تمهيد

تشهد طائفة المخدِّرات وأسواقها على السواء تنوعاً وتوسعاً أكثر من أي وقت مضى. وتوضح النتائج التي خلص إليها تقرير المخدِّرات العالمي لهذا العام أن المجتمع الدولي بحاجة إلى تكثيف تدابيره المتخذة للتصدي لهذه التحديات.

ويتمثل أحد الاحتمالات التي نواجهها في أن تشهد أسواق المخدِّرات توسعاً مدفوعاً بالعرض حيث بلغ إنتاج الأفيون وصنع الكوكايين أعلى مستويين مسجلين لهما على الإطلاق. وتتوسع أسواق الكوكايين والميثامفيتامين إلى خارج مناطقها المعتادة؛ وفي حين أن الاتجار بالمخدِّرات عبر الإنترنت باستخدام الشبكة الخفية لا يزال يمثل جزءاً يسيراً فقط من الاتجار بالمخدِّرات ككل، فهو لا يزال ينمو بسرعة، على الرغم من النجاح المحرز في إغلاق منصات تجارية تحظى بشعبية.

وقد بلغ التعاطي غير الطبي للمخدِّرات الموصوفة طبيًّا أبعاداً وبائية في أجزاء من العالم. وتحظى أزمة المؤثِّرات الأفيونية في أمريكا الشمالية بالاهتمام الذي تستحقه، ويتخذ المجتمع الدولي التدابير اللازمة. وفي آذار/مارس ٢٠١٨، أدرجت لجنة المخدِّرات في جدول المواد الخاضعة للمراقبة ستة من نظائر الفنتانيل، بما فيها الكارفنتانيل، التي تسهم في ارتفاع عدد الوفيات. ويستند هذا الإجراء إلى القرار الذي اتخذته اللجنة في دورتها الستين، في عام ٢٠١٧، بإخضاع اثنتين من السلائف الكيميائية المستخدمة في صنع الفنتانيل وأحد نظائره للمراقبة الدولية.

ومع ذلك، وكما يبين هذا الإصدار من تقرير المخدِّرات العالمي، فإن المشاكل تتجاوز بكثير ما يُعلن عنه في العناوين الرئيسية. ذلك أن علينا أن ننبِّه إلى إدمان الترامادول الذي تشهد معدلاته ارتفاعاً حادًّا في أنحاء من أفريقيا. ويشهد الاستخدام غير الطبي لهذا المسكِّن الأفيوني، وهو غير خاضع للمراقبة الدولية، توسعاً في آسيا أيضاً. ويُعتبر التأثير على السكان الضعفاء مدعاة لقلق بالغ حيث يضع ضغطاً على نظم الرعاية الصحية المنهَكة أصلاً.

وفي الوقت نفسه، يجري تركيب المزيد من المؤثِّرات النفسانية الجديدة، وتتاح منها كميات أكبر من أي وقت مضى، مع تزايد التقارير عن الأضرار والوفيات المرتبطة بها.

ولا يزال هناك نقص في العلاج من تعاطي المخدِّرات وفي الخدمات الصحية: فلا يزال عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدِّرات ويتلقون العلاج منخفضاً، إذ إنه لا يتعدى سُدس هؤلاء الأشخاص. ولقي نحو ٤٥٠ ٠٠٠ شخص حتفهم في عام ٢٠١٥ بسبب تعاطي المخدِّرات. ومن بين تلك الوفيات، كانت ١٦٧ ٧٥٠ حالة ناتجة بشكل مباشر عن اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدِّرات، انطوت في معظم الحالات على مؤثِّرات أفيونية.

وتتطلب هذه الأخطار التي تهدد الصحة والرفاه، وكذلك الأمن والسلامة والتنمية المستدامة، اتخاذ تدابير تصدٍّ عاجلة.

وتتضمن الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية للجمعية العامة بشأن مشكلة المخدِّرات العالمية المعقودة في عام ٢٠١٦ أكثر من ١٠٠ توصية بشأن تعزيز الوقاية القائمة على الأدلة، والرعاية، والتدابير الأخرى لمعالجة العرض والطلب على السواء.

ونحن بحاجة إلى القيام بالمزيد لتعزيز هذا التوافق في الآراء، وذلك من خلال زيادة الدعم المقدَّم إلى البلدان التي هي في أمس الحاجة إليه، وتحسين التعاون الدولي والقدرات في مجال إنفاذ القانون لتفكيك الجماعات الإجرامية المنظمة ووقف الاتجار بالمخدِّرات.

ويواصل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة (المكتب) العمل بشكل وثيق مع شركائه ضمن منظومة الأمم المتحدة لمساعدة البلدان على تنفيذ التوصيات الواردة في الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية، بما يتماشى مع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدِّرات وصكوك حقوق الإنسان وخطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠.

وندعم، بالتعاون الوثيق مع منظمة الصحة العالمية، تنفيذ المعايير الدولية للوقاية من تعاطي المخدِّرات والمعايير الدولية للعلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات، وكذلك المبادئ التوجيهية بشأن العلاج والرعاية للمصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات المحتكين بنظام العدالة الجنائية.

ويسلط تقرير المخدِّرات العالمي ٢٠١٨ الضوء على أهمية السياسات المتعلقة بالمخدِّرات المراعية للاعتبارات الجنسانية والعمرية، ويستكشف الاحتياجات والتحديات الخاصة للنساء والشباب. وعلاوة على ذلك، يتناول التقرير الزيادة في تعاطي المخدِّرات في أوساط المسنين، وهو تطور يتطلب أشكالاً محددة من العلاج والرعاية.

ويعمل المكتب أيضاً في الميدان من أجل ترويج اعتماد نُهج متوازنة وشاملة. وواصل المكتب تعزيز دعمه المتكامل المقدَّم إلى أفغانستان والمناطق المجاورة لمعالجة المستويات القياسية لإنتاج الأفيونيات وما يتصل بذلك من مخاطر أمنية. وندعم حكومة كولومبيا وعملية السلام مع القوات المسلحة الثورية في كولومبيا (FARC) من خلال التنمية البديلة لتوفير سبل العيش المشروعة بعيداً عن زراعة الكوكا.

وعلاوة على ذلك، يواصل مكتبنا دعم الجهود الرامية إلى تحسين توافر المواد الخاضعة للمراقبة للأغراض الطبية والعلمية، مع منع إساءة استعمالها وتسريبها - وهو تحدٍّ بالغ الأهمية إذا أردنا مساعدة البلدان في أفريقيا والمناطق الأخرى على التصدي لأزمة الترامادول.

وستستضيف لجنة المخدِّرات، العام القادم، جزءاً وزاريًّا رفيع المستوى بشأن الموعد المستهدف لاستعراض تنفيذ الإعلان السياسي وخطة العمل لعام ٢٠٠٩ بشأن التعاون الدولي صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدِّرات العالمية، وهو عام ٢٠١٩. والتحضيرات المتعلقة بهذا الحدث جارية على قدم وساق. وإنني أحث المجتمع الدولي على اغتنام هذه الفرصة لتعزيز التعاون والاتفاق على حلول فعالة.

يوري فيدوتوف

المدير التنفيذي

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة

المحتويات

الكتيِّب الأول خلاصة وافية - الاستنتاجات والتبعات السياساتية

الكتيِّب الثاني
لمحة عامة عن الطلب على المخدِّرات وعرضها على الصعيد العالمي
الاتجاهات والقضايا الشاملة

الكتيِّب الثالث
تحليل أسواق المخدِّرات
المؤثِّرات الأفيونية والكوكايين والقنَّب والمخدِّرات الاصطناعية

الكتيِّب الرابع
المخدِّرات والسن
المخدِّرات والمسائل المرتبطة بها في أوساط الشباب والمسنّين

تمهيد ١

ملاحظات تفسيرية ٥

النتائج الرئيسية ٦

مقدمة ٩

ألف- تعاطي المخدِّرات بين الشباب والمسنّين ١١
اتجاهات الخصائص الديموغرافية المرتبطة بالسن ١١
مدى تعاطي المخدِّرات بين الشباب أعلى منه بين كبار السن ١١

باء- المخدِّرات والشباب ١٥
أنماط تعاطي المخدِّرات في أوساط الشباب ١٥
المسارات المؤدية إلى الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان ٢٠
الشباب وسلسلة الإمداد ٣٥

جيم- المخدِّرات وكبار السن ٤٠
التغيرات في مدى تعاطي المخدِّرات في صفوف المسنّين ٤٠
ما العوامل التي قد تكمن وراء الزيادة في مدى تعاطي المخدِّرات؟ ٤٢
العلاج من تعاطي المخدِّرات لدى متعاطيها الأكبر سنًّا ٤٧

مسرد المصطلحات ٥١

المجموعات الإقليمية ٥٣

الكتيِّب الخامس
المرأة والمخدِّرات
تعاطي المخدِّرات وعرضها وما يترتب عليهما من عواقب

شكر وتقدير

أَعَدَّ تقرير المخدِّرات العالمي ٢٠١٨ هذا فرعُ الأبحاث وتحليل الاتجاهات في شعبة تحليل السياسات والشؤون العامة التابعة لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، تحت إشراف جان-لوك لومايو، مدير الشعبة، وأنجيلا مي، رئيسة فرع الأبحاث وتحليل الاتجاهات.

التنسيق العام ومراجعة المحتوى
كلويه كاربنتييه
أنجيلا مي

التحليل والصياغة
فيليب ديفيس
ديانا فيشباين
أليخاندرا سانشيز إينزونزا
تيودور ليغيت
كامران نياز
توماس بيتشمان
خوسيه لويس باردو فيراس

التحرير
جوزيف بويل
جوناثان غيبونز

التصميم والإعداد الشكلي
أنيا كورينبليك
سوزان كونن
كريستينا كوتنيك

التنسيق
فرانشيسكا ماسانيللو

الدعم الإداري
أنيا هيلد
يوليا لازار

المراجعة والتعليقات

استند تقرير المخدِّرات العالمي ٢٠١٨ إلى الخبرات والمساهمات القيِّمة من الزملاء في جميع شعب المكتب.

ويعرب فرع الأبحاث وتحليل الاتجاهات عن امتنانه للمساهمات القيمة والمشورة التي قدمتها اللجنة لاستشارية العلمية لتقرير المخدِّرات العالمي:

جوناثان كولكنز
بول غريفيث
ماريا هاينز
فيكناسنغام كازيناتر

ليتيسيا باولي
تشارلز باري
بيتر رويتر
فرانسيسكو تومي
أليسون ريتر

للذكرى
بريس دو رويفير

وأمكن إجراء الأبحاث من أجل الكتيِّب الرابع بفضل المساهمة السخية من ألمانيا (الوكالة الألمانية للتعاون الدولي).

ملاحظات تفسيرية

لا تنطوي الحدود والأسماء المبيَّنة في الخرائط والتسميات المستخدمة فيها على أيِّ إقرار أو قبول رسمي من جانب الأمم المتحدة. ويمثِّل الخط المنقَّط تقريبيًّا خط المراقبة في جامو وكشمير الذي اتفقت عليه باكستان والهند. ولم يتفق الطرفان بعد على الوضع النهائي لجامو وكشمير. أمَّا الحدود المتنازع عليها (الصين/الهند) فهي ممثلة بتظليل تعارضي بسبب الصعوبة في إظهار القدر الكافي من التفاصيل.

ولا تنطوي التسميات المستخدمة في تقرير المخدِّرات العالمي، ولا طريقة عرض مادته، على الإعراب عن أيِّ رأي كان من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأيِّ بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات القائمة فيها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها.

ويُشار إلى البلدان والمناطق بالأسماء التي كانت مستخدمة رسميًّا في وقت جمع البيانات ذات الصلة.

ومن المفهوم أنَّ جميع الإشارات الواردة بشأن كوسوفو في تقرير المخدِّرات العالمي متسقة مع قرار مجلس الأمن ١٢٤٤ (١٩٩٩).

وبالنظر إلى وجود بعض الغموض العلمي والقانوني في التمييز بين المصطلحات، تُستخدم في تقرير المخدِّرات العالمي، حسب السياق، المصطلحات التالية: "تعاطي المخدِّرات" و"الاستعمال غير الطبي للمخدِّرات" و"التعاطي غير الطبي للمخدرات" و"استهلاك المخدِّرات". ولا يُستخدم تعبير "إساءة الاستعمال" إلا للإشارة إلى التعاطي غير الطبي للمخدِّرات الموصوفة طبيًّا.

ويشير استعمال كلمة "مخدِّرات" في تقرير المخدِّرات العالمي إلى المواد الخاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدِّرات.

وتستند جميع التحليلات الواردة في تقرير المخدِّرات العالمي إلى البيانات الرسمية التي تقدِّمها الدول الأعضاء إلى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة من خلال الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية، ما لم يحدَّد خلاف ذلك.

والبيانات المتعلقة بالسكان المستخدمة في هذا التقرير مقتبسة من: World Population Prospects: The Revision ٢٠١٧ (الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان).

والإشارات إلى الدولارات يُقصد بها دولارات الولايات المتحدة، ما لم يُذكر خلاف ذلك.

والإشارات إلى الأطنان يُقصد بها الأطنان المترية، ما لم يُذكَر خلاف ذلك.

النتائج الرئيسية

تعاطي المخدِّرات والعواقب الصحية المرتبطة به في أعلى مستوياتهما لدى الشباب

تشير الدراسات الاستقصائية بشأن تعاطي المخدِّرات في أوساط عموم السكان إلى أن مدى تعاطي المخدِّرات لدى الشباب لا يزال أعلى من مثيله لدى كبار السن، وإن كانت هناك بعض الاستثناءات المرتبطة بالتعاطي التقليدي لمخدِّرات مثل الأفيون أو القات. وتشير معظم الأبحاث إلى أن المراهقة بمرحلتيها المبكرة (١٢-١٤ عاماً) والمتأخرة (١٥-١٧ عاماً) هي فترة خطر بالغ من حيث البدء في تعاطي مواد الإدمان، وأن تعاطي مواد الإدمان قد يبلغ ذروته بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ عاماً.

القنب مخدِّر مفضل شائع لدى الشباب

هناك أدلة مستمدة من بلدان غربية تشير إلى أن السهولة الملحوظة في توافر القنَّب، إضافةً إلى تصورات انخفاض مخاطر الإصابة بأضرار بسببه، تجعل القنَّب من أشيع المخدِّرات التي يُبدأ في تعاطيها في فترة المراهقة. وكثيراً ما يُتعاطى القنَّب بالاقتران بمواد أخرى، وعادةً ما يُتعاطى قبل تعاطي المخدِّرات الأخرى.

نمطان شديدا الخطورة لتعاطي المخدِّرات لدى الشباب: مخدِّرات النوادي في بيئات الحياة الليلية؛ والمس تنشقات لدى أطفال الشوارع

يختلف تعاطي المخدِّرات بين الشباب من بلد إلى آخر، وهو يتوقف على الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص المعنيين.

وهناك سياقان متباينان يوضحان الطائفة الواسعة من الظروف التي تدفع الشباب باتجاه تعاطي المخدِّرات. فمن ناحية، تُتعاطى المخدِّرات في الأماكن الترفيهية لإضافة الإثارة وتعزيز التجربة المعاشة؛ ومن ناحية أخرى، فإن الشباب الذين يعيشون في ظروف قاسية يتعاطون المخدِّرات لتحمُّل ظروفهم الصعبة.

ويلاحَظ أن أنواع المخدِّرات المتعاطاة في هذين السياقين تختلف كل الاختلاف، ذلك أن مخدِّرات النوادي من قبيل "الإكستاسي" والميثامفيتامين والكوكايين والكيتامين وثنائي إيثيلاميد حمض الليسرجيك (LSD) وحمض غاما-هيدروكسي الزبد (GHB) تُتعاطى في البلدان المرتفعة الدخل، حيث يكون ذلك بدايةً في بيئات الحفلات المعزولة والصاخبة ثم ينتقل إلى بيئات تتراوح بين حانات الكليات والحفلات المنزلية والحفلات الموسيقية العامة. وتفيد تقارير بأن معدلات تعاطي تلك المواد تكون أعلى بكثير لدى الشباب. أما فيما يخص الشباب الذين يعيشون في الشوارع، فإن أشيع المخدِّرات تعاطياً هي المستنشقات على الأرجح، التي يمكن أن تشمل مخفِّفات الطلاء والبنزين والطلاء وسائل التصحيح والصمغ.

ويتعرض الكثير من أطفال الشوارع للاعتداء البدني والجنسي، ويشكل تعاطي مواد الإدمان جزءاً من آليتهم لتحمُّل ظروف البيئة القاسية التي يتعرضون لها في الشوارع. وغالباً ما تُختار المواد التي يتعاطونها بسبب انخفاض سعرها، وتوافرها من الناحية القانونية، وسعة انتشارها، وقدرتها على إحداث شعور سريع بالنشوة.

درب الشباب المؤدي إلى التعاطي الضار للمواد يتسم بالتعقيد

يتأثر الدرب المؤدي من بدء تعاطي مواد الإدمان إلى تعاطيها على نحو ضار لدى الشباب بعوامل كثيراً ما تكون خارج سيطرتهم. فهناك عوامل على المستوى الشخصي (تشمل الصحة السلوكية والعقلية، والتطورات العصبية، والتباينات الجينية الناجمة عن التأثيرات الاجتماعية)، وعوامل على المستوى الجزئي (أداء أولياء الأمور والأسر لوظائفهم، والمدارس، وتأثيرات الأقران)، والمستوى الكلي (البيئتان الاجتماعية-الاقتصادية والمادية) يمكنها أن تجعل المراهقين عرضة لتعاطي مواد الإدمان. وتختلف هذه العوامل بين الأفراد، وليس جميع الشباب عرضة بالدرجة نفسها لتعاطي مواد الإدمان. ولا يوجد عامل واحد يكفي بمفرده لأن يؤدي إلى تعاطي تلك المواد، كما أن هذه التأثيرات تتغير بمرور الوقت في كثير من الحالات. وعلى العموم، فإن الجمع الحاسم بين عوامل الخطر الحاضرة والعوامل الوقائية الغائبة في مرحلة محددة من حياة الشباب هو الذي يُحدِث الفرق في مدى تعرُّضهم لتعاطي المخدِّرات. وتشيع مشاكل الصحة العقلية والسلوكية المبكرة، والفقر، وانعدام الفرص، والعزلة، والافتقار إلى مشاركة الآباء والدعم الاجتماعي، والتأثيرات السلبية للأقران، وسوء تجهيز المدارس لدى من يعانون من مشاكل ترتبط بتعاطي مواد الإدمان أكثر من شيوعها لدى من لا يعانون من تلك المشاكل.

وللتعاطي الضار لمواد الإدمان آثار مباشرة متعددة على المراهقين. ويزيد تعاطي المخدِّرات في مرحلة المراهقة من احتمالات البطالة، والمشاكل الصحية البدنية، وتفكك العلاقات الاجتماعية، والميول الانتحارية، والأمراض العقلية، بل وانخفاض العمر المتوقع. وفي الحالات الأكثر خطورة، يمكن أن يؤدي تعاطي الشخص للمخدِّرات على نحو ضار إلى دخوله في حلقة يعزز فيها تضرُّر المكانة الاجتماعية والاقتصادية وضعف القدرة على إقامة العلاقات من تعاطيه لمواد الإدمان.

ينخرط الكثير من الشباب في سلسلة إمداد المخدِّرات بسبب الفقر وانعدام فرص التقدم الاجتماعي والاقتصادي

من المعروف أيضاً أن الشباب يشاركون في زراعة المخدِّرات وصنعها وإنتاجها والاتجار بها. وفي ظل غياب الفرص الاجتماعية والاقتصادية، قد يتاجر الشباب بالمخدِّرات لكسب المال أو لدعم أجورهم الضعيفة. وقد تجنِّد جماعات الجريمة المنظَّمة الشباب الذين يعانون من الفقر أو المنتمين للفئات المستضعفة الأخرى، مثل المهاجرين، وإكراههم على العمل في زراعة المخدِّرات وإنتاجها والاتجار بها وتوزيعها على المستوى المحلي. وفي بعض البيئات، ينخرط الشباب في شبكات إمداد المخدِّرات لأنهم يبحثون عن الإثارة وعن وسيلة للارتباط بالجماعات أو العصابات المحلية. وقد تفضِّل جماعات وعصابات الجريمة المنظمة تجنيد الأطفال والشباب للاتّجار بالمخدِّرات لسببين: الأول هو اللامبالاة المرتبطة بالفئات العمرية الأصغر سنًّا، حتى عند مواجهة الشرطة أو العصابات المنافسة؛ والثاني هو الطاعة التي يتحلّون بها. وكثيراً ما يكون الشباب الضالعون في تجارة المخدِّرات غير المشروعة في الأسواق الدولية جزءاً من جماعات إجرامية منظَّمة، ويُستخدمون عموماً ك"ناقلين" لتهريب المواد غير المشروعة عبر الحدود.

الزيادات في معدلات تعاطي المخدِّرات في أوساط المسنّين يفسرها جزئيًّا وجود مجموعة من متعاطي المخدِّرات المتقدمين في العمر

يتزايد تعاطي المخدِّرات في صفوف الجيل الأكبر سنًّا (٤٠ عاماً فأكثر) بمعدل أسرع مقارنةً بمن هم أصغر سنًّا، وذلك استناداً إلى البيانات المحدودة المتاحة المستقاة من بلدان غربية أساساً.

فالأشخاص الذين مروا بفترة مراهقة في وقت كانت فيه المخدِّرات تحظى بشعبية وتتوافر على نطاق واسع يُرجَّح أن يكونوا قد جرَّبوا تعاطي المخدِّرات، وربما استمروا في تعاطيها، حسب دراسة أُجريت في الولايات المتحدة. وينطبق هذا النمط بصفة خاصة على ما يسمى جيل "طفرة الإنجاب" في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية. فقد كانت معدلات تعاطي المخدِّرات لدى المنتمين إلى هذا الجيل، المولودين ما بين عاميْ ١٩٤٦ و١٩٦٤، أعلى خلال فترة شبابهم مقارنةً بالأجيال السابقة؛ واستمرت نسبة كبيرة منهم في تعاطي المخدِّرات، وهو ما يتجسد في البيانات بعد أن تجاوز أفراد ذلك الجيل الآن الخمسين من العمر.

وفي أوروبا، يمكن استخلاص أثر جماعي آخر من البيانات عمن يلتمسون العلاج من تعاطي المؤثرات الأفيونية. فرغم أن عدد متعاطي تلك المؤثرات الذين يتلقون العلاج آخذ في الانخفاض، إلا أن نسبة مَن تفوق أعمارهم الأربعين عاماً زادت من الخُمس في عام ٢٠٠٦ إلى الثلث في عام ٢٠١٣. وتجسِّد الوفيات بسبب الجرعات المفرطة اتجاهاً مماثلاً: فقد زادت ما بين عاميْ ٢٠٠٦ و٢٠١٣ لدى من هم في سن ٤٠ عاماً فأكثر، لكنها تراجعت لدى من هم دون الأربعين. وتشير الأدلة إلى وجود مجموعة كبيرة من متعاطي المؤثرات الأفيونية المتقدمين في السن ممن بدأوا تعاطي الهيروين بالحقن خلال "وباء" الهيروين في الثمانينات والتسعينات من القرن العشرين.

يتطلب متعاطو المخدِّرات المسنّون خدمات مصمَّمة خصيصاً، إلا أن عدداً قليلاً من البرامج العلاجية يلبي احتياجاتهم الخاصة

كثيراً ما قد يعاني متعاطو المخدِّرات المسنّون من مشاكل صحية بدنية وعقلية متعددة، مما يزيد من التحديات التي ينطوي عليها العلاج بفعالية من تعاطي المخدِّرات، ومع ذلك لم يُول اهتمام يُذكر للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات لدى الأشخاص الأكبر سنًّا. ولم ترد إشارات صريحة إلى متعاطي المخدِّرات المسنّين في استراتيجيات مكافحة المخدِّرات لدى بلدان أوروبا في عام ٢٠١٠، كما أن البرامج المتخصصة لعلاج متعاطي المخدِّرات المسنّين ورعايتهم نادرة في المنطقة، إذ إن معظم المبادرات موجَّهة نحو الشباب.

تزداد بين صفوف المسنِّين من متعاطي المخدِّرات الوفيات الناجمة بشكل مباشر عن تعاطي المخدِّرات

زادت الوفيات الناجمة مباشرة عن تعاطي المخدِّرات على الصعيد العالمي بنسبة ٦٠ في المائة ما بين عاميْ ٢٠٠٠ و٢٠١٥. ومثَّل السكان الذين تجاوزوا سن الخمسين نسبة ٣٩ في المائة من الوفيات المتصلة باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدِّرات في عام ٢٠١٥. بيد أن نسبة المسنّين الواردة في الإحصاءات آخذة في الزيادة: في عام ٢٠٠٠، لم يتجاوز المسنّون نسبة ٢٧ في المائة من الوفيات الناجمة عن اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدِّرات.

وترتبط نسبة ٧٥ في المائة تقريباً من الوفيات الناجمة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات، لدى من تبلغ أعمارهم ٥٠ عاماً فأكثر، بتعاطي المؤثرات الأفيونية. ويمثل تعاطي كل من الكوكايين والأمفيتامينات نحو ٦ في المائة؛ في حين يمثل تعاطي المخدِّرات الأخرى النسبة المتبقية وقدرها ١٣ في المائة.

مقدِّمة

يشكل هذا الكتيِّب الجزء الرابع من تقرير المخدِّرات العالمي ٢٠١٨، وهو الأول من كتيِّبَيْن مواضيعيين يركزان على مجموعات سكانية محددة. وفي هذا الكتيِّب، ينصب التركيز على مسائل المخدِّرات التي تمس الشباب والمسنّين.

ويقدم القسم ألف لمحة عامة عن الكيفية التي يتباين بها مدى وأنماط تعاطي المخدِّرات على نطاق مختلف الفئات العمرية، باستخدام أمثلة من بلدان مختارة. ويتضمن القسم باء مناقشة لثلاثة من جوانب تعاطي المخدِّرات بين الشباب. واستناداً إلى استعراض للأدبيات العلمية، يصف القسم الطائفة الواسعة من أنماط تعاطي المخدِّرات في أوساط الشباب، بما في ذلك تعاطي المستنشقات في أوساط أطفال الشوارع وتعاطي المخدِّرات في بيئات الحياة الليلية. ثم يُنتقل إلى مناقشة الصلة بين تطور الأطفال والشباب والعوامل التي تحدد المسارات المؤدية إلى تعاطي المخدِّرات والمشاكل ذات الصلة، وكذلك العواقب الاجتماعية والصحية لتعاطي المخدِّرات بين الشباب. ويتضمن الجزء الأخير من القسم مناقشة للكيفية التي تتأثر بها حياة الشباب بزراعة المحاصيل وإنتاج المخدِّرات والاتجار بها بطريقة غير مشروعة.

ويركز القسم جيم على المسنّين الذين يتعاطون المخدِّرات. وهو يصف الزيادات في مدى تعاطي المخدِّرات في أوساط المسنّين التي لوحظت على مدى العقد الماضي تقريباً في بعض البلدان. وتُستكشف بإيجاز العوامل الممكنة التي قد تساعد على تفسير تلك الزيادات. كما تناقَش المسائل الخاصة التي يواجهها كبار السن المصابون باضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدِّرات في مجال علاج متعاطي المخدِّرات ورعايتهم. وأخيراً، فإن المعلومات عن الوفيات الناجمة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات توضح الآثار الصحية الخطيرة لتعاطي المخدِّرات على المسنّين.

العوامل الوقائية وعوامل الخطر فيما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان

ألف- تعاطي المخدِّرات بين الشباب والمسنّين

اتجاهات الخصائص الديموغرافية المرتبطة بالسن

ثمة شريحة سكانية كبيرة مؤلفة نسبيا من الشباب في مناطق كثيرة من العالم. ففي عام ٢٠١٦، كان أكثر من ٤ من كل ١٠ أشخاص في العالم تقل أعمارهم عن ٢٥ عاماً، وكان ما نسبته ٢٦ في المائة في سن ١٤ عاماً أو أقل، وما نسبته ١٦ في المائة ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاماً. وكانت أوروبا هي المنطقة التي سجلت أقل نسبة من سكانها دون الخامسة والعشرين من العمر (٢٧ في المائة)، بينما كانت أفريقيا المنطقة التي تضم أعلى نسبة (٦٠ في المائة). غير أنه في جميع المناطق، يُتوقع أن تتراجع نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاماً بحلول عام ٢٠٥٠.[1]

ومن ناحية أخرى، في السنوات الأخيرة، تحققت مكاسب في العمر المتوقع في جميع المناطق، حيث يُتوقع أن يشهد العمر المتوقع على الصعيد العالمي زيادة بنسبة ١٠ في المائة على مدى الجيل المقبل تقريباً، من ٧١ عاماً (٢٠١٠-٢٠١٥) إلى ٧٧ عاماً (٢٠٥٠-٢٠٤٥).[2] ونتيجة لذلك، يُتوقع أن يشهد عدد الأشخاص في سن ٥٠ عاماً فأكثر زيادةً بواقع الضعف تقريباً ما بين عاميْ ٢٠١٦ و٢٠٥٠. وبحلول عام ٢٠٥٠، سيكون الثلث أو أكثر من سكان جميع المناطق، باستثناء أفريقيا، في سن ٥٠ عاماً أو أكثر.

مدى تعاطي المخدِّرات بين الشباب أعلى منه بين كبار السن

تُظهِر الدراسات الاستقصائية بشأن تعاطي المخدِّرات بين عموم السكان باستمرار أن مدى تعاطي المخدِّرات في أوساط المسنّين لا يزال أقل من مثيله في أوساط الشباب. وتشير البيانات إلى أن مستويات الذروة في تعاطي المخدِّرات توجد في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ عاماً. وهذه هي الحالة الملاحَظة بوجه عام في البلدان الواقعة في معظم المناطق وفيما يخص معظم أنواع المخدِّرات.

ولا يزال مدى تعاطي المخدِّرات بين الشباب، لا سيما الانتشار في العام الماضي وفي الشهر الماضي، وهما مؤشران للتعاطي الحديث العهد والمنتظم، أعلى بكثير من مثيله في أوساط كبار السن. غير أن معدل الانتشار خلال العمر، وهو مؤشر لمدى تعرض عامة السكان للمخدِّرات، لا يزال أعلى لدى كبار السن منه لدى الشباب فيما يخص تعاطي مواد الإدمان المتوفرة في السوق على مدى عقود. وفي المقابل، أفيد بأن تعاطي مواد الإدمان التي ظهرت في الآونة الأخيرة، أو التي اخترقت بعض أساليب الحياة أعلى بكثير في أوساط الشباب. ويتمثل أحد هذه الأمثلة في "الإكستاسي"، الذي يتسم بانخفاض مستويات التعاطي خلال العمر ويكاد لا يُتعاطى حاليًّا في أوساط كبار السن، ولكنه يتسم بارتفاع مستويات التعاطي خلال العمر في صفوف الشباب.

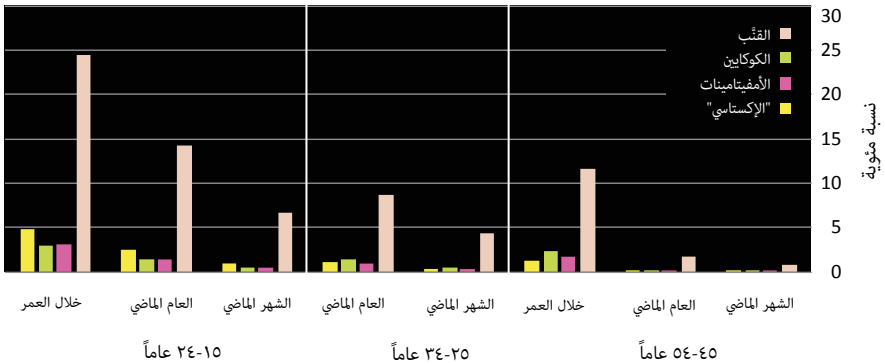
الشكل ١ | نسبة السكان في سن ١٥-٢٤ عاماً وفي سن ٥٠ عاماً أو أكثر، ١٩٨٠-٢٠٥٠

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، قاعدة بيانات التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام ٢٠١٧.

١ الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، قاعدة بيانات التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٧.

٢ الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، "التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٧ - النتائج الرئيسية والجداول الأولية"، ورقة العمل رقم ٢٤/ESA/P/WP (نيويورك، ٢٠١٧).

الشكل ٢ انتشار تعاطي المخدِّرات في أوروبا، حسب الفئة العمرية، ٢٠١٧



المصدر: المرصد الأوروبي للمخدرات وإدمانها.

ملحوظة: المعلومات المعروضة عبارة عن المتوسط غير المرجَّح للبيانات المستمدة من الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي والنرويج وتركيا والمبلَّغة للمرصد على أساس استقصاءات عموم السكان التي أُجريت ما بين عاميْ ٢٠١٢ و٢٠١٥.

وينبغي لدى تفسير الاختلافات في مدى تعاطي المخدِّرات خلال العمر مراعاة "الأثر الجماعي" الذي يتعلق بالاختلافات في تعاطي المخدِّرات، والمواقف ذات الصلة، والسلوكيات في أوساط من يُولدون خلال فترات زمنية محددة.[3] ذلك أن الأشخاص الذين يبلغون سن الخطورة القصوى فيما يتعلق بالشروع في تعاطي المخدِّرات في فترة تحظى فيها المخدِّرات بالشعبية وتتوافر على نطاق واسع يكونون عرضة بصفة خاصة لخطر تجريب تعاطي المخدِّرات، وربما الاستمرار في تعاطيها.[4] ويُذكر من هذه الأمثلة في الولايات المتحدة الأمريكية "المنتمون إلى جيل طفرة الإنجاب" (المولودون ما بين عاميْ ١٩٤٦ و١٩٦٤)، الذين اتسموا بأعلى معدلات تعاطي مواد الإدمان في فترة شبابهم مقارنةً بالفئات السابقة.[5] ذلك أن العادة جرت على أنه عندما تبدأ فئة من الأشخاص في تعاطي مادة معينة بأعداد كبيرة، كما هي الحال بالنسبة إلى المنتمين إلى جيل طفرة الإنجاب، فإن هذا ينعكس على معدل الانتشار خلال العمر لدى عامة السكان في السنوات المقبلة، حتى عندما يتوقف العديد منهم عن تعاطي المخدِّرات في مرحلة لاحقة. وعليه، فإن معدل الانتشار خلال العمر هو مؤشر لمدى تعرض السكان وفئات عمرية مختلفة منهم في أي وقت من الأوقات للمخدِّرات، في حين أن الانتشار في العام الماضي والانتشار في الشهر الماضي مؤشران للمستويات الحالية لتعاطي المخدِّرات لدى أولئك السكان.

ونظراً لندرة بيانات الدراسات الاستقصائية بشأن تعاطي المخدِّرات من مختلف المناطق، وكذلك اختلاف قياسات الانتشار والفئات العمرية المستخدمة في الدراسات الاستقصائية المتاحة، فإن من الصعب إجراء مقارنة عالمية بين الشباب والمسنّين من حيث تعاطي المخدِّرات. ولذا تُعرض في الفقرات التالية أمثلة من مختلف البلدان والمناطق لتوضيح مدى تعاطي المخدِّرات بين الفئات العمرية المختلفة في تلك البلدان والمناطق والمقارنة بينها في هذا الصدد.

وفي جميع المناطق التي يمكن بشأنها تحليل البيانات حسب العمر، فإن تعاطي المخدِّرات بين الشباب أعلى بكثير من مثيله بين المسنّين. وبصفة عامة، يتسم مَن تفوق أعمارهم الأربعين عاماً بأنماط مختلفة في تعاطي المخدِّرات مقارنةً بالشباب، باستثناء ما يتعلق بتعاطي مواد من قبيل الأفيون والقات، وهما مادتان يعود تعاطيهما إلى عهد بعيد في مجتمعات وثقافات معينة. وعادة ما يكون المسنّون أقل عرضة من الشباب للمخدِّرات الجديدة التي تدخل السوق، كما أنهم يميلون إلى اتباع أنماط تعاطي المخدِّرات المستهَلة أثناء شبابهم.

أوروبا

تشير البيانات الخاصة بالدول الثماني والعشرين الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، إضافةً إلى تركيا والنرويج، إلى أن تعاطي الأمفيتامينات و"الإكستاسي" خلال العمر في تلك البلدان أعلى بما بين مرتين وثلاث مرات في أوساط من تقل أعمارهم عن ٣٥ عاماً مقارنةً بكبار السن. ويزيد تعاطي معظم المخدِّرات في الشهر الماضي بما يصل إلى سبعة أضعاف في أوساط الشباب. بيد أن معدل تعاطي "الإكستاسي" في الوقت الحالي في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاماً أعلى بنحو ٢٠ مرة من مثيله لدى من تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و٥٤ عاماً. وفي المقابل، فإن معدلات انتشار تعاطي الكوكايين خلال العمر في أوروبا لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاماً وكذلك من تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و٥٤ عاماً متقاربة، في حين أن معدل تعاطي القنَّب خلال العمر أعلى بكثير لدى من تقل أعمارهم عن ٣٥ عاماً. وقد يجسد ذلك الاختلافات في سن الشروع في التعاطي فيما يخص تلك المواد، وكذلك اختلاف المستويات التاريخية للتعاطي بين الشباب في أوروبا.

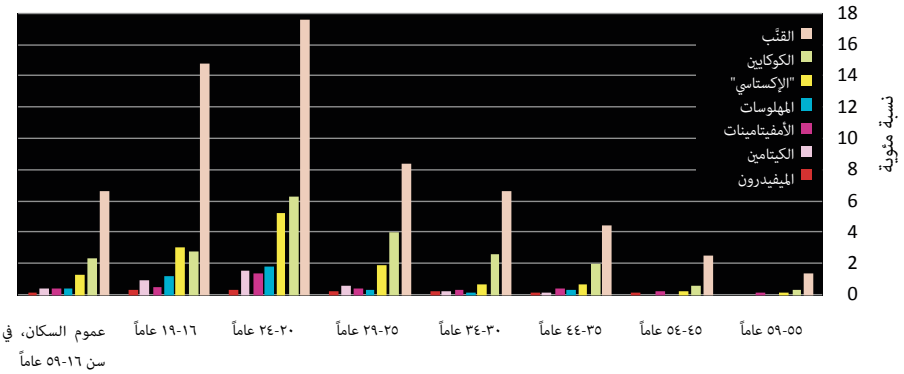
وفي إنكلترا وويلز، كان معدل الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات في أعلى مستوياته لدى الفئة العمرية ٢٠-٢٤ عاماً فيما يخص جميع أنواع المخدِّرات في الفترة ٢٠١٦-٢٠١٧. وفيما يخص من هم في سن ٤٥ عاماً فأكثر، كان معدل الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات أقل بكثير.

٣ Lloyd D. Johnston and others, Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: ٢٠١٦ Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use (Ann Arbor, Michigan, Institute for Social Research, University of Michigan, ٢٠١٧).

٤ J.D. Colliver and others, "Projecting drug use among aging baby boomers in ٢٠٢٠", Annals of Epidemiology, vol. ١٦, No. ٤ (April ٢٠٠٦), pp. ٢٥٧-٢٦٥.

٥ J. Gfroerer and others, "Substance abuse treatment need among older adults in ٢٠٢٠: the impact of the aging baby-boom cohort", Drug and Alcohol Dependence, vol. ٦٩, No. ٢ (March ٢٠٠٣), pp. ١٢٧-١٣٥.

الشكل ٣ | الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات في إنكلترا وويلز، العام المالي ٢٠١٦-٢٠١٧



المصدر: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Office for National Statistics, "Drug misuse: findings from the crime survey for ٢٠١٦/١٧ England and Wales", Statistical Bulletin ١١/١٧ (London, July ٢٠١٧).

بوليفيا (دولة-المتعددة القوميات)

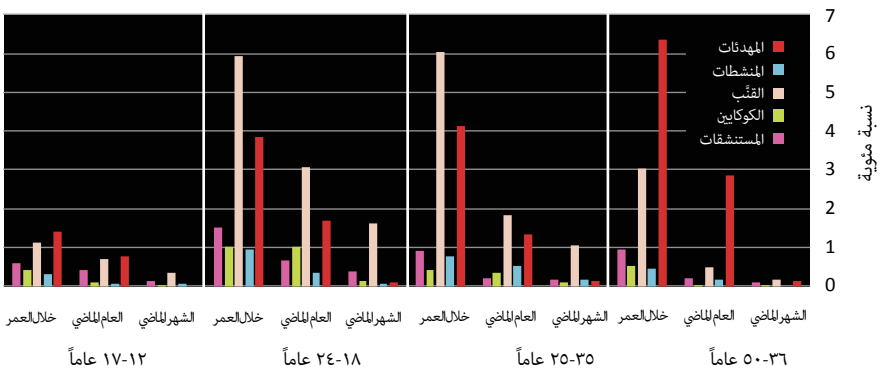
تتسم معدلات التعاطي الحديث العهد والحالي لجميع مواد الإدمان تقريباً لدى دولة بوليفيا المتعددة القوميات بكونها أعلى بكثير في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٤ عاماً مقارنةً بالمنتمين إلى الفئات العمرية الأخرى؛ وكما يلاحَظ في معظم البلدان، يُعَدُّ القنَّب المخدِّر الأشيع تعاطياً على نطاق معظم الفئات العمرية. ويزيد معدل تعاطي القنَّب والكوكايين والمنشطات والمستنشقات خلال العمر لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٤ عاماً بما يصل إلى الضعفين مقارنةً بمن هم في سن ٣٦ عاماً أو أكثر. وفي معظم الحالات، أفيد بأن مستويات تعاطي تلك المواد في العام الماضي وفي الشهر الماضي أعلى بكثير في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٤ عاماً من مستوياته لدى الفئة العمرية ٣٦-٥٠ عاماً. فعلى سبيل المثال، زاد تعاطي القنَّب في العام الماضي لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٤ عاماً بواقع ست مرات على مثيله في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ٣٦ و٥٠ عاماً. وفي المقابل، فإن التعاطي غير الطبي خلال العمر وفي العام الماضي للمهدئات، وهي ثاني أشيع مواد الإدمان تعاطياً في دولة بوليفيا المتعددة القوميات، يزيد بواقع الضعف تقريباً في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ٣٦ و٥٠ عاماً، وإن أُبلغ عن مستويات مماثلة لتعاطي المهدئات في الشهر الماضي على نطاق جميع الفئات العمرية، باستثناء من تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٧ عاماً.[6]

كينيا

في كينيا، يبلِّغ كبار السن عن معدلات أعلى لتعاطي مواد إدمان راسخة مثل القات في أشكال مختلفة (الميرَّا والموغوكا) والقنَّب (البهانغ والحشيش)، في حين أفيد بأن المخدِّرات التي أصبحت متاحة في أفريقيا في الآونة الأخيرة، مثل الكوكايين والهيروين، تُتعاطى بتواتر أكبر في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٤ عاماً.

٦ Plurinational State of Bolivia, National Council against Drug Trafficking (CONALTID), II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de Nueve Ciudades Capitales ae Departamento, más la Ciudad de El Alto, ٢٠١٤ (La Paz, ٢٠١٤).

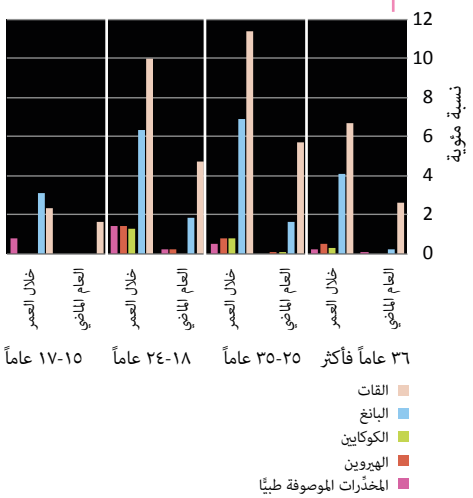
الشكل ٤ | انتشار تعاطي المخدِّرات في دولة بوليفيا المتعددة القوميات، حسب نوع المخدّر والفئة العمرية، ٢٠١٤



المصدر: Plurinational State of Bolivia, National Council against Drug Trafficking (CONALTID), II Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de Nueve Ciudades Capitales de Departamento, más la Ciudad de El Alto, ٢٠١٤ (La Paz, ٢٠١٤).

وفي أوساط عامة السكان، لا يزال القات والقنَّب مادتيْ الإدمان الأشيع تعاطياً، حيث سُجل أعلى معدل للتعاطي خلال العمر وفي العام الماضي في أوساط من تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و٣٥ عاماً. وفي المقابل، يزيد تعاطي الكوكايين والهيروين وعقاقير الوصفات الطبية خلال العمر لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٤ عاماً بنحو ثلاثة أضعاف مثيله لدى من هم في سن ٣٦ عاماً فأكثر.

الشكل ٥ | انتشار تعاطي المخدِّرات في كينيا، حسب الفئة العمرية ونوع المخدّر، ٢٠١٢

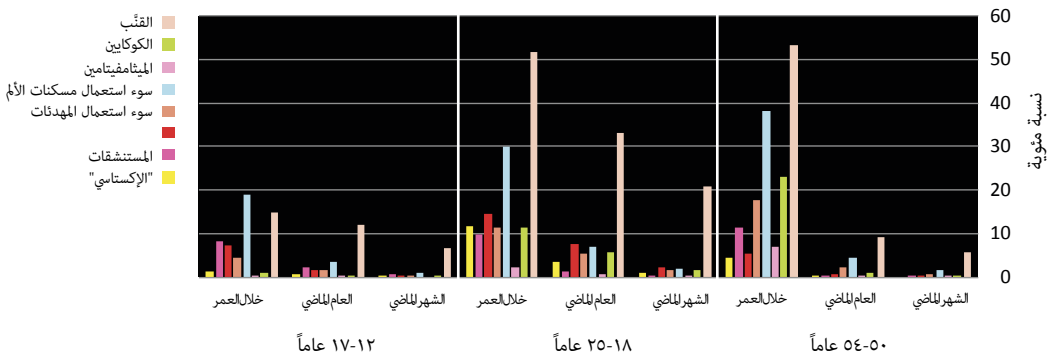


المصدر: Kenya, National Authority for the Campaign Against Alcohol and Drug Abuse, Rapid Situation Assessment of the Status of Drug and Substance Abuse in Kenya (Nairobi, ٢٠١٢).

الولايات المتحدة

تشير بيانات عام ٢٠١٧ بشأن تعاطي المخدِّرات في أوساط عامة السكان لدى الولايات المتحدة إلى وجود اختلافات في التعاطي خلال العمر وفي العام الماضي وفي الشهر الماضي لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ عاماً مقارنةً بمن تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و٥٤ عاماً. وهذه الفروق يفسرها جزئيًّا الأثر الجماعي. ذلك أن الأثر الجماعي يظهر في معدل الانتشار خلال العمر لدى من كانوا في شبابهم في أواخر الستينات والتسعينات من القرن العشرين، وهي أوقات شهدت زيادة في تعاطي مخدِّرات عدة في أوساط الشباب. وتتقارب معدلات التعاطي خلال العمر فيما يخص مواد الإدمان التي يتسم سجل تعاطيها بالرسوخ على مدى عقود، مثل القنَّب ومسكنات الألم الأفيونية والمهدئات والمستنشقات، لدى من تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و٥٤ عاماً ومن تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ عاماً.[7] فعلى سبيل المثال، تعاطى نحو نصف المنتمين إلى كلا الفئتين العمريتين القنَّب لمرة واحدة على الأقل في حياتهم. ويختلف هذا النمط فيما يخص الكوكايين والمنشطات. ذلك أن معدل انتشار تعاطي الكوكايين خلال العمر لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ عاماً يبلغ نصف مثيله لدى من تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و٥٤ عاماً. ويعود هذا ربما إلى مجموعة من العوامل، بما في ذلك تراجع الاتجاهات في تعاطي الكوكايين التي لوحظت في الولايات المتحدة في بداية عام ٢٠٠٠ والانخفاض الحاد الذي لوحظ في ذلك التعاطي في عام ٢٠٠٦. وفي المقابل، يزيد التعاطي غير الطبي للمنشطات و"الإكستاسي" خلال العمر لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ عاماً بنحو ثلاثة أضعاف على مثيله لدى الفئة الأكبر سنًّا، بما يجسد الظهور الأحدث عهداً لهذه المواد في السوق. ويظل مدى تعاطي معظم المخدِّرات في الشهر الماضي أعلى بما يصل إلى نحو ثلاثة أضعاف، كما يظل تعاطي المنشطات أعلى بما يصل إلى سبعة أضعاف لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٥ عاماً مقارنةً بمن تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و٥٤ عاماً. ولم يُبلَّغ عن نسب تُذكر من تعاطي "الإكستاسي" في الوقت الحالي لدى من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر.[8]

الشكل ٦ | انتشار تعاطي المخدِّرات في الولايات المتحدة الأمريكية، حسب الفئة العمرية، ٢٠١٧



المصدر: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National ٢٠١٦ Center for Behavioural Health Statistics and Quality, Results from the Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, ٢٠١٧).

٧ United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioural Health Statistics and Quality, Results from the ٢٠١٦ National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, ٢٠١٧).

٨ United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioural Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the ٢٠١٦ National Survey on Drug Use and Health", HHS Publication No. SMA ٥٠٤٤-١٧, NSDUH Series H٥٢- (Rockville, Maryland, ٢٠١٧).

باء- المخدِّرات والشباب

تؤثر المخدِّرات على الشباب في جميع أنحاء العالم. ذلك أن الشباب يمكن أن يتعاطوا المخدِّرات، أو أن يضلعوا في زراعتها أو إنتاجها، أو أن يُستغلوا كسعاة. وهناك العديد من العوامل على المستوى الشخصي والجزئي (الأسرة والمدارس والأقران) والكلّي (البيئتان الاجتماعية-الاقتصادية والمادية) حيث إن التفاعل بينها قد يجعل الشباب أكثر عرضة لتعاطي مواد الإدمان. وتشير معظم الأبحاث إلى أن المراهقة بمرحلتيها المبكرة (١٢-١٤ عاماً) والمتأخرة (١٥-١٧ عاماً) هي فترة خطر بالغ من حيث البدء في تعاطي مواد الإدمان.[9] وهناك الكثير من الشباب الذين يتعاطون المخدِّرات للتصدي للتحديات الاجتماعية والنفسية التي قد تواجههم أثناء المراحل المختلفة من تطورهم من المراهقة إلى البلوغ المبكر (والتي تتراوح بين الحاجة إلى الشعور بالرضا أو مجرد الانخراط في المجتمع وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي).[10]

لأغراض هذا القسم من التقرير، فإن الشباب، حسب تعريف الأمم المتحدة، هم من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاماً.

وتتمثل المراهقة في الفترة التي يشهد فيها الشباب تطوراً بدنيًّا ونفسيًّا (بما في ذلك نمو الدماغ)؛ وقد يؤثر تعاطي مواد الإدمان على هذا التطور. وتُعتبر المراهقة عالميًّا فترة تعرُّض لتأثيرات مختلفة عندما يشرع المراهقون في تبنّي سلوكيات مختلفة قد تشمل تعاطي مواد الإدمان. بيد أن الأدلة تشير إلى أن الغالبية العظمى من الشباب لا يتعاطون المخدِّرات، وأن متعاطيها من بينهم تعرَّضوا لعوامل مهمة مختلفة فيما يتصل بتعاطي مواد الإدمان. ويتجاهل الاعتقادُ الخاطئ بأن جميع الشباب عرضة بالتساوي لتعاطي مواد الإدمان ولتعاطيها الضار الأدلةَ العلمية التي أظهرت دوماً أن الأفراد يختلفون من حيث مدى تعرُّضهم لتعاطي المخدِّرات. وفي حين أن العوامل المؤثرة المحددة تختلف من فرد إلى آخر، وأنه ما من عامل يكفي بمفرده لأن يؤدي إلى التعاطي الضار لمواد الإدمان، فإن الجمع الحاسم بين عوامل الخطر الحاضرة والعوامل الوقائية الغائبة هو الذي يُحدِث الفرق بين الشاب المستعد دماغيًّا لتعاطي مواد الإدمان والشاب غير المستعد لذلك. ولذا، من المهم، من منظور منع البدء في تعاطي مواد الإدمان، وكذلك الوقاية من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي تلك المواد في سياق التطور الصحي والآمن للشباب، أن يكون هناك فهم سليم لأنماط تعاطي مواد الإدمان وكذلك للتأثيرات الشخصية والاجتماعية والبيئية التي قد تسفر عن تعاطي مواد الإدمان والاضطرابات الناجمة عن تعاطيها بين الشباب.

أنماط تعاطي المخدِّرات في أوساط الشباب

لا يزال القنَّب المخدِّر الأشيع تعاطياً في العالم

باستثناء التبغ والكحول، يُعتبر القنَّب المخدِّر الأشيع تعاطياً بين الشباب. وتشير البحوث الوبائية، التي تتركز في البلدان المرتفعة الدخل أساساً، إلى أن السهولة الملحوظة في توافر القنَّب، إضافةً إلى تصورات انخفاض مخاطر الإصابة بأضرار بسببه، تجعل القنَّب أشيع المخدِّرات تعاطياً بعد التبغ والكحول. وعادةً ما يُشرع في تعاطيه في أواخر سن المراهقة، ويبلغ هذا التعاطي ذروته في سن البلوغ المبكر.[11] وتشير البحوث الطبية إلى أن متعاطي القنَّب قبل سن السادسة عشرة يواجهون خطر التعرض لأذى حاد وزيادة التعرض للإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات واضطرابات الصحة العقلية، بما في ذلك اضطرابات الشخصية والقلق والاكتئاب.[12،13] ويصاب ما نسبته نحو ٩ في المائة من جميع من يجربون تعاطي القنَّب بالاضطرابات الناشئة عن تعاطيه، في حين أن سُدس من يشرعون في تعاطيه في سن المراهقة يصابون بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي القنَّب.[14] وما بين ربع ونصف من يدخنون القنَّب يوميًّا يصابون بالاضطرابات الناشئة عن تعاطيه.[15]

وعادةً ما يكون تعاطي المخدِّرات الأخرى مسبوقاً بتعاطي القنَّب. ويزداد الاحتمال بأن يتعاطى متعاطو القنَّب المراهقون، مقارنةً بغير متعاطيه، مخدِّرات أخرى، حتى عند خضوعهم للمراقبة من حيث متغيرات مصاحبة مهمة أخرى مثل الجوانب الجينية والتأثيرات البيئية.[16] ومن الممكن أن يكون تعاطي القنَّب في سن المراهقة وما يلي ذلك من تعاطي مخدِّرات أخرى في مرحلة البلوغ المبكر ناتجاً، من بين أسباب أخرى، عن عوامل بيئية شائعة ومشتركة. وقد يحتك متعاطو القنَّب المراهقون بأقران آخرين من متعاطيه أو بتجار مخدِّرات يورِّدون مخدِّرات أخرى، وهو ما قد يؤدي إلى زيادة التعرض لسياق اجتماعي يشجع على تعاطي مخدِّرات أخرى.[17،18] فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة طولية في أوساط التوائم المراهقين أن التوائم الذين تعاطوا القنَّب انتقلوا على نحو مغاير إلى تعاطي مخدِّرات أخرى والارتهان للكحول والإصابة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدِّرات بمعدلات زادت بواقع الضعف بل وخمسة أضعاف على التوائم الذين لم يتعاطوا القنَّب.[19]

٩ United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. "Age of substance use initiation among treatment admissions aged ١٨ to ٣٠", The TEDS Report, (Rockville, Maryland, July ٢٠١٤).

١٠ Jonathan Shedler and Jack Block, "Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry", American Psychologist, vol. ٤٥, No. ١٩٩٠) ٥), pp. ٦٣٠–٦١٢.

١١ Megan Weier and others, "Cannabis use in ١٤ to ٢٥ Australians years old ١٩٩٨ Brisbane,) ١ .Centre for Youth Substance Abuse Research Monograph No "٢٠١٣ to Australia, Centre for Youth Substance Abuse, ٢٠١٦).

١٢ Deidre M. Anglin and others, "Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood", Schizophrenia Research, vol. ١٣٧, Nos. ١–٣ (٢٠١٢), pp. ٤٥–٤٩.

١٣ Shedler and Block "Adolescent drug use and psychological health".

١٤ Nora D. Volkow and others, "Adverse health effects of marijuana use", New England Journal of Medicine, ٣٧٠(٢٣) (٢٠١٤), pp. ٢٢١٩–٢٢٢٧.

١٥ المرجع نفسه.

١٦ Jeffrey M. Lessem and others, "Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use", Behavior Genetics, vol. ٣٦, No. ٤ (٢٠٠٦), pp ٤٩٨–٥٠٦.

١٧ المرجع نفسه.

١٨ Wayne D. Hall and Michael Lynskey, "Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs", Drug and Alcohol Review, vol. ٢٤, No. ١ (٢٠٠٥), pp. ٣٩– ٤٨.

١٩ Lessem and others, "Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use".

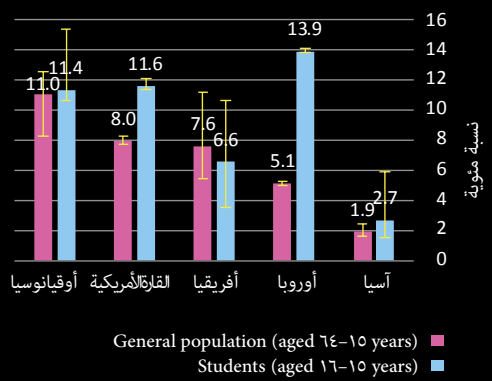
تعاطي القنَّب في أوساط الشباب

يُعتبر القنَّب المخدِّر الأشيع تعاطياً في معظم البلدان، سواء بين عامة السكان أو في أوساط الشباب. ويشير تقدير عالمي، وضعه المكتب للمرة الأولى، استناداً إلى البيانات المتاحة من ١٣٠ بلداً، إلى أنه في عام ٢٠١٦، كان هناك ١٣,٨ مليون شاب (معظمهم من الطلاب) تتراوح أعمارهم بين ١٥ و١٦ عاماً، بما يعادل ٥,٦ في المائة من السكان في تلك الفئة العمرية، تعاطوا القنَّب مرة واحدة على الأقل في الأشهر الاثنيْ عشر السابقة.

الانتشار السنوي لتعاطي القنَّب في أوساط عامة السكان في سن ١٥-٦٤ عاماً وفي أوساط الطلاب في سن ١٥-١٦ عاماً، ٢٠١٦

وأُبلغ عن ارتفاع معدل انتشار تعاطي القنَّب في أمريكا الشمالية (١٨ في المائة)(أ) وفي أوروبا الغربية والوسطى (٢٠ في المائة)، وهما منطقتان دون إقليميتين كان فيهما تعاطي القنَّب في العام السابق لدى الشباب أعلى من مثيله لدى عموم السكان في عام ٢٠١٦. وفي بعض المناطق دون الإقليمية الأخرى، تشير التقديرات إلى أن تعاطي القنَّب في أوساط الشباب قد يكون أقل من تعاطيه لدى عامة السكان. ويلزم إجراء مزيد من الأبحاث لفهم ما إذا كان هذا الفرق يجسد البدء في تعاطي القنَّب في سن لاحقة في المناطق المعنية أم أنه نتيجة للارتفاع النسبي في معدلات عدم الإبلاغ عن سلوك تعاطي المخدِّرات في صفوف الشباب بسبب الوصم. وقد يتمثل عامل آخر في أنه في سن ١٥-١٦ عاماً، لا يكون جميع الشباب بالضرورة لا يزالون في المدارس في بعض البلدان النامية. وقد لا يكون من لا يزالون في المدارس ضمن تلك الفئة العمرية ممثِّلين لفئتهم العمرية فيما يتعلق بسلوك تعاطي المخدِّرات؛ إذ قد يكونون جزءاً من نخبة تتسم بمعدلات أدنى من تعاطي المخدِّرات مقارنةً بمن لم يعودوا في المدارس.

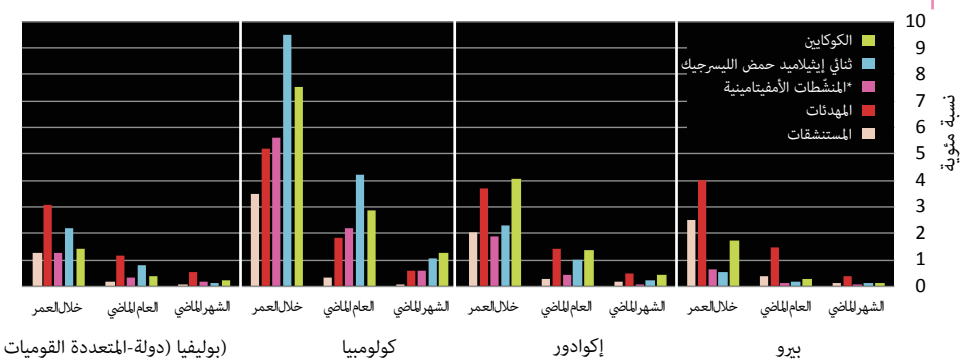
(أ) باستثناء المكسيك: ٢٣ في المائة.



المصادر: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، بيانات الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية، وتقارير حكومية.

ملحوظة: يستند تقدير تعاطي القنَّب في العام الماضي لدى الشباب في سن ١٥-١٦ عاماً إلى استقصاءات مدرسية في معظم البلدان، ومن هنا جاء استعمال مصطلح "الطلاب".

الشكل ٧ انتشار تعاطي المخدِّرات في أوساط طلاب الجامعات في بوليفيا (دولة-المتعددة القوميات) وكولومبيا وإكوادور وبيرو، ٢٠١٦



المصدر: UNODC, III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional ٢٠١٦ (Lima, ٢٠١٧.

* تشمل الأمفيتامين والميثامفيتامين و"الإكستاسي"

وبينت دراسة مقارنة عن تعاطي المخدِّرات في أوساط طلاب الجامعات (في سن ١٨-٢٥ عاماً فأكثر) في إكوادور وبوليفيا (دولة-المتعددة القوميات) وبيرو وكولومبيا في عام ٢٠١٦ أن القنَّب كان أشيع المخدِّرات تعاطياً بين طلاب الجامعات، بعد الكحول والتبغ. وتعاطى ما نسبته نحو ٢٠ في المائة من الطلاب في كولومبيا القنَّب في العام الماضي، مقارنةً بنسبة ٥ في المائة في بوليفيا (دولة-المتعددة القوميات) وبيرو.

وأفيد بأن تعاطي مواد الإدمان الأخرى كان في أعلى مستوياته أيضاً لدى طلاب الجامعات في كولومبيا. كما أُبلغ عن تعاطي مخدِّرات مثل الكوكايين والمهدئات وثنائي إيثيلاميد حمض الليسرجيك (LSD) والمستنشقات في أوساط الطلاب في كافة البلدان الأربعة. وتباينت نسبة من شرعوا في تعاطي المخدِّرات في سن مبكرة بين الذكور والإناث في الدراسة الاستقصائية، حيث كان مدى تعاطي المخدِّرات بين الطلاب ضعف معدله بين الطالبات. وكان تعاطي المخدِّرات المتعددة شائعاً أيضاً بين الطلاب، حيث أفاد ثلث الطلاب في كولومبيا بأنهم تعاطوا مخدِّريْن أو أكثر بالتزامن في العام الماضي، مقارنةً بنسبة ٢٠ في المائة في إكوادور و٧ في المائة في بيرو. وكان القنَّب والكوكايين وثنائي إيثيلاميد حمض الليسرجيك (LSD) والإكستاسي من بين أشيع المواد التي أُبلغ عن تعاطيها بالتزامن.

نطاق تعاطي المخدِّرات في أوساط الشباب: من بيئات الحياة الليلية إلى تعاطي المستنشقات في أوساط أطفال الشوارع

هناك سياقان متباينان يوضحان الطائفة الواسعة من الظروف التي تدفع الشباب باتجاه تعاطي المخدِّرات. فمن ناحية، تُتعاطى المخدِّرات في الأماكن الترفيهية لإضافة الإثارة وتعزيز التجربة المعاشة؛ ومن ناحية أخرى، فإن الشباب الذين يعيشون في ظروف قاسية يتعاطون المخدِّرات لتحمُّل ظروفهم الصعبة. ويقدم هذا القسم وصفاً موجزاً لتعاطي المخدِّرات بين الشباب في هاتين البيئتين.

تعاطي المنشطات في بيئتيْ الحياة الليلية والأماكن الترفيهية

على مدى العقدين الماضيين، انتشر تعاطي الشباب في البلدان المرتفعة الدخل والمراكز الحضرية لمخدِّرات النوادي، من قبيل المدما (الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين)، أو "الإكستاسي"، والميثامفيتامين والكوكايين والكيتامين وثنائي إيثيلاميد حمض الليسرجيك (LSD) وحمض غاما-هيدروكسي الزبد (GHB)، من بيئات معزولة صاخبة إلى بيئات تتراوح بين حانات الكليات والحفلات المنزلية والحفلات الموسيقية العامة. وجُمعت بعض الأدلة المتعلقة بنُهج الشباب تجاه هذه المخدِّرات في سياقات محددة.

فعلى سبيل المثال، خلصت دراسة نوعية عن متعاطي مخدِّرات النوادي في مدينة نيويورك إلى أن تعاطي مخدِّرات النوادي يمكن تصنيفه ضمن ثلاثة أنماط رئيسية.[20] ذلك أن المجموعة الأولى تميل إلى تعاطي الكوكايين أساساً، وإن على نحو غير متواتر، وتُحدَّد باعتبارها "متعاطي الكوكايين الرئيسيين". ولا يتعرض المنتمون إلى هذه الفئة إلى مخدِّرات أخرى أو لا يميلون إلى تعاطي مواد الإدمان المتعددة. وحُددت المجموعة الثانية باعتبار المنتمين إليها من "متعاطي الاتجاه السائد"؛ وهؤلاء أكثر ميلاً إلى التجريب، ولكنهم يركزون على أكثر مخدِّرات النوادي شعبية. ويتسم المنتمون إلى هذه الفئة بالتعاطي على نحو أكثر تواتراً، كما يرجَّح أن يتعاطوا "الإكستاسي"، ولكن من غير المرجح أن تكون لديهم خبرة واسعة بشأن تعاطي مخدِّرات النوادي الأخرى. وحُددت المجموعة الثالثة بوصفها "متعاطي النطاق الواسع"؛ حيث يتعاطى المنتمون إليها أكثر من مخدِّر واحد على نحو أكثر تواتراً وتوجد لديهم الرغبة في "الانتشاء" بطرق مختلفة. ورغم عدم التجانس الذي يتسم بها المنتمون إلى المجموعة الثالثة، فإن سلوكياتهم المرتبطة بتعاطي المخدِّرات ترتبط بعواقب بالغة الأثر وفورية وطويلة الأجل.

تعاطي المنشطات في أوساط الشباب المندمجين والمهمَّشين اجتماعيًّا

إلى جانب بيئات الحياة الليلية، يشيع بدرجة كبيرة أيضاً تعاطي المنشطات من قبيل الميثامفيتامين في أوساط الشباب في معظم أنحاء العالم. وحَددت دراسة نوعية أُجريت في جمهورية إيران الإسلامية ثلاث مجموعات من متعاطي الميثامفيتامين الشباب.[21] وكانت الأغلبية تتكون ممن بدأوا تعاطي الميثامفيتامين، المعروف محليًّا باسم "شيشه"، كسبيل للتغلب على تعاطيهم الحالي للمؤثرات الأفيونية، إما للعلاج الذاتي من الارتهان للمؤثرات الأفيونية أو لإدارة الأحداث الضارة الناتجة عنه. ويتكون فريق آخر أصغر حجماً ممن تعاطوا المخدِّر المعروف باسم "شيشه" خلال أول تعاطيهم لمواد الإدمان أو بعد فترة من تعاطي القنَّب، بحثاً عما هو جديد ولتجربة طريقة جديدة من أجل "الانتشاء". أما المجموعة الأخيرة فتتألف ممن تحولوا إلى تعاطي الميثامفيتامين بعد المشاركة في برنامج للانقطاع عن تعاطي المؤثرات الأفيونية والامتناع عن تعاطي تلك المؤثرات لفترة من الزمن.

وحدد استعراض للدراسات التي أُجريت في آسيا وأمريكا الشمالية بشأن عوامل الخطر في أوساط الشباب الذين يتعاطون الميثامفيتامين مجموعة من العوامل المرتبطة بتعاطيه في أوساط مجموعات المتعاطين المندمجين اجتماعيًّا (من يواجهون مخاطر محدودة) والمهمَّشين (من يواجهون مخاطر شديدة).[22] ففي أوساط الشباب المندمجين اجتماعيًّا، كان احتمال تعاطي الميثامفيتامين لدى الذكور أكبر من مثيله لدى الإناث. وفي أوساط تلك المجموعة، ارتبط تاريخ قائم على الانخراط في مجموعة من السلوكيات الخطرة، بما في ذلك النشاط الجنسي تحت تأثير التعاطي المتزامن للكحول والأفيونيات، ارتباطاً وثيقاً بتعاطي الميثامفيتامين. كما اعتُبر أسلوب الحياة الجنسية والسلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر هما أيضاً من عوامل الخطر. بيد أن الانخراط في السلوك الجنسي الشديد الخطورة يمكن أن يقود إلى تعاطي الميثامفيتامين، أو العكس. وفي أوساط الفئات المهمَّشة، كان الاحتمال بأن تتعاطى النساء الميثامفيتامين أعلى منه لدى الرجال. كما حُدد الشباب الذين نشأوا في بيئة أسرية غير مستقرة أو لديهم تاريخ من الاضطرابات النفسية باعتبارهم أكثر عرضة لتعاطي الميثامفيتامين.

تعاطي المخدِّرات في أوساط أطفال الشوارع

في حين أن أطفال الشوارع أو الشباب المرتبطين بالشوارع ظاهرة عالمية، فإن الديناميات التي تدفع الأطفال إلى الشوارع تتفاوت تفاوتاً كبيراً بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل.[23] ويمر الشباب الموجودون في هذه الحالة في البلدان المرتفعة الدخل عادةً بتجربة الصراع داخل الأسرة، وإساءة معاملة الأطفال و/أو إهمالهم أو تعاطي الأبوين لمواد الإدمان أو الفقر. وفي البيئات المحدودة الموارد في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، يمكن للشباب أن يوجَدوا في الشوارع بسبب الفقر المدقع، أو وفاة أحد الوالدين أو كليهما، أو التشرد بسبب الحرب والصراع، إضافةً إلى الأسباب المذكورة أعلاه.

٢٠ Danielle E. Ramo and others, "Typology of club drug use among young adults recruited using time-space sampling", Drug and Alcohol Dependence, vol ١٠٧, Nos. ٢ and ٣ (٢٠١٠), pp. ١١٩–١٢٧.

٢١ Alireza Noroozi, Mohsen Malekinejad and Afarin Rahimi-Movaghar, "Factors influencing transition to shisheh (methamphetamine) among young people who use drugs in Tehran: a qualitative study", Journal of Psychoactive Drugs (٢٩ January ٢٠١٨).

٢٢ Kelly Russel and others, "Risk factors for methamphetamine use in youth: a systematic review", BioMed Central Pediatrics, vol ٨, No. ٤٨ (٢٠٠٨).

٢٣ Lonnie Embleton and others, "The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis", Addiction, vol ١٠٨, No. ١٠ (٢٠١٣), pp. ١٧٢٢–١٧٣٣.

الأطفال الذين يعملون ويعيشون في الشوارع: الأطفال المرتبطون بالشوارع

تُعرِّف منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) أطفال أو شباب الشوارع بأنهم أي فتاة أو فتى لم يبلغ سن الرشد وأصبح الشارع مكان إقامته الاعتيادية و/أو مصدر رزقه، ولا يحظى بما يكفي من الحماية أو الإشراف أو التوجيه من البالغين المسؤولين.

ويُصنَّف أطفال الشوارع حسب مستوى ارتباطهم بالشوارع ضمن المجموعات الثلاث التالية:

١- طفل الشوارع: لا مأوى له عدا الشارع. وقد يكون الطفل تخلت عنه أسرته أو قد لا يوجد أحد من أفراد أسرته على قيد الحياة. ويُضطر ذلك الطفل إلى الكفاح من أجل البقاء، وقد يتنقل من صديق إلى آخر أو يعيش في ملاجئ من قبيل المباني المهجورة.

٢- الطفل الموجود في الشارع: يزور أسرته بصورة منتظمة. وربما يعود الطفل كل ليلة للبيات في المنزل ولكنه يمضي معظم الأيام وبعض الليالي في الشارع بسبب الفقر أو الاكتظاظ أو الإيذاء الجنسي أو البدني في المنزل

٣- الطفل المنتمي إلى أسرة الشوارع: يعيش بعض الأطفال في الشوارع مع بقية أفراد أسرهم، الذين ربما تشردوا بسبب الفقر أو الكوارث الطبيعية أو الحروب. وهم ينقلون ممتلكاتهم من مكان إلى آخر عند الضرورة. وغالباً ما يعمل الأطفال في هذه الأسر في الشوارع مع أفراد آخرين من أسرهم.

المصدر: WHO, "Working with street children: module ١, a profile of street children – a training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs", publication No. WHO/MSD/MDP ٠٠,١٤ (Geneva, ٢٠٠٠).

الجدول ١: معدل الانتشار خلال العمر لمواد الإدمان المختلفة في أوساط الأطفال والشباب المرتبطين بالشوارع في البيئات المحدودة الموارد

المادة المتعاطاة	التحليل المجمَّع(أ) لمعدل الانتشار خلال العمر ((نسبة مئوية	فترة الثقة
الكحول	٤١	٣١-٥٠
التبغ	٤٤	٣٤-٥٥
القنَّب	٣١	١٨-٤٤
الكوكايين	٧	٥-٩
المستنشقات	٤٧	٣٦-٥٨

المصدر: Lonnie Embleton and others, "The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis", Addiction, vol ١٠٨, No. ١٠ (٢٠١٣), pp. ١٧٢٢–١٧٣٣.

(أ) التحليل المجمَّع عبارة عن أسلوب إحصائي لجمع النتائج، وهي في هذه الحالة معدل الانتشار المستمد من دراسات وبائية متعددة، للتوصل إلى تقدير إجمالي للانتشار.

ولا يقتصر الأمر على عيش أطفال الشوارع وبقائهم ونموهم في بيئة غير محمية، إذ إنهم قد يتعرضون أيضاً لإيذاء أو استغلال العصابات أو الجماعات الإجرامية المحلية للمشاركة في جرائم الشوارع أو الاشتغال بالجنس. ومن أجل البقاء في مثل تلك البيئة المعادية، قد يؤدي أطفال الشوارع وظائف غير سوية من قبيل البيع أو الترويج الإلحاحي أو الاتجار بالمخدِّرات أو التسول في الشوارع، أو قد ينخرطون في "العمل الجنسي من أجل البقاء"، وهو تقديم الجنس لقاء أصناف غذائية محددة أو المأوى أو المال أو المخدِّرات. ويؤدي العيش في ظروف محفوفة بالمخاطر أيضاً إلى أن يصبح أطفال وشباب الشوارع عرضة للإيذاء البدني والإصابات والعنف على يد العصابات أو المجرمين، بل والسلطات المحلية.[24] وتَبيَّن أيضاً أن الاعتداء الجنسي والبدني على أطفال الشوارع يرتبط ارتباطاً قويًّا بإيذائهم جنسيًّا وبدنيًّا.[25,26] وتسهم مواطن الضعف هذه، إلى جانب احتمال أن تعاني أسر أطفال الشوارع أو ذووهم من مشاكل تعاطي مواد الإدمان، في تعاطي أطفال الشوارع لمواد الإدمان وإصابتهم بالاضطرابات النفسية.

ولوحظ ارتفاع مستويات تعاطي المخدِّرات في أوساط أطفال الشوارع في العديد من الدراسات، ولكن لا توجد تقديرات عالمية، كما أن أنماط تعاطيهم لمواد الإدمان قد تتفاوت تفاوتاً كبيراً. ويشير استعراض وتحليل تجميعي ممنهجان للدراسات بشأن تعاطي مواد الإدمان في أوساط أطفال الشوارع في البيئات المحدودة الموارد إلى أن المستنشقات هي المادة الأشيع تعاطياً، حيث قدَّر تحليل مجمَّع[27] معدلَ تعاطيها خلال العمر في أوساط الأطفال والشباب المرتبطين بالشوارع بنسبة ٤٧ في المائة.[28] وفي حين أن تعاطي المستنشقات وُجد في جميع المناطق، فقد أفيد بأن تعاطي الكوكايين بين الأطفال المرتبطين بالشوارع يوجد أساساً في الأمريكتين الجنوبية والوسطى، في حين أن الكحول يُتعاطى أساساً في أفريقيا والأمريكتين الجنوبية والوسطى.

٢٤ WHO, "Working with street children: module ١, a profile of street children – a training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs", publication No. WHO/MSD/MDP ٠٠,١٤ (Geneva, ٢٠٠٠).

٢٥ Kimberly A. Tyler and Lisa A. Melnder, "Child abuse, street victimization and substance use among homeless young adults", Youth and Society, vol ٤٧, No. ٤ (٢٠١٥), pp. ٥٠٢–٥١٩.

٢٦ Khaled H. Nada and El Daw A. Suliman, "Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt", AIDS, vol. ٢٤, Suppl. ٢ (٢٠١٠), pp. S٣٩–S٤٤.

٢٧ التحليل المجمَّع عبارة عن أسلوب إحصائي لجمع النتائج، وهي في هذه الحالة معدل الانتشار المستمد من دراسات وبائية متعددة، للوصول إلى تقدير إجمالي للانتشار.

٢٨ Embleton and others, "The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings". تناول التحليل التجميعي ٥٠ دراسة بشأن تعاطي مواد الإدمان في أوساط أطفال الشوارع. ومن بين ٢٧ دراسة، شملت ١٣ دراسة البيئات المحدودة الموارد في أفريقيا والأمريكتين الجنوبية والوسطى وآسيا، بما فيها الشرق الأوسط، وأوروبا الشرقية.

السبل المختلفة لتعاطي المستنشقات

الاستنشاق: تُستنشق المذيبات مباشرة من وعاء عن طريق الأنف والفم.

الشم: يُنقع كمٌّ قميص أو جورب أو لفافة من القطن في مذيب، وتوضع على الأنف أو الفم أو داخل الفم مباشرة لاستنشاق الأبخرة.

التكييس: توضع أبخرة مركزة صادرة من كيس على الفم والأنف أو على الرأس

وتفيد معظم الأدبيات العلمية بشأن هذا الموضوع بأن تعاطي المستنشقات أو المواد المتطايرة في أوساط أطفال الشوارع من الظواهر الشائعة.[29] وتشمل تلك المواد مخفِّفات الطلاء والبنزين والطلاء وسائل التصحيح والصمغ. وهي تُختار بسبب انخفاض سعرها، وتوافرها من الناحية القانونية، وسعة انتشارها، وقدرتها على إحداث شعور سريع بالنشوة بين المتعاطين.[30]

وتوجد اختلافات أيضاً في مدى تعاطي مواد الإدمان في أوساط أطفال الشوارع تعتمد على طول فترة تعرضهم لبيئة الشوارع. فقد أفاد نحو ٥٨ في المائة من الأطفال المرتبطين بالشوارع الذين أُجريت معهم مقابلات لأغراض دراسة في كينيا بأنهم تعاطوا الصمغ في الشهر الماضي، بما يجعله المادة الأشيع تعاطياً في صفوف هذه الفئة.[31] وشملت المواد الأخرى التي تعاطاها الأطفال الكحول والتبغ والميَّرا (عشبة محلية ذات تأثيرات نفسانية) والقنَّب والبنزين. وكانت هناك اختلافات كبيرة في مدى تعاطي مواد الإدمان في أوساط مختلف فئات أطفال الشوارع. وكان معدل الانتشار في الشهر الماضي بنسبة ٧٧ في المائة في أوساط من يُصنَّفون بأنهم "أطفال الشوارع"، مقارنةً بنسبة ٢٣ في المائة أبلغ عنها "الأطفال الموجودون في الشوارع" (انظر الإطار للاطلاع على التعريف). ومما يرتبط بتعاطي مواد الإدمان أيضاً كون المرء من الذكور وأكبر سنًّا ومكث في الشوارع لفترة أطول من الزمن.[32]، [33] وبالمثل، يرتبط غياب الأسرة ارتباطاً مستمرًّا بتعاطي مواد الإدمان لدى الشباب المرتبطين بالشوارع.[34]

الوفاة المفاجئة بسبب الشم

قد يؤدي التعاطي المكثف للمواد المتطايرة (حتى خلال جلسة واحدة فقط) إلى اضطراب ضربات القلب والوفاة في غضون دقائق، وهو متلازمة تُعرف باسم "الوفاة المفاجئة بسبب الشم".

وكثيراً ما يكون تعاطي المؤثرات النفسانية في أوساط الأطفال والشباب المرتبطين بالشوارع جزءاً من آليتهم لتحمل التجارب السلبية، مثل الاعتداء والاستغلال البدنيين والجنسيين اللذين يتعرضون لهما أثناء وجودهم في الشوارع.[35] ولذلك، فإن العديد من الأطفال المرتبطين بالشوارع يتصورون المستنشقات باعتبارها شكلاً من أشكال الراحة والاسترخاء في بيئة قاسية، حيث إنها تخدِّر المشاعر. ففي إحدى الدراسات، أفيد بأن "الرغبة في نسيان المشاكل أو الهروب منها" أحد الأسباب الرئيسية لتعاطي مواد الإدمان في أوساط الأطفال المرتبطين بالشوارع. وبالنسبة لكثير من أولئك الأطفال، يتأثر تعاطيهم للمستنشقات بضغط الأقران وطبيعة وظائفهم.[36]

وأُبلغ أيضاً عن تعاطي المخدِّرات بالحقن في أوساط الشباب المرتبطين بالشوارع. فقد أشارت دراسة على نطاق القطاعات في أوكرانيا إلى أن ١٥ في المائة من الأطفال الذين يعيشون في الشوارع يتعاطون المخدِّرات بالحقن. ويتشارك نصفهم تقريباً في أدوات الحقن، ويتسم ما نسبته ٧٥ في المائة منهم بكونهم نشطين جنسيًّا.[37] وفي دراسة أخرى على أطفال الشوارع في باكستان، كان القنَّب والصمغ هما المخدِّريْن الأشيع تعاطياً لدى المجيبين (٨٠ في المائة و٧٣ في المائة، على التوالي)، بينما تعاطى ما نسبته ٩ في المائة الهيروين بالتدخين أو الشم، في حين تعاطاه ما نسبته ٤ في المائة بالحقن.[38] وبالمثل، في دراسة استباقية في أوساط الشباب المرتبطين بالشوارع في كندا، أفاد ما نسبته ٤٣ في المائة من المشاركين بأنهم تعاطوا المخدِّرات بالحقن في مرحلة ما.[39] وعلاوة على ذلك، لوحظ تقديم المساعدة المتعلقة بالحقن في أوساط مجموعة فرعية أكثر ضعفاً من المجيبين، أي من كانوا من الشباب و/أو الإناث. وكان الاحتمال بأن يتلقى أولئك المجيبون المساعدة في حقن الميثامفيتامين أعلى منه في حقن الهيروين أو الكوكايين، وخصوصاً بسبب زيادة التواتر اليومي للحقن المبلَّغ عنه فيما يخص الميثامفيتامين.

ويُعتبر الاعتداء والاستغلال الجنسيان من السمات الشائعة في حياة الأطفال المرتبطين بالشوارع، وقد يسهمان في تعاطي مواد الإدمان. وأفادت دراسة في البرازيل بأن نسبة الفتيان المرتبطين بالشوارع الذين أفادوا بأنهم مارسوا الجنس في مرحلة ما من حياتهم أعلى بكثير (الثلثين) من الفتيات (الثلث). وأفاد أكثر من نصف المجيبين بأنهم أصبحوا نشطين جنسيًّا قبل سن الثانية عشرة. وأفاد نحو نصف الأطفال المرتبطين بالشوارع الذين أُجريت مقابلات معهم بأنه كان لهم أكثر من ثلاثة شركاء جنسيين في العام الماضي. وأفاد ثلث الأطفال بأنهم مارسوا الجنس دون وقاية تحت تأثير المخدِّرات أو الكحول.[40] وفي أوكرانيا، بينت دراسة أن نحو ١٧ في المائة من المراهقين المرتبطين بالشوارع وأكثر من نصف المراهقات المرتبطات بالشوارع تلقوا مدفوعات مقابل ممارسة الجنس أو أُجبروا

٢٩ L. Baydala, "Inhalant abuse", Paediatrics Child Health, vol ١٥, No. ٧ (September ٢٠١٠), pp. ٤٤٣–٤٤٨.

٣٠ Colleen A. Dell, Steven W. Gust and Sarah MacLean, "Global issues in volatile substance misuse", Substance Use and Misuse, vol ٤٦, Suppl. No. ١ (٢٠١١), pp. ١–٧.

٣١ Lonnie Embleton and others, "Knowledge, attitudes, and substance use practices among street children in western Kenya", Substance Use and Misuse, vol ٤٧, No. ١١ (٢٠١٢), pp. ١٢٣٤–١٢٤٧.

٣٢ Embleton and others, "The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings".

٣٣ Yone G. de Moura and others, "Drug use among street children and adolescents: what helps?", Cadernos Saúde Pública, vol ٢٨, No. ٦ (٢٠١٢), pp. ١٣٧١–١٣٨٠.

٣٤ Embleton and others, "The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings".

٣٥ UNODC, Solvent Abuse among Street Children in Pakistan, Publication No. UN-PAK/UNODC/٢٠٠٤/١ (Islamabad, ٢٠٠٤).

٣٦ A. Elkoussi and S. Bakheet, "Volatile substance misuse among street children in Upper Egypt", Substance Use and Misuse, vol ٤٦, Suppl. No. ١ (٢٠١١), pp. ٣٥–٣٩.

٣٧ Joanna R. Busza and others, "Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine", Journal of Epidemiology and Community Health, vol ٦٥, No. ١١ (٢٠١١), pp. ١١٦٦–١١٧٠.

٣٨ Susan S. Sherman and others, "Drug use, street survival, and risk behaviours among street children in Lahore, Pakistan", Journal of Urban Health, vol ٨٢, Suppl. ٤ (٢٠٠٥), pp. iv١١٣–iv١٢٤.

٣٩ Tessa Cheng and others, "High prevalence of assisted injection among street-involved youth in a Canadian setting", AIDS and Behaviour, vol ٢٠, No. ٢ (٢٠١٦), pp. ٣٧٧–٣٨٤.

٤٠ Fernanda T. de Carvalho and others, "Sexual and drug use risk behaviours among children and youth in street circumstances in Porto Alegre, Brazil", AIDS and Behaviour, vol ١٠, Suppl. No. ١ (٢٠٠٦), pp. ٥٧–٦٦.

على ممارسته.[41] وأشارت الدراسة السالفة الذكر في باكستان إلى أن أكثر قليلًا من نصف أطفال الشوارع مارسوا الجنس لقاء الغذاء أو المأوى أو المخدِّرات أو المال.

ولا يزال الأطفال المرتبطون بالشوارع إحدى أكثر الفئات ضعفاً وتهميشاً ووصماً. وهم يتعرضون للإيذاء والعنف وتعاطي المخدِّرات وغير ذلك من السلوكيات التي تعرِّضهم بشدة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل، وظروف أخرى، منها سوء التغذية وضعف الصحة العامة. ورغم أوجه الضعف هذه، فإنهم غالباً ما يكونون الأكثر احتمالاً بأن يُستبعدوا من الحصول على أي شكل من أشكال الدعم المتعلق بالرعاية الاجتماعية أو الصحية لتحسين حالتهم.[42]

لا يزال تعاطي المخدِّرات المتعددة شائعاً في أوساط الشباب

كما هي الحال بالنسبة للبالغين، فإن إحدى السمات الرئيسية لتعاطي المخدِّرات في أوساط الشباب تتمثل في التعاطي المتزامن لأكثر من مادة واحدة. ولا يزال تعاطي المخدِّرات المتعددة شائعاً إلى حدٍّ كبير بين متعاطي المخدِّرات لأغراض ترويحية ومتعاطيها المنتظمين على حد سواء. بيد أن تعاطي المخدِّرات المتعددة بين الشباب يشير إلى أنماط أكثر رسوخاً لتعاطي المواد المتعددة، وهو ما يرتبط بزيادة خطر مواجهة مشاكل طويلة الأجل وكذلك الدخول في مخاطرة حادة عن طريق الإفراط في شرب أو تعاطي المنشطات من قبيل "الإكستاسي" في الحفلات الموسيقية الصاخبة أو البيئات المماثلة.[43]

وتشير الأدلة التي تم جمعها في بعض المناطق والبلدان إلى أمثلة على مستوى وتوليفات مواد الإدمان التي عادةً ما يتعاطاها الشباب. ففي أوروبا، أُبلغ عن تباين كبير في أنماط تعاطي المخدِّرات المتعددة بين فئات متعاطي المخدِّرات، تراوحت بين التعاطي العرَضي للكحول والقنَّب والتعاطي اليومي لتوليفات من الهيروين والكوكايين والكحول والبنزوديازيبينات.[44] وشملت أشيع توليفات تعاطي المخدِّرات المتعددة في أوروبا التبغ والكحول والقنَّب، إلى جانب "الإكستاسي" أو الكوكايين أو الأمفيتامينات أو ثنائي إيثيلاميد حمض الليسرجيك (LSD) أو الهيروين.

وفي دراسة استقصائية وطنية في صفوف طلاب الكليات في البرازيل، كان القنَّب والأمفيتامينات والمستنشقات والمهدئات والمهلوسات المخدِّرات الخمسة الأشيع تعاطياً مع الكحول سواء في الأشهر الاثني عشر الماضية أو في الأيام الثلاثين الماضية.[45] وتشير نتائج الدراسة الاستقصائية الوطنية بشأن تعاطي المخدِّرات والصحة في الولايات المتحدة إلى أن تعاطي المخدِّرات المتعددة في أوساط متعاطي "الإكستاسي" الحاليين في سن ١٨-٢٩ عاماً سمة شائعة: من بين هؤلاء المتعاطين، تعاطى ما نسبته ٤٤ في المائة ثلاثة أنواع أو أكثر من المخدِّرات في السنة الماضية.[46] وشملت أشيع التوليفات القنَّب والكوكايين والمهدئات والأفيونيات.

ويُعتبر تعاطي الهيروين وغيره من المؤثرات الأفيونية إشكاليًّا ليس بسبب إمكانات الإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المؤثرات الأفيونية فحسب، بل أيضاً بسبب زيادة الاحتمال بمواجهة مشاكل صحية ترتبط بممارسات الحقن غير المأمونة. وفي العقد الماضي، سجل تعاطي الهيروين في أوساط الشباب اتجاهات تنازلية في أمريكا الشمالية، وإن تأثر الشباب أيضاً بعودة تعاطي المؤثرات الأفيونية، إلى جانب التعاطي الخطر لمواد الإدمان المتعددة. وتبيِّن دراسة نوعية للشباب الذين يتعاطون الهيروين بالحقن في الولايات المتحدة أن تعاطي المؤثرات الأفيونية الموصوفة طبيًّا والمهدئات هو أيضاً من الظواهر الشائعة بينهم. ذلك أنهم لا يتعاطون المهدئات والمؤثرات الأفيونية الموصوفة طبيًّا كبديل عن الهيروين، وإنما أيضاً لتعزيز آثار الهيروين، أو إدارة عمليات الانقطاع عن التعاطي، بل وللحد من تعاطي الهيروين أو من مخاطر تعاطيه بالحقن.[47]

المسارات المؤدية إلى الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان

نموذج إنمائي تكاملي لفهم السبل المؤدية إلى تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار

عادةً ما يتنقل الأشخاص الذين يشرعون في تعاطي مواد الإدمان ومن ثم يصابون بالاضطرابات الناجمة عن ذلك التعاطي عبر عدة مراحل، بما في ذلك بدء التعاطي وتصاعده واستمراره ومن ثم الإدمان.[48،49] وتتقلب هذه المسارات ما بين تعاطي المخدِّرات والامتناع أو التوقف عنه. وقد تحافظ بعض المجموعات من المتعاطين على مستويات معتدلة من التعاطي على مدى عقود من دون اللجوء مطلقاً إلى التصعيد. وقد يمر آخرون بفترات متقطعة من التوقف، أو يمتنعون بصفة دائمة، أو يصعِّدون سريعاً ويصابون باضطرابات ناجمة عن تعاطي مواد الإدمان.

ويمثل فهم عوامل الخطر التي تحدد ما إذا كان المتعاطون التجريبيون سيواصلون السير في مسار يؤدي إلى التعاطي الضار لمواد الإدمان مسألة دفعت الباحثين والممارسين إلى محاولة الوصول إلى فهم أفضل لهذه المسارات السببية المتمايزة والتنبؤ بها والتصدي لها على النحو المناسب.

٤١ "Busza and others, "Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine.

٤٢ UNICEF, The State of the World's Children ٢٠١٢: Children in an Urban World (United Nations publication, Sales No. E.١٢.XX.١).

٤٣ EMCDDA, Polydrug Use: Patterns and Response (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ٢٠٠٩).

٤٤ المرجع نفسه.

٤٥ Lúcio G. de Oliveria and others, "Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey", Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. ٣٥, No. ٣ (٢٠١٣), pp. ٢٢١–٢٣٠.

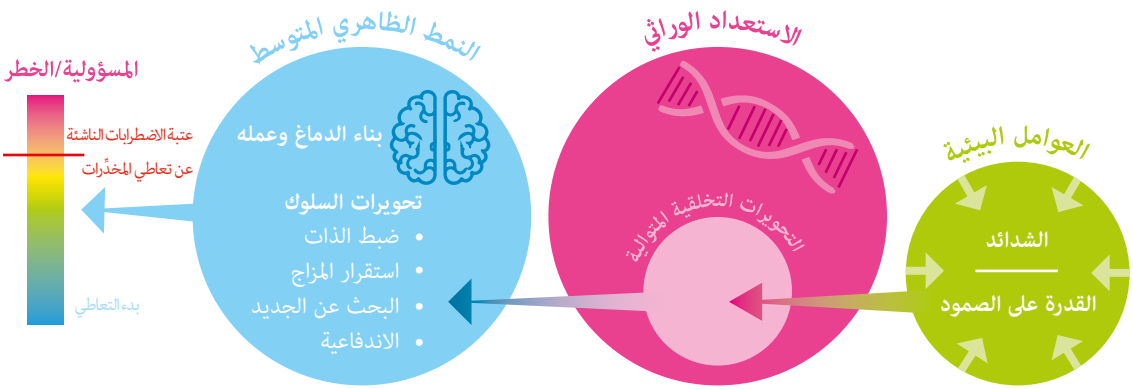
٤٦ Katherine M. Keyes, Silvia S. Martins and Deborah S. Hasin, "Past ١٢ month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions", Drug and Alcohol Dependence, vol. ٩٧, Nos. ١ and ٢ (٢٠٠٨), pp. ١٣٩–١٤٩.

٤٧ E. S. Lankenau and others, "Patterns of prescription drug misuse among young injection drug users", Journal of Urban Health, vol. ٨٩, No. ٦ (December ٢٠١٢).

٤٨ استناداً إلى التعريف الوارد في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات الصحية ذات الصلة بها (التنقيح العاشر)، يُستعمل تعبير "التعاطي الضار لمواد الإدمان" في هذا القسم بدلاً من تعبير "تعاطي مواد الإدمان" للإشارة إلى نمط من أنماط التعاطي يلحق ضرراً بالصحة البدنية أو العقلية. ويشير "دليل الاضطرابات العقلية التشخيصي والإحصائي" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (الطبعة الخامسة) الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية إلى الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان بوصفها أنماطاً لأعراض ناجمة عن تعاطي مادة معينة رغم مواجهة مشاكل نتيجة لتعاطي مواد الإدمان. وتبعاً لعدد الأعراض المحددة، قد تتراوح اضطرابات تعاطي مواد الإدمان بين المتوسطة والشديدة. وتشير الكثير من المؤلفات العلمية التي يعود تاريخ تأليفها إلى ما قبل صدور الطبعة الخامسة من الدليل إلى "تعاطي مواد الإدمان"، الذي عُرِّف في الطبعة الرابعة على أنه نمط تكيفي سيء لتعاطي مواد الإدمان بما يؤدي إلى إعاقة أو ضائقة شديدة سريريًّا، بما في ذلك التعاطي المتكرر لمواد الإدمان الذي يتسم بالخطورة أو الاستمرارية رغم ما يسببه من مشاكل اجتماعية أو شخصية مستمرة. وبالمثل، فإن مصطلح "الإدمان" يشير إلى انتكاس مزمن يتسم برغبة قهرية في تعاطي المخدِّرات رغم ما لذلك من عواقب ضارة.

٤٩ Denise B. Kandel, ed., Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis (Cambridge, Cambridge University Press, ٢٠٠٢).

الشكل ٨ | **العوامل التي تحدد المسارات المختلفة لتعاطي مواد الإدمان والاضطرابات الناشئة عن تعاطيها**



يبين الشكل ٨ الفئتين الرئيسيتين من العوامل التي تنطوي على مخاطر تعاطي مواد الإدمان، وهما: الجينات والبيئة. أما المتغيرات الجينية فهي مثل المفاتيح، إما تُفتح أو تُقفل. غير أن التعبير عنها يتأثر بالخبرة (أي بالتحويرات التخلقية المتوالية). أما العوامل البيئية فهي أشبه بقرص الضبط الذي يدار إلى أعلى وأسفل، أيضاً رهناً بالتجربة. وتشمل عوامل الخطر أو الشدائد سوء معاملة الطفل والفقر ورداءة التجهيزات المدرسية وتفكك الأسر والتمييز وحضور العنف. وتشمل عوامل القدرة على الصمود أو العوامل الوقائية التعليم الجيد والسكن والرعاية الصحية والارتباطات الاجتماعية والرعاية الأبوية. وتجتاز توليفة المفاتيح وأقراص الضبط عتبة المسؤولية التي تهيئ الدماغ، عندما تكون شديدة السلبية، لتعاطي مواد الإدمان. ولا تتسم العلاقة الوظيفية بين العوامل بالخطية، كما أنها غير ثابتة؛ بل إنها تتقلب على مدى العمر. وهناك بعض العوامل البيئية التي تعزز القدرة على الصمود وقد تخفف وطأة الميول الوراثية. ولذا فإن التدخلات والممارسات النفسية الاجتماعية تكتسي أهمية كبرى في تحديد العواقب النهائية.

ويمكن للإطار النظري البيئي والبيولوجي والتطوري (ecobiodevelopmental)، القائم على تكامل مجالات العلوم السلوكية، أن يساعد على توضيح مسارات تعاطي مواد الإدمان. وفي هذا النموذج، يُعتبر السلوكُ الإنساني النتيجةَ المنبثقة عن "الإدماج البيولوجي"[50] للظروف البيئية الاجتماعية والمادية.[51] وتتفاعل الخصائص على مستوى الفرد، مثل الشخصية والسمات الوراثية، مع التجارب وحالات التعرض للعوامل الاجتماعية والبيئية للتأثير بشكل مباشر في بنية الدماغ المتطور وأدائه لوظائفه.[52،53،54]

ويعني هذا "الارتهان للتجارب" المتأصل في الدماغ أن طبيعة الظروف التي يتعرض لها الأفراد - سواء المثلى أو دون المثلى - تؤثر في السلوك الناتج. ويمكن لوفرة التجارب الإيجابية، مثل العوامل الوقائية، بما فيها الدعم الأسري أو المدارس المجهزة تجهيزاً جيداً، أن تعزز الصلات العصبية التي يقوم عليها التنظيم الذاتي وضبط الاندفاع واتخاذ القرارات العملية. ومن جهة أخرى، يمكن أن تتحول التجارب السلبية أو الضارة إلى قصور في قدرة الطفل الناشئ على تنظيم سلوكه ومشاعره.[55،56] ولذلك، فإن الخبرات والتجارب التي يمر بها الفرد خلال مراحل نموه تكون لها آثار متباينة على العمليات الاجتماعية والنفسية والعصبية، كما أن لها انعكاسات وظيفية وسلوكية.[57،58]

ويُنظر إلى العوامل الجزئية المباشرة، مثل الأسرة، والعوامل الكلية المحيطة، مثل الجوار، التي تؤثر في تطور وانتشار السلوك المتعلق بالأداء الفردي، ضمن هذا الإطار.

وفي حين أن العوامل المؤثرة المحدَّدة تختلف من فرد إلى آخر، وأنه ما من عامل يكفي وحده لأن يؤدي إلى التعاطي الضار لمواد الإدمان، قد تكون هناك توليفة حاسمة من عوامل الخطر الحاضرة والعوامل الوقائية الغائبة هي التي تُحدِث الفرق بين أن يكون المرء حائزاً لدماغ مائل لتعاطي مواد الإدمان أو دماغ غير مائل لذلك. وتكون هذه العتبة فريدة لكل فرد، ويمكن أن تتأثر بأي عدد من التوليفات المحتملة من العوامل الخارجية والشخصية. ويرتبط تطور الدماغ ارتباطاً وثيقاً بالتجارب النفسية الاجتماعية. وتؤثر تلك التجارب على كيفية تطور الدماغ وكيفية أدائه لوظائفه، كما أن لها تأثيراً مباشراً في قدرة الطفل على ضبط ذاته ومن ثم في إمكانية تعاطيه لمواد الإدمان. ويشكل تعاطي مواد الإدمان لدى المراهقين مصدر قلق بالغ بالنظر إلى الأدلة التي تشير إلى أن مواد الإدمان ذات التأثير النفساني يكون تأثيرها على المراهقين أكبر من البالغين. ويُرجَّح أن تكون

٥٠ يشير "الإدماج البيولوجي" إلى الكيفية التي بها "تُدمج في الأجسام" التجاربُ الشخصية والظروف البيئية التي يُتعرض لها في سن مبكرة.

٥١ Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips, eds., From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development (Washington, D. C., National Academy Press, ٢٠٠٠).

٥٢ Mary E. O'Connell, Thomas Boat and Kenneth E. Warner, eds., Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities. (Washington, D. C., National Academies Press, ٢٠٠٩).

٥٣ Megan M. Sweeney, "Family-structure instability and adolescent educational outcomes: a focus on families with stepfathers", in Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances, Greg J. Duncan and Richard J. Murnane, eds. (New York, Russell Sage Foundation, ٢٠١١), pp. ٢٢٩–٢٥٢.

٥٤ Hirokazu Yoshikawa, Lawrence J. Aber and William R. Beardslee, "The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention", American Psychologist, vol. ٦٧, No. ٤ (٢٠١٢), pp. ٢٧٢–٢٨٤.

٥٥ Danya Glaser, "Child abuse and neglect and the brain: a review", Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. ٤١, No. ١ (٢٠٠٠), pp. ٩٧–١١٦.

٥٦ Bruce S. McEwen and John H. Morrison, "The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course", Neuron, vol. ٧٩, No. ١ (٢٠١٣), pp. ١٦–٢٩.

٥٧ Sara B. Johnson, Jenna L. Riis and Kimberly G. Noble, "State of the art review: poverty and the developing brain", Pediatrics, vol. ١٣٧, No. ٤ (٢٠١٦).

٥٨ Susan L. Andersen, "Commentary on the special issue on the adolescent brain: adolescence, trajectories, and the importance of prevention", Neuroscience and Biobehavioral Review, vol. ٧٠ (٢٠١٦), pp. ٣٢٩–٣٣٣.

التباينات المرتبطة بالعمر ناتجة عن الفروق في الآثار الصيدلانية لمواد الإدمان على نظم الدماغ التي لا تزال قيد الإنشاء. وقد تكون لهذه الاختلافات آثار معتبرة على المراهقين من حيث زيادة نزوعهم إلى استهلاك كميات أكبر وأكثر تنوعاً من المخدِّرات، ومن ثم إلحاق الضرر بتطور جهازهم العصبي.

تطور تعاطي المخدِّرات وتأثيره في الطفولة والشباب يمكن أن يتسما بالعناصر الثلاثة التالية:

عوامل الخطر التي تحدد ضعف الفرد أو قدرته على الصمود أمام الارتهان للمخدِّرات

الآثار الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدِّرات على نمو الفرد

تأثير تعاطي مقدمي الرعاية للمخدِّرات على الفرد

الشكل ٩ | عوامل الخطر في تعاطي مواد الإدمان والتعاطي الضار لمواد الإدمان

تحدد البحوث هذه التأثيرات البيئية باعتبارها رئيسية في تحديد النتائج السلوكية النهائية. بيد أنها لا تعمل بمفردها إذ إنها تتفاعل مع الخصائص الشخصية لتغيير المسارات نحو تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار. ولذا من الضروري أن تراعي استراتيجيات الوقاية هذه التفاعلات المعقدة لتحديد الأهداف ذات الصلة للبرامج والسياسات لدى أي فرد أو مجتمع أو فئة سكانية.

عوامل الخطر والوقاية

يضم هذا القسم الفرعي مناقشة بشأن الربط بين عوامل الخطر على المستويين الجزئي والكلي على مستوى الشخص في تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار كمصادر للضعف مقابل القدرة على الصمود. وتناقَش أيضاً عواقب تعاطي مواد الإدمان في نهاية المطاف بالنسبة إلى تطور الطفل والمراهق والآثار المتعددة لتعاطي مقدمي الرعاية لمواد الإدمان على ذلك التطور. وعلى نطاق القسم الفرعي، تناقَش الأدلة الخاصة بالأسباب والمعارف بشأن عواقب تعاطي المخدِّرات بالنسبة للأطفال والمراهقين في سياق إطار تطوري متكامل.

عوامل الخطر على مستوى الفرد

تضطلع خصائص الفرد بدور مهم في تحديد ما إذا كان هذا الفرد سيتعاطى مواد الإدمان، أو سينتقل إلى التعاطي الضار لتلك المواد، أو سيصاب باضطرابات ناجمة عن ذلك التعاطي، أو ما إذا كان سيمتنع عن ذلك التعاطي أو يوقفه خلال مسار تطوره. ولمراعاة هذه الخصائص أهميتها للأسباب الثلاثة التالية: (أ) يساعد الأداء العصبي البيولوجي والشخصية والضغط النفسي الناشئ واستراتيجيات التكيف على تحديد استجابة الفرد للتأثيرات الاجتماعية والبيئية السائدة، مما يسهم في النتائج النهائية؛ (ب) تَبيَّن أن الخصائص على المستوى الشخصي تساعد على التنبؤ بالنتائج أو تخفيف حدتها، حيث إنها تتفاعل مع التأثيرات البيئية بطرق فريدة ومعقدة؛ (ج) لمعرفة هذه الخصائص أهمية حاسمة في تحديد تدخلات الوقاية والعلاج التي يُحتمل أن تعود بأكبر فائدة على أي شخص أو مجموعة فرعية. ويمكن لهذه المعلومات أن تساعد أيضاً في تحديد الفرص أثناء تطور أحد الأفراد من أجل تنفيذ أنجع الاستراتيجيات الوقائية. ويُتوقع حدوث تغييرات إيجابية في هذه الخصائص إذا كان التدخل يؤثر إيجابيًّا على أهدافه (أثر الوساطة).

وترتبط سمات شخصية محددة بالاضطرابات الخارجية، التي اعتُبرت باستمرار وراء تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار.[59] وتشمل هذه الخصائص تزايد حساسية المكافأة وضعف ضبط التثبيط والعدوان والبحث عن الجديد.[60،61] وقد يسهم التباين في هذه الأبعاد الشخصية، ولا سيما الاندفاعية والبحث عن الجديد، في بدء تعاطي مواد الإدمان، وكذلك الانتقال من التعاطي الأولي إلى التعاطي المتقطع ومن ثم المنتظم، والانتقال من التعاطي الضار إلى الارتهان أو الإدمان، والنزوع إلى تكرار الانتكاس بعد تحقيق الامتناع عن التعاطي.[62] ويميل الأفراد الذين يتسمون بهذه السمات إلى البحث عن المواقف الشديدة الحفز والخطورة، ويُبدون قدراً أقل من القلق تحسباً لعواقب سلوكهم.[63،64]

وعلى غرار العوامل البيئية، فإن تأثير الشخصية متمايز أيضاً على هذه السلوكيات المعقدة في مختلف مراحل تطور الفرد.[65،66] ويتسم التطور المعياري أثناء المراهقة بارتفاع مستويات الاندفاع والبحث عن الجديد، وذلك جزئيًّا بسبب التقلبات الكبيرة في مستويات الهرمونات التي تؤثر على تطور الدماغ والنظم الأخرى. وتُعتبر الفئة الفرعية من المراهقين التي تتسم بمستوى شديد الارتفاع من أي توليفة من هذه السمات الشخصية عرضة لخطر شديد من حيث التعاطي الضار لمواد الإدمان. وقد تسهم هذه الخصائص فعليًّا في الاختلافات الفردية في الآثار المعزِّزة للمخدِّرات.[67]

الصحة السلوكية والعقلية

تُلحِق الإصابة المتزامنة باضطرابات الصحة العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان الضرر بملايين البشر، وذلك وفقاً للبيانات المستمدة من مصادر متعددة، بما فيها منظمة الصحة العالمية. وعلى وجه التحديد، فإن الأعراض الاستيعابية مثل الاضطرابات الإجهادية اللاحقة للصدمة والاكتئاب والقلق، إلى جانب السلوكيات الخارجية من قبيل اضطراب التصرف واضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط واضطراب التحدي المعارض واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وبعض أوضاع الصحة العقلية الأخرى، ترتبط بقوة وباستمرار بخطر التعاطي الضار لمواد الإدمان.[68] وعلى العموم، يزداد الاحتمال بأن يتعاطى الأفراد المصابون بهذه الاضطرابات مواد الإدمان وأن يقوموا بذلك في سن مبكرة مقارنةً بغير المصابين بها.[69،70] فعلى سبيل المثال، تؤدي اضطرابات المزاج والقلق إلى مضاعفة خطر إصابة الفرد بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان.[71]

وقد تؤدي اضطرابات الصحة العقلية والسلوكية إلى تفاقم دور الأنماط الضعيفة أو غير التكيفية للقدرة على التفاعل مع مصدر الضغط النفسي أو الميل لذلك في المسارات التطورية المؤدية إلى تعاطي مواد الإدمان. وغالباً ما يتسم الأفراد المصابون باضطرابات استيعابية بارتفاع مستوى الإيقاظ في نظم الدماغ المسؤولة عن الاستجابات للضغط، وهو ما قد يؤدي إلى الميل إلى المداواة الذاتية لأعراض القلق والاكتئاب.[72] أما المصابون باضطرابات خارجية فإنهم غالباً ما يتسمون بمستوى أدنى من الإيقاظ في هذه النظم، وهو ما يرتبط بنقص نسبي في مراعاة النتائج والحاجة إلى المزيد من الحفز.

٥٩ Irene J. Elkins, Matt McGue and William G. Iacono, "Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse", Archives of General Psychiatry, vol ٦٤, No. ١٠ (٢٠٠٧), pp. ١١٤٥–١١٥٢.

٦٠ Michael J. Frank and others, "Genetic triple dissociation reveals multiple roles for dopamine in reinforcement learning", Proceedings of the National Academy of Sciences, vol. ١٠٤, No. ٤١ (٢٠٠٧), pp. ١٦٣١١–١٦٣١٦.

٦١ Tilmann A. Klein and others, "Genetically determined differences in learning from errors". Science, vol ٣١٨, No. ٥٨٥٦ (٢٠٠٧), pp. ١٦٤٢–١٦٤٥.

٦٢ Mary J. Kreek and others, "Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction", Nature Neuroscience, vol ٨, No. ١١ (٢٠٠٥), pp. ١٤٥٠–١٤٥٧.

٦٣ المرجع نفسه.

٦٤ Didier Jutras-Aswad and others, "Cannabis-dependence risk relates to synergism ( ) between neuroticism and proenkephalin SNPs associated with amygdala gene expression: case-control study" PloS ONE, vol ٧, No. ٦ (٢٠١٢).

٦٥ James J. Li and others, "Polygenic risk, personality dimensions, and adolescent alcohol use problems: a longitudinal study", Journal of Studies on Alcohol and Drugs, vol. ٧٨, No. ٣ (٢٠١٧), pp. ٤٤٢–٤٥١.

٦٦ Kenneth S. Kendler, Charles O. Gardner and Carol A. Prescott, "Personality and the experience of environmental adversity", Psychological Medicine, vol ٣٣, No.٧ (٢٠٠٣), pp. ١١٩٣–١٢٠٢.

٦٧ Caryn Lerman and Raymond Niaura, "Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence", Oncogene, vol ٢١, No. ٤٨ (٢٠٠٢), pp. ٧٤١٢–٧٤٢٠.

٦٨ Tonya D. Armstrong, and Jane E. Costello, "Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity", Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol ٧٠, No. ٦ (٢٠٠٢), pp. ١٢٢٤–١٢٣٩.

٦٩ Michael D. De Bellis and others, "Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study" Biological Psychiatry, vol ٥٢, No. ١١ (٢٠٠٢), pp. ١٠٦٦–١٠٧٨.

٧٠ Cynthia L. Rowe and others, "Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers", Journal of Substance Abuse Treatment, vol ٢٦, No. ٢ (٢٠٠٤), pp. ١٢٩–١٤٠.

٧١ Susan B. Quello and others, "Mood disorders and substance abuse disorders: a complex comorbidity", Science and Practice Perspectives, vol ٣, No. ١ (٢٠٠٥), pp. ١٣–٢١.

٧٢ Andrea M. Hussong and others, "An internalizing pathway to alcohol use and disorder", Psychology of Addictive Behaviors, vol ٢٥, No. ٣ (٢٠١١), pp. ٣٩٠–٤٠٤.

ويتناقص الاحتمال بأن يتصدى الشخص الذي يعاني من ظروف مثل الاضطرابات الإجهادية اللاحقة للصدمة أو اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط بفعالية للتحديات الاجتماعية، لأن ذلك يتطلب التحلي بوظائف عصبية معرفية وعاطفية سليمة كثيراً ما تتضرر في الاضطرابات النفسية.[73]

وهناك بعض أحوال الصحة العقلية التي قد تكون مرتبطة بتعاطي المخدِّرات ذات الصلة بعامل جنساني مما يؤدي إلى فرق جنساني من حيث مخاطر التعاطي الضار للمخدِّرات والارتهان لها: تزداد إصابة الذكور باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، في حين تزداد معدلات إصابة الإناث باضطرابات المزاج والقلق.[74] ومن بين المراهقين والبالغين على حد سواء، فإن الجهود الرامية إلى الإدارة الذاتية للأعراض النفسية تُفاقِم التعاطي الضار لمواد الإدمان، إلى جانب زيادة التحديات المرتبطة بمقاومة العلاج فيما يخص الاضطرابات الناجمة عن تعاطي تلك المواد.[75]

التطور العصبي والمراهقة

يُعتقد أن أحد المسارات صوب التعاطي الضار لمواد الإدمان مَنشؤه انحراف أو تأخر في التطور العصبي يُعتقد أنه يشكل أساس المشكلة والسلوكيات الخطرة التي غالباً ما تسبق تعاطي مواد الإدمان. وينطوي فهم المساهمة العصبية البيولوجية في أسباب تعاطي مواد الإدمان على وصف عمليات نضج الدماغ التي تحدث أثناء المراهقة، مثل تراجع ضبط التثبيط وزيادة حساسية المكافأة، والتي ترتبط بتعاطي مواد الإدمان.

وينتج تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار عن عملية تطورية تبدأ من فترة ما قبل الولادة وتدوم حتى يتراوح عمر الشخص ما بين أواسط العشرينات وأواخرها. وتشير البيانات المستقاة من الدراسات الاستقصائية عن تعاطي المخدِّرات إلى أن بدء تعاطي مواد الإدمان يكون أكثر شيوعاً ما بين أوائل ومنتصف فترة المراهقة، وأنه يبلغ ذروته لدى المتعاطين ضمن هذه المجموعة الفرعية الذين يزيدون من التعاطي أثناء الانتقال إلى مرحلة البلوغ المبكر.[76] ومما له أهمية حاسمة أن التحديات الاجتماعية الجديدة، مثل زيادة الاستقلالية في اتخاذ القرار، التي يواجهها المراهقون تتزامن مع تغيرات معقدة في سلكية الدماغ وموصوليته تجري طوال هذا الوقت. ولذلك آثار مترتبة على صنع القرار التكيفي والقدرة على التنظيم الذاتي للسلوك والعواطف.[77] وفي الواقع، وعلى النحو المبين أعلاه، فإن درجة ما من الاندفاعية والمخاطرة والبحث عن الإثارة تُعتبر معيارية أثناء المراهقة. بيد أن ارتفاع مستوى المخاطرة قد يمتد من توليفة من الظروف الاجتماعية وعدم النضج أو الخلل العصبي التطوري غير المعياري.

ويحدث التطور البيولوجي العصبي أثناء المراهقة على نحو انتقالي وليس كلقطة وحيدة من الزمن.[78] ولا تزال القشرة قبل الجبهية، وهي الجزء من الدماغ المسؤول عن الوظائف الإدراكية التنفيذية مثل صنع القرار وضبط الاندفاع والذاكرة العاملة، قيد الإنشاء. وتتمثل إحدى الوظائف المركزية لهذه الوظائف المعرفية التنفيذية في حماية الأهداف الطويلة الأجل من الإغراءات التي توفرها المنافع القصيرة الأجل التي غالباً ما تؤدي إلى نتائج سلبية.[79] ويكون التنظيم الإدراكي قبل الجبهي "من القمة إلى القاعدة" في المناطق تحت القشرية منفصلاً وظيفيًّا إلى حد ما طوال فترة المراهقة. ويؤدي هذا إلى الميل الطبيعي لدى المراهقين للتصرف وفقاً للمثيرات العاطفية، مع قدر ضئيل من السيطرة المعرفية.[80] ومن خلال المسار الطبيعي للتطور والتجربة البيئية على السواء، تتعزز الصلات بين مناطق التنظيم المعرفي ومناطق الإثارة العاطفية في الدماغ، بما يوفر آلية لزيادة التنظيم من القمة إلى القاعدة لنظم الدماغ العاطفية.[81]

وإضافةً إلى ذلك، فإن دوائر الدماغ، مثل المخطَّط البطني، المعنية بمعالجة المكافآت، تتسم بالنضج السريع أثناء سنوات المراهقة، بما يزيد الحساسية تجاه تجارب المكافأة.[82،83،84] وقد يكون لهذا التطور دور فريد في بدء تعاطي مواد الإدمان في الفترة ما بين بداية المراهقة ومنتصفها، وقد يبالَغ فيه لدى المجموعة الفرعية التي تكثِّف التعاطي. وقد يؤدي التعاطي اللاحق لمواد الإدمان إلى تفاقم حساسية المكافأة الشديدة أصلاً لدى بعض المراهقين، مما يؤدي إلى تعزيز الخواص المعزِّزة للمخدِّر.[85] وإلى جانب هذه الزيادة في حساسية المكافأة، تقترن المراهقة بسلسلة من الخصائص الأخرى في عملية التطور يكون من شأنها تقويض التطور العصبي ويمكن أن تتسبب في اختلالات قابلة للقياس في نظم الدماغ. ويشمل ذلك ما يلي:

- زيادة الميل إلى الإثارة والتجديد
- البلوغ المبكر وتقلب مستويات الهرمونات
- الظروف البيئية الضارة مثل الضغط النفسي والشدائد وسوء المعاملة، وغير ذلك من التجارب السلبية[86]

٧٣ Maria Kovacs and David Goldston, "Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents", Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol ٣٠, No. ٣ (١٩٩١), pp. ٣٨٨–٣٩٢.

٧٤ United States, National Institute on Drug Abuse, "Comorbidity: addiction and other mental illnesses", NIDA Research Report Series, NIH Publication No ١٠–٥٧٧١. (Washington, D.C., ٢٠١٠).

٧٥ Kristin L. Tomlinson, Sandra Brown and Ana Abrantes, "Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents", Psychology of Addictive Behaviors, vol ١٨, No. ٣ (٢٠٠٤), pp. ١٦٠–١٦٩.

٧٦ Rachel N. Lipari and others, "Risk and protective factors and estimates of substance use initiation: results from the National Survey on Drug Use and ٢٠١٦ Health", NSDUH Data Review (September ٢٠١٧).

٧٧ Scott Marek and others, "The contribution of network organization and integration to the development of cognitive control", PLoS Biology, vol ١٣, No. ١٢ (٢٠١٥).

٧٨ B. J. Casey, Rebecca M. Jones and Hare A. Todd, "The adolescent brain", Annals of the New York Academy of Sciences, vol ١١٢٤, No. ١ (٢٠٠٨), pp. ١١١–١٢٦.

٧٩ Maria Kharitonova and Yuko Munakata, "The role of representations in executive function: investigating a developmental link between flexibility and abstraction", Frontiers in Psychology, vol ٢, art. ٣٤٧ (٢٠١١).

٨٠ Leah H. Somerville and B. J. Casey, "Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems", Current Opinion in Neurobiology, vol ٢٠, No. ٢ (٢٠١٠), pp. ٢٣٦–٢٤١.

٨١ Nim Tottenham, Hare A. Todd and B. J. Casey, "Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood", Frontiers in Psychology, vol ٢, art. ٣٩ (٢٠١١).

٨٢ A. Padmanabhan and others, "Developmental changes in brain function underlying the influence of reward processing on inhibitory control", Developmental Cognitive Neuroscience, vol ١, No. ٤ (٢٠١١), pp. ٥١٧–٥٢٩.

٨٣ C. F. Geier and others, "Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence", Cerebral Cortex, vol ٢٠, No. ٧ (٢٠١٠), pp. ١٦١٣–١٦٢٩.

٨٤ Somerville and Casey, "Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems".

٨٥ Michael E. Hardin and Monique Ernst, "Functional brain imaging of development-related risk and vulnerability for substance use in adolescents", Journal of Addiction Medicine, vol ٣, No. ٢ (٢٠٠٩), pp. ٤٧–٥٤.

٨٦ Laurence Steinberg, "A dual systems model of adolescent risk-taking", Developmental Psychobiology, vol ٥٢, No. ٣ (٢٠١٠), pp. ٢١٦–٢٢٤.

بصرف النظر عن مصدر التأخير أو القصور في التطور العصبي، فإن اختلال التوازن بين المطالب الاجتماعية والنظم البيولوجية العصبية الناشئة أثناء المراهقة قد يؤدي إلى زيادة التعرض لتعاطي مواد الإدمان والتصعيد إلى تعاطيها الضار. ولهذه الأدلة آثار مباشرة على تصميم مكونات التدخل التي تستهدف هذه الفترة من فترات التطور.

المصدر: B. J. Casey and R. M. Jones, "Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorder", Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol ٤٩، No. ١٢ (December ٢٠١٠).

حالات التعرض للضغط النفسي والتفاعل الفيزيولوجي

يُعتبر الضغط النفسي قاسماً مشتركاً رئيسيًّا على نطاق المجالات البيولوجية العصبية والفيزيولوجية والنفسية والبيئية الكامنة وراء قابلية تعاطي مواد الإدمان وتصاعد ذلك التعاطي وانتكاسه ومقاومة العلاج منه.

يشير الضغط النفسي إلى العمليات التي تشمل التصور والتقييم والاستجابة للأحداث أو الظروف الخارجية الضارة أو المهدِّدة أو المنطوية على تحديات، المعروفة باسم "عوامل الضغط النفسي"، مثل الفقر وحالات التعرض السابقة للولادة وسوء معاملة الأطفال والطلاق والفواجع.:

المصدر: A. Levine and others, "Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine", Science Translational Medicine, vol ٣، No. ١٠٧ (November ٢٠١١).

وقد أظهرت دراسات عدة الروابط بين ارتفاع مستويات الضغط العاطفي والفيزيولوجي، وتراجع الضبط السلوكي، وارتفاع مستويات الاندفاع والسلوكيات غير التكيفية.[87،88،89] وهناك أيضاً أدلة قوية لدعم دور الضغط النفسي في مسارات تعاطي مواد الإدمان.[90،91] وترتبط شدائد السن المبكرة على وجه الخصوص ارتباطاً ملحوظاً بتزايد مخاطر تعاطي مواد الإدمان والتعاطي الضار والارتهان.[92]

الجدول ٢: تقديرات خطر التجارب السلبية في مرحلة الطفولة الذي يُنسب إلى السكان فيما يخص نتائج مختارة في أوساط النساء

خطر التجارب السلبية في مرحلة الطفولة الذي يُنسب إلى السكان	تعاطي مواد الإدمان
٦٥ في المائة	إدمان الكحول
٥٠ في المائة	التعاطي الضار للمخدِّرات
٧٨ في المائة	تعاطي المخدِّرات بالحقن

ترتبط شدائد السن المبكرة ارتباطاً ملحوظاً بزيادة مخاطر تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار والارتهان للمخدِّرات. وقد يحدث تعاطي المخدِّرات كاستجابة غير تكيُّفية للتجارب المجهدة.

وتتبين هذه العلاقة الأساسية بوضوح من نتائج دراسة التجارب السلبية في مرحلة الطفولة، كما هو مبين في الجدول ٢.[93، 94، 95] ذلك أن هذه النتائج تشير إلى أن التطور المبكر جدًّا يمهد للاستجابة للشروع في تعاطي مواد الإدمان من خلال الاستجابات البيولوجية والنفسية والاجتماعية الأولية للشروع.

وعلى غرار جميع عوامل الخطر الأخرى، فإن للتعرض للضغط النفسي آثارا متباينة على الوظائف الاجتماعية والنفسية والعصبية، ومن ثم على مخاطر تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار، استناداً إلى نوع الجنس، وأوجه الضعف الجينية، والمراحل التطورية للتعرض.[96،97] ومن حيث الفروق المرتبطة بنوع الجنس، لا تبلِّغ الفتيات عن عدد أكبر من الأحداث الحياتية السلبية في مرحلة المراهقة مقارنةً بالفتيان فحسب، إذ يزداد الاحتمال أيضاً بأن يتعرضن لعوامل الضغط النفسي الشخصية وأن يتأثرن سلباً بها.[98] فعلى سبيل المثال، كثيراً ما يكون تعاطي المخدِّرات وتعاطيها الضار مسبوقاً بالاضطرابات الإجهادية اللاحقة للصدمة في أوساط الفتيات، بيد أن تلك الاضطرابات غالباً ما تَخْلُفُ التعاطي الضار لمواد الإدمان لدى الفتيان، بما يشير ربما إلى أن الإناث أكثر ميلاً إلى مداواة أعراضهن ذاتيًّا، في حين أن الذكور أكثر عرضة للصدمات بسبب حالات الخطر المرتبطة بالتعاطي الضار لمواد الإدمان.[99] كما يزداد خطر تعرض الإناث للتعاطي الضار لمواد الإدمان لدى التعرض لعامليْ الضغط النفسي المتمثليْن في العنف الأسري وإدمان الكحول.[100]

٨٧ Jumi Hayaki and others, "Adversity among drug users: relationship to impulsivity", Drug and Alcohol Dependence, vol ٧٧، No. ١ (٢٠٠٥), pp. ٦٥–٧١.

٨٨ Barbara Greco and Mirjana Carli, "Reduced attention and increased impulsivity in mice lacking NPY Y٢ receptors: relation to anxiolytic-like phenotype", Behavioural Brain Research, vol ١٦٩، No. ٢ (٢٠٠٦), pp. ٣٢٥–٣٣٤.

٨٩ Martin Hatzinger and others, "Hypothalamic–pituitary–adrenocortical (HPA) activity in kindergarten children: importance of gender and associations with behavioral/emotional difficulties", Journal of Psychiatric Research, vol ٤١، No. ١٠ (٢٠٠٧), pp. ٨٦١–٨٧٠.

٩٠ Hanie Edalati and Marvin D. Krank, "Childhood maltreatment and development of substance use disorders: a review and a model of cognitive pathways" Trauma, Violence, & Abuse, vol ١٧، No. ٥ (٢٠١٦), pp. ٤٥٤–٤٦٧.

٩١ Christine M. Lee, Clayton Neighbors and Briana A. Woods, "Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana", Addictive Behaviors, vol ٣٢، No. ٧ (٢٠٠٧), pp. ١٣٨٤–١٣٩٤.

٩٢ Shanta R. Dube and others, "Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study", Pediatrics, vol ١١١، No. ٣ (٢٠٠٣), pp. ٥٦٤–٥٧٢.

٩٣ Daniel P. Chapman and others, "Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood", Journal of Affective Disorders, vol ٨٢، No. ٢ (٢٠٠٤), pp. ٢١٧–٢٢٥.

٩٤ Dube and others, "Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use".

٩٥ Robert F. Anda and others, "Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients", BMC Public Health ٤ June ٢٠٠٨.

٩٦ Kendler, Gardner and Prescott, "Personality and the experience of environmental adversity".

٩٧ Susan L. Andersen and Martin H. Teicher, "Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse", Neuroscience and Biobehavioral Reviews, vol ٣٣، No. ٤ (٢٠٠٩), pp. ٥١٦–٥٢٤.

٩٨ Xiaojia Ge and others, "Parents' stressful life events and adolescent depressed mood", Journal of Health and Social Behaviour, vol ٣٥، No. ١ (١٩٩٤), pp. ٢٨–٤٤.

٩٩ Eva Y. Deykin and Stephen L. Buka, "Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents", American Journal of Psychiatry, vol ١٥٤، No. ٦ (١٩٩٧), pp. ٧٥٢–٧٥٧.

١٠٠ Stephen T. Chermack, Brett E. Fuller and Frederic C. Blow, "Predictors of expressed partner and non-partner violence among patients in substance abuse treatment", Drug & Alcohol Dependence, vol ١٥٨، Nos. ١ and ٢ (٢٠٠٠), pp. ٤٣–٥٤.

وتكشف هذه النتائج ونتائج أخرى كثيرة الفروق بين الجنسين في التعرض للصدمات والضغوط النفسية والمرور بتجربتهما، وكذلك جانب التأثير المتباين لنوع الجنس على أنماط تعاطي مواد الإدمان، وتشير إلى ضرورة أن تراعى الجوانب الجنسانية في البحوث المتعلقة بالأسباب وفي وضع خطة للتدخل الوقائي أو العلاج.

وتبيِّن البحوث أن الضغط النفسي في سن مبكرة يهيئ الأفراد لتعاطي مواد الإدمان لاحقاً لأن عوامل الضغط النفسي لها تأثير على النظم الفيزيولوجية العصبية غير الناضجة. وفي سن المراهقة، عندما تصبح هذه الأنظمة الناشئة عاملة على نحو متزايد، تتجلى الأضرار من خلال تزايد مخاطر الأمراض النفسية.[101] ويؤثر ارتفاع مستويات الضغط النفسي أيضاً على الضوابط السلوكية والمعرفية المتدنية أصلاً لدى المراهقين.[102،103] وتؤدي حالات التعرض للضغط النفسي إلى تعطيل النظم الهرمونية والفيزيزلوجية على السواء التي تنظم هذه الوظائف، بما يعرقل التعلم والذاكرة وصنع القرار وسائر الوظائف التي تدعم عادةً التنظيم الذاتي للسلوك.[104،105،106] وتعمل هذه الاستجابات البيولوجية للضغط النفسي على تنشيط نفس النظم العصبية التي تقوم عليها الآثار المعزِّزة الإيجابية للمخدِّرات،[107] بما يُحتمل أن يعزز سلوكيات تعاطي المخدِّرات. ونتيجة لذلك، قد تُتعاطى المخدِّرات كاستجابة غير تكيُّفية للتجارب المجهِدة. وللتسليم بالخطر المتزايد لتعاطي مواد الإدمان في صفوف الشباب الذين عانوا من عوامل الضغط النفسي في سن مبكرة أهمية حاسمة في توجيه الجهود الرامية إلى منع التعرض لتعاطي مواد الإدمان والتصدي لعواقبه السلبية اللاحقة المحتملة.

علم التخلُّق والتباينات الجينية والاستجابة للتأثيرات الاجتماعية

تسهم التغيرات الوراثية في تحديد استجابة الفرد للتأثيرات الاجتماعية السائدة؛ ويُعتقد أن التأثيرات الوراثية على الميل إلى تعاطي مواد الإدمان والاضطرابات الناجمة عنه ترتبط بالخصائص الفردية التي تتفاعل مع العوامل البيئية، حيث يكون لحالات التعرض للضغط النفسي أثر خاص.[108] وفي صلب التفاعل بين الجينات والبيئة توجد التحويرات التخلُّقية التي تقع عند مستوى أنشطة الجينات استجابةً للتغيرات في البيئة. ويُحتمل أن تؤدي التجارب السلبية، وخصوصاً في سن مبكرة، إلى تحوير التعبير أو الكبح الجيني، مما تترتب عليه آثار مهمة بالنسبة لأثر الأنماط الظاهرية على هرمونات الضغط النفسي والسلوك.[109] ويمكن للتغير البيئي المستمر أن يواصل تحوير العمليات التخلُّقية، نحو الأفضل أو الأسوأ، مما يساعد على تفسير الاختلافات الفردية استجابةً للضغط النفسي وكذلك احتمال التغير البيئي الإيجابي، على سبيل المثال من خلال التدخل لوقف التحويرات السلبية السابقة. وكما هو مبين في "النموذج المفاهيمي" (الشكل ٨ في الصفحة ...)، فإن الأشخاص الذين يتعرضون للضغوط أو الصدمات لن يُبدوا جميعاً استجابات فيزيولوجية ونفسية غير تكيفية تؤثر على تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار.

يرتبط اختلاف التعرض للتعاطي الضار لمواد الإدمان بالعلاقات المتبادلة المعقدة بين العوامل الوراثية والبيئية والتخلُّقية التي يمر بها الأفراد ديناميًّا.

وفي حين أن الجينات لا تزيد من خطر تعاطي مواد إدمان معينة أو تعاطيها على نحو ضار، فإن هناك أدلة على أنها تؤثر في النظم البيولوجية العصبية وسمات الأنماط الظاهرية التي تؤثر بصورة مباشرة أكثر على المسارات من تعاطي مواد الإدمان وإليه. وتتفاعل هذه النظم والسمات أساساً مع حالات التعرض للضغط النفسي التي يمكن، عندما تتكرر أو تشتد، أن تقوض تطور النظم العصبية التي تستند إليها الوظائف الاجتماعية والسلوكية والمعرفية والعاطفية بطرق عميقة ودائمة.[110،111]

التأثيرات على المستوى الجزئي

لا يمكن فهم تعاطي مواد الإدمان في أوساط الشباب أو معالجته من دون فهم السياق الاجتماعي الذي ينشأ فيه الأفراد ويتطورون ويتفاعلون. ويمكن للعوامل السياقية التي قد تختلف باختلاف الثقافات أن تُبرِز العلاقات بين الرعاية الوالدية والأسرة وتأثيرات الأقران وتوقيت البلوغ ونتائج المشاكل مثل تعاطي مواد الإدمان، بطرق تختلف بين الجنسين. وفي هذا القسم الفرعي، يُنظر في كل من عوامل المسؤولية التي تؤثر في السلوك الإشكالي والظروف البيئية التي قد تعزل الأفراد عن النتائج السلبية.

الأطفال المعرضون لصفات والدية سلبية أكثر احتمالاً بواقع ضعفين إلى أربعة أضعاف لأن يواجهوا مسائل تتعلق بالصحة العقلية والبدنية من أقرانهم الواقعين ضمن الحدود الطبيعية.

المصدر: T. I. Herrenkohl and others, "Family influences related to adult substance use and mental health problems: a developmental analysis of child and adolescent predictors", The Journal of Adolescent Health, vol ٥١, No. ٢ (Februar

١٠١ Andersen and Teicher, "Desperately driven and no brakes".

١٠٢ Susan L. Andersen and Martin H. Teicher, "Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression", Trends in Neurosciences, vol ٣١, No. ٤ (٢٠٠٨), pp. ١٨٣–١٩١.

١٠٣ Rajita Sinha, "How does stress increase risk of drug abuse and relapse?", Psychopharmacology, vol ١٥٨, No. ٤ (٢٠٠١), p. ٣٤٣.

١٠٤ Gerald Heuther, "Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood", International Journal of Developmental Neuroscience, vol ١٦, Nos. ٣ and ٤ (June/July ١٩٩٨), pp. ٢٩٧–٣٠٦.

١٠٥ William R. Lovallo and others, "Lifetime adversity leads to blunted stress axis reactivity: studies from the Oklahoma family health patterns project", Biological Psychiatry, vol ٧١, No. ٤ (٢٠١٢), pp. ٣٤٤–٣٤٩.

١٠٦ C. A. Nelson and L. J. Carver, "The effects of stress and trauma on brain and memory: a view from developmental cognitive neuroscience", Development and Psychopathology, vol ١٠, No. ٤ (١٩٩٨), pp. ٧٩٣–٨٠٩.

١٠٧ George F. Koob and Michel Le Moal, "Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation", Science, vol ٢٧٨, No. ٥٣٣٥ (١٩٩٧), pp. ٥٢–٥٨.

١٠٨ Mary-Anne Enoch, "The influence of gene–environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence", Current Psychiatry Reports, vol ١٤, No. ٢ (٢٠١٢), pp. ١٥٠–١٥٨.

١٠٩ Moshe Szyf and others, "The dynamic epigenome and its implications for behavioral interventions: a role for epigenetics to inform disorder prevention and health promotion", Translational Behavioral Medicine, vol ٦, No. ١ (٢٠١٦), pp. ٥٥–٦٢.

١١٠ Robin Davidson, "Can psychology make sense of change?", in Addiction: Processes of Change, Griffith Edwards and Malcom H. Lader, eds., Society for the Study of Addiction Monograph No. ٣ (New York, Oxford University Press, ١٩٩٤).

١١١ Pia Pechtel and Diego A. Pizzagalli, "Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature", Psychopharmacology, vol ٢١٤, No. ١ (٢٠١١), pp. ٥٥–٧٠.

أداء الوالدين والأسرة

تؤثر الرعاية الأبوية والبيئة المنزلية تأثيراً عميقاً على التطور المبكر للأطفال في مجالات الأداء المتعددة.[112] فعلى سبيل المثال، لا يمكن الاستهانة بقوة التأثير الوالدي على تعاطي مواد الإدمان.[113] وكثيراً ما يمكن أن تؤدي الرعاية الوالدية القاسية و/أو التقييدية و/أو غير المتسقة و/أو العدائية و/أو التصارعية إلى نتائج سلوكية سلبية لدى الأطفال.[114]

ومن بين الأشكال القصوى للسلوك الوالدي، يشكل الإيذاء والإهمال والعنف المنزلي بصفة خاصة تهديداً لكل جانب من جوانب تطور الطفل. كما تتفاعل نوعية الرعاية الأبوية مع عوامل مثل السلامة النفسية والتعرض للضغط النفسي والدعم الاجتماعي في التنبؤ بالسلوك العام المعادي للمجتمع، وكذلك تعاطي مواد الإدمان والاضطرابات الناجمة عنه.[115]

ويمكن للرعاية الأبوية أن تفاقم خطر تعاطي مواد الإدمان منذ مرحلة الرضاعة، وبخاصة لدى الرضّع ذوي المزاج "الحاد". وكثيراً ما تتجلى هذه العلامات المبكرة في حدة الطبع والبكاء المتكرر وسحب المودة وأنماط الأكل أو النوم غير المنتظمة واستعصاء التسكين. وعادة ما تنشأ هذه المشاكل عن عمليات وراثية وخلقية وسابقة للولادة.[116] وقد يقود الرضّع ذوو المزاج الحاد إلى استجابات سلبية مثل الرفض أو الممارسات غير الفعالة أو الانضباط القاسي أو سوء المعاملة أو تعاطي مواد الإدمان لدى مُراعيهم. ويمكن لأي من هذه الاستجابات أن تؤدي إلى تفاقم هذه العملية التطورية.[117] ويمكن لهذا السيناريو أن يكون بالغ التأثير في سياق الخلل الوظيفي أو الشقاء الموجود سلفاً لدى مقدمي الرعاية، مثل الأمراض العقلية أو التعاطي الضار لمواد الإدمان أو السلوك المعادي للمجتمع أو الفقر.[118،119] وإضافةً إلى ذلك، يمكن للأطفال "الأصعب مراساً" أن يثيروا استجابات أقسى وأقل فعالية حتى من جانب مقدمي الرعاية المؤهلين نفسيًّا أو الحائزين للموارد المادية اللازمة لتدبر المشاكل والاحتياجات الخاصة لأطفالهم. وبمجرد توتر العلاقة بين الطفل ومقدم الرعاية، كثيراً ما يقل مستوى الدفء والارتباط والتكيف الفعال، مما يزيد من مخاطر انتهاج الطفل سلوكيات غير تكيفية. وباختصار، فإن استجابات الطفل تحفز ردود فعل قابلة للتنبؤ بها من البيئة الاجتماعية. وقد يعزز هذا ردود الفعل أو يقابلها لدى الطفل، مما يسهم في المزيد من التغيرات في ردود الفعل من البيئة الاجتماعية ومن الطفل على السواء. وتزيد هذه السلسلة القائمة على "الفعل ورد الفعل" من خطر عدم تكيف الطفل مع المجتمع على المدى الطويل وتبنّيه سلوكيات خطرة. بيد أنه بدلاً من الاستعاضة عن سلوك بسلوك آخر استجابةً للظروف البيئية والاجتماعية المتغيرة، فإن السلوكيات تميل إلى التنوع، ويمكن أن تعزز مسار التطور أو تضعفه أو تعكسه بمرور الوقت.

وإضافةً إلى الرعاية الأبوية، هناك جوانب مختلفة للبيئة الأسرية يمكن أن تؤثر في سلوك الطفل اللاحق فيما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان. ويمكن لهذه الجوانب أن تشمل الخصائص الهيكلية والتماسك الأسري والتواصل الأسري وإدارة الأسرة.[120] وتتمثل العمليات الأسرية الأكثر مناوءة غالباً في تلك التي تنطوي على مستويات عالية من التعرض للضغط النفسي والإكراه.[121] وإضافةً إلى ذلك، فقد لوحظ تزايد الاتجاه نحو تعاطي مواد الإدمان لدى المراهقين من الأسر الأحادية الوالد، وهو ما يتسق مع الدراسات التي تفيد بأن الأسر القائمة على كلا الوالدين أكثر قدرة على توفير الحماية من تعاطي مواد الإدمان.[122] ويمكن أن يكون هذا الاستنتاج ناتجاً عن غياب الحماية الوقائية لشخص إضافي في المنزل يمكنه حماية الطفل من التعرض للضغط النفسي وغياب المراقبة.

ولا تزال الرعاية الأبوية والبيئة المنزلية من الأمور المهمة عندما يبدأ المراهقون في ممارسة المزيد من الاستقلال ونيل المزيد من الفرص لتبنّي سلوكيات اجتماعية أو منطوية على مخاطر.[123] وللبيئة المنزلية الفوضوية والرعاية الأبوية غير الناجعة وغياب الارتباط المتبادل بصفة خاصة أثرها على النتائج التي يحققها الأطفال عموماً.[124] وقد يؤثر هذا السيناريو على الفتيات بصفة خاصة حيث يتَّسمن في الغالب بقدر أكبر من الحساسية تجاه المشاكل المرتبطة بالأسرة والعلاقات.[125،126] ومن الممكن أن يؤدي هذا إلى تزايد تعرض الفتيات للضغط النفسي ومسائل الصحة العقلية، بما في ذلك البدء المبكر في تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار، وغير ذلك من السلوكيات الخطرة.

١١٢ United States, National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies, Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities, Mary E. O'Connell, Thomas Boat and Kenneth E. Warner, eds. (Washington, D.C., National Academies Press, ٢٠٠٩).

١١٣ Melissa A. Lippold and others, "Unpacking the effect of parental monitoring on early adolescent problem behavior: mediation by parental knowledge and moderation by parent-youth warmth", Journal of Family Issues, vol. ٣٥, No. ١٣ (٢٠١٤), pp. ١٨٠٠–١٨٢٣.

١١٤ Anne E. Barret and R. Jay Turner, "Family structure and mental health: the mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress", Journal of Health and Social Behavior, vol. ٤٦, No. ٢ (٢٠٠٥), pp. ١٥٦–١٦٩.

١١٥ Benjamin J. Hinnant, Stephen A. Erath and Mona El-Sheikh, J "Harsh parenting, parasympathetic activity, and development of delinquency and substance use", Journal of Abnormal Psychology, vol. ١٢٤, No. ١ (٢٠١٥), pp. ١٣٧–١٥١.

١١٦ Lyndall Schumann and others, "Persistence and innovation effects in genetic and environmental factors in negative emotionality during infancy: a twin study", PLoS ONE, vol. ١٢, No. ٤ (٢٠١٧).

١١٧ Kerry Lee, Rebecca Bull and Ringo M. Ho, "Developmental changes in executive functioning", Child Development, vol. ٨٤, No. ٦ (٢٠١٣), pp. ١٩٣٣–١٩٥٣.

١١٨ Thomas G. O'Connor and others, "Co-occurrence of depressive symptoms and antisocial behavior in adolescence: a common genetic liability", Journal of Abnormal Psychology, vol. ١٠٧, No. ١ (١٩٩٨), pp. ٢٧–٣٧.

١١٩ Thomas G. O'Connor, and others, "Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting", Developmental Psychology, vol. ٣٤, No. ٥ (١٩٩٨), pp. ٩٧٠–٩٨١.

١٢٠ Richard D. B. Velleman, Lorna J. Templeton and Alex G. Copello, "The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people", Drug and Alcohol Review, vol. ٢٤, No. ٢ (٢٠٠٥), pp. ٩٣–١٠٩.

١٢١ Barret and Turner, "Family structure and mental health".

١٢٢ Gunilla R. Weitoft and others, "Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study", Lancet, vol. ٣٦١, No. ٩٣٥٤ (٢٠٠٣), pp. ٢٨٩–٢٩٥.

١٢٣ Monique Ernst and Sven C. Muller, "The adolescent brain: insights from functional neuroimaging research", Developmental Neurobiology, vol. ٦٨, No. ٦ (٢٠٠٨), pp. ٧٢٩–٧٤٣.

١٢٤ Kristen W. Springer and others, "Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women", Child Abuse and Neglect, vol. ٣١, No. ٥ (٢٠٠٧), pp. ٥١٧–٥٣٠.

١٢٥ Jennifer Connolly and others, "Conceptions of cross-sex friendships and romantic relationships in early adolescence", Journal of Youth and Adolescence, vol. ٢٨, No. ٤ (١٩٩٩), p. ٤٨١.

١٢٦ Eleanor E. Maccoby, The Two Sexes: Growing Up Apart, Coming Together (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, ١٩٩٩).

تُغرس المهارات الرقابية التي يحتاجها الأطفال لمقاومة تعاطي مواد الإدمان وغيرها من السلوكيات الإشكالية في سن مبكرة، مما يشير إلى أن البيئة المنزلية المؤاتية (التماسك الأسري والتواصل الأسري وإدارة الأسرة) تمنح الحماية من النتائج السلبية، بما فيها تعاطي مواد الإدمان.

المدارس والفرص التعليمية

تُعتبر نوعية البيئة المدرسية والمعلمين والمناهج الدراسية والشبكات الاجتماعية الطلابية في المدارس من بواعث الاندماج الاجتماعي الرئيسية التي تؤثر على تعلم الطلاب وسلوكهم.[127،128] وعلى مستوى الأساسيات الأولية، فإن التغيب عن المدرسة من خلال التهرب أو التعليق أو الطرد يزيد من مخاطر سوء النتائج على مستويات متعددة؛ وقد يكون التغيب المزمن إشكاليًا بصفة خاصة بالنسبة للأطفال ذوي المشاكل المتعلقة بالرقابة الذاتية.[129] وعلاوة على ذلك، فإن المعلمين غير المؤهلين والممارسات التدريسية غير الناجعة وتدني مستوى المناهج الدراسية عوامل تضيف المزيد من المخاطر الجسيمة، مما يؤدي إلى الفشل الدراسي.[130،131] ويمهد الافتقار إلى التعليم الجيد وسوء إدارة الصفوف الدراسية لانخفاض مستويات الوظائف الإدراكية وضعف المهارات الاجتماعية وارتفاع مستويات الضغط النفسي وتصورات القصور والفشل،[132] وهي عوامل يرتبط كل واحد منها بخطر تعاطي مواد الإدمان. ومن الأمور التي تفاقم خطر تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار عدم كفاية الدعم التعليمي و/أو البرامج الدراسية المحددة الأهداف، وصعوبات التعلم ومشاكل الصحة العقلية.[133] وفي الأجل الطويل، يؤدي سوء نوعية التعليم إلى عدم القدرة على المنافسة في سوق العمل والحصول على وظائف جيدة الأجر،[134] وهي عوامل ترتبط أيضاً بتعاطي مواد الإدمان في وقت لاحق.

ويتمثل جانب آخر من جوانب التأثيرات المدرسية في الدور المهم للارتباط بالمدرسة. وتشير الأبحاث إلى أن الشباب أكثر عرضة لمشاكل الصحة العقلية وأكثر احتمالاً لتعاطي مواد الإدمان في أوائل المرحلة الثانوية عندما يتضح ضعف ارتباطهم بالمدرسة وانخراطهم في الصراعات الشخصية.[135،136]

يبدو أن ارتباط الطفل بالمدرسة من عناصر القدرة على التصدي (عامل وقائي)، بما يشير إلى أن المعلمين الفعالين والمستجيبين والمناهج المستندة إلى الأدلة والتعزيزات الصفّية قد يكون لها دور مهم في الوقاية من تعاطي مواد الإدمان.

تأثيرات الأقران وتعاطي مواد الإدمان

هناك ارتباط شديد بين تعاطي مواد الإدمان في سن المراهقة والاتصال بالأقران المتعاطين لهذه المواد. وتشير الأبحاث إلى أن المراهقين الآخرين يوفرون مصدراً فريداً للحصول على المخدِّرات والدعم وفرص تعاطي المخدِّرات.[137،138،139] ويميل المراهقون إلى إبداء نفس السلوكيات والمواقف والسمات الشخصية الموجودة لدى أصدقائهم.[140] وتشير الدراسات إلى أن المراهقين الذين يختارون أصدقاء يتعاطون مواد الإدمان قد يختلفون عن أولئك الذين لا يختارونهم. ويبدو أن نوعية الصداقة تمثل هي أيضاً عاملاً في تحديد مدى تأثر الفرد بصديق: قد تحظى العلاقة العالية الجودة بأهمية أكبر من المراهق الذي قد يكون أكثر ميلاً إلى تغيير سلوكه لإرضاء الصديق. وقد يمضي الأصدقاء المقرَّبون وقتاً أطول معاً، مما يؤدي إلى مزيد من الاقتداء والمحاكاة للسلوك الشديد الخطورة. وتتمثل إحدى الطرق التي يبدو أن الأقران يؤثِّرون بها بعضهم في بعض في فكرة "الجهل التعددي"،[141] حيث قد يسهم الاعتقاد العام بأن هناك عدداً أكبر من الواقع من الأفراد الضالعين في تعاطي مواد الإدمان في تعاطيهم هم أنفسهم لمواد الإدمان.[142،143] وفي المقابل، يقل احتمال تعاطي تلك المواد لدى من يعتقدون بأن تعاطيها ستترتب عليه نتائج ضارة.[144]

ويبدو أيضاً أن هناك بعض الطرق المتميزة لتأثُّر الفتيات بقريناتهن لتعاطي مواد الإدمان. فعلى سبيل المثال، تكون الفتيات أكثر عرضة للضغوط الاجتماعية عندما يكون المصدر عبارة عن صديق أو شريك.145 كما تكون البنات أكثر استجابة لموافقة القرينات وأكثر ميلاً للاكتئاب واهتماماً بصورة الجسم، وجميعها عوامل

١٢٧ Lyndal Bond and others, "Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes", Journal of Adolescent Health, vol. ٤٠, No. ٤ (٢٠٠٧), pp. e١٨.٣٥٧-e٩.٣٥٧.

١٢٨ H. Harrington Cleveland and Richard P. Wiebe, "Understanding the association between adolescent marijuana use and later serious drug use: gateway effect or developmental trajectory?" Development and Psychopathology, vol. ٢٠, No. ٢ (٢٠٠٨), pp. ٦١٥–٦٣٢.

١٢٩ Christine A. Christle, Kristine Jolivette and C. Michael Nelson, "Breaking the school to prison pipeline: identifying school risk and protective factors for youth delinquency", Exceptionality, vol. ١٣, No. ٢ (٢٠٠٥), pp. ٦٩–٨٨.

١٣٠ المرجع نفسه.

١٣١ L. Darling-Hammond, "How teacher education matters", Journal of Teacher Education, vol. ٥١, No. ٣ (٢٠٠٠), pp. ١٦٦–١٧٣.

١٣٢ Patrice L. Engle and Maureen M. Black, "The effect of poverty on child development and educational outcomes", Annals of the New York Academy of Sciences, vol. ١١٣٦, No. ١ (٢٠٠٨), pp. ٢٤٣–٢٥٦.

١٣٣ Michael J. Mason and Jeremy Mennis, "An exploratory study of the effects of neighborhood characteristics on adolescent substance use", Addiction Research and Theory, vol. ١٨, No. ١ (٢٠١٠), pp. ٣٣–٥٠.

١٣٤ Frances A. Campbell and others, "Early childhood education: young adult outcomes from the Abecedarian project", Applied Developmental Science, vol. ٦, No. ١ (٢٠٠٢), pp. ٤٢–٥٧.

١٣٥ Bond and others, "Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes".

١٣٦ Richard F. Catalano and others, "Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs", Annals of the American Academy of Political and Social Science, vol. ٥٩١, No. ١ (٢٠٠٤).

١٣٧ Deirdre M. Kirke, "Chain reactions in adolescents' cigarette, alcohol, and drug use: similarity through peer influence or the patterning of ties in peer networks?", Social Networks, vol. ٢٦, No. ١ (٢٠٠٤), pp. ٣–٢٨.

١٣٨ Bruce G. Simons-Morton and Tilda Farhat, "Recent findings on peer group influences on adolescent smoking", Journal of Primary Prevention, vol. ٣١, No. ٤ (٢٠١٠), pp. ١٩١–٢٠٨.

١٣٩ Kathryn A. Urberg and others, "A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence", Addictive Behaviors, vol. ٢٨, No. ٧ (٢٠٠٣), pp. ١٢٤٣–١٢٥٦.

١٤٠ المرجع نفسه.

١٤١ Deborah A. Prentice and Dale T. Miller, "Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: some consequences of misperceiving the social norm", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. ٦٤, No. ٢ (١٩٩٣), pp. ٢٤٣–٢٥٦.

١٤٢ Mitchell J. Prinstein and Shriley S. Wang, "False consensus and adolescent peer contagion: examining discrepancies between perceptions and actual reported levels of friends' deviant and health risk behaviors", Journal of Abnormal Child Psychology, vol. ٣٣, No. ٣ (٢٠٠٥), pp. ٢٩٣–٣٠٦.

١٤٣ Sarah L.Tragesser, Patricia A. Aloise-Young and Randall C. Swaim, "Peer influence, images of smokers, and beliefs about smoking among preadolescent nonsmokers", Social Development, vol. ١٥, No. ٢ (٢٠٠٦), pp. ٣١١–٣٢٥.

١٤٤ National Centre on Addiction and Substance Abuse, Columbia University, Adolescent Substance Use: America's Public Health Problem (New York, June ١٢٠١١).

١٤٥ Vera Frajzyngier and others, "Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode", Drug and Alcohol Dependence, vol. ٨٩, Nos. ٢ and ٣ (٢٠٠٧), pp. ١٤٥–١٥٢.

مترابطة ويمكن أن تزيد من مخاطر تعاطي مواد الإدمان.[146] كما يمكن أن يكون هناك دور للبلوغ المبكر لدى الفتيات؛ فعلى سبيل المثال، يزداد الاحتمال بأن تمضي البنات البالغات في سن مبكرة وقتاً مع الذكور الأكبر سنًّا ممن يميلون إلى الأنشطة المنطوية على مخاطرة، وقد يُعرِّفوهن بتعاطي مواد الإدمان.[147،148] كما يرتبط ظهور علامات البلوغ، وخصوصاً لدى الفتيات، بتزايد الصراع في أوساط الوالدين والمراهقين فيما يتعلق بمسائل من قبيل اختيار الأصدقاء أو التواعد الغرامي وبتحول التوقعات السلوكية،[149،150،151] مما يمكن أن يؤدي إلى المزيد من المشاكل السلوكية والتعرض لانحراف الأقران والسلوكيات الجنسية الخطرة.[152] وعلاوة على ذلك، فإن الإقامة في حي محروم يفاقم فيما يبدو تأثير الأقران بالنسبة إلى كلا الجنسين.[153،154]

التأثيرات على المستوى الكلي

الحي والبيئة المادية والإعلام

تنطوي الظروف الاجتماعية في الأحياء على آثار كبيرة فيما يخص مخاطر تعاطي مواد الإدمان لأنها تشكل القواعد الاجتماعية، وتعزز أنماط المراقبة الاجتماعية، وتؤثر في تصور خطر تعاطي مواد الإدمان، وتؤثر في الاستجابات للضغوط النفسية والفيزيولوجية.[155] ويتمثل أحد جوانب تأثير الجوار في التماسك الاجتماعي، وهو مؤشر على التمسك بالجوار والرضا عنه، وكذلك المقيمين فيه، مما ينطوي على ثقة أفراد المجتمع بعضهم ببعض ودعمهم بعضهم لبعض.

وأشير إلى أن ارتفاع مستويات التماسك الاجتماعي يرتبط بانخفاض مستويات تعاطي مواد الإدمان في أوساط المراهقين، وتناقص مشاكل المخدِّرات المتصورة لدى الشباب، وانخفاض عدد الوفيات المتصلة بالمخدِّرات.[156] ومما قد يؤثر أيضاً في مستويات تعاطي مواد الإدمان بين المراهقين المدى الذي يُتصور به الحي باعتباره غير منظم أو مضطرباً أو عبارة عن منطقة تتسم بالتخريب والمباني والأراضي المهجورة ورسوم الجدران والضوضاء والقذارة. وقد وُجد أن سياق الجوار مؤثر بصفة خاصة فيما يخص الشباب الذين يعيشون في المناطق الحضرية المنخفضة الدخل بسبب ارتفاع مستوى التعرض لأنشطة المخدِّرات والفوضى والعنف في أحيائهم، وجميعها عوامل يمكن أن تؤثر في تعاطي مواد الإدمان في أوساط الشباب.[157،158] وهناك أيضاً الكثير من جوانب التصميم المادي للبيئة التي يمكن أن تلحق الضرر بالتطور الشامل للشباب وعلاقاتهم الاجتماعية وتؤدي إلى ارتكاب الجريمة وتعاطي مواد الإدمان.[159،160]

تقترن المباني المتضررة والمهجورة، ويسر الحصول على الكحوليات وغيرها من المخدِّرات، والتحضر، والأحياء المحرومة بالمخدِّرات والجريمة والعنف والحوادث.

ويتمثل جانب آخر من جوانب البيئة المادية التي يمكن أن تضر التطور الشامل في ارتفاع مستوى التعرض للمواد السامة مثل المعادن الثقيلة أو الكحول في الرحم أو الرصاص أو الكادميوم أو الزئبق أو المنغنيز أو الزرنيخ. وخلال فترة ما قبل الولادة والطفولة المبكرة، تبين أن هذا التعرض يرتبط بشدة وباستمرار بحالات القصور الوظيفي مثل الخلل الإدراكي والاضطرابات النفسية.[161] ويرتبط ذلك التعرض أيضاً بالخطر اللاحق المتمثل في التعاطي الضار لمواد الإدمان، وكذلك الأشكال الأخرى من الأمراض النفسية. وعلى الرغم من شح الأبحاث فيما يتعلق بالارتباط المباشر لذلك التعرض بتعاطي مواد الإدمان، فهو أوثق ارتباطاً بالخواص الشخصية، مثل الاضطرابات النفسية أو الافتقار إلى ضبط الدوافع أو أوجه القصور المعرفي التي يُعرف أنها تزيد من خطر تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار.

١٤٦ Steven P. Schinke, Lin Fang and Kristin C. A. Cole, "Substance use among early adolescent girls: risk and protective factors", Journal of Adolescent Health, vol ٤٣, No. ٢ (٢٠٠٨), pp. ١٩١–١٩٤.

١٤٧ David Magnusson and L. R. Bergman, "A pattern approach to the study of pathways from childhood to adulthood", in Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood, Lee N. Robins and Michael Rutter, eds. (Cambridge, Cambridge University Press, ١٩٩٠), pp. ١٠١–١١٥.

١٤٨ Karina Weichold, Rainer K. Silbereisen and Eva Schmitt-Rodermund, "Short-term and long-term consequences of early versus late physical maturation in adolescents", in Gender Differences at Puberty, Chris Hayward, ed., Cambridge Studies on Child and Adolescent Health Series (New York, Cambridge University Press, ٢٠٠٣), pp. ٢٤١–٢٧٦.

١٤٩ Xiaojia Ge, Rand D. Conger and Glen H. Elder Jr., "Coming of age too early: pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress", Child Development, vol ٦٧, No. ٦ (١٩٩٦), pp. ٣٣٨٦–٣٤٠٠.

١٥٠ Roberta L. Paikoff and Jeanne Brooks-Gunn, "Do parent-child relationships change during puberty?, Psychological Bulletin, vol ١١٠, No. ١ (١٩٩١), pp. ٤٧–٦٦.

١٥١ Lynda M. Sagrestano and others, "Pubertal development and parent-child conflict in low-income, urban, African American adolescents", Journal of Research on Adolescence, vol ٩, No. ١ (٢٠١٠), pp. ٨٥–١٠٧.

١٥٢ Dana L. Haynie, "Contexts of risk? Explaining the link between girls' pubertal development and their delinquency involvement", Social Forces, vol ٨٢, No. ١ (٢٠٠٣), pp. ٣٥٥–٣٩٧.

١٥٣ Xiaojia Ge and others, "It's about timing and change: pubertal transition effects on symptoms of major depression among African American youths", Developmental Psychology, vol ٣٩, No. ٣ (٢٠٠٣), pp. ٤٣٠–٤٣٩.

١٥٤ Dawn Obeidallah and others, "Links between pubertal timing and neighborhood contexts: implications for girls' violent behaviour", Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol ٤٣, No. ١٢ (٢٠٠٤), pp. ١٤٦٠–١٤٦٨.

١٥٥ Elvira Elek, Michelle Miller-Day and Michael L. Hecht, "Influences of personal, injunctive, and descriptive norms on early adolescent substance use", Journal of Drug Issues, vol ٣٦, No. ١ (٢٠٠٦), pp. ١٤٧–١٧٢.

١٥٦ Peter Anderson and Ben Baumberg, Alcohol in Europe: A Public Health Perspective, (London, Institute of Alcohol Studies, ٢٠٠٦).

١٥٧ Anne Buu and others, "Parent, family, and neighborhood effects on the development of child substance use and other psychopathology from preschool to the start of adulthood", Journal of Studies on Alcohol and Drugs, vol ٧٠, No. ٤ (٢٠٠٩), pp. ٤٨٩–٤٩٨.

١٥٨ Sharon F. Lambert and others, "The relationship between perceptions of neighborhood characteristics and substance use among urban African American adolescents", American Journal of Community Psychology, vol ٣٤, Nos. ٣ and ٤ (٢٠٠٤), pp. ٢٠٥–٢١٨.

١٥٩ Tama Leventhal and Jeanne Brooks-Gunn, "The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes", Psychological Bulletin, vol ١٢٦, No. ٢ (٢٠٠٠), pp. ٣٠٩–٣٣٧.

١٦٠ National Research Council and Institute of Medicine, From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development, Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips, eds. (Washington, D.C., National Academies Press, ٢٠٠٠).

١٦١ David C. Bellinger, "A strategy for comparing the contributions of environmental chemicals and other risk factors to neurodevelopment of children", Environmental Health Perspectives, vol ١٢٠, No. ٤ (٢٠٠٢), pp. ٥٠١–٥٠٧.

وتشكل وسائط الإعلام تأثيراً قويًّا على المعايير الاجتماعية والرسائل الأخرى المواتية لتعاطي مواد الإدمان.[162] وينفق المراهقون على وجه الخصوص الكثير من الوقت في استخدام الإنترنت وخدمات الرسائل ووسائط التواصل الاجتماعي، لا سيما على الهواتف الذكية، إلى جانب الترفيه عن أنفسهم باستعمال التلفاز والأفلام ووسائط الإعلام الأخرى. ويسهم تصوير وسائط الإعلام لتعاطي مواد الإدمان باعتباره مبهراً وممتعاً ومريحاً في الشروع في تعاطي المؤثرات النفسانية ومواصلته بين الشباب.[163] ومن حيث الجوهر، يمكن لبعض الرسائل الإعلامية أن تُظهِر تعاطي مواد الإدمان باعتباره سلوكاً معياريًّا، ويمكن أن تغير المواقف إزاء سلامة تعاطي تلك المواد. وقد ارتبطت وسائط التواصل الاجتماعي مراراً بالبدء في تعاطي مواد الإدمان؛[164،165] فعلى سبيل المثال، خلصت دراسة أُجريت في الولايات المتحدة إلى وجود ارتباط بين التعرض للقنَّب في الموسيقى الشعبية والبدء في تعاطيه في أوساط المراهقين.[166]

الدخل والموارد

تشمل التأثيرات الأخرى على المستوى الكلي درجات الفقر الذي يمر به الشباب في مجتمعاتهم المحلية. ذلك أن ثمة مجموعة متزايدة من الأدلة التي جُمعت للمساعدة على فهم الكيفية التي تؤدي بها الظروف العامة في المجتمعات المحلية الفقيرة إلى حالات تأخير أو قصور كبيرة في تطور الأطفال والمراهقين.[167]

وعلى المستوى الفردي، يمكن لتأثير الفقر على الأسر والرعاية الأبوية أن يؤدي إلى آثار ضارة بتطور الأطفال والشباب عن طريق زيادة الضغط النفسي في صفوف الآباء ومقدمي الرعاية، والحد من قدرتهم على الاستثمار في التعلم والفرص التعليمية وتقليص قدرتهم على أن يكونوا والدين يتسمان بالمشاركة والصبر والاستجابة والرعاية تجاه أطفالهم.[168] وتمثل هذه الظروف - سواء على المستوى الفردي أو من خلال تفاعلها - عوامل خطر فيما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان.[169] ويزداد الاحتمال بأن تتسم بيئة رعاية الأطفال في الأسر ذات الدخل المنخفض بعدم الانتظام والخلو من أشكال الحفز والدعم المناسبة، مما يهيئ الظروف المنطوية على ضغط نفسي بالنسبة للأطفال.[170،171] ويؤدي الضغط النفسي في سياق بيئة محرومة وغير داعمة إلى إعاقة النمو والاستجابات الفيزيولوجية للمواقف المجهِدة، وزيادة خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الإجهاد الناتج عن صدمة وتقويض تطور مهارات التنظيم الذاتي، وجميعها عوامل تزيد من التعرض لتعاطي مواد الإدمان.

ويتعرض الشباب الذين يعانون من الفقر المدقع أو الافتقار إلى الموارد إلى مجموعة من العوامل البيئية والصحية، بما في ذلك التشرد والارتباط بالشوارع والتعرض للمواد السامة والعمل في سن مبكرة. ونتيجة لذلك، تزداد معدلات المشاكل السلوكية والنفسية، بما فيها تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار في أوساط هؤلاء الشباب.[172،173] ومن حيث الآثار على الوقاية، فإن الرعاية العالية الجودة تخفف من آثار الفقر على نمو الطفل،[174] ولا سيما بالنسبة للفتيات.[175] ويمكن لزيادة توافر الخدمات المتاحة للأطفال المحرومين أن تعزز قدرتهم على تطوير المهارات التي من شأنها تحسين فرصهم للنجاح في المدرسة والحياة ومكافحة العديد من عوامل الخطر فيما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان.[176]

من بين عوامل الخطر الرئيسية فيما يتعلق بتعاطي مواد الإدمان في الأحياء الفقيرة ما يلي:

- ارتفاع نسبة الأسر القائمة على أحد الوالدين
- الفصل العنصري وعدم المساواة على أساس العرق أو الجنس أو الخصائص الأخرى
- التشرد
- الانتقالية وسوء التغذية
- سوء تجهيز المدارس وضعف تدريب المعلمين
- ارتفاع مستويات إيذاء الأطفال ووفيات الرضّع
- ارتفاع معدلات الانقطاع عن الدراسة والفشل الدراسي والجريمة والجنوح والأمراض العقلية

١٦٢ Emily C. Feinstein and others, "Addressing the critical health problem of adolescent substance use through health care, research, and public policy", Journal of Adolescent Health, vol. ٥٠, No. ٥ (٢٠١٢), pp. ٤٣١–٤٣٦.

١٦٣ المرجع نفسه.

١٦٤ Chrstine McCauley Ohannessian and others, "Social media use and substance use during emerging adulthood", Emerging Adulthood, vol. ٥, Issue ٥ (٢٠١٧), pp. ٣٦٤–٣٧٠.

١٦٥ Caitlin R. Costello and Danielle E. Ramo, "Social media and substance use: what should we be recommending to teens and their parents?", Journal of Adolescent Health, vol. ٦٠, Issue ٦ (٢٠١٧) pp. ٦٢٩–٦٣٠.

١٦٦ Brian A. Primack and others, "Exposure to cannabis in popular music and cannabis use among adolescents", Addiction, vol. ١٠٥, (٢٠٠٩), pp. ٥١٥–٥٢٣.

١٦٧ Clancy Blair, "Stress and the development of self-regulation in context", Child Development Perspectives, vol. ٤, No. ٣ (٢٠١٠), pp. ١٨١–١٨٨.

١٦٨ Kenneth R. Ginsburg, "The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds", Pediatrics, vol. ١١٩, No. ١ (٢٠٠٧), pp. ١٨٢–١٩١.

١٦٩ Aurora P. Jackson and others, "Single mothers in low-wage jobs: financial strain, parenting, and preschoolers' outcomes", Child Development, vol. ٧١, No. ٥ (٢٠٠٠), pp. ١٤٠٩–١٤٢٣.

١٧٠ Gary W. Evans, "The environment of childhood poverty", American Psychologist, vol. ٥٩, No. ٢ (٢٠٠٤), pp. ٧٧–٩٢.

١٧١ Rena L. Repetti, Shelley E. Taylor and Teresa E. Seeman, "Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring", Psychological Bulletin, vol. ١٢٨, No. ٢ (٢٠٠٢), pp. ٣٣٠–٣٦٦.

١٧٢ H. Meltzer and others, "Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood", European Psychiatry, vol. ٢٦, No. ٨ (٢٠١١), pp. ٤٩٨–٥٠٣.

١٧٣ Nada and Suliman, "Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt".

١٧٤ Gary W. Evans, John Eckenrode and Lyscha A. Marcynyszyn, "Chaos and the macrosetting: the role of poverty and socioeconomic status", in Chaos and its Influence on Children's Development: An Ecological Perspective, Gary W. Evans and Theodore D. Wachs, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association, ٢٠١٠), pp. ٢٢٥–٢٣٨.

١٧٥ Karol L. Kumpfer and others, "Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program", Evaluation and the Health Professions, vol. ٣١, No. ٢ (٢٠٠٨), pp. ٢٢٦–٢٣٩.

١٧٦ Angela Hudson and Karabi Nandy, "Comparisons of substance abuse, high-risk sexual behavior and depressive symptoms among homeless youth with and without a history of foster care placement", Contemporary Nurse, vol. ٤٢, No. ٢ (٢٠١٤), pp. ١٧٨–١٨٦.

الجدول ٣: موجز مراحل تعاطي مواد الإدمان وظروف الصحة العقلية والبدنية المرتبطة بها

المادة	الظروف البدنية/الطبية	اضطرابات الصحة العقلية/النفسية
المراهقة		
الكحول القنَّب التبغ المستنشقات مخدِّرات العلاج النفسي • الأمفيتامينات • المؤثرات الأفيونية/مسكنات الآلام	الإصابات العرَضية • حوادث السيارات • الحوادث العنف البدني/الجنسي التسمم/الجرعات المفرطة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي مشاكل الجهاز التنفسي • الربو التشخيصات المرتبطة بالألم	الأفكار/السلوكيات الانتحارية الاضطرابات الداخلية • الاكتئاب • القلق الاضطرابات الخارجية • اضطراب التحدي المعارض • اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط • اضطراب التصرف
البلوغ		
الكحول القنَّب التبغ مخدِّرات العلاج النفسي • المؤثرات الأفيونية/مسكنات الآلام • المهدئات/البنزوديازيبينات الكوكايين/"الكراك" الهيروين الميثامفيتامين	التسمم/الجرعات المفرطة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أمراض السرطان أمراض القلب/ارتفاع ضغط الدم/السكتة الدماغية الأمراض الإنجابية/تشوه الأجنة السكري مشاكل الجهاز التنفسي • الربو • الالتهاب أضرار/أمراض الكبد	الأفكار/السلوكيات الانتحارية اضطرابات المزاج • الاكتئاب • الاضطراب الثنائي القطب من النوعين الأول والثاني اضطرابات القلق • اضطراب الهلع • الاضطرابات الإجهادية اللاحقة للصدمة • الرهاب الاجتماعي والمحدد • اضطراب القلق العام اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
البلوغ المتأخر		
الكحول مخدِّرات العلاج النفسي • المؤثرات الأفيونية/مسكنات الآلام • المهدئات/البنزوديازيبينات • الأمفيتامينات القنَّب التبغ	الإصابات العرَضية تليف الكبد النوبة القلبية/السكتة الدماغية الأرق أمراض السرطان السكري	الأفكار/السلوكيات الانتحارية الاكتئاب/الحزن اضطرابات القلق • الرهاب الاجتماعي والمحدد • اضطراب القلق العام الأرق

المصدر: T. M. Schulte and Y. Hser, "Substance use and associated health conditions throughout the lifespan", Public Health Review, vol. ٣٥, No. ٢ (٢٠١٤).

التمييز والإقصاء الاجتماعي

يتمثل عامل آخر من العوامل التي يتأثر بها تطور الطفل في التمييز والإقصاء الاجتماعي اللذين ينشآن عن المنظورات الهيكلية والثقافية. وتؤدي أوجه عدم المساواة الهيكلية إلى نتائج تعليمية وصحية وسلوكية سلبية، وهي تنتج إلى حد كبير من التفاوت في سبل الحصول على الاحتياجات الأساسية مثل التغذية الكافية والسكن الجيد والمدارس الجيدة، وكذلك زيادة التعرض للسموم والمخاطر البيئية. وتؤدي صعوبة الحصول على الخدمات والدعم الاجتماعي والافتقار إلى الكفاءة الجماعية في الجوار إلى تفاقم المشكلة.[177،178] ومما يضيف إلى التحدي الافتقارُ إلى استراتيجيات التكيف الفعالة التي كثيراً ما تصنِّف الأطفال المحرومين. وغالباً ما تتفاقم هذه المشاكل لدى الأفراد الذين لهم صفة اللاجئ أو المهاجر.[179] وقد وُصفت مجموعة من أشكال تعاطي مواد الإدمان في التسعينات من القرن العشرين في بيئات مختلفة في أوساط الشباب والبالغين الذين لهم صفة اللاجئ: مضغ القات في أوساط اللاجئين الصوماليين المتضررين من النزاعات، وتعاطي المؤثرات الأفيونية في أوساط اللاجئين الأفغان في إيران (جمهورية-الإسلامية) وباكستان، والتعاطي غير الطبي للبنزوديازيبينات في أوساط المشردين في البوسنة والهرسك، وتعاطي الميثامفيتامين في أوساط اللاجئين من ميانمار في تايلند.[180]

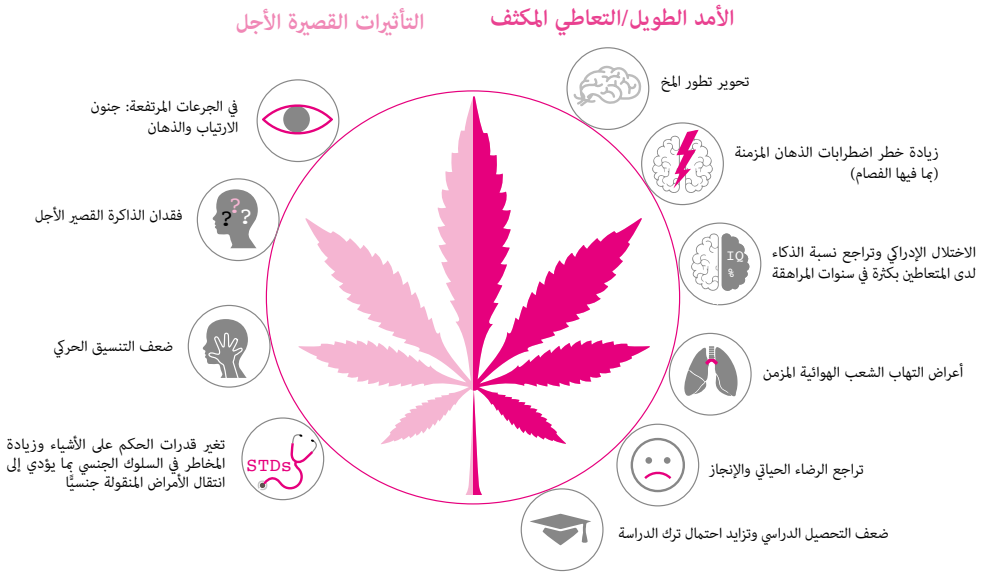
١٧٧ Candice L. Odgers and others, "Supportive parenting mediates widening socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages ٥ to ١٢", Development and Psychopathology, vol. ٢٤, No. ٣ (٢٠١٢), pp. ٧٠٥–٧٢١.

١٧٨ Fay Saechao and others, "Stressors and barriers to using mental health services among diverse groups of first-generation immigrants to the United States", Community Mental Health Journal, vol. ٤٨, No. ١ (٢٠١٢), pp. ٩٨–١٠٦.

١٧٩ India J. Ornelas and Krista M. Perreira, "The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA", Social Science and Medicine, vol. ٧٣, No. ٨ (١٩٨٢), pp. ١١٦٩–١١٧٧.

١٨٠ Nadine Ezard and others, "Six rapid assessments of alcohol and other substance use in populations displaced by conflict", Conflict and Health, vol. ٥, No. ١ (٢٠١١).

النتائج الصحية السلبية للقنَّب



المصدر: Nora D. Volkow and others, "Adverse health effects of marijuana use", New England Journal of Medicine ٣٧٠(٢٣) (٢٠١٤), pp. ٢٢١٩–٢٢٢٧.

العواقب بالنسبة للشباب الذين يتعاطون المخدِّرات

تشير الأبحاث المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان لدى المراهقين والشباب إلى أن التعاطي المزمن لتلك المواد يرتبط بأوجه قصور في مجالات تشمل الصحة البدنية والوظائف الإدراكية والتحصيل العلمي والحالة النفسية، إلى جانب الإعاقة الشاملة للقدرات والعلاقات الاجتماعية.[181] ومن البديهي أن مشاكل الصحة البدنية التي يتعرض لها الشباب من متعاطي المخدِّرات تشمل زيادة مخاطر الجرعات المفرطة والإصابة العرَضية مثل حوادث السيارات أو السقوط، ومحاولات الانتحار. وقد بينت دراسة وطنية واسعة النطاق على ٣٨٥ ٨٥٦ شخصاً أُدخلوا بسبب اضطرابات ناشئة ن تعاطي المخدِّرات إلى مرافق علاج مموَّلة من القطاع العام في الولايات المتحدة أن ٢٨ في المائة من المجيبين كانوا يعانون من أمراض نفسية مختلطة.[182] ومن الممكن أيضاً لتعاطي مواد الإدمان بانتظام أن يؤثر بقوة في التطور العصبي، وهو ما يمكن أن يعرقل الأداء الأكاديمي والوظائف الإدراكية أثناء المراهقة، وأن يؤدي إلى خلل في المجالات الاجتماعية والوظيفية في مرحلة لاحقة من الحياة.[183]

ورغم أن من الواضح أن العديد من هذه المشاكل الصحية ناتج عن تعاطي مواد الإدمان، هناك مشاكل أخرى، مثل العجز المعرفي واضطرابات الصحة العقلية لدى المتعاطين المزمنين، قد تكون سابقة على تعاطي مواد الإدمان، وإن أشير إليها في أحيان كثيرة باعتبارها من نتائجه. ويُعتبر فك سوابق تعاطي مواد الإدمان عن عواقبه أحد أهم التحديات الأساسية في هذا المجال، حيث ترتبط أهم العواقب فيما يخص الوقاية من تعاطي مواد الإدمان بمرحلة المراهقة.

ومع ذلك، فإن تعاطي مواد الإدمان لدى المراهقين، وخصوصاً من هم في مرحلة المراهقة المبكرة، مصدر قلق خاص بالنظر إلى الأدلة التي تشير إلى أن المواد ذات التأثير النفساني يكون تأثيرها على المراهقين أكبر من البالغين.[184] ويُرجَّح أن تكون التباينات المرتبطة بالسن في الاستجابات للمخدِّرات ناتجة عن الفروق في الآثار الصيدلانية لمواد الإدمان على نظم الدماغ التي لا تزال قيد الإنشاء، مثل نظام المكافأة في الدماغ. وقد تكون لهذه الاختلافات آثار معتبرة على المراهقين الذين يُبدون حساسية محدودة تجاه مختلف مواد الإدمان، حيث يزداد ميلهم إلى استهلاك كميات أكبر وأكثر تنوعاً من المخدِّرات بما يُلحق ضرراً بتطور جهازهم العصبي.[185]

١٨١ Robert J. Johnson and Howard B. Kaplan, "Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes", Journal of Health and Social Behavior, vol. ٣١, No. ٣ (١٩٩٠), pp. ٢٧٧–٢٩١.

١٨٢ Noa Krawczyk and others, "The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a U.S. national sample". Drug and Alcohol Dependence, vol ١٧٥ (June ٢٠١٧), pp. ١٥٧–١٦٣.

١٨٣ Kim T. Mueser and others, "Antisocial personality disorder in people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: clinical, functional, and family relationship correlates", Psychosis, vol. ٤, No. ١ (٢٠١٢), pp. ٥٢–٦٢.

١٨٤ Nicole L. Schramm-Sapyta and others, "Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models", Psychopharmacology, vol. ٢٠٦, No. ١ (٢٠٠٩), pp. ١–٢١.

١٨٥ المرجع نفسه.

ورغم وجود مزاعم بأن التعاطي المزمن لمواد الإدمان قد يُلحِق ضرراً دائماً بالدماغ، فإن الأدلة المستقاة من الدراسات البشرية تشير إلى أن الأمر غير محسوم.[186] وقد يعزى هذا الغموض جزئيًّا إلى المنهجيات المستخدمة في تقييم النتائج المحتملة لتعاطي مواد الإدمان على عملية التطور. ومع ذلك، تشير الأدبيات إلى أنه قد يكون هناك علاقة بين الجرعة والاستجابة فيما بين تعاطي مواد الإدمان والعجز المعرفي بما يوفر بعض الدعم للتغيرات الناجمة عن تلك المواد، ولا سيما فيما يتعلق بالذاكرة والعناية والوظائف التنفيذية.[187] وتشير الدراسات التي تشمل الأفراد الذين شرعوا في تعاطي مواد الإدمان في مرحلة المراهقة إلى أنهم عانوا من أوجه قصور مستمرة في مرحلة البلوغ، مع تسجيل عجز معرفي بعد مرور ١٠ سنوات، حتى لدى من تركوا تعاطي المخدِّرات، وإن زاد ذلك المعدل لدى من واصلوا تعاطيها.[188]

ومن دواعي القلق المتزايد أن تعاطي مواد الإدمان المتعددة منتشر على نطاق واسع، وهو يمثل تحدياً رئيسيًّا لجهود الوقاية والعلاج. وينطوي تعاطي المخدِّرات المتعددة على قدر أكبر من المخاطر الصحية والآثار السلبية، إلى جانب سوء نتائج التدخلات المتحصل عليها في أوساط المتعاطين.

وتتفاعل الآثار المباشرة للتعاطي الضار لمواد الإدمان على دماغ المراهقين ديناميًّا مع السياقات الاجتماعية والبيئية التي يتعرض لها المتعاطون، مما يزيد من خطر النتائج السيئة في العديد من المجالات الوظيفية. وتزداد البطالة ومشاكل الصحة البدنية وتفكك العلاقات الاجتماعية ونسبة التعرض للحوادث والميول والسلوكيات الانتحارية والأمراض العقلية، بل وانخفاض العمر المتوقع، بسبب تعاطي المخدِّرات في مرحلة المراهقة، ولا سيما عندما تستمر في مرحلة البلوغ.[189،190] ويؤثر التعاطي الضار لمواد الإدمان على الناس كافة في حياة الفرد، وكذلك المجتمع ككل من خلال التكاليف المرتبطة بمشاكله الاجتماعية ومشاكله الخاصة بالصحتين البدنية والعقلية.[191] وتزيد الآثار التراكمية والتفاعلية للتعاطي الضار للمخدِّرات من تقويض المكانة الاجتماعية والاقتصادية للشباب، ونوعية الرعاية الأبوية التي يوفرونها، وقدرتهم على إقامة علاقات داعمة بإيجابية وقدرتهم على الحفاظ على الوظيفة، مما يواصل تكريس تعاطيهم لمواد الإدمان.[192]

عواقب تعاطي مقدمي الرعاية لمواد الإدمان بالنسبة إلى الأطفال والمراهقين

يتعرض الأطفال والمراهقون الذين يعاني مُراعوهم من اضطرابات ناشئة عن تعاطي مواد الإدمان لضرر كبير من حيث سلامتهم وصحتهم العقلية والبدنية واستعدادهم للالتحاق بالمدرسة.[193،194] ذلك أنهم يمكن أن يتعرضوا مباشرة للمواد الخطرة، كما أن قدرة مُراعيهم على الإشراف على تطورهم وتعزيزه على النحو المناسب يمكن أن تتضاءل نتيجة للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات. ويتسم الأطفال المتضررون من تعاطي الوالدين لمواد الإدمان بارتفاع مستويات الأعراض الخارجية مثل اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، والأعراض الداخلية من قبيل الاكتئاب أو القلق أو الاضطرابات الإجهادية اللاحقة للصدمة، وهي عوامل خطر رئيسية فيما يخص مسارات التطور الضارة.[195] ومع اقتراب الأطفال المعرضين لتعاطي مقدمي الرعاية الضار لمواد الإدمان من سن المراهقة، فإنهم كثيراً ما يُبدون هم أنفسهم مظاهر البداية المبكرة لتعاطي مواد الإدمان،[196،197] ونوبات السكر المبكرة،[198] والإسراف في تناول الكحوليات،[199] واحتمالًا أكبر بكثير للإصابة باضطرابات تعاطي مواد الإدمان في سن أصغر من نظرائهم.[200] وفي الواقع، فإن تعرض الأطفال لتعاطي مقدمي الرعاية الضار لمواد الإدمان يهدد قدرتهم على استيفاء المعالم التطورية. ذلك أنهم يواجهون خطراً أكبر بكثير من حيث الفشل الدراسي، ومشاكل مستعصية من حيث السلوك والصحة العقلية، والإجرام، والعجز عن الانضمام إلى القوة العاملة.[201،202،203]

١٨٦ Nadia Solowij and Robert Battisti, "The chronic effects of cannabis on memory in humans: a review", Current Drug Abuse Reviews, vol. ١, No. ١ (٢٠٠٨), pp. ٨١–٩٨.

١٨٧ Thomas Lundqvist, "Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions", Pharmacology Biochemistry and Behavior, vol. ٨١, No. ٢ (٢٠٠٥), pp. ٣١٩–٣٣٠.

١٨٨ Karel L. Hanson and others, "Impact of adolescent alcohol and drug use on neuropsychological functioning in young adulthood: ١٠-year outcomes", Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, vol. ٢٠, No. ٢ (٢٠١١), pp. ١٣٥–١٥٤.

١٨٩ Dieter Henkel, "Unemployment and substance use: a review of the literature (١٩٩٠–٢٠١٠)", Current Drug Abuse Reviews, vol. ٤, No. ١ (٢٠١١), pp. ٤–٢٧.

١٩٠ WHO, Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. متاح في: http://apps.who.int/adolescent/second-decade.

١٩١ Steve Sussman, Silvana Skara and Susan L. Ames, "Substance abuse among adolescents", Substance Use and Misuse, vol. ٤٣, Nos. ١٢ and ١٣ (٢٠٠٨), pp. ١٨٠٢–١٨٢٨.

١٩٢ "Comorbidity: addiction and other mental illnesses".

١٩٣ Sonja Bröning and others, "Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review", Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy, vol. ٧, No. ٢٣ (٢٠١٢).

١٩٤ Center for Children's Justice, "Pennsylvania's heroin and opioid 'epidemic' jeopardizes early childhood", Children's justice and advocacy report, ٢٠١٦. متاح في: www.c٤cj.org.

١٩٥ Ricardo Velleman and Lorna Templeton, "Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children", Advances in Psychiatric Treatment, vol. ١٣, No. ٢ (٢٠٠٧), pp. ٧٩–٨٩.

١٩٦ Geary S. Alford, Ernest N. Jouriles and Sara C. Jackson, "Differences and similarities in the development of drinking behavior between alcoholic offspring of alcoholics and alcoholic offspring of nonalcoholics", Addictive Behavior, vol. ١٦, No. ٥ (١٩٩١), pp. ٣٤١–٣٤٧.

١٩٧ Emily F. Rothman and others, "Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers", Pediatrics, vol. ١٢٢, No. ٢ (٢٠٠٨), pp. ٢٩٨–٣٠٤.

١٩٨ Thomas McKenna and Roy Pickens, "Alcoholic children of alcoholics", Journal of Studies on Alcohol and Drugs, vol. ٤٢, No. ١١ (١٩٨١), pp. ١٠٢١–١٠٢٩.

١٩٩ Elissa R. Weitzman and Henry Wechsler, "Alcohol use, abuse and related problems among children of problem drinkers: findings from a national survey of college alcohol use", Journal of Nervous and Mental Disease, vol. ١٨٨, No. ٣ (٢٠٠٠), pp. ١٤٨–١٥٤.

٢٠٠ Andrea Hussong, Daniel Bauer and Laurie Chassin, "Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents", Journal of Abnormal Psychology, vol. ١١٧, No. ٣ (٢٠٠٨), pp. ٦٣–٧٨.

٢٠١ Dennis C. Daley, "Family and social aspects of substance use disorders and treatment", Journal of Food and Drug Analysis, vol. ٢١, No. ٤ (٢٠١٣), pp. S٧٣–S٧٦.

٢٠٢ Jeanne Whalen, "The children of the opioid crisis", Wall Street Journal, updated ١٥ December ٢٠٠٦.

٢٠٣ "Chris Elkin, "Born to do drugs: overcoming a family history of addiction", ١٠ February ٢٠١٦. مُتاح في: www.drugrehab.com.

وتتأثر العلاقة بين استعمال تعاطي أحد الوالدين الضار لمواد الإدمان ونتائج أحد الأطفال من حيث تعاطي مواد الإدمان جزئيًا بإهمال الوالدين[204] الذي يجعل المسار التطوري يميل نحو هذه النتائج. وتنتقل المخاطر من خلال الآثار المباشرة للرعاية الأبوية المهمِلة والسيئة وكذلك سوء الظروف المعيشية السائدة، مثل العلاقات الشخصية غير الداعمة والأسر المعيشية غير المنظمة.

ومن العوامل الأخرى المترابطة الإصابة المتزامنة باضطرابات الصحة العقلية لدى الأفراد المصابين باضطرابات تعاطي مواد الإدمان، وهو ما يعيق قدرة مقدمي الرعاية على تقديم الرعاية الأبوية والدعم المناسبيْن من أجل التطور الصحي للطفل.[205،206] وقد ثبت مراراً أن تلك الحالات مؤشر قوي على تعاطي مواد الإدمان في سن المراهقة لدى أطفال الأفراد المتضررين.[207،208]

ومما يفاقم المشكلة تفشي سوء المعاملة والفقر والعنف المجتمعي وظروف السكن السيئة التي يمر بها الأطفال الذين يعاني رعاتهم من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدِّرات، وإن تعذَّر تعميم هذا السيناريو.[209] وللصدمة النفسية للتعرض لمثل تلك الظروف نفس الأثر العميق للضرر الذي يلحقه المصابون باضطرابات تعاطي مواد الإدمان بالصحة البدنية للأطفال. وتشمل مشاكل الصحة العقلية والسلوكية المتعلقة بالإدمان الأكثر تواتراً والأطول أجلاً التي يواجهها الأطفال الاضطرابات الإجهادية اللاحقة للصدمة والاكتئاب والقلق والسلوكيات الخارجية مثل العدوان والتعاطي الضار لمواد الإدمان والعديد من ردود الفعل غير التكيُّفية الأخرى.

ومن السمات الشائعة الأخرى لتعاطي الآباء الضار لمواد الإدمان التعرض لتلك المواد قبل الولادة، وهو ما يُعتبر آلية مباشرة ووسيطة على السواء. فقد تبين أن التعرض لدخان السجائر قبل الولادة وفي سن مبكرة يزيد من ميل الأطفال للتدخين واحتمال أن يصبحوا مرتهنين للنيكوتين وأن يعتمدوا سلوكيات خارجية، مثل مشاكل السلوك (العدوان مثلاً)، وأن تظهر عليهم أعراض داخلية، مثل الاكتئاب والقلق.[210،211] ويرتبط التعرض للمخدِّرات والكحول قبل الولادة بمشاكل سلوكية لاحقة في الطفولة والمراهقة، بما في ذلك تعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار في نهاية المطاف.[212،213] ويبدو أن الكيفية التي يؤثر بها التعرض لمواد الإدمان قبل الولادة في الأطفال تتمثل في التغيرات المرتبطة بالرقابة الذاتية والمكافأة والحفز في النظم العصبية للجنين، نتيجة لخصائص مادة أو مواد الإدمان التي تتعاطاها الحوامل. وتميل الآثار المترتبة على هذه الأنواع من التعرض في مرحلة ما قبل الولادة على الصحة العقلية والسلوك إلى مفاقمة أي قابلية قائمة من قبل لتعاطي مواد الإدمان والإصابة بالاضطرابات الناجمة عنه.

فهم المسارات التفاضلية صوب تعاطي مواد الإدمان والانعكاسات على الوقاية والسياسات

من المعروف جيداً أن الأفراد الذين يتعرضون للشدائد كأطفال أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات عند البلوغ.[214] ويتجاهل الاعتقادُ الخاطئ الحالي بأن الأفراد يتساوون في مدى تعرضهم لتعاطي مواد الإدمان وتعاطيها الضار الأدلةَ العلمية التي أظهرت دوماً تباين الميول لدى الأفراد. وتعيق هذه المعتقدات الشائعة تطبيق الحلول الفعالة والمحددة الأهداف. ويلاحَظ أن ظروف مسار الحياة المتعددة التي تؤثر فيما إذا كان الفرد سيواجه مشكلة خطيرة فيما يتعلق بمواد الإدمان قابلةٌ للتغير، وكثيراً ما تكون قابلة للوقاية منها. ويمكن تعزيز شروط الحماية، في حين يمكن تخفيف العوامل الضارة، بل ومنعها.

٢٠٤ Marija G. Dunn and others, "Origins and consequences of child neglect in substance abuse families", Clinical Psychology Review, vol ٢٢, No. ٧ (٢٠٠٢), pp. ١٠٦٣–١٠٩٠.

٢٠٥ Kimberlie Dean and others, "Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder", Archives of General Psychiatry, vol. ٦٧, No. ٨ (٢٠١٠), pp. ٨٢٢–٨٢٩.

٢٠٦ Kathleen R. Merikangas, Lisa C. Dierker and Peter Szatmari, "Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study", Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol ٣٩, No. ٥ (٢٠٠٣), pp. ٧١١–٧٢٠.

٢٠٧ S. N. Madu and M. P. Matla, "Correlations for perceived family environmental factors with substance use among adolescents in South Africa, Psychological Reports, vol. ٩٢, No. ٢ (٢٠٠٣), pp. ٤٠٣–٤١٥.

٢٠٨ D. De Micheli and M. L. Formigoni, "Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns?", Addictive Behaviors, vol ٢٧, No. ١ (٢٠٠٢), pp. ٨٧–١٠٠.

٢٠٩ Child Welfare Information Gateway, "Parental substance use and the child welfare system", Bulletins for Professionals Series (October ٢٠١٤). متاح في: www.childwelfare.gov.

٢١٠ Marie D. Cornelius and others, "Long-term effects of prenatal cigarette smoke exposure on behavior dysregulation among ١٤-year-old offspring of teenage mothers", Maternal and Child Health Journal, vol ١٦, No. ٣ (٢٠١٢), pp. ٦٩٤–٧٠٥.

٢١١ Brian J. Piper and Selena M. Corbett, "Executive function profile in the offspring of women that smoked during pregnancy", Nicotine and Tobacco Research, vol ١٤, No. ٢ (٢٠١٢), pp. ١٩١–١٩٩.

٢١٢ Jennifer A. DiNieri and others, "Maternal cannabis use alters ventral striatal dopamine D٢ gene regulation in the offspring", Biological Psychiatry, vol ٧٠, No. ٨ (٢٠١١), pp. ٧٦٣–٧٦٩.

٢١٣ Thitinart Sithisarn, Don T. Grangerand and Henrietta S. Bada, "Consequences of prenatal substance use", International Journal of Adolescent Medicine and Health, vol. ٢٤, No. ٢ (٢٠١١), pp. ١٠٥–١١٢.

٢١٤ Diana H. Fishbein and Ty A. Ridenour, "Advancing transdisciplinary translation for prevention of high-risk behaviors: introduction to the special issue", Prevention Science, vol ١٤, No. ٣ (٢٠١٣), pp. ٢٠١–٢١٥.

الشباب وسلسلة الإمداد

يمكن للشباب أن يتأثروا، لا بتعاطي المخدِّرات فحسب، بل أيضاً بزراعة المحاصيل وإنتاج المخدِّرات والاتجار بها بطريقة غير مشروعة. وبالمثل، يمكن للتعرض لهذه الأنشطة المختلفة أن تكون له آثار طويلة الأجل فيما يتعلق بالشباب وآفاقهم المستقبلية. وتناقَش بعض هذه الأنشطة في هذا القسم الفرعي.

المعلومات بشأن إشراك الشباب في سلسلة إمداد المخدِّرات محدودة وتقتصر، في معظم الحالات، على التقارير الإعلامية. وبناءً على ذلك، فقد استُخدمت المصادر الإعلامية، إضافةً إلى تقارير أخرى، في تسليط الضوء على القضايا المتعلقة بالشباب بدلاً من الاعتماد كليًّا على الأدلة المستمدة من البحوث.

زراعة المحاصيل وصنع المخدِّرات بطريقة غير مشروعة

زراعة خشخاش الأفيون

لا تزال أفغانستان أكبر منتج للأفيون في العالم، حيث تمكنت جماعات متمردة مثل طالبان من توليد إيرادات معتبرة عن طريق فرض ضرائب على المخدِّرات التي تمر عبر المناطق التي تسيطر عليها.[215] وتفيد منافذ إعلامية بأن المزارعين المستقلين الشباب الذين يشهدون هذه "التجارة المربحة" يحاولون هم أيضاً الانخراط فيها.[216] ويعمل فتيان لا يتجاوزون السادسة من العمر في الحقول حيث يحصدون خشخاش الأفيون ويجمعون الأفيون الذي سيُستخدم في إنتاج الهيروين. وأُبلغ عن حالات لمزارعين غير قادرين على تسديد القروض المؤمَّنة لزراعة الأفيون مما يدفعهم إلى عقد الزيجات المرتَّبة للأطفال. وفي تلك الحالات، تعرض الأسر بناتها للزواج من رجال أكبر منهن سنًّا في الغالب أو العيش بعيداً عن شبكة الدعم التي نشأن ضمنها على سبيل السداد أو بسبب العجز عن دعمهن ماليًّا.[217]

وفي ميانمار، يُعتقد أن نحو ١,٣ مليون طفل دون الرابعة عشرة من العمر هم من العمال الأطفال، وفقاً لإحصاءات صادرة عن وزارة العمل والهجرة والسكان، ونقلتها وسائط الإعلام.[218] وتشمل بعض المهن المبلَّغ عنها بالنسبة للعمال الأطفال إنتاج المخدِّرات والاتجار بها. ويُحتمل أن يقع تأثير متموج على تعليم هؤلاء الأطفال حيث إن ذويهم عادةً ما يَعتبرون المستوى الأساسي من الإلمام بالقراءة والكتابة والحساب كافياً.[219]

وخلال العقد الماضي، قامت عصابات المخدِّرات والجماعات الإجرامية المنظمة في المكسيك بإزاحة السكان الأصليين على نحو متزايد لا من أراضيهم فحسب، بل أيضاً من الشبكات المجتمعية التي ينتمون إليها.[220] ولاحظت العديد من التقارير أن الأطفال والشباب في مناطق معينة تختطفهم جماعات الجريمة المنظمة أو تجبرهم على العمل في زراعة خشخاش الأفيون وإنتاجه والاتجار به.[221،222،223]

زراعة شجيرة الكوكا

في كولومبيا، كثيراً ما استُخدم الأطفال في سن ما بين ٦ أعوام و١٣ عاماً الذين يعيشون في الأماكن المتضررة من النزاع المسلح في مناطق زراعة الكوكا عمالاً في الحقول. وفي بداية العقد الأول من الألفية الثالثة، قُدِّرَ بأن هناك نحو ٠٠٠ ١٨ طفل ومراهق في صفوف الجماعات المسلحة غير المشروعة في كولومبيا، وما لا يقل عن ٠٠٠ ١٠٠ في قطاعات الاقتصاد غير المشروع التي تسيطر عليها تلك الجماعات سيطرة مباشرة.[224] وكان معظم الشباب المجنَّدين قبل سن الثانية عشرة يعانون من الفقر وينتمون إلى مناطق متضررة من العنف. ونشأ بعض هؤلاء الأطفال وهم يعملون مع ذويهم في حصاد الكوكا وفي توزيع عجينة الكوكا.[225]

وهناك عدد كبير من المراهقين والشباب العاملين، الذين يُطلق عليهم اسم raspachines، ممن تُلقى عليهم مسؤولية جمع أوراق الكوكا في بوليفيا (دولة-المتعددة القوميات) وبيرو وكولومبيا. ويترك الشباب من منطقة الأنديز، الذين ينتمي العديد منهم إلى الشعوب الأصلية، أسرهم ومجتمعاتهم المحلية للحصول على الغذاء والملبس والنقل والترفيه. وتُعتبر الأجور في جمع أوراق الكوكا أعلى بكثير من المتوسط فيما يخص الأعمال الزراعية. والكثير منهم أولاد لمزارعين بلا أراض، ويفتقرون إلى التعليم والفرص التي من شأنها عادةً أن تتيح لهم المزيد من الاستقرار والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. ويمثل هؤلاء الشباب الحلقة الأضعف في السلسلة التي يشكلها نظام الصناعات الزراعية للكوكا. وبالنظر إلى أن الأحداث من غير المرجح أن يساءلوا عن جرائمهم، فإنهم أكثر عرضة للعمل المنطوي على مخاطر كبيرة مثل شراء عجينة الكوكا ونقلها.[226،227]

٢١٥ United States, Department of State, International Narcotics Control Strategy Report ٢٠١٧ vol. I, Drug and Chemical Control, (Washington D.C., March ٢٠١٧), pp. ٩٠–٩١.

٢١٦ Franz J. Marty, "Afghanistan's Opium Trade: A Free Market of Racketeers", The Diplomat, ١٩ July ٢٠١٧.

٢١٧ Fariba Nawa, Opium Nation: Child Brides, Drug Lords, and One Woman's Journey Through Afghanistan, (New York, Harper Perennial, ٢٠١١).

٢١٨ Hoogan, "Too young to toil".

٢١٩ المرجع نفسه.

٢٢٠ Alejandra S. Inzunza and José Luis Pardo, "Cartels are displacing an indigenous group that's lived in this Mexican state for centuries", Vice News, ٢٠ May ٢٠١٦.

٢٢١ اتفاقية حقوق الطفل، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الجامع للتقريرين الدوريين الرابع والخامس للمكسيك، CRC/C/MEX/CO/٤-٥.

٢٢٢ Mexico, Gaceta Parlamentaria, año XVI, número ٣٧٥٧-IX, jueves ٢٥ de abril de ٢٠١٣.

٢٢٣ Inter-American Commission on Human Rights, Situation of human rights in Mexico, Organization of American States, December ٢٠١٥.

٢٢٤ Natalia Springer, Como corderos entre lobos: del uso y reclutamiento de niñas, niños y adolescentes en el marco del conflicto armado y la criminalidad en Colombia (Bogotá, Springer Consulting Services, ٢٠١٢), pp. ٢٠–٣٠.

٢٢٥ المرجع نفسه.

٢٢٦ Juan G. Ferro and others, Jóvenes, coca y amapola: un estudio sobre las transformaciones socioculturales en zonas de cultivos ilícitos (Bogotá, Universidad Javeriana, ١٩٩٩), p. ٢٠.

٢٢٧ Colombia, Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos, decree No. ٨٩٦ of ٢٩ May ٢٠١٧.

مزارع القنَّب

تتسم الأبحاث بشأن مشاركة الشباب في زراعة القنَّب بمحدوديتها وتركُّزها في عدد قليل من البلدان الغربية. وبالنظر إلى أن القنَّب يُزرع في كل بلد تقريباً، فإن هذه الأدلة قد تحجب أنماطاً عالمية مختلفة. ففي أيرلندا وكندا والمملكة المتحدة، شهد عدد عمليات زراعة القنَّب، المعروفة باسم "grow-ops"، زيادة كبيرة في السنوات القليلة الماضية.[228،229، 230] وأفادت منافذ إعلامية بأن الشباب في المملكة المتحدة، ومعظمهم متَّجَر بهم من بلدان في آسيا، يُجنَّدون للعمل لمصلحة المنظمات الإجرامية التي تدير هذه المزارع.[231] وغالباً ما يُحبسون بمفردهم ويُجبرون على رعاية النباتات في منازل محوَّلة، عادةً في ظروف بالغة الخطورة. ومن بين المخاطر المذكورة الإصابة، بل والموت، بسبب المعدات الخطيرة والحرائق وأمراض الجهاز التنفسي بسبب العفن والصعق الكهربي والعنف بسبب السطو وحروب العصابات بين المنظمات التي تدير المزارع الداخلية.

وأبلغت المنافذ الإعلامية أيضاً عن أن المهاجرين كثيراً ما يدخلون المملكة المتحدة دون نية زراعة القنَّب. بيد أن زراعة القنَّب التجارية تطرح نفسها بوصفها الخيار البديهي للمهاجرين كي يسددوا الديون الكبيرة للمقرضين الذين يهددون أسرهم في الوطن.[232] وعند مداهمة مزارع القنَّب، قد يلاحَق هؤلاء العمال الشباب ويُدانون ويُسجنون في نهاية المطاف بسبب جرائم ربما أُرغموا على ارتكابها في حين قد يتهرب متَّجروهم من العدالة.[233]

صنع المخدِّرات الاصطناعية

لا تزال أوروبا السوق الأكثر دينامية فيما يخص المخدِّرات الاصطناعية مثل المدما والأمفيتامين وكذلك، وإن بدرجة أقل، الميثامفيتامين، وتضلع جماعات الجريمة المنظمة في المنطقة في صنع تلك المخدِّرات[234] ففي أوروبا، زاد عدد المختبرات المنزلية التي تديرها الجماعات الإجرامية في العقد الماضي، ولا سيما تلك المستخدمة في إنتاج الميثامفيتامين في تشيكيا والمدما في هولندا.[235] وفي آسيا، تستفيد العصابات الإجرامية من القدرات المحدودة لأجهزة إنفاذ القانون على ضبط صنع المخدِّرات مما يعرِّض المجتمعات المحلية لصناعة المخدِّرات غير المشروعة. ومما لا مناص منه أن الأطفال والشباب داخل هذه المجتمعات يصبحون ضالعين في إنتاج المخدِّرات وفي سلسلة إمدادها.[236]

وفي الولايات المتحدة، كانت معظم المختبرات المحلية المضبوطة في عام ٢٠١٦ عبارة عن مختبرات إنتاجية سرية محدودة القدرات تُعرف باسم "one-pots" أو مواقع صنع تُعرف باسم "shake and bakes". وهذه المختبرات يمكن تركيبها في أي مكان: في المساكن الخاصة وغرف الخانات والفنادق والمقطورات وأفنية المخيمات والمنشآت التجارية.[237] وقد يواجه الأطفال الذين يعيشون في هذه المواقع أو يزورونها أو يَحضرون صنع المخدِّرات مخاطر حادة على صحتهم وسلامتهم.[238] وتؤدي سلوكيات الأطفال الصغار المرتبطة بسنّهم، من قبيل المس المتكرر للفم باليد والاتصال المادي ببيئتهم، إلى زيادة احتمالات استنشاقهم مواد كيميائية سامة أو مخدِّرات أو أغذية ملوثة أو امتصاصها أو ابتلاعها.[239]

وفي أستراليا، تقوم عصابات الدراجات النارية المحلية التي تعمل مع جماعات الجريمة المنظمة الرئيسية بصنع الميثامفيتامين البلّوري وتوزيعه. وكثيراً ما تجنِّد هذه الجماعات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١١ و١٥ عاماً لطبخ المادة واستهداف المتعاطين الشباب المحتملين في البلدات الريفية.[240] وما بين عاميْ ٢٠٠٦ و٢٠١٠ في نيوزيلندا، عثرت الشرطة على ٣٨٤ طفلاً في ١٩٩ مختبراً، وصدرت إدانات عن الإهمال أو الإيذاء بحق أشخاص في ١٩ مختبراً. وفي تلك الحالات، كانت أدوات تتعلق بالمخدِّرات تخزَّن في علب الطعام وقوارير الشرب الخاصة بالأطفال.[241] ومنذ عام ٢٠١٢، زاد عدد القُصَّر، في سن السادسة في المتوسط، الذين عُثر عليهم في مختبرات لصنع الميثامفيتامين في نيوزيلندا، وذلك وفقاً للمكتب الوطني للاستخبارات بشأن المخدِّرات.[242]

الشباب في سلسلة الاتجار بالمخدِّرات

يمكن للشباب أن يقعوا في شَرَك الاتجار بالمخدِّرات في أسواق المخدِّرات المحلية والدولية على السواء. بيد أن الأدلة المتاحة بشأن مشاركة الشباب في الاتجار بالمخدِّرات تقتصر على عدد محدود من البلدان وتُستمد من عدد محدود من الدراسات.

وفي بعض الأحيان، يحدد مكان ميلاد الشباب، وكذلك بيئتهم الاجتماعية والاقتصادية، مآلاتهم داخل المنظمات الإجرامية. وإلى جانب الاستغلال، هناك عدة أسباب قد تجعل الشباب يضلعون في توزيع المخدِّرات والاتجار بها. فهم قد يقومون بذلك كتدبير مالي طموح أو في إطار أنشطة أسرهم الاقتصادية الراسخة. وفي حالات أخرى، يُعتقد أن الحرمان الاجتماعي والاقتصادي يزيد من مخاطر ضلوع الشباب في الاتجار بالمخدِّرات من أجل البقاء في بيئة من الفرص المحدودة.[243] وتحدِّد معظم الدراسات في الولايات المتحدة المشاركين الذين يوزعون المخدِّرات كوسيلة لنيل المكاسب الاقتصادية لتعزيز أجورهم الهزيلة. ويضلع الشباب أيضاً في تجارة المخدِّرات غير المشروعة للحصول على المخدِّرات بسهولة أو بسبب تعاطي الوالدين للمخدِّرات أو اتّجارهما بها. كما حُدِّدَ حمل الأسلحة أو الحصول عليها باعتبارهما متغيراً يمكن أن يقود المراهقين إلى الاتجار

٢٢٨ Sue Reed, "Vietnamese child slaves working in UK cannabis factories", Daily Mail, ١٧ December ٢٠١٧.

٢٢٩ Migrant Rights Centre Ireland, "Trafficking for forced labour in cannabis production: the case of Ireland" (Dublin, ٢٠١٥).

٢٣٠ Susan C. Boyd and Connie I. Carter, Killer Weed: Marijuana Grow Ops, Media and Justice (Toronto, Canada, University of Toronto Press, ٢٠١٤), pp. ١٦٧–١٨٠.

٢٣١ Reed, "Vietnamese child slaves working in UK cannabis factories".

٢٣٢ Amelia Gentleman, "Trafficked and enslaved: the teenagers tending UK cannabis farms", The Guardian, ٢٥ March ٢٠١٧.

٢٣٣ "Trafficking for forced labour in cannabis production".

234 Europol, "Business fundamentals: how illegal drugs sustain organised crime in the EU" (2017).

235 EMCDDA, European Drug Report 2017: Trends and Developments, (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2017).

236

٢٣٧ United States, Department of Justice, Drug Enforcement Administration, ٢٠١٧, National Drug Threat Assessment (Washington, D.C., ٢٠١٧).

٢٣٨ المرجع نفسه.

٢٣٩ Karen Swetlow, "Children at clandestine methamphetamine labs: helping meth's youngest victims", OVC Bulletin June ٢٠٠٣ (United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime).

٢٤٠ Caro Meldrum-Hanna, "Crystal meth: former drug lab cook recruited at age ١١ as outlaw motorbike gangs push drugs in rural towns", Four Corners, ٢٠ October ٢٠١٤.

٢٤١ "Children raised in meth labs", New Zealand Herald, ٢ June ٢٠١٣.

٢٤٢ "New Zealand Police Association, "Meth Kids", (٢٠١٣) vol. ٤٦, No. ٢. متاح في: https://www.policeassn.org.nz/newsroom/publications/featured-articles/meth-kids.

٢٤٣ Leah J Floyd and others, "Adolescent drug dealing and race/ethnicity: a population-based study of the differential Impact of substance use on involvement in drug trade", American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol ٣٦, No. ٢ (٢٠١٠), pp. ٨٧–٩١.

بالمخدِّرات.[244] ورغم أن تعريف القصرّ والأحداث يختلف من بلد إلى آخر، فإنهم يخضعون لقوانين وملاحقات وعقوبات مخفَّفة عن الجرائم الجنائية (مقارنةً بالبالغين)، بما في ذلك الجرائم المتصلة بالمخدِّرات، وهو ما يشجع جماعات الجريمة المنظمة على استغلال الشباب للاضطلاع بمختلف المهام ضمن سلسلة إمداد المخدِّرات.

الاتجار بالمخدِّرات في الأسواق المحلية غير العنيفة أو ذات المستوى المتدني من العنف

في العديد من الأماكن، غالباً ما تُجرى المعاملات الخاصة بالمخدِّرات على المستوى المحلي في سياقات تتسم بانخفاض مستوى العنف أو تخلو منه. فعلى سبيل المثال، في إستونيا، تشمل أشيع أسباب تورط الأطفال في الاتجار بالمخدِّرات تأثير الأصدقاء المقربين والأقران، والرغبة في الغنى، والافتقار إلى الدخل البديل، والحاجة إلى المخدِّرات المجانية.[245] وفي المملكة المتحدة، كان عدد الأطفال دون سن السادسة عشرة المقبوض عليهم بتهمة الإمداد بكوكايين "الكراك" أو الهيروين أو الكوكايين في تزايد في السنوات الأخيرة.[246] ذلك أن المتّجرين بالمخدِّرات يتصورون أن الأطفال رخيصون، ويمكن التضحية بهم، وتسهل السيطرة عليهم، وكثيراً ما يكونون قادرين على العمل بعيداً عن أعين الشرطة. وتبيَّن أن مجموعات غير رسمية تُعرف باسم "خطوط المقاطعات"، ليست بالضرورة منظَّمة كعصابات، تتولى إمداد المخدِّرات من مركز حضري إلى الأسواق المحلية في المملكة المتحدة.[247] وتشمل تلك الظاهرة التجنيد القسري للشباب، الذين تتراوح أعمار كثيرين منهم بين ١٣ و١٨ عاماً والذين ربما تراكمت عليهم ديون بسبب المخدِّرات. ويعمل معظم المجنَّدين في مناطق نائية لحساب هذه المجموعات كموزعين أو ناقلين في الشوارع أو من خلال ترتيب الإقامة أو تأجير السيارات أو حجز تذاكر القطار، وغير ذلك من الأنشطة البسيطة. وبهذه الطريقة، تستغل الجماعة الشباب أو الضعفاء لتحقيق تخزين المخدِّرات أو توريدها وحركة العائدات النقدية وتأمين استخدام المساكن. ويسافر قادة الجماعة أو من يستغلونهم من أفراد بشكل منتظم ما بين المركز الحضري وسوق المقاطعة لتجديد المخزون وتسليم المبالغ النقدية.

وقد لا يرغب الضحايا في مواصلة العمل المرتبط بخطوط المقاطعات، غير أنهم يخشون تجريم الذات أو الانتقام. كما أنهم يتعرضون لمستويات مختلفة من الاستغلال، بما في ذلك الأذى البدني والنفسي والجنسي، وأحياناً على مدى فترات طويلة. كما يُهرَّب بعض الأفراد الضعفاء إلى أسواق بعيدة للعمل، ويُستولى على بيوت البعض الآخر (ضمن عملية تسمى "الاستغفال") عن طريق القوة أو الإكراه. ويُغوى العديد من الأطفال بوعد الإيرادات والأصول القيِّمة. كما أُبلغ عن استخدام وسائط التواصل الاجتماعي لتجنيد الأعضاء، وكثيراً ما تضلع الشابات في تجنيد شابات أخريات قد يكنَّ مستضعفات أو يواجهن أزمة.[248]

الاتجار بالمخدِّرات في الأسواق المحلية في السياقات العنيفة

في السياقات المحلية حيث يسود العنف، قد تُلحِق أسواق المخدِّرات الضرر بشكل مباشر بجميع الفاعلين المشاركين في الأنشطة المتصلة بالمخدِّرات، بمن فيهم الشباب.[249]

ففي البرازيل، كثيراً ما يبحث المراهقون والشباب العاملون ضمن شبكات الإمداد بالمخدِّرات عن الإثارة وعن وسيلة للارتباط بالجماعات أو العصابات المحلية. كما يرغبون في استهلاك المخدِّرات غير المشروعة التي يبيعونها أو يتّجرون بها. ويميل المسؤولون إلى الربط بين العوامل الهيكلية التي تتفاقم بسبب الافتقار إلى الموارد المالية أو ضعف البنى الأسرية وانجذاب الأطفال إلى العصابات والاتجار بالمخدِّرات.[250]

وتفضِّل جماعات الجريمة المنظمة والعصابات تجنيد الأطفال والشباب للاتّجار بالمخدِّرات لسببين. الأول هو اللامبالاة المرتبطة بهذه الفئة العمرية، حتى عندما يواجه المنتمون إليها الشرطة أو العصابات المنافسة، والثاني هو الطاعة التي يتحلون بها. ذلك أن الرغبة في الانتماء إلى عصابة وفي نيل التقدير من أعضائها يضفي على الأطفال شعوراً بالطاعة وإرادةً قوية لإطاعة أوامر عصابتهم وقواعدها.[251] وفي الأرجنتين، تباع المخدِّرات في المناطق المحرومة من خلال أسلوب يُعرف باسم menudeo، الذي بموجبه تُصرف المخدِّرات من ملاجئ محصنة (عبارة عن مبان صغيرة وخالية من النوافذ) يعمل بها أحد أعضاء العصابة، غالباً من المراهقين، بل ومن الأطفال. وكثيراً ما يتولى حارس مسلح (soldado) يوظفه المتّجر المحلي حراسة المنطقة.[252]

الأسواق الدولية

كثيراً ما يكون الشباب الضالعون في تجارة المخدِّرات غير المشروعة في الأسواق الدولية جزءاً من جماعات كبيرة للجريمة المنظمة. وهم يُستخدمون بطرق مختلفة لتهريب مواد الإدمان غير المشروعة عبر الحدود. ففي الولايات المتحدة، تستهدف العصابات الشباب الذين يمكنهم عبور الحدود الدولية بصفة قانونية،[253] بينما في بيرو، يسافر حَمَلة حقائب الظهر (mochileros) بشحنات غير مشروعة من الكوكايين إلى نقاط تخزين سرية.[254] وعادةً ما يَستخدم رؤساء عصابات المخدِّرات الأطفال كمراقبين في نقاط السيطرة أو نقاط التفتيش الحدودية.

وعلى الحدود بين الولايات المتحدة والمكسيك، يضلع الكثير من الشباب في الاتجار بالمخدِّرات، حيث يعملون كـ"ناقلين" لحمل المخدِّرات عبر الحدود. وتستهدف مجموعات الاتجار الشباب الذين يمكنهم عبور الحدود بشكل قانوني لأنهم من مواطني الولايات المتحدة الذين قد يعيشون في تيخوانا ويذهبون إلى المدارس في الولايات المتحدة أو الحائزين لبطاقة عبور حدودية. وفي عام ٢٠١٣، قُبض على

٢٤٤ Tatiana Starr Daniels, "What influences some black males to sell drugs during their adolescence", McNair Scholars Journal, vol ١٣. (Sacramento, California State University, ٢٠١٢), pp. ٢١–٣٩.

٢٤٥ Nelli Kalikova, Aljona Kurbatova and Ave Talu, Estonia Children and Adolescents Involved in Drug Use and Trafficking: A Rapid Assessment, (Geneva, International Labour Organization, International Programme on the Elimination of Child Labour ٢٠٠٢).

٢٤٦ Adam Lusher, "Gangs recruiting children as young as ١٢ as class A drug dealers", The Independent, ١٤ July ٢٠١٧.

٢٤٧ United Kingdom, National Crime Agency, "County lines violence, exploitation and drug supply ٢٠١٧ national briefing report" (November ٢٠١٧).

٢٤٨ المرجع نفسه.

٢٤٩ Thomas Babor and others, Drug Policy and the Public Good (Oxford, Oxford University Press, ٢٠١٠).

٢٥٠ Jailson de Souza e Silva and André Urani, Brazil Children in Drug Trafficking: A Rapid Assessment, Investigating the Worst Form of Child Labour No ٢٠ (Geneva, International Labour Organization, ٢٠٠٢).

٢٥١ المرجع نفسه.

٢٥٢ Mauro Testa and Ross Eventon, "Vulnerable youth and drug trafficking in Rosario, Argentina: between stigmatisation and social control" (Swansea, United Kingdom, Global Drug Policy Observatory, Swansea University, February ٢٠١٦).

٢٥٣ Greg Moran, "There has been some progress, but youth drug smuggling persists at the U.S-Mexico border", Los Angeles Times, ٢٠ June ٢٠١٦.

٢٥٤ A look at children's role in cocaine production in Peru", published on YouTube" on AJ+ by ٧ May ٢٠١٥.

١١٨ شابًّا أثناء تهريبهم القنَّب والميثامفيتامين والهيروين والكوكايين عبر قطاع سان دييغو. وبحلول عام ٢٠١٥، تراجع ذلك العدد إلى ٧٠ شابًّا. وقد يُعزى هذا التراجع إلى عدة عوامل، منها تشديد أمن الحدود، بيد أن الأرقام لا تجسد سوى المقبوض عليهم وليس من نجحوا في عبور الحدود.[255، 256]

وتحدث ظاهرة عبور الشباب للحدود لتهريب المخدِّرات في معظم مناطق العالم. ففي بيرو، تشير مصادر إعلامية إلى أن الشباب يساعدون على نقل الكوكايين من وادي ثلاثة أنهار، هي: أبوريماك وإينه ومانتارو، إلى نقاط تخزين سرية أو مدرجات طيران سرية حيث تُنقل المخدِّرات من هناك بوسائل أخرى. ويمثل الأطفال والمراهقون العمال الرئيسيين في وادي الكوكايين، حيث يسير حَمَلة حقائب الظهر لأكثر من ١٠٠ ميل عبر الجبال لتفادي نقاط التفتيش الخاصة بالشرطة والعصابات المسلحة.[257] ورغم طول الرحلة وخطورتها، فإن المدفوعات تجعلها مربحة حيث تصل قيمة كل رحلة إلى ٢ ٠٠٠ دولار.[258] وتفيد التقارير بأن حمَلة حقائب الظهر يتسمون بحسن التنظيم والاستعداد للهجمات، سواء من الجماعات المنافسة أو من الشرطة.

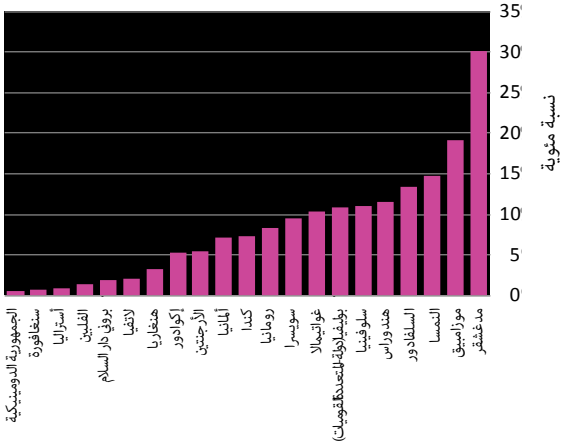
وعلى مدى السنوات الخمس الماضية، زاد أيضاً عدد الأحداث المنتمين إلى الأقليات العرقية والضالعين في الاتجار بالمخدِّرات على الحدود بين جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفييت نام، استناداً إلى مصادر إعلامية.[259] وأشير إلى أن نحو ٢٠ شابًّا هرَّبوا المخدِّرات عبر الحدود كل يوم في عام ٢٠١٧.[260]

وفي العقود الأخيرة، برزت منطقة غرب أفريقيا باعتبارها نقطة عبور رئيسية للاتّجار بالمخدِّرات؛ ووفقاً لمصادر إعلامية، أدى ذلك أيضاً إلى زيادة مستوى استغلال الشباب.[261] وأفادت مصادر إعلامية بأن ١٥٨ شابًّا نيجيريًّا كانوا ينتظرون تنفيذ حكم الإعدام عن جرائم تتعلق بالمخدِّرات في إندونيسيا وسنغافورة والصين وماليزيا في عام ٢٠١٦. وزعم بعضهم أنهم طلاب جامعيون وأنهم يتواطؤن مع تجار المخدِّرات لتقويض نظام تأشيرة الدخول والتمكن من الدخول إلى ماليزيا أو إندونيسيا أو تايلند أو بلدان أخرى على امتداد دروب الاتجار بالمخدِّرات.[262]

ما هو دور الأطفال وأفراد عصابات الشوارع في الاتجار بالمخدِّرات؟

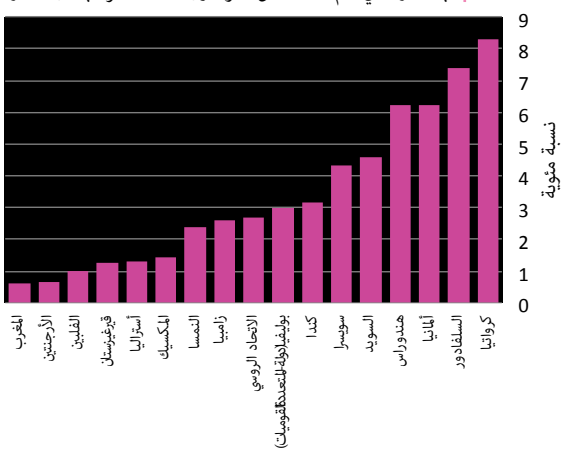
يمثل العنف المرتبط بالمخدِّرات وعصابات الشوارع واستغلال الأطفال من جانب الجماعات الإجرامية المنظمة في تجارة المخدِّرات بعض الشواغل الرئيسية في السياسات المتعلقة بالمخدّرات في جميع أنحاء العالم. وباستخدام بيانات من أكثر من ٤٠ بلداً، يلاحَظ أن نحو ٣ في المائة من الأشخاص المقبوض عليهم أو الذين تلقّوا تحذيراً بسبب حيازة المخدِّرات في عام ٢٠١٥ كانوا دون سن الثامنة عشرة.[263، 264] وفيما يخص جرائم المخدِّرات الأكثر خطورة، مثل المبيعات، كان ما نسبته ١ في المائة فقط ممن أُلقي القبض عليهم أو الملاحقين قضائيًّا من الأطفال. وعلى الصعيد العالمي، يمثل الأطفال نحو ثلث سكان العالم،[265] ولذا فإن احتمال اعتقالهم أو محاكمتهم بسبب جرائم المخدِّرات أقل بكثير من البالغين.

الشكل ١٠ نسبة من قُبِضَ عليهم أو تلقوا تحذيراً بسبب حيازة المخدِّرات في عام ٢٠١٥ ممن كانوا دون الثامنة عشرة، بلدان مختارة



المصدر: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، الردود على الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية.

الشكل ١١ نسبة من قُبِضَ عليهم أو تلقوا تحذيراً بسبب جرائم خطيرة تتعلق بالمخدِّرات في عام ٢٠١٥ ممن كانوا دون الثامنة عشرة، بلدان مختارة



المصدر: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، الردود على الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية.

٢٥٥ Moran, "There has been some progress, but youth drug smuggling persists at the U.S-Mexico border."

٢٥٦ "Mexico drug gangs using more children as 'mules'", CBS News, ١٤ March ٢٠١٢.

٢٥٧ "A look at children's role in cocaine production in Peru."

٢٥٨ Linda Presley, "The mochileros: high stakes in the high Andes–the young backpackers risking their lives in cocaine valley", BBC News, ٢٤ November ٢٠١٥.

٢٥٩ "Juvenile drug traffickers multiply at Vietnam-Lao border", Voice of Vietnam, ٢٧ October ٢٠١٧.

٢٦٠ المرجع نفسه.

٢٦١ "Narcotics in Africa: an emerging drug market", The Economist (Nairobi), ١٤ April ٢٠١٦.

٢٦٢ Ismael Mudashir, "Drug trafficking Nigerians on death row in China, Malaysia", Daily Trust, ١ March ٢٠١٦.

٢٦٣ وفقاً لاتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الطفل، يبدأ البلوغ في سن الثامنة عشرة.

٢٦٤ الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ١٥٧٧، الرقم ٢٧٥٣١.

٢٦٥ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects ٢٠١٧. متاحة في: https://esa.un.org/unpd/wpp.

عصابات الشوارع والاتجار بالمخدِّرات

زُعم أن أفراد عصابات الشوارع، وخاصةً المنتمين منهم إلى "العصابات الكبرى" من قبيل Mara Salvatrucha، يضلعون في الاتجار الدولي بالمخدِّرات. وبطبيعة الحال، قد يتحول فرادى أعضاء العصابات إلى متّجرين بالمخدِّرات، وقد يتضح أن المهارات التي اكتسبوها في أنشطة العصابات مفيدة في مهنتهم الجديدة. بيد أن هناك عدة أسباب للشك في أن الاتجار الدولي بالمخدِّرات من النشاطات الرئيسية لعصابات الشوارع أنفسها، أو أن عصابات الشوارع مهمة في تيسير تدفقات المخدِّرات الدولية.

وكثيراً ما يشار إلى الطابع الإقليمي لعصابات الشوارع باعتباره أحد خصائصها المميزة. ذلك أن حماية إقليم العصابات لا يتطلب تخصيص الوقت والاهتمام فحسب إذ إن الأقاليم الواقعة تحت السيطرة غالباً ما توجد في المناطق الفقيرة، بعيداً عن ممرات النقل ذات الصلة بالاتجار بالمخدِّرات. وفي الدراسة الاستقصائية بشأن العصابات في السلفادور، نشأ معظم المجيبين في مجتمعات محلية فقيرة وتخلوا عن المدارس قبل بلوغ سن السادسة عشرة؛ وكان العديد منهم من الهاربين. وفي ظل هذا الافتقار إلى التعليم الأساسي والموارد، يصبح من غير المرجح أن يتمكنوا من المنافسة في أسواق المخدِّرات الدولية مع العصابات المتطورة في مجال الاتجار بالمخدِّرات. وعلاوة على ذلك، لدى سؤال أجهزة إنفاذ القانون من بلدان المثلث الشمالي عن طبيعة جماعات الاتجار بالمخدِّرات في بلدانها، فإنها لا تشير إلى عصابات الشوارع.

المصدر: Max G. Manwaring, Street Gangs: The New Urban Insurgency, (Carlisle, Pennsylvania, Strategic Studies Institute, United States Army War College, March ٢٠٠٥)؛ John P. Sullivan, "Transnational gangs: the impact of third generation gangs in Central America", Air and Space Power Journal, Second Trimester (٢٠٠٨). التعريف الذي استخدمته وزارة العدل بالولايات المتحدة، متاح في: www.justice.gov/criminal-ocgs/about-violent-gangs.

ومع ذلك، يمثل هذا ما يقرب من ٧٠ ٠٠٠ طفل قُبض عليهم بسبب حيازة المخدِّرات وأكثر من ١٧ ٠٠٠ طفل قُبض عليهم بسبب جرائم خطيرة تتعلق بالمخدِّرات في عام ٢٠١٥. وتتفاوت حصة الأطفال بين المقبوض عليهم بسبب جرائم المخدِّرات تفاوتاً كبيراً بين البلدان. وبصفة عامة، يمثل الأطفال حصة أكبر من المعتقلين بسبب الحيازة مقارنةً بالمعتقلين بسبب الجرائم الخطيرة. وتفيد بعض البلدان بأن أكثر من ١٠ في المائة من الأشخاص المقبوض عليهم بتهمة حيازة المخدِّرات هم من الأطفال، لكن تشير التقارير لدى معظم البلدان إلى أن أقل من ٥ في المائة من المتّجرين بالمخدِّرات تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً.

ويجوز للأطفال أن يشاركوا في أسواق المخدِّرات من خلال جماعة منظمة، مثل إحدى عصابات الشوارع. ويُعرِّف التصنيف الدولي للجريمة للأغراض الإحصائية العصابة بأنها "جماعة من الأشخاص تُعرَّف بمجموعة من الصفات المميِّزة التي تشمل الاستمرارية مع الوقت، وأسلوب الحياة في الشوارع، وشبابية الأعضاء، والضلوع في أنشطة غير قانونية، وهوية الجماعة."[266] وفي هذا السياق، ينبغي تفسير "الشبابية" تفسيراً فضفاضاً حيث يشير عدد من الدراسات إلى أن معظم أفراد عصابات الشوارع هم فيما يبدو من البالغين.[267] ومع ذلك، هناك أدلة موثَّقة توثيقاً جيداً على ضلوع أفراد عصابات الشوارع من الأطفال في تجارة المخدِّرات بالتجزئة.

وذاع اسم عصابات شوارع مثل Crips وbloods حيث عُرفت بدورها في بيع كوكايين "الكراك" في أجزاء من الولايات المتحدة ما بين أواخر الثمانينات ومنتصف التسعينات من القرن العشرين. ووجدت دراسة أُجريت على أكثر من ١ ٥٠٠ حالة اعتقال فيما يخص بيع الكوكايين ما بين عاميْ ١٩٨٩ و١٩٩١ في اثنتين من ضواحي لوس أنجلوس أن ٢٧ في المائة كانت تخص أفراداً في عصابات.[268] وقدَّرت الدراسة الاستقصائية الوطنية لعصابات الشباب في الولايات المتحدة لعام ١٩٩٦ أن ٤٣ في المائة من جميع مبيعات المخدِّرات في الشوارع على الصعيد الوطني شارك فيها أعضاء في عصابات.[269] وتراجع تعاطي كوكايين "الكراك" وكذلك عدد أعضاء العصابات في لوس أنجلوس بشكل كبير منذ ذلك الوقت.[270]

واليوم، توجد أسوأ عصابات الشوارع سمعةً في أمريكا اللاتينية، ولا سيما الـ maras في المثلث الشمالي لدول أمريكا الوسطى. ويشكل الأطفال نسبة عالية نسبيًّا من الذين أُلقي القبض عليهم بسبب جرائم مخدِّرات خطيرة في هندوراس والسلفادور (٦ في المائة و٧ في المائة، على التوالي).[271] وأفاد أكثر من ٧٠ في المائة من المجيبين على دراسة استقصائية لأكثر من ١ ٠٠٠ من أفراد العصابات في السلفادور بأن دخلهم يقل عن ٢٥٠ دولاراً في الشهر. وبدا أن مصدر دخلهم الرئيسي هو الابتزاز[272] بحيث إن الدور الذي يضطلعون به في اقتصاد المخدِّرات يبدو هامشيًّا.[273]

٢٦٦ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، التصنيف الدولي للجريمة للأغراض الإحصائية، الصيغة ٠-١ (آذار/مارس ٢٠١٥)، الصفحة ١٥٢.

٢٦٧ على سبيل المثال، تشير الدراسة الاستقصائية الوطنية لعصابات الشباب في الولايات المتحدة إلى أن أكثر من ثلثي أفراد عصابات الشوارع في المناطق الحضرية هم من البالغين. انظر: National Gang Center, National Youth Gang Survey Analysis, Demographics: age of gang member. متاحة في: www.nationalgangcenter.gov/Survey-Analysis/Demographics#anchorage. وخلصت الأبحاث بشأن عصابات الشوارع في ترينيداد وتوباغو إلى أن ٨٧ في المائة من الأعضاء هم من البالغين. انظر: Charles Katz and David Choate, "Diagnosing Trinidad and Tobago's gang problem", conference paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology, Los Angeles, California, ٢٠١٠. وخلصت دراسة استقصائية أجريت حديثاً لأعضاء العصابات في السلفادور إلى أن أعمارهم تبلغ في المتوسط ٢٥ عاماً. انظر: José Miguel Cruz and others, The New Face of Street Gangs: The Gang Phenomenon in El Salvador (٢٠١٧).

٢٦٨ Cheryl L. Maxson, "Street gangs and drug sales in two suburban cities", National Institute of Justice Research in Brief Series (Washington D.C., July ١٩٩٥).

٢٦٩ National Youth Gang Survey (Washington D.C., July ١٩٩٩), Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, ١٩٩٦.

٢٧٠ وفقاً للبيانات الإلكترونية المستمدة من إدارة الشرطة في لوس أنجلوس، فإن عدد أفراد عصابات الشوارع في المدينة تراجع من أكثر من ٦٤ ٠٠٠ شخص في عام ١٩٩٧ إلى ٣٩ ٠٠٠ شخص في عام ٢٠٠٥. وتراجع عدد متعاطي الكوكايين "الشديدي الولاء" في الولايات المتحدة من ما يُقدَّر بنحو ١,١ مليون متعاط في عام ١٩٨٨ إلى ٤٤٥ ٠٠٠ متعاط في عام ٢٠٠٠ (William Rhodes and others, What America's Users Spend on Illegal Drugs ١٩٨٨–١٩٩٨ (Washington, D.C., Office of National Drug Control Policy, ٢٠٠٠)).

٢٧١ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدِّرات والجريمة، الردود على الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية.

٢٧٢ International Crisis Group, "Mafia of the poor: gang violence and extortion in Central America", Latin America Report No. ٦٢ of ٦ April ٢٠١٧ (Brussels, ٢٠١٧).

٢٧٣ Cruz and others, The New Face of Street Gangs.

جيم- المخدِّرات وكبار السن

لطالما كان تعاطي المخدِّرات في أوساط المسنّين مجالاً يفتقر إلى الأبحاث الكافية بحيث لم يُعترف بأهميته إلا مؤخراً. وتشير التغيرات في الخصائص الديموغرافية العالمية إلى حدوث زيادة في كل من عدد المسنّين ونسبتهم في جميع المناطق. وفي هذا القسم، تُستكشف بإيجاز بعض الشواغل المتعلقة بتعاطي المخدِّرات في أوساط كبار السن، إلى جانب أمثلة توضح المسائل الخاصة والآثار الصحية المترتبة على تعاطي المخدِّرات في صفوف هذه الفئة.

التغيرات في مدى تعاطي المخدِّرات في صفوف المسنّين

هناك أدلة في بعض البلدان على أن تعاطي المخدِّرات في أوساط المسنّين، وإن بدأ من معدل انتشار منخفض، يشهد تزايداً على مدى العقد الماضي وبمعدل أسرع مقارنةً بالمجموعات العمرية الأصغر.

ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، تشير البيانات عن التعاطي في العام الماضي لأي مخدِّر إلى أنه ما بين عاميْ ١٩٩٦ و٢٠١٦، لم يكن هناك أي تغير يُذكر في معدل الانتشار بين من تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٧ عاماً، في حين أن تعاطي المخدِّرات بين من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر[274] زاد من ١,٣ في المائة إلى ٩,٨ في المائة خلال تلك الفترة، أي ما يمثل زيادة بأكثر من سبعة أضعاف.[275] ومن حيث عدد متعاطي المخدِّرات المسنّين، فإن الزيادة أكثر لفتاً للانتباه بسبب النمو في عدد السكان الذين تبلغ أعمارهم ٥٠ عاماً فأكثر. وزاد إجمالي عدد السكان في الولايات المتحدة الذين تعاطوا المخدِّرات في العام الماضي في سن ٥٠ عاماً فأكثر من نحو ٠٠٠ ٩٠٠ شخص في عام ١٩٩٦ إلى ١٠,٨ ملايين شخص في عام ٢٠١٦، بما يعادل زيادة بواقع ١٢ ضعفاً.

وكانت الزيادة كبيرة بصفة خاصة خلال الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٦، عندما زاد العدد الإجمالي السنوي لمتعاطي المخدِّرات لدى من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر بواقع ثلاث مرات، من ٣,٦ إلى ١٠,٨ ملايين متعاط، وزاد معدل الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات لدى من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر بأكثر من الضعف، من ٤,١ إلى ٩,٨ في المائة. وفيما يخص من هم في سن ٦٠ عاماً فأكثر، كان النمو في معدلات الانتشار أكثر وضوحاً، حيث زاد بنحو أربعة أضعاف خلال العقد الأخير، في حين أن العدد الإجمالي لمتعاطي المخدِّرات السنوي زاد بواقع أربعة أضعاف لدى من تتراوح أعمارهم بين ٦٠ و٦٤ عاماً، وبأكثر من ستة أضعاف لدى من هم في سن ٦٥ عاماً فأكثر.

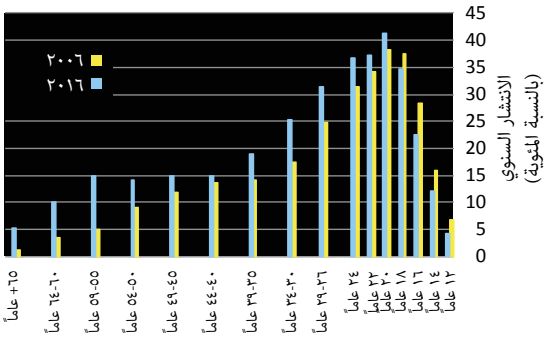
وفي ألمانيا، زاد تعاطي أي مخدِّر في العام الماضي لدى من هم في سن ٤٠ عاماً فأكثر على أمثاله لدى الفئات العمرية الأصغر في الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥. واتسم تعاطي المخدِّرات لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٢٤ عاماً بزيادة أكثر اعتدالاً (٢٢ في المائة) خلال الفترة نفسها.

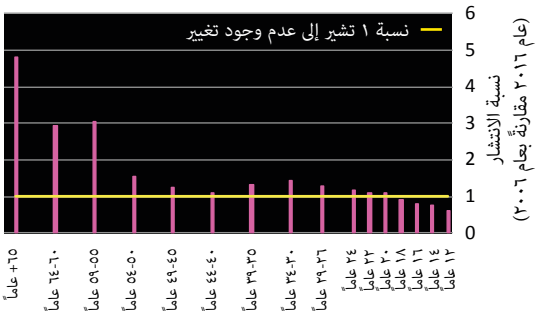
وشهد تعاطي القنَّب زيادة لدى من تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و٦٤ عاماً في بعض أكثر البلدان المأهولة بالسكان في أوروبا الغربية. ذلك أن بيانات معدل الانتشار السنوي الواردة من إسبانيا وألمانيا وإيطاليا وفرنسا والمملكة المتحدة تشير إلى أن تعاطي القنَّب بين المنتمين إلى هذه الفئة العمرية يزداد بمعدل أعلى من أي فئة عمرية أخرى. أما الزيادة في تعاطي القنَّب في العام الماضي لدى من تتراوح

٢٧٤ كان سن ٥٠ عاماً فأكثر أعلى فئة عمرية في الاستقصاء الوطني للأسر المعيشية في الولايات المتحدة لعام ١٩٩٦.

٢٧٥ United States, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, ٢٠١٦ National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, ٢٠١٧ and previous years).

الشكل ١٢ الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات وتغيراته في الولايات المتحدة الأمريكية، حسب السن، ٢٠٠٦ و٢٠١٦





المصدر: United States, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, ٢٠١٦ National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration، عام ٢٠١٦ وأعوام سابقة).

من هم "الأكبر سنًّا" في سياق تعاطي المخدِّرات؟

لا يوجد حد أدنى عمري معتمد باستمرار لتصنيف من يُعتبر متعاطي المخدِّرات "المسن". ذلك أن الحد العمري يتسم بتفاوت كبير عبر الدراسات، بدءاً من سن متدنية قدرها ٣٥ عاماً.(أ) بيد أنه على وجه أعم، هناك دراسات أُجريت في بلدان أوروبية واعتُمدت فيها سن ٤٠ عاماً بوصفها الحد الأدنى، وإن استُخدمت سن الخمسين في بعض الدراسات التي أُجريت في الولايات المتحدة الأمريكية.(ب)

وبالنظر إلى هذا الافتقار إلى تعريف مقبول دوليًّا فيما يخص "متعاطي المخدِّرات الأكبر سنًّا"، يتضمن هذا القسم معلومات عن الفئات العمرية الأكبر سنًّا حسبما هو متاح، ويقدِّم، قدر الإمكان، توزيعات عمرية شاملة للإحصاءات المتاحة.

(أ) *April Shaw, Senior Drug Dependents and Care Structures: Scotland and Glasgow Report (Glasgow, Scottish Drugs Forum, March* ٢٠٠٩).

(ب) *EMCDDA, Selected Issue* ٢٠١٠: *Treatment and Care for Older Drug Users (Luxembourg*, ٢٠١٠).

وفي أستراليا، حدث تراجع طفيف في معدل الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٤ و١٩ عاماً خلال الفترة ٢٠٠٧-٢٠١٦، وإن زادت معدلات الانتشار بما بين ٦٠ و٧٠ في المائة لدى الفئتين العمريتين ٥٠-٥٩ عاماً و٦٠ عاماً فأكثر.

وفي شيلي، شهد تعاطي القنَّب في العام السابق لدى من تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و٦٤ عاماً زيادة بمقدار أربعة أضعاف على مدى العقد المنتهي في عام ٢٠١٦، وبنحو ٣٠ ضعفاً ما بين عاميْ ١٩٩٦ و٢٠١٦. وكان ارتفاع معدل الانتشار السنوي لتعاطي القنَّب أقل وضوحاً بين الفئات العمرية الأصغر. ولوحظ تسجيل نمط مماثل أيضاً فيما يخص تعاطي الكوكايين: تراجع معدل الانتشار السنوي لدى الفئتين العمريتين ١٢-١٨ عاماً و١٩-٢٥ عاماً خلال الفترة ١٩٩٦-٢٠١٦، لكنه زاد بمقدار ١٤ ضعفاً لدى من تتراوح أعمارهم بين ٣٥ و٤٤ عاماً.

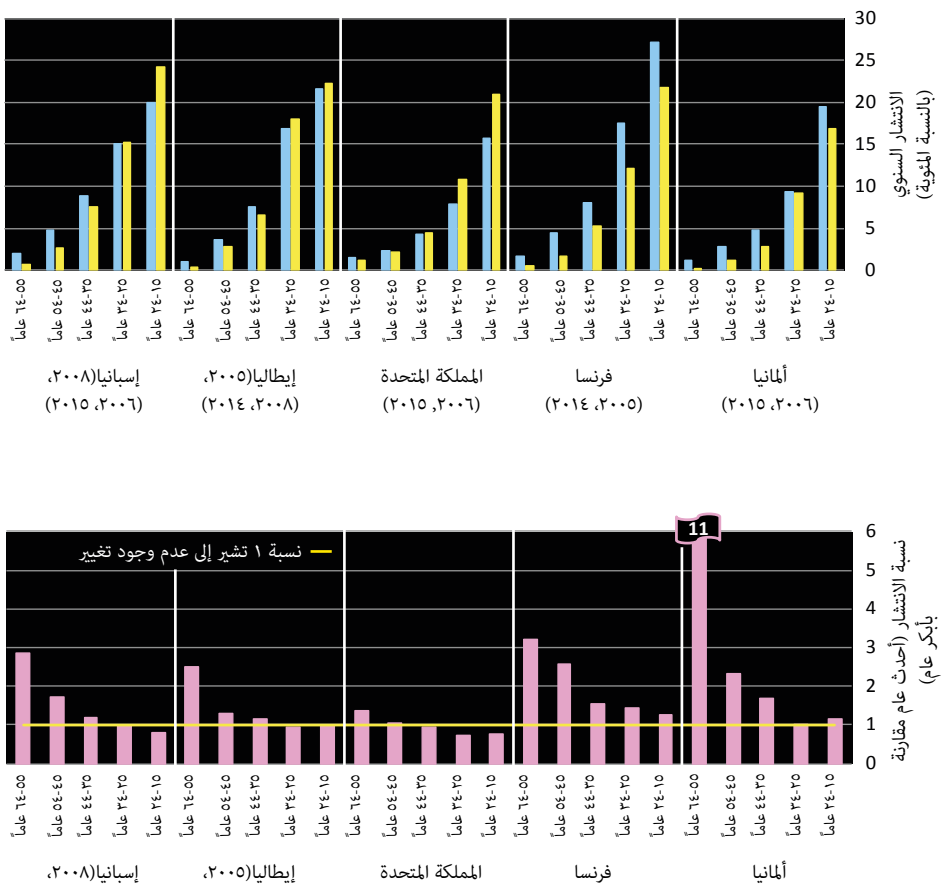
الدراسات بشأن متعاطي المخدِّرات المسنّين محدودة

لا تزال الأبحاث غير كافية بشأن تعاطي المخدِّرات بين كبار السن، وهو مجال لم يُعترف بأهميته سوى مؤخراً.(أ)،(ب) وتجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات التي أُجريت على متعاطي المخدِّرات المسنّين في البلدان المتقدمة النمو، وخصوصاً الولايات المتحدة الأمريكية وبلدان في أوروبا، ومن ثم الاستنتاجات المستخلصة من الأدبيات، قد لا تكون قابلة للتعميم على بقية العالم.

(أ) *Matthew H. Taylor and George T. Grossberg, "The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review", Primary Care Companion for CNS Disorders, vol. ١٤, No. ٤ (٢٠١٢).*

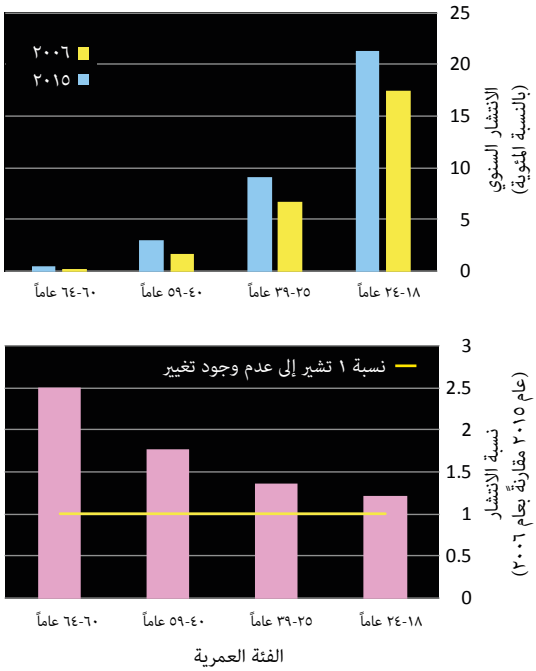
(ب) *Anne Marie Carew and Catherine Comiskey, "Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review", Drug and Alcohol Dependence, vol. ١٨٢ (٢٠١٨), pp. ٤٨-٥٧.*

الشكل ١٣ | الانتشار السنوي لتعاطي القنَّب وتغيراته في بلدان مختارة في أوروبا الغربية، حسب الفئة العمرية، سنوات مختارة



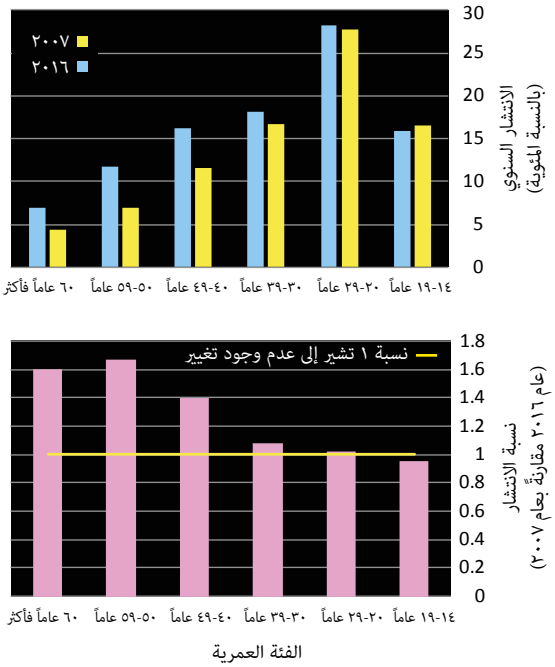
المصدر: EMCDDA, Statistical Bulletin ٢٠١٧.

الشكل ١٤ الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات وتغيراته في ألمانيا، حسب الفئة العمرية، ٢٠٠٦ و٢٠١٥



المصدر: D. Piontek, E. Gomes de Matos, J. Atzendorf, and L. Kraus, Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen ١٩٩٠-٢٠١٥ und des klinisch relevanten Cannabisgebrauchs nach Geschlecht und Alter (Munich, IFT Institut für Therapieforschung, ٢٠١٦).

الشكل ١٥ الانتشار السنوي لتعاطي المخدِّرات وتغيراته في أستراليا، حسب الفئة العمرية، ٢٠٠٧ و٢٠١٦



المصدر: Australian Institute of Health and Welfare, National Drug Strategy Household Survey ٢٠١٦: Detailed Findings, Drug Statistics Series No ٣١ (Canberra, September ٢٠١٧).

ما العوامل التي قد تكمن وراء الزيادة في مدى تعاطي المخدِّرات؟

هناك عدد من العوامل التي يمكن أن تفسر الزيادة في انتشار تعاطي المخدِّرات الملحوظة في أوساط المسنّين في بعض البلدان. ومما قد يسهم في الشروع في تعاطي المخدِّرات أو استئنافه لدى المسنّين تغير التصورات بشأن المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدِّرات، وتزايد توافر المخدِّرات، والتغيرات في القبول الاجتماعي لتعاطي المخدِّرات، والتداوي الذاتي لمعالجة الألم أو القلق أو التحديات المرتبطة بالتقاعد. ويمكن أن يتمثل عامل آخر في التأثير الجماعي حيث تشترك مجموعات من الأشخاص في التجارب الاجتماعية والثقافية بسبب توقيت ميلادهم. وقد تختلف هذه التجارب عن تجارب الفئات السابقة. ويمكن أن تكون الزيادة الملاحَظة في تعاطي المخدِّرات بين السكان المسنّين نتيجة لتقدُّم سن فئة من المتعاطين الذين يتسمون بنسبة أعلى لانتشار تعاطي المخدِّرات مقارنةً بالفئات السابقة.

وهناك أدلة على أن جيل طفرة الإنجاب (المولودين ما بين عاميْ ١٩٤٦ و١٩٦٤) في البلدان الغربية تعاطوا المخدِّرات في شبابهم أكثر من الجيل السابق. وواصل العديد منهم تعاطي المخدِّرات في سن الشيخوخة، وهذا يتجسد في تزايد انتشار تعاطي المخدِّرات في أوساط الفئات العمرية الأكبر سنًّا في العديد من البلدان المتقدمة النمو مع تقدم سن هذه الفئة العمرية.[276] [277] [278] [279]

فعلى سبيل المثال، شهدت الولايات المتحدة زيادة كبيرة في تعاطي القنَّب في العام الماضي بين من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر. ويشمل هذا الاتجاه جزئيًّا المنتمين إلى جيل طفرة الإنجاب المتقدمين في السن الذين أبلغوا عن ارتفاع معدلات تعاطي مواد الإدمان مقارنةً بالجيل السابق.[280] [281] وفي أوساط من تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و٥٩ عاماً، زاد معدل تعاطي القنَّب في العام الماضي من ٣,١ في المائة

٢٧٦ Caryl M. Beynon, "Drug use and ageing: older people do take drugs!", Age and Ageing, vol. ٣٨, No. ١ (٢٠٠٩), pp. ٨–١٠.

٢٧٧ Roger Nicholas and others, Preventing and Reducing Alcohol- and Other Drug-Related Harm among Older People: A Practical Guide for Health and Welfare Professionals (Adelaide, South Australia, National Centre for Education and Training on Addiction, Flinders University, ٢٠١٥).

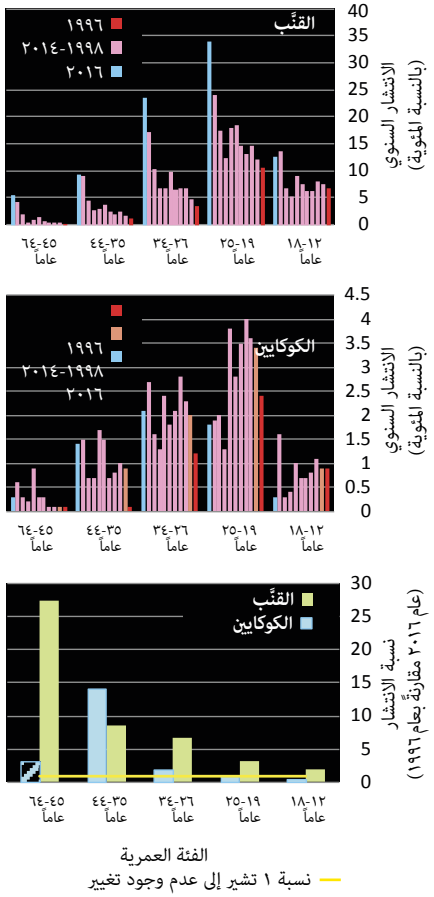
٢٧٨ Beth Han, Joseph Gfroerer and James Colliver, "An examination of trends in illicit drug use among adults aged ٥٠ to ٥٩ in the United States", OAS Data Review (Rockville, Maryland, Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), August ٢٠٠٩).

٢٧٩ Frederic C. Blow and Kristen L. Barry, "Alcohol and substance misuse in older adults", Current Psychiatry Reports, vol. ١٤, No. ٤ (٢٠١٢), pp. ٣١٠–٣١٩.

٢٨٠ Li-Tzy Wu and Dan G. Blazer, "Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review", Journal of Ageing and Health, vol. ٢٣, No. ٣ (٢٠١١), pp. ٤٨١–٥٠٤.

٢٨١ Benjamin H. Han and others, "Demographic trends among older cannabis users in the United States, ٢٠٠٦–١٣", Addiction, vol. ١١٢, No. ٣ (٢٠١٠), pp. ٥١٦–٥٢٥.

الشكل ١٦ | التغيرات في الانتشار السنوي في تعاطي المخدِّرات في شيلي، حسب الفئة العمرية، ١٩٩٦-٢٠١٦



المصدر: National Drug and Alcohol Prevention and Rehabilitation Service (SENDA), Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, ٢٠١٦ (Chilean Drug Observatory, December ٢٠١٧).

ملحوظة: أفيد بأن الانتشار السنوي لتعاطي الكوكايين يقل عن ٠,١ في المائة لعام ١٩٩٦ لدى من هم في سن ٤٥-٦٤ عاماً. ولدى حساب النسبة، استُخدم انتشار بواقع ٠,١ في المائة. وبالنظر إلى عدم اليقين الذي يحيط بهذا الافتراض وإلى احتمال أن تكون النسبة أعلى بكثير، يُعرض عمود بخط مستعرض فيما يخص الزيادة في تعاطي الكوكايين لدى من هم في سن ٤٥-٦٤ عاماً للفترة ١٩٩٦-٢٠١٦.

إلى ٥,٧ في المائة ما بين عاميْ ٢٠٠٢ و٢٠٠٧، كما زاد معدل التعاطي غير الطبي للمخدِّرات الموصوفة طبيًّا في العام الماضي من ٢,٢ في المائة إلى ٤,٤ في المائة. وشملت السمات النمطية المرتبطة بالمستمرين في تعاطي المخدِّرات ضمن هذه الفئة العمرية كونهم من الذكور والعُزْب، والبدء المبكر في تعاطي المخدِّرات، وانخفاض مستويات التعليم، وانخفاض الدخل، والبطالة نتيجة للإعاقة، والتعاطي الحديث العهد للتبغ أو الكحول، والإصابة باكتئاب حاد في العام السابق. وإضافةً إلى الأثر الجماعي لاستمرار تعاطي المنتمين إلى جيل طفرة الإنجاب للقنَّب، قد يكون تغير في التصورات بشأن القنَّب أسهم هو أيضاً في زيادة تعاطيه. وخلال العقد الماضي، قد يكون تراجُع تصورات المخاطر بحدوث ضرر واستمرار الجدل حول إباحة تعاطي القنَّب أثَّرا في مدى تعاطيه.[282، 283، 284]

ومن بين البلدان الأوروبية التي تتسم بزيادة انتشار تعاطي القنَّب بين كبار السن، حُددت آثار جماعية مماثلة بين المنتمين إلى نفس الفئات العمرية لتوضيح الاتجاهات المتزايدة في تعاطي القنَّب. وتشير تحليلات البيانات التاريخية إلى أن السبب الرئيسي في هذه الظاهرة يتمثل في وجود فئة متقدمة في السن تضم نسبة كبيرة من الأفراد الذين يواصلون تعاطي المخدِّرات، وتحديداً القنَّب على نحو يكاد يكون حصريًّا، حتى سن متقدمة.[285]

وقد يرجع ارتفاع مستويات تعاطي المخدِّرات في أوساط المسنّين أيضاً للتأخر في بدء التعاطي وتغير الظروف البيئية. بيد أن المراهقة (سن ١٢ إلى ١٧ عاماً) تُعتبر عموماً فترة المخاطر الحرجة للبدء في تعاطي مواد الإدمان.[286] وفي الولايات المتحدة، خلصت دراسة بشأن متعاطي المخدِّرات الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و٥٩ عاماً للفترة ٢٠٠٢-٢٠٠٧ إلى أن عدداً قليلاً جدًّا منهم بدأوا تعاطي المخدِّرات في سن أكبر. وهناك ما نسبته نحو ٩٠ في المائة من المتعاطين الذين بدأوا في تعاطي المخدِّرات بحلول سن الثلاثين، وما نسبته نحو ٧٢ في المائة ممن بدأوا في التعاطي غير الطبي لمخدِّرات الوصفات الطبية بحلول تلك السن. ولم يبدأ سوى ما نسبته ٣ في المائة في تعاطي المخدِّرات وما نسبته ٩ في المائة في التعاطي غير الطبي لمخدِّرات الوصفات الطبية في سن ٥٠ عاماً أو أكثر.[287] وشملت أسباب البدء في تعاطي المخدِّرات في مرحلة لاحقة من الحياة الظروف الطبية المؤلمة التي تنطوي على المداواة الذاتية. ويمر المسنّون بمعدلات أعلى من ظروف الأمراض العقلية، مثل الاكتئاب وارتفاع معدلات عوامل المخاطر الاجتماعية لتعاطي المخدِّرات مثل الفواجع والعزلة الاجتماعية والمشاكل المالية وضعف الدعم الاجتماعي.[288]

بمحدوديتها الكبيرة. غير أن دراسة أُجريت على ٩٧٨ شخصاً في الولايات المتحدة تناولت مختلف أشكال التقاعد وأثره على تعاطي المخدِّرات. وخُلِصَ إلى أن من يحالون إلى التقاعد الكامل (أي الانفصال بالكامل عن قوة العمل) يرتبطون بزيادة تعاطي المخدِّرات مقارنةً بمن يرجئون التقاعد ويبقون ضمن قوة العمل. بيد أن هذا يتوقف على سن التقاعد الكامل حيث تزيد المشاكل المتصلة بتعاطي المخدِّرات لدى المتقاعدين الأصغر سنًّا مقارنةً بالمتقاعدين المسنّين. وسارت هذه العلاقة في الاتجاه المعاكس لدى من أرجأوا التقاعد واستمروا في العمل في أماكن عملهم الرئيسية. ويعني هذا أن العمال الأصغر سنًّا الذين يستحقون التقاعد ولكنهم يواصلون العمل أبلغوا عن عدد أقل من المشاكل المتصلة بالمخدِّرات مقارنةً بنظرائهم الأكبر سنًّا.[289]

٢٨٢ Han, Gfroerer and Colliver, "An examination of trends in illicit drug use among adults aged ٥٠ to ٥٩ in the United States".

٢٨٣ William C. Kerr, Camillia Lui and Yu Ye, "Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the US National Alcohol Surveys", ١٩٨٤–٢٠١٥ Addiction, vol. ١١٣, No. ٣ (٢٠١٧), pp. ٤٧٣–٤٨١.

٢٨٤ تقرير المخدِّرات العالمي ٢٠١٧. متاح في: https://www.unodc.org/wdr٢٠١٧/en/booklets.html.

٢٨٥ EMCDDA, Selected Issue ٢٠١٠: Treatment and Care for Older Drug Users (Luxembourg, Publications Office of the European Union, ٢٠١٠).

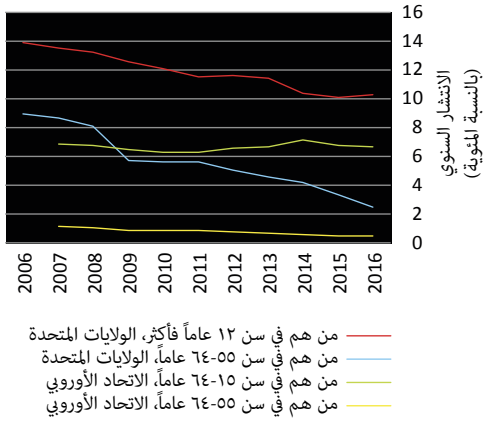
٢٨٦ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. "Age of substance use initiation among treatment admissions aged ١٨ to ٣٠".

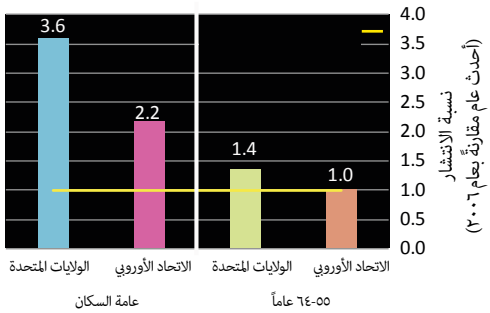
٢٨٧ an, Gfroerer and Colliver, "An examination of trends in illicit drug use among adults aged ٥٠ to ٥٩ in the United States".

٢٨٨ Matthew H. Taylor and George T. Grossberg, "The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review", Primary Care Companion for CNS Disorders, vol. ١٤, No. ٤ (٢٠١٢).

٢٨٩ Samuel Bacharach and others, "Retirement and drug abuse: the conditioning role of age and retirement trajectory", Addictive Behaviors, vol. ٣٣, No. ١٢ (٢٠٠٨), pp. ١٦١٠–١٦١٤.

الشكل ١٧ الانتشار السنوي لتعاطي القنَّب وتغيراته في الولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد الأوروبي في أوساط عامة السكان ومن هم في سن ٥٥-٦٤ عاماً، حسب الفئة العمرية، ٢٠٠٦-٢٠١٦





المصدر: United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Survey on Drug Use and Health, ٢٠١٦; and EMCDDA, Statistical Bulletin ٢٠١٧.

ملحوظة: معدلات الانتشار لدى الاتحاد الأوروبي عبارة عن أوساط غير مرجحة حسب السكان للتقديرات الوطنية. وفيما يخص السنوات التي لا يتوافر فيها معدل انتشار فيما يخص بلد ما، إما تُستنتج خطيًّا بين السنوات التي تتوافر بشأنها معدلات وطنية أو، إن لم يمكن ذلك، تُعطى المعدل نفسه لأقرب سنة.

من تعاطي المخدِّرات لدى متعاطيها الأكبر سنًّا

يواجه متعاطو المخدِّرات المتقدمون في السن العديد من المسائل الصحية

يمكن التعجيل بعملية الشيخوخة البدنية من خلال الآثار التراكمية لتعاطي المخدِّرات، بما في ذلك المرور بتجارب سابقة من حيث تناول جرعات مفرطة من المخدِّرات وزيادة خطر الإصابة بأمراض معدية مثل التهاب الكبد الوبائي من النوع C وفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق ممارسات الحقن غير المأمونة. ويواجه متعاطو المخدِّرات المسنّون ظروفاً صحية عادةً ما تزداد تواتراً مع تقدم السن، مثل الاضطرابات التنكسية ومشاكل الدورة الدموية والجهاز التنفسي والسكري، وإن كان ذلك بمعدلات أعلى من أقرانهم غير المتعاطين للمخدِّرات. ويواجه متعاطو المخدِّرات المسنّون أيضاً مشاكل تتعلق بالصحة العقلية بمستويات أعلى من نظرائهم أو متعاطي المخدِّرات الأصغر سنًّا.[290، 291، 292، 293، 294]

التحديات الماثلة أمام العلاج من تعاطي المخدِّرات ورعاية المتعاطين

تَنتج الإصابة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدِّرات والارتهان لها من تفاعل معقد بين التعرض المتكرر للمخدِّرات من جهة، والعوامل البيولوجية والنفسية-الاجتماعية والاجتماعية من جهة أخرى. ويتطلب العلاج الفعال من حالة مزمنة ومعقدة من قبيل الارتهان للمخدِّرات استمرار الرعاية والتفاعل بين العديد من التخصصات، مثل العلاج السلوكي والدوائي والدعم الاجتماعي.[295] وثمة تحديات عديدة في توفير التدخلات العلاجية والرعاية لمتعاطي مواد الإدمان تخص تحديداً متعاطي المخدِّرات المسنّين أو تكون أكثر وضوحاً بالنسبة لهم.

وبالنظر إلى إمكانية تزامن وجود مجموعة من الظروف، فإن الاحتياجات الصحية البدنية المعقدة لمتعاطي المخدِّرات المسنّين تجعل العلاج من الارتهان للمخدِّرات عملية أكثر تعقيداً،[296، 297] وتاريخيًّا، لم يُول اهتمام يُذكر للاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان بين كبار السن، حيث كانت البحوث بشأن التدخلات من أجل العلاج والأدلة على ذلك غير كافية، وكانت المناقشة محدودة بشأن الخدمات العلاجية الملائمة.[298، 299، 300، 301]

وبالاقتران بالمشاكل الطبية والنفسية، يشيع عيش متعاطي المخدِّرات المسنّين مع العواقب الاجتماعية السلبية لتعاطي المخدِّرات على المدى الطويل. وهذه الاعتبارات مهمة في توفير العلاج الفعال. ويزداد الاحتمال بأن يكون متعاطو المخدِّرات المسنّون محرومين ومهمَّشين اجتماعيًّا واقتصاديًّا، وأن يكونوا قد تعرضوا للتشرد أو لقضاء فترات في السجن. وكثيراً ما يكون الإقصاء الاجتماعي والعزلة من الأسرة والأصدقاء والافتقار إلى الدعم الاجتماعي أكثر تواتراً وحدّة لدى متعاطي المخدِّرات الأكبر سنًّا مقارنةً بأقرانهم أو بمتعاطي المخدِّرات الشباب. ويُعتبر غياب الدعم الاجتماعي مؤشراً مهمًّا للانتكاس.[302، 303، 304]

تزايد العلاج المتصل بالمخدِّرات لدى كبار السن الذين يتعاطون المخدِّرات في الولايات المتحدة

ترد بعض بيانات العلاج الأكثر شمولاً وتفصيلاً المتاحة من الولايات المتحدة. ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة من ذلك البلد، فإن عدد حالات الدخول إلى أقسام العلاج من تعاطي المخدِّرات لدى من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر زاد بنسبة ٥٩ في المائة على مدى الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٤. وتزداد أهمية هذه الفئة العمرية على نطاق حالات الالتحاق بمراكز العلاج، حيث زادت نسبة من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر في جميع حالات الالتحاق بواقع نحو الضعف لتصل إلى ١٠,٤ في المائة خلال تلك الفترة.[305، 306]

ولوحظ تزايد وبروز من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر الملتحقين بأقسام العلاج خلال تلك الفترة فيما يخص جميع أنواع المخدِّرات. وفيما يخص الكوكايين على وجه الخصوص، فإن نسبة جميع الملتحقين في سن ٥٠ عاماً فأكثر شهدت زيادة كبيرة. ورغم أن عدد حالات الالتحاق لتلقي العلاج بسبب تعاطي المسكنات كان منخفضاً نسبيًّا، في عام ٢٠١٤، كان من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر يمثلون أكثر من ثلث المجموع بعد أن كانوا يمثلون نحو العُشر قبل عقد من الزمن. وتراجعت نسبة حالات الإلحاق للعلاج لدى من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر المحالين عن طريق المحاكم أو من خلال نظام العدالة الجنائية تراجعاً طفيفاً خلال الفترة ١٩٩٢-٢٠١٢، من ٢٩ في المائة إلى ٢٥ في المائة.[307]

٢٩٠ EMCDDA, Health and Social Responses to Drug Problems: a European Guide (Luxembourg, Publications Office of the European Union, ٢٠١٧).

٢٩١ Selected Issue ٢٠١٠.

٢٩٢ Caryl M. Beynon and others, "Self reported health status, and health service and over: a qualitative interview study in Merseyside, ٥٠ contact, of illicit drug users aged United Kingdom", BMC Geriatrics, vol ٩, No. ٤٥ (٢٠٠٩).

٢٩٣ Lisa Johnston and others, "Responding to the needs of ageing drug users" (EMCDDA, ٢٠١٧).

٢٩٤ Caryl M. Beynon, "Drug use and ageing".

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

٢٩٦ Ilana Crome and others, Our Invisible Addicts: First Report of the Older Persons' Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists, (London, Royal College of Psychiatrists, ٢٠١١).

٢٩٧ Nick Doukas, "Older adults in methadone maintenance treatment: a literature review", Journal of Social Work Practice in the Addictions, vol ١١, No. ٣ (٢٠١١), pp. ٢٣٠-٢٤٤.

٢٩٨ Anne Marie Carew and Catherine Comiskey, "Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review", Drug and Alcohol Dependence, vol.١٨٢, (٢٠١٨), pp. ٤٨-٥٧.

٢٩٩ Alexis Kuerbis and Paul Sacco, "A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions, Substance Abuse: Research and Treatment, vol ٧ (٢٠١٣), pp. ١٣-٣٧.

٣٠٠ "Wu and Blazer, "Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review".

٣٠١ Orion Mowbray and Adam Quinn, "A scoping review of treatments for older adults with substance use problems", Research on Social Work Practice, vol ٢٦, No. ١ (٢٠١٦), pp. ٧٤-٨٧.

٣٠٢ Michelle R. Lofwall and others, "Characteristics of older opioid maintenance patients", Journal of Substance Abuse Treatment, vol ٢٨, No. ٣ (٢٠٠٥), pp. ٢٦٥-٢٧٢.

٣٠٣ Selected Issue ٢٠١٠.

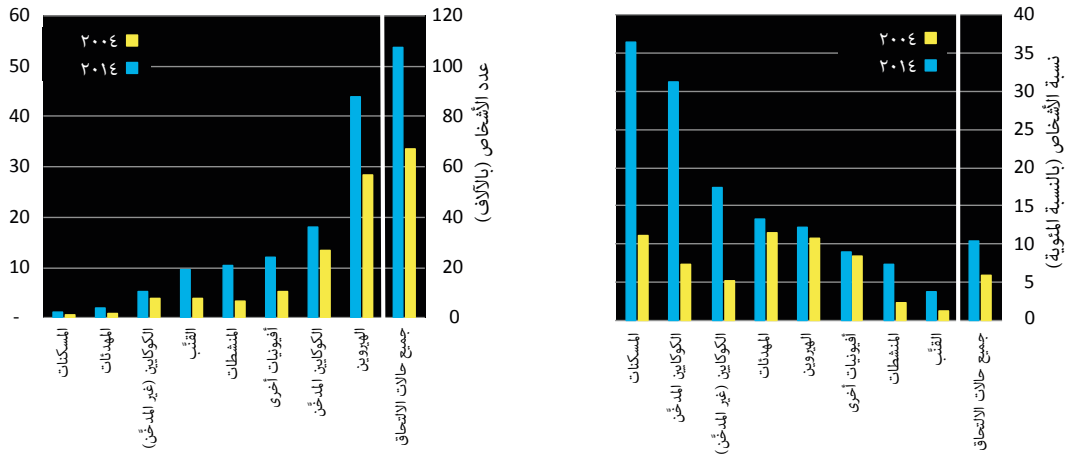
٣٠٤ Yih-Ing Hser, "Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a year follow-up study", Journal of Addictive Diseases, vol-٢٣, No. ١ (٢٠٠٧), pp. ٥١-٦٠.

٣٠٥ United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Treatment Episode Data Set (TEDS): ١٩٩٤-٢٠٠٤, National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, DASIS Series S-٣٣, SMA DHHS Publication No. ٤١٨٠٠-٠٦, (Rockville, Maryland, ٢٠٠٦).

٣٠٦ United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set (TEDS): ٢٠٠٤-٢٠١٤, National Admissions to Substance Abuse Treatment-Services, BHSIS Series S-٨٤, SMA HHS Publication No. ٤٩٨٦-١٦ (Rockville, Maryland, ٢٠١٦).

٣٠٧ United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set: Admissions (TEDS-A) Concatenated ١٩٩٢ to ٢٠١٢, ICPSR ٢٥٢٢١

الشكل ١٨ | الاتجاهات في عدد ونسبة من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر ضمن حالات الالتحاق بالعلاج المتصل بتعاطي المخدِّرات، الولايات المتحدة، ٢٠٠٤-٢٠١٤



المصدر: United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Treatment Episode Data Set (TEDS): ١٩٩٤-٢٠٠٤ – DASIS Series: S, Substance Abuse Treatment Services-National Admissions, SMA ٣٣) (DHHS Publication No. (SMA ٠٦-٤١٨٠ ,Rockville, Maryland)؛ and United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set (TEDS): ٢٠٠٤-٢٠١٤ – BHSIS Series S, Substance Abuse Treatment Services-National Admissions, SMA ٨٤) (HHS Publication No. (SMA ١٦-٤٩٨٦ ,Rockville, Maryland) (٢٠١٦.

ملحوظة: في الرسم البياني الأيسر الذي يبين عدد حالات الالتحاق بالعلاج، تُبيَّن "جميع حالات الالتحاق" على المحور الأيسر، بينما تُبيَّن حالات الالتحاق حسب أنواع المخدِّرات المحددة على المحور الأيمن.

العلاج من تعاطي المؤثرات الأفيونية في أوروبا - تقدم سن فئة متعاطي الهيروين

يمثل متعاطو المؤثرات الأفيونية، وخصوصاً من يتعاطونها بالحقن، في أوروبا نسبة معتبرة من متلقي العلاج من تعاطي المخدِّرات، وهم يمثلون تقليديًّا أكبر فئة تحتاج إلى علاج متخصص من تعاطي المخدِّرات. ورغم أن عدد متعاطي المؤثرات الأفيونية الذين يتلقون العلاج آخذ في الانخفاض، إلا أن نسبة مَن تفوق أعمارهم الأربعين عاماً الخاضعين للعلاج من تعاطي المؤثرات الأفيونية زادت من الخُمس في عام ٢٠٠٦ إلى الثلث في عام ٢٠١٣. وتشير الأدلة إلى وجود مجموعة كبيرة من متعاطي المؤثرات الأفيونية المتقدمين في السن ممن بدأوا في تعاطي الهيروين بالحقن خلال "وباء" الهيروين في الثمانينات والتسعينات من القرن العشرين بحيث إنهم يميزون نظم العلاج الأوروبية المتخصصة والأولية الحالية.[308]

غياب الاستجابة في الوقت الحالي لمشكلة متنامية

تنشأ مشاكل صحية خاصة وواسعة النطاق من تعاطي المخدِّرات لدى المسنّين، وخصوصاً من لهم تاريخ من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات والارتهان لها. ويتسم العلاج من تعاطي مواد الإدمان بكونه أكثر تعقيداً بسبب هذه الاضطرابات المتزامنة في الصحتين العقلية والبدنية. ومما يفاقم الموقف غياب الأدلة على العلاج الأنجع لمتعاطي المخدِّرات المسنّين. وتُعتبر هذه الظاهرة حديثة نسبيًّا، وهناك بعض القلق إزاء غياب البنى التحتية للتعامل مع الأعداد المتزايدة من متعاطي المخدِّرات المسنّين واحتياجاتهم الصحية على مدى العقود المقبلة.

وبصفة عامة، فإن استحداث تدخلات أو خدمات محددة لفائدة متعاطي المخدِّرات المسنّين لا يزال خارج نطاق الأولويات، ربما بسبب انخفاض نسبة انتشار تعاطي المخدِّرات بين المسنّين مقارنةً بمن هم أصغر سنًّا. فعلى سبيل المثال، لم ترد أي إشارات صريحة إلى المتعاطين المسنّين في استراتيجيات مكافحة المخدِّرات لدى البلدان الأوروبية في عام ٢٠١٠، ولم يطرأ تغير يُذكر على الوضع منذ ذلك الحين. وتتسم برامج العلاج والرعاية المتخصصة لفائدة متعاطي المخدِّرات المسنّين بندرتها في أوروبا، حيث توجَّه معظم المبادرات نحو الشباب.[309]، [310]

(Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research, ٢٠١٥).

٣٠٨ Alessandro Pirona and others, "Ageing and addiction: challenges for treatment systems" EMCDDA Poster Series (Lisbon, September ٢٠١٥).

٣٠٩ Selected Issue ٢٠١٠.

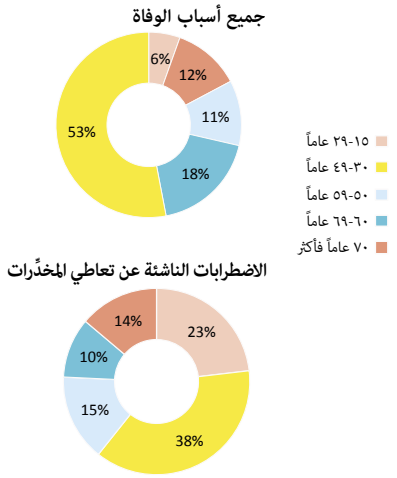
٣١٠ Johnston and others, "Responding to the needs of ageing drug users".

الوفيات المرتبطة بالمخدِّرات لدى متعاطيها الأكبر سنًّا

من الواضح أن الموت نتيجة تعاطي المخدِّرات هو النتيجة الأبلغ شدة. ورغم أن من يموتون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات (الوفيات الناجمة مباشرةً عن تعاطي المخدِّرات) هم غالباً من الشباب، فإن من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر لا يزالون يشكلون نسبة كبيرة. ومن بين الوفيات نتيجة لجميع الأسباب على الصعيد العالمي في عام ٢٠١٥، فإن النسبة الأكبر (٥٣ في المائة) وقعت بين من هم في سن ٧٠ عاماً فأكثر. وتحدث الوفيات الناجمة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات في سن مبكرة نسبيًّا، حيث يقع ربعها تقريباً (٢٣ في المائة) لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٩ عاماً، وتقع نسبة كبيرة منها (٣٨ في المائة) لدى من تتراوح أعمارهم بين ٣٠ و٤٩ عاماً. بيد أن هناك نسبة كبيرة من الوفيات في جميع أنحاء العالم بسبب الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات (٣٩ في المائة) تقع في أوساط متعاطي المخدِّرات في سن ٥٠ عاماً فأكثر.

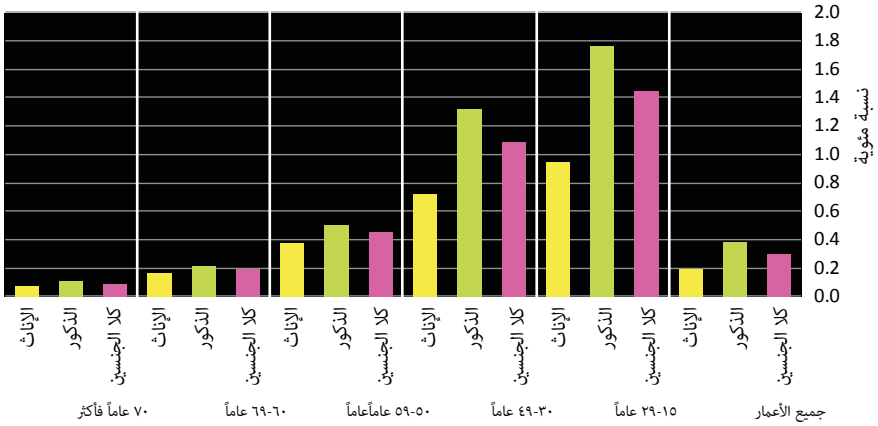
وتجدر الإشارة إلى أنه فيما يخص من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر، تمثل الوفيات بسبب الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات نسبة أقل من مجموع الوفيات الناتجة عن جميع الأسباب؛ وتمثل الوفيات بسبب الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات نسبة أعلى في أوساط الشباب. ومع تقدم سن الناس، يزداد عدد الوفيات المرتبطة بالسن.

الشكل ١٩ | الوفيات الناتجة عن اضطرابات تعاطي المخدِّرات وعن جميع أسباب الوفاة، حسب الفئة العمرية، على الصعيد العالمي، ٢٠١٥



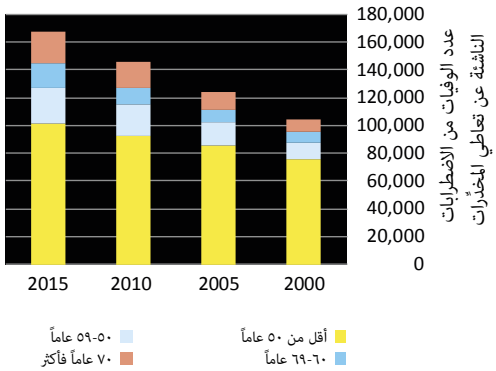
المصدر: WHO, Global Health Estimates ٢٠١٥: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, ٢٠٠٠-٢٠١٥ (Geneva, ٢٠١٦).

الشكل ٢٠ | نسبة الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات لجميع الأسباب، حسب الفئة العمرية، على الصعيد العالمي، ٢٠١٥



المصدر: WHO, Global Health Estimates ٢٠١٥: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, ٢٠٠٠-٢٠١٥ (Geneva, ٢٠١٦).

الشكل ٢١ الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات، حسب الفئة العمرية، على الصعيد العالمي، ٢٠٠٠-٢٠١٥



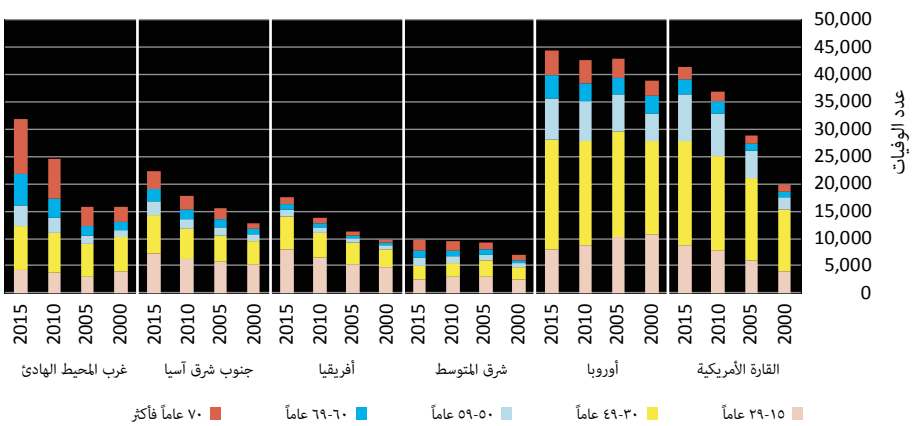
المصدر: WHO, Global Health Estimates: ٢٠١٥ Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, ٢٠٠٠–٢٠١٥ (Geneva, ٢٠١٦).

بيد أنه خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠١٥، حدثت زيادة سريعة في عدد الوفيات بسبب الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات بين من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر على الصعيد العالمي. وكانت هذه الزيادة أكثر وضوحاً من مثيلتها لدى متعاطي المخدِّرات ممن تقل أعمارهم عن ٥٠ عاماً. ففيما يخص من تقل أعمارهم عن ٥٠ عاماً، زادت الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات بمقدار الثلث، لكن فيما يخص من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر، فإن هذا العدد زاد بأكثر من الضعف. كما شَكَّلَ من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر نسبة متزايدة من الوفيات الناجمة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات: في حين كانت ٢٧ في المائة من جميع الوفيات من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات في عام ٢٠٠٠ بين من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر، بحلول عام ٢٠١٥، ارتفعت هذه النسبة إلى ٣٩ في المائة.

ويتسم تزايد عدد الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات في صفوف من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر، وكذلك تزايد نسبة تلك الوفيات ممثَّلة بتلك الفئة العمرية، بالاتساق عبر جميع المناطق. وعلى وجه الخصوص، في غرب المحيط الهادئ[311] وفي القارة الأمريكية، زادت الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات في أوساط من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر بواقع أكثر من ثلاثة أضعاف خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠١٥.

وفي أوروبا، زاد عدد الوفيات بسبب تناول الجرعات المفرطة ما بين عاميْ ٢٠٠٦ و٢٠١٣ لدى من هم في سن ٤٠ عاماً فأكثر، ولكنه تراجع لدى من تقل سنّهم عن ٤٠ عاماً، وهو ما يشير جزئيًّا إلى تقدم سن متعاطي المؤثرات الأفيونية.[312] وفي المملكة المتحدة، التي تمثل ما يقرب من ثلث الوفيات بسبب الجرعات المفرطة المبلَّغ عنها في أوروبا،[313] حدث ارتفاع حاد في العدد الإجمالي للوفيات التي تشمل الهيروين و/أو المورفين منذ عام ٢٠١٢. ومما ساهم في هذه الزيادة تقدُّم سن متعاطي الهيروين، وزيادة نقاء المخدِّر والكميات المتوفرة منه، والتغيرات في مخدِّرات محددة تُتعاطى بالاقتران بالهيروين و/أو المورفين.[314]

الشكل ٢٢ الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات، حسب الفئة العمرية والمنطقة، ٢٠٠٠-٢٠١٥



المصدر: WHO, Global Health Estimates: ٢٠١٥ Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, ٢٠٠٠–٢٠١٥ (Geneva, ٢٠١٦).

ملحوظة: تنسجم المناطق مع التصنيفات التي تستخدمها منظمة الصحة العالمية.

٣١١ وماليزيا ومنغوليا واليابان، إلى جانب أستراليا ونيوزيلندا وبلدان جزر المحيط الهادئ.

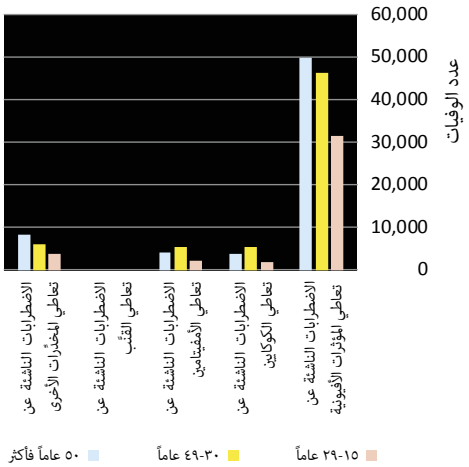
٣١٢ Pirona and others, "Ageing and addiction".

٣١٣ EMCDDA, European Drug Report: ٢٠١٧ Trends and Developments (Luxembourg, Publications Office of the European Union, ٢٠١٧).

٣١٤ United Kingdom, Office for National Statistics, "Deaths related to drug poisoning in England and Wales, September ٢٠١٥ registrations", Statistical Bulletin (٢٠١٦).

وعلى الصعيد العالمي، كانت ثلاثة أرباع الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات في أوساط من هم في سن ٥٠ عاماً فأكثر ترتبط بتعاطي المؤثرات الأفيونية. وتمثل كل من الوفيات المرتبطة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكوكايين والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الأمفيتامين نحو ٦ في المائة، في حين تمثل تلك المرتبطة بتعاطي المخدِّرات الأخرى النسبة المتبقية وقدرها ١٣ في المائة.[315] ويجسد هذا التوزيع عدداً من العوامل، وهي: القدرة على تحديد مواد إدمان مختلفة باعتبارها السبب الأساسي للوفاة، واختلاف الأنماط التاريخية لتعاطي المخدِّرات وعدد الفئات السكانية التي تتعاطى مخدِّرات مختلفة، وتوافر وفعالية خيارات العلاج التي قد تمدُّ حياة متعاطي المخدِّرات.

الشكل ٢٣ الوفيات الناتجة عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات، حسب فئات المخدِّرات الرئيسية والسن، على الصعيد العالمي، ٢٠١٥



المصدر: WHO, Global Health Estimates ٢٠١٥: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, ٢٠٠٠–٢٠١٥ (Geneva, ٢٠١٦).

٣١٥ WHO, Global Health Estimates ٢٠١٥: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, ٢٠٠٠–٢٠١٥ (Geneva, ٢٠١٦).

مسرد المصطلحات

الاستعمال الضار للمواد — يُعرَّف في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (التنقيح العاشر) بوصفه أحد أنماط الاستعمال التي تلحق ضرراً بالصحة البدنية أو العقلية.

الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدِّرات/الأشخاص المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدِّرات — مجموعة فرعية من الأشخاص الذين يتعاطون المخدِّرات. والأشخاص المصابون بهذه الاضطرابات يحتاجون إلى العلاج والرعاية الصحية والاجتماعية وإعادة التأهيل. ويُعتبر الاستعمال الضار للمواد والارتهان لها اثنتين من سمات اضطرابات تعاطي المخدِّرات.

الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات أو مواد الإدمان — يشير دليل الاضطرابات العقلية التشخيصي والإحصائي (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (الطبعة الخامسة) الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية أيضاً إلى "الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدِّرات أو مواد الإدمان" بوصفها أنماطاً لأعراض ناجمة عن تعاطي مادة معينة رغم مواجهة مشاكل نتيجة لتعاطي هذه المواد. وتبعاً لعدد الأعراض المحددة، قد تتراوح اضطرابات تعاطي مواد الإدمان بين متوسطة وشديدة.

الأفيونيات — مجموعة فرعية من المؤثِّرات الأفيونية تضم شتى المنتجات المشتقة من نبتة خشخاش الأفيون، بما في ذلك الأفيون والمورفين والهيروين.

الأمفيتامينات — مجموعة من المنشِّطات الأمفيتامينية تشمل الأمفيتامين والميثامفيتامين.

تعاطي المخدِّرات — استخدام المؤثِّرات النفسانية الخاضعة للمراقبة لأغراض غير طبية وغير علمية، ما لم يرد خلاف ذلك.

عجينة الكوكا (أو قاعدة الكوكا) — مستخلَص من أوراق شجيرة الكوكا. وينتج الكوكايين (الهيدروكلوريد والقاعدة) من تنقية عجينة الكوكا.

كوكايين "الكراك" — قاعدة الكوكايين الناتجة من هيدروكلوريد الكوكايين عن طريق عملية تحويل تجعله مناسباً للتدخين.

متعاطو المخدِّرات الإشكاليون — الأشخاص الذين يستهلكون المخدِّرات استهلاكاً ينطوي على مخاطر شديدة، مثل الأشخاص الذين يتعاطون المخدِّرات بالحقن و/أو الأشخاص الذين يتعاطون المخدِّرات يوميًّا و/أو الأشخاص المشخَّصين على أنهم يعانون من اضطرابات تتعلق بتعاطي المخدِّرات (التعاطي الضار للمخدِّرات أو الارتهان لها)، استناداً إلى المعايير السريرية الواردة في "دليل الاضطرابات العقلية التشخيصي والإحصائي" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (الطبعة الخامسة) الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية، أو "التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة" (International Classification of Diseases and Related Health Problems) (التنقيح العاشر) الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

معدل الانتشار السنوي — إجمالي عدد الأشخاص المندرجين في فئة عمرية معيَّنة الذين تعاطوا مخدِّراً معيَّناً مرة واحدة على الأقل في السنة السابقة، مقسوماً على عدد الأشخاص المندرجين في تلك الفئة العمرية، ويُعبَّر عنه بالنسبة المئوية.

ملح الكوكايين — هيدروكلوريد الكوكايين.

المنشِّطات الأمفيتامينية — مجموعة مواد مؤلَّفة من منشِّطات اصطناعية أُخضعت للمراقبة الدولية في اتفاقية المؤثِّرات العقلية لسنة ١٩٧١، وتنتمي إلى مجموعة المواد المسمَّاة الأمفيتامينات، التي تشمل الأمفيتامين والميثامفيتامين والميثكاثينون ومواد فئة "الإكستاسي" (٤،٣- الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين (MDMA) ونظائره).

المؤثِّرات الأفيونية — مصطلح عام يشير إلى القلويدات المنتجة من خشخاش الأفيون (الأفيونيات)، ونظائرها الاصطناعية (المؤثِّرات الأفيونية الموصوفة طبيًّا أو الصيدلانية أساساً)، ومركَّباتها التي يتم توليفها داخل الجسم.

المؤثِّرات النفسانية الجديدة — مواد للتعاطي، إمَّا في شكل نقي أو في شكل مستحضر، غير خاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدِّرات لسنة ١٩٦١ أو اتفاقية سنة ١٩٧١، ولكن قد تشكِّل خطراً على الصحة العامة. وفي هذا السياق، لا تشير عبارة "الجديدة" بالضرورة إلى مواد اختُرعت حديثاً بل إلى مواد أصبحت متاحة حديثاً.

الوقاية من تعاطي المخدِّرات وعلاج اضطرابات تعاطي المخدِّرات — الهدف من "الوقاية من تعاطي المخدِّرات" هو منع أو تأخير بدء تعاطي المخدِّرات، وكذلك الوقاية من الإصابة بالاضطرابات الناشئة عنه أو تأخيرها. وحالما يتعرض شخص لاضطراب تعاطي المخدِّرات، تكون هناك حاجة إلى العلاج والرعاية وإعادة التأهيل.

المجموعات الإقليمية

يستخدم تقرير المخدِّرات العالمي عدداً من التسميات الإقليمية ودون الإقليمية. وهذه التسميات ليست رسمية، وهي معرَّفة على النحو التالي:

- شرق أفريقيا: إثيوبيا، إريتريا، أوغندا، بوروندي، جزر القمر، جمهورية تنزانيا المتحدة، جيبوتي، رواندا، سيشيل، الصومال، كينيا، مدغشقر، موريشيوس
- شمال أفريقيا: تونس، الجزائر، جنوب السودان، السودان، ليبيا، مصر، المغرب
- الجنوب الأفريقي: أنغولا، بوتسوانا، جنوب أفريقيا، زامبيا، زمبابوي، سوازيلند، ليسوتو، ملاوي، موزامبيق، ناميبيا
- غرب ووسط أفريقيا: بنن، بوركينا فاسو، تشاد، توغو، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية الكونغو الديمقراطية، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، سيراليون، غابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا الاستوائية، غينيا-بيساو، كابوفيردي، الكاميرون، كوت ديفوار، الكونغو، ليبريا، مالي، موريتانيا، النيجر، نيجيريا
- الكاريبي: أنتيغوا وبربودا، بربادوس، برمودا، ترينيداد وتوباغو، جامايكا، جزر البهاما، الجمهورية الدومينيكية، دومينيكا، سانت فنسنت وجزر غرينادين، سانت كيتس ونيفيس، سانت لوسيا، غرينادا، كوبا، هايتي
- أمريكا الوسطى: بليز، بنما، السلفادور، غواتيمالا، كوستاريكا، نيكاراغوا، هندوراس
- أمريكا الشمالية: كندا، المكسيك، الولايات المتحدة الأمريكية
- أمريكا الجنوبية: الأرجنتين، إكوادور، أوروغواي، باراغواي، البرازيل، بوليفيا (دولة-المتعددة القوميات)، بيرو، سورينام، شيلي، غيانا، فنزويلا (جمهورية-البوليفارية)، كولومبيا
- وسط آسيا وما وراء القوقاز: أذربيجان، أرمينيا، أوزبكستان، تركمانستان، جورجيا، طاجيكستان، قيرغيزستان، كازاخستان
- شرق وجنوب شرق آسيا: إندونيسيا، بروني دار السلام، تايلند، تيمور-ليشتي، جمهورية كوريا، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، سنغافورة، الصين، الفلبين، فييت نام، كمبوديا، ماليزيا، منغوليا، ميانمار، اليابان
- جنوب غرب آسيا: أفغانستان، إيران (جمهورية-الإسلامية)، باكستان
- الشرق الأدنى والأوسط: الأردن، إسرائيل، الإمارات العربية المتحدة، البحرين، الجمهورية العربية السورية، دولة فلسطين، العراق، عُمان، قطر، الكويت، لبنان، المملكة العربية السعودية، اليمن
- جنوب آسيا: بنغلاديش، بوتان، سري لانكا، ملديف، نيبال، الهند
- شرق أوروبا: الاتحاد الروسي، أوكرانيا، بيلاروس، جمهورية مولدوفا
- جنوب شرق أوروبا: ألبانيا، بلغاريا، البوسنة والهرسك، تركيا، الجبل الأسود، جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً، رومانيا، صربيا، كرواتيا
- أوروبا الغربية والوسطى: إسبانيا، إستونيا، ألمانيا، أندورا، أيرلندا، آيسلندا، إيطاليا، البرتغال، بلجيكا، بولندا، تشيكيا، الدانمرك، سان مارينو، سلوفاكيا، سلوفينيا، السويد، سويسرا، فرنسا، فنلندا، قبرص، لاتفيا، لكسمبرغ، ليتوانيا، ليختنشتاين، مالطة، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، موناكو، النرويج، النمسا، هنغاريا، هولندا، اليونان
- أوقيانوسيا: أستراليا، بابوا غينيا الجديدة، بالاو، تونغا، توفالو، جزر سليمان، جزر مارشال، ساموا، فانواتو، فيجي، كيريباس، ميكرونيزيا (ولايات-الموحدة)، ناورو، نيوزيلندا، الأقاليم الجزرية الصغيرة.