

Distr.
GENERAL

E/CN.7/1996/6
9 April 1996
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة المخدرات

الدورة التاسعة والثلاثون
فيينا، ١٦ - ٢٥ نيسان/أبريل ١٩٩٦
البند ٤ من جدول الأعمال المؤقت*

مبادئ وممارسات الوقاية الأولية والثانوية في برامج خفض الطلب

حالة المعرفة في مجال الوقاية الأولية والثانوية

تقرير من الأمانة

ملخص

أعد هذا التقرير تلبية لطلب اللجنة في دورتها الثامنة والثلاثين استعراض المعلومات المتوفرة بشأن الوقاية الأولية والوقاية الثانوية من تعاطي المخدرات. وقد جرى على مدى سنين طويلة اكتساب خبرة واسعة فيما يتعلق بنهوج الوقاية الأولية والثانوية. كما اكتسب قدر كبير من المعرفة فيما يتعلق بالمسائل المنهجية ذات الصلة بقياس وتقييم فعالية البرامج. وقد حصل توافق في النتائج فيما يتعلق بنهوج عديدة، وظهرت، مثلما يمكن توقعه، صورة لنتائج مختلطة فيما يتعلق بفعالية مختلف النهوج.

وتشمل نهوج الوقاية الأولية حملات التوعية العامة، والتدخلات المتعلقة بالنمو أثناء مرحلة ما قبل الولادة وما بعدها ومرحلة ما قبل الالتحاق بالمدرسة، والتعليم في المدارس، وبرامج الشباب، والاختبارات الكاشفة لتناول المخدرات. وتهدف الوقاية الثانوية الى خفض تعاطي المخدرات، وذلك بواسطة أشكال مختلفة من العلاج وإعادة التأهيل. ومن الناحية النظرية، وحسب الممارسة التي يتبعها العديد من الدول الأعضاء، تنفذ جوانب من الوقاية الأولية والوقاية الثانوية بالتوازي مع نهوج الوقاية الثالثية الرامية الى التقليل من المخاطر الصحية التي تهدد المداومين على تعاطي المخدرات، أو تنفذ مقترنة بتلك النهوج. وتدل الشواهد النظرية والتجريبية المتوفرة على أنه يجري التشكك أكثر فأكثر في فعالية الوقاية الأولية، بينما يبدو أن هناك أدلة على أن الوقاية الثانوية يمكن أن تقلل الطلب، وأن تفضي الى الامتناع، في بعض الظروف. ومع أن تطبيق استراتيجيات الوقاية الثانوية يصحبه معدل ارتكاس مرتفع فقد برهنت دراسات مختلفة على أن هذه الاستراتيجيات فعالة من حيث التكلفة.

المحتويات

الصفحة	الفقرات	
٢	١	..... مقدمة
		الفصل
٣	٢٦-٢	..... الأول - المسائل المفهومية
		ألف - معنى الوقاية الأولية والوقاية الثانوية والنتائج
٣	٦-٢	..... المترتبة عليهما
٤	١٧-٧	..... باء - الأسباب والعوامل المقترنة
٨	٢٦-١٨	..... جيم - قياس الفعالية
١٠	٥٤-٢٧	..... الثاني - الوقاية الأولية
١٠	٣٠-٢٧	..... ألف - جعل البرامج فعالة
١١	٥٤-٣١	..... باء - أنواع البرامج
١٧	٧٦-٥٥	..... الثالث - الوقاية الثانوية
١٧	٥٨-٥٥	..... ألف - جعل البرامج فعالة
١٨	٧٦-٥٩	..... باء - أنواع البرامج
٢٤	٩٠-٧٧	..... الرابع - العلاقات بين الوقاية الأولية والوقاية الثانوية
٢٤	٨٣-٧٧	..... ألف - المشاركون
٢٥	٩٠-٨٤	..... باء - البيئات المحيطة
٢٧	٩٥-٩١	..... الخامس - الاستنتاجات

مقدمة

١ - خلال النظر ، أثناء الدورة الثامنة والثلاثين للجنة المخدرات ، في جدول الأعمال المؤقت للدورة التاسعة والثلاثين للجنة ، قررت اللجنة أن البند المتعلق بتخفيض الطلب يجب أن يستهدف ، على وجه التحديد ، مسألة الوقاية الأولية والوقاية الثانوية من الطلب غير المشروع ، وكذلك ملتقيات الخبراء الاقليمية المعنية بتخفيض الطلب . وقد أعد التقرير استجابة لذلك القرار .

أولا - المسائل المفهومية

ألف - معنى الوقاية الأولية والوقاية الثانوية والنتائج المترتبة عليهما

٢ - تعرّف منظمة الصحة العالمية الوقاية الأولية والثانوية والثالثية على النحو التالي^(١):

تستهدف الوقاية الأولية ضمان عدم حصول اضطراب ما أو عملية ما أو مشكلة ما .

وتستهدف الوقاية الثانوية تبيّن الاضطراب أو العملية أو المشكلة وانهاؤها أو تعديلها الى الأفضل ، في أقرب وقت ممكن .

وتستهدف الوقاية الثالثية وقف تطور الاضطراب أو العملية أو المشكلة وعواقبها أو تأخير هذا التطور بالرغم من استمرار الحالة الأساسية .

٣ - وعند تطبيق هذه التعاريف على تعاطي المخدرات غير المشروع ، تعني الوقاية الأولية الوقاية من أي تناول غير مشروع لمادة خاضعة للرقابة . ويتم تحقيق ذلك بواسطة مجموعة كبيرة من التدابير منها ما يلي : مكافحة العرض غير المشروع ؛ واذكاء اعتزاز الفرد بذاته وصموده أمام ضغط الأنداد ؛ وتوفير بدائل لتعاطي المخدرات غير المشروع ؛ وتوعية من يحتمل أن يصبحوا متعاطين للمخدرات تعاطيا غير مشروع بالمخاطر والمشاكل المحتملة المقترنة بهذه الأنشطة ، وبوجه خاص المخاطر الصحية التي قد تنجم عن تناول المخدرات بواسطة الحقن الوريدي .

٤ - وتهدف الوقاية الثانوية الى مساعدة متعاطي المخدرات تعاطيا غير مشروع على الامتناع عن ذلك . ويمكن تحقيق ذلك بمجموعة كبيرة من السبل المختلفة ، منها توفير نشرات عن كيفية النجاح في ازالة السموم من البدن في خصوصية ، واسداء المشورة بشأن التخلص من تعاطي المخدرات ، ومجموعة من نظم العلاج . وتتبع ذلك في بعض الحالات برامج لاعادة التأهيل .

٥ - وتعني الوقاية الثالثية بالحد من بعض أسوأ نتائج الداء ، أي في هذه الحالة ، السلوك الضار ، أو التقليل من تلك النتائج الى أدنى قدر ممكن . ويمكن أن يتمثل الهدف في الحد من مدى المرض البدني ومن السلوك الاجرامي ، وذلك بتوفير المعلومات والتعليم ، أو العقاقير البديلة أو الرعاية والمشورة ، أو المحاقن أو مواد القصر (مواد التبييض) . وهذا النوع من أنواع الوقاية يوازي نوع الوقاية الخاص بمادة النيكوتين المشروعة ، فقد أصبح من المسلم به منذ أعوام عديدة أن تدخين

السجائر التي تحتوي على نسبة ضئيلة من النيكوتين أفضل من تدخين السجائر التي تحتوي على نسبة كبيرة منه ، وان كان الهدف الصحي النهائي هو الامتناع التام عن التدخين .

٦ - وتدعو الحاجة ، كما شددت منظمة الصحة العالمية الى سياسات متكاملة تشمل كل هذه الاستراتيجيات . وقد تم ايضاح هذا النهج في مذكرة من الأمانة عن المبادئ الأساسية لخفض الطلب (E/CN.7/1995/4) ، كما أن هذا النهج هو سياسة تتبعها دول عديدة . ويتلخص هذا النهج المتكامل في فكرة أن الوقاية الأولية تسعى الى الوقاية من الأضرار التي تسعى الوقاية الثانوية الى القضاء عليها والتي تسعى الوقاية الثالثة الى التقليل منها . وينصب التركيز في هذا التقرير على الوقاية الأولية والوقاية الثانوية ، لكنه يتعرض ، بالضرورة ، لجوانب من الوقاية الثالثة عند وصفه للبرامج والنهج المتكاملة الراهنة .

باء - الأسباب والعوامل المقترنة

٧ - ربما كان فهم السبب في نشوء الطلب غير المشروع على المخدرات لدى بعض فئات السكان دون غيرها من الفئات عاملاً هاماً في صوغ استراتيجيات وقائية تؤثر في السلوك المحتمل أو الفعلي . وثمة عدد هائل من الأسباب التي تبدي لوجود طلب غير مشروع على المخدرات . والذي يزيد الأمر تعقيداً هو أن من المحتمل أن الأسباب تختلف فيما يتعلق بكل من أول تعاط غير مشروع لمخدر ، والاستمرار في تعاطيه بانتظام أو دون انتظام ، والارتهاق به ، واستمرار الارتهاق به^(٢) . وسواء أكان أي برنامج ما يهدف الى الوقاية من بدء تعاطي المخدرات أو من الاستمرار في تعاطيها ، فلا بد أن يكون ذلك البرنامج مستنداً الى مجموعة من الافتراضات قد لا يفصح عنها دائماً ، ولكن يمكن استنتاجها ، وقد لا تكون دائماً مطابقة للواقع . وثمة عامل أساسي في تحديد نجاح برامج التدخل أو فشلها وهو مدى فهم الطلب غير المشروع على المخدرات من حيث دلالاته لدى الفرد ، ولدى الشبكة الاجتماعية المحيطة بالفرد مباشرة ، ولدى الاطار الاجتماعي - الثقافي الأوسع .

٨ - وبالإضافة الى مختلف مراحل استعمال المخدرات غير المشروع ، يمكن أن يتأثر الطلب غير المشروع على المخدرات تأثيراً كبيراً بنوع المخدر وخصائصه وآثاره . فيمكن أن تكون هنالك أسباب متباينة جداً لتناول المتيلين ديوكسي متامفيتامين (م.د.م.أ) أو تدخين الأفيون أو حقن الهيروين ، ويؤثر الاطار الاجتماعي - الثقافي الأوسع تأثيراً كبيراً في الدلالات التي تنسب للسلوك ، ومنها مثلاً ما ان كان ذلك السلوك يعتبر انحرافاً أو ممارسة مقبولة لدى فئات معينة من الناس . وهذا يصح بشكل خاص عندما تكون هنالك أعراف ثقافية عريقة تناهض أو تؤيد تناول مخدر معين . وقد خلص أيضاً الى أن هنالك اختلافاً كبيراً بين المجتمعات في دوافع تعاطي المخدرات غير المشروع . ولكن يمكن ، حتى داخل المجتمع الواحد ، أن يتغير الطلب مع مرور الزمن بسبب تغير تركيبة الفئات التي تستعمل المخدرات والدلالة التي تنسب الى تعاطي المخدرات غير المشروع^(٣) .

٩ - وقد أجريت دراسات عديدة في اطار علم الأوبئة وفي اطار علم أسباب الأمراض ، معظمها في البلدان المتقدمة النمو ، بشأن عوامل الخطر المؤدية الى احتمال تعاطي المخدرات غير المشروع ، أي العوامل المقترنة به . وفي العديد من البلدان النامية ، توجد في الدراسات الاثروبولوجية أدوات عن استعمال المخدرات لدى السكان الأصليين^(٤) . ويعرض الجدول عوامل الخطر الرئيسية التي تم

تبينها حتى الآن ، وهي تتعلق أساسا بالمراهقين ، ولكن ، وكما أشير أعلاه ، يمكن ، بواسطة القيام بعملية ترجيح تفاضلي ، تطبيقها على طائفة من المجتمعات أكثر تنوعا . وترد في الجدول أيضا العوامل "الحماية" ، المتعلقة بالأفراد الذين يحتمل بقدر أقل أن يغمسوا في الطلب غير المشروع .

١٠ - وبالنسبة لأي فرد معين ، يزداد احتمال بدء تعاطي المخدرات غير المشروع ازديادا أستا مع ازدياد عدد عوامل الخطر التي يتعرض لها .^(٥) وبالتالي ، فبينما يوجد تباين كبير في مدى تأثير العوامل المختلفة ، يعتقد أن تزايد عوامل الخطر التي يتعرض لها الفرد يؤثر في معدل حالات بدء استعمال المخدرات غير المشروع أو نسبة أصحاب تلك الحالات في أي مجموعة معينة من السكان .

١١ - وبالرغم من البحوث التي أجريت لتبين العوامل المقترنة باستعمال المخدرات غير المشروع ، فإن هنالك ما لا يقل عن أربعة مجالات محددة تقل فيها المعرفة ، ويمكن تلخيص هذه المجالات على النحو التالي :^(٦)

(أ) عوامل الخطر التي تنبئ بمختلف مراحل استعمال المخدرات غير المشروع (باستثناء مرحلة البدء) ، بما في ذلك مرحلة الاستمرار في تناول المخدر ، والتدرج داخل أصناف المخدرات ، والتدرج عبر أصناف المخدرات ، والتراجع والانقطاع ، والارتكاس ؛

(ب) العوامل السببية التي تربط عوامل الخطر باستعمال المخدرات غير المشروع الذي يحدث في مراحل لاحقة .

(ج) التفاعل بين عوامل الخطر والعوامل "الحماية" في مراحل النمو المختلفة ؛

(د) أسباب عدم انتهاء الأمر بمعظم الناس الذين يتعرضون لعوامل خطر متعددة الى استعمال المخدرات غير المشروع .

عوامل الخطر والعوامل "الحمائية" فيما يتعلق ببدء المراهقين
استعمال المخدرات غير المشروع

العوامل الحمائية

عوامل الخطر

العوامل الفردية

المزاج المرن
التوجه الاجتماعي الايجابي
الذكاء
المهارات السلوكية

المشاكل السلوكية المبكرة والمتأصلة
الانسلاخ والتمرد
الاتجاهات المساعدة على استعمال المخدرات غير
المشروع
الشروع المبكر في استعمال المخدرات غير
المشروع

العوامل الأسرية

تماسك الأسرة أو ترابطها أو شدة التعاطف بين
أفرادها أثناء الطفولة

السلوك العائلي ازاء المخدرات
ممارسات ادارة شؤون الأسرة
ضعف الأواصر الأسرية
الصراع داخل الأسرة

العوامل المدرسية

التزام المدرسة ازاء تلاميذها ، ووجود ثقافة
مناهضة لاستعمال المخدرات غير المشروع

الافتقار في الدراسة
قلة الالتزام المدرسي

العوامل ذات الصلة بالأنداد

الاندماج مع أنداد لا يستعملون المخدرات استعمالاً
غير مشروع

المقابلة بالرفض من الأنداد في الصفوف الابتدائية
الاندماج مع أنداد يستعملون المخدرات استعمالاً غير
مشروع

العوامل السياقية

الأعراف ، والمعتقدات ، والمعايير السلوكية ،
المناهضة لاستعمال المخدرات غير المشروع

توافر المخدرات
المعايير الثقافية
الحرمان الاقتصادي المفرط
انعدام التنظيم في الأحياء

ولكن ، وبالرغم من هذه القيود المسلم بها ، يشكل استهداف عوامل الخطر في الوقت الحاضر جزءا هاما من النهج المتبع في الوقاية الأولية في بلدان عديدة .

١٢ - وأفضى مفهوم عوامل الخطر الى الفكرة التي مفادها أنه يمكن تجنب تعاطي المخدرات غير المشروع اذا أمكن تجنب عوامل الخطر أو تخفيضها . ويرد في الفصول المتعلقة بضمان فعالية البرامج من الفرعين 'أولا' و 'ثانيا' أدناه . بيان لآثار عوامل الخطر في صوغ نهج الوقاية الأولية والوقاية الثانوية .

١٣ - ومن المهم ، لدى صوغ سياسة بشأن المخدرات تدور حول مفهوم عوامل الخطر ، التمييز بين العوامل المقترنة والأسباب . فمجرد ارتباط العوامل المذكورة في الجدول بالبدء في تعاطي المخدرات لا يعني أنها عوامل سببية . ولن يفضي تخفيضها ، بالضرورة ، الى تخفيض معدل بدء تعاطي المخدرات غير المشروع ، أو مدى انتشار أو تواتر تعاطي المخدرات غير المشروع ، أو المخاطر التي تهدد صحة وحياة متعاطي المخدرات تعاطيا غير مشروع . ويدل على ذلك كون استعمال المخدرات غير المشروع ، وبوجه خاص تواتر استعمالها غير المشروع ، هو ، فيما يتعلق بمعظم المخدرات ، شيء نادر احصائيا لدى معظم المجموعات السكانية . فالعديد من المعرضين لعوامل الخطر أو للعوامل المقترنة بتعاطي المخدرات ، والتي هي واردة في الجدول ، لا يقررون اللجوء الى استعمال المخدرات غير المشروعة . كما أن بعض عوامل الاحتمال هذه ، كالتعرض للضغط من الأنداد ، ينطوي على عملية حتمية ، أي أن مستعملي المخدرات استعمالا غير مشروع يؤدون دورا سلبيا في العملية . وقد تهمل هذه التفسيرات لعوامل الخطر امكانية أن تكون تفضيلات الأنداد ، لا الضغوط التي يمارسونها ، هي التي تؤدي الى استعمال المخدرات غير المشروع .^(٧)

١٤ - ومن المهم أيضا ، في سياق السياسة الدولية بشأن المخدرات ، ملاحظة أن قائمة عوامل الخطر قد وضعت في البلدان الصناعية . ومن الممكن تطبيق القائمة على بلدان أخرى ، بما في ذلك البلدان النامية ، غير أن ترجيح العوامل سوف يتغير . فلتعليل استنشاق أطفال الشوارع للمذيبات ، يمكن أن يكون الحرمان الاقتصادي من أقوى عوامل الخطر . وفي بلدان أخرى ، يمكن أن تكون أنماط الاستعمال التقليدي أو الاستعمال غير المشروع الراسخ هي الأسباب الأساسية لاستعمال المخدرات غير المشروع . وفي غير هذه البلدان ، يمكن أن يشكل الربح الاقتصادي دافعا ، كما في حالة تعاطي سائقي الشاحنات وسائقي سيارات الأجرة للمنشطات ليتمكنوا من العمل ساعات أطول .

١٥ - ومن المشاكل التي كثيرا ما تقرن بنظريات الأسباب وتحديد عوامل الخطر أن تلك النظريات تنزع الى تجاهل ما يستمد من تعاطي المخدرات غير المشروع من منافع ومتعة أو الى التقليل من شأنهما . وكما هو مذكور أدناه ، ربما يعمل ذلك على عدم الثقة بـ "مصدر الرسالة" ، أي الأشخاص الذين ينقلون رسالة الوقاية الأولية أو الوكالة التي تنقلها . ومن طرائق النظر الى تعاطي المخدرات غير المشروع أن ينظر اليه من حيث التكاليف والمكاسب ، وهذا يمثل اضفاء صبغة مادية على عملية صنع القرار . وينبغي أيضا ابراز أن المنافع ليست منافع موضوعية ، كما أن التكاليف ليست دائما تكاليف موضوعية ، وانما هي مكاسب أو تكاليف حسبما يراها الفرد . فعلى سبيل المثال ، قد لا يدرك مدخنو الباسوكو أو مستنشقو الكوكايين المخاطر الصحية المقترنة بذلك وبالتالي يبخسون تقدير أهمية هذه المخاطر .

١٦ - وتتباين التكاليف والفوائد المتصورة المتعلقة باتخاذ قرار باستعمال المخدرات بصورة غير مشروعة تباينا كبيرا حسب نوع المخدر والظروف المحيطة ، وان كان من المستطاع عمل بعض التعميمات في حدود هذه المعالم . فمن الفوائد المتصورة المتعة التي تستمد مباشرة من الآثار العقاقيرية النفسية للمخدر ؛ والمتعة التي تستمد بشكل غير مباشر عن طريق التحسن المتصور في أداء الفرد المعني في سياقات مختلفة ؛ واثارة المشاعر الناتجة من الانغماس في سلوك "فيه مخاطرة" (٨) والفوائد الاجتماعية التي يمكن أن تستمد من خلال الاتصال بمجموعة أو بثقافة فرعية تستهلك فيها المخدرات غير المشروعة (٩) وتتضمن التكاليف الممكنة المتصورة لاستعمال المخدرات بصورة غير مشروعة احتمال التأثير على الصحة الناجم عن التسمم الحاد أو المزمن ؛ وخطر التوقيف والعقاب ؛ والأثر على الأداء في ميدان الدراسة أو الوظيفة ؛ وخطر الفصل من المدرسة أو من العمل في حالة اكتشاف أمر المتعاطي ؛ وخطر الوصمة التي تلتصق بمتعاطي المخدرات ؛ والمشاعر الفردية بالذنب نتيجة لتحدي الأبوين أو القانون أو تعاليم الدين . ومن الواضح أن الأوزان النسبية لكل من هذه العوامل تتباين كثيرا حسب الزمان والمكان ، والفرد ، ومدى دقة المعلومات التي تتخذ القرارات على أساسها ، إضافة الى العوامل المبينة في الجدول .

١٧ - ونتيجة للتكاليف والفوائد المتصورة وغيرها من العوامل المؤثرة قد يتخذ قرار استعمال المخدرات غير المشروعة استنادا الى مبررات منطقية أساسا ، في حدود معالم المعلومات المتاحة ، وهو يشبه في ذلك الأسلوب الذي يستمر العديد من الناس من اتباعه في استعمال وتعاطي مواد مشروعة مثل الكحول والتبغ ، مع الاعتراف بالأخطار الصحية المحتملة التي قد تترتب على ذلك السلوك (١٠).

جيم - قياس الفعالية

١٨ - يمكن أن تكون التدخلات فعالة ، سواء أكانت في شكل حملات اعلانية أو تثقيف أو ضغوط من الأنداد أو النصح والمشورة أو العلاج أو التأهيل ، غير أن قياس مدى فعاليتها عملية معقدة من الناحية المنهجية ، خاصة في المدى القصير . ففي بعض الحالات ثبت أن التقييم كان أكثر تكلفة من التدخل نفسه (١١) ويصعب قياس مدى فعالية تدخل يقصد منه تغيير السلوك قياسا دقيقا ، ففي كثير من الأحيان ، لا تكون المعلومات المتصلة بطائفة الآثار المتنوعة الواقعة على حياة الناس وعلى اتخاذهم القرارات معروفة أو قابلة للتحكم فيها ، ومع ذلك ، وانطلاقا من الرغبة في اثبات أن الأموال التي أنفقت لم تذهب هباء ، تستخدم قياسات نواتج البرامج كمؤشرات بديلة . وينبغي عدم الخلط بين تلك المؤشرات وقياسات مدى فعالية أثر احدى استراتيجيات التدخل . وفيما يتعلق بالقياس والتقييم ، يكون من المناسب استخدام نموذج "بوبر" التحليلي ، ذلك لأنه كثيرا ما يصعب قياس أو معرفة ما هو فعال ، بينما قد يكون من المستطاع قياس ما هو ليس فعالا ومعرفة (١٢).

١٩ - وتشير الخبرات المكتسبة في مجال الوقاية من الاصابة بفيروس قصور المناعة البشري ومن استعمال التبغ الى أن سلسلة طويلة الأجل من التدخلات التي تحمل نفس الرسالة يحتمل أن يكون أثرها أقوى من تدخل وحيد . وحدث تغير ملحوظ وقابل للقياس في سلوك الأشخاص الذين يحتقنون بالمخدرات واللواطيين في بعض أنحاء العالم حيث أجريت تدخلات متواصلة من أجل منع انتشار فيروس قصور المناعة البشري ، وكان السبب الرئيسي في ذلك أن الرسائل والمساعدة جاءت من مصادر موثوق منها ويعتد بها وأشركت الأشخاص المستهدفين ذاتهم .

٢٠ - وهناك عدد من الأسئلة الأساسية التي يمكن توجيهها بشأن أي تدخل من التدخلات ، ومن بينها ما إذا كان التدخل قد وصل الى الجمهور المستهدف ، وفي هذه الحالة ما اذا كانت الرسالة قد فهمت أم لا . واذا كانت الرسالة قد فهمت ، يكون السؤال هو هل صدقت ، وما اذا كان للخدمات المقدمة جمهور مستهدف واضح ، وما اذا كان هذا الجمهور المستهدف أنسب ما يوجد ، وما اذا أمكن الوصول اليه . وتحدد مثل هذه الأسئلة الكثير من المجالات التي تشكل شروطا مسبقة لتنفيذ النهج المتبع ، ويتلو ذلك تقييم أثره على السلوك . ويمكن أن يكون تقييم مدى الفعالية صعبا بوجه خاص في الحالات التي لا توجد فيها معايير مقبولة عامة لتحديد مدى الفعالية ، مثل قياس مدى فعالية العلاج .

٢١ - وكثيرا ما يستخدم مؤشران لتبرير برامج الوقاية من تعاطي المخدرات ، وهما عدد الأشخاص الذين يصل البرنامج اليهم وكمية المعلومات التي تنقل الى المستفيدين . ولا يقيس أي من المؤشرين مدى فعالية البرنامج . ويقال عن برامج كثيرة ، مثل الحملات الاعلانية الوطنية والبرامج المدرسية للتحقيق بشأن المخدرات ، أنها ناجحة اذا وصلت الى عدد كبير من الناس أو اذا كان لهم علم بها . غير أنه فيما يتعلق بالفعالية ، تفشل غالبية البرامج الوطنية المتعلقة بالعقاقير المخدرة اذا كان الغرض منها هو تغيير السلوك ، والسبب الأساسي لذلك هو أنها موجهة الى جمهور أوسع مما ينبغي . ولكن قد تكون لها أهداف بديلة أخرى غير موضحة صراحة ، مثل توعية الجمهور بخصوص مدى استعمال المخدرات على نحو غير مشروع ، والخطر الذي يتعرض له الأطفال والشباب ، والحاجة الى الاضطلاع بشيء بصدده مثل توفير مرافق العلاج . وفي كثير من المجتمعات توجه الموارد النادرة الى مشاكل صحية واجتماعية تكون أكثر الحاحا من استعمال المخدرات على نحو غير مشروع . وحتى في البلدان الرفيعة التقدم لا يرضي الجميع دائما أن يلقي استعمال الموارد العامة المحدودة من أجل أشخاص يرى أنهم خارجون عن القانون وأنهم صنعوا مشاكلهم بأيديهم . ولذلك قد يكون الغرض المعلن لبعض الحملات الوطنية هو محاولة منع استعمال المخدرات غير المشروع ، بينما يكون غرضها الثانوي هو اقناع الجمهور الممانع بأهمية انفاق الأموال من أجل مساعدة متعاطي المخدرات .

٢٢ - وتشير البحوث الى أن زيادة المعلومات المتاحة للناس لا تؤثر على السلوك ، فلا يعني تلقي المزيد من المعلومات أن الشباب يتخذون قرارات تتفق مع آراء موردي هذه المعلومات .

٢٣ - وتوجد وفرة هائلة من المؤلفات عن موضوع تقييم العلاج ،^(١٣) والكثير من عمليات التقييم هذه متناقضة في نتائجها . ويرجع ذلك الى أنه لا يمكن ، لأسباب أخلاقية ، استخدام النموذج التقليدي لاختبار الفوارق بين مختلف أنواع العلاج (أي اختيار الناس عشوائيا للمجموعات المعالجة والمجموعات غير المعالجة) . وحتى في الحالات القليلة التي كان العلاج فيها فعالا كانت الأعداد عموما أقل مما يلزم أو لم تكن العينة نموذجية بقدر كاف للوصول الى استنتاجات مؤكدة .^(١٤) ولوحظ أيضا أن الدراسات التقييمية لا تزال تعاني من مشاكل ضخمة في تصميمها .^(١٥)

٢٤ - وقامت دراسات عديدة بإجراء مقارنات داخل اطار ظروف العلاج ، فاختبرت المرضى بخصوص عدد من المتغيرات (مثل مدى تعاطي المخدرات ، ومقدار الجرائم التي ارتكبت ، وسجل العمل ، والحالة الصحية) قبل دخول العلاج وأثناء العلاج وبعده .^(١٦) غير أن هذه المنهجية تعرضت للانتقاد على أساس أن الفترة السابقة للعلاج مباشرة هي الفترة التي يحرز فيها المرتهن بالمخدرات درجات أعلى في عدد من القياسات مما كان يمكنه احرازه قبل ذلك بستة أشهر مثلا .^(١٧) وقد بذلت بعض المحاولات للتغلب على هذه المشكلة باستخدام نهج طولاني ، ولكن هذا النهج بالغ التكلفة

وينطوي على مصاعب كبرى في متابعته على المدى الطويل. (١٨) وهناك عامل ذو صلة ، وهو أنه بينما يتزايد تقارب الآراء بشأن ما هي المؤشرات الجوهرية التي ينبغي ادخالها في عمليات التقييم لا يوجد بعد توافق في الآراء. (١٩)

٢٥ - وإلى جانب القضايا المنهاجية توجد كذلك قضايا تتعلق بأهداف العلاج . وقد نوقش على نطاق واسع في المؤلفات هدف الامتناع كهدف وحيد أو مهيم. (٢٠) غير أنه أشير إلى أن "ابعاد المدمنين كلية عن تعاطي المواد الأفيونية أو كل المخدرات غير المشروعة ليس الا أحد معايير النجاح ، إذ أنه لا يمكن تجاهل سلوكهم الاجرامي ومشاكلهم النفسية وخلاف ذلك من جوانب حياتهم . وتبعاً لتنوع أنماط الحياة والمشاكل الملازمة لها ، يلزم بالضرورة قياس التحسن في عدد من النواحي ... ففي حدود ما يحققه نمط علاجي من تحسن يكون فعالاً بقدر أو آخر . وبالتالي لا تكون فعالية العلاج مسألة نجاح أو فشل ، بل هي مسألة مقدار التحسن لكم من المرضى وعلى مدى أي فترة من الزمن. (٢١)

٢٦ - وبمجرد استخدام أهداف وسيطة وقياسات للنتائج خلاف التوقف فوراً عن تعاطي المخدرات تصبح المناقشة متعلقة باستخدام مفاهيم الوقاية من الثالثة . ويوجد في الواقع متصل يمتد من الوقاية الأولية عبر الثانوية حتى الوقاية من الثالثة . وهناك فوائد كثيرة تعود على الفرد والمجتمع يمكن تحقيقها أثناء السير على طريق بلوغ حالة عدم تعاطي المخدرات ، سواء أكان هناك اعتراف بتلك الفوائد أم لا . وعند السعي ، في كل الظروف ، إلى تحقيق هدف عدم تعاطي المخدرات ، ثمة خطر يكمن في احتمال اغفال الكثير من الفوائد الأخرى الناجمة عن التدخل ، وفي أنه قد يحكم على التدخل بأنه فاشل بينما يكون قد حقق الكثير في الواقع ، ونوه لفترة وجيزة من الزمن. (٢٢) وتدل البيانات الآتية من الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث ربما تكون قد أجريت غالبية البحوث في هذا الميدان ، على أن معدل الارتكاس يبلغ عموماً ٨٠ في المائة بعد انقضاء ثلاثة أشهر على وقف العلاج ، ويمكن بالمثل تفسير ذلك على أنه معدل نجاح مقداره ٢٠ في المائة ، مع حاجة بعض الأفراد إلى تكرار العلاج ، ولكنه يحتمل أيضاً أن تكون هناك فوائد واضحة لكل من الفرد والمجتمع أثناء فترة العلاج والوقت السابق للارتكاس .

ثانياً - الوقاية الأولية

ألف - جعل البرامج فعالة

٢٧ - تحتم المبادئ المبينة بإيجاز أعلاه تصميم الوقاية الأولية بحيث تكون ملائمة لأنواع محددة من المخدرات في سياقات محددة . فعلى سبيل المثال ، إذا جمعت إحدى الحملات صراحة أو ضمناً بين تدخين القنب وحقن الهيروين في الوريد فإن الرسالة التي تحملها تفقد مصداقيتها ، حيث أنه من المعلوم على نطاق واسع أن احتمال الإصابة بالمرض أو الوفاة يختلف بين تدخين القنب وحقن الهيروين .

٢٨ - والمبدأ الأول لجعل البرامج فعالة هو أنها ينبغي أن تكون ذات صلة باحتياجات الجمهور المستهدف وبمعتقداته وتصورات ، وإذا كانت البرامج أو السياسات غير ذات صلة بمجموعة الأشخاص التي يراد منها التأثير على سلوكهم فلا عجب أن كانت غير فعالة. (٢٣) وهناك مصاعب تعرقل الوصول

الى بعض متعاطي المخدرات تعاطيا غير مشروع ، ولكنها ليست مصاعب غير قابلة للتذليل. (٢٤)

٢٩ - وأحد النهج التي يمكن اتباعها ، بعد تحديد الجمهور المستهدف ، هو محاولة تخفيف الكثير من عوامل المخاطرة المدرجة في الجدول . وهذا من بين الأهداف المقبولة عموما لسياسة التعليم والرعاية الاجتماعية وخلاف ذلك من مجالات اجتماعية ، بصرف النظر عن أهداف السياسات المتعلقة بالمخدرات . وهذه المخاطر تتضمن السلوك المنطوي على مشاكل والمستمّر من وقت مبكر ، واستلاب الفرد وتمرده ، وممارسات الادارة في محيط الأسرة ، وتدني الروابط مع الأسرة ، والنزاعات الأسرية ، والفشل في الدراسة ، وقلة الالتزام بالمدرسة ، والنّبذ من جانب الأنداد ، والحرمان الاقتصادي الشديد ، وانعدام التنظيم في الأحياء السكنية . وهي في حد ذاتها لا تنحصر في حيز السياسة المتعلقة بالمخدرات . فعلى سبيل المثال ، يتفق الكثير من عوامل الخطر التي ترتبط بالطلب غير المشروع على المخدرات تلك مع عوامل الخطر التي تبيّنها البحوث التي تجرى في ميدان انحراف الأحداث و "احتراف الجريمة" في بعض أنواع الجرائم . ومن الجدير بالذكر ، فيما يتعلق بصوغ برامج الوقاية الأولية من المخدرات ، أن ادراك العوامل المرتبطة ببدء التعاطي لا يعني بالضرورة أن من الملائم أن تستهدفها السياسة المتعلقة بالمخدرات .

٣٠ - وقد وضعت طائفة من برامج الوقاية الأولية في حدود المعالم والمصاعب المعترف بها والتي بينت بايجاز أعلاه . ويشكل تقليل عوامل المخاطرة وكذلك زيادة العوامل الوقائية ، نقطة بداية جذابة لصوغ التدخلات الوقائية . والمبادئ الأساسية لتصميم تدخلات الوقاية الأولية هي التالية: (٢٥)

(أ) التركيز على عوامل المخاطرة المعروفة ؛ و (ب) عند تقليل المخاطرة ، تعزيز العوامل الوقائية المعروفة ؛ و (ج) تناول عوامل المخاطرة والعوامل "الوقائية" عند مراحل مناسبة من النمو ؛ و (د) التدخل في وقت مبكر ، قبل استقرار السلوك المستهدف ؛ و (هـ) شمول المعرضين لدرجة عالية من الخطر ؛ و (و) التصدي لعوامل المخاطرة المتعددة باستراتيجيات متعددة . ويرد أدناه وصف موجز لهذه المبادئ . وبعض جوانب هذا الاطار أو كلها يدخل ضمنا في كثير من الجهود التي بذلت حتى الآن في ميدان الوقائية الأولية .

باء - أنواع البرامج

١ - حملات التوعية العامة

٣١ - لاستخدام وسائط الاعلام الجماهيري لنشر المعلومات والدعاية تاريخ حافل وموثق توثيقا جيدا في تغيير الاتجاهات والسلوك في طائفة متنوعة من ميادين الحياة العامة . ولا يلزم بالضرورة أن تكون الفعالية مستندة الى تقديم حجج منطقية أو معلومات صحيحة . فغالبية الأدلة المستمدة من التاريخ السياسي ومن صناعة الاعلان تشير الى أن خمسة معايير هي التي تحدد مدى فعالية البرامج ، وهي : مصداقية الرسالة ؛ مصداقية صاحب الرسالة ؛ وسيلة تقديم الرسالة ؛ عدم وجود رسالة مضادة قوية ؛ عدم وجود مصادر بديلة للمعلومات قد تخالف الرسالة المروجة . وتتباين أهمية كل من هذه العوامل حسب الظروف .

٣٢ - وتهدف حملات التوعية العامة الى تغيير المعايير الاجتماعية المتعلقة بالطلب غير المشروع . والأسلوب الرئيسي المتبع في حملات التوعية العامة لكل من الوقاية الأولية والوقاية من الثالثة هو

نشر المعلومات عن طريق اعلانات في وسائط الاعلام ، ومن بينها التلفزيون والاذاعة ولوحات الاعلانات العامة والصحف والمجلات والنشرات الاعلامية . وتتوقف الحاجة الى هذه البرامج والقدرة على تنفيذها على الظروف المحلية ، وهي كثيرة التباين من دولة الى أخرى . ومن حيث بلوغ أهداف الوقاية ، ولا يعني ذلك بالضرورة أن تكون حملات التوعية العامة تثقيفية كلها أو صحيحة من حيث الواقع .

٣٣ - ويتعين على غالبية حملات الوقاية الأولية أن تتنافس في نفس الساحة مع تأثيرات ثقافية وتأثيرات أخرى تحفز الطلب غير المشروع أو تخره . وقد تؤدي كثرة ارتباط المخدرات غير المشروعة بالشخصيات التي تظهر في وسائط الاعلام ، مثل الفنانين المحبوبين ، الى جعلها تبدو جذابة للمتعاطين المحتملين ، من خلال ربطها بالصفات الايجابية التي تتسم بها الشخصيات المعنية . وبالمثل تنتشر المعدات والدراية اللازمة للانتاج غير المشروع انتشارا واسعا النطاق . فمعدات الزراعة المائية يعلن عنها صراحة ، حيث أن لها استخدامات مشروعة الى جانب استخداماتها غير المشروعة . والكتب التي تحتوي على "صفات" لصنع المنشطات من نوع الأمفيتامينات ، و "نصائح زراعة القنب في البيت" من بين أمثلة المعلومات التي تتزايد اتاحتها على نطاق واسع من خلال الوسائط الالكترونية أو في شكل كتب منشورة . ويمكن لكل من مناصري ومعارض استعمال المخدرات على نحو غير مشروع اتخاذ موقف الواعظ الذي يدعو الى رأيه . ويبدو أن المنافذ الاعلامية التي تروج للتعاطي غير المشروع ، اذا ما اجتمعت مع الحافز الاقتصادي الكامن في الاتجار بالمخدرات غير المشروعة وبيعها ، ستواصل نشاطها ، مع احتمال توسعها تمشيا مع انتشار تلك التكنولوجيا وامكانية الحصول على المعلومات عالميا .

٣٤ - وقد قيل ان حملات الاعلام العامة جاءت في بعض الحالات بنتائج عكس ما كانت تتوخاه ، مثلما حدث في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وايرلندا الشمالية ، حيث تبين من تقييم مستقل لحملة كان شعارها "الهيروين يسيء اليك" وروج لها في مختلف وسائط الاعلام لم تحقق أي أثر وقائي (٢٦) أما احتمال أن تؤدي مواد التوعية العامة والمواد التثقيفية وغيرها التي يراد منها منع الطلب غير المشروع أو تقليله ، الى لفت الانتباه في قطاعات معينة من المجتمع الى توافر المخدرات المحظورة ووسائل تعاطيها ، فهو قضية عسيرة لم تحسم بعد .

٣٥ - وتوحي المؤشرات المستمدة من بعض الدراسات الاستقصائية التي أجريت في الولايات المتحدة بأنه قد حدث في السنوات الأخيرة انخفاض عام في الطلب في بعض القطاعات السكانية (٢٧) بيد أنه لا يمكننا أن نقطع بأن هذا قد تحقق نتيجة لتأثير تدابير الوقاية الأولية ، لأنه قيل من ناحية أخرى ان هذا قد حدث نتيجة لتأثير مجموعة العوامل المتباينة ، منها تناقص استعداد المجيبين على الاستبيانات في الإبلاغ عن التعاطي غير المشروع للمخدرات (٢٨) وتوحي مؤشرات أخرى في نفس الوقت بزيادة الطلب غير المشروع في القطاعات السكانية التي تتعاطى المخدرات تعاطيا غير مشروع (٢٧) وقد حدث تحول أكثر عمومية نحو أساليب معيشة أصح وانخفاض في الاستهلاك المشروع للنيكوتين وتغيرات اجمالية في أساليب المعيشة ربما أثرت بصورة غير مباشرة على الجاذبية المتصورة للتعاطي غير المشروع للمخدرات . وربما كان البعض أيضا قد فسر التحولات الاجمالية نحو "أساليب معيشة أصح" ، بما في ذلك انخفاض استهلاك النيكوتين واللحوم وزيادة الأنشطة البدنية ، بأنها تقتضي التقليل من استهلاك المخدرات غير المشروعة .

٢ - البرامج الاضائية المعنية بالفترة المحيطة بالولادة وبالفترة السابقة للإلتحاق بالمدرسة

٣٦ - روجت مؤخرا البرامج المعنية بالفترة المحيطة بالولادة وبالفترة السابقة للإلتحاق بالمدرسة ، التي تستهدف عوامل خطر محددة باعتبارها وسيلة لخفض الطلب غير المشروع الذي سينشأ لدى الأطفال في مراحل لاحقة من حياتهم . بيد أنها عموما تستهدف العوامل الأعم وليس عوامل الخطر الخاصة بالمخدرات على وجه التحديد . ومن ثم فإنها ، بدلا من أن تحصر اهتمامها في مشكلة التعاطي غير المشروع للمخدرات ، تسعى الى تخفيف عوامل تم تحديدها لاستهدافها بالمبادرات المتعلقة بالسياسة الاجتماعية ، مثل الحرمان الاجتماعي ومسائل رعاية الأطفال والصحة والتعليم . وفي حين أنه قد يكون هناك توافق عام في الآراء الى حد ما حول تخفيف هذه المشاكل الاجتماعية ، إن لم يكن حول وسائل تحقيق هذه الغاية ، فإن هدف الحيلولة دون البدء في التعاطي غير المشروع للمخدرات لا يمثل سوى عنصر ضئيل نسبيا .

٣٧ - وتتمثل برامج الفترة المحيطة بالولادة في تدخلات تركز على الحوامل والأطفال حديثي الولادة ، وهي تهدف الى خفض التعاطي غير المشروع للمخدرات الذي سينشأ لدى الأطفال بعد ذلك بسنوات عديدة . وهذا يتضمن استهداف عوامل خطر مثل الحرمان الاقتصادي ، والعوامل التي تؤثر في صحة الأطفال ونموهم . وعلاوة على ذلك حثد التعرض قبل الولادة للمخدرات غير المشروعة ، وعوامل من بينها الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة وضعف العلاقة بين الطفل ومقدم الرعاية في فترة الطفولة المبكرة ، باعتبارها مشاكل تتعلق بالنمو فيما بعد وبالتالي باعتبارها اشارات منذرة بعوامل الخطر المحددة في الجدول الوارد أعلاه .^(٢٩) وتتمثل التدخلات السابقة للإلتحاق بالمدرسة في خفض احتمالات الخطر وتعزيز العوامل الوقائية في فترة الطفولة المبكرة . وهذه العوامل الأخيرة تشمل تعزيز التعلم ، واللغة ، والمهارات الاجتماعية التي ستلزم في المدرسة فيما بعد .

٣٨ - وعدد التقييمات السليمة من الناحية الاحصائية لهذه النهج محدود حتى الآن ، وهذا يرجع الى حد ما الى فترة المتابعة الطويلة اللازمة لقياس ما اذا كان للتدخلات الانمائية تأثير ، على مدى عقد أو عقدين ، في تعاطي الأطفال المعنيين غير المشروع للمخدرات . بيد أن عدم وجود تقييمات قد يعكس أيضا أن الوقاية من التعاطي غير المشروع للمخدرات كثيرا ما تكون مجرد جانب ثانوي لبرامج التحسين الاجتماعي الأعم . وتوجد حالات مسجلة لتدخلات سابقة لسن الإلتحاق بالمدرسة خفضت الخطر وحسنت السلوك الاجتماعي في المدارس لكن هذه التدخلات لم تقيم حتى الآن من ناحية أثرها في التعاطي غير المشروع للمخدرات .^(٣٠) وفي حين قد تكون التحسينات التي حدثت في الخدمات المعنية بالفترة المحيطة بالولادة والتعليم السابق للإلتحاق بالمدرسة مفيدة فان الآلية التي يتفادى بها التعاطي غير المشروع للمخدرات في فترة المراهقة أو بعدها ضعيفة بسبب تأثير مجموعة كبيرة من المتغيرات الوسيطة التي تحدث في السنوات الفاصلة .

٣ - التثقيف في المدارس

٣٩ - يتضمن التثقيف في المدارس ، في العادة ، نوعين من النهج تجاه مشكلة الطلب غير المشروع هما : تقديم المعلومات بهدف تغيير المواقف ثم تغيير السلوك ، ودعم الفرد لتمكينه من اكتساب مهارات لتحمل أعباء الحياة ومقاومة ضغط أقرانه عليه لكي يتعاطى المخدرات .

٤٠ - وقد تم التخلي الى حد بعيد عن تكتيكات التخويف أو الصدم التي استخدمت في وقت من الأوقات ، وذلك لأنه ثبت أنها تؤدي الى عكس المقصود منها . فمصادقية مقدم المعلومات تتعرض للشك فيها اذا عرف أن المعلومات غير دقيقة عند مقارنتها بما لدى المتلقي من معرفة ومعلومات ، ولذا يجري تجاهل الرسالة وجميع الرسائل التالية . وكلما انتشر التعاطي غير المشروع للمخدرات بين الشباب كلما فشل نهج التخويف ، لأنه تكون متاحة لهم مصادر بديلة للمعلومات . وتقديم المعلومات وحده لا يؤثر ، فيما يبدو ، في سلوك التعاطي غير المشروع للمخدرات . وتتضمن النهج الأخرى مهارات الرفض ، والمهارات الاجتماعية ، ومهارات اتخاذ القرارات ، وتعزيز احترام الذات . وعلاوة على ذلك اتبع أسلوب ترويج البدائل ، أي إتاحة أنشطة تنافس الاثارة المحيطة بالتعاطي غير المشروع للمخدرات .^(٣١)

٤١ - وحدثت زيادة مطردة في عدد برامج التثقيف المدرسي المتعلق بالمخدرات ، كما حدث تحول تدريجي في تركيزها من أحاديث منعزلة محددة يقدمها خبراء خارجيون الى برامج يقودها المعلمون تعالج مسائل أساليب المعيشة الصحية ، يوضع فيها التعاطي غير المشروع للمخدرات في سياق أوسع . وقد ثبت عدم فعالية البرامج التي تقتصر على تقديم المعلومات . فقد بينت دائما البحوث التي أجريت في البلدان المختلفة أن زيادة المعرفة ليس لها أي تأثير تقريبا في تعاطي المواد أو في اعتزام التدخين أو تعاطي الكحول أو المخدرات في المستقبل القريب .^(٣٢) وبين النهج الأوسع تجاه التثقيف المتعلق بالمخدرات أنه من الممكن تأخير البدء في تعاطي المخدرات ، الذي يتعلق تعلقا وثيقا بالتعاطي اللاحق الأكثر تواترا الذي يصبح مشكلة من الناحية الصحية . وقد أشير مثلا الى أنه يبدو أن التبغ ، على وجه التحديد ، هو عقار مهم يمكن أن يكون معبرا أو مدخلا لتعاطي المخدرات فيما بعد أثناء النمو .^(٣٣)

٤٢ - وأشيد بعدد كبير من برامج الوقاية المدرسية باعتبارها فعالة . وقد خلص تحليل لتقييمين واسعي النطاق لبرنامجين للتأثير الاجتماعي ، هما برنامج التدريب على مهارات الحياة ودراسة تعاونية أعدتها منظمة الصحة العالمية ، الى أنه لا يمكن أن يفترض أنه توجد بالضرورة أهمية عملية للفارق المهم احصائيا الذي يلاحظ عند المتابعة بين مجموعة تعرضت لتدخل ومجموعة مقارنة .^(٣٤)

٤٣ - وقد تبين من تحليل مقارن لـ ١٤٣ برنامجا من برامج وقاية المراهقين من تعاطي المخدرات أن نهج البرامج التي يقودها الأقران هو أفضل من النهج الأخرى . فقد أسفرت برامج الأقران عن النتائج الوحيدة التي بينت تغيرا نحو الغاية النهائية المتمثلة في خفض أشكال السلوك المرتبطة بتعاطي المخدرات . واتضح من هذه الدراسة أنه لم تثبت صحة الافتراض الأساسي الذي تقوم عليه معظم برامج التثقيف المتعلق بالمخدرات ، وهو أنه لتغيير السلوك يتعين تغيير المواقف . فقد تغيرت أنماط تعاطي المخدرات دون أن يكون ذلك مصحوبا بتغيير في المواقف .^(٣٥) ويبدو أن برنامج التثقيف المتعلق بالمخدرات الذي يجمع بين نهج القيادة من جانب الأقران ونهج المهارات التثقيفية والانمائية يؤدي الى نتائج مبشرة .^(٣٦) وقد اتضح من وضع برامج يقودها الأقران لمعالجة الطلب غير المشروع على الأمفيتامينات في المملكة المتحدة خارج البيئة المدرسية أن البرامج التي يقودها الأقران قد تنجح باعتبارها وسيلة للردع عن استعمال الهيروين أو عن الانتقال الى الحقن بيد أن تدخلات الأقران وسيلة أقل فعالية بكثير من حيث الوقاية الأولية ،^(٣٦) وهذا الاستنتاج يوحى بأنه يمكن أن تتحقق من هذا النهج فوائد عرضية تساعد على تحقيق أهداف الوقاية الثالثة .

٤٤ - وتوجد أدلة متضاربة بشأن فعالية الأنشطة البديلة في أن تحل محل التعاطي غير المشروع للمخدرات . وعلى الرغم من أن آراء معينة ذهبت الى أن هذه الأنشطة غير فعالة فقد خلص التحليل

المقارن الى أنها ناجحة لدى فئات سكانية خاصة ، وانها وان كانت أنشطة مكثفة وتنطوي على برمجة مكلفة فقد غيرت سلوك سكان كان الأمل في تغيير سلوكهم شبه معدوم. (٣٥)

٤٥ - وفي الولايات المتحدة ، يمكن أن تستقى من برنامج التثقيف لمقاومة تعاطي المخدرات (DARE) دروس مهمة في مجال الوقاية المدرسية الأولية ويستخدم في البرنامج رجال شرطة مدربون تدريباً خاصاً لتثقيف أطفال المدارس فيما يتعلق باستراتيجيات مقاومة بدء تعاطي المخدرات غير المشروعة ، وللتأثير في مواقفهم ومعتقداتهم وسلوكهم. (٣٧) والهدف الأساسي من منهج هذا البرنامج هو تعليم مهارات مقاومة ضغوط الأقران بتزويد الطلبة بمجموعة من الاستراتيجيات لرفض تعاطي المخدرات . وهذا البرنامج الذي بدأ في لوس أنجلوس في عام ١٩٨٣ قد انتشر الى جميع الولايات الخمسين في الولايات المتحدة والى ستة بلدان أخرى . ويبين انتشاره السريع مدى قبوله على نطاق واسع بوصفه أحدث ما وصلت اليه برامج الوقاية المدرسية الأولية ؛ وقد أسفرت عدة تقييمات أولية للبرنامج ، أحيطت بدعاية واسعة النطاق ، عن نتائج لصالح البرنامج ، (٣٨) بما في ذلك تقييمات لمشاريع محددة مثل مشروع SMART ، (٣٩) ومشروع ALERT. (٤٠) ومن المعروف الآن أن عددا كبيرا من التقييمات الأولية لبرنامج التثقيف لمقاومة تعاطي المخدرات التي أسفرت عن نتائج مواتية قد تضمنت جوانب قصور بسبب مجموعة من المشاكل المنهجية المختلفة المماثلة لما وصف آنفا في هذا التقرير فيما يتعلق بقياس الفعالية . وقد ورد في تقييم أجري عام ١٩٩٤ ما يلي : "كانت أوجه الضعف المنهجية كبيرة عموما ، ومن بينها عدم اختيار العينات اختيارا عشوائيا وعدم اجراء قياس سابق للاختبار وصغر حجم العينات وعدم جدارة القياس بالثقة وعدم وجود ضوابط احصائية في التحليل". (٤١)

٤٦ - وفي تجربة عشوائية طويلة لاحقة استخدمت عينة كبيرة جعلت التجربة ، فيما يبدو ، أقوى التقييمات وأكثرها تطورا من الناحية الاحصائية لنهج الوقاية المدرسية الأولية حتى الآن . وقد خلص التقييم المستقل الذي نشر في عام ١٩٩٤ الى أنه على العكس من الاعتقاد الشائع والتنبؤ القائم على النظرية فان ،

"فعالية البرنامج لم تثبت بعد ... اذ لم يكن لبرنامج التثقيف لمقاومة تعاطي المخدرات آثار رئيسية ذات أهمية احصائية في تعاطي المخدرات ، وكانت له آثار قليلة في المواقف والمعتقدات المتعلقة بالمخدرات." (٤٢)

٤٧ - وتوصل استعراض للتثقيف المتعلق بالمخدرات فيما يزيد على ١٠٠ مدرسة في استكلندا الى نتائج مماثلة فيما يتعلق بجزء كبير من العمل الذي جرى في الولايات المتحدة . فقد خلص تقرير التقييم الى أن "سلسلة من عمليات القياس قد أوضحت بأن لدى التلاميذ بعض التصورات الايجابية للتثقيف المتعلق بالمخدرات . بيد أن قياس النواتج أوضح أنه كان للتثقيف المتعلق بالمخدرات تأثير ضئيل". (٤٣) وفي نفس الوقت خلص التقرير الى أنه "على الرغم من ذلك فانه من الجدير بالذكر ان التعاطي غير المشروع للمخدرات ليس جزءا من حياة معظم التلاميذ المشمولين بالدراسة ... ومن المهم أيضا ملاحظة أي مقياس لم يبين أن التثقيف المتعلق بالمخدرات ارتبط بزيادة في تعاطي المخدرات." (٤٣)

٤٨ - وكانت الاستنتاجات المتعلقة بالوقاية المدرسية الأولية هي أنه قد يكون من المفيد تركيزها بقدر أكبر على العوامل المتصلة مباشرة بتعاطي المخدرات غير المشروع بدلا من التركيز على المهارات الاجتماعية الأعم والتدريب المتعلق باحترام الذات ، لأن المجموعة الكبيرة من النهج المختلفة قد تضعف استراتيجيات المقاومة بدلا من أن تعززها . غير أن الجوانب الأخرى من هذا النهج ، غير

المختصة بالمخدرات ، يمكن ، في الممارسة العملية ، أن تحقق أهداف إضافية من أهداف السياسة الاجتماعية والتعليمية . ولوحظ أيضا في أحد التقييمات أن تحقيق نتائج ايجابية لا يكون مضمونا لمجرد أن البرنامج يهدف الى صالح المجتمع ويتمتع بتأييد واسع النطاق وتستثمر فيه موارد كبيرة .^(٤٤) فحيثما لا توجد سياسة مترابطة ، يمكن أن ينتهي الأمر بالمعلمين الى اتباع ممارسات وقائية غير فعالة ، بل وحتى سلبية الأثر .^(٤٥)

٤٩ - وتواجه برامج التثقيف المدرسي المتعلق بالمخدرات بعض الصعوبات فيما يتعلق باستهداف أكثر السكان عرضة لتعاطي المخدرات غير المشروع . وتوجد أدلة على أن المتهربين من الدراسة أكثر عرضة أيضا لتعاطي المخدرات غير المشروع وأكثر عرضة أيضا لممارسة أشكال أخرى من جنوح الأحداث ، وهذا يمثل مشاكل منهجية للدراسات الاستقصائية المدرسية المتعلقة بالتعاطي غير المشروع للمخدرات وكذلك للجهود التكوينية . وإذا لم يكن أكثر الأشخاص عرضة لتعاطي المخدرات غير المشروع ملتحقين بالمدارس فقد يبدو حينئذ أن البرامج المدرسية فعالة ، لأن أكثر الأشخاص عرضة لتعاطي غير المشروع للمخدرات يكونون غير مشمولين بالبرنامج المدرسي .

٤ - برامج الشباب

٥٠ - تتناول أجزاء أخرى من هذا التقرير عناصر برامج الشباب المتعلقة بالتوعية وبثقيف الشباب فيما يتصل بمشاكل المخدرات . ومن ثم فإن هذا الفصل يركز على الجانب الالهي من برامج الشباب ، الذي يرمي الى تقليل فرص تعاطي المخدرات عن طريق زيادة نسبة الوقت المقضي في أنشطة بديلة مشروعة . والمشكلتان الرئيسيتان اللتان يواجههما هذا النهج هما أن الآلية الوقائية لا تركز على السكان المستهدفين أو ليست قوية بما فيه الكفاية لبلوغ أهداف الوقاية الأولية .^(٤٦)

٥١ - وكثير من برامج الشباب ، مثل مراكز الشباب والأنشطة الرياضية الخارجة عن نطاق المناهج الدراسية وغيرها من الأنشطة ، عام وليس مركزا في نهجه . ودون التمييز بين الشباب الأكثر عرضة لتعاطي غير المشروع للمخدرات والشباب الأقل تعرضا لهذا الخطر فإن معظم الموارد تنفق على من لن يكن من شأنهم ، حتى دون هذا النهج ، أن يتأتى عنهم طلب غير مشروع على المخدرات . وعلاوة على ذلك فإن أكثر الشباب تعرضا لهذا الخطر هم أيضا أقلهم عرضة للاشتراك في برامج الشباب .

٥٢ - بيد أنه عندما توجه البرامج البديلة فئات سكانية خاصة فإن نسبة نجاحها تكون مرتفعة وتساوي في الواقع نسبة نجاح البرامج التي يقودها الأقران ، وتؤدي الى نتائج أفضل من البرامج التقليدية للتثقيف المتعلق بالمخدرات .^(٤٧) والبرامج الناجحة هي البرامج التي تصمم لتلبية احتياجات كل شخص على حدة ، والتي تشمل أنشطة لتعزيز الكفاءة الشخصية ، مثل مهارات القراءة ومهارات العمل وكذلك المغامرة البدنية .

٥ - اختبارات الكشف عن تعاطي المخدرات

٥٣ - الأسباب الرئيسية الأربعة الاجراء اختبارات الكشف عن تعاطي المخدرات باعتبار تلك الاختبارات وسيلة لتحديد ما اذا كان شخص ما قد تعاطى مخدرات غير مشروعة هي : الردع ، والتحقق من الامثال ، والتحقق من كفاءة الشخص ، وقياس اتجاهات الطلب . ويعتقد أنه اذا كان هناك برنامج لاجراء الاختبارات فإن التعاطي غير المشروع للمخدرات سيردع ، لا سيما اذا كان التعاطي يؤثر في

وضعية الشخص الوظيفية . ولذا فان اختبارات الكشف عن تعاطي المخدرات يمكن أن تعتبر وقاية أولية ووقاية ثانوية لأنها قد تردع عن بدء التعاطي وقد تشجع على الاقلاع عن التعاطي . ويمكن استخدام الاختبارات أيضا للتحقق من الامتثال لنظام المعالجة ، واختبار الكفاءة في تشغيل الآلات أو المركبات . ويعتبر الأخير في غاية الأهمية حيثما تؤثر كفاءة المشغل في عدد كبير من الناس ، كما في حالة الطيارين وقباطنة السفن وسائقي الحافلات أو أي شخص يتولى رعاية آخرين . ويدور جدل كبير حول مسألة ما اذا كانت الاختبارات تردع أو لا تردع .^(٤٧) وقد أجري في بحرية الولايات المتحدة أنجح وأكثف برنامج لاختبارات الكشف عن تعاطي المخدرات ،^(٤٨) لكن مسألة ما اذا كانت هذه الاختبارات يمكن أن تطبق على فئات أخرى من السكان . ولا سيما نزلاء السجون ، هي مسألة أخرى .^(٤٩)

٥٤ - وكانت بعض تقنيات اختبارات الكشف عن تعاطي المخدرات محل مناقشة من ناحية جدارتها بالثقة . ومعظم الاختبارات يكون في البداية من نوع اختبارات المناعة ، التي لا يمكن التحقق منها الا بأسلوب استشفاف الغازات المقترن بالقياس الطيفي للكتلة .^(٥٠) وهذا الأسلوب لا يطبق كثيرا ، وذلك خصوصا بسبب التكاليف التي ينطوي عليها ، وعليه فان القرارات تتخذ على أساس اختبارات يمكن أن تسفر عن نتائج موجبة خاطئة ، أي عن تحديد بعض الأشخاص ، خطأ ، كمتعاطين للمخدرات تعاطيا غير مشروع .

ثالثا - الوقاية الثانوية

ألف - جعل البرامج فعالة

٥٥ - توجد أدلة متزايدة على أن فعالية البرامج لا تتوقف على شكل البرنامج ولا على نوع الخدمات بل على تكييف البرنامج ليوافق احتياجات الفرد وعلى نوعية تنفيذ الخدمات . ومن ثم فان نتيجة البرنامج قد تتأثر بمدى مرونة البرنامج ونوعية الموظفين ومعنويات المتعالجين والعاملين أكثر مما تتأثر بالطابع الفعلي للخدمة المقدمة .^(٥١) وهناك أيضا المشكلة الأزلية المتمثلة في تحديد ما هو فعال . ولا توجد مقاييس للنجاح متفق عليها . فهناك عدد كبير من البرامج العلاجية يدخل في عداد من عولجوا بنجاح أي متعالج يكمل مدة علاجه ؛ وعليه يعتبر أن المتعالجين قد عولجوا بنجاح اذا كانوا عند اكمالهم البرنامج لا يتعاطون المخدرات . وهناك نظم أخرى لا تعتبر العلاج ناجحا الا اذا انقطع المتعالج عن تعاطي المخدرات لمدة محددة من الزمن . وهنا أيضا لا يوجد اتفاق على طول المدة . فبعض دراسات المتابعة تحدها بثلاثة أشهر ، وأخرى تحدها بستة أشهر ، والبعض الآخر يحدها بثلاث سنوات . كما لا يوجد اتفاق حول السلوك الذي يدل على النجاح . وعلى سبيل المثال اذا خضع شخص لبرنامج لازالة السموم من البدن بسبب الادمان على الهيروين ، ولكنه بدأ يدخن القنب ، فيما بعد ، فهل تعتبر هذه الحالة دليلا على النجاح أم الفشل ؟ واذا تحول الشخص ، عوض ذلك ، الى مدمن كبير على الكحول ، فهل يشكل ذلك اخفاقا ؟

٥٦ - وطرائق العلاج واعادة التأهيل الخاصة بالوقاية الثانوية وضعت ، في المقام الأول ، لتخفيض الطلب المشروع والطلب غير المشروع على المواد الأفيونية ولا سيما الهيروين . وفي فترة أقرب ، استخدمت نهج الوقاية الثانوية لتخفيض الطلب غير المشروع على المواد الأخرى المسببة للارتهاج حيثما أمكن تبين مجموعة من المرتهنيين . ومن الجدير بالذكر أن نهج الوقاية الثانوية لا تتناول الجزء الأكبر من الطلب غير المشروع على بعض المواد المحظورة ، مثل القنب وثاني ايثيلاميد حامض الليسرجيك (ل. س. د) ومجموعة مواد عقار "النشوة" من نوع ميتيلين ديوكسي ميتامفيتامين

(م. د. م. أ). وبالنسبة لهذه المواد المخدرة ، فإن السعي الى تخفيض الاستهلاك يتم ، عادة ، عن طريق استخدام نهج الوقاية الثالثة التي تبرز ما قد يكون لتلك المواد من نتائج سلبية على الصحة تتصل بالتسمم الحاد والمزمن الذي قد ينجم عن تناول كميات كبيرة مرة واحدة أو الاستهلاك المتكرر والمستمر للمواد غير المشروعة .

٥٧ - ويتوقف تنفيذ خدمات العلاج وإعادة التأهيل على امكانية الوصول الى مجموعة الأشخاص المستهدفين ممن يتعاطون المخدرات غير المشروعة . والسبيل المعتاد للوصول الى أولئك الأشخاص هو النظام الطبي ، مثلما في الأطباء والمستشفيات ، وهي الجهات التي يتصل بها متعاطو المخدرات غير المشروعة . كما تستخدم في الاتصال بالمتعاطين الخدمات الامتدادية* والعمل المجتمعي ، مصحوبة ، في بعض الأحيان ، بأنشطة الوقاية الثالثة . وهناك ما يثبت أن الخدمات الامتدادية المستندة الى الوقاية الثالثة تصل الى فئات من السكان أكثر تهميشا ، توجد بينها نسب عالية من المتعاطين بالحقن الوريدي^(٥٢) . وعليه فإن مصداقية تقنيات الوقاية الثالثة التي تسعى الى تقليص المخاطر الصحية التي يتعرض لها الأفراد المتعاطون يمكن أن تشكل في بعض الحالات معبرا أو مدخلا لتنفيذ الوقاية الثانوية التي تهدف ، على نحو مباشر بقدر أكبر ، الى تقليص مستوى الطلب غير المشروع .

٥٨ - وقد بحثت دراسة مستقلة أجريت مؤخرا الفعالية التكلفة لبرامج الوقاية ، ولا سيما برامج علاج المرضى خارج المستشفيات وبرامج العلاج السكنية ، مقارنة باستراتيجيات تخفيض العرض بوصفها وسيلة لتقليل الاستهلاك غير المشروع . ولم يستفد الا قليلا ، في العديد من المجالات المشمولة بالسياسات الخاصة بالمخدرات ، من الدراسات التحليلية التي تقارن بين الاستراتيجيات . وتوحي الأدلة المحدودة الموجودة بأن هذا المجال قد يكون مجالا خصبا للبحوث . وخلصت الدراسة الى أن أقل برامج مراقبة العرض تكلفة (وهو انفاذ القوانين محليا) يكلف ٧ر٢ أضعاف ما يكلفه العلاج لتحقيق نفس المستوى من تقليل الاستهلاك^(٥٣) . وفي حين أن المعرفة المتعلقة بهذا المنظور التحليلي المعين محدودة في الوقت الراهن ، فإنه يمكن أن يشكل في السنوات المقبلة اتجاها جديرا بالاهتمام في مجال تحليل رصد الموارد لأنشطة الوقاية وأنشطة تخفيض العرض على الصعيدين الوطني والدولي .

باء - أنواع البرامج

٥٩ - هناك أنواع كثيرة من العلاج لمتعاطي المواد المخدرة غير المشروعة ، تشمل تناول الميثادون لمدة طويلة (أي ازالة السموم من البدن في الأجل الطويل) ، وازالة السموم من البدن ، والمجموعات العلاجية ، وتقديم المشورة بشأن التخلص من تعاطي المخدرات ، والطب الايورفيدي** ، والوخز بالإبر . وتتوقف فعالية العلاج ، الى حد كبير ، على تصميم العلاج حسب احتياجات المرضى ، سواء من حيث نوع العقار المخدر الذي يتم تعاطيه على نحو غير مشروع ، أو نمط التناول غير المشروع (التناول العرضي مقابل الارتهان ، والتناول عن طريق الفم مقابل الحقن الوريدي) ، أو احتياجات الفرد أو الوسط الثقافي الذي يتم فيه التعاطي غير المشروع . كما أن نوع العلاج المتاح يتوقف عادة

* أي التي تسعى الى الوصول الى المحتاجين اليها في أماكنهم (الترجمة العربية) .

** الطب الهندوسي القديم .

على ما هو مقبول ثقافيا وعلى الأشخاص المكلفين بمعالجة المشكلة أو على مهتهم . ففي البلدان التي يكون فيها الأطباء النفسانيون هم المسؤولون عن العلاج ، تكون نهوج العلاج النفسي والنماذج الطبية هي السائدة ، ولكن حينما يعتبر الارتهان بتعاطي المواد المخدرة غير المشروعة ناتجا عن حالة روحية فان قدرا أكبر من التركيز سينصب على هذا الجانب من السلوك البشري .

٦٠ - ومن المسلم به بصفة عامة وجود نهوج مختلفة تتعلق بمتعاطي المخدرات المرتهن بها ومتعاطيها غير المرتهن بها . فالمتعاطي المرتهن يعاني من حالة ارتكاس مزمنة تنطوي على عوامل بيولوجية واجتماعية - ثقافية واقتصادية ونفسية تساهم جميعها في دفعه الى التعاطي .^(٥٤) "وعليه فان علاج تعاطي المواد المخدرة غير المشروعة ليس مسألة طبية محضة ولكنه يتعلق بمجموعة واسعة من الاعتبارات الاجتماعية " .^(٥٥) ويعرض الجزء الأول من هذا الفصل مناقشة حول تقنيات العلاج التي استحدثت في البلدان النامية ، والتي يوجد بشأنها عدد قليل نسبيا من الدراسات التقييمية المستندة الى أساس احصائي متين . في حين يبحث الجزء الأكبر من الفصل الخيارات الدوائية البديلة للعقاقير المحظورة . ويلى ذلك فصل مقتضب عن اعادة التأهيل .

٦١ - وكما هو الشأن بالنسبة لعدد كبير من جوانب السياسات المتعلقة بالمخدرات ، فان العدد الذي جرى تقييمه على نحو شامل من النهوج الوقائية المتنوعة المتبعة في البلدان النامية أقل منه في البلدان المتقدمة النمو . ونتيجة لذلك فان المعارف قليلة الى حد ما بشأن طبيعة وأثر وفعالية الطائفة الواسعة المتوافرة من النهوج العلاجية . وفي عدد من البلدان يستخدم الطب التقليدي ، الذي يختلف مضمونه حسب الثقافات والسياق . ولاحظت تقارير مستقلة أن الطب الأيورفيدي استخدم في بعض الحالات في الهند .^(٥٦) وفي بلدان أخرى ، وفقا لما أوردته تقارير مستقلة من ماليزيا مثلا ، يكون العلاج التقليدي المستخدم لمعالجة الارتهان مستندا ، في بعض الأحيان ، الى الاعتقاد بأن الناس معرضون لتأثير عوامل فوق طبيعية ، الى جانب الأسباب الجسدية ، تزيد من احتمالات حدوث الارتهان .^(٥٦) وفي هذه الحالات ، يركز المعالجون التقليديون على الحالة العامة للفرد ، وتشتمل عملية ازالة السموم على استعمال الأدوية النباتية والتمارين الجسدية وتعزيز الصحة البدنية .

٦٢ - وتزايد ، في السنوات الأخيرة ، انتشار استخدام الوخز بالإبر في معالجة الارتهان . واستخدم الوخز بالإبر في عملية ازالة السموم من البدن في حالات ادمان المواد الأفيونية ، في فييت نام وهونغ كونغ وغيرهما ، ويقال انه استخدم أيضا في الولايات المتحدة .^(٥٦) واستعملت التقنيات الصينية التقليدية للوخز بالإبر لعدة سنوات وعلى نطاق واسع في مناطق بالولايات المتحدة ، حيث قيل ان الوخز بالإبر يخفف أعراض الانقطاع عن التعاطي ، ويمنع التوق الى المواد المخدرة ويزيد من معدل مشاركة المتعالمين في البرامج العلاجية الطويلة الأجل . وتم تحقيق أفضل النتائج في اطار المجموعات العلاجية المفتوحة ، باستخدام الوخز بالإبر في نقاط في الجهة الخارجية من الاذن دون اللجوء الى الحفز الكهربائي .^(٥٧) وهناك مؤلفات ذات صلة عن العلاج باستعمال تقنيات التأمل .^(٥٨) وفي سياقات أخرى ودول أخرى ، منها الهند ، استخدمت اليوغا والتأمل في اطار برامج العلاج السلوكي واعادة التأهيل ، بهدف المساعدة على الارتخاء والاسهام في تكوين اتجاه جسدي ونفسي ايجابي أثناء عملية العلاج واعادة التأهيل .^(٥٩)

١ - البدائل شبه الأفيونية

(أ) الميثادون

٦٣ - جرت ، في عام ١٩٦٥ ، أول محاولة موثقة لاستخدام هيدروكلوريد الميثادون في معالجة السريرية للمدمنين على الهيروين .^(٦٠) وبعد ذلك أدخل الميثادون تدريجياً كبديل للهيروين في معالجة الأشخاص المرتهنين بالهيروين . والميثادون هو في الوقت الراهن العقار الرئيسي الذي يستخدمه الأطباء في معالجة الأشخاص ذوي الارتهان الشديد في البلدان المتقدمة النمو ، وذلك سواء فيما يتعلق بالانقطاع من التعاطي أو بالمعالجة طويلة الأجل . وقد أكدت دراسة مفصلة أجريت مؤخراً بشأن فعالية المعالجة طويلة الأجل بالميثادون نتائج عدد كبير من الدراسات التي أجريت في الماضي ، وخلصت إلى أن "العلاج الطويل الأجل بالميثادون فعال في التقليل من تعاطي المخدرات ، والجرائم ، وغير ذلك من السلوكيات الانحرافية ، بين المتعاطين الذين يواصلون العلاج".^(٦١)

٦٤ - كما لاحظت الدراسة المذكورة في الفقرة السابقة وجود اختلافات كبيرة بين برامج العلاج الطويل الأجل بالميثادون ، بحيث أن وصف الميثادون هو القاسم المشترك الوحيد فيما بينها . وهناك تباينات في المدمنين المتعاطين ، وطبيعة البرامج ، والخدمات الفعلية المقدمة ، والنتائج التي يحققها المتعاطون . غير أنه اتضح أن البرامج التي يشكل فيها وصف الميثادون جزءاً من برامج أوسع نطاقاً للعلاج والرعاية وإعادة التأهيل أكثر فعالية من البرامج التي لا يمارس فيها هذا الأسلوب .

(ب) ليفو-ألفا-اسيتيل ميثادون (ل. أ. م)

٦٥ - جرى منذ الستينات بحث امكانية وصف الليفو-ألفا-اسيتيل ميثادون (ل. أ. م) كبديل للميثادون . وفي الولايات المتحدة ، اعتمد ل. أ. م. رسمياً ، في عام ١٩٩٣ ، بوصفه وسيلة للمعالجة طويلة الأجل للادمان على المواد شبه الأفيونية . و"ل. أ. م. مسكن شبه أفيوني اصطناعي يماثل مفعوله ، من حيث النوعية ، مفعول المورفين ، وهو يؤثر على الجهاز العصبي المركزي وعلى العضلة الملساء . وكما هو الحال بالنسبة للمواد الشاذة (المسببة للتوتر) شبه الأفيونية ، تشمل آثاره الرئيسية إزالة الآلام والتسكين . ومع تكرار تناوله ، تكتسب القدرة على تحمل هذه الآثار . وتحدث عادة لدى التوقف عن التناول المزمّن لعقار ل. أ. م. متلازمة أعراض تشبه المتلازمة المرافقة للامتناع عن تناول المواد شبه الأفيونية الأخرى ، لكن بدايتها أبطأ ومدتها أطول وأعراضها أخف . والمفعول شبه الأفيوني للعقار ل. أ. م. أبطأ بدايةً وأطول مدة (حتى ٧٢ ساعة) من تأثير الميثادون (٢٤ ساعة)".^(٦١)

(ج) بوبرينورفين

٦٦ - البوبرينورفين من العوامل البديلة الجديدة التي يجري بحث استخدامها في معالجة الادمان على المواد شبه الأفيونية . وله مفعول شاد جزئي في بعض مستقبلات المواد شبه الأفيونية ومفعول مضاد في بعضها الآخر . وهو مضاد للآلام عالي المفعول يتجاوز تأثيره تأثير المورفين بـ ٢٥ إلى ٤٠ ضعفاً . وقد جرى عدد من الدراسات التي تقارن بين استخدام البوبرينورفين واستخدام الميثادون في تجارب التعمية المزدوجة . * وتمثلت الاستنتاجات في أنه "فيما يتعلق بالمتعاطين الذين يحتاجون إلى علاج

* أي التي لا يكون فيها الباحث ولا الخاضع للتجربة على علم بهوية الآخر وغير ذلك من المعلومات التي قد تسبب تحيزاً في نتيجة التجربة (الترجمة العربية) .

طويل الأجل من الادمان ، يوفق عدد كبير منهم بفضل استعمال البوبرينورفين^(٦١) ولكن البوبرينورفين لا يصلح لجميع المتعالجين ، ولا سيما الذين لديهم قدرة عالية على تحمله .

(د) العلاجات الدوائية التعويضية للادمان على المواد شبه الأفيونية

٦٧ - من الأسباب الرئيسية التي يعتمد عليها في اختيار عقار عوضا عن عقار آخر المدة الزمنية التي يبلغ فيها مفعوله الذروة ، ومن مؤشرات ذلك عمر النصف للعقار ، ويتيح عمر النصف للمخدر قياس فقد المخدر نهائيا من الدم .^(٦٢) فعندما يتم امتصاص الهيروين في الجسم ، يستقلب الهيروين (يتحول) الى أحادي اسيتيل المورفين والى مورفين . ويبلغ عمر النصف للهيروين ٣ دقائق ، في حين يتراوح عمر النصف للمورفين بين ساعتين و ٣ ساعات . ويتراوح عمر النصف للميثادون بين ١٠ ساعات و ٢٥ ساعة ، ويبلغ متوسطه ١٥ ساعة ، ولكن بعد استخدامه للعلاج الطويل الأجل من الادمان يزيد عمر النصف ليتراوح بين ١٣ ساعة و ٥٥ ساعة ، بمتوسط ٣٠ ساعة . وبناء على ذلك ، ينبغي تناول الميثادون على فترات أقل من فترات تناول الهيروين . واذا لزم تناول العقاقير بالحقن الوريدي ، فان عدد الحقنات اليومية اللازمة سيكون ثلاث حقنات أو أربع للهيروين ، وحقنة واحدة أو اثنتين للميثادون ، وذلك اذا كانت مستويات الجرعات متعادلة . ومن ثم ، فان الأضرار الجسدية تقل في حالة الميثادون ، لا سيما عندما يقوم المريض نفسه بعمليات الحقن . ويقال ان الميثادون لا يثير "النشوة" التي يشعر بها المدمن لدى تناوله الهيروين . ويتراوح عمر النصف لدى العقار ل.أ.م. بين ٣٠ ساعة و ٦٥ ساعة ، ويبلغ متوسطه ٥٠ ساعة ، وهذا هو السبب في الاهتمام الكبير بهذا المخدر . ويتراوح عمر النصف للبوبرينورفين بين ٤ ساعات و ٦ ساعات .^(٦٣)

٢ - البدائل غير شبه الأفيونية

(أ) الأيبوغائين

٦٨ - الأيبوغائين من قلويدات الاندول المؤثرة على العقل والتي نجدها في شجيرة تابرنانت إبوغا (Tabernanthe Iboga) التي تنمو في غربي أفريقيا ، وقد زعم ، بناء على ملاحظات متناقلة عديدة بأن لتلك الشجيرة خواص "مضادة للادمان" . ويزعم أنها تشكل وسيلة سريعة وسهلة لوقف الادمان ، لا ادمان المواد الأفيونية وحده بل أيضا ادمان الكوكايين والأمفيتامين والكحول والنيكوتين ومتلازمة الارتهاان بمخدرات متعددة . وتدعم هذه الفرضية دراسات في المرحلة قبل السريرية بينت أن الأيبوغائين يخفض التعاطي الذاتي لكل من الكوكايين والمورفين ويخفف من أعراض الانقطاع عن المورفين .^(٦٤) ويستخدم الأيبوغائين في الوقت الراهن على أساس تجريبي . وقد خلصت نفس الدراسات الى أنه على الرغم من عدم امكانية تقييم فعالية هذا العقار تقييما دقيقا ، بسبب عدم وجود دراسات مقارنة ملائمة ، فقد تزايد الاهتمام بالأيبوغائين بوصفه علاجا ضد الادمان .

(ب) النالوكسون والنالتريكسون

٦٩ - تم اختبار علاجات بديلة أخرى مثل استخدام العقاقير التي تستطيع أن تزيل آثار المواد الأفيونية ، أي المضادات مثل نالوكسون ونالتريكسون . ولم تسفر التجارب القليلة التي تمت باستخدام النالوكسون عن نتائج حاسمة حتى الآن . لكن يبدو أن النالتريكسون عقار مساعد مفيد في العلاج لدى مجموعات محددة من الأشخاص مثل الأطباء المتماثلين للشفاء وغيرهم من ممارسي المهن الفنية وسواهم ممن يتبأون مراكز اجتماعية - اقتصادية عالية . ولا يمكن اعطاء النالتريكسون سوى للأشخاص الذين لا تحتوي أجسامهم على أية مواد شبه أفيونية ، ومن ثم لا يمكن وصفه للأشخاص الذين يخضعون للعلاج لأول مرة . وبالنسبة للمدمنين على الهيروين ، يتعين عليهم ألا يتناولوا الهيروين لمدة تتراوح بين خمسة أيام وسبعة أيام قبل تناول النالتريكسون ، في حين تتراوح هذه المدة بالنسبة للميثادون بين ١٠ أيام و ١٤ يوما . وقيل ان نجاح النالتريكسون في الحيلولة دون عودة الأشخاص من ذوي المراكز الاجتماعية العالية الى تعاطي المخدرات يعود جزئيا الى النتائج السلبية التي لا بد أن تنجم عن العودة الى الادمان .

(ج) الكلونيدين

٧٠ - الكلونيدين مادة شادة (مسببة للتوتر) ذات مفعول ألفا - أدريناليني ، تقمع آثار الانقطاع عن تعاطي المواد شبه الأفيونية . ويمكن استخدامه في الأجل القصير لازالة السموم من البدن لدى مدمني المواد شبه الأفيونية . و " يقتصر دور الكلونيدين في علاج ادمان المواد شبه الأفيونية على الأسابيع الأولى من الانقطاع عن التعاطي . ولا يمكن اعتبار الكلونيدين علاجا كافيا لادمان المواد شبه الأفيونية ، لأن معدلات الارتكاس ، بعد استخدام جميع أشكال ازالة السموم ، معدلات عالية الى أقصى حد . ولا يمكن أن يعتبر الكلونيدين سوى علاج انتقالي يمكن أن يستخدم في الأحوال التي يكون فيها الميثادون غير متاح أو يكون استخدامه غير مقبول أو غير ملائم ."^(٦٥)

(د) العلاج بعقاقير أخرى

٧١ - توصف أحيانا ، من أجل تخفيف المشاكل المرتبطة بأعراض الانقطاع عن التعاطي ، مثل الأرق ، أدوية أخرى مثل المواد البنزوديازيبينية ، ولكنها عادة لا توصف الا لمدة قصيرة من الزمن .

٢ - العلاج دون عقاقير

٧٢ - من أنواع العلاج دون عقاقير المجموعات العلاجية والعلاج في العيادات الخارجية دون عقاقير ، حيث قد يقدم الارشاد ، أو العلاج الجماعي ، أو المعلومات ، أو الدعم . ومنها ، علاوة على ذلك ، الوخز بالابر والطب الفيدي ، اللذان يمكن أن يكونا فعالين لدى بعض فئات الناس ، ولكن لم تجر بشأنهما تقييمات محكمة واسعة النطاق .

٧٣ - وقد استحدث نهج المجموعات العلاجية في عام ١٩٥٨ بإنشاء "السينانون" في الولايات المتحدة . وقد أنشئ العديد من البرامج منذ ذلك الحين ، وانتشرت الفكرة في الكثير من بلدان العالم . ويقتضي من الخاضعين للعلاج أن يعيشوا كامل يومهم داخل مجموعة علاجية لمدة تتراوح بين ٩٠ يوما وعدة سنوات . ولذلك يتعين عليهم أن ينقطعوا عن العمل ، اذا كانوا يعملون ، وأن يتركوا بيوتهم وأسرتهم . والهدف من العلاج هو تجريد المتعاطي من الخصائص الأساسية لشخصية المدمن ومساعدته على إعادة بناء أنواع جديدة من السلوك والاتجاهات والقيم ، من أجل الحفاظ على الامتناع طوال العمر عن تعاطي الكحول والمخدرات وعلى تنمية توجه رئيسي لأسلوب حياته .^(٦٥)

٧٤ - وقد أوضحت التقييمات التي أخضع لها هذا النهج أنه فعال فيما يتعلق بمن يكملون البرنامج . غير أن نسبة قليلة من المدمنين هي المستعدة للخضوع لهذا العلاج ، وهناك نسبة تسرب عالية جدا في بداية البرنامج . وهذا الشكل من أشكال العلاج مكلف الى أقصى حد ، علاوة على ذلك . والعاملان الرئيسيان اللذان يحددان هذه التكلفة هما طول مدة العلاج وضرورة علو نسبة الموظفين الى المتعاطين .

٤ - إعادة التأهيل

٧٥ - في اطار نهج الوقاية الثانوية ، تجرى أحيانا ، بعد العلاج وازالة السموم ، إعادة تأهيل . وهي تجرى عادة لمن اجتازوا عملية العلاج وازالة السموم ، وتهدف أساسا الى إعادة ادماج الفرد في المجتمع المحلي . ويمكن أن يتخذ هذا الجانب من جوانب الوقاية الثانوية أشكال متنوعة من النصح والمساعدة ويمكن أن تشتمل على التدريب على المهارات وكذلك إعادة الادماج في المجتمع . وعادة ما يشمل النصح والمساعدة الاعانة على البحث عن عمل ، وقد كانا ، بهذه الصفة ، مجال تركيز جهود منظمة العمل الدولية . وبقدر امكانية أن تؤدي إعادة التأهيل الى تخفيض عوامل الخطر (أي العوامل التي تساعد على امكانية الوقوع في التعاطي) المرتبطة بأسلوب الحياة الذي كان متبعاً قبل الارتهان بالمخدرات ، يمكن أن تساعد على منع الارتكاس الى تعاطي المخدرات غير المشروعة .

٧٦ - ويمكن توجيه جهود إعادة التأهيل مباشرة الى المرتهين بتعاطي المخدرات الذين لم يخضعوا لعلاج سابق . وتهدف إعادة التأهيل وإعادة الادماج في المجتمع ، في هذه الحالات ، الى استرداد الحالة السابقة لبدء تعاطي المخدرات غير المشروعة .^(٦٦) غير أن إعادة تأهيل أشخاص آخرين ، ولا

سيما صغار السن من متعاطي المخدرات غير المشروعة ، وإعادة ادماجهم في المجتمع ، قد يستوجبان محاولة تكوين حالة معيشية لم يسبق لأولئك الأشخاص أن عاشوها .

رابعا - العلاقات بين الوقاية الأولية والوقاية الثانوية

ألف - المشاركون

٧٧ - تتداخل الوقاية الثانوية تداخلا كبيرا مع كل من الوقاية الأولية والوقاية الثالثة . والتداخل مع الوقاية الأولية هو من حيث أن الكثير من البرامج والأساليب المستخدمة لمحاولة منع بدء تعاطي المخدرات يستخدم أيضا لمحاولة احداث الانقطاع عن التعاطي لدى من يتعاطون المخدرات غير المشروعة أحيانا بل ومن يتعاطونها كثيرا . ويحدث التداخل بين الوقاية الثانوية والوقاية الثالثة بسبب صعوبة وضع فاصل مفهومي واضح بين نهاية الوقاية الثانوية وبداية الوقاية الثالثة ، وهذا ما يتجلى في الممارسة في كثير من الأحيان . وطبقا لما سبق ايضاحه فعندما تشتمل أهداف العلاج على أهداف أخرى علاوة على الهدف المتمثل في الامتناع التام عن التعاطي ، يتضمن العلاج جوانب من الوقاية الثالثة تؤدي الى تخفيض معدلات الاصابة بالأمراض ومعدلات الوفيات بين متعاطي المخدرات غير المشروعة ، ومن شأن استبعاد تلك الأهداف من الوقاية الثانوية أن يخفض الكفاءة التكلفة وأن يتناقض ، في الواقع ، مع المبادئ التي تستند اليها النظم الصحية والطبية لكثير من الدول الأعضاء .

٧٨ - ويشارك في صوغ وتنفيذ سياسات الوقاية الأولية والثانوية أناس من معظم قطاعات المجتمع المدني . وتختلف من بلد الى آخر الهيئة الحكومية أو المنظمة التي تتولى الريادة في هذا المجال ، ولكن يبدو أن أنجح البرامج هي المستندة الى شراكة بين مختلف قطاعات المجتمع . ويبدو أنه ، لدى عمل المنظمات والهيئات معا ، يعزز ما في كل منها من جوانب القوة ما في سائرهما من تلك الجوانب . وأقل البرامج فعالية هي التي يتنافس فيها مختلف الهيئات الحكومية ، أو تتنافس الحكومة والمنظمات ، على " ملكية " المشكلة وعلى الحق في تقرير السياسات . ويبدو أن التعاون والتآزر بين الهيئات والمنظمات ، الذي يضم طائفة واسعة من المنظمات تمتد من المستوى المحلي الى المستوى الوطني ، يهيء أفضل الظروف لصوغ برامج فعالة .

٧٩ - والهيئات والمنظمات الحكومية ، على جميع مستويات التمثيل ، من أهم الجهات التي تشارك في صوغ وتنفيذ برامج الوقاية . وللنظمات ذات المنظور الوطني والهيكل الوطني مزايا في صوغ الخطة الوطنية ، التي يمكن تصميمها بحيث تلبي الاحتياجات المحلية من خلال التعاون مع الهيئات الاقليمية والمحلية . وهذا الهيكل يساعد على الحفاظ على منظور وطني شامل ومتماسك ، في حين أنه متجاوب مع الاحتياجات والمقتضيات المحلية ومع المجتمعات المحلية ومتكامل معها . وهذا أمر هام بوجه خاص لأن غالبية المشاريع والبرامج ، مثل البرامج المدرسية ، تنفذ على الصعيد المحلي . وفي حين أن هذه البرامج قد تبدأ وتنسق على الصعيد الوطني فان البرامج التي يكاد تنظيمها أن يقتصر على الصعيد الوطني وحده هي أساسا الحملات التي تقوم بها وسائط الاعلام الوطنية .

٨٠ - ويتزايد التسليم بالعلاقة بين القطاع الخاص والمجتمع المحلي وبالذور الذي يمكن للقطاع الخاص أن يؤديه في الوقاية من تعاطي المخدرات . وقد يستر برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات ومنظمة العمل الدولية ، بدعمها لمؤتمرين دوليين بشأن الصلة بين القطاع الخاص

والمجتمع المحلي ، هذه الصلة* . وفي حين أن الاعتماد المتبادل بين المجتمع المحلي ومؤسسات المجتمع المحلي والقطاع الخاص مسلم به في كثير من الدول المتقدمة النمو منذ القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين فإن المشاكل المتصلة بتعاطي المخدرات غير المشروعة أبرزت هذا الاعتماد المتبادل في السنوات الأخيرة .

٨١ - وقد سبق التشديد على أهمية المجتمع المحلي في الوقاية من تعاطي المخدرات في مذكرة الأمانة عن المبادئ الأساسية لخفض الطلب (E/CN.7/1995/4) . وهناك أمثلة عديدة لردود فعالة من جانب المجتمعات المحلية على مشكلة تعاطي المخدرات ، وعدة نصوص عن الكيفية التي تحقق بها ذلك^(٦٦) . ومن يتعاطون المخدرات هم في النهاية أطفال أحد الناس أو جيرانه أو أصدقائه ، وهم يعيشون في مجتمع محلي . ويشعر الفرد والوسط الاجتماعي المباشر والمجتمع المحلي جميعاً بأثر تعاطي المخدرات غير المشروعة . وقد شدت على أهمية ردود المجتمع المحلي التي تحدث من خلال الشراكات التي يقيمها مع طائفة متنوعة من الهيئات والمنظمات . والدور الذي يقوم به المجتمع المحلي بمفرده دور محدود ، وذلك أساساً بسبب الافتقار إلى الموارد أو السلطة ، ولكن المجتمع المحلي ينبغي أن يعتبر شريكاً هاماً وضرورياً في التصدي لمشاكل تعاطي المخدرات .

٨٢ - ويتحقق الكثير من الأعمال في المجتمع المحلي من خلال المنظمات غير الحكومية^(٦٧) . وهذه أكثر المنظمات التصاقاً ، في العادة ، بما يحدث في المجتمع المحلي ، وذلك بحكم أنها تعمل في إطاره فعلاً . وقد يصاغ على الصعيد الوطني الاطار العريض للسياسات ، ولكن يلزم تكييفه للظروف المحلية وتنفيذه محلياً^(٦٨) . وقد تقوم بذلك منظمات كثيرة مختلفة ، منها المنظمات التابعة للدولة ، ولكن المرتكز الأساسي للنجاح هو العمل المشترك على تنفيذ السياسات .

٨٣ - والأهوان مشاركان هامان إلى أقصى حد في الوقاية من تعاطي المخدرات ، ولا سيما الوقاية الأولية . ويمكن الوصول إليهما عن طريق المدارس وعن طريق أنشطة المجتمع المحلي وكذلك عن طريق برامج أماكن العمل . وثمة شواهد توحى بأن البرامج الخاصة بالأبوين ينبغي أن تكون جزءاً لا يتجزأ من عملية التعليم ، لا جهوداً منفصلة خارج اطار المناهج الدراسية^(٦٩) .

باء - البيئات المحيطة

٨٤ - لوسائل الاعلام دوران في الوقاية من تعاطي المخدرات . فالدور الأول هو استخدام الحملات الاعلامية استخداماً مباشراً ، من جانب الحكومات عادة ، لتوعية الجمهور بالمشكلة . وقد تتناول وسائل الاعلام أيضاً أحداثاً تنشر الوعي بالمشكلة ، مثل عرض نتائج تقييم لحالة تعاطي المخدرات . وكلا الأمرين يمكن أن يكون وسيلة يعرض بها على الجمهور مدى المشكلة وطبيعتها ، مما قد يؤدي بدوره إلى تكوين اتجاهات متعاطفة مع انفاق الأموال على الوقاية من التعاطي الأولي وعلى تقديم الخدمات إلى من لديهم مشكلة تعاطي مخدرات ، ومتقبلة لذلك الانفاق . ويمكن أن تكون وسائل الاعلام أيضاً مصدراً للمعلومات عن تعاطي المخدرات . غير أن هذا الدور قد يختل إذا قدمت معلومات غير دقيقة ، وقد قيل ان وسائل الاعلام يمكن أن تساعد أحياناً ، في مختلف مجالات الحياة العامة ، على تكوين تصورات مبالغ فيها للسلوك الذي يعتبر منحرفاً .

* أنظر تقرير الأمانة عن التعاون الاقليمي في مجال خفض الطلب (E/CN.7/1996/7) .

٨٥ - ولقد سبق أن بحثنا دور المدارس في تقديم البرامج التثقيفية عن المخدرات ، باعتبار تلك البرامج جزءاً من برنامج أشمل عن أساليب الحياة الصحية ، وباعتبارها أيضاً أنشطة بديلة أيضاً يمكن أن تتاح للتلاميذ . بيد أن المرافق المدرسية كثيراً ما يستخدمها خارج أوقات الدوام المدرسي الأساسية أفراد آخرون من المجتمع المحلي . ذلك أن مد جسور العلاقات بين المدرسة والمجتمع المحلي يساعد في كثير من الأحيان على تعزيز الأنشطة التي يظطلع بها كلاهما .

٨٦ - وفي كثير من البلدان تظطلع منظمات الشباب بأنشطة في ميدان الوقاية من المخدرات ، وكثيراً ما تقدم اسهامات قيمة في سبيل اتاحة الأنشطة البديلة للناشئين . كما أن المنظمات الدينية قد تقوم بدور أيضاً في ميدان الوقاية ، وثمة منظمات كثيرة منها تعمل في ميدان المعالجة على وجه الخصوص .

٨٧ - أما الفرصة المتاحة لاستخدام مكان العمل كإطار للقيام ببرامج الوقاية من تعاطي المخدرات ، فلم يعترف بها على نطاق واسع إلا منذ عهد حديث نسبياً ، وخصوصاً لأن القطاع الخاص أصبح يشارك بنشاط أكثر من قبل في البرامج المعنية بمكان العمل وفي الأنشطة المشتركة مع المجتمعات المحلية التي ينتمي إليها . ولا تقتصر مزية استخدام مكان العمل كإطار لمثل هذا النشاط على اتاحة الامكانية للتصدي لمشاكل تعاطي العاملين المحتمل أو الفعلي للمخدرات فحسب ، بل تشمل أيضاً اتخاذ مكان العمل قناة للوصول إلى أسر العاملين . وتنفذ الآن شركات كثيرة برامج لتقديم المساعدة إلى المستخدمين ، لا تركز على العاملين فقط ، بل كذلك على أسرهم . فقد لا يكون لدى كثير من العاملين مشكلة تعاطي مخدرات هم أنفسهم ، بل تكون هذه المشكلة في أسرهم . ومن مصلحة رب العمل التصدي لهذه المشاكل لأنها كثيراً ما تؤثر في انتاجية العاملين وتسعى البرامج أيضاً إلى الوصول إلى المجتمع المحلي من أجل تعبئة العمل المجتمعي ودعمه وتعزيزه ، عملاً بمبدأ تكامل البرامج ، مما من شأنه أن يجعل كل برنامج يزيد من فعالية الآخر .

٨٨ - ويجري استحداث نهج جديدة ، مثل نماذج الدعم المتبادل بين الأتراب بمساعدة الخدمات الامتدادية في إطار التفاعل الجماعي ، وهذه استراتيجية ابتكارية ترمي إلى مساعدة مدمني الشوارع على ضبط تعاطيهم المخدرات أو الحد منه أو وقفه^(٧٠) . ويعد هذا تطويراً للنماذج الامتدادية الخاصة بالمجتمع المحلي ، التي استخدمت حيناً من الزمن محاولة للوصول بالخدمات إلى متعاطي المخدرات ممن لا يتلقون المعالجة .

٨٩ - في كثير من الولايات القضائية ، يتاح للمحاكم الخيار في أن تطبق على متعاطي المخدرات عقوبات غير احتجازية . وقد بحثت لجنة المخدرات هذا التدبير في دورتها الثامنة والثلاثين للجنة المخدرات لدى النظر في تقرير الأمانة عن بدائل الادانة والسجن (E/CN.7/1995/6) . وتشير الأدلة إلى أن هذا التدبير يكون طريقة ناجحة في تقليل تعاطي المخدرات ، إذا اقترن بالرعاية اللاحقة الخاضعة للإشراف وبالرصد الموضوعي^(٧١) . وقد تبين أن التزام المجتمع المدني "مفيد في استجلاب المدمنين لتلقي العلاج ، ولكنه ليس علاجاً ولا يمكن أن يحل محل العلاج"^(٧٢) .

٩٠ - وتؤوي المؤسسات الاحتجازية عدداً كبيراً ومتزايداً من الأشخاص المدانين بجرائم ذات صلة بالمخدرات ، وكثير منهم يتعاطون العقاقير المخدرة تعاطياً غير مشروع ، وبعضهم مرتنون بتعاطيها . ويطرح ذلك مشاكل معينة ، لا للمؤسسات فقط من حيث الانضباط في السجن ، بل للنزلاء الآخرين أيضاً الذين قد يبدأون تعاطي المخدرات لأول مرة وهم في السجن . وهذه حقيقة تصدق في كثير من المناطق في العالم : فقد ذكرتها على الخصوص دول أعضاء من القارة الأمريكية ، في استبيان التقرير السنوي ،

حيث أفادت إحدى الدول الأعضاء في تقريرها أن ما تتراوح نسبته المقدرة بين ٨٠ في المائة كحد أعلى و ٣٠ في المائة كحد أدنى ، من النزلاء يواصلون تعاطي المخدرات غير مشروع (E/CN.7/1996/5 ، الفقرتان ٤٦ و ٤٧) . ولدى كثير من المؤسسات فرصة لتثقيف النزلاء ، وتقديم المشورة إلى المتعاطين غير المواثيق ، ومعالجة المتعاطين المرتهنين . ولكن أكثر المؤسسات الاحتجاجية لا يفتنم الفرصة للتدخل بتوفير الوقاية الأولية والثانوية ، وذلك من جراء شح الموارد المتاحة للقيام بذلك . ويمكن أن يقال أن هذا يعد فرصة ضائعة . إذ ضمن مجتمع مغلق كالمؤسسة الاحتجاجية ، تستطيع السياسات العامة المصممة لأغراض التثقيف وإسداء المشورة وتوفير المعالجة ، إذا ما وجهت نحو أهدافها توجيهها صحيحا ، أن تحقق تأثيرا دائما . ودون اتباع هذه السياسات ، من المرجح أن يزداد عدد الذين لديهم مشاكل تعاطي مخدرات ممن يفرج عنهم من السجن ، بما فهم أولئك الذين يبدأون تعاطي المخدرات في السجن . وهذه القضايا وغيرها من القضايا ذات الصلة بالتفاعل بين عدد مرتكبي الجرائم المتصلة بالمخدرات ، وشح موارد العدالة الجنائية ، وسياسات الحكم بالعقاب ، والسياسات الجنائية ، هي قيد النظر على الدوام لدى الحكومات ، والأمل معقود على المبادرة وشيكا إلى وضع استراتيجية محكمة بشأن التصدي لهذه المشاكل .

خامسا - الاستنتاجات

٩١ - تطورت على مدى السنين معرفة نظرية وتجريبية كبيرة فيما يتعلق بنهوج الوقاية الأولية والثانوية . وكان من العوامل الأساسية التي ساعدت على استحداث هذه القاعدة المعرفية التقدم الكبير الذي أحرز في فهم المسائل المنهجية المتعلقة بقياس فعالية وتأثير تدابير الوقاية ، سواء ما ينفذ منها بمفرده أو في مجموعة . إضافة إلى أن تعزيز فهم عوامل الخطر المتعلقة بالطلب غير المشروع على المخدرات ، ولا سيما العوامل المقترنة ببدء التعاطي ، قد أدى دورا مهما في تطوير هذه القاعدة المعرفية ، على الرغم من أن معرفة العوامل المقترنة بالعمليات التي تؤدي إلى استمرار التعاطي وتطور الارتهان ومرحلة التعاطي الضار والتوقف عن التعاطي ، ما زالت أقل تطورا .

٩٢ - وقد تواصلت الأبحاث والتقييمات الواسعة النطاق التي جرت في مجال الأنشطة المتنوعة الخاصة بالوقاية الأولية والثانوية ، التي نفذت في بلدان مختلفة واستهدفت مختلف قطاعات السكان ، إلى مجموعة من النتائج والاستنتاجات تتسم بقدر مدهش من التوافق واستقلال البرامج التي استحدثت ونفذت في مختلف الدول يتيح درجة عالية من الثقة بتلك النتائج والاستنتاجات التي يمكن استخلاصها . بيد أن هذا لا يعني أنه ليس ثمة من حاجة تدعو إلى تصميم النهوج كلا على حدته على حسب الظروف المحلية . إذ إن النتائج التي تظهر فيما يتعلق بتأثير وفعالية الاستراتيجيات والنهوج ، هي - كما يتوقع مزيج من النتائج ، يثبت فيه أن فعالية بعض النهوج أكثر من غيرها .

٩٣ - كما إن عملية مقارنة المعلومات المتاحة المتعلقة بالوقاية الأولية والثانوية أوضحت المنافع التي يمكن أن تستمد من الجمع بين هذين النهجين ونهج الوقاية الثالثة ، لأن هذه النهوج الثلاثة متصلة من حيث المبدأ ومن حيث الممارسة على حد السواء . ولقد استحدثت كثير من الدول نهجا متكاملا ومتوازنا يستخدم جوانب من كل من مستويات الوقاية الأولية والثانوية والثالثة . وفي كثير من مجالات التنفيذ ، وخصوصا فيما يتعلق باكتساب المصداقية لدى السكان المستهدفين وبتركيز الموارد على الفئات التي تحتاج إليها أشد الاحتياج ، يظهر بوضوح الترابط وعلاقة الدعم المتبادل بين النهوج الثلاثة .

٩٤ - وتشمل نهوج الوقاية الأولية حملات التوعية العامة ، والتدخلات في النمو قبل الولادة وبعدها وقبل مرحلة المدرسة ، والتثقيف والتربية في المدرسة ، والبرامج المعنية بالشباب ، واختبارات كشف تعاطي المخدرات . أما الوقاية الثانوية فتشمل تقليل الطلب غير المشروع على المخدرات من خلال مختلف أشكال المعالجة واعداد التأهيل . وتشير الأدلة النظرية والتجريبية المتوفرة الى أن فعالية الوقاية الأولية أصبحت موضع تساؤل حاليا ، في حين يبدو أن هنالك أدلة على أن الوقاية الثانوية تستطيع أن تؤدي الى تقليل الطلب على المخدرات ، والى التوقف عن تعاطيها ، في بعض الظروف . ومع أن نهوج الوقاية الثانوية تنطوي على معدل ارتكاس عالي الدرجة ، فقد بينت دراسات مختلفة أن كثيرا من جوانبها فعالة من حيث فعالية التكلفة ؛ وهناك أدلة تشير الى أن بعض نهوج المعالجة قد يكون أكثر فعالية من حيث فعالية التكلفة من نهوج تقليل عرض المخدرات في سبيل تقليل الطلب غير المشروع على المخدرات . بيد أن المحدودية النسبية للمعلومات المتعلقة بالدراسات المقارنة للاستراتيجيات المتعددة تعني أن هذه المقولة ، على الرغم من أنها مجال للبحث يمكن أن يكون مشمرا ، لا يمكن حاليا اعتبارها نتيجة مؤكدة لأحدث ما توصلت اليه المعرفة في هذا الصدد .

٩٥ - ويبين هذا التقرير بوضوح أن ثمة تطورات كبيرة حدثت في قاعدة المعرفة فيما يتعلق بنهوج الوقاية الأولية والثانوية ، على الرغم من تباين تلك النهوج من حيث الشمول والمنهجية بخصوص التنفيذ والتقييم على حد سواء . كما أن مزيج النتائج ، الذي ينم عن اختلافات بين مختلف النهوج فيما يتعلق بتأثيرها وبفعاليتها التكلفة ، هو أمر ينبغي أن يكون متوقعا ، بالنظر الى تعدد النهوج المشمولة وتنوعها .

الحواشي

(١) لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية المعنية بالارتهاان للمخدرات . التقرير الثامن والعشرون . سلسلة التقارير الفنية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ، العدد ٨٣٦ . جنيف ، ١٩٩٣ .

(٢) C. Fazez, *The Aetiology of Psychoactive Substance Use* (Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1977); and Dan J. Lettieri, Mollie Sayers and Helen Wallenstein Pearson, *Theories of Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*, NIDA Research Monograph, No. 30 (Washington, D.C., United States Government Printing Office, 1980).

(٣) David F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1973).

(٤) أنظر : I. C. Chopra and R. N. Chopra, "The use of cannabis in India", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication, vol. 9, No. 1 (1957), pp. 4-29; Peter T. Fuerst, ed., *Flesh of the Gods: The Ritual Use of Hallucinogens* (London, George Allen and Unwin, 1972); Barbara C. Myerhoff, *Peyote Hunt: The Sacred Journey of the Huichol Indians* (Ithaca, New York, Cornell University Press, 1974); Joseph Westermeyr, "Use of alcohol and opium by the Meo and Laos", *American Journal of Psychiatry*, vol. 127, No. 8 (1971), pp. 1019-1023; Michael Agar, *Ripping and Running: A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts* (New York, Seminar Press, 1973), and Edward Prebble and John J. Casey, "Taking care of the .business: the heroin user's life on the street", *International Journal of Addictions*, vol. 4, 1969, pp. 1-24

- B. H. Bry, P. McKeon and R. J. Pandina, "Extent of drug use as a function of risk factors", (٥)
Journal of Abnormal Psychology, vol. 91, 1982, pp. 273-279.
- J. D. Hawkins, M. W. Arthur and R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and* (٦)
Justice: A Review of Research, vol. 19, M. Tonry and D. Farrington, eds. (Chicago, University of Chicago
Press, 1995), p. 370.
- Niall Coggans and Susan McKellar, "Drug use amongst peers: peer pressure or peer (٧)
preference?", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 1 (1994), pp. 15-26.
- M. Plant and M. Plant, *Risk-Takers: Alcohol, Drugs, Sex and Youth* (London, (٨)
Tavistock/Routledge, 1992).
- Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (New York, Free انظر (٩)
Press, 1963).
- D. B. Cornish and R. V. Clarke, *The Reasoning Criminal* (New York, Springer-Verlag, انظر (١٠)
1986); and R. V. Clarke and M. Felson, *Routine Activity and Rational Choice: Advances in Criminological
Theory* (New Brunswick, New Jersey, Transaction Books, 1993).
- Carl G. Leukefeld and William Bukoski, eds., *Drug Abuse Prevention Intervention انظر (١١)
Research: Methodological Issues*, NIDA Research Monograph, No. 107 (Rockville, Maryland, National
Institute on Drug Abuse, 1991).
- Karl Popper, *The Logic of Scientific Discovery*, 2nd ed. (London, Hutchinson, 1968); انظر (١٢)
Karl Popper, *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*, 4th ed. (London, Routledge
and Kegan Paul, 1972); and Karl Popper, *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach* (Oxford, Oxford
University Press, 1972).
- S. B. Sells, ed., *Evaluation of Treatment*, vols. 1 and 2 (Cambridge, Massachusetts, (١٣)
Ballinger, 1974); S. B. Sells and D. D. Simpson, *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment*, vols. 3 and
4 (Cambridge, Massachusetts, 1976); and F. M. Tims and J. P. Ludford, eds., *Drug Abuse Treatment
Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, NIDA Research Monograph, No. 51 (Rockville, Maryland,
National Institute on Drug Abuse, 1984).
- S. M. Hall, "Clinical trials in drug treatment: methodology", *Drug Abuse Treatment (١٤)
Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, F. M. Tims and J. P. Ludford, eds., NIDA Research
Monograph, No. 51, Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1984).
- M. S. Goldstein, M. Surber and D. M. Wilner, "Outcome evaluations in substance abuse: (١٥)
a comparison of alcoholism, drug abuse and other mental health interventions", *International Journal of the
Addictions*, vol. 19, No. 5 (1984), p. 498.

- Robert L. Hubbard and others, "Treatment outcome prospective study (TOPS): client (١١) characteristics and behaviours before, during and after treatment", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 42-68.
- R. H. Moos, J. W. Finney and R. C. Cronkite, "The need for a paradigm shift in evaluation (١٢) of treatment outcome: extrapolations from the Rand report", *British Journal of Addiction*, vol. 75, No. 4 (December 1980), pp. 347-350.
- Y. Hser, M. D. Anglin and C. Chou, "Evaluation of drug abuse treatment: a repeated (١٣) measure design assessing methadone maintenance", *Evaluation Review*, vol. 12, No. 5 (1988), pp. 547-570.
- Jerome H. Jaffe, "Evaluating drug abuse treatment: a comment on the state of the art", *Drug (١٤) Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 13-25; and Frank M. Tims and Sherry Holland, "A treatment evaluation agenda: discussion and recommendations", *Drug Abuse Treatment Evaluation ...*, pp. 167-174.
- Fiona McDermott, Margaret Hamilton and Bruce Lagay, *Evaluating Treatments for Alcohol (٢٠) and Other Drugs* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1991).
- John C. Ball and Eric Corty, "Basic issues pertaining to the effectiveness of methadone (٢١) maintenance treatment", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, NIDA Research Monograph, No. 86, Carl G. Leukefeld and Frank M. Tims, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), p. 187.
- N. G. Hoffman, P. A. Harrison and C. A. Belille, "Multidimensional impact of the treatment (٢٢) for substance abuse". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, vol. 3, No. 3 (1984); and D. K. Reilly, J. Hegg and D. Twyman, "A systems approach to the management of drug-related problems", *Australian Alcohol/Drug Review*, vol. 3, No. 2 (1984).
- Carl Akins and George Beschner, eds., *Ethnography: A Research Tool for Policymakers in (٢٣) the Drug and Alcohol Fields* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1980); and Howard Parker, Fiona Measham and Judith Aldridge, *Drugs Futures: Changing Patterns of Drug Use amongst English Youth* (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1995).
- W. Wayne Wiebel, "Identifying and gaining access to hidden populations", *The Collection (٢٤) and Interpretation of Data from Hidden Populations*, NIDA Research Monograph, No. 98, Elizabeth Y. Lambert, ed. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1990), p. 4.
- J. D. Hawkins, M. W. Arthur and R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and (٢٥) Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry and D. Farrington, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), pp. 388-390.

- N. Dorn and K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, (٢٦)
ISDD Monograph, No. 5 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992), p. 9.
- D. Hawkins, M. W. Arthur and R. F. Catalano, "Preventing substance abuse", *Crime and Justice: A Review of Research*, vol. 19, M. Tonry and D. Farrington, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1995), table 1, pp. 371-379
- F. E. Zimring and G. Hawkins, *The Search for Rational Drug Control Policy* (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), appendix, "Estimates of illicit drug use: a survey of methods" (٢٨)
- H. Yoshikawa, "Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks", *Psychological Bulletin*, No. 115, 1994, pp. 28-54; J. D. Hawkins, R. F. Catalano and J. Y. Miller, "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, No. 112, 1992, pp. 64-105; and K. Nyberg and others, "Socio-economic versus obstetric risk factors for drug addiction in offspring", *British Journal of Addiction*, No. 87, 1992, pp. 1669-1676
- L. J. Schweinhart, "Can pre-school programs help prevent delinquency?", *From Children to Citizens: Families, Schools, and Delinquency Prevention*, J. Q. Wilson and G. C. Loury, eds. (New York, Springer-Verlag, 1987). (٢٠)
- N. Dorn and K. Murji, *Drug Prevention: A Review of the English Language Literature*, ISDD Monograph, No. 5 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1992). (٢١)
- G. J. Botvin, "Substance abuse prevention: theory, practice, and effectiveness", *Drugs and Crime*, M. Tonry and James Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), p. 487. (٢٢)
- Jeffrey Wragg, *An Evaluation of a Model of Drug Education* (Canberra, Australian Government Publishing Service, 1992). (٢٣)
- D. M. Gorman, "On the difference between statistical and practical significance in school based drug abuse prevention", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 2, No. 3 (1995), p. 275. (٢٤)
- Nancy S. Tobler, "Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, 1986, pp. 537-567. (٢٥)
- H. Klee and P. Reid, *Amphetamine-Misusing Groups: a Feasibility Study of the Use of Peer Group Leaders for Drug Prevention Work among Their Associates*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 3 (London, Home Office, 1995), p. i. (٢٦)

- United States of America, Department of Justice, National Institute of Justice, *Arresting* انظر (٣٧)
the Demand for Drugs: Police and School Partnerships to Prevent Drug Abuse (Washington, D.C., United
. States Government, 1987)
- W. DeJong, "A short-term evaluation of D.A.R.E.: preliminary indications of انظر (٣٨)
effectiveness", *Journal of Drug Education*, No. 17, 1987, pp. 279-294; C. L. Ringwalt, S. T. Ennett and
K. D. Holt, 1991, "An outcome evaluation of project D.A.R.E.", *Health Education Research: Theory and
Practice*, No. 6, pp. 327-337; and R. R. Clayton, A. Catarello and K. P. Walden, "Persuasive
communication and drug abuse prevention: an evaluation of the D.A.R.E. program", *Persuasive
Communication and Drug Abuse Prevention*, L. Donohew, H. Sypher and W. Bukoski, eds. (Hillsdale, New
. Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1991)
- W. B. Hansen and others, "Affective and social influences approaches to the prevention of (٣٩)
multiple substance abuse among seventh grade students: results from the Project SMART", *Preventive
Medicine*, No. 17, 1988, pp. 135-154.
- P. L. Ellickson and R. M. Bell, "Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal (٤٠)
test", *Science*, No. 247, 1990, pp. 1299-1305.
- D. Rosenbaum and others, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse (٤١)
Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1 (1994), p. 10.
- D. Rosenbaum and others, loc. cit., p. 3. (٤٢)
- N. Coggans and others, *National Evaluation of Drug Education in Scotland*, ISDD Research (٤٣)
Monograph, No. 4 (London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1991), p. 12.
- D. Rosenbaum and others, 1994, "Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug (٤٤)
Abuse Resistance Education (DARE)", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, No. 31, vol. 1
(1994), p. 26; see also S. T. Ennet and others, "Long-term evaluation of Drug Abuse Resistance Education
(DARE)", *Addictive Behaviours*, vol. 19, No. 2 (1994), pp. 113-125.
- Beatriz Carlin Cotrim, "An overview on drug abuse prevention in Brazilian schools", *Drugs: (٤٥)
Education, Prevention and Policy*, vol. 1, No. 3, p. 284.
- L. Parker, *Music against Drugs: An Evaluation of a Drugs Prevention Diversionary انظر (٤٦)
. Activity*, United Kingdom Home Office Drugs Prevention Initiative, paper 2 (London, Home Office, 1995)
- M. Hanson, "Overview on drug and alcohol testing in the workplace", *Bulletin on انظر (٤٧)
Narcotics* (United Nations publication), vol. XLV, No. 2 (1993), pp. 3-44; and C. Raskin, "Drug and alcohol
testing in the workplace: moral, ethical and legal issues", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication),
. vol. XLV, No. 2 (1993), pp. 45-81

- R. E. Willette, "Drug testing programs", *Urine Testing for Drugs of Abuse*, NIDA Research (٤٨)
Monograph, No. 73, R. L. Hawks and C. N. Chiang, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug
Abuse, 1986).
- Eric D. Wish and Bernard A. Gropper, "Drug testing by the criminal justice system: (٤٩)
methods, research and applications", *Drugs and Crime*, M. Tonry and James Q. Wilson, eds. (Chicago,
University of Chicago Press, 1990), pp. 321-391.
- B. M. Kapur, "Drug-testing methods and clinical interpretations of test results", *Bulletin on (٥٠)
Narcotics* (United Nations publication), vol. XLV, No. 2 (1993), pp. 115-154.
- John C. Ball and Alan Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: (٥١)
Patients, Programs, Services and Outcome* (New York, Springer-Verlag, 1991).
- W. M. Wechsberg and others, "A comparison of injecting drug users reached through (٥٢)
outreach and methadone treatment", *Journal of Drug Issues*, vol. 4, No. 23 (1993), pp. 667-687.
- C. Peter Rydell and Susan S. Everingham, *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand (٥٣)
Programs* (Santa Monica, California, Rand Corporation, 1994), p. xiii.
- M. D. Anglin and Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, vol. 13, *Crime (٥٤)
and Justice: A Review of Research*, M. Tonry and J. Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago
Press, 1991).
- M. D. Anglin and Y. Hser, "Treatment of drug abuse", *Drugs and Crime*, M. Tonry and (٥٥)
J. Q. Wilson, eds. (Chicago, University of Chicago Press, 1990), p. 394.
- E. Tongue and D. Turner, "Treatment options in responding to drug misuse problems", (٥٦)
Bulletin on Narcotics (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988), pp. 3-19.
- M. O. Smith and O. Khan, "An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted (٥٧)
persons", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988), pp. 35-41.
- G. Clements, L. Krenner and W. Mölk, "The use of the Transcendental Meditation (٥٨)
programme in the prevention of drug abuse and in the treatment of drug-addicted persons", *Bulletin on
Narcotics* (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988), pp. 51-56.
- K. Sharma and V. Shukla, "Rehabilitation of drug-addicted persons: the experience of انظر (٥٩)
the Nav-Chetna Center in India", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XL, No. 1 (1988),
pp. 43-49

- V. P. Dole and M. E. Nyswander, "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) (٦٠) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride", *Journal of the American Medical Association*, No. 193, 1965, pp. 80-84.
- W. Ling, R. A. Rawson and M. A. Compton, "Substitution pharmacotherapies for opioid (٦١) addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, No. 2 (1994), pp. 119-128.
- W. J. Tilstone and A. H. Stead, "Pharmacokinetics, metabolism, and the interpretation of (٦٢) results", A. C. Moffat and others, eds., *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (London, Pharmaceutical Press, 1986), pp. 276-305.
- A. C. Moffat and others, eds., *Clarke's Isolation and Identification of Drugs in (٦٣) Pharmaceuticals, Body Fluids and Post Mortem Material* (London, Pharmaceutical Press, 1986).
- P. Popik, R. T. Layer and P. Skolnik, "Years of ibogaine: neurochemical and (٦٤) pharmacological actions of a putative anti-addictive drug", *Pharmacological Review*, No. 47, 1995, pp. 235-253.
- R. A. Rawson and W. Ling, "Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to (٦٥) their optimal use", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 23, No. 2 (1991), pp. 151-163.
- Division for Community Prevention and Training, Office of Substance Abuse Prevention, انظر (٦٦) *The Future by Design: A Community Framework for Preventing Alcohol and Other Drug Problems through a Systems Approach* (Washington, D.C., Office for Substance Abuse Prevention, 1991)
- (٦٧) انظر نشرة المخدرات (منشورات الأمم المتحدة) ، عدد خاص عن إسهام المنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية في مكافحة اساءة استعمال العقاقير المخدرة ، المجلد الثالث والأربعون ، العدد ١ (١٩٩١) .
- S. Q. Quejas, "The role of non-governmental organizations in the prevention and انظر (٦٨) reduction of drug abuse: the Philippine experience", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XXXV, No. 3 (1983), pp. 53-62 .
- Deborah A. Cohen and Kathryn P. Linton, "Parent participation in an adolescent drug abuse (٦٩) prevention program", *Journal of Drug Education*, vol. 25, No. 2 (1995), pp. 159-169.
- Judith A. Levy, Chuck P. Gallmeier and W. Wayne Wiebel, "The outreach assisted peer (٧٠) support model for controlling drug dependency", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), pp. 507-529; and Nick Crofts and David Herkt, "A history of peer-based drug-user groups in Australia", *Journal of Drug Issues*, vol. 25, No. 3 (1995), pp. 599-616.

M. D. Anglin, "The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction", *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, Carl G. Leukefeld and Frank M. Tims, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1988), pp. 8-34.

Carl G. Leukefeld and Frank M. Tims, "Compulsory treatment: a review of findings", (vii) *Compulsory Treatment of Drug Abuse ...*, p. 238.
