

آزادسازی کشت شقایق

خودکفایی دارویی یا فراوانی تریاک؟
میزگرد انجمن سلامت اجتماعی ایران

تنظیم از: پروین بختیارنژاد



اشاره: در ماه‌های گذشته شاهد خیری مبینی بر آزادسازی کشت نوعی از شقایق که از آن می‌توان مرفین برای تولید دارو استخراج کرد، بودیم. مجوز این آزادسازی توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام داده شده است.

در پی این خبر نظرات موافق و مخالف زیادی شکل گرفت. موافقان این طرح معتقدند با کشت این شقایق و با مدیریت و نظارت دقیق می‌توان به خودکفایی دارویی در تولید داروهای مسکن دست یافت و حتی اقدام به صادرات مرفین کرد و مخالفان این طرح، این آزادسازی را به منزله آزادسازی کشت خشخاش، فراوانی تریاک و دیگر مشتقات افیونی در جامعه می‌دانند. انجمن سلامت اجتماعی ایران، میزگردی با حضور متخصصان موافق و مخالف این طرح در دانشگاه علوم بهزیستی برگزار کرد که با هم آن را می‌خوانیم و به قضاوت می‌نشینیم.

□□

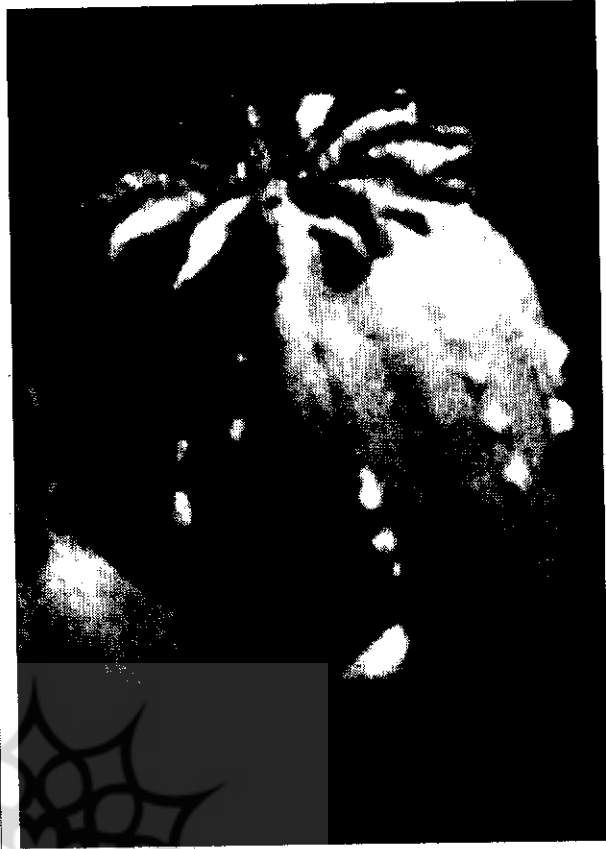
دکتر فرید فدایی: اگر بخواهیم در بحث مواد مخدر از پیشینه آن سخن را آغاز کنیم، باید بگوییم که در ایران پیش از اسلام چیزی راجع به اعتیاد به تریاک دیده و شنیده نشده است. البته تیره‌ای از آریایی‌ها از حشیش برای برخی از مراسم‌شان از جمله مراسم سوگواری استفاده می‌کرده‌اند. رواج مصرف تریاک مربوط به زمان مغولان می‌شود که البته تحت تأثیر یک مسئله تاریخی و سیاسی نیز بوده است. در حقیقت واکنش در برابر

مشکلات و شوربختی ملتی بود که انسجامش را از دست داده، تمرکز ملی نداشت و آینده‌ای در برابر خودش نمی‌دید. به هر حال همه این سرخوردگی‌ها به نخستین حکومت فراگیر ملی پس از اسلام در ایران یعنی حکومت صفویه به ارث رسیده است و جالب است بدانید که شاه اسماعیل صفوی با آگاهی کامل به رسالتی که در مورد همه مردم ایران داشت در مراسم آغاز حکومتش خود را نواده شاهان باستانی ایران و منسوب به شاهان اساطیری دانست و گذشته از این که او دارای یک سلسله مراتب مذهبی و روحانی هم بود، این دو را با هم جمع کرد. در زمان صفویه مسئله اجتماعی اعتیاد مورد توجه قرار می‌گیرد و نخستین فرمان هم مربوط به شاه طهماسب می‌شود که دستور داد تریاک موجود در دربار را با شبهه حرمت معدوم کنند و از درباریان هم هر کس که مصرف تریاک داشت، ترک کند و گرنه معزول می‌شود. این مربوط می‌شود به ۴۸۵ سال پیش، نخستین حکم مکتوب دولتی. این مبارزه شدید در عرض چندسال به تدریج تبدیل به مسامحه شد، به نحوی که در زمان شاه عباس دوم شربت کوکنار^(۱) و دیگر ترکیبات مربوط به تریاک در کوکنارخانه‌های^(۲) اصفهان و دیگر نقاط ایران به فروش می‌رسید. در آن زمان پزشکان و شاعران عنایت خاصی به مصرف تریاک نشان دادند. می‌رسیم به مسئله ایرانیان افغانی که همیشه با مسئله تریاک و حشیش و رواجش در خاک ایران ارتباط داشته است. به دنبال شکست شاه سلطان حسین، از یاغی افغان - محمود افغان - که البته ایرانی بوده است، از بین یاغیان و گردن کشان فراوان در ایران بهتر بود، یک فرد خارجی محسوب نکنیم. افغان‌ها که به اصفهان و دیگر نقاط ایران رفتند تریاک و حشیش را هم با خود آوردند و از آن زمان دوباره این معضل گسترش بیشتری پیدا کرد. شواهد تاریخی در مورد دوره قاجار نشان می‌دهد که تریاک شیوع داشته است؛ گاهی بلعیدن و گاهی هم دود کردن. اما استفاده از شاهدانه به طبقات خاصی مثل برخی سلسله‌های درویشان محدود بود. منبع اصلی تأمین حشیش هم افغانستان بود. دیگر بار در زمان جدانشدن هرات از ایران تعداد زیادی از افغانیان ایرانی به ایران مهاجرت کردند. آنها با خودشان تریاک و حشیش را آوردند و باز این دو پدیده در تهران رواج بیشتری یافت. یادآور شویم که انقباض‌های سیاسی نیز نقش مهمی در رواج مواد مخدر داشته است. از زمان کودتای محمد داوودخان و تغییرات مکرر حکومت افغانستان در عرض یک مدت کوتاه، مرتباً ما با سیل پناهندگان و مهاجران افغان روبه‌رو

بوده‌ایم و هر بار هم اینها با خودشان به عنوان ممر درآمد، مواد مخدر می‌آورده‌اند. مسئله دیگر مسئله اقتصادی است که می‌دانیم تا زمان قاجار منبع عمده تهیه ارز در ایران از طریق ابریشم بوده است. پس از آن که بازار صادراتی ابریشم دچار رکود شد، دولت وقت به فکر کسب درآمد از طریق تریاک و کشت خشخاش افتاد. با زحمت زیاد از دولت امپراتوری انگلیس و نایب‌السلطنه انگلستان در هندوستان اجازه صدور تریاک به هندوستان را گرفتند و به زودی تریاک به عنوان منبع عمده صادراتی در ایران رواج زیادی پیدا کرد. البته دولتمردان آن روز ایران به این موضوع فکر نکردند که قسمت زیادی از این تریاک تولیدی در داخل ایران مصرف خواهد شد و در نتیجه ناخواسته کل اقتصاد به تریاک وابستگی پیدا می‌کند. نتیجه این شد که در پایان دوره قاجار در برخی از مناطق ایران از هر چهار نفر، سه نفر معتاد به تریاک بودند.

تحولات سیاسی، جنگ ۱۹۰۴ ژاپن و روسیه، شکست روسیه از یک دولت آسیایی یعنی ژاپن، امواجی از آزادی خواهی را در کشورهای آسیایی به وجود آورد. صاحب‌نظران به فکر افتادند که ما هم می‌توانیم کاری برای بهبود شرایط خودمان بکنیم. ژاپنی‌ها به فکر مبارزه با اعتیاد افتادند و در سال ۱۲۹۰ قانون محدودسازی کشت تریاک به تصویب رسید که پیش‌بینی شده بود پس از هشت سال استعمال شیره و تریاک به غیر از آنچه برای دارو لازم است ممنوع شود. برای معتادان کارت سهمیه صادر شد. برای تریاک مصرفی شان هم مالیات در نظر گرفته شد. این مسئله از آن به بعد چندبار در تاریخ نودساله اخیر تکرار شده که دولت‌ها تریاک را آزاد کرده و پس از مدتی عده‌ای جلوی کشت تریاک را می‌گرفتند. در سال ۱۳۰۵، هشت درصد کل درآمد دولت از فروش تریاک بود. قانون ۱۲۹۰ تقاضا را برای تریاک کم نکرد، فقط باعث شد که تهیه و فروش غیرقانونی و قاچاق آن رواج پیدا کند. بنابراین قانون دیگری در ۱۳۰۱ به تصویب رسید؛ منع واردات مواد مخدر. باز هم در مورد نظریات، دخالت‌ها و محبت‌های ارگان‌های بین‌المللی باید بگویم که جامعه ملل هم که پیش از سازمان ملل به این مسائل رسیدگی می‌کرد به این موضوع علاقه داشت. در سال ۱۳۰۵ هیئت بین‌المللی جامعه ملل برای بررسی وضع تولید و صدور و مصرف تریاک به ایران آمد، تخمین زد نیمی از جمعیت ایران به تریاک معتاد هستند و برای منع کشت خشخاش طرح مبارزه با شیوع اعتیاد را ارائه داد. این طرح به دلیل بار مالی با مخالفت دولت روبه‌رو شد، اما فشارهای بین‌المللی

رواج مصرف تریاک مربوط به زمان مغولان می‌شود که البته تحت تأثیر یک مسئله تاریخی و سیاسی نیز بوده است. درحقیقت واکنش در برابر مشکلات و شوربختی ملتی بود که انسجامش را از دست داده، تمرکز ملی نداشت و آینده‌ای در برابر خودش نمی‌دید



مبارزه با تریاک و الکل تشکیل شد. کمیسیون هایی در وزارت بهداشتی برای مبارزه با تریاک تأسیس شد. منع کشت، درمان و مبارزه با قاچاق سرلوحه اقدامات آن کمیسیون بود. این انجمن در ۶۱ سال پیش چیزی نزدیک به ۱۲٪ کل جمعیت یا یک چهارم جمعیت بالغ را تخمین زده بود. در اینجا به نقش عجیب سازمان ملل می‌رسیم در سال ۱۹۴۹، سازمان ملل اجازه کشت خشخاش و تولید مجاز تریاک را به کشورهای مدعی داد. پنجاه درصد سهمیه به ترکیه و بیست و پنج درصد به ایران رسید. قاعدتاً دولتمردان خیلی خوشحال بودند اما این مسئله باعث گسترش اعتیاد شد. مزارع خشخاش قابل کنترل نبوده و نخواهد بود. چون فروش تریاک خیلی سودآور است و گذشته از آن متقاضیان تریاک هم در ایران زیاد شدند. اصولاً عایدات حاصل از صدور تریاک رقم چندان قابل توجهی نبود و همه‌اش در ایران به مصرف می‌رسید و قسمت کمی از آن هم قاچاق می‌شد و چیزی برای دولت باقی نمی‌ماند. بنابراین باز یکی از آن دوران‌های ماریجین طرح قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک در سال ۱۳۳۴ به تصویب رسید و با جدیت دنبال شد. چون طبیعی است که در آن زمان راحت می‌شد با رعیت و با مالکانی هم که مورد نظر حکومت نبودند درافتاد. این ششمین قانون از زمان شاه طهماسب برای مبارزه با اعتیاد به شمار می‌رفت. البته ممکن است افزایش درآمد دولت در آن سال‌ها به دنبال افزایش نسبی قیمت نفت و همین‌طور کمک‌های خارجی که پس از سقوط حکومت ملی مصدق به ایران شد، در این تصمیم‌گیری دولت نقش داشته باشد، اما حتماً باز هم حدس می‌زنید که نتیجه مناسب به دست نیامد. چرا؟ به دلیل این که با منع کشت خشخاش، قاچاق مواد مخدر از خارج به داخل، به صورت یک تجارت پر سود درآمد. علاوه بر آن مرفین صناعی و هروئین برای همه سلیقه‌ها اضافه شد. دولتمردان ما هم مثل زمان حاضر قبراق بودند، فوری قانون تشدید مجازات قاچاقچیان مواد مخدر را تهیه و تصویب کردند و گفتند که از این طریق مشکل حل می‌شود، اما اجرای این قانون فقط باعث شد که زندان‌ها از قاچاقچیان و معتادان پر شوند؛ مشکلات زیادی به وجود آمد و البته مقام اول در این رابطه نصیب ایران شد. به این ترتیب که ایران پرچمدار مبارزه با معتادان، قاچاقچیان و کشف مواد مخدر شد. در سال ۱۳۴۷، ایران از نظر کشف مواد مخدر در جهان به رتبه نخست رسید. شصت درصد کل افراد دستگیر شده در جهان به اتهام حمل هروئین در ایران دستگیر شدند. بیست و دو درصد کل

ادامه داشت. در سال ۱۳۰۷ قانون جدید انحصار دولتی تریاک از تصویب مجلس شورای ملی گذشت که طبق این قانون، کشت خشخاش فقط تحت نظارت دولت، مجاز بود. دولت مکلف بود به تدریج اراضی زیر کشت را کاهش بدهد و تا

ده سال ترک رایگان و طبیب و داروی مجانی را در دسترس معتادان قرار دهد. مصرف داخلی را هم سالی هفده درصد کم کند. اما در همان ده - پانزده سال بعد اراضی زیر کشت خشخاش تقریباً یک و نیم برابر شد و دولت هم حاضر نبود منبع درآمد خودش را از این طریق از دست بدهد. نه فقط نتیجه‌ای از این قانون به دست نیامد، بلکه توزیع غیرمجاز و صدور قاچاق تریاک هم رواج پیدا کرد چون سودآور بود. من در روزنامه اطلاعات آن زمان مرتباً می‌دیدم مقالاتی در مورد زیان‌های اعتیاد توسط پزشکان نامدار آن زمان به رشته تحریر درمی‌آمد. آگهی‌های پزشکان در مورد ترک اعتیاد را می‌دیدیم. همچنین تبلیغات دارویی برای داروهای ترک اعتیاد که نشان می‌دهد کوشش‌هایی در زمینه ترک مواد مخدر انجام می‌شد.

پس از جنگ جهانی دوم، انجمن غیردولتی

در سال ۱۳۹۰ قانون محدودسازی کشت تریاک به تصویب رسید که پیش‌بینی شده بود پس از هشت سال استعمال شیره و تریاک به غیر ممنوع شود. برای معتادان کلات سهمیه صادر شد. برای تریاک مصرفی‌شان هم مالیات در نظر گرفته شد

تریاک و چهارده درصد کل هروئین مکشوفه دنیا از ایران گزارش شد. از آن به بعد ما همیشه این مقام اول را حفظ کردیم. دولت باز هم واکنش نشان داد، البته در برابر اقدامات خودش. در سال ۱۳۴۷ مجدداً کشت تریاک در نقاط خاصی از کشور تحت نظارت و مراقبت دولت، آزاد اعلام شد. این بار چهارم بود که این اتفاق افتاد. اما دولت اطمینان داد که مراقب اوضاع خواهد بود. مجازات قاچاقچیان تشدید شد و قانون انفصال خدمت یا اخراج معتادان برای چندمین بار اعلام شد. اما برای معتادان پنجاه سال به بالا و بیمار طبق تشخیص پزشک توسط دولت صادر شد که بتوانند جیره دریافت کنند.

حالا می‌رسیم به هیپی‌ها، رواج حشیش توسط آنها و ترویج این فرهنگ به صورت‌های مختلف انجام شد. آمار رسمی ما در خردادماه ۱۳۵۴ نشان می‌داد که صد و هفتاد هزار معتاد ثبت نام کرده وجود دارد. معتادان غیررسمی هم بین دو بیست تا پانصد هزار نفر تخمین زده می‌شد. ارقام نسبتاً کمی است شاید واقع بینانه هم بوده است. یک پژوهش دقیق و قابل استناد در طول تمام این سال‌ها - که بعد هم دیگر نمونه‌اش پیدا نشد - برای نخستین بار توسط آقای دکتر سیاسی به عمل آمد. در میدان‌های شهر تهران از مردم نمونه ادرار گرفتند و دیدند که ۲/۵ درصد همین مردمی که در خیابان راه می‌روند از هر نوع جنس معتاد به تریاک هستند. بعد از آن، این طرح دیگر اجرا نشد. در سال ۱۳۵۲، مردم با افزایش ناگهانی درآمد نفت روبه‌رو شدند. طرح‌های نو برای مراکز درمان و بازپروری معتادان تهیه شد که مستلزم ایجاد درمانگاه و مراکز نگهداری معتادان و درمان با استفاده از متادون شروع شد. با پیروزی انقلاب تمام

این طرح‌ها متوقف شد. مبارزه با اعتیاد تبدیل به مبارزه با قاچاق و تبدیل به مبارزه با عرضه مواد شد. بعد از انقلاب هم ما این سیر مارپیچی را به صورت‌های مختلف طی کردیم. باز هم فرصت شش ماهه برای ترک معتادان در سال ۱۳۵۹ داده شد. تشدید مجازات مرتکبین جرایم موادمخدر دوباره طرح شد.

اصولاً از نظر جرم‌شناسی چنین تشدید مجازات‌هایی نامناسب و نادرست است و این نکته‌ای است که من به دانشجویانم در دوره‌های دکترا و کارشناسی ارشد حقوق جزا در دانشکده حقوق دانشگاه تهران همیشه می‌گویم که اگر شما زمانی مصدر کار شدید، دست از این تشدید مجازات بردارید. مجازات باید متناسب با جرم باشد و عملاً همین تشدید مجازات کاری کرد که دیگر فرقی بین قاچاقچی و معتاد ساده نبود.

به هر حال در این زمان باز افغان‌ها برای تأمین ارز خارجی شان جهت خرید اسلحه و مایحتاج، نیازمند به تریاک شدند و البته چه خریداری نزدیک تر از کشور همسایه، ایران. تریاک‌ها را به برادران ایرانی دادند تا در مقابل آن پول و طلا بگیرند، ولی باز هم دولت بعد از انقلاب ساکت نماند. مجدداً تشدید دیگری در مجازات قاچاقچیان موادمخدر به وجود آورد. بعد از آن ما یک طرح مارپیچی در مورد موادمخدر در ایران که از پانصد سال پیش به این طرف مرتب در حول یک مرکز چرخیده بود را دوباره تجربه می‌کنیم. حال سوال من این است که آیا این بار که تصمیم گرفته‌اند مناطق را به کشت نوع خاصی از خشخاش اختصاص بدهند، این گذشته مورد توجه بوده است یا نه؟ یا باز هم دولت‌مردان و صاحب‌نظران فکر کرده‌اند که خودشان برای نخستین بار چنین طرح‌های بدیعی به فکرشان رسیده. بعید می‌دانم سود کلانی که قاچاق موادمخدر دارد، مانع از آن بشود که اینها با سختی این آکالوئیدها را حتی اگر محلول در روغن باشد نتوانند پیدا کنند. اگر هروئین می‌سازند، در پاکستان هزاران کارگاه تولید هروئین هست. این که کاری ندارد، این را از مزارع برمی‌دارند بار کامیون می‌کنند، می‌برند و آکالوئیدها را استخراج می‌کنند. بنابراین من نگران هستم که طرح مجدد کشت محدود گونه‌های خاصی از خشخاش، همان نتیجه‌ای را بدهد که پیشتر داده است؛ یعنی گسترش تریاک.

دکتر محمد مگری (مستول انجمن علمی اعتیاد):

پیش از هر چیز می‌خواهم دو نکته را کاملاً از هم جدا کنم؛ کشت خشخاش و توزیع مواد. کشوری می‌تواند مواد توزیع کند، بدون این که بکارد. کشوری می‌تواند بکارد ولی اصلاً توزیع نکند و به همین دلیل من نمی‌خواهم راجع به کشت آن صحبت کنم. من می‌خواهم در این مورد صحبت کنم که آیا اصولاً دولت باید به این سمت حرکت کند که مواد را در اختیار معتادان قرار بدهد یا نه؟ می‌خواهم دیدگاهم را به عنوان روانپزشک بگویم. روانپزشکی که نزدیک ده سال است در حوزه پیشگیری و درمان اعتیاد مشغول به کار هستم. تجربه‌ای که من در این مرکز دارم این است که خیلی‌ها می‌گویند که روش‌های درمان موثر است؛ خیلی‌ها مداوا می‌شوند و نمونه‌هایی را هم نشان می‌دهند. ولی من می‌خواهم این دیدگاه را تا اندازه‌ای نفی کنم. به باور من آنچنان که می‌گویند درمان با این شیوه‌هایی که تا حالا بوده موثر نیست. یعنی نکنند خودمان هم باور کرده‌ایم که با این رویه‌ها می‌توان اعتیاد را

در سال ۱۳۴۷، ایران از نظر

کشف موادمخدر در جهان

به رتبه نخست رسید.

شصت درصد کل افراد

دستگیر شده در جهان به

اتهام حمل هروئین در ایران

دستگیر شدند.

بیست و دو درصد کل تریاک

و چهارده درصد کل هروئین

مکشوفه دنیا از ایران گزارش

شد. از آن به بعد ما همیشه

این مقام اول را حفظ کردیم

ریشه کن کرد. بیماری اعتیاد فوق العاده سمج است و به این راحتی نیست که بگوییم ان شاء الله درست می شود. کسانی که این گونه فکر می کنند به نظر من هنوز در ذهنی گرابی ها و خیال پردازی های قرن هفدهم مانده اند. اگر شما باور دارید روانشناسی علم است، نمی توانید ایدئالیستی فکر کنید. اینها مفاهیم زیبایی است که در قالب های اجتماعی معنی پیدا می کند، ولی حرکت انسان ها در مجموعه مثل حرکت ذرات بیولوژیک و مثل ذرات فیزیک است. بی دلیل نمی شود افراد مواد را کنار بگذارند و اضطرابشان را کم کنند و باعث می شود اینها بتوانند با زندگی ای که روز به روز دارد دشوارتر می شود هماهنگ و سازگار شوند. مثل این می ماند که اقتصاددان ها بگویند که حالا مردم دست به دست هم بدهند قیمت ها پایین بیاید یا این که ارزان بفروشید. این پروژه ها بیشتر برای فریب مطرح می شود. با همین روش هاست که ناگهان چیزی بالای ۹۵ درصد ضریب برگشت به مواد مخدر را دارید. یعنی وقتی می گویی ماده ات را قطع کن ۹۵ درصد در این فرد احتمال عود وجود دارد و بدیهی است که نمی تواند. روش جهانی مداوای معتادان، می گوید شما نمی توانید ناگهانی بی سواد و دیگر معضلات اجتماعی را ریشه کن کنید، باید پله پله درست کنید، پله هایی از مواد مخدر غیرمجاز تا پاکی کامل وجود دارد و شما باید جایگاه به جایگاه، ایستگاه به ایستگاه حرکت کنید. موادی که در ایستگاه های اول هستند، باید شباهت بیشتری از نظر روانی و جسمی به مواد مخدر داشته باشند و هر چه شما از این ایستگاه ها دور بشوید به پاکی نزدیک می شوید، این خاصیت ها کم می شود و طی این سی سال گذشته، علم توانسته ایستگاه های واسط ابداع کند. باید روی توانایی های اجتماعی اش و توان برگشتش به جامعه، یادگیری مهارت های فردی، کنترل خشم و عواطف و همه اینها کار بکنید.

تجربه بنده که فکر می کنم با تجربه جهانی نیز همخوانی دارد، این است که ریشه کن کردن اعتیاد به این راحتی نیست، ۶- ۷ ماه طول می کشد که فرد معتاد بتواند به ایستگاه آخر برسد. یک روندی که در ذهن سیاستگذاران درمانی و دولتمردان شکل می گیرد، تبدیل تدریجی فشار روانی و افزودن حمایت های اجتماعی است. حدود چهار سال پیش یک ایستگاه میانی ساخته شد به نام متادون که شما می توانید آن را دنده دو در نظر بگیرید. مثل این که شما با سرعت ۱۴۰، ناگهان بخواهید به سرعت ۴۰ برسید. یعنی احتمال معلق زدن ماشینتان کمتر می شود ولی در عین حال تعدادی هم ناراضی اند، ولی آن

درصدی که در آن می مانند تعدادشان خیلی بیشتر از آنهایی است که از آنها می خواهید پاک بمانند. تجربه ما در کلینیک نشان داده که با تجویز متادون در یک سال، هفتاد درصد در متادون می مانند و این آمار خیلی بالایی است. ولی به نظر من این آمار تا اندازه ای کاذب است. حدس بر این است که اگر شما متادون را با کیفیت متوسطی ارائه کنید، چیزی حدود چهل تا پنجاه درصد معتادان در این ایستگاه می توانند به ثبات نسبی برسند. با این همه، هنوز پنجاه درصد وجود دارند. جهان حدود پانزده سال پیش یک ایستگاه دیگر هم پیدا کرد. ایستگاهی به نام بوپرنورفین (Buprenorphin) که از یکی از مشتقات خشخاش به نام تبااین (Thebain) به دست می آید. این ایستگاه بین متادون و پاکی کامل قرار دارد. یعنی افراد را یک ضرب بپرانی روی بوپرنورفین نمی توانند در این ایستگاه بمانند ولی از متادون راحت می توان به روی بوپرنورفین رفت و از بوپرنورفین به پاکی رسید. ایستگاه سومی حدوداً از ده سال پیش دارد شکل می گیرد، آن هم خود مرفین است. مرفینی که از خشخاش به دست می آید. منتها نه به آن صورت که آهسته در بدن جذب و آزاد شود، این ایستگاه بین متادون و تریاک و هروئین قرار می گیرد. یعنی سه ایستگاه درست شده، آنچه که من از آن طرفداری می کنم توزیع مواد مخدر به صورت توسعه سیاست های ایستگاه های واسطه ای نیست. ایستگاه مرفین به عنوان ایستگاه اول، ایستگاه متادون به عنوان ایستگاه دوم و ایستگاه بوپرنورفین به عنوان ایستگاه سوم. اگر شرایط اجتماعی تعدیل نشود و حمایت های اجتماعی - چه به صورت اقتصادی، چه به صورت کاهش آسیب های اجتماعی و چه به صورت روانی - نباشد، حتی از ایستگاه تریاک به مرفین سولفات هم نمی شود رفت، برای این که باز باید با کاهش فشار و افزایش انرژی روانی صورت بگیرد. ولی امکان پریدنش در این شرایط نابسامان اجتماعی بیشتر است. به عبارت دیگر اگر به عنوان پزشک از من بپرسید امکان این که این دو میلیون معتاد بتوانند زهایی یابند و پاک شوند و به پاکی کامل برسند، من می گویم بالای ۵ تا ۱۰ درصد امکان پذیر نیست. لازم به یادآوری است وقتی افراد وارد ایستگاه های واسط می شوند یک اتفاق خیلی جالب دیگری می افتد و آن این که از خرید بازار غیرمجاز خودداری می شود. یعنی کسی که در آن ایستگاه آمده فقط در آن ایستگاه نیامده، بلکه تقاضا از ایستگاه مادر نیز کم شده است. یک محاسبه ساده این را نشان می دهد که اگر شما یک فرد را روی یکی از این ایستگاه ها - مثلاً روی

در سال ۱۳۵۲، مردم با افزایش ناگهانی درآمد نفت روبه رو شدند. طرح های نو برای مراکز درمان و بازپروری معتادان تهیه شد که مستلزم ایجاد درمانگاه و مراکز نگهداری معتادان و درمان با استفاده از متادون شروع شد. با پیروزی انقلاب تمام این طرح ها متوقف شد

ایستگاه متادون - نگه دارید در طول یک ماه صدوپنجاه هزار تومان از پولی که او در سیستم موادمخدر هزینه می کرده، کم شده است. ولی از نظر تئوری، اگر شما صد هزار نفر از معتادان را روی متادون بیاورید چیزی حدود صد تا صدوپنجاه میلیارد تومان از پولی که در شبکه اعتیاد تزریق می شود کم می شود. اصلاً قبله گاه ما کارشناسان غربی نیستند که چه کار می کنند، ولی شما نگاه کنید در تمام کشورهای صنعتی پنجاه تا هفتاد درصد جمعیت معتاد در یکی از ایستگاه های واسط اند؛ یا روی مرفین اند یا روی بوپرنورفین یا روی متادون و این بحث قابل تأمل است. در صورتی که در کشور ما از کل دوونیم میلیون معتاد، فقط دوهزار نفر روی ایستگاه های واسط قرار دارند. ممکن است اعتراضاتی باشد که وقتی شما ایستگاه های واسط را درست می کنید، ممکن است نشد کند و خودش به یک شبکه قاچاق و تجارتي غیرمجاز تبدیل بشود. اینها مشکلاتی است که باید بپذیریم و راه حلی برای آن پیدا کنیم. سوالي که من از مخالفان این طرح دارم این است که اگر این کار را نکنیم، چه کار کنیم؟ از آنهایی که تئوری ایستگاه های واسط را قبول ندارند بپرسیم راه حل شما برای اعتیاد چیست و خواهش کنیم که راه حلی که ارائه می دهید با دانش قرن بیست و یکم منطبق باشد. از رمانتیسیم کور دور بشویم. به همین دلیل پیشنهاد من این است که سیستم منسجمی شکل بگیرد که این ایستگاه ها را درست کنند تا معتادان از این ایستگاه به آن ایستگاه بروند. این که آیا دولت توان این کار را دارد یا نه، بحث دیگری است. همین کلینیک ساده ای که ما داریم - و من شرمندۀ اش هستم که این قدر کیفیتش پایین است - چنان توانی از ما گرفته که قابل تصور نیست.

برای این که هزارها مشکل اجرایی دارد. با این همه، کار می کند. نکته دیگر این که من با توزیع فرم خام موادمخدر موافق نیستم، برای این که توزیع اینها در ایران یک خطای عمده استراتژیک است. اگر هم زمانی این سیاست بود، برای این بود که آن ایستگاه های واحد را شیمی و داروسازی ایجاد نکرده بود. ولی وقتی شما می توانی آن ماده ای را که آن نیاز مادی را تأمین می کند به صورت بی بو، بی رنگ، به صورت جذب آهسته و خیلی مناسب تهیه کنید، چرا خود ماده را در اختیار قرار بدهیم. ممکن است بگویند که مقبولیت آن کم است. بله، مقبولیت متادون برای خیلی از تریاکی ها کم بوده ولی اگر شما مرفین را درست کنید، انواع ایزومرهای⁽³⁾ آن را می توانید درست کنید. انواع مشتقاتش را می توانید درست کنید. به اندازه کافی

می توانید این وسط پل بسازید که افراد از روی این به آن یکی بپرند و به نظر من این مسئله به رفع قبح مواد نمی انجامد. فقط مدیریت می خواهد؛ یک چالش عمده تشکیلاتی.

نکته دیگر این که قسمت عمده ای از عرصه مبارزه با موادمخدر را از سیستم قضایی و انتظامی به دانشگاه ها و سیستم بهداشت می کشاند و ممکن است شما بگویید دارید طرف خودتان را می گیرید. بله، ولی باعث جاق شدن بخش بهداشت، بخش پزشکی و بخش روان شناسی مملکت می شود. به نظر من این یک توسعه است. در شاخص ها توسعه تعریف می شود. شما به جای این که یک عده را پیدا کنید با توهم مردم را بزنند، یک عده روان شناس پیدا کنید که کلینیک متادون دایر کنند و این به پیشرفت اجتماعی جامعه دامن خواهد زد.

مهندس اختراعی (مدیرعامل شرکت تماد، تولیدکننده مواد اولیه دارویی در ایران): نگاه من به موضوع تریاک و موادمخدر به عنوان کالای مورد مصرف در صنعت داروسازی است و قیمتش بسیار پایین تر از تریاک قاچاق است. هر کیلوگرم تریاک استاندارد که ده درصد مرفین دارد، قیمتش در بازار قاچاق نزدیک به هزار دلار می باشد که تا هزار و سیصد دلار گزارش رسمی داشته ایم. درحالی که این به طور رسمی در هر مقداری که بخواهید قابل وصول است، برای کشور به قیمت هفتاد و دوونیم دلار. یعنی تریاک قانونی یا تریاکی که به عنوان دارو کشت می شود تحت کنترل های بسیار پیچیده و کلاسیک سازمان ملل و دولت های دوطرف فروشنده و خریدار نقل و انتقال می شود، در دنیا بسیار ارزان است و شاید در گذشته های تاریخ این گونه بوده ولی الان تریاک قانونی فقط در هندوستان کشت می شود. در مکانیزم اجرایی، سازمانی به نام (I.N.C.V) عهده دار مسئولیت توازن در تقاضای دارو و عرضه موادمخدر است. فقط هندوستان تریاک را کشت می کند و نزدیک به ۹ کشور دیگر، ماده های دیگری را کشت می کنند که تریاک نیست، شقایق است. ما حدود ۱۴ سال است که مشغول بهره برداری از مواد شبه افیونی هستیم، یعنی مواد مشتق از تریاک را بهره برداری می کنیم. در دنیا تقریباً دومین واحد اقتصادی و بزرگ تولیدکننده داروهای مخدر (Narcotics) هستیم. اولی امریکاست که در این کشور دو کمپانی سردمدار داروهای نازکوتیک هستند. نود درصد تجارت داروهای نازکوتیک دست امریکاست که البته انگلیس هم مشارکتی دارد و ده درصد باقی در سه کشور مستقل دنیا است. یکی فرانسه و

فقط هندوستان تریاک را کشت می کند و نزدیک به ۹ کشور دیگر، ماده های دیگری را کشت می کنند که تریاک نیست، شقایق است

دیگری اسپانیا که این دو کشور تحت پوشش کمپانی واحدی هستند که کمپانی بسیار بزرگی است و یکی هم ایران که با توجه به شرایط، این صنعت در ایران از رشد فوق العاده‌ای برخوردار شد. در آخرین قیمت صادراتی ما دومین کشور صادرکننده داروهای نارکوتیک به جهان هستیم. ۴۵٪ نسخه‌های دنیا توسط اینها تولید و عرضه می‌شود. مسکالین ایران در بازار ژاپن - دوستانی که با دارو آشنا هستند می‌دانند ژاپن کشوری نیست که به راحتی بشود به آنجا دارو صادر کرد - هزارهشتصد و بیست دلار برای هر کیلوگرم است، در حالی که قیمت نارکوتیک در همان بازار هفتصد و بیست دلار است. این نشان از توانمندی فوق العاده‌ای در کشور است که یک بخشی از آن ناشی از موادی است که از جهت کمبود مواد اولیه شرایط خاصی را دارد یعنی همه کس نمی‌تواند در این حوزه رقابت کنند. اما آنچه در دنیا می‌گذرد در ارتباط با تریاک یا گیاهی شبیه تریاک در این دو بخش تقسیم می‌شود. تریاک پیشینه مصرف پنج هزارساله در جهان به عنوان دارو دارد و داروهای گیاهی که تولیدات داخلی هستند، از جهت کیفی داروهای گروه خاصی هستند و عوارض جانبی شان بسیار ناچیز است نسبت به داروهای ژنتیک تریاک که جزو آن خانواده است و داروهای مشتق از تریاک که چیزی حدود سی و پنج قلم داروست که ده قلم آن به شدت مصرف می‌شود، باقی در بعضی کشورها مصرف می‌شود. داروهای بسیار سودمند برای بشریت هستند. هیچ تهدیدی در فارماکولوژی دنیا وجود ندارد. داروهایی که به عنوان مسکن در ایران مصرف می‌شود در قبل از انقلاب نوالژین (Novalgin) و بارالژین (Baralgin) بودند که در کشور

ایران دو و نیم برابر کل قاره اروپا مصرف می‌شد. آنقدر عوارض منفی از خود نشان داد که کاملاً جمع‌آوری شد. حتی داروهای جدید مثل (Tramadol) و حتی (Diclofenac.Na) به عنوان گروه داروهای مسکن از دور مصرف عمومی خارج شده‌اند و کاملاً تحت کنترل در بیمارستان‌ها مصرف می‌شوند. تنها دارویی که در ایران مجاز به مصرف است و هیچ‌گونه عارضه‌ای نشان نداده سولفات مرفین است. تریاک دارای دانه‌هایی است که به عنوان روغن بذر مصرف می‌شده، چون پنجاه و دو درصد در آن روغن هست و بذر بسیار ذی‌قیمتی هم دارد. همان دانه‌های خشخاشی که قبل از انقلاب در سبزی فروشی‌ها می‌فروختند. این را فقط به عنوان پرورش بذر کشت می‌کردند. شقایق وحشی ایران گونه خاصی است که توسط آقای دکتر لاله زاری در سال ۱۳۵۳ ثبت شده. این شقایق

تیرمرداد ۱۳۸۲
مجله انداز ایران

را از بیولوژیستیک (Hybride) خاصش استفاده کردند و پیوندی را برقرار کردند، تغییرات ژنتیکی ایجاد کردند و گونه‌ای خشخاش درست کردند که امکان تیغ زدن ندارد. باید شقایق وحشی را در یک کمپانی بسیار پیشرفته استخراج کرد. این تکنولوژی هنوز در ایران نیست. زیرا به قدری تحت کنترل سازمان‌های مافیایی است که اصلاً امکان این که ما به راحتی بتوانیم آن را به ایران بیاوریم، وجود ندارد. تاکنون مرحله عبور قانونی این قضیه را پیش برده‌ایم و در اشل آزمایشگاهی گلخانه‌ای مشغول کشت آن هستیم. دکتر فدایی فرمودند ما مواد اولیه تأمین داروی خودمان را نمی‌توانیم کشت کنیم و این به نوعی یک اندیشه کاملاً ابتدایی است. متأسفانه ۳۰ تن کدئین فسفات در ایران مصرف می‌شود، ولی در کشور ترکیه که از لحاظ جمعیتی و ساختار فرهنگی و آب و هوایی خیلی شبیه هم هستیم، فاصله این مقدار دو تن است. ما سی تن کدئین فسفات مصرف می‌کنیم و برای این سی تن مرفین لازم داریم و برای سی تن مرفین چیزی حدود حداقل ۵ هزار هکتار کشت پاپاور سومنیفروم (Pa Paver Somniferum) از گونه اولئیفرا (Oleifera) لازم داریم. در حال حاضر کنستاتره این مواد را از اسپانیا و فرانسه و ترکیه وارد می‌کنیم. در باقی کشورها که استرالیا، انگلیس، مجارستان و اسلواکی هستند، ما تحریم هستیم. چون مجارستان، اسلواکی، استرالیا و انگلیس صددرصد تحت کنترل امریکا است و مزارع اسپانیا را امریکایی‌ها می‌خرند. ما در بحران تأمین دارو هستیم. اما امیدواریم که در چند سال آینده کشت داشته باشیم و من از تیزنگری مقامات مجمع تشخیص مصلحت نظام علیرغم مخالفت‌هایی که بوده

سیاسگوارم. خوشبختانه این مجوز را گرفتیم و کشت را در مقطع آزمایشی شروع کردیم. اما آنچه در مورد سوء مصرف (Abuse) تریاک وجود دارد، در دنیا آنجایی که مثل هند به طور رسمی کشت تریاک دارند و غیررسمی مثل افغانستان، لائوس، برمه و بخشی در چین اینها سوء استفاده می‌شود. این امکان وجود دارد ولی در هیچ کدام از کشورهایی که شقایق اولئیفرا را کاشته‌اند، حتی یک مورد سوء مصرف دیده نشده است. اما آنچه در مورد اهمیت کشت خشخاش برای کشوری مثل ما که در مجاورت بیماری‌های درمان‌ناپذیر بیشتر از جاهای دیگر دنیا وجود دارد، این است که همواره در بحران مسائل جنگی هستیم و نیز به دلیل حضورمان در خاورمیانه و بویژه بعد از جمهوری اسلامی. کشور ما بسیار حادثه‌خیز هم هست و اصلاً باید فکر

باید شقایق وحشی را در یک کمپانی بسیار پیشرفته استخراج کرد. این تکنولوژی هنوز در ایران نیست. زیرا به قدری تحت کنترل سازمان‌های مافیایی است که اصلاً امکان این که ما به راحتی بتوانیم آن را به ایران بیاوریم، وجود ندارد





تولید نکردن این دارو از ذهن همه کارشناسان خارج شود.

دکتر وزیریان: مشکل جدی که دامنگیر ما شده، وجود چندین میلیون معتاد است که بیشترین نیاز ما را به مواد افیونی توجیه می کند. همان طور که آقای دکتر مکرری هم فرمودند، مطالعات ثابت کرده که در درمان اعتیاد یا در رویارویی با معتادان بهترین روش یا روشی که بیش از همه مورد قبول واقع شده جایگزین کردن مواد غیرقانونی با داروهای قانونی است و این گزینه اول جایگزینی با همین داروهای افیونی است. به هر طریق واقعیت این است که ما برای درمان معتادانمان به مقدار زیادی داروهای افیونی احتیاج خواهیم داشت. مثلاً اگر ما بخواهیم صد هزار نفر را تحت درمان قرار بدهیم، به مقدار زیادی متادون نیاز داریم. برای دویست هزار نفر تحت درمان با داروی متادون، ما به هفت تن متادون در سال نیاز داریم. در صورتی که تا آنجا که اطلاع دارم، برای امسال حدود هشتصد کیلوگرم یا چیزی در این حدود سفارش خرید از کشورهای خارجی وجود داشته. به نظر می رسد اگر ما بتوانیم با توجه به تهدیداتی که گفته شد خودمان این را کشت کنیم، یا این مواد را تهیه کنیم به نفع ماست. البته فکر نمی کنم متادون از طریق کشت تریاک به دست بیاید، چون یک واکنش شیمیایی خاصی می خواهد، اما تنها دارویی نیست که در درمان اعتیاد به کار برده می شود. داروهای دیگری مثل بوپرنورفین هم هستند که می توانند مفید باشند. همین طور

داروهای ترک. وقتی می خواهیم اینها را روی درمان نگهدارنده (Maintenance) نگه داریم مثل نالتراکسون (Naltrexone) که این هم مورد نیاز است، آن هم هر دوی اینها - چه بوپرنورفین چه نالتراکسون - از تبائین مشتق می شوند. تبائین را هم ما می توانیم از شقایق و گروه خشخاش بگیریم. بنابراین به نظر می رسد این فکر که ما خشخاش را به منظور استحصال دارو کشت کنیم فکر خوب و مفید است، اما باید تحت کنترل باشد. یعنی این که اگر قرار شد ده هزار هکتار از این نوع خشخاش خاص کشت بشود واقعاً همین مقدار باشد و نشان دادیم خیلی از تصمیماتمان که به ظاهر درست است، ممکن است نتایج پیش بینی نشده داشته باشد. مثلاً همین درمان با متادون که این قدر مورد قبول است. الان کنترل آن با مشکل روبه رو شده و باعث شده که مقدار زیادی از متادون وارد بازار آزاد بشود و این نشان دهنده این است که ما این دارو را کنترل نکرده ایم. کدئین در ایران زیاد مصرف می شود، چرا که در همان تحقیقی که سال ۱۳۸۰ وزارت بهداشت، دکتر یاسمی و همکارانشان این کار را انجام دادند و مشخص شد که مصرف غیرقانونی یا خارج از تجویز پزشک همین داروهای مثل کدئین اصلاً کم نیست، بلکه چیزی حدود بیش از چهار میلیون و دویست هزار نفر داشتند این را سوء مصرف می کردند و علت این که در ایران این دارو این قدر زیاد مصرف می شود، این است که دارد سوء مصرف می شود. بنابراین ما حتماً باید روی کشت

خشخاش نظارت داشته باشیم. در واقع دفتر رسمی معاونت سلامت - آن طور که من با دکتر اکبری و دوستان صحبت کردم - باید روی این قضیه کنترل داشته باشد. ما معتقدیم که باید داروها با ارزان ترین قیمت در اختیار مصرف کننده قرار بگیرد و اگر لازمه آن این است که کشت صورت بگیرد باید انجام شود، ولی با نظارت سازمان های داخلی و بین المللی.

دکتر فریبرز رئیس دانا؛ مشکل اصلی در مورد قانونی کردن کشت خشخاش، همین کنترل نکردن و نداشتن مدیریت مناسب این کشت است و به طور حتم پس از آن ما شاهد کشت خشخاش در هر گوشه و کناری خواهیم بود.

دکتر یاسمی؛ یک اقتصاددان در این جمع می گوید که غیرممکن است بشود کشت خشخاش را کنترل کرد. در واقع این نظر وزارت بهداشت است. اگر نمی توان کنترل کرد، نباید هم تولید بشود. من معتقدم که این تصمیم گیری بسیار عجولانه بوده. احتمالاً فقط به جنبه پزشکی و نه تنها پزشکی؛ فقط به جنبه دارویی اش و یا اقتصاد دارویی اش توجه شده است. در حالی که به جنبه های جامعه شناسی این موضوع نیز باید توجه شود. حتی این موضوع آن قدر اهمیت دارد که ما اقدام به یک نظرسنجی همگانی بکنیم. اعتیاد یک هرم است. این هرم در ایران بسیار بزرگ است و ته هرم بسیار وسیع است. افرادی (Diphenoxilate) و کدئین از داروخانه می خرند و مصرف می کنند. مشت مشت دیازپام می خورند افرادی که از سیگار شروع می کنند و بعد حشیش می کشند. در این هرم عده ای به سطح بالاتری می روند و تریاکی می شوند و عده ای هم هروئینی و تزریقی می شوند. HIV مثبت (ایدز) می گیرند که نوک قله است.

نکته دیگر این که شما نظارت بر کشت خشخاش را مطرح کردید و من می پرسم آیا نظارت در استرالیا همانی است که در کشور ما وجود دارد؟ فردا ثبت می شود که یک متخصص برجسته ای مثل شما باعث شد که چنین مشکلاتی به وجود بیاید. ما یک جور صحبت می کنیم که انگار همه چیز در دست ماست. شما می فرمایید متادون پله دوم است، پله اول مثلاً مرفین آهسته رهش (Slow Release) است. مگر به شما اجازه داده اند که پله دوم را کشوری بکنید. افرادی در این جمع حضور دارند که متادون را با وجود آن که این همه ارزان است، با خون جگر تهیه می کنند و به افراد می دهند. هنوز که هنوز است ما نتوانسته ایم متادون را وارد سیستم کشوری کنیم. دارویی که احتمال

معتاد کردن کمتری دارد و بسیار ارزان است. این از عجایب است که چرا ما نتوانسته ایم متادون را در ایران گسترش بدهیم. اگر کسی برای این قضیه پاسخ دارد، بدهد. پیشنهاد من این است که الان ما روی گسترش متادون در کشور کار کنیم و همه موانع قانونی و شبه قانونی را حذف کنیم و در درجه بعد روی بوپرنورفین کار کنیم. چطور کنترل بعد از کشتش می توان انجام داد. الان که هنوز این کار نشده هیچ نظرخواهی ای از کارشناسان نمی شود و بعد هم که کشت شد، کسی کارشناسان را آدم حساب نمی کند.

دکتر حسن رفیعی (روانپزشک)؛ مهم ترین فریب در این قضیه آنجاست که می گویند شقایق نه خشخاش. چون می دانند خشخاش چه بار معنایی دارد و نکته دیگر این که بهتر است ما به فکر گسترش درمان از طریق متادون باشیم و به مقوله زیان کاهی بیندیشیم. در سازمان بهزیستی و مراکز زیر پوشش سازمان بهزیستی - چه خصوصی و چه دولتی - فقط سم زدایی انجام نمی شود، ما هم با روش های معقول، علمی و پسندیده زیان کاهی موافقیم و انجام می دهیم. من فقط به یک نمونه از آن اشاره کنم که امسال از ابتدا تا پایان آبان دویست و ده هزار سرنگ و سوزن توزیع شده است. متادون هم به همان اندازه ای که وزارت بهداشت در اختیارمان گذاشته به تمامی مصرف شده است. نکته دیگر می فرمایند که بسیاری از این سرپل ها از کشت خشخاش به دست می آید، بسیاری از این سرپل ها نیست فقط یک موردش است و آن هم تنتور تریاک است. متادون صناعی است و بوپرنورفین هم برای گروه خاصی مصرف می شود دیگر نیاز به تکرار نیست که این عرصه، مدیریتی قوی می خواهد. در مورد جایگزینی متادون با تریاک، می خواهم عرض کنم که این جایگزینی فقط و فقط جایگزینی یک ماده غیرقانونی با یک ماده قانونی نیست. تفاوت متادون با تریاک و هروئین فقط این نیست که این قانونی است و آنها غیرقانونی. خواص طبی متادون هم به گونه ای است که برخلاف تریاک - ولو به شکل تنتور تریاک - وسوسه مصرف مواد را کاهش می دهد و دوم این که ارزان تر است. بنابراین بهتر می تواند رقابت کند و سوم این که صناعی است و تولیدش نیازمند کشت نیست و نکته دیگر این که متادون از طریق سیستم بهداشتی باید ارائه شود. بنابراین هدف این است که به این ترتیب جذب سیستم بهداشتی بشود و در نهایت هم به سمت ترک کامل سوق داده شود. مثل هر بیماری مزمن و عودکننده دیگری، فرایند درمان بسیار طولانی است. این وسط از

**برای دویست هزار نفر
تحت درمان با داروی
متادون، ما به هفت تن
متادون در سال نیاز
داریم. در صورتی که تا
آنجا که اطلاع داریم،
برای امسال حدود
هشتصد کیلوگرم یا
چیزی در این حدود
سفارش خرید از
کشورهای خارجی
وجود داشته**

فروردین ۱۳۸۷
آبادان

روش هایی باید استفاده کرد که همه این مراحل طی بشود، ولی نباید از یاد ببریم. نهایت این است که فرد به ترک کامل برسد. این آرمان همه ماست.

دکتر فرید فدایی (روانپزشک): رابطه بین اعتیاد و جرم در یک سوم موارد، فشارهای روانی دوره کودکی مانند آزار جنسی - که منجر به مشکلات شخصیتی می شود - به سوء مصرف مواد مخدر می انجامد. در یک چهارم موارد، اعتیاد به افیون، ناشی از طرح های اولیه رفتار ضداجتماعی بود، اما برای حدود پنجاه درصد از افراد مورد بررسی مصرف مواد مخدر مقدم بر اعمال مجرمانه بود. به این معنا، خود اعتیاد باعث ایجاد جرایم سنگین می شود. این را همه می دانیم که بیشتر مجرمان ما معتاد هم هستند. بیماران اسکیزوفرنی، معتاد هستند که مرتکب جرم می شوند. میزان جرم بیماران اسکیزوفرنی که اعتیاد ندارند، بسیار پایین تر از معتادان است. اما آنهایی که اعتیاد هم دارند هشت برابر کل جمعیت عام دست به بزهکاری می زنند. حالا ببینیم وقتی که اعتیاد چنین زیان هایی دارد، به طور حتم تکنولوژی جدید استخراج مواد از هر گیاه جدیدی نیز به راحتی وارد کشور می شود.

مهندس دژاکام (مدیرعامل انجمن غیردولتی کنگره ۶۰): ما برای اعتیاد سه مولفه قائل هستیم؛ مشکلات جسمی، روانی و جهان بینی یا اندیشه. این سه مولفه باید با هم و هماهنگ جلو بروند تا درمان اتفاق بیفتد، برای قسمت جسم درمان چگونه موفق می افتد ترک کامل کی انجام می گیرد؟ زمانی هست که

سیستم بیوشیمی بدن به حالت تعادل و نرمال برسد. از دیدگاه ما اعتیاد جایگزینی مزمن است. جایگزینی مواد مخدر بیرون بدن جایگزینی مواد مخدر درون بدن شده، یعنی مرفین، کدئین، نارکوتین، جایگزین اندروفرین ها، دینورفین ها و انکفالین ها شده. برای این کار ما باید پروسه ای را در سیستم درمان در نظر بگیریم که بتوانیم غدد درون ریز بدن را به حالت تعادل در بیاوریم که این کار را در سیستم خودمان از همان شیوه متداولی که در پزشکی انجام می گیرد به نام کاهش تدریجی (Taper) استفاده می کنیم. وقتی از نظر علمی بخواهیم نگاه کنیم تریاک مرفین است، کدئین است، نارکوتین، دی استیل مرفین (هروئین) است. آن روش هایی که در پزشکی برای این داروها در نظر گرفته شده را برای این هم در نظر بگیریم. همان روشی که مثلاً برای کورتون به آن مدت طولانی می دهید، حالا می خواهید درمانش کنید. باید

توجه داشته باشیم که مواد مخدر خطرناکی وارد بازار شده که نه احتیاج به مزرعه دارد و نه نیازمند به زمین و اراضی زیاد است. در یک آپارتمان ۶۰ متری هم می شود قرص هایی مثل اکس، شابو و شیشه را تهیه کرد. این داروهایی که الان وارد بازار شده، مقدار تقریبی اش چندین برابر تریاک است. یعنی ما به شیشه الان می گوئیم یک، دو، سه. کسی که تریاکی قهار باشد، بنشیند پشت و افور آن قدر بکشد که فکش خسته شود تا نشسته شود، یا این قدر روی زوروق دنبال آن تپله بدود تا نشسته بشود، شیشه را یک دود، دو دود، سه دود که به آن می گویند یک، دو، سه می کشد و نشسته می شود و در بین تمام جوانان هم رایج شده که این اعتیاد ندارد. در صورتی که من مشاهده کرده ام عوارضش بعد از گذشت ده ماه بعد از مصرف، شیشه در آقایان بیضه ها را به مرور کوچک می کند و بعد از گذشت یک سال از مصرف هنگام ادرار، اسپرم هم همراه آن دفع می شود. ما الان با چنین داروهای وحشتناکی روبه رو هستیم. من خودم به تجربه در کشور دیده ام هر موقع تریاک در کشور گران شده، گرایش به داروهای دیگر و انواع و اقسام قرص های مخرب فراوان شده است. دور از تصور است اما افرادی دیده ام که روزی سیصد تا سیصد و پنجاه قرص دیفنوکسیلات می خوردند. در نظر داشته باشیم که امروز دیگر فقط مسئله تریاک نیست. اعتیاد جدابیت دارد و به مرور نیاز بدن می شود. مواد مخدر برای یک معتاد، مثل اکسیژن هوا می ماند، خماری یعنی مسخ، درد، بیچارگی، چهار ستون بدن می لرزد، نه خواب دارد، نه می تواند بنشیند، نه بایستد و نه کار کند. درحقیقت، معتاد مواد را می گیرد تا به حالت تعادل برسد، تا بتواند ذره ای کار کند.

پی نوشت ها:

۱. کوکنار: Kuk - nar [= نارکوک] ۱- میوه مخروطی شکل درختان خانواده کاج را گویند (به همین مناسبت در برخی از مآخذ درخت کاج به نام درخت کوکنار نیز نامیده شده) ۲- [گیاه] میوه کپسولی شکل خشخاش را - که اصطلاحاً به نام گرز خشخاش نیز نامیده می شود - کوکنار گویند و در اکثر موارد منظور از کوکنار به طور اعم همان میوه خشخاش است... در عهد صفویه پوست خشخاش را مثل چای دم کرده و می نوشیدند (فلسفی، شاه عباس، ص ۲۷۵) و شاه عباس در سال ۱۰۳۰ هـ. ق. نوشیدن آن را قدغن کرد، ولی پس از شاه عباس دوباره متداول شد (ص ۲۷۶) [با تلخیص از فرهنگ فارسی معین، ج ۳]
۲. کوکنارخانه: K. - Xana - محلی که در آن کوکنار (پوست خشخاش) دم کرده می نوشیدند (صفویه) (فلسفی، شاه عباس، ج ۲، ص ۲۷۵) [با تلخیص از فرهنگ فارسی معین، ج ۳]
۳. مولکول های ایزومر یکدیگرند ولی آرایش نظر تعداد اتم ها مشابه یکدیگرند ولی آرایش ساختمانی متفاوتی دارند.

مشکل اصلی در مورد قانونی کردن کشت خشخاش، همین کنترل نکردن و نداشتن مدیریت مناسب این کشت است و به طور حتم پس از آن ما شاهد کشت خشخاش در هر گوشه و کناری خواهیم بود