

**Justifications for Decriminalization of Soft Dugs;
Comparative Study in the Netherland and U.S. Criminal Law**

Seyed Reza Ehsanpour¹, Seyed Mohammad Reza Ehsanpour²

Abstract

Classification of drugs into two categories named soft and hard has a long history in Netherlands and United States of America. Soft drugs are believed to be non-addictive and less damaging to the health than hard drugs. According to this belief, decriminalization of soft drugs has much of pros. Their arguments for decriminalization may be gathered in two areas: law and health. The pros believe: From legal view of point, the soft drug problem belongs to health care area and using criminal sanction should be as the last resort. Imposing criminal sanctions to soft drug users is undue, ineffective, without interest and unnecessary. Respecting citizen privacy and religious beliefs in addition to respecting to their opinions and to refrain labeling them as addicted criminals are other arguments for decriminalization. In safety and health area according to plenty of scientific studies and reports, the pros, believe not only soft drug cause illness but also has important role in reliving pains and curing diseases like M.S, Hepatitis, AIDS, etc.

Keywords

Soft Drug, Cannabis, Decriminalization

Please cite this article as: Ehsanpour SR, Ehsanpour SMR. Justifications for Decriminalization of Soft Dugs; Comparative Study in the Netherland and U.S. Criminal Law. Iran J Med Law 2017; 10(39): 171-199.

1. Assistant Professor, Faculty of Humanities, Azad University of Sari, Sari, Iran. (Corresponding author) Email: Ehssanpour@gmail.com

2. MA, Faculty of law, Qom University, Qom, Iran.

توجیهات جرم‌زدایی از مصرف مواد مخدر آرام؛

مطالعه تطبیقی در حقوق کیفری هلند و ایالات متحده آمریکا

سیدرضا احسان‌پور^۱سیدمحمد رضا احسان‌پور^۲

چکیده

بحث جرم‌زدایی از مصرف مواد مخدر آرام و یا نرم که متعاقب طبقه‌بندی مواد مخدر به دو گروه آرام و سخت مطرح شده است، دارای سابقه علمی و عملی بسیاری در دو کشور هلند و ایالات متحده آمریکا است. مواد مخدر آرام به آن دسته از مواد مخدر گفته می‌شود که از حیث اعتیادآوری بسیار ضعیف بوده و دارای آثار درمانی بالایی هستند. جرم‌زدایی از مصرف مواد مخدر آرام، مستظهر به دلایل و توجیهات حقوقی و بهداشتی است. از بعد حقوقی گفته شده که مسأله مواد مخدر اولاً و بالذات مسأله‌ای مربوط به حوزه بهداشت و درمان است و مداخله حقوق کیفری در این حوزه تنها باید به عنوان آخرین حربه قلمداد گردد. به علاوه از دیدگاه کیفرشناختی، مجازات مصرف‌کنندگان مواد مخدر آرام، بی‌جهت، بی‌اثر، بدون نفع و فاقد ضرورت است. احترام به حریم خصوصی افراد و باورهای مذهبی ایشان از یکسو و اجتناب از برچسب‌زدن به مصرف‌کنندگان این مواد از جمله توجیهات حقوق بشری در موافقت با جرم‌زدایی است. از بعد بهداشتی نیز موافقان با تکیه بر کثرت تحقیقات علمی و گزارشات رسمی منتشرشده بر این باورند که نه تنها مصرف برخی از انواع مواد مخدر آرام مانند حشیش موجب بروز بیماری نیست، بلکه نقش مؤثری در درمان امراض صعب‌العلاجی همچون ام‌اس، ایدز، هیپاتیت، دردهای مزمن و... دارد.

واژگان کلیدی

مواد مخدر آرام، حشیش، جرم‌زدایی، هلند، ایالات متحده

۱. استادیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: Ehssanpour@gmail.com

۲. کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، دانشگاه قم، قم، ایران.

مقدمه

از نخستین باری که بومیان آمریکا، برگ برخی درختانی را که به تجربه شناخته بودند، آتش زده و دود آن را با ولع تمام به کام می کشیدند، تا امروز که مفهوم مواد مخدر بسط بسیاری یافته و گونه‌های متعددی از آن اعم از طبیعی و صنعتی تولید و معرفی شده‌اند، مباحثی در خصوص مصرف یا عدم مصرف آن وجود داشته است. بی تردید، بشر با ابتنا بر تجربه خود، برخی آثار مفید این مواد همچون تسکین درد و تقلیل فشارهای روانی - هر چند مقطعی - را دریافته و بدین جهت بر استعمال آن مداومت نموده است، لکن این امر مانع از نادیده گرفتن آثار و عوارض سوء آن توسط دیگران نشده و حتی خود مصرف‌کنندگان نیز هر چند نه جملگی، کم و بیش به این عوارض متعاقبه آگاهی دارند. امروزه سخن از آثار سوء مصرف مواد مخدر و سعی در پیشگیری از اعتیاد جوانان به این مواد از طریق معرفی آثار و عوارض سوء ناشی از مصرف هر یک، بحث جدیدی نیست و تمامی سیاستگذاران کشورهای مختلف صرف نظر از تنوع روش‌های مقابله با این معضل اجتماعی و اتخاذ رویکردهای بعضاً کاملاً متفاوت، عمیقاً بدان توجه نشان می‌دهند.

در تمامی کشورها، سیاست مبارزه با مواد مخدر غالباً مقرون به تهدید و استفاده از حربه کیفر است. با این وجود صرف توجه به حربه تیز کیفر نیز در این مسیر راه‌گشا نیست. هماهنگی میان عوامل مختلف از یکسو و اتخاذ سیاست‌های نوین، علمی، مجرب و متناسب با شرایط و اوضاع و احوال، نقشی به سزا در موفقیت عملی سیاست‌های اتخاذ شده توسط مسؤولان مربوطه دارد. از جمله سیاست‌های نوین علمی و مجرب، تنظیم حدود دخالت حقوق کیفری در حوزه مباحث مربوط به مواد مخدر است. نگاه سنتی به این مسأله، از شدت هر چه بیشتر مجازات‌ها جهت تحقق پیشگیری و کنترل حداکثری حمایت می‌کند. طبق این دیدگاه چنانچه اجرای مجازات نتوانست توفیق چندانی در کنترل جرائم مواد مخدر تحصیل نماید، این امر حکایت از عدم شدت مجازات‌های مقرر و در نتیجه کم‌رنگ‌بودن ویژگی ارباب و بازدارندگی آن مجازات (از حیث نوع و مقدار) دارد. از این رو افزایش مجازات‌ها و تشدید آن می‌تواند موجب بازدارندگی بیشتر و پیشگیری حداکثری گردد.

در مقابل این دیدگاه سنتی، دیدگاه علمی و مجرب نوینی ارائه شده است که کنترل جرائم مربوط به مواد مخدر را در ارتباط با نوع و شدت مجازات‌های مقرر برای آن نمی‌بیند. طبق این

دیدگاه، تصویب مجازات‌های شدید حتی می‌تواند موجب کاهش بازدارندگی آن نیز گردد. به عبارت دیگر اگر سیاست سخت‌گیرانه و به شدت کیفرمآب در قبال جرائم مواد مخدر از کارایی لازم برخوردار می‌بود، امروزه سخن‌گفتن از شیوه‌های نوین مبارزه با این معضل اجتماعی ضرورت نمی‌داشت. دیدگاه جدید، با امعان نظر به رویکردهای گذشته، شیوه‌ای کاملاً مخالف با مسیر مرسوم را پذیرفته و سخن از تساهل و تسامح در قبال برخی از انواع جرائم فعلی مواد مخدر را به میان می‌آورد. بارزترین جلوه سیاست جنایی نوین در قبال مصرف مواد مخدر، تفکیک میان انواع آن از حیث شدت و ضعف آثار متعاقب ناشی از مصرف است. بر این اساس دو دسته کلی از مواد مخدر مورد تمیز قرار می‌گیرند: مواد مخدر آرام و سخت.

با توجه به تقسیم‌بندی مذکور، برخی کشورهای اروپایی درصدد برآمده‌اند تا به منظور جلوگیری از مصرف بی‌حد و حصر مواد مخدر سخت توسط اقشار جامعه خصوصاً جوانان و متعاقباً دورنگاه‌داشتن ایشان از عوارض سهمناک بعدی و به عبارت دیگر پیشگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد مخدر کم‌خطر به پرخطر، مصرف مواد مخدر آرام را مورد جرم‌زدایی قرار دهند تا شاید از این طریق بتوانند حتی مصرف مواد مخدر سخت را نیز تا حدودی کنترل نمایند. کشور هلند از پیشگامان این عرصه بوده و تجربه عملی این کشور نیز بلافاصله در سیاست جنایی سایر کشورهای اروپایی نظیر ایتالیا، بلژیک، آلمان، انگلستان و... مورد متابعت قرار گرفته است.

مفهوم مواد مخدر آرام

واژه مواد مخدر آرام ترجمه Soft Drug است. واژه Soft از جمله به معنای نرم، سبک، و ملایم به کار رفته و مراد از Drug نیز هرچند در لغت به معنای دارو است، لکن اغلب در مفهوم داروهای غیر قانونی، غیر مجاز و نیز مواد مخدر به کار می‌رود (۱). از کنار هم قرارگرفتن این دو واژه، ترکیب وصفی مواد مخدر آرام یا نرم و یا سبک به دست می‌آید. مواد مخدر آرام مفهوم نسبتاً جدیدی است که لاقلاً در ادبیات حقوقی و اجتماعی کشور ما دارای سابقه نیست. این اصطلاح به عنوان گونه‌ای از مواد مخدر با ویژگی‌های خاص بوده و در مقابل مفهوم مواد مخدر سخت قرار می‌گیرد. مواد مخدر آرام، آن دسته از مخدرهایی هستند که واجد ویژگی‌های سه‌گانه

ذیل باشند: میزان اعتیادآوری آن پایین باشد؛ میزان اثرات منفی آن بر سلامت انسان اندک باشد؛ امکان استفاده درمانی از آن نیز محتمل باشد (۱-۳).

بنا بر مراتب مذکور، مواد مخدر سخت، آن دسته از موادی هستند که به نسبت سایر انواع مخدرات، دارای آثار و عوارض نامطبوع جسمانی بیشتر و غیر قابل اغماض بوده، به هیچ وجه واجد کاربرد درمانی محسوب نشده و به شدت فرد را معتاد و وابسته به خود می‌کنند، البته برخی، در بیان تمایز میان مخدرات آرام و سخت از حیث درجه اعتیادآوری گفته‌اند که مواد مخدر سخت، علاوه بر اعتیاد جسمانی شدید، اعتیاد روحی را نیز ایجاد می‌نماید، حال آنکه وابستگی به مواد مخدر آرام، صرفاً دارای جنبه روحی و روانی و نه جسمانی است (۴). به زعم نگارنده این سخن گرچه تماماً صحیح نیست، ولی بدون شک وابستگی روحی و جسمی به مواد مخدر سخت بسیار شدیدتر از وابستگی جسمی به مواد مخدر آرام است.

از مصادیق برجسته مواد مخدر آرام می‌توان به ماریجوآنا، حشیش، و کافیین اشاره کرد. از عمده‌ترین مصادیق مواد مخدر سخت نیز می‌توان مواردی همچون هرویین، کوکائین و متافتامین را نام برد. در ایران، هلند و ایالات متحده، مفهوم ماده مخدر آرام قابل صدق بر «حشیش» است.

تاریخچه جرم‌زدایی

تجربه هلند در خصوص مواد مخدر در قرن نوزدهم تجربه‌ای بی‌بدیل محسوب می‌شود. مصرف حشیش به عنوان یکی از انواع سبک مواد مخدر، متعاقب جنگ جهانی دوم در هلند آشکار شد. به دنبال ظهور این پدیده جدید، قانون مواد مخدر این کشور در سال ۱۹۵۳ میلادی مورد بازنگری قرار گرفت و حشیش نیز به لیست مواد مخدر ممنوعه اضافه گردید. در این تاریخ، نخستین بار حشیش در هلند مورد جرم‌انگاری قرار گرفت (۵).

توسل بیش از حد پلیس آمستردام به زور در واکنش به شورش‌ها و اعتراضات دانشجویی در سال ۱۹۶۶ موجب شد که اجرای مقررات و قوانین تا اندازه زیادی تحت تأثیر تمایلات عمومی جامعه در خصوص آن قانون قرار گیرد و بدین ترتیب موضع هلند در قبال مسائل و موضوعات اجتماعی رو به تعدیل نهاد. از جمله این موضوعات که انعطاف بیشتری توسط دولت را به همراه داشت، جنبش‌های اعتراضی صلح‌آمیز و نیز مصرف مواد مخدر بود. پس از این، سیاست جدید هلند بر عدم بازداشت جرم حمل حشیش قرار گرفت (۶).

در سال ۱۹۶۸ فدراسیون ملی سازمان‌های بهداشت روانی، کمیسیونی را با هدف «تبیین عوامل مرتبط با مصرف مواد مخدر» و «پیشنهاد اتخاذ سیاست منطقی» تشکیل داد. گزارش نهایی این کنوانسیون در سال ۱۹۷۱ ارائه شد. این گزارش تحلیلی از مصرف مواد مخدر در هلند را ارائه نمود، سپس رویکردهای جدید در خصوص سوء مصرف مواد را مورد پیشنهاد قرار داد: نخست آنکه مصرف حشیش و حمل مقدار اندک آن باید بلافاصله از حوزه حقوق جزا خارج گردد؛ دوم آنکه حمل و مصرف سایر مواد مخدر باید ذیل عنوان جنحه، موقتاً در قلمرو حقوق جزا بوده، اما در آینده نه چندان دور این امر نیز مورد جرم‌زدایی قرار گیرد؛ سوم آنکه آن دسته از مصرف‌کنندگان مواد مخدر که به مشکلاتی در این مسیر برخوردند باید از تسهیلات درمانی کافی برخوردار گردند (۷).

به موازات کمیسیون فوق، در سال ۱۹۶۸ کمیسیونی دولتی تحت مدیریت وزارت بهداشت تشکیل گردید و در سال ۱۹۷۲ گزارش نهایی این کمیسیون ارائه شد. گزارش مزبور بر تمایز دو گروه از مواد مخدر با خطرات قابل قبول و غیر قابل قبول تأکید ورزید و حشیش را در زمره مواد مخدر فاقد خطر بهداشتی معتنا به قرار داد.

در خصوص سایر مواد مخدر سخت، گزارش مذکور بر این نکته تأکید نمود که استفاده از حقوق جزا جهت کنترل آن رویکردی نامناسب به شمار می‌آید. در مقابل پیشنهاد مطرح‌شده، پیشنهادی مبنی بر جرم‌زدایی از مصرف تمامی انواع مواد مخدر در طولانی مدت و استقرار نظام درمانی کارآمد بود. نقش حقوق جزا نیز در این حالت الزام مصرف‌کنندگان افراطی مواد مخدر به پذیرش درمان تعیین گردید. توصیه‌هایی که این کمیسیون صادر نمود تا حد بسیار زیادی در تعیین خط‌مشی سیاست دارویی هلند مؤثر بود و منجر به تغییر در قانون مواد مخدر این کشور در سال ۱۹۷۶ گردید (۸).

در ایالات متحده، نخستین نشانه‌های مصرف حشیش در شمال آمریکا در قرن ۱۷ میلادی پدیدار گشت. در فاصله سال‌های ۱۷۵۰ تا ۱۸۰۰ میلادی نخستین رییس جمهور ایالات متحده به کاشت گیاه شاهدانه جهت مصارف درمانی و تهیه علوفه و الیاف در مزرعه شخصی خود مبادرت داشت. در سال‌های پس از ۱۸۰۰ حشیش تقریباً در تمامی ایالات قانونی بود و از این گیاه جهت تولید طناب، البسه و بادبان کشتی‌ها استفاده می‌شد. همچنین در این دوران مصارف درمانی این گیاه رایج بود و به صورت آزادانه از داروخانه‌ها تهیه می‌گردید. در سال

۱۹۱۰ و پس از انقلاب مکزیک در مزارع جنوبی ایالات متحده، موجی از مکزیکی‌ها به سمت آمریکا مهاجرت کرده و استفاده تفریحی از این ماده مخدر را برای ساکنان این کشور به ارمغان آوردند. از این زمان به بعد تلاش برای ممنوعیت مصرف این ماده در سطح ایالات آغاز گردید. در ۱۹ دسامبر ۱۹۱۴ قانون مواد مخدر هاریسون به تصویب رسید که نخستین قانون گسترده مبارزه با مواد مخدر در آمریکا در سطح فدرال به شمار می‌آمد. طبق این قانون حمل مواد مخدر از جمله حشیش جز در موارد درمانی که با تجویز پزشک صورت گرفته باشد، در سرتاسر ایالات متحده ممنوع گردید.

مابین سال‌های ۱۹۳۸ تا ۱۹۵۱ و پس از تصویب قانون مالیات بر حشیش، غالب ایالات طبق قانون یکپارچه مواد مخدر، حشیش را غیر قانونی اعلام نمودند. بر این اساس حشیش در کنار سایر انواع مواد مخدر قرار گرفت و مصرف آن رشد چندانی نداشت. مابین سال‌های ۱۹۵۲ تا ۱۹۶۲ در ایالات متحده بر جنبه اعتیادآوری حشیش بسیار تأکید گردید و مصرف این ماده، دروازه ورود به مصرف هرویین عنوان شد و متعاقب آن مجازات‌های سنگینی برای آن وضع گردید. در سال ۱۹۵۵ کمیته فرعی سنا در خصوص سوء مصرف مواد مخدر به استماع شهود متخصص در این خصوص پرداخت و پس از قانع‌شدن در خصوص این مسأله که پاسخ مناسب به مشکل فروش و مصرف حشیش، وضع مجازات‌های شدیدتر است، اقدام به تعیین حداقل مجازات اجباری و حذف امکان برخورداری مجرم از تعلیق مجازات و آزادی مشروط نمود و نیز جزای نقدی حداکثر ۲۰ هزار دلار برای محکومین به فروش مواد مخدر از جمله حشیش را به تشخیص قاضی مقرر داشت. بسیاری از ایالات، متعاقب دولت فدرال قوانین جدیدی را همراه با افزایش مجازات‌ها در خصوص حشیش وضع نمودند. در برخی از ایالات حتی محکومین به فروش حشیش به اطفال، سزاوار مجازات اعدام محسوب می‌شدند (۹).

سال‌های ۱۹۶۲ تا ۱۹۷۲ را می‌توان در مجموع، سال‌های کاهش مجازات مصرف حشیش در ایالات متحده دانست. در این دوران، بحث بر سر موضوع مصرف حشیش و آثار بهداشتی آن به اوج خود رسید. با پیشرفت علم، ویژگی‌های درمانی و خواص مصرف حشیش بیش از گذشته آشکار شد و تحقیقات انجام‌شده این نتیجه را به همراه داشت که دست کم در خصوص آثار زیان‌بار بهداشتی و اجتماعی مصرف این ماده تاکنون بسیار اغراق صورت گرفته است.

در این بازه زمانی چندین جنبش اجتماعی با هدف حمایت از مصرف شخصی مواد مخدر و از جمله حشیش شکل گرفت که از جمله آن‌ها می‌توان به جنبش حمایت از آزادی مصرف حشیش، کمیته مبارزه با ممنوعیت ماریجوانا، انجمن شهروندان حامی قانونی کردن حشیش، انجمن پذیرش و قانونی کردن حشیش و سازمان اصلاح مقرارت مرتبط با حشیش NORML اشاره نمود (۱۰). تا پایان سال ۱۹۷۲ جز هشت ایالت، تمامی ایالات حمل ساده حشیش به میزان کم‌تر از یک اونس را به عنوان کیفری جنحه تنزل بخشیدند. در مارس همان سال گزارش کمیسیون ملی در خصوص حشیش و سوء مصرف مواد مخدر منتشر شد که در آن پیشنهاد گردید که جرائم مربوط به مصرف حشیش مورد جرم‌زدایی قرار گیرد. از این تاریخ به بعد ایالات مختلف آمریکا به جرم‌زدایی مصرف حشیش روی آوردند.

توجیهات جرم‌زدایی

آن دسته از کسانی که موافق جرم‌زدایی مصرف حشیش می‌باشند، در تأیید نظر خود به ادله و توجیهاتی متوسل می‌گردند که در ذیل به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

۱- توجیهات حقوقی

۱-۱- **توجیهات کیفرشناختی:** اغلب در توجیه جرم‌زدایی مصرف مواد مخدر آرام می‌توان به دو مکتب کیفرشناختی معروف اشاره نمود. نخست مکتب عدالت مطلق و سپس مکتب فایده‌گرایی اجتماعی.

۱-۱-۱- مکتب عدالت مطلق: طبق آموزه‌های این مکتب چنانچه رفتاری از لحاظ اخلاقی قابل پذیرش نباشد مجازات نمودن آن عمل به خودی خود ضروری است. چنانچه فردی مرتکب عملی مجرمانه گردد، فرشته عدالت به اشک ریختن پرداخته و تا زمانی که مجرم به سزای رفتار غیراخلاقی خویش نرسد دست از گریستن نخواهد کشید. بنابر نظر طرفداران مکتب عدالت مطلق که پرچمدار آن امانوئل کانت محسوب می‌گردد «چنانچه عمل خلاف مجرم به خود وی بازگشته باشد، وی نمی‌تواند مدعی بی‌عدالتی علیه خود در نتیجه اجرای مجازات گردد، دلیل این سخن نیز نقض قواعد اخلاقی توسط مجرم در نتیجه ارتکاب جرم است.» طبق این دیدگاه حتی اگر عمل مجرمانه موجب آثار منفی بر سایر افراد جامعه نیز نگردد، اما به دلیل نقض قواعد اخلاقی، مرتکب مستحق اعمال مجازات خواهد بود.

از این رو مجازات نباید هیچ‌گاه به عنوان وسیله‌ای صرفاً جهت واکنش علیه ضررهای ایجاد شده به منافع دیگران توسط مرتکب به شمار آید، بلکه نقض قواعد و قوانین اخلاقی فی‌نفسه مستحق مجازات می‌باشد. این دیدگاه در قرن بیستم نیز توسط افرادی همچون بردلی (Bradley) بازگو گردید. طبق عبارت مشهور وی «ما مجازات را می‌پذیریم، چون لایق و مستحق آن هستیم و نه به دلیلی دیگر». همچنین این امر در فرهنگ کلیسای کاتولیک نیز به خوبی نمایان است. کلیسا مجازات استفاده از مواد مخدر را به عنوان پیامد ضروری بد اخلاقی در مصرف مواد مخدر می‌داند. عقیده اصلی کلیسای کاتولیک در مواجهه با این مسأله این است که مصرف مواد مخدر از هر نوع آن، شر است و از این رو مصرف‌کننده آن مستحق کیفر خواهد بود (۱۱).

با این وجود پذیرش این دیدگاه در حال حاضر با اشکالاتی رو به رو است. نخست آنکه در این دیدگاه مصرف مواد مخدر شر تلقی می‌گردد و حال آنکه مصرف مواد مخدر آرام به دلالت مطالعات، تحقیقات و پژوهش‌های علمی صورت‌گرفته واجد هیچ نوع اثر منفی، حتی نسبت به خود مصرف‌کننده نمی‌باشد، حتی استفاده از مواد مخدری نظیر حشیش گاه به عنوان مقدمه سکر معنوی در برخی مراسم مذهبی گروه‌های خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ دوم آنکه غیر اخلاقی بودن تابعی از فرهنگ و عرف حاکم بر جامعه است. چنانچه جامعه‌ای به میزان زیاد مبادرت به مصرف مواد مخدر آرام نمایند و به بیان دیگر مصرف مواد مذکور نظیر حشیش فاقد قبح اخلاقی و اجتماعی به شمار آید، آنگاه ویژگی غیر اخلاقی بودن چنین رفتارهایی به شدت محل تردید خواهد بود، البته در پاسخ به این اشکال می‌توان گفت منظور از غیر اخلاقی بودن مصرف مواد مخدر اعم از مواد مخدر آرام و سخت از جمله اخلاق‌گرایی قانونی است و این دقیقاً همان دیدگاهی است که طرفداران عدالت مطلق بدان تمایل نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، ممنوعیت مصرف ماریجوآنا یا حشیش نشأت‌گرفته از منع قانونی و ممنوعیت آن در قالب قوانین و مقررات کیفری است و از این رو تخطی از قوانین فی‌نفسه امری غیر اخلاقی به شمار می‌آید و مستحق کیفر خواهد بود. این دیدگاه به اخلاق‌گرایی قانونی شهرت دارد (۱۲).

۱-۱-۲- مکتب فایده‌گرایی اجتماعی: طبق دیدگاه فایده‌گرایی بنتهام (Bentham)، کیفر فی‌نفسه شر محسوب می‌شود. از این رو تنها زمانی باید از آن استفاده نمود که موجب جلوگیری از شرارتی بزرگ‌تر باشد. از این رو اعمال مجازات‌هایی که بی‌جهت، بی‌اثر، بدون نفع و غیر ضروری است، خود شرارتی بزرگ محسوب شده و باید از آن اجتناب نمود. طبق این دیدگاه

مجازات وقتی بی‌جهت است که شرارتی در میان نباشد که با اعمال کیفر بازداشته شود، وقتی بی‌اثر است که نمی‌تواند به خوبی سبب پیشگیری از وقوع و یا تکرار آن گردد، وقتی بدون نفع است که ضرر و شر ایجاد شده در نتیجه اعمال کیفر بیش از منفعت حاصل از اجرای آن باشد و نهایتاً وقتی غیر ضروری است که پیشگیری از آن شر (جرم) بدون توسل به کیفر نیز امکان‌پذیر بوده و یا به صرفه‌تر باشد. در خصوص مسأله مواد مخدر آرام توجه به همین چهار نکته حایز اهمیت بسیاری است (۱۳).

نخست آنکه جرم‌انگاری مصرف مواد مخدر آرام بی‌جهت است چه آنکه مصرف مواد مخدر (به ویژه مواد مخدر آرام) به فضای شخصی فرد تعلق دارد و شری نیست که قانون بخواهد از آن جلوگیری کند؛ دوم آنکه بی‌اثر است. مطالعات و تحقیقات بسیاری که در خصوص نقش کیفر در پیشگیری از مصرف مواد مخدر آرام صورت‌گرفته حکایت از آن دارد که اعمال ضمانت اجرای کیفری نتوانسته است مانع مبادرت به مصرف آن توسط افراد معتاد گردد؛ سوم آنکه بدون نفع است، چون حسب تحقیقات و پژوهش‌های متعدد، زیان‌های ناشی از ممنوعیت کیفری مصرف مواد مخدر آرام بیش از زیان‌های ناشی از مصرف این مواد محسوب می‌شود؛ چهارم آنکه غیر ضروری است، زیرا تجربه نشان داده است که حربه کیفر کندترین وسیله و در عین حال هزینه بردارترین ابزار جهت مبارزه با کنترل مصرف مواد مخدر آرام بوده و روش‌های جایگزین بهتری همچون تشکیل محاکم درمان‌مدار و بازپروری مصرف‌کنندگان این مواد، از کارآمدی بالاتری برخوردار خواهد بود (۱۴-۱۵).

۱-۲- توجیهات جرم‌شناختی:

۱-۲-۱- ماهیت غیر کیفری: طبق این استدلال، مسأله مصرف مواد مخدر، پیش از آنکه امری در چارچوب قوانین کیفری باشد، مقوله‌ای مربوط به بهداشت عمومی است. اعمال ضمانت اجرای کیفری نخستین‌بار، تنها به دلیل تقویت موضع بهداشت و درمان مرتبط با مصرف این نوع از مواد مخدر بوده و نباید اساساً جانشین آن شود. استفاده از حربه کیفر تنها به عنوان آخرین وسیله و آن هم در شرایطی محدود قابل‌توجیه است. سیاستگذاران موظفند که نگاه کیفری به این مسأله را لافل در خصوص برخی از انواع کم‌خطرتر مواد مخدر که به آرام یا سبک مشهوراند تغییر داده و با توجه به ماهیت اصلی این امر، به اتخاذ سیاست‌هایی در چارچوب بهداشت عمومی بپردازند. قاضی «گری» که از مدافعان جرم‌زدایی مواد مخدر آرام به شمار

می‌آید، معتقد است که تنها راه حل مبارزه با مصرف داروهای غیر مجاز و ضابطه‌مند نمودن آن، جرم‌زدایی از معامله و مصرف آن‌ها بوده و لازم است این مسأله در زمره مسائل مربوط به بهداشت عمومی قرار گیرد. در وضعیت کنونی، مراجعه معتادین به مواد مخدر آرام و استمداد ایشان از نهادهای درمانی غیر ممکن می‌باشد، زیرا نفس ابتلا به اعتیاد، مجازات‌های کیفری را به دنبال داشته و بیش از آنکه این حالت، نوعی بیماری تلقی گردد، حکایت از حالت خطرناک فرد دارد (۱۶).

قاضی «پروس» معتقد است: «پذیرش این که مصرف‌کنندگان کوکاین و هرویین به دلیل مجرمانه بودن عملشان احیاناً بدون هیچ‌گونه تلاشی جهت بازپروری مستقیماً به زندان فرستاده می‌شوند، در حالی که معتادین به مشروبات بسیار قوی الکلی، شایسته بازپروری به شمار می‌آیند، تا حدودی غیر منطقی و حتی مضحک جلوه می‌نماید. متأسفانه دولت هزینه بسیار اندکی جهت درمان معتادین انجام می‌دهد که این امر سبب مصرف ناصحیح معتادین از مواد مخدر را فراهم می‌آورد. این در حالی است که زندان‌های نیویورک به ازای هر معتاد، روزانه ۱۵۰ دلار هزینه می‌نماید، لکن از درک نیاز حقیقی این گروه غافل است. معتادین محکوم که فاقد امکانات مالی می‌باشند، مجبورند جهت بازپروری حداقل ۴ ماه در انتظار قرار بگیرند. درمان مزبور نیز تنها برای ۱۵٪ معتادین امکان‌پذیر می‌باشد.» اخیراً قضات موظف شده‌اند در انشای حکم خود در قبال معتادین از رهنمود الزامی صادره تبعیت نمایند (۱۷).

این تغییر دیدگاه به وضوح، اهمیت خود را در کشورهای نظیر هلند نشان داده است. سیاست‌های دارویی (مربوط به داروهای غیر مجاز و مواد مخدر) این کشور بر دو مبنای «تفکیک مواد مخدر آرام از سخت» و «اجرای طرح کاهش آسیب‌های اجتماعی» استوار است. در این روش تلاش می‌شود که با به کارگیری روش‌های بهداشت و درمان، نظیر ارائه رایگان کاندوم و یا سوزن‌های تزریق، توزیع قانونی شربت تریاک و بازگشایی مراکز رسمی ترک اعتیاد، با معضل مربوط به مواد مخدر برخورد شود. کارایی این طرح آنچنان گسترده و مؤثر بوده است که توسط بسیاری از کشورها از جمله ایران، حتی دقیقاً با همین عنوان مورد الگوبرداری قرار گرفته است (۱۸).

۲-۲-۱- افزایش احترام به قانون: به زعم طرفداران مواد مخدر آرام، چنانچه قانون، مصرف مواد مخدر آرام را آزاد اعلام نماید، آنگاه چه کسی به خود اجازه نقض قانون را خواهد داد؟ در

دنیای کنونی، بسیاری از جرائم، ساخته دست دولت است، ولی خیل کثیری از شهروندان آن را بر نمی‌تابند. دولت با ممنوع‌نمودن مواد مخدر آرام، تنها مجرمین بالقوه را افزایش می‌دهد. با جرم‌زدایی از مصرف این نوع مواد نیز، شانس مجرمیت بسیاری از شهروندان کم شده و حرمت قانون نیز بیشتر رعایت خواهد شد (۱۹).

۳-۲-۱- تمایل به ارتکاب رفتارهای ممنوع: در علم روانشناسی این امر به درستی مورد قبول قرار گرفته است که آدمی متمایل به انجام کارهایی است که از آن منع شده و مصرف داروهای غیر مجاز نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد. به همین دلیل، به زعم موافقان جرم‌زدایی، هر گونه تلاش در جهت ترغیب افراد به عدم مصرف مواد مخدر آرام دارای نتیجه معکوس خواهد بود. به علاوه تجربه ایالات متحده آمریکا در مبارزه با مصرف مواد در جوانان زیر ۱۸ سال و بالای ۱۸ سال حاکی از آن است که این امر عملاً سبب آشنایی دانش‌آموزان دبیرستانی با این نوع مواد شده است. در این رابطه مثال معروفی وجود دارد: «آدم و حوا به دلیل گرسنگی از میوه ممنوعه تناول نکردند، بلکه علت آن، منع ایشان از خوردن آن بود.» در ادبیات دینی مسلمانان نیز نظیر این عبارت وجود دارد. حدیثی از حضرت رسول نقل شده که فرموده‌اند: «الانسان حریص علی ما منع عنه؛ انسان نسبت به آنچه که وی را از آن نهی کنند، حریص و مشتاق می‌باشد» (۲۰).

۴-۲-۱- پیشگیری از قاچاق و بازار سیاه مصرف: جرم‌زدایی مصرف مواد مخدر آرام سبب کاهش میزان سود قاچاقچیان این طیف از مواد خواهد شد. تجارت داروهای غیر مجاز و مواد مخدر هم‌زمان با غیر قانونی شدن آن و به تبع افزایش قیمت‌ها، به حرفه‌ای بسیار سودآور تبدیل شده است. اساساً زمانی که در جامعه برای محصولی خاص تقاضای بسیار زیادی وجود داشته و اتفاقاً دولت نیز تجارت آن را ممنوع اعلام کرده باشد، به طور قطع جهت تأمین نیازمندی‌های جامعه، بازار سیاه آن کالا به وجود خواهد آمد (۲۱).

تأثیر ایجاد بازار سیاه مصرف بر وقوع رفتارهای مجرمانه از چند جهت است. نخست آنکه مصرف‌کنندگان حشیش به هر طریق ممکن و با هر قیمتی اقدام به تأمین نیازهای مصرف روزانه خود خواهند نمود. از این رو افزایش قیمت‌ها در نتیجه ایجاد بازار سیاه هیچ تأثیری بر کاهش تمایل به مصرف حشیش به دنبال نداشته و تنها مصرف‌کنندگان این ماده را جهت تهیه منابع مالی تأمین آن به تکاپو وامی‌دارد. این تکاپو به قطع همیشه مجرمانه نیست، ولی می‌تواند سمت

و سوی مجرمانه نیز به خود بگیرد (۲۲)؛ دوم آنکه وجود بازار سیاه به معنای وجود مطالبات گسترده جهت مصرف کالای موجود در این بازار از یکسو و سودآوری بالای فروش این کالاها از سوی دیگر می‌باشد. اجتماع سه عامل کمبود، تقاضا و سودآوری موجب افزایش قاچاق خواهد شد که این خود طیف گسترده‌ای از رفتارهای مجرمانه را دربر خواهد گرفت. در آمریکا درآمد سالیانه قاچاق مواد مخدر و داروهای غیر مجاز حدود ۶۰ میلیارد دلار ارزیابی می‌گردد که این میزان گاه تا ۱۰۰ میلیارد دلار نیز افزایش می‌یابد. در ۱۰ ایالت آمریکا، تجارت حشیش در زمره سودآورترین تجارت‌ها قرار داشته و در مجموع پس از تجارت غلات، بیشترین سودآوری را در ایالات متحده به خود اختصاص داده است (۲۳).

درآمدهای حاصل از قاچاق داروهای غیر مجاز در شهر «میامی» بیش از درآمد حاصل از بخش‌های گردشگری، صادرات، مراقبت‌های درمانی و مجموع سایر تجارت‌های قانونی می‌باشد. بازار مواد مخدر آرام در آمریکا، ۱/۸ درصد مجموع بازارهای جهانی مواد مخدر را به خود اختصاص داده و از این رو دارای مقام نخست می‌باشد. خانم «جاست کریست» عضو دفتر سیاستگذاری ملی در خصوص مواد مخدر، وابسته به کاخ سفید اظهار می‌دارد: «هر گونه تلاش انجام گرفته در کنترل مصرف داروهای غیر مجاز، هیچ اثر مستقیمی بر قیمت و حتی سهل‌الوصول بودن این مواد مانند حشیش نداشته است» (۲۴)؛ سوم آنکه اثر غیر مستقیم وجود چنین ممنوعیتی در نتیجه جرم‌انگاری آن است که عرضه‌کنندگان این مواد، کالای پست خود را در زر ورق خوش‌فام قرار داده و به قیمت جواهر به جوانان می‌فروشند. برخی از جوانان نیز که تمایل به کسب درآمدهای هنگفت بدون انجام هیچ‌گونه فعالیت سازنده دارند، به این بازار آشفته دامن می‌زنند. مسلماً فروش کالاهای نامرغوب موجب بروز صدمات جسمانی شدیدی در مصرف‌کنندگان شده و نتایج مجرمانه و خیمی را به همراه خواهد داشت. جرم‌زدایی مصرف مواد مخدر آرام تا حدودی می‌تواند در این راستا کارگشا باشد (۲۵).

۳-۱- توجیهات حقوق بشری:

۳-۱-۱- احترام به حریم خصوصی: بر پایه نخستین توجیه، مصرف مواد مخدر، معضلی شخصی است. این خود مصرف‌کننده است که در دام اعتیاد خویش گرفتار شده و در جهت تمتع از لذات آنی، سلامت خود را به خطر می‌اندازد. بنابراین مسأله مصرف مواد مخدر، بیش از آنکه معضلی اجتماعی باشد، مشکلی فردی است. نمی‌توان انکار کرد که دخالت دولت در کنترل

تولید و توزیع انواع مواد مخدر به ویژه مواد مخدر سخت، امری ضروری و حتی پسندیده است، لکن باید توجه داشت که اعمال ضمانت اجراهای کیفی در خصوص برخی از انواع سبک مواد مخدر به ویژه مقدار جزئی و جهت مصارف شخصی، در واقع، ورود قانونگذار به حریم شخصی افراد و نقض حریم خصوصی آن‌ها به شمار می‌آید. در کشورهایی که منادی آزادی و احترام به حقوق افراد بوده و برای خلوت انسان‌ها اهمیت زیادی قائل‌اند، این مسأله نمود بیشتری خواهد داشت. شاید به همین دلیل است که برخی از کشورها، حمل و یا مصرف مقدار اندکی از برخی مواد مخدر (غالباً مواد مخدر آرام نظیر ماریجوآنا و حشیش) و یا حتی کشت آن در منزل جهت مصارف شخصی را مورد اغماض و جرم‌زدایی قرار داده‌اند. کشورهایی نظیر اتریش، بلژیک، دانمارک، آلمان، ایتالیا، هلند، اسپانیا، سوئد و سوئیس از این جمله هستند (۲۶).

۲-۳-۱- اجتناب از برچسب‌زدن: بدون شک شما کسانی را می‌شناسید که روند اعتیاد خود را از مصرف تفریحی برخی از انواع مواد مخدر آغاز کرده‌اند. این افراد اگرچه ظاهری عادی و معمولی دارند، لکن به انواع خاص و معمولاً سبک مواد مخدر به شدت معتاد می‌باشند. تصور کنید که این گروه به منظور اجتناب از برچسب‌خوردن به عنوان معتاد، حاضر به انجام هیچ‌گونه آزمایشی که در نتیجه آن، ابتلای ایشان به اعتیاد مشخص می‌گردد، نخواهند شد. چنانچه انواع خاصی از مواد مخدر را مورد جرم‌زدایی قرار دهیم، هم می‌توان این گروه را به انجام آزمایشات مزبور ترغیب نمود و انگ مجرم‌بودن را از ساحت ایشان دور ساخت و هم ترس مراجعه به مراکز درمانی و پزشکی را در این جمع از میان برد. در مجموع می‌توان جرم‌زدایی را وسیله‌ای جهت خارج‌نمودن معتادان از حاشیه و ورود به صحنه اجتماع دانست (۲۷).

۳-۳-۱- احترام به تمایلات عمومی: در نظام‌های مردم‌سالار، دولت‌ها از جانب شهروندان انتخاب می‌شوند تا به بهترین نحو برنامه‌های خود جهت نیل به سعادت انسان‌ها را به اجرا گذارند. بی‌تردید، از آنجا که دولت‌ها برآمده از مردم‌اند، باید منعکس‌کننده آراء، تمایلات و خواسته‌های آن‌ها باشند. در فرض ما، چنانچه عده کثیری از شهروندان، مبادرت به استعمال برخی از انواع مواد مخدر آرام می‌نمایند، فلذا مبارزه با آن و جرم‌انگاری آن امری سقیم خواهد بود. بدون شک، مجازات‌ها به عنوان ابزاری جهت حمایت از ارزش‌های مورد قبول جامعه است. چنانچه عملی قبح خود را از دست داده باشد، نمی‌توان به زور و اجبار، مردم را به انجام آن واداشت. جرم‌انگاری رفتارهای خاص، بدون آنکه ارتکاب آن نظم اجتماعی را برهم زند، چیزی

جز افزودن بر سیاهه قوانین متروک نبوده و تنها بر تورم کیفی خواهد افزود. امروزه شهروندان بسیاری از کشورهای متمدن بر قانونی نمودن مصرف انواع سبک مواد مخدر نظیر حشیش اتفاق نظر دارند و این خرد جمعی، خود مهم‌ترین دلیل بر لزوم جرم‌زدایی از آن محسوب می‌شود. به عنوان مثال شهروندان بیش از ۱۰ ایالت آمریکا، امروزه بیش از دهه قبل، خواستار جرم‌زدایی از مواد مخدر آرام شده‌اند. مؤسسه فراستر در کانادا با بیان این‌که سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر به طور کلی با شکست مواجه شده، خواستار قانونی شدن مواد مخدر شده است. بسیاری از شهروندان کانادایی خواستار آزاد شدن مصرف تریاک شده و حدود ۹۰٪ از آن‌ها بر این باورند که استفاده درمانی از مواد مخدر آرام باید رواج یابد (۲۸).

در ایالات متحده، به ویژه در سال‌های اخیر، رشد فزاینده‌ای به مصرف حشیش و تمایل به جرم‌زدایی مصرف شخصی آن مشاهده می‌شود. بسیاری از مؤسسات آماری، در این خصوص اقدام به پیمایش‌هایی ملی نموده و رشد تمایلات عمومی در خصوص مورد را به اثبات رسانده‌اند. به عنوان مثال، طبق نظرسنجی مؤسسه گالوپ، حدود ۴۴٪ از شهروندان آمریکایی، موافق با جرم‌زدایی از مصرف حشیش بوده و ۵۴٪ نیز مخالف این امر می‌باشند. حامیان جرم‌زدایی به ادعای مؤسسه مزبور از دهه ۷۰ میلادی الی نیمه دهه ۹۰ میلادی، رقم ثابت ۲۵٪ را به خود اختصاص داده‌اند، اما این عدد در سال ۲۰۰۰ به ۳۱٪ رسیده و در دهه نخست قرن سوم میلادی همچنان رو به رشد بوده است. آخرین آمار حکایت از موافقت ۴۴ درصدی با جرم‌زدایی مصرف حشیش دارد (۲۹).

حمایت از جرم‌زدایی مصرف درمانی حشیش در آمریکا نیز رشدی سریع‌تر از این مقدار دارد. طبق نظرسنجی انجام‌گرفته در سال ۲۰۰۶، تقریباً ۸۶٪ از شهروندان نیوجرسی نسبت به جرم‌زدایی مصرف حشیش جهت مصارف درمانی ابراز حمایت و رضایت نمودند. نظرسنجی مشابه در سال ۲۰۰۲ حکایت از حمایت ۸۲ درصدی شهروندان این ایالت از جرم‌زدایی مذکور داشت. دیگر نظرسنجی صورت‌گرفته توسط انجمن بازنشستگان (AARP) حکایت از موافقت ۷۰ درصدی شهروندان آمریکایی از این امر داشت.

۴-۱- توجیهات پزشکی:

۴-۱-۱- توجیهات نافی بیماری‌زایی: بسیاری از مقالات و پژوهش‌های علمی بر صحت این مدعا که مصرف حشیش موجب بروز امراض جسمانی و روانی در فرد مصرف‌کننده نمی‌گردد، تأکید دارند.

- نافی امراض جسمانی: از مهم‌ترین امراض جسمانی که احتمال داده می‌شود در نتیجه مصرف حشیش در فرد به وجود آید، انواع بیماری‌های سرطان، ناباروری، افزایش مرگ و میر و نیز آسیب‌دیدگی مغز و تأثیر بر حافظه مصرف‌کننده است. با این حال، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که ارتباطی میان مصرف منظم حشیش و ابتلا به سرطان وجود ندارد (۳۰).

یکی دیگر از پژوهش‌های دولتی که به بررسی اثرات درازمدت ماریجوآنا بر ریه پرداخته، نتیجه‌گیری کرده است که مصرف تفریحی حشیش اختلالی در عملکرد ریه ایجاد نمی‌کند (۳۱). همچنین مطالعه نظام‌مندی که بر روی داده‌های ۱۹ پژوهش انجام‌شده از ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۶ (۳۱) انجام گرفت، دریافت که ارتباط معناداری بین مصرف کشیدن حشیش و ابتلا به سرطان ریه وجود ندارد. همچنین پژوهشی در سال ۲۰۱۲ منتشر شد که حاصل ۲۰ سال مطالعه بر روی عملکرد ریوی و رابطه‌اش با مصرف حشیش بود. این پژوهش عنوان کرد که «یافته‌های ما نشان می‌دهد که مصرف تفریحی حشیش (یک سیگاری در روز برای ۷ سال یا یک سیگاری در هفته برای ۴۹ سال) برای عملکرد ریوی مشکلی ایجاد نمی‌کند. با این وجود، این پژوهش قادر به تخمین اثرات مصرف حشیش بر کسانی که مصرف‌شان بیش از مقدار ذکر شده باشد، نیست» (۳۱).

نظر آکادمی ملی علوم آمریکا در خصوص رابطه میان حشیش و ناباروری نیز آن است که «ظرفیت اسپرم‌های موجود در بیضه جهت بارورسازی تخمک‌های زنانه دارای رابطه معکوسی با مصرف حشیش است، اما این میزان تأثیر، مشکل حادی را از منظر پزشکی جهت تولید مثل ایجاد نمی‌کند.» همچنین مطالعات انجام‌شده در جامائیکا نشان داده‌اند که به نظر نمی‌رسد مصرف ماری‌جوآنا باعث اختلال در تولد یا تأخیرهای رشدی در کودکان تازه به دنیا آمده شود (۳۲). نتایج حاصل از مطالعاتی که تلاش دارند مصرف حشیش در دوران بارداری را موجب تأثیر منفی بر رشد کودک پس از تولد معرفی نمایند، اندکی درهم آمیخته است.

تنس (Tennes) و همکاران وی به بررسی تأثیر مصرف حشیش در دوران بارداری بر رشد نوزادان پس از تولد پرداخته و ۷۵۶ زن را که یک‌سوم ایشان اقرار به مصرف حشیش در دوران حاملگی داشته‌اند، مورد بررسی قرار دادند و در پایان به این نتیجه رسیدند که آثار بروز نموده اندکی پس از تولد نوزادان در یک ساله نخست طفولیت از بین رفته است (۳۳). اخیراً دی (Day) و همکاران وی دریافتند که میان مصرف حشیش توسط مادر در دوران بارداری و فعالیت‌های بدنی و ذهنی اطفال سه ساله رابطه وجود دارد. ایشان جهت انجام پژوهش خود اطفال سه ساله متولد از ۶۵۵ زن را که اقرار به مصرف حشیش در دوران بارداری داشتند، مورد بررسی قرار دادند (۳۴). پژوهش دیگری که از این حیث بر روی کودکان شش ساله انجام گرفت، یافته‌های پژوهش نخستین را تأیید نمود (۳۵). فرد (Fried) و اسمیت (Smith) پس از مطالعه سایر تحقیقات انجام‌گرفته به این نتیجه رسیدند که مصرف حشیش توسط مادران در دوران بارداری تأثیر اندکی (اگر نگوییم هیچ تأثیری) بر رشد جنین و سیستم عصبی مرکزی نوزاد دارد (۳۶).

در خصوص تأثیر مصرف حشیش بر هوش انسان و قشر مغز نیز مطالعات بسیاری صورت گرفته است. به عنوان مثال طبق مطالعه انجام‌شده در سال ۲۰۰۲ در ژورنال بنیاد پزشکی کانادا «حشیش بر هوش کلی، اثر منفی درازمدت ندارد» (۳۷). همچنین مطالعه انجام‌شده در ۲۰۰۶ منتشر شد، نشان داد که مصرف حشیش توسط نوجوانان با هیچ تغییری در مغز همراه نیست. این مطالعه نتیجه گرفت که «به نظر نمی‌رسد مصرف حشیش، دست کم در مقدار متعادل، حین دوره نوجوانی برای اعصاب زبان‌آور باشد».

- نفی امراض روانی: در خصوص رابطه میان مصرف حشیش و بیماری‌های روانی از جمله شیذوفرنی مطالعات بسیاری انجام گرفته است. تحلیلی که در سال ۲۰۰۵ به بررسی چندین فرضیه در مورد همبستگی بین این دو پرداخت دریافت که حمایتی برای این فرضیه که حشیش می‌تواند علت روان‌پریشی باشد، به طوری که اگر مصرف نمی‌شد، روان‌پریشی رخ نمی‌داد، وجود ندارد. با این وجود برای فهم همبستگی بین حشیش و سایر انواع بیماری روان‌پریشی مطالعات بیشتری نیاز است (۳۸). دکتر استانیلی زامیت از دانشگاه‌های بیرستول و کاردیف نیز گزارش داد که: «حتی اگر حشیش خطر روان‌پریشی را افزایش دهد، اکثر افرادی که از این ماده استفاده می‌کنند، بیمار نمی‌شوند» (۳۸).

یکی از پژوهش‌ها اخیراً نشان داده است که کانابیدویل (مؤلفه اساسی حشیش) می‌تواند به اندازه داروهای ضدروان‌پریشی نابهنجار (Atypical Antipsychotics) در درمان شیذوفرنی مؤثر باشد (۳۹). سایر تحقیقات انجام‌شده نیز از این نتایج حمایت کرده است (۴۰). این محققان نتیجه گرفتند که کانابیدویل در موارد شیذوفرنی پارانوید شدید دارای خواص ضدروان‌پریشی است.

همچنین سلسله مطالعات انجام‌گرفته در خصوص مصرف طولانی‌مدت حشیش در ایالات متحده نشان داد که سندروم بی‌انگیزگی در میان مصرف‌کنندگان مزمن این ماده نادر می‌باشد. هالیکاس (Halikas) و همکاران وی، نشانه‌های سندروم بی‌انگیزگی را در میان ۱۰۰ نفر از مصرف‌کنندگان حشیش که تجربه ۶ تا ۸ سال مصرف این ماده را داشته‌اند، مورد ارزیابی قرار دادند و دریافتند که تنها ۳ نفر از نمونه آماری فوق مبتلا به سندروم بی‌انگیزگی بوده‌اند. تحقیقات آزمایشگاهی در خصوص مصرف طولانی‌مدت حشیش نیز توانست به وضوح اثبات نماید که این ماده، بر انگیزه مصرف‌کنندگان تأثیری ندارد (۴۱).

اخیراً شوانک (Schwenk) با بررسی ادله و شواهد مرتبط با وجود رابطه میان مصرف حشیش و عملکرد شغلی که در مطالعات آزمایشگاهی، پیمایش‌های صورت‌گرفته و مطالعات میدانی بیان گردیده، به این نتیجه رسید که رابطه میان مصرف حشیش و عملکرد ضعیف شغلی بسیار سطحی و اندک می‌باشد. وی معتقد بود که این نتایج بیش از آنکه منطبق با فرضیه «وجود رابطه میان مصرف حشیش و عملکرد ضعیف شغلی» باشد، با فرضیه «وجود رابطه میان شخصیت مصرف‌کنندگان حشیش و عملکرد ضعیف شغلی» منطبق است (۴۲).

۲-۴-۱- آثار درمانی مصرف حشیش: طبق تحقیقات صورت‌گرفته برخلاف ادعاهای مطروحه، مصرف حشیش نه تنها دارای آثار مفید درمانی است، بلکه در درمان بسیاری از امراض صعب‌العلاج نیز کارگشا است که در زیر به عنوان نمونه به چند مطالعه انجام‌شده در این خصوص اشاره می‌گردد.

- درمان سرطان: در یکی از مطالعات صورت‌گرفته در سال ۱۹۸۸ میلادی، ۵۶ بیمار که به دلیل ابتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی قرار داشتند با استفاده از حشیش مورد مداوا قرار گرفته که ۷۸٪ از ایشان نسبت به درمان مزبور واکنش مثبت نشان داده و علائم بهبودی در

ایشان ظاهر گردید. همچنین طبق اعلام کادر درمانی، هیچ‌گونه آثار و نتایج منفی در نتیجه مصرف حشیش در این گروه از بیماران ظهور نمود (۴۳).

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۷۵ بر روی گروهی از بیماران مبتلا به سرطان که در حال شیمی درمانی بودند، به عمل آمد، برخی از بیماران، داوطلبانه عملیات درمان را قطع کرده و با تهیه حشیش از بازار سیاه به استعمال آن مداومت نمودند. جالب آنکه آثار درمانی حاصل از مصرف حشیش در این افراد بسیار بیشتر از سایر بیماران تحت درمان نمود داشت (۴۴).

دکتر نلسون (Nelson) در مقاله‌ای تحت عنوان «نقش حشیش در تحریک اشتهای بیماران سرطانی فاقد اشتها به غذا» با انجام آزمایشات متعدد بر روی بیماران صعب‌العلاج سرطانی که بیماری مزبور در ایشان تا حد زیادی پیشرفت کرده و اشتهای به غذا را در آنان از بین برده بود، بدین نتیجه رسید که: «THC موجود در حشیش نقش مؤثری در تحریک این گروه از بیماران به مصرف غذا داشته و مصرف مقدار بسیار اندکی از این ماده موجب طبیعی شدن اشتهای این بیماران می‌گردد» (۴۵).

- درمان ایدز و هپاتیت: یکی از پژوهشگران در هاوایی در سال ۱۹۹۶ تحقیقی را بر روی جمعی از افراد مبتلا به ایدز انجام داد. طبق تحقیق وی، ۹۸٪ از بیماران مبتلا به ایدز از آثار درمانی حشیش آگاهی داشته و ۳۷٪ از ایشان از حشیش به عنوان داروی درمان درد خود استفاده می‌نمودند و آن را نسبت به سایر داروهای موجود در بازار ترجیح می‌دادند (۴۶).

دکتر آبرام و همکاران وی در تحقیقات علمی خود بدین نتیجه رسیدند که هیچ‌گونه نگرانی در خصوص آثار زیان‌بار ناشی از مصرف حشیش در افراد تحت مطالعه وجود نداشته و به زعم پژوهشگر «یافته‌های ما از بررسی تأثیرات کوتاه‌مدت مصرف حشیش در مبتلایان به بیماری ضعف سیستم ایمنی، نشان از تأثیرات مثبت مصرف این ماده دارد، البته در این آزمایش هر دو گروه مصرف‌کننده THC و حشیش، شاهد افزایش وزن خود در نتیجه مصرف داروهای تجویز شده بوده‌اند» (۴۷). یافته‌های این پژوهش در سال ۲۰۰۵ میلادی توسط دوجانگ (De Jong) و همکاران وی نیز تأیید شد. طبق یافته‌های این پژوهشگران، علاوه بر آنکه مصرف حشیش موجب کاهش و یا توقف رشد بیماری در مبتلایان به ایدز می‌گردد، بسیاری از عوارض دردناک و رنج‌آور عارضه در بیماران را کاهش داده و چنانچه مصرف این ماده به صورت استنشاقی

(دودکردن) صورت گیرد، افزایش اشتهای به غذا و کاهش آثار تهوع در فرد را نیز به دنبال خواهد داشت (۴۸).

در سال ۲۰۰۷ بررسی‌های دیگری توسط دکتر هانی (Haney) و همکاران وی در همین خصوص صورت گرفت. یافته‌های این تحقیق بار دیگر بر درستی نتایج مطالعات پیشین صحت گذارد. طبق پژوهش مزبور، مصرف حشیش موجب افزایش اشتها و وزن مبتلایان به ایدز شده است. همچنین مصرف این ماده موجب بهبود وضعیت خواب در این بیماران گردید (۴۹).

بر اساس یکی از تحقیقات به عمل آمده در خصوص نقش مصرف حشیش در درمان هپاتیت C، ۷۱ بیمار مبتلا به این بیماری مورد گزینش و بررسی قرار گرفتند. این تعداد به دو گروه مختلف تقسیم شدند، گروه نخست درمان‌های متداول خود را پی گرفتند و گروه دوم با ترک درمان معمول، مبادرت به استفاده از حشیش نمودند. نتایج حاصل از این آزمایش شگفت‌انگیز بود. آن دسته از بیمارانی که مبادرت به مصرف حشیش نمودند، سه برابر بیشتر از گروه دیگر آثار بهبودی را در خود نشان دادند. محققان بر اساس این تحقیق بدین نتیجه رسیدند که افزایش مدت درمان با حشیش موجب افزایش بهبود و سلامت بیماران خواهد شد (۵۰). دکتر فیشر و همکاران وی نیز در همین سال اقدام به انجام مطالعه‌ای مشابه نمودند. مقاله حاصل از مطالعه مذکور تحت عنوان «درمان بیماری هپاتیت C و مصرف حشیش در میان بیماران مصرف‌کننده مواد مخدر غیر قانونی» انتشار یافت و در آن به آثار مثبت ناشی از مصرف حشیش در درمان احتمالی این بیماری اشاره شده است (۵۱).

- درمان کوری تدریجی: در خصوص عارضه کوری تدریجی، پژوهش‌های صورت گرفته دلالت بر آن دارد که مصرف حشیش سبب کاهش فشار چشم شده و مصرف‌کنندگان آن کم‌تر بدین بیماری مبتلا می‌گردند. همچنین طبق این تحقیقات، مصرف حشیش سبب حفظ قدرت بینایی مبتلایان به بیماری کوری تدریجی خواهد شد (۵۲).

- تسکین آلام و درد: مطالعات نشان می‌دهد که مصرف حشیش به طور ویژه نقش بسیار مؤثری در تسکین دردهای عصبی ناشی از بیماری ایدز، گرفتگی و انقباض عضلات و سایر آلام و رنج‌های بدنی داشته و عوارض ناخوشایند ناشی از مصرف داروها جهت درمان امراض صعب‌العلاج را نیز کاهش می‌دهد (۵۳). دکتر الیس (Ellis) و همکاران وی پژوهشی را تحت عنوان «کشیدن حشیش به منظور درمان آلام مبتلایان به ایدز» ساماندهی نمودند که تمرکز آن بر

بیماران مبتلا به ایدز قرار داشت. به زعم ایشان «در آزمایشات صورت گرفته، مصرف حشیش در مبتلایان به ایدز موجب کاهش درد و ناراحتی گردید. بنابراین حشیش نه تنها موجب تسکین دردها بوده، بلکه موجب کاهش آثار روانی ناشی از تجربه درد در بیمار نیز می‌گردد... به طور کلی ویژگی آرام‌بخش بودن، هم نسبت به دردهای بیمار و هم نسبت به روان وی در نتیجه مصرف حشیش می‌باشد» (۵۴).

دکتر ویلسی (Wilsey) و همکاران وی نیز در سال ۲۰۰۸ به انتشار مقاله‌ای در خصوص تأثیرات ناشی از مصرف حشیش در کاهش دردهای شدید مربوط به تصلب چندگانه، صدمات نخاعی، مرض قند و سندروم درد پیچیده ناحیه‌ای پرداختند و به این نتیجه رسیدند که «مصرف حشیش می‌تواند نقش مهمی در تسکین دردهای عصبی به همراه داشته و جایگزین مناسبی برای مصرف سایر انواع داروهای تجویز شده به شمار آید. آن دسته از بیمارانی که مصرف انواع داروهای تجویز شده تأثیری در کاهش آلام ایشان به همراه ندارد و یا ساختار فیزیکی بدن ایشان سازگاری لازم با مصرف داروهای مذکور را ندارد، می‌توانند از حشیش به جای آن داروها استفاده نمایند» (۵۵). علاوه بر نمونه‌های مذکور در پژوهشی که توسط لینچ، یانگ و کلارک در خصوص مطالعه بر روی بیماران صعب‌العلاج استفاده‌کننده از حشیش صورت گرفت این نتیجه به دست آمد که بسیاری از ایشان کاهش عوارضی نظیر گرفتگی عضلات، بی‌خوابی و حالت تهوع را نیز تجربه کردند. حدود ۷۰٪ از بیماران مزبور اعلام نمودند که می‌توانند مصرف سایر داروها را که منجر به بروز عوارض جانبی در ایشان می‌گردد، کاهش دهند (۵۶).

- گرفتگی عضلانی: پیرامون گرفتگی عضلات و ماهیچه‌ها نیز تحقیقات بسیاری دلالت بر تأثیر حشیش در درمان آن دارد. به عنوان مثال طبق مطالعات زاچی کک (Zajicek) استفاده منظم از حشیش در درمان دردهای ناشی از تصلب چندگانه و گرفتگی عضلانی به مقدار ۶۱ الی ۹۵ درصد مؤثر است (۵۷).

- ام.اس: مطالعات رسمی بسیاری در خصوص تأثیر مصرف حشیش بر بهبود MS، جلوگیری از حملات مغزی و قلبی، گرفتگی عضلانی و سخت‌شدگی چندگانه انجام گرفته که همگی دلالت بر نقش مصرف حشیش در بهبود بیماران مبتلا به این امراض دارد. یافته‌های دکتر وید (Wade) و همکاران وی نشان می‌دهد که مصرف طولانی مدت حشیش در ۸۲ هفته موجب

کاهش درد و عوارض مربوط به بیماری MS می‌گردد بدون آنکه مصرف این ماده مخدر واجد عوارض جانبی دیگری برای بیمار باشد (۵۸).

- کاهش تهوع: طبق تحقیق به عمل آمده در خصوص مداوای بیماران مبتلا به تهوع مشاهده شد که ۷۲٪ مصرف‌کنندگان حشیش شاهد تخفیف آثار بیماری در خود بوده‌اند. تحقیقات لایکو (Layeeque) و همکاران وی که در سال ۲۰۰۶ میلادی به انتشار مقاله‌ای تحت عنوان «پیشگیری از حالت تهوع متعاقب جراحی سینه در زنان» انجامید، حکایت از آن دارد که مصرف حشیش و یا کپسول‌های THC تا حد بسیار قابل توجهی موجب کاهش تعداد و نیز شدت بروز حالت‌های مذکور پس از جراحی سینه شده است» (۵۹).

- کاهش وزن: برخی از تحقیقات انجام‌شده دلالت بر کاهش وزن، کم‌شدن اشتها در بیماران چاقی مفرط در نتیجه مصرف حشیش دارد (۶۰). بر اساس تحقیقی که توسط فولتین (Foltin) و همکاران وی تحت عنوان «تأثیرات استنشاق حشیش بر افزایش اشتها و افزایش وزن انسان» در سال ۱۹۸۸ منتشر گردید، عنوان شد که تعدادی از داوطلبان عادی که فاقد بیماری بوده‌اند، جهت بررسی تأثیر مصرف حشیش بر افزایش اشتها و وزن مبادرت به مصرف آن نمودند. طبق نتایج به عمل آمده، تدخین سیگارهای محتوی حشیش با دوز بسیار اندک (۲/۳ درصد THC) در بازه زمانی منظم، موجب افزایش ۴۰ درصدی اشتها به غذای روزانه گردید (۶۱).

- کاهش آلزایمر: تحقیقات نشان داده است که ترکیبات موجود در حشیش به ویژه THC می‌تواند کاهش شدت آلزایمر را به همراه داشته و از پیشرفت آن در مبتلایان بکاهد. دکتر والتر (Walther) و همکاران وی در مطالعات خود این مطلب را به درستی مورد اثبات قرار دادند (۶۲). برخی دیگر از پژوهشگران همچون اسپوزیتو (Esposito) نیز در تحقیقات خود بر یافته‌های پیشین مهر تأیید گذارده‌اند (۶۳).

نتیجه‌گیری

موضوع جرم‌زدایی از مصرف گونه‌های خاصی از مواد مخدر موسوم به آرام و یا نرم که از جمله مصادیق آن می‌توان به حشیش اشاره نمود در ادبیات حقوقی ایران فاقد سابقه است، لکن پیشینه نظری و عملی به درازای بیش از ۵۰ سال در کشورهای نظیر هلند و ایالات متحده

دارد. برخی با اشاره به این حقیقت که حشیش نیز در زمره مواد مخدر بوده و ادله و توجیهاات جرم‌انگاری مصرف مواد مخدر بدان نیز سرایت می‌نماید، مخالف جرم‌زدایی از مصرف آن هستند. در مقابل عده‌ای دیگر با ایجاد تمیز میان انواع مواد مخدر از حیث درجه اعتیادآوری و قابلیت استفاده درمانی از آن معتقدند که مثلاً حشیش را نمی‌توان از این حیث با موادی نظیر هرویین و کراک مقایسه نمود چه آنکه نه تنها میزان اعتیادآوری این ماده مخدر بسیار کم‌تر از هرویین و کراک است، بلکه استفاده از آن دارای آثار درمانی نیز می‌باشد. از منظر حقوقی جرم‌زدایی از مصرف مواد مخدر آرام مستظهر به ادله و توجیهاات حقوق بشری، جرم‌شناختی و کیفر شناختی است، به نحوی که با در نظرگرفتن مجموع ادله و توجیهاات پزشکی و حقوقی می‌توان در خصوص مقوله جرم‌زدایی به نحو مذکور تمایل نشان داد.

References

1. Oxford Dictionary. Oxford: Oxford University Press; 2016.
2. Academic Dictionary and Encyclopedias.2016. Availabale at: <http://www.enacademic.com>. Accessed May 16, 2016.
3. Free Online Medical Dictionary.2015. Availabale at: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/drug>. Accessed Sep 17, 2015.
4. The Chemistry EncyclopediaFree dictionary.2016. Availabale at: <http://www.thefreedictionary.com/chemistry>. Accessed Jun 10, 2016.
5. Hepler R, Frank I, Ungerleider J. Pupillary Constriction after Marijuana Smoking. *Am J Ophthalmol* 1972; 22(57): 74.
6. Shapiro D. The Ocular Manifestations of the Cannabinoids. *Ophthalmological* 1974; 31(42): 168.
7. Hepler R, Petrus R. Experiences with Administration of Marijuana to Glaucoma. In *The Therapeutic Potential of Marijuana* 1976; 23(52): 45.
8. Erez-Reyes M, Wagner D, Wall M, Davis K. Intravenous Administration of Cannabinoids and Intraocular Pressure. London: Braude and Szara; 1976. p.87.
9. Smith DE. Acute and chronic toxicity of marijuana. *Journal of Psychedelic Drugs* 1968; 54(23): 2.
10. Engelsman EL. Drug Policy in the Netherlands. Paper prepared for the American Embassy in the Netherlands. The Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs; Alcohol, Drugs and Tobacco Branch; 1988. p.37.
11. Kandel D, Faust R. Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry* 1975; 74(15): 32.
12. Fergusson DM, Horwood LJ. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use?. *Addiction* 2000; 54(57): 95.
13. Van Ours JC. Is Cannabis A Stepping-Stone For Cocaine?. *Journal of Health Economics* 2003; 22(47): 22.
14. Coffey C, Lynskey M, Wolfe R, Patton GC. Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent study. *Addiction* 2000; 35(12): 95.

15. Stenbacka M, Allebeck P, Brandt L, Romelsjo A. Initiation into drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1992; 25(17): 20.
16. Immerman T. Efficacy in Glaucoma Treatment, the Potential of Marijuana. *Annals of Ophthalmology* 1980; 41(32): 45.
17. Green L. Marijuana Effects on Intraocular Pressure, Applied. *Pharmacology in the Medical Treatment of Glaucomas* 1984; 55(23): 41.
18. Merritt J, Perry D, Russell D, Jones B. Topical Delta-9-Tetrahydrocannabinol and Aqueous Dynamics in glaucoma. *J Clin Pharmacol* 1981; 47(63): 21.
19. Merritt J. Effects of Topical Delta-9-Tetrahydrocannabinol On Intraocular Pressure In Dogs. *Glaucoma* 1981; 22(74): 21.
20. Merritt J, Olsen J, Armstrong J, McKinnon S. Topical Delta-9-Tetrahydrocannabinol in hypertensive glaucomas. *J Phar Pharmacol* 1981; 45(51): 33.
21. Merritt J. Topical Delta-8-Tetrahydrocannabinol as a Potential Glaucoma Agent. *Glaucoma* 1982; 32(24): 4.
22. Merritt J, Cook C, Davis K. Orthostatic Hypotension after Delta-9-Tetrahydrocannabinol Marihuana Inhalation. *Ophthalmic Res* 1982; 12(32): 14.
23. Merritt J, Shrewsbury R, Locklear F, Demby K, Wittle G. Effects of Delta-9-Tetrahydrocannabinol and Vehicle Constituents on Intraocular Pressure in Normotensive Dogs. *Research Communication in Substances of Abuse* 1986; 15(33): 7.
24. Merritt J. Outpatient Cannabinoid Therapy For Heterogenous Glaucomas: Guidelines for institution and maintenance of therapy. *Marijuana 84: Proceedings of the Oxford Symposium on Cannabis*; 1984. p.87.
25. Merritt J. Glaucoma, Hypertension and Marijuana. *J Nat'l Med Ass'n* 1982; 42(53): 74.
26. Goldberg I, Kass M, Becker B. Marijuana as a Treatment for Glaucoma. *Sightsaving Review* 1979; 45(35): 54.

27. Crawford W, Merritt J. Effects of Tetrahydrocannabinol on Arterial and Intraocular Hypertension. *Int'l J Clin Pharmacol and Biopharm* 1979; 33(24): 17.
28. Merritt J, Crawford W, Alexander P, Anduze A, Gelbart S. Effect of Marihuana on Intraocular and Blood Pressure in glaucoma. *Ophthalmology* 1980; 14(93): 87.
29. Merritt J, McKinnon S, Armstrong J, Hatem G, Reid L. Oral Delta-9-Tetrahydrocannabinol In Heterogenous Glaucomas. *Annals of Ophthalmology* 1980; 25(28): 12.
30. Donald Tashkin MD. Study Finds No Link between Marijuana Use and Lung Cancer. *Science Daily* 2006; 65(25): 12.
31. Pletcher M. Association between Marijuana Exposure and Pulmonary Function Over 20 Years. *Journal of the American Medical Association* 1961; 13(32): 307.
32. Hayes JS, Lampart R, Dreher MC, Morgan L. Five-Year Follow-Up Of Rural Jamaican Children Who's Mothers Used Marijuana During Pregnancy. *The West Indian Medical Journal* 1991; 54(38): 40.
33. Tennes K, Aritable N, Blackard C, BOyles C, Hasoun B, Holmes L, et al. Marihuana: prenatal and postnatal exposure in the human. *NIDA Res Monogr* 1985; 59: 56.
34. Day NL, Richardson GA, Goldschmidt L, Robles N, Taylor PM, Stoffer DS, et al. Effect of prenatal marijuana exposure on the cognitive development of offspring at age three. *Neurotoxicology & Teratology* 1994; 58(24): 16.
35. Leech SL, Richardson GA, Goldschmidt L, Day NL. Prenatal substance exposure: effects on attention and impulsivity of 6-year-olds. *Neurotoxicology & Teratology* 1999; 49(38): 21.
36. Fried P, Watkinson B, James D, Gray R. Current and former marijuana use: preliminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. *CMAJ* 2002.; 65(54): 166.
37. Fried PA, Watkinson B, Gray R. Differential effects on cognitive functioning in 13- to 16-year-olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicology & Teratology* 2003; 53(27): 25.

38. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Comorbidity between cannabis use and psychosis: Modelling some possible relationships. Technical Report No. 121. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 2001. p.128.
39. Zuardi AW, Crippa JAS, Hallak JEC, Moreira FA, Guimarães FS. Cannabidiol as an antipsychotic drug. *Braz J Med Biol Res* 2006; 39(4): 421-429.
40. Leweke FM, Koethe D, Pahlisch F, Schreiber D, Gerth CW, Nolden BM, et al. Antipsychotic Effects of Cannabidiol. *European Psychiatry* 2009; 62(42): 27.
41. Edwards G. Cannabis and the psychiatric position. In: Graham J. (Ed.) *Cannabis and Health*, London: Academic Press; 1976. p.45.
42. Schwenk CR. Marijuana and job performance: Comparing the major streams of research. *Journal of Drug Issues* 1998; 45(87): 28.
43. Vinciguerra V. Inhalation Marijuana as an Antiemetic for Cancer Chemotherapy. *New York State Journal of Medicine* 1988; 35(26): 82.
44. Sallan SE, Zinberg NE, Frei D. Antiemetic Effect of Delta-9-tetrahydrocannabinol in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. *New England Journal of Medicine* 1975; 27(85): 293.
45. Nelson K. A Phase II Study of Delta-9-Tetrahydrocannabinol for Appetite Stimulation in Cancer-Associated Anorexia. *Journal of Palliative Care* 1994; 61(13): 10.
46. Grinspoon LJ, Doblin R. Marijuana, the AIDS Wasting Syndrome, and the U.S. Government. *New England Journal of Medicine* 1995; 48(41): 333.
47. Abrams DI, Vizoso HP, Shade SB, Jay C, Kelly ME, Benowitz NL. Vaporization as a Smokeless Cannabis Delivery System: A Pilot Study. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2007; 61(27): 82.
48. De Jong BD. Marijuana Use and Its Association with Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Persons with Moderate to Severe Nausea. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2005; 58(26): 38.
49. Haney ME. Dronabinol and Marijuana in HIV-Positive Marijuana Smokers. Caloric Intake, Mood, and Sleep. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2007; 57(25): 45.

50. Sylvestre DL, Clements BJ, Malibu Y. Cannabis Use Improves Retention and Virological Outcomes in Patients Treated For Hepatitis C. *European Journal of Gastroenterology and Hematology* 2006; 54(71): 18.
51. Fischer B. Treatment for Hepatitis C Virus and Cannabis use in Illicit Drug User Patients: Implications and Questions. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2006; 51(32): 18.
52. Hepler R, Frank I. Marijuana Smoking and Intraocular Pressure. *JAMA* 1971; 38(62): 411.
53. Abrams D. Cannabis in Painful HIV-Associated Sensory Neuropathy: a Randomized Placebo-Controlled Trial. *Neurology* 2007; 62(36): 68
54. Ellis RJ. Smoked Medicinal Cannabis for Neuropathic Pain in HIV: a Randomized, Crossover Clinical Trial. *Neuropsychopharmacology* 2009; 63(54): 34.
55. Wilsey B. A Randomized, Placebo-Controlled, Crossover Trial of Cannabis Cigarettes in Neuropathic Pain. *Journal of Pain* 2008; 66(84): 9.
56. Lynch ME, Young J, Clark AJ. A Case Series of Patients Using Medicinal Marijuana for Management of Chronic Pain Under the Canadian Marijuana Medical Access Regulations. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 56(12): 32.
57. Zajicek J. Cannabinoids for Treatment of Spasticity and Other Symptoms Related to Multiple Sclerosis (CAMS Study): Multicentre Randomised Placebo-Controlled Trial. *The Lancet* 2003; 49(36): 362.
58. Wade DT. Long-Term Use of a Cannabis-Based Medicine in the Treatment of Spasticity and Other Symptoms in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2006; 48(41): 12.
59. Layeeque R. Prevention of Nausea and Vomiting Following Breast Surgery. *American Journal of Surgery* 2006; 50(52): 191.
60. Foltin RW, Brady JV, Fischman MW. Behavioral Analysis of Marijuana Effects on Food Intake in Humans. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 1986; 39(21): 25.
61. Foltin RW. Effects of Smoked Marijuana on Food Intake and Body Weight of Humans Living In a Residential Laboratory. *Appetite* 1988; 38(22): 11.

62. Walther S. Delta-9-Tetrahydrocannabinol for Nighttime Agitation in Severe Dementia. *Psychopharmacology (Berl)* 2006; 49(54): 185.
63. Esposito G. The Marijuana Component Cannabidiol Inhibits Beta-Amyloid-Induced Tau Protein Hyperphosphorylation Through Wnt/beta-catenin Pathway Rescue in PC12 Cells. *Journal of Molecular Medicine* 2006; 48(31): 84.