Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 237-260, Summer 2026

Research Article

A Qualitative Analysis of the Formation of the Relapse Trajectory: Exploring the Lived Experiences of Men During Abstinence

Salman Zarei[1]

Received: 2026/05/22 Accepted: 2026/08/27

Abstract

Objective: The present study aimed to explore the trajectory of relapse through the lived experiences of men during abstinence. **Method:** This qualitative study employed an interpretative phenomenological approach. Data were collected via in-depth, semi-structured interviews with 11 men residing in Tehran who had experienced a relapse following at least a three-month period of abstinence within the past year. Participants were selected using purposive maximum variation and snowball sampling techniques. Data analysis was conducted based on the six-step approach proposed by Smith et al. **Results:** The data analysis yielded four main themes: 1) self-regulatory system dysfunction, 2) lack of interpersonal support and harmful relational networks, 3) structural barriers and the failure of formal support systems, and 4) identity crisis and the collapse of the self-reconstruction process. **Conclusion:** The findings indicated that relapse occurs when an individual simultaneously confronts overwhelming, uncontrollable emotions; familial and societal rejection; limited employment opportunities; and an inability to construct a new identity. These results underscore the necessity of designing coordinated, multidimensional support programs to transform the abstinence phase from a period of cumulative deprivation into a well-supported journey.

Keywords: Abstinence, Interpretative phenomenology, Men's lived experiences, Relapse

1. Corresponding Author: Associate professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: zarei.s@lu.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتادم، ص۲۶۰-۲۳۷، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

تحلیل کیفی شکل‌گیری مسیر عود مصرف مواد: واکاوی تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز

سلمان زارعی[۱]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف واکاوی چگونگی شکل‌گیری مسیر عود مصرف مواد از خلال تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبهٔ عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۱۱ مرد با تجربهٔ عود پس از یک دورهٔ پرهیز حداقل سه ماهه در یک سال گذشته ساکن در شهر تهران گردآوری گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند با حداکثر تنوع و به روش گلوله برفی انجام شد. تحلیل داده‌ها بر اساس روش شش مرحله‌ای اسمیت و همکاران صورت پذیرفت. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها به استخراج چهار مقولهٔ اصلی انجامید: ۱) بدکارکردی سیستم خودتنظیمی، ۲) خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطه‌ای آسیب‌زا، ۳) موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی، و ۴) بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که بازگشت به مصرف زمانی رخ می‌دهد که فرد همزمان با طغیان هیجانات مهارنشدنی، طرد از سوی خانواده و جامعه، بسته بودن درهای اشتغال، و ناتوانی در تعریف هویتی تازه برای خود روبه‌رو می‌شود. این نتایج ضرورت طراحی برنامه‌های حمایتی هماهنگ و چندبعدی را برجسته می‌کند تا مسیر پرهیز از انباشت محرومیت‌ها به مسیری حمایت‌شده تبدیل شود.

کلیدواژه‌ها: عود مصرف مواد، دورهٔ پرهیز، پدیدارشناسی تفسیری، تجربهٔ زیستهٔ مردان

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. پست الکترونیک:Zarei.S@lu.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

مقدمه

اختلالات مصرف مواد یکی از مهم‌ترین و رو به رشدترین چالش‌های بهداشتی در سطح جهانی است که سهم چشمگیری در ناتوانی، مرگ و میر و بار اقتصادی-اجتماعی جوامع دارد (ژانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۴؛ خالدیان و حسنوند، ۱۴۰۴). بر اساس آخرین گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[2] (۲۰۲۵)، در سال ۲۰۲۳ نزدیک به ۲۹۶ میلیون نفر در جهان مواد مخدر مصرف کرده‌اند که حدود ۶ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال را تشکیل می‌دهد و در مقایسه با یک دهۀ قبل افزایشی چشمگیر یافته است. ماهیت مزمن و عودکننده ویژگی تعیین‌کنندۀ این اختلالات است و عود به عنوان بازگشت به مصرف ماده پس از یک دورۀ پرهیز تعریف می‌شود (مو[3] و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، اختلالات مصرف مواد به عنوان شرایطی مزمن مشابه سایر بیماری‌های طبی نظیر فشار خون بالا یا دیابت مفهوم‌پردازی شده‌اند که در آن‌ها دوره‌های بهبودی با عود علائم همراه است (ولکوف[4] و همکاران، ۲۰۱۶). میزان بالای عود بزرگ‌ترین مانع در مسیر دستیابی به بهبودی پایدار و چالش اصلی در مدیریت بلندمدت این اختلالات است (مولر[5] و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود این اهمیت، نرخ عود پس از درمان در بافت‌های فرهنگی و روش‌های درمانی گوناگون به طور نگران‌کننده‌ای بالا باقی مانده است. شواهد فراتحلیلی نشان می‌دهد که تقریباً ۴۰ تا ۶۰ درصد از افرادی که برای اختلالات مصرف مواد تحت درمان قرار می‌گیرند ظرف یک سال پس از درمان به مصرف مواد بازمی‌گردند، رقمی که با نرخ عود مشاهده‌شده در سایر بیماری‌های مزمن پزشکی قابل مقایسه است (کلین[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعات طولی به طور پیوسته نشان داده‌اند که دورۀ بلافاصله پس از قطع درمان یا ترخیص از مراکز اقامتی بیشترین خطر عود را به همراه دارد (اندرسون[7] و همکاران، ۲۰۱۹). آسیب‌پذیری در این دوره زمانی ضرورت درک تجربۀ

1. Zhang
2. united nations office on drugs and crime
3. Moe
4. Volkow
5. Mellor
6. Klein
7. Andersson

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

افرادی را برجسته می‌سازد که در حال گذار از محیط‌های ساختاریافتهٔ درمانی به محیط زندگی اجتماعی هستند. دورهٔ پرهیز به دور از آنکه وضعیتی با ثبات باشد غالباً با کشمکش‌های درونی شدید، فشارهای محیطی و تردیدهای وجودی همراه است که مجموعاً مسیر منتهی به عود یا دور شدن از آن را شکل می‌دهند (هامفریز و فیتچ[1]، ۲۰۲۵).

در همین راستا، پژوهش‌های گسترده دامنهٔ وسیعی از عوامل مرتبط با عود را شناسایی کرده‌اند. از لحاظ عصب-زیستی، ولع مصرف و واکنش‌پذیری به نشانه‌ها نقشی محوری دارند، به‌گونه‌ای که مواجهه با محرک‌های مرتبط با مواد موجب فعال‌سازی مدارهای پاداش مغزی شده و امیال قدرتمندی ایجاد می‌کند که کنترل ارادی را تضعیف می‌نماید (ولکوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ زیلورستند[2] و همکاران، ۲۰۱۸). از منظر روان‌شناختی، ناتوانی در تحمل و تعدیل حالت‌های عاطفی منفی شامل احساس تنهایی، پوچی، خشم فروخورده و بی‌حوصلگی مزمن به طور پیوسته با آسیب‌پذیری نسبت به عود مرتبط است (کلودیوس[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوب[4]، ۲۰۲۱؛ عامری و نجفی، ۱۴۰۴؛ محمدامینی و همکاران، ۱۴۰۵). این هیجانات منفی هنگامی که با نشخوار ذهنی و سوگیری توجه به سمت نشانه‌های مصرف همراه می‌شوند ظرفیت فرد را برای به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای شدیدا کاهش می‌دهند. در سطح بین‌فردی نیز عوامل متعددی زمینه‌ساز عود شناخته شده‌اند که عبارتند از: تعارضات خانوادگی همراه با سرزنش و انتقاد (کلین و همکاران، ۲۰۲۶؛ نعمتی سوگلی تپه و خالدیان، ۱۴۰۱)، فرسایش شبکه‌های اجتماعی محافظت‌کننده و تجربهٔ طرد از سوی دوستان و آشنایان (پترسن[5] و همکاران، ۲۰۱۳)، و کشش پایدار گروه‌های همسال مصرف‌کننده که تنها منبع تعلق اجتماعی بدون قضاوت را برای فرد فراهم می‌کنند (دینگل[6] و همکاران، ۲۰۱۵؛ قاسم‌زاده، ۱۴۰۴).

با این حال، شناسایی عوامل فردی و بین‌فردی به تنهایی کافی نیست، زیرا ساختارهای اجتماعی و اقتصادی نیز به طور نظام‌مند مسیر بازگشت به مصرف را هموار می‌سازند. بیکاری مزمن، فقدان سرمایهٔ مالی و ناامنی مسکن بستری از ناامیدی می‌آفرینند که

1. Humphreys & Finch
2. Zilverstand
3. Cludius
4. Koob
5. Pettersen
6. Dingle

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

تلاش‌های بهبودی را تضعیف می‌کند (عربان[1] و همکاران، ۲۰۲۶). در کنار این محرومیت اقتصادی، انگ نهادی و تبعیض سیستماتیک که توسط نظام‌های بهداشتی، قضایی و اداری بازتولید می‌شود هویتی لکه‌دار را بر پیشانی فرد حک می‌کند و فرصت‌های ادغام مجدد در جامعه را محدود می‌سازد (راموس[2] و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین، ضعف ساختاری در نظام درمان ازجمله نبود خدمات پیگیری پس از ترخیص، آموزش‌های غیرکاربردی و ناهماهنگی میان مراکز درمانی و جامعه موجب می‌شود فرد در حساس‌ترین لحظهٔ انتقال از درمان به زندگی عادی بدون حمایت رها شود (مهاری[3] و همکاران، ۲۰۲۶). این ناپیوستگی سیستمی دورهٔ پرهیز را به کوششی عمیقاً انفرادی بدل می‌کند. نکتهٔ مهم آنکه در عمیق‌ترین لایه فرد با بحرانی هویتی و وجودی روبه‌رو می‌شود: زندگی پاک از هدف و معنای جایگزین تهی به نظر می‌رسد، امید به تغییر پایدار تحلیل می‌رود و هویت فرد وابسته به مواد چنان با خودانگارهٔ فرد عجین می‌شود که تصور خود بدون این برچسب ناممکن می‌گردد (هیل و لیمینگ[4]، ۲۰۱۴؛ سورشکومار[5] و همکاران، ۲۰۲۱). این مجموعه از عوامل درهم‌تنیده نه به صورت مجزا بلکه در قالب فرایندی انباشتی و چندلایه مسیر عود را شکل می‌دهند و ضرورت فهم یکپارچه از این سطوح را در مقابل پژوهشگران قرار می‌دهد.

با وجود انبوه پژوهش‌های کمی در شناسایی عوامل خطر عود، سه خلا اساسی در این حوزه وجود دارد. نخست، بیشتر این پژوهش‌ها به عوامل منفرد پرداخته‌اند و تعامل همزمان سطوح مختلف را بررسی نکرده‌اند. دوم، رویکردهای متغیرمحور اگرچه برای برقراری روابط احتمالاتی ضروری‌اند، اما ذاتاً در روشن‌سازی بافت زندهٔ فرایند عود از جمله حس درونی از دست دادن کنترل، تجربهٔ پدیدارشناختی ولع و معناسازی پیرامون لغزش محدود هستند (اسوندسن[6]، ۲۰۲۶). سوم، بخش عمدهٔ مطالعات کیفی موجود در چهارچوب‌های فرهنگی غربی انجام شده و بافت متمایز اجتماعی-فرهنگی ایران کمتر مورد کاوش قرار گرفته است. در چنین شرایطی پژوهش کیفی که بر مبنای سنت پدیدارشناسی اجرا می‌شود

1. Araban
2. Ramos
3. Mehari
4. Hill & Leeming
5. Sureshkumar
6. Svendsen

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

این امکان را فراهم می‌آورد که به جای آزمون فرضیه‌های از پیش موجود به درون جهان ذهنی افراد گام نهاد و پدیده را آن‌گونه که بر آنان پدیدار می‌شود فهمید (اسمیت[1] و همکاران، ۲۰۲۲). دورهٔ پرهیز نیز به عنوان یک وضعیت مرزی، جایی که فرد میان خاطرهٔ مصرف گذشته، تقلای خودتنظیمی حال، و عدم قطعیت آینده معلق است، پنجره‌ای منحصربه‌فرد برای مشاهده و روایت نیروهای شکل‌دهنده به مسیر عود محسوب می‌شود (شانمیوگام[2] و همکاران، ۲۰۲۵).

این محدودیت‌ها و ضرورت بکارگیری رویکرد پدیدارشناسی زمانی اهمیت آن‌ها آشکارتر می‌شود که به ویژگی‌های متمایز بافت فرهنگی و ساختاری ایران توجه شود. در جامعهٔ ایرانی خانواده از جایگاهی محوری برخوردار است و الگوهای تعاملی درون آن از جمله سرزنش، محافظت افراطی یا طرد تأثیری تعیین‌کننده در مسیر بهبود یا عود دارد (تقوایی‌نیا و توکل‌کوخدان، ۱۴۰۴). همچنین، ساختار درمان اعتیاد در ایران عمدتاً مبتنی بر مراکز اقامتی (کمپ‌ها) و مراکز درمان سرپایی است و برنامه‌های مراقبت پس از ترخیص به‌صورت نظام‌مند و پیوسته در دسترس نیستند. این ناپیوستگی سیستمی در کنار انگ اجتماعی عمیق و موانع ساختاری نظیر بیکاری و تبعیض نهادی شرایطی را پدید می‌آورد که دورهٔ پرهیز به تجربه‌ای شکننده و پرخطر بدل می‌شود. بدین ترتیب، با توجه به شیوع بالای اختلالات مصرف مواد در ایران و محدودیت پژوهشی موجود در زمینهٔ فهم تجربهٔ زیستهٔ افراد در دورهٔ پرهیز، مطالعهٔ حاضر با هدف واکاوی چگونگی شکل‌گیری مسیر عود از خلال روایت‌های مردانی که این دوره را پشت سر می‌گذارند طراحی و اجرا شد تا با ارائه تصویری عمیق و زمینه‌محور از فرایند عود گامی در جهت توسعهٔ مداخلات پیشگیرانه‌ای بردارد که با واقعیت زیستهٔ این افراد همخوانی بیشتری دارد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. پدیدارشناسی تفسیری نه در پی کشف روابط علت و معلولی بلکه در پی کشف معنا و

1. Smith
2. Shanmugam

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

ساختارهای نهفته در تجربهٔ آگاهانهٔ انسان‌هاست. از این رو، برای واکاوی عمیق تجربهٔ زیستهٔ افراد در دورهٔ پرهیز و فهم چگونگی شکل‌گیری مسیر عود تناسب کامل دارد (نیل[1] و همکاران، ۲۰۰۵). جامعهٔ هدف پژوهش شامل همه مردان ساکن شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۴ بود که سابقهٔ مصرف مواد داشتند و تجربهٔ عود پس از یک دورهٔ پرهیز کامل را در یک سال گذشتهٔ داشتند. دسترسی به مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند و به طور مشخص از نوع حداکثر تنوع آغاز شد. بدین منظور، نخستین مشارکت‌کننده از طریق یکی از مراکز ترک اعتیاد شناسایی و سپس با استفاده از روش گلوله‌برفی افراد واجد شرایط دیگر به پژوهش دعوت شدند. برای دست یافتن به غنی‌ترین تصویر از پدیده تنوع نمونه بر اساس سن (۲۱ تا ۵۴ سال)، نوع مادهٔ مصرفی اصلی (افیونی، محرک، یا ترکیبی)، و طول دورهٔ پرهیز قبلی در نظر گرفته شد. فرایند نمونه‌گیری زمانی متوقف شد که تحلیل همزمان داده‌ها حاکی از رسیدن به اشباع نظری بود، نقطه‌ای که در آن مصاحبه‌های جدید دیگر مفهوم یا مقولهٔ تازه‌ای به ساختار نوظهور یافته‌ها اضافه نمی‌کردند. این اشباع پس از ۸ مصاحبه رخ داد و برای حصول اطمینان ۳ مصاحبهٔ دیگر نیز انجام شد تا اشباع کامل تأیید گردد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: داشتن حداقل ۱۸ سال سن؛ سکونت در شهر تهران؛ تجربهٔ حداقل یک دورهٔ پرهیز کامل از تمام مواد به مدت سه ماه متوالی در یک سال گذشته و عود متعاقب آن؛ قرار داشتن در دورهٔ پرهیز مجدد به مدت حداقل دو هفته و حداکثر یک ماه در زمان مصاحبه (زیرا در این بازهٔ زمانی خاطرهٔ عود تازه‌ترین و جزئی‌ترین روایت را دارد و فرد همزمان درگیر چالش‌های اولیهٔ پرهیز است)؛ و تمایل آگاهانه به مشارکت و توانایی روایت منسجم تجربه. لازم به ذکر است که منظور از پرهیز کامل امتناع از مصرف هرگونه مواد مخدر و روان‌گردان (به‌جز نیکوتین و کافئین) به مدت حداقل سه ماه متوالی بود که با معیارهای زیر تأیید شد: ۱) خودگزارشی مشارکت‌کننده مبنی بر عدم مصرف، ۲) سپری کردن دورهٔ پرهیز در مراکز اقامتی درمان اعتیاد، محیط خانه با حمایت خانواده، یا به صورت سرپایی با حضور منظم در جلسات درمانی، و ۳) تأیید صحت خودگزارشی از طریق تماس با کادر

1. Neale

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

درمانی مرکز یا یکی از اعضـــای خانواده. ملاک‌های خروج از پژوهش شـــامل این موارد بود: حضور تحت تأثیر مواد یا داروهای روان‌گردان در زمان مصاحبه (که از طریق مشاهدهٔ بالینی نشـــانه‌هایی نظیر مردمک‌های غیر طبیعی، گفتار منگ، لرزش، بی‌قراری شـــدید یا خواب‌آلودگی غیرعادی بررسـی و در صـورت مشـاهده مصـاحبه به زمان دیگری موکول می‌شـــد. مصـــرف درمانی متادون یا بوپرنورفین ملاک خروج نبود)، و عدم تمایل به ادامهٔ همکاری.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبهٔ عمیق نیمه‌ساختاریافته بود. یک راهنمای مصاحبهٔ اولیه توسط پژوهشگر تدوین و پس از اجرای دو مصاحبهٔ آزمایشی پالایش و نهایی شد. از جمله پرسش‌های محوری این راهنما می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: "*می‌توانید برای من از آخرین باری که پس از یک دوره پاکی، دوباره به سمت مصرف کشیده شدید، تعریف کنید؟ چه اتفاقی در درون و اطرافتان در حال رخ دادن بود؟* "، "*لحظهٔ تصـــمیم‌گیری برای مصـرف دوباره را چطور به یاد می‌آورید؟ چه افکار، احساسات یا تصاویری در آن لحظه به ســـراغتان آمد؟* "، و "*نقش اطرافیان، خانواده و جامعه را در آن مقطع چطور توصـــیف می‌کنید؟ چه کســـانی یا چه شـــرایطی به ماندن در پرهیز کمک می‌کردند و چه چیزهایی شـما را به سـمت مصـرف برمی‌گرداند؟* ". مصـاحبه‌ها در فضـاهایی انجام می‌شـد که برای مشارکت‌کنندگان امن، خنثی و قابل دسترس می‌بود که عمدتاً اتاق مشاورهٔ مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی بود. مدت مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. تمامی مصـاحبه‌ها پس از کسـب اجازهٔ کتبی از مشـارکت‌کنندگان به‌صـورت دیجیتال ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. یادداشت‌های میدانی نیز برای ثبت زبان بدن، لحن صدا و فضای عاطفی جلسات به‌کار گرفته شد.

تحلیل داده‌ها بر اساس روش شش مرحله‌ای تحلیل پدیدارشناسی تفسیری[1] پیشنهاد شـده توسـط اسـمیت و همکاران (۲۰۲۲) انجام پذیرفت. این فرایند حرکتی چرخشـی و تفسیری از جزء (تجربهٔ تک‌فرد) به کل (الگوی مشترک) است. مراحل به این ترتیب دنبال

1 . interpretative phenomenological analysis

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

شد: غوطه‌ور شدن در داده‌ها از طریق خواندن و بازخواندن مکرر متون پیاده‌شده همراه با گوش دادن به فایل صوتی؛ یادداشت‌برداری اکتشافی اولیه با تمرکز بر محتوای توصیفی، ویژگی‌های زبانی، و مفاهیم انتزاعی‌تر در حاشیهٔ متن؛ توسعهٔ مضامین نوظهور از دل یادداشت‌ها برای هر مصاحبه که همزمان گامی به سوی انتزاع و تفسیر بود؛ خوشه‌بندی و جستجوی ارتباطات میان مضامین در هر مورد برای ایجاد یک ساختار سلسله‌مراتبی از مقوله‌های اصلی و فرعی مختص همان فرد؛ حرکت به مورد بعدی و تکرار دقیق همین چرخه با حفظ نگاهی باز و تهی از پیش‌فرض‌های تحلیل موارد پیشین؛ و در نهایت، جستجوی الگوها در تمام موارد که طی آن جداول مضامین فردی با یکدیگر مقایسه و ترکیب شدند تا یک چارچوب مفهومی نهایی، مشترک و در عین حال حساس به تنوع تجارب پدید آید.

برای تأمین اعتبار و قابلیت اعتماد داده‌ها، از چهار معیار پیشنهادی لینکلن و گوبا [1] (۱۹۸۵) استفاده شد: ۱) اعتبار[2]: پس از پیاده‌سازی هر مصاحبه خلاصهٔ تحلیلی آن به همراه کدهای استخراج‌شده به مشارکت‌کننده بازگردانده شد تا صحت برداشت پژوهشگر تأیید یا اصلاح گردد. همچنین، پژوهشگر با غوطه‌وری طولانی‌مدت در داده‌ها (خواندن و بازخوانی مکرر متون) سعی در درک عمیق تجربهٔ مشارکت‌کنندگان داشت، ۲) قابلیت تأیید[3]: پژوهشگر پیش‌فرض‌های نظری و ذهنی خود را در قالب یادداشت‌های تأملی روزانه ثبت و در فرایند تحلیل تلاش کرد تا حد امکان از تأثیر این پیش‌فرض‌ها بر کدگذاری و تفسیر داده‌ها بکاهد. همچنین، همهٔ مراحل تحقیق از نمونه‌گیری تا تحلیل مستندسازی شد تا دیگر پژوهشگران بتوانند مسیر اجرا را دنبال کنند، ۳) قابلیت اطمینان[4]: متن پیاده‌شده و کدهای استخراج‌شده از دو مصاحبه به صورت تصادفی در اختیار یک متخصص پژوهش‌های کیفی قرار داده شد تا هم‌پوشانی کدگذاری‌ها بررسی و در موارد اختلاف از طریق بحث گروهی به توافق برسند، و ۴) قابلیت انتقال[5]: با انتخاب مشارکت‌کنندگان از مناطق مختلف شهر تهران و با حداکثر تنوع از نظر سن، نوع ماده مصرفی، و طول دورهٔ

1. Lincoln & Guba
2. credibility
3. confirmability
4. dependability
5. transferability

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

پرهیز سعی شد شرایط برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها به موقعیت‌های مشابه فراهم شود. همچنین، توصیف غنی از مشارکت‌کنندگان و زمینهٔ پژوهش ارائه شد تا خواننده بتواند شباهت‌ها و تفاوت‌ها را با زمینهٔ خود مقایسه کند.

در تمام مراحل پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت گردید: از تمامی مشارکت‌کنندگان پیش از مصاحبه رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه اخذ و حق انصراف از ادامهٔ همکاری در هر مرحله برای آنان محفوظ شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات شخصی آن‌ها (نام، نام خانوادگی، نشانی، و هر مشخصهٔ دیگر) به طور کامل از متون پیاده‌شده و گزارش نهایی حذف و با کد جایگزین خواهد شد. همچنین، برای حفظ سلامت روان آن‌ها امکان ارجاع فوری به خدمات مشاوره و مددکاری در صورت بروز هرگونه ناراحتی یا آشفتگی هیجانی حین یا پس از مصاحبه فراهم گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

مشارکت‌کننده	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	ماده مصرفی	شغل کنونی	طولانی‌ترین دوره پرهیز (ماه)
۱	۲۷	مجرد	دیپلم	شیشه	بیکار	۸
۲	۳۴	مطلقه	سیکل	تریاک و شیره	کارگر روزمزد	۱۴
۳	۴۲	متأهل	دیپلم	هروئین	بیکار	۶
۴	۲۳	مجرد	فوق دیپلم	شیشه	بیکار	۱۱
۵	۳۹	متأهل	ابتدایی	تریاک	رانندهٔ اسنپ	۲۴
۶	۴۸	مطلقه	دیپلم	هروئین و شیشه	بیکار	۵
۷	۳۱	مجرد	لیسانس	شیشه	کارمند	۹
۸	۵۱	متأهل	سیکل	شیره	بازنشسته	۱۸
۹	۲۶	مجرد	دیپلم	شیشه و حشیش	بیکار	۷
۱۰	۴۴	مطلقه	ابتدایی	تریاک	دست‌فروش	۳
۱۱	۳۶	مجرد	دیپلم	هروئین	بیکار	۱۲

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

دامنهٔ سنی مشارکت‌کنندگان از ۲۳ تا ۵۱ سال با میانگین ۳۶/۵۰ سال بود. از بین شرکت‌کنندگان، پنج نفر مجرد، سه نفر متأهل و سه نفر مطلقه بودند. شش نفر بیکار و بقیه دارای مشاغل ناپایدار یا موقت بودند. میانگین طولانی‌ترین دورهٔ پرهیز قبلی ۱۰/۶ ماه بود. مواد افیونی (۶ نفر) و محرک (۵ نفر) بیشترین مواد مصرفی را تشکیل می‌دادند. این تنوع زمینهٔ مناسبی برای مشاهدهٔ اشتراکات عمیق در تجربهٔ مسیر عود فراهم کرد. تحلیل پدیدارشناسی تفسیری داده‌های حاصل از مصاحبه با ۱۱ مشارکت‌کننده به استخراج چهار مقولهٔ اصلی و ۱۱ مقولهٔ فرعی انجامید که ساختار تجربهٔ زیستهٔ مسیر عود را شکل می‌دهند. شایان ذکر است که این مقوله‌ها در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای درهم‌تنیده ظاهر شدند که جداسازی آنها صرفاً برای فهم تحلیلی صورت گرفته است و ترتیب ارائه‌ی آنها بازتاب‌دهندهٔ توالی روایی بازسازی‌شده در گفتار مشارکت‌کنندگان است، زیرا در بسیاری از موارد مشارکت‌کنندگان این مؤلفه‌ها را همزمان و درهم‌تنیده توصیف کردند و نه به صورت زنجیره‌ای علّی. در ادامه هر مقوله همراه با کدهای اولیه و نقل‌قول‌های مستقیم مشارکت‌کنندگان ارائه و سپس تفسیر می‌شود.

مقولهٔ اول: بدکارکردی سیستم خودتنظیمی

این مقوله لحظاتی را توصیف می‌کند که فرد حس می‌کند توانایی کنترل رفتار خود را از دست داده است، گویی سیستم‌های محافظ روانی به تدریج از کار می‌افتند. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان این فروپاشی در سه سطح قابل تشخیص بود: ۱- طغیان هیجانات منفی مهارنشده، ۲- سوگیری توجه و حساسیت به نشانه‌های مصرف، و ۳- از کار افتادن راهبردهای مقابله‌ای آموخته‌شده.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

جدول ۲: مقولهٔ اول: بدکارکردی سیستم خودتنظیمی

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
طغیان هیجانات منفی مهارنشده	تنهایی تا مغز استخوان/ غمی که ته ندارد/خشم یکباره/کلافگی همیشگی/ سررفتن حوصله	مشارکت‌کننده شماره ۶: "*بعضی وقتا یه جوری می‌شدم که دلم می‌خواست سرم رو بکوبم به دیوار. یه بغضی بود که نه می‌ترکید نه آروم می‌شد. فقط مواد می‌تونست خاموشش کنه.*" مشارکت‌کننده شماره ۲: "*تنهایی رو تا مغز استخون حس می‌کردم. انگار هیچ راهی جز خاموش کردنش نبود. نه حرف زدن جواب می‌داد نه گریه.*"
سوگیری توجه و حساسیت به نشانه‌های مصرف	فکر چسبیده به مغز/ بزرگ و کردن لذت مصرف/ واکنش به بو و صدا و جاهای آشنا/ خاطره‌بازی با حال نشگی	مشارکت‌کننده شماره ۹: "*از اون خیابون رد شدم، یهو مغزم پر شد از بو و صدا. انگار اختیار فکر کردن ازم گرفته شد. فقط تصویر بساط بود که می‌اومد جلو چشمم.*" مشارکت‌کننده شماره ۴: "*هر چی سعی می‌کردم به یه چیز دیگه فکر کنم، یهو می‌دیدم باز دارم به همون لحظهٔ نئشگی فکر می‌کنم. انگار یکی نشسته بود تو سرم.*"
از کار افتادن راهبردهای مقابله‌ای آموخته‌شده	فراموش کردن همه مهارت‌ها/ برگشت به اولین راه فرار/ تحمل صفر تو بحران	مشارکت‌کننده شماره ۷: "*همهٔ چیزایی که تو جلسه‌ها یاد گرفته بودم، سر بزنگاه محو شدن. نفس عمیق، شمارش، زنگ به حامی... هیچی یادم نیومد. فقط می‌خواستم تموم شه.*" مشارکت‌کننده شماره ۱۱: "*وقتی وسوسه اومد، انگار مغزم قفل کرد. فقط یه راه بلد بودم: برم سمت مواد.*"

مشارکت‌کنندگان در اینجا نه یک تصمیم آگاهانه بلکه یک فروپاشی سیستمی را روایت می‌کنند. آنها روایت کردند که نخست هیجانات از کنترل خارج می‌شوند، سپس توجه به شکلی خودکار به سمت نشانه‌های مصرف منحرف می‌شود، و نهایتاً، مهارت‌های مقابله‌ای که با زحمت آموخته شده بودند درست در لحظهٔ نیاز غایب می‌شوند. نکتهٔ مهم این است که مشارکت‌کنندگان خود را تماشاگر این فروپاشی می‌بینند، نه بازیگر آن. مشارکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید: "*انگار یکی نشسته بود تو سرم*" و مشارکت‌کننده شماره ۹ تعبیر "*اختیار فکر کردن ازم گرفته شد*" را به کار می‌برد. این زبان نشان‌دهندهٔ نوعی واکنش‌پذیری شرطی‌شده است که پیش از هر تأمل آگاهانه فعال می‌شود. همچنین، مصرف در این لحظات نه برای لذت بلکه برای خاموش کردن یا تموم شدن ماجرا انجام می‌شود، یعنی یک راهبرد اجتناب اجباری نه یک انتخاب لذت‌جویانه.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

مقولهٔ دوم: خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطه‌ای آسیب‌زا

این مقوله به دنیای آدم‌های اطراف فرد می‌پردازد، هم آن‌هایی که طرد می‌کنند و هم آن‌هایی که به مصرف دعوت می‌کنند. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان سه مؤلفه در این زمینه قابل تشخیص بود: ۱- تعارضات خانوادگی با محوریت سرزنش، ۲- طرد اجتماعی و انزوای تحمیلی پس از ترک، و ۳- تعلق به خرده‌فرهنگ مصرف و فشار برای همرنگ شدن.

جدول ۳: مقولهٔ دوم: خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطه‌ای آسیب‌زا

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
تعارضات خانوادگی با محوریت سرزنش	دعوای تکراری/ متهم شدن به بی‌ارادگی/ درک نشدن/ خانواده مثل دادگاه	مشارکت‌کننده شماره ۳: "*خانواده فکر می‌کردن من از روی تنبلی معتادم، دلم می‌خواد خوش بگذرونم. هر حرفی می‌زدیم آخرش دعوا می‌شد. بهشون می‌گفتم این یه مریضیه، می‌گفتن بهانه‌س.*" مشارکت‌کننده شماره ۱: "*مادرم هی می‌گفت ما رو بی‌آبرو کردی. بابام نگام نمی‌کرد. یه بار بهش گفتم یه دفه بغلم کن، گفت تو دیگه پسر من نیستی.*"
طرد اجتماعی و انزوای تحمیلی پس از ترک	از دست دادن دوستای سالم/ فاصله گرفتن فامیل/ بی‌پناهی بعد پاکی	مشارکت‌کننده شماره ۱۰: "*پاک که شدم، تازه فهمیدم چقدر تنهام. دوستایی که فکر می‌کردم هستن، جواب تلفنمو نمی‌دادن. فامیل تو مهمونی نگام نمی‌کردن. آدم‌ها اعتماد نمی‌کردن بیان نزدیکم.*" مشارکت‌کننده شماره ۸: "*بعد ترک، هیچکس نبود. همونایی که می‌گفتن ما هواتو داریم، محو شدن. مونده بودم با خودم.*"
تعلق به خرده‌فرهنگ مصرف و فشار برای همرنگ شدن	داداش صدا کردن/ رفیق بی‌قضاوت/ دوستی فقط با شرط مصرف/ دلتنگی برای جمع	مشارکت‌کننده شماره ۱۱: "*فقط اونا منو بدون قضاوت می‌خواستن. بهم می‌گفتن داداش، بغل می‌کردن، حالمو می‌پرسیدن. دلم براشون تنگ می‌شد. پاکی یعنی بی‌رفیقی.*" مشارکت‌کننده شماره ۵: "*تنها جایی که حس می‌کردم آدمم، همون جمع بود. زشت و قشنگش رو دیده بودن و بازم راهم می‌دادن. اینو تو هیچ جای دیگه پیدا نمی‌کنی.*"

مشارکت‌کنندگان در یک وضعیت متناقض گرفتار شده‌اند. از یک سو، خانواده و اجتماعِ سالم آن‌ها را با سرزنش و طرد از خود می‌رانند (مشارکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید پدرش گفته "*تو دیگه پسر من نیستی*"). از سوی دیگر، شبکهٔ مصرف با آغوش باز پذیرای آن‌هاست و تنها منبع تعلق و هویت اجتماعیِ بدون قضاوت را فراهم می‌کند. مصرف در این بافت، دیگر فقط برای ماده نیست، بلکه برای بازیابی تعلق اجتماعی است.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

مشارکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: "*پاکی یعنی بی‌رفیقی.*" این جمله نشان می‌دهد که پاکی در روایت مشارکت‌کنندگان نه یک دستاورد مثبت است، بلکه مساوی با از دست دادن تنها شبکهٔ حمایتی باقی‌مانده معنا می‌شود. تا زمانی که جایگزینی برای این تعلق وجود نداشته باشد بازگشت به مصرف از نظر روان‌شناختی اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

مقولهٔ سوم: موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی

این مقوله از روابط شخصی فراتر رفته و به ساختارهای بزرگ‌تری می‌پردازد که مانع بازگشت به زندگی عادی را می‌شود. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان دو مؤلفه در این زمینه قابل تشخیص بود: ۱- محرومیت اقتصادی و بسته بودن بازار کار و ۲- ناپیوستگی و ناکارآمدی مداخلات درمانی.

جدول ٤: مقولهٔ سوم: موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
محرومیت اقتصادی و بسته بودن بازار کار	بیکاری به خاطر سابقه/ هیچ جا استخدام نشدن/ پول نداشتن/ نداشتن سقف بالای سر	مشارکت‌کننده شماره ۶: "*سابقهٔ مصرف مثل قفل روی در همهٔ کارگاه‌ها بود. می‌گفتی معتاد بودم، تموم می‌کردن. نمی‌گفتی، می‌فهمیدن، بازم تموم می‌کردن. بی‌پولی که بیاد، امید آدم اول چیزیه که می‌میره.*" مشارکت‌کننده شماره ۹: "*هر جا رفتم گفتم کار می‌خوام، تا فهمیدن کجا بودم، گفتن زنگ می‌زنیم. دیگه زنگ نزدن هیچوقت.*"
ناپیوستگی و ناکارآمدی مداخلات درمانی	کمپ فقط جای نگهداری/ رها شدن بعد ترخیص/ آموزش‌های بی‌فایده/ نبود مددکار	مشارکت‌کننده شماره ۱۰: "*کمپ فقط جای نگهداری بود. دوره تموم شد، در حیاط رو باز کردن گفتن برو خدا به همرات. هیچ پلی بین اونجا و دنیای واقعی نبود. هیچکس نگفت این آدم الان کجا بره.*" مشارکت‌کننده شماره ۳: "*تو کمپ کلی حرف زدن، ولی وقتی اومدم بیرون دیدم هیچی به درد نمی‌خوره. زندگی واقعی با اون چیزا فرق داشت.*"

در این مقوله مشارکت‌کنندگان با موانعی روبه‌رو هستند که هر یک به تنهایی برای از بین بردن امید کافی است: بازار کاری که درهایش بسته است، نهادهایی که به جای درمان برچسب می‌زنند، و سیستم درمانی‌ای که فرد را در حساس‌ترین لحظه (ترخیص) رها می‌کند. مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: "*بی‌پولی که بیاد، امید آدم اول چیزیه که می‌میره*" و این توالی را در روایت خود نشان می‌دهد: ابتدا فرصت‌ها بسته می‌شوند، سپس امید تحلیل می‌رود، و در نهایت، مصرف تنها گزینهٔ باقی‌مانده به نظر می‌رسد. همچنین،

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

مشارکت‌کننده شماره ۱۰ با تعبیر "*هیچ پلی بین اونجا و دنیای واقعی نبود*" به شکافی اشاره می‌کند که سیستم درمانی نه تنها آن را پر نمی‌کند، بلکه با طراحی ناقص خود آن را عمیق‌تر می‌سازد. فرد درست در لحظه‌ای که بیشترین حمایت را نیاز دارد به حال خود رها می‌شود.

مقولهٔ چهارم: بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود

این مقوله به تصویری می‌پردازد که فرد از خودش دارد و داستانی که درباره‌ی خودش باور کرده است. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان سه مؤلفه در این زمینه قابل تشخیص بود: ۱- خلأ هدفمندی در زندگی صرفاً پاک، ۲- فرسودگی امید و باور به شکست قطعی، و ۳- هویت چسبندهٔ "معتاد" و ناتوانی در بازتعریف خود.

جدول ۵: مقولهٔ چهارم: بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
خلأ هدفمندی در زندگی صرفاً پاک	بی‌برنامگی بعد ترک/پاکی بی‌هدف/ سر رفتن حوصله از زندگی عادی/ روزگار خالی	مشارکت‌کننده شماره ۷: "*پاکی که هدف نیست. صبح تا شب بشینی بگی من پاکم، خب چی؟ حوصله‌ات سر می‌ره، دلت می‌خواد یه تکونی به خودت بدی. مواد همیشه یه کار برای آدم داره. بیکار نمیشینی.*" - مشارکت‌کننده شماره ۱: "*وقتی مواد هست، روزت پره. باید جور کنی، مصرف کنی، حال کنی. پاکی چی داره؟ هیچی. یه خلأ بزرگ.*"
فرسودگی امید و باور به شکست قطعی	خستگی از چرخه تکراری/ تسلیم شدن/ ته دل دانستن اینکه برمی‌گردی	مشارکت‌کننده شماره ۲: "*ده بار رفتم کمپ، انگار روی چرخ‌فلکم. ته دلم می‌دونم یه روزی برمی‌گردم. پس چرا خودمو گول بزنم؟ دیگه باورم نمیشه این دفعه فرق کنه.*" مشارکت‌کننده شماره ۶: "*اینقدر این راهو رفتم و برگشتم که نگو. دیگه خسته شدم از امید واهی. من همینه که هستم.*"
هویت چسبندهٔ "معتاد" و ناتوانی در بازتعریف خود	خود رو فقط معتاد دیدن/ برچسبی که پاک نمی‌شود/ شکاف بین خود واقعی و اون چیزی که دوست داری باشی	مشارکت‌کننده شماره ۵: "*به آینه نگاه می‌کنم، یه معتاد می‌بینم. مهم نیست چند وقته پاکی. انگار این لکه رو هیچی پاک نمی‌کنه. تو چشم خودم و تو چشم همه، من همون معتادم.*" مشارکت‌کننده شماره ۱۱: "*حتی وقتی پاکی، یه جورایی دلت برای خود قبلیت تنگ میشه. واسه اون آدم که بودی. حالا نمیدونی کی هستی.*"

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

مشارکت‌کنندگان با سه خلأ بنیادین روبه‌رو هستند: نخست خلأ معنا (مشارکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید "*پاکی هیچی ندارد*")، دوم خلأ امید (مشارکت‌کننده شماره ۲ می‌گوید "*دیگه باورم نمیشه این دفعه فرق کنه*")، و سوم خلأ هویت (مشارکت‌کننده شماره ۵ می‌گوید "*به آینه نگاه می‌کنم، یه معتاد می‌بینم*"). این سه خلأ در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای به هم مرتبط هستند که وقتی زندگی پاک بی‌معناست امید به تغییر از بین می‌رود و وقتی امید از بین برود هویت "معتاد" به تنها هویت در دسترس بدل می‌شود. همچنین، مشارکت‌کننده شماره ۱۱ با تعبیر "*دلت برای خود قبلیت تنگ می‌شود*" به این نکته اشاره می‌کند که فرد حتی برای هویت مصرف‌کننده‌اش دلتنگ می‌شود، چون آن هویت لااقل چیزی بود، در حالی که هویت پاک هنوز ساخته نشده و تهی است. این خلأ هویتی در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به عنوان عمیق‌ترین لایهٔ تجربه ظاهر شد.

جمع‌بندی تفسیری

تحلیل پدیدارشناسانه نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان مسیر عود را نه یک پدیدهٔ تک‌عاملی بلکه ساختاری چندوجهی روایت کردند که در آن مؤلفه‌های بدکارکردی خودتنظیمی، خلأ حمایت بین‌فردی، موانع ساختاری و بحران هویت به‌گونه‌ای درهم‌تنیده ظاهر می‌شوند که جداسازی آنها برای مشارکت‌کنندگان ممکن نبود. با این حال، در روایت‌های بازسازی‌شده آنان نظمی قابل تشخیص بود: اغلب مشارکت‌کنندگان فروپاشی خودتنظیمی درونی را نقطهٔ آغاز روایت خود قرار می‌دادند، سپس از نبود حمایت اطرافیان و طرد اجتماعی سخن می‌گفتند، در ادامه به موانعی نظیر بیکاری و نبود خدمات پس از ترخیص اشاره می‌کردند و نهایتاً بحران هویت و پوچی زندگی پاک را توصیف می‌کردند. این نظم اما بیش از آنکه یک روند علّیِ عینی باشد، نظم روایی بازسازی‌شده توسط خود مشارکت‌کنندگان است که در قالب داستان‌های زندگی آنان ظاهر شده است. بر اساس مؤلفه‌های مستخرج از روایت‌های مشارکت‌کنندگان، مداخلات مؤثر در پیشگیری از عود باید همزمان به چهار دسته از تجربه‌های روایت‌شده توجه کنند: ۱) مدیریت طغیان‌های هیجانی و بازسازی خودتنظیمی، زیرا مشارکت‌کنندگان از کلافگی همیشگی و فراموش کردن همه مهارت‌ها سخن گفتند، ۲) بازسازی روابط خانوادگی و اجتماعی در پاسخ به

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

تجربه‌هایی نظیر خانواده مثل دادگاه و بی‌پناهی بعد پاکی، ۳) رفع موانع اشـــتغال و ایجاد خدمات پیگیرانه پس از ترخیص در پاسـخ به روایت‌هایی چون هیچ جا اسـتخدام نشـدن و رها شـــدن بعد ترخیص، و ۴) مشـــاوره هویت‌محور و کمک به یافتن هدف در زندگی در پاسخ به تجربه‌هایی نظیر پاکی بی‌هدف و خود رو فقط معتاد دیدن.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضـر واکاوی چگونگی شـکل‌گیری مسـیر عود مصـرف مواد از خلال تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز بود. یافته‌ها نشـان داد که مشـارکت‌کنندگان عود را در روایت‌های خود به‌گونه‌ای بازســـازی کردند که گویی این بازگشـــت نقطهٔ پایانی بر زنجیره‌ای از تجربه‌هاســـت که به ترتیب روایت‌شـــده توســـط آنان شـــامل طغیان هیجانات مهارنشـدنی، طرد از سـوی خانواده و جامعه، بسـته بودن درهای اشـتغال و نبود خدمات پس از ترخیص، و ناتوانی در تعریف هویتی تازه بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین همسویی دارد، اما درک جدیدی از درهم‌تنیدگی این مؤلفه‌ها در بافت فرهنگی-اجتماعی ایران ارائه می‌دهد. در مقولهٔ بدکارکردی سـیسـتم خودتنظیمی مشـارکت‌کنندگان فروپاشـی تدریجی کنترل درونی را در سـه مؤلفهٔ به هم‌پیوسـته روایت کردند: طغیان هیجانات منفی (چنان‌که در کدهای تنهایی تا مغز اسـتخوان و خشـم یکباره بازتاب یافت)، سـوگیری خودکار توجه به نشانه‌های مصرف (مشهود در کدهای فکر چسبیده به مغز و واکنش به بو و صـدا و جاهای آشـنا) و ازکارافتادن راهبردهای مقابله‌ای (با اشـاره به کدهای فراموش کردن همه مهارت‌ها و برگشـت به اولین راه فرار). آنچه روایت‌های ایشـان را از توصیف‌های صرفاً روان‌شناختی متمایز می‌کند تأکید بر ماهیت انفعالی این فروپاشی است: مشارکت‌کنندگان خود را تماشاگر این فرایند توصیف می‌کنند، نه بازیگر آن (چنان‌که در کدهای *انگار یکی نشسته بود تو سرم* و *اختیار فکر کردن ازم گرفته شد* آشکار است). این یافته با مدل‌های ولع و واکنش‌پذیری به نشـانه (ولکوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ زیلورسـتند و همکـاران، ۲۰۱۸) و مفهوم هیجان‌پـذیری منفی (کلودیوس و همکـاران، ۲۰۲۰؛ کوب، ۲۰۲۱) همخوانی دارد، اما از آن فراتر می‌رود و نشان می‌دهد که پیش از هر تصـمیم‌گیری آگاهانه یک واکنش‌پذیری شـرطی‌شـده و پیش‌تأملی فعال می‌شـود که فرد را در موقعیتی

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

منفعل قرار می‌دهد. این یافته ضرورت بازنگری در مداخلات مبتنی بر تقویت اراده و توجه به راهبردهای مداخله در لحظات پیش از بروز واکنش‌های خودکار را برجسته می‌سازد و می‌تواند مبنایی برای توسعهٔ مدل‌های مفهومی جدید در زمینهٔ پیشگیری از عود قرار گیرد.

در مقولهٔ خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطـــه‌ای آسیب‌زا مشارکت‌کنندگان از سه مؤلفهٔ فرعی سخن گفتند که در تناقضی گیر افتاده بودند: تعارضات خانوادگی با محوریت سرزنش (با کدهای خانواده مثل دادگاه و متهم شدن به بی‌ارادگی و درک نشدن)، طرد اجتماعی و انزوای تحمیلی پس از ترک (با کدهای از دست دادن دوستای سالم، فاصله گرفتن فامیل، بی‌پناهی بعد پاکی)، و تعلق به خرده‌فرهنگ مصرف و فشار برای همرنگ شدن (با کدهای رفیق بی‌قضاوت، داداش صدا کردن، دوستی فقط با شرط مصرف). از یک سو، خانواده و جامعهٔ سالم با سرزنش و طرد (کلین و همکاران، ۲۰۲۶؛ نعمتی سوگلی‌تپه و خالدیان، ۱۴۰۱) آنان را از خود می‌رانند. از سوی دیگر، شبکهٔ مصرف با آغوش باز پذیرای آن‌ها است و تنها منبع تعلق اجتماعی بدون قضاوت را فراهم می‌کند. این تناقض در کد پاکی یعنی بی‌رفیقی به خوبی نمایان است و نشان می‌دهد که پاکی در روایت مشارکت‌کنندگان نه یک دستاورد مثبت بلکه مساوی با از دست دادن تنها شبکهٔ حمایتی باقی‌مانده معنا می‌شود. تحلیل این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که طرد از سوی خانواده و جامعه فرد را در وضعیتی قرار می‌دهد که شبکهٔ مصرف تنها فضای بدون قضاوت را برای او فراهم می‌کند. بنابراین، مصرف نه برای لذت بلکه برای جبران بی‌رفیقی و بازگشت به تنها جایگاهی که در آن آدم محسوب می‌شود انجام می‌گیرد. آنچه روایت‌های مشارکت‌کنندگان را متمایز می‌سازد تأکید بر این نکته است که مصرف در این بافت پاسخی به بی‌رفیقی تحمیلی دوران پاکی و تلاشی برای بازیابی تعلق اجتماعی است. این یافته با پژوهش‌های پیشین در زمینهٔ نقش هویت‌های اجتماعی در تداوم یا خروج از اعتیاد (دینگل و همکاران، ۲۰۱۵؛ قاسم‌زاده، ۱۴۰۴) همسو است و ضرورت ایجاد شبکه‌های تعلق جایگزین را پیش از ترخیص از مراکز درمانی برجسته می‌سازد.

در مقولهٔ موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی مشارکت‌کنندگان از دو مؤلفهٔ فرعی روایت کردند: محرومیت اقتصادی و بسته بودن بازار کار (با کدهای هیچ

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

جا استخدام نشدن، بیکاری به خاطر سابقه، پول نداشتن) و ناپیوستگی و ناکارآمدی مداخلات درمانی (با کدهای کمپ فقط جای نگهداری، رها شدن بعد ترخیص، آموزش‌های بی‌فایده، و نبود مددکار). تحلیل این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که محرومیت اقتصادی و ناپیوستگی درمانی دو روی یک سکه هستند. فرد درحالی‌که از بازار کار طرد می‌شود سیستم درمانی نیز او را در حساس‌ترین لحظه رها می‌کند و این همزمانی طرد از دو جبهه امید به تغییر را به سرعت از بین می‌برد. این یافته با گزارش‌های پیشین در زمینهٔ محرومیت اقتصادی (عربان و همکاران، ۲۰۲۶؛ راموس و همکاران، ۲۰۲۶) و نبود خدمات پیگیری پس از ترخیص (مهاری و همکاران، ۲۰۲۶) همسو است. اما آنچه در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به عنوان یک الگوی معنادار تکرار شد نظم روایی بازسازی‌شده آنان بود. آنان به ترتیب از بسته شدن فرصت‌ها، سپس تحلیل رفتن امید، و نهایتاً روی‌آوردن به مصرف سخن گفتند. این توالی در کدهایی چون *بی‌پولی که بیاد، امید آدم اول چیزیه که می‌میره* و *سابقهٔ مصرف مثل قفل روی در همهٔ کارگاه‌ها بود* به وضوح قابل مشاهده است. با این حال، این نظم نشان‌دهندهٔ یک روند علّیِ عینی نیست، بلکه بازتاب‌دهندهٔ نحوهٔ سازماندهی ذهنی و روایی مشارکت‌کنندگان است که تجربهٔ عود خود را در قالب یک داستان منسجم بازسازی کرده‌اند. این یافته نقد جدی به رویکردهای فردمحور وارد می‌کند و نشان می‌دهد که تا زمانی که ساختارهای حمایتی (اشتغال، مسکن، خدمات پس از ترخیص) بازطراحی نشوند مداخلات صرفاً روان‌شناختی با شکست مواجه خواهند شد و ضرورت ایجاد خدمات پیگیرانه و مداخلات مبتنی بر بازسازی امید را برجسته می‌نماید.

مشارکت‌کنندگان در مقولهٔ بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود از سه مؤلفهٔ فرعی سخن گفتند: خلأ هدفمندی در زندگی صرفاً پاک (با کدهای پاکی بی‌هدف، بی‌برنامگی بعد ترک، و روزگار خالی)، فرسودگی امید و باور به شکست قطعی (با کدهای خستگی از چرخه تکراری، تسلیم شدن، و ته دل دانستن اینکه برمی‌گردی)، و هویت چسبندهٔ "معتاد" و ناتوانی در بازتعریف خود (با کدهای خود رو فقط معتاد دیدن، برچسبی که پاک نمی‌شود، و دلتنگی برای خود قبلی). مشارکت‌کنندگان روایت کردند که زندگی پاک بی‌هدف و تهی از معناست، امید به تغییر پایدار از بین رفته است، و هویت

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

"معتاد" چنان با خودانگارهٔ فرد عجین شـده که تصـور خود بدون این برچسـب ناممکن می‌گردد. این یافته با پژوهش‌های پیشین در زمینهٔ بحران هویت و انگ درونی‌شده (هیل و لیمینگ، ۲۰۱۴؛ سورشکومار و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد. تحلیل این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که سـه خلأ مذکور در روایت‌های مشـارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای به هم مرتبط هسـتند که وقتی زندگی پاک بی‌معناسـت، امید به تغییر از بین می‌رود، و وقتی امید از بین برود هویت "معتاد" به تنها هویت در دسترس بدل می‌شود. افزون بر این، مشارکت‌کنندگان حتی برای هویت مصرف‌کنندهٔ پیشین خود دلتنگ می‌شوند ("*دلت برای خود قبلیت تنگ می‌شود*")، زیرا آن هویت لااقل چیزی بود را توصیف می‌کنند، در حالی که هویت پاک هنوز سـاخته نشـده و تهی اسـت. این یافته نشـان می‌دهد که ناتوانی در تعریف هویتی تازه یکی از عمیق‌ترین تجربه‌های روایت‌شـده توسـط مشـارکت‌کنندگان اسـت و هرگونه مداخله‌ای که به این بعد از تجربه توجه نکند با چالش مواجه خواهد شـد. به طور کلی، یافته‌های این پژوهش در روایت‌های مشـارکت‌کنندگان نشـان می‌دهد که مؤلفه‌های چهارگانهٔ بدکارکردی خودتنظیمی، خلأ حمایت بین‌فردی، موانع سـاختاری و بحران هویت نه به صـورت مجزا بلکه درهم‌تنیده و تأثیرگذار بر یکدیگر مسـیر بازگشـت به مصرف را در روایت‌های آنان شکل می‌دهند. این درهم‌تنیدگی با رویکردهای سیستمی و زیسـتی-روانی-اجتماعی در اعتیاد (ولکوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ مو و همکاران، ۲۰۲۲) همسـو اسـت، اما تأکید بر بحران معنا و ناتوانی در بازتعریف هویت جنبه‌ای اسـت که در بسـیاری از پژوهش‌های کمی نادیده گرفته شـده و ضـرورت توجه به آن در مداخلات پیشگیرانه را برجسته می‌سازد.

یافته‌های پژوهش حاضـر نشـان می‌دهد که طراحی و اجرای مداخلات پیشـگیرانه مؤثر برای کـاهش احتمـال عود مسـتلزم اتخـاذ رویکردی چنـدبعـدی و مبتنی بر مؤلفـه‌هـای اسـتخراج‌شـده از تجربه زیسـتهٔ افراد در مسـیر پرهیز از مصـرف اسـت. در این چارچوب، نخسـت، مداخلات درمانی باید فراتر از توصـیه‌های صـرف برای نه گفتن به مصـرف بر آموزش راهبردهای مدیریت طغیان‌های هیجانی و بازسـازی توانمندی خودتنظیمی متمرکز شـوند، زیرا روایت‌های مشـارکت‌کنندگان حاکی از آن بود که آنان در لحظات منتهی به

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

عود خود را نه کنشـــگر بلکه ناظر فروپاشـــی تدریجی ظرفیت خودتنظیمی خویش تجربه می‌کردند. همچنین، تقویت پیوندهای خانوادگی و اجتماعی و ایجاد شـــبکه‌های حمایتی جایگزین پیش از ترخیص از مراکز درمانی ضـــرورتی اســـاســـی به شـــمار می‌رود، زیرا در تجربه بسیاری از مشارکت‌کنندگان شبکهٔ مصرف تنها فضای تعلق اجتماعی عاری از طرد و قضاوت تلقی می‌شد. افزون بر این، کاهش موانع بازگشت به زندگی اجتماعی از طریق تسـهیل فرصـت‌های اشـتغال و اسـتقرار نظام خدمات پیگیرانهٔ پس از درمان اهمیت ویژه‌ای دارد. در این راســـتا، حذف عبارات انگ‌زا از جمله ســـابقهٔ مصـــرف از گواهی‌های پایان درمان و الزام مراکز درمانی به ارائهٔ خدمات پیگیری ســـاختاریافته و مســـتمر دســـت‌کم به مدت شش ماه پس از ترخیص می‌تواند بخشی از موانع بازگشت پایدار به زندگی عادی را کاهش دهد، زیرا مشارکت‌کنندگان بارها به تجربه‌های مکرری همچون استخدام نشدن و رها شـــدن پس از ترخیص اشـــاره کردند. در کنار این اقدامات، مداخلات درمانی باید بر کمک به بازتعریف هویت فردی و یافتن معنا و هدف در زندگی نیز متمرکز باشـــند. برگزاری جلســـات گروهی با محوریت بازســـازی هویت، بازنگری در خودپنداره و شکل‌دهی به روایت‌های جدید از خویشتن می‌تواند احساس پاکی بی‌هدف و تقلیل هویت به "فرد معتاد" را که در روایت‌های مشـارکت‌کنندگان به‌وضـوح مشـاهده شـد را کاهش دهد و زمینه را برای تثبیت پرهیز از مصرف فراهم سازد.

با وجود ارزش یافته‌های پژوهش، تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعه صـــورت گیرد. مهم‌ترین محدودیت پژوهش فاصـــلهٔ زمانی میان تجربهٔ عود و انجام مصاحبه‌ها بود که اگرچه حداکثر یک سال در نظر گرفته شد، اما همچنان ممکن است بر دقت یادآوری و بازنمایی تجربه‌ها اثر گذاشـــته باشـــد. با این حال، برای کاهش این محدودیت مشـارکت‌کنندگانی انتخاب شـدند که مدت پرهیز آنان بیش از یک ماه نبود تا روایت‌های آنان از تازگی و دقت بیشـــتری برخوردار باشـــد. در نهایت، با توجه به اینکه پژوهش حاضـر به طور اختصـاصـی بر تجربه زیستهٔ مردان متمرکز بود، پیشـنهاد می‌شـود پژوهش‌های آینده با استفاده از رویکردهای کیفی تجربهٔ زنان در فرایند پرهیز و عود را نیز بررسی کنند تا امکان مقایسهٔ الگوهای جنسیتی فراهم شود. همچنین، انجام مطالعات کیفی

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

طولی در بافت‌های فرهنگی و مذهبی گوناگون ایران برای شناسایی تفاوت‌های زمینه‌ای در مسیر عود و مطالعه عمیق تجربه‌های مقاومت موفق در برابر عود به منظور شناسایی عوامل فردی، اجتماعی و معنایی متوقف‌کننده زنجیرهٔ روایی منتهی به عود می‌تواند به غنای دانش موجود و طراحی مداخلات درمانی اثربخش‌تر کمک کند..

منابع

تقوائی‌نیا، علی و توکل‌کوخدان، نگین (۱۴۰۴). پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در یک مرکز بازتوانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۵۸-۳۷. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.76.37

خالدیان، محمد و حسنوند، بنفشه (۱۴۰۴). علل و عوامل تاثیرگذار در وسوسه بدون لغزش در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۸)، ۱۴۸-۱۲۹. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.78.129

عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۴). مدل‌یابی گرایش به عود مصرف مواد براساس ذهن‌آگاهی با نقش میانجی خودمهارگری و شفقت به خود در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۲۱۹-۲۴۳. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.76.219

قاسم‌زاده، داود (۱۴۰۴). مطالعه کیفی بسترها و فرآیندهای مصرف مواد اعتیادآور در بین دانشجویان خوابگاهی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۵۹-۷۸. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.76.59

محمدامینی، سامان؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۴۰۵). رابطه بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان: نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲۰ (۷۹)، ۳۵-۵۸. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.20.79.35

محمدی، صدیق؛ ولیئی، سینا؛ علیایی، نازیلا و نوری، بیژن (۱۴۰۱). تأثیر مصاحبه انگیزشی بر وسوسه و عود مصرف بیماران تحت درمان با بوپرنورفین. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، *۹*(۱)، ۴۵-۵۶. http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.9.1.45

نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶*(۶۴)، ۳۰۷-۲۷۹. http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.64.279

References

Andersson, H. W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

of illicit substances. *Addictive Behaviors*, *90*, 222–228. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008

Araban, M., Salahshouri, A., Ghorrabi, A. T., & Jiba, M. (2026). An exploration into the factors contributing to addiction relapse: A qualitative study. *Heliyon*, *12*(1), e44266. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2025.e44266

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion, 20*(1), 37–42. https://doi.org/10.1037/emo0000646

Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1795. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795

Hill, J. V., & Leeming, D. (2014). Reconstructing 'the alcoholic': Recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *12*(6), 759–771. https://doi.org/10.1007/s11469-014-9508-z

Humphreys, G., & Finch, N. (2025). Experiences of a lived experience recovery organization for those in abstinence-based substance use recovery: a thematic analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 20*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s13011-025-00671-9

Klein, M., Dixon, J., & Butler C. (2022). Multiple relapses into opiate and crack misuse among people in recovery: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, *43*(2), 97–110. https://doi.org/10.1002/jaoc.12106

Klein, M., Dixon, J., Butler, C., & Best, D. (2026). “It’s almost as if I’ve relapsed”: An interpretative phenomenological analysis of addiction therapists’ experiences with supporting their clients through repeated relapse. *Journal of Drug Issues*, *56*(1), 171-187. https://doi.org/10.1177/00220426241277775

Koob, G. F. (2021). Drug addiction: Hyperkatifeia/ negative reinforcement as a framework for medications development. *Pharmacological Reviews*, *73*(1), 163–201. https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000083

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage publications**.**

Mehari, A., Melese, H. & Reshid, M. (2026). A phenomenological analysis of relapse among adults with substance abuse. *Scientific Reports, 16*, 8413. https://doi.org/10.1038/s41598-026-39291-z

Mellor, R., Lancaster, K., & Ritter, A. (2021) Recovery from alcohol problems in the absence of treatment: a qualitative narrative analysis. *Addiction*, *116*(6), 1413–1423. https://doi.org/10.1111/add.15288

Moe, F. D., Moltu, C., McKay, J. R., Nesvag, S., & Bjornestad, J. (2022). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a ‘one size fits all 'concept? A systematic review of relapse operationalization. *Drug and Alcohol Review*, *41*(4), 743–758. https://doi.org/10.1111/dar.13401

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]

Neale, J., Allen, D., & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, *100*(11), 1584–1593. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01230.x

Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., & Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use among persons with substance use problems. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 20*, 8. https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21968

Ramos, J. P., Vieira, M., Carvalho, C. M., Gonçalves, F., Barbosa, P., Aguiar, A., & Pinto, M. (2026). Socioenvironmental factors in recovery of people with substance use disorders: A comprehensive scoping review. *Contemporary Drug Problems*, 53(3), 537-566. https://doi.org/10.1177/00914509261416129

Shanmugam, B., Mahadevan, J., Ramasamy, D. P., & Ezhumalai, S. (2025). Factors associated with abstinence among men with alcohol use disorder: A qualitative study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. https://doi.org/10.1177/02537176251362106

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research (2nd ed.).* Sage Publications.

Sureshkumar, K., Dalal, P. K., Kailash, S. Z., & Rudhran, V. (2021). Relapse in opioid dependence: Role of psychosocial factors. *Indian Journal of Psychiatry*, *63*(4), 372–376. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_383_20

Svendsen, T. S. (2026). *Exploring narratives of long-term substance addiction recovery in Norway*. Doctoral dissertation, Manchester Metropolitan University.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2025*). World drug report 2025*. United Nations**.**

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, *374*(4), 363–371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

Zhang, T., Sun, L., Yin, X., Chen, H., Yang, L., & Yang, X. (2024). Burden of drug use disorders in the United States from 1990 to 2021 and its projection until 2035: results from the GBD study. *BMC Public Health*, *24*, 1639. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19142-0

Zilverstand, A., Huang, A. S., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2018). Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: A systematic review. *Neuron*, *98*(5), 886–903. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.03.048

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.237]