

# الفصل الأول

## تحسين خدمات وقاية الشباب وعلاجهم من تعاطي مواد الإدمان

بالتصدي لمشكلة المخدرات العالمية ومواجهتها على نحو فعال“ والهدف ١ من أهداف التنمية المستدامة (الحد من الفقر)، والهدف ٣ (أمن العيش الصحية والرفاهية)، والهدف ٤ (التعليم الجيد)، والهدف ١٠ (الحد من انعدام المساواة)، وسائر أهداف التنمية المستدامة، أكدت الدول الأعضاء مجدداً التزامها باعتماد نهج متمحور حول الصحة في التعامل مع الوقاية والعلاج من تعاطي مواد الإدمان.

٢- وتؤكد المادة ٣٨ من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١<sup>(٥)</sup> أهمية التدابير الرامية إلى الوقاية من الارتهاان للمخدرات وعلاجه. وتنص تلك المادة، بصيغتها الواردة في اتفاقية سنة ١٩٦١، المعدلة بروتوكول سنة ١٩٧٢<sup>(٦)</sup>، والمادة ٢٠ من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١<sup>(٧)</sup>، على أنه ينبغي للدول الأطراف أن تولي اهتماماً خاصاً لمنع إساءة استعمال المخدرات وأن تتخذ جميع التدابير الممكنة عملياً لمنع والاستبانة المبكرة للأشخاص المتورطين في ذلك وعلاجهم وتعليمهم ومتابعة رعايتهم وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع، وأن تتسق جهودها الرامية إلى تحقيق تلك الغايات.

٣- وعلاوة على ذلك، تنص الاتفاقيتان أيضاً على أنه يتعين على الأطراف أن تعزز، قدر الإمكان، تدريب العاملين في مجالات علاج متعاطي المؤثرات النفسانية ومتابعة رعايتهم وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع، وأن تساعد الأشخاص الذين يتطلب عملهم ذلك على اكتساب فهم لمشاكل تعاطي المخدرات.

٤- إلا أن واضعي الاتفاقيتين لم يُلزموا باتباع نهج أو طرائق معينة لتحقيق هذه الأهداف، وخصوصاً بالنظر إلى اختلاف الظروف في البلدان المختلفة. وربما كانوا يرون أيضاً أنه ستحدث بمرور الوقت تطورات علمية تعزز فهمنا لمشكلة الارتهاان

١- وفقاً لما جاء في تقرير المخدرات العالمي ٢٠١٨ الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب المعني بالمخدرات والجريمة)، تفيد التقديرات بأن أكثر من ٣١ مليون شخص ممن يتعاطون المخدرات يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطيها، والعديد منهم من الشباب.<sup>(٨)</sup> ولتعاطي المخدرات آثار اقتصادية واجتماعية كبيرة على البلدان والأسر والمجتمعات، وخصوصاً آثاره على الفرص المستقبلية المتاحة أمام الشباب.<sup>(٩)</sup> ويدعو ذلك الوضع إلى بذل جهود متجددة من أجل دعم الوقاية من تعاطي مواد الإدمان وعلاج الاضطرابات الناشئة عنه، بما في ذلك الخدمات الرامية إلى الحد من العواقب الصحية الضارة لتعاطي المخدرات. ومن خلال الوثيقة الختامية لدورة الجمعية العامة الاستثنائية الثلاثين، المعنونة “التزامنا المشترك

<sup>(٢)</sup> تستخدم الأمم المتحدة مصطلحي “youth” و “young people” كمصطلحين مترادفين في اللغة الإنكليزية، وتُعرف مصطلح “youth” (الشباب) بأنه يعني الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة، دون الإخلال بالتعاريف التي تستخدمها الدول الأعضاء وسائر الكيانات. ولئن كان سن بدء تعاطي المخدرات يتفق عادةً مع هذه الفئة العمرية، فمن المهم بدء التدخلات الوقائية في مرحلة مبكرة من العمر، وبما يشمل مرحلة ما قبل الولادة ومرحلتها الطفولة المبكرة والوسطى.

<sup>(٤)</sup> لأغراض هذا التقرير، يُستخدم مصطلح “الوقاية من تعاطي المؤثرات النفسانية” للإشارة إلى الجهود الرامية إلى تجنب البدء في تعاطي المؤثرات النفسانية أو تأخيرها، أو الحيلولة دون وقوع الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان (تعاطي مواد الإدمان الضارة أو الارتهاان لها) إذا كان التعاطي قد بدأ بالفعل. أما الهدف الأوسع نطاقاً للوقاية، فهو تحقيق النمو الصحي والأمن للأطفال والشباب حتى يتمكنوا من أن يبرزوا مواهبهم ويطلقوا طاقاتهم الكامنة ويصبحوا أعضاء مساهمين في مجتمعاتهم المحلية والمجتمع العام. وتسهم الوقاية الفعالة إسهاماً كبيراً في تحقيق تفاعل الأطفال والشباب والكبار الإيجابي مع أسرهم ومدارسهم وأماكن عملهم ومجتمعاتهم المحلية. ويُعرف “العلاج” بأنه عملية إدارة للاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان لدى الأفراد بهدف الحد من تعاطي المخدرات، وعلاج التوق إليه، وعلاج الاعتلالات المصاحبة له، وتحسين صحة المصاب به ورفاهه وأدائه الاجتماعي، والوقاية من وقوع أضرار في المستقبل من خلال الحد من مخاطر وقوع المضاعفات والانتكاسات.

<sup>(٥)</sup> الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٥٢٠، الرقم ٧٥١٥.

<sup>(٦)</sup> المرجع نفسه، المجلد ٩٧٦، الرقم ١٤١٥٢.

<sup>(٧)</sup> المرجع نفسه، المجلد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

• ينبغي للحكومات أن تضع آليات لتحسين فهم مشكلة تعاطي المخدرات والعوامل التي تؤثر في تعاطيها، وأن تبني معارف عن أفضل الممارسات وتشرها، وأن تُقيّم جهودها في مجال الوقاية الأولية وتُطوّر قدرات القوى العاملة في هذا المجال.

• ينبغي للمكتب المعني بالمخدرات والجريمة أن يتعاون مع سائر الجهات على وضع معايير يمكن للحكومات أن تأخذ بها لقياس جهودها في مجال الوقاية الأولية. وعلى وجه التحديد، ينبغي للمكتب المعني بالمخدرات والجريمة أن يتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) ومنظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة والقطاع الخاص على إيجاد الموارد اللازمة وزيادتها وتعميمها من أجل مساعدة الحكومات على تحسين نوعية عملها في مجال الوقاية الأولية.

٩- وفي الآونة الأحدث عهداً، تناول الفصل الأول من التقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٧<sup>(١٠)</sup> (علاج المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع: عناصر رئيسية لخفض الطلب على المخدرات) احتياجات العلاج اللازمة لفئات سكانية خاصة، بمن فيهم المراهقون. وفي ذلك الفصل، أُشير إلى التحديات العديدة التي تواجه تلبية هذه الاحتياجات، وجرى التأكيد على ضرورة إجراء مزيد من البحوث بشأن ما يترتب على الأدوية المستخدمة في علاج البالغين من تأثير على الأطفال والمراهقين، وإجراء مزيد من البحوث بشأن فعالية تدخلات العلاج النفسي-الاجتماعي للمراهقين.

١٠- ويركز هذا الفصل من التقرير السنوي لعام ٢٠١٩ على تعاطي المؤثرات النفسانية في أوساط الشباب، وعلى تحسين تنفيذ خدمات الوقاية والعلاج القائمة على أدلة، وهو يستند إلى الاستنتاجات والتوصيات الواردة في تقرير الهيئة السنوي لعامي ٢٠٠٩ و٢٠١٧ ويوسع نطاقها. وفي السنوات العشر المنقضية منذ نشر التقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠٠٩، أحرزت الحكومات تقدماً في تنفيذ برامج الوقاية، بيد أنه لم يُعترف إلا مؤخراً بأن الأخذ بالنتائج العلمية وتطبيقها على السياسات والممارسات يمكن أن يُحدثا فارقاً ذا شأن في التصدي العالمي لتعاطي مواد الإدمان.

١١- وتلبي سلسلة من منشورات المكتب المعني بالمخدرات والجريمة عن الوقاية والعلاج والرعاية وإعادة التأهيل في مجال المخدرات الحاجة إلى دعم الدول الأعضاء في الوفاء بالتزاماتها المتمثلة في "ترويج أو إعداد أو مراجعة أو تدعيم برامج فعالة وشاملة ومتكاملة لخفض الطلب على المخدرات، تستند إلى قرائن علمية وتشمل طائفة من التدابير، منها خدمات الوقاية الأولية

للمخدرات مصحوبة بإيجاد طرائق جديدة للوقاية من هذه المشكلة وعلاجها. وتترك الاتفاقيتان للحكومات مسألة تحديد "التدابير العملية" التي يتعين وضعها للوقاية من الارتهان للمخدرات وعلاجه، ولكنهما تؤكدان أيضاً أهمية وجود عاملين مربين في مجال الوقاية والعلاج يتلقون مزيداً من التدريب كلما ظهرت معارف ومهارات جديدة.

٥- وفي وقت صياغة الاتفاقيتين، لم يكن هناك سوى قدر محدود من البحوث العلمية عن الآثار الفيزيولوجية والنفسانية المترتبة على تعاطي المؤثرات النفسانية في صفوف الشباب، وعن أنجع طرائق الوقاية من هذا التعاطي وعلاجه في أوساط الشباب. إلا أن قاعدة المعارف هذه توسّعت توسّعاً كبيراً على مدى السنوات الأربعين الماضية. وتشير الاستراتيجيات الوقائية المستندة إلى تلك الأدلة العلمية إلى السبل الفعالة للعمل مع الأسر والمدارس والمجتمعات المحلية، وإلى تنفيذ نهج علاجية مصممة خصيصاً لتلائم احتياجات متعاطي مواد الإدمان من المراهقين. وتكفل تلك الاستراتيجيات الوقائية للأطفال والشباب، ولا سيما أشدهم تهيمشاً وفقراً، فرصاً للنمو والبقاء أصحاء سالمين في مراحل العمر التالية والمتقدمة.

٦- وإلى جانب الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، أُعيد أيضاً تأكيد أهمية حماية الأطفال من إدمان المخدرات والارتهان لها في المادة ٣٣ من اتفاقية حقوق الطفل<sup>(٨)</sup> التي تتعهد فيها الدول الأطراف بأن "تتخذ 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".

٧- وإضافة إلى ذلك، كانت ضرورة التصدي لتعاطي المخدرات والارتهان لها، لا سيما في أوساط الشباب، موضوع العديد من القرارات والإعلانات الصادرة عن لجنة المخدرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والجمعية العامة في دورتيها الاستثنائيتين بشأن مشكلة المخدرات العالمية، المعقودتين في عامي ١٩٩٨ و٢٠١٦.

٨- وركز الفصل الأول من التقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (الهيئة) لعام ٢٠٠٩<sup>(٩)</sup> على جهود الوقاية، فأوجز أوجه التقدم العلمي المتراكمة في مجال وقاية الشباب، وقدم التوصيات التالية:

• ينبغي للحكومات أن تنشئ جهة وصل واضحة تُعنى بالوقاية الأولية، وأن تضع استراتيجية وطنية لمكافحة المخدرات وإطاراً للصحة العمومية، وأن تبني قدرات على التعاون والعمل المشترك مع المنظمات والمؤسسات من أجل تحقيق أهداف الوقاية.

(٨) المرجع نفسه، المجلد ١٥٧٧، الرقم ٢٧٥٣١.

(٩) E/INCB/2009/1

(١٠) E/INCB/2017/1

الإدمان.<sup>(١٢)</sup> وتوجد أدلة على أن هذه التصورات الخاطئة يمكن أن تؤدي إلى بدء التعاطي في أوساط الشباب.<sup>(١٣)</sup> وقد تعلمت الحكومات والمجتمع من تاريخ تعاطي التبغ مدى أهمية حماية الأطفال والشباب من البدء في تعاطي هذه المؤثرات النفسانية من خلال تنفيذ تدخلات وسياسات وقائية قائمة على أدلة.

١٤- وعلى الرغم من هذه الشواغل، تبين البحوث المتاحة أن تعاطي مواد الإدمان لدى عامة السكان، على نطاق العالم، ليس منتشرًا في الواقع مثلما يبدو للوهلة الأولى. فعلى سبيل المثال، تُظهر البيانات الوبائية الدولية المتاحة أن غالبية (أكثر من ٨٠ في المائة) الشباب (دون ٢٤ سنة) لا يتعاطون أي مواد خاضعة للمراقبة.<sup>(١٤)</sup> ومع ذلك، توجد أيضاً أدلة على أن بعض الشباب معرضون بشكل خاص للخطر بسبب الفقر والظروف الاجتماعية القاسية. وقد أثبتت تدابير الوقاية والعلاج من تعاطي المخدرات التي تستند إلى الأدلة وتستهدف الشباب أنها ذات أثر على تعاطي مواد الإدمان والاضطرابات الناشئة عنه والعواقب الصحية والاجتماعية المترتبة عليه، علاوة على العدوانية وعنف الشباب، وكذلك على إساءة معاملة الأطفال في حالة التدريب على المهارات الأسرية. ولذلك، يرد تكليف قوي باتخاذ تدابير قائمة على الأدلة في مجالي الوقاية والعلاج في عدة غايات من الغايات المندرجة تحت أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما الغاية ٣-٥ المتعلقة بتعزيز الوقاية والعلاج من تعاطي مواد الإدمان، بل كذلك الغاية ٣-٣ المتعلقة بوضع نهاية لوباء الأيدز ومكافحة التهاب الكبد، والغاية ٣-٤ التي تشمل تعزيز الصحة والسلامة العقلية، والغاية ١٦-١١ المتعلقة بالحد بقدر كبير من جميع أشكال العنف، والغاية ١٦-٢ المتعلقة بإنهاء جميع أشكال العنف ضد الأطفال. وإضافةً إلى ذلك، تساهم تدابير الوقاية والعلاج من تعاطي مواد الإدمان القائمة على الأدلة في الحد من الفقر (الهدف ١ من أهداف التنمية المستدامة)، والحد من انعدام المساواة بين الجنسين وانعدام المساواة الاجتماعية والاقتصادية (الهدفان ٥ و ١٠)، علاوة على المساهمة في جعل المدن آمنة وقادرة على الصمود (الهدف ١١).

١٥- وتناول التقريران السنويان للهيئة لعامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٧ أوجه التقدم العلمي المحرز حتى الآن في الوقاية والعلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان. ويقدم هذا الفصل معلومات محدّثة عن أوجه التقدم المذكورة وما نجم عنها من

<sup>(١٢)</sup> Charlotte Skoglund and others, "Public opinion on alcohol consumption and intoxication at Swedish professional football events", *Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, vol. 12, No. 21 (May 2017); Tina Van Havere and others, "Drug use and nightlife: more than just dance music", *Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, vol. 6, No. 18 (July 2011).

<sup>(١٣)</sup> Sarah-Jeanne Salvy and others, "Proximal and distal social influence on alcohol consumption and marijuana use among middle school adolescents", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 144 (November 2014), pp. 93-101; Megan S. Schuler and others, "Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school", *Addictive Behaviors*, vol. 88 (January 2019), pp. 99-105.

<sup>(١٤)</sup> تقرير المخدرات العالمي ٢٠١٨ (منشورات الأمم المتحدة).

والتدخل المبكر والعلاج والرعاية وإعادة التأهيل والإدمان في المجتمع وخدمات الدعم ذات الصلة.<sup>(١١)</sup> وناقش بعض هذه المنشورات على وجه الخصوص المسائل المتعلقة بالتدخلات والخدمات التي تستهدف الأطفال والشباب، بما في ذلك المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات (*International Standards on Drug Use Prevention*) التي أصدرها المكتب ونُشرت لأول مرة في عام ٢٠١٣ وتُفقد بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٨؛ والمعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات لعام ٢٠١٧؛ والكتيب العاشر المعنون السياسات والممارسات الجيدة: تدابير التصدي في قطاع التعليم لتعاطي الكحول والتبغ والمخدرات (*Booklet 10: Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco and Drugs of the Good Policy and Practice*)، من سلسلة التثقيف الصحي، الذي نشرته اليونيسكو ومنظمة الصحة العالمية والمكتب المعني بالمخدرات والجريمة في عام ٢٠١٧. وتعكس تلك المنشورات الحالة الراهنة للبحوث والأدلة المتوافرة في تلك المجالات، لكن سيتطلب الأمر تحديثها مع ظهور أدلة إضافية في المستقبل.

١٢- وعلى الرغم من وجود وعي واهتمام واسع النطاق في كثير من الأحيان لدى صناعات السياسات وعامة الناس بشأن تعاطي مواد الإدمان، ولا سيما تعاطي مواد الإدمان في أوساط الشباب، فقد لا يكون هناك وعي بما هو متاح حالياً من استراتيجيات الوقاية والعلاج القائمة على أدلة للتدخل الفعال في أي وقت لمنع البدء في تعاطي مواد الإدمان والتمادي فيه، وكذلك بنوع العلاج الذي يمكن تقديمه لمن يحتاجون إليه. ويجري حالياً تنفيذ هذه الاستراتيجيات الفعالة، التي هي نتائج أكثر من ٣٠ سنة من البحوث والاختبارات الميدانية، في أجزاء مختلفة من العالم. ومن المهم أن يعترف الخبراء الحكوميون والمجتمع المدني بهذه الاستراتيجيات وأن يضعوا سياسات تجسد أكثر السبل فعالية في دعم وتقديم خدمات قائمة على الأدلة لوقاية الشباب وعلاجهم من تعاطي مواد الإدمان.

١٣- وفي كثير من البلدان، أولي اهتمام كبير لمسألة تعاطي مواد الإدمان في أوساط الشباب، وهذا الاهتمام يمكن أن يولّد انطباعات خاطئة لدى الشباب أنفسهم بأن تعاطي مواد الإدمان أمر طبيعي - أي أن "الكل يفعل ذلك". فعلى سبيل المثال، قد يؤدي ما اعتُمد مؤخراً من تشريعات تؤيد استخدام القنب لأغراض طبية - وحديثاً لأغراض غير طبية أو "ترويحية" - في بعض البلدان، وإباحة تعاطي القنب في بعض البلدان الأخرى وسهولة الحصول على عدد من المؤثرات النفسانية إلى تقليل ما يتصوره الشباب من مخاطر تتعلق بالعواقب الاجتماعية أو الوجدانية أو البدنية لتعاطي مواد

<sup>(١١)</sup> الإعلان السياسي وخطة العمل بشأن التعاون الدولي صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية (انظر تقرير لجنة المخدرات عن أعمال دورتها الثانية والخمسين (E/2009/28)، الفصل الأول، القسم جيم).

المعني بالمخدرات والجريمة الذي يقدم في الكتيب الرابع منه، المتعلق بالمخدرات والسن، استنتاجات رئيسية تتعلق بالشباب، هي:

- أن معدلات تعاطي مواد الإدمان والعواقب الصحية المرتبطة به تكونان في أعلى مستوياتهما في أوساط الشباب (وبخاصة الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٢٥ سنة).
- أن من الصعب الحصول على تقديرات عالمية لمعدلات تعاطي مواد الإدمان لدى الشباب الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة نظراً لمحدودية عدد الدراسات الاستقصائية التي أجريت في بعض المناطق، وبسبب اختلاف طرائق قياس الانتشار وتصنيف الفئات العمرية المستخدمة في مختلف الدراسات الاستقصائية المتاحة.
- بوجه عام، تبيّن أن معدلات التعاطي لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث، وإن لوحظ أن الفارق بين الجنسين يقل شيئاً فشيئاً في بعض المناطق.
- أن تعاطي القنب واسع الانتشار في صفوف الشباب. واستناداً إلى بيانات مستمدة من ١٣٠ بلداً، تشير التقديرات العالمية لتعاطي القنب في عام ٢٠١٦، الصادرة عن المكتب المعني بالمخدرات والجريمة، إلى أن ١٣,٨ مليون شخص، أو ٥,٦ في المائة من الشباب من سن ١٥ و ١٦، قد تعاطوا القنب مرة واحدة على الأقل في السنة السابقة لإجراء الدراسة الاستقصائية. ففي أوقيانوسيا، بلغ معدل الانتشار في العام السابق في تلك الفئة العمرية ١١,٤ في المائة؛ وفي القارة الأمريكية، ١١,٦ في المائة؛ وفي أفريقيا، ٦,٦ في المائة؛ وفي أوروبا، ١٣,٩ في المائة؛ وفي آسيا، ٢,٧ في المائة.
- على الرغم من صعوبة جمع ومواءمة البيانات المتعلقة بأسباب الوفاة في مختلف البلدان، فإن التقديرات الصحية العالمية لعام ٢٠١٥ الصادرة عن منظمة الصحة العالمية تبين أن وفيات الشباب من سن ١٥ إلى ٢٩ الناشئة عن جميع الأسباب لا تشكل سوى ٤,٨ في المائة من مجموع الوفيات في عام ٢٠١٥، بينما كان نصيب تلك الفئة العمرية ٢٣,١ في المائة من مجموع الوفيات التي تعزى إلى الاضطرابات الناشئة عن تعاطي العقاقير في ذلك العام.<sup>(١٥)</sup>
- نظراً لخواص مفعول هذه المؤثرات النفسانية داخل الجسم والخواص الفيزيولوجية لأدمغة الشباب وهي في طور النمو، يصبح التعاطي في نهاية المطاف مدفوعاً بالرغبة في الاستمتاع بمفعول المؤثرات النفسانية، بغض النظر عن العوامل الاجتماعية والنفسانية التي تسببت أصلاً في بدء التعاطي والتعاطي المبكر.
- أن الدروب التي تسوق للشباب إلى تعاطي مواد الإدمان تتسم بالتعقّد. فثمة عوامل كثيرة تؤدي دوراً في التدرج من تعاطي مواد الإدمان إلى مرحلة الاضطرابات الناشئة

تحسن في فهم تعاطي المؤثرات النفسانية في أوساط الشباب وطبيعة ذلك التعاطي ومداه، وكيف يمكن للتعاطي الأولي أثناء المراهقة أن يؤدي إلى ارتهان مواد الإدمان وإلى الاضطرابات الناشئة عنه، كما يقدم، على وجه الخصوص، معلومات محدّثة عن استراتيجيات الوقاية والعلاج الفعالة التي توصل إليها العلم للتصدي لتعاطي المخدرات واضطراباته في أوساط الشباب.

١٦- وتجدر الإشارة إلى عدة أمور مهمة، هي:

- توافر بيانات وبائية دولية أفضل تعزز فهم الشواغل المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان في أوساط المراهقين والشباب، لا سيما الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة، وتعزز فهمنا له
- تحديد مجال عمل علم الوقاية وإمكانات تطبيقه عملياً
- إرساء تصور جديد للعوامل المسببة لتعاطي مواد الإدمان والقابلية للانتقال من طور التعاطي إلى طور الإصابة بالاضطرابات الناشئة عنه
- وضع إطار جديد لجهود الوقاية من تعاطي مواد الإدمان في سياق الصحة العمومية بغرض إدراج تدخلات وقائية تتناسب مع مستوى المخاطر والضعف حيالها (أي التدخلات العامة والتدخلات الانتقائية والتدخلات الموجهة)، وتلبي الاحتياجات العلاجية للشباب الذين يحتاجون إلى مجموعة خدمات مختلفة عن تلك التي يحتاج إليها البالغون
- المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات التي وضعها المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية (الطبعة الثانية المنقحة، ٢٠١٨) والمعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات (٢٠١٧) المذكورة أعلاه، اللتان تقدمان ملخصاً للمؤلفات البحثية وعرضاً للمبادئ والاستراتيجيات الوقائية والعلاجية القائمة على أدلة، بما في ذلك عناصر منظومة وطنية لخدمات الوقاية والعلاج من المخدرات

## الأبعاد الوبائية لتعاطي المؤثرات النفسانية في أوساط الشباب

١٧- تختلف اتجاهات تعاطي مواد الإدمان وأماطه اختلافاً كبيراً بوجه عام، ولا سيما بالنسبة للشباب، من منطقة إلى أخرى تبعاً لاختلاف المشاكل والظروف الثقافية والاجتماعية السائدة. فعلى سبيل المثال، يرتفع معدل انتشار تعاطي المنشطات الأمفيتامينية في آسيا، أما في أمريكا اللاتينية، فينتشر تعاطي عجينة الكوكا والكوكايين على نطاق واسع، إضافة إلى القنب. وكذلك، هناك اختلافات كبيرة بين أمريكا الشمالية وأوروبا في أماط تعاطي مواد الإدمان.

١٨- وترد أحدث البيانات الوبائية المتاحة عن تعاطي مواد الإدمان في أوساط الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة) في تقرير المخدرات العالمي ٢٠١٨، الصادر عن المكتب

WHO, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age and Sex and by Country and Region, 2000–2015 (Geneva, 2016)

٢١- وتدلل البحوث على أنَّ المراهقين يبدأون في تعاطي الكحول والتبغ والقنب بسبب تصوراتهم الإيجابية عن مواد الإدمان في ضوء توافرها والقبول الاجتماعي أو الطابع المعياري لتعاطيها، وقلة وعيهم بالمخاطر المرتبطة بتعاطي مواد الإدمان.<sup>(٢٠)</sup> وتعالج التدخلات الوقائية الفعالة تلك التصورات الخاطئة لدى المراهقين. فالتدخلات، التي تغير تصوراتهم الخاطئة بشأن تعاطي مواد الإدمان، ولا سيما تصوره لهم لطابعه المعياري، ترتبط بتحقيق نتائج إيجابية.<sup>(٢١)</sup>

٢٢- والشباب المنتمون إلى أسر ذات مركز اجتماعي-اقتصادي ريفي يجربون القنب (بشكل عرضي) أكثر من الشبان ذوي المركز الاجتماعي-الاقتصادي الأدنى. ومع ذلك، تكون مخاطر ظهور اضطرابات ناشئة عن تعاطي القنب أكثر ارتباطاً بالمركز الاجتماعي-الاقتصادي الأدنى، والتحصيل الدراسي الأقل، والتسرب من الدراسة في مراحل مبكرة، وذلك لأنَّ الشباب المنتمين إلى الأسر ذات المركز الاجتماعي-الاقتصادي الرفيع لديهم قدر أوفر من الموارد الاجتماعية الثقافية، التي تمكنهم من ضبط وتنظيم استهلاكهم.<sup>(٢٢)</sup>

٢٣- وتُبرز الأدلة القوية على وجود صلة بين تعاطي الكحول والتبغ وتعاطي المؤثرات النفسانية الأخرى، التي تشكل الشاغل الرئيسي للاتفاقيات الدولية، أنَّ هناك أيضاً حاجة إلى التصدي لتعاطي التبغ والكحول في سياق تنفيذ برامج الوقاية من تعاطي مواد الإدمان.

٢٤- وقد يكون الأثر الناجم على الأطفال نتيجة لتعاطي والديهم مواد إدمان أثراً ذا شأن، ويمكن أن يسبب اعتيلاً ووجدانياً وجسدياً طويل الأمد لدى الأطفال يتجلى في بداية مرحلة البلوغ. وهذه الآثار تشمل الآثار الصحية المباشرة لتعاطي الأم مواد إدمان أثناء

عن تعاطيها. وعلى الرغم من أنَّ كثيرين ممن يبدأون في تعاطي المؤثرات النفسانية يتوقفون في نهاية المطاف عن التعاطي، فإنَّ الأضعف بينهم، بسبب عوامل فيزيولوجية واجتماعية ووجدانية وتطورية، قد ينتقلون إلى تعاطي مواد إدمان متعددة و/أو زيادة وتيرة التعاطي.

• أنَّ الكثير من الشباب ينخرطون في أنشطة سلسلة عرض المخدرات لأسباب منها الفقر وانعدام فرص تحسين أحوالهم الاجتماعية والاقتصادية. وهذا الانخراط يعرضهم لخطر الانزلاق إلى ارتكاب سلوكيات إجرامية وأفعال عنف، وللحسب والوفاة قبل الأوان.

١٩- ويمثل سن البدء في تعاطي مواد الإدمان مدعاة قلق بالغ على الصعيد العالمي، إذ تبين البحوث أنَّه كلما كان سن البدء في التعاطي أصغر، زاد احتمال حدوث اضطرابات ناشئة عن تعاطي مواد الإدمان نظراً لما تحدّته هذه المواد من تأثيرات على الدماغ النامي.<sup>(١٦)</sup> وقدمت ديغينهارت وآخرون<sup>(١٧)</sup> مقارنات لسن البدء في تعاطي الكحول والتبغ والقنب والكوكايين في البلدان الـ ١٧ التي شاركت في مبادرة الاستقصاء العالمي للصحة العقلية. ويبيّن المؤلفون أنَّ متوسط السن الوسطية للبدء في تعاطي مواد الإدمان هذه متشابهة في تلك البلدان: ١٦-١٩ سنة للكحول والتبغ، و١٨-١٩ سنة للقنب، و٢١-٢٤ سنة للكوكايين. وتدلل المعلومات المتوفرة على ضرورة استهداف الأطفال والمراهقين قبل بلوغ سن التعاطي الأول بفترة طويلة عن طريق تدخلات وسياسات وقائية قائمة على أدلة.

٢٠- وتدلل دراسات طولانية تتبعت الأطفال حتى مرحلة البلوغ على أنَّه كلما كان سن البدء في تعاطي الكحول والتبغ والقنب أصغر، زاد احتمال تعاطي عقاقير مثل الأفيونيات والكوكايين.<sup>(١٨)</sup> وقد درست بحوث وبائية ومختبرية هذه العلاقة وبيّنت أنَّ هناك عوامل جينية وبيولوجية واجتماعية مرتبطة بهذا التحول.<sup>(١٩)</sup>

Lloyd D. Johnston and others, *Monitoring the Future* <sup>(٢٠)</sup> National Survey Results on Drug Use, 1975-2012, vol. I: Secondary School Students (Ann Arbor, Institute for Social Research, University of Michigan, 2013); Katherine M. Keyes and others, "The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007", *Addiction*, vol. 106, No. 10 (October 2011), pp. 1790-1800; and Yvonne M. Terry-McElrath and others, "Risk is still relevant: time-varying associations between perceived risk and marijuana use among US 12th grade students from 1991 to 2016", *Addictive Behaviors*, vol. 74 (November 2017), pp. 13-19

Kenneth W. Griffin and Gilbert J. Botvin, "Evidence-based <sup>(٢١)</sup> interventions for preventing substance use disorders in adolescents", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 19, No. 3 (July 2010), pp. 505-526; Li C. Liu, Brian R. Flay and Aban Aya Investigators, "Evaluating mediation in longitudinal multivariate data: mediation effects for the Aban Aya Youth Project Drug Prevention Program", *Prevention Science*, vol. 10, No. 3 (September 2009), pp. 197-207; and Catherine J. Lillohoj, Linda Trudeau and Richard Spoth, "Longitudinal modeling of adolescent normative beliefs and substance initiation", *Journal of Alcohol and Drug Education*, vol. 49, No. 2 (June 2005)

François Beck, Romain Guignard and Jean-Baptiste Richard, <sup>(٢٢)</sup> "Actualités épidémiologiques du cannabis", *La Revue du Practicien*, vol. 63, No. 10 (December 2013), pp. 1420-1424

<sup>(١٦)</sup> المرجع نفسه.

Louisa Degenhardt and others, "Toward a global view of <sup>(١٧)</sup> alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO .World Mental Health Surveys", *PLoS Medicine*, vol. 5, No. 7 (July 2008)

Denise Kandel, "Stages in adolescent involvement in drug <sup>(١٨)</sup> use", *Science*, vol. 190, No. 4217 (November 1975), pp. 912-914. Michael T. Lynskey and others, "Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs. co-twin controls", *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, No. 4 (January 2003), pp. 427-433

Arpana Agrawal, Carol A. Prescott and Kenneth S. Kendler, <sup>(١٩)</sup> "Forms of cannabis and cocaine: a twin study", *American Journal of Medical Genetics, Part B Neuropsychiatric Genetics*, vol. 129B, No. 1 (May 2004), pp. 125-128; Denise Kandel and Eric Kandel, "The gateway hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives", *Acta Paediatrica*, vol. 104, No. 2 (February 2015), pp. 130-137; Stephen Nkansah-Amankra and Mark Minelli, "Gateway hypothesis' and early drug use: additional findings from tracking a population-based sample of adolescents to adulthood", *Preventive Medicine Reports*, vol. 4 (May 2016), pp. 134-141; and Michael M. Vanyukov and others, "Common liability to addiction and 'gateway hypothesis'": theoretical, empirical and evolutionary perspective, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 123, Suppl. 1 (June 2012), pp. S3-S17

الإدمان والتدرُّج نحو الانغماس في تعاطيها بدرجة أعمق. وأوجزت دراستان، نشرتا في عامي ١٩٩٢ و١٩٩٣، هذه النتائج. وترسم الدراسة الأولى، التي أجراها هوكينز وآخرون (١٩٩٢)،<sup>(٢٠)</sup> الخطوط العريضة للمخاطر المرتبطة ببدء تعاطي مواد الإدمان؛ ومن ضمن تلك المخاطر كلٌّ من العوامل الظرفية (مثل القوانين والقواعد المؤاتية لسلوكيات تعاطي مواد الإدمان، وتوافر مواد الإدمان، والحرمان الاقتصادي الشديد، والعيش في بيئات تسودها الفوضى والعشوائية) والعوامل الفردية والشخصية (مثل الخصائص الفيزيولوجية، وتاريخ الأسرة في تعاطي مواد الإدمان، والمواقف تجاه تعاطي مواد الإدمان، وسوء/عدم اتساق إدارة شؤون الأسرة، والنزاعات الأسرية، وضعف الروابط الأسرية). وتشير الدراسة الأخرى التي أعدها غلانيس وبيكنز<sup>(٢١)</sup> إلى أنه على الرغم من أهمية دور العوامل الظرفية في بدء تعاطي مواد الإدمان، فإنَّ العوامل الفردية والشخصية، لا سيما العوامل الفيزيولوجية والعصبية والجينية، هي التي تُبَتُّ أنَّ لها تأثيراً أكبر في التدرُّج إلى إساءة استعمال مواد الإدمان.

٢٦- وانتهت دراستان أحدث عهداً إلى أنَّ العوامل الجينية مسؤولة عن قسم كبير من احتمال تعرض الشخص لخطر الارتهان، بما في ذلك تأثيرات البيئة على التعبير الجيني والوظيفة الجينية.<sup>(٢٢)</sup> فعلى سبيل المثال، خلصت دراسة أجريت مؤخراً إلى أنَّ تعاطي القنَّب والكحول يتأثر فيما يبدو بعوامل جينية مشتركة.<sup>(٢٣)</sup> فثمة خصائص جينية معينة تؤدي دوراً مهماً في تعرض الفرد لخطر تعاطي مواد الإدمان والتدرُّج نحو الارتهان لها. وقد تبين أنَّ التدخلات الوقائية المصممة خصيصاً للأفراد، الذين لديهم استعداد جيني مسبق للتعرض لخطر تعاطي المخدرات، أثبتت فعاليتها في تغيير مسارات تعاطي هؤلاء الأفراد مواد الإدمان وتحسين مصائرهم.<sup>(٢٤)</sup>

٢٧- وأظهرت البحوث أنَّ البدء في تعاطي بعض مواد الإدمان لا يؤدي دائماً إلى إساءة استعمالها.<sup>(٢٥)</sup> فثمة أدلة على أرجحية إقلاع الأفراد بصورة تلقائية عن تعاطي مواد إدمان مثل الكحول

الحمل، بما فيها انخفاض الوزن عند الولادة، ومتلازمة تأثير تناول الكحول على الجنين،<sup>(٢٦)</sup> ومشاكل الجهاز التنفسي الناجمة عن التدخين غير المباشر<sup>(٢٧)</sup> وازدياد إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم<sup>(٢٨)</sup> ومشاكل صحية أخرى<sup>(٢٩)</sup> ومشاكل طويلة الأمد تتعلق بالنمو،<sup>(٣٠)</sup> وكذلك ازدياد احتمال تعاطي مواد الإدمان لدى الأطفال.<sup>(٣١)</sup> وهذه الآثار بعيدة المدى ولها تداعيات اجتماعية واقتصادية في جميع البلدان.<sup>(٣٢)</sup> ومن ثم، ففيما يتعلق بهذه الفئات العمرية — مرحلة الطفولة المبكرة حتى المراهقة المتأخرة — من المهم عدم الاكتفاء بمعالجة الآثار الناجمة عن تعاطي الطفل أو المراهق نفسه لمواد الإدمان فحسب، بل وأيضاً معالجة الآثار الناجمة عن تعاطي الوالدين/الأسرة، التي يمكن أن تلحق ضرراً بالأطفال والمراهقين، الذين يتعاطون مواد الإدمان والذين لا يتعاطونها على السواء.

## فهم التدرُّج من التعاطي إلى إساءة الاستعمال

٢٥- مهَّدت البحوث الوبائية التي أجريت في سبعينيات القرن الماضي السبيل إلى فهم العوامل المحددة للبدء في تعاطي مواد

Sylvia Roozen and others, "Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders: a systematic literature review including meta-analysis", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 40, No. 1 (June 2016), pp. 18–32; and Thitinar Sithisarn, Don T. Granger and Henrietta S. Bada, "Consequences of prenatal substance use", *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 24, No. 2 (December 2012), pp. 105–112.

United States, Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* (Atlanta, Georgia, 2006).

Brad Donohue and others, "Contribution of illicit/non prescribed marijuana and hard-drug use to child abuse and neglect potential while considering social desirability", *British Journal of Social Work*, vol. 49, No. 1 (January 2019), pp. 77–95.

Tessa L. Crume and others, "Cannabis use during the perinatal period in a State with legalized recreational and medical marijuana: the association between maternal characteristics, breastfeeding patterns, and neonatal outcome", *Journal of Pediatrics*, vol. 197 (June 2018), pp. 90–96.

Peter A. Fried, "Conceptual issues in behavioral teratology and their application in determining long-term sequelae of prenatal marijuana exposure", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 43, No. 1 (March 2002), pp. 81–102.

Pamela C. Griesler and others, "Nonmedical prescription opioid use by parents and adolescents in the US", *Pediatrics*, vol. 143, No. 3 (March 2019); Kimberly L. Henry, "Fathers' alcohol and cannabis use disorder and early onset of drug use by their children", *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*, vol. 78, No. 3 (May 2017), pp. 458–462; and Shulamith Straussner and Christine Fewell, "A review of recent literature on the impact of parental substance use disorders on children and provision of effective services", *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 31, No. 4 (July 2018), pp. 363–367.

Henrick Harwood, Douglas Fountain and Gina Livermore, *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998).

David J. Hawkins, Richard F. Catalano and Janet Y. Miller, "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, vol. 112, No. 1 (July 1992), pp. 64–105.

Meyer D. Glantz and Roy W. Pickens, "Vulnerability to drug abuse: introduction and overview", in *Vulnerability to Drug Abuse*, Meyer D. Glantz and Roy W. Pickens, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association, 1993), pp. 1–14.

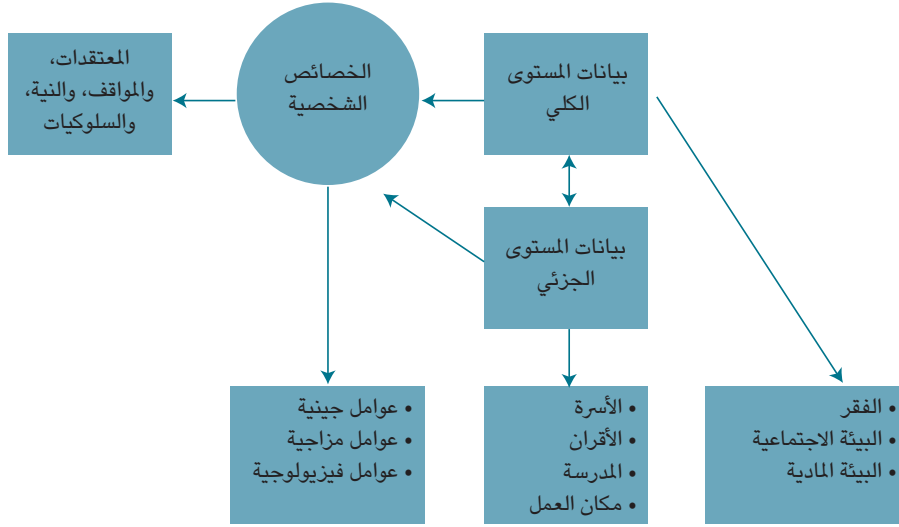
Carolyn E. Sartor and others, "Common genetic contributions to alcohol and cannabis use and dependence symptomatology", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 34, No. 3 (March 2010), pp. 545–554.

المرجع نفسه.<sup>(٣٣)</sup>

Gene H. Brody and others, "Differential sensitivity to prevention programming: a dopaminergic polymorphism-enhanced prevention effect on protective parenting and adolescent substance use", *Health Psychology*, vol. 33, No. 2 (February 2014), pp. 182–191.

Jerald G. Bachman and others, *The Decline of Substance Use in Young Adulthood: Changes in Social Activities, Roles, and Beliefs* (East Sussex, United Kingdom, Psychology Press, 2014).

## الشكل الأول- نموذج القابلية للتعاطي أو الضعف تجاهه



المصدر: Zili Sloboda, "School-based prevention: evolution of evidence-based strategies", in *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, Carl G. Leukefeld and Thomas P. Gullotta, eds. (New York, Springer, 2018)

المتكاملة داخل المجتمعات المحلية من أجل تلبية احتياجات السكان المحددة.

٢٩- وتدرج غالبية الأطفال والمراهقين في واحدة من الفئات الثلاث الأولى. وحسبما هو مشار إليه أدناه، تتطلب كل فئة من هذه الفئات أشكالاً معينة من التدخلات الوقائية والعلاجية القائمة على أدلة.

٣٠- ويمر جميع البشر بمراحل نمو متدرجة لها مؤشرات عمرية مشتركة بينهم صوب التحول إلى أفراد أصحاء منتجين في المجتمع. واجتياز كل مرحلة وفق تلك المؤشرات أمر يمكن أن تعززه أو تعوقه السمات الفردية، علاوة على العوامل القريبة من الفرد من قبيل الوالدين والأسرة والمدرسة، والعوامل البعيدة منه من قبيل الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية ووسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي والسياسات الوطنية. وقد أفضت البحوث، التي أجريت عن العوامل الجينية والبدنية والبيئية وتفاعلاتها من أجل تحديد مدى القابلية لتعاطي مواد الإدمان واتباع سلوكيات أخرى من هذا القبيل، إلى إعادة صوغ مفهوم عوامل الخطر والحماية على نحو يمكن أن يحسن نظم تقديم وتنفيذ خدمات الوقاية والعلاج للأطفال والمراهقين.<sup>(٢٨)</sup>

٣١- ويبين الشكل الأول هذا المنظور الجديد في شكل مبسّط. ويساعد الشكل على توضيح مفهوم القابلية للتعاطي أو الضعف تجاهه وتحسين فهم معنى الخطر والحماية كميديانين للتفاعل بين التركيبة البدنية والنفسانية والجينية للفرد من جهة، والتأثيرات

والكوكايين والهيروين والأمفيتامينات، التي قد تكون لها آثار بدنية وفسفسانية سلبية فورية أشد من التبغ أو القنب.<sup>(٢٦)</sup> ومن الناحية النظرية، يمكن أن تكون هناك، في أي وقت وفي المنطقة الجغرافية نفسها، أربع فئات متميزة فيما يخص تعاطي مواد الإدمان:<sup>(٢٧)</sup>

- الممتنعون الحازمون، الذين يلتزمون بعدم تعاطي أي مادة من المؤثرات النفسانية
- الممتنعون الضعفاء، الذين قد لا يتعاطون في الوقت الحاضر أي مادة من المؤثرات النفسانية، ولكنهم قد يبدأون في التعاطي لأسباب نفسية أو اجتماعية أو وجدانية
- المتعاطون المبتدئون، الذين ربما يكونون قد بدأوا في تعاطي مادة واحدة أو أكثر من المؤثرات النفسانية وقد يعانون أو لا يعانون من عواقب سلبية لهذا التعاطي
- المتعاطون المتقدمون في مرحلة تعاطي المواد، الذين تجاوزوا مرحلة بدء تعاطي مواد الإدمان ويعانون أو لا يعانون من عواقب صحية أو اجتماعية

٢٨- وتشير هذه الملاحظات المنبثقة عن الدراسات المذكورة أعلاه إلى أن هناك حاجة إلى طائفة من خدمات الوقاية والعلاج

G. Bischof and others, "Factors influencing remission from<sup>(٢٦)</sup> alcohol dependence without formal help in a representative population sample", *Addiction*, vol. 96, No. 9 (September 2001), pp. 1327-1336 and Linda C. Sobell Timothy P. Ellingstad and Mark B. Sobell, "Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions", *Addiction*, vol. 95, No. 5 (May 2002), pp. 749-764.

William D. Crano and others, "The at-risk adolescent<sup>(٢٧)</sup> marijuana nonuser: expanding the standard distinction", *Prevention Science*, vol. 9, No. 2 (June 2008), pp. 129-137

Zili Sloboda, Meyer D. Glantz and Ralph E. Tarter, "Revisiting<sup>(٢٨)</sup> the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention", *Substance Use and Misuse*, vol. 47, Nos. 8 and 9 (June 2012), pp. 1-19

خياراتهم، معلومات واسعة النطاق عن تعاطي مواد الإدمان، دون أن تكون بالضرورة معلومات واقعية.

٣٧- ولا يعمل مستويا التأثير — بينات المستويين الجزئي والكلي — على نحو مستقل لدى تأثيرهما على سلوكنا: فهما يؤثران أيضاً أحدهما على الآخر. فعلى سبيل المثال، قد يتعرض الاستقرار الأسري، وحتى سلوكيات الرعاية الوالدية، للضرر عندما يكون أحد القائمين على الرعاية أو كلاهما عاطلاً عن العمل لفترات طويلة من الزمن.<sup>(٣٩)</sup>

٣٨- ومجالات التفاعل بين بينات المستويين الكلي والجزئي مع الفرد هي التي تشكل النمو الإدراكي والوجداني، وكذلك المعتقدات والمواقف والسلوكيات التي تساعد على تنشئة البشر اجتماعياً لكي يصبحوا أعضاء منتجين في مجتمعاتهم المحلية. وهذه الروابط التفاعلية يمكن أن تكون إيجابية (حمائية) أو سلبية (تنطوي على مخاطر). وهي تهيئ أيضاً فرصاً للاضطلاع بتدخلات لتحسين النمو الإيجابي أو تعزيره. ومن ثم، يمكن للأطفال المعرضين لخطر التعاطي الذين يتلقون رعاية والدية إيجابية أن يتغلبوا على التحديات التي يواجهونها، في حين أن الأطفال المعرضين لنفس الخطر الذين يهملهم والداهم يرجح أن يكونوا أقل حظاً في النجاح.<sup>(٤٠)</sup>

٣٩- وللعوامل الثقافية والسياق دورهما أيضاً. فقد يقل معدل تعاطي مواد الإدمان إذا كانت الثقافة السائدة تنفر بشدة منه، أما إذا كان تعاطي مواد الإدمان يشكل جزءاً أساسياً من طقوس ثقافة ما أو احتفالاتها، فقد تكون المثبطات قليلة لمنع الشخص من بدء تعاطي مواد الإدمان ومواصلته، ما لم تكن هناك قيود على تعاطيها في صلب تلك الطقوس الثقافية. كما أن التعاريف الثقافية للأدوار، لا سيما الأدوار الجنسية، يمكن أن تكبح تعاطي مواد الإدمان أو تشجعه.

٤٠- ويمكننا أن نسرّد أمثلة لهذه العمليات من تجاربنا الذاتية. فكّر في طفلة تعيش في فقر ووالداها غائبان — بسبب الحبس أو الارتهان للمخدرات، أو لأنهما يعملان في وظيفتين أو ثلاث. والآن فكّر في طفلة في هذه الحالة، ولكن لديها جدّ أو جدّة أو شخص بالغ آخر يقدم الرعاية والمساندة ويمكنه أن يساعد على

الواقعة على النمو البدني والإدراكي والوجداني والاجتماعي لذلك الفرد: الوالدان والأسرة والمدرسة والمنظمات الدينية والأقران ومكان العمل والمجتمعات المحلية المتماسكة مقابل المجتمعات الأكثر تباعداً، من جهة أخرى.

٣٢- ويوضح الإطار المبين في الشكل الأول العوامل التي تنطوي عليها عمليات تحفيز الإنسان وتغييره. وهو يبين كيف تتفاعل مختلف المستويات البيئية والخصائص الشخصية في عملية صنع القرار التي تحدث قبل تعاطي مواد الإدمان والإتيان بسلوكيات إشكالية أخرى.

٣٣- وتؤدي العوامل الجينية وغيرها من العوامل البيولوجية دوراً مهماً في تحقيق مؤشرات النمو، أي الهدف المنشود لكل طور من أطوار النمو، من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة البلوغ المبكرة، بما في ذلك القدرة الفكرية والتطور اللغوي والوظائف الإدراكية والوجدانية والنفسانية واكتساب مهارات التعامل الاجتماعي.

٣٤- ويحدد مدى تحقّق مؤشرات النمو درجة ضعفنا تجاه التأثيرات الآتية من بيئتنا. وقد تتباين درجة ضعفنا على مدى سنوات العمر، إلا أن الأطفال الذين لا يحققون مؤشرات النمو المبكرة، لأسباب متنوعة، يرجح أن يخفقوا في تحقيق المؤشرات اللاحقة، وأن يواجهوا، نتيجة لذلك، مشاكل في مرحلة البلوغ.

٣٥- ويمكن للعوامل البيئية أن تقلل هذا الضعف أو تعززه. وتزيد مخاطر تعاطي مواد الإدمان بفعل التجارب البيئية مثل تجارب الطفولة السلبية المرتبطة بزيادة الإجهاد العصبي أو الشدائد. ويُنظر إلى التأثيرات البيئية على مستويين رئيسيين، هما البيئات القريبة جداً من الفرد — أي بينات المستوى الجزئي، التي تشمل الوالدين والأسرة والمدرسة والأقران — والبيئات الأبعد — أي بينات المستوى الكلي، التي تشمل البيئتين المادية والاجتماعية، بما في ذلك الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي. وتؤثر بيئة المجتمع الأوسع نطاقاً والحاجة إلى احترام سيادة القانون والمعايير المجتمعية الأخرى أيضاً على مدى ضعف الشباب. ومن الأمثلة على ذلك المناطق الحضرية المهمشة التي تسيطر فيها العصابات الإجرامية، التي كثيراً ما تكون مرتبطة بالاتجار بالمخدرات، على الأرض ولا تستطيع السلطات فرض سيطرتها أو تمكين المواطنين من الحصول على أبسط الخدمات الصحية والاجتماعية أو توفير المساعدة اللازمة للشباب كي يستفيدوا من طاقاتهم الكامنة.

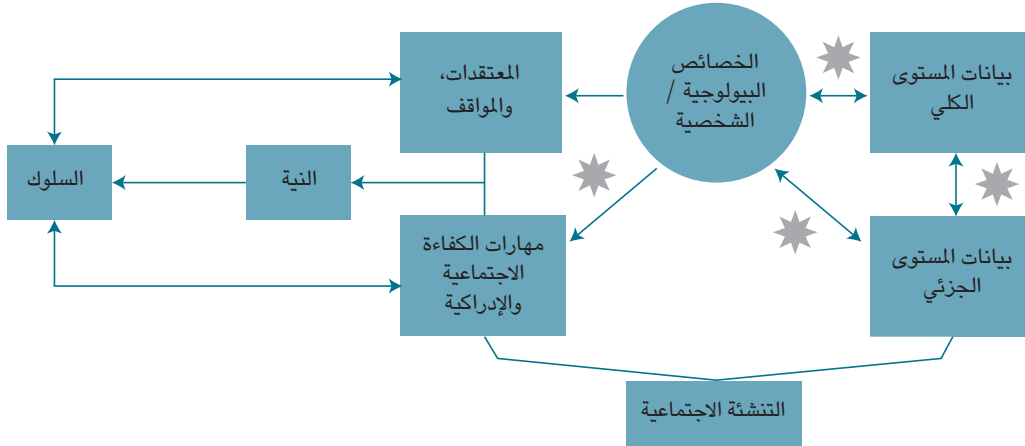
٣٦- وعلى الرغم من أن الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي توفر سبلاً جديدة لنشر التوعية الوقائية، فقد نتج عنها كذلك زيادة في فرص كل من التسويق للمنتجات والسلوكيات المنطوية على مخاطر وتناقلها في إطار اجتماعي، وأسهمت بذلك في زيادة التعرض لتعاطي مواد الإدمان من خلال جعل التعاطي يبدو شيئاً طبيعياً وعرض تجارب المتعاطين في صورة إيجابية. فعلى سبيل المثال، بعض أصحاب قنوات اليوتيوب ومروجي السلع عليها ينشرون معلومات عن المواد الجديدة وطرق تعاطيها المستحدثة؛ وهم يركزون على ما يُسمونه الآثار "الإيجابية" لتعاطي مواد الإدمان ويقللون من شأن الآثار السلبية التي تنجم عنه، ويقدمون للشباب، دفاعاً عن

Geert Dom and others, "The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 13, No. 1 (January 2016); Mark A. Bellis and others, "National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England", *BMC Medicine*, vol. 12, No. 72 (May 2014); Dieter Henkel, "Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2011)", *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, No. 1 (2011), pp. 4–27; Heta Moustgaard, Mauricio Avendano and Pekka Martikainen, "Parental unemployment and offspring psychotropic medication purchases: a longitudinal fixed-effects analysis of 138,644 adolescents", *American Journal of Epidemiology*, vol. 187, No. 9 (September 2018), pp. 1880–1888 and University of Oxford, "Unemployment triggers increase in child neglect, according to new research", 3 November 2017

Karl G. Hill and others, "Person-environment interaction in the prediction of alcohol abuse and alcohol dependence in adulthood", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110, Nos. 1 and 2 (July 2010), pp. 62–69



## الشكل الثاني - مواضع التدخلات الوقائية



المصدر: Zili Sloboda, *Universal Prevention Curriculum for Substance Use*. ملاحظة: تشير النجوم إلى نقاط التدخل.

صعوبة. ومن ثم، فمن خلال التدخلات الوقائية القائمة على أدلة، يمكن لبيئات الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي أن تصبح قوى إيجابية في تنشئة طفل قادر على مقاومة الانخراط في تعاطي مواد الإدمان أو غيره من السلوكيات الخطرة. وتشير النجوم الواردة في الشكل الثاني إلى فرص للتدخلات الوقائية.

٤٣- ويتبين من النموذج الوارد في الشكل الثاني أن عامل "النية"، الوارد في الشكل، هو الذي ينبئ باحتمالات البدء في تعاطي مواد الإدمان وأصبح هو الغاية المستهدفة بالتدخلات الفعالة، لا سيما لدى الأطفال والشباب في مرحلة المراهقة المبكرة قبل سنوات "الخطر". فنظريات السلوك البشري تُعلمنا بأن النوايا تقوم على المعتقدات والمواقف والمعارف والكفاءات الاجتماعية والإدراكية والمهارات المتعلقة بأي سلوك. والتدخلات الوقائية الفعالة هي التي تتناول هذه العوامل الوسيطة لتغيير أو تبديل سلوك الأشخاص، الذين يسلكون مساراً سلبياً في الحياة، وذلك بتعزيز نتائج النمو الإيجابي والحد من السلوكيات السلبية، وبتعزيز تلك العوامل الإيجابية لدى الأشخاص الذين لا ينوون تعاطي المؤثرات النفسانية.

تحقيق مؤشرات النمو الخاصة بها. أو فكّر في هذه الطفلة وهي تدخل مدرسة تشعر فيها بالأمان والقبول. فهذه الطفلة يرجح أن تكتسب مواقف مناصرة للمجتمع وأن تنخرط في سلوكيات صحية ومناصرة للمجتمع نتيجة لعملية الارتباط أو التعلق هذه. فمشاعر الانتماء وتلقي المساعدة عاملان أساسيان لنمو الإنسان. دعونا نفكر الآن في هذه البنت بدون فرد مأمون ومساند من أفراد الأسرة أو من بيئة المدرسة. ماذا لو وُجِدَت عصابة شوارع تلبّي حاجة تلك الطفلة إلى الشعور بالانتماء؟ وماذا لو كانت تلك العصابة ضالعة في الاتجار بالمخدرات أو في سلوك إجرامي؟

٤١- وهذه ليست حالات افتراضية؛ فهي مستمدة من واقع الحياة. ولذا تصمم تدخلات وقائية قائمة على أدلة من أجل مساعدة الوالدين والأسرة الواقعة في شدة على التركيز على توفير الرعاية الوالدية الإيجابية لمساعدة الأطفال. كما أنها تصمم لمساعدة المدارس على تهيئة بيئات آمنة إيجابية يستطيع فيها الأطفال، وكذلك موظفو المدارس، أن يتمتعوا ببيئة ناجعة للتعلم.

## نموذج القابلية للتعاطي أو الضعف تجاهه والتدخلات الوقائية

٤٢- يمكن الاسترشاد أيضاً بالشكل الأول في وضع نهج وقائية على النحو المبين في الشكل الثاني. وهو يبين أن عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال (أي تعلّم ثقافة المجتمع الذي نعيش فيه ومواقفه ومعتقداته ولغته وسلوكه) تؤدي أيضاً دور عملية وقائية تُساعد فيها عوامل التنشئة الاجتماعية الرئيسية (مثل الوالدين وسائر أفراد الأسرة والمعلمين والقوانين واللوائح) على تحسين مهاراتهم اللازمة للاندماج في المجتمع، وذلك، على سبيل المثال، من خلال تحسين مهارات الرعاية الوالدية والمهارات التعليمية، أو تعديل البيئتين الاجتماعية والمادية بما يجعل الانخراط في السلوكيات السلبية أكثر

### المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات والموارد الوقائية الأخرى القائمة على أدلة

٤٤- أفضى التقدم البحثي إلى عدد من المنتجات المصممة لمساعدة القائمين على تخطيط جهود الوقاية على استبانة التدخلات الوقائية القائمة على أدلة التي تناسب خصائص مجتمعاتهم المحلية وتلبي احتياجاتها. وأبرز تلك المنتجات هو المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات الصادرة عن المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية (الطبعة الثانية، ٢٠١٨). ويورد هذا الدليل المحتويات والهياكل واستراتيجيات التنفيذ الرئيسية

الشكل الثالث- جدول يلخص الاستراتيجيات القائمة على أدلة والمحددة في المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات الصادرة عن المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية (الطبعة الثانية، ٢٠١٨)

البلوغ	المراهقة	مرحلة المراهقة المبكرة	مرحلة الطفولة المتوسطة	مرحلة الطفولة المبكرة	فترة ما قبل الولادة والرضاعة	
		مهارات الرعاية الوالدية			زيارات في فترة ما قبل الولادة ومرحلة الرضاعة	الأسرة
					تدخلات خاصة بالحوامل	
	التعليم الوقائي القائم على الكفاءة الاجتماعية والتأثير الاجتماعي		تعليم المهارات الشخصية والاجتماعية	التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة		المدرسة
	معالجة أوجه الضعف الفردية		إدارة الفصول المدرسية			
		برامج على نطاق المدارس لتعزيز الارتباط بالمدرسة	سياسات لإبقاء الأطفال في المدارس			
		السياسات المدرسية بشأن تعاطي مواد الإدمان				المجتمع المحلي
		السياسات المتعلقة بالكحول والتبغ				
		المبادرات المجتمعية المتعددة المكونات				
		الحملات الإعلامية				
		التوجيه				
		البرامج الوقائية في أماكن العمل				أماكن العمل
		البرامج الوقائية في أماكن الترفيه				
			التعامل مع الاضطرابات الصحية العقلية		تدخلات خاصة بالحوامل	قطاع الصحة
		التدخلات الوجدية				

الاستراتيجية المضافة في الطبعة الثانية المحدثة للمعايير

الاستراتيجية المحددة في الطبعة الأولى للمعايير

المصدر: المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية.

منظومة برامج رعاية والدية تُنفَّذ بصورة متوالية متدرجة في القوة والكثافة. وثمة مثال ثالث لتدخل أسري فعال هو "برنامج تدعيم الأسرة ١٠-١٤" (Strengthening Family Program 10-14).<sup>(٤٢)</sup> ويتضمن هذا البرنامج عناصر للوالدين فقط وللأطفال فقط وللوالدين والأطفال معاً، تركز على المهارات الوالدية والتربط الأسري، وتتفد على مدى سبعة أسابيع.

٤٧- وتشمل أمثلة السياسات والتدخلات الوقائية القائمة على أدلة التي تقدم في المدارس مناهج دراسية مثل برنامج التدريب على المهارات الحياتية (LifeSkills Training)<sup>(٤٣)</sup> وبرنامج

Richard Spoth and others, "Research on the strengthening (٤٢) families program for parents and youth 10-14: long-term effects, mechanisms, translation to public health, PROSPER partnership scale up", in *Handbook of Adolescent Drug Prevention: Research, Intervention, Strategies, and Practices* (Washington, D.C., American Psychological Association, 2015), pp. 267-292

Gilbert J. Botvin and others, "Preventing illicit drug use in (٤٣) adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population", *Addictive Behaviors*, vol. 25, No. 5 (September-October 2000), pp. 769-774

التي تبين اتساقها في مختلف التدخلات. ويقدم الشكل الثالث ملخصاً لمحتوى وثيقة المعايير.

٤٥- ويبين الشكل الثالث البيئات التي تُجرى فيها التدخلات (الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي ومكان العمل وقطاع الصحة على النحو الوارد في العمود الأيمن)، وتُنظَّم التدخلات تبعاً للفئة العمرية المستهدفة (مراحل ما قبل الولادة/الرضاعة، والطفولة المبكرة والمتوسطة، والمراهقة المبكرة والمراهقة والبلوغ، على النحو الوارد في الجزء العلوي من الشكل).

٤٦- ومن أمثلة البرامج التي تركز على بيئة المستوى الجزئي البرامج المعنية بالمهارات الأسرية والوالدية. وهذه البرامج توفر الدعم اللازم للعلاج والرعاية الطبية السابقة للولادة، والدعم الإسكاني وغيرها من الاحتياجات. ويمثل برنامج الرعاية الوالدية الإيجابية (Triple P-Positive Parenting Program)<sup>(٤١)</sup> برنامجاً آخر للدعم الأسري وتعزيز المهارات الوالدية، يتضمن

Matthew R. Sanders, "Development, evaluation and multina- (٤١) tional dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program", *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 8 (April 2012), pp. 345-379

هذه النهج اختبارات الكشف عن تعاطي المخدرات في المدارس وأماكن العمل غير المدعومة بسياسات قائمة على أدلة لمعالجة مشاكل تعاطي مواد الإدمان والبرامج التي تركز على تكتيكات التخويف أو على مجرد تقديم معلومات دون أن تعالج أيضاً العناصر التي تتطلب ضرورياً من التدخلات القائمة على أدلة المذكورة أعلاه.

### أوجه التقدم المحرز في نهج علاج الشباب القائمة على أدلة

٥١- يمتد تاريخ البحوث المتعلقة بالعلاج إلى زمن أبعد من زمن البحوث المتعلقة بالوقاية. ويركز هذا القسم على التقدم المحرز على مدى السنوات الـ ٤٥ الماضية في فهم الاحتياجات العلاجية لمتعاطي مواد الإدمان من جميع الأعمار، وخصوصاً للشباب. ونظراً لأن الدماغ يظل ينمو طوال مرحلة المراهقة وفي أوائل مرحلة البلوغ، وحيث إن المؤثرات النفسانية تؤثر على وظائف الدماغ، فإن انتقال المراهقين من مرحلة بدء تعاطي مواد الإدمان إلى طور الارتهاق لها أسرع من البالغين الذين يكون نمو أدمغتهم أكثر اكتمالاً. ولذلك، يلزم أن يكون علاج المراهقين مختلفاً عن علاج البالغين. ويشير وينترز وآخرون (٢٠١١)<sup>(٤٦)</sup> إلى أن هذه الملاحظة ذُكرت منذ عام ١٩٥٢. وبحلول ثمانينيات القرن الماضي، كانت الاختلافات المسلم بها في أنماط تعاطي مواد الإدمان وعواقبه، وكذلك المشاكل المتعلقة بالنمو، قد أعطت دفعة لاستكشاف خيارات علاجية متخصصة للمراهقين.

٥٢- وتشير البيانات الوبائية المتعلقة بتعاطي المراهقين للمؤثرات النفسانية إلى أن تجاربهم في تعاطي مواد الإدمان، التي يعالجون من مشاكلها، تختلف عن تجارب البالغين. فعلى سبيل المثال، يميل المراهقون في الغالب إلى تعاطي المستنشقات والقنب والإفراط في الشراب. وإضافة إلى ذلك، وكما خلص إليه أيزنفاشر وآخرون (٢٠٠٥)<sup>(٤٧)</sup>، فإن آثار تعاطي هذه المواد (ولا سيما الكحول والنيكوتين) أشد حدة على المراهقين منها على البالغين، وخصوصاً في حالة الذكور. فالمرهقون يفرطون في الشراب بمعدلات أعلى من البالغين ودرجة إدراكهم للمشكلة أدنى، وهم يركزون بشكل أكبر على الآثار القصيرة الأمد للتعاطي ومعدلات الإصابة لديهم بالمشاكل المشخصة للاعتلال النفساني المشترك أعلى مقارنة بالبالغين.<sup>(٤٨)</sup> ولذلك، قد يكون علاج المراهقين صعباً.

Ken C. Winters, Adrian M. Botzet and Tamara Fahnhorst, <sup>(٤٦)</sup> "Advances in adolescent substance abuse treatment", *Current Psychiatry Reports*, vol. 13, No. 5 (October 2011), pp. 416-421

Sari Izenwasser, "Differential effects of psychoactive drugs in adolescents and adults", *Critical Reviews of Neurobiology*, vol. 17, No. 2 (2005), pp. 51-68

Sandra A. Brown and others, "Treatment of adolescent alcohol-related problems", in *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 17, Marc Galanter, ed. (New York, Springer, 2005), pp. 327-348; and Margo Gardner and Laurence Steinberg, "Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study", *Developmental Psychology*, vol. 41, No. 4 (July 2005), pp. 625-635

"Unplugged"<sup>(٤٩)</sup> ويستهدف هذان البرنامجان المهارات الشخصية والاجتماعية، بما في ذلك مهارات صنع القرار ومهارات تحديد الأهداف والمهارات التحليلية اللازمة لتقييم المعلومات المتعلقة بالمؤثرات النفسانية والعنف. وهذه المهارات مصممة لتمكين الطلاب من فهم ومقاومة التأثيرات التي تدفعهم إلى تعاطي المخدرات ومن اتخاذ قرارات بعدم تعاطي أي مؤثرات نفسانية. ولتعزيز تلك القرارات، يعالج البرنامج التصورات الخاطئة بشأن المعتقدات المعيارية المتعلقة بالمؤثرات النفسانية، ويعزز العزم على عدم تعاطي مواد الإدمان، ويوفران فرصاً للتمرين على مهارات الرفض مع الزملاء في الفصول الدراسية ضمن إطار مجموعة مواقف تمثيلية متنوعة تحاكي الحالات الواقعية التي يواجهونها أو قد يواجهونها في المستقبل. وثمة برنامج آخر فعال جداً يعزز الأجواء الإيجابية في الفصول الدراسية ويقوي الترابط في البيئة المدرسية هو برنامج "Good Behaviour Game" (لعبة السلوك الحسن).<sup>(٤٥)</sup>

٤٨- ومن أمثلة السياسات القائمة على أدلة السياسات التي تستهدف سبل الحصول على المؤثرات النفسانية وتعاطيها، مثل السياسات المدرسية المتعلقة بالتعاطي داخل حرم المدرسة. وفيما يلي العوامل الرئيسية اللازمة لسياسة ناجحة: اختيار الأشخاص المشاركين في صوغ السياسة؛ ووجود تدابير محددة بوضوح للتصدي للمخالفات، لا تخص الطلاب فحسب، بل تشمل موظفي المدرسة أيضاً، وتكون غير عقابية (أي لا تؤدي إلى الوقف أو الفصل أو الطرد) ولكن داعمة (من خلال إحالات لمزيد من التقييم والمشورة)؛ وإعلام موظفي المدارس والطلاب والآباء وسائر الجهات المعنية الرئيسية بتلك السياسات وبكيفية إنفاذها.

٤٩- وتشمل النهج التنظيمية الفعالة المستندة إلى البيئة الحد من إمكانية الحصول على أدوية ذات تأثير نفسي باشرط تقديم وصفة طبية من ممارس صحي مرخص، والحد من إمكانية حصول الأطفال والمراهقين على التبغ والكحول، وعلى القنب حيثما اقتضى الأمر. ومن القواعد التنظيمية الأخرى التي ثبتت فعاليتها عند إنفاذها حظر تدخين السجائر في الأماكن العامة، ووضع حد لكمية الكحول التي تُقدم في الحانات أو المقاهي أو المطاعم، والحد من إمكانية الحصول على المواد التي هي سلائف لصنع بعض المخدرات غير المشروعة، مثل البنزيل ميثيل كيتون والإيفيدرين والسودوإيفيدرين، التي تستخدم في صنع الميثامفيتامينات.

٥٠- وتشمل المعايير أيضاً بحوثاً بشأن النهج التي ثبت عدم فعاليتها، وسببت في بعض الحالات، مشاكل علاجية المنشأ. وتشمل

Federica D. Vigna-Taglianti and others, "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial", *New Directions for Youth Development*, vol. 2014, No. 141 (April 2014), pp. 67-82

Nicholas S. Ialongo and others, "Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior", *American Journal of Community Psychology*, vol. 27, No. 5 (October 1999), pp. 599-641

الخمسة التي اقترحتها الجمعية الأمريكية لطب الإدمان (٢٠٠١)،<sup>(٥١)</sup> والتي تشمل: (أ) خدمات تدخل مبكر (تتألف من نُهج تعليمية أو نُهج تدخلات وجيزة)؛ و(ب) علاجاً خارجياً لمدة تصل إلى ست ساعات في الأسبوع، تبعاً للتقدم المحرز من خلال الخطة العلاجية؛ و(ج) علاجاً خارجياً يومياً مكثفاً لمدة تصل إلى ٢٠ ساعة في الأسبوع، لمدة تتراوح من شهرين إلى سنة واحدة؛ و(د) الإقامة في مستشفى للعلاج لمدة تتراوح من شهر واحد إلى سنة واحدة؛ و(هـ) علاجاً مكثفاً مُداراً طبياً داخل مستشفى يقتصر على المراهقين الذين بلغ تعاطيهم لمواد الإدمان وما يتصل بذلك من مشاكل على درجة من الشدة تقتضي تقديم رعاية طبية أولية على مدار الساعة إلى أن تستقر حالة المريض.

٥٧- وقد سُلم منذ زمن طويل بضرورة إجراء تقييمات استقصائية لتحديد الاحتياجات الخاصة للمراهقين المتعاطين لمواد الإدمان، وجرى إعداد وتفصيل عدة أدوات من هذا القبيل. ويُدعم معهد الولايات المتحدة الوطني لشؤون تعاطي المخدرات اثنتين من تلك الأدوات، هما: الفحص الوجيز لكشف تعاطي الكحول والتبغ والعقاقير الأخرى (BSATD)، والفحص لأغراض التدخّل الوجيز (S2BI). ويوصى بأن يستخدم مقدمو الرعاية الصحية هذين الفحصين، اللذين يستغرقان دقيقتين، وغيرهما، لتقرير ما إذا كان المراهق يحتاج إلى تدخل علاجي. وإذا أُحيل طفل أو مراهق للعلاج، يتعين على المرفق العلاجي أن يبحث عن ثلاثة على الأقل من عوامل الخطر وهي: التسمم، ووجود أدلة على إيذاء النفس، ووجود أدلة على إيذاء الآخرين. وإذا لوحظ وجود تلك العوامل، فقد يلزم إيداع الطفل/المراهق في مرفق علاجي لوضعه تحت الملاحظة وإعطائه العلاج المناسب.<sup>(٥٢)</sup> وقد أظهرت البحوث الحديثة العهد أنّ التدخلات الوجيزة حققت نجاحاً في الحيلولة دون تحول المراهقين من التعاطي إلى التعاطي الإشكالي.<sup>(٥٣)</sup>

## الآثار على وضع السياسات على الصعيد العالمي: استنتاجات وتوصيات

٥٨- تشكل الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاج الارتهاان للمخدرات وإعادة تأهيل المتعاطين والمرتهنين وإعادة إدماجهم في المجتمع أحد الأركان الرئيسية للنظام الدولي لمراقبة المخدرات.

D. Mee-Lee and others, *ASAMPPC-2R: ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders*, 2nd revised ed. (Chevy Chase, Maryland, American Society of Addiction Medicine, 2001)

(٥٢) المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات.

Lilia D'Souza-Li and Sion K. Harris, "The future of screening, brief intervention, and referral to treatment in adolescent primary care: research directions and dissemination challenges", *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 28, No. 4 (August 2016), pp. 434-440

٥٣- وتورد المعايير الدولية لعلاج تعاطي المخدرات الصادرة عن المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية توصيات معينة بشأن علاج المراهقين. وتشمل تلك التوصيات التركيز على اتباع نُهج نفسانية اجتماعية/سلوكية إزاء العلاج، مع إشراك الأسرة ومراعاة سائر الجوانب الاجتماعية لحياة الطفل أو المراهق في عملية العلاج. ويجب أن يأخذ العلاج بعين الاعتبار النمو الإدراكي للأطفال والمراهقين وتجاربهم الحياتية، ولهذا السبب قد يختلف العلاج تبعاً لسن الطفل أو المراهق ومستوى نموه. كما أنّ قلة المعارف والمهارات المناسبة لمستوى النمو ونزوع المراهقين المحتمل إلى المجازفة وحساسيتهم تجاه ضغط الأقران تتطلب مراعاة خاصة في سياق العلاج.

٥٤- وعلى الرغم من الحاجة إلى إجراء مزيد من البحوث في هذا المجال، فقد تبين أنّ الأطفال والمراهقين قد يكونون أقل تحملاً للالتزام بالعلاج من البالغين ويفكرون في المشاكل على نحو أكثر تحديداً، ويكونون أقل استبطاناً وأقل ميلاً إلى الانخراط في علاجات قائمة على "التكلم". وتتعلق هذه السمات الخاصة لعلاج الأطفال والمراهقين بنموذج أسباب التعاطي الذي نوقش أعلاه، مما يوجب على المعالج أن يأخذ بعين الاعتبار تفاعل الأطفال/المراهقين المتعاطين لمواد الإدمان مع بيئاتهم على المستويين الجزئي والكلبي ومواطن ضعفهم الخاصة التي قد تكون مرتبطة لا ببدء تعاطي مواد الإدمان فحسب، بل بالتماذي في تعاطيها أيضاً.

٥٥- وتشمل عناصر العلاج الرئيسية التي نَبُت أنّها تسهم في تحقيق نتائج إيجابية مع المراهقين ما يلي: مشاركة أسرة المراهق في عملية العلاج، كلما كانت مشاركتها آمنة، حتى في الأوساط العلاجية؛ واستخدام نُهج تحفيزية تركز على تقليل ما يترتب على تعاطي المخدرات من إضرار بالصحة العمومية ومن عواقب اجتماعية؛ واتباع نُهج علاجية نفسانية-اجتماعية مقترنة بنهج علاجية منفردة لتلبية الاحتياجات الخاصة مثل مشاكل الصحة العقلية؛ والتدريب على المهارات الحياتية والتدخلات الخاصة بالسلوك الإدراكي؛ والعلاج بالتعزيز التحفيزي؛ والعلاجات القائمة على الأسرة، بدءاً من العلاج الأسري الاستراتيجي الوجيز إلى العلاج الأسري المتعدد النظم؛ والتعليم الأساسي.<sup>(٤٩)</sup>

٥٦- ويقترح وينتريز وآخرون (٢٠١١)<sup>(٥٠)</sup> الجمع بين هذه التدخلات العلاجية للشباب القائمة على أدلة وترتيبها وفق مستويات العلاج

Emily K. Lichvar and others, "Residential treatment of adolescents with substance use disorders: evidence-based approaches and best practice recommendations", in *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, 2nd ed., Carl G. Leukefeld and Thomas P. Gullotta, eds. (New York, Springer, 2018), pp. 191-214. National Institute on Drug Abuse, "Principles of adolescent substance use disorder treatment: a research guide", NIH Publication No. 14-7953 (Rockville, Maryland, 2014) بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات: مسودة للاختبارات البحثية (فيينا، ٢٠١٧).

Winters, Botzet and Fahnhorst, "Advances in adolescent substance abuse treatment"

### تنمية الخبرات المهنية

٦٢- تتمثل الأولوية الثانية في تنمية الخبرات المهنية في مجال الوقاية والعلاج من تعاطي مواد الإدمان، التي ينبغي أن تشمل إنشاء نظم وطنية لتدريب أخصائيي الوقاية والعلاج المشاركين في صنع القرار والتخطيط والتنفيذ ومنحهم شهادات معتمدة، وإجراء بحوث تُركّز بوجه خاص على احتياجات الشباب. وفي كثير من الولايات القضائية، تتوافر برامج تمنح شهادات مهنية معتمدة للعاملين في مجال العلاج والوقاية ولكن لا يُشترط وجودها بالضرورة. وعلى غرار المهن الأخرى، من المهم أن يكون الأساس المرتكز عليه من العلوم والمعارف والمهارات والكفاءات والمعايير الأخلاقية مقبولاً على الصعيد الدولي وأن تقر بذلك منظمة أو منظمات مهنية دولية تحافظ على هذا الأساس وتقترح تحديثات تهدف إلى تحسين الخدمات وكيفية تقديمها بالاستناد إلى بحوث دقيقة تتناول الجوانب البيولوجية والعصبية والنفسانية والاجتماعية لتعاطي مواد الإدمان. وتوصي الهيئة الحكومات بأن تبني، بمساعدة من المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، خبرات الأخصائيين العاملين في مجال الوقاية والعلاج في إطار التنفيذ الفعلي للتدخلات القائمة على أدلة، من أجل تحقيق نتائج إيجابية.

### البداية المبكرة والاستراتيجيات الوقائية الواسعة النطاق

٦٣- ينجم تعاطي مواد الإدمان والارتهاان لها عن عوامل مختلفة، وهما يبدآن عادة في سن المراهقة، إلا أن البحوث الحالية تبين أن القابلية لتعاطي المخدرات قد تنشأ لدى المرء في الأصل نتيجة أحداث مر بها خلال مراحل نموه أثناء الطفولة وبدايات مرحلة المراهقة. ولهذا السبب، ينبغي أن يبدأ التدخل في سن مبكرة وألا يُؤخر حتى سن التعاطي الأول. وثمة تدخلات يمكن أن تنفَّذ خلال المراحل المحددة للحمل والرضاعة والسنوات الأولى والوسطى من الطفولة، بحيث تدعم الأمهات والآباء والمدارس في تعزيز النمو الصحي للأطفال، وينبغي تنفيذ هذه التدخلات لأنَّ فعاليتها ثبتت في الوقاية من تعاطي مواد الإدمان وسائر أنماط السلوك المنطوية على مخاطر في مرحلة المراهقة.

### تعدُّد النُهُج

٦٤- ثمة مجموعة متنوعة من العوامل (جينية وبيئية في المقام الأول) تحدد درجة القابلية لتعاطي مواد الإدمان والارتهاان لها، ومن أجل معالجة هذه المشاكل على نحو فعال، يلزم اعتماد طائفة واسعة من التدخلات، وليس نهجاً واحداً. ويلزم أن تؤخذ بعين الاعتبار البيئات والسياقات المختلفة، مثل الأسرة والمدرسة ومكان العمل والمجتمع المحلي ووسائل الإعلام والأنشطة الترويجية عند وضع برامج الوقاية من تعاطي مواد الإدمان.

والهدف الرئيسي للاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات هو حماية صحة الناس من الأذى الناجم عن الاستعمال غير الطبي للمواد الخاضعة للمراقبة، مع ضمان توافر تلك المواد للأغراض الطبية والعلمية. والوقاية من تعاطي المخدرات والعلاج من الارتهاان للمخدرات، لا سيما لدى الشباب، مقومان رئيسيان لتحقيق ذلك الهدف عن طريق ضمان قدرة الشباب على النمو الصحي والتحول إلى أعضاء منتجين في المجتمع.

٥٩- وتقدم المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات، التي وضعها المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية (الطبعة الثانية، ٢٠١٨)، ملخصاً للأدلة العلمية التي توضح فعالية جهود الوقاية من تعاطي المخدرات. وقد اعترفت الحكومات بالمعايير الدولية في وثائق وقرارات كثيرة، مثل الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية الثلاثين للجمعية العامة بشأن مشكلة المخدرات العالمية، بصفتها أداة مفيدة لتعزيز الوقاية القائمة على الأدلة. وتمثل المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدرات مع المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات (٢٠١٧)، التي وضعها المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، وثيقتين فريدتين لا لأنهما تتضمنان عرضاً موجزاً للعناصر المطلوبة في التدخلات والسياسات القائمة على الأدلة في مجال الوقاية والعلاج من تعاطي مواد الإدمان فحسب، بل لأنهما تتضمنان كذلك نماذج شاملة لوضع نظم رعاية وطنية توفر ضرورياً من الدعم المالي والتعاون المشترك بين الوزارات لتنفيذ البرامج على الصعيد المحلي، وتساعد على تنفيذ تدخلات وقائية شاملة قائمة على الأدلة، وتتيح نظاماً للجمع المستمر للبيانات يرصد تقديم الخدمات ويقدم التعليقات اللازمة لتحديث نظم الرعاية الوطنية ويسمح بإدراج تدخلات وسياسات جديدة مُقيّمة بدقة شديدة. وينبغي إدماج خدمات الشباب، مثل تنظيم احتجاز الأحداث والتعليم والخدمات الأسرية، في صلب نظم وطنية للرعاية من هذا القبيل أعم نطاقاً.

٦٠- وتوصي الهيئة باستخدام مجموعتي المعايير الدولية السالفتي الذكر لدى تنفيذ برامج الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاج الارتهاان لها في أوساط الشباب. وإضافة إلى الوقاية من تعاطي المخدرات، ثبت أن استراتيجيات الوقاية القائمة على أدلة تقي أيضاً من كثير من السلوكيات الأخرى المحفوفة بالمخاطر، مما يعزز النمو الصحي والامن للأطفال والشباب.

### فهم المسألة

٦١- تتمثل إحدى الأولويات الأولى للبلدان في إنشاء نظم للبيانات الوبائية الوطنية لكي تسترشد بها لدى وضع سياساتها المتعلقة بالوقاية والعلاج من تعاطي المؤثرات النفسانية في أوساط الشباب. ومع أن بعض البلدان لديها نظم بيانات تؤدي دوراً يتجاوز مجرد رصد تعاطي مواد الإدمان من خلال استقصاءات مدرسية و/أو سكانية (مثل استقصاءات الأسر المعيشية)، فإنَّ قلة من البلدان لديها نظم قائمة للإشراف والمراقبة.

العوامل الفردية لخطر تعاطي مواد الإدمان. وقد بينت البحوث أنَّ البرامج، التي لا تقدم إلا معلومات عن خطر المخدرات والبرامج التي لا تستخدم إلا المحاضرات كوسيلة لتوفير الوقاية من تعاطي مواد الإدمان، ثبت أنَّها عديمة الفعالية، بل قد تحدث آثاراً سلبيةً. والبرامج الناجحة هي التي تركز على تنمية المهارات الشخصية والاجتماعية، وتناقش الطابع المعياري للتعاطي وتتفكر في توقعات الخطر والتصورات المتعلقة به، باستخدام مجموعة جلسات تفاعلية (لا مجرد جلسة تحدث لمرة واحدة) تضم ميسرين مدربين تدريباً جيداً. والهدف من ذلك هو تحسين عدة مهارات شخصية أو اجتماعية، مثل الوعي الذاتي والتفكير الإبداعي ومهارات بناء العلاقات وحل المشاكل واتخاذ القرارات وتحمل الإجهاد العصبي والانفعالات الوجدانية وتعزيز الارتباط بالمدرسة وتحسين التحصيل الدراسي. وتشير الأدلة المتاحة أنَّ تنمية المهارات الاجتماعية الفردية هو الشكل الأنجع للتدخل الوقائي من التعاطي المبكر لمواد الإدمان على مستوى المدارس، إذ إنَّ تقديم معلومات عن المخدرات بهدف توليد الخوف منها هو عديم الفعالية في أوساط الشباب. وإلى جانب تنفيذ تدخلات ذات توجه فردي، يمكن أيضاً تحقيق آثار وقائية باستهداف المناخ العام للمدارس وقواعدها الخاصة بالمخدرات.

٦٨- وتشكل المدارس أيضاً مواقع يمكن أن تُستخدم في فحص الأطفال والمراهقين وتقييمهم. ويمكن لشخص حسن التدريب من أطقم التمريض أو الطب النفسي في المدرسة أو حتى من المعلمين أن يستخدم أحد أدوات الفحص للمساعدة في إحالة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي مواد الإدمان إلى برامج علاجية عند الاقتضاء. وإضافة إلى ذلك، من المهم للغاية أن يواصل الشباب في برنامج العلاج الانخراط في عملية التعليم إلى أقصى حد ممكن.

### المجتمع المحلي

٦٩- يمكن للمجتمع المحلي، إلى جانب الأسرة، أن يوفر سياقاً وقائياً للنمو بإرساء معايير وقيَم واضحة بشأن تعاطي المخدرات، وبتهيئة فرص للمراهقين لتعلم المهارات والإسهام في الحياة المجتمعية وتلقي التقدير عما يسهمون به. والروابط الوثيقة مع الأسرة والمجتمع المحلي بوجه عام تحفز الشباب على اتباع معايير صحية للسلوك. وكلما كانت التدخلات المجتمعية — الوقائية والعلاجية على حد سواء — مرتبطة بالتدخلات المدرسية والأسرية ومتسقة معها، حققت الغرض منها على نحو أفضل.

### السياسات البيئية، مثل السياسات الشائعة في مجال مكافحة تعاطي الكحول والتبغ

٧٠- ثمة ارتباط بين بدء تعاطي الكحول والنيكوتين في سن صغيرة والبدء في تعاطي القنب لاحقاً؛ ومن ثم، فإنَّ للوقاية من تعاطي الكحول والتبغ صلة أيضاً بالوقاية من تعاطي مواد الإدمان.

وقد يلزم أيضاً اتباع نُهج مختلفة إزاء الفئات السكانية المختلفة. فعلى سبيل المثال، تحتاج الفئات السكانية الضعيفة، من قبيل الأطفال الذين يكون أحد والديهم مرتهاً لمواد الإدمان، وأطفال الشوارع والأطفال المشردين، والأطفال الموجودين في مرافق الاحتجاز، والأطفال الأيتام والأطفال الذين تتخلى عنهم أسرهم، والأطفال المهاجرين واللاجئين، والأطفال المستغلين في العمل في الجنس، إلى تدخلات معينة محددة الهدف تختلف عن تلك المستخدمة مع سائر الأطفال. وينبغي لجهود الوقاية أن تتضمن استراتيجيات لعموم السكان عموماً (الوقاية الشاملة)، وللغئات المعرضة للخطر بوجه خاص (الوقاية الانتقائية)، وللأفراد المعرضين للخطر بوجه خاص (الوقاية الموجهة).

٦٥- أما فيما يخص أشد الفئات ضعفاً والشباب الذين يمارسون سلوكيات تعاطي مواد الإدمان، فمن الضروري إقامة شبكة واسعة لأنشطة التواصل وخدمات المساعدة الاجتماعية الأساسية تركز تركيزاً قوياً على أعمال الفحص والتقييم. ويجب تزويد هؤلاء الشباب بمجموعة متنوعة من التدخلات الفعالة لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان في جميع حلقات سلسلة الرعاية بما يتيح لهم التفاعل مع الأسرة والمدرسة ومكان العمل والمجتمع المحلي، بهدف إقامة شبكة دعم.

### الأسرة

٦٦- الأسرة هي أعمق البيئات أثراً في نمو الأطفال والمراهقين، وقد ثبت أنَّ النهج الوقائية، التي تركز على الأسرة، بالغة الفعالية. كما تبين أنَّ أنشطة التدريب على المهارات الأسرية، التي تركز على دعم الوالدين ومساعدة الأسر على أداء دورها بصورة أفضل، هي أكثر فعالية. وفي هذه البرامج، يُشجَع الآباء والأمهات على أن يُربُوا أطفالهم في أجواء تتسم بالدفع والتجاوب، وأن يشاركوا بدور إيجابي في حياة أطفالهم، وأن يتعلموا كيفية التواصل بصورة فعالة مع أطفالهم وأن يستخدموا أسلوب الملاحظة المستمرة وأن يطبقوا القواعد اللازمة وأن يفرضوا الحدود المناسبة. ويتعلق المحتوى الخاص بالمخدرات في هذه البرامج بتعاطي الوالدين نفسيهما مواد الإدمان، كما يتعلق، تبعاً لمرحلة نمو الطفل المعني، بما لدى الوالدين من توقعات بشأن احتمالات تعاطي الطفل لمواد الإدمان وكيفية التخاطب معه بشأن مسائل المخدرات. وهذه التدخلات تحقق نتائج إيجابية في وقاية الفتيان والفتيات من تعاطي مواد الإدمان وغيره من السلوكيات الإشكالية على المدى القصير والطويل.

### المدرسة والتثقيف

٦٧- في مجال الوقاية من المخدرات، تمثل البيئة المدرسية (بما في ذلك مرحلتا التعليم قبل المدرسي والابتدائي، اللتان تنفَّذ بشأنهما أنشطة ملائمة للسن)، سبيلاً لتنفيذ تدابير من أجل تعزيز المعارف والمهارات الشخصية والاجتماعية للأفراد من أجل تخفيف

## أماكن الأنشطة الترويحية والألعاب الرياضية والعروض الترفيهية

٧١- إنَّ فعالية جهود الوقاية من المخدَّرات الخاصة بالبيئات الترويحية، مثل برامج التعلم من الأقران في المهرجانات أو أنشطة النوادي الرياضية، بما في ذلك التشجيع على ممارسة الأنشطة البدنية، لم تُدرَس بتعمق بعد. وتوصف الأندية الرياضية بأنَّها بيئة تنطوي على إمكانيات كبيرة لتحسين الصحة، كما أنَّها بيئة محفوفة بخطر تعاطي مواد الإدمان، ولكن لا تتوافر دراسات بشأن الفعالية في هذا المجال. وعلاوة على ذلك، فإنَّ توفير أنشطة ترويحية مكثفة قليلة التكاليف للأطفال والشباب هو ضرب من التدخلات التي لا تتعلق تحديداً بالمخدَّرات وتحظى بشعبية كبيرة، ولكن هذه الأنشطة لم تُدرَس تجريبياً من حيث تأثيرها في تخفيف تعاطي مواد الإدمان أو عوامل الخطر المفضية إلى تعاطي مواد الإدمان.

## قطاع الصحة

٧٢- يمكن لقطاع الصحة المجتمعية أن يحول دون التدرج إلى مرحلة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان (عندما يكون على اتصال بالأشخاص الذين يتعاطون المخدَّرات بالفعل) بتوفير تدخلات وجيزة. وفي الجلسات القليلة القصيرة المنظمة لهذه التدخلات، يقوم أخصائيو صحتهم أو اجتماعيون مدربون، أولاً، باستبانة ما إذا كانت هناك مشكلة تعاطٍ لمواد إدمان، ثم يقدمون مشورة أساسية أو يحيلون الحالة لعلاج إضافي.

## وسائط الإعلام

٧٣- علاوة على عاملي التوافر وميسورية التكلفة، فإنَّ بعض المعايير الاجتماعية المؤاتية لتعاطي مواد الإدمان تمثل عامل خطر آخر. وحسبما ورد آنفاً، يمكن أن يتأثر توافر المواد وميسورية تكلفتها بإنفاذ القوانين واللوائح المناسبة. وإضافة إلى ذلك، يشاهد الأطفال والمراهقون والشباب عمليات تقييم لسلوكيات تعاطي مواد الإدمان ترسي معايير غير رسمية من خلال ما يعرب عنه الأقران والآباء والمعلمون والجيران وسائر أفراد المجتمع المحلي من موافقة أو استهجان. وتمثل الحملات الإعلامية وسيلة للتأثير على هذه المعايير الاجتماعية غير الرسمية. ولذا بات تنظيم حملات التوعية أو توسيع نطاق التغطية الإعلامية من أجل زيادة الوعي بالمسائل المتصلة بالمخدَّرات والتركيز عليها عنصراً شائعاً في البرامج الحكومية والمجتمعية ذات الصلة. ويلزم إجراء مزيد من البحوث بشأن فعالية الحملات الإعلامية واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي لأنَّ الأدلة المتاحة محدودة للغاية في هذا الشأن.

## علاج الشباب

٧٤- لدى الشباب أنماط فريدة تختلف عن أنماط الكبار في تعاطي مواد الإدمان واحتياجات العلاج. وأي تعاطٍ لمؤثرات نفسانية في أوساط الشباب مدعاة للقلق، حتى وإن كان ذلك لمجرد التجربة، لأنَّ تعاطي مواد الإدمان يعرِّضهم لسلوك أكثر خطورة ويزيد من خطر وشدة الاضطرابات اللاحقة الناشئة عن تعاطيها. واستخدام أساليب العلاج القائمة على الأدلة مفيد للشباب الذين يتعاطون مواد الإدمان، حتى وإن لم يعانون من اضطراب ناشئ عن تعاطي مواد إدمان يمكن تشخيصه.

٧٥- وتوصي الهيئة الحكومات بالرجوع إلى التوصيات الواردة في الفصل الأول من تقريرها السنوي لعام ٢٠١٧ المعنون "علاج المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدَّرات وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع: العناصر الأساسية لخفض الطلب على المخدَّرات"، وبوجه أعم المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدَّرات (٢٠١٧) التي وضعها المكتب المعني بالمخدَّرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية.

## سُبل المضي قُدماً

٧٦- تبين الأدلة العلمية المستعرضة والمعروضة في هذا القسم أنَّ هناك تدخلات وسياسات فعالة ومجدية للوقاية والعلاج من تعاطي المخدَّرات، إلا أنَّ الثغرات الموجودة في البحوث المتعلقة بالأدلة التي يمكن الاستناد إليها ومدى فعالية تلك التدخلات تؤكد الحاجة إلى مزيد من تقييم الأثر. ولا يزال الوصول إلى الفئات الشديدة الضعف يشكل تحدياً، بينما لا يجد التساؤل حول كيفية مواءمة التدخلات الموضوعية في ظروف مثل مع السياقات المحلية الواقعية إجابة شافية بعد. والكثير من الأنشطة، التي توصف بأنَّها خاصة بالوقاية والعلاج من المخدَّرات، ليست قائمة على أدلة؛ ونطاق شمولها محدود، ونوعيتها غير معروفة في أفضل الأحوال.

٧٧- وخلاصة القول، إنَّ البلدان تحتاج إلى التخلص من نماذج تنفيذ تدخلات الوقاية من تعاطي مواد الإدمان وعلاج الاضطرابات الناشئة عنه على أيدي أفراد حسني النية يزاولون عملهم بمنأى عن الواقع من حولهم، إذ ينبغي أن تستند التدخلات إلى ظروف الحالة المعنية، وأن تستخدم أدوات قائمة على أدلة وتتوسع في استخدامها على نحو منهجي، مما يساعد الممارسين وصناع السياسات على تطوير معارفهم ومهاراتهم وكفاءاتهم، وبهين كتلة حديّة من المتخصصين الحقيقيين في مجالي الوقاية والعلاج القادرين على تعزيز النمو الآمن والصحي للأطفال والشباب والأسر والمجتمعات المحلية، من خلال تدابير فعالة للوقاية والعلاج من تعاطي مواد الإدمان والاضطرابات الناشئة عنه.