

## مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد

## چکیده

**زمینه و هدف:** به رغم اینکه هزینه‌های هنگفتی صرف درمان اجباری اعتیاد در کشور می‌شود، اما مطالعات کافی در خصوص اثربخشی و مفید بودن این طرح صورت نگرفته است؛ بنابراین این مطالعه با هدف شناسایی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد انجام گرفته است.

**روش‌شناسی:** پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ روش، اکتشافی و از نظر نوع مطالعه از نوع تحقیقات کیفی است. مشارکت کنندگان پژوهش حاضر مشتمل بر دو گروه متخصصان حوزه اعتیاد و افراد دارای تجربه درمان اجباری اعتیاد است. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تعداد افراد مورد مطالعه نیز بر اساس معیار اشباع اطلاعاتی، ۲۲ نفر است. تکنیک مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات، «مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته» است و برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد پژوهش از تکنیک‌های اعتباریابی توسط مشارکت کنندگان، تکنیک ممیزی و حضور طولانی در میدان مطالعه و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مضمون بهره گرفته شد.

**یافته‌ها:** بعد از کدگذاری و تحلیل داده‌ها، شش مضمون اصلی و هجده مضمون فرعی استخراج شد. مضامین حاصل از کدگذاری داده‌ها عبارت‌اند از: «ضعف خودمدیریتی»، «انفعال و بی‌ارادگی»، «محرومیت و خلأ وجودی»، «درمان مقطعی و سطحی»، «نادیده گرفتن اصول اخلاقی و حرفه‌ای» و «تثبیت موقعیت ورشکسته».

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در درمان اجباری اعتیاد، پزشکی شدن درمان و درمان موقتی که بر مصرف دارو اتکا دارد، رجحان پیدا کرده است. بر این اساس، نظام درمان اعتیاد، نیازمند مجموعه‌ای از فعالیت‌های چندجانبه و سیستمی در سطوح مختلف سیاستی، مدیریتی، اجرایی و پرسنلی است که بتواند «انطباق‌پذیری» بیماران را به‌منظور بازپیوند اجتماعی و تأمین سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها افزایش دهد. **کلیدواژه‌ها:** درمان اجباری، اعتیاد، ضعف خودمدیریتی، درمان موقتی و سطحی، مصرف مواد.

دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۸

نوع مقاله: مقاله برگرفته از پایان‌نامه

کارشناسی ارشد

صص: ۱۶۷-۲۰۰

شناسه دیجیتال (DOR).

DOR: [20.1001.1.20086024.1400.13.1.7.1](https://doi.org/10.1001.1.20086024.1400.13.1.7.1)

## منصور فتحی

دانشیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول). رایانامه: fathi.mansour@gmail.com

## عباس بختیاری

کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: abbasbakhtiary.20@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان «مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد» رشته مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی است.

## مقدمه

شواهد حاکی از آن است که طی دهه‌های اخیر گرایش به درمان اجباری سوءمصرف‌کنندگان مواد سیر آرام‌ولی رو به افزایش داشته است (ایسرالسون و گردنر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲؛ به نقل از مغنی باشی منصوریه، فتحی، براتی سده و اسلامیان، ۱۳۹۶، ص ۱۴۲). مصرف مواد مخدر و الکل، مشکلات جدیدی را برای اکثر کشورهای جهان به وجود آورده است. درمان اجباری / قانونی دارای جذابیت‌هایی است؛ اما یکی از موضوعات بسیار مورد مهم در زمینه اعتیاد بوده است و نگرانی‌های اخلاقی و ملاحظات انگیزشی خاصی را به وجود آورده است. در این زمینه، مهم‌ترین پرسش که باید به آن پاسخ داده شود این است که آیا درمان اجباری در توان‌بخشی معتادان سوءمصرف‌کننده مؤثر است یا خیر. متأسفانه، سه دهه تحقیق در مورد اثربخشی درمان اجباری، الگویی از نتایج مختلط، متناقض و ناتمام را به همراه داشته است و محققان زیادی با تکیه بر شواهد این ادعا را نقد می‌کنند که درمان اجباری در توان‌بخشی مصرف‌کنندگان مواد مؤثر است (کلاگک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵، ص ۲۴۲).

بر اساس معیارهایی که سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) در خصوص ترک اجباری اعتیاد به صورت قانونی مشخص کرده است، این شیوه درمانی زمانی می‌تواند موجه باشد که حقوق افراد در مراحل دادرسی رعایت شود؛ درمان‌های مؤثر و انسانی برای این افراد ارائه شود. چنانچه معیارهای مذکور رعایت نشود، درمان اجباری منزلت و شأن انسانی سوءمصرف‌کنندگان را خدشه‌دار می‌کند و منجر به زندانی کردن افرادی می‌شود که مشمول این نوع درمان شده‌اند (گرا و کلارک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹، ص ۱۲).

1. Israelsson & Gerdner
2. Kellogg
3. World Health Organization
4. Gerra & Clark

برخی از پژوهشگران (کارول و اونکن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ دوترا، استتفولو، بسدن و لیرو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ ماجیل و ری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹) معتقدند که درمان اجباری اعتیاد به وسیله نظام عدالت کیفری چندان رضایت بخش نیست و بر این باورند که درمان‌های شناختی اثربخش تر است. برخی دیگر از پژوهشگران (فریبی، پرندگاست و انگلین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸، ص ۱۰-۳) نیز با اتکا به منظری فلسفی به انکار این نوع از درمان می‌پردازند. دیگران نیز بر پایه شواهد بالینی بر این باور هستند که درمان اجباری تنها در صورتی مؤثر است که فرد تحت درمان اعتیاد، انگیزه کافی برای تغییر داشته باشد. بنا به این دیدگاه، اختصاص منابع به افرادی که احتمال کمی دارد تغییر کنند، اتلاف سرمایه‌گذاری است، زیرا آن‌ها هیچ انگیزه و یا تمایلی برای تغییر ندارند.

اگرچه سیستم قضایی برای انتقال دادن مجرمین مرتبط با مصرف موادمخدر و الکل از سیستم قضایی کیفری به درمان از طریق انگیزه‌های انسان‌دوستانه و ملاحظات عملی برانگیخته می‌شود، اما در عمل درمان اجباری برای تمامی بخش‌های مرتبط با این شیوه درمانی مسأله‌ساز است (اسکاتفیلد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶، ص ۱۶۸). گرا و کلارک (۲۰۰۹) معتقدند که توجیه اصلی برای این شیوه درمانی این است که استفاده از سوءمصرف مواد و بازگشت دوباره آن‌ها را کاهش دهد. بر این اساس بررسی وضعیت مصرف موادمخدر در بین افرادی که به واسطه اجرای طرح‌های درمان اجباری در مراکز اقامتی نگهداری و پس از دوره درمان ترخیص شده‌اند، به‌عنوان یکی از پیامدهای ترک اجباری اعتیاد می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد.

درمان اجباری اعتیاد با مسائل اخلاقی فراوانی روبه‌رو است. تهدیدهای ناشی از سلامت اجتماعی و روانی، انگیزه ترک و دخالت دولت و سایر نهادهای رسمی در زندگی افراد مبتلا به اعتیاد اختلال ایجاد می‌کند؛ بنابراین اغلب مطالعات در زمینه نقش اجبار در درمان اعتیاد با نگرانی‌های بهداشت عمومی اعتیاد، بهره‌وری اقتصادی، جرم و بیماری‌های عفونی

1. Carroll & Onken
2. Dutra, Stathopoulou, Basden & Leyro
3. Magill & Ray
4. Farabee, Prendergast & Anglin
5. Schottenfeld

گره خورده است (تایت، اسپیکرمان و رایپر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ ریپر، بلنکرز، هادیویجیا، کانینگهام، کلارک، ویرز و کاپرز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). لذا، این شیوه درمانی ممکن است با نادیده گرفتن انگیزه‌ها، پیوندهای اجتماعی، منابع هویت‌بخش فرد بیمار و نیز کاهش خودمختاری و استقلال او در ارتباط با مصرف داروهای شیمیایی احتمال ورود و باقی‌ماندن مصرف‌کنندگان مواد مخدر به فرایند درمان را کاهش دهد تا آنجایی که آن‌ها نتوانند رفتارهای خود را در اشکال مطلوب اجتماعی تغییر دهند. با توجه به مواردی که ذکر شد و با عنایت به اینکه هزینه‌های هنگفتی صرف درمان اجباری اعتیاد در کشور می‌شود و از طرفی مطالعات کافی در خصوص اثربخشی و مفید بودن این طرح صورت نگرفته است؛ بنابراین پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش کیفی به دنبال فهم عمیق پیامدهای این نوع درمان از دید مراجعان این مراکز و صاحب‌نظران این حوزه است و به عبارتی در پی پاسخگویی به این پرسش است که پیامدهای درمان اجباری اعتیاد چیست؟

### پیشینه و مبانی نظری

در خصوص درمان اعتیاد مطالعات زیادی انجام گرفته است و محققان با توجه به پیامدها و آثار سوء اعتیاد سعی کرده‌اند، به بررسی این آسیب پردازند. برخی به درمان «اجتماع‌محور»، برخی به «درمان شناختی»، برخی به رویکردهای «پرهیزمدار» و برخی دیگر نیز به درمان مبتنی بر «سم‌زدایی» و عده‌ای نیز به رویکردهای «گفتاردرمانی» پرداخته‌اند؛ اما مطالعاتی که مبتنی بر درمان مبتنی بر اجبار باشند، کم هستند. نکته اینکه مطالعات خارجی بیشتر بر پیامدهای درمان اجباری اعتیاد تأکید دارد؛ اما تحقیقات داخلی بیشتر بر اثرات این نوع درمان و شیوه‌های درمان اجباری توجه دارند.

حاتم خانی، شیوا، پوراقدم، نوجوان و قاسم‌پور (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در مراجعین به مرکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادین ارومیه» که جامعه آماری آن شامل ۸۱۲ نفر از افرادی بود که در کمپ ترک اعتیاد

1. Tait, Spijkerman & Riper

2. Riper, Blankers, Hadiwijaya, Cunningham, Clarke, Wiers & Cuijpers

یاغموار اعلی شهرستان ارومیه پذیرش شده بودند و روش انجام پژوهش به صورت مقطعی - توصیفی بود به این نتایج رسیدند که حدود نیمی از بیماران، سابقه ترک داشته‌اند، اما به دلایلی از جمله مسائل خانوادگی، بیکاری، طلاق، پایین بودن تحصیلات و آگاهی، نیازمند مداخلات هدفمند در این حوزه هستند تا ضمن پیگیری در روند درمان هم موفق شوند. بابایی، رزاقی، نازک‌تبار و جلالی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی «اثر بخشی برنامه‌های درمانی در مراکز اقامتی اجباری بر رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان در افراد با اختلال سوء مصرف مواد» پرداختند. جامعه آماری آن شامل تمامی مردان وابسته به مواد، مستقر در مرکز اقامتی دولتی و مراکز غیردولتی شهرستان ساری و روش انجام پژوهش به صورت شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود و به این نتایج رسیدند که بین متغیرهای رضایت از زندگی، سلامت روان در قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه اختلاف معناداری وجود دارد؛ اما بین تنظیم هیجانی، این اختلاف معنادار تنها در گروه مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله دیده شد. مغنی باشی منصوریه و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای با عنوان «مرور سیستماتیک اثر بخشی مداخلات درمان اجباری معتادان» که جامعه آماری آن شامل تمام مقالات، پژوهش‌ها، طرح‌ها و گزارش‌های تحقیقاتی به زبان فارسی و انگلیسی در خصوص ارزیابی و نتایج درمان اجباری معتادان در دوره زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ و روش انجام پژوهش به صورت مرور سیستماتیک یا مرور نظام‌مند بود به این نتایج رسیدند که درمان آزاد و داوطلبانه بهتر از رویکردهای اجباری به درمان بیماران کمک می‌کند و راه‌اندازی دادگاه‌های درمان‌مدار خروجی بهتر و تجربه ارزشمندی در این حوزه است و منجر به اثربخشی و ارتقای خدمات درمانی می‌شود.

آپسال، کریسنسن و کلاس<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) پژوهشی با عنوان «آمادگی برای تغییر در بین بیماران بستری اجباری و داوطلبانه با اختلالات مصرف مواد» که جامعه آماری آن شامل ۶۵ بیمار اجباری و ۱۳۷ بیمار بستری داوطلبانه بود که در سه مرکز ترک اعتیاد در جنوب نروژ تحت درمان قرار گرفتند. بیماران با استفاده از پرسش‌نامه‌های آمادگی برای تغییر و

1. Opsal, Kristensen & Clausen

ابزار آمادگی درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران تحت اجبار پذیرش شده، به‌طور معناداری سطوح پایین‌تری از انگیزش را نسبت به بیمارانی که داوطلبانه پذیرش شده‌اند (۳۹٪ در برابر ۵۹٪) برای تغییر در زمان پذیرش دارا بودند. بیشتر بیماران هر دو گروه در بالاترین مرحله (آمادگی) برای درخواست کمک در مرحله پذیرش و ادامه روند درمان در دوران ترخیص قرار دارند. سانتوس، ویلسون، تولینو و تستن<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با عنوان «روایت‌های بازسازی هویت در بین معتادان بهبودیافته مواد مخدر» با نمونه ۷ نفری و با تکنیک مصاحبه‌های روایتی نشان داده‌اند که در فرایند بازسازی افراد بیمار در مراکز توان‌بخشی به‌واسطه آسیب و خسارت‌های وارد به خود، آن‌ها را به‌عنوان گناهکارانی که به دنبال توبه هستند قرار داده‌اند و درمان اجباری این نگرش را تقویت کرده است. لونزاد، لرمِت، اندریوا و هاریقا<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان «درمان اجباری مصرف مواد مخدر در کشورهای جنوب شرقی آسیا» نشان دادند که با وجود گرایش بیماران به ترک اجباری، اما رضایت نسبی از این شیوه وجود ندارد و در کمپ‌های جنوب شرق آسیا نقض حقوق بشر در مراکز بازداشت اجباری وجود دارد. ورب، کمرولزن، میچام، رافل، فیشر، استرادی و وود<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان «اثر بخشی درمان اجباری اعتیاد به مواد مخدر: یک بررسی نظام‌مند»، نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی اجباری می‌توانند نتایج اثربخشی داشته باشند، درحالی‌که برخی مطالعات حتی مضرات احتمالی را نشان می‌دهند. با توجه به قابلیت نقض حقوق بشر در محیط‌های اجباری، اقدامات درمانی غیراجباری باید توسط سیاست‌گذاران درصدد کاهش مضرات مربوط به مواد مخدر در اولویت قرار بگیرد.

پرون و برایت<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان «تأثیر درمان اجباری مواد» پرداخته‌اند. این مطالعه به‌صورت مقطعی - توصیفی در بین نمونه‌ای با تعداد ۳۳۰۶ نفر انجام گرفته است.

1. Santos, Welison, Tolentino & Teston
2. Lunze, Lermet, Andreeva & Hariga
3. Werb, Kamarulzaman, Meacham, Rafful, Fischer, Strathdee & Wood
4. Perron & bright

یافته‌ها تفاوت معناداری در میزان مصرف مواد میان گروه درمان اجباری (تحت درمان کوتاه‌مدت) و درمان داوطلبانه را نشان می‌دهد، به نحوی که در درمان اجباری پایین تر بود. این تفاوت با درمان اجباری سرپایی معنادار نبود. رابطه معنادار میان درمان اجباری و کاهش خروج از درمان قبل از موعد وجود داشت. این رابطه در درمان کوتاه‌مدت بیشتر از دو نوع درمان اجباری طولانی‌مدت (بستری بیش از دو ماه) و سرپایی بود. میلر و فلاهرتی<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان اعتیاد اجباری: مروری بر پژوهش‌های بالینی» انجام داده‌اند. بنا بر نتایج این مطالعه، اغلب سوء مصرف کنندگان مواد مخدر باید قبل از انکار بیماری خود، پیامدهای ناشی از سوء مصرف خود را بپذیرند و با آن مواجه شوند که این امر نقش انگیزشی جهت بهبود بیمار دارد. پالم و استانیوس<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) نیز در پژوهشی با عنوان «سوئد: درمان اجباری ادغامی» با اتخاذ یک رویکرد تحلیلی - اسنادی نشان دادند مشارکت اساسی افراد سازمان‌های غیردولتی در تصمیم‌گیری و ارائه درمان اجباری منجر به این شده است که این نوع از درمان مشروعیت سیاسی بالایی پیدا کند و نتیجه آنکه اجبار، جزئی جدانشدنی از جامعه سوئد شود.

در جمع‌بندی و بررسی تحقیقات پیشین توجه به چند نکته حائز اهمیت است. کیفی نیستند: عمده تحقیقاتی هم که انجام گرفته است، نیز از روش‌های کمی و پیمایشی برای بررسی آن استفاده کرده‌اند و به همین دلیل نیز از عمق و گستردگی لازم جهت بررسی جوانب مختلف این مسئله برخوردار نیستند. توصیفی از نوع مختصات جمعیت‌شناختی هستند: در این تحقیقات (که در تحقیقات شبه‌پزشکی کاملاً مشهود است) سعی شده است این بیماران از سن، تحصیلات، درآمد، سابقه جرم، نوع ماده مصرفی، سابقه ترک و غیره مورد بررسی قرار بگیرند. در این تحقیقات ویژگی‌های فردی و ظاهری بیماران مطمح نظر است؛ بنابراین نمی‌توانند درک عمیقی از اعتیاد و درمان آن پیدا کنند. پیامدها را بررسی نکرده‌اند: از دیگر انتقاداتی که به تحقیقات پیشین می‌تواند وارد کرد این است که در روند

1. Miller & Flaherty
2. Palm & Stenius

درمان به پیامدهای فردی (نادیده گرفتن اراده و اختیار فردی)، اجتماعی (انگ و برچسب‌زنی و سلامت اجتماعی)، خانوادگی (طرد و ازهم گسیختگی خانواده‌ها)، اقتصادی (از دست دادن شغل و درآمد) درمان اجباری توجه نکرده‌اند. البته، پژوهش‌های خارجی مسئله درمان اجباری اعتیاد و پیامدهای آن را تا حدود زیادی مورد بررسی قرار داده‌اند و از روش‌های کیفی بیشتر بهره گرفته‌اند، اما این تحقیقات بیشتر بر تحلیل اسناد و تحقیقات پیشین هستند تا اینکه از منظر بیماران و یا متخصصان به بررسی پیامدهای این نوع درمان بپردازند؛ بنابراین، پیامدهایی که این شیوه درمان برای فرد تحت درمان، خانواده وی و جامعه به دنبال دارد چندان مورد توجه پژوهش‌های این حوزه (به‌خصوص مطالعات داخلی) قرار نگرفته است.

### اعتیاد

از نظر مفهومی، اعتیاد بیماری شدید، مزمن و عصبی است، که در اثر عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی و اجتماعی رشد و بروز می‌کند، به طوری که وجه مشخصه این بیماری، اختلال در کنترل عملی فرد و یا احساس اجبار در انجام عملی مشخص است با وجود آن که فرد نسبت به عواقب خطرناک آن آگاهی دارد، اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مکرر مواد اعتیادآور است (پیتر، ۲۰۱۳؛ به نقل از بختیاری، ۱۳۹۹ صص ۲۰). درزمینه درمان اعتیاد، روش‌های مختلفی به کار گرفته شده است از جمله می‌توان به انواع روش‌های دارودرمانی، مشاوره، مددکاری اجتماعی، خانواده‌درمانی و روان‌درمانی اشاره کرد (مامی و امیریان، ۱۳۹۵، صص ۲۶). یکی دیگر از شیوه‌های مرسوم، درمان اجباری است. «درزمینه درمان اجباری اصطلاحاتی مورد استفاده قرار می‌گیرد که اغلب ذیل یک مقوله واحد قرار نمی‌گیرند: «اجباری»، «الزامی»، «غیراختیاری»، «غیرارادی»، «فشار قانونی» و «رجوع به عدالت کیفری» اغلب در ادبیات نظری پیرامون درمان اجباری مورد استفاده قرار می‌گیرند» (فریبی و همکاران، ۱۹۹۸).



در سال ۱۹۸۶، سازمان بهداشت جهانی یک نظر کلی در خصوص ترک اجباری به صورت قانونی را برای افرادی که اختلال سوء مصرف موادمخدر دارند ارائه داد. بر این اساس ترک مواد به صورت قانونی زمانی می تواند موجه باشد که: (۱) حقوق افراد در مراحل دادرسی رعایت شود؛ (۲) درمان های مؤثر و انسانی برای این افراد ارائه شود. در صورت انجام این دو شرط ذکر شده، درمان اجباری تنها می تواند منجر به زندانی کردن افراد باشد و منزلت انسانی را متزلزل سازد و زندان ها مملو از انسان هایی با اختلال سوء مصرف مواد می شود. بخش داروها و جرائم سازمان ملل متحد، درمان دارویی اجباری را به عنوان راه حل تکمیلی و جایگزین برای زندانیانی که اختلال سوء مصرف به مواد دارند، پذیرفته است (بابایی و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۲).

### نظریه های جامعه شناختی

از منظر جامعه شناختی، هیرشی در رویکرد «کنترل» خود بر پیوندها تأکید دارد و در حوزه اعتیاد و ترک آن، استدلال می کند که اساس ترک اعتیاد در میزان پیوند و تقیدی است که فرد به جامعه دارد. هرچه ضعف یا گسستگی تعلق فرد به جامعه بیشتر باشد، ترک او با احتمال کمتری رخ می دهد و برعکس. رویکرد «برچسب»<sup>۱</sup> تکرار یا ترک اعتیاد را ناشی از دریافت برچسب جامعه می داند. نظریه پردازان برچسب بیشتر به تحلیل کج رفتاری ثانوی (تکرار اعتیاد) پرداخته و برچسب را الگوی پایدارکننده کج رفتاری حرفه ای یا زنجیره ای نامیده اند. در نظریه برچسب، انحراف اولیه و قضاوت های افراد باعث به وجود آمدن انحراف ثانویه می شود. می توان گفت، بعد از آنکه به شخص برچسب معتاد می خورد، اغلب از او انتظار دارند که به اعتیاد خود ادامه دهد. این فرد می تواند فرصت های شخص معتاد را در زندگی محدود و او را به ادامه نقش معتاد وادار کند (مطلق، هاوی و اسدی، ۱۳۹۸، ص ۸۴).

## نظریه‌های روان‌شناختی

تمرکز اصلی نظریه توانایی خودتعیین‌گری بر انگیزه درونی و در نظر گرفتن سه نیاز اساسی روان‌شناختی شامل نیاز به استقلال، نیاز به شایستگی و نیاز به ارتباط است که برای رشد و رفاه افراد مهم است (سیلوا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). بر این اساس سوءمصرف مواد مخدر رفتاری است که تحت تأثیر انگیزش‌های درونی و بیرونی فرد شکل می‌گیرد. این رفتار می‌تواند به دلیل لذت ذاتی و جذابیت آن، به دنبال داشتن پاداش یا اجتناب از تنبیه، شکل‌دهی احساس خودارزشمندی و یا اجتناب از احساس گناه توسط فرد انجام شود. در این راستا، وایت<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) بر دو مفهوم خودپنداره و عزت‌نفس تأکید دارد و معتقد است که ترک اعتیاد نه پرهیز واقعیت‌اعتیاد، بلکه تجربه فرایندی است که افراد از تمامی منابع حمایتی (درونی و بیرونی) برای رفع مشکل مصرف مواد مخدر و خودمدیریتی در برابر مسائلی که به وجود می‌آورد بهره می‌برند تا زندگی معنادار، سالم و مولد را تشکیل دهند. از نظر وی، میزان شناخت فرد از هویت خود به‌عنوان مصرف‌کننده مواد مخدر، موضوع‌های اعتیاد، بهبود هیجانی، مسائل ارتباطی در پروسه کشف و تغییر خود، تعیین‌کننده فرایند ترک اعتیاد است.

از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد رویکرد شناختی-رفتاری است. فرض بنیادی این رویکرد این است که فرایندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم اعتیاد و وابستگی به مواد ایفا می‌کند و لذا از همین اصول می‌توان برای کمک به افراد در کاهش مصرف مواد استفاده کرد (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸، ص ۴). رویکرد شناختی-رفتاری در مشاوره گروهی، ضمن تأکید بر درونی‌نمودن جهت‌گیری به هدفمندبودن زندگی و همچنین اصلاح و تغییر رفتار عملکرد بیرونی بر اساس کشش‌های درونی، به نیازهای گوناگون انسان تأکید دارد. اساس این روش بر احترام به ماهیت انسان، تعالی نفس و اعتقاد به صلاحیت انسان برای تغییر خود است (طباطبایی‌چهر، ابراهیمی ثانی و مرتضوی، ۱۳۹۱، ص ۴۲۰). این رویکرد،

1. Silva  
2. White

سوء مصرف مواد را بر طبق اصول یادگیری شرطی سازی کنشگر و نظریه یادگیری اجتماعی قابل توجه می‌دانند. جنبه‌های تقویت کننده اختلال سوء مصرف مواد (هم از طریق ایجاد یا افزایش حالات روانی مثبت و هم از طریق تقلیل یا حذف حالات روانی منفی) به‌طور واضحی منطبق بر چهارچوب شرطی سازی عاطفی هستند (اسکوب، استونز، هانت، کرشل و مک اسونری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹ ص ۵۵).

این نظریه براساس تجدیدنظر بر روی عوامل خطر و سوء مصرف مواد کارول<sup>۲</sup> و همکارانش تدوین شده است. براساس این رویکرد مشخصات زیست‌شناختی و روان‌شناختی فردی، خانوادگی، عوامل درون‌گروه همسالان و ویژگی‌های بافت اجتماعی وسیع‌تری که افراد در آن زندگی می‌کنند ممکن است در ایجاد و نگهداری سوء مصرف مواد مؤثر واقع شوند. بر طبق این دیدگاه برنامه‌های مداخله‌ای باید عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی نگه‌دارنده سوء مصرف مواد را هدف قرار دهند. شواهد حاکی از آن است که برنامه‌های چندسیستمی که بیشتر از یک عامل خطر را هدف قرار می‌دهند احتمالاً هم در پیشگیری و هم در درمان اختلال سوء مصرف مواد، بیشترین تأثیر را دارند (کارول، بال، نیچ، اوکتر، ایگان، فرانکفورتر، تریفلمن، شای و رونسویل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). رویکرد سیستمی معتقد است، درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن، گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارودرمانی، روان‌درمانی، بازپروری را می‌طلبد «این نظریه علم کلی‌نگری<sup>۴</sup> است که اعتقاد به تعامل پویا<sup>۵</sup> بین عناصر یک سیستم و بین سیستم و محیط به‌عنوان مشخصه اصلی آن می‌باشد» (سینی، ۱۳۸۰).

- 
1. Schaub, Stevens, Berto, Hunt, Kerschl & McSweeney
  2. Carroll
  3. Carroll, Ball, Nich, O'Connor, Eagan, Frankforter, Triffleman, Shi & Rounsaville
  4. Science of wholeness
  5. Dynamic interaction

## چهارچوب مفهومی

با توجه به اینکه هدف اصلی از ارائه چهارچوب مفهومی در پژوهش‌های کیفی، افزایش حساسیت نظری پژوهشگر و شناسایی مفاهیم حساس پژوهش است، رویکردهای سیستمی و عوامل چندگانه به دلیل دید جامع و در نظر گرفتن عوامل مختلف، در خصوص شناسایی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد می‌توانند نقش بارزی داشته باشند. نظریه سیستمی بر این اعتقاد است که تمامی ابعاد و عناصر یک پدیده باید به صورت یک مجموعه که اجزای آن با هم در تعامل و ارتباطند نگریسته شود. براساس این نظریه اعتیاد به عنوان یک پدیده اجتماعی، عوامل و زمینه‌های آن همچون فرد، خانواده، جامعه و ... در قالب یک مجموعه با یکدیگر در ارتباط و تعامل هستند. نظریه عوامل چندگانه موفقیت برنامه‌های مداخله‌ای برای ترک اعتیاد را در گرو توجه به عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی نگه‌دارنده سوءمصرف مواد می‌داند. براساس این نظریه، انجام موفقیت‌آمیز برنامه‌های ترک اعتیاد نیازمند توجه به عوامل زمینه‌ساز اعتیاد است؛ بنابراین، هرگونه اقدام مداخله‌ای جهت ترک آن مستلزم توجه به این ابعاد و ارتباط آن‌ها با هم است و تأکید بر هر یک از این عناصر به صورت مجزا و مستقل نتیجه‌بخش نیست.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ روش، توصیفی و از نظر نوع مطالعه از نوع تحقیقات کیفی است. مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر مشتمل بر دو گروه متخصصان حوزه اعتیاد و افراد دارای تجربه درمان اجباری اعتیاد است. متخصصین افرادی هستند که در سال ۱۳۹۸ در حوزه ترک اعتیاد دارای سوابق کاری، تجربه، دانش و اطلاعات هستند. افراد بیمار نیز کسانی هستند که در این کمپ‌ها تحت درمان اجباری قرار گرفته‌اند و دارای تجربه این نوع از ترک هستند.

نمونه‌گیری بر اساس مقتضیات تحقیق کیفی، به صورت نمونه‌گیری «هدفمند» بود. حجم نمونه اولیه نیز بر اساس معیار «اشباع نظری» اطلاعات تعیین شد؛ بدین معنی که

پژوهشگر تا رسیدن به نقطه نهایی به دست آوردن اطلاعات مقتضی مصاحبه‌ها را ادامه داد تا جایی که انجام مصاحبه، دیگر اطلاعات جدیدی دربر نداشت. تکنیک مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات، «مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته» است. برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد پژوهش<sup>۱</sup> (معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی) از تکنیک‌های؛ کنترل یا اعتباریابی اعضا (چک کردن متن مصاحبه با تعدادی از مشارکت‌کنندگان)، تکنیک ممیزی (نظارت صاحب‌نظران) بر فرایند کدگذاری، مفهوم‌سازی و استخراج مضامین و حضور طولانی در میدان مطالعه بهره گرفته شد.

به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، از تحلیل «مضمون»<sup>۲</sup> استفاده شده است. بر این اساس، ابتدا داده‌ها پیاده‌سازی و خواندن سطر به سطر داده‌ها به‌منظور رسیدن به درک منسجم از داده انجام گرفت. سپس، مهم‌ترین واحدهای معنادار (که می‌تواند یک عبارت و یا یک کلمه باشد) از متن جدا، دسته‌بندی و سپس کدهای باز و اولیه استخراج شد. در ادامه، استخراج مقولات و بازنگری آن‌ها انجام گرفت و با تعریف و نام‌گذاری آن‌ها، مقولات استخراج‌شده در یک فرایند نظام‌مند در قالب متن و گزارش ارائه شدند. درنهایت، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی مشارکت‌کنندگان، علاوه بر تأمین اسرار اطلاعات شخصی، حق خروج از مصاحبه حفظ شد، از ارائه اسامی مشارکت‌کنندگان خودداری، زمان مصاحبه بر اساس شرایط مشارکت‌کنندگان تنظیم شد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

1. Trustworthiness
2. Thematic analysis

## یافته‌های تحقیق

### یافته‌های توصیفی

جدول شماره ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش (درمان اجباری اعتیاد)

درصد	فراوانی		
۷۵	۹	مرد	جنسیت
۲۵	۳	زن	
۴۱/۷	۵	ابتدایی و سیکل	تحصیلات
۲۵	۳	دیرستان و دیپلم	
۳۳/۳	۴	فوق دیپلم و لیسانس	
۲۵	۳	مجرد	تاهل
۴۱/۷	۵	متاهل	
۳۳/۳	۴	مطلقه و همسر فوت‌شده	
۳۳/۳	۴	کمتر از ۵ سال	سابقه اعتیاد
۴۱/۷	۵	بین ۵-۹ سال	
۲۵	۳	۱۰ سال و بیشتر	
۲۵	۳	شیشه	ماده مصرفی
۳۳/۳	۴	هروئین و تریاک	
۲۵	۳	کراک	
۱۶/۷	۲	حشیش و بنگ	

### یافته‌های استنباطی

در تحلیل داده‌ها، ابتدا متن چند بار خوانده شد، کدهای اولیه استخراج و مضامین شکل گرفتند. سپس، از تجمیع چند مفهوم پایه مضامین فرعی سازماندهی و درنهایت، از ترکیب دو یا چند مضمون فرعی، مضمون اصلی استخراج شد. لذا، در این فرایند، ابتدا ۶۴۵ کد اولیه، سپس ۱۸ مضمون سازمان‌بخش و درنهایت ۶ مضمون اصلی و فراگیر استخراج شد که در جدول زیر آمده‌اند. در ادامه به تفسیر هر کدام از این مقولات پرداخته شده است.

## جدول شماره ۲: مضامین فرعی و اصلی

مضامین اصلی و فراگیر	مضامین انسجام‌بخش
ضعف خودمدیریتی	ضعف در مدیریت بدن وابستگی به دیگران خودکنترلی پایین
انفعال و بی‌ارادگی	تفکر تقدیرگرایانه خودسانسوری و پنهان‌سازی فقدان هیجان‌های مثبت ترک اعتیاد
محرومیت و خلأ وجودی	تهی‌بودگی و ضعف اثربخشی گسست اجتماعی/روانی
درمان مقطعی و سطحی	درمان کوتاه‌مدت غلبه نگاه پزشکی بر درمان ضعف مشاوره
نادیده گرفتن اصول اخلاقی و حرفه‌ای	ارائه نسخه واحد درمان و نادیده گرفتن تفاوت‌های فردی پوشش ناکافی خدمات رفتارهای غیراخلاقی ضعف بازپیوند اجتماعی
تثبیت موقعیت ورشکسته	فقدان هویت اثرگذار تحت کنترل و نظارت بودن

### ضعف خودمدیریتی

خودمدیریتی به معنای توانایی و قدرت به‌کارگیری «آگاهی در تسلط بر هیجان‌ها و وسوسه‌های منفی» به‌منظور پایداری مثبت در ترک دائمی اعتیاد است؛ یعنی اینکه فرد بتواند تحریکات هیجانی خود را در مقابل مواد، سایر افراد، خانواده و شرایط مختلف کنترل کند. ضعف خودمدیریتی به‌منابۀ یک مضمون فراگیر مستخرج از ۱۵ مفهوم پایه و ۳ مضمون انسجام‌بخش است: ضعف مدیریت بدن، ظهور تفکر وابسته و خودکنترلی پایین». اجبار در درمان افراد معتاد با عواقبی همراه است که در مواردی خود را به‌صورت «بی‌تفاوتی جسمی» نشان می‌دهد. اجبار در درمان چون با میل کاملاً آزادانه همراه نیست، آثار برونی خود را در به‌اصطلاح «نرسیدن به خود» نشان می‌دهد. این وضعیت ناشی از ورود به مسیری بوده است که افراد معتاد کمتر تمایلی به انجام آن داشته‌اند. از این‌رو، این

نامرتبی خود به مثابه کشتی اعتراضی نیز به وضعیتی است که فرد در انتخاب آن قدرت چندانی نداشته است.

از موقعی که از کمپ اوادم بیرون دیگه زیاد برام مهم نبود. همین لباسای که الآن تمه دو ساله که دارمشون. نهایتش می شورم. چون ته دلت خالیه. واقعیتش از سر اجباره و تا الآن اصلاً کیف نکردم که به خودم برسیم. به موقعی برا خودم موی سر بلندی داشتم و بهش می رسیدم. حتی موقعی که مواد می زدم بازم خوب بودم (مرد ۳۹ ساله، اعتیاد به تریاک).

«تفکر وابسته به دیگران» یکی از مضامینی است که مورد توجه خود افراد و متخصصان مورد توجه بود. این وابستگی به دیگران و روحیه انتظار کمک را می توان به خوبی در این روایت از مشارکت کننده صاحب نظر حوزه اعتیاد (هیئت علمی دانشگاه) درک کرد:

ما آنها را از نظر جسمی و عادت به مواد بهبود می دهیم، اما از نظر عادات رفتاری و انجام مسئولیت هایشان به خود وابسته می کنیم. معتادی که در کمپ بوده و یک سری از امکانات برایش فراهم بوده، از کف خیابان جمع آوری شده، بهش جا و غذا دادید، چطور وابسته نمیشه.

برخلاف دو مضمون «ضعف مدیریت جسمی و وابستگی به دیگران»، که اولی بر بی تفاوتی جسمی تأکید دارد و دومی بر فقدان مسئولیت پذیری به دلیل وابستگی به کمپها، ضعف خودکنترلی بر فقدان توانایی و ضعف مقاومت فرد معتاد در برابر وسوسه های کوتاه مدت مصرف دوباره و یا لذت مصرف مواد تأکید دارد. در واقع، ضعف خودکنترلی رفتار فرد معتاد را برای رسیدن به هدف پایدار خود و کمپها، که همان ترک دائمی مواد است را ناکام می گذارد.

در برابر مواد خیلی قوی نشدم، وسوسه می شدم و ابتدا مقاومت می کردم، اما دوباره مصرف می کردم. بیشتر حرف میزنم و میگویم ورزش کنید که ارادتون بالا بره. اینا بعد مدتی تکراری میشن (زن ۴۵ ساله معتاد به شیشه).



## انفعال و بی‌ارادگی

مضمون فراگیر و اصلی «انفعال و بی‌ارادگی» از سه مضمون انسجام‌بخش «تفکر شناختی تقدیر‌گرایانه، خودسانسوری و پنهان‌سازی خود و فقدان هیجان‌های مثبت ترک اعتیاد» استخراج شده است. در این وضعیت فرد با نوعی بیگانگی و بی‌تفاوتی روبرو می‌شود که آثار درونی آن با فقدان هیجان‌های مثبت و آثار برونی آن با خودپنهان‌سازی و نادیده گرفتن خود و در حالت عمیق‌تر ظهور تفکر شناختی تقدیر‌گرانه همراه است.

تفکر زندگی مبتنی بر اموری غیر از اراده و اختیار فرد، شرایطی ایجاد کرده که بازگشت و تعمیق اعتیاد را ساده‌تر ساخته است. این امر با ایجاد مواجهه‌سازی مصرف مواد و توجیه ذهنی این رفتار، امکان تعامل با دیگران کمک‌کننده را کاهش داده است. مهم‌ترین عامل این امر به عدم کشش درونی فرد برای اقدام اولیه درمان برمی‌گردد. درمان اجباری فرد، او را در اکوسیستمی از فشارهای از بالا به پایین قرار داده که نقش‌پذیری و مسئولیت‌پذیری او را کم‌رنگ ساخته و بعد از مدتی او را در تله اعتیاد / انفعال / تقدیر قرار می‌دهد.

یه عده‌ای باید بدبخت بشن، قسمت ما هم همین بود. رفتیم کمپ، نشد. اومدیم بیرون نشد. همه چی زوریه. من نمیگم که فقط من این طوریم. از همه دوستانم که می‌پرسم اونا هم حرف منو قبول دارن. البته قبول دارم که درمان زورکی همش دلیل ترک دائمی ما نیست (مرد ۳۹ ساله معتاد به تریاک).

خودپنهان‌سازی و خودسانسوری نتیجه و پیامد وضعیتی است که فرد بیمار و یا معتاد نمی‌تواند خود را به راحتی به نمایش بگذارد. در این حالت فرد هیجان‌ات و اعتراضات و حتی خواسته‌های ضروری خود را تعویق می‌اندازند و اجازه نمی‌دهد که اظهار و بیان شوند. همراهی فرد در درمان خود یک اصل پذیرفته شده است. زمانی که به دلایلی این همراهی صورت نمی‌گیرد، او خود را سوژه و یک فرد فاقد اراده می‌داند و از نظر انگیزشی نشاط و رضایت کاملی از روند درمان خود نمی‌بیند. استرس، ترس، اضطراب و نیز

پرخاشگری از جمله این موارد هستند. حتی در مواردی هم فرد درمان شده، اما از این اتفاق رضایت ندارد. هیجان‌های اضطرابی ناشی از روند درمان، می‌تواند شرایط برگشتی به وضعیت قبل از درمان را دربرگیرد و یا روند درمان را کند سازد. شیوه ناسازگارانه هیجان در درمان اجباری، به نوبه خود می‌تواند بر رشد اختلال‌ها تأثیر بگذارد و خود را به صورت خودسانسوری و پنهان‌سازی آشکار سازد.

از جمله خطرات استفاده از کمپ‌های ترک اعتیاد اجباری می‌توان به عدم ترک، خودکشی، خودسوزی و ... اشاره داشت. پرخاشگری و ترس و بدبینی هم به‌وفور دیده می‌شود. بعضیاً ساعت‌ها میرن زیردوش و یا از جاشون تکون نمی‌خورند (مرد ۳۵ ساله معتاد به بنگ).

### محرومیت و خلأ وجودی

درمان اجباری با فرونشاندن استقلال فردی، تعیین و عاملیت فرد را از بین می‌برد. محرومیت و خلأ وجودی به‌عنوان مضمون اصلی و فراگیر متشکل از دو مضمون انسجام‌بخش است. محرومیت و خلأ درونی از نوعی ناکامی و فقدان‌ها حکایت می‌کند که فرد عمیقاً احساس می‌کند. این مضمون عمدتاً ناشی از این است که فرد احساس می‌کند فاقد سرمایه و ظرفیت درونی به‌منظور زندگی بادوام و ارزشمند است؛ از این‌رو، فرد احساس می‌کند که پوچ، تهی و فاقد ارزشمندی لازم است.

تهی‌بودگی و عدم احساس اثربخشی بیماران درمان اجباری از اینجا نشئت می‌گیرد که فرد می‌داند یا حس می‌کند در زندگی و فرایند درمان به کیفیت مطلوب و اهداف تعیین شده نرسیده است؛ برای مثال، از آموزش‌ها چندان یاد نگرفته است، در روند درمان نادیده گرفته شده است، سازگاری درونی پیدا نکرده و هیجان‌ات او در روند مثبتی تحریک و تقویت نشده است.

تو سرت میزنن و خوب باید چیزی نگی؟ ته دلتو خالی میکنن و حس می‌کنی هیچ؟؟ نیستی و تهش می‌کنن قوی باش و میتونی ترک کنی! تا الان

شده حس کنی نمیتونی کاری بکنی و به خودت کمک کنی؟ من اینطوری شدم. خیلی بده آدم نتونه به خودش کمک کنه (مرد ۴۳ ساله معتاد به هرئین).

ازجمله پیامدهای مهم دیگر درمان اجباری گسست اجتماعی و روانی است که برخلاف تهی شدگی و ضعف اثربخشی، بُعد بیرونی دارد و متوجه روابط فرد با جامعه است. روند درمان اثربخش باید بتواند عبور از محرومیت و خلأ وجودی، تهی‌بودگی و ضعف اثربخشی، گسست اجتماعی / روانی به فرد مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی لازم را یاد بدهد تا در پرتو آن بتواند ایجاد تعامل کند، سازگار شود، انطباق پیدا کند و درنهایت سلامت اجتماعی خود را حفظ و تقویت کند. علاوه بر این، درمان اثربخش باید بتواند شرایط ماقبل درمان که در اثر اعتیاد فرد را حاشیه‌ای و منزوی کرده را تغییر دهد.

در عمل این دستگیری من، کل زندگیمو بهم زد. واقعاً نمیتونم مثل قبل هدف‌های زندگیمو دنبال کنم. نمیتونم تو محل فعالیت کنم و کمک کنم. نمیتونم راحت باشم. بین مردم نابود شدم. تو جامعه حس بودن با بقیه کم شده و کلاً سخت شده مثل قبل باشم (مرد ۴۰ ساله معتاد به هرئین).

### درمان مقطعی و سطحی

«درمان مقطعی و سطحی» به‌عنوان مقوله فراگیر و اصلی از سه مضمون انسجام‌بخش مستخرج شده است. درمان موقتی و سطحی به این معناست که در روند درمان بر امور جسمی بیش از امور درونی، بر کمیت درمان بیش از کیفیت درمان و بر مسائل پزشکی بیش از مسائل اجتماعی / فرهنگی تأکید و توجه می‌شود. علاوه بر این، روند درمان مقطعی و کوتاه‌مدت است و ادراکات افراد مصرف‌کننده مواد کمتر بررسی و در روند درمان مورد توجه قرار می‌گیرد.

مضمون «درمان کوتاه‌مدت و موقتی»، بر شیوه‌های تأکید دارد که بر اثر آن فرد به‌صورت ضربتی تحت درمان قرار می‌گیرد و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و مختصات

شخصیتی او کمتر مدنظر قرار می‌گیرد. در اینجا، در کمپ‌ها فرد معتاد در یک برنامه‌ریزی موقت، روزانه از مواد مصرفی خود کم می‌کند تا آن را در مدت چند هفته به صفر برساند. درمان موقتی از این مسئله ناشی می‌شود که کمپ‌ها در فرایند دستگیری - درمان، مجبورند که عده‌ای را مرخص کنند تا جا برای گروه دیگری از معتادان باز کنند. این گروه از معتادان ممکن است افرادی باشند که مجدداً به اعتیاد روی آورده باشند.

منو بردن و نمیدونم چی شد. بعد چند هفته گفتن تو دیگه پاکی!! کلاً یه ماه شد. به نظرت کسی که مثل من شش ساله اعتیاد داره به کراک میتونه با یه ماه ترک کنه؟ من مواد توی استخونمه. چندتا قرص دادن و تست گرفتن و یه عده‌ای رو مرخص کردن. الآن درگیره ذهنم. دائماً وسوسه میشم که مواد بزنم! (زن ۴۱ ساله معتاد به کراک).

از حیث نظری غلبه نگاه پزشکی نشان‌دهنده غفلت از رویکرد رفتاری/شناختی و رویکرد «روان‌درمانی» است. در درمان اجباری، به دلیل موقتی و کوتاه‌مدت بودن درمان ابعاد روانی و زیست جهان ذهنی افراد به دلیل طولانی بودن درمان و نیازمندی به تیم‌های تخصصی چندرشته‌ای کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. علاوه بر این، به دلیل رویکرد از بالا به پایین و نگاه تحقیرآمیز به این دسته از افراد، مراقبت و درمان عمدتاً بر بهداشت جسمی متمرکز است و نظام معنایی، نظرات و تمایلات آن‌ها به منظور استفاده از نوع خاصی از درمان مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

دارو خوبه، اما اثرش کمه. من الآن حدود ۷ ساله اعتیاد دارم. چند بار سم‌زدایی کردم، اما بعد مدتی میاد سراغت. مواد لامصب آینه. تا ذهنتو نشوری [پاک نکنی] همیشه (مرد ۳۵ ساله معتاد به بنگ).

مصرف‌کنندگان مواد، به دلیل سوء‌مصرف از نظر ذهنی نیازمند پذیرش فرایند درمان هستند تا اراده و تمایلات آن‌ها به منظور درمان قطعی تقویت شود. مشاوره و گفتگو به‌مثابه یک عامل اثربخش درمانی، از چند جهت مهم و حیاتی است که در درمان اجباری کمپ‌ها

مورد غفلت واقع شده است. مشاوره شرایط ورود به دنیای ذهنی بیماران را فراهم می‌سازد و از جهت روند درمان را تسهیل می‌کند؛ این حس را به وجود می‌آورد که افرادی هستند که مشکلات و خلأهای او را بفهمند و درک کنند؛ امکان یافتن راه‌حل‌های ترک دائمی را فراهم می‌سازد. ضعف مراکز مشاوره‌ای و نیز گفت‌وگوهای متناوب با بیماران به دلیل موقتی بودن و کوتاه‌مدت بودن و نیز تأکید بر پاکسازی جسمی است. بدین ترتیب، در کمپ‌ها فضای بازنمایی منسجمی از احساسات و معنای ذهنی بیماران وجود ندارد.

تا الآن نشده که یه بار درست حسابی درد و دلم رو بگم. کسی نمپرسه چرا این‌طوری شدی. کسی نمپرسه تو مگه مادر نبودی چرا این‌طوری شدی. دوتا چیز یاد نگرفتیم که بریم بیرون استفاده کنیم دیگه سراغ مواد نریم. فقط می‌گفتن شما میتونید ترک کنید و این چرندیات تکراری. خاک توسرشون با این نوع ترک دادنشون (زن ۴۱ ساله معتاد به بنگ).

### نادیده گرفتن اصول اخلاقی و حرفه‌ای

مقوله اصلی و فراگیر «نادیده گرفتن اصول اخلاقی و حرفه‌ای» از چهار مضمون انسجام‌بخش «ارائه نسخه واحد درمان و نادیده گرفتن تفاوت‌های فردی، پوشش ناکافی خدمات، رفتارهای غیراخلاقی و ضعف با پیوند اجتماعی» مستخرج شده است. این مضمون بر تاب‌آوری بیمار در درمان تأکید دارد و بر این اساس انعطاف و قدرت بازدارندگی افراد در برابر اعتیاد مجدد افزایش می‌یابد و فرد یاد می‌گیرد که چگونه، در چه زمانی و با ابزارهای شناختی و غیرشناختی خود را حفظ و پاک نگه دارد.

در درمان اجباری افراد بیمار به صورت ضربتی دستگیر و به کمپ‌ها ارجاع داده می‌شوند. از این رو، افرادی با شرایط سنی، جنسی و نیز وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل متفاوت، با وضعیت درمان تقریباً یکسانی روبه‌رو می‌شوند. همان‌گونه که در تفسیر مضمون «درمان مقطعی و سطحی» گفته شد، همه به صورت مقطعی، شرایط مشاوره‌ای یکسان و نیز پاکسازی جسمی مورد درمان قرار می‌گیرند. به دلیل اجبار درمان، عزت‌نفس و

مسئولیت‌پذیری بیمار در روند درمان کاسته شده و این پرسنل هستند که موجب برانگیختگی بیمار می‌شوند. از این رو، زمانی که بیمار تمایل و انگیزه کافی به‌منظور همراهی در روند درمان خود را از دست می‌دهد، با خشونت کلامی و غیرکلامی روبرو شده و به مثابه‌شی با او رفتار می‌شود. رفتارهای غیراخلاقی و هتک حرمت بیماران، خود منجر به افسردگی و رفتارهای تظاهری و نمایشی به‌منظور ترخیص زودتر از این مراکز می‌شود. افزون بر این، منجر به احساس گناه و ناامیدی فرد بیمار از روند درمان و بهبودی خود می‌شود. رفتارهای غیراخلاقی به‌مثابه پیامد درمان اجباری، ناامیدشدن، نگرانی، غم و اندوه تا احساس لکه‌دارشدن و نادیده‌گرفتن را در بر می‌گیرد.

هر وقت کاری رو دیر انجام نمی‌دادیم یا خوب انجام نمی‌دادیم، آقای؟  
فحش می‌داد. می‌گفت حق‌تونه بیرون بخواید. من دیدم لگد هم می‌زدن به بعضیا (مرد ۳۸ ساله معتاد به تریاک).

درمان اعتیاد امری چندبُعدی است که نیازمند ارائه خدمات کامل با بسته‌های حمایتی مناسب است، زیرا اعتیاد صرفاً درگیری جسمی با مواد نیست، بلکه امری است که روان و ذهن بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد که نمی‌توان با خدمات صرف بهداشتی و مکانی آن را ریشه‌کن ساخت. زمانی که خدمات همه‌جانبه نباشد، روند درمان به مسیری می‌رود که مقابله فرد با وسوسه‌ها و هیجان‌های ناشی از مواد با سستی و تزلزل روبرو می‌شود. آنچه در کمپ‌ها اولویت دارد از دو جهت است: تأمین خدمات غذایی/بهداشتی و تأمین امکانات فیزیکی و کالبدی. زمانی که تمرکز خدمات بر امکانات فیزیکی و تغذیه‌ای معطوف شود، «خودانسجامی» و «خودمراقبتی» فرد بیمار رشد نخواهد کرد و با تغییر محیط امکان‌گرایش مجدد به مواد وجود دارد؛ بنابراین، بازیابی و احیاء فرد منوط به پوشش کافی خدمات جسمی / فیزیکی / روانی / اجتماعی است که ترکیبی از امنیت مکانی/امنیت روانی ایجاد شود که در پرتو آن امید به زندگی و کیفیت مناسبات پسادرمان فرد ارتقاء یابد.

برخوردهای بد با بیمار، روش‌های غیرعلمی منسوخ و غیرکارشناسی، مراقبت‌های روانی و حمایت‌های اجتماعی کم، نبود وجود کادر و تیم‌های قوی که روانشناس، پزشک، روان‌پزشک، مددکار اجتماعی و جامعه‌شناس در کنار هم باشن، استفاده بیخود از داروهای نظیر متادون، عدم تفکیک معتادان از هم، مثلاً بعضیا ایدز و هپاتیت دارند و قاطی بقیه هستن و می‌بایست جدا بشوند، همه در کمپ‌های اجباری وجود دارد. پیامد این نوع درمان همینه. تو موقعی که اراده بیمار رو نادیده می‌گیری، چطور بهش خدمات کافی می‌دهی؟ فقط تا حدی خدمات فیزیکی این مراکز خوبه و سم‌زدایی می‌کنند. همین. دیگه بقیه خدمات واقعاً ضعیفه (جامعه‌شناس شاغل در کمپ با تحصیلات دکتری).

یکی از مضامین پرتکرار در درمان اجباری به «مداخلات پسادرمان» برمی‌گردد. نظارت پسادرمان به معنای تحت کنترل قرار گرفتن فرد با توجه به شرایط اجتماعی / خانوادگی / اقتصادی اوست. در اینجا، فرد برخلاف دوران درمان در کمپ، آزادی و اختیار دارد که بر اساس نقشه راه خود زندگی کند. از جهاتی، ارزش و اهمیت این دوران با دوران درمان برابر تلقی می‌شود؛ از این رو، بازپیوند اجتماعی انجام نمی‌گیرد و فرد رها می‌شود. در دوران رهایی از مراکز درمانی، فرد با وسوسه‌ها و هیجان‌های مواد در یک فضای بدون اجبار روبرو شود و همواره امکان بازگشت دوباره به مواد وجود دارد. طبق اظهارات یکی از مشارکت‌کنندگان درمان اجباری (مرد ۴۰ ساله معتاد به هروئین):

من دوبار رفتم کمپ. موقعی اوادم بیرون بعد مدتی خودبخود رفتم سمتش [مواد]، چون بچه‌های قدیمی دور هم جمع می‌شدن. منم وسوسه شدم. اون تو [کمپ] خیلی‌ها واقعاً ترک می‌کنن، اما میان بیرون کسی نیست راه روبهشون نشون بده و دوباره گیر میفتن. آگه پیگیری کنن، خیلی‌ها واقعاً پاک میشن، مخصوصاً جوونا. داستان داخل و بیرون کمپ خیلی فرق داره.

مهم بیرونه که بتونی خودت‌ونگه داری. اونجا برنامه داشتن، اما اینجا ول کردن امان خدا.

### تثبیت موقعیت ورشکسته

«تثبیت موقعیت ورشکسته» به‌مثابه مضمون و تم اصلی مستخرج از دو مضمون انسجام‌بخش «فقدان هویت اثرگذار و تحت کنترل و نظارت بودن» است. تثبیت موقعیت ورشکسته ناشی از نادیده گرفتن حریم شخصی فرد در دستگیری و درمان اجباری او از یک سو و تحت کنترل و نظارت بودن او توسط دیگران مهم نظیر خانواده از سودی دیگر است. در اینجا، فرد در درمان و پسادرمان ارزش و اراده‌اش نادیده گرفته شده و لذا با نوعی تثبیت موقعیت فروستی روبرو می‌شود که ناشی از نادیده گرفتن اوست.

پذیرش افراد درمان‌شده به‌عنوان یک هویت اثرگذار، او را در چرخه زندگی روزمره قرار می‌دهد، به‌نحوی که حس می‌کند دارای کارکرد اجتماعی است، می‌تواند نقش‌پذیر و مسئولیت‌پذیر باشد، تعهد متقابل داشته باشد و در نتیجه در شرایط جدیدی قرار بگیرند که ارزش‌های زندگی بدون مواد را تجربه کند. به این اعتبار، چون درمان اجباری کیستی فرد را به محاق می‌برد؛ لذا امکان شکل‌گیری مهارت‌ها، باورها و همانندسازی‌های اجتماعی را کم‌رنگ ساخته و طرد او را تعمیق می‌بخشد. یکی از متخصصان حوزه اعتیاد (دکتری مددکاری اجتماعی) اظهار می‌کند:

درمان این چنینی عواقب نپذیرفتن افراد را مضاعف می‌کند. میدونی چرا؟ چون از یک طرف به زور بردن به کمپ یعنی تو هیچی نیستی و توان اداره خودت را نداری و از طرف دیگر زمانی که مرخص می‌شود، با انگ و برجسب دیگران همراست که اگر میتونستی خودت را درمان می‌کردی. داستان فقط پاکسازی نیست، این‌ها انگ می‌خورن، ناسزا می‌شوند، خودشون را سرزنش می‌کنند و هزار داستان پیش میاد.



فروپاشی حریم خصوصی خود را به صورت ناامنی و تحت کنترل بودن نشان می‌دهد. به این معنا این افراد تصور می‌کنند دائماً در خیابان، جمع دوستان، زمان تنهایی و ... تحت نظر هستند؛ از این رو، این امر اعتماد دیگران را نسبت به آن‌ها کاهش داده و از نظر اخلاقی آن‌ها را نیازمند کنترل و تحت نظر بودن قرار می‌دهد و آن‌ها را با نوعی شکست مضاعف روبرو می‌سازد. یکی از مصرف‌کنندگان مواد (مرد ۳۲ ساله معتاد به کراک) می‌گوید:

بارها دیدم که خانوادم دنبالم اومدن و منو تحت نظر گرفتن که چکار می‌کنم. فکر میکنن که با اجبار رفتیم کمپ الانم مثل قبل هستیم. من یه ساله ترک کردم. پاکم واقعاً لب به مواد نزدم. سیگارم نمی‌کشم. با اینکه میدونن مواد نمی‌زنم اما خیلی بهم اعتماد ندارن و این زجرم میده و حس بدی دارم.

کنترل و نظارت‌های نامعقول که از بی‌اراده فرض کردن آن‌ها در ترک اختیاری مستفاد می‌شود، باعث می‌شود که افراد احساس کنند که در یک وضعیت اجباری هستند و مجبورند به منظور تحقق وضعیت سالم و به ظهور رساندن ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود، دستورالعمل‌ها و نظارت‌های دائمی دیگران را بپذیرند.

افراد درگیر اعتیاد با برجسب‌های غیررسمی زیادی روبرو هستند. از آنجا که از بین رفتن خودپنداره منفی این افراد مستلزم تعدیل ذهنی آن‌ها است، انگ و برجسب باعث می‌شود که شرایط انحراف مجدد بیشتر و تخطی از پروتکل‌ها بیشتر شود. این انگ‌ها دلبستگی به دیگران، همدلی در ترک و از همه مهم‌تر هیجان‌های مثبت ترک را کاهش می‌دهد و فضای ذهنی بیماران را نسبت به پذیرش هدایت اثرگذار (به این مقوله مراجعه شود) را به کمترین میزان ممکن می‌رساند.

هزارتا حرف می‌زنن. ما اعتیاد داریم درست. اما بی خانواده که نیستیم. دزد که نیستیم. حرامزاده که نیستیم. بی‌ناموس که نیستیم. اگه من خرابم بقیه خانوادم هم معتادن؟ (مرد ۴۰ سال معتاد به حشیش).

## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه به بررسی درمان اجباری اعتیاد از منظر متخصصان / کارشناسان و افرادی پرداخته شده است که این شیوه درمانی را تجربه کرده‌اند. با گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل مضمون، ابتدا ۶۴۵ کد اولیه، سپس ۱۸ مضمون سازمان‌بخش و در نهایت ۶ مضمون اصلی و فراگیر استخراج شد. آنچه مشخص و مبرهن است، این است که درمان اجباری مستلزم رویکردی چندبعدی و سیستماتیک است تا بتواند با دربرگیری شرایط قبل، حین و بعد از درمان شرایط لازم برای درمان قطعی را فراهم کند؛ از این رو، می‌توان گفت که این شیوه درمانی به دلیل اینکه شرایط قبل و بعد از درمان را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد و در حین درمان نیز عمدتاً به درمان دارویی می‌پردازد، لذا رویکردی تک‌بعدی است. به این اعتبار درمان اجباری خلأ و محرومیت ایجاد می‌کند و به دلیل تأکید مضاعف درمان بر دارو و اصول پزشکی، عوامل روانی و اجتماعی نادیده گرفته شده است.

با توجه به یافته‌های تحقیق، با ضعف مدیریت و خودکنترلی در بین بیماران اجباری نسبت به بیماران خودمعرف روبه‌رو هستیم. این افراد به دلیل فقدان انگیزه‌های لازم برای ترک مواد و همچنین ضعف بازپیوند اجتماعی، در برابر وسوسه‌های مواد دوباره به اعتیاد روی آورده و شاهد مراجعه دوباره این افراد به مراکز درمانی هستیم؛ بنابراین، درمان اجباری با حذف اراده و کنترل بر روند درمان، مانع شکل‌گیری هیجان‌های مثبت حول درمان شده است. این وضعیت به مرور زمان منجر به حس تهی‌بودگی و خلأ شده (به این مقوله مراجعه کنید) و به مرور زمان هویت اثرگذار اجتماعی آن‌ها را با زوال روبه‌رو ساخته است.

مضمون «تثبیت موقعیت خودمدیریتی» با رویکرد وایت قابل تفسیر است. موقعیت ورشکسته ناشی از این است که افراد نمی‌توانند روایت‌های جدیدی از زندگی خود ایجاد کنند و لذا در روند قبلی باقی مانده و در بازتولید اجتماعی و روانی خود شکست می‌خورند. مضمون «انفعال و بی‌ارادگی»، با رویکرد «خودتعیین‌گری» قابل تفسیر است، چیزی که در درمان اجباری و پیامد ناشی از آن (انفعال و بی‌ارادگی) نادیده گرفته شده است. «خودتعیین‌گری در درمان، به اقدامات ارادی اشاره دارد که فرد را قادر می‌سازد تا

به‌عنوان عامل اصلی در زندگی، برای حفظ و بهبود زندگی‌اش نقش بازی کند؛ اما انفعال ناشی از درمان اجباری، نوعی خستگی و فرسودگی عاطفی و ذهنی است که فرد را در برابر وضع موجود فاقد کنش‌های هدفمند و آگاهانه می‌کند.

مضمون «ضعف بازپیوند اجتماعی»، با رویکرد «سیستمی» قابل تفسیر است. در واقع، رویکرد سیستمی بر ابعاد چندگانه در درمان تأکید دارد، چیزی که در کمپ‌ها ضعیف است و به‌دلیل تأکید بر مراقبت‌های دوران ترک در کمپ‌ها به شرایط درونی و فضای پساترک توجه زیادی ندارد. شکستن چرخه اعتیاد نیازمند تعامل پویا بین عناصر یک سیستم و بین سیستم و محیط به‌عنوان مشخصه اصلی آن می‌باشد.

میلر و فلاهرتی (۲۰۰۰) معتقدند که خودانکاری در درمان اجباری از سوی بیماران صورت می‌گیرد و این امر امکان درمان مؤثر را کاهش می‌دهد. این امر با خودسانسوری و پنهان‌سازی همسو است که این افراد درصدد آن هستند. کلاک و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود بر ماهیت غیرتجربی و غیرعلمی درمان اجباری تأکید دارند و بر این اساس نتیجه می‌گیرند که این نوع از درمان چنین رویکرد ساده‌ای به درمان، پیچیدگی سازه اجبار را نادیده می‌گیرد و به‌طور قابل‌توجهی مانع از اندازه‌گیری دقیق اثرات اجبار بر درمان و هم‌چنین کنترل متغیرهای پیامدی می‌شود. در مطالعه حاضر نیز درمان اجباری با پیامدهای همچون خودکنترلی پایین، مدیریت پایین و ضعف هویت اثرگذار همراه بوده است، همسویی دارد. نتایج مطالعات سانتوس و همکاران (۲۰۱۹) و مغنی‌باشی‌منصوریه و همکاران (۱۳۹۶) نشان می‌دهد که نوعی گسست بر اثر درمان اجباری در بین بیماران رخ می‌دهد و بازسازی هویت و بازپیوند اجتماعی آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. بر اساس نتایج پژوهش اُپسال و همکاران (۲۰۱۹) و بابایی و همکاران (۱۳۹۶)، سطوح انگیزش در بین بیماران تحت درمان اجباری به طرز محسوسی پایین است. این افراد به‌طور معناداری سطوح پایین‌تری از انگیزش را نسبت به بیمارانی که داوطلبانه پذیرش شده‌اند برای تغییر را در زمان پذیرش دارا هستند. در مطالعه حاضر نیز درمان اجباری به کاهش هیجان‌های مثبت در افراد منجر شده بود.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اعتیاد امری چندبُعدی است که ابتدا اراده و قدرت تصمیم‌گیری فرد بیمار را در هم می‌شکند و توانایی‌های شناختی او را کم‌رنگ می‌سازد. درمان اعتیاد، باید از نقطه‌ای شروع شود که هسته اصلی محسوب می‌شود و آن توجه به «اراده معطوف به ترک» است. ترک اجباری با نادیده گرفتن اصلی‌ترین عنصر ترک، منجر به ظهور «تفکر شناختی ضعیف» و «خودپنداره منفی» می‌شود که این امر به‌خوبی خود را در مقوله «انفعال و بی‌ارادگی» نشان داده است. در سطح دیگر، این انفعال، منجر به وابستگی به این مراکز شده و این افراد تصور می‌کنند که در صورت بازگشت به مواد می‌توانند دوباره به این مراکز برگشته و درمان خود را دوباره از سر بگیرند. این امر در کنار، درمان مقطعی و موقتی که نه به شناخت وضعیت درونی افراد رغبت چندانی دارد و نه پوشش‌دهی خدماتی کافی دارد، منجر به تعمیق خلأ و محرومیت درونی بیماران شده است و آثار آن در دل‌زدگی، بی‌تفاوتی و کاهش «هیجان‌های مثبت درمان» مشهود است. به این اعتبار، در یک چرخه و تله محرومیتی، با هم‌دستی زوال هویت اثرگذار فرد از یک سو و ناهماهنگی شناختی ناشی از تکیه بر درمان موقتی و جسمی از سوی دیگر، قدرت مقابله فرد بیمار در برابر موقعیت‌های بحران‌زا کاهش یافته و شرایطی ایجاد شده است که در این مطالعه از آن به «تثبیت موقعیت ورشکسته» تعبیر کردیم. این موقعیت ناشی از نادیده گرفتن اختیار آن‌ها و درمان‌های سطحی است که امکان‌گرفتاری مجدد آن‌ها به مواد را مضاعف ساخته است.

بر این اساس، نظام درمان اعتیاد، نیازمند مجموعه‌ای از فعالیت‌های چندجانبه و سیستمی در سطوح مختلف سیاستی، مدیریتی، اجرایی و پرسنلی است که بتواند «انطباق‌پذیری» بیماران را به‌منظور بازگشت به جامعه و تأمین سلامت روانی و اجتماعی افزایش دهد و از طریق رفع تفرق‌های نهادین، بی‌نظمی کارکردی در پوشش‌دهی به خدمات شناختی و روانی، مشارکت بیماران در امر درمان را بالا برده، تخصص و شایستگی کادر درمان را بهبود بخشد و در نتیجه بتواند به ایجاد «هویت اثرگذار» در بین بیماران کمک کند. این تحول، ابتدا منوط به طیفی از تحولات نهادی مهم در قالب، عوامل «سیاست‌گذارانه و

نهادین» هستند که با کنار زدن فهم واپس‌گرایانه از درمان که «اجباری» است، سیستم معیوب مدیریتی موجود در امر درمان را کنار بزنند. این اقدامات اساسی باید چند نکته را مدنظر قرار دهد: تفاوت‌های درون‌گروهی بیماران را در نظر بگیرد و با تفکیک جمعیتی آن‌ها به نوعی تفکیک کارکردی (بر اساس نیازها و الگوهای درمان هر طیف) مبادرت ورزد؛ افزون بر این، با استقرار درمان «فرایندمدار» به جای درمان موقتی سازمان‌مدار، عمل درمان را با خانواده، خانواده را به مراکز پیوند بدهد و در ادامه با مسیرهای مبتنی بر شناخت درمانی، از اعتیاد مجدد بیماران ممانعت به عمل آورد. در نهایت، با به کارگیری مشاوره‌های مداوم، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی بیمار را بالا برده تا در زمانی که در برابر محرک‌های اجتماعی و غیراجتماعی اعتیاد قرار می‌گیرد، بتواند با واپس‌زدن وسوسه‌ها و هیجان‌های درونی، از اعتیاد مجدد اجتناب کنند.

### پیشنهادها

- به جای درمان اجباری و تمرکز صرف بر فرد مصرف‌کننده (عمدتاً به صورت سم‌زدایی جسمی است)، به علل‌گرایی افراد به اعتیاد و در درمان به مشارکت فرد درگیر، خانواده و جامعه توجه شود.
- افراد درگیر در مصرف مواد در مراکز ترک اعتیاد، از نظر نوع مواد مصرفی، تعداد سال‌های اعتیاد، سابقه ترک و غیره تفکیک شود. زیرا تفکیک آنها می‌تواند انگیزه ترک را افزایش و یادگیری فعالیت‌های مجرمانه و آشنایی با سایر مواد مخدر را کاهش دهد.
- در مراکز ترک اعتیاد، بر برنامه‌های آموزشی مهارت‌محور و مشاوره‌ای انگیزشی تاکید شود تا علاوه بر توانمندسازی و ارتقای تاب‌آوری افراد مصرف‌کننده، میزان عود و بازگشت آن‌ها به مصرف مواد نیز کاهش یابد.
- ارتباط ارگانیک بین محلات به منظور ارتقای امنیت خود از یک سو و مراکز درمانی به منظور تکمیل روند درمان می‌تواند، «بازپیوند اجتماعی» بیماران را تسریع بخشد و از این طریق اعتماد و حمایت اجتماعی لازم را برای آنها فراهم سازد.

- اشتغال برای بیماران ترخیص شده اشتغال ایجاد شود. اغلب افراد به دلیل نداشتن درآمد در زمان ترخیص بهترین راه درآمدزایی را کانال‌های می‌دانند که در زمان اعتیاد داشته‌اند. لذا، گرایش به خرید و فروش مواد، مصرف مجدد مواد را تسهیل می‌کند.
- از آنجایی که دستگیری افراد منجر به انگ‌زنی و رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌شود، لذا باید پروتکل‌های دقیق شناسایی، دستگیری، جداسازی، غربال، نگهداری و مدت زمان آن، نوع داروهای تجویزی و در نهایت ترخیص بیماران مدنظر قرار بگیرد.

### سپاسگزاری

در پایان بر خود لازم می‌دانیم بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی نماییم.



## منابع

— بابایی، انسیه؛ رزاقی، نادر؛ نازک تبار، حسین؛ جلالی، زینب. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی برنامه‌های درمانی مرکز اقامتی اجباری بر رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان در افراد با اختلال سوء مصرف مواد. مجله مطالعات ناتوانی، ۷ (۱۴)، صص ۱-۶. قابل بازیابی از:

<https://b2n.ir/t58768>

— بختیاری، عباس. (۱۳۹۹). پیامدهای درمان اجباری اعتیاد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.

— حاتم‌خانی، شیما؛ شیوا، افشین؛ رضا، اقدام‌پور؛ نوجوان، نصرت؛ قاسم‌پور، مهرو. (۱۳۹۷). بررسی الگوی مصرف موادمخدر در مراجعین به مرکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادین ارومیه در سال ۱۳۹۴، مجله علوم پزشکی مشهد، ۶۱ (۳)، صص ۱۰۵۰-۱۰۶۰. قابل بازیابی از:

<https://b2n.ir/b56395>

— طباطبایی‌چهر، محبوبه؛ ابراهیمی‌ثانی، ابراهیم؛ مرتضوی، حامد. (۱۳۹۱). «اثربخشی روان‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری در تغییر باورهای غیرمنطقی افراد معتاد»، علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴ (۳)، صص ۴۱۹-۴۳۰. قابل بازیابی از:

<https://b2n.ir/s33517>

— مامی، شهرام؛ امیریان کامران. (۱۳۹۵). تأثیر درمان‌های شناختی - رفتاری بر درمان معتادان در ایران، به روش مرور سیستماتیک و متاآنالیز. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۰ (۱۲)، صص ۲۴-۳۴. قابل بازیابی از:

<https://b2n.ir/q05222>

— مطلق، معصومه؛ هادوی، حسین؛ اسدی، داود. (۱۳۸۹). «بررسی عوامل مؤثر در پیشگیری از عود اعتیاد با تأکید بر رویکرد درمانی مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان خمین (۱۳۸۹-۱۳۹۰)». جامعه‌شناسی معاصر، ۲ (۴)، صص ۸۱-۹۶. قابل بازیابی از:

<https://b2n.ir/e28500>

– مغنی باشی منصوریه، امیر؛ فتحی، منصور؛ براتی سده، فرید و اسلامیان، ایوب. (۱۳۹۰). مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی ۱۱(۴۲)، صص ۱۶۰-۱۴۱ قابل بازیابی از:

<https://b2n.ir/d52007>

– ملازاده، جواد و عاشوری، احمد. (۱۳۸۸). «بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود بهبود سلامت روانی افراد معتاد»، دانشور رفتار، ۱۶ (۳۴)، صص ۱۲-۱. قابل بازیابی از:

<https://b2n.ir/q05068>

– Boumparis, N, Karyotaki E, Schaub MP, Cuijpers P, Riper H. (2009). Internet interventions for adult illicit substance users: A meta-analysis. *Addiction*.

– Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., O'Connor, P. G., Eagan, D. A., Frankforter, T. L., ... & Rounsaville, B. J. (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General psychiatry*, 58(8), pp 755-761. Retrieved from:

<https://b2n.ir/j24093>

– Carroll KM, Nich C, Ball SA. (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 (4), pp749-755. Retrieved from:

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.749>

– Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM. (2008). Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 165 (2), pp179-187. Retrieved from:

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>

– Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, M. D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation*, 6, 62 (1), pp 3-10. Retrieved from:

<https://b2n.ir/e85683>

– Gerra, Gilberto and Clark, Nicolas C. (2009). from coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.



- Israelsson, M & Gerdner, A. (2012). Compulsory Commitment to Care of Substance Misusers: International Trends during 25 Years, *Eur Addict Res*; 18 (6), pp 302–321. Retrieved from: <https://www.karger.com/article/pdf/341716>
- Kellogg, S. H. (2003). On gradualism and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), pp241-247. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00068-0)
- Klag, S., O’Callghan, F., Creed, P. (2005). The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research. *Substance Use & Misuse*, 40(12), pp1777–1795. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/10826080500260891>
- Lunze., K., Lermet., O., Andreeva., V., Hariga., F. (2018). Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries. *The International Journal on Drug Policy*, 59, pp10-15. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.009>
- Magill M, Ray LA. (2009). Cognitive-behavioural treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs*. 70(4), pp516-27. Retrieved from: <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Miller NS, Flaherty JA. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): a review of the clinical research. *J Subst Abuse Treat*.18, (1) pp9-16. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00073-2)
- Opsal, A., Kristensen, Ø. & Clausen, T. (2019). Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 14(47). Retrieved from: <https://b2n.ir/q80153>
- Palm, J, Stenius, K. (2002). Sweden: integrated compulsory treatment. *Eur Addict Res*. 8(2) pp69-77. Retrieved from: <https://doi.org/10.1159/000052057>
- Perron, B. E., & Bright, C. L. (2008). The Influence of Legal Coercion on Dropout from Substance Abuse Treatment: Results from a National Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 92 (1-3) pp 123–131. Retrieved from:

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.07.011>

- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., ... & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PloS one*, 9(6), e99912. Retrieved from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099912>
- Rooke S, Thorsteinsson E, Karpin A, Copeland J, Allsop D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*. 105(8), pp1381–1390. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02975.x>
- Schaub M, Stevens A, Berto D, Hunt N, Kersch V, McSweeney T et al. (2009). Comparing outcomes of 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe. *European Addiction Research*, 16(1), pp53-60. Retrieved from: <https://doi.org/10.1159/000265938>
- Schottenfeld.R. S. (2016). Involuntary Treatment of Substance Abuse Disorders – Impediments to Success, *Psychiatry*, 52(2), pp164-176. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/00332747.1989.11024441>
- Santos, Lorenzo D., Ty, Welison Evenston G., Tolentino, Patricia Ellyn C &. Teston, Raya Sofa, A. (2019). Narratives of Identity Reconstruction among Recovering Drug Dependents philippine *Journal of psychology*, 52(1), pp 209-238. Retrieved from: <https://doi.org/10.31710/pjp/0052.01.08>
- Tait RJ, Spijkerman R, Riper H. (2013). Internet and computer based interventions for cannabis use: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 1; 133(2), pp295-304. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.012>
- Vito, G.F., & Maahs, J.R., Holmes, R.M. (2007). *Criminology: Theory, Research, and Policy*. Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, pp 1-9. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>