

كتاب
العربية



مدينة الملك عبدالعزيز
للعلم والتقنية KACST

المخدرات



تأليف: نيكول مايستراشي

ترجمة: زينا مغربل

مراجعة: دحام اسماعيل العاني - أبو بكر سعدالله

٢٠١٤ هـ - ١٤٣٦ هـ

ماذا
أعرف؟

Que
sais-je?



المخدرات

تأليف: نيكول مايستراشي

ترجمة: زينا المغربي

مراجعة: دحام اسماعيل العاني - أبو بكر سعدالله

١٤٣٦هـ - ٢٠١٤م

ماذا
أعرف؟

Que
sais-je?

٣ مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية، ١٤٣٦هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية

مايسترشي، نيكول

المخدرات. / مايسترشي نيكول: زينا مغريل: دحام اسماعيل

العاني - الرياض، ١٤٣٦هـ

ص. : سم

ردمك: ٤-٧٥-٨٠٤٩-٦٠٣-٩٧٨

١- المخدرات ٢- مكافحة المخدرات أ. مغريل، زينا (مؤلف

مشارك) ب. العاني، دحام اسماعيل (مؤلف مشارك) ج. العنوان

ديوي ٦١٣،٨ ١٤٣٦/٥٣٥

رقم الإيداع: ١٤٣٦/٥٣٥

ردمك: ٤-٧٥-٨٠٤٩-٦٠٣-٩٧٨

جميع الحقوق محفوظة



مدينة الملك عبدالعزيز
للعلوم والتقنية KACST

مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية

ص.ب. ٦٠٨٦ الرياض ١١٤٤٢

المملكة العربية السعودية

هاتف: ٤٨٨٣٤٤٤ - ٤٨٨٣٥٥٥ فاكس: ٤٨٨٣٧٥٦

الموقع الإلكتروني: www.kacst.edu.sa

إصدارات المدينة: publications.kacst.edu.sa

البريد الإلكتروني: awareness@kacst.edu.sa

رقم الإيداع الدولي للأصل بالفرنسية:

ISBN 2 13 053374 4

الطبعة الأولى الفرنسية: فبراير ٢٠٠٥م

تم الإصدار ضمن التعاون المشترك بين مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية

والمجلة العربية (الثقافة العلمية للجميع)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمة

١. الوجه المزدوج للمخدرات

بين الخيال والواقع، يثير مصطلح «المخدرات» الخوف والفضول دوماً، إذ يجسد في آن واحد الشر المطلق والأمل الواهم بعيش أفضل أو أقل سوءاً في المجتمعات الغربية الحديثة.

المخدرات: هي ترياق أحياناً، و/أو سمّ أحياناً أخرى. إنها تمس حيزاً خاصاً إلى أقصى حد في مكنون البشر، لكونها تلامس مواطن ضعفهم ورغباتهم السرية.

في هذا الوجه المزدوج -الوجه المعالج والوجه المدمر- يكمن سر تعقيد المسألة المطروحة إلى درجة إيذاء كل من يحاول إيجاد حلول منطقية لها في المجتمعات الغربية.

وهو ما يفسر أيضاً نزعة تقديم إجابات مانوية وبيانات حاسمة تتفادى بنائها عن الواقع المعقد مواجهته أيضاً. وكأنه يجب على المرء الاختيار بين اللين والقمع، بين التسخيف والمبالغة بأسلوب مسرحي...

وذلك إلى درجة أنه غالباً ما يظهر الموقف المتعقل المتمثل في إحصار الواقع كما هو، وليس كما نتمنى أن يكون، كأنه اعتراف بالضعف. ومن هذا المنطلق، تتردد على الدوام العديد من المصطلحات مثل «كارثة»، «بلاء»، «اجتثاث»، «حرب على المخدرات»، «سرطان»، في كثير من النصوص والخطابات السياسية بشكل لا يتيح أي مجال لاختلاف الرأي. فالحرب هي بالضرورة إما نصر وإما هزيمة، ومن ثمّ يضيق هامش المناورة في مجال السياسة العامة. ومجرد الاعتراف على سبيل المثال بأنه لا يوجد «أي مجتمع خال من المخدرات» لا يزال محل انتقاد فئة من الطبقة السياسية الفرنسية انتقاداً لا دعماً، وهو انتقاد لا يلامس جوهر المسألة، لافتقاده للحجج الدامغة، لعدم توفر نماذج لـ «الجنة الخالية من المخدرات». ومن ثم فهذه الانتقادات تعني ببساطة أنه ينبغي إخفاء الحقيقة. لوهافر، يوم ٠٩ يونيو ٢٠١٤

بيد أن الدوافع الخاصة لتعاطي المخدرات لا تزال نفسها، متعددة ومتشابهة: البحث عن المتعة أو استشعارها مجدداً، كسر الملل، تجنب المعاناة، تجاوز عقبة ما، التغلب على انقطاع علاقة ما، خسارة ما، تعزيز الأداء، نسيان كره المرء نفسه، أو نسيان أن الحياة أحياناً تبدو لا تطاق... واللافت هنا بدايةً هو ذلك التباين الجلي بين تلك الرغبات البشرية المبتذلة، وبين تلك المصطلحات التي نعتمد في تضخيمها وتجريدها لوصف المشاكل الناجمة عن استهلاك المخدرات. الأمر الذي يسفر عن مواطن جهل عديدة.

٢. هل يمكن أن يوجد عالم خال من المخدرات؟

عام ١٩٩٨، اعتمدت الجمعية العامة لدى الأمم المتحدة قراراً يهدف إلى تقليص إنتاج وتسويق وسوء استخدام المخدرات بشكل كبير، إن لم تتمكن من «القضاء» عليها تماماً وذلك قبل حلول العام ٢٠٠٨. مع ذلك، وعلى الرغم من وفرة الخطاب الاستئصالي، وما يقارب الخمسين مليار دولار أمريكي المخصصة «لمحاربة» المخدرات المحظورة، لا تزال نتائج هذه السياسة محدودة. وكان التقرير المرحلي الصادر عام ٢٠٠٣ عن برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات PNUCID بعنوان ”تقدم واعد في سبيل تحقيق أهداف لا تزال بعيدة“، حريصاً على عدم اتخاذ لهجة المنتصر، دون التشكيك في هذه الاستراتيجية القائمة على هدف واحد، وهو الاجتثاث.

بيد أنه بالنظر إلى خريطة ارتفاع أو تراجع توغل واستهلاك المخدرات، يتضح تماماً أنها لا تتماشى مع تلك الممتلئة لشدة الضوابط والحظر. لكن هذا لا يعني استحالة فرض ضوابط معينة، ولا يعني أن العجز أمر محتوم. على سبيل المثال، بقي عدد مستهلكي المواد الأفيونية تقريباً كما كان في بداية التسعينيات، إلا أن تطور وسائل العلاج بالبدائل في الدول المتطورة قلص إلى حد بعيد من الأضرار الناجمة عن استهلاك

الأفيون. كما تراجع استهلاك الكحول بشكل لافت منذ عشرين عاماً في فرنسا.

وقد ورد في تقرير رسمي نُشر في الثمانينيات أن من شأن تحرير تعاطي المخدرات أن يسفر "في كل مكان عن الجنوحية، والعنف، وتدمير الأسر، والمس بالصحة العامة، وتفاقم الأمراض النفسية، وتضاعف حالات الوفاة، وفساد التجمع السكاني، وخطر قاتل يهدد ثقافتنا وحضارتنا".¹

على الرغم من تطور إنتاج واستهلاك المخدرات وظهور المخدرات الاصطناعية، فإن الكارثة المعلنة على المستوى العالمي لم تحدث. وليس هناك ما يؤكد أن صحة الشباب قد ساءت في فرنسا. فوفق اللجنة العليا للصحة العامة الفرنسية² تبين أن صحة هؤلاء تبعث على الاطمئنان. ذلك أن الإنسان ليس فقط حصيلة تفاعلات كيميائية وحيوية، وتعاطيه المحتمل للمخدرات لا يكفي للتعريف به. يعيش الإنسان في عالم غير مستقر خاضع لتأثيرات مختلفة. وهو يتكيف ويسعى لتحقيق حالات التوازن الخاصة به. الجدير بالذكر أن هذه الملاحظات ليست متناقضة، لكنها تلزم بمراجعة الاستراتيجيات والأهداف المرسومة. إذ ينبغي ألا ننظر إلى السياسة الخاصة بالمخدرات في فرنسا في سياق منعزل ودون مراعاة العناصر والعوامل العديدة المؤثرة، وأوجه الحتمية وكذا الخيارات التي تشكل حياة الإنسان أو تدمرها. كما ينبغي ألا ننظر إليها خارج نطاق السياسات الاجتماعية والاقتصادية وسياسات الصحة العامة، أو بمنأى عن نظرة مستقبلية للعلاقات القائمة بين شمال الكرة الأرضية وجنوبها. لكل هذه الأسباب فإن هدف الاجتثاث وعدم التسامح نهائياً هدف يبدو قائماً على فكرة مغلوطة: فكرة وجود عدو خارجي خبيث ينبغي تخليص الإنسانية منه. بل ربما يكون من الأفضل الإقرار بأن البحث

1- سي. تراومان C. Trautmann، مكافحة الإدمان وتجارة المواد المخدرة، تقرير رفع لرئيس الوزراء، باريس، التوثيق الفرنسي La Documentation française، 1990.

2- تقرير اللجنة العليا للصحة العامة، 2002.

عن المخدرات، كما هو البحث عن السعادة أو سبق إدراك الموت، هو في صميم ضعف الإنسان. والاعتراف بهذه الحقيقة البينة ليس استسلاماً، بل هو تحديد لنطاق العمل الذي ينبغي القيام به: تحجيم الأضرار المادية أو الاجتماعية ذات الصلة باستهلاك المخدرات. كان هذا هو رأي مونيك بيلتييه Monique Pelletier في العام ١٩٧٨ لكنه لم يجد أذناً مصغية: ”استخدام المخدرات ظاهرة دائمة، ما يدعو إلى السعي للتعايش مع هذه الظاهرة بأقل تكلفة صحية واجتماعية ممكنة“^٣. بمعنى آخر، إذا كان الأمل في مجتمع فرنسي خال تماماً من المخدرات ضئيلاً فإنه من الممكن الحد من النتائج الإنسانية والصحية والاجتماعية الناجمة عن استخدامها، الأمر الذي يفرض بطبيعة الحال تقييد النفاذ لأخطر تلك المنتجات قدر المستطاع.

٣- م. بيلتييه، تقرير بعثة الدراسات الخاصة بمجمل مشاكل المخدرات، التوثيق الفرنسي، ١٩٧٨.

الفصل الأول

أسئلة بخصوص المخدرات: تعريفات وتحديات وتناقضات

١. الحدود الغامضة للمخدرات: نطاق وتعريفات

مسألة المصطلحات المستخدمة عند الحديث عن هذه المواد مسألة ذات دلالة. ذلك أن النقاشات الدائرة مؤخراً بخصوص إدراج الكحول والتبغ ضمن نطاق المخدرات، تضيف على ذلك نوعاً من الطابع الرمزي والخيالي لهذا المصطلح.

بيد أن ثمة تعريفاً حاسماً لها يتسم بالبساطة: فكل «مادة نشطة صيدلانياً على كائن حي» تعد مخدراً. وفق هذا المعنى، يمكن اعتبار كل دواء مخدر (عقاراً). وقد استُخدم في فرنسا مصطلح *drogue* طويلاً في اللغة الدارجة للحديث عن الأدوية. وحتى اليوم، يشير مصطلح *drug* في البلدان الأنجلو سكسونية دون تمييز بين الأدوية والمخدرات المحظورة. لم يبدأ مصطلح *drogue* (في فرنسا) اكتساب دلالة ازدرائية، مختلماً في اللغة المتداولة بمعنى المخدرات المحظورة، إلا في بدايات القرن العشرين مع تنامي الإدراك بمضار بعض هذه المواد.

ولا شك في أن التباس دلالة هذا المصطلح والمعاني المختلفة المرتبطة به وفق التخصص المهني (صيدلة، طب عيادي أو قانون) إنما يعزز تعقيد هذا النقاش. تحدد معظم القواميس (الفرنسية) الراهنة نطاقاً واسعاً لتعريف *drogue* (المخدر أو العقار)، وذلك بالإشارة إلى مفهوم السمية واحتمال سوء الاستخدام والاعتماد. بذلك يمكن وصف «كل مادة مؤثرة عقلياً ومفضية إلى استهلاك مضر وقادرة على إثارة ظواهر تبعية»^٤ بمخدر. وهو المعنى المقصود هنا.

ينبغي وفق هذا التعريف إدراج: الكحول، التبغ، العقاقير المحظورة

٤- D. Richard et J.-L. Senon, Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, 1999, Paris, Larousse.
٥- المرجع السابق.

المصنفة ضمن المخدّرات أو تلك المؤثرة نفسياً، الأدوية المؤثرة عقلياً (النومات، مهدئات الاضطرابات العصبية، مزيلات القلق، مضادات الاكتئاب)، وكذا بعض المنتجات التي تُستهلك في غير وجه استخدامها المألوف مثل الصمغ، المذيبات، المواد الاصطناعية غير المصنفة بعد، فضلاً عن فطريات الهلوسة.

إن هذا التعريف لا يميّز بطريقة تلقائية بين المنتج اعتماداً على طابعه المشروع أو المحظور، ولا سيما أنه يركز على اعتبارات تاريخية وجيوسياسية وثقافية، بدل الارتكاز على أسس ومفاهيم واضحة. كما تجدر الإشارة هنا إلى أن القوانين والاتفاقيات الدولية لا تحدد تعريف المخدرات المحظورة، إذ تكتفي بالرجوع إلى قائمة بالمنتجات الممنوعة: "كل مادة واردة في قائمة المخدّرات هي مادة مخدّرة".^٦ الملاحظ أن قولاً جازماً من هذا القبيل لا يسهم أبداً في إيضاح حدود المحظور.

٢. سمّ أو/ و ترياق، هل يمكن أن تنطوي المخدرات على آثار

حميدة؟

على مدى التاريخ، كانت الغاية من البحث في كافة المخدرات واستخدامها هي آثارها الحميدة الحقيقية أو المفترضة. وتنطوي اليوم بعض هذه المواد على خصائص عقاقيرية تسفر عن رواج استعمالها في سياق علاجي على هيئة أدوية بجرع محددة، كما هو الحال على سبيل المثال بالنسبة للمورفين ومشتقاته. من جهة أخرى، هناك بعض المواد الأخرى التي لا تستخدم، أو لم تعد تستخدم طبياً: هي المنتجات التي تتضح سمّيتها عند تعاطي أدنى جرعة (على سبيل المثال مادة الإكستاسي أو مخدرات النشوة)، أو تلك التي لم يثبت بعد بشكل واضح ما تحمله من فوائد علاجية. يعدّ الجدل الدائر في فرنسا حول القنب العلاجي مثالاً على ذلك.

٦- المادة ٣ من اتفاقية ١٩٨٨ لمكافحة التجارة الممنوعة للمخدرات والعقاقير النفسانية التأثير.

٣. هل الكحول والتبغ من المخدرات؟

الأمر الذي يشكل رداً بالإيجاب إلى حد ما على هذا التساؤل هو أن معظم الدول الأوروبية شرعت في اعتماد سياسيات تجمع الكحول والتبغ والمخدرات المنوعة في سياق الوقاية والعلاج. وقد قوبل هذا التطور الذي بدأ في فرنسا عام ١٩٩٩^٧، بمعارضة شديدة نظراً لمكانة النبيذ الثقافية والاقتصادية الخاصة في فرنسا. لكن هذا الأمر بات حقيقة بديهية اليوم لدى الرأي العام كما هو الحال عند المختصين. فبحلول ٢٠٠٢، وافق ٨٥٪ من المشاركين في استطلاع^٨ على فكرة اعتبار الكحول من المخدرات. وخلافاً للطبقة السياسية الفرنسية التي تعاني التردد والانقسام، سرعان ما أدرك الرأي العام بأن المقصود ليس بالضرورة معاملة كافة المؤثرات العقلية بالأسلوب نفسه، وإنما الإقرار بأن كافة هذه المواد عرضة لسوء الاستخدام المضر بالفرد أو الجماعة. وكان من شأن هذا التحليل أن يطمئن عدداً كبيراً من الذين يواجهون بشكل مباشر أو غير مباشر تعاطي الكحول، والشاعرين بأن التدابير المتخذة لا ترتقي إلى حجم معاناتهم أو معاناة محيطهم. وبالرغم من التردد البالغ، فلم تحد الخطة المعتمدة من قبل الحكومة الفرنسية في يوليو ٢٠٠٤ عن هذا التوجه.^٩

٤. الإدمان الذي لا يتطلب استهلاكاً؛ هل القمار مخدر؟

يقود التعريف المعتمد هنا إلى استبعاد أوجه الإدمان التي لا تتضمن الاعتماد على مواد معينة ضمن نطاق المخدرات، وعلى رأسها القمار المرضي، فضلاً عن الشراء القهري أو اضطرابات السلوك الغذائي، مثل فقدان الشهية أو الشرهية.

لكن عدداً من المختصين يلفتون الانتباه منذ عدة سنوات إلى تطور أوجه الإدمان هذه، ولا سيما الإدمان على شبكة الانترنت أو ألعاب الفيديو،

٧- الخطة الثلاثية لمكافحة المخدرات والوقاية من أوجه الإدمان، البعثة الوزارية المشتركة لمكافحة المخدرات والإدمان، MILDT، يونيو ١٩٩٩.

٨- شركة الاستطلاعات «ب.ف.أ»، BVA، يونيو ٢٠٠٢.

٩- خطة حكومية لمكافحة المخدرات المحظورة والتبغ والكحول، ٢٠٠٤-٢٠٠٨، يوليو ٢٠٠٤. www.drogues.gouv.fr

إذ يرون أنها تتبع آليات يمكن مقارنتها بآليات إدمان المخدرات، وتستدعي بذلك ردوداً علاجية مشابهة.¹⁰

لم تتل بعد هذه المشكلة حقها من الاهتمام في فرنسا، رغم تداعياتها الصحية والاجتماعية، إذ لم تُدرج ضمن انشغالات سياسة حكومية حقيقية، في حين التزمت دول، مثل كندا وهولندا، بالتحرك إزاءها.

٥. من يستهلك ماذا؟ تيارات الاستهلاك الرئيسية في فرنسا

وأوروبا

حتى بداية التسعينيات من القرن المنصرم، كانت البيانات الخاصة بتعاطي المخدرات الممنوعة ترد حصرياً من أجهزة الشرطة والعدالة، أي إنها كانت تقيس فعل هذه الأجهزة أكثر مما تقيس انتشار تعاطي المخدرات.

وكان الافتقار للبيانات الموثوقة يتيح المجال لكل أنواع الخطابات بهذا الخصوص، من أكثرها تطرفاً وتناقضاً، علماً بأن من ظواهر تعاطي المخدرات ما كان يُخفى جزئياً (كتلك المرتبطة بالكحول؛ والمواد المنشطة قبل سباق درجات دورة فرنسا عام ١٩٩٨)، ومنها ما كان يُحمّل كل الشرور (الهيروين).

وقد بدأ إنشاء كل من المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان عام ١٩٩٤ والمرصد الأوروبي عام ١٩٩٥ بملء هذه الثغرات.

إلا أنه بالرغم من توافر العديد من البيانات الفرنسية والأوروبية، فلا بد من الحرص على التعاطي معها بحذر، فالمسوحات الوبائية لا تقدم إجابات عن الأسئلة المطروحة من خلالها. وفي مجال سريع التطور كهذا ربما يتعذر توضيح ما ليس جلياً للعيان. كذلك لا تتسم المسوحات بالدفقة الكافية لتقدير الظروف المحيطة بالتعاطي والسلوكيات الخاصة بها، بل تكتفي بتقديم رسم الميول العالمية في هذا السياق. أخيراً، فإن البيانات

J. ; ١٩٩٧، « M. Valleur & C. Bucher, Le jeu pathologique, Paris, PUF, coll. « Que sais-je - ١٠
Ades & M. Lejoyeux, Encore plus ! Jeu, sexe, travail argent, Paris, O. Jacob . ٢٠٠١.

المستقاة من كل مادة لا تعين على تكوين فكرة واضحة عن ظواهر الإدمان المتعدد.

تشبه أنماط الإدمان الرئيسية في فرنسا إلى حد كبير تلك الموجودة في معظم الدول الأوروبية.^{١١} ويُلاحظ بالنظر إلى مواد الإدمان الثلاث الأكثر انتشاراً: زيادة إدمان حشيش القنب، تراجع منتظم في إدمان الكحول مصحوب بنزعة لتنامي ثمل الشباب، وتراجع في تعاطي التبغ.

في المتوسط، يبدأ الشباب الفرنسي بتعاطي المخدرات الرئيسية الثلاثة وفق الترتيب التالي: الكحول (١٣ عاماً)، التبغ (١٤ عاماً) والقنب (١٥ عاماً). وقد قام شاب من كل شابين في سن الثامنة عشرة بتعاطي الحشيش، علماً بأن تعاطي الحشيش في ارتفاع بالغ منذ عشر سنوات، وإن كان يتناقص بشكل كبير مع العمر، ويبلغ معدلاً ضئيلاً بحلول سن الرشد. كلما تعاطى الشباب إحدى هذه المواد الثلاث في سن مبكرة، ازداد خطر وقوعهم في الإدمان. وقد ظهرت أيضاً علاقة واضحة بين ممارسات تعاطي المواد المختلفة عند الشباب، علماً بأن الأشخاص الأكثر تعاطياً للكحول والتبغ كانوا أكثر تعاطياً للمخدرات الممنوعة من غيرهم.

يُقدر عدد مستهلكي المخدرات استهلاكاً خطيراً في أوروبا بملينيوني فرد (١٥٠,٠٠٠ في فرنسا)، بيد أن هذا العدد لا يقتصر على متعاطي الهيروين، بل يشمل فئات متنوعة، غالباً ما تعاني على الصعيد الاجتماعي، وتجمع في تعاطيها على نحو مفرط بين منتجات مشروعة أو غير مشروعة.^{١٢}

هذا، وتخص المنتجات الأخرى في كل البلدان الأوروبية نسبة ضئيلة جداً من السكان. والجدير بالملاحظة أن ميل استهلاك الهيروين في تراجع، مع ارتفاع محدود في تعاطي الكوكايين.

يتنامى استهلاك المخدرات الاصطناعية (مخدرات النشوة

١١- المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، التقرير السنوي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٤؛ المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مؤشرات وميول، ٢٠٠٢. إلا أن هذه الملاحظة لا تراعي الوضع في الدول الأوروبية العشر حديثة الانضمام إلى الاتحاد الأوروبي، فهذا الوضع لا يزال مجهولاً إلى حد ما.
١٢- المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، تقرير ٢٠٠٤.

ومشتقاتها) بشكل أساسي في وسط «التكنو» techno الاحتفالي^{١٣} وإن لم يقتصر على هذا الوسط بعينه. كما أدركنا مؤخراً المشكلة المتمثلة في استخدام المواد المنشطة استخداماً لا يقتصر على النشاط الرياضي «العالي المستوى»^{١٤}.

يصعب تفسير الاستهلاك المفرط للمخدرات النفسانية التأثير، بمعنى الجزيئات المؤثرة عقلياً المتداولة في السوق نظراً لتأثيرها العلاجي. وهي ظاهرة منتشرة بصفة خاصة بين النساء والمسنين، على نحو يجعل فرنسا على رأس الدول المستهلكة لهذا النوع من المنتجات. لكن هذه الظاهرة تخفي حقائق متنوعة: مثل وصفات طبية غير مناسبة أو التداوي الذاتي أو استخدام الدواء في غير محله.

في الوقت نفسه، يلاحظ تصاعد نزعة استخدام مختلف المنتجات الشرعية أو غير الشرعية، على التوالي أو في آن واحد، مع رواج الاعتقاد بوجود منتج أو مجموعة من المنتجات المعدة لكل الظروف المؤهلة أو المفرحة في الحياة اليومية.

من هذا المنظور، أدى ظهور وتطور المخدرات الاصطناعية السهلة التركيب، وكذا تنامي النفاذ إلى العلامات التجارية الدوائية ذات المفعول المتزايد، إلى مضاعفة إمكانية خلط المنتجات المختلفة حتى صار التمييز بين حدود الخطر والممنوع قانوناً أمراً مستعصياً.

على صعيد آخر، يجدر التعمق في مسألة انتقال التعاطي من منتج إلى آخر، ومن بلد إلى آخر. فذلك يساعد على رصد مدى تفتيشي ظاهرة تعاطي الحشيش لدى الشباب على حساب تعاطيهم للكحول. كما يوضح ما إذا كان هناك ارتباط بين تراجع تعاطي مادة ما (الكحول) وتصاعد استهلاك مادة أخرى (الحشيش).

١٣- المراد بـ «وسط التكنو» هو وسط الشباب الذي يجتمع للسهر ليلاً في أجواء موسيقى «التكنو»، وكثيراً ما يتم تعاطي عقاقير في هذه السهرات. (المترجم)
١٤- أي المصنف كذلك من قبل ميثاق الرياضة العالية المستوى والخاص لقوانين وأنظمة تتوخى في هذا النشاط معايير نموذجية. (المترجم)

٦. فهم أوجه السلوك : الاستهلاك، الإفراط، الإدمان

إنه لا يكفي الإلمام بالخصائص الصيدلانية والسّمية التي تنطوي عليها المخدرات لتقدير تداعيات استهلاكها، وهذا لا يعني التقليل من أهمية تلك الخصائص. كما لا يكفي التساؤل عن دوافع تعاطي هذه المواد، فهي عديدة ومتشابهة دائماً، إذ تتعلق بأحداث سعيدة أو مؤلمة في الحياة. لقد تنامي الإدراك تدريجياً بدور أسلوب الاستهلاك وشخصية وسيرة وسلوك المستهلك وأهميته البالغة لتقويم خطر الإدمان. أدت هذه المقاربة القائمة على أوجه السلوك، وغير المقتصرة على مواد التعاطي، بعدد من المختصين -وأبرزهم الأستاذ باركيه Parquet- إلى التمييز بين الاستهلاك، والإفراط فيه (أو الاستهلاك المضر)، والإدمان.^{١٥} يشير «الاستهلاك» إلى تعاطي المخدر بشكل لا يؤدي إلى عسر أو ضرر جسدي. لكن هذا الاستهلاك قد ينطوي على خطورة في بعض الظروف (قيادة سيارة، أعمال تقتضي تركيزاً عالياً...) أو لدى بعض الأشخاص الأكثر عرضة للتأثر (الحوامل...) أو المصابين باضطرابات سلوكية. يتميز «الإفراط» باستهلاك كبير ومتكرر يحدث لدى المستهلك و/أو يحيطه أضراراً صحية واجتماعية.

أما «الإدمان» فهو إدمان جسدي و/أو إدمان نفسي. فأما الإدمان الجسدي فظاهرة عقاقيرية بحتة: تعاطي مادة ما على نحو متكرر يغير ردود الفعل الفيسيولوجية الخاصة بالكائن الحي الذي يتكيف مع هذا الجزيء الجديد. ويظهر وقف الاستهلاك انعدام التوازن الناتج عن ذلك. إثر هذا، على المستهلك «الفتيم» انتظار عدة أيام، وكابد معاناة شديدة في غالب الأحيان، قبل استرجاع حالة التوازن الأصلية. وأما الإدمان النفسي فيتعلق بالمتعة التي يستمدّها المستهلك من المخدر: العقل عضو يتعلم منذ الولادة حفظ الإشارات المنبئة بالحصول على مكافأة.

^{١٥} P.-J. Parquet, Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives, Vanves, CFES, 1997.

لذلك سرعان ما يخبر كل العناصر المرتبطة بتعاطي المادة. وعند ظهور الإشارات المنبئة في المحيط دون تمكن المستهلك من التعاطي الذي يفترقه، يشعر المستهلك بالإدمان النفسي.^{١٦}

ولا يُستخدم مصطلح «مدمن مخدرات» أو «سكّير» في فرنسا (بل يفضل عليه مصطلح «متعلق بالكحول» alcoholo-dépendant ، فهو أقل وصماً وأكثر إنصافاً وفق هذا الرأي) إلا في الحديث عن من لهم تبعية لتلك المواد. فلا يُستعمل لوصف أغلبية مستهلكي المخدرات.

إن هذا التمييز المنطقي الذي يدركه كل واحد منا، استناداً إلى تجربته الخاصة في موضوع الكحول مثلاً، أصبح يحظى اليوم بإجماع علمي دولي. والفضل يعود إلى هذا التمييز في مراعاة الواقع كما هو وبكل تلواته. ومن ثمّ يقترح تسلسلاً ذا مصداقية للأخطار. وهو يسمح أيضاً برسم استراتيجيات ناجعة للوقاية والعلاج.

يؤدي هذا النهج، وإن بدا عادياً، إلى نتائج لا يستهان بها. فالإقرار بوجود استهلاك لا ضرر فيه يقوض أسس سياسات مكافحة المخدرات المحظورة التي تجعل من التمتع عن هذه المواد الغاية المنشودة. ثم إن النهج يبيّن صعوبة تطبيق القوانين التي تكتفي بحظر كل المنتجات بسبب خطورتها الكامنة، دون تمييز للظروف والأفراد وأنواع السلوك. وأخيراً، فإن الإقرار بأن استهلاكاً خطيراً لا يعني بالضرورة حالة إدمان يسفر عن إدراك حقيقة أن فئة من المعنيين بهذا الشأن لا يستفيدون من أي إجراء في هذا السياق. وهذه ملاحظة بالغة الأهمية بالنسبة لمفرد استهلاك الكحول الذين لم يُرصدوا ولم يُعالجوا طوال سنوات عديدة، ناهزت العقدين أحياناً، والمقبلين على مرحلة الإدمان.

^{١٦} J.-P. Tassin, Dépendances et dopamine, La Recherche - ٤٨-٥٣.

٧. فهم أثر المخدرات على الدماغ

عزز التقدم الأخير في معرفة عمل الجهاز العصبي المركزي إدراك آلية تسبب استهلاك المؤثرات العقلية في التعاطي المتكرر أو في ظواهر الإدمان. وقد أضاء التقدم-الذي طال البيولوجيا العصبية وتصوير الأعصاب بل وطب النفس وعلم النفس التجريبي أيضاً- الجدل الدائر بشأن المخدرات بشكل مختلف، نافياً بعض المزاعم التي كان يستند إليها ممثلو الشعب الفرنسي والسياسات الحكومية الفرنسية.

وإثر نشر العديد من البحوث التي كانت قد ذهبت إلى هذه الخلاصة، بين تقرير الأستاذ باركيه^{١٧} حول الخطورة المقارنة للمخدرات، المشروعة منها والمحظورة، حقيقة تأثير كافة المخدرات على الدماغ وفق أنماط متشابهة، وذلك في نطاق أوسع من نطاق المختصين الضيق.

يمكن وصف هذه الآليات على النحو العام التالي: يتألف الجهاز العصبي من خلايا عصبية، أو عصبونات، مكونة من جسم الخلية وامتدادات (الخيوط العصبية) واستطالات (الزوائد العصبونية). نجد بعض العصبونات متألفة في بُنى تؤدي وظائف معينة. تتحرك المعلومات داخل الدماغ على شكل نشاط كهربائي غالباً ما يوجهها دفق عصبي، منتقلة من الزوائد العصبونية إلى جسم الخلية حيث تتم مُعالجتها، ومن جسم الخلية إلى الخيط المحوري. بعد ذلك، يتحول الدفق العصبي- بغية الانتقال من عصبون لآخر- إلى رسائل كيميائية تتخذ هيئة الناقل العصبي، وهو مادة يفرزها العصبون. وهكذا يجتاز الناقل العصبي منطقة اتصال العصبونين، وهو ما يُعرف بالمشبك. والجدير بالذكر أن هناك أنواعاً مختلفة من النواقل العصبية (غابا- حمض أمين البيوتريك GABA، الأستيل كولين acetylcholine، السيروتونين Serotonin، الدوبامين dopamine، إلخ...) المرتبطة بمستقبلات نوعية. إن الإرسال المشبكي ظاهرة في غاية التعقيد يمكن ضبطها بوسائل متعددة. فلحدّ مدة

^{١٧} B. Roques, La dangerosité des drogues, Paris, O. Jacob ١٩٩٩

الإرسال العصبي مثلاً، يمكن أن يُدمر الناقل العصبي من قبل إنزيم، أو أن يُسترد من قبل العصبون المرسل.

على صعيد آخر، هناك المواد المسماة ”المعدلات العصبية“ (مثل الدوبامين أو المورفينات الداخلية، المعروفة أيضاً بالاندورفين) - التي لا تحوّل التدفق العصبي مباشرةً وإنما تسهم في تنظيمه. ويمكن لمادة مؤثرة عقلياً - بنيتها الجزيئية شبيهة بالمادة التي يصنعها الكائن الحي - أن تُثبّت نفسها مكان هذه الأخيرة على مستقبلات عصبية نوعية. تتدخل المواد المؤثرة عقلياً تحديداً في هذه العمليات، وعلى أصعدة مختلفة:

فمنها ما يُحوّل دون إعادة التقاط العصبون الفارز للمرسل العصبي الطبيعي. هكذا تُصعد مادة الكوكايين كمية الدوبامين في المشبك العصبي، وتزيد مخدرات النشوة كميات السيروتونين والدوبامين.

ومنهما ما يثبط المرسل العصبي الطبيعي. تمنع مثلاً الكحولُ المستقبلات NMDA التي يؤثر عليها حمضُ الغلوتاميك.

ومنهما أيضاً ما يقلد النواقل العصبية الطبيعية، فيحل محلها على صعيد مستقبلاتها. تحتل مادة النيكوتين مثلاً مكان مستقبلات الأستيل كولين. وعلى هذا النحو أيضاً تؤثر مادة المورفين على الألم أو العواطف بتثبيت نفسها على مستقبلات الإندورفين، المسؤولة عن تنظيم الألم تنظيماً طبيعياً.

تتشارك كافة المؤثرات العقلية (الكوكايين، مخدرات النشوة، التبغ، الكحول، الهيروين، الأدوية...) القادرة على إيصال الإنسان إلى حالة الإدمان، بخاصية تعزيز كمية الدوبامين في مركز من مراكز الدماغ، المعروف بـ ”دائرة الإثابة“.

٨. ما منظومة الإثابة الدماغية ؟

لا بد لحياة الأحياء من الحفاظ على الوظائف الحيوية، مثل التغذية أو التوالد أو الدفاع عن النفس عند التعرض لاعتداء؛ لذلك توجد في الدماغ

منظومات مسؤولة عن إثابة هذه الأفعال الحيوية يجعلها تشعر بالمتعة (ومنها جاءت تسمية «منظومة الإثابة الدماغية» hedonic system).

إن المناطق الدماغية المعنية هنا هي الباحة السقيفية البطنية ventral tegmental area، والنواة المتكئة nucleus accumbens، وقشرة فص الجبهة cortex prefrontal، واللوزة الدماغية amygdala. تشكل هذه المناطق منظومة الدماغ المتوسط القشري الحوفي في mesocorticolimbic أو "الدماغ العاطفي"، لأنه مركز ولادة أكثر ردود أفعالنا الدماغية بدائية، إلى جانب معظم الرغبات ومواطن الحاجة الحيوية.

وفضلاً عن النشاط المتعلق ببقاء أنواع الأحياء، تتعرض الحالة العاطفية لكل إنسان لتقلبات متكررة (السعادة، الخوف، الغضب، المعاناة، المتعة...). فالتحول من حالة طيبة إلى حالة غير سارة يؤدي تلقائياً في العادة إلى تشغيل أنظمة دماغية للتكيف واتخاذ سلوك ملائم للحالة الجديدة. وللمنظومة الحوفيّة دور جوهري في المساعدة على استرداد حالة التوازن التي يمكن تعريفها بحالة الرضا عن النفس.

ربما يؤدي استهلاك المؤثرات العقلية أو أنماط السلوك القهري- مثل عادة القمار المرّضية والشراهة المرضية والشراء القهري- إلى عملية إدمان، أي حاجة لا تقاوم لتكرار السلوك الذي يفرض في تشييط منظومة التلذذ والمتعة أبداً.

وربما استهلاك المؤثرات العقلية عن آلية إدمان، وإنما يبقى مقتصرأ ضمن حدود تجنّب ظهور تداعيات سلبية.

وفي وصف أخطار استخدام المؤثرات العقلية لا يسفر، يستعين الأستاذ باريكه بصورة «ممتطي الزوارق المقبلين على شلال ماء عظيم. يعود معظمهم أدراجه. ويجرب عدد منهم الإبحار في المياه الهادئة وقد انتابهم رغبة الإقدام على أخطار «محسوبة». إلا أن عدداً محدوداً جداً يغامر قرب الدوامات الخطرة إثر التفكير ملياً في إمكانية الهرب حال اقتضت الحاجة ذلك. هؤلاء هم المفرطون. وثمة قلة ينجذبون أخيراً للخطر الشديد لا محالة».

٩. هل لمحيط وسيقاق الاستهلاك دور؟

لا تشكل المادة المستهلكة العامل الوحيد في ظاهرة الإفراط في الاستهلاك أو الإدمان. فطريقة انتظار المستهلك وتوقعه لتناول تلك المادة، وسيقاق استهلاكه يحدثان أيضاً أثراً بيولوجية على الجهاز العصبي المركزي.

لقد أظهرت التجارب العديدة التي أُجريت على الحيوانات المخبرية اكتساب سلوكيات استهلاك المخدرات سيقاقات محددة. فجمعة هي روابط الذاكرة والإدمان، بحيث يكون لذكرى سيقاق تعاطي المادة المخدرة، ولاسيما السيقاق العاطفي، دور حاسم في بلوغ حالة إدمان.^{١٨}

كما أكدت هذه التجارب ما رُصد على صعيد الإنسان. فقد تجتاح الأشخاص الذين سبق أن أدمنوا على الكحول مثلاً، وبعد انقطاع طويل، حاجة لا تقاوم لتناول الكحول، لأنهم وجدوا أنفسهم في وضع شبيه بظروف التعاطي في الماضي. في المقابل، أظهرت دراسات أُجريت على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب فيتنام أنه في حين أدمن نحو ١٥-٢٠٪ منهم على الهيروين في سيقاق الحرب، قليل منهم فقط استمروا في التعاطي بعد عودتهم إلى الولايات المتحدة، حيث لم تتكرر الظروف المحيطة باستهلاكهم هذا السّم.

١٠. هل من علاقة نسبية بين خطورة سلوك الاستهلاك

والكمية المستهلكة؟

لا شك في أن تأثير مادة متناولة بكميات ضئيلة أقل جداً من تأثيرها بكميات كبيرة. فالمورفين مثلاً بجرعات لتسكين الألم يقلل الأوجاع، لكنه يحدث لدى تعاطيه بجرعات أكبر أثر الابتهاج الذي يقصده مدمنو المورفين، وصولاً إلى الوفاة عند تعاطي جرعات مفرطة تسفر عن توقيف المراكز العصبية التي تنظم التنفس.

١٨ - J.-P. Tassin، مرجع سابق.

١١. لا يستوي كل الأفراد أمام خطر الإدمان

ينبغي توخي الدقة إزاء هذه الملاحظة التي تختلف باختلاف المنتجات المستهلكة، بيد أن السواد الأعظم من المستهلكين العَرَضِيِّين لن يكرروا تجربتهم الأولى، والأهم من ذلك أن ٩٠٪ من المستهلكين لن يدمنوا على تعاطي المخدر.

ثمة عوامل اجتماعية ثقافية وبيئية عديدة تعزز في الواقع قابلية فرد ما لتعاطي المخدر، ومن ثم الإفراط في استهلاكه، وإدمانه. وهكذا يُعدُّ تعاطي الآباء عاملاً يزيد عرضة الأبناء، سواء تعلق الأمر بأدوية أو مخدرات شرعية أو غير شرعية. كما يلاحظ انتشار حالات الاكتئاب واضطرابات الوسواس القهرية والقلق الشديد انتشاراً بالغا عند المدمنين. وقد أظهرت بحوث في ميدان الأوبئة أيضاً ارتفاع خطر الإدمان عشرة أضعاف لدى أولئك الذين تعرضوا للعنف في طفولتهم.

بتنا على علم اليوم بوجود عوامل قابلية وراثية تجعل البعض أكثر عرضة من غيرهم للإدمان. وتوجد في المقابل عوامل وراثية وقائية تحجم هذا الخطر إلى حد بعيد. وبما أن أوجه سلوك الاستهلاك تتوقف بشكل كبير على عوامل لا علاقة لها بإرادة الأفراد المعنيين، يتجلى خطر الاكتفاء بإقامة السياسات العامة على الحظر أو وسم هذا السلوك بالخزي الأخلاقي.

١٢. المخدرات وغياب الأمن

لطالما اعتاد وزراء الداخلية الفرنسية المتعاقبون على التصريح بارتباط الجنوح بالمخدرات بنسبة ٥٠٪ في المدن. ورغم ذلك فليس هناك ما يثبت هذا القول. فحالات الاستجواب والإدانة الخاصة بخرق القانون الخاص بالمخدرات أو بقيادة السيارات في حالة سكر هي المعلومات الوحيدة التي نعرفها بدقة. ولا يمكن أي نظام مراقبة راهن من قياس مدى ارتباط عدد كبير من الجرائم الأخرى بتعاطي الكحول أو المخدرات الممنوعة، ولا

سيما جرائم السرقة أو أعمال العنف، وإن كانت هذه الظاهرة واضحة. كما أن معاناة ٦٠٪ من الذين يُحكَم عليهم بالسجن في مشكلة كحول أو مخدر لا تكفي للربط بين التعاطي والجنايات المرتكبة.

وقد تم استجواب في عام ٢٠٠٣ نحو ١٠٦,٠٠٠ شخص لانتهاك قانون المخدرات، منهم ٩٠,٠٠٠ شخص لتعاطيهم المخدرات (أي ما يعادل ٨٥٪ من حالات الاستجواب لخرق القانون الخاص بالمخدرات).^{١٩}

تخص حالات الاستجواب في معظم الحالات وبشكل متنام مستهلكي القنب (٩١٪ عام ٢٠٠٣ مقارنة بـ ٨٥٪ عام ٢٠٠٠ و ٧٧٪ عام ١٩٩٦)، وهو ميل يوافق تغيير نمط استخدام المخدرات. في الوقت نفسه، استمر عدد متعاطي الهيروين المستجوبين في التناقص (٤٪ من إجمالي الحالات خلال عام ٢٠٠٣ مقابل ١٨٪ في عام ١٩٩٦). ويمكن تفسير هذا الوضع جزئياً بتراجع الاستهلاك، وأيضاً تحسن حالة العديد من المدمنين على الهيروين بفضل وسائل العلاج البديلة.

أما حالات الاستجواب الخاصة بالتهريب والمتاجرة بالمخدرات، فتم عن وقائع متباينة، إذ أتت على النحو التالي في عام ٢٠٠٣:

- تعاطي المخدرات، وإعادة بيع: ٩٥٨٩ حالة.

- تهريب محلي: ٦٦٢٣ حالة.

- تهريب دولي: ١٢٩٩.

والجدير بالذكر أن هذه الحالات تناقصت منذ العام ١٩٩٥، وإن لوحظت منذ العام ٢٠٠٠ نزعة ارتفاع جديدة. بيد أن تصاعد عدد المستخدمين الذين استجوبتهم السلطات لم يقترن في جميع الحالات بارتفاع مماثل في عدد حالات الاستجواب المتعلقة بمخالفات التهريب.

كما سجلت المحاكم خلال العام ٢٠٠٢ نحو ١٩,٣٠٣ إدانة.^{٢٠} وشهد عدد الإدانات بتعاطي مواد محظورة تراجعاً عند معدل إدانة واحد من كل ١٢ فرداً تم استجوابهم (مقارنة بـ ١ لكل ١٠ أفراد تم استجوابهم في عام

١٩- المصدر: وزارة الداخلية المكتب المركزي لمكافحة تجارة المخدرات، إحصاءات ٢٠٠٣.

٢٠- المصدر: وزارة العدل، بيانات محلية، ٢٠٠٢.

١٩٩٨). لكن ذلك لا يعني تناقص عدد الإجراءات القضائية. إنما تعكس هذه البيانات توجهات السياسة الجنائية الفرنسية التي حثت الادعاء العام على تفضيل الإجراءات البديلة بدلاً من ملاحقة وحجز مستهلكي هذه المواد بكميات قليلة. وقد لوحظ هذا التوجه في أوروبا عموماً. بيد أن عقوبة الجنايات- التي حوّلت للقضاء والمتعلقة بانتهاك أكبر لقوانين التهريب- كانت في ثلاثة أرباع الحالات أحكام بالسجن المشروط أو غير المشروط.

وتعكس زيادة حالات الإدانة بالقيادة في حالة سكر (١٠٤,٠٠٠ في العام ٢٠٠٢) تشديد السلطات العامة الفرنسية قبضتها على هذا النوع من الجناح.

١٣. جغرافيا المخدرات: طرق المتاجرة بالمخدرات

لا تخضع تجارة المخدرات المحظورة لقوانين السوق فحسب، بل لقوانين اقتصاد البقاء كذلك. ومعروفة هي المناطق الرئيسية لإنتاج هذه المواد: في أمريكا اللاتينية (كولومبيا، بوليفيا، بيرو) هناك إنتاج الكوكايين، وفي أفغانستان، هناك إنتاج كبير للهيروين، وفي كل أرجاء العالم -وبخاصة المغرب الأقصى- نجد إنتاجاً للقنب، وفي أوروبا وجنوب شرق آسيا ثمة إنتاج المخدرات الاصطناعية والمنبهات الأمفيتامينية. amphetamine. إن معظم الدول المنتجة للمخدرات المحظورة دول فقيرة، تدرّ تجارة المخدرات لاقتصاداتها مبالغ طائلة: ١٠ إلى ١٥٪ من الناتج المحلي الإجمالي في أفغانستان، و ٢ إلى ٣٪ من الناتج المحلي الإجمالي في كولومبيا، و ١٪ منه في بوليفيا. والجدير بالذكر أن هذه الأموال التي لا تثري إلا البعض، لا تعزز فعلياً تطور هذه الدول. وبالرغم من ذلك فقد عجزت مجمل المبالغ الكبيرة التي انفقّت في برامج التعاون العسكري والشرطة وبرامج التنمية الثقافية والتنمية البديلة عن تحقيق النتائج المنشودة. فإن كانت زراعة الكوكا قد تراجعت في بيرو وبوليفيا بين ١٩٩٥ و ٢٠٠٢، فقد قابلها تنامي

مساحات الزراعة المحظورة في كولومبيا تنامياً واسعاً.
ثمة علاقة وثيقة بين جغرافيا المخدرات والصراعات المحلية أو الإقليمية. فضلاً عن بيئة يشوبها الفساد وعدم استقرار الدول، تساهم تجارة المخدرات في تمويل الصراعات كتلك التي في أفغانستان أو كولومبيا أو البلقان. وقد تُحَقَّق أيضاً مآرب استراتيجية أو دبلوماسية أخرى حين تساعد مثلاً على تشويه سمعة خصم سياسي.^{٢١}
إن الدول المتقدمة انتقائية في سخطها. فمن كان يدري مثلاً أن ٩٠٪ من القنب المستهلك في فرنسا وارد من المغرب الأقصى؟ هناك صمت مطبق للمسؤولين الفرنسيين منذ زمن بعيد إزاء ذلك. كما طورت الولايات المتحدة نظام تصديق^{٢٢} يسمح لها كل عام باتهام دول أو الصفح عن أخرى حسب الجهود التي يفترض أنها بذلتها في مكافحة المخدرات. غير أن التدقيق في قائمة شهادات التوثيق لا يبين سوى معايير جيواستراتيجية واقتصادية. وإلا كيف نفسر ألا يُوجه إصبع الاتهام قط إلى المكسيك في هذا الباب؟ بل كيف يمكن تفسير عدم ذكر لمشكلة المخدرات في النقاش الخاص بانضمام تركيا للاتحاد الأوروبي؟ وما معنى الصمت الدولي إزاء مقتل ٢,٢٠٠ شخص في عام ٢٠٠٣ نتيجة حملة الحكومة التايلاندية لمكافحة المخدرات؟

ترسم هذه المكونات مشهداً مختلفاً عن الذي تود الخطابات السياسية الدولية الإيحاء به. لكن مفاتيح استقرار هذا المشهد غير بيّنة. فنموذج أفغانستان يبعث على توخي الحذر في تفسير التطورات وتقويم أثر المراقبة الدولية لهذه التجارة: فعقب هبوط زراعة الخشخاش هبوطاً مذهلاً خلال عام ٢٠٠١، نتيجة تعنت حركة طالبان، عرفت تلك الزراعة ارتفاعاً ضخماً

٢١- يرجى الاطلاع على كتاب

٢٢- وذلك وفق قانون أمريكي صدر عام ١٩٨٦، يقتضي من رئيس الولايات المتحدة إلغاء معظم أشكال المساعدات الأمريكية الخارجية ورفض أي قرض إئتماني دولي لأية دولة تعد غير متعاونة تعاوناً كاملاً مع الولايات المتحدة الأمريكية في جهودها لمكافحة المخدرات. (المترجم)

في الإنتاج (ناهز ٧٣٪ في العام ٢٠٠٤)^{٢٣} في ظل النظام الديمقراطي برئاسة كارزاي. إن أياً من المشاهد التي رُسمت على أساسها السياسة الدولية لمكافحة المخدرات لا يحيط بمجمل هذه الظروف. على صعيد آخر، كان تطور المخدرات الاصطناعية قد وضع حداً للتمييز المصطنع بين الدول المنتجة والدول المستهلكة للمخدرات. إذ يسهل بيع هذه المنتجات المصنوعة على مقربة من مواقع الاستهلاك، ولا سيما عن طريق شبكة الانترنت.

ففي حين تمكنت الدول الأوروبية من تحجيم استهلاك الهيروين، وتقليص آثاره، ارتفع استهلاك هذا المخدر ارتفاعاً بالغاً في إيران مثلاً، حيث يحظر تعاطي الكحول. ففي هذا البلد، يُقدَّر عدد المدمنين به ١ مليون (مقارنة بـ ١٥٠,٠٠٠ في فرنسا)، كما ارتفع أيضاً في روسيا وأوكرانيا.

والملاحظ في هذا السياق أنه سرعان ما اجتاحت صناعة التبغ في إفريقيا وآسيا الأسواق التي لم تعد متاحة في الدول المتقدمة، مستهدفة على وجه الخصوص فئة الشباب.

١٤. تكلفة المخدرات: أخطار اقتصادية وتكلفة اجتماعية

يفسر الثقل الاقتصادي لتجارة المخدرات إلى حد بعيد التناقضات الكثيرة التي تشوب الخطابات والسياسات العامة.

فوجود محاورين صناعيين نشطين فيما يتعلق بالمخدرات المحظورة، يضيف على الخطابات العامة بشأن الوقاية منها مزيداً من الحساسية. لقد تناقص إنفاق الأسر الفرنسية على المشروبات الكحولية، بيد أن هذه الأخيرة مثلت مع ذلك عام ٢٠٠٣ م ٨,٩٪ من ميزانيتها الغذائية^{٢٤}، و١٣ مليار يورو (٧ مليار منها على خمور النبيذ). وما زال النبيذ المنتج أكثر استهلاكاً، لكن حصته النسبية من الاستهلاك العالمي تناقص

٢٣- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات OICS، تقرير عام ٢٠٠٤.

٢٤- المصدر: المعهد الوطني للإحصاء والدراسات الاقتصادية، د. بوسون، مايو ٢٠٠٤.

باستمرار.

وقد حصّلت الدولة الفرنسية حوالي ٩, ٢ مليار يورو من الضرائب المختلفة من ١٣ مليار التي أنفقها الفرنسيون. أما منتجو الكحول فأنفقوا حوالي ١٩٢ مليون يورو في العام ٢٠٠٠ في الترويج لمنتجاتهم (كانت حصة النيبيذ منها ٣٢ مليون يورو). وتجدر هنا مقارنة هذه البيانات بالـ ٨٢, ٢ مليون يورو التي شكلت ميزانية إحدى حملات الوقاية من قبل السلطات العامة (٢٠٠١).

أما فيما يتعلق بالتبغ، فبلغ مجمل مبيعات منتجاته في عام ٢٠٠٢ حوالي ١٥ مليار يورو، تعود ٧٥٪ منها كضرائب للدولة، و١٧٪ للمصنعين، و٨٪ لأصحاب الخمرات.

وفي العام ٢٠٠٣، انخفض استهلاك التبغ بنسبة ٢, ١٣٪ إثر ارتفاع حاد في الأسعار.^{٢٥} تجدر الإشارة هنا إلى أننا بصدد أرقام مبيعات لا تراعي بيع منتجات التبغ في السوق غير الشرعية التي يتعدر منطقياً تقدير حجمها. وفي هذا السياق، تشير زيادة الكميات المُصادرة إلى تصاعد نشاط التهريب رداً على تشدد السياسة المالية.

وتبدو سوق البدائل النيكوتينية في أوج نموها. فحجمها، المقدر بـ ٩٥,٧٤ مليون يورو، كاد يتضاعف بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٠.

وفي العام ١٩٩٩، قاربت قيمة مبيعات الأصناف الأربعة من الأدوية المؤثرة عقلياً في المدن المليار يورو، في حين شكلت ٧٧ مليون يورو من مبيعاتها في المستشفيات، كما تمثل المؤثرات العقلية حوالي ٦٪ من مبيعات الأدوية في المدن. والجدير بالذكر أن ارتفاع المبيعات ارتفاعاً منتظماً يعود بصفة خاصة إلى زيادة مبيعات مضادات الاكتئاب. لكن هذه البيانات لا تمكّن من تمييز نوع الاستهلاك أو نوع الوصفة الطبية في هذا المشهد. بل لا تسمح تحديداً بفرز استهلاك المنتجات في غير موطن استخدامها أو الوصفات المُسرّفة.

٢٥. المعهد الوطني للإحصاء والدراسات الاقتصادية، استهلاك الأسر في عام ٢٠٠٣.

إن تقدير حجم سوق المخدرات المحظورة أمر أكثر صعوبة، إذ يشير تحليل الكميات المصادرة وما يقابله من سعر الشراء من قبل المستهلكين والبيانات الوبائية إلى قيمة تقديرية تتراوح بين ٦٠٠ مليون و٣ مليارات يورو في العام ١٩٩٩، علماً أن القيمة النظرية المرجحة هي نحو ١,٣ مليار يورو. وتذهب التقديرات إلى إنفاق الفرنسيين في سن ١٧-١٨ عاماً في العام ٢٠٠٣ من ^{٢٦} إلى ٤٢ مليون يورو في الكحول، و ٣٥ إلى ٥٣ مليون يورو في التبغ، وبين ١٢ و ٢١ مليون يورو في القنب ^{٢٦}.

أتاحت دراسة فريدة في هذا السياق مقارنة التكلفة الاجتماعية للمخدرات المباحة والمحظورة (أي مجمل التكاليف غير المموسة التي يتحملها المجتمع، سواء من قبل الوكلاء الخواص أو من السلطات العامة). ^{٢٧} تظهر هذه الدراسة جلياً أهمية الكحول والتبغ في سياق المخدرات المحظورة، على الرغم من الحدود المنهجية لهذه الدراسة التي لفت إليها المؤلفون.

وتأتي هذه النتائج مشابهة لنتائج دراسات مماثلة أُجريت خارج فرنسا، إلا فيما يتعلق بالكحول الذي تبدو تكلفته الاجتماعية أعلى بنسبة ٥٠٪ في فرنسا منها في كندا أو أستراليا.

المجموع ^١	المخدرات المحظورة	منتجات التبغ	الكحول	
٥٦٦,٢٨	٣٤,٦٧	٢٣١,٥٨	٢٩٩,٧٦	الإنفاق السكاني الفردي (يورو)
٣٢٢٢٨,١٧	٢٠٣٥,٢٤	١٣٦٠,٧	١٧٥٩٥,٨٠	التكلفة الاجتماعية (مليون يورو)
%١٠٠	%٦,١٢	%٤٠,٩٤	%٥٢,٩٤	حصة كل مادة من التكلفة الاجتماعية

٣ المرجع نفسه

٢٦- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، دراسة إسكاباد ESCAPAD، سبتمبر ٢٠٠٤.

٢٧- P. Kopp et P. Fenoglio, Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en ٢٧. France, Paris, OFDT ٢٠٠٠.

التكلفة الاجتماعية/الناتج المحلي الإجمالي	١,٤٢٪	١,١٪	٠,١٦٪	٢,٦٨٪
---	-------	------	-------	-------

الملاحظ أن الدراسة المقصودة لا تتضمن تكلفة الجرائم وأعمال العنف والاعتمادات الجنسية المنسوبة لتعاطي الكحول، نظراً للافتقار للبيانات، خلافاً للدراسات الكندية والأسترالية، الأمر الذي يزيد هذه النتائج إثارة.

غير أن صناعة التبغ اعترضت ببعض السخرية على هذه الأرقام، زاعمةً أن حالات الوفاة المبكرة الناجمة عن استهلاك التبغ تسفر في نهاية المطاف عن توفير اقتصادي بالنسبة إلى المجتمع...

١٥. آراء ومواقف في فرنسا وأوروبا

أظهرت استطلاعات الرأي التي أجراها المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان^{٢٨} في العام ١٩٩٩ و٢٠٠٢ وعياً معززاً لدى الرأي العام. اعتبر ٦ من كل ١٠ فرنسيين أنفسهم مطلعين جيداً في العام ٢٠٠٢، وهي زيادة طفيفة عن العام ١٩٩٩. كما أن تصورهم للأخطار المتعلقة بمختلف المنتجات وطرق استهلاكها بدا أكثر تطابقاً مع الحقيقة العلمية.

بقي القنب أول المخدرات الوارد ذكرها تلقائياً، إلا أن الكحول والتبغ باتا يُصنفاً بشكل متزايد ضمن المخدرات، ولا يزال الفرنسيون يزدادون تشدداً إزاء المخدرات المباحة: فقد رأى ٦٠٪ منهم أن التبغ أكثر خطراً على المجتمع من تعاطي المنتجات المحظورة. وذهب ٧٠٪ إلى الرأي ذاته فيما يتعلق بالإفراط في تعاطي الكحول. وانخفض معدل استهلاك الكحول الذي عده الفرنسيون خطراً من ٦,٣ قذح/يوميّاً إلى ٣ أقذاح/يوميّاً، وبذلك اقترب المعدل من المعدل الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية.

أما فيما يتعلق بخطر الإدمان، فأتى القنب في المرتبة الثانية بعد الكحول بل بعد التبغ، الذي خلصت نصف المسوح إلى أنه أصعب منتج من

٢٨. مسح بشأن التصورات والآراء الخاصة بالمؤثرات العقلية، ١٩٩٩-٢٠٠٢، المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان.

حيث الاستغناء عنه.

بقي الهيروين هو المخدر الأكثر خطورة (في رأي ٤٢٪ من المستطلعة آراؤهم)، لكن الرأي العام بدأ أكثر تنبهاً لخطر حبوب النشوة في العام ٢٠٠٢ منهم في العام ١٩٩٩، مما يوحي بجدوى حملات نشر المعلومات خلال هذه المدة.

إلا أن هذا الوعي المعزز بواقع الأخطار لا يسفر عن إعادة النظر في إجراءات حظر المنتجات: أعرب ٦٥٪ من المستطلعة آراؤهم عن معارضتهم للسماح باستخدام القنب وإن كان مضبوطاً ضبطاً قانونياً، ورأى ٨٨٪ ذلك إزاء استخدام الهيروين.

يلاحظ كذلك وجود امتثال كبير في التوجهات السياسية الرئيسية لسياسة الصحة العامة، سواء تعلق الأمر بإجراءات تقليص الأخطار (إتاحة البيع دون وصفة طبية) أو العلاج بالبدايل لمدمني الأفيون (٨٢٪ يؤيدونه). واللافت في هذا السياق أن الفرنسيين لا يخلطون الأمر كما في الخطابات العامة بخصوص الاستخدام العلاجي لهذه المنتجات: بالرغم من تأييد الأغلبية للحظر، دعم أكثر من ٥٠٪ من المشاركين في هذا المسح وصف الهيروين طبياً، وأيد أكثر من ٧٤٪ الاستخدام العلاجي للقنب. أخيراً، بدأ الفرنسيون أقرب إلى الواقع العملي الفرنسي: حيث رأى ٧٤٪ منهم، وهي نسبة أعلى قليلاً منها في ١٩٩٩، أن التوصل لعالم حر من المخدرات أمر مستحيل.

كما ذهبت دراسة اقتصرت على المخدرات المحظورة أجريت في العام ٢٠٠٢ على شباب أوروبيين^{٢٩}، إلى نتائج مشابهة وبيئت أن نظرتهم للمخاطر طابقت المعرفة العلمية المتاحة.

وبيئت هذه الدراسة انقسام الشباب الأوروبيين بشأن توقع العقوبات الجزائية الخاصة بمستخدمي المخدرات المحظورة استخداماً بسيطاً.

٢٩ - مواقف ووجهات نظر المواطنين الشباب في الاتحاد الأوروبي بشأن المخدرات :

Les attitudes et opinions des jeunes citoyens de l'Union européenne par rapport aux drogues, Eurobaromètre, septembre ٢٠٠٢.

بيد أنهم أعربوا عن رغبتهم في تطبيق عقوبات أكثر شدة على المتاجرين بالمخدرات.
ورأى أكثر من نصفهم حاجةً لتطوير برامج إعادة التأهيل، وعدَّ أكثر من ربعهم بقليل أن حملات الوقاية ذات أثر فعال.

الفصل الثاني

سمات خاصة بأهم المخدرات المستهلكة

كثيراً ما انقسمت سياسات مكافحة المخدرات وفق المادة المستهلكة، فقد كان الاعتقاد السائد هو أن الخصائص المخدراتية لكل مادة مستهلكة مختلفة إلى حد يملي اختلاف وسائل الوقاية والعلاج وتصريفها. وقد تعزز هذا الاعتقاد -القائم على مكونات تاريخية وثقافية فرنسية أكثر من بيانات علمية موثوقة- بتقوقع وتخصص الخبراء الناجم عن ذلك. ثمة اعتقاد سائد في فرنسا اليوم بأن مواطن تشابه المخدرات -المباحة والمحظورة- تفوق مواطن اختلافها. لكن هذا الإجماع لا يعني رفض الخصائص المميزة لكل منتج مخدر أو فئة من المنتجات. إنه من الضرورة بمكان لدى قراءة البيانات التالية، أن ينتبه القارئ إلى أن سياق الاستهلاك وشدته وقابلية المستهلك للإدمان هي عوامل تمكن من تقدير الخطر الحقيقي والخصائص المخدراتية لكل منتج. ومن غير الطبيعي هنا أن يُقابل نهج قائم على السلوك بنهج آخر قائم على المنتجات؛ فهذا يعني أننا ننكر - كما سبق أن أسرفنا في هذا المجال الذي لا يحتمل أساليب المعارضة السطحية- وجود عوامل متعددة ومتقاطعة، لا بد من فهمها فهماً شاملاً.

١. الكحول

ثمة علاقة استثنائية تربط الفرنسيين بالكحول، وبخاصة النبيذ. وعلى الرغم من استعدادهم للإقرار بأهمية مكافحة أضرار تعاطي الكحول، فإنهم يسيؤون تقدير حتى استهلاكهم الشخصي منه وحدود تحوُّله لعادة مؤذية. تساند مجموعة ضغط نافذة ذات صلة كبيرة بالبرلمان الفرنسي هذا الوضع كما تظهره الجهود المتواصلة منذ العام ١٩٩١ لتحييد مفعول قانون إيفين Évin. إنها مجموعة ضغط مؤثرة بمقدورها جمع شخصيات تبدو مصالحهم متضاربة في الظاهر: شركة فرنسية متخصصة في

منتجات العنب تصدح بمشاكلها الاقتصادية الحقيقية، مدعومة سراً من قبل صناعة كحولية عالمية مزدهرة. ومن شأن هذا الدعم الاستفادة من القرارات المتخذة.

٢. نظرة تاريخية

إن الكحول (أو الإيثانول) من أقدم المؤثرات العقلية. ويعود تعاطيها للعصور القديمة، سواء كان في سياق طقوسي، مقدس، ودي أو احتفالي. تُنتج الكحول إما بتخمُّر مواد نباتية غنية بالسكر مثل التفاح (خمر التفاح)، والجنجل (البيرة)، والعنب (النبيذ)، أو بتقطير الملت (الويسكي)، والبطاطا، والقمح (الفودكا)، والعنب (الكونياك). كما استُخدمت الكحول في العلاج: فقد كانت مثلاً المادة المخدِّرة الوحيدة المستخدمة أثناء حملات نابوليون بونابارت. وكان يحق للأطباء في الولايات المتحدة أثناء فترة حظر المسكرات وصف الكحول طبياً.

٣. الكحول: آلية عملها وتأثيرها على الصحة

الإيثانول جزئي صغير سرعان ما ينتشر لحظة استهلاكه من قناتة الهضم إلى مجموع خلايا الكائن الحي بما في ذلك الحويصلات الهوائية، وهذه الخاصية هي التي تمكن من تجريع الكحول في هواء الشهيق. ومن ثم يتوزع الإيثانول إثر الامتصاص خلال بضع دقائق. ويبلغ تركيز الكحول في الدم ذروته خلال خمس وأربعين دقيقة في حال الصيام، وخلال تسعين دقيقة عند شرب الكحول مع وجبة طعام.

إنها مادة ترخي وتحرر. وتأتي آثارها الحادة في مرحلتين: مرحلة ابتهاج وإثارة، تتبعها مرحلة تسكين ونوم. وقد يسفر شربها بشكل مفرط عن الإضرار بالجهاز الهضمي والجهاز العصبي والجهاز القلبي الوعائي. بل قد ينجم عنه أيضاً إدمان نفسي وجسدي حاد. إن لتعاطي الكحول آثاراً على الكائن الحي تتباين بتباين كميات وأنماط التعاطي. وهي آثار تتوقف على العديد من العوامل البيئية أو

النفسية، لذا يتعذر تخصيص حدّ ضار للاستهلاك ينطبق على الجميع. وتقدر منظمة الصحة العالمية رغم ذلك أن متوسط استهلاك يعادل أو يزيد على ١٤ قدهاً قياسياً في الأسبوع للنساء وعلى ٢١ قدهاً في الأسبوع للرجال يصاعد مخاطر التضرر في المدى المتوسط. يعادل القده القياسي (في المتوسط ١٠ غرام من الإيثانول) نصف قده من البيرة (٢٥٠ إلى ٣٠٠ ميليلتر) وكأساً من النبيذ (١٥٠ ميليلتر) أو جرعة من الويسكي (٣٠ إلى ٥٠ ميليلتر).

وقد أصدر المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي INSERM الملاحظات التالية، مشدداً على تباين الاستعداد الوراثي والفردية والسياقي لتعاطي الكحول:

عند شرب ٢٠ إلى ٥٠ غراماً يومياً، أي حوالي كأسين إلى ٥ كؤوس، يزداد خطر الإصابة بتليّف خلايا الكبد بنسبة ٣٠٪ لدى النساء وبنسبة ٥٠٪ لدى الرجال. تلاحظ أيضاً زيادة معتدلة في ارتفاع ضغط الدم وفي خطر التعرض لسكتة نزفية دماغية لدى الرجال والنساء على حد السواء. عند شرب ما يزيد على ٥٠ غراماً يومياً (أي ما يزيد على ٥ كؤوس من المشروبات الكحولية)، يتعاضم خطر الإصابة بتليّف الكبد. كما يزداد خطر الإصابة بسرطان المجاري التنفسية الهضمية خطراً مضاعفاً على الأقل مقارنة بمن لا يشرب الكحول، بل يصل إلى ١٠ و ٤٠ ضعفاً حينما يقترن شرب الكحول بالتدخين المزمن و المفرط.

إضافة إلى ذلك، يسفر الإفراط في تعاطي الكحول عند حوالي نصف المدمنين عن اضطرابات إدراكية خطيرة لكنها قابلة للعلاج في معظم الأحيان.

تجدر الإشارة إلى حالات تنطوي على أخطار استثنائية: فمن شأن تعاطي الكحول أثناء الحمل إبطاء النمو النفسي الحركي لدى الطفل. ولا تظهر متلازمة الكحولية الجنينية foetal alcohol syndrome إلا عند معدلات عالية من تعاطي الكحول، لكن مضار تعاطي الحامل للكحول

رُصدت عند معدلات تعاطي منتظم تساوي أو تزيد على ٢٠ غراماً، أو معدلات تعاطي عرضي تزيد على ٥٠ غراماً. وبالمثل يضير تعاطي الكحول ضيراً كبيراً بصحة المصابين ببعض الأمراض منها أمراض الكبد.

٤. أخطار اجتماعية

يقترن تعاطي الكحول بالعديد من ظواهر العنف سواء في أسرة المتعاطي أو خارجها، إذ إنه يؤثر على سلوك المرء على المدى القريب أو البعيد، بيد أننا لا نستطيع حتى اليوم تقدير حجم هذه العلاقة. فلطالما بقيت حوادث العنف الزوجي وشتى أشكال الاضطرابات وسوء المعاملة الأسرية ذات الصلة بتعاطي الكحول في طي الكتمان والصمت المهين. يقدر عموماً ارتباط الكحول بحوالي ثلث حوادث العنف. كما يُعدّ تعاطي الكحول السبب في ثلث حوادث المرور، و ١٠-٢٠٪ من حوادث العمل.^{٢٠}

٥. بيانات إحصائية ووبائية فرنسية وأوروبية

إن الكحول هي المادة المؤثرة عقلياً الأكثر استهلاكاً في فرنسا، إذ يقول ٥٠٪ من الفرنسيين فقط إنهم لم يتجرعوا مشروبات كحولية قط. وفي العام ٢٠٠٢، بلغت المشروبات الكحولية نسبة ٩، ٨٪ من الميزانية الغذائية لدى الأسر الفرنسية (مقارنة بـ ٤، ١٢٪ عام ١٩٦٠).^{٢١} والملاحظ أن معظم الذين يتعاطون المشروبات الكحولية هم من الذكور، وتتصاعد هذه النسبة مع تقدم العمر حتى تبلغ ٦٠٪ من الرجال الذين يزيد عمرهم على ٥٥ عاماً. يشرب أكثر من نصف الفرنسيين البالغين عشرين عاماً مشروبات كحولية مرة في الأسبوع على الأقل. وهم أقل من الأكبر منهم سنّاً تعاطياً للمشروبات الكحولية بشكل يومي، لكنهم أكثر تعرضاً للسكر المتكرر: يقرّ ٤٠٪ من الرجال في عمر ٢٠ إلى ٢٥ عاماً و ٢٤٪ من النساء أنهم ثملوا أكثر من ثلاث مرات سنوياً. وللمشروبات الكحولية، فضلاً عن مواد أخرى

٢٠- «INSERM, Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance, coll. « Expertise collective - ٢٠٠٣

٢١- INSEE, Boissons alcoolisées : quarante ans de baisse de la consommation, mai - ٢٠٠٤

وبخاصة القنب، مكانة كبيرة في الأجواء الاحتفالية الفرنسية.^{٢٢} وفق التقديرات، ثمة ٥ ملايين شخصاً في فرنسا يعانون من مشاكل طبية، نفسية أو اجتماعية ذات صلة بتعاطي مفرط للكحول.^{٢٣} وتظهر أعراض الإفراط أو الإدمان لدى ١٤٪ من عامة الناس (من سن ١٢ إلى ٧٥ عاماً، ٢٠٪ من الرجال، و٨٪ من النساء). ويعاني ١٤٪ من مدمني الكحول من اضطراب نفسي آخر.^{٢٤}

وعلى الرغم من انخفاض استهلاك الإيثانول من ١٨ لتر لكل نسمة في العام ١٩٦٠ إلى ٧، ١٠ لتر في العام ١٩٩٩، فقد أظهرت مقارنة البيانات الفرنسية في سائر دول أوروبا أن فرنسا لا تزال في طليعة الدول المستهلكة للمشروبات الكحولية، إذ تحتل المرتبة الرابعة بعد لوكسمبورغ، وإيرلندا والبرتغال.

أما إذا قارنّا معدلات تعاطي طلاب المدارس الأوروبيين، فيتضح هبوط معدل استهلاك التلاميذ الفرنسيين عن معدل التعاطي السنوي أو الشهري، وكذلك الحال بالنسبة لتكرار حالة السكر على مدار العام^{٢٥}، مما يوحي بأن الفرنسيين يتبعون أنماط استهلاك مختلفة اختلافاً كبيراً عن آبائهم.

٦. وسائل العلاج المتوافرة

لا يحظى المعانون من تعاطي الكحول في فرنسا بالدعم العلاجي الكافي حتى الآن. إذ يستعين أقل من ٢٠٪ من مدمني الكحول بمعالجين خلال عشرة أعوام من ظهور الأعراض الأولى. لكن من شأن المرضى جميعاً، وبصرف النظر عن شدة إدمانهم، الاستفادة من مشروع علاجي. وقد بيّنت دراسات عديدة أنه حال السؤال عن تعاطي الكحول خلال استشارة

٢٢- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مؤشرات وميول، ٢٠٠٢.

٢٣- OFDT, Indicateurs et tendances ٢٠٠٢.

٢٤- تقرير اللجنة العليا للصحة العامة، ٢٠٠٢.

٢٥- «INSERM, Alcool, effets sur la santé, coll. « Expertise collective », ٢٠٠١.

٢٥- تحقيق: مشروع مسح المدرسة الأوروبية على الكحول وغيرها من المخدرات/ المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي، ٢٠٠٤.

طبية عادية من شأنه أن يسفر عن تخفيف شديد في استهلاك الكحول. كما أن تدخلاً موجزاً (حوالي ٥ دقائق من النصائح العملية) في عيادة الطبيب له أثر فعال بالنسبة للمفرطين في تعاطي الكحول أو المدمنين. وقد بدأ الأطباء الفرنسيون بإدراج هذه الممارسة في عملهم اليومي، لافتين إلى أنهم لم يحظوا بالتدريب المناسب.^{٣٦}

وقد تبين دور جزئيين في ضمان الاستمرار في الانقطاع عن الكحول بعد الفطام: الأكامبروسيت acamprosate والنالتريكسون naltrexone. ويبقى علاج النهج النفسي هو الحل الرئيسي المقدم لمدمني الكحول (العلاجات النفسية، العلاجات الأسرية، والعلاجات الإدراكية السلوكية). لكن مجمل وسائل الدعم المذكورة لا ترتقي إلى مستوى مواطن الحاجة، ولا يزال الطريق طويلاً أمام فرنسا قبل أن تُعالج مشكلة الكحول وتعال قدر الاهتمام الموجه للمخدرات المحظورة.

٧. التبغ

استقرت صورة التبغ السلبية في الدول المتقدمة، لكن تعاطي التبغ ما زال يتنامى في دول العالم الثالث التي لا تُعدّ مكافحة التدخين بعد من أولوياتها.

٨. نظرة تاريخية

التبغ نبات يُزرع اليوم في أنحاء عدة من العالم. حيث تُجفف أوراقه وتخمر بغية الحصول على مذاق محدد. والتبغ معروف منذ زمن بعيد لدى الهنود الحمر الذين كانوا يتعاطونه للمتعة كما كانوا يستخدمونه لأسباب علاجية أو روحية. ولم يظهر التبغ في أوروبا حتى منتصف القرن السادس عشر، وكان ذلك إثر استيراده من البرازيل إلى البرتغال.

٩. كيفية تأثير التبغ وآثاره على الصحة

يؤثر التبغ لدى تدخينه كمنبه نفسي، فهو يعزز اليقظة والقدرة على

^{٣٦} -INSERM, Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances, coll. « Expertise collective -٢٠٠٣».

التفكير، كما أنه يحجم الشهية عن الطعام ومضاد للاكتئاب. ولا يستشعر المدخن إلا القليل من النشوة ومن تغيّر المزاج، ولا يهلوس قط، بيد أن حرمانه من النيكوتين يثير فيه سوء المزاج. والجدير بالذكر أن أثر التبغ وجيز جداً، بحيث يضطر المدخن إلى تكرار التعاطي. فيسفر استخدام التبغ بشكل مطوّل إلى حالة اعتماد شديدة على النيكوتين، حتى أصبح ٩٥٪ من المدخنين مدمنين للتدخين خلال العام التالي لبداية التعاطي اليومي.

يحتوي التبغ على آلاف المكونات التي يكفي عدد منها لإحداث الإدمان أو الحاجة إلى التبغ. وبالرغم من أن النيكوتين هو المكوّن الذي اعتدنا إدانته في آثار التبغ الإدمانية (لأنه من أكثر المواد التي تتناولها الدراسات)، فإن الآليات التي تسفر عن إدمان التبغ لا تزال مبهمّة إلى حد بعيد.^{٣٧}

أما نتائج إدمان التبغ، فمعروفة معرفةً وافية. تؤثر سميّة التبغ على منطقة الأنف-الأذن-الحنجرة (سرطان، عسر التشكل، التشوهات المخاطية)، الجهاز التنفسي (التهابات مزمنة في الشعب الهوائية، سرطان الرئة) والجهاز القلبي الوعائي (احتشاء عضلة القلب). ولا يستوي البشر أمام التبغ، تماماً كما هو الحال مع أي مادة أُخرى. فالإدمان رهن العديد من العوامل البيئية والوراثية. ويتوقف تعاطي التدخين على عوامل وراثية بنسبة ٦١٪ لدى الرجال و٦٣٪ لدى النساء، وعلى عوامل بيئية لدى ٣٩٪ من الرجال و٣٧٪ من النساء.^{٣٨} أما عند النشء، فيعتمد البدء بالتدخين على عوامل بيئية بنسبة ٧٠٪، الأمر الذي يعزز ضرورة التشديد على وقاية هذه الفئة العمرية منه.

ثمة متغيرات نفسية ونفسية-اجتماعية تساهم أيضاً في إقدام المرء على التدخين، والاستمرار فيه بل وفي تطوير دوافع التوقف عنه أيضاً.

٣٧- INSERM, Tabac : comprendre la dépendance pour agir, coll. « Expertise collective - ٢٠٠٤

٣٨- المرجع السابق.

يتفاوت البشر وفق مستوياتهم الاجتماعية أيضاً في وجه التبغ: فالبطالة هي الحالة المهنية الأكثر ارتباطاً بالتدخين، ولا سيما أن ٥٢٪ من العاطلين عن العمل مدخنون. كما يعاني ٤٥٪ من العمال من التدخين، وتبلغ هذه النسبة لدى الموظفين ٣٧٪، ولدى الإداريين ٣١٪.

١٠. بيانات وبائية فرنسية وأوروبية

هناك ١٤ مليون مدخن فرنسي (من سن ١٨ إلى ٧٥ عاماً)، منهم حوالي ١٢ مليون مدخن منتظم (أي يدخن سيجارة واحدة على الأقل في اليوم)، ٢٣٪ منهم رجال و ٢٦٪ منهم نساء.

وتبدو نسبة المدخنين مرتفعة بشكل خاص لدى الذين هم دون سن الخامسة والثلاثين، ثم تنقص بانتظام مع تقدم العمر. يبدأ الفتيان والفتيات في التدخين في العمر نفسه، سن ٥، ١٣ عاماً في المتوسط. و يبلغ سن الثامنة عشرة يكون ٨٠٪ من الشباب الفرنسي مدخناً. الجدير بالذكر أن إدمان التبغ هو حالة الإدمان الأولى الملاحظة عند الشباب. ويعزز التدخين بشكل كبير فرص الإفراط في تعاطي الكحول أو غيرها من المؤثرات العقلية.

كلما تعرف المرء في سن مبكرة على التدخين، تنامت أخطار إدمانه. يرتبط التدخين قبل سن الـ ١٤ بشكل بالغ إحصائياً، بأحداث في الطفولة، مثل التعرض لسوء المعاملة، والعنف الأسري أو وجود اضطرابات نفسية في الأسرة.

يتسبب التدخين في وفاة حوالي ٦٠,٠٠٠ نسمة سنوياً، علماً بأنه المسبب الأول للوفاة التي يمكن تجنبها. وهو المسبب لواحدة من كل ٣ إصابات بالسرطان. تمس نسبة الوفيات تلك حوالي ٩٥٪ من الرجال، لكن تطور نسبة الوفيات النسائية يتبع ارتفاع تعاطيها للتبغ.

ولوحظ على صعيد البالغين ميل عالمي إلى انخفاض التعاطي منذ بداية التسعينيات، وذلك لأسباب عديدة منها تبني قانون إيفين Evin

في العام ١٩٩١. يضم هذا التطور زيادة لدى النساء والشباب. بيد أننا لاحظنا في العام ٢٠٠٣ انخفاضاً في مبيعات منتجات التبغ مرتبطة بارتفاع كبير ومنتابع في أسعار البيع. ويتسبب التبغ وفق تقديرات منظمة الصحة العالمية في وفاة خمسة ملايين في العام الواحد. وقد صنفت الدراسات التي أجريت في أوروبا فرنسا في مرتبة وسطية لاستهلاك التبغ وتداعياته الصحية.

١١. وسائل العلاج المتوفرة

أعرب ٦٠٪ من المدخنين الفرنسيين من سن ١٥ إلى ٧٥ عاماً عن رغبتهم في الإقلاع عن التدخين^{٢٩}، لكن سبل دعم التوقف عن تعاطي التبغ لا تزال غير منظمة. فالإقلاع عن التبغ يتم في غالب الأحيان بلا مساعدة طبية. إن البدائل النيكوتينية، ووصف البوبروبيون (مضاد للاكتئاب) واستخدام وسائل العلاج الإدراكي السلوكي هي وسائل العلاج المتوفرة. والجدير بالذكر أن كلاً من هذه العلاجات المصاحبة تضاعف فرص الإمساك مدة عام (٢٠٪ بدلاً من ١٠٪ بالنسبة لأولئك الذين لم يتلقوا أي علاج).

ومع ذلك لا يرقى الدعم المتوفر إلى مستوى التحديات التي يفرضها التبغ على الصحة العامة، كما هو الشأن بالنسبة إلى الكحول.

١٢. القنب

يعدّ المخدّر المستخرج من القنب هو أكثر منتج محظور مستهلك في فرنسا وكل البلدان الأوروبية، كما أنه أكثر المنتجات إثارة للنقاش. فقد اكتسبت معارف جمة في هذا السياق وإن بقيت بعض مواطن الشكوك. لذلك يفترض أن يكون بالمقدور التصريح بما نعرف وبما نجهل، والإفصاح عما نعهده خطيراً، وعما هو أقل خطراً أيضاً، دون أن يقوض جدل عقيم

٢٩- (Baromètre santé, CFES (Comité français d'éducation à la santé) ٢٠٠٠).

جوهر القول فيصبح الحديث عن خطة وقائية واضحة يمكن الرجوع إليها ضرباً من المستحيل. لكن هذا الوضع ليس حتمياً، فقد تمكنت دول أخرى من تجاوز خلافاتها ورسم سياسة بعيدة المدى مترفعة عن الانقسامات الحزبية.

١٣. نظرة تاريخية

يستخدم القنب منذ آلاف السنين لأغراض ترفيهية وطبية، ولما يحتوي من ألياف (منسوجات، حبال...)، وقد تعرفت أوروبا على القنب، الذي يرجح تحدره من المناطق المحاذية لجبال الهيمالايا، في أوائل القرن التاسع عشر عن طريق جنود نابوليون، والأطباء الإنجليز العائدين من الهند. كان يستخدم في ذلك الوقت لتخفيف الألم ومعالجة الأرق والربو أو الصرع. ولم يحذف من دستور الأدوية في العديد من الدول حتى عام ١٩٣٠ لتأثيره العقلي.

القنب نبات يأتي على هيئة عشب (المرهوانا) أو راتنج (الحشيش) أو زيت (منتج أكثر تركيزاً يتم تعاطيه بواسطة غليون).

إن رباعي الهيدرو كانابينول (Tetrahydrocannabinol -THC) هو الجزيء النشط في القنب والمسؤول عن تأثيره العقلي، علماً بأن تركيزه يختلف حسب منشأ ونوع المنتج. وبالرغم من ظهور قنب أكثر تركيزاً في السوق (وبخاصة في هولندا) فإن متوسط شدة هذا المخدر العالمية الموجودة في السوق الأوروبية لم تشهد تصاعداً.^٤

١٤. آلية عمل القنب وتأثيره على الصحة

يرتبط جزيء رباعي الهيدرو كانابينول، تماماً كما هو الحال في المخدرات الأخرى، بأهداف نوعية في الدماغ تشغلها بطبيعة الحال مواد تسمى قنبيات داخلية.

يؤدي تعاطي القنب إلى بعض النشوة والشعور بالإطمئنان، وإلى

٤٠ - OEDT, Etude européenne sur la puissance du cannabis, juin ٢٠٠٤.

السهولة في التواصل مع الآخرين، والرغبة التلقائية في الضحك وبعض الناس. إذ تظهر آثار القنب بعد خمس عشرة إلى عشرين دقيقة من تعاطيه، علماً بأنها تستمر ما بين ساعتين إلى عشر ساعات حسب كمية الجرعة المتناولة وحساسية المتعاطي.

يحدث القنب لحظة تعاطيه، وفي المدى القصير تغييراً في بعض الوظائف النفسية الحركية أو الإدراكية. وعند تعاطي جرعة كافية للشعور بالسبات والسرور، يلاحظ تغير في الإحساس بالزمان والمكان، إضافة إلى اضطراب في الذاكرة وصعوبة في أداء بعض الوظائف (العمل المدرسي والمهني). فإذا زادت الجرعة عن ذلك، ظهرت صعوبات في النطق والتنسيق الحركي. وقد لوحظت فضلاً عن ذلك اضطرابات نفسية (نوبات الهلع، اضطرابات تبدد الشخصية، هذيان...) لدى بعض مواضيع الدراسة.

على المدى البعيد، وفي حال تكرر تعاطي القنب (عشر مرات على الأقل في العام) أو تعاطيه يومياً، يتنامى خطر الإدمان النفسي. ويقدر تعرض ٥٪ من عامة السكان لخطر الإدمان. وترتفع هذه النسبة إلى ١٠٪ لدى مستهلكي القنب بشكل منتظم.^{٤١} لكن خطر الإدمان الفيزيائي يكاد يكون معدوماً.

والجدير بالذكر أن تعاطي القنب بشكل مفرط، سواء صاحبه أم لم يصاحبه تناول التبغ، يعزز أيضاً خطر الإصابة بسرطان المجاري التنفسية الهضمية.

وكما هو شأن تعاطي الكحول والتبغ، يكثر تعاطي القنب لدى الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وتجدر الإشارة إلى أن مسألة ارتباط القنب باضطرابات انفصام الشخصية محور جدل محتدم. يتضاعف خطر الإصابة بالفصام، وإن بقي خطراً محدوداً، لدى متعاطي القنب عنه

INSERM, Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?, coll. « Expertise - ٤١ collective », ٢٠٠١.

لدى عامة السكان. لكن يتعذر رغم ذلك تفسير هذا الوضع: فقد ذهبت دراسات حديثة لا تزال بحاجة إلى إثبات أن استخدام القنب هو أحد الأسباب (غير الضرورية ولا الكافية) التي تؤدي إلى الإصابة بالفصام.^{٤٢} يبقى خطر تحوّل مستهلكي القنب إلى المخدرات مثل الهيروين (نظرية التصعيد) معتدلاً وذلك خلافاً للفكرة السائدة في فرنسا. فقد سبق تعاطي الهيروين أو الكوكايين دائماً تجريب القنب، لكنه مسبق أيضاً بمنتجات أخرى مثل التبغ والكحول. ويبدو أن قلة من متعاطي القنب في فرنسا ينتقلون إلى المخدرات المحظورة الأخرى. والدليل على ذلك أن تصاعد تعاطي القنب لم يقترن بزيادة متناسبة معه في تعاطي الهيروين والكوكايين.^{٤٣} فالبدء بتعاطي المخدرات أمر يخضع حتماً لعوامل أخرى.

١٥. أخطار اجتماعية

يعود العديد من هذه أخطار إلى كون هذا المنتج محظوراً وما يترتب على تعاطيه من تعامل مع المهربين. ففي العام ٢٠٠٣، استدعي أكثر من ٨٢,٠٠٠ شخص لتعاطيهم القنب. لكن تعاطي هذه المادة يفرض وجود علاقة بتجار ومهربي القنب، الأمر الذي قد يسفر عن الوقوع في حوادث عنف أو جرائم. وبحجة تجنيب متعاطي القنب الاحتكاك بتجاره، سمحت هولندا بفتح «مَقاه» يُسمح فيها بشراء ما يقل عن ٥ غرامات من القنب. محصلة هذه التجربة غير مقنعة إذ يتعذر عملياً فصل سوق القنب عن سوق المخدرات، كما أن معدل تعاطي القنب لدى الهولنديين الشباب هو الأدنى في أوروبا.

خضع خطر تعاطي القنب عند قيادة السيارة، المرتبط بتباطؤ ردود الفعل وفقدان اليقظة أو استئساع المسافات وحالة النعاس لجدل محتدم في فرنسا. وما من شك في حقيقة هذا الخطر، إلا أنه لم يقدر كمياً في الواقع، ولا يزال أثر الجرعة ٤٤ غير معروف، خلافاً للكحول. ومعظم

٤٢- المرجع السابق ذاته. بيانات محدثة، مايو ٢٠٠٤.

٤٣- المرجع السابق.

٤٤- أي الكمية التي يصبح عندها تناول منتج ما خطراً عند قيادة سيارة.

الدراسات المتوفرة التي حظيت بتغطية إعلامية واسعة لا تبين إلا عدد سائقي السيارات الذين تعاطوا القنب خلال ساعات بل أيام من قيادتهم للمركبة (بين ٦ و ١٦٪ حسب الدول)، دون تحديد حجم المخاطر المواجهة، وذلك لعدم توفر مجموعة عينات يستشهد بها. لسدّ هذه الهوة، وضمن إطار قانون غيسو Gayssoy المؤرخ بتاريخ ١٨ يونيو ١٩٩٩، كُلف المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان بإجراء دراسة شاملة عن سائقي السيارات الذين تعرضوا لحادث قاتل، من المقرر نشر نتائجها العام ٢٠٠٥.

١٦. بيانات وبائية فرنسية وأوروبية

عدد الفرنسيين من سن ١٥ إلى ٧٥ عاماً الذين تعاطوا القنب في تصاعد (٨، ٢٢٪ في العام ٢٠٠٢ مقارنة بـ ٦، ١٩٪ في العام ١٩٩٩)، وكذلك الأمر بالنسبة لعدد الذين تعاطوا القنب في الأشهر الاثنتي عشرة الأخيرة من العام ٢٠٠٢ (٥، ٧٪ مقارنة بـ ٦، ٦٪ في العام ١٩٩٩). والجدير بالذكر أن تعاطي القنب شديد الارتباط بالجنس، إذ إن الأصغر سناً والرجال هم - باعتبارهم - أكثر تعاطياً له من النساء والمسنين. وقد جرّب شاب من كل اثنين في سن السابعة عشرة هذا المنتج. هذا، ويقدر سن الخمسة عشر عاماً وشهرين (٢، ١٥) عاماً بأنه متوسط سن أول تجربة في تناول القنب في فرنسا، وهي سن متأخرة عن سن تجريب الكحول والتبغ، لذا يزداد تعاطي القنب بشدة مع تقدم العمر، وإن بقي أقل من تعاطي الكحول والتبغ. وتعاني ٨٪ من الفتيات و ٢٢٪ من الفتيان من تعدد المنتجات التي يتعاطونها بانتظام (كحول وتبغ وقنب).^{٤٥}

ناهز ارتفاع تعاطي القنب بين العامين ١٩٩٣ و ٢٠٠٣ الضعف لدى التلاميذ من سن ١٢ إلى ١٧ عاماً. إلا أنه ارتفاعاً تباطأ بشكل كبير ابتداءً من العام ١٩٩٩.^{٤٦}

وخلافاً للمعتدّ الرائج، فإن الشباب الذين هجروا المدرسة أو الذين

٤٥ - المصادر: OFDT, Indicateurs et tendances, ٢٠٠٢.

٤٦ - تحقيق: مشروع مسح المدرسة الأوروبية على الكحول وغيرها من المخدرات/ المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي/ المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، ٢٠٠٤.

يعانون من مشاكل دراسية ليسوا أكثر عدداً من غيرهم في تعاطي القنب في فرنسا. كما خلصت دراسة مقارنة لتلاميذ « المناطق التعليمية ذات الأولوية»^{٤٧} وتلاميذ المناطق الأخرى إلى أن تعاطي القنب، بل وتعاطي الكحول والتبغ أيضاً، أقل ارتفاعاً في المناطق التعليمية ذات الأولوية.

	١٩٩٣	١٩٩٩	٢٠٠٣
فتيان	٢٠,٦	٤٢,٧	٤٧,٦
فتيات	١٦,٠	٣٤,٩	٤١,٠

جدول ١ : تطور عدد البالغين ١٧ عاماً الذين جربوا القنب، حسب النوع (نسبة مئوية)^{٤٨}

	١٩٩٣	١٩٩٩	٢٠٠٣
فتيان	٧,٢	١٨,٦	٢٠,٤
فتيات	٣,٦	١١,٣	١٠,٨

جدول ٢: تطور التعاطي المتكرر (عشر مرات على الأقل في العام السابق) للقنب حسب النوع في سن ١٦-١٧ عاماً^{٤٩}

إن تعاطي القنب في ارتفاع في كل الدول الأوروبية، بالغاً ذرته في شريحة الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٥ عاماً، وكانت فرنسا في المرتبة الأولى من حيث عدد مستهلكيه البالغين ١٦ عاماً^{٥٠}. أما على صعيد عامة السكان، فيتراوح عدد الذين تعاطوا القنب في مدة ما في حياتهم من ٧-١٠٪ (البرتغال، بلجيكا، فنلندا) إلى ٢٤٪ (الدانمارك، إسبانيا، فرنسا، المملكة المتحدة)، علماً بأن معظم الدول حققت معدلات قريبة من ٢٠٪ مثل فرنسا. تبين مقارنة هذه الأرقام ببيانات الولايات المتحدة مدى ارتفاعها عند هذه الأخيرة (٤٠٪ في العام ٢٠٠٢).

ربما تكون النزعة العامة في ارتفاع بين الشباب، لكننا نلاحظ استقرار

البيانات عند بعض الدول (فنلندا، إيطاليا، النرويج، هولندا، السويد)، بل

٤٧- هي مناطق يعاني أطفالها من ظروف اجتماعية صعبة (المرجع).

٤٨- بحث: مشروع مسح المدرسة الأوروبية على الكحول وغيرها من المخدرات/ المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي/ المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان/ ٢٠٠٤.

٤٩- المرجع السابق.

٥٠- المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، تقرير ٢٠٠٣-٢٠٠٤.

وانخفاضاً طفيفاً في المملكة المتحدة، حيث كان معدل تعاطي القنب هو الأعلى على الإطلاق في أوروبا بأسرها. ويوحى تباطؤ زيادة الاستهلاك لدى الفرنسيين الشباب منذ ١٩٩٩^{٥١}، وبدء الانخفاض لدى الفتيان في العام ٢٠٠٣ بتطور مماثل^{٥٢}.

١٧. وسائل العلاج المتوفرة

لم يكن ثمة دعم طبي للعلاج من إدمان القنب خلال العقود الماضية، ذلك أن متعاطيه لم يكونوا يشعرون بالحاجة إليه، وكان خبراء العناية الصحية على قناعة بشكل عام بعدم عوزهم لعلاج طبي. لكن مطالب العلاج من تعاطي القنب المسرف تنامت بشكل كبير في فرنسا منذ عدة سنوات وكل الدول الأوروبية. ففي العام ٢٠٠١، بلغت ٢٣٪ من إجمالي طلبات العلاج الواردة لمراكز العناية المختصة في فرنسا. وقامت المراكز بتطوير برامج علاج وجيزة نسبياً قائمة على مبدأ مساعدة المريض على إدراك حالته، وتشخيص الأمراض ذات الصلة بالإدمان، ومن ثم تقديم المشورة والعلاج النفسي. تجدر الإشارة إلى قلة التجارب والدراسة المتوافرة لرعاية مدمني القنب من الشباب.

١٨. الهيروين والمواد الأفيونية

كثيراً ما كانت صورة مدمن الهيروين هي التجسيد الوحيد للمدمن في عين الرأي العام. بل إن الهيروين كان ركيزة السياسات الحديثة لمكافحة المخدرات. لكن وباء عوز المناعة البشري (الإيدز)، وتطوير العلاج بالبدايل غير هذا التصور وسبل علاج مدمني الهيروين تغييراً جذرياً منذ نهاية الثمانينيات في فرنسا. إن المواد الأفيونية هي في الواقع خير مثال لوجه المخدرات المزدوج: فهي سم وترياق. وفي فرنسا كانت الفترة الطويلة لصورة الهيروين الشيطانية عائقاً يحول دون تخفيف الألم باستخدام المورفين.

٥١- تحقيق: مشروع مسح المدرسة الأوروبية على الكحول وغيرها من المخدرات/ المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي/ المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان/ ٢٠٠٣.
٥٢- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مسح الصحة والتعاطي عند نداء الاستعداد للحماية («اسكاباد»)، سبتمبر ٢٠٠٤.

١٩. نظرة تاريخية

يُقصد بالمواد الأفيونية مختلف المنتجات المشتقة من الأفيون، وهي مادة مستخرجة من نبات الخشخاش (*papaver somniferum*). وقد عُثر في بلاد ما بين النهرين على آثار استخدام الأفيون، أي قبل ثلاثة آلاف عام من الميلاد. واستعملت حضارات التاريخ القديم كافة الأفيون لخصائصه الطبية. ويبدو أن الإنسان اكتشف مبكراً أيضاً سمية هذه المادة والأخطار المرتبطة بها.

كان الأفيون مكوناً من مكونات العديد من المستحضرات الصيدلانية في القرون الوسطى. ثم طوّر طبيب إنجليزي في القرن السابع عشر وصفة صغية الأفيون أو اللودنوم (*laudanum*) التي حققت نجاحاً باهراً. وانتشرت تجارة الأفيون واستهلاكه انتشاراً واسعاً في القرن التاسع عشر، ولاسيما في إنجلترا، قبله الشحنات التجارية الواردة من الهند. وهكذا استمرت أوكار الأفيون في ازدياد حتى قبيل الحرب العالمية الأولى. حينذاك، كان الحصول على الأفيون أقل تكلفة من الكحوليات القوية.

وفي القرن التاسع عشر، في الوقت الذي كان يتم فيه تطوير المورفين واستخدام هذه المادة لأغراض طبية، تنامى إدمان المورفين.

وفي العام ١٨٧٤، قام طبيب إنجليزي بتصنيع الهيروين. وسرعان ما بدأ وصف هذا المنتج لمعالجة مرض السل، وتسكين الألم بدلاً من المورفين بل ولمعالجة إدمان المورفين أيضاً.

إثر ذلك لم ينتشر استعمال الهيروين بشكل ملحوظ في أوروبا، وإنما شهد رواجاً كبيراً في الولايات المتحدة، حتى أدرك أطباء أمريكيون في العام ١٩٢٠ ما لهذه المادة من أثر إدماني استثنائي، فطالبوا بحظرها. ولم يُضبط استخدام المواد الأفيونية وحصرها في المجال الطبي حتى وقت متأخر (بداية القرن العشرين).

٢٠. آلية عمل الأفيون وآثاره على الصحة

يتضمن الأفيون قلوانيات طبيعية، هي المورفين والكودئين. أما المكونات المصنعة فهي الهيروين، والبوبرينورفين (سوبوتكس Subutex)، تيمجيزيك (Temgesic)، والميثادون، والبروبوكسيفين والفتنانيل.

إن المورفين أداة فعالة لتسكين الآلام الشديدة والمستعصية. وتجدر الإشارة إلى أن الفتنانيل أكثر فعالية منه، لكنها أداة مخصصة للسيطرة على الألم في العمليات الجراحية. كذلك تستعمل الكودئين في الأدوية المضادة للسعال، فضلاً عن ربطها بمواد أخرى في أدوية مضادة للألم، مثل البروبوكسيفين.

إن إدمان الهيروين سريع الحدوث، لكن الأمر مختلف بالنسبة للمورفين الذي يندر الإدمان عليه حين يتم وصفه في إطار معالجة الألم. يمكن تعاطي الهيروين بالحقن (وهو الأمر الأكثر شيوعاً في فرنسا)، أو التدخين أو الاستنشاق (وهي الممارسة الأكثر انتشاراً في المملكة البريطانية).

إنها مادة أسرع وصولاً إلى الدماغ من المواد الأخرى، إذ يبدأ تأثير الهيروين في المتعاطي بالشعور بنشوة شديدة (ومبيض) مصحوبة بإحساس جسدي لذيق. وهي مادة مهدئة، مسكنة للقلق ومضادة للاكتئاب. بعد تعاطي هذه المادة على مدى أسابيع، قد تضمحل هذه الآثار، ومن ثم لا تستخدم الإلتلبية مواطن النقيصة. يشعر المتعاطي عندئذ بالحاجة لتكرار التعاطي حتى تتحوّل حياته برمتها إلى السعي للحصول على هذه المادة.

لم تثبت سمّية الهيروين بشكل مباشر على الخلايا العصبونية. أما المشاكل الصحية فتعود بشكل كبير إلى نمط استخدام هذه المادة باستخدام الإبر، وخطورة انتقال الإصابات الفيروسية (مرض الإيدز، التهاب الكبد) والبكتيرية.

ويكتسب متعاطي الهيروين وقاية من هبوط التنفس الذي تسببه المادة الأفيونية، لكنه يفقد هذه المناعة إثر بضعة أيام من الانقطاع عنها. وحين يعود ويتجرع منها كمية مشابهة لتلك التي كان يتعاطاها سابقاً، يتعرض لخطر تناول جرعة مفرطة.

٢١. أخطار اجتماعية

إنها أخطار جسيمة ولا سيما أن مدمن الهيروين يفقد، أو يهمل، تماماً معظم روابطه الاجتماعية. كما يواجه المدمن خطر ارتكاب جرائم في سبيل تمويل هذا الإدمان. إلا أن العديد من الدراسات أظهرت أن الجنوح هو الذي يسبق الإدمان وليس العكس، لذا لا بد من توخي الحذر عند تحليل العوامل المؤدية إلى الإدمان وصغار الجرائم.

تجدر الإشارة هنا إلى دور العلاج بالبدايل في تحجيم خطر ارتكاب أعمال عنف (اعتداءات، سرقات مع عنف...)، ولا سيما أنها تسمح بإعادة دمج المدمن في المجتمع. ولقد انخفض عدد الاستجابات ذات الصلة بتعاطي مواد أفيونية في فرنسا خلال الأعوام القليلة الماضية وصولاً إلى معدل مستقر منذ العام ٢٠٠٠.

٢٢. بيانات وبائية فرنسية وأوروبية

يمكن القول بصفة عامة إن تعاطي الهيروين نادر جداً بين عامة الفرنسيين (أقل من ١٪). ويمس هذا النوع من الإدمان الراشدين الذين هم في عمر الثلاثينيات، علماً بأن تجريب الهيروين بعد سن ٤٤ عاماً أمر استثنائي. إلا أن هذه النسبة بدأت تستقر عند معدلات ثابتة، بل تنقص خلال الأعوام الأخيرة. كما يجرب الهيروين أيضاً الأفراد الأصغر سناً (٩، ١٠ و ٠٪ لدى الفتيان والفتيات البالغين ١٧ عاماً).

وفي هذا السياق، رصدت الدراسات الميدانية نزعة جديدة في تعاطي الهيروين - وإن لم تتمكن من تقديرها كمياً - تنطوي على التعاطي العرضي

والترفيهي مصاحباً لحالة الهبوط التالية لتعاطي مواد محفزة^{٥٣}.
يعود الانصراف النسبي عن تعاطي الهيروين إلى النتائج الكارثية
للتلوث الفيروسي (الإيدز والتهاب الكبد الوبائي) لدى المدمنين على
الهيروين في نهاية الثمانينيات.

وفي هذا السياق، ارتكس الانتشار المعلن لمرض الإيدز لدى مدمني
الهيروين بشكل واضح (حوالي ١١٪ من متعاطي الهيروين الذين يعرفون
منشأً أمصالحهم في العام ٢٠٠٢ مقارنة بـ ٢٥٪ في العام ١٩٩٥). وهذا يعود
بشكل خاص إلى الإجراءات الوقائية وتحجيم المخاطر المتخذة. ويؤكد
هبوط نسبة متعاطي المخدرات من إجمالي حالات الإصابة الجديدة
بمتلازمة العوز المناعي المكتسب في العام ٢٠٠٤ هذا الاتجاه^{٥٤}. وخلال
المدة نفسها ولذات الأسباب، تناقص عدد حالات تعاطي جرعات مفرطة
(٩٢ في العام ٢٠٠٣ مقابل ٥٥٥ في العام ١٩٩٥). بيد أن التهاب الكبد
الفيروسي لا يزال في انتشار متنام (مصيباً حوالي ٦٥٪ من متعاطي
المخدرات العارفين مصدر أمصالحهم).

هناك عدد محدود من الأفراد على صعيد أوروبا الذين يجربون
ويتعاطون الهيروين. لكن متعاطي الهيروين يشكلون حوالي نصف
إجمالي الـ ١,٥ مليون مدمن الذين تم إحصاؤهم في الاتحاد الأوروبي
(منهم ١٥٠,٠٠٠ في فرنسا).

وتتفاوت نسبة متعاطي المخدرات المصابين بمرض الإيدز تفاوتاً كبيراً
حسب الدولة (من ١٪ في المملكة المتحدة إلى ٣٠٪ في إسبانيا). وما يفسر
هذا الاختلاف هو نمط التعاطي (مثلاً قلماً يتم تعاطيها حقناً في المملكة
المتحدة) وكذا تباين سرعة تطبيق إجراءات فعالة للوقاية.

لكن معدل الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي ج بالغ الارتفاع في كافة

٥٣- تحقيق حول الاتجاهات الحديثة والجديدة في تعاطي المخدرات/ المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان/ TRENDS/ ODT، ٢٠٠٣.

٥٤- المعهد الوطني للرصد الصحي. واقع الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً في فرنسا، نوفمبر ٢٠٠٤.
Institut national de veille sanitaire. Situation du VIH/SIDA et des MST en France, novembre ٢٠٠٤.

دول الاتحاد الأوروبي (٩٠٪ في بعضها). ولا يزال عدد ضحايا الجرعات المفرطة في تصاعد في معظم الدول، خلافاً للحال في فرنسا.

٢٣. إجراءات الوقاية والعلاج المتوفرة

تغيرت وسائل الدعم المتوفرة لعلاج مدمني الهيروين تغيراً جذرياً منذ العام ١٩٩٦ مع تطوير برامج العلاج بالبدايل القائمة على منتجين: الميثادون والبوبرينورفين (سوبوتكس Subutex). ثمة حوالي ١٠٠,٠٠٠ مريض اليوم معني بهذه البرامج (١٣٪ منهم خاضع للعلاج بالميثادون)°، أي نحو ثلثي مدمني الهيروين الذين تم إحصاؤهم. تمكن هذه الوسائل العلاجية المرضى من العيش مجدداً حياة اجتماعية طبيعية، بل والاستغناء كلياً عن هذه المادة في بعض الحالات. ومما يعزّز هذه النتائج مساندة البرنامج بدعم نفسي اجتماعي. ويتعذر في هذا السياق تقويم حالات الانحراف عن خط العلاج أو سوء استخدام الوصفات أو المتاجرة بها. إلا أنها تُقدّر بمساح حوالي ٢٠ إلى ٢٥٪ من المرضى وبمعدلات متفاوتة°، ولا بد من النظر إلى هذه البيانات في سياق مقارنتها بوضع هؤلاء المرضى قبل تطوير هذه الوسائل. من جهة أخرى، فإن تغيير الصورة العامة لمدمني الهيروين مع تنامي التعاطي المتعدد الذي يجمع أنواعاً أخرى من المخدرات، يعوق تنشيط برامج العلاج بالبدايل لمن يقتصر إدمانه على المواد الأفيونية ويلقي بظلال الشك على نجاعة نتائجها.

تجدر الإشارة إلى توسع هذه البرامج في كل دول الاتحاد الأوروبي، وإن كانت فرنسا هي الوحيدة التي طورتها إلى حد تقديم وصفات طبية تحتوي على البوبرينورفين Buprenorphine.

٥٥- الهيئة العليا للصحة ANAES، استراتيجيات علاجية لمدمني المواد الأفيونية: دور وسائل العلاج بالبدايل، يونيو ٢٠٠٤.

ANAE, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution, juin ٢٠٠٤.

٥٦- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، وسائل العلاج بالبدايل في فرنسا: نتائج حديثة، يونيو ٢٠٠٤.

٢٤. الكوكايين و «الكراك»

لا يزال تعاطي الكوكايين محدوداً وإن كان في ارتفاع.

٢٥. نظرة تاريخية

يُزرع نبات الكوكا، وهو من أعشاب جبال الأنديز، في أمريكا الجنوبية أساساً، فضلاً عن إندونيسيا وشرق القارة السمراء. وكانت الحضارات قبل الكولومبية تستعمل الكوكا نباتاً طبياً وعقاراً محفزاً ومادة طقوسية وعملة تبادل. ولا يزال سكان بلاد الأنديز يمضغون أوراق الكوكا حرصاً على خصائصها المخدرة وقدراتها المفترضة على حمايتهم من البرد والجوع.

في أوائل القرن السادس عشر، ما لبث الغزاة الإسبان أن مالوا إلى تناول هذا العشب بغية حث عمال المناجم من السكان الأصليين على تحمل مشقة العمل، بعد حظرهم تطوير زراعة الكوكا التي نسبوا إليها خصائص شيطانية.

وفي العام ١٨٦٥، تمكن عالم كيمياء نمساوي من عزل مادة الكوكايين. ثم بدأت أوروبا خلال السنوات التالية تتعرف على استخدام مشتقات الكوكايين في الطب لما فيه من خصائص مخدرة ومسكنة ومحفزة. اتسعت حينئذ آفاق استعمال الكوكايين على الصعيد الطبي^{٥٧}، بالإضافة إلى استعمال هذه المادة لعلاج إدمان المورفين.

ولم يُبتكر تعاطي الكوكايين عن طريق الأنف حتى نهاية القرن التاسع عشر فبدأت حينئذ تتجلى مضارته. إثر ذلك بدأ تعاطي الكوكايين ينتشر تدريجياً منذ بداية القرن العشرين بفعل عصابات جنوب أمريكا الخبيرة في طريقة تحويل الكوكايين والمتاجرة به.

٢٦. آلية عمل الكوكايين وآثاره على الصحة

الكوكايين من القلويدات (العامل الأساسي المؤثر في النبات). وينتج

٥٧- نظر

Freud, Contribution à la connaissance de l'action de la cocaïne, ١٨٨٥.

عن تقطير أوراق الكوكا المجففة مسبقاً. فيأتي على شكل مسحوق أبيض ذائب في الماء يمكن استنشاقه عن طريق الأنف أو امتصاصه عن طريق الحقن الوريدي، وإن كان ذلك في حالات نادرة جداً. ولدى مزجه بصودا الخبز والنشادر، يتخذ الكوكايين شكل حصة صغيرة: ما يسمى «كراك» Crack. في هذه الحالة يتنشق المتعاطي الدخان بعد تسخين الكراك.

يجتاح متعاطي الكوكايين شعور فوري بالبهجة يصاحبه شعور بالافتقار العقلي والجسدي وعدم الاكتراث بألم أو تعب. والجدير بالذكر أن هذه الآثار تكون أكثر شدة حين يتعاطى المرء الكراك إذ إنه يكون أسرع وصولاً إلى الدماغ. لكنه أوجز مما يستشعر متعاطي مسحوق الكوكايين (٥ إلى ١٠ دقائق) الذي تستمر آثاره الأقل وقعاً من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة.

تحل محل هذه التأثيرات الموجزة تدريجياً حالة قلق واكتئاب لا يمكن تسكينها إلا بتناول جرعة أخرى من الكوكايين أو تعاطي الهيروين أو أدوية أخرى. يُحدث الكوكايين لهذا السبب حالة اعتماد نفسي شديدة بقدر الحاجة إلى التعاطي مجدداً. ويقدر عدد متناولي الكوكايين العرضيين الذين سينحدرون نحو الإفراط في الاستهلاك أو الإدمان بـ ١٠٪.

إضافة إلى ذلك، يؤدي الكوكايين إلى تقلص في الأوعية الدموية يؤدي إلى تتركز الأنسجة نتيجة قصور التروية. لذا يُلاحظ ظهور تمزقات نافذة في الحاجز الأنفي. كما يحدث اضطرابات في نبض القلب قد تسفر عن عوارض في الأوعية الدموية.

تنجم عن تعاطم النشاط النفسي أيضاً نوبات أرق وفقدان للذاكرة فضلاً عن حالات من الاستثارة. بل ربما يسفر تناول الكوكايين عن اضطرابات نفسية أشد خطورة لدى الأفراد الأكثر ضعفاً (مثل نوبات خيلاء العظمة أو البارانونيا، أو نوبات الهلع). يتسم الكوكايين بدرجة عالية من السمية العصبية. وتتعاظم هذه السمية العصبية عند حقن الكوكايين وريدياً أو تناوله بصورة «كراك». ولا شك في مدى خطورة جمع الكوكايين بالكحول فذلك يزيد من سمية هاتين المادتين.

أخيراً، تجدر الإشارة إلى أن حقن الكوكايين وريدياً يعرض متعاطيه للإصابة بفيروس العوز المناعي المكتسب وأمراض تليّف الكبد، وكذلك الأمر عند تشمّم الكوكايين، إنما بدرجة أقل.

٢٧. أخطار اجتماعية

يسهل الكوكايين بتعطيله المشبّطات الانتقال إلى الفعل، مما قد يسفر عن أعمال العنف والاعتداء الجنسي وارتكاب الجرائم (السرقَة) أو حتى ارتكاب أعمال غير مقبولة (مشتريات قهرية).

٢٨. وسائل العلاج المتوفرة

لا يتوفر علاج بالبدائل لإدمان الكوكايين. ولا يؤدي الانقطاع عن الكوكايين إلى أعراض جسدية خطيرة فقط، بل إلى فقدان القدرة على العيش فضلاً عن الاكتئاب. لذلك تتضمن المساعدة التي قد يقدمها المعالجون وصف مضادات الاكتئاب والدعم النفسي.

٢٩. بيانات وبائية فرنسية وأوروبية

هناك قلة من عامة السكان قاموا بتناول الكوكايين، غير أن هذه النسبة الضئيلة تميل إلى التنامي، إذ ارتفعت بين العامين ١٩٩٥ و ١٩٩٩ من ٥, ٠٪ إلى ٢, ١٪ لدى النساء اللاتي بين سن الـ ١٨ والـ ٤٤، ومن ٨, ٢٪ إلى ٧, ٣٪ لدى الرجال من ذات الفئة العمرية. أما نسبة تجريب هذا المخدّر لدى الذين يزيد عمرهم على ٤٤ عاماً فمحدودة جداً.^{٥٨}

كما ارتفعت نسبة مجربي الكوكايين البالغين ١٧ عاماً بين العامين ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣ (٦, ١٪ مقارنة بـ ١٪) وإن بقيت قليلة سواء عند الفتيان (٢٪ مقابل ٣, ١٪) أو عند الفتيات (١, ١٪ مقارنة بـ ٠, ٦٪).^{٥٩} ويلاحظ ارتفاع وتيرة تعاطي الكوكايين لدى التلاميذ الذين هجروا المدارس أو أولئك المتعثرين في دراستهم مقارنة بغيرهم. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن

٥٨- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مؤشرات واتجاهات، ٢٠٠٢.

٥٩- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، تحقيق الصحة والتعاطي عند نداء الاستعداد للحماية «إسكاباد» ESCAPAD، ٢٠٠٣.

أكثر متعاطي الكحول والقنب والتبغ بإستمرار هم الذين جربوا الكوكايين. إن انتشار تعاطي الكوكايين محدود في أوروبا (أقل من ١٪ من عامة السكان) بالرغم من تناميهِ في بعض الدول، ولاسيما هولندا وإسبانيا والمملكة المتحدة. وفي سياق المقارنة، بلغت هذه النسبة ٤,٤ ٪ في الولايات المتحدة في العام ٢٠٠٣. وتأتي فرنسا في مصاف الدول المحدودة الاستهلاك للكوكايين على الرغم من أنه رُصد ارتفاع طفيف لا بد من دراسته بحذر.^{٦٠}

٣٠. المخدرات الاصطناعية : مخدرات النشوة والأمفيتامينات

سجل ابتكار المخدرات الاصطناعية علامة فارقة في تاريخ المؤثرات العقلية. فخلافاً للمخدرات الأخرى التي سبق استعراضها، لم نعد بصدد مواد طبيعية، وإنما يتعلق الأمر بترابطات من الجزيئات الكيميائية المركبة بهدف إحداث أثر منبّه. تشكل هذه المواد السهلة الصنع والمتاجرة معضلات جديدة تعجز أنماط السياسة العامة أحياناً عن معالجتها. يبدو الحد الفاصل بين الأدوية المؤثرة عقلياً أو السلأف الكيميائية^{٦١} المستعملة لأغراض أخرى مبهماً أحياناً وصعب التمييز من منظور المستخدمين. وسرعان ما أدرك تجار المخدرات أنه يكفيهم تغيير جزيء واحد فيتحول تركيب منتج ما، ومن ثم يتغيّر وضعه القانوني، وهذا دون فقدان أي من أثاره الرئيسية. ذلك هو سر تسمية هذه المخدرات أيضاً بالمخدرات المصممة designer drugs.

٣١. نظرة تاريخية

إن الأمفيتامينات (speed) أدوية منبّهة. وقد باتت تستعمل في سياق ترفيهي أو بهدف تعزيز الأداء الرياضي والمهني، بعد أن كانت تستخدم سابقاً في الميدان الطبي. تعد مخدرات النشوة، أو "م د م إ" MDMA من الأمفيتامينات، إذ صُنعت لأول مرة عام ١٩١٢ في إطار
^{٦٠- التقرير السنوي، المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، ٢٠٠٣.}
^{٦١- مواد مستخدمة لأغراض صناعية (صناعة العطور، صناعة النفط أو المواد الكيميائية) يمكن أيضاً الاستفادة منها في صنع المخدرات.}

البحث عن منتجات جديدة لقطع الشهية، لكنها لم تستثمر تجارياً بسبب آثارها الجانبية.

وفي الستينيات الميلادية، استعمل الجيش الأمريكي مخدرات النشوة لتعزيز يقظة الجنود، ومن ثم استخدمها أخصاصيو العلاج النفسي في بداية السبعينيات لمساعدة مرضاهم على تحسين تواصلهم مع الآخرين. بدأت في الوقت ذاته حركات ذات توجه صوفي في تناول هذه المخدرات سعياً منها لتغيير الحالة الوجدانية (حركة العصر الجديد New Age). ومن ثمّ باتت تروج بين الشباب الأمريكيين كعقار ترفيهي. وقد ظهرت في أوروبا (بريطانيا) في الوقت نفسه تقريباً الذي حظرت فيها في الولايات المتحدة (عام ١٩٨٥). وصُنفت في العام ١٩٨٦ بفرنسا كمادة مخدّرة. وقد انتشر تعاطي الأمفيتامينات بين الشباب منذ ذلك الحين وبخاصة في السياق الاحتفالي، مقترنة في أحيان كثيرة بموسيقى التكنو.

٣٢. آلية عمل الأمفيتامين وتأثيره على الصحة

إن الأمفيتامينات (سبيد speed، أيس ice أو كريستل cristal) منبهات نفسية بالغة التأثير. كما تسبب اضطرابات نفسية تؤدي إلى فقدان الشهية وانخفاض وزن الجسم. وهي تأتي في صورة مسحوق (للشم) أو حبوب (للبلع). تثير الأمفيتامينات لدى متناولها شعوراً بأنه مزيل للتعب وأن صاحبه لا يهزم. والجدير بالذكر أن آثارها تستمر عدة ساعات لكن الانحدار يكون أشق (نوبات جزع، حالة اكتئاب، ونوبة تشنّج). ويمكن أن يسفر التعاطي المستمر عن تدهور عام نتيجة نقص التغذية والإرهاق الناجم عن السهر المستمر. كما لوحظت في بعض الحالات اضطرابات نفسية أخطر (ذهان، خيلاء العظمة).

تُشتق مخدرات النشوة من الأمفيتامين. وهي منبهات نفسية في المقام الأول. ذلك أنها تعطل المثبطات الاجتماعية، مولدة لدى المتعاطي شعوراً بالحرية وبقدرة معززة على التواصل. تتوافر مخدرات النشوة في صورة

حبوب متباينة التركيب. كما أنها متفاوتة التجريع وكثيراً ما تحتوي على مواد أخرى مثل الكافيين والكيثامين والإفدرين.

ترفع مخدرات النشوة ضغط الدم، كما تسرع نبض القلب قبل إثارة شعور بالاسترخاء والراحة. وهي تمكن من بذل جهود بدنية مطولة قد تنتهي بالإصابة بالجفاف.

ونلاحظ في عدة حالات وخلال الأيام التالية لتناول مخدرات النشوة انتقالاً إلى حالة من الفراغ ونوبات قلق قد تصل إلى حالات اكتئاب متفاوتة الشدة. ويمكن أن يؤدي التعاطي المستمر إلى تغيرات جسيمة في المزاج واضطرابات نفسية بالغة وغير منقطعة.

يختلف وقع مخدرات النشوة باختلاف الجرعات المتأولة، وتركيب الحبوب، فضلاً عن المواد الأخرى التي قد يتعاطاها المرء مع المخدرات (الكحول أو الأدوية) ومدى قابلية المتعاطي للتأثر. والجدير بالذكر أن تناول الكحول أو أي من المؤثرات العقلية الأخرى مع الأمفيتامينات أو مخدرات النشوة يعزز من أخطارها.

وقد سُجّلت حالات وفاة إثر تعاط منفرد في حالات نادرة جداً.^{٦٢} لا يؤدي تناول مخدرات النشوة إلى اعتماد بدني حتى ولو أنه لوحظ ظهور اعتماد نفسي عليها. وهي تتسم بسمية عصبية، لكن آثارها بعيدة الأجل لا تزال محل جدل. فقد ذهبت بعض الدراسات الأمريكية إلى احتمال تحلل الخلايا العصبية، على نحو لا نعلم إن كان عكسياً، بحيث يصاب المتعاطي لاحقاً بالأمراض التنكسية العصبية مثل مرض باركنسون أو الزهايمر. لا تزال موثوقية هذه الدراسات اليوم موضع جدل.

٣٣. أخطار اجتماعية

تيسر الأمفيتامينات كسائر المنبهات الانتقال إلى الفعل فهي تعوق المثبطات. وقد شهدت حالات الاستجاب ذات الصلة بتعاطي مخدرات

٦٢- INSERM, Ecstasy. Expertise collective - ١٩٩٧.

النشوة ارتفاعاً كبيراً خلال السنوات العشر الأخيرة، وكذلك الأمر بالنسبة للكميات المصادرة (٢, ٢ مليون قرص مصادر عام ٢٠٠٣م مقابل ١٣٣, ٠٠٠ في العام ١٩٩٣).

٣٤. بيانات وبائية فرنسية وأوروبية

إن تجريب وتناول الأمفيتامينات وحبوب النشوة لا يزال محدود النطاق في فرنسا ومقتصراً على شريحة الشباب وعلى أجواء احتفالية محددة. وتقدر نسبة الراشدين الذين يختبرون هذه المواد بـ ١٪ من النساء و ٢, ٢٪ من الرجال.

لكن نسبة من يجرب تعاطي هذه المواد تزيد عند الشباب: ١, ٤٪ من الفتيان و ٤, ٢٪ من الفتيات (في سن السابعة عشرة) في العام ٢٠٠٣. وتبين هذه البيانات ارتفاعاً طفيفاً عنها في العام ٢٠٠٠. تبقى أوروبا سوق إنتاج واستهلاك كبيراً للأمفيتامينات وحبوب النشوة. وتتراوح نسبة تناول هذه المواد من باب التجريب بين ٥, ٠٪ و ٦٪ من عامة السكان، ما عدا المملكة المتحدة حيث تصل هذه النسبة إلى ١٢٪^{٦٢}. وتأتي فرنسا بين الدول الأقل تعاطياً لهذه المادة. وعلى صعيد آخر، يلاحظ أن الميثامفيتامينات واسعة الانتشار في الولايات المتحدة وآسيا، بينما تكاد تكون معدومة في الدول الأوروبية.

٣٥. إجراءات الوقاية ووسائل العلاج

لا تؤثر حملات الوقاية كثيراً في شريحة متناولي الأمفيتامين وحبوب النشوة. فشريحة مستهلكي هذه المواد لا تمثل سوى ٣, ٢٪ من إجمالي طلبات العلاج لدى المراكز المختصة في علاج الإدمان. وقد طُورت برامج وقائية بغية الإحاطة بهذه الشريحة من متعاطي المخدرات وتعزيز توعيتها بالمخاطر التي تواجهها، بالتعاون مع الجمعيات الإنسانية وجمعيات المستخدمين الذين يرتادون حفلات التكنو. سنحت

٦٢- المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، التقرير السنوي، ٢٠٠٤.

هذه البرامج بنشر رسائل الوقاية فضلاً عن توفير المياه والمواد المعقمة وأماكن للراحة. ولعل الأهم من ذلك أنها سمحت بتصحيح الصورة الإيجابية التي تتحلّى بها حبوب النشوة، والتعريف بحقيقة الأخطار التي تطوي عليها هذه المخدرات، وتقديم المساعدة المخصصة للفرد. ومن جهة أخرى، فإن إجراء الاختبار Testing المنطوي على تحليل التركيب الإجمالي للحبوب المستهلكة لا يزال موضع جدل. لكنه أتاح على الأقل الاحتكاك بالشريحة المعرضة للخطر في الوقت الذي يلاحظ فيه عدم اكتراث السلطات العامة بها. ويتعذر اليوم القيام بإجراءات الوقاية ولا سيما أن أماكن التعاطي باتت أكثر انتشاراً وأصعب تمييزاً من ذي قبل.

٣٦. المخدرات الأخرى

فيما يلي عرض موجز للمخدرات الأخرى الشائعة في فرنسا وأوروبا.

٣٧. ثنائي إيثيل أميد حمض الليسرجيك (Lysergic acid

(diethylamide-LSD)

تم تصنيع هذا المركب للمرة الأولى في العام ١٩٢٨ من دابرة الشيلم (وهو فطر طفيلي من جنس فطر الشيلم). وقد استعمله أطباء أمراض عقلية أمريكيون في الخمسينيات من القرن المنصرم لاستئثاره أمراض الذهان على سعيد تجريبي، سعيًا منهم لتعزيز معرفتهم بألية الفُصام. كما استعمل هذا المركب لمعالجة مدمني الكحول.

ثم انتشر تداول هذا المركب في إطار الاستجمام واللهو في الستينيات والسبعينيات، وبقي مرتبطاً بالتمرد على الثقافة الأمريكية خلال الستينيات. ويأتي هذا المخدر المحظور منذ العام ١٩٦٧ إما على شكل نشاف أو «قطرة دقيقة» أو على شكل سائل.

يعد ثنائي إيثيل أميد حمض الليسرجيك عقار هلوسة شديد التأثير. فهو يحور الإدراك الحسي، مثيراً الهلوسة والهلديان. وتستمر آثاره من ست إلى اثنتي عشرة ساعة، مصحوبة بإحباط حاد (حالة خيلية، نوبات جزع وهلع...).

ولا يسفر عن اعتماد جسدي عليه، في حين أن الاعتماد النفسي على هذا العقار ضعيف. إلا أن تعاطيه قد يؤدي إلى عوارض صحية عقلية خطيرة وبقية.

والجدير بالذكر أن تعاطي عقار الهلوسة هذا محدود جداً لدى الراشدين. كما أن معدلات تعاطيه من قبل اليافعين ضئيلة ومستقرة (٩, ٠٪ لدى البالغين ١٧ عاماً في العام ٢٠٠٣)^{٦٤}. وتعد حالات التدخل ذات الصلة بتعاطي وتهريب هذا المخدر طفيفة في فرنسا (٥٢ حالة في العام ٢٠٠٣).

٣٨. حمض غاما هيدروكسي Gamma

(Hydroxybutyric) acid -GHB

هو مركب مخدر سريع التأثير، يُستخدم بصفة خاصة في مجال القبالة. وقد بات منذ عشرة أعوام من المواد التي ينتشر تعاطيها بشدة لأغراض غير طبية. وكان الغاما حتى العام ١٩٩٩، أي عام تصنيفه كمادة مخدرة، متوافراً بحرية في الأسواق الأمريكية كمادة غذائية يتناولها الرياضيون منظمَةً لكتلة الجسم.

يولد حمض الغاما الهيدروكسي أثراً مُمرحاً يفسر بلا شك استعماله في الأوساط الاحتفالية. لكنه يتسم أيضاً بخصائص مسكنة ومُفقدة للذاكرة أدت إلى استعماله بشكل إجرامي، حيث يتناوله المرء بغير علم منه فيسلبه إرادته سلباً كاملاً ويحوّله إلى ضحية (اغتصاب، انتهاك عرض أو ابتزاز) ... وتجدر الإشارة إلى أن تعاطي جرعات كبيرة من حمض الغاما، أو تناوله مع الكحول ربما يسبب سباتاً يدوم عدة ساعات.

تبقى هذه المادة محدودة الانتشار في فرنسا وأوروبا. إلا أن استعمالها في إطار إجرامي لا يزال غير موثق جيداً. ومما يزيد من صعوبة تقويم هذا الاستعمال هو تحول منتج البيوتانيدول butanediol، الواسع

٦٤- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مسح الصحة والتعاطي عند نداء الاستعداد للحماية «إسكاباد» ESCAPAD، ٢٠٠٣.

الانتشار في السوق الصناعية، إلى حمض الغاما الهيدروكسي لدى امتصاص الجهاز العضوي إياه.

٣٩. نيتريتات الألكيل (بوبرز poppers)

هي مواد موسعة للعروق مستخدمة طبياً لمداواة بعض أمراض القلب. وقد بدأ استخدامها لأغراض غير طبية منذ نهاية السبعينيات من قبل المثليين أولاً قبل انتشارها على نطاق واسع، طمعاً في خصائصها المثيرة للرجبة الجنسية. ويكاد يكون مفعول نيتريتات الألكيل، التي يتم تناولها استنشاقاً، مباشراً لكنه وجيز (دقيقتان): إحساس بالدوار وحسية ماثرة. في المدى القصير، ربما يحدث تناول «البوبرز» آلاماً في الرأس ونوبات دوار. وقد تثير في حال تناول جرعات مركزة منها، هبوطاً تنفسياً وضرباً بوترات الأنف. ومن شأن تناولها بشكل منتظم أن يسفر عن فقر حاد في الدم.

يتعاطى البالغون البوبرز تعاطياً طفيفاً، لكن استهلاكها من قبل صغار السن يتنامى. ففي العام ٢٠٠٣م، قدرت نسب تناولها بـ ١، ٤٪ من الفتيان و ٤، ٢٪ من الفتيات (مقابل ٤، ٣٪ و ٣، ١٪ على التوالي في العام ٢٠٠١).^{٦٥}

٤٠. الكيتامين

هو مبنج بيطري وبشري ذو آثار مهلوسة. ويتم الحصول عليه إما بالسرقة، أو باختلاس وصفات بيطرية أو بإنتاجه في مختبرات محظورة. ويأتي الكيتامين على شكل مسحوق أبيض يمكن تعاطيه نشقاً أو طعاماً. وكثيراً ما يُدرج في حبوب تباع مثل عقار النشوة. يرتبط تعاطي هذا المخدر، المرغوب فيه لتأثيره المهلوس والفصامي، بأجواء الاحتفال في فرنسا. وللكيتامين آثار صحية سلبية معظمها (نوبات قلق، ذعر). وقد يسفر تناول جرعات كبيرة منه عن سبات طويل. الجدير بالذكر أن

٦٥- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مسح الصحة والتعاطي عند نداء الاستعداد للحماية «إسكاباد»، ٢٠٠٢.

انتشاره محدود النطاق في فرنسا وأوروبا.

٤١. المواد المذيبة

إن المذيبات العضوية منتجات كيميائية، متطايرة أو غازية، تهيج عند استنشاقها الجهاز العصبي فتسكبه.

وقد ورد وصف استخدام الإيثير في سياق الإدمان منذ القرن التاسع عشر. إلا أن تطور الكيمياء وتجلي فاعلية هذه المواد في مجالات متعددة من الحياة اليومية أسفر عن تضاعفها.

إن معظم هذه المواد متوافرة اليوم على نطاق واسع لتعدد استعمالها (مواد تنظيف، مواد صمغية، وقود، مضاد للتجمد، مواد مزيلة للبقع، مواد مذيبة للطلاء والورنيش، مساحيق التجميل...).

إلا أن من هذه المواد ما هو موضع مراقبة خاصة ولم يعد قيد التداول الحر في الأسواق، وبخاصة المنتجات المبنجة مثل الكلوروفورم، والإيثير وثلاثي كلور الإيثيلين.

كذلك الأمر بالنسبة لبعض الغازات: أحادي أكسيد كلور النيتروجين (يُسمى الغاز المثير للضحك)، وهو غاز مبنج يستخدم لغير غرضه الطبي ويُباع في حفلات التكنو. هناك أيضاً الأكسجين النقي أو أكسجين الولاة الغني بالبروبان والبيوتان.

تتسم هذه المنتجات بسمية عصبية وقلبية ورئوية جسيمة في حال تكرار تعاطيها. كذلك ربما يسفر استهلاكها على المدى القصير، بل والبعيد، عن مشاكل صحية عقلية بالغة.

يرغب المراهقون في هذه المخدرات لثمنها البخس وسهولة الوصول إليها. وقد تناول ٤, ٤٪ من الشباب بين سن ١٧ و ١٩ عاماً هذه المواد في فرنسا في العام ٢٠٠٣. ولا تتوافر بيانات لإجراء مقارنة أوروبية ودولية، بيد أن تعاطي المراهقين بل الأطفال لهذه المواد موثق بشكل واسع في العديد من البلدان النامية.

٤٢. الفطريات المهلوسة

ثمة أنواع متعددة من الفطور التي قد تثير بعد امتصاصها آثاراً حسية تصل إلى الهلوسة. يعود استهلاك الفطور في الواقع إلى العصر قبل-الكولومبي. ولا يزال استخدامها رائجاً في سياق طقوسي أو ديني في مناطق عديدة من العالم وبخاصة في أمريكا الوسطى. وقد عاد تيار المخدرات إلى استخدام الفطريات في الستينيات من القرن المنصرم في الولايات المتحدة، وكذلك في أوروبا. يمكن أن يؤدي تناول جرعات كبيرة من هذه الفطريات إلى اضطرابات عصبية ونفسية.

تجدد الإشارة إلى تدني تجريب هذه الفطور على الصعيد السكاني العام، بيد أنه في ارتفاع طفيف على صعيد الشباب حتى بات هذا النوع من الفطريات أكثر انتشاراً من مخدرات النشوة. وفي العام ٢٠٠٣، تعاطى ٥, ٣٪ من الذين هم في سن ١٧ إلى ١٩ عاماً فطوراً مهلوساً (٥, ٤٪ منهم ذكور و ٦, ١٪ إناث).^{٦٦} كما ازدادت كميات الفطور المحجوزة من قبل السلطات.

٤٣. الأدوية المؤثرة عقلياً

كلما كانت الأدوية المؤثرة عقلياً مجدية في العلاج، اشتدت نزعة التعسف في استهلاكها أو استعمالها لغير غايتها. إنه لأمر مقلق أن تكون فرنسا أكثر الدول الأوروبية استهلاكاً للعقاقير النفسية المؤثرة، بصرف النظر عن أوجه الاستهلاك المنحرف. إذ تتعذر معرفة ما إذا كان في هذا الاستهلاك تجسداً لتطور الأمراض النفسية، أم أنه على العكس مقياس لأزمة اجتماعية. هل هو مؤشر على تغيير طلب المريض إزاء الراحة والألم، أم أنه نتيجة للضغط الشديد الذي تمارسه الصناعة الصيدلانية؟

٦٦- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مسح الصحة والتعاطي عند نداء الاستعداد للحماية «إسكاياد»، ٢٠٠٣.

وعلى الرغم من إجراء أبحاث جادة^{٦٧} حول هذا الموضوع، فلا تزال هذه الأسئلة بلا إجابة. إنها تصطدم بالنظرة الإيجابية التي يُنظر بها السواد الأعظم في المجتمع إلى الأدوية التي لا بد أن تكون في نظره حميدة للإنسان، بل للمصالح الاقتصادية الكبيرة المرتبطة بها.

٤٤ . مصطلحات ورهانات الصحة العامة

ثمة أربع فئات رئيسية من الأدوية هي: المنومات (حبوب منومة ومخدرات مسكنة)، الأدوية الحائلة أو المزيلة للقلق (مهدئات)، مضادات الاكتئاب ومهدئات الاضطرابات العصبية (وهي أدوية مستخدمة لعلاج الذهان).

لقد شهدت التسعينيات الميلادية طرح أدوية جديدة في السوق، وبخاصة مضادات الاكتئاب، ذات الفعالية المعززة والقدر الأقل من الآثار الجانبية، لعل أشهرها هو بروزاك Prozac[®]، ومن ثم ساد الاعتقاد بوجود أدوية معجزة لكل أوجه المعاناة في الحياة اليومية. والمفارقة رغم هذا التطور، ظلت مساعي الكشف عن مرض الاكتئاب ومعالجة المصابين به غير كافية.

من الصعب التمييز بين أنواع الاستهلاك المبرر والمفرط أو الدال على حالة اعتماد ضمن مجمل أوجه الاستهلاك. وفي هذا السياق، يُظهر بحث أجري في العام ١٩٩٦ حول أطباء عموميين أن ثمة ١٣٪ من الوصفات الطبية للعقاقير النفسية المؤثرة لا يُحصى لها أي سياق عضوي أو نفسي^{٦٨}. كما أن وصف الأدوية المزيلة للقلق أمر رائج بالرغم من علمنا بظاهرة الاعتماد، ولا سيما الاعتماد على البنزوديازيبينات. وقد قدرت دراسة أخرى أجريت في المملكة المتحدة في العام ١٩٨٧ عدد الأفراد العاجزين عن وقف تناول العلاج بالرغم من غياب أي مرض طبي يبرره بـ ٥٠٠، ٠٠٠. لا تتوافر بيانات كتلك التي في فرنسا، إلا أنه يمكن تصور وجود أعداد

٦٧- Alain Ehrenberg, ; ١٩٩٦, Édouard Zarifian, Le prix du bien-être, Paris, O. Jacob
٦٨- Paris, O. Jacob, ١٩٩٨, La fatigue d'être soi ; ١٩٩٥, L'individu incertain, Paris, Calmann-Lévy
بحث كتاب CNAM الخاص باستهلاك العقاقير النفسية التأثير في سياق المعالجة غير المعطلة. نظام تأمين أمراض المهن المستقلة.

مماثلة، إن لم تكن مناهزة لها بالنظر إلى المقادير الهائلة من المنتجات الموصوفة طبياً.

لم تحظ تداعيات تناول الأدوية على قيادة السيارة أو الحياة المهنية إلا بالقليل من البحث. وهذا يعد مثلاً بسيطاً من بين العديد من أمثلة الصمت عن توضيح ما للعقاقير النفسية المؤثرة من تداعيات سلبية. ذلك أن نفوذ وبراعة الصناعة الصيدلانية، وضعف استقلالية الصحافة المختصة، والافتقار إلى التكوين المستمر للأطباء (تدريب وتاهيل تضمنه الصناعة الصيدلانية بشكل رئيسي) لا تسهم في توضيح حالة التجاوزات المنتشرة في أوروبا.

والملاحظ أن العديد من هذه الأدوية يمكن إساءة استخدامها بشكل غير متوقع أحياناً، إذ ينتمي أكثرها لزمرة البنزوديازيبينات (الروهيبنول [®]Rohypnol والفالسيوم [®]Valium). ومنها أيضاً أحد أدوية داء باركنسون: الأرتان [®]Artane. وغالباً ما يقوم متعاطو المخدرات الذين يعانون صعوبات جمة بأخذ جرعات تزامناً مع مواد أفيونية. وفي هذه الحال يكون الاعتماد الجسدي والنفسي بالغاً، والفظام الناجم عن توقف العلاج شديد الإيلام. ومن الآثار المحتملة لتناول هذه الأدوية المخدرة مع الكحول أو المواد الأفيونية أن القصور التنفسي قد يصل إلى حد الهلاك.

٤٥. بيانات وبائية فرنسية وأوروبية

لا تزال الأدوية المزيلة للقلق هي الأكثر استهلاكاً، وذلك على الرغم من ارتفاع مبيعات العقاقير النفسية المؤثرة، وبخاصة مضادات الإحباط (+٧٠٪). فهي توصف بنسبة ٨٥٪ من قبل الأطباء و ١٥٪ فقط من قبل الأطباء النفسيين.

تجدر الإشارة إلى أن الإناث يشكلن أغلبية مستهلكي الأدوية في فرنسا، في مختلف الفئات العمرية، علماً بأن هذا الاستهلاك يتنامى مع تقدم العمر. وعلى صعيد الراشدين، ثمة امرأة من كل أربع نساء، ورجل

من بين كل سبعة رجال تعاطوا هذه الأدوية مؤخراً (أي خلال آخر ١٢ شهراً)^{٦٩/٧٠}. ويטال استهلاك هذه الأدوية، في شريحة الذين هم من سن ٥٥ إلى ٧٥ عاماً، امرأة من كل ٣ نساء، ورجل واحد من كل ٥ رجال. وليست هذه الظاهرة أقل تفشيًا بين الشباب، ففي العام ٢٠٠٣، وفي فئة السبعة عشر عاماً، كان ٥, ٣٥٪ من مستهلكي الأدوية من الإناث مقابل ٣, ١٤٪ من الذكور^{٧١} (مقابل ٢٩٪ و ٦, ١٠٪ في العام ٢٠٠٠). والجدير بالذكر أنها ظاهرة تبدأ مبكرة في حياة الإنسان، إذ وُصف عقار نفسي مؤثر في العام ٢٠٠٢ لـ ٤٪ من الأطفال الذين هم دون سن التاسعة.

يحتل الفرنسيون الصدارة بلا منازع في استهلاك هذه الأدوية على الصعيد الأوروبي، وهذا أياً كان المنتج أو الوحدة قيد الاعتبار (عدد اللعب يومياً، عدد الجرعات اليومية أو الإنفاق لـ ١٠٠٠ نسمة). بل يكاد هذا الاستهلاك يزيد ثلاثة أضعاف عما هو عليه الحال في كل من إنجلترا وإيطاليا وألمانيا.

كما جاء ترتيب تلاميذ المدارس الفرنسيين الذين استُطُوعوا في سياق تحقيق «إسباد» ESPAD (مشروع مسح المدرسة الأوروبية على الكحول وغيرها من المخدرات) في طليعة المستهلكين الأوروبيين اليافعين^{٧٢}.

٤٦. المنشطات الاصطناعية

مصطلحات ورهانات

سعى الإنسان دوماً لتحسين أوجه أدائه وتعزيز تحمُّله. من هذا المنطلق فإن تناول المواد المنشطة الاصطناعية في الميدان الرياضي ظاهرة متفرعة من ظاهرة تمس المجتمع بمجمله في أوجه النشاط البشري. نتحدث عن سلوكٍ منشطٍ صناعياً حين يتناول المرء مواد منشطة

٦٩- بحث CNAM، ٢٠٠٣، والتقارير السنوي الخاص بالمرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، ٢٠٠٢.

٧٠- CNAM أي خلال الاثني عشر شهراً من تاريخ إجراء البحث. (المترجم)

٧١- بحث إسكاباد/المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، ٢٠٠٣.

٧٢- بحث: مشروع ESPAD (مسح المدرسة الأوروبية على الكحول وغيرها من المخدرات)/ المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي، ٢٠٠٢.

(وقتية) لمواجهة عائق حقيقي أو مستشعر لتعزيز أوجه أدائه الجسدي أو الفكري. وقد يخص هذا التعريف المنافسات الرياضية، بل والامتحانات ومقابلات التوظيف والمخاطبة العامة، أو حتى الظروف الاجتماعية، أو المهنية العسيرة.

يُشار إلى هذا السلوك في الميدان الرياضي بتناول المواد المنشطة doping، وهو مصطلح يحمل في طياته مفهوم الإخلال بتساوي الفرص والغش. ويبدو أنه سلوك متفش منذ القدم، إذ عُثر على آثار تناول نباتات لهذه الغاية أثناء الألعاب الأولمبية التي جرت عام ٧٧٦ قبل الميلاد. بل يُزعم إقصاء لاعبين في ألعاب العام ٣٠٠ قبل الميلاد عن التنافس لتعاطيهم فطريات ومواد بروتينية حيوانية تعاطياً مسرفاً. كذلك استُخدم النبيذ والاستركنين خلال القرن التاسع عشر. ووصف في العام ١٩٢٤ ألبير لوندرد Albert Londres استعمال الكلوروفورم والكوكايين في سباق دراجات دورة فرنسا.

تَبَعَ تطور المنتجات المستهلكة تطور المعارف المخدراتية. الكحول والأفيون والكوكايين أولاً، ثم المورفين والإفيدرين والأمفيتامينات، إضافة إلى مسهلات الابتداء بدءاً من خمسينيات الألفية الماضية، وصولاً أخيراً إلى هرمون النمو والاريتروبيتين^{٧٣} منذ الثمانينيات.

وقد عزز كل من التقدم المسجّل في صناعة المواد الكيميائية، وحجم المصالح المالية ذات العلاقة بالمنافسات الرياضية هذه الظاهرة وأضفى عليها بُعداً جديداً على الصعيدين الجمعي والفردى. فالتغيرات الناجمة عن فوز لاعب رياضي في منافسة على صعيد حياته الاجتماعية والمادية مهمة إلى حد لا يُقاوم، في حين تبدو التدايعات المحتملة على الصحة من منظور الشباب في سن العشرين بعيدة وغير مرجحة.

إن الحدود الفاصلة بين المنشطات والمكملات الغذائية، وبين المنشطات والأدوية، وبين المنشطات والمنتجات المستخدمة كمخدرات، تبدو متنامية المسامية.

٧٣- ارِيثروبيتين: هرمون تفرزه الكلى والكبد يحفز إنتاج كريات الدم الحمراء إزاء نقص كميات الأوكسجين المتاحة في الأنسجة. (المنزجم)

٤٧. بيانات وبائية فرنسية وأوروبية

هناك نقص في البيانات الوبائية اللازمة لقياس ظاهرة تناول المواد المنشطة في فرنسا، وينبغي توخي الحذر عند تحليل ماتوافر منها، وهي بيانات شتية نسبياً. وتعكس هذه البيانات في الواقع ما يشوب هذا الحقل من صعوبة في تعريف المصطلحات ومن مفارقات.

على الصعيد العام تناول ٦٪ من الراشدين في العام ٢٠٠٢ على مدار الاثني عشر شهراً السابقة للإحصاء منتجاً واحداً على الأقل لتعزيز أدائهم الجسدي أو الفكري.^{٧٤} وقد طالت هذه الظاهرة ٩٪ من الشباب بين سن ١٨ و ٢٥ عاماً. إلا أنه من الأهمية بمكان تحري الدقة عند تناول هذه البيانات، حيث أورد الشباب في إجاباتهم: الفيتامينات والمشروبات المنشطة مثل الأمفيتامينات.

هذا، وتقدر الدراسات القليلة المتوفرة نسبة الراشدين الذين يتناولون منشطات وقتية بين ١، ٣٪ و ٩، ٥٪، في حين تقدر هذه النسبة بـ ٢٠٪ تقريباً على صعيد المحترفين من الرياضيين العالين المستوى في فرنسا. إن أهم المنتجات التي أوردتها الدراسات هي المنبهات (٤٤٪)، والمخدرات (٢٧٪) والكورتيزون (٥، ٢٧٪).

لكن الفكرة السائدة تقيد بتدني فرص الرياضيين في تحقيق النجاح دون تناول المواد المنشطة. وييدي الشباب قبولاً نسبياً لهذه الظاهرة. فقد أعرب ربع المراهقين المشاركين في استطلاع للرأي عن استعدادهم لتجريب مادة منشطة لتعزيز أدائهم.^{٧٥}

يبقى الرابط بين الممارسات الرياضية والسلوك الخطر رابطاً معقداً. وخلافاً للمعتقد الشائع، أظهرت دراسات عدة أن ممارسة الرياضة لا تحمي بشكل خاص من السلوك الخطر، أو من تناول المؤثرات العقلية. بل إن الشباب الذين يمارسون الرياضة على نحو مكثف أكثر تعاطياً لها من

٧٤- المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، مؤشرات وميول، ٢٠٠٢.
٧٥- استطلاع للرأي، معهد الاستشارات والمسخ والتحليل، ١٩٩٨.

غيرهم.^{٧٦}

من ناحية أخرى، تظهر دراسة أُجريت في العام ١٩٩٩ مبالغة في تمثيل سوابق الممارسات الرياضية المكثفة والتنافسية لدى المدمنين على الكحول والمخدرات الذين تولت رعايتهم مراكز العلاج.^{٧٧} ويبقى تفسير هذه الملاحظة أمراً دقيقاً. إذ ربما يكون ناجماً عن شكل من أشكال إدمان النشاط الرياضي، أو ناجماً عن استخدام مسبق لمنتجات منشطة، أو لعواقير نفسية مؤثرة.

٧٦- الممارسات الرياضية لدى الشباب والسلوك الخطر. وقائع الحلقة الدراسية الأوروبية، صادر عن وزارة الشباب والرياضة و البعثة البيوزارية المشتركة لمكافحة المخدرات والإدمان، ٢٠٠١.

٧٧- W. Lowenstein, P. Arvers, Activités physiques et sportives dans les antécédents des ١٥١ personnes prises en charge pour addictions, in Annales de médecine interne, ٢٠٠٠.

الفصل الثالث

السياسات الحكومية

ربما يكون ثمة إجماع اليوم على ضرورة تعزيز ضبط تجارة وتعاطي المخدرات، لكنه انشغال أدرك حديثاً، والحلول التي ينبغي اتباعها ليست على أي حال من المسلمات بالنسبة إلى الفرنسيين.

تبين سياسات مكافحة المخدرات التناقضات التي تشوب المجتمعات، وتجبرها على القيام بموازانات حرجة: فكيف يوفق بين السعي المستمر لأداء أفضل، وبين وجوب حماية الأفراد الأكثر ضعفاً؟ كيف ترسم الحدود الفاصلة بين الحريات الشخصية والمسؤوليات الجماعية؟ إلى أي حد يمكن مراعاة المصالح الاقتصادية حين يتعلق الأمر بالصحة العامة؟ هل يمكن حل ما يتعلق بالصحة العامة من خلال تعزيز الأمن العام؟ هل تتفق سياسة مراقبة وضبط إنتاج وتجارة المخدرات دائماً مع المصالح الاستراتيجية الطبيعية؟ وهل هذه أولوية في سياق إعادة تعريف العلاقات بين الدول المتقدمة والدول النامية؟

تفسر وفرة المصالح والقيم المتناقضة - التي يتعين حمايتها - هذه الضبابية المحيطة بمبادئ السياسات العامة المتبعة، إلا إذا كان الأمر في الواقع عكس ذلك.

إن تاريخ السياسات العامة يظهر إلى أي حد يمكن لمجتمع الاستمرار في ضلاله، بل كيف يختار أيضاً «الأوبئة» التي ينوي مكافحتها.

١. إضاءات على تاريخ ضبط المخدرات

١. الكحول

هو المنتج الأكثر ربطاً بتاريخ الإنسانية، وبخاصة النبيذ خلال القرون الأولى. فكان من المفترض أن يداوي استهلاكه الذي طالما حث عليه الكنيسة العديد من الآلام. وكان شارلمان Charlemagne أول من قرر تأنيب مَنْ يُفْرِطُ في تناوله بمختلف العقوبات الجسدية. ولم يكن

لهذه المبادرة التي تلتها مبادرات أخرى الكثير من الآثار. في الوقت ذاته، حاولت الطبقة الفرنسية المالكة الاستفادة من الكحول بفرض ضرائب كان أنجعها تلك التي سنّها كولبير Colbert في العام ١٦٨٠ (مراسيم حول المساعدات).

لم يتولد الوعي بالمشاكل التي يمثلها تعاطي الكحول، المستمر في تناميّه، حتى القرن التاسع عشر. فسُنّت فرنسا في العام ١٨٧٣ أول نظام حقيقي لكبح السُّكر. لكنه لم يُطبق في الواقع. كان الكحول حينئذ متوافراً بكميات هائلة وأسعار زهيدة على أرض واقع بائس، وظروف عمل عسيرة على العمال. وكان في العام ١٩٠٠م نحو ٤٧٥,٠٠٠ خمارة غير خاضعة لأي نظام. وكان الأطباء الفرنسيون لا يزالون يصفون النبيذ أو ماء الحياة^{٧٨} لعلاج العديد من الآلام. لذلك، وفي مثل هذا السياق، فإن إجراءات مكافحة تناول الخمور - النابعة عن مخاوف تتعلق بالأمن العام أكثر من الصحة العامة - لم تتجح وحدها في وقف تطور تعاطي الكحول: هكذا بلغ استهلاك الفرد من الكحول النقي ٢٠ لتراً في العام ١٩١٠م، مقابل واحد لتر في العام ١٨٣٠م.

عُرفت في تلك الحقبة آثار الكحول الأكثر بروزاً، مثل السكر، إلا أن التداعيات الصحية على المدى المتوسط والبعيد بقيت مغمورة تماماً. غير أن مسألة التمييز بين أنواع النبيذ والمشروبات ذات النسبة العالية من الكحول كانت قد تبلورت بالفعل. وهكذا نقرأ على سبيل المثال في نصوص التعليمات العامة لمكافحة السُّكر الصادرة في بداية القرن المنصرم ما يميّز بين «المشروبات الطبيعية»، أي الصحية، كالنبيذ وعصير التفاح والبيرة وعصير الأجاص، وبين «المشروبات الكحولية الصناعية السيئة بما لا يدع مجالاً للنقاش التي تتلف صحة العامل»^{٧٩}. كما نجد هذا التمييز في احتجاجات مزارعي الكروم حالياً، حيث لا يمكن هنا التعذر بالجهل.

٧٨- ماء الحياة شراب مسكر. (المترجم)

٧٩- C. Bachmann, A. Coppel, Le dragon domestique, Paris, Albin Michel - ١٩٨٩.

كانت الحرب العالمية الأولى هي التي ستؤذن بتبني برنامج متماسك لمكافحة الإدمان: حظر بيع الكحول للجند، ومنع مشروبات الأفسنتين (شيخ ابن سينا) absinthe تماماً، وإلغاء امتياز مقطري المنبذ، ومحاربة السكر على الصعيد العام بشكل متزايد، ورفع الرسوم المفروضة على الكحوليين، إلخ...

وبعد ذلك تناوب التقدم والتراجع طويلاً في هذا المجال تحت ضغط نفوذ الصناعة الكحولية: ففي العام ١٩٢٢، تم التساهل مع مشروبات شبيهة بالأفسنتين، ثم أُعيد بين ١٩١٩ و١٩٢٣ امتياز مقطري المنبذ، في العام ١٩٣١ تكوّنت لجنة للإعلان عن النبيذ وقوانين تسهل فتح الخمرات.^٨ ثم انعكس هذا التوجه في ظل حكومة فيشي Vichy التي اتخذت إجراءات تضيق، ولاسيما حظر الإعلانات الكحولية وبيع الكحول للقاصرين. لكنّ مصنعي المشروبات الكحولية حصلوا بعد الحرب على حرية تصنيع وبيع كل المشروبات المحظورة في العام ١٩٤١، بل أصبح التشجيع على الإعلانات الخاصة بالنبيذ.

كان تقلد بيير منديس فرانس Pierre Mendès France مقاليد الحكم بشكل منعطفاً جديداً لفرنسا. إذ عدّ نظام ١٥ أبريل ١٩٥٤ الخاص بمعالجة المدمنين الخطرين لأول مرة مدمني الكحول مرضى ينبغي رعايتهم. كما كانت هذه لحظة انطلاق سياسة عامة تتضمن إجراءات المنع والتوعية. هكذا أُتخذت أولى إجراءات منع قيادة السيارات في حالة سُكر في العام ١٩٥٨م، وأصدر النظام الخاص بالخمرات في العام ١٩٥٩م.

ورغم ذلك، فأمام الثقل الاقتصادي والثقافي العظيم للكحول والنبيذ، ظلت السياسات العامة متواضعة بالنظر إلى الرهانات الكامنة. وإذا كان قانون فاي Veil الصادر عام ١٩٧٦م، وخاصة قانون إيفين Évin في العام ١٩٩١م علامة لتجدد عزم السلطات العامة، فإن جماعات الضغط المتعددة لا تتوانى في التصدي لمثل هذه القوانين بشكل فعال. وقد نجحت

٨٠-Dalloz، F. Caballero et Y. Bisiou، Droit de la drogue، Paris، ٢٠٠٠.

في تجريدتها من أي أثر تقريباً بواسطة تعديلات متتالية تتجاوز كثيراً الانشاقات السياسية المعهودة.

لم تنظر الدول الغربية يوماً في حظر الكحول، باستثناء فترة الحظر الأمريكي بين عامين ١٩١٩ و١٩٣٣. وقد فشلت هذه التجربة، إذ اتسمت بتطور التهريب وتضاعف عدد الخمرات غير الشرعية والوفيات الناجمة عن تناول الكحول المغشوش المطروح في الأسواق. والحظر هو قانون العديد من الدول الإسلامية، لكن هذا لا ينفي بطبيعة الحال وجود محاولات التهريب والتجارة السرية.

٢. التبغ

إن التبغ، الأحدث عهداً، أقل ارتباطاً بالثقافة الفرنسية من الكحول. ولا يثير التبغ الاندفاع العاطفي نفسه لدى الفرنسيين، لذا فإن صورته أكثر قابلية للتغيير. لكن نفوذه الصناعي ليس أقل تأثيراً وإن كان أكثر تروياً. فهو ليس بمنأى عن آثار تأرجح السياسات الفرنسية العامة.

تحمست كاترين دي ميديسيس Catherine de Médicis للتبغ الذي نُسبت إليه خصائص للشفاء، لكن لويس الثالث عشر حظر بيعه إلا على الصيدليين. وكان الحظر مصيره في الوقت نفسه في كل من إنجلترا وروسيا بل والمشرق. حرّمت الكنيسة تناوله، وكذلك حرّمه القرآن الكريم^{٨١}. لكن استهلاكه لم يتوقف على الرغم من كل هذه الموانع.

سعت الدولة الفرنسية، العاجزة فعلياً عن حظر التبغ، إلى الاستفادة منه بفرض ضريبة عليه، ومن ثم احتكار بيعه^{٨٢} الذي يدرّ عليها مبالغ طائلة، بالرغم من عمليات الاحتيال والتزوير. فكانت تلك هي الظروف التي سنّ فيها كولبير Colbert احتكار البيع لمصلحة ملك فرنسا. ثم عادت الحرية المطلقة في إنتاج التبغ مع الثورة الفرنسية. لكن

٨١- لم يرد ذكر التبغ في القرآن الكريم، وإنما هناك من أوّل بعض الآيات وفهم منها التحريم (المترجم).
٨٢- الرسوم الجمركية المفروضة من قبل ريشوليو Richelieu في العام ١٦٢٩، ومن ثم سن احتكار البيع من قبل كولبير Colbert في العام ١٧٦٤.

نابوليون أعاد إنفاذ قانون الاحتكار في العام ١٨١٠، لتكون إدارة جباية الضرائب أساساً للنظام الفرنسي زمنياً طويلاً. وكان التنظيم حينذاك مدفوعاً بالرغبة الحصرية في حصول الدولة على نصيب من الغنائم المالية التي يمثلها إنتاج واستهلاك التبغ.

وعلى الرغم من نشر عدة تقارير لم يبال بها أحد، لم تدرك السلطات الحكومية الفرنسية التداعيات الصحية الكارثية التي يسببها استهلاك التبغ حتى ستينيات القرن الماضي، وبخاصة ارتباط التبغ ببعض الأمراض المهلكة (التهابات مزمنة في القصابات الهوائية، أمراض سرطان الرئة، الأمراض القلبية الوعائية).

وقد حظر قانون فاي Veil في العام ١٩٧٦ للمرة الأولى، كما هو الحال بالنسبة للكحول، بعض أوجه الإعلان عن التبغ فضلاً عن تقييد حرية التدخين علناً. لكن العلامة الفارقة في هذا السياق كانت مع قانون إيفين Evin في ١٠ يناير ١٩٩١ الذي حظر تماماً إعلانات التبغ والتدخين في الأماكن العامة. وقد مكنت في الوقت نفسه حملات الوقاية المصحوبة بارتفاع كبير في أسعار التبغ، الدول المتقدمة من تغيير الصورة الإيجابية التي اتصف بها التبغ حتى ذلك الوقت، وتحجيم استهلاكه.

ومع ذلك، لم تقلع صناعة التبغ عن مساعيها للتأثير على السلطات العامة الفرنسية والأوروبية والدولية، الرامية إلى تقليص أوجه الحظر باسم «الحرية الفردية». وقد استثمرت هذه الصناعة مبالغ طائلة في الأسواق الناشئة في آسيا وإفريقيا، حيث لم تُفرض بعد أي سياسة تنظيم، مشجعة التدخين لدى القاصرين... وهي تزعم حمايتهم في الدول الغربية.

٣. لم ندرك الخطورة الكامنة في بعض الأدوية إلا في نهاية

القرن السابع عشر

فرض مرسوم صدر في ٢١ أغسطس ١٦٨٢ على الصيدليين حفظ الأدوية الأكثر خطورة في أماكن آمنة (خزانات السم) وبيعها بكميات

محدودة ومسجلة. صدر من هذا المنطلق أيضاً أمر برسم جدول بالمواد الضارة بالإنسان في العام ١٨٤٥: منها الزرنيخ والأفيون والكودئين والمورفين والنيكوتين واللودنوم. والجدير بالذكر أن الغاية الرئيسية من هذه النصوص القانونية المتتالية هي تجنب حالات التسمم. أما الآثار المؤذية لسوء استخدام المخدرات، فلم تشملها هذه المخاوف. ثم قصد قانون صدر عام ١٩١٦ وللمرة الأولى هدفاً مزدوجاً: تنظيم المنتجات الخاصة بالطب، وحظر الخطيرة منها. إذ صنّف هذا القانون -الذي اعتمد إثر حملة صحافية عنيفة على تعاطي الجنود للكوكايين في خنادق الحرب العالمية الأولى- المواد الضارة في ثلاثة جداول: الجدول أ: المواد السامة؛ الجدول ب: المواد المخدرة؛ الجدول ج: المواد الخطيرة، مع الحرص على تمييز المنتجات ذات الفائدة العلاجية عن غيرها. ويتضمن نظام الصحة العامة الراهن في فرنسا هذه النصوص وما تبعها من نصوص حددت هذه التصنيفات وآليات التنظيم والمراقبة.

٤. تاريخ تنظيم المواد المخدرة وثيق الصلة بتاريخ الأدوية

إن أولى حالات إدمان المواد السامة هي حالات طبية دائماً. كان استخدام الأفيون شائعاً ومتنوعاً في القرن التاسع عشر، إذ كان الاعتقاد السائد أنه دواء لكل الآلام. لكنه يضمّر مشاكل اجتماعية وصحية، منها سوء التغذية. ولم يكن البدء بتوخي الحذر من آثاره حتى حوالي العام ١٨٦٠. «لا تقدموا للأطفال الصغار المهدئات التي أساسها أفيوني»... ذلك ما ورد ضمن نص في حملة من حملات الصحة العامة في العام ١٨٦٨. لكن استخدام الأفيون بأشكاله المختلفة تواصل حتى مطلع القرن العشرين، وإن كان خاضعاً لرقابة متنامية طالت المهدئات.

وفي القرن التاسع عشر، حينما كانت إنجلترا قوة استعمارية عظيمة هيمنة على التجارة الدولية، تكوّن مثلث تجاري مربح: كان يتم تصدير الأفيون الوارد من بلاد الهند إلى الصين وكانت الأرباح المترتبة على هذه

العمليات التجارية تعود إلى إنجلترا. وقد اصطدمت محاولات الصين حظر الأفيون بمعارضة البريطانيين المتخوفين من فقدان هذا المصدر من العوائد. فأُسفرت حرباً الأفيون اللتان شنتهما إنجلترا في العامين ١٨٣٩م و ١٨٥٦م عن تطور غير مسبوق لتجارة هذه المادة المخدرة. والجدير بالذكر أن إيرادات هذه التجارة بلغت في العام ١٨٧٥م نحو ٤١٪ من الموارد التي جنتها المملكة من الهند البريطانية.^{٨٢} وهكذا صارت المخدرات عنصراً بارزاً من عناصر المبادلات الاقتصادية العالمية. وانتشر الأفيون في الصين إذا تشير التقديرات في أواخر القرن التاسع عشر أن عُشْر سكان الصين كانوا من المدمنين عليه. وفي عام ١٩٨٥ نُصِّبَتْ لجنة لتولي دراسة هذه المسألة فخلصت إلى أن الوضع ليس بهذه الحدة، وأن هذا الإدمان يمكن مقارنته بإدمان الكحول في إنجلترا.^{٨٤}

كانت عندئذ مرحلة تسامح مع الأفيون، حتى أوجست الولايات المتحدة قلقاً من هذا الوضع إثر استقرار جالية صينية كبيرة على أراضيها. فأقدمت عندئذ، بدوافع أخلاقية وجيوسياسية في آن واحد، على تنظيم مؤتمر شانغهاي في العام ١٩٠٩م بغية قصر استيراد الأفيون الإنجليزي على المقادير اللازمة لأغراض طبية. كان هناك جدل ملتبس وغير ذي صلة بالمخاوف المتعلقة بالصحة العامة. وقد أسفر ذلك عن التزام بالحد من التصدير، وهو الالتزام الذي أرضى الأطراف كافة بشكل مؤقت.

ثم وضعت الاتفاقيات الموالية (لاهاي ١٩١٢م، وجنيف ١٩٢٥م) أسس الرقابة الدولية التي لم تقتصر على الأفيون. بل كانت مناسبة لتجادل مناصري التقنين ومؤيدي الحظر الذين تزعمتهم الولايات المتحدة منذ ذلك الحين.

وتعاقب بين العامين ١٩٣١م و١٩٥٣م صدور ست اتفاقيات لتكميل النصوص السابقة، دون التوصل لإجماع. فلم تُعتمد من قبل كل المعنيين.

^{٨٢}- انظر أعلاه المرجع : C. Bachmann et A. Coppel
^{٨٤}- Royal Commission of Opium, Londres, Eyre & Sottiswoode, ١٩١٥.

إلا أن السياق تغير هنا: فقد أدى إنهاء الاستعمار إلى تغيير الموازين الجيوسياسية. ومن ثم، وابتداءً من الستينيات الميلادية، أثار تنامي تعاطي المخدرات الترفيهية لدى الشباب هلعاً في الولايات المتحدة وأوروبا، وهي بلدان لم تكن قط متهبئة لذلك. لم تعد المواجهة بين الولايات المتحدة وأوروبا الاستعمارية، بل أصبحت بين الشمال والجنوب، أي الدول المنتجة (دول الشرق والدول النامية) والدول المستهلكة (الولايات المتحدة وأوروبا). تعكس الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١م، الملفية للاتفاقيات السابقة، الحالة الجديدة التي أضحت عليها عالم المخدرات، فهي تنسق حظراً عالمياً على المخدرات، يستهدف بصفة خاصة الدول المنتجة للكوكايين والأفيون والقنب. لكن هذه البلدان - وهي من الأكثر فقراً على وجه الأرض - وجدت نفسها بذلك قد سلب منها قسط كبير من إيراداتها، دون أي تعويضات.

ثم استهدفت اتفاقية المؤثرات العقلية لعام ١٩٧١م في فيينا المنتوجات النفسية المؤثرة (المهلوسات، الأمفيتامينات، المهدئات البريبوتورية، والمهدئات)، موضحة عناصر التوازن، لكنها كانت معكوسة الاتجاه هذه المرة. ذلك أن هذه المواد الصناعية والمركبة هي من إنتاج الدول المتقدمة بصفة رئيسية التي ستفرض على نفسها قيوداً أقل حزمًا من تلك المطلوبة من الدول المنتجة للمواد «الطبيعية». أما اتفاقية العام ١٩٨٨م، فسعت إلى تطوير آليات مكافحة التجارة الدولية للمخدرات من خلال وسائل تآزر الشرطة والتعاون القضائي، ومن خلال أحكام إجراءات جزائية فيها انتقاص من القانون العام. كما أتاحت نشوب نزاع جديد بين الدول المنتجة والدول المستهلكة، حيث يلقي كل طرف على الآخر اللوم لتنامي استهلاك المخدرات.

وفي العام ١٩٩٨م تم إقرار، وللمرة الأولى، أثناء الجمعية العامة للأمم المتحدة المكرسة لمكافحة المخدرات، بأنه يمكن للبلدان المنتجة أن تكون مستهلكة، والعكس. وهو الإقرار الذي نجم عنه تأكيد مبدأ إحقاق

توازن بين أعمال مكافحة العرض وتلك الخاصة بمكافحة الطلب، وهو توازن يبقى بالرغم من ذلك حبيس الواقع النظري ليس غير. وقد وقعت الأغلبية العظمى من دول العالم على هذه الاتفاقيات الثلاث. فهي المصدر الملزم لكافة النصوص التشريعية الوطنية، القائمة على مبدأ حظر عام يشمل كل عمليات الإنتاج، باستثناء مواطن الاستخدام الطبي أو العلمي.

لاتزال قائمة المخدرات تتنامى منذ باكورة المساعي الدولية في هذا الصدد، دون اقتراح تعريف واضح للمواد التي ينبغي تحريمها، علماً بأنه لم يُصرح قط في نهاية المطاف بمواطن الخوف على الصحة العامة بشكل ملموس. وينجم عن ذلك غياب في الشفافية ودرجة من التعقيد، وهو ما يفسر جزئياً الشكوك التي تحيط بالقانون الفرنسي في هذا الصدد، وكذا الانتقادات المتكررة الموجهة إليه.

٥. يطرح إعداد قائمة بالمواد المنشطة تحديات مماثلة

على الرغم من قدم العادات فإن السياسة الحكومية الخاصة بمكافحة تعاطي المواد المنشطة لم تُعرف في فرنسا حتى العام ١٩٦٥م (قانون هرزوق Herzog).

يشوب هذه الأهداف في آن واحد اللبس والتناقض أحياناً: إذ تنطوي أولاً على حماية الأخلاقيات الرياضية عبر مكافحة الغش، وحماية صحة الرياضيين أيضاً من خلال حظر تعاطي المنتجات الأكثر خطورة. يحظر قانون هرزوق أكثر من ٨٠٠ مادة، مكلفاً القضاء بسلطة المعاقبة. لكن الفشل كان مصير تنفيذ هذا القانون لأن غايته -الأخلاقية في الجوهر- لم تأخذ بالحسبان الواقع بشكل كاف. ففرض نظام حظر تام على المواد التي يستخدمها من جهة أخرى غير الرياضيين بمطلق الحرية لا يميز ما بين الاستعمال والإسراف في التعاطي. كما يتجاهل هذا القانون حقيقة استعمال العديد من المواد المحظورة أيضاً لمداداة الرياضيين.

وفي الوقت نفسه، بدأت الاتحادات الرياضية من جهتها بمساع متواضعة لمعاقبة مَنْ ينتهك القوانين الرياضية. فحاول قانون بامبوك Bambuck بتاريخ ٢٨ يونيو ١٩٨٩م النظر بعين الاعتبار إلى صعوبات تنفيذ قانون هرزوق، وحدد تعريفاً جديداً لتعاطي المنشطات: استخدام «مواد ووسائل تغيير مصطنع للقدرات أو إضرار استعمال مواد أو وسائل تتسم بهذه الخاصية». يلغي هذا النص القصاص على استعمال المواد المنشطة ويعزّز العقوبات المفروضة على ممولئها. كما يتوقع احتمال وصف مواد مصنفة في قائمة المواد المنشطة لأغراض علاجية. والجدير بالذكر أن قانون بامبوك يحيل إلى عدد من المراسيم والتوجيهات المتتالية التي صنفت ما يناهز ٥٠٠ مادة موزعة في ٨ مجموعات. بيد أن تطبيقه سيء للغاية ويفتقر إلى الإجراءات الوقائية الكافية.

وفي ٢٦ يوليو ١٩٩٨م، وفي هذا المناخ الذي يشوبه الغموض، طالب رئيس اللجنة الأولمبية الدولية باقتصار الحظر على المواد الضارة بصحة الرياضيين، موحياً بتشريع رسمي بكل ما يخص المواد الأخرى. سجل قانون بوفيه Buffet في ٢٢ مارس ١٩٩٩م بداية اتباع السلطات العامة سياسة يغلب عليها الطابع الأخلاقي. فالمصطلحات التي صاحبت اعتماد هذا القانون هي تلك المستخدمة للحديث عن إدمان المخدرات السامة: «وباء»، «سرطان الرياضة»، «استئصال». لكن الغموض ظل قائماً في نص القانون. وعلى الرغم من تحديده إجراءات وقائية من خلال تكريس نص يتعلق بالرقابة الطبية على الرياضيين، فقد بقي أكثر ارتكازاً إلى منطق الأخلاقيات الرياضية من ضرورة حماية الرياضيين.

ويتجلى هذا الغموض مجدداً في قائمة المواد المحظورة، كالتنب مثلاً. فربما تتمكّن هذه المادة من تخفيف الشعور بالضغط قبل أي حدث رياضي، لكنها ليست مادة قادرة على تحسين الأداء الرياضي.

لم ينته الجدل الخاص بملاءمة وفعالية السياسات الحكومية الخاصة بمكافحة تعاطي المواد المنشطة، نظراً لعظم المصالح الاقتصادية المعنية

وتطوير منتجات ذات تأثير متنام لا يمكن الكشف عنها. فضلاً عن ذلك، يُبرز هذا الجدل غموض الحدود الفاصلة بين المواد المنشطة، والمكملات الغذائية والأدوية والمواد المخدرة.

لا يستعرض ما قُدم آنفاً سوى بعض مشاهد تاريخ السياسات العامة. وتبيّن تلك المشاهد تنوع وتشوش الدوافع التي حددت الخيارات السياسية. كما تظهر ضخامة وثقل المصالح الاقتصادية المعنية والنفاق الصارخ أحياناً الذي تتسم به الخطابات في هذا السياق. كما توضح هذه المشاهد التطور العشوائي للمفاهيم الفرنسية الخاصة بالمخدرات، المتأرجح بين البحث عن أسباب العلاج والخوف من السموم. وتبين أيضاً مدى حداثة الاهتمام بأولويات الصحة العامة في الخطاب العام.

٦. مبادئ رسم سياسة عامة

مهما كانت سلسلة الإجراءات فإنها لا تكفي لتحديد سياسة ما لم تصرح عن القناعات أو المعتقدات التي تركز إليها هذه السياسة. فالصعوبات التي تعترض وجود سياسة عامة ذكية تحظى بتأييد الأغلبية تعود في معظمها إلى ما يحيط الأهداف المعلنة من لبس وغموض. يشعر الجمهور العام حقاً بارتباك لدى محاولة إدراك هدف خفض، بل استئصال تعاطي المخدرات لأن ذلك يحمل العديد من التناقضات، ولا يتماشى مع طرح المشاكل المختلفة المتعلقة باستخدام المخدرات. ومما يعزز هذا الانطباع هو واقع الوضع القانوني للمنتجات المتأرجحة بين الحظر والتشريع، حيث لا يوضح هذا القانون خطورتها على صعيد الصحة العامة.

أما إذا جزمنا في المقابل بأن السياسات الحكومية الفرنسية تهدف إلى حماية الأفراد من الأضرار الواقعة عليها وعلى غيرها والمرتبطة بتعاطي المخدرات، حينئذ يصبح للإجراءات المتخذة معنى، أي أنه يمكن تفهمها، وإن ترتب على ذلك المطالبة بالامتناع عنها.

إذا كان تأكيد مثل هذه الغاية أمراً بدهياً فإن رسم حدودها ليس أمراً هيناً؛ لأنه يملئ تحديد مدى ضرورة أو إمكانية حماية المجتمع من الأخطار كافة. ينبغي أن تراعى الإجابة كل تناقضات مجتمعات الدول المتقدمة: مجتمعات لم تكن يوماً آمنة كما هي اليوم، لكنها ما زالت تطالب بالمزيد من الأمن؛ فهي مجتمعات تعلق فيها المطالبة باضطلاع الدولة بدور قوي، وفي الوقت نفسه تنتقدها بشدة باسم الحرية الفردية والتحرر الاقتصادي، بسبب إفراطها في التدخل.

وللجمهور الغربي في عالم المخدرات خبرة مألوفة، حميمة، مباشرة أو غير مباشرة، ينبغي النظر إليها بعين الاعتبار. والدليل على هذه الخبرة هو اعتراف الشارع الفرنسي في العام ١٩٩٩ بأن الكحول والتبغ من المخدرات القادرة على التسبب في إدمانها والإسراف في تعاطيها.

ونتيجة لذلك، لا يمكن فرض السياسات الحكومية بالاعتماد فقط على خبرة البعض، وإن كانت خبرة لا تدع مجالاً للشك. فحتى تؤثر في السلوك إزاء المخدرات، لا بد أن تستند السياسة إلى دعم الرأي العام لها. إن ذلك يقتضي الحرص الشديد على توخي الشفافية المطلقة وإيجاد ثقافة مشتركة يتفق عليها المختصون وأيضاً الخبراء والجمهور عامة. ولا يمكن تحقيق هذا الشرط إلا على مدى زمني معين، وهو المدى الذي كثيراً ما يتعارض مع الجدول السياسية. وفي ظل انعدام مثل هذه المبادرة، يبقى مصير السلطات الحكومية هو الاقتصار على اعتماد إجراءات سطحية ومفتقرة إلى المصداقية دائماً وإن بدت مدهشة.

يجب ألا تكتفي سياسات مكافحة المخدرات بالنصوص القانونية أو فقط بإحصاء المواد المحرمة. بل ينبغي أن تؤثر في مجمل وسائل النفوذ: التربية، الوقاية، الاندماج الاجتماعي، العلاج، القمع.

إضافة إلى ذلك، يجب ألا تكون هذه السياسات بمعزل عن السياسات الحكومية الأخرى. فعلى سبيل المثال، لا جدوى من رسم سياسة خاصة بعلاج المدمنين على الكحول والمخدرات الأخرى، دون مراعاة لخصائص

نظام الصحة والضمان الاجتماعي في فرنسا، وهذا في الواقع ما يجعل المقارنات الأوروبية أمراً صعباً، فإذا اكتفينا بالنظر فقط إلى الإجراءات المتخذة إزاء المخدرات دون مراعاة لتباين السياسات الاجتماعية أو تلك الخاصة بالصحة العامة، فإنه يتعذر علينا إدراك مواطن الاختلاف أو التشابه الملاحظة. ربما تؤدي سياسة متواضعة على صعيد المخدرات إلى تحجيمها وتؤثر تأثيراً فعالاً في بلد يحمي فيه نظام الصحة والضمان الاجتماعي أكثر الشرائح إقصاءً. والعكس صحيح: فقد تُستثمر وسائل عديدة في سياسات مكافحة المخدرات دون أن يحدث ذلك أي أثر يذكر إذا لم يتمتع البلد المعني بثقافة الوقاية. كذلك الأمر بالنسبة إلى مكافحة التهريب، التي تتوقف فعاليتها على تنظيم نظام الشرطة والنظام القضائي، أكثر من اعتمادها على إجراءات بعينها.

أخيراً، من الواضح أنه لم يعد من الممكن تحديد السياسات على صعيد البلد الواحد. دعونا نقدم مثلاً: أظهرت التطورات الأخيرة كيف فقدت السياسة الوقائية المتعلقة بالكحول المعتمدة في السويد الكثير من مفعولها في سياق أوروبي تهيمن عليه حرية التجارة.

بالنظر إلى مجمل هذه المقتضيات، يتبين أن هامش التصرف على صعيد وطني مقيدٌ نسبياً. وهذا ما يفسر بلا شك ميل السياسات الأوروبية لمكافحة المخدرات إلى التقارب، على الرغم من تباين الخطاب السياسي أحياناً: حرصٌ على الاعتماد على بيانات تتسم بالمصداقية، ميلٌ للنظر إلى المنتجات بغض النظر عن وضعها القانوني، ميلٌ إلى خفض أو إلغاء العقوبات الجنائية المفروضة على المتعاطين، تشديد قمع المتاجرة بالمخدرات، أولوية للوقاية والعلاج، إنفاذ سبل العلاج ببدائل المواد الأفيونية وسياسات تحجيم الأخطار الرامية إلى تقليل خطر الإصابة بفيروس الإيدز أو التهاب الكبد الفيروسي ج.^{٥٥} انطلاقاً من هذه

٥٥- المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، التقرير السنوي، لعامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٤. هذه الملاحظة لا تأخذ بالحسبان وضع الدول العشر الحديثة الانضمام إلى الاتحاد الأوروبي.

الملاحظات والتأملات التي لا يمكن تفاديها، تتضح الجدوى من فحص السياسات العامة النافذة اليوم، وآفاق تطورها.

٧. اعتماد القرار على معلومات مثبتة علمياً؛ تأمل، معرفة،

إدراك

لطالما استقر الاكتفاء لدينا على قليل من المعرفة: قلة من البيانات الوبائية، قليل من الأعمال البحثية، غياب سبل الملاحظة والمراقبة... وحين أضحت مسألة المخدرات في مطلع السبعينيات مأزقاً واضحاً ومعترفاً به، كان الاعتماد، لدى رسم السياسة العلاجية، على التجربة السريرية لخبراء مرموقين ذوي مكانة مرموقة، أكثر من الاعتماد على بيانات موضوعية.

كما لم يكن بحيازة السلطات الحكومية الفرنسية وسائل كافية لتقييم واقع التحديات المطروحة ولا خبرة للتعامل معها. فلم يكن لديها مبرر للتشكيك في آراء الخبراء الذين كانوا سرعان ما يعدون تجربة «عاشوها» في معالجة مدمني الهيروين واقعاً يجسد الحقيقة برمتها. وبطبيعة الحال فهذا القول ليس خطأً وإنما يعاب عليه أنه لم يدرك سوى جانب من الواقع. والجدير بالملاحظة أن التصور العام للمخدرات اعتمد حصرياً على صورة مدمن الهيروين، انطلاقاً من هذا الرأي وترويجه المفرط إعلامياً.

إن الرغبة في تعزيز المعرفة أمر حديث العهد في هذا المجال. فخيار التصريح بكل المعرفة، وبعدها أيضاً ومواطن الجهل، أحدث ما يكون في ميدان لا تبدو كافة الحقائق جديرة بأن يفصح عنها. وبطبيعة الحال كانت هناك برامج بحثية خاصة بالمخدرات في فرنسا وفي أوروبا، لكنها كانت مشتتة ومنفصلة، ومن ثم كانت مغمورة ولم تتم الاستفادة منها. لذلك جاءت مساعي المؤسسات البحثية، وبخاصة المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي INSERM، في إعداد تقارير أهل الخبرة لتقويم مجمل

المواد العلمية المنشورة على الصعيد الوطني والعالمي الخاصة بالسؤال المطروح من قبل السلطات الحكومية، فشكلت تطوراً بالغ الأهمية في هذا السياق.^{٨٦}

من جهة أخرى، كانت ثمة حاجة لمؤسسة قادرة على جمع البيانات ومقارنتها بالبيانات الإحصائية والوبائية. فكانت هذه هي الغاية من إنشاء أجهزة رصد الإدمان والمخدرات في أوروبا وفرنسا. والجدير بالذكر أن المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان ليس فقط لجنة من الحكماء والخبراء، خلافاً للعديد من المراصد المنشأة في مجالات أخرى، بل يتمتع هذا المرصد باستقلالية حقيقية، وبجهاز من الخبرات المؤهلة لإجراء دراسات وتحليل بيانات متناثرة، فضلاً عن التعاون مع شبكة من الباحثين. وقد استطاع بذلك تشييد هيئة رصد وملاحظة يستند إلى البيانات الإحصائية الواردة من الجهات الوزارية فضلاً عن مصادرها التابعة لها: هناك بحث يُجرى بانتظام على الشباب في سن الـ ١٨ عاماً في «يوم التحضير للوقاية»، والبحث الأوروبي الخاص بتلاميذ المدارس المراهقين؛ وقد وُضعت آلية لمتابعة المنتجات المركبة وأوجه سلوك الاستهلاك في الأوساط الاحتفالية...

لذا، أحدث إنشاء هذه المراصد تغييراً عميقاً في كيفية وضع السياسات الحكومية في كل من فرنسا وأوروبا، التي باتت تزداد اعتماداً على المعرفة الموثوقة، وهو الأمر الذي ينم عن الرغبة في استقرار المستقبل وتوقعه، وإدراك ما قد يكون واضحاً للعيان أو غير طارئ.

لإدراك الواقع، لا بد من النظر حتى في الاتجاهات المقلقة، وحتى حين يعترض ما نراه مع معتقد ربما يكون راسخاً: بسبب قلة الملاحظة وضيق الرؤية، كان هناك ضعف في التكفل بمدمني الهيروين عند بداية انتشار مرض الإيدز، ولم يتم التفطن إلى ذلك إلا في وقت متأخر. وكذا الأمر عند

٨٦- نشر المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي خمسة تقارير لخبراء المخدرات منذ العام ١٩٩٨: مخدرات النشوة، الكحول ١ و٢، القنب والتبغ.

ظهور تعاطي المخدرات الاصطناعية. ينبغي أيضاً أن نتحلى بالرغبة في المعرفة. فالولايات المتحدة مثلاً التي تتمتع بجهاز بحث ورصد متميز الأداء لا تلجأ إليه دوماً في رسم سياساتها.

إن كل الدراسات التي أجريت حول برامج مبادلة الزَّرَقَات بين المتعاطين خَلَصَتْ إلى أن ذلك لم يتسبب في زيادة استهلاك الهيروين أو الكراك. بل أدت هذه البرامج في كل مكان إلى خفض العدوى بالإيدز. والملاحظ أن الولايات المتحدة تعرف ذلك لكنها تواصل تأكيد خلاف هذه الحقيقة في المحافل الدولية، وهو ما حال دون اتخاذ الأمم المتحدة موقفاً من شأنه أن يشجع بقوة مثل تلك البرامج. إن هذا التضليل يعدّ من الخطورة بمكان، إذ إن بعض الدول، مثل روسيا وأوكرانيا، تعرف ملايين الأشخاص المصابين بالإيدز إثر حقن المخدرات.

في الوقت ذاته، كان يمكن تجنب ذلك الاستهتار بإشكال مرض الإيدز لدى متعاطي المخدرات في نهاية الثمانينيات بشكل جزئي على الأقل. وفي هذا السياق، أظهرت دراسة^{٨٧} في العام ١٩٨٥م أن معظم متعاطي المخدرات الذين عرفوا السجون في فرنسا لم ينخرطوا في أي نظام علاج، وكان بالإمكان التفتن إلى ضرورة رعايتهم. لكن المعتقدات كانت من القوة -وبخاصة الاعتقاد بتعذر وجود علاج ممكن دون طلب المرضى- بحيث لم يؤخذ ذلك في الحسبان. لسنا هنا في صدد تحديد المسؤول عن هذا القصور في الرؤية، وإنما نود تقصي الأسباب التي تجعل بعض الحقائق جلية أو غير جلية عند أصحاب القرار. وفي هذا السياق، فلا شك في وقع العامل الأيديولوجي الذي جعل عدداً من المختصين يشبثون بمواقفهم المذهبية فلم يتمكنوا من جراء ذلك التكيّف مع الواقع.

إن نزعة تعميم الاستنتاجات العامة من منطلق تجربة أو زاوية بحث جديدة هي نزعة شديدة حقاً لدى الباحثين والخبراء والممارسين. بل إن نزعة اتباع الخبراء دون تبصر ودون توخي مسافة كافية لرؤية الأمور بعين

٨٧. R. Ingold, ١٩٨٥.

ناقدة، أشد وأقوى لدى السلطات الحكومية. من هنا فإنه لا غنى عن إقامة آليات الرصد والمتابعة والبحث، وإن لم يكن ذلك في حد ذاته كافياً.

٨. الإعلام والتربية والوقاية

ثمة إجماع في كل الدول على ضرورة تطوير الإعلام والتربية والوقاية. لكن هذا الإجماع الهش إلى حد ما، يخفي وراءه سطحية في المضمون، فقليلة هي الدول، حتى في أوروبا، التي وضعت سياسات الوقاية مع مرور الوقت. إنها ممارسة تعد أكثر صعوبة وأقل وضوحاً بلا شك من التصويت على قانون جديد، فهو أقل جذباً لصنّاع القرار السياسي الساعين إلى التمييز الإعلامي خلال مدة يدركون تماماً أنها محدودة.

٩. حملات التوعية الكبيرة

إنها لا تشكل في حد ذاتها درعاً واقعياً، فهي أكثر عمومية من الإحاطة بمدى تنوع أوجه الاستهلاك في فرنسا، بالرغم من وجوبها، على الأقل لمواجهة الرسائل الإعلامية- بما في ذلك تلك التي تخاطب اللاشعور- التي تبثها شركات الكحول والتبغ والأدوية. وقد ثبت عدم فعالية الرسائل البسيطة والثائية القائمة على التهويل^{٨٨} في فرنسا، لأنها إذ سوت بين كل أطراف السلوك المرتبط بالتعاطي، كانت تتعارض مع تجارب معظم الناس في فرنسا، ففقدت بذلك مصداقيتها.

اضطرت السلطات الحكومية في فرنسا وأوروبا، حين شهدت إخفاقاً في هذه الحملات، إلى إعادة تحديد أهدافها، وإجراء حملات أكثر إعلاماً وأقرب إلى واقع حياة الشباب اليومية. وقد باشرت بهذا الشكل عدة دول بمبادرة تهدف إلى إتاحة كافة المعارف المتوافرة والمثبتة علمياً للجمهور، مع المراهنة على المسؤولية. أطلقت هذه المبادرة في العام ٢٠٠٠م في فرنسا بنشر كتاب بعنوان «المخدرات: معرفة المزيد، لتقليل الأخطار»: Drogues, savoir plus, risquer moins، وهو الكتاب الذي اتفق الصغار والكبار في

٨٨- «المخدر ضرب من الحماقة»، ١٩٨٦، «ساعدهم على قول «لا»، ١٩٩٠، «في مواجهة المخدر، لن يكون عدداً كافياً أبداً...»، ١٩٩٤.

فرنسا على ما يتمتع به من مصداقية من وجهة نظرهم. لقد بيع من هذا الكتاب أكثر من مليون نسخة، ووزعت منه ٥ ملايين نسخة مجانية، وترجم واقتبس من قبل عدة دول، ولا سيما إسبانيا وكيبك في كندا.

يتميز هذا الأسلوب في التواصل بأنه ينشئ قاعدة مشتركة من المعلومات الخاصة بالمخدرات، وهي معلومات تمس مختلف الأجيال والأوساط الاجتماعية والثقافات المهنية، كما يثير، إذا ما تم تحديثه بانتظام، انتباه الشعوب لحثها على الالتفاف حول إجراءات الوقاية المقترحة. فما الجدوى من برنامج وقاية يستهدف البيئة المدرسية إن لم يسانده أولياء التلاميذ وغيرهم من الراشدين المحيطين بالشباب؟

١٠. أهداف الوقاية

أثارت أهداف الوقاية بدورها جدلاً في فرنسا وأوروبا أيضاً، إذ إن الإقرار بحقيقة الاستهلاك والتصرف على أساس التمييز بين الاستهلاك والاستهلاك المؤذي والإدمان، لم يعد يمكن للوقاية أن تهدف فقط إلى منع الاستهلاك، وإنما كان لا بد أن تشمل كذلك الحيلولة دون تحوّل الاستهلاك العرضي إلى استهلاك ضار. وقد كان هذا الأمر محل نقاش محترم وبخاصة في بلد كفرنسا الذي لا تزيد نسبة أبناء السبعة عشر عاماً الذين لم يتناولوا أي مخدر فيه على ٥٪، قبل اعتماده موقفاً رسمياً في العام ١٩٩٩م.

١١. تفتقد فرنسا حقاً لثقافة الوقاية

تفتقد فرنسا حقاً لثقافة الوقاية، بل ونتيجة لذلك تفتقد أيضاً للهياكل المخصصة لاستقبال وتنسيق إجراءات التنفيذ. وتفتقد كذلك المختصين في هذه الوقاية. علماً بأن الإرادة والكفاءة في مجال المخدرات لا يكفيان.^{٨٩} أما الدول التي تتمتع خلافاً لفرنسا بمثل هذه الثقافة، مثل الدول الإسكندنافية أو هولندا، فقامت بتنشيط برامج متسقة وسجلت نتائج على مرّ الزمن.

^{٨٩} P.-J. Parquet, Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives, Vanves, CFES ١٩٩٧.

أ. الوقاية في المدرسة

على الرغم من مساعي السلطات الحكومية في فرنسا لتعزيز التخطيط للإجراءات وتنسيقها، فلا تزال المحصلة متواضعة. تستحق مسألة الوقاية من أوجه السلوك الخطر إطاراً أوسع من إطار سياسة مكافحة المخدرات. وبالنظر إلى السياسات النافذة في مختلف البلدان الأوروبية، نرى أنه لا بد اليوم من التوصية بتعزيز دمج سياسة الوقاية في البرامج المدرسية بدلاً من تركها حصراً للمبادرات التطوعية. ربما ينشئ مثل هذا التوجه نواة لبث رسائل وقاية يتعذر تجاهلها، وإطاراً مكانياً زمنياً محدداً وإلزامياً، وتمويلاً مستمراً، فضلاً عن مختصين مكرسين لهذه الرسالة. وإضافة إلى رسائل التوعية الصحية، يمكن لبرنامج من هذا القبيل أن يعزز كذلك الوعي بأمن الطرقات أو مكافحة العنف أو الجنوح، ناهيك عن تعلم القانون والمواطنة.

ولذلك يجب، لتمييز المستهلكين الذين ما زالوا في مرحلة التجريب في كل جيل من المراهقين وتجنبيهم بلوغ مرحلة التعاطي المؤذي، توفير الوسائل اللازمة لهم لتخطي المرحلة التجريبية، والتخلي بالإرادة والاستمرارية، الأمر الذي نفتقده حتى الآن.

ب. الوقاية في الأوساط الاحتفالية (الحفلات والملاهي)

على الرغم من أهمية البيئة المدرسية، فإنها ليست الوحيدة التي يُحتمل أن تؤثر على الشباب في فرنسا. فتعاطي المخدرات في الأوساط الاحتفالية يطرح أسئلة ملحة في كافة البلدان الأوروبية، ولاسيما أن تشتت الأماكن المعنية يحول دون إجراءات الوقاية. وقد تركز النقاش مؤخراً في فرنسا على «الحفلات الصاخبة» rave parties، ذلك أن تعدد استهلاك مختلف المخدرات التي تكاد تقترون دوماً بتناول الكحول يشكل مسألة بالغة الأهمية في العديد من الأماكن الأخرى (الحفلات الموسيقية أو الحانات الراقصة).

ليس من المؤكد في هذا السياق أن تكون إجراءات الوقاية المتخذة في الموقع ذاته هي الأكثر تأثيراً، لكنها تسنح في أماكن احتشاد الجماهير بتقليص الأخطار البديهية. وبالرجوع مجدداً إلى السياسات الأوروبية، يتبين أنه حين تُمارس سياسة الوقاية بشكل جيد في البيئة المدرسية فإنها تثمر لدى الشباب حين يجتمعون في الأوساط الاحتفالية.

١ . سياسة معالجة المدمنين

عندما بدأ عدد من أطباء الأمراض النفسية وعلى رأسهم كلود أوليفنستين Claude Olievenstein، يهتمون في بداية السبعينيات بمدمني الهيروين، لم يكن لدى السلطات الحكومية أي معارف عن هذا المجال. لذا كان من السهل إقناعهم بكون إدمان المخدرات داءٌ محدد يتطلب آلية علاج محددة، مختلفة كل الاختلاف عن تلك التي كانت موجودة لدى مدمني الكحول.^{٩٠} وهو الأساس الذي استند إليه نظام دعم علاج مدمني الكحول بتمويل من الدولة الفرنسية، نظام يضمن علاجاً مجانياً وغير مسمى لكل من يطلبه. وقد ظل هذا النظام ساري المفعول حتى نهاية الثمانينيات وسط هذا الإجماع النسبي. ولا شك أنه مكّن من تغيير التصورات الخاصة بمدمني المخدرات السامة والحصول على اعتراف بأنهم أقرب إلى المرض من الجنوح. لذا اتسمت هذه المرحلة بتوافق تام بين المعالجين والجهات الحكومية، وتميزت أيضاً برفض أي شكل آخر من أشكال التعامل مع المدمنين لعلاجهم (ولا سيما المجتمعات العلاجية^{٩١} أو النهج الإدراكي السلوكي).

إنه وضع فريد إلى حد ما مقارنة بالدول الأوروبية الأخرى: حاجز محكم بين الهياكل والمتدخلين في علم الكحول وإدمان المخدرات السامة واعتماد نهج واحد لتولي أمر متعاطي المخدرات المحظورة والدفاع عنه.

لكن هذا النموذج انهار في نهاية التسعينيات مع وقوع الكارثة الصحية

٩٠- Henri Bergeron, L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française, Paris, PUF, ١٩٩٩.

٩١- أماكن العيش المشترك التي تجعل من أثر العيش الجماعي وضغط المجموعة من عوامل العلاج الرئيسية.

التي مثلها انتشار وباء الإيدز بالنسبة لمتعاطي المخدرات. استندت مراكز العلاج المنشأة منذ السبعينيات إلى منهج نفسي تحليلي قائم على البحث الخاص بالامتناع. ولم يكن هذا النهج الشاق يستقبل سوى أولئك المرضى الراغبين في الالتحاق به، على نحو كان يُقصد عن كل مؤسسات العلاج العديد من متعاطي المخدرات الذين كانوا عديمي الرغبة أو القدرة على الإقلاع عن الإدمان. ومع انتشار مرض الإيدز، قدمت إلى المستشفيات أعداد كبيرة من مدمني الهيروين المصابين الذين لم يخضعوا لرعاية سابقة. عندئذ أدرك عدد من الخبراء ضرورة عرض برامج الوقاية والعلاج الأقل تكلفة على أولئك المتعاطين العاجزين أو غير الراغبين في الإقلاع عن الإدمان (أماكن تستقبل المدمنين الذين يواجهون صعوبات بالغة لتعينهم على تحمل الحياة اليومية، فضلاً عن إمكانية التوجيه الصحي والاجتماعي). انقسم خبراء التدخل في إدمان المخدرات السامة انقساماً حاداً حول هذه الفكرة، بالرغم من اتفاقهم سابقاً. لذا قوبلت أولى الإجراءات الرامية إلى تقليص الأخطار بجبهات مقاومة منيعة: مقاومة صنّاع القرار السياسي الخائفين من أن تكون هذه الإجراءات مشجعة على تناول المخدرات؛ مقاومة الشرطة والجهات القضائية التي رأت في هذه الإجراءات مخالفة للقانون؛ بل ومقاومة بعض خبراء التدخل في إدمان المخدرات المقتنعين بأن متعاطي المخدرات لن يستفيدوا من الإجراءات المقترحة.

في الوقت ذاته، أحدث تطوير تعاطي المنتجات البديلة للمخدرات تغييراً جذرياً في حياة مدمني الهيروين، وذلك على الرغم من وجود بعض المعارضين من الهيئة الطبية الفرنسية.

كانت نتائج مجمل هذه الإجراءات لافئة إلى حد ما: تراجع حالات تناول الجرعات المفرطة، تعزيز صحة المتعاطين، خفض الجنوح ذي الصلة بتناول المخدرات، تحجيم الإصابة بعدوى مرض الإيدز... كما خلصت هذه التجربة إلى تطوير نظام العلاج وفق عدد من

الملاحظات الجلية، فقد رأى الفرنسيون أن العديد من المتعاطين لا يستفيدون من أي وسيلة علاجية حتى تواجههم صعوبات طبية أو اجتماعية أو قضائية، وربما في آن متأخر. فلا يمكن أن يقوم نظام العلاج فقط على المتخصصين في التدخل لوقف الإدمان، بل ينبغي اللجوء إلى المؤثرين في الطليعة، ولا سيما الأطباء العموميين، للكشف عن حالات الإدمان. وقد كان لعدد منهم في الثمانينيات دور في سياسات خفض الأخطار ووصف العلاج بالبدائل. إلا أن معظمهم لم يكن مؤهلاً بصفة جدية لتمييز أنماط الاستهلاك الخطيرة سواء كان على صعيد المخدرات المحظورة أو الكحول أو التبغ. لذا كان إعادهم وتسخير قدراتهم لهذه الغاية هورهان السنوات المقبلة. لكن هذا التطور لا يمكن تحقيقه دون إحداث تحوّل جذري في تنظيم وتمويل طب الجوار في فرنسا.

ثمة حقيقة ثانية تجلت في الواقع الفرنسي: افتقار منظومة علاج مدمني الكحول للموارد، مقارنة بتلك المكرسة لعلاج مدمني المخدرات السامة الأقل عدداً من مدمني الكحول. وقد استمر هذا الواقع، الذي جسّد تصورات الثقافة الفرنسية في هذا الشأن، دون اكتراث من الجهات المسؤولة للصحة العامة. غير أن البيانات كانت واضحة وجلية، وهذا مثال آخر يدل على ضلالنا في موضوع الانتقائية.

لقد اقترن هذا الوعي بالتأمل في إجراءات علاج مختلف أنواع الإدمان: مواطن الشبه والاختلاف، ونجم عن ذلك إيجاد منظومة معدلة لعلاج الإدمان أكثر اندماجاً مع نظام الصحة العامة في فرنسا. وباختصار، استندت هذه المنظومة في المقدمة إلى الأطباء العموميين، المدعويين للعمل في شبكة، وإلى هياكل الاستقبال اليسيرة المتطلبات. ولا تزال مراكز العلاج المختصة (للكحول والمخدرات المحظورة) هي البؤرة المرجعية، لكنها لم تعد مموّلة من قبل الدولة الفرنسية، بل باتت مموّلة من شركات التأمين على الأمراض، فأدى بها الوضع إلى التقارب لإنشاء «مراكز العلاج والمرافقة

والوقاية من الإدمان» CSAPA^{٩٢}. وقد أنشئت في المستشفى خلايا الربط (مجسات الربط في علم الإدمان) لإعانة كافة أجهزة الخدمة المختصة على دعم مدمني الكحول والمخدرات، وضمان اتصالهم بالموثرين خارج نطاق المستشفى. وتتميز هذه المنظومة التي لم يكتمل تنظيمها بعد بحشد إجماع واسع من قبل خبراء العلاج. لكنها لا تزال تحتاج إلى ضمان تغطية كافة المناطق الفرنسية، وتعويض التأخير الفادح على صعيد طب الكحول والتبغ. كما ينبغي السعي لاكتساب المزيد من المعرفة للتمكن من دعم علاج مدمني القنب أو الكوكايين.

كما أعيد تنظيم آليات العلاج في السجون خلال أغسطس ٢٠٠٢ بهدف اقتراح مبادرة دعم مبكر للذين يعانون من الإفراط في التعاطي. فالمشكلات القائمة داخل السجون الفرنسية لا تختلف عن خارجها: بعض التردد لوصف العلاج بالبدائل وعدم إتاحة العلاج لمدمني الكحول.

٩٢- أنشئت بموجب قانون ٢ يناير ٢٠٠٢ الرامي إلى تجديد الفعل الاجتماعي والطبي-الاجتماعي.

أرقام خاصة بمنظومة العلاج
إن هذه البيانات لا تعكس بعد أحدث التطورات الطارئة على
منظومة العلاج،
وتميّز ما بين المتوافر لمتعاطي المخدرات المحظورة ومدمني
الكحول.

المخدرات المحظورة: نظام يتحمل حوالي ٧٠,٠٠٠ مدمن:
٢٠١ مركز مختص للمريض الخارجي (المراكز المتخصصة
لمدمني المخدرات)؛

٤٢ مركزاً مهيباً للإيواء الجماعي يتسع كل منها لـ ٥١٤ فرداً؛
١٨ هيكل إيواء طارئ؛
٨٠ شبكة شقق علاجية؛

١١٨ برنامجاً لتبادل الإبر (الزَّرَاقَات)؛
٤٠ «محللاً» أي أماكن استقبال أكثر المدمنين تهميشاً.
الكحول: نظام يتحمل رعاية حوالي ١٠٠,٠٠٠ فرد.
٦٥٠ هيكلًا (العيادات الخارجية لعلاج إدمان الكحول (CCAA) ،
استشارات، مداومات استقبال) ، منها ٢٤٥ فقط مفتوح لأكثر من
٢٠ ساعة في الأسبوع.

التبغ: ١٥٠ مركزاً للإقلاع عن التبغ.
في المستشفى: ٣٠٧ فرق ربط في طب الإدمان. ١.
المرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان، تقرير المخدرات
والإدمان، مؤشرات وميول، ٢٠٠٢م.

٢. قيادة السياسات الحكومية

تتطلب سياسات مكافحة المخدرات قيادة قوية تتسم بالشرعية، نظراً لتعدد الخدمات المعنية.

وثمة لجنة تشترك فيها عدة وزارات لمكافحة المخدر تشكلت في فرنسا منذ العام ١٩٨١، لكنها لم تحصل على الموارد اللازمة حتى العام ١٩٨٦، ولا على الكفاءات المؤهلة الخاصة بها حتى العام ٢٠٠٠. والجدير بالذكر أنها تابعة الآن لرئيس الوزراء، وأن صلاحيتها امتدت منذ العام ١٩٩٩ لتشمل المخدرات المباح استعمالها.

إلا أن قيادة اللجنة الوزارية المشتركة تعاني في فرنسا من الإفراط في التوجيه العمودي في الإدارة، وهو نمط إداري يميل دائماً إلى مقاومة محاولات ابتكار وسائل عمل أفقية.

وفي هذا السياق، هناك عدد من الدول الأوروبية (إسبانيا، البرتغال، المملكة المتحدة) التي أنشأت هيكل وزارية مشتركة لتوجيه هذه المساعي، أو تعمل على إنشائها، على غرار تلك القائمة في فرنسا. ويختلف الوضع بالطبع في الدول ذات النظام اللامركزي الشديد، حيث تؤمن مختلف الأقاليم المهام المتخصصة الرئيسية (ألمانيا).

وقد حث الاتحاد الأوروبي في خطة العمل ٢٠٠٠-٢٠٠٤ البلدان على إنشاء الهياكل الوزارية المشتركة، في حين تعذر عليه في مستواه ضمان العمل ذي الطابع الأفقي. فالمسائل المتعلقة بالمخدرات مرتبطة في الواقع بالركيزة الثالثة للاتحاد الأوروبي (العدل والشؤون الداخلية) التي غالباً ما تكون فيها الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي ممثلة بمسؤولين من وزارة العدل والداخلية، بينما يتم تدبير شؤون الصحة العامة في إطار الركيزة الأولى.

٣. القانون، القوانين : نقاشات محتملة بشأن رهانات محدودة

تركز محور الجدل العام الخاص بالمخدرات في فرنسا حول القانون،

إلى حد اختزاله بمواجهة موجزة لا مخرج منها بين موالاة الحظر وتأبيد مبدأ إلغاء العقوبة.

لكن القانون، قبل أي شيء، ذو دور رمزي في تطبيق السياسات الحكومية. فإذا لم يحظ بنقاش واف، أو شرح وفهم كامل، أو لم يجسد مشاعر أغلبية الشعب، فإنه لا يُطبَّق على النحو السليم. وهو ما حدث في فرنسا بالنسبة لأحكام قانون العام ١٩٧٠ المتعلقة باستعمال المخدرات المحظورة وحيازتها. كذلك كان حال بند قانون إيفين Évén الخاص بالكحول.

أخيراً، يمكن القول إن القانون لا يستطيع وحده ترجمة سياسة حكومية معينة إلا إذا كان متسقاً مع أوجه التنفيذ الأخرى، والواقع بعيد عن ذلك في كثير من الأحيان في فرنسا.

هناك صعوبات كبيرة تعترض إعلان مثل هذه المبادئ. إذ لا يمكن للإطار القانوني الفرنسي أن يتطور إلا ضمن إطار أوروبي. والإطار الأوروبي قائم بدوره على اتفاقيات دولية، لذلك فإن هامش التصرف محدود فيما تبدو أسس التمييز بين المخدرات المسموحة للاستهلاك وتلك المحظورة المتنامية اللبس.

٤. الإطار التشريعي الخاص بالمخدرات المحظورة

تشكل الاتفاقات الدولية المراجع القانونية الخاصة بالمخدرات. ثمة ثلاث اتفاقيات رسمت الإطار القانوني للمخدرات المحظورة على الصعيد الدولي:

الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ (والمعدلة بموجب بروتوكول سنة ١٩٧٢) التي جعلت المخدرات «الطبيعية»، ولاسيما الأفيون، المورفين، الهيروين، الميثادون، الكودئين، الكوكايين، القنب، خاضعة للمراقبة. اتفاقية المؤثرات العقلية لعام ١٩٧١، الخاصة تحديداً بالمركبات الاصطناعية: النشوة، ثنائي إيثيل أميد حمض اليسرجيك «إل اس دي»،

الأمفيتامينات، البوبرينورفين، والبنزوديازيبين؛ اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة المتاجرة غير المشروعة في المخدرات والمؤثرات العقلية ١٩٨٨، الهادفة إلى تأطير نظام العقوبات والتعاون الدولي فيما يتعلق بمكافحة التجارة المحظورة. كما تنص هذه الاتفاقية على مراقبة المواد المستخدمة في تصنيع المخدرات، وتسمى «السلائف الكيميائية». يمكن استعمال بعض هذه المواد في صناعة المواد الكيميائية على نطاق واسع.

ترصد الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات تطبيق بنود هذه الاتفاقيات، كما تصدر رأيها بخصوص تفسير النصوص القانونية وقد تدعو الدول إلى تطوير سياستهم.

إن هذه الاتفاقيات الثلاث، هي قوام التشريعات الفرنسية الخاصة بالمخدرات، وترتكز إلى نظام يصنف المنتجات وفق احتمال الإفراط في استهلاكها أو الإدمان عليها، إضافة إلى ضررها بالصحة العامة. وقد تم توزيع المواد في أربعة جداول تراعي خطورة المنتج المحتملة من جهة، ومميزته العلاجية من جهة أخرى. يمكن تعديل قائمة المصنفات بقرار من لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة بعد توصية من منظمة الصحة العالمية.

وهكذا يمكن القول إن ما يحدد ما إذا كان منتج ما مخدراً أو مؤثراً عقلياً هو تصنيفه في هذه القائمة أو تلك، وليس العكس. بل مما يزيد اللبس في هذا الشأن هو أن تعبير «مؤثر عقلي» لا يوافق التعريف الشائع في الوقت الراهن. وعلى الرغم من أن القوائم المعتمدة من قبل الاتفاقيات مفروضة على الدول الموقعة فإن بوسع هذه الدول أن تضيف مواداً إلى التصنيف. ومن ثم كانت المحصلة نظاماً بالغ التعقيد لا يحيط به تماماً إلا عدد قليل من المختصين. وتظل معايير تصنيف المنتجات غامضة ومبهمة. تلتزم الدول، عند توقيعها على هذه الاتفاقيات، بعدم استخدام أي من المنتجات المصنفة لغير الأغراض الطبية والعلمية. كما يجب على

كل بلد «... في سياق مراعاة مبادئه الدستورية والمفاهيم الأساسية لنظامه القانوني، اتخاذ ما يلزم من تدابير، في إطار قانونه الداخلي، لتجريم حيازة أو شراء أو زراعة مخدرات أو مؤثرات عقلية للاستهلاك الشخصي...»^{٩٢}.

ونتيجة لذلك فإن هامش التصرف التشريعي محدود نسبياً لهذه الدول الأعضاء، مما يفسر التشابه الغريب في النصوص التشريعية الأوروبية. أما أوجه الاختلاف الملاحظة فتتم عن تنوع السياقات وسبل التطبيق وليس عن تباين نص القانون. وعلاوة على ذلك، ثمة لبس آخر في هذه المسألة سببه سوء الفهم اللغوي الذي تصعده إشكالات الترجمة على الصعيد الأوروبي: مصطلح «إسقاط العقوبة» (dépénalisation) على سبيل المثال يعني في معظم البلدان أن أي مخالفة للقانون لن تُعاقب بالسجن، بينما في فرنسا المخالفة خارجة تماماً عن سياق الإدانة. وفي جميع الأحوال، ليس المقصود بهذا التعبير «إلغاء الحظر» إذ يمكن سن عقوبات أخرى تأديبية أو إدارية، لكن المعنى يزداد تعقيداً لأن المقصود «بالعقوبة الإدارية» وفق بعض الأنظمة الأوروبية (غرامة مالية، أشغال للمصلحة العامة، حث على العلاج أو تعليق رخصة القيادة) يعني في فرنسا مخالفة لا يمكن إصدار حكم فيها إلا في الإطار القضائي.

وهكذا بات من الواضح أن المسألة مطروحة بشكل سيئ عموماً، وتفضي إلى جدل بين تأييد ورفض عدم التجريم، وهو جدل يجهل معظم المشاركين فيه ما ينطوي عليه في الواقع.

تمحور النقاش بشأن العقوبات الخاصة بالاستهلاك (نتيجة تساؤلات عديدة في فرنسا) حول الأثر الرادع لتقصاص الاستهلاك. وقد اعتبرت أبحاث المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان في هذا الشأن ألا تربط بين تطور مستوى الاستهلاك في بلد ما ومدى الحزم في تطبيق القانون.

وعلى صعيد آخر، لم يحقق القصاص النتائج المتوقعة حين وجب

٩٢- المادة ٣-٢ من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة المتاجرة غير المشروعة في المخدرات والمؤثرات العقلية، ١٩٨٨.

الإسراع بتدابير الوقاية لمنع الإصابة بعدوى فيروس الإيدز.^{٩٤} بل حالت دون لجوء العديد من متعاطي الهيروين أو الكراك إلى مؤسسات العلاج. أما في سياق مكافحة المتاجرة بهذه المواد، فتمة إجماع واسع على ضرورة فرض عقوبات مشددة.

٥. الاتحاد الأوروبي والقوانين الخاصة بالمخدرات الممنوعة

إن صلاحيات الاتحاد الأوروبي محدودة في مجال المخدرات. وقد نادت معاهدة أمستردام (١٩٩٧م) بتقريب النصوص القانونية لتسهيل التعاون القضائي، لكن الرقابة الجزائية أو الإدارية للمخدرات ليست ضمن نطاق سلطات الاتحاد. لذلك فإن مساعي اللجنة الرامية إلى تحديد حد أدنى من القوانين في إطار مكافحة المتاجرة تكاد تكون عقيمة.

وضع المرسوم الاتحادي المعنون «كتان وقنب» (Linen and Hemp) الحد الذي يسمح باستعمال القنب صناعياً بنسبة ٠,٢٪ من رباعي هيدرو كانابينول^{٩٥}. وتولى بذلك البرلمان الأوروبي عدة مرات مسألة إسقاط العقوبة الخاصة باستعمال القنب، وقد رُفضت حتى الآن كافة المقترحات الموصية بتعديل الاتفاقيات الدولية في هذا الاتجاه.^{٩٦}

لكن اتجاهات متنامية في الاتحاد الأوروبي بات يتمثل في التمييز ما بين الأفعال المنطوية على استعمال ممنوع للمخدرات (بما فيها أعمال الإعداد للاستهلاك الشخصي)، وتلك الخاصة بالمتاجرة. كما اتخذ الاتحاد الأوروبي موقفاً مماثلاً لموقف لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة، الذي تهاضه الولايات المتحدة. في الدفاع عن تطوير برامج خفض الأخطار الرامية إلى منع إصابة متعاطي المخدرات بعدوى مرض الإيدز وريدياً.

Conseil national du SIDA : les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé-٩٤
publique, juin ٢٠٠١.

٩٥- الجريدة الرسمية، قانون ١٤٦ في ٤ يوليو ١٩٧٠؛ الجريدة الرسمية، قانون ١٢، ١٠ يناير ٢٠٠٢.
٩٦- في ١٠ أبريل ٢٠٠٣، رُفض المقترح بموجب ٢٦٧ صوتاً مقابل ١٦٩ صوتاً مؤيداً له و١٣ امتناعاً عن التصويت.

٦. ما مدى الحرية التشريعية التي تتمتع بها الحكومات

الأوروبية ؟

للدول الأوروبية أولاً حرية عدم المعاقبة على استعمال هذه المواد. وهو حال بلجيكا، الدانمارك، ألمانيا، إيطاليا، هولندا والنمسا.^{٩٧} وليس هناك سوى فرنسا واليونان اللتين لا تزالان تفرضان عقوبة السجن من بين الدول التي تعاقب على الاستهلاك، وإن كانت هذه العقوبات نادراً ما تطبق على أرض الواقع. وتجدر الإشارة إلى توصية الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بزيادة اللجوء إلى العلاج والقصاص دون الحرمان من الحرية فيما يتعلق بالمخالفات البسيطة.^{٩٨}

إن الدول الموقعة على الاتفاقيات ملزمة بمنع كل أعمال الإعداد للاستعمال -بمعنى الحيازة، والشراء، والتوريد والزراعة- إلا أنها تحتفظ بحيز كبير من حرية تحديد نوع العقوبة التي ينبغي تطبيقها. ويرى العديد من خبراء القانون في نصوص الاتفاقيات ما يتيح احتمال الاكتفاء بعقوبات إدارية فحسب، وهو النهج الذي اتبعته إيطاليا وإسبانيا في العامين ١٩٩٠م و ١٩٩٢م. لكن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات أولت النص تأويلاً محدداً، إذ رأت أنه يجب على الدول «إضفاء طابع المخالفة الجنائية على الحيازة بهدف الاستعمال الشخصي...».^{٩٩}

كما أن بإمكان الدول الموقعة التمييز بين المنتجات، وقد استُفيد من هذه الإمكانية خاصة فيما يتعلق بالقنب، إذ وضع عدد منها عقوبات أكثر لئناً من تلك الخاصة بالمخدرات الأخرى: هذا ما فعلته بلجيكا، وألمانيا، وهولندا، وإيرلندا، واللوكسمبرج، وكذا المملكة المتحدة في الآونة الأخيرة. والجدير بالذكر أن تطبيق مجمل هذه النصوص يتوقف إلى حد كبير على الظروف الاجتماعية والثقافية في البلد المعني، علاوة على النظامين السائدين لدى القضاء والشرطة. فمبدأ «تقدير النيابة العامة» في فرنسا

٩٧- Usages de stupéfiants et approches législatives en Europe, OEDT, July ٢٠٠٣.

٩٨- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات تقرير العام ١٩٩٦، منظمة الأمم المتحدة، نيويورك.

٩٩- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات تقارير العام ١٩٩٦ والعام ٢٠٠١، منظمة الأمم المتحدة، نيويورك.

يُتيح للنائب العام حرية ملاحقة المخالفات قضائياً، ويتيح له أيضاً حيزاً كبيراً من حرية التقدير. كما أن وجود «مقاهي بيع القنب» coffee shops في هولندا لا ينم عن نص تشريعي معيّن، إنما هو تطبيق للقانون على نحو مفرط في التساهل.

١. الإطار التشريعي الفرنسي

امثالاً للاتفاقيات الدولية، يمنع قانون ٢١ ديسمبر ١٩٢١ الذي يرسم الإطار القانوني الفرنسي للمخدرات المحظورة إنتاج المخدّرات والمتاجرة بها واستعمالها، لكنّ النظام الوطني الفرنسي ليس أكثر تحديداً لمفهوم «المخدّر» من الاتفاقيات الدولية. ويعود تصنيف منتج ما في قائمة المخدّرات إلى وزير الصحة. فهو ملزم بتصنيف كل المنتجات وفق الاتفاقيات الدولية، لكن بوسعه إضافة منتجات إلى هذه القائمة. ثمة ١٦٤ منتجاً في فرنسا مصنفاً اليوم في قائمة المواد المخدّرة.

وخلافاً لأغلب النصوص التشريعية الأوروبية، يعاقب القانون الفرنسي من يستعمل المخدّرات بالسجن مدة تصل إلى عام وغرامة قد تصل إلى ٢٧٥٠ يورو، لكنه يحدد كذلك آلية لإيعاز العلاج، ما اعتُبر في حينه ابتكاراً جميلاً لكونه يوفق بين الصحة والقانون. وباستطاعة المدعي العام في حال ثبوت استعمال مخدّر ما أن يختار عدم ملاحقة المخالفة قضائياً، شريطة قبول متعاطي المخدّر تلقي العلاج. لكن ثمة عوامل تُضعف محصلة هذا النص القانوني: على الرغم من دخول البند «المانع» من قانون ١٩٧٠ حيز التطبيق فوراً، فإن المحاكم لم تحصل على أقل ما تحتاجه لتنفيذ البند «الصحي» حتى العام ١٩٨٧. وسرعان ما بدا هذا الإجراء غير ملائم لتعاطي المخدّرات في أجواء الاحتفال، أو المتعاطين العرضيين الأكثر حاجة إلى تحذير مستتير منهم إلى العلاج. إضافة إلى ذلك، كان العديد من المستهلكين ملاحقين لارتكابهم جرائم أخرى (سرقات أو أعمال عنف) لم تكن واقعة ضمن إطار القانون العام ١٩٧٠، بحيث لم يتوافر لهم البند

الخاص بإيعاز العلاج. وكان متخصصو العلاج من الإدمان حتى وقت قريب يبنذون فكرة التعاون مع العدالة الفرنسية، فقد كانوا يرون أن العلاج ينبغي أن يكون وفق طلب المريض، لأن يُفرض. لكن تجربة تعزيز بيان الأسباب والظروف منذ بداية التسعينيات بين القضاة والأطباء سرعان ما أثبتت التزام المستهلكين بمواعيد العلاج التي حددها القضاة، واستعدادهم لمتابعة العلاج حتى بعد تليبيتهم الشرط القضائي.

وهذا لا يعني أن فرض العلاج خلال مدة العقاب دون تعاون المريض أمر مجد، وإنما يعني أن موافقته ليست بالضرورة شرطاً مسبقاً لأي مبادرة دعم وعلاج.

هذه الملاحظة، التي تحظى اليوم بإجماع الأطباء الفرنسيين، نجمت في العام ١٩٩٩ عن تعديل السياسة الجزائية إزاء مستهلكي المخدرات. فالادعاء العام مطالب أولاً بمراعاة أنماط سلوك الاستهلاك. كما يتم حث قوى الشرطة على التحلي بالفطنة وتوجيه اهتمامها في المقام الأول نحو المستهلكين الذين يسفر تعاطيهم عن أضرار صحية واجتماعية تنعكس عليهم وعلى غيرهم، كما ينبغي عليهم تجنب استجابات الذين يحملون حقناً فقط لهذا السبب، وذلك لتجنب إعاقة برامج خفض الأخطار.

أخيراً، بحث القانونُ القضاة على اقتراح حلول صحية في كافة مراحل المحاكمة، وقد أسفر ذلك عن عدم الاقتصار على إيعاز العلاج أو على ضيق إطار قانون ١٩٧٠، وإنما اللجوء أيضاً إلى الحلول الأخرى المحتملة في نظام الإجراء الجزائي: حفظ القضية دون تحقيق مع توجيه صحي، حفظ القضية بلا تحقيق شريطة الاتفاق مع مؤسسة علاج، قصاص مركب، حكم مع وقف التنفيذ أو تأجيل مع امتحان وفرض تلقي علاج. كان الهدف هو الإحاطة بكافة ظروف الاستهلاك وما يرتبط به من مخالفات على شدة تباينها.

١٠٠- تعليمية لوزير العدل مؤرخة ١٧ يونيو ١٩٩٩ بشأن الإجراءات القضائية لمدمني المخدرات.

بفضل هذا التوجه الجديد، أصبح النفاذ إلى خدمات العلاج متاحاً للعديد من المرضى الذين ما كانوا ليطلبوها من تلقاء أنفسهم؛ لذلك أحدثت هذه السياسة نتائج إيجابية على صعيد الصحة العامة، وإن كان من المشروع أن نساءل عما إذا كانت الوقاية الصحية من مسؤوليات العدالة. وقد استفاد الادعاء العام والقضاة بشكل أفضل وأكثر من الخيارات التي باتت متاحة قانونياً، لذلك لا يصح الزعم بأن القانون الفرنسي غير مطبق كما يتردد كثيراً؛ فمن أصل ١٠ مستهلكي مخدرات مستجوبين، كانت الملاحقة القضائية في المحكمة مصير ١ إلى ٢ منهم، في حين ٦ أو ٧ منهم إلى إجراءات بديلة للملاحقة القضائية، ولم يتعرض ٢ أو ٣ منهم لأي نوع من الملاحقة القضائية^{١٠١}.

من جهة أخرى، من الواضح أن هذه التوجهات الجديدة لم تغير كثيراً إجراءات الاستجواب التي تخضع أحياناً للمنطق الإحصائي أكثر من خيارات متسقة وذكية.

وبالرغم من تأكيد التعليمات المتتابعة في وزارة العدل الفرنسية منذ العام ١٩٧٨ على أهمية اللجوء إلى سجن «المستهلك البسيط» فقط في الحالات الاستثنائية، فإن عدد المسجونين بتهمة استهلاك المخدرات وصل إلى ١٩٧١ في العام ٢٠٠٠^{١٠٢}. هذا الوضع غير المقبول يبرر في حد ذاته تعديل القانون.

ومع ذلك، استحوذ محور منع الاستعمال على الجدل الذي تناول قانون عام ١٩٧٠م. وهو نقاش لا يزال يعاني من الجمود والاستقطاب.

فقد رأى العديد من المختصين والناشطين الذين حملوا القوانين كل أخطاء السياسة الفرنسية لمكافحة المخدرات أن تعديل هذه النصوص شرط مسبق لإحداث أي تغيير. وفي المقابل كان العديد من صنّاع القرار يخافون إن هم عدّلوا القانون من تداعيات خارجة عن زمام سيطرتهم.

١٠١- المصدر: وزارة العدل (مديرية الشؤون الجنائية والعفو في فرنسا)، يونيو ٢٠٠٣.

١٠٢- تحقيق إدارة السجون، في يوم معلوم، ١ نوفمبر ٢٠٠٠.

حالت هذه الحرب التي يضطر فيها كل إلى اختيار خندقه بين تسامح وقمع، وبين تأييد ومعارضة للمعاقبة، دون طرح النقاش في إطار مجدٍ، مسفرة عن استمرار وضع لا مناص اليوم من تغييره.

فحتى لو لم يقتصر التغيير على القانون فقط، ولم يكن في حد ذاته أهم الأولويات الطارئة في فرنسا على صعيد معين ينبغي تحقيقه من حيث التوعية والوقاية والعلاج، فلا يمكن في كل الأحوال أن يبقى القانون أبداً قصياً عن التطورات.

كثيراً ما عدّلت النصوص المانعة لتجارة هذه المواد لتعزيز حزمها. فقد أمّلت اتباع إجراءات استثنائية فيها خرق للحق العام الفرنسي: تمديد المراقبة التي تضمنت مدة لا يمكن خلالها الاجتماع بمحام، تسهيل الحصول على إذن التفتيش أو التنصت على المكالمات الهاتفية. ويتم تشديد هذه العقوبات بانتظام: فعقوبة أخطر أعمال المتاجرة (مثل إدارة مجموعة بهدف إنتاج المخدرات والمتاجرة بها) هي السجن المؤبد. أما إنتاج المخدرات والمتاجرة بها فعقابه السجن مع الأشغال الشاقة مدة تصل إلى ٣٠ عاماً في حال ارتكبت هذه الأفعال ضمن شبكة منظمة. تجدر الإشارة هنا إلى أن هذه العقوبات هي عقوبات قصوى بموجب القانون الفرنسي، وأن لدى القضاة حرية خفض مدة السجن من باب مراعاة خطورة الجرم المرتكب وطبيعة الشخص الملاحق.

إن نقل وحياسة وعرض المخدرات وتركها وشراءها أعمال يعاقب القانون عليها بالسجن عشرة أعوام، في حين أن تركها أو عرضها على شخص آخر للاستهلاك الشخصي يعرض الفاعل للسجن خمسة أعوام. نادراً ما يطبق الحد الأقصى لهذه العقوبات، لكنها عقوبات تبقى متشددة بالنظر مثلاً إلى الفرق بين فعل الاستهلاك وفعل الحيازة مثلاً. والملاحظ أن معظم الملاحقين بتهمة التعاطي تم استجوابهم وفي حيازتهم كميات محدودة من المخدرات، ليس لأنهم قيد تعاطيها. وهكذا لن يكون لتعديل القانون إلى آثار محدودة مادام مقتصر على التعاطي دون النظر إلى

مجمل الأعمال المهيئة للتعاطي (حيازة وشراء كمية مخصصة للاستهلاك الشخصي). فمن شأن إصلاح القانون دون الإلمام بما يسببه الاستهلاك الشخصي للمخدرات من معضلات على صعيد أوسع، ألا غير شيئاً في الممارسات على مستوى الشرطة والقضاء، التي ينحصر دورهما في اعتبار «حيازة» ما كان يعدّ «استهلاكاً»...

وأخيراً، فالجدير بالذكر أن القانون الجزائي ينص على عقوبات لتسهيل تعاطي المخدرات أو التحريض على تعاطيها أو تقديمها بشكل جذاب.^{١٠٣} وقد وُجّهت انتقادات عديدة لهذا البند الأخير لأنه من وجهة نظر معارضيه بند من شأنه حظر بثّ الرسائل التي تهدف إلى خفض الأخطار. لكن هذا البند لا يمنع من قول الحقيقة، وإنما يحمي - أو من شأنه أن يحمي - من الدعوة إلى تعاطي المخدرات. إن القوانين المنظمة للإعلان عن منتجات التبغ والمنتامية القيود تخدم في نهاية المطاف الهدف ذاته.

وقد اعتُمدت إجراءات أخرى في السنوات الأخيرة لتعزيز فعالية مكافحة المتاجرة بالمخدرات: مثل إمكانية إدانة شخص ما على علاقة بتاجر مخدرات عاجز عن إثبات حصوله شرعياً على ثروته^{١٠٤}، تشديد العقوبات الخاصة بتبييض الأموال^{١٠٥}، إضافة مفهوم «التائب» الذي يسمح لمذنب أدلى بشهادته بتخفيف العقوبة أو تجنبها^{١٠٦}...

هل مكّنت هذه التدابير الحكومة الفرنسية من مكافحة المتاجرة بالمخدرات بشكل أكثر فعالية؟ تبين البيانات الإحصائية استقرار عدد المستجوبين بتهمة المتاجرة، فيما استمر عدد المستجوبين بتهمة الاستهلاك في الارتفاع عشرة أعوام وصولاً إلى استقرار بدءاً من العام ٢٠٠٠م. ومن شأن هذا التباين أن يبرّر بشكل واضح أهمية تكريس

١٠٣- المادة ل. ٤-٣٤٢١ من قانون الصحة العامة (المادة ل. ٦٣٠ سابقاً).

١٠٤- المادة ٢٢٢-٣٦ في القانون الجزائي.

١٠٥- يقصد بالتبييض المشاركة في إخفاء وإعادة تدوير منتجات المتاجرة من خلال تسهيل تحويلها إلى مورد ذي مظهر شرعي.

١٠٦- قانون ٩ مارس ٢٠٠٤ الخاص بتكليف العدالة مع تطور الجريمة.

الموارد البشرية والمادية لمكافحة المتاجرة بالمخدرات، لكن هذا المبدأ الذي اعتمدته الحكومات الفرنسية لم يتجسد بنتائج فعالة، فالتحقيقات الخاصة بالمتاجرة بالغة التعقيد وتستغرق أحياناً الكثير من الوقت. إن تجار المخدرات يلجؤون إلى وسائل وشبكات تهريب متغيرة دائماً؛ وربما تبقى بعض وسائل نقل المخدرات التقليدية هي نفسها، ولاسيما فيما يخص راتنج القنب أو الكوكايين، لكن المخدرات الاصطناعية تنتشر أحياناً عبر شبكات أكثر تشعباً مثل الانترنت، مما يزيد من صعوبة الكشف عن شبكات التهريب. ومن جهة أخرى، لا تزال وسائل تبييض الأموال تزداد تعقيداً وعمولاً. لذلك يتطلب إجراء التحقيقات توافر قدرات بالغة التنظيم والاتساق، تتسم بكفاءة مختلفة وبخاصة على الصعيد الاقتصادي والمالي، وتعاوناً أوروبياً ودولياً وثيقاً، وكذا الأمر على مستوى الشرطة والقضاء. إنه استثمار ضخم للحصول على نتيجة غير مؤكدة وعشوائية. في ضوء ذلك لا غرابة في الميل إلى البحث عن نتائج أكثر يقيناً ووضوحاً في موضوع الجنوح الأقل خطورة.

١. ما طبيعة الرقابة على المخدرات المباحة؟

أ. على الصعيد الدولي

إن التبغ والكحول (المباحين في فرنسا) غير مدرجين في التصنيف الدولي للمخدرات. إلا أن منظمة الصحة العالمية قامت بتطوير آليات قضائية في سياق تداعيات تناول هذين المنتجين على صعيد الصحة العامة، وإن كانت هذه الآليات غير مقيدة على الإطلاق: الميثاق الأوروبي لاستهلاك الكحول في العام ١٩٩٥م، وقرار حظر التدخين في الرحلات الجوية الدولية في العام ١٩٩٢م. وتواجه المفاوضات التي أطلقت عام ١٩٩٩م الخاصة برسم إطار اتفاق بشأن التبغ صعوبة جمة، فقد نجحت منظمات الضغط لمصلحة صناعة التبغ في تفرغ مشروع النص من أي صيغة ملزمة.

هذا، وتتوقف الصفة القانونية الدولية للمادة المؤثرة عقلياً على مكوناتها، ويتم تصنيف دواء مؤلف من مؤثر عقلي كمؤثر عقلي، وتنطبق عليه أحكام الاتفاقيات الدولية الخاصة بالمؤثرات العقلية.

ب. على الصعيد الأوروبي

إن القدرة على رقابة المخدرات المباح استعمالها أعظم من حيث المبدأ منها إزاء المخدرات المحظورة، وذلك لاندماجها في المحيط الاقتصادي. وهكذا يخضع التبغ والمشروبات الكحولية والأدوية المؤثرة عقلياً للقوانين المشتركة المتعلقة بحركة البضائع الحرة والتوفيق الضريبي والسياسة الزراعية المشتركة. بيد أن صلاحيات الاتحاد الأوروبي في مجال الصحة العامة ظلت بسيطة قياساً بصلاحياتها على الصعيد الاقتصادي والتجاري. لكن «المرسوم الوحيد» Acte unique يطالب في أحد أحكامه الذي رجعت إليه معاهدتا ماستريخت وأمستردام لجنة المخدرات التابعة للأمم المتحدة بفرض «مستوى عال من الحماية» على صعيد الصحة العامة.^{١٠٧}

وقد صدرت من هذا المنطلق عدة مراسيم ذات أهمية: مرسوم ١٣ نوفمبر ١٩٨٩^{١٠٨} الخاص بوسم منتجات التبغ؛ مرسوم ١٧ مايو ١٩٩٠^{١٠٩} الذي يحدد المعدلات القصوى من القطران والنيكوتين وأساليب خفض هذه المعدلات خفضاً تدريجياً حتى العام ٢٠٠٦، مرسوم ٦ يوليو ١٩٩٨^{١١٠} الذي يحد الإعلان عن منتجات التبغ استعداداً لحظرها حظراً تاماً في ٢٠٠٦م؛ مرسوم ٥ يونيو ٢٠٠١م الذي يفرض قواعد أكثر صرامة فيما يتعلق بالتحذيرات الصحية؛ ومرسوم «تلفاز بلا حدود» في ٣ أكتوبر ١٩٨٩^{١١١}م الذي يحظر كل إعلان تلفزيوني للتبغ كما يمنع الإعلان عن المشروبات الكحولية...

١٠٧- المرسوم الوحيد وتاريخه ١٧ فبراير ١٩٨٦: المادة ١١٠٠ أ؛ معاهدة ماستريخت في ٧ فبراير ١٩٩٢: المادة ١٢٩؛ معاهدة أمستردام في ٢ أكتوبر ١٩٩٧: المادة ٩٥.
١٠٨- Acte unique du ١٧ février ١٩٨٦: art. ١٠٠.
١٠٩- traité d'Amsterdam du ٢ octobre ١٩٩٧: art. ٩٥.
١٠٨ = الجريدة الرسمية للاتحاد الأوروبي، ٨ ديسمبر ١٩٨٩.
١٠٩- الجريدة الرسمية للاتحاد الأوروبي، ٣٠ مايو ١٩٩٠.
١١٠- الجريدة الرسمية للاتحاد الأوروبي، ٣٠ يوليو ١٩٩٨.
١١١- الجريدة الرسمية للاتحاد الأوروبي، ١٧ أكتوبر ١٩٨٩.

ومع ذلك فإن أهم النصوص الخاصة بالحق المشترك الأوروبي هي نصوص متعلقة بالميدان الاقتصادي أكثر من الميدان الصحي. وعلى صعيد السياسة الزراعية المشتركة، يحظى إنتاج النبيذ والتبغ بدعم العديد من النصوص القانونية الأوروبية المشتركة الرامية إلى ضمان الأسعار لتأمين دخل كاف للمنتجين والحفاظ على استقرار السوق. وقد قام صندوق الإرشاد والضمان الزراعي من هذا المنطلق بدعم منتجي التبغ والخمور دعماً مالياً كبيراً.

لكن الأهم من ذلك هو أن الأنظمة الحامية لحرية الحركة التجارية، قِوام الاتحاد الأوروبي، تعيق، بل تحول دون الحفاظ على توازن مرضٍ بين حماية الصحة العامة وحماية المصالح الاقتصادية. إذ تهدف هذه الأنظمة بالفعل إلى تذييل كل معوقات التجارة الأوروبية وبخاصة منع الاحتكارات الدولية، من خلال مراقبة الاتفاقات واستغلال الهيمنة في السوق، أو من خلال توفيق السياسات الضريبية. وتحظى هذه الأنظمة بحماية المحكمة الأوروبية العليا التي تدين باستمرار الدول التي تصدر قوانين حماية الصحة العامة «غير المتجانسة» وفق المنظور الأوروبي لحرية حركة البضائع.^{١١٢}

وعلى الرغم من التقدم المحرز خلال السنوات الأخيرة (ولاسيما فيما يتعلق بالتبغ) ومن حسن النوايا والخطابات العامة، فلا يزال الاتحاد الأوروبي يعد فضاءً أكثر تحفيزاً لحرية حركة المخدرات المباحة منه لحماية الصحة العامة.

لذلك لا تزال النصوص التشريعية الأوروبية بالغة التباين ولا سيما فيما يتعلق بالمخدرات المحظورة.

ج. التشريعات الدولية

إن بإمكان دول الاتحاد الأوروبي التأثير على صعيدين فيما يتعلق بالتبغ

١١٢- الرجوع بصفة خاصة، في هذا السياق، إلى قرار سانتوز Sandoz الصادر في ١٤ يوليو ١٩٨٣، سجل المحكمة الأوروبية العليا ص. ٢٤٤٥؛ وقرار أراغونيسا Aragonesa الصادر في ٢٥ يوليو ١٩٩١، سجل المحكمة الأوروبية العليا، ص. ٤١٥١.

والكحول: السياسة الضريبية والقوانين المنظمة لمجال الدعاية والإعلان، وبوسعها كذلك تشديد أنظمتها الخاصة بالاستهلاك في الحيز العام.

د. تقنين الكحول

يتسم النظام الضريبي الخاص بالكحول بصعوبة بالغة إذ يتعذر تحديد ما يحميه هذا النظام، أو ما يزعم حمايته. وتجدر الإشارة إلى وجود بنود خاصة بالنبيذ، فتبقى الضريبة المفروضة عليه محدودة.

يرسم قانون إيفين الصادر في ١٠ يناير ١٩٩١م الإطار التشريعي الراهن الخاص بالإعلان. فهو يقيم مبدأ حظر الدعاية المباشرة أو غير المباشرة فضلاً عن حظر رعاية المشروبات الكحولية. لكن النص التشريعي يكاد يكون مجرداً من مضمونه إثر التعديلات النيابية المتتالية. فلم يبق اليوم إلا حظر الإعلان في السينما والتلفزيون، ووجوب ذكر خطورة سوء استعمال الكحول.

كان أداء جماعات الضغط لمصلحة صناعة الكحول والنبيذ بالغ الأثر في العام ٢٠٠٤م عندما قوبل مشروع القانون الذي يلزم بذكر ملصقات المشروبات الكحولية خطر الكحول على النساء الحوامل، بمعارضة نيابية شديدة قبل تبنيه في نهاية المطاف. كما اعتمد تعديل حديث العهد يهدف إلى زيادة تحرير الإعلانات الخاصة بالنبيذ في أول قراءة له، وهذا أمام صمت رهيب من قبل السلطات العامة. غير أن وزير الصحة تمكّن فيما بعد من التوصل لتوافق تحت ضغط خبراء الصحة العامة. هذه الأحداث المختلفة ليست سوى نموذج آخر لطبيعة الصراع غير العادل بين طرفين هما الصحة العامة والمصالح الاقتصادية. إن الدولة الفرنسية ترجح خيارات تحمل نتائج ثقيلة مضمرة حين تمتنع عن العمل بكل ثقلها لاستعادة التوازن.

يرسم قانون الصحة العامة الذي أُضيف إليه في العام ٢٠٠٠م قانون

الخمارات، شروط فتح الخمارات ومنح الرخص بحسب فئة المشروب في فرنسا، فضلاً عن التزامات ملاك الخمارات. يحدد القانون أيضاً شروط الإغلاق الإداري والقضائي حال مخالفة القانون، ويحظر القانون بيع المشروبات الكحولية للقاصرين (دون ١٦ عاماً) علماً بأن هذا البند في الواقع غير معروف ولا مطبق.

أخيراً، تجدر الإشارة إلى أن القانون الجزائي يعد السكر في أماكن عامة جريمة غرامتها ١٥٠ يورو، كما هو شأن الدخول في حالة سكر إلى ملعب رياضي. هناك العديد من أعمال العنف أو الاعتداء الجنسي التي تُرتكب بسبب الكحول، لكن القانون لا يجعل السكر ظرفاً مُشَدِّداً أو مُخَفِّفاً للعقوبة (كما هو الحال في بعض البلدان).

وواقع أن البنود الخاصة بأمن المرور هي الوحيدة التي اعتمدت وظلت سارية المفعول وتطبق تطبيقاً سليماً، وهي تعاقب على القيادة في حالة سكر عقوبة شديدة. وهذا تطور حديث.

وقد دُعي وكلاء النيابة العامة في فرنسا في العام ١٩٩٩^{١١٣} إلى حث منتهكي القانون لسبب ذي صلة بالكحول على التماس علاج، وذلك في إطار الإجراءات البديلة للسجن.

تقنين التبغ

كان قانون إيفين ناجعاً فيما يتعلق بالتبغ، إذ سمح بخفض استهلاكه على نحو مستمر متدرج، وقد أُتبع مبدأ حظر الإعلان عن منتجاته عالمياً، كما تدين المحاكم عموماً الصناعات التي حاولت الإعلان عنها بشكل غير مباشر، وذلك بناءً على طلب الجمعيات.

وفي هذا السياق امتثلت الصناعة للشروط الخاصة بإدراج تحذيرات صحية على علب السجائر^{١١٤}: «ضار جداً بالصحة» منذ صدور قانون إيفين،

١١٣- التعلية المصادرة عن وزير العدل في ١٧ يونيو ١٩٩٩ الخاصة بالتعامل قضائياً مع مدمني المخدرات.
١١٤- أمر صادر ١٣ نوفمبر ١٩٨٩ الملحق بواسطة قانون إيفان بالقانون الفرنسي؛ أمر صادر في ٥ يونيو ٢٠٠١ معتمد منذ ١ يناير ٢٠٠٤.

إضافة إلى إدراج تحذيرات متنوعة أخرى تغطي ٣٠٪ من سطح العلبة منذ ١ يناير ٢٠٠٤. وهي ملزمة بالحدّ من نسبة القطران والنيكوتين، والإفلاع منذ ٣٠ سبتمبر ٢٠٠٣ عن استعمال مصطلحات «خفيف» و«خفيف جداً» أو أي مصطلح يوحي باحتمال تسبب هذا المنتج بضرر أقل.^{١١٥}

هذا، ويحظى حظر التدخين في الأماكن العامة باحترام متزايد، وكذلك الأمر بالنسبة لشروط التدخين في أماكن العمل.

تتعلق أبرز معوقات تطبيق هذا القانون الفرنسي بالمطاعم والخمارات، فضلاً عن أماكن تجمع الشباب (المدارس والمعاهد والجامعات). وفي سبيل الحد من تدخين الشباب، حظر قانون ٣١ يوليو ٢٠٠٣ م بيع التبغ للقاصرين (دون ١٦ عاماً) وتوزيعه بل وتقديمه مجاناً. وربما تقتصر قيمة هذا النص القانوني على قيمته الرمزية، علماً بأنه أثار نقاشاً واسعاً ولاسيما فيما يخص صعوبة تطبيقه.

تجدد الإشارة هنا إلى خضوع التبغ لبدأ المنافسة الحرة، مع فرض ضريبة باهظة على السجائر في الدول الأوروبية كافة تتراوح بين ٦٠ و ٨٥٪ من سعر البيع. وقد بلغت هذه الضريبة منذ ١ يناير ٢٠٠٤ نسبة ٨٠٪ في فرنسا. فسمح ما ترتب على ذلك من ارتفاع سريع في الأسعار في فرنسا وغيرها من البلدان عن خفض الاستهلاك وبخاصة بين الشباب خفضاً لافتاً.

لكن الافتقار لتسويق ضريبي كاف بين الدول الأوروبية يسفر عن تنامي التهريب ومناطق الشراء الحدودية.

وبصرف النظر عن مدى فاعلية التدابير المعتمدة، فإن النتائج الحاصلة في مجال التبغ تعود بلا شك إلى إجماع الجمهور العريض وصنّاع القرار اليوم على ضرر التبغ. ولا غرابة في أن مثل هذا الإجماع أصعب تحقّقاً إزاء الكحول في فرنسا. لكن الإجماع، الذي ينبغي الحصول عليه جيلاً بعد جيل، يبدو أكثر هشاشة بالنسبة للشباب.

١١٥- المادة ٣٥١١-٦ من قانون الصحة العامة.

٢. نصوص قانونية خاصة : أمن المرور، القاصرون، الأدوية،

المواد المنشطة

أ. النصوص الخاصة بغياب الأمن المروري

يُلاحظ اتفاق مماثل وحديث على ضرورة مكافحة انعدام الأمن المروري، وقد أسفر ذلك عن تصعيد العقوبات الخاصة بالقيادة في حالة سكر (عامين من السجن وغرامة قدرها ٤٥٠٠ يورو وتعليق أو إلغاء رخصة القيادة إذا زادت نسبة الكحول في كل لتر من هواء الزفير عن ٠,٤ ميلليغرام). وينص قانون ١٢ يونيو ٢٠٠٣ في إطار مكافحة العنف المروري على عقوبة قد تصل إلى ٧ أعوام من السجن في حالات القتل غير المتعمد بسبب السكر.^{١١٦}

هذا، وينص قانوناً الثالث من فبراير والثاني عشر من يونيو ٢٠٠٣ على عقوبات خاصة بمتعاطي المؤثرات العقلية أثناء قيادة السيارة شبيهة بتلك الخاصة بالقيادة مع تعاطي الكحول.^{١١٧} إلا أن تنفيذ آليات الرقابة لا تزال متعذرة لعدم توافر اختبار مناسب غير أخذ عينة من الدم. من جهة أخرى، لا تزال هناك حاجة لدراسة أثر المخدرات على حوادث المرور، وبخاصة أثر الجرعة.^{١١٨}

على صعيد آخر، لم يحظ أثر المؤثرات العقلية على قيادة السيارات بأي دراسة جادة أو تقنين، علماً بأن المطلوب هو إلصاق رسم تخطيطي بغلاف الأدوية المحتملة الخطورة، ليس غير.

ب. النصوص القانونية الخاصة بالقاصرين

تنطوي كافة النصوص القانونية الخاصة بالمخدرات المباحة والمحظورة على بنود متميزة لحماية القاصرين: منع بيع الكحول والتبغ للقاصرين الذين هم دون الستة عشر عاماً، وعقوبات لأولئك الذين

١١٦- المادة ٢٢١-٦ من القانون الجزائي.

١١٧- المادة ل. ٢٣٥ من قانون المرور.

١١٨- ص. ٣٥-٣٦.

يحرصون القاصرين على تناول المؤثرات العقلية.

جـ. تقنين تناول الأدوية

يختلف وضع الدواء باختلاف المواد التي يتألف منها. ولا بد قبل طرح أي دواء تجاري من الحصول على موافقة من الوكالة الفرنسية للسلامة الصحية للمنتجات الصحية. يميّز قانون الصحة العامة أربعة أنواع من المواد السامة: المخدّرات، المؤثرات العقلية، مواد القائمتين ١ و ٢. فيُصنّف دواء يحتوي مادة مخدّرة على أنه مخدّر، فيخضع عندئذ للقوانين الوطنية والدولية الخاصة بالمخدّرات. وهذه هي حال المورفين مثلاً والسكينان (Skénan) والموسكونتين (Moscontin) والميثادون (methadone). غير أنه يتعدّد تصنيف بعض الأدوية التي لا تحتوي إلا على نسبة ضئيلة من المواد المخدّرة. وهذه هي حال بعض الأدوية المصنوعة أساساً من الكودئين (نيوكوديون Néocodion). إن توافر هذا الدواء في الأسواق يميّن متعاطي المخدّرات المهمشين والعاجزين، أو غير الراغبين في تناول العلاج بالبدائل، من استعمال منتج يسكنهم دون وجود أخطار شديدة. وفي المقابل، قد تخضع بعض الأدوية التي ليست من المخدّرات للقوانين الخاصة بهذه الأخيرة. مثال ذلك: الروهيبنول Rohypnol دواء مخدّر شائع الاستخدام لأغراض متعلقة بإدمان المخدّرات يخضع لرقابة مكثفة. تجدر الإشارة إلى أنه لا بد من وصفة طبية تتبع نظاماً متفاوت القيود بحسب الآثار الصحية المترتبة بشكل مباشر أو غير مباشر للحصول على المنتجات المدرجة في الفئات الثلاث الأخرى.

ولا تقل العقوبات الجزائية المتعلقة بالمταجرة بالأدوية المصنفة ضمن المخدّرات، أو تحريف استعمالها، عن تلك النافذة بالنسبة للمخدّرات. فإن كان الأمر يتعلق بأدوية مصنفة في فئات غير فئة المخدّرات، انطوت العقوبات على السجن لعامين و/أو غرامة قدرها ٧٥٠٠ يورو. ويشمل هذا النظام الأدوية البديلة، مثل السوبوتكس Subutex والروهيبنول

Rohypnol أو الترانكسين Tranxène. والجدير بالذكر أن الدواءين البديلين المستخدمين في فرنسا لا ينتميان للفئة ذاتها: فالميثادون مخدر في حين أن السوبوتكس مدرج في القائمة ١، وبذلك تتفاوت العقوبات النافذة في حال استعمال الدواء لغير غرضه المباح.

د. التقنين الخاص بالمواد المنشطة

رسم قانون بوفيه في ٢٣ مارس ١٩٩٩ الإطار الشرعي الخاص بتناول المواد المنشطة والقائم على مبدأ حظرها، وهو إطار محدود بالمنافسات الرياضية المنظمة أو المعتمدة من قبل الاتحادات الرياضية. يقوم هذا النظام كذلك على إدراج منتجات في قائمة من المفترض أن تضمن حماية الأخلاقيات الرياضية وصحة الرياضيين في آن واحد.

وقد حدد مرسوم مشترك صادر عن وزارتي الصحة والرياضة قائمة الأصناف المخدراتية من المواد المنشطة والأساليب المنشطة المحظورة.^{١١٩} وهي القائمة المأخوذة من قائمة اللجنة الأولمبية الدولية المستمدة بدورها من اتفاقية مكافحة المنشطات الخاصة بمجلس أوروبا، المعتمدة في ١٦ نوفمبر ١٩٨٩.^{١٢٠} وكان من المقرر في العام ٢٠٠٤ أن تعمل الوكالة العالمية لمكافحة المنشطات (المكونة بالتساوي من ممثلي الجهات الحكومية والميدان الرياضي) حصرياً على إعداد هذه القائمة، الأمر الذي يعوقه تضارب المصالح المعنية.

ويُعاقب الرياضيون الذين يتناولون المواد المنشطة من قبل الهيئات الرياضية التأديبية انطلاقاً من هذه القائمة. وفي حال عدم تصرّف الاتحادات الرياضية، يقوم المجلس الفرنسي للوقاية من المنشطات ومكافحتها^{١٢١} بممارسة الدور التأديبي، علماً بأن هذا المجلس هيئة فرنسية مستقلة. وتجدر الإشارة إلى أنه قبل صدور قانون بوفيه، لم ينل ٤٠٪ من الرياضيين الذين ثبت تناولهم مواد

١١٩- المادة ل. ١-٣٦٣١ من قانون الصحة العامة.

١٢٠- مرسوم ١٣ مارس ١٩٩١، الجريدة الرسمية للجمهورية الفرنسية عدد ١٦ مارس ١٩٩١.

١٢١- Conseil de prévention et de lutte contre le dopage

منشطة عقوبات من الاتحادات الرياضية.^{١٢٢}

لكن القانون لا ينص على أي عقوبة جزائية للرياضي الذي يتناول مواد منشطة إلا في حال كانت المواد التي يتعاطاها مخدّرة، كما هو الحال بالنسبة للأدوية، وربما يعاقب موردو هذه المواد أو أولئك الذين يسهّلون استعمالها حكماً بعقوبات تصل إلى السجن سبعة أعوام. تطبق المحاكم القانون الجزائي تطبيقاً بالغ الاعتدال في هذا السياق، حتى حين تكون المواد المعنية مخدّرة والكميات المعنية هائلة، وليس هناك تفسير منطقي لهذه الحقيقة إلا الدلالة على كون الرياضة في الوعي المشترك عالماً منفصلاً عن الواقع.

ترسم هذه النصوص في مجملها ملامح مشهد تشريعي وتنظيمي معقد وغير منطقي من منظور من يجهل تاريخه وسياق تكوينه. ولا يزيد تعدد قوائم المنتجات المحظورة أو المهيكلة قانوناً من وضوح هذا النظام، بل على العكس، إنه مشهد يعاني أيضاً من قيام الحظر فيه حصرياً على الخصائص المخدراتية للمنتجات، دون مراعاة لتعدد الأغراض وأنماط السلوك وسياق الاستعمال. ومع ذلك لا بد من الاعتراف بصعوبة تخيل نظام مختلف جذرياً ضمن هذا الواقع الفرنسي، بالرغم مما يتخلله من عيوب فادحة.

١٢٢- ج.س. لاوبول، تقرير عن احترام فرنسا لاتفاقية ١٦ نوفمبر ١٩٨٩، والمعد بناء على طلب وزير الرياضة، ٢٠٠٤.

الخاتمة

ماذا لو بدأ العالم من جديد، دون تاريخ أو ماضٍ... ماذا لو أُتيح اختيار سياسة للمخدرات قائمة حصرياً على البيانات العلمية... ماذا لو... لا شك في أن مشهد المخدرات سيكون مغايراً، وسيكون هرم الأخطار والمحظورات مختلفاً عما هو عليه الآن. كما أن حماية الصحة العامة ستكون ذات أهمية بالغة تفوق تلك التي عرفتها خلال التاريخ الحديث.

ومع ذلك ينبغي عدم الاعتقاد أنه يكفي إقامة نظام أقرب إلى المنطق وأكثر انسجاماً للخلاص مما بناه المنطق والنأي عن نفوذ كافة أنواع الجماعات الضاغطة.

فالعُدو ليس عدواً خارجياً فحسب كما يوحي لنا به البعض، بل هو أيضاً عدو حميم، «شبيه بالإنسان: لن نعلم أبداً إلى أي مدى يمكننا احترامه أو احتقاره، حُبّه أو بغضه، ولا حجم الأعمال السامية أو الجرائم الوحشية التي يستطيع القيام بها»^{١٢٣}. إن استئصال المخدرات رغبة لا تفل غروراً عن محو ألم أو إزالة نشوة أو القضاء على ضعف الإنسان.

ثم إن الرهانات الاقتصادية المشروعة أو المحرمة، لن تغيب طويلاً حتى عن عالم جديد، سواء تعلق الأمر بالاقتصاديات التي تضمن بقاء دول العالم الثالث، أو بسعي الصناعة الحثيث لجني الأرباح أو بمنتجات التهريب والمتاجرة.

أخيراً، فإن المخدرات بوجهها المزدوج، وجه «السّم والترياق»، ستبقى أبداً في قلب التناقضات البشرية.

لكن الإقرار بهذه المسلمات لا يعني الحكم بالعجز وينبغي ألا يؤدي إلى الاستسلام. عندما نكشف عن هشاشة خياراتنا وتناقضاتها فذلك من شأنه أن يبرز قاعدة صلبة من المعارف المشتركة، وكذا إجماع نستند إليه: إجماع واضح حول ضرورة حماية الإنسان من أضرار المخدرات التي

١٢٣- Baudelaire, Les paradis artificiels.

تحلّ به وبغيره.

ترسم هذه الفكرة التي أضحت رائجة اليوم فضاء حرية السياسات العامة، إنه فضاء محدود بالمعارف العلمية المكتسبة التي لا تدع مجالاً للارتجال والتقريبات، وهو أمر يبعث على السرور. كما أنه فضاء محدود بواقع الالتزامات على الصعيد الدولي، التي لا يمكن تجاهلها مهما كانت صفتها، وهي تحتم علينا البحث عن تسويات مقبولة.

تفسر هذه القيود المزدوجة تقارب السياسات الأوروبية بشكل متنام. إنها قيود تدعونا إلى تغيير سلوك السلطات العامة تغييراً جذرياً، إذ ينبغي عليها الاعتراف بهذه التناقضات وتسليط الضوء عليها ومواجهتها، عوضاً عن التهرب منها. وبدلاً من التظاهر بالاعتقاد في إيجاد عالم خال من المخدرات -تدرك السلطات العامة تماماً عدم إمكانية بلوغه- عليها البوح بالحقيقة، وإن كانت مرّة، وإعلان خياراتها جميعها دون استثناء. عندئذ فقط تخرج مسألة المخدرات من عهد الحروب الصليبية لتتحول إلى قضية تربية فردية وجماعية شأنها شأن القضايا الأخرى.

المراجع

وثائق رسمية

Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de drogues, par Monique Pelletier, Paris, La Documentation française, 1978.

Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants, Rapport au Premier ministre, C. Trautmann, Paris, La Documentation française, 1990.

Rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies, Comité national consultatif d'éthique, 1994.

Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie présidée, R. Henrion, Paris, La Documentation française, 1995.

Cour des comptes. Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Rapport particulier, Journal officiel, 1998, & Rapport public, 2001. Rapport de suivi sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie.

Les toxicomanes dans la cité, Rapport présenté par S. Wieworka au Conseil économique et social, CES, 1999.

Plan triennal de lutte contre la drogue et les dépendances, 1999-2001, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Paris, La Documentation française, 2000.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, (2004-2008). www.drogues.gouv.fr

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues et dépendance, Indicateurs et tendance, 2002.

MILDT, Savoir plus, risquer moins, Paris, Le Seuil, « Points Virgule », 2001.

Commissariat général du Plan. La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, Rapport d'évaluation, Paris, La Documentation française, 2000.

OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), Rapport annuel 2003 et 2004 sur l'état du

phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège. www.emcda.eu.int

OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants), Rapport 2003.

Haut Comité de santé publique, La santé en France, 2003, Paris, La Documentation française.

يمكن الاطلاع على أهم الوثائق الخاصة بالبعثة الوزارية المشتركة لمكافحة المخدرات www.drogues.gouv.fr والإدمان، والمرصد الفرنسي للمخدرات والإدمان على الموقع:

مؤلفات عامة

Bachmann C. et Coppel A., Le dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue, Paris, Albin Michel, 1989.

Bergeron H., L'État et la toxicomanie, Histoire d'une singularité française, Paris, PUF, « Sociologies », 1999.

Caballero F. & Bisiou Y., Droit de la drogue, Paris, Dalloz, 2000.

Castel R., Les sorties de la toxicomanie, Fribourg, Éditions universitaires, Suisse, 1998.

Coppel A., Doit-on civiliser les drogues ?, De la guerre à la drogue à la réduction des risques, Paris, La Découverte, 2002.

Duprez D. & Kooreff M., Le monde de la drogue, Usages et pratiques dans les quartiers, Paris, Odile Jacob, 2000.

Ehrenberg A., Le culte de la performance, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

Ehrenberg A., Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières, in Esprit, 1998.

Faugeron C., Les drogues en France. Politique, marchés, usages, Genève, Georg, 1999.

INSERM, Alcool : effets sur la santé, coll. « Expertise collective », 2001.

INSERM, Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance,

- coll. « Expertise collective », 2003.
- INSERM, Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?, coll. « Expertise collective », 2001.
- INSERM, Ecstasy. Des données biologiques et cliniques au contexte d'usage ,coll. « Expertise collective », 1998.
- INSERM, Tabac. Comprendre la dépendance pour agir, coll. « Expertise collective »,2004.
- Kopp P. & Fenoglio P., Le coût social des drogues licites (alcool, tabac) et illicites en France, Paris OFDT/ARMI, 2000.
- Labrousse A., Dictionnaire géopolitique des drogues, Bruxelles, De Boeck, 2003.
- Laure P. (sous la dir.), Dopage et société, Paris, Ellipses, 2000.
- Morel A. (sous la dir.), Prévenir les toxicomanies, Paris, Dunod, 2000.
- Parquet P.-J., Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, Vanves, CFES, 1997.
- Reynaud M. & Parquet P.-J., Les personnes en difficulté avec l'alcool, Rapport de mission, Vanves, CFES, 1998.
- Reynaud M., Parquet P.-J. et Lagrue G., Les pratiques addictives, Paris ,O. Jacob, 2000.
- Richard D. & Senon Ch., Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, Paris, Larousse, 1999.
- Roques B., La dangerosité des drogues, Paris, O. Jacob / La Documentation française, 1999.
- Siri F. (sous la dir.), La fièvre du dopage, Paris, Autrement, 2000.
- Tassin J.-P., Drogues, dépendances et dopamine, La Recherche, février 1998 ,p. 48-53.
- Zarifian E., Le prix du bien-être : psychotropes et société, Paris, Odile Jacob,1996.

قائمة المحتويات

٥	مقدمة
٥	١. الوجه المزدوج للمخدرات
٦	٢. هل يمكن أن يوجد عالم خال من المخدرات؟
٩	الفصل الأول
٩	أسئلة بخصوص المخدرات: تعريفات وتحديات وتناقضات
٩	١. الحدود الغامضة للمخدرات : نطاق وتعريفات
١٢	٢. من يستهلك ماذا؟ تيارات الاستهلاك الرئيسية في فرنسا وأوروبا
١٥	٣. فهم أوجه السلوك : الاستهلاك، الإفراط، الإدمان
١٧	٤. فهم أثر المخدرات على الدماغ
٢١	٥. المخدرات والجناح وغياب الأمن
٢٣	٦. جغرافيا المخدرات: طرق المتاجرة بالمخدرات
٢٥	٧. تكلفة المخدرات: مخاطر اقتصادية وتكلفة اجتماعية
٢٨	٨. آراء ومواقف في فرنسا وأوروبا
٣١	الفصل الثاني
٣١	سمات خاصة بأهم المخدرات المستهلكة
٣١	١. الكحول
٣٦	٢. التبغ
٣٩	٣. القنب
٤٥	٤. الهيروين والمواد الأفيونية
٥٠	٥. الكوكايين و”الكراك”
٥٤	٦. المخدرات الاصطناعية: مخدرات النشوة والأمفيتامينات
٥٨	٧. المخدرات الأخرى
٦٢	٨. الأدوية المؤثرة عقلياً
٦٥	٩. المنشطات الاصطناعية

٦٩	الفصل الثالث
٦٩	السياسات الحكومية
٦٩	١. إضاءات على تاريخ ضبط المخدرات
٧٩	٢. مبادئ رسم سياسة عامة
٨٢	٣. اعتماد القرار على معلومات مثبتة علمياً: تأمل، معرفة، إدراك
٨٥	٤. الإعلام والتربية والوقاية
٨٨	٥. سياسة معالجة المدمنين
٩٣	٦. قيادة السياسات الحكومية
٩٣	٧. القانون، القوانين: نقاشات محدمة بشأن رهانات محدودة
١١٥	الخاتمة
١١٧	المراجع
١٢١	قائمة المحتويات

عن الكتاب:

سعى الإنسان عبر الزمن إلى تعاطي العقاقير والمخدرات إما لتعزيز أدائه، أو لتسكين ألمه أو بحثاً عن الملذة. كحول، تبغ، هيروين، كوكايين، قنب ومحركات عقاقيرية نفسية؛ لعل التمييز بين المخدرات المحظورة والعقاقير غير المحظور تعاطيها لا يعكس تماماً مدى تنوع أوجه استعمال المواد، ولا واقع ظواهر الإدمان أو الأخطار الاجتماعية المرتبطة بها. لذا يستحق هذا الواقع المعقد إجابات وافية. يعرض هذا المؤلف موجزاً بالبيانات الأساسية المتعلقة بهذه المواد وأوجه استخدامها وآثارها وأخطارها، بيانات تضيئ تاريخ هذه المواد، وتاريخ السياسات العامة التي اعتمدت على الصعيد الدولي والأوروبي والفرنسي للحد من تعاطيها.

المؤلف:

نيكول مايستراشي

قاص، قادت اللجنة البيوزارية لمكافحة المخدرات والإدمان من ١٩٩٨ إلى ٢٠٠٢.

المترجم:

أزينا مغربل

حاصلة على بكالوريوس في إدارة أنظمة المعلومات من جامعة مريالند الأمريكية. تعمل في تعريب وترجمة العديد من المؤلفات مثل الكتب والمجلات من اللغات الإنجليزية والفرنسية، وبخاصة في مجالات العلوم والتقنية.



Nicole Maestracci

puf



مدينة الملك عبدالعزيز
للعلوم والتقنية KACST

تعمل مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية على توفير المعرفة للقارئ العربي. فقامت في هذا الإطار بنشر سلسلة من الكتب والمجلات العلمية وأتاحتها للقراء دون مقابل بصيغتها الرقمية والورقية. فجميع إصدارات المدينة متاحة على موقعها الإلكتروني ليتمكن المتصفح من تحميلها أو قراءتها على الإنترنت.

www.kacst.edu.sa
publications.kacst.edu.sa
awareness@kacst.edu.sa

الموقع الإلكتروني:
إصدارات المدينة:
البريد الإلكتروني:

هاتف: ٠١١ ٤٨٨٣٤٤٤ - ٠١١ ٤٨٨٣٥٥٥
فاكس: ٠١١ ٤٨٨٣٧٥٦
ص.ب. ٦٠٨٦ الرياض ١١٤٤٢
المملكة العربية السعودية
مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية
رقم الوصفة: 05P0031-BKT-0001-AR01

