن التقرب العلاجي المتركز على الكحول هو الذي يأخذ به العلاج الانفعالي العقلاني، فهذا العلاج يرى أن عمل المعالجين هو كشف عن المشكلات الاجتماعية والسلوكية والانفعالية عند المريض، ويسعى هؤلاء المعالجون إلى تبديل سلوك المريض من خلال تغيير أفكاره ومشاعره، وفي الوقت الذي نجد فيه أن معظم الكحوليين يرغبون في الاستمرار في تعاطي الكحول، فإنه لا يميلون إلى النتائج التي تبعدهم عن الإدمان، وعن المشكلات التي تنبأت عن هذا الإدمان، وبالطبع أن من مقدور المعالجين المختصين فبالعلاج الانفعالي العقلاني أن يتصرفوا بسرعة حيال هذه المشكلات وربطها بمسألة الإدمان التي تعود إلى العديد من السنين، ومن ثم يستطيعون أن يرو التغيرات والطرق الفاعلة التي تؤدي إلى هذه التغيرات المطلوبة بصورة فعالة في سلوك المريض المدمن، ومن خلال معاينة السبر المرضي للإدمان نجد أنها ملتصقة باضطراب الصحة السلوكي، وعند البعض تعد مرضا حيث قد يبذل المريض بعض الجهد القليل للسيطرة على النزوع ولكن بدون الاهتمام بالعلاج وتبديل أسلوب الحياة تبديلا جوهريا وأشارت دراسات "فلانت" (1983) أن الكحول والإدمان على المخدرات يعد مرضا تماما مثل اعتبار ارتفاع ضغط الدم الأساسي مرضا، فارتفاع الضغط الشرياني الأساسي أو الآفة الوعائية الاكلينيكية القلبية هما مرضان دائما مستمران، وان الكشف المبكر لهذين المرضين وعلاجهما يحتاج إلى تبديل في أسلوب الحياة وخلق عادات صحية من التفكير والمشاعر والسلوك وليس الاقتصار على العلاج الدوائي لوحده. اما بالنسبة للمخدرات فان المداخلة العلاجية الفعالة تحتاج إلى تبديل عادات الحياة وإضافة إلى معالجة طبية نوعية، وننبه إلى أن اعتبار المخدرات أو ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بكونهما مرضا بدنيا فقط ونتاج عادات سيئة فقط فهذا هو الخطأ بعينه، لأن مثل هذا الاعتبار يقود إلى معالجة ناقصة وغير فعالة في كل واحد منهما، ففي كلا الاضطرابين يكون الأفراد المصابون بإحدهما لا سلطان لهم عليه ما دامت مشكلاتهم مذكورة، وان بعض السلطان أو السيطرة على الاضطراب يمكن حيازته بقبول¹

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص ، 15 ، 24.

المريض وإصابته بالإدمان، الكحول، ضغط الدم، والعمل بكل ما يملكه من قوة وحماس، وثبات لإزالة هذا الاضطراب. كما تعد النظرية بان الفروق بين التعلم الاجتماعي والطبي أو النموذج السلوكي للإدمان تبدو أكثر إثارة للجدل من ما يسمى الآن بالجدال الدائر حول السيطرة على الشرب وتعاطي المخدرات، وهذا الجدال يتأجج بالنظرية التي تقول في حق الشارب بالتفكير المشغول بالكحول أو الخالي منه كما أكدت النظرية بان السيطرة على الإدمان واستراتيجياته الرامية إلى علاج السيطرة على الذات لا تبدو فقط غير مجدية ولكنها خطيرة ولا أخلاقية. في مراجعة أجريت من قبل " كاري: و " ميبسو" سنة 1985 م تناولت استخدام استراتيجيات السيطرة على الذات في علاج الكحول، وأكدت الحاجة إلى المزيد من البحث المستقبلي. ووجدوا أن العلاجات القائمة على السيطرة الذاتية لها فعاليتها في المداخلة العلاجية المبكرة للمشكلات المرتبطة بالإدمان، وانتهيا إلى القول أن فعالية تقنيات السيطرة على الذات تبقى قابلة للبرهان في نهاية الأمر من ناحية أخرى أن البراهين المتوافرة حاليا تشير إلى انه ليست جميع المشكلات تدفع بالشاربين إلى التعود على الخمر، ثم أن مساعدة الأفراد الذين يعانون من مشكلات الكحول لكي يتعلموا اكتساب درجة اشتراطية في السيطرة على الذات سواء تم ذلك من خلال اختيار الكف عن الشرب، أو السيطرة على نزوع الشرب، أو الاثنين معا نقول مثل هذه المساعدة تبدو مناسبة وفق ظروف مختلفة تتماشى مع ظروف الفردية وعندما يبدأ الفرد بمعاونة مشكلات مرتبطة بآثار الكحول الضارة المؤذية، ومع ذلك يمعن في تعاطي الكحول تعاطيا خطرا (لأربع أو خمسة كاسات في الجلسة الواحدة) حينئذ يترتب عن ذلك ترقى المرض العضوي واضطراب السلوك، وتعويض المريض إلى الخطر الذي يهدد حياته فعلا. وهنا لا بد من التدخل تدخلا جذريا لتجنب هذه النتائج الوخيمة السيئة، وان العودة إلى تناول على مستوى الشرب الاجتماعي لم يعد مقبولا، وهنا قد يطرح السؤال في هذا السياق هو. هل هناك مخاطر تترتب عن الاستمرار في الشرب حتى في أقصى درجة ضبط الذات؟ الجواب هو أن هذا السؤال يمكن الإجابة عليه فقط من خلال معالجة الفرد في الوقت الذي تلقى فيه أفضل التوجيهات والإرشادات من قبل معالجه ¹.

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص ، 15 ، 24.

ورغم وجود أبحاث مشجعة تناولت العوامل البيولوجية في سبب الإدمان الأمر الذي فرض بذل الجهود للتعرف المبكر والوقاية، إلا أن التحديد الدقيق للسبب الفيزيولوجي النوعي في الحالة الفردية للإدمان لا يبدو عمليا في الوقت الحاضر، ولعل الاتجاه الاوفق في مجال البحث والكشف في هذا الميدان هو المعايينات العميقة السابرة للعوامل المسببة للعديد من العوامل والمسببات. من هذه العوامل الاستعدادات المسبقة التركيبية الارثية والأنماط الأسرية والثقافية في تعاطي الكحول، وقصة تعلم الفرد على الكحول والمخدرات، وجهاز المعتقد عند المتعاطي حيال المخدر أو موقفه ومعتقداته منه، والسيطرة الذاتية والقضايا الأخرى ذات الصلة بهذا الموضوع، فالتعود على المواد المخدرة هو أكثر من نتيجة لتأثير كيميائي مباشر، فالأفراد الذين لديهم استعداد مسبق ارثي يتحملون فيزيولوجيا تلك المخدرات بدرجات اكبر ولديهم استعداد مسبق ثقافيا في التكيف الباكر على تناول المخدرات ولديهم عجز في قدراتهم على تمييز ووعي درجات انسجامهم بالمخدر، وفي أي من هذه الحالات نجد أن هؤلاء المدمنين لسوء حظهم يعجزون عن تعلم تناول الكحول تناولاً مناسباً معتدلاً لا يؤدي صحتهم النفسية أو البدنية ، فسوء استخدام المخدر والإفراط في استعماله يقود إلى تعود فيزيولوجي وسلوكي متعلم وهذا السلوك ألتعودي المتعلم ، لا يتأتى من خلال التعزيز المباشر الذي يترتب عن أنقاض التوتر النفسي وإضعافه بفعل تناول الكحول، ولكن نتيجة معتقدات وتوقعات المتعاطي حيال ما يفعله المخدر في نفسيته إضافة إلى مدركاته وتفكيره اللاعقلاني، فهذه الأمور هي المتحولات المعززة الهامة في ترسيخ الإدمان وتعزيزه، فالمعتقدات أن المخدر يضعف التوتر النفسي، ويزيد الفعالية الاجتماعية أو يمنع الانزعاج النفسي هذه المعتقدات تسهم اسمها كبيرا في مساعدة الناس على تعلم تعطي المخدرات بصورة غير تكيفيه بدائيا ومن ثم الإبقاء على هذا السلوك اللاتكيفي.

ويشير "بران دسما" من خلال مراجعته لعلاجات مرضى تعالجوا في عيادات خارجية ، وانه رغم وجود متغير حدي هام في أنواع المعالجة، وفي سمات المرضى المعالجين فان المعالجة عموما تبدو أكثر فعالية من لو لم تطبق أي معالجة، وتأثير هذه المعالجة يضعف مع مرور الزمن وتقاومه، ويضيف أيضا إلى أن جميع أنواع العلاج النفسي المتقدمة خارج المشافي تعطي مردودا يتراوح بين درجة متوسطة إلى عالية في تحسين حالة المريض المدمن¹،

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص، 15، 24.

وهذه المعطيات تبرز صعوبة التمييز بين الحسنات النسبية لأساليب العلاج المختلفة نظرا لان جميعها تبدو متفوقة على الوضع الكحولي لو لم يعالج، ووجد " بران دسما " أيضا نتائج مماثلة حيث قارن العلاج السلوكي العقلاني مع العلاج النفسي الاستبصاري، ومع مجموعات ضبط تجريبي لم تعالج، وهذه النتائج أظهرت تفوق جميع العلاجات على المجموعات التجريبية التي لم تعالج على غرار القضايا الأخرى المتعلقة بالكحول هناك جدل كبير يدور حول الظروف والشروط الضرورية والكافية كليا يتحقق الشفاء، فلأفراد يعترضهم التبدل والتغير في أنماط سلوكهم التي تقودهم إلى الشفاء من الكحول مثل الاختلاط في صنف الكحوليين الذين شفوا، والعلاج داخل المستشفى والعلاج النفسي والتدين، والتدريب المنفر (التدريب على كره الكحول)، وحدث تبدل في ظروف الحياة، وخليط من الظروف والموقف المذكورة، وبالطبع لا يوجد مسلك أو طريق وحيد يؤدي إلى الشفاء بحيث يطبق في جميع الظروف، ويرى " براون " أن إحدى الخبرات الهامة التي تقود إلى الشفاء هي العلاج النفسي، ورغم أن جماعة السلوكيين يختلفون مع " براون " بعض الاختلاف، إلا أنهم يوافقون على معتقده في قيمة العلاج السلوكي المعرفي، ومرونته وفعاليته وتوجيهه في الشفاء من الإدمان، ويتعين على المعالجين ألا يكونوا متشائمين حيال العلاج نتيجة تجاوب القلة من الكحوليين للعلاج في حين يكون نصيب النسبة الكبرى منهم النكسة ، وغالبا ما يعتقد المعالجون النفسيون أن مداخلاتهم العلاجية يجب أن تؤدي إلى الشفاء ، ومنع حدوث المشكلات المستقبلية ، ولعل الموقف الحكيم المتوازن هو أن يبذل المعالجون من توقعاتهم حيال علاج الإدمان ويرفعون عتبة تحملهم للفشل، وعليهم أن يقبلوا علاج الكحول كأمر مساعد ومعين فالدراسات المختلفة التي تمت على مرضى عولجوا داخل المستشفى وبالعيادات الخارجية أن هناك نسبة قوامها مريضان من أصل ثلاثة مرضى أصبحا التحسن بفعل العلاج الذي تلقياه خلال فترة قصيرة، ولكن هذه الفعالية العلاجية تتقوى وتتعزيز مع مرور الوقت والمثابرة، وهذا ورغم انه لا يوجد شفاء مؤكد من الكحول ولا احد يضمن ذلك، وبخاصة إذا كان الاضطراب حادا ومرسخا، إلا أن عدم اللجوء إلى المعالجة يترتب عنه ترقى الاضطرابات وتزايدها سوءا في الإنذار لذا فان المعالجة للكحول تبدو ضرورية في مختلف صورها وأنماطها، وان أفضل صورة لمظاهر الشفاء في الكحول هي في التبدل السلوكي والمعرفي اللذين يتضمنان العديد من العوامل فالعلاج النفسي الذي يتناول¹

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص، 15، 24.

إزالة الاضطراب النفسي التحتي المفترض من خلال الاستبصار السيكوديناميكي هذا النوع من العلاج ثبت فشله وعدم جدواه في الكحول عموما أما العلاج النفسي الرامي إلى مساعدة الفرد المدمن مساعده نوعية فبالتعرف على مشكلته مدمنا وقبول وجود هذه المشكلة، ومن يعقد النية الصادقة والعزم المكين على تبديل تفكيره ومشاعره وسلوكه التي هي نتيجة إدمانه المرضى على الكحول واستمرار شربه، نقول مثل هذا العلاج المتفاعل القائم بين المعالج والمريض هو الذي يسهل الشفاء والتخلص من الإدمان.

إن العلاج الانفعالي العقلاني (الفكري) الذي يعطي نموذجا وتفسيرا للاضطراب الذي يعتري الإنسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعالة التي تساعد المرض على تعلم المساعدة أنفسهم من خلال إيقاف شرب الخمر والإبقاء على هذا الامتناع والكف، هذا النوع من العلاج الحديث يسهم إسهاما فعالا في تنمية عملية الشفاء من الإدمان ودفعها قدما إلى الأمام وهكذا يمكننا القول أن الفرد المدمن الذي صمم على تبديل موقفه من شرب الخمر وتعاطي المخدرات واثابر بجد وانتظام على مكافحة أفكاره الانهزامية التي توحى له بشرب الخمر وتزيينها له كأفضل متعة ومسرة، وتبديلها¹ بأخرى ايجابية، ووقف صامدا في وجه الإحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المسكر أو المخدر، واثابر بقوة وتحمل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه في الكف عن الشرب مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاصة اللاعقلانية التي تثيرها وتؤججها الميول الادمانية والأنا الضعيفة، نقول أن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يقربه من الشفاء والتخلص من الإدمان بشتى ألوانه وضروبه. الجدير بالذكر أن العوامل والتحويلات السيكلوجية والسلوكية والمعرفية هي واحدة ومتماثلة في جميع أنواع الإدمان وبشتى ضروبه وألوانه سواء كان الإدمان على الخمر أو الدواء أو المخدر، وهذا ما كادته الدراسات والمعانيات الحديثة اليوم وناصرتها في هذا التأكيد المؤسسة الوطنية الأمريكية لسوء استخدام الأدوية. وفي اعتقاد العلماء والباحثين أن النظريات المطروحة حاليا في حلبة العلم، ومعطيات الأبحاث الجارية الدامية إلى إمطة اللثام عن مسببات الإدمان على الكحول والاضطرابات الأخرى ليست كافية ولا مستكملة أسبابها وتطورها بما تتمكن المعالج من وضع خطته العلاجية على أسس فعالة ومضمونة النتائج فنظريات²

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص، 30، 37.

² المرجع نفسه، ص، 37، 43.

الأسباب (السببيات) يمكن أن تؤخذ كذرائع، وليس كأمر يترتب عنه تبديل حادثة أو نتيجة، ذلك لان العوامل المسببة المفترضة هي على درجة كبيرة من العمق والتعقيد، ومتشعبة وبيولوجية، فالمعالجون العاملون في ميدان الصحة النفسية المهنيون والذين يتعاملون مع المدمنين على مستوى العلاج قد يجدون في معطيات نظريات السببية القائمة بعض العون والأمل بحيث أن جهودهم العلاجية تقدم عوناً للمريض ملموساً وحقيقياً.

إن المرضى الذين يتلقون العلاج ضد الإدمان والذين لديهم مشكلات نفسية ما قبل المرض بالإدمان غالباً ما ينزعون إلى سلوك مماثل في الميادين الأخرى من حياتهم، فالمرضى غير القادر على ضبط سلوكه الإدماني ودوافعه فبالشرب فانه ينزع إلى سلوك فيه ما يهزم آلافاً والذات، أي انهزامي أيضاً أمام المشكلات الأخرى الحياتية، وأيضاً نجد أن الفرد غير المستقل الشخصية المرتبط بالغير والذي يتجنب المسؤوليات باللجوء إلى الشرب كآلية هروبية، فانه غالباً ما ينجو على هذا النحو في سلوكه إزاء المسؤوليات الأخرى الحياتية التي تواجهه، وهكذا نجد أن الهدف الأول في الاستراتيجية العلاجية القائمة على النظرية الانفعالية العقلانية هو في التركيز على ما نسميه بالمعتقدات الخاطئة التي يتحملها المدمن في التركيز على ما نسميه بالمعتقدات الخاطئة التي يتحملها المدمن إزاء إدمانه على الكحول أو المخدرات والتي تجعله مرتبطاً بسلوكه الإدماني أسيراً له ومن ثم ينتقل التركيز العلاجي إلى المشكلات السلوكية الأخرى عندما تظهر وعادة ما تظهر وثمة ناحية أخرى جديرة بالذكر هي أن أنماط السلوك المضطرب التي تخلق الشخصية المدمنة تتظاهر بتفكير لا عقلائي مماثل، وهكذا فإن المعالجين المختصين بالعلاج الانفعالي العقلاني يعقدون الأمل أي من خلال علاجهم شخصية المدمن بإيقاف تعاطيه للمخدر أو المسكر. وجعله يناهض معتقداته الخاطئة في الخمر، هذه النتيجة سيتعمم أثرها ونفعها لتحسن التفكير المنطقي العقلاني الجديد عند هذا المريض فيشمل المجالات الأخرى من حياة هذا المريض. أي بكلمة أخرى أن تصحيح معتقداته الخاطئة لا ينحصر فقط في مجال إدمانه، بل أيضاً في أنماط تفكيره الجديد الذي انبثق عن هذا التصحيح للمعتقد أو التفكير ليحسن تكيفه في مشكلاته الأخرى الحياتية التي تعترضه¹.

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص، 43 ، 46.

هناك ديناميكية تفكيرية (معرفية) شائعة هي لجوء المدمن إلى تعاطي المادة المخدرة من اجل الهروب من متاعبه التي تواجهه، وان هذا السلوك يقوده إلى الانسجام بالمادة المخدرة أو السكر كآسلوب في التعامل مع مواجهة المصاعب، ومن المعروف أن الكحول يحدث الشعور بالاسترخاء، وان توقع الشارب له حسب ما تعلمه من محيطه الثقافي الذي يعيش فيه هو تأثيره الاسترخائي على جملة العصبية، يتوقع المدير التنفيذي في شركة مثلا أن يأخذ كاس شراب بعد جلسة عاصفة مع رؤوسيه لترتاح أعصابه، والمتعاطي للحشيش يشعر بالنشوة بعد تعاطي هذه المادة، وهذا ورغم أن المعتقد الثقافي الشائع حول تأثيرات الكحول والأفيون وغيرهما من المواد بكونها مهدئة مرخية وقد تكون كذلك فتثير استجابات فيزيولوجية مرضية، إلا أن تأثيرات هذه المواد لا تكون دوما حقيقية على المستوى الفيزيولوجي أي تأثير الاسترخاء، ومثلنا على ذلك تدخين لفافة التبغ، فالمدخن يتوقع من السجارة عندما يدخنها أنها تجلب له الهدوء بينما هي في الواقع على مستوى الفسيولوجي منبهة للجملة العصبية الودية فتزيد من ضربات القلب وسرعة التنفس، فالتوقع إذن كثيرا ما لا يتوافق مع حقيقة التأثير الفسيولوجي في مسألة تأثيرات المواد المخدرة، وأيضا مثلا الكحول، فهو ينظر إليه من قبل الشارب كمادة محدثة للاسترخاء إلا أن احد تأثيراته الفسيولوجية هو زيادة ضربات القلب، وهذا ما يناقض الاسترخاء على المستوى الفيزيولوجي، فالكحوليين يضللون وذاتهم بان الكحول مزيل للكرب والتوتر، فهم يشعرون بقسط بسيط من الاسترخاء، والأمر ذاته نراه فبالمواد المخدرة الأخرى المؤثرة على العقل، عدا الأدوية الخاصة كمضادات للقلق، فهي على المستوى الفيزيولوجي تكون مركنة مهدئة كالفاليوم مثلا، فالمدمنون على مثل هذه الأدوية المهدئة يكون الإدمان حقا على دواء¹ بخاصية مركنة ليس فيه عنصر الإيحاء والتوقع، وان العلاج الانفعالي العقلاني يعلم المتعالجين أن في مقدورهم تبديل عواطفهم وانفعالاتهم المزعجة وذلك من خلال مناهضة معتقداتهم الخاطئة التي تجلب عليهم الكدر والغم والتعاسة.

ويعد "سوذرلاند " من ابرز أنصار المدرسة الاجتماعية وناد في نظريته " المخالطة الفارقة " بان السلوك الإجرامي يكتسب بالتعلم الذي يتم عن مخالطة الآخرين والتفاعل معهم في الجماعات المتميزة بالقرب والألفة والتأثر بتوجيههم نحو تصرف معين من مواقف معينة، واعتناق اتجاهات ودوافع ومبررات هذا التصرف، حيث يحدث التوجه نحو السلوك الإجرامي

¹ محمد حمدي حجار: المرجع السابق، ص، 43 ، 46.

إذا رجحت كفة المفاهيم المجنّدة لانتهاك القانون على كفة المفاهيم المجنّدة للسلوك الذي يقره المجتمع، ويصنف " سذرلاند " أن المخالطة التي يقصدها تتراوح في درجاتها وفقا لأربعة أسس وهي ك:مدى تكرارها ودوامها وأفضليتها وعمقها ¹.

وقد تطورت نظرية المخالطة الفارقة بعد أن أطلق عليها "دونالدريكس" اسم مبدأ الصراع القيمي متحاشيا إطلاق مصطلح النظرية عليها لعدم توافر الشروط العلمية فيها ويدعى هذا المبدأ أن معدلات الجريمة العالية توجد في مجتمعات وجماعات تتميز بظروف معينة تؤدي إلى تطوير ثقافات فرعية إجرامية ويتمثل الجانب الواقعي لهذه النظرية أو البحوث التطبيقية التي اعتمدت عليها في مجموع الدراسات عن الأحداث الجانبين والأطفال المتشردين في المنطقة المحيطة ببلوس انجلوس² والتي حاول "سودرلاند" من خلالها تفسير انخراط هؤلاء في الجنوح والتشرد واستمرارهم في هذا السلوك وتقديمهم الملحوظ فيه كلمات طالت مدة إقامتهم في هذه المنطقة. وقد كالتظرية "سودرلاند" هذه تأثيرا مهما على الفكر الاجتماعي حول نزعة الإجرام والجريمة. فقد أثار كثيرا من الجدل والخلاف وقد وجه عدد من الباحثين والعلماء في ميدان علم الاجتماع عدة انتقادات واقترح البعض منهم إجراء إضافات إليها أو تعديلات عليها ³.

وغالبا ما يختار الفرد شخصا يوافقه في نفس الصفات ونفس الأهواء والرغبات والنزاعات وعندما يجد الحدث هذه الرفقة يبدأ بحس الاستقلالية عن سلطة الأسرة وليس هناك من شك في أن هذه المجموعة سوف تؤثر بعضها على بعض فإذا كانت الرفقة تجتمع على الخير وتقضي وقت فراغها بما يعود عليها وعلى المجتمع بالفائدة ، وكانت تتصف بالأخلاق الحميدة فان الفرد سوف يكتسب هذه الأخلاق وبالتالي فان السلوك الفاضل سيصبح هو المسيطر على هذه المجموعة أما إذا كانت هذه المجموعة أو الرفقة تتسم بسمات غير حميدة وصفات غير فاضلة ، فان الفرد المنظم إليهم سوف يكتسب نفس السلوك ⁴.

¹ العايب سليم: المرجع السابق، ص 4 ، 5.

² أبحاث الندوة العلمية السادسة - الخطة الأمنية الوقائية العربية الأولى: النظريات الحديثة في تفسير السلوك الإجرامي، المركز العربي للدراسات الأمنية في التدريب، الرياض، 1987، ص، 23.

³ عبد الرحمان العيسوي: سيكولوجيا الجريمة والانحراف، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص، 79.

⁴ سعد المغربي: انحراف الصغار، دار المعارف، ط3، مصر، 1970، ص، 141.

ويستمد الفرد شخصيته من المحيطين به وعلى الأخص الأم والأب وسائر أفراد الأسرة ، ومن القواعد الأساسية في خلق السلوك الإجرامي أن يكون الفرد قد ارتبط وجدانيا بشخص آخر يكون قد انحرف فعلا ، وهذا الارتباط الوجداني لاقتصر نطاقه على الأب والام أو أفراد الأسرة ، وإنما يتعدى هذا المحيط العائلي إلى سائر الأشخاص الذين يتصل بهم سواء كانوا من الأصدقاء والأقارب أم الجيران ، وسواء كانوا رفقه في المدرسة أم في العمل أم في اللعب أو تكون الصدفة المحض قد ساقته إلى الاتصال بهم ، ويلاحظ " جليوبك " إن الحدث يميل إلى مصاحبة الأحداث الذين يتفقون معه في الميول الانحرافية ، ويرى كذلك انه من العسير أن يندمج الفرد السوي في جماعة منحرفة إلا إذا كان لديه استعداد طبيعي وميل فطري للسلوك المعوج ، وأثبتت دراسته لمائة وخمسين من الإحداث المنحرفين ومثلهم من الأسوياء أن أكثر من نصف المنحرفين قد انتهى بهم المصدر إلى أن أصبحوا أعضاء في عصابات تمارس النشاط الإجرامي بشكل جماعي بينما لم ينضم إلى مثل هذه العصابات إلا ثلاثة فقط من الأحداث الذين كانوا أسوياء، كما لاحظ الباحث أن أحداث¹ المنحرفين كانوا لا يميلون إلى ممارسة نشاطهم الانحرافي والإجرامي بطريقة فردية بل كانوا يميلون إلى التكتل في جماعات من فردين أو ثلاثة أو أكثر.

إن عدم انحراف الفرد ليس معناه انه لم يتصل بأحد من الأفراد المنحرفين بل قد يعني ذلك انه لم يتخذ من هؤلاء المنحرفين أصدقاءه الأساسيين وان صلتته بهم لم تكن اندماجه فيهم وتأثيره بهم، ومن هنا تبرز قاعدة أساسية في تحليل الصداقة كعامل من عوامل الانحراف وهذه القاعدة مؤداها إن مجرد اختلاف الفرد السوي بأخر منحرف ولا يكن في ذاته لخلق الانحراف وإنما يرجع الأمر إلى مدى هذا الاختلاط وقوة استجابة الفرد السوي للفرد المنحرف، ومقدار انفعاله لسلوكه الانحرافي، وإعجابه بها و استهجانه له، ووجود الشخص بين جماعة الأصدقاء يحدث تأثيرا متبادلا فكل منهم يؤثر في تكوين شخصية الآخر بدرجات متفاوتة حسب مقدرة كل منهم في الاقتناع وقوة الشخصية، فإذا سادت الجماعة مبادئ وتقاليد سليمة انعكس ذلك على سلوكهم وغرائزهم، فيصدر عنهم السلوك السليم، وأما إذا كانت ظروفهم سيئة داخل مجتمعات² الأسرة والمدرسة والعمل، ولم يتكيفوا مع هذه المجتمعات تكونت منهم عصابة إجرامية. وهذا

¹ سعد المغربي: المرجع السابق، ص، 141.

² يحي خير الله عودة: البيئة والسلوك الإجرامي - دراسة نظرية في الانتربولوجيا الجنائية، الجامعة المستنصرية، مجلة الأدب، العدد، 107، ص، 109.

يوضح أن جماعة الرفاق أو الإقران أو الصحبة تقوم بدور مهم جدا في مدى تأثر الشخص بها، ودرجة ولائه لها، ومدى تقبله لمعاييرها قيمها واتجاهاتها وتماسك الجماعة، ونوع التفاعل القائم بين أعضائها، لذلك فانه من الأهمية أن يكون بين أفراد تلك الجماعة تقارب في الأدوار الاجتماعية وأيضا وضوح للمعايير السلوكية وكذا وجود قيم عامة يتفقون عليها، واهتم العالم " سندرلاند " بتأثير الأصدقاء على الفرد وان السلوك الإجرامي ينجم عن مخالطة الفرد لأصدقاء منحرفين مخالطة أطول زمنا وان هذه المخالطة أعمق أثرا من مخالطته لأصدقاء أسوياء، فيكون للمجموعة المنحرفة في نفسه الغلبة على المجموعة السوية.

ومن هناك كانت أهمية جماعة الأصدقاء، فإذا سادت الجماعة مثل عليا ومبادئ قوية، تأثر بها الأعضاء وتساوت غرائزهم واتجهوا بها نحو مجالات التفوق العلمي والرياضي والفني أما إذا كانت جماعة الأصدقاء تمارس نشاطا غير مشروع، فان انضمام الشخص لهم يترتب عليه تأثره بها وانحداره معهم إلى الجريمة¹.

ورغم تأثير نظرية " سودرلاند " على الفكر الاجتماعي حول نزعه الإجرام والجريمة إلا أنها قد أثارت كثيرا من الجدل والخلاف وقد وجه عدد من الباحثين والعلماء في ميدان علم الاجتماع عدة انتقادات واقتراح البعض منهم إجراء إضافات إليها أو تعديلات عليها، ومن أهم الانتقادات الموجهة إليها هي أن هذه النظرية قد أغفلت أو أسقطت من اعتبارها مسألة هامة وهي الإرادة الحرة، إذ يمكن ورائها ادعاء كامن بان الارتباط بالنماذج الإجرامية يعتبر نتيجة للانقياد ولعدم قدرة الشخص على التحكم في أفعاله، وفي طبيعة ارتباطه مع الآخرين، كما أنها لم تنطوي على قضية واحدة متقنة تصور العملية التي تحول الشخص الى مجرم، وإنما اكتفت بالإشارة إلى أن المجرم أصبح كذلك لأنه ارتبط بنماذج لا إجرامية، إذا فقد أغفلت تفسير مصدر الجريمة وهي نظرية تفسر السلوك الجانح عند كثير من الأحداث ولكنها لا تفسر سبب عدم تورط بعض الأفراد الذين يجرون اتصالات واسعة واحتكاك مركز بالمعايير الإجرامية²

¹ يحي خير الله عودة: المرجع السابق، ص، 411.

² عبد الرحمان العيسوي: المرجع السابق، ص، 79.

وبالأشخاص الذين يقدمون على السلوك الإجرامي في الجنوح والجريمة. هذا مع أن التعلم المتمايز للجريمة يعد مسألة أكثر تركيباً وتعقيداً مما تصوره " سودرلاند " عن مفهوم المخالطة الفارقة الذي لم يحدد معناه تحديداً دقيقاً في النظرية¹.

¹ عبد الرحمن العيسوي: المرجع السابق، ص، 79.

المبحث الخامس: بعض النظريات المفسرة لظاهرة العود إلى الإدمان أولاً: النظريات البيولوجية:

حاول أصحاب هذه النظرية تفسير الإدمان على المخدرات والعود إليها انطلاقاً من ميكانيزمات بيوكيميائية أو فيزيولوجية، وكان محور الدراسات مصمم لاختيار النظريات الجينية ذات الصلة بالإدمان في الإنسان، أي فيما إذا كان الإدمان موروثاً أم لا، ويرى الباحث "أمارك" من خلال قيامه بإجراء دراسة تفصيلية موسعة على المجتمع السويدي، أن هناك عنصراً وراثياً أسرياً ذات الصلة بالإدمان الكحولي بين الإخوة المعروف بأنهم من أبناء مدمنين، فكانت نسبتهم بالإدمان (21%)، وبين الأخوات (من 0 إلى 9%)، وبين الآباء (26%) وبين الأمهات (2%)¹.

إن علم الوراثة الجينية هو الذي كشف عن حقيقة الإدمان الكحولي لدى بعض الأسر، وقد افترضت زيادة احتمالية الأفراد في أن يصبحوا مدمنين على الكحول فيما بين جماعات إثنية وعرقية معينة، وذلك لعوامل جينية، وفي دراسة طبية لمعرفة أسباب اللهفة للتعاطي، استنتج مجموعة من الطلبة في كلية الطب بجامعة "بيل" بأن بروتين "دلتا فوس ب" يثير أدمغة الفئران وجيناتها التي تعزز اللهفة لتعاطي الكوكايين، وعند حدوث هذه العملية لدى البشر فهي تفسر الإدمان على الكوكايين¹.

ويرى الباحث "ماكليرن" أن النموذج الجيني، يمكن أن يقدم تفسيراً أكثر انتظاماً من التفسير للاجتماعي بالتعاطي إذ يقول: "على كل الأحوال سيكون أحفاد المتعاطين للكحول بصرف النظر عن مشاركتهم في تعاطي الخمر، نتيجة لقربتهم بأولئك المدمنين، وبصرف النظر عن العوامل البيئية الكامنة في معظم التفسيرات الاجتماعية والثقافية، واعتماداً على المبادئ والقوانين الجينية الأساسية يكون هؤلاء المصابين من السلالة نفسها".

وقد قامت إحدى الدراسات بعزل العوامل الجينية عن العوامل البيئية في حالة إدمان الكحول، وذلك على الأطفال الذين تبنتهم أسر أخرى، فكل طفل يشارك العوامل البيئية التي وفرتها الأسرة الجديدة، مع التشابه بينه وبين بيولوجيات أبويه الحقيقيين، والتي تعتبر كرابط جيني موروث، وقد كشفت دراسة رائدة في مجال التبني عن عدم وجود فروق ذات دلالة

¹ عبد الناصر الهاشمي عزروز: التنشئة الاجتماعية الأسرية وأثرها على الإدمان على المخدرات، رسالة ماجستير علم الاجتماع، كلية الدراسات العليا، جامعة الأردن، 2005، ص 96.

إحصائية بين سلوكيات الإدمان الكحولي للأبناء المتبنين، والذين كان آباؤهم الأصليين مدمنين، وبين أولئك الوالدين الأصليين الذي لا يتعاطون الكحول أو يتعاطونه بنسبة قليلة، إلا أن الدراسة التي قام بها "غمودون" وجماعته طعنت في نتائج هذه الدراسة، واعتبرت أن شدة وحدة الإدمان الكحولي للوالدين مرتبطة ارتباطاً إيجابياً مع حالة الإدمان الكحولي لدى أبنائهم، بصرف النظر عما إذا نشأوا عن والد مدمن، أو تربوا أو تبّنوا عند والدين آخرين¹.

كما أن المدرسة الوراثية في تفسيرها للإدمان على المخدرات والعود إليه تقوم على أساس أن هذا السلوك ينتقل من المدمنين إلى أبنائهم، كما ينتقل لهم بعض الطباع²، ومن بين الذين مثلوا هذه النظرية، نجد زعيم المدرسة الإيطالية (Cesare Lombroso)، وكان ينادي بأن المجرم يختلف عن غير المجرم بصغر أو كبر الجمجمة مع عدم انتظام شكلها، وضيق في الجبهة وغزارة في شعر الجسم والحاجبين، وبروز عرض الفكين، ونبوء عظام الخدين، وكبير الأذنين، وعدم انتظام الأسنان، وطول الذراعين، وقلة الإحساس بالألم، والميل إلى الوشم إلى غير ذلك من الصفات التي اعتبرها "لومبروزو" سماء المجرم بالولادة أو الوراثة³، أي تسلم هذه النظرية بوجود الشخص المنحرف بالوراثة، وهي أول النظريات المفسرة في هذا المجال، وقد فندت من طرف واضعها في آخر حياته، إذ اعترف بوجود عوامل وأسباب أخرى غير العوامل البيولوجية، كالعادات والتقاليد، وأنظمة الحكم السائدة في المجتمع، وفندت هذه النظرية، كنظرية علمية قادرة على تفسير أسباب الانحراف⁴، وهناك من عارض بشدة هذه الفكرة، فمثلاً "هادفيلد" يقول: "من الحق من الذي لا يحتاج إلى توضيح أو تأكيد، أننا لا نرث الشراسة والكبرياء، والإدمان على الخمر، والانحرافات الجنسية"، وهنا يبقى الجدل قائماً إيهما أكثر أهمية الوراثة أم البيئة؟، ولكن من يرث الاستعداد لهذا السلوك، فإن البيئة هي التي تساعد على ظهور أو عدم ظهور هذا السلوك المنحرف، فقد اتضح أن نسبة كبيرة من مدمني المخدرات نشأوا في أسر كان الآباء والإخوة الكبار فيها يتعاطون المخدرات، فهذا لا يعني أن الوراثة هي السبب الرئيسي في ظهور السلوك لدى الأبناء، وإنما التربية التي تلقاها هؤلاء الأفراد، فالمدمن على المخدرات، لا يملك القدرة الكافية على رعاية أطفاله لا عاطفياً ولا

¹ عبد الناصر الهاشمي عزوز: المرجع السابق، ص 97.

² عبد الحكيم العفيفي: الإدمان، دار الزهراء للإعلام العربي، 1986، ط1، ص 56.

³ جعفر عبد الأمين الياسين: أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث، عالم المعرفة، بيروت، 1981، ط1، ص 37.

⁴ أحمد بوكابوس: الأحداث المنحرفون، مركز إعادة التربية، بئر خادم، الجزائر، سبتمبر، 2001، محاضرة.

ماديا، فبوجود هذه الظروف والاستعداد الذي يملكه الطفل، فالاحتمال كبير في أن يصبح مدمنًا¹.

لكن بالرجوع إلى دراستنا الاستطلاعية والميدانية حول العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري، وبالمقارنة بما جاءت به هذه النظرية، فإن نسبة كبيرة من المدمنين العائدين لم يتعرضوا خلال حديثنا معهم إلى نقطة الوراثة، حيث معظمهم نجد آباءهم وأجدادهم حسب أقوالهم لم يكونوا مدمنين مخدرات أو خمر، وبهذا فإن النظرية السابقة حسب رأيينا قد بالغت فيما أسمته بالعوامل الجينية والوراثية.

ثانيا: نظريات التحليل النفسي:

1- نظرية التحليل النفسي:

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على أساسين، يتمثل الأول في صراعات نفسية، تعود إلى الحاجة إلى الأمن وإلى إثبات الذات، والحاجة إلى الإشباع النرجسي، وبذلك فإن التعاطي ما هو إلا تفسيراً لحل تلك الصراعات وإشباع الحاجات، ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر، وهو الذي يميز المدمنين على غيرهم، فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجعان إلى التركيب النفسي الذي يحدث حالة الاستعداد، كما يفسر التحليل النفسي أيضا الإدمان على المخدرات في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة، التي ترجع في أساسها إلى اضطرابات العلاقات بين المدمن ووالديه، اضطرابا يتضمن ثنائية العاطفة إلى الحب، والكراهية للوالدين في نفس الوقت، هذه العلاقة المزدوجة تنتقل للمخدر الذي يصبح رمزا لموضوع الحب الأصلي الذي كان سابقا يمثل الخطر والحب معا، كما ترى " نظرية التحليل النفسي"، أيضا أن المدمن يلجأ للتعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يعيش فيه، حيث يجد في المخدر سندا له يساعده في حفظ ذلك التوازن.

ومن ثم فإن العقار هنا هو بمثابة وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفولية لاشعورية، فنمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب، لتثبيت الطاقة الغريزية في الفهم، وعندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التثبيت منها: السلبية والاتكالية، وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والإحباط².

¹ عيد الحكيم العفيفي: المرجع السابق، ص 56.

² عبد المنعم عفاف محمد: الإدمان، دراسة نفسية ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، مصر، دون سنة، ص 13، 14.

وإذا تكلّمنا عن وجهة نظر التحليل النفسي، فلا بد أن نتكلّم عن مؤسس هذه النظرية "S. Freud"، ومدى اهتمامه بهذا الموضوع، فمنذ 1905 جلب انتباه الباحثين إلى أهمية اللذة الفمية عند الأشخاص الذي يملكون ميلا كبيرا نحو الشرب أو التدخين، فتعاطي المخدرات يعتبر محاولة نكوص لمرحلة حدث فيها التثبيت، وهي المرحلة القيمة، فالمخدر بالنسبة للمتعاظمي هي محاولة إشباع هذه المرحلة، كما أشار "فرويد" إلى العلاقة الموجودة بين الإدمان وحالات الهوس والاكتئاب، والتي كانت موضوع اهتمام الكثير من المحللين، يقول "H. Rosenfeld" 1959، في دراسة تحليلية حول الإدمان وجدت ارتباطا كميّا بين هذا المرض - الإدمان - والحالات الهلوسية الاكتئابية... (أنا) المدمن على المخدرات ضعيف لا يملك القدرة اللازمة لتحمل عذاب الاكتئاب، لذلك وبسهولة يلجأ إلى ميكانيزمات هلوسية، ولكن الاستجابة لا تتحقّق إلا بمساعدة المخدرات، فالمخدر يعتبر وسيلة تساعد المدمن على الانتقال من الكآبة التي لا يستطيع أن يتحملها أنه الضعيف إلى حالة شعور بالفرح وبالرضاء، وكذا باللذة، وأهم ما يجلبه له هو الشعور بالعظمة، يترجم إكلينيكيّا إلى حالة هوس¹.

2- النظرية السلوكية:

لقد حدد أنصار المدرسة السلوكية ثلاث طرق لفهم السلوك الإدماني:

أ- التعلم عن طريق الاشراف الكلاسيكي:

تتعلق ميكانيزمات الاشراف الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة للإدمان مثل انتهاء المخدر والتحمل، وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما:

1- نموذج استجابة الاشراف التعويضي:

والذي وضعه "سيجل" سنة 1978، حيث يرى أن المتغيرات البيئية المرتبطة بتعاطي المخدرات تقترن بآثار المخدر في الجسم، بإنتاج استجابة شرطية مناقضة أو مخالفة لتأثير العقار، وهذه الاستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوي للجسم، حيث تزداد استجابة التوازن الحيوي الاشرافي مع استمرار تعاطي المخدر.

2- نموذج دافعية الاشتهااء الشرطي للمخدر:

الذي وضعه "ستيوارث" وآخرون سنة 1984، وطبقا لهذا النموذج فإن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار، مثل رائحة العقار، أو الأضواء التي تزين المكان

¹ Braconnier, Toxicomies juveniles et suicides, université de paris, France, 1973, p 11,12.

الذي يتم فيه التعاطي للخمر، أو الحقن بالهروين، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته، وهذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقار واستخدامه¹.

ب- التعلم عن طريق الاشرط الاجرائي:

يهتم الاشرط الإيجابي بالآثار التي تعقب السلوك أو الفاصل الزمني الذي يفصل بين السلوك وآثاره، فمن المعروف أن تعاطي الكثير من المواد المخدرة ترتبط بالشعور بالنشوة والراحة بعد التعاطي بفترة قصيرة، ولا تأتي النتائج السلبية والضارة إلا بعد فترة طويلة، أو بعد الامتناع عن المخدر، وهو ما يدفع بالمدمن إلى الاستمرار بالتعاطي، أو العودة إلى الإدمان عليه بعد الإقلاع عنه.

وهنا يقع المدمن في فخ العودة إلى الإدمان لأن الشعور بالنشوة بعد تناول المخدر مباشرة تجعله - المدمن - لا يفكر إطلاقاً بما سينجم عن تناول المخدر من أضرار حتى بعد الإقلاع عنه، إذا لم يخضع لبرنامج ما بعد العلاج، فإنه مازالت لديه استعدادات للعودة للإدمان.

ج- النمذجة:

تفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن كل صور استخدام المواد تحكمها القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك المعرفية، حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمي لديهم اتجاهات إيجابية نحو إساءة استخدام العقاقير، لذلك يرى العالم "بندورا" أن السلوك ليس دائماً في حاجة إلى تعزيز والأغلب ما يتعلمه الإنسان، يتم عن طريق الملاحظة الدقيقة لسلوك الآخرين، وما يترتب على هذا السلوك من إثابة أو عقاب، حيث أن التعرض للعقاقير غالباً ما تصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية على النموذج، مثل خفض التوتر أو الضغط، كما أن خفض التوتر يقوم أساساً على قواعد التعلم التي ينظر فيها السلوك الإدماني على أنه سلوك يكافأ العناصر الأساسية التي تحكم خفض التوتر وتقرر أن الكحول يخفض التوتر الذي يشمل على الخوف، القلق، الصراع، الإحباط، أما إنهاء وخفض الضغط فهو منحني يبين أن الفرد يتعلم بأن العقاقير يمكن أن تخفض من استجاباته الجسدية للضغط، وتشمل العمليات المعرفية، بما فيها التوقعات وخصائص الفرد، مثل الاستجابة والحساسية للضغط، الأمر الذي يساعد على تحديد الأشخاص المستهدفين.

¹ صادقي فاطمة: علاقة الاضطرابات النفسية بالإدمان على المخدرات عند الشباب، رسالة ماجستير، علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، 2005، ص 66، 67.

فالتوقعات لها عمليات تتعلق بتوقع النتائج المترتبة على أحداث معينة، وعلى هذا يفسر الإدمان على أنه العلاقة بين استخدام المادة وتوقع النتائج المعززة¹.

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

وحسب دائما هذه النظرية فإن الشعور بالراحة والنشوة التي تنتاب المتعاطي أثناء تعاطيه، ترتبط بمنبهات موجودة في المحيط الذي تعود التعاطي فيه، فهذه المنبهات تحث الشخص الممتع عن التعاطي إلى اللجوء مرة أخرى للمخدر، من بين هذه المنبهات نجد رائحة المادة المخدرة مكان التعاطي، ورؤية الرفاق الذين يتعاطى معهم، فكلما تعرض إلى منبه من هذه المنبهات تذكر النشوة والفرح التي كان يشعر بها أثناء تعاطيه، وبالتالي فإنه يرجع ثانية إلى التعاطي إن كان منقطعا².

إن التفسير السلوكي يعتمد على المثير والاستجابة، ولكن هذا لا يكفي لفهم حقيقة الإدمان على المخدرات وإبعادها، وكذا نفسية وميول الشخص المدمن.

3- النظرية المعرفية:

إن العنصر المعرفي لدى أنصار هذه النظرية تعتبر العامل وسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد فعل انفعالي، وعلى هذا فالاضطراب النفسي تسببه التأويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن النفس أو عن المحيط الخارجي، وبذلك يعبر الفرد عن الاضطراب بعدة طرق، فقد يصاب بالاكنتاب أو الإدمان على المخدرات والعودة إليها.

¹ صادقي فاطمة: المرجع السابق، ص 67.

² محفوظ صادق بن عبد الله: تعاطي المخدرات واستراتيجية الإدماج الرسمي والأسري، دراسة ميدانية بمصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات بالمركز الاستشفائي فرانتز فانون، البليدة، مذكرة ماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة سعد دحلب، البليدة، 2006، ص 71.

ويشير "إليس" وآخرون (1988) إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقي على استمراره في التحمل المنخفض للإحباط، تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني، وتبقيه وهي: الانسجام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الانسجام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات، وأخير نموذج الحاجة إلى الإثارة، كما أنه حسب "ليز" و "فرانز" لا يمكن نفي دور تعديل المزاج في سلوك تعاطي المخدرات والإدمان، فالمدمنون يملكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج، وهم يرون أن بعض المخدرات تخفض الضجر، وأخرى تساعد على الاسترخاء، وأخرى تمنح الطاقة والاحساس بالقوة، ومن هنا فقد حاول أصحاب النظرية المعرفية مثل "باك" وآخرون (1993) تطوير نموذج لفهم وعلاج الإدمان على المخدرات، حيث يفترض هذا الأخير وجود بيانات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المخدرات، وهل تتمثل في معتقدات التوقع، معتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والألم، ومعتقدات للإباحة، حيث تقبل بعض الافراد الذين لديهم الاستعداد استنادا لهذا النموذج على تعاطي المخدرات نتيجة لتعرضهم لبعض المميزات المنشطة، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوط أطلق عليها اسم وضعية الخطر العالي، التي تعرف على أنها وضعية تهدد قدرة الفرد على المراقبة، وتزيد من خطورة العود للإدمان والانتكاس، وقد طبق "باك" منذ بداية مراحل تطوير العلاج المعرفي هذا النوع من العلاج على المدمنين، وأدمجت فيه تقنيات سلوكية ومعرفية، ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تنظيم وقت المريض، وكسر الروابط بين المدمنين والأماكن، وإلى جانب ذلك كسر الارتباط والرغبة الملحة للعود للإدمان على المخدرات والقلق.

ثالثا: التحليل الاجتماعي:

من الباحثين الذي حاولوا تفسير ظاهرة الإدمان على المخدرات تفسيراً اجتماعياً الباحث "فاينستون" ومن النتائج التي توصل إليها في دراسته الخاصة بـ: " المخدرات والاجرام" سنة 1957، أنها لا تتفق مع مفهوم الرجل المريض الذي يوصف به المتعاطي للعقاقير المخدرة، إذ لاحظ أنه ليس هناك دليل لأي تركيز مكثف صادر عن المراهقين من ذوي الاختلالات في شخصياتهم في المحيط الذي يعيشون فيه، والذي يمتاز بأعداد كبيرة من الشباب المتعاطين للعقاقير المخدرة، وكما أن العديد من المدمنين يقيمون في مناطق تكثر فيها الانحرافات، فإن هذا الاستنتاج قد عززته وساندته دراسة قام بها الباحث "فولكمان" سنة 1958، الذي وازن بين مجموعة من المنحرفين ومجموعة أخرى غير منحرفين، واستنتج أن شخصية

المدمن لم يكن لها ارتباط من الناحية السببية، واستنتج الباحث "وينك" عام 1957، بأن هناك خلا في الدراسات السيكلوجية لمتعاطي العقاقير المخدرة، لأن تلك النتائج انبثقت من بيانات تم تجميعها من أفراد مسجونين، ومعنى الكلام أن الأفراد الذين ينظرون إلى استخدام العقاقير، والذين ينظرون إلى كافة الانحرافات الأخرى على أنها فقط مظاهر ومواصفات لبعض الظروف والحالات السيكومرضية، وقلما تم قبول مثل هذا الاتجاه في ميادين عليم الاجتماع العام، ولا من قبل علم الاجرام وعلم النفس¹.

وبهذا فإن أنصار النظريات الاجتماعية في تحليلهم للسلوك الانحرافي، انطلقوا من الافتراض القائل بأن هناك ظروفًا اجتماعية تعمل على إنتاج السلوكات الشاذة والمنحرفة، فقاموا بوضع ملخص للسّمات والخصائص البنيوية ذات الصلة بالسلوكات الشاذة، والتحقق من مدى علاقتها الكائنة بين صفات وخصائص اجتماعية معينة وبين الانحراف، ومن بين هذه المتغيرات الطبقة الاجتماعية والتفكك الاجتماعي، والاضطراب الاجتماعي، والتركيبية الاجتماعية، والوسط الاجتماعي، والانقطاع الثقافي، وصراع الأدوار التي تؤدي إلى الانحراف، وهذه النظرية نابعة من موقف يتطلب بنظام القواعد، أو ما يسمى بتوقعات الأدوار الوظيفية وتكيفها.

وقد طرح كل من الباحث "بارسونز" و"ميرتون" سؤالاً يتعلق بسبب وجود انتهاكات للمعايير والقيم، فالسلوكات المنحرفة وفقاً لرأي "ميرتون" ما هي إلا نتيجة لظرف خاص يتعلق بالبنية التي تتوافر فيها التفكك وعدم الترابط، فتلقي الأبنية الاجتماعية بظلالها وبضغوطاتها على الفرد كي يتصرف بشكل منحرف، كما أن التعاطي

في نظر "ميرتون" و "أوملن" و "كلورد" يمثل استجابة تحدث لدى المتعاطي لأن طرق وسبل النجاح أمامه غير مستقرة أو مغلقة، في الوقت الذي يجد فيه نفسه عاجزاً عن ارتكاب أفعال إجرامية يحقق من ورائها أهدافه، ويفسر "ميرتون" ارتفاع معدلات الإدمان على المخدرات باعتبارها نتاجاً للمواقف الاجتماعية التي يجد فيها الفرد هدف النجاح الفردي، أو بصدّه الأبواب في بعض الفئات الأخرى التي تخالف معايير مجتمعهما وتتحرف عنه، وقد يكون صور هذا الانحراف إدمان المخدرات والعود إليها².

¹ صادقي فاطمة: المرجع السابق، ص 65، 104.

² صادقي فاطمة: المرجع السابق، ص 104.

هذا ويرى العالم "شيدرلاند" أن السلوك الانحرافي أو الاجرامي ليس موروثا ولكنه مكتسب من خلال احتكاك الفرد مع غيره من الأفراد، وذلك عن طريق وسيلة الاتصال وهي التعلم، فالسلوك الانحرافي يتعلم من خلال العلاقات الشخصية مثل الأسرة، علاقات الشارع، ويتعلم الفرد عندما ينخرط في مجموعة يسود داخلها الاتجاه إلى مخالفة القانون، وينجو منه إذا كان في مجموعة ترجح فيها كفة من ينادون باحترام القانون.

ويفسر "تارد" فكرة الاجرام والانحراف عن طريق التقليد والمحاكاة، وتتلخص فكرتها في أن كل فرد يتصرف في المجتمع وفقا للعادات والتقاليد والأعراف التي يقابلها الوسط الذي يعيش فيه، فإذا سرق أحد أو قتل فإنه لا يفعل سوى تقليد شخص آخر سبقه إلى هذا السلوك.¹

كما أن فكرة التقليد والمحاكاة جاءت كرد على نظرية "المبروزو" البيولوجية في تفسير الانحراف، "فجابريل تارد" يرى أن التقليد هو أساس تعلم السلوك، أي أن هذا السلوك، فالانحراف لديه ينتشر بانتقاله من فرد إلى فرد، أو من طبقة إلى اجتماعية أخرى، من خلال المحاكاة والتقليد، وتتم عملية المحاكاة تلك باتصال الأشخاص بعضهم ببعض، وفق قوانين ثابتة، ولهذا فإن الأفراد يتفاعلون فيما بينهم في إطار المجموعات، وإن الانحراف ينتقل إلى بقية الآخرين، مما يؤدي إلى انفعالهم وتحركهم جماعيا، وهذا يعد سلوكا اجتماعيا نشأ بسبب التقليد.²

ومن خلال هذا التحليلات الاجتماعية إلا أن نظرة الباحثين والمختصين الاجتماعية إلى الانحراف والإدمان على المخدرات لا تفسر كليا هذه الظاهرة، فكيف يفسر إذا تعاطي الأفراد للمخدرات والإدمان، في حين نجد آخرين موجودين في نفس الوسط الاجتماعي والثقافي لا يلجؤون إلى ذلك، كما كشفت بعض الدراسات الأخرى أنه من الصعب جدا إيجاد أوجه الشبه بين أسر المدمنين وغير المدمنين، خاصة وأن الأسرة تعتبر الحيز الكبير ذو التأثير الفعال الذي يفسر به الانحرافات والسلوكات الشاذة في أي نظرية اجتماعية.

والإدمان كسلوك منحرف هو عدم مسايرة المعايير الاجتماعية، ويفضل علماء الاجتماع استخدام مصطلح الانحراف بدلا من استخدام مصطلح السلوك الشاذ، وإذا كانت النظريات

¹ فتوح عبد الله الشاذلي: علم الاجرام العام، ديون المطبوعات الجامعية، بيروت، 2002، ص 108، 109.

² نقلا عن إبراهيم الطغيس: دراسات في علم الاجتماع الجنائي، دار العلوم للطباعة والنشر، الرياض، 1984، ص 81،

النفسية تنطلق أساساً من خلال البعد الذاتي لشخصية المدمن وعوامل تكوينها، فالنظرية الاجتماعية تنطلق من عملية الفهم الشامل لهذه الظاهرة من خلال بنية المجتمع ومؤسساته، لأن ظاهرة الانحراف متعددة الأبعاد والمستويات¹.

أما مدى إمكانية الأخذ بالنظريات السابقة أو بجزء منها على الأقل لتفسير ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، في مجتمعنا واتخاذ الإجراءات التربوية، والتوجيهية لفائدة الفرد والمجتمع في المؤسسات المتخصصة، أو على مستوى الأسرة والمحيط الاجتماعي، ومنه إذا أخذنا بهذا الطرح النظري بالكيفية التي طرح بها في المجتمعات المنتجة لهذه النظريات، لا تؤدي إلى فهم الأسباب الحقيقية لهذه الظاهرة، أو على الأقل محاولة تفسيرها، لأن هذه النظريات في مضمونها تبريرية وتسويغية للنظام الرأسمالي، الذي نحن الآن نعمل على تجميل وتزيين وجهه وتلميع مستقبل هذا النظام دون ماضيه.

فلو سلمنا جدلاً أن الفقر سبب مباشر للانحراف بالمقياس الغربي لأصبح الباحث نفسه في مجتمعنا غير متكيف اجتماعياً، كذلك إذا اعتبرنا الأحياء الهامشية مرتبطة بالانحراف وعلى ساكنيها أن يكيّفوا أنفسهم على أوضاعهم بدل الانحراف، فإن هذه المقولة لا تليق كفرضية دراسة في مجتمعنا، لذلك فالأخذ بهذا الطرح يحتم مراعاة الخصوصية الاجتماعية والثقافية والتاريخية لكل مجتمع، وإذا انتفى هذا الشرط أصبح هذه النظريات مجرد أثر نظري لا يصاغ منها إلا تقنية بحثها، أما إذا راعت هذه الخصوصية فإنه يمكن استغلال النتائج المتوصل إليها واستعمالها خاصة طرق العمل والتدخل من أجل توجيه الاهتمام والعناية إلى مختلف الفئات الاجتماعية، التي تعاني الإقصاء والتهميش، خاصة الشباب من أجل إدماجهم في المجتمع بشكل ملائم كأفراد قادرين على تحمل أعباء الحياة بكل متطلباتها.

¹ محفوظ صادق بن عبد الله: المرجع السابق، ص 74.

الفصل الثالث:

مدخل عام لظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات

تمهيد

المبحث الأول: ماهية العود

أولاً: العود من المنظور السوسولوجي

ثانياً: العود من المنظور السيكولوجي

ثالثاً: العود من المنظور القانوني

المبحث الثاني: العود: أنواعه وشروطه وخصائصه

أولاً: أنواع العود

ثانياً: شروط العود

ثالثاً: خصائص العود

المبحث الثالث: تأثير انتشار ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات على المجتمع الجزائري

أولاً: واقع انتشار ظاهرة العود في المجتمع الجزائري

ثانياً: أسباب تنامي ظاهرة العود في المجتمع الجزائري

ثالثاً: آثار انتشار ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات على المجتمع الجزائري

المبحث الرابع: الاستراتيجيات المتبعة لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات

أولاً: الردع في القوانين الوصفية

ثانياً: أهداف الاستراتيجية المتبعة ضد الاستعمال غير المشروع للمخدرات

ثالثاً: مجالات ومقومات الاستراتيجية المتبعة لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات

المبحث الخامس: الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات

ملخص الفصل

تمهيد:

تعتبر ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات من أهم الظواهر الاجتماعية التي أخذت منحنيات بارزة على المستويين العالمي وفي الجزائر، وما زاد أيضا في أهميتها كظاهرة خطيرة ذات أبعاد اجتماعية ونفسية، واقتصادية، هو الاهتمام الذي لاقته منذ القدم من طرف العلماء والمفكرين في مختلف الميادين والحقول المعرفية، ورجال الدي والقانون وغيرهم ممن أسهموا بمبادراتهم من أجل إعطاء تفاسير موضوعية ومؤسسة من شأنها أن تضبط الظاهرة من جميع الجوانب.

في هذا الاتجاه، فقد تعددت وجهات النظر والشروح في إعطاء تفاسير علمية ميسرة لظاهرة العود للإدمان، وبطبيعة الحال فإن هذا الاختلاف لم يكن ناتجا عن خلاف جوهري في الرؤى أو في المقاربات، وإنما ارتكز على الزاوية التي انطلق منها كل مختص، فمشكلة العود إلى إدمان المخدرات حسب المختصين على المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي أو الأمني أو القانوني، أظهرت أن حالات العود أو الانتكاسة إلى أن العقوبة الأولى كانت غير كافية لمنع الجاني من العود إلى استهلاك المخدرات ثانية، وأن الشخص إذ يصر على معاودة الانحراف فإنه بذلك يكون إما غير مبالي بتلك العقوبة التي فرضت عليه سابقا، مما دفع بالقوانين الوضعية في مجملها أن تعير اهتماما خاصا بمسألة العود، باعتباره ظرفا مشددا يبرر تشديد العقوبة على العائد، لأن في العقوبة الأشد ما يكفي لردعه وثني عزمته في الاجرام، أو أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تساهم في تنامي هذه الظاهرة، هذا بالنسبة للأشخاص المدمنين الذين ينظر إليهم على أنهم مجرمين وتعرضوا للعقوبة، أما بالنسبة للمدمنين الذين يوجهون إلى المؤسسات الاستشفائية كمرضى سواء من الجهات الأمنية، أو تقدم المدمن بمحض إرادته إلى المؤسسة العلاجية لتلقي العلاج، فإن الكثير من أولئك الأشخاص العائدون إلى الإدمان كانت ظروف كثيرة دفعتهم إلى ذلك، سواء عوامل على مستوى الأسرة والمجتمع الذي يعيشون فيه، أو عوامل متعلقة بشخصياتهم كعدم القدرة على تحمل الإقلاع طويلا عن العقار، مما يعزز ذلك عودة المدمن إلى مخالطة رفقاء السوء، ومنه العودة إلى الإدمان.

المبحث الأول: ماهية العود

أولاً: العود من المنظور السوسيولوجي:

إن المختصين في علم الاجتماع أي السوسيولوجيون، يطلقون تسمية العائد على كل شخص تكرر خروجه على القواعد الاجتماعية التي يبنى عليها النسق الاجتماعي العام. كما عرف العود للانحراف عموماً وإلى الإدمان بصفة خاصة من المنظور السوسيولوجي على أنه الشخص الذي تكرر خروجه على القواعد الاجتماعية والنظم والعادات والتقاليد التي يقوم عليها المجتمع¹.

فالعود إذن من المنظور السوسيولوجي هو تكرار الخروج عن القواعد الاجتماعية التي يقوم عليها المجتمع، ومن هنا يغطي هذا التعريف المنحرفين والمجرمين الذين لم يسبق لهم الوقوع في يد رجال الضبط، على الرغم من تكرار ارتكابهم للأفعال والسلوكيات الانحرافية والاجرامية²، ويمكن القول أن علم الاجتماع كغيره من العلوم اهتم أيضاً بدراسة وتمحيص هذه الظاهرة، حيث بقدر ما انصب اهتمامه بالأسباب والعوامل التي دفعت بالمنحرفين إلى تعاطي السلوكات غير السوية للمرة الأولى، فإن هذا العلم تميز أيضاً بمنظوره الخاص عندما صب جم اهتماماته أيضاً على دراسة الأسباب والعوامل التي تؤدي بهؤلاء الأشخاص معاودة الانحراف، ولا يهم في ذلك إن أدينوا على أفعالهم أم لا. كما يعرف أيضاً العود للانحراف من الناحية الاجتماعية أنه عادة الانتكاس إلى الجريمة، والعائد لها بأنه الشخص الذي ينتكس عادة إلى الجريمة، أي السقوط ثانية في الخطأ، أي بعد أن يتم تعافيه من المرض الذي أصابه في المرة الأولى³.

كما أن المختصين في علم الاجتماع يربطون ظاهرة العود بعدة عوامل اجتماعية أكثر منها نفسية أو بيولوجية، خاصة مع التغيرات التي طرأت على المجتمع، سواء في الاقتصاد أو الثقافة أو السياسة وغيرها، فمثلاً جماعة الرفاق التي تحدث عنها الباحث "كاندليه دافيز" سنة 1991، حيث توصل إلى أن هناك علاقة إيجابية بين درجة الألفة والمودة عند جماعة

¹ السنهوري عبد المنعم يوسف: مدى فاعلية أساليب التأثير المباشر في مواجهة مشكلة عود الأحداث إلى الانحراف، المجلة العربية للدراسات الأمنية، الرياض، 1990، العدد 09، ص 37.

² ناهد صالح: العود إلى الإجرام - مفهومه وأنماطه -، المجلة الجنائية القومية، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مارس 1969، العدد 1، ص 207.

³ Morrisin: Definitions of recidivism, the third international congress on criminology, London, 1957, p 50.

الأصدقاء وتعاطيها المخدرات، كما أن هذه الجماعة تقوم بتقديم بعضها لبعض نماذج سلوكية عادات، ولغة جديدة، وهو ما يعرف بالثقافة الفرعية، وهذه الثقافة الفرعية كما يراها "لاكشين" سنة 1985، أنها تمتلك نظاما هاما وقوانين اجتماعية تنظم العلاقات بين المدمنين، وتفرض عليهم درجة كبيرة من الامتثال لهذه القوانين، وأي مخالفة لقواعدها يتم معاقبة العضو المخالف¹.

ثانيا: العود من المنظور السيكولوجي:

يعرف القاموس المحيط 1986 العود للانحراف على أنه جرم، فيقوم جرمه بجرمه أي قطعه، ويعني كل من نفذت عليه العقوبة السابقة قبل ارتكابه لجريمة جديدة، فصدور حكم بات بالعقوبة على الجاني أو الجاني لا يكفي، بل يقتضي الأمر التنفيذ والصرامة، وكل ذلك من أجل التيقن من أن الجاني سيرتدع عن العقوبة، أو ليتم التيقن من الارتداد عن العقوبة من عدمه²، ولكن هذا يشترط برنامج توعوي منظم وذو استراتيجية تخص أسلوب الردع بالنسبة للمحكوم عليهم مثلا في قضايا استهلاك المخدرات، وبالنسبة كذلك للمدمنين الذين يخضعون لبرنامج علاج داخل المؤسسات الاستشفائية، ويكون هذا البرنامج مكثف ليضمن على الأقل عدم عودة المريض لاستهلاك المخدرات، كما يرى أصحاب المنظور السيكولوجي أن الانحراف يعالج في هذا المستوى من التحليل باعتباره فشل يرجع - يتعلق أساسا بالشخص المنحرف - إلى عجزه في التوافق مع القيم والمعايير والممارسات السلوكية داخل المجتمع، وبدلا من الامتثال للقواعد السائدة يخرج عليها بشكل انحرافي، فالانحراف وفق هذا الطرح هو شخصي، حيث يفسر في ضوء المعطيات المتعلقة بشخصية الفرد من الناحية النفسية والعضوية، تجاوزه للقواعد الخاصة بالسلوك الاجتماعي المقبول³، ومن أجل توضيح أكثر للبعد النفسي (الفردية) لدى "سيونرلاند" في معالجته للظاهرة الانحرافية، فهو يرى في حالة انتماء الفرد لجماعة اجتماعية لا يسترجع على مستواها أي من الموقفين: السلبي المنفر للفرد عن الاقدام على الممارسة الانحرافية، أو الايجاب المشجع والمحفز على التوجه نحو الانحراف،

¹ فارح سمير: ظاهرة العود للإدمان على المخدرات والتفكك الأسري، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 61.

² نقلا عن عبد الرحمان، محمد العيسوي: اتجاهات جديدة في علم النفس الجنائي، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2004، ط1، ص 17.

³ نبيل محمد توفيق السمالوطي: الدراسة العلمية للسلوك الإجرامي، دار الشروق، جدة، 1987، ط1، ص 277.

وهنا يكون لذات الفرد دور في توجيه سلوكه نحو اتباع النظام والبعد عن الجريمة¹، كما أن النظريات النفسية تهتم بالسمات الفكرية، فهي التي تتناول نوعية الأشخاص وما يحملون من سمات بيولوجية ونفسية يمكن أن تقود سلوكهم إلى الانحراف، كالتركيبات النفسية التي يمكن أن تكون معيارا للتمييز بين الشخص الشاذ جنسيا، وبين الأشخاص الأسوياء من الناحية الجنسية²، كذلك مثلا جرائم النصب وجرائم الاحتيال تقع نتيجة تعرض بعض الشخصيات الضعيفة لظروف مالية أو اقتصادية ضاغطة شديدة تدفعهم إلى الانحراف أو العود إليه³.

ثالثا: العود من المنظور القانوني:

لقد فسر علماء القانون هاته الظاهرة على أنه السلوك الذي يضر بالمجتمع، وهو حالة تخص الشخص أو الفرد مرتكب الجريمة بعد الحكم عليه نهائيا، من أجل جريمة سابقة، وعليه تشدد العقوبة لهذا المجرم لجرمه، لأنه يصر على المخالفة، ومتى تم التشديد في تطبيق العقوبة ارتدع المنحرف⁴، كما أن المختصون في علم العقاب لا يعتبرون الجاني المحكوم عليه في جريمة جديدة ما لم يكن قد نفذت عليه فعلا العقوبة الصادرة ضده بسبب الجريمة السابقة، كما يلحون على ضرورة إخضاع المجرم لمعاملة عقابية سابقة، سواء السجن أو إعادة التأهيل أو غيرها من السلوكات الرادعة، هذا على مستوى المؤسسات العقابية. وكان على المشرع الجزائري لمواجهة ظاهرة استهلاك وتهريب المخدرات أن يتخذ موقفا مستوحى من هذه المعطيات يتلاءم مع طبيعة وخصوصية هذه الظاهرة التي بدأت تنتشر في الجزائر، وأن لا يقتصر على استيراد سياسة جزائية وضعت أساسا لمعالجة الظاهرة في فرنسا، ففي ظل الاحتلال الفرنسي للجزائر، اضطر المشرع الفرنسي تحت تأثير أفكار الدفاع الاجتماعي الحديث⁵ إلى تعديل قانون 12 جويلية 1916، المتعلق باستهلاك وتهريب المخدرات المتسم بالطابع القمعي، وذلك بمقتضى قانون 24 ديسمبر 1953، فأضاف التدبير العلاجي، إلى جانب التدابير القمعية التي كان يواجه لها المستهلك، وتهريب المخدرات في نفس الوقت. وهكذا أصبح مستهلك المخدرات

¹ صالح بن إبراهيم بن عبد اللطيف الضيع: التدين علاج الجريمة، مكتبة الرشد، الرياض، 1419 هـ، ط2، ص 75.

² دون سي، جيبونز وجوزيف ف. جونزة: الانحراف الاجتماعي، دراسة في النظريات والمشكلات، ترجمة عدنان الدوري، ذات السلاسل، الكويت، 1991، ط1، ص 154، 155.

³ نفس المرجع، ص 155.

⁴ أحمد حبيب السماك: ظاهرة العود إلى الجريمة في الشريعة الإسلامية والفقه الجنائي الوضعي، الكويت، بدون سنة، ص

23.

⁵ CF Ancel Mare: la défense sociale nouvelle, éd, cugas, 1971, p 271.

يخضع لتدبير علاجي بأمر من قاضي التحقيق عندما يكون متهما بإحدى الجناح المتعلقة بالمخدرات، ولكن سرعان ما تبين قصور هذا التدبير في علاج وإعادة إدماج مستهلك المخدرات في المجتمع، وذلك لكون هذا التدبير مقترن بشرط أن يكون المستهلك متهم بإحدى جرائم المخدرات، وهذا يعني أن التدبير يمكن أن تقتصر بالعقوبة، وبذلك لا يحقق العلاج هدفه المنشود، هذا هو التشريع الفرنسي الذي بقي ساريا في الجزائر إلى تاريخ صدور الأمر رقم 75/09 المؤرخ في 17 فبراير 1975، المتعلق بقمع جرائم استهلاك وتهريب المخدرات، وقد جاء هذا الأمر التشريعي لتشديد العقوبات التي كانت مطبقة على استهلاك وتهريب المخدرات، خاصة بعد حجز كميات هائلة من المخدرات في الحدود الجزائرية المغربية في بداية شهر جانفي 1975.¹

المبحث الثاني: العود: أنواعه وشروطه، وخصائصه:

أولا: أنواع العود:

تنقسم ظاهرة العود إلى عدة أنواع بحسب الاعتبارات المتعلقة بالجرائم المكونة له، كاعتبار المماثلة بين الجريمة اللاحقة وسابقتها، واعتبارا للزمن بينهما، واعتبار عدد الجرائم المتوافرة قبل ارتكاب الجريمة الجديدة، كما يصنف العود إلى الانحراف والجريمة حسب بعض الدراسات إلى: عود خاص لجرائم محددة، كالعائد للمخدرات أو للجرائم الأخلاقية، وهناك العود العام للجريمة بغض النظر عن نوعها². فالمجتمعات في وقتنا الحاضر تسعى إلى العمل على مكافحة الجريمة بشتى صورها وأشكالها، وذلك بتلمس أسبابها وبداياتها للعمل على القضاء عليها في مهدها، بل وقبل حدوثها بوسائل وقائية احترازية، ولعل أبرز المظاهر في ذلك هو الاهتمام بالفرد مدمن المخدرات أثناء خضوعه لبرنامج علاجي في المرة الأولى وتداركه بالعلاج قبل أن يتمادى في انحرافه، وبالتالي تحوله إلى مجرم محترف أو مدمن مخدرات يصعب علاجه، ويصبح مهددا لأمن المجتمع، إلا أن عودته لتعاطي المخدرات مرة أخرى تضع علامة استفهام كبيرة عن مدى فعالية الجهود الإصلاحية التي بذلت معه خلال فترة علاجه في المرة الأولى، وكذلك تضع علامة استفهام عن حقيقة هذا الفرد الذي عاد مرة

¹ نواصر العايش: استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، جامعة باتنة، دون سنة، ص 15.

² عبد القادر عودة: التشريع الجنائي الإسلامي مقارنا بالقانون الوضعي، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1974، ص 766.

أخرى إلى الانحراف والإدمان، وقد يكون العود عاما أو خاصا، وقد يكون مؤبدا أو مؤقتا، وأخيرا قد يكون عودا بسيطا أو متكررا¹.

ونذكر من أنواع العود:

أ- **العود العام:** يعتبر المجرم عائدا إذا ارتكب جريمته الثانية سواءا كانت من النوع الأول أو من نوع آخر مماثلة لها

أو غير مماثلة²، أي عندما لا يشترط القانون أن تكون الجريمة الثانية من نفس الجريمة التي سبق للعائد أن حكم عليه بها أو من مثيلاتها³.

وفي دراستنا هذه وبالنظر إلى هذا النوع من أنواع العود، فإن المدمن العائد إلى إدمان المخدرات يعتبر مثل الجاني الذي ارتكب جريمة وعاد وارتكب جريمة أخرى، حتى أن هناك بعض المدمنين الذين كانوا يتناولون نوعا من أنواع المخدرات كالحشيش مثلا، وبعد خضوعهم لبرنامج علاجي فقد عادوا لاستهلاك مخدرات أكثر خطورة كالهيروين وغيره.

ب- **العود الخاص:** لا يعتبر المجرم عائدا إلا إذا كانت الجريمة الثانية من نوع الجريمة الأولى أو مماثلة لها، فإن لم

تكن الجريمة الثانية كذلك فلا يعتبر المجرم عائدا، والتماثل هنا نوعان: تماثل حقيق كأن يرتكب المنحرف جريمة الاعتداء على الممتلكات بعد أن أدين بها سابقا، وهنا تتحدد الجريمتان في الاسم والوصف، والتماثل الحكمي، حيث يرتكب المذنّب جريمة تتحدد مع الجريمة السابقة⁴، كما أن العود الخاص هو قيام الفرد بارتكاب جريمة ما، ويعاقب عليها بأي عقوبة كانت، ثم يعود لارتكاب جريمة أخرى من نوع الجريمة السابقة نفسها، كأن يسرق ثم يعاقب، ثم يسرق مرة أخرى وهكذا.

وهذا النوع من العود هو الذي يشمل موضوع دراستنا حول العود إلى إدمان المخدرات، حيث اهتمت هذه الدراسة بدمني المخدرات الذين تلقوا العلاج بالمؤسسة الاستشفائية ثم عادوا إلى نفس هذا السلوك المنحرف.

¹ عبد الله سليمان سليمان: النظرية العامة للتدابير الاحترازية - دراسة مقارنة -، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1992، ص 380.

² أحمد حبيب السماك: ظاهرة العود إلى الجريمة في الشريعة الإسلامية والفقه الجنائي، المطبوعات الجامعية، الكويت، دون سنة، ص 75.

³ عبد القادر هودة: المرجع السابق، ص 766.

⁴ نفس المرجع، ص 766.

ج- **العود المؤبد**: يعد العود مؤبدا عندما لا يشترط القانون مدة زمنية تفصل بين صدور الحكم السابق،

وبين انقضاء العقوبة وارتكاب الجاني جريمته التالية، فكل جاني يعتبر عائدا إذا ارتكب جناية بعد أن سبق الحكم عليه لجناية أخرى¹، كما أن المجرم يعتبر عائدا مهما مضى من الوقت على جريمته الأولى حين ارتكابه للجريمة الثانية، أي لا يشترط فيه وقوع الجريمة الجديدة خلال مدة معينة من صدور الحكم السابق².

وبالنسبة لمجتمع بحثنا كذلك نفس الشيء مثل المتهمين بجرائم المخدرات في هذا النوع من أنواع العود، فبطبيعة الحال مدمن المخدرات الذي قضى فترة علاج ثم خرج من المؤسسة الاستشفائية فيها كانت المدة بين وقت خروجه من المؤسسة وعودته لإدمان المخدرات مرة أخرى، ومن ثمة الخضوع مرة ثانية لبرنامج علاجي كذلك يعتبر عائدا حسب هذا النوع الذي سبق ذكره.

د- **العود المؤقت**: فهو الذي يلزم على العكس لقيامه أن تقع الجريمة الجيدة مرة معينة من تاريخ صدور

الحكم السابق، أو من تاريخ انقضاء تنفيذ العقوبة التي اشتمل عليها، أي أنه إذا احتسب القانون مدة معينة مرت بعد الحكم السابق أو بعد تنفيذ العقوبة، وبين وقوع الجريمة الثانية للاعتداء، بالعود فإن ذلك يعني أن العود هنا يعد عودا مؤقتا أي مرتبطا بمدة معينة، ومثال ذلك ما نصت عليه المادة 55 من قانون العقوبات، حيث تشترط أن ترتكب الجريمة التالية في خلال الخمس سنوات اللاحقة لانقضاء العقوبة المحكوم بها نهائيا،

فإذا ارتكب الجاني جريمته التالية بعد مضي أكثر من خمس سنوات فلا عود، وعلى العموم فغالبا ما يكون العود مؤبدا إذا كانت العقوبة السابق الحكم بها جسيمة كعقوبة الجنايات، بينما يكون العود مؤقتا حين تصل جسامة هذه العقوبة عقوبة الجرح³، ويختلف العود المؤقت عن العود المؤبد كون العود إلى الجريمة في هذا النوع متقارب من الناحية الزمنية، فقد احتسب

¹ عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العود للإدمان في المجتمعات العربية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ط1، ص 25.

² سليمان عبد المنعم: النظرية العامة لقانون العقوبات، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2000، ص 763، 764.

³ سليمان عبد المنعم: المرجع السابق، ص 764.

القانون مدة معينة مرت بعد الحكم السابق أو بعد تنفيذ العقوبة وبين وقوع الجريمة الثانية للاعتداء.

هـ - العود البسيط: ويمثل حالة العود الأول والذي يعتمد على عودة الجاني إلى اقترافه الجريمة مرة ثانية بعد

صدور حكم يدينه ، نفس الشيء بالنسبة لمدمني المخدرات العائدين سواء الذين تعرضوا لعقوبة السجن أو خضعوا لبرنامج علاجي داخل المصحات، في هذه الحالة كذلك يعتبر عود بسيط، مثله مثل العود المؤبد، حيث لا يشترط فيه وجود مدة معينة بين السلوك المنحرف في الأول والعودة إليه بعد مدة.

و - العود المتكرر: ويعني ارتكاب جريمة جديدة بعد صدور أكثر من حكم طبقا للنظام الذي يراه المشرع،

ونكتشف من هذا إذن أن العود البسيط لا يتطلب العود إلى ارتكاب جريمة من نفس الطبيعة والتصنيف، بل يكفي الرجوع للفعل المنافي للأعراف، القيم والقوانين الاجتماعية، بينما العود المتكرر يتطلب ارتكاب المنحرف لفعل جديد من نفس الطبيعة، ومن نفس التكيف، وسبق للمجتمع أن حكم عليه بعقوبة لا يهم إن كانت سالبة للحرية أم لا، لارتكابه فيما سبق فعلين من نفس الطبيعة والتكيف¹، كما أنه إذا تكررت أحكام الإدانة ضد الجاني بنوع معين من الجرائم فإنه يعد بارتكابه لجريمة تالية من نفس النوع عائدا عودا متكررا، وصور العود المتكرر في قانون العقوبات الجزائري ما نصت عليه المادة 60 عقوبات (ملغاة)، والتي تفترض سبق الحكم على الجاني بحكمين على الأقل بعقوبات سالبة للحرية، وارتكابه بعد ذلك إحدى الجنايات، أو الجنح المعاقب عليها بعقوبة سالبة للحرية².

ومن خلال ما سبق نكتشف أن قضية العود إلى الانحراف بصفة عامة نالت اهتمام المختصين مما دفعهم بتصنيف أنواع للعود، وسن قوانين تعاقب العائدين وفقا لكل نوع، فمثلا عقوبة الجريمة الثانية التي تقع من المجرم نفسه تكون أشد عقوبة من الأولى.

ثانيا: شروط العود:

أ - وجود حكم سابق نهائي: يشترط في العود أن تكون الجريمة الجديدة قد ارتكبت بعد حكم جزائي سابق

¹ عبد العزيز بن علي الغريب: المرجع السابق، ص 25.

² مدني مدني: أثر البرامج التأهيلية في الحد من ظاهرة العود، ماجستير، جامعة الجزائر، 2007 - 2008، ص 45.

نهائي، ولا يكون إلا بانقضاء مواعيد الطعن أو الفصل في الطعن بالنقض، وهكذا قضى بأن أحكام العود لا تطلق مادام المدعي عليه في الطعن لم يسبق الحكم عليه بالسجن قبل ارتكاب الجنحة أو الجنائية التي صدر بشأنها القرار المطعون فيه، كما قضى بأنه مادامت الأفعال التي تسببت في العقوبة الثانية ارتكبت قبل الأفعال التي صدرت من أجلها العقوبة الأولى¹. فالعود هو الوصف القانوني الذي يلحق بشخص عاد إلى الاجرام بعد الحكم عليه بعقوبة بموجب حكم سابق، بات ضمن الشروط التي حددها القانون²، لأن العود في القوانين الوضعية يقوم على أساس افتراض توافر شرطين هما: وجود حكم سابق وارتكاب جريمة تالية، إذ أنه وبدون هذان الشرطين لا يمكن تصور توافر حالة من حالات العود، وهو ما دعى بعض مشرعي القانون أن يطلق عليها اركان الجريمة³، وحتى يون هذا الحكم سابقة في العود يجب أن تتوفر فيه شروط عدة منها:

- يجب أن يكون الحكم بالإدانة حكماً نهائياً.
 - يجب أن يكون غير قابل للطعن.
 - يجب أن يكون نهائياً ومنتجاً لآثاره، لأن سقوط الحكم بالعفو الشامل أو برد الاعتبار يجعله غير منتج لآثاره، وعندئذ يصير كأنه لم يكن.
 - يجب أن لا يكون صادراً من محكمة جزائية عسكرية، إلا إذا كان الحكم صدر في جنائية أو جنحة معاقب عليها طبقاً للقوانين الجزائية العادية (وهذا ما نصت عليه المادة 59 عقوبات).
 - يجب أن لا يكون صادراً عن محكمة أجنبية.
- وأخيراً فلا عود إلا إذا كان الحكم بات، ولا يمكن اعتبار الإنذار ولا الحكم بتدبير من تدابير الأمن سابقة

في العود⁴.

¹ عمر لطفي: الوجيز في القانون، مطبعة القاهرة، القاهرة، بدون سنة، ص 369.

² محمد نجيب حسني: قانون العقوبات - القسم العام، دار النهضة العربية، لبنان، 2012، ص 887.

³ عمر لطفي: المرجع السابق، ص 369.

⁴ قرار 12-1-1994، ملف رقم 92861، المجلة القضائية، 1997، 2، ص 194.

وفيما يخص دراستنا حول "العود إلى إدمان المخدرات" فإن شرط وجود حكم سابق نهائي يعوضه حسب ما لاحظنا من الدراسة الميدانية وجود ملف سابق لدى المؤسسة الاستشفائية خاص بالمدمن الذي عاد إلى تناول المخدرات، ومن ثمة يثبت بأنه عائد.

ب- الجريمة اللاحقة: ويشترط أيضا وجود جريمة ثانية بعد الحكم الأول الصادر على أن تكون الجريمة الثانية مستقلة عن الجريمة الأولى المحكوم فيها، وهكذا قضي بأن تطبيق أحكام العود يقتضي أن يثبت في القرار الطابع النهائي للعقوبة السابقة، وفي الجرح يضاف إلى الشرطين السابقين شرط ثالث، وهو التماثل بين الجريمتين من حيث الطبيعة ومن حيث المدة الزمنية الفاصلة بين الحكم النهائي عن الجريمة السابقة وبين ارتكاب الجريمة اللاحقة، وبوجه عام يشترط قانون العقوبات لتطبيق العود في الجرح أن تكون الجريمة الأولى الصادر فيها الحكم والجريمة اللاحقة عليها لا تتجاوز خمس سنوات، وفي كل الأحوال فإن القانون لا يلزم القضاء بتطبيق العود حال توافر شروطه، ومن ثمة فإن تطبيق أحكام العود أمر جوازي متروك لتقدير القضاة والمشرعين¹، ولأن قانون العقوبات الجزائري قد اعتد بجميع أنواع الجرائم بما فيها المخالفات لقيام حالات العود.

هذا بالنسبة للعود من المنظور القانوني والجنائي، أما في دراستنا حول العود إلى إدمان المخدرات والتي تخص المدمنين الذي يخضعون للعلاج داخل المصحات بعد تعرضهم للانتكاس، فهم أيضا يشترط فيهم دخولهم مرة ثانية أو ثالثة للمصحة قصد العلاج، لكي يثبت عليهم أنهم مدمنون عائدون، وهذا بالنسبة للحالات المصرح بها فقط على مستوى المؤسسات الاستشفائية الخاصة بعلاج الإدمان، من خلال الإحصائيات التي تصدر من هذه الجهات أو الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، وبغض النظر عن الحالات التي لم يصرح بها ولم تثبت عليهم جرائم استهلاك المخدرات والعودة إليها، ولم تسلط عليهم عقوبات فهم كثيرين، وهذا يرجع لعدة أسباب سنتطرق إليها من خلال بحثنا، فمثلا هناك الكثير من المدمنين العائدين لتناول هذه السموم لم يعودوا إلى المؤسسات الاستشفائية، بسبب عدم توفرهم على مصاريف النقل مثلا، لأن عدد المصحات الخاصة بالتكفل بهذه الفئة قليلة جدا في الجزائر، كذلك هروب المدمن العائد للمخدرات من العلاج، حيث يرى انعدامها لدى هذا الشخص المدمن.

¹ حسين بوسقيعة: الوجيز في القانون الجزائري العام، دار هومة، الجزائر، 2004، ص 226.

ثالثاً: خصائص العود:

إن مشكلة العود إلى ممارسة السلوك الإجرامي بصفة عامة والعود إلى إدمان المخدرات بصفة خاصة تعد من الظواهر الاجتماعية التي نالت اهتمام المختين، سواء على المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي أو الأمني أو القانوني، حيث أظهرت حالات العود أن العقوبة الأولى كانت غير كافية لمنع الجاني من العودة إلى الجريمة ثانية، وأنه يصر على معاودة الإجرام غير مبال بتلك العقوبة التي فرضت عليه سابقاً، مما دفع بالقوانين الوضعية في مجملها أن تعير اهتماماً خاصاً بمسألة العود باعتباره ظرفاً مشدداً، يبرز تشديد العقوبة على العائد لأن في العقوبة الأشد ما يكفي لردعه وثني عزمته في الإجرام، هذا حسب المختصين في مجال القانون، أما بالنسبة للمدمنين العائدين إلى إدمان المخدرات، وبعيدا عن المؤسسات العقابية، ونقصد بهم هؤلاء الذين خضعوا لبرنامج علاج داخل المصحات الخاصة بعلاج الإدمان، كذلك أظهرت حالات العود بالنسبة لهم أن الخضوع للعلاج والمكوث في المؤسسة العلاجية لمرة واحدة لا يكفي، خصوصاً أن أغلبهم لا يكملون مرحلة ما بعد العلاج، أي تنقطع علاقاتهم واتصالاتهم بالمؤسسة التي كانوا يتلقون فيها العلاج نهائياً بعد خروجهم منها مباشرة إلى حين الوقوع في فخ الإدمان ثانية.

وقد اجتهد علماء القانون في إيجاد وسيلة تعتبر بمثابة دليل مادي يثبت للقاضي أن الجاني مسبق قضاياً، عندم ينكر أو يصر على عدم الاعتراف بما ينسب إليه من تهم، فخلصوا إلى ما يلي:

- 1- تشترط أن تتولى الجهة التي عينها المجتمع للدفاع عن حقوقه بالدعوى القضائية.
- 2- تعتبر وسيلة الكي بالنار، أول وسيلة ثانية علمياً استعملها المهتمون في مكافحة الجريمة، إلى أن وضع العالم الفرنسي "بريتون"، طريقة المقاسات البدنية التي يتم عن طريقها تسجيل كل المقاسات المتعلقة بالجناة، كالطول، الوزن، وشكل الجمجمة وحجمها، وحركة العينين، وغير ذلك من الصفات البدنية، وهي طريقة تشبه وإلى حد بعيد نظرية السمات التي نادى بها "لامبروزو"، والتي تميز بين المجرم وغير المجرم، وقد انتشرت هذه الطريقة في مختلف أنحاء العالم، وكذلك رفع بصمات المتهم لإثبات سوابقه، والمعلوم به الآن أكثر هي

صحيفة السوابق العدلية، وكل هذه الإجراءات تثبت بأن الموقوف قد تعرض لعقوبة جراء ارتكابه جناية أو جنحة¹.

أما بالنسبة للمدمنين العائدين لتناول المخدرات والذين كانوا يخضعون لبرنامج علاجي، فالشيء الذي يثبت أنهم عائدون فإن المؤسسة الاستشفائية تحتوي على ملف لكل مدمن سبق له أن أقام بهذه المؤسسة، وفيه كل المعلومات الخاصة بذلك المدمن، فمثلا المركز الاستشفائي الجامعي "فرانتز فانون" بالبلدية وبالضبط في مصلحة الوقاية من الإدمان، فإن ذات المصلحة تتقبل المدمن وتعطي له 3 فرص إذا عاد إلى المخدرات للعودة إلى المصلحة، والاستفادة من العلاج، ولكن بعد ذلك إذا أعاد سلوكه يمنع عليه دخول المصلحة.

¹ فاروق عبد السلام: العود إلى الجريمة من منظور اجتماعي، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1988، ص 23.

المبحث الثالث: واقع انتشار ظاهرة العود في المجتمع الجزائري:

أولاً: واقع انتشار ظاهرة العود في المجتمع الجزائري:

إن مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان والعود إليها، تعد من المواضيع الشائكة التي تتوزع أسبابها، ودوافعها بالنسبة إلى الفرد المدمن نفسه من حيث العمر، والحالة الفيزيولوجية النفسية والخصائص الشخصية، ونوع الجنس والأسرة وأساليب تنشئتها وتوجهها سلوك الأشياء، ومدى اكتسابهم لخصائص تميز شخصياتهم، والتي قد تكون سببا للإدمان أو عدمه، أو يمكن أن تتجم عن المجتمع حيث القيم السائدة والمعايير المعتمدة وقواعد الضبط، واحترام القوانين الاجتماعية، ولهذا قد اتجهت العديد من النظريات التي حاولت تفسير هذه الظاهرة وواقع انتشارها¹.

والمجتمع الجزائري بنائه مشابه لجميع البناءات الأخرى، فهو يملك من الخصائص التي تجعله يشبه إلى حد بعيد باقي المجتمعات فيما يتعلق بهذه الظاهرة، والدليل على ذلك أن الإحصائيات التي قدمت حول انتشار ظاهرة العود في البلدان الأخرى لدليل على أن هاته الظاهرة عالمية مست الكل، ولم يعد أي بلد بمنأى عنها خاصة مع التحولات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تشهدها البلدان العربية، والتي بدورها تؤثر بشكل مباشر على فئة الشباب وخاصة الذين يعانون من أزمت الفقر والبطالة والتفكك الأسري.

ففي هذا الصدد كشفت إحصائيات شهر ماي من سنة 2004 في الجزائر أن عدد السجناء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 - 27 سنة قد بلغ 16959 سجين وهم يشكلون نسبة 44.2% من التعداد الإجمالي للمساجين الذي بلغ آنذاك 58300، وأن ما يعادل 15271 سجين تتراوح أعمارهم ما بين 27 - 40 سنة أي بنسبة 39.62% من مجموع المساجين المشار إليه آنفاً، أما شريحة الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 - 40 سنة بنسبة تشكل 83.62% من إجمالي المساجين، وتضيف نفس المصادر أن نسبة 84% من مجموع المساجين لا يتعدى مستواهم الدراسي مستوى التعليم الأساسي، وأن النسبة الغالبة تنحدر من منحنيات المدنية وتجاعيدها². كما أوضح بعض المسؤولين في جهاز العدالة الجزائرية من خلال التقارير الرسمية أن نسبة العود قد بلغت 45 %، سنة 2005 من إجمالي عدد المساجين

¹ عبد الناصر الهاشمي عزوز: التنشئة الاجتماعية الأسرية وأثرها على الإدمان على المخدرات، رسالة ماجستير علم الاجتماع، كلية الدراسات العليا، جامعة الأردن، 2005، ص 96.

² دليل المتعامل مع العدالة، منشورات وزارة العدل، الموقع: www.mjjustice.dz، بتاريخ 2008.

المقدين، ب: 58300 سجين بما فيها عدد السجينات الذي بلغ 887 امرأة عبر الوطن، كما يؤكد الواقع الجزائري أن عددا كبيرا من المستفيدين من العفو الرئاسي قد عادوا للسجن بعدما تورطوا في قضايا إجرامية خطيرة، حيث تشير نفس المصادر وعلى سبيل المثال أن من بين الذين شملهم العفو 216 سجينا سنة 2008 عاد منهم للسجن 36 سجينا بعد أسبوعين فقط من انقضاء مدة عقوبتهم، وقد عرفت هذه الظاهرة انتشارا واسعا في الجزائر باختلاف المناطق الريفية والحضرية، كما مست فئات متعددة اختلفت من حيث السن والجنس، وغيرها من المؤشرات التي تثبت أن معدلات الجريمة والعود إليها أخذ معظمها في الانتشار من سنة لأخرى، فالأرقام التي أوردناها سابقا بخصوص الظاهرة تدعو إلى النظر مليا وبصورة أكثر جدية لتسليط الضوء على المسببات الرئيسية لنتاميها، خاصة في السنوات الأخيرة، حيث أصبحت الجهات المعنية تسجل يوميا جرائم متعددة، إذ أصبحت الاعتداءات على الأفراد والممتلكات العامة والخاصة ظاهرة طبيعية، فالناس لم تعد تستغرب وجودها، كأنها أمر طبيعي، بل أنه مرض ينتشر في أوساط المجتمع الجزائري ويهدد استقراره وتماسكه.

بالإضافة إلى هذا فهناك اعتداءات أخرى لم يعتدها الجزائريون، كظاهرة التعدي على الأطفال واغتصابهم وقتلهم أحيانا، واستهلاك المخدرات وهتك الأعراض والإجهاض، دون أن ننسى جرائم الأنترنت التي أصبحت ظاهرة جديدة انتشرت بانتشار الشبكات العنكبوتية التي طالت كل المؤسسات العامة والخاصة، بل امتدت حتى حدود الدول الأخرى إذ سجلت مصالح الأمن حالات تجسس واقتحام لمواقع تابعة لحكومات وبلدان أجنبية، ثم من خلالها التعرف على أرصدة وأسرار هاته الدول¹.

إن التنامي المتزايد لظاهرة الجريمة ومن ثمة العود إليها هو مرتبط وموصول بحالات التغير التي تعرفها الجزائر، وأمام مجموع التحولات التي تشهدها كحريات التنقل وفتح الحدود واحتكام إلى اقتصاد السوق وانعدام الرقابة على وسائل الاتصال، وقلة انتاج إعلامي جزائري يسحب المشهد الجزائري من يده نحو التركيز على الموروث الثقافي الوطني في ظل تناسي فاضح للظاهرة الإجرامية عبر الفضائيات التي تحمل من فساد الأخلاق خصوصا تجاه الشباب أكثر من تلحهم في ظل كل هاته الظروف والمؤشرات الجديدة التي لم يكن يعرفها المواطن الجزائري خلال السنوات السابقة، أصبحت هناك جرائم جديدة ومقننة إن صح التعبير، حيث

¹ فوئح أحمد: الفساد - مجلة المستقبل -، مدرسة الشرطة، سيدي بلعباس، الجزائر، أبريل 2007. العدد 26.

ظهرت عصابات منظمة ومؤطرة تعمل في سرية مطلقة وفق برامج وضوابط داخلية، تجعلها تشد من زمام أمور المنتسبين إليها، وكأنهم عمال وموظفون في مؤسسات، وهذا كله بهدف القيام بأعمال إجرامية تدر بالربح السريع والوافر على مقترفيها.

وبالإضافة إلى الجرائم التي سبق ذكرها والتي برزت للعيان هناك جرائم أخرى تظهر نتائجها على المدى البعيد، كقضايا الفساد والاختلاسات والتملص من دفع مستحقات الدولة، كالضرائب والخصومات وغيرها من الانفلات التي تحدث في ظل تطور الحرية المالية، وازدياد التدفق الاقتصادي والتجاري، وتراجع الحدود الجمركية وتجاوز الهياكل والمؤسسات المالية للأطر الوطنية، مما سهل في تنامي ظاهرة الفساد الأخلاقي الذي أثر كثيرا على اقتصاد الجزائر وأمنه واستقراره ، بل زد على ذلك في عرقلة وتيرة التنمية الاقتصادية والسياسية والاجتماعية مما جعل الجزائر تمشي بوتيرة جد بطيئة نحو التطور والرقى، فكثيرا ما عملت العمليات الإجرامية على هز البنى التحتية كالتفجيرات التي تمس المباني والمصانع والمدارس، واختلاس أموال ضخمة من البنوك أو المؤسسات الصناعية التي تصبح عاجزة عن العمل، ومن هنا فإن واقع الجريمة والعود إليها في الجزائر ينبأ على خطورة الوضع ما لم تتحرك الجهات المختصة لمواجهة وعلاج الظاهرة.

ثانيا: أسباب تنامي ظاهرة العود في المجتمع الجزائري:

اهتم علماء التربية والعلوم الاجتماعية بصفة عامة في تفسيرهم للسلوك الانحرافي، ومنه تعاطي المخدرات بالتعرف على العمليات التي تؤدي إلى اكتساب الافراد لهذا السلوك¹. ومنه إمكانية العود لعدة أسباب سواء على مستوى الأسرة أو الأصدقاء أو شخصية الفرد ذاته، فبالنسبة للعوامل والأسباب الشخصية الخاصة بالمدمن، فقد أثبتت العديد من الدراسات أن سمات متعاطي المخدرات يغلب عليهم الصدق، ومضايقه الآخرين، وعدم حب الناس... إلخ ، وهذه السمات تنمو شيئا فشيئا في شخصية المدمن وتؤثر عليه في ظل تناوله للمخدر، ومنه ازدياد طلبه واتجاهه نحو الإدمان أكثر، كذلك عدم النضج الكامل للشخصية وهروبا من واقع إلى واقع أقل ألما خلال مدة استهلاك المخدرات، والرغبة في الاستقلال عن العالم الخارجي²، كذلك قد تكون الأسرة من خلال تفككها مثلا سببا في عود المدمن إلى المخدرات، لأن

¹ سعد المغربي: ظاهرة الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية، القاهرة، 1963، ص 436.

² رشاد أحمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، الإسكندرية، 1999، ص 57.

الأسرة من خلالها يحقق الإنسان دوافعه الرئيسية ويلبي حاجاته الأساسية وغرائزه الطبيعية، وتهدأ عواطفه المختلفة، كعواطف الأبوية والأمومة والأخوة، والمشاركات الوجدانية الأخرى¹، وقد أوضح "تشاين" في دراسته عن الظروف الأساسية للشباب الذي يتعاطى المخدرات، والأحداث الجانحين، وقد تبين أن الحرمان الاقتصادي للأسرة والبطالة، والسكن المزدحم من العوامل المرتبطة بإدمان وتعاطي الشباب للمخدرات²، كذلك نجد مخالفة المدمن لرفقاء السوء تساهم في عودته مجددا للإدمان، حيث فسر عالم الاجتماع "داي" ظاهرة انتشار تعاطي المخدرات بقوله: "إن العامل الحاسم في الإدمان هو اكتساب المعرفة بالمخدرات عن طريق الاختلاط بالذين يتعاطونها في الحفلات أو لعب القمار³".

كذلك نجد أن الفرد يتعلم السلوك المنحرف من اختلاطه بغيره عن طريق مجالستهم، وتناول الحديث معهم، فالشخص الذي لم يتعلم السلوك الانحرافي لا يستطيع أن يأتيه شأنه في ذلك شأن من لم يتعلم الميكانيكا، إذ هو يعجز على أن يخترع آلة ميكانيكية⁴، كما تنتشر ظاهرة المخدرات بكثرة في الأحياء الشعبية التي تعاني من قصور من الناحية الاقتصادية والاجتماعية وبين فئة الشباب⁵.

بالإضافة كذلك إلى وسائل الإعلام حيث أن الأفلام التي تعرض سواء من خلال الفيديو أو التلفاز أو السينما، لها تأثير نفسي خاص يختلف باختلاف الأشخاص ويحمل الطابع المميز لكل منهم ويكون لها تأثير قوي في الحالات التي لا تعمل فيها المصافي بصورة طبيعية، سواء لنقص في التربية أو لمرض في الأعصاب، أو عدم الرقابة المنزلية، لهذا قد يقدم الشخص على ارتكاب أي سلوك انحرافي مثل العود إلى إدمان المخدرات....⁶، دون أن ننسى كذلك ضعف الوازع الديني، حيث أكد الباحثون والعلماء أن ضعف الوازع الديني والذات الأخلاقية من شأنه جعل الفرد فريسة للآزمات النفسية التي تؤدي إلى الانحرافات المختلفة ومنها تعاطي المخدرات.

¹ الشباب مصطفى: علم الاجتماع ومدارسه، القاهرة، 1967، ص 361.

² فرج أحمد فرج: الشباب وتعاطي المخدرات، القاهرة، 1981، ص 65.

³ ناصر ثابت: المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات، 1984، ص 20.

⁴ فوزية عبد الستار: مبادئ علم الإجرام وعلم العقاب، القاهرة، 1988، ص 55.

⁵ Prijabille Davidson, hanquet: les jeunes et la drogue, puf, 1977, p: 160.

⁶ مصطفى العوجي: الجريمة والمجرم، مؤسسة نوفل، لبنان، 1980، ص 405.

كما أن الجميع بما فيهم المختصون أو غير المختصين يعرفون أن البناءات الاجتماعية تبنى انطلاقاً من قواعد واضحة العالم واي اهتزاز لدور هاته المؤسسات، هو اهتزاز للبناء الاجتماعي كله فما سيصيب الأركان من توترات سينتقل لا محالة إلى كل الطبقات الأخرى، وتتجلى هاته البناءات في دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية سنذكرها انطلاقاً من أهميتها الأولى، هاته المؤسسات هي الأسرة باعتبارها الخلية الأولى التي تعمل على تشكيل شخصية الفرد، فإذا كانت تعيش حالات الاستقرار الداخلي والاكتفاء المادي وطغيان مشاعر الحب والحنان والعطف بين أعضائها، سنتوقع أو نتنبأ بظهور أفراد سويين يتمتعون بمميزات جيدة تؤهلهم ليصبحوا لبنة قوية للبناء والتنمية لأي مجتمع، أما إذا حدث العكس وانتابت خلية الأسرة مجموعة من المشاكل كالطلاق والتفكك، اللااستقرار والعنف وجفاف العواطف التي تدفع الفرد للبحث عنها في الخارج، ومحاولة الحصول عليها بأي سبلن فهذا الوضع سيدفع بظاهرة الجريمة إلى الانتشار والتموقع داخل طبقات المجتمع، ومن ثمة يبدأ في التقهقر والتراجع إلى الخلف بدل التطور والنمو، ومن هنا نلاحظ أهمية دور المؤسسات الاجتماعية في تحقيق الهدوء الاجتماعي من خلال نشر السلوكات السوية الخالية من العنف والقتل والتدمير الاجتماعي¹.

وبما أن الجزائر تعتبر بلدا يمر بمجموعة من التغيرات الاجتماعية كباقي المجتمعات الأخرى، فإن مؤسساته عرفت جملة من التحولات أدت إلى ظهور السلوك الإجرامي وتنوع أشكاله، مما طرح أكثر من سؤال حول ضرورة معالجة هذا الأمر قبل استفحاله وإحداث الضرر بالبناء الاجتماعي، ومن جملة هاته التغيرات التي مست مؤسسات التنشئة هناك الأسرة التي عرف من خلالها المجتمع الجزائري تغيرات جذرية مست الأنساق الاجتماعية، والمعروف أن التحضر بمفهومه الحالي والذي عزز استقلالية الأسر بخروج المرأة للعمل وظهور حالات التمدن وتقلص أنماط السلوكيات الريفية والمتمثلة في الترابط الشديد بسبب علاقات القرابة بين الأسر والأفراد، هاته الحالة من التغير الاجتماعي أدت إلى إضعاف العائلة الممتدة وبروز الأسر المصغرة أو ما تسمى بالأسر النووية، وعليه يمكن القول أن الأشكال الأسرية عرفت تغيرات متعددة أثرت على الأنماط السلوكية التي أدت إلى تدهور الأوضاع الاجتماعية بوجه

¹ Boutefnouchet, Mustapha: La famille Algérienne évolution et caractéristique, EDENAL, 1982, p: 9.

عام بفعل عدة عوامل منها كبر حجم الأسرة، فالأسرة التي تعاني من هذا الإشكال والتي يقارب عدد أفرادها 7 أو 8 افراد ويضاف عليها المستوى الاقتصادي الضعيف، زد عليه انعدام روح التواصل بين الأفراد بحكم كثرة العدد وقلة الموارد¹، هذا الوضع المتأزم سيخلق جوا مناسبا جدا لبداية ظهور السلوكيات المعادية والبعيدة عن الرقابة بحكم الجفاف العاطفي - إن صح التعبير - هاته السلوكيات التي تبدأ بالخفاء متمثلة في تصرفات بسيطة، ثم تنمو وتتطور وتكبر ككرة الثلج المتدرجة لتخرج إلينا بفعل شائن ومضر بالمجتمع خارجا عن سلطة الجميع، أو ما يسمى بالجريمة، وتكون أكثر عنفا وشدة عندما تتصدع البنية العائلية بسبب حالات الطلاق، أو غياب كلي أو مؤقت لأحد الوالدين، فالحضور الجسدي للوالدين لا يعني دائما وجود استقرار، حيث أن بقاء الأفراد داخل أسرة متوترة يسودها العنف والقهر مضر أكثر، فتواجههم داخل أسر تعاني حالات الطلاق، فغالبا ما تقوم بعض الأسر الجزائرية بتوريث سلوكيات عنيفة لأبنائهم انطلاقا من المشاكل الموجودة، أو بفعل الطرق التأديبية المستعملة من طرف بعض الآباء، التي تنسم بالعنف مما يضعف أواصر الاتصال بين الجيلين².

فالحياة في المدن في حالة تغير متواصل، هذا التغير أحدث القطيعة بين الأبناء والآباء، وأصبحت هناك لغة غامضة يتداولها الأهل، هذا الغموض هو ميزة الأسر الجزائرية اليوم، ونقطة تحولها بعد أن كانت مؤسسات سلطوية البنية، حيث يمارس الأهل (الجد، الأعمام الأخوال) تأثيرا كبيرا على الأبناء، وعليه يمكن القول أن السلوكيات الوالدية تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر على سقوط الأولاد في فخ الجريمة، فإذا كان الأهل ملتزمين مواظبين على تأدية الشعائر الدينية لهم ولأولادهم، ووضعهم تحت الرقابة المستمرة استطاعوا إبعاد أبنائهم عن هاته السلوكيات المنحرفة والعكس صحيح، والسبب الثاني المتعلق بانتشار الجريمة، ومن ثمة العود إليها ظاهرة تنقل الأسر من الريف نحو المدن، أو ما يسمى حينها النزوح الريفي، هذا الانتقال له آثار سلبية على الأفراد كما على الأسر، ومن بين النتائج السيئة لهذه الظاهرة، المشاكل الخاصة بالتكيف مع الحياة الحضرية المتمثلة في مشاكل السكن والعمل والتدريس، بالإضافة إلى ذلك فإن أبناء هذه العائلة يكون أكثرها اختلاطا بالجانيين في المدن الحضرية،

¹ Boutefnouchet, Mustapha: المرجع السابق، ص 9.

² علي مانع: عوامل جنوح الأحداث في الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعة الجزائرية، الجزائر، 1997، ص 30.

وبالتالي تكون لديهم فرص أكثر وإغراءات أعم للجنوح، نتيجة صعوبة اندماجهم في المجتمع¹.

وكما يرى "G. Germani" أن المجتمعات التقليدية قد تصنع بنياتها الاجتماعية نتيجة لحراك الأشخاص الأكثر سحقا، ويمكن تجنب هذه الآثار الخطيرة بإدماج هذه المجموعات المتحركة في المجتمع المستقبلي².

وفي هذا يمكن القول أن التحرك الاجتماعي مظهر من مظاهر التغير الاجتماعي ينطوي على علاقات واتصالات اجتماعية جديدة، له أهمية في نشوء السلوك الإجرامي.

ثالث دافع لانتشار الجريمة هو أزمة السكن التي تعيشها أكثر الأسر في المناطق الحضرية بسبب الكثافة السكانية، لذا كثيرا ما نشاهد في المدن تواجد السكنات القصديرية وانتشارها عبر كامل التراب الوطني في ظل غياب أدنى شروط الحياة، كالكهرباء والماء، وشبكات الصرف وغيرها، مما ساعد على تنامي ظاهرة الانحراف في مثل هذه الأوساط السكنية الذي وجد أنه مشكل عام، لا سيما في المناطق الحضرية، ونظرا للزيادة المتواترة لعدد السكان، يمكن القول أن العيش في سكنات ضيقة يخلق ضغوطا وتوترات أكثر هذه الحالة التي تعتبر كمؤشر واضح ودافع قوي لبروز ظاهرة الإجرام، ومنه يظهر التأثير الواضح للبنية السكنية على الأفراد من الناحية التكوينية والنفسية والاجتماعية، بحيث تجعله أكثر استعدادا للاستجابة للمؤثرات الخارجية، وأقل سيطرة على جماح نفسه. الأمر الذي قد يؤدي إلى ارتكاب الجريمة³.

ثالثا: آثار انتشار ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات على المجتمع الجزائري:

إن تعاطي المخدرات يعتبر من العوامل التي تصيب الحياة الأسرية في تكوينها، وفي وظيفتها، ويكون لها نتائج سلبية على المجتمع بصفة عامة، ويمكن تلخيص الآثار الاجتماعية لظاهرة العود إلى إدمان المخدرات فيما يلي:

¹ علي مانع: المرجع السابق، ص 30.

² نقلا عن عبد العزيز رأس مال: كيف يتحرك المجتمع، نتائج ذلك على العلاقات الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1993، ص 111.

³ صبحي نجم محمد: مدخل إلى علم الإجرام والعقاب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1997، ص 52.

أ- **التفكك الأسري:** يؤدي تعاطي المخدرات إلى سيادة التفكك الأسري، لما يسببه من مشكلات ينتج عنها الطلاق أو الهجر، بالإضافة إلى تميز سلوك الآباء المتعاطين للمخدرات بعدم احترام زوجاتهم والاعتداء عليهن أمام الأطفال، كما يتسم سلوك متعاطي المخدرات بعدم الالتزام بالقيم الاجتماعية والأخلاقية المدعومة في المجتمع، وهذا ينعكس على بيوت المتعاطين في ظهور التفكك والانفصال والتنازع بين الزوجين.

ب- **انتشار الجرائم والعنف في المجتمع:** تشير نتائج الدراسة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على 1889 مجرماً تم القبض عليهم في جرائم مختلفة، إلى أنهم كانوا يتعاطون المخدرات، كذلك بالنسبة للجزائر فغن الأرقام المتزايدة كل يوم فيما يخص جرائم استهلاك المخدرات والعودة إليها قد أدت بأمن المجتمع إلى أخذ مسار خطير عاد بنتائج جد سلبية على المجتمع وأمنه واقتصاده وسلامة أفراد.

ج- **ارتفاع نسبة الانتحار بين المتعاطين للمخدرات:** أجريت عدة دراسات بالولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا، وتبين منها أن نسبة 50.45% من حوادث الانتحار كانت بين المدمنين والمتعاطين للمخدرات¹، كذلك بينت الإحصائيات في الجزائر أن نسبة كبيرة من الأفراد الذين انتحروا كان سبب ذلك المخدرات وتحت تأثيرها، والإصابة بالإحباط والضغط النفسي مما دفعهم إلى الإقدام على هذا السلوك المنحرف.

- **فجريمة العود تجرد الإنسان من إنسانيته وتضعف من انتمائه لمجتمعه وبقل ولائه له** ويغترب فيه، وبناء على ذلك ترتبط الجريمة في المجتمع الجزائري بظهور ما يسمى بالإباحية، ويقصد بها التخفيف وإضعاف التقاليد والأعراف التي تضغط بصفة مستمرة على المعايير الاجتماعية في إطار محاولة لإزالتها، وهذا من أجل التخفيف من القيود والضوابط الاجتماعية التي من شأنها أن تجعل الفرد أكثر سواء².

وبناء على مقارنة بعض السلوكيات الشائعة بين أغلب أفراد المجتمع، وفي وقتنا الراهن فهي في حقيقتها كانت ولا زالت وستبقى سلوكيات شاذة غير مألوفة وغير مرغوب فيها ويعاقب عليها القانون، لكن بحكم كثرة تداولها وانتشارها، وهذا ما جعل النسق الثقافي في المجتمع

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف: المرجع السابق، ص 93.

² الطيب نوار: **جريمة القتل في المجتمع الجزائري**، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران، 2004، ص 91.

الجزائري يتأثر سلبا بفعل الاختراقات الثقافية، وعليه فإن السلوك الثقافي عند الأفراد يتحدد من خلال تعاملاتهم وتفاعلاتهم مع الواقع، حيث تظهر ثقافات منعزلة ومتباينة¹.

وفي مجال الآثار النفسية يلاحظ أن الجريمة تسبب العديد من الأمراض النفسية والأعراض النفسية الاجتماعية، كفقدان الحس الاجتماعية، واهتزاز الهوية والإصابة بالأمراض السلبية، واللامبالاة، وفي هذه الحالة صبح الشخص اسير رغباته ونزواته الاجرامية على مستوى الممنوعات لدى الذات العليا، أو بتعبير آخر هو الوضع الذي يصبح فيه الفرد تتغلب عليه الدوافع الغريزية، والرغبات على القيم والتقاليد الاجتماعية. وعلى وجه العموم ومن خلال هذه الاعتبارات المتعلقة بآثار العود في المجتمع الجزائري، يمكن القول أن الجريمة والعود إليها كونها ظاهرة اجتماعية تشكل خطرا يرتبط بصورة أساسية بمسار الحياة الاجتماعية في تقلبها وتغيرها².

وما يمكن استخلاصه من النقاط السالف ذكرها فيما يخص آثار انتشار ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري، أن كل ما يترتب عن هذه الظاهرة يلحق اضرارا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بالمجتمع والفرد على حد سواء، ولكن الشيء الملاحظ في وقتنا الراهن أنه رغم تبني الدولة استراتيجية لمكافحة هذه الظاهرة، إلا أنها ما زالت مستفحلة ومنتشرة والأرقام في تزايد، والشيء الأخطر أن ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات تؤدي إلى ارتكاب جرائم أخرى، كالقتل، السرقة، الاختطاف، الطلاق... إلخ.

ومن خلال قيامنا بالدراسة الميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية، لا حظنا أن الكثير من المدمنين العائدين أقروا بارتكابهم عدة سلوكيات منحرفة، جراء عودتهم لتعاطي المخدرات.

المبحث الرابع: الاستراتيجيات المتبعة لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات:

إن ارتفاع عدد مدمني المخدرات منذ الستينات إلى الآن يعتبر ظاهرة خطيرة من حيث نتائجها، والإدمان مس كافة الأعمار والأعراف، وكلا من الصنفين ذكورا وإناثا، والضرر الواقع على الصحة الجسمية والنفسية للفرد والمجتمعات جعل من إدمان العقاقير والعودة إلى إدمانها خطرا يهدد العالم كله، وأصبح استعمال العقاقير بصفة غير رسمية (غير طبية) جناية يحاكم عليها في بعض الدول التي قررت القضاء على هذا الداء الذي مازال يستفحل وينتشر بين

¹ غيات بوفلجة: التحولات الثقافية، دار الغرب للتوزيع والنشر، الجزائر، 2005، ص 91.

² دويبي جيلاني: المرجع السابق، ص 66.

مختلف طبقات المجتمع، ولأن إدمان العقاقير ظاهرة ذات أبعاد وتشعبات عالمية، فإن معالجة وإعادة تأهيل من يتعاطونه تستلزم قيام تعاون دولي في سياق متعدد التخصصات على كافة المستويات: وطني، إقليمي، دولي، ويتضح من خلال الدراسات أن معالجة إدمان العقاقير والمخدرات والعودة إليها عملية صعبة ومعقدة، لأنها تستوجب جهود عديدة: الإرشاد، التوجيه، الحفز، والعلاج بالمعنى الطبي، كما تتطلب القيام بخطوات إعادة التأهيل وإعادة الإدماج في المجتمع، بهدف تحقيق عودة مدمن المخدرات إلى حياة طبيعية.

ومثل هذا الهدف يتطلب اهتمام أكبر للعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية، كما يجب مشاركة الآباء والأصدقاء في مؤازرة المدمن أثناء المعالجة وبعدها، بهدف توفير الرعاية والرقابة، كما أن الالتزام الشديد من جانب المدمن يلعب دوراً حاسماً وإن كان القلة، والواقع أن المعالجة الناجحة تقلل من النتائج الصحية والاجتماعية السلبية، وبالتالي ركود تجارة المخدرات والتخفيف من مخاطر الانتكاس.

أولاً: الردع في القوانين الوضعية:

حرص مجلس وزراء الداخلية العرب على وضع استراتيجية عربية لمكافحة الاستعمال الغير مشروع للمخدرات، والمؤثرات العقلية، حيث قامت الأمانة العامة للمجلس بإعداد مشروع هذه الاستراتيجية وتم تعميمه على جميع الأجهزة المختصة في الدول الأعضاء لإبداء ملاحظاتها بشأنه، ومن ثمة إعادة صياغة مشروع هذه الاستراتيجية في ضوء الملاحظات ووجهات النظر الواردة من الدول الأعضاء، جرى عرضه على مجلس وزراء الداخلية العرب بدورته الخامسة، حيث اعتمد المجلس الاستراتيجية بقراره رقم (57) تاريخ 1986/02/05¹. الأصل أن حق المجتمع في العقاب لا ينشأ إلا عندما ترتكب الجريمة، فلا يمكن متابعة ومعاينة شخص إلا إذا ارتكب واقعة يعتبرها القانون جريمة، ولكن الشيء الملاحظ هو وجود بعض الوضعيات التي تهدد النظام العام وأمن المواطنين، لكنها مع ذلك لا تخضع للعقاب، يتعلق الأمر بوضعيات بعض الأشخاص الذين هم في الطريق إلى الجريمة، أي من المحتمل جداً انتقالهم إلى اتخاذ السلوك المناهض للمجتمع، والمتمثل في الجريمة، أمام هذه الوضعيات وأمام هؤلاء الأشخاص الذين هم في حالة الخطورة، هل يبقى المجتمع مكتوف الأيدي قبل ارتكابهم للجرائم، هل يبقى المجتمع في الانتظار إلى تاريخ ارتكاب الجريمة حتى يساير المبدأ

¹ علاء الدين شحاته: التعاون الدولي لمكافحة الجريمة، دراسة الاستراتيجية الوطنية لتعاون الدول لمكافحة المخدرات، القاهرة، 2000، ص 273، 274.

الدستوري، لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص، غير أن الانتظار إلى تاريخ ارتكاب الجريمة ليس من شأنه منح حماية كافية للمجتمع، فالوقاية خير من العلاج، وهذا ما دفع الكثير من المشرعين إلى انتهاز سياسة تهدف إلى الوقاية من الجريمة، وذلك بواسطة تدابير أمنية تفرض على الأشخاص في حالة خطورة إجرامية، وما دامت التدابير الأمنية من شأنها المس بحريات وحقوق الأفراد، فإنه يتعين إخضاعها للنظام القانوني للعقوبات، فلا تدبير أمني بغير قانون، فالمختل عقليا ليس مجرما، ولكن يمكن أن يشكل خطرا على المجتمع، وعليه فإنه يخضع لبعض التدابير الأمنية التي من شأنها حماية المجتمع، تدابير نص عليها قانون حماية الصحة وترقيتها المؤرخ في 16 فيفري 1985، بمقتضى المواد 103 وما يليها، وفي مجال استهلاك المخدرات، هل أن المجتمع يتدخل عندما يكون الشخص في حالة الإدمان التي تعد حالة من حالات الخطورة الاجرامية ؟ أم أن المجتمع يتدخل منذ الوهلة الأولى التي يستهلك فيها الشخص المخدرات ؟

فإن كان تدخل المجتمع في مرحلة الإدمان فإن الأمر يتعلق بوضع حد لحالة الخطورة الإجرامية، وذلك بواسطة تدابير علاجية تهدف إلى ارتكاب الجرائم، أما إذا كان التدخل في مرحلة الاستهلاك الأولى للمخدر قبل مرحلة الإدمان، فإن ذلك التدخل يتم بواسطة التجريم، وكل تجريم يقابله في المبدأ عقوبة، فإذا ما رجعنا إلى النصوص القانونية، فإن استهلاك المخدرات جريمة. تنص المادة 245 من قانون حماية الصحة وترقيتها على أنه: " يعاقب كل من يستعمل بصفة غير شرعية إحدى المواد أو النباتات المصنفة على أنها مخدرة "، وهي في نفس الوقت الصياغة التي تضمنتها المادة 628 من قانون الصحة العمومية الفرنسي.

وحسب النظرية العامة للجريمة والعقوبة، فإنه لقيام الجريمة يجب توافر ثلاثة عناصر أساسية: عنصر شرعي يفترض وجود نص قانوني سابق يجرم الفعل ويعاقب عليه، عنصر مادي يتضمن ارتكاب الفعل المجرم بحيث أنه لا جريمة بدون نشاط اجرامي، عنصر معنوي يتمثل في وجود نية ارتكاب الفعل، مع العلم بكونه يدخل في نطاق التجريم، إلا أن عناصر جريمة استهلاك المخدرات تتطلب دراسة معمقة، وذلك بحكم الطابع الخاص لهذه الجريمة، وخاصة العود إلى استهلاك المخدرات لأنها تشكل خطورة أكبر.

إن النص القانوني الأساسي لتجريم استهلاك المخدرات في الجزائر هو نص المادة 245 من قانون حماية الصحة وترقيتها، التي تصرح أنه يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنة واحدة وبغرامة مالية ما بين 500 و 5000 دج، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل من يستعمل

بصفة غير شرعية إحدى المواد أو النباتات المصنفة على أنها مخدرة، كما أن قانون حماية الصحة وترقيتها ميز بوضوح بين الاستهلاك والتهريب، وأخضع كل جريمة لنظام قانوني متميز، ولكن الاستهلاك يتطلب بالضرورة فعلا آخر هو حيازة المخدر الذي يخضع لنص تهريب المخدرات، والمستهلك في هذه الحالة يجد نفسه متهما بارتكابه جريمتين، جريمة الاستهلاك غير الشرعي للمخدرات المنصوص عليها في المادة 245 من قانون حماية الصحة وترقيتها، وجريمة حيازة المخدرات المعاقب عليها بموجب المادة 242 من نفس القانون بالحبس من سنتين إلى عشر سنوات.

ثانيا: أهداف الاستراتيجية المتبعة ضد الاستعمال غير المشروع للمخدرات:

منذ سنة 1975، وظاهرة استهلاك المخدرات تواجه بتدابير قمعية بحثه إلى تاريخ صدور قانون الترقية الصحية سنة 1985، فأدمج فيه تشريع المخدرات لسنة 1975، مضيفا إليه مبدأ أساسيا على غرار ما هو موجود في التشريع الفرنسي، وهو مبدأ علاج مستهلكي المخدرات، وفي تقريره لهذا المبدأ استجاب المشرع الجزائري للاتفاقية الدولية الوحيدة لسنة 1961، والتي توصي الدول الأعضاء باتخاذ تدابير تهدف إلى علاج المدمنين على المخدرات، فمع أن المشرع الجزائري جرم كل استهلاك للمخدرات قرر له عقوبة في نفس الوقت أعطى الفرصة للمستهلك لتفادي المتابعة الجزائية والعقوبة، وذلك بالخضوع للعلاج المزيل للتسمم، فمستهلك المخدر مع أنه يرتكب جريمة معاقب عليها قانونا، فغنه يتابع جزائيا ولا يعاقب إذا أثبت أنه تابع علاج مزيلا للتسمم، وهذه الاستراتيجية على الأقل ساهمت بشكل ولو قليل في مواجهة هذه الظاهرة الخطيرة¹.

ومن أهم أهداف الاستراتيجية التي اعتمدها مجلس الوزراء الداخلية العرب ما يلي:

- تحقيق أكبر قدر ممكن من التعاون الأمني العربي لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية.
- إلغاء الزراعات غير المشروعة للنباتات المنتجة للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية، وإحلال الزراعات البديلة لها من خلال خطة تنمية شاملة لمناطق زراعتها.
- فرض رقابة شديدة على مصادر المواد المخدرة والمؤثرات العقلية لتحقيق التوازن بين عرضها وطلبها المشروعين، والإقلال إلى أدنى حد ممكن من عرضها وطلبها غير المشروعين.

¹ د. نواصر العايش: المرجع السابق، ص 17.

- مكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية وعلاج المدمنين.
 - وعلى الصعيد الدولي اتخذت أيضا إجراءات لوضع استراتيجية فعالة لمواجهة ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات ونذكر منها:
 - في عام 1936 أبرمت اتفاقية جنيف في 26 يوليو بقصد قمع الاتجار غير المشروع في المخدرات بإلزام الدول الأطراف بإدخال النصوص القانونية اللازمة لهذا القمع في تشريعاتها الوطنية.
 - في عام 1948 ونظرا لأن عدد المنتجات الخاضعة للرقابة الدولية في السنوات السابقة على الحرب العالمية الثانية كانت تتعلق بثلاثة نباتات فقط هي الخشخاش والكوكا والقنب، فقد أصبح من الضروري إدخال أنواع جديدة من المخدرات في نطاق الرقابة، وهي المخدرات المخلفة أو المصطنعة التي ظهرت في السوق.
 - تجريم كافة صور التعامل عمدا في المخدرات.
 - تجريم حيازة الأموال المتحصلة من جرائم المخدرات.
 - استحداث نصوص تشريعية جديدة في مجال تجريم حيازة الأموال المتحصلة من جرائم المخدرات.
 - تنظيم حيازة الأدوات التي تستخدم في زراعة المخدرات وتصنيع المؤثرات العقلية.
 - تنظيم نظام تسليم المجرمين.
 - حث الأطراف على قيادة المساعدة الدولية القانونية والقضائية.
 - تنظيم مكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية عن طريق البحر في إطار القانون الدولي للبحار¹.
 - اعتماد قانون عربي نموذجي موحد للمخدرات عام 1986 م.
- ثالثا: مجالات ومقومات الاستراتيجية المتبعة لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات:**
- شملت الاستراتيجية جميع مجالات المخدرات والمؤثرات العقلية وأبعادها المختلفة، وما تتطلبه في مجالات عمل تنفيذية بهذا الشأن، وقد تضمنت أربعة مراحل أساسية هي:
- السياسة الوطنية المحلية (في كل من الدول العربية).

¹ علاء الدين شحاته: المرجع السابق، ص 267، 274.

- التعاون العربي (التعاون بين الدول العربية).
- التعاون العربي الإقليمي والثنائي (مع الدول المحيطة).
- التعاون العربي العالمي.

كما شملت السياسة الوطنية المحلية عدة إجراءات وبرامج عملية منها إنشاء لجنة وطنية في كل دولة عربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، تشارك فيها جميع الأجهزة المعنية ذات الاختصاص، وكذلك إنشاء إدارة متخصصة في كل دولة عربية لمراقبة المخدرات ومكافحة استعمالها غير المشروع، وتكون ذات اتصال مباشر بالإدارات المماثلة لها في الدول العربية الأخرى، وبالمكتب المتخصص بشؤون المخدرات في الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب، وبالمنظمات الدولية ذات الشأن¹.

كما أثبتت التجارب التي مرت بها الدول أن سياسة مكافحة المخدرات تمثل عملية معقدة، ومتعددة الفروع تحتاج إلى جهاز فني متخصص يتولى وضع هذه السياسة، والتنسيق بين مختلف القطاعات المتصلة بصورة مباشرة أو غير مباشرة بأعمال مكافحة المخدرات والوقاية منها.

فأغلب الدول سواء المتخلفة أو المتقدمة أنشأت هذا الجهاز، فزودته بتنظيم أساسين وأنظمة عمل تحدد بنيته وصلاحياته، وميادين نشاطاته، والأهداف المطلوبة منه، كما خصصت معظم الدول ميزانيات مالية معتبرة لأداء مهامه، وأطلقت تسمية (المجلس أو الهيئة أو الديوان لمكافحة المخدرات وإدمانه)، وبالتنسيق مع كافة الوزارات والقطاعات المرتبطة بشكل أو بآخر بالسياسة الوقائية من هذه الآفة الاجتماعية والإجرام ككل.

الاهتمام بالتمويل وتنفيذ سياسات مكافحة المخدرات، فلم تكن مسألة مكافحة المخدرات تحظى بالاهتمام الكافي في ميزانيات أغلب دول العالم، إلا أن إدراك المجتمعات بالمخاطر المتزايدة للجريمة على عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وعلى أمن المواطنين قد أدى تدريجياً إلى تبلور فكرة الوقاية من الجريمة، وخاصة تعاطي²

¹ علاء الدين شحاته: المرجع السابق، ص 274.

² محفوظ صادق عبد الله: المرجع السابق، ص 103.

المخدرات وإدمانها، وبروز سياسات مكافحة، والتي كان لا بد لها من ميزانيات مالية خاصة تمكنها من القيام بمهامها على أكمل وجه¹.

وطبقا للمادة - 04 - من المرسوم التنفيذي رقم 97 - 212 - المؤرخ في 9 جوان 1997 المتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، قام هذا الأخير وبعد تنصيبه مباشرة في شهر أكتوبر من 2002 بتنصيب لجنة التقييم والمتابعة، حيث عقدت عدة اجتماعات خصصت لإعداد مشروع المخطط التوجيهي الوطني، وبعد مصادقة لجنة التقييم والمتابعة على المشروع، عرض على الحكومة في مجلس وزاري مشترك عقد بتاريخ 29 جوان 2003، بحضور كل من الوزراء المعنيين، حيث درسته الحكومة وصادقت عليه، ويتضمن هذا المخطط إشكالية المخدرات في الجزائر والرهانات المطروحة من حيث مخاطر المخدرات والأضرار الناجمة عنه، وضرورة التصدي لها، ومن حيث ارتباطها بأنواع الجرائم وانتشارها في الجزائر، وقد وضع الديوان مخططا وطنيا استراتيجيا لمكافحة المخدرات على مدار 5 سنوات (2004-2008) يعمل بالاتصال مع كل الجهات المعنية، وبميزانية قدرها 65 مليار سنتيم، كما أن تجربة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها هي انطلاقتها، ومع ذلك فقد قام بوضع استراتيجية لمكافحة المخدرات على المدى المتوسط (من 3 إلى 5 سنوات).

وقد جعل التشريعي الوطني حول المخدرات والمؤثرات العقلية منسجما مع المعاهدات الدولية التي انضمت إليها الجزائر، ومتماسكا مع المتطلبات الحديثة للمكافحة، وقد صادق أعضاء المجلس الشعبي الوطني على مشروع قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية برفع العقوبة إلى المؤبد، وإنشاء صندوق لمكافحة المخدرات، وعلاج الإدمان².

¹ محفوظ صادق بن عبد الله: المرجع السابق، ص 130.

² سي رشيد: رفع العقوبة إلى المؤبد وإنشاء صندوق لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان، جريدة الأحداث، الصادرة في 2004/11/10، العدد 770، ص 6.

المبحث الخامس: الرعاية اللاحقة لمدمني المخدرات

المطلب الأول: الرعاية اللاحقة من طرف الأسرة للمدمن المتعافى

تعد ظاهرة انتشار المواد المخدرة والتعود على تعاطيها من أخطر الظواهر التي تفتك بالمجتمعات وتشير الدراسات العلمية التي تناولت هذه الظاهرة على وجود تزايد في انتشار هذه المواد وأنواعها وتزايد أعداد المستخدمين لها بصورة لا يمكن تصورها، وفي أفضل الدول يصعب إحصاء عدد المستخدمين لهذه المواد المخدرة أو الإدمان عليها، وتشير الإحصائيات الرسمية التي صدرت من الأمم المتحدة أن عدد المدمنين في العالم المدمنين على هذه السموم بلغ 185 مليون إنسان وتوجد في هذا الرقم زيادة قدرها 5 مليون مدمن عن الإحصائيات التي صدرت في عام 2003 م، وتعد النسبة المئوية لهذا الرقم 3 % من سكان العالم بعدها تم إجراء إحصائية أخرى لتكون النتيجة 200 مليون مدمن إي بزيادة قدرها 15 مليون مدمن في العالم، كما أشار التقرير الصادر عن الأمم المتحدة أن عائدات تجارة المخدرات بلغت 320 مليار دولار وهذا الرقم أكبر من الناتج المحلي لـ 90 % من بلدان العالم، أما الدول المصدرة لهذه السموم فان أفغانستان على رأسها لأنها مصدر 87 % من إنتاج الأفيون غير القانوني لعام 2004 لذا تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بمشكلة الإدمان نظرا لارتباطها بالعديد من المشكلات الخطيرة والمدمرة خاصة إذا كان المدمن قد انتكس إي عاد إلى الإدمان مجددا بعد خضوعه للعلاج حيث تصل نسبة العودة إلى المخدرات 80 % وفي بعض الدراسات 90 %، والبعض يرى أن هناك فرقا في التعاطي لمرة أو عدة مرات في تحديد هل عاد أم لا أو العود الذي يكون ناجما عن سلوك شخصي وليس سلوكا مرضيا، وقد يكون نتيجة لعوامل خارجية، وقد يكون لفترة مؤقتة وهنا يتضح أن تحديد العود يجب أن يتضمن سلوك تعاط مستمر بعد التعافي من الإدمان كما تعني الانتكاسة العودة إلى استخدام المادة الإدمانية بعد التعافي بحيث يكون هذا الاستخدام بشكل منظم أما إذا كان العود لمدة محدودة وكان الاستخدام لمرة واحدة أو عدد محدود من المرات فهو في هذه الحالة يعرف بالانزلاق أو الانتكاسة الصغيرة، وفي كثير¹ من الحالات التي تكررت الانتكاسة خلق الباحثون إلى مجموعة من الأسباب التي أسهمت في الانتكاسة على المواد المخدرة، ومن أبرزها الرفض الأسري للحالة

¹ علي بن عايض القحطاني: الرعاية المستمرة (اللاحقة) لمدمني المخدرات وأسرههم، الدورة التدريبية الخاصة خفض الطلب على المخدرات لمنسوبي الحرس الملكي، الرياض، 2009، ص، 1، 4.

وخاصة في المجتمعات العربية، والظروف الاقتصادية ومنها فقدان العمل والمنزل، وعدم الانتظام في برامج رعاية مستمرة، فالإقلاع عن الإدمان على المخدرات عمل ليس سهلاً أبداً، ووجود جهات مختصة بالعلاج حتى يتمكن المدمنين والمنتكسين من الذهاب وتلقي العناية اللازمة لمساعدتهم على الإقلاع عن طريق الانسحاب التدريجي والتعامل مع التغيرات البدنية والعقلية النفسية التي يمر بها المدمن خلال فترة إقلاعه أمر هام جداً أن مشكلة المخدرات مشكلة شائكة ومعقدة ومركبة وكما أن مكافحتها الضبطية والوقائية تحتاج للكثير من الجهود، ومن مختلف مؤسسات المجتمع الرسمية والأهلية فإن علاج مدمني المخدرات يحتاج للكثير من الجهد جهود المؤسسة العلاجية، وجهود المدمن نفسه، وجهود أسرة المدمن، وهذه الفئات الثلاثة يجب أن تقوم بجهود متوازنة ومتتالية، وبصبر ومثابرة ومتابعة دقيقة لأجل الوصول إلى أفضل النتائج¹.

وسوف نعرض بعض الحالات التي تختلف فيها معاملة الأسرة للمريض المدمن باختلاف حالته المرضية والعلاجية ويمكن إن نشير هنا إلى أربع حالات من المعاملة:

الحالة الأولى: وجود مدمن نشط في الأسرة يتعاطى المخدرات، هنا ينبغي على الأسرة أن توقف كل مظاهر الدعم المالي للمريض حتى لا يستمر في تماديه، حيث لوحظ أن بعض الأسر التي يوجد بها مدمن نشط تميل إلى التستر على المريض وحمايته، وربما تكون مرفوعة إلى ذلك بتأثير اعتبارات اجتماعية مثل السمعة والمكانة، ولا تعرف الأسرة أنها بذلك المسلك إنما تقدم للمدمن حماية مرضية تساعد المدمن على الاستمرار في إدمانه، وعادة تبدوا مظاهر التستر والحماية في إعطائه مبالغ مالية كبيرة أو منحه سيارة لقضاء مصالحه أو مسكن خاص أو تزويجه مع وعود بإمكانيات إضافية إذا توقف، وتلك كلها حلول أسرية تأتي نتائج سلبية وعكسية وذلك يرجع إلى عدم اهتمام الأسرة بطبيعة سلوك الإدمان وطبيعته للمراوغة، أن²

المدمن النشط يستغل تلك الإمكانيات في الاتجاه نحو مزيد من التعاطي لذا ينبغي على الأسرة عدم التستر على المريض ويجب على الأسرة أن تعلم أن الإدمان مرض يمكن علاجه والسيطرة عليه منه إذا ادخل المريض في برنامج علاجي منتظم بمستشفى للصحة النفسية أو احد

¹ علي بن عايض القحطاني: المرجع السابق ص، 1، 4.

² عبد اللطيف احمد: كيف تتعامل الأسرة مع المريض المدمن في حال الإدمان والتعافي؟، مجمع الأمل للصحة النفسية، قسم الخدمة الاجتماعية، 2008/02/27، ص، 1.

مراكز علاج الإدمان، وينبغي عدم الخوف من المريض فتهدياته كلها تهديدات صوتية وإذا ما شعر بالموقف الحازم من الأسرة ولم تهتز الأسرة أمام تهديداته فسوف يسعى لاسترضائها ويتقبل العلاج، فالمريض المدمن في مأزق لا يستطيع الخروج منه لوحده وهو يحتاج إلى وقفة جادة من الأسرة، وبرنامج علاجي منظم، وإذا تعذر على الأسرة إحضار المريض للمستشفى للعلاج أو نَعذر إقناعه بالعلاج يمكن أن تطلب المساعدة من الجهات الأمنية المختصة بمكافحة المخدرات وسوف تجد منها العون، والمساعدة الايجابية مع المحافظة على سرية التدخل وحفظ واحترام خصوصية الأسرة، فهدف الجميع هو حماية الأسرة وعلاج المريض.

الحالة الثانية: وجود مدمن منوم في مستشفى علاج الإدمان ينبغي عند تنويم مريض مدمن في المستشفى للعلاج أن تتسق الأسرة مع المعالجين بهدف تحقيق ما يلي:

- فتح قنوات اتصال مع الفريق العلاجي لتكوين تحالف علاجي يساعد المريض على التعافي، وتقديم أرقام الهواتف ومواعيد الاتصال لتسيير تبادل المعلومات بين الأسرة والمعالجين.
- أن تعتني الأسرة بشؤون المريض الخاصة خلال فترة تنويمه مثل توفير الملابس الداخلية التي يحتاجها المريض وتوفير قدر مناسب من المال للمصاريف الشخصية يتم الإنفاق منه تحت إشراف مكتب شؤون المرضى والمعالجين بالمستشفى، عمل التنسيق اللازم مع جهة عمله، وتسلم إشعار المستشفى إلى جهة عمله إذا كان للمريض عمل ويرغب في ذلك.
- زيارة المريض في مواعيد الزيارة الرسمية لإشعار والمريض بالدفء والمودة العائلية.
- الحضور إلى المستشفى لمقابلة المعالجين كلما تطلب الأمر ذلك، العقد العلاجي بين المعالجين والأسرة والمريض¹.
- المشاركة مع الفريق العلاجي في وضع خطة الخروج وتوفير المساندة الصحية في ضوء أهداف الخطة العلاجية الموضوعة للمريض.
- عندما يقرر الفريق العلاجي منح المريض إجازة علاجية على الأسرة اصطحابه خلال فترة الإجازة وملازمته حتى عودته للمستشفى.

¹ عبد اللطيف احمد: المرجع السابق، ص، 1، 2.

- حث الأسرة للمريض على متابعة الرعاية المستمرة بالمستشفى بعد إتمام البرنامج العلاجي.

- عدم التعجل في إخراج المريض قبل انتهاء البرنامج والمدة القانونية.

- بعد انتهاء المريض من برنامجه العلاجي وعودته إلى أسرته ينبغي تجنب توجيه عبارات اللوم أو التقريع أو الإهانة والتعامل معه بشكل إيجابي.

- إتاحة الفرصة أمام المريض للتعبير الشفهي للأسرة عن متاعبه ومشكلاته التي قد تبدو بسيطة أو هينة لكنها كبيرة بالنسبة للمريض.

- يتم الاتفاق مع المريض على أن تكون الأسرة هي الوسيط في المكالمات الهاتفية

الواردة من أشخاص لهم علاقة بالمخدرات وتمنع الأسرة وصول المكالمات إلى

المريض لتقليل تأثير المثيرات الخارجية عليه وحمايته من الانتكاسة ، وهذه الخطوة

تكون بالاتفاق مع المريض وإشراف الفريق العلاجي ، ويتم تشجيع المريض على

تقديمه أسماء الأشخاص والأصدقاء المؤثرين عليه ويرغب هو في تجنبهم.

الحالة الثالثة: وجو ممن منتكس بعد تتويمه في المستشفى لعلاج الإدمان، تكون العلاقة مع

مدمن منتكس مرهقة شأنها في ذلك بشأن وجود مدمن نشط، ولكن ينبغي على الأسرة في حالة

التأكد من انتكاسة المريض عدم تركه بدون علاج لأن أطول مدة الانتكاسة من شأنها أن تؤثر

مرة أخرى على نمط التفكير والسلوكيات الخاصة بالمدمن وهذا له تأثير على الأسرة، لذلك

عليها إتباع ما يلي: ¹

- الطلب إلى المريض الذهاب إلى المستشفى للتحليل بمصاحبه أفراد الأسرة وعادة

المريض الذي سبق تتويمه يعرف أن ذلك الطلب هو بوضوح معرفة الأسرة

بانتكاسته، وعادة سوف يوافق لأنه يحتاج من يساعده على اتخاذ تلك الخطوة إذا

راوغ المريض يمكن للأسرة الاتصال على وحدة الرعاية المستمرة وإبلاغها برغبتها في

الاطمئنان على المريض فيقوم المعالج المختص برعاية المريض بمحادثته، ويطلب

إليه الحضور لعمل اللازم، فإذا لم يستحب المريض لرغبة الأسرة وتعليمات المعالج

في الحضور للمستشفى يمكن للأسرة طلب المساعدة من الجهات الأمنية المختصة

بمكافحة المخدرات.

¹ عبد اللطيف احمد: المرجع السابق، ص، 1، 2.

الحالة الرابعة: وجود مدمن متعافي ملتحق ببرنامج الرعاية المستمرة وبداية تعافي الأسرة عندما يلتحق المريض لوحده بالرعاية المستمرة فهو يبدأ مرحلة هامة في حياته تعتمد على التعافي من المخدر والتخلص من أساليبه السلوكية والمراوغات المرتبطة به، وينبغي على الأسرة دعم وتشجيع المريض إلى ذلك الاتجاه وتكوين تحالف علاجي مع المعالجين في الرعاية المستمرة وفي طريق التعافي وتغيير بيئة المريض على الأسرة إتباع ما يلي:

- بمساعدة المريض ودعم الفريق العلاجي تتعرف الأسرة على الأماكن التي يحتفظ فيها المريض بالمواد المخدرة وأدواتها وتنظيف البيت منها.
- بمساعدة المريض ودعم الفريق العلاجي تتعرف الأسرة على الأصدقاء المؤثرين على المريض في الإدمان والأماكن التي اعتاد ارتيادها وتتوفر بها المخدرات حتى يتم تجنبها عند خروج المريض مع الأسرة.
- تغيير مكان النوم المعتاد للمريض ويفضل أن يتفق مع المريض على عدم إغلاق حجرته من الداخل.
- دمج المريض في الحياة اليومية للأسرة وعدم تركه يجلس بمفرده في حجرته وإسناد بعض المهام الاجتماعية له.
- كلما امضي الفرد المدمن شهرا متعافيا تحتفل الأسرة بتعافيه وتقدم له هدية بسيطة من أفراد الأسرة أو القيام برحلة إلى البر وهكذا على مر العام الأول للتعافي¹.
- عمل برنامج للأسرة يتضمن زيارات الأهل والأقارب بصحبة المريض والخروج في نزهات خلوية وإلى الحدائق العامة مرة كل أسبوع.
- معاملة المريض بالحسن وعدم التعامل معه على قاعدة الشك الدائم، وإذا كانت هناك ما يبدو على المريض انه منتكس يتم إحضاره للمستشفى وعمل تحليل لمعرفة أحواله وتقبل نتائج التحليل سلبا أو إيجابا، وذلك لقطع الشك من اليقين.
- التخلص من أشياء تؤثر على المريض وأفكاره نحو التعافي كالحقن الفارغة المستخدمة أو زجاجات الكحول.... الخ².

¹ عبد اللطيف احمد: المرجع السابق، ص، 1، 2.

² عبد اللطيف احمد: المرجع السابق، ص، 2.

المطلب الثاني: أهمية الرعاية اللاحقة في إعادة إدماج المدمن على المخدرات المتعافي اجتماعيا:

إن الاتجاهات والقناعات الداخلية الرافضة للإدمان ليست عملية سهلة ولا يتم بناؤها وتكوينها وتتميتها إلا من خلال برامج وخطط مدروسة تتوفر لها الإمكانيات اللازمة لذلك ولعل من القضايا الهامة في عملية التعامل مع قضية تعاطي وإدمان المخدرات ما يمكن أن نطلق عليه قضية الانتكاسة، فالانتكاسة هي عودة المعتمد على المواد المخدرة (المدمن) إلى استعمال هذه المواد بعد نجاحه في الانقطاع عن استعمالها لفترة محدودة ينقطع المدمن عن استعمال المواد المخدرة لأسباب متنوعة كان يخضع للمعالجة أو يجبر على تركها نتيجة ظرف خارجي مثل أن ينتقل إلى بيئة جديدة لا تتوفر فيها المادة المخدرة، حيث لوحظ أن الذين يجبرون على ترك المواد المخدرة أكثر عرضة للانتكاسة من الأشخاص الذين يتركونها عن قناعة، كذلك لوحظ أن الذين يخضعون للعلاج اقل عرضة للانتكاسة من الذين يتركون المخدرات دون مساعدة طبية، ويتناقض احتمال الانتكاسة مع تزايد الزمن، مهما كان سبب التوافق عن استعمال المواد المخدرة، فان الشخص يبقى معرضا للانتكاسة، وبالتالي فان ¹

الرعاية اللاحقة هي مجموعة من البرامج والخدمات التي تستهدف تعزيز العملية العلاجية التي تلقاها المتعافي في المؤسسات العلاجية، فالتعافي من الإدمان لا يعني بالضرورة التوقف عن تعاطي المخدرات فقط فبالإضافة إلى ذلك فان المتعافي بحاجة إلى اكتساب مجموعة متنوعة من المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعد على تعزيز وتأكيد وضمان عملية التعافي، وخص هنا تلك المهارات والخبرات والسلوكيات التي تدعمه في مواجهة التحديات والمشكلات والصعوبات التي قد تؤدي به إلى العودة مرة أخرى لتعاطي المخدرات ويحدد مفهوم الرعاية اللاحقة للمتعافين بكونها متابعة المدمن العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حتى يتم التأكد من عدم عودته إلى الإدمان مرة أخرى، وتدعيم التغيرات الايجابية التي حدثت في ذات المدمن وسلوكه في الأسرة والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعاب قد تؤثر على إرادته في البعد عن المخدرات كما يعتبر البعض الرعاية اللاحقة للمتعافين بأنها تشكل المرحلة

¹ أيمن إسماعيل محمود يعقوب: برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين في مواجهة الانتكاسة - أعمال الندوة العلمية: عوامل الانتكاسة لدى مدمني المخدرات، مركز الدراسات والبحوث، المملكة المغربية، مراكش، من 9 إلى 11/07/2012، ص،

الأخيرة في البرنامج العلاجي التي تستهدف توفير جميع أشكال الخدمات التي يحتاج إليها المتعافي وأسرته بعد الخروج من المستشفى، كما يعتبر البعض الرعاية اللاحقة بمثابة الخطوة الأخيرة في عملية التهذيب، والمقصود بالرعاية اللاحقة في عدا المجال ووفقا لما استقر عليه في السياسة العقابية الحديثة هو مساعدة المدمن على العودة إلى المجتمع بشكل سليم، والعمل على تقليل إمكانية عودته إلى التعاطي مرة أخرى، ولیمارس حياة سوية كمواطن شريف كما، كما يمكن القول أن الرعاية اللاحقة تلك الإجراءات والعمليات والخطط والبرامج الاجتماعية والعلاجية و التأهيلية الموجهة لفئة المتعافين من تعاطي المخدرات، وذلك بهدف مساعدتهم للتكيف من جديد مع البيئة الطبيعية والنظم الاجتماعية السائدة في المجتمع بشكل يمكنهم من المساهمة من جديد في كل ما يتعلق بأوجه الحياة المختلفة في المجتمع وبالصورة التي تقيهم من خطر الوقوع في براثن الانتكاسة، كما تعد الرعاية اللاحقة كونها جزء مكمل للعملية العلاجية التي بدأت في المؤسسة وبدونها فإن العملية العلاجية تعد ناقصة وغير فعالة، كما أنها تركز على عدم ضمان الأخصائيين القائمين على البرامج العلاجية داخل المؤسسة الاستشفائية التغييرات البيئة التي قد تؤدي إلى حدوث انتكاسات في الحالات التي يشرفون على علاجها أو انهيار الأنماط السلوكية الايجابية التي اكتسبوها إثناء فترة العلاج، وهذا يعني انهم أهداف خطط وبرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين يجب أن تعكس حاجاتهم البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وتساعدهم في التعامل مع الصعوبات والمشكلات والتحديات التي يمكن أو تواجههم خلال فترة تعافهم¹.

¹ أيمن إسماعيل محمود يعقوب: المرجع السابق، ص، 10، 11.

ملخص الفصل:

مما سبق عرضهن يتضح أن الاستراتيجية الوطنية في مكافحة ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات كغيرها من الاستراتيجيات الأمنية والجنائية الأخرى تمر بعدة مراحل أساسية لاكتمال دورتها، وتحقيق الأهداف المرجوة منها، وكلما كان تحديد الغايات والأهداف الرئيسية والفرعية كاملة كلما زادت فرص النجاح، وكلما تيسرت الخطوات والمراحل في مواجه ظاهرة تعاطي المخدرات وكذلك فرص الاستفادة من تجارب الدول الأخرى في مواجهتها لهذه المواد المخدرة، أو الاستفادة من الاستراتيجيات النموذجية التي يمكن أن تضعها المنظمات الدولية المتخصصة.

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

لقد اتضح أن التوجيه لا يكفي بل يجب مراقبة منتظمة لمصار التمويل والأواق الخاصة بها على تبادل الخبرات بين الدول والمنظمات والهيئات ذات الطابع الإنساني والاجتماعي، من أجل تعزيز الحياة بدون مخدرات مثل هذا التناول للمشاكل يتطلب التدخل السياسي في كل مجالات المجتمع، وعلى مختلف المستويات، وتكوين رأي عام صائب وموضوعي صادر عن أسس علمية يحد من ظاهرة انتشار المخدرات، بإنشاء ثقافة مشتركة تساند وتدعم وتشجع العمل العمومي الهادف.

إن المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها، يمكن أن يساهم في حل المشكل من جذورهن هذا وإن توافرت الإرادة السياسية الوطنية لمكافحة المخدرات وفسح المجال للباحثين والمختصين، واقتراح محاور للبحث مع تشجيعهم، وكذلك فإن مواجه ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات تحتاج إلى تكاتف الجهود، فمصدر الرعاية الطبية في القرن الماضي كان الطبيب وحده، ولكن لم يلبث أن أحس أن خطة العلاج تحتاج إلى جهود من لون آخر غير وجود الطبيب، إذ أنه لنجاح هذه الخطة يجب السيطرة على البيئة أحيانا وعلى أعمال المريض أحيانا أخرى، كما يتحتم في بعض الأحيان معرفة مصدر المرض لوقف انتشاره.

الفصل الرابع:

علاقة التفكك الأسري بظاهرة العود إلى إدمان المخدرات

تمهيد

المبحث الأول: الأسرة الجزائرية خصائصها ووظائفها

أولاً: تعريف الأسرة

ثانية: خصائص الأسرة الجزائرية

ثالثاً: وظائف الأسرة

المبحث الثاني: التفكك الأسري مراحله وعوامله

أولاً: مفهوم التفكك الأسري

ثانياً: مراحل التفكك الأسري

ثالثاً: أسباب التفكك الأسري

المبحث الثالث: أشكال التفكك الأسري والأضرار الناجمة عنه

أولاً: أشكال التفكك الأسري

ثانياً: الأضرار الناجمة عن التفكك الأسري

ثالثاً: الأنماط الأسرية السلبية المساهمة في بروز السلوك الانحرافي

المبحث الرابع: دور الأسرة في عدم عودة إلى إدمان المخدرات

أولاً: الأنماط الأسرية السليمة المساهمة في عدم العودة إلى إدمان المخدرات

ثانياً: دور الأسرة في مرحلة ما بعد العلاج

ثالثاً: العلاج الأسري في حالات العودة إلى الإدمان

ملخص الفصل

تمهيد:

تعد مشكلة إدمان المخدرات والإدمان عليها على علاقة ارتباط بالتفكك الأسري، خاصة أن الاهتمام يعتبر عاملاً حاسماً في الرقابة على سلوكيات الأبناء من الانحراف، وبالتالي الحد من هذه المشكلة لأن الوالدين والأقرباء وأفراد الأسرة يعتبرون مصدر تأثير كبير في سلوك الفرد، فإذا كانت العائلة ممتدة وموحدة، فإن تأثيرها يكون قوياً جداً على الفرد، ولذلك فالأسرة مازالت من النظم الأساسية ذات التأثير الفعال في حياة أفرادها، كما أنها عامل مهم في تفسير بعض مشكلات المجتمع والشباب خاصة، وقد أجيبت العديد من البحوث والدراسات التي أكدت على علاقة الظروف السكنية للأسرة والتنشئة الاجتماعية البيئية والتفكك الأسري بسبب هجر أحد الوالدين أو الطلاق، أو الوفاة وأوقات الفراغ بالسلوكيات الانحرافية للإدمان على المخدرات، ولقد تنوعت واختلقت الدراسات العلمية والكتابات حول الأسرة عبر التاريخ الطويل للإنسانية، إذ أن هناك من يعتبرها أو بدأ بوصفها حياة الأسرة وتحديد أركانها، فسامها بالمؤسسة، ومنهم من يعتبرها كجماعة أساسية وكنظام اجتماعي أساسي ومصدر أخلاقي وتربوي، يعمل على تشكيل وتنشئة أعضاء صالحين في المجتمع، ولذلك شكلت الأسرة أحد المقومات الأساسية للوجود الاجتماعي في الحياة الإنسانية، وتتميز الأسرة كجماعة بوجود تفاعل مستمر مباشر وعميق بين أفرادها، ويؤثر نمط هذا التفاعل وطبيعته في روابط العلاقات والروابط الاجتماعية في المجتمع، وكلما كانت العلاقات الأسرية تقوم على أسس وروابط متينة، تمتع المجتمع بالاستقرار والوحدة والترابط بين أفرادها، وهناك مجموعة من المقومات أو القوى التي تتصل بالحياة الاجتماعية وجوانب الأسرة، كالعلاقات والتفاعلات والولاء والانتماء، وكلها مقومات إذا ما توافرت في الأسرة فإن أعضائها يستطيعون اكتسابها، بل قد تصبح جزءاً من مكونات السلوك الإنساني من المهد إلى اللحد، ومن ثمة ينتقل السلوك إلى المجتمع الخارجي، وتعتبر هذه أساس الأمن الاجتماعي والتضامن البشري، لكي تؤدي الأسرة الوظائف المكلفة بها تحتاج إلى التقارب والتماسك فيما بينها حتى يكون التفاعل بين أفرادها إيجابياً.

المبحث الأول: الأسرة الجزائرية، خصائصها ووظائفها:

أولاً: تعريف الأسرة:

لقد جاء تعريف الأسرة في قاموس علم الاجتماع على أنها: " جماعة اجتماعية بيولوجية نظامية تتكون من رجل وامرأة (تقوم بينهما رابطة زواجية مقررة)، وأبنائها، ومن أهم الوظائف التي تقوم بها هذه الجماعة لإشباع الحاجات العاطفية، وممارسة العلاقات الجنسية وتهيئة المناخ الاجتماعي والثقافي الملائم، وتنشئة وتوجيه الأبناء " ¹.

وتعتبر الأسرة أيضا على أنها الوحدة الأساسية في التنظيم الاجتماعي، ومؤسسة من المؤسسات الاجتماعية ذات الأهمية الكبرى، ففيها تبدأ حياتنا الأولى ونتعود عليها، وهي تصنع أولى خبراتنا، وفيها تشكل شخصياتنا ونتكيف مع البيئات المتغيرة حولنا، وهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك، ويلقى فيها الكبار والصغار مصدر الرخاء ².

إن الأسرة مازالت من النظم الأساسية ذات التأثير الفعال في حياة الافراد، وإذا كانت للأسرة هذا الدور، فينبغي أن نبين إلى أي حد يمكن استخدام مفهوم الأسرة الجزائرية، خاصة بعد تعرضها لتغيرات مختلفة وجوهرية ظهرت بدرجات متفاوتة بين الأسر في مختلف البيئات الاجتماعية، نتيجة لعمليات التغير الاجتماعي الذي شهده المجتمع الجزائري ككل، مما أدى إلى بروز اختلافات في مفهوم الأسرة الجزائرية، وخصائصها بين المجتمعات المحلية الريفية والحضرية. وتعد المشكلات الأسرية هي انحراف السلوك الاجتماعي عن القواعد التي حددها المجتمع للسلوك الصحيح، وتختلف مشكلات المجتمع نتيجة ظروف منها، درجة التطور الاجتماعي التي يتعرض لها طابع البناء الاجتماعي والثروات الطبيعية التي يعتمد عليها، ودرجة التقدم العلمي والتكنولوجي، هذا إلى جانب نوع التنظيم الاجتماعي والإطار الأيديولوجي الذي يحدد علاقات الناس، لذلك تختلف المجتمعات اختلافا نسبيا في طبيعة المشكلات الاجتماعية التي تتعرض لها الأسرة، ويعكس هذا الاختلاف قيم المجتمع وأهدافه العليا ³. كما أننا نعلم أن المؤسسة الاجتماعية التنشئة المتمثلة في الأسرة، التي تمثل القلب النابض والعمود الفقري في أي مجتمع، والأطفال بمثابة قلب الأسرة، وأي خلل يكون داخلها كالعنف والتفكك

¹ غيث محمد عاطف: قاموس علم الاجتماع، دار المعارف الجامعية، مصر، ص 390، 391.

² حسين عبد الحميد رشوان: الأسرة والمجتمع، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2005، ص 22.

³ غيث محمد عاطف: المرجع السابق، ص 14.

تعتبر بمثابة القلب المريض في جسم الإنسان، وأن الآلام الناتجة عن ذلك القلب المريض تنتشر في باقي أنحاء الجسم حتى تصل به في آخر المطاف إلى فنائه، وهو نفس

الحال للمجتمع الذي تصاب فيه الخلية الأساسية بأخطر أمراض الحياة البشرية، والمتمثلة خصوصا في التفكك الأسري وانحرافات الطاقات البشرية في مرحلة مبكرة من العمر والتي تهدد كيان الأسرة والمجتمع ككل. فالأسرة عبارة عن جماعة اجتماعية تتميز بمكانة إقامة مشترك وتعاون اقتصادي، ووظائف تكاثرية، ويوجد بين أعضائها على الأقل من ذكر بالغ واثني بالغة وطفل سواء كان من نسلها أو عن طريق التبني¹، وهي عبارة عن وحدة إنتاجية بيولوجية تقوم على زواج شخصين يترتب عليه نتاج الأطفال، عند ذلك تتحول الأسرة إلى وحدة اجتماعية ويعرفها "أوجست كونت" بأنها: "الخلية الأولى في جسم المجتمع وهي النقطة الأولى التي يبدأ منها في التطور، ويكن مقارنتها في طبيعتها وجوهر وجودها بالخلية الحية في التركيب البيولوجي للكائن الحي، وهي أول وسط طبيعي واجتماعي نشأ فيه الفرد وتلقى عنه المكونات الأولى للثقافة وتراثه الاجتماعي"²، وتعتبر الأسرة أهم مؤسسة اجتماعية يركز عليها المجتمع والركيزة الأولى وحجر الزاوية في كل المجتمعات، والممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيرا في سلوك الفرد والمدرسة الاجتماعية الأولى للطفل، كما تعتبر النظام الإنساني الأول لعادات التعاون والتنافس التي ترتبط بإشباع الحاجات إلى الحب والأمن والمركز الاجتماعي، وهي بذلك أهم نظام اجتماعي تدور حوله حياة الإنسان والمجتمع، وتعتبر الأسرة كذلك الجامعة الأولى التي تقوم بعملية تنشئة الأطفال وتربيتهم وإعدادهم نفسيا وعاطفيا، وذلك من خلال تطبيع سلوك الفرد وتكوين مكونات الشخصية لديه، كالدين واللغة والتراث الثقافي والحضاري للمجتمع الذي ينتمي إليه من أجل تحقيق التكيف السوي والتوافق السلوكي القائم على الصحة النفسية والتحكم في الذات الفردية، من خلال التوازن النفسي للطفل، وهي المصدر الأول والأساسي في إعداد الطفل إعدادا مباشرا ومستمر من النواحي الجسمية والعقلية والانفعالية والنفسية، والأسرة الجزائرية كباقي الأسر في العالم تمثل وحدة مهمة في بناء المجتمع، وتعرضه أيضا للتفكك كباقي أسر المجتمعات الأخرى، وهذا التفكك بدوره يؤدي إلى

¹ محمد حسين: علم الاجتماع الصناعي، مكتبة أنجلو المصرية، مصر، 19725، ص 4.

² محمد حسن الشناوي وآخرون: التنشئة الاجتماعية للطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ط1، ص 207.

نتائج وخيمة وسلبية على أفرادها ينجم عنه مشاكل فردية واجتماعية، منها العود إلى إدمان المخدرات.

ثانيا: خصائص الأسرة الجزائرية:

لقد مرت العائلة في المجتمع الجزائري بالعديد من التطورات والتغيرات، والتي يمكن أن نلاحظها من خلال الخصائص المتمثلة في النظام الأبوي والقرابة من جهة الأب، وعدم تقسيم التراث العائلي (العقارات، الأملاك، الأرض) ونمط التربية، وكذلك شكل المسكن، إذ حدث انتقال من المنزل إلى الشقة، ومن العرش إلى الدائرة، ومن الجماعة إلى المجلس البلدي، ومن الاكتفاء إلى الاستهلاك الجماهيري، وعليه يمكن أن نشير إلى نوعين من الأسرة في المجتمع الجزائري:

أ- الأسرة التقليدية (الممتدة): يتميز هذا الشكل بكبر حجمه من حيث عدد أفرادها، وهو مشكل من الجد وزوجته وأبنائهم، وزوجات أبنائهم وأحفادهم، بحيث يكون النسب والسكن فيها ابويا وسلطة الأب تكون مطلقة، والأسرة الجزائرية هي اسرة ذات نمط أبوي، حيث الأب او الجد فيها هو القائد الروحي للجماعة، إذ ينظم ويسير فيها الأملاك الجماعية للأسرة، وتتمز فيها العلاقات العائلية بقدر كبير من آداب السلوك والتقاليد والقيم الخلقية.

وقد قال عنها الأستاذ "مصطفى بوتفنوشت" أحد أساتذة علم الاجتماع في الجزائر أنها نتاج اجتماعي يعكس صورة المجتمع الذي توجد وتتطور فيه، فإذا اتصف المجتمع بالثبات اتصفت الأسرة بالثبات، وإذا اتصف المجتمع بالتقدم والتغير والتطور تغيرت الأسرة بتغير ظروف هذا المجتمع، فالميلاد البيولوجي للفرد ليس هذا الأمر الحاسم في وجوده واستمراره، وإنما العامل الحاسم هو الميلاد الاجتماعي أي تكوينه كشخصية اجتماعية ثقافية تنتمي إلى مجتمع بعينه، وتدين بثقافة مستتبطة من الإطار الاجتماعي ككل، والأسرة طبعا هي صاحبة الفضل في تحقيق الميلاد الثاني، لأنها تعتبر أولى الجماعات التي تتلف الفرد وليدا وتتولى رعايته حتى يشتد عوده، فتقف الأسرة بذلك كوسيط فعال يستقدمها المجتمع في توصيل التراث من السلف إلى الخلف، فتعتبر الجماعات التي تولد الانتماء الذي هو الباعث على الثقة

والتماسك والطمأنينة بين الأسرة والمجتمع¹، وبالنسبة لهذا النوع من الأسر فإنها لا تتميز بالسلوكات المنحرفة بنسبة كبيرة، لأنه حسب الدراسات هذه الأسر متمسكة بعاداتها وتقاليدها وكل فرد فيها يقوم بدوره، مما يقوي القيم الأخلاقية والثقافية لدى أعضائها، ومن الملاحظ وبالنظر إلى الإحصائيات الخاصة بالسلوكات المنحرفة بصفة عامة نجد أنه في وقت مضى عندما كانت الأسرة تقليدية لم تكن نسبة الإقدام على ارتكاب الجرائم بشتى أنواعها نسبة كبيرة، وكان السلوك المنحرف كاستهلاك المخدرات يعد جريمة وعار من نظر أفراد الأسرة بغض النظر عن ما يحكم به القانون، لذا فإن الأسرة التقليدية إيجابيات أكثر من سلبياتها.

ب- الأسرة الحديثة: (النوعية):

تتميز معظم الأسر الجزائرية المعاصرة في المناطق الحضرية من المدن الكبرى للوطن، ويرجع ذلك إلى موجة الهجرة الداخلية التي حصلت من الريف إلى المدينة سواء وراء كسب القوت في أول الأمر، ثم سرعان ما انسجمت هذه الأسر النازحة بأشكال متفاوتة، بحسب الظروف الاجتماعية التي غيرت من بعض أو أغلب خصائصها التقليدية، وأولى هذه التغيرات نجد: "تقليص حجمها من النظام الأسري الممتد إلى النظام الأسري النووي، وهذا يتعلق بالنشاط الاقتصادي القائم على الزراعة في الريف، والذي يساعد على بقاء واستمرار نظام الأسرة الممتدة، وذلك من خلال أن كل أسرة زواجية مستقلة اقتصاديا عن بقية أفراد القرابة، ومن ثمة تؤمن معاشها اعتمادا على دخلها الشهري المتمثل في مرتب رب الأسرة العامل...."، كما أن نظام الأدوار والسلطة يمتاز بتعادل الأدوار والسلطة، فلم يعد الأب هو الناهي كما كان عليه في العائلة التقليدية، بل ضعفت سيطرته في الأسرة، ضف إلى أن الأسرة بعدما كانت منتجة أصبحت أسرة مستهلكة، ونظرا لمتطلبات العصر المختلفة حتمت على المرأة الجزائرية في الأسرة النواة على الخروج للعمل لرفع المستوى المعيشي والاجتماعي لأسرتها².

وبناء على ما سبق فإن هناك عدة عوامل ساهمت في التحول الجذري الذي شهدته الأسرة الجزائرية، ومن بينها التحولات الاقتصادية والسياسية والثقافية، وخاصة تلك السلوكات الدخيلة على مجتمعنا، وتعد سلوكات دخلت على الأسر الجزائرية وسيطرت على ثقافة أفرادها شيئا فشيئا حتى فقدت هذه الأسر أهم القيم والمعايير، سواء الأخلاقية أو الدينية، وأدخلت

¹ Boutefnouchet (Moustafa): La famille Algérienne, évolution et caractéristique récentes, SNED, Alger, lemed, 1980, p 21, 38.

² السويدي محمد: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص 88، 89.

عليها ثقافات ساهمت في التفكك الأسري والإهمال، وهذه الثقافات جاءت عن طريق وسائل الإعلام مثلا الانترنت والتي أصبحت وسيلة ترفيه في أغلبية البيوت الجزائرية في ظل عدم الرقابة الأبوية، وهذه الوسيلة أصبحت نقمة لمن لا يحسن استغلالها، وتسببت في ضياع وخلق المشاكل في العديد من الأسر الجزائرية، نظرا لتقبلها كل ما تأتي به هاته الوسيلة من ثقافات منافية لأخلاقنا وعاداتنا، كذلك من التغيرات التي طرأت على الأسرة الجزائرية أصبحت المرأة تنافس الرجل في كل المجالات حتى في الساحة السياسية، ومنه تتنازلت المرأة عن دورها كأم، والرجل عن دوره كأب، ونسبت الأدوار إلى المربيات ودور الأطفال كالروضة.

وكل العوامل السابقة والتحولت التي طرأت على الأسرة الجزائرية لها علاقة بموضوع دراستنا الا وهو ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري إذ أن ضعف القيم التي كانت تمتاز بها الاسرة سابقة ساهمت بشكل كبير في مشكلة الإدمان، كذلك كما ذكرنا عدم الرقابة الأبوية، وضعف سلطة الأب ومكانته جعلت الأبناء لا يبالون بما يفعلون مهما كانت النتائج مضرّة لشخصهم أو مجتمعهم، وهذا ما جعل الأرقام في تزايد كل يوم بخصوص نسبة العائدين إلى الإدمان بصفة خاصة والانحراف بصفة عامة.

ثالثاً: وظائف الأسرة:

إن الأسرة في عمومها تقوم بالوظائف الرئيسية التي تعمل على الحفاظ على الحياة الاجتماعية، ومن أهم هذه الوظائف ما يلي:

أ- **الوظيفة التكاثرية:** إن أول وظيفة تقوم بها الأسرة تتمثل في تحقيق الوظيفة البيولوجية، وذلك بتلبية الحاجة الفطرية المتمثلة في الدافع الجنسي، والذي عن طريقه بتحقيق الإنجاب وتزويد المجتمع بعناصر وأفراد جدد، وتعد هذه الوظيفة من الوظائف الفطرية الأساسية للزوجين لتحقيق الإشباع الجنسي.

ب- **تعليم الأدوار الاجتماعية:** إن الأسرة عبارة عن بنية أساسية في البناء، وتقوم على أساس بيولوجي، وهي نظام متكامل في جميع المجتمعات وعن طريق الأسرة تنتقل معايير وقيم المجتمع إلى صغار المجتمع، ومن ذلك الأدوار الاجتماعية التي يمارسها الأفراد، ويرى "بارسونز" أن الأسرة مثل كل الأنساق الاجتماعية البنائية الأخرى تتكون من مجموعتين من الأدوار، الأدوار الفطرية والتي يغلب عليها خصائص الجنسية والأخرى، الأدوار الاجتماعية المكتسبة، وتزيد هذه الأدوار من تماسك البناء الاجتماعي واستمراره.

ج- **الوظيفة العاطفية:** توفر الأسرة لأبنائها مظاهر الحب والعطف والاهتمام والرعاية والاستقرار والأمن والحماية، مما يساعد على نضجهم النفسي، وقد تبين في العديد من الدراسات إن الكثير من الأمراض الفيزيائية التي تصيب الأبناء تعود إلى الافتقار إلى الحب والعطف، وأن قدراً كبيراً من التكامل الانفعالي العاطفي يتوقف على مبلغ ما يتوفر للأبناء من إشباع لرغباتهم المتعددة.

د- **الوظيفة الاقتصادية:** إن الأسرة مسؤولة عن توفير الحاجات المادية لأفرادها فهي تقوم بالإطعام وإيواء وتحقيق متطلبات أفرادها في مختلف الحاجيات الأساسية أو الثانوية.

هـ- **الوظيفة التربوية:** تعتبر الأسرة النموذج الذي يقابله الطفل في حياته، ويقتدى بتصرفاتها وعن طريقها يكتسب القيم والمعايير الخاصة بالأسرة والمجتمع، فتشكل بذلك أنماط سلوكية، كما تعتبر الأسرة أول مصدر من مصادر الضبط الاجتماعي، وبذلك فالأسرة لها من الخصائص والمقومات ما يجعلها فعالة ومؤثرة في سلوكيات أفرادها، فالأسرة هي جملة القيم

والعادات والأعراف، وقواعد السلوك والآداب العامة، وهي دعامة الدين والوصية على طقوسه ووصاياه¹.

وتلعب الأسرة دورا هاما في عملية التنشئة الاجتماعية التي تعمل على إكساب الفرد شخصيته في المجتمع لمساعدته على تنمية سلوكه الاجتماعي الذي يضمن له القدرة على استجابة الآخرين، كما عرفها " بوجاردوس " **"BOGARDUS"** على أنها جماعة اجتماعية صغيرة يتكون من الأب والأم وواحد أو أكثر من الأطفال يتبادلون الحب، ويتقاسمون المسؤولية، وتقدم الرعاية للأطفال حتى تمكنهم من النضج ليصبحوا أشخاصا صالحين يفرضون أنفسهم بطريقة اجتماعية².

كما أن آخرون اعتبروا أن الأسرة ظاهرة اجتماعية ليست نتاج الفرد وإنما هي نتاج المجتمع، واستمرارها ليس مرتبط بوجوده أو زوالهن إذ لا يملك الفرد أي اختيار في الانتماء إلى هذه الأسرة، كما أنها تحصنت بقيم عديدة كنظام الزواج، ومحور القرابة والواجبات والالتزامات المتبادلة بين عناصرها داخل المجتمع³.

إن جل هذه الوظائف التي كانت تقوم بها الأسرة فقدتها في الوقت الراهن سبب الثورة الصناعية والفرنسية والحرب العالمية الأولى والثانية، والحروب الأهلية والتوترات السياسية، والتطورات التقنية والابتكارات والاختراعات الصناعية والتكنولوجية، وجميعها ساعد على ظهور جماعات وتنظيمات ومؤسسات نسقية داخل الهيكل الاجتماعي، أخذت من الأسرة العديد من الوظائف الجوهرية، فالوظائف التربوية أخذتها المدرسة التي سحبت أبناء الأسرة فوق الخامسة من عمرهم، وفي بعض الحالات أوكلت الأسر الميسورة الحال مهمة تربية الأبناء دون الخامسة إلى دور الحضانة لتعليمهم القراءة والكتابة، والعلوم والثقافة، ولا تستطيع الأسرة القيام بها مع التطورات الهائلة التي أصابت الأسرة والمجتمع، أما الوظيفة الاقتصادية فقد أخذتها الشركات والمعامل والمصانع الخاصة بإنتاج كل ما يحتاجه أفراد الأسرة، من مأكّل وملبس، ومشرب، بعدما كانت تنتجها الأسرة بنفسها، أصبحت تدخر مصروفاتها على المأكولات والمشروبات والملبوسات كله ويزيادة أكثر في بعض الحالات، ومن الأسر ذو الدخل العالي التي انصب مصروفها على الوسائل الترفيهية والاستهلاكية ذات الترف المظهري، كما أن صعوبة العيش

¹ حسين عبد الحميد رشوان: المرجع السابق، ص 50.

² Emoray- Bagardus: **sociology**, third edition, the macmcelon company, 1950, p 57.

³ علي عبد الواحد وافي: **الأسرة والمجتمع**، القاهرة، مكتبة النهضة، 1966، ص 45.

في الديانة الحضرية، دفع بالمرأة للخروج والعمل خارج المنزل، والقيام ببعض الأعمال التي كان الزوج يقوم بها، وكانت تحد من مسؤوليته مثل التبضع والتسوق اليومي، ودفع فواتير ومتطلبات المنزل، والمكاتب والشركات، مما دفعت هذه الظروف أن يقوم الزوج بغسل الصحون وتنظيف الدار وطبخ بعض المأكولات وشراء الأطعمة، وإطعام الأطفال وغيرها، وهذه الدلائل تشير إلى وجود تغير نوعي في نظام تقسيم العمل داخل الأسرة الحضرية، أما الوظيفة الزوجية، فقد كانت النشاطات الترفيهية والترفيهية تمارس داخل نطاق الأسرة بين أعضائها¹ وتحت إشراف ورعاية الأبوين، لكن مع ظهور المؤسسات الهيكلية ذهبت معظم هذه النشاطات لهذه المؤسسات، أما الوظيفة الدينية فقد كانت الأسرة تقوم بتوجيه وإرشاد أبنائها دينيا بالتعاون مع دور العبادة مهمة التثقيف الديني على عاتقها، ولم يبق للأسرة دورا جوهريا في هذه الوظيفة².

وغذا كانت الأسرة تقوم بالرعاية الصحية والطبية والاجتماعية للأطفال والأرامل والعجزة والمعوقين، لكن الآن مع ظهور وكالات الضمان الاجتماعي والصحي ودور رعاية المسنين والمستشفيات الخاصة بالعجزة والمعوقين، فقد جردت الأسرة من المهمة الإنسانية التي لا تستطيع أي وكالة أو تنظيم تعويضها³.

كما أن الأسرة تعتبر المؤسسة الاجتماعية الأولى المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي، فالأسرة اتحاد تلقائي يتم نتيجة الاستعدادات والقدرات الكامنة في الطبيعة البشرية، حيث تلعب الأسرة دورا أساسيا في سلوك الأفراد وبطريقة سوية، أو غير سوية من خلال النماذج السلوكية التي تقدمها لصغارها، فأنماط السلوك والتفاعلات التي تدور داخل الأسرة هي النماذج التي تؤثر سلبا أو إيجابا في تربية الناشئة⁴.

وفي موضوع دراستنا حول العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري فإن الشيء الملاحظ أنه بالنسبة للمدمنين الذين يتلقون علاج في المصحات نجد أسرهم بعيدة كل البعد

¹ حسين عبد الحميد رشوان: المرجع السابق، ص 58.

² نفس المرجع، ص 58.

³ معن خليل عمر: علم الاجتماع الأسرة، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 1994، ط1، ص 17، 19.

⁴ صالح محمد أبو جادو: سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة والنشر، عمان، 1993، ط4، ص 218، 219.

عن دورها في إكمال عملية العلاج وحتى إن وجدنا أن بعض الأسر مهتمة لأمر أبنائها المدمنين والعائدين إلى الإدمان، فإننا نجدهم يلقون بالمسؤولية بأكملها على المؤسسة العلاجية متجاهلين أدوارهم في التوعية وتوفير الجو المناسب للفرد المدمن قصد إتمام مرحلة ما بعد العلاج، أي بعد خروج الابن المدمن من المصحة. فهو يحتاج على دعم معنوي واهتمام أكبر من أفراد الأسرة، وهذا ما يسمى بالتضامن، وهو نقطة مهمة تفتقدها الكثير من الأسر في وقتنا الراهن، وخاصة هذه الفئة -فئة مدمني المخدرات- حيث يحتاج المدمن إلى تفرغ الأسرة للاهتمام به خاصة من الناحية المعنوية لمساعدته على التخلص من هذا السلوك المنحرف، لأن المؤسسة الاستشفائية لوحدها لا تكفي لضمان شفاء المدمن من مرضه، وإنما هذه الظاهرة تحتاج إلى تكاتف وبرز دور الأسرة التي تذبذبت وظائفها تجاه أبنائها وجعلتهم ضحية سهلة للوقوع في شرك الإدمان.

المبحث الثاني: التفكك الأسري - مراحله وعوامله :-

أولاً مفهوم التفكك الأسري:

يشير التفكك الأسري إلى سوء التكيف وانحلال يصاب روابط الجماعة الأسرية، ويبدو ذلك واضحاً في اضطراب العلاقة بين الزوجين واختلاف ثقافة وفكر وميول كل من الزوجين، فالصراع داخل الأسرة بين الزوجين وبين الأولاد هو شيء طبيعي، وغالباً ما يحدث بصورة أخرى في جميع الأسر نتيجة لظروف معينة داخلية أو خارجية، ولكن قد يؤدي هذا الصراع إلى التفكك في حالة عدم القدرة على تقبل المواقف المعارضة ومقاومتها، الأمر الذي ينعكس سلباً أو إيجاباً على بناء الأسرة واستمرارها، ويشير مصطلح "التفكك الأسري" إلى الرؤية الغربية إلى فقدان أحد الوالدين أو كلاهما، وإلى الطلاق أو الهجر أو تعدد الزوجات، أو غياب رب العائلة مدة طويلة¹.

فهناك مهام تقوم بها الأسرة التي لها دور أساسي في هذا المجال، إذ يجب ممارسة سلطة الوالدين لوضع الموانع والحدود أمام الأبناء، على الوالدين مناقشة السلوك في المرضي مع الأبناء بكل وضوح، فالأبناء يحتاجون إلى هذا الإرشاد ويرحبون به، لكننا نجد في أحيان عديدة يفتدون إلى هذه الرعاية الأسرية، الآن الأسرة هي خط الدفاع الأول، فالرقابة المحكمة من الآباء تخلق إنساناً يستطيع أن يتحكم في نفسه ويجب أن يكون حوار دائم بين أفراد الأسرة، وهذا ما يحقق الإيصال والتواصل بينهم²، ومن هنا يتبين لنا أهمية التضامن الأسري ووجوب قيام كل فرد في الأسرة بدوره ، وغذا كان العكس فإن النتائج ستكون سلبية جراء التفكك الأسري.

وقد يشار إلى نفس المعنى السابق بعدة مصطلحات أساسية أبرزها " Désorganisation Family" أي الانحلال الأسري الذي يقصد به اتجاه التفاعل بين الوحدات التي تتكون منها الأسرة ضد المستويات الاجتماعية المقبولة، بحيث يحول ذلك بين الأسر، وبين تحقيق وظائفها التي لا بد لها من القيام بها لتوفير الاستقرار والتكامل بين أفرادها،

¹ الياسين جعفر عبد الأمير: أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث، عالم المعرفة، بيروت، 1981، ص 288.

² محمد سلامة غباري: الإدمان ونتائجه وعلاجه، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص 85.

وهذه الحالة تصل إليها الأسرة بعد مرحلة التفكك التي تشير إلى فشل الأسرة وانهيار تكاملها¹.

وقد استخدم بعضهم أيضا مصطلح "Désorganisation Family" بما يقارب المعنى السابق، ليشير إلى الأسرة التي تفككت بالموت أو الطلاق أو الانفصال بسبب نزاع عائلي "domestic discoe"²، وهناك أيضا من يطلق على التفكك "disengaged family" أي الأسرة غير المترابطة التي يوجد بين أعضائها وأنسابها عوائق شديدة تؤدي إلى الحد من التفاعل بينهم أو إلى العزلة النفسية بين الفرد والآخر³.

هذا وقد استخدم بعض الباحثين العرب مصطلح التفكك العائلي بمعنى اختلال السلوك العائلي والتربية العائلية الخاطئة، وحالات الخصام العائلي بين الوالدين، وحالات وفاة أحد الوالدين أو كلاهما، أو حالات انفصال بالطلاق أو الهجر⁴.

بينما استخدم مصطلح تفكك الأسرة ليشير إلى انهيار الوحدة الأسرية وانحلال الأدوار الاجتماعية المرتبطة بها عندما يفشل عضو أو أكثر في القيام بالتزامات دوره بصورة مرضية⁵.

ومن التعريفات السابقة يمكن أن نوضح بعض العناصر التي يشترط بها مفهوم التفكك الأسري، فهو يشير إلى انهيار النسق الأسري داخليا أو خارجيا أو كلاهما معا، نتيجة اختلال السلوك في الأسرة، وكذلك عدم قدرة بعض أو كل أفراد الأسرة على التفاعل الاجتماعي السوي، وعجز بعض أو كل أفراد الأسرة عن أداء أدوارهم المفترضة، ما يحول دون تحقيق الأسرة لوظائفها مما يؤدي إلى عدم تحقيق التماسك والاستقرار بين أفراد الأسرة، ويمكن أن نشير إلى أن التفكك الأسري قد يعني اضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة دون الوصول إلى حالة التفكك الأسري الكلي بالانفصال أو الطلاق، فقد نجد غياب أحد الوالدين بسبب الوفاة مثلا لا يؤدي

¹ البدوي عدنان: الإنحراف الاجتماعي، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1991، ص 28.

² F.Forgatta << Edgar >>: Encyclopaedia of sociology, 'editor), VI macmillan and reference, New York, 2000, p 507, 508.

³ السكري أحمد شفيق: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، 2000، ص 64.

⁴ الياسين جعفر عبد الأمير: المرجع السابق، ص 29.

⁵ سناء الخولي: الأزواج والعلاقات الأسرية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، الإسكندرية، 1984، ص 214.

للتفكك الأسري بالضرورة، خاصة إذا كان هناك من يتحمل القيام بجزء كبير من أدوار الأب الغائب، وهناك حالات أخرى للتفكك الأسري دون وفاة أحد الأبوين أو طلاقهما، وذلك بإمكانية ارتباطات أحد الوالدين بعيدا عن البيت بالسفر إلى غير ذلك، وابتعاده بشكل مستمر ولأوقات طويلة بسبب عمله، وقد نجد كلا الوالدين في بعض الأحيان يعملان ولهما ارتباطات ويكونان مشغولان عن أمور الأسرة والأبناء، خاصة في عصرنا الراهن الذي شهدت فيه الأسرة الجزائرية عدة تحولات وتغيرات عادت بنقاط سلبية على تربية الأبناء في الكثير من الأحيان.

وللوقاية من وقوع الأبناء في فخ بعض الظواهر الانحرافية والسلوكيات الغير سوية، يتوجب على الأسرة المحافظة على أعضاء المجتمع وإعدادهم للعمل والتفاعل الاجتماعي والمحافظة على السكان بتربية الأطفال وتوفير الضمان في حالات الشيخوخة، كما أن المجتمع يفوض الأسرة في تحمل الأطفال، كما تعتبر من أدوات الضبط الاجتماعي¹، كما نجد أن الابن في البنية الأسرية للنظام التقليدي كان يعتمد دائما على الأب في كل شيء، أما في البنية الاجتماعية الجديدة أصبح الابن نظريا جدا من وصاية أبيه، لأنه وفي كثير من الأحيان أصبح ينافس الأب اقتصاديا وماليا وثقافيا، ولكن قد لا يظهر ذلك لتجنب الصراعات، وهذا خاصة بعد الاستقلال، حيث أصبح للابن مكانة لم يكن يتمتع بها من قبل²، كما أن انشغالات الوالدين بأعمال أخرى خارجة عن وظائفها كأبوين، جعل الأبناء يتخذون الشارع في كثير من الأحيان كبديل عن الوسط الأصلي للأسرة، وكانوا عرضة للتفكك الأسري في مرحلة الطفولة، والذي غالبا ما كان يؤدي إلى غياب السلطة الضابطة للطفل والحرمان من الاستقرار النفسي والاجتماعي الذي يحتاجه الطفل في بداية حياته، خصوصا عندما يتخلى الوالد عن مسؤولياته اتجاه البيت والأولاد، وغالبا ما كان هذا التخلي من طرف الوالد صدفة كالهجر، وأحيانا انقطاع رباط العلاقات الزوجية³.

¹ حسن مصطفى عبد المعطي: الأسرة ومشكلات الأبناء، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2003، ط1، ص 20.

² نادية حسن أبو سكينه، منال عبد الرحمان خضر: العلاقات والمشكلات الأسرية، دار الفكر، 2001، ط1، ص 193، 194.

³ Gerard Poussin:, Emisabeth, Le Brum: Les enfants du divorce, Paris, Dned, 1977, p 30.

ثانيا: مراحل التفكك الأسري:

إن التطور التكنولوجي الذي افرز عدة تحولات التي مست جميع بنيات المجتمع، قد انعكست آثاره على الأسرة، وبالتالي على وظائفها ومهامها كمؤسسة اجتماعية تؤثر وتتأثر بالمحيط الذي تتواجد فيه، خاصة مع تغير وضع المرأة الاجتماعي والثقافي المتمثل في خروج المرأة إلى ميدان العمل، الذي أدى إلى تغير دورها ومكانتها في المجتمع، فقضاء وقتا طويلا في مجال العمل بعيدا عن البيت يؤثر على توازن الطفل، إضافة إلى الصراع في الأدوار بين الرجل والمرأة الذي خلق نوع من التنافس بينهما، وبالتالي تتعدد مسؤولياتها ومهامها أدى إلى عدم التوفيق بين واجباتها في تربية الأطفال وبين عملها كمراة عاملة، الأمر الذي تسبب في تقليص دور الأسرة وتحلل العلاقات التي تربط بين افرادها، فانعكس ذلك على تنشئة الطفل ومستقبله، وتحولت مهام التنشئة الاجتماعية إلى مؤسسات أخرى¹. ومهما كان تفكك الأسرة سواءا بوفاة أحد الوالدين أو الطلاق، ومهما اختلفت التسميات الخاصة بالتفكك الأسري، فإن النتيجة تكون واحدة، سواءا كان التفكك من الناحية القانونية بالطلاق أو من الناحية الاجتماعية، ويحدث ذلك بالشقاق في العائلة والصراع إلى انفصام روابط العائلة²، ويحدث هنا التفكك النفسي في العائلة ويسودها جو المنازعات المستمرة بين أفرادها، وخاصة بين الوالدين حتى ولو كان جميع أفرادها يعيشون تحت سقف واحد، وكذلك يشع فيها عدم احترام حقوق الآخرين، وترك تفكك الأسرة سواءا كان جزئيا أو ماديا أو نفسيا بالغ الأثر في حياة عناصرها، فيعاني الرجل مشكلات وحدانية وعصبية تؤثر في حياته ومركزه وعمله، كما تعاني المرأة أيضا مشكلات عاطفية ونفسية واقتصادية، كما يعاني الأطفال اقصى الظروف من جراء تفكك الأسرة، إذ ينتظرهم الحرمان من الاستقرار العائلي ومن الحياة المدنية المستقرة، ومن عواطف الأبوة والأمومة والحب العائلي، وينتظرهم الجوع والعوز والحرمان من الموارد المادية والضرورية لتربيتهم، وينتظرهم الشقاء بمختلف أشكاله³.

وفي كل الحالات فإن مشكلة التفكك الأسري أصبحت من المشاكل الاجتماعية الخطيرة التي أفرزها التغير الاجتماعي السريع وما صحبه من آثار سلبية أثرت على بناء وتركيبة

¹ حسن مصطفى عبد المعطي: المرجع السابق، ص 24.

² جعفر عبد الأمين ياسين: أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث، عالم المعرفة، بيروت، 1981، ط1، ص 25، 26.

³ نفس المرجع، ص 26.

الأسرة وانماطها، مما أدى هذا التغير إلى تغير في الأدوار الاجتماعية لأفرادها، خاصة وظيفة المرأة ومكانتها في المجتمع، كما أدى هذا التغير إلى غياب ما يسمى بالضبط الاجتماعي، وغياب الضمير الجمعي، وهو الأمر الذي أدى إلى ظهور قيم وعادات اجتماعية جديدة على حساب غياب عادات وقيم المجتمع الأصلية، وكل تفكك أسري له أسباب مثل المشاكل الاجتماعية التي غالبا إما تبدأ بالشجار والصراع والنزاع الذي يحصل داخل الأسرة، فتؤدي إلى انفكك العلاقات الاجتماعية بين أفرادها، ومن ثمة تأثر الأبناء، ويعود ذلك سلبا عليهم، وفيما يلي مراحل التفكك الأسري على حسب "وليام جود" الذي يرى أن النزاعات الأسرية ترتبط ارتباطا مباشرا بالتفكك الأسري، حيث يشير إلى عدة مراحل تمر بها الأسرة، قبل التفاقم الكبير للنزاعات الأسرية، وتشمل هذه المراحل:

أ- **مرحلة الكمون:** وهي فترة متغير غير محدودة، قد تكون قصيرة جدا، حيث لا يمكن ملاحظتها، والخلافات فيها سواء كانت صغيرة أو كبيرة لا يتم مناقشتها أو التعامل معها بواقعية.

ب- **مرحلة الاستثارة:** وفيها يشعر أحد الزوجين أو كلاهما بنوع من الارتباط والتهديد، وعدم الارتياح النفسي والاجتماعي، وشعور كل طرف بأنه غير قانع بالإشباع الذي يحصل عليه.

ج- **مرحلة الاصطدام:** وهي فترة الانفجار وظهور الانفعالات التي تم كبها فيما مضى، وقد يحاول أحد الطرفين تفجير النزاع بشكل علني واستقطاب بعض الأبناء للتحالف مع طرف دون الآخر، مما يجعل الأبناء يشعرون بالضياع وعدم الاستقرار، ويبحثون عن مكان آخر خارج المنزل لإشباع رغباتهم وتحقيق ميولاتهم.

د- **مرحلة انتشار النزاع:** إذا زاد التحدي والصراع والرغبة في الانتقام، فإن الأمور تزداد حدة، ويؤدي ذلك لزيادة العداء والخصومة بين الزوجين، والنقد المتبادل بينهما، حيث يكون هدف كل طرف هو الانتصار على الطرف الآخر دون محاولة الوصول إلى التسوية، وينظر كل منهما إلى نفسه على أنه الأقوى والاقدر على حساب الطرف الآخر على رعاية الأبناء في حالة التخلص من الطرف الآخر بالانفصال أو بالهجر أو الطلاق، وإذا كان النزاع في البداية يتعلق بناحية معينة فإنه سرعان ما ينتشر ليغطي النواحي الأخرى المتعددة.

هـ- **مرحلة البحث عن حلفاء:** إذا لم يستطع الطرفين أي الزوجين حل المشاكل بمفردهما، فإنهما يتجهان للبحث عن من يساعدهما في تحقيق ذلك من الأهل والأقارب

والأصدقاء، وإذا استمر النزاع فترة طويلة، فإن القيم والمعايير التي تحكم بناء الأسرة تصبح مهددة، وهنا قد يلجأ أحد الطرفين أو كلاهما للحصول على الإشباع من خلال المصادر الأخرى البديلة، مثل التركيز بالاهتمام بالأطفال، أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، والتركيز على النجاح على حساب الإشباع الذي يتحقق داخل الأسرة، وقد يؤدي هذا إلى التدليل الزائد للأبناء، وعدم محاسبتهم عند التقصير في أداء أدوارهم، ما قد ترسخ لديهم قيم السلوك الانحرافي.

و- مرحلة إنهاء الزواج: ويحدث ذلك عندما تزداد الدافعية لدى كل طرف لتلك المسؤولية والمشاركة مع الطرف الآخر، قد يبدأ أحد الزوجين أو كلاهما في اللجوء إلى المحاكم، ودار القضاء وإنهاء الزواج، واتخاذ إجراءات تتعلق بحضانة ورعاية الأبناء، وقد يبحث أي من الأطراف إلى استئناف الحياة الزوجية مرة أخرى، وهو ما يتعارض مع رغبات الأبناء ومصالحهم، ويدفعهم أحيانا إلى التمرد أو الانحراف، وتحدي القيم والمعايير الاجتماعية¹.

ثالثا: أسباب التفكك الأسري:

ترجع أسباب التفكك الأسري إلى أسباب شخصية واجتماعية معا مع ملاحظة أن هذا التفكك لا يمكن أن ينشأ ببساطة نتيجة لعامل واحد، بل أنه من الناحية الثانية، ونتيجة لدراسات عديدة فإن تفكك الأسرة يتخذ الطابع التدريجي ويكون محكوما بعدة عوامل متداخلة يصعب في بعض الأحيان أن نفصل أحدهما عن الآخر ولعل أهم هذه العوامل ما يلي:

أ-العوامل المزاجية: وترجع إلى ارتباط مجموعة من الصفات الوراثية التي تحدد ردود الأفعال الانفعالية والعاطفية عند الفرد، ولعل الصراع التي تؤدي إلى التوتر الدائم وقد لا تقضى في كل الحالات إلى التفكك الكامل للأسرة ومثال ذلك الرجل الذي تكون لديه نزاعات السيطرة فإن تزوج من امرأة لها نفس النزاعات فإن هذا قد يؤدي إلى حدوث نزاع مستمر بينهما إلا أن ظروف الحياة الأسرية والتأثيرات العديدة التي يتأثران بها من الخارج إلى جانب المسؤوليات المتزايدة كلها أمور قد تضع حدا للتصادم.

ب-العوامل الاجتماعية: و يقصد بها مجموع الصفات المرغوبة عند الزوجين والتي قد لا تكون متماثلة نتيجة اختلاف البيئة الاجتماعية للزوجين أو اختلاف عادات و تقاليد و قيم أسرة

¹ Good William: **family organisation**, (IN), Robert and other, contemporary social problems, New York, Harcourt, press, 1980, p 379, 380, 383.

أحد الزوجين ، كفيل بحدوث الصراع و التوتر الذي قد يؤدي إلى التفكك¹ و تسهم بعض العوامل الاجتماعية في إضعاف الروابط الأسرية ، منها يؤدي إلى تفكك الأسرة و كثيرا ما تنعكس المشكلات الاجتماعية على العلاقات داخل الأسرة وتتمثل هذه المشكلة الاجتماعية في حدوث خلل أو انحراف في العلاقات الإنسانية وهي كذلك سلوك انحراف وتفكك اجتماعي أو الإثنين معا مما يؤثر على المصالح الرئيسية لكل من أفرادها ، فتؤدي بذلك المشكلات الاجتماعية إلى اضطراب العلاقات الزوجية و من ذلك تناقض الأدوار بين الزوجين ، ما يؤدي بهم إلى الإحباط و الفشل والنزاع و الشجار ، و يرى بعض علماء الاجتماع أن المشكلة الاجتماعية تحدث ضغطا شاملا للمجتمع ولاحظ ذلك بوجه خاص في الأزمات الطبيعية و الحروب والحوادث و الأمراض المعدية و التوترات الاجتماعية ،حيث سبب هذه المشاكل و الأزمات في توتر حياة الأسرة ، ولكن هذه المشكلات على المدى البعيد قد تزول بمجرد زوال مسبباتها، وقد يكون سبب التفكك الأسري اختلال في القيم الاجتماعية ، فالصفات المرغوبة عند الزوجين قد لا تكون متكاملة بينهما ، فاختلال العقدة الدينية مثلا أو السياسة تعد سببا مباشرا لعدد من التوترات يمكن أن تؤدي إلى انحلال لأسرة ، ما لم يتوفر للزوجين أو أحدهما طاقة إيجابية للتكيف²، ضف إلى ذلك العادات الضارة ، والانحرافات الشاذة كاقتراف المعاصي ، والخروج عن القانون. وارتكاب شتى الجرائم، وتعاطي المخدرات وشرب المسكرات والتي قد تؤدي للتفكك الأسري بصورة إرادية³، هذا وقد يؤدي الأصدقاء والأقارب دورا خطيرا في الحياة العائلية، من ذلك تدخلهم في العلاقات الأسرية فتنشأ حالة التوتر وزيادة شدتها كما يؤدي أيضا تعدد الزوجات في عدم العدالة والمعاملة بين الزوجات، وإشباع وتحقيق متطلبات بعض أولاد الزوجة دون الزوجة الأخرى، والتصارع والشقاق بين الزوج أو الزوجات فيما بينهما، لأتفه الأسباب وهو ما يكون نذير على تصدع العلاقات فتنتهي إلى التفكك الأسري. أما الجيرة ومستوى الحي فقد يكون تأثيرها سيئ على أفراد الأسرة ، فتنساق الزوجة لأحد الجارات وتعمل بتوجيهاتها دون تفكير، أو تدبر، فتعرضها لكثير من المشكلات والأزمات الزوجية ولا يمكن أن نتغافل عن ذكر المؤثرات الحسنة ووسائل الإعلام المختلفة من إذاعة و تلفزيون وسينما،

¹ محمد عاطف غيث: المشاكل الاجتماعية والسلوك الانحرافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ط1، ص 157.

² نفس المرجع، ص 172.

³ حسن الساعاتي: بحوث إسلامية في الأسرة والجريمة والمجتمع، دار الفكر العربي، القاهرة، 1996، ص 46.

ومجلات وكتب، لما تنتشره من معلومات وحقائق ووقائع ولتحيط علما بموضوعات معينة من السلوك فتؤدي ذلك إلى اكتساب أفراد العائلة العديد من الشخصيات ومحاولة تجسيد دور تلك الأدوار فتتعارض المتطلبات بين أفراد الأسرة مما يجعل العلاقات مضطربة¹.

ج- الأسباب الاقتصادية: من أهم التغيرات التي طرأت على أنماط الأسرة الجزائرية في الفترة الحالية خاصة تغير دور مركز المرأة الجديد فقد فتحت أبواب العمل في مجالات كثيرة أمامها، فقد صار التسليم بالمساواة يمس الجنسين في الحقوق والواجبات تنظر إليه على اعتبار أنه مبدأ يرتكز عليه التقدم الاقتصادي والاجتماعي، ولكن يجب التسليم بأن التوسع في أعمال المرأة خارج البيت قد يعكس في النهاية مشاكل لاحد لها ما لم يتوفر البديل لرعاية الأطفال، فخروج المرأة إلى العمل صحيح أنه يساهم في تنمية الاقتصاد كما يساعد أيضا على زيادة دخل الأسرة، ولكن من جهة أخرى فإن ابتعاد المرأة فترة زمنية طويلة عن أطفالها وبيتها قد يخلق لها مشاكل خطيرة خاصة إذا تعلق الأمر بالأطفال، فهناك بعض النساء في المجتمع الجزائري يضعن مربيات لأطفالهن متجاهلين بذلك خبرة هذه المربية في التربية، وهناك أمهات يعودن و ينشئن الطفل منذ الصغر بالاعتماد على نفسه في كل شيء، كالأكل ، واللبس والنظافة، وهذا ما قد يولد لدى الطفل أزمات نفسية واجتماعية من جهة، ويعيش محروما من الحب والحنان والاهتمام من جهة أخرى²، وقد تؤثر الظروف الاقتصادية كذلك للمجتمع في كيان الأسرة، وأحيانا ينعكس العجز في الموارد الاقتصادية للمجتمع على الأسرة، ويشكل الفقر أحد هذه المشكلات ويبدو الفقر في حالة البطالة، أو قلة الدخل بما لا يكفي حاجات الإنسان، والفقر له تأثير حتى على العلاقات الأسرية، فمن خلاله يسوء التصرف في الدخل وينخفض المستوى الاقتصادي للأسرة، وتسود أمراض سوء التغذية، والضعف العام. من جهة أخرى يربط بعض الباحثين بين التفكك الأسري وبين انتشار التصنيع في المجتمعات الحديثة، من أحد العوامل الاقتصادية المؤثرة في التحولات الاجتماعية، إذ يرون أن ارتفاع معدلات الطلاق في مثل هذه المجتمعات يمثل إشارة واضحة إلى تفكك الأسرة وتفكك المجتمع أيضا، هذا بالإضافة إلى مشكل الإسكان التي تعتبر لمشكلة تزايد السكان، وتعاني كثير من دول العالم و البلدان المتخلفة خاصة من هذه المشكلة، فالمسكن الضيق يؤدي إلى نشأة التوتر الدائم بين

¹ مصطفى الخشاب: دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية، بيروت، 1985، ص 299، 231.

² إقبال محمد بشير وآخرون: ديناميكية العلاقات الأسرية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون سنة، ص 22.

أفراد الأسرة نتيجة ضيقهم من بعض بسبب عدم توفر المساحة اللازمة للحركة فيؤثر ذلك على الأطفال وعلى نموهم ، فيؤدي إلى الانحراف في بعض الحالات ¹.

د- العوامل الصحية: وتتمثل في العاهات الجسمية أو إصابة فرد أو أكثر بأمراض مزمنة أو عاهات أو بالإصابة بالعقم، مما يؤثر تأثيراً سيئاً على شبكة العلاقات الأسرية ويؤدي إلى ضعف المكانة وما تترتب عنها من الفل في أداء الدور الاجتماعي للفرد، وقد ينتهي سبب هذه المشاكل إلى حدوث التفكك الأسري ².

هـ- العوامل النفسية: بالرغم من سيادة الرجل للأسرة فهذا لا يعني أن هذه السيادة تنطوي على فكرة خضوع المرأة، إذ ينبغي أن يسود التفاهم والاتفاق والتكيف في جميع العلاقات المتبادلة بينهما، إذ أن طغيان شخصية أحد الزوجين على الآخر بشكل ملموس من خلال تمسك كل منهما بالجوانب المتناقضة، فيؤدي إلى تعارض الاتجاهات، وتآزم المعاملات، وتشتد حالة التوتر، كما أن ظهور الاتجاهات الفردية والأنانية خاصة إذا أخذ الزوج أو الزوجة في تشكيل حياته الخاصة وميوله واتجاهاته على أساس فردي بحت، فهذا يؤثر على المصلحة العامة ومصلحة الأسرة ككل، وقد تأخذ هذه الاتجاهات و الميول الفردية في الاتساع حتى تأتي على وحدة الأسرة، وقد تستقر العاطفة الزوجية عند أحد الزوجين لسبب أو لآخر بعد فترة قد تطول أو تقصر، فتصبح الحياة الزوجية خالية من العطف و الحنان، وأحياناً قد يكون اشتداد العواطف الزوجية، وتأجج الانفعالات المحيطة بها، والغيرة سبباً مباشراً في نشأة حالة التوتر، وزيادة حدتها ³.

ومن خلال ما سبق ذكره فإن كل هذه العوامل المذكورة سابقاً قد تؤدي على ظهور التفكك الأسري بنسب مختلفة، وليس معنى ذلك أن أي تأزم في العلاقات الأسرية، أو أي تفكك أسري يجب أن يشمل على هذه العوامل جميعها، إلا أن التأثير يختلف من عامل إلى آخر، ومن أسرة إلى أخرى، كذلك ليست دائماً نفس الأسباب تؤدي بالضرورة إلى نفس النتائج، فهناك من الأسر من تعيش بعض الاضطرابات والتوترات ولكن حسن تدبير الأبناء وذكائهم يجعل الأمور سرعان ما تهدأ وتعود الأسرة إلى طبيعتها الأصلية، ويتوقف هذا على مدى قوة شخصية أفراد الأسرة سواء الأبناء أو الوالدين، كذلك في حالة وفاة أحد الوالدين ليس هذا دائماً

¹ حسين عبد الحميد رشوان: المرجع السابق، ص 105، 106.

² مصطفى الخشاب: المرجع السابق، ص 230، 231.

³ محمد عاطف غيث: المرجع السابق، ص 169، 170.

يؤدي إلى التوتر والاضطراب في الأسرة، فهناك أسر يكون مسؤولها أحد الوالدين فقط، ولكن نلاحظ أبناءها يسلكون سلوكات سوية ولم يتعرضوا إلى الانحراف، أي ما نريد قوله أنه صحيح التفكك الأسري يؤدي في بعض الأحيان أو غالبا إلى تعزيز السلوكات المنحرفة مثل العود إلى إدمان المخدرات مثلا جراء المشاكل الأسرية و التفكك الأسري ولكن ليس في كل الحالات يحدث هذا.

المبحث الثالث: أشكال التفكك الأسري والأضرار الناجمة عنه:

أولاً: أشكال التفكك الأسري:

تعتبر الأسرة نظام اجتماعي متكامل ومتساند وظيفيا مع باقي أنظمة المجتمع الأخرى التعليمية والاقتصادية، كما أنها الوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الطفل ويتلقى المبادئ والقيم الاجتماعية التي توجه سلوكه في المجتمع، فهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى والإطار الذي يتلقى فيه الإنسان أولى دروس الحياة الاجتماعية¹، ولكن الملاحظ اليوم هو أن معظم الأسر وبصفة عامة أصبحت تعرف العديد من المشاكل نتيجة للتطور والتغير الاجتماعي الحاصل في المجتمعات، إذ يعتبر التفكك الأسري أحد أهم المشاكل التي تعاني منها جميع المجتمعات خاصة المجتمع الجزائري، وربما هذا راجع إلى ما يعرفه هذا الأخير من تغيرا اجتماعي وثقافي سريعين، فقد أدى هذا التغير إلى اختلال في البناء والوظيفة وهو الأمر الذي ترتب عليه حدوث التوتر والصراع وظهور احتمالات التفكك داخل العديد من الأسر، فالمعلوم أن الأسرة كانت تعتمد في تكاملها على تحديد واضح للأدوار وذلك في ظل نسق قيمي معين تتفكك إذا ما حدث تعديل جوهري في هذه الأدوار، ويكون ذلك نتيجة اختلاف الأبعاد والمسؤوليات وتغير النسق القيمي، فيمكن الإشارة هنا إلى التغير الثقافي الحاصل في الجزائر، فالمجتمع الجزائري قد تحول من مرحلة إلى أخرى وعليه فقد تغير النسق القيمي لبناء الأسرة الجزائرية ووظيفتها أيضا، كما أن دور المرأة فيها قد تغير مقارنة مع دورها في الماضي².

وتدل الدراسات والبحوث والإحصاءات على أن حدوث التفكك قد يكون جزئيا كالانفصال المؤقت والهجر المتقطع، وقد يكون كليا نتيجة موت أحد الوالدين أو كلاهما، وانتهاء العلاقات واللجوء إلى الطلاق وعليه يمكن أن نفصل أنماط أو أشكال التفكك الأسري على النحو التالي:

¹ عبد الحميد عطية: التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، ص 93.

² محمد عاطف غيث: المرجع السابق، ص 153.

أ- **التصدع المادي للأسرة:** ويقصد به فقدان أحد الوالدين أو كلاهما بسبب الوفاة أو الطلاق أو الهجر، فينهار بذلك أحد أركانها الأساسية، وعليه يمكن التمييز بين نوعين من التفكك وهما التفكك الجزئي والتفكك الكلي¹.

1- التفكك الجزئي: لقد تعددت واختلفت التسميات حول هذا المصطلح، فهناك من يطلق عليه اسم تصدع الأسرة والذي يحدث في حالة تعدد الزوجات أو غياب رب العائلة مدة طويلة من الزمن أو دخول أحد الوالدين إلى السجن، كما أن التفكك الجزئي تبدو مظاهره في الانفصال المؤقت والهجر المتقطع، وبمعنى آخر أن الزوج أو الزوجة قد يعاودان الحياة الأسرية من جديد ويستأنفان علاقتهما المتبادلة في فترات إصلاح، ولكن من المستبعد أن تستقيم الحياة الزوجية في مثل هذه الحالات، بل قد تكون مهددة من حين إلى آخر بالانفصال والهجر من جديد.

كما أن هناك فرق بين الانفصال والهجر، حيث يدل الانفصال على ترك الزوج أو الزوجة للحياة الزوجية بناء على اتفاق سابق بين الزوجين على هذا الوضع، وهذا النوع من التفكك نجده شائعاً في المجتمعات الفردية، أما الهجر فيدل على ترك أحدهما هذه الحياة دون اتفاق ودون أن يبدي وجهة نظره في الإبقاء على العلاقات الزوجية وإنهاؤها، وتحدث مظاهر الهجر و الانفصال في مختلف الطبقات، غير أنها أكثر حدوثاً ووضوحاً في الطبقات العاملة والفقيرة، لاسيما عند أرباب الأسر الذين تضطربهم ظروف العمل إلى الهجرة داخل البلاد أو خارجها، فإنها في حالات كثيرة تؤدي إلى تفكك الأسرة بسبب التغيب الطويل المدة، والذي لا يعرف نهاية، وكثير من الإحصائيات تشير إلى زيادة الهجر في السنوات الأولى من الزواج، حيث لا يوجد الأولاد الذين يدعمون الحياة الأسرية ويعززون الروابط بين الأب والأم، كما أنه يحدث كثيراً أن يهجر الرجل زوجته وأولاده لعدم قدرته على إعالتهم ونيته عدم العودة إلى الحياة الزوجية، وفي مثل هذه الحالات يعتبر الهجر دائماً وليس مؤقتاً ويعتبر بمثابة الطلاق².

2- التفكك الكلي: ويقصد به انحلال الأسرة، وتبدو مظاهره في إنهاء العلاقة الزوجية بالطلاق أو تدمير وفناء حياة الأسرة، بالفشل أو انتحار أحد الزوجين أو كلاهما معاً، كما أطلق على

¹ مصطفى الخشاب: المرجع السابق، ص 234.

² نفس المرجع، ص 234.

هذا النوع اسم "التفكك الفيزيقي"، والذي يحدث بفقدان أحد الوالدين عن الحياة الأسرية بالموت أو الطلاق أو السجن¹.

ب- **التصدع المعنوي للأسرة**: يشير هذا النوع من التفكك الأسري إلى الاضطراب الذي يسود العلاقات بينه وبين أفراد الأسرة، وسوء التفاهم الحاصل بين الوالدين والمشاجرات المتواصلة بينهما وانعكاساتها على الأولاد، إضافة إلى جهل الوالدين بأساليب التربية السليمة، خاصة وأن الأسرة هي منبع أمان ومصدر إشباع حاجات الأفراد، حيث يقع على الوالدين مسؤولية تحقيق هذه الحاجات وتدريب الفرد على النظم والقواعد التي يعتمد عليها في تصرفاته في المحيط الخارجي، ولكن المشاجرات والخلافات العائلية المستمرة تحول دون تحقيق ذلك². وفي هذا النمط من الأسر تسود العداوة بين الأفراد إلى حد بعيد، كما أن المناقشات والخلافات غالبا ما تدور حول القضايا الصغيرة القليلة الأهمية، والملاحظ أن الأفراد في مثل هذا النمط من الأسر لا يعيشون حياة مشبعة تماما خارج نطاق الأسرة، ذلك لأن علاقاتهم مع الآخرين غالبا ما يجرى داخل الأسرة³، وبشكل الشجار بين أفراد الأسرة شكلا من أشكال الصراع، والصراع كغيره من العمليات الاجتماعية يرتبط بالدرجة التي يعتبر عندها عملية مرضية، و الشجار ينقسم إلى قسمين: شجار بناء وشجار هدام، فالمشاجرات الهدامة هي التي تركز على تجريح ذات الطرف الآخر، أما المشاجرات البناءة، فهي التي تدور حول الموضوعات والمشكلات، وتتضمن إعادة تحديد المواقف وتفسيرها، وتخفيف التوترات الانفعالية، وإعادة بناء التوقعات بعد مرور الأيام الأولى للزواج، وقد كتب مؤخرا كل من "بيرجس" و "لوك" للتمييز بين الصراع والتوتر، حيث يعتبران أن الصراع بمثابة معارك تنشب في الأسر تقريبا حول كل صور الخلافات، ولكن ينتهي الأطراف عادة إلى إيجاد حل لها أو إنهاؤها، أما التوترات فهي صراعات يفشل الأطراف في حلها، وقد تجد أسلوبا مباشرا للتعبير وقد تكتب بتأثير قوة انفعالية متراكمة⁴.

¹ سلوى عثمان الصديقي، جلال الدين عبد الخالق: انحراف الصغار وجرائم الكبار، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص 89.

² علي محمد جعفر: الأحداث المنحرفون، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، بيروت، 1994، ص 62.

³ أحمد يحيى عبد الحميد: الأسرة والبيئة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص 88.

⁴ محمود حسن: الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1999، ص 288، 289.

ومما سبق نخلص إلى أن مشكلة التفكك الأسري أصبحت من المشاكل الاجتماعية الخطيرة التي أفرزها التغير الاجتماعي السريع، وما صاحبه من آثار سلبية أثرت على بناء و تركيبة الأسرة و أنماطها، كما أدى هذا التغير إلى تغير في الأدوار الاجتماعية لأفرادها، كما أن هذه المشكلة هي مشكلة اجتماعية سببها مشاكل كثيرة كالشجار، والصراع، والنزاع الذي يحصل داخل الأسرة، فيؤدي إلى انفكك العلاقات الاجتماعية بين أفرادها، وهو ما يؤثر على الطفل ويساعده على انسحابه من الوسط الأصلي و الانحراف عن القيم و المعايير التي يحددها البناء الاجتماعي العام، و مهما تنوعت أشكال التفكك الأسري وأسبابه وعوامله إلا أن النتيجة تبقى دائما سيئة وسلبية، خاصة على الأبناء، وبالخصوص أولئك الذين يعيشون أزمتا ومشاكل اجتماعية كظاهرة الإدمان على المخدرات، إذ أن الشخص المدمن إن لم يجد أفراد أسرته كوالديه أو أخوته سندا له في هذا الوضع فإن حالته ستزداد سوءا حتى ولو خضع إلى العلاج فإن نسبة نجاح هذا الأخير تبقى ضئيلة في ظل المشاكل الأسرية أو التفكك الأسري، وهذا راجع إلى أهمية الدور الذي تلعبه الأسرة في التدعيم سواء المادي أو المعنوي للابن المدمن، وفي بعض الأحيان أيضا نجد أن أعباء المشاكل التي تحدث بين الوالدين يتحملها الابن الذي لا ذنب له، وتزيد حالته سوءا ونجده يهرب إلى الخارج باحثا عن الجو البديل عن الجو الأسري الذي تسيطر عليه المشاحنات والنزاعات، وهنا يقع الابن أو البنت في فخ الانحراف أو العودة إليه، وتكون له استعدادات لذلك وتقبل بشكل مباشر ارتكاب سلوكات غير سوية كالتدخين، المخدرات إلخ، وقد لاحظنا أن التفكك الأسري بجميع أنواعه وأشكاله قد زاد في العصر الحالي بنسبة كبيرة عكس ما كانت عليه الأسرة الجزائرية في السابق، حيث كان التضامن يسود هذه الأسر و اهتمامات أفرادها كانت تتمحور حول الاستقرار والتكامل والتغلب على المشاكل الاجتماعية بأنواعها.

ثانيا: الأضرار الناجمة عن التفكك الأسري:

إن للتفكك الأسري أضرار كبيرة ونتائج سلبية سوءا على أفرادها أو أفراد المجتمع كله، ولا تتوقف آثار هذه المشكلة على الأسرة فقط، بل تتعدى إلى أبعد من ذلك، حيث تتجم عنها آثار ومشاكل اجتماعية عديدة، كوقوع الأبناء في الانحرافات نتيجة الهروب من الجو الأسري المضطرب، ومنه دخولهم عالم الإجرام والانحراف، ويمكن تلخيص الأضرار الناتجة عن التفكك الأسري فيما يلي:

أ- أضرار التفكك الأسري على الزوجين: إن للتفكك الأسري آثار كبيرة على كل من الزوج والزوجة، و يختلف هذا الضرر باختلاف شكل التفكك الأسري ب وفاة أحد الوالدين، والطلاق الذي يعني نهاية الحياة الزوجية بشكل رسمي، ويعتبر الزوج الذي فقد زوجته أرمل ويطلق على الزوجة التي مات عنها زوجها مصطلح "أرملة"، كما أن الزوج أو الشريك لا ينظر إليه على أنه شخص فقد إنسانا شريكا فحسب، وإنما ينظر إليه على أن علاقة زوجته قد انتهت، فالموت لا ينهي رابطة الزواج بل ينهي الطلاق، لأن هذا الأخير يتحصن فترة قد تطول بما تحمله من مشاكل الاغتراب، وتكون مقدمة لإنهاء الزواج، بينما لا يكون الأمر كذلك في حالة موت أحد الزوجين، حيث لا يكون هناك فترة انتقال، فالشخص الأرمل الذي فقد شريكة حياته، هو عادة زوج أو زوجة تتمتع بحياة زوجية بكل معنى الكلمة، ثم فجأة يفقد هذه المتعة دون مقدمات، و ينتهي بذلك كل العلاقات الزوجية التي تكونت عبر فترة طالت أو قصرت، كما أن الزواج عادة ما يكون أكثر أهمية عند المرأة منه عند الرجل في الكثير من المجتمعات، لذلك يكون انتهاء الزواج بالنسبة لها يعني انتهاء دور حيوي بالنسبة للزوجة، مقارنة بالدور المماثل للرجل، فترمل المرأة يمثل مشكلة معقدة بالنسبة لها، خاصة إذا كانت قد تجاوزت العقد الرابع من عمرها، ففي هذه المرحلة العمرية تفقد المرأة قدرا كبيرا من أهميتها، و من النادر أن تتزوج مرة أخرى فتبدأ حياة زوجية جديدة، أما حادث الترميل بالنسبة للرجل فهو أقل وطأة إذ يستطيع الرجل في سن الأربعين أو الخمسين أن يجد زوجة مناسبة ليبدأ معها حياة زوجية جديدة، خاصة إذا كانت الظروف لذلك مهية بشكل جيد¹.

كما أن التفكك الأسري يجعل من أحد الزوجين في حالات الطلاق مثلاً يشعر بالضياع ويهمل دوره كأب أو كأم تجاه الأبناء، لأن هذه المشكلة تعود سلبا على كل أفراد الأسرة من جميع النواحي النفسية والاجتماعية، وعليه فإن وفاة أحد الوالدين أو الطلاق له تأثيرات مختلفة على الزوجين، والتي يمكن أن نوضحها في توقف الإشباع الجنسي، وفقدان الإحساس بالأمن والأمان، وفقدان المثل العليا، والنموذج والقوة للأولاد وزيادة الأعباء على الطرف الموجود في مسؤولية رعاية الأولاد، بالإضافة إلى زيادة المشكلات المادية خاصة عند رحيل الزوج وإعادة توزيع المهام و المسؤوليات المنزلية².

¹ السيد عبد العاطي: الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص 88.

² أحمد يحي عبد الحميد: الأسرة والبيئة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص 88.

ب- آثار التفكك الأسري على الأسرة:

- لقد أكد العديد من الباحثين في شؤون الأسرة أن العملية التفكيكية في مجال الزواج تأخذ شكل صراع مستمر في اتجاهات تؤدي إلى وهن الروابط التي تصل الزوجين.
- انسحاب الزوجة أو الزوج من مجال الخدمات المتبادلة، فمن جانب الأب تخليه مثلاً عن مسؤولية البيت، أما من جانب الأم مثلاً تخليها عن الاهتمام بزوجها وأطفالها.
- ظهور التناقضات في مجالات العلاقات الشخصية المتبادلة، أو بمعنى آخر لا يكون هناك انساق في الرغبات وتزداد فرص الاصطدام.
- تتعارض الاتجاهات العاطفية للزوجين أو تتخذ طابعاً عدوانياً، وفي بعض الأحيان تظهر اللامبالاة من كلا الطرفين، فنتخذ العلاقات الزوجية طابعاً سطحياً¹.
- في حالة وفاة الوالدين أو كلاهما يترتب على ذلك اضطراب البناء الأسري بما فيه اضطراب حياة الأبناء، فتتفقد حياتهم إلى الحنان والعاطفة والاستقرار، وإلى السلطة الوالدية التي يقع على عاتقها مسؤولية التربية والتنشئة الاجتماعية من توجيه وإرشاد يحرم الأبناء من مصدر للدخل، فيتراجع مستوى معيشتهم، وتغطي بعض هذه العوامل أو جميعها إلى حالات الحرمان والعزلة واليأس لتظهر فيما بعد شخصيات عدوانية لها قابلية للانحراف².
- في حالة الطلاق بوصفه ظاهرة اجتماعية له انعكاسات سلبية تلحق بالأسرة، فهو يؤثر في الوحدة الأسرية ويستهدف الاستقرار الأسري، وعملية التنشئة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية لا تتم إلا في الأسرة التي يعرف فيها الأبناء الاستقرار بوجود الوالدين معاً، أما انفصالهما فيعني بالنسبة لهم الحرمان من العطف، بخاصة إذا تعلق الأمر بالأم، فبعد الابن عن أمه يجعله يواجه صعوبة في تكوين العادات السلوكية وفي الامتثال لقواعدها لجماعة وقيمتها³. ويؤدي الطلاق إلى انهيار مقومات البناء الاجتماعي للأسرة، ويعرض الأبناء نتيجة التغير المفاجئ الذي يعتري حياتهم إلى الحرمان من حنان وعاطفة الوالدين وعدم الشعور بالأمن

¹ محمد عاطف غيث: المرجع السابق، ص 156.

² السعد صالح: المخدرات - أضرارها وأسباب انتشارها -، مطابع الأرز، عمان، 1998، ص 24.

³ الكندري أحمد مبارك: علم النفس الأسري، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، 1989، ط1، ص 31.

والطمأنينة، بالإضافة إلى المشكلات المادية وما يصاحبها من تداعيات تؤدي إلى عدم التوافق الاجتماعي وإلى الانحراف¹.

- هناك أيضا حالة أخرى وهي الهجر وتعدد الزوجات: فالهجر هو ترك الحياة الزوجية أو التفكير في إنهاؤها أو التهرب من المسؤوليات المترتبة عليها، و للهجر عوامل عديدة، فقد يكون ناجما عن الخلافات الأسرية أو مرتبطا بظروف العمل وغيرها، ولها آثار سلبية على الأبناء والأسرة، ويكون مصدرا للكثير من المشكلات الاجتماعية والأخلاقية والاقتصادية²، وتعدد الزوجات أيضا آثار سلبية في البناء الأسري ومن بينها تعدد الزوجات يؤدي إلى زيادة حجم الأسرة، ثم تزداد صعوبة، لاسيما عندما يتعلق الأمر بالتربية الاجتماعية للأبناء، فقد يحدث بعض حالات الإهمال للزوجة الأولى ولأبنائها و يضعف مهمة السيطرة عليهم، و يتضاعف دور الأم، وفي مراحل تالية تؤدي هذه الاختلالات إلى سوء التوافق الاجتماعي للأبناء، فتتولد لديهم ميول عدوانية و مفاهيم متضاربة لأنهم حرموا من الرعاية الوالدية المشتركة³.

- الغياب الطويل للوالدين من العوامل المؤدية إلى اختلال التركيبة الأسرية، والمتأمل لنتائج الدراسات العلمية سيكتشف طبيعة الآثار التي يمكن أن تنعكس على الأسرة، فقد بينت إحدى الدراسات أن الطفل المحروم من أمه عادة ما يعاني من الكثير من المشكلات من بينها ضعف النضج وضعف النمو العقلي، وضعف مستوى الذكاء والتحصيل الدراسي، وضعف النمو الحسي والحركي⁴.

ج- آثار التفكك الأسري على المجتمع: إن العلاقات الأسرية تشكل الأساس للعلاقات الاجتماعية الأوسع مدى، و تعد ركائز أساسية في العلاقات الإنسانية عامة، حيث أن تماسك الأسري مطلب للحفاظ على تماسك المجتمع وللإبقاء على القيم السليمة، وعليه فإن التفكك الأسري يعوق تحقيق الأسرة لرسالتها المجتمعية ويسهم في تصدع وحدة وقوة النظام الاجتماعي، وتعد الأسرة أيضا من بين وسائل الضبط الاجتماعي، التي تقوم بعملية التربية و

¹ خيرى خليل الجميلي: السلوك الانحرافي في إطار التخلف والتقدم، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص 247.

² الكندري أحمد مبارك: المرجع السابق، ص 210.

³ صالح سعد: المرجع السابق، ص 31، 32.

⁴ عدنان عبد الحميد العناني: الطفل والأسرة والمجتمع، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط1، ص 28.

التنشئة الاجتماعية وتطبيع الأفراد على العلاقات الأسرية السليمة، والتي تتطابق مع العلاقات في المجتمعات المتماسكة، فإذا كان الترابط والتماسك في الأسرة ذو درجة عالية ساد الالتزام والتوحد و الترابط بين أفرادها الذين هم في ذات الوقت أفراد في المجتمع العام، وتأتي أهمية الأسرة في المقام الأول، ومن أبرز الجماعات الأولية التي يتكون منها المجتمع وكخلية أولى للحياة الاجتماعية، علاوة على كون الأسرة مسرح التفاعل الذي يتلقى فيه الفرد تنشئة اجتماعية من أن يصبح عضوا فيها، ومن خلال عضويته في جماعته وعلاقته بهم التي تخلق لديهم أدوار يستمد من أداء وظائفها صفته ومركزه الاجتماعي، وعلى أساس أن الأسرة مفوضة نيابة عن المجتمع كمؤسسة لنقل ثقافة المجتمع إلى النشء، وبحكم قدرتها الفائقة من غيرها من المؤسسات الاجتماعية الأخرى في توفير ذلك، تبرز أهمية دور الأسرة في التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي، وهو الجوهر لاستمرار النظام الاجتماعي، ويعكس ذلك مدى تأثير المشكلات الأسرية على المجتمع¹.

ثالثا: الأنماط الأسرية السلبية المساهمة في بروز السلوك الانحرافي:

نظرا إلى أن عملية التنشئة الاجتماعية تشتمل على اكتساب مواقف وقيم وسلوكات وعادات ومهارات تنتقل للكائن الإنساني من خلال الأسرة، والمدرسة، ومجموعة الرفاق، ووسائل الإعلام والاتصال، وغيرها، فإن الوالدان عادة ما يلعبان الدور الأكثر فعالية في تنشئة الفرد اجتماعيا في المراحل المبكرة من طفولته، وتعدد الأنماط الأسرية السلبية المساهمة في بروز السلوك الانحرافي لدى الأبناء، ونذكر منها:

أ- **الإسراف في القسوة:** ويقصد به مجموعة من الأساليب غير المرغوب فيها التي يستخدمها الوالدين في ضبط سلوك الأبناء، و يتضمن هذا الأسلوب العقاب الجسدي كالضرب، وقد يكون مصحوبا بالتهديد اللفظي أو الحرمان، كما يتصف هذا الأسلوب بالضبط الصارم و كثرة تكرار العقاب دون الاهتمام برغبات الطفل ومنعه من ممارسة تصرفات معينة أو رفض لتحقيق رغباته²، كما أن هذا الأسلوب يتبعه بعض الآباء لضبط سلوك أبنائهم غير المرغوب فيه،

¹ عبد المجيد سيد منصور، زكرياء أحمد الشربيني: الأسرة على مشارف القرن 21، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000، ط1، ص 49.

² الشربيني زكرياء، يسرية صادق: الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2006، ص 24.

وهذه العقوبة مثلا الضرب والصفع.... إلخ، أي كل ما يؤدي إلى إثارة الألم الجسدي، ويؤدي هذا الأسلوب إلى شعور الطفل بالنقص وعدم الثقة، و الانسحاب الاجتماعي من الحياة العامة، وصعوبة تكوين شخصية مستقلة، والشعور الحاد بالذنب، وكرهية السلطة المطلقة للوالدين، و تبني الطفل الأسلوب والصرامة و الشهرة في المستقبل¹.

ب- أسلوب الإهمال: ويشير إلى عدم الرعاية و التوجيه وعدم الاهتمام بتشجيع الطفل على السلوك الحسن، أو معاقبته على السلوك السيئ، ويؤدي إهمال الطفل إلى أن يفقد كل ما يمكن أن يخلق كيان الطفل و ينمي قدراته وشخصيته، وغالبا ما ينتج هذا الأسلوب من عدم التوافق الأسري الناتج عن العلاقات الزوجية السيئة أو ربما لعدم رغبة الأم في الأبناء أو أنها مهملة ولا تعرف واجباتها²، كما يقصد به تجنب الآباء التفاعل مع الأبناء، إذ يتركون دون تشجيعهم على السلوك المرغوب أو نهيمهم عن السلوك الغير مرغوب، ويأخذ هذا الأسلوب أشكال متعددة كالإهمال الجسدي، البدني والعاطفي³.

ج- أسلوب التذبذب: ويعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب خطورة وسلبية على شخصية الطفل، ويقصد به التقلب في المعاملة الوالدية للابن بين القسوة واللين على الفعل نفسه، فيثاب الطفل على فعل معين ويعاقب عليه مرة أخرى⁴.

د- أسلوب الحماية الزائدة: ويقصد به قيام أحد الوالدين أو كلاهما نيابة عن الطفل بالواجبات والمسؤوليات التي يمكنه القيام بها، والتي تتطلب تدريبه عليها، وتتضمن إخضاع الطفل لكثير من القيود والخوف من تعرض الطفل لأخطار من أي نشاط يقوم به، كما أن الحماية الشديدة تؤدي إلى الشعور بالهشاشة والضعف عند مواجهة أي موقف جديد⁵.

¹ Mauco (co): psychanalyse et éducation, Ed aubier, mataigne, Paris, 1963, p 23.

² معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة: علم النفس الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص 233.

³ عباس المهدي: الذكاء والتفوق، دار المناهل، بيروت، 1998، ص 23.

⁴ محمد صالح علي أبو جادو: المرجع السابق، ص 79.

⁵ محمد عطية الأبراشي: الطفولة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص 255.

كذلك فإن هذا الأسلوب قد يتضمن تشجيع الأبناء على القيام بأشكال من السلوك غير المرغوب فيه اجتماعيا¹.

هـ - أسلوب التساهل: يطلق اتجاه التساهل على الأسلوب التربوي الذي يتم بموجبه تشجيع الطفل ليحقق رغباته بشكل يحلو له، والاستجابة المستمرة لمطالبه وعدم اتخاذ اتجاه حازم في تطبيق منظومة الثواب والعقاب، فلكي ينمو الطفل في الاتجاه الإيجابي لابد من ضبط سلوكه، ومن الآثار السلبية لهذا الأسلوب فقدان الإحساس بالأمان وضعف الثقة بالنفس، وكذا فإن الرضوخ المستمر الذي يبديه الوالدين لمطالب الطفل، قد يعكس بعض الأحيان ضعف الآباء في الوقت الذي يكون فيه الطفل بحاجة لقدرتهما لحمايته، وترى الباحثة "بومرنيد" أنه من الضروري عند قيام الآباء بمنح أبنائهم قدرا من الحرية أن يفرضوا عليهم بالمقابل قيودا ضمن حدود معينة².

و- أسلوب التسلط: ونعني به المتابعة في التسلط دون الاهتمام بحاجات ورغبات الأبناء، وفرض الطاعة المعتمدة على أساليب قسرية، كالتهديد والعقاب الجسدي أكثر من أساليب الشرح والتفسير لتنظيم سلوك الأبناء، ولا يتم تشجيع الأبناء على استقلاليتهم، ويتصف هؤلاء في هذه الحالة بعدم السعادة والانسحاب الاجتماعي.

ي- أسلوب التمييز بين الأبناء: ويقصد به عدم المساواة بين الأبناء في المعاملة، ويكون التفضيل والاهتمام بأحد الأبناء عن طريق الحب والمساعدة والعطاء أو منح السلطة أو التمتع بمزايا دون اكتراث الأبناء الآخرين، ويؤثر هذا الأسلوب في مشاعر الطفل إذ ينتابه الإحساس بالظلم والقهر³.

وعلى ضوء ما سبق ذكره يمكن القول بأن مهما اختلفت الأساليب أو الأنماط المساهمة في بروز السلوك الانحرافي، فإن مردها يرجع إلى أسلوب المعاملة التي تقوم بها الأسرة تجاه الفرد، والتربية التي يتلقاها الفرد كالثواب والعقاب، يولد لديه إما الرغبة في الانتقام والقيام ببعض الأفعال كالسرقة، والكذب، الانحراف بشتى أنواعه، كما يكون لديه شخصية قادرة على

¹ معتز سيد عبد اللطيف، محمد خليفة: المرجع السابق، ص 81.

² فاطمة منتصر الكتاني: الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 81.

³ Mouco (co): المرجع السابق، ص 23.

مواجهة الصعاب، لأن التآرجح في المعاملة يجعل الشخص سواءا كان طفلا أو شابا أو كهلا غير مدرك لبعض التصرفات، وبالتالي لا يفهمها على الإطلاق، ومن الملاحظ أيضا أن التفاوت في المعاملة تجاه الشخص يمكن كذلك أن يولد لديه الرغبة في التشفي تجاه أشخاص آخرين بالرغم من أنه غير معنى لا بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، حيث تسجل هذه الملاحظة في خانة التقليد أو تبني الأدوار، كما أن هذه الأساليب الخاطئة أيضا لها علاقة بالشخص المنتكس، والذي هو موضوع دراستنا حيث أن كل أسلوب خاطئ يصدر من الأسرة تجاه هذا الشخص المدمن على المخدرات يؤدي بشكل مباشر إلى ضعف إمكانية علاجه وشفائه من مرض الإدمان.

المبحث الرابع: دور الأسرة في عدم العودة إلى إدمان المخدرات:

أولا: الأنماط الأسرية السليمة المساهمة في عدم العودة إلى إدمان المخدرات:

تعد الأسرة أحد النظم الاجتماعية الأساسية وأقدمها فهي تعكس تصرفات المجتمع، كما أنها جماعة متماسكة تستجيب للأحداث بطريقة تختلف عن أي جماعة أخرى، والفرد بدوره يستجيب وفقا لتنشئته الأسرية، فالأسرة ليست بكيان ساكن لا حركة فيها، بل إنها وحدة متناهية أخذت في النمو والحركة، كما أن الأفراد يتغيرون بمرور الوقت، هذا ما يعطي للأسرة الاستمرارية والتكيف، وبهذا تتأثر الأسرة بجميع الظروف الاجتماعية، وتؤثر في البناء الاجتماعي كله عن طريق ما تورثه للأبناء من صفات حيوية أو وراثية، كما تتأثر صحة الأبناء وسلوكهم بهذا النظام الأسري الذي يتواجدون فيه، وقد يتخذون أشكالا سلوكية خطيرة في أغلب الحالات، ومنه كانت الأسرة خلال العقود القليلة موضوعا لبحوث متنوعة حيث اعتبرت أن التوترات التي تنتج عن خلل يصيب النسق تؤدي إلى انحرافات في العاملين بداخلها، أما إذا كانت على درجة من التوازن فإنها تحقق قدرة دائمة على التغلب على ما تتعرض له من توترات، فكثير ما نجد أن مشكلات الأبناء إن هي إلا عينة من مشكلات الأسرة ونتاج اضطراب أسري شامل، وقد تتشابه هذه المشكلات لدرجة يصعب حلها فرديا فتستلزم العمل الجماعي مع الأسرة كوحدة، وبصفة خاصة فإن عامل الانسجام في الأسرة والتماسك، ونوعية الوالدية لها تأثير دامج على مدى عريض ومتنوع من أساليب السلوك التكيفية، كما أن العلاقات التي هي غير صراعية و التي تكون مدعمة بدون أن تكون كاتمة لأنفاس الأبناء هي أفعال المؤثرات في تحقيق التوافق الإيجابي في المراهقة.

وإدمان المخدرات مرحلة متطورة من الاعتماد على تعاطي المخدرات وفراط الاستهلاك المستمر لمدة طويلة، فتؤدي إلى التدهور الجسمي والنفسي ويصبح سلوك المدمن فضاء، فالمناخ الأسري غير السوي وعدم الاستقرار في جو الأسرة وانعدام الوفاق بين الوالدين وتأزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات، كل هذا يؤدي إلى الإدمان، فهناك بعض الأفراد المدمنين على المخدرات يلجؤون إلى المصحات الخاصة بعلاج الإدمان فيخضعون لبرنامج علاج داخل المؤسسة، ولكن هذا البرنامج لا يكفي لوحده إذا لم تقم الأسرة بدورها لتفعيل ذلك العلاج وتعزيز قوته وفعاليته، ويتم ذلك بالأنماط وطرق سليمة تعتمد على الأسرة تجاه ابنها المدمن لتساعده على التخلص من الإدمان وعدم العودة إليه ونذكر من هذه الأنماط ما يلي:

أ- **الأسلوب الديمقراطي:** إن هذا الأسلوب يعتمد على العقلانية والسطحية والتوازن في الصرامة والجد واللين في تنشئة الأبناء والتقبل الفعلي لهم، وتحاشي القسوة الزائدة لهم، والتدليل وكذلك تحاشي التذبذب بين الشدة واللين والتوسط في إشباع حاجات الطفل الجسمية والنفسية والمعنوية، بحيث لا يعاني من الحرمان ولا يتعود على الإفراط في الإشباع، حيث يتعود على قدر من الفشل والإحباط، وذلك لأن الحياة لا تعطيه كل ما يريده، كما تمتاز بوجود تفاهم بين الأب والأم على أسلوب التربية¹، كما أنه يجب على الأسرة أن تكون ذكية في التعامل مع الابن في حالة تعرضه لمشكلة الإدمان، وخاصة إذا خضع للعلاج، ففي هذه الحالة تتحاشى الأسرة الأساليب القاسية أو التدليل الزائد للفرد المدمن، بل يجب أن تضعه في الواقع بالتنوعية وحسن المعاملة ومحاولة إقناعه بأن ما يفعله يعود بالضرر عليه وعلى أسرته ومجتمعه، وتشجيعه على إكمال العلاج دون تأنيبه ولومه أكثر من المفروض، وكذلك جعله يحس بالديمقراطية من خلال تركه ليعبر عن آرائه، ووجهات نظره وليس التعامل معه على أنه شخص منحرف أو ينظر إليه نظرة عدوانية.

ب- **أسلوب الحزم:** يقصد بأسلوب الحزم ممارسة الأساليب التي تعتبر سوية ويقع هذا الأسلوب وسطاً بين التدليل والتسلط، ويهتم برغبات الطفل ولا يتركها توجه سلوكه في إطار ضوابط محددة، فيسعى إلى الموازنة بين مطالب الفرد واحتياجاته وبين قيم المجتمع ويهتم بحرية الفرد، ولا يهمل هذا الأسلوب فكرة الثواب والعقاب القائمة على التوجيه والإرشاد، ويمنح الطفل قدراً

¹ العيسوي عبد الرحمان: التربية النفسية للطفل المراهق، دار الراتب الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2000، ط1، ص 186.

من الحرية والمسؤولية، وفي نفس الوقت لابد أن يعرف بأن الحرية يقابلها الالتزام بالحقوق والواجبات وبيتعد هذا الأسلوب على التساهل مما ينمي لدى الأبناء الضمير الخلقى ويولد لديهم نوعاً من الانضباط الذاتى¹.

كذلك يجب معرفة القدرات العقلية الطبيعية للابن وعدم تكليفه بما لا طاقة له به².

وبناء على النقاط التى سبق ذكرها فإننا نخلص إلى أن فئة مدمنى المخدرات وخاصة أولئك الذين تعرضوا إلى الانتكاس لابد لهم من معاملة خاصة، لأنها تعتبر فئة هشة و تتطلب الدعم المعنوي والمادي من الأسرة، لأنها الخلية الأساسية في المجتمع، وهي منبع الحنان والأمان بالنسبة للابن المدمن فمن خلال تلك الأساليب والأنماط الأسرية السليمة تبنى العزيمة والإرادة والشجاعة في روح ذلك المدمن وتزداد لديه الثقة بالنفس، خاصة إذا قامت الأسرة سواء الوالدين أو الإخوة بأدوارهم على أكمل وجه وأحسن وجه فإن النتيجة ستكون فعالة و إيجابية ويكون العلاج كاملاً، لأن المؤسسة الاستشفائية أو المصلحة لا تكفي لوحدها في التخلص وعلاج الإدمان بل يجب تكاتف الجهور من الأسرة والمجتمع.

ثانياً: دور الأسرة في مرحلة ما بعد العلاج: إنه من المهم إشراك الأسرة في برامج معالجة مدمنى المخدرات والعقاقير، لأن الأسرة هي أساس العلاج خاصة بعد تشخيص حالة المدمن، ومعرفة أسباب تعاطيه للعقاقير³، وعند خروج المدمن كذلك من المصلحة أو المستشفى وإظهاره القدرة التامة للعلاج باستخدام الدواء المناسب، والقدرة على مواجهة الصعوبات والمشاكل يكون لا زال في حاجة إلى التكيف السوي مع مجريات حياته اليومية والعامة، لذا يحتاج المدمن إلى مساعدة واعية حتى يمر بالمرحلة الحرجة حال خروجه من المصلحة، وهي فترة دقيقة للغاية، وإن لم تكن متابعة المدمن فيها متابعة دقيقة قد يحدث الانتكاس⁴.

ويحتاج الاستشفاء المحكم إلى متابعة حاجة المدمن العضوية والنفسية أولاً، ثم حالته الاجتماعية والعائلية والمهنية، مع الحفاظ على كرامته كإنسان إن ظل الطريق، وعدم إحراجه

¹ العناني حنان عبد المجيد: الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ط1، ص 76.

² محمد يسرى وإبراهيم دعبس: الأسرة في التراث الدينى والاجتماعى، دار المعارف، الإسكندرية، 1996، ص 63.

³ فتحي دردار: المرجع السابق، ص 80.

⁴ إبراهيم محمود: قضية الإعلام والجريمة، مجلة الأمن والحياة، المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، جوان

1986، العدد 48، ص 227.

أمام أفراد أسرته أو أصدقائه، وهنا يأتي دور الأسرة إذ أن المدمن لما يخرج من المصحة يجب أن يستقر في البيت ليجد جوا ملائما يجب على الأسرة توفيره والعناية بهذا الشخص ومتابعة هذه المرحلة -مرحلة ما بعد العلاج -، فهناك مهام تقوم بها الأسرة التي لها دور أساسي في هذا المجال، إذ يجب ممارسة سلطة الوالدين لوضع الموانع والحدود أمام الأبناء وعلى الوالدين مناقشة السلوك الغير مرضي مع الأبناء بكل وضوح، فالأبناء يحتاجون إلى هذا الإرشاد ويرحبون به، لكننا نجد في أحيان عديدة يفقدون إلى هذه الرعاية الأسرية لأن الأسرة هي خط الدفاع الأول، فالرقابة المحكمة من الآباء تخلق إنسانا يستطيع أن يتحكم في نفسه، ويجب أن يكون حوار دائم بين أفراد الأسرة وهذا ما يحقق الاتصال والتواصل بينهم¹، وتحمل الأسرة دورا أساسيا وهاما في خلق نماذج وأساليب سلوكية وتربوية سليمة عند أبنائها وتتم ممارستها معهم بالمتابعة والتجربة والتكرار، حتى ترتفع معنوياتهم، ويدركوا مسؤولياتهم، ويواصلوا العيش في مجتمع سوي السلوكيات الفاضلة بعد تهيئتهم للمواطنة الصالحة في كيانه بما يكفل إصلاح المجتمع وتطوره كبعد أساسي في التغيير الاجتماعي المرتبط بالإنسان الذي يكون التغيير منه وإليه، ويجب أن يكون دور الأسرة شاملا مجالاته وجوانبه المختلفة من حيث الاهتمام بالعبادة والسلوك و الوعي الفكري والاجتماعي وتربية النفس لدى الابن المدمن، والحث على العقيدة والعمل، وهي بالتالي تهتم بجميع جوانب الحياة وما بعد الحياة، أيضا وتقع جميعها في نطاق الوظيفة الاجتماعية للأسرة ودورها في الوقاية من العودة إلى إدمان المخدرات، وقد لا يستطيع كل من تعاطى المخدرات أو إدمانها أن يتوقف عن التعاطي لوحده، ويحتاج إلى برنامج علاجي كامل، وتعتبر الفترة التي تلي العلاج الدوائي وانتهاء أعراض الانسحاب من الإدمان أهم فترة يجب التخطيط لها حتى يصل المدمنون إلى المعافاة الكاملة حماية لهم من شبح الانتكاس والعودة للإدمان، فالإدمان ليس فقط مرضا ولكنه نمط حياة، وأولئك الذين قرروا الإقلاع عنه والعودة إلى الصحة النفسية فإنهم كالمهاجرين من مجتمع إلى آخر داخل نفس المدينة والمكان، فالتوقف إذن ليس فقط التوقف عن تعاطي عقار أو مخدر، ولكنه تأقلم جديد لحياة جديدة في مجتمع الاطمئنان بعيدا عن مجتمعهم الماضي، ونجد هذه الفئة تأمل المساعدة والتقدير من الآخرين، وأولهم الأسرة، غير أن أولئك الناقهين من الإدمان بحثا عن طريق جديد للاطمئنان والحياة المستقرة فإنهم يحتاجون منا إلى شيئا أكثر من مجرد التشجيع، إنهم يحتاجون

¹ محمد سلامة غباري: المرجع السابق، ص 85.

إلى التوجيه و اكتساب خبرات جديدة وعلاقات جديدة تساعدهم في النجاح للهجرة من مجتمع الإدمان المظلم إلى مجتمعهم الجديد الذين ينشدون فيه الاطمئنان والسعادة والأمان، ويكون ذلك عن طريق الأسرة التي لها دور فعال في الأخذ بيد الابن المدمن من بر الإدمان إلى بر الأمان، ويجب على الأسرة أن تعرف ما يعانيه ابنها وما يقاسيه وما يدور في ذهنه بعد التوقف عن تعاطيه للمخدرات، كما يجب أن يكون مفهوما أنه ما إن يتوقف الشخص عن تعاطي المخدرات فإنه يحتاج لتعلم أشياء جديدة يملأ بها وقت فراغه، وأكثر هذه الأشياء هي تلك التي يمكن أن تسعده وترفه عنه، حيث أن بعض ممن أقلعوا عن استعمال المخدرات لم تكن هذه المخدرات تعني بالنسبة لهم سوى المتعة والبهجة، وهذا الجو الترفيهي يجب أن توفره الأسرة وبعناية خاصة، لأن المدمن عند خروجه من المصحة قد يواجه بعض المشاكل كالرغبة في العودة إلى الإدمان وذلك الشعور يستمر معه لمدة عدة أشهر بعد العلاج، وذلك الإحساس والرغبة في العودة للمخدرات هو نتيجة لعوده لمدة طويلة عليه وتعوده على مجموعة من الأصدقاء ومجموعة من الأماكن يذهب إليها، وهنا يجب على الأسرة أن تقف حاجزا بين الابن المدمن وهؤلاء المجموعات والأماكن، فهو يحتاج للإرادة حتى يؤثر في هذه المجموعات لا أن يتأثر بها مرة أخرى، لكن في الكثير من الأحيان يخشى الابن المدمن العلاقات الجديدة لخوفه من معرفة الناس أنه كان مدمنا ولا يحتاج الصداقة الجديدة للمصارحة بالماضي، فإن هذه الصداقات الجديدة تسبب له القلق والتوتر، وتدفعه بعيدا عن تكوين علاقات جديدة مع أفراد أصحاب، إلا أن التوعية من الأسرة ومحاولة إقناع الابن المدمن بأن الاندماج في المجتمع ومخالطة أناس أصحاب يعتبر حل أفضل بعيدا عن العزلة التي تسبب الإحباط ومن هنا نخلص إلى أن دور الأسرة فعال إذا كان قائما على أساليب ومعاملات حسنة تجاه الفرد المدمن، خاصة وإن كانت الأسرة غير مفككة وليس لها اضطراب، لأن ذلك سيصعب من المهمة.

ثالثا: العلاج الأسري في حالات العودة إلى الإدمان:

لا شك في أن الحاجة ماسة لتعديل البيئة الأسرية للاهتمام بالمريض من خلال إشراك أعضاء أسرته في العلاج، فالمرشد أو المعالج النفسي دائم الاستعانة بأعضاء الأسرة أثناء خطوات العلاج النفسي للمدمن، وخاصة مع المرضى النفسيين ومدمني المخدرات بغرض الحصول على بيانات، أو معلومات أو من خلال العلاج البيئي الذي يتم داخل البيئة المنزلية لتعديل اتجاهات ومعتقدات وردود أفعال الأسرة تجاه المريض ومختلف أعضاء أسرته داخل

النسق الأسري، فالبيئة الأسرية تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في إحداث مشكلة للمدمن، وتلعب البيئة الأسرية دوراً أساسياً في تكوين اتجاهات المدمن سواء بالسلب أو الإيجاب، لذلك برزت مجموعة المبررات و الصلاحيات التي تؤيد العلاج الأسري وأهمية التعامل مع البيئة الأسرية، ومن أهم هذه المبررات نجد أن التماسك الأسري بين أفراد الأسرة الواحدة يؤدي إلى إحساس كل فرد منها أنه ليس وحيداً مشرداً ضائعاً في الحياة، وهذا ما يقيه شر الانحراف، كذلك فاستقرار الأسرة متعاونة مترابطة بجميع أفرادها يؤدي لرد المنحرف عن طريق الانحراف ومحاسبته على سلوكه وتثبيت دعائم هذه البيئة العائلية المتماسكة¹، كما أن تقصير البيئة الأسرية في أداء رسالتها تعتبر من العوامل البيئة الهامة التي قد تؤدي إلى الإدمان، فقد أوضحت دراسات عديدة أجريت على المدمنين أن دوافع الإدمان والانتكاس نابعة من الأسرة التي تعاني الاضطرابات بسبب انغلاق قنوات الاتصال بين أعضائها واختلال التوازن، واهتزاز الجهاز القيمي وغياب القواعد والحدود الأسرية، وعدم وضوحها²، وقد وجه "سكانت" اهتمامه بخبرة أفراد الأسرة، وتأثيرهم في تعافي المدمن إذا لم يحصلوا على العلاج ضمن خطة تعافي المدمن لما يعانونه من اضطرابات نفسية وسلوكية تظهر على أفراد الأسرة كنتائج للتفاعل المباشر والمستمر مع عضو مدمن داخل البيئة الأسرية³، كما أن سوء المعاملة الوالدية والحد من حرية الابن ومصادرتها كل هذا يؤدي إلى انسياق الشباب إلى الاتصال برفاق السوء ويبدأ في رحلة التعاطي⁴، كما يفضل غالبية العلماء أن تتم فترة النقاهة من إدمان المخدرات داخل الأسرة باعتبارها أكثر الجماعات اهتماماً بالمدمن وأكثرها حرصاً على إتمام علاجه بنجاح، كما أن وجود المدمن بالأسرة يحقق إحساساً بالأمن والطمأنينة لدى المدمن، كما يحقق له التفاعل مع أفراد الأسرة مما يخلصه من الإحساس بأنه إنسان مختلف عن الآخرين ويشعره بتقبل الأسرة والآخرين له، مما يحقق خطوات نجاح أفضل في العلاج⁵.

¹ علي الدين السيد محمد: دور الأسرة في رعاية الناقهين من إدمان المخدرات، المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان - الوقاية - العلاج - المتابعة، جامعة الدول العربية، من 13 إلى 16 سبتمبر، القاهرة، 1988، ص 117.

² محمد مدحت أبو بكر الصديق: فاعلية العلاج الأسري في خدمة الفرد في علاج العائدين إلى إدمان الهيروين، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة حلوان، 1991، ص 93.

³ David & James: coaddiction treatment of the family member, fair oak hospital, summit, New Jersey, 1991, p 1.

⁴ حسن مصطفى عبد المعطي: الأسرة والعلاج الأسري، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004، ص 20، 21.

⁵ علي الدين السيد محمد: المرجع السابق، ص 133.

ومن خلال استعراض وجهات النظر المختلفة التي ركزت على أهمية البيئة الأسرية للمدمن في مرحلة التعافي، نركز هنا على أهمية التعامل مع المدمن المنتكس في مرحلة التعافي من خلال جلسات علاجية فردية وجلسات علاجية بمشاركة الأسرة لتعديل البيئة الأسرية وتحمل الأسرة المسؤولية في الخطة العلاجية، لكونها جزءا هاما ومؤثر في مشكلة المدمن، فالأسرة طرف أساسي في العملية العلاجية لإنجاح خطة العلاج ووقاية المدمن من العودة للتعاطي، كذلك نجد البيئة الأسرية السوية تتسم العلاقات بين أفرادها بالنضج والإشباع المتبادل، وهي أسرة يكون التواصل بين أعضائها صريحا ومباشرا وواضحا، وهي أسرة لديها قواعد ظاهرة وغير ظاهرة، والعنف غير مسموح به داخل بناء الأسرة، كما أنها تتقبل التغيير والضغط كجزء من الحياة مع وجود أدوار تتفق مع إمكانيات الأفراد ووجود توازن أسري يتسم بأنه سوي¹، وإذا ما تكلمنا عن الجو الأسري الذي من المفروض أن يجده المدمن بعد خروجه من المصحة، فإننا نذهب إلى الدراسة الشاملة التي تعاون فيها عاملون في التربية والتعليم و الرعاية الصحية وخبراء المشورة الأسرية وبعض هيئات الخدمات التطوعية، حيث حدد الباحثون 12 سمة للأسرة السوية هي: يستمعون بعضهم بعضا، ويتواصلون مع بعضهم البعض، ويشجعون بعضهم البعض، ويساندون بعضهم بعضا، يثقون ببعضهم البعض، قادرون على اللعب والفكاهة معا، يشتركون معا في المسؤولية، يعلمون بوضوح الفرق بين الخطأ والصواب، لديهم عادات وتقاليد أسرية محترمة، لهم انتماء ديني وحياة روحية مشتركة، يحترمون الخصوصية، يقدرون قيمة خدمة الآخرين، يعترفون باحتياجهم للمساعدة ويطلبونها²، فإن لم يجد المدمن الذي خضع إلى برنامج علاج داخل المؤسسة الاستشفائية جوا أسريا في أسرة سوية بالصفات السابق ذكرها أو على الأقل بعضها منها، فإنه يلجأ إلى مكان آخر خارج البيئة الأسرية ليجد فيه البديل الذي افتقده في بيئته الأسرية. لذا يجب على أفراد أسرة المدمن البحث عن الأسباب الحقيقية التي جعلته يخوض هذا الدرب المنحرف ومحاولة التقرب إليه أكثر ومراقبته دون أن يعرف ذلك، وخاصة في حالة عودته إلى الإدمان فيجب تتبع أسباب هذا المشكل والقضاء على الاختلال إذا كان من داخل الأسرة أو خارجها، فمثلا إذا كان أصدقاء المدمن معنيون بعودته إلى الإدمان فيتوجب على الأسرة إبعاد ابنها قدر الإمكان عن هؤلاء

¹ داليا مؤمن: الأسرة والعلاج الأسري، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004، ص 10.

² ماري تريزاويب: العلاج المعرفي السلوكي للمدمنين وأسرهم، ترجمة إيهاب الخراط، دورة تدريبية بمستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة، وزارة الصحة، القاهرة، 2004، ص 5.

المنحرفين وقطع العلاقة بينهم وبين الابن والقيام بتوعيته وإقناعه بأن الإدمان والعودة إليه
مضر بجميع النواحي بالنسبة له وأسرته ومجتمعه.

ملخص الفصل:

ومن خلال عرضنا للفصل السابق، يمكن القول أن الأسرة من بين المؤسسات الاجتماعية الهامة في المجتمع، لما لها من أدوار ووظائف اجتماعية وتربوية هادفة إلى توجيه وتنظيم سلوكيات الأفراد، وتعتبر المجتمع الأول الذي يبدأ الشخص فيه حياته، ويقضي فيه طفولته ولا شك أن ما يعرض الأفراد في هذا المجتمع من عوائق سيؤثر على نموه الاجتماعي مستقبلاً، مما يؤدي غالباً إلى الدخول في الانحراف والإجرام فالأسرة القوية المتماسكة التي تقوم على الود والتفاهم بين الوالدين وبين الأبناء ينتج عنها أفراد صالحون في المجتمع، أما الأسر المفككة والمتصدعة مهما كان السبب في ذلك يتولد عنها اضطرابات وعدم استقرار، قد يدفع إلى الانحراف والفساد الأخلاق والجريمة.... إلخ. خاصة التي فقدت أياً من الوالدين في الحياة الأسرة بالموت أو الهجر أو الانفصال أو الطلاق.... إلخ، هذا بالإضافة إلى التربية الخاطئة التي تعتبر من أهم العوامل البيئية ذات الصلة بالانحراف، وكذلك الجو الأسري الذي يسود التوتر بين الأبوين الناتج عن الاختلافات والمشاجرات الدائمة بينهم، بالإضافة إلى سوء الأحوال المعيشية والفقر، وانتشار البطالة.... إلخ، وكلها عوامل نابعة عن آثار التغير السلبية على الأسرة التي أدت إلى تغير معظم أدوارها ووظائفها، فأدى إلى تفكك أركانها وبنائها الأساسية وانحراف أبنائها، كما أن مشكلة التفكك الأسري أصبحت من المشاكل الاجتماعية الخطيرة التي أفرزها التغير الاجتماعي السريع، وما صاحبه من آثار سلبية أثرت على بناء و تركيبة الأسرة وأنماطها، كما أدى هذا التغير إلى تغير في الأدوار الاجتماعية لأفرادها، إلا أن هذه المشكلة إذا تم السيطرة عليها ووجدت الحلول المناسبة فإن هذا يعود بشيء إيجابي على الأبناء للشم والتفاعل العادي بين أفرادها، إذ أن المدمن العائد إلى المخدرات، وهو محل بحثنا هذا يحتاج إلى الدعم المعنوي والمادي من طرف أفراد أسرته التي يلجأ إليها بعد خروجه من المستشفى، فإذا كان الجو الأسري مستقر وأفراده على علاقة جيدة بينهم وبين الفرد المدمن، فإن فرصته في نجاح العلاج أكبر، أما إذا كان العكس أي كان الجو الأسري مضطرب فإن المدمن ستقل فرصة شفاؤه، لأنه لن يكون مستقر نفسياً بسبب المشاكل الأسرية والاضطرابات التي تسود الأسرة.

الفصل الخامس:

علاقة بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية بظاهرة العود إلى إدمان المخدرات واستراتيجية تفادي الانتكاس

تمهيد

المبحث الأول: ماهية التنشئة الاجتماعية

أولاً: مفهوم التنشئة الاجتماعية

ثانياً: خصائص التنشئة الاجتماعية

ثالثاً: أنواع التنشئة الاجتماعية

المبحث الثاني: بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات

أولاً: جماعة الرفاق ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات

ثانياً: المدرسة ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات

ثالثاً: وسائل الإعلام ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات

المبحث الثالث: الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل الاجتماعي لتفادي الانتكاس لمدمني المخدرات

أولاً: ماهية العلاج والتأهيل

ثانياً: مستوى برامج العلاج المقدمة للمدمنين وآثارها على المدمن بعد خروجه من المستشفى

ثالثاً: أهمية إكمال مرحلة ما بعد العلاج في تفادي الانتكاس

المبحث الرابع: استراتيجية الوقاية من الانتكاس

أولاً: خطة للتعامل مع المدمن المنتكس

ثانياً: القصور والملاحظات للمستشفيات والعيادات الخاصة بعلاج المدمن

ثالثاً: فعالية الاستراتيجية المطبقة في الجزائر للوقاية من الانتكاس

ملخص الفصل

تمهيد:

تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية من المراحل الأساسية والمهمة في حياة الإنسان، وذلك بالنظر إلى الدور الذي تلعبه في الحفاظ على تكامل المجتمع وديمومته من جهة و مساهمتها في بناء شخصية الإنسان وتهيئته لأن يكون فردا صالحا للمجتمع من جهة أخرى، فهي عبارة أخرى تلك العملية التي تتم عن طريق مؤسسات التنشئة الاجتماعية المتمثلة في الأسرة، الحي، الشارع، المدرسة، النادي الثقافي والتكوين، جماعة الرفاق، الصحبة والأصدقاء، وسائل الإعلام، المسجد، حيث تسعى هذه المؤسسات إلى بناء شخصية الفرد من خلال نقل التراث الثقافي والاجتماعي عبر الأجيال، وذلك عن طريق تنمية قدرات الفرد واستعداداته الفطرية، وما لها من تأثير في سلوك الإنسان ككائن اجتماعي، وكوننا بصدد دراسة ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري ونظرا للارتباط الوثيق بين مؤسسات التنشئة الاجتماعية الرسمية، وغير الرسمية، وما لها من تأثير في السلوك الفردي ولمعرفة مدى فاعلية كل واحدة من هذه المؤسسات في تنامي الظاهرة، كما أن عملية التنشئة الاجتماعية تعد حجر الأساس في بناء ما يعرف بالشخصية المدمنة، فقد يتعلم الطفل من خلال التنشئة الاجتماعية الخاطئة، ومفاهيم خاطئة، كتلك التي تتعلق بالتدخين وبتعاطي المخدرات، والتنشئة الاجتماعية هي عملية تعليم وتعلم وتربية، تقوم على التفاعل الاجتماعي، وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكا ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية تمكنه من الاندماج في جماعته، والتوافق الاجتماعي معها، فمواجهة ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات تحتاج إلى تكاتف الجهود، فالمدمن عند إقامته بالمؤسسة الاستشفائية لتلقي العلاج، فإنه إضافة إلى الرعاية الصحية والرعاية النفسية فإنه يحتاج إلى الرعاية الاجتماعية أيضا، وتكون هذه الرعاية وتحقق من خلال الاهتمام الأسري وجماعة الرفاق والمؤسسات التعليمية والدينية بهذه الفئات الخاصة بعد انقضاء مدة العلاج داخل المصحة، فإن المدمن ينتقل من عالم إلى آخر يستوجب أن يكون هذا البرنامج -برنامج ما بعد العلاج - ذو مستوى عالي من الاهتمام.

المبحث الأول: ماهية التنشئة الاجتماعية:

أولاً: مفهوم التنشئة الاجتماعية: بما أن الأسرة تمثل المؤسسة الاجتماعية الأولى المؤثرة على سلوك الفرد، بما تقوم به من تطبيع الطفل، فينبغي أن نلقي الضوء على التنشئة الاجتماعية "Sociolization" باعتبارها العملية المستمرة التي لا تقتصر على مرحلة الطفولة، وإنما تشمل مراحل النمو المختلفة التي يمر بها الفرد، حيث يكتسب الطفل من خلالها القيم الاجتماعية والمعايير ويمنح القدرة على التفاعل والتكيف مع مجتمعه، يطلق على عملية التنشئة الاجتماعية أحياناً عملية التطبيع الاجتماعي، وأحياناً أخرى عملية التنشئة والاندماج الاجتماعي، وبالرغم من تعدد تعريفات عملية التنشئة الاجتماعية إلا أنها اشتركت في كثير من الخصائص، فيرى "كلاوسن" "J.R. Clausen" (1966). أن التنشئة الاجتماعية تحتوي على العمليات التي بها يتم دمج الطفل في الإطار العام لأسرته، ومجتمعه، مما يساعده فيما بعد على أداء واجبه تجاه الأسرة والمجتمع بكفاءة، وقد أعدها "أنكليس" "A. Inkles" (1969)، مكسبه للمعارف والمهارات والاتجاهات والعلم والحاجات التي تشكل تكيف الفرد لثقافته الاجتماعية والفيزيائية و عرفها "ألكن" "هاندل" "G. Handle" (1978)، بكيفية تعلم الفرد القدرة على التعامل مع مجتمعه أو بيئته الاجتماعية، فالنشئة الاجتماعية تشير إلى تلك العمليات الاجتماعية التي يقوم بها الفرد والتي تأتي بدورها بالنتائج الاجتماعية المكتسبة الذي يتمثل في الاتجاهات والقيم والسلوك المقبول، في نظام اجتماعي معين فالطفل نتيجة لتفاعله المستمر بآبائه، يقوم بعمليات اجتماعية متعلمة مثل آداب المائدة وما إلى ذلك، ومع نموه ينمو معه نتائج هذه العمليات التي تنفذ بشكل أنماط سلوكية أكثر تعقيداً، والتي تعتبر ضرورية لتأهيله ليكون عضواً فعالاً ليس فقط في أسرته، ولكن أيضاً على مستوى المجتمع الذي ينتمي إليه، ويلخص "ماك نيل" "E. Mcneil" (1969)، عملية التطبيع الاجتماعي بتفاعل مجموعة من الأبعاد الوجدانية، والاجتماعية، والمعرفية، والإدراكية، والسلوكية، فعملية التطبيع الاجتماعي تؤثر في كيفية إدراكنا لموقف ما، وتفكيرنا في هذا الموقف، ومدى انفعالنا به، ولعل ما ينبغي دراسته في إطار الأسرة باعتبارها المسؤول الأول عن عملية التنشئة الاجتماعية وخاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل، هي الاتجاهات الوالدية "Parented Attitudes" لما لها من دور هام في التأثير على سلوك الطفل، بل يعد من العوامل المساهمة في تكوين شخصيته حيث تعد الأسرة الطفل للاستجابة بصورة ايجابية أو سلبية للمواقف المقبلة، والتي سوف يتعرض لها، فالطفل الذي يحيا في ظل أسرة يتسم فيها سلوك والديه بالتذبذب، والتسلط

يتولد لديه شعور بالعداء الداخلي تجاه الوالدين، لذا فكثير من مظاهر شخصية الفرد يمكن إرجاعها إلى طبيعة العلاقات التي سادت بين الإباء وأبناءهم في محيط الأسرة وخاصة في¹ السنوات الأولى من حياة الطفل، ويقول "جورج هيرت ميد" الطفل عبارة عن كائن له كل الاستعدادات الفطرية لأن يصبح إنسانا يقوم بدور في جماعة أو مجتمع، فالطفل لا يولد مزود فطريا بقيم وعادات وتقاليد المجتمع، بل يتعلم كل هذه الأشياء من خلال حياته في جماعة وداخل مجتمع معين عن طريق جملة من أساليب التنشئة الاجتماعية الممارسة من طرف العديد من المؤسسات الاجتماعية والتنشئة الاجتماعية ترجمة لمصطلح " Socialisation " في الانجليزية والفرنسية وكما نلاحظ فالاصطلاح العربي يتضمن كلمة "التنشئة" التي تعني "أقام" وهذا "الإنشاء" له صفة اجتماعية أي فيما بين الأفراد، بهذا يتميز المصطلح العربي عن المصطلح الانجليزي والفرنسي الذي يعني لدهما حرفيا (عملية جعل الفرد مجتمعا)، وقد ظهرت كلمة التنشئة الاجتماعية لأول مرة في الأدب الانجليزي سنة 1828 وكان المقصود بها تهيئة الفرد ليتكيف مع المجتمع إلا أن استعمالها الحديث يعتمد على نظريات علماء عاشوا في النصف الثاني من القرن التاسع عشر وهؤلاء هم "سيغموند فرويد" الذي أعتقد بأن الفرد يكتسب تعالیه الأخلاقية من المجتمع من خلال ذاتيته الأخلاقية أما "جي ميد" الذي ركز على مشكلة علاقات الجماعة الوالدية ، هي الأساس في بلورة ونمو الأخلاق الأساسية عند الفرد، كالعدالة والحب، أما "بيجيت" فقد اعتقد هو الآخر بأن العمليات الرمزية للفكر المنطقي دائما ما تشتق من التفاعل الاجتماعي بصورة تدريجية ومنظمة، وقد عرف "سعد جلال" التنشئة الاجتماعية بأنها "عملية تشكيل الفرد عن طريق ثقافته حتى يتمكن من الحياة في هذه الثقافة " .وعرفها "تالكوت بارسونز" بأنها "عملية تعليم تعتمد على التلقين والمحاكاة والتوحد مع الأنماط العقلية والعاطفية و الأخلاقية عند الطفل والراشد، وهي عملية دمج عناصر الثقافة في نسق الشخصية وهي عملية مستمرة " وبالنسبة لعلماء الاجتماع فإنهم يستخدمون التنشئة الاجتماعية للإشارة إلى العمليات " Processes" التي تم من خلالها إعداد للطفل ليأخذ مكانة في الجماعة التي ولد فيها ، والتنشئة الاجتماعية من هذا المنظور هي عملية تعليم عادات وتقاليد الجماعة وقيها، والتكيف معها، وهي العملية التي تحدث تلقائيا خلال سياق التفاعل مع

¹ مليسة أحمد النيبالي: التنشئة الاجتماعية - مبحث في علم النفس الاجتماعي-، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2007، ص 27، 28.

الأشخاص، وتمثل الوظيفة والهدف في مساعدة الأفراد على النمو بالشكل الذي يجعل سلوكهم مقبولا في المجتمع، وأكثر فعالية في المحافظة على الذات كعضو في الأسرة والمجتمع، أما المفهوم النفسي الاجتماعي للتنشئة الاجتماعية فيشير إلى أن تأثير الجانب الثقافي للشخصية يأتي من حيث تشكيلها ونموها فالفرد يكتسب عن مجتمعه المعايير والقيم التي تحكم السلوك ، وتوجه اختياراته في المواقف ، ومن هنا شاع القول بأن كل ثقافة تنتج أنماط معينة من الشخصية ، أوهي العملية الأساسية التي يصبح الفرد عن طريقها مندمجا في حياة اجتماعية من خلال تعلم ثقافتها ¹.

ثانيا: خصائص التنشئة الاجتماعية:

تعد عملية التنشئة الاجتماعية حجر الأساس في بناء ما يعرف بالشخصية المدمنة، فقد يتعلم الطفل من خلال تنشئته الاجتماعية الخاطئة ومفاهيم خاطئة، كذلك التي تنتقل بالتدخين وتعاطي المخدرات، والتنشئة الاجتماعية هي عملية تعليم وتعلم وتربية، تقوم على التفاعل الاجتماعي، وتهدف إلى اكتساب الفرد سلوكا ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية تمكنه من الاندماج في جماعته والترفق الاجتماعي معهما ²، فالتنشئة الاجتماعية عملية متعددة ومتداخلة تهدف إلى إكساب الأفراد في مختلف مراحل العمر أساليب سلوكية معينة تتفق مع المعايير والنظم والقيم التي يتبناها المجتمع في تنظيم مختلف مناحي الحياة الاجتماعية، وذلك حتى يتحقق لأعضاء المجتمع التوافق فيما بينهم داخل المجتمع الذي ينتمون إليه، إذ يحظى من يظن أن التربية والتعليم يتوقف عند النواة الأولى للطفل بل على العكس تماما، إن التنشئة تمتد إلى المراحل العمرية المتأخرة فالفرد اجتماعي بفطرته، وبالتالي هو على اتصال دائم بمستجدات الحياة فهو إذن يكتسب عادات ويترك أخرى وفق ما يتناسب مع خصوصيات حياته، وقد ركز أيضا "أريك تسون" على أهمية العامل الثقافي في التنشئة بامتدادها إلى ما بعد الطفولة حيث يتجاوز التحليل النفسي بتأكيد دور الثقافة في كل مراحل حياة الإنسان ³، ومن أهم خصائص التنشئة الاجتماعية ما يلي:

¹ محفوظ صادق بن عبد الله: المرجع السابق، ص 141، 142.

² محمد حسن الشناوي وآخرون: المرجع السابق، ص 65.

³ نقلا عن عثمان إبراهيم: مقدمة في علم الاجتماع، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 22.

أ- **التنشئة كعملية تشكيل اجتماعي**: أي أنها تقوم بتحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي يملك مؤهلات اجتماعية وإنسانية تجعله إنسانا ناضجا، وتتجلى هذه العملية من خلال العوامل الاجتماعية والبيئية المتمثلة في الوسط والمحيط، الذي يولد فيه الفرد ويتربى فيه، وقد يكون هذا الوسط شيرثا أو مكانيا كما يختلف باختلاف الإرادة التي تكون أحيانا مفروضة وأحيانا أخرى عرضية أو مختارة وهذا ما يفسر العوامل الاجتماعية الدافعة لارتكاب الجريمة¹.

ب- **التنشئة كعملية إشباع الحاجات**: إن الإنسان يحتاج منذ بداية حياته إلى عواطف ومشاعر المحيطين به، فهو يحتاج ويطلب حب وحنان والديه وتتطور هذه المشاعر حتى يشعر أنه مقبول من طرف المحيطين به، مما يساعده على النمو الاجتماعي السليم، وبقدر احتياجه للحب يحتاج أيضا للأمن والسلام والطمأنينة عبر جميع مراحل حياته. فالتنشئة هنا هي بمثابة العملية المندرجة المتأنية بحيث أن طريقة إعطائها تخضع لمبدأ احتياجات الفرد، وقد تتنوع هذه الاحتياجات منها النفسية، الفيزيولوجية، الاجتماعية..... الخ².

ج- **التنشئة الاجتماعية كعملية مستمرة**: تحدث عملية التنشئة عن طريق التفاعل بين الأفراد داخل المجتمع أين يتم من خلالها نقل نماذج سلوكية من المحيط الاجتماعي إلى الفرد، فبدأ الفرد في تقمص أدوار الوالدين والأقارب ثم يتقمص أدوار أصدقائه عند خروجه إلى الشارع أو المدرسة، فعن طريق عملية الأخذ والعطاء يتعلم الفرد قوانين وأعراف جماعته فيشرب من أيديولوجياتها، وهما كذلك نكمن مكانة التنشئة في كونها ترافق الفرد منذ ولاته إلى وفاته بحيث أنها لا تنقطع ولا تتصف بمرحلة عن أخرى بل أنها تتسم بالديمومة خلال كل مراحل الحياة.

د- **التنشئة كعملية نقل الثقافات**: يتفاعل الأفراد مع بعضهم البعض ويتأثرون بأفكارهم المختلفة هذا التمازج والتزاوج من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر تؤدي إلى نقل الثقافات من بلد لآخر، فالفرد شرب مبادئ وأعراف مجتمعه صغره لينتهجها في مسار حيات ثم يسلمها لأبنائه وأقاربه. وهنا أيضا تجدر الإشارة على أن عملية التنشئة بقدر ما تخضع لعملية النقل بقدر ما تخضع للتغيرات الاجتماعية التي يشهدها المجتمع في مختلف أزمنته فإذا عرف هذا الأخير أي

¹ André Mendras: sociologie de la famille et du mariage, puf, Paris, 1978, p39.

² André Mendras : المرجع السابق، ص 39.

المجتمع تغييرا في ثقافته تتميز بتنامي الظاهرة الإجرامية فان الفرد لامحالة يصبح جزءا لا يتجزأ من الثقافة السائدة وقد تكون ثقافة شاملة أو ثقافة فرعية.

هـ- **التنشئة كعملية اكتساب القيم والدور:** من خلال عملية التنشئة يتقلد الفرد أدواره الاجتماعية ومهاراته وهذا لتسهيل اندماجه داخل المجتمع، فالطفل لا يعرف ماذا يجب أن يفعل ماذا يكتسب من حقوق إلا من خلال القيم والمبادئ التي تعلمها متن أسرته ومن خلال القيم التي أمدته بها بقية مؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى.

و- **التنشئة الاجتماعية للكبار:** يعتقد الكثير من الناس أن استمرارية التنشئة تتوقف عند النواة الأولى في عمر الإنسان، لكن الدراسات الحديثة أكدت أن التنشئة الاجتماعية عملية اجتماعية مستمرة لا تنقطع، بل أكثر من ذلك فهي تعتبر مطلب أساسيا في المجتمعات الحديثة، لأن مواقف الفرد تتغير طبقا للظروف، وبالتالي لا تكون للتنشئة السابقة أي أهمية، فالمشاركة المستمرة في المواقف الجديدة تتطلب إعادة تنشئة مستمرة يقوم بها الفرد بنفسه ولنفسه حتى تصبح التنشئة الاجتماعية للراشدين بنفس الأهمية للصغار ومثال على ذلك أن الفرد سيستنتج ويستتبط المعايير والقيم في صباه، ثم يقدمها لأبنائه عندما يكون أب، ثم لأبنائه حينما يتحول إلى جد.

والمقصود فيما قيل سابقا هو أن الفرد يحتاج إلى عمليا التنشئة الاجتماعية عملية مستمرة تبعا للمواقف التي يتعرض إليها، معنى ذلك أن عمليات التفاعل لبست لها نهاية مما يترتب عنها عدم اكتمال عملية التنشئة الاجتماعية على الإطلاق، فالفرد يستوعب دائما الاتجاهات والمتغيرات المستحدثة في المجتمع عن قصد منه أو عن غير قصد¹.

ثالثا: أنواع التنشئة الاجتماعية:

تعتبر التنشئة الاجتماعية حسب المفهوم الاجتماعي ماهي إلا تدريب الأفراد على أدوارهم المستقبلية ليكونوا أعضاء فاعلين في المجتمع وتلقنهم للقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد والعرف السائد في المجتمع لتحقيق التوافق بين الأفراد وبين المعايير والقوانين الاجتماعية، مما يؤدي إلى خلق نوع من التضامن والتماسك في المجتمع، فهي تهدف إلى إكساب الفرد طفلا فمراهقا فراشدا فشيخا سلوكا ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية

¹ André Mendras: المرجع السابق، ص 39.

معينة تمكنه من مسايرة جماعته والتوافق الاجتماعي معها، وتكسبه الطابع الاجتماعي وتيسر له الاندماج في الحياة الاجتماعية، وتسهم أطراف عديدة في عملية التنشئة الاجتماعية كالأُسرة والمدرسة والمسجد والرفاق وغيرها، إلا أن أهمها الأُسرة بلا شك كونها المجتمع الإنساني الأول الذي يعيش فيه الطفل والذي تنفرد في تشكيل شخصيته لسنوات عديدة من حياته وتعتبر حاسمة في بناء شخصيته ومن بين أنواع التنشئة الاجتماعية ما يلي:

أ- **التنشئة المقصودة:** تتم في المؤسسات الرسمية مثل الأُسرة والمدرسة ودور العبادة ولكنها تتضح تماماً في المدرسة كمؤسسة رسمية ففي هذه المؤسسات تتم عملية التنشئة الاجتماعية المقصودة عندما يتعلم الطفل ما تريده له هذه المؤسسات ويتطبع بالطباع المرغوب بها في مجتمعه.

ب- **التنشئة اللامقصودة:** يكون هذا النمط بوسائل التربية والثقافة العامة مثل وسائل الإعلام المختلفة والمسجد وغيرها من المؤسسات التي تساهم في عملية التنشئة الاجتماعية، فمؤسسات الإعلام المختلفة الحكومية الرسمية والشعبية غير الحكومية أو الحزبية أو الطائفية وعن طريق هذه المؤسسات ودون أن تفصح عن عملية التوجيه يكتسب الفرد العادات والقيم والمعايير وغير ذلك من أنواع السلوك التي تريد الدولة توصيلها للأفراد¹.

ج- **التنشئة الأسرية:** تعتبر الأُسرة البيئة الأولى التي تتيح لأبنائها جميع الفرص والظروف والإمكانيات لتنمية قدراتهم وتفكيرهم وإدراك حقائق الأشياء وتتطوي وظيفة التنشئة على جملة من الأمور تتعلق بمبدأ تأمين احتياجات الأبناء النفسية والثقافية والاجتماعية والمعرفية الذي يساهم في تكوين الملامح الأساسية لشخصية الطفل مستقبلاً وتؤمن هذه الاحتياجات بواسطة:

1- لاكتساب التفاعلي الذي يعد جملة من العمليات والأنماط السلوكية والمعارف التي تكتسب عن طريق التفاعل مع الوسط الاجتماعي وعن طريق عملية المحاكاة، اللعب، التقمص، بالإضافة إلى علاقات الدور².

2- لاكتساب الموجه أو المقصود والمتجسد في عمليات الأمر والنهي والوعظ والإرشاد والتشجيع والإكراه³.

¹ حامد زهران: علم النفس الاجتماعي، عالم الكتب، القاهرة، 1977، ص 153.

² محمد نعيمة: التنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية، دار الثقافة العالمية، القاهرة، 2001، ص 37.

³ نفس المرجع، ص 327.

د - **التنشئة الدينية:** إن الدين كان ولا يزال القانون الرادع في كل المجتمعات ففي كل العصور القديمة كانت الأسرة وحدة دينية تعتمد في حياتها على الدين وعن طريق اكتساب وحدتها واستقرارها وبمرور الزمن أعطيت للقوانين الدينية صبغة أخلاقية وأصبحت القيم الدينية أسمى من القيم الأسرية، كما أصبح تأسيس الأسرة مبدأ من المستلزمات الدينية وإذا كان الطفل في مراحل نموه الأولى يخضع للمعايير الأخلاقية لأن الأسرة تحتم عليه ذلك فإنه في المراحل اللاحقة سيلتزم بالقيم الأخلاقية لانبعاثها من مفاهيمه الدينية المتأصلة فيه، ونلاحظ هنا انه إذا حدث وإن أخطأ الطفل في عدم تشبعه بالقيم الدينية أو بالأحرى لم توفق الأسرة في إشباعه تلك القيم فإنه ولا محالة سيجد صعوبة في تأقلمه مستقبلا مع قيم المجتمع وأخلاقياته.

هـ - **التنشئة الأخلاقية:** يرى أبو حامد الغزالي في هذا الشأن أن على الوالدين أن يعودوا الطفل على الخلق الحميدة والصفات الجميلة، ويتجنب المساوئ والمقابح، و أن تغرس فيه نفسه صفات الشجاعة والصبر والتواضع وإكرام العشير وتوقير الكبير ، وقلة الكلام ، وحسن الاستماع، وطاعة الوالدين والمعلمين والمؤدبين وأن يمتنع عن لغو الكلام وفحشه، والافتخار على أقرانه¹.

و - **التنشئة الجنسية:** يقصد بها العملية التي بواسطتها يكتسب الطفل المعايير وأنماط السلوك المنظور لها على أنها مناسبة لكل من الذكور والإناث في ثقافة ما، وتبدأ عملية التطبيع الجنسي منذ اللحظة الأولى للولادة، فالوالدان كأهم مصدر لبناء معرفة الطفل فيرسلان خطابا مستمرا على أن الذكر يختلف عن الأنثى ويضعان الحدود للسلوك المناسب والمقبول لكل منهما، وتعمل المؤسسات الاجتماعية الأخرى كالمدسة ،الأصدقاء، ووسائل الإعلام على تعزيز دور الأسرة في عملية التطبيع الجنسي، وتؤكد الأنماط الجنسية فتأكد المناهج الدراسية، ويؤكد المعلمون على وجود صفات معينة للذكور وأخرى للإناث، أما دور جماعة الأصدقاء تبدو واضحة في نشاط اللعب ، ويرى "ماكوين" إن ميل الطفل للعب مع أصدقاء من جنسه يعزز صفات الذكورة التي تميل للخشونة وكثرة الحركة، ويعزز صفات الأنوثة التي تميل لليونة والمودة، إذن حسب توقعات الآباء والمعلمين والأصدقاء يعاقب السلوك غير المناسب للأنماط الجنسية السائدة في ثقافتهم ويكافئ السلوك المناسب، وبلعب التقليد دورا أساسيا في تعلم تلك الأنماط².

¹ محمد أبو حامد الغزالي: إحياء علوم الدين، دار الثقافة، الجزائر، 1999، ص 09.

² ميخائيل إبراهيم أسعد: مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الأفاق الجديدة، بيروت، 1991، ص 304.

ي- **التنشئة المرجعية:** يعني هذا النوع من التنشئة تحول المتلقي في التنشئة إلى مرسل لها، وكثيرا ما يحصل هذا في حالات التحولات الاجتماعية مع التطورات السريعة التي لم يألفها فيتحول المنشأ إلى منشئ فالمتعارف عليه في الأسرة هو أن الأبوين يقومان بعملية التنشئة لأبنائهم لكن يغفلا دائما عما يحصل من انعكاسات غير مقصودة وغير مدروسة من قبل المنشئ، تتجلى صورها التربوية في دور المنشئ ووظيفته في هذه العملية، فتحدد فعله مثل: 1-تعلم المنشئ مسؤوليته (كأب أو كأم أو كلاهما).

التضحية والإيثار عند الوالدين للأبناء.

اتضاح علاقة المنشئ بالآخرين المحيطين به كالأقارب والأصدقاء.

إرساء القيم التربوية والقيم الأخلاقية عند الطفل¹.

وبالنسب لموضوع دراستنا حول العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري، فإن التنشئة الاجتماعية تلعب دورا هاما في هذه الظاهرة وبالتمعن في البيانات المتعلقة بالمدمن نجد أن للتنشئة الاجتماعية دور مباشر في انحراف هذا الشخص بمعنى وجود خطأ في التنشئة سواءا على مستوى الأسرة أو المدرسة أو الأصدقاء أو الإعلام أو إحدى مؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى، ووجود خلل بإحدى هذه المؤسسات جعل من المدمن العودة إلى تعاطي المخدرات أو استهلاكها من قبل فليس من الممكن أن يلجأ شخص إلى السلوك المنحرف دون سبب وهو على علم بأن ذلك مؤذي له ولأسرته ومجتمعه إلا إذا كانت إحدى مؤسسات التنشئة الاجتماعية لم تقم بدورها على أكمل وجه خاصة وإن الكثير من المدمنين على المخدرات والذين يخضعون للعلاج داخل المؤسسات الاستشفائية كانت أسباب إدمانهم سواءا من المشاكل الأسرية والاجتماعية كالبطالة والفقر والتفكك الأسري وخاصة أصدقاء السوء كل هذه العوامل أدت بأولئك الأشخاص إلى الوقوع في فخ الإدمان لان التفكك والمشاكل الأسرية مثلا وقلة الرقابة الأبوي للأبناء تجعلهم ينحرفون ولهم استعداد لذلك خاصة إذا لم تقم المدرسة في المقابل بالقيام بدورها فبالتالي يصبح الفرد فريسة سهلة لها حيث الكثير من الأشخاص الذين كانوا أسوياء ولكن بمجرد وجود خلل في إحدى مؤسسات التنشئة الاجتماعي السابق ذكرها يتعرضون إلى السلوك المنحرف وبالتالي يتغير مجرى حياتهم.

¹ رمضان نوال سليمان: **التنشئة الاجتماعية**، دار النهضة العربية، القاهرة، 1992، ص 14، 15.

المبحث الثاني: بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات

أولاً: جماعة الرفاق ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات:

أبرز الدراسات أشارت إلى أن الجماعة التي ينتمي إليها الفرد مرتبط ارتباطاً وثيقاً بتعاطيه المخدرات وقد أشار "مونهم" "mounhoum" إلى أن العوامل الثقافية وجماعة الأصدقاء والأقران والرفاق تلعب دوراً مهماً في تشكيل الفرد وتعاطيه المخدرات، كما أشارت دراسة عن عوامل وأسباب تعاطي المخدرات لدى طبقة من المتعاطين للمخدرات بإحدى المصحات أن الأسباب وراء تعاطيهم للمخدرات هي مخالطة رفاقاً سوءاً، وضعف الوازع الديني، الطفرة المادية¹، كما نشر عالم الاجتماع الأمريكي "داي" "dai" ظاهرة انتشار تعاطي المخدرات بقوله: "إن العامل الحاسم في الإدمان هو اكتساب المعرفة بالمخدرات عن طريق الاختلاط بالذين يتعاطونها في الحفلات أو لعب القمار..."².

وقد أبرزت إحدى الدراسات أن متعاطي الحشيش لهم جلسة خاصة وجماعية ينتهي إليها الشخص ويندمج فيها بهدف السرور أو تناسي الهموم، واستشعار روح الجماعة المرحية، وهو عامل اجتماعي قوي يدفع بالشخص إلى التعاطي³. ولقد ناقشت إحدى النظريات الاجتماعية وهي الاختلاط التفاضلي، والتي ترى أن السلوك الإجرامي يتصل بالتعليم الناتج عن الاختلاط بالنماذج الشاذة ورفقاء سوءاً، هم ضمن هذه النماذج، وترى هذه النظرية أن الفرد يتعلم السلوك المنحرف من اختلاطه بغيره عن طريق مجالستهم وتناول الحديث معهم، فالشخص الذي لم يتعلم السلوك الانحرافي لا يستطيع أن يأتيه شأنه في ذلك شأن من لم يتعلم الميكانيك إذ هو يعجز أن يخترع آلة ميكانيكية⁴.

إن التأثير الاجتماعي لجماعات الرفاق إنما تحدده ظروف التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة، فإذا كانت سليمة فإن الأبناء يتجهون إلى رفاقاً مبدعون لديهم السلوك السوي أما في حالة العكس -عندما تكون التنشئة غير سليمة- فهناك احتمال كبير لأن يختلط الأبناء بأقران غير أسوياء فيأتي بذلك سلوك الأفراد منافياً لاتجاهات وقيم ومعايير المجتمع. وتتكون جماعة

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف: المرجع السابق، ص 72.

² ناصر ثابت: المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات، مكتبة ذات السلاسل، الكويت، 1984، ص 20.

³ رشاد عبد اللطيف: المرجع السابق، ص 79.

⁴ فوزية عبد الستار: مبادئ علم الإجرام وعلم العقاب، القاهرة، 1988، ص 55.

الرفاق من الأقران الذين هم في نفس السن ونفس المستوى الاجتماعي، الاقتصادي، والتعليمي، وذلك عندما تتاح لهم فرصة التواجد في أماكن لا يوجد بلها رقابة، فتحل جماعة الرفقاء محل الأهل، ولها أنشطة أساسية تقع في دائرة اهتمام أعضائها، ولها أيضا قيم ومعايير ثقافية¹ خاصة وتقوم هاته الخلية الاجتماعية بدور مهم في عملية التنشئة وفي النمو الاجتماعي للفرد، فهي تؤثر في معايير الاجتماعية وتمكنه من القيام بأدوار اجتماعية متعددة لها وهناك رفاق وأفراد وأقران مشتركون معا في مرحلة نمو واحدة في مطالبها وحاجتها ومظاهرها، وقد يؤدي ذلك إلى المساواة بينهم ويتوقف مدى تأثير الفرد بجماعة الرفاق على درجة ولائه لها ومدى تقبله لمعاييرها وقيمها، واتجاهاتها، وعلى تماسك أفراد هذه الجماعة، ونوع التفاعل القائم بين أفرادها، وتندرج جماعة الرفاق مع الطفل بمرور الوقت من عالمه إلى عالم الشاب تبعا لتغييراته وتدرجه كما توجد نوعا من المساواة بينه وبين أعضاء الجماعة يستطيع الفرد أن يمارس فيها بحرية جميع أنواع السلوك الذي قد يكون محروما من بغضه عن طريق الأسرة أو المدرسة وعندما يتمكن الرفاق من أن يكون لها ثقافتها التي تميزها عن الجماعات الأخرى يكون لها تأثير قوي على أعضائه².

وفي موضوع دراستنا هذه المتعلقة بالعود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري اكتشفنا أن لرفقاء السوء علاقة مباشرة بتعاطي المخدرات والعودة إليها والإدمان عليها وذلك من خلال مخالطة المدمن لأصدقاء يتعاطون المخدرات وخاصة أن البعض من المدمنين الذين يمكنون بالمصحات الخاصة بعلاج الإدمان ويتلقون برنامج علاجي فإنهم وبعد خروجهم من تلك المؤسسة لا يلبثون ويعودون إلى مخالطة رفاق السوء ومن ثمة العودة إلى الإدمان فتلك المجموعات يتميز أسلوبها بأن كل شخص يجالسهم يجب أن يكون متبعا لنفس سلوكياتهم ومندمجا في المجموعة حتى وأن كان الشخص سوي فهم يحاولون إغرائه بلذة تعاطي المخدرات فإذا كانت لديه استعدادات لذلك فهو سيتبع تلك الطريقة المنحرفة، وهناك أيضا مشكلا آخر وهو أن الكثير من المدمنين الذين يتلقون العلاج داخل المصحات يكونون صدقات مع أشخاص جدد وبعد الخروج من المؤسسة تستمر علاقاتهم ببعضهم وخاصة إذا كان أغلبهم لم يقلع عن تعاطي العقار وفي ظل غياب الرقابة الأسرية فإن المدمن سيعود وينتكس لا محالة جراء اتصاله بهؤلاء الأصدقاء غير الأسوياء والملاحظ أن فقي هذه المصحات وبالنسبة لغرف النوم

¹ نادر فهمي: علم النفس المدرسي، شركة الشرق الأوسط للطباعة، الأردن، 1989، ص 115.

² نفس المرجع، ص 91.

نجد بها أكثر من ثلاثة أشخاص وهذا يشكل عائقا أمام نجاح العلاج لأنه بالإمكان وجود بعضهم يواصلون تعاطيهم المخدرات وبالتالي يصبح الشخص الذي يريد التعافي في خطر العودة إلى الإدمان بسبب هؤلاء الأشخاص الذين يمكنون معه في نفس الغرفة.

ثانيا: المدرسة ودورها في بروز ظاهرة العودة إلى إدمان المخدرات:

إن دور المؤسسات التربوية والتعليمية في مجال الحد من ظاهرة العودة إلى إدمان المخدرات يتطلب أدوار فاعلة ومتميزة في حياة الأفراد ومكملا لدور الأسرة ومؤازرا لها وقد يتحقق هذا الدور من خلال قيام المؤسسات التربوية والتعليمية بعدة طرق استراتيجية للحد من هذا الظاهرة¹، وإذا حدث العكس ولم تقم المؤسسات التربوية بدورها على أكمل وجه يؤدي ذلك إلى بروز عدة سلوكيات منحرفة كاستهلاك المخدرات والإدمان والعودة إلى تعاطيها ولا يتوقف الأمر عند المدرسة بل يجب أن تكون التوعية من خطورة هذه الظاهرة حتى في الجامعات لأن الفئة الشبابية هي الأكثر إقداما على هذه السلوكيات المنحرفة وهذا حسب الإحصائيات المتحصل عليها من المؤسسات المعنية، فمثلا الجامعات يجب دعوة أعضاء هيئة التدريس في الجامعات وطلاب الدراسات العليا حتى الغوص في أعماق ظاهرة تعاطي المخدرات في بحوثهم ودراساتهم، ومتابعة تطوراتها ومستجداتها أولا بأول لاسيما الدراسات المتعلقة بالغزو الفكري والثقافي، وظاهرة الاغتراب في المدن وأثار الطفرة الاقتصادية على المجتمع وأثار العمالة الأجنبية على المجتمع وقيمه، وأثر تلك المتغيرات مجتمعة أو منفردة على ميل الأفراد لتعاطي المخدرات كما أثبتت الدراسات أن تعاطي المخدرات له أثار سلبية على النواحي التعليمية للطلاب الذين يتعاطون المخدرات أو ذلك لأنهم يهملون واجباتهم المدرسية ويتغيبون عن حصصهم الدراسية، كما يميل بعض الطلاب إلى ارتكاب أفعال لا اجتماعية سواء مع زملائهم أو مدرسيهم، وهذا ما يوقعهم في دائرة التأخر الدراسي²، فعادة يهمل المدمن دراسته فيتغيب عن دروسه ومحاضراته، بعد أن فقد القدرة على المتابعة والاستيعاب، كما أن المدرسة أو الجامعة تشكل مجتمعا صغيرا يتطلب علاقات ايجابية بين الزملاء، لكن المدمن لا يحتمل مثل هذا المجتمع عبئا ثقيلا على شروده الدائم فيلجأ عادة إلى الانزواء والانطواء³، كما أن بعد التربية الأسرية التي يعتبرها علماء الاجتماع أول مؤسسة

¹ صالح السعد: المرجع السابق، ص 43.

² التوهامي مكي: ظاهرة تعاطي المخدرات في أوساط الشباب بالمغرب، جامعة الدول العربية، المغرب، 1981، ص 197.

³ نبيل زغب: أخطر مشكلات الشباب القلق، الإدمان، الاكتئاب، دار غريب، القاهرة، ص 163.

تتم فيها عملية تنمية الاستعدادات النفسية والاجتماعية للطفل يأتي دور المدرسة الذي يعتبر دورا هاما ومكملا لعملية التربية والتعليم، فهي المكان الذي يقضي فيه الطفل الجزء الكبير من التعلم وكسب المهارات بكل انواعه، ولتكوين الاتجاهات الاجتماعية الضرورية لحسن تكيفه مع البيئة الاجتماعية الكبير، وتتميز هذه المؤثرات المدرسية والتعليمية في الناشئ إلى أن يبلغ وهذا يتطلب توظيف مهاراته، وخبراته واستعداداته النفسية والاجتماعية لتلاؤم والتكيف مع متطلبات الحياة اليومية¹، كما تلعب الأسرة دورا بارزا في عملية التنشئة الاجتماعية إذ تأخذ على عاتقها دور تهيئة اجتماعية من خلال نقل الثقافة العامة للمجتمع وهي بذلك لها القدرة على تقويم ما أعوج من سلوكيات الطفل وتحسينه بكثير من المعايير والاتجاهات الاجتماعية السليمة التي تكونت لديه من خلال تواجده مع باقي أفراد أسرته².

إن أساس قيام المدرسة هو تنشئة الطفل إلى حد تجعل منه إنسانا يملك القدرة على تغيير الكثير في مجتمعه وهذا ما تعجز عن فعله الكثير من مؤسسات التنشئة الاجتماعية، وتكمن أهم وظيفة تقوم بها مؤسسة المدرسة في نقل تراث الأجيال السابقة بجمع تراثها ومخلفاتها الفكرية والحضارية المتعددة في سجلات مكتوبة، وعلى كل مجتمع بشري يريد أن يحتفظ بصلته ماضيه وتاريخه أن ينقل تراث الماضي إلى الأجيال الناشئة، بالإضافة إلى هذا تقوم المدرسة بوظيفة الاحتفاظ بالتراث الثقافي، باعتبارها عاملا رئيسيا من عوامل التربية في الوقت نفسه ترصد وتدون كل ما تبتكره الأجيال الحاضرة/ من معارف، وعلوم لتضيفه إلى تراث الأمة زيادة على ما تقوم به من عرض للمشكلات العامة لتحليلها وإتاحة الفرصة أمام التلاميذ من خلال المناهج الدراسية كي يعيشوا هذه المشكلات وإن يشاركوا في إمكانية حلها فتساهم إذن المدرسة في تغيير المجتمع وتطويره³.

لكن رغم الدور الفعال الذي تقوم به المدرسة إلا أننا نلاحظ أن بعض المدارس تعان من نقائص كثيرة من حيث نوعية المواد المدرسة وقلة الخبرات وقلة الرقابة أيضا كل هذه النقائص لها آثار سلبية على نشأة الطفل وخاصة إذا كان في سن المراهقة فإنه في مرحلة حساسة أن غابت فيها الرقابة والحرص على التوعية بمخاطر السلوكات المنحرفة فإن هذا الفرد عرضت إلى الوقوع في مخاطر بعض الآفات الاجتماعية كإدمان المخدرات والعودة إليها

¹ رشاد صالح الدمنهوري: التنشئة الاجتماعية والتأمر الدراسي، دار المعرفة الاجتماعية، الإسكندرية، 1995، ص 27.

² رشاد صالح الدمنهوري: المرجع السابق، ص 27.

³ نادر فهمي: علم النفس المدرسية، شركة الشرق الأوسط للطباعة، الأردن، 1989، ص 115.

خاصة وأن المدرسة تجمع عدد كبير من الأطفال والشباب فمنهم السوي ومنهم عكس ذلك والكل يحتك ببعضهم البعض ويقع بعضهم في التقليد والاختلاط مما ينجم عن ذلك إمكانية نقل السلوك المنحرف من الشخص غير السوي إلى الشخص السوي، ويحدث هذا إن كان هناك خلل في وظيفة المدرسة من خلال الإهمال وعدم الرقابة ومتابعة التلاميذ وسلوكياتهم داخل المدرسة وخاصة أن الكثير من المدارس لا تضم اختصاصيين اجتماعيين ونفسانيين الذين من المفروض أن يكون وجودهم في كل المؤسسات التعليمية سواء المدارس أو الجامعات وذلك للتوعية بخطورة هذه الآفات الاجتماعية بأسلوب استراتيجي بأن نتائج ايجابية في عملية تنشئة الطلاب والتلاميذ.

ثالثاً: وسائل الإعلام ودورها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات:

تعتبر وسائل الإعلام من أهم الوسائل الحديثة التي توصل إليها العلم وابتكرها العقل البشري، نحن لا ننكر ذلك ، ولا ندعي خلافه، لأن هذه الوسائل من أهم الأمور التي سهلت التواصل بين الأفراد حتى أصبح العالم قرية صغيرة يعلم كل واحد منها كل ما وقع فيها بل ويقع في اللحظة ذاتها، كما أن هذه الوسائل يسرت سبل البحث العلمي، وجعلته في متناول الجميع بأسهل الوسائل وأقرب الطرق، نحن لا ننكر شيئاً من ذلك، ولكن هذه الوسائل ألت إلى الإفساد للناشئة والشباب على وجه الخصوص، وهذه سنة الله في خلقه ، لأن أبى أن يكون الكمال إلا له سبحانه وتعالى، لذلك فكل عمل يقدمه العقل البشري لابد له من سيئات ونقائص، إلى جانب الحسنات التي يقدمها ويتفضل بها فلا أحد ينجو من العيب والنقص كائناً من كان من البشر، ووسائل الإعلام كما هم معلوم من وضع هذا البشر الناقص، الذي يشوبه النقص والخلل مهما حاول بلوغ درجة الدقة والكمال، وكل فرد يعود إلى أصله، وكل عمل يحمل سمة فاعله، وهذا النقص ليس بشعارات باطلة وإنما هناك حجج ودلائل تبين العيوب التي تكمن في وسائل الإعلام من سلبيات وأخطار جسيمة فلقد تعددت سلبيات وسائل الإعلام وتشعبت حتى أصبحت طافحة على سطح المجتمع ومست جوانب متعددة من حياتهم سواء كانت عقائدية أو اجتماعية أو تربوية ، أو غير ذلك، فبالنسبة للجانب العقائدي مثلاً هناك نشر للمذاهب الفاسدة، والعقائد الباطلة والترويج لها عن طريق تلميع صورة معتققيها، وإبراز شعائريهم، وتخليد ذكرها، والدليل على ذلك عرض الصليب والقديس من وسائل الإعلام وتبجيلهم لمختلف الآلهة التي يعتقدون بوجودها، مثل آلهة الحب والجمال، وآلهة الشر والخير كذلك نشر الخرافات والشعوذة والسحر والكهانة المنافية للتوحيد، كذلك الإحياء بقدرة بعض الخلق على مضاهاة الله في خلقه والإحياء والإماتة وذلك بإظهاره في صورة ذلك البطل الذي لا يقهر ولا يشق له غبار، فهو القاهر، القادر، وهو المقتدر الجبار، كذلك من الناحية الاجتماعية هناك العديد من السلبيات التي تتميز بها وسائل الإعلام كالدعوة إلى الجريمة بعرض مشاهد العنف والقتل وظهور مصيبة الاغتصاب التي عمت بها البلوى، وتأذى منها الصغير والكبير والرجل والمرأة بشهادة الواقع، والغربيين أنفسهم، فقد أثبتت دراسات أمريكية أن الأطفال الذين يشاهدون التلفاز وخاصة الأفلام الإباحية يقعون في زنا المحارم ويعتدون على أخواتهم الصغار جنسياً كذلك السعي إلى خلع الحياء والترويج لذلك وجعل العلاقة بين الجنسيين في قمة التحرر من كل قيد ديني أو أخلاقي أو غيره عن طريق تأسيس منتديات نسائية يتداول فيها ما قبح

واستهجن من أفانين القول القبيحة والمستهجنة، فذبحت بذلك الفضيلة بسكين الرذيلة، وطعن الصالحون في عقور ديارهم، ومن سلبيات هذه الوسائل الإعلامية أيضا انتشار العنف وجعله أمرا طبيعيا على أرض الواقع حيث المجرم يعرض في المسلسلات والأفلام كالبطل النجم الساطع الذي لا يبلغ جنابه فيكون ذلك سببا لمحبه من لدن المتابعين وتصبح الجريمة والقتل آنذاك أمرا عاديا يوحى إلى البطولة والشموخ، وقد أثبتت الدراسات أن أمريكا وكندا قد ارتفعت فيها نسبة الجريمة بين سنتي 1945 و 1974 أي في الفترة التي ولج فيها التلفاز إلى هاتين الدولتين، كما نجد كثرة الفساد وظهور الخيانة الزوجية من كلا الطرفين، فقد أصبح هذا أمرا عاديا مادام البطل أو البطلة في الفيلم يصنع ذلك، وهذا من باب ضياع الهوية وطمس البصيرة، ولا أدل على ذلك من تلك السهرات الماجنة التي تقام لها ولا يقعد فهتكت الأعراض واستبيحت المنكرات وذلك كان سبب ما تروج له وسائل الإعلام بمختلف أنواعها، فمثلا الوسائل الإعلامية في أعمالها الدرامية نجد أن الدراما تأخذ جزءا من الواقع وتقدمه على أنه كل الواقع، وهذا خطأ إعلامي كبير، لأن الدراما بصفة خاصة تحظى بمشاهدة عالية، فيأخذ المشاهد ما يقدم فيها ويخترنه ويستدعيه في المواقف المشابهة ويحاول تقليده، أو الاقتداء به. كذلك ساهمت مؤسسات الإعلام ووسائلها في بروز ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات بشكل ملحوظ وذلك من خلال عرض أفلام وفيديوهات للحفلات الصاخبة الليلية التي تُظهر الشباب وهم في قمة النشوة والبهجة وهم في حالات السكر وتعاطي المخدرات وهذا يؤثر بشكل مباشر على متتبع هاته الأفلام خاصة إذا كان يعيش في اضطراب أسري أو يعاني من مشاكل الاكتئاب والقلق فإنه يبحث عن أي وسيلة تخرجه من تلك الحالة النفسية وهنا يتبادر في ذهنه أن اللجوء إلى تناول المخدرات سيجعله منتشيا وسعيدا وتنسيه في حالته السيئة ونلاحظ كذلك في بعض الأحيان الترويج للتجارة بالمخدرات وذلك بعرض أفلام أبطالها رجال أعمال يملكون ثروات طائلة من تجارتهم في المخدرات وهذا يجعل الشباب خاصة إن كان وضعه المعيشي بسيط يفكر في حيلة تفوقه ليسلك ذلك الطريق والمتاجرة بالمخدرات وتهريبها، كل هاته النقاط موجودة في وسائل الإعلام ويشهد عليها كل فرد منا.

المبحث الثالث: الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل الاجتماعي لتفادي الانتكاس لمدمن المخدرات:

أولاً: ماهية العلاج والتأهيل الاجتماعي:

يعد الانتكاس جزءاً أساسياً في منظومة حياة المدمن، ويجب أيضاً أن يكون جزءاً أساسياً في برنامج التأهيل والعلاج لأي مدمن، ذلك لأن الإدمان يكسب الشخص عدداً من العادات والاتجاهات التي اقترنت بالإدمان، وإن العلاج الطبي إذا كان ستغرق عشرة أيام أو أكثر فإن العلاج النفسي والتأهيلي (بمختلف صوره ومحاوره ومجالاته) يستمر فترة على الأقل تقترب من العام وربما تزيد، ولذا تؤكد الدراسات الجادة التي تناولت التأهيل أن مكانه لابد أن يكون في الصحراء، حتى نشكل أو نعيد تشكيل تخصص جديد، خاصة أن الدراسات قد أثبتت أن الإدمان إذا كان بعد اضطرابات، فإن وراءه مجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية، والعقلية والانحرافات السلوكية، التي تغذيه وتسانده وتدعمه، من أجل ذلك فإن العلاج والتأهيل لمدمن المخدرات نفتح الباب على مصرعيه لكافة التيارات والاتجاهات بل والاجتهادات تقديم المساندة والمساعدة لكي يحي الشخص (الذي كان مدمن) حياة نظيفة بلا إدمان، وبلا أي سلوكيات ترتبط في ذهنه، أو في اتجاهاته بالإدمان، ورغم أهمية موضوع العلاج والتأهيل فإن الدراسات التي تناولت هذا الجانب الهام والأساسي جد قليلة، وهذا ما يدفع بنا كباحثين أو كمعالجين أو كمسؤولين أن نواجه حقيقة وجود علاج وتأهيل نفسي واجتماعي لأي شخص يقع في دائرة الإدمان، خاصة وأنها نعلم أن العلاج والتأهيل لمدمن المخدرات هو حق يجب أن توفره الدولة للمدمنين، هذا الحق قد كفله القانون وعديد من الاتفاقيات الدولية أمام المجتمع الدول استراتيجيات قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة التعاطي والإدمان، وفي ما يلي توضيح لكل من العلاج والتأهيل الاجتماعيين.

أ- **العلاج (treatment):** تتعدد التعريفات والتتويجات والتصنيفات التي تحتوي المفهوم العلاجي أو ما يشملها، بيد أننا سنقصر حديثنا عن مفهوم العلاج الذي يقدم للشخص المدمن (لأن بالطبع يختلف عن نوع آخر من العلاج لشخص يعاني من مرض عضوي)، إلا أننا نتفق مع ما يورده مصطفى سويف (1996) قبل أن يدخل في إجراءات العلاج وتعريفه في مجال الإدمان حيث يورد الملاحظات الآتية¹.

¹ محمد حسن غانم: العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 2005، ص 42.

1- هل المدمن مريض أم مذنب، فإذا كان مريضاً فلماذا العقاب، وإذا كان مذنباً فلماذا العلاج (ولابد من تحديد هذا الجانب أولاً).

2- إن مفهوم العلاج في الإدمان يتعدى مفهوم العلاج الدوائي والذي يعد في حالة الإدمان جزءاً من تدخل أوسع من ذلك بكثير وهو التدخل الدوائي -النفسي- الاجتماعي.

3- يردد البعض أن لا فائدة من علاج الإدمان والمدمنين، لأن المدمن ينتكس (أي يعاود التعاطي) بمجرد خروجه من المستشفى وهذا يؤكد ما سبق إن ذكرناه من ضرورة أن يكون التدخل العلاجي غير مقتصر على التدخل الدوائي فقط، بل لابد أن تتبعه ويلزمه، ويترتب عليه تدخل نفسي واجتماعي وتأهيلي.

4- إن أي دولة تكون طرفاً في التصديق على الاتفاقيات الدولية الرئيسية المنظمة لموضوع التعامل في المخدرات، والمواد النفسية، لا تستطيع الاتصال من مسؤولياتها عن توفير أسباب العلاج بالمعنى الطب النفسي الاجتماعي المتكامل لأن هذه الاتفاقيات تنص على هذه المسؤولية صراحة.

ولذلك نقصد بالعلاج في مجال الإدمان: جميع إجراءات التدخل الطبي والنفسي والاجتماعي، التي تؤدي إلى التحسن الجزئي والكلي للحالة مصدر الشك، وللمضاعفات الطبية، والطبية النفسية المصاحبة (لجنة المستشارين العلميين (1992) وغالباً ما يبدأ علاج الشخص المدمن أولاً بالتخلي الطبي، والذي يهدف إلى (تطهير) الجسم من السموم (أي سموم المخدرات) ووضع حد للاضطرابات والأعراض العضوية وكذا وضع (خطة طبية علاجية) لكي يستعيد الشخص المدمن عافيته، حيث أن الإدمان -في الغالب- يصرفه عن الاهتمام بصحته أو الاهتمام بنوعية غذائه، ثم بع ذلك (أي بعد العلاج الطبي) الذي أنصب على الجسم وحاول وقف التدهور، يبدأ التقييم النفسي والاجتماعي والتأهيلي حتى يظل المدمن (السابق) في حالة تعافي، والعمل على تخليصه من كثير من السلوكيات الإدمانية، وإجراء بعض التعديلات في بيئة المدمن (السابق) بهدف التخلص من المثيرات الداعمة للموقف أو مواقف التعاطي والتي كانت تساعد على استمرار التعافي، ومن ثم فشل التوقف أو حتى استمرار العلاج¹، وفي هذه الحالة ليست المؤسسة الاستشفائية لوحدها مسؤولة عن حدوث الانتكاس بل الأسرة مثلاً وجماعة الرفاق، والمؤسسات التعليمية أيضاً يجب أن تكاتف الجهود

¹ محمد حسن غانم: المرجع السابق، ص 43.

لإكمال العلاج لأن الكثيرين ممن يخطئون ويعتقدون أن العلاج يتوقف عند خضوع المدمن لعلاج دوائي وانتهاء مدة إقامته بالمؤسسة الاستشفائية .

ب- التأهيل: "rehabilitation":

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم التأهيل، إذ يقصد به عملية مساندة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تسمح بدنيا ونفسيا واجتماعيا بأن ينهضوا بما تتطلبه المواقف المحيطة بهم، مما يمكنهم من استغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم في مرحلة العمر نفسها ويعرف على أنه مجموعة الإجراءات التي تتخذ حبال مدمن المخدرات ومتعاطيها لإعدادهم نفسيا واجتماعيا وطبيا لممارسة أدوارهم الاجتماعية والمهنية الطبيعية التي خلعوا أنفسهم منها جراء اعتمادهم على مادة من المواد المؤثرة على الجهاز العصبي وتعبير آخر وتأسيسيا على صياغة منظمة العمل الدولية، يعرف التأهيل على أنه مجموعة الإجراءات التي تتخذ كسبيل إلى تمكين المدمن من إقلاع عن إدمانه واتخاذ مسار له في الحياة يباعد بينه وبين خبرة الإدمان وكذلك معاونته على الوصول إلى وضع بدني ونفسي واجتماعي يمكنه من مواجهة مواقف الحياة المختلفة بقدر من الفعالية كفيل أن يحقق به فرصا في الحياة، تتناظر مع الفرص المتاحة لأقرانه مع أبناء المجتمع الذين يماثلونه عمرا وينطوي هذا التعريف على مجموعة من الحقائق الأساسية هي:

- 1- لبس المقصود بالتأهيل النفسي والاجتماعي لمدمن المخدرات أنه إجراء متمم لأي خدمة طبية محدودة كانت في حجمها أو متسعة فالعكس هو الصحيح.
- 2- ليس الهدف من التأهيل الاجتماعي لمدمني المخدرات هو إعادة المدمن للحالة التي كان عليها قبل التورط في خبرة الإدمان، بل الوصول بالدمن إلى إيقافه عن نهجه في الحياة، والذي تخلق من خلاله على أدواره الطبيعية الأساسية (العمل، الأسرة، المجتمع العريض) ليعتمد على المخدرات، وإحداث تغييرات في سلوكه.
- 3- إن مفهوم الخلع (أن يخلع المدمن نفسه من أدائه لأدواره في المجتمع) وإن بدا مقترنا بالتورط في الخبرة الإدمانية، فإن عديدا من الدراسات قد كشفت عن حقيقة مؤديها أن المدمن حتى قبل أن يقع في خبرة الإدمان كان لديه عديد من السلوكيات المهيأة للوقوع في الإدمان، ولذا فإن التأهيل يهدف إلى:
- أ- تدريب المدمن على ممارسة أدواره الطبيعية التي كان يقوم بها قبل انخراطه في الإدمان.
- ب- تسكينه في نسيج الحياة الطبيعية لممارسة هذه الأدوار (السياق الاجتماعي).

- 4- تسليح المدمن بقدر من المهارات الاجتماعية اللازمة لحسن توافقه مع الإطار الاجتماعي العريض وان بكف عن الإدمان وان يجد طريقه في الحياة بسهولة ويسر .
- 5- أن يقدم التأهيل لا بوصفه (منظومة فردية) بل باعتباره منظومة متكاملة مع غيره من الإجراءات الأخرى¹ ،

علما بأن التأهيل مرتبط بعدد من المفاهيم الأخرى كما أن مفهومه تمت استعارته منا العلوم الطبية .ولذا فقد تعرض لعدد من أوجه الفهم الخاطئ حيث أن العديد من الممارسين لعملية التأهيل يرون انه قاصر علي ظروف إكلينيكية محددا ، إضافة إلى النظر إلي التأهيل وكأنه مفهوم قاصر علي مجال تأهيل الشخص إلى العمل المناسب لإمكاناته الحالية متغاضيا عن إمكانية مساهمة التأهيل لتدريب الشخص علي عدد من المهارات والأدوار الاجتماعية المختلفة وأن التأهيل يقدم فقط في المستشفيات، وهذا مفهوم قاصر لمعنى التأهيل ومحدداته لأن التأهيل يهتم بجوانب الفرد المختلفة قدر اهتمامه بالسياق الاجتماعي الذي يتواجد فيه الشخص، كما يرى البعض أن التأهيل يأتي كمكمل للأساليب العلاجية المختلفة، بيذا أن التأهيل يتواكب مع كافة خطوات العلاجات المختلفة إلى أخرى عديدة من الأفكار التي نحتاجها لإعادة الطرح لتصحيح مسارها، وإذا خصصنا الأمر بصورة أكثر تحديدا في مجال إدمان المخدرات، "مصطفى سويف" (1996) يرى أن إعادة التأهيل هي الوصول بالمتعاطي إلى مستوى مقبول من الأداء المهني سوى كان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتنها من قبل التعاطي أو في إطار مهنة جديدة، ومن خلال إجراءات الإرشاد المهني، والتوجيه المهني والتدريب، وإذا كونا نتفق مع ما أراده "مصطفى سويف" من حيث الاهتمام بالعمل، إلا أننا ندري أن إعادة تأهيل الشخص فيما يتعلق بالعمل هو احد جوانب إعادة التأهيل لمتعاطي المخدرات، وليس كل الجوانب لأن التعاطي يكون قد اكسب الشخص المتعاطي عدد من السلوكيات الخاطئة وأن أحد أهدافه عملية إعادة التأهيل محو السلوكيات الخاطئة والمرتبطة بالتعاطي، وملا الفراغ بسلوكيات جديدة، وهذا ما أورده "محي الدين حسين" (1994)، من أن إعادة التأهيل لمتعاطي المخدرات تهدف إلى إرساء دعائم الشعور بالهوية الذاتية، والشعور بفاعليته الذاتية في مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والبدنية، ويكتسب هذا الهدف أهمية خاصة بالنسبة لتأهيل متعاطي المخدرات من حيث كونه يساهم في إنماء المهارات اللازمة لممارسة الدور الطبي في

¹ محمد حسن غانم: المرجع السابق، ص49.

الحياة، دون الاعتماد على المخدرات، وإمكانيات المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خبرة التعاطي، وإمكانية التبني الصارم لآليات المواجهة الايجابية لمشكلات الحياة اليومية¹. ومن خلال ما سبق يمكن القول أن ما نلاحظه من ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات بشكل سريع مباشر بعد تلقي العلاج تقف وراءه العديد من الأسباب الكامنة في عدم فعالية الأساليب العلاجية المتبعة داخل المصحات وقصورها من حيث الإمكانيات المادية والبشرية لعملية التأهيل تتطلب خبرات مهنية متمكنة في مجال علاج الإدمان.

ثانيا: مستوى برامج العلاج المقدم للمدمنين وأثارها على المدمن بعد خروجه من المستشفى:

إن إقدام المدمن على المؤسسة الاستشفائية لتلقي العلاج تعد خطوة مهمة سواء كان ذلك بإرادته أو هناك من دفعه للقيام بهذه الخطوة في خطوة إيجابية لكن المشكل يبقى في نوعية العلاج المقدم لهذه الشريحة فالمصحات الخاصة بهذه الفئة في الجزائر غير متوفرة بشكل كبير وحتى وإن كانت متوفرة فإنها تقدم برنامجا ليس بالمستوى المطلوب والمستوى الذي يجب أن يعمل به. لأن العلاج يعتمد بشكل عام على ثلاث طرق رئيسية، حيث في الطريقة الأولى يقدم العلاج حسب المدمن غرفة انفرادية ويقدم له العقار مع تقليل الكمية كل يوم وتضع عنه زيادة الجرعة حتى وإن أظهر تشنجات وفقدان الوعي، ويمنع من الاتصال برفقاء السوء، ويوضع تحت الرقابة طول أيام العلاج وتحسيسه بأنه تحت العلاج وما يفعل لمصلحته، ومن المستحسن هنا أن يساعد الطبيب المعالج طبيب نفساني فإن كانت رغبة المدمن قوية في العلاج فإنه سيشفى ويقطع عن المخدرات أما إذا كان ضعيف الشخصية وذو مزاج متقلب فقد يعود إلى أوكار الرذيلة، أما الطريقة الثانية فهي تقديم عقار بديل لعقار المدمن وهنا يقدم دواء "الميثادون" في علاجه مشتقات "الأفيون" بشكل عام، ولهذا الدواء ارتباط مع بروتينات بلازما الدم، لذلك لا يستطيع الجسم طرحه بسرعة، ويبقى في الجسم عدة أيام (حوالي ثلاثة أيام) أم الطريقة الثالثة وهي النظر الكامل للعقار المخدر وفي هذه الحالة يمنع العقار نهائيا عن المدمن وتعتمد هذه الطريقة على تشجيع الشخص المدمن عن الإقلاع عن الإدمان وإظهار المساوئ والأضرار الناجمة عنها بإشراف طبيب نفساني مع توفير الرعاية والحنان الأسري بالإضافة إلى اشتغال المدمن في فراغه بالرياضة، والتتزه والتسلية والمطالعة فإن كانت رغبة المدمن قوية في الإقلاع عن الإدمان كان الشفاء بإرادة الله وحده، وهذا بالنسبة للعلاج العام

¹ محمد حسن غانم: المرجع السابق، ص193.

أما العلاج الثلاثي لمعالجة الإدمان وإعادة التأهيل فإنها تتوقف على نقطتين الأولى هي الحالات التي تدفع المدمن إلى المعالجة وهي بدورها ثلاث حالات رئيسية، ففي الحالة الأولى يجب أن تكون للمدمن الرغبة الصادقة والنية الأكيدة للعلاج، والدافع الحقيقي للتخلص من تناول العقار المخدر، والدافعية والرغبة الحقيقة قد لا تكونان وحدهما العامل المؤثر في العلاج، أو في الانقطاع عن تناول المخدرات، إذا كان المدمن يسعى إلى الطبيب المعالج بهدف مساعدته ومعاونته على إيقاف التعاطي بالدرجة الأولى، ففي هذه الحالات يصل العلاج إلى نسبة كبيرة من النجاح¹.

رغم أن هذا النوع من الحالات يمثل قلة نادرة بين طوائف المدمنين، وفي الحالة الثانية تكون عند عدم اقتناع المدمن بجدوى النصيحة والتوعية وإرغام المدمن من جانب الأسرة أو الأفراد المحيطين به للدخول إلى المستشفى وإمكانية النجاح في علاج هذا النوع من الحالات يختلف باختلاف تجاوب وتعاون الأهل والأفراد المحيطين بالمريض المدمن ومدى تجاوبه هو نفسه، وإمكانية قدرات المشرفين في العلاج في مجابهة وحل مشاكل المدمن الصحية والاجتماعية والنفسية التي أدت إلى الإدمان أما الحالة الثالثة فبعد استمرار الإدمان لفترة طويلة تصبح الجرعات التي يتعاطاها المدمن كبيرة وبالتالي خطيرة للغاية، يتأثر المدمن صحيا وماليا ولا يستطيع المدمن تحمل نفقات توفير مخدره اليومي، مما يدفعه تلقائيا إلى طلب العلاج بهدف الحد من الاعتياد والإقلال من نفقات المال التي يتطلبها شراء العقار المخدر إلا أن مثل هذه الحالة صعب علاجها، ما لم تتم في مراكز العلاج لتبعتها علاج نفسي سلوكي بهدف إحداث تغيير في الدوافع الموجهة والرفض وعدم الاقتناع في العلاج المتكامل، أما النقطة الثانية وهي المكان المناسب لعلاج حالات الإدمان، فهناك نوعان من المستشفيات أو المصحات التي يتم فيها العلاج وهي المستشفيات العامة ومستشفيات الأمراض العقلية والمصحات النفسية، فبالنسبة للمستشفيات العامة فهي مستشفيات الصحة والجراحة العامة التي ترفض كثيرا قبول المدمنين إلا في حالة عدم الاضطراب أو الهياج المستمر، وما يترتب عن ذلك من احتياطات وأضرار بباقي المرضى خلال فترة العلاج، ومن البديهي أن مرحلة الفطام (منع العقار) هي أول مرحلة العلاج الخاصة بإيقاف تناول أو تعاطي المشروبات الكحولية أو المخدرات يجب أن تتم داخل المستشفى والمستشفيات العامة قد ترفض علاج المدمنين خشية

¹ فتحي درادر: الإدمان، الخمر، التدخين، المخدرات، دار تصنيف وتصميم وإخراج psisolutech، الجزائر، 2003، ص

حدوث الانزعاج المترتب من نزول المرضى بأقسامها، إذ قد لا يضمن الطبيب المعالج عدم حدوث الهيجان وخاصة في حالة عدم توفر الخبرة الكافية لدى الهيئة التمريضية في علاج مثل هذه الاضطرابات وإحاطة المريض بالرعاية الكافية والتدريب على مواجهة ما قد يحدث من إزعاج للمرضى الآخرين، وبالنسبة للمستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية والمصحات النفسية ففي الواقع هي المكان الطبيعي للعلاج والاستشفاء حيث تتوفر الهيئة الطبية والتمريضية والمساعدون على خبرة وإمكانيات جيدة لعلاج الإدمان، وحيث تكون فرص النجاح أكبر في علاج الإدمان.

فكيفية علاج الإدمان يمكن حصرها في ثلاث إمكانيات وهي خصائص القائمين على العلاج ونوعية العلاج المناسب، وظروف المدمن بعد العلاج¹.

أ- **خصائص القائمين بالعلاج:** في المراكز الخاصة بإزالة السموم من الإدمان حيث يختلف علاج الإدمان عن غيره من الأمراض الأخرى، لا بد من وجود الهيئة الطبية والتمريضية التي لديها المهارات الطبية والتمريضية التي تمكنها من التعامل مع المدمنين، السبب في هذا أن العلاقة مع المدمنين وطريقة بناءها والاستمرار بها تختلف في نوعها واستمرارها مع المرضى العاديين، لذا من الخصائص التي يجب توفرها في القائمين علي علاج الإدمان وجود الفريق المتزن نفسياً، ومن أصحاب الإرادة القوية ولديهم دراسة كافية بعلاج الإدمان بمختلف العقاقير، وإذا أنهم يواجهون مشاكل عديدة مع مرضي الإدمان، وإن لم تتوفر المستشفيات العقلية والنفسية ومن الأجدر تخصيص أجنحة داخل المستشفيات العامة بعلاج الإدمان بوجود فريق طبي وهيئة تمريضية متخصصة في علاج المدمنين.

ب- **نوعية العلاج المناسبة:** من المستحسن استخدام طريقة الفطام المفاجئ مع المدمن، حيث يتم استبدال المخدر بعقاقير تمنع أعراض النقص (الهيجان، الاصفرار، الاضطرابات، الصراخ،...) ولا تشكل خطر الاعتياد أو الإدمان ثم تخفض تدريجياً حتى تتوقف عملية التعاطي تماماً، لكن الفطام الذي يؤدي إلى العلاج ليس إلا مرحلة من العلاج لأنه لا يشفي المريض إلا من التبعية الجسمية وليس له دورا فعالية على التبعية النفسية، وليس إدخال المدمن للمستشفى للعلاج كاف لعلاجه، عندما يتم الاكتفاء بهذا العلاج، ذلك أن الانتكاس قد يحدث بدور كبير ولقد تبين أن نسبة ضئيلة تصل إلى 05% فقد ممن يتبع معهم العلاج

¹ فتحي دردار: المرجع السابق، ص 23.

تتج معهم هذه الطريقة والباقون يعودون إلى إيمانهم بعد خروجهم من المستشفى ببضعة أسابيع معدودة أو بضعة أيام، لذا ينصح توعية الأهل والأقارب، وكل من يتعامل مع المدمن بضرورة إبعاده عن أي اضطرابات أو انفعالات قد تحدث على مستوى الأسرة أو المحيط والتأكيد على الاستقرار الأسري وإلا فإن غرض نجاح العلاج لا تكون ذات فعالية .

ج- ظروف المدمن بعد العلاج: بعد إتباع طريقة الفطام في العلاج وبعد أن تكون قد ظهرت على المدمن القدرة على مواجهة المشاكل والمصاعب داخل المستشفى يمكن إعادته إلى أسرته وبالتالي إلى عمله، لكن يجب الحذر ومراقبة المدمن إذ قد تحدث انتكاسات إذا يواجه المدمن الظروف البيئية التي نشأ فيها والتي دفعته للإدمان وخاصة رفقاء السوء بالإضافة للمشاكل الاجتماعية، الاضطرابات النفسية، كل هذه العوامل تشكل ضغوطا للعودة إلى الإدمان ولمواجهة هذه الظروف لابد للمدمن من أن يكون على اتصال وثيق بالمختص، الذي عالجه لان الفطام يختص بعلاج التبعية الجسمية، ولكن التبعية النفسية تحتاج إلى مداومة العلاج لفترة زمنية طويلة، ومن التأهيل الذي يجب أن يمارسه المدمن الرياضة والتتره مع العائلة في أماكن بعيدة عن السكن الأصلي، إذ أن التغير في مكونات البيئة يعجل في الشفاء¹.

هذا بالنسبة لمستوى البرنامج العلاجي الذي يجب أن يكون في كل مصحة خاصة في علاج الإدمان وليست المستشفى لوحدها وحتى إذا كانت تتوفر على هذا المستوى من العلاج فلا بد من وجود إرادة من المدمن في التخلص من الإدمان ووقوف الأسرة كذلك إلى جانب هذا الشخص المريض وهذا يساعد في نجاح العلاج فالدافعية لدى المريض عنصرا أساسيا في نجاح علاج الفطام، لكن قبول الخضوع للنظام الذي يعرض عليه وهو مدعو لاحترامه قبل إقامته في المستشفى أثناءها، وهو نظام بمثابة عقد معنوي مبرم بين المريض والطبيب، وفي هذا العقد تدقق كفيات الدخول والخروج، المواقيت المحددة للنشاطات المختلفة في المصلحة وأيام الزيارات العائلية وكذا المنع المطلق لإدخال مخدرات أو أسلحة بيضاء، أو أية أشياء خطيرة داخل المصلحة وهذا مثال عن مستشفى فرانتر فانون بالبليدة وهو مركز العلاج وإزالة السموم، حيث تجرى مقابلات مع متخصصين في علم النفس وعلم الاجتماع بكيفية منظمة وتجرى فرديا أو مع مجموعات وأحيانا بمشاركة أعضاء الأسرة وعند الحاجة يتدخل الطب العام بدوره في الوقت المناسب، وهذا المقابلات تضمن نشاط ثري بهدف شغل المريض من

¹ فتحي دردار: المرجع السابق، ص 24.

قبل فريق من المؤطرين، يمكن أن يتعلق الأمر بخرجات، أو جولات أو نشاط رياضي، وفي المساء ونظرا لكون الخروج ممنوعا، حضرت قاعة خاصة للتلفزيون يجتمع فيها جميع المقيمين وأخيرا ينظم الفريق المعالج خارج النشاط اليومي، اجتماعات نصف أسبوعية تخصص لدراسة الحالات ولعرض المشاكل المعترضة، يتدخل كل معالج حسب خصوصيته¹، لكن حسب ما قمنا به من دراسة في المركز ذاته فإن البرنامج المقدم قصد العلاج لم يكن ذا فعالية كبيرة وهذا ملاحظ في ارتفاع نسبة العائدين إلى الإدمان الذين مكثوا قبل في نفس المركز وليس بالضرورة أن يكون سبب عودهم إلى الإدمان هو قلة إمكانيات المركز المادية أو البشرية أو ضعف مستوى برنامج العلاج فهناك أيضا ظروف أخرى تتحكم في ذلك وقد تكون ظروف خاصة بالمدمن ذاته ومحيطه الأسري والاجتماعي من فقاء السوء والحي وغيرهم، فنسبة قليلة من الذين نجحت معهم خطة العلاج المتبعة وذلك يتوقف على إرادتهم في مواصلة العلاج والتخلص من الإدمان، فإذا كانت الخطة غير فعالة فبطبيعة الحال أن يتعرض المدمن إلى الانتكاس.

ثالثا: أهمية إكمال مرحلة ما بعد العلاج في تفادي الانتكاس:

إن علاج الإدمان لا يكتب له النجاح إلا عن طريق العلاج المتكامل الذي يتم عن طريق عمل مكون من الطبيب العام والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي ورجل الدين فتعاونهم جميعا كل في تخصصه يقلع المدمن عن إدمانه ويتخلى عن المواد المضرة إلى الأبد بعد أن استأصل الطبيب العام السم +المخدر من دمه واستأصل الطبيب النفسي و الأخصائي والاجتماعي المشاعر السلبية التي كان مشحونا بها، ودعم رجل الدين هذه الجهود بالتوعية الدينية المناسبة عندئذ فقد يتم العلاج أما إذا تم علاج الإدمان بأسلوب واحد من أساليب العلاج فسيكون الإقلاع عن الإدمان مؤقتا وسينتكس المدمن ويعود إلى إدمانه اشد وأقسى من إدمانه الأول لان الحنين النفسي إلى العودة إلى الإدمان والأسباب الاجتماعية والنفسية الدافعة للإدمان اشد واقوي من القضاء على العقار الذي يجري في دم المريض، حيث أن الإدمان ما هو إلا عرض لمرض نفسي اجتماعي معا ولذلك لا بد من القضاء على الأسباب النفسية الاجتماعية الدافعة للإدمان وهذه هي مهنة الطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي ورجل الدين حيث جهودهم ضرورية ولازمة لاستكمال جهود الطبيب البشري²، فالنجاح خطة العلاج

¹ التكفل بالمدمنين: ملتقيات تكوين الأحياء في إطار مشروع mednet، الجزائر، السداسي الأول، 2008، ص 75.

² محمد سلامة غباري: المرجع السابق، ص123.

يجب السيطرة على البيئة أحيانا، وعلى أعمال المريض أحيانا أخرى، كما يتحتم في بعض الحالات معرفة مصدر المرض، لوقف انتشاره بين الأفراد ومعرفة حالة المريض الفردية، وفي أوائل القرن العشرين وحد الطبيب الشخص المهني هو الأخصائي الاجتماعي في ذلك العام هي مستشفى "ماساشوتس العمومية ببوسطن"، وتبعتها بعد ذلك مستشفى "بلفيو" بنيويورك كما ساهم الطب النفسي والتحليل النفسي مساهمة فعالة في بيان ضرورة الاهتمام بالرعاية الاجتماعية للمرض كمجهود هام مكمل للمجهودات بشكل فعال في مواجهة ظاهرة الإدمان على المخدرات ومن أهمها تدخل الأسرة ووسائل الإعلام والبحث العلمي والجهات الأمنية، وذلك بوجود صرامة في التشريع حيث تصل أحيانا إلى النطق بعقوبة الإعدام إذا كان طابع إحدى جرائم المخدرات تمس بالصحة المعنوية للشعب الجزائري، فلو تكاثفت كل هذه الجهود أثناء مرحلة العلاج وبعدها أي بعد خروج المدمن من المستشفى يكون تحت الرقابة الأسرية وحتى الأمنية فستكون نسبة نجاح علاجه عالية لأنه لا يجب أن يستهان بخطورة هذه الآفة الاجتماعية خاصة وإنها عدوى وأي شخص معرض لها عند خروجه المدمن من المستشفى وإظهاره القدرة على الاستجابة التامة للعلاج باستخدام الدواء المناسب والقدرة على مواجهة الصعوبات والمشاكل، يكون لازال في حاجة إلى تكييف سواء مع مجريات حياته اليومية والعامة لذا يحتاج المدمن إلى مساعدة حتى يمر بالفترة الحرجة حال خروجه من مقر علاجه وهي فترة دقيقة للغاية أن لم تكفي متابعة المدمن متابعة دقيقة قد تحدث له الانتكاسة، فالاستشفاء المحكم يحتاج إلى متابعة حالة المدمن العضوية والنفسية أولا ثم حالته الاجتماعية والعائلية والمهنية ثانيا، مع الحفاظ على كرامته كإنسان أن ضل الطريق، وعدم إحراجه أمام أفراد أسرته وأصدقائه، وعادة بعد خروج المدمن من المستشفى أو المصحة يجد نفسه ثانيًا داخل المجتمع الذي تعرف من خلاله على العقار المخدر وقد يجد الرفاق أنفسهم الذين دفعوه وحرصوه على الإدمان، وقد يجد الأهل والأقارب الذين كانوا يسخرون منه ويؤذونه ويحاولون بشتى الطرق منعه من التماذي في الإدمان وقد يجد مشاكله الاجتماعية واضطراباته النفسية مازالت قائمة ففي مثل هذه الظروف جميعا يجد ما يحثه على العودة ثانية إلى الإدمان، وتقادي الانتكاس أو الرجوع إلى الإدمان ثانيا يجب أن تكون الخطوات لذلك ففي الواقع أن الحالات المستجيبة يجب علاجها على انفراد، مع ضرورة وجود مختصين نفسيين واجتماعيين ومشرفين صحيين لمتابعة المدمنين بعد خروجهم من المستشفيات العلاجية والمصحات بحيث يمكنهم التردد على البيئة التي يعيش فيها المدمن بعد العلاج وإبعاده عن الإغراءات والضغوط التي

قد تدفعه إلى معاودة الإدمان ومتابعة حالته الصحية والنفسية، وحث الأهل والأصدقاء على الاتصال بهم مباشرة عندما يشعرون بانتكاس المدمن، ومن الضروري أن يقوم المدمن بمعاونة أهله أو رفاقه بمراجعة الطبيب المختص إذ ليست معالجة التبعية الجسمية أو العضوية والفظام (الامتناع) عن تناول المخدر مهمة، بقدر أن التبعية النفسية أيضا، والعلاج النفسي لهما أهمية في الإقلاع التام عن تناول العقار المسبب للإدمان، كم أن المدمن يحتاج بعد العلاج وخروجه من المستشفى إلى ارتباط بعلاقات اجتماعية سليمة بين أفراد أسرته وجيرانه ورفقاء الدراسة أو العمل وتوفير الجو النفسي والعاطفي المناسب الذي لا يثير انفعالات المدمن والذي يكاد يقترب من الشفاء التام، ويحتاج أيضا للترويج المناسب وعدم تركه بمفرده يواجه مصاعب الحياة وأخذه إلى أماكن مغايرة تماما عن بيئته الأصلية، ودفعه لممارسة الرياضة وارتياح المسجد ودور العلم والمكتبات والمسارح وحدائق التسلية والسفر بعيدا إن كانت الإمكانيات المادية للأسرة تسمح، كذلك يجب إنشاء مراكز اجتماعية متخصصة حيث يتشكل هذا المركز من طبيب وممرضة ومختص اجتماعي ونفسي بحيث يمكن للمدمنين التردد على هذا المركز للمناقشة والتباحث وتبادل الرأي والإفصاح عن متاعبهم، وكيفية علاج مشاكلهم العائلية والصحية والنفسية والاجتماعية وحتى المهنية، كذلك يجب إيجاد عمل أو مهنة جديدة إن كان المدمن قد فقد مصدر رزقه قبل دخوله إلى المشفى¹. كل هذه النقاط تبين مدى أهمية مرحلة ما بعد العلاج لأنها جد حاسمة في إكمال الاستشفاء والإقلاع عن التعاطي وعدم العودة إليها مجددا.

المبحث الرابع: استراتيجية الوقاية من الانتكاس:

أولا: خطة للتعامل مع المدمن المنتكس:

يتجه المنظور الطبي المحدود إلى تحديد مصدر الاضطرابات الشخصية -وعلاجها - في الفرد ذاته أكثر مما يهتم بالعوامل الهيكلية المتصلة بالمجتمع أو بالبيئة الاجتماعية المباشرة التي تحيط بالمريض ومن ثمة فإن وصف الطبيب للدواء يعتبر بمثابة تحديد للمشكلة داخل الإطار الطبي لها يسمى بالصحة والمرض وطالما انه جاء من قبل الطبيب فهو مشروع إذن، وهذا من شأنه أن يزيد من الاعتقاد بأن المشكل هي مشكلة فسيولوجية في أساسها ومقرها البدن أو العقل بالتحديد ولقد وسعت مهنة الطب مجال اختصاصها في السنوات الأخيرة، لكي

¹ فتحي دردار: المرجع السابق، ص 26-27.

تعطي أنواع أكثر للأمراض المجتمعية، والسلوك الشخصي المضطرب، وهي أمراض لم تكن تحسب من قبل باعتبارها داخلة في دائرة التشخيص الطبي ومن الأمثلة عليها: الانحراف السياسي والفقر، عادات الشرب وإدمان المخدرات، والعنف، والجنگ، والسلوك الجنسي الشاذ، وسوء السلوك ومشكلات التعلم والعود للإدمان،... إلخ، وبدلاً من أن يرجع النموذج الطبي أصل المشكلة إلى هبوط مستوى أو إلى طبيعة الضوابط الاجتماعية المبالغ فيها، أو الحاجات الاجتماعية المحبطة، أصبح يميل إلى البحث عن المزيد من العيوب الفردية مثل الخلل البيولوجي المتصل بالكيمياء العضوية أو الجهاز العصبي وظروف التغذية والعوامل العضوية... إلخ، أو بعض الخصائص السيكوباتية في الشخصية وما أيسر التشخيص والعلاج أو العقاب الذي تقوم به مؤسسات الصحة العقلية والخدمة الاجتماعية والعدالة الجنائية التي تطبق بعض التسميات الطبية والعلاج بالعقاقير لسلوك تسميه منحرفاً وعندما تغطي التعريفات الطبية للمشكلات الاجتماعية متصبح مسيطرة تتراجع تعريفات أخرى أكثر أهمية ويسد الطريق أمام أساليب التغيير الهام، فتصبح المشكلة فردية، وخارجة عن المجال السياسي، ويؤكد أمر مواجهتها إلى المتخصصين في الطب، وقد أدى ذلك إلى أن أصبحت الأوصاف العلاجية الطبية للتشخيص من الخلل العضوي والنفسي هي بؤرة السياسة العامة في أقطار كبيرة، ولذلك بدلاً من الاهتمام بأنواع التغير الاجتماعي الأساسية التي يمكنها أن تكون أكثر فعالية للتخفيف من حدة الظروف الاجتماعية المنتجة للضغط، كما أن الهيئة الكبيرة التي يحظى بها علم الطب وتتميز بها التكنولوجيا الكيميائية تؤدي في كثير من الأحوال إلى تغطية الأسباب التي لا تكمن فقط وراء المشكلات الشخصية بل وراء المشكلات الاجتماعية المعقدة، وتبين ذلك بوضوح وجلاء عندما يذكر أحد الأطباء مثلاً أن الجرائم التي ترتكب بالطرق العامة هي ضرب من ضروب العدوان المرضي، وتحديد المشكلة على هذا النحو يجعل حلها محصوراً داخل نطاق العلاج الجسدي النفسي ومنذ عدة سنوات مضت اقترح أحد علماء النفس الاجتماعي المشهورين اقتراحاً غريباً لحل مشكلة الحرب وهو عبارة عن تناول نوع معين من الأقراص، وهناك العديد من المشكلات الاجتماعية التي تعالج -خطأ- بالأدوية والعقاقير المخدرة، مثل مشكلة التمييز العنصري في أمريكا ومشكلة الفقر في بعض بلدان العالم والإسكان الرديء، وقد أنتشر في أمريكا الذين يسببون إزعاجاً للسلطات المدرسية أو الحكومية، وقد أوصوا بتناول "الريتالين"، و"الديكسدرين" للتحكم في سلوكهم أثناء تواجدهم في حجرة الدراسة وقد كشفت دراسات عديدة أجريت على هؤلاء التلاميذ أن معظمهم ليس محتاجاً إلى أية عقاقير من هذا

النوع وأنهم لا يعانون من أي خلل عضوي، ومن ثمة فقد أصبحت "تجارة الطب" في أمريكا بوجه خاص أداة معروفة لفرض الامتثال السلوكي وتغطية جوانب في المدرسين أو الآباء بواسطة إلقاء اللوم على ضحاياهم¹، وبالنسبة لمدمن المخدرات والذين يخضعون للعلاج بالمؤسسات الاستشفائية فإنهم يحتاجون لبرنامج ما بعد العلاج أي بعد خروجهم من المؤسسة، حيث أن هذه الفئة معرضة كثيرا للانتكاس والعودة مجددا للإدمان، ولا شك أن التعامل مع المدمن الذي قدم للعلاج للمرة الأولى في حياته يختلف التعامل معه عن مدمن قد انتكس مرة أو أكثر، لأن مدة التوقف عن التعاطي تختلف من مدمن متوقف إلى مدمن آخر، كما أن مسألة العلاج تختلف من مدمن إلى آخر لأن بعض المدمنين المتوقفين بمجرد أن يضعف ويتناول جرعة واحدة من مادته المخدرة يسارع للمشفى للعلاج وتسمى في مثل هذه الحالة بسقطة، في حين أن بعض المدمنين يستمر في السقوط ويواصل التعاطي بشراهة، وأنه ليس لديه ما يخسره، وإن شعاره يكون في هذه المرحلة المثل الشعبي "ماذا سيأخذ الريح من البلاط؟" وقد يواصل انحداره، ونجد واحدة من ثلاثة احتمالات.

أ- إما أن يواصل التعاطي وبكثافة فيحدث له موت مفاجئ، وفي هذه الحالة يكون غاضبا من نفسه، وخجلا من عودته أمام الآخرين فإنه قد توقف وسوف يستقيم، وحين حدث ما حدث زلزلت الأرض من تحت قدميه، وفقد الأمل والنصير والسند، وأصبحت الحياة فراغ في فراغ.

ب- إما أن ينتبه أفراد أسرته إليه ويأخذونه طوعا أو كرها وفي الغالب كرها للعلاج في المشفى، وفي الوقت نفسه فاقدين للأمل فيه، وقد يعيشون تجربة الاكتئاب، وقد يحدث فعلا تغيير في الأدوار والعلاقات والتفاعلات.

ج- وإما أن ينتبه المدمن الذي انتكس في لحظة شفافية إلى خطأه في الانتكاس، ويذهب من تلقاء نفسه للعلاج، راغبا في أن يستفيد ومتسلحا بأول الدروس وأعظمها من ضرورة أن يقوي إرادته، ويجب أن يقاوم ضعفه أمام المخدر ويجب أن يبتعد عن كل ما يثيره أو يذكره في المخدر وطقوسه وعاداته وتقاليده، تلك كانت ملاحظاتنا على عشرات من المدمنين الذين مروا بتجربة الانتكاس، وتسير الخطة العلاجية للتعامل مع المدمن المنتكس في الخطوات الآتية:

1- أطلب من المريض كتابة قائمة بأنواع السلوك والاتجاهات والانفعالات المرتبطة بالانتكاس، استعرضها معه (أو كما كنا نفعل نقوم بتطبيق قائمة مواقف التعاطي، وهي

¹ سامية محمد جابر: سوسيولوجيا الانحراف، درا المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001، ص 532.

مجموعة من الأسئلة التي تعكس تحديدا من المواقف بصورة ميسرة، ويقرأ للمدمن الذي انتكس أو يقوم الأخصائي النفسي بقراءته له، ويحددان معا العوامل التي تدفع إلى الانتكاس، بل يقومان معا بالترتيب التنازلي لهذا الموقف، ومن وجهة نظرنا فهي خطوة جادة لأن الاستبصار، بالمواقف الدافعة للانتكاس، ووعي الشخص بها تجعله أكثر حذرا، بل واستعدادا لمواجهتها.

2- كلف المريض بقراءة كتاب عن الانتكاس وتناقشا معا، وإذا كان هذا يمكن أن يحدث في المجتمع العربي، حيث انتشار عادة القراءة، فقد لاحظ الباحث أن عددا من المدمنين لا يميلون إلى عادة القراءة، وإذا فعلوا فبسرعة وكأنه موقف ضاغط يريدون التخلص منه ذلك لأن القراءة تحتاج إلى تركيز، مثابرة، إعمال العقل والفكر، مقارنات،...الخ¹.

3- بالنسبة لمرحلة المتابعة بعد خروج المدمن من المستشفى يستحسن أن يقوم بها نفس الفريق العلاجي الذي أشرف على علاجه في المراحل السابقة، وهذه الفترة قد تصل إلى عدة أعوام حتى نتأكد فعلا من أن المريض قد شفي تماما من الإدمان، ويمكن الاستعانة "بمضادات الهيروين" مثل عقار "النالتركسون" لأن المدمن الذي يحاول تعاطي الهيروين أو احد مشتقات الأفيون الأخرى أثناء علاجه بهذا العقار يصاب بآلام شديدة وقيء وإسهال، وهي أعراض شبيهة بأعراض الانسحاب الأول من المخدر، وبهذا يكره المدمن الهيروين وينفر منه، وهذا يساعد كثيرا في مرحلة المتابعة بعد استكمال العلاج والخروج من المستشفى، وفي بعض الدول الأوروبية والأمريكية يصرفون للمدمن الهيروين الذي يفشل علاجه بالطرق السابقة عقار "الميثادون" بجرعة بسيطة يصرفها من عيادات خاصة بإشراف الطبيب وتحت حراسة الشرطة حتى يستغنى عن الهيروين، وذلك لعد أعوام أو باستمرار طوال حياته، ولكن هذا العقار مخدر صناعي وثنمه مرتفع جدا، ولهذا لم توافق وزارة الصحة على استعماله لخطورته².

4- إنشاء مراكز اجتماعية متخصصة تلجأ إليها هذه الفئة أي المدمنين الذين حدثت لهم الانتكاسة، حيث يتشكل هذا المركز من طبيب وممرضة، ومختص اجتماعي ونفسي، بحيث يمكن للمدمنين التردد على هذه المراكز للمناقشة والتباحث وتبادل الرأي والإفصاح عن متاعبهم وكيفية علاج مشاكلهم العائلية والنفسية والاجتماعية، وحتى المهنية.

¹ محمد حسن غانم: المرجع السابق، ص 97، 99.

² جلال الدين عبد الخالق: الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، الاسكندرية، 2001، ص 335، 336.

5- إيجاد عمل أو مهنة جديدة إن كان المدمن فقد مصدر رزقه¹.

ثانيا: القصور والملاحظات للمستشفيات والعيادات الخاصة بعلاج الإدمان:

تشهد المؤسسات الاستشفائية والمصحات الخاصة بعلاج الإدمان في الجزائر نقصا كبيرا وحتى المصالح المتوفرة على مستوى بعض المستشفيات فإنها تعاني من نقص الإمكانيات واللوازم التي من المفروض أن تتوفر في مثل هذه المصحات لتساهم سواء ماديا أو بشريا في نجاح العلاج ومن بين هذه المؤسسات الاستشفائية أخذنا مصلحة علاج الإدمان بالمشفى فرانتز فانون بالبلدية كمثال حيث قمنا بدراسة ميدانية في مصلحة الوقاية من الإدمان ويقوم هذا المركز بالمشفى فرانتز فانون يوميا باستقبال أعداد معتبرة من مدمني المخدرات الراغبين في العلاج إلا أن إمكانياته المحدودة تقف عائقا دون التكفل الأمثل بهذا الكم الهائل من المرضى، حسب تصريح مدير هذا المركز، وأوضح السيد عبد الرحمن حبيباش أن المركز يستقبل يوميا أكثر من خمسين مريضا يؤتون من مختلف ولايات الوطن بسبب عدم توفر الولايات التي يقطنون بها على مثل هذا النوع من المراكز باستثناء مركز واحد بسيدي الشحمي وهران، وأضاف أن المركز الذي أنشأ سنة 1997 يعاني نقصا في الإمكانيات المادية والبشرية التي تسمح بالتكفل الأمثل بالمرضى المدمنين الذين يحتاجون إلى علاج عضوي ونفسي ومعاملة خاصة نظرا لوضعهم.

كما أكد السيد "حبيباش" الذي أكد أنه في العديد من المرات تعذر استقبال مرضى لعدم توفر أسرة شاغرة، كما أن نقص الأطباء يقف عائقا أمام تقديم خدمة ذات نوعية للمرضى خاصة بالنسبة للأخصائيين النفسانيين الذين يتكفل كل واحد منهم بنحو عشرة مرضى يوميا رغم أن المعدل الأمثل لضمان تقديم خدمة أفضل هو مريضين أقصى تقدير.

ومن بين النقائص والقصور الذي تشهده المصحات الخاص بعلاج الإدمان في الجزائر نج ما يلي:

1- عدم القدرة الكافية على مساعدة المريض على التكيف مع الحياة الجديدة بعد الخروج من المشفى، حيث يجب على الأخصائي أن يعمل على تهيئة المريض لحياته المستقبلية قبل خروجه من المشفى في حالة عجز أو أصابته بعاقة تمنعه من ممارسة عمله الأصلي، أو في

¹ محفوظ صادق بن عبد الله: المرجع السابق، ص 181.

حالة النقص¹، في قدراته الجسمية، وذلك بأنه يتعاون مع بعض مؤسسات التأهيل المهني على العناية به ورعايته حتى يقوم بدوره كمواطن له إنتاجه في المجتمع.

2- نقص أو عدم البرامج الثقافية والرياضية والترفيهية في هذه المصحات حيث أن هذا الأخير لا تتوفر على مكتبات تضم المجالات والكتب المعرفية والثقافية في بعض شتى مراحل الثقافة كي تلائم المرحلة العقلية المختلفة للمريض من روايات وكتب علمية إلى كتب وهويات داخلية مختلف كذلك انعدام قاعات السينما التي من المفروض أن تكون في كل مصحة قصد الترويح وعدم وجود المسرح وتقديم الفكاهات المسلية حيث أن هذه البرامج تخفف عن المرضى وتريح عن كاهلهم شعورهم أنهم في بيئة تذكرهم بالمرض وبأنهم غير متكيفين مع مجمع المشفى.

3- عدم وجود نظام الممرضة الزائرة ومثال على ذلك انتشار نظام الممرضة الزائرة في بعض المستشفيات الأمريكية في أواخر القرن الماضي لمعاونة المرضى في منازلهم بعد خروجهم من المستشفى من العوامل التي كشفت عن الحاجة إلى الجهود الاجتماعية الطبية في حل الطب والتمريض، فقد اضطرت الزائرة في خلال الكثير من زياراتها للمرضى إلى القيام بخدمات اجتماعية للمرضى خارج نطاق المهمة الأساسية التي هي مكلفة بها حيث تستدعي ظروف المرضى سرعة القيام بهذه الخدمات وكان تدخل الممرضة الزائرة في مشكلات المريض العائلية والشخصية والمنزلية ومحاولة التخفيف عنه له أثر كبير في نجاح خطة العلاج².

4- إن المدمنين ليس لهم عنبر خاص في بعض المؤسسات الاستشفائية فإنهم في بعض الأحيان مختلطون بالمرضى العقليين في المستشفيات النفسية والعقلية بالطبع.

5- كثيرا من مدمني المخدرات شخصيات عامة، وتخشى دخول هذه المستشفيات حفاظا على سمعتهم مستقبلا بعد العلاج أثناء العلاج.

6- اقتصار المؤسسات الطبية الخاصة بالعلاج بالميثادون فبعض هذه المؤسسات تعالج بالميثادون، والبعض الآخر يعالج بالأنسولين المخفف، ويعللون ذلك بأن العلاج بالميثادون مكلف جدا.

¹ سامية محمد فهمي: المشكلات الاجتماعية، منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية،

القاهرة، 2003، ص 227

² سامية محمد فهمي: المرجع السابق، ص 227، 217.

- 7- عدم حدوث المتغيرات البيئية المطلوبة، وكلها تشجع على العودة مرة أخرى إلى التعاطي¹.
- 8- فشل الأسرة والمدرسة على السواء في استيعاب الشاب واستهلاك الفائض من وقتهم ونشاطهم ورغم أن بعض المدمنين لهم هوايات ومهارات يمكن استغلالها.
- 9- إن العلاج بالمستشفيات العامة لا تتوفر على السرية الواجبة.
- 10- الأسلوب العلاجي يفتقر إلى الشمولية لعمليات العلاج وعملية التأهيل فهناك قصور واضح، خاصة في عملية الإرشاد النفسي والاجتماعي الذي يقدم للمدمن.
- 11- عدم إشراك المدمن في خطة علاجه فالمدمن في وجهة نظر الفريق العلاجي شخص مريض عقلياً، ولا جدوى من إشراكه في العلاج.
- 12- نقص المستشفيات الحكومية المتخصصة في علاج الإدمان على الرغم من تصاعد مشكلة الإدمان وانتشارها.
- 13- الإهمال الواضح في عدم الرقابة في الزيارات، خاصة في المستشفيات العامة، فالزيارة مفتوحة في كل أيام الأسبوع والذي يتحكم في الزيارة هو المريض وليس الطبيب.
- 14- سهولة الحصول على المخدرات بكافة أنواعها داخل المستشفيات العامة وبوفرة.
- 15- عدم استمرارية المدمن في العلاج فالمدمن لا يتحمل بقاءه في المشفى فترة طويلة.
- 16- ارتفاع التكلفة العلاجية في العيادات الخاصة.
- 17- إن عمل الأخصائيين النفسيين (كمثال) يكون غير مكتمل أو لا يتم التعاون بينه وبين أعضاء الفريق العلاجي من جانب أو بين أسرة المدمن من جانب آخر.
- 18- تفتقر المؤسسة الطبية للعلاج النفسي الحديث الذي يقدم في الخارج (العلاج الفردي، العلاج الجماعي وغيره من الأساليب)².
- 19- تدخل الأطباء في عمل الأخصائي.
- 20- عدم إتاحة الفرصة للأخصائيين للمشاركة في اجتماعات الفريق المعالج في بعض المؤسسات.
- 21- عدم القناعة بدور الأخصائي الاجتماعي.
- 22- صعوبة الاتصال بالمتعاطي بعد خروجه من المستشفى.

¹ محمد حسن غانم: المرجع السابق، ص 97.

² نفس المرجع، ص 97، 98.

- 23- عدم توفر وسائل الإيضاح المناسبة للتوعية بأضرار الإدمان.
- 24- جعل العلاج الطبي مصب اهتمام في البرنامج العلاجي وتهميشه باقي الأساليب العلاجية وقلة التركيز عليها.
- 25- قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع هذه المشكلة.
- 26- عدم التحديد الواضح لصلاحيات الممنوحة للأخصائي الاجتماعي.
- 27- عدم إتاحة الفرصة للأخصائيين للمتابعة والتأكد من استقرار الحالة.
- 28- خوف الأسرة من تدخل الأخصائي في شؤونها الخاصة.
- 29- عدم إقناع المؤسسات بأهمية التنسيق.
- 30- عدم تكوين لجان مشتركة بين المؤسسات التي تواجه المشكلة.
- 31- كما أن هناك معوقات تتصل بنوعية الجهود المبذولة لمواجهة مشكلة حيث يغلب على الجهود الطابع العلاجي الطبي أو العمل الشرطي الأمني مع عدم إعطاء نفس التركيز للجهود المتعلقة بالمدخل الاجتماعي¹.

ثالثاً: مدى فعالية الاستراتيجية المطبقة في الجزائر للوقاية من الانتكاس:

إن ارتفاع عدد مدمني المخدرات من التسعينات إلى الآن يعتبر ظاهرة خطيرة من حيث نتائجها، والإدمان مس كافة الأعمار والأعراق وكلا من الصنفين ذكورا وإناثا، والضرر الواقع على الصحة الجسمية والنفسية للفرد والمجتمعات جعل من إدمان العقاقير خطيرا يهدد العالم كله، وأصبح استعمال العقاقير بصفة غير رسمية (غير طبيعية) جناية يحاكم عليها بعض الدول التي قررت القضاء على هذا الداء الذي مازال يستفحل وينتشر بين مختلف طبقات البشر، ولأن إدمان العقاقير ظاهرة ذات أبعاد وتشعبات عالمية فإن معالجة إدمان العقاقير والمخدرات والعودة إليها عملية صعبة ومعقدة لأن تتوجب جهود عديدة: الإرشاد، التوجيه، التحفز، والعلاج بالمعنى الطبي، كما تتطلب القيام بخطوات إعادة التأهيل وإعادة الإدماج في المجتمع، بهدف تحقيق عودة مدمن المخدرات إلى حياة طبيعية، ومثل هذا الهدف يتطلب اهتمام أكبر في العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية كما يجب مشاركة الآباء والأصدقاء في مؤازرة المدمن أثناء المعالجة، وبعدها بهدف توفير الرعاية والرقابة اللازمة ولتحقيق الشفاء التام وتفادي الانتكاس، كما أن الالتزام الشديد من جانب المدمن يلعب دورا حاسما حتى وإن

¹ رشاد أحمد عبد اللطيف: الجوانب الاجتماعية لسياسة الوقاية لمواجهة مشكل تعاطي المخدرات، المكتب الجامعي الحديث، جامعة حلوان، الإسكندرية، 1999، ص 110، 111.

كان القلة والواقع أن المعالجة الناجحة تقلل من نتائج الصحية والاجتماعية، وبالتالي ركود تجارة المخدرات والتخفيف من مخاطر الانتكاس.

وقد اتبعت الجزائر كمثلاً من الدول العربية التي تعاني من ظاهرة استهلاك المخدرات والإدمان والعودة إليها، استراتيجية لمكافحة هذه الظاهرة الخطيرة.

إن تحديد سياسة واضحة ودقيقة اتجاه العلاج خاصة أمر أساسي وإن إساءة استعمال المخدرات والعقاقير تتسم بانعكاسات اقتصادية إلى جانب نتائجها الصحية والاجتماعية مما يقلل من إنتاجية المدمن، ويشكل عبئاً على الدعم الطبي، والدعم الاجتماعي خاصة في الدول الفقيرة والمشكلة تنحصر في أن هذه البلدان تفتقد إلى مبادئ التنسيق التي تؤمن التعاون في تنفيذ برامج العلاج، إذ لا بد من تكاثف جهود كل دولة في العلاج والاعتقاد بأن إدمان العقاقير أمر مرضي يمكن علاجه، بالتنسيق ضروري لاختيار سديد لأهداف الخطط، وتحديد الفئات المستهدفة والمعرضة لخطر الإدمان، المشكلة في هذا الميدان تتطوي على فعالية تكفل المدمن من خلال تدابير العلاج لأن يظل في وسط المجتمع، كما أنه وضعت طرق للعلاج وإعادة التأهيل على الشكل التالي:

1- التنسيق: بمعنى النظر في إمكانية إنشاء هيكلية تنسيق وطنية النطاق مسؤولية على تنفيذ التنسيق، وإسداء المشورة في مجال وضع برامج وطني شامل لعلاج إدمان العقاقير والاستمرار فيه، والعمل على جميع البيانات ثم تحديد الأهداف ذات الأولوية، وتحديد الفئات المعرضة للخطر، وتقدير تكلفة البرامج، والموارد، والإمكانيات المتوفرة والملفات الطبية التي تملكها الدوائر الصحية ثم الشروع في العلاج والتوعية.

2- جمع البيانات: إن العمل على جمع البيانات عن المخدرات مثل الإيدز، والتهاب الكبد، لمنع وتخفيف الإدمان، ولإعادة المدمنين إلى الاندماج في الحياة الاجتماعية والمهنية مع إجراء التوعية اللازمة لتوضيح آلية انتقال مثل هذه الأمراض إلى المدمنين.

3- الأهداف: إن الاهتمام بتوضيح مختلف الأهداف والطرق والأولويات بدقة لتسهيل تنفيذ البرامج من خلال المواد المتاحة والمصحات المتوفرة كما يجب تجنب الطرق التي لا تراعي الوضع المحلي الواقعي.

4- جهود المجتمع: الاهتمام بالجهود المجتمعية والمنظمات غير الحكومية التي ترغب في علاج الإدمان، والوقاية منه إذ لا بد من تكاثف جهود المجتمع بكافة فئاته للمدمن مشكلة سوء استخدام العقاقير ومن ثمة العودة إلى الإدمان.

5- طرق وتقنيات العلاج: العمل على جرد طرق وتقنيات العلاج وإعادة التأهيل المتاحة على الصعيد الوطني واللازمة للاضطلاع بمعالجة مدمني المخدرات وإعادة تأهيلهم إلى محور المجتمع.

6- التعاون: تعزيز التعاون في مجال العلاج بين المسؤولين على المستوى الوطني ونظرائهم في المنطقة الإقليمية، في الوقت الذي يزداد فيه التعاون مع المنظمات الدولية المعنية بالعلاج وخاصة منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات.

7- التكوين: تعزيز القيام بدورات تدريبية لتأهيل الموظفين الذين يستعملون في تنفيذ برامج علاج المدمنين في ضوء توجهات المنظمات الدولية المعنية ، على أن يسبق ذلك تأمين لغة مشتركة تشمل المصطلحات والتعابير المستخدمة في مجال علاج مدمني العقاقير قبل بدء الدورات حتى تتأمن لغة واحدة للخبراء الذين سيقومون بتدريب الموظفين¹.

8- التوعية والإعلام: العمل على إصدار كتيبات إعلامية بمعونة وإشراف منظمة الصحة العالمية وغيرها توزع على الناس إلى جانب كتيبات فنية عن تقنيات المعالجة توزع على المدربين على علاج المدمنين.

9- برامج العلاج: العمل على تحسين اختيار برامج العلاج الدائمة وهو عمل مخوف بالمصاعب، لأن عليه مراعاة العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية والمحلية من أجل تعبئة الموارد والطاقات المحلية وتسهيل إعادة المدمن إلى الاندماج في مجتمعه، كما لابد للبرنامج النموذجي أن يأخذ العامل الشخصي، بأن ليس كل العقاقير تنتج أنواع الإدمان نفسها، كما أن بعض الأشخاص يستعملون العقاقير بلا دراية، كما أن البعض ممن يسيء استخدام العقاقير إذ يلجأ إليها وفق أسباب مختلفة لأن تعاطي العقاقير يخفي وراءه غالبا وضعا مرضيا جسيما أو نفسيا.

10- إزالة السموم: إن العمل على اعتبار إزالة السموم من الجسم يعتبر جزءا من عملية العلاج فقط، وإعادة التأهيل لذا لابد أن يعقب ذلك إزالة السموم من البدن وإعادة التأهيل وهي عملية طويلة تستهدف تعليم الفرد استئناف حياته كمواطن متحرر من قيود العقار فليتعلم المدمن المعاد تأهيله إضفاء معنى على الحياة وإقامة علاقة سليمة مع الأفراد الآخرين، وبالتالي مواجهة صعوبات الحياة اليومية دون اللجوء إلى العقاقير.

¹ فتحي دردار: المرجع السابق، ص 79.

11- البحث العلمي: العمل على تعزيز البحث العلمي وخاصة في المجال الخاص بالممارسة العلاجية لدى أجهزة الرعاية الصحية الأولية بالاستعانة بمنظمة الصحة العالمية.

12- مبادئ التوجيه: القيام بوضع مبادئ توجيهية توصي بأن يعتمد من يديرون العلاج إلى تكييف منوال العلاج في ضوء الأنماط المتغيرة لتعاطي المخدرات مثلاً: ظهور عقاقير ذات فعالية أكبر، وازدياد تعاطي مخدرات متعددة، وغير ذلك من العوامل.

a. اشتراك أسر مدمني المخدرات والعقاقير المدمنة في برامج المعالجة لأن الأسرة هي أساس العلاج خاصة بعد تشخيص حالة المريض، ومعرفة أسباب تعاطيه للعقاقير، ويجب أن يتم العلاج في مصحات غير مزدحمة لأن ازدحامها يؤدي إلى انتكاس المدمن وفشل عملية علاجه.

13- برنامج العلاج: يجب أن يكون في صلب برنامج العلاج كل ما من شأنه خفض معدل الإصابة بالأمراض، وعدد حالات العدوى المنقولة من خلال تعاطي العقاقير، لأن الاطلاع على أسلوب تعاطي العقاقير عند المدمن سيفسر سبب إصابته بتضرر العمود الفقري الذي بسببه تكرر الاستنشاق، أو إصابته بفيروس الإيدز، أو غيره عند استعمال الحقن الوريدي المشترك بين عدة أفراد¹.

ورغم عمل الحكومة الجزائرية على تطبيق هذه الاستراتيجية إلا أنه في ظل هذا مازالت الأعداد في ارتفاع بالنسبة لظاهرة العود إلى إدمان المخدرات بسبب كميات المخدرات التي تدخل بنسب كبيرة إلى أرض الجزائر والاتجار فيها.

¹ فتحي دردار: المرجع السابق، ص 79.

ملخص الفصل:

من خلال ما سبق نصل إلى أن ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات ورغم أن واحدا من أهم التطورات التي شهدتها العالم في مجال المخدرات وقد تمثل في الاستجابة الحكومية العالمية الشاملة للتصدي لمشكلة تعاطي المخدرات والتزايد الملحوظ في عدد وقيمة الاتفاقيات والمعاهدات التي وقعت في هذا المجال، وتزايد المنظمات والهيئات وصور وأشكال أوجه التعاون بين الدول سواء ثنائيا أو إقليميا أو شبه إقليميا أو عالميا إلا أن هذه الظاهرة مازالت مستفحلة، ولم يتم التحكم والسيطرة عليها بشكل محكم وحتى على المستوى المحلي بداية بالأسرة والمجتمع ومؤسسات التنشئة الاجتماعية ككل ووسائل الإعلام والبحث العلمي رغم مساهمته في مواجهة ظاهرة الإدمان على المخدرات والعودة إليها بمحاولة تكميل للمجهودات العلاجية الطبية لكن رغم هذا كله فإن كل مؤسسة من هذه المؤسسات تبقى تعاني من نقص في الأدوار أو نقص من ناحية الفعالية فمثلا الأسرة التي في الكثير من الأحيان لا تحسن التصرف مع الابن المدمن أو العائد إلى الإدمان من خلال عدم الرقابة أو التفكك الأسري الذي يزيد من حدة خطورة الظاهرة ويدعم انتشارها ، كذلك على مستوى المؤسسات العلاجية فإنها تعاني كذلك من النقائص سواء في التسيير أو التنسيق أو كفاءة المشرفين على العلاج كما تصادف عملية العلاج عراقل عديدة سواء من المدمن في حد ذاته أو الأسرة أو أصدقاء السوء في ظل غياب الرقابة، كذلك من ناحية التشريع فإننا نلاحظ أن الدولة ورغم تركيزها على متعاطي المخدرات لكنها متناسبة المروجين والمهريين لهذه المادة الخطيرة التي تقتك بشبابنا في كل يوم في ضل دخول كميات هائلة من المخدرات إلى ارضي الوطن ويتم توزيعها وبيعها ومن ثمة الآثار الوخيمة التي يكون ضحيتها المجتمع وبصفة خاصة الشباب مع أن الدولة وضعت استراتيجية لمواجهة هذه الظاهرة فالشيء الملاحظ هو عدم وجود قانون صارم كالإعدام في مثل هذه القضايا التي تمس بسلامة المجتمع من جميع النواحي، وبالعودة إلى المصحات الخاصة بعلاج الإدمان فإن عددها المحدود يكون له تأثير سلبي على نسبة نجاح العلاج بأن هذه المصحات تضطر لتقليص مدة العلاج نظرا لكثرة توفر المدمنين الذين يريدون الخضوع للعلاج وبالتالي فإن نسبة الانتكاس والعودة إلى الإدمان تكون كبيرة، لان عملية علاج الإدمان تتطلب اهتماما خاصا وطرقا خاصة من ناحية المدة والمتابعة لضمان نتائج أفضل لكن إذ حدث العكس وتواصلت هذه الطرق في ظل الإهمال فلن نتوقف هذه الظاهرة وستظل مشكلة للخطورة.

الباب الثاني

الإطار الميداني

للدراصة

الفصل الأول:

عينة البحث

وخصائصها

تمهيد

أولاً: تحليل البيانات العامة الخاصة بالمبحوثين

أ- الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة

ب- الخصائص الجغرافية لأفراد العينة

ج- الخصائص الثقافية لأفراد العينة

د- الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة

هـ- الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة

ثانياً: عرض نتائج البيانات العامة الخاصة بالمبحوثين

خلاصة الفصل

تمهيد

تعد ظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات من بين الأنماط السلوكية المنحرفة التي تعكس مختلف دلالات اللاتوافق النفسي والاجتماعي، كما تعكس حالات التفكك المجتمعي، وقد شهدت هذه الظاهرة الاجتماعية جملة من التغيرات، غير أن المشكلة الكبرى هي تزايد معدلات متعاطيها، وفي ظل ذلك تولدت عنها ظاهرة أخرى ألا وهي ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات التي شهدت هي الأخرى ارتفاعاً مشهوداً، خاصة في نقص المؤسسات والمصحات التي من شأنها أن تتكفل بهذه الفئة من المدمنين العائدين، ومن هذا المنطلق نجد أن التحليل السوسيولوجي لهذه الظاهرة ضرورة حتمية، حيث يمكننا من تكوين رؤية واضحة وحقيقية عنها، كما يساعدنا في تحديد أبعادها وعواملها والآثار الناجمة عنها، إضافة إلى اقتراح استراتيجيات للتخفيف من حدتها في المجتمع الجزائري، وقد حاول الإنسان منذ القدم أن يتعرف على محيطه الاجتماعي بظواهره المختلفة، وقد كان له من دقة الملاحظة، وبعد النظر، ما ساعده على إطلاق أحكام وتعميمات تفسر فعلاً الكثير من مظاهر السلوك والعلاقات البشرية، كما أننا ورثنا العديد من الأفكار التي لا تقوى أمام الفحص العقلاني، فضلاً عن البحث العلمي.

وفي دراستنا هذه فضلنا أن لا تكون أحكامنا على ظاهرة العود محصورة فقط في الجانب النظري، ولكن هذا الجانب الميداني حاولنا أن نتقص أكثر عن أسباب هذه الظاهرة من خلال مقابلتنا لمجموعة من المدمنين العائدين الذين سبق لهم الخضوع للعلاج، وهذه الفئة تتفاوت من حيث الفئات العمرية والمناطق الجغرافية للإقامة، وكذلك نوع المخدر المتعاطى وأسباب إدمانه وكيفية الحصول عليه (مصدره)، والحالة المدنية لكل مبحوث.

ويتناول هذا الفصل كل ما يتعلق بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والجغرافية والديمغرافية لأفراد العينة.

الفصل الأول: عينة البحث وخصائصها

أولاً: تحليل البيانات العامة الخاصة بالمبحوثين

أ- الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة

جدول رقم (1) توزيع المبحوثين حسب السن

فئات السن	ك	%
20-35	57	81,42
36-50	10	14,28
51 فأكثر	3	4,30
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول تبين لنا أنه من بين 70 مبحوث "مجتمع البحث" هناك 81.42 % من المبحوثين سنهم يتراوح بين 20 - 35 سنة، وهي أعلى نسبة، ثم نجد نسبة 14.28 % من المبحوثين تتراوح أعمارهم ما بين 36 - 50 سنة، وتليها نسبة 4.30 % من المبحوثين، وتمثل أقل نسبة، وهي الفئة العمرية 51 سنة فأكثر.

وبناء على هذه المعطيات فإن الفئة العمرية التي تمثل الأغلبية لدى المبحوثين هي فئة الشباب، بما أنها تمثل أكبر نسبة، بينما تعد فئة الكهول تمثل الأقلية، وهذا ما يبين أن فئة الشباب لديها إقبال أكبر على استهلاك المخدرات والإدمان عليها، وهي أكثر عرضة لظروف العود إلى الإدمان، كما نستنتج أن هذه الظاهرة مست الفئة الشبانية بنسبة أكبر لأنهم الأكثر إقبالا على تناول هذه السموم، كما تعتبر فئة الشباب عماد المجتمع وفي ظل التغيرات السريعة التي مر بها المجتمع العربي عامة والمجتمع الجزائري خاصة أصبحت هذه الفئة مهددة من خلال التأثيرات السلبية لتلك السموم التي تدخل يوميا عبر حدودنا بالأطنان رغم الاستراتيجية المتبعة من الجهات الأمنية في تضيق الخناق على مهربيها ومروجيها، لكن للأسف نجدها تصل بسهولة لشبابنا ويتم تعاطيها بكل أنواعها، ذلك ما نلاحظه عند زيارتنا للمؤسسات الخاصة بعلاج الإدمان رغم نقصها من طابورات طويلة لهؤلاء الشباب كل ينتظر دوره لتتاح

له فرصة للعلاج، كما لاحظنا أن قاصدي تلك المؤسسات من جميع الفئات العمرية، كل والمادة التي يتعاطاها، ومن هنا إذا تحطم شبابنا بفعل تلك السموم فطبعاً ينجر عن ذلك خسارة لاقتصادنا وبرامج الدولة التنموية، لأن تلك البرامج خاصة منها التي سطرت أهدافها للمدى البعيد تركز أساساً على طاقاتنا الشبانية.

جدول رقم (2) توزيع المبحوثين حسب الجنس

الجنس	ك	%
ذكر	68	97,1
أنثى	2	2,9
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أنه من بين 70 مبحوث "مجتمع البحث"، هناك 97.1 % من المبحوثين يمثلون فئة الذكور، في حين نسبة 2.9 % يمثلون فئة الإناث، وهي تمثل أقل نسبة، وبناءً على هذه المعطيات فإن فئة الذكور تمثل الأغلبية، بينما فئة الإناث تمثل الأقلية، وهذا يبين أن فئة الذكور كانت العرضة الأكبر لظاهرة العود إلى إدمان المخدرات نظراً لعدة ظروف تميز هذه الفئة عن الجنس الآخرين حيث نجد أن فئة الذكور عادة هي التي تنتشط أكثر في هذا المجال وكل الظروف متاحة لذلك بسبب الحرية التي يتمتع بها الشباب في الأسرة، مثال السهر خارج البيت والغياب عنه لمدة والمخالطة لرفقاء السوء مقارنة بالعنصر الأنثوي الذي نجد منه الأقلية، نظراً لعدة ظروف نذكر منها أن الأنثى عادة ما تجد صعوبة في الحصول على المخدرات، سواء بسبب قلة الفرص للخروج من المنزل، أو انعدام الظروف المهيئة لعودتهن للإدمان بعد العلاج، لأنه عادة ما تكون الفتاة المدمنة خاضعة للمراقبة والاهتمام من طرف الأسرة خاصة بعد العلاج، وهنا تقل فرص خروجها من البيت والحصول على المخدرات، لكن هذا لا يعني أن العنصر النسوي غير معرض لهذه الظاهرة - ظاهرة العود إلى الإدمان - لأنه في الواقع نجد عدة حالات غير مصرح بها، أو أن الكثير من هن يفضلن السكوت وعدم التقدم للعلاج خوفاً من السمعة السيئة، لأن هذه الظاهرة إذا مست العنصر النسوي تعد بذلك ظاهرة دخيلة على مجتمعنا، ومنه تتعرض الفتاة إلى اللوم أكثر من الشباب في ظل عادات وتقاليد مجتمعنا.

جدول رقم (3) توزيع المبحوثين حسب سن تعاطيهم للمخدرات لأول مرة

السن عند تعاطي المخدرات لأول مرة	ك	%
أقل من 20 سنة	28	40
من 20 إلى 40	39	55,72
من 41 فأكثر	3	4,28
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات الجدول تبين لنا أن نسبة 55.72 % من المبحوثين تناولوا المخدرات مبكرة، أي في سن تتراوح بين 20 - 40 سنة، وتليها نسبة 40% ، كذلك من المبحوثين الذين تناولوا المخدرات لأول مرة أقل من 20 سنة، وأخيرا نسبة 4.28 % من المبحوثين الذين تناولوا المخدرات في سن متقدمة أي من 41 سنة فأكثر، وهي تمثل أقل نسبة.

وبناء على هذه المعطيات نجد أن فئة الشباب من الذين تعرضوا لظاهرة العود إلى الإدمان يمثلون النسبة الأعلى والمعتبرة، مع أنه في هذه السن يكون الشباب على وعي بخطورة ظاهرة تعاطي المخدرات، إلا أننا نلاحظ عكس ذلك، كما مجد أن صغار السن يقبلون أكثر على تناول المخدرات، وهو ما يجعلنا نتساءل عن دور الوالدين في هذه المرحلة العمرية التي يحتاج فيها الصغار إلى وضع تربية ومبادئ يسيرون وفقها لبر الأمان، وتتقص نسبة تناول المخدرات لأول مرة عند المبحوثين الذين تناولوا المخدرات في سن 41 سنة فأكثر، وهذا ما يبين أن هذه الفئة لا يمكن أن نقول عنها أنها أقبلت على تناول المخدرات من باب التجربة، وإنما أكد أن هناك ظروف دفعت بهم لتناول المخدرات بالنظر إلى وعيهم بخطورة هذه الظاهرة مقارنة بالفئة الشبابية، التي تكون عادة معرضة لظاهرة تناول المخدرات بدافع عدم الوعي بخطورة الظاهرة، زد على ذلك المخالطة برفقاء السوء، بما أن تلك التجربة تعد عدوى خاصة إذا توفرت الظروف الملائمة لذلك.

ب- الخصائص الجغرافية لأفراد العينة

جدول رقم (4) توزيع المبحوثين حسب الأصل الجغرافي

الأصل الجغرافي	ك	%
ريفي	5	7,1
حضري	49	70,0
شبه حضري	16	22,9
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة المبحوثين الذين ينتمون في الأصل إلى أماكن حضرية هي النسبة الأكبر، حيث تصل نسبة 70 %، وهي تمثل النسبة الأعلى، وتليها نسبة 22.9 % من المبحوثين الذين ينتمون في الأصل إلى مناطق شبه حضرية، وفي الأخير نجد نسبة 7.1 % من المبحوثين الذين نجد أصلهم الجغرافي ريفي.

ونفسر بذلك الفرق الشاسع بين المبحوثين المدمنين الذين ينتمون في الأصل إلى أماكن حضرية وشبه حضرية، والمدمنين الذين ينتمون في الأصل إلى أماكن ريفية بأن المخدرات بأنواعها تكثر في المناطق الحضرية وشبه الحضرية، ويسهل اقتناؤها بسهولة في ظل كثرة الأحياء الشعبية، كذلك المناطق التي تتصف بالتحضر وهو ما يهيئ أرضية مناسبة لتداول مختلف أنواع المخدرات، وترويجها واستهلاكها بين مختلف الفئات العمرية، سواء كانت حشيش أو حبوب مهلوسة أو كحول، كما نفسر ذلك الفرق بزيادة حجم السكان في المدن أكثر، وفي ظل المشاكل التي تعاني منها الأسر الجزائرية من بين ما يدفع بالأبناء إلى الإقبال على تناول المخدرات ويجعلهم أكثر عرضة لذلك، في ظل الظروف المتاحة، عكس المناطق الريفية التي تمثل النسبة الأقل، نظرا لقلّة الفرص للحصول على المخدرات، وحتى وإن تنقل بعدها الفرد إلى المدينة فهو أقل عرضة لظاهرة تناول المخدرات نظرا لقلّة فرص المخالطة ومعرفته واحتكاكه برفقاء السوء.

جدول رقم (5) توزيع المبحوثين حسب الإقامة الحالية

الإقامة الحالية	ك	%
ريفي	3	4,3
حضري	47	67,1
شبه حضري	20	28,6
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجول نلاحظ أن نسبة المبحوثين القاطنين بـأماكن حضرية هي النسبة الأكبر، حيث تمثل 67.1 % وتليها نسبة 28.6 % من المبحوثين الذين يقطنون بـأماكن شبه حضرية، وفي الأخير 4.3 % من المبحوثين يقطنون بـأماكن ريفية، ويفسر هذا الفرق الشاسع بين المبحوثين العائدين إلى إدمان المخدرات، والذين يقطنون بـأماكن حضرية والمدمنين العائدين الذين يقطنون بـأماكن ريفية، بأن المخدران تتداول أكثر في المدن والأحياء، وأن الظروف المهيئة للعودة إلى الإدمان متوفرة في المدينة أكثر من الريف، لذا نجد أن نسبة العائدين إلى الإدمان تتجلى أكثر في المناطق الحضرية دون غيرها، وهذا ما يجعلنا نقر بأن المدن مع زيادة اتساعها وعددها تتزايد معها آفة المخدرات ، لأن كبر المدينة واتساعها يوازيه في ذلك زيادة عدد السكان وقلة فرص العمل، ما ينتج عنه الانحراف وزيادة فرصة المخالطة لرفقاء السوء، في ظل المشاكل التي تعيشها الأسرة الجزائرية من التفكك الأسري والطلاق، وبالتالي تكون الأرضية مناسبة للدخول في عالم الانحراف وتناول المخدرات من قبل الأبناء وبنسبة كبيرة الشباب.

ج- الخصائص الثقافية لأفراد العينة:

جدول رقم (6) توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	ك	%
أمي	2	2,9
ابتدائي	5	7,1
متوسط	14	20,0
ثانوي	40	57,1
جامعي	9	12,9
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة المبحوثين الذين لهم مستوى تعليمي ثانوي يمثلون النسبة الأكبر 57.1 %، وتليها نسبة 20 % من المبحوثين الذين لهم مستوى تعليمي في مرحلة المتوسط ثم نجد نسبة 12.9 % من المبحوثين ذوي مستوى تعليمي جامعي، وتليها نسبة 7.1 % من المبحوثين الذين لهم مستوى تعليمي ابتدائي، وأخيرا نجد النسبة الأقل وهي 2.9 % ويمثل المبحوثين الذين لا مستوى تعليمي لهم أي أميين.

ونفسر هذا التفاوت بأن مرحلة الثانوية والمتوسط يكون المدمن في محلة مراهقة خاصة، وهي مرحلة انتقالية من المتوسط إلى الثانوي، أو من الابتدائي إلى المتوسط، وبالتالي يجد التلميذ نفسه يحتك أكثر مع أقرانه، زيادة على ذلك يقضي معهم حجم ساعي أكثر، ونحن نعرف أن الثانوية تضم العديد من الفاعلين كل وميزاته، سواء كان سوي أو منحرف، وهنا إذا غابت الرقابة الأبوية، فإن الابن سيجد نفسه في بعض الحالات خاضع لتجربة قد لا يحسن الاختيار في تحديد أصدقائه، خاصة أن الابن في هذه المرحلة يمارس أشياء سواء بطريقة عشوائية أو من باب التجربة، وبالتالي إذا لم تتوفر الرقابة الأبوية والمدرسية فإن الابن سيسلك سلوكات منحرفة خطيرة، كما أن الجامعة كذلك لا تختلف ظروفها كثيرا عن الثانوية بما أن الابن يجد نفسه يختلط تلقائيا بعدة أشخاص قد يكونوا أسوياء أو غير أسوياء، كما أن المستوى التعليمي العالي لا يعني نجاة الشخص من الانحراف، لأنه إذا كان حجر الأساس الذي يمثل التنشئة الاجتماعية ليس سوي أو بالأحرى تنشئة خاطئة، فإن الشخص سيسلك طريقا منحرفا

كالإدمان والعود إليه، خاصة وأن الجامعة تتوفر على إقامات، وهناك تكون فرصة أكبر للشخص لاحتكاكه برفقاء السوء، وفي المقابل نجد النسبة الأقل من المبحوثين تمثل أولئك الذين انقطعوا عن الدراسة في سن مبكرة أو لم يزاولوا دراستهم تماما، ونستنتج من هنا أن الأميين أو الذين انقطعوا عن الدراسة في مرحلة الابتدائي قد توجهوا مباشرة للحياة العملية، أو لم يحتكوا كثيرا برفقاء السوء، وبالتالي هم يمثلون النسبة الأقل من المبحوثين العائدين.

د - الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة:

جدول رقم (7) توزيع المبحوثين حسب نوع العمل

نوع العمل	ك	%
دائم	9	12,9
مؤقت	12	17,1
عاطل عن العمل	49	70,0
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 70 % من المبحوثين عاطلين عن العمل وهي أعلى نسبة، وتليها فئة 17.1 % من المبحوثين الذين يعملون أعمال مؤقتة، ثم نجد نسبة 12.9 % من المبحوثين الذين طبيعة عملهم دائم وهي أقل نسبة.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن أغلبية المبحوثين العائدين إلى الإدمان على المخدرات لا يمارسون أي نشاط، ويعانون من البطالة التي تعد من الأسباب الرئيسية التي تدفع بالمدمن إلى العود إلى تناول المخدرات، لأنه بعد أن يخضع لعملية العلاج فإنه بالضرورة يحتاج لشيء يشغله بعد خروجه من المشفى لكي يخطو خطوة جديدة نحو مستقبل بعيد عن الإدمان، إلا أنه في حالة عدم وجود عمل أو مهنة أو حرفة فإنه وباحتمال كبير سوف يتجه إلى السلوك المنحرف والعودة إلى الإدمان في ظل تلك الظروف التي لا تخدم مصلحته، من فراغ كبير وما يولد الشعور باليأس والإحباط، وبالتالي العود إلى الإدمان، وهذا حسب استجوابنا لعينة من هذه الفئة، كذلك يمكن القول أن هذه الفئة ليس بالضرورة تشمل أغلبية المدمنين، لأن هذه النسبة تشمل كذلك التلاميذ والطلبة الذين مازالوا يزاولون دراستهم، وهم فئة الطلبة، ونستنتج من هذا أن البعض حتى وإن كانوا طلبة، فإنهم لم يملؤوا فراغهم بأعمال أو حرف قد تعود بالمنفعة عليهم وعلى مجتمعهم، بل استغلوا ذلك الفراغ في سلوكات منحرفة كالإدمان على المخدرات، كذلك نجد أن البعض من المبحوثين طبيعة عملهم مؤقت وهذا ما يزيد الضغط عليهم لأنهم في أي وقت يمكن أن يتعرضوا للبطالة، مما يتولد لديهم شعور بالإحباط والخوف ، وبالتالي ينجم عن ذلك العودة إلى الإدمان في ظل الظروف المادية الصعبة، أما بالنسبة لفئة المبحوثين الذين يشتغلون أعمال دائمة فإنهم يمثلون القلة، وهذا يرجع إلى وجود شيء من

الاستقرار في الحالة المادية لهؤلاء، لكن مع ذلك تعرضوا لظاهرة العود إلى الإدمان نتيجة ظروف سواء اسرية أو اجتماعية أخرى، لكن يبقوا يمثلون الفئة الأقل في عودهم لتناول المخدرات عن غيرهم.

هـ- الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة:

جدول رقم (8) توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية	ك	%
أعزب	61	87,1
متزوج	4	5,7
مطلق	5	7,1
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نجد أن نسبة المبحوثين العزاب يمثلون نسبة 87.1 % وهي النسبة الأكبر وتليها نسبة 7.1 % من المبحوثين المطلقين، وأخيرا نجد نسبة 5.7 % من المبحوثين المتزوجين وهي أقل نسبة.

ومن هنا نستنتج أن فئة العزاب هم المعرضون أكثر لظاهرة العود إلى إدمان المخدرات، وذلك يعود إلى عدة أسباب نذكر منها: عدم إحساس الفرد العازب بالمسؤولية ويتمتع بحرية أكبر تسمح له بمخالطة الكثير من الأصدقاء والسهر خارج المنزل، والدخول في وقت متأخر لأنه على علم بأن لا زوجة ولا أولاد ينتظرونه، كذلك الفرد العازب يعاني من مشكل الفراغ الكبير، وبالتالي يحاول ملأه بأي شيء، فإذا كان يعاني من مشاكل أسرية ولم تكن هناك رقابة أبوية فإن ذلك يمثل أرضية مناسبة ليمارس الشخص ما يحلو له من سلوكيات غير سوية، لأن المخدرات تجعل الشخص يتعامل بروح اللامسؤولية في حياته لأنها تحطم طموحه وتضيي الاكتئاب على تفكيره وإحباطه، وبالتالي تجعل عودته للإدمان سهلة لأنه لا يجد من يوجهه ويقوده إلى الطريق الصحيح أو متابعة العلاج. في حين نجد أن نسبة المطلقين والمتزوجين تمثل النسبة الأقل، ويرجع ذلك إلى وجود عوامل تدعم المبحوث لعدم العودة للإدمان منها دعم أفراد الأسرة للمدمن في حالة ما إذا كان متزوج ودعّمه مغنويا لمواصلة العلاج، وإذا كان مطلقا يمكن أن يكون اهتمامه بأبنائه وإحساسه بمسؤولية أكبر تجعله لا يفكر في العودة إلى إدمان المخدرات، وهذا لا يعني أن هناك نسبة قليلة من المدمنين العائدين من فئة المتزوجين والمطلقين، لأن هناك العديد من الحالات الغير مصرح بها، أو لم يتقدموا للعلاج تفاديا لتشويه

سمعتهم، وفي كل الحالات نجد أن التلاحم الأسري يساعد في الوقاية من العودة إلى الإدمان وحت إن حصل ذلك فسيكون دورا إيجابيا للأسرة.

جدول رقم (9) توزيع المبحوثين حسب الوضع المهني

الوضع المهني	ك	%
طالب	10	14,3
عامل	21	30,0
عاطل عن العمل	39	55,7
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 55.7 % من المبحوثين عاطلين عن العمل، وتليها نسبة 30 % من المبحوثين عمال، وفي الأخير نسبة 14.3 % من المبحوثين طلبة، وبناء على هذه المعطيات نجد أن نسبة العاطلين عن العمل تمثل النسبة الأكبر، وهذا ما يدل على الآثار السلبية والتي تنتج عن البطالة، ومنه يجد المدمن فراغا كبيرا ليملأه بسلوكات منحرفة، خاصة إذا كانت تجمعها علاقات مع أصدقاء منحرفين، كما أن الآثار السلبية النفسية الناتجة من تناول المخدرات تجعل الشخص المدمن محبطا وحبيس لتلك المواد المخدرة، وحتى إن توفرت فرص العمل فإن ذلك المدمن سيعزف عنها، كذلك خضع المدمن لبرنامج علاج وبعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية إن بقي عاطل عن العمل فذلك سيسهل عليه عملية الانتكاس والعود إلى الإدمان، أما بالنسبة للمبحوثين العاملين تقل عندهم ظاهرة العود، وهو ما يثبت أن البطالة تزيد من فرصة العود، وبالنسبة لهذه الفئة رغم وجود برنامج عمل يملأ فراغهم إلا أن هناك ظروف أخرى تدفعهم للعود إلى الإدمان كالتفكك الأسري مثلا في حالات الطلاق أو وفاة الزوجة طبعا سيمر الشخص بحالة نفسية صعبة، لأنه سيكون مقدما على تحمل مسؤولية أخرى على عاتقه، وهنا سيجد نفسه معرضا للوقوع مرة أخرى في فخ الإدمان ومنه العود إلى تناول المخدرات، هذا طبعا ليس الضرورة وإنما مجرد افتراض يمكن أن يكون سببا في عودة المدمن إلى المخدرات، أما بالنسبة لفئة الطلبة المدمنين فقلتهم تتعلق بدراساتهم وعدم وجود ذلك الفراغ الموجود عند العاطلين عن العمل، إلا أن الدراسة لا تعني أن الطلبة غير معرضين للعود إلى الإدمان لأنهم كذلك يعيشون ظروف قد تعرضهم لذلك، كالمشاكل العائلية أو اختلاطهم برفقاء السوء، خاصة الطلبة المقيمين بالأحياء الجامعية هم أكثر عرضة لذلك.

جدول رقم (10) توزيع المبحوثين حسب نوع المخدر المتعاطي

نوع المخدر المتعاطي	ك	%
حشيش	32	45,7
حبوب مهلوسة	22	31,4
هروين	3	4,3
أخرى تذكر	13	18,6
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 45.7 % من المبحوثين يتناولون الحشيش وهي النسبة الأكبر، وتليها نسبة 31.4 % من المبحوثين الذين هم مدمنون تناول الحبوب المهلوسة، ثم نجد نسبة 18.6 % يتناولون أنواع أخرى كالخمر مثلاً، وأخيراً نجد نسبة 4.3 % من المبحوثين الذين يدمنون على مادة الهروين وهي النسبة الأقل.

وبناءً على هذه المعطيات فإن المبحوثين المدمنين على مادة الحشيش يشكلون النسبة الأكبر، لأن هذه المادة متوفرة حتى في الأحياء الشعبية، زيادة على ذلك انخفاض سعرها مقارنة بالمواد المخدرة الأخرى، هذا حسب تعليلهم لذلك، لأن هذه المادة تدخل إلى بلادنا عبر الحدود بكميات كبيرة، وتشير على ذلك إحصائيات من المصالح الأمنية التي تحجز يومياً كميات هائلة من هذه المادة السامة المخدرة التي يقدم على تناولها عدة فئات خاصة الشباب، أما بالنسبة للحبوب المهلوسة كذلك نجد استهلاكها على نطاق واسع، لأن هناك مجال لترويجها، سواء في الأحياء الشعبية أو حتى في المدارس والجامعات، خاصة وأن هذه الحبوب أقدم على استهلاكها حتى العنصر النسوي، لأنها لا تحتاج إلى تدخين أو غير ذلك، وإنما يتم تناولها عن طريق الفم مباشرة، وحتى عملية بيعها وترويجها متداولة في الكثير من الأحياء، أما بالنسبة للمبحوثين الذين يتناولون مواد مخدرة أخرى، فحسب استجوابنا لهم قدموا لنا إجابات مختلفة منهم من هو مدمن خمر، ومنهم من هو مدمن مواد استنشاق وغيرها، كذلك هذه الفئة نجدهم يقدمون على هذه المواد وعدم ادمانهم لمادة واحدة لأن همهم الوحيد العقار مهما كان نوعه، المهم أن يكون مسكن ومهدئ لاضطراباتهم، وفي الأخير نجد أن نسبة متعاطي الهروين قليلة نظراً لقلّة تلك المادة وغلاء سعرها، إلا أن خطورة هذه المادة كبيرة ويصعب التخلص

منها، لهذا نجد الكثير ممن يتناولونها يعودون إلى إدمانها إذا لم تتم المراقبة الطبية والمتابعة بشكل صحيح ومستمر.

جدول رقم (11) توزيع المبحوثين حسب سبب الإدمان على المخدرات

سبب الإدمان على المخدرات	ك	%
التقليد	11	15,7
الهروب من مشاكل العائلة	26	37,1
الأصدقاء	24	34,3
سبب آخر	9	12,9
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أن أكبر نسبة 37.1 % تمثل المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات هروبا من المشاكل العائلية، وتليها نسبة 34.3 % من المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات من مخالطة رفقاء السوء، ثم نجد نسبة 15.7 % من المبحوثين يعود سبب إدمانهم على المخدرات إلى التقليد، وفي الأخير نجد نسبة 12.9 % من المبحوثين دفعتهم أسباب أخرى إلى تناول المخدرات والإدمان عليها.

ومن خلال هذه المعطيات نستنتج أن أغلبية المبحوثين العائدين إلى إدمان المخدرات كان سبب إدمانهم هروبا من المشاكل العائلية، ومن ثمة هذا سبب رئيس للإدمان، وتتمثل هذه المشاكل العائلية مثلا في التفكك الأسري والعلاقات السيئة بين الأبناء والوالدين، كذلك حالات وفاة أحد الوالدين كل هذه المشاكل قد تدفع بالفرد إلى تناول المخدرات والإدمان عليها أو العود إلى الإدمان، كذلك هناك سبب آخر ومهم وهو مخالطة رفقاء السوء، يؤدي هذا إلى احتمال كبير لإدمان الفرد على المخدرات، وهذا ما أدلى به البعض من المبحوثين، سواء المخالطة لأولئك المنحرفين، أو من باب التجربة أي التقليد، ومن ثمة الوقوع في فخ الإدمان، ويجد الفرد نفسه في شرك يصعب التخلص منه، خاصة إذا لم يقلع المدمن عن مخالطة أصدقائه المنحرفين، كذلك هناك أسباب أخرى قد تدفع بالفرد إلى الإدمان، كالحالة الاجتماعية السيئة التي تتجم عن البطالة والفقر والفراغ الكبير الذي يعيشه بعض الشباب، في ظل عدم توفر فرص العمل، ومنهم كذلك من يعاني أمراض عصبية وخضع لعلاج بأدوية أصبح مدمنا عليها، كالمهدئات مثلا، وهو استعمال خاطئ لتلك الأدوية المخدرة، إضافة إلى حدة مشاكل نفسية وضغوطات تدفع الفرد إلى تناول المخدرات ومن ثمة الإدمان عليها.

جدول رقم (12) توزيع المبحوثين حسب مصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول على المخدرات	ك	%
الأهل	4	5,7
الأصدقاء	18	25,7
الجيران	9	12,9
اخر يذكر	39	55,7
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن أعلى نسبة 55.7 % يمثلها المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى، وتليها نسبة 25.7 % من المبحوثين يمثل الأصدقاء مصدر حصولهم على المخدرات، ثم نجد نسبة 12.9 % من المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من جيرانهم، وأخير نسبة 5.7 % من المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من طرف أهلهم.

وبناء على هذه المعطيات يمكن القول أن أكبر مصدر من المصادر الأخرى التي ذكرها المبحوثين تعود إلى شرائها، أي يكون مصدرها من بائعي المخدرات ومروجيها بكل أنواعها إلى درجة أن المدمن يجعل أولوية لشراء المخدرات على شيء آخر، كاللباس أو المأكّل، وهذا ما يبين درجة خطورة هذه الآفة، كذلك نجد أن مصدر الحصول على المواد المخدرة يكون من الأصدقاء المنحرفين، سواء في الأحياء أو المدارس أو الجامعات، وهذا يرجع إلى المخالطة لهؤلاء الأفراد غير الأسوياء، لأن الفرد المدمن حتى ولو كان لا يعرف أماكن بيع المخدرات فإنه سيستعين بأصدقائه المنحرفين للحصول على تلك السموم، ثم نجد أن بعض المبحوثين يحصلون على المخدرات من الجيران، خاصة إذا كان الفرد المدمن من يقيم في حي شعبي أين تتداول تلك المواد بشكل واسع في ظل نقص المراقبة الأمنية، ومن ثمة سهولة الحصول عليها، أما بالنسبة للمبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من أهلهم، فإن المدمن يلجأ إلى أفراد عائلته للحصول على المخدر، خاصة في حالة إدمان أحد الوالدين على مادة الخمر، مثلاً نجد أن بعض العائلات يتناولون الخمر بشكل عادي، ومن ثمة يكتسب الأبناء تلك السلوكات، وبالتالي يجدون أنفسهم مدمنين عليها، وحتى أن هناك البعض من

الذين يتناولون الأقراص المهلوسة يعتمدون على إخوانهم أو أحد أفراد عائلتهم من المدمنين على نفس النوع للحصول على تلك المواد، ومن هنا يتبين أن عملية الحصول على المخدر عملية سهلة في ظل انعدام وضع استراتيجية فعالة للقضاء على مصادر هذه السموم.

جدول رقم (13) توزيع المبحوثين حسب وجود الوالدين أو إحداهما على قيد الحياة

وجود الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة	ك	%
نعم	58	82,9
لا	12	17,1
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا نلاحظ أن نسبة 82.9 % من المبحوثين الذين يوجد والديهما على قيد الحياة معا أو أحدهما وهي أكبر نسبة في حين نجد نسبة 17.1 % من المبحوثين الذين والديهما ليسوا على قيد الحياة.

ومن هنا نستنتج أنه ومع وجود أحد الوالدين سواء كلاهما أو أحدهما على قيد الحياة فهذا لم يمنع المدمن من العود إلى إدمان المخدرات وهذا بين ان ليس وجود الوالدين احدهما أو كليهما على قيد الحياة وحده كافى لتجنب المدمن العود إلى تناول المخدرات بل ان هناك عدة أسباب دفعت بأولئك المدمنين إلى العود رغم وجود احد والديهما على قيد الحياة لان الرقابة الوالدية تلعب دورا هاما في مرحلة ما بعد العلاج لان المدمن في هذه المرحلة يحتاج بالضرورة إلى وقوف والديه إلى جانبه لمساندته والمساهمة في أبعاده عن الأجواء التي تسهل عملية العود الى تناول المخدرات، أما بالنسبة للمبحوثين الذين والديهما متوفين فان هذه الحالة ساهمت في عودتهم إلى الإدمان لان فقدان الوالدين يشكل حالة من الغياب في نفس المدمن ويقلل من نسبة نجاح علاجه خاصة إذا كانت علاقته بأفراد عائلته الآخرين ليست جيدة فانه سيجد نفسه وحيدا بدون مساندة أو دعم اسري يجعله يتابع علاجه بل يضعه بنسبة كبيرة الى العود الى الإدمان وتكون الطريق معبدة لذلك في ظل الظروف الأسرية الصعبة كفقدان الوالدين معا.

جدول رقم (14) توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية للوالدين

الحالة العائلية للوالدين	ك	%
يعيشان معا	29	41,4
مطلقين	41	58,6
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 58.6 % من المبحوثين والديهما مطلقين وهي أكبر نسبة وتليها نسبة 41.4 % من المبحوثين الذين والديهما يعيشان معا وبناءا على هذه المعطيات نستنتج أن ظاهرة الطلاق تلعب دورا رئيسيا في سبب العود إلى إدمان المخدرات حيث أن غياب أحد الوالدين وحدوث مشاكل عائلية ينجم عنها الطلاق ومن ثمة حالة عدم التوازن والاستقرار التي تساهم بشكل مباشر في عودة المدمن إلى تناول المخدرات، بحيث أن المدمن الذي خضع إلى عملية العلاج يحتاج إلى دعم الوالدين والوالدين والوقوف إلى جانبه بعد خروجه من المشفى لضمان نجاح علاجه وفي حالة حدوث العكس أي طلاق الوالدين وانفصالهما فهذا سيقول من فرصة نجاح العلاج بالنسبة للمدمن ويسهل عودته للإدمان مجددا كذلك بالنسبة للمبحوثين الذين والديهما يعيشان معا نجد أن هناك مبحوثين من هذه الفئة قد عادوا للإدمان مجددا وهذا راجع إلى عدم الرقابة الأبوية رغم وجود الوالدين في ارتباط أي غير مطلقين كما أن هذه الحالة ليس بالضرورة اجتماع الوالدين يشكل استقرار في الأسرة بل أن هناك العديد من المبحوثين الذين أقروا بأنهم عانوا من الإهمال من قبل الوالدين وذلك بسبب ارتباط أحدهما بالعمل أو البعد عن المنزل كما تحوي هذه الفئة من الذين أحد والديهما متوفي سواء الأب أو الأم دون حدوث الطلاق وهذا أيضا يؤثر بشكل سلبي في عملية إكمال العلاج بطريقة صحيحة لأن الأب أو الأم في حالة وفاة أحدهما سيتحمل على عاتقه مسؤولية مضاعفة قد لا تساهم بالشكل الصحيح في تجنب المدمن العود إلى الإدمان مجددا.

جدول رقم (15) توزيع المبحوثين حسب توفر المركز على وسائل ترفيه من عدمها

توفر المركز على وسائل ترفيهية	ك	%
نعم	4	5,7
لا	66	94,3
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 94,3 % من المبحوثين أقرروا بأن المركز لا يتوفر على وسائل ترفيه وهي أعلى نسبة، تليها نسبة 5,7 % من المبحوثين أقرروا بأن المركز يحتوي على وسائل ترفيهية وهي أقل نسبة.

وبناء على هذه المعطيات نستنتج أن أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا أن هناك وسائل ترفيهية يحتوي عليها المركز، وهذه نقطة سلبية تبين النقص للإمكانيات في مؤسساتنا الاستشفائية الخاصة بفئة المدمنين، والتي من المفروض أن يكون التكفل بها بشكل خاص، لأن المدمن إذا كان في مرحلة علاج خلال إقامته بالمؤسسة الاستشفائية لا يكفي العلاج الدوائي لوحده، وإنما يجب تخصص برامج ترفيهية ورياضية من خلال توفير أجهزة كالألعاب وقاعات رياضية ليكون هناك جانب ترفيهي ينقص قليلا من الحالة النفسية الصعبة التي يعيشها الفرد المدمن المقيم بالمؤسسة الاستشفائية، لأن المحيط الذي يقيم فيه المدمن يلعب دورا كبيرا في تقدم نسبة العلاج، فإذا كان المركز لا يحتوي على وسائل ترفيهية فإن الفرد المدمن سيعيش حالة صعبة من الاكتئاب والفراغ الذي يصعب من نجاح علاجه. أما بالنسبة للمبحوثين الذين أقرروا بأن المركز يحتوي على مراكز ترفيهية فعلى حسب تصريحاتهم يرون أن المركز يحتوي قاعة متواجد بها تلفاز وهناك فترة يسمح فيها للمدمنين بالجلوس بتلك القاعة ومشاهدة التلفاز، لكن هذا وحده لا يكفي لأن الجانب الترفيهي يتطلب إمكانيات مادية ضرورية للمساهمة في إثراء البرنامج العلاجي، لكن للأسف فالمؤسسة الاستشفائية الخاصة بالتكفل بفئة المدمنين تبقى تعاني قصور من هذه الناحية.

من خلال المعطيات المبينة في هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 94.3% من المبحوثين أقرّوا بأنهم يجدون فراغ من الوقت داخل المؤسسة الاستشفائية، وهي أعلى نسبة، وتليها نسبة 5.7% من المبحوثين أقرّوا بأنهم لا يجدون فراغ من الوقت داخل المؤسسة الاستشفائية وهي أقل نسبة.

جدول رقم (16) توزيع المبحوثين حسب وجود برامج توعية داخل المؤسسة

برمجة المؤسسة لبرامج توعية	ك	%
نعم	2	2,9
لا	68	97,1
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات الجدول أعلاه، نلاحظ أن نسبة 97.1% من المبحوثين لاحظوا بأنه لا وجود لبرامج توعية داخل المؤسسة الاستشفائية، وهي أعلى نسبة، تليها نسبة 2.9% من المبحوثين الذين لاحظوا بأن هناك برامج توعية تعرض لهم داخل المؤسسة، وهي أقل نسبة.

وبناء على ما سبق نجد أن أغلبية المبحوثين يقرون بعد وجود برامج توعية يستفيدون من خلالها من الناحية التعليمية والتوجيهية، وهذا النقص يشكل نقطة سوداء في مؤسساتنا الخاصة بالتكفل بالمدمنين، فهاته البرامج من شأنها أن تساهم وبنسبة كبيرة في توصيل أفكار تحمل معنى خطورة المخدرات وإدمانها والعود إليها، وكذلك التوعية بضرورة الإقلاع عن تناول تلك السموم، والابتعاد عن كل ما يسهل الحصول عليها، لهذا وجب برمجة هذه الحصص مع المدمنين المقيمين، خاصة وأن فترة الإقامة قصيرة لا تتعدى 21 يوما، ويجب أن تكون هذه البرامج متنوعة، ولها فاعلية من خلال إثراءها، وجودة مضامينها التوعوية. أما بالنسبة للمبحوثين الذين أقرروا بأن هناك برامج توعية داخل المؤسسة فهذا يعود إلى أن هؤلاء قد سبق لهم الإقامة بالمصلحة، وتوافق مكوثهم في المرات السابقة مع برمجة حصص توعية، وهذا يفسر أنه رغم وجود برامج توعية إلا أنها قليلة جدا ولا تفي بالغرض، ولا تدعم البرنامج العلاجي بالصفة الكافية التي تنتج عنها نقاط إيجابية تخدم المدمن المريض والمؤسسة الاستشفائية بصفة عامة، لهذا يجب أن نكثف مثل هذه البرامج التوعية ويخصص لها حيز وفضاءات يستدعي لها أخصائيين في مجال مكافحة الإدمان لان الجزائر لها أبناء من الطبقة المثقفة من باحثين اجتماعيين ونفسانيين لهم درجات علمية كبيرة وينشطون في مثل هذا المجال فما

فائدة البحث العلمي والدراسات الخاصة في مجال التكفل بالمدمنين إذا لم يتم تطبيقها ومحاولة الاستفادة منها، وتسليطها على الفئة الخاصة بالمدمنين والتواصل المباشر معهم، لكي لا تبقى تلك الدراسات معزولة عن الواقع ويمكن القول عنها أنها عقيمة.

جدول رقم (17) توزيع المبحوثين حسب سبب خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج
بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية لأول مرة

سبب خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج بعد خروجه من المؤسسة لأول مرة	ك	%
بمحض ارادتك	7	10,0
تم دفعك لاكماله	6	8,6
لم اخضع لبرنامج	57	81,4
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 81.4% من المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية لأول مرة، تليها نسبة 10% من المبحوثين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بمحض إرادتهم، وأخيرا نجد نسبة 8.6% من المبحوثين الذين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج من خلال أن هناك من دفعهم لمواصلة العلاج، وهي أقل نسبة.

وبناء على ما سبق من المعطيات نستنتج أن أغلبية المدمنين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج، وهذا ما يدل على وجود عدة عراقيل يواجهها المدمن تتلخص في مشاكل أسرية، وعدم الاهتمام الكافي بالشخص المدمن الخاضع للعلاج، وعدم مراقبته، وزيادة على ذلك انعدام الإرادة لديه لمواصلة الاتصال بالمؤسسة، وجدير بالذكر أن مصلحة الوقاية وعلاج الإدمان بالبلدية بعيدة عن الكثير من الأشخاص الذين خضعوا للعلاج، فلو كان في كل ولاية مركز مخصص لهاته الفئة لما كانت هاته النتائج، وستختلف الأرقام، لأن الكثير منهم ظروفه المادية لا تسمح له بالتنقل في العديد من المرات للتقرب من المؤسسة الاستشفائية، وهذا سبب من الأسباب التي تعرقل عملية مواصلة العلاج. أما بالنسبة لبعض المدمنين الذين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بمحض إرادتهم، فهذه نقطة إيجابية تبين وجود وعي لدى الشخص المدمن، لكن في المقابل هذه الإرادة سرعان ما يتخللها بعض الشك والاضطراب، خاصة إذا كانت

الظروف المحيطة بالمريض سيئة، وكذلك عدم التزام المريض بمواعيد الحضور للمؤسسة بانتظام، هذا كله ينعكس على نتيجة العلاج. أما بالنسبة لبعض المدمنين الذين خضعوا لعملية ما بعد العلاج أقروا بأن هناك من دفعهم لمواصلة التداوي والاتصال بالمؤسسة الاستشفائية، وهذه كذلك نقطة ايجابية، تبين وجود اهتمام من بعض الأطراف ومساندتهم للمريض، لكن إذا لم تتوفر لديه الإرادة الكافية فسيعاني من مشاكل تعرقل عملية العلاج، لأنه على سبيل المثال نجد بعض الأسر يأخذون الابن المدمن بالإجبار على مواصلة العلاج، وهو غير محبذ لذلك، وهنا لن يجدي العلاج، وفي الأخير ينتكس.

جدول رقم (18) توزيع المبحوثين حسب نوع العلاج الذي كان يركز عليه الأطباء والمختصين داخل المؤسسة الاستشفائية

نوع العلاج الذي يركز عليه الأطباء داخل المؤسسة	ك	%
العلاج الدوائي	46	65,7
العلاج النفسي	14	20,0
العلاج الاجتماعي	10	14,3
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات الجدول أعلاه نلاحظ ان نسبة 65.7 % من المبحوثين الذين لاحظوا أن الأطباء كانوا يركزون أكثر على العلاج الدوائي خلال مكوثهم بالمؤسسة الاستشفائية لأول مرة، وهي اعلي نسبة تليها نسبة 20 % من المبحوثين الذين لاحظوا أن الأطباء كانوا يركزون على العلاج النفسي، وأخيرا نجد نسبة 14.3% من المبحوثين الذين لاحظوا أن الأطباء والمختصين كانوا يركزون على العلاج الاجتماعي أكثر، وهي اقل نسبة.

و بناء على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المدمنين العائدين كانوا يلاحظون أن الأطباء يهتمون بالعلاج الدوائي نسبة اكبر و درجة عالية، و هذا يبين أن هذه الفئة من المرضى المدمنين يعانون من اضطرابات تجعلهم يتصرفون بعنف و هذا حسب رأي الأطباء الذين تكلمنا معهم، حيث اقرروا بأنهم في كثير من الأحيان يضطرون لتقديم أدوية مهدئة للمرضى الذين يقومون بالصراخ و إيذاء أنفسهم جراء الاضطراب الذي يحصل بسبب الانقطاع عن المادة المخدرة، لهذا تم الاعتماد بشكل اكبر على تلك الأدوية، أما بالنسبة للمبحوثين الذين لاحظوا انه تم الاعتماد على العلاج النفسي بصفة اكبر فهذا راجع إلى المشاكل النفسية التي يعاني منها هؤلاء المدمنين و منه تبرمج لهم حصص من الأخصائيين النفسيين و التركيز على هذا الجانب أكثر، أما بالنسبة للمبحوثين الذين لاحظوا ان الاهتمام بالجانب العلاجي الاجتماعي كان اكبر، فان هذا يبين أن الأطباء والأخصائيين يعطون أهمية للعلاج الاجتماعي، حيث يتم برمجة مقابلات جماعية مع المدمنين وليس مقابلة كل مريض على حدة، والتكلم معهم وهذه نقطة ايجابية، لكن من الأحسن أن يكون تكافؤ بين هذه الأنواع من

العلاج، والأفضل دراسة حالته كل مدمن لوحده، وما تقتضيه حالته دون التركيز على نوع معين من أنواع العلاج لكي لا يكون هناك نوع من العشوائية في طريقة التكفل بهم والرجوع إلى ملفاتهم السابقة ونتائج العلاج بالنسبة لكل واحد منهم، واستخراج النقاط التي يجب تغييرها لإعطاء نتائج أفضل.

جدول رقم (19) توزيع المبحوثين حسب ملاحظة المبحوث لوجود تغير في حياته اليومية بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى

ملاحظة المبحوث لوجود تغير في حياته اليومية	ك	%
نعم	20	28,6
لا	50	71,4
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 71.4% من المبحوثين لم يلاحظوا تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى، وهي أعلى نسبة، تليها نسبة 28.6% من المبحوثين الذين لاحظوا أن هناك تغير في حياتهم اليومية، وهي أقل نسبة.

وبناء على هذه المعطيات نستنتج أن أغلبية المدمنين رغم خضوعهم لبرنامج علاج إلا أنهم وبعد خروجهم من المستشفى وعودتهم إلى أسرهم لم يلاحظوا أن هناك تغير على مستوى حياتهم اليومية، ومن هنا نستنتج أن البرنامج العلاجي المقدم لذلك المريض لم يكن فعال للدرجة الكافية التي تجعله يتجاوز العراقيل التي يواجهها في حياته، وتكون سببا في عودته إلى الإدمان، ولكن ليس معنى هذا أن المؤسسة الاستشفائية لم تقم بدورها بل هناك أيضا أدوار أخرى يجب على الأسرة ليكون البرنامج متكامل والتكفل بوجه تام لأن خروج المريض من المستشفى لا يعني أنه شفي، فإنه فإذا لم يواصل برنامج ما بعد العلاج ويكون على اتصال مع المؤسسة، والفريق الطبي الذي كان يشرف على علاجه فلن يكون هناك نتيجة ايجابية والظروف التي يعيشها المدمن سواء في أسرته أو في محيطه لها الأثر البالغ في نجاح علاجه من عدمه، أما عن فئة المبحوثين الذين لاحظوا أن هناك تغير وتحسن في حالتهم بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية فإن هذا مرتبط بشخصية المدمن في حد ذاته، وإرادته وقيام الأسرة بدورها، دون أن ننسى نوع العقار الذي كان يدمن عليه المريض لأن هناك أنواع يصعب التخلص منها بسهولة خاصة إذا كانت مدة الإدمان طويلة، لكن رغم ملاحظة هؤلاء المدمنين

بوجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية إلا أنهم عادوا للإدمان مجددا وهذا يرتبط بمخالطة رفقاء السوء بالدرجة الأولى، وبعض الحالات من الاضطراب سواء المشاكل الأسرية مثلا وغيرها في لحظة معينة تغير مزاج المدمن ويعود لاستهلاك المخدرات.

جدول رقم (20) توزيع المبحوثين حسب سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمدمن بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية

سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث	ك	%
فعالية البرنامج	10	14.28
محاولة عدم العودة للإدمان	10	14.28
لم لاحظ تغير	50	71.44
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 71.44% من المبحوثين لم يلاحظوا تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية في بادئ الأمر وهي أعلى نسبة تليها نسبة 14.28% من المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى إلى محاولتهم عدم العودة إلى الإدمان , وأخيرا نجد نسبة 14.28% من المبحوثين الذين ارجعوا سبب التغير الملاحظ في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى إلى فعالية البرنامج العلاجي الذي تلقونه وهي اقل نسبة موازنة مع النسب التي قبلها .

وبناء على ما سبق من المعطيات نستنتج أن أغلبية المدمنين الذين خضعوا للعلاج في مرة سابقة لم يطرأ تغيير في حياتهم اليومية وطبعا هناك ظروف محيطية بالشخص المريض لم تخدم عملية إكمال علاجه كما اشرنا إلى هذا في الجدول السابق حيث أن العلاج مكتمل بالرقابة الأسرية وإرادة المدمن والاتصال بالمؤسسة باستمرار لضمان نتيجة أفضل وتغير نحو الأحسن لكن يبين لنا هنا انه حدث العكس وحدث خلل سوءا من المؤسسة أو الأسرة أو جماعة الرقاق أو من المدمن في حد ذاته خاصة إذا كان العقار خطير ويصعب التخلص منه , أما بالنسبة للمبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية إلى محاولتهم عدم العودة إلى الإدمان فهي نقطة ايجابية فشلوا فيها في المرة الأولى لكن إذا واصلوا بوعيهم هذا ستكون نتيجة ايجابية في المرات الأخرى لان الإرادة في التخلص من الإدمان أساس العلاج ونجاحه وللأسف هناك البعض من المدمنين حتى ولو توفرت لديهم الإرادة سرعان ما تغلغلها

الشك والضعف في محيط يقطن به أشخاص غير أسوياء وفي ظل عدم الرقابة الأبوية وعدم قيام الأسرة بدورها كل هذا سيهدم تلك الإرادة المدمن ويجعله يعود إلى استهلاك المخدرات مرة ثانية , كذلك نجد بعض المبحوثين ارجعوا التغير الملحوظ في حياتهم اليومية إلى فعالية البرنامج العلاجي وهذا يبين أن المؤسسة تقوم بدورها رغم نقص الإمكانيات وقصر مدة المكوث بالمؤسسة بالنسبة للمرضى , لكن هناك أيضا ظروف تقف وراء عودة المدمن لإدمانه وتكون عادة خارج المؤسسة.

جدول رقم (21) توزيع المبحوثين حسب طريقة تعاطي المخدرات بالنسبة للمدمن في أول تجربة له في التعاطي

طريقة تعاطي المخدرات بالنسبة للمدمن	ك	%
عن طريق الأصدقاء لوحده	70 -	100 -
المجموع	70	100

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 100% من المبحوثين كانت أول تجربة لهم في تعاطي المخدرات مع أصدقائهم من خلال مخالطتهم وهي أعلى نسبة في حين لم نجد أي مبحث تعاطي المخدرات لوحده في أول تجربة له مع التعاطي.

وبناء على المعطيات نستنتج أن أغلبية المبحوثين كانت تجربتهم الأولى في تعاطي المخدرات عن طريق أصدقاء السوء وهذا ما يثبت فرضيتنا الثالثة التي تكلمنا فيها عن العودة إلى مخالطة رفقاء السوء لان هؤلاء المنحرفين لهم تأثير بالغ في إقناعهم ويوهمونهم بالتأثير الإيجابي للمخدر ومع إلحاحهم المتكرر ينجر الضحية وراء أفكارهم الغير سوية وبالتالي يصبح معرض للإدمان بسهولة. وعادة ما نجد أن بداية هذه العلاقات بين الشخص وأصدقائه المنحرفين تكون في المدرسة أو الحي وفي ظل عدم الرقابة الأبوية نجد الطفل أو الشاب نفسه في حرية بعيدا عن أعين أفراد أسرته ليتسنى له فعل ما يشاء ومخالطة من يشاء في جهل لذلك وعدم الوعي بما يترتب عن إنشاء علاقة مع أصدقاء غير أسوياء لان الأمر جد خطير ولا يقف عند الإدمان فقط في بعض الأحيان بل يتعدى إلى جرائم أخرى كالسرقة والعنف إلى غير ذلك من الأفعال السيئة نلاحظها يوميا تحدث حتى في المؤسسات التربوية وعادة ما يستفيق الوالدين بعد فوات الأوان عندما تحدث الكارثة ويكون الابن قد وصل إلى مرحلة الإدمان وهنا يصعب الحل خاصة إذا كانت الأسرة تعيش ظروف مادية صعبة . أما بالنسبة لعدم تواجد أي مبحث كانت تجربته الأولى مع تعاطي المخدرات لوحده فهذا راجع إلى أن الطفل أو الشاب عادة وفي اغلب الأحيان لا يستعمل الحشيش أو أي مخدر آخر لوحده خاصة إذا كانت أول مرة بتعاطي فيها، فهذه الأفكار تأتي عادة من طرف أصدقاء السوء ويمكن القول

عن هذه الظاهرة أنها عدوى حيث بمجرد مخالطة الشخص لهؤلاء المنحرفين فسيجد نفسه غارقاً في الإدمان ومنه نشر الداء من شخص إلى آخر وينجو منه إلا القليل.

جدول رقم (22) توزيع المبحوثين حسب استمرار علاقة المبحوث بالأصدقاء الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات

استمرار علاقة المبحوث بالأصدقاء	ك	%
نعم	55	78,6
لا	15	21,4
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ نسبة 78.6% من المبحوثين استمرت علاقتهم بأصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات، وهي أعلى نسبة تليها نسبة 21.4% من المبحوثين الذين لم تستمر علاقاتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم أول تجربة معهم في عملية التعاطي وهي اقل نسبة.

وبناء على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم تتقطع علاقاتهم مع أصدقائهم القدامى الذين كانت معهم أول تجربة لتعاطي المخدرات وهذا ما يؤكد أن من بين أسباب حدوث الانتكاس والعودة إلى الإدمان عنصر المخالطة لرفقاء السوء ويجب على المدمن نفسه والأسرة محاولة إبعاد الشخص المريض الخاضع للعلاج عن رفقاءه المدمنين إذا أمكن ذلك لأنهم سبب رئيسي في حدوث الانتكاس كما أن استمرار هذه العلاقة عادة ما يكون سبب ذلك أن هؤلاء المنحرفين يقطنون في نفس المنطقة التي يقيم بها المبحوث ومنه سهولة الالتقاء معهم والجلوس إليهم في ظل غياب الرقابة الأسرية ، أما بالنسبة لفئة المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم أول تجربة في التعاطي معهم فإن هذا يعود إلى عدة أسباب كما تحدث البعض منهم كتحويل السكن ودخول بعضهم السجن وسوء العلاقة بينهم لكن رغم ذلك هذا لا ينفي عدم عودة المبحوث إلى الإدمان نظرا لكثرة المنحرفين وتكوين علاقات جديدة مع أشخاص آخرين يتعاطون المخدرات . وهنا يجب الاهتمام أكثر بالشخص الذي خضع للعلاج خاصة في هذه المرحلة أي بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية بحيث من الأفضل أن تكون هناك رقابة من طرف الأسرة وتوعية أكثر فيما يخص خطورة الإدمان، وما ينجر عنه وعدم محاولة العودة إلى هؤلاء الأصدقاء المنحرفين مجددا لكن في أول والأخير

هذا يترتب عن وجود إرادة لدى المدمن لتسهيل توعيته ويتقبل أفكار أفراد أسرته والطاقم الطبي الذي يشرف على علاجه.

جدول رقم (23) توزيع المبحوثين حسب ردة فعل المبحوث تجاه عرض تناول المخدرات عليه من طرف أصدقائه المدمنين

ردة فعل المبحوث تجاه عرض تناول المخدرات عليه من طرف أصدقائه المدمنين	ك	%
هل تقبلت ذلك مباشرة	49	70
كان هناك تردد	8	11.42
كان يطلب مني	13	18.58
المجموع	70	100,0

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن نسبة 70% من المبحوثين الذين عندما عرضت عليهم المخدرات من طرف أصدقائهم قبلوا ذلك مباشرة وهي أعلى نسبة. تليها نسبة 18.58% من المبحوثين الذين كانوا يطلبون مخدرات من أصدقائهم بإرادتهم وأخيرا نجد نسبة 11.42% من المبحوثين كان لديهم تردد أثناء عرض المخدرات عليهم من طرف اصدقائهم، وهذا بعد خروجهم من المستشفى وهي اقل نسبة.

وبناء على هذه المعطيات نستنتج أن أغلبية المدمنين بمجرد مخالطتهم لرفقائهم المدمنين قبلوا تناول المخدرات المعروضة عليهم من طرف هؤلاء المنحرفين , وهذا يدل على عدم توفر الإرادة لدى الشخص المريض مما جعله عرضة أكثر للعودة إلى الإدمان المخدرات كما يدل هذا على التأثير الكبير على المريض من طرف هؤلاء المدمنين الذين استمرت علاقته بهم في غياب الرقابة والاهتمام الأسري بالشخص المريض وهذه النسبة تبين عدم تلقي المبحوث أي للتوعية الكافية التي تجعله مستعدا لمثل هذه الأخطار التي من بينها العودة إلى مخالطة رفقاء السوء بعد خروجه من المستشفى ومنه حدوث الانتكاس بسهولة. أما بالنسبة للمبحوثين الذين لم يتقبلوا عرض المخدرات من طرف أصدقائهم في بادئ الأمر وكان لديهم تردد وهذا يدل على تواجد نوع من الإرادة لدى الشخص المريض ولكن انعدمت الثقة في نفسه بعد استمرار في مجالسة أقرانه الغير أسوياء وفي ظل الظروف التي سهلت عليه ذلك من غياب الوالدين وعدم الرقابة فهو شيء طبيعي لان يحصل الانتكاس والعودة مجددا إلى الإدمان، لهذا

يجب على الأسرة عزل المريض على الأشخاص الذين تأتي من جهتهم الخطورة. أما بالنسبة للمبحوثين الذين عاد والى الإدمان وتتاول المخدرات مع أصدقائهم بطلب منهم فهذه الحالة تكلمنا عنها في تحليلنا للجدول السابق وأشرنا إلى أن الحالة النفسية السيئة للمدمن خاصة إذا كان يعيش ظروف أسرية ذات مشاكل فانه سيحدث له ضغط ويجد نفسه يعود لمصاحبة هؤلاء المنحرفين ويتناول المخدرات بدافع نسيان المشاكل والضغوطات.

ثانيا: عرض نتائج البيانات العامة الخاصة بالمبحوثين.

- أغلبية المبحوثين تتراوح أعمارهم بين (20 - 35 سنة) وهو ما يبينه الجدول رقم (1) وهذا يعني أن أغلبية المبحوثين العائدين من فئة الشباب وهذه الظاهرة، ظاهرة العودة إلى الإدمان، مشته بصفة أكثر هذه الفئة، كما نجد قلة من المبحوثين أعمارهم تفوق 35 سنة وهذا ما يبين أن ظاهرة العودة إلى الإدمان لم تنحصر عند فئة الشباب بل كل الفئات معرضة لهاته الآفة الاجتماعية.
- أغلبية المبحوثين ذكور وهذا ما يبينه الجدول رقم (2) أي أن ظاهرة العودة إلى الإدمان تمس بنسبة أكبر الجنس الذكري وهذا حسب المعطيات الإحصائية لكن هذا لا يعني أن فئة الإناث ليست ضحية الإدمان على المخدرات بل هناك حالات كثيرة لم تتقدم للعلاج وهذا حسب استجوابنا للعنصر النسوي في مصلحة الوقاية من الإدمان.
- أغلبية المبحوثين كان سنهم في أول تجربة لهم في تعاطي المخدرات يتراوح بين (20 - 40 سنة) حسب الجدول رقم (3) أي أن الشباب في مثل هذه السن في غالب الأحيان يبدأ بالتححرر لكن إذا انعدمت الرقابة الأبوية تماما فسيكون معرضا للسلوكات المنحرفة.
- أغلب المبحوثين يقطنون في المناطق الحضرية وهذا ما يؤكد أن كل ما كانت الكثافة السكانية والعمران كلما انتشرت الظواهر الاجتماعية السلبية أكثر خاصة في الأحياء الشعبية ونجدها تقل في المناطق الريفية وهذا ما يبينه الجدول رقم (4)
- نلاحظ أن أغلبية المبحوثين ذوي مستوى تعليمي ثانوي وهذا ما يؤكد بان هناك خلل ما إما على مستوى الأسرة أو المدرسة فغياب التوعية يجعل من الفرد ضحية لمثل هذه الظواهر الخطيرة وعلى العكس نجد أن اقل نسبة تخص الذين ليس لديهم مستوى تعليمي وهذا ما يبينه الجدول رقم (6)
- أغلبية المبحوثين عاطلين عن العمل ومنه فالبطالة كذلك والفراغ قد يدفع بالأفراد أحيانا إلى ارتكاب سلوكات منحرفة خاصة إذا لم يكن الوالدين يتحكمان في ذلك وهذا ما يبينه الجدول رقم (7) وهذا لا يعني بان فئة العمال ليست معرضة للإدمان فهناك حالات ولكن بنسبة اقل.
- أغلبية المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش وهذا ما يبينه الجدول رقم (8) ولتفسير ذلك وجدنا بان أولئك المبحوثين يميلون لتناول مثل هاته الانواع من المخدرات لتوفرها وانخفاض

أسعارها والحصول عليها من مروجيها بسهولة عكس الحبوب المهلوسة التي تتطلب وصفات طبية في غالب الأحيان وغلاء أسعارها.

- أغلبية المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية التي يعانونها على مستوى أسرهم وهذا ما نلاحظه في الجدول رقم (9) ومنه تبين لنا أن الاضطرابات والصراعات التي تحدث داخل الأسرة لها الأثر البالغ في وقوع الأبناء في فخ الإدمان على المخدرات وهذا سبب الضغط الذي يترتب عن تلك المشاكل.

- نلاحظ حسب الجدول رقم (10) أن أغلبية المبحوثين يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها مباشرة من بائعها وكذلك خلال حديثنا مع بعض المبحوثين وجدنا أنهم يحصلون على المخدرات وبصفة خاصة الحبوب المهلوسة بوصفة طبية من طبيب الأعصاب بداعي أن ذلك المبحوث مريض ويحتاج إلى المهدئات لكن سوء الاستعمال كمضاعفة الكمية يجعلهم أكثر توترا.

- أغلبية المبحوثين يقطنون منازل عادية وهذا يعكس الحالة الاقتصادية المتوسطة لهؤلاء المبحوثين وهذا ما يبينه الجدول رقم (11).

- أغلبية المبحوثين عاطلين عن العمل وحتى الذين يعملون فإن عملهم مؤقت وهذا ما يوضحه الجدول رقم (12) لأن هؤلاء المبحوثين عادة ما يعملون أعمال مؤقتة لكسب المال قصد شراء المواد المخدرة وعندما يحصل على المبلغ الكافي ينقطع مباشرة عن العمل.

- أغلب المبحوثين والديهم على قيد الحياة وهذا ما يبين انه ليس شرطا أن يكون الوالدين على قيد الحياة لكي ينجو الأبناء من الظواهر الخطيرة بل هناك عوامل أخرى تدفع بالأبناء إلى ارتكاب سلوكات منحرفة في حين نجد أن أقلية من المبحوثين أما الأم مستوفية أو الأب متوفى وهذا حسب الجدول رقم (13).

- نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن أغلبية المبحوثين والديهم مطلقين وهذا دليل على أن انفصال أو طلاق الوالدين يؤثر سلبا على تنشئة الأبناء تنشئة سوية ويحدث اختلال في الأسرة.

- أغلبية المبحوثين يقرون بعدم وجود وسائل ترفيهية داخل مصلحة الوقاية من الإدمان وهذا يؤثر سلبا على عملية العلاج لان الراحة النفسية واستغلال وقت الفراغ نقطة مهمة في البرنامج العلاجي وهذا ما يبينه الجدول رقم (15).
- يقر أغلبية المبحوثين بأنهم لم يلاحظوا أن هناك برامج توعية داخل المصلحة ويرجع هذا إلى انه من الممكن تعذر جلب ذوي الاختصاص في الكثير من المرات لتوعية هؤلاء المبحوثين سواء بإلغاء محاضرات توعية أو عرض أشرطة فيديو تبين خطورة الظاهرة وهذا ما يبينه الجدول رقم (16).
- أغلبية المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج وهذا يبين عدم وعي هؤلاء المبحوثين بخطورة الظاهرة وقد يرجع أيضا السبب حسب أغلبية هؤلاء المبحوثين إلى كون المؤسسة بعيدة عن مناطق إقامتهم ويصعب الانتقال دائما إليها خاصة مع الظروف الاقتصادية التي في معظم الأحيان تكون محدودة وهذا ما يبينه الجدول رقم (17).
- أغلبية المبحوثين أقرروا بأن الأطباء يركزون على الجانب الدوائي بنسبة أكبر، ويرجع هذا حسب حديثنا مع هؤلاء الأطباء إلى أن المواد التي يتم تقديمها للمرضى عبارة عن مهدئات في غالب الأحيان يستلزم الأمر ذلك خاصة في حالات الهيجان التي ينجر عنها اضطراب وخلق مشاكل داخل المصلحة كالصراخ والكسر لتقادي الضرر بالآخرين يتم تقديم جرعات مهدئة لهؤلاء المرضى، وهذا ما يبينه الجدول رقم (18).
- أغلبية المبحوثين أقرروا بعدم ملاحظتهم لوجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المشفى في المرة الأولى وهذا يدل على وجود خلل ما في برنامج العلاج من جهة واصطدام المبحوث بظروف خارجية أخرى تجعله يعود إلى سلوكه المنحرف وهذا ما يبينه الجدول رقم (19).
- أغلبية المبحوثين الذين لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المشفى يرجعون ذلك إلى فعالية البرنامج العلاجي من جهة والبعض الآخر يرجع ذلك إلى تحليه بالإرادة للإقلاع عن المخدرات من جهة أخرى وهذا حسب الجدول رقم (20).
- كل المبحوثين كانت أول تجربة لهم في تعاطي المخدرات مع أصدقائهم وهذا يثبت أن الأصدقاء الغير أسوياء لهم علاقة مباشرة بإدمان أولئك المبحوثين على المخدرات وهذا حسب الجدول رقم (21).

- كل المبحوثين كانت أول تجربة لهم في تعاطي المخدرات مع أصدقائهم وهذا يثبت أن الأصدقاء الغير أسوياء لهم علاقة مباشرة بإدمان أولئك المبحوثين على المخدرات وهذا حسب الجدول رقم (22).

- كل المبحوثين كانت أول تجربة لهم في تعاطي المخدرات مع أصدقائهم وهذا يثبت أن الأصدقاء الغير أسوياء لهم علاقة مباشرة بإدمان أولئك المبحوثين على المخدرات وهذا حسب الجدول رقم (23).

خلاصة الفصل

في الأزمة الحديثة كثرت المحاولات الفكرية في هذا السبيل -مكافحة الإدمان-، وذلك نظرا لتعدد الحياة الاجتماعية ليس فقط في المجتمع الواحد، بل لأن العالم أجمع أصبح أقرب مما يمكن تسميته المجتمع الدولي، وبدأت تلك الأفكار تتبلور ولكن في اتجاهات شتى، والنظرة المتمعنة في هذه الاتجاهات يظهر لها أنها تركز على خلفيات وتجارب تتصل بالحياة العملية وظروف البيئة المختلفة، بل والاهتمامات المهنية لأصحابها، ولم يكن ميدان الانحراف والجريمة يخرج عن هذا الإطار كله، فالمدارس والمذاهب الفكرية تتناول المشكلة من زوايا شتى وتصل إلى ما يظهر لها أنه التفسير الحقيقي لهذا الضرب من السلوك البشري، وانحراف السلوك، وتذهب النظرة التكاملية في هذا الصدد إلى الأخذ بجمللة الاعتبارات الجسمية والنفسية والبيئية الاجتماعية، ويواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، وأحداثا قد تتطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر، والتهديد في كافة مجالات حياته، وهذا من شأنه أن يجعل أحداث الحياة المثيرة للضغط تلعب دورا في نشأة الأعراض السيكوباتية عامة والأمراض الاكتئابية خاصة. ومن أهم مسببات تلك الأمراض هي ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، خاصة إذا كان المدمن عائدا، وفي دراستنا هذه وبناءا على المعطيات التي تناولناها في هذا الفصل، توصلنا إلى أن ظاهرة العود إلى إدمان المخدرات لم تنحصر فقط على فئة الشباب بل تجاوزت ذلك إلى جميع الفئات العمرية، وللإشارة فإن عدم وجود العنصر النسوي في العينة ليس برهانا على عدم إدمان المرأة للمخدرات، بل هناك عدة حالات لم يصرح بها ولم يخضعن للعلاج خوفا من سمعتهن في أحياءهم وأماكن عملهم، وكذلك لاحظنا أن معظم المدمنين العائدين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية، وكذلك مخالطة رفقاء السوء وأغلبهم يتعاطون مادة الحشيش المخدرة والمتوفرة بكثرة في المناطق الحضرية، وأغلب هؤلاء المدمنين العائدين يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها، وبنسبة ليست بأقل بكثير من حصولهم على تلك السموم من أصدقائهم، وهذا إن دل على شيء يدل على وجود خلل ما في عملية العلاج، سواءا من طرف الأسرة أو المدمن في حد ذاته أو البرنامج العلاجي، أو الأصدقاء.

الفصل الثاني:

تحليل الفرضية الأولى: علاقة التفكك الأسري
بظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات

تمهيد

أولاً: تحليل متغيرات الفرضية الأولى

ثانياً: عرض نتائج الفرضية الأولى

خلاصة الفصل

تعد الأسرة وباعتبارها من مؤسسات التنشئة الاجتماعية والمجال الحيوي الأمثل لها التي تتشكل فيها شخصية الفرد منذ طفولته، ويتلقى فيها الإرثين البيولوجي والثقافي وحجر الزاوية في إعداد الشيء، وأساس أخلاقه ومقاييسه وقيمه وخبراته، بل وحتى تدريبه ومؤهلاته العلمية والمهنية وإشباع حاجاته المادية منها والمعنوية بطريقة تساهم فيها المعايير الاجتماعية والقيم الدينية والخلقية، لعلها هي أول مؤسسة تقع على مستوياتها وعانقتها تنشئة الأبناء، إذ تعتبر ذات أولوية عن باقي المؤسسات التربوية الأخرى التي ينشأ فيها الفرد على مختلف أنماطه العمرية، ليبدأ الاحتكاك بعالم الأشخاص والأشياء، ففي الأسرة يتلقى الأبناء أولى أصناف الرعاية والتوجيه، ويدفع لاكتساب الثقافة من قيم ومعايير واتجاهات وعادات وطبائع المجتمع الذي يعيش فيه تحضيراً لمختلف مراحل العمر المختلفة، بدءاً من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرجولة... إلخ. وتبقى الأسرة هي المعمل الأساسي والركيزة في عملية التوجيه والتربية هذا، وتعتبر الأسرة إحدى الوحدات الأساسية للتحليل السوسيولوجي، يمكن دراستها استناداً إلى الأفعال والسلوكيات الاجتماعية الصادرة عن أعضائها، فهذه السلوكيات من شأنها أن تؤدي إلى ظهور التفاعل أو الانشقاق بين أفراد الأسرة الواحدة، وبالتالي تحديد العلاقات التي تربطهم ببعضهم البعض، بحيث تنتج علاقات زوجية، أبوية، وأخوية ويكون التفاعل الذي يكتسب من خلاله الأبناء، وخاصة المراهقين والمراهقات، منهم أساليب ومعايير السلوك والقيم المتعارف عليها في جماعة الأسرة. هذه الأخيرة وفي ظل التغيرات والأزمات التي عرفها العالم عامة والجزائر خاصة، أصبحت الأسرة الجزائرية تعاني من عدة مشاكل كالتفكك الأسري الذي اعتبرناه فرضية في دراستنا هذه، وسنعرف من خلال المعطيات التالية ما إذا كان للتفكك الأسري علاقة بظاهرة العود إلى الإدمان أم لا، وما هو دور الأسرة في عملية علاج الابن المدمن، وكيف تتعامل مع حالته أثناء العلاج وبعده، وما هي أنواع العلاقات التي تجمع بين الأبناء المدمنين آبائهم وأمهاتهم، وهل ذلك يؤثر على العملية العلاجية أم لا، كل هذا سنعرفه من خلال المعطيات التي سنعرضها في هذا الفصل.

الفصل الثاني: تحليل الفرضية الأولى: علاقة التفكك الاسري بظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات

أولاً: تحليل متغيرات الفرضية الأولى:

جدول رقم (24) علاقة بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة بسبب الإدمان على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان والوالدين على قيد الحياة	
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	58	13.79	8	36.21	21	32.76	19	17.24	10	نعم	
100	12	8.33	1	25	3	58.33	7	8.33	1	لا	
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المقدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت ،وهي أقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة نلاحظ أن الذين والديهم على قيد الحياة بنسبة 36.21% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء في حين نجد أن الذين والديهم أو أحدهم ليسوا على قيد الحياة بنسبة 58.33% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية .

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك أنه عند حسابنا لمعامل التوافق

$$0.27 = \sqrt{\frac{1-\bar{c}}{\bar{c}}} = \sqrt{\frac{1-1.08}{1.08}} = \sqrt{\frac{-0.08}{1.08}} = \sqrt{-0.074} = 0.27$$

ومنه فإن معامل الارتباط طردي ضعيف.

ومن خلال معطيات هذا الجدول وبناءا عليها نستنتج أن أغلبية المدمنين والديهم أو أحدهما على قيد الحياة لكن رغم ذلك حدث لهم الانتكاس وعادوا مجددا لاستهلاك المخدرات، ونلاحظ أنه وبنسبة كبيرة أولئك الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء، وهذا يبين أن لمخالطة رفقاء السوء الأثر البالغ وسبب مباشر في عدم نجاح عملية العلاج ، ويجب أن نشير كذلك إلى أن وجود الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة لا يعنى عدم تعرض المدمن للانتكاس بل يحدث ذلك إذا لم تكن هناك رقابة أسرية على الشخص المدمن الخاضع للعلاج خاصة في غياب الدور الذي يقوم به الأب والأم، ففي الكثير من الأحيان نجد رغم كون الوالدين على قيد الحياة إلا أن دورهما في الرقابة غائب وهذا ما لاحظناه من خلال المعطيات المبينة في الجدول وكذلك إذا كانت هناك مشاكل أسرية بين الابن المدمن وأفراد أسرته فهذا كذلك يتسبب في العودة إلى الإدمان لأننا لاحظنا نسبة كبيرة من هؤلاء المبحوثين الذين والديهم متوفون قد عادوا للإدمان هروبا من المشاكل العائلية.

وهذا ما أشارت إليه نظرية الأسرة التي تعارض بأن يكون المرض أو صعوبات الفرد هي مقدمة للإدمان ، وتركز هذه النظرية على إسهامات الأسرة في سلوك الإدمان ، وكيف تؤثر المشاكل على كل عضو في الأسرة، وما هو تأثير الإدمان على الأسرة كوحدة متماسكة، وأن تفاعلات الآباء وتوقعاتهم غير المتناسقة وسلوكهم القسري مع الأطفال تدفع إلى سلوك الإدمان¹.

¹ محمد أحمد مشاقبة: الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي. دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص

جدول رقم (25) علاقة بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة بنوع المخدر المتعاطى

المجموع		نوع_المخدر								نوع المخدر		الوالدين على قيد الحياة
		أخرى تذكر		هروين		حبوب		حشيش				
						مهلوسة						
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك			
100	58	8.62	5	5.17	3	34.48	20	51.72	30	نعم		
100	12	66.67	8	-	-	16.67	2	16.67	2	لا		
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32	المجموع		

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الهروين وهي أقل نسبة وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة نلاحظ أن الذين والديهم أو أحدهما على قيد الحياة بنسبة 51.72% من هؤلاء المبحوثين كانوا يتعاطون مادة الحشيش في حين نجد أن المبحوثين الذين والديهم ليسوا على قيد الحياة بنسبة 66.67% من هؤلاء يتعاطون مواد أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك أنه عند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه $Q=0.49$ وبالتالي الارتباط طردي متوسط.

وبناء على معطيات هذا الجدول نستنتج أن أغلبية المبحوثين الذين والديهم أو أحدهما على قيد الحياة يتناولون مادتي الحشيش والحبوب المهلوسة نظرا لانخفاض أسعارها وتداولها بشكل كبير، ورغم كون الوالدين أحدهما على قيد الحياة إلا أنهم لم يتمكنوا من السيطرة على وضع أبنائهم المدمنين وإبعادهم عن تناول المخدرات خاصة وأن مادة الحشيش والحبوب المهلوسة لا تظهر أثارها بشكل كبير على الوجه عكس المواد المسكرة كالكحول الذي يمكن أن يكشف بمجرد رائحته وهو من بين المواد المخدرة الأخرى التي ذكرت، ويتناوله بكثرة المبحوثين الذين والديهم متوفون لأنهم يجدون الحرية نوعا ما. لكن رغم وجود الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة إلا أننا نلاحظ حالات العودة إلى الإدمان وهذا يبين أن غياب دور

الوالدين في الرقابة والتوعية والمتابعة للابن المدمن الخاضع للعلاج يؤدي بشكل مباشر إلى حالة الانتكاس خاصة وأن هذه المواد المخدرة التي تم ذكرها من الصعب التخلص منها ومن إدمانها إذا لم تتكاثف الجهود وقيام الكل بأدوارهم.

**جدول رقم (26) علاقة بقاء الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة بمصدر
الحصول على المخدرات**

المجموع		مصدر الحصول على المخدر								مصدر الحصول والوالدين على قيد الحياة
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
4	6.90	16	27.59	6	10.34	32	55.17	58	100	نعم
-	-	2	16.67	3	25	7	58.33	12	100	لا
4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت (شراءها مثلا) بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يحصلون على المخدرات من أهلهم وهي أقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو كون الوالدين على قيد الحياة نلاحظ أن الذين والديهم على قيد الحياة نسبة 55.17% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت ، في حين نجد أن المبحوثين الذين أحد والديهم متوفى نسبة 58.33% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، ودليل على ذلك أنه باستخدامنا لمعامل التوافق

$$Q=0.19$$

وبالتالي فالارتباط طردي ضعيف.

وبناء على المعطيات السابقة نستنتج أن أغلبية المبحوثين سواءا والديهم أو أحدهما على قيد الحياة أو متوفون مصدر حصولهم على المخدرات مصادر أخرى ذكرت، وللإشارة فإن هذه المصادر هي بائعي المخدرات ومروجيها أي يقوم المبحوث بشرائها مباشرة من بائعها، وهذا ما يدل على أن المبحوث في مرحلة إفراط ومرحلة متقدمة من الإدمان وكذلك نستنتج أن أولئك المروجين لهاته السموم يمارسون نشاطهم بشكل عادي ولم تتم السيطرة عليهم من الجهات الأمنية مادامت الظاهرة منتشرة بشكل واسع، وهذا ما نلاحظه كل يوم من خلال الإحصائيات والقضايا المتعلقة بحجز كميات هائلة من المخدرات على الحدود وتورط عدد

كبير من الأشخاص في قضايا بيع واستهلاك المخدرات، كذلك للإشارة فإنه رغم وجود أحد الوالدين على قيد الحياة أو كلاهما فإن عدد من المبحوثين يحصلون على المخدرات من أصدقائهم وهذا يبين غياب دور الرقابة الأسرية.

جدول رقم (27) علاقة كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين بنوع المخدر المتعاطى

المجموع		نوع_المخدر								نوع المخدر لوالدين يعيشان معا	
		أخرى تذكر		هروين		حبوب		حشيش			
						مهلوسة					
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	29	41.38	12	10.34	3	34.48	10	13.79	4	يعيشان معا	
100	41	2.44	1	-	-	29.27	12	68.29	28	مطلقين	
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32	المجموع	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الهروين وهي أقل نسبة، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين نلاحظ أن المبحوثين الذين والديهم يعيشون معا نسبة 41.38% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مواد مخدرة أخرى ذكرت، في حين نجد أن المبحوثين الذين والديهم مطلقان نسبة 68.29% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك أنه باستخدامنا معامل التوافق $Q=0.54$

وبالتالي فالارتباط طردي متوسط.

وبناء على المعطيات السابقة نستنتج أن أغلبية المبحوثين يعيشون في هيكل أسرى غير متكامل أي غياب أحد الوالدين بسبب الطلاق وهاته الفئة تتجه بشكل كبير إلى تناول مادة الحشيش، ويرجع ذلك حسب رأي أولئك المبحوثين إلى كون مادة الحشيش في متناول ذوى الدخل الضعيف أي توافرها وانخفاض أسعارها وسهولة الحصول عليها، في حين نلاحظ أغلبية المدمنين الذين والديهم يعيشان معا يتجهون نحو استهلاك الكحوليات والمستنشقات وهذا يبين وجود خلل ما على مستوى الأسرة ووجود مشاكل مما يحدث ضغط لدى الابن حتى لو خضع لعملية العلاج فإنه وبعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية، وفي ظل اصطدامه بذلك

الجو الأسرى المضطرب فإنه يعود للإدمان مجددا وكذلك هاته المعطيات تبين لنا غياب الدور الرقابي للوالدين رغم كونهما يعيشان معا إلا انه لا توجد سيطرة.

جدول رقم (28) علاقة كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين بسبب إدمان المبحوث على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان لوالدين يعيشان معا
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	29	10.34	3	27.59	8	37.93	11	24.14	7	يعيشان معا
100	41	14.63	6	39.02	16	36.59	15	9.76	4	مطلقين
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت، وهي اقل نسبة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين نلاحظ أن المبحوثين الذين والديهم يعيشان معا بنسبة 37.93% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية، في حين نجد أن المبحوثين الذين والديهم مطلقين بنسبة 39.02% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك أنه باستخدامنا معامل التوافق $Q=0.17$

وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على هذه المعطيات نجد أن أغلبية المبحوثين الذين والديهم يعيشان معا سبب إدمانهم كان الهروب من المشاكل العائلية وهذا يوضح أن هناك خلل واضطراب على مستوى الأسرة وهناك مشاكل بين أفرادها ولدت ضغط لدى الابن ودفعته إلى هذا السلوك المنحرف ألا وهو الإدمان وحتى بعد خضوعه للعلاج فإن عودته للإدمان مجددا يدل على المشاكل التي

يصطدم بها في الأسرة لأن نجاح العلاج يتطلب الجو الملائم لذلك خاصة وأن المدمن وبعد خروجه من المستشفى تكون حالته خاصة، وتتطلب تكفل خاص لضمان نتيجة افضل ، كذلك وجدنا ان أغلبية المبحوثين الذين والديهم مطلقيين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء وهذا يوضح عدم سيطرة أحد الوالدين على وضع الابن واتجاهه للإدمان ومخالطة رفقاء السوء لأنه في غالب الأحيان تكون المسؤولية ثقيلة على فرد واحد اي سواء على الأب لوحدده أو الأم لوحددها خاصة إذا كان أبناء كثيرين فإن الأمر سيصعب على الأب أو الأم.

**جدول رقم (29) علاقة كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين بمصدر الحصول
على المخدرات**

المجموع		مصدر الحصول على المخدر								مصدر الحصول لوالدين يعيشان معا	
		اخر يذكر		الجيران		الأصدقاء		الأهل			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	يعيشان معا مطلقين المجموع	
100	29	68.97	20	13.79	4	10.34	3	6.90	2		
100	41	46.34	19	12.19	5	36.59	15	4.88	2		
100	70	55.71	39	12.86	9	25.71	18	5.71	4		

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من أهلهم، وهي اقل نسبة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو كون الوالدين يعيشان معا أو مطلقين نلاحظ أن المبحوثين الذين والديهم يعيشان معا نسبة 68.97% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نجد أن المبحوثين الذين والديهم مطلقين نسبة 46.34% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.27$

وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين سواء كان والديهم مجتمعين أو مطلقين يحصلون على المخدرات من بائعيها ومروجيها، وهذا يدل على غياب عنصر الرقابة الأبوية وعدم الاهتمام والتكفل الأمثل بالابن المدمن وهذا ما فتح الطريق أمام هذا الأخير ليحصل على ما يريد من بائعي تلك السموم، فعملية نجاح العلاج تتطلب التكفل الأمثل بالابن المدمن وتكثيف المراقبة عليه خاصة بعد خروجه من المستشفى لأن أي خطأ أو اتصاله بأصدقائه المنحرفين ينتج عنه الانتكاس والعودة مجدداً للإدمان ومن جهة أخرى فإن الطلاق

يؤثر بشكل مباشر في ظاهرة العودة إلى الإدمان لأن وجود أحد الوالدين لوحده سيصعب من سيطرته على وضع الأبناء خاصة إذا كان الابن المدمن في مرحلة متقدمة من الإدمان.

جدول رقم (30) العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأب) بنوع المخدر المتعاطى

المجموع		نوع_المخدر								نوع المخدر	نوع العلاقة مع الأب
		أخرى تذكر		هروين		حبوب مهلوسة		حبشيش			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	14	28.57	4	21.43	3	14.29	2	35.71	5	جيدة	
100	22	13.64	3	-	-	31.82	7	54.55	12	حسنة	
100	26	.85	1	-	-	46.15	12	50	13	سيئة	
100	8	62.5	5	-	-	12.5	1	25	2	متوفي	
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32	المجموع	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون الهروين وهي اقل نسبة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل وهو نوع علاقة المبحوث مع الأب نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم بآبائهم جيدة نسبة 35.71% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون الحشيش، وبالنسبة للمبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم حسنة نجد نسبة 54.55% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش، ثم نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم سيئة نجد نسبة 50% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش، ثم نجد أن المبحوثين الذين آبائهم ليسوا على قيد الحياة نسبة 62.5% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مواد مخدرة أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.54$

وبالتالي الارتباط طردي متوسط.

بناءً على معطيات هذا الجدول نستنتج أن أغلبية المبحوثين مهما كانت علاقتهم بآبائهم يتعاطون مادة الحشيش ماعدا المبحوثين الذين آبائهم متوفون ندهم يتعاطون الكحول،

وهذا راجع لكون مادة الحشيش في متناول أولئك المبحوثين لانخفاض سعرها وتداولها بشكل أكبر، كما لاحظنا أن أغلبية المبحوثين علاقتهم بآبائهم سيئة وهذا أمر سلبي يؤثر على نجاح العلاج بالنسبة للمبحوث الخاضع لعملية العلاج من الإدمان لان فعالية التداوي والتخلص من الإدمان تتطلب جو أسرى مستقر، وعلاقة جيدة تجمع أفراد الأسرة، وهذا ما أقرت به نظرية الأسرة إن تفاعلات الآباء وتوقعاتهم غير المتناسقة وسلوكهم القسري مع الأطفال تدفع إلى سلوك الإدمان، كما أن السلبية والإهمال والغضب، وهى من مسببات الإدمان¹.

¹ محمد أحمد مشاقبة: المرجع السابق، ص 64، 65.

جدول رقم (31) العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأم) بنوع المخدر المتعاطى

نوع العلاقة مع الأم		نوع المخدر									
		حبوب مهلوسة		هروين		أخرى تذكر		المجموع		نوع المخدر	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
جيدة	21	56.76	12	32.43	-	4	10.81	37	100		
حسنة	8	36.36	7	31.82	3	13.64	4	22	100		
سيئة	3	42.86	2	28.57	-	2	28.57	7	100		
متوفية	-	-	1	25	-	3	75	4	100		
المجموع	32	45.71	22	31.43	3	4.29	13	70	100		

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الهروين، وهي اقل نسبة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع علاقة المبحوث مع الأم نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم جيدة نسبة 56.76% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش، ثم نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم حسنة نسبة 36.36% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش، وبالنسبة للمبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم سيئة نجد نسبة 42.86% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش كذلك، ثم نلاحظ أن المبحوثين الذين أمهاتهم ليسوا على قيد الحياة نسبة 75% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مواد مخدرة أخرى

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.45$

وبالتالي الارتباط طردي متوسط.

وبناء على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين علاقتهم بأمهاتهم جيدة ورغم ذلك وقعوا في فخ العودة إلى الإدمان ، ونلاحظ كذلك إقبالهم على مادة الحشيش وذلك بسبب

انخفاض أسعارها وتداولها وهذا حسب ما أدلو به ما عدا المبحوثين الذين أمهاتهم متوفين فنجد أغلبهم يقبل على تعاطي المسكرات ، ومن هنا فإن كون علاقة المبحوث بأمه جيدة لا يعنى نجاته من الوقوع في الإدمان أو العودة إليه فيجب الرقابة الأبوية على الابن المدمن خاصة إذا خضع للعلاج وقد يكون الغياب بالنسبة للأب يؤثر على نجاح العلاج لان الأم لوحدها لا يمكنها السيطرة حتى ولو كانت علاقتها بالابن جيدة.

جدول رقم (32) العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأب) بسبب الإدمان على المخدرات

		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان	
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد			
المجموع		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		نوع العلاقة مع الأب	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	14	–	–	57.14	8	28.57	4	14.29	2		جيدة
100	22	13.64	3	27.27	6	45.45	10	13.64	3		حسنة
100	26	19.23	5	30.77	8	30.77	8	19.23	5		سيئة
100	8	12.5	1	25	2	50	4	12.15	1		متوفي
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.86% مقابل 12.86% من هؤلاء المبحوثين الذين سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى، وهي أقل نسبة.

وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع علاقة المبحوث بالأب نلاحظ أن نسبة 57.14% من المبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم جيدة سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء ثم نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم حسنة نسبة 45.45% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية ثم نجد أن المبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم سيئة نسبة 30.77% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية ونفس النسبة نجدها عند هؤلاء المبحوثين الذين سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء أي 30.77% أما بالنسبة للمبحوثين الذين آبائهم ليسوا على قيد الحياة نجد نسبة 50% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق

$$ق = 0.29$$

وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين علاقتهم مع آبائهم سيئة وأسباب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل الأسرية، وكذلك الأصدقاء المنحرفين وهذا يبين عدم الاستقرار الأسري الذي من شأنه أن يساهم في انحراف الأبناء ويتبعه عدم الرقابة الأبوية التي ينجم عنها مخالطة رفقاء السوء، ومنه الإدمان حتى لو خضع الابن إلى العلاج فإنه وبعد خروجه سيجد اختلال في العلاقة بينه وبين والده، وذلك يؤثر بشكل مباشر في نجاعة العلاج لأنه نجاح التداوي والتخلص من الإدمان يتطلب علاقة مستقرة ومساندة من طرف جميع أفراد الأسرة لذلك الشخص المريض خاصة بعد خروجه من المستشفى.

جدول رقم (33) العلاقة بين نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأم)
بسبب الإدمان على المخدرات

		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
المجموع		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		نوع العلاقة مع الأم
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	37	16.22	6	32.43	12	40.54	15	10.81	4	جيدة
100	22	13.64	3	36.36	8	27.27	6	22.73	5	حسنة
100	7	-	-	42.86	3	58.57	2	28.57	2	سيئة
100	4	-	-	25	1	75	3	-	-	متوفية
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت. وهي اقل نسبة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع علاقة المبحوثين مع الأم نلاحظ أن نسبة 40.54% من المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم جيدة سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية، ثم نلاحظ نسبة 36.36% من المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم حسنة سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء، ثم نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم سيئة نسبة 42.86% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء، في حين نجد أن المبحوثين الذين أمهاتهم ليسوا على قيد الحياة 75% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق

$$0.29 = \text{ق}$$

وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أغلبية المبحوثين مهما كانت نوع علاقتهم مع أمهاتهم كان سبب إيمانهم المخدرات الهروب من المشاكل العائلية أو الأصدقاء وهذا يدل على وجود مشاكل على مستوى أسرة المبحوث التي تكون بين الوالدين، فذلك سيكون له سببا مباشرا في تولد الضغط لدى المدمن وسرعان ما يعود إلى إيمانه إذا استمرت الحالة الأسرية المضطربة، وكذلك من جهة أخرى نجد أنه رغم العلاقة الجيدة التي تجمع المبحوث بأمه إلا أنه لم ينجو من فخ الإدمان والعودة إليه ما دام أنه على علاقة بأصدقاء منحرفين، وهذا ما لاحظناه من خلال البيانات السابقة حيث أن هناك نسبة كبيرة من هؤلاء المبحوثين كان إيمانهم على المخدرات الأصدقاء وهذا راجع إلى انعدام الرقابة الأبوية.

جدول رقم (34) العلاقة نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأب) بمصدر
الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر								نوع العلاقة مع الأب
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	المجموع
1	7.14	2	14.29	-	-	11	78.57	14	100	
1	4.55	6	27.27	2	9.09	13	59.09	22	100	
2	7.69	8	30.77	5	19.23	11	42.31	26	100	
-	-	2	25	2	25	4	50	8	100	
4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت نسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من الأهل، وهي اقل نسبة.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع علاقة المبحوث مع الأب نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم جيدة نسبة 78.57% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت ثم نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم حسنة نسبة 59.09% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت ونلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع آبائهم سيئة نسبة 42.31% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت، ونجد أن المبحوثين الذين آبائهم ليسوا على قيد الحياة نسبة 50% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت .

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق

$$0.33 = \text{ق}$$

وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين علاقتهم مع أمهاتهم سيئة ويحصلون على المخدرات عن طريق شرائها حسب قولهم، وهذا يدل على الاختلال الواضح على مستوى الأسرة التي تعد أهم نقطة تساعد المدمن على تخطي إدمانه أو العكس تكون سبباً في إدمانه، والملاحظ من خلال المعطيات أن أغلبية المبحوثين ليسوا على سيطرة من طرف آبائهم حيث يحصلون على المخدرات من بائعيها ومروجيها مباشرة عن طريق شرائها، أي لم يكن هناك رقابة أبوية. ومنه فاختلال التوازن على مستوى الأسرة ينجم عنه اتجاه الأبناء لسلوكات منحرفة تعود سلباً على الفرد في حد ذاته والمجتمع والأسرة.

جدول رقم (35) العلاقة نوع علاقة المبحوث مع والديه (بالنسبة للأم) بمصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر								نوع العلاقة مع الأم
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	المجموع
3	8.11	10	27.03	5	13.51	19	51.35	37	100	جيدة
1	4.55	5	27.73	3	13.64	13	59.09	22	100	حسنة
-	-	3	42.86	-	-	4	57.14	7	100	سيئة
-	-	-	-	1	25	3	75	4	100	متوفية
4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت نسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يحصلون على المخدرات من الأهل، وهي نسبة اقل، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع علاقة المبحوث مع الأم نلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم جيدة نسبة 51.35% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت ونلاحظ أن المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم حسنة نسبة 59.09% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت، ونجد أن المبحوثين الذين علاقتهم مع أمهاتهم سيئة نسبة 57.14% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت، أما بالنسبة للمبحوثين الذين أمهاتهم ليسوا على قيد الحياة نلاحظ نسبة 75% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق

$$ق = 0.27$$

وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين ورغم كون علاقتهم مع أمهاتهم جيدة إلا أنهم يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها، وهذا يدل على غياب دور الرقابة الأبوية مهما كانت نوع العلاقة بين الابن ووالديه فعندما نلاحظ الابن يتمتع بحرية في إنشاء علاقاته مع الأشخاص وليست عليه سيطرة من طرف الأبوين في مواعيد دخوله للمنزل مثلاً سيتسنى له أن يسلك أي سلوك منحرف يتعلمه.

جدول رقم (36) العلاقة بين نوع المخدر المتعاطى وما إذا
اندمج المبحوث مباشرة مع أفراد أسرته بعد خروجه من
المستشفى أو عزلته

المجموع		بعد خروجك من المستشفى				اندماج المبحوث		نوع المخدر	
		اندمجت مباشرة مع افراد اسرتك							
		لا		نعم					
%	ك	%	ك	%	ك				
100	32	84.37	27	15.62	5	حشيش			
100	22	86.36	19	13.64	3	حبوب			
						مهلوسة			
100	3	100	3	-	-	هروين			
100	13	69.23	9	30.77	4	أخرى تذكر			
100	70	82.86	58	17.14	12	المجموع			

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين لم يندمجوا في أسرهم بعد خروجهم من المستشفى وفضلوا العزلة وذلك بنسبة 82.86% مقابل 17.14% من المبحوثين اندمجوا مباشرة في أسرهم بعد خروجهم من المستشفى وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع المخدر المتعاطى نلاحظ أن أولئك الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 84.37% من هؤلاء المبحوثين فضلوا العزلة بعد خروجهم من المستشفى ، في حين نلاحظ أن أولئك الذين يتعاطون الحبوب المهلوسة بنسبة 86.36% من هؤلاء المبحوثين فضلوا العزلة ولم يندمجوا مع أسرهم ، أما بالنسبة للمبحوثين الذين يتعاطون مادة الهروين كلهم لم يندمجوا مع أسرهم بعد خروجهم من المستشفى ، في حين أولئك الذين يتعاطون مواد مخدرة أخرى بنسبة 69.23% من هؤلاء المبحوثين لم يندمجوا مع أسرهم وفضلوا العزلة.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.17$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على معطيات هذا الجدول نجد أن أغلبية المبحوثين مهما كان نوع المخدر المتعاطي لم يندمجوا مباشرة مع أفراد أسرهم بعد خضوعهم للعلاج وخروجهم من المستشفى وهذا يدل على خطورة الآثار التي تتركها تلك المواد بجميع أنواعها من إحباط وميل للعزلة وعدم الاندماج المباشر في المجتمع خاصة إذا اصطدم المبحوث بعد خروجه من المستشفى بالمشاكل الأسرية والاضطرابات داخل الأسرة فانه سيواجه مشاكل عديدة تدفعه إلى العودة إلى الإدمان مجدداً وهذا ما حصل من خلال المعطيات المبينة في الجدول.

**جدول رقم (37) العلاقة بين المستوى التعليمي للأب بإمكانية
تلقي المبحوث للمال من أفراد أسرته بعد خروجه من
المستشفى**

المجموع		لا		نعم		إمكانية تلقي المال من الأسرة
ك	%	ك	%	ك	%	المستوى التعليمي للأب
26	100	12	46.15	14	53.85	أمي
21	100	4	19.05	17	80.95	ابتدائي
12	100	3	25	9	75	متوسط
9	100	3	33.33	6	66.67	ثانوي
2	100	-	-	2	100	جامعي
70	100	22	31.43	48	68.57	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتلقون المال من أفراد أسرهم بنسبة 68.57% مقابل 31.43% من المبحوثين لا يتلقون المال من أفراد أسرهم ، وهي اقل نسبة ، وبإدخالنا للمتغير المستقل إلا وهو المستوى التعليمي للأب نلاحظ أن الذين أبائهم أميين نسبة 53.85% من هؤلاء المبحوثين يتلقون المال من أفراد أسرهم ونلاحظ أن الذين أبائهم ذوي مستوى تعليمي ابتدائي نسبة 80.95% من هؤلاء المبحوثين يتلقون المال من أفراد أسرهم ، ونلاحظ أن الذين أبائهم ذوي مستوى تعليمي متوسط نسبة 75% من هؤلاء المبحوثين يتلقون المال من أفراد أسرهم ، ونلاحظ أن الذين أبائهم ذوي مستوى تعليمي ثانوي نسبة 66.67% من هؤلاء المبحوثين يتلقون المال من أفراد أسرهم ، في حين نلاحظ أن الذين أبائهم ذوي مستوى تعليمي جامعي كلهم يتلقون المال من أفراد أسرهم.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.26$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على معطيات هذا الجدول نجد أن أغلبية المبحوثين يتلقون أبائهم ذوي مستوى تعليمي سواء ابتدائي أو متوسط أو ثانوي أو جامعي واغلبهم يتلقون المال من أفراد أسرهم وبالرغم من أن أبناء أولئك المبحوثين ذوي مستوى تعليمي إلا أنهم لم ينجحوا في توعية أبنائهم بخطورة ظاهرة تعاطي المخدرات والعودة إلى الإدمان فهناك شيء من الإهمال وغياب الرقابة الأبوية والأمر يرجع ربما إلى حالات الطلاق وانشغال الأب عن العائلة بالعمل والانفصال من المفروض بعد خروج المبحوث من المستشفى ان يكون تحت مراقبة أفراد أسرته وفرض المتابعة الطبية وإكمال العلاج لان نجاح التداوي من تلك السموم يتطلب التعامل بصرامة أكثر والتكفل الأمثل بالمريض وليس الإهمال وإنفاق المال عليه خاصة وان أغلبية المبحوثين حسب المعطيات في الجداول السابقة يحصلون على المواد المخدرة عن طريق شرائها.

**جدول رقم (38) العلاقة بين المستوى التعليمي للأُم بإمكانية تلقي
المبحوث للمال من أفراد أسرته بعد خروجه من المستشفى**

المجموع		لا		نعم		إمكانية تلقي المال من الأسرة هل تتلقى المال من أفراد اسرتك بعد الخروج من المستشفى
%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي للأُم
100	38	47.37	18	52.63	20	أُمي
100	22	13.64	3	86.36	19	ابتدائي
100	9	11.11	1	88.89	8	متوسط
100	1	–	–	100	1	ثانوي
100	70	31.43	22	68.57	48	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتلقون المال من أفراد أسرهم بنسبة 67.57% مقابل 31.43% من المبحوثين لا يتلقون المال من أفراد أسرهم , وهي اقل نسبة , وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو المستوى التعليمي للام نلاحظ أن الذين أمهاتهم دون مستوى تعليمي نسبة 52.63% من هؤلاء المبحوثين يتلقون المال من أفراد أسرهم , ونلاحظ أن الذين أمهاتهم لديهم مستوى تعليمي ابتدائي نسبة 86.36% من هؤلاء المبحوثين يتلقون المال من أفراد أسرهم , ونلاحظ أن الذين أمهاتهم لديهم مستوى تعليمي متوسط نسبة 88.89% من هؤلاء المبحوثين يتلقون المال من أفراد أسرهم , و كذلك نلاحظ أن الذين أمهاتهم لديهم مستوى تعليمي ثانوي كهم يتلقون المال من أفراد أسرهم.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.36$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءا على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين أمهاتهم دون مستوى تعليمي يتلقون المال من أفراد أسرهم وهذا يعكس تعامل أفراد الأسرة مع أولئك المبحوثين بالعاطفة أكثر من التفكير في عاقبة ذلك التصرف خاصة وان أغلبية المبحوثين يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها زد على ذلك أن أغلبية المبحوثين عاطلون عن العمل أي ليس لديهم مدخول

لذلك يلجئون إلى أفراد أسرهم لتدعيمهم بالأموال لكن في هذه الحال نلاحظ غياب الرقابة الأسرية بالمقابل وهو ما نتج عنه حالات العودة إلى الإدمان ويتوقف غياب الرقابة أما لحالات الطلاق والانفصال أو العلاقات السيئة التي تربط المبحوث بأفراد أسرته وكذلك المشاكل الأسرية.

جدول رقم (39) العلاقة بين المستوى التعليمي للأب بإمكانية سؤال أفراد الأسرة للمبحوث فيما ينفق المال

المجموع		في حالة الإجابة بنعم هل يسألك أفراد أسرتك أين تنفق المال						سؤال الأسرة للمبحوث
		لا أتلقى		لا		نعم		
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	المستوى التعليمي للأب
26	100	12	46.15	10	38.46	4	15.38	أمي
21	100	4	19.05	1	4.76	16	76.19	ابتدائي
12	100	3	25	5	41.67	4	33.33	متوسط
9	100	3	33.33	1	11.11	5	55.55	ثانوي
2	100	-	-	-	-	2	100	جامعي
70	100	22	31.43	17	24.29	31	44.29	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يسألون أفراد أسرهم فيما ينفقون المال الذي يتحصلون عليه منهم بنسبة 44.29% مقابل 24.29% من المبحوثين لا يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال ، وبإدخالنا للمتغير المستقل إلا وهو المستوى التعليمي للأب نلاحظ أن الذين أبائهم دون المستوى التعليمي نسبة 46.15% من هؤلاء المبحوثين لا يتلقون المال من أفراد أسرهم ، ونلاحظ أن الذين إبانهم ذوي مستوى تعليمي ابتدائي نسبة 76.19% من هؤلاء المبحوثين يسألونهم أفراد أسرهم عن المال فيما ينفقونه ، ونلاحظ أن الذين أبائهم ذوي مستوى تعليمي متوسط نسبة 41.67% من هؤلاء المبحوثين لا يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال ، ونلاحظ أن الذين أبائهم ذوي مستوى تعليمي ثانوي بنسبة 55.55% يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال ، في حين نلاحظ أن الذين أبائهم ذوي مستوى تعليمي جامعي كلهم يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.37$ وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين آبائهم ذوي مستوى تعليمي سواء ابتدائي أو متوسط أو ثانوي أو جامعي وفي نفس الوقت نجد أن أغلبية أولئك المبحوثين يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون الأموال التي يحصلون عليها بعد خروجهم من المستشفى في المرة الأولى لكن رغم ذلك تعرضوا للانتكاس والعودة إلى الإدمان مجدداً وهذا يشير إلى أن هناك نوع من عدم الرقابة الأسرية الكافية لمنع الابن المدمن من الوقوع في فخ الإدمان ثانية والسلوكيات المنحرفة فإذا كان المدمن ليست لديه إرادة في الإقلاع عن الإدمان فإنه بالرغم من سؤاله فيما ينفق المال فإنه لن يكشف عن وجهة المال إذا استخدمه في شراء المخدرات إذا في هذه الحالة يتوجب الرقابة الأسرية الصارمة على المبحوث لأن فترة ما بعد العلاج مهمة جداً لنجاح عملية التداوي وتتطلب تكفل خاص بالمريض.

جدول رقم (40) العلاقة بين المستوى التعليمي للأُم بإمكانية سؤال أفراد الأسرة للمبحوث فيما ينفق المال

المجموع		في حالة الإجابة بنعم هل يسألك أفراد أسرتك أين تنفق المال						سؤال الأسرة للمبحوث	
		لا أتلقى		لا		نعم		المستوى التعليمي للأم	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	38	47.37	18	34.21	13	18.42	7		أمي
100	22	13.63	3	18.18	4	68.18	15		ابتدائي
100	9	11.11	1	–	–	88.89	8		متوسط
100	1	–	–	–	–	100	1		ثانوي
100	70	31.43	22	24.29	17	44.29	31		المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال بنسبة 44.29% مقابل 24.29% من المبحوثين لا يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال وهي أقل نسبة ، وبإدخالنا للمتغير المستقل نلاحظ أن الذين أمهاتهم ليس لديهن مستوى تعليمي نسبة 47.37% من هؤلاء المبحوثين لا يتلقون المال من أفراد أسرهم ونلاحظ أن الذين أمهاتهم لديهن مستوى تعليمي ابتدائي نسبة 68.18% من هؤلاء المبحوثين يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال ونلاحظ أن الذين أمهاتهم لديهن مستوى تعليمي متوسط نسبة 88.89% من هؤلاء المبحوثين يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال ، في حين نلاحظ أن أولئك الذين أمهاتهم لديهن مستوى تعليمي ثانوي كلهم يسألونهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.5$ ونجد أن الارتباط طردي متوسط.

وبناء على معطيات هذا الجدول نجد أن أغلبية المبحوثين أمهاتهم دون مستوى تعليمي واغلبهم الذين يتلقون المال من أفراد أسرهم يسالون فيما ينفقون ذلك المال لكن رغم ذلك تعرضوا لظاهرة العودة إلى الإدمان مع أن أغلبية أولئك المبحوثين آبائهم ذوي مستوى تعليمي لكن لا ننسى أن أولئك المبحوثين والديهم بالأغلبية منفصلين أو مطلقين وهذا يعتبر عنصرا مساهما في قلة الرقابة الأسرية لان التفكك الأسري تتجم عنه سلبيات عديدة ويذهب ضحيتها الأبناء رغم كون احد الوالدين ذو مستوى تعليمي لكن مع ذلك فان التفكك الأسري لا يخدم مصلحة الابن الخاضع للعلاج من الإدمان رغم تلقيه المال لكن في ظل الإهمال وعدم الرقابة الأسرية من جهة والمشاكل العائلية من جهة أخرى تخلف لديه ضغط يدفعه للسلوك المنحرف مجددا.

ثانيا: عرض نتائج الفرضية الأولى.

- أغلبية المبحوثين الذين والديهم على قيد الحياة كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية وهذا ما يبين أن الاضطرابات الأسرية غالبا ما تولد ضغط على الأبناء وتكون سببا في ارتكابهم لأفعال منحرفة وهذا ما يبينه الجدول رقم (24).
- أغلبية المبحوثين الذين والديهم على قيد الحياة يتعاطون مادة الحشيش وهناك عدة أسباب تدفعهم إلى تناول هذه المادة وبالذات لأنها متوفرة بشكل كبير ومنخفضة السعر وعند استهلاكها لا تصدر رائحة كالكحول مثلا وهذا ما يبينه الجدول رقم (25).
- أغلبية المبحوثين الذين والديهم على قيد الحياة يحصلون على المواد المخدرة عن طريق شرائها من بائعها خاصة وان هؤلاء المبحوثين يحصلون على المال من أفراد أسرهم وهذا ما يبينه الجدول رقم (26).
- أغلبية المبحوثين الذين والديهم يعيشان معا يتعاطون مواد مخدرة وأخرى ذكرت كالمواد المستنشقة والكحول في حين أن أغلبية المبحوثين الذين مطلقين يميلون إلى تعاطي مادة الحشيش وهذا ما يبينه الجدول رقم (27).
- أغلبية المبحوثين والديهم يعيشان معا كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية وهذا ما يبين انه ليس الطلاق لوحده شرط بان يكون سببا لكثرة الخلافات والمشاكل تجعل من الأبناء عرضة للوقوع في الآفات الاجتماعية الخطيرة كالإدمان. ومن جهة أخرى نجد أن أغلبية المبحوثين الذين والديهم مطلقين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء وهذا يبين أن الأب والأم لوحده لا يستطيع السيطرة على الأبناء خاصة أن اتجهوا إلى مخالطة رفقاء السوء وهذا ما يبينه الجدول رقم (28).
- أغلبية المبحوثين والديهم مطلقين ويحصلون على المخدرات عن طريق شرائها، وهذا يبين أنه إذا كانت المسؤولية على عاتق أحد الوالدين لوحده فستكون مهمة الرقابة صعبة مما يجعل الابن عرضة أكثر للعود للسلوك المنحرف، وهذا ما يبينه الجدول رقم (29).
- أغلبية المبحوثين علاقاتهم مع آبائهم سيئة والعكس مع أمهاتهم جيدة يتعاطون مادة الحشيش، وهذا يبين سهولة الحصول على هذا النوع من المخدرات سواء كانت العلاقة مع الوالدين جيدة أو سيئة، وهذا حسب الجدولين رقم (30) و (31).

- أغلبية المبحوثين الذين كانت علاقتهم مع آبائهم سيئة كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية والأصدقاء كذلك كانوا سببا في وقوع أولئك المبحوثين في فخ الإدمان وكذلك الذين علاقتهم مع أمهاتهم جيدة كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية وهذا ما يبينه الجدولين رقم (32) و (33).
- أغلبية المبحوثين الذين كانت علاقتهم مع آبائهم سيئة ويحصلون على المخدرات عن طريق شرائها في حين أن أغلبية المبحوثين علاقتهم مع أمهاتهم جيدة، ويحصلون على المخدرات كذلك عن طريق شرائها والحصول عليها من الأصدقاء، وهذا يبين عدم قدرة الوالدين على السيطرة على الأبناء جراء الخلل الواقع على العلاقة التي تربطهم، وهذا ما يبينه الجدولين رقم (34) و (35).
- أغلبية المبحوثين الذين يتعاطون مادة الحشيش لم يندمجوا مع أفراد أسرهم مباشرة بعد خروجهم من المستشفى وهذا يبين مدى تأثير هذه المادة المخدرة تأثيرا سيئا من بين أثاره الميل للعزلة والشعور بالاكنتاب وهذا حسب ما اقر به هؤلاء المبحوثين وهذا ما يبينه الجدول رقم (36).
- أغلبية المبحوثين ورغم كون آبائهم ذوي مستوى تعليمي إلى حد ما إلا أنهم يتلقون المال من والديهم بعد خروجهم من المشفى ومن هنا من الواجب عند إنفاق المال على الأبناء التوعية بعدم استعمالها في شراء المواد المخدرة وهذا ما يبينه الجدول رقم (37).
- نلاحظ من خلال الجدول رقم (39) أن أغلبية المبحوثين يسألهم أفراد أسرهم فيما ينفقون المال الذي يتلقونه منهم ألا أن المبحوث في الغالب الأحيان يتحجج بشراء شيء معين لكن في الحقيقة يستعمل الأموال لشراء المواد المخدرة وهذا حسب تصريحاتهم.
- وعليه يمكن القول أن الفرضية تثبت صحتها والتي تنص على:
تعود ظاهرة العودة إلى استهلاك المخدرات عند الشباب إلى التفكك الأسري.

خلاصة الفصل

بفعل التطورات والتغيرات الحاصلة في المجال الاقتصادي والاجتماعي والثقافي في المجتمع، خاصة في السنوات الأخيرة تخلت الأسرة عن بعض أدوارها المنوطة بها، ما دفع بأبنائها وخاصة المراهقين والمراهقات إلى القيام بالعديد من السلوكات الانحرافية والتي أصبحت مؤخراً منشرة على نطاق واسع، بفعل أنماط التربية القائمة على المفاهيم الخاطئة والمتناقضة التي ينشأ عليها الأبناء المراهقين والمراهقات، وكغيرها من الأسر تعاني الأسرة الجزائرية ظاهرة انحراف أبنائها المراهقين والمراهقات، وذلك نظرا للمرحلة التي يمرون بها، والتغيرات الفيزيولوجية والعقلية والنفسية التي يعانون منها من جهة، وجهل بعض الآباء لهذه الفترة وكيفية احتوائها من مخاطر السلوكات الانحرافية من جهة ثانية، فالمراهقين والمراهقات بحاجة إلى رعاية الأسرة، كما بحاجة إلى من يوجههم إلى الطريف السليم، وفي هذا السياق جاءت الدراسة الحالية كمحاولة للكشف عن علاقة تفكك الأسرة بانحراف أبنائها عموماً ووقوعهم في فخ الإدمان والعود إلى تعاطي المخدرات والكشف عن مختلف الأوضاع المعيشية والمستوى القيمي والأخلاق والثقافي للأسرة، والتي كانت لها علاقة بإدمان الأبناء، وهذا ما لاحظناه خلال هذا الفصل، إذ وجدنا أن أغلبية المبحوثين اتجهوا إلى إدمان المخدرات هرباً من المشاكل العائلية التي تتجلى في سوء العلاقة بينهم وبين آبائهم، وكذلك لاحظنا بأن المستوى التعليمي للآباء والأمهات لم يكن كافياً لتوعية الأبناء بخطورة ظاهرة إدمان المخدرات والعود إليه، وكذلك جهل أفراد الأسرة بكيفية التعامل مع المدمن المنتكس، خاصة وأن أغلبية المبحوثين والديهم مطلّقين، ومنه تلقى المسؤولية كاملة على عاتق الأم أو الأب لوحده، مما يؤدي إلى صعوبة التكفل بالابن المدمن، وبصبح منبوذاً من قبل أهله إذا عاد مرة ثانية للإدمان مع أنه لاحظنا أن أغلبية المبحوثين كان أفراد أسرهم يشجعونهم على مواصلة العلاج، إلا أن الجهل بوضع خطة مناسبة وخطوات من الواجب اتباعها لتفادي الانتكاس آلت دون تحقيق الهدف الواجب تحقيقه ألا وهو التخلص من الإدمان.

الفصل الثالث:

تحليل الفرضية الثانية: البرنامج العلاجي
المسطر من طرف المؤسسة الاستشفائية
وعلاقته بعودة المبحوث إلى الإدمان

تمهيد

أولاً: تحليل متغيرات الفرضية الثانية

ثانياً: عرض نتائج الفرضية الثانية

خلاصة الفصل

تعد الرعاية اللاحقة للمتعافين أو ما يسمى ببرنامج ما بعد العلاج للتعافي من الإدمان على المخدرات من أهم أنواع الرعاية التي يمكن أن تقدم للمتعافين أو المتماثلين للعلاج بعد خروجهم من المستشفى أو المصحة الخاصة بعلاج الإدمان ومواجهة الانتكاسة، باعتبار أنها تهدف إلى مساعدتهم على منع انتكاستهم أو عودتهم إلى المواد المخدرة كما أنها تسهم في مساعدة المتعافين عن الكف عن التعاطي ومواجهة الإلحاح والرغبة للعودة إليه، وتجنب استعمال عقاقير أو بدائل مؤقتة لان استعمالها يؤدي إلى عودة الإلحاح نحو المادة التي سبق الإدمان عليها، كما أنها تقدم الدعم النفسي للمتعافين من المخدرات بالشكل الذي يسهم في وقايته من العودة إلى الإدمان، فالرعاية اللاحقة تمثل متابعة المدمن العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حتى يتم التأكد من عدم عودته إلى الإدمان مرة أخرى، وتدعيم التغيرات الايجابية التي حدثت في ذات المدمن وسلوكه في الأسرة والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعاب قد تؤثر على إرادته في البعد عن المخدرات، فالعودة الى تعاطي المخدرات يمثل من الناحية الاجتماعية ظاهرة خطيرة، ذلك لان العودة معناه أن المجتمع لم ينجح في نظمه الاجتماعية والتعليمية وقوانينه العقابية والعلاجية في إعادة المتعاطي إلى حالته الصحيحة لكي يعيش حياة سوية لصالحه وصالح المجتمع كله، وان هذا يمثل مؤشرا خطيرا على المجتمع حيث يعطي المتعاطي مصدر الانحراف والجرائم ويشيع في المجتمع الخوف والقلق وعدم الثقة بالأمن والقوانين ومن هذا المنطلق تأتي برامج الرعاية اللاحقة لتشكل التوجه الفاعل من المجتمع نحو الوقاية واستمرارية العلاج في أن واحد وفي دراستنا هذه وضعنا فرضية تقول بان عدم خضوع المدمن لبرنامج ما بعد العلاج يكون له اثر في وقوعه ثانية في فخ الإدمان وسنعرض فيما يلي أهم المعطيات التي ستكشف لنا عن مدى فعالية برنامج ما بعد العلاج ونوعه وإمكانيات المؤسسة الاستشفائية الجزائرية ومدى مساهمتها في الحد من الإدمان وكذلك ستبين البيانات التي سنعرضها في هذا الفصل موقف المدمنين الخاضعين للعلاج من ذلك البرنامج العلاجي ووضعهم النفسي والاجتماعي داخل تلك المصحة الخاصة بعلاج الإدمان.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية: البرنامج العلاجي المسطر من طرف المؤسسة
الاستشفائية وعلاقته

بعودة المبحوث إلى الإدمان

أولاً: تحليل متغيرات الفرضية الثانية:

جدول رقم (41) العلاقة بين خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه بنوع
المخدر المتعاطى لأول مرة

نوع المخدر		نوع المخدر							
		حبوب		هروين		أخرى تذكر		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الخضوع لبرنامج ما بعد العلاج	نعم	6	46.15	5	38.46	1	7.69	1	7.69
	لا	26	45.61	17	29.82	2	3.51	12	21.05
	المجموع	32	45.71	22	31.43	3	4.29	13	18.57

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الهروين وهي أقل نسبة، وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج نلاحظ أن نسبة 46.15% من المبحوثين الذين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج يتعاطون مادة الحشيش، في حين نجد المبحوثين الذين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بنسبة 45.61% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش.

ومنه نلاحظ من خلال هذا الجدول أعلاه وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.17$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج خاصة أولئك الذين يتناولون مادة الحشيش وهذا يعد نقطة سلبية لا تضم عملية التداوي والتخلص من تلك السموم خاصة وأن بعض الأنواع من المخدرات كالحشيش يصعب التخلص

منها خاصة إذا كان المدمن يتعاطاها منذ فترة طويلة فان لم تكن هناك متابعة طبية دقيقة ورقابة من الأسرة فسيصعب الأمر على الشخص المدمن في التخلص من الإدمان بسهولة والدليل ما لاحظناه من خلال هذه البيانات ومن خلال ما اقر به هؤلاء المبحوثين كذلك فعملية نجاح العلاج تتوقف على عدة نقاط مهمة ومن بينها ضرورة استمرار ومواصلة العلاج بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية لان فترة الإقامة بهذه الأخيرة تكون قصيرة ولا تكفي لوحدها للتخلص من الإدمان فيجب أن يكون هناك تواصل بين المريض والمؤسسة بعد خروجه منها لضمان نتيجة أفضل.

جدول رقم (42) العلاقة بين خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه بسبب إدمانه على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الخضوع لبرنامج ما بعد العلاج
100	13	15.38	2	38.46	5	23.08	3	23.08	3	نعم
100	57	12.28	7	33.33	19	40.35	23	14.03	8	لا
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت، وهي أقل نسبة، وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه نلاحظ أن المبحوثين الذين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بنسبة 38.46% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء، في حين نجد أن المبحوثين الذين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بنسبة 40.35% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.09$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المدمنين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج وكان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية من جهة والأصدقاء من جهة أخرى وهذا يدل على أنه كلما كانت المشاكل داخل الأسرة وعدم الاستقرار كلما كان احتمال توجه الأبناء نحو السلوكات المنحرفة أكثر وهذا ما لاحظناه في المعطيات السابقة فعندما يكون الفرد تحت ضغط جراء تلك المشاكل الأسرية فإنه سيحاول الهروب نحو أماكن تبعده عن ذلك

الضغط فيلتقي بأشخاص غير أسوياء ويتعلم السلوك الانحرافي كالإدمان على المخدرات وبعد خضوعه لبرنامج ما بعد العلاج فإنه إذا استمرت تلك المشاكل العائلية وفي ظل استمرار علاقته بهؤلاء الأشخاص المنحرفين فإنه لن تكون له الإرادة والعزيمة اللازمة لمواصلة العلاج والخضوع للمتابعة الطبية ومنه العودة إلى الإدمان مجدداً.

جدول رقم (43) العلاقة بين خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه
بمصدر حصوله على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر									
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم		2	15.38	2	15.38	1	7.69	8	61.54	13	100
لا		2	3.51	16	28.07	8	14.03	31	54.39	57	100
المجموع		4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتحصلون على المواد المخدرة من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يتحصلون عليها من الأهل وهي اقل نسبة وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو خضوع المبحوث لبرنامج ما بعد العلاج من عدمه نلاحظ أن المبحوثين الذين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بنسبة 61.54% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نجد أن المبحوثين الذين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بنسبة 54.39% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.22$ بالتالي وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج ويحصلون على المخدرات عن طريق شرائها وهذا يدل على أن أولئك المبحوثين في مرحلة خطيرة من الإدمان ولم تكن لديهم العزيمة اللازمة للتخلص من الإدمان فاتجاه المدمن مباشرة لشراء المخدرات يدل على اعتياد ذلك الشخص لفعل هذا السلوك ما دامت تلك المواد المخدرة متوفرة ومتداولة بشكل واسع فإن طريقة الحصول عليها تكون سهلة وبالتالي تقل نسبة نجاح علاجه وفي ظل ظروف أخرى ومشاكل سوءا على مستوى الأسرة أو مشاكل أخرى تخص الشخص المدمن فإن قابليته لمواصلة العلاج والخضوع للمتابعة الطبية (برنامج ما بعد العلاج) ستكون منعدمة وبالتالي العودة إلى الإدمان.

جدول رقم (44) العلاقة بين اقرار المبحوث بفعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه لأول مرة
بنوع المخدر المتعاطى لأول مرة

المجموع		نوع_المخدر								نوع المخدر	فعالية البرنامج العلاجي
		أخرى تذكر		هروين		حبوب		حشيش			
						مهلوسة					
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	20	30	6	10	2	30	6	30	6	فعال	
100	50	14	7	2	1	32	16	52	26	غير فعال	
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32		المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الهروين ، وهي اقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو إقرار المبحوث بفعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه في أول مرة نلاحظ أن المبحوثين الذين اقرروا بفعالية البرنامج العلاجي بنسبة 30% يتعاطون مادة الحشيش ونفس النسبة نجدها لدى هؤلاء المبحوثين الذين يتعاطون الحبوب المهلوسة ومواد مخدرة أخرى ذكرت أي بنسبة 30% ، في حين نجد أن المبحوثين الذين اقرروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي بنسبة 52% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك انه عند حسابنا لمعامل التوافق $Q = 0.29$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءا على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين اقرروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي الذي خضعوا له أثناء إقامتهم بالمؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى ويتعاطون مادة الحشيش ومن هنا نستنتج أن هذه المادة المخدرة من الصعب التخلص منها بسهولة إذا لم تكن هناك متابعة طبية وفي هذه الحالة يتوجب تكاثف الجهود بداية بوجود العزيمة والإرادة لدى الشخص المدمن وكذلك الرقابة الأسرية على المدمن بعد خروجه من المستشفى لأنه إذا عاد لمخالطة رفقاء السوء فانه سيعود إلى الإدمان مجددا وان يكون البرنامج العلاجي الذي تلقاه

في بادئ الأمر فعال خاصة وان مدة الإقامة بالمستشفى قصيرة ولا تكفي للتخلص من تلك السموم وإذا لم تكن هناك متابعة طبية بعد الخروج من المستشفى.

جدول رقم (45) العلاقة بين اقرار المبحوث بفعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه
لأول مرة بسبب إدمانه على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان فعالية البرنامج العلاجي	
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من		التقليد			
						مشاكل العائلة					
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	20	10	2	25	5	45	9	20	4	فعال	
100	50	14	7	38	19	34	17	14	7	غير فعال	
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت ، وهي اقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو فعالية البرنامج العلاجي نلاحظ أن المبحوثين الذين اقرروا بفعالية البرنامج العلاجي المقدم لهم بنسبة 45% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين اقرروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي بنسبة 38% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك انه باستخدامنا لمعامل التوافق ق = 0.02 وبالتالي وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على هذه المعطيات نجد أن أغلبية المبحوثين اقرروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي الذي خضعوا له أثناء إقامتهم بالمستشفى في المرة الأولى وكانت أسباب إدمانهم الأصدقاء المنحرفين أي بعد خروجهم من المستشفى عادوا لمخالطة رفقاء السوء ومنه العودة إلى الإدمان ومن جهة أخرى حسب المعطيات السابقة نلاحظ نسبة كبيرة كذلك بسبب إدمان أولئك المبحوثين الهروب من المشاكل العائلية حيث ينجم عن ذلك ضغط لدى المدمن وهو ما يجعله

يخالط رفقاء السوء في ظل انعدام الرقابة الأسرية جراء العلاقات السيئة التي تجمعهم بأفراد أسرته والمشاكل الأسرية فينتج إلى مخالطة هؤلاء الأشخاص الغير أسوياء ومنه الانقطاع عن الاتصال بالمؤسسة الاستشفائية وهذا طبعاً سيؤدي إلى عدم فعالية البرنامج العلاجي لان نجاح العلاج يتطلب الابتعاد عن كل ما له علاقة بالإدمان.

جدول رقم (46) العلاقة بين اقرار المبحوث بفعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه لأول مرة من عدمه بمصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر									
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
فعال		2	10	1	5	1	5	16	80	20	100
غير فعال		2	4	17	34	8	16	23	46	50	100
المجموع		4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يتحصلون عليها من الأهل ، وهي اقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو فعالية البرنامج العلاجي نلاحظ أن المبحوثين الذين اقرروا بفعالية البرنامج بنسبة 80% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين اقرروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي بنسبة 46% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.35$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات نجد أن أغلبية المبحوثين اقرروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي واغلبهم يحصلون على المواد المخدرة سواء من بائعيها أي عن طريق شرائها أو من طرف أصدقائهم وها دليل على انعدام الإرادة لدى الشخص المدمن بعد خروجه من المستشفى واتجاهه لشراء تلك المواد المخدرة أو العودة إلى مخالطة ومجالسة رفقاء السوء فان ذلك بالتأكيد سيؤثر على نجاح العلاج ويجعله غير فعال لان نجاح العلاج يتطلب ظروف خاصة وتكفل خاص بهذه الفئة بداية من الأسرة من جهة والمؤسسة الاستشفائية ولا ننسى دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في التوعية بخطورة هذه الظاهرة.

جدول رقم (47) العلاقة بين ملاحظة المبحوث وجود تغير في حياته اليومية من عدمها بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى بنوع المخدر المتعاطى

المجموع		نوع_المخدر								نوع المخدر
		أخرى تذكر		هروين		حبوب		حشيش		
						مهلوسة				
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	وجود تغير في الحياة اليومية
100	20	25	5	-	-	20	4	55	11	
100	50	16	8	6	3	36	18	42	21	
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32	
										نعم
										لا
										المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من المبحوثين يتعاطون مادة الهروين وهي اقل نسبة , وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو وجود تغير في الحياة اليومية أو العكس نلاحظ أو أولئك المبحوثين الذين لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بنسبة 55% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش في حين نجد أن المبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى بنسبة 42% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.19$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناء على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى ويتعاطون مادة الحشيش والحبوب المهلوسة كذلك هذا احتمال كبير يرجع إلى خطورة هاتين المادتين المخدرتين وصعوبة التخلص منهما كما أن عملية التكفل بالمدمنين تتطلب اهتماما خاص وشروط تضمن نجاح العلاج أما إذا كان المبحوث ليست له إرادة في التخلص من الإدمان نجد مشاكل يعاني منها كالمشاكل الأسرية ومخالطة رفقاء السوء كل هذه النقاط تقف عائقا في سبيل عملية العلاج, أما بالنسبة للمبحوثين الذين لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية مع أنهم يتعاطون مادة

الحشيش إلا أنهم لاحظوا ذلك التغير فبعض هؤلاء المبحوثين نجدهم يتمتعون بشيء من الإرادة والعزيمة لكن سرعان ما يقعون في الإدمان ثانية.

جدول رقم (48) العلاقة بين ملاحظة المبحوث وجود تغير في حياته اليومية من عدمها بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى بسبب الإدمان على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	وجود تغير في الحياة اليومية
100	20	5	1	20	4	60	12	15	3	نعم
100	50	16	8	20	20	28	14	16	8	لا
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل نسبة 12.86% من المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت وهي أقل نسبة وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية نلاحظ أن المبحوثين الذين لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بنسبة 60% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بنسبة 40% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.29$ وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى في المرة الأولى وأسباب إدمانهم كانت مخالطة رفقاء السوء وهذا طبعا سيقف حاجزا في سبيل نجاح العلاج لان العودة إلى مجالسة رفقاء السوء بعد الخضوع للعلاج ستقلل من حظوظ الشفاء لدى الشخص المدمن وبالتالي يقع في فخ الإدمان مجددا أما بالنسبة للمبحوثين الذين لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد

خضوعهم للعلاج في المرة الأولى كان سبب إيمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية فبعد خروج المبحوث من المستشفى فإنه يحتاج لرعاية خاصة وتكفل خاص فإذا وجد الجو الأسري غير مضطرب وبعيد عن المشاكل فإنه سيتمثل للشفاء وأما إذا عادت المشاكل على مستوى الأسرة فإن ذلك سيولد ضغط على المبحوث ويحدث له الانتكاس والعودة إلى الإدمان مجدداً.

جدول رقم (49) العلاقة بين ملاحظة المبحوث وجود تغير في حياته اليومية من عدمها بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى بمصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر								وجود تغير في الحياة اليومية
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
نعم	-	-	3	15	2	10	15	75	20	100
لا	4	8	15	30	7	14	24	48	50	100
المجموع	4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يتحصلون عليها من الأهل ، وهي اقل نسبة وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو ملاحظة المبحوث لوجود تغير في حياته اليومية بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى نلاحظ أن المبحوثين الذين لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بنسبة 75% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بنسبة 48% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.25$ وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناء على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خضوعهم للعلاج في المرة الأولى وخروجهم من المستشفى وفي نفس الوقت يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها من بائعيها وكذلك من أصدقائهم سواء لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية أو العكس وهذا يدل على أن أولئك المبحوثين في مرحلة متقدمة من الإدمان تشهد خطورة لان الشخص إذا أصبح يشتري المخدرات مباشرة من بائعها ويجالس أصدقاء السوء فان هذه النقاط لن تكون في صالحه وصالح نجاح العلاج فبالرغم من خضوع المبحوث للعلاج وبعد انقضاء مدة إقامته بالمستشفى فحتى ولو توفرت

الظروف الملائمة لراحته فإذا عاد لمخالطة رفقاء السوء فإنه سرعان ما سيحدث له الانتكاس والعودة إلى الإدمان خاصة إذا لم تكن هناك رقابة أسرية.

جدول رقم (50) العلاقة بين سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية للمرة الأولى بنوع المخدر المتعاطى

المجموع		نوع المخدر								سبب فعالية البرنامج العلاجي
		أخرى تذكر		هروين		حبوب مهلوسة		حشيش		
						%	ك	%	ك	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	10	40	4	20	2	-	-	40	4	ذلك يرجع لفعالية البرنامج
100	10	40	4	-	-	-	-	60	6	حاولت عدم العودة الى الادمان
100	50	10	5	2	1	44	22	44	22	لم الحظ تغير
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من المبحوثين يتعاطون مادة الهروين ، وهي اقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث نلاحظ أن المبحوثين الذين كان سبب وجود تغير في حياتهم اليومية فعالية البرنامج العلاجي الذي تلقاه بالمؤسسة الاستشفائية لأول مرة بنسبة 40% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش ونفس النسبة نجدها عند هؤلاء المبحوثين الذين يتعاطون مواد مخدرة أخرى ذكرت في حين نجد أن المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية إلى محاولتهم عدم العودة إلى إدمان المخدرات بنسبة 60% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش ، أما بالنسبة للمبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير على حياتهم اليومية نجد نسبة 44% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش ونفس النسبة نجدها لدى هؤلاء المبحوثين الذين يتعاطون الحبوب المهلوسة أي 44% .

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.4$ وبالتالي الارتباط طردي متوسط.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى في المرة الأولى وبالنسبة للمبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية إلى فعالية البرنامج العلاجي الذي تلقوه ومحاولتهم عدم العودة إلى الإدمان نجدهم يقدمون على تعطي الحشيش والمسكرات بنسبة كبيرة وهذا يدل على خطورة وصعوبة التخلص من هاتين المادتين المخدرتين فحتى إذا كان هناك شيء من الإرادة لدى شخص مريض أو اعتقاده بفعالية البرنامج العلاجي الذي خضع له فإنه بمجرد اصطدامه بظروف أخرى خارج المؤسسة كالمشاكل الأسرية أو العودة إلى مخالطة رفقاء السوء فإنه سيعيد نفسه مجدداً إلى فخ الإدمان لذا يجب تكاثف الجهود والمتابعة الطبية وضرورة الرقابة الأسرية لتكتمل عملية العلاج وتكون النتيجة أفضل.

جدول رقم (51) العلاقة بين سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة
الاستشفائية للمرة الأولى بسبب الإدمان على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	سبب فعالية البرنامج العلاجي
100	10	10	1	30	3	60	6	-	-	
100	10	20	2	20	2	60	6	-	-	
100	50	12	6	38	19	28	14	22	11	
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من المبحوثين الذين سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث نلاحظ أن المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية إلى فعالية البرنامج العلاجي بنسبة 60% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية في حين نجد أن المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية إلى محاولتهم عدم العودة إلى الإدمان 60% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية , أما بخصوص المبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير على حياتهم اليومية بنسبة 38% من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.29$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة لهذا الجدول نجد أن أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير على حياتهم اليومية وسبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء وهذا يترجم العلاقة بين هذين المتغيرين فعند خضوع المبحوث للعلاج وبعد خروجه من المستشفى يعود إلى مخالطة

رفقاء السوء فهذا سيؤدي به إلى العودة إلى الإدمان مجدداً أما هؤلاء المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى للمرة الأولى إلى فعالية البرنامج العلاجي أما محاولتهم عدم العودة إلى الإدمان فان اغلبهم يعود سبب إدمانهم إلى الهروب من المشاكل العائلية , ومن الطبيعي أن عملية العلاج وضمان نجاحه تتطلب التكفل الأمثل الذي تكون مسؤولية على المؤسسة الاستشفائية والأسرة وجميع مؤسسات التنشئة الاجتماعية أما إذا كانت هناك مشاكل على مستوى الأسرة واضطرابات تعود بالضغط على الابن المدمن فحتى لو توفرت لديه الإرادة والعزيمة للتخلص من الإدمان من جهة وفعالية البرنامج العلاجي من جهة أخرى فان ذلك سرعان ما سيفشل لان المريض لم يجد الجو المناسب لراحته واستقراره.

جدول رقم (52) العلاقة بين سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية للمرة الأولى بمصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر									
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
فعالية البرنامج		-	-	3	30	-	-	7	70	10	100
حاولت عدم		-	-	4	40	1	10	5	50	10	100
العودة للإدمان		4	8	11	22	8	16	27	54	50	100
لم الحظ تغير		4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100
المجموع											

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يتحصلون عليها من الأهل ، وهي اقل نسبة ، وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو سبب وجود تغير في الحياة اليومية للمبحوث بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية نلاحظ أن المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية إلى فعالية البرنامج العلاجي بنسبة 70 % من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير في حياتهم اليومية إلى محاولتهم عدم العودة إلى الإدمان مجددا بنسبة 50% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت أما بخصوص المبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية نجد نسبة 54% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.41$ وبالتالي الارتباط طردي متوسط.

بناءا على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى في المرة الأولى ويحصلون على المخدرات عن

طريق شرائها وهذا يبين أن هؤلاء المبحوثين في حالة متقدمة من الإدمان وبالنظر إلى مصدر حصولهم على المخدرات أي عن طريق اقتنائها من بائعيها ومروجيها مباشرة أي نجدهم على اتصال مباشر مع هؤلاء البائعين ولا يتم إحضارها لهم من طرف أشخاص بل يحصلون عليها مباشرة ب شرائها وهذا طبعا سيقبل من حظوظ نجاح العلاج أما بالنسبة لهؤلاء المبحوثين الذين ارجعوا سبب وجود تغير على حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى إلى فعالية البرنامج العلاجي أو محاولتهم عدم العودة إلى شرائها وهنا نلاحظ غياب نقطة مهمة وهي الرقابة الأسرية التي من المفروض أن تكون بعد خروج المريض من المستشفى لضمان نتيجة أفضل , والدور التوعوي بضرورة إكمال العلاج والابتعاد عن كل ما له علاقة بالإدمان.

جدول رقم (53) العلاقة بين نوع العلاج الذي كان مركز عليه من طرف الأطباء والمختصين خلال مكوث المبحوث بالمستشفى لأول مرة وخضوع هذا الأخير لبرنامج ما بعد العلاج

المجموع		لا		نعم		الخضوع لبرنامج ما بعد العلاج نوع العلاج المركز عليه
%	ك	%	ك	%	ك	
100	46	97.83	45	2.17	1	العلاج الدوائي
100	14	71.43	10	28.57	4	العلاج النفسي
100	10	20	2	80	8	العلاج الاجتماعي
100	70	81.43	57	18.57	13	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج بنسبة 81.43% مقابل 18.57% من المبحوثين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج ، وهي اقل نسبة ، وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع العلاج المركز عليه من طرف الأطباء نلاحظ أن الذين لاحظوا أن الأطباء والمختصين مركزون على العلاج الدوائي بنسبة 97.83% من هؤلاء المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج ، ونلاحظ أن الذين اقرروا بان الأطباء مركزين على العلاج النفسي بنسبة 71.43% من هؤلاء المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج ونلاحظ أن الذين يرون بان الأطباء مركزين على العلاج الاجتماعي بنسبة 80 % خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل علة ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.57$ وجدنا أن الارتباط طردي متوسط.

بناء على معطيات هذا الجدول نجد أن أغلبية المبحوثين اقرروا بأنهم خلال مكوثهم بالمستشفى في المرة الأولى لاحظوا بان الأطباء كانوا يركزون بنسبة اكبر على العلاج الدوائي وفي نفس الوقت نجدهم لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج وهذا يدل على وجود اختلال في عملية التكفل بالمدمنين على مستوى مصلحة علاج الإدمان وذلك يرجع على حسب رأي هؤلاء

المختصين إلى الحالة العصبية لأغلبية المبحوثين حيث أن الكثير منهم تكون سلوكاته عدوانية ويصاب بحالة من الهيجان خلال افتقاده للعقار فيجد هؤلاء الأطباء أنفسهم مجبرين على تقديم عقار بديل يهدئ من حالة الهيجان لدى المريض وهي عبارة عن أدوية وحقن مهدئة لتقادي الفوضى والعنف وتجنب إيذاء المريض لنفسه والآخرين لكن في المقابل يجب التركيز على النوعين الآخرين من العلاج النفسي والاجتماعي كي تكون العملية متكافئة فالجانب النفسي والاجتماعي للمريض يلعبان دورا مهما في خطة التداوي ويجب أن يهتم الأطباء بهذين الجانبين , وبالنظر إلى المعطيات نجد أن أغلبية المبحوثين الذين لاحظوا بان الاطباء كانوا يركزون على الجانب الاجتماعي قد خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج حيث يكون المريض لديه استعداد نفسي واجتماعي ومهيأ للاندماج ثانية في المجتمع عكس أولئك المبحوثين الذين كانوا يتلقون العلاج الدوائي أكثر خاصة وأنهم يتعاطون مواد مخدرة خطيرة ومن الصعب الإقلاع عنها ونجدهم لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج وسرعان ما عادوا مجددا للإدمان.

جدول رقم (54) العلاقة بين نوع العلاج المركز عليه من طرف الأطباء
والمختصين أثناء مكوث المبحوث بالمستشفى لأول مرة وإمكانية ملاحظة
المبحوث لوجود تغير في حياته اليومية بعد خروجه من المستشفى

المجموع		عند خروجك الول من المستشفى هل لاحظت تغير في حياتك اليومية				ملاحظة المبحوث لوجود تغير في حياته
		لا		نعم		
ك	%	ك	%	ك	%	نوع العلاج المركز عليه
46	100	33	71.74	13	28.26	
14	100	11	78.57	3	21.43	
10	100	6	60	4	40	
70	100	50	71.43	20	28.57	
						العلاج الدوائي
						العلاج النفسي
						العلاج الاجتماعي
						المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بنسبة 71.43% مقابل نسبة 28.57% من المبحوثين لاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المشفى لأول مرة ، وهي اقل نسبة ، وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو نوع العلاج المركز عليه من طرف الأطباء نلاحظ أن الذين يرون بان الأطباء يركزون على العلاج الدوائي بنسبة 71.74% من هؤلاء المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية ، ونلاحظ أن الذين يرون بان الأطباء يركزون على العلاج النفسي بنسبة 78.57% من هؤلاء المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية ، في حين نجد أن الذين يقرون بان الأطباء يركزون على العلاج الاجتماعي بنسبة 60% من هؤلاء المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية.

ومنه نلاحظ علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $\chi^2 = 0$ وجدنا أن الارتباط منعدم.

بناءً على معطيات هذا الجدول نلاحظ أن أغلبية المبحوثين لاحظوا بان الأطباء مركزين أكثر على العلاج الدوائي أثناء مكوثهم بالمستشفى في المرة الأولى وفي نفس الوقت لم يلاحظوا تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المشفى ، وهذه تعد نقطة سلبية إذا كان

العلاج يفتقد للجانب النفسي والاجتماعي فان المريض سيكون معرض أكثر لحالات الانتكاس خاصة إذا كان يتعاطى أحد أنواع المخدرات الخطيرة ومن الصعب التخلص منها إذا لم يكن مهياً نفسياً واجتماعياً للاندماج في المجتمع وحدث التغير كل مستوى حياته اليومية خاصة وان مدة الإقامة بالمستشفى قصيرة ولا تكفي للشفاء التام والتخلص من الإدمان إذا يجب المتابعة الطبية ومواصلة برنامج ما بعد العلاج لأنه سوف تكون هناك جلسات مع الأطباء يتم فيها متابعة حالة المريض لكن انعدام الإرادة لدى هؤلاء المرضى وظروفهم الخاصة وقفت حاجزاً في سبيل إكمال العلاج.

ثانيا: عرض نتائج الفرضية الثانية.

- أغلبية المبحوثين الذين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج يتعاطون مادة الحشيش وهذا ما يثبت خطورة هذه المادة المخدرة وصعوبة التخلص منها وتتطلبها برنامج علاجي مكثف ومنظم ومركز عبر فترات يجب احترامها من طرف المريض إذا أراد ذلك وهذا ما يبينه الجدول رقم (41).

- أغلبية المبحوثين الذين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية وهذا يبين أن الأسرة كذلك مسئولة في هذه الظاهرة حيث إذا أنهى المريض علاجه داخل المشفى وبعد خروجه وجب توفير الجو المناسب والظروف التي تسمح له بإكمال العلاج وهذا ما يبينه الجدول رقم (42).

- أغلبية المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها، وهذا يبين أنهم ليسوا مؤهلين بعد خضوعهم لبرنامج العلاج الذي تلقونه في المؤسسة الاستشفائية أثناء إقامتهم بها في المرة الأولى، وكذلك لا تتوفر لديهم الإرادة الكافية للتخلص من هذه الآفة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (43).

- أغلبية المبحوثين الذين أقروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي الذي يتلقونه خلال مكوثهم بالمستشفى في المرة الأولى يتعاطون الحشيش وهذا ما يبين ضرورة جعل العلاج مناسب للتخلص من هذا النوع من المخدرات وهذا ما يبينه الجدول رقم (44).

- أغلبية المبحوثين الذين أقروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء وهذا يبين أن عودة المبحوث لمخالطة رفقاء السوء طبعاً يجعل البرنامج غير فعال ويعود بالمريض لنقطة الصفر وهذا ما يبينه الجدول رقم (45).

- أغلبية المبحوثين الذين أقروا بعدم فعالية البرنامج العلاجي الذي تلقوه أثناء مكوثهم بالمؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها وهذا يبين غياب التوعية اللازمة بضرورة الانقطاع عن شرائها مثل هذه السموم التي يتحمل مسؤوليتها الكثير ومن بينها الجهات الأمنية التي من المفروض تشديد الخناق أكثر على مروجي هذه السموم للحد من الظاهرة وهذا ما يبينه الجدول رقم (46).

- أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى يتعاطون مادة الحشيش، وهذا يبين خطورة هذه المادة وصعوبة التخلص من إدمانها، وهذا ما يبينه الجدول رقم (47).

- أغلبية المبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء وهذا يثبت أن عودة المريض المدمن لمخالطة رفقاء السوء سيفشل عملية العلاج بنسبة كبيرة وهذا ما يبينه الجدول رقم (48).

- أغلبية المبحوثين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى في المرة الأولى يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها وعن طريق الأصدقاء، وهذا يبين عدم وجود إرادة لدى هؤلاء المبحوثين في التخلص من الإدمان، وهذا ما يبينه الجدول رقم (49).

- أغلبية المبحوثين كان سبب وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى حسب رأيهم هو فعالية البرنامج الذي خضعوا له أثناء إقامتهم في المستشفى في المرة الأولى، ومنهم أيضا من حاولوا عدم العود إلى الإدمان كانوا يتعاطون مادة الحشيش، لكن للأسف فإن هذه الفئة تمثل الأقلية من إجمالي المبحوثين، وهذا يبين أنه إذا توفرت الإرادة لدى الفرد المدمن في التخلص من الإدمان فإنه سينجح في ذلك ولو بنسبة قليلة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (50).

- أغلبية المبحوثين كان سبب وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى حسب رأيهم هو فعالية البرنامج الذي خضعوا له أثناء إقامتهم في المستشفى في المرة الأولى، ومنهم أيضا من حاولوا عدم العود إلى الإدمان كان سبب إدمانهم الهروب من المشاكل العائلية والأصدقاء، لكن للأسف فإن هذه الفئة تمثل الأقلية من إجمالي المبحوثين، وهذا يبين أنه إذا توفرت الإرادة لدى الفرد المدمن في التخلص من الإدمان فإنه سينجح في ذلك ولو بنسبة قليلة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (51).

- أغلبية المبحوثين كان سبب وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى حسب رأيهم هو فعالية البرنامج الذي خضعوا له أثناء إقامتهم في المستشفى في المرة الأولى، ومنهم أيضا من حاولوا عدم العود إلى الإدمان كانوا يحصلون على المخدرات عن طريق

شرائها، لكن للأسف فإن هذه الفئة تمثل الأقلية من إجمالي المبحوثين، وهذا يبين أنه إذا توفرت الإرادة لدى الفرد المدمن في التخلص من الإدمان فإنه سينجح في ذلك ولو بنسبة قليلة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (52).

- أغلبية المبحوثين الذين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج أقرروا بأن نوع العلاج الذي كان مركز عليه من طرف الأطباء هو العلاج الدوائي وهذا يثبت أن هناك اختلال في برنامج العلاج حيث أنه في المقابل أغلبية المبحوثين الذين خضعوا لبرنامج ما بعد العلاج أقرروا بأن الأطباء مركزون على العلاج الاجتماعي ومنه يجب أن يكون هناك تكامل في البرنامج والأخذ بجميع جوانبه على حسب كل حالة من المرضى وهذا ما يبينه الجدول رقم (53).

- أغلبية المبحوثين الذين لم يلاحظوا وجود تغير في حياتهم اليومية بعد خروجهم من المستشفى في المرة الأولى أقرروا بأن العلاج المركز عليه من طرف الأطباء هو العلاج الدوائي بنسبة أكبر وهذا يدل على عدم تكامل البرنامج العلاجي حيث يجب وضع هذا البرنامج والأخذ بعين الاعتبار حالة كل مريض وما تتطلبه وهذا ما يبينه الجدول رقم (54).

- وعليه يمكن القول بأن الفرضية أثبتت صحتها والتي تنص على:

يؤدي عدم خضوع المدمن على المخدرات للمراقبة الطبية ومتابعة البرنامج العلاج بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية إلى العودة إلى الإدمان.

خلاصة الفصل

من خلال النتائج التي توصلنا إليها في هذا الفصل اتضح لنا مدى تأثير عدم الخضوع لبرنامج ما بعد العلاج على ظاهرة العودة إلى الإدمان ومن هنا تبرز أهمية ما يمكن تصميمه وتوجيهه من برامج توجه إلى المتعافين من الإدمان في مواجهة الانتكاسة كنوع من الرعاية اللاحقة تضمن تقليل معدلات الوقوع في هذه الانتكاسة، وبما يؤدي إلى توجيه النظر لمقومات بناء تصور استراتيجي للرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان في مقابل الانتكاسة ويشكل ذلك محور اهتمام بعض الدراسات الحالية ومنها دراستنا التي أدرجنا في مضمونها فرضية عدم خضوع المدمن لبرنامج ما بعد العلاج يؤدي به إلى العودة إلى الإدمان، لان برامج الرعاية اللاحقة تعد عنصرا أساسيا ورئيسيا في جميع الخطط العلاجية التي توجه نحو شرائح ونوعيات مختلفة من عملاء المؤسسات الاجتماعية ومنهم المتعافين من الإدمان، وكذلك تعد برامج الرعاية اللاحقة ضرورية لنجاح التدخل العلاجي في كثير من المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية للمدمنين والعائدين للإدمان، هذا بالإضافة إلى تصميمها وتنفيذها بطريقة مهنية يضمن إلى حد بعيد تحقيقها لأهداف عملية التدخل والخروج بنتائج مرضية ويمكن النظر إلى هذه البرامج كآليات أساسية للتعامل مع مسببات الإدمان الحقيقية وعاملا ضمنا لعدم عودة المتعافي إلى الإدمان مرة أخرى، ويمكن أيضا النظر إلى برامج الرعاية اللاحقة كأسلوب لتفعيل الدور المجتمعي في التعامل مع الصعوبات والتحديات النفسية والاجتماعية التي قد تواجه المتعافين بعد خروجهم من المراكز العلاجية بما يضمن عدم عودتهم إليها أو التقليل من معدلات ذلك.

ومن خلال المعطيات التي عرضناها في هذا الفصل توصلنا إلى أن أغلبية المبحوثين لم يخضعوا لبرنامج ما بعد العلاج وذلك أرجعوه إلى عدة أسباب منها اصطدامهم بمشاكل عائلية بعد خضوعهم للعلاج في المرة الأولى وكذلك بعد المسافة من مكان إقامتهم عن المركز الاستشفائي الخاص بعلاج الإدمان خاصة في ظل الظروف الاقتصادية السيئة لأغلبهم وكذلك مواصلتهم واستمرارهم في مخالطة رفقاء السوء دفع بهم إلى العودة إلى الإدمان مجددا ناهيك عن قلة الإمكانيات المتوفرة في مصحة علاج الإدمان والتي لم تجعل من البرنامج العلاجي غني وفعال لأغلب المدمنين.

الفصل الرابع:

تحليل الفرضية الثالثة: علاقة جماعة الرفاق بعودة المدمن إلى استهلاك المخدرات

تمهيد

أولاً: تحليل متغيرات الفرضية الثالثة

ثانياً: عرض نتائج الفرضية الثالثة

خلاصة الفصل

تسعى المجتمعات في وقتنا الحاضر إلى العمل على مكافحة الجريمة بمدى صورها وأشكالها وذلك يلتزم أسبابها وبدايتها للعمل على القضاء عليها في مهدها، بل وقبل حدوثها بوسائل وقائية واحترازية، ولعل ابرز المظاهر في ذلك الاهتمام بالعائدين إلى إدمان المخدرات فتجمع الجهود الإصلاحية لتقويمه ويسلك طريق العلاج، ألا أن عودته للتعاطي مرة أخرى تصنع علامة استفهام كبيرة عن مدى فعالية الجهود الإصلاحية التي بذلت معه خلال فترة علاجه في المرة الأولى، وكذلك تضع علامة استفهام عن حقيقة هذا الفرد الذي عاد مرة أخرى إلى تعاطي المخدرات، والتعرف على مواطن الخلل لعلاجها، وهناك عدة عوامل لها علاقة بعودة الفرد المتعافي إلى الإدمان مجددا وتعمل على عدم استقرار المجتمع عامة والأضرار بمصالح أفرادها دونما تمييز وتزداد خطورة الظاهرة (ظاهرة إدمان المخدرات) حينما تكون هذه الجريمة تمثل الجريمة الثانية أو الثالثة وهو ما يسمى بالعودة أو الاعتیاد، وقد دلت بعض الدراسات على أن الفرد العائد إلى الإدمان غالبا ما يكون اشد خطورة أو أكثر حدة من الانحراف الأول، وهذا يؤكد على ضرورة الاهتمام بدراسة ظاهرة العودة إلى الإدمان بشكل يساوي في الأهمية الدراسات التي تجرى على المدمنين العاديين وتناولت دراستنا هذه عاملا نراه من الممكن أن تكون له علاقة بظاهرة العودة إلى الإدمان إلا وهو العودة إلى مخالطة رفقاء السوء بعد الخضوع الى العلاج، وسنعرض في هذا الفصل أهم المعطيات المتعلقة بعلاقة الفرد المدمن بأصدقائه سواء الذين كانت له علاقة بهم في الحي او المدرسة او العمل والذين لهم نفس السلوك المنحرف وكذلك الأصدقاء الذين تعرف عليهم خلال إقامته بالمؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى ومدى تأثيره بهم وتأثيرهم عليه وهل كانوا من أهم مصادر حصوله على المخدرات أم لا وما مدى وعيه بخطورة مخالطة لرفقاء السوء بعد تعافيه من الإدمان ، كل هذا سنراه من خلال البيانات المقدمة في هذا الفصل.

الفصل الرابع: تحليل الفرضية الثالثة: علاقة جماعة الرفاق بعودة المدمن إلى استهلاك المخدرات

أولاً: تحليل متغيرات الفرضية الثالثة:

جدول رقم (55) العلاقة ما إذا كان للمبحوث أصدقاء أثناء مكوثه بالمؤسسة الاستشفائية لأول مرة بمصدر الحصول على المخدرات

المجموع		مصدر الحصول على المخدر								مصدر الحصول وجود أصدقاء للمبحوث
		اخر يذكر		الجيران		الأصدقاء		الأهل		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	67	55.22	37	13.43	9	25.37	17	5.97	4	نعم
100	3	66.67	2	–	–	33.33	1	–	–	لا
100	70	55.71	39	12.86	9	25.71	18	5.71	4	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يتحصلون عليها من الأهل وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو وجود أصدقاء للمبحوث أثناء مكوثه بالمؤسسة الاستشفائية لأول مرة نلاحظ أن الذين كان لهم أصدقاء بنسبة 55.22% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نلاحظ أن الذين لم يكن لهم أصدقاء أثناء مكوثهم بالمستشفى لأول مرة بنسبة 66.67% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0$ وبالتالي الارتباط منعدم.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين كانت تربطهم علاقة بأصدقاء أثناء مكوثهم بالمؤسسة الاستشفائية لأول مرة ويحصلون على المخدرات عن طريق شرائها أي ليس شرطاً يحصلون عليها من أصدقائهم ما دام أن المبحوث في حالة متقدمة من الإدمان ومتعود على شراء المادة المخدرة مباشرة من بائعها وهذا لا ينفي وجود نسبة من هؤلاء

المبحوثين يحصلون على المخدرات من أصدقائهم أي نجد هذه الفئة بالنظر إلى المعطيات السابقة تميل نحو تكوين علاقات مع الأشخاص المدمنين وهذا أمر سلبي يعود على نجاح العلاج بالفشل , في حين نجد كذلك المبحوثين الذين لم يكن لهم أصدقاء أثناء مكوثهم بالمؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها وهذا يبين انه ليس شرطاً أن يكون للمدمن أصدقاء ما دامت حالته من الإدمان متقدمة ومعتاد على التواصل مع بائعي تلك السموم وشرائها منهم وفي هذه الحالة يجب تفعيل الدور الأسري بالرقابة على الشخص الخاضع للعلاج لمحاولة إبعاده عن كل ما له علاقة بالإدمان.

جدول رقم (56) العلاقة بين استمرارية العلاقة بين المبحوث وأصدقائه بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية بمصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر									
		المجموع		اخر يذكر		الجيران		الأصدقاء		الأهل	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه	
4	8.70	13	28.26	6	13.04	13	50	46	100		
-	-	5	23.81	2	9.52	14	66.67	21	100		
-	-	-	-	1	33.33	2	66.67	3	100		
4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100		
المجموع											

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71 % من المبحوثين يتحصلون عليها من الأهل وهي اقل نسبة , وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو استمرارية العلاقة بين المبحوث أصدقائه بعد خروجه من المستشفى نلاحظ أن هؤلاء الذين استمرت علاقتهم مع أصدقائهم بعد خروجهم من المستشفى بنسبة 50% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نجد أن المبحوثين الذين تستمر علاقتهم بأصدقائهم الذين كانوا يمكنون معهم في المستشفى بنسبة 66.67% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت , وأما بخصوص المبحوثين الذين لم يكن لديهم أصدقائهم أثناء مكوثهم بالمستشفى لأول مرة بنسبة 66.67% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.26$ وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءا على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين استمرت علاقتهم بأصدقائهم الذين كانوا يمكنون معهم بالمؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى أي مازالوا على اتصال معهم

وفي نفس الوقت اقر اغلبهم بان مصدر حصولهم على المخدرات يكون عن طريق شرائها من بائعيها وهذا يعد أمر يعود سلبا على ضمان نجاح علاج الشخص المريض لأنه إذا استمرت العلاقة بين هذا الأخير وأشخاص غير أسوياء فإنهم سيؤثرون على بعضهم ويستمرون في الإدمان وهذا ما لاحظناه في المعطيات في حين أن هؤلاء المدمنين وقعوا في فخ العودة مجددا إلى تعاطي هذه السموم وفي هذه الحالة توجب وجود عنصر الرقابة الأسرية كما أننا نلاحظ من خلال هته المعطيات لدى المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم بهؤلاء الأصدقاء الذين كانوا يمكنون معهم بالمؤسسة الاستشفائية للمرة الأولى أنهم هم كذلك يحصلون بنسبة كبيرة على المخدرات عن طريق شرائها وهذا يوضح أن توافر تلك السموم وتداولها بشكل كبير في تراب الوطن وعدم ارتداع هؤلاء الباعة والمروجين وهذا يعتبر مؤشر للنظر إذا استمر هؤلاء الأشخاص في مزاولة نشاطهم.

جدول رقم (57) العلاقة بين تعاطي أصدقاء المبحوث للمخدرات بعد خروجهم من المؤسسة الاستشفائية بمصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر									
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		آخر يذكر		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعاطي أصدقاء المبحوث للمخدرات		-	-	14	40	1	2.86	20	57.14	35	100
		1	9.09	4	36.36	-	-	6	54.55	11	100
		-	-	-	-	-	38.10	10	47.62	21	100
		-	-	-	-	-	-	3	100	3	100
		4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100
المجموع											

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يتحصلون عليها من الأهل ، وهي أقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو تعاطي أصدقاء المبحوث للمخدرات بعد خروجهم من المستشفى نلاحظ أن هؤلاء الذين أصدقائهم يتعاطون المخدرات بعد خروجهم من المستشفى بنسبة 57.14% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نجد أن هؤلاء المبحوثين الذين لم يستمر أصدقائهم في تعاطي المخدرات بعد خروجهم من المستشفى بنسبة 54.55% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت، ونلاحظ أن المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم لهؤلاء الأصدقاء بعد خروجهم من المستشفى بنسبة 47.62% من هؤلاء المبحوثين يتحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت أما بخصوص المبحوثين الذين لم يكن لهم أصدقاء أثناء مكوثهم بالمستشفى لأول مرة نجد نسبة 100% يتحصلون على المخدرات عن طريق شرائها.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.55$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط طردي متوسط.

بناءً على معطيات هذا الجدول نجد أن أغلبية هؤلاء المبحوثين استمر أصدقاؤهم الذين كانوا يمكنون معهم بالمستشفى لأول مرة في تعاطي المخدرات وهذا يبين أن العلاقة بينهم مازالت مستمرة وذلك ما يؤدي إلى تقلص نسبة نجاح العلاج وكذلك من جهة أخرى نجد أن أغلبية هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها وهذا حسب أقوالهم وفي العادة عندما لا يجد المدمن المخدرات يتصل بأحد الأصدقاء المدمنين لإرشاده إلى بائعين آخرين وهذا ما صرح به هؤلاء المبحوثين ومن هنا نجد أن غياب الرقابة الأبوية بعد خضوع المبحوث للعلاج تعود سلبيًا على ضمان نجاح العلاج.

وهذا ما أشارت إليه نظرية المخالطة الفارقة التي تشير إلى أن الجزء الأكبر من عملية تعلم السلوك الإجرامي يحدث داخل جماعات يرتبط أعضاؤها بعلاقات شخصية قائمة على المودة¹.

¹ سامية محمد جابر: أستاذة علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، سوسيولوجيا الانحراف، دار المعرفة الجامعية، 2001، ص 125.

جدول رقم (58) العلاقة بين طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته بنوع المخدر المتعاطى

نوع المخدر		نوع المخدر									
		حشيش		حبوب مهلوسة		هروين		أخرى تذكر		المجموع	
طريقة تعاطي للمخدرات		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لوحده		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الاصدقاء		32	45.71	22	31.43	3	4.29	13	18.57	70	100
المجموع		32	45.71	22	31.43	3	4.29	13	18.57	70	100

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من المبحوثين يتعاطون مادة الهروين وهي اقل نسبة، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته نلاحظ انه لا يوجد ولا مبحوث تعاطي المخدرات لوحده في أول تجربة له مع التعاطي في حين نجد أن الذين تعاطوا المخدرات مع أصدقائهم في أول تجربة لهم مع التعاطي بنسبة 45.71% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون الحشيش.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط منعدم.

بناء على هذه المعطيات نجد أن كل المبحوثين كانت أول تجربة لهم في تعاطي المخدرات عن طريق أصدقائهم أي عن طريق تعلم هذا السلوك واغلبهم يتعاط مادة الحشيش نظرا لتوافرها وتداولها وانخفاض سعرها حسب آرائهم ومن جهة أخرى كذلك يقدمون على تعاطي الحبوب المهلوسة لكن بنسبة اقل وهذا يبين أن مخالطة رفقاء السوء تؤدي بشكل مباشر بالشخص المرتبط بهم إلى تعلم السلوكات المنحرفة ومنها الإدمان فحتى أن خضع لمبحوث للعلاج فان استمرار علاقته بهؤلاء الأشخاص الغير أسوياء يدفعه بالعودة مجددا إلى الإدمان وهذا ما أشارت إليه نظرية المخالطة الفارقة حيث تشير إلى انه عندما يصبح الشخص مجرما يكون ذلك راجعا إلى مخالطة واتصالاته بالنماذج الإجرامية وعزلته عن النماذج غير الإجرامية ، وبعد التعلم من خلال عملية الاتصال بأشخاص آخرين داخل إطار جماعات

صغيرة , وفي هذه الحالة يتوجب توفر عنصر الرقابة الأسرية لمحاولة إبعاد الابن عن تلك الجماعات التي قد تؤدي به إلى الوقوع في فخ الإدمان ثانية إذا استمرت تلك العلاقة.

جدول رقم (59) العلاقة بين طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته بسبب الإدمان على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	طريقة تعاطي للمخدرات
100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	لوحدهك
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	الأصدقاء
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت ، وهي اقل نسبة ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات في أول تجربة له نلاحظ انه لا يوجد ولا مبحوث تعاطي المخدرات لوحده في أول تجربة له ، في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين كانت لهم أول تجربة مع تعاطي المخدرات مع أصدقائهم بنسبة 37.14% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0$ وبالتالي نجد أن الارتباط منعدم.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن كل المبحوثين كانت أول تجربة لهم في التعاطي مع أصدقائهم وكانت أسباب إدمانهم بالأغلبية الهروب من المشاكل العائلية والأصدقاء وهذا يوضح خطورة مخالطة رفقاء السوء والاضطرابات الأسرية التي تؤثر بشكل مباشر في سلوك الأبناء خاصة وإن الابن المدمن إذا خضع للعلاج وبعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية يتوجب التكفل به بشكل خاص من الجانب الصحي والجانب الأسري أي وجب توفير الجو الملائم لضمان نتيجة علاج ايجابية فإذا كانت العلاقة بين المدمن وأسرته متوترة فإن النتيجة ستكون باحتمال اكبر سلبية ، وهذا ما أشارت إليه نظرية العائلة حيث تشير إلى أن السلبية

والإهمال والغضب هي من مسببات الإدمان وعند تطور الاعتمادية وتقدم الإدمان يصبح الإدمان في هذه الحالة مفرط ، ويصعب السيطرة عليه وعندها تصبح استجابات الأسرة خارج السيطرة ، وتبدأ الأسرة بالبحث عن زيادة السيطرة في هذه الحالة يزداد الضغط على الأسرة ، والإدمان على أي حال يخلق فراغا واختلالا في نظام العائلة وتعتبر نظرية الأسرة انه إذا لم يحل هذا الاختلال (الفراغ) الوظيفي فان خطر الانتكاسة يكون مرتفعا ، كما أن التفكك الأسري سوء الطلاق أو المشاكل المستمرة بين الوالدين تخلف جوا من التوتر والقلق لدى الابن المدمن.

جدول رقم (60) العلاقة بين طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته
بمصدر حصوله على المخدرات

المجموع		مصدر الحصول على المخدر								مصدر الحصول
		اخر يذكر		الجيران		الأصدقاء		الأهل		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	طريقة تعاطي للمخدرات
100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
100	70	55.71	39	12.86	9	25.71	18	5.71	4	
100	70	55.71	39	12.86	9	25.71	18	5.71	4	
										لوحدهك
										الأصدقاء
										المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71 % مقابل 5.71% من المبحوثين يحصلون عليها من الأهل وهي أقل بنسبة، وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو طريقة تعاطي المبحوث للمخدرات لأول مرة في حياته نلاحظ انه لا يوجد ولا مبحوث كانت أول تجربة له في تعاطي لوحده في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين كانت أول تجربة لهم في تعاطي المخدرات مع أصدقائهم بنسبة 55.71% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى كشرائها.

وباستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0$ وبالتالي وجدنا أن الارتباط منعدم

بناء على هذه المعطيات نجد أن كل المبحوثين كانت أول تجربة لهم في التعاطي مع أصدقائهم حيث لا يمكن لشخص أن يتعلم هذا السلوك لوحده بالعكس فان هذا السلوك يمارس في جماعات في بدايته وبعد أن يصبح الشخص معتاد أو مدمن في هذه الحالة يمكنه الحصول على المقدر لوحده واستعماله وهذا ما لاحظناه في البيانات السابقة حيث أن أغلبية المبحوثين اقرؤا بأنهم يحصلون على المواد المخدرة عن طريق شرائها مباشرة من بائعها وهذا يبين المرحلة المتقدمة من الإدمان التي أصبح فيها هؤلاء المبحوثين وهذا يبين كذلك عدم ارتداع أولئك التجار لهذه السموم وانتشارها وتداولها بشكل كبير في بلدنا حتى أصبح تسويقها بشكل عادي لكل الفئات الصغرى والكبرى لمجتمعنا مما جعلهم سببا قويا في ظاهرة الإدمان والعودة إلى الإدمان فلو كان هناك تشديد الخناق على أولئك المروجين والمهربين للمواد

المخدرة لما أصبح الوضع هكذا وهذا ما جعلنا نتساءل كيف لطفل أن يشتري المواد المخدرة من بائعها مباشرة وأين هو دور الوالدين في هذه الحالة والبيانات السابقة تجعلنا نطرح مثل هذه الأسئلة لأن تلك المواد المخدرة لم تنحصر بيعها في الشارع فقط بل تعدى ذلك إلى بيعها في المؤسسة التربوية والجامعة وفي أكبر مكان للاختلاط ومن هنا يصبح تعلم السلوك المنحرف بشكل أسهل.

جدول رقم (61) العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات بنوع المخدر المتعاطى

المجموع		نوع_المخدر								نوع المخدر استمرارية العلاقة
		أخرى تذكر		هروين		حبوب		حشيش		
						مهلوسة				
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	23.64	13	5.45	3	30.90	17	40	22	نعم
100	15	–	–	–	–	33.33	5	66.67	10	لا
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتعاطون مادة الحشيش بنسبة 45.71% مقابل 4.29% من المبحوثين يتعاطون مادة الهروين وهي اقل نسبة , وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات نلاحظ أن المبحوثين الذين استمرت علاقتهم بهؤلاء الأصدقاء بنسبة 40% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم بأصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات بنسبة 66.67% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.3$ وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على هذه المعطيات نجد أن أغلبية المبحوثين مازالوا على علاقة مع أصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تناول المخدرات وهذا يوضح مدى خطورة مخالطة رفقاء السوء خاصة إذا خضع المدمن للعلاج فانه وباستمرار علاقته بهؤلاء الأشخاص المنحرفين سيقفل من حظوظه في الشفاء كما نجد أن أغلبية هؤلاء المبحوثين يتعاطون بنسبة كبيرة مادة الحشيش باعتبارها اكبر نوع من المخدرات تدخل عبر حدود بلدنا ويتم ترويجها وبيعها خاصة وان أسعارها عادة ما تكون في متناول الأغلبية ومن شبابنا كما أن هذه المادة المخدرة يتم تعاطيها في مجموعات وهذا يبين الاحتكاك بين الفرد والجماعة ليستمر هذا السلوك الخطير

الذي إذا لم يتم السيطرة عليه بالرقابة الأسرية أو وسائل الضبط الاجتماعي وردع هؤلاء المروجين فإن النتيجة ستكون سيئة ويحدث الانتكاس والعودة إلى الإدمان , كما أن نظرية المخالطة الفارقة أشارت إلى أن تعلم السلوك الإجرامي يحدث الجزء الأكبر منه داخل جماعات يرتبط أعضاؤها بعلاقات شخصية قائمة على المودة.

كما أشار "سودرلاند" إلى أن السلوك الإجرامي يكسب عن طريق التعلم فهو ليس فطريا ومعنى ذلك أن الشخص الذي لم يتدرب على الجريمة لا يمكن أن يرتكب فعلا إجراميا¹.

¹ سامية محمد جابر: المرجع السابق، ص 129.

جدول رقم (62) العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات بسبب الإدمان على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان استمرارية العلاقة
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	16.36	9	29.09	16	41.82	23	12.73	7	نعم
100	15	–	–	53.33	8	20	3	26.67	4	لا
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين كان سبب إدمانهم المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14 % مقابل 12.86 % من المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت ، وهي اقل نسبة وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له علاقة معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات نلاحظ أن الذين استمرت علاقتهم مع هؤلاء الأصدقاء بنسبة 41.82 % من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية ، في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم مع أصدقائهم بنسبة 53.33 % من هؤلاء المبحوثين سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.28$ وبالتالي الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على هذه المعطيات نجد أن أغلبية المبحوثين استمرت علاقتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم أول تجربة في التعاطي وكان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية وهذا يوضح انه كلما كانت هناك اضطرابات وعلاقات سيئة داخل الأسرة كلما اتجه الابن إلى السلوكيات المنحرفة وهذه السلوكيات تبدأ بمخالطة رفقاء السوء ومنه يبدأ التعلم للسلوك الانحرافي وهذا ما لاحظناه في الجدول السابق أما بالنسبة للمبحوثين الذين لم

تستمر علاقتهم بأصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في التعاطي كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء نسبة اكبر لكن هذا لا ينبغي كون هؤلاء المبحوثين في اتصال مع أصدقاء منحرفين آخرين وتكوين علاقات مع أشخاص جدد وهذا حسب أراء أولئك المبحوثين فمخالطة رفقاء السوء تعتبر عدوة للعلاج و التداوي للتخلص من الإدمان فضمان نتيجة ايجابية للعلاج تتطلب الانقطاع عن مجالسة رفقاء السوء من جهة والميل على الاستقرار الأسري وعدم المشاكل العائلية لتوفير جو مناسب يضمن نتيجة أفضل للعلاج.

جدول رقم (63) العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات بمصدر الحصول على المخدرات

المجموع		مصدر الحصول على المخدر								مصدر الحصول
		اخر يذكر		الجيران		الأصدقاء		الأهل		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	استمرارية العلاقة
100	55	60	33	16.36	9	18.18	10	5.45	3	
100	15	40	6	-	-	53.33	8	6.67	1	
100	70	55.71	39	12.86	9	25.71	18	5.71	4	
										نعم
										لا
										المجموع

نلاحظ ن خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يحصلون عليها من الأهل. وهي اقل نسبة وعندما أدخلنا المتغير المستقل ألا وهو استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات نلاحظ أن هؤلاء المبحوثين الذين استمرت علاقتهم مع هؤلاء الأصدقاء نسبة 60% منهم يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم بأصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في التعاطي نسبة 53.33% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من أصدقائهم.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.34$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على معطيات هذا الجدول نجد أن أغلبية المبحوثين استمرت علاقتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات وبنسبة كبيرة يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها وهذا يبين خطورة المرحلة التي وصل إليها هؤلاء المبحوثين حيث أصبح تواصلهم بشكل مباشر مع تجار المخدرات الذين يمارسون نشاطهم الغير شرعي في كل قطر الوطن ويتسببون في ضياع عائلات بأكملها جراء تلك السموم التي يبيعونها كما نجد أن المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في

التفاوض يحصلون اغلبهم على المخدرات من أصدقائهم وهذا يبين انه من الضروري استمرار علاقة المدمن بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في التعاطي بل كون علاقات جديدة مع أشخاص منحرفين آخرين وهذا حسب إقرار هؤلاء المبحوثين ومن هنا يتبين انه كلما كانت مخالطة رفقاء السوء اكبر كلما قلت حظوظ المدمن في الشفاء والتداوي والتخلص من الإدمان حيث انه في هذه الحالة وباحتمال كبير يحدث الانتكاس والعودة إلى الإدمان وهذا ما لاحظناه من خلال البيانات المبينة في الجدول السابق.

جدول رقم (64) العلاقة بين ما إذا كان هناك عرض لتناول المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى أو كان ذلك بطلب منه بنوع المخدر المتعاطى

المجموع		نوع_المخدر								نوع المخدر
		أخرى تذكر		هروين		حبوب مهلوسة		حشيش		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	عرض تناول المخدرات
100	57	15.79	9	5.26	3	35.09	20	43.86	25	كانوا يعرضون عليك تناول المخدرات
100	13	30.77	4	—	—	15.38	2	53.85	7	كان ذلك بطلب منك
100	70	18.57	13	4.29	3	31.43	22	45.71	32	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يتعاطون مادة الهروين. وهي اقل نسبة. وعندما أدخلنا المتغير المستقل ألا وهو عرض المخدرات على المبحوث من طرف الأصدقاء أو كان ذلك بطلب منه نلاحظ أن المبحوثين الذين كان أصدقائهم يعرضون عليهم المخدرات بعد خروجهم من المستشفى نسبة 43.86% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش في حين نجد أن المبحوثين الذين كانوا يطلبون المخدرات من أصدقائهم بعد خروجهم من المستشفى 53.85% من هؤلاء المبحوثين يتعاطون مادة الحشيش.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.19$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على معطيات هذا الجدول نجد أن أغلبية المبحوثين كان أصدقائهم يعرضون عليهم المواد المخدرة بعد خروجهم من المستشفى في المرة الأولى وهذا يدل على عودة هؤلاء المبحوثين لمخالطة هؤلاء الأشخاص المنحرفين ويدل هذا على غياب عنصر الرقابة الأسرية من جهة وانعدام الإرادة لدى هؤلاء المبحوثين من جهة أخرى ونجد أغلبهم يقدمون على تعاطي الحشيش وهذا يبين خطورة إدمان تلك المادة وصعوبة التخلص منها فنجاح العلاج يتوقف على ضرورة وجود الإرادة لدى الشخص المريض من جهة والابتعاد عن مخالطة رفقاء السوء

من جهة أخرى ضرورة مواصلة العلاج والمتابعة الطبية وفرض الرقابة الأسرية كما نجد أن أغلب المبحوثين الذين كانوا يطلبون المواد المخدرة من أصدقائهم وهذا كذلك يدل على عدم وجود الإرادة والعزيمة لدى هؤلاء المبحوثين في التخلص من الإدمان خاصته وأنهم كذلك يقدمون على تعاطي الحشيش بنسبة اكبر وهنا يحدث الانتكاس والعودة إلى الإدمان مجددا . وهذا ما لاحظناه من خلال البيانات المبينة في الجدول السابق.

جدول رقم (65) العلاقة بين ما إذا كان هناك عرض لتناول
المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه بعد خروجه من
المستشفى أو كان ذلك بطلب منه بسبب الإدمان على
المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان عرض تناول المخدرات
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	57	10.53	6	40.35	23	33.33	19	15.79	9	كانوا يعرضون عليك تناول المخدرات
100	13	23.08	3	7.69	1	53.85	7	15.38	2	كان ذلك بطلب منك
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو عرض المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى أو كان ذلك بطلب منه نلاحظ أن المبحوثين الذين عرضت عليهم المواد المخدرة من طرف أصدقائهم بنسبة 40.35% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء ، في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين كانوا يطلبون المواد المخدرة من أصدقائهم بنسبة 53.85% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.27$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين الذين كان أصدقائهم يعرضون عليهم المخدرات كان سبب في قبولهم وعودتهم إلى الإدمان الأصدقاء أي أن أولئك المبحوثين وبعد خضوعهم للعلاج في المستشفى وبعد خروجهم استمروا في مجالسة رفقاء السوء ومنه العودة إلى الإدمان مجدداً وهذا يوضح خطورة مخالطة أصدقاء السوء وأثرها السلبي في نجاح العلاج ، كما نجد أن الظروف التي دفعت بالمبحوثين الذين كانوا يطلبون المواد المخدرة من أصدقائهم بعد خروجهم من المستشفى هي الهروب من المشاكل العائلية ومن هنا الاتجاه إلى مخالطة رفقاء السوء وبدون أي إرادة أو عزيمة في الإقلاع عن الإدمان يقوم أولئك المبحوثين بطلب المخدرات من أصدقائهم المنحرفين في حين أن عملية العلاج وضمان نجاحه يتطلب ظروف خاصة وتكفل خاص بالمدمن والاستقرار الأسري والابتعاد عن مخالطة رفقاء السوء.

جدول رقم (66) العلاقة بين ما إذا كان هناك عرض لتناول المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى أو كان ذلك بطلب منه بمصدر الحصول على المخدرات

المجموع		مصدر الحصول على المخدر								مصدر الحصول
		اخر يذكر		الجيران		الأصدقاء		الأهل		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	عرض تناول المخدرات
100	57	50.88	29	14.03	8	28.07	16	7.02	4	كانوا يعرضون عليك تناول المخدرات
100	13	76.92	10	7.69	1	15.38	2	-	-	كان ذلك بطلب منك
100	70	55.71	39	12.86	9	25.71	18	5.72	4	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت بنسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يحصلون عليها من طرف الأهل وهي اقل نسبة , وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو عرض المخدرات على المبحوث من طرف أصدقائه أو كان ذلك بطلب منه نلاحظ أن المبحوثين الذين كان أصدقائهم يعرضون عليهم المواد المخدرة بعد خروجهم من المستشفى بنسبة 50.88% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت , في حين أن المبحوثين الذين كانوا يطلبون المواد المخدرة من أصدقائهم بنسبة 76.92% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.19$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناء على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين كان أصدقائهم يعرضون عليهم المواد المخدرة بعد خضوعهم للعلاج وخروجهم من المستشفى ويحصلون على المخدرات عن طريق شراءها أو اقتنائها من أصدقائهم وهذا يدل على انعدام الإرادة والعزيمة لدى هؤلاء المبحوثين الذين من المفترض بعد خضوعهم للعلاج أن يبتعدوا عن كل ما له صلة بالإدمان وهنا نفتقد دور رقابة الوالدين فالمدمن مادام انه وصل إلى درجة شراء المواد المخدرة مباشرة

من بائعها فانه في حالة خطرة من الإدمان وإذا لم يكن هناك ضبط وسيطرة على ذلك المدمن فانه لن يشفى ويعود مجددا للإدمان كما أن المبحوثين الذين كانوا يطلبون المواد المخدرة من أصدقائهم كذلك يحصلون على المخدرات عن طريق شراءها وهذا يعكس مدى خطورة مرحلة الإدمان التي يعيشها أولئك المبحوثين الذين سلوكهم هذا يبين أنهم لم يستفيدوا تماما من البرنامج العلاجي الذي خضعوا له في المستشفى من حصة ووجود اضطراب على مستوى الأسرة أو مشاكل أخرى دفعت بهم إلى العودة مجدد إلى الإدمان.

جدول رقم (67) العلاقة بين ردة فعل المبحوث أثناء عرض المخدرات عليه من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى بسبب الإدمان على المخدرات

المجموع		سبب الإدمان على المخدرات								سبب الإدمان ردة فعل المبحوث
		سبب آخر		الأصدقاء		الهروب من مشاكل العائلة		التقليد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	49	12.24	6	38.78	19	32.65	16	16.33	8	هل تقبلت ذلك مباشرة
100	8	–	–	50	4	37.5	3	12.5	1	كان هناك تردد
100	13	23.08	3	7.69	1	53.84	7	15.38	2	كان يطلب مني
100	70	12.86	9	34.29	24	37.14	26	15.71	11	المجموع

من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية بنسبة 37.14% مقابل 12.86% من المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات أسباب أخرى ذكرت وهي أقل نسبة , وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو ردة فعل المبحوث أثناء عرض المخدرات عليه من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى نلاحظ أن المبحوثين الذين تقبلوا تلك المواد المخدرة مباشرة نسبة 38.78% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء , في حين نلاحظ أن المبحوثين الذين كان لديهم تردد أثناء عرض المخدرات عليهم من طرف أصدقائهم نسبة 50% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء , ونلاحظ أن المبحوثين الذين كانوا يطلبون المواد المخدرة من أصدقائهم بعد خروجهم من المستشفى نسبة 53.84% من هؤلاء المبحوثين كان سبب إدمانهم على المخدرات الهروب من المشاكل العائلية.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.4$ وجدنا أن الارتباط طردي متوسط.

من خلال معطيات هذا الجدول نلاحظ أن أغلبية المبحوثين تقبلوا الأمر مباشرة أثناء عرض المخدرات عليهم من قبل أصدقائهم بعد خروجهم من المستشفى وكان سبب إدمانهم الأصدقاء وهذا يوضح مدى خطورة أولئك الرفقاء المنحرفين من جهة وانعدام الإرادة لدى المدمن من جهة أخرى ونفس الشيء بالنسبة للمبحوثين الذين كان لديهم تردد في قبول المخدرات المعروضة عليهم من قبل أصدقائهم وبالتالي مخالطة رفقاء السوء تساهم بشكل مباشر في العودة إلى الإدمان في حين نجد أن المبحوثين الذين يطلبون المخدرات من أصدقائهم يقومون بهذا السلوك هرباً من المشاكل العائلية ومن هنا يتضح لنا وجوب توفير الجو المناسب لضمان نجاح العلاج.

جدول رقم (68) العلاقة بين ردة فعل المبحوث أثناء عرض المخدرات عليه من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى بمصدر الحصول على المخدرات

مصدر الحصول		مصدر الحصول على المخدر									
		الأهل		الأصدقاء		الجيران		اخر يذكر		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
هل تقبلت ذلك مباشرة		4	8.16	12	24.49	7	14.29	26	53.06	49	100
كان هناك تردد		-	-	4	50	2	25	2	25	8	100
كان بطلب مني		-	-	2	15.38	-	-	11	84.62	13	100
المجموع		4	5.71	18	25.71	9	12.86	39	55.71	70	100

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى ذكرت نسبة 55.71% مقابل 5.71% من المبحوثين يحصلون عليها من الأهل وهي اقل نسبة , وعند إدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو ردة فعل المبحوث أثناء عرض المخدرات عليه من طرف أصدقائه بعد خروجه من المستشفى نلاحظ أن هؤلاء المبحوثين الذين تقبلوا المواد المخدرة من أصدقائهم مباشرة نسبة 53.06% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المخدرات من مصادر أخرى في حين نلاحظ أن الذين كان لديهم تردد أثناء عرض المواد المخدرة عليهم من طرف أصدقائهم بنسبة 50% من هؤلاء المبحوثين يحصلون عليها من طرف الأصدقاء, أما بخصوص الذين كانوا يطلبون المخدرات من أصدقائهم نجد نسبة 84.62% من هؤلاء المبحوثين يحصلون على المواد المخدرة من مصادر أخرى ذكرت كشرائها.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين التغيرين، والدليل على ذلك باستخدامنا لمعامل التوافق $Q = 0.35$ وجدنا أن الارتباط طردي ضعيف.

بناءً على المعطيات السابقة نجد أن أغلبية المبحوثين يتقبلون مباشرة عرض المخدرات عليهم من قبل أصدقائهم بعد خروجهم من المستشفى وهذا يبين عدم وجود إرادة لدى هؤلاء المبحوثين في التخلص من الإدمان خاصة أن أغلبهم يحصلون على المخدرات من بائعها أي عن طريق شرائها وهذا يوضح مدى خطورة المرحلة التي وصل إليها هؤلاء المبحوثين من

الإدمان ونجد حتى المبحوثين الذين كان لديهم تردد مقابل عرض المخدرات عليهم من طرف أصدقائهم يستجيبون لعرض تلك المخدرات عليهم في ظل غياب الرقابة الأسرية والضبط الاجتماعي والقانوني الذي من المفترض تشديد الخناق على أولئك الأشخاص الذين يسوقون تلك السموم في أوساط المجتمع لتصل إلى شبابنا ويحصلون عليها بسهولة في حين أن المعطيات تبين أن المبحوثين الذين كانوا يطلبون المخدرات من أصدقائهم لم يكن لديهم ادني عزيمة أو إرادة في التخلص من الإدمان، لذلك وقعوا في فخ الإدمان مجدداً.

جدول رقم (69) العلاقة بين استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة التعاطي بإمكانية ملاحظته لوجود رقابة من طرف أسرته بعد خروجه من المستشفى

المجموع		لا		نعم		استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه
ك	%	ك	%	ك	%	
55	100	27	49.09	28	50.91	نعم
15	100	5	33.33	10	66.67	لا
70	100	32	46.38	38	55.07	المجموع

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية لهذا الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الذين لاحظوا بان هناك رقابة عليهم من طرف أفراد أسرهم بنسبة 55.07% مقابل 46.38% من المبحوثين لم يلاحظوا بان أفراد أسرهم يراقبونهم ، وهي اقل نسبة ، وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو استمرارية علاقة المبحوث بأصدقائه الذين كانت له معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات نلاحظ أن الذين استمرت علاقتهم بأصدقائهم بنسبة 50.19% من هؤلاء المبحوثين لاحظوا أنهم مراقبون من طرف أفراد أسرهم بعد خروجهم من المشفى ، في حين نلاحظ أن الذين لم تستمر علاقتهم بأصدقائهم بنسبة 66.67% لاحظوا بأنهم مراقبون من طرف أفراد أسرهم بعد خروجهم من المشفى.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين المتغيرين والدليل على ذلك باستخدامنا للمعامل فاي = 0.13 - وجدنا أن الارتباط عكسي ضعيف.

بناءا على معطيات هذا الجدول نلاحظ أن أغلبية المبحوثين استمرت علاقتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات وفي نفس الوقت لاحظوا أن هناك رقابة عليهم من طرف أفراد أسرهم ومع ذلك عادوا للإدمان مجددا وهذا يبين إن هناك اختلال على مستوى معين سواء على مستوى الأسرة أو كيفية التكفل بالمريض في المشفى

من الجانب النفسي والاجتماعي او من الجانب التوعوي لان العودة إلى مخالطة رفقاء السوء تنتهي بالعودة إلى السلوك المنحرف كما نلاحظ أن هناك نسبة من هؤلاء المبحوثين لم يلاحظوا وجود رقابة عليهم من طرف أفراد أسرهم بعد خروجهم من المشفى وهذه نقطة سلبية لان الإهمال وعدم الرقابة الأسرية تجعل من المريض معرض أكثر للعودة إلى الإدمان كما يجب أن نشير إلى أن أولئك المبحوثين الذين لم تستمر علاقتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات لا ينبغي تعرفهم على أشخاص منحرفين آخرين وهذا حسب البيانات المتعلقة بمصدر حصولهم على المخدرات حيث أن اغلبهم يحصل على المخدرات عن طريق شرائها وكذلك من الأصدقاء , لذا فالرقابة الأسرية لوحدها لا تكفي بل يجب السيطرة أكثر على المريض ومحاولة إبعاده عن مخالطة رفقاء السوء لتفادي العودة إلى الإدمان مجددا.

ثانيا: عرض نتائج الفرضية الثالثة.

- أغلبية المبحوثين الذين كونوا علاقات مع مدمنين كانوا يقيمون معهم داخل المشفى يحصلون على المخدرات عن طريق شرائها وهذا يبين استمرار تواصل هؤلاء المبحوثين مع أصدقائهم وتكوين علاقات مع مروجي المخدرات وهذا حسب الجدول رقم (55).

- أغلبية المبحوثين الذين استمرت علاقاتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات يتعاطون الحشيش وهذا يدل على خطورة هذه المادة وحسب ما اقره أغلبية المبحوثين في غالب الأحيان يتم الاستعانة ببعضهم للحصول على المخدر أو أحدهم يدل الآخر على مروج المخدرات الذي تتوفر لديه تلك المواد المخدرة وهذا حسب الجدول رقم (61).

- أغلبية المبحوثين الذين استمرت علاقاتهم بأصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات كان سبب إدمانهم الهروب من المشاكل العائلية وبالتالي الهروب من الضغط والاضطرابات والجلوس مع أولئك المنحرفين ومنه حدوث الانتكاس وهذا حسب الجدول رقم (62).

- أغلبية المبحوثين الذين استمرت علاقاتهم مع أصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات مصدر حصولهم عليها عن طريق شرائها وهذا بالاستعانة ببعضهم وذلك ما يبينه الجدول رقم (63).

- أغلبية المبحوثين الذين كان أصدقائهم يعرضون عليهم المواد المخدرة يتعاطون مادة الحشيش وحتى أولئك الذين كانوا يطلبون تلك المواد من أصدقائهم يتعاطون بنسبة كبيرة وتلك المادة المخدرة وهذا يوضح مدى خطورة هذه السموم وصعوبة التخلص منها وهذا ما يبينه الجدول رقم (64).

- أغلبية المبحوثين الذين كان أصدقائهم يعرضون عليهم المواد المخدرة كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء وبالتالي فمخالطة رفقاء السوء والاستمرار في ذلك يؤثر سلبا على عملية علاج المدمن ومنه حدوث الانتكاس والعودة إلى الإدمان مجددا وهذا ما يوضحه الجدول رقم (65).

- أغلبية المبحوثين الذين كانت ردة فعلهم أثناء عرض المخدرات عليهم من طرف الأصدقاء المدمنون تقبل الأمر مباشرة كان سبب إدمانهم على المخدرات الأصدقاء وهذا يثبت أن تأثير الأشخاص الغير أسوياء على المريض الذي خضع للعلاج من الإدمان خطير خاصة إذا استمرت العلاقة بينهم والعودة إلى مخالطتهم سيشكل عائقاً أمام التعافي بكل تأكيد وهذا ما يبيّنه الجدول رقم (66).

- أغلبية المبحوثين الذين استمرت علاقاتهم بأصدقائهم الذين كانت لهم معهم أول تجربة في تعاطي المخدرات لاحظوا بان هناك رقابة عليهم من طرف أفراد أسرهم إلا أنهم عادوا إلى الإدمان وهذا ما يبيّنه الجدول رقم (69).

- وعليه يمكن القول أن الفرضية تثبت صحتها والتي تنص على:

عودة المدمن إلى مخالطة رفقاء السوء بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية يؤدي ذلك إلى حدوث الانتكاس والعودة إلى الإدمان.

خلاصة الفصل

على الرغم من أهمية دراسة جرائم العودة إلا أن الملاحظ ندرة هذه الدراسات بشكل عام وفي العالم العربي بشكل خاص، ومن الملاحظ أن ظاهرة العودة إلى الإدمان تتحكم في انتشارها عدة عوامل تعرضنا لبعضها في الفصول السابقة أما في هذا الفصل فقد عرضنا أهم البيانات المتعلقة بعامل العودة إلى مخالطة رفقاء السوء بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية والنتيجة كانت بتأكيد الفرضية وصحتها أي أن العودة لمخالطة الأشخاص الغير أسوياء يدفع الفرد إلى العودة مجددا لإدمان المخدرات لان ذلك الفرد يعد في نظرهم - الأصدقاء الغير أسوياء - دخيلا ما دام لم يسلك نفس سلوكهم الغير سوي وقد اقر اغلب هؤلاء المبحوثين بان علاقاتهم استمرت بأصدقائهم الذين يتعاطون معهم المخدرات بعد خروجهم من المستشفى وكذلك هنالك منهم من كون علاقات جديدة من أشخاص كانوا يقيمون معه داخل المؤسسة الاستشفائية ومنه استمرار التواصل معهم وهذا له الأثر البالغ على عدم نجاح العلاج في ظل استمرار هؤلاء الأصدقاء في إدمانهم للمخدرات وانجر على ذلك تعرفهم أيضا على مروجين جدد للمواد المخدرة يتم الاستعانة بهم أثناء عدم توفرا لمخدرات في المكان الذي كان يشتري منه المدمن مواد المخدرة في حالة إقامتهم بنفس المنطقة ولكن العودة لمخالطة رفقاء السوء لم تكن بلا سبب أو بلا ظروف معينة بل كانت هناك عوامل دفعت بالمدمن إلى العودة لمخالطة رفقائه الغير أسوياء ومن بين هذه العوامل الهروب من المشاكل العائلية والتفكك الأسري وسوء العلاقة التي تجمع المدمن بأفراد أسرته مما يحدث خلا في غيا بالرقابة الأسرية ومنه يجد ذلك المدمن الطريق مفتوح أمامه لمجالسة من لهم سلوكات منحرفة خاصة وان اغلبهم لم يكمل البرنامج العلاجي بعد خروجه من المستشفى وهذا ما يصعب من مهمة التعافي التي تركز على إرادة الفرد أولا ومنه يمكن القول أن العودة إلى مخالطة رفقاء السوء له علاقة مباشرة بالعود إلى الإدمان مجددا.

الإستنتاج

العام

الاستنتاج العام

- الفئات الشبانية هي أكثر عرضة للإدمان على المخدرات والعودة إليه خاصة منهم العاطلين عن العمل، والذين يقطنون بالمناطق الحضرية أين يكثر ترويج تلك السموم بشكل كبير في ظل دخولها بكميات كبيرة عبر الشريط الحدودي، وصعوبة القضاء على أولئك المهربين لتلك المواد المخدرة التي أصبحت شبعا يهدد كيان المجتمع، وهو ما نلاحظه يوميا من أخبار حول حجز كميات هائلة من المخدرات كانت موجهة لتوزيعها وبيعها، والضحية دائما هم فئة الشباب الذين يقدمون على شراءها دون وعي بخطورتها على أجسامهم ومستقبلهم وعائلاتهم.

- فئة الطلاب كذلك لم تسلم من ظاهرة الإدمان على المخدرات وهذا يبين تداول تلك السموم في المدارس التي تجمع أبناء الشعب وفي غفلة من بعض المعينين والمسؤولين تنقشى هذه الظاهرة بين التلاميذ والطلبة، ويأتي هذا من مخالطتهم ومجالسة الغير سوي منهم للسوي، ومنه انتقال عدوى استهلاك المخدرات خاصة إذا لم تكن هناك رعاية أسرية فسيؤدي ذلك إلى تطور حالة الاستهلاك لتصبح إدمان يصعب التخلص منه.

- المشاكل العائلية التي تعيشها بعض الأسر في مجتمعنا تتجر عنها مشاكل تؤثر سلبا على الأبناء من بينها الإدمان على المخدرات هروبا من تلك الاضطرابات والمشاكل الأسرية التي تولد ضغط عليهم، ومنه اللجوء إلى استعمال مواد مخدرة يتم شراءها أو عن طريق مجالسة أشخاص غير أسوياء هروبا من ذاك الجو الأسري المضطرب.

- تعتبر مادة الحشيش المخدرة من أكثر المواد استعمالا وأشدّها إدمانا ويميل إليها أغلبية المدمنين وغالبا ما تكون أول مخدر في أول تجربة كالمدمنين لأنها تأتي على شكل سيجارة، فالسيجارة لوحدها تعتبر إدمانا ويصعب التخلص منها فماذا لو تعلق الأمر بالحشيش، أكيد ستكون نتيجة مؤسفة خاصة وأن هذه المادة تتوفر بشكل غير عادي ويتم تناولها عند أغلبية المدمنين.

- ومن أكبر المصادر للحصول على المخدرات الشراء من المروجين الذين أصبحوا يمارسون نشاطهم هذا بشتى الطرق لجني الأموال متتاسين بأنهم بذلك يحطمون شبابنا و يقتلون طموحاتهم لما لهذه المواد من آثار سلبية لا تعد ولا تحصى خاصة و أن تلك المواد تدخل لتراب الوطن رغم تكثيف الجهود من طرف الجهات الأمنية، إلا أن هذه السموم تصل يوميا

إلى شوارعنا ويتم ترويجها بشكل كبير في الأحياء، في المدارس، في الجامعات، في المؤسسات... إلخ ومن جهة أخرى نجد أن البعض من المدمنين .حني ولم يستطيعون شراءها يحصلون عليها من طرف أصدقائهم خاصة و أن تعاطي تلك المخدرات يتم في شكل مجموعات سواءا كانت حشيش أو حبوب مهلوسة أو خمور أو غيرها من مواد مخدرة .

- ومن بين الظروف التي تعتبر خادما لآفة تعاطي المخدرات و العود إلى الإدمان هي الطلاق أو الانفصال للوالدين أو وفاة أحدهما، فكلما كانت الأسرة متشعبة و تعاني من مشاكل على مستواها الداخلي كلما كانت فرصة اللجوء إلى الإدمان أكثر ومنه يصبح الابن ضحية تلك التشبقات، ومهما كان المستوى التعليمي للأب أو الأم فإن غياب أحدهما يعتبر غياب ركيزة أساسية ومهمة في تنشئة الأبناء، فهناك كثير من المدمنين الذين نجد آبائهم ذوي مستوى تعليمي إلى حد ما لكن انشغال أولئك بأعمالهم وكثرة غيابهم بداعي الطلاق أو الانفصال يؤدي بالأبناء إلى الضياع في أغلب الأحيان ومنه ارتكاب سلوكات منحرفة في ظل غياب الرقابة.

- كذلك نجد أغلبية مدمني المخدرات علاقاتهم مع آبائهم وأخواتهم سيئة يعتبر عنصرا يؤثر بشكل سلبي على أولئك المدمنين حني ولو خضعوا للعلاج إلا أنهم وبعد اصطدامهم بالمشاكل التي تنجر عن سوء تلك العلاقات بأفراد أسرهم تجعلهم يعودون ثانية وثالثة إلى تناول تلك السموم دون وعي بخطورتها.

- في معظم الأحيان حتى ولو علم أفراد الأسرة بأن الابن عاد للإدمان مجددا فإن سوء التعامل مع تلك الحالة يؤدي إلى نتائج سلبية لأن هذه الفئة -المدمنين- تحتاج إلى رعاية خاصة وبرنامج مكثف يقوم على تنفيذه عدة أطراف من بينها الأسرة كمحاولة للسيطرة لوقت أطول على الابن المدمن وإبعاده عن كل ما له علاقة بالمخدرات لأنه في ظل تواجد العوامل المساعدة لعوده للإدمان سيسهل عليه ذلك.

- في أغلب الأحيان ويكون مدمني المخدرات عاطلين عن العمل فإنهم يتلقون المال من أفراد أسرهم و إذا توفرت الظروف المناسبة لعودتهم للإدمان فإن مصير تلك الأموال التي يحصلون عليها ستكون لشراء المواد المخدرة، ومن هنا نجد أن الأسرة لم تقم بالدور الواجب عليها ألا وهو الرقابة المكثفة على الابن الخاضع للعلاج و منعه من شراء تلك السموم حيث أن الكثير

من أولئك المدمنين يتحجبون بشراء أغراض تلزمهم لكن بعد الحصول على المال يتجهون لإنفاقها في شراء المخدرات.

- تعاني البلدان العربية عامة والجزائر خاصة من نقص المؤسسات الاستشفائية الخاصة بعلاج الإدمان وحتى إن تواجدت فإنها تبقى تعاني من قلة الإمكانيات، وهذا ما لاحظناه في مصالح الوقاية من الإدمان، وهذه النقائص كالنوادي الترفيهية والملاعب والميزانيات المخصصة لتقديم خدمات أكثر لصالح فئة المدمنين، وهذا يؤثر بشكل سلبي على نجاح البرنامج العلاجي المقدم لتلك الفئة.

- إن قلة الموارد البشرية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بعلاج الإدمان تساهم بشكل سلبي في صعوبة التخلص من الإدمان لدى قاصديها، و من جهة أخرى فإن عدم خضوع الموظفين بتلك المصالح إلى التدريب و الرسكلة سيؤدي دائما إلى نفس النتائج، فالمدمن على المخدرات لا يجب التعامل معه كأى مريض أو كمختل عقليا بل يجب التعامل معه كمريض من جانب نفسي و اجتماعي، ويحتاج إلى علاج متكامل و خاص، وكل حالة يتم التعامل معها على حسب العقار المتعاطي، لأنه في غالب الأحيان نجد مواد مخدرة مدمن عليها إلى درجة كبيرة من الخطورة و تشكل هيجان لدى الشخص المدمن عليها إذا تم انقطاعه عنها .

- إن قلة الإمكانيات لدى المؤسسات الاستشفائية الخاصة بعلاج الإدمان تخلق نوعا من الفراغ يؤثر سلبا على حالة المريض ومنه تنقلص نسبة الإرادة لديه، أو الرحلات السياحية، أو الرياضة، كل هذا يساهم في خلق روح معنوية مرتفعة تخلق الإرادة لدى المريض في التخلص من الإدمان. ومنه إعادة تأهيله.

- إن الكثير من المدمنين الذين قصدوا مؤسسات الوقاية من الإدمان في غالب الأحيان لا يخضعون لبرنامج ما بعد العلاج خاصة إذا كان قد عاش جو روتينيا بتلك المؤسسة فانه سينقطع عن الاتصال بها، وفي ظل عودته لمخالطة رفقاء السوء من جهة ووجود مشاكل على مستوى أسرته من جهة ثانية، كل هذه الظروف لا تدفعه إلى إكمال العلاج بل على العكس الانقطاع و حدوث الانتكاس ومنه العودة إلى الإدمان مجددا.

- عادة ما يركز الأطباء داخل المؤسسات الاستشفائية الخاصة بعلاج الإدمان على الجانب الدوائي، لأن هناك بعض الحالات أو أغلبها عند انقطاعها عن الماد المخدرة المعتاد عليها

يحصل لها هيجان ويصبح الشخص المدمن خطير على من حوله ومنه تقدم له جرعات مهدئة.

- إن أهم العوامل التي يجعل من الفرد المدمن الخاضع للعلاج لا يلاحظ وجود أي تغير في حياته اليومية بعد خروجه من المستشفى هي عدم كثافة البرنامج العلاجي الذي يتلقاه من جهة، وقلة الإمكانيات، والقصور الذي تعاني منه تلك المؤسسات من جهة أخرى، وكذلك قلة مدة العلاج التي لا يتجاوز 21 يوما تعتبر قليلة بالنسبة لعلاج هذا الداء الخطير الذي يتطلب عناية أكثر.

- من بعض السلبيات التي تتجم عن قلة إمكانيات المؤسسات الاستشفائية الخاصة بعلاج الإدمان نجد أنها لا تخصص غرفة لكل مريض، وإنما كل غرفة تحتوي أكثر من شخص مما يسهل في تواصل هؤلاء المدمنين مع بعضهم، مما يؤثر بعضهم في بعض، وفي غالب الأحيان يتم تبادل أرقام هواتفهم وتستمر العلاقة بينهم بعد خروجهم من المستشفى، وعادة ما تؤدي تلك العلاقات إلى العود مجددا للإدمان، خاصة وأن أغلبهم يستمرون في تعاطي المخدرات بعد خروجهم وينقطعون عن العلاج.

- إن الأشخاص غير أسوياء عادة ما ينظرون إلي جليسهم الذي لا يقوم بنفس سلوكهم علي أنه غريب ويحاولون بثتي الطرق إغراءه وإقناعه بإتباعهم ليصبح منهم، خاصة وإن كان صديقا لهم ومعتاد علي مجالستهم، ففي لحظة عدم وعي منه، وفي ظل غياب الرقابة الأسرية يجد نفسه يقع ثانية في فخ الإدمان، وفي غالب الأحيان نجد أن الشخص المدمن يعود إلي مخالطة رفقاءه الغير أسوياء بمحض إرادته لأنه لم يلقي البديل خاصة مع وجود مشاكل أسرية من جهة، و عطله عن العمل فإنه سيرى بأن السبيل الوحيد أمامه لمليء فراغه هو مجالسة هؤلاء الأشخاص المنحرفين، خاصة إذا كانت تربطه بهم علاقة دراسة مثلا، فإنه و بوجود محيط يجمعهم ستسهل عملية العود إلي الإدمان مجددا، ويتقبل الأمر مباشرة لتوفر الظروف التي تدفعه إلي ذلك.

الإقتراحات والتوصيات

الإقتراحات والتوصيات:

- تلعب المشكلات الأسرية دور بالغ من الأهمية في إعاقه دور الأسرة في تربية أبنائها وتنشئتهم التنشئة الاجتماعية السليمة ، مما يؤدي في نهاية الأمر إلى انجرافهم في تيار الانحراف، منها ما ينشئ من خلاف بين الأبوين على المستوى الشخصي، أو الاختلاف بأسلوب التربية الذي يجعل الأبناء في حيرة من أمرهم في من يتبعون، كما أن أسلوب التنشئة الذي لا يعرف إلا القسوة و الشدة في التعامل مع الأبناء دون التبصر بعواقب هذه القسوة التي تقود الأبناء إلى النفور من آبائهم وأسرهم، وتجعلهم قد ينتقمون من ذلك بالوقوع في الخطأ، وعلى العكس من ذلك استخدام أسلوب الدلال الزائد، والإهمال بحجج واهية مما يجعل الأبناء يتجروون على الوقوع بالخطأ نتيجة هذا الضعف أو الإهمال، فهو قد امن العقوبة أو على الأقل المحاسبة أو المتابعة، فكلا الأسلوبين يؤديان بالأبناء إلى طريق الانحراف، ومنها المخدرات والعود إلى الإدمان، فالوسيلة عند التعامل معهم والحوار من أنجع الوسائل في تربيتهم حيث الموازنة بين الشدة دون القسوة والحوار دون دلال زائد .

- إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع، وذلك علاج لما يسمى بظاهرة (الخلع) حيث يؤدي الإدمان إلى انخلاع المدمن من شبكة العلاقات الأسرية والاجتماعية، ويعتمد العلاج هنا على تحسين العلاقة بين الطرفين (المدمن من ناحية والأسرة والمجتمع من ناحية أخرى)، وتدريبها على تقبل وتفهم كل منهما للآخر، ومساعدة المدمن على استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه وإعطائه فرصة جديدة لإثبات جديته وحرصه على الشفاء والحياة الطبيعية.

- بالنسبة للأبناء الذين أحد والديهم يتعاطون المخدرات فإن حب الاستطلاع والفضول بالنسبة للأبناء قد يجعلهم يتناولون بعض الأدوية والعقاقير التي تناولها آبائهم، مما ينتج عن ذلك كثيرا من الأضرار والتي قد يكون من نتيجتها الوقوع فريسة للتعود على بعض تلك العقاقير، لذا وجب مكافحة الداء من مصدره الأول، ومحاولة هؤلاء الأولياء تجنب تلك السلوكات لكي لا يكون أبنائهم عرضة للانحراف.

- ضرورة توعية الأبناء خاصة منهم الطلبة بخطورة بعض العقاقير المنبهة أو المنشطة من أجل السهر والاستذكار وتحصيل الدروس، والتي لا يستطيعون بعد ذلك الاستغناء عنها.

- إذا كانت الأسرة هي البيئة الاجتماعية الأولى التي يعيش فيها الإنسان منذ صغره، فإن مختلف الجماعات التي ينتمي إليها الفرد تشكل البيئة الاجتماعية الثانية التي يحيا فيها الإنسان، وقد تدعم هذه الجماعات ما تبنيه الأسرة، وقد تهدمه وتعطل تأثيره، وقد تعوض الجماعة الفرد عن مشاعر الحرمان العاطفي، وعدم التقبل أو افتقاد الشعور بالأمن، لذا يجب على كل الأولياء خاصة أولياء هؤلاء المدمنين الذين خضعوا للعلاج أن يوفرُوا لهم كل الظروف المناسبة، وتفادى المشاكل العائلية لكي لا تقف حاجزا أمام نجاح علاجه.

- يجب الحرص من طرف الأولياء حرصا تاما على الأماكن التي يقصدها أبنائهم الذين خضعوا للعلاج من الإدمان، خاصة إذا أعطوهم أموال. فهناك بعض أماكن اللهو تعتمد أساسا على وجود المواد المخدرة والمسكرات من أجل ابتزاز أموال روادها، ولا يهتم أصحابها سوى بجمع المال بصرف النظر عن الطريقة أو الوسيلة المستخدمة في ذلك، ويكون ذلك الحرص بالخصوص في فترة الرعاية اللاحقة بعد خروج المريض من المؤسسة الاستشفائية.

- عدم انشغال الوالدين عن تربية أبنائهم بالعمل أو السفر، وعدم متابعتهم أو مراقبة سلوكهم خاصة أولئك الأبناء المدمنين الذين خضعوا للعلاج، فذلك يجعل الأبناء عرضة للضياع والوقوع في مهاوى الإدمان ولاشك أنه مهما كان العائد المادي من وراء العمل أو السفر فإنه لا يعادل الأضرار الجسيمة التي تلحق بالأبناء نتيجة عدم رعايتهم الرعاية السليمة.

- محاولة الوالدين أن يكونا قدوة حسنة لأبنائهم، ومحاولة ألا يظهرأ أمام أبنائهم في صورة مخجلة مثل إقدامهم على تصرفات سيئة تحت تأثير المخدر.

- الحرص على منع الأبناء الذين خضعوا للعلاج من الإدمان من السهر خارج المنزل لساعات طويلة، خاصة بعد خروجهم من المستشفى، لأن البعض يفسر الحرية تفسيرا خاطئا على أنها الحرية المطلقة حتى ولو كانت تضر بهم أو بالآخرين، ومن هذا المنطلق يقوم البعض بالسهر خارج المنزل في أحد الأماكن التي تشجع على السكر والمخدرات وخلافه من المحرمات.

- المتابعة العلاجية لمن شفى لفترات تتراوح بين ستة أشهر وعامين من بداية العلاج مع تدريبه وأسرته على الاكتشاف المبكر للعلامات المنذرة لاحتمالات النكسة، لسرعة التصرف الوقائي تجاهها.

- إعادة التأهيل المهني أي العودة بالمدمن الناقه إلى مستوى مقبول من الأداء المهني، سواء كان ذلك في إطار مهنته التي كان يمتنها قبل الإدمان، أو في إطار مهنة جديدة.

- إعادة المدمن الناقه إلى القيام بأدواره الاجتماعية التي كان يؤديها قبل إدمانه، أو ما يقرب من ذلك، ولا يجوز النظر إلى عملية الاستيعاب هذه باستخفاف على أساس أنها تتم بصورة تلقائية فهذا من شأنه أن يساعد على زيادة فرص الانتكاس أي رجوع المدمن إلى ما كان عليه قبل أن يتلقى العلاجات الطبية والنفسية.

- تشجيع برامج الوقاية من المخدرات، وتوعية مستعمليها بمخاطرها والمشاكل المقترنة بها.

- أن تكون البرامج التربوية المصممة لاستخدام وسائل العلاج في حملات الوقاية من المخدرات مصممة بدقة حتى لا تعطى نتائج عكسية.

- أن تكيف برامج العلاج وإعادة التأهيل حسب حالة كل مريض، فالبرنامج الواحد لا يكون فعالا بالنسبة لجميع المتعاطين داخل المؤسسة الاستشفائية الواحدة.

- توفير التدريب المناسب للموظفين المسؤولين عن أنشطة إعادة التأهيل لضمان اكتسابهم المعرفة بالتعامل الأفضل مع فئة المدمنين العائدين.

- التعاون الإقليمي والدولي في مجال تبادل الخبرات الطبية والفنية ونظم المعلومات حول الوقاية من الانتكاس.

- التأهيل العملي لاستعادة المدمن قدراته وفعاليته في مجال عمله وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلى العمل، أما إذا كان طالبا فمحاولة تدريبه على استعادة قدراته في المجال الدراسي، وأما إذا كان عاطلا عن العمل فيجب تدريبه وتأهيله لأي عمل آخر متاح حتى يمارس الحياة بشكل طبيعي.

- قيام المؤسسات الاستشفائية بشراكات تربطها بمؤسسات أخرى مثال في مجال التشغيل ومجال السكن لضمان إعادة إدماج المدمن الخاضع للعلاج لأن المحيط الخارجي المضطرب عند خروج المريض من المستشفى قد يصطدم به لما يحمله من بطالة وفراغ من الوقت يدفعه للعود إلى الإدمان.

- محاولة الاعتماد على فريق متنقل يقوم بالرعاية اللاحقة للمدمن بعد خروجه من المستشفى وذلك بزيارته لمنزله، ومتابعة حالته لأنه وفي ظل نقص عدد المستشفيات الخاصة لعلاج الإدمان قد لا تسمح ظروف البعض من هؤلاء المدمنين بالتنقل للولايات التي تتواجد بها تلك المستشفيات. ومن جهة أخرى فهذا الأسلوب سيجعل الفرد المدمن يحس بالاهتمام الآخرين به فتتضاعف لديه نسبة الوعي بخطورة العودة إلى استهلاك المواد المخدرة.

- قيام الدولة بإنشاء مراكز في كل الولايات خاصة بعلاج الإدمان لتسهيل التنقل لها وإتاحة الفرصة لجميع المتعاطين، وبذلك تمتد فترة الإقامة بالمستشفى لتلقى العلاج، لأن المدة 21 يوم غير كافية للتعافي وبذلك أيضا يتم التخلص من كثرة الطوابير التي نشاهدها في المؤسسات التي تعد على رؤوس الأصابع، وجعل غرفة خاصة لكل مريض لأن الاختلاط بين هؤلاء المدمنين له نتائج سلبية عديدة.

- عدم الاعتماد على العلاج الطبي بنسبة كبيرة وإهمال العلاجات الأخرى كالعلاج النفسي والاجتماعي.

- محاولة توفير الإمكانيات المادية اللازمة والضرورية لتلك المؤسسات النوادي والألعاب الترفيهية، وشاشات الفيديو، والملاعب، وتخصيص ميزانيات لهذه الفئة للقيام برحلات خارج محيط المؤسسة، فالإمكانيات المادية يبني عليها البرنامج العلاجي، فإذا كان العكس أي لم تتوفر الإمكانيات المادية فسيكون عجز، وبرنامج فقير نظرا لتطلبه إمكانيات تكون المؤسسة عاجزة عن توفيرها.

- محاولة عزل المصالح الخاصة بعلاج الإدمان عن مصالح الأمراض العقلية.

- التنسيق مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي بتكليف الأساتذة أن يلقوا محاضرات على هؤلاء المدمنين لتوعيتهم بخطورة هذه الظاهرة.

- إنشاء المراكز الخاصة بعلاج الإدمان بعيدا عن الضجيج وأماكن الازدحام، واختيار موقعها بعناية في مناطق ذات مناظر جميلة وهادئة.

- برمجة جلسات مع الأولياء، وأثناء الجلسة يتم تقديم برنامج توعوي يتضمن أسلوب معاملة خاص مع الابن المدمن لكي لا يقع الآباء في أخطاء قد تكون عاقبتها وخيمة ومنها يحصل الانتكاس.

- الزيادة في الرقابة والصرامة داخل المؤسسة الاستشفائية، والقيام بعمليات تفتيش سواء على الأشخاص الزوار للمرضى أو داخل غرف المرضى، وخاصة في فترات الليل ومنع أي مواد متعلقة بالإدمان كالسجائر.

- التنسيق مع الجمعيات الخيرية التي من الممكن أن تساهم سواء في الحصول على العمل أو السكن أو خدمات أخرى تؤثر إيجابيا على نجاح العلاج، والوقاية من النكسات.

- محاولة الانتقال من ترسانة البحوث والملتقيات والدراسات التي تنحصر في قاعات إلى الواقع المعاش، وذلك بتكثيف عناصر شخصية بالانتقال إلى الشوارع التي يكثر بها تداول تلك السموم من بيعها واستهلاكها، وتشجيع هؤلاء المدمنين على الالتحاق بمراكز العلاج لتلقى البرنامج العلاجي اللازم، وخاصة إذا كانت المؤسسة الاستشفائية لها شراكات مع وزارة الشغل فإنها بذلك تستقطب هؤلاء المدمنين ويتم تحفيزهم إذا خضعوا للعلاج.

- لا يجب إغفال النظر إلى المخدرات كظاهرة إجرامية تضر بالمجتمع وتستوجب توقيع العقاب الذي يحقق عنصرى القمع والردع في المجتمع وكذلك وجب تشديد العقوبة على مهربي ومروجي تلك السموم، لأنه وبالرغم من الاستراتيجية التي تعتمدها الجهات الأمنية في مكافحة ظاهرة المخدرات فالصحف كل يوم تتكلم عن حجز كميات هائلة من المخدرات، وكذلك يوميا يرتفع عدد المدمنين وظهور مروجين جدد فتشديد العقوبة وإذا اقتضى الأمر رفعها إلى الإعدام ربما يقلل من حدة انتشار هذه الآفة التي تهدد كيان مجتمعنا.

- مواجهة الطلب أي خفض الطلب على المخدرات بكافة أنواعها، وذلك بتوعية المدمنين بضرورة مقاطعة هذه المواد المضرة بصحتهم وجيوبهم، ومن جهة أخرى مواجهة العرض بالمكافحة الأمنية ومطاردة المخدر وتعقبه في داخل الدولة وعلى حدودها البرية والبحرية.

- من الممكن تخصيص فرق خاصة لمكافحة المخدرات ينحصر عملها بالدوريات الدائمة في الشوارع والمناطق المهجورة وأوكار الجريمة والتصدي لأي شخص يحمل مخدرات أو يحرض على استعمالها، وعند إلقاء القبض عليه محاولة استنطاقه لاكتشاف المصادر الأولى لتلك السموم وجعل حد لهؤلاء الأشخاص المروجين.

- تقصى الأسرة عن أنواع الأفراد الذين يقوم ابنهم بمجالستهم، لأن مخالطة رفقاء السوء تقود بشكل مباشر إلى وقوع الشخص المصاحب لهم في نفس السلوك المنحرف ألا وهو تعاطي المخدرات الذي تتجر عنه جرائم أخرى.

- توعية الأسرة لأبنائها بخطورة التواصل مع الأفراد المشبوهين والذين يحملون أفكار منحرفة في مواقع التواصل الاجتماعي، وخاصة التركيز على مراقبة الأشخاص المدمنين الذين خضعوا للعلاج، ومنهم من استخدم تلك المواقع لفترة طويلة حتى يضمن الشفاء لأن حدوث أي أخطاء في فترة النقاهة قد يعود بالشخص المعالج لنقطة الصفر.

- في فترة المكوث بالمستشفى من الأحسن عزل المرضى عن بعضهم كل واحد على حدا وتخصيص غرفة خاصة له لتجنب الاختلاط في بداية العلاج، وبعد مدة وبعد التأكد من بداية شفاؤه يتم تجميع هؤلاء المرضى في لحظة قد يكون تم التخلص من أفكارهم التي كانوا يحملونها معهم أثناء دخولهم للمستشفى وذلك لتفادي تبادل تلك الأفكار المنحرفة.

- محاولة قطع العلاقة مع كل الأصدقاء الذين كان يجالسهم الشخص الخاضع للعلاج، ويتم ذلك من طرف أفراد الأسرة، لأنه في الغالب تكون تلك المجموعات المنحرفة سببا رئيسيا في وقوع مخالطتهم في نفس الخطاء.

- القيام برحلات خارج محيط المؤسسة سواءا تتحمل ذلك مصلحة الوقاية من الإدمان، أو الأسرة بزيارة مناطق هادئة وذات مناظر جميلة على سبيل المثال القيام بتسلق جبال مرتفعة عدة مرات للوصول إلى القمة ومنه يبدأ اكتشاف المريض بأن له إرادة تجعله يتخلص من الإدمان وكل ما له علاقة بذلك.

خاتمة

خاتمة:

تعد ظاهرة إدمان المخدرات من بين أخطر الآفات العصرية التي انتشرت وبشكل ملفت في الوطن العربي بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة وتقف وراء انتشار هذه الظاهرة أسباب وعوامل سواء كانت اقتصادية أو ثقافية أو اجتماعية كلها مؤدية إلى الدخول في عالم الإدمان على المخدرات فبالنسبة للأسباب الاقتصادية نجد مثلا التغيرات التي مرت بها الجزائر والأزمات التي عاشها الشعب الجزائري والتي انجر عنها ارتفاع معدل البطالة وبالنسبة للعوامل الاجتماعية كالتفكك الأسري و التسرب المدرسي إلى غير ذلك كلها ساهمت في انحراف بعض الشباب وتعرضهم لآفة تعاطي المخدرات كذلك نجد العوامل الثقافية و التي منها فشل الجانب التوعوي في بعض المؤسسات مما جعل هذه الفئة الشبانية غير سوية وفي المقابل نجد رغم تكاثف جهود الدولة وإنشاء مراكز استشفائية للوقاية وعلاج آفة إدمان المخدرات إلا أنها تبقى غير فعالة نظرا لنقص هذه المراكز من ناحية العدد ومن ناحية أخرى قلة الإمكانيات المادية و البشرية المتخصصة في هذا الميدان والشيء الملاحظ أن هناك فئة من الشباب المدمنين على المخدرات يلجؤون الى هذه المراكز الاستشفائية ويخضعون لبرنامج علاج إلا أنه هناك نسبة قليلة من المرضى يحققون نتائج ايجابية في علاجهم ومن ناحية أخرى نجد الكثير من الشباب الذين تعرضوا لظاهرة العود إلى إدمان المخدرات وذلك يرجع لعدة أسباب نذكر منها عدم إتمام عملية العلاج بعد الخروج من المستشفى (الرعاية اللاحقة) كذلك التفكك الأسري حيث أن الظروف السيئة التي تعيشها الأسرة كحالات الطلاق مثلا تؤثر سلبا على المدمن وتبعد له الطريق للعود إلى إدمان المخدرات كذلك عدم الرقابة الأسرية للأبناء بعد عملية العلاج وتعرضهم لمخالطة رفقاء السوء مما يؤدي إلى فشل عملية شفاء المريض كما نجد أن التنشئة الاجتماعية الغير سوية تلعب دورا هاما في عودة المدمن إلى استهلاك المخدرات بداية من الأسرة التي تعد الخلية الأساسية لبناء المجتمع ووصولا إلى غياب دور بعض المؤسسات الأخرى كالمدرسة مثلا وقلة التوعية تساهم في شكل كبير في تعرض الفئة الشبانية لمثل هذه الآفات وللتذكير فان الجزائر ليست وحدها من تعاني من مثل هذه الآفة الاجتماعية - الإدمان - وإنما الكثير من الدول حتى الدول المتقدمة ولكن بنسب متباينة و بالرجوع إلى سعي الجزائر لا نقول للتخلص من ظاهرة إدمان المخدرات وإنما للتقليل من نسبة انتشار هذه الظاهرة فان الدولة الجزائرية تقوم بوضع استراتيجيات لمواجهة الإدمان والعودة إليه من خلال تخصيص

مراكز علاجية والقيام بحملات توعوية ولكن الحلول لن تكون إن لم يكون هناك تكاتف للجهود بداية من دور الأسرة الفعال للوقاية بدلاً من العلاج .

ويتضح من خلال ما تم عرضه سابقاً أن ظاهرة تعاطي المخدرات، والإدمان عليها لم تمس فئة معينة من المجتمع فقط، بل مسّت جميع فئات المجتمع، وبالأخص فئة الشباب العاطلين عن العمل، وفي المقابل لا نجد عددًا كبيراً من مستهلكي المخدرات يتجهون في ظهور أول أعراض الإدمان إلى المؤسسات الاستشفائية، بل نجدهم يقصدون تلك المؤسسات بعد فوات الأوان، أي عند ما تصل بهم الحال إلى درجة يكون فيها تَخَلُّصُهم من الإدمان صعب، ويتوقف على عدة ظروف تكون ملائمة لذلك، ونذكر من بين تلك الظروف التي تساعد بصفة كبيرة في نجاح العلاج أولاً الخضوع لبرنامج متكامل، ومتمثل في جميع الأساليب العلاجية، سواءً الدوائية، أو النفسية، أو الاجتماعية، وكذلك نجد معاملة الأطباء والمختصين للمدمنين الخاضعين للعلاج بصفة جيدة يساعدهم ذلك على التخلص من الإدمان، خاصة إذا كان المدمن قد قصد المؤسسة الاستشفائية بإرادته، ونجد أن احترام المدمن للبرنامج المُسَطَّر من قبل الأطباء والمختصّين، واحترامه لتوجيهات القائمين على علاجه يساهم بنسبة كبيرة في نجاح علاجه.

قائمة المصادر والمرجع

1- القرآن الكريم:

الكتب:

- 2- الأبراشي محمد عطية: الطفولة، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003.
- 3- إبراهيم نافع: كارثة الإدمان، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 1989.
- 4- ابن خلدون عبد الرحمان: مقدمة ابن خلدون، دار الهيثم، القاهرة، ط1، 2005.
- 5- ابن منظور: لسان العرب، الجزء 3، دار المعارف، القاهرة، 1976.
- 6- أبو العينين فتحي: سوسيولوجية المشكلات الاجتماعية - دراسة نقدية -، مركز الوثائق والدراسات الإنسانية، جامعة قطر، 1989.
- 7- أبو جادو صالح محمد: سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة والنشر، عمان، ط4، 1993.
- 8- أبو سكينه نادية حسن، منال عبد الرحمان خضر: العلاقات والمشكلات الأسرية، دار الفكر، ط1، 2001.
- 9- إحسان محمد الحسن: مناهج البحث الاجتماعي، دار وائل للنشر، بغداد، ط1، 2005.
- 10- أحمد زايد وآخرون: الأسرة والطفولة، دراسات اجتماعية أنثروبولوجية، ط1، دار المعرفة الجامعية، دون تاريخ.
- 11- أحمد علاء سليمان: التفاعل الاجتماعي بين السجناء المفرج عنهم والمجتمع المحلي، دراسة ميدانية على نمط الوصم ونتائجه، في منطقة مكة المكرمة، المكتبة المركزية، جامعة القاهرة، 1997.
- 12- أسعد ميخائيل إبراهيم: مشكلات الطفولة والمراهقة، دار الأفاق الجديدة، بيروت، 1991.
- 13- المغربي سعد: انحراف الصغار، دار المعارف، ط3، مصر، 1970.

- 14- انجرس موريس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصية للنشر، الجزائر، 2004.
- 15- بن مرسلّي أحمد: مناهج البحث العلمي في علوم الإعلام والاتصال، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003.
- 16- بوحوش عمار، محمد الذبيات: مناهج البحث الاجتماعي (الأسس والأساليب)، مكتبة المنار، الأردن، ط1، 1989.
- 17- بوسقيعة حسين: الوجيز في القانون الجزائري العام، دار هومة، الجزائر، 2004.
- 18- بوفلجة غيات: التحولات الثقافية، دار الغرب للتوزيع والنشر، الجزائر، 2005.
- 19- تريزاويب ماري: العلاج المعرفي السلوكي للمدمنين وأسرهم، ترجمة إيهاب الخراط، دورة تدريبية بمستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة، وزارة الصحة، القاهرة، 2004.
- 20- ثابت ناصر: المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات، مكتبة ذات السلاسل، الكويت، 1984.
- 21- جابر سامية محمد: أستاذة علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية: سوسيولوجيا الانحراف، دار المعرفة الجامعية، 2001.
- 22- جابر سامية: الفكر الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.
- 23- جعفر علي محمد: الأحداث المنحرفون، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، بيروت، 1994.
- 24- الجميلي خيرى خليل: السلوك الانحرافي في إطار التخلف والتقدم، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
- 25- حسن محمود: الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1999.

- 26- حسني محمد نجيب: قانون العقوبات -القسم العام-، دار النهضة العربية، لبنان، 2012.
- 27- حسين محمد: علم الاجتماع الصناعي، مكتبة أنجلو المصرية، مصر، 1972.
- 28- الخشاب صطفى: دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية، بيروت، 1985.
- 29- الخولي سناء: الأزواج والعلاقات الأسرية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، الإسكندرية، 1984.
- 30- الخولي سناء: الأسرة والحياة العائلية، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، 1984.
- 31- دردار فتحي: الإدمان: الخمر - التدخين - المخدرات، دار تصنيف وتصميم وإخراج PSISOLUTECH، 2003.
- 32- دعبس محمد يسرى وإبراهيم: الأسرة في التراث الديني والاجتماعي، دار المعارف، الإسكندرية، 1996.
- 33- الدمنهوري رشاد صالح: التنشئة الاجتماعية والتأمر الدراسي، دار المعرفة الاجتماعية، الإسكندرية، 1995.
- 34- الدوري عدنان: جناح الأحداث: المشكلة والسبب، ذات السلاسل، الكويت، 1985.
- 35- دون سي، جيبونز وجوزيف ف. جونزة: الانحراف الاجتماعي، دراسة في النظريات والمشكلات، ترجمة عدنان الدوري، ذات السلاسل، الكويت، ط1، 1991.
- 36- راغب نبيل: أخطر مشكلات الشباب القلق، الإدمان، الاكتئاب، دار غريب، القاهرة.
- 37- رشوان حسن عبد الحميد: الأسرة والمجتمع، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2005.
- 38- زهران حامد: علم النفس الاجتماعي، عالم الكتب، القاهرة، 1977.

- 39- الساعاتي حسن: بحوث إسلامية في الأسرة والجريمة والمجتمع، دار الفكر العربي، القاهرة، 1996.
- 40- سليمان رمضان نوال: التنشئة الاجتماعية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1992.
- 41- سليمان عبد الله سليمان: النظرية العامة للتدابير الاحترازية - دراسة مقارنة -، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1992.
- 42- السماك أحمد حبيب: ظاهرة العود إلى الجريمة في الشريعة الإسلامية والفقه الجنائي الوضعي، الكويت، بدون سنة.
- 43- السماك أحمد حبيب: ظاهرة العود إلى الجريمة في الشريعة والفقه الجنائي، مطبوعات الجامعة، الكويت، 1975.
- 44- السمالوطي نبيل محمد توفيق: الدراسة العلمية للسلوك الإجرامي، ط1، دار الشروق، جدة، 1987.
- 45- السويدي محمد: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984.
- 46- سيد عبد الله معتز، عبد اللطيف محمد خليفة: علم النفس الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.
- 47- سيد منصور عبد المجيد، زكرياء أحمد الشربيني: الأسرة على مشارف القرن 21، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 2000.
- 48- الشاذلي فتوح عبد الله: علم الاجرام العام، ديوان المطبوعات الجامعية، بيروت، 2002.
- 49- شحاته علاء الدين: التعاون الدولي لمكافحة الجريمة، دراسة الاستراتيجية الوطنية لتعاون الدول لمكافحة المخدرات، القاهرة، 2000.
- 50- الشربيني زكرياء، يسرية صادق: الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهته مشكلاته، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2006.

- 51- الشناوي محمد حسن وآخرون: التنشئة الاجتماعية للطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2001.
- 52- صالح السعد: المخدرات -أضرارها وأسباب انتشارها-، مطابع الأرز، عمان، 1998.
- 53- صالح بن إبراهيم بن عبد اللطيف الضيع: التدين علاج الجريمة، ط2، مكتبة الرشد، الرياض، 1419 هـ.
- 54- صبحي نجم محمد: مدخل إلى علم الإجرام والعقاب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1997.
- 55- الصدفي سلوى عثمان، جلال الدين عبد الخالق: انحراف الصغار وجرائم الكبار، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
- 56- عبد الأمير الياسين جعفر: أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث، عالم المعرفة، بيروت، 1981.
- 57- عبد الأمين الياسين جعفر: أثر التفكك العائلي في جنوح الأحداث، عالم المعرفة، بيروت، ط1، 1981.
- 58- عبد الحميد أحمد يحي: الأسرة والبيئة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
- 59- عبد الخالق جلال الدين: الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، الاسكندرية، 2001.
- 60- عبد الستار فوزية: مبادئ علم الإجرام وعلم العقاب، القاهرة، 1988.
- 61- عبد السلام فاروق: العود إلى الجريمة من منظور اجتماعي، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1988.
- 62- عبد العاطي السيد: الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002.

- 63- عبد العزيز بن علي الغريب: ظاهرة العود للإدمان في المجتمعات العربية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط1، 2006.
- 64- عبد اللطيف رشاد أحمد: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، الإسكندرية، 1999.
- 65- عبد اللطيف رشاد أحمد: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1412 هـ.
- 66- عبد اللطيف رشاد أحمد: الجوانب الاجتماعية لسياسة الوقاية لمواجهة مشكل تعاطي المخدرات، المكتب الجامعي الحديث، جامعة حلوان، الإسكندرية، 1999.
- 67- عبد المعطي حسن مصطفى: الأسرة والعلاج الأسري، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.
- 68- عبد المعطي حسن مصطفى: الأسرة ومشكلات الأبناء، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2003.
- 69- عبد المنعم سليمان: النظرية العامة لقانون العقوبات، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2000.
- 70- عدنان البدوي: الانحراف الاجتماعي، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1991.
- 71- عطية عبد الحميد: التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
- 72- العفيفي عبد الحكيم: الإدمان، دار الزهراء للإعلام العربي، ط1، 1986.
- 73- عمر عن خليل: علم الاجتماع الأسرة، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1994.
- 74- العناني حنان عبد المجيد: الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2000.

- 75- العناني عدنان عبد الحميد: الطفل والأسرة والمجتمع، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2000.
- 76- العوجي مصطفى: الجريمة والمجرم، مؤسسة نوفل، لبنان، 1980.
- 77- عودة عبد القادر: التشريع الجنائي الإسلامي مقارنا بالقانون الوضعي، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1974.
- 78- العيسوي عبد الرحمان: التربية النفسية للطفل المراهق، دار الراتب الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 2000.
- 79- العيسوي عبد الرحمان: سيكولوجية الجريمة والانحراف، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة نشر.
- 80- غانم محمد حسن: العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 2005.
- 81- غباري محمد سلامة: الإدمان ونتائجه وعلاجه، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999.
- 82- الغزالي محمد أبو حامد: إحياء علوم الدين، دار الثقافة، الجزائر، 1999.
- 83- غيث محمد عاطف: المشاكل الاجتماعية والسلوك الانحرافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1995.
- 84- الفالح سليمان بن قاسم: عوامل تعاطي المخدرات، دراسة المحكوم عليهم داخل سجون الرياض، جامعة الأمم المتحدة محمد بن سعود، الرياض، 1988.
- 85- فرج أحمد فرج: الشباب وتعاطي المخدرات، القاهرة، 1981.
- 86- فهمي نادر: علم النفس المدرس، شركة الشرق الأوسط للطباعة، الأردن، 1989.
- 87- قناوي شادية: سوسيولوجية المشكلات الاجتماعية وأزمة علم الاجتماع المعاصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.

- 88- الكتاني فاطمة منتصر: الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
- 89- كفي ريمون، لوك فان كمبهود: دليل الباحث في العلوم الاجتماعية، ترجمة د.يوسف الجياي، المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت، ط1، 1997.
- 90- لطفي عمر: الوجيز في القانون، مطبعة القاهرة، القاهرة، بدون سنة.
- 91- مانع علي: عوامل جنوح الأحداث في الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية، الجزائر، 1997.
- 92- مبارك الكندري أحمد: علم النفس الأسري، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، ط1، 1989.
- 93- محمد بشير إقبال وآخرون: ديناميكية العلاقات الأسرية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون سنة.
- 94- محمد حمدي حجار: العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1412هـ.
- 95- محمد جابر سامية، علي عبد الرزاق جليبي: علم الاجتماع المعاصر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.
- 96- محمد عبد المنعم عفاف: الإدمان، دراسة نفسية ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، مصر، دون سنة.
- 97- محمد فهمي سامية: المشكلات الاجتماعية، منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2003.
- 98- مشاقبة محمد أحمد: الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
- 99- مصطفى الخشاب: علم الاجتماع ومدارسه، القاهرة، 1967.

- 100- مصطفى القوال صلاح: منهجية العلوم الاجتماعية، عالم الكتاب، القاهرة، دون تاريخ.
- 101- المغربي سعد: ظاهرة الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية، القاهرة، 1963.
- 102- المغربي سعد: ظاهرة تعاطي الحشيش، دراسة نفسية واجتماعية، دار الراتب الجامعة، بيروت، ط2، 1984.
- 103- المهدي عباس: الذكاء والتفوق، دار المناهل، بيروت، 1998.
- 104- مهدي محمد القصاص: علم الاجتماع العائلي، جامعة المنصورة، مصر، 2008.
- 105- مؤمن داليا: الأسرة والعلاج الأسري، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.
- 106- نعيمة محمد: التنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية، دار الثقافة العالمية، القاهرة، 2001.
- 107- نقلا عن إبراهيم عثمان: مقدمة في علم الاجتماع، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
- 108- نقلا عن الطغيس إبراهيم: دراسات في علم الاجتماع الجنائي، دار العلوم للطباعة والنشر، الرياض، 1984.
- 109- نقلا عن رأس مال عبد العزيز: كيف يتحرك المجتمع، نتائج ذلك على العلاقات الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1993.
- 110- نقلا عن عبد الرحمان، محمد العيسوي: اتجاهات جديدة في علم النفس الجنائي، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، ط1، 2004.
- 111- نوار الطيب: جريمة القتل في المجتمع الجزائري، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران، 2004.
- 112- نواصر العايش: استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، مطابع عمار قرفي، باتنة، الجزائر.

- 113- النيبالي مليسة أحمد: التنشئة الاجتماعية - مبحث في علم النفس الاجتماعي-، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2007.
- 114- وافي علي عبد الواحد: الأسرة والمجتمع، القاهرة، مكتبة النهضة، 1966.

الندوات والملتقيات

- 115- أبحاث الندوة العلمية السادسة- الخطة الأمنية الوقائية العربية الأولى - النظريات الحديثة في تفسير السلوك الاجرامي، المركز العربي للدراسات الأمنية في التدريب الرياض، 1987.
- 116- أحمد عبد اللطيف: كيف تتعامل الأسرة مع المريض المدمن في حال الإدمان والتعافي؟، مجمع الأمل للصحة النفسية، قسم الخدمة الاجتماعية، 2008/02/27.
- 117- التكفل بالمدمنين: ملتقيات تكوين الأحياء في إطار مشروع mednet، الجزائر، السداسي الأول، 2008.
- 118- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، ملتقى حول اليوم العالمي لمكافحة المخدرات، الجزائر: 2002/03/26.
- 119- العايب سليم: الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة، مداخلة بعنوان: التفكك الأسري وأثره على انحراف الطفل جامعة قاصدي مرباح ورقلة، أيام: 10/9 أفريل 2013.
- 120- علي الدين السيد محمد: دور الأسرة في رعاية الناقهين من إدمان المخدرات، المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان -الوقاية-العلاج- المتابعة، جامعة الدول العربية، من 13 إلى 16 سبتمبر، القاهرة، 1988.
- 121- القحطاني علي بن عايش: الرعاية المستمرة (اللاحقة لمدمني المخدرات وأسرهمن الدورة التدريبية الخاصة، خفض الطلب على المخدرات لمنسوبي الحرس الملكي، الرياض، 2009.

122- محمود يعقوب أيمن إسماعيل: برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين في مواجهة الانتكاسة، أعمال الندوة العلمية -عوامل الانتكاسة لدى مدمني المخدرات-، مركز الدراسات والبحوث، المملكة المغربية، مراكش، من 09-11/07/2012.

123- ملتقيات تكوين الأطباء في إطار مشروع MEDNET، التكفل بالمدمنين، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر، السداسي الأول، 2008.

الرسائل والأطروحات

124- أبو بكر الصديق محمد مدحت: فاعلية العلاج الأسري في خدمة الفرد في علاج العائدين إلى إدمان الهروين، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة حلوان، 1991.

125- الألفي عزة صالح: شخصية المجرم العائد في ضوء بعض العوامل السيكلوجية والاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، قسم علم النفس، جامعة عين شمس، 1980.

126- بن عبد الله محفوظ صادق: تعاطي المخدرات واستراتيجية الإدماج الرسمي والأسري، دراسة ميدانية بمصلحة الوقاية والعلاج من المخدرات بالمركز الاستشفائي فرانتز فانون، البليدة، مذكرة ماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة سعد دحلب، البليدة، 2006.

127- الحناكي علي بن سليمان: دور الرعاية اللاحقة في الحد من جرائم العود، رسالة ماجستير غير منشورة، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1460 هـ.

128- صادقي فاطمة: علاقة الاضطرابات النفسية بالإدمان على المخدرات عند الشباب، رسالة ماجستير، علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، 2005.

129- صفى ذهبية: التحفيز في ظل الإصلاحات الجديدة للمؤسسة العمومية للصحة، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية لزرالدة، مذكرة ماجستير، جامعة بي يوسف بن خدة، الجزائر، 2008-2009.

130- عزروز عبد الناصر الهاشمي: التنشئة الاجتماعية الأسرية وأثرها على الإدمان على المخدرات، رسالة ماجستير علم الاجتماع، كلية الدراسات العليا، جامعة الأردن، 2005.

131- فارح سمير: ظاهرة العود للإدمان على المخدرات والتفكك الأسري، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2007 - 2008.

132- مدني مدني: أثر البرامج التأهيلية في الحد من ظاهرة العود، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2007 - 2008.

133- ويسى جيلالي: العوامل الاجتماعية وأثرها في ظاهرة العود إلى الانحراف عند الشباب، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الجنائي، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2010-2011.

الجرائد والمجلات:

134- خير الله عودة يحي: البيئة والسلوك الإجرامي - دراسة نظرية في الأنثروبولوجيا الجنائية، الجامعة المستنصرية، مجلة الآداب، العدد 107.

135- سي رشيد: رفع العقوبة إلى المؤبد وإنشاء صندوق لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان، جريدة الأحداث، العدد 770، الصادرة في 10/11/2004.

136- صالح ناهد: العود إلى الإجرام - مفهومه وأنماطه -، المجلة الجنائية القومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، العدد 01، مارس 1969.

137- عبد المنعم يوسف السنهوري: مدى فاعلية أساليب التأثير المباشر في مواجهة مشكلة عود الأحداث إلى الانحراف، المجلة العربية للدراسات الأمنية، الرياض، العدد 09، 1990.

138- فوتح أحمد: الفساد - مجلة المستقبل -، مدرسة الشرطة، سيدي بلعباس، الجزائر، العدد 26، أبريل 2007.

139- قرار 12-1-1994، ملف رقم 92861، المجلة القضائية، 1997.

140- محمود إبراهيم: قضية الإعلام والجريمة، مجلة الأمن والحياة، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، العدد 48، جوان 1986.

المنشورات والمحاضرات:

141- أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، 2000.

142- بوكابوس أحمد: الأحداث المنحرفون، مركز إعادة التربية، بئر خادم، الجزائر، سبتمبر، 2001، محاضرة.

143- دليل المتعامل مع العدالة، منشورات وزارة العدل، الموقع: www.mjjustice.dz بتاريخ 2008.

القواميس:

144- محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعارف الجامعية، مصر.

المراجع باللغة الأجنبية:

145- André Mendras: sociologie de la famille et du mariage, puf, Paris, 1978.

146- Boutefnouchet (Moustafa): La famille Algérienne, évolution et caractéristique récentes, SNED, Alger, lemed, 1980.

147- Boutefnouchet, Mustapha: La famille Algérienne évolution et caractéristique, EDENAL, 1982.

148- Braconnier, Toxicomies juveniles et suicides, université de paris, France, 1973.

149- CF Ancel Mare: la défense sociale nouvelle, éd, cugas, 1971.

150- David & James: coaddiction treatment of the family member, fair oak hospital, summit, New Gersey, 1991.

- 151– Emoray– Bagardus: **sociology**, third edition, the macmcelon company, 1950.
- 152– F.Forgatta << Edgar >>: **Encyclopaedia of sociology**, 'editor), VI macmillan and reference, New York, 2000.
- 153– Gerard Poussin:, Emisabeth, Le Brum: **Les enfants du divorce**, Paris, Dned, 1977.
- 154– Good William: **family organisation**, (IN), Robert and other, comtemporary social problems, New York, Harcourt, press, 1980.
- 155– Mauco (co): **psychanalyse et éducation**, Ed aubier, mataigne, Paris, 1963.
- 156– Morrisin: **Difinitions of recidivism**, the third international congresson criminology, London, 1957.
- 157– Prijabille Davidson, hanquet: **les jeunes et la drogue**, puf, 1977.
- 158– Jerome Manize: **Analyzing social problèm of cit**, _ نقلا عن جيروم ج ماينز : **تحليل المشكلات الاجتماعية**, الترجمة العربية، 1966.

الملاحق

الملحق الأول: الإستمارة

جامعة الجزائر -2-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

مدرسة الدكتوراه

علم الاجتماع والتنظيم

الاستمارة رقم

في إطار تحضيرنا لشهادة الدكتوراه في علم الاجتماع تخصص: تنظيم وديناميكيات اجتماعية
لموضوع : العود إلى إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري -الأسباب والعوامل-
هذا الموضوع الذي يندرج حول معرفة الأسباب وعوامل تعرض مدمن المخدرات إلى الانتكاس والعود
مجددا إلى إدمان المخدرات بعد خروجه من المؤسسة الاستشفائية
لذا نطلب من سيادتكم المحترمة الإجابة على كل هذه الأسئلة وبكل موضوعية ونحيطكم علما ان
المعلومات تبقى سرية ولا تستخدم إلا لأغراض علمية بحثية، ونشكركم على مساهمتكم في انجاز هذا
البحث.

السنة الجامعية : 2014/2013

المحور الأول: بيانات عامة خاصة بالمبحوثين

01- السن سنة

02- الجنس : ذكر أنثى

03- الأصل الجغرافي : ريفي حضري شبه حضري

04- الإقامة الحالية : ريفي حضري شبه حضري

05- المستوى التعليمي للمدمن : أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

06- الحالة المدنية : أعزب متزوج مطلق أرمل

07- الوضع المهني : طالب عامل عاطل عن العمل

08- نوع العمل : دائم مؤقت

09- نوع السكن : فيلا منزل عادي سكن قصديري

10- كم كان عمرك أول مرة تعاطيت المخدرات : سنة

11- نوع المخدر المتعاطي : حشيش حبوب مهلوسة هروين

أخرى "حدد"

12- سبب الإدمان على المخدرات : التقليد هروبا من المشاكل العائلية الأصدقاء

سبب آخر

13- مصدر الحصول على المخدرات : الأهل الأصدقاء الجيران

آخرون "حدد"

المحور الثاني : بيانات خاصة بالفرضية الأولى :

تعود ظاهرة العود إلى استهلاك المخدرات عند الشباب إلى التفكك الأسري

14- هل الوالدين أو أحدهما على قيد الحياة: نعم لا

أ - بالنسبة للأب : على قيد الحياة متوفي

ب - بالنسبة للأم : على قيد الحياة متوفية

15- في حالة الإجابة بنعم : هل الوالدين : يعيشان معا مطلقين

16- المستوى التعليمي للوالدين :

أ - بالنسبة للأب : أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

ب - بالنسبة للأم : أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

17- الوضعية المهنية للوالدين :

أ - بالنسبة للأب : عامل عاطل عن العمل متوفي

ب - بالنسبة للأم : عاملة مأكثة بالبيت متوفية

18 - ما هي نوع العلاقة مع والديك ؟

أ - العلاقة مع الأب : ☐ جيدة ☐ حسنة ☐ سيئة ☐ متوفي ☐
ب - بالنسبة للام : ☐ جيدة ☐ حسنة ☐ سيئة ☐ متوفية ☐

19 - هل كان احد الوالدين مدمن مخدرات ؟ ☐ نعم ☐ لا ☐

20- إذا كانت الإجابة ب "نعم " من منهما ؟ الأب ☐ الأم ☐

لم يكن احد والدي مدمن مخدرات ☐

21 - كيف كانت ردة فعلك ؟ عادي ☐ حالة غضب ☐ تعرضت لصدمة ☐

لم يكن احد والدي مدمن مخدرات ☐

22 - هل كان أفراد أسرتك على علم بأنك عدت إلى استهلاك المخدرات ؟ نعم ☐ لا ☐

لم يكونوا على علم بعودتي لتناول للمخدرات ☐

23 - إذا كانت الإجابة ب " نعم" كيف كان المر بالنسبة إليهم ؟ طبيعي ☐ حاولوا منعك ☐

24 - هل كان يزورك والديك في المستشفى ؟ نعم ☐ لا ☐

25 - هل لديك إخوة ؟ نعم ☐ لا ☐

26 - ما نوع العلاقة مع إخوتك ؟ جيدة ☐ حسنة ☐ سيئة ☐ لا يوجد ☐

أخوة ☐

27 - بعد خروجك من المستشفى في المرة الأولى . هل أفراد أسرتك كانوا يشجعونك على عدم

العودة إلى استهلاك المخدرات ؟ نعم ☐ لا ☐

28 - هل تتلقى المال من أفراد أسرتك بعد خروجك من المستشفى ؟ نعم ☐ لا ☐

29 - في حالة الإجابة ب "نعم" : هل يسألك أفراد أسرتك فيما تنفق المال ؟ نعم ☐ لا ☐

لا أتلقي المال من أفراد أسرتي ☐

30- هل لاحظت ان أفراد أسرتك يراقبونك بعد خروجك من المستشفى ؟ نعم ☐ لا ☐

31 - هل أفراد أسرتك بعد خروجك من المستشفى يطلبون منك زيارة الأطباء لإكمال العلاج ؟ نعم ☐

لا ☐

32 - بعد خروجك من المستشفى هل اندمجت مباشرة مع أفراد أسرتك ولم تكن منعزلا ؟ نعم ☐

لا ☐

33 - بعد خروجك من المستشفى هل لاحظت اهتمام خاص من طرف أفراد أسرتك بتوفير جو

مناسب لإكمال علاجك ؟ نعم ☐ لا ☐

المحور الثالث : بيانات خاصة بالفرضية الثانية

- يؤدي عدم خضوع المدمن على المخدرات للمراقبة الطبية ومتابعة برنامج العلاج بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية إلى العودة إلى الإدمان .

34 - هل يتوفر المركز على وسائل الترفيه ؟ نعم ☐ لا ☐

35 - أثناء إقامتك بالمؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى : هل تقومون بجولات خارج المؤسسة ؟ نعم ☐ لا ☐

36 - هل كان الأطباء المختصين والموظفين يشاركونكم في الحديث وفترات الترفيه ؟ نعم ☐ لا ☐

37 - هل كنت تجد فراغ كبير من الوقت داخل المؤسسة الاستشفائية ؟ نعم ☐ لا ☐

38 - إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل ذلك بسبب عدم الاهتمام بالجانب الترفيهي في البرنامج ☐ لا وجود للأنشطة داخل المؤسسة ☐

39 - هل كنتم تتلقون برامج توعية داخل المؤسسة ؟ نعم ☐ لا ☐

40- بعد خروجك من المستشفى هل خضعت لبرنامج ما بعد العلاج ؟ نعم ☐ لا ☐

41- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل كان ذلك بإرادتك ☐ أو هناك من دفعك إلى العلاج ☐ لم أخضع لبرنامج ما بعد العلاج ☐

42- أثناء مكوثك بالمؤسسة الاستشفائية لأول مرة هل الأطباء والمختصين كانوا مركزين على

العلاج الدوائي ☐ العلاج النفسي ☐ العلاج الاجتماعي ☐

43- في ظل عودتك مجددا إلى إدمان المخدرات : هل تعتقد بأن البرنامج العلاجي الذي تلقينته في بادئ الأمر : فعال ☐ غير فعال ☐

44- بعد خروجك من المؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى : هل لاحظت تغير في حياتك اليومية ؟ نعم ☐ لا ☐

45- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل ذلك يرجع إلى: فعالية البرنامج العلاجي الذي كنت تتلقاه في المؤسسة ☐ أو حاولت عدم العودة إلى إدمان المخدرات ☐ لم ألاحظ تغير في حياتي اليومية ☐

46- هل كنت تتلقى استدعاءات من المؤسسة الاستشفائية بعد خروجك في المرة الأولى ؟ نعم ☐ لا ☐

المحور الرابع : بيانات خاصة بالفرضية الثالثة :

- عودة المدمن إلى مخالطة رفقاء السوء بعد الخروج من المؤسسة الاستشفائية يؤدي ذلك إلى حدوث الانتكاس والعودة إلى الإدمان

47- أثناء مكوثك بالمؤسسة الاستشفائية في المرة الأولى : هل كان لديك أصدقاء ؟ نعم ☐ لا ☐

48- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل استمرت علاقتك بهم بعد خروجك من المستشفى ؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ لم يكن لدي أصدقاء ☐

49- هل كان بعض الأصدقاء الذين كانوا معك في المؤسسة الاستشفائية يتعاطون المخدرات بعد

خروجهم ؟ نعم ☐ لا ☐ لم تكن لي علاقة بهم بعد خروجهم ☐

50- بعد خروجك من المؤسسة الاستشفائية . هل كنت تفضل مخالطة الأصدقاء الذين توقفوا عن

تعاطي المخدرات ☐ أو تفضل مخالطة الأصدقاء الذين حدث لهم انتكاس ☐

51- أثناء تعاطيك للمخدرات لأول مرة في حياتك : هل كان ذلك عن طريق الأصدقاء ☐

لوحدهك ☐

52- إذا كانت الإجابة الأولى : هل مازلت على علاقة بهؤلاء الأصدقاء الذين كنت تتعاطى معهم

المخدرات في بادئ الأمر ؟ نعم ☐ لا ☐

53- هل كان يزورك أصدقاؤك أثناء خضوعك للعلاج داخل المؤسسة ؟ نعم ☐ لا ☐

54- إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل كانوا يشجعونك على عدم العودة إلى الإدمان ؟ ☐ أو

كانوا يحاولون إقناعك بالانقطاع عن العلاج ؟ ☐ لم يكن أصدقاؤني يقومون بزيارتي في

المستشفى ☐

55- بعد خروجك من المستشفى في أول مرة وعند عودتك لمخالطة رفاقك هل كانت المدة التي

تقضيها معهم اقل من السابق ☐ أطول من السابق ☐

56- بعد خروجك من المؤسسة الاستشفائية في أول مرة : هل عدت بإرادتك إلى مخالطة أصدقاؤك

المدمنين ☐ أو كانوا يترددون عليك إلى المنزل ويحاولون إقناعك بالجلوس معهم ☐

57- ما هو السبب الذي جعلك تستمر في مخالطة أصدقاؤك المدمنين ؟ هروبا من العزلة ☐

أو هناك علاقة عمل أو دراسة تربطكم ☐

58- أثناء عودتك إلى مخالطة أصدقاؤك المدمنين بعد خروجك من المستشفى : هل كانوا يعرضون

عليك تناول المخدرات ☐ أو كان ذلك بطلب منك ☐

59- إذا كانت الإجابة الأولى : هل تقبلت ذلك مباشرة ☐ أو كان هناك تردد ☐ كان

بطلب مني ☐

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

الملحق الثاني: رخصة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

البحث والتربصات

الجزائر في: 2014/12/01



جامعة الجزائر - 2

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

إلى السيد: ...
مصادرة الوثيقة من الأستاذ ...
م. فراتون - البيرة

رخصة بحث

حول الموضوع: ...
العنوان: ...

الأستاذ: ...

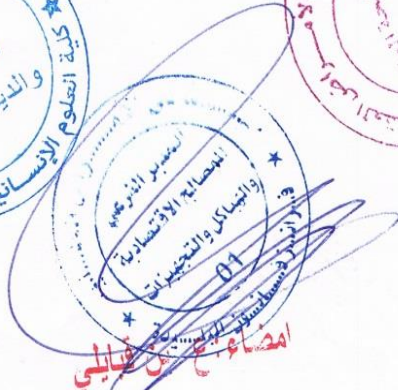
يسرنا أن نرفع إلى سيادتكم هذا الخطاب بهدف تقديم العون للطالب: ...

والمسجل في السنة: ...
من أجل تسهيل مهمته (ها) العلمية في
مؤسستكم بقدر المستطاع، علما أن بعونكم هذا ستقدمون عملا جليلا وخدمة عظيمة للعلم والبحث العلمي
أولا والجامعة ثانيا.

ونفيدكم في الأخير أن الباحث قد تعهد(ت) نحونا بعدم استعمال المعلومات التي يحتاج إليها في
بحثه(ها) إلا في أغراض علمية فقط.

وتقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير.

رئيس القسم



Dr. HABIBECHÉ Abderrahmane
Maître Assistant en Psychiatrie
Chef de Service
de Lutte Contre la Toxicomanie

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر- 2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
نيابة العمادة لما بعد التدرج و البحث العلمي
و العلاقات الخارجية



تقرير الترتيب بالخارج

اللقب: حشبايكي
الاسم: حاتم
الوظيفة / الرتبة:
القسم: علم الاجتماع
نوع التكوين: ☒ قصير المدى ☐ عطة علمية

حصيلة الأعمال التي أنجزت أثناء التكوين بالخارج:

جاءت من يوم 04 جوان 2012 قمنا بزيارة مركز "نوفادونا"
الواقع في الدائرة الرابعة عشرة بجوار عين و هو جزء من محيط
مستشفى "بيرويس" و نجحنا في التعرف على المركز و استقبال كل شخص سيجل
مؤامعة فخرية قصد الاستفادة من العلاج دون شروط و قد
استقبلنا مدير المركز السيد مصطفى بن سليمان و خلال جلستنا مع
أقارنا بالأهداف الأساسية للمركز "نوفادونا" من إنشاء و برنامج
العلاج و المتابعة الطبية و الوسائل المستخدمة و الماديات
المتاحة من أجل التكفل بالمرضى و أهم المشاكل التي نجدها بمرآة
بالمركز

تأشيرة مدير البحث بالخارج، أو مسؤول المؤسسة المستقبلية بالخارج

NOVA DONA

82, av. Denfert-Rochereau 75014 PARIS
Tél. 01 43 27 83 90 Fax 01 43 27 83 92
SIRET 400 198 248 00025 APE 9499Z

حرر في: بتاريخ:

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE POPULAIRE

Université d'Alger 2

Faculté des sciences humaines et sociales

Vice Décanat de post-graduation et de la

Recherche Scientifique et des relations extérieures



Rapport du stage

Nom: ...CHEBAIKI..... Prénom :.....HATEM.....

Fonction/Grade :.....

Département :...Sociologie.....

Formation : Stage de courte durée ☒ Congé scientifiques ☐

Bilan des travaux effectués au cours de mon séjour à l'étranger :

Au début du 04 juin 2015 on a visité le centre "NOVA DONA" situant dans la région 14 à Paris, c'est une branche de l'hôpital "Broussais" qui se préoccupe de toute personne utilisant des stupéfiants pour avoir un remède sans condition, on était accueilli par le directeur du centre Mr. moustapha Ben Sliman qui nous a donné les buts fondamentaux du centre, son fonctionnement et le programme du traitement et le suivi médical et tous les moyens humains et financiers existant pour la prise en charge des toxicomanes et tous les entreprises qui ont une coordination avec le centre.....

Visa du Directeur de recherche à l'étranger ou, le responsable de l'établissement d'accueil à l'étranger (Bibliothèque, laboratoire)

NOVA DONA

82, av. Denfert-Rochereau 75014 PARIS
Tél. 01 43 27 83 90 Fax 01 43 27 83 92
SIRET 400 198 248 00025 APE 9499Z

Fait le : 5 juin 2015 à : Paris.....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر- 2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

نيابة العمادة لما بعد التدرج و البحث العلمي

و العلاقات الخارجية



تقرير الترتيب بالخارج

اللقب: جنسياً: الاسم: حائض
الوظيفة / الرتبة:
القسم: علم الاجتماع
نوع التكوين: ☒ قصير المدى ☐ عطلة علمية

حصيلة الأعمال التي أنجزت أثناء التكوين بالخارج:

جاءت من يوم 10 جوان 2012 قمنا بزيارة جامعة باريس (8) والتقىنا بالبروفيسور "DENIS LECROS" وهو رئيس فريق بحث بحوث "CHART" وعرفنا به من جامعة باريس (8) وأقارنا ببعض المراجع التي يمكننا الاعتماد عليها في جرائدنا المطبوعة بالعودة إلى إحصائيات المجلات، وأهم المراكز المتخصصة في المكمل بفترة الفصح في باريس، كما قررنا خلال جرائدنا العودة إلى الدور التي تلعبها الجامعة في التكوين من حيث خطة أكاديمية المجلات وحالات الاختصاص.

تأشيرة مدير البحث بالخارج، أو مسؤول المؤسسة المستقبلة بالخارج

CNRS - LUTIN
Cité des sciences et de l'industrie
30, ave. Corentin Cariou
75930 PARIS CEDEX
Tél. (33)1 4005 7000

حرر في: بتاريخ:

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE POPULAIRE

Université d'Alger 2

Faculté des sciences humaines et sociales

Vice Décanat de post-graduation et de la

Recherche Scientifique et des relations extérieures



Rapport du stage

Nom: C.H.E.BAIKI..... Prénom :.....H.A.T.E.M.....

Fonction/Grade :.....

Département :.....Sociologie.....

Formation : Stage de courte durée ☒ Congé scientifiques ☐

Bilan des travaux effectués au cours de mon séjour à l'étranger :

Du 10 juin 2015 on a visité l'université de Paris (8)
on a rencontré le professeur Beniste Legros c'est le chef
du groupe de recherche au laboratoire CHART et un
membre à l'école doctorale de l'université de Paris
Il nous aider dans les références qui puissent
nous aider dans notre étude retour à la dépendance
de la drogue et les centres les plus spécialisés pour
la prise en charge de cette catégorie en Paris.
On a abordé avec lui aussi le rôle que l'université
joue pour réduire la gravité du la drogue et
les cas de ~~re~~ réduite.....

Visa du Directeur de recherche à l'étranger ou, le responsable de
l'établissement d'accueil à l'étranger (Bibliothèque, labortoire)

CNRS - LUTIN

Cité des sciences et de l'industrie
30, ave. Corentin Cariou
75930 PARIS CEDEX
Tél. (33)1 4005 1299

Fait le : à :

Projet d'établissement
C. S. A. P. A
Centre de Soins d'Accompagnement
et de Prévention en Addictologie
NOVA DONA

I - LES CARACTERISTIQUES GENERALES DU CSAPA

I-1 EVOLUTIONS DU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

I-1-a De la prise en charge des toxicomanes aux addictions

Lors de l'apparition du « *fléau de la drogue* » dans les années soixante, des structures spécialisées mettent en place des modes de prises en charge en rupture avec les pratiques existantes dans les hôpitaux psychiatriques.

En parallèle, la **loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970** fixe les principes de la législation sur les stupéfiants, selon quatre axes :

- la répression du trafic et de ses profits
- la pénalisation de l'usage
- l'interdiction de l'aide et de l'incitation à l'usage
- le traitement gratuit et anonyme de l'usager.

Cette apparente permanence sur le plan législatif est toutefois pondérée par le nombre élevé de circulaires et autres textes d'application, rédigés par les administrations en charge de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur.

Pour une grande part, c'est l'*épidémie du sida* qui va contraindre à une modification profonde de la perception de la toxicomanie et de sa prise en charge, en infléchissant la lutte contre la toxicomanie d'une politique de sevrage vers une politique de réduction des risques.

Cette politique se définit comme l'ensemble des stratégies de soins et de prévention, visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, ...) et sociaux (exclusion, précarité, ...) liés à l'usage de psychotropes, en replaçant le consommateur dans une position citoyenne.

Après le **décret 92-590 du 29 juin 1992** octroyant un statut aux centres de soins spécialisés⁵, le **Plan triennal 1993-1996**, met en place un programme de *traitements de substitution*, autorisant la prescription de la Méthadone® et de la Buprénorphine (Subutex®). Avec cette nouvelle pratique médicale, la France rejoint la plupart des autres pays de l'Union européenne.

Enfin, la **loi n° 2004-806 du 9 août 2004**, relative à la politique de santé publique, prévoit le développement de cinq orientations prioritaires sur la période 2004-2008, dont une portant sur les comportements à risques et les pratiques addictives. Cette orientation est d'abord axée sur la prévention : jeunes, milieux sportifs et du travail, zones urbaines sensibles, prisons. Elle vise aussi à améliorer la réponse du système de soins à l'usage nocif et à la dépendance : création de communautés thérapeutiques, mise en place d'un réseau de consultations spécifiques dédiées aux jeunes consommateurs⁶, développement d'un programme de crack,.... Mais surtout,

⁵ Les établissements répondant aux critères de ce texte sont ainsi devenus des *Centres conventionnés spécialisés de soins pour toxicomanes* (CSST).

⁶ Cf. 3.2.2. La consultation jeunes consommateurs (p. 39-41)

Cf. Circulaire n°2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille.

elle intègre officiellement la **réduction des risques dans la politique de santé publique**⁷.

I-1-b De l'action sociale et médico-sociale

Pour une offre plus adaptée aux besoins des personnes dites « fragiles » ou « en difficultés », la loi du 2 janvier 2002 propose une définition rénovée de l'action sociale et médico-sociale et une classification élargie de ses établissements et services.

1) La définition de l'action sociale et médico-sociale

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets » (art. 2).

L'article 5 définit ses missions en précisant qu'elle « s'inscrit dans une mission d'intérêt général et d'utilité sociale⁸ ».

L'article 15 distingue la notion d'institution de celle d'établissement : les institutions sociales et médico-sociales (ici : Association Nova Dona) sont des personnes morales de droit public ou privé, gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ici : CSAPA Nova Dona).

2) La nouvelle nomenclature et la reconnaissance des CSAPA / CSST

La rénovation de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux a été opérée par ce même article 15 de la loi du 2 janvier 2002. Cette nomenclature confère une base légale à des structures qui en étaient jusqu'alors dépourvues, en donnant une définition large aux différents types d'établissements et de services, comme par exemple les *établissements et services destinés aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques*.

Parmi les établissements et services pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (CASF, L.312-1, I, al.9), figurent les **centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**.

L'appellation CSAPA, dans un contexte où émerge la notion d'addictologie, apparaît alors comme particulièrement innovante et adaptée aux besoins des personnes aux conduites addictives, en donnant un même statut aux centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

Pour que l'intégration des CSST au secteur médico-social soit effective, la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité sociale pour 2003 (art.38) a transféré le **financement de leurs dépenses de l'Etat vers l'Assurance**

⁷ Avec par exemple, l'adoption du décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le CSP.

⁸ Elle constitue un service d'intérêt social : les usagers sont les bénéficiaires directs d'une activité de *service public social* (relation juridique). L'utilité sociale renvoie elle à la dominante *non lucrative* des établissements et services.

Maladie (sauf pour les dépenses de prévention). Cette prise en charge des dépenses médico-sociales par l'Assurance maladie, sous la forme d'une dotation globale annuelle, ne fait pas obstacle à d'autres participations, notamment à celle des collectivités locales⁹.

Les principes d'anonymat et de gratuité sont maintenus pour la prise en charge des usagers (loi du 31 décembre 1970).

En application de la loi de 2002, les CSST sont soumis à une **décision d'autorisation de fonctionnement valables quinze ans** (CASF, art L.313-1), mais par dérogation, la loi du 20 décembre modifie à titre transitoire la durée d'autorisation initiale, et la fixe à trois ans : l'objectif est que l'organisation des CSST soit stabilisée à l'issue de cette période.

Ainsi, suite à l'adoption du **décret du 26 février 2003** fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des CSST¹⁰, 264 CSST ont été autorisés dans le courant de l'année 2003 : l'**autorisation du CSST Nova Dona** a été validée par les résultats de la visite de conformité, et notifiée par l'**arrêté n°2003-2076 du 10 octobre 2003**, après avis de la section sociale du CROSS d'Ile-de-France du 24 juin 2003.

Ces autorisations arrivant à échéance dans le courant de l'année 2006, la **circulaire du 10 mars 2006** dispose qu'« en application du droit commun des établissements médico-sociaux (CASF, art. L. 313-5), les autorisations des CSST sont renouvelées tacitement (sans être soumises à l'avis du CROSMS) pour quinze ans. Ce renouvellement est cependant soumis à une visite de conformité (art. L. 313-6 et D. 313-11 du CASF)¹¹ ».

Cette même circulaire confirme la perspective de réorganisation du dispositif de prise en charge en addictologie, dans le cadre des CSAPA.

Cela a été chose faite avec la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 qui prévoit un financement par l'assurance maladie (ONDAM médico-social, objectif spécifique), puis par la parution **des décrets n° 2007-877 du 14 mai 2007** relatif aux missions des CSAPA et **n°2008-87 du 24 janvier 2008** relatif au fonctionnement et au financement des CSAPA.

Enfin la **circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008** relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie est venue fixer l'orientation générale de la réforme et expliciter les missions que devront assurer ces nouvelles structures médico-sociales qui remplacent désormais les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), ainsi rassemblés sous un statut juridique commun.

I-2 EVOLUTIONS DES CONTEXTES ET DES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES

Au cours des vingt dernières années, de nombreuses évolutions ont eu lieu concernant :

- Les produits consommés et les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs ;

⁹ Cf. 5.1. Les financements (p.47)

¹⁰ Cf. 1.4. Les missions (p.17)

¹¹ Cf. Circulaire DGS/SD 6B n° 2006-119 du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des CSST et à la mise en place des CSAPA.

III – PRESENTATION DU CENTRE NOVA DONA

III-1 Présentation de l'entité gestionnaire

Association Nova Dona

Adresse : 104 rue Didot 75014 Paris

Téléphone : 01 43 95 92 54

Télécopie : 01 43 95 92 55

Adresse électronique : novamb@club.fr / novamk@club.fr

APE : 913 E

SIREN : 400 198 248

Date de création : 18 mai 1994

Présidente du conseil d'administration : Madame Catherine Pequart

Autre établissement géré par l'organisme gestionnaire :

L'association Nova Dona gère le CAARUD du même nom qui a la particularité d'être dans le même lieu que le CSAPA.

III-2 LE CSAPA NOVA DONA

Coordonnées de la structure

Nom de la structure : NOVA DONA

Numéro Finess : 75 000 229 8

Adresse : 104, rue Didot 75014 PARIS

Téléphone : 01 43 95 92 54

Télécopie : 01 43 95 92 55

Adresse électronique : novamb@club.fr / novamk@club.fr

Forme juridique

Centre de Soins Spécialisé en Toxicomanie (C.S.S.T) – Etablissement médico-social
Passage en CROSMS le 24 Juin 2003. l'autorisation a été accordée par l'arrêté préfectoral n°2003-2076, du 10 Octobre 2003.

Statut du personnel

Convention Collective Nationale du Travail du 15 mars 1966.

But de la structure

Assurer toutes les missions d'un C.S.A.P.A conformément au cadre réglementaire. Ces missions, définies par le décret n° 2007-877 du 14 Mai 2007, et la Circulaire n° DGS/MC2/200879 du 28 Février 2008, seront détaillées ultérieurement.

Création de l'établissement

Le centre Nova Dona est ouvert sous sa forme actuelle depuis le 1^{er} février 1995. Il regroupait en un lieu unique un CSST et une Boutique qui a été autorisée CAARUD le 21 août 2006. Le centre aujourd'hui a conservé cette configuration spécifique.

- L'accompagnement des plus précaires.
- L'accès aux traitements de substitution aux opiacés

Les **objectifs** du CSAPA sont d'aider les personnes ayant une conduite addictive à :

- Améliorer leur qualité de vie
- Améliorer leur état de santé
- Diminuer les risques de complications liés aux usages de substances et aux modes de vie
- Démarrer ou poursuivre un parcours de soin concernant leur addiction
- Traiter les co-morbidités.

Les axes du travail de suivi et d'accompagnement :

- Participation active et volontaire de l'utilisateur
- Soutien de la démarche de changement par rapport aux substances consommées
- Soutien de la démarche de changement par rapport au mode de vie
- Viser la revalorisation personnelle, la restauration psychique et la dynamique de projet
- Favoriser les apprentissages et ses capacités de choix
- Offrir une diversité des offres et des interlocuteurs du soin, tout en s'assurant de la continuité des soins.

L'ensemble des prestations ambulatoires est mis à disposition des publics usagers de substances psycho-actives accueillis au CSAPA Nova Dona, quelque soit leur mode de contact avec l'établissement (auto-orientation ou orientation par des proches, orientation par des professionnels sanitaires ou sociaux, mesures judiciaires, ...).

Ces prestations sont assurées par une équipe pluridisciplinaire d'accueillants, de soignants et de travailleurs sociaux, placée sous la responsabilité du directeur.

IV-2 LES PRESTATIONS AMBULATOIRES

IV-2-a L'accueil

L'accueil à Nova Dona est inconditionnel. Quelle que soit la demande, où qu'en soit la personne dans sa trajectoire, elle sera accueillie.

Le centre Nova Dona est ouvert au public toute l'année, sauf les jours fériés, les lundi, mercredi, jeudi, vendredi de 13 heures à 19 heures 30 et les mardis de 15h à 19h 30, l'équipe étant en réunion ce jour de 13h à 15h. Les matinées sont consacrées aux différentes démarches administratives et au travail d'accompagnement physique des usagers.

Ces horaires permettent ainsi aux personnes qui travaillent ou qui sont en voie d'insertion professionnelle de venir au centre en fin de journée.

Nova Dona est facilement accessible par les transports en commun : Métro lignes 4 et 13, bus 58 et 62 et tramway T3.

Le CSAPA et le CAARUD étant dans un lieu unique, l'espace d'accueil est commun à tous les usagers. Ils peuvent y rester, se poser et bénéficier des prestations d'hygiène (douches, lave-linge, sèche-linge) quelle que soit la raison de leur venue. Le centre Nova Dona est accessible de plain-pied mais la présence de deux marches à l'entrée n'en facilite pas totalement l'accès aux personnes handicapées. L'aménagement de cet accès est en cours.

L'accueil est le moment de la rencontre, il conditionne l'ensemble du suivi. Sa qualité doit être une préoccupation permanente tout au long des contacts avec les usagers. Préalable à tout accompagnement, il crée les conditions du lien qui tisse la toile de fond des relations avec les différents membres de l'équipe et l'ensemble de l'établissement. C'est une fonction commune à tous les membres de l'équipe, directement assurée par un agent d'accueil, soutenu et secondé par les autres intervenants.

Le premier entretien :

Chaque nouvelle personne se présentant au centre est reçue sans rendez-vous dans un bureau, par un membre de l'équipe (généralement un travailleur social ou une infirmière) qui s'assure que la demande de la personne correspond à l'offre de prise en charge (traitement de substitution, suivi, demande de sevrage, de postcure, d'accompagnement médical et social), évalue la nature de la demande et l'ensemble de la situation, avec toute la confidentialité que ce moment impose.

Finalités de l'accueil :

- Créer un environnement propice de mise en confiance de la personne reçue, dans le respect mutuel et la confidentialité
- L'écoute de la demande formulée.
- Une première évaluation de la situation de l'utilisateur et de ses besoins.
- Repérage des situations à risques.

IV-2-b L'information

L'information donnée, consiste en une présentation de la structure, les modalités de prise en charge et les droits des usagers. Cette information est transmise dès l'entretien de premier accueil. A cette occasion, il est remis à chacun le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.

De façon permanente, des informations sont données de manière individuelle ou collective sur les traitements de substitution, la prévention ou les traitements du VIH et des hépatites, la réduction des risques liées aux consommations et à leurs modes. Mise à disposition et/ou distribution des brochures de prévention, d'information, des guides « Paris Solidarité », des brochures sur les produits et leurs effets, les lieux et horaires des différentes structures d'accueil (boutiques, PES, douches, vestiaires, distribution de repas gratuits, ...).

Un présentoir situé dans l'espace d'accueil permet à chaque personne de disposer de brochures d'information sur ces différents thèmes.

Enfin, elle est complétée par l'affichage d'informations réglementaires et pratiques dans l'espace d'accueil (campagnes d'informations, messages d'alertes sanitaires concernant certains produits).

De la même manière, des informations peuvent être données à l'entourage, le contenu dépend de l'objet de la demande.

IV-2-c L'évaluation médicale, psychologique et sociale

L'évaluation au cours de l'entretien d'accueil repose sur une démarche structurée de collecte et d'analyse d'informations sur la situation globale de la personne. Cette entretien repose sur le savoir faire du professionnel et sur le remplissage d'un dossier d'accueil qui comprend les points suivants :

- Objet de la demande
- Consommations actuelles et mode (type de produit, mode et fréquence de consommation)
- Historique des consommations/ tentative de soins antérieure (âge de début des consommations)
- Source de revenus
- Coût hebdomadaire des consommations
- Situation au regard de la justice (incarcérations, affaires en cours)
- Situation sociale et familiale
- Etudes/formation/ emploi
- Enfants
- Logement
- Médecin prescripteur/ traitements prescrits
- Dépistages/ hospitalisation/antécédents médicaux
- Etat émotionnel et psychologique

Pour les membres de l'entourage, l'évaluation concerne davantage leur relation avec l'utilisateur

Chaque membre de l'équipe ainsi que chaque nouveau membre arrivant sont formés à ce type d'évaluation.

IV-2-d L'orientation

Au terme de cette évaluation, une orientation est proposée, soit en interne si le centre semble en capacité de répondre à la demande, soit vers une structure plus adaptée à la problématique de l'utilisateur.

L'orientation vers un partenaire extérieur est faite avec une prise de contact en présence de la personne concernée.

Si l'orientation est effectuée en interne, un rendez-vous est proposé avec un médecin du centre. Ce rendez-vous peut être le jour même ou dans les jours suivants.

A la suite de ces deux entretiens, la demande et la situation de l'utilisateur sont présentées lors de la réunion d'équipe du mardi et la décision de prise en charge

s'effectue de manière collégiale. Ainsi entre le moment du premier accueil et le début de la prise en charge, il peut s'écouler au maximum une semaine. Si la décision de l'équipe est une orientation vers une structure plus adaptée, elle est expliquée et effectuée avec l'utilisateur.

Le centre proposant une prise en charge globale, l'ensemble des professionnels sera susceptible d'intervenir. Deux référents, un socio-éducatif et un médical, se proposeront d'élaborer le projet de prise en charge avec l'utilisateur et de coordonner l'ensemble des actions entreprises.

IV-3 Les missions obligatoires et spécialisées

IV-3-1 La prise en charge

La prise en charge médicale

Le soin et le suivi médical à Nova Dona sont assurés par des médecins généralistes, dont un devenu par ailleurs P.H en psychiatrie mais qui continue néanmoins son activité de médecine générale. Ils sont soutenus dans leur pratique par le pôle infirmier.

La première étape de la prise en charge médicale consiste à effectuer une évaluation globale de la personne, afin de poser un ou des diagnostics. La démarche médicale comporte une évaluation des addictions et de la dépendance notamment de la dépendance aux opiacés lors de la demande d'un traitement de substitution et une évaluation somatique particulièrement attentive aux co-morbidités somatiques ou psychiatriques.

L'évaluation précisera pour chaque produit consommé le type d'usage : occasionnel, nocif, abus ou dépendance. Cela permet de définir la stratégie et le mode de prise en charge en hiérarchisant les problématiques d'addiction.

Le bilan somatique comprend l'examen clinique, les prises de constantes, éventuellement un ECG selon les symptômes, la réalisation d'examens complémentaires (bilan biologique, radios, échographies), ces examens sont réalisés le plus souvent dans le secteur privé ou public lorsque les usagers disposent d'une couverture maladie.

Les prestations de soins se déclinent selon plusieurs axes :

- Les soins liés directement à l'usage de produits psychoactifs qui vont du soin d'abcès, à l'organisation de sevrages ambulatoires ou hospitaliers et à la prescription des traitements de substitution pour les personnes présentant une dépendance aux opiacés.

Le sevrage est organisé pour les différents produits consommés par les usagers pris en charge à Nova Dona. Les sevrages ambulatoires sont effectués par les médecins du CSAPA et les sevrages hospitaliers sont accompagnés vers les unités spécialisées en addictologie et en alcoologie.

L'équipe médicale organise avec l'équipe socio-éducatif et paramédicale les séjours de suite vers les centres thérapeutiques résidentiels ou vers les services de suite en alcoologie.

Les traitements de substitution (méthadone et buprénorphine haut dosage) sont prescrits et délivrés à Nova Dona dans le respect du

cadre réglementaire. Des analyses d'urines sont prescrites et réalisées préalablement à toute première prescription puis régulièrement au cours du suivi. Elles permettent de confirmer la présence d'opiacés pour l'analyse initiale et de rechercher les consommations associées comme la cocaïne, les benzodiazépines, le cannabis, le dextropropoxyphène, la méthadone ou la BHD.

La dose de démarrage de méthadone se situe autour de 40 mg et lors de la première prise nous demandons au patient de rester au centre quelques heures afin de pouvoir réévaluer la posologie, si besoin.

La Méthadone est délivrée quotidiennement dans la période initiale.

La BHD est prescrite pour délivrance par une pharmacie de ville dont le nom est communiqué par l'usager. Dans certains cas, il est proposé à l'usager de passer également à Nova Dona tous les jours pour une délivrance quotidienne contrôlée de BHD.

Un des médecins du centre a obtenu l'autorisation préfectorale pour gérer les stocks.

Pour les personnes non demandeuses d'un traitement de substitution ou pour qui l'indication ne se pose pas, usagers de crack, de cocaïne, de cannabis, drogues de synthèse et d'alcool, nous proposons un accompagnement médical, social et psychologique, accompagné si besoin d'un traitement médicamenteux, d'une démarche de sevrage ambulatoire ou d'accompagnement vers un sevrage hospitalier, parfois une hospitalisation courte de « mise à l'abri », un accompagnement vers une post-cure drogues illicites ou alcool. Pour les usagers de cocaïne et de crack, nous travaillons en partenariat avec l'espace Murger de Fernand Widal pour la mise en place de protocoles médicamenteux

- L'incitation au dépistage des pathologies associées telles que VIH, VHB, VHC, la vaccination contre l'hépatite B, l'orientation vers les consultations spécialisées pour l'initialisation des traitements et la mise en place d'un suivi, la surveillance et l'aide à la gestion de ces traitements.

Nous avons mis en place une consultation avec un hépatologue de l'hôpital Cochin qui consulte à Nova Dona tous les quinze jours. Il peut ainsi prescrire les vaccinations contre l'hépatite B, les traitements des hépatites et faciliter aux usagers l'accès aux services spécialisés de l'hôpital Cochin pour notamment les échographies, le fibroscan ou les bilans sanguins. Pour chaque examen une prise de rendez-vous est effectuée par l'équipe infirmière et un accompagnement est proposé. De même les injections d'interféron peuvent être faites à Nova Dona. Un dossier infirmier est alors constitué qui permet une surveillance au cours du traitement. A chaque injection, il y a un entretien infirmier au cours duquel, il y a une prise des constantes, du poids et une évaluation des effets secondaires. Enfin des hospitalisations sont possibles dans le service d'hépatologie de l'hôpital Cochin et, pour les patients les plus fragiles et fatigués par le traitement nous pouvons faire hospitaliser les patients dans le service de soins de suite de l'hôpital Cognacq-Jay avec lequel nous avons un partenariat non formalisé.

- La prise en charge des problèmes somatiques avec l'organisation des hospitalisations si nécessaire, l'orientation vers des consultations spécialisées telles que les soins dentaires, la gynécologie, l'ophtalmologie, etc.
- La prise en compte des pathologies psychiatriques avec l'orientation vers les CMP, les CHS, la prescription des traitements adaptés et l'aide à la gestion de ces traitements au sein du centre pour les usagers en difficultés. Le diagnostic psychiatrique est un élément essentiel dans la prise en charge de nos patients. Nombre d'entre eux souffrent de pathologies mentales graves (30 à 35%) et tous souffrent à des degrés divers d'anxiété, de dépression ou de troubles du comportement. Le diagnostic psychiatrique est rarement posé dès la première consultation, sauf antécédents connus, et fait référence au DSM IV et CIM 10.

Les médecins sont amenés aussi à remplir certains certificats ou déclarations dans le cadre des injonctions thérapeutiques ou des obligations de soins, des demandes ALD, des demandes d'allocation adultes handicapés ou encore dans la mise en place de protocoles de soins.

Chaque personne prise en charge au centre bénéficie des consultations médicales régulières à une fréquence qui varie en fonction de ses besoins avec son médecin référent qui respecte strictement les règles du secret professionnel qui peuvent être étendues aux règles du secret partagé dans le cadre de la prise en charge globale proposée.

Pour chacun, un dossier médical est constitué.

L'équipe s'appuie sur un partenariat constitué et diversifié pour permettre la continuité des soins instaurés.

Des partenariats ont été ainsi mis en place pour le dépistage du VIH et des hépatites B et C notamment avec le centre de dépistage anonyme et gratuit de la rue Ridder situé à proximité du centre. Les usagers qui le souhaitent peuvent y être accompagnés.

Des orientations et des accompagnements sont réalisés vers les services de certains hôpitaux parisiens avec lesquels nous avons un partenariat privilégié comme le service d'immunologie de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, le service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Joseph, le service d'hépatologie de l'hôpital Cochin. Cette liste n'est pas exhaustive.

La prise en charge psychologique

Le choix du CSAPA de ne pas avoir de psychologue dans l'équipe tient à son histoire. Certains membres de l'équipe, une infirmière et une éducatrice ont acquis une expérience et un savoir-faire notamment sur l'entretien motivationnel qui leur permet d'être dans un soutien psychothérapeutique de la personne.

Le suivi psychologique au CSAPA peut prendre plusieurs formes : psychothérapie de soutien, consultations thérapeutiques « à la demande », thérapie brève etc. Ces dernières sont réalisées par le médecin psychiatre. Certains usagers demandent un suivi psychologique plus régulier, nous les orientons alors vers les CMP ou les partenaires comme Confluences ou Chimène avec qui nous avons un partenariat formalisé.

La prise en charge sociale et éducative

Les usagers pris en charge à Nova Dona arrivent bien souvent dans des situations sociales complexes qui peuvent nécessiter la mobilisation des compétences de l'équipe ainsi que d'un réseau de partenaires. Le référent socio-éducatif dégage avec l'utilisateur les priorités, coordonne les actions entreprises afin d'atteindre avec cohérence les objectifs fixés.

L'équipe œuvre ainsi :

- à l'accès aux droits tels que la couverture sociale, les minima sociaux et autres prestations, lorsque ceux-ci ne se sont pas faits valoir et veille au maintien de ces droits ;
- à l'accompagnement vers l'hébergement qui va de l'urgence à l'hébergement intermédiaire, voire pour certains à l'accès à un logement autonome en s'appuyant sur un partenariat associatif aussi varié que la population accueillie tel que Charonne, la Cité Saint-Martin, l'Amicale du Nid, l'Estran, la Cité Le Village, le CHRS Etoile du Matin géré par l'association Aurore pour les sortants de prison et la fédération EPISEA dont Nova Dona est un des membres fondateurs ;
- à soutenir une insertion ou une réinsertion professionnelle en orientant vers les dispositifs de droit commun lorsque cela est possible, vers des associations spécialisées dans l'accompagnement vers l'emploi comme Ares, Parcours, ARCIE, Envol insertion ou vers des structures plus spécialisées dans le handicap comme AERI, Atelier 27 ou Handipass ;
- à améliorer le quotidien des usagers afin de maintenir le processus thérapeutique engagé. Cette action peut aller de l'aide à la gestion du budget jusqu'à la visite à domicile ;
- à accompagner physiquement les usagers dans les différentes démarches, quelles soient administratives, de soins ou judiciaires.

IV-3-2 La réduction des risques

La spécificité structurelle du centre Nova Dona qui regroupe un CAARUD et un CSAPA en un même lieu inscrit pleinement cette mission dans son fonctionnement.

Un programme d'échange de seringues au sein de la structure permet de délivrer du matériel nécessaire aux injections et aux autres modes de consommations (tampons alcoolisés, flacons d'eau stérile, filtres stériles, cupules stériles, seringues, pansements, crème, containers, etc) avec les messages de prévention adéquats. La délivrance du matériel s'effectue de manière individuelle dans un bureau ce qui permet de transmettre une information adaptée à chacun en fonction des produits consommés et des modes de consommations. Les points d'injection et le système veineux sont également examinés si l'usager l'accepte, des soins sont prodigués si nécessaire et des conseils de changements prophylactiques sont proposés. Une éducation visant à préserver le système veineux et à une bonne utilisation du matériel est développée.

De même, les seringues usagées sont récupérées et envoyées à la destruction.

Des informations sont dispensées individuellement ou en groupe sur les différents produits circulants, notamment concernant les risques et les effets, des brochures sont disponibles dans l'espace d'accueil.

Ce programme permet aussi aux usagers qui ont des contacts avec d'autres structures de soins de pouvoir disposer de matériel de consommation sans crainte de jugement.

Ce dispositif est complété par un distributeur échangeur de kits KAP (installé en janvier 1996) situé à côté de l'entrée du centre et accessible 24/24 heures, 7/7 jours.

Les kits sont délivrés avec des jetons ou avec une seringue usagée. Les jetons sont disponibles dans le centre et aussi dans les pharmacies alentour.

Des préservatifs masculins et féminins et du gel sont à disposition dans le centre.

Le dépistage VIH, VHC et VHB est réalisé dans des laboratoires privés ou publics quand les usagers disposent d'une couverture maladie suffisante ou au CDAG Ridder. Le dépistage et la réalisation des bilans restent problématiques pour certains usagers, nous réfléchissons à organiser en interne ces prélèvements.

Pour le VIH, l'initialisation des traitements est hospitalière. L'orientation s'effectue principalement vers le service d'immunologie de l'hôpital européen Georges Pompidou. Les usagers sont le plus souvent accompagnés vers ces consultations et les bilans biologiques nécessaires.

Les traitements peuvent être délivrés dans le centre pour une meilleure observance.

Pour le VHC, la présence d'un hépatologue deux fois par mois dans le centre, nous a permis de mettre en place une filière de soins telle qu'elle est décrite dans la prise en charge médicale.

La vaccination contre l'hépatite B réalisée dans le centre est à développer à une plus grande échelle en 2010.

IV-4 Les missions facultatives

Intervention en direction des personnes détenues

Les interventions en direction des personnes détenues ou sortant de prison s'orientent selon plusieurs axes :

Action d'information et de réduction des risques infectieux au sein de la prison de Nanterre.

Mise en place d'une articulation lors d'une incarcération pour maintenir les soins nécessaires.

Préparation à la sortie avec une évaluation médico-psycho-sociale de la personne détenue réalisée par un membre de l'équipe au sein de la prison afin de réunir les conditions minimales pour éviter une rupture. Cela concerne : les droits sociaux, l'hébergement, l'insertion professionnelle, les traitements de substitution et la mise en place ou le suivi des soins hépatiques ou VIH.

IV-5 Action spécifique

Le centre Nova Dona a signé une convention avec le Procureur de la République dans le cadre des classements avec orientation vers une structure médico-sociale. Il s'agit d'accueillir les personnes faisant l'objet d'une primo interpellation pour usage de stupéfiants, d'effectuer un bilan global (médical et social) de leur situation et de leur remettre une attestation. Ce bilan permet de repérer parfois d'autres usages que celui ayant motivé l'interpellation ainsi que les conduites à risques s'y rapportant. Il est ainsi possible d'apporter l'information nécessaire et/ou de proposer une prise en charge adaptée dans le centre ou ailleurs.

V – L'APPLICATION DES DROITS DES USAGERS

Le thème des droits des usagers occupe aujourd'hui une place centrale dans le secteur sanitaire et social, sous l'impulsion des lois du 2 janvier 2002 (rénovation de l'action sociale et médico-sociale) et du 4 mars 2002 (droits des malades et qualité du système de santé).

L'apport de ces deux lois réside donc dans l'effort de formalisation du rapport aux usagers, pour en garantir davantage la qualité.

Loi du 4 mars 2002 :

- un accès direct de l'utilisateur (et de ses ayants droit) à l'ensemble des informations formalisées concernant sa santé (dossier médical), selon une procédure précise.
- la possibilité pour l'utilisateur d'être accompagné par une personne de confiance (parent, proche, médecin-traitant), consultée par le médecin au cas où l'utilisateur serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.
- la possibilité pour le mineur de consentir seul à un traitement indispensable à la sauvegarde de sa santé, et que le médecin garde le secret sur son état (dérogation à l'autorité parentale).

Loi du 2 janvier 2002 :

- information de l'usager à travers le projet d'établissement, le livret d'accueil et ses annexes (règlement de fonctionnement et charte des droits et libertés), et son droit d'accès à tout document formalisé relatif à sa prise en charge.
- sa participation individuelle au projet d'accompagnement, par le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge.
- sa participation collective au fonctionnement du CSAPA (groupes d'expression,...).
- la protection de ses droits, par la possibilité de recourir à une personne qualifiée.

L'ensemble de ces outils est mis en place depuis 2006.

- Le livret d'accueil qui décrit les prestations proposées et précise les droits et les devoirs de chaque usager.
- Le règlement de fonctionnement qui est également affiché dans l'espace d'accueil.
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie, aussi affichée dans l'espace d'accueil.

Ces documents sont remis lors du premier entretien à toute personne accueillie au CSAPA.

LE DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

Le document individuel de prise en charge constitue le résultat d'une négociation entre l'usager et l'établissement : c'est le support juridique qui définit les objectifs et la nature des prestations proposées pour chaque usager.

Le document individuel de prise en charge est signé par l'usager et par ses référents lors de la proposition de prise en charge. Il est réévalué régulièrement et les objectifs peuvent s'en trouver modifiés selon l'évolution de la situation.

Le DIPEC permet :

- D'aider la personne à mesurer les différentes étapes nécessaires quant à la réalisation de son projet ;
- une prise de conscience du parcours effectué et de son évolution depuis l'arrivée de la personne sur le dispositif ;
- de se positionner sur la continuité, la poursuite ou non de la prise en charge ; sous quelle forme ? Vers quels objectifs ? de réactualiser le projet personnalisé, de faire émerger de nouveaux questionnements,

de nouvelles attentes qui auront une incidence sur les propositions de prise en charge ;

- d'échanger sur les liens de causes à effet entre les résultats obtenus et la prise en charge proposée.

V-1 INSTANCES DE PARTICIPATION

Au regard du décret du 2 novembre 2005 sur le Conseil de la vie sociale, le CSAPA a décidé de mettre en place des questionnaires de satisfaction et des groupes d'expression en 2006, en tant qu'instances de participation collective des usagers au fonctionnement du CSAPA.

Ces groupes se réunissent tous les trimestres, afin de consulter ses membres sur le fonctionnement de l'établissement.

Ils sont ouverts à tous les usagers volontaires, s'engageant à respecter les modalités d'inscription et d'organisation de cette instance.

Pour chaque groupe, un ordre du jour et une date de réunion sont affichés trois semaines à l'avance, dans la salle d'attente du CSAPA.

De même, le CSAPA a sollicité les usagers dans le cadre d'enquêtes de satisfaction (portant par exemple sur la qualité de l'accueil, les horaires, l'information, l'accompagnement). Ces questionnaires sont proposés tous les semestres ou lors d'évènements particuliers.

V-2 L'accès aux dossiers

Des dossiers médicaux, sociaux, infirmiers existent au sein du C.S.A.P.A. Ils sont rangés ou archivés dans des armoires fermées à clef afin de garantir la confidentialité des informations.

Ces documents sont accessibles par les usagers, conformément à la législation en vigueur. Les conditions d'accès au dossier médical comme au dossier social de l'utilisateur font l'objet d'une procédure interne afin de garantir les droits et libertés de ce dernier.

a) L'accès au dossier médical

Conformément à l'article L.1111-7 du code de la Santé Publique et à la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

Après une rencontre le 22 juin 2009 avec les représentants de l'AP/HP, il nous a été précisé que le déménagement serait terminé à la fin de l'année 2009. La parcelle sur laquelle se situe le centre Nova Dona étant vendue à la Ville de Paris, nous ne pourrions nous maintenir sur les lieux, et ce, sans possibilité de relocalisation dans les bâtiments que l'AP/HP conserve, faute de surface disponible. Un déménagement est donc prévu au cours du premier semestre 2010.

Nous sommes donc à la recherche d'un local sur le site ou à proximité. Quel que soit le lieu de la relocalisation il y aura une incidence budgétaire, dans la mesure où toutes les prestations qui jusqu'à présent étaient gratuites ne le seront plus. Ceci concerne la location des locaux et les charges afférentes. Cette incidence budgétaire apparaît en mesures nouvelles dans la partie financière sur une base estimée puisque nous n'avons pas encore de nouveaux locaux définis.

L'outil informatique

Le CSAPA dispose d'un parc informatique qui permet à chaque bureau d'être équipé d'un poste. Tous les postes sont en réseau afin d'optimiser l'utilisation du logiciel de gestion des dossiers, Progdis.

Il convient néanmoins de former chaque nouveau membre de l'équipe à l'utilisation de ce logiciel.

VIII – LE SUIVI ET L'EVALUATION INTERNE

VIII-1 LE SUIVI DES ACTIVITES

Le recueil des données correspond :

- à une exigence des pouvoirs publics à l'égard des établissements et services
- à une nécessité d'analyse en interne de l'activité de l'établissement et des caractéristiques des publics qui le fréquentent.

Les outils utilisés sont la fiche d'activité quotidienne renseignée par l'équipe, les données informatiques saisies par chaque intervenant sur le logiciel Progdis et les listes des personnes bénéficiant d'un traitement de substitution.

L'informatisation des dossiers a fait l'objet d'une déclaration à la C.N.I.L.

Le rapport d'activité

Le rapport type d'activité chiffré de l'année précédente est remis aux autorités de tutelle avant le 30 avril.

VIII-2 LE PROCESSUS D'EVALUATION INTERNE ET LA QUALITE DES PRESTATIONS

L'**évaluation** au sens de la loi du 2 janvier 2002 a pour objectif de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs que l'on s'est fixé, au travers un référentiel (documents

مركز الرعاية لدعم ومرافقة المدمنين CSAPA

مركز الرعاية والدعم والمرافقة والوقاية من الإدمان (CSAPA) لمستشفى سانت كاترين من سافيرن، منشأة العامة للصحة، الذي يقود سياسة نشطة لرعاية سلوك الإدمان منذ عام 1978. هو منشأة عيادية تحتوي على هيكل صحي بدون إقامة وله علاقة بالمستشفى الذي تم إنشائه عام 1978

ولها خصوصية متكاملة من خلال هيكل مختص لمتابعة المدمنين صحيا وهو جزء من سلسلة عامة للرعاية من الإدمان الذي يشمل حاليا الهياكل التالية:

- الفحص الطبي والاجتماعي CSAPA لكل المدمنين.
- مستشفى لتقديم المشورة لصالح حالات الإدمان.
- استشارة المستهلكين الشباب.
- فريق طبي بالمستشفى يعمل على رعاية المدمنين: ELSA
- مستشفى اليومي للمدمنين (HDJA)، 7 مقاعد.
- مجموعة طبية كاملة خاصة تقدم خدمات طبية متكونة من مجموعتين للمداومة لتقديم خدمات منزلية بسيطة أو معقدة يوفر المركز 10 سريرا.
- عمل المؤسسة وخدماتها:

الاستقبال:

خلية تعمل يوميا على استقبال الفعلي، وتقدم خدمات هاتفية في كل نهاية أسبوع.

المستقبلون: هم عمال يداومون على استقبال المرضى، من مهامهم:

- استقبال المرضى وذويهم.

- يعملون على استقبال المكالمات الهاتفية.

سرية المعلومات والملفات بالمؤسسة مضمونة، وتبسيط إجراءات الاستقبال الى أقصى حد.

نظم الاستقبال بالمؤسسة:

تنتقل المعلومات اللازمة للمريض أو لمحيطه، عند الطلب

وفي حالة كان المدمن بحاجة للخدمات داخلية أو إن استلزم الأمر نقل المدمن أو المريض الى أماكن أخرى.

يتمتع عمال الاستقبال بدعم من المسئول في المنطقة ومجموعة العاملين بها.

بعد هذا الاستقبال لكل على حدى، يتم اقتراح معالجة أولية إن لزم الأمر.

الاقتراحات التي يقدمها المركز للعلاج:

- وبعد الاطلاع على تقديم خاص بالمركز، يعرف من خلالها الحقوق والواجبات بالمركز، من قواعد خاصة بالمركز وغيرها.

- من ثم يتم فتح ملف للمريض على برنامج يدعى (progdís)

من ثم يتم تقييم الحالة لفهم الحالة أكثر من خلال فحوصات ومواضيع تتعلق بالحياة اليومية للمريض، بصحة المريض وغيرها. وعبر كل هذا يتم التطرق للأسباب الدوافع شخصية أو عائلية كانت لحصر المشكل والوصول الى الهدف المسطر.

- كل ما يقام به في المركز يسجل في ملف المريض من خلال برنامج (progdís)

بعد الفحوصات يتم اقتراح مشروع كامل لدعم مختص من خلال خدمة (PAP) بما في ذلك طرق والحلول المختلفة لإفادة المريض.

وأيضا كل هذا يكون مسجل في ملف المريض لأن الملف ينتقل من مصلحة لأخرى. وتسجيل مواعيد للعمل على الحالة داخل المركز وخارجه وكذا مشروع أسبوعي لمتابعة أحوال او وضعية المدمن.

تؤخذ ثلاث حالات محددة في الاعتبار:

- الأشخاص الذين تقل أعمارهم القضائية. أشخاص تحت المحكمة.

- العائلات ومحيطها.

- المستهلكين الشباب.

أهداف المسطرة للتقييم الصحي:

- القيام بتشخيص خاص بالمدمنين.
- البحث عن الأمراض المصاحبة للإدمان للتقليل من المخاطر.
- القضاء على السموم:
- للمرضى الخارجيين.
- المقيمين بالمركز.
- توجيه (الرعاية الصحية وإعادة التأهيل).
- استقبال المدمنين على الأفيون على حدى.

التقييم الطبي والنفسي:

• دعم المرضى للمرضى

- الاستقبال الأولي للمرضى فردا فردا من خلال مقابلات مع عامل اجتماعي (التقييم الاجتماعي الصحي).
- تسيير المرحلة الابتدائية جنب الى جنب مع الأطباء و إتباع نظام علاجي مدروس (اقتراح العقاقير البديلة للمواد الأفيونية).
- لمتابعة اليومية من الناس في برنامج الميثادون ي شراكة مع مستشفى (عمل طبي اجتماعي مع المؤهل الخاص بالمركز).
- إعطاء ضربات كهربائية مقبولة للمدمنين على جرعات زائدة.
- التعاون مع صيدليات التجزئة لرصد مرضى الميثادون. شراكة وثيقة مع الممارسين العامة والصيادلة والمستشفيات، خدمات صحة الأم والطفل.
- تنظيم القضاء على السموم من طرف أخصائيين اجتماعيين وفسانيين.
- زرع ثقافة صحية نمط الحياة، والنظام الغذائي، والنوم، ورعاية الأسنان، التطعيمات، وسائل منع الحمل، المشاكل الجنسية، والحد من المخاطر والأضرار.

- جلسات اليوغا الأسبوعية لمعالجة أي شخص يشارك في مناهج الرعاية.

• المتابعة البسيكولوجية:

- الأخصائيين النفسانيين (علماء النفس) يقدمون المقابلات عيادية، فردية، زوجين أو الأسرية. تبعا للحالة، والهدف من ذاك هو:

- ترافق فريق متعدد التخصصات.

- - وضع إشكالية للعمل على الإدمان من خلال تقديم طرق مختلفة.

- الدعم، في إطار الدعم النفسي أو بناء على الطلب.

المريض، زوجين أو أسرة،

- - تقييم الأداء العقلي للمريض لتوفير توضيح إضافي خلال الجلسات العيادية للكشف عن الأمراض المصاحبة للنفسية المحتملة.

- النفسانيون يقدمون مجموعة العلاجات التي يمكن أن يديروها مع أحد أعضاء الفريق CSAPA أو شريك خارجي. يشاركون في مناهج متعددة التخصصات وتوفير الدعم التقني والنظري في مركز المتابعة.

• التدخلات الخاصة:

- الوقاية من الإدمان والسلوك الخطير هو عنصر أساسي من المشروع.

- يتعلق الامر بالمراقبين والتدخل يكون مبكرا.

- يركز المركز على الحالات الخاصة (الضعيفة) للحوامل المستهلكات للمواد الخاصة بالإدمان المبكر السجناء.

- تطوير مشاريع الوقاية في عامة الناس، مع الأسر والمهنيين.

- أهدافها هي:

- تحسين الفرد والرفاهية الجماعية.

- منع سلوك الإدمان.

- وضع نهج لرعاية الأضعف والأكثر ضعفا.