تکرار یک چرخه معیوب

مینو قاسمی*: این یک واقعیت است که معضل جدی سوء مصرف مواد مخدر در بین جوانان ایرانی وجود دارد. این می‌تواند به دلیل الگوبرداری توسط والدین - عمدتا پدران - و همچنین تحمل فرهنگی برخی مواد باشد. شروع زودهنگام استعمال دخانیات، با میزان مصرف روزانه بین ۴.۴ تا ۱۲.۸ درصد یک عامل خطر مهم برای سایر مشکلات سوء مصرف مواد است. استفاده از انواع داروها به جز داروهای تجویزی در پسران بیشتر است. الکل با حداقل ۹.۹ درصد در طول عمر، پرمصرف‌ترین ماده است. میزان مصرف مادام‌العمر مواد افیونی - عمدتا تریاک - بین ۱.۲ تا ۸.۶ درصد در مناطق مختلف کشور است. از آنجایی که سوء مصرف مواد مخدر یکی از معضلات رایج دانش‌آموزان دبیرستانی ایرانی است، طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر برای حفاظت از آنان ضروری است. چنین برنامه‌هایی از جمله آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش مواد مخدر در سال‌های اخیر برای دانش‌آموزان ایرانی از مهد کودک تا دانشگاه اجرا شده است.

همان‌طورکه می‌دانیم سابقه طولانی مصرف تریاک در ایران وجود دارد. مصرف تریاک به عنوان یک ماده تفریحی بیش از چهار قرن است که ثبت شده است. یکی از اولین توصیفات علمی درمورد مصرف تریاک در ایران توسط دکتر ژاکوب ادوارد پولاک (۱۸۱۸-۱۸۹۱) پزشک یهودی اتریشی که بین سال‌های ۱۸۵۱ تا ۱۸۶۰ در ایران در میان معلمان اولین دانشکده پزشکی ایران کار می‌کرد، نوشته شده است. شرح مفصل او از ایران و ایرانیان به صورت کتابی با عنوان اصلی «Persien, das land und seine bewohner» منتشر شد. وی در این کتاب می‌نویسد: «حشیش توسط برخی اقوام استفاده می‌شود، اما مصرف تریاک یک عادت بسیار رایج است و برخلاف حشیش هیچ انگ و شرم اجتماعی منفی برای مصرف‌کنندگان ندارد. حرام نیست و هر ایرانی که توان پرداخت هزینه‌اش را دارد روزانه از آن استفاده می‌کند. در حالی که مصرف مواد افیونی همچنان یک مشکل بهداشت عمومی بسیار مهم در ایران است، همان‌طور که در زیر توضیح داده شده است، تنها مشکل سوء مصرف مواد در ایران نیست. نوجوانی دوره‌ای آسیب‌پذیر برای شروع مصرف مواد مخدر است و سن پایین‌تر در اولین مصرف مواد به طور قابل‌توجهی احتمال مشکلات جدی‌تر مواد مخدر را افزایش می‌دهد. مانند همه جوامع، یک نگرانی خاص در ایران میزان مشارکت جوانان در مصرف/ سوء مصرف مواد است. هدف این مطالعه مروری بر داده‌های موجود درمورد ماهیت مصرف/ سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی در ایران است.

از آنجایی که تولید تریاک در افغانستان در دهه گذشته به طور چشمگیری افزایش یافته، جامعه ایران بیش از هر جامعه دیگری تحت تأثیر قرار گرفته است.

اگرچه اکثریت قریب به اتفاق کشفیات جهانی تریاک (۸۳ درصد) در ایران صورت می‌گیرد، اما هر ساله تن‌ها تریاک از افغانستان به سایر نقاط جهان سرازیر می‌شود و بیشترین سهم - ۴۰ درصد - از طریق ایران است. ایران در امتداد مرز شرقی خود با مشکلات عدیده‌ای مواجه است و بسیاری از تلاش‌های کاهش عرضه کشور در این زمینه متمرکز شده است. مصرف جهانی تریاک ۱۱۰۰ تن در سال تخمین زده می‌شود که توسط چهار میلیون مصرف‌کننده استفاده می‌شود. تخمین زده می‌شود که بیش از ۴۲ درصد در ایران استفاده شود.

همچنین تخمین زده می‌شود در ایران سالانه ۱۷ تن هروئین مصرف شود. این پنج درصد مصرف جهانی است. ایران بالاترین میزان سوء مصرف مواد افیونی را در جهان دارد (۶،۷). در سال‌های اخیر، استفاده از هروئین، کریستال مت‌آمفتامین و اکستازی افزایش یافته است. هیچ بررسی استاندارد مستقیمی برای یافتن شیوع سوء مصرف مواد در ایران وجود ندارد. اما نظرسنجی‌هایی وجود دارد که به تخمین وضعیت مصرف مواد کمک می‌کند.

آخرین بررسی سراسری مصرف مواد مخدر در ایران که در سال ۲۰۰۷ انجام شد، ارزیابی موقعیتی سریع بود (RSA 2007). این مطالعه بر اساس مصاحبه با مصرف‌کنندگان مواد مخدر در مراکز درمانی، سیستم دادگستری و زندان‌ها و همچنین مصاحبه با مطلعین کلیدی انجام شده است. این یک نظرسنجی خانگی نیست و بنابراین، تفسیر داده‌ها باید محدودیت‌های آنها را در نظر بگیرد. داده‌های منتشرنشده از این نظرسنجی نشان داد که از مجموع ۷۵ میلیون نفر جمعیت کشور (۱،۶ درصد)، ۱،۲ میلیون نفر معتاد به مواد مخدر وجود دارد.

اگرچه مواد مخدر سنتی در ایران تریاک و حشیش است، اما در سال‌های اخیر مصرف هروئین، کریستال مت‌آمفتامین و اکستازی بیشتر شده است. در RSA 2007 نشان داده شده است که ۴۷،۵ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر ایرانی متأهل بوده و معمولا یک یا چند فرزند دارند. دو مطالعه اخیرا منتشرشده نیز نشان داد که در مناطق مختلف کشور اکثریت جمعیت سوء مصرف‌کننده متأهل هستند.

مدت‌هاست که درجات مختلفی از خشونت علیه معتادان گزارش می‌شود. فرهنگ شکنجه و بدرفتاری خشن در مراکز توانبخشی خصوصی و دولتی موسوم به «اردوگاه‌های بازیابی» به طور نگران‌کننده‌ای گسترده است. در یک مورد گزارش شده، دادستان تحقیقاتی را درمورد مرگ یک معتاد تحت شکنجه در شهر جنوبی دوکوهک در سال ۲۰۲۰ آغاز کرد. تقریبا در همان زمان، فیلمی از سازمان‌دهندگان کمپ در شهر شیراز که بیماران خود را در حوضچه‌ای از آب یخ‌زده نگه داشتند، مستند کرد. کمپ‌های ماده ۱۶ یکی از ناموفق‌ترین روش‌های ترک اجباری معتادان در ایران است. مطابق ماده اصلاحی ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر معتادان به مواد مخدر و روان‌گردان مذکور در دو ماده (۴) و (۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضائی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه‌ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنابر نظر مقام قضائی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد.

تبصره ۱- با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضائی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می‌باشند که بنا بر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه می‌رسد.

تبصره ۲- مقام قضائی می‌تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده (۱۵) این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش‌ماهه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظف‌اند ماهانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضائی یا نماینده وی ارائه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیراین‌صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذی‌ربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است.

از سال ۱۳۸۹ و بعد از اجرائی‌شدن این ماده، اگر مأموران معتاد متجاهری در خیابان می‌دیدند (معتادی که از نوع پوشش و شرایطش مشخص است که اعتیاد دارد) به کمپ‌های اجباری فرستاده می‌شد. کمپ‌هایی که فجایع زیاد و البته کارایی کمی داشت و به گفته خود مسئولان این کمپ‌ها بیش از ۹۰ درصد بهبودیافتگان کمپ‌ها بعد از دوره ۲۱ روزه سم‌زدایی و خروج از کمپ مجددا سوءمصرف خود را آغاز می‌کردند.

اما به دلیل نبودن یک چرخه درست کمک‌رسانی به معتادان و خانواده‌های آنها و انکار اعتیاد، خانواده‌های زیادی هستند که مجبورند فرزندان خود را به کمپ‌هایی بسپارند که هرچند متعلق به ماده ۱۶ نیستند، اما دقیقا همان کارایی را دارند؛ یعنی کمپ‌های خصوصی عموما فاقد مجوز که در قبال دریافت مبالغ ماهانه فرزندان آنها را به بهانه ترک نگه می‌دارند. خانواده‌هایی که بعد از فرستادن اجباری فرزند یا اقوامشان به این کمپ‌ها تازه نفس راحتی می‌کشند، ترجیح می‌دهند این مبلغ ماهانه را پرداخت کنند و فرزندشان در کمپ بماند. این تکرار چرخه معیوب، فقط یک دلیل دارد، انکار اعتیاد و نبودن یک روش درست برای ترک اعتیاد.

***مددکار اجتماعی**

در کمپ‌های خصوصی اجباری ترک اعتیاد چه می‌گذرد؟

دخترانه‌هایی که در کمپ‌های خصوصی جان می‌دهند

عکس‌ها: امیر جدیدی

شهرزاد همتی: هفده، هجده نفری می‌شوند. چندتایی‌شان توی حیاط نشسته‌اند و سیگار می‌کشند و شعر می‌خوانند، صورتشان بشاش است و لباس‌هایشان تر و تمیز به نظر می‌رسد. بیشترشان خالکوبی‌های متعدد و پیرسینگ‌هایی روی سر و صورتشان دارند، اگر ندانی کجا وارد شده‌ای، فکر می‌کنی یک جمع دوستانه و دورهمی بین دخترهای جوان و نوجوان ۱۶ تا ۲۰ ساله است. نیکی از همه پاکی بالاتر است. باخنده می‌گوید: ۱۱ ماه و ۲۹ روز. یعنی هفت ساعت دیگر که مامان و بابا بیایند دنبالم، جشن تولد یک‌سالگی من است. یک سال آزگار است که اینجا زندانی‌ام. یک سال است، من را به بهانه ترک‌کردن آورده‌اند کمپ... می‌گویم: بیرون دیگر نمی‌زنی؟ می‌گوید: سؤالت خنده‌داره. مگه می‌شه با قاطعیت گفت نمی‌زنم؟ چون تو آدم عادی هستی این‌طوری فکر می‌کنی. اما فکر نکنم بزنم. می‌دونی؟ بابام گفته این‌دفعه باید سه سال بمونم...». این دومین بار است که غزل میهمان این کمپ است، بار اول سه ماه اینجا بود، با مصرف کتامین، شیشه و حشیش در ۱۶سالگی وارد کمپ شد. بعد از سه ماه پاکی فقط چهار ماه دوام آورد، چرت‌زدن‌های گاه‌وبیگاه و خواب‌های مداوم و برگشتن به زمین بازی (محل مصرف) باعث شد این بار برای یک سال او را به کمپ بفرستند. نیکی شاگرد اول رشته گرافیک، باهوش و قشنگ است. شرایط کمپ را با زندان مقایسه می‌کند و می‌گوید: «ببین اینجا زندگی تو شرایط سخته. تازه اینجا با اینکه مجوز نداره، اما جزء کمپای خوبه. حداقل غذای بهتری بهت می‌دن. بعد هم چون من رو صاحب کمپ دوست داره، شرایط برام بهتره...» می‌پرسم: «تو چی؟ دوستش داری؟». نگاهی به ایوان می‌کند و زری، صاحب کمپ را می‌بیند و می‌گوید: «آره... بعد با چشم و ابرو اشاره می‌کند که بعدا صحبت می‌کنیم...».

هیوا

هیوا، بعد از شش ماه، دیگر وسط کمپ است. وسط کمپ یعنی مدیر داخلی، بعد از مدیر کمپ حرف اول را می‌زند. بچه‌ها حرفش را می‌خوانند. مهشید درباره‌اش می‌گوید: «هیوا از اون بچه‌لات‌های باصفاست...». در کمپی که اسمش امید است، از هرکدام از مناطق تهران می‌شود آدم پیدا کرد. نظام‌آباد و دروازه غار تا هروی و شهرک غرب. بچه‌ها با هر فرهنگی مجبورند باهم بسازند. چون باهم زندگی می‌کنند، چون زندگی را نباید بیشتر از اینی که هست سختش کنند. هیوا تمام دستش را پلمب کرده... پلمب یعنی اینکه تمام دست‌هایش خالکوبی شده. با خنده می‌گویم: چقدر ادبیات‌تان سخت است... می‌خندد و همین‌طورکه تعداد بچه‌ها را در دفتر یادداشت می‌کند، می‌گوید: تو پیر شدی بابا. الان همه این‌طوری حرف می‌زنند.

هیوا بچه نظام‌آباد است. از خانواده‌ای نسبتا معمولی. پدر در کودکی فوت کرده و مادر بهیار بیمارستان است. برادرش در ارومیه زن و بچه دارد و ترجیح داده هیوا را ندید بگیرد. درست از همان زمانی که هیوا اولین پک را به گل زد و بعد در جمع شیشه‌کش‌های حرفه‌ای مدرسه‌شان عضو ثابت شد... همان وقتی که به خاطر توهم‌های بالا خودزنی کرد و دست‌هایش تکه‌تکه شد و برای پنهان‌کردن همین زخم‌ها دست‌هایش را پلمب کرد... همان وقتی که در خانه خواستند یابویی ترکش دهند و با کله توی شیشه رفت و موبایل برادرش را دزدید و همه‌اش را کرد شیشه و به پاتوق‌های دروازه غار رسید. همان وقت‌ها بود که هیوا برای برادرش عادل مرد... هیوا می‌گوید: سرجمع ۲۴ بار ترک کردم... الانم نمی‌دونم تهش چی می‌شه... ترجیح می‌دم اینجا بمونم و دیگه بیرون نرم، چون هوای بیرون هواییم می‌کنه... .

سؤالم را با خنده جواب می‌دهد... همان سؤالی که می‌گوید: چرا این‌قدر موادت را دوست داری؟ می‌گوید: مواد باید بکشی تا بفهمی چقدر خفنه... مگه می‌شه مواد کشید و عاشقش نشد... بابا شما آدم عادی‌ها نمی‌فهمید ما چی می‌گیم... وقتی رو دوایی مواد مادرته، خواهرته، ننه و باباته... نمی‌تونی بفهمی دیگه... نمی‌تونی... .

ما و کتامین!

کتامین در اصل یک ماده بیهوشی در دامپزشکی است که توسط دامپزشک برای بیهوشی اسب‌های استفاده می‌شود. کتامین در صحنه مواد مخدر میهمانی تازه‌وارد نیست. در دو یا سه دهه گذشته در کلوپ‌ها، جشنواره‌ها، میهمانی‌ها و جشنواره‌های موسیقی عرضه شده است. محبوبیت این داروی نسبتا ارزان و فوق‌العاده خطرناک در بین نوجوانان و جوانان در سطح جهان افزایش می‌یابد. کتامین هیدروکلراید یک داروی قوی است که در پزشکی بیهوشی استفاده می‌شود. از دهه ۱۹۷۰ برای مصارف پزشکی تجویز شده در دسترس بوده است. کتامین که تحت شرایط کنترل‌شده توسط متخصصان پزشکی دارای مجوز استفاده می‌شود، برای القای آرام‌بخش و بیهوشی عمومی در جراحی و به‌عنوان یک داروی ضددرد استفاده می‌شود.

کتامین مخدری توهم‌زا است و باعث سرخوشی می‌شود. مصرف‌کننده‌هایی شبیه نیکی می‌گویند با مصرف کتامین بین ۴۵ دقیقه تا دو ساعت از دنیا کنده می‌شوند. این مخدر واکنش‌های حسی را تقویت می‌کند. هرچند این مخدر در جهان مخدر میهمانی‌هاست اما در ایران یک مخدر است که به صورت روزانه هم استفاده می‌شود. نیکی روزی ۱۰ میل از کتامین را تا همین یک سال پیش ۸۰ هزار تومان تهیه می‌کرد و مصرف یک روزش بود. ۱۰ میل کتامین دوز بسیار زیادی است و مصرف یک‌باره آن منجر به مرگ می‌شود. نیکی می‌گوید: «هم‌بازی‌هام (کسانی که با او مصرف می‌کردند) ممکن بود ۱۰ میل رو تو دو روز بزنند اما من عملم بالا بود، یک‌روزه می‌زدم. آخه اثرش زیاد نیست، کلا ۲۰ دقیقه می‌ری هوا... ولی بد می‌ری هوا...». رنگ‌های زنده، نورهای روشن و احساسات آرامش‌بخش، حسی شبیه خلسه را القا می‌کنند که برای نیکی کتامین را فریبنده کرده بود. در سطوح بالاتر مصرف، کتامین اثری مشابه LSD ایجاد می‌کند.

کتامین مخدری ارزان است و همین باعث بیشتر محبوب‌شدنش شده. رؤیاپردازی را بالا می‌برد... نیکی می‌گوید: «من باهاش تبر می‌زدم...» چی؟! این را من می‌گویم و می‌گوید: «توهم... بابا تبر یعنی توهم... آرامش می‌ده... اما زیاد که می‌زنی تهوع بدی ایجاد می‌کنه... اما تو از زمان و مکان و هر چیز کثافتی که توش غرقی میای بیرون. این حال من رو خیلی خوب می‌کرد...».

لیلا سعادتی، روان‌پزشک، به «شرق» می‌گوید به صورت کلی کتامین باعث ایجاد اثرات کوتاه‌مدت و بالقوه بلندمدت در مصرف‌کنندگان می‌شود. برای اینکه در معرض خطر قرار بگیرید، لازم نیست مصرف‌کننده دائمی کتامین باشید. نوجوانان ممکن است برای چند روز پس از استفاده نادر احساس بی‌خلقی یا حتی افسردگی داشته باشند. در استفاده طولانی‌مدت، می‌تواند اثرات جسمی و روانی بی‌وقفه‌ای ایجاد کند که ممکن است از چند روز تا چند ماه طول بکشد. کتامین از نظر روانی اعتیادآور است. افراد جوانی که از این احساسات لذت می‌برند، احتمالا مایل به استفاده بیشتر از دارو و به طور منظم‌تر هستند. این منجر به افزایش تحمل یا نیاز به استفاده از مقادیر بیشتر به امید تجربه همان بالا می‌شود.

همچنین دکتر سعید صفاتیان، درمانگر اعتیاد، در گفت‌وگو با «شرق»، درباره کتامین و دلیل محبوبیتش بین نوجوانان و جوانان می‌گوید: «کتامین یک ماده روان‌گردان است و تأثیرات آن بی‌شباهت به شیشه نیست، البته این دارو مصارف پزشکی دارد و برای بیهوشی در انسان و حیوان نیز از آن استفاده می‌شود. به طور کلی هر ماده‌ای که بیهوشی ایجاد می‌کند، شل‌کننده عضلات و ریلکس‌کننده هم هست. کتامین ماده‌ای است که در دست کسانی پیدا می‌شود که به داروخانه‌ها و سیستم دارویی بیمارستانی دسترسی دارند؛ اما از زمانی که تغییرات هورمونی در حوزه مصرف در ایران روی داد؛ یعنی از ۱۲ سال پیش، کتامین هم یکی از مواد مصرفی شد، به‌ویژه آنکه از دو سال پیش که در افغانستان بحثی به وجود آمد مبنی بر اینکه قرار است تولید مواد مخدر کم شود و قیمت مواد مخدر در دو سال هفت برابر شد، باعث شد جوان‌ها به سمت مواد روان‌گردانی شبیه به کتامین بروند که هم ارزان‌تر است و هم انگار دسترسی ساده‌تری دارد». صفاتیان با بیان اینکه کتامین در اصل یک ماده بیهوشی برای انسان و حیوان است، گفت: «این مخدر شل‌کننده عضلات در انسان و حیوان است، دوز بالای آن بیهوشی ایجاد می‌کند؛ اما دوز پایین آن باعث ایجاد خلسه و بی‌حالی می‌شود که مصرف‌کنندگانش دنبال همین حالت هستند. او با اشاره به عوارض این مخدر تصریح کرد: «کتامین هم مثل هر روان‌گردان دیگری عوارض جسمی و روانی دارد. از عوارض روانی مصرف طولانی آن می‌توان به افسردگی، اختلال شخصیت، هذیان و توهم و اختلال شخصیت ضد اجتماعی اشاره کرد».

بازگشت از کمپ

حالا دو ماه می‌شود که نیکی و یکی از دوستانش به اسم هدیه از کمپ امید، خارج شده‌اند. در پارک ورزش محله گیشا قرار می‌گذاریم. نیکی بشاش به نظر می‌رسد و هدیه می‌گوید بعد از شش ماه زندانی‌بودن در کمپ، فروردین‌ماه خانواده‌اش او را ترخیص کرده‌اند و او دو هفته بعد مصرفش را آغاز کرده است. هدیه ۲۷ساله است و لیسانس حسابداری دارد. از زمان کمپ سرووضع بهتری دارد؛ اما عرق سردی روی پیشانی‌اش نشسته و مضطرب به نظر می‌رسد.

نیکی سیگاری آتش می‌زند و می‌گوید: «اون روز بهم گفتی تو هم زهرا، صاحب کمپ رو دوست داری یا نه... دیدی همه ما مثل پروانه دورش می‌گشتیم... چون می‌ترسیدیم، چون مجبور بودیم. من حالا که بیرونم بلند می‌گم از زهرا و اون کمپ کثافت متنفرم...». چشم‌هایش را می‌بندد و می‌گوید: «من یک سال اونجا قطع نیکوتین بودم. بابام گفته بود باید سیگار رو هم بذاره کنار، اما حتی یک روز بدون سیگار برای من نگذشت. من اونجا هیچ نقطه خوشحال‌کننده‌ای ندارم و از اینکه مادر و پدرم من رو به زور یک سال توی زندون نگه داشتند، خیلی عصبانی‌ام. این هم که الان مصرف نمی‌کنم، به خاطر اونها نیست، به خاطر هدفیه که برای خودم دارم، اونها مطمئن باش هیچ اهمیتی برای من ندارند».

از نیکی سؤال می‌کنم که چرا این‌قدر از کمپ خاطرات بد دارد و او می‌گوید: «من توی کمپ همه چیز رو تجربه کردم، کتک خوردم، زنجیر به پام بستن، به زور بردنم جایی که دلم نمی‌خواست باشم. ببین اون حرفای قشنگی که توی کمپ می‌شنوی مزخرفه. خانواده‌ها ما رو می‌ذارن اونجا که راحت باشن. کمپ ما رو زهرا و دخترش اداره می‌کردند. یک پزشک توی کمپ نبود، مینا یکی از دخترایی که به زور آورده بودن کمپ قرصی بود، فکر کن که توی ۷۲ ساعت چندین و چند بار تشنج کرد. آدمی که سابقه صرع داشت رو یابویی ترک می‌دادن، آخه این چه اتفاقی بود که ما باید تجربه می‌کردیم. کافی بود کسی فکر فرار بزنه به سرش، هیچ‌وقت یادم نمی‌ره، افسانه یکی از کسایی بود که آورده بودن کمپ، بی‌اختیاری ادرار داشت و یک کم مشکل ذهنی داشت. مثل اینکه خواسته بود فرار کنه، توی سرمای زمستون، لخت مادرزاد زهرا بستش به درخت، با زنجیر، افسانه تا صبح ضجه زد و توی ادرار خودش غرق شد... بعد ما در چنین شرایطی باید ترک می‌کردیم، در جواب اعتراضمون هم همیشه خدا یک جواب می‌گرفتیم: اینجا زندگی در شرایط سخته تا دیگه از این غلطا نکنید...».

نوبت به هدیه می‌رسد، هدیه که پاکی چندمش را بیشتر از یک ماه دوام نیاورده، عصبانی است و اصلا از اینکه برگشته و مواد می‌زند پشیمان نیست. همان‌طورکه عرق روی پیشانی‌اش را پاک می‌کند، می‌گوید: «ببین من رو وقتی بردن که بابام دو سال بود مرده بود و اختیارم افتاده بود دست مامانم. شش ماه مونده به عروسی خواهر دوقلوم. به من قول دادن که برای عروسی خواهرم بیرون باشم. من رفتم ترک کنم که وقتی خواهرم می‌ره خونه بخت، تر و تمیز باشم. تاریخش درست مشخص نبود؛ اما می‌دونستم که قراره توی زمستون عروس بشه. هر وقت مامانم زنگ می‌زد و ازش می‌پرسیدم که عروسی بهاره کی هست؟ می‌گفت معلوم نیست یا از جواب‌دادن طفره می‌رفت. تا که گذشت و یک روز با خواهرم اومدن دیدنم. برام شیرینی ناپلئونی آورده بودن که عاشقش بودم. شیرینی رو داشتم با ولع می‌خوردم که خواهرم موبایلش رو گرفت جلوم و دیدم داره توی مجلس عروسیش می‌رقصه. به‌عنوان سورپرایز فیلم تانگوی دونفره آخر مجلس رو برام آورده بود... شیرینی توی گلوم موند... با بغضم دادمش پایین... انقدر این مدت تحقیرم کرده بودن که نخواستم تن به یک تحقیر جدید بدم، جعبه رو گذاشتم زمین و بغلش کردم خندیدم. اونا که رفتن، توی حیاط، توی بغل رفیقام، هم‌کمپی‌هام، همونایی که مث مامانم اینا آدم عادی نبودن، زار زدم، خودم رو با سیگار سوزوندم و به خودم قول دادم که اومدم بیرون می‌زنم.... در واقع تنها چیزی که توی اون روزای سخت سر پا نگهم داشت، همین مژده رسیدن به عشق ازلی و ابدیم بود. تو باید معتاد باشی تا وقتی من می‌گم پدر و مادر و ناموس من هروئینه یعنی چی...».

نیکی قبلا از ماجراهای کمپ برای ما سربسته گفته بود، می‌خواهد دوباره یک چیزهایی را مرور کند: «ببین همون‌طور که گفتم زهرا و دخترش کمپ رو اداره می‌کردن. یادمه دخترش نادیا اسباب‌کشی کرده بود خونه جدید، فکر می‌کنی کلفت و کارگراش برای تمیزکردن خونه کیا بودن؟». پک عمیقی به سیگار می‌زند و می‌گوید: «ماها... هرچی فرزتر بودیم، کارگرای بهتری بودیم. کار ما این بود که هفته‌ای یک بار بریم خونه نادیا رو تمیز کنیم. ننه و بابا هم که تازه از دست ما راحت شده بودن و تمایلی نداشتن اصلا زنگ بزنن ببینن ما مرده‌ایم یا زنده. حتی اگر می‌گفتیم و شکایت می‌کردیم، مثل طوطی هرچی زهرا بهشون یاد داده بود رو تکرار می‌کردن: اینجا زندگی در شرایط سخته؛ زهرا داره آدمتون می‌کنه... . اما این همه ماجرا نبود. لباس‌پوشیدن من با همه فرق می‌کرد. من تحت هیچ شرایطی لباس تنگ و ترش نمی‌پوشم. عاشق لباسای گل و گشادم، فکر کن با ۴۰ کیلو وزن، لباسای سه سایز بزرگ‌تر از خودم رو هم می‌پوشیدم... برای همین وقتی قرار بود مردی وارد کمپ شه، زهرا خیالش راحت بود که من رو بفرسته دنبال کاراش... من توی زیرزمین دنبال برقکار رفته بودم تا فیوزهای کمپ رو درست کنه. آقای برقکار بابای یکی از پاکی‌بالاها بود، مردی حدودا ۶۰ساله که همه دوستش دارن. یکم که گذشت گفت می‌خوام استراحت کنم، اومد از کنارم رد بشه و دستش رو چند ثانیه گذاشت روی کمرم، من جا خوردم، ولی گفتم فکر احمقانه نکن جای باباته... نشستم روی صندلی و با نقاشی که دستم بود سرگرم شدم که اومد سروقتم...» به زهرا گفتی؟ این را من می‌پرسم و نیکی می‌گوید: «آره گفتم. گفت از این موضوع هیچ‌کس نباید باخبر بشه. هیچ‌وقت. بهم باج داد... یک پاکت سیگار... منم خفه‌خون گرفتم و گفتم بعدا به حساب همه‌تون می‌رسم».

به گفته صفاتیان، ایجاد کمپ‌های خصوصی اجباری، نتیجه فقدان یک روند درست برای ترک اعتیاد است، چون محل مشخصی برای درمان وجود ندارد، افرادی سودجو این مراکز را راه انداخته‌اند و بدون هیچ نظارتی اقدام به ترک معتادان می‌کنند. اتفاقی که هرچند منجر به ترک نمی‌شود، اما باعث می‌شود خانواده‌ها حداقل برای چند ماه نفس راحتی بکشند و بچه معتادشان جلوی چشمشان نباشد.

هیوا و تنهایی

هیوا هنوز در کمپ است. ماهانه مبلغی را خانواده‌اش پرداخت می‌کنند که در بین خود معتادان و کمپ‌ها به اسم «سنت» مشهور است. سنتی که هیوا و بقیه دخترها پرداخت می‌کنند سه میلیون و ۵۰۰ هزار تومان است. اما این مبلغ تنها برای ترک، جای خواب و شام و ناهار است. بقیه موارد مورد نیاز باید توسط بوفه تأمین شود. سنت بوفه ماهانه ۴۸۰ هزار تومان است. با این مبلغ نیازهای معتادها از قبیل لوازم بهداشتی، پنیر و وسایل صبحانه و چاشت و عصرانه تأمین می‌شود. خیلی از بچه‌ها توان پرداخت سنت را ندارند و عوضش باید خدمت کنند. خدماتی که در کمپ انجام می‌دهند می‌شود بخشی از مبلغی که باید پرداخت کنند. کارهایی مثل بسته‌بندی شال یا نظافت و مدیریت کمپ. اما جدا از این، بچه‌هایی که پاکی بالایی را تجربه می‌کنند، وظیفه‌شان است که برخی از کارهای کمپ را انجام دهند. هیوا دو ماه مادر فیزیک بود. اتاق فیزیک مرکز اصلی سم‌زدایی است، مادر فیزیک کسی است که مسئولیت آنهایی که دوره سخت سم‌زدایی را می‌گذرانند بر عهده دارد. شب‌ها تا صبح مراقبت از آنها، بردنشان زیر دوش آب سرد، جمع‌کردن استفراغ‌های مداوم کار مادر فیزیک است. کاری طاقت‌فرسا که رنج مدام است. هیوا می‌گوید: «تو وقتی داری فیزیک پس می‌دی خیلی حواست نیست. بیشتر خوابی، نمی‌دونی چه درد کثافتی رو گذرونـدی، اما منی که مادر فیزیکم، هر روز دارم اون درد کوفتی رو پس می‌دم. من هر روز دارم سم‌زدایی می‌شم...».

معتاد باید خسته شود

دکتر هومان نارنجی‌ها، متخصص اعتیاد، در گفت‌وگو با «شرق» درباره تاریخچه شکل‌گیری کمپ‌های اجباری می‌گوید: «تاریخچه شکل‌گیری کمپ‌های اجباری در ایران از اینجا شکل گرفته که دولت و سیستم دولتی و قضائی در پاسخ به معتادان آزاردهنده خانگی سکوت اختیار کرده و هیچ واکنشی نداشته‌اند، مثلا فردی شیشه‌ای که هذیان می‌گوید و چاقو را به سمت زن و بچه خود می‌گیرد، کسی که توهم دارد و دیوارهای خانه را با پتک تخریب می‌کند و باور دارد که در بین دیوار شنود گذاشته‌اند و همسرش را به روابط خارج از اخلاق زناشویی متهم می‌کند یا دخترش را با ۹ سال سن به پزشکی قانونی شهر می‌برد چون مثلا ۱۰ کارگر سر کوچه بالاتر کار می‌کنند و فکر می‌کند آنها آمده‌اند و به فرزندش تعرض کرده‌اند، این آدم را در خانه باید چه کار کنیم و چگونه با او رفتار کنیم؟ این فرد یک روز شیشه می‌شکند، یک روز از خانواده پول می‌گیرد، یک روز مادر را تا حد مرگ کتک می‌زند، بعد به پلیس زنگ می‌زنند و پلیس یک رفتار منفعل انجام می‌دهد، یعنی جلوی در خانه می‌آید و می‌پرسد ایشان کسی را کشته؟ می‌گویند نه و پلیس هم می‌گوید؛ هر وقت کسی را کشت به من زنگ بزنید. در صورتی که اسمش پلیس پیشگیری است، ولی پلیس پیشگیری ایستاده تا وقوع جرم اتفاق بیفتد، بعد از آن حرکتی انجام می‌دهد. این واقعه منجر به این شد که یک‌سری بهبودیافته مراکزی را تأسیس کردند تا آنجا معتادها را سامان دهند». وی در ادامه می‌افزاید: «حال در این بین برخی اهداف عالی و خوب انسانی داشتند، برخی اهداف مادی داشتند، اما این در شرایط خانواده مستأصل می‌شد ولی به‌ازای همین افراد مصرف‌کننده شیشه در کشور که دچار هذیان و رفتارهای نادرست می‌شدند هیچ‌گونه خدمات بستری و روان‌پزشکی و خدمات تحت تابع آنها نداشتیم، در صورتی که اگر در کشورهای دیگر فردی آزاردهنده باشد، می‌توان با کمک پلیس او را از خانه بیرون کرد. آنجاست که وقتی فرد در محیط اجتماعی قرار می‌گیرد یا باید با پلیس مسئله حل‌وفصل شود یا شهرداری آن را جمع می‌کند. بالاخره همان‌جا فرایندهای اتفاقی می‌افتد، اما در ایران و در آن تاریخ چارچوبی برای سیستم قضائی آن تعریف نشده بود، اما بعدها صحبت‌ها و شکایت‌هایی به شورای حل اختلاف و قوه قضائیه مطرح شد».

نارنجی‌ها با بیان اینکه همچنان حلقه مفقودی برای خانواده‌های دارای معتاد آزارگر خانگی وجود دارد، تصریح کرد: «به همین دلیل کمپ‌های اجباری خصوصی شکل گرفت، در آن برهه زمانی با مدیریت آقای دکتر فرید براتی‌سده مدیریت دفتر اعتیاد و تولدی دوباره که همه کمپ‌ها زیر نظرشان بود، برای آن پروتکلی نوشتند که ارزشیابی خوبی در نظر گرفته شد، آن کمپ‌هایی بود که افراد را بدون تجویز دارو نگه می‌داشتند و بعضی‌ها هم با کمک‌های دارویی این کار را می‌کردند و شاخص‌هایی را رعایت و مجوزهایی را از سازمان بهزیستی اخذ کردند. همچنین در متن این کمپ‌ها بحث پذیرش داوطلبانه منظور شده بود، یعنی شما نمی‌توانستید یک نفر را با زور و اجبار بیاورید، حتی ما هم قائل به این هستیم که هیچ فرد معتادی را به اجبار نمی‌توان ترک داد، اما الان هدفمان در وضعیت این موارد ایجاد یک صفحه امن و یک آسایش و آرامش برای خانواده است. وقتی خانواده مستأصل است، مثلا مادر گریه می‌کند، خواهر خواستگار دارد به خاطر برادر معتادی که هر روز جلوی در خانه داد می‌زند، سرنوشتش در خطر است. یا فرد درگیر اعتیاد خواهرزاده‌هایش را تهدید می‌کند که اینها را با ماشین زیر می‌کنم؛ برای این آدم چه باید کرد؟ قانون وقتی سکوت می‌کند اینجاست که مکانیسم‌های دیگری لحاظ شده، در نتیجه این کمپ‌های اجباری تقریبا یک‌جورهایی هدفشان ساماندهی معتادان آزاردهنده با رویکرد بهبود است و بهبود برخی که در حملات سایکوز هستند، یعنی فرد جنون دارد و اصلا متوجه نیست که چه می‌گوید و چطور رفتار می‌کند. حتی بعدها هم که بهبود پیدا می‌کند به خاطر نمی‌آورد که این رفتارها را انجام داده است».

نارنجی‌ها خاطرنشان کرد: «بعضی از افراد خودشان تصمیم می‌گیرند که در این مسئله پرهیز کنند و سقوط آزاد کنند، البته خود معتادها به آن روش یابویی هم می‌گویند که فرد بدون دارو می‌رود یک جا خودش را محبوس می‌کند، برای اینکه می‌بیند دیگر نمی‌تواند به رفتارهای مصرف‌گرایانه خود ادامه دهد، این تصمیم را می‌گیرد و می‌رود در کمپی بستری می‌شود یا خودش را با کمک تجربه بهبودیافتگان دیگر بهبود می‌بخشد، اما متوسل‌شدن به رفتارهای نادرست مثل کتک‌زدن، هیچ‌کدام توجیهی در درمان ندارد و باید توقیف شود. البته کاملا مشخص است که اگر کسی به کمپ می‌رود و رفتار پرخاشگرانه ضد اجتماعی بروز می‌دهد برای این است که نمی‌خواهد بهبود پیدا کند و او را زوری به آنجا برده‌اند و هنوز مزه و لذت مواد زیر دندانش است. به همین دلیل می‌خواهد آنجا را به هم بزند تا بیرون بیاید، در صورتی که خانواده پول داده و کمپ‌دار هم می‌خواهد او را نگه دارد و مجبور می‌شود به زور متوسل شود، در این فاصله حلقه مفقوده یک درمان اساسی با یک معتاد آزاردهنده خانگی در قوه قضائیه حس می‌شود. در واقع معتاد باید آرام‌آرام از این مصرف خسته شود که این اتفاق در یک سیستم روتین نمی‌افتد؛ بنابراین الان بعضی جاها را به اسم کمپ داریم، در صورتی که برخی خانه بهبودی هستند، برخی مجوز ندارند، برخی کتک‌درمانی است و برخی رفتار نادرست دارند که به همه اینها کمپ می‌گویند که این از نظر معنایی با مفهوم واقعی آن مرکز در تضاد است».

نارنجی‌ها با اشاره به افزایش مصرف کتامین بین جوانان می‌گوید: «ماده کتامین یک داروی بیهوشی است و در بیهوشی‌های انسانی و دامی کاربرد دارد و عوارض خاص خودش را دارد. در صورت مصرف باید آن را یک متخصص بیهوشی تجویز کند، اما الان ویال‌های آن به صورت آزاد در بازار پیدا می‌شود و به‌خصوص جوان‌ها این ویال‌ها را می‌خرند و به دو روش آن را به شکل تزریقی و به شکل خشک‌کردن آن و دماغی مصرف می‌کنند که آن هم عوارض خودش را دارد و خیلی هم درمان سختی دارد، برای اینکه وسوسه‌های شدیدی دارد و افراد بعد از بهبودی دوباره لغزش می‌کنند و اینها باید تحت درمان‌های روان‌شناسی کنترل وسوسه قرار بگیرند و فقط پرهیز از آن ماده به آنها کمک نمی‌کند، چون علائم ترک چندانی جز بی‌قراری ندارد، بنابراین در مراکز خیلی راحت می‌توانند سم‌زدایی شوند و این ماده از بدنشان بیرون برود. اما اینکه بعد از آن ماده پاک بمانند سؤالی است که باید به آن پاسخ داد، به همین دلیل اصلا نباید این ماده در بازار سیاه در دسترس جوان‌ها قرار بگیرد و جوان‌ها باید آگاه باشند نسبت به این مسئله که کتامین یک ماده بسیار اعتیادآور است که وسوسه‌های غیرقابل کنترلی دارد و اصلا نباید آن را شروع کنند و با آن ماده آشنا شوند. هرجا که اسم تزریق می‌آید خطرات بالقوه زیادی در فرد به وجود می‌آورد، مثلا هر ماده‌ای که به شکل تزریق مصرف می‌کنید و یک دفعه به سمت الگوی مصرف آن می‌روید، عوارض آن ۱۰ برابر می‌شود، چون احتمال تزریق ناایمن، اوردوز و تزریق عفونی که منجر به آبسه‌های پوستی و مغزی می‌شود وجود دارد، حتی ممکن است تزریق مشترک از یک محلول داشته باشند. بنابراین وقتی وارد عرصه تزریق یک ماده می‌شوید یک دفعه عوارض آن چندین برابر می‌شود که این هم غیرقابل اجتناب است و یک روش مصرف بسیار پرخطر است که شدت اعتیاد را یک‌باره چندین برابر افزایش می‌دهد».

ما اینجا موندنی نیستیم

زهرا فیلم فرار مژی را برای ما فرستاده. صدای هیوا قابل تشخیص است که با عصبانیت دوربین را چک می‌کند و روند فرار مژی را توضیح می‌دهد. نگار، از بچه‌های ترخیصی به هوای دیدن دخترها به کمپ آمده و بعد به بهانه خرید شیرینی کلید را از زهرا گرفته و خارج می‌شود. بعد در را نیمه باز می‌گذارد و مژی با همان لباس‌های خانگی از دستشویی فرار می‌کند و از کمپ بیرون می‌زند. نگار بعد از دورشدن مژی شروع به فریادزدن می‌کند و بعد از کادر خارج می‌شود... از مهشید یکی از پاکی‌بالاهای کمپ درباره فرار مژی می‌پرسم و او می‌گوید: «همه ما یک روز از اینجا می‌ریم، فقط مدلش فرق می‌کنه...».

یادداشت

گفت‌وگو با حسن رفیعی، روان‌پزشک و درمانگر اعتیاد

درمان‌های خودسرانه و قطع درمان‌های قبلی چالش بزرگ کمپ‌هاست

سامان موحدی راد

گروه زیادی از افرادی که درگیر اعتیاد هستند، مجبورند از خدمات کمپ‌های خصوصی ترک اعتیاد استفاده کنند؛ اما از اوضاع این کمپ‌ها اغلب اخبار امیدوارکننده‌ای به گوش نمی‌رسد. نه از نظر درمان مراجعان و نه در شیوه‌های برخورد با آنها اغلب استانداردها رعایت نمی‌شوند. حسن رفیعی، روان‌پزشک و درمانگر اعتیاد که سابقه همکاری با این مراکز را دارد، در گفت‌وگو با «شرق» به واکاوی کارکردهای این مراکز پرداخته است.

• مسئله ترک اعتیاد تا چه میزان به کمک کمپ‌های ترک حل‌شدنی است؟

در ابتدا باید این را بدانیم که درمان اعتیاد به‌هیچ‌وجه کوتاه‌مدت نیست و نمی‌تواند از «بازتوانی» جدا باشد. به عبارت دیگر اعتیاد نشانگانی است که فقط یکی از علائمش مصرف و وابستگی به مواد است و همراه با آن، ذهنیت و وضعیت روانی فرد، روابط اجتماعی او و کلا سبک زندگی او هم تغییر می‌کند. ازاین‌رو درمان اعتیاد باید همه این موارد را در بر بگیرد که به‌هیچ‌وجه کاری فوری و آنی و حتی در مقیاس یکی، دو هفته نیست و احتیاج به زمان مناسبی دارد. مطالعات نشان داده که اعتیاد در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد با اختلالات روان‌پزشکی دیگر، از اضطراب و افسردگی تا انواع روان‌پریشی، همراه است و در درمان اعتیاد، این اختلالات همراه را هم باید هدف گرفت. در غیراین‌صورت، با تداوم اختلال مزبور، احتمال آنکه فرد دچار لغزش و عود اعتیاد شود، افزایش می‌یابد؛ چراکه اساسا در طول زمان چنین یاد گرفته که هر مشکلی را با مصرف مواد حل کند. در نتیجه کوچک‌ترین مشکل زندگی، کمترین فشار عصبی یا استرس و خلاصه هر ناملایمتی را تبدیل به مصرف مواد می‌کند. یکی از مهم‌ترین گردنه‌ها در ترک اعتیاد همین است و به همین دلیل است که درمان اعتیاد نمی‌تواند کوتاه‌مدت باشد.

• تصویر پیش‌روی ما از ترک اعتیاد درحال‌حاضر چیست؟

درحال‌حاضر برای درمان اعتیاد چند گزینه پیش‌روی ماست: یکی بیمارستان و مراکز بستری است، دیگری کلینیک‌های سرپایی. گزینه دیگر که از ابتدای دهه ۸۰ به شکل قانون‌مند در کشور راه‌اندازی شده‌اند، مراکز اقامتی یا همین کمپ‌های ترک اعتیاد هستند. «مراکز اقامتی» چند ویژگی مهم دارند که در بیمارستان‌ها و مراکز بستری دیده نمی‌شود. این به این معنی نیست که با ویژگی‌های لزوما مثبتی مواجه هستیم. من تنها این ویژگی‌ها را توصیف می‌کنم. یکی از این ویژگی‌ها این است که امکانات این مراکز به‌گونه‌ای است که فرد می‌تواند به صورت طولانی‌مدت در آنجا زندگی کند و این اقامت طولانی بهترین ابزار برای تغییر سبک زندگی فرد معتاد است. ویژگی دوم این مراکز این است که بر همیاری یا peer helping مبتنی است، نه بر درمان تخصصی؛ البته باید از درمان تخصصی پزشکی و روان‌پزشکی و روان‌شناسی هم در کمپ‌ها استفاده شود؛ ولی بنای درمان بر خودیاری است؛ یعنی بخش اعظم خدمات این مراکز را «همتایاران» انجام می‌دهند؛ یعنی افرادی که این مشکل را خودشان در گذشته داشته‌اند و الان در حال سپری‌کردن مرحله بهبودند و به‌عنوان بخشی از فرایند بهبودشان باید در این مراکز، خدماتی به افراد دچار اعتیاد ارائه دهند. به‌این‌ترتیب حضور آنها و خدمت‌رسانی آنها در این مراکز موجب می‌شود آنها الگو واقع شوند. فردی که تازه برای درمان به این مراکز آمده از طریق یادگیری مشاهده‌ای می‌بیند که می‌شود بدون مواد زندگی کرد و به جامعه بازگشت و نقش مفیدی در جامعه ایفا کرد. دیگر اینکه مراکز اقامتی با یک درمان همتایاری دیگر هم مرتبط هستند. حتما اسم NA یا «معتادان گمنام» و دیگر برنامه‌های ۱۲قدمی را شنیده‌اید. از همان آموزه‌ها در اداره این مراکز و اداره جلسات استفاده می‌شود و از این رهگذر، فردی که برای درمان پا به مراکز اقامتی می‌گذارد، با برنامه‌های ۱۲قدمی آشنا می‌شود تا بعد از ترخیص هم در صورت تمایل در آنها شرکت کند و فرایند بهبودش که تا پایان عمر باید ادامه یابد، از طریق این برنامه‌ها ادامه یابد. این چند ویژگی، در کنار هزینه کمتر مراکز اقامتی موجب می‌شود مراجعه به این مراکز زیاد باشد.

درحال‌حاضر تقریبا یک‌سوم بار درمان اعتیاد در کشور را این مراکز خصوصی بر عهده دارند. بدون هیچ هزینه‌ای برای دولت و با هزینه‌های مناسب برای خانواده‌ها.

• با وجود این ویژگی‌ها اما اغلب خبرهای خوبی از این مراکز شنیده نمی‌شود.

این موضوع به این علت است که نظارت‌های خوبی روی برخی از این مراکز صورت نمی‌گیرد. ممکن است برخوردهای نادرستی با مراجعان داشته باشند. برخی دیگر مشکل مهمی دارند که به درمان‌های تخصصی وصل نمی‌شوند. به این معنا که هرکدام از این مراکز به دلیل ابتلای توأم اعتیاد با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی باید حتما به درمان‌های روان‌پزشکی وصل باشند؛ اما برخی از این مراکز برخلاف شیوه‌نامه یا پروتکل سازمان بهزیستی همه داروهای مراجع را به سرعت قطع می‌کنند. این اتفاق کاملا برخلاف شیوه‌نامه سازمان بهزیستی و مطلقا به ضرر مراجعه‌کننده است. اینها خطاهایی است که در این مرکز رخ می‌دهد. اگر بتوان این خطاها را تصحیح کرد، می‌توان امید داشت که این مراکز عملکرد بهتری داشته باشند.

• مهم‌ترین اصلاحات لازم برای این مراکز چیست؟

نخست اینکه این مراکز به‌هیچ‌وجه سرخود دارو تجویز نکنند. دوم اینکه به تشخیص خودشان داروهای قبلی مراجعه‌کننده را قطع نکنند. همچنین مخالف درمان‌های روان‌پزشکی نباشند. اگر مراجعه‌کننده نیازمند روان‌پزشک است که بنا به تجربه و مطالعات انجام‌شده در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد چنین نیازی وجود دارد، از این کار امتناع نکنند و بیمار را تحت درمان روان‌پزشک قرار دهند. مسئله پایه‌ای‌تر از خدمات روان‌پزشکی و دسترسی به درمان‌های روان‌پزشکی این است که برای گذراندن دوره سم‌زدایی در این مراکز حتما لازم است که مراجعه‌کننده زیر نظر پزشک عمومی سم‌زدایی شود. برای همین استخدام پزشک عمومی در این مراکز لازم است؛ چراکه در درمان اعتیاد به مواد افیونی و الکل نباید یک‌باره همه مواد را قطع کرد؛ بلکه مطابق شیوه‌نامه‌های معتبر درمان، مواد باید به‌تدریج و حتما زیر نظر پزشک قطع شوند. متأسفانه در این مراکز دیده می‌شود که دسترسی مراجعه‌کننده‌ها به مواد افیونی و الکل را یک‌باره قطع می‌کنند و این کار با عوارضی بسیار جدی مثل خطر سکته قلبی، سکته مغزی و تشنج همراه است. به‌همین‌دلیل حضور پزشک عمومی در این مراکز واجب و ضروری است. به عبارت بهتر باید درمان پزشکی و روان‌پزشکی به این مراکز وصل باشد.

• در بسیاری از موارد حتی می‌شنویم که در این مراکز مراجعه‌کنندگان را کتک می‌زنند. اخبار حاشیه‌ای از این دست هم شنیده می‌شود. این موضوع چه میزان با پروتکل‌های درمانی ارتباط دارد؟

برخوردی که با این مراجعه‌کنندگان در این مراکز می‌شود، در برخی موارد حاشیه‌ساز شده است. به‌ویژه برخورد با مراجعه‌کنندگان در مراکزی که زیر نظر سازمان بهزیستی نیستند. این موضوع هم از آن مواردی است که خلاف روند صحیح ترک اعتیاد است. به نظرم اگر مرکزی در شیوه درمانی‌اش از کتک‌زدن مراجعه‌کننده استفاده می‌کند، باید تعطیل شود. بر مراکز زیر نظر بهزیستی هم باید نظارت سنگینی برقرار کنند تا شاهد چنین رفتارهایی نباشیم. به هر حال باید تمهیداتی چیده شود که وقتی مراجعه‌کننده وارد این مراکز می‌شود، از امنیت کامل برخوردار باشد و خدمات انسانی به او ارائه شود. البته لازم به ذکر است که در شیوه‌نامه‌های این مراکز چه این مورد و چه موارد مربوط به قطع درمان یا دسترسی‌های پزشکی به‌صراحت بیان شده است؛ ولی مثل هر شیوه‌نامه‌ای که به مرحله اجرا می‌رسد، تخطی‌هایی از آن صورت می‌گیرد که باید به آن رسیدگی شود و با نظارت احتمال آن را کاهش داد.

• حتما بسیاری از این مراجعه‌کنندگان بعد از درمان دوباره به اعتیاد بازمی‌گردند. پایش‌هایی صورت گرفته که علت چه بوده و درمان این مراکز چه تأثیری در آن داشته است؟

هیچ درمانی نداریم که با لغزش همراه نباشد! اینها تصورات عامیانه درباره درمان اعتیاد است که کسی با یک بار مراجعه به فلان مرکز یا فلان پزشک یا استفاده از فلان روش، به صورت قطعی این بیماری را کنار گذاشته است. اعتیاد یک بیماری مزمن است و هیچ‌کسی نمی‌تواند با یک بار مراجعه به این مراکز به صورت قطعی و معجزه‌وار خوب شود. درمان این بیماری طولانی است و بارها و بارها ممکن است فرد دچار لغزش و حتی عود شود. هر اندازه که این تمرین مصرف‌نکردن انجام شود، در بلندمدت کمک می‌کند که فرد به سمت مصرف‌کردن نرود؛ بنابراین حتما خیلی از مراجعه‌کنندگان چه با این درمان چه هر درمان دیگری دچار لغزش می‌شوند. باید بدانیم که لغزش هم بخشی از درمان است. به این معنی که ما با هر لغزشی می‌توانیم بفهمیم که چه موقعیت یا وضعیت روان‌شناختی‌ای منجر به این وضعیت شده است. آن موقعیت یا وضعیت روان‌شناختی بررسی شود و بدون برخورد قضاوت‌گرانه، شناسایی و برای درمانش اقدام شود. مشکلی که در مراکز اقامتی و کمپ‌ها در این زمینه داریم، این است که تلاشی برای ارزشیابی عملکردشان نمی‌کنند؛ یعنی نه خودشان راغب هستند که ارزشیابی شوند و نه جایی مثل سازمان بهزیستی که بر آنها نظارت دارد، تاکنون توانسته ارزشیابی درستی روی آنها انجام دهد. به دلیل همین فقر ارزشیابی نمی‌توانیم تصویر درستی از وضعیت آنها در درمان اعتیاد داشته باشیم.