حماية الأطفال اليتامى ومجهولي النسب في المجتمع الجزائري من مخاطر الإدمان على المخدرات

د.الصالح بوعزة/ بن ماضي لوبنى
جامعة سطيف

– ***ملخص:*** *يعد الإدمان على المخدرات وتعاطيها من أشد المشكلات النفسية والاجتماعية خطورة، حتى أصبح يصنف بوصفه واحداً من الأمراض النفسية، ضمن أدلة تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية العالمية.*

ونجد فئتين أكثر عرضة للوقوع في فريسة الإدمان لاسيما فئة اليتامى ومجهولي النسب، وذلك لوجود عوامل نفسية سوسيو ثقافية تساعد على سرعة انخراط هؤلاء في الإدمان، مما يتطلب البحث في هذه المخاطر وربطها بأسبابها الموضوعية ، وبالتالي حماية هذه الفئات نفسيا واجتماعيا ومحاولة إدماجهم في المجتمع. ولهذا حاولنا تسليط الضوء على الأضرار والمخاطر التي تتعرض لها هاتان الفئتان، والبحث عن سبل الحماية والوقاية.

الكلمات المفتاحية : *الإدمان -المخدرات -الأطفال اليتامى -الأطفال مجهولي النسب.*

- Résumé : *La toxicomanie est l'un des grands graves problèmes sociaux du fait que ce problème est classé parmi les maladies psychique ,selon les symptômes du diagnostique des troubles psychique et mentaux internationaux. Les deux catégories qui sont la proie de cette dépendance sont les orphelins et les enfants illégitimes. Afin de protéger cette catégorie de toxicomanie nous devons obtenir les solutions que peuvent les protéger de ce grande fléau que constitue "La drogue "*

Les mots-clés*: - toxicomanie - Drogues - Enfants orphelins - Enfants illégitimes.*

- Abstract*: Drug addiction is one of the great serious social problems because of the fact that this problem is classified among psychic diseases, according to the symptoms of the diagnosis of international mental and mental disorders.The two categories that fall into this dependence of addiction are orphans and illegitimate children. Because of this it is necessary to protect this category of drug addicts in order to obtain the appropriate solutions that can protect them from this serious disease.*

Key-words: *- Drug addiction - Drugs - Orphan children - Illegitimate children.*

-مقدمة: تعتبر الأسرة الخلية الأولى في بناء أفراد المجتمع، فوجود الوالدين أمر بالغ الأهمية في حياة الطفل، وانعدام وجودهما أو غياب أحدهما يمكن أن يؤثر على نموه وتقمصاته وسلوكياته وحتى نظرته لنفسه كفرد من أفراد المجتمع، ولهذا فالأطفال اليتامى ومجهولي النسب يتعرضون لمخاطر اجتماعية وآلام نفسية، وبالتالي يكونون أكثر عرضة للانحرافات فيما بعد، ونخص بالذكر آفة المخدرات فهي من بين أخطر ما يهدد العالم والكيان البشري حيث تعتبر نوع من التحطيم الذاتي كما هي باب للحزن العميق ،للألم الشديد، وللدمار الشامل.

- أهداف البحث:

- تعريف المجتمع- الأسر على وجه الخصوص - بأنواع المخدرات والمؤثرات العقلية الممكن تعاطيها من قبل الطفل اليتيم والطفل المجهول النسب. وتبيان الأسباب المختلفة التي تؤدي إلى سلوك التعاطي والإدمان من قبل هاتين الفئتين

- تعريف الجهات الوصية مخاطر الانحراف والتعاطي والإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية عند الطفل اليتيم والطفل المجهول النسب لأخذ التدابير اللازمة.

- توعية وتحسيس الفئات الاجتماعية بمسؤولياتهم حول مخاطر الانحراف والتعاطي والإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية عند الطفل اليتيم والطفل المجهول النسب.

- توصيف الواقع وإعطاء أرقام للمهتمين والباحثين لدراسة الظاهرة علميا والتوصل إلى نتائج

- المساهمة مع المختصين في إيجاد سبل للوقاية والعلاج والتكفل بهاتين الفئتين وحماية الفئات الاجتماعية الأخرى.

– تقديم فائدة عملية ملموسة للمهتمين إذا طلب هذه الفائدة بما يناسب واقع حياته، وموقعه من حياة الآخرين.

– أهمية البحث:

– تتأكد أهمية الموضوع من أهمية هاتين الفئتين كجزء في المجتمع يمكن أن يساهم في تنميته اقتصاديا واجتماعيا وامنيا وغيره أو تدميره وتخريبه، لان الأمر يتعلق بهدر الطاقات البشرية، التي يفترض الاستثمار فيها لتحقيق التنمية بكل أبعادها، وان مستقبل البلاد مرهون بمدى صحة وكفاءة مواطنيها، وما يحققونه من تطور في ظل الاستقرار الاجتماعي.

– إلقاء الضوء على فئة لها ظروفها الخاصة ومهمشة في المجتمع وهي فئة الأطفال اليتامى ومجهولي النسب.

– أن تقدم هذه الدراسة نتائج وتوصيات تمكن المختصين والقائمين على رعاية الأطفال اليتامى ومجهولي النسب من تحسين مستوى الخدمات التربوية مما سيعود بالفائدة عليهم وعلى مجتمعهم –إعداد برامج إرشادية وتربوية لمساعدة وتحصين الأطفال اليتامى ومجهولي النسب من الوقوع في الانحراف والتعاطي.

أولاً: تحديد المفاهيم لغة واصطلاحا:

– الإدمان لغة: يرى سهيل (1999) أن الإدمان هو من الفعل "أدمن" ونقول إدمان الخمر أي إدامة شربها، وكذلك إدمان المخدرات بمعنى إدامة تعاطيها، والإدمان ترجمة للكلمة اللاتينية " Addiction " معناها عبد لشيء ما.

الإدمان اصطلاحا: هو التعاطي المتكرر يتحدد لدرجة أن المتعاطي (المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما أنه يكشف عن رفض الانقطاع.

– المخدرات لغة: حسب عبد المنعم (2003) هو اسم فاعل من الفعل خدّر بتشديد الدال ومصدره التخدير، والفعل يطلق على عدة معاني كالفتور والكسل.

وهي ترجمة لكلمة "Narcotic" المشتقة من الكلمة الأغريقية "Narkosis" التي تعني يخدر أو يجعل الفرد مخدرا.

المخدرات اصطلاحا: نطلق اسم مخدر" Drogue"على جميع المستحضرات التي لها انعكاسات على الوظائف النفسية.

4- الأطفال اليتامى:هم الأطفال الذين فقدوا أحد والديهم أو كلاهما منذ الصغر.

5- الأطفال مجهولي النسب: هم الأطفال الغير شرعيون الذين تم الحمل بهم خارج أو قبل الزواج، وهو ما يطلق عليه "حمل السفاح أو الزنا" أحيانا "اللقيط" (أورد في: الزعلان، 2015).

ثانياً: التطور التاريخي لاستعمال المخدرات في العالم:

المرحلة الأثرية: أوضح عبد المنعم (2003) أنه في هذه المرحلة كانت النباتات توصف بطريقة عشوائية، وقد عرف المصريين القدامى "الأفيون" وكان يستعمل كدواء لمنع الأطفال من البكاء. كما أطلق الصينيون كلمة "مايو" على الحشيش ومعناها الدواء، أما في الهند فقد كانوا يقدمون الحشيش ويتعاطونه أثناء الحفلات.

أما العلامة –ابن سنا – وأبو الكيمياء وجابر بن حيان، فقد استعملوا نبات الخشخاش في علاج حالات الصرع والميلانجوليا.

المرحلة الكلاسيكية: بينما أشار Deniker (1987) حيث تم استخلاص المسكالين سنة 1994 على يد" هفتار" وتعتبر من العناصر المهلوسة والتي عُرفت على مستوى الطب العقلي التجريبي سنة 1925، وتم استخلاص الكوكايين من الكوكا بين سنتي 1855 و1859 واستخلاص الكافيين سنة 1820 على يد العالم "Runge" وحديثا يستعمل "L Atropine" بجرعات كبيرة كدواء لمرض "الباركسنون" كمضاد للتشنج .

– **المرحلة الحديثة:** فيها تم اكتشاف العلاج الكيميائي للأذهنة، باختراع أول دواء مضاد للذهان (الكاوربرمازين)، وتوسعت الاكتشافات للأمراض العقلية سنة 1954 وظهور أول الأدوية المهدئة الميبروبامات. وفي سنة 1957تم تأسيس أول جمعية علمية متعددة التخصصات عرفت بالكلية الدولية لعلم الأعصاب النفسي الصيدلاني، كما تزامنت أحداث سنة 1957مع اكتشاف أول الأدوية المضادة للاكتئاب.

ثالثاً: أنواع المخدّرات وأهم الدول المنتجة لها: هناك ثلاثة أنواع رئيسية للمخدرات أهمها:

– **المواد المسكنة أو المثبطة: ويطلق عليها مخفضي التوتر النفسي:** وهي تقوم بإيقاف نشاط الجهاز العصبي المركزي، كما أنّها تسبّب ردات فعل متشابهة وتحديداً عند التعرّض لحدث مفاجئ وتندرج تحت هذه المجموعة بشكل عام ما يلي:

– الأفيونيات: وتظم بدورها الأفيون ومشتقاته وهي على النحو التالي:

*الأفيون: وهو مادة لزجة، مطاطية ، تصبح بعد فترة صلبة ذات لون يميل إلى السواد، طعمها مغث ورائحتها قوية ومنومة، ومن الدول التي تنتج الأفيون: أفغنستان، الهند والصين، تركيا لبنان (أورد في: عبد المنعم، 2003).

أهم مشتقات الأفيون: الهيروين وتنتجه أكثر إيران.إضافة إلى المورفين والكوداايين.

– الباربيتورات: تصنع من حمض الباربيتوريك، تستخدم كمسكنات (أورد في: Delémont et Luchet, 1995).

–**المواد المنشطة:** ويطلق عليها منبهي النفسية: وهي تزيد في نشاط الجسم وتحديداً الأعصاب، فتجعل المتعاطي يشعر أنه نشيط طوال الوقت، ومنها ما يلي:

– الأمفيتامينات تركيبتها شبيهة بتركيبة القات، وهي من المستحضرات المنبهة، ويتم استعمالها تحت شكل مسحوق أبيض أين يتم مزجها أحيانا مع الأفيون أو الكوكايين، إلا أن ترويجها يكون عادة في شكل حبوب أو إبر معدة للحقن.

– الكوكايين: من أكثر المستحضرات المنبهة والمنشطة، يستخرج من أوراق شجرة "الكاكا" ويستعمل في العمليات الجراحية.

– التبغ: نبات أمريكي الأصل، يستعمل للتدخين، ويحتوي على كمية كبيرة من النيكوتين.

– القات khat: وهي شجرة صغيرة تنمو في الشرق الأقصى وبعض دول إفريقيا كالصومال، إثيوبيا، وهو منبه على الجهاز العصبي ومضاد للجوع والعطش (أورد في: عطيات، 2000).

– **مشوشي النفسية:** تضم مختلف المستحضرات التي تخل بتنظيم النشاط النفسي للفرد وتشمل:

– القنب: هذا المصطلح أصله يوناني "كانا بيس" بمعنى الضوضاء وذلك نسبة إلى الضوضاء التي يحدثها المتعاطي أثناء جلسة التدخين. كما يستعمل مصطلح الحشيش للدلالة على نفس المستحضر، وهو مشتق من كلمة شيش العبرية والتي معناها الفرح وذلك نسبة إلى التأثير المنشي وتعتبر مصر وكذا لبنان والمغرب من أكثر الدول المنتجة للحشيش (أورد في: رفعت، 1989).

– المواد المهلوسة: يؤدي تعاطيها إلى جعل الشخص يتحدث أو يري أو يسمع عن أشياء غير حقيقة وليست موجودة، وتكون تصرفاته خطيرة وغير مضبوطة، وتشمل هذه المواد أنواع عديدة منها: عقار أل.أس.دي LSD25 ومجموعات الفينيليتامين: وتتضمن الميسكالينو البسيلوسيبين.

– المستنشقات: هي مجموعة من المواد الصناعية التي حُولت من استعمالها الطبيعي لتشيع بين المتعاطين، هذا الانجذاب يعود إلى سرعة تأثيرها وسهولة الحصول عليها بأسعار منخفضة (أورد في: شابرول، 2001).

– الكحول: وعبارة عن شراب يحتوي على كحول" اللايثيلي" L'alcool éthylique "

سواء تحت شكل بيرة المستعملة كثيرة في بلادنا مثل" فان" أو كحول من نوع رفيع وتستعمل من طرف الطبقة الاجتماعية الراقية لان سعرها باهظ جدا.

رابعاً: أسباب الإدمان على المخدرات:

– **الأسباب النفسية:** هناك العديد من الدوافع النفسية التي تجعل الفرد يتعاطى المخدرات وأهمها:

– البناء النفسي الهش للشخصية: فالمدمنون عموما يملكون أنا "Moi" ضعيف غير قادر على حل صراعاته، يهرب من الواقع لينكص (يعود) إلى المرحلة الفمية "Le stade" عن طريق المخدر.

– البحث عن النشوة والمتعة والهروب من الصراعات والهموم وحالة الاكتئاب بسبب الضعف وعدم القدرة على تحمل الإحباط (أورد في: Sillamy, 1999).

– الرغبة في التخلص من القلق والتوتر النفسي.

– محاولة ملء الفراغ المعاش. (أورد في: عوض).

– الإحساس بالاغتراب النفسي والقهر الاجتماعي والرغبة في الحصول على الاستقرار النفسي.

– الأفكار والتصورات الخاطئة حول قدرة المخدرات على زيادة الإشباع الجنسي.

– الصراع بين التطلعات، الطموح والإمكانات المتاحة (أدلر).

– محاولة إثبات النضج (الرجولة، الأنوثة) والشعور بالاستقلالية أين يرى الشخص المخدر كمنفذ إلى الهوام والحلم البديل للتواجد (أورد في: العيسوي، 1994).

– **الأسباب الاجتماعية:**

– **الأسرة:**

– ضعف الوازع الديني وانحدار القيم الأخلاقية.

–غياب الرقابة الأسرية (عدم متابعة الأبناء، عدم الإشراف على علاقاتهم بالأصدقاء).

– النمط العلائقي السائد داخل الأسرة التسلط الشديد أو الإهمال أو التذبذب في أسلوب المعاملة مما يجعل الأبناء فريسة للقلق والحيرة (أورد في: سويف، 2000).

– الحماية الزائدة من قبل الوالدين مما يعوق استقلالية الطفل ويخل باتزانه الانفعالي، ويجعله غير قادر على تحمل الإحباطات أو تأجيل إشباعا ته بسبب التدليل المفرط.

– عدم الإشباع البدني للحاجات الفسيولوجية منذ الميلاد بطريقة جيدة.

– الخطأ في الفطام (في توقيته وطريقته) وهذا ما يجعل تجربة الاستقلالية خبرة سلبية ومؤلمة.

– عجز الوالدين في إدارة العلاقات الأخوية (عدم المساواة بين الأطفال، المقارنات المستمرة، تفضيل طفل مقابل نبذ أخر).

– التفكك الأسري بجميع أشكاله: كالطلاق، الهجر أو وفاة أحد الوالدين.

– مرور أحد الوالدين بخبرة التعاطي (سواء كحول أو مخدرات) (أورد في: Delémont & Luchet 1995).

–**المدرسة:** تكون المدرسة منعطفا للانحراف حسب العفيفي (1986) عند:

– غياب الرقابة التربوية بسبب ضخامة العدد أو عدم كفاءة الإطارات العاملة بها.

– عجز المقرارات الدراسية عن إشباع حاجات الطفل وملء فراغه مما يجعله فريسة للملل والإهمال.

– غياب التعاون بين المدرسة والأولياء مما يمنع من خلق نظام متوحد في المعاملة يمارسه الآباء والمدرسون معا.

– غياب الأخصائي الاجتماعي والنفسي للتكفل بمشاكل التلاميذ عموما وخاصة في مرحلة المراهقة.

– الضغوطات الممارسة على الفرد من قبل العائلة والمجتمع (خاصة الأطفال اليتامى ومجهولي النسب) أين يواجه الطفل صعوبات نفسية في التكيف وتنظيم علاقاته.

–الصحبة السيئة، فعموما تكون بداية التعاطي في جماعة قائدها في حد ذاته متعاطي أو مدمن، حتى وإن كان المحيط الاجتماعي والعائلي مستقر والفرد استعداد للإدمان.

– تفشي المشاكل والآفات الاجتماعية (جرائم القتل، السرقة والاعتداءات .....) من العوامل المشجعة على خوض تجربة التعاطي دون خوف من العقاب.

– انشغال لمصالح الأمن بالمشاكل الأشد خطورة (كجرائم القتل، الإرهاب....) وضعف الرقابة على عملية الاتجار في المخدرات وتعاطيها (أورد في: العيسوي، 1994).

– التقلبات السياسية والاقتصادية المعاشة (عشرية الإرهاب التي عاشتها الجزائر).

– الأزمات الحياتية للشباب (البطالة، الفراغ) الفشل في اختيار الوظيفة لدى الشباب (أورد في: Kacha , 2002).

- **التطورالتكنولوجي والحضاري:** وذلك وفق القذافي (1998) من خلال:

- تطور الكيمياء المركبة والتوجه الذهني الايجابي للناس نحوى العقاقير النفسية.

- التوسع في صرف الوصفات الطبية للعقاقير النفسية (الخاصة بالاضطرابات العقلية والعصبية) إضافة إلى عدم متابعة الحالات التي تتناول هذه العقاقير، مع غياب الرقابة على صرف هذه المواد.

- حدوث حالات من الإدمان عن طريق الصدفة بعد الاستعمال المطول للأدوية النفسية.

- التساهل والتعود الناجم عن الاحتكاك الدائم بوضعيات أو أماكن، أين يكون الحصول على المخدرات فيها سهلا (المستشفيات، الصيدليات، المخابر....)

- سهولة الحصول على العقاقير النفسية والمواد المخدرة والمشروبات الكحولية مما سهل إساءة استعمالها.

- **الإعلام:** حسب سويف (2000):

- الأفلام والمسلسلات التي تبثها القنوات الفضائيّة، والتي تشجع على المخدّرات وغيرها من الأفعال القبيحة، وتُصورّها بأنّها شيء عادي بل وممتع.

- تزيد وسائل الإعلام من الضغط والتوتر الذي يعيشه الشباب بما تعرضه من مظاهر التحضر والتقدم ويشاهد ذلك أفراد يعيشون الفقر يوميا.

خامساً: الإحصائيات العالمية والمحلية حول الفئات المدمنة ونسب تناول المخدرات: أكد التقرير الذي أصدره "البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات والجريمة" (UNODC) لسنة 2016 والتابع للأمم المتحدة، أن نحو 250 مليون شخصاً في العالم، تعاطوا المخدرات، وأن أن 144 مليوناً يتعاطون البانغو، و29 مليوناً يتعاطون منشطات وحبوب "أكتستاسي" و14 مليوناً يتعاطون الكوكايين، و13.5 مليوناً يتعاطون الأفيون، و9 ملايين يتعاطون الهيروبين. أما في العالم

العربي وبالأخص في مصر، فقد بلغ معدل الإدمان حوالي 10% من السكان أي نحو 9 ملايين شخص، كما أن 80% من الجرائم غير المبرّرة تحصل تحت تأثير تعاطي المخدرات.

وتراوحت نسبة المدمنين في الأردن بين 2 و3%، بحسب تقارير غير رسمية. ولكن أخيراً انتشر ما يُعرف باسم "الجوكر"، وهو حشيش اصطناعي مصنع محلياً ويروج في أكياس بلاستيكية صغيرة.

أما في تونس فقد بلغ عدد المدمنين حوالي 311 ألف شخص، أي 2.8% من السكان حيث أحصت "الجمعية التونسية للوقاية من المخدرات" أكثر من 500 ألف مستهلك للمخدرات عموماً، من بينهم نحو 100 ألف مستهلك لمادة القنب الهندي، و200 ألف مستهلك للأقراص، أبرزها السوبيتاكس.

أما في الجزائر، يُسجّل تفاوت كبير في تحديد عدد المدمنين، ففي حين أشار "الديوان الوطني لمكافحة المخدرات" إلى وجود 300 ألف مدمن ومستهلك للمخدرات، أكد رئيس "المنظمة الوطنية لرعاية الشباب" عن وجود 400 ألف مدمن على الأقل. لكن "الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث" (الفورام)، قدّرت عدد مدمني المخدرات ومستهلكيها بمليون شخص، في حين أحصى "المركز الوطني للدراسات والتحليل"، 180 ألف مدمن و300 ألف مستهلك.

وأهم المخدرات المنتشرة في الجزائر هي "القنب الهندي" الذي يأتي من المغرب، ثم الحشيش والماريجوانا، تليها أقراص الأكستاسي، وأخيراً الكوكايين والهيروين.

وعن ولاية الهضاب العليا سطيف، فقد تم تسجيل سنة 2002 حوالي 141 قضية بين قضايا مخدرات وحبوب، أما سنة 2003 وصلت إلى 173 قضية مع حجز 1كلغ من المخدرات و1339 قرص من الحبوب، وفي سنة 2004 عرفت القضايا انخفاضا نسبيا في عددها فقد وصلت إلى 116 قضية، مع حجز مرتفع في

كمية المخدرات وصل إلى 4.39 كلغ و1415 قرص من الحبوب (أورد في: سايح، جرار وتجار، 2006).

أما عن نتائج التحقيق المدرسي الذي أجراه "الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها" بأن نسبة تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي بلغت حوالي 54 ألف تلميذ يتعاطون المخدرات. وفي دراسة ميدانية أجريت في الفترة الممتدة بين 17 و21 أفريل 2016" للمركز الوطني للدراسات والتحاليل الخاص بالسكان والتنمية" تم من خلالها تقديم استبيان أكثر من 12 ألف تلميذ، وتبين أنه من بين ما يزيد عن 2 مليون تلميذ، تم إحصاء 54 ألف تلميذ في الجزائر يستهلكون الحشيش وما نسبته 8.5 يتعاطون الشيشة و1.95 يتناولون الكحول، 1.97 مهلوسات، ونسبة 0.42 كوكايين، و0.33 مدمنين على الهيروين. (https:// www. raseef22.com/life//). وإن هذه الآفة الخطية حسب Delémont et Luchet (1995)، تخلف عدة أضرار منها:

سادساً: الأضرار والمخاطر المترتبة على إدمان المخدرات: إن الآثار السلبية للمخدرات لا تعد ولا تحصى، ومن أهم مخطارها ما يلي:

– **المخاطر الصحية:** كفقر الدم، الهزال، فقدان الشهية، اضطرابات معدية، جفاف الأنسجة، إمساك مستديم ملحوق بإسهال شديد، الإصابة بفيروس السيدا، وفي الجزائر حوالي 75 حالة مصابين بمرض السيدا كانت ذات أصل إدماني.

– **المخاطر العقلية والنفسية:** يظهر في البداية انطباع بالسعادة والارتياح يتضمن هروب بطيء من الزمن، حالة هيجانية، أزمات هستيرية، الحصر، انخفاض الإرادة ،اضطرابات في الذاكرة ،عدم التكيف مع المجتمع، عدم الرضا الدائم، غياب النقد الذاتي والقدرات التفكيرية، الاندفاعية، فقدان الشخصية تدريجيا، الخشونة، الإصابة بأزمات من القلق، أعراض اكتئابية خطيرة، سلوكات انتحارية، تخلف عقلي، العدوانية، تقلب المزاج. – **المخاطر الاجتماعية:** أوضح سويف

(2000) أنه لقد تم حصر أكثر من 55 اضطرابا اجتماعيا خطيرا، هذا ناهيك عن التعقيدات المترتبة عن هذه الاضطرابات في حد ذاتها، سنحاول ذكر أهمها فيما يلي:

– الانسحاب الاجتماعي ،تدهور الشعور بالمسؤولية وسوء التوافق الاجتماعي، ارتفاع نسبة البطالة في المجتمع مع قصور الدافع إلى العمل، ازدياد نسبة التسرب المدرسي.

– الانهيار الأسري (ارتفاع معدات الطلاق)، ارتفاع معدات الهجرة، تكوين أسر مفككة مهددة بالضياع من خلال ممارسة المدمن لأدواره الاجتماعية بشكل عادي (أب مدمن يهدد مستقبلا لأسرة بأكملها...) .

– ارتفاع نسبة حوادث المرور وبالتالي ازدياد نسبة الوفيات كل سنة.

– ازدياد حجم الفئة الجانحة (الجنوح) في المجتمع، ازدياد نسبة الانتحار بشكل ملحوظ في مختلف المجتمعات، ويسجل تضاعف نسبة المنتحرين سنويا بالنسبة لمجتمع المستحضرات ماعدا التبغ، وارتفاع كبير بالنسبة لمتعاطي المستنشقات من المراهقين.

– انتشار الجريمة بجميع أشكالها (القتل الاعتداءات، تبيض الأموال، السرقة، الاتجار بالأشخاص، الاغتصاب...).

– ارتفاع نسبة الهجرة السرية خاصة باتجاه المملكة المغربية (المغرب).

– **المخاطر الاقتصادية:** تظهر تأثيراتها السلبية سواء على الفرد أو الأسرة أو المجتمع ومنها:

– ضياع الطاقة المهنية والحماس والإرادة اللازمة لتحقيق الواجبات المهنية.

– تدهور الإنتاج المحلي بسبب انخفاض كم وكيف الإنتاج الفردي للمتعاطي.

– انخفاض المدخول العام للدولة مما يعود سلبا بتذبذب السياسة الاقتصادية وبرامج التنمية في الدول النامية (أورد في: كامل، 1989)

– انقسام الاقتصاد الوطني إلى قسمين، اقتصاد ظاهر، تسيره الدولة وأخر خفي تسيره المنظمات الإجرامية ويشمل: الشركات الوهمية، مكاتب الصرف والسمسرة، السطو على البنوك، التزوير، الابتزاز، غسيل الأموال ... والتي يكون مدخلها الأول الاتجار غير المشروع بالمخدرات.

– فقدان المخططات الاقتصادية لمصداقيتها ولاستمراريتها بسبب انتشار سياسة غسل الأموال، بمعنى تغيير شكل المال من حالة إلى أخرى مع العلم أنه يأتي من التجارة بالمخدرات في الدرجة الأولى (أورد في: بختي ،2005).

– تحويل الأموال التي كانت مستثمرة في التنمية بجميع مجالاتها، إلى مكافحة مثل هذه الظواهر الإجرامية مما يخفض من المستوى المادي والمعيشي للمجتمع ككل.

– بالنسبة للمؤثرات العقلية والتي تستورد الدولة كميات هائلة منها قصد الحفاظ على الصحة العقلية للأفراد، فإنها تستغل في أشكال منحرفة مما يطيح بالميزانية الوطنية بسبب ارتفاع سعر هذه المستحضرات (أورد في: تازروتي، 2005).

– **المخاطر السياسية:** تتمثل تأثيراتها في تدهور مكانة الدولة على صعيد الدولي وفق عرابي (2004) من خلال:

– تهديد فرص الاستقرار السياسي والاجتماعي للشعوب، وكذا انعدام الأمن والسلام الذين يحرص عليهما المجتمع الدولي وبالتالي تكوين صورة سلبية عن المجتمعات المستهدفة.

– اعتماد سياسة الاتجار بالمخدرات والحرص على ترويجها من قبل هذه المنظمات الإجرامية كأسلوب للبقاء وتمرير مخططاتها الإجرامية والإرهابية خاصة بين الفئة الشابة.

– تفشي ظاهرة الإرهاب والجريمة المنظمة على المستوى الوطني والدولي مما يخلق الارتباط في العلاقات بين الدول.

– وأضاف تازوتي (2005) خلق النزاعات بين الدول وتأزم العلاقات فيما بينها، خاصة بين الدول التي تعبر كمناطق عبور مثل الجزائر والأخرى المنتجة للمخدرات كالمغرب.

سابعاً: سياسة التكفل بالأطفال اليتامى ومجهولي النسب في الجزائر: في وقت مضى كانت العائلة الجزائرية عموما تقوم بتربية اليتيم والتكفل به من أحد أفراد للعائلة، أما بخصوص الطفل مجهول النسب، فإنه إذا اكتشف أمر الفتاة وهي حامل زُوجت بالشخص الذي ارتكب فعلته، أما إذا تعذر الوصول إليه فان الفتاة تقوم بالتخلص من طفلها وهذا برميه أو إيداعه في مراكز الطفولة المسعفة ظنا منها أنه الحل، أما اليوم فقد تغيرت صور التكفل بهذه الفئة حيث تنشط أكثر من 5 آلاف جمعية، وهيئات فاعلة في مجال كفالة اليتيم ومجهول النسب لإعطاء الدعم لهذه الفئة الحساسة من الأطفال الذين فقدوا الدفء الأسري، لكن رغم هذا فان العديد من هؤلاء الأطفال يعانون من المشكلات النفسية والاجتماعية. كما أن هذه الفئة تخرج من هذه المراكز في حالة وصولها إلى سن 18 سنة ليجد هذا الطفل نفسه في الشارع خاصة في هذه السن الحرجة (المراهقة) ومع تغير الأفكار والتجارب التي أثبتت أن كفالة الأطفال والزج بهم في مراكز للأيتام فشلها النفسي والاجتماعي، فجاءت فكرة التكفل باليتامى عن بُعد " وقد نجحت اجتماعيا ونفسيا وحققت الكثير من الاستقرار وسط الأسرة الكافلة من خلال منحها دعما ماليا شهريا على كل يتيم، بما يعادل المستوى الذي تمنحه الجمعيات الأوروبية أي ما

يعادل 1 أورو يوميا لكل طفل، وبدأ المشروع الذي تتبناه الهيئة الوطنية لترقية وتطوير البحث "فورام" سنة 2003 مع أيتام مجزرة بن طلحة للتكفل بـــ400 طفل يتيم بلغوا اليوم سن الرشد ودخلوا في مجال الشغل وحصلوا على شهادات جامعية وأصبح البعض منهم إطارات.

واستمرت التجربة التي نجحت مع أطفال يتامى الأزمة الأمنية، ليتم تعميمها على باقي يتامى الجزائر الذين فقدوا كلا الأبوين أو فقدوا الأب الكافل للتكفل بهم عن بعد داخل أسرهم وعائلاتهم الحقيقية التي تربطهم بهم صلة دم وقرابة حتى يترعرع الطفل اليتيم في حضن العائلة، وقد توسّع مشروع "فورام" حاليا على 15 ولاية حيث يتمُّ التكفل بـــ7 آلاف يتيم في انتظار رفع العدد قريبا إلى2000 طفل إضافي تمت دراسة ملفاتهم من قبل الهيئة التي ستعرضهم قريبا على المحسنين للتكفل بهم بصفة دائمة إلى غاية بلوغ سن 18 عاما. وفي حال نجاح هؤلاء الأطفال في دراستهم، تستمر كفالتهم المادية إلى غاية سن 21 عاما.

إن الهدف من مشروع "كافل اليتيم عن بُعد" هو الوصول إلى التكفل ب15 ألف يتيم، وتشترط الهيئة أن لا تقل الإعانات المالية عن 3 آلاف دينار شهريا يلتزم بها المحسنون الذين يشكلون هيئات عمومية اهتمت بالمبادرة وساندتها بشكل كبير كالنادي السياحي الجزائري والمؤسسات العمومية الكبيرة ومنها "كوسيدار" و"بنك البركة "ومؤسسات خاصة تجارية واقتصادية معروفة (أورد في: https://www.echoroukonline.com/ara/articles.)

ثامناً: سبل الحماية والعلاج للأطفال اليتامى ومجهولي النسب المدمنين :

– **الوقاية:** يرى عبيد (2005) أن الوقاية هي السلاح الأول في محاربة آفة المخدرات وترتكز الوقاية على الاستراتيجيات السياسية والإعلام، التربية والاتصال وخصوصا نحو الفئة المستهدفة التي تظم المراهقين والشباب مع التركيز خاصة على الأطفال اليتامى ومجهولي النسب، فهي الأكثر تعرضا للمشكلة.

– **الدور السياسي:** قامت الجزائر بإعداد مجموعة من التدابير الوقائية نذكر منها:

– تعاون الدول الأطراف مباشرة والتي تعاني من ويلات الظاهرة، بعقد الاتفاقيات فيما بينها أومن خلال المنظمات الدولية أو الإقليمية.

– السيطرة على المعروض من المخدرات والمؤثرات العقلية برصد الزراعات غير المشروعة للنباتات المنتجة للمخدرات وإبادتها وتنمية مناطق الزراعة تنمية مستديمة كالمكسيك، المغرب.

– مراقبة المستحضرات الصيدلانية التي تحوي مخدرات ومؤثرات عقلية، بتنسيق العمل مع مختلف المصالح.

– قمع الاتجار غير المشروع بالعقاقير المخدرة وتعزيز التعاون الأمني والقضائي والتقني للحد من الاتجار غير المشروع.

– وضع وتنفيذ برامج تدريب موظفي العدالة الجنائية والصحة العمومية والتعليم والخدمات الاجتماعية على التفاعل بين بعدي المشكلة (العرض والطلب)لتوحيد المفاهيم وتحقيق التفاهم المتبادل.

– رصد ومراقبة وتحديد الأموال المتأتية من الاتجار غير المشروع بالمخدرات وإحباط عمليات تمويل الأنشطة غير المشروعة ولاستخدام غير المشروع للنظام المصرفي.

– وحسب كامل (1989) هناك إحكام السيطرة الكاملة على الحدود والمنافذ لمنع تسرب هذه المواد إلى داخل البلاد.

– استخدام الوسائل العلمية والتكنولوجية الحديثة في عمليات لمكافحة، تكنولوجيا الاستشعار عن بعد للكشف عن زراعات القنب والخشخاش.

– **الدور الأسري:** تتمثل وفق العفيفي (1986) في:

– امتناع الأم عن تناول أي نوع من المستحضرات المخدرة خاصة أثناء فترة الحمل وحتى بعدها.

– تحقيق حاجيات الطفل البيولوجية (رضاعة سليمة، أكل منظم....)، والنفسية الابتعاد عن الشجارات وتوفير جو من الطمأنينة والهدوء...) حتى ينمو الطفل نمو جسديا نفسيا وسليما.

– المتابعة التربوية الصحيحة للطفل خلال مراحل نموه المختلفة، شرط أن تكون هذه التربية قائمة على أسس علمية ونفسية سليمة تراعي خصوصيات كل مرحلة.

– الحوار الحضاري مع الأطفال اليتامى ومجهولي النسب قصد بناء علاقة متينة تمنح الأبناء السند النفسي الذي يحتاجونه.

– تقوية الرصيد المعرفي للأطفال اليتامى ومجهولي النسب حول مثل هذه المشاكل ابتداء من سن العاشرة دون ضرورة للولوج في التفاصيل، بهدف تعزيز خبراتهم ضد الصدمات الحياتية.

– ضرورة الإصغاء للأطفال اليتامى ومجهولي النسب وفتح المجال لهم للتعبير عن ذواتهم ومكنوناتهم الداخلية، وفتح الطريق لطابع علائقي ديمقراطي داخل الأسرة مع تجنب المعاملة المستبدة وكذا المعاملة المهملة بل يجب تأسيس علاقة صداقة قوامها الصراحة والثقة المتبادلة.

– تقديم القدوة الحسنة والصادقة للأطفال خاصة منهم اليتامى ومجهولي النسب.

– **دور المؤسسات التعليمية:** تحتل المدرسة مكانة هامة في حياة الأفراد خاصة في المراحل الأولى من التعليم، فهي تساهم بقدر كبير في بناء شخصيته وتصوراته ولهذا فلا بد من:

– تكوين المعلمين والمربين تكوينا يتناسب مع المهام التي أعدوا لها خاصة وأنهم قد يساهموا في الكشف عن الإدمان الثانوي أو المنتظم.

– دمج الفضاءات التوعوية المختلفة ضمن البرامج التعليمية المسطرة حكوميا (ممارسة الرياضة).

– اقتراح برامج تعليمية هادفة لتحصين الشباب منذ الصغر ضد الإقبال على خبرة التعاطي.

– مراجعة هذه البرامج العلمية والتربوية بشكل دوري حتى تتناسب مع الإطار الذي تحتله المخدرات داخل الجماعة المستهدفة.

– الابتعاد عن الطابع التسلطي في معاملة التلاميذ واعتماد الوسائل اللينة لتمرير الرسائل المرغوبة للتلاميذ.

– الابتعاد قدر الإمكان عن الجمود التعليمي القديم واعتماد تقنيات متخصصة

.. وأساليب سريعة متقدمة تكون أكثر قربا من اهتمامات التلاميذ وانشغالاته مثلا: استدعاء أبطال محليين كأسلوب توعوي، حيث يكون الأطفال أكثر انقيادا إلى صورة بطلهم المثالي (أورد في: بختي، 2004).

– **دور وسائل الإعلام:** تلعب وسائل الإعلام سواء المرئية أو المسموعة أو المكتوبة استنادا لبختي (2004) دورا في جذب الفرد وتغيير تصوراته وذلك من خلال:

– بث البرامج الدينية الرادعة فقد أثبتت الخبرات في مجال الوقاية من المخدرات، إن المجمعات المتدينة تكون محمية أكثر ضد التعرض للتدخين والكحول، لأن الوازع الديني يلعب دورا هاما في الوقاية ضد المخدرات لذلك يجب أن تتناسب البرامج الإعلامية مع المكونات الثقافية والدينية للفئة المستهدفة.

– تعتبر وسائل الإعلام وسيلة تربوية لأنها تعمل على تعديل المعلومات الأفراد فيما يخص استهلاك المخدرات.

– تكرار البث المخصص لهذه الحملة التوعوية قدر تكرار عرض الرسائل التجارية.

– الاستعانة بمساعدة شخصيات معروفة والتي تمثل نماذج حية للتماهي كالفنانين والرياضيين والمشاهير قصد بث الرسائل التوعوية بطريقة غير مباشرة.

– منع المعلقات ولافتات الإشهارية التي تشجع استهلاك هذه المستحضرات.

– تخصيص برامج إعلامية ترهب الاقتراب من المخدرات كأن تكون صور حول الموضوع.

– الاستعانة بالقنوات الفضائية للتخصيص وقت يستغل في حملة محاربة المخدرات.

– دور مراكز النشطات الثقافية والترفيهية:

– تعمل هذه المراكز على استغلال وقت الفراغ الذي يعاني منه الشباب، فهي تساهم في تنمية مواهبهم مثلا تربصات في مجال الإعلام الآلي أو الرسم أو الموسيقى.

– تحتوى هذه المراكز على أقسام خاصة لرعاية الطفولة وأخرى خاصة بالتكفل التربوي.

– كما أشار أيضا سويف (2004) إلى: تنظيم مسابقات علمية لفتح آفاق المعرفة والعلم أمام الأطفال والمراهقين.

– تنظيم خرجات علمية كالزيارة المناطق الأثرية والمتاحف.

– تنظيم رحلات بأسعار رمزية تخرج الفرد من عزلته وتمنحه فرصة لتأقلم مع حياة الجماعة المنسجمة وتكوين خبرات شخصية تسانده بالحياة.

– تنظيم أيام تحسيسية للشباب كاليوم العالمي بدون تدخين المصادف لـــ31 ماي.

– إن عمل هذه المراكز كأسرة واحدة، يسمح باحتواء مستهلكي المخدرات خاصة في بداية تعاطيهم وبالتالي إعادة إدماجهم ضمن الأجواء الحميمية التي توفرها.

– تنمية ثقافة الوعي بمخاطر هذه المستحضرات وليس عزل الأطفال وحصرهم ضمن مساحة الممنوعات مثلا: لا تقترب من هذه المواد وإياك والتعامل معها لأن هذه السلوكات تجعل الممنوع مرغوب.

– إنشاء مراكز وأقسام لاستقبال هذه الفئة من المجتمع مكونا من أطباء وأخصائيين نفسانيين واجتماعيين لتكفل بهم وإعادة إدماجهم في المجتمع.

– كما تقوم هذه الخلية بمساعدة أفراد آخرين بالقيام بخرجات توعوية حول موضوع الإدمان على المخدرات بالمناطق النائية التي لا يستطيع أفرادها الالتحاق بهذه المراكز.

– تهدف الوقاية حسب Association EL-AMEL Sétif (2004) إلى منع الفرد من الولوج في التبعية المميتة وتطوير مضاعفات استهلاك المخدرات.

– التقرب من هذه الفئة يسمح بالمتابعة المكثفة لهم ليس فقط بغرض العلاج النفسي بل تفاديا لتعقيدات أخرى أخطر كالإصابة بمرض السيدا التهاب الكبد أين نصبح فعلا أمام وباء سريع الانتشار وفتاك.

– نقل الواقع الحي الذي تعانيه هذه الفئة على جميع الأصعدة ودورها في استقبال والتكفل بهؤلاء الأفراد وتوجيههم إلى المراكز والجهات القادرة على مساعدتهم كجمعية الأمل للوقاية من الإدمان على المخدرات.

تاسعاً– علاج حالات الإدمان على المخدرات: أوضح كل من (1995) Delémont & Luchet أن الحديث عن علاج حالات الإدمان على المخدرات خاصة

لدى الأفراد اليتامى مجهول النسب يتطلب منا الحديث عن مشروع علاجي كامل يتضمن عملية الفطام "Le sevrage" تليها مرحلة أخرى متممة لها تعتبر فترة النقاهة "Poste-cure" والتي من خلالها يتضمن الوضع النهائي لإدماج المدمن.

– **الفطام:** هو الانقطاع المفاجئ للإدمان ويعرف من خلال حالة الفقدان التي يعيشها الشخص بعد مرور فترة من آخر مرة لتناوله المخدر، فتظهر على الفرد مجموعة من التظاهرات النفسية والجسدية وعملية الفطام تستجيب لطلبين ملحين هما:

– الفطام البيولوجي Sevrage biologique: أي عملية إزالة التسمم.
الفطام النفسي Sevrage psychologique: أي فقدان متعة الحالة الإدمانية.

فقد ذكر Kacha (2002) أن عملية الفطام تعتبر أول وأهم خطوة في المشروع العلاجي الذي يتأسس أصلا على مستوى العلاجات النفسية والاجتماعية معا، وعليه فإن مباشرة العلاج يتطلب مبادئ منها:

– التحفيز: ويتم ذلك عن طريق الحوار ويكون من خلال إعطاء فرصة للفرد للتفريغ والتعبير عن التشويش الذي يعيشه.

– الطوعية: لأننا نجد أنه بالرغم من تقدم المدمن لطلب المساعدة بشكل حر لكن بعد ذلك نكتشف أنهم قد دفعوا لذلك نتيجة لضغوطات أخرى كالشرطة أو العدالة وغيرها، وبالتالي تكون مساهمتهم غير فعالة.

– العقد: يجب أن يكون هناك اتفاق بين المدمن والفريق الطبي على بنود محددة لعملية العلاج، وعلى المعالج أن يتوقع من المدمن أن يطلب منه توقيف العلاج، لكن في مراحل متقدمة لا يترك القرار للمدمن بل يرفض طلبه لأن البداية بعد ذلك للعلاج من جديد تكون صعبة جدا.

– الإطار الطبي: وهنا يجب الأخذ بعين الاعتبار سرية ومجانية العلاج، وكذا اختيار المكان المناسب (أي العلاج داخل المراكز الاستشفائية أو المستشفيات).

2– **فترة النقاهة** "**Post-cure**": استقبال المدمنين الذين تلقوا العلاج ضمن مراكز مختصة وتجدر الإشارة هنا إلى أنه يجب تضافر كل الجهود سواء الطبية منها، أو النفسية أو الاجتماعية وحتى الأسرية خاصة وأن هدفها واحد وهو إعادة تأهيل وإدماج الفرد المدمن.

عاشراً: اقتراحات: الطرق الفعالة لمحاربة المخدرات الوقاية خير من العلاج.

– تعديل المنظومة التشريعية بما يحقق الرعاية والتكفل بهاتين الفئتين.

– إقحام العائلة في عملية التوعية والتحسيس والوقاية من المخدرات وكذا إعادة بعث الحافز الديني.

– محاربة البطالة وتحسين الظروف الاجتماعية.

– التوسع في العيادات الطبية والنفسية وتزويدها بالأخصائيين.

– عمل تحسيسي في المدرسة (التوعية) وقوافل إعلامية تحسيسية وقائية مع الشباب المهيكل والغير مهيكل.

– قيام الدولة بمنع دخول المخدرات وتجنيد أجهزتها العلمية والعملية في نشر الوعي الصحي.

– تكوين رأي عام مستنير مواكب للمنظور العلمي الحديث حول موضوع تعاطي المخدرات ومخاطرها خاصة لدى الأفراد اليتامى ومجهولي النسب.

– كما أن هذا الموضوع يثير الاهتمام لدى بعض المتخصصين من زوايا النظر المغايرة لتخصصاتهم فكثير من الكيميائيين وعلماء النبات والأطباء والقانونيين يعرفون معلومات لها وزنها عن المخدرات كل من زاوية تخصصه،

ولكن مما لاشك فيه أنهم جميعا يهمهم أن يلموا بمعلومات أخرى تمس بالموضوع من زاوية مغيرة لزاوية التخصص، خاصة وأن هذه المعلومات تخص السلوك البشري وفئة لها استعدادات وظروف خاصة (اليتامى ومجهولي النسب) فقد يرون أن يوظفوا هذه المعلومات في مجالات لم تكن تخطر لهم على بال وهؤلاء جميعا هم جمهور القراء الذين نخاطبهم بمضمون المعلومات التي نقدمها، والأسلوب الذي اخترناه راجين أن يكون أسلوبا وسطا بين مقتضيات التدرج العلمي ومطالب يسر الاستيعاب.

– **خاتمة:** إن هذه الفئة بحاجة إلى تقبل المجتمع لهم ومساعدتهم في توفير احتياجاتهم المادية والمعنوية ليعيشوا كغيرهم يستفيدون ويفيدون مجتمعهم، لأن المخدرات إذا دخلت بيوتنا فهي تنخر جسد أبنائنا، تتلف عقولهم، تحطم شخصيتهم وتميت إرادتهم فإنه ينبغي الحذر والتنبه للمشكلة قبل وقوعها واتخاذ كل سبل الحيطة والحذر إيمانا منا بأن الوقاية خير من العلاج فيجب أن تكون الأسرة أكثر قربا من أبنائها ويجعلونهم في أولويات اهتمامهم ويمنحونهم الوقت الكافي والجهد اللازم للرعاية فالمجتمع الصالح منبعه دائما الأسرة الصالحة، وعليه فالصحة نعمة فلنحافظ عليها والمخدرات نقمة فلنتجنبها.

– قائمة المراجع:

1– الزعلان، إيمان حميدي درويش (2015). قلق المستقبل وعلاقته بسيمات الشخصية لدى الأطفال مجهولي النسب. رسالة ماجستير، غزة فلسطين، الجامعة الإسلامية.
2– العفيفي، عبد الحكيم (1986). الإدمان. القاهرة (مصر): الزهراء للإعلام العربي.
3– العيسوي، عبد الرحمن (1994). سيكولوجية الإدمان وعلاجه. مصر: دار المعرفية الجامعية.
4– القذافي، رمضان محمد (1998). الصحة النفسية والتوافق. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

5- بختي، صبرينة (2005). التعاون الدولى في مجال مكافحة المخدرات، ضرورة توحيد الجهود للقضاء على الآفة. الجزائر: مجلة الشرطة، العدد 78، المديرية العامة للأمن الوطني.

6- تازروتي، كمال (2005). التعاون الدولي الإجرائي في مجال مكافحة الاتجار الغير مشروع في المخدرات. مجلة الشرطة.

7- رفعت، محمد وآخرون (1989). إدمان المخدرات، بيروت: دارا لمعرفة.

8- سايح ،عمار وجرار، ناصر وتجار، العمري (2006). الإدمان على المخدرات (انتشار مرعب لهذه الآفة الاجتماعية) الجزائر: مديرية الشرطة سطيف.

9- سهيل، إدريس (1999). قاموس فرنسي عربي "المنهل". بيروت: الطبعة 25، دار الآداب.

10- سويف، مصطفى، (2000). مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

11- شابرول، هـ .(2001). الإدمان في سن المراهقة. (ترجمة شاهين فؤاد) بيروت لبنان: عويدات للنشر والطباعة.

12- عبد النعم، محمد عفاف (2003). الإدمان (أسبابه ونتائجه) مصر: دار المعرفة الجامعية.

13- عبيد، محمد فتحي، (2005). مقومات التعاون الدولي في مجال مكافحة المخدرات. الرياض: منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

14- عرابي، زياد، (2004). العلاقات والروابط بين الإرهاب والجريمة المنظمة. الجزائر. مجلة الشرطة، 74، المديرية العامة للأمن الوطني.

15- عطيات، عبد الرحمن شعبان (2000). المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، السعودية.

16- عوض، عباس محمد (دون سنة). علم النفس الاجتماعي. مصر: دار المعرفة الجامعية.

17- كامل، أحمد فؤاد (1989). مافيا المخدرات والسموم البيضاء، مجلة الشرطة، الجزائر، 42، المديرية العامة للأمن الوطني.

18-Association EL-AMEL (2004). De prévention des toxicomanes, Sétif (Algérie). La drogue en Parler c'est déjà agir.

19-Delémont, J & Luchet, F (1995). Guide pratique de psychiatrie:Alger: Edition Berti.

20-Deniker, Pierre (1987). Psychopharmacologie: Paris,"Les médicaments et drogues psychotropes". Edition Marketing .

21-Kacha, F. (2002). Psychiatrie et psychologie médicale, Alger(Algérie).2² édition, entreprise nationale de livre,

22- Norbert, Sillamy (1999). Dictionnaire de Psychologie. Paris(France) Larousse .

23- .https:// www .raseef22.com/life/نسب–مقلقة–للمدمنين–في–بعض–الدول–العربي

www.drogues-dependance.fr/heroine-chiffres_d_une_realite.html

24- https://www.echoroukonline.com/ara/articles. جمعية–كافل–اليتيم–الوطنية–الجزائر –

25-https:// www .raseef22.com/life/

26- www.drogues-dependance.fr/heroine-chiffres_d_une_realite.html