

قراءة سوسيولوجية لظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

الأستاذ:مفتاح حسن

جامعة الجزائر 2

[البريد الإلكتروني:hacencondor@gmail.com](mailto:hacencondor@gmail.com)

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة تطور ظاهرة الإدمان على المخدرات ومختلف المؤثرات العقلية واقعها وأشكالها، وأهم الاتجاهات التي فسرتها. بالإضافة إلى استعراض قراءة في الإحصائيات، المأخوذة من المركز الاستشفائي Frantz fanon بالبلدية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية والإقلاع عنها. وهذا حسب سنوات 2013/2014/2015. مركزين بالدراسة والتحليل على مجموعة من المعطيات التي تعتبر كمؤشرات هامة لتفسير هذه الظاهرة.

Résumé :

Cette étude vise à connaître l'évolution du phénomène de la toxicomanie et de diverses substances psychotropes et de la réalité et les formes, et les tendances les plus importantes qui sont interprétées. En plus de lire la revue statistique tirée du centre de l'hôpital Frantz fanon Blida pour lutter contre la drogue et de substances psychotropes et de le quitter. Selon les années 2013, 2014, 2015. Mise au point de l'étude et de l'analyse d'un ensemble de données qui sont des indicateurs importants pour expliquer ce phénomène.

الإشكالية:

المخدرات إحدى المشاكل الإنسانية التي تزداد مع الأيام خطورة بفعل تطور أنماط الاستهلاك ووسائل الاعلام، وقد إمتدت أثارها الى جوانب مختلفة من الحياة البشرية، وأصبحت سببا مباشرا في انتشار عدد لا بأس به من الجرائم الخطيرة ومن الأفات الصحية و النفسية والاجتماعية التي تقوض مقومات المجتمع وتنحره من

الداخل و تهدد حياة الشباب، حتى أصبحت بحق عبارة عن موت معي في أقراس وحقن وسم معروضا في ألف شكل وشكل، وأضحى ضحاياها من بنوا الإنسان من كل جيل و جنس وطبقة إجتماعية.

إن المتبع لقضية المخدرات على الصعيد العالمي يجد ان هذه القضية أصبحت من أكبر المعضلات التي تعاني منها كافة دول العالم و شعوبها بما فيها بلدنا الجزائر الذي يعاني من هذه الأزمة التي تقض مضاجع حكومتنا، لما هو معروف من أضرارها الصحية والاقتصادية والاجتماعية بشكل عام، و كذلك لما أضحت تسببه من مشاكل أمنية بشكل خاص، وذلك لارتباطها بالجريمة والجريمة المنظمة وقضايا غسيل الأموال و شبكات الإرهاب عبر العالم، وخاصة ان الجزائر تعتبر طريق ونقطة عبور هامة بالنسبة لتجار المخدرات، ولتوفرها على شريط حدودي كبير مع دولة المغرب التي تعتبر أول دولة في العالم من حيث إنتاج الحشيش le cannabis، إذ تسيطر على 60% من الإنتاج العالمي لهذه المادة المخدرة. و مما يزيد من هذه حدة المشكلة الظرف الراهن الذي تمر به دول الجوار و حالة اللا استقرار التام خاصة بالنسبة لدولة ليبيا الشقيقة و تونس و مالي مما يصعب على دولتنا السيطرة الشريط الحدودي مع هذه الدول و يزيد من احتمال تدفق كميات أكبر من هذه المواد المخدرة، اذ تعتبر تجارة المخدرات أهم مورد تعتمد عليه المنظمات الارهابية في الحصول على الأموال، اذ تحتل تجارة المخدرات المرتبة الثالثة من حيث الحجم، أي تشكل ما بين (9-10%) من حجم التجارة العالمية بعد النفط و السلاح.

إن هذا المؤشر يوضح أن المخدرات أصبحت خطرا عالميا. وبما ان الجزائر ليست بمئ عن بقية دول العالم التي تعاني من نفس المعضلة فهي مهددة على مجموعة من الأصعدة سواء الاقتصادية جراء ما تنفقه سنويا لأجل محاربة تجارتها. أو الصحية لما تسببه من أمراض إذ يصل في بعض الاحيان إلى حد الموت أو الجنون، بالإضافة إلى الأضرار الاجتماعية الكبيرة إذ تعتبر المخدرات من بين أهم العوامل التي تؤدي إلى تهديم البنية الاجتماعية بداية بالفرد ثم الأسرة التي تصاب في أغلب الأحيان بتفكك سواء أكان ذلك التفكك جزئي يترجم في شكل سلوكيات عنيفة للفرد المدمن داخل أسرته ومن ثم يززع استقرارها. من خلال إمكانية حدوث نزاعات بين أفراد أسرته تؤثر على الأداء الوظيفي لهؤلاء الأفراد مما يتسبب في إنتاج أفراد غير

أسوياء لديهم استعدادات للقيام بسلوكيات إجرامية، كما قد يؤدي ذلك الإدمان الى تفكك كلي للأسرة خاصة إذ كان أحد الأبوين مدمن فقد يصل الأمر إلى حد الطلاق، ومن ثم تشتت الأسرة والذي يؤدي بدوره إلى تفكك اجتماعي عام.

ثانيا : تحديد المفاهيم

1 - الإدمان **Addiction**: و هو التعاطي المتكرر لمادة نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي أو عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، ويظهر عليه أعراض الانسحاب إذ انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر، ومن أهم أبعاده الميل إلى زيادة الجرعة للمادة المتعاطاة (التحمل)، والإدمان له مظاهر فيسيولوجية واضحة، وحالة تسمم عابرة أو مزمنة، ورغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأي وسيلة، بالإضافة إلى تأثيره المدمر على الفرد والمجتمع.⁽¹⁾

استمرت المحاولات من العشرينيات وحتى أوائل الستينيات لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود باعتبار أن التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين (الإدمان و التعود) على أن يحل محلهما مصطلح جديد وهو الاعتماد .

2 - الاعتماد **Dependece**: وهو حالة نفسية وأحيانا جسمية تنتج عن التفاعل بين كائن حي وبين أحد العقاقير، وتسم باستجابات سلوكية وتتضمن هذه الحالة نوعا من القهر لتناول العقار باستمرار أو دوريا، ويصحب الاعتماد نوع من التحمل **tolérance** أو لا يصحبه، كما قد يعتمد الفرد على أكثر من عقار⁽²⁾ و يمكن أن يقسم الاعتماد إلى عدة أنواع وهي :

2.1 الاعتماد الجسدي أو العضوي **physical dependece**: و هو حالة تكيف الجسم و تعوده على عقار ما بحيث تظهر على المتعاطي بعض الآلام الجسمية الشديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة ، لتظهر على الفور بعض الأعراض الأليمة للجسم والتي تسمى أعراض الانسحاب.⁽³⁾

2.2 الاعتماد النفسي **psychological dependece** : وهو حالة تعني الشعور النفسي بالارتياح نحو عقار حين ينتج عنها دافع نفسي لتناول ذلك العقار لتحقيق

الارتياح أو الشعور باللذة أو لتجنب القلق ، كما أن هناك علاقة وثيقة بين الاعتماد الجسدي والاعتماد النفسي، وعادة ما يحدث الاعتماد النفسي قبل الاعتماد الجسدي.⁽⁴⁾

2.3 الاعتماد الاجتماعي **social dependece** : وهو الاستمرار في تعاطي مادة معينة في مناسبات اجتماعية معينة ، وغالبا ما يكون دافعها الشعور بالسعادة أو المتعة.⁽⁵⁾ ويحدث هذا كثيرا مع جماعات الرفاق أو الجماعات المرجعية التي ألف الفرد المدمن التعاطي معها ، إذ تصبح عبارة عن مثير للحاجة إلى التعاطي لذلك ينصح دائما عند محاولات الإقلاع بالابتعاد عن تلك الجماعات.

3 - الاشتياق (اللهفة) **croving**: وهو مصطلح يشير إلى حالة الرغبة في التعاطي، واللهفة تعني بعض الخصائص الوسواسية فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة⁽⁶⁾

4 - الانسحاب **withdrawal**: وهو الحالة الناجمة عن منع أو امتناع الفرد عن تعاطي المواد المخدرة بعد إدمانها و تعود الجسم على المخدر ولا يستطيع أن يؤدي وظائفه بدونه وتتكون الأعراض الانسحابية من زيادة في ضربات القلب، ورعشة جلدية في العضلات والأطراف، والغثيان والتقيؤ والإسهال والتعرق ، وقلة النوم ورشح الأنف، وفقدان الشهية، والهلوسة أحيانا.⁽⁷⁾

5 - التحمل **Tolerance**: و هو تغير عضوي يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل⁽⁸⁾، ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوجية أو عوامل نفسية اجتماعية، إذ أن التحمل العضوي عبارة عن تغير في الخلايا المستقبلية بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المتعاطات حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة، ويقصد بالتحمل السلوكي تغير في تأثير المادة المتعاطات ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة.⁽⁹⁾

ثالثا : أنواع المخدرات :

اخترنا أن نفصل في الحديث عن أنواع المخدرات معتمدين التصنيف المبني على كيفية إنتاجها، لأنه يساعدنا على تبين بعض الأبعاد العلمية في تكوين المخدرات، ويجنبنا إلى حد ما بعض التداخل الذي يمكن أن يعترضنا في التصنيفات الأخرى مثل التأثير، لأن المادة المخدرة الواحدة قد يكون لها أكثر من أثر في آن واحد، ولأنه يتيح لنا تغطية كامل أنواع المخدرات بنوع من الاستيعاب.

1- المخدرات الطبيعية (drugs narcotics): هي المواد الطبيعية أو المصنعة التي تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة والتي من شأنها إذا استعملت بشكل متكرر في غير الأغراض الطبية الموجهة أن تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية على بنية الجسم ووظائفه، وتسبب أضراراً بدنية، وعقلية، وتغيير في السلوك الإنساني الطبيعي، وهي تنتج من نباتات طبيعية مثل الحشيش والأفيون والكوكا والقات والتي تحتوي أوراقها وأزهارها وثمارها على المادة الفعالة المخدرة كما يمكن أن يتم تناول هذه الأوراق والأزهار والثمار مباشرة⁽¹⁰⁾ ونذكر من هذه المخدرات الطبيعية :

1.1 الحشيش (القنب): يعتقد أن القنب هو أحد أقدم النباتات المزروعة من قبل الإنسان وقد سبق زراعة الكتان والقطن، وتقدر المصادر أن أول زراعة للقنب كانت في الصين من 4000 إلى 6000 سنة مضت .

يعد نبات القنب أنه الجنس الوحيد من جميع النباتات المعروف بإنتاجه مواد كيميائية تعرف باسم الكنايينولات أو تلك المواد المؤثرة على الحالة النفسية وتعد مادة التتراهيدرو كنايينول أهم أكثر تلك المكونات فعالية، والقنب له مسميات عديدة منها الهيمب والحشيش والبانجو والماريوانا والشرازوالجانجا⁽¹¹⁾ ويعرف لدينا في الجزائر بالكييف أو الزطلة . وأهم البلدان المنتجة للقنب أو الحشيش نجد أفغانستان وبوليفيا وكندا وكولومبيا والمكسيك وهولندا وباراجواي وتأتي دولة المغرب على رأس هذه الدول ففي سنة 2009 م قدرت المساحة المزروعة بالقنب في المغرب 64000 هكتار، وقد كان إنتاج الراتنج فيها 877 طناً مترياً⁽¹²⁾ .

2.1 الأفيون : يستخرج الأفيون من نبات الخشخاش ويعود تاريخ اكتشاف هذا النبات إلى الألف السابعة قبل الميلاد من قبل سكان وسط آسيا حين أنهم هم أول

من اكتشفوه ثم انتشر إلى مناطق العالم المختلفة وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، ويمكن تقسيم الأفيون إلى عدة أقسام وهي:

1.2.1 الأفيون الخام : يتم الحصول عليه من التجفيف الكامل أو التجفيف الجزئي للعصارة التي يتحصل عليها من تشريط الكبسولات غير الناضجة كنبات الخشخاش المنتج للأفيون حيث تنساب عصارة الأفيون التي تبدو في البداية مثل اللبن، ولكنها تتصلب وتتحول إلى اللون الأسمر الصمغي، والأفيون له رائحة قوية ومذاق مر ويحتوي على نحو خمسة وعشرين من أشباه القلويدات التي تشمل المورفين، والنيسكابين والكودايين بالإضافة إلى نسب صغيرة من التيبين والنارسين والبابافرين والهيدروكوتارينين .

2.2.1 الأفيون المجهز : يجب أن يجهز الأفيون قبل أن يستخدم في التدخين أو في الاستخدامات الكبرى بواسطة عملية الطبخ، حيث أن التجار يفضلون تحسين الأفيون عن حالته الخام ، والتي تكون مهيأة وجاهزة أيضا للتسويق.

تتم عملية طبخ و تجهيز الأفيون بإضافة الأفيون الخام إلى الماء المغلي الذي يذوب أي شوائب بينما تكون أجزاء أوراق الخشخاش طافية على السطح و يتم تمرير المحلول من خلال شاش أو منخل رفيع الفتحات لإزالة الشوائب ثم يغلى ثانية و يركز حتى يصبح سائلا مناسباً نظيفا وأسمر اللون يعرف بالأفيون السائل، ثم يترك ليغلى ببطيء شديد حتى يتحول إلى معجون أسمر سميك يعرف بالأفيون المحضر أو المطبوخ أو الأفيون الجاهز للتدخين، ثم يضغط هذا الأفيون في قوالب أو أطباق و يجفف مرة أخرى في الشمس حتى يتماسك ويأخذ شكل القوالب الطينية المضغوط فيها، وبذلك يصبح أكثر نقاءا بكثير من الأفيون الخام⁽¹³⁾ .

3.2.1 خبت الأفيون: هو رماد الأفيون الأسود المتسرب بعد تدخين الأفيون والذي يمكن أن يستعمل مرة أخرى بعد إضافة الماء و الأفيون المجهز إليه.

4.2.1 صبغة الأفيون ومسحوق الأفيون : يعد الأفيون وقلويداته من المكونات الفعالة لعدد كبير من الأدوية، و يمكن استخدامها كمهدئ و مزيج لعلاج السعال مثل صبغة الأفيون (اللودانوم) والتي تحتوي على 10 % من أفيون أو 1 %

مورفين. وصبغة الأفيون الكافورية التي تحتوي على 0.05 % مورفين ومسحوق عرق الذهب (مسحوق دوفر) ويحتوي على 10 % من كل من مسحوق الأفيون ومسحوق الأبيكاكوانا (مسحوق عرق الذهب)، ويجب أخذ الحذر والحيطه عند تناول جرعات صبغة الأفيون وينبغي ألا تستخدم إلا بوصفة طبية .

3.1 القات: هي شجرة معمرة يتراوح ارتفاعها ما بين متر أو مترين، تزرع في اليمن والقرن الإفريقي وأفغانستان وأواسط آسيا، وقد اختلف الباحثون في تحديد أول منطقة ظهرت بها هذه الشجرة، فيما يرى البعض أن أول ظهور لها كان في تركستان وأفغانستان ويرى البعض الآخر أن الوطن الأصلي لها يرجع إلى الحبشة، فقد عرفته اليمن والحبشة في القرن الرابع عشر ميلادي حيث أشار المقريزي في خطته (1324-1424هـ) إلى وجود شجرة لا تثمر فاكهة في أراضي الحبشة تسمى بالقات، حيث يقوم السكان بمضغ أوراقها الخضراء الصغيرة التي تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي، كما تضعف الشهية والنوم، وقد انتشرت عادة مضغ القات في اليمن والصومال، وتعمقت في المجتمع وارتبطت بعادات اجتماعية خاصة في الأفراح والمآثم وتمضية أوقات الفراغ ، مما يجعل من مكافحتها مهمة صعبة، وكان أول وصف علمي للقات جاء على يد العالم السويسري بيرفور سكال عام 1763م.⁽¹⁴⁾

2- المخدرات المصنعة : يتم إنتاجها عن طريق معالجة أو تصنيع تقني للمخدرات من النباتات الطبيعية مثل المورفين والهروين ومشتقات الأفيون الأخرى أو الكوكايين المشتقة من نبات الكوكا ومن أشهر المخدرات المصنعة:

1.2 المورفين : وهو أحد مشتقات الأفيون ، حيث استطاع العالم الألماني سير تبرز عام 1806م من فصلها عن الأفيون، وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى إله مورفيوس إله الأحلام عند الإغريق، وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية خاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات المتحدة الأمريكية، ومنذ اكتشاف الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن في تناول اليد.

2.2 الهيروين : هو أيضا أحد مشتقات المورفين الأشد خطورة ، اكتشف عام 1898، وأنتجته شركة باير للأدوية ، ثم اسيئ استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة .

3.2 الكوكايين: عرفت أمريكا اللاتينية الكوكايين قبل أكثر من ألفي عام ومنها انتشر إلى معظم أنحاء العالم ولا تزال هذه القارة أكبر منتج له حتى الآن، فقد عرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، وينتشر استعماله لدي هنود الإنكا، وفي عام 1860م تمكن العالم ألفرد نيمان من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظرا لتأثيره المنشط على الجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة في المشروبات الغازية، لكنه استبعد من تركيبها عام 1903م ، وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية وكثرت الدعايات التي كانت تؤكد على أن تأثيره لا يزيد عن القهوة والشاي، ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي أنجلو ماريان⁽¹⁵⁾.

3- المخدرات التخليقية (الكيمائية) : هي مواد لا ترجع إلى أصل المخدرات الطبيعية أو إلى أصل المواد المصنعة وإنما هي مواد تتركب من عناصر كيميائية لغرض التخدير والتهديئة أو التنبيه والحقن والتي منها على سبيل المثال: حبوب الهلوسة (L,S,D) ، وكثير من الأدوية الأخرى التي تحدث نفس تأثيرات المخدرات الطبيعية ومن هذه المخدرات الكيميائية :

1.3 المنومات و المهدئات *tranquillité et hypnotic*: هي المواد التي تحدث بطئا أو نقصانا في وظائف الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى بطئ ونقصان في بعض الوظائف الأخرى في الجسم، كالبطء في التفكير وفي الكلام، وكسل في الحركة، واسترخاء في العضلات، وهزال عام وضعف في التنفس، وانخفاض في ضغط الدم فيشعر المتعاطي بالخمول أو النعاس أو النوم جراء تعاطيه أدوية المهدئات والمسكنات⁽¹⁶⁾.

2.3 المهلوسات **hallucinogens**: وهي أنواع مختلفة من العقاقير مثل: حبوب الهلوسة (L,S,D) ومع أنه ليس لبعضها تأثير إدماني كبير إلا أنها تؤثر على نفسية المتعاطي وسلوكه، والمهلوسات تؤدي إلى إدراك خيالي لبعض الظواهر والموضوعات وأشياء غير موجودة في الواقع، ومصدر هذه من الميكالين، فطر البتول، القنب الهندي، وفطر الأمتين⁽¹⁷⁾.

3.3 المذيبات الطيارة **sedative hypnotic**: هي مواد تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية) وتؤثر على الدماغ والكبد والرتتين، ويتم تعاطيها عادة عن طريق الاستنشاق، فيحدث استرخاء ودوخة وفي بعض الأحيان هلوسة ويكون مصدرها من الفول والأثير، الكروפורم، البنزين، أو أكسيد الآزوت.

4.2 خريطة تقسيمية لأنواع المخدرات

بحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية	بحسب تأثيرها	بحسب انتاجها
1- مجموعة العقاقير المنبهة: مثل الكافين والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامينات مثل البنزدرين وركسي وميثادون. 2- مجموعة العقاقير المهدئة: وتشمل المخدرات مثل المورفين والهروين والأفيون ومجموعة الباربيتورات وبعض المركبات الصناعية مثل الميتادون وتضم هذه المجموعة كذلك الكحول. 3- مجموعة العقاقير المثيرة للأخايل (المغيبات) ويأتي على رأسها القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش.	1- المسكرات مثل: الكحول والكلوروفورم والبنزين. 2- مسبات النشوة مثل: الأفيون ومشتقاته. 3- المهلوسات مثل: المسيكالين وفطر الأمانيت والبلادوف والقنب الهندي. 4- المنومات وتتمثل في: الكلورال والباربيتورات السلفونال وبرموميد البيوتاسيوم.	1- مخدرات تنتج من نباتات طبيعية مباشرة: مثل الحشيش والقات والأفيون ونبات القنب. 2- مخدرات مصنعة وتستخرج من المخدر الطبيعي بعد أن تتعرض لعمليات كيميائية تحولها إلى صورة أخرى مثل: المورفين، الهروين، والكوكايين. 3- مخدرات مركبة وتصنع من عناصر كيميائية ومركبات أخرى ولها التأثير نفسه مثل بقية المواد المخدرة المسكنة والمنومة

		والمهلوسة .
--	--	-------------

الشكل رقم (1) التصنيفات المختلفة للمخدرات (18).

رابعا : النظريات المفسرة للإدمان

تتضمن هذه المنظورات عدد من النظريات التي تحاول كل واحدة منها أن تفهم ظاهرة الإدمان فهما شاملا و عميقا. لذا سوف نركز في هذا الصدد على النظريات الإجتماعية و النفسية التي حاولت فهم ظاهرة الإدمان .

1- النظريات الإجتماعية في تفسير ظاهرة الإدمان : يندرج تحت هذا المنظور النظريات الآتية :

1.1 النظرية الوظيفية functional theory:

تفسر هذه النظرية الإدمان على انه فشل للمدمن في أداء الأدوار التي يجب عليه تأديتها، وعلى أنه سلوك منحرف و مخالف للتوقعات المشتركة أو المعترف بها كأشياء شرعية داخل النسق الاجتماعي، كما أن الصراع الذي يعيشه الفرد نتيجة للظروف المعيشية المعاصرة والأدوار المتوقعة من الفرد والتي يصعب عليه تحقيقها تفقد المرء توازنه الاجتماعي فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ثم الإدمان عليها.⁽¹⁹⁾

2.1 نظرية التعلم الاجتماعي social learning theory :

تؤكد هذه النظرية أن سلوكيات الإنسان متعلمة من الآخرين عن طريق المحاكاة والاختلاط، وتفسر هذه النظرية تعاطي المخدرات والإدمان عليها بأنه سلوك متعلم ناتج عن مخالطة المتعاطي للجماعة المرجعية (المتعاطين)، بحيث يستمر الفرد في التعاطي ليشعر بالانتماء إلى الجماعة، كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك لتشعر بأن المتعاطي أحد أعضائها الذين تربطهم رابطة خاصة وهي سلوك تعاطي المخدرات، ومن أبرز أصحاب هذه النظرية " أودين سندرلاند Edwin sutherland عام 1931 ، والعالم الاجتماعي تارد Gabriel Tarde⁽²⁰⁾

3.1 نظرية التفكك الاجتماعي social-disorganization theory :

شرح كلينارد السلوك المنحرف بأنه سلوك ذو وجهة متناقضة أو مخالفة للمعايير يرفضها المجتمع، لدرجة تجاوز السلوك لحدود التسامح المجتمعي، فالتفكك الاجتماعي يفسر مدخل إدمان المخدرات على انه يعبر عن مشكلة اجتماعية سببها إنحراف المدمن عن المعايير والقيم التي يمتاز بها المجتمع⁽²¹⁾.

4.1 نظرية الوصم Labelling approach :

ترى هذه النظرية أن الانحراف الاجتماعي ناتج عن نجاح مجموعة من الأفراد في وصم ووصف مجموعة أخرى من المجتمع بأنهم منحرفون، فمثلا إذا قال الأوروبيون بأن إفريقيا متخلفة وتكرر هذا الحكم في وسائل الإعلام أصبح الأفرقة متخلفين من المنظور الاجتماعي الأوروبي، وبالتالي فإن الوصمة تجعل الفرد يقتنع و يترسخ لديه ذلك الوصف⁽²²⁾، وهكذا الأمر بالنسبة للإدمان على المخدرات أو الكحول أو مختلف المؤثرات العقلية، فوصف الطبقات الدنيا للمجتمع أو سكان الأحياء الفوضوية بأنهم مدمنون أو مجرمون يشكل عاملا قويا للوقوع في الإدمان والاستمرار والانغماس في تعاطي المخدرات.

5.1 نظرية العقد الاجتماعي:

يفسر أصحاب هذه النظرية الانحراف بأنه ظاهرة اجتماعية ناتجة عن القهر والتسلط الذي يمارسه الأفراد تجاه البعض الآخر، فالقهر مثلا يولد رفضا للقيم والأخلاق الاجتماعية التي يؤمن بها الأفراد في المجتمع باعتباره انعكاسا لعدم العدالة الاجتماعية بين الفئات، والانحراف يؤدي إلى عدم التوازن بين هدف الفرد والوسيلة التي يستخدمها لتحقيق ذلك الهدف، ومن أصحاب هذه النظرية عالم الاجتماع - إميل دوركهايم - Durkheim، فالمدمن على المخدرات يرفض جميع قيم وأخلاق مجتمعه فهو ينظر إليه على أنه مصدر للقهر والتسلط فتجده ينتقم من نفسه بالإدمان على التعاطي ومن مجتمعه بالترويج واستقطاب أكبر عدد ممكن من الافراد

و إيقاعهم في براثن الادمان وربما المتاجرة في المخدرات انتقاما من مجتمعه الظالم بالنسبة إليه .

2- النظريات النفسية في تفسير ظاهرة الإدمان :يندرج تحت هذا المنظور النفسي النظريات السلوكية الآتية :

1.2 مدرسة التحليل النفسي **Psycho-analytic theory**: تفسر هذه النظرية الإدمان بأنه:

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة .
 - تعويض عن إشباع شديد نتج عنه حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية .
 - ناشئ عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاطئة .
 - سلوك شخصي يشكل عصابا .
 - سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية .
 - التعاطي للمخدرات مظهر من مظاهر الاضطراب و السلوك الشاذ .
- 2.2 المدرسة السلوكية **béaviorisme**:

تربط المدرسة السلوكية بين المثير والاستجابة و إدمان المخدرات، ويفسر الإدمان لدى رواد هذه المدرسة على أنه لا يعدو كونه استجابة لمثيرات تم تدعيمها من خلال الممارسة، حيث يرى بعض منظرين المدرسة السلوكية ان ادمان المخدرات هو عبارة عن عادة شرطية ترتبط باستخدام العقار، وأن التدعيم الإيجابي قادر على خلق عادة قوية هي اشتهاؤ المخدر. وهناك عامل آخر أكثر قوة بالنسبة للمهدئات والأفيونات وهو الخوف الفعلي من الامتناع عن العقار أو ما يتوقعه الفرد من آثار الامتناع، بحيث أن الفرد إذا خبر الامتناع عدة مرات تكون لديه نمط من استجابة التجنب الشرطية، فإذا أضيف إلى ذلك ما يحدثه العقار أول الأمر من آثار التدعيم فإنه في الغالب تتكون لديه عادة الإدمان بوصفها نمطا سلوكيا دائما يستعصى عليه تغييره في أكثر الأحيان .⁽²⁴⁾

قد يتكون الإدمان عند البعض بسبب شعورهم بالقلق والتوتر حيث يندفعون إلى تعاطي المخدرات فيقل التوتر ويشعرون بالهدوء والارتياح، وهذا الشعور يعتبر تدعيماً وتشجيعاً لتكرار التعاطي، وقد يرتبط التعاطي بميزات أخرى مثل مجموعة الرفاق ورائحة المخدر، والإعلانات الخاصة بالعقاقير وبالتالي ففي حالة وجود أي من هذه المثبرات فإن المتعاطي قد يندفع إلى تناول المخدرات حتى ولو لم يكن يعاني من القلق و التوتر ، ومن المعروف في نظرية التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ما ونتيجة هذا السلوك السلبية طويلاً فإن الدعم يحصل والعكس صحيح أيضاً، فلو أن المتعاطي يشعر بالغيثان والهداءات (التي تمثل أعراض الانسحاب) فور تعاطيه للعقار يشعر بالنفور في الحال ولما استمر في التعاطي، ولكنه في الواقع لا يشعر بهذه النتائج السلبية الضارة إلا بعد الانقطاع عن العقار وبذا يستمر في الغالب في تناوله.⁽²⁵⁾

3.2 نظرية المواقف الشديدة high risk situation Theory:

يعتبر مارلات Marlatt أن العود للإدمان ناتج عن عوامل: البيئة، الشخص العائد، المؤسسة، وتقوم هذه النظرية على الفرضيات الآتية:

- 1- المواقف الشديدة و استجابة الأفراد لها تعد من أهم العوامل المؤدية للعود و الانتكاسة.
- 2- عدم معرفة المدمن كيفية التعامل مع المواقف البيئية الطبيعية يزيد من احتمالية العود للإدمان.
- 3- العود للإدمان ناجم عن مواجهة المواقف الحياتية الضاغطة.⁽²⁶⁾

4.2 سيكولوجية الذات CGO psychology: الأنا هو طاقة قادرة على الإدراك والإحساس والتفكير والإنجاز وظيفتها تكيفية أو عمليات دفاعية، وجاء الاهتمام بالأنا أو الذات كحجر الزاوية في تعديل الشخصية و تقويتها خاصة فيما يتعلق بموازنة نزوات الهوى، الذات العليا (الضمير) والفرد نفسه مع بيئته الاجتماعية⁽²⁷⁾ ويمكن تفسير الإدمان وفق فرضيات هذه النظرية على النحو الآتي :

- الإدمان وسيلة دفاعية لمقابلة فشل الأنا في القيام بوظائفها .
- الإدمان وسيلة لتقوية الذات القاصرة لأجل القيام بوظائفها .

5.2 نظرية الحاجة إلى القوة need for power theory :

ترى هذه النظرية أن الإدمان هو تعبير عن الحاجة إلى القوة الاجتماعية، وأن المدمن إذا عجز عن تحقيق هذه القوة بالطرق العادية فإنه يشعر بقلق يدفعه إلى تعاطي المخدرات، فيكون التعاطي بذلك ناجما عن محاولة التعويض عن قوته الاجتماعية بقوة مصطنعة يستشعرها أثناء التعاطي .⁽²⁸⁾

خامسا : قراءة سوسيولوجية في إحصاءات مركز مكافحة المخدرات فرانتز فانون بالبليدة :

ارتأينا أن نركز على السنوات الثلاث الأخيرة 2013، 2014، 2015.

1.5 الجدول وقراءات احصائية أولية :

جدول رقم (1) :

يبين عدد حالات الإدمان التي تمر معالجتها خلال عام 2013م:

النسبة %	المجموع	العدد	معلومات تحول الحالات	
8.06	7150	576	متزوج	الحالة العائلية
90.41		6464	أعزب	
1.54		110	مطلق	
95.95	7150	6860	ذكور	الجنس
04.06		290	إناث	

04.98	7150	356	> 15 سنة	الفئة العمرية
45.01		3218	25-16 سنة	
33.00		2359	35-26 سنة	
17.02		1217	< 35 سنة	
2.24	7150	160	طالب	الحالة المهنية
20.89		1493	عامل	
76.89		5497	بدون عمل	
20.12	7150	1438	حشيش	المادة المستهلكة
13.29		950	حبوب و مهلوسات	
54.06		3865	مواد عديدة	
12.55	7150	897	أفيونات	نوع المتابعة الطبية
89.07		6368	متابعة خارجية	
10.68		763	متابعة داخلية	
0.27		19	بأمر من جهات قضائية	

المصدر: مركز مكافحة الإدمان franz fanon البلدية

القراءة الاحصائية للجدول رقم (1):

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (1) أن عدد الحالات التي تمت معالجتها خلال سنة 2013م على مستوى المركز الاستشفائي لمكافحة الإدمان على المخدرات، كان 7150 بالنسبة للجنسين ، إذ كانت أكبر نسبة للذكور بـ 95.95% أما بالنسبة للإناث فكانت 1.54 % أما بالنسبة للحالة العائلية للمدمنين فكانت أعلى نسبة للعزاب إذ قدرت بـ 90.41% تليها فئة المتزوجين بـ 8.06 %، بينما تجمدت نسبة المدمنين المطلقين بـ 1.54 %، أما فيما يخص المرحلة العمرية للمدمنين فإن

أعلى نسبة كانت هي الفئة العمرية بين 16-25 سنة إذ قدرت ب 45.01 % تلتها المرحلة العمرية بين 26-35 سنة مقدرة بنسبة 33.00%.

أما فيما يخص الحالة المهنية للمدمنين فكانت أعلى نسبة هي للعاطلين عن العمل و قدرت ب 76.89 %، ثم تلتها نسبة العاملين ب 20.89% في حين كانت نسبة الطلاب هي 2.24% وهي أصغر نسبة ، و كانت نسب الفئات المدمنة حسب المواد المستهلكة كما يلي :

أكبر نسبة هي لفئة المدمنين على عدة أنواع متنوعة Poly Toxicomanie ممثلة ب 54.06 % تلتها فئة المدمنين على الحشيش بنسبة 20.12 % ، ثم فئة المدمنين على المهدئات والمنومات بنسبة 13.29 % أما نسبة المدمنين على مشتقات الأفيون فكانت 12.55 %، أما نوع المتابعة الطبية للمدمنين فكانت غالبيتها متابعة خارجية إذ قدرت بنسبة 89.07 %، أما نسبة المتابعة الداخلية والتي تكون إرادية فلم تتعد نسبة 10.68%.

جدول رقم (2) :

يبين حالات الإدمان التي تمت معالجتها خلال عام 2014 :

النسبة	المجموع	العدد	معلومات حول الحالات	
10.03	8175	820	متزوج	الحالة العائلية
89.47		7314	أعزب	
0.51		41	مطلق	
96.36	8175	7877	ذكور	الجنس
03.65		298	إناث	
3.05	8175	249	أقل من 15 سنة	الفئة العمرية
42.96		3512	25-16 سنة	
36.14		2954	35-26 سنة	
17.86		1460	أكثر من 35 سنة	
3.98	8175	325	طالب	الحالة المهنية
20.16		1648	عامل	
75.87		6202	بدون عمل	

19.91	8175	1627	حشيش	المادة المستهلكة
13.91		1137	حبوب ومهدئات	
54.06		4419	مواد عديدة	
12.14		992	أفيونات	
88.71	8175	7252	متابعة خارجية	نوع المتابعة الطبية
11.03		901	متابعة داخلية	
0.27		22	بأمر من جهات قضائية	

المصدر: مركز مكافحة الإدمان franz fanon البلدية

القراءة الإحصائية للجدول رقم (2) : نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (2) أن عدد الحالات التي تمت معالجتها من طرف المركز خلال عام 2014 كان 8175 ، أي أن هناك زيادة قدرت بـ 12.53 % مقارنة مع عدد حالات التي تمت معالجتها في العام الذي سبق 2013 حيث كان العدد هو 7150، والملاحظ في هذا الجدول أن أعلى نسبة بالنسبة للجنسين كانت للذكور بـ 96.36 %، أما الحالة العائلية فكانت أعلى نسبة للعزاب بـ 89.47 % والمرحلة العمرية تبقى فئة 16-25 هي الأكبر بنسبة 42.92 % تلتها فئة 26-35 سنة، أما فيما يخص الحالة المهنية للمدمنين فإن فئة العاطلين عن العمل ، هي التي كانت تمثل أعلى نسبة و التي قدرت بـ 75.87 %.

أما فيما يخص نسب الفئات المدمنة حسب المواد المستهلكة فكانت أعلى نسبة لفئة poly toxicomanie (متعددي المواد) بـ 54.06 % تلتها فئة المدمنين على الحشيش بـ 19.91 %، أما بالنسبة للمتابعة الطبية فكانت المتابعة الخارجية هي الأعلى نسبة 88.71 %.

جدول رقم (3):

يبين الحالات التي تمت معالجتها خلال عام 2015 م

النسبة %	المجموع	العدد	معلومات حول الحالات	
10.94	7797	853	متزوج	الحالة
86.68		6758	أعزب	العائلية

2.39		186	متطلق	
94.39	7797	7359	ذكور	الجنس
5.62		438	إناث	
5.90	7797	460	أقل من 15 سنة	المرحلة العمرية
45.78		3569	25-16 سنة	
32.38		2524	35-26 سنة	
15.96		1244	أكثر من 35 سنة	
5.42	7797	422	طالب	الحالة المهنية
21.40		1668	عامل	
73.20		5707	بدون عمل	
22.42	7797	1748	حشيش	المادة المستهلكة
14.95		1165	حبوب ومهدئات	
50.61		3946	مواد عديدة	
12.03		938	أفيونات	
89.95	7797	7013	متابعة خارجية	نوع المتبعة الطبية
9.67		754	متابعة داخلية	
0.39		30	بأمر من جهات قضائية	

المصدر: مركز مكافحة الإدمان franz fanon بالبلدية .

القراءة الإحصائية للجدول رقم (3):

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول رقم (3)، أن عدد الحالات التي تمت معالجتها خلال سنة 2015م، على مستوى المركز الإستشفائي لمكافحة الإدمان على المخدرات بالبلدية كان 7797 حالة أي أن هناك انخفاض نسبي قدر بـ 4.63 مقارنة مع عدد الحالات التي تمت معالجتها سنة 2014م.

الملاحظ من خلال هذا الجدول: هو ارتفاع نسبة الإناث المدمنات والتي قدرت بـ 5.62 % مقارنة مع نسبة 2014 م ، أين تجمدت النسبة في 3.65 % وهو ارتفاع ملحوظ في حين نلاحظ استقرار نسبي على بقية المعطيات من حيث تفاوت النسب

مقارنة مع السنتين الماضيين فبالنسبة للحالة العائلية فكانت أكبر نسبة للعزاب بـ 86.69% أما المرحلة العمرية فأعلى نسبة قابلتها فئة 16-25 سنة بـ 45.78% في حين تبقى الحالة المهنية أعلى نسبة فيها للعاطلين عن العمل بـ 73.20%، أما بالنسبة لتقسيم المدمنين حسب المواد المستهلكة ففئة المدمنين على مواد متنوعة في أن واحد هي المسيطرة بنسبة 50.61%، وتبقى المتابعة الخارجية في هذا السنة هي الأكبر بنسبة 89.95% .

2.5 القراءة السوسولوجية للجداول : من الناحية السوسولوجية نلاحظ ما يلي :

1.2.5 الحالة العائلية : نلاحظ أن أكبر نسبة من المدمنين في السنوات الثلاث كانت لفئة العزاب بأغلبية ساحقة وهذا يفسر سوسولوجيا بأن الزواج يحقق قسط كبير من الاستقرار السلوكي للفرد ويحول دون وقوعه في برائن الإدمان لأنه في حد ذاته يعتبر نجاح على المستوى الفردي والاجتماعي، ويؤثر على قوة الشخصية واعتدالها خاصة في مجتمعنا الجزائري الإسلامي الذي يمجّد الزواج ويعتبره الهدف الأسمى للفرد، ومن جهة أخرى يعتبر الإخفاق في الزواج وعدم القدرة على تأسيس أسرة عاملا أساسيا وقوي في إمكانية انحراف الفرد ووقوعه في الإدمان من جراء الضغوطات النفسية والاجتماعية التي يواجهها هذا الأخير.

2.2.5 الجنس : نلاحظ أن أعلى نسبة في السنوات الثلاث كانت لفئة الذكور بحوالي 95% وهذا يفسر اجتماعيا بتركيبية وثقافة مجتمعنا الجزائري المسلم الذي يولي البنت عناية خاصة منذ المراحل الأولى من حياتها ولا يمنحها هامش كبير من الحرية عكس الولد، فالبنت هي دائما تحت رقابة الأم وبجانها جراء مكوثها في البيت أغلبية أوقاتها باستثناء أوقات خروجها للدراسة أين تكون تحت رقابة الأب، وحتى إخوانها الذكور هذا بالإضافة إلى تشبعها بثقافة مجتمعنا الذي يؤكد على أن البنت هي المهذبة وهي التي تتمتع بدرجة عالية من الحياء والانضباط الاجتماعي مقارنة بالولد، كما أن هذه النسبة المتحصل عليها تؤكد الفرضية التي تقول بأن الوسط وجماعة الرفاق له الدور الفعال في إمكانية وقوع الفرد في الإدمان على المخدرات من دونه، كما يجب علينا أن نشير إلى أن هذه النسبة المتحصل عليها ربما لا تعكس الواقع

100 % لأن توجه عنصر الإناث لمثل هذه المراكز الاستشفائية يبقى محتشما جدا وهذا لخوف البنات من فضحها اجتماعيا لأنه من الصعب في مجتمعنا الجزائري قبول تلك المرأة المدمنة ولو نجحت في الإقلاع عن التعاطي.

3.2.5 السن : يلاحظ من خلال الجداول الثلاث أن أكبر سن للمتعاطين كانت دائما الفئة العمرية بين 16-25 سنة تلتها فئة 26-35 سنة وهذا ما يفسر أهمية هاتين المرحلتين في حياة الفرد وما لهما من خصائص فالأولى 16-25 سنة تمثل مرحلة المراهقة في غالبيتها وهي حساسة إن لم نقل خطيرة وهذا لما تتميز به من تغيرات سريعة وكما هو معروف فالتغير في الطفولة بطيء، وبعد المراهقة بطيء كذلك، أما في مرحلة المراهقة فهناك انقلاب وتغير سريع مفاجئ على كافة المستويات الجسمية والنفسية والعقلية والروحية، تصبحها مجموعة من الحاجات كالحاجة إلى المكانة وتحقيق الذات بين أفراد المجتمع بأي طريقة حتى لو كانت غير سوية، وكذلك الحاجة إلى الاستقلال و التخلص من قيود الأهل وسلطتهم إذ يصبح مسؤولا عن نفسه، كما أنه يصبح في حاجة إلى الطمأنينة والأمان، كل هذه الحاجات والمشاعر المتعارضة في بعض الأحيان تساعد على إمكانية وقوع الفرد في الإدمان على المخدرات، أما الثانية فهي فئة 26-35 سنة وهي مرحلة البحث عن الذات والتي تسبق مرحلة الاستقرار وهذه المرحلة لا تقل خطورة على مرحلة المراهقة فهي مليئة بالإنجازات الفردية والإخفاقات في وقت واحد، وفي هذه المرحلة يعاني الفرد خوف من المستقبل وبحث مستمر عن الذات مما يولد قلق وضجر مستمر قد يؤدي إلى وقوع الفرد في الإدمان و التمادي فيه هروبا من الواقع وبحثا عن الراحة النفسية، وتعويضها عن بعض الإخفاقات على المستوى الفردي والاجتماعي.

4.2.5 الحالة المهنية: يلاحظ أن أكبر نسبة للمدمنين كانت للعاطلين عن العمل وهذا يفسر سوسيولوجيا بأثر وقت الفراغ على سلوك الفرد، فعدم وجود أي نشاط في حياة الفرد يجعله ينجح إلى تعاطي المخدرات حتى يحسس ببعض التجديد وهروبا من الروتين، كما يلاحظ أن فئة الطلاب كانت نسبتها لا تتعدى 4 % وهذا ما يثبت فرضية أن المستوى التعليمي والثقافي للفرد يؤثر في إمكانية وقوع الفرد في الإدمان من دونه.

5.2.5 المواد المستهلكة: يلاحظ أن أعلى نسبة للمتعاطين كانت بالنسبة لأولئك الذين يتعاطون أنواع متعددة من المواد المخدرة poly toxicomanie ثم تلتها فئة المدمنين على الحشيش وبعدها فئة المدمنين على الحبوب و المهدئات، وتأتي فئة المدمنين على مشتقات الأفيون في المرتبة الأخيرة وهذا نفسه على أنه راجع إلى عامل الندرة وتوفر المادة المتعاطاة، فالمدمن يجد نفسه مع مرور وقت معين على إدمانه أنه أصبح يتعاطى مواد متنوعة وهذا يرجع إلى عدم توفر عقار معين بصفة دائمة فتجده يتعاطى أي مادة متاحة، والدليل على ذلك أن نسبة المدمنين على الحشيش كانت دائما مرتفعة وهذا لكونها متوفرة في بلدنا الجزائر بكثرة كون المصدر الرئيسي لها قريب المتمثل في بلد المغرب، كما أن لسعر نوع المخدر الدور الكبير في اتجاه المدمنين إلى عقار معين دون الآخر، وهذا ما تفسره النسبة الضعيفة بالنسبة لفئة المدمنين على مشتقات الأفيون مثل: المورفين والهيروين وهذا لغلائه الفاحش فتعاطيه يقتصر على فئة صغيرة و هي فئة الأغنياء ورجال الأعمال بالإضافة إلى ندرته. كما يمكن أن نشير الى أن بعض مدمنين الحبوب والمهدئات أصبحوا مدمنين جراء أخطاء طبية أو أخطاء في الجرعات المحددة أثناء تقديمها لهم كدواء بوصفات طبية.

-خاتمة:

يفسر عزوف المدمنين عن المتابعة الطبية الداخلية واكتفاء غالبيتهم بالمتابعة الطبية الخارجية بالخوف من الفضيحة وردة فعل أسرهم والمجتمع ككل، لأن غالبيتهم لا يفصحون عن إدمانهم حتى لأقرب الناس إليهم ويبقى سرهم يقتصر على جماعة صغيرة جدا وهي جماعة الرفاق المدمنين والتي تسمى بالجماعة المرجعية لهم، وهذا خوفا على أنفسهم وأسرهم بصفة عامة.

قائمة المراجع

(1)- العمشاوي السيد متولي ، الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان ، الجزء الأول ، المركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب ، الرياض ، 1414 هـ .

- (2)- د. عبد الإله ابن عبد الله المشرف، المخدرات و المؤثرات العقلية، ط1، دار الجامد للنشر والتوزيع ، 2014 ، ص 35.
- (3)- العمشايوي السيد متولي، الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان، مرجع سابق ، ص 36 .
- (4)- البريثن عبد العزيز بن عبد الله ،الخدمة الاجتماعية في مجال مكافحة إدمان المخدرات، الرياض ، أكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية ، مركز الدراسات و البحوث ، 2002 ، ص 56 .
- (5)- عثمان ، سلوى علي ، الاسلام و المخدرات، دراسة سيكولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات ، القاهرة ، مكتبة وهبة ، 1989، ص32.
- (6)- سويف مصطفى ، المخدرات و المجتمع، نظرة تكاملية ، سلسلة عالم المعرفة ، يناير ، كانون الثاني ، 1996 .
- (7)- البريثن عبد العزيز بن عبد الله، الخدمة الاجتماعية في مجال مكافحة إدمان المخدرات، مرجع سابق، ص 21.
- (8)- Arif , A, And Westermeyer , Mauval Of Drug And Alcohol Abuse : Gwidelines For Teaching In Medical And Healthier Institutions . New York : Plenum Médical Book Company, J 1988.
- (9)- Who Dictionory Of Substance Vse Ternus . Geneva (Memographed), 1988.
- (10)- العمشايوي السيد متولي ، الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان، مرجع سابق.
- (11)- A.elsehly, mahmoud , marijuana and the camabinoids, humana, press,2007 ,p8.
- (12)- د. محمود السيد علي، المخدرات، تأثيراتها و طرق التخلص منها، عمان ، دار الجامد للنشر والتوزيع ، 2014 ، ص 92.
- (13)- نفس المرجع السابق ، ص 30 .
- (14) – د.عبد الإله بن عبد الله المشرف، د.رياض بن علي الجوادى ، المخدرات و المؤثرات العقلية، الأردن، دار الجامد للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2014 ، ص 28 .
- (15) – نفس المرجع السابق ، ص30.

- (16)- النجيبى محمد بن يحيى ، المخدرات و أحكامها في الشريعة الاسلامية ، الرياض ، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية ، مركز الدراسات و البحوث ، 2004 ، ص12 .
- (17)- أبو عمه عبد الرحمن محمد ، حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات ، الرياض ، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية ، مركز الدراسات و البحوث ، 1998 ، ص21 .
- (18)- د.عبد الإله بن عبد الله المشرف ، المخدرات و المؤثرات العقلية ، مرجع سابق ، ص 33 .
- (19)- الغريب عبد العزيز بن علي ، المجتمع و الوقاية من الخدرات ، دراسة تحليلية لدور الأنساق الاجتماعية في الوقاية من المخدرات ، طبع بإشراف الجمعية الوطنية للوقاية من المخدرات ، 2008 م .
- (20)- الدخيل عبد العزيز ، إدمان الكحول ، المشكلات و الحلول ، الرياض ، مؤسسة الملك خالد الخيرية ، 2005 .
- (21)- د. عبد الإله بن عبد الله المشرف ، د. رياض بن علي الجوادي ، المخدرات و المؤثرات العقلية ، مرجع سابق ، ص74 .
- (22) الغريب عبد العزيز بن علي ، المجتمع و الوقاية من المخدرات ، مرجع سابق ، ص 79 .
- (23)- العمشاوي السيد متولي ، الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان ، مرجع سابق ، ص 173 .
- (24)- gabrial g . and nolosh , abuse in modern world , new york , pergomon press , 1981 .
- (25)- الدمرداش ، عادل ، الإدمان مظاهره و علاجه ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، 1982 .
- (26) – الغريب عبد العزيز بن علي ، مرجع سابق ، المجتمع و الوقاية من المخدرات ، ص 75-76 .
- (27)- عثمان عبد الفتاح ، خدمة الفرد في المجتمع النامي ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو مصرية ، 1990 ، ص48 .
- (28)- الدخيل ، ادمان الكحول المشكلات و الحلول ، مرجع سابق ، 2005 .