

الفصل الأول

علاج المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع: عناصر أساسية لخفض الطلب على المخدرات

ألف- الخلفية

برامج العلاج الطوعية القائمة على الأدلة العلمية، ودعت إلى تعزيز التعاون الدولي في صوغ مبادرات العلاج وتنفيذها.

٣- وقد شكّل تعاطي المؤثرات النفسانية التي تغيّر المزاج جانباً من الحضارات الإنسانية على مدى آلاف السنين. ويمكن أن يتخذ هذا التعاطي، فيما يتعلّق بمواد معيّنة أو في سياقات معيّنة، نمطاً مريضاً تتعيّن معالجته. وأظهرت المجتمعات على امتداد تاريخ الحضارة الإنسانية مستويات متفاوتة من التسامح والتساهل مع تعاطي المؤثرات النفسانية ومن مراقبته. وخضع بعض هذه المواد، مثل التبغ والكحول، للتنظيم بصرامة أكثر أو أقل في معظم المجتمعات. واعتُبرت مواد أخرى ضارّة، ومن ثمّ وضعت تحت رقابة مشدّدة. وهذا هو الحال بالنسبة للمخدرات والمؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.

٤- وبغضّ النظر عن مستوى المراقبة والتنظيم أو مستوى القبول أو الرفض من جانب المجتمع، هناك عامل مشترك بين جميع المؤثرات النفسانية، التي يشار إليها على سبيل الإيجاز في هذا الفصل من الوثيقة بعبارة "المخدرات"، وهو نزوعها إلى التسبّب عقب تعاطيها في الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، سواءً أكان هذا التعاطي متواتراً أم عرضياً. وترتبط الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بمستويات عالية من الإصابة بالأمراض والعجز، وتشكّل عبئاً على الموارد الوطنية، وتتسبّب في معاناة إنسانية لا حدّ لها. وتقدر منظمة الصحة العالمية أنّ عبء المرض العالمي الراجع إلى تعاطي الكحول والمخدرات غير المشروعة يصل إلى 0,٤ في المائة من إجمالي عبء المرض.^(٩) وعلى وجه التحديد، يشكّل الارتهان للمخدرات ٠,٩ في

١- الاهتمام بصحة الإنسان وعافيته هو حجر الزاوية في الإطار الدولي لمراقبة المخدرات. ويشار إلى هذا الاهتمام في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ بصيغتها المعدّلة بروتوكول عام ١٩٧٢،^(٤) واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١،^(٥) واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨،^(٦) التي تُعرف مجتمعةً باسم الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. وضمناً لصحة الإنسان وعافيته، تُلزم هذه الاتفاقيات الدول الأطراف باتخاذ التدابير اللازمة لعلاج الأشخاص الذين يعانون من مشاكل المخدرات وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع (المادة ٣٨ من اتفاقية سنة ١٩٦١ والمادة ٢٠ من اتفاقية سنة ١٩٧١). وقد أُكّدت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات على هذه النقطة في تقريرها السنوي لعام ٢٠١٥.^(٧)

٢- وعلاج المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع من بين الأهداف العملية الرئيسية الواردة في التوصيات المتعلقة بخفض الطلب على المخدرات في الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية الثلاثين للجمعية العامة، المعنونة "التزامنا المشترك بالتصدّي لمشكلة المخدرات العالمية ومواجهتها على نحو فعّال".^(٨) وفي تلك الوثيقة الختامية، اعترفت الجمعية العامة بأنّ الارتهان للمخدرات هو اضطراب صحي معقّد يتّسم بطابع مزمن وانتكاسي ويمكن علاجه من خلال

(٤) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلّد ٩٧٦، الرقم ١٤١٥٢.

(٥) المرجع نفسه، المجلّد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

(٦) المرجع نفسه، المجلّد ١٥٨٢، الرقم ٢٧٦٢٧.

(٧) E/INCB/2015/1، الفقرة ١.

(٨) مرفق قرار الجمعية العامة دا-١٣٠/١.

(٩) منظمة الصحة العالمية، بيانات المرصد الصحي العالمي، موارد لوقاية من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان والعلاج منها. متاحة بالإنكليزية على الرابط التالي: www.who.int/gho/substance_abuse/en/.

(ج) أن الأبحاث تشير إلى أن ضغط الأقران عامل مهم في بدء تعاطي المخدرات. ولذلك يؤدي توفير العلاج للمرتنين للمخدرات إلى الحد من خطر بدء أشخاص آخرين في تعاطي المخدرات تحت تأثير المرتنين. وبعبارة أخرى، قد يسهم توفير خدمات العلاج وإعادة التأهيل لمن يعانون من الارتهاان في منع انضمام أفراد آخرين من دوائرهم إلى صفوف المتعاطين؛

(د) أن الحكومات ملزمة، بوصفها أطرافاً في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، بتقديم خدمات العلاج للمصابين بالإدمان. فالمادة ٣٨ من اتفاقية سنة ١٩٦١ والمادة ٢٠ من اتفاقية سنة ١٩٧١ كلتاهما تلزمان الحكومات بإيلاء اهتمام خاص للوقاية من الارتهاان للمخدرات وعلاج الذين يعانون منه وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع، واتخاذ جميع التدابير الممكنة عملياً لتحقيق ذلك، وتنسيق جهودها لتحقيق هذه الغاية، وتعزيز تدريب العاملين في تلك المجالات؛

(هـ) أن من شأن احترام حق الذين يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في الحصول على الخدمات الصحية والعلاجية أن يسهم في التخفيف من حدة الوصمة والتمييز المرتبطين بهذه الاضطرابات؛

(و) أن الأبحاث تُظهر باستمرار أن الاستثمار في العلاج يوفر الأموال للحكومات، إذ إن التكلفة المالية لتوفير العلاج أقل كثيراً من التكلفة التي تسببها الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات وما يتصل بها من مشاكل، مثل البطالة والتغيب عن العمل والجريمة (ما في ذلك تكلفة إقامة العدالة الجنائية وإنفاذ القانون) والمرض والوفاة المبكرة والعجز؛

(ز) أن من بين العوامل الحاسمة الأهمية في تحقيق الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) العمل على تحقيق الغاية ٣-٥ "تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد وعلاج ذلك".

٧- وهناك فجوة كبيرة في جميع أنحاء العالم في توافر الموارد اللازمة لتقديم خدمات العلاج وإعادة التأهيل. وقد قدّرت منظمة الصحة العالمية أن عدد الأسر المتاحة عالمياً لعلاج الارتهاان للمخدرات والكحول لا يتعدى ١,٧ سرير لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص، وأن عدد الأسر المتاحة في بلدان الشريحة العليا من فئة الدخل المتوسط يبلغ عشرة أضعاف عددها في بلدان الشريحة الدنيا من فئة الدخل المتوسط (٧,١ أسرة مقابل ٠,٧ سرير لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص).^(١٢) ويشير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب) إلى أن واحداً فقط من بين كل ٦ أفراد من المحتاجين إلى العلاج من الارتهاان للمخدرات على

المائة من عبء المرض العالمي الناتج عن جميع الأسباب، معبراً عنه بسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، ويسهم الارتهاان للمخدرات الأفيونية بأكثر حصة في هذا العبء.^(١٠) وقد أضاف ارتباط تعاطي المخدرات بمخاطر تتعلق بالصحة العامة، مثل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من أنواع العدوى المنقولة بالدم، بعداً آخر إلى هذا الأثر الصحي. ومن ثم، يتعين على جميع البلدان والولايات القضائية وضع آليات ونظم لتقديم المساعدة والإغاثة لمن يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات.

باء- العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الإدماج في المجتمع بوصفها عناصر أساسية لخفض الطلب على المخدرات

٥- يشتمل خفض الطلب على المخدرات على نهجين متداخلين ولكن متميزين، وهما: منع البدء في تعاطي المخدرات (أو الوقاية الأولية)، وعلاج المتعاطين وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع.

٦- وكثيراً ما تركز تدابير خفض الطلب تركيزاً أكبر على أنشطة الوقاية الأولية. فأنشطة خفض الطلب تنال في كثير من الأحيان دعماً أكبر، ومن ثم تحتل مكانة أبرز في الأطر والبرامج الوطنية لخفض الطلب على المخدرات. وعلى الرغم من ذلك، يُعتقد أن العديد من أنشطة الوقاية الأولية يستند إلى أدلة محدودة وأنه محدود من حيث التغطية ولا يُعلم مدى جودته.^(١١) ويلزم مزيد من الاعتراف بقيمة علاج المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع (وهو ما سيناقش لاحقاً في هذا الفصل). وثمة أسباب مقنعة تقتضي من الحكومات الاستثمار في خدمات العلاج وإعادة التأهيل، ومن بينها:

(أ) أن المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات يعانون من أضرار بالغة على صحتهم البدنية والعقلية وعافيتهم، إلى جانب تراجع نوعية حياتهم وإنتاجيتهم؛

(ب) أن بعض المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات قد يلجؤون إلى ارتكاب أعمال غير قانونية و/أو إجرامية لتغطية نفقات تعاطي المخدرات، تدخلهم في دوامة من الإدمان والمعاناة وتسهم في زيادة عبء الجريمة على كاهل المجتمع؛

^(١٠) Louisa Degenhardt and others, "Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the *Global Burden of Disease Study 2010*", *The Lancet*, vol. 382, No. 9904 (٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣)، الصفحات ١٥٦٤-١٥٧٤.

^(١١) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تقرير المخدرات العالمي ٢٠١٥، الفصل الأول، القسم دال ("ما هي الأساليب الناجعة في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات؟").

^(١٢) منظمة الصحة العالمية، *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (جنيف، ٢٠١٠).

واحدة إلى العقوبة.^(١٤) أمّا من منظور الإدمان والعلوم السلوكية، فقد لا يكون استهلاك أحد المخدرات لمرة واحدة سلوكاً مَرَضِيّاً بالضرورة، إذ إنّ نمط تعاطي المخدرات والعواقب المترتبة عليه هما ما يفرّق بين السلوك المَرَضِيّ والسلوك غير المَرَضِيّ، على الرغم من أنّ الأخير يكون خطراً في الكثير من الأحيان.

٩- ويحدّد التنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض فئتين تشخيصيتين رئيسيتين ترجعان إلى تناول المخدرات وتتصلان بهذه المناقشة، وهما: التعاطي الضار ومتلازمة الارتهان. ويُقصد بالتعاطي الضار للمخدرات نمط من تعاطي المخدرات يُلحق الضرر بالصحة البدنية أو العقلية للفرد. أمّا الارتهان للمخدرات، فهو حالة يصبح فيها تعاطي المخدرات إحدى الأولويات القصوى في حياة المتعاطي، وتنطوي على مجموعة من السلوكيات المرتبطة بها. ولا يزال مصطلح "الإدمان" الأقدم، المرادف إلى حدٍّ بعيد لمصطلح "الارتهان"، راسخاً في الأدبيات العلمية وكلام العامة، وما زال يُستخدم لهذا السبب. أمّا مصطلح "إساءة استعمال المخدرات" فقد كان مستخدماً كفتة تشخيصية في الماضي، لكن استعيز عنه إلى حدٍّ بعيد بعبارة "التعاطي الضار للمخدرات" و"الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات". وفي ضوء هذا السياق، فإنّ المصطلحين المستخدمين أساساً في هذا الفصل هما "تعاطي المخدرات" و"الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات".

١٠- فالأشخاص الذين يبدأون في تعاطي المخدرات يمكن أن يصلوا، مع تصاعد تعاطيهم للمخدرات وتفاقم العواقب السلبية لهذا التعاطي، إلى مرحلة التعاطي الضار وفي نهاية المطاف مرحلة الارتهان. ويشكّل تعاطي المخدرات والتعاطي الضار للمخدرات والارتهان للمخدرات سلسلة متوالية من تزايد الشدّة ونمط التعاطي. وفي أيّ مجتمع بعينه، يمكن عرض نمط تعاطي المخدرات على شكل هرم. وكما هو موضح في الشكل الوارد أدناه، تتألف قاعدة ذلك الهرم من الذين لا يتعاطون المخدرات على الإطلاق. وتمثّل الطبقة الوسطى من الهرم فئة أصغر مؤلفة من الذين يتعاطون المخدرات، لكن نمط تعاطيهم ليس مَرَضِيّاً. وأخيراً، يمثّل القسم الأصغر، في قمة الهرم، الذين يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. وعلى الرغم من أنّ الذين يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات يمثّلون الجزء الأصغر من الهرم، فمن المهم ملاحظة أنّهم مسؤولون عن النصيب الأكبر من الضرر والعواقب السلبية التي تلحق بهم وعن العبء الأكبر ذي الصلة من الأمراض الذي يتحمّله المجتمع ككل. وفي تقرير المخدرات العالمي ٢٠١٧، أشار المكتب إلى أنّ العالم خسر في عام ٢٠١٥ سنوات عمر صحية قدرها ٢٨ مليون سنة بسبب تعاطي المخدرات، منها ١٧ مليون سنة من سنوات العمر الصحية

مستوى العالم يستطيع الالتحاق ببرامج العلاج. والرقم المقابل في أمريكا اللاتينية هو واحد من بين كل ١١ شخصاً، وفي أفريقيا واحد من بين كل ١٨ شخصاً، ممّا يبيّن أنّ فجوة الموارد أكثر وضوحاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ففيما تنفق البلدان المرتفعة الدخل حوالي ٥٠ دولاراً على الصحة العقلية لكل شخص سنوياً، تنفق البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل نحو دولارين فقط للشخص في السنة. وإضافة إلى ذلك، هناك عادةً تفاوت في الحصول على خدمات العلاج وإعادة التأهيل داخل البلدان نفسها. فعلى سبيل المثال، كثيراً ما تكون النظم الصحية قادرة على تقديم خدمات لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي الكحول، لا الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. وتتاح خدمات العلاج من الارتهان للمخدرات عادةً في المدن الكبرى فقط. وبالمثل، ينتشر الارتهان للمخدرات بين الرجال أكثر من النساء، لكن فرص حصول النساء اللاتي يعانين من مشاكل المخدرات على خدمات العلاج وإعادة التأهيل تقلّ بنسبة كبيرة عن فرص الرجال، وذلك بسبب وصمة العار وعدم توافر خدمات علاج تراعي الاعتبارات الجنسانية.^(١٥) ومثمة جانب هام آخر لفجوة العلاج هو الفارق في نوع العلاج المتاح وفرصة الحصول عليه. فعلى مستوى العالم، يُبلّغ أكثر من ثلث البلدان عن توافر تدخّلات العلاج النفسي-الاجتماعي، بينما يبلغ أقلّ من الربع عن توافر تدخّلات العلاج بالأدوية، على الرغم من وجود قاعدة أدلة قوية تثبت أنّ تدخّلات العلاج بالأدوية فعّالة في علاج أنواع كثيرة من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. وعلاوة على ذلك فعند توافر خدمات العلاج وتيسّر الحصول عليها، يمكن أن تكون نوعيتها سيّئة، وقد لا تكون قائمة على الأدلة العلمية أو مدعومة بالمعايير أو المبادئ التوجيهية الدولية.

جيم- المفاهيم الأساسية المتعلقة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات

٨- من المهم التمييز بين مصطلحات مثل تعاطي المخدرات (drug use)، وإساءة استعمال المخدرات (drug abuse)، والتعاطي الضار للمخدرات (harmful use of drugs)، والارتهان للمخدرات (drug dependence)، وإدمان المخدرات (drug addiction)، لأنّ استخدام المصطلحات غير السليم يمكن أن يسهم في الوصم والتمييز. ومن منظور العدالة الجنائية، يمكن في بعض البلدان أن يؤدي تعاطي أحد المؤثرات النفسانية المدرجة في الجداول ضمن العقاقير المخدرة أو المؤثرات العقلية ولو مرة

(١٤) هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة)، "A gender perspective on the impact of drug use"، تقرير موجز عن السياسة العامة (تموز/يوليه ٢٠١٤).

(١٤) أوضحت الهيئة في العديد من المناسبات أنّ الأطراف ليست ملزمة بموجب معاهدات الأمم المتحدة لمراقبة المخدرات بفرض عقوبات العدالة الجنائية على متعاطي المخدرات.

احتمال قيام الناس بتعاطيه. وبالمثل، تبين أن الحرمان الاجتماعي والاقتصادي مرتبط باحتمال تعاطي المخدرات، وقد تُستخدم المخدرات كشكل من أشكال التداوي الذاتي لمواجهة المشاكل الشخصية التي تنبع أحياناً من تجارب سيئة في الطفولة، مثل إساءة المعاملة والإهمال وغيرها من أشكال الخلل الوظيفي للأسرة. وأخيراً، توجد عوامل متعلقة بالمخدرات قد تحدّد كذلك مقدار احتمال التعاطي، إذ إن بعض العقاقير من المرجح أن تؤدّي أكثر من غيرها إلى الاضطرابات الناجمة عن التعاطي. فبعض المخدرات، مثل المؤثرات الأفيونية، تعتبر أكثر تسبباً في الإدمان من العقاقير الأخرى، مثل القنب. وهناك عدد من العوامل المسؤولة عن الارتهان للمخدرات خارجة عن إرادة المتعاطين. فالناس لا يحدّدون بأنفسهم مدى قابليتهم الجينية أو البيولوجية للتضرر، ولا يمتلكون القدرة على التأثير في الممارسات الثقافية السائدة في أحيائهم، وليست لهم سيطرة على القوانين والسياسات الوطنية التي تحدّد مدى توافر المخدرات. ومسألة مدى قدرة الناس على التحكم في احتمال إصابتهم بالارتهان للمخدرات أو مدى حرية اختيارهم في هذا الصدد هي موضع نقاش.^(١٥) وبناءً على ما تقدّم، يتعيّن عدم النظر إلى المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات على أنهم ضحايا وأصحاب معاناة، بل على أنهم مرضى، ولا ينبغي أن يعاملوا معاملة من ينخرط عمدًا في سلوك غير مرغوب فيه أو غير قانوني. وأفضل إطار لمساعدتهم هو مرافق العلاج وإعادة التأهيل.

هاء- مجرى ومسار الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات والتعافي منها

١٢- تأخذ الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات مسارها، بعد ظهورها، مثل الأمراض المزمنة غير المعدية الأخرى مثل داء السكري أو ارتفاع ضغط الدم. وتشترك طرائق علاج جميع هذه الأمراض المزمنة غير المعدية في خصائص معيّنة:

(أ) يُخفّف العلاج الأعراض دون أن يعني بالضرورة القضاء على السبب الجذري للمرض؛

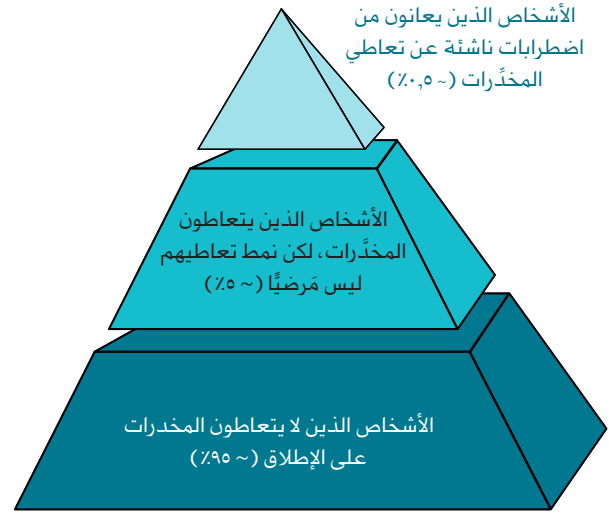
(ب) يشكّل تغيير السلوك ونمط الحياة جزءاً مهماً من العلاج؛

(ج) يشيع حدوث انتكاسات على الرغم من تلقّي العلاج.

١٣- والتعافي من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات ممكن، لكنه يستلزم في كثير من الأحيان القيام بعدة محاولات والانخراط الطويل الأجل في برامج العلاج. وبالنسبة إلى معظم

حُسرّت بسبب الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، على الرغم من أن هذه الاضطرابات لم تصب سوى ١٠ في المائة فقط تقريباً من الذين كانوا يتعاطون المخدرات. وللأسف، لا تتاح خدمات العلاج إلا لشخص واحد من بين كل ٦ أشخاص يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات على مستوى العالم. ومن ثمّ، يجب إيلاء أولوية كبرى لإتاحة خدمات العلاج وإعادة التأهيل لمن يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. غير أنّ من يتعاطون المخدرات ولا يعانون من أحد الاضطرابات الناشئة عن تعاطيها قد يحتاجون أيضاً إلى المساعدة للحيلولة دون زيادة تفاقم مشاكلهم المتعلقة بتعاطي المخدرات.

هرم أنماط تعاطي المخدرات (شكل تمثيلي)



دال- العوامل المرتبطة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات

١١- تتمثل أفضل طريقة للنظر إلى الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في اعتبارها ناشئة عن عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية. ولا يوجد عامل وحيد يسبّب تعاطي الشخص للمخدرات. فهناك مجموعة متنوّعة من عوامل الخطر وعوامل الوقاية التي تتفاعل فيما بينها وقد تفضي إلى تعاطي المخدرات ثمّ الارتهان لها لاحقاً. وتشمل هذه العوامل عوامل شخصية مسبقّة، إلى جانب عوامل جينية وبيولوجية ناشئة عن الاختلالات العصبية البيولوجية التي تحدث في أدمغة من يتعاطون المخدرات. وبالإضافة إلى ذلك، توجد عوامل بيئية. ومن بين هذه العوامل هناك عدد من العوامل الاجتماعية والثقافية والقانونية التي تزيد من احتمال تعاطي الشخص أحد المخدرات ثمّ الإصابة بالارتهان له. وقد يؤدّي التساهل الاجتماعي والثقافي بشأن تعاطي أحد المخدرات إلى ازدياد توافره، ممّا يؤثّر على

Allison Kurti and Jesse Dallery, "Review of Heyman's (١٥) addiction: a disorder of choice", *Journal of Applied Behaviour Analysis*, vol. 45, No. 1 (2012), pp. 229-240

الأفراد، يكون التعافي من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات عملية متواصلة وليس حدثاً معزولاً. وعادةً ما يعود غالبية الذين يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات إلى تعاطي المخدرات مرة واحدة بعد انتهاء فترة العلاج. ويُنظر إلى الزلّة (تعاطي المخدرات مرة واحدة بعد تحقيق الامتناع عن التعاطي) والانتكاسة (تعاطي المخدرات باتباع نمط الارتهان بعد تحقيق الامتناع عن التعاطي) على أنّهما من المراحل الأساسية والمتوقعة في عملية التعافي. فمن غير الواقعي أن يُتوقع أن يحقق شخص ما الامتناع الطويل الأمد عن تعاطي المخدرات بعد فترة من العلاج القصير الأجل، تماماً مثلما أنّه من غير الواقعي توقع أن يصل مريض يعاني من ارتفاع في ضغط الدم إلى ضغط دم عادي بعد نهاية سنة واحدة إذا قُدّم له العلاج المضاد لارتفاع ضغط الدم لبضعة أيام فقط ثمّ قُلص تدريجياً. وبناءً عليه، ينبغي تصميم برامج العلاج وإعادة التأهيل باعتبارها تدخّلات طويلة الأجل تتضمن استراتيجيات لمنع الانتكاس. ومن المهم أن لا تعاقب القوانين والسياسات الوطنية المتعاطين بسبب انتكاسهم بعد العلاج. ومن المهم أيضاً ملاحظة أنّ العلاج يجدي في حالات الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. وبعبارة أخرى، يقدم العلم الحديث في مجال الرعاية الصحية استراتيجيات فعّالة لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. ويتمثل المؤشّر الأهم لتحقيق نتيجة علاجية جيّدة في مواصلة العلاج لأطول مدة لازمة.

١٦- وينبغي ألا تكون نتيجة العلاج من الارتهان للمخدرات محدّدة فقط بثنائية استمرار تعاطي المخدرات مقابل الامتناع التام عن التعاطي. فقد ثبت أنّه حتى من دون تحقيق الامتناع التام، قد يستطيع بعض الأشخاص الحدّ من العواقب الضارة المترتبة على تعاطيهم للمخدرات وقد يمضون إلى التمتع بحياة مستقرّة ومثمرة نسبياً. فأوجه التحسّن في الصحة الشخصية والأداء الاجتماعي (العلاقات في أماكن العمل والأسرة والمجتمع)، وكذلك الحدّ من السلوك الخطر أو الجرائم، هي نتائج معتبرة ومرغوبة للعلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، إلى جانب الحدّ من تعاطي المخدرات. ومن ثمّ، ينبغي ألا تظّل خدمات العلاج وإعادة التأهيل مركّزة حصراً على الغاية النهائية المتمثلة في الانقطاع عن تعاطي المخدرات، بل ينبغي كذلك اعتبار الأهداف الوسيطة المتمثلة في الحدّ من تعاطي المخدرات والعواقب الضارة المترتبة عليه جزءاً لا يتجزأ من العملية الرامية إلى إعادة التأهيل التامة وإعادة الإدماج التامة في المجتمع.

واو- مبادئ التدخّلات العلاجية

١٧- الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات هي حالات مرصّية قابلة للعلاج وتوجد لها تدخّلات فعّالة للعلاج وإعادة التأهيل. وتعتبر هذه الاضطرابات حالات بيولوجية ونفسية واجتماعية معقّدة، وعلاجها معقّد ومتعدّد الأوجه بالقدر نفسه. ولكي يكون العلاج فعّالاً، فإنّه ينطوي عادةً على عناصر متعدّدة تستهدف مختلف جوانب الارتهان للمخدرات والعواقب المترتبة عليه. وقد وضعت منظمة الصحة العالمية والمكتب تسعة مبادئ لعلاج الارتهان للمخدرات:^(١٧)

المبدأ ١- توافر علاج الارتهان للمخدرات وإمكانية الحصول عليه ويسر تكلفته وجاذبيته وملاءمته. ينبغي أن يكون باستطاعة من يعانون من إدمان المخدرات الحصول على مجموعة كبيرة من خدمات العلاج التي تلبي مجموعة متنوّعة من الاحتياجات.

Robin Room and others, "Cross-cultural views on stigma, (١٧) valuation parity and societal attitudes towards disability", in *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, T. Bedirhan Üstün and others, eds. (Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001)

(١٨) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية "Principles of drug dependence treatment"، ورقة نقاش (آذار/ مارس ٢٠٠٨).

١٤- ومن الأوهام الشائعة أنّ الذين يعانون من الارتهان للمخدرات لا يرغبون في الانقطاع عن تعاطي المخدرات. فالمحاولات الفاشلة للتوقّف عن تعاطي المخدرات سمة مميزة وتشخيصية للارتهان للمخدرات. وقلة توافر خدمات العلاج المناسبة والمقبولة وقلة سبل الحصول عليها هي التي تحرم المصابين من فرصة الحدّ من سلوك تعاطي المخدرات أو الانقطاع عنه. وقد أُفيد في دراسة استقصائية أجريت مؤخراً في ولاية البنجاب في الهند بأنّه من بين ما يقدر بأكثر من ٣٣٢ ٠٠٠ شخص مرتهن للمؤثرات الأفيونية حاول أكثر من ٨٠ في المائة أن يتوقّفوا عن تعاطي المخدرات. غير أنّ ١٥ في المائة فقط حصلوا على المساعدة من قطاع العلاج المنظم، ممّا يدلّ على الانتشار الواسع للطلب على خدمات العلاج وقلة توافرها.^(١٦)

١٥- وحتى بعد تحقيق الامتناع عن تعاطي المخدرات، يجد العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات صعوبة في استعادة مكانتهم ووضعهم في أسرهم ومجتمعاتهم. وتمثّل وصمة العار المرتبطة بتعاطي المخدرات عائقاً كبيراً في سبيل التعافي. ففي دراسة أجريت لصالح منظمة الصحة العالمية في ١٤ بلداً في جميع أنحاء العالم، تبين أنّ إدمان المخدرات يقترن بأعلى مستويات الوصم أو الاستهجان

(١٦) الهند، وزارة العدالة الاجتماعية والتمكين، وحكومة ولاية البنجاب، وزارة الصحة ورعاية الأسرة، "Punjab opioid dependence survey: brief report". متاح على الموقع التالي: <http://pbhealth.gov.in/>

(١٦) الهند، وزارة العدالة الاجتماعية والتمكين، وحكومة ولاية البنجاب، وزارة الصحة ورعاية الأسرة، "Punjab opioid dependence survey: brief report". متاح على الموقع التالي: <http://pbhealth.gov.in/>

المخدرات هي حالات مَرَضِيَّة، فإنَّ الإطار الأمثل للعلاج هو نظام الرعاية الصحية وليس نظام العدالة الجنائية. وينبغي أن يكون نظام الرعاية الصحية هو البيئة المفضلة لمعالجة هذه المشاكل، وأن تُنمَّى القدرات العلاجية في حال عدم وجودها. ولتقديم العلاج كبديل للسجن فائدة مزدوجة متمثلة في الحد من المعاناة والعجز إضافة إلى الحد من الجريمة. ويسهم التخفيض الكبير في التكاليف الناتج عن ذلك في فاعلية هذا النهج من حيث التكلفة.

المبدأ ٧- إشراك المجتمع المحلي والمشاركة وتوجيه المرضى. يلزم إحداث تحول نوعي في نموذج تقديم العلاج، من اعتباره خدمة قائمة على إصدار التوجيهات إلى اعتباره خدمة قائمة على قدر أكبر من التعاون تُقدَّم في إطار المجتمع المحلي، مع إشراك متعاطي المخدرات وأسره ومجتمعاتهم المحلية والأطراف المعنية المحلية في عملية التخطيط للخدمات العلاجية وتنفيذها ومتابعتها.

المبدأ ٨- الإدارة السريرية لخدمات علاج الارتهان للمخدرات. يمكن إقامة نظم إدارة سريرية تُسَم بالمساءلة والفاعلية من خلال وضع سياسات وبروتوكولات كتابية، وآليات للرصد والإشراف من جانب موظفين مؤهلين. وإضافة إلى ذلك، ينبغي تطبيق نظم للاعتماد والتصديق وضمان الجودة للخدمات العلاجية.

المبدأ ٩- النظم العلاجية: وضع السياسات والتخطيط الاستراتيجي وتنسيق الخدمات. يوصى بوضع نهج منطقي وتدرجي يتضمّن صياغة سياسات علاجية وتقييم الوضع وبناء قدرات مقدّمي خدمات الرعاية ووضع نظم لضمان الجودة.

زاي- نهج العلاج وطرائقه

١٨- لا يمكن تبرير إطلاق اسم العلاج على كل نشاط يؤدي إلى الحد من تعاطي المخدرات. ويعرّف علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وما يرتبط بها من مشاكل صحية بدنية وعقلية بأنه "نشاط يستهدف مباشرة الأشخاص الذين يواجهون مشاكل في تعاطيهم للمخدرات ويهدف إلى تحقيق نتائج محدّدة فيما يتعلّق بالتخفيف من حدّة هذه المشاكل و/أو القضاء عليها، ويقوم بتنفيذه مهنيون متمرسون أو معتمدون، في إطار ممارسات العلاج الطبي أو النفسي أو المساعدة الاجتماعية المعترف بها (أو أنشطة من هذا النوع)"^(٢٠).

١٩- وفي حين أنّ المبادئ العامة للعلاج من الارتهان للمخدرات قد تبدو متشابهة فيما يتعلّق بمختلف أنواع المخدرات والفتات السكانية، فإنّ الحالة المثلى هي أن يتلقّى كل مريض علاجاً فردياً

وتُعتبر عوامل مثل يسر التكلفة وسهولة الحصول على العلاج من الناحية الجغرافية ودقة التوقيت ومرونة ساعات العمل وسهولة الاستخدام والاستجابة لاحتياجات الأفراد من العوامل التي تسهم في يسر الحصول على خدمات العلاج من الارتهان للمخدرات.

المبدأ ٢- الفحص والتقييم والتشخيص وتخطيط العلاج. عملية التقييم التشخيصي الشامل هي الأساس الذي يقوم عليه أيُّ نهج علاجي فعّال وفردي. وتشمل عناصر هذه العملية الفحص (على سبيل المثال، لاكتشاف تعاطي المخدرات والسلوكيات الخطرة المرتبطة به)، والتقييم والتشخيص (على سبيل المثال، الارتهان للمخدرات والأمراض النفسية الأخرى المصاحبة له)، والتقييم الشامل (على سبيل المثال، مرحلة المرض وشدّته والمزاج والشخصية والوضع الوظيفي)، ووضع خطة علاج فردية.

المبدأ ٣- علاج الارتهان للمخدرات استناداً إلى أدلة علمية. يجب أن يخضع اعتماد علاج الارتهان للمخدرات لنفس المعايير الصارمة المطبّقة لاعتماد علاج الحالات المَرَضِيَّة الأخرى. ومن ثمّ، ينبغي أن تقوم جميع الطرائق المعتمدة لعلاج الارتهان للمخدرات في بلد معيّن على أحدث الممارسات الجيدة المستندة إلى الأدلة وإلى الرصيد العلمي المتراكم، مع مراعاة تطوّر العلوم الصحية المستمر.

المبدأ ٤- علاج الارتهان للمخدرات، وحقوق الإنسان، وكرامة المرضى. ينبغي عدم ممارسة التمييز ضد المرتهنين للمخدرات بسبب تاريخهم في تعاطي المخدرات. ويجب تطبيق معايير العلاج الأخلاقي المنطبقة على الحالات المَرَضِيَّة الأخرى على علاج الارتهان للمخدرات أيضاً. ويشمل ذلك حق المرضى في حرية التصرف والاختيار والتزام مقدّمي خدمات الرعاية بمبادئ الإحسان وعدم الإيذاء والسرية. وفي هذا السياق، ترحب الهيئة ببيان الأمم المتحدة المشترك الصادر مؤخراً بشأن القضاء على التمييز في سياقات الرعاية الصحية.^(١٩)

المبدأ ٥- استهداف الفئات الفرعية المحدّدة والظروف الخاصة. قد تكون هناك احتياجات خاصة لفئات فرعية من السكان مثل المراهقين والنساء والحوامل والأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية مصاحبة لتعاطي المخدرات والمشتغلين بالجنس والأقليات العرقية والأفراد المهمّشين اجتماعياً، بمن فيهم المهاجرون واللاجئون. ويجب مراعاة هذه الاحتياجات عند معالجة تلك الفئات من الارتهان للمخدرات.

المبدأ ٦- العلاج من الإدمان ونظام العدالة الجنائية. يعامل بعض الولايات القضائية تعاطي المخدرات باعتباره جريمة في حدّ ذاته. غير أنّه نظراً إلى أنّ الاضطرابات الناشئة عن تعاطي

(١٩) الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية، "بيان الأمم المتحدة المشترك بشأن القضاء على التمييز في سياقات الرعاية الصحية"، ٢٠١٧. متاح على الرابط التالي: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/ar/>

(٢٠) المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان، EMCDDA Treatment Strategy, Work programmes and strategies series (لشبونة، نيسان/ أبريل ٢٠١٠).

البوبرينورفين والميثادون.^(٢٢) وبالنسبة إلى المنومات المهذئة مثل البنزوديازيبينات، يوصى باستخدام البنزوديازيبينات الطويلة المفعول بجرعات كافية تقلل تدريجياً على مدى بضعة أيام. وغالباً ما تعتبر إزالة السموم، خطأً، علاجاً كاملاً في حد ذاتها. بيد أن معالجة أعراض الانقطاع ليست سوى الخطوة الأولى في العلاج الطويل الأمد من الارتهاان للمخدرات. ويكون احتمال الانتكاس وتعاطي الجرعات الزائدة مرتفعاً عقب أي شكل من أشكال إزالة السموم. ولمنع حدوث الانتكاسات، يلزم أن تبدأ في هذه المرحلة من العلاج التحضيرات لأنشطة تهدف إلى ضمان استمرار مشاركة المريض الطويلة الأجل في عملية العلاج؛

(د) علاج المرضى الخارجيين. يستهدف علاج المرضى الخارجيين أساساً الأفراد الذين يحظون بدعم اجتماعي كافٍ وموارد كافية في المنزل لكنهم بحاجة إلى تدخّلات بالأدوية و/أو تدخّلات نفسية-اجتماعية لمدة طويلة. ولا يحتاج معظم الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات إلى تلقّي رعاية المرضى الداخليين، بل يمكن علاجهم كمرضى خارجيين. وتوجد قاعدة أدلة قوية تثبت فاعلية مجموعة متنوعة من التدخّلات بالأدوية المقدمّة كجزء من العلاج الطويل الأمد من الارتهاان للمخدرات. وتوصي منظمة الصحة العالمية باستخدام البوبرينورفين أو الميثادون بجرعات كافية كعلاج صياني بالمواد الناهضة ذات المفعول الأفيوني.^(٢٣) ومن الأشكال الأخرى لعلاج المرضى الداخليين من الارتهاان للمؤثّرات الأفيونية باستخدام الأدوية عقّار النالتريكسون المناهض ذو المفعول الأفيوني، الذي يوصى باستخدامه للمرضى ذوي الدافع الذاتي القوي للغاية للعلاج. غير أنّه لا توجد سوى أدلة متواضعة على فاعلية هذا العلاج.^(٢٤) ولعلاج الارتهاان للقنّب والمنبّهات النفسية (أي الارتهاان للأمفيتامينات أو الكوكايين)، لا توجد في الوقت الراهن أي أدلة تثبت أطّراد فاعلية أيّ علاج بالأدوية. ولذا، يظلّ العلاج النفسي-الاجتماعي النهج الأساسي للعلاج من الارتهاان لتلك الفئات من المخدّرات. وإلى جانب العلاج بالأدوية، توجد مجموعة من أشكال العلاج النفسي-الاجتماعي الفعّالة في منع الانتكاس وإعادة تأهيل المرضى، تشمل إدارة الطوارئ،^(٢٥) والمقابلات الشخصية

حسب احتياجاته الخاصة، قد تختلف طبيعته تبعاً لعوامل مثل نوع المخدّر المستخدم ومدى شدّة الارتهاان ومستوى الدافع الذاتي لتلقّي العلاج ومدى توافر الدعم الاجتماعي (أو غيابه). ونظراً إلى كون الارتهاان للمخدرات مرضاً مزمناً ومتكرّراً الهجوع والانتكاس، لا يكون العلاج القصير الأجل الذي يقُدّم لمرة واحدة كافياً في العادة لمعظم الأفراد، ويمكن أن يكون من المفيد تعامل المريض باستمرار مع الأسرة والمجتمع المحلي.

٢٠- وقد وضع المكتب ومنظمة الصحة العالمية معايير دولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدّرات، من أجل دعم الدول الأعضاء في تطوير خدمات علاجية فعّالة وأخلاقية.^(٢٦) وخضعت مجموعة متنوعة من طرائق العلاج ونُهجها للتقييم من حيث مدى استناد فاعليتها إلى الأدلة العلمية. ومن بين هذه الطرائق والنُهج:

(أ) التوعية المجتمعية. تستهدف هذه الأنشطة في المقام الأول الأشخاص الذين يتعاطون المخدّرات ولكنهم لا يتلقّون علاجاً في الوقت الحالي. وتتضمّن الخدمات الأساسية التي تقدّمها برامج التوعية الدعم الأساسي، والتوعية بشأن المخدّرات، والفحص، والتدخّل السريع، والإحالة إلى مراكز العلاج من الارتهاان للمخدّرات، وخدمات تبديل الإبر؛

(ب) الفحص، والتدخّل السريع، والإحالة إلى العلاج. تستهدف هذه التدخّلات أساساً الأشخاص الذين يعانون من مشاكل تتعلّق بتعاطي المخدّرات الموجودين في بيئات غير متخصصة، مثل مراكز الرعاية الأولية والرعاية في حالات الطوارئ والخدمات الاجتماعية والسجون. وتتوافر أدوات فحص معيارية وصالحة إضافة إلى كتيبات إرشادية يمكن تعديلها بما يتناسب مع مختلف الثقافات من أجل القيام بتدخّلات علاج نفسي-اجتماعي سريعة. وهذه البرامج فعّالة في الحدّ من تعاطي المخدّرات، وبخاصة لدى من لا يزالون في المراحل المبكّرة من مسارات تعاطي المخدّرات؛

(ج) العلاج القصير الأجل للمرضى الداخليين في المستشفيات أو داخل المؤسسات الإيوائية. الهدف الأساسي من هذا النوع من العلاج، المعروف أيضاً باسم إزالة السموم، هو التخفيف من أعراض الانقطاع عن تعاطي المخدّرات وتيسير استقرار الحالة البدنية والعاطفية للمريض في بيئة آمنة ومحمية. فبالنسبة إلى البنزوديازيبينات والمؤثّرات الأفيونية والعديد من فئات العقاقير الأخرى، يتمثّل المكوّن الرئيسي فيما يتعلّق بإزالة السموم في علاج أعراض الانقطاع باستخدام الأدوية. وفي حالة المؤثّرات الأفيونية، توجد أدلة قوية تشير إلى أنّ أفضل طريقة لعلاج أعراض الانقطاع هي استخدام أدوية ناهضة مثل

L. Gowing, R. Ali, and J. White, "Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, No. 2 (2002).

٢٣) منظمة الصحة العالمية، *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (جنيف، ٢٠٠٩).

S. Minozzi and others, "Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 4 (2011).

M. Prendergast and others, "Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis", *Addiction*, vol. 101, No. 11 (November 2006), pp. 1546-1560.

٢٦) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدّرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، "International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Draft for Field Testing" (آذار/مارس ٢٠١٧).

شاملة من تسعة تدخّلات للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين من يتعاطون المخدّرات بالحقن وعلاج المصابين به ورعايتهم.^(٢٩) وتدرك الهيئة أنّ هذه المجموعة الشاملة قد تمّ اعتمادها على نطاق واسع من جهات من بينها الجمعية العامة^(٣٠) والمجلس الاقتصادي والاجتماعي^(٣١) ولجنة المخدّرات.^(٣٢) وقد خضعت التدابير التسعة المذكورة لتقييم علمي. وهي تحقّق أعلى مستويات الفاعلية عندما تُقدّم معاً كمجموعة واحدة. وتتمثّل هذه الأنشطة فيما يلي: (أ) برامج الإبر والمحاقن؛ (ب) العلاج الإبدالي بالمؤثرات الأفيونية وغيره من أشكال العلاج من الارتهان للمخدّرات؛ (ج) اختبارات الإصابة بفيروس الأيدز وخدمات المشورة ذات الصلة؛ (د) العلاج المضاد للفيروسات القهقرية؛ (هـ) الوقاية من الإصابات المنقولة بالاتصال الجنسي وتشخيصها وعلاجها؛ (و) توزيع العوازل الذكرية؛ (ز) أنشطة الإعلام والتوعية والتواصل المحدّدة الأهداف؛ (ح) الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي والتلقيح ضده وتشخيصه وعلاجه؛ (ط) الوقاية من داء السل وتشخيصه وعلاجه؛^(٣٣)

(ح) النهج الأخرى. هناك نقاش دائر منذ سنوات عديدة حول أنشطة أخرى بخلاف المجموعة الشاملة يعتبرها البعض تدخّلات تهدف إلى الحدّ من العواقب السلبية لتعاطي المخدّرات. وتجري بعض الحكومات اختبارات بشأن برامج العلاج الصياني بالهيروين الموصوف طبيّاً للمرضى الذين لا يحصلون على أشكال أخرى من العلاج، على الرغم من أنّ هذا ليس من صور العلاج المفضّلة.^(٣٤) وتشير الأبحاث إلى أنّ العلاج الصياني بالهيروين الموصوف طبيّاً قد يساعد الأفراد المرتهنين للهيروين على الاستمرار في العلاج والحدّ من تعاطيهم لمخدّرات الشوارع

(٢٩) منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدّرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز): WHO, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention Treatment and Care for Injecting Drug Users* تنقيح عام ٢٠١٢ (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢).

(٣٠) الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز): تكثيف جهودنا من أجل القضاء على فيروس نقص المناعة البشرية والأيدز (مرفق قرار الجمعية العامة ٦٥/٢٧٧).

(٣١) قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي ٦/٢٠٩.

(٣٢) قرار لجنة المخدّرات ٩/٥٣.

(٣٣) منظمة الصحة العالمية، سلسلة "Evidence for action"، وهي عبارة عن أبحاث فنية وتقارير موجزة عن السياسات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز ومتعاطي المخدّرات بالحقن. متاحة على الرابط التالي: www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html

(٣٤) Ambros A. Uchtenhagen, "Heroin maintenance treatment: from idea to research to practice", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, No. 2 (2011), pp. 130-137

التحفيزية،^(٣٦) والعلاج السلوكي المعرفي،^(٣٧) والعلاج الهادف إلى منع الانتكاسات. وتحقّق معظم أشكال العلاج المذكورة أفضل النتائج عند اقترانها بالعلاج بالأدوية؛

(هـ) العلاج الطويل الأجل داخل المؤسسات الإيوائية. تتمثّل الصورة الأكثر شيوعاً للعلاج الطويل الأجل داخل المؤسسات الإيوائية في العلاج الجماعي، حيث يُتوقّع من المرضى المكوث لفترة طويلة تتراوح بين ٦ أشهر و٢٤ شهراً. وفي الماضي، كان العلاج الطويل الأجل داخل المؤسسات الإيوائية يشتمل على العلاج النفسي-الاجتماعي فقط، غير أنّ النهج الحديثة قد تشتمل أيضاً على استخدام الأدوية. وقد أوضحت الدراسات الاستعراضية الواسعة النطاق أنّ الأدلة قليلة على أنّ العلاج الجماعي يقدّم فوائد كبيرة، إلّا في حال تقديمه داخل السجون؛^(٣٨)

(و) إدارة مرحلة التعافي. إدارة مرحلة التعافي، المعروفة أيضاً باسم الرعاية اللاحقة أو الدعم الاجتماعي، هي نموذج للرعاية الطويلة الأمد الهادفة إلى التعافي فيما يتعلّق بالأشخاص الذين نجحوا في الامتناع عن التعاطي من خلال أشكال أخرى للعلاج. وينصبّ التركيز في هذه المرحلة على منع حدوث الانتكاس، عن طريق دعم التغيير الذي يحدث في الأداء الاجتماعي للأفراد وفي عافيتهم الشخصية، وعن طريق مساعدتهم في استرداد مكانتهم في مجتمعهم المحلي. ويكاد الانتكاس أن يكون جزءاً حتمياً من مرحلة التعافي. ولذا فبدلاً من ترك المرضى يخضعون مراراً للعلاج القصير الأجل، تقدّم خدمات الدعم في إطار نهج إدارة مرحلة التعافي لفترة أطول ولكن بتركيز وتكلفة أقل بكثير، مع التركيز على حرية المرضى في التصرف وضمن مشاركة مجتمعاتهم المحلية؛

(ز) التدخّلات الرامية إلى الحدّ من العواقب السلبية لتعاطي المخدّرات. تُستخدم نهج معيّنة للحدّ من العواقب السلبية لتعاطي المخدّرات، بدلاً من الحدّ مباشرة من تعاطي المخدّرات في حدّ ذاته. ويشيع اتّباع هذه النهج، وبخاصة في سياق الحدّ من احتمال الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وسائر أنواع العدوى الفيروسية المنقولة بالدم التي تنتشر بين من يتعاطون المخدّرات عن طريق الحقن. وقد اعتمدت منظمة الصحة العالمية والمكتب وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز مجموعة

(٣٦) G. Smedslund and others, "Motivational interviewing for substance abuse", *The Cochrane Library* (11 May 2011).

(٣٧) M. Magilland, L. A. Ray, "Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, No. 4 (2009), pp. 516-527.

(٣٨) L. A. Smith, S. Gates and D. Foxcroft, "Therapeutic communities for substance-related disorder", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1 (2006).

٢٢- وبصفة عامة، فإنَّ الدراسات التي جرت في مختلف البيئات والبلدان قد أظهرت باطِّراد أنَّ العلاج من الارتهان للمخدَّرات فعَّال للغاية من حيث التكلفة. فكل دولار يُنفق على العلاج من المخدَّرات يحقق عائداً يتراوح بين ٤ و٧ دولارات، بسبب تراجع معدَّلات الجريمة وانخفاض التكاليف التي يتحمَّلها نظام العدالة الجنائية. وعند إضافة الوفورات المحقَّقة أيضاً في نظام الرعاية الصحية، يتجاوز إجمالي الوفورات نسبة ١:١٢. وقد أُجري استعراض لـ ١١ دراسةً تقييميةً اقتصاديةً لمجموعة متنوعة من العلاجات، تناول الفوائد الاقتصادية المحقَّقة في مختلف مجالات النتائج (النشاط الإجرامي، والاستفادة من الخدمات الصحية، وإيرادات العمل، والنفقات على المخدَّرات غير المشروعة)، وخلص إلى أنَّ تخفيض النشاط الإجرامي والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية هما أكبر الفوائد الاقتصادية المحقَّقة من علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدَّرات.^(٣٩) كما أنَّ العلاج من الارتهان للمخدَّرات أقلُّ تكلفةً بكثير من تدخُّلات العدالة الجنائية. فعلى سبيل المثال، قُدِّرت تكلفة العلاج الصياني بالميثادون في الولايات المتحدة الأمريكية بنحو ٧٠٠ ٤ دولار لكل مريض سنوياً، فيما تُقدَّر تكلفة السجن بمبلغ ٢٤ ٠٠٠ دولار لكل سجين سنوياً.^(٤٠) وقُدِّر أنَّ نظام العدالة الجنائية يمكن أن يقتصد حوالي ٨,٤ بلايين دولار من خلال توفير العلاج لـ ١٠ في المائة فقط من الجناة المؤهَّلين.^(٤١) وخلص استعراض واسع النطاق للأدبيات العلمية إلى أنَّه، من حيث فاعلية التكلفة، ينبغي أن يعتبر العلاج الصياني بالمواد الناهضة، مثل الميثادون والبوبورينورفين، الخيار المفضَّل للعلاج من الارتهان للمؤثَّرات الأفيونية.^(٤٢)

Kathryn McCollister and Michael French, "The relative ^(٣٩) contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings", *Addiction*, vol. 98, No. 12 (2003), pp. 1647-1659

United States, Department of Health and Human Services, ^(٤٠) National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3rd ed., NIH Publication No. 12-4180 (2012)

Gary Zarkin and others, "Lifetime benefits and costs of ^(٤١) diverting substance-abusing offenders from State prison", *Crime & Delinquency*, vol. 61, No. 6 (2012), pp. 829-850

Chris Doran, "Economic evaluation of interventions for ^(٤٢) illicit opioid dependence: a review of evidence" أساسية معدَّة للتقديم للاجتماع الثالث للفريق المعني بالإعداد الفني للمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن علاج الارتهان للمؤثَّرات الأفيونية بالأدوية مع الدعم النفسي-الاجتماعي، المنعقد في جنيف من ١٧ إلى ٢١ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٧.

وتقليل أنشطتهم غير القانونية.^(٣٥) ولكن نظراً إلى خطر التأثيرات السلبية وعدد من الاعتبارات التنفيذية، لم توصَّ منظمة الصحة العالمية أو وكالات أخرى تابعة للأمم المتحدة بهذا العلاج. ومن بين التدابير الأخرى التي كثيراً ما تثير الجدل والنقاش مرافق الحَقن الخاضعة للإشراف، أو غرف تعاطي المخدَّرات. والغرض من هذه المرافق هو تزويد متعاطي المخدَّرات بأدوات حَقن آمنة ومحيط آمن لحَقن المخدَّرات. ولا تقوم مرافق الحَقن الخاضعة للإشراف بتوفير المخدَّرات بنفسها في العادة. وقد جرى استعراض لتحديد مدى فاعلية هذه المرافق فُحصت خلاله ٧٥ دراسةً منشورة وخلص الاستعراض إلى أنَّ مرافق الحَقن الآمن قد نجحت في جذب أشخاص يصعب الوصول إليهم، وتعزيز أساليب الحَقن الأكثر أماناً، والحدُّ من خطر تناول جرعات زائدة، وتقليل حالات حَقن المخدَّرات في العلن وكميات المحاقن الملقاة على الأرض في المجتمع المحلي.^(٣٦) ومن ثَمَّ، فإنَّ الأدلة العلمية على فاعلية هذه المرافق في تزايد سريع. وقد ذكرت الهيئة في تقريرها السنوي لعام ٢٠١٦ أنَّ الهدف النهائي لهذه المرافق يجب أن يكون الحدُّ من العواقب السلبية لتعاطي المخدَّرات دون التجاوز عن الاتِّجار بالمخدَّرات أو التشجيع عليه، وأنَّ الإحالة إلى برامج العلاج وإعادة التأهيل يجب أن تكون جزءاً لا يتجزأ من هذه التدابير.^(٣٧)

حاء- فاعلية علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدَّرات من حيث التكلفة

٢١- عند الاستثمار في العلاج من الارتهان للمخدَّرات، تكون التكاليف أحد الاعتبارات المهمة. وممَّا يؤسَف له أنَّ أقلَّ من نصف مجموع عدد البلدان في جميع أنحاء العالم، ليس من بينها البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، يدرج في الميزانية بنداً مخصَّصاً على وجه التحديد للعلاج من الارتهان للمخدَّرات. وأهمُّ ثلاث وسائل لتمويل خدمات العلاج هي التمويل بواسطة الضرائب، ومدفوعات الخاضعين للعلاج، والمنظمات غير الحكومية، بهذا الترتيب. ويبدو أنَّ البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل تعتمد في معظم التمويل على مدفوعات الخاضعين للعلاج.^(٣٨)

M. Ferri, M. Davoli and C. A. Perucci, "Heroin ^(٣٥) maintenance for chronic heroin-dependent individuals", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 12 (2011)

Chloé Potier and others, "Supervised injection services: ^(٣٦) what has been demonstrated? A systematic literature review", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 145, No. 1 (2014), pp. 48-68

E/INCB/2016/1, الفقرة ٧٢٠.^(٣٧)
^(٣٨) منظمة الصحة العالمية، *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (جنيف، ٢٠١٠)، الفصل ٢، الصفحتان ٢٦ و٢٧.

طاء- تنظيم تقديم خدمات العلاج وإدارتها

ياء- علاج فئات سكانية محدّدة

١- الأطفال والمراهقون

٢٥- للمراهقين أمماطهم الفريدة في تعاطي المخدرات واحتياجاتهم الفريدة من حيث العلاج. وأي تعاطٍ للمخدرات في أوساط المراهقين هو مدعاة للقلق، حتى وإن كان لمجرد التجربة، لأنّ تعاطي المخدرات يعرضهم للمزيد من أنواع السلوك الخطر ويزيد من احتمال الإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وشدّتها. وقد بيّنت البحوث العواقب السلبية الخطيرة لتعاطي المخدرات على نمو أدمغة الأطفال والمراهقين.^(٤٣) ومن ثمّ، فالعلاج مفيد للمراهقين الذين يتعاطون المخدرات، حتى وإن لم يعانون من اضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات يمكن تشخيصه. وتشمل صعوبات تقديم علاج فعّال للأطفال والمراهقين ما يلي: (أ) عدم كفاية البحوث المتعلقة بمسائل تعاطي المخدرات لدى هذه الفئة من السكان؛ (ب) عدم التأكد ممّا للأدوية الخاصة بالبالغين من أثر على الأطفال والمراهقين؛ (ج) توفير التداخلات النفسية-الاجتماعية الملائمة للمراهقين مع مراعاة مستويات نموهم الإدراكي وتجاربهم في الحياة. وتؤدي الأسرة والمجتمع دوراً مهماً في علاج المراهقين من تعاطي المخدرات. ويكون للعديد من المراهقين الذين يتعاطون المخدرات تاريخ من التعرّض للإيذاء البدني أو العاطفي أو الجنسي، وينبغي تحديد حالات الإيذاء هذه ومعالجتها بالتزامن عند الاقتضاء.^(٤٤)

٢- النساء

٢٦- يبلغ احتمال تعاطي الرجال على مستوى العالم للمخدرات غير المشروعة ما يقرب من ثلاثة أضعاف احتمال تعاطيها من جانب النساء، بينما احتمال تعاطي النساء للمؤثرات الأفيونية والمهدئات المصروفة بوصفات طبية أكبر مقارنة بالرجال. وفي حين أنّ الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات أكثر شيوعاً بين الرجال، كان انتشار تعاطي المخدرات بين النساء متزايداً على مدار العقدين الماضيين، لا سيّما في بعض البلدان المرتفعة الدخل. وعلاوة على ذلك، فمتى بدأ تعاطي المخدرات يكون تفاقمه إلى حالة الارتهاان لدى النساء أسرع بكثير من تفاقمه لدى الرجال. وممّا له أهمية أنّ عدداً قليلاً جداً من النساء المرتهنات للمخدرات يستطيع الحصول على خدمات العلاج. فهناك امرأة واحدة من بين كل ثلاثة أشخاص يتعاطون المخدرات، بينما لا توجد سوى امرأة

^(٤٣) Lindsay M. Squeglia and Kevin M. Gray, "Alcohol and drug use and the developing brain", *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, No. 5 (May 2016).

^(٤٤) United States, National Institute of Drug Abuse, *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-based Guide*, NIH Publication No. 14-7953 (Washington, D.C., 2014).

٢٣- رغم الاعتراف الواسع النطاق بأنّ الارتهاان للمخدرات هو حالة صحية مَرَضِيَّة، لا يزال علاجه في العديد من البلدان منفصلاً عن تقديم الرعاية الصحية. ويؤثّر هذا الفصل سلباً على جودة الرعاية المتاحة للمرتهنين، ويزيد النفقات التي يمكن تجنّبها والتي لا داعي لها. ومن المهم دمج علاج الارتهاان للمخدرات في خدمات الرعاية الصحية العامة للأسباب الآتية:

- (أ) أنّ تعاطي المخدرات يرتبط بالأمراض العقلية والحالات المرضية الأخرى؛
- (ب) أنّ دمج الخدمات يؤدي إلى تحسين تنسيق خدمات الرعاية، ممّا يفضي في النهاية إلى تحسين النتائج الصحية؛
- (ج) أنّ تقديم العلاج من المخدرات ضمن نظام الرعاية الصحية العام فعّال من حيث التكلفة؛
- (د) أنّ الدمج يمكن أن يؤدي إلى الحدّ من أوجه التفاوت في توفير الخدمات الصحية وتقليل فترات الانتظار في مرافق العلاج من تعاطي المخدرات.

٢٤- ويؤدي دمج خدمات علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات مع خدمات الرعاية الصحية إلى تمكين نظام الرعاية الصحية من تقديم الخدمات لمن يعانون من مشاكل طفيفة إلى متوسطة تتعلّق بتعاطي المخدرات، الذين يشكّلون أكبر نسبة من متعاطي المخدرات. ويقلّل ذلك من الحاجة إلى علاج أكثر تكثيفاً وأكبر تكلفة، ويحول دون زيادة تفاقم مشاكل المخدرات. وقد تمّ بيان نماذج متنوّعة في هذا الصدد على امتداد سلسلة متواصلة من الرعاية؛ فمن الممكن التنسيق بين خدمات العلاج من المخدرات وخدمات الرعاية الصحية، ممّا يعني استمرار الفصل بين الخدمات ولكن مع توافر قدر من التعاون والتواصل؛ ومن الممكن تقديم نوعي الخدمات في مكان واحد، ممّا يعني أن يكونا قريبين من بعضهما مادياً ولكنهما يظّان مستقلّين عن بعضهما؛ ومن الممكن أيضاً تحقيق التكامل بينهما، ممّا يعني أن يتعاونوا تعاوناً وثيقاً بناءً على التكامل التام أو الدمج التام بينهما. ولكل نموذج من هذه النماذج مزاياه وعيوبه، ولكن يبدو أنّ تحقيق أقصى قدر من التكامل، متى أمكن تحقيقه، هو أكثر الأساليب فاعلية في تقديم الخدمات، ولا سيّما في البيئات المحدودة الموارد. وعليه، فمن المفيد تقديم خدمات علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في الإطار نفسه، بغضّ النظر عمّا إذا كانت المواد المعنية خاضعة للمراقبة أم غير خاضعة لها، وبغضّ النظر عن نوع هذه المواد. وينبغي تحقيق تكامل هذه الخدمات مع نظام الرعاية الصحية العام، على ألاّ يهمل التركيز على العلاج من تعاطي المخدرات.

السجناء الذين يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات. وينبغي أن تكون معايير العلاج المقدم في السجون وجودته مماثلة لمعايير الخدمات المتاحة في المجتمع ككل ولوجودتها، ويجب أن تكون جميع خيارات العلاج النفسي والعلاج بالأدوية من الارتهان للمخدرات المتوقّرة في المجتمع متوقّرة أيضاً في السجن. ومن الضروري أيضاً أن تكون هناك صلات بالخدمات خارج السجن لضمان استمرارية الرعاية بعد إطلاق سراح السجن. وقد تبين أن العلاج النفسي-الاجتماعي الإيوائي الجماعي الطويل الأجل مناسب بصفة خاصة في بيئة السجون.

٤- الأشخاص المصابون باضطرابات ناشئة من تعاطي المخدرات واضطرابات صحة عقلية أخرى في آن واحد (التشخيص المزدوج)

٢٨- من الحقائق المعروفة أن الاضطرابات الناشئة من تعاطي المخدرات تتزامن في كثير من الأحيان مع اضطرابات الصحة العقلية الأخرى، ويمكن أن يتخذ هذا التزامن أشكالاً عديدة. فقد يعاني متعاطو المخدرات في الوقت نفسه من أعراض مرتبطة بالصحة العقلية أو من اضطرابات في الصحة العقلية. وفي المقابل، قد يقوم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في الصحة العقلية بتعاطي المخدرات دون أن يتخذ ذلك طابعاً مرضياً، أو قد تنشأ لديهم اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات. ومن حيث العلاقة السببية أو الترابط الزمني، قد تكون أي من هاتين الحالتين سابقة للحالة الأخرى أو تالية لها. فمن الممكن أن تكون الأمراض العقلية الموجودة مسبقاً عاملاً مساهماً في حدوث المشاكل الناشئة من تعاطي المخدرات (كما في حالة التطبيب الذاتي، على سبيل المثال) أو قد تكون حالات الصحة العقلية المرضية مترتبة على تعاطي المخدرات. وينبغي أن تكون خدمات العلاج من الارتهان للمخدرات قادرة على تقييم المرضى للكشف عن إصابتهم بأعراض الأمراض العقلية المتزامنة مع التعاطي وتقديم العلاج إليهم أو إحالتهم إلى العلاج.

٥- فئات سكانية محدّدة أخرى

٢٩- من بين الفئات الأخرى، قد يواجه المهاجرون والأقليات الإثنية تحديات خاصة من حيث الحصول على خدمات العلاج. وعلى الرغم من أن الهجرة (سواء أكانت قسرية أم غير قسرية) تحدث على نطاق واسع على صعيد العالم، فإنّ البحوث حول تعاطي المخدرات بين المهاجرين محدودة. وقد يكون المهاجرون معرّضين بصفة خاصة لاحتمال الإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، بسبب خبراتهم الصادمة ومشاكل الصحة العقلية المرتبطة بها، وتحديات التكيف الثقافي، وعدم المساواة

واحدة فقط من بين كل خمسة أشخاص يحصلون على العلاج. ووصمة العار هي العائق الأكبر الذي يحول دون سعي النساء إلى تلقي العلاج. ورغم أن عدد متعاطي المخدرات من النساء أقل من عدد متعاطيها من الرجال، فإنّ عواقب الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات على الصحة العامة بين النساء كبيرة ويلزم التصدي لها بخدمات علاجية تراعي الاعتبارات الجنسانية. وعلى وجه التحديد، تشمل المسائل التي يلزم معالجتها المساعدة على رعاية الأطفال، والصحة الجنسية والصحة أثناء الحمل والصحة الإنجابية، والأمراض النفسية المصاحبة لتعاطي المخدرات، والعنف، والإيذاء الجنسي، واشتغال النساء بالجنس، وتوفير المسكن.^(٤٥) وقد وضعت منظمة الصحة العالمية مبادئ توجيهية للتعامل مع حالات تعاطي المخدرات أثناء الحمل.^(٤٦) وأولت الهيئة اهتماماً خاصاً لموضوع المرأة والمخدرات في الفصل الأول من تقريرها السنوي لعام ٢٠١٦.^(٤٧)

٣- الأشخاص المودعون في السجون ومرافق الاحتجاز الأخرى

٢٧- على الرغم من التوضيح المتكرر في وثائق الأمم المتحدة أنّ المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات لا تقتضي أن تطبّق الدول الأطراف عقوبات العدالة الجنائية على تعاطي المخدرات ولا تجبرها على تطبيق هذه العقوبات على حيازة المخدرات للاستخدام الشخصي، لا يزال هناك بعض الحكومات الوطنية التي لديها قوانين تقضي باتخاذ تدابير جنائية في هذا الصدد، من بينها سجن من يتعاطون المخدرات. ويتعيّن التأكيد مجدداً على أنّه يمكن، بموجب المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، تقديم خدمات العلاج وإعادة التأهيل كبديل شامل عن عقوبات العدالة الجنائية، وفقاً لما ذكرته الهيئة في عامي ٢٠٠٧ و٢٠١٦.^{(٤٨)،(٤٩)،(٥٠)} ويتعيّن أن يُمنح الأشخاص المتهمون بتعاطي المخدرات أو بحيازة كميات صغيرة منها للاستخدام الشخصي خيار تلقي الرعاية خارج نظام العدالة الجنائية. ومن المهم تقديم العلاج داخل السجون

R. Orwin, L. Francisco and T. Bernichon, "Effectiveness^(٤٥) of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis", NEDS Analytic Summary No. 21 (Fairfax, Virginia, Center for Substance Abuse Treatment, 2001).

^(٤٦) منظمة الصحة العالمية، *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (جنيف، ٢٠١٤).

E/INCB/2016/1 ^(٤٧)

E/INCB/2007/1 ^(٤٨)

^(٤٩) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، "From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment"، ورقة مناقشة، ٢٠١٠.

E/INCB/2016/1 ^(٥٠)

السائدة في الدولة الطرف المحددة. وفيما يتعلّق بخدمات العلاج وإعادة التأهيل، تشمل هذه الظروف ما يلي:

(أ) التوافر: ينبغي أن تكون خدمات العلاج متوافرة بمقادير كافية مع مراعاة الاحتياجات المتوقعة، بما في ذلك توافر الكميات الكافية من الأدوية اللازمة للعلاج من الارتهاان للمخدرات (مثل الميثادون والبوبرينورفين لعلاج الاضطرابات الناشئة من تعاطي المؤثرات الأفيونية، والنالوكسون لعلاج تعاطي الجرعات المفرطة)؛

(ب) تيسر الحصول على الخدمات: من الجوانب المهمة في تيسر الحصول على الخدمات عدم التمييز (مع إيلاء اهتمام خاص للفئات السكانية الضعيفة والمهمشة)، والإمكانية المادية للحصول على الخدمات، والإمكانية الاقتصادية (يسر التكلفة)، والسرية؛

(ج) المقبولية: ينبغي أن تكون جميع خدمات العلاج مناسبة ثقافياً للمستفيدين ويجب أن تراعي آداب مهنة الطب؛

(د) الجودة: ضمان الجودة الملائمة يعني تقديم خدمات علاجية مناسبة طبيًا وعلميًا من جانب مقدّمي خدمات علاجية مهرة يستخدمون أساليب قائمة على الأدلة، مثل وصف الأدوية ذات الفاعلية المثبتة علمياً.

٣٢- ومن ثمّ، ففي ضوء الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ينبغي أن تسعى الدول إلى ضمان توفير خدمات لعلاج الارتهاان للمخدرات تستوفي المعايير المذكورة أعلاه.

٣٣- ويتّسم النقاش المتعلق بالعلاج الإجمالي من الارتهاان للمخدرات بأهمية خاصة فيما يخصّ حقوق الإنسان للأشخاص المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. وتتضمّن الأطر الوطنية لمراقبة المخدرات في العديد من البلدان أحكاماً تقضي بجواز أن يقوم نظام العدالة الجنائية بالتشجيع على اتّباع أشكال معيّنة من أشكال علاج الارتهاان للمخدرات و/أو أن يقوم بالأمر باتّباعها و/أو بالإشراف عليها. وفي بعض الحالات، يُرغم المرضى على الخضوع للعلاج دون موافقتهم. وتتعلق سبل العلاج هذه في كثير من الأحيان بالاحتجاز في السجون أو غيرها من مرافق الاحتجاز. وفي بعض الحالات الأخرى، قد يُخبر الفرد بين الحبس والعلاج بموافقة منه عن علم. ولا يمكن أن يكون العلاج القصير الأجل دون موافقة الشخص المعني مبرراً إلا في بعض الحالات النادرة والمحدودة، كما في حالة القيام، قانوناً، بإدخال أشخاص يعانون من مشاكل حادة في الصحة العقلية إلى المستشفيات قسراً للعلاج.

٣٤- وينبغي التثبيط عن العلاج الإلزامي، أيّ العلاج المقدم دون الحصول على موافقة صريحة للشخص المعني، وذلك للأسباب التالية:

الاجتماعية والاقتصادية.^(٥١) ويجب أن تراعي الخدمات العلاجية المقدمّة لهذه الفئة العوامل الثقافية التي تؤثر على الطلب على الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الاجتماعية وعلى الاستفادة منها.^(٥٢) ويمثّل الأشخاص المشتغلون بالجنس فئة أخرى معرّضة للخطر بوجه خاص، وغالباً ما تكون مهملة. والوصم المرتبط بتعاطي المخدرات والاشتغال بالجنس يعوق الحصول على العلاج، ويؤدّي تجريم هذين النشاطين إلى تفاقم المشكلة. ويوصى بالتعاون مع شركاء المجتمع المدني الذين يعملون مع من يتعاطون المخدرات ومع المشتغلين بالجنس، باعتبار ذلك التعاون نهجاً مفيداً بصفة خاصة للوصول إلى هاتين الفئتين.^(٥٣) وفضلاً عن ذلك، ينبغي أن يكون وضع تدخّلات خاصة ومحدّدة الأهداف لهاتين الفئتين أولوية، نظراً لعدم وجود أدلة ثابتة على أنّ التدخّلات الحالية فعّالة.^(٥٤)

كاف- العلاج من الارتهاان للمخدرات باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان

٣٠- ينصّ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على الحق في الصحة، الموصوف بأنه "حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه". وبما أنّ العلاج من الارتهاان للمخدرات يحسّن فعلاً الصحة البدنية والعقلية للمرتهنين، فمن المنطقي اعتبار هذا العلاج أحد عناصر الحق في الصحة.

٣١- وفي التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠) للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية حول الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه،^(٥٥) فسّرت اللجنة الحق في الصحة حسب تعريفه في المادة ١٢-١ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بقولها إنّ الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، يشمل عدداً من العناصر المترابطة والأساسية التي يتوقّف تطبيقها الدقيق على الظروف

^(٥١) Danielle Horyniak and others, "Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review", PLOS One (2016).

^(٥٢) المركز الدولي للهجرة والصحة والتنمية، *Migrants, displaced people and drug abuse: A public health challenge*, ١٩٩٨.

^(٥٣) Harm Reduction International, "When sex work and drug use overlap: considerations for advocacy and practice", London, 2013.

^(٥٤) Nikki Jeal and others, "Systematic review of interventions to reduce illicit drug use in female drug-dependent street sex workers", *BMJ Open*, No. 5(11):e009238, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009238.

^(٥٥) HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), chap. I

عدد كبير من المرضى من الحصول على علاج فعّال واضطرابهم إلى الاستمرار في الاستخدام غير المشروع للهيروين.^(٥٩) وللأسف، فإنّ الهند ليست البلد الوحيد في هذا الصدد. وقد أُشير إلى أنّ الأدوية تُسَرَّب على الرغم من الانخفاض الشديد في مستويات استهلاكها للأغراض الطبية. وهذا يثبت أنّ تقييد الحصول على الأدوية للأغراض الطبية ليس كافياً لمنع إساءة استخدامها.^(٦٠)

٣٧- ومما يتوافق مع روح الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات ضمان سبل الحصول على العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة للأغراض الطبية والعلمية. ولذلك، ينبغي للدول اتخاذ التدابير اللازمة لإزالة العوائق القانونية والسياسية التي تحول دون الحصول عليها. ومن الضروري أن تكون القوانين الوطنية المنظمة لتوافر المنتجات الصيدلانية عموماً متوافقة مع معاهدات مراقبة المخدرات من حيث كبح الاستخدام غير المشروع وتيسير الحصول على الأدوية لاستخدامها في العلاج. ويلاحظ في بعض الأحيان أنّ السياسات واللوائح الوطنية تميّز بين الأغراض الطبية المختلفة، إذ تيسر الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة لعلاج حالات صحية معيّنة، مثل الأم المرتبط بالسرطان الميؤوس من شفائه، ومع ذلك تعيق الحصول عليها لعلاج الارتهان للمخدرات. ويجب أن تكون الأدوية الخاضعة للمراقبة متاحة بذات القدر لجميع الحالات الصحية التي تستلزمها، وفقاً لما تقتضيه الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات وبما يتسق مع الأدلة العلمية. وتشكّل القيود التي لا موجب لها على تقديم العلاج باستخدام الأدوية الخاضعة للمراقبة انتهاكاً للحق في الصحة.

لام- رصد برامج العلاج وضمان جودتها

٣٨- من الضروري وجود نظم رصد وتقييم مناسبة من أجل رصد نطاق التغطية والجودة فيما يتعلق بخدمات العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الإدماج في المجتمع المقدم في القطاعين العام والخاص. وهذا شرط أساسي لتحديد الأولويات بفاعلية والاستجابة المناسبة للاحتياجات المقدّرة، بما في ذلك الحاجة إلى تحسين نوعية الرعاية، والحاجة إلى مساعدة واضعي السياسات على تحديد عائد الاستثمار في العلاج، والحاجة إلى تحديد الثغرات في تقديم العلاج، والحاجة إلى التخطيط لبرامج العلاج اللازمة.

٣٩- ومن المهم، مع أخذ هذه الغاية بعين الاعتبار، وضع مؤشرات تركز على الصحة، مثل نسبة الأشخاص الذين يتعافون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، وعدم الاقتصر

(أ) ضعف الأدلة التي تثبت فاعليته؛

(ب) تهديده لصحة الخاضعين للعلاج، لأسباب منها زيادة تعرّضهم للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وأمراض معدية أخرى؛

(ج) تعارضه المباشر مع مبادئ حقوق الإنسان المنصوص عليها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

٣٥- وقد دعا العديد من وكالات الأمم المتحدة بقوة إلى إغلاق مراكز الاحتجاز وإعادة التأهيل الإجبارية لمتعاطي المخدرات، وتطبيق خدمات العلاج الطوعي والمستند إلى أدلة والقائم على الحقوق، وهو الموقف الذي أعادت الهيئة التأكيد عليه.^{(٥٧)،(٥٦)}

٣٦- ويتمثل أحد العناصر الأساسية لجودة خدمات العلاج وتوافرها في إمكانية الحصول على الأدوية اللازمة للعلاج من الارتهان للمخدرات. فبعض الأدوية التي تثبت فاعليتها الأكيدة في العلاج من الارتهان للمخدرات، مثل الميثادون والبوبرينورفين، هي مواد خاضعة للمراقبة الدولية. وبسبب العديد من أطر السياسات الوطنية لمراقبة العقاقير، يصعب على مرافق العلاج تقديم العلاج باستخدام هذه الأدوية الخاضعة للمراقبة. ويؤدّي العديد من المواد الخاضعة للمراقبة دوراً بالغ الأهمية ليس فقط في العلاج من الارتهان للمخدرات بل أيضاً في أمور مثل تخفيف الألم والتخدير والجراحة وعلاج الاضطرابات العقلية. وقد حظي الالتزام بمنع تسريب هذه الأدوية والاتجار بها وإساءة استخدامها باهتمام أكبر بكثير من ضمان توافرها بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية. وتحظر بعض البلدان صراحةً استخدام هذه الأدوية. وفي أماكن أخرى، يُحجم مقدّمو الخدمات عن استخدام هذه الأدوية، حتى وإن كانت متوافرة، بسبب المتطلبات التنظيمية المرهقة. وفي حين يجب التثبيط عن قيام المهنيين المختصين بالرعاية الصحية بوصف الأدوية الخاضعة للمراقبة وصفاً غير سليم، فقد أوصت الهيئة بوضوح برفع العقوبات القانونية المفروضة على الأخطاء غير المقصودة في استخدام المؤثرات الأفيونية.^(٥٨) ورغم ذلك، تستمر في بعض البلدان الممارسة المتمثلة في تفسير القوانين وتطبيقها على نحو مفرط الصرامة فيما يتعلّق بمقدّمي خدمات العلاج. ففي الهند، على سبيل المثال، اعتُقل طبيبان نفسيان في عام ٢٠١٤ وحُبساً بتهمة تقديم البوبرينورفين لمرضاها. وأدّى هذا إلى امتناع عدد كبير من الأطباء عن العلاج بالبوبرينورفين، ممّا ترتّب عليه حرمان

(٥٦) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وآخرون، "Compulsory drug detention and rehabilitation centres"، بيان مشترك، ٩ آذار/مارس ٢٠١٢، متاح على الرابط التالي: www.unodc.org/.
(٥٧) E/INCB/2016/1.

(٥٨) توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها للأغراض الطبية والعلمية - لزوم توفّرها بكميات كافية وغير مقيدة دون داع (E/INCB/2015/1/Supp.1).

(٥٩) Atul Ambekar and others, "Challenges in the scale-up of opioid substitution treatment in India", *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 59, No. 1 (April 2017).

(٦٠) Briony Lrance and others, "The availability, diversion and injection of pharmaceutical opioids in South Asia", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, No. 3 (2011), pp. 246-254.

إلى الأدلة متوافرة ويسيرة المنال في إطار نظام الرعاية الصحية للمصابين بالارتهاان للمخدرات. ومن الصعب تحديد حجم أو نسبة الموارد اللازم تخصيصها لتغطية النطاق الكامل لأنشطة مراقبة المخدرات تحديداً دقيقاً. وتتألف مراقبة المخدرات من تدابير خفض العرض (مثل الرقابة التنظيمية وإنفاذ القانون والاعتراض والعدالة الجنائية) وتدابير خفض الطلب (مثل الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والوقاية من العواقب السلبية). بيد أن تخصيص الموارد ينبغي أن يكون متوازناً، بحيث يأخذ في الحسبان حجم ونمط مشاكل المخدرات، والأولويات الوطنية، وقاعدة الأدلة العلمية؛

(ج) ضمان التنسيق بين الأجهزة والوزارات الحكومية في مساعيها إلى الحد من العرض والطلب. المهارات والخبرات المطلوبة للحد من العرض والحد من الطلب مختلفة اختلافاً كبيراً. وحتى في مضمار خفض الطلب، تختلف الخبرات المطلوبة للوقاية الأولية اختلافاً كبيراً عن الخبرات اللازمة للعلاج وإعادة التأهيل. ومن ثم، ففي حين أن أجهزة إنفاذ القانون أكثر ملاءمة لإدارة مختلف تدابير المراقبة، فإن من الأنسب تقديم خدمات العلاج من الارتهاان للمخدرات عن طريق الإدارات والوزارات المسؤولة عن قطاع الصحة. وفي الوقت نفسه، يجب ضمان التنسيق بين جميع الأجهزة المشاركة في مراقبة المخدرات؛

(د) إيلاء الاهتمام الواجب للعلاج من الارتهاان للمخدرات ضمن احتياجات الصحة والرعاية الأخرى. يجب تخصيص موارد وطنية لعلاج المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وإعادة تأهيلهم، بناءً على الاحتياجات المحلية. وحتى في حالة توفير الموارد ضمن حزمة واحدة لمجموعة كبيرة من خدمات الصحة والرعاية، يلزم رصد نسبة معينة منها للعلاج وإعادة التأهيل. ويجب أن تكون الأولوية في تخصيص الموارد لهُج العلاج التي ثبتت فاعليتها استناداً إلى قاعدة أدلة قوية؛

(هـ) تكوين إطار من الموارد البشرية المتخصصة والمدربة. لضمان جودة برامج العلاج من الارتهاان للمخدرات، يجب على الدول وضع آليات لبناء قدرات مجموعة متنوعة من المهنيين العاملين في مجال العلاج، بما في ذلك الأخصائيون المدربون في الجامعات في مجال طب الإدمان أو الطب النفسي المتعلق بالإدمان، والمهنيون العاملون في مجال الطب العام المؤهلون للتعامل مع المشاكل الشائعة المرتبطة بالمخدرات، وغيرهم من المهنيين، بما في ذلك الممرضون والمستشارون وعلماء النفس وأخصائيو العمل الاجتماعي وأخصائيو العلاج المهني. وفيما يتعلق بأنشطة التوعية الميدانية، تبين أن توفير مستشارين من الأقران من أوساط متعاطي المخدرات هو وسيلة فعالة للغاية في الوصول إلى متعاطي المخدرات الذين يصعب الوصول إليهم وفي تحفيزهم على الحصول على الخدمات. ومن المهم علاوة على ذلك أن يحصل المهنيون الآخرون، ومن بينهم من يعملون في مجالات الرعاية الصحية العامة أو التعليم أو الخدمات

عند القيام بذلك على قياس تواتر تعاطي المخدرات أو نوع المخدر المتعاطى. ويمثل التشجيع على إجراء البحوث العملية وتبادل الممارسات الجيدة آيتين هامتين للمساعدة على ضمان تحسين الاستفادة من نتائج برامج العلاج كجزء من عملية مستمرة لتحسين النوعية.

ميم-التوصيات

٤٠- يشكّل التزام الدول الأطراف، المنصوص عليه في الاتفاقيات الثلاث لمراقبة المخدرات، بتقديم العلاج للمصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، في إطار مجموعة واسعة من تدابير خفض الطلب، ركيزة أساسية في تحسين الصحة العامة في جميع أنحاء العالم. وعلاوة على ذلك، فإن تعزيز علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات هو غاية حاسمة الأهمية في تحقيق الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة (ضمان تمتع الجميع بأمن عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار). ومن بين الأهداف الرئيسية المتوخاة في هذا الفصل من الوثيقة التشجيع على معالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بناءً على المتطلبات المنصوص عليها في معاهدات مراقبة المخدرات، ومنع تطبيق الممارسات غير المستندة إلى أدلة باسم الاتفاقيات. وينبغي أن تكون البلدان على دراية بالموارد والأدوات الخاصة بالعلاج من الارتهاان للمخدرات ورعاية المصابين به التي تم تطويرها بفضل التعاون بين المكتب ومنظمة الصحة العالمية، وأن تستخدم تلك الموارد والأدوات.^(١١) وهذا التعاون هو جهد تبذله منظومة الأمم المتحدة للترويج لنهج متكامل ومتوازن لعلاج تعاطي المخدرات عن طريق التفاعل الفعّال بين قطاعات الصحة العامة ومراقبة المخدرات وإنفاذ القانون.

٤١- وتوصي الهيئة بأن تقوم الدول بما يلي:

(أ) جمع البيانات عن معدّل انتشار الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وإمكانية الحصول على العلاج والاستفادة منه. ثمّة حاجة إلى تخصيص موارد لتحسين آليات جمع المعلومات الفعّال، بوسائل منها الدراسات الاستقصائية الوطنية الشاملة لتعاطي المخدرات التي تطبّق المنهجيات المعترف بها، من أجل تقييم مدى وأمناء تعاطي المخدرات وعلاجه؛

(ب) الاستثمار في جعل خدمات العلاج وإعادة التأهيل المستندة إلى الأدلة متوافرة ويسيرة المنال. بالنظر إلى أن الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات تشكل عبئاً كبيراً على الموارد الوطنية وتسبب المعاناة للبشرية، من الضروري أن تستثمر الدول في جعل خدمات العلاج وإعادة التأهيل المستندة

(١١) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، UNODC-WHO Joint Programme on Drug Dependence and Care Treatment and Care (٢٠٠٩).

للمهنيين بتقديم خدمات العلاج القياسية المشتملة على وصف الأدوية الخاضعة للمراقبة و صرفها عند الحاجة. وينبغي ألا تميز القوانين والسياسات الوطنية بين مختلف الحالات الصحية التي تستدعي تناول هذه الأدوية. وينبغي أن يُعهد إلى قطاع الصحة والمهنيين العاملين في مجال الصحة باتخاذ القرارات بشأن الحالات السريرية فيما يتعلق باختيار الأدوية حسب قاعدة المعارف العلمية الطبية الحالية؛

(ي) إنشاء هيكل متعدد المستويات لتقديم الخدمات العلاجية. يتعين توفير خدمات العلاج وإعادة التأهيل وإعادة الإدماج في المجتمع في مجموعة متنوعة من البيئات، إذ إن الاعتماد الزائد على البيئات المتخصصة، مثل مراكز إعادة التأهيل المتخصصة، قد يؤدي نتائج عكسية من حيث احتمال وصم المتعاطين وجعل الحصول على الخدمات وتحمل نفقاتها أمراً عسيراً. وبدلاً من ذلك، ومع تطور القدرات، ينبغي إنشاء هيكل متعدد المستويات لتقديم الخدمات العلاجية يتم في إطاره التعامل مع المشاكل الشائعة والأقل حدة من خلال خدمات الرعاية الصحية العامة والأولية، فيما تُعالج المشاكل الأكثر حدة عن طريق الرعاية التي يقدمها المتخصصون. ومن شأن إقامة هذا الهيكل أن ييسر الاكتشاف والعلاج المبكرين لمن يعانون من مشاكل أقل حدة نسبياً، وأن يمنع تفاقم ارتهانهم للمخدرات وعواقب هذا الارتهان. وتُشجّع الحكومات على استخدام المواد المرجعية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية لتعزيز الوقاية من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وعلاجها في نظم الرعاية الصحية العامة ضمن إطار التغطية الصحية الشاملة؛^(١٢)

(ك) التحوّل عن اتخاذ تدابير في إطار العدالة الجنائية إلى اتخاذ تدابير في إطار نظام الصحة والرعاية للتصدي لمشكلة المخدرات. يلزم أن يكون موقف أطر السياسات الوطنية الخاصة بالمخدرات مؤاتياً لتقديم خدمات العلاج وإعادة التأهيل وأن يتجنّب الميل غير المقصود إلى تدابير تصدي العدالة الجنائية لمشكلة المخدرات. وقد أدخلت بعض البلدان إصلاحات كبيرة على قوانينها وسياساتها تحقيقاً لهذا الغرض. ويلزم أن تكون البيئة العامة لسياسات المخدرات على المستوى الوطني مؤاتية لتقديم خدمات العلاج وإعادة التأهيل القائمة على أدلة؛ ويجب ضمان احترام حقوق الإنسان في جميع المراحل لمن يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وعدم إخضاع هؤلاء الأشخاص للتمييز في أي شكل من أشكاله؛

(ل) توسيع نطاق التعاون وتبادل أفضل الممارسات وبناء القدرات. التسليم بأهمية التعاون الدولي في مجال مراقبة المخدرات راسخ تماماً، وقد جرى التأكيد عليه في العديد من

الاجتماعية أو العدالة الجنائية، الذين قد يتعاملون مع أشخاص يعانون من مشاكل تعاطي المخدرات، على تدريب من أجل اكتشاف هذه المشاكل أو إحالة المتعاطين إلى العلاج أو التدخل في مرحلة مبكرة. ويجب أن تحتوي جميع برامج التدريب على عناصر تتعلق بحقوق الإنسان وممارسات العلاج الأخلاقية؛

(و) التعاون مع شركاء من المجتمع المدني. يمكن أن تكون المنظمات غير الحكومية شريكاً فعالاً جداً للحكومات الوطنية بطرائق شتى، بما في ذلك عن طريق تعزيز نطاق توفير الخدمات من خلال إقامة روابط بين الأفراد المتضررين ومقدمي الخدمات، وضمان حماية حقوق من يتعاطون المخدرات، والعمل كمنابر للدعوة لإيصال صوت المجتمعات المتضررة. وينبغي للحكومات الوطنية أن تعزز التعاون مع جماعات المجتمع المدني التي يمكن أن تساعد في ضمان الامتثال للاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات من حيث تعزيز النطاق الذي تصل إليه وتغطية التدخلات العلاجية؛

(ز) اتباع مبادئ العدالة والإنصاف. ينبغي تسهيل الحصول على خدمات العلاج لجميع من يحتاجون إليها، مع إيلاء اهتمام خاص لفئات سكانية معينة أو شرائح المجتمع المهمشة والمحرومة والضعيفة، لاسيّما النساء والأطفال والمراهقين والأقليات الجنسية والفئات الأضعف من الناحية الاقتصادية والأقليات العرقية والإثنية. وينبغي ضمان عدم التمييز ضد المصابين بالارتهان للمخدرات، بما في ذلك التمييز على أساس نوع المخدر الذي يتعاطونه (المواد الخاضعة للمراقبة أو غير الخاضعة لها) وسواء سبق لنظام العدالة الجنائية التعامل معهم أم لا. ويجب أن تكون خدمات العلاج المقدمة في السجون أو مرافق الاحتجاز الأخرى على نفس القدر من الجودة والكثافة المتوافرة بها في المجتمع ككل؛ ويتعين ضمان تمكّن جميع المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات من ممارسة حقهم في العلاج؛

(ح) توفير التأمين الصحي وسائر المزايا لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. يجب أن يحظى المرتهنون للمخدرات بإمكانية الحصول على نفس المزايا وخدمات الرعاية المتاحة للمصابين بحالات مَرَضِيَّةٍ أخرى. ويلزم إدراج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات ضمن الحالات التي تتاح لها مزايا التأمين الصحي. وبالمثل، يلزم تقديم استحقاقات العجز، في حالة توافرها، إلى الذين يعانون من الارتهان للمخدرات؛

(ط) تحسين إمكانية الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة. ينبغي تبسيط السياسات والإجراءات المنظمة للأدوية الخاضعة للمراقبة (مثل الميثادون والبوبرينورفين وغيرهما من الأدوية اللازمة لعلاج الارتهان للمخدرات)، من أجل تيسير الحصول على هذه الأدوية. ففيما يُعَدُّ الإشراف والرصد الإجرائيان ضروريين لمنع تسريب المنتجات الصيدلانية وإساءة استعمالها، تؤدي القواعد والإجراءات المفرطة في التقييد إلى ردع المهنيين عن استخدامها. فمن الضروري إيجاد بيئة تسمح

(١٢) منظمة الصحة العالمية، *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) (جنيف، ٢٠١٠).

(ن) ضمان إجراء البحوث بشأن أساليب العلاج والتدخل المستجدة. أتاح التقدم العلمي المحرز في العقود القليلة الماضية للمجتمع العالمي أن يعالج التحديات التي تفرضها الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بطريقة تتسم بالكفاءة والفعالية والإنسانية. بيد أنه على الرغم من التقدم الكبير في العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، لا يزال هناك عدد من التحديات. ففي حين أن العلاج الحالي بالأدوية للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المؤثرات الأفيونية قد ثبتت فاعليته، لا يزال العلاج الفعال بالأدوية للاضطرابات الناشئة عن تعاطي القنب والمنشطات أمراً غير مؤكد. كما أن ظهور المؤثرات النفسانية الجديدة مجال آخر لا تزال القاعدة المعرفية فيه بشأن الآثار والعواقب وطرائق العلاج الفعال قيد التطور. وقد أدخل العديد من البلدان والولايات القضائية تغييرات كبيرة على سياساتها وتشريعاتها المتعلقة بالعقاقير الخاضعة للمراقبة، وبخاصة القنب. وسيتمتع الانتظار لمعرفة ما سيكون لتلك التغييرات السياسية من أثر على الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، وأيضاً على ما سترتب عليها من أثر على طلب العلاج لاحقاً. وتطبق الآن في العديد من البلدان أشكال تدخل أحدث نسبياً، مثل العلاج الصياني بالهيروين ومرافق الحقن الخاضعة للإشراف. وتدعو الهيئة إلى مواصلة الجهود لإجراء المزيد من البحوث في هذه المجالات للاستفادة من نتائجها في أساليب العلاج والتدخل القائمة على الأدلة والمتوافقة مع مقتضيات الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.

منشورات الهيئة والأمم المتحدة، إضافة إلى مختلف القرارات الصادرة عن لجنة المخدرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والجمعية العامة. كما أن التعاون الدولي عامل حيوي في تحسين العلاج من الارتهاان للمخدرات وتوسيع نطاق تغطيته. وتحت الدول على التعاون من خلال تبادل الأدلة وأفضل الممارسات وكذلك التعاون على تدريب الموارد البشرية لتقديم خدمات العلاج وإعادة التأهيل؛

(م) تقديم المساعدة المالية والتقنية للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ستحتاج دول عديدة إلى مساعدة مالية ومساعدة من خبراء لوضع ومواصلة برامج علاج من الارتهاان للمخدرات وفقاً للمعايير الدولية. ويسعى العديد من البلدان المتقدمة النمو والبلدان المرتفعة الدخل التي تضم أسواقاً غير مشروعة راسخة للعقاقير الخاضعة للمراقبة إلى التعاون مع البلدان النامية التي هي مصدر تلك العقاقير أو التي تستخدم كمنافذ عبور لها. ومن ثم، ينبغي للبلدان المتقدمة النمو والبلدان المرتفعة الدخل أن تقابل ذلك بتقديم المساعدة المالية والتقنية للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل التي تجد صعوبة في استحداث خدمات العلاج وإعادة التأهيل ومواصلة تقديمها. وتشجع البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، التي نجحت في جمع الخبرات الكافية وبناء قدراتها، على توفير خبراتها للبلدان الأخرى. ويمكن للوكالات المانحة الدولية ووكالات الأمم المتحدة أن تؤدي دوراً حيوياً في مساعدة البلدان النامية في هذا المجال؛