

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office
for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مِنْظَرَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
الكتب الإقليمي
لشرق البحر المتوسط

EM/RC40/8
ش م / ل ٨ / ٤٠
تموز / يوليو ١٩٩٣
الاصل بالعربية

اللجنة الإقليمية
لشرق البحر المتوسط

الدورة الأربعون

البند ١٠ (ب) من جدول الأعمال

ورقة تقنية

حول

معاقرة المخدرات والمواد النفسانية التآخري

المحتوى

الصفحة

١ الخدصة
٣	١- المقدمة
٥	٢- أغراض الورقة
٦	٣- بعض المصطلحات الشائع استعمالها في مجال معاقرة المواد
٩	٤- مدى جسامه المشكله
١٤	٥- أسباب معاقرة العقاقير
١٩	٦- الموارد المتاحة لمكافحة مشاكل المسكرات وسائر العقاقير
٢٣	٧- وضع استراتيجية للعمل
٢٥	٨- المعاهدات الدولية لمكافحة معاقرة العقاقير
٢٨	٩- التوصيات
٣٠	الملحق الأول - منظومة الأمم المتحدة ومكافحة المخدرات
	الملحق الثاني - قائمة بالدول الموقعة على مختلف الاتفاقيات المتعلقة بالمخدرات
٣٤	والمؤثرات العقلية (حتى ١٥ تموز/يوليو ١٩٩٣)

ورقة تقنيةحولمعاقرة المخدرات والمواد النفسانية التأثير

البند ١٠ (ب) من جدول الأعمال

الخلاصة

لمعاقرة abuse المخدرات وما إليها من المواد، أبعاد كثيرة، لا يمثل الاعتماد عليها، أي إدمانها، سوى بُعدٍ واحدٍ منها. ولا يُعتبر الاعتماد على العقاقير مجرد مشكلة صحية، بل هو أكثر من ذلك وأخطر. فهذه المشكلة ليست محدودة النطاق، بل هي متفشية كالوباء، إذ لا يكاد يوجد بلد ولا منطقة في العالم، يمكن اعتبارها خلواً من هذا الوباء. لذلك، فإن هذه المشكلة تثير القلق والانعاج في كثير من بلدان العالم، ومنها العديد من بلدان إقليم شرق المتوسط. فهذا الإقليم، بالإضافة إلى أنه تتم فيه معاقرة أنواع كثيرة من المواد والعقاقير، فإنه يُعتبر أحد أهم طرق العبور لهذه المواد في العالم، ومن ثم فقد أُمسى مستهدفاً بصورة متزايدة لجميع أنواع المشاكل المتعلقة بالعقاقير.

ولا يخفى أن سوابق مكافحة تعاطي المخدرات وسائر عقاقير الإدمان، لم تكن ناجحة. فقد استخدمت في الماضي أساليب مختلفة كثيرة، أخفقت جميعاً في وقف انتشار هذه العقاقير أو حتى إبطاء هذا الانتشار. ومن ثم فإن المشاكل والهموم التي كانت قائمة في هذا الصدد، طوال العقود الأخيرة، مازالت قائمة حتى الآن. غير أنه لا ينبغي أن يكون ذلك مدعاة لليأس، بل ينبغي أن يكون سبباً قوياً لإعادة بحث المشكلة، سعياً إلى إيجاد حلول مناسبة لها، واتخاذ ما يلزم من إجراءات حيالها. وجدير بالملاحظة في هذا الصدد، أن عرض المخدرات وسائر عقاقير الإدمان والطلب عليها، يعتمدان على متغيرات كثيرة جداً، بحيث يستحيل على قطاع اجتماعي بعينه، كقطاع الصحة، أن يقوم وحده برسم خطط عمل صالحة للتطبيق على مختلف جوانب مشكلة معاقرة هذه المواد.

ونظراً لعدم مشروعية معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان، فإنها تكتنفها السرية، ومن ثم يصعب دائماً الحصول على معطيات مصدوقة وموثوقة حولها. ثم إن غياب هذه المعطيات ملحوظ على وجه الخصوص في بلدان الإقليم. ولا يخفى أنه لا بد من توافر حد أدنى من المعطيات، مع وجود آلية موثوقة لرصد هذا النشاط على الصعيدين الوطني والإقليمي، حتى يتسنى التخطيط تخطيطاً فعالاً لمكافحة هذه المعاقرة.

ومن التبسيط المخل بوقائع الأمور، أن نتحدث ببساطة عن أسباب مشكلة معقدة، كمشكلة معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان. إذ إن هنالك مجموعة متشابكة من العوامل التي تتفاعل معاً تفاعلاً ديناميكياً، والتي يمكن أن تسبب اعتماد الفرد على العقاقير، أو تساعد على اعتمادها عليها، وتؤثر في مدى انتشار مشكلة المعاقرة في المجتمع. وقد تنبع هذه العوامل من مصادر بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية - بيئية.

والموارد المتاحة لمكافحة المعاقرة abuse، كثيرة ويمكن الاستفادة منها في العمل في إطار نظام ديناميكي التفاعل، لتحقيق بعض النتائج. وأهم هذه الموارد، الدين، والمعتقدات، والعائلة، والمدرسة، ومكان العمل، والمجتمع المحلي، والإرادة الوطنية، والبنية الصحية القائمة، والمجتمع العلمي، وسلطة إنفاذ القانون، ووسائل الإعلام، ومرافق الطب النفسي، والمنظمات الحكومية والدولية.

ولابد، من أجل وضع استراتيجية تصلح لمكافحة معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان، من القيام أولاً بدراسة تجارب الماضي. ولابد، بعد ذلك، من الحصول على معلومات من شأنها المساعدة في اتخاذ إجراءات فعالة. وعلى ذلك، فإن المعطيات الوبائية التي لا تبين سوى نطاق المشكلة، لا بد من استبدالها، أو استكمالها بمعطيات تبين ذلك المقدار من المشكلة الذي يمكن إيجاد حل له. إننا لا يمكن، في إطار مكافحة للمعاقرة، أن نبدأ بأسبابها، فأسبابها شتى، وهي متشابكة مع عوامل كثيرة جداً لا يتيسر الوصول إليها. بل يمكننا، بدلاً من ذلك، الارتكاز على الموارد المتاحة. كما يجب علينا أن نجري تحليلاً لهذه الموارد كي نحدد منها ما يمكن لنا أن نركز عليه في ما نتخذه من إجراءات ذات جدوى. وعلينا بعد ذلك، أن نربط بين كل مورد من هذه الموارد وبين خطة عمل ملموسة ذات أهداف واقعية. ولا يخفى أن نظام الرعاية الصحية الأولية هو أكثر مورد يمكن التعويل عليه في ما يتعلق بجميع القضايا المتصلة بالصحة التي تنطوي عليها مشاكل معاقرة المسكرات والعقاقير. ولابد من تقوية دور المجتمع في هذا الصدد، ووضع نظام للتنسيق في ما بين القطاعات. ولاريب أن إنشاء خدمات صحية كافية ومناسبة، مع ما يترتب عليه من تحسن في صحة وعافية الأفراد والمجتمع، يمثل سبباً بالغ الفعالية في الحيلولة دون المعاقرة. وبذلك يمكن أن تصبح الصحة أهم إسهام يؤثر تأثيراً فعالاً في قوى العرض والطلب في سوق العقاقير.

وتحدد هذه الورقة بعض هذه الموارد، وتقتراح بعض الطرق لاستخدامها في بناء برامج تركز على البنى الأساسية الصحية والاجتماعية القائمة. كما تحدد هذه الورقة بعض التدابير التي يمكن للهيئات الوطنية والإقليمية والدولية النظر فيها من أجل وضع خطط عمل لتيسير تحقيق أهداف مكافحة المشاكل المرتبطة بمعاقرة المسكرات والعقاقير. وتشتمل هذه التدابير على مجموعة واسعة من البرامج الفرعية، كالوقاية، والتعريف، وتعزيز أنماط الحياة الصحية، والتدريب، والتشخيص، والمعالجة، والتأهيل.

١- المقدمة

لاستعمال المواد النفسانية التاثير psychoactive ابعاد كثيرة، أهمها عواقبها الصحية، بما في ذلك الاعتماد dependence عليها. ومن ابعادها كذلك مختلف الجوانب المتعلقة بإنتاج هذه المواد، وتسويقها، والتشريعات الخاصة بها، وإنفاذ القوانين ذات العلاقة بها، وتوفيرها للاستعمال الطبي، وما إلى ذلك.

وليست معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان مشكلة صحية فحسب، بل هي كذلك مشكلة اجتماعية عويصة. ولهذه المشكلة أبعاد وبائية، إذ لا يكاد يوجد بلد أو إقليم في العالم يمكن اعتباره خلوًا من العقاقير. وليس من اليسير إعطاء تقدير دقيق لمدى جسامته هذه المشكلة. غير أنه يمكن القول بأن ما يتم مشاهدته والتبليغ عنه بخصوصها، لا يمثل سوى «قطرة في بحر» المشكلة (الجدول ١).

وقد أعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة السنوات العشر الممتدة من عام ١٩٩١ إلى عام ٢٠٠٠، «عقد مكافحة إساءة استعمال العقاقير». كما اتخذت جمعية الصحة العالمية في دورتها الثالثة والأربعين القرار ج ص ع٤٣-١١، الذي يطلب إلى الدول الأعضاء والمدير العام لمنظمة الصحة العالمية، اتخاذ خطوات واضحة في مجالات خفض الطلب على العقاقير، ومعالجة مدمنيها، وتأهيلهم، وإجراء البحوث الرامية إلى مكافحة إساءة استعمال العقاقير. وقد سهبت هذا القرار قرارات أخرى، نخص بالذكر منها القرارات ج ص ع٣٧-٢٢ و ج ص ع٣٣-٢٧، اللذين أعربت جمعية الصحة العالمية فيهما عن قلقها إزاء المشكلة، ودعت إلى اتخاذ إجراءات متماسكة ومتناسقة لمكافحتها.

وإذا نحن تناولنا تاريخ هذه المشكلة، وجدنا أن تناول المواد ذات الخواص النفسانية التاثير، لأغراض الترفيه أو الاحتمال، يعود إلى بواكير الحضارة. فقد استخدم الإنسان كل مصادر السكريات تقريباً، ابتداءً من حليب النوق حتى عصير قصب السكر، مروراً بعصير العنب، كي يصنع منها المُسكرات. وكان سكان بلاد ما بين النهرين وقدماء المصريين يستعملون الخشخاش كعلاج. ودلت الشواهد في المواقع الأثرية في تركيا، على وجود بذور الخشخاش فيها منذ آلاف السنين. وتشير الكتابات الهندوسية التي تعود إلى القرن الرابع عشر قبل ميلاد السيد المسيح، إلى استعمال الحشيش. ويتكرر ذكر الأفيون في الشعر الفارسي المأثور، في ما بين القرنين العاشر والخامس عشر بعد الميلاد. أما الكوكايين والتبغ، فقد كان منشأهما في القارة الأمريكية.

ويعاني إقليم شرق المتوسط أشد المعاناة من مشاكل تعاطي العقاقير، إذ إن معاقرة المخدرات والمواد النفسانية التاثير، شائعة في الإقليم. كما أن الإقليم من أهم طرق العبور في العالم لتجارة العقاقير، ومن ثم فهو مُستهدَف، بصورة متزايدة، للمشاكل الصحية والاجتماعية والاقتصادية المقتربة بالعقاقير. ويمكن، عموماً، القول بأن معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان هي من أهم المشكلات الاجتماعية والصحية في الإقليم. ولا يخفى أن عدم السيطرة على انتشارها يتعارض مع هدف توفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين.

وتتقرن بتعاطي العقاقير مشكلات عديدة، صحية وغير صحية؛ إذ إنها تزيد من الحوادث والإصابات في الطريق، وفي مكان العمل، وفي المنزل. كما تتقرن بها حوادث الانتحار والعنف، والتغيب عن

الجدول ١- معدلات معاقرّة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان، التي تم التبليغ عنها إلى الأمم المتحدة، بحسب البلدان أو المناطق (١٩٨٨)

المعدل لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة			البلد أو المنطقة
الأفيون	الهيروين	الكوكايين	
--	--	٦٢٦ر٤	الأرجنتين
--	--	١١٩ر٧	شيلي
--	--	٢٨٣ر٠	أكوادور
--	٣٢ر٣	١٠٨ر٤	المكسيك
٥٧ر٠	--	--	هونغ كونغ
١٤٥ر٠	--	--	ماليزيا
--	٩٥ر٨	--	ميانمار (بورما)
٣٩ر٦	--	٠ر٣	الفلبين
١٦ر٨	٣٣٦ر٦	--	سنغافورة
--	٢٠٦ر٠	--	سري لانكا
١٠٨ر٧	١٠٠ر٣	--	تايلند
٩١١ر٠	٢٧٣ر٣	--	جمهورية إيران الإسلامية
٢١٠ر٤	٣٧٨ر٧	--	باكستان
٥٥ر٠	٣٥ر٠	--	النمسا
١١ر٥	٣ر٩	٤٠ر٨	كندا
--	٣٤٩ر١	٠ر٥	إيطاليا
--	١٤٦ر٢	١٠٣ر٦	أسبانيا
١ر٢	٢٩ر٦	١ر٦	المملكة المتحدة
--	٢٠٢ر٢	٥٠١٢ر٣	الولايات المتحدة الأمريكية
١٠ر٨	٠ر٧	--	الاتحاد السوفياتي (سابقاً)

المصدر: لجنة المخدرات، E/CN.7/1990/14، ١٩٩٠/١/٢.

العمل، وانخفاض الإنتاجية. واستعمال المواد النفسانية التأثير أثناء الحمل، يؤثر في الجنين، كما أن تعاطي هذه المواد يمكن أن يقصر العمر، إذ إنه يزيد من تعرّض متعاطيها للإصابة بالسرطان، والأمراض القلبية الوعائية، والأمراض التنفسية، والأمراض المعدية، وأمراض الجهاز المناعي، ولاسيما متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز). كما أنه يسبب تغيّرات أساسية في الشخصية؛ ويجعل المتناول لهذه المسواد معرّضاً للإصابة بالأمراض النفسانية، وهو يؤدي إلى تفكك الأسرة؛ واستنزاف الموارد الاقتصادية للأسرة والمجتمع؛ ويصرف الناس عن المشاركة في التنمية الاجتماعية؛ ومن ثم، فإنه ينال من جودة الحياة. وهناك علاقة مباشرة بين الجريمة وبين معاقرّة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان. فالمتاجرون في المخدرات يرتكبون كثيراً من الأعمال الإجرامية ضد الدولة والأفراد، ومدمنو هذه المخدرات لا يتورّعون عن ارتكاب أي جرم من أجل إشباع إدمانهم لها.

ولعلنا لو استعرضنا بإيجاز تاريخ حياة المدمن، لأمكنا إيضاح خطورة المشكلة، والتعرف على الفرص السانحة للتدخل الإيجابي. وعلى الرغم من أن للاعتماد البدني والنفسي على العقاقير، مظاهر تختلف بحسب نوع العقار المستعمل، فإن حياة المدمن تعتمد على تناوله مادة كيميائية بانتظام. والاعتماد على العقاقير بهذا الشكل هو النتيجة النهائية لعملية طويلة تبدأ بتجريب العقاقير. ويبدأ تعاطي العقاقير لأسباب عديدة، ولا يمكن، في مراحله الأولى، اعتباره إدماناً، إذ إنه يستغرق وقتاً قد يمتد أسابيع أو سنوات عديدة، قبل أن يتحول تحولاً كاملاً إلى الإدمان. وخلال الفترة ما بين بدء تناول العقاقير والانتهاج إلى الاعتماد عليها، يمكن القيام بأنشطة وقائية، تحول دون أن يتطور تعاطي العقاقير والمسكرات إلى مرحلة الاعتماد الكامل عليها.

ولا تظهر أعراض الاعتماد على العقاقير إلا بعد فترة من تجريبها يختلف طولها من عقار إلى آخر، ولا بد من مرور فترة أطول حتى يتم التحول إلى مرحلة الإدمان الكامل، مع ما يقترن به من اشتهاج تناولها، وظهور أعراض الامتناع التي تصيب متعاطيها إن هو امتنع عن تناولها، وانعزاله عن المجتمع، وانضمامه إلى جماعات تمارس نشاطها المشبوه في الظلام، من أجل الحصول على هذه العقاقير. ومعظم الذين يجربون العقاقير لا يصبحون مدمنين لها. أمّا ذلك المدمن النموذجي، الذي بلغ الحد النهائي للإدمان، والذي ينبذه المجتمع، فيقع في أوكار تضم أمثاله من المدمنين والمشبوهين، ما هو إلا مثال شاذ، لا يمثل غالبية الذين جربوا العقاقير في بعض الأحيان.

وعلى الرغم من كل الجهود المخلصة، ذات المقصد الحسن، التي بذلتها منظمات وطنية ودولية ولاحكومية كثيرة، من أجل مكافحة معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان، فقد استمرت هذه المشكلة، بل تفاقت. ولا يمكن أن يحدث من خطورة هذه المشكلة سوى الأخذ بأساليب مبتكرة، مع الاستفادة من موارد المجتمع ومن البنية الأساسية الصحية القائمة، والقيام، في الوقت نفسه، باتخاذ تدابير حكيمة وقوية وثابتة ضد توريد العقاقير. وتتناول هذه الورقة هذه القضايا، مع الاهتمام على وجه الخصوص بإقليم شرق المتوسط، محاولة اقتراح استراتيجيات واقعية لمكافحة هذه المشكلة، وذلك من خلال تحليل التجارب السابقة، وأسباب تعاطي العقاقير، والموارد المتاحة.

٢- أغراض الورقة

في ما يلي موجز لأغراض هذه الورقة:

- تقديم حقائق أساسية حول مشكلة معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان، على الصعيد العالمي، وبحث الظروف والأوضاع الراهنة في بلدان الإقليم، وإبراز ما يكتنف هذا المجال من عقبات، وما فيه من قضايا قائمة وحرص سائمة؛
- بحث خلفيات وأسباب العرض والطلب في سوق العقاقير، ثم القيام، في ضوء الظروف القائمة، باقتراح استراتيجيات وأساليب مبتكرة، تدعمها إجراءات مجتمعية المرتكز، فضلاً عن خدمات الرعاية الصحية الأولية، لمكافحة المشكلة؛

- مراجعة الترتيبات المؤسسية على الصعيد الوطني، مع المنظمات الدولية واللا الحكومية، وكذلك مراجعة الاتفاقيات والمعاهدات الدولية المتعلقة بالعقاقير ومعايرتها.

٣- بعض المصطلحات الشائع استعمالها في مجال معايرة المواد

توجد مئات المصطلحات المتعلقة بمعايرة المواد، غير أنه يعيننا في هذه الورقة توضيح المصطلحات والمفاهيم التالية:

١-٣ العَرَض

يتناول مصطلح «العَرَض» جميع الجوانب المتعلقة بتوافر عقار ما. وتشمل هذه الجوانب، في ما تشمل، إنتاج العقاقير، وتسويقها، وتهريبها، والقوانين ذات العلاقة بها، وإنفاذها، والحصص النسبية لبعض العقاقير اللازمة للاستعمال الطبي، وطرائق الرصد، وأنظمة الجمارك، وما إلى ذلك. أما تقليل العَرَض فتقع مسؤوليته الرئيسية على الأجهزة التشريعية وأجهزة إنفاذ القوانين، كما أنه يتطلب اتخاذ تدابير اقتصادية وتنموية، تضمن استدرار إيرادات مشروعة، عوضاً عن الإيرادات غير المشروعة التي تستجلبها العقاقير المحظورة.

٢-٣ الطَّلب

يتناول مصطلح «الطلب» جميع الجوانب المتعلقة بتوافر عقار ما. وتشمل هذه الجوانب، في ما تشمل، إتاحة العقار، والعوامل الفردية والأسرية والاجتماعية - الاقتصادية، وكذلك العوامل النفسية - الاجتماعية أو البيئية، كالكرب stress، والمواقف الثقافية، والمعايير الاجتماعية، والمؤثرات الدينية، وظروف الشباب، وما إلى ذلك.

ولا توجد خطوط فاصلة بين «العَرَض» وبين «الطلب». والعبء هنا أن ننظر إلى هذه المشكلة باعتبارها نظاماً مفتوحاً ذا فرعين رئيسيين متفاعلين.

٣-٣ العقاقير المخدرة (المخدّرات)

يشير مصطلح العقاقير المخدرة (المخدّرات) إلى أي عقار يفتّر قليله الحواس، ويهزج الألم، ويحدث شعوراً بالانشراح والمرح، أما كثيره فيسبب فقدان الإحساس، بل يسبب كذلك الذهول والموت. وهذا المصطلح متداول منذ ما يربو على قرن من الزمان، ومن ثم فقد اكتسب معناه على مر الزمان، ظلالاً كثيرة. فغالباً ما يستخدمه غير الطبيين، بتجوّز، للإشارة إلى جميع أنواع العقاقير المحظورة، التي تسبب الاعتماد عليها. غير أن معظم إخصائيس الدوائيات يقصرون استعمال هذا المصطلح على العقاقير التي تهزج الألم وتبعث على النوم العميق، أي أنهم يعنون به: (١) الأفيون، (٢) ومشتقات الأفيون (مثل المورفين، والكودين، والهيروين)، (٣) والمركبات التخليقية الشبيهة بمشتقات الأفيون (مثل

المبييريين والميتادون، إلخ). غير أنه لأسباب تاريخية، يُستخدم هذا المصطلح في «الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، لعام ١٩٦١» بمفهوم أوسع من ذلك، إذ إنه يشمل، بالإضافة إلى مشتقات الأفيون، الحشيش ومشتقات ورق الكوكا، وإن كان الحشيش والكوكايين، لا يعتبران من المخدرات، بمعناها العلمي الدقيق. (للاطلاع على مزيد من التفاصيل حول «المعاهدات الدولية»، انظر القسم الثامن).

٤-٢ المواد المخامرة للعقل * psychotropic substances

يستخدم هذا المصطلح أحياناً استخداماً يشمل جميع المواد النفسانية التأثير. أما في مجال علم الأدوية، فإنه يُستعمل غالباً للإشارة إلى عقاقير أو أدوية المعالجة النفسية (أي الأدوية التي تستعمل في معالجة الاضطرابات النفسية). أما في الاتفاقية الدولية المعروفة باسم «اتفاقية المؤثرات العقلية، لعام ١٩٧١»^{*}، فيستخدم هذا المصطلح بمفهوم أوسع، إذ يشمل جميع المواد النفسانية التأثير التي يمكن أن تؤدي إلى الاعتماد عليها.

٥-٢ المواد النفسانية التأثير psychoactive substances

يحل هذا المصطلح بالتدريج محلّ مصطلح «المواد المخامرة للعقل»، ومحلّ مصطلح «المخدرات»، في مجال الاستعمال الطبي؛ إذ إن نطاقه أوسع، فهو يشير إلى جميع المواد، مخدرات كانت أو غير ذلك، التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي، وتحدث تغييرات في المزاج والإدراك والوعي. وكما أوضحنا آنفاً، فإن مصطلحي «المخدرات» و«المواد المخامرة للعقل» قد تطورا على مرّ الزمان، وهما ما يزالان يُستعملان في اتفاقيتين دوليتين رئيسيتين، أسلفنا ذكرهما، ألا وهما «الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، لعام ١٩٦١» و«اتفاقية المؤثرات العقلية، لعام ١٩٧١». غير أن منظمة الصحة العالمية قد آثرت، لأسباب طبيّة، ولاغراض السجلات الصحية، أن تستخدم في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، المصطلح الأكثر شمولاً، ألا وهو «المواد النفسانية التأثير».

٦-٢ تصنيف المواد النفسانية التأثير

وفقاً للتصنيف الدولي الأخير للأمراض (المراجعة العاشرة)، يمكن أن يؤدي استعمال المجموعات الآتية من المواد النفسانية التأثير، إلى إحداث اضطرابات نفسية وسلوكية، منها الاعتماد على هذه المواد، وهي:

- الكحول؛
- مشتقات الأفيون؛
- مشتقات الحشيش؛

* في الحديث الشريف: «وما خمر العقل فهو حرام»، وعن عمر بن الخطاب رضي الله عنه: «والخمر ما خامر العقل».

- المسكنات والمنومات؛
- الكوكايين؛
- المنبهات الأخرى (مثل الأمفيتامين، والقات، والكافيين)؛
- عقاقير الهلوسة؛
- التبغ؛
- المذيبات الطيارة؛
- تناول عقاقير متعددة واستعمال مواد أخرى غير معينة.

٧-٣ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن استعمال المواد النفسانية التأثير:

في ما يلي أهم المتلازمات التي تسببها المواد النفسانية التأثير، كما جاء وصفها في التصنيف الدولي للأمراض (المراجعة العاشرة).

(أ) العمل (التسمم) الحاد Acute intoxication. ترتبط هذه المتلازمة عموماً بالجرعة المأخوذة. وتتمثل هذه المتلازمة في اضطرابات تحدث في مستوى الوعي، والمعرفة، والإدراك، والسلوك، وتصاحبها، في العادة، تغيرات في الوظائف النفسية - الفيزيولوجية.

(ب) الاستعمال الضار Harmful use. يستخدم هذا الاصطلاح، عندما يؤدي استعمال المواد النفسانية التأثير إلى الإضرار بالصحة الجسمية أو النفسية أو كلاهما، دون بلوغ درجة الاعتماد على هذه المواد، أو دون الوصول إلى حالة الامتناع، أو الاضطراب الذهني. واستخدام هذا المصطلح مأم في مجال تدوين الأضرار الصحية الناجمة عن الإفراط في استعمال التبغ وتناول الكحول، وما إلى ذلك.

(ج) متلازمة الاعتماد Dependence syndrome. من الاصطلاحات التي كانت رائجة في المطبوعات الطبية في ما مضى، «الإدمان» addiction و«التعود» habituation، وغيرهما، وقد حل محل هذه الاصطلاحات، بالتدريج، مصطلح موحد، هو «الاعتماد» dependence. وتتميز متلازمة الاعتماد النمذجية بالملامح التالية:

- وجود رغبة قوية أو شعور بالاضطرار لتعاطي مادة أو عقار ما؛
- صعوبة التحكم في السلوك المتبع في تعاطي العقار، سواء من حيث الشروع فيه أو إنهائه أو من حيث مستوى التعاطي؛
- حدوث حالة امتناع withdrawal فيزيولوجية عند وقف أو تقليل استعمال المادة المتعاطاة؛
- وجود بيئة على بلوغ مرحلة التحمل tolerance (أي الاحتياج إلى زيادة الجرعة المتعاطاة، لإحداث نفس الأثر الذي كانت تحدثه الجرعة المعتادة)؛

٢- سجلات مرافق الخدمات الصحية. يمكن جمع معلومات مباشرة في هذا الصدد، من المستشفيات والعيادات الخاصة التي تجري فيها معالجة المعتمدين على العقاقير، أو من مستشفيات الطب النفسي العامة وعيادات المرضى الخارجيين، في البلدان. وتفيد هذه المعلومات في تقدير عدد المعتمدين على العقاقير، الذين ينتفعون بخدمات هذه المرافق الصحية، والتعرف على نوع العقاقير التي يتعاطونها. غير أن فائدة هذه المعلومات محدودة، إذ إنه لا يسعى في طلب خدمات هذه المرافق سوى الأشخاص الذين يعتمدون اعتماداً شديداً جداً على العقاقير، ثم إن المعتمدين على العقاقير لا يوجون بمعلومات صادقة وكاملة عن أفعالهم بسبب عدم مشروعيتها. ويمكن كذلك معرفة مدى انتشار تعاطي بعض العقاقير، كالمسكرات، من المعلومات غير المباشرة التي يتم الحصول عليها من مرافق الخدمات الطبية العامة؛ ومن هذه المعلومات عدد حالات التشمع cirrhosis (التليف الكبدي).

٣- التقصّيات الوبائية. يمكن الحصول على معلومات جيدة من خلال إجراء تقصّيات وبائية للسكان عموماً، وللغئات الشديدة التعرض لتعاطي العقاقير، على وجه الخصوص (كالملااب والشبان من غير الطلاب، والعمال الصناعيين، وأولاد الشوارع، وسائقي سيارات النقل، وأشباههم). ويمكن تكملة هذه التقصّيات بإجراء فحص مخبري لسوائل الجسم لتحريّ مختلف المواد النفسية التأثير فيها. غير أن هذه التقصّيات تتكلف كثيراً، وتستغرق وقتاً طويلاً، وتتطلب موارد بشرية مدربة، كالأطباء، واختصاصيي علم النفس، والإحصائيين، والإحصائيين الاجتماعيين، وغيرهم. ولكي تكون هذه التقصّيات مفيدة حقاً، فإنه لا بد من تكرارها مع مجموعات ماثلة من السكان، ومراقبتها بآدوات مقيسة، كل بضع سنوات، من أجل تقييم التغيرات في نمط معاقررة العقاقير في المجتمع. وعلى مستوى السنين الماضية، أصدرت المنظمة عدداً من الاستبيانات، والدلائل التي تستخدم في التقصّيات الوبائية لمعاقررة العقاقير في مختلف المجموعات السكانية، وهي يمكن أن تكون مفيدة جداً للذين يريدون إجراء أمثال هذه التقصّيات الوبائية.

٢-٤ مدى انتشار استعمال المواد النفسية التأثير

يستند الوصف التالي لمدى انتشار استعمال المواد النفسية التأثير، إلى تصنيف هذه المواد الواردة في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض.

الكحول

الكحول هو أكثر المواد المخامرة للعقل mind-altering استعمالاً في العالم. كما أن آثاره الضارة في الفرد وفي المجتمع معروفة منذ عهد طويل. وقد كانت المشاكل المتصلة بمعاقررة الكحول، في ما مضى، مقصورة بشكل رئيسي، على بلدان أوروبا والأمريكيتين، فأضحت منتشرة حالياً في معظم بلدان آسيا وأفريقيا. ومن حسن حظ بلدان إقليم شرق المتوسط، أن هذه المشكلة مازالت طفيفة نسبياً، بفضل التقاليد الدينية القوية والقوانين الصارمة ضد معاقررة الكحول.

الفيونيات

تشمل هذه المركبات، في ما تشمل، الفيون وقلوانياتها (كالمورفين، والكودين، والهيروين) وبعض المركبات التخليقية المماثلة (كالمبيريدين، والميتادون، والينتازوسين وغيرها). وقد جرت العادة على استعمال الفيون لأغراض طبية وترفيهية، في كثير من بلدان آسيا وأفريقيا. ويحدث أحياناً أن يؤدي استعمال هذه المواد إلى الاعتماد عليها، وإن كان ذلك لم يثر، إلا مؤخراً، مشكلة خطيرة جداً لهذه البلدان.

وقد تغيرت مشكلة معاقرة مشتقات الفيون تغيراً مثيراً مع ظهور الهيروين في سوق العقاقير المحظورة. ولعل الهيروين، ذلك العقار المحظور ذا الإمكانيات العالية لإحداث الاعتماد عليه، هو أكثر العقاقير استعمالاً في بلدان إقليم شرق المتوسط. والهيروين هو أحد مشتقات الفيون نصف التخليقية، وهو متوافر في شكل مسحوق بني أو أبيض، يستنشق عادة عن طريق الشم، كما أنه يحقن في الوريد. وله في الشوارع أسماء دارجة، منها «البودرة» و«الأبيض»... إلخ.

واستعمال الهيروين شائع في باكستان وجمهورية إيران الإسلامية ومصر، وكثير من بلدان الإقليم الأخرى. وقد ازداد استعماله ازدياداً هائلاً. فقبل عام ١٩٨٢، مثلاً، كان من النادر أن نجد أي حالات يعالج أصحابها من معاقرة الفيون في مستشفى الأمراض النفسية بالإسكندرية. أما في عام ١٩٨٢، فقد أدخلت ٢٦ حالة في المستشفى للمعالجة. وبحلول عام ١٩٨٧، زاد عدد حالات المعتمدين على الهيروين إلى أكثر من ٦٠٠ حالة^(١). ومنذ ذلك الحين، بقي هذا العدد على ما هو عليه، أو لعله انخفض. كما أبلغت باكستان عن حدوث زيادة هائلة منذ عام ١٩٨٠، في أعداد مدمني الهيروين. ووفقاً لنتائج التقيص الذي أجراه المجلس الباكستاني لمكافحة المخدرات، في عام ١٩٨٦، فقد قدر عدد مدمني الهيروين في باكستان بنحو ٦٥٧ ٠٠٠ مدمن. ومن المرجح أن هذا العدد قد زاد منذ ذلك الحين.

وقد قامت سلطات كثيرة بتشبيه الزيادة الهائلة في إساءة استعمال الهيروين خلال السبعينات والثمانينات، بالوباء. وقد بلغ هذا الوباء ذروته في السبعينات والثمانينات، ثم بدأ حالياً يثبت عند مستوى معين. غير أن أحداً لا يملك أن يتراخى أو يتهاون إزاء معاقرة المخدرات، إذ يحدث في كثير من الأحيان أن يعني الانخفاض في معدل تعاطي عقار ما، أنه قد تم استبداله بعقار آخر، قد تكون أضراراً. وهناك بالفعل شواهد على أن انخفاض المعروض من الهيروين، قد أدى بالكثير من المدمنين إلى التحول إلى تعاطيه حقناً للحصول على تأثير أقوى (أو للشعور بالنشوة)، معرضين أنفسهم بذلك إلى خطر آخر، ألا وهو خطر الإصابة بالإيدز، أي متلازمة العوز المناعي المكتسب.

(١) الوثيقة ش م / ل ١٥/٢٥ لعام ١٩٨٦.

مشتقات الحشيش

القنب الهندي أو قنب الحشيش، نبات ينمو في كثير من بلدان آسيا وأفريقيا. والطريقة السائدة لتعاطيه في بلدان إقليم شرق المتوسط هي تدخين الراتين resin المعروف باسم الحشيش، المشتق من أوراق القنب وزهوره. وقد كان تعاطي الحشيش، في ما مضى، واسع الانتشار في كثير من بلدان الإقليم، ومنها لبنان ومصر والمغرب، وبعض البلدان العربية الأخرى، ولاسيما في الأرياف. وجدير بالملاحظة أن قدرة الحشيش على إحداث الاعتماد عليه، هي أقل نسبياً من قدرة الأفيونيات.

المهدئات والمنومات

المهدئات sedatives والمنومات hypnotics مواد نفسانية التأثير، يتم إنتاجها اصطناعياً في المختبرات، وهي من مستحضرات القرن العشرين. وعلى حين كانت البريتويات والبروميديات، وهدرات الكلورال، وما إليها من المستحضرات، متوافرة خلال النصف الأول من القرن الحالي، فإن أسواق هذه المواد، تغصّ منذ عام ١٩٥٠، بمستحضرات أخرى كثيرة، أشهرها الأنواع المختلفة للبنزوديازيبين مثل الديازيبام، والفلورازيبام، إلخ). وعندما تستخدم هذه العقاقير طبيياً، فإنها تفرّج القلق والتوتر وتبعث على النوم. غير أن جميع أنواع البنزوديازيبين، ولاسيما الأنواع الوجيزة المفعول، يمكن أن تسبب الاعتماد عليها، إذا جرى تعاطيها بكميات كبيرة ولمدد طويلة. وهناك عقار آخر، مهدئ - منوم، هو الميتاكوالون methaqualone (مانداراكس)، ذو قدرة ملحوظة على إحداث الاعتماد عليه. وتظهر دائماً في السوق، كل عام، أنواع جديدة كثيرة من العقاقير المضادة للقلق anti-anxiety، ومن ثم، فعلى السلطات المسؤولة عن مراقبة العقاقير في أي بلد، أن تكون متيقظة في رصدها لمخاطر هذه العقاقير بالمقارنة إلى فوائدها. وتقوم لجان الخبراء المختصين بمنظمة الصحة العالمية، بانتظام، بمراجعة تلك العقاقير الجديدة، وتقديم المشورة اللازمة إلى الدوائ الأعضاء، وفقاً لاتفاقية المؤثرات العقلية لعام ١٩٧١.

غير أنه ليست جميع العقاقير المخامرة للعقل مدعاة للتعوّد عليها. كما أن الكثير منها مفيد جداً في معالجة المرضى بأمراض نفسية. ويجب، في هذا الصدد، أن نذكر بوجه خاص العقاقير المضادة للذهان antipsychotic (مثل الكلوربرومازين، والهالوبيريديول) والعقاقير المضادة للاكتئاب anti-depressant (الإيميبرامين والأميترابتيلين)؛ إذ إن هذه العقاقير ليست عقاقير مهدئة - منومة، كما أنها لا تسبب التعوّد أو الاعتماد عليها. ومن ثم فإنها غير مدرجة في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. ولا بد من توعية الأشخاص العاديين والمهنيين الصحيين على السواء، بهذه الأمور.

الكوكايين

الكوكايين من القلوانيات الفعّالة المشتقة من ورق الكوكا. وتنمو شجيرة الكوكا على نطاق واسع في المناطق الجبلية بأمريكا الوسطى والجنوبية. (ينبغي، في هذا الصدد، عدم الخلط بين شجيرة الكوكا وشجيرة الكاكاو، التي تنتج الكاكاو، الذي هو المكون الأساسي في الشوكولاتة!). ويقوم سكان المناطق الجبلية في بيرو وبوليفيا بمضغ أوراق الكوكا لمجموعة متباينة من الأغراض الطبية والاجتماعية والدينية.

ويُعتبر الكوكايين، بصفة رئيسية، منبهاً للجهاز العصبي المركزي، كما يُعدُّ بنجاً موضعياً. وله قدرة شديدة على إحداث الاعتماد عليه. وقد تزايد، خلال الأعوام القليلة الماضية، تعاطي الكوكايين تزايداً كبيراً في الولايات المتحدة الأمريكية. ولا يحظى الكوكايين بهذا القدر من الرواج في أوروبا. ولحسن الحظ، فإن تعاطيه غير شائع في بلدان إقليم شرق المتوسط، إلا في حالات عارضة.

المنبهات الأخرى:

من العقاقير المنبهة، stimulants، الأمفيتامينات وبعض العقاقير الكابتة للشهية. ولدى الأمفيتامينات قدرة شديدة على إحداث الاعتماد عليها. ويمكن أن يؤدي تناولها مدة طويلة إلى حدوث أعراض نفسية حادة. ومن المنبهات أيضاً، الكافيين، وهو القلواني الرئيسي في الشاي والقهوة، غير أن قدرته على إحداث الاعتماد عليه، ضعيفة نسبياً.

ومن العقاقير المنبهة كذلك، القلوانيات الفعالة في القات، الذي يشيع مضغ أوراقه في جيبوتي والصومال واليمن، وكذلك في إثيوبيا وكينيا وبلدان أخرى مجاورة لهما. وللقات قدرة على إحداث الاعتماد عليه، وإن لم تكن بمستوى قدرة مشتقات الأفيون، أو الكوكايين. وقد ناقش عدد من منشورات المكتب الإقليمي مختلف القضايا الصحية والاجتماعية المتصلة بتعاطي القات (من هذه المنشورات تقرير المكتب الإقليمي حول أحد الاجتماعات البلدانية، الذي عقد في مقديشو، عام ١٩٨٢، وتقريره حول أحد الاجتماعات الوطنية، الذي عقد في جيبوتي، عام ١٩٨٤).

عقاقير الهلوسة

عقاقير الهلوسة hallucinogens هي مجموعة من العقاقير التي تحدث تغييراً في الوعي والإدراك، تصاحبه هلوسات بصرية وسمعية واضحة. وأشهر أنواع هذه العقاقير هو عقار إل إس دي، أي ثنائي إثيلاميد حمض الليسرجيك. وليست هذه العقاقير متوافرة بشكل عام في الإقليم.

التبغ

من أشيع المواد النفسانية التأثير استعمالاً، التبغ، الذي يُعتبر النيكوتين هو القلواني الفعال فيه. ويحدث استعماله، قطعاً، الاعتماد عليه. وقد أصبحت آثاره الضارة بالصحة معروفة جيداً وعلى نطاق واسع جداً. وقد سبق للجنة الإقليمية لشرق المتوسط أن ناقشت هذا الموضوع عدة مرات، ومن ثم، فإن هذه الورقة لا تتناولها.

المذيبات الطيارة

لا تُعتبر المذيبات الطيارة، عموماً، مواد طبية، ولكنها تُستخدم في الصناعة، ومنها الورنيش، والغراء، والمواد اللاصقة، وغيرها. وينتمي إلى هذه الطائفة من المواد، الغازولين، والأثير. ويؤدي شَمُّ

هذه المواد أو استنشاقها إلى شَمَقِ euphoria مؤقتة، أي شعور جارف مؤقت بالنشوة والمرح، ويمكن إذا زاد مدخول هذه المواد، أن تسبب الهذيان، وتلف الجهاز القلبي الوعائي. وتفيد التقارير المتعلقة بهذه المواد، تزايد استعمالها في كثير من أصقاع العالم، بما فيها بلدان إقليم شرق المتوسط، ولاسيما بين أولاد الشوارع والشباب.

العقاقير المتعددة

من الشائع بين مدمني العقاقير، استعمالهم لأكثر من عقار واحد، كالحشيش والكحول أو الهيروين، مع بعض المسكنات أو المنبهات. ولا يخفى أن تناول مثل هذا الخليط من العقاقير يجعل مشكلة الاعتماد أكثر تعقيداً.

٢-٤ بعض النتائج التي تم التوصل إليها حول مدى انتشار إساءة استعمال العقاقير في بلدان الإقليم

ما زال يجري تناول المواد التقليدية، كالفيون، والحشيش، والقات، في كثير من بلدان الإقليم. أما المواد الجديدة نسبياً، والتي انتشر استعمالها بسرعة في كثير من البلدان، متخذةً أبعاداً وبائية، فإن أكثرها إضراراً بالصحة، وأشدّها قدرة على تسبب الاعتماد عليه، هو الهيروين. ومن المواد الأخرى التي يُنقل استعمالها المسؤولين المعنيين ويزعجهم، المواد المهذّبة - المنوّمة، والمنبهات، والمذيبات الطيارة. ويتضمن الجدول ٢، بعض المعلومات المتعلقة بإساءة استعمال العقاقير، والمرتكزة على الأجوبة الواردة من مختلف دول الإقليم، رداً على استبيان أعده المكتب الإقليمي مؤخراً. وتؤكد النظرة العجلى إلى الجدول، أنه على الرغم من زيادة وعي الناس وقلقهم إزاء معاقرة العقاقير، فإنه لا تتوافر، عموماً، في معظم بلدان الإقليم معطيات موثوقة ومصدوقة حولها. ولاشك أن الأمر يستلزم تصحيح هذا الوضع على وجه السرعة. ومن المهم، في هذا الصدد، تنظيم مجموعات وطنية لرصد اتجاهات معاقرة العقاقير في مختلف بلدان الإقليم. ويمكن لمجموعات الرصد هذه أن تجمع معلومات من مختلف المصادر، التي سبق أن أوردنا قائمة بها، وأن توفرها للسلطات الوطنية المختصة، من أجل الاستفادة منها في وضع الخطط الوطنية اللازمة في مجال معاقرة العقاقير. ثم إن أنشطة تلك المجموعات الوطنية، يمكن تنسيقها بعد ذلك، على الصعيد الإقليمي. ويمكن للمنظمة أن تعاون في إنهاء تلك المجموعات الوطنية والإقليمية، بتقديم ما يلزم من مساهمات تقنية.

٥- أسباب معاقرة العقاقير

هنالك من التخمينات والافتراضات حول أسباب معاقرة العقاقير، بقدر ما هنالك من اقتراحات حول طرق معالجتها. والحق إنه لمن التبسيط المخلّ بحقائق الأمور، البحث عن سبب وحيد لحالة ذات أبعاد كثيرة، مجموعة ومتراصة.

وقد تم اقتراح ما لا يقل عن ثلاث مجموعات من الأسباب لمعاقرة العقاقير: بيولوجية، وفردية (نفسية)، واجتماعية - ثقافية. ويمكن النظر إلى جميع هذه الأسباب في نموذج من نماذج الصحة العمومية، يتألف من العقار drug (العامل)، والثويّ host (الفرد) والبيئة environment (العوامل الاجتماعية).

**الجدول ٢- الوضع الراهن لمعاقرة العقاقير، في بعض بلدان الإقليم،
بحسب الردود الواردة من السلطات الحكومية المختصة**

البلد	عوامل المعاقرة الرئيسية	العدد المقدر للمتقدمين على العقاقير	طرق التوريد	الحجاء الطلب	مرافق المعالجة	التدابير الوقائية
الأردن						
الإمارات العربية المتحدة						
باكستان	الأفيون والهيروين والحشيش	٢٠٠٠٠٠٠	إنتاج محلي	متزايد	موجودة	وسائل الإعلام والمدارس والدين
البحرين	الهيروين والأفيون	١٨٠٦*	العبور (الترانزيت)	--	العيادات الداخلية والخارجية	وسائل الإعلام والرياضة والتدريب
تونس	المخدرات والحشيش	قليل	العبور والوصف الطبي	--	قليلة	وسائل الإعلام والممارس
الجمهورية العربية الليبية						
جمهورية إيران الإسلامية	الحشيش والهيروين	٦٠٠٠٠٠	العبور (الترانزيت)	متزايد	مرافق التأهيل والجهاز القضائي	وسائل الإعلام والدين والرياضة والتثقيف
الجمهورية العربية السورية	المخدرات والمواد النفسانية التأثير	قليل	الوصف الطبي ونسبة قليلة من الاستعمال المحظور	--	بعض المرافق	وسائل الإعلام والممارس
جيبوتي	القات	كثير	إنتاج محلي	--	بعض المرافق	--
دولة أفغانستان الإسلامية*	الهيروين والأفيون	١٠٠٠٠٠٠	إنتاج محلي	متزايد	--	--
السودان	الحشيش والبنزوديازيبين	كثير	الوصف المحلي	--	بعض المرافق	الدين والمدارس ووسائل الإعلام
الصومال						
العراق	لا يوجد	لا أحد	--	--	--	--
عمان	الهيروين والأفيون والأدوية النفسانية التأثير	قليل	العبور (الترانزيت)	موجودة	موجودة	وسائل الإعلام والرياضة والدين والتثقيف
قبرص						
قطر						
الكويت						
لبنان						
مصر*	الهيروين والحشيش والمواد النفسانية التأثير					
المنرب						
المملكة العربية السعودية						
اليمن						

* معلومات غير رسمية.

** إحصائيات مصدرها المستشفيات، وتعتقد السلطات الحكومية أن المشكلة أكبر مما تبديها هذه الإحصائيات.

١-٥ العوامل الخاصة بالتوحي

الاستعداد الوراثي

من الافتراضات المطروحة منذ عهد بعيد حول أسباب الاعتماد على العقاقير، وجود استعداد وراثي لذلك لدى الأفراد المعنيين. وقد تركّزت معظم الدراسات التي أجريت حول مسألة ذلك الاستعداد الوراثي، على معاقرة المسكرات. كما أنّ هنالك افتراضات مطروحة حول إمكان وجود استعداد وراثي لمعاقرة المخدرات، يتركز على بيولوجيا الإندورفينات (المورفينات الداخلية المنشأ). ولاريب في أنّ العوامل البيئية تؤثر، بدورها، في ذلك الاستعداد، أيّاً كان نوعه.

البيولوجيا الجزيئية

أدى وجود مستقبلات معيّنة للأفيونيات، إلى اكتشاف مواد في الدماغ شبيهة بالمورفين قد يكون لها دور في تسبب الاعتماد على مشتقات الأفيون. وهنالك افتراضات مطروحة حول الدور الذي تقوم به هذه المواد في إحداث الاعتماد على الكحول كذلك. وتوجد بالجسم إنزيمات عديدة تستقلب الكحول، وتسبب تأثيراتها الاختلافات الفردية (بين فرد وآخر، وفي الفرد الواحد) في ما يتعلق باستقلاب الكحول alcohol-metabolism، فتحدّد الاستعداد لمعاقرة المسكرات. كذلك فإن لمستقبلات البنزوديازيبينات دوراً مهماً في إحداث هذا الاستعداد، إذ قدّم تحديد بعض العوامل المُحصّرة blocking agents التي لها تأثير محيطي بدلاً من أن يكون لها مفعول مركزي. ويقدم لنا تأثيرها في الجهاز العصبي المستقل، بعض الأدلة على تسببها لمعاقرة المخدرات.

وجود مرض جسدي أو شكوى جسدية

يجري، منذ سنين عديدة، استعمال العقاقير، ولاسيما الأفيون، لتخفيف الآلام والشكاوي الجسمية الناجمة عن أمراض مختلفة. ومازالت هذه الممارسة مستمرة، ولاسيما في المناطق التي لا تتوافر لها المرافق الصحية اللازمة، ومن ثم، فقد أصبحت هذه الممارسة سبباً من أسباب الاعتماد على العقاقير.

العوامل النفسية الفردية

تركّز معظم الدراسات التي تجرى في هذا المجال، على الاعتماد على الكحول والأفيونيات. ومن المشاكل التي نواجهها في هذا الصدد، أن أحداً لا يستطيع أن يقول ما إذا كانت التغيرات النفسية المرضية (السيكوباتولوجية)، والتغيرات التي تحدث في الشخصية، والتي تُلاحَظ في الأفراد المعتمدين على العقاقير، سبباً للاعتماد على العقاقير أم نتيجة من نتائجه. غير أن الاعتقاد السائد في هذا الصدد، هو أنّ بعض أنماط الشخصية أكثر استعداداً من غيرها للاعتماد على العقاقير، بما في ذلك الاعتماد البغضائي، وارتفاع مستوى القلق في العلاقات الشخصية، وانخفاض مستوى تحمّل الإحباط، وقلة تقدير الذات، إلخ.

وعلى الرغم من أن الدراسات النفسية، المرتكزة على نظرية التعلم، قد ألقت بعض الضوء على جوانب مختلفة من هذه المشكلة، فإنها قد عجزت عن وصف هذه الظاهرة العديدة الأبعاد.

٢-٥ العامل Agent

العامل هو مركب كيميائي فعال دوائياً، له استعمال طبي علمي معترف به، أو ليس له هذا الاستعمال، ويتم تعاطيه من أجل خواصه النفسانية التأثير. وتختلف التأثيرات الدوائية باختلاف العوامل، إذ إنها قد تكون منبهات للجهاز العصبي المركزي، أو مخدّات له. وهذه العوامل، قد يتم امتصاصها بسهولة أو بصعوبة، كما تختلف طرق تناولها. والحساسية لعامل من العوامل قد تكون لها أسباب عديدة، منها أسباب بيولوجية وراثية.

وعلى الرغم من أنه يبدو أن جميع ما يقال حول تأثير العوامل البيولوجية والبيئية يصبح بلا قيمة إذا عُدّ العامل، فإن هنالك ظروفاً معينة قد تؤدي إلى معاقرة العقاقير، فإذا بالعامل، رغم كل ما يتم اتخاذه من تدابير حياله، يجد طريقه إلى الاستعمال، إن عاجلاً أو آجلاً. وقد جرت العادة على أن ما يتحكّم في استعمال العامل (أو العقار) هو مدى توافره، وتكلفته، والتشريعات الخاصة به، وما إلى ذلك.

توافر العامل

يقال إنه كلما توافر عقار ما، كثر عدد المعتمدين عليه، وهذا القول على بساطته، صادق بوجه عام، ولكنه يخفي بعض الجوانب المعقدة جداً في ما يتعلق بالعرض والطلب. ومن هذه الجوانب المعقدة التي تهمّين دراستها، مسألة التوافر المتماثل، أي تأثير الحظر على مادة معينة في الطلب على مواد أخرى. ويستلزم الأمر كذلك دراسة الأثر الذي يكون لمختلف جوانب الطلب والتوافر (العرض). إذ إن توافر المواد غير المحظورة، والموصوفة طبياً، يعتمد على الممارسات المتبعة في الوصف الطبي، وعلى تدابير الرقابة على المستحضرات الصيدلانية، وما إلى ذلك.

كما أن العلاقة بين تكلفة العقار وتوافره والاعتماد عليه، هي علاقة معقدة. فلا مراء في أن تشديد إنفاذ القوانين المتعلقة بهذا المجال، ومصادرة المزيد من العقاقير المحظورة، يؤديان إلى ارتفاع أسعار بعض المواد، كالأفيونيات، مما يؤدي، بدوره، إلى انخفاض عدد مدمنيها. ولا يخفى أن تحليل عوامل السوق لا يكفي، عادةً، في شرح بعض المشكلات الصحية المتصلة بتعاطي العقار. فقد لوحظ، مثلاً، في بعض البلدان، أن نجاح الشرطة في تشديد إجراءاتها ضد المتاجرين في العقاقير، وضد بيع العقاقير في الشوارع، قد تكون له آثار غير مرغوبة، منها زيادة استعمال العقاقير المحقونة، ومن ثم انتشار فيروس العوز المناعي البشري (HIV) بين الذين يتناولون العقاقير حقناً، في الخفاء بعيداً عن أعين الشرطة، محاولين الحصول على أقسى مفعول للعقار بأسعار المرتفعة.

القوانين والتشريعات

قد تستهدف القوانين والتشريعات معاقبة المتاجرين في العقاقير ومدمنيها، كما قد تستهدف تنظيم إنتاج وتوزيع العقاقير المستعملة لأغراض طبية. غير أن تشديد الإجراءات ضد المدمنين نادراً ما ثبت أنه

فقال. فلابدء، عند اتخاذ تلك الإجراءات، من أن تؤخذ في الاعتبار السمات المميزة للمدمنين المعنيين. كما أن القوانين التي تُسنّ ضد المتاجرين في العقاقير، ينبغي النظر إليها نظرة تركز على تفهم كافي لأوضاع البلد المعني. فالتخاذ تدابير مشددة ضد معاقرة الأفيون والحشيش، في مجتمع طال العهد فيه بتعاطيها مثلاً، قد يؤدي، بصورة غير مباشرة، إلى زيادة معاقرة عقاقير أخرى أقوى منها مفعولاً وأشدّ منها ضرراً.

٣-٥ العوامل الاجتماعية - البيئية

لا يمكن أن يكون شرح أسباب الاعتماد على العقاقير شرحاً كاملاً وافياً، ما لم تؤخذ العوامل الاجتماعية - البيئية في الحسبان. فالمجتمع بوجه عام، باعتباره موطن الجنس البشري، هو الذي يحدد عرّض العقاقير والطلب عليها، ويقرر قواعد السلوك التي تعدّ من العوامل الهامة لفهم اتجاهات وأنماط استعمال العقاقير ومعاقرتها. وليس من اليسير تقدير وقياس الآثار المترتبة على كثير من القوى المتفاعلة المعقدة التي تكوّن معاً ما اصطلح على تسميته «المجتمع». غير أن أهم هذه العوامل، ما يلي:

تفكك الهياكل الحياتية المعتادة

من العوامل التي تؤدي إلى زيادة الطلب على العقاقير، وتبسط أمام موردي العقاقير أرضاً خصبة لترويجها، تناقص سكان القرى، وتزايد الهجرة من الريف إلى المدينة، وما ترتب على ذلك من تنامي مدن الأكواخ حول المدن الكبرى.

وهناك مشكلة خاصة ملحوظة في بلدان إقليم شرق المتوسط، هي هجرة ذكور العائلات إلى البلدان الغنية بحثاً عن فرص أفضل للعمل، تاركين وراءهم بقية أفراد عائلاتهم. وقد يؤدي غياب الأب أو من يقوم مقامه، في الخارج، مع إرساله مقادير من الأموال إلى أفراد عائلته الذين خلفهم في بلده، موقراً لهم هذه الأموال دون كدّ منهم، إلى تشجيع المراهقين منهم على اتباع نمط حياتي أكثر تحللاً، بما في ذلك تناولهم العقاقير المحظورة.

العوامل الاقتصادية

من بين الظروف التي ترغّب في الاتجار بالعقاقير، البطالة الظاهرة أو المقنعة، والمشاريع الزراعية وغيرها من المشاريع غير المربحة، وافتقاد الحافز اللازم للشروع في مشاريع جديدة. وعلى الرغم من كل ما صدر من قوانين في هذا الصدد، فمزال الاتجار بالعقاقير من أكثر العمليات التجارية ربحاً في العالم، وتشارك فيه شبكة معقدة من الناس.

الثقافة

تتباين الثقافات المختلفة في طرق معالجتها للمشكلات المتعلقة بالعقاقير. وقد يختلف الموقف الذي تتخذه ثقافة معينة من عقاقير مختلفة، كما أن المواقف الثقافية من العقاقير تتغير على مر الزمان. ثم إن المواقف الثقافية من عقار معين، قد تتخذ أشكالاً مختلفة، كما هو موضح في الجدول ٣.

الجدول ٢- أمثلة على التأثير الثقافي في عادات تناول العقاقير

المثال	الموقف
المسرات في المجتمعات الإسلامية تناول المشيش أو المسكرات في بعض المناسبات الاحتفالية تناول الأفيون في بعض المجتمعات أو المسكرات في بعض المناسبات الاجتماعية	الامتناع التام عن تناول العقاقير تناول العقاقير في الطقوس والاحتفالات تناول العقاقير على سبيل المجازاة

العائلة

يمكن للوالدين والإخوة القيام بدور القدوة في هذا الصدد. فمواقف الوالدين من تعاطي العقاقير هو الذي يحدد الموقف العائلي والأخلاقي لسائر أفراد العائلة من تناول عقاقير معينة. أما غياب الوالدين أو أحدهما، بسبب الانفصال أو الطلاق أو الموت، فله مخاطره الشديدة، إذ قد تترتب عليه مشاكل كثيرة، بعضها عاطفي وبعضها يتعلق بالشخصية، بما في ذلك معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان. كما أن غياب الحب والعاطفة والتفاعل العائلي الإيجابي، يمكن أن يؤدي إلى مشاكل تفضي، بدورها، إلى الاعتماد على العقاقير.

ضغط الجماعة

من الأمور غير الواضحة وضوحاً تاماً، ما إذا كانت جماعات الرفاق هي سبب معاقرة العقاقير أم هي نتيجة لها. فمن المرجح أن هذه الجماعات تقوم بدور هام في بدء المعاقرة، لكن دورها أقل أهمية في ما يتعلق بالمداومة عليها.

البيئة الاجتماعية للمعاقرة

من العوامل التي قد تعزز استمرار عادة المعاقرة، البيئة الاجتماعية، التي تشمل ترتيبات طبيعية خاصة وأناساً معينين يشاركون فيها. وتوجد في بعض المجتمعات جماعات من المدمنين في بعض المناطق، أعضاؤها ممن قد يتمتعون بوضع اجتماعي جيد، ويمثل تعاطيهم للعقاقير جزءاً من «عضويتهم» في جماعة من الأصدقاء، شبه محترمة، وشبه سرية، يعتبرونها نادياً لهم، ويعدون عدم المشاركة في هذا النادي ضرباً من عدم الولاء.

٦- الموارد المتاحة لمكافحة مشاكل المسكرات وسائر العقاقير

الموارد المتاحة لمكافحة المشاكل المتعلقة بالمسكرات وسائر العقاقير، هي موارد كثيرة، تمت تجربة بعضها مراراً، ولكن من دون نجاح كبير، في حين يبشر بعضها الآخر بتحقيق نتائج أفضل. ولا تركز هذه الورقة على الموارد التي تعتبر فعالة في خفض المعروض من العقاقير، وإنما تركز بصورة رئيسية على الطلب عليها.

ولا يخفى أن تحديد الموارد المتاحة يعد مهمة رئيسية. فكافة الاعتماد على العقاقير من خلال تحديد أسباب افتراضية شديدة التعقيد، لا تبدو استراتيجية حكيمة. أما إذا قمنا بتحديد الموارد وتقدير فائدتها، فإنه يمكننا تقرير أهداف واقعية ومرنة وميسور بلوغها، على أن يتم تحقيقها بما يتفق مع كل عقار بعينه، ومع كل بلد بعينه. ويمكن إيجاز هذه الموارد على النحو التالي:

١-٦ الدين والعقيدة

العقيدة من أهم العوامل المؤثرة في السلوك البشري. كما أن العقائد الدينية والولاء الديني من أبقى القيم الإنسانية على الإطلاق. وجميع الأديان تدعو إلى التوافق، والإخاء، والعبودية لله، وتنتهي عن كثير من الأنماط السلوكية التي تعرض الصحة للخطر.

وجل بلدان إقليم شرق المتوسط بلدان إسلامية بها كثير من الشرائع والمبادئ الإسلامية التي تنتهي عن تناول العقاقير. فالإسلام يشدد في تحريم الخمر، وتحريم غيرها من العقاقير المخامرة للعقل. وقد ورد عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال: «ألا إن كل مسكر حرام، وكل مخدر حرام، وما أسكر كثيره حرم قليله، وما حصر العقل فهو حرام».

ولاريب في إمكان الاستفادة من تعاليم الدين ومآ للائمة الدينيين من تأثير، في مكافحة معاقرة العقاقير، على أن يتم ذلك بتخطيط دقيق جداً، وفي إطار برنامج شامل. ولا بد لذلك من تدريب خاص، ومسئول تكييف مواقف المدربين بحيث تتوافق مع خصائص كل مجتمع بعينه. وكل جماعة من الائمة الدينيين.

ومن المناسب جداً في هذا المقام، اقتطاف السطور التالية من إحدى وثائق المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، بعنوان «أنماط الحياة الصحية» (الوثيقة ش م / ١، ٣/٦ م / ت / ١، ١٩٨٩):

«تقع في الإسلام، مسؤولية سلوك الفرد على الفرد نفسه أولاً. غير أن الجماعات الاجتماعية تقوم كذلك بدور هام جداً في ظل التقاليد الإسلامية. وفي المجتمعات الإسلامية يظل ولاء الفرد مترجحاً بين الأسرة أو المجتمع المحلي وبين فكرة «الامة» الجامعة لديار الإسلام. وفي «الامة» الإسلامية لا يوجد فرق بين الأفراد، فلا فضل للفرد على آخر إلا بالتقوى وصالح الأعمال. ومن العجيب أن الفرد في الثقافة الإسلامية يجمع بين شعور ضيق الحدود بالولاء للأسرة (أو الجماعة المحلية الصغيرة) وشعور أوسع حدوداً بالولاء لبني آدم. وفي كلتا الحالتين يأتي الاهتمام بالفرد باعتباره عاملاً من عوامل التغيير بعد الجماعة. والحق أن القرآن الكريم ينص فيما يتعلق بالتغيير على أن الله لا يغير ما يقوم (وليس ما يفرد) حتى يغيروا ما بأنفسهم. (القرآن الكريم: سورة الرعد (١٣)، الآية ١١ «... إن الله لا يغير ما يقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم...».

«ومن ثم، فإن ما يعتبره المفكرون الغربيون، خطأً، قدرية في الثقافة الإسلامية ما هو إلا إنكار للفردية لصالح الشعور الجماعي. فالفرد يميل إلى طاعة الجماعة أكثر مما يميل إلى عصيانها أو الانحراف عن نهجها التقليدي. وعلى ذلك، فمن المهم عند تناول موضوع تغيير أنماط الحياة أن يؤخذ في الحسبان تنظيم الجماعة وقيادتها، جنباً إلى جنب مع دعوة الأفراد إلى أن يغيروا ما بأنفسهم».

٢-٦ الأسرة

الأسرة هي حجر الزاوية للحياة الاجتماعية، وهي ذات أهمية عاطفية واقتصادية ودينية وقانونية. ومن المرجح أنها أقدم المؤسسات الإنسانية وأبواها. وكما أوضحنا آنفاً، فإن الوالدين يقومان بدور القدوة، ويؤثران تأثيراً كبيراً في أولادهما. ثم إن الطريقة التي يعاملان بها أولادهما، منفردتين ومجتمعين، تؤثر تأثيراً عظيماً في الطريقة التي ينظر بها أولادهما إلى أنفسهم وإلى عالمهم.

وإن إعلان الأمم المتحدة سنة ١٩٩٤، «سنة الأسرة»، ليدلّ بوضوح على الاعتراف بالأهمية المتزايدة دوماً للأسرة في جميع الأنشطة الإنسانية. ثم إن تجدد الاهتمام بالدور الذي يمكن أن تقوم به الأسرة، يأتي بعد مرور عشرات من السنين كانت أهمية هذا الدور، طوالها، غير مؤكدة، بل مشكوكاً فيها. ويتطلب ذلك اتباع أساليب جديدة ومبتكرة لاستخدام هذه المؤسسة القوية بمزيد من الفعالية لغراض تعزيز الصحة ووقايتها، ولاسيما في المجالات المعقدة، مثل معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان.

٣-٦ المدارس والجامعات

المدارس مؤسسات اجتماعية عظيمة الأهمية. وكل عضو متعلم في المجتمع يحتاج إلى النظام المدرسي في فترة من فترات حياته. وكل شيء يتعلق بالمدرسة، من بنائها، ومنهجها الدراسي، وشعور المعلمين بالرضى عن عملهم، ورابطات المعلمين وآباء الطلاب، له أثر هائل في المجتمع عموماً.

وقد كانت برامج الصحة المدرسية، حتى عهد قريب، تتسم بالسلبية، فلم تكن تقدم سوى بعض الخدمات التشخيصية - العلاجية. ولم يكن ممكناً في ظل ذلك الوضع، استخدام المدرسة كمورد من موارد تعزيز الصحة ووقايتها.

ومن المهم البحث عن طرق جديدة للاستفادة من المدارس في مكافحة المعاقرة. وينبغي أن نذكر أن تلاميذ المدارس هم أيضاً معرضون بشدة لمخاطر المعاقرة، وأن أي برنامج وقائي يخص المدارس يمكن أن يكون «سيفاً ذا حدين»، يشعده فضول التلاميذ. ولعل أفضل ما يمكن فعله بالنسبة للمدارس، هو استخدامها كمجتمعات نموذجية لتعلم أنماط الحياة الصحية. وقد شرعت، بعض بلدان الإقليم (مثل باكستان وجمهورية إيران الإسلامية ومصر) في تنفيذ برامج مدرسية للصحة النفسية، تؤكد على أهمية أنماط الحياة الصحية، بما في ذلك الوقاية من معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان.

٤-٦ العمل

من جملة ما يعنيه العمل، الاستقرار الاقتصادي، والأمل في المستقبل، وقلّة الكرب، وزيادة الاعتزاز بالنفس، وقوة الحياة العائلية، وانضباط جدول العمل. ثم إن مكان العمل، الذي غالباً ما يكون مكتباً، أو مصنعاً، أو مزرعة، أو مدرسة، يُعدّ نظاماً اجتماعياً هاماً. ويشعر الناس مع الوقت بارتباط عاطفي بعملهم. كما أن عملهم يشكل عاداتهم ويغيّرهما. ومكان العمل مورد من الموارد الهامة التي تعين في مكافحة المعاقرة، ولاسيما في تعزيز اتباع نمط من أنماط الحياة الصحية.

٥٦ العقافة

من القوى الاجتماعية الفعّالة، العادات والمعتقدات الوطنية، وتراث الشعب، وفنون وآداب الماضي والحاضر. ومن أكثر الناس تأثيراً في المجتمع، أولئك الذين يصفون حياة الناس وتجاربهم في شكل قصص، أو قصائد، أو صور زيتية، أو مقالات. ثم إن لبّ جميع الثقافات الوطنية وجوهر التراث الوطني، هو إنسانيّ وشريف، وكثيرون من المعنيين بالعمل الثقافي هم من أفضل الموارد المتاحة لتعزيز الصحة ووقايتها، على وجه الخصوص.

٦٦ الإرادة الوطنية

تجتمع الإرادة الوطنية لكل بلد من البلدان، بلا استثناء، على مناهضة معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان. ولا بد من توطيد هذه الإرادة عن طريق وسائل الإعلام، والتشريعات، والإجراءات الحكومية اللازمة.

٧٦ وسائل الإعلام

تعتبر وسائل الإعلام «سيفاً ذا حدين» في ما يتعلق بمعاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان؛ إذ إنها تعتبر، من ناحية، وسائل لا غنى عنها لبث المعلومات، وتعدّ، من ناحية أخرى، وسائل لشحن الفضول، بسبب الرغبة في تناول العقاقير. غير أننا إذا وازناً بين منافع وسائل الإعلام في ما تشنه من حملات ضد المعاقرة وبين مضارها، وجدنا أن كفة المنافع ترجح كفة المضار.

٨٦ البنية الأساسية الصحية القائمة

البنية الأساسية الصحية القائمة هي مورد من الموارد الهامة للوقاية والتعزيز والمعالجة والتأهيل. وينبغي أن يستفاد بها استفادة تتفق مع سياسات كل بلد وبنيته الصحية؛ إذ إن فكرة فصل المشكلات المتعلقة بالمسكرات وسائر العقاقير، عن سائر النظام الصحي لم تفلح في معظم الأماكن. كما ينبغي، في البلدان والمناطق التي تكون فيها الصحة النفسية مدمجة في نظام الرعاية الصحية الأولية، أن تصبح الوقاية من العقاقير، ومعالجة الأشخاص المعتمدين على العقاقير وتأهيلهم، جزءاً لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية الأولية، قدر الإمكان.

٩٦ المجتمع العلمي

يمكن للمهنيين الصحيين وعلماء الاجتماع، أن يقوموا بدور في التدريب وإجراء البحوث في مجال معاقرة العقاقير، كما يمكنهم أن يقوموا بدور القدوة في هذا الصدد.

ولا يخفى أن المجتمع العلمي ذو تأثير فعّال، إذ إنه على اتصال مباشر بالشباب. كما أن كليات الطب وغيرها من المعاهد الصحية، وكليات الحقوق، وغيرها، لها دور مهم في هذا المضمار.

١٠-٦ المرافق الطبية ومرافق الطب النفسي

تعتبر المرافق الطبية ومرافق الطب النفسي، سواء منها التابعة للقطاع العام أو القطاع الخاص، من أهم المؤسسات التي يمكن الاستفادة من خدماتها في جميع المجالات المتعلقة بإساءة استعمال المواد، ولاسيما في مجالات التسمم الحاد، وعلاج الإدمان، والوقاية من النكس. ويمكن إشراك هذه المرافق في التدريب والبحوث.

١١-٦ المنظمات اللاحكومية

تشمل المنظمات اللاحكومية طائفة واسعة من الجمعيات الدينية، والخيرية، والتجارية، والمجتمعية المرتكزة، التي تقوم بكثير من الأنشطة التي يمكن أن تؤثر في مختلف مجالات العرض والطلب. وينبغي أن تكون لأنشطتها أغراض واضحة، وأن تستهدف تحقيق نتائج ملموسة، وذلك في إطار برامج وطنية شاملة. ويمكن الاستفادة مما يتوافر لهذه المنظمات من أموال في مجالات الوقاية، والمعالجة، والتأهيل، ومن ذلك، مثلاً، إنشاء مراكز علاجية، وإيجاد عمل لمن كانوا مدمنين، ومعاونة العائلات في التغلب على المشكلات المتعلقة بالعقاقير، وتوفير الأنشطة المفيدة للشباب في أوقات فراغهم، وما إلى ذلك.

١٢-٦ المنظمات الدولية

يقوم عدد كبير من المنظمات الدولية بأنشطة في مختلف المجالات ذات العلاقة بمشكلات العقاقير. وقد أعلنت الأمم المتحدة عقد التسميات «عقد مكافحة إساءة استعمال العقاقير». كما أن هذا العقد هو عقد تعزيز القيم العائلية، وأنماط الحياة الصحية.

ويتضمن الملحق الأول قائمة بأسماء وكالات الأمم المتحدة المعنية بالعقاقير، ودور كل منها في هذا الصدد.

١٣-٦ إنفاذ القوانين

تُعنى الهيئات التي تتولى إنفاذ القوانين بمختلف جوانب معاقرة المخدرات والعقاقير النفسانية التأثير. ولا يخفى أن تدريب العاملين في إنفاذ القوانين، هو أمر في غاية الأهمية في مجال مكافحة معاقرة العقاقير. ولا ينبغي قصر هذا التدريب على النواحي المتعلقة بالشرطة والضرائب والأمور القانونية، بل يجب أن يشمل كذلك النواحي البيولوجية والنفسية والاجتماعية للمعاقرة.

٧- وضع استراتيجية للعمل

يتضح ما يلي، من استعراض مختلف الجوانب الصحية لمعاقرة المواد النفسانية التأثير:

(أ) أسباب المعاقرة معقدة ومتشابكة، ولا يمكن أحياناً التوصل إليها. ويتعلق الكثير من هذه الأسباب بعوامل تقع خارج نطاق القطاع الصحي. لذلك، فالأسلوب الاستراتيجي القائم على الأسباب وحدها، فرصته في النجاح ضعيفة؛

(ب) ليس من الحكمة اقتراح أهداف وأساليب طنانة وغير واقعية تثير في النفس توقعات عظيمة، في مجال يمثل التعقيد الذي عليه مجال معاقرة العقاقير؛ إذ لابد للاستراتيجيات العملية أن تنأى عن الأساليب الخطابية الرنانة، وأن تركز على تحديد خطط العمل والأنشطة الممكن تنفيذها، وتعيين أهداف واضحة لها؛

(ج) لا يخفى أن أسباب المعاقرة متباينة ومتشابكة تماماً، وهو أمر يصدق كذلك على الموارد اللازمة لمكافحتها. والجدد بالمعنيين أن يحددوا هذه الموارد، وأن يقيموا خططهم وبرامجهم على أساسها؛

(د) ينبغي لدى وضع أي برنامج إقليمي، أن تؤخذ في الاعتبار نواحي التشابه والاختلاف الموجودة في مختلف بلدان الإقليم، في ما يتعلق بعدد من المسائل، منها نوع العقاقير التي تتم معاقرتها، والترتيبات الإدارية، والسياسات الصحية، والخلفيات الثقافية، وغيرها. وينبغي لذلك البرنامج أن يكون مرناً بما يكفي لمراعاة جميع هذه الاعتبارات؛

(هـ) ومن أهم وأفضل عناصر البنية الأساسية الصحية، التي يمكن الاستفادة منها في برامج مكافحة المعاقرة، سياسة الصحة النفسية المتبعة في كل بلد من بلدان الإقليم، وبرنامج الصحة النفسية القائم في كل منها. ويمكن القيام بذلك، في البلدان التي تكون فيها خدمات الصحة النفسية مدمجة في النظام الصحي، باتخاذ بعض التدابير الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية بصدد المعاقرة، والتي يمكن أن يقوم بتنفيذها العاملون في مختلف مستويات الرعاية الصحية الأولية. كما يمكن اتخاذ أساليب إضافية في ما يتعلق ببرامج الصحة النفسية الحضرية والمدرسية، في البلدان التي لديها برامج في هذه المجالات. ويمكن في بعض البلدان تقديم بعض الخدمات الوقائية والعلاجية، بالاشتراك مع برامج مكافحة الأمراض غير السارية، وبرامج رعاية صحة الأمومة والطفولة أو برامج أنماط الحياة الصحية.

١٧- استراتيجيات العمل

بناء على التحليل السالف، يبدو من المناسب جداً لمكافحة معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان في بلدان الإقليم، الأخذ بالاستراتيجيات التالية، التي سبق تحديدها في الورقة التقنية، التي عنوانها «تعزيز الصحة النفسية وحفظها» (ش م/ل ١٥/٢٥، لعام ١٩٨٨):

- وضع سياسات وبرامج وطنية واضحة ترتبط بخطط صحية وطنية، تشمل جانبي العرض والطلب؛

- التنسيق بين مختلف القطاعات المعنية بمشكلات المعاقرة، والتي منها قطاعات التشخيص الصحي، والرعاية الاجتماعية، والشرطة، والقانون والعدالة، والجماعات الدينية، والمنظمات اللاحكومية، وغيرها؛

- التأكيد على أهمية تعزيز أنماط الحياة الصحية والوقاية من المعاقرة، من خلال التشخيص الصحي؛

- تعزيز التعاليم الدينية التي تدعم أنماط الحياة الصحية، ومن ثم تقليل الطلب على العقاقير؛

- إدراج التبغ في برامج مكافحة المعاقرة، والاستفادة من حملات مكافحة التدخين على نحو يجعل منها أسلوباً غير مباشر لمكافحة المعاقرة عموماً؛

- إنشاء خدمات لمعالجة الاعتماد على العقاقير، تكون مُدججة في خدمات الصحة النفسية والصحة العامة، وغير معزولة عن النظام العام للرعاية الصحية.

يورد الجدول ٤، أمثلة أخرى لبعض الأساليب المرتكزة على الموارد المتاحة في الإقليم

٨- المعاهدات الدولية لمكافحة معاقرة العقاقير

١-٨ الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، لعام ١٩٦١

بذلت، منذ بداية هذا القرن، جهود لتطوير المكافحة الدولية للأفيون وغيره من العقاقير المسببة للاعتماد عليها. وتم، في عام ١٩١٢، توقيع الاتفاقية الدولية الأولى لمكافحة الأفيون، في لاهاي (هولندا). ثم خلال السنوات الخمسين التالية، توقيع ثماني معاهدات دولية أخرى، بعضها «اتفاقيات»، وبعضها «اتفاقات» وبعضها الآخر «بروتوكولات»، لمكافحة الأفيون وغيره من المخدرات. وتم أخيراً، بتوجيه من الأمم المتحدة، وضع «الاتفاقية الوحدة للمخدرات»، عام ١٩٦١، التي ألغت كل ما سبقها من معاهدات. وتنظم هذه الاتفاقية إنتاج الأفيون والحشيش والكوكا، ومشتقاتها، واستخدامها الطبي، وتجارتها الدولية، وجميع الجوانب الأخرى المتعلقة بمراقبتها على الصعيد الوطني والدولي. وبفضل الخبرة المكتسبة من تنفيذ هذه الاتفاقية، فقد تم تعديلها ببروتوكول عام ١٩٧٢، حتى تكون شاملة لجميع الجوانب المتعلقة بالمخدرات.

٢-٨ اتفاقية المؤثرات العقلية، لعام ١٩٧١

على الرغم من أن الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، لعام ١٩٦١، تشمل مختلف الجوانب المتعلقة بمكافحة ما يسمى العقاقير المخدرة (المخدرات)، فقد بدأ العديد من البلدان يدرك الخطر الجديد الذي يمثله الانفجار المعرفي المفاجيء في مجال الفارماكولوجيا النفسية. فقد ظهرت منذ عام ١٩٥٠، في أسواق جميع

الجدول ٤- أمثلة على بعض الأساليب المرتكزة على الموارد المتاحة

المورد	الأسلوب المدعوم	الأنشطة البرنامجية
الدين والعقيدة	إشراك المؤسسات الدينية والاستفادة من التعاليم الدينية في التثقيف الصحي.	عقد مشاورات وإعداد مواد تثقيفية.
الأسرة	دعم العائلات التي يعتمد أحد أعضائها على معاقرة المسكرات أو غيرها من العقاقير.	إعداد مواد للتثقيف الصحي.
المدارس	تجديد العائلات التي تعاني من مشكلات متعددة ومعاونتها، توثيقاً لمعاقرة بعض أفرادها للعقاقير أو المسكرات.	إنتاج مواد تدريبية مكتملة لتدريب العاملين الصحيين، تتضمن بعض العناصر المناسبة حول الأمور النفسية - الاجتماعية.
	الاستفادة من المدارس استفادة فعالة في برنامج الصحة النفسية والوقاية من المعاقرة.	تنظيم مشاورات حول الصحة النفسية المدرسية، وإعداد مواد تثقيفية لاستخدامها في الدورات التدريبية للمعلمين والعاملين الصحيين المدرسين، وإشراك مديري المدارس في برامج الصحة النفسية الوطنية.
	تشجيع اتباع أنماط الحياة الصحية في الأوساط المدرسية.	
العمل	تحديد الأوساط المهنية والأوضاع التنظيمية التي يُحتمل أن تزيد من مخاطر معاقرة المسكرات وسائر العقاقير في الإقليم.	الاتصال بأصحاب العمل واتحادات العمال لوضع استراتيجيات مشتركة للوقاية والمساعدة (من الأمثلة على ذلك، المشروع المشترك بين منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية لمكافحة معاقرة العقاقير في المصانع).
المجتمع	اغتنام المناسبات التي تتيحها التقاليد والاستفادة من نفوذ قادة المجتمع في تعزيز أنماط الحياة الصحية.	دراسة النواحي الاثنوغرافية (العرقية) للبلدان، لتحديد الطرق التي يمكن بها تقوية مقاومة المجتمعات لمعاقرة المسكرات وسائر العقاقير.
الهيكل الصحي القائم	الاستفادة من الهيكل الصحي القائم في معاونة الناس الذين يعانون من مشاكل متعلقة بتعاطي العقاقير والمسكرات.	إنتاج وحدات تدريبية نوعية، وإعداد دلائل تعين العاملين في الرعاية الصحية على معالجة مشاكل المسكرات والعقاقير.
		تنظيم اجتماع بلداني حول خدمات الصحة النفسية في الإقليم، مع الاهتمام على وجه الخصوص بالدور الذي تقوم به هذه الخدمات في مكافحة مشاكل المسكرات والعقاقير.

فيها من ضرر، ووفقاً لاستعمالها الطبي، إلى أربعة جداول، يُعنى أولها بالعقاقير التي تستلزم أقصى درجات المراقبة، ويعنى آخرها (الجدول الرابع) بالعقاقير التي تستلزم أدنى درجات المراقبة. وهناك آلية يمكن لمنظمة الصحة العالمية من خلالها أن تراجع بانتظام هذه العقاقير، وأن توصي بإضافة بعض العقاقير إلى الفئات المدرجة في الجداول، أو حذف بعضها أو تغيير بعضها الآخر، ثم تتولى لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة اتخاذ القرار النهائي بشأن هذه التوصيات.

ويتضمن الملحق الثاني آخر قائمة للدول الموقعة على مختلف الاتفاقيات المتعلقة بالمخدرات والمؤثرات العقلية.

٩- التوصيات

يوصى بما يلي:

١- قيام الدول الأعضاء بوضع سياسات وبرامج وطنية واضحة لمكافحة معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان.

على أن تكون هذه البرامج الوطنية:

١- متعددة القطاعات وترأسها أعلى سلطات ممكنة في البلاد، وتشارك فيها القطاعات المعنية بالصحة، جنباً إلى جنب مع القطاعات المعنية بإنفاذ القوانين، والتعليم، والخدمات الاجتماعية، والمنظمات اللاحكومية؛

٢- شاملة لجانبي العرض والطلب، كليهما؛

٣- أن تحدد الموارد المتاحة لمكافحة المعاقرة، وأن تعمل على إيجاد أفضل الطرق الممكنة لاستخدام هذه الموارد استخداماً منسجماً متناسقاً، مع اجتناب الازدواجية؛

٤- أن تؤكد على أهمية الوقاية من المعاقرة بتعزيز أنماط الحياة الصحية من خلال الدين، وأنشطة قادة المجتمع، والأنشطة الثقافية والرياضية، والمدارس، ووسائل الإعلام، والأسرة؛

٥- أن تضع برامج للمعالجة تكون شاملة، أي تعنى بالمتابعة، وعلاج المدمنين، وتأهيلهم، وإرشادهم، والعمل، عند اللزوم، على إدماجهم في المجتمع.

٢- إقامة آليات وطنية، في البلدان التي تمثل معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان فيها مشكلة رئيسية، تتولى جمع المعطيات بانتظام، ورصد الاتجاهات الملحوظة في مجال المعاقرة. ويمكن للمكتب الإقليمي عقد مشاورات تتولى الشروع في تلك العملية وتقديم الدعم التقني لتلك الآليات، ويمكن، بدعم من تلك الآليات القطرية، إنشاء آلية استشارية إقليمية.

٣- الارتقاء بمستوى مركز علمي واحد على الأقل، بدعم من المنظمة، في ثلاثة بلدان أو أربعة، تمثل فيها معاقرة المخدرات وسائر عقاقير الإدمان مشكلة رئيسية، على أن تتولى تلك المراكز المهام التالية:

١-٣ جمع المعطيات المناسبة ورصد الاتجاهات الملحوظة في مجال المعاقرة في كل من هذه البلدان؛

٢-٣ تدريب المهنيين الصحيين وغيرهم من المهنيين المعنيين بمكافحة المعاقرة؛

٣-٣ إجراء بحوث حول الاحتياجات؛

٤-٣ وضع برامج مجتمعية للوقاية من المعاقرة؛

٥-٣ إنشاء خدمات نموذجية للوقاية من المعاقرة.

الملحق الأول

منظومة الأمم المتحدة ومكافحة المخدرات

الجمعية العامة

الجمعية العامة هي الهيئة التي تعتمد الأمم المتحدة من خلالها، القرارات، والاتفاقيات، والبروتوكولات، وتقرّ الاعتمادات المالية؛ وهي تمثل المنبر الذي تعبّر من خلاله كل حكومة من حكومات الدول الأعضاء عن وجهات نظرها.

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

يوظف المجلس الاقتصادي والاجتماعي، المؤلف من أربعة وخمسين عضواً، بمسؤولية صياغة السياسات العامة للأمم المتحدة في مجال مكافحة المخدرات، وتنسيق أنشطة مراقبة العقاقير مع جميع البرامج الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، وتقديم التوصيات المناسبة في هذا المجال، إلى الحكومات. ويتلقى المجلس المساعدة والمشورة في مجال عمله هذا، من إحدى لجانته الوظيفية، ألا وهي لجنة المخدرات، التي يعتبر المجلس هو الهيئة الأمّ لها.

لجنة المخدرات

إن هذه اللجنة، المؤلفة من ثلاثة وخمسين عضواً، هي إحدى لجان المجلس الاقتصادي والاجتماعي الوظيفية الست. وهي الهيئة الرئيسية في منظومة الأمم المتحدة، التي تقرر السياسات المتعلقة بمعالجة جميع المسائل المتصلة بمكافحة المخدرات. كما أن الاتفاقيات الثلاثة المعنية بمكافحة المخدرات تسند إليها وظائف هامة. وهي تساعد المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الإشراف على تطبيق الاتفاقيات والاتفاقات الدولية المعنية بالعقاقير المخدرة والمواد النفسانية التائير، وتظهر في أي تغييرات قد تستلزم الظروف إدخالها في الجهاز الحالي للمكافحة الدولية لهذه العقاقير، ويجوز لها أن تقوم بإعداد اتفاقيات وصكوك دولية جديدة.

المجلس الدولي لمكافحة المخدرات

أنشئ هذا المجلس بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام ١٩٦١. وهو يتألف من ثلاثة عشر عضواً ينتخبهم المجلس الاقتصادي والاجتماعي، بصفته الشخصية. ويتم انتخاب ثلاثة من أولئك الأعضاء الثلاثة عشر، من بين عدد من المرشحين تسميهم منظمة الصحة العالمية لما يتمتعون به من خبرة طبيّة أو دوائيّة أو صيدلانيّة. ويوظف هذا المجلس بوظيفة شبه قضائيّة، تتمثل في رصد وتعزيز الامتثال لاتفاقيات مكافحة المخدرات. وحتى يتسنى للمجلس أداء هذه الوظيفة، فإنه يعمد إلى استقصاء جميع المراحل التي تمر بها الحركة القانونية للعقاقير، واتخاذ التدابير الكفيلة بتأمين تنفيذ أحكام المعاهدات

(والتشاور مع الحكومات حول حالات عدم الامتثال للاتفاقيات المعنية، والإعلان العام عن تلك الحالات، حسبما تتطلب الظروف، إلخ)، ونشر تقرير سنوي بالإضافة إلى بعض الملاحق التقنية، وإدارة نظم التقديرات والتقارير الإحصائية، المتعلقة بالعقاقير المخدرة (المخدرات).

الأمانة العامة للأمم المتحدة

برنامج الأمم المتحدة الدولي لمكافحة المخدرات

أنشئ هذا البرنامج في نطاق الأمانة العامة للأمم المتحدة في فيينا، بالنمسا، عام ١٩٩١، وذلك بضم الوحدات الثلاث السابقة التابعة للأمم المتحدة، والمعنية بمكافحة المخدرات، ألا وهي: شعبة المخدرات، وصندوق الأمم المتحدة لمكافحة إساءة استعمال العقاقير، وأمانة المجلس الدولي لمكافحة المخدرات. وتناط بهذا البرنامج مسؤولية تنسيق جميع أنشطة الأمم المتحدة في مجال مكافحة المخدرات، وتوجيه هذه الأنشطة توجيهاً فعالاً.

مركز التنمية الاجتماعية والشؤون الإنسانية

يُعنى هذا المركز، الذي هو جزء من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية الدولية، بما لعاقرة المخدرات والسكرات وسائر عقاقير الإدمان، من آثار ضارة بالتنمية الاجتماعية، بما في ذلك التفكك الاجتماعي وزيادة معدلات الجريمة.

معهد الأمم المتحدة الاقليمي لبحوث الجريمة والقضاء

يتولى هذا المعهد، الذي كان يسمى في السابق معهد الأمم المتحدة لبحوث الدفاع الاجتماعي، إجراء الدراسات حول التفاعل بين السلوك الإجرامي وبين معاقرة العقاقير، وتدابير مكافحة.

الوكالات المتخصصة

منظمة الصحة العالمية

تضطلع المنظمة بالمسؤوليات المنوطة بها بمقتضى الاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات والسواد النفسانية التأثير، وذلك بمراجعة هذه المواد وتقديم توصيات إلى الأمم المتحدة حول مكافحتها دولياً. وعلى الرغم من أن القرارات النهائية في هذا المجال هي من اختصاص الأمم المتحدة (لجنة المخدرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي)، فإن تقييم منظمة الصحة العالمية للأمر الطبية والعلمية في هذا المجال، يُعتبر «حاسماً» في اتخاذ هذه القرارات.

وبالإضافة إلى هذا الدور الذي تقوم به المنظمة بموجب الاتفاقيات الالفة الذكر، فإنها، بوصفها وكالة الأمم المتحدة المتخصصة السؤولة عن الصحة الوراثة، تضطلع بدور في الأنشطة الصحية المتعلقة بخفض الطلب على العقاقير، ومنها الوقاية من معاقرة العقاقير، ومعالجة المعتمدين عليها، أي مدمنيها، وتأهيلهم.

منظمة العمل الدولية

تتعلق الأنشطة التي تقوم بها هذه المنظمة في مجال مكافحة العقاقير، بموضوع تشغيل العمال ورفاههم، مع التركيز على المشكلات ذات العلاقة بالعقاقير في سكان العمل، وعلى مجالات التأميل المهني للمعتمدين على العقاقير.

منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)

تتركز أنشطة اليونسكو، في ما يتعلق بالعقاقير، على الوقاية من معاقرتها، من خلال التثقيف المدرسي وتوعية الجماهير.

المنظمة البحرية الدولية

تنحصر أنشطة هذه المنظمة، في ما يتعلق بمكافحة العقاقير، في منع تهريب العقاقير على السفن العاملة في حركة التجارة الدولية.

منظمة الطيران المدني الدولية

تسعى هذه المنظمة إلى منع نقل العقاقير المحظورة عن طريق الجو.

الاتحاد البريدي العالمي

يشجع هذا الاتحاد التعاون الدولي على منع نقل العقاقير المحظورة بالبريد.

منظمة الأغذية والزراعة

تعنى هذه المنظمة بالمشاريع الرامية إلى رفع مستوى دخل المزارعين، وإضعاف الحافز إلى زراعة النباتات المخدرة.

منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية

تعمل هذه المنظمة على ضمان أن تكون مشاريع التعاون التقني المعززة للصناعة، متفقة مع متطلبات الاتفاقيات الدولية المعنية بمكافحة المخدرات.

برامج الأمم المتحدة

برنامج الأمم المتحدة الإنمائي

يسعى هذا البرنامج إلى إدماج برامج مكافحة معاقرة العقاقير في إطار التنمية العامة.

مؤسسة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسف)

تعمل اليونيسف على تحسين ظروف الحياة في المجتمع، ولاسيما عن طريق تقوية الأسرة، وتقديم الخدمات اللازمة للأطفال المحتاجين، بمن فيهم «أولاد الشوارع».

برنامج الأغذية العالمي

يقدم هذا البرنامج مساعدات غذائية لدعم بعض مشاريع التنمية الريفية التي تستهدف استبدال زراعة الخشخاش، المزروع بصفة غير قانونية، بزراعة محاصيل زراعية أخرى.

بعض المنظمات الدولية الأخرى

مجلس التعاون الجمركي

يقوم هذا المجلس بتشجيع التعاون التقني الرامي إلى تعزيز التنسيق بين السلطات الجمركية في مجال تنفيذ إجراءات مكافحة تهريب العقاقير المحظورة.

المنظمة الدولية للشرطة الجنائية

تقوم هذه المنظمة بتشجيع التعاون الدولي بين الهيئات المعنية بإنفاذ القوانين في مجال مكافحة الاتجار غير المشروع في العقاقير.

الملحق الثاني

قائمة بالدول الموقعة على مختلف الاتفاقيات المتعلقة
بالمخدرات والمؤثرات العقلية

(حتى ١٥ تموز/يوليو ١٩٩٣)

الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام ١٩٦١^(١) بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول عام ١٩٧٢^(٢)

في ما يلي الدول المئة وسبع وثلاثون، الأطراف، إما في اتفاقية عام ١٩٦١ فقط أو في اتفاقية عام ١٩٦١ و اتفاقية عام ١٩٦١ بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول عام ١٩٧٢ ومن مجموع هذه البلدان، هنالك أربع وعشرون دولة (تحت أسمائها خطوط) هي اطراف في اتفاقية عام ١٩٦١ فقط:

الاتحاد الروسي؛ اثيوبيا؛ الأرجنتين؛ الأردن؛ أسبانيا؛ أستراليا؛ إسرائيل؛ اكوادور؛ ألمانيا؛ الإمارات العربية المتحدة؛ أنتيغوا وبربودا؛ اندونيسيا؛ أوروغواي؛ أوكرانيا؛ أيرلندا؛ ايسلندا؛ ايطاليا؛ بابوا غينيا الجديدة؛ بارغواي؛ باكستان؛ البحرين؛ البرازيل؛ بربادوس؛ بروناي دار السلام؛ البرتغال؛ بلجيكا؛ بلغاريا؛ بنغلاديش؛ بنما؛ بنن؛ بوتسوانا؛ بوركينا فاسو؛ بروندي؛ بولندا؛ بوليفيا؛ بيرو؛ بيلاروس؛ تايلند؛ تركيا؛ ترينيداد وتوباغو؛ تشاد؛ توغو؛ تونس؛ تونغافا؛ جامايكا؛ الجزائر؛ جزر البهاما؛ جزر سليمان؛ جزر مارشال؛ الجماهيرية العربية الليبية؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ جمهورية إيران الإسلامية؛ الجمهورية الدومينيكية؛ الجمهورية العربية السورية؛ جمهورية كوريا؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ جنوب أفريقيا؛ الدانمرك؛ دولة أفغانستان الإسلامية؛ الرأس الأخضر؛ رومانيا؛ زائير؛ زامبيا؛ سانت لوتشيا؛ سري لانكا؛ سلوفاكيا؛ سلوفينيا؛ سنغافورة؛ السنغال؛ السودان؛ سورينام؛ السويد؛ سويسرا؛ شيل؛ شيلي؛ الصومال؛ الصين؛ العراق؛ عمان؛ غابون؛ غانا؛ غواتيمالا؛ غينيا؛ فرنسا؛ الفلبين؛ فنزويلا؛ فنلندا؛ فيجي؛ قبرص؛ قطر؛ الكاميرون؛ الكرسي الرسولي؛ كندا؛ كوبا؛ كوت ديفوار؛ كوستاريكا؛ كولومبيا؛ الكويت؛ كينيا؛ لبنان؛ لكسمبرغ؛ ليبيريا؛ ليختينشتاين؛ ليسوتو؛ مالطة؛ مالي؛ ماليزيا؛ مدغشقر؛ مصر؛ المغرب؛ المكسيك؛ ملاوي؛ المملكة العربية السعودية؛ المملكة المتحدة؛ منغوليا؛ موريتانيا؛ موريشيوس؛ موناكو؛ ميانمار؛ النرويج؛ النمسا؛ نيبال؛ النيجر؛ نيجيريا؛ نيكاراغوا؛ نيوزيلندا؛ هايتي؛ الهند؛ هندوراس؛ هنغاريا؛ هولندا؛ الولايات المتحدة الأمريكية؛ ولايات ميكرونيزيا المتحدة؛ اليابان؛ يوغوسلافيا؛ اليونان.

(١) صارت نافذة في ١٣/١٢/١٩٦٤.

(٢) صارت نافذة في ٨/٨/١٩٧٥.

اتفاقية المؤثرات العقلية، لعام ١٩٧١ (٣)

في ما يلي الدول المئة وسبع عشرة، الأطراف في الاتفاقية:

الاتحاد الروسي، اثيوبيا، الأرجنتين، الأردن، أسبانيا، أستراليا، إسرائيل^(٤)، اكوادور، ألمانيا، الإمارات العربية المتحدة، أنتيغوا وبربودا، أوروغواي، أوغندا، أوكرانيا، أيرلندا، آيسلندا، إيطاليا، بابوا غينيا الجديدة، بارغواي، باكستان، البحرين، البرازيل، بربادوس، بروناي دار السلام، البرتغال، بلغاريا، بنغلاديش، بنما، بنن، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندي، بولندا، بوليفيا، بيرو، بيلاروس، تايلند، تركيا، ترينيداد وتوباغو، توغو، تونس، تونغافا، جامايكا، الجزائر، جزر البهاما، جزر مارشال، الجماهيرية العربية الليبية، الجمهورية الدومينيكية، الجمهورية العربية السورية، جمهورية كوريا، جنوب أفريقيا، الدانمرك، دولة أفغانستان الإسلامية، الرأس الأخضر، رواندا، رومانيا، زائير، زامبيا^(٥)، سري لانكا، سلوفاكيا^(٦)، سلوفينيا، سنغافورة، السنغال، سورينام، السويد، سيشيل، شيلي، الصومال، الصين، العراق، غابون، غانا، غرينادا، غواتيمالا، غيانا، غينيا، فرنسا، الفلبين، فنزويلا، فنلندا، فيجي، قبرص، قطر، الكاميرون، الكرسي الرسولي، كندا، كوبا، كوت ديفوار، كوستاريكا، كولومبيا، الكويت، لكسمبرغ، ليسوتو، مالطة، ماليزيا، مدغشقر، مصر، المغرب، المكسيك، مادوي، المملكة العربية السعودية، المملكة المتحدة، موريتانيا، موريشيوس، موناكو، النرويج، النيجر، نيجيريا، نيكاراغوا، نيوزيلندا، الهند، هنغاريا، الولايات المتحدة الأمريكية، ولايات ميكرونيزيا المتحدة، اليابان، يوغوسلافيا، اليونان.

اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية، لعام ١٩٨٨ (٧)

في ما يلي الدول الاثنتان والثمانون، الأطراف في الاتفاقية:

الاتحاد الروسي، الأرجنتين، الأردن، أسبانيا، أستراليا، اكوادور، الإمارات العربية المتحدة، أنتيغوا وبربودا، أوغندا، أوكرانيا، إيطاليا، بارغواي، باكستان، البحرين، البرازيل، بربادوس، البرتغال، بلغاريا، بنغلاديش، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، بوليفيا، بيرو، بيلاروس، توغو، تونس، جزر البهاما، جمهورية إيران الإسلامية، الجمهورية العربية السورية، الدانمرك، دولة أفغانستان

(٣) صارت نافذة في ١٦/٨/١٩٧٦.

(٤) اعتباراً من ٩/٩/١٩٩٣.

(٥) اعتباراً من ٢٦/٨/١٩٩٣.

(٦) اعتباراً من ٢٥/٨/١٩٩٣.

(٧) صارت نافذة في ١١/١١/١٩٩٠.

(٨) اعتباراً من ٨/٩/١٩٩٣.

الإسلامية؛ دومينيكا^(٩)؛ رومانيا؛ زامبيا^(١٠)؛ سري لانكا؛ السلطادور^(١١)؛ سلوفاكيا^(١٢)؛ سلوفينيا؛ السنغال؛ سورينام؛ السويد؛ سيشيل؛ شيلي؛ الصين؛ عمان؛ غانا؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ غينيا؛ فرنسا؛ فنزويلا؛ فيجي؛ قبرص؛ قطر؛ الكامرون؛ كندا؛ كوت ديفوار؛ كوستاريكا؛ كينيا؛ لكسمبرغ؛ ماليزيا^(١٣)؛ مدغشقر؛ مصر؛ المغرب؛ المكسيك؛ السلطنة العربية السعودية؛ السلطنة المتحدة؛ موريتانيا^(١٤)؛ موناكو؛ ميانمار؛ نيبال؛ النيجر؛ نيجيريا؛ نيكاراغوا؛ الهند؛ هندوراس؛ الولايات المتحدة الأمريكية؛ اليابان؛ يوغوسلافيا؛ اليونان.

وقد قام الاتحاد الاقتصادي الأوروبي، في ١٢/٣١/١٩٩٠، بإيداع وثيقة مصادقته الرسمية على الاتفاقية [مدى الاختصاص: المادة ١٢].

(٩) اعتباراً من ١٩٩٣/٩/٢٨.

(١٠) اعتباراً من ١٩٩٣/٨/٢٦.

(١١) اعتباراً من ١٩٩٣/٨/١٩.

(١٢) اعتباراً من ١٩٩٣/٨/٢٦.

(١٣) اعتباراً من ١٩٩٣/٨/٩.

(١٤) اعتباراً من ١٩٩٣/٩/٢٩.