

قالب های معرفتی اعتیاد و ابژه سازی معتاد در ایران پس از انقلاب

۱۳۵۷

مطالعات جامعه‌شناختی

(علمی - پژوهشی)

دوره ۲۶، شماره یک: ۳۶۶-۳۳۵

شاپا ۲۸۰۹-۱۰۱۰

نمایه در ISC

مهناز علی زاده

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی

فرح ترکمان^۱

عضو هیئت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

عبدالحسین کلانتری

دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تهران

بپذیرش ۹۸/۴/۲۲

دریافت ۹۷/۳/۱۱

چکیده

هدف از این مطالعه واکاوی گفتمان‌های مسلط اعتیاد در دهه های پس از انقلاب ۱۳۵۷ است. این تحقیق درصدد است تا از طریق شناخت «حقیقت» اعتیاد در هر یک از این گفتمان‌ها، به شناختی از مسئله اعتیاد دست یابد. به عبارتی درصدد یافتن مکانیزم‌های قدرتی است که در هر یک از گفتارهای مسلط اعتیاد به واقعیت آن شکل داده و با الگوسازی در نهادهای جامعه‌پذیری موجبات تداوم و توسعه آن را فراهم آورده‌اند. نوعی روندپژوهی اعتیاد که در راستای پیشگیری و امنیت اجتماعی راهگشاست. دوره تاریخی مورد بررسی چند دهه اخیر پس از انقلاب اسلامی است. این پژوهش با روش تحلیل گفتمان با تکنیک اسناد و مدارک انجام شده و جهت تکمیل داده‌ها از مطالعه میدانی با تکنیک مصاحبه های عمیق بهره گرفته است. الگوی بررسی تاریخی پژوهش حاضر، کتاب «نظم گفتار» فوکو بوده است.

نتایج تحقیق نشان می دهد که در این بازه زمانی چهار قالب معرفتی قابل طرح است. گفتار انقلابی (۱۳۵۸-۱۳۶۴) که در آن رویکردی استعماری و مبتنی بر توطئه نسبت به اعتیاد وجود دارد. مرجع استناد آن، انقلاب اسلامی است. گفتار اجتماعی (۱۳۶۴-۱۳۷۴) که در آن اعتیاد به مثابه فقدان دانش و ایمان است. مرجع استناد آن، نقد بر رویکردهای مبارزاتی و گفتارهای حقوقی دوره قبلی از طریق گفتارهای فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی است. گفتار اقتصادی (۱۳۷۴-۱۳۸۱) که در آن گفتارهای حقوقی در همدستی با گفتارهای فرهنگی - اجتماعی زمینه ورود بخش خصوصی و بیمارانگاری معتاد را فراهم می - آورند. گفتار بازار (۱۳۸۱ - ۱۳۹۴) که در آن اعتیاد به مثابه بیماری و بازار مطرح است، خصوصی سازی در عرصه اعتیاد توسعه می یابد و پزشکی آزاد در امر درمان شکل می گیرد.

واژگان کلیدی: قدرت، گفتمان قالب معرفتی، گفتار، «حقیقت» اعتیاد.

۱. پست الکترونیکی نویسنده رابط: fa.torkaman@iauctb.ac.ir

مقدمه و طرح مسئله

امروزه مسئله اعتیاد و وضعیت معتادین نه از طرف سیاست‌گذاران، مدیران و سازمان‌های مسئول و نه از طرف مردم مورد حمایت نیست و کانون توجه به آن نامتمرکز بوده و ثمربخشی کافی نداشته است. قانونگذاران نمی‌دانند معتاد را در کجای جامعه جای دهند، نهادهای اصلاحی یا درمانی. مبارزه آنها با اعتیاد نیز معضلات اجتماعی را تشدید کرده که خود موجب توسعه اعتیاد شده است. در بحث اعتیاد در ایران معاصر، زمان اسیر عدم اطمینان است و دولت، افراد معتاد را به دست تغییرات و نوسانات آن سپرده است. آزادی به معنای آشفتگی که بر جامعه حاکم است، در واقع آزادی منافع، ائتلاف‌ها و ترفندهای مالی است، نه آزادی انسان معتاد. این آزادی از طریق افراد دیگر و به هدف کسب سود که اموری مطلقاً عینی و بیرونی‌اند و به واسطه شور، عواطف و امیال ارضا نشده خود معتاد که جنبه درونی دارد، او را احاطه کرده است. پس برای او آزادی درونی وجود ندارد و آزادی بیرونی هم معادل هرج و مرج وجود دارد. مدل و وضعیت اقتصادی حاکم در جامعه ایران بیشتر مایل است که معتادان را به خانواده محول کند تا دولت.

«سیاست اجتماعی کردن امر مبارزه با مواد مخدر» که به عنوان تبلور همدلی و هم‌زبانی دولت و ملت از سوی وزیر کشور و دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر از سال ۱۳۹۱ تاکنون مطرح شده است. همچنین ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب معتادان در ۲۷۷۴ مرکز دولتی و غیردولتی در سراسر کشور در سال ۱۳۹۰ که ۸۸ درصد این مراکز را غیردولتی و تنها ۱۲ درصد آن را دولتی تشکیل می‌دهند. به گونه‌ای که سهم مراکز غیردولتی درمان و کاهش آسیب در سال ۹۲ معادل ۹۳ درصد و مراکز دولتی معادل ۷ درصد بوده است (دفتر برنامه‌ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۲: ۲۹-۲۷ و ۱۲۴-۱۲۲).

همگی این موارد نشان‌دهنده واگذاری اموری است که تا دیروز جزء وظایف دولت برای سعادت جامعه تلقی می‌شد و امروز در نتیجه حاکمیت تام‌منطق سرمایه، به خانواده و مردم واگذار می‌شود تا از هزینه دولت بکاهد. پیرو این امر، خانواده‌ها بایستی به اعتیاد همچون وظیفه‌ای اساسی و خطری مهم توجه کنند. خانواده نیز در شرایط فعلی خود را کاملاً بر روی گفتارهای مطرح در سامانه اعتیاد و آزمون‌های بی‌پایان آنها گشوده است. خانواده کانون مسئولیت اجتماعی شده و حفظ شرافت و آبروی خانوادگی مستلزم آن است معتادی را که با

رفتار مذموم و ناشایست سبب شرمساری می باشد، از اجتماع طرد و ناپدید گرداند. پس، خانواده نیز معتاد را به مراکز بازپروری و یا بیمارستان های روانی واگذار می نماید و بدین ترتیب در ظاهر تعادل اجتماعی برقرار می شود، در حالیکه در واقع اعتیاد، این تعادل را زیر ابر توهم و بی‌نظمی ساختگی پنهان کرده است.

مراکز بازپروری خود نیز می‌تواند خطایی بزرگ در بُعد اقتصادی جامعه‌ای در شرایط ایران امروز باشد چرا که با خارج کردن این جمعیت عظیم و جوان از چرخه اقتصادی و مراقبت از آنها در این مراکز، به شرایط عدم توسعه‌یافتگی دامن زده می‌شود. مراکز بازپروری در حوزه اعتیاد هم از حیث نحوه کار و هم از لحاظ مقاصد و اهداف بیش از آنکه کارکردهای بازپروری داشته باشند، مرجعی قضایی برای استقرار نظم می‌باشند. همچنین عرصه رقابت اقتصادی و منزلتی بین این مراکز ایجاد گشته است که دو دلیل زمینه‌ساز این رقابت می‌باشد. یکی مشکلات مالی است که مراکز فوق، به خاطر عدم حمایت مالی از سوی دولت و مردم با آن مواجه هستند و دیگری، عدم اشتغال و بحران اقتصادی ناشی از مدل اقتصادی مسلط در جامعه ایران امروز است که به این مراکز بُعد اشتغال‌زایی یا به عبارت دقیق‌تر تجاری بخشیده است. در واقع این مراکز حامل بار پزشکی و درمانی نمی‌باشند و ظاهراً دغدغه آنها چیزی غیر از دلواپسی معالجه معتادان به مثابه بیماران می‌باشد. پس این مراکز وظیفه محو بیکاری یا دست کم برطرف کردن آشکارترین آثار اجتماعی آن را دارند، به گونه ای که در سال ۱۳۸۴ که مسئولیت مجوز کمپ‌ها و مراکز نگهداری معتادین از سمن تولد دوباره به سازمان بهزیستی واگذار شده، زیر مجموعه هر سه سازمان (بهزیستی، بهداشت و زندان‌ها) تعداد ۹۴۶ مرکز ایجاد شده که ۲۰۱ مرکز دولتی و ۷۴۵ مرکز خصوصی بوده اند. قابل ذکر است که معادل تعداد ۱۵۴۰۱۰ نفر در مراکز خصوصی و ۲۸۶۷۹ نفر در مراکز دولتی تنها از سوی سازمان بهزیستی در این سال پذیرش شده اند و این تعداد همواره رو به افزایش بوده است، در سال ۱۳۸۵ نسبت به ۱۳۸۴ رشد ۳۵ درصدی را در تشکیل مراکز داشته ایم، این امر در حالیست که در طی این سال‌ها و تاکنون مراجعه مجدد معتادین به مراکز ترک اعتیاد بسیار مشاهده شده است (دفتر برنامه ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۵: ۵۴).

پیرو همین امر، اعتیاد در ایران، مسئله اقتصادی است ولی اخلاقی و نظم‌دهنده جلوه می‌نماید. دلایل و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که مراکز فوق در عمل نه تنها اعتیاد را

کنترل نکرده‌اند بلکه به تداوم و گسترش آن یاری رسانده‌اند. چیزی که در مراکز بازپروری اتفاق می‌افتد نه تنها سرکوب بلکه اعمال اقتدار نیز هست. کمپ‌ها، مراجع قضایی شده‌اند که جز خود، مرجع دیگری را به رسمیت نمی‌شناسند و شیوه‌های سرکوب را از محاکم عادی نمی‌گیرند، بلکه شیوه‌های خاص خود را ابداع کرده‌اند. این مراجع قضایی به ایجاد پشیمانی در ذهن و روح معتاد به مثابه بیمار می‌اندیشند. معتاد در آنها تحقیر می‌شود، پیش از آنکه فرصت پذیرفتن و شناخت خود را یابد. در شرایط فعلی، مجرمیت و تقصیر متوجه درون معتاد به مثابه بیمار شده است. هنگامی که از هر گونه مجازات جسمی در امان می‌ماند، لاجرم خود را گناهکار احساس کرده و رهایی حقیرش می‌کند و این احساس می‌تواند یکی از عوامل مهم برساننده عود مجدد اعتیاد او باشد.

در حدود دو دهه اخیر، فضای عمومی جامعه، اعتیاد را چون بیماری و مسئله فردی می‌داند تا مسئله اجتماعی. اعتیاد به مثابه بیماری که به مسئله فیزیولوژیک و روانی تقلیل داده شده، همواره موجب گردیده تا ابعاد اجتماعی آن مورد غفلت واقع شود. با بیمار انگاشتن معتاد، فرض خانواده و اجتماع بر این است که مشکلات اجتماعی و اقتصادی در معتاد، مربوط به مصرف مواد و لذا با درمان او برطرف می‌گردد. در واقع حکم بیمار بودن معتاد، فقط تا حدی مربوط به وضعیت جسمانی معتادین است و عمدتاً مبتنی بر تجویزها و ارزش‌های فرهنگی خاص دوران فعلی در رابطه با توانایی معتادین در اجرای اعمال عادی بوده است. پس، بایستی تلاش‌های ادبی و استفاده احساسی و همچنین منافع اقتصادی و سیاسی را از تولید این وحشت‌های نامعلوم و نامشخص در نظر داشت. واکاوی این تجویزها، وحشت‌ها، اسطوره‌ها، تلاش‌ها و منافع تنها از طریق مطالعه گفتارها و گفتمان‌های دهه‌های اخیر امکان‌پذیر است و از این طریق می‌توان پاسخ به این مسئله داد که چرا هر چه تمرکز بر بیمارانگاری معتاد و درمان او در شرایط فعلی بیشتر می‌شود، اعتیاد شکل اپیدمی‌تری پیدا میکند و وضعیت عودکننده‌تری می‌یابد؟ به عبارتی از طریق شناخت «حقیقت اعتیاد» می‌توان به تبیین مسئله آن پرداخت و به پیشگیری آسیب فوق و حفظ امنیت اجتماعی مبادرت ورزید، زیرا وضعیت نابسامان و پیش‌رونده اعتیاد در دهه‌های اخیر نشان می‌دهد که شناخت واقع بینانه‌ای از مسئله اعتیاد وجود نداشته و یا به عبارت بهتر نوعی از شناخت وجود داشته است که نتوانسته در کنترل و پیشگیری

از آن مؤثر افتد و امنیت اجتماعی را فراهم آورد. پس مهار و تعدیل این وضعیت پیشرونده به ضرورت شناخت و الزام روندپژوهی اعتیاد در طی دهه‌های مذکور اشاره دارد.

با مروری بر تاریخچه اعتیاد در ایران می‌توان به مقاطع مختلف زمانی دست یافت که بین پر شدن معتادان در مراکز بازپروری و درمانی و یا زندان‌ها در چرخش است. این امر به مطرح بودن همواره دانش پزشکی و حقوق در تبیین مسئله اعتیاد صحنه می‌گذارد. کارکرد و قدرت دانش پزشکی و حقوق تنها در مسند تصمیم‌گیری در معنای وسیع آن نیست بلکه با رمزگشایی از اعتیاد، گفتمان قالب واقعیت آن را می‌سازند و همواره در طول تاریخ به این مهم مبادرت ورزیده‌اند. از طرفی آسیب‌شناسی نیز همواره با معرفی اعتیاد به مثابه آسیب، کارکردی در جهت ارائه راهکارهای عملی و انتقادی نداشته و تنها به توجیه مسئله پرداخته است. پس تاریخ اعتیاد در ایران همراه بوده است با پوشش اعمال و رویه‌های قدرت توسط گفتار حقوقی، پزشکی، مذهبی، اخلاقی و آسیب‌شناسی که تجلی آثار این گفتارها در نهادهای جامعه‌پذیری اعم از خانواده، آموزش و پرورش و همچنین عرصه عمومی جامعه قابل مطالعه است.

مکانیزم مشترک در اعتیاد به مثابه جرم و اعتیاد به مثابه بیماری، انکار و تمایز از طریق برچسب بیمار و مجرم است که همواره موجب نادیده گرفته شدن عوامل اجتماعی گردیده است. به عبارتی نگاه ذات‌باورانه به معتاد که در رویکرد روانشناختی مسلط بر حوزه اعتیاد معاصر وجود دارد، زمینه‌ای را برای رویه‌های تهاجمی و تسلط روان‌شناسی و روانپزشکی فراهم آورده که مانع از دیدن ویژگی‌های شخصیتی معتاد به شکل رابطه‌ای شده است و پیرو آن، شرایط زمینه‌ای که بر سازنده احتمالی این ویژگی‌ها می‌باشند، مورد غفلت قرار گرفته است.

جامعه ایران در طول تاریخ، همواره سعی داشته است که حقیقتی قاعده‌مند را درباره اعتیاد صورتبندی نماید. به گونه‌ای که اعتیاد نه تنها به مثابه مصرف و در اقتصاد لذت، بلکه در نظام سامان‌مند دانش مورد تحلیل و گفتگو قرار گرفته است. اعتیاد مجموعه‌ای از اثرهای تولید شده در بدن‌ها، رفتارها و مناسبات اجتماعی توسط سامانه‌ای برخاسته از یک تکنولوژی پیچیده سیاسی است. تولید گفتار^۱ها در مورد اعتیاد در حوزه روابط متکثر و چندگانه و متغیر قدرت جای می

گیرند و این روابط، معتاد را به ابژه یا عرصه‌ای برای شناخت تبدیل می‌کند و بدین شکل معتاد از طریق محاصره تکنیک‌های دانش و روش‌های گفتمانی مورد محاصره قرار می‌گیرد.

البته نباید اعتیاد را حوزه‌ای مبهم دانست که دانش تلاش می‌کند به تدریج آن را کشف کند بلکه اعتیاد پدیده‌ای است که قابل بررسی در سامانه تاریخی می‌باشد. سامانه اعتیاد گستره‌ای دائمی از عرصه‌ها و شکل‌های کنترل را به وجود می‌آورد و به واسطه تقویت‌کننده‌های پرشمار و ظریفی که اصلی‌ترین شان بدن است، بدنی که تولید و مصرف می‌کند، به اقتصاد پیوند خورده است. پس اعتیاد در سامانه تاریخی هیچ‌گاه سرکوب نشده بلکه همواره با سامانه‌های جدید قدرت پیوند خورده است. در مورد اعتیاد نباید قائل به جهانی از گفتار بود که میان گفتار مسلط و تحت سلطه تقسیم شده بلکه باید آن را کثرتی از عناصر گفتاری در نظر گرفت که در زمان‌های گوناگون در استراتژی‌های گوناگون ایفای نقش می‌کنند.

اعتیاد به مثابه جرم و اعتیاد به مثابه بیماری به دلیل مکانیزم تبعیض و انکار در جامعه می‌باشد. به عبارتی انکار، تبعیض، اخلاقی جلوه دادن، وابستگی، سرکوب، ترس، گناه، شرمساری و انزوا... همگی جزء مکانیزم‌های قدرت می‌باشند که همواره در گفتارهای مسلط اعتیاد در هر زمان، به واقعیت اعتیاد شکل داده و از این طریق معتاد را ابژه قرار داده‌اند و از طرفی همین سازوکارها با الگوسازی در نهادهای جامعه پذیری از جمله خانواده موجبات تداوم اعتیاد را فراهم آورده‌اند. هدف تحقیق حاضر شناخت گفتمان‌های مسلط اعتیاد در دهه‌های اخیر پس از انقلاب اسلامی و بررسی چیرستی «حقیقت» اعتیاد در هر یک از این گفتمان‌هاست. از این روی این مقاله قصد پاسخ به سؤال "در سال‌های بعد از انقلاب اسلامی، در ایران، بر سامانه اعتیاد چند گفتمان مسلط را می‌توان بازشناسی کرد که در ابژه‌سازی معتادان عمل کرده‌اند؟" را دارد.

اهمیت و ضرورت موضوع تحقیق

با مروری بر پژوهش‌های انجام شده در حوزه اعتیاد، تراکم تحقیقات کاربردی نسبت به تحقیقات بنیادی مشاهده می‌شود (نقویان، ۱۳۹۰). از طرفی پژوهش‌هایی که با اهداف بنیادی انجام شده‌اند بیشتر در تأیید رویکردهای موجود نسبت به اعتیاد بوده و فاقد نگاه انتقادی می‌باشند (حکمت، ۱۳۷۹). همچنین تحقیقات بنیادی در حوزه خاص تاریخ اعتیاد نیز اندک و مبتنی بر تاریخ‌نگاری

گفتمان‌های اعتیاد می‌باشد که به تحلیل انتقادی این گفتمان‌ها و تبیین ارتباط بین آنها در شکل‌دهی سامانه اعتیاد نپرداخته‌اند (مدنی، ۱۳۹۰). پس تحقیق حاضر که درصدد شناخت گفتمان‌های مسلط اعتیاد در چند دهه اخیر پس از انقلاب و همچنین چستی «حقیقت» اعتیاد در هر یک از این گفتمان‌ها بواسطه رویکرد انتقادی فوکو است، ضرورت می‌یابد. هدف این تحقیق، بنیادی و شناخت روند شکل‌گیری دانش اعتیاد و رابطه آن با قدرت است.

مطالعات در حوزه اعتیاد بیشتر با هدف عوامل‌سنجی و یا پیامدسنجی آن با رویکردی پوزیتیویستی انجام گرفته است (ساجدی، ۱۳۹۰). در حالیکه دغدغه پژوهش حاضر، شناخت اعتیاد به مثابه پدیده‌ای مشاهده‌پذیر که بایستی به ساخت پنهان و بنیادینش بازگردانده شود، می‌باشد. این پژوهش درصدد است تا به شناخت تحولات سبک و شکل اعتیاد در چند دهه اخیر به گونه‌ای وابسته به آرایش‌های اجتماعی و اقتصادی خاص این دوران بپردازد. همچنین مطالعات قبلی حوزه اعتیاد، از آنجایی همواره با پیش فرض اعتیاد به مثابه آسیب، جرم، بیماری و... انجام گرفته است (عزیزی، ۱۳۸۲)، فرصت بررسی رویه‌های طرد و کنارگذاری^۱ معتاد را مهیا نکرده در حالیکه پژوهش حاضر از آنجایی که درصدد است تا اعتیاد را به مثابه گفتار یا گفتمان مورد مطالعه قرار دهد، همواره بررسی این رویه‌ها را گریزناپذیر می‌داند.

با بررسی حوزه مطالعات اعتیاد مشاهده می‌شود که این مطالعات همواره قائل به تفکیک دو حوزه عرضه و تقاضا و در مواردی تقابل بین آن دو و همچنین در حوزه تقاضا قائل به مرزبندی بین پیشگیری اولیه، دومین و سومین که به ترتیب همان عرصه پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است، می‌باشند (مهریار و جزایری، ۱۳۸۶). این رویکرد و به عبارتی این نوع از دیدن در سیاستگذاری‌های حوزه اعتیاد نیز همواره به چشم می‌خورد. در حالیکه پژوهش حاضر درصدد است تا از طریق تحلیل گفتمان انتقادی، غیرواقعی بودن مرزبندی بین این حوزه‌ها را به چالش بکشد.

مبانی نظری

فوکو^۲ به جای اینکه کنشگران و ساختارها را مقولات اصلی به شمار آورد، بر قدرت متمرکز می‌شود.

1 exclusion

2 Michel Foucault

قدرت نیز همچون گفتمان^۱ به یک کنشگر خاص از قبیل افراد یا دولت یا گروه‌های دارای منافع خاص تعلق ندارد، قدرت در میان اعمال اجتماعی مختلف پخش شده است. قدرت هم مسئول خلق جهان اجتماعی ما و هم مسئول نحوه شکل‌گیری خاص این جهان و نحوه امکان گفتگو درباره آن است و امکان شکل‌گیری شیوه‌های دیگر بودن و گفت‌وگو را منتفی می‌کند. بنابراین، قدرت^۲ هم نیرویی مولد و هم بازدارنده است. قدرت، گفتمان‌ها، دانش^۳‌ها، بدن‌ها و ذهنیت‌ها را می‌سازد و رابطه نزدیکی با گفتمان پیدا می‌کند. گفتمان نقشی اساسی در سوژه ساختن ما و نیز ساختن ابژه‌هایی دارد که می‌توانیم چیزهایی درباره آنها بدانیم. سوژه‌ها در گفتمان‌ها خلق می‌شوند. فرد به واسطه و میانجی فرهنگ و زبان آن بدل می‌شود، به عبارتی سوژه مرکز‌دایی می‌شود (فیلیپس، ۱۳۹۳: ۳۹-۳۶).

از منظر فوکو، گفته‌ها و نوشته‌های مردم را می‌توان نمونه‌ها یا شواهدی از گفتمان‌ها تلقی کرد، موقعیت‌هایی که در آن گفتمان‌ها مجال می‌یابند تا رویدادی را به شکل‌های مختلف برسانند. قطعه‌های گفتاری یا نوشتاری گوناگون را تا جایی می‌توان متعلق به گفتمانی واحد دانست که تصویر کلی واحدی از یک ابژه ترسیم کنند. از یک سو گفتمان‌ها در گفته‌ها و نوشته‌ها تجلی می‌یابند و از سوی دیگر معنای گفته‌ها یا نوشته‌ها به نوبه خود بسته به بافت گفتمانی خاصی‌اند که در آن ظاهر می‌شوند. متونی چون گفت‌وگو و مصاحبه را می‌توان نمود یا جلوه‌ای از یک یا چند گفتمان دانست (بر، ۱۳۹۴: ۱۰۵-۱۰۴). "رویکرد فوکویی مبتنی بر وساخت‌گرایی است که به جای فعالیت برساننده فرد، بر نیروی برساننده زبان به مثابه نظامی از نشانه‌ها تاکید دارد و به این مسئله می‌پردازد که سوژه انسانی چگونه با ساختارهای زبان و با ایدئولوژی برساخته می‌شود" (همان: ۳۹-۳۸).

قدرت از منظر فوکو، نهاد یا ساختار نیست، بلکه نامی است که به یک موقعیت استراتژیک پیچیده در جامعه‌ای معین اطلاق می‌شود. عقلانیت قدرت، عقلانیت تاکتیک‌هایی است که زنجیروار به یکدیگر متصل و یکدیگر را تکثیر می‌دهند و تکیه‌گاه‌شان جای دیگر و نهایتاً سامانه کلی را تشکیل می‌دهند. پس بر اساس این رویکرد، تولید انبوه گفتمان‌ها در مورد اعتیاد، در

1. discours
2. power
3. knowledge

حوزه روابط متکثر، چندگانه و متغیر قدرت جا می‌گیرند. روابط قدرتی، معتادین را به منزله ابژه‌های ممکن برمی‌سازند و از طریق محاصره اعتیاد توسط تکنیک‌های دانش و روش‌های گفتمانی آنها را مورد آماج قرار می‌دهند. پس در بحث اعتیاد، با استناد به رویکرد فوکویی، میان تکنیک‌های دانش و استراتژی‌های قدرت هیچ بیرونگی وجود ندارد. همچنین گفتمان وسیله انتقال قدرت و مولد آن است (فوکو، ۱۳۸۴: ۱۰۶-۱۱۹).

فوکو قائل به پیوندی ریشه‌ای بین روابط نیرو و روابط حقیقت است و توسعه رابطه نیرو را از طریق حذف سوژه ناطق از جهان شمولیت حقوقی - فلسفی می‌داند. از منظر او:

درهم‌تنیدگی بدن‌ها، هیجان‌ها و تصادف‌هاست که شبکه دائمی تاریخ و جوامع را می‌سازد. به همین دلیل بایستی تکنیک‌ها و روندهای قدرت در حوزه اعتیاد از پایین‌ترین لایه تحلیل شود یعنی از طریق مطالعه طردها و تفسیرهای خود معتادین، اینکه چطور قدرت‌های عمومی‌تر یا منافع اقتصادی می‌توانند به بازی این تکنولوژی‌های قدرت در حوزه اعتیاد که به طور نسبی مستقل و بی‌نهایت کوچک‌اند، راه پیدا کنند. قدرت در حوزه اعتیاد را از طریق کردارهای واقعی یعنی قلمرو کاربست آن بایستی مطالعه نمود نه نیت که در درون است. اینکه چطور عناصری چون بدن‌ها، نیروها، انرژی‌ها، ماده‌ها، میل‌ها و اندیشه‌های چندگانه تدریجاً و به طور پیش‌رونده و مادی به منزله ابژه‌ها در دهه‌های اخیر پس از انقلاب ساخته شده‌اند (فوکو، ۱۳۹۰: ۶۳-۱۰۵).

به عبارتی "ساختارهای قدرت را استراتژی‌های جهانی‌ای دانست که تاکتیک‌های محلی سلطه را درمی‌نوردند و به کار می‌گیرند. پس، با قدرتی مواجهیم که کنترل بدن و زندگی را در دست دارد یا به عبارتی زندگی را که یک قطب آن بدن و قطب دیگرش جمعیت است، تحت کنترل دارد" (همان: ۳۱۹-۳۴۳).

پدیده‌های بیمارگون باید بر مبنای متن زندگی شناخته شوند و نه به عنوان یک ذات بیماری شناختی. با رویکرد فوکو، "عمق اعتیاد (به مانند جنون)، نه چون بیماری بلکه به مثابه پدیده‌ای تاریخی که محصول فرهنگ و تمدنی خاص است، کاویده می‌شود" (فوکو، ۱۳۹۰: ۴۹). با استناد به این رویکرد، سازمان‌ها و نهادها، متولی راه‌اندازی خرده- فیزیک قدرت تنبیهی بدن یا بخشی از تبارشناسی روح مدرن هستند. یعنی روح را به واسطه عملکرد قدرت در پیرامون و بر سطح و درون بدن تنبیه‌شدگان تولید می‌کنند (تکنولوژی قدرت بر بدن). قدرت، دانش را تولید می‌کند و دانش نیز بدن‌ها را به ابژه‌های خود بدل کرده و مورد انقیاد قرار می‌دهد. "بدین ترتیب

سوژه شناسنده و ابژه‌های مورد شناخت از اثرها و دگرگونی‌های تاریخی این استلزام‌های قدرت – دانش شکل می‌گیرند" (فوکو، ۱۳۹۳: ۴۰). همچنین از نگاه فوکو، "به طور کلی تمامی نهادهای کنترل فردی، به شیوه‌ای دوگانه عمل می‌کنند، شیوه تقسیم‌بندی^۱ دوتایی و نشانه‌گذاری و شیوه تعیین اجباری ویژگی‌ها و توزیع تفاوت‌گذارانه" (همان: ۱۶۷-۲۴۳).

از منظر فوکو، دولت‌ها تجلی نظام‌های حکومت‌داری هستند. حکومت‌داری، شبکه‌ای است برای تحلیل روابط قدرت. این شبکه یا همان انگاره حکومت‌داری، برای تحلیل شیوه‌های هدایت رفتار معتادین، دیوانگان، بیماران، مجرمان و کودکان معتبر تصور می‌شود، اقتصاد سیاسی و مسئله حکومت حداقلی به هم پیوسته هستند. بازار قاعده‌ای است در تقابل با حکومت. تحلیل رفتار غیراقتصادی از طریق شبکه فهم‌پذیری اقتصادی و نقد و ارزیابی کنش مراجع عمومی با معیارهای بازار. اقتصاد شکل حقوقی حاکمی را که در چارچوب دولت اعمال حاکمیت می‌کند، می‌رباید و دقیقاً همین دولت است که عنصر اساسی حیات جامعه یعنی فرایندهای اقتصادی را می‌سازد (فوکو، ۱۳۹۲: ۹-۶۸).

رویکرد فوکویی درصد است که نشان دهد، چطور اتصال مجموعه‌ای از کردارها به رژیم‌ی از حقیقت که سیاست و اقتصاد زیر نفوذ آن هستند، دستگاه یا آرایه‌ای از دانش – قدرت را می‌سازد که مرز آنچه وجود ندارد را به نحوی کارآمد در واقعیت ترسیم و به طور مشروع تابع تقسیم‌بندی درست- غلط می‌کند.

حکومت‌داری برای اینکه عزم جهانی خود را بر کل فضای حاکمیت اعمال کند، برای این که تابع خرد علمی و اقتصادی متضمن تبدیل حاکم به ژئومتر اقتصادی یا مامور علم اقتصاد نباشد، برای اینکه فن حکمرانی به دو شاخه اقتصادی و حقوقی تبدیل نشود و خلاصه وحدت و عمومیت آن در کل عرصه حاکمیت و تمایز و استقلال آن در مقابل علم اقتصاد حفظ شود، برای پاسخ به این سه مسئله فن حکمرانی باید ارجاع، قلمرو ارجاع و واقعیت جدیدی داشته باشد که بر پایه آن اعمال شود. این قلمرو ارجاع جدید، جامعه مدنی است. تحلیل جامعه مدنی با پیمان‌هایی مشخص می‌شود که نه صرفاً اقتصادی‌اند و نه صرفاً حقوقی. فرد و جامعه نمی‌توانند بدون هم وجود داشته باشند. چرا که امر اجتماعی، بخشی از امر طبیعی است و امر طبیعی همواره به واسطه امر اجتماعی فهمیده می‌شود. جامعه مدنی می‌تواند پشتوانه فرایند و

پیمان‌های اقتصادی باشد و در عین حال از آنها فراتر رود و به آنها فروکاسته نمی‌شود (همان: ۳۹۱-۴۱۸).

براساس رویکرد فوکویی، در فرایند پرسمانی شدن رابطه‌ای وجود دارد میان اندیشه و واقعیت. رابطه میان حقیقت و واقعیت است که تلاش می‌شود در پرسمانی شدن‌های گوناگون پارسیا مورد بررسی قرار گیرد.^۱ اینکه چگونه یک حوزه تجربه، یک مجموعه رفتارها (مثل اعتیاد و مصرف مواد)، که پیش از آن مسئله‌دار نبودند و بدون پرسشی پذیرفته می‌شدند، مسئله‌زا می‌شوند، بحث‌برانگیز می‌شوند، واکنش‌های تازه‌ای برمی‌انگیزند و بحرانی در رفتارها، عادات، عملکردها و نهادهای پیش از این ساکت به راه می‌اندازند^۲ (فوکو، ۱۳۹۰: ۲۰۸-۲۱۳).

روش تحقیق

پرسش اصلی این پژوهش درباره رابطه گفتار اعتیاد و قدرت است، چستی «حقیقت» اعتیاد و اینکه رابطه آن با نهادها و دانش‌ها در دهه‌های اخیر پس از انقلاب چگونه بوده است. پاسخگویی به این پرسش، مطالعه در سطح کلان را می‌طلبد و روند ابژه‌سازی معتاد را در این سطح نشان می‌دهد. از آنجایی که کتاب «نظم گفتار»^۱ نوشته میشل فوکو الگوی بررسی تاریخی در این تحقیق است، پاسخگویی به این پرسش مستلزم انتخاب قالب‌های معرفتی^۲ (اپیستم‌ها) در این بازه زمانی است. انتخاب این قالب‌های معرفتی را به گونه‌ای انجام دادیم که بررسی در دو مجموعه انتقادی و تبارشناختی طرح شده از سوی فوکو در کتاب «نظم گفتار»^۱ او امکان‌پذیر باشد و در نهایت بتوان با بهره‌گیری از مکانیزم‌های آثاری از فوکو که خود در کتاب نظم گفتارش مرتبط با هر بخش ذکر می‌کند، به فهم و تحلیل قالب‌های معرفتی تعیین شده در تحقیق حاضر، دست یافت.

بهره‌گیری این تحقیق از مجموعه انتقادی مطرح شده در کتاب «نظم گفتار» فوکو در قالب دو اصل می‌باشد. اصل برگرداندن معنا که بیان می‌دارد همواره سرچشمه گفتار اعتیاد در چهره‌هایی چون مؤلف، ماده علمی، ارادت به حقیقت اعتیاد که به نظر می‌رسد نقش مثبتی دارند، یافت شده است در حالیکه این تحقیق بنا را بر منفی بودن تأثیر آنها گذاشته و تلقی دارد که اینها همواره کار رقیق‌تر کردن گفتار اعتیاد را انجام داده‌اند. اصل رویداد در مقابل آفرینش

1. L'ordre du discours

2. epistemic formats

که با بهره‌گیری از آن مؤلف، ماده علمی، ارادت به حقیقت اعتیاد را در حکم مراجع بنیادی و آفریننده در نظر نگرفتیم، قابل ذکر است که این اصل در تقابل با نگرش ذات انگارانه و پدیدارشناختی می‌باشد. در نهایت با بهره‌گیری از این مجموعه، صور کنارگذاری، ایجاد محدودیت و تملک را در متن قالب‌های معرفتی مورد نظر شناختیم.

نمودار زیر نمایانگر مراحل مجموعه انتقادی بکار گرفته شده در تحقیق حاضر می‌باشد که به لحاظ شکلی در این قسمت آورده‌ایم تا روند کار را نشان داده و آن را تا حدی فهم پذیر نماییم.



بهره‌گیری تحقیق حاضر از مجموعه تبارشناختی مطرح شده در کتاب نظم گفتار فوکو نیز در قالب سه پیش فرض می‌باشد. اصل ناپیوستگی که بواسطه آن گفتارهای اعتیاد در قالب‌های معرفتی را به مثابه پراتیک‌های ناپیوسته‌ای فرض کردیم. اصل خود‌ویژگی که بواسطه آن گفتار اعتیاد در هر قالب معرفتی را به مثابه خشونت تحمیل شده نسبت به اعتیاد فرض کردیم، نه کاربرد معانی از پیش معلوم. پیرو آن، به دنبال نظم‌ها در گفتار اعتیاد مربوط به هر قالب معرفتی بوده‌ایم، نه ریشه‌ها. اصل برونیت که بواسطه آن گفتار اعتیاد را در هر قالب معرفتی مبدأ و از پیدایش و قاعده‌مندی اش شروع و به سوی شرایط بیرونی امکان آن حرکت و حدود آن

را تعیین کردیم. از طریق این اصل، شرایط پیدایی، رشد و تغییر گفتار اعتیاد در هر قالب معرفتی را مشخص نمودیم.

روش تحقیق در پاسخ به این پرسش تحلیل گفتمان است. برای جمع‌آوری اطلاعات در این قسمت از تکنیک اسناد و مدارک مکتوب اعم از کتاب‌ها، گزارشات، آیین نامه و مصوبات تاریخی و سازمانی و... و همچنین مصاحبه‌های تخصصی و عمیق بهره گرفته شد. حدود ۲۰ مصاحبه عمیق و تخصصی با روانپزشکان، پزشکان، روانشناسان، مددکاران و مسئولین حوزه اعتیاد صورت پذیرفت. قابل ذکر است از آنجایی که روش تحقیق حاضر کیفی می باشد، ملاک تعداد مصاحبه‌ها، تکرار و به مرز اشباع رسیدن داده‌ها بوده است.

از طریق روش فوق، هدف اصلی تحقیق حاضر که همان کنکاش مکانیزم‌های قدرتی (در محتوای نظام ارزشی و قانونی) است که در گفتارهای مسلط اعتیاد در دهه‌های اخیر پس از انقلاب ۱۳۵۷، به واقعیت آن شکل داده و با الگوسازی در نهادهای جامعه‌پذیری موجبات تداوم و توسعه آن را فراهم آورده است، محقق می شود. همچنین، از این طریق رویکردی انتقادی نسبت به سیاستهای اجتماعی و صورتبندی اقتصادی که امکان برساخت سامانه اعتیاد را در گفتارهای مسلط و همچنین ابره‌سازی معتاد را فراهم آورده‌اند، اتخاذ شد. قابل ذکر است که هدف اصلی از طریق دستیابی به اهداف جزئی شناخت قالب‌های گفتاری بر سامانه اعتیاد در طی دهه‌های اخیر و نقد این گفتارها ممکن شد.

یافته‌های پژوهش: شرح رابطه قدرت با «حقیقت» اعتیاد و فرایند ابره‌سازی معتاد در

گفتمان‌های پس از انقلاب ۱۳۵۷

قالب معرفتی اول: گفتار انقلابی، رویکردی استعماری و مبتنی بر توطئه، اعتیاد به مثابه رفتار ضد انقلابی و ضد دینی، (۱۳۵۸-۱۳۶۴): "گفتار اعتیاد تحت تأثیر گفتار انقلاب است. رویکردی استعماری و مبتنی بر توطئه نسبت به اعتیاد وجود دارد" (محمدی، ۱۳۸۲: ۳۱). «حقیقت» اعتیاد نوعی رفتار ضد انقلابی انگاشته می شود که استعمارگران برای نابودی اسلام و انقلاب اسلامی از آن حمایت می کنند. "اعتیاد به مثابه بازمانده فرهنگ و تمدن شاهی و انگلی و پدیده ای خارجی قلمداد می شود که نشان از امپریالیسم بین‌المللی دارد" (روزنامه اطلاعات،

۱۳۵۹/۴/۱۲). مرجع استناد این گفتار، انقلاب اسلامی است. پس حل مسئله آن به مانند انقلاب جلوه داده می‌شود، یعنی نیازمند تصمیم ملت برای تقابل و مبارزه می‌باشد و نه مشارکت. «با معتادین به مثابه قربانیان، به گونه‌ای برخورد می‌شود که گویی آنها شورشی و خائن هستند» (آرنت، ۱۳۹۴: ۲۳۳). بدین ترتیب زمینه‌ای فراهم می‌شود که در آن معتاد مایه شرم قلمداد شده و خانواده او مورد تهدید و تحقیر قرار گیرد و همچنین اعدام معتاد و قاچاقچی در ملأعام و با رویکرد عبرت‌آموزی و مشروعیت بخشی به عملکرد نظام صورت پذیرد (روزنامه کیهان، ۱۳۶۰/۱/۱۸).

در گفتار انقلاب سال ۵۸-۵۹ که جریان‌ها به انقلاب و ضد انقلاب تقسیم بندی می‌شود، معتاد و قاچاقچی جزء انقلاب هستند و نه ضد انقلاب، سخنان رهبری در تیرماه ۵۸ مؤید آن است. در گفتار انقلاب سال ۵۹-۶۰ بتدریج معتاد و قاچاقچی جزء ضد انقلاب قرار می‌گیرند و نه انقلاب که مرتکب جرم و گناه هستند، لایحه قانونی مبنی بر مجوز دادگستری جهت ارجاع پرونده‌های مواد مخدر به دادگاه‌های انقلاب در اردیبهشت ماه ۵۹، تصویب لایحه قانونی «تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر»^۱ در خرداد ماه ۱۳۵۹، جرم شناختن مصرف مواد مخدر و ممنوعیت کشت خشخاش در تیرماه ۵۹ توسط شورای انقلاب اسلامی و تشکیل ستاد مرکزی هم‌آهنگی مبارزه با اعتیاد در آبان ماه ۵۹ مؤید آن است. اواخر سال ۵۹، معتاد و قاچاقچی جزء ضد انقلاب قرار می‌گیرند و نه انقلاب که بایستی از طریق کار اجباری به مثابه بازسازی روانی و بدنی در زندان‌های تخصصی و مراکز بازپروری مورد اصلاح و بازپروری قرار گیرند، پایان مهلت شش ماهه به مثابه قاعده لایحه تشدید مجازات در آذرماه ۵۹ مؤید آن است. در سال ۶۲، معتاد و قاچاقچی جزء ضد انقلاب قرار می‌گیرند و نه انقلاب که بایستی از طریق مراکز بازپروری به سالم‌سازی روانی و جسمانی معتادین و توانبخشی آنان پرداخته شود، مصوبه ۲۸ فروردین سال ۶۲^۲ هیئت وزیران مبنی بر تغییر رویکرد نسبت به مراکز بازپروری مؤید آن است.

۱- شورای انقلاب در اقدامی شتاب‌زده در تاریخ ۵۹/۳/۱۹ با وضع لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین مواد مخدر در ۲۵ ماده و ۱۰ تبصره که در آن بعضی اصول مسلم و پذیرفته شده حقوق جزا مانند اصل قانونی بودن مجازات‌ها نادیده گرفته شده بود، با پیش‌بینی مجازات‌های خیلی شدید، درصدد مقابله جدی با معضل اعتیاد برآمد.
۲- ماده یک آیین‌نامه اجرایی مصوبه ۲۸ فروردین سال ۶۲ هیئت وزیران به مثابه قاعده ای در آن محسوب می‌شود. بر اساس آن، مراکز بازپروری به مثابه واحدی تعریف می‌شوند که در آنها کار سالم‌سازی روانی و جسمی معتادین و توانبخشی آنان انجام می‌گیرد و حمایت معتادین را در حد بازپروری تا مرحله ترخیص و پیگیری پس از

تأثیر این گفتار حقیقت اعتیاد بر دستگاه جزایی، در قالب تدابیر قانونی و کیفی خشن و جدی می‌باشد. اتخاذ این تدابیر نیازمند، تشدید واحدهای اجرایی و پایین آمدن کارایی آنها، نوع عجیب و غریبی از تداخل ادارات و تداخل وظایف را ایجاد کرد که هر گونه احساس مسئولیت و شایستگی را در سازمان‌های درگیر در امر اعتیاد نابود نمود و پیرو آن، فضای مناسبی جهت قاچاق‌فروشی و افزایش اعتیاد فراهم شد. نمونه ای از این تدابیر قانونی، "ممنوعیت کشت خشخاش و جرم شناختن مصرف مواد مخدر توسط شورای انقلاب اسلامی در تیرماه ۱۳۵۹ است که به تبع آن قیمت مواد مخدر خصوصاً تریاک بالا می‌رود و سیستم مصرف آن پیرو غیرقانونی اعلام کردن تریاک مخفی تر می‌شود و این موارد، تأثیر دستگاه جزایی بر تجارت اعتیاد و ایجاد مکانیزم انکار در سیستم اجتماعی را نشان می‌دهد" (اسعدی، ۱۳۷۹: ۵۳). "به تبع این امر، برخی از معتادان برای گریز از دشواری‌های دسترسی به تریاک، ماده مصرفی خود را تغییر داده و هروئین مصرف کردند" (باری، ۱۳۸۱: ۸۳). در پی این گفتار، "موجی از دستگیری و محاکمه، مصادره اموال و اعدام‌ها آغاز شد و سیل متهمان دستگیر شده به زندان قصر و دادگاه ویژه روانه شدند" (روزنامه اطلاعات، ۱۳۵۹/۹/۲۲ و روزنامه انقلاب اسلامی، ۱۳۵۹/۲/۲۳). پیرو این گفتمان و همچنین در قالب معرفتی دوم، یک سیکل معیوب و تکرارشونده‌ای بین دستگاه قضایی، دستگاه اجرایی و مراکز بازپروری در دستگیری و برخورد با معتادین به وجود می‌آید و هم‌پیمانی مخفی ایجاد می‌شود بین کسانی که قانون را اجرا می‌کنند و معتادین به مثابه افرادی که قانون را زیر پا می‌گذارند.

"قاعده مهلت شش ماهه درمان مصوبه تیر ماه ۵۹ نشان می‌دهد که گفتارهای پزشکی در جهت سازش با دستگاه حقوقی در راستای جرم زایی به کار گرفته می‌شوند و در تعامل با دستگاه‌های قضایی تلاش در جهت بیماری شناختن اعتیاد و تحقق سودآوری‌های اقتصادی در آینده می‌نمایند" (رحمدل، ۱۳۷۹: ۵). زیرا ماهیتاً امر پزشکی که قاعده فوق به آن تأکید داشت در عمل محقق نشد، چون ترس و وحشت معتادین از مجازات مشروط شده، روند درمان و مراجعه آنها را به درمانگاه‌ها با مسئله روبرو کرد. "نظارت کمیته‌های مبارزه با اعتیاد بر

ترخیص برعهده دارند. به عبارتی در این مصوبه، قواعدی مطرح می‌شود که نسبت به قواعد مطرح شده در لایحه تشدید مجازات موجب تغییر رویکرد نسبت به مراکز بازپروری از کار به مثابه قاعده ای اخلاقی برای بازسازی بدنی و روانی به سمت سالم سازی روانی و جسمانی معتادین و توانبخشی آنان می‌گردد. از این طریق رویکرد تامینی و اخلاقی نسبت به اعتیاد به سمت رویکرد توانبخشی چرخش می‌یابد.

درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها و ورود دستگاه‌های اجتماعی و مذهبی به حوزه درمان اعتیاد و تبدیل مکان‌هایی که کاربری پزشکی نداشته به مکان‌های ترک اعتیاد به مثابه عواملی هستند که نشان می‌دهند که پزشکی نیز خود تحت تسلط نهادهای اجرایی و انتظامی است" (روزنامه کیهان، ۱۳۵۹/۱۰/۲۱). همچنین گفتارهای دینی که به مصادره اموال به مثابه امری در اقتصاد اعتیاد و همچنین شکنجه به مثابه سرکوب و اعمال قدرت بر بدن معتاد مشروعیت می‌بخشند، خود از گفتارهای پزشکی به مثابه معالجه و درمان مشروعیت می‌گیرند. این در حالیست که ورود به مراکز بازپروری مشروط به حکم قضایی و اداره اردوگاه‌ها نیز به عهده قوه قضائیه است، پس پزشکی نیز در کنترل مراجع قضایی است. ارتکاب جرم بزرگتر به دلیل فایده بیشتر، عدم تمایز و مرزبندی بین معتاد و قاچاقچی و پیرو آن قوت گرفتن قاچاقچی، پر شدن معتادان خرده پا در زندان و گسترش اعتیاد و همچنین فضا برای اعدام برخی معتادین، از نتایج و پیامدهای عدم وجود تعادل بین جرایم و مجازات‌ها در لایحه تشدید مجازات در خرداد ماه ۵۹ بودند. در این گفتمان روابط بین گفتارهای پزشکی، حقوقی و دینی و همچنین ارتباط آنها با دستگاه قضایی و اقتصاد اعتیاد قابل تأمل است. قابل ذکر است که امتداد این روابط و ارتباط، به شکل‌های دیگری بواسطه ورود گفتارهای فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی در گفتمان‌های بعدی قابل ملاحظه است.

عدم تفکیک یافتگی بین جسم و روح یا بدن و روان در حوزه درمان و بازپروری وجود دارد و کار اجباری به مثابه بازسازی و سالم سازی روانی و بدنی در زندان‌های تخصصی و مراکز بازپروری قلمداد می‌شود. پس، هدف از تنبیه کردن، محو کردن جرم نیست و حتی تغییر و دگرگونی معتاد به مثابه مجرم هم نیست. زیرا در ماده ۱۸ لایحه تشدید مجازات، فلسفه وجودی اردوگاه‌ها تأمین و درمانی یعنی اخلاقی و پزشکی ذکر شده بود، در حالیکه کارکردی قضایی و تنبیهی یافتند و محلی شدند که معتادین در آن احساس بطالت را تجربه می‌کردند. "و انمود می‌شود که شکل قدرت، اصلاح، تربیت و عرصه آگاهی انتزاعی است. معتادین و قاچاقچیان به شکل مخفیانه و غیرمحسوس به روش پلیس مخفی مورد تعقیب و مراقبت قرار می‌گیرند" (روزنامه آزادگان، ۱۳۵۹/۱۰/۱۸). "کمپ‌ها به عنوان آزمایشگاهی برای تجربه عملی چیرگی تام برپا می‌شوند" (آرنت، ۱۳۹۴: ۲۶۲). "مشارکت اجتماعی در قالب خبرچینی و دادن اطلاعات مفهوم می‌شود" (قهفرخی، ۱۳۹۰: ۲۷۵).

اعزام معتادین سابقه دار به جزیره در لایحه قانونی تشدید مجازات در این قالب معرفتی، گذراندن ادامه مدت محکومیت تعدادی از قاچاقچیان حرفه ای در اردوگاه های کار با صلاحدید سازمان زندان ها و با هماهنگی دستگاه قضایی در قانون مبارزه با مواد مخدر سال ۶۷^۱ در قالب معرفتی دوم، جایگزین شدن کیفر توقف در اردوگاه ها به جای کیفر حبس توسط دادگاه ها در اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر سال ۷۶ در قالب معرفتی سوم، همگی هدف بهره‌گیری از معتادین سابقه دار را به عنوان عاملی برای کنترل معتادین بی گناه دنبال می‌کنند.

همچنین بین همه افراد معتاد ساکن مراکز بازپروری در اجرایی شدن مکانیزم‌های قدرتی همدستی وجود دارد، در این زمینه می توان استناد به مصاحبه های عمیق با معتادین در تحقیق حاضر و همچنین در زمینه اسناد نیز ارجاع به بحث‌های پرویز پیران داشت که بیان می دارد: «در شورآباد دیدم که معتادان حتی نمی توانند بخوابند. یعنی این قدر جمعیت زیاد بود که به صورت چمباتمه نشسته بودند و می گفتند بعضی ها زیرشان را خراب می کنند چون اگر بلند می شدند و به دستشویی می رفتند، دیگر جا برای نشستن نبود. جالب است که بگویم یک بار در دوره های هجوم پرسیدم آیا اینجا هم کسی مثل زندان مواد می آورد؟ چون در زندان گاهی مصرف و ورود مواد به زندان آن قدر زیاد است که قیمت اش از بیرون ارزان تر است. چون جامعه محدود است، تقاضا هم محدود می شود و آنقدر عرضه می شود که قیمت از بیرون هم پایین تر می آید. جوابی که به من دادند این بود که اینجا اگر کسی مواد بیاورد همان طور که آورده با خودش برمی گرداند، چون اگر کسی مصرف کند و دیگران بفهمند، تکه تکه اش می کنند. خیلی برای من جالب بود که از ترس هجومی که به او می شود جرئت نکند مواد مصرف کند» (قهفرخی، ۱۳۹۰: ۲۷۵).

"بدین شیوه نفرت ساکنان مراکز از مقصران اصلی حوزه اعتیاد منحرف شده و دیگر نمی توانند خط فاصل میان دژخیم و قربانی را تشخیص دهند" (آرنت، ۱۳۹۴: ۲۸۹).

۱. دغدغه ضرورت تدوین فوری و تصویب سریع قانون مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۶۷ موجب شد تا مسئولان امر برای تصویب قانون جدید از نهاد تازه تاسیس مجمع تشخیص مصلحت نظام استفاده کنند تا بتوانند بدون نگرانی از بحث های دراز نمایندگان مجلس و ایرادات احتمالی اعضای شورای نگهبان قانون اساسی، ابزار قانونی و ساختار اجرایی لازم را برای مبارزه شدیدتر با قاچاق و مصرف مواد مخدر سریعاً در اختیار دولت قرار دهند. پیرو این امر، قانون فوق در تاریخ ۱۳۶۷، ۸، ۳ توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام مشتمل بر ۲۸ ماده تصویب شد.

قالب معرفتی دوم: گفتار اجتماعی، رویکردی فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی به اعتیاد از طریق نقد گفتارهای مبارزاتی دوره قبلی، اعتیاد به مثابه فقدان دانش و ایمان، (۱۳۶۴-۱۳۷۴): گفتار اعتیاد تحت تأثیر گفتار اجتماعی است. «حقیقت» اعتیاد، فقدان کار فرهنگی و عرصه تقاضا دانسته می‌شود، کار فرهنگی به مثابه تبلیغات و ایمان‌سازی است. پیرو آن، رسانه-ها به مثابه دستگاه‌های فرهنگی، واقعیت اعتیاد را با تلفیق رویکرد ساده‌انگارانه، تبلیغاتی و مبتنی بر انکار تحریف می‌نمایند.

تبلیغات رسانه‌ها منفی، تحریک‌کننده و تشدیدکننده اعتیاد است زیرا تأثیر آنها بر مخاطبین-شان، کنجکاوی و برانگیختن در جهت تجربه کردن اعتیاد است. همچنین در این دوره، اعتیاد را به مثابه فقدان دانش، ایمان و فراموش شدن فضایل دینی معرفی می‌کنند و زمینه‌ای فراهم می‌شود که در آن اعتیاد توسط دانش و از طریق سمینارهای متعدد علمی مورد محاصره قرار گیرد و معتاد نیز به لحاظ معنوی مورد پذیرش و از لحاظ اجتماعی مورد طرد واقع شود (قهفرخی، ۱۳۹۰: ۲۶۵).

مرجع استناد این سمینارها، اعتیاد به مثابه یک مسئله چند بعدی و بخش‌بندی آن به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است و مرجع استناد این گفتار، نقد بر رویکردهای مبارزاتی و گفتارهای حقوقی در دوره قبلی است (سمینار بررسی مسائل اعتیاد، ۱۳۶۵). به واسطه بخش‌بندی بین عرضه و تقاضا، گفتارهای فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی در قالب تقاضا به رویکردهای مبارزاتی و گفتارهای حقوقی در قالب عرضه نقد می‌کنند و از این طریق سعی می‌شود که حقیقت اعتیاد، عرصه تقاضا معرفی شود. مبارزه فرهنگی، به مثابه مبارزه مثبت که از طریق تفریحات سالم و زدودن بیکاری صورت می‌گیرد و مبارزه حقوقی و قضایی، در قالب مبارزه منفی قلمداد می‌شود که با بستن مرزها و فعال شدن نیروهای انتظامی و امنیتی و همچنین قانون صحیح تحقق می‌یابد (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۶/۲/۲۳). با استناد به اینکه بین ترس از قانون، قاچاق مواد مخدر و کیفر رابطه مستقیم وجود دارد، از دستگاه قضایی و عملکرد آن در دوره قبلی نقد می‌شود.

خانواده مسئول آگاهی و حل مشکلات معتاد انگاشته می‌شود و بر نهادهای جامعه پذیری، تربیتی و اصلاحی در حل مسئله اعتیاد تأکید می‌شود. در امتداد این سیاست، در قالب معرفتی

سوم نیز معتاد به مثابه فردی جلوه داده می‌شود که به واسطه اعتیاد به مثابه بیماری و یک مسئله فردی از دست رفته و به خانواده القاء میشود که به مثابه منجی بایستی به نجات او بشتابد. همه این موارد، تمرکز بر معتاد و خانواده را به هدف حساسیت زایی خانواده و زمینه سازی برای اجتماعی کردن مبارزه با اعتیاد در سال ۹۱ (قالب معرفتی چهارم) نشان می‌دهد. تربیت اجتماعی به مثابه آموزش‌های دینی قلمداد شده و از این طریق به گفتارهای مذهبی تعبیر و تقلیل داده می‌شود (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۷/۲/۲۴).

جدا شدن درمان جسم و روح از هم در بحث درمان اعتیاد در این دوره، نتیجه پیشرفت پزشکی و آگاهی خیرخواهانه نبود، بلکه از طریق نقد بر مراکز بازپروری دوره قبلی به دلیل درمان های کوتاه مدت، تمرکزشان بر ترک جسمی، تجربی بودن و علمی نبودن آنها و همچنین از طریق تشکیل سمینارهای متعدد علمی با رویکرد اعتیاد به منزله فقدان دانش در این دوره ایجاد شد. پیرو آن، زمینه بازسازی بدن از طریق سم‌زدایی در کمپ ها و بهبود روح از طریق مشاوره‌های روانشناختی و بازتوانی در سمن معتادین گمنام فراهم آمد.

قواعد قانون مبارزه با مواد مخدر سال ۶۷، از طریق صدور احکام اعدام و مصادره اموال، شرایط بالا رفتن قیمت مواد را فراهم آورد. بالا رفتن قیمت مواد نیز موجب همدستی کارکنان زندان در انتقال مواد از طریق رشوه و تبدیل معتاد به خرده فروش شد. این امر نشان می‌دهد که اجرای قانون در مورد مواد مخدر به مثابه سیاست تنبیهی، در این دوره به دنبال ریشه کن کردن اعتیاد نیست، زیرا زمینه ارتکاب جرم در قالب خرده فروشی را فراهم می‌آورد و اینکه بین اقتصاد اعتیاد، سبک مجازات ها و نظام حقوقی و کیفری رابطه وجود دارد. قانون فوق، در مجازات بین خرید و حمل یعنی معتاد و قاچاقچی هیچ تفکیک و تمایزی قائل نشده بود که این خود موجب شکل گیری معتادین خرده پا گردید (مؤسسه عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). همچنین در نتیجه تشدید مجازات‌ها و تفکیک مجازات ها بر اساس مواد سنتی و صنعتی و سیاست های اعمالی بر معتادین مواد صنعتی در محتوای این قانون، زمینه مساعدی برای تغییر الگوی مصرف و گرایش معتادان از مصرف موادی مانند تریاک به مواد خطرناک‌تر مثل هروئین و الگوهای جدیدی چون تزریق فراهم شد. قواعد قانون مذکور با اصل قانونی بودن مجازات نیز منافات داشت، زیرا در آن سرنوشت محکوم مبتنی بر قدرت بی چون و چرا و هوس قاضی بود و حقوق متهم هرچه بیشتر نادیده گرفته شده بود (جاهد، ۱۳۷۶).

ورود مواد مخدر به مثابه جرم بدون توجه به قصد و انگیزه مرتکب و امکان ضبط کلیه اموال مجرم اعم از قاچاق و مشروع در قواعد قانون فوق که در تناقض با اصل ۴۷ قانون اساسی نیز بود، نشان دهنده عدم تمرکز این قانون بر علل جرم می باشد. زیرا شناسایی علل جرم، نیازمند شناخت از زندگی معتاد به مثابه مجرم و تکنیک بازپروری اوست. در حالیکه رویه های طرد و کنارگذاری در این دوره، در قالب اعمال کارهای سخت و طاقت فرسا به مثابه مکانیزم تنبیه در اردوگاه ها و مراکز بازپروری، بر بدن معتاد کنترل می کند و همچنین به واسطه اجرای برنامه های زمان بندی شده به مثابه مکانیزم های انضباطی، بر زندگی او کنترل دارد. پس قدرت در این دوره در پی شناخت معتاد و بازپروری او نیست، بلکه هدفش کنترل بدن و زندگی او به طور همزمان است.

قالب معرفتی سوم: گفتار اقتصادی، رویکردی اقتصادی به حوزه درمان اعتیاد و ورود بخش خصوصی از طریق همدستی گفتار حقوقی با گفتار فرهنگی - اجتماعی، زمینه سازی اعتیاد به مثابه بیماری، (۱۳۷۴-۱۳۸۱): گفتار اعتیاد تحت تأثیر گفتار اقتصادی است. گفتارهای حقوقی و گفتارهای فرهنگی-اجتماعی با هم زمینه ورود بخش خصوصی را فراهم می آورند. در گفتارهای حقوقی اعتیاد، حقیقت اعتیاد جرم است. مطابق ماده ۱۵ قانون مصوب ۱۳۷۴ مجمع تشخیص مصلحت، هنوز پروتکل درمانی مشخصی یا مراکز درمانی ویژه ای برای مراجعه به معتادان پیش بینی نشده بود، زیرا ارائه خدمات درمانی به معتادان می توانست از مصادیق نقض قانون یا کمک به مجرمین محسوب شود (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۴). پس متأثر از این گفتار حقوقی، ارائه خدمات درمانی به معتاد و تأسیس مراکز درمانی توسط سازمانهای دولتی از مصادیق نقض قانون محسوب شد و موجب گردید که وزارت بهداشت هیچ مرکز رسمی درمانی تأسیس یا معرفی نکند (روزنامه ایران، ۱۳۷۴/۴/۵). از سویی دیگر نیز گفتارهای فرهنگی در قالب تبلیغات، موجبات ترغیب و تحریک خانواده ها و تقاضای آنها به مثابه مشتریان را جهت ایجاد مراکز درمان فراهم آوردند. بدین ترتیب، عرصه ای ایجاد شد که مراکز خصوصی درمان اعتیاد راه اندازی و فعال شوند، البته این مراکز بایستی تبعیت از بوروکراسی دولتی و تحت نظارت آن قرار داشتند. در این گفتمان، گفتارهای حقوقی مقوم رویکرد پزشکی و روانشناختی به هدف توسعه بخش خصوصی در راستای اقتصاد اعتیاد است.

مرجع استناد این گفتار، بخش‌بندی بین‌پیشگیری و درمان در عرصه تقاضا و ایجاد رقابت بین آنها از طریق گفتارهای فرهنگی و پزشکی است. در قالب معرفتی اول، بین حوزه عرضه و حوزه تقاضا هیچ مرزبندی وجود ندارد و عرضه همان تقاضاست. در قالب معرفتی دوم، حوزه تقاضا از طریق نقد بر حوزه عرضه مطرح می‌شود. در قالب معرفتی سوم، بین دو بخش حوزه تقاضا، یعنی پیشگیری و درمان از طریق گفتارهای فرهنگی و پزشکی رابطه رقابتی ایجاد می‌شود ولی در اصل همدستی بین آنها جهت پزشکی‌کردن اعتیاد وجود دارد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۶). بدین ترتیب که گفتارهای فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی در حوزه پیشگیری، متمرکز بر تبلیغات است. تبلیغات در رسانه برای خانواده و اجتماع، مباحث اخلاقی در کنار ترس را رقم می‌زند و ترس موجب می‌شود که آنها خود را به پزشک بسپارند و به عبارتی عرصه ای برای پزشکی در حوزه درمان فراهم شود که گفتارهای خود را بکار گیرند. همچنین در این دوره، همواره کشمکش بین دستگاه‌های اجرایی و دولتی با دستگاه قضایی وجود دارد که این کشمکش در راستای محدودسازی دولت و خصوصی سازی امر درمان اعتیاد می‌باشد.

مراکز درمانی زیرنفوذ دستگاه قضایی و کارکرد پلیسی دارند (سازمان بهزیستی، ۱۳۷۷). در این دوره و در گفتمان بعدی تسلسل باطل دیگری جریان می‌یابد. بدین گونه که خانواده، معتاد را به مراکز بازپروری می‌فرستد، مراکز نیز سازوکارهای قدرتی را به کار می‌گیرند که سبب عود مجدد اعتیاد معتاد پس از خروج از آنها می‌گردد و شرایط ورود مجدد معتاد به مراکز از طریق اقدامات خانواده فراهم می‌آید. پس، خانواده به مثابه پلیس، مراکز بازپروری و معتاد در یک چرخه‌ای درگیر می‌شوند که به سودآوری‌های اقتصادی در حوزه درمان تحقق می‌بخشد (فرید، ۱۳۷۶). " از طرفی، روانپزشکان و پزشکان نیز راهکاری را که به دستگاه‌های اجرایی می‌دهند، تبعید و مراکز است که درگیر وضعیتی هستند که شرایط عود را فراهم آورده اند" (قهفرخی، ۱۳۹۰: ۶۳).

از عواملی که در محتوای اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر سال ۷۶ وجود دارد و در جهت توسعه خصوصی‌سازی و شکل‌گیری بازار و پزشکی آزاد در بحث اعتیاد زمینه‌سازی می‌کند، می‌توان به جرم بودن اعتیاد به شکل مشروط، محدود کردن ترک توسط بازه زمانی (مهلت شش ماهه، دستگاه اجرایی و برنامه ریزی این ماده در قانون قبلی ستاد و دادسرا بود، در حالیکه در این قانون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است)، تأکید بر مراکز پزشکی در ترک

اعتیاد به نسبت مراکز بازپروری، پشتوانه قانونی پیدا کردن وزارت بهداشت به مثابه دستگاه اجرایی، اختیار یافتن دانشگاه های پزشکی جهت تأسیس مراکز درمانی، پرداخت هزینه‌های مربوط به معتادان بی‌بضاعت توسط دولت، چند برابر شدن مجازات های مبنی بر جریمه نقدی و نصف شدن مدت زمان حبس‌ها، تغییر حکم اعدام به مصادره اموال، تبدیل حبس و تقلیل مدت اقامت مجرم به ما به ازای مالی، مستثنی شدن خرید، ساخت، تولید، فروش، ارسال، نگهداری، ورود، صدور، مصرف و حمل مواد ممنوعه توسط مصارف پزشکی و تحقیقاتی اشاره نمود (مهریار، ۱۳۷۷). در این قانون نیز گفتار پزشکی به مثابه ابزار جرم‌شناسی، مشروعیت‌بخشی و پوشاندن خطای حقوقی و مجازاتی مطرح شد و در تعامل با دستگاه های قضایی تلاش در جهت بیماری شناختن اعتیاد و تحقق سودآوری‌های اقتصادی نمود.

اصلاحیه قانون مصوب سال ۷۶^۱، در راستای سازش بین دستگاه های انتظامی و اجرایی با مجرمین و محکومین قانون مبارزه با مواد مخدر تسهیل‌گری می‌کند. قواعد برنامه سوم توسعه نیز در تلاش برای خصوصی سازی حوزه اعتیاد از طریق محدود سازی دولت در کنار توسعه گفتارهای پزشکی و تأسیس مراکز درمانی می‌باشد و به حمایت از موسسات غیردولتی، توسعه اردوگاه های کار و مراکز بازپروری و اصلاح قوانین تأکید دارد (سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، ۱۳۷۶). شورای عالی برنامه ریزی نیز تلاش در جهت توسعه فعالیت‌های کاهش تقاضا در قالب گفتارهای پزشکی و زمینه سازی برای شکل‌گیری اعتیاد به مثابه بازار می‌نماید (موسسه عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). وزارت بهداشت به دلیل سوء استفاده از داروها و خرید و فروش در بازار سیاه، داروهای ترک اعتیاد را در اختیار مراکز درمانی قرار نمی‌دهد. این نشان می‌دهد که خرید و فروش داروهای ترک اعتیاد در بازار آزاد مطرح است و وزارت بهداشت نیز به مثابه نهاد دولتی نمی‌تواند نظارتی بر آن داشته باشد و معتادین هم به دلایل سود اقتصادی که می‌تواند نشأت گرفته از فقر و عدم حمایت اجتماعی و ضعف در رفاه اجتماعی باشد، دست به خرید و فروش داروهای ترک اعتیاد می‌زنند (روزنامه ایران، ۷۴/۴/۱۴). اجرایی نشدن طرح درمان معتادان جزء تعهدات بیمه‌ها نشان‌دهنده سطح رفاه

۱. قانون فوق مشتمل بر ۴۲ ماده و ۲۵ تبصره در اجرای بند هشتم اصل یکصد و دهم قانون اساسی در جلسات متعدد و در تاریخ ۱۳۷۶/۸/۱۷ به تصویب نهایی مجمع تشخیص مصلحت نظام رسید.

اجتماعی و عدم حمایت دولت از امر درمان معتادین است که در این دوره، بستر مناسبی را برای ورود بخش خصوصی در حوزه مذکور فراهم آورد (روزنامه حیات نو، ۸۰/۳/۹).

نهادهای دولتی و اجرایی از جمله وزارت بهداشت و ستاد در عرصه تعاملات علمی و تخصصی بین‌المللی ایران با سایر جوامع در حوزه برگزاری کارگاه مشترک، بحث‌های فنی و تخصصی مداخله‌ای ندارند، این امر موجب محدودیت نظارت دولت بر دانش اعتیاد و زمینه توسعه و قدرت آن را بدون مداخله دولت فراهم آورد (قهفرخی، ۱۳۹۰: ۵۰۳).

مصرف الکل از طریق فتاوی روحانیون ممنوعیت دارد و این در حالیست که فتوای مشخص و سابقه‌داری مبنی بر حرام بودن مصرف مواد مخدر در تاریخ فقه شیعه وجود ندارد (روزنامه حیات نو، ۷۹/۸/۳). مصرف مواد از طریق گفتارهای دینی و با توسل به روحانیون همواره تحریم شده است. این موارد همگی نشان‌دهنده رابطه اعتیاد با جامعه‌شناسی دینی است که کنکاش و بررسی دقیق‌تر در این حوزه را الزامی و ضروری می‌کند. همچنین در این دوره، نقد بر فعالیتهای کاهش عرضه به دلیل متمرکز بودن بر دستگیری قاچاقچیان می‌شود به دلیل اینکه فضا را برای پیوستن معتادین به جرگه فروشندگان خرده پای مواد برای تامین هزینه اعتیادشان فراهم آورده است. به همین دلیل، تا سال ۸۷ دستگیری معتادین نسبت به قاچاقچیان چند برابر می‌شود و پس از آن، این روند عکس می‌گردد (روزنامه ایران، ۷۴/۵/۲۱).

قالب معرفتی چهارم: گفتار بازار، توسعه خصوصی‌سازی و شکل‌گیری پزشکی آزاد در امر درمان، اعتیاد به مثابه بیماری و بازار، (۱۳۸۱-۱۳۹۴): بر اساس مصاحبه‌ای که با متخصصین و مسئولین حوزه اعتیاد انجام گرفت، روانپزشکان با مقررات‌زدایی در شرایط مجوز کلینیک‌ها و مراکز درمانی در سازمان بهزیستی شرایط شکل‌گیری پزشکی آزاد را در این دوره فراهم می‌آورند (تغییر گرفتن مجوز از مدرک دکتری روانشناسی به کارشناسی ارشد و از روانپزشکی به پزشکی عمومی)، در امتداد آن دوره‌های دو یا سه هفته‌ای است که حجم بسیار زیادی از پزشکان و روانشناسان در مرکز ملی مطالعات اعتیاد جهت درمان و مشاوره معتادان می‌گذرانند، به گونه‌ای که از سال ۸۱ تا کنون حدود بیست هزار نفر نیروی کار اعم از پزشک، روانشناس، مددکار، مشاور و روان‌پرستار در حوزه اعتیاد اشتغال یافته‌اند.

کارگزاران اصلی در این دوره، شخصیت های برون قضایی یعنی همان پزشکان و روانپزشکان بوده اند. متخصصین و افرادی که در بخش خصوصی هستند، بیشان هیچ تعامل و امکان وحدتی در حوزه اعتیاد وجود ندارد. یکی از چالش‌های درونی بخش خصوصی و سازمان های مردم نهاد، بزرگ شدن آدم‌های کوچک در درونشان است. در بیرون هم مرتب درصدد گارد گرفتن در مقابل سیستم دولتی به جای تعامل با آن هستند. نگاه گاهی از بالا به پایین متخصصین مانع از ارتباط پزشک با فرد معتاد گردیده است. شکل‌گیری مراکزی برای درمان اعتیاد به شکل مستقل مثل کلینیک های متادون درمانی منجر به ایجاد انگ برای معتاد و همچنین انحصارگرایی شده است که از تبعات آن، حذف معتاد به مثابه سوژه ناطق و ابژه سازی اوست. به دلیل این رویکرد نسبت به فرد معتاد، مردم ترجیح می دهند به جاهایی که به معتادین سرویس می دهد کمکی نکنند و همچنین خود معتادین نیز وقتی وارد گروهی چون گروه معتادین گمنام شوند که به آنها هویت داده می‌شود، به آن وابسته شوند.

تولید حجم ۹۵ درصد از پزشکان حوزه اعتیاد در بخش خصوصی و تشکیل هویت صنفی آنها به واسطه سهمیه متادون و از طرفی کنار کشیدن بخش دولتی به دلیل عدم پوشش بیمه های دولتی در حوزه درمان اعتیاد و در نظر نگرفتن بودجه برای کلینیک های دولتی در وزارت بهداشت و ستاد نشان می دهد که بخش خصوصی از طریق تعلل دولت توانسته تمام کارویژه های دولت را از طریق کلینیک ها و کمپ ها جذب و همچنین کنترل ملت را نیز از طریق اجتماعی کردن مبارزه با اعتیاد در سال ۹۱ به دست گیرد (دفتر برنامه ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۹۴-۱۳۸۵). در واقع نه دولت و نه مردم هیچ کدام در حوزه اعتیاد قدرت ندارند و قدرت نزد کلینیک‌ها، کمپ ها و سمن‌هاست، هر یک از اینها دارند به شکلی سود می‌برند و معتاد برای آنها به مثابه مشتری است که بایستی به هر شکلی حفظ شود. در کلینیک‌ها، پزشکان و در کمپ ها و سمن‌ها، خود معتادین و رویکردهای انجمن معتادین گمنام احاطه دارند. قدرت دست اینهاست چون از لحاظ اقتصادی در مدل اقتصادی مسلط قابل زنده ماندن هستند. نظارت بخش دولتی، در حد اعمال بوروکراسی‌های دست و پا گیر و ظاهری تقلیل یافته است. پس دولت هم ابژه و هم فضای وقوع بخش خصوصی گردیده است. به گونه ای که متخصصین ابراز می کنند که نه تنها بخش خصوصی یارانه نمی گیرد، بلکه به دولت پول هم می دهد. کلینیک ها، کارکرد تحویل و فروش متادون و به عبارتی داروخانه را پیدا کرده اند. نظارتی

بر آموزش نیروی انسانی اعم از پزشک و روانشناس در امر درمان اعتیاد نیست. مداخله دولت در موضوعات مورد مداخله اش اعم از مجموعه عوامل فنی، علمی، حقوقی و به طور کلی اجتماعی در حوزه اعتیاد کاهش یافته است.

در سال ۸۲ سیاست های سازمان بهزیستی به سمتی می رود که هر چه بخش خصوصی فعالتر باشد، بودجه بیشتری به استان ها تعلق می گیرد و این امر ایجاد رقابت بین آنها می کند. البته این در حالیست که بین مسئولین مجوزها در استان‌ها تمایل به انحصاری کردن وجود دارد. این موارد نشانه های اقتصادی است که مسئله رقابت را ایجاد می کند و در عین حال می پذیرد که انحصار عملاً بخشی از منطق رقابت است. مثال دیگر از تجلی رقابت، در بحث سمن تولد دوباره در سال ۸۴ می باشد. در این سال کمپ ها از نظارت سمن تولد دوباره بیرون آمده و به شکل مستقل و غیرمتمرکز آغاز به کار می کنند که خود می تواند ایجاد کننده انگیزه رقابت بین آنها باشد.

رویکرد اجتماع محور که در سال ۸۲ با کمک بهزیستی، خیرین، بخش خصوصی و مردم و با تشکیل حدود ۴۵۰۰ تیم در کلیه استان ها جهت پیشگیری ایجاد می شود، با ممانعت متخصصین به دلیل کاسته شدن از قدرتشان مواجه می گردد. این امر نشان دهنده شورش دانش علمی در مقابل دانش محلی می باشد. همچنین در این راستا می توان به تبدیل انژیوی «تولد دوباره»^۱ در سال ۸۴ از یک سمن محلی اجرایی که مرکز داری می کرد به یک سمن دانش محور که برنامه برای کشور تولید می کند، اشاره نمود. این امر نیز تلاش سمن فوق را برای تبدیل دانش محلی به دانش علمی به واسطه تغییر رویکردش نشان می دهد. در این دوره، پزشکی در مراجع فرهنگی، حقوقی- قضایی و سیاسی نفوذ دارد، نه آنکه مراجع سیاسی بر پزشکی نفوذ داشته باشد. مانند نقشی که پزشکی در توسعه بخش خصوصی داشت، متولی بردن مسئولین به

۱. تولد دوباره نام یک سازمان مردم نهاد (NGO) است که به صورت یک سازمان غیردولتی، مردمی، خیریه و غیرانتفاعی توسط آقای فروهر تشویقی در سال ۱۳۸۱ به صورت رسمی تشکیل شده و توسط جمعی متشکل از نجات یافتگان از اعتیاد و فعالان دانشگاهی در جهت درمان و بازپروری مبتلایان به بیماری اعتیاد و یاری رسانی به خانواده‌هایشان، با دارا بودن بیش از ۵۰ کانون در سراسر کشور فعال است. این انجمن در سال ۱۳۸۴ (۲۰۰۵) موفق به کسب جایزه جامعه مدنی از دفتر مقابله با مواد مخدر جرم سازمان ملل گردید و در سال ۱۳۸۸ به عنوان انژیوی نمونه در کل کشور، از ستاد مبارزه با مواد مخدر به ریاست رییس‌جمهور وقت لوح سپاس دریافت کرد.

خارج از کشور، جهت ترغیب و الگوبرداری از آنها به هدف توسعه انژیوها می‌شود و همچنین با مداخله در پروتکل درمانی خانه‌های بهبودی، موجب توسعه کمپ‌ها و مراکز اقامتی می‌گردد. پس پزشکی و روانپزشکی در این دوره متولی تأسیس و گسترش نهادهای حبس بنیاد در حوزه اعتیاد شد، نه اینکه نهادهای حبس بنیاد به تکوین روانپزشکی در این عرصه کمک کرده باشند. پزشکان و روانپزشکان همواره به عنوان کارگزاران مطرح بوده و خود را نگهبان سلامت عمومی می‌دانند.

در شرایط فعلی، خانواده ترغیب می‌شود که به اعتیاد به عنوان یک وظیفه اساسی و خطری مهم توجه کند. این امر در قالب اجتماعی کردن مبارزه با اعتیاد در سال ۹۱ مطرح می‌شود چون دولت نمی‌تواند از لحاظ اقتصادی حمایت کند. از طرفی خانواده‌ای که خودش در فشار اقتصادی هست نیز نمی‌تواند کاری بکند و رها کرده است. البته در حساسیت زدایی از خانواده در قالب رها کردن معتاد و اعتیاد و یا پذیرش آنها، دو دیسکورس بسیار مؤثر بوده اند، یکی دیسکورس انجمن معتادین گمنام و دیگری دیسکورس روانشناسی سلامت. انجمن معتادین گمنام از طریق بیماری انگاری معتاد، جلوه دادن اعتیاد به مثابه امری طبیعی و ترغیب خانواده به تمرکز بر روی خودش و تغییر باورهایش و روانشناسی سلامت نیز از همین طریق و به هدف جلوگیری از طلاق و روابط فرازنشویی تلاش می‌کند.

پزشکان و روانپزشکان، کمپ را جایگزینی برای بیمارستان‌های روانپزشکی و زندان می‌دانند، به گونه‌ای که هم بیمار اسکیزوفرنی و هم مجرم مرتکب به قتل در کمپ‌ها دیده می‌شود. پیرو این امر دیگر تشخیص اینکه با دیوانه، بیمار روانی، مجرم یا معتاد در کمپ‌ها طرف هستیم، مشکل است. روانپزشکان حتی برگشت‌های متعدد افراد را به کمپ‌ها، دلیلی بر بد بودن کمپ‌ها نمی‌دانند و این طور توجیه می‌کنند که لغزش ذات اعتیاد است. البته مددکاران نیز در کنار آنها از دلیل تراشی‌هایی جهت موجه جلوه دادن کمپ‌ها استفاده می‌کنند. به گونه‌ای که بحث بیمه نداشتن برای معتادین در بیمارستان‌های دولتی را در کنار بلد نبودن و بدبینی این بیمارستان‌ها نسبت به معتادین و همچنین هزینه‌های گزاف بستری در بیمارستان‌های خصوصی را در کنار شوک و رفتارهای مشابه با بیماران روانی در مورد معتادین در این بیمارستان‌ها، به عنوان دلایل عقلانی انتخاب کمپ‌های اجباری ذکر می‌کنند.

افراد از اقامت‌های طولانی و اجباری که مسئولین کمپ به دلیل سود، در همدستی با خانواده‌ها آن را ایجاد می‌کنند، رنجش دارند. رشوه‌های دوستانه تا باجگیری‌های صریح از معتادین به چشم می‌خورد، به گونه‌ای که افراد ماده ۱۶ در کمپ‌ها با دادن رشوه به مسئول کمپ شرایط خروج از کمپ را قبل از اتمام دوره قانونی اقامت فراهم می‌آورند. پدیده مارکوپولوی کمپ‌ها یا کمپ‌گزینی و همچنین اقامت طولانی افرادی که جای خواب ندارند در کمپ‌ها، تولید افرادی را کرده است که مهارت زندگی در یک جامعه طبیعی را از دست داده‌اند. " نحوه برخورد با معتادین در کمپ‌ها و خرده فرهنگ حاکم بر آنها نشان می‌دهد که در آنها، معتاد به عنوان انسان زائد دانسته می‌شود" (آگامبن، ۱۳۹۰: ۴۸).

واگذاری مدیریت سمن‌ها و کمپ‌ها به خود معتادین نمایانگر آن است که در درون نظام اقتصادی-سیاسی مسلط، معتادین در شبکه قدرت، هم در موضع اطاعت از قدرت و هم در موضع اعمال قدرت هستند. تأثیر گفتمان انجمن معتادین گمنام بر ذهن معتادین و خانواده‌های آنان بیشتر از توصیه‌های روانپزشکی می‌باشد و همدردانشان را در جایگاه فراتر از روانشناس قرار می‌دهند. علت در موضع قدرت قرار گرفتن این انجمن، دو عامل عدم سانسور و دیده شدن در گروه معتادین گمنام است، یعنی مواردی که هم در گروه معتادین و هم در گروه خانواده معتادین فقدان آنها وجود دارد.

از مسائل «فرهنگ دوازده قدمی»^۱ و «انجمن معتادین گمنام» در ایران نیز می‌توان به خودنمایی به جای خودشناسی مسیحیت، مدل مرید و مرادی به جای راهنمایی و رهجویی برگرفته از مدل دوازده قدمی مسیحیت، توهم قدرت، ابهام در ساختار این انجمن، زمینه‌سازی

۱ دوازده قدم طریقتی با جهت‌گیری روحانی است که بر پایه اقرار به عجز شخصی و پذیرش کمک یک نیروی برتر بنا شده است. این برنامه نخست در انجمن الکلی‌های گمنام ایجاد شد و در سال ۱۹۳۹ در کتاب بزرگ الکلی‌های گمنام منتشر شد. در ۱۹۵۳ معتادان گمنام و پس از آن انجمن‌های مشابه دیگری با مبنا قرار دادن این اصول تشکیل شدند. برنامه‌های ۱۲ قدمی، اعتیاد را به عنوان یک بیماری می‌شناسد. تأکید این برنامه‌ها بر روی تأثیرات بیماری اعتیاد در جسم و روح اشخاصی است که این بیماری در آنها توسعه یافته است. نوع ماده مصرفی یا رفتار ویرانگر این اشخاص مد نظر نمی‌باشد. برنامه‌های ۱۲ قدمی بر این باورند که سه بُعد انسان بر اثر اعتیاد تحت تأثیر قرار می‌گیرد: جسمی، روانی و روحانی. از عارضه جسمی اعتیاد با عنوان آلرژی یا حساسیت یاد می‌شود که در فرد ایجاد اجبار به مصرف نموده و با وجود عوارض و پی آمدهای ناگوار مصرف مواد یا رفتارهای ویرانگر در او به کار خود ادامه دهد. عوارض روانی با پدیده‌ای که ویرانگر و وسوسه‌ناמידه می‌شود، همراه است. ناهنجاری روحانی یا معنوی بر اثر خود محوری یا داشتن اتکای بیش از حد به اراده خود بوجود می‌آید.

ادغام فرد معتاد در عرفان‌ها و فرقه‌های نوظهور و طرد شدگی فرد در جامعه بیرونی اشاره نمود. همچنین به روابط فرازناشویی بین راهنمایان با همسران معتادینی که در جایگاه رهجوی آنها هستند و یا بین خود معتادین زن با معتادین مرد اشاره کرد. از آنجایی که اصول این انجمن از تجربیات و خاطرات خود این افراد برگرفته شده است، برخی از اعضای انجمن از خجالت دادن و احساس گناه و ندامت به عنوان ابزار کنترل در بحث درمان بهره می‌گیرند. برخی از افراد بهبودیافته نیز متأثر از تمایزاتی که توسط اصول «انجمن معتادین گمنام»^۱ به آنها القاء می‌شود، درگیر یک غرور توأم با خشمی هستند که به واسطه آن خود را فراتر از یک روانشناس یا پزشک می‌دانند و این احساس یا به توسعه آنها کمک می‌کند و یا در اکثر موارد به عوض شدن شکل اعتیادشان و گرایششان به جایگزین‌های دیگر منجر می‌شود. همچنین اصول انجمن معتادین گمنام با دیدگاه روانپزشکی در مواردی تقابل دارد. تابوی مصرف دارو و آغاز درمان به شرط ته خط رسیدن یا همان عجز فرد معتاد از اصول انجمن معتادین گمنام است که در تقابل با دیدگاه روانپزشکی در حوزه درمان اعتیاد می‌باشد (علی زاده، ۱۳۹۶).

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در این بازه زمانی چهار قالب معرفتی قابل طرح است. گفتمان انقلابی (۱۳۵۸-۱۳۶۴) که در آن رویکردی استعماری و مبتنی بر توطئه نسبت به اعتیاد وجود دارد. مرجع استناد آن، انقلاب اسلامی است. متأثر از «حقیقت» اعتیاد در این گفتمان، مکانیزم‌هایی چون شرم، بی‌آبرویی، تهدید، تحقیر، عبرت‌آموزی، بی‌اعتمادی، جرم، گناه، توبیخ، توهین و اصلاح در حوزه اعتیاد شکل می‌گیرد. گفتمان اجتماعی (۱۳۶۴-۱۳۷۴) که در آن اعتیاد به مثابه فقدان دانش و ایمان است. مرجع استناد آن، نقد بر رویکردهای مبارزاتی و

۱ انجمن معتادین گمنام نهادی است مردمی و خودجوش که در سال ۱۹۵۳ میلادی مطابق با ۱۳۳۲ هجری شمسی توسط افرادی که خود زمانی در چنگال اعتیاد گرفتار بودند، بنیانگذاری شد، این انجمن در بیشتر کشورهای جهان از جمله کشورهای مسلمان با هدف کمک و نجات معتادان به مواد مخدر فعال است. روش بهبودی از بیماری اعتیاد در معتادان گمنام بر مبنای ارزش درمانی کمک یک معتاد به معتاد دیگر است. اعضای این انجمن از طریق کارکرد «دوازده قدم» معتادان گمنام و شرکت مرتب در جلسات گروهی، چگونگی زندگی بدون مصرف مواد مخدر را از یکدیگر می‌آموزند و پیامدهای ناشی از بیماری اعتیاد را بهبود می‌بخشند.

گفتارهای حقوقی دوره قبلی از طریق گفتارهای فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی است. متأثر از «حقیقت» اعتیاد در این گفتمان، مکانیزم‌هایی چون ناتوانی، بی‌دانشی، بی‌ایمانی، بی‌بند و باری و نصیحت در حوزه اعتیاد شکل می‌گیرد. گفتار اقتصادی (۱۳۷۴-۱۳۸۱) که در آن گفتارهای حقوقی در همدستی با گفتارهای فرهنگی- اجتماعی زمینه ورود بخش خصوصی و بیمارانگاری معتاد را فراهم می‌آورند. متأثر از «حقیقت» اعتیاد در این گفتمان، مکانیزم‌هایی چون بی‌اخلاقی، ترس و ترحم در حوزه اعتیاد شکل می‌گیرد. گفتار بازار (۱۳۸۱-۱۳۹۴) که در آن اعتیاد به مثابه بیماری و بازار مطرح است، خصوصی‌سازی در عرصه اعتیاد توسعه می‌یابد و پزشکی آزاد در امر درمان شکل می‌گیرد. متأثر از «حقیقت» اعتیاد در این گفتمان، مکانیزم‌هایی چون انکار، انگ زنی، رقابت و تبعیض، مفت بری، زائد بودن، ندامت، عذاب وجدان، بزرگنمایی توأم با خشم، پلیس بازی و کنترل نامحسوس در حوزه اعتیاد شکل می‌گیرد. گفتمان انجمن معتادین گمنام نیز از آنجایی که «حقیقت» اعتیاد را ضعف معنویت و ایمان معرفی کرده و آن را امری طبیعی و نه امری اجتماعی قلمداد می‌نماید، همسویی با این چهار گفتمان مسلط جامعه در طی دهه‌های اخیر دارد.

مروری بر گفتمان‌های اعتیاد پس از انقلاب ۱۳۵۷ نشان می‌دهد که معتاد همواره و به طور همزمان مبدل به ابژه دانش و ابژه استیلا شده است. جامعه در طی این دهه‌ها از طریق بکارگیری گفتمان‌های خود، تکنیک‌های استیلا را که محصول آمیزش ظریف «تکنولوژی‌های اجبار» و «تکنولوژی‌های خود» بوده، در ابژه‌سازی معتاد بکار گرفته است. دانش با چرخش گفتمان اعتیاد از جرم به بیماری، موجب گذار از «تکنولوژی‌های اجبار» که در ابژه‌سازی معتاد آشکار بودند به «تکنولوژی‌های خود» شده است که شکل دیگری دارند. «تکنولوژی‌های خود» به شکل تکنیک‌هایی که به معتادین امکان داده که شماری از عملیات را خودشان یا به کمک دیگران روی بدن و روح و اندیشه و رفتارهای‌شان اعمال کنند، بکار گرفته شده است. پیرو این امر، مکانیزم‌های قدرت از بیرون متوجه درون معتاد شده است.

پس قالب‌های معرفتی که در این دهه‌ها به «حقیقت» اعتیاد شکل داده اند، نشان‌دهنده تسلسلی باطل هستند، به گونه‌ای که گذر از یک قالب معرفتی به قالب معرفتی دیگر، به مفهوم گذر از یک اتوریتته و گیر افتادن در اتوریتته‌ای دیگر بوده است که نه تنها نتوانسته تبیین مسئله اعتیاد بنماید، بلکه تنها به اعتیاد شکل دیگری داده است و به نوع دیگری از ابژه‌سازی معتاد

پرداخته است. به عبارتی گمان می‌رود «حقیقتی» که هر یک از این قالب‌های معرفتی از اعتیاد تولید نموده‌اند، با واقعیت اعتیاد در تعارض و تناقض بوده است، مؤید آن شواهدی است که شرح آن داده شد و نشان می‌دهند این گفتمان‌ها نه تنها قادر به کنترل اعتیاد نبوده‌اند، بلکه به بازتولید و پیش‌روندگی آن مدد رسانده‌اند.

منابع

- آرنت، هانا. (۱۳۹۴). توتالیتاریسم (محسن ثلاثی، مترجم). تهران: نشر ثالث.
- آگامبن، جورجو. (۱۳۹۰). وسایل بی‌هدف (امید مهرگان و صالح نجفی، مترجم). تهران: نشر چشمه.
- اسمارت، بری. (۱۳۸۵). میشل فوکو (چاووشیان و جوافشانی، مترجم). تهران: نشر کتاب آمه.
- اسعدی، سید حسین. (۱۳۷۶). دو مشکل جوانی، فزونی جمعیت و مواد مخدر. تهران: نشر سپهر.
- بر، ویوین. (۱۳۹۴). برساخت‌گرایی اجتماعی (اشکان صالحی، مترجم). تهران: نشر نی.
- بدریان، فخرالدین. (۱۳۸۸). مجموعه کامل قوانین و مقررات مواد مخدر مشتمل بر قوانین قبل و بعد از انقلاب. تهران: نشر دانشور.
- جزایری، مجتبی. مهریار، امیرهوشنگ. (۱۳۸۶). اعتیاد: پیشگیری و درمان. تهران: نشر پیکان.
- دریفوس، هیوبرت. رایینو، پل. (۱۳۷۹). میشل فوکو فراسوی ساختگرایی و هرمنوتیک (حسین بشیریه، مترجم). تهران: نشر غزال.
- رحمدل، منصور. (۱۳۷۹). «حقوق کیفری مواد مخدر»، مجموعه همایش‌های بین‌المللی علمی-کاربردی جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، جلد چهارم، قوه قضاییه.
- فیلیپس، لوئیز. یورگنسن، ماریان. (۱۳۸۹). نظریه و روش در تحلیل گفتمان (هادی جلیلی، مترجم). تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل. (۱۳۹۰). گفتمان و حقیقت (علی فردوسی، مترجم). تهران: نشر دیبایه.
- فوکو، میشل. (۱۳۹۰). باید از جامعه دفاع کرد (رضا نجف‌زاده، مترجم). تهران: نشر رخ‌داد نو.
- فوکو، میشل. (۱۳۸۹). تولد زیست‌سیاست (رضا نجف‌زاده، مترجم). تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل. (۱۳۷۸). تولد زندان (نیکو سرخوش و افشین جهانانیده، مترجم). تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل. (۱۳۸۴). پیدایش کلینیک (یحیی امامی، مترجم). تهران: نشر نقش و نگار.
- فوکو، میشل. (۱۳۸۳). اراده به دانستن (نیکو سرخوش و افشین جهانانیده، مترجم). تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل. (۱۳۷۷). تاریخ جنون (فاطمه ولیانی، مترجم). تهران: نشر هرمس.
- فوکو، میشل. (۱۳۷۸). نظم‌گفتار (باقر پرهام، مترجم). تهران: نشر آگه.

- فوکو، میشل. (۱۳۹۵). خاستگاه هرمنوتیک خود (نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، مترجم). تهران: نشر نی.
- فرید، محمدصادق. (۱۳۷۶). «بازنگری در شیوه بازپروری معتادان مرکز قرچک ورامین (شخصیت، اعتیاد، بازپروری)»، سازمان بهزیستی استان تهران.
- مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۹۰). اعتیاد در ایران. تهران: نشر ثالث.
- انجمن معتادان گمنام. «جزوه اطلاعات عمومی»، ۱۳۷۹.
- باری، مجتبی. (۱۳۸۱). «سیاست جنایی جمهوری اسلامی ایران راجع به مواد مخدر»، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق جزایی و جرم‌شناسی، دانشگاه تهران، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، تهران.
- برجعلی، احمد. (۱۳۸۹). «اثربخشی روان‌درمانی مثبت در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد»، پایان نامه درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی.
- جاهد، کریم. (۱۳۷۶). «سیاست جمهوری اسلامی ایران در مبارزه با مواد مخدر». پایان نامه کارشناسی روابط سیاسی، گروه علوم و روابط سیاسی.
- حکمت، آزاده. (۱۳۷۹). «بررسی میزان اطلاع‌رسانی روزنامه‌های کثیرالانتشار در زمینه اعتیاد مواد مخدر طی سال ۱۳۷۸»، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر سالهای ۹۴-۱۳۸۵.
- روزنامه‌ها از سال ۱۳۵۸-۱۳۸۰.
- ساجدی، شهریار. (۱۳۹۰). «بررسی عوامل اجتماعی تغییر الگوی مصرف مواد مخدر در میان جوانان شهر تهران در سال ۱۳۹۰» پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۶۸). بررسی اعتیاد و بازپروری معتادان، دفتر آموزش و پژوهش، تهران.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۲). «برنامه پنج‌ساله دوم ۷۳-۷۷، سازمان بهزیستی»، معاونت طرح و برنامه.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۸). «برنامه درمان معتادان»، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۹). «برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد»، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۰). «اهم اقدامات سازمان بهزیستی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد در سال ۲۰۰۱»، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۱). «برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد»، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۷۸). «گزارش عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر»، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۲). «شبکه سازمان های غیردولتی پیشگیری از مواد اعتیادآور در ایران، مجموعه سازمان های غیردولتی (در زمینه کاهش تقاضای مواد مخدر)»، دفتر سازمان های غیردولتی.
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. (۱۳۸۳). «لایحه برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی».
- علی زاده، مهناز. (۱۳۹۶). «برساخت اعتیاد و روند ابژه سازی معتاد در دهه های پس از انقلاب اسلامی ایران»، پایان نامه دکتری جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- موسسه عالی پژوهشی در برنامه ریزی و توسعه. (۱۳۷۶). « طرح پژوهشی تهیه برنامه ملی مبارزه با مواد مخدر»، گزارش شماره ۷.
- مهریار، امیرهوشنگ. (۱۳۷۷). «پیش نویس برنامه ملی مبارزه با تولید قاچاق و مصرف مواد مخدر در جمهوری اسلامی ایران»، گزارش ۱۱، موسسه عالی پژوهش عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه.
- محمدی، سعید. (۱۳۸۲). پرتوی از افق اندیشه امام، پژوهشکده ملی مطالعات مواد مخدر در ایران، تهران.
- Ferentzy, Peter(2002) Foucault and Addiction, Telos: Critical Theory of the Contemporary 2002. [Motivation and Will in Philosophy of Action](#).
- Pereir, Margaret(2013) Governing drug use among young people: Crime, harm and contemporarydrug use practices .School of Justice, Faculty of Law Queensland University of Technology.