



CUDRAS

Center for Universal Drug Researches
Approaches & Studies



ویژه نامه

۲ تیر الی ۱۰ تیر ۱۴۰۱

هفته مبارزه با مواد مخدر

ویژه نامه هفته مبارزه با مواد مخدر - ۱۴۰۱

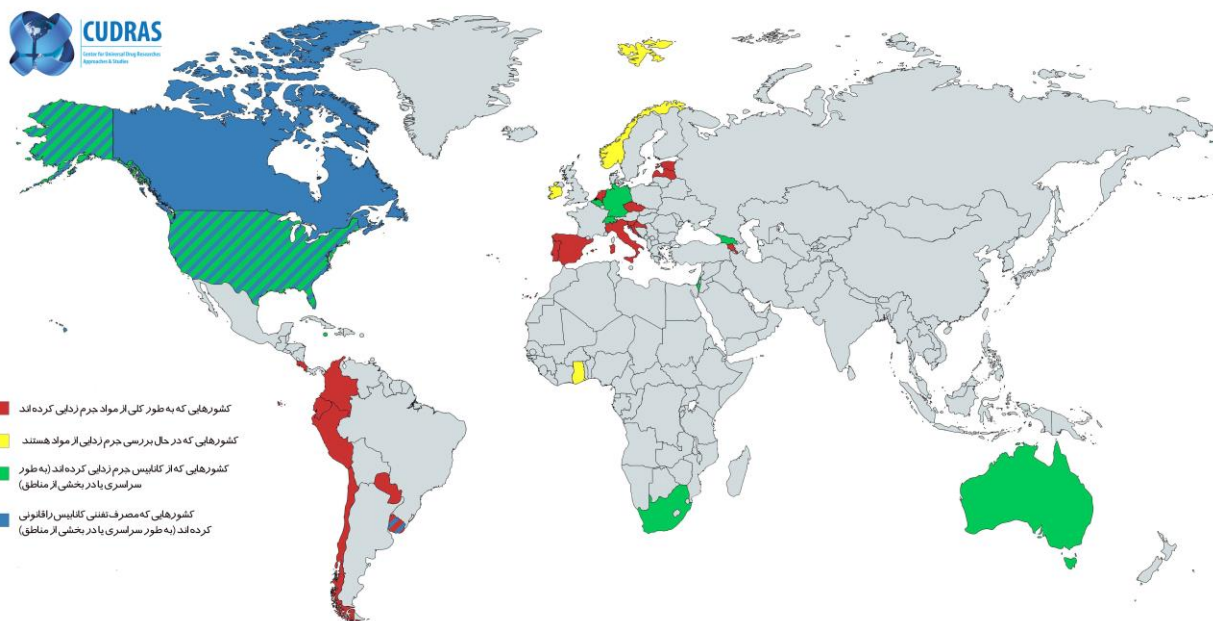
مقدمه

موسسه کادراس در راستای رسالت خود در زمینه آگاهی بخشی به عموم مردم عزیز کشورمان و همچنین ارائه افق‌های جدید در حوزه «مطالعات بین‌المللی مواد مخدر» و نیز با هدف «پیشگیری از اعتیاد» میان افشار سالم همچون سال‌های گذشته همزمان با روز جهانی و هفته مبارزه با مواد مخدر اقدام به تدوین ویژه نامه جدیدی برای بررسی «روندهای جدید در وضعیت مخدری جهان» و نیز زمینه‌هایی که منافع ملی ایران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد کرده است.

کادراس همچون گذشته می‌کوشد علاوه بر انتشار عمومی ویژه نامه هفته مبارزه با مواد مخدر در روزهای مختلف این هفته گزارش‌هایی تحلیلی، روزآمد و دقیق و مستند را با محوریت «ترویج واقعیت‌های موجود درباره اعتیاد» نگاشته و از طریق رسانه‌های مختلف به اطلاع هم‌میهنان برساند. همچنین گفتنی است این موسسه سعی خواهد کرد در یکسال آینده نیز ترویج حداکثری واقعیت‌های مصونیت بخش در جامعه را در دستور کار خود نگه دارد. عنوانین مطالب ویژه نامه هفته مبارزه با مواد مخدر عبارت اند از، «روندهای اساسی سیاست مخدری جهان»، «وضعیت مخدری افغانستان در ماه‌های اخیر» و «رفتار درمانی شناختی؛ روشی مدرن در درمان اعتیاد زنان»، که در ادامه به مطالعه آن خواهید پرداخت.

روندهای اساسی سیاست مخدري جهان

آزادسازی و جرم انگاری؛ دوگانه کاذب سیاست مخدري



در سال‌های اخیر برخی کشورهای جهان به یک اقدام به تغییر برخی از سیاست‌های مخدري خود کرده اند و شاهد آزادسازی مصرف برخی از انواع مواد مخدر کرده اند. امروزه دوگانه «آزادسازی» و «جرم انگاری» به یکی از مباحث اصلی در کلان پروژه «سیاست مخدري» مبدل شده است. هواداران هر یک از این دو ایده استدلال‌های مشخصی را برای پشتوانه‌دار کردن موضع خود مطرح می‌کنند. در نوشتار حاضر ضمن بررسی برخی از استدلال‌های این دو مکتب، سعی خواهیم کرد از رویکرد «کاهش تقاضا» (پیشگیری از اعتیاد) به عنوان بدیل قابل توجه و منطقی این دوگانه رونمایی کنیم.

جالب است بدانیم که مفاهیم کلیدی مورد تأکید هر یک از این دو طیف مشابه است. یعنی موافقان و مخالفان ممنوعیت مواد برای به کرسی نشاندن مواضع خود با استدلال‌های متفاوت از مفاهیم مشابهی استفاده می‌کنند. اصلی‌ترین این مفاهیم عبارتند از «کارآمدی»، «بازدارندگی»، «سلامت»، «جرایم»، «تروریسم»، «حقوق شهروندی»، «مواضع و مسائل اخلاقی و مذهبی»، «ایدئولوژی‌های سیاسی»، «نظر عامه مردم» و «مسائل اقتصادی». برای اینکه بتوانیم موضع موافقان و مخالفان قانونی‌سازی را در قبال هر یک از مفاهیم فوق به صورتی تفصیلی بررسی کنیم، در مقاله حاضر تنها دو مفهوم کارآمدی و بازدارندگی را از نظر خواهیم گذراند.

به طور کلی طرفداران آزادسازی و یا قانونی‌سازی مصرف مواد از «مقررات زدایی» (کلی یا جزئی) در این رابطه و یا تعدیل قوانین محدود کننده افراد و نیز مجازات‌های قانونی حمایت می‌کنند. در مقابل موافقان ممنوعیت مصرف مواد وجود قوانین محدود کننده را مفید و موثر می‌دانند و معتقدند که مصرف مواد غیرقانونی تبعات منفی فراوان و هزینه‌های سنگینی (هم

برای افراد مصرف کننده، هم برای خانواده آنها و هم برای جامعه بشری) در بردارد. موسسه پژوهشی کادراس بدین ترتیب می‌کوشد سلسله مقالاتی استدلال‌های هر دو طیف را مورد بررسی قرار داده و عیار هریک را مشخص سازد.

کارآمدی

طرفداران ممنوعیت مواد مدعی هستند قوانین مبارزه با مواد تاریخچه و سابقه موفقیت آمیزی در جهت متوقف کردن مصرف مواد غیرقانونی از زمان معرفی و شناخت آن در ۱۰۰ سال گذشته داشته است.^۱ برای مثال در آمریکا مصرف کنندگان فعلی مشروبات الکلی (۱۲ ماه گذشته) در جمعیت بالای ۱۴ سال به میزان ۸۰ تا ۹۰٪ است و میزان مصرف کنندگان فعلی دخانیات ۶۰٪ جمعیت بزرگسالان^۲ را شامل می‌شود، با این حال آمار مصرف مواد غیرقانونی در کشورهای عضو «شورای همکاری و توسعه اقتصادی» زیر ۱ درصد است (البته بجز کانابیس که در برخی از کشورهای عضو این شورا به ۳ تا ۱۰ درصد نیز می‌رسد و ۶ کشور نیز مصرف کانابیس در میان جمعیت خود را ۱۱ تا ۱۷ درصد اعلام کرده اند).^۳

در ۵۰ سال نخست پس از تصویب اولین کنوانسیون بین‌المللی ۱۹۱۲ که مصرف تریاک، هروئین و کوکائین را محدود می‌کرد، میزان مصرف ایالات متحده از مواد غیرقانونی به غیر از کانابیس همواره کمتر از ۰٫۵٪ از جمعیت بود، اما این نرخ بین سالهای ۱۹۵۵ تا ۱۹۶۵ به ۱-۲٪ از جمعیت افزایش یافت. با ظهور «جنبش ضد فرهنگی» که مواد غیرقانونی را «تقویت کننده ذهن» و «نسبتاً بی‌ضرر»^۴ می‌دانست، مصرف مواد غیرقانونی از اواخر دهه ۱۹۵۰ به شدت افزایش یافت. با افزایش مصرف مواد در دهه ۱۹۷۰ در ایالات متحده، کمپین «فقط بگو نه»، تحت نظارت «نانسی ریگان» (بانوی اول وقت آمریکا و همسر رونالد ریگان) راه اندازی شد و در نتیجه فعالیت‌های آن نیز با مصرف اخیر مواد غیرقانونی از ۱۴٫۱٪ در سال ۱۹۷۹ به ۵٫۸٪ در سال ۱۹۹۲ کاهش یافت، یعنی افتی ۶۰ درصدی.^۵

در مارس ۲۰۰۷، «آنتونیو ماریا کاستا»، مدیر اجرایی سابق دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، توجه همه را به سیاست مبارزه با مواد مخدری کشور سوئد جلب کرد.^۶ وی گفت: «کشور سوئد نمونه‌ای عالی از اجرای سیاست‌های کارآمد است.

^۱. Drug Free Australia "Arguments for Prohibition" (PDF). Archived from the original (PDF) on 2011-07-06. Retrieved 2010-04-20.

^۲. Australian Institute of Health and Welfare. 2007 National Drug Strategy Household Survey: first Results. Drug Statistics Series number 20. Cat. no. PHE 98. Canberra: AIHW "Australian 2007 Household Survey" (PDF). 2008. pp. 4, 5. Archived from the original (PDF) on 2010-11-20. Retrieved 2010-04-20.

^۳. For example, see Johnson A, Gerstein D "Initiation of Use of Alcohol, Cigarettes, Marijuana, Cocaine, and Other Substances in US Birth Cohorts since 1919" (PDF). Archived (PDF) from the original on 2010-06-20. Retrieved 2010-04-20. American Journal of Public Health, Jan 1998, Vol. 88, No 1 p 27 ff

^۴. UNODC "World Drug Report 2009". p. 235ff. Archived from the original on 25 March 2010. Retrieved 2010-04-20.

^۵. See Johnson A, Gerstein D "Initiation of Use of Alcohol, Cigarettes, Marijuana, Cocaine, and Other Substances in US Birth Cohorts since 1919" (PDF). Archived (PDF) from the original on 2010-06-20. Retrieved 2010-04-20. American Journal of Public Health, Jan 1998, Vol. 88, No 1 p 27 ff

^۶. Guinness O, The Dust of Death – A Critique of the Counter-Culture, IVP 1973 pp 232–249

^۷. Section 2 "Any Illicit Drug Use", 1996 National Household Survey on Drug Abuse: Preliminary Results "US SAMHSA Survey". Archived from the original on 2004-09-21. Retrieved 2010-04-20.

^۸. Section 2 "Any Illicit Drug Use", 1996 National Household Survey on Drug Abuse: Preliminary Results "US SAMHSA Survey". Archived from the original on 2004-09-21. Retrieved 2010-04-20.

مصرف مواد در این کشور یک سوم میانگین اروپا است در حالی که هزینه ای که برای کنترل مواد صرف می شود، معادل سه برابر میانگین اتحادیه اروپا است. به مدت سه دهه است که فارغ از اینکه کدام حزب در رأس قدرت باشد، سوئد توانسته سیاستهای منسجم و هماهنگی در زمینه کنترل مواد اتخاذ کند. با تأکید فراوان بر روی موضوع پیشگیری، قوانین مواد مخدوری به تدریج در این کشور به اجرا در آمد و امکانات گسترده ای برای درمان و ترک مواد، در دسترس مصرف کنندگان مواد قرار گرفت. پلیس هم جرایم مربوط به مواد را جدی گرفت و دولت ها و جوامع بر خود تمرکز کردند و با اجتناب از تصورات غلط مدارا در برابر مقاومت به این مهم دست یافتند. آنها از این واقعیت که مواد غیرقانونی، خطرناک و مضر هستند، غافل نشدند - لذا دنیا در محدود کردن این مواد به اجماع رسید.^۹

در اروپا، پس از هلند، سوئد دومین کشوری است که درصد بالایی از تولید ناخالص داخلی را صرف کنترل مواد می کند. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد اعلام می کند زمانی که سوئد هزینه های مربوط به «آموزش و ترک مواد» را در دهه ۱۹۹۰ در زمینه بیکاری بیشتر جوانان و کاهش تولید ناخالص داخلی کاهش داد، مصرف غیر قانونی مواد افزایش یافت. اما با بازگرداندن این هزینه ها به سمت برنامه های آموزشی و ترک مصرف مواد در سال ۲۰۰۲، طبق نظرسنجی مصرف مواد دانشجویان به شدت کاهش یافت. در سال ۱۹۹۸، در پیمایش های انجام شده توسط SIFO از میان هزار شهروند سوئدی، مشخص شد که ۹۶٪ خواستار اقدام شدیدتر دولت برای جلوگیری از سوء مصرف مواد، و ۹۵٪ خواستار غیر قانونی ماندن مواد بودند.^{۱۰} آنتونیو ماریا کاستا، با انتقاد از دولتهایی که قوانین مبارزه با مواد خود را کاهش داده اند، قبل از آغاز گزارش جهانی مواد در ژوئن ۲۰۰۶ در واشنگتن اظهار داشت: «پس از سالها تجربه کنترل مواد، اکنون می دانیم که یک استراتژی منسجم و بلند مدت می تواند عرضه مواد، تقاضا و قاچاق را کاهش دهد. اگر این استراتژی اجرا نشود، به این دلیل است که برخی از کشورها موضوع مواد مخدر را جدی نگرفتند و سیاستهای نامطلوبی را دنبال می کنند. بسیاری از کشورهایی که گرفتار معضل مواد هستند به دلیل عدم وجود یک استراتژی منسجم و بلند مدت است.

از سوی دیگر مخالفان ممنوعیت مصرف مواد معتقدند که قوانین محدودیت زای موجود به قدر کافی دارای کارآمدی نبوده و نتوانسته از مصرف انواع مواد جلوگیری کنند. «ولمر آگوست»، بنیانگذار مدرسه جرم شناسی در دانشگاه ایروین کالیفرنیا و رئیس پیشین جامعه بین المللی رئیس پلیس های آمریکا یکی از منتقدان اولیه ممنوعیت مواد در ایالات متحده آمریکا به شمار می آید. او بر آن است که «قوانین سختگیرانه، سیاست های پلیسی و تعقیب قانونی و حبس معتادان و فروشندگان مواد مخدر نه تنها در مقابله با این شر، بی فایده و شدیداً هزینه بر هستند، بلکه به طرز غیرقابل توجیه و غیرقابل باوری بی رحمانه هستند، خصوصاً در قبال قربانیان مواد. سرکوب باعث می شود این فرایند زیرزمینی شود و قاچاق چیان و عاملان تهیه و توزیع سود کلانی را به جیب بزنند. از سوی دیگر نیز این برخوردها باعث می شود معتادان موضع تدافعی به خود بگیرند و برای

^۹: Antonio Maria Costa, executive director of UNODC, "Cannabis... call it anything but "soft"", The Independent (UK), March 25, 2007. Archived June 10, 2008, at the Wayback Machine

^{۱۰}: UNODC "Sweden's Successful Drug Policy: A Review of the Evidence" (PDF). 2007. pp. 5, 26. Archived (PDF) from the original on 2010-02-16. Retrieved 2010-04-20.

^{۱۱}: Ibid

^{۱۲}: "Crime & Society – A Comparative Criminology Tour of the World (Sweden)". Archived from the original on 2010-12-19. Retrieved 2010-11-04.

تأمین هزینه های تهیه مواد به خرید و فروش آن رو بیاورند.» همچنین «استفان رُلز»، در کتاب مقاله ای که برای «مجله پزشکی بریتانیا» نوشته می‌آورد: «اجماع در حوزه مواد در حال شکل گیری است و ممنوعیت در زمینه تولید، توزیع و مصرف مواد به نتایج خود نرسیده و در عین حال اصلاً سازنده نیست.»^{۱۳}

بازدارندگی

دومین مفهومی که در خصوص دوگانه قانونی سازی و ممنوعیت مواد مورد بررسی قرار می‌دهیم، «بازدارندگی قوانین موجود» است. گروهی از موافقان ممنوعیت مواد، برآنند که قوانین محدود کننده از بازدارندگی لازم در این زمینه برخوردار هستند و لذا وجود چنین قوانینی مغتنم است. در مقابل مخالفان می‌کوشند با استدلال‌هایی ثابت کنند که این قوانین قادر به جلوگیری از تقاضا و نیز عرضه مواد نشده است.

پژوهشی در کشور استرالیا در سال ۲۰۰۱ از افراد ۱۸ تا ۲۹ ساله که توسط دفتر آمار و تحقیقات جرایم جنایی^{۱۴} انجام شد، نشان داد که ممنوعیت باعث جلوگیری از مصرف مواد غیر قانونی می‌شود. ۲۹٪ از افرادی که هرگز اقدام به مصرف کانابیس کرده‌اند، غیرقانونی بودن این ماده را دلیل عدم مصرف آن عنوان کردند، در حالی که ۱۹٪ از افرادی که مصرف کانابیس را ترک کرده بودند، دلیل غیرقانونی بودن آن را ذکر کردند.

در همین راستا «گیل کرلیکوفسک»، مدیر دفتر سیاست کنترل ملی مواد مخدر ایالات متحده، اعلام کرد: «کنترل و ممنوعیت ها به بالاتر نگه داشتن قیمت ها کمک می‌کند و بالا بودن قیمت ها به میزان مصرف نسبتاً کم مواد، کمک می‌کند، و این موضوع به این دلیل است که جوانان نسبت به قیمت مواد حساس هستند. بین قیمت گذاری و میزان مصرف مواد جوانان با توجه به مالیات الکل و سیگار رابطه مستقیم وجود دارد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افزایش قیمت سیگار مصرف آن را چندین برابر کاهش داده است.»^{۱۵}

اداره مبارزه با مواد مخدر آمریکا نیز در این باره اعلام کرده است: «قانونی سازی مواد سابقاً تجربه شده است - و به شدت شکست خورده است. تجربه آلاسکا در زمینه قانونی کردن مصرف مواد در دهه ۱۹۷۰ باعث شد که مصرف ماری جوانا در میان نوجوانان این ایالت، به بیش از دو برابر نسبت به سایر ایالت ها بالغ شود. این امر باعث شد که ساکنان آلاسکا در سال ۱۹۹۰ مجدداً به جرم انگاری ماری جوانا رأی دهند.»^{۱۶}

وب سایت «استرالیای عاری از مواد»، از هلند به عنوان نمونه ای از کشورها که در زمینه سیاست های مواد ناموفق بود، یاد کرده زیرا این کشور رویکردی بسیار نرم و منعطفی را در این زمینه دنبال می‌کرد. این وب سایت تأکید می‌کند که طرح هلند

^{۱۳}The Police and Modern Society, August Vollmer, Berkeley, University of California Press, 1936

^{۱۴}NSW Bureau of Crime Statistics and Research

^{۱۵}NSW Bureau of Crime Statistics and Research "Does Prohibition Deter Cannabis Use" (PDF). Archived from the original (PDF) on 2011-03-21. Retrieved 2010-04-20.

^{۱۶}Gil Kerlikowske "Why Marijuana Legalization Would Compromise Public Health and Public Safety" (PDF). pp. 9, 10. Retrieved 2010-04-20.

^{۱۷}US Drug Enforcement Administration (May 2003). "Speaking Out Against Drug Legalization" (PDF). U.S. Department of Justice. Archived from the original (PDF) on 2006-06-27. Retrieved 2016-10-21.

مبنی بر صدور اجازه خرید و فروش کانابیس و همچنین ایجاد بازاری مجزا برای متوقف کردن فروشندگان مواد غیر قانونی، مانند هروئین، کوکائین و آمفتامین ها نا موفق بود. در سال ۱۹۹۸، هلند جایگاه سومین مصرف کننده کانابیس و کوکائین در اروپا را به دست آورد. طبق گفته «باری مک کافری» از دفتر سیاست ملی کنترل مواد مخدر ایالات متحده، مقاومت هلند در این زمینه، منجر به این شد تا هلند یک مرکز جنایی، برای تولید مواد شیمیایی غیرقانونی تبدیل شود، به ویژه در زمینه قرص های اکستازی و همچنین خانه هایی جهت تولید و صادرات انواع گیاه کانابیس که دارای تتراهیدروکانابینول^{۱۸} معادل ۱۰ برابر بیشتر از حد معمول به سراسر جهان بود.^{۱۹}

گیل کرلیکوفسک تصدیق کرد که، در کشور هلند روزگاری هزاران کافه جهت مصرف کانابیس وجود داشته است، در حال حاضر فقط چند صد مورد وجود دارد. میزان مصرف کانابیس، در سال ۲۰۰۵ به تنهایی بالاتر از سال ۱۹۹۸ است، این وب سایت معتقد است در حالی که مصرف کانابیس سایر کشورهای اروپایی نسبت به گذشته آنها بیشتر شده است و این امر به این دلیل بود که مصرف رو به رشد مصرف کانابیس در هلند، جای خود را به مقاومت بیشتر در برابر مصرف کانابیس داده بود.^{۲۰} همچنین این وب سایت استدلال کرده که پس از وضع قوانین منعطف تر، کاهش مصرف کانابیس در بریتانیا ممکن است بیشتر شود از این رو، شواهد قوی مبنی بر ارتباط بین کانابیس و روان پریشی در رسانه های بریتانیایی به نمایش گذاشته شده است.^{۲۱}

این درحالی است که مخالفان ممنوعیت مواد معتقدند قوانین قهری بازدارندگی لازم را ایجاد نکرده اند. پیشنهاد شده است که اصلاح قانون مبارزه با مواد می تواند میزان مصرف مواد غیر قانونی را در کشورهایی مانند هلند کاهش دهد.^{۲۲} مطابق گزارش سالانه مرکز نظارت اروپا بر مواد و اعتیاد به مواد، در سال ۲۰۰۹، هلندی ها در میان کمترین مصرف کنندگان ماری جوانا یا کانابیس در اروپا هستند، با وجود این که سیاست هلند در مورد مواد قانونی یکی از لیبرال ترین کشورها در اروپا است، در واقع اجازه فروش ماری جوانا در «کافی شاپ ها» رواج دارد و سال هاست که فعالیت اینگونه کافی شاپ ها جریان دارد و مالکیت کمتر از ۵ گرم مجاز می باشد.^{۲۳}

آمارهای مؤسسه بررسی جرم انگلستان نشان می دهد که تعداد افراد ۱۶ تا ۲۴ ساله مصرف کننده کانابیس از ۲۸٪ در یک دهه قبل به ۲۱٪ کاهش یافته است، با کاهش محبوبیت در حال رشد پس از تصمیم به کاهش درجه این مواد به کلاس C در ژانویه ۲۰۰۴ اعلام شد.^{۲۴} آرقام این مؤسسه منتشر شده در اکتبر ۲۰۰۷، نشان داد که تعداد مصرف کنندگان همیشگی در

^{۱۸}Tetrahydrocannabinol

^{۱۹}Testimony of Barry McCaffrey, Director, US Office of Drug Control Policy to House Government Reform and Oversight Committee. "The Drug Legalization Movement In America 1999". Archived from the original on 2009-11-01. Retrieved 2010-04-20.

^{۲۰}Gil Kerlikowske "Why Marijuana Legalization Would Compromise Public Health and Public Safety" (PDF). p. 6. Retrieved 2010-04-20.

^{۲۱}BBC "BBC Program Example 1". BBC News. 2004-12-01. Archived from the original on 2009-01-04. Retrieved 2010-04-20.

^{۲۲}Common Sense for Drug Policy (2007-05-29). "The Netherlands and the United States: A Comparison". Drug War Facts. Archived from the original on 18 February 2008. Retrieved 2008-03-07.

^{۲۳}Stevenson, Reed (2009-11-05). "Dutch among lowest cannabis users in Europe-report". Reuters. Archived from the original on 2017-02-27. Retrieved 2016-10-21.

^{۲۴}Travis, Alan (2007-10-26). "Cannabis use down since legal change". London: The Guardian (UK). Archived from the original on 2012-08-01. Retrieved 2016-10-21.

گروه سنی ۱۶ تا ۲۴ سال (یعنی افرادی که بیش از یک بار در هر ماه از کانابیس مصرف می کنند) در چهار سال گذشته از ۱۲٪ به ۰.۸٪ کاهش یافته است.

بر اساس بررسی سالانه نظارت آینده نوجوانان آمریکایی، نوجوانان آمریکایی مشروبات الکلی، استعمال دخانیات و مصرف مواد کمتری نسبت به نسل قبلی خود بیش از ۴۰ سال مداوم مصرف می کنند. مصرف ماری جوانا در بین دانش آموزان پایه ۸ و ۱۰ کاهش یافته است اگرچه در میان دانش آموزان سال آخری دبیرستان وجود دارد.^{۲۵}

^{۲۵}"Monitoring the Future 2017 Survey Results". 12 December 2017. Archived from the original on 26 March 2018. Retrieved 25 March 2018.

وضعیت مخدري افغانستان در ماه‌های اخير



بازگشت طالبان به قدرت باعث شده که افغانستان به عنوان بزرگ‌ترین تولید کننده مواد اوبیوئیدی در جهان مجدداً در کانون توجهات جهانی قرار گیرد. بجز تولید ۹۰ درصد تریاک جهان، افغانستان مقادیر قابل توجهی از هروئین و مورفین جهان را نیز تولید می‌کند و در سال‌های اخیر به محلی برای تولید مت‌آفتامین (شیشه) نیز مبدل شده است. به گزارش سازمان ملل متحد در سال ۲۰۲۱ مواد مخدر به تنهایی ۲,۷ میلیارد دلار به اقتصاد افغانستان کمک کرده که بیش از ۱۰ درصد کل درآمد ملی این کشور را تشکیل می‌دهد. همچنین این رقم بیش از ارزش صادرات قانونی این کشور است. ۷۰٪ از زمین‌های کشاورزی افغانستان برای کشت تریاک یا سایر محصولات مخدري مورد استفاده قرار می‌گیرد. تولید مواد در افغانستان به طور پیوسته در سال‌های اخیر افزایش یافته است.

سیاست منع کشت مجدد

براساس برآوردهای دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل متحد، به طور کلی در سال ۲۰۲۱ در افغانستان مساحتی ۱۷۷۰۰۰ هکتاری زیر کشت تریاک رفته و تریاک کافی برای تولید تا ۶۵۰ تن هروئین را فراهم آورده است. امروزه تولید تریاک

افغانستان از مجموع سایر کشورهای تولید کننده تریاک بیشتر است. نزدیک به ۸۰٪ هروئین تولید شده تریاک افغانستان از طریق آسیای مرکزی و پاکستان به اروپا منتقل می‌شود.

در پی بازگشت طالبان به قدرت در سال ۲۰۲۰ و اعلام سیاست ممنوعیت کشت از سوی طالبان روندهای مخدری جدیدی در این کشور آغاز شده است. نخستین تأثیر این سیاست افزایش قیمت تریاک و هروئین بود و تداوم بازار سیاه تجارت پنهانی این مواد و رشد اقتصاد غیرقانونی را در پی داشته است. به عبارت دیگر طالبان با وجود اعلام ممنوعیت تولید مواد اما همچنان به دلیل نیاز به منابع مالی ناشی از تجارت مواد مخدر، اجازه فعالیت «پنهان» و حیات به اقتصاد مخدری این کشور را داده است. البته گزارشات ضد و نقیض در این خصوص بسیار زیاد است. به عنوان مثال به گزارش «رادیو ملی آمریکا» در ولسوالی واشیر در جنوب ولایت هلمند، جنگجویان مسلح طالبان یک مزرعه کشت خشخاش را نابود کردند. «ملا عبدالحق آخوند»، معاون وزیر داخله طالبان در امور مبارزه با مواد مخدر به آسوشیتدپرس گفت: «کسانی که قانون ممنوعیت کشت مواد را نقض می‌کنند، براساس قوانین شریعت در دادگاه‌های مربوطه حاضر و محاکمه خواهند شد.» هلمند مرکز کشت خشخاش در افغانستان به حساب می‌آید و به نظر می‌رسد که موج جدید برخوردها، عمدتاً کسانی را هدف قرار می‌دهد که پس از اعلام قانون ممنوعیت، محصولات خود را کاشتند.

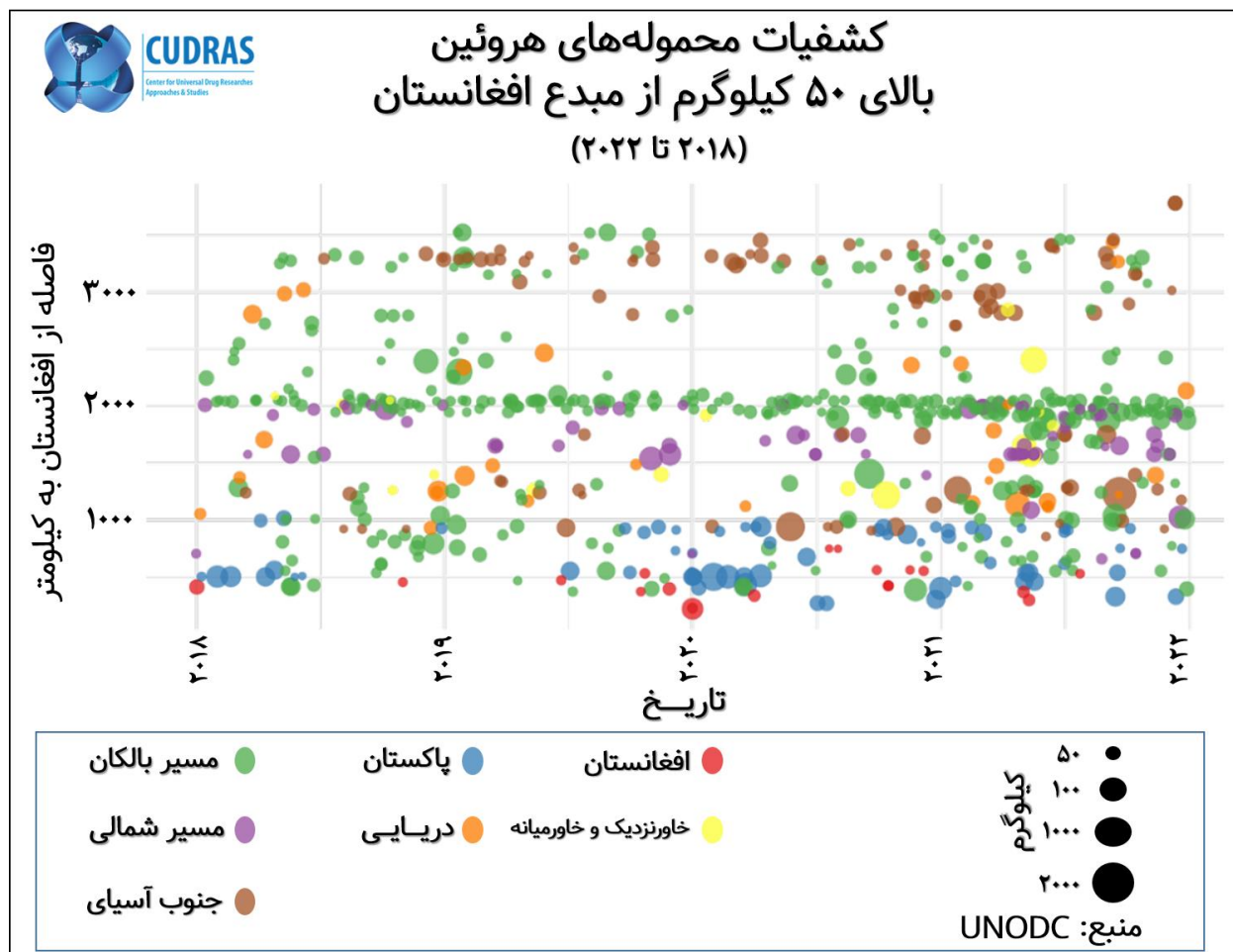
در صورتی که طالبان برای اجرای «قانون ممنوعیت کشت مواد مخدر» (که هنوز مشخص نیست با چه میزان سخت‌گیری به اجرا درآید) شدت عمل به خرج دهد میلیون‌ها کشاورز فقیر و کارگران روزمزد که برای بقای خود کار روی مزارع خشخاش وابسته هستند را بیکار خواهد کرد. با قطع کمک‌های بین‌المللی، سقوط آزاد اقتصاد افغانستان، مشکل اکثریت مردم برای تامین غذا و خشکسالی بی‌سابقه از جمله موانع پیش روی طالبان برای اجرای این قانون جدید است.

به گزارش سازمان ملل متحد، پیش از این طالبان در دهه ۹۰ میلادی برای اولین بار کشت خشخاش را ممنوع و با ایجاد یک کمپین قدرتمند برای از بین بردن زمین‌های زراعی، تولید مواد مخدر را طی دو سال از بین برد. با این حال پس از اشغال افغانستان توسط نیروهای ائتلاف آمریکایی، بار دیگر بسیاری از کشاورزان افغانستانی به کشت خشخاش بازگشتند. براساس آمارهای منتشر شده از سوی منابع آمریکایی، این کشور در طول ۲۰ اشغال افغانستان بیش از ۸ میلیارد دلار برای از بین بردن تولید خشخاش هزینه کردند؛ اما به صورت معناداری آمار کشت مواد بویژه تریاک افزایش یافته است.

علی‌رغم ممنوعیت جدید کشت مواد مخدر در افغانستان، مقامات طالبان در حال انباشت تریاک و سایر مواد مخدر هستند و همچنان اجازه تولید برخی مواد را می‌دهند که سهمی حیاتی در اقتصاد کشور دارد. قانون ممنوعیت کشف مواد مخدر طالبان (از جمله کشت، تولید، حمل و نقل و مصرف) در ماه آوریل ۲۰۲۲ اعلام شد. در ماه اوت ۲۰۲۱ کنترل مواد مخدر یکی از خواسته‌های اصلی جامعه بین‌المللی از این گروه بود، که اکنون افغانستان را تحت کنترل نیروهای خود درآورده است. طالبان به دنبال به رسمیت شناخته شدن از سوی جامعه بین‌المللی است تا بتواند مشکلات مربوط به تحریم‌های بانکی، تجارت و توسعه را حل و فصل نماید. در راه رسیدن به اهداف طالبان به خوبی می‌داند که باید خود را دولتی مسئولیت پذیر و قاعده پذیر در جامعه بین‌المللی نشان دهد تا از این طریق بتواند زمینه لازم برای کسب مشروعیت، گسترش روابط با کشورها جهان و حل مشکلات اقتصادی خود فراهم کند.

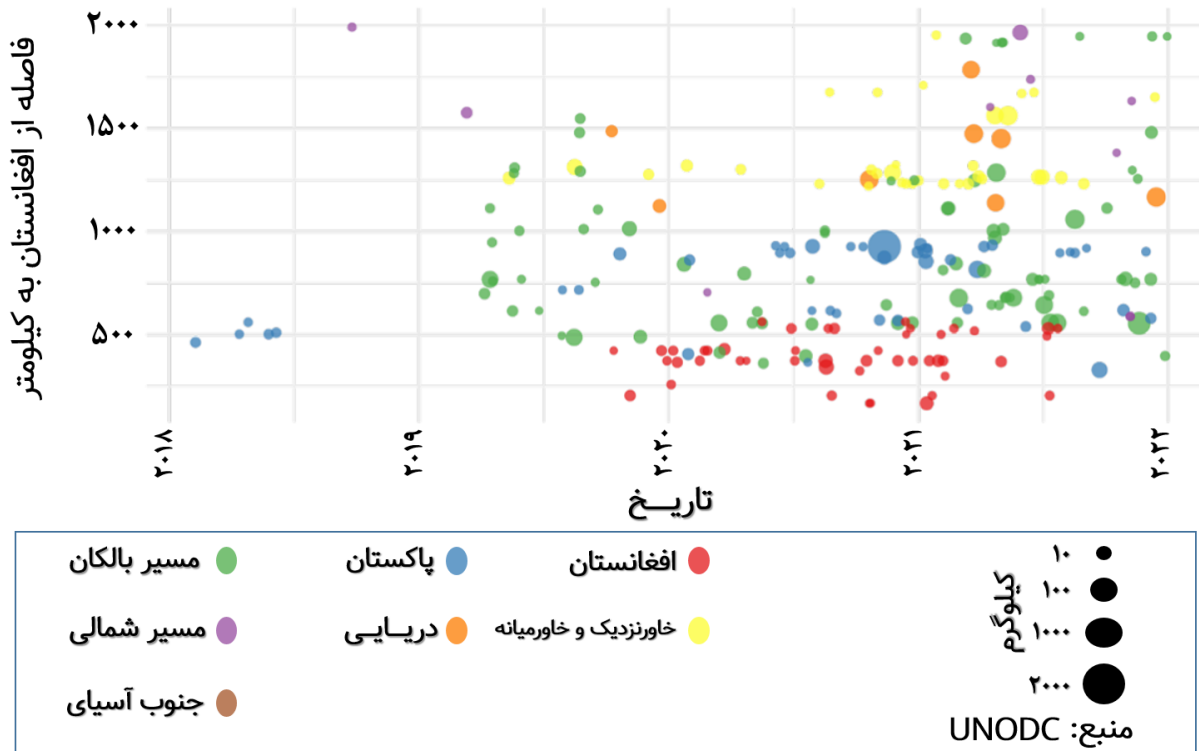
رهگیری کشفیات مواد مخدر افغانستان در دو ماه اخیر

علی‌رغم اعلام سیاست منع کشت خشخاش از سوی طالبان در دو ماه گذشته همچنان شاهد سطح بالای کشفیات مواد مخدر از مبدع افغانستان در کشورهای مختلف جهان بوده ایم. این تحلیل براساس داده‌های کشورهای منتخب واقع در امتداد مسیر جنوبی در شرق و جنوب آفریقا و در امتداد مسیرهای بالکان، قفقاز و مناطق شمالی، به‌ویژه مشاهدات در ۲۰۰۰ کیلومتری افغانستان اتفاق افتاده است. هدف خاص منعکس کردن ویژگی‌های این پلتفرم با تمرکز بر قاچاق هروئین و مت‌آمفتامین از افغانستان است که منبع اصلی مواد مخدر غیر قانونی است.

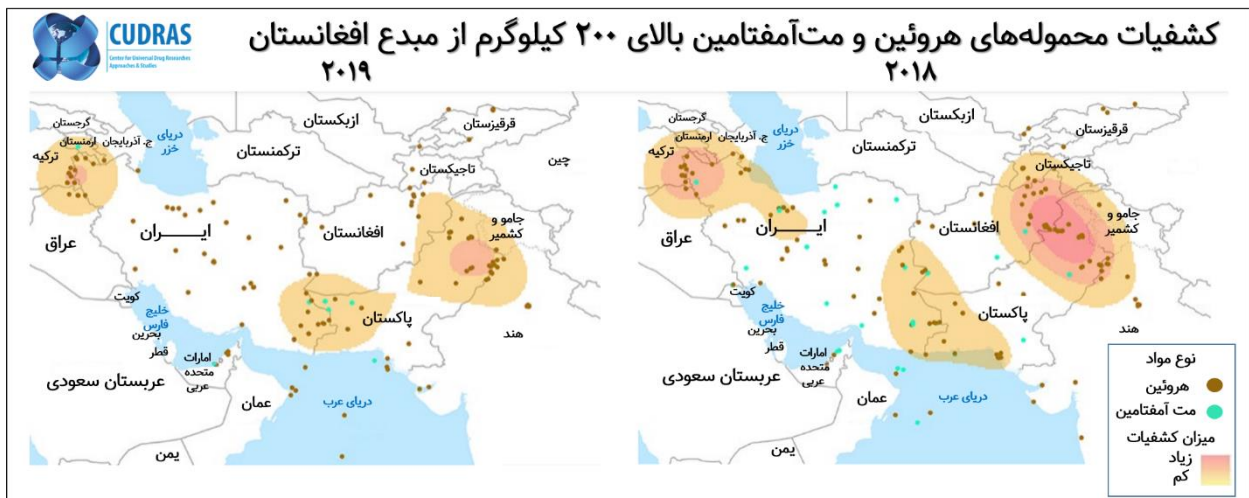


کشفیات هروئین و مت‌آمفتامین از نظر تعداد محموله‌ها و وزن کشفیات طی سال‌های ۲۰۲۰-۲۰۲۱ افزایش یافته است. همان‌طور که رویدادهای کشف و ضبط در خاورمیانه افزایش یافت؛ کشفیات دریایی مت‌آمفتامین از اواخر سال ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ افزایش یافته است.

کشفیات محموله‌های هروئین بالای ۱۰ کیلوگرم از مبدع افغانستان (۲۰۱۸ تا ۲۰۲۲)



وقایع مربوط به کشفیات حاکی از تشدید قاچاق به سمت شرق و جنوب افغانستان، از جمله مسیر سنتی به سمت غرب از طریق مسیر بالکان است.



ژوئن ۲۰۲۲

این اطلاعات براساس تلاش‌های پیشین پلتفرم نظارت بر مواد مخدر سازمان «UNODC» از جمله بررسی و تقسیم بندی گروه‌های قاچاقچی براساس ملیت‌شان، در وقایع کشف و ضبط هروئین و مت‌آمفتامین در افغانستان بوده است. این تحلیل براساس کشورهای منتخب واقع در امتداد مسیر جنوبی شرق، جنوب آفریقا و در امتداد مسیرهای بالکان، قفقاز و شمال آن بویژه در ۲۰۰۰ کیلومتری افغانستان است.

قاچاقچیان دستگیر شده در مجاورت افغانستان نشان می‌دهند که از اواخر سال ۲۰۲۰ بیشتر به سمت تنوع ملیت افراد، من جمله افزایش قاچاقچیان از کشورهای آفریقایی، حرکت کردند. همچنین این سیاست همزمان با افزایش رویدادهای کشف هروئین و مت‌آمفتامین در شرق و جنوب آفریقا بوده است.

در طول سال ۲۰۲۱ کشفیات هروئین و مت‌آمفتامین از وسایل نقلیه زمینی افزایش قابل توجهی یافته است. از سال ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ میزان کشفیات در منازل مسکونی به طور قابل توجهی افزایش یافته، که احتمالاً انعکاس دهنده سایه وضعیت کرونایی در این قسمت است.

رفتار درمانی شناختی؛ روشی مدرن در درمان اعتیاد زنان



اختلال سوء مصرف مواد میان زنان اغلب با سایر اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال پرخوری و اختلال استرس همراه است. علاوه بر این زنانی که مصرف کننده مواد هستند، به طور همزمان با اختلالات دیگری مانند سلامت روان پس از طلاق، از دست دادن حضانت فرزندان روبرو هستند که درمان اعتیاد را برای آنها سخت تر می کند. این امر در مورد درمان اختلال سوء مصرف مواد نیز وجود دارد؛ بسیاری از زنان باردار یا دارای فرزند خردسال به دنبال درمان نیستند یا درمان خود را زود رها می کنند. همچنین برخی از زنان از ترس از دادن فرزند معمولاً یا اعتیاد خود را پنهان می کنند و یا اصلاً به دنبال درمان نمی روند. به طور کلی ترکیب اموری مانند کار بیرون از منزل، مراقبت در منزل، مراقبت از کودک و سایر مسئولیت های خانوادگی به علاوه حضور مکرر در برنامه های درمان می تواند برای بسیاری از زنان فرآیند درمان را طاقت فرسا کند. بر اساس آمارها در ایالات متحده آمریکا از هر سه زن بیش از یک زن خشونت فیزیکی را از سوی شریک زندگی خود تجربه کرده است، قربانیان خشونت بیشتر در معرض ابتلا به بیماری های مزمن مانند چاقی، افسردگی و مصرف انواع مواد قرار دارند.

در مورد زنان باردار نیز همین مسئله به گونه ای دیگر صادق است؛ زنان بارداری که مواد مخدر یا هروئین مصرف می کنند با مشکلات خاصی روبرو هستند، زیرا ممکن است فرزند آنها وابسته به مصرف مواد به دنیا بیاید. در حال حاضر، سازمان غذا و داروی ایالات متحده داروهایی را برای درمان زنان باردار وابسته به مواد مخدر تایید نکرده است، اما درمان نگهدارنده به صورت مصرف متادون یا بوپرنورفین همراه با مراقبت های دوران بارداری و یک برنامه درمان دارویی جامع می تواند بسیاری از پیامدهای نامطلوب مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر درمان نشده را بهبود بخشد. به طور کلی، قطع درمان با متادون یا

بوپرنورفین برای زنان باردار توصیه نمی شود. با این حال، نوزادانی که در دوران بارداری در معرض متادون قرار گرفته اند، ممکن است برای علائم ترک نیاز به درمان داشته باشند. برخی از مطالعات نشان می دهند که بوپرنورفین دارای مزایایی نسبت به متادون در درمان اختلال سوء مصرف مواد مخدر میان زنان باردار است. نوزادانی که از مادران تحت درمان با بوپرنورفین به دنیا آمدند، در مقایسه با آنهایی که تحت درمان با متادون قرار گرفتند، علائم وابستگی کمتری داشتند و مدت اقامت آنها در بیمارستان کاهش یافت. زنان بارداری که بوپرنورفین را برای اختلال مصرف مواد افیونی در دوران بارداری مصرف می کنند باید بدانند که مقدار بوپرنورفین عبوری از شیر مادر ممکن است برای جلوگیری از ترک مواد افیونی در نوزادشان ناکافی باشد، به همین دلیل در برخی موارد ممکن است نیاز به درمان نوزاد باشد. زنان بارداری که به مواد مخدر معتاد هستند، حتی اگر تحت درمان هستند، باید نوزادان خود را از نظر خواب آلودگی، افزایش وزن ناکافی، و عدم دستیابی به نقاط عطف رشد - به ویژه در نوزادان نارس که فقط با شیر مادر تغذیه می کنند، تحت نظر داشته باشند.

اخیراً مطالعات انجام شده در میان انواع رویکردهای درمانی، روش «رفتار درمانی شناختی»^۲ آموخته‌های روشنی را به درمان اعتیاد به ویژه میان زنان پیش روی مصرف کنندگان و درمان گران قرار داده است. رفتار درمانی شناختی، رویکرد درمانی کوتاه مدت است که به شناخت افکار و الگوهای رفتاری غیر مفید یا منفی کمک می کند. درمانگران با کمک به شناسایی افکار منفی و برخورد با آنها به صورت رفتار سازنده جایگزین، به بهبود رفتارهای منفی درونی شده در فرد کمک می کنند. این افکار اغلب از احساسات درونی مانند، ترس، شک و تردید به خود ناشی می شوند که غالباً افراد با روی آوردن به اعتیاد سعی در تسکین چنین افکار و احساسات ناخوشایندی دارند. در این روش معتادان در حال بهبودی می توانند در مورد تجربیات دردناک خود در یک محیط امن صحبت کنند و درمان به آنها کمک می کند تا راه هایی برای مدیریت مثبت این احساسات پیدا کنند. در نهایت، آنها می توانند عادات مخرب را با مهارت های مقابله ای مثبت جایگزین کنند.



رفتار درمانی شناختی، با شناسایی علل و پیامدهای یک رفتار خاص با تحلیل عملکردی از دو جزء اصلی درمانگر و درمان جو تشکیل شده است؛ قدم اول در این روش شناسایی شرایط، احساسات و افکاری است که از سوء مصرف مواد یا نوشیدن الکل ناشی شده است، می باشد. همچنین ورود به این فرآیند به تعیین خطراتی که احتمالاً باعث عود اعتیاد نیز می شود، کمک می کند. به صورتی که، درمان گر برای درک باورها یا افکار منفی از بیمار سوالاتی می پرسد و سپس به دنبال راه های بهتری برای مدیریت موقعیت ها، افکار یا احساسات دشوار می گردد.

در اغلب موارد تغییرات غیرمنتظره بزرگ زندگی مانند طلاق، غم و اندوه یا ضربه روحی می تواند بسیار چالش برانگیز باشد و مدیریت آن به شیوه ای سالم بسیار سخت است؛ به نحوی که برخی از افراد برای مقابله با آن به مصرف الکل یا مواد روی می آورند. هدف رفتار درمانی شناختی، شناسایی منبع مشکل و یافتن راه هایی برای جایگزینی روش های مقابله ای غیرمولد با عادات و مهارت های سالم تر است. هنگامی که محرک شناسایی شد، می توان از محرک اجتناب کرد یا روش موثرتری برای غلبه بر محرک تعیین و برای رسیدن بدان مهارت لازم را شناسایی کرد.

چهار مرحله اساسی در روش رفتار درمانی شناختی عبارتند از:

مرحله ارزیابی:

در این مرحله بیمار و درمانگر با یکدیگر آشنا می شوند. درمانگر معمولاً در مورد رویدادهای گذشته که ممکن است منجر به اعتیاد شده باشد نیز سوالاتی می پرسد. این امر به درمانگر بینشی می دهد تا به بیمار کمک کند محرک های زندگی خود را شناسایی کند. پس از پایان ارزیابی، درمانگر یک طرح درمانی با تعداد جلسات مورد نیاز برای درمان جو ایجاد می کند.

مرحله شناختی:

در این مرحله، درمان جو با درمانگر خود برای شناسایی افکار و اعمال منفی خود صحبت می کند، در این مرحله درمان جو از احساسات و افکار خود که ممکن است منجر به سوء مصرف مواد شده باشد، آگاه می شود. هنگامی محرک های مسبب اعتیاد در او شناسایی گردید، درمانگر مهارت هایی به او آموزش می دهد تا در مواجهه با این افکار یا احساسات، روی آن کار کنید. همچنین، درمانگر برای ثبت پیشرفت درمان جو یادداشت برداری می کند.

مرحله رفتار:

در مرحله رفتار، درمانگر کمک می کند تا راه های مؤثری را برای جایگزینی افکار و احساسات منفی توسط درمان جو انتخاب شود؛ در مرحله بعد، هنگامی که درمان جو با یک محرک مواجه می شود مهارت های مقابله ای جدید را تمرین می کند. معمولاً قبل از اینکه بتوان احساسات منفی شدید را کاهش قطع شود نیاز به تمرین و ممارست جدی است اما این مرحله برای روند بهبودی بسیار ضروری است.

مرحله یادگیری:

در این مرحله، درمان جو با درمانگر خود برای جلوگیری از عود و اطمینان از دائمی بودن تغییرات مدام در ارتباط باید باشد. همچنین درمان جو یاد می‌گیرد که چگونه از ابزارهای رفتار درمانی شناختی برای رویارویی با چالش‌های احتمالی آینده استفاده کند. این امر به درمان جو کمک می‌کند تا با موقعیت‌های دشوار غیرمنتظره‌ای که در آینده با آن مواجه خواهد شد چگونه رفتار کند.

در نتیجه پیشبرد این چهار مرحله توسط درمان‌گر و درمان جو، این امکان در فرد معتاد در حال بهبود به وجود می‌آید تا عزت نفس خود را بهبود بخشد و با بهبود تصویر ایجاد از خود در ذهنش، نیازی به انجام رفتارهای مضر برای مقابله با خودگویی منفی احساس نمی‌شود. با تقویت مداوم عزت نفس، می‌توان باور داشت که بر اعتیاد غلبه کرد. [زنانی که از اعتیاد](#) رنج می‌برند معمولاً از الگوهای تفکر منفی نیز رنج می‌برند، در واقع افکار مخرب معمولاً احساس ناامیدی، درماندگی و ناامیدی را تقویت می‌کنند. استفاد از روش رفتار درمانی شناختی برای افراد دارای اختلالات مصرف مواد کمک می‌کند تا الگوهای فکری منفی به افکار مثبت و سازنده تغییر یابند.

باید دانست، اکثر افرادی که از اعتیاد رنج می‌برند، با مشکل حفظ روابط سالم نیز روبرو هستند. رفتار درمانی شناختی کمک می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی برای ایجاد یا بازسازی روابط با دوستان و خانواده بهبود یابد. درمان جو آموزش می‌بیند که چگونه احساسات خود را بدون غرق شدن در خشم، شرم یا سایر احساسات منفی با دیگران به اشتراک بگذارد.

رفتار درمانی شناختی بیش از سایر روش‌های درمان دارای مزایای بلند مدتی در فرآیند ترک و بهبودی برای فرد مصرف‌کننده است، زیرا بر سلامت روان و ترمیم رفتارهای منفی فرد آسیب دیده متمرکز است. شناسایی عوامل خود ویرانگر که منجر به مصرف مواد مخدر می‌شود به افراد این فرصت را می‌دهد که آنها را به چالش بکشند و برای بهتر شدن تغییر کنند. همچنین این روش در مقایسه با سایر روش‌های درمان اعتیاد دوره زمانی کوتاه‌تری دارد و بسیار ساختارمند است. به نحوی که در درمان سود مصرف مواد همزمان به درمان سایر اختلالات روانی فرد مانند افسردگی، مدیریت ترس، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس نیز توجه ویژه می‌شود. بنابراین این روش برای زنان بسیار مفید است، چرا که نان اغلب در زندگی با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند که می‌تواند باعث اختلالات روانی، اعتیاد، افسردگی و غیره شود. رفتار درمانی شناختی روشی راهی امن برای زنان است تا با این چالش‌ها درگیر شوند و به دنبال درمان باشند برخی از مشکلاتی که زنان با آن مواجه هستند رفتار درمانی شناختی ثابت کرده می‌تواند به عنوان روشی موثر به کار گرفته شود عبارتند از: افسردگی، مدیریت خشم، سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، مشکلات جنسی و روابط زناشویی، مشکلات هورمونی زنانه و ناهنجاری‌های مرتبط با بارداری.

