أولا – المراقبة الدولية للمخدرات في الماضي والحاضر والمستقبل

١ – عندما قال باراسيلسس (ثيوفراستوس بوبماستوس فون هوهينهايم، ١٤٩٣–١٥٤١) إنه لا يحب أن يكون طبيبا لا يستعين بالأفيون، أكد على أهمية الأفيون الذي كان آنذاك يستخدم على نطاق واسع كمسكن ومضاد للسعال ومنوم ومركن ومهدئ وكعلاج للإسهال. ومنذ ذلك الحين أصبح استخدام الأفيون كعقار شامل جانبا من التاريخ: فلم يعد يستخدم كعلاج وإنما كمادة ينطلق منها لإنتاج أشباه القلويات كالمورفين والكودايين. واليوم توصف أشباه الأفيونيات الطبيعية والتركيبية طبيا باعتبارها مسكنات ومضادات للسعال ولعلاج الإسهال. وتستخدم طائفة شديدة التنوع من المنومات والمركنات ومضادات القلق التركيبية لمعالجة الأرق وصنوف أخرى متعددة من الاضطرابات النفسية. وهكذا فإن المخدرات والمؤثرات العقلية مواد لا غنى عنها في مجال الطب بنفس الدرجة التي كان بها الأفيون في الماضي.

٢ – وعندما كان باراسيلسس يبذل كل ما في وسعه لإقناع زملائه في أوروبا بالقيمة العلاجية للأفيون، بدأ استخدام الأفيون في غير الأغراض الطبية (تدخين الأفيون) يتسبب في نشوء مشاكل خطيرة في آسيا. والعواقب الصحية والاجتماعية لذلك التطور معروفة جيدا: فقد دمرت حياة ملايين الأفراد في الصين على الأخص.

٣ – وهذه الخاصية المزدوجة للأفيون، شأنه شأن كثير من المخدرات الأخرى وعدد كبير من المؤثرات العقلية، طبيعية كانت أم تركيبية، هي السبب الأساسي في قيام نظم المراقبة الوطنية والدولية التي نشأت بالتدريج منذ بداية القرن العشرين عندما قرر المجتمع الدولي أن يتخذ تدابير للتصدي لمعاناة الملايين من الناس نتيجة لتوافر المخدرات بلا قيود للاستخدام في أغراض غير طبية.

ألف – الحالة قبل تطور نظام المراقبة الدولية للمخدرات

تدخين الأفيون في الصين

٤ – أجبرت الصين من جانب المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، ومن جانب غيرها من الدول الاستعمارية على التخلي عن جهودها الرامية الى الحد من الاتجار بالأفيون. فقد أدت حرب الأفيون الأولى والثانية[1] الى إجازة استيراد الأفيون وفتحتا الأبواب أمام التدفق الحر للأفيون من الهند البريطانية الى الصين. واتسع نطاق تدخين الأفيون مما ترتب عليه زيادة حادة في زراعة خشخاش الأفيون وإنتاج الأفيون في الصين. ففي عام ١٩٠٦ أنتجت في الصين ٠٠٠ ٣٠ طن من الأفيون واستوردت الى ذلك البلد في نفس العام ٥٠٠ ٣ طن إضافي منه. لذلك يقدر الاستهلاك في الصين وحدها في بداية القرن العشرين بما يربو على ٣٠٠٠ طن بمكافئ المورفين. وفي مقابل ذلك، يبلغ الاستهلاك السنوي العالمي للأغراض الطبية اليوم من كافة المواد الأفيونية قرابة ٢٣٠ طنا بمكافئ المورفين، في حين يقدر الاستهلاك السنوي غير المشروع من المواد الأفيونية بنحو ٣٨٠ طنا بمكافئ المورفين. وتثبت هذه الأرقام أن حالة إدمان المواد الأفيونية اليوم (التي تتعلق بإدمان الهيروين بصفة رئيسية)، برغم خطورتها، لا وجه للمقارنة بينها وبين وباء الإدمان الذي كان سائدا عندما كانت المخدرات متوافرة لأغراض غير الأغراض الطبية.

٥ – وفي الصين، ونتيجة للقضاء التدريجي على إنتاج الأفيون بدءا بعام ١٩٠٧ (حيث خفض الإنتاج بنسبة ١٠ في المائة في السنة)، والاتفاق مع الحكومة البريطانية بشأن تخفيض مماثل في واردات الأفيون، سجل الإنتاج المحلي هبوطا كبيرا. وفي عام ١٩١٤، وعلى الرغم من توقف واردات الأفيون من الهند، هربت الى الصين كميات كبيرة من الأفيون من بلدان آسيوية أخرى تلبية لطلب مدمني الأفيون في ذلك البلد، وكان عددهم قد تجاوز في ذلك الوقت ١٠ ملايين[2] من مجموع السكان البالغ قرابة ٤٥٠ مليون نسمة.

تدخين الأفيون في بلدان آسيوية أخرى

٦ – في بداية القرن العشرين، كان أكل الأفيون هو الطريقة السائدة لاستهلاكه للأغراض شبه الطبية وغير الطبية في الهند وفي بعض البلدان الآسيوية الأخرى. ومن جهة أخرى كان تدخين الأفيون منتشرا في جنوب شرقي آسيا (في بورما بوجه خاص) وفي بعض أنحاء الهند وغرب آسيا (خاصة في الأراضي التابعة اليوم لأفغانستان، وفي جمهورية إيران الإسلامية وفي باكستان). وفي بعض المدن الإيرانية، كان أكثر من ١٠ في المائة من السكان يدخنون الأفيون بانتظام في عام ١٩١٤.

الاستعمال غير الطبي للأفيون في أوروبا

٧ – في معظم البلدان الأوروبية في القرن التاسع عشر، حالت التزامات وصف الدواء والقيود على صرف الأدوية للصيدليات دون الاستعمال غير الطبي للأفيون على نطاق واسع. وكان الاستثناء من هذه القاعدة هو المملكة المتحدة

حيث كان الأفيون زهيد الثمن يباع في محال البقالة ويستعمل دون قيد حتى عام ١٨٦٨ عندما أصبح المرسوم الخاص بالصيدليات قانونا[٣]. وظهر تدخين الأفيون أيضا في بلدان أوروبية أخرى كانت لها مستعمرات في آسيا، وتشهد على ذلك الزيادة الكبيرة في أوكار تدخين الأفيون إثر استعمار الهند الصينية. وفي بداية القرن العشرين وجد عدد كبير من تلك الأوكار في باريس وفي عدد من الموانئ الفرنسية (بوردو ومرسيليا وطولون وغيرها). وفي عام ١٩٠٨، صدرت لوائح لتنظيم استيراد الأفيون وأغلقت أوكار تدخينه أبوابها وإن وجدت شواهد تشير الى وجود عدد من الأوكار السرية لتدخين الأفيون في باريس حتى عام ١٩١٦.

إساءة استعمال المورفين والهيروين والمواد الأفيونية الأخرى في الصين

٨ - بدأ الانتقال من تدخين الأفيون الى حقن المورفين في الصين أثناء السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر، غير أن تضخم العادة الجديدة الى أبعاد وبائية حدث في القرن العشرين. وقبل عام ١٩٠٩، كانت ١٣٢طنا من المورفين في المتوسط تصدر سنويا من المملكة المتحدة الى الصين، وكانت تلك الصادرات تعد حتى ذلك العام صادرات مشروعة تنتقل الى الصين مباشرة دون المرور عبر بلد ثالث. ويذكر على سبيل المقارنة أن أول تقدير للمتطلبات العالمية من المورفين، أجرته عصبة الأمم في عام ١٩٣١، لم يتجاوز ١٠ أطنان مما يشكل نسبة ضئيلة مما كانت تستورده الصين، وأن مجموع الاستهلاك العالمي السنوي من المورفين يبلغ اليوم نحو ١٦ طنا. واضطرت الحكومة البريطانية، تحت ضغط محلي ودولي، الى استحداث نظام شهادات يجبر المنتجين على طلب شهادة من حكومة الصين تثبت أن المخدرات كانت مطلوبة حقا لأغراض طبية وعلمية. وعندئذ حلت محل الصادرات البريطانية المباشرة صادرات "قانونية" تجريها شركات صيدلة وسماسرة في بلدان أوروبية أخرى (ألمانيا وبلجيكا وسويسرا وفرنسا وهولندا الخ)، ودخلت الى الصين أيضا عبر اليابان كميات كبيرة من المورفين. ففي عام ١٩٢٠ شحنت اليابان قرابة ٣٠ طنا من المورفين الى الصين. ووفقا لتقارير عصبة الأمم، هرب الى الصين أثناء خمس سنوات من ١٩٢٥ الى ١٩٣٠ ما لا يقل عن ٧٢ طنا إضافيا من المورفين.

الكوكايين والمواد الأفيونية في الأدوية المسجلة ببراءة اختراع في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية

٩ - طوال قرون، ظلت الأدوية في أوروبا تعد في الصيدليات وحدها ولا يتولى إعدادها إلا صيادلة يتحملون مسؤولية نوعيتها وامتثالها للوائح تركيبها في حين أن مراقبة نظام توريد المواد الصيدلانية كان يكفلها الإشراف على الصيدليات وتفقدها من جانب مسؤولين طبيين. وكان من شأن تسويق المواد الصيدلانية المتخصصة المنتجة صناعيا (الأدوية المملوكة)، الذي بدأ في أوروبا في العقود الأخيرة من القرن التاسع عشر، أن أنشأ وضعا جديدا يعوزه التنظيم. وبرزت المشكلات أول ما برزت في المملكة المتحدة حيث بدأ تسويق الأدوية المسجلة ببراءات اختراع (والتي كانت سرية التركيب) في وقت أبكر منها في البلدان الأوروبية الأخرى، وحيث كان الصيادلة يفضلون تركيب الأدوية الموصوفة بأنفسهم على بيع منتجات صناعية جاهزة بدون وصفات طبية. وفي المملكة المتحدة أدى توافر الأدوية المسجلة التي تدخل المواد الأفيونية في صنعها الى تعاطي العقاقير في البيوت على نطاق واسع، وهي ظاهرة حد منها كثيرا صدور قانون السموم والصيدلة لعام ١٩٠٨.

١٠- أما الولايات المتحدة الأمريكية فلم يصدر فيها حتى عام ١٩٠٦ قانون لتنظيم وتحديد بيع المستحضرات الصيدلانية التي تدخل المخدرات في تركيبها. ووفقا لتقرير حكومة الولايات المتحدة عام ١٩٠٢، لم يستخدم في الطب البشري أو طب الأسنان سوى ٣ الى ٨ في المائة من مجموع الكوكايين المباع في نيويورك وبوسطن وغيرهما من الحواضر. وفي عام ١٩٠٥ قدر عدد الأدوية المسجلة ببراءات اختراع والتي احتفظ بسر عناصر تركيبها بـ ٠٠٠ ٥٠ دواء كان جانب كبير منها يحتوى على الكوكايين أو الأفيون أو المورفين أو غيرها من المخدرات الخطرة. وبالمثل في عام ١٩١٤ كان أكثر من ١٠٠٠ منتج يسوقون منتجات تحتوي على الأفيون أو المورفين أو الهيروين أو الكوكايين. وجاء في تقرير حكومي أن قرابة ٩٠ في المائة من المخدرات كانت تستخدم في أغراض غير طبية. وفي عام ١٩١٤، كان الاستهلاك السنوي للفرد من الأفيون يفوق عدة مرات نظيره في تلك البلدان الأوروبية التي كان بيع الأفيون وغيره من المنتجات الصيدلانية فيها حكرا على نظام صيدلي جيد التنظيم. وفي الولايات

المتحدة، كان قانون الأطعمة والعقاقير النقية لعام ١٩٠٦ يقتضي بالنسبة للأدوية المسجلة المحتوية على مخدرات أن تدرج أسماؤها على بطاقاتها. غير أن إنفاذ هذا الحكم لم يكفل إلا في عام ١٩١٤ عندما اعتمد قانون هاريسون بشأن المخدرات. ووفقا لتقرير حكومي في عام ١٩١٢، تجاوز مجموع عدد ضحايا الكوكايين والهيروين في الولايات المتحدة ٥٠٠٠ شخص، ولعب في ذلك دورا رئيسيا توافر هذين المخدرين بلا قيود.

الاستعمال غير الطبي للكوكايين

١١- في القرن التاسع عشر، كان الكوكايين يستخدم في الأغراض الطبية في أوروبا والولايات المتحدة. ومن الجدير بالملاحظة من جهة أخرى أنه لم يكن هناك أساس علمي لكثير من أوجه استعماله العلاجية في الطب (بما في ذلك استعماله في علاج إدمان المواد الأفيونية). وقد ساهم نقص معرفة سمية الكوكايين في إحداث عدد كبير من حالات الوفاة أو العجز ذات الصلة بالكوكايين. وبحلول تسعينيات القرن التاسع عشر، حل استعمال الكوكايين لأغراض غير طبية (أو ترويحية) محل استعماله لأغراض طبية. وشاع تنشق الكوكايين في الأوساط الفنية وفي الطبقات العليا من المجتمع. وبدأ في قرابة نفس الوقت تصدير كميات كبيرة من الكوكايين الى الصين من أوروبا أولا، ثم من اليابان أيضا بعد ذلك؛ ولم يكن هذا الكوكايين أيضا يستخدم في الأغراض الطبية. وفيما بين عامي ١٩٢٥ و ١٩٢٩، شحن سنويا ما لا يقل عن ٣٠ طنا من الكوكايين الى الصين حسب تقدير الهيئة المركزية الدائمة، أول سلف للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. وبعد مضي عشر سنوات بلغ مجموع الاحتياجات الطبية للعالم كله (كما حددته عصبة الأمم) طنا واحدا في السنة. وفي عام ١٩٩٨، بلغ مجموع تلك الاحتياجات ٤٠٠ كيلوغرام.

باء- الاستجابة لذلك الوضع: التعاون الدولي

١٢- في بداية القرن العشرين، كان استعمال (أو إساءة استعمال) المخدرات كتدخين الأفيون في الصين وبورما وإيران الخ، وأكل الأفيون في الهند وبلدان آسيوية أخرى، واستهلاك القنب في الهند (التشاراس والغانجا والبانغ)، وفي مصر (الحشيش) والمغرب (الكيف)، ومضغ أوراق الكوكا لدى القبائل الأصلية في أمريكا الجنوبية ينظر إليه على أنه ظاهرة محلية. وفي ذلك الوقت، لم يكن يعتبر جوانب دولية من مشكلة المخدرات إلا تصدير الأفيون المشروع وغير المشروع (من البلدان الآسيوية)، والمورفين والهيروين والكوكايين (من البلدان الأوروبية) الى الصين، وتهريب الحشيش الى مصر (من بلدان أخرى شرقي المتوسط). غير أنه منذ مائة سنة، كان من الواضح أن البلدان المستهلكة (أو الضحية) كالصين مثلا، كانت عاجزة عن التصدي لمشاكلها الخطيرة، المتمثلة في إدمان المخدرات، دون تعاون البلدان منتجة ومصنعة المخدرات، وأن البلدان الموردة ليس بوسعها أن تنكر مسؤوليتها عن نمو مشاكل إدمان المخدرات في بلدان أخرى، وهي مشاكل يمكن أن تنتشر الى بلدانها ذاتها. وقد أدى الوقوف على تلك الحقائق الى نشوء أول شكل من أشكال التعاون الدولي في مجال مراقبة المخدرات.

المرحلة الأولى: التعاون عبر الاتفاقات الثنائية

١٣- تمثلت الخطوات الأولى نحو تدويل مراقبة المخدرات في الاتفاقات التي أبرمت بين المملكة المتحدة والصين بشأن تقييد صادرات الأفيون من الهند واستحداث نظام لطلب الحصول على ترخيص السلطات الصينية لاستيراد المواد الأفيونية (المورفين والهيروين الخ.) من المملكة المتحدة. وكان الأساس المنطقي لهذه الخطوات الاعتقاد بأنها ستحمي الصين من استيراد غير مرغوب فيه للأفيون والمواد الأفيونية.

١٤- غير أنه سرعان ما تبين أن وارد الأفيون من الهند يستعاض عنه بكميات كبيرة من الأفيون المهرب الى الصين من أجزاء أخرى في آسيا، وأن وارد المواد الأفيونية من المملكة المتحدة يستعاض عنه بشحنات كبيرة من المواد الأفيونية من بلدان أوروبية أخرى ومن اليابان. وأدى إخفاق النهج الثنائي على هذا النحو الى التفكير في وضع معاهدات دولية.

المرحلة الثانية: التعاون من خلال المعاهدات متعددة الأطراف

١٥- وجاء اعتماد اتفاقية الأفيون الدولية عام ١٩١٢ نتيجة لانعقاد أول مؤتمر دولي بشأن المخدرات في شنغهاي عام ١٩٠٩ الذي أصبح يعرف باسم اللجنة الدولية المعنية بالأفيون. وهذا المؤتمر الذي انعقد منذ قرابة تسعين سنة يعتبر بحق أنه أرسى أساس النظام الدولي الراهن لمراقبة المخدرات.

١٦- وكان القصد من أحكام أول اتفاقية دولية لمراقبة المخدرات منع شحن كميات من المخدرات غير مرغوب فيها الى بلدان مستوردة، غير أنه لم يلبث أن اتضح أنه لن يكون من الممكن بدون نظام إبلاغ وبدون رصد استعراض امتثال البلدان المصدرة أو عدم امتثالها لأحكام المعاهدة. وفي الوقت نفسه، أدى ضعف الضوابط الوطنية

في بعض البلدان المصدرة (ونشاط القائمين على بضع شركات لصنع وتجارة المخدرات ممن لا ضمير لهم)، الى إعاقة الجهود الرامية الى منع تصدير المواد الأفيونية من البلدان المصدرة الى البلدان التي تعاني من مشاكل تعاطي المخدرات.

المرحلة الثالثة: التعاون داخل إطار نظام دولي لمراقبة المخدرات والإبلاغ عنها

١٧- حدت التجارب المذكورة أعلاه بالمجتمع الدولي الى تطوير صيغة ثالثة من المراقبة الدولية للمخدرات. ففي عام ١٩٢٥ أنشئ نظام للإبلاغ وألفت هيئة دولية مستقلة (الهيئة المركزية الدائمة) لرصد امتثال الحكومات للالتزامات التعاهدية والإشراف عليه. ولا يزال هذا النهج هو حجر الزاوية في نظام المراقبة الدولية القائم اليوم.

جيم- الانجازات

توافق الآراء بين الحكومات على ضرورة التعاون بشأن مراقبة المخدرات على الرغم من النزاعات

١٨- بوجه عام، كثيرا ما كانت النزاعات والمواجهات السياسية عاملا من عوامل إعاقة التعاون فيما بين الحكومات. ومن جهة أخرى، ثمة من الدلائل ما يشير الى أن مراقبة المخدرات تندرج في عداد الاستثناءات القليلة من تلك القاعدة. من ذلك مثلا أن الحرب الباردة لم تمنع الشرق والغرب من التعاون في إعداد واعتماد الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١[٤] أو اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١[٥] أو اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨.[٦]

مراقبة حركة المخدرات المشروعة

١٩- ترتبت على الإدارة الناجحة لنظام المراقبة الدولية (أي إجراء التقديرات وجمع الإحصاءات) من جانب الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات وسلائفها ممارسة مراقبة فعالة على الحركة المشروعة للمخدرات في قرابة جميع أنحاء العالم. وتشمل تلك المراقبة جميع المراحل من إنتاج وتصنيع وتجارة الى توزيع واستهلاك. واليوم لا يكاد يوجد أي تسريب للمخدرات المصنعة من الإنتاج المشروع والتجارة الدولية الى الاتجار غير المشروع حتى على الرغم مما طرأ من زيادة كبيرة على عدد المخدرات الخاضعة لنظام المراقبة الدولية للمخدرات.

٢٠- أما بالنسبة للمؤثرات العقلية فلم يتم بعد إحراز نفس الدرجة من النجاح. فبالنظر خاصة الى عدد من المصالح الصناعية والتجارية، جاءت أحكام المراقبة الواردة في اتفاقية سنة ١٩٧١ بشأن التجارة الدولية في المواد المدرجة بالجداول الثاني والثالث والرابع لتلك الاتفاقية أقل صرامة من أحكام اتفاقية سنة ١٩٦١. فقد أسهم عزوف بعض من أهم الدول المنتجة والمصدرة عن الانضمام الى اتفاقية سنة ١٩٧١ وعن تطبيق حتى الاشتراطات الدنيا لتلك الاتفاقية في حدوث تأخير هام في بلوغ أهدافها. غير أنه على الرغم من أوجه القصور هذه، أسهمت اتفاقية سنة ١٩٧١ في تحسين ممارسات وصف العقاقير المخدرة واستعمالها في بلدان كثيرة. وجاء التخفيض الكبير في عدد وصفات البربيتورات وغيرها من العقاقير المنومة (وهي أكثر العقاقير استعمالا في بلدان كثيرة في تعاطي السم)، والأمفيتامينات جاء في جانب منه نتيجة لتنفيذ أحكام اتفاقية سنة ١٩٧١. فقد كانت توصف مقادير كبيرة من الأمفيتامينات لعلاج حالات كثيرة (يذكر منها مثلا الاكتئاب والسمنة)، وهو ما يعتبر اليوم غير مناسب من وجهة النظر الطبية. وفي كثير من البلدان كان يوجد عدد كبير من المنتجات التركيبية الغريبة التي تحتوي على مواد منبهة مختلفة بما في ذلك منشط من نوع الأمفيتامينات ومعه مادة بربيتورية. وكانت تلك المنتجات المنعشة للمزاج تستعمل لأغراض طبية ولأغراض غير طبية؛ وكان ذلك الوضع قريب الشبه باستعمال الأدوية المسجلة المحتوية على الكوكايين أو المواد الأفيونية في مستهل القرن العشرين (انظر الفقرتين ٩ و ١٠ فيما تقدم). ومؤدى ذلك أن اتفاقية سنة ١٩٧١ قد لعبت دورا هاما في القضاء على أوجه استعمال أو سوء استعمال المخدرات غير الملائمة وإن كانت مشروعة.

٢١- وطرأ فضلا عن ذلك تحسن على الوضع نتيجة لاستحداث اشتراطات إضافية للمراقبة والإبلاغ بناء على قرارات اعتمدها المجلس الاقتصادي والاجتماعي. وترتب على الامتثال الطوعي من جانب قرابة جميع الدول لتلك الاشتراطات وعلى التعاون بين الحكومات وبين الهيئة الى خفض التسريب الواسع النطاق لمعظم المؤثرات العقلية[٧].

الجهود الرامية الى خفض المعروض من المخدرات غير المشروعة

٢٢- كان من شأن النجاح الذي أحرزه التعاون الدولي في مراقبة الإنتاج والاتجار المشروعين للعقاقير المخدرة ومعظم المؤثرات العقلية أن أجبر المهربين على الإنتاج غير المشروع للمخدرات.

٢٣- وعلى الرغم من مضي زمن طويل على إدراك الحاجة الى التعاون الدولي في مكافحة إنتاج المخدرات غير المشروعة والاتجار غير المشروع بها، ومن اقتضاء التعاون بين الحكومات وإدراجه في معاهدات مراقبة المخدرات، فإن الأحكام التعاهدية الملموسة لم تجر صياغتها واعتمادها من جانب المجتمع الدولي إلا في عام ١٩٨٨[٨]. وكانت آخر اتفاقية دولية لمكافحة المخدرات، اتفاقية عام ١٩٨٨، أداة نافعة في تعزيز تنفيذ تدابير ملموسة لمكافحة الاتجار بالمخدرات وإساءة استعمالها، بما في ذلك التعاون القضائي وتسليم المتجرين والتسليم المراقب واتخاذ الإجراءات ضد غسل الأموال المتأتية من الاتجار غير المشروع بالمخدرات.

٢٤- وعلاوة على ذلك فقد أسفر عن نتائج مبشرة بالنفع ما جرى من تعاون بين الحكومات وبين الهيئة في مراقبة ورصد عدد من السلائف والمواد الكيميائية والمذيبات التي يكثر استعمالها في الصنع غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية.

٢٥- وفي حين أن المواد التي يمكن تحويلها الى مخدرات تخضع لنظام المراقبة الذي تنص عليه اتفاقية سنة ١٩٦١، فإن مؤتمر المفوضين الذي اعتمد اتفاقية سنة ١٩٧١ استبعد هذه الإمكانية في حالة المؤثرات العقلية. ويعود الفضل الى مؤتمر المفوضين الذي اعتمد اتفاقية سنة ١٩٨٨ في فتح المجال أمام إمكانية مراقبة بعض السلائف مثل ثنائي إيثيل أميد حامض الليسرجيك (ل س د) والمنشطات الأمفيتامينية والميثاكوالون. وترتب على إدراج الإرغوتامين والإرغومترين والإيفيدرين وغيرها من المواد في الجدول الأول لاتفاقية سنة ١٩٨٨، والتعاون بين الحكومات والهيئة، أن تسنى من عام ١٩٩٠ الى عام ١٩٩٧، منع الإنتاج غير المشروع من جرعات الـ ل س د والميتامفيتامين وغيره من المنشطات الأمفيتامينية. ويسرت مراقبة ورصد المواد الكاشفة والمذيبات (مواد أدرجت في الجدول الثاني لاتفاقية ١٩٨٨ مثل أنهيدريد الخل وبرمنغنات البوتاسيوم) اكتشاف عدد من المختبرات السرية المشتغلة بالإنتاج غير المشروع للكوكايين والهيروين.

٢٦- والهيئة على يقين من أن توسيع نطاق المراقبة المنصوص عليها في اتفاقية سنة ١٩٨٨، والتعاون المتزايد بين الحكومات وبين الهيئة سوف يؤديان الى تحسن كبير في منع الانتاج غير المشروع للمخدرات. ومن الشروط المسبقة لتحقيق هذه التطلعات قيام المجتمع الدولي بعمل مشترك ومتكافل يستهدف القضاء على زراعة جنبة الكوكا وإيقاف تزويد المختبرات السرية بأوراق الكوكا وبالأفيون.

الامتثال لأحكام الاتفاقيات الدولية

٢٧- من الممكن أن يعتبر التصديق على المعاهدات الدولية الرئيسية الثلاث لمكافحة المخدرات أو الانضمام إليها أول علامة على عزم الحكومة على الإسهام في تنفيذ قواعد المراقبة الدولية للمخدرات. ويتوقف دخول المعاهدات الدولية حيز النفاذ على السرعة التي يتم بها التصديق عليها. ونتيجة لعزوف عدة حكومات عن التصديق على اتفاقية سنة ١٩٧١، لم تدخل تلك الاتفاقية حيز النفاذ إلا بعد مضي خمس سنوات على اعتمادها؛ ومن جهة أخرى، دخلت اتفاقية سنة ١٩٨٨ حيز النفاذ في عام ١٩٩٠. ويقف القصر النسبي لـ فترة الانتظار شاهدا على زيادة التزام الحكومات. ومن دواعي التفاؤل الزيادة التي طرأت مؤخرا على عدد الدول التي أصبحت أطرافا في جميع المعاهدات الدولية الثلاث لمكافحة المخدرات (انظر الفقرات ٤٤ و٤٨ و ٥٠ أدناه) نظرا لما يدل عليه ذلك من أن انضمام جميع الدول الى تلك المعاهدات أمر يمكن تحقيقه في المستقبل القريب.

٢٨- وفي الماضي، كثيرا ما عاق تنفيذ أحكام المعاهدات (وعاق معه العمل على مكافحة سوء استعمال المخدرات والاتجار غير المشروع بها) غياب الاتصال بين مختلف الوكالات الحكومية، الذي يأتي أحيانا نتيجة لعزوفها عن الاتصال فيما بينها. وعلاوة على ذلك فإنه في كثير من البلدان ظلت الشؤون المتعلقة بالمخدرات طوال عقود وقفا على الدوائر المسؤولة عن إنفاذ القوانين أو عن إصدار اللوائح التنظيمية. وأدى تحسن فهم المشاكل ذات الصلة بالمخدرات الى تعزيز التعاون بين مختلف المهن والسلطات الوطنية، الأمر الذي يتسم ببالغ الأهمية. واليوم، ييسر تنفيذ أحكام تعاهدية معينة مشاركة الوكالات والمعاهد الوطنية التي تمتلك معارف وكفاءات مهنية محددة. ومن جهة أخرى، أصبحت المهمة أشد تعقيدا نتيجة لمشاركة عدد من الوكالات والمعاهد. وكثيرة هي البلدان التي لا تزال تمر بمرحلة تعلم الكيفية التي يمكن بها تنسيق هذه الأنشطة جميعها على أفضل وجه.

٢٩- وعلى الرغم من تلك الصعوبات، تشير خبرة الهيئة الى أن التزام السلطات الوطنية بأحكام اتفاقيات ١٩٦١ و ١٩٧١ و ١٩٨٨ آخذ في الزيادة؛ وفي الغالبية العظمى من البلدان يعد هذا الامتثال أساس الاستراتيجيات الوطنية لمكافحة المخدرات.

دال – تحديات المستقبل

توافر المخدرات والمؤثرات العقلية واستعمالها للأغراض الطبية على النحو الملائم

٣٠– يعد المورفين والكوديين وغيرهما من المواد شبه الأفيونية المستعملة في تخفيف معاناة البشر عقاقير لا غنى عنها. وعلى ذلك فإن توافرها مسألة من مسائل الصحة العامة ذات الأولوية (وفقا لأحكام المعاهدات الدولية لمكافحة المخدرات). غير أنه توجد في الوقت الحاضر فروق شاسعة في الاستعمال الطبي لتلك العقاقير: فمتوسط الاستهلاك اليومي (أو الجرعة اليومية المحددة (د د د)) (defined daily dose (DDD) كان أثناء الفترة ١٩٩٢– ١٩٩٦ ١٧ ٤٥٠ ددد لكل مليون نسمة في العشرين بلدا ذات أعلى معدلات الاستهلاك مقابل ١٨٤ ددد لكل مليون نسمة في العشرين بلدا ذات أدنى معدلات الاستهلاك. ومن دواعي الأسف، أنه توجد فروق مماثلة في حالة غيرها من أنواع العقاقير الصيدلانية المؤثرة على العقل.

٣١– وينبغي أن تستعمل العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية وفقا للممارسات الطبية السليمة. فالارتفاع الشديد لاستهلاك الفرد لعدد من هذه العقاقير في البلدان الصناعية يشير الى احتمال وجود وضع خطير من إساءة استعمال المخدرات على الرغم من وجود قوانين تستهدف قصر استعمال المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية. وينبغي أن يكون وصف العقاقير ذات التأثير النفساني قائما على تشخيص طبي سليم وبجرعات مناسبة مع تجنب العلاج الذاتي باستعمال تلك العقاقير. ومن دواعي الأسف في الوقت نفسه أن كثيرا من البلدان النامية ليست في وضع يمكنها من الوفاء بمتطلبات الصحة العامة: فقلة فرص الانتفاع بالعناية الطبية قد تمنع قطاعات كبيرة من السكان من التقيد بالتزامات وصف الدواء فتباع العقاقير في سوق موازية نظرا لقلة عدد الصيدليات و/أو مؤسسات العناية الطبية الأخرى (فبعض البلدان لا يوجد بها سوى صيدلية واحدة لكل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان. وعلاوة على ذلك فإن تكاليف نظم الرعاية الصحية العامة آخذة في الارتفاع في كل مكان مما يجعل من الصعب على الحكومات تمويل تلك النظم. وبعض المرافق الصحية الوطنية، حتى في المجتمعات موفورة الموارد، لم تعد ترد الى المرضى تكاليف عدد من أصناف المواد الصيدلانية، بما في ذلك بعض المواد المخدرة والمسكنة وبعض المؤثرات العقلية (المنومات والمسكنات والمهدئات). وثمة انعدام في التوازن بين فرط استعمال هذه العقاقير الفعالة في بعض أجزاء العالم وبين العجز الواضح عن استعمالها في أجزاء أخرى.

٣٢– وبناء على ذلك، تناشد الهيئة الحكومات أن تدرج تنمية المرافق الصحية ونظم توفير المواد الصيدلانية في عداد أولويات الصحة العامة. ومن المهم التمييز بين الاستعمال غير المشروع للمخدرات من جهة، وعدم كفاية ما يباع ويستهلك منها من جهة أخرى. وينبغي للسلطات الصحية الوطنية أن تنفذ التدابير اللازمة لمراقبة المخدرات، وكفالة إقرار واتباع ممارسات لوصف الدواء وصرفه، وتزويد المرضى بمعلومات صحيحة وكاملة.

تسويق وبيع المنتجات المحتوية على عقاقير مخدرة أو مؤثرات عقلية

٣٣– أصبحت عملية تقييم كفاءة المستحضرات الصيدلانية الجديدة وأمانها ونوعيتها عملية علمية صعبة ومعقدة. والبلدان القادرة على الاضطلاع بهذه المهمة عددها محدود وأقل منه عدد البلدان القادرة على تحري وتقييم إمكانات إساءة الاستعمال و/أو حدوث الارتهان للعقاقير الجديدة أو على رصد استعمال تلك العقاقير لاكتشاف حالات إساءة استعمالها و/أو الارتهان لها. ويعد تحقيق التساوق في مقتضيات تسجيل العقاقير في البلدان المتقدمة وتقاسم نتائج تقييم المواد الصيدلانية الجديدة مع بلدان أخرى مثالا ممتازا للتعاون الدولي الذي يمكن مد نطاقه بانتظام ليشمل مجال إساءة استعمال المخدرات، وذلك وفقا لأحكام المعاهدات الدولية لمكافحة المخدرات.

٣٤– ومن الأنشطة الهامة الجديرة بالتشجيع والترويج في مجتمع مدني إجراء نقاش سياسي حول سياسات استعمال المخدرات ومشاركة المجتمع المحلي والأوساط الأكاديمية فيه. ومن جهة أخرى فإن مشروعية تسويق العقاقير المخدرة أو المؤثرات العقلية للأغراض الطبية ينبغي، كما هو الحال بالنسبة لأي دواء آخر، ينبغي أن تستند الى بيانات علمية كما ينبغي أن يظل الترخيص بها من مسؤوليات السلطات التنظيمية الوطنية المختصة بالعقاقير. وترغب الهيئة في استرعاء انتباه الحكومات الى وجود عدة محاولات لتسويق مستحضرات محتوية على عقاقير مخدرة أو مؤثرات عقلية على أنها منتجات غذائية أو مواد غذائية تكميلية. وقد بذلت أيضا محاولات لاستغلال الثغرات في نظم التشريع الصيدلانية في التحايل على تدابير مراقبة المخدرات بالنسبة للمنتجات المحتوية على مؤثرات عقلية.

مشكلة القنب

٣٥- لم تصبح إساءة استعمال القنب عادة واسعة الانتشار في قرابة جميع البلدان إلا في العقود الأخيرة. وعندما عقدت اتفاقية سنة ١٩٦١ كان القصد منها القضاء على ما درج عليه من استعمال واسع النطاق للقنب مراعاة للعواقب السلبية، الصحية والاجتماعية، للاستعمال التقليدي للقنب في بلدان كالهند ومصر وجنوب أفريقيا. ففي تلك البلدان، أدى تنفيذ أحكام اتفاقية سنة ١٩٦١، في أغلب الأحوال، الى القضاء على الاستعمال وإساءة الاستعمال التقليديين للقنب. وفي البلدان التي لم تنتشر فيها إساءة استعمال القنب إلا في العقود الأخيرة، ثمة حاجة الى توخي المزيد من الشمول في تنفيذ اتفاقية سنة ١٩٦١، ولاسيما من خلال الاستعانة بحملات منع أكثر فعالية يسترعى فيها الانتباه الى أخطار إساءة استعمال القنب، وبذلك تصحح الصورة الزائفة التي انطبعت عن تعاطي القنب في أذهان قطاع كبير من النشء والشباب. وتناشد الهيئة الحكومات أن ترعى إجراء بحوث إضافية عن القنب بمعرفة علميين مؤهلين وغير منحازين، ونشر نتائج تلك البحوث على نطاق واسع.

استخدام التكنولوجيات الجديدة

٣٦- أصبحت التكنولوجيات الجديدة أمرا لا غنى عنه لتطوير بحوث المخدرات والممارسات الاكلينيكية. فالتحريات الجنائية، بما في ذلك استبانة وتحديد العقاقير التي يساء استعمالها أو الاتصالات فيما بين المرافق المختصة بالمراقبة، تيسرها الاستعانة بالتكنولوجيات الجديدة. غير أن من الملاحظ في الوقت نفسه أن الإمكانيات الجديدة التي يتيحها تدفق المعلومات الالكترونية يبدو أنها تستغل على نحو أسرع وأيسر من جانب المنظمات الإجرامية. فالمخدرات الجديدة التي يساء استعمالها يمكن تصميمها بيسر باستخدام الحاسوب في معالجة جزيئات المخدرات الخاضعة لنظام المراقبة، كما يمكن في بضع دقائق الوقوف من شبكة الانترنيت على الأساليب المستخدمة في إنتاج أو صنع المخدرات غير المشروعة.

٣٧- والضوابط التنظيمية الدولية والوطنية تتهددها بدرجة متزايدة إساءة استخدام التكنولوجيات الآخذة في الانتشار مثل شبكة ويب العالمية (www). فالمخدرات التي يساء استعمالها وما يقترن بها من أدوات ومعدات تباع علنا على مواقع تلك الشبكة. وينبغي للحكومات، ولا سيما الحكومات التي سمحت لمواقع الشبكة أن تزدهر بفضل مزودين يعملون داخل حدودها الوطنية، أن تعمل في تعاون وثيق مع صناعة الانترنيت، ومنظمات المجتمعات المحلية، والأسر والمربين، على وضع إطار يكفل منع تلك التكنولوجيات الناشئة من أن يساء استخدامها في تيسير انتشار إساءة استعمال المخدرات.

علاج إدمان المخدرات

٣٨- في الماضي، كان متعاطو المخدرات ينظر إليهم في بعض البلدان على أنهم مجرمون. أما اليوم فيجرى تمييز في معظم البلدان بين مسيئي استعمال المخدرات وبين المتجرين بالمخدرات، وذلك وفقا لوجهة نظر الهيئة. وينبغي لإجراءات إنفاذ قوانين المخدرات أن تستهدف أساسا من يتجرون بالمخدرات غير المشروعة؛ ومعالجة مدمني المخدرات وتوفير العناية الطبية للمرضى الذين يعانون من العواقب النفسية و/أو البدنية لإساءة استعمال المخدرات هما بديلان تنص عليهما تحديدا المعاهدات الدولية لمكافحة المخدرات[٩]. ومن دواعي الأسف أن بعض الدول آثرت مواصلة اتباع سياسات وممارسات مشكوك في جدواها على أحسن الفروض من وجهة نظر التزامات تلك الدول بموجب المعاهدات الدولية لمكافحة المخدرات. ومعالجة المدمنين مهمة طبية وإنسانية صعبة وينبغي أن تجري وفقا للممارسات الطبية السليمة كما ينبغي أن لا تستخدم كأداة لإقرار أو مواصلة مراقبة اجتماعية.

٣٩- وقد استحدثت برامج المخدرات البديلة كحل بديل لمشكلة مدمني المخدرات المستعصيين الذين لم ينجحوا، لأسباب شتى، في التغلب على ارتهانهم باستخدام أساليب علاج أخرى. وينبغي أن لا تؤخذ هذه البرامج على أنها غاية في حد ذاتها بل على أنها مرحلة وسيطة تفضي في النهاية الى تطوير أسلوب حياة صحيحة متحررة من المخدرات. كما ينبغي أن تدعمها رعاية نفسية اجتماعية.

هاء - الخلاصة

٤٠- تدرك الهيئة أن القواعد التنظيمية للمخدرات ليست دواء يشفى جميع العلل، وأن تدابير مراقبة المخدرات لا تكفي وحدها للقضاء على الاتجار غير المشروع بالمخدرات أو على إساءة استعمالها. ولهذا السبب فهي ترحب مثلا باعتماد الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات (قرار الجمعية دأ-٣/٢٠)، وكذلك بالجهود المبذولة من جانب الأطراف في اتفاقية عام ١٩٨٨ من أجل تنفيذ أحكامها وخفض المعروض من المخدرات غير المشروعة. ومن جهة أخرى، أدت القواعد التنظيمية

للمخدرات في الماضي، وما زالت تؤدي، وظيفة هامة ولاسيما في اقتصادات السوق الحرة: توجيه مسار المخدرات وقصر استعمالها على الأغراض الطبية والعلمية مع العمل في الوقت نفسه على خدمة أغراض الصحة العامة للمجتمع في مجمله. وفي هذا الصدد، تذكر الهيئة أيضا بالمادة ٣٣ من اتفاقية حقوق الطفل (قرار الجمعية العامة ٢٥/٤٤، المرفق)، التي تنص على ما يلي: "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة، بما في ذلك التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتربوية، لوقاية الأطفال من الاستخدام غير المشروع للمواد المخدرة والمواد المؤثرة على العقل، حسبما تحددت في المعاهدات الدولية ذات الصلة، ولمنع استخدام الأطفال في إنتاج مثل هذه المواد بطريقة غير مشروعة والاتجار بها".

٤١- لقد بلغت أبعادا مهولة زراعة المحاصيل غير المشروعة وإنتاج وصنع المخدرات غير المشروعة والاتجار بها من جانب المنظمات الإجرامية الوطنية والدولية. ويسهل على المرء أن يفهم أن السؤال كثيرا ما يطرح عما إذا كان لا يزال من المجدي إنفاق الأموال على مكافحة المخدرات. أليس من دواعي الاقتصاد أن نتخلى عن جميع القواعد التنظيمية للمخدرات وعما يرتبط بها من جهود وأن ندع الأمر لقوى اقتصاد السوق لتنظم الأوضاع دون أي تكلفة على المجتمع؟ وفي رأي الهيئة أن هذا سؤال خاطئ وأقرب شبها الى التساؤل عما إذا كان من دواعي الاقتصاد أن نمنع حوادث المرور أو أن نعالج الأمراض المعدية. لقد أثبت التاريخ أن المكافحة الوطنية والدولية للمخدرات أداة فعالة للحد من نمو الارتهان للمخدرات ومن ثم فهي الخيار السليم الذي ينبغي اعتماده.

٤٢- وفي حالة العقاقير المخدرة، تحقق الهدف الذي وضعت من أجله لوائح مراقبة المخدرات: فاليوم، لا توجد سوى حالات قليلة متفرقة من تسريب العقاقير المخدرة من قنواتها المشروعة. ونحن الآن بصدد تحقيق نتائج مماثلة من مراقبة المؤثرات العقلية عملا باتفاقية سنة ١٩٧١. فلولا وجود هذه الضوابط لتواصل وباء الإدمان الذي اجتاح بعض البلدان في العقود القليلة الأولى من القرن العشرين ولنشأت أوضاع مماثلة في بلدان أخرى كثيرة. ومن الممكن أن نفترض أنه بدون القواعد التنظيمية الدولية والوطنية لربما بلغ مدى الاستعمال غير الطبي للعقاقير المخدرة نفس الأبعاد التي بلغها استعمال أي مؤثر عقلي آخر يباع ويستعمل بقيود قليلة أو بلا قيود على الإطلاق. فالتقبل الاجتماعي لاستعمال التبغ وتفشي عادة التدخين (قد تصل الى ٦٥ في المائة نسبة البالغين المدخنين في بعض البلدان)، وارتفاع معدل المرضية المقترنة بتعاطي التبغ والخمر معا كل ذلك تنجم عنه وفيات قبل الأوان تطال ملايين البشر كل عام. وعلاوة على ذلك بلغت مستويات مرتفعة أفعال الإجرام المرتبطة بالخمر والاتجار بمنتجات تحتوي على التبغ أو الخمر.

٤٣- وليس من الممكن عقد مقارنات مباشرة بين المواد الصيدلانية، ولاسيما عقاقير الوصفات الطبية وعلى الأخص منها ما يحتوي على مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية، من جهة وبين السلع الاستهلاكية من جهة أخرى نظرا لأنه في حالة المواد الصيدلانية ليس المستهلك مؤهلا بالضرورة لإجراء تشخيص طبي واختيار عقار محدد لمرض معين والبت في نظام مناسب للجرعات مع مراعاة الآثار الجانبية الممكنة بما في ذلك (في حالة العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية) إساءة استعمال المخدرات والارتهان للمخدرات. وقد وثقت جيدا في الولايات المتحدة عواقب بيع المنتجات الصيدلانية غير الخاضع للتنظيم، حيث كان استعمال المخدرات قبل عام ١٩٠٦ تقرره قوى السوق وحدها (انظر الفقرتين ٤ و ٥ أعلاه). وفي عام ١٨٥٨، قوضت جميع جهود المكافحة الوطنية التي بذلتها السلطات الصينية طوال فترة دامت أكثر من قرن (المراسيم الصادرة في الأعوام ١٧٢٩، و ١٧٩٩، و ١٨٠٨، و ١٨٠٩، و ١٨١٥) نتيجة لما فرضته الدول الاستعمارية من إجازة لتجارة المخدرات. وتلك أوضاع ينبغي ألا يسمح لها بأن تتكرر.