

واکاوی گفتمان‌های سیاست جنایی-اجرایی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر*

سجاد مختارنیا^۱، فرهاد الهوردی میگونی^۲، مهدی اسماعیلی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۸

چکیده

هدف: در این پژوهش به واکاوی و بررسی گفتمان‌های سیاست جنایی-اجرایی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر پرداخته شد. **روش:** تحقیق حاضر توصیفی-تحلیلی بود و اطلاعات مورد نظر به صورت کتابخانه‌ای از کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها و مقالات جمع‌آوری شد. **یافته‌ها:** این پژوهش نشان داد که سیاست جنایی-اجرایی حاکم بر سوء مصرف مواد مخدر به دلیل واگذاری امر اجرا به عوامل اجرایی مختلف از انسجام و هماهنگی لازم برخوردار نیست و جلوه‌های این عدم هماهنگی را می‌توان در بروز گفتمان اصلاح و درمان، گفتمان کاهش زیان و گفتمان مدیریتی مشاهده نمود. همچنین، عدم انسجام گفتمان‌ها باعث شده برنامه‌های اجرا شده در خصوص کنترل سوء مصرف مواد چندان موفقیت‌آمیز نباشد. **نتیجه-گیری:** برای کنترل سوء مصرف مواد مخدر، سیاست‌های اتخاذی باید در یک راستا و مکمل هم باشند و برای کاستن از آسیب‌های سوء مصرف مواد مخدر و درمان افراد وابسته به مواد و جلوگیری از عود باید از روش‌های نوین در قالب سیاست جنایی-اجرایی منسجم استفاده نمود. **کلیدواژه‌ها:** قانون مبارزه با مواد مخدر، سوء مصرف مواد، گفتمان کاهش آسیب، سیاست جنایی-اجرایی

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت ا. ا. آملی است.

۱. دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، گروه حقوق، واحد آیت ا. ا. آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه حقوق، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران. پست الکترونیک:

farhadallahverdi@yahoo.com

۳. استادیار، گروه حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قائمشهر، قائمشهر، ایران

مقدمه

اعتیاد و سوء مصرف مواد^۱ یکی از آسیب‌های مهم اجتماعی کشور می‌باشد و در تعریف اعتیاد آمده است که اعتیاد یک رفتار فیزیکی و اجتماعی می‌باشد که به موجب آن فرد نسبت به یک ماده خاص شخص و رفتار وابسته شده و کنترل خود را از دست می‌دهد (کوپر، چاترز، کالتنتالر و وونگ^۲، ۲۰۱۵). اعتیاد باعث آسیب‌های مختلف اجتماعی، جسمانی و خانوادگی مانند طلاق، متارکه، خشونت خانوادگی و مشکلات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، استرس، اضطراب و... می‌گردد (الگریا^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). در خصوص دلایل شروع مصرف مواد مخدر موارد مختلفی را مطرح کرده‌اند، ولی برای روابط خانوادگی صمیمی، اهمیت به سزایی قائل هستند (فیش، مایر و پرست^۴، ۲۰۱۵) و معتقدند اگر پیوند عاطفی و روابط درون خانواده دچار مشکل شود، گرایش علنی به رفتار ضد اجتماعی و مصرف مواد آشکار می‌شود (سانچیز-کویجا، اولیوا، پارا و کاماچو^۵، ۲۰۱۶). گروهی نیز اعتقاد بر این دارند که عوامل اجتماعی و محیطی نقش مهمی را در تجربه مصرف مواد ایفا می‌کند، در حالی که عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی در اختلالات اعتیاد نقش مهمتری دارند (وست^۶، ۲۰۰۱). صرف نظر از جنبه‌های مختلف بروز و گسترش اعتیاد، از جنبه حقوقی، از همان ابتدای شیوع اعتیاد از آن به عنوان یک مسئله اجتماعی نیز نام می‌بردند. نحوه برخورد با افراد وابسته به مواد، چالش اساسی برای سیاست جنایی بود. بعد از پایان جنگ تحمیلی و با توجه به افزایش آمار افراد وابسته به مواد دولت سعی نمود به اصلاح و درمان افراد وابسته به مواد بیشتر توجه نماید و قوانینی نیز در این خصوص تصویب گردید. ولی با توجه به نبود زیرساخت‌های مناسب و نگاه تک‌بعدی به معضل اعتیاد و تغییر مواد مصرفی افراد وابسته به مواد از تریاک به مشتقات آن مانند هروین و مورفین و غیره موفقیتی حاصل نگردید. با توجه به افزایش انواع مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در سالهای اخیر، نحوه برخورد با سوء مصرف مواد مخدر و افراد وابسته به

1. drug abuse
2. Cooper, Chatters, Kaltenthaler & Wong
3. Alegria

4. Fish, Maier & Priest
5. Sanches-Queija, olive, Parra & camacho
6. West

مواد به یکی از بحث‌های مهم تبدیل شده و علیرغم اصلاح مواد ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۸۹، گفتمان‌های مختلفی در مرحله اجرا مطرح شده است (جعفری، امیدی و فهیمی، ۱۳۹۶). افزایش قابل توجه تعداد سوء مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور توجه جدی به این مسئله را می‌طلبد. علیرغم خلاءهای قانونی در راه کنترل سوء مصرف، عوامل سیاست اجرایی-جنایی از جمله ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری نهادهای مسئول برنامه‌هایی را به اجرا گذاشته و خوشبختانه طی سال‌های گذشته تلاش‌های جدی برای برخورد مشاهده می‌گردد. به طوری که، هم در تدوین قانون و هم در مراحل اجرای آن، افراد وابسته به مواد به عنوان آسیب‌دیدگان اجتماعی تلقی شده و تلاش‌های مختلفی برای بازگشت این افراد به جامعه به جای مجازات آن‌ها در نظر گرفته شده است. ولی نکته مهم و اساسی در راه کنترل سوء مصرف این است که سیاست‌های اتخاذی در زمینه کنترل سوء مصرف مواد مخدر باید به درستی و به دور از هرگونه تعارض انجام گیرد تا برآیند آن کنترل و کاهش مصرف مواد مخدر باشد، مخصوصاً در سیاست جنایی-اجرایی. لذا لازمه امر این است که سیاست‌های اتخاذی هماهنگ و از یک گفتمان منسجم پیروی کنند. منظور ما از گفتمان، چارچوب نظری حاکم بر این سیاست‌ها می‌باشد. با توجه به قوانین و آیین‌نامه‌های اجرایی، سیاست جنایی-اجرایی مرتبط با کنترل سوء مصرف مواد مخدر با عوامل اجرایی مختلف و متعددی مانند قوه قضاییه، نیروی انتظامی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت رفاه، وزارت بهداشت، شهرداری و... روبرو می‌باشد، که هر کدام از آن‌ها از گفتمان‌های مختلفی تبعیت می‌کنند و چارچوب، اهداف و روش‌های متفاوتی را پیشنهاد می‌کنند. سوال‌هایی که در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به آن هستیم این است که چرا علیرغم اصلاح مواد ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۸۹، گفتمان‌های مختلفی ظهور نموده است؟ و دلیل عدم موفقیت این گفتمان‌ها چیست؟ و چرا سیاست جنایی-اجرایی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر از سیاست جنایی-تقنینی تبعیت کامل ندارد؟ که به نظر می‌رسد با توجه به زمان ایجاد گفتمان‌ها و نبودن زیرساخت‌های مناسب جهت اجرا، افزایش تعداد افراد وابسته به مواد، توجه و توسل به عوام‌گرایی کیفری و واگذاری امر اجرا به عوامل

اجرایی مختلف، باعث ظهور گفتمان‌های مختلف و همچنین عدم موفقیت آن‌ها شده است. نامتناسب بودن ضمانت اجرای مقرر در تبصره ۳ ماده ۱۶ قانون برای تخطی از دستورات مقام قضایی و ترک نکردن اعتیاد، باعث عدم تبعیت کامل گفتمان‌های مختلف از سیاست جنایی-تقنینی گردیده است. در خصوص موضوع مطروحه، تحقیقاتی صورت نگرفته، ولی مطالعات مشابهی صورت گرفته است. برای مثال، سیاست جنایی ایران در قبال جرایم مواد مخدر توسط رحمدل (۱۳۸۶) که به طور کلی به سیاست جنایی ایران در مبارزه با جرایم مواد مخدر پرداخته؛ رحیمی پور، حبیب‌زاده، محقق داماد، فرجیها و امید (۱۳۹۵) که به سیاست کاهش آسیب در قبال سوء مصرف مواد مخدر و خلاءهای قانونی آن در ایران و پرتغال پرداخته‌اند مدنی قهفرخی (۱۳۹۰) که در کتاب اعتیاد در ایران اشاره‌ای به سوابق تاریخی مبارزه با مواد مخدر در ادوار مختلف با گفتمان‌های متفاوت داشته است. به هر حال، در خصوص گفتمان‌های سیاست جنایی-اجرایی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر تحقیقی صورت نگرفته است. بنابراین، در این پژوهش با روش تحلیل گفتمان به بررسی موضوع پرداخته شد و گفتمان‌های رقیب واکاوی شدند، چرا که گفتمان‌ها همواره به واسطه رقیب هویت پیدا می‌کنند و نظام معنایی خود را بر اساس آن تنظیم می‌کنند و هر گفتمانی ناچار به گفتمان رقیب دیگری نیاز دارد، تا به واسطه آن هویت یابد (رشیدی و سعیدی، ۱۳۹۳). در این پژوهش گفتمان‌های رقیب و حاکم بر کنترل سوء مصرف مواد مخدر را بررسی و دلایل ناکامی آن‌ها را واکاوی نمودیم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

تحقیق حاضر یک تحقیق توصیفی-تحلیلی است که به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، اسنادی است و اطلاعات مورد نظر به صورت کتابخانه‌ای از کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها و مقاله‌ها جمع‌آوری شده است. همچنین، داده‌ها با روش تحلیل گفتمان که چگونگی تبلور و شکل‌گیری گفتمان‌ها را بررسی می‌کند، به تحلیل گفتمان‌های حاکم بر سیاست جنایی-اجرایی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر پرداخته شد.

یافته‌ها

گفتمان اصلاح و درمان^۱

کشور ایران به جهت ساختار جمعیتی موقعیت سیاسی-جغرافیایی، فقدان استراتژی و طرح جامع ملی مبارزه با عرضه و کاهش تقاضا و درمان افراد وابسته به مواد به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین کشورهای جهان در مقابل مسئله مواد مخدر است (رحیم‌نظری، ۱۳۹۰) که باعث شده بخش عمده فعالیت‌های مبارزه با مواد مخدر در ایران تحت تاثیر نگرش مبتنی بر کاهش عرضه باشد و اقداماتی را به منظور حذف سریع اعتیاد از جامعه ایرانی در دستور کار نهادهای انقلابی قرار گیرد (مدنی‌قهرخی، ۱۳۹۰). در اوایل انقلاب به سیاست تحدید عرضه یعنی مبارزه با تولید و قاچاق و جلوگیری از دسترسی افراد وابسته به مواد به مواد مخدر بیشتر پرداخته می‌شد و به جنبه‌های دیگر مبارزه با سوء مصرف و اعتیاد یعنی تقلیل تقاضا و کاهش ضرر و زیان و درمان افراد وابسته به مواد به دلایل مختلف مانند بحران‌های جنگ تحمیلی و نگرش مسئولان که دیدگاه سرکوب‌گرایانه داشتند، کمتر توجه می‌شد. بعد از پایان جنگ تحمیلی و با توجه به گسترش اعتیاد که از آن به عنوان فاجعه یاد می‌کردند، بحث درمان مجدداً پیگیری گردید، ولی در مقابل تقاضا برای درمان واکنش‌های متفاوتی نسبت به ابعاد حقوقی درمان افراد وابسته به مواد نیز مطرح بود. چون قانونی جامعی در خصوص درمان افراد وابسته به مواد وجود نداشت، خیلی از مراجع درمانی از درمان افراد وابسته به مواد امتناع می‌نمودند. تا اینکه در سال ۱۳۷۶ قانون مبارزه با مواد مخدر اصلاح، و بحث درمان افراد وابسته به مواد مجدداً پیگیری گردید (صفتانیا، ۱۳۸۷). هر چند در ماده ۱۵ قانون مذکور اعتیاد صراحتاً جرم محسوب می‌شد، ولی به کلیه افراد وابسته به مواد اجازه داده شده بود که به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌گردد مراجعه و تحت درمان و بازپروری قرار گیرند. عوامل اجرایی سیاست جنایی-اجرایی از جمله وزارت بهداشت از نظر قانونی این امکان را پیدا نمود تا مراکزی برای درمان افراد وابسته به مواد ایجاد نماید. گفتمان کاهش تقاضا نیز

در ستاد مبارزه با مواد مخدر در قالب طرح کاهش تقاضا^۱ به اجرا درآمد که بر درمان افراد وابسته به مواد تاکید داشت و در ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز معاونت کاهش تقاضا شکل گرفت و برنامه‌های کاهش عرضه که مبتنی بر ماهیت انتظامی و قضایی بود به مرور زمان حمایت‌های صاحب‌نظران را از دست داد. بنابراین، با روی آوردن به گفتمان کاهش تقاضا، درمان یکی از اقداماتی بود که رویکرد کاهش تقاضا را در پی داشت. در مبارزه با سوءمصرف مواد مخدر یک راهبرد چهار ستونی وجود دارد که شامل کاهش تقاضا، پیشگیری، درمان و باز توانی و همچنین کاهش آسیب است. بنابراین، معتقدند علاوه بر برنامه‌هایی که با هدف تامین بهداشت افراد وابسته به مواد تدوین و اجرا می‌شود، باید برنامه‌هایی در جهت محفوظ نگه داشتن ارزش‌های اجتماعی، دینی، اخلاقی و کاستن از زیان‌های اقتصادی ناشی از مصرف مواد مخدر نیز تدوین و به اجرا درآید (مهری، اکبری، یزدخواستی و پناهی، ۱۳۹۳). بنابراین، قانونگذار ضمن اصلاح قانون، نگاهی نیز به درمان و بازپروری افراد وابسته به مواد با استفاده از تدابیر درمان و اقامت در مراکز اشتغال و حرفه‌آموزی و نگهداری در مراکز خاص و حتی رژیم خاص معالجه داشت. سیاست جنایی مبتنی بر بازپروری و درمان در مورد افراد وابسته به مواد، از آموزه‌های جرم‌شناسی^۲ و بزهدیده‌شناسی^۳ که در آن افراد وابسته به مواد به عنوان بیمار و قربانی جرایم مواد مخدر شناخته می‌شود، وارد قانون شد (اکبری، ۱۳۹۸) و در اولین دوره تقنینی مربوط به مواد مخدر در پس از انقلاب، در دستور کار شورای انقلاب قرار گرفت و در مواد ۱۸ و ۱۹ لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر، اقدامات تامینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار افراد وابسته به مواد گنجانده شد. که افراد وابسته به مواد به مواد مخدر بودند به منظور معالجه و رفع کامل اعتیاد و اشتغال آنان به کار در حین مداوا و پیدا کردن تخصص حرفه‌ای، به مراکزی که دولت ایجاد می‌کرد اعزام و در آن مکان‌ها نگهداری می‌شدند (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰). گرایش سیاست جنایی به گفتمان اصلاح و

۱. منظور از طرح کاهش تقاضا، برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد، وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی (۱۳۸۳-۱۳۷۹) بود که توسط شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد تصویب و اجرا شد.

2. criminology
3. victimology

درمان در مواد ۱۵ و ۱۶^۱ قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹ و بندهای ۴ و ۶ و ۹ و ۱۰ سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر بیشتر نمایان می‌گردد. در برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز مقرر گردیده که از طریق وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) با همکاری شهرداری‌ها نسبت به بهره‌برداری و تکمیل مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب افراد وابسته به مواد متجاهر و بی‌خانمان و راه‌اندازی مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی برای افراد وابسته به مواد بهبود یافته در استان‌ها با رعایت احکام ماده ۷۰ این قانون، اقدام نماید. اداره این مراکز بر عهده سازمان بهزیستی کشور یا شهرداری، با استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش غیر دولتی بود. نیروی انتظامی موظف است، پس از اخذ دستور قضایی نسبت به جمع‌آوری افراد وابسته به مواد و تحویل آن‌ها به این مراکز اقدام نماید. ترخیص این افراد از مراکز مورد نظر با تایید سازمان بهزیستی و با هماهنگی نیروی انتظامی و مقام قضایی خواهد بود. قانونگذار در بند ۶ و ۱۷ اصلاحیه با الحاق مواد ۱۵ و ۱۶ به قانون، ابتدا از اعتیاد جرم‌زدایی و با تلقی اعتیاد به نوعی بیماری، افراد وابسته به مواد را مکلف به ترک اعتیاد با مراجعه به مراکز مجاز ترک اعتیاد و ارائه گواهی مربوطه ظرف مدت مقرر نمود، که در صورت عدم مراجعه و ارائه نکردن گواهی ترک اعتیاد با این شرط، قانون افراد وابسته به مواد را مجرم و مستحق مجازات دانسته است که به نظر می‌رسد قانون‌گذار در تصویب مواد مذکور با تبعیت از سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر سیاست اصلاح و درمان را در پیش گرفته است (اکبری، ۱۳۹۸). اما نقایص اصلی این گفتمان این است که: ۱- عوامل اجرایی آن مانند وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی به طور همزمان و با موازت هم با

۱. ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر: افراد وابسته به مواد مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیر دولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. فرد وابسته به موادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنانچه تظاهر به اعتیاد نماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد و آن‌هایی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند، مجرمند.

ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر: افراد وابسته به مواد مخدر و روانگردان‌های مذکور در دو ماده ۴ و ۸ فاقد گواهی موضوع ماده ۱۵ و متجاهر به اعتیاد با دستور مقام قضایی برای مدت سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند و تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است.

برنامه‌های مختلف اقدام به ترک اعتیاد و یا اجرای برنامه‌های کاهش آسیب می‌نمایند که مکمل هم نیستند.^۲ برنامه‌های درمانی موضوع گفتمان واکنشی است و فقط افرادی را که مواد مصرف می‌کنند و یا به مرحله اعتیاد رسیده‌اند، شامل می‌شود. البته در این مرحله نیز اعتبارات بیشتر صرف افراد وابسته به مواد مزمن می‌شود و افرادی که هنوز به اعتیاد مزمن دچار نگردیده‌اند، اغلب فراموش می‌شوند.^۳ -نقص دیگر گفتمان اصلاح و درمان، درمان نگهدارنده با متادون^۱ است که یکی از متداول‌ترین درمان‌ها برای بیماران با رفتارهای پرخطر است (ماتیک، کیمبر، برین، و داوولی^۲، ۲۰۰۴). اگرچه افراد تجویز کننده متادون ترک اعتیاد را نیز در بلندمدت جزء اهداف خود می‌دانند، اما به دلیل درآمذزایی که امروزه به صنعت سودآور درمان اعتیاد در حال تبدیل شدن است، هیچگاه در اهداف سازمانی خود به فکر درمان واقعی نیستند.^۳ حال آن‌که، در ایران موسسات گوناگون از متادون به عنوان وسیله‌ای برای ترک اعتیاد و درمان استفاده می‌کنند. ولی به نظر می‌رسد که هیچ وقت به معنای واقعی در این مراکز درمان صورت نمی‌گیرد و اقدامات چندانی نیز پس از سم‌زدایی و ترک اعتیاد مانند پرداختن به جنبه‌های روانی و پایداری در درمان که همان دوره‌های طولانی مدت و بدون لغزش در مصرف مواد می‌باشد، توجه نمی‌شود و بیشتر اقدامات برای پیشگیری از آسیب‌های بیشتر می‌باشد که در گفتمان کاهش آسیب به آن پرداخته خواهد شد. لذا معتقدند که در درمان افراد وابسته به مواد علاوه بر داروهای جانشین، باید از روش‌های دیگری مانند گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی، طب سوزنی، و داروهای جانشین ضعیف‌تر مانند بوپرنورفین^۴، ایبوگین^۵، نالوکسون^۶ و... استفاده نمود (اسعدی، ۱۳۸۸). در تحقیقی که صورت گرفته، درمان‌های دارویی نگهدارنده صرف، بدون کاربست مداخلات روانی-اجتماعی، به تنهایی موفقیت چندانی کسب نکرده است

1. methadone maintenance treatment

2. Mattick, Kimmer Breen & Davoli

۳. مراکز MMT که به مرکز ترک اعتیاد و کاهش آسیب نیز معروف است و نام علمی آن واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست مانند (متادون و بوپرنورفین) می‌باشد.

4. bupernorphine

5. ibogain

6. naloxon

(لطفی کاشانی، مجتبایی و علی مهدی، ۱۳۹۲). هر چند که درمان با مواد جایگزین موجب ترمیم واقعی مغز، بهبود عملکرد و کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد می شود (فرویدیان و همکاران، ۱۳۹۳)، ولی پیشگیری از عود اعتیاد که از ایرادات مهم وارده بر گفتمان اصلاح و درمان است نباید نادیده گرفته شود. برای تبیین موضوع عود اعتیاد در ذیل به بررسی آن پرداخته شد.

عدم توجه به پیشگیری از عود اعتیاد در گفتمان اصلاح و درمان

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که صدمه های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی به همراه دارد (سالمینک، وان لایر، میوس، رایجمیکرز و وایرز، ۲۰۱۵) و مانند انواع دیگر بیماری های مزمن درمان آن نیز فرایند تدریجی و مزمن دارد. در طول دوره درمان، بیماری ممکن است بارها عود کند. بی توجهی به پدیده عود و مزمن بودن درمان و روشن نکردن این موضوع برای بیمار و خانواده اش، ممکن است موجب ناامیدی آنها شود. لذا یکی از عوامل مهمی که سوء مصرف مواد را به یک موضوع پیچیده و چندبعدی تبدیل نموده، عود و بازگشت به سوء مصرف مواد است. عوامل موثر در بازگشت به مصرف مواد نیز با منابع سازگاری بیمار، وضعیت خلقی، عاطفی و روان شناختی بیمار مرتبط است (لندی^۲، ۲۰۱۷) و بازگشت به مصرف مواد می تواند نشان دهنده این باشد که عوامل تاثیرگذار بر انگیزه ترک و ادامه پرهیز به طور دقیق شناسایی نشده اند و روش های درمانی و برنامه های کنترل از اثربخشی خیلی بالایی برخوردار نیستند (نیلسن^۳، ۲۰۱۲). بنابراین، تغییرات واقعی در افراد وابسته به مواد با درمان صحیح و مراقبت های طولانی امکان پذیر خواهد بود (اسمیت، سگال و راینسون^۴، ۲۰۱۲). در تحقیقات بدست آمده سالانه پنج هزار نفر از جوانان کشور به ویژه زنان مبتلا به اختلال وابستگی به مواد می شوند و جمعیت وابستگان مواد در هر دو جنس هر ده سال دو برابر می شود و در صد بالایی افرادی که موفق به ترک اعتیاد می شوند، بعد از مدتی مجدداً گرفتار شده و خسارت

فزاینده‌ای را به امکانات جامعه وارد می‌کنند (هادیان‌مبارکه، نوری و ملک پور، ۱۳۹۰). تمایل به بازگشت افراد معالجه شده به مصرف مجدد مواد یکی از بزرگترین مشکلاتی است که همه برنامه‌های درمان وابسته به مواد با آن روبرو هستند و تخمین زده شده است که حدود ۹۰ درصد افراد وابسته به مواد که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت می‌شوند (پزشک‌زاده، اسماعیلی، فرحبخش و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۷). مهمترین علل عود اعتیاد را مواردی از قبیل عدم اشتغال افراد وابسته به مواد، ناآگاهی از روش‌های مقابله با مشکلات، آلودگی محیط زندگی، اعتیاد دوستان، عدم برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت، عدم شرکت در گروه‌های درمانی و اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی بیان می‌کنند. طرد از خانواده و اجتماع، احساس اجبار ذهنی به مصرف و مشاجرات خانوادگی نیز از سوی متخصصین به عنوان عوامل عود اعتیاد بیان می‌گردد (شرق، شکیبی، نیساری و آلپلو، ۱۳۹۲). بنابراین، پیشگیری از بازگشت، روش نظام‌مند آموزش به بیماران است تا آنان بتوانند نشانه‌های هشدار دهنده بازگشت را شناسایی و آن‌ها را کنترل کنند. بنابراین، اگرچه در مراحل ابتدایی این گفتمان در سم‌زدایی موفق است، اما به دلیل عدم توجه به جلوگیری از عود به موفقیت‌چندانی دست پیدا نمی‌کند و غالباً شخص پس از مدت کوتاهی مجدداً به مصرف مواد روی می‌آورد. بیشتر سوءمصرف‌کنندگان مواد در طی ۹۰ روز از شروع درمان‌های توانبخشی و پس از طی دوره سم‌زدایی مجدداً به مصرف مواد روی می‌آورند (مک‌کی، فرنکلین، پاتاپیس و لینچ، ۲۰۰۶)، چرا که درمان‌هایی که نقش نگهدارنده داشته و در آن‌ها ماده‌ای مخدر به طور کنترل شده جایگزین مصرف مواد مخدر غیر مجاز می‌شوند، تاثیر چندانی در درمان نخواهند داشت. سیاست درمان با متادون یک خط مشی و پیشگیری از آسیب‌های بیشتر است که فرد وابسته به مواد به مدت چند سال و گاه تا آخر عمر تحت درمان با متادون قرار می‌گیرد و عملاً مصرف ماده مخدر (به شکل متادون) قطع نمی‌شود و تنها از شکل غیر قانونی (مانند مصرف هروئین و تریاک) به شکل قانونی مصرف متادون در می‌آید (رحیمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین، با

پیشگیری ثالث که همان بازپروری افراد وابسته به مواد می‌باشد، می‌توان افراد وابسته به مواد را از بازگشت به مصرف مواد نجات داد (اسعدی، ۱۳۸۸). بنابراین، افزایش طول دوره درمان، کار گروهی با افراد وابسته به مواد و شیوه‌های درمانی مناسب می‌تواند در درمان افراد وابسته به مواد و جلوگیری از عود مفید باشد (همرزلی^۱، ۱۳۸۹). همچنین، تحقیقاتی که در خصوص تاثیر مشاوره رفتاری و کاهش آسیب و ذهن آگاهی در جلوگیری از عود اعتیاد صورت گرفته، میزان اثربخشی بالایی را در جلوگیری از عود اعتیاد به اثبات رسانده است (حامدی، شهیدی و خاتمی، ۱۳۹۲). این موارد نکاتی هستند که در گفتمان اصلاح و درمان کمتر به آن پرداخته شده است که به نظر می‌رسد نبودن زیرساخت‌های مناسب و امکانات کافی از دلایل مهم عدم اجرای قوانین و مقررات مذکور باشد. لذا لازم است جهت بهبود وضعیت، معاونت کاهش تقاضا در ستاد مبارزه با مواد مخدر و نقش مردم و سازمان‌های غیر دولتی در مبارزه با اعتیاد که در بند «ز» ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی و مواد ۴ و ۹ سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۵ نیز بر آن تاکید شده، تقویت شود و مداخلات روان‌شناسی که میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در درمان اعتیاد را متوسط به بالا گزارش نموده‌اند (داترا^۲)، و همکاران، ۲۰۰۸) با استفاده از روان‌پزشکان حاذق به طور جدی و دقیق اجرا گردد و مراقبت‌های بعد از خروج طبق مقررات اعمال شوند و برنامه‌های دقیق برای عدم بازگشت به اعتیاد طراحی و اجرا شود.

گفتمان کاهش آسیب^۳

افزایش روز افزون اعتیاد و گسترش بعضی بیماری‌های مرتبط، پایین آمدن سن اعتیاد، تغییر مواد مصرفی از کم خطر به پر خط و وجود حجم وسیعی از داروها و پیش‌سازها در جامعه و دسترسی آسان به آن‌ها باعث تشدید نگرانی‌ها در جامعه شده است. خلاء قانونی در مبارزه با پیش‌سازها و استفاده فراگیر و عمومی که از آن‌ها می‌شود، موجب بروز آسیب‌های جدی بین مصرف‌کنندگان می‌گردد. گفتمان کاهش آسیب علیرغم خلاء

قانونی، با رویکرد تقلیل عوارض بهداشتی ناشی از سوء مصرف مواد در افراد وابسته به مواد پرخطر، ارتقای کیفیت زندگی مصرف کنندگان، ایجاد زمینه برای بازگشت به خانواده و جامعه، شکستن چرخه اعتیاد و فقر، افزایش آگاهی افراد وابسته به مواد تریقی و پرخطر در مورد راه‌های انتقال بیماری ایدز و هپاتیت، کاهش بروز و شیوع رفتارهای پرخطر در مصرف کنندگان مواد و تقلیل موارد بروز و شیوع بیماری‌های عفونی منقول از راه خون مانند ایدز و هپاتیت و کاهش بروز و شیوع رفتارهای مجرمانه توسط مصرف کنندگان ظهور نمود. لذا آنچه امروزه در تمام دنیا در زمینه اعتیاد به مواد مخدر مورد توجه قرار گرفته، اتخاذ سیاست‌های مبتنی بر کاهش آسیب است. اصطلاح کاهش آسیب یا زیان‌کاهی برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ به برنامه‌هایی اطلاق می‌شد که هدف اولیه آن کاهش عوارض مصرف مواد مخدر بود (رحیمی پور و همکاران، ۱۳۹۵). با توجه به این که اعتیاد یک مشکل و بیماری طولانی مدت و مزمن است، در صورت عدم مداخله و درمان معمولاً سیر پیش رونده، تخریبی و عودکننده دارد. بسیاری از افراد وابسته به مواد به دلیل پیشرفته بودن اعتیاد و آسیب‌های جدی جسمی و روانی قادر به کنار گذاشتن آن نیستند. لذا توجه به سیاست کاهش آسیب در این موارد ضروری به نظر می‌رسد. اگر نتوانیم اعتیاد را که یک بیماری است در وضعیت ایده‌آل درمان و ریشه کن کنیم، کاهش آسیب‌های آن دستاورد اندکی نخواهد بود (فرهودیان و همکاران، ۱۳۹۰). در همین راستا، توجه بیشتر به سیاست کاهش تقاضا مفید خواهد بود، چرا که نقش مثبت و مکمل در کنترل سوء مصرف دارد. برخلاف سیاست کاهش عرضه که در کنترل سوء مصرف مواد تاثیرگذار نمی‌باشد، اقداماتی مانند متوقف ساختن ورود و قاچاق و توزیع مواد که دارای ماهیت انتظامی و اطلاعاتی هستند، باعث کمبود مواد در جامعه و عدم دسترسی آسان مصرف کنندگان به مواد می‌شود و همین امر باعث کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد در جامعه می‌گردد (شیخی، سلاجقه و سادات‌صانعی، ۱۳۹۸). لذا در راستای کنترل سوء مصرف مواد مخدر توجه بیشتر به سیاست کاهش تقاضا در کاهش آسیب نیز مفید خواهد بود.

مخالفت‌ها با گفتمان کاهش آسیب

از آنجا که اساس سیاست‌های کاهش زیان، جلوگیری از گسترش آسیب‌های اعتیاد بدون الزام به ترک است. بعضی از مدیران اعتیاد و عوامل اجرایی سیاست جنایی به هیچ وجه رویکرد کاهش زیان را نمی‌پذیرفتند و مخالفت‌هایی با آن صورت می‌گرفت. آن‌ها هر نوع اقبال به این رویکرد را شکست در مبارزه و تبلیغ اعتیاد می‌دانستند. ولی علیرغم مخالفت‌های صورت گرفته، دولت ایران در چند سال اخیر سیاست کاهش آسیب را نیز در دستور کار قرار داده است (رحیمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). از مهم‌ترین فعالیت‌های صورت گرفته در زمینه حمایت از برنامه‌های کاهش آسیب، تلاش ستاد مبارزه با مواد مخدر جهت تصویب سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۸۵ بود که به نظر می‌رسد سیاست کاهش آسیب جایگاه قانونی خود را با مصوبه مذکور پیدا نموده است. هدف از تصویب این برنامه نیز کمک به آن دسته از افراد وابسته به هروئین و مواد تزریقی بوده که برنامه‌های درمانی برای آنان چندان مفید نبوده است. در همین راستا، وزارت بهداشت به استناد ماده ۹ قانون تشکیل وزارت، آئین‌نامه تاسیس مراکز خدمات کاهش آسیب وابستگی به مواد را در ۱۳۸۵/۵/۲۹ تصویب و به طور رسمی این سیاست را اتخاذ کرد و نهایتاً در اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۹ در مواد ۱۵ و ۱۶ برای اولین بار به این مساله پرداخته شد و صراحتاً به اعزام افراد وابسته به مواد برای مدت سه ماه به مراکز دولتی کاهش آسیب اشاره شد. با این وجود، در همین دو ماده نیز نحوه تاسیس و نظارت بر مراکز کاهش آسیب به تصویب آیین‌نامه‌های مربوطه واگذار شده که متعاقب آن در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ آیین‌نامه‌های مربوطه ابلاغ شد.

قانونمندی‌سازی گفتمان کاهش آسیب

مخالفان جرم‌زدایی از مصرف مواد مخدر معتقدند که فرد با مصرف مواد مخدر به خود و دیگران صدمه می‌زند و لذا عمده دلیل جرم دانستن مصرف مواد مخدر جلوگیری از ضرر زدن به خود و دیگران است و مسلم است که وظیفه حقوق کیفری است که افراد را از ضرر زدن به خود و دیگران منع کند و صدمه زدن به دیگران شرط ضروری برای توجیه

دخالت حقوق کیفری است (رحمدل، ۱۳۸۶). علاوه بر استدلال موافقان جرم‌انگاری سوء‌مصرف مواد مخدر که به آن‌ها اشاره گردید، این اعتقاد وجود دارد که رابطه معناداری بین سوء‌مصرف مواد مخدر و جرایم دیگر از جمله سرقت، جرایم خانوادگی و غیره وجود دارد و سوء‌مصرف مواد مخدر جرم‌زا بوده و سلامت اقتصادی، بهداشتی و ارزش‌های اجتماعی و نهاد خانواده را به خطر می‌اندازد (اسعدی، ۱۳۸۸). لذا، به جای جرم‌زدایی از سوء-مصرف مواد مخدر، به نظر می‌رسد اجرا و اصلاح قانون از جمله درمان اجباری، اعمال مجازات‌های جایگزین و متناسب نمودن مجازات با نوع جرم واقع شده و قانونمند و قانونی‌سازی سیاست‌های کاهش آسیب و رفع تعارض‌های قانونی می‌تواند در بهبود وضعیت موثر باشد. ولی جایگاه فعلی سیاست کاهش آسیب علیرغم تلاش مسئولان میان مقررات مبارزه با مواد مخدر نامطلوب است. هر چند که درمان نگهدارنده با متادون که جلوه‌ای از سیاست کاهش آسیب می‌باشد، موجب کاهش چشمگیر مسمومیت با مواد افیونی شده و مرگ و میر ناشی از آن به یک پنجم رسیده است (مکری و نوروزی، ۱۳۹۲). ولی علیرغم موارد مذکور و تصویب ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹، خلاءهای قانونی نیز همچنان در گفتمان کاهش آسیب مخصوصاً در درمان اجباری مشهود می‌باشد. در سال‌های اخیر هیچ یک از مراجع قانون‌گذاری در رابطه با برنامه‌های سیاست کاهش آسیب و درمان مصوبه‌ای را تدوین نکرده و تنظیم مقررات در این زمینه به وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌ها واگذار شده است. امری که نشان می‌دهد، نه تنها در محیط اجتماعی، بلکه در بستر سیاسی نیز سیاست مذکور مورد توجه قرار نگرفته و همچنان دیدگاه حاکم بر مصرف‌کنندگان مواد سزاگرایی و تاکید بر ترک اعتیاد است. لذا جهت تحقق اهداف گفتمان کاهش زیان، باید هماهنگی لازم بین نهادهای مسئول بوجود آمده تا کنشگران این عرصه نیز با آزادی عمل بیشتری اقدام به اجرای سیاست کاهش آسیب کنند. در لایحه‌ای که قوه قضاییه در حال تنظیم آن می‌باشد، اشاره‌ای نیز به سیاست کاهش آسیب شده است. در ماده ۳ لایحه نیز به تبعیت از ماده ۴۱ قانون جاری و به صراحت تجویز مواد مخدر و داروهای روان‌گردان را به منظور درمان و کاهش آسیب اعتیاد مجاز و عملی غیر مجرمانه اعلام کرده است. دوم، اینکه در ماده ۱ لایحه، وظیفه کاهش آسیب

ناشی از مصرف مواد مخدر و داروهای روان گردان به وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه محول شده که به نظر می‌رسد تحویل مسئولیت امر واحد به وزارتخانه‌های متعدد در عمل موجب عدم تشخیص وظایف هر کدام و مشکلات اجرایی خواهد شد. بنابراین، از آنجا که وزارت بهداشت در حال حاضر به استناد مواد ۱۵ و ۴۱ قانون مبارزه با مواد مخدر در این زمینه تشکیلات سازمان یافته‌ای دارد، بهتر است وزارت رفاه و تامین اجتماعی با ترسیم حدود اختیارات ملزم به همکاری شود. نتیجه آنکه، با بازنگری و اصلاح لایحه، امکان تدوین سیاست تقنینی مناسب با استفاده از تجربیات کشورهای موفق و توجه به گفتمان و سیاست کاهش آسیب می‌توان در انسجام سیاست جنایی-اجرایی و کاهش آسیب سوء مصرف مواد مخدر گام مهمی برداشت.

گفتمان مدیریتی^۱

مدیریت افراد وابسته به مواد در کنار اصلاح و درمان آن‌ها یکی دیگر از گفتمان‌های غالب در راستای کنترل سوء مصرف مواد مخدر می‌باشد که توسط قوه قضاییه و نیروی انتظامی در اجرای سیاست جنایی، ظهور نموده است. در واقع گفتمان مدیریتی به دلایلی مانند سوء مدیریت و یا نبودن زیرساخت‌های مناسب جهت اجرای مطلوب سیاست جنایی و یا عدم همکاری نهادهای مسئول در واقع مسکنی است بر جسم سرطانی. این گفتمان در بحث اعتیاد، با توجه به گفتمان‌های متفاوت حاکم بر موضوع کنترل سوء مصرف مواد مخدر بیشتر آشکار می‌گردد، چرا که نیروی انتظامی با توجه به حاکمیت عوام‌گرایی کیفری بر موضوع افراد وابسته به مواد متجاهر، چاره‌ای جزء دستگیری افراد وابسته به مواد داخل شهر و اعزام آن‌ها به دادسرا جهت تعیین تکلیف ندارد. مقام قضایی نیز به دلیل نداشتن ظرفیت مراکز ترک اعتیاد و درمان و اقامت اجباری افراد وابسته به مواد، مجبور به اعزام آن‌ها به زندان می‌شدند، که با صدور دستورالعمل ساماندهی زندانیان و کاهش جمعیت کیفری زندانیان مصوب ۱۳۹۵/۶/۲۳ ریاست محترم وقت قوه قضاییه، قضات مستند به بند اول ماده ۶ دستورالعمل از اعزام افراد افراد وابسته به مواد به زندان منع شدند.

بررسی آمارها و پرونده‌های مربوط به افراد وابسته به مواد در دادسرای ناحیه ۲۴ تهران در سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد که ۱۴۹ طرح در سال ۱۳۹۸ توسط نیروی انتظامی در قالب طرح‌های ظفر و رعد انجام گرفته و ۴۹۱۸۱ نفر افراد وابسته به مواد دستگیر شده است و تنها ۲۰ هزار نفر از دستگیرشدگان به مراکز درمانی اعزام شده‌اند و ۲۹۱۸۱ نفر بلافاصله یا بعد از ۲۴ ساعت پس از دستگیری با قرار تعلیق تعقیب آزاد شده‌اند^۱، که این آمارها بیانگر این موضوع است که در اعمال مواد ۱۵ و ۱۶ قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر به دلیل نبودن زیرساخت‌ها و عدم همکاری نهادهای مسئول با مشکل جدی مواجه هستیم. دستگاه قضایی نیز با تمسک به تعلیق تعقیب برای افراد وابسته به مواد و حاملان خرده‌پای مواد مخدر سعی در مدیریت موضوع و کاهش موقت آمار زندانیان می‌باشد و یا با صدور دستورالعمل ساماندهی زندانیان، با اعطای مرخصی به کسانی که حبس باقیمانده آن‌ها کمتر از ۶ ماه می‌باشد که اکثر آن‌ها هم مصرف‌کنندگان و افراد وابسته به مواد بودند، به نوعی به این گفتمان دامن زده است. گفتمانی که گاهی در تضاد با سیاست جنایی-تقنینی بوده و اثرات آن را خنثی نموده است. به عنوان مثال، صدور قرار تعلیق تعقیب موضوع تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون، منوط به اخذ تامین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده ۱۵ گردیده است^۲. در حالی که، در اجرای قانون با توجه به این که اکثر افراد وابسته به مواد توانایی تودیع تامین را ندارند و مراکز درمانی و کاهش آسیب هم ظرفیت کافی برای پذیرش افراد وابسته به مواد را ندارد، مقام قضایی چاره‌ای جز آزادی افراد وابسته به مواد دستگیر شده در اجرای طرح‌های مختلف نیروی انتظامی با قرار تعلیق تعقیب بدون اخذ تامین را ندارند. یا تعداد تعلیق تعقیب اصداری در خصوص اکثر افراد وابسته به مواد دستگیر شده و دارای سابقه در دادسرای ناحیه ۲۴ عدد دو رقمی را نشان می‌دهد، در

۱. آمارها برگرفته از سیستم مدیریت پرونده‌های قضایی (سمپ) دادسرای مواد مخدر تهران در سال ۱۳۹۸ می‌باشد.
۲. تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر اصلاحی ۱۳۸۹ مقرر می‌دارد: «مقام قضایی می‌تواند برای یک بار با اخذ تامین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده ۱۵ این قانون نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماه اقدام و فرد وابسته به مواد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند و در صورت تایید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذیربط برای یک دوره سه ماهه بلامانع است».

حالی که مقام قضایی مستند به تبصره ماده ۱۶ تنها مجاز است یکبار در خصوص فرد وابسته به مواد دستگیر شده اقدام به صدور قرار تعلیق تعقیب نماید. اینجاست که عدم همسویی سیاست جنایی-قضایی و اجرایی با تقنینی آشکارتر می گردد، چراکه اجرای دقیق سیاست جنایی-تقنینی نیازمند وجود بسترهای مناسبی می باشد که فراهم نشده است. صرف نظر از آن، عدم تناسب ضمانت اجرای مقرر در تبصره ۳ ماده ۱۶ قانون با حبس از ۹۱ روز تا ۶ ماه برای فرد وابسته به مواد که نتوانسته گواهی ترک اعتیاد اخذ نماید همراه با نقض تعهد صورت گرفته از دلایل عدم تبعیت سیاست جنایی-قضایی و اجرایی از تقنینی در این خصوص می باشد که باعث گرایش و تمایل سیاست جنایی-اجرایی به گفتمان مدیریتی شده است.

دلایل عدم موفقیت گفتمان‌های حاکم بر کنترل سوءمصرف مواد

فقدان آمار قابل استناد سوءمصرف کنندگان مواد مخدر

یکی از عوامل عدم موفقیت در اجرای سیاست‌های موجود، فقدان آمار دقیق افراد وابسته به مواد می باشد که البته مسائل جرم‌شناختی و قبح اجتماعی سوءمصرف مواد مخدر و پنهانکاری، داشتن آمار قطعی را با اشکال مواجه کرده است. لذا برای برنامه‌ریزی دقیق برای مقابله با مشکل اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر داشتن آمار دقیق افراد وابسته به مواد و نحوه مصرف و نوع مواد مخدر مصرفی در پیشبرد اهداف و برنامه‌ها تاثیر بسزایی خواهد داشت.

نگاه تک‌بعدی به معضل سوءمصرف مواد

از آنجا که سوءمصرف مواد پدیده‌ای چندبعدی می باشد، برای مبارزه با آن نیز نیاز به رشته‌های روان‌کاوی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی می باشد. یکی از مهم‌ترین راه کارهای پیشگیری از عود و درمان، توجه به بهداشت روانی افراد وابسته به مواد است (رویز، ۲۰۱۲) که در قانون مبارزه با مواد مخدر و آیین‌نامه‌های مربوطه توجه چندانی به این موضوع نشده است. صرف نظر از اختلافات طبقاتی که افراد وابسته به مواد دارند، مصرف کنندگان

مواد ویژگی‌های مشابهی دارند. همه آنان در جامعه‌پذیری، مهارت‌های عاطفی و رشد روانی مشکل دارند و این امر در عدم بلوغ، اعتماد به نفس پایین، آشوب‌های رفتاری و شخصیتی و سایر ویژگی‌های ضد اجتماعی آنان مشهود است. ویژگی اکثر آنان عبارت است از: تحمل پایین در برابر انواع ناراحتی‌ها و دیرارضایی و ناتوانی در کنترل احساسات، به ویژه در خصومت، گناه و اضطراب، کنترل ضعیف انگیزه‌ها و خودسنجی‌های غیر واقعی که موانعی مهم در پذیرش مسئولیت‌ها و مشکلات موجود بر سر راه فعالیت‌ها می‌باشد (فاجشابر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، علاوه بر ویژگی‌های مذکور افراد وابسته به مواد که به آن اشاره گردید، نگاه جامعه‌شناسان به اعتیاد بر این محور قرار دارد که بسیاری از عوامل شیوع اعتیاد و بازگشت به آن در درون فرد قرار ندارد و درمان اساسی مستلزم توجه به حوزه‌های بیرونی رفتار مانند روابط افراد وابسته به مواد با خانواده همسالان، محیط کار و غیره است. و این نکته مهمی که در گفتمان اصلاح و درمان و مقررات تدوین شده کمتر به آن پرداخته شده و یا به دلیل کمبود منابع و مقررات تدوین شده در اجرا به مشکل برخورد نموده است. بنابراین، با نگاه‌های تکبعدی و عدم برخورد ریشه‌ای با معطل اعتیاد، رسیدن به هدف محال خواهد بود.

عدم اولویت‌بندی برنامه‌ها

مبارزه و برخورد جدی با سوء مصرف مواد مخدر با برنامه مدون و با رعایت اولویت‌بندی برنامه‌ها تحقق می‌یابد. در گفتمان اصلاح و درمان، افراد وابسته به مواد پس از ترک اعتیاد به دلیل وابستگی روانی به مواد، کنترل چندانی بر رفتار خود ندارد و ممکن است مجدداً مرتکب جرم شود و یا خود، قربانی سوء مصرف مواد مخدر گردد. ولی با اجرای برنامه‌های کاهش آسیب بسیاری از عوارض جسمانی و روانی سوء مصرف مواد کاهش می‌یابد (فرهودیان و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین، به نظر می‌رسد اگر در اجرای برنامه‌های مقابله با سوء مصرف مواد، اجرای برنامه کاهش آسیب علیرغم زمان‌بر و پرهزینه بودن در اولویت باشد، بسیاری از مشکلات روانی و جسمانی و تلفات سوء مصرف مواد کاهش یافته و در نتیجه در اجرای برنامه‌های اصلاح و درمان نیز موفقیت بیشتری حاصل خواهد شد.

بحث و نتیجه گیری

سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد در حال حاضر به یک وضعیت بحرانی و اضطراری تبدیل شده و تهدیدی جدی برای سلامت عمومی، بهزیستی اجتماعی و اقتصادی است و می تواند منجر به اثرات نامطلوبی از جمله افسردگی، اضطراب و حتی مرگ شود (اسکول، ست، کاريسا، ویلسون و بالدوین^۱، ۲۰۱۹). با گذشت یک قرن از مبارزه با مواد مخدر و تلاش مسئولان، هر چند در مبارزه با قاچاق مواد مخدر شاهد موفقیت هایی هستیم، ولی با توجه به روند صعودی آمار مصرف کنندگان، توفیق چندانی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر، علیرغم تغییر رویکرد قانون گذار بر اساس مواد ۱۵ و ۱۶ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۸۹ که در راستای سیاست های کلی نظام تصویب شده، مشاهده نمی گردد. بر اساس مواد قانونی اصلاحی، افراد وابسته به مواد مکلف شده اند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی و خصوصی و یا سازمان های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. افراد وابسته به مواد که با مراجعه به مراکز مزبور و اخذ گواهی تحت درمان اقدام به ترک کنند، از تعقیب و مجازات معاف می باشند و افراد وابسته به مواد که اقدام به ترک نمایند، دستگیر و به مقام قضایی داسرا معرفی می شوند. چنانچه فرد وابسته به مواد دستگیر شده مایل به ترک داوطلبانه نباشد، در اجرای ماده ۱۶ با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه به مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب معرفی می شود و افراد وابسته به مواد که مایل به ترک داوطلبانه باشند، برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده ۱۵ قانون، به یکی از مراکز ترک اعتیاد معرفی می شوند و در خصوص آنها قرار تعلیق تعقیب برای مدت شش ماه صادر می شود. افراد وابسته به مواد که دارای گواهی تحت درمان بوده و تجاهر به اعتیاد نمایند و یا بعد از معرفی به مراکز درمانی در طول مدت زمان تعیین شده از طرف مقام قضایی، موفق به ترک نشوند، بر اساس تبصره ۳ ماده ۱۶ به لحاظ عدم اقدام یا توفیق نداشتن در ترک، و در واقع عدم انجام تکلیف مقرر در این قانون، به عنوان مجرم با صدور

کیفرخواست برای اعمال مجازات به دادگاه معرفی می‌شوند. تصویب ماده مذکور گام مهمی در مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر می‌باشد، هر چند که گفتمان قانون‌گذار در این قانون نیز منسجم نبوده و گفتمان‌های سرکوب و اصلاح و درمان و کاهش آسیب، همزمان در این قانون به چشم می‌خورد که اجرای آن را به مشکل مواجهه نموده است. چرا که افراد وابسته به مواد ناگزیرند برای ترک اعتیاد و درمان و بازپروری، به مراکز مجاز تخصصی مراجعه نمایند، تا در اجرای تبصره ۱ ماده قانونی مذکور در طول مدت درمان و بازپروری از تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف باشند. از طرف دیگر، با نگاه تکب‌عدی و صرف، پرداختن به درمان و آن هم با متادون نتیجه بخش نخواهد بود. بر اساس یافته‌ها و شواهد آماری و تحقیقات صورت گرفته، دور بودن فرد وابسته از مواد مخدر به مدت سه ماه یا بیشتر موجب ترک اعتیاد و کاهش آسیب نمی‌گردد. بنابراین، یکی از چالش‌های فراروی متخصصانی که در حوزه وابستگی به مواد مخدر فعالیت می‌کنند، بالا بودن میزان عود در این اختلال است. بنابراین، گفتمان‌های حاکم و برنامه‌های تدوینی مانع از مصرف مجدد مواد نشده و عدم کارایی مراکز بازپروری و شکست گفتمان اصلاح و درمان در مبارزه با اعتیاد و کنترل مصرف مواد مخدر را نشان می‌دهد که لازم است در خصوص پیشگیری از عود و ماندگاری به روش‌های روان‌شناختی و مراقبت‌های بعد از خروج توجه بیشتری شود و در این خصوص نیز سیاست منسجم اتخاذ گردد. در ارزیابی نتایج سیاست‌های کلی نظام بعد از انقلاب در زمینه کنترل سوء مصرف مواد مخدر که بیشتر مبتنی بر اصلاح و درمان بوده، نتایج اجرای سیاست کلی نظام در مبارزه با مواد مخدر و کنترل مصرف مثبت بوده، چرا که بر اساس آمار موجود تعداد افراد وابسته به مواد در سال ۱۳۱۴ هجری-شمسی بالغ بر یک و نیم میلیون نفر، معادل ۷ درصد جمعیت کل کشور و در سال ۱۳۳۴ هجری-شمسی حدود همین تعداد و اوایل سال ۱۳۵۷ دو میلیون نفر که حدود ۶ درصد جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دادند. در حال حاضر، بر اساس آمار رسمی تعداد افراد وابسته به مواد واقعی جمعیت هشتاد و پنج میلیونی کشور، یک میلیون و دویست هزار و افراد مصرف‌کننده تفتنی هشتصد هزار نفر می‌باشد، که نسبت به جمعیت کشور کمتر از ۵ درصد و به مراتب کمتر از سال‌های قبل از پیروزی انقلاب اسلامی است. این در حالی

است که قبل از انقلاب، تنها چند نوع مواد مانند تریاک، حشیش و مشتقات آن‌ها و هروئین در کشور یافت می‌شد، اکنون بیش از ۲۵۰۰ نوع انواع مواد مخدر و روان‌گردان توسط کشورهای دیگر خصوصاً آمریکا و اروپا تولید می‌شود و به کشور قاچاق و عرضه می‌گردد. علاوه بر آن، با وجود همسایگی با بزرگترین کشور تولید کننده تریاک جهان و قاچاق پیش‌سازهای مواد مخدر و روان‌گردان مانند شیشه، که نقش مهمی در ورود و توزیع مواد مخدر و روان‌گردان و در موارد محدود تولید در کشور و در نتیجه آن گسترش اعتیاد دارد، نه تنها افزایش بلکه کاهش افراد وابسته به مواد در کشور را داشته‌ایم که ناشی از اجرای مقررات سیاست‌های ترک افراد وابسته به مواد و کاهش مصرف و مبارزه در سال‌های گذشته می‌باشد (ذبحی، ۱۳۹۲). ولی به نظر می‌رسد که با توجه به شواهد آماری و تحقیقات دیگری که در این خصوص انجام شده، علیرغم تلاش‌های صورت گرفته جهت کنترل سوء مصرف، هنوز موفقیت‌های چشمگیری حاصل نشده است. که گفتمان‌های مختلف حاکم بر سیاست جنایی، مخصوصاً سیاست جنایی-اجرائی، یکی از علل اصلی مانع موفقیت نهادهای درگیر مبارزه بوده است که چندان با همدیگر همخوانی ندارند، مانند گفتمان اصلاح و درمان و کاهش زیان و مدیریتی که باعث شده در مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر با رویکردهای مختلفی مواجه باشیم. لذا نکته مهم و اساسی در راه کنترل سوء مصرف این است که سیاست جنایی در زمینه کنترل مواد مخدر در نهایت باید یک کل منسجم را تشکیل دهند که برآیند آن کنترل و کاهش مصرف مواد مخدر باشد. لازمه امر این است که عوامل اجرائی سیاست جنایی-اجرائی از یک گفتمان منسجم پیروی کنند. منظور ما از گفتمان، چارچوب نظری حاکم بر سیاست جنایی است. در سیاست جنایی-اجرائی حاکم بر سوء مصرف مواد مخدر همان‌طور که بررسی گردید، به نوعی با عدم انسجام مواجه هستیم. که این گفتمان‌ها هر کدام چارچوب، اهداف، و روش‌های متفاوتی را پیشنهاد می‌کنند. بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که صرف نظر از خلاء قانونی در برخی موارد مانند درمان اجباری افراد وابسته به مواد، در مجموعه گفتمان‌های حاکم انسجام و ارتباط منطقی مشاهده نمی‌گردد. زیرا سیاست جنایی اتخاذی اغلب تحت تاثیر شرایط خاصی بوده‌اند و پیشگیری، آموزش، درمان و بازتوانی افراد

وابسته به مواد و جلوگیری از عود اعتیاد و اجرای گفتمان‌های کاهش آسیب به خوبی انجام نگرفته و در کلیه سیاست‌ها و فعالیت‌ها، علیرغم تلاش مسئولان و برخوردهای قضایی با افراد وابسته به مواد، توفیق چندانی در روند کنترل و کاهش اعتیاد حاصل نشده است. برنامه‌هایی هم که به منظور کاهش تقاضا و درمان به اجرا گذاشته شده رضایت بخش نبوده و اجرای این برنامه‌ها صرفاً یک الگوبرداری ناقص بوده است. در نهایت، با توجه به مشکلات زیرساختی، نبودن امکانات کافی و غیره سعی گردیده که کنترل سوءمصرف در جامعه با تلفیقی از گفتمان‌های مختلف مدیریت گردد. در پایان، با توجه به یافته‌های پژوهش، دلیل بروز و عدم موفقیت گفتمان‌های مختلف، خلاء قانونی و نبودن سیاست جنایی منسجم و امکانات مناسب می‌باشد که این مسئله مسئولان را به سوی گفتمان مدیریتی سوق داده است. بنابراین، با توجه به این مسائل پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

با توجه به موازی کاری فراوان در زمینه اجرای سیاست جنایی کنترل سوءمصرف که نتایج منفی نیز داشته، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف گردد در مناطق مختلف کشور با توجه به ترکیب جمعیت افراد وابسته به مواد، مراکز ترک اعتیاد تاسیس و به صورت رایگان خدمات مربوط به ترک اعتیاد را در اختیار افراد وابسته به مواد قرار دهد. دولت نیز مکلف گردد که بودجه لازم را در برنامه بودجه سالیانه پیش‌بینی نماید تا افراد وابسته به مواد بدون نگرانی به مراکز دولتی درمان و کاهش آسیب مراجعه نمایند. ناتوانی افراد در پرداخت هزینه‌های درمان موجب مراجعه آن‌ها به مراکز غیر قانونی برای درمان و خرید داروهایی نظیر متادون شده که مشکلات زیادی اعم از بهداشتی و اقتصادی برای فرد وابسته به مواد ایجاد می‌کند. در قوانین و مقررات ناظر بر کنترل سوءمصرف مواد مخدر، مخصوصاً مواد ۱۵ و ۱۶ قانون تجدیدنظر صورت گیرد و ضمن حفظ جرم‌شناختی عدم تبعیت از دستورات مقام قضایی در راستای ترک اعتیاد و مصرف علنی مواد مخدر در ماده ۱۶ قانون، مجازات شلاق و جزای نقدی حذف، و مجازات‌های جایگزین مناسب در خصوص افراد وابسته به مواد اعمال گردد. تبصره‌ای نیز به شرح ذیل به ماده ۱۶ اضافه گردد: در صورتی که فرد وابسته به مواد دارای حالت خطرناک باشد و یا به واسطه اعتیاد

برای دیگران مزاحمت ایجاد نماید، دادستان با احراز حالت خطرناک فرد وابسته به مواد به شرح مقرر در ماده ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی دستور نگهداری فرد وابسته به مواد تا رفع حالت خطرناک را در مکان مناسبی صادر نماید. در نهایت با توجه به افزایش تعداد افراد وابسته به مواد و مواد مصرفی آن‌ها که بیشتر روان‌گردان می‌باشد که قدرت تخریب بیشتری نیز دارد، جهت پیشگیری از تبعات منفی و مخرب، علاوه بر طبقه‌بندی افراد وابسته به مواد با توجه به سابقه و نوع مواد مصرفی و امکان ترک آن، ابتدا سیاست کاهش آسیب اجرا گردد (یعنی مواد مخدر کم‌خطر جایگزین مواد پرخطر شده) و سپس اصلاح و درمان با تاکید بر روش‌های نوین درمانی و استفاده از نیروهای متخصص اعمال گردد.

منابع

اسعدی، سیدحسین (۱۳۸۸). *مواد مخدر و روان‌گردان در حقوق جنایی ملی و بین‌المللی*. چاپ اول، تهران، انتشارات میزان.

اکبری، بهنام (۱۳۹۸). *حقوق کیفری عمومی مواد مخدر*. تهران: انتشارات مجد.

پزشک‌زاده، سهیلا؛ اسماعیلی، معصومه، فرح‌بخش، کیومرث و فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۷). واکاوی علل عود در سوء مصرف‌کنندگان مواد بر اساس مولفه‌های معنایی-ارزشی زبان (تحلیل گفتمان موردی). *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۷۴-۵۵.

جعفری، امیرمحمد؛ امیدی، محسن و فهیمی، صمد (۱۳۹۶). بررسی مقایسه‌ای ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در افراد مصرف‌کننده مواد مقاوم به درمان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۷(۱)، ۶۲-۷۰.

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۰۸-۹۲.

ذبحی، حسین (۱۳۹۲). *شرح و بررسی قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر*. چاپ اول، تهران: انتشارات قوه قضاییه.

رحمدل، منصور (۱۳۹۱). *سیاست جنایی ایران در قبال جرایم مواد مخدر*. چاپ اول، تهران: انتشارات سمت.

رحیم‌نظری، فرزین (۱۳۹۰). *درمان اعتیاد یک راهبرد برای چند هدف*. *ماهنامه فرهنگی-اجتماعی ایران پاک*، ۴، ۱۳-۱.

رحیمی پور، ایمان؛ حبیب‌زاده، محمدجعفر؛ محقق داماد، سیدمصطفی؛ فرجیها، محمد و امیدی، جلیل (۱۳۹۵). سیاست کاهش آسیب در قبال مصرف مواد مخدر "مطالعه تطبیقی در نظام عدالت

کیفری ایران، پرغال و کانادا". پژوهش‌های حقوق تطبیقی، ۲۰(۳)، ۱۱۰-۸۴.

رشیدی، ناصر و سعیدی، اصمغان (۱۳۹۳). تحلیل گفتمان انتقادی برای چارچوب تحلیلی ون دایک و ون لیون. مجله پژوهش و نگارش کتب دانشگاهی، ۱۸(۳۲)، ۱۲۶-۱۰۰.

شرق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه و آلیلو، لیلا (۱۳۹۰). بررسی عوامل موثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۲(۲)، ۱۳۶-۱۲۹.

شیخی، ایوب؛ سلاجقه، سنجر و سادات‌صانعی، ندا (۱۳۹۸). بررسی تاثیر متقابل اقدامات مقابله با عرضه و درمان و کاهش آسیب اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۳)، ۷۶-۵۵.

صفاتیان، سعید (۱۳۸۷). درسی‌نامه جامع درمان اعتیاد. چاپ اول، انتشارات سازمان نظام پزشکی.

فرهودیان، علی؛ مکرری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ صفاتیان، سعید؛ صادقی، ماندانا و دولت‌شاهی، بهروز (۱۳۹۳). پایان‌نگهدارنده با متادون. چاپ دوم، انتشارات مهرسا.

لطفی‌کاشانی، فرح؛ مجتبیایی، مینا و علی‌مهدی، منصور (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۵۴)، ۲۶-۱۹.

مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۰). اعتیاد در ایران. تهران: انتشارات ثالث.

مکرری، آذرخش و نوروزی، علیرضا (۱۳۹۲). راهنمای درمان‌نگهدارنده با متادون. تهران: انتشارات مهرسا.

مهری، کریم؛ اکبری، فاطمه، یزدخواستی، بهجت و پناهی، محمدحسین (۱۳۹۳). فراتحلیل پژوهش‌های انجام شده در حوزه کاهش آسیب و درمان اعتیاد. نشریه توانبخشی، ۱۵(۲)، ۴۷-۳۸.

هادیان مبارکه، رضا؛ نوری، ابوالقاسم و ملک‌پور، مختار (۱۳۹۳). سایکودرام و اعتیاد. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۶۷(۵۵)، ۵۶-۱۶.

همرزلی، ریچارد (۱۳۸۹). مواد مخدر و جرم. ترجمه علیرضا علیزاده. تهران: انتشارات مجد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸).

References

- Alegria, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C., & Grant, B. F. (2011). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1187-1195.
- Cooper, K., Chatters, R., Kaltenthaler, E., & Wong, R. (2015). Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health Technology Assessment*, 19(56), 1-130.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
- Fish, J. N., Maier, C. A., & Priest, J. B. (2015). Substance abuse treatment response in a Latino sample: The influence of family conflict. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49, 27-34.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Ragger, K., Rinner, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2018). Increased attachment security is related to early therapy drop-out in substance use disorders. *BMC Research Notes*, 11(1), 1-5.
- Landy, R. J. (2017). The Love and Marriage of Psychodrama and Drama Therapy. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 65(1), 33-40.
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2004). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, CD002207 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub4>
- Nielsen, D. A. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and Alcohol Dependence Journal*, 124(1-2), 113-120.
- Scholl, L., Seth, P., Kariisa, M., Wilson, N., & Baldwin, G. (2019). Drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2013–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(51-52), 1419-1427.
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A., Parra, Á., & Camacho, C. (2016). Longitudinal analysis of the role of family functioning in substance use. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 232-240.
- Salemin, E., vanlier, P.A.C., Meeus, W., Raaijmakers, S. F., Wiers, E. W. (2015). Implicit alcohol-relaxation associations in frequently drinking adolescents with high levels of neuroticism. *Addictive Behaviors*. 45, 8-13.

- Ruize, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 333-358.
- Smith, M., Segal, J., & Rabinson, L. (2012). *Overcoming drug addiction*. Helpguide.org
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction*, 96(1), 3-13.