

فهم فرآیند اعتیاد با ترسیم جایگاه طبقاتی سوءمصرف کنندگان مواد (ارائه‌ی یک نظریه‌ی زمینه‌ای)*

بهزاد خدردی^۱، محمد زاهدی اصل^۲، ستار پروین^۳، محمد سعید زکایی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۰

چکیده

هدف: تحقیق حاضر با هدف بررسی تجارب زیسته و وضعیت پایگاه اجتماعی-اقتصادی دو گروه از سوءمصرف کنندگان مواد مخدر بستری در کلینیک و ساکن در گرمخانه انجام شد. **روش:** تحقیق حاضر با رویکرد کیفی و با روش زمینه‌ای انجام شد. یک مصاحبه عمیق بر روی ۳۶ نفر از سوءمصرف کنندگان مواد انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت نظری بود و جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع نظری ادامه داشت. داده‌ها از طریق کدگذاری با روش استراوس و کوربین تحلیل شدند. **یافته‌ها:** معاشرت ناسالم، مصرف تفنی، محرک‌های درونی، طرد دو سویه، نابرابری نهادی، فقر چندگانه، نظام رفاهی معیوب، انزجار از وضع موجود، دوگانگی و تضاد احساسی-رفتاری، هنجارشکنی، فروپاشی روانی و اجتماعی و تشکیل اجتماع ثانویه از مهم‌ترین مقولات تحقیق حاضر بودند. **نتیجه‌گیری:** سوءمصرف مواد با "واگرایی و همگرایی رفتاری-احساسی" و "رانش از اجتماع" همراه است. یعنی فرد سوء مصرف کننده مواد در جریان سبک زندگی وابسته به مواد خود دچار نوعی تباعد (جدایی) از اجتماع مواجه می‌شود. مطالعه عمیق در زمینه جایگاه سوء مصرف کنندگان مواد در ساختار اجتماعی، بررسی مناسب‌ترین شیوه‌های درمانی، و همچنین در دسترس بودن خدمات درمانی برای آحاد سوء مصرف کنندگان مواد جهت بهبودی و پیگیری فرآیندهای درمانی از جمله مواردی است که بایستی در سیاست‌گذاری‌های پیشگیری و درمان اعتیاد به آن توجه داشت.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، طرد اجتماعی، فقر

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری مددکاری اجتماعی نویسنده اول در دانشگاه علامه طباطبایی است.

۱. نویسنده مسئول: دکترای مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

behzad.khedri@gmail.com

۲. استاد، گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. دانشیار، گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴. استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

تعریف اعتیاد همواره مورد بحث و اختلاف بوده و نگاه‌های متعددی نسبت به آن وجود دارد (ریواکس، سون، آرمور و بل^۱، ۲۰۰۸). اعتیاد را می‌توان یک رفتار فیزیکی و اجتماعی در نظرات داشت که به موجب آن فرد نسبت به یک ماده، شخص و رفتار وابسته شده و کنترل خود را از دست می‌دهد و در مقابل پیامدهای منفی شامل احساس ناراحتی فیزیکی و روانی، از دست دادن سرمایه مادی، عدم تایید اجتماعی، کاهش مشارکت اجتماعی و از دست دادن عزت نفس را به دنبال دارد (کوپر، چاترز، کالتنتالر و وونگ^۲، ۲۰۱۵؛ رایتر^۳ و همکاران، ۲۰۱۳؛ میلر، یان و تونیگان^۴، ۲۰۰۳). اعتیاد به صورت خود را وقف کردن یا اختصاص بیش از حد زمان و انرژی به یک فعالیت و شخص و یا رفتار تعریف شده است (استامپ و اسمیت^۵، ۲۰۰۸؛ کاپلو^۶، ۲۰۰۰).

در بررسی جامعه‌شناختی یک مسئله اجتماعی همچون اعتیاد باید این حقیقت را اذعان نمود که منشاء شکل‌گیری اغلب آسیب‌ها و مسائل اجتماعی، زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است. مدل روانی، اجتماعی و زیستی اعتیاد را مشکلی چند وجهی می‌داند که حل آن نیازمند دانش‌های مختلف اجتماعی، پزشکی و فرهنگی است (هاشمی مقدم، ترکان و یوسفی، ۱۳۹۹). نگاهی کوتاه بر وضعیت اعتیاد در کشور ایران و بررسی آمارهای مربوط به آن نشان می‌دهد که مسئله‌ی اعتیاد بعد از انقلاب نه تنها کاهش نیافته بلکه گسترش نیز یافته است (عبدلی، احمدی و امانی ساری بگلو، ۱۳۹۵). در یک دهه‌ی اخیر با ورود مواد صنعتی جدید و خامت اوضاع دو چندان شده است. افزون بر این، اگر تا یک دهه‌ی پیش بسیاری از صاحب نظران علوم اجتماعی نگران گسترش این معضل اجتماعی بودند، امروزه آسیب‌های همراه با آن همچون بی‌خانمانی، انواع بیماری‌های عفونی مثل ایدز و هیپاتیت نیز مورد توجه قرار گرفته است و بروز این مسائل همراه با گسترش اعتیاد، نگرانی مضاعفی را آشکار می‌سازد.

1. Rivaux, Sohn, Armour & Bell
2. Cooper, Chatters, Kaltenthaler & Wong
3. Rigter

4. Miller, Yahne & Tonigan
5. Stump, Smith
6. Copello

در خصوص بررسی تفاوت‌های طبقاتی افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد، پژوهش‌های اندکی در کشور ما انجام شده است. اما ترسیم الگوی پایگاه اجتماعی-اقتصادی و نوع‌شناسی سوء مصرف کنندگان مواد می‌تواند در جهت مداخله، درمان و پیشگیری اعتیاد متمر ثمر باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پایگاه اجتماعی-اقتصادی افراد بر نوع مصرف، شیوه مصرف و حتی پیامدهای مصرف تاثیر گذار است (هاثورن^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). لذا می‌توان گفت که سوء مصرف مواد در جوامع مختلف، از الگوهای خاصی پیروی می‌کند، زیرا متناسب با بافت اجتماعی و زمان، شرایط زمینه‌ای و حتی فرهنگ جوامع، نوع مصرف در میان قشرها و طبقات مختلف تغییر می‌کند (نریمانی، میکائیلی و حاجلو، ۱۳۹۷). برای مثال، در اوایل قرن بیستم، در ایالات متحده، برای مردها از لحاظ اجتماعی مصرف تنباکو قابل قبول بود، اما برای زنان امری ناپسند شمرده می‌شد، یا نوع برخورد اجتماعی (پیامدهای مصرف) و حتی مجازات‌ها متفاوت بود. زیرا مجازات‌های شدیدی برای سیاه پوستان اجرایی می‌شد و در مقابل مجازات‌های کمتری برای مصرف کنندگان سفید پوست، و حتی تحریم‌های کمتری بر وارد کنندگان سفید پوست کوکائین وارد می‌شد (هاکانسون و هال^۲، ۲۰۱۴). در یک نگاه دیگر، می‌توان اظهار داشت که سوء مصرف مواد مخدر، اغلب مربوط به انتخاب و رفتار فرد است. با این حال، بررسی مصرف مواد مخدر از نقطه نظر جامعه‌شناختی، الگوهای جالبی توسط طبقه، نژاد و جنس را نشان می‌دهد. این الگوها نشان می‌دهند که جایگاه یک شخص در ساختار اجتماعی می‌تواند باعث افزایش یا کاهش مصرف مواد مخدر و الکل شود. برای مثال، مردان در تمام سنین و نژاد، بیشتر از زنان از مواد مخدر استفاده می‌کنند. از نظر طبقه اجتماعی، سوء مصرف کنندگان تزریقی عمدتاً در قسمت فقیرنشین شهر یافت می‌شوند فرآیند شیوع تزریق مواد در زنان به طور میانگین خیلی زودتر از مردان اتفاق می‌افتد (حاجی‌ها و بهرامی احسان، ۱۳۹۸). موارد بیان شده به وضوح اهمیت ترسیم پایگاه اجتماعی-اقتصادی را در بررسی مصرف مواد مخدر نشان می‌دهد.

از نظر قشربندی و اعتیاد، فقرا بیشتر از ثروتمندان به استفاده‌ی غیرقانونی مواد مضر تمایل دارند. یک فرضیه این است که یک فرد جوان ثروتمند در صورت استفاده از داروی غیرقانونی چیزهای زیادی را از دست می‌دهد. جوانان فقیر در شرایطی هستند که شغل و فرصت‌های دیگری برای پیشرفت آن‌ها کمیاب یا حتی اصلاً وجود ندارند، هیچ چیزی را برای از دست دادن ندارند چون قبلاً همه چیز را از دست داده‌اند (ایدنر، کاسپرو، تسای، روزنهاک^۱، ۲۰۱۱). با بررسی آمار، واضح است که استفاده از مواد مخدر در تمام خطوط طبقاتی، نژادی و جنسیتی وجود دارد. در این رابطه پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که سوء مصرف مواد با سطح آموزش فردی و خانوادگی، میزان درآمد و جایگاه شغلی، محرومیت و نادیده گرفتن، میزان سلامت فیزیکی و اجتماعی، نژاد و قومیت، سابقه والدین در سوء مصرف مواد و فقر در ارتباط است (کر^۲، ۱۹۸۷؛ کلارک^۳، ۲۰۰۹؛ گروهل^۴، ۲۰۱۱؛ کاپالدی^۵، ۲۰۰۸). در رابطه با رابطه بین تحصیلات با سوء مصرف مواد می‌توان گفت که افراد با تحصیلات بالاتر کمتر به استفاده غیر قانونی از مواد تمایل نشان می‌دهند. برای مثال یک مطالعه میدانی راجع به دانشجویان سال اول دانشگاه در ایالات متحده (مابین سال ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۶) نشان داد که همان دانشجویان بعد از یک دوره ۵ ساله آموزش دانشگاهی کمتر علاقه‌مند به مصرف مواد بودند. همچنین نکته مهم در همان تحقیق دانشجویانی بودند که والدین آن‌ها دارای تحصیلات بالا بودند، این دانشجویان در مقایسه با سایر دوستانشان کمتر سابقه سوء مصرف مواد داشته‌اند (کر، ۱۹۸۷). از طرف دیگر سوء مصرف مواد در سابقه خانوادگی فرد می‌تواند بر گرایش به اعتیاد موثر باشد. برای مثال در یک تحقیق نشان داده شد که افراد دارای والدین معتاد تا ۷۰ درصد بیشتر از افراد معمول احتمال گرایش به اعتیاد در آن‌ها وجود دارد. علاوه بر آن میزان سلامت ذهنی و اجتماعی یک عامل مهم در گرایش به سوء مصرف مواد است (گروهل، ۲۰۱۱).

1. Edens, Kaspro, Tsai, & Rosenheck
 2. Kerr

3. Clarke
 4. Grohol
 5. Capaldi

در مجموع تحقیقات نشان می‌دهد که افراد با درآمد پایین و افراد بیکار بیشتر در معرض سوء مصرف مواد و الکل قرار دارند (لاو و گیسون^۱، ۲۰۱۴). برخی تحقیقات در ایالات متحده نیز نشان می‌دهند که قریب به ۲۰ درصد افراد مرفه تمایل به مصرف مواد غیر قانونی در اوقات فراغت دارند. طبقه اجتماعی - اقتصادی افراد بر میزان بهبودی و ترک اعتیاد نیز موثر است. برای مثال تحقیقات در این باره نشان می‌دهند که افراد با درآمد کمتر از ۲۰ هزار دلار در سال در مقایسه با افراد با درآمد ۷۰ هزار دلار در سال، کمتر احتمال بهبودی دارند. برای مفهوم بیکاری نیز این قضیه صادق است. برای مثال یک پژوهش در سال ۲۰۰۷ نشان داد که افراد بیکار با احتمال ۲۳ درصد بیشتر از افرادی که کار پاره وقت دارند در معرض سوء مصرف مواد قرار دارند (کاپالدی، ۲۰۰۸).

نگاهی به آمارهای اعتیاد در کشور ما نشان می‌دهد که هر ساله آمار اعتیاد در حال افزایش است. تحقیقات نشان می‌دهند که، از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ تعداد ۴۵۱۶ نفر افراد بی‌خانمان جمع‌آوری شده‌اند که قریب به ۴ میلیون نفر آنان درگیر مشکل اعتیاد بوده‌اند (مقدس قهفرخی، حقیقتیان و هاشیمان‌فر، ۱۳۹۸). علاوه بر آن، بر اساس آمارهای غیر رسمی در سال ۱۳۹۶، تهران نزدیک به ۱۵ هزار بی‌خانمان و کارتن خواب دارد که ۸۵ درصد آن‌ها معتاد می‌باشند. با این وجود، ۱۸ مددسرای پایتخت فقط گنجایش میزبانی از ۳۵۰۰ نفر از این بی‌خانمان‌ها را دارد و سرما جان نزدیک به ۱۲ هزار نفر از سوء مصرف کنندگان مواد را تهدید می‌کند (افضلی، صرامی، رحمانی و رحمانی اصل، ۱۳۹۶؛ مدبرنیا، میرحسینی، تبری و عطرکار روشن، ۱۳۹۲). آمارهای دیگر در این رابطه نشان می‌دهند که ۱۴ میلیون نفر از جمعیت ایران با مشکلات اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم درگیر هستند (عبدی، صادقی سقدل، عصارای آرنانی و ناصری، ۱۳۹۸).

لزوم دریافت معانی و تفاسیر ذهنی سوء مصرف کنندگان مواد و دریافت اینکه زندگی را چگونه تجربه می‌کنند نیازمند یک دیدگاه درونی است که جز با تحقیق کیفی امکان پذیر نیست. از طرفی دیگر تحقیقات کیفی مختلف نشان می‌دهند که سوء مصرف کنندگان مواد تجارب مختلفی را از سر می‌گذرانند که به صورت فرآیندی طی می‌شود. کولیر،

هیلیک و اونگبازی^۱ (۲۰۱۴) در یک مطالعه کیفی درباره سوء مصرف کنندگان مواد دریافتند که در فرآیند اعتیاد افراد هفت مرحله را طی می کنند. در مرحله نخست احساسات منفی بر آن ها غلبه می کند و سپس با تخریب روابط اجتماعی و نبود خودمراقبتی و حمایت اجتماعی به مصرف مواد روی می آورند. سپس فرد معتاد به انکار روی می آورد که پیامد آن غوطه ور شدن بیشتر در دام اعتیاد است. در ادامه به تدریج فرد روابطش در هم شکسته می شود و در صورت فقدان درمان در چرخه اعتیاد جولان می دهد. سا، رافینز، رابینز، آلبانز و کانتزاین^۲ (۲۰۰۸) نیز در پژوهشی کیفی با عنوان، حل مشکل درد در اعتیاد و بهبودی مصرف کنندگان دریافتند که حل مشکل درد در مصرف کنندگان مواد، دو مرحله دارد. ابتدا درد ناگهانی و تحمل آن، سپس تسویه حساب با این معضل. در مرحله اول فرد معتاد احساس بی ارزش شدن می نماید، ولی رفته رفته و بصورت یک فرآیند با صداقت با مشکل خود روبرو می شود. زمانی که مشکل خود را پذیرفت و به ارزش های خود واقف شد، به سمت تحمل وضعیت موجود و روند درمان حرکت می کند و انگیزه لازم در وی ایجاد می شود و در نهایت خود را یک فرد کارآمد در اجتماع تصور می کند.

تمرکز پژوهش حاضر بر مسائل و مشکلات سوء مصرف کنندگان مواد است و همچنین به دنبال ترسیم جایگاه اجتماعی-اقتصادی و تاثیر آن بر نوع تجارب زیسته ای افراد سوء مصرف کننده می باشد. جهت درک و تفسیر این مسئله می توان با بهره گیری از دیدگاه کنش متقابل نمادین و نظریه های مرتبط و رویکرد طرد اجتماعی می توان به توضیح و تبیین مفاهیم اصلی اعتیاد پرداخت. از منظر دیدگاه های یاد شده اعتیاد پدیده ای است که حاصل عوامل فردی و ساختاری است (مشونیس، ۱۳۹۵). لذا جامعه آن را تعریف و مشخص می کند که چه چیز به عنوان انحراف تلقی شود (بارکر، ۱۳۸۷). در واقع اعتیاد به عنوان یک مسئله اجتماعی، حاصل کاستی های فردی و مشکلات ارتباط میان فردی و همچنین تخطی از هنجارهای اجتماعی معمول است که در نهایت فرد هویت انحرافی گرفته و در کنار آن برچسب منحرف را نیز دریافت می کند. دیدگاه های نظری یاد شده کمک

1. Collier, Hilllike, Onwuegbuzi

2. Suh, Ruffins, Robins, Albanese & Khantzian

می‌کنند که مقولات و مفاهیم ذهنی سوء‌مصرف‌کنندگان مواد شناسایی و درک شوند. سوء مصرف‌کنندگان مواد پس از دریافت محرک اولیه (خواه یک مسئله فردی یا یک مسئله اجتماعی و یا یک کنجکاوی) رفتار انحرافی اولیه را بروز می‌دهند و بعد از دریافت تقویت‌کننده‌های درونی و بیرونی و معاشرت با افراد هم‌تا، به تواتر و شدت اعمال انحرافی خود که همان سوء مصرف مواد است ادامه می‌دهند.

رویکردهای یاد شده کمک می‌کنند که نگاه فرد سوء‌مصرف‌کننده نسبت به جامعه و نگاه جامعه نسبت به فرد سوء‌مصرف‌کننده واکاوی شود. فهم و درک برجسب‌های ناشی از واکنش‌های اجتماعی به افراد، انگ خوردن، صدمه دیدن تصور آنان از خود، هویت کج‌روانه و انبوهی از انتظارات منفی اجتماعی با رویکردهای یاد شده آسانتر می‌شود. همچنین دیدگاه‌های یاد شده خصوصاً رویکرد سازه‌گرایی به پژوهش‌گر کمک می‌کند که چگونه این افراد واقعیت اعتیاد را تجربه و معنی می‌کنند و چگونه تجارب زیسته خود را تفسیر می‌نمایند. بنابراین چارچوب مفهومی پژوهش حاضر از مفاهیم حساسی چون تجربه زیسته، همنشینی و معاشرت، کنش‌های درون‌گروهی، ارتباطات میان فردی، محرومیت و طرد اجتماعی، در حاشیه قرار گرفتن و داده شدن، خرده فرهنگ، برجسب زنی، خودپنداره و عاملیت فردی تشکیل شده است.

غالب تحقیقات کیفی پیشین در حوزه اعتیاد تجارب سوء‌مصرف‌کنندگان مواد را صرف نظر از طبقه اجتماعی-اقتصادی آنان به صورت کلی بیان نموده و از تفکیک پرهیز نموده‌اند. به عنوان ضرورت و اهمیت باید عنوان کرد که کشف دنیای درونی و تفسیر معانی و تجارب زیسته‌ی سوء‌مصرف‌کنندگان مواد و همچنین بررسی جایگاه طبقاتی آنان راه را برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری و درمان اعتیاد هموار می‌سازد و ضرورت این پژوهش را آشکار می‌نماید. بررسی تفاوت‌های سوء‌مصرف‌کنندگانی که در گرمخانه‌ها بسر می‌برند، در مقابل کسانی که از خدمات درمان کلینیکی استفاده می‌نمایند، با ترسیم تفاوت‌های آن‌ها در ساختار اجتماعی-اقتصادی، ضرورت و بعد نوآوری پژوهش را آشکار می‌سازد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود: چه قشرهایی، چه نوع موادی را مصرف می‌کنند؟ یا اینکه چه شرایط علی و

مداخله‌گری در روی آوردن به اعتیاد در میان طبقات و قشرهای مختلف اقتصادی و اجتماعی دخیل هستند؟ جایگاه اجتماعی-اقتصادی این افراد چگونه است؟ راهبردها و پیامدهای سوء مصرف مواد برای افراد درگیر اعتیاد به چه صورت است؟

روش

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

روش تحقیق حاضر کیفی بوده و برای تحلیل داده از مدل مبنایی (زمینه‌ای) استفاده شد. در واقع، نظریه مبنایی که اساس آن بر استقرای تحلیلی استوار است، نخستین بار توسط گلنزر و اشتراوس با هدف ساختن نظریه‌ای که در دل داده‌ها قرار گیرد، تنظیم شد. نظریه مبنایی کشف نظریه از داده‌هاست که به صورت استقرایی و بر مبنای تحقیق اجتماعی تولید می‌شود. تولید یک نظریه به کمک اطلاعات تحقیق بدین معناست که بیشتر فرضیات و مفاهیم نه تنها از اطلاعات مبنایی گرفته می‌شوند، بلکه علاوه بر آن، بر اساس داده‌های به دست آمده در جریان تحقیق، به طور نظام‌مند شکل می‌گیرند. در این پژوهش میدان تحقیق شامل سوء مصرف کنندگان کلینیکی و بی‌خانمان (کلینیک دی و گرمخانه خاوران، سال ۹۸) بود که با ۳۶ نفر مصاحبه صورت گرفت. نمونه‌گیری به شیوه نظری و تصادفی اجرا شد و تا اشباع نظری ادامه داشت. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: انتخاب سوء مصرف کنندگان از هر دو محیط (کلینیک و گرمخانه)، سوء مصرف مواد طی یک سال گذشته، استفاده از درمان بستری، سکونت در گرمخانه، دسترسی به حداقل خدمات درمانی، مشارکت اختیاری در فرایند درمانی، تمایل به مصاحبه با اختیار خود.

پس از مراجعه به محل مصاحبه، پژوهشگر، راهنمای مصاحبه‌ای را با استفاده از چند مصاحبه اکتشافی و مرور سوابق و همچنین ادبیات نظری موجود پرسش‌های کلیدی را مطرح نموده تا مشارکت کنندگان دیدگاه‌ها و روایت‌های خود را به صورت آزاد مطرح نمایند. مصاحبه‌ها ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و با اجازه مشارکت کنندگان ضبط شد. پس از مصاحبه، مفاهیم و مقولات استخراج و در مصاحبه‌های بعدی نوع سؤالات بر اساس آن مقولات ترتیب داده شد. پاسخ‌ها دوباره بررسی و مقولات جدیدی کشف شدند، یا مقولاتی مشابه مقولات قبلی به وجود آمدند که در همدیگر ادغام شدند. این فرآیند

پرسش و مقایسه تا رسیدن به اشباع نظری وجود داشت؛ بنابراین تا پایان انجام پژوهش، مصاحبه و حضور مجدد در میدان تحقیق ادامه داشت. لازم به ذکر است که مصاحبه‌ها با روش زمینه‌ای استراوس و کوربین طی سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری (مقولات فرعی) و کدگذاری انتخابی (مقولات اصلی) تجزیه و تحلیل شد. طی کدگذاری محوری و گزینشی در نهایت ۲۳ مقوله اصلی و ۵۵ مقوله فرعی استخراج شد.

یافته‌ها

دو طیف از سوء مصرف کنندگان مواد در تحقیق حاضر مشارکت داشتند. گروه اول شامل سوء مصرف کنندگان ساکن در گرمخانه، که عمدتاً بی‌خانمان بوده و شب را در آنجا (یا خیابان) سپری می‌کردند. گروه دوم شامل کسانی بودند که در کلینیک خدمات درمانی را به صورت بستری دریافت می‌نمودند. هر کدام از این دو گروه ویژگی‌های مختص به خود را داشتند که می‌توان آن‌ها را در دو طبقه‌ی متفاوت قرار داد. از کل نمونه تحقیق، تعداد ۱۷ سوء مصرف کننده از کلینیک (با میانگین سنی ۳۶ سال) و ۱۹ نفر نیز از گرمخانه (با میانگین سنی ۳۲ سال) مشارکت داشتند. از کل نمونه کلینیکی، ۱۲ نفر از مشارکت کنندگان متاهل بودند و ۵ نفر مجرد، و در مقابل ۱۳ نفر از افراد ساکن در گرمخانه مجرد، یا مطلقه و تنها ۶ نفر متاهل بودند. همچنین ۷ نفر از مشارکت کنندگان کلینیکی تحصیلات لیسانس، یک نفر فوق لیسانس، ۲ نفر دیپلم و مابقی تحصیلات زیر دیپلم داشتند. در مقابل ۲ نفر از مشارکت کنندگان گرمخانه دارای تحصیلات لیسانس، ۳ نفر دیپلم و مابقی زیر دیپلم و بیسواد بودند. از مجموع ۱۷ مشارکت کننده‌ی کلینیکی ۱۱ نفر دارای شغل بودند. سوء مصرف کنندگان ساکن در گرمخانه فاقد شغل ثابت بوده و در زمینه‌ی کارهای فصلی از قبیل بنایی، گچ کاری و ضایعات جمع‌کن، فعالیت داشتند.

در نوع شناسی افراد سوء مصرف کننده مواد می‌توان یک تقسیم بندی را در پژوهش حاضر ترسیم نمود. افراد سوء مصرف کننده‌ای قرار دارند که متعلق به طبقه متوسط و بالای جامعه هستند، این افراد به لحاظ ظاهر فیزیکی و موقعیت ساختاری در وضعیت متفاوتی نسبت به افراد سوء مصرف کننده‌ای که ساکن گرمخانه‌ها ساکن هستند، قرار دارند. در طیف دیگر، سوء مصرف کنندگان متعلق به طبقات پایین وجود دارند که تقریباً از وضعیت

یکسانی برخوردارند. سوء مصرف کنندگان طبقات بالا، معمولاً به لحاظ ظاهری مرتب و تمیز، اندام متناسب، تحصیلات بالا و از ادبیات گفتگویی متناسب با جامعه استفاده می کنند. این افراد دسترسی بهتری به خدمات درمانی دارند و معمولاً از خدمات حمایتی و مشاوره‌ای نیز بهره می برند. اما سوء مصرف کنندگان طبقات پایین، معمولاً ظاهر ژولیده، نامرتب، آشفته و غالباً جثه‌ی فیزیکی لاغری دارند. این افراد در گرمخانه ساکن بوده و معمولاً از خدمات درمانی چندان مناسبی بهره نمی برند. درمان غالباً پزشکی بوده و از درمان‌های روانی-اجتماعی و حمایت‌های مشاوره‌ای چندان برخوردار نیستند. همچنین معمولاً ارتباط این دسته از سوء مصرف کنندگان با خانواده قطع بوده و دایره‌ی ارتباط معمولاً به گروه دوستان محدود می شود.

به لحاظ پایگاه شغلی سوء مصرف کنندگان کلینیکی در وضعیت به مراتب بهتری نسبت به افراد گرمخانه قرار بوده و همچنین میزان تحصیلات بالاتری داشتند. سوء مصرف کنندگان کلینیکی در درون زندگی مشترک (تاهل) پیگیر روند بهبودی خود بودند. این مهم را می توان در میزان ارتباطات میان فردی و شبکه‌های اجتماعی تبیین کرد که زمینه‌ی دسترسی آنان به حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی را تسهیل کرده بود. زیرا در طول یکسال گذشته با خانواده و گروه‌های دوستان در ارتباط بودند. اما افراد ساکن در گرمخانه معمولاً بی خانمان بودند و توانایی اجاره یک مکان مستقل را نداشتند و ارتباطات حداقلی با خانواده داشتند. مشارکت کنندگان بستری شده در کلینیک دسترسی بیشتری به الکل در زمان اعتیاد خود داشتند و در طول یکسال گذشته بین ۳ الی ۶ بار تجربه مصرف الکل داشتند، و در مقابل مشارکت کنندگان گرمخانه دسترسی کمتری داشتند (حداکثر یک یا دوبار). این می تواند نشان دهنده‌ی سبک زندگی و نوع تفریحات آنان باشد. ماده غالب مصرفی در سوء مصرف کنندگان کلینیکی هروئین، ماری جوانا و قرص‌های روان گردان بود. در سوء مصرف کنندگان گرمخانه‌ای تریاک، شیشه و کراک فراوانی بیشتری داشت. میزان دسترسی به خدمات درمانی در میان سوء مصرف کنندگان کلینیکی به مراتب بیشتر از افراد ساکن در گرمخانه است. زیرا آن‌ها هزینه‌ی بالایی برای خدمات بستری پرداخت می کردند و از خدمات پزشکی، روان پزشکی، روان شناسی، مددکاری و

پرستاری استفاده می نمودند. آن‌ها زمان‌هایی را در مشاوره‌های روانی-اجتماعی سپری می کردند. سوء مصرف کنندگان گرمخانه فقط به درمان دارویی (معمولاً متادون) دسترسی داشتند. به طور معمول سوء مصرف کنندگان گرمخانه عواملی چون نابرابری و مشکلات مربوط به ساختار اجتماعی همچون بیکاری و فقر و فقدان شناخت و آگاهی، و ازهم گسیختگی خانواده را به عنوان علل گرایش به اعتیاد روایت می کردند و در مقابل سوء مصرف کنندگان کلینیکی از مشکلات داخلی خانواده و لذت طلبی و گرایش به تجارب جدید و کنجکاوی به عنوان علل اولیه گرایش به اعتیاد یاد می کردند. پایگاه اجتماعی-اقتصادی خانوادگی سوء مصرف کنندگان گرمخانه‌ای معمولاً پایین و در خانواده‌های کم درآمد رشد کرده بودند. سوء مصرف کنندگان کلینیکی معمولاً از خانواده‌های طبقه متوسط و بالا بودند که همچنان از حمایت‌های مالی برخوردار بودند. در مورد نرخ بزهکاری و جرم در میان دو طیف مشارکت کننده می توان گفت که افراد ساکن در گرمخانه حداقل یک بار در طول سال گذشته مرتکب جرائمی همچون سرقت، زورگیری، آسیب به اموال عمومی شده بودند. آن‌ها احساس تعلق به خرده فرهنگ اعتیاد داشتند. محلی که می تواند با افراد همتای خود همنشین و هم صحبت باشند. ولی این میزان در میان سوء مصرف کنندگان کلینیکی به مراتب کمتر بود و در بسیاری از موارد در طول یک سال گذشته جرمی اتفاق نیفتاده بود، و ارتباط کمی با افراد سوء مصرف کننده‌ی دیگر داشتند. در باب سبک زندگی می توان گفت که اغلب سوء مصرف کنندگان گرمخانه درگیر نیازهای اولیه و رفع نیاز در طول حداقل یک روز یا یک هفته کاری بودند. سوء مصرف کنندگان کلینیکی اغلب درگیر حل مشکل اعتیاد و حل مشکلات ارتباطی با خانواده بودند و برای رفع نیازهای اولیه دچار مشکل نبودند. میزان امید و تمایل به ادامه فرایند درمان در میان سوء مصرف کنندگان کلینیکی بیشتر بود و از مفاهیمی همچون جبران، کنار خانواده بودن، حفظ آبروی خود و اعضای خانواده، برنامه‌ریزی، اعتماد به درمان در فراوانی روایت‌ها بسیار بود. در جدول ۱ وضعیت پایگاه اجتماعی - طبقاتی مشارکت کنندگان ارائه شده است.

جدول ۱: ترسیم پایگاه اجتماعی- طبقاتی مشارکت کنندگان به تفکیک گروه‌ها

سوء مصرف کنندگان کلینیکی	سوء مصرف کنندگان گرمخانه
تحصیلات بیشتر	تحصیلات کمتر
میزان ارتباطات میان فردی و شبکه‌های اجتماعی بیشتر	میزان ارتباطات میان فردی و شبکه‌های اجتماعی کمتر
میزان مصرف الکل بیشتر	میزان مصرف الکل کم
پایگاه شغلی بالاتر	پایگاه شغلی پایین‌تر
ماده غالب مصرفی (هروئین، ماری جوانا و روان گردان‌ها)	ماده غالب مصرفی (تریاک، شیشه و کراک)
دسترسی به حداقل خدمات درمانی بیشتر و مناسب	دسترسی به حداقل خدمات درمانی
علل گرایش به اعتیاد (مشکلات داخلی خانواده و لذت‌طلبی و گرایش به تجارب جدید و کنجکاوی)	علل گرایش به اعتیاد (نابرابری، محرومیت، ازهم گسیختگی خانوادگی)
پایگاه اجتماعی- اقتصادی خانوادگی بالاتر	پایگاه اجتماعی- اقتصادی خانوادگی پایین‌تر
نرخ بزهکاری و جرم پایین‌تر	نرخ بزهکاری و جرم بالاتر
عدم عضویت در خرده فرهنگ اعتیاد	عضویت در خرده فرهنگ اعتیاد
میزان بیشتر امید و تمایل به ادامه فرایند درمانی	میزان کم امید و تمایل به ادامه فرایند درمانی

از تحلیل داده‌های مصاحبه و بعد از اتمام کدگذاری اولیه (باز) و کدگذاری محوری و گزینشی ۵۵ مقوله فرعی و ۲۳ مقوله اصلی استخراج شد که در ذیل دو مقوله هسته واگرایی و همگرایی رفتاری- احساسی و رانش از اجتماع (رانده شده از جامعه) گردآوری و انتزاع پیدا نمودند. در ادامه به تفسیر مقولات اصلی پرداخته می‌شود.

معاشرت ناسالم: قریب به اکثریت مشارکت کنندگان تحقیق در هر دو گروه از سوء مصرف کنندگان ساکن در گرمخانه و مراجعان به کلینیک از روابط اجتماعی ناکارآمد و گروه‌های دوستان و همشینی با افراد ناسالم، به عنوان یکی از علل اصلی رجوع به مصرف مواد اشاره می‌کردند. گروه‌های دوستی مصرف کننده، همشینی ناباب، خویشاوندان معتاد از جمله مفاهیمی بوده که در متن گفتگوهای استخراجی بوده است. برای مثال محمد-س می‌گوید: "بعد از دعوا با پدرم رفتم خونه پسر خالم، اون خیلی وقت بود مصرف می‌کرد و منم چون اعصابم داغون بود بهم تعارف کرد و منم نه نگفتم و دفعه اول خیلی سرخوشم کرد که همه چی رو فراموش کردم. از اون به بعد هرچی کم می‌اوردم

یه چیزی باهاش تهیه می‌کردم و می‌زدم، اوایلش کم بود بعد یه مدتی زود به زود می‌دیدمش."

مصرف تفننی: برخی از افراد از مصارف اولیه مواد خود به عنوان سرگرمی یاد می‌کردند. این نوع علت را می‌توان در میان مفاهیم مراجعان کلینیکی بیشتر مشاهده کرد که با مقولات مانند سرگرمی، شادی، تفریح، حواس‌پرستی، جلف‌بازی، کلکل کردن از آن یاد می‌کردند. برای مثال عبدالله-م می‌گوید: "من توی پارتی با گل آشنا شدم و بعدش توی مجالس بعدی، بچه‌ها هروئین می‌آوردن و می‌زدیم و شادی می‌کردیم و می‌رقصیدم. یه جوروی شده بود که اگر نبود دیگه دورهمی حال نمی‌داد."

محرك‌های درونی: این محرك‌ها شامل ویژگی‌های شخصیتی، نگرش‌ها، تصورات، خودپنداره و ویژگی‌های فردی شخص مصرف‌کننده می‌باشند. از این ویژگی‌های شخصیتی می‌توان خودکنترلی، میزان تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای در مواجهه با موقعیت‌های زندگی، اختلال روانی و خلاء عاطفی را نام برد. افرادی که به مصرف مواد روی آورده‌اند، می‌توان آن‌ها را در زمره افراد منفعلی به حساب آورد که کنترل ضعیفی بر موقعیت‌های دشوار زندگی داشته‌اند و در نتیجه به محض رویارویی با دشواری‌های زندگی درهم شکسته و کنترل اوضاع را از دست می‌دهند. در نتیجه نمی‌توانند مقابله‌ی معقول و مثبتی را از خود بروز دهند و دچار انحراف می‌شوند. برای مثال در این رابطه ادريس-ع می‌گوید: "بعد از طلاق کلاً بی‌فکر شدم. دوست نداشتم کاری کنم و فقط می‌خواستم کسی کاری بهم نداشته باشه. کلاً فکرم رو از دست دادم و نمی‌تونم راجع به هیچی تصمیم بگیرم و همش می‌ترسم که اگر کاری غیر این مصرف بکنم نتیجه نده. حالا تو این سن من چه کسی می‌خواد تغییر کنه."

طرد دو سویه: رانده شدن از جامعه هنگامی افراد دچار مشکلات و به نوعی انحراف از مسیر شده‌اند، می‌تواند بستر ساز گرایش بیشتر به آسیب‌های اجتماعی و انحرافات ثانویه شود. مشارکت کنندگان پژوهش اظهار می‌داشتند که قبل و بعد از سوء مصرف مواد به نوعی از جامعه رانده شده بودند که این رانده‌شدگی در قالب انواع برچسب و عدم دسترسی به منابع مختلف مادی، معنوی به علت مداخله سوزده‌های اجتماعی پیرامونی و

ساختار درهم تنیده اجتماعی ظهور یافته است. نکته ثانویه این است که این نوع رانده‌شدگی فقط در قالب اجتماعی نبوده و در قالب خانواده هم ظهور پیدا کرده است. در واقع سوء مصرف کنندگان اظهار می‌داشتند که علاوه بر علل اولیه، برخورد خانواده و جامعه و به نوع فراموش‌شدگی آنان در بافت خانواده و اجتماع به نوعی تسهیل‌کننده‌ی گرایش به سوء مصرف بوده است. برای مثال در این رابطه احمد-ک می‌گوید: "درسته که به کم خودم ضعف نشون دادم و نتونستم دوام بیاورم، ولی پدر و مادرم کلاً ولم کردن از همون اوایل، یعنی هیچ نظارتی نبود و اگر تا ساعت چهار صبحم بیرون بودم کسی نبود بگه بچه کجایی."

نابرابری نهادی (ساختاری): فقدان دسترسی به فرصت‌های برابر و امکانات و تسهیلات اجتماعی در قالب محروم‌سازی عده‌ای از افراد اجتماع توسط طبقات قدرتمند می‌تواند بسترساز گسترش فقر و نابرابری اجتماعی شود که منجر به نهادینه شدن این نابرابری شده و زمینه را برای فقر اقتصادی و فقر فرهنگی فراهم سازد. این نابرابری اجتماعی و اقتصادی زمینه را برای گسترش انواع آسیب‌ها و مسائل اجتماعی شامل بیکاری، سرقت، سوء مصرف مواد ... فراهم می‌نماید. در واقع عدم دسترسی به فرصت برابر و گسترش فقر را می‌توان در گفتگوهای بسیاری از مشارکت کنندگان این تحقیق خصوصاً جمعیت ساکن در گرمخانه، استنباط کرد. به طوری که این افراد بافت اجتماعی را به نوعی مقصر جلوه می‌دادند. برای مثال ادریس-ع در این رابطه اظهار می‌دارد: "خوب من توی یه جای بی‌امکانات بزرگ شدم، توروستای ما اصلاً نمی‌دونستم که مواد چیه، تازه فکر می‌کردم که یه فایده‌ای هم داره، سواد درست و حسابی که نداشتم، تحصیلات نداشتم و شرایطش نبود درس بخونیم و مهندس و دکتر بشیم و آخرشم سراز اینجا در آوردم."

فقر چندگانه: فقدان دسترسی به خدمات و محدودیت امکانات در برخی از مناطق کشور که می‌توان گفت به لحاظ اقتصادی و اجتماعی کمتر توسعه یافته هستند، منجر به باز تولید فقدان و فقر شده که بستری برای انحرافات اجتماعی می‌شود. در واقع زمانی که این بخش از اجتماع از لحاظ اقتصادی در موضع ضعف قرار دارند در نتیجه توان دسترسی به بسیاری از خدمات خصوصی و یا حتی عمومی را ندارند و نمی‌توانند مشارکت فعالی را

در عرصه‌های مختلف اجتماعی داشته باشند در نتیجه نمی‌توانند سطح اقتصادی و فرهنگی خود را ارتقا دهند و دچار یک نوع چرخه فقر می‌شوند. ابعاد اقتصادی و فرهنگی، اجتماعی بر هم تاثیر و تاثر دارند و در نتیجه به نوعی زمینه برای سوء مصرف مواد و سایر آسیب‌های اجتماعی فراهم می‌شود. در این رابطه امیرب اینگونه اظهار می‌دارد: "پدرم نداشت که همه ما رو بفرسته دانشگاه و ما هم شروع کردیم به کار کردن، آدم که ندار باشه همیشه هم ندار می‌مونه، بالاخره اینا به هم ربط دارن، اگر ما هم تو یه جای درست و حسابی متولد می‌شدیم و بزرگ می‌شدیم شرایطمون خیلی بهتر می‌شد."

نظام رفاهی معیوب: امروزه جوامع توسعه یافته سیستمی از خدمات رفاهی-درمانی جامعی را برای پیشگیری و درمان آسیب‌های اجتماعی طراحی و اجرا می‌نمایند که می‌تواند تا حد زیادی پوشش‌دهنده‌ی نیازهای اولیه و حتی ثانویه گروه‌های در معرض آسیب باشد. وظیفه سیستم‌های رفاهی و درمانی پوشش نیازهای افراد در معرض آسیب و افراد دارای توانایی اقتصادی و فرهنگی پایین است تا مانع گسست این افراد از پیوند با جامعه‌ی بزرگتر شود و از سقوط آنان جلوگیری نمایند و زمینه‌ی ایجاد خرده فرهنگ‌های انحرافی را رفع نماید. فقدان دسترسی به خدمات روان‌شناختی، کمبود درمان‌های بستری (در مقایسه با کلینیک‌های سرپایی) برای افراد سوء مصرف کننده، تمرکز بر دارو درمانی و غفلت از رویکردهای روانی اجتماعی، تمرکز بر درمان و نه پیشگیری و همچنین فقدان پیگیری و بازخورد اقدامات انجام شده از جمله این نواقص سیستم رفاهی است. برای مثال سید قاسم-م می‌گوید: "خواستم برم خودمو بستری کنم ولی این خدماتش اونقدر گرونه که واقعا نمی‌تونم از عهده‌اش بریام. این قسمتشم برای ما نیست فقط برای پولداراست. تازه اینجا هم فقط دکتربه دارو میده و کسی براش مهم نیست که عاقبت چی میشه..."

سپر حمایتی ناکافی: نبود حمایت‌های اقتصادی-اجتماعی در درون خانواده و جامعه می‌تواند محملی برای آسیب‌پذیری اعضای خانواده و جامعه فراهم نماید که افراد را به سمت انحراف و کجروی سوق دهد. حمایت از هر نوعی چه اقتصادی یا اجتماعی، می‌تواند یک بازدارنده قوی در پیشگیری از آسیب باشد و در نقطه‌ی مقابل، نبود آن می‌تواند تسهیل‌کننده و برانگیزاننده کجروی باشد. این حمایت می‌تواند از طریق فرد،

گروه یا خانواده و نهادی دولتی و خصوصی اعمال شود. زمانی که از حمایت صحبت می‌شود، منظور طیف وسیعی از اقدامات شامل حمایت احساسی من جمله مشاوره، همدلی، مهارت‌های گوش دادن و شنیدن؛ یا حمایت اطلاعاتی شامل آگاه‌سازی و حساس‌سازی و افزودن میزان دانش افراد درباره محیط؛ یا حمایت ابزاری من جمله کمک‌های اقتصادی و مادی را شامل می‌شود. در نبود این نوع فقدان حمایت‌ها و ناکافی بودن آن‌ها یکی از مشارکت‌کنندگان (اکبر-ف) در کلینیک که از وضعیت اقتصادی مناسبی برخوردار است، می‌گوید: "من که مشکلی مالی ندارم و شکر خدا وضعم خوبه ولی واقعیتش هر موقع لغزش دارم از ناامیدیه؛ خانواده یه جوریه و جامعه یه جور دیگه، هیچ کس نیست بخواد حرفاتو گوش کنه و ازت حمایت کنه و بهت امیدوار باشه. خوب چجوری میشه ترک کرد موقعی که نگاه‌ها تغییر نمی‌کنه."

ضعف نظام شخصیتی: در بسیاری از مواقع ضعف در برخی از جنبه‌های شخصیت می‌تواند به عنوان تسهیل‌کننده و یک میانجی به سمت کجروی عمل نماید. به هر حال باید این مطلب را در نظر داشت که افراد پس از طرد شدن از اجتماع و گرفتار شدن در مشکلات فردی و اجتماعی با آسیب‌هایی شامل ناامیدی و ناپایداری شخصیتی مواجه خواهند شد. علاوه بر آن ضعف در هوش هیجانی و ابعاد شخصیتی و همچنین عدم کنترل بر هیجانات منفی می‌تواند فرد را به سمت سوء مصرف مواد سوق دهد. در این رابطه اصغر-ب می‌گوید: من خودم رو مقصر می‌دونم، از بچگی من تو فامیل به آدم کم رو بودن معروف بودم. حتی گاهی اوقات تو مجالس عروسی هم روم نمی‌شد حرف بزنم. خودم رو مقصر می‌دونم چون به قول اون آقای دکتر قدرت نه گفتن به رفیقام رو نداشتم."

انگیزاننده‌های درونی: تعدادی از گویه‌های مشارکت‌کنندگان این پژوهش بر انگیزش‌های درونی در مصرف مواد حکایت دارد که در زمان بیکاری و همچنین در زمان درگیری با مشکلات خانوادگی و اجتماعی به عنوان عاملی تقویتی عمل می‌کرده است. زیر طبقات این مفهوم شامل نیاز به التیام روانی، روحیه‌ی کنجکاوی، تمایل به متفاوت بودن، لذت طلبی، مقابله با درد، افزایش توان جسمی و جنسی می‌باشد. در واقع این انگیزاننده‌ها در نقش محرک درونی در مواجهه با کمبودها و در زمانی که افراد در

ضعیف‌ترین حالت جسمی و روحی بوده، فرد را به سمت سوء‌مصرف مواد سوق می‌داده‌اند. برای مثال در این رابطه کامبیز-ح می‌گوید: "ابتدا قصدم اعتیاد نبود و هرگز فکرش نمی‌کردم که معتاد بشم، ولی وقتی که با جمعی از دوستانم بودم و همه سیگار می‌کشیدن و احساس مستقل بودن می‌کردم، شروع کردیم به امتحان کردن سایر مواد، تازه حتی وقتی که می‌رفتم خونۀ دوست دخترم، مواد می‌زدم که سر حال شم."

انزجار از وضع موجود: وضعیت حاضر، افراد سوء‌مصرف‌کننده را به سمت بیزاری و نوعی احساس تنفر سوق می‌دهد. این وضعیت تا حدود زیادی غیر قابل تحمل است، زیرا فرد احساس می‌کند هر آنچه داشته است را از دست داده و قابل بازگشت نیست. از همین رو موجی از احساسات ناخوشایند در درون فرد شکل گرفته و فرد خود را در حالتی درمی‌یابد که ارزش‌های پیشین را از دست داده و ارزش‌های کنونی بهایی برایش ندارد. بنابراین نوعی احساس پوچی و بی‌هدفی در وی شکل می‌گیرد که حتی از خودش نیز بیزار است و به سرزنش خود می‌پردازد تا آنجا که از درمان‌های مداوم و لغزش‌های پیاپی نیز خسته است و احساس می‌کند فاقد ارزش و کارکرد اجتماعی برای خود و دیگران است. برای مثال علی اکبر-ج در این رابطه می‌گوید: "خودم هم از این وضعیت خسته شدم، واقعاً بدم می‌آید که خودم رو توی همچین شرایطی می‌بینم؛ چکار کنم که دوباره مثل سابق بشم خودمم نمی‌دونم، حس می‌کنم یه چی رو از دست دادم که دیگه نمی‌تونم برش گردونم".

دوگانگی و تضاد احساسی-رفتاری: سوء‌مصرف‌کننده‌ی مواد در مواجهه با وضعیت خودش دو نوع افکار و احساسات را در خود می‌پروراند. از یک سو با افکار منفی به مبارزه برمی‌خیزد و امیدوار است، و این انرژی مثبت را از مشاوره با افراد بهبود یافته دریافت می‌نماید و خود را در موقعیتی می‌بیند که می‌تواند به وضعیت سابق برگردد. در بسیاری از اوقات دوست دارد به آغوش جامعه بازگردد و این همان غریزه بقا است که فروید از آن به عنوان غریزه زندگی سخن به میان می‌آورد. از سویی دیگر، در برخی اوقات نیز احساس می‌کند که دیگر برای ادامه دادن مسیر زندگی کمی دیر به نظر می‌رسد و نمی‌تواند به وضع سابق برگردد و فرصت بازگشت به کانون خانواده و جامعه از دست

رفته است. لذا همین جا است که دیگر اراده‌ای برای مقاومت و ادامه درمان نمی‌بیند، زیرا آینده‌ای برای خود متصور نیست و حتی خود را در یک قدمی مرگ می‌بیند. در این رابطه امیر-ب که علاوه بر اعتیاد به ویروس اچ آی وی و هپاتیت مبتلا است می‌گوید: "چند روزی بیشتر باقی نمانده، بالاخره همه می‌میرند، برای ما دیگه دیر شده، من همینم که هستم و این مسیر رو ادامه میدم چون برای امثال من کار از کار گذشته."

هنجارشکنی: یکی دیگر از راهبردهایی که افراد در مواجهه با وضعیت موجود خود به کار می‌گیرند، تخطی از آداب و رسوم، عرف و حتی هنجارهای شدیدتر شامل قوانین است. پیامد عضویت در خرده فرهنگ شکل گرفته شده (اعتیاد) خصوصاً در میان سوء مصرف کنندگان ساکن در مراکز درمان اجباری اعتیاد و افراد کارتن خواب، نادیده گرفتن نتایج اعمال و رفتار آنهاست. در واقع این افراد ممکن است از روی عمد و یا حتی در برخی موارد از روی ناآگاهی دست به اعمال مجرمانه و ناسازگاری با هنجارهای جامعه بزنند، تا جایی که حتی ممکن است به علت احساس پوچی و برخی دیگر از مشکلات روانی-اجتماعی، به عاقبت آن فکر نکنند. در برخی از موارد هم ممکن است افراد از روی ناچاری جهت رفع نیازهای اولیه اقدام به شکستن قوانین نمایند. در این مورد رضا-ح فرد ۳۸ ساله ساکن در گرمخانه می‌گوید: "آدم مجبور میشه که کار خلاف هم بکنه، گاهی اوقات از روی گرسنگی یا برای تهیه مواد، آخه موقعی که خمار میشی یا بدن درد می‌گیری، حاضری که هر کاری کنی که تموم شه..."

فقدان تعلق اجتماعی: انزوا و گوشه‌گیری و دوری از اجتماع از دیگر شیوه‌های برخورد سوء مصرف کنندگان مواد است که به طرق مختلف نمایان می‌شود. این دوری‌گزینی، شامل طیف وسیعی از اقدامات شامل فعالیت‌های اجتماعی از جمله فعالیت‌های محلی، سرگرمی‌ها، فعالیت‌های سیاسی از جمله شرکت در انتخابات و... می‌باشد. افراد از شرکت در مجالس و اعیاد و بسیاری دیگر از فعالیت‌ها دور می‌شوند و تمایلی برای همکاری با دیگر اعضای اجتماع ندارند. حتی ممکن است از خانواده خود و معاشرت با آنان پرهیز کنند. بدین ترتیب در ابعاد سلامت اجتماعی، فرد دچار مشکلاتی می‌شود که عدم احساس یکپارچگی، عدم احساس بخشی از اجتماع بودن و احساس نداشتن کالای با ارزش برای

عرضه در اجتماع را به دنبال دارد. در این رابطه محمد-س می گوید: "خودم رو با بقیه یعنی فامیل و بستگان مقایسه می کنم، احساس بی ارزشی می کنم و دوست دارم تنها باشم، خوب من خرجیمو یکی دیگه میده و استقلال ندارم، حس بیچارگی می کنم و دوست ندارم به جا بشینم که همه از من سر تر باشند."

تداوم اعتیاد: یکی از مهم ترین پیامدهای سوء مصرف مواد در هر دو طیف از مشارکت کنندگان، داوم و ثبات پدیده اعتیاد در طول زمان است. تمامی مشارکت کنندگان در این تحقیق تجربه لغزش داشته اند و حتی با وجود حمایت های اجتماعی و روانی این مهم مصداق داشته است. برخی از مشارکت کنندگان آن را به گروه هایی که در آن عضویت داشته اند نسبت می دادند و حتی برخی دیگر علل خانوادگی و مشکلات اقتصادی را در این امر دخیل می دانستند، و در نهایت برخی دیگر به ضعف های درونی اشاره می نمودند که چگونه در اوقات تنهایی و انزوا به فکر لذت و بازگشت به اعتیاد بوده اند. از مهم ترین زیر طبقات این مفهوم می توان به یادآوری لذت، ضعف درونی، تقویت کننده های بیرونی، لغزش موقت و آخرین تجربه اشاره کرد. در این رابطه مسعود-م می گوید: "دفعه سوم که لغزش داشتم به این فکر می کردم که برای بار آخر اون لذت رو تجربه کنم و بعد ولش کنم، لعنتی آدم خیلی وسوسه میشه."

فروپاشی روانی و اجتماعی: از متون گفتگوهای ثبت شده در این پژوهش می توان استنباط کرد که افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد، هم مشارکت کنندگان کلینیکی و هم مشارکت کنندگان ساکن در گرمخانه، در وظایف و مسئولیت های شخصی و اجتماعی دچار نوعی از هم گسیختگی می شوند که به ندرت می توانند در آن حالت، ثبات و نظم را در مسئولیت های فردی و اجتماعی شان ثبت کنند. از پیامدهای اعتیاد می توان به شکست در روابط خانوادگی، از هم گسیختگی روابط، افزایش نزاع و فروپاشی احساس هویت و احساس "خود" اشاره کرد. در این رابطه علی-ف می گوید: "خیلی سخته که بگم من همون آدم سابق هستم، الان به جوری شده خانوادم منو نمی شناسن، اولاً بردارمو فکر کنم پنج ساله ندیدم و ارتباط منو از دست دادیم. یا حتی نمیدونم دخترم با دانشگاهش چیکار کرد..."

تشکیل اجتماع ثانویه: یکی دیگر از پیامدهای سوء مصرف مواد، مشارکت افراد در گروه‌های مبتلا به اعتیاد و احساس نزدیکی به این گروه‌ها می‌باشد. این مطلب خصوصاً در میان سوء مصرف کنندگان کارتن خواب و افراد ساکن در گرمخانه بیشتر صادق است. البته تا حدودی، چه بسا این امر طبیعی نیز به نظر برسد، زیرا مشارکت کنندگان اظهار می‌دارند که پس از این که از گروه‌های خانوادگی و اجتماعی بزرگتر مطرود می‌شوند، چاره‌ای جز نزدیک شدن به گروه‌های معتاد ندارند. زیرا این گروه‌ها هستند که بدون قید و شرط آنها را می‌پذیرند. افراد چاره‌ای جز معاشرت با آنها ندارند، هر چند نسبت به این موضوع که این امر (معاشرت با سایر سوء مصرف کنندگان) بر تداوم مصرف آنها موثر است، واقف هستند. برای مثال علی-ف می‌گوید: *خب چاره‌ای برام نمی‌مونه، می‌رم خونه برادرم و پدرم باهام حرف نمی‌زنن و خیلی هم دوست دارن من خونه نباشم و فقط مادرمه که همیشه برام نگرانن و گریه می‌کنه، واسه همین مجبورم برگردم پیش دوستای معتادم...*"

تشدید انحرافات اجتماعی: اعتیاد می‌تواند زمینه را برای بروز انواع کجروی‌ها و هنجارشکنی‌ها فراهم آورد، از طرفی دیگر سوء مصرف مواد می‌تواند بستری برای تشدید انواع کجروی‌ها را نیز فراهم سازد. افراد برای بقا یا دوری‌گزینی از یک موقعیت ناخوشایند دچار انحراف می‌شوند. ممکن است که از روی ناامیدی و عدم اطمینان به آینده، ارزش‌های جامعه بزرگتر را فراموش نمایند. زمانی که این ارزش‌ها و هنجارها برای شخص فاقد اعتبار شود، احتمال هر نوع مسئله اجتماعی یا آسیب افزایش می‌یابد. در این رابطه اکبر-ج می‌گوید: *"خب من موقعی که می‌بینم واقعاً جایی رو پیدا نمی‌کنم که کار کنم و امیدم رو کلاً از دست دادم، طبیعیه که صندوق صدقات رو خالی کنم و برام مهم نیست که بیت‌الماله..."*

شبکه حمایتی گسسته: به موازات این که افراد به سوء مصرف مواد ادامه می‌دهند، موجی از شکاف‌ها در روابط بین فردی نیز ایجاد می‌شود. این فاصله‌های اجتماعی به نوبه خود باعث احساسات و هیجانات منفی در فرد شده و نگاه فرد و جامعه نسبت به هم تغییر می‌کند. غالباً این تغییرات منفی بوده و موجبات بی‌اعتبارسازی فرد را به دنبال دارد و به دنبال آن یک نوع احساس بیگانگی از خود و جامعه را به دنبال دارد که زمینه را برای

تصادها و تعارضات بین فردی هموار می‌سازد. پیامدهای این پدیده می‌تواند طیف وسیعی از قضاوت‌های منفی، برچسب خوردن و انگ خوردن و سردی در روابط اجتماعی و خانوادگی را شامل شود. در این رابطه خلیل-ب می‌گوید: "از موقعی که من وارد فاز اعتیاد شدم رابطه‌هام با خانواده شکننده و قطع شده و واقعیتش اینه که نه اونا به من اهمیت می‌دن نه من به اونا ها..."

واگرایی و همگرایی رفتاری-احساسی و رانش از اجتماع (رانده شده از جامعه): از مجموع مقولات حاصل دو مقوله محوری می‌توان استخراج کرد که به نوعی پوشش‌دهنده‌ی کلیه مفاهیم حاصل از تجارب زیسته‌ی سوء مصرف کنندگان مواد است. می‌توان گفت که سوء مصرف مواد با "واگرایی و همگرایی رفتاری-احساسی و رانش از اجتماع" یا رانده شدن از جامعه همراه است. واگرایی اغلب به از دست رفتن پیوندها، ارتباطات و شکست‌ها اشاره دارد. مصرف کننده مواد خود را در وضعیتی می‌یابد که بسیاری از روابط سابق خود را از دست داده است و این وضعیت به صورتی است که شامل از دست دادن حمایت‌ها، همدلی‌ها و تمامی وصله‌های اجتماعی فرد با محیط می‌باشد. در این حالت فرد، خود را در شرایطی می‌یابد که دچار یک نوع تضاد درونی و بیرونی در احساس و عمل می‌شود، تصمیمات متفاوتی را اتخاذ می‌کند، گاهی اراده خود را به سمت بازگشت به جامعه عزم می‌کند و گاهی اوقات با مشاهده ناملایمت‌ها و انگ‌زنی‌ها و توهین و تحقیرها، امید خود را از دست می‌دهد و به سمت وضعیت اعتیاد برمی‌گردد. این تضاد هم در افکار هم در احساس و هم در رفتار آشکار است. اما یک نقطه‌ی مقابل در این قضیه واگرایی وجود دارد و آن همگرایی و امید برای بازگشت به جامعه و شرایط سلامت است. بسیاری از افراد سوء مصرف کننده دوست ندارند که از روابط خود با خانواده و جامعه گسسته شوند و لذا تمایل دارند به علل مختلف از قبیل، فرزندان، همسر، شغل و جایگاه اجتماعی، به نوعی راه برون رفت از وضعیت اعتیاد را بیابند و خود را به شرایط سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی برسانند و متناسب با آن در این اندیشه هستند که ارزش زندگی را درک می‌کنند و می‌خواهند با رفتار و کنش‌های صحیح (مشارکت در فرآیند درمان‌های دارویی و شناختی) به آغوش جامعه بازگردند. نکته قابل تامل اینکه یک نوع

مطروذیت اجتماعی اجباری-اختیاری وجود دارد که فرد سوء مصرف کننده با آن روبرو است. به عبارتی دیگر می توان آن را " رانش از اجتماع " نامگذاری کرد. اختیار چنین تصمیمی از آنجا ناشی می شود که فرد سوء مصرف کننده با سیلی از تجارب منفی و اتفاقات ناخوشایند و شکست های پی در پی روبرو بوده است که لاجرم تصمیم بر انزوا و ادامه زندگی جدید (اعتیاد) خود می گیرد. زمانی که فرد احساس می کند از طرف خانواده و دوستان، رانده شده و از طرف دیگر شاهد ناملایمات ها و قضاوت های منفی از طرف جامعه بزرگتر است، تصمیم به انزوا می گیرد که هم با اجبار اجتماعی روبروست و هم از روی ناامیدی و فقدان اراده کافی تصمیم به ادامه زندگی اعتیاد گونه ی خود می گیرد. در نهایت، این وضعیت منجر به فاصله اجتماعی و از بین رفتن کلیه تعلقات و ارزش های اجتماعی می شود و به نوبه ی خود زمینه را برای تداوم اعتیاد و دیگر آسیب های اجتماعی و انحرافات فراهم می نماید.

بحث و نتیجه گیری

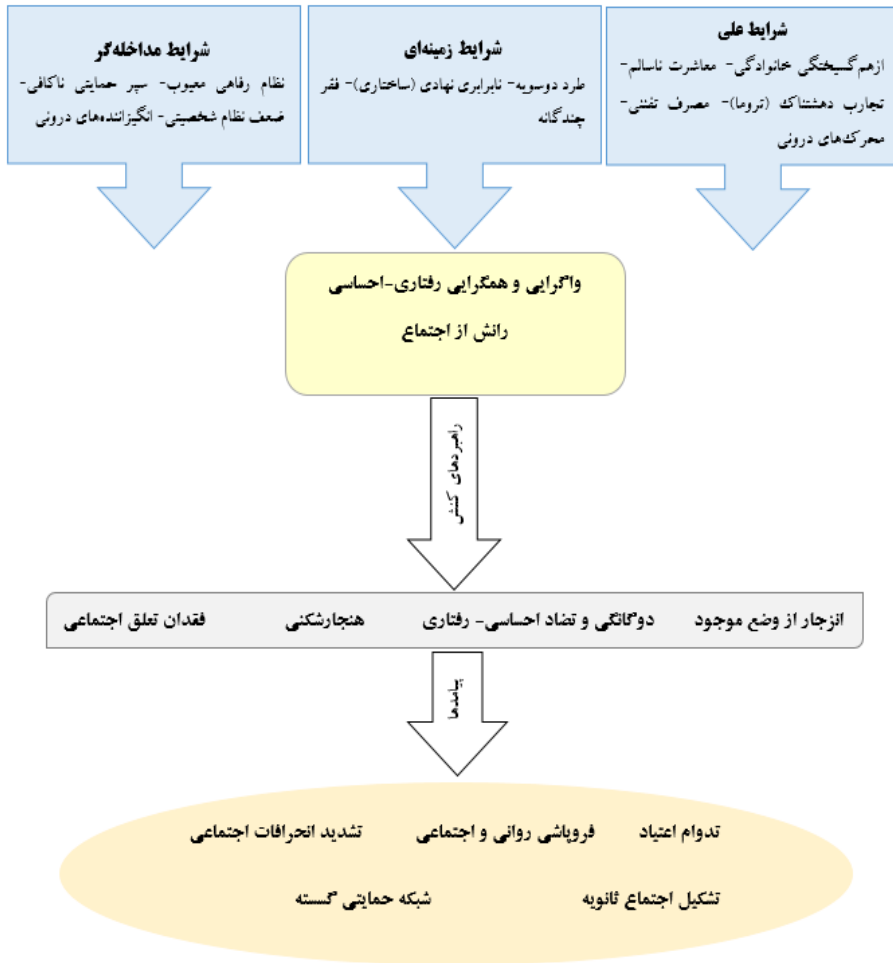
از مجموع نتایج حاصل می توان دریافت که به طوری کلی سوء مصرف مواد با " واگرایی و همگرایی رفتاری-احساسی " و " رانش از اجتماع " همراه است. یعنی فرد سوء مصرف کننده در جریان سبک زندگی اعتیاد گونه خود دچار نوعی تباعد (جدایی) از اجتماع مواجه می شود. این شرایط بستری را فراهم می آورد که فرد ارتباطات و شبکه ی اجتماعی و پیوندهایش از هم گسسته می شود و ارتباط خود را با محیط خود از دست داده و ضعف ارتباط و جدایی هم در عرصه احساسات و عواطف و هم در عرصه کنش و کنش متقابل ظهور پیدا می کند. شرایط نوین به گونه ای پیش می رود که فرد سوء مصرف کننده مواد در کشاکش تصمیمات درست و نادرست، اقدام به کنش می کند که در برخی موقعیت ها به سمت بازگشت به جامعه و در برخی دیگر به سمت سوء مصرف مواد گام برمی دارد. لذا فرد سوء مصرف کننده خود را در شرایطی می یابد که از جامعه و خانواده رانده شده و یا خود با انتخاب (که به نوعی اجبار تلقی می شود) خود را از جامعه و محیط اجتماعی سابق می راند و علت آن را می توان در تجربیات، احساسات منفی و قضاوت های منفی دیگران جستجو کرد. لذا مطروذیت اجتماعی موجود باعث طیف وسیعی از محرومیت ها شامل

عدم مشارکت، فقدان پذیرش اجتماعی، عدم احساس یکپارچگی با جامعه، عدم دسترسی به خدمات درمانی و آموزشی - اجتماعی، نبود حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، عدم تامین نیازهای جسمانی-روانی و اجتماعی می‌شود و در نهایت تداوم اعتیاد را به دنبال دارد. اما این شرایط برای همه یکسان نیست و بسته به ویژگی‌های شخصیتی و جایگاه فرد در ساختار اجتماعی و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی صورت دیگری نیز قابل تصور است. صورتی که افراد به علت شرایط خاص خود و خانواده خود و همچنین بازگشت منزلت و اعتبار اجتماعی هنوز برای خود امید قائل بوده و آماده بازگشت به جامعه هستند.

شرایط خانوادگی نامناسب و از دست دادن اعضای مهم خانواده، اختلافات خانوادگی و روابط میان فردی از هم گسسته می‌توانند زمینه‌ساز اعتیاد باشند. مازاد بر علل فوق، همنشینی با افراد کجرو و شدت و دوام رابطه با این افراد و همچنین تجربه حوادث ناگوار در زندگی همچون از دست دادن فرد مهم در زندگی احساسات عمیق منفی از جمله ناامیدی را به دنبال دارد. سرگرمی‌های ناسالم که به آن برچسب مصرف تفنی زده می‌شود و برخی ویژگی‌ها و محرک‌های درونی فرد شامل روحیه کنجکاو فرد و لذت طلبی از علل مهم دیگر در سوء مصرف مواد هستند. طرد از جانب خانواده و از دست دادن ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن طرد از جامعه‌ی بزرگتر و قضاوت‌های منفی افراد مهم، می‌تواند شرایطی را در بستر خانواده و اجتماع فراهم آورد که فرد حمایت‌ها و سرمایه‌های اجتماعی را از دست بدهد. از طرفی دیگر نابرابری فرصت‌ها و نابرابری نهادینه شده در بستر اجتماع منجر به عدم توسعه یافتگی فرهنگی و اجتماعی می‌شود. این امر به نوبه خود منجر به فقر فرهنگی و اجتماعی می‌شود و زمینه و بافت جامعه را برای گسترش آسیب‌های اجتماعی همچون سوء مصرف مواد فراهم می‌نماید. "استراتژی‌ها" در این حالت غالباً "غیرقابل پیش‌بینی" بوده و بستگی به میزان دریافت خدمات درمانی - حمایتی نیز دارد. کنش و واکنش‌ها طیف وسیعی از اقدامات شامل انزجار و بیزاری از وضعیت خود و وضعیت جامعه، امیدواری به بهبود، گام برداشتن در مسیر بازگشت به جامعه را در برمی‌گیرد. در برخی از موقعیت‌ها، افراد اقدام به هنجارشکنی و کجروی بیشتر می‌نمایند و

در برخی از موارد دچار یک دوگانگی در احساس و رفتار می‌شوند. یعنی ممکن است فرد سوءمصرف کننده، برخی اوقات اندیشه و رفتار خود را در مسیر بازگشت به جامعه و رهایی از اعتیاد تنظیم نموده و یا در مقابل هیچ احساس تعلق و یکپارچگی نکرده و به مسیر اعتیاد گونه‌ی خود ادامه دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر در فهم فرآیند اعتیاد و تفسیر تجارب زیسته‌ی سوءمصرف کنندگان مواد، با مقولات و مفاهیمی همچون طردشدگی، تجربه تروما، احساسات و هیجانات منفی، شکل‌گیری سرمایه‌های منفی، انزوای اجتماعی، بی‌تفاوتی اجتماعی، تشلید محرومیت، بیماری‌های روانی و اجتماعی از دست دادن روابط و پیوندهای اجتماعی، نزول در ساختار اجتماعی-اقتصادی و از دست دادن نقش‌های اجتماعی، که در پژوهش‌های پیشین استخراج و به تایید رسیده است، همخوانی دارد (بخشی‌نیا، آقابخشی و ذکایی، ۱۳۹۶؛ جوادی و پیله‌وری، ۱۳۹۶؛ ملنینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۷؛ دانوان^۲ و همکاران، ۲۰۱۲؛ تیفانی^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). لذا می‌توان نتیجه گرفت که، مطالعه عمیق در زمینه جایگاه سوءمصرف کنندگان مواد در ساختار اجتماعی و در کنار آن بررسی مناسب‌ترین شیوه‌های درمانی و همچنین در دسترس بودن خدمات درمانی برای آحاد سوءمصرف کنندگان مواد و در نهایت تقویت انگیزه‌های مصرف کنندگان مواد جهت بهبودی و پیگیری فرآیندهای درمانی از جمله مواردی است که بایستی در سیاست‌گذاری‌های پیشگیری و درمان اعتیاد به آن توجه داشت. در نهایت مدل پارادیمی سوء مصرف مواد در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل شماره ۱: مدل پارادیمی سوء مصرف مواد

منابع

- افضلی، رسول، صرامی، حمیدرضا، رحمانی، حامد و رحمانی اصل، محمد (۱۳۹۶). ارزیابی میزان اثربخشی اقدامات رسانه‌ای در مبارزه با مواد مخدر در ایران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۲)، ۳۰-۹.
- بارکر، کریس (۱۳۸۷). *مطالعات فرهنگی: نظریه و عملکرد*، ترجمه مهدی فرجی و نفیسه حمیدی، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.

- بخشی‌نیا، اکبر، آقابخشی، حبیب و ذکایی، محمدسعید (۱۳۹۶). فهم تجربه زیسته افراد کارتن خواب در شهر تهران. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۳ (۱۱)، ۲۶۲-۲۱۴.
- جوادی، سیدمحمدحسین و پیله وری، اعظم (۱۳۹۶). بررسی تجربه زیسته مصرف‌کنندگان بی‌خانمان: پژوهشی کیفی، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱ (۴۱)، ۴۸-۲۷.
- حاجیه‌ها، ضحی و بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکارساز و سوسه در زنان معتاد در شهر تهران: یک مطالعه‌ی گراندد تئوری، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴ (۵۵)، ۸۲-۴۷.
- عبدلی، سلطان، احمدی، جواد و امانی ساری بگلو، جواد (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر جوانان در ایران: تحلیل نقشه‌های شناختی فازی مبتنی بر نظرات متخصصان، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۰ (۳۹)، ۲۱۲-۱۹۵.
- عبدی؛ علیرضا، صادقی سقدل، حسین، عصارای آرانی، عباس و ناصری، علیرضا (۱۳۹۸). مدل‌سازی نحوه تأثیر اعتیاد بر رفاه اجتماعی جامعه با تأکید بر سلامت: مطالعه موردی ایران. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۳)، ۲۸-۹.
- مدبرنیا، محمدجعفر، میرحسینی، سید کامبخش، تبری، رسول و عطرکار روشن، زهرا (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر در افراد ۱۵ تا ۳۰ سال: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۲ (۸۷)، ۷۷-۷۰.
- مشونیس، جان (۱۳۹۵). *مسائل اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نائی، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- مقدس قهفرخی، شهرام، حقیقتیان، منصور و هاشمیان فر، سید علی (۱۳۹۸). پویایی‌شناسی اعتیاد: کارکردهای مبتنی بر پویایی سیستمی اعتیاد، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۴)، ۳۰-۹.
- نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۳۹۷). اثربخشی مداخلات روانشناختی بر پیشگیری از اعتیاد: فراتحلیل، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۶)، ۱۳۶-۱۲۱.
- هاشمی مقدم، لیلا، ترکان، هاجر و یوسفی، زهرا (۱۳۹۹). مطالعه کیفی عوامل محافظت‌کننده و مخاطره‌آمیز در اعتیاد در زنان و مردان شهر اصفهان، *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴ (۵۵)، ۱۵۰-۱۳۳.

References

- Capaldi, L. (2008). *The Relationship between Parental Substance Abuse and the Effects on Young Children*, Social Work Theses. Providence College.
- Clarke, C. (2009). "Why Rich Parents Raise Smarter Children." The Atlantic. [https://www.theatlantic.com/politics/archive/2009/08/why-rich-parents-raise-smarter-children/240666. /](https://www.theatlantic.com/politics/archive/2009/08/why-rich-parents-raise-smarter-children/240666/)

- Collier, C., Hilliker, R., & Onwuegbuzie, A. (2014). Alternative peer group: A model for youth recovery. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9 (1), 40–53.
- 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.
- Copello, K. (2000). Social Role Negotiation Skills For substance abusing adolescents: A Group model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (3), 197–204.
- Donovan, D. M., Bigelow, G. E., Brigham, G. S., et al. (2012). Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(4), 694–708.
- Edens, E. L., Kaspro, W., Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2011). Association of substance use and VA service-connected disability benefits with risk of homelessness among veterans. *The American Journal on Addictions*, 20 (5), 412–419.
- Grohol, J. M. (2011). *The vicious cycle of poverty and mental health*. Retrieved from <http://psychcentral.com/blog/archives/2011/11/02/the-vicious-cycle-of-poverty-and-mental-health>
- Håkansson, A. C., & Hallén, E. (2014). Predictors of dropout from inpatient opioid detoxification with buprenorphine: a chart review. *Journal of addiction*, 2014, [965267]. <https://doi.org/10.1155/2014/965267>
- Hawthorne, W.B., Folsom, D.P., Sommerfeld, D.H., Lanouette, N.M., Lewis, M., Aarons, G.A. & Jeste, D.V. (2012). Incarceration among adults who are in the public mental health system: Rates, risk factors, and short-term outcomes. *Psychiatric Services*, 63 (1), 26–32.
- Kerr, P. (1987). "Rich vs. Poor: Drug Patterns are Diverging" New York Times. <https://www.nytimes.com/1987/08/30/us/rich-vs-poor-drug-patterns-rediverging.html?pagewanted=2>
- Lowe, J. & Gibson, S. (2014). Reflections of a Homeless Population's Lived Experience with Substance Abuse. *Journal of Community Health Nursing*, 28 (2), 92–104.
- Manning, V., Garfield, J. B., Best, D., Berends, L., Room, R., Mugavin, J., Larnar, A., Lam, T., Buykx, P., Allsop, S., & Lubman, D. I. (2017). Substance use outcomes following treatment: Findings from the Australian Patient Pathways Study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 51(2), 177–189.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 754–763.

- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M., & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence*, 130(1-3), 85–93.
- Rivaux, S.L., Sohn, S., Armour, M.P., & Bell, H. (2008). Women's early recovery: managing the dilemma of substance abuse and intimate partner relationships. *Journal of Drug Issues*, 38, 957-980.
- Stump, M. & J. Smith. (2008). the Relationship between Posttraumatic Growth and Substance Use in Homeless Women with Histories of Traumatic Experience. *The American Journal on Addictions*, 17 (6), 478-487.
- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J., & Khantzian, E. J. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518-532.
- Tiffany, S. T., Friedman, L., Greenfield, S. F., Hasin, D. S., & Jackson, R. (2012). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(4), 709–718.