

به نام آفریدگار یگانه و مهربان

جوانان و اعتیاد

چکیده

جهان امروز با معضلات بی شماری رو برو است. در بین آنها اعتیاد دارای بالاترین میزان برای نابود کردن همه چیز است. براساس آمارهای موجود تعداد معتادین هر روز افزایش می یابد. با هزینه های میلیاردی آن می توان خیلی از مشکلات را در حوزه های مختلف حل نمود و بر تعداد مراکز آموزشی، علمی، تفریحی و ... افزود. از همه ی پتانسیل های موجود برای مبارزه و پیشگیری در بحث اعتیاد باید استفا ده نمود. از دستاوردهای علمی، پژوهشی در حوز ه های گوناگون، از جمله از زیبایی های فرهنگی و هنری نیز باید استفاده شود. هنر که وسیله ی بیان احساسات درونی انسان است یکی زیبایی های خداوند در خلقت است که از نباید غافل ماند. «در اینکه هنر وسیله ی بیانی نیرومند و ماندگاری است شکی نیست. و نیز، در این که پیام هایی که بر موج هنر به آفاق فرستاده می شود، جاودانه می ماند و زمانها و مکانها را به زیر بال می کشد، سخنی نیست. هنرهای زیبا، نگهبان امین زیبایی در جهان است و غذای روح بوده و رسالت بزرگش، آموزنده بودن است.

متن:

در محله های محروم شهرها مردمی را می بینیم که در اثر اعتیاد به مواد مخدر قوای فکری و جسمی شان را از دست داده و در بدترین وضعیت اجتماعی به سر می برند. این ها اکثرا قربانی آزمندی های امپریالیسم جهانی شده اند. اعتیاد در محله های اعیان نشین شهر نیز به گونه ای دیگر وجود دارد. ثروتمندان چون همراه مصرف این مواد مقوی ترین غذاها را نیز می خورند، قوای جسمی شان دیرتر از معتادان تهیدست تحلیل می رود. رادیو، تلویزیون و مطبوعات در مورد اعتیاد و اثرات مخرب آن بسیار سخن گفته اند اما از علت اصلی اعتیاد که یک بیماری اجتماعی است، ذکری به میان نیاورده اند. مثلا نمی گویند در مساله اعتیاد همه چیز بر مدار سود اندوزی است و این بیماری اجتماعی در عصر امپریالیسم به اوج خود می رسد. در عصر

امپریالیسم انحصارات بزرگ صنعتی و مالی در رشته تولید مواد مخدر سرمایه گذاری می کنند و با به وجود آوردن شبکه های بین المللی تولید، توزیع و قاچاق مواد مخدر، دامنه سود اندوزی خود را گسترش می دهند.

امپریالیست ها و سرمایه داران که در تولید مواد مخدر سرمایه گذاری های کلانی می کنند، برای جلب بازار مصرف، تبلیغات مسمومی را شروع می نمایند و خیل بیکاران را به دایره تولید، توزیع و مصرف کالای خود می کشند و به این ترتیب نیروی عظیمی از اردوی کار را از دایره تولید صنعتی و سازندگی اجتماعی خارج کرده و در شبکه های پیچیده قاچاق و مصرف مواد مخدر، انسان های از هستی تهی شده ای را به وجود می آورند که تجسم زنده ای از انحطاط هستند.

علاوه بر این زمینه مادی که عامل اصلی اعتیاد است، عامل ذهنی و فرهنگی نیز در کشیده شدن نیروهای اجتماعی به سمت این بیماری اجتماعی موثر است. تاکنون بلندگوهای تبلیغاتی امپریالیسم اینگونه تبلیغ کرده اند که اعتیاد یک میل باطنی و یک خواست و اقدام شخصی است و نه اجتماعی. بسیار مشخص است که شرایط اجتماعی حاکم بر جامعه است که شخصیت افراد آن جامعه را شکل می دهد. اعتیاد اکتسابی است. اگر در دنیا مواد مخدر وجود نداشته باشد و کسانی نباشند که آن را بسازند و بفروشند، اعتیاد رقم نمی خورد.

فشارهای عصبی و روانی ای که در اجتماع بر افراد وارد می آید، زمینه را برای اعتیاد فراهم می کنند. انسان ها می خواهند بار سنگین مشکلات روزانه را دمی به فراموشی بسپارند و از این رو به دام اعتیاد می افتند از طرف دیگر بخشی که دائم در معرض خطر بیکاری و عدم امکان تامین معاش اولیه خود قرار دارند، برای گذران زندگی به ناگزیر به قاچاق مواد مخدر روی می آورند. آموزش های فرهنگ سرمایه داری نیز افراد جامعه را در جهت فساد سوق می دهد و با اشاعه فرهنگ مسموم کننده، خلاقیت نیروهای اجتماعی را در جهت های انحرافی به کار می گیرد. به این ترتیب تمام امکانات تباهی نیروها و استعدادها آماده می شود.

کمبود امکانات بهداشتی و درمانی نیز زمینه ای است برای اعتیاد. نمونه های زیادی از معتادین وجود دارند که در اثر گرفتاری به دردهای مزمن و علاج ناپذیر و در اثر کمبود دارو و امکانات پزشکی، جهت تسکین، به مواد مخدر روی آورده و به تدریج درجه اعتیادشان بالا می رود.

در عصر امپریالیسم تمام آن چه که انسان ها را به تباهی می کشاند در وجود مناسبات تولیدی سرمایه داری خلاصه می شود و راه حل اساسی اعتیاد و سایر اشکال انحطاط، جایگزینی سیستمی است که در آن اثری از بهره کشی و سوداندوزی نباشد. در چنین شرایطی همه چیز در جهت رشد توانایی ها و استعدادهای انسانی به کار گرفته خواهد شد.

در شرایط کنونی باید راه هایی برای پیشگیری از گسترش اعتیاد و تولید مواد مخدر به کار بست. بیکاری حادی که اینک وجود دارد عامل بسیار مهمی است در رواج بازار قاچاق و مصرف مواد مخدر و علاوه بر این ها اقدامات در زمینه ترک اعتیاد نیز به دلیل عدم رسیدگی به وضع معتادین، عملاً عقیم مانده است. ناپیگیری و عدم توانایی در مبارزه اصولی با تولید، توزیع و مصرف مواد مخدر نه تنها دامنه اعتیاد را محدود نکرده بلکه شاهد گسترش روز افزون ابعاد آن بین نیروهای جوان هستیم.

در شرایط کنونی این اقدامات را برای محدود کردن دامنه اعتیاد می توان انجام داد: ایجاد کار و جذب نیروها به مراکز صنعتی و کشاورزی، ایجاد مراکز بازآموزی و اشاعه فرهنگ سالم و توضیح علل و ریشه های این بیماری اجتماعی، ایجاد مراکز تفریحات سالم، پرورش هنر و ادبیات، ایجاد مراکز درمانی رایگان برای ترک اعتیاد تحت مراقبت پزشکان، ایجاد تامین برای آینده معتادینی که معالجه می شوند جهت بازگشت آن ها به کار در موسسات تولیدی و اداری.

شما در بررسی آسیبهای اجتماعی مطالعاتی داشته و در این زمینه کارهای کارشناسی انجام داده اید. برخی میگویند اصلیتین رکن مشکلات اجتماعی ما اعتیاد است؛ گروهی میگویند کم شده و گروهی معتقدند زیاد شده است. در کنار اعتیاد، فقر و

بیکاری و بی‌آرتی‌هگی نیز هست. این سه عنصر روی هم تأثیر دیالکتیکی هم دارند. در بسیاری موارد اعتیادها از فقر برمیخیزد یا از بیکاری و بی‌آرتی‌هگی. از آنجا که این امر مسئله مهمی است، خواهش‌مندی‌م ابتدا روند اعتیاد را مطرح و بعد به بررسی روند فقر و بیکاری و بی‌آرتی‌هگی بپردازید و در صورت امکان در بررسی این سه روند به چه «باید کرد»‌ها هم اشارهای داشته باشید و اینکه دولت و نیروهای مستقل چه قشی دارند؟ چرا که دولت نیز میتواند نقش عمدهای داشته باشد. اگر مسئله به صورت یک «روند» بررسی شود، خطا هم کمتر خواهد شد. برخی میگویند فقر کمتر شده و نابرابری تشدید نشده است و پول نفت تأثیر زیادی در کاهش فقر داشته و امکانات زیادی دست مردم قرار گرفته است. در هر بانکی تا هفتمیلیون تومان برای خرید ماشین و کالا وام میدهند، ولی از سوی دیگر نقدینگی و تورم هم بالا رفته و بین ۵/۱ تا ۲ برابر شده، در نتیجه کل دارایی مردم نصف میشود و این نوعی فقر است. در دوران تورم همه خوشحال هستند که خانیشان گران شده است، ولی اگر بخواهند به نمونه بهتر و وسیعتر تبدیل کنند میبینند که نمیتوانند کاری کنند.

- بسم الله الرحمن الرحيم - در مقدمه باید بگویم همانطور که اشاره کردید بنده مدتی است در زمینه آسیبهای اجتماعی مطالعه دارم، بهناچار در برخی حوزهها هم که فصل مشترکی بین مسائل اجتماعی و اقتصادی هستند مانند مسئله فقر و نابرابری، وارد شده‌ام. بنابراین ورود من به مسئله فقر از زاویه دید اجتماعی است و ضرورتهای علمی آن. منطق مطالعات فقر، اغلب منطق مطالعات اقتصادی است. بنابراین ناچاریم در بحث پیرامون آن مطلق علوم اقتصادی را در نظر بگیریم، ولی بیشتر توجه من از زاویه اجتماعی بوده است. اما اجازه دهید بحث را از مشکلات اجتماعی آغاز کنم.

باید دید مشکل اجتماعی چیست و شامل چه مسائلی میشود؟ چند شاخص گفته شده که اگر آنها برای هر پدیده اجتماعی وجود داشته باشد آن پدیده مشکل اجتماعی قلمداد میشود؛ نخست اینکه آن پدیده، نارضی با ارزشهای عام پذیرفته شده آن جامعه داشته باشد. برای نمونه، اعتیاد ضمن اینکه شیوع قابلتوجهی دارد همچنان به‌عنوان مسئلهای است که در جامعه پذیرفته شده نیست و مغایر ارزشهای عام حاکم بر جامعه است و همینطور فقر و بیکاری. نکته دوم این است که وجود آن پدیده نشاندهنده ضرورت یک اصلاح و تجدیدنظر در سیاستها و برنامههای اجتماعی باشد. بخش قابل توجهی از برنامه‌ریزان اصل وجود اعتیاد، فقر یا بیکاری را مورد تأیید قرار میدهند و آن را ناشی از نوعی نابسامانی یا عدم کارایی در نظام سیاسی، اجتماعی و اقتصادی میدانند. بنابراین ضرورت اصلاحاتی را برای بهبود وضع پیشنهاد میکنند.

■ یعنی هر سه معلول عدم کارایی است؟

- بخش قابلتوجهی از آن اینگونه است، ولی به نوعی میتوان گفت برون داد یا خروجی کارکرد نظام سیاسی، اجتماعی و اقتصادی میتواند فقر یا کاهش فقر، افزایش بیکاری یا کاهش آن باشد، میتواند روند اعتیاد را متوقف کند و به کاهش مصرف مواد بینجامد و یا عکس آن عمل کند. بنابراین به نوعی میتوان گفت مشکلات اجتماعی معلول وضعیت ساختارهای موجود هستند و به این اعتبار هم در تحلیل آنها اساساً نمیتوان تحلیل ساختاری را کنار گذاشت. مشکلی که در بسیاری از مطالعات اجتماعی وجود دارد این است که کمتر به این جنبه کلان، یعنی تحلیل ساختاری پرداخته میشود و به همین دلیل هم در تحلیلها و ارزیابیها و نشان دادن روندها خطاهای اساسی صورت میگیرد، حتی در نشان دادن راهکارهای خروج و یا بهبود هم باز این مشکل به‌وجود می‌آید، چون آن دید ساختاری وجود ندارد. این اصلاً به معنای این نیست که ما سطوح دیگری که عامل به‌وجود آمدن مشکلات اجتماعی هستند را در نظر نگیریم، باید گفت در دریافت تحلیل علل و عوامل بروز مشکلات اجتماعی اصولاً الگویی سه سطحی وجود دارد که توضیح‌دهنده بروز و شیوع مشکلات اجتماعی است؛ نخست عوامل در سطح کلان است، در این سطح ما با ساختارهای موجود و تأثیر آنها در بروز و ظهور مشکلات اجتماعی سر و کار داریم. یکی هم سطح خرد است که با ویژگیهای فرد مرتبط است و دربرگیرنده عوامل فردی است. مثلاً یک فرد سالمند صرفاً به‌دلیل اینکه از انجام

کاری ناتوان است ممکن است در معرض فقر قرار بگیرد. یا یک نفر که دارای معلولیت جسمی است ممکن است دچار از کار افتادگی شود و نتواند کسب درآمد کند، بنابراین در اینجا سطح خرد و فرد مطرح است. یک سطح هم سطح میانی است. در این سطح نهادهای اجتماعی هستند که فاقد کارایی و اثربخشی لازم هستند و نمیتوانند کارکرد مناسب داشته باشند. به همین دلیل هم وضعیت موجود را از جهت شیوع و بروز مشکلات اجتماعی نمیتوانند کنترل کنند. مثلاً نهاد خانواده اگر کارآمد نباشد، میتواند مشکلاتی را بهوجود آورد و یا اگر نهادهای ارائه دهنده خدمات مانند دستگاههای فعال در حوزههای رفاه اجتماعی کارایی نداشته باشند نمیتواند وضعیت موجود را کنترل کنند. بنابراین در مشکلات اجتماعی ما با الگویی سه سطحی سروکار داریم و مهم این است که تحلیل سطوح خرد و میانی، بدون توجه به سطح کلان ما را دچار خطا خواهد کرد حتی مداخلات برای کنترل مشکلات اجتماعی بدون اصلاح در هر سه سطح اثربخش نخواهد بود و نمیتواند وضعیت موجود را بهبود بخشد. از این روی هم در تحلیل علتشناختی و هم در تحلیل نتایج، آثار و در ارائه راهکارها باید به این الگوی سه سطحی توجه داشت. مسئلهای که میخوایم به آن اشاره کنیم این است که اعتیاد، فقر، بیکاری، طلاق و خودکشی در فهرست مشکلات اجتماعی قرار میگیرند و مشکل اجتماعی (Social Problem) هستند. به همین دلیل بسیاری کلمه و اصطلاح آسیب اجتماعی (Social Pathology) را مناسب نمیدانند و عنوان مشکل اجتماعی را به کار میبرند و آسیب اجتماعی همان Social Pathology است که جامعهشناسان معتقدند از علم پزشکی وارد حوزه جامعهشناسی شده است. زمانی که جسم فرد دچار مشکلاتی میشود پاتولوژیستها به دنبال شناخت مشکل درون بدن او خواهند بود. این اصطلاح از پزشکی وارد مباحث مربوط به تحلیل جامعه شد و جامعه را به بدن انسان تشبیه کرد، یعنی اگر جامعه بیمار شد، باید پاتولوژی او را شناخت و آسیب آن را استخراج کرد. این بعدها جایگزین شد و جامعهشناسان اصطلاح مناسبتری را برای پدیدههای نامطلوب اجتماعی مطرح کردند که همان مشکل اجتماعی است. به این اعتبار همانطور که گفتم ما فهرست طولی را از مشکلات اجتماعی دارا هستیم و این مخصوص کشور ما نیست و در هر کشوری این فهرست وجود دارد.

در مطالعاتی از تعدادی قابلتوجه از صاحب نظران و افرادی که از لحاظ عملی و پژوهشی یا اجرایی درگیر مسائل و مشکلات اجتماعی بودند خواستیم مشکلات امروز جامعه ایران را نام ببرند. نخستین فهرستی که تهیه شد، شامل حدود ۱۵۰ عنوان مشکل بود. بعدها در چند مرحله از آنها خواسته شد که این مشکلات را محدودتر کنند که اولویتها مشخص شود و درنهایت این مسئله بعد از چند مرحله به حدود بیست و چند مشکل رسید. زمانی که از آنها خواسته شد مشکلات اولویتدارتر را مشخص کنند، به ترتیب به مسئله اعتیاد، بیکاری و خشونت اجتماعی، بیاعتمادی اجتماعی و فقر اشاره کردند.

مطالعات مشابه هم نزدیک به همین نتایج را مطرح کردهاند. برای نمونه، در مطالعه دیگری از میان ۶۰ مشکل اجتماعی، ابتدا ۲۸ مشکل در اولویت انتخاب شدند و سپس در بین آنها حدود ۸۰۰ نفر پاسخدهنده شامل اساتید دانشگاه، قضات، مدیران دستگاههای دولتی و غیردولتی چهار مشکل بیکاری، اعتیاد، فقر و طلاق را در اولویت دانستند. به هر روی در مطالعات دیگر هم بیکاری، اعتیاد و فقر از اولویت و اهمیت بیشتری در مقایسه با دیگر مشکلات زندگی مردم را تحت تأثیر قرار داده و از اهمیت برخوردار بودهاند.

این تحقیقات را کدام ارگانها انجام دادند؟

- این تحقیقات را محققان مستقلی انجام دادهاند. البته با استفاده از منابع دانشگاهی و مراکز پژوهشی کار تیمی بوده و عمدتاً از عدهای از صاحب نظران و کارشناسان نظرسنجی شده است. بنابراین تقریباً توافقی وجود دارد که این مشکلات در سرفصل مشکلات اجتماعی ایران هستند.

اگر امکان دارد به بحث اولیه بپردازیم.

- ماهیتاً اعتیاد، فقر، بیکاری، طلاق، خودکشی و موارد دیگری مثل انحرافات اجتماعی مجموعاً در فهرست مشکلات اجتماعی قرار میگیرند و از یک ماهیت برخوردارند و در تحلیل خود نیز اگرچه در برخی مواضع تحلیلهایی دقیقتر و جزئیتر نیز میتوان انجام داد، ولی در یک ارزیابی کلان همه متأثر از کارکرد سه سطحی هستند توضیح دادم. به این اعتبار میتوان گفت ارتباط مشخصی بین مجموعه مشکلات اجتماعی و آن سه سطح از عوامل وجود دارد.

■ آیا این سه سطح میتوانند در جاهایی در طول هم باشند و جاهایی در عرض یکدیگر و یا در مقابل هم؟

- بله، دقیقاً. در واقع تا اینجا میتوان گفت مشکلات اجتماعی نتیجه و حاصل مجموعه آن سه سطح از عوامل هستند، اما از سوی دیگر مشکلات اجتماعی اساساً ارتباطی درونی هم با یکدیگر دارند.

در مقدمه باید تأکید کنم ما در یک ارزیابی کلان، سه نسل مشکلات اجتماعی را در ایران داشتهایم؛ نسل اول مشکلات اجتماعی، مربوط به دوره‌های میشود که هنوز جامعه ایران، جامعه‌های سنتی بود و وارد مرحله گذار به مدرنیسم نشده بود و در آن دوره مشکلات اجتماعی اغلب به صورت مجزا مشاهده میشوند، یعنی مشکلات پیوندی با هم نداشتند و به‌صورت جزایر جداگانه‌ای بودند. مشکلات کمتر به صورت اپیدمی بودند و شیوع و همه‌گیری نداشتند. پراکندگی پایینی داشتند و بیشتر تحت‌تأثیر سطح خرد به‌وجود می‌آمدند. اصلاً سطح میانی تقریباً وجود نداشت، یعنی دستگاه مسئول مداخله‌کننده در مسائل اجتماعی نداشتیم. برای نمونه، در حدود سال ۱۳۱۳، پدیده‌های داشتیم بهنام اصغر قاتل که در تاریخ ایران جا افتاده و در بحث‌های مربوط به کودکان‌آوری مطرح میشود. این شخص که نام اصلیش علی‌اصغر بروجردی بود، فردی بود از خانواده‌ای که پدرش راهزن و دزد بود و خودش هم در کودکی مورد تعرض قرار گرفته بود و بعدها ۳۳ کودک را در مناطق مختلف هم آزار جنسی داده بود و هم به قتل رسانده بود. از این پدیده‌ها کمابیش دیده میشود و در مقاطع مختلف تاریخی نیز هست، یعنی این وضعیت تا اواخر دهه ۳۰ وجود داشت و مشکلات اجتماعی عمدتاً به صورت نقطه‌های و مقطعی و جداً مردانه هستند. البته روسپیگری را باید از این قاعده مستثنا کرد، چون حتی در دوره صفویه محله روسپیان وجود داشت و پس از آن نیز وجود آن گزارش شده است. از حدود سال ۱۳۴۲ که انقلاب سفید رخ میدهد و شهرنشینی افزایش مییابد و مهاجرت به‌عنوان پدیده‌های جدی مطرح میشود، نسل دوم مشکلات اجتماعی آغاز میشود. در این دوره، مشکلات اجتماعی به صورت زنجیرهای دوتایی با هم ارتباط دارند و فراتر از آن نمیروند، یعنی شما کمتر سارق قاتل دارید، یعنی سارق تنها سرقت میکند، بدون اینکه قتل کند، اما ممکن است معتاد باشد. یا ممکن است معتاد باشد، ولی دیگر مشکلات را نداشته باشد و مثلاً روسپی معتاد نباشد. پیوند را اغلب بین دو مشکل ملاحظه میکنیم. افزون بر آن، در این مشکلات همچنان رنگ مردانه دارند. اما تغییر قابل‌توجه دیگر که در دوره دوم رخ داد، شیوع منطقهای یا محلی مشکلات بود. یعنی در هر شهر یا منطقهای بخشی، محله‌های به شیوع مشکل خاصی اشتها پیدا میکنند. این وضعیت تا اوایل دهه ۶۰ در ایران ادامه دارد. در دوره دوم به‌تدریج سهم سطح میانه و کلان در بروز شیوع مشکلات اجتماعی زیاد میشود مثلاً سیاستهای اقتصادی، موج مهاجرت را به‌وجود می‌آورد و همین پدیده موجب افزایش شیوع و بروز مشکلات در شهرهای بزرگ میشود. در این دوره دولت با ورود به برنامه‌ریزی و مداخلات اجتماعی، اقتصادی و اتخاذ تصمیمات نادرست و دام‌زدن به توسعه نامتوازن و ناپایدار زمینه افزایش مشکلات اجتماعی را هم از لحاظ کمی و هم تنوع و کیفیت فراهم میکند.

در این دوره تا حدی برخی مشکلات اجتماعی از حالت نقطه‌های بیرون می‌آید و گسترش جغرافیایی آنها بیشتر میشود. بر فرض در تهران، محله‌های درگیر روسپیگری و اعتیاد میشود و منطقهای دیگر سرقت و خرید و فروش لوازم سرقتی. در دیگر شهرهای بزرگ مثل شیراز، تبریز، مشهد و اصفهان هم کمابیش چنین وضعیتی وجود دارد. اما باز هم نوعی انزوای اجتماعی، محدودیت و حصار در مناطقی که این مشکلات در آنها شایع است، وجود دارد. مثلاً در منطقه طوقچی اصفهان خرید و فروش

وسایل سرقتی رایج شد، اما قطب روسپیگری و فحشا تشکیل نشد، ولی این مسئله در شیراز به شکل دیگری وجود داشت. از اواسط دهه ۶۰ بهتدریج تحولات جدیدی در حوزه مشکلات اجتماعی رخ میدهد که شواهد آن را در اوایل دهه ۷۰ آشکارا میبینیم. از سال ۶۸-۶۹ (پس از جنگ) شیوع انفجاری مشکلات اجتماعی آغاز میشود، یعنی مشکلات اجتماعی هم شایعتر میشود و هم به خارج از مناطق و محلههای خاص میروند و نوعی عمومیت پیدا میکند.

در این دوره پیوند بین مشکلات اجتماعی زیاد میشود و زنجیرهای از این مشکلات به هم مربوط میشود. چندی پیش در روزنامه نوشقه بود یک پدری با خوراندن دوغ مسموم به سه بچهاش خودکشی خانوادگی کرده بود، یعنی دوغ را عمدتاً با سم مسموم کرده بود تا خودش همراه با بچههایش فوت کنند البته خودش نجات یافت. این پدر معتاد و از همسرش جدا شده بود. در اینجا چند پدیده را در کنار هم شاهد هستیم؛ طلاق، اعتیاد، کودکآزاری و خودکشی. این پدیده مدل رایج دوره سوم مشکلات اجتماعی، یعنی دورهای است که در آن هستیم. در این دوره ما شاهد پیوند چند زنجیرهای بین مشکلات اجتماعی هستیم، یعنی اعتیاد با بیکاری، فقر، طلاق و روسپیگری ارتباط نزدیکی پیدا میکند، چرخهای شکل میگیرد که بیرون آمدن از آن بسیار دشوار است. نکته جدید دیگری هم که رخ میدهد این است که بهتدریج مشکلات، حوزه خود را گسترش میدهند. مثلاً از مجموع مشکلات اجتماعی مردانه، بهتدریج سهمی هم به زنان تعلق میگیرد. یعنی مشکلاتی که کاملاً جنبه مردانه داشتهاند مانند سرقت و اعتیاد وارد حوزه زنان هم میشوند. همیشه سهم کوچکی از معتادان را زنان تشکیل میدادند، یعنی اعتیاد مشکل مردان بود، در این دوره بهتدریج زنان معتاد را میبینیم، همچنین سهم زنان از جرم که از ۲ تا ۳ درصد تجاوز نمیکرد به حدود ۱۱-۱۰ درصد افزایش مییابد. حتی سهم زنان زندانی افزایش مییابد. جالب این است که از آن سو هم کمکم شاهدیم که مشکلات زنانه هم مردانه میشوند؛ برای نمونه، روسپیگری که عمدتاً یا در مواردی کاملاً مشکل زنانه بود، حالا دیگر مشکل مردان هم شده است. یعنی مردان روسپی هم وارد بازار روسپیگری شدهاند. مردانی که خودفروشی میکنند و خیابانی هستند و از این راه کسب درآمد میکنند. بنابراین میبینید که مشکلات اجتماعی در این دوره تغییرات زیادی میکند، هم به لحاظ کمی و هم کیفی خطرات بیشتری جامعه و سلامت آن را تهدید میکند.

■ مردان روسپی خانهایبی در اختیار دارند؟

- شکلها و روشهای مختلفی برای جلب مشتری دارند، هم در خیابان می ایستند و هم پاتوقهایی در شهر دارند. پدیده بسیار پیچیده و جدیدی است، کاملاً با الواطهایی که در قدیم وجود داشتند، متفاوتاند.

از دیگر ویژگیهای مشکلات اجتماعی در این دوره، ورود مشکلات جدید است. یعنی مشکلاتی که در گذشته وجود نداشتند و حالا بهوجود آمدند. مانند مسئله ایدز که بهعنوان یک مشکل اجتماعی تا هفت یا هشت سال پیش موضوعیتی نداشت حالا وارد فهرست مشکلات اجتماعی ایران شده است. بهعلاوه مشکلات اجتماعی در این دوره نهتنها از حوزه محلی و منطقهای خارج میشوند، بلکه حتی دایره تأثیرگذاری و شیوع و بروز آنها جنبه بینالمللی هم پیدا میکنند. یعنی اعتیاد، ایدز و روسپیگری فرامرزی میشود. حالا دیگر جای پای روسپی ایرانی را باید در کشورهای عربی هم جستوجو کرد.

بهتدریج در دوره سوم مشکلات اجتماعی ارتباط زنجیرهای پیچیدههای پیدا میکند. بنابراین علاوه بر ارتباط با کل ساختار اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، ارتباط درونی هم پیدا میکنند و از این راه هم مورد بحث قرار میگیرند این رابطه تقابل است و علت و معلولی نیست، تقدم و تأخری ندارد. یعنی مشکلات اجتماعی در عرض همدیگر حرکت میکنند نه در طول هم. هم بروز فقر یا بیکاری و هم بروز اعتیاد میتواند به فقر و بیکاری بینجامد. بروز اعتیاد میتواند به طلاق بینجامد و برعکس آن هم امکانپذیر است، اما هر دوی اینها میتواند زمینهساز روسپیگری باشد. نکته دیگری که در این دوره آخر در مورد مشکلات اجتماعی رخ داده است، این پدیده است که اگر در دوره اول مشکلات اجتماعی تکلفتی بودند و مثلاً ممکن بود فقر موجب

بروز اعتیاد شود، در دوره دوم هم باز علل بهوجود آمدن مشکلات اجتماعی منطق ساده و خطی دارد. اما در دوره سوم، این منطق پیچیدهتر میشود، یعنی این کلیشه ذهنی که فقر همواره باعث بروز مشکلات اجتماعی میشود را تغییر میدهد. گاهی اوقات هم ثروت میتواند موجب بروز مشکلات اجتماعی شود. گاهی اوقات نابرابری ممکن است موجب مشکلات اجتماعی شود. در بروز روسپیگری برخی مطالعات نشان میدهد که همه زنان روسپی بهدلیل عدم تأمین نیازهای اساسی و اولیه و برای بقای خود، لزوماً تن به تنفروشی نمیدهند، بلکه برخی از آنها امروزه برای فرار از نابرابری و دسترسی به فرصت و ایجاد زندگی بهتر دست به تنفروشی میزنند. بنابراین باز هم مشکلات اجتماعی، جنبههای پیچیدهتری پیدا میکند. بخش قابلتوجهی از زنانی که در منطقه شهر نو تهران اسکان داشتند و فعالیت میکردند مهاجر بودند و بخش زیادی از آنها بهدلیل فقر و نداشتن درآمد و تأمین نیازهای اولیه ناچار به تنفروشی بودند. در مطالعه خانم فرمانفرمایان در شهرنو تهران گزارش شده که در سال ۱۳۴۷ تنها ۶/۲ درصد زنان تنفروش برای یافتن ثروت اقدام به روسپیگری کردهاند و اغلب زنان در شرایط بسیار فقیرانه‌های زندگی میکردهاند. ولی مطالعات امروز نشان میدهد که این الگو تغییر کرده و نزدیک به نیمی از زنان تنفروش، زنان و دخترانی هستند که برای رهایی از نابرابری و دستیابی به زندگی بهتر به این کار روی میآورند. به هر حال در دوره سوم مشکلات اجتماعی ابعاد پیچیده‌های میابند و پیوندهای بین آنها قویتر میشود. بنابراین در پاسخ به سؤال شما باید تأکید کنم که در حال حاضر رابطه مشکلات اجتماعی عرضی است و این رابطه متقابل معمولاً به صورت زنجیره‌های از چندین مشکل اجتماعی گزارش شده است.

■ اگر می‌توانید در اینجا میزان کمی و کیفی و آماری اینها را ذکر کنید تا ببینیم از تعامل اینها میتوانیم به چه باید کرد برسیم یا نه؟ نکته دیگر اینکه تا به حال چه کارهایی صورت گرفته و در مورد اعتیاد، فقر و بیکاری چه فعالیتهایی صورت گرفته و این فعالیتهای تا چه حد ناکام بوده است؟ آیا نیروهای ————— میتوانند در زمینه حل این معضلات کمکی کنند؟

- اگرچه ممکن است اتفاق نظری در مورد روند مشکلات اجتماعی در ایران به تفکیک هر مشکل وجود نداشته باشد، ولی در مورد روند کلان وضعیت اجتماعی، اتفاق نظر وجود دارد، یعنی اگر بخواهیم جمع ببندیم و بگوییم شاخصهای اجتماعی در ایران چه روندی را طی کردهاند، این شاخصها، بخصوص در حوزه مشکلات اجتماعی روند مطلوب و قابل قبولی نداشتهاند. شیوع و بروز مشکلات اجتماعی در ایران روند رو به افزایش داشته، اگرچه گروهی مدعی میشوند که در برخی حوزهها و مشکلات اجتماعی روند بهتر بود و در برخی روند نامطلوب بوده است، اما بهطور کلی ارزیابی مثبتی از روند تحولات اجتماعی در ایران بخصوص در حوزه مشکلات اجتماعی وجود ندارد.

■ برای نمونه آیا فقر و بیکاری بهطور مستقل بررسی نشده است تا جوان در مرحله دوم و سوم که اینها زنجیره‌های دوتایی و سه‌تایی می‌شود بررسی شود؟

- باید توجه کرد که ممکن است - و اغلب هم اینگونه است - که ورود یک فرد در چرخه مشکلات اجتماعی از یک مشکل شروع میشود. نکته مهم این است که به دلیل ویژگیهای مشکلات اجتماعی در شرایط کنونی (دوره سوم) فرد بلافاصله درگیر چرخه مشکلات اجتماعی میشود. مثلاً فرد در وهله اول فقط معتاد است و وضع مالی خوبی هم دارد، شروع به سوء مصرف مواد میکند و در این دوره بهتدریج از مصرف تفنی مواد به اعتیاد روی می‌آورد و از خوردن مواد به تزریق آن میرسد و بعد در جریان تزریق مواد، دچار ایدز میشود و این پروسه او را در چرخهای وارد میکند که کلکسیونی از مشکلات اجتماعی را در بر میگیرد. بنابراین اگرچه در شروع با یک مشکل آغاز میشود، ولی بلافاصله آن چرخهای که مانند یک سیاهچاله فرد را میبلعد ایجاد میشود و فرد را دچار مشکلات جدیدی میکند.

اما در مورد روند مشکلات اجتماعی به صورت مجزا مطالعات خوبی در مورد اعتیاد، فقر و بیکاری شده است. اگرچه در مورد

شیوع سوء مصرف مواد و تعداد معتادان اختلاف نظر وجود دارد، اما اغلب مطالعات، حتی مطالعاتی که سیستم‌های دولتی انجام داده‌اند نشان دهنده روند رو به افزایش سوء مصرف مواد است. استثناهایی در این مورد وجود دارد، ولی مطالعات رسمی و دولتی رقم تکراری یک میلیون و دویست هزار معتاد و ۸۰۰ هزار مصرف‌کننده تفنی را که از پیش از انقلاب تکرار می‌شود بیان میکنند. اما دیگر مطالعات بیش از سه میلیون معتاد را تخمین می‌زنند.

این مربوط به چه سالی است؟

- سالهای ۸۳ و ۸۴. اما نکته‌های که در مورد شیوع سوء مصرف مواد است، اختلاف نظر در مورد ثابت ماندن این رقم یا افزایش آن است. من نشنیدم محقق روی این موضوع تأکید کند که اعتیاد کاهش یافته است. عده‌های روی ثابت ماندن این رقم تأکید میکنند و اینکه تعداد معتادان در جمعیت ثابت مثلاً ۱۰۰ هزار نفر جمعیت ثابت مانده، اما گروه بیشتری از پژوهشگران روی افزایش اعتیاد تأکید میکنند. اما حتی بین کسانی که از این جهت اختلاف نظر است، در یک مورد اتفاق نظر هست و آن تغییر الگوی سوء مصرف مواد و اعتیاد است که آثار و عوارض مصرف مواد و اعتیاد را گسترده‌تر و اثرگذارتر میکند و اساساً اهمیت آن اگر بیشتر از شیوع کمی نباشد، کمتر نیست. منظور من از تغییر کیفی، تغییر در نوع هدف مواد و افزایش مصرف تریقی مواد است که به نوبه خود مشکلات جدیدی مانند ایدز و دیگر بیماری‌های عفونی را وارد جامعه ایران میکند. از دیگر علائم تغییر کیفی یا تغییر الگویی اعتیاد، تغییر نوع مواد و ورود مواد جدید است که تأثیرات وخیمتری روی معتادان می‌گذارد، افزایش مصرف هروئین و وجود مواد جدیدی مثل تمجیزک، نوجیزک، کراک، اکس و شیشه. این مواد جدید از مرزهای افغانستان و پاکستان وارد میشوند، بنابراین ورود این مواد آثار و عوارض بیشتری در پی داشته است. مصرف سنتی ایران، تریاک بوده است و این ماده یکی از کم‌ضررترین مواد مخدر است که ترک آن هم آسانتر از دیگر مواد است، نکته دیگری که در تغییر الگوی سوء مصرف مواد ایجاد شده، مربوط به روش‌های مصرف فردی و جمعی است. یعنی مصرف جمعی زیاد شده که این روش آثار گسترده‌ای را ایجاد کرده است.

پیش از این هم در شیره‌کش‌خانه‌ها به صورت جمعی مصرف می‌کردند.

- بله، اما در معرض دید عموم بوده، ولی اکنون در خانه‌ها به شکل خصوصیتی است و به صورت اکسپارتی و شکل‌های دیگر که با تغییر روش مصرف از دود کردن و تدقین به تزریق مخاطرات بیشتر و آثار سوء وخیمتری پیدا کرده است. این مسائل فراتر از سوء مصرف مواد و صرف اعتیاد است، یعنی رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهد. در این مهمانیها قرص اکس مصرف می‌شود و بعد از مصرف این قرص، میزان هوشیاری کاهش می‌یابد، توهم افزایش می‌یابد و رفتارهای پرخطر جنسی رخ می‌دهد.

در این مهمانیها از دختران فیلمبرداری هم می‌شود و در جامعه پخش میکنند.

- بله، خود این موضوع مشکل اجتماعی جدید است و از ویژگی‌های این دوره است که مشکلات اجتماعی همواره در حال بازتولید است؛ هم به لحاظ شیوع و فراوانی و تعداد آن و هم به لحاظ نوع آن. مثلاً همین پدیده پخش تصاویر زننده روابط جنسی خانوادگی یا دوستانه و غیرخانوادگی، در بازار سیاه ایران رونق قابل توجهی دارد. بنابراین در مورد اعتیاد میتوان اینگونه جمع‌بندی کرد که حتی در صورتی که فرض را بر این بگذاریم که شیوع و بروز مصرف مواد ثابت مانده است که اساساً به لحاظ علمی چندان قابل دفاع نیست، اما الگوی آن تغییر کرده و وضعیت به مراتب خطرناکتری را در برابر ما قرار داده است.

اینکه می‌گوییم دفاع از ثابت‌ماندن تعداد معتادان علمی نیست، بخشی از آن به این استدلال بازمی‌گردد که باید روشن شود، به چه علت مصرف مواد ثابت مانده است؟ آیا عوامل روی آوردن جامعه به اعتیاد ثابت مانده که در نتیجه اعتیاد رشد نکرده

است؟ آیا بحرانهای اجتماعی کاهش یافته و یا بحران هویت تخفیف یافته است؟ آیا بحران هویت جنسی کاهش یافته و فقر و بیکاری کمتر شده است؟ چون در زنجیره اعتیاد و در نقطه ورود به اعتیاد یکی از این عوامل دخیل است. مطالعات نشان میدهد همه این موارد رو به افزایش بوده است.

■ یعنی شدت اعتیاد، کمتر از کمیت و رشد کمی آن نبوده است؟

- بله، الگو تغییر یافته که اثرات سوء تغییر الگو بسیار بیشتر از افزایش شیوع آن است. اگر امروز میشد معتادان ایرانی را راضی کرد تنها تریاک و به وافور و پای منقل، مواد مصرف کنند و در برابر همه رفتارهای دیگر خود را در مصرف مواد، کنار بگذارند شرایط به مراتب قابل قبولتر و بهتر میشد، یعنی رفتارهای پرخطر کمتر میشد، اما متأسفانه امکان تحقق چنین شرایطی نیست. در مورد روند فقر در ایران برخی مواقع خطاهایی صورت میگیرد. اعداد و ارقام رسمی که عمدتاً پایه آن طرحی است با عنوان اندازگیری هزینه و درآمد خانوار در ایران که توسط مرکز آمار ایران انجام میشود. پایه اطلاعاتی همه مطالعات در مورد فقر در ایران نتایج این طرح است که سالیانه انجام میشود. در مورد دقت و صحت این دادهها به لحاظ روش علمی گردآوری آنها و اهم امکان تعمیم آن به کل جامعه ایران، اگر و اماهای زیادی وجود دارد، اگرچه فعلاً دادههای طرح هزینه - درآمد خانوار جامعترین اطلاعات لازم را برای مطالعات فقر در اختیار محققان قرار میدهند، اما در هر حال باید توجه داشته باشیم اگر خطاهای روششناختی در این مطالعه وجود داشته باشد، این به کل مطالعات صورت گرفته تعمیم مینماید. برای همین هم برخی اقتصاددانان ترجیح دادهاند که با آمارها و اطلاعات دیگر هم وضعیت فقر را ارزیابی کنند. مثلاً برخی شاخصهای کلان اقتصادی را مبنا قرار دادهاند و تأکید کردهاند. اگر تورم در جامعه افزایش یابد به این معناست که فقر افزایش پیدا کرده است، بنابراین با بررسی روند نرخ تورم در ایران وضعیت فقر را بررسی کرده و ادعا میکنند اگر شاخص بهای کالاها مانند مواد خوراکی - دختانی افزایش یابد فقر افزایش پیدا میکند. یا در مورد مسکن به عنوان یک عامل مهم که گریبانگیر بخش قابلتوجهی نزدیک به یک سوم از خانوارهای ایرانی است، میگویند اگر هزینههای مسکن افزایش پیدا کند، فقر افزایش پیدا میکند

اعتیاد مسمومیت مزمن است

امروزه طبق آمار سازمان ملل حدود ۱۸۵ میلیون نفر در سراسر جهان درگیر اعتیاد هستند، اگر این تعریف که اعتیاد مسمومیت مزمن است غلط باشد، که به نظر ما همین طور است، میلیونها معتاد و هزاران پزشک و متخصص و مسئولین مختلف در سراسر گیتی گمراه شده اند. در این صورت چه کسی میخواید پاسخ این اشتباه علمی را بدهد؟

اعتیاد مسمومیت مزمن نیست! چرا؟ چون وقتیکه مسأله مسمومیت مطرح میگردد، عنوان سم به میان می آید و وقتیکه چنین شد، به دنبال سمزدایی می رویم.

اکنون باید گفت مواد مخدر اصلاً سم نیستند.

مثلاً: هرویین اسم علمی آن دیاستیل مرفین است، (از یک کیلو مرفین ۹۰۰ گرم هرویین ساخته می شود) و هر روز از مرفین در امور پزشکی بعنوان یک داروی بسیار مؤثر و مفید استفاده می گردد. تریاک هم شامل: مرفین، کدیین، پاپاورین و ترکیباتی دیگر است که در پزشکی کاربرد بسیار دارند. در حشیش و گرس هم مادهای وجود دارد بنام THC که در گذشته در پزشکی مصرف ویژه ای داشت. شاید گفته شود اگر زیاد مصرف شود مثل سم عمل می کند، ما هم قبول داریم هر دارویی که بیش از اندازه استفاده شود اثر کشنده دارد (مثل انواع قرصهای روان گردان و آرام بخش و خواب آور و حتی ویتامینها).

اصولاً سمی بودن، امر نسبی است و لذا می توان تعریف ذیل را ارائه نمود:

هرگونه ماده خارجی (بصورت گاز، مایع، جامد) از هر طریق وارد جسم گردد و جسم را از تعادل خارج نماید و به سمت

مرگ سوق دهد ، سم تلقی می‌گردد . بنابراین وقتیکه کسی را مار می‌گزد ، بلافاصله او را به بیمارستان منتقل می‌کنند و کاری می‌کنند که سم مار از بدنش خارج گردد ، چون سم مار عامل خطرناک و کشنده است و بایستی سریعاً از جریان خون خارج شود. این عمل را سم‌زدایی می‌گویند. فردی که به تریاک عادت ندارد ، اگر بیش از یک‌گرم تریاک بخورد ، اثر کشنده و سمی دارد و او را بایستی بلافاصله سم‌زدایی نمود و یا اگر تعداد زیادی قرص بخورد ، همین عمل سم‌زدایی انجام می‌گیرد. از این اشتباه علمی فاحش تعجب می‌کنم همین طور از اینکه چگونه متخصصین و دانشمندان به این نکته توجه نمی‌کنند. اکنون برای روشن شدن این اشتباه فاحش ، سوالات ذیل را مطرح می‌نمایم.

سؤال اول : فرض کنیم فردی به مدت ۲ سال ۸ واحد مرفین در بیمارستان به او تزریق شود ، اکنون پزشک معالج می‌خواهد مرفین او را قطع کند چه عملی انجام می‌دهد ؟

الف : آیا او را سم‌زدایی می‌کند ؟

ب : آیا مرفین مصرفی او را تیپر می‌کند ؟

سؤال دوم : فرض کنیم شخصی ۱۰ سال تمام از داروهای آرام‌بخش ، خواب‌آور ، ضدافسردگی ، کدیین‌دار ، کورتن و غیره استفاده می‌کند ، برای قطع داروی او در صورت ضرورت چه عملی انجام می‌دهیم ؟

الف : آیا او را سم‌زدایی می‌کنیم ؟

ب : آیا داروی مصرفی او را تیپر می‌کنیم ؟

حتماً پاسخ خواهند داد داروی او را تیپر می‌کنیم ، چون اگر سم‌زدایی کنیم و بخواهیم بقایای دارو را از بدن شخص خارج کنیم ، تخریب زیادی به شخص وارد می‌شود و حتی در شرایط خاص ممکن است باعث مرگ شخص گردد.

سؤال سوم : فردی ۲۰ سال تمام هرویین و یا تریاک مصرف می‌کرده ، حالا می‌خواهیم مواد مصرفی او را قطع کنیم ، حالا چه عملی بایستی انجام بگیرد ؟

۱ - آیا سم‌زدایی‌اش می‌کنیم ؟

۲ - آیا مواد مصرفی او را تیپر می‌کنیم ؟

حتماً خواهید گفت هرویین و تریاک با دارو فرق می‌کند و موادمخدر محسوب می‌شود. اینها سم هستند و باع سم‌زدایی صورت گیرد و برای محکم‌کاری یک دارو هم بدهیم که اگر پس از سم‌زدایی ، هرویین و تریاک مصرف کرد ، گیرنده‌های موادمخدر در بدنش مسدود گردد و اثر نکند. کارشناسان استناد می‌کنند به اینکه ابتدا این حالت را روی موش‌ها آزمایش کرده‌اند و پاسخ خوب بوده است. بیچاره موش‌ها!

در اینجا لازم است متذکر بشویم بحث ما بحث علمی است و با تلقی عامیانه و برداشت جامعه و نگاه قانون کاری نداریم ، بحث فیزیولوژی انسان است.

اکنون سؤال آخر من این است : مگر نه اینکه نام هرویین اسم قراردادی یا تجاری دی‌استیل مرفین است ؟ و نام تریاک اسم قراردادی یا تجاری مجموعه داروهای مرفین ، کدیین ، ناركوتین ، نارسئین و پاپاورین است و تریاک یک ترکیب وحشتناک و فوق‌العاده قوی از انواع داروهای مسکن ، آرامبخش ، دوپینگ ، عادت‌آور و ... می‌باشد. بنابراین ما با تریاک و هرویین و اسم عامیانه موادمخدر سرکار نداریم ، اگر به اسم اصلی و علمی آنها توجه می‌شد ، مسئله خیلی براحتی حل می‌شد و همان کاری را که برای سایر داروها انجام می‌دادند برای موادمخدر هم انجام می‌گرفت.

اکنون سم نبودن موادمخدر را با مثال دیگری نشان می‌دهیم.

فردی که به تریاک عادت ندارد اگر بیش از یک‌گرم تریاک بخورد آثار مسمومیت در او ظاهر می‌گردد و به سمت مرگ می‌رود.

حال اگر فرد دیگری معتاد به تریاک باشد و روزانه ۱۰ گرم تریاک را بصورت خوراکی مصرف کند وقتی که مصرف می کند به سمت تعادل حرکت می کند و اگر مصرف نکند ، به سمت عدم تعادل می رود و البته احتمال مرگ هم در شرایط خاص برای او وجود دارد. بنابراین این چگونه سمی است که برای یکی مایه مرگ است و برای دیگری مایه حیات؟! به دیگر سخن ، اگر مرفین ، دی استیل مرفین ، کدیین ، ناکوتین ، نارسئین و پاپاورین ، در جهان پزشکی سم تلقی می گردند ، بنابراین می توان هرویین و تریاک را هم سم تلقی نمود ، در این صورت بایستی این سموم را از جهان پزشکی خارج کرد ، چون داروهائی مثل شربت های سینه و یا قرص هایی که حاوی کدیین هستند و یا مرفین و سایر مشتقات تریاک که در جهان پزشکی کاربردهای مفید و موثری دارند ، سم هایی هستند که ما دانسته بخورد انسان ها می دهیم.

علمی که تجربه شده باشد ، سندی بدون نقص است

همه می گویند ، ما هم می گوئیم که راه های زیادی برای درمان اعتیاد وجود دارد ، ولی راه درست و صحیح و یا به عبارتی صراط مستقیم فقط یک راه است . نکته مهم این است که برای رسیدن به مقصد ، سه اصل ذیل لازم و ضروری است:

الف : مبدا

ب : مقصد

ج : هدف

برای معالجه هرگونه بیماری بایستی ۳ اصل فوق در نظر گرفته شود. مثلاً برای فردی که سرطان دارد:

مبدا : تشخیص نوع و پیشرفت بیماری ، مقصد : شیمی درمانی یا جراحی و هدف : مهار بیماری است.

ممکن است گفته شود برای مسافرت یا بیماری ، مبدا مهم نیست بلکه مقصد اهمیت دارد ، ولی ما در پاسخ می گوئیم اگر شما در نقطه ای قرار دارید باوجود اینکه نقشه ، قطب نما و تمامی تجهیزات لازم را دارید ، اما نمی دانید در کجای زمین هستید و در چه نقطه ای قرار دارید ! چگونه می خواهید به طرف مقصد حرکت کنید و یا برای درمان یک بیماری که نمی دانیم بیماری فرد چیست ، چگونه می خواهیم او را درمان نماییم ؟ بنابراین برای درمان هر بیماری ، ابتدا لازم است مبدا را که همان تشخیص کامل بیماری است ، مشخص کنیم که بیمار در چه نقطه ای قرار دارد و دقیقاً کدامین قسمت های جسم دچار مشکل شده است.

حال این سؤال را مطرح می نمایم.

فرد معتاد از نظر جسمی یا فیزیولوژی در چه نقطه ای قرار دارد ؟ البته در این بحث و بررسی فقط و فقط مسئله جسم و فیزیولوژی مطرح است و بررسی روان ، جامعه ، تفکر و اندیشه که در درمان اعتیاد مهم هستند را کنار می گذاریم. حال مبدا ، مقصد و هدف روش های درمانی موجود را در سراسر گیتی که به نام درمان در قسمت جسم یا درمان فیزیکی یا فیزیولوژی فرد معتاد عمل می نمایند ، مورد کاوش قرار می دهیم. **نگاهی به روش های ترک یا درمان فیزیکی اعتیاد**

مبدا یا تشخیص : وجود مقداری سم یا موادمخدر در جسم بیمار۔

مقصد : خارج کردن سمها از جسم بیمار به روش های گوناگون

هدف : منفی بودن آزمایش ادرار که نشان خروج سم است..

اکنون خواهش می کنم کسانی که زبانی جز زبان علم ندارند ، پاسخ مرا بدهند. به اعتقاد اینجانب تئوری سم زدایی برمبنای اندیشه های خیالی و نادرست بنیان گردیده و در تجربه با شکست کامل مواجه شده است ، مگر نه اینکه اصلاً علم پزشکی

بر مبنای تجربه عمل می‌نماید؟ تجربه‌ای که همیشه با شکست مواجه گردیده، چرا نباید مورد تردید قرار بگیرد، هرچند در تمامی کتب علمی از آن به عنوان یک روش نام برده شده است. شکست خوردگان در نهایت خواهند گفت: اعتیاد درمان ندارد.

اعتیاد جایگزینی مزمین است

یعنی موادمخدر بیرونی، چه گیاهی و چه شیمیایی و حتی الکل، جایگزین موادمخدر و یا مواد شبه‌افیونی طبیعی جسم انسان یا فرد معتاد شده است. برای مثال: موادمخدری مثل تریاک و هرویین، جایگزین مواد طبیعی بدن انسان مثل دینورفین شده اند که تا ۲۰۰ برابر مرفین قدرت دارد و یا اندرفین که ۳۰ تا ۷۰ برابر قدرت دارد و یا انکفالین و به طور کلی، تمامی سیستم‌های تولیدکننده موادمخدر طبیعی جسم فرد معتاد که می‌توان آن را سیستم بیوشیمی افیونی نام نهاد. البته به دلیل مصرف مکرر موادمخدر و ورود مرفین خارجی به بدن، موادمخدر طبیعی از چرخه حیات، خارج و یا منهدم گردیده‌اند و برای درمان، بایستی این سیستم‌ها دوباره راه اندازی شوند. تجربه نشان داده است برای ترمیم این سیستم‌ها حدوداً یازده‌ماه زمان لازم است، آن‌هم با روش صحیح، زیرا بیش از ۹۵ درصد حالت عدم تعادل فرد معتاد و عودهای مکرر پس از قطع مواد با سم‌زدایی، مربوط به این قسمت‌ها می‌باشد. بنابراین برای درمان اعتیاد در قسمت جسم مبدا، مقصد و هدف را به‌گونه‌ای دیگر مطرح می‌نمائیم:

مبداء یا تشخیص: تعیین میزان تخریب سیستم‌های شبه‌افیونی جسم
مقصد: بازسازی آن‌ها در طول یازده‌ماه.

هدف: برطرف شدن مشکلات روانی و روحی و رسیدن به تعادل و جلوگیری از عودهای مجدد دیدگاهی دیگر (کنگره ۶۰)

تشخیص بیماری:

هرگاه فردی بیش از ۳ سال بطور مرتب روزانه موادمخدری همچون هرویین، تریاک، حشیش، انواع قرص‌ها، الکل، کوکائین، شیشه و هر ماده‌ای که در اثر مصرف آن انسان را از حالت تعادل طبیعی خارج می‌شود، مصرف نموده باشد، سیستم‌های شبه‌افیونی جسم او تخریب شده‌اند، خواه فقط یک ماده باشد، مثل تریاک، الکل، هرویین، کوکائین و قرص، یا چند ماده مثل هرویین با قرص یا حشیش با الکل یا هرویین و تریاک و قرص.

مقصد یا روش درمان:

جسم انسان دارای سیستمی است که تا زنده است خودش، خودش را ترمیم می‌نماید، مشروط به اینکه شرایط مناسب را برای او فراهم نماییم. بنابراین بهترین روش، کاهش تدریجی یا تیپر کردن همان موادمخدر مصرفی می‌باشد که در پله‌های ۲۱ روزه با کاهش مصرف موادمخدر مرحله قبلی، انجام می‌گیرد و در این کاهش بعضی مواد که از یک خانواده می‌باشند می‌توانند جایگزین یکدیگر شوند. مثلاً در کاهش هرویین می‌توان تریاک را جایگزین نمود. پس از سه‌روز قطع کامل هرویین، روزانه نیم‌گرم تا یک‌گرم تریاک در دو وعده بصورت خوراکی مصرف می‌شود و برای سایر مواد، روش جایگزینی بقرار زیر می‌باشد:

تریاک با تریاک، الکل با الکل، حشیش با حشیش، کوکائین با کوکائین و در شرایط خاص با تریاک، انواع قرص‌ها با تریاک، هرویین با تریاک.

طول زمان درمان برای فردی که ۳ سال معتاد است با کسی که ۲۰ سال مواد مصرف کرده و برای کسی که نیم‌گرم مواد مصرف می‌کند یا شخصی که ۲۰ گرم مواد مصرف می‌کند، یکسان و یازده‌ماه می‌باشد، مثل کاشت گندم چه یک مشت بکاریم و چه یک خروار، زمان برداشت محصول یکی است و یا مثل زایمان که بستگی به سن و نژاد و نسل و چاق و لاغری ندارد.

هدف: رسیدن به تعادل جسمی و روانی

هیچ چیز در جهان نمی‌تواند جایگزین موادمخدر برای فرد معتاد بشود. نه پول، نه مقام، نه همسر، نه خدا و نه چیز دیگری. تنها چیزی که می‌تواند جایگزین موادمخدر بشود، موادمخدر طبیعی جسم او می‌باشد. چون با راه‌اندازی سیستم‌های شبه‌افیونی جسم او، کاملاً موادمخدر طبیعی خوب، سالم، بدون هزینه و بدون تخریب در اختیار او قرار می‌گیرد و اکثر مشکلات که آنها را به مشکلات روحی و روانی منصوب می‌کنیم، کاملاً محو می‌گردد.

جایگزین دارو:

از آنجائیکه تمامی مواد شبه‌افیونی که جسم انسان تولید می‌کند هنوز کشف نشده است، به این دلیل، در گام نخست، مصرف همان موادمخدر مصرفی، بهترین، کم‌خطرترین و مناسب‌ترین گزینه می‌باشد که با کاهش حساب شده به سیستم‌های جسم فرصت می‌دهد که خود را بازسازی نمایند، البته در شرایطی که قانون و جامعه اجازه این کار را نمی‌دهد، بهتر است فقط از یک داروی استاندارد استفاده شود. مثلاً برای جایگزینی متادون بجای تریاک یا هرویین اول بایستی میزان مصرف متادون با در نظر گرفتن میزان مصرفی موادمخدر شخص و دفعات مصرفی او تعیین گردد. لازم به ذکر است عمل جایگزینی حدوداً یک‌ماه زمان می‌برد تا سیستم‌های شخص آنرا بپذیرند، سپس مرحله کاهش پله‌ای یا تیپر کردن در فاصله پله‌های ۲۱ روزه انجام گیرد تا در کاهش هر پله، جسم خود را بازسازی و مواد شبه‌افیونی خود را دوباره تولید نماید. و از دادن هرگونه داروی کمکی مثل خواب‌آور، ضدافسردگی و آرامبخش جداً خودداری گردد چون جلوی فرایند زاینده بهبودی سیستم‌ها را سد می‌نماید و نمی‌گذارد جسم خودش، خودش را ترمیم نماید. در ضمن شخص به آرامی اعتیاد جدیدی را نیز تجربه خواهد کرد، که همانا اعتیاد به قرص‌ها می‌باشد.

اعتیاد وابستگی دارویی است:

عده‌ای معتقداند اعتیاد وابستگی دارویی است، اگر اعتیاد وابستگی دارویی است، بازهم بایستی دلیل آن کاملاً مشخص گردد که چرا معتاد بایستی دارو مصرف نماید و این دارو به مصرف کجای جسم می‌رسد و بایستی دقیقاً دلایل آن را بدانیم و روشی که میتوان وابستگی را بطور علمی از بین برد چگونه است و پروتکل درمانی آن چیست. به اعتقاد اینجانب این تعریف هم ما را به مقصد هدایت نمی‌کند. **درمان اعتیاد به طور کلی سه مؤلفه دارد.**

الف - جسم

ب - روان

ج - جهان‌بینی

اگر فردی بیش از سه سال بطور روزانه و مرتب از موادمخدر استفاده نماید، در سیستم‌های بیوشیمیایی شبه‌افیونی جسم خود تخریب ایجاد نموده و موادمخدر بیرونی جایگزین موادمخدر درونی جسم او گردیده است و در اثر قطع مصرف موادمخدر و بدلیل این‌که مواد شبه‌افیونی جسم دچار مشکل شده‌اند، اختلالاتی در جسم بوجود می‌آید که در اثر آن اختلالات، جسم

عکس‌العمل نشان می‌دهد که این عکس‌العمل‌ها شامل دو گروه عمده اند که نقطه کور درمان یا ترک اعتیادهای ناموفق و متداول امروزی در آن تبلور می‌یابد.

الف : عکس‌العمل‌های آشکار

ب : عکس‌العمل‌های پنهان

عکس‌العمل‌های آشکار

در صورت نرسیدن موادمخدر (خانواده تریاک و مشابه) به شخص مصرف‌کننده و یا قطع ناگهانی موادمخدر مصرفی ، عکس‌العمل‌هایی در جسم شخص معتاد ظاهر می‌شود ، که بسته به نوع مواد مصرفی ، مقدار و تعداد دفعات مصرف در ۲۴ ساعت پس از چند ساعت از دیر شدن نوبت مصرف آغاز می‌شود. عکس‌العمل‌هایی که به آرامی شروع می‌شود و پس از ۲۴ ساعت به اوج خود می‌رسند ، شامل موارد ذیر است:

عطسه‌های پی‌درپی بی‌خوابی

آبریزش از بینی استخوان درد ، در مچ‌پا و بازوها

عرق کردن پرش‌پا

اسهال خمیازه پشت‌سرهم

گرفتگی عضلات پا و گردن

در این عوارض اگر از دارو هم استفاده نشود ، مکانیزم جسم حداکثر پس از یک‌هفته خودبه‌خود باعث می‌گردد که جسم انسان بطرف تعادل میل نماید و پس از طی دوهفته به حداقل خود میرسد ولی بازهم ادامه دارد.

درمان در مرحله عکس‌العمل‌های آشکار

برای درمان در این مرحله هم‌اکنون از روش‌هایی استفاده میشود ، که در درمان قطعی اعتیاد چندان اهمیتی ندارد و مخرب نیز هست چون به سیستم‌های شبه افیونی جسم یک شوک مخرب وارد می‌نماید که شاید تا آخر هم قابل جبران نباشد و این سیستم‌ها قادر به لئس‌سازی خود نشوند. به عبارت دیگر ، چون موادمخدر طبیعی جسم از کار افتاده است و موادمخدر بیرونی مثل یک ستون زیر سقف تعادل شخص معتاد قرار گرفته است ، با قطع ناگهانی موادمخدر بیرونی مثل آن می‌ماند که ستون زیر سقف تعادل جسم شخص را یک مرتبه برداریم که قطعاً سقف فرو خواهد ریخت. شرط عقل آن است که ستون اصلی جسم را به آرامی ترمیم نماییم و هماهنگ با آن بار ستون مصنوعی موادمخدر بیرونی را کم نماییم.

روش‌هایی که اکنون اعمال می‌شود عبارتند از:

۱ - از طریق پزشکی با استفاده از دارو ، بمدت یک یا دوهفته

۲ - از طریق طب سوزنی همراه با دارو

۳ - کاهش موادمخدر مصرفی در یک یا دوهفته (روش سنتی)

۴ - از طریق روش‌های خشن و قوه قهریه مثل شلاق درمانی ، زندان درمانی در منزل ، بستن معتاد به تخت و یا طناب پیچ کردن

۵ - سم زدایی سریع و فوق سریع که بسیار تا بسیار مخرب است

۶ - با روش سقوط آزاد علی‌قطع ناگهانی و داوطلبانه موادمخدر

۷ - ورزش درمانی ، موزیک درمانی ، جادو درمانی ، جن درمانی و . .

ظاهراً تمامی روش های فوق برای ترک اعتیاد در مقطع بروز عکس العمل های آشکار مؤثر است ، چون فرد معتاد اگر آزمایش ادرار بدهد ، آزمایش منفی است یعنی موادمخدر در ادرار شخص نیست بنابراین به غلط می گویند کار درمان جسمی یا فیزیکی یا فیزیولوژی تمام است و فرد معتاد از نظر جسمی مشکلی ندارد و بقیه مشکلات معتاد ، روحی ، روانی و رفتاری است که بایستی درمان شود مثلاً با گفتار درمانی یا گروه درمانی ، تصور می کنند چون اسهال فرد معتاد بهبود یافته ، دیگر مشکل جسمی ندارد . تعجب می کنم از این همه اشتباه دانشمندان و متخصصین علم!

عکس عکس العمل های پنهان

این مرحله که حساس ترین و سرنوشت سازترین مرحله درمان اعتیاد بوده و همیشه از چشم متخصصان پنهان مانده است و اگر هم پنهان نبوده به آن توجه جدی نمی کردند و ساز و کار آن را نمی دانستند که چگونه و در چه مدتی بایستی این مرحله را سپری نمود و جسم را ترمیم نمود!

البته مشکلات این مرحله در مرحله اول هم وجود داشتند ولی انسان کمتر متوجه آن ها می شد. برای مثال کسی که در مرحله نخست دچار اسهال شدید گردیده و مرتب دل پیچه دارد و به طرف توالت می رود ، هرگز افسردگی را حس نمی کند. این مشکلات عبارتند از:

- ۱ - افسردگی ۲ - ناامیدی
- ۳ - گوشه گیری ۴ - عدم میل به زندگی
- ۵ - کم حوصلگی ۶ - زود خسته شدن
- ۷ - بی خوابی ۸ - تبلی
- ۹ - کندذهنی یا فراموشی ۱۰ - گریه کردن
- ۱۱ - ترشح بزاق چسبناک در گلو ۱۲ - بیدار شدن میل جنسی
- ۱۳ - ناتوانی جنسی (انزال سریع)

نکته بسیار مهم:

مشکلات فوق الذکر هیچ کدام در مرحله نخست منشا یا ریشه روانی ندارند ، در صورتیکه اکثر قریب به اتفاق متخصصین ریشه این مشکلات را علت های روانی می دانند و می خواهند با گفتار درمانی و یا گروه درمانی آن را حل نمایند ، در صورتی که این اختلالات در اثر ضعیف شدن سیستم ضد درد بدن انسان و عدم تولید یا بازدهی نامناسب سیستم های تولیدکننده مواد شبه افیونی و شبه مرفینی جسم انسان است که کاملاً ریشه فیزیولوژی دارد. بایستی برای معالجه به گونه ای عمل شود که این سیستم ها به آرامی دوباره کار خود را شروع نمایند و دادن داروهای خواب آور ، ضد افسردگی و روان گردان بعنوان داروهای کمکی به بیمار نه تنها کمکی به او نخواهد کرد بلکه باعث تخریب بیشتر سیستم افیونی جسم می گردد ، به عبارت دیگر با آب ریختن درون چشمه ای که خشک شده ، نمی توان آن را به جوشش درآورد ، بلکه بایستی بصورت اصولی و اساسی چشمه را ترمیم نمود. امروز ما با معتادین زیادی برخورد داریم که برای مثال موادمخدر را همراه با قرص های مختلف مصرف می کنند ، این ها همان کسانی هستند که قبلاً ترک اعتیاد کرده اند اما با عود مجدد به این قرص ها هم اعتیاد پیدا کرده اند. گاهی مشاهده شده اشخاصی که ۶۰ الی ۸۰ عدد قرص و گاهی ۳۰۰ الی ۴۰۰ عدد قرص (که به تصور و فکر هم نمی گنجد) مصرف می کنند

!

برای ترمیم سیستم‌های شبه‌افیونی ، تجربه نشان داده است که در صورت برنامه‌ریزی صحیح می‌توان با طی مسافت زمانی حدود ۱۱ ماه به ۹۰ درصد تعادل از نظر جسمی رسید. با تعادل جسم ، روان هم به تعادل می‌رسد. ۱۰ درصد باقیمانده در طول زمان حل می‌شود ، البته مشکل جهان‌بینی یا نگرش فرد نسبت به خودش و جهان پیرامون و سایر انسان‌ها هنوز به قوت خود باقی است که بایستی با شرکت در کلاس‌های گروه‌درمانی که از روز نخست درمان آغاز می‌گردد ، حل شود. لازم به توضیح است که اگر این مشکل ، یعنی جهان‌بینی حل نشود با برطرف شدن کلیه مشکلات جسم و روان ، شخص دوباره به اعتیاد روی خواهد آورد.

درمان در مرحله عکس‌العمل‌های پنهان

درمان در این مرحله به یک روش ولی دونوع ماده مصرفی انجام می‌گیرد:

الف : استفاده از یک داروی جایگزین استاندارد

ب : استفاده از خود ماده مخدر

الف : استفاده از خود ماده مخدر

در استفاده از خود ماده مخدر ابتدا میزان مصرف روزانه و دفعات مصرف در طول ۲۴ ساعت ، ظرف حداکثر یک‌هفته مشخص می‌گردد. هیچ لزومی ندارد ما بخواهیم میزان مصرف اولیه یا دفعات مصرف آن را کمتر از میزان مصرفی بگیریم ، چون تعادل شخص با شروع درمان بهم خواهد ریخت و ادامه راه را مشکل می‌نماید . در ضمن با شروع درمان مواد مصرفی به سرعت کاهش می‌یابد. پله‌های کاهش بایستی ۲۱ روزه یا ۳ هفته باشد . چون هفته اول فرد به میزان اندکی کاملاً متعادل نیست ، هفته دوم کاملاً اوضاع عادی می‌شود و هفته سوم مواد کاملاً فرد را سرخوش می‌نماید و آماده می‌شود برای حرکت یا کاهش بعدی. در طول زمان کاهش ، ممکن است هرگونه مشکلی مثل کم‌خوابی ، کم‌حوصلگی و یا افسردگی بروز نماید . باید بدانیم که مشکل بسیار جزئی است و حتماً بایستی صبر کند و تحمل نماید چون به سرعت جسم کمبود مواد مخدر را جبران می‌نماید. و لازم است در نظر داشته باشیم جسم با تمام قدرت در حال ساخت و ساز می‌باشد و حتی بعضی از بیماری‌های سابقه‌دار شخص مثل هیپاتیت ، نارسایی یا تپش قلب ، مشکلات گوارشی ، افسردگی‌های طولانی ، مشاهده شده که پس از پایان دوره درمان ، بهبود حاصل می‌شود و استفاده از هرگونه داروی کمکی مثل خواب‌آورها ، آرام‌بخش‌ها ، ضدافسردگی‌ها ، باعث جلوگیری از درمان قطعی می‌گردد.

میزان کاهش:

در مجموع میزان کاهش بایستی حدوداً یا ۲۰ درصد مرحله قبلی باشد و اگر تعداد دفعات مصرف روزانه بیش از یک‌بار باشد ظرف مدت ۵/۵ ماه شایسته است به نقطه یک‌بار مصرف در روز برسیم و کلیه دفعات مصرف به ترتیب اولویت یکی ، یکی حذف گردند.

این مرحله را می‌توان فقط با استفاده از یک‌دارو استاندارد طبق روش الف درمان را به مرحله اجراء درآورد.

نتیجه‌گیری:

بهترین راه جلوگیری از اعتیاد، بخصوص در میان قشر آسیب پذیر جوان، ایجاد بستر مناسب فرهنگی، در میان جامعه می باشد. نشر و توزیع آثار عواقب این معضل ، می تواند تا حدودی از گرایش جوانان به اعتیاد جلوگیری نماید. در این بین نقش دولت و خانواده از بروز این معضل خانمانسوز، انکار ناپذیر جلوه می نماید. توجه دادن نوجوان در خانواده ها به علوم دینی و قرآنی و پرهیز از هر گونه عوامل تحریک کننده، مانند؛ کشیدن سیگار، آشامیدن نوشابه های الکلی و رعایت اصول اخلاق و مسائل دینی ، می تواند جوانان را از کشیده شدن به دامان اعتیاد ، تا حدود بسیار زیادی بازدارد از طرفی مراقبت از انتخاب دوستان و رفت و آمدهای فرزندان نیز یکی از عوامل جلوگیری از اعتیاد فرزندان می باشد از سویی دیگر، دولن نیز نقش کارآمدی در این خصوص ایفاد می نماید. ایجاد مراکز تفریحی، ورزشی، فرهنگی در محله ها که جوانان بتوانند به سهولت پا در آنجا بگذارند و به ورزش و پرورش روح و جسم پردازند در مدارس، دانشگاه ها و آموزشگاه ها نیز بایستی علاوه بر امکان استفاده ی جوانان از این امکانات، در خصوص عواقب اعتیاد برای جوانان، کارگاه های آموزشی مداومی گذاشته شود

خلاصه جلوگیری از ابتلا به اعتیاد در هر جامعه ای و با هر هزینه ای، جلوگیری از هرز رفتن هزینه های درمانی و نوعی سرمایه گذاری انسانی و اقتصادی بشمار میرود. امروز در کشورهای پیشرفته، دولت اقدامات بسیار وسیعی در این خصوص انجام داده اند که می توان از آنها نیز الگو گرفت. به امید آنکه هیچ جوانی را معتاد نبینیم. انشا...!

موفق و مؤید و سلامت باشید