

## برساخت اعتیاد و روند ابژه سازی معتاد

### در دهه‌های پس از انقلاب ۱۳۵۷

مهناز علی‌زاده،\* یوسف اباذری،\*\*  
فرح ترکمان،\*\*\* عبدالحسین کلانتری\*\*\*\*

#### چکیده

هدف از این مطالعه واکاوی برساخت ذهن معتاد و خانواده او متأثر از گفتمان های مسلط اعتیاد در دهه های پس از انقلاب ۱۳۵۷ است. به عبارتی، روند ساخته شدن ذهن تحت تأثیر «حقیقت» اعتیاد در گفتمان های مسلط مدنظر است. چگونگی شکل گیری احساسات و اندیشه‌ها در عرصه اعتیاد از طریق مطالعه ساختار زبان و تحولات آن با عنایت به شرایط اقتصادی، فرهنگی و تاریخی مطمح نظر بوده است. در این مطالعه با رویکرد انتقادی فوکویی از روش میدانی با تکنیک مصاحبه عمیق با معتادان و خانواده‌هایشان بهره گرفته شده است. نتایج پژوهش حاضر بر اساس تجربه زیسته معتادان و خانواده هایشان نشان می دهد که معتادان برساخته ای از تداوم گفتمان‌های مسلط در خانواده ها و کمپ‌ها هستند. بر اساس چهار قالب معرفتی مسلط بر شناخت اعتیاد و معتاد در ایران از سال ۱۳۵۷ تا به امروز که شامل گفتمان انقلابی، گفتمان اجتماعی، گفتمان اقتصادی و گفتمان بازار است، روند برساخته شدن ذهن معتاد و خانواده تحت تأثیر «حقیقت» اعتیاد و ابژه سازی معتاد در این قالب‌های گفتمانی بر اساس تجربه زیسته آنان بازنمایی می شود. قابل ذکر است که در مواردی از تجربه زیسته افراد مورد مطالعه، مکانیزم‌های قدرتی در این چهار گفتمان به صورت ترکیبی خودنمایی می کنند. همچنین ذهن معتاد و خانواده او، متأثر از گفتمان انجمن معتادان گمنام نیز شکل گرفته که این گفتمان از دو طریق، یکی معرفی «حقیقت» اعتیاد به مثابه ضعف معنویت و دیگری جلوه دادن اعتیاد به مثابه امری طبیعی و نه امری اجتماعی، در امتداد گفتمان‌های مسلط بر جامعه قرار گرفته و از خانواده در مقابل معتاد حساسیت‌زدایی می‌نماید.

**واژگان کلیدی:** قدرت، گفتمان قالب معرفتی، «حقیقت» اعتیاد، انجمن معتادان گمنام.

---

\*. دانش آموخته دکتری جامعه شناسی  
\*\* . دانشیار گروه جامعه شناسی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)  
\*\*\* . استادیار گروه جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز  
\*\*\*\* . دانشیار گروه جامعه شناسی دانشگاه تهران

sepidehalizadeh@yahoo.com  
yabazari@ut.ac.ir  
fa.torkaman@iauctb.ac.ir  
abkalantari@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱

مسائل اجتماعی ایران، سال یازدهم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۹، صص ۱۷۷-۲۰۱

## ۱. مقدمه و بیان مسئله

جامعه ایران بیشتر مایل است که معتادان را به خانواده محول کند تا دولت. برای تأیید آن می‌توان به «سیاست اجتماعی کردن امر مبارزه با موادمخدر» اشاره کرد که به‌عنوان تبلور همدلی و هم‌زمانی دولت و ملت از سوی وزیر کشور و دبیر کل ستاد مبارزه با موادمخدر از سال ۱۳۹۱ تاکنون مطرح شده است و همچنین در امتداد آن اسناد و شواهدی است که نشان می‌دهد، از ۲۷۷۴ مرکز دولتی و غیردولتی خدمات درمان و کاهش آسیب معتادان در سال ۱۳۹۰، ۸۸ درصد این مراکز غیردولتی و فقط ۱۲ درصد آن را مراکز دولتی تشکیل می‌دهند. به‌گونه‌ای 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 موادمخدر، ۱۳۹۲: ۲۷-۲۹ و ۱۲۲-۱۲۴).

مراکز بازپروری نیز 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 شده‌اند. همچنین، عرصه رقابت اقتصادی و منزلتی بین این مراکز ایجاد شده است که دو دلیل، زمینه‌ساز این رقابت است. یکی مشکلات مالی است که مراکز فوق، به خاطر نبود 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. به‌گونه‌ای که در سال ۱۳۸۴ که مسئولیت مجوز کمپ‌ها و مراکز نگهداری معتادان از سمن «تولد دوباره» به سازمان بهزیستی واگذار شده، در زیرمجموعه هر سه سازمان (بهزیستی، بهداشت و زندان‌ها) ۹۴۶ مرکز ایجاد شده که ۲۰۱ مرکز دولتی و ۷۴۵ مرکز خصوصی بوده‌اند. شایان ذکر است که معادل تعداد ۱۵۴۰۱۰ نفر در مراکز خصوصی و ۲۸۶۷۹ نفر در مراکز دولتی، فقط از سوی سازمان بهزیستی در این سال پذیرش شده‌اند و این تعداد همواره رو به افزایش بوده است. در سال ۱۳۸۵ نسبت به ۱۳۸۴ رشد ۳۵ درصدی را در تشکیل مراکز داشته‌ایم. این امر در حالی است که طی این سال‌ها و تاکنون مراجعه مجدد معتادان به مراکز ترک اعتیاد بسیار مشاهده شده است (دفتر برنامه‌ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر، ۱۳۸۵: ۵۴).

مؤید کارکرد اقتصادی مراکز بازپروری نیز دلایل و شواهد بسیاری است که از آن جمله می‌توان به اعلام دفتر برنامه‌ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر اشاره کرد که تعداد افراد پذیرش شده در مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به موادمخدر و روانگردان‌ها موضوع ماده ۱۵ قانون، تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور و سازمان زندان‌ها در سال ۱۳۹۲ معادل ۷۶۴۵۰۰ نفر است که ۴۳۳۲۲۴ نفر از سوی سازمان بهزیستی، ۲۸۶۰۷۶ از سوی وزارت بهداشت و ۴۵۲۰۰ نفر از سوی سازمان زندان‌ها پذیرش شده‌اند (دفتر برنامه‌ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر، ۱۳۸۵: ۵۵). از این تعداد، ۶۷۹۳۷۸ نفر در مراکز غیردولتی و ۸۵۱۲۲ نفر در مراکز دولتی پذیرش شده‌اند. گفتنی است که تعداد افراد پذیرش شده در مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان کشور موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با موادمخدر، در سال ۱۳۹۲ معادل ۲۰۵۴۵ نفر است (همان):

۲۰۳-۲۰۴). نرخ شیوع اعتیاد جمعیت عمومی کشور در سال ۱۳۹۶ معادل ۵,۴ درصد است که این نرخ در جمعیت دانش‌آموزی معادل ۲,۱ درصد و در جمعیت دانشجویی معادل ۴,۷ درصد گزارش شده است. این در حالی است که در همین سال، نرخ عود نیز معادل ۵ درصد اعلام شده که بالاترین این نرخ مربوط به محیط‌های کارگری است که تا ۲۲ درصد می‌رسد (دفتر برنامه‌ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶: ۷۸). همگی این موارد نمایانگر آن است که مراکز فوق و رویکرد روان‌شناختی مسلط بر آن‌ها که با محوریت تمرکز بر خود فرد معتاد است، در عمل، نه تنها اعتیاد را کنترل نکرده، بلکه به تداوم و گسترش آن یاری رسانده است.

پژوهش‌هایی که با رویکرد روان‌شناختی در حوزه اعتیاد (برجلی، ۱۳۸۹) انجام شده نیز به دلیل داشتن تحلیل‌های خرد، علاوه بر اینکه زمینه را برای تسلط رویکرد روان‌شناسانه فراهم آورده‌اند، نپذیرفته‌اند که درکشان از اعتیاد، درکی جزئی بوده و می‌تواند صرفاً یکی از شیوه‌های نگرستن به اعتیاد باشد. بدین ترتیب، این پژوهش‌ها همواره مانع از دیده‌شدن شرایط زمینه‌ای شده‌اند که بر سازنده و ویژگی‌های شخصیتی است که به معتاد منتسب شده است. مطالعات جامعه‌شناختی حوزه اعتیاد نیز با اتخاذ رویکردی آسیب‌شناختی و تحلیل‌هایی پوزیتیویستی (جهانتاب، ۱۳۹۳)، کلان‌نگر و محافظه‌کارانه بوده و به کلی گویی در باب اعتیاد پرداخته‌اند و راهکارهای عملی ارائه کرده‌اند. درنهایت، مطالعاتی که در حوزه روان‌شناسی اجتماعی (حکیمی و حسینی، ۱۳۹۴) انجام شده، با نزدیک‌شدن به رویکرد روان‌شناسانه، به تفسیرگرایی صرف در تبیین اعتیاد گرایش پیدا کرده‌اند.

جایگزین کردن مضمون اعتیاد به‌مثابه بیماری به‌جای مضمون اعتیاد به‌مثابه جرم، نمایانگر آن است که سیستم‌های درمانی و بازپروری اعتیاد در شرایط فعلی، غالباً براساس گفتمان روان‌شناسی کار می‌کنند. از طرفی روند رشد و بازگشت به اعتیاد براساس شواهد و اسنادی که شرح آن داده شد، نشان‌دهنده ناکامی و ضعف گفتمان روان‌شناسی و بیمارانگاری اعتیاد در ترک آن است. بدین ترتیب، از آنجاکه اعتیاد به شکل مسئله فردی جلوه کرده است، مانع از دیده‌شدن عوامل اجتماعی و شکل‌گیری حوزه عمومی در جامعه گردیده است و نتیجه آن عودکنندگی اعتیاد و تداوم در مصرف بوده است. مکانیزم مشترک در هر دو، یعنی در اعتیاد به‌مثابه جرم و اعتیاد به‌مثابه بیماری، انکار، و تمایز از طریق برچسب بیمار و مجرم است که همواره موجب نادیده گرفته شدن عوامل اجتماعی شده است.

مطالعات قبلی در حوزه پژوهشی و درمانی اعتیاد، همواره با پیش‌فرضی از دانش اعتیاد، از جمله اعتیاد به‌مثابه بیماری (کدیور و مرادی، ۱۳۹۴؛ ناصری، ۱۳۹۳)، اعتیاد به‌مثابه جرم (کاظمی، ۱۳۹۳)، اعتیاد به‌مثابه آسیب (ابراهیمی و پیرزاده، ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴) و... بسته به گفتمان غالب در زمان بررسی خود، به تبیین اعتیاد پرداخته‌اند، درحالی‌که اهمیت و ضرورت تحقیق حاضر از آن جهت است که بدون هیچ‌کدام از این پیش‌فرض‌ها دغدغه شناخت اعتیاد را دارد تا از این طریق نشان دهد که هریک از این تبیین‌های گوناگون از دانش اعتیاد، چه کنش‌هایی را در پی داشته و موجب استمرار کدام‌یک از الگوهای کنش و حذف کدام‌ها گردیده است و درنهایت، ارتباط این استمرار و حذف را با ساختارهای قدرت مورد تحلیل

قرار دهد. در عرصه پژوهشی و درمانی اعتیاد، زبان همواره عامل بیان احساسات و اندیشه‌ها تلقی شده و نه پیش شرط آن‌ها. اهمیت تحقیق فوق از آن جهت است که درصدد است تا ساختارهای زبان را به‌مثابه عامل برسازنده احساسات و اندیشه‌ها و تحولات آن را با عنایت به شرایط اقتصادی، فرهنگی و تاریخی بررسی کند.

مسئله تحقیق حاضر آن است که نشان دهد، اعتیاد نه جرم و نه بیماری، بلکه با اتخاذ یک رویکرد انتقادی، فقط بخشی از یک نظام گفتمانی در هر مقطعی از تاریخ است و درعین حال، فهم این گفتار و چگونگی ساخته شدن ذهن توسط آن، در دهه‌های پس از انقلاب ۱۳۵۷ است. انکار، تبعیض، اخلاقی جلوه دادن، وابستگی، سرکوب، ترس، گناه، شرمساری، انزوا و... همگی جزو مکانیزم‌های قدرت هستند که همواره در گفتارهای مسلط اعتیاد در هر زمان، به واقعیت اعتیاد شکل داده و از این طریق معتاد را ابرو قرار داده‌اند و از طرفی همین سازوکارها با الگوسازی در نهادهای جامعه‌پذیری از جمله خانواده، موجبات تداوم اعتیاد را فراهم آورده‌اند.

آنچه در مطالعات روان‌شناختی، آسیب‌شناختی و روان‌شناسی اجتماعی که به‌صورت نمونه‌ای به شرح و نقد آن پرداخته شد، مشهود است نشان می‌دهد که هریک از این مطالعات با توجه به حوزه و گستره مطالعاتی خود در یکی از سطوح خرد، میانه یا کلان انجام گرفته‌اند و بنابراین سطوح فوق را در یک پیوستار و در ارتباط با یکدیگر بررسی نکرده‌اند. ضرورت تحقیق حاضر از آن جهت است که با اتخاذ رویکردی انتقادی، درصدد است تا ارتباط بین سه سطح مذکور (خرد، میانه و کلان) را در یک پیوستار مورد مطالعه قرار دهد. از این‌رو، این مقاله با هدف شناخت «حقیقت» اعتیاد و روند ابرو سازی معتاد، قصد پاسخ به سؤال «چگونه ذهن معتاد و خانواده متأثر از گفتمان‌های مسلط اعتیاد در دهه‌های پس از انقلاب ۱۳۵۷ ساخته شده‌اند و گفتمان‌های فوق را مجدداً مورد بازنمایی و بازتولید قرار داده‌اند؟» را دارد.

با مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه اعتیاد، تراکم تحقیقات کاربردی نسبت به تحقیقات بنیادی مشاهده می‌شود (ولیان و سلیمی کیا، ۱۳۹۴). از طرفی پژوهش‌هایی که با اهداف بنیادی انجام شده‌اند، اندک و بیشتر در تأیید رویکردهای موجود نسبت به اعتیاد بوده و فاقد نگاه انتقادی هستند (فرامرزی و فیروزی ارنان، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۴). همچنین تحقیقات بنیادی در حوزه خاص تاریخ اعتیاد نیز اندک و مبتنی بر تاریخ‌نگاری گفتمان‌های اعتیاد است که به تحلیل انتقادی این گفتمان‌ها و تبیین ارتباط بین آن‌ها در شکل‌دهی سامانه اعتیاد نپرداخته‌اند (مدنی، ۱۳۹۰). پس، فقدان تحقیقی که درصدد باشد تا تأثیر «حقیقت» اعتیاد در گفتمان‌های مسلط چند دهه اخیر پس از انقلاب را در ساخته شدن ذهن معتادان و خانواده‌ها مورد بررسی انتقادی قرار دهد، مشهود است و تحقیق حاضر که هدف مطالعه در این حوزه را دارد، تازگی و ضرورت می‌یابد.

با بررسی حوزه مطالعات اعتیاد مشاهده می‌شود که این مطالعات همواره قائل به تفکیک دو حوزه عرضه و تقاضا هستند و در حوزه تقاضا قائل به مرزبندی بین پیشگیری اولیه، دومین و سومین هستند که

به ترتیب همان عرصه پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است (مهريار و جزایری، ۱۳۸۶). پژوهش حاضر در صدد است تا ارتباط بین این حوزه‌ها را مورد تحلیل انتقادی قرار دهد.

## ۲. پیشینه پژوهش

### مبانی نظری

فوکو<sup>۱</sup> به جای اینکه کنشگران و ساختارها را مقولات اصلی به شمار آورد، بر قدرت متمرکز می‌شود. قدرت نیز همچون گفتمان<sup>۲</sup> 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 گفت‌وگو درباره آن است و امکان شکل‌گیری شیوه‌های دیگر بودن و گفت‌وگو را منتفی می‌کند. بنابراین، قدرت<sup>۳</sup> هم نیرویی مولد و هم بازدارنده است. قدرت، گفتمان‌ها، دانش‌ها، بدن‌ها و ذهنیت‌ها را می‌سازد و رابطه نزدیکی با گفتمان پیدا می‌کند. گفتمان نقشی اساسی در سوژه‌ساختن 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: ۳۶-۳۹).

از نظر فوکو، گفته‌ها و نوشته‌های مردم را می‌توان نمونه‌ها یا شواهدی از گفتمان‌ها تلقی کرد، موقعیتی‌هایی که در آن گفتمان‌ها مجال می‌یابند تا رویدادی را به شکل‌های مختلف بر سازند. قطعه‌های گفتاری یا نوشتاری گوناگون را تا جایی می‌توان متعلق به گفتمانی واحد دانست که تصویر کلی واحدی از یک ابژه را ترسیم کنند. از سویی 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 همچون گفت‌وگو و مصاحبه را می‌توان نمود یا جلوه‌ای از یک یا چند گفتمان دانست (بر، ۱۳۹۴: ۱۰۴-۱۰۵). «رویکرد فوکویی مبتنی بر واساخت‌گرایی است که به جای فعالیت بر سازنده فرد، بر نیروی بر سازنده زبان به مثابه نظامی از نشانه‌ها تأکید دارد و به این مسئله می‌پردازد که سوژه انسانی چگونه با ساختارهای زبان و با ایدئولوژی بر ساخته می‌شود» (همان: ۳۸-۳۹).

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 حوزه روابط متکثر، چندگانه و متغیر قدرت جا می‌گیرند. روابط قدرتی، معنادار را به منزله

1. Michel Foucault
2. Discours
3. Power
4. Knowledge

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 معتادان، اینکه چطور قدرت‌های عمومی‌تر یا منافع اقتصادی می‌توانند به بازی این تکنولوژی‌های قدرت در حوزه اعتیاد که به‌طور 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 نیات که در درون است. اینکه چطور عناصری چون بدن‌ها، نیروها، انرژی‌ها، ماده‌ها، میل‌ها و اندیشه‌های چندگانه تدریجاً و به‌طور پیش‌رونده و مادی به‌منزله ابژه‌ها در دهه‌های اخیر پس از انقلاب ساخته شده‌اند (فوکو، ۱۳۹۰: ۶۳-۱۰۵).

به‌عبارتی، «ساختارهای قدرت را استراتژی‌های جهانی‌ای دانست که تاکتیک‌های محلی سلطه را درمی‌نوردند و به کار می‌گیرند. پس، با قدرتی مواجه‌ایم که کنترل بدن و زندگی را در دست دارد، یا به‌عبارتی 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 به‌عنوان یک ذات بیماری شناختی. با رویکرد فوکو، «عمق اعتیاد (به‌مانند جنون)، نه چون بیماری، بلکه به‌مثابه 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 به‌واسطه 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، «به‌طور کلی تمامی نهادهای کنترل فردی، به شیوه‌ای دوگانه عمل می‌کنند، شیوه تقسیم‌بندی<sup>۱</sup> 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 معتادان، دیوانگان، بیماران، مجرمان و کودکان معتبر تصور می‌شود. اقتصاد سیاسی و مسئله حکومت حداقلی به هم پیوسته هستند. بازار قاعده‌ای است در تقابل با

## 1. Partage

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 درصدد 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 را وجود ندارد به نحوی کارآمد در واقعیت ترسیم و به‌طور مشروع تابع تقسیم‌بندی درست-غلط می‌کند. حکومت‌داری برای اینکه عزم جهانی خود را بر کل فضای حاکمیت اعمال کند، برای اینکه تابع خرد علمی و اقتصادی متضمن تبدیل حاکم به ژئومتر اقتصادی یا مأمور 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. چراکه امر اجتماعی، بخشی از امر طبیعی است و امر طبیعی همواره به‌واسطه امر اجتماعی فهمیده می‌شود. جامعه مدنی می‌تواند پشتوانه فرایند و پیمان‌های اقتصادی باشد و درعین حال، از آن‌ها فراتر رود و به آن‌ها فروکاسته نمی‌شود (همان: ۳۹۱-۴۱۸).

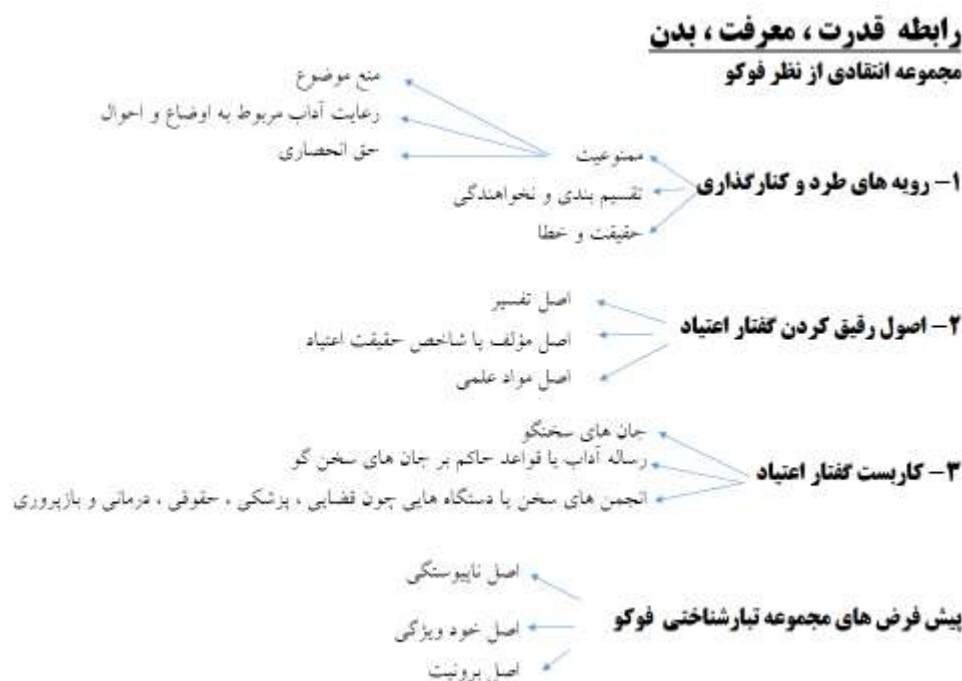
این مطالعه با تمسک به اندیشه فوکو به بررسی «حقیقت» اعتیاد در بستر گفت‌وگوهای غالب که ایزه سازی معتاد از آن سر بر می‌آورد مبادرت کرده است.

### ۳. روش‌شناسی

پرسش اصلی این پژوهش درباره رابطه گفتار اعتیاد و قدرت بوده است، چپستی «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. از آنجاکه کتاب *نظم گفتار*، نوشته میشل فوکو، الگوی بررسی تاریخی برای پاسخ‌گویی به این پرسش مدنظر قرار گرفته، پژوهش حاضر مستلزم انتخاب قالب‌های معرفتی (پایسته‌ها) در این بازه زمانی بوده است. انتخاب این قالب‌های معرفتی را به‌گونه‌ای انجام دادیم که بررسی در دو مجموعه انتقادی و تبارشناختی طرح‌شده از سوی فوکو در کتاب *نظم گفتار* او امکان پذیر باشد و درنهایت بتوان با بهره‌گیری از مکانیزم‌های آثاری از فوکو که خود در این کتاب مرتبط با هر بخش ذکر می‌کند، به فهم و تحلیل قالب‌های معرفتی تعیین‌شده در تحقیق حاضر، دست یافت. بهره‌گیری این تحقیق از مجموعه انتقادی مطرح‌شده در کتاب «نظم گفتار» فوکو در قالب دو اصل است. اصل برگرداندن معنا که بیان می‌دارد همواره سرچشمه گفتار اعتیاد در چهره‌هایی همچون مؤلف، ماده علمی، ارادت به حقیقت اعتیاد که به نظر می‌رسد نقش مثبتی دارند، یافت شده است، درحالی که این

تحقیق بنا را بر منفی بودن تأثیر آن‌ها گذاشته و تلقی دارد که این‌ها همواره کار رقیق‌ترکردن گفتار اعتیاد را انجام داده‌اند. شایان ذکر است که اصل رویداد در مقابل آفرینش که با بهره‌گیری از آن مؤلف، ماده علمی، ارادت به حقیقت اعتیاد را در حکم مراجع بنیادی و آفریننده در نظر نگرفتیم، در تقابل با نگرش ذات‌انگارانه و پدیدارشناختی است. درنهایت، با بهره‌گیری از این مجموعه، صور کنارگذاری، ایجاد محدودیت و تملک را در متن قالب‌های معرفتی موردنظر شناختیم.

نمودار زیر نمایانگر مراحل مجموعه انتقادی به کار گرفته شده در تحقیق حاضر است که به لحاظ شکلی در این قسمت آورده‌یم تا روند کار را نشان داده و آن را تا حدی فهم‌پذیر کنیم.



بهره‌گیری تحقیق حاضر از مجموعه تبارشناختی مطرح‌شده در کتاب *نظم گفتار فوکو* نیز در قالب سه پیش‌فرض بوده است. اصل ناپیوستگی که به‌واسطه آن گفتارهای اعتیاد در قالب‌های معرفتی را به‌مثابه پراتیک‌های ناپیوسته‌ای فرض کردیم، اصل خودویژگی که به‌واسطه آن گفتار اعتیاد در هر قالب معرفتی را به‌مثابه خشونت تحمیل‌شده 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 به‌واسطه آن گفتار اعتیاد را در هر قالب معرفتی، مبدأ و از پیدایش و قاعده‌مندی‌اش 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 کردیم.



روش تحقیق در پاسخ به این پرسش، تحلیل گفتمان بوده است. برای جمع‌آوری اطلاعات در این قسمت از تکنیک اسناد و مدارک مکتوب اعم از کتاب‌ها، گزارش‌ها، آیین‌نامه و مصوبات تاریخی و سازمانی و... استفاده شده است.

پرسش دیگر این پژوهش که تمرکز اصلی مقاله حاضر بر آن بوده و بر مبنای آن تنظیم شده است، بررسی چگونگی روند ساخته‌شدن ذهن معتادان و خانواده‌ها بر مبنای گفتمان‌های مسلط اعتیاد در چهار دهه اخیر پس از انقلاب که در بخش اول پژوهش واکاوی شد، با استناد به روش فوکو در آثارش است. در این بخش نیز تلاش شد که برای چگونگی بازتولید مکانیزم‌های قدرتی گفتمان‌های مسلط از طریق بازنمایی ذهن معتادان، با رویکرد انتقادی فوکویی از روش میدانی استفاده شود و جهت جمع‌آوری اطلاعات از تکنیک مصاحبه، بهره گرفته شد. مصاحبه‌های عمیق با معتادان و خانواده‌های آنان در داخل و بیرون از سمن‌ها، در داخل شهر تهران و کمپ‌های مناطق حاشیه‌ای تهران، از جمله شهریار، ورامین، شهرری، وردآورد کرج و... تکنیک اصلی تحقیق بوده است و مشاهده مشارکتی و غیرمشارکتی نیز به موازات آن انجام پذیرفت. حدود زمانی تحقیق حاضر، از بهمن ۱۳۹۳ تا تیر ۱۳۹۷ بوده است. از آنجاکه بررسی روند ایژه‌سازی در طول چهار دهه پس از انقلاب مدنظر بوده است، بنابراین، استفاده از افراد در دامنه سنی گسترده (۱۸ تا ۶۵ سال) به‌منظور شناسایی روندها در طول نسل‌های مختلف برای مصاحبه الزامی بوده است. پیرو این امر، محقق تلاش کرده به‌طور متوازن و هم‌زمان تمامی گروه‌های سنی، افراد با مواد مصرفی گوناگون و سطوح تحصیلاتی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی متفاوت را به‌صورت نمونه‌ای جهت مصاحبه پوشش دهد. جمعاً حدود ۴۰ مصاحبه عمیق با معتادان و خانواده‌های آنان انجام شد. از آنجاکه روش تحقیق حاضر کیفی است، ملاک تعداد مصاحبه‌ها، تکرار و به مرز اشباع رسیدن داده‌ها بوده است. تحلیل و آنالیز داده‌ها نیز با تأمل بر تمامی آثار اصلی فوکو و بازشناسی مکانیزم‌های به کار گرفته شده در آن‌ها صورت پذیرفت.

در ترکیب افراد انتخاب‌شده جهت مصاحبه‌های عمیق تا رسیدن به مرز اشباع نظری داده‌ها، ترکیب جنسی، ترکیب سنی و ترکیب زمان یا سن پاکی، نوع ماده مصرفی، سطح تحصیلاتی و طبقه اجتماعی-اقتصادی و... همواره مورد توجه محقق بوده است. به‌گونه‌ای که افراد مورد مصاحبه براساس ترکیب جنسی به شکل برابر انتخاب شده و با ۱۵ نفر مرد معتاد و ۱۵ نفر زن معتاد به تفکیک مصاحبه انجام گرفت. همچنین تلاش شد تا ترکیب سنی در هر دو گروه مرد و زن، به‌گونه‌ای انتخاب شود که در عین حال هم سنین مختلف در هر جنسیت مورد پوشش قرار گیرد و هم اینکه از نظر ترکیب سنی، این دو گروه جنسیتی، با هم هم‌تا شوند. با این هدف در هر دو گروه زنان و مردان معتاد، به تفکیک، با افراد از رنج سنی ۱۸ سال تا ۶۲ سال مصاحبه شد. به لحاظ سن یا زمان پاکی نیز به شکل ترکیبی و متوازن در هر جنسیت و به شکل هم‌تا در دو جنسیت نسبت به هم، از افرادی که هنوز در قسمت فیزیکی کمپ‌ها به سر می‌بردند و در مرحله ترک جسمانی بودند تا افرادی که بین یک ماه تا ۱۵ سال سن پاکی داشتند، هم در محیط کمپ و هم خارج از آن مصاحبه صورت گرفت. در ضمن، در ساختار تمامی

کمپ‌ها، افراد به دو گروه ماده ۱۵ و ۱۶ تقسیم‌بندی شده‌اند. در ماده ۱۶، منظور افرادی هستند که به واسطه کارتن‌خوابی و طرح جمع‌آوری معتادان، توسط نیروی انتظامی به کمپ‌ها آورده شده‌اند و مشمول قانون سه ماه و دو روز برای اقامت در کمپ هستند و ماده ۱۵ شامل افرادی است که غیرکارتن‌خواب بوده و از طریق خانواده یا به صورت خودمعرف در کمپ پذیرش شده‌اند. تحقیق حاضر جهت انجام مصاحبه‌ها، این تقسیم‌بندی را نیز در نظر گرفته، به گونه‌ای که مصاحبه‌ها از هر دو گروه به شکل متوازن به لحاظ جمعیت‌شناختی در کمپ مورد مطالعه انجام گرفته است.

همچنین به شکل ترکیبی و هدفمند، جمعاً با ۱۰ نفر از افراد خانواده مصرف‌کنندگان مصاحبه‌شده، مصاحبه‌هایی عمیق انجام گرفت. شایان ذکر است که ملاک تعداد مصاحبه با خانواده‌ها نیز تکرار و به مرز اشباع رسیدن داده‌ها بوده است. این ده نفر در نقش‌های گوناگون اعم از پدر، مادر، خواهر یا برادر انتخاب شده و معیار انتخاب این افراد برای مصاحبه، نزدیکی و نقش تأثیرگذار آن‌ها در همزیستی و ارتباط متقابل با فرد مصرف‌کننده موردنظر بوده است. قابل بیان است که مصاحبه با سؤال «معتاد کیست؟» و «چه تصویری از یک معتاد داری؟» شروع می‌شد. مصاحبه هر فرد ساعت‌ها و گاهی روزها به طول می‌انجامید تا بتوان از ذهنیت آنان تصویری به دست آورد.

ملاحظات اخلاقی در این تحقیق بر جلب اعتماد و اطمینان به صدق آنچه از طرف معتادان و خانواده‌های ایشان مطرح شده بود و محفوظ‌بودن نام و مشخصات ایشان مبتنی بود.

## ع. یافته‌ها

**قالب معرفی اول: گفتار انقلابی، رویکردی استعماری و مبتنی بر توطئه، اعتیاد به‌مثابه رفتار**

**ضد انقلابی و ضد دینی (۱۳۵۸-۱۳۶۴)**

گفتار اعتیاد تحت‌تأثیر گفتار انقلاب است. «حقیقت» اعتیاد به‌مثابه بازمانده فرهنگ و تمدن شاهی و نوعی رفتار ضد انقلابی انگاشته می‌شود که استعمارگران برای نابودی اسلام و انقلاب اسلامی از آن حمایت می‌کنند. مرجع استناد این گفتار، انقلاب اسلامی است. پس حل مسئله آن به‌مانند انقلاب جلوه داده می‌شود؛ یعنی نیازمند تصمیم ملت برای تقابل و مبارزه است و نه مشارکت.

در گفتار انقلاب سال ۵۸-۵۹ که جریان‌ها به انقلاب و ضد انقلاب تقسیم‌بندی می‌شود، معتاد و قاچاقچی جزو انقلاب هستند و نه ضد انقلاب، سخنان رهبری در تیر ۵۸ مؤید آن است. رهبر انقلاب در جمع کارکنان سازمان مبارزه با اعتیاد در تیر ۱۳۵۸ در قم، بیان می‌کند: «قاچاقچی بزرگ‌ها این کارها را می‌کنند، این دست‌های خارجی دارد این کارها را می‌کند، نه اینکه هروئین و رواج هروئین در سرتاسر مملکت... همین طوری شده و من باب اتفاق شده است، نه این‌ها همه روی نقشه است» (محمدی، ۱۳۸۲: ۳۱). در گفتار انقلاب سال ۵۹-۶۰ به تدریج 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

موادمخدر به دادگاه‌های انقلاب در اردیبهشت ۵۹، تصویب لایحه قانونی «تشدید مجازات مرتکبین جرائم موادمخدر» در خرداد ۵۹، جرم‌شناختن مصرف موادمخدر و ممنوعیت کشت خشخاش در تیر ۵۹ توسط شورای انقلاب اسلامی و تشکیل ستاد مرکزی هماهنگی مبارزه با اعتیاد در آبان ۵۹ مؤید آن است. اواخر سال ۵۹، معتاد و قاچاقچی جزو ضد انقلاب قرار می‌گیرند و نه انقلاب که باید از طریق کار اجباری به‌مثابه بازسازی روانی و بدنی در زندان‌های تخصصی و مراکز بازپروری مورد اصلاح و بازپروری قرار گیرند؛ پایان مهلت شش‌ماهه به‌مثابه قاعده لایحه تشدید مجازات در آذر ۵۹، مؤید آن است. در سال ۶۲، معتاد و قاچاقچی جزو ضد انقلاب قرار می‌گیرند و نه انقلاب که باید از طریق مراکز بازپروری به سالم‌سازی روانی و جسمانی معتادان و توانبخشی آنان پرداخته شود؛ مصوبه ۲۸ فروردین ۶۲ هیئت‌وزیران مبنی بر تغییر رویکرد نسبت به مراکز بازپروری مؤید آن است.

تأثیر این گفتار «حقیقت» اعتیاد بر دستگاه قضایی، در قالب تدابیر قانونی و کیفری خشن و جدی است. نمونه‌ای از این تدابیر قانونی، «ممنوعیت کشت خشخاش و جرم‌شناختن مصرف موادمخدر توسط شورای انقلاب اسلامی در تیر ۱۳۵۹ است که به تبع آن قیمت موادمخدر خصوصاً تریاک بالا می‌رود و سیستم مصرف آن پیرو غیرقانونی اعلام‌کردن تریاک مخفی‌تر می‌شود و این موارد، تأثیر دستگاه قضایی بر تجارت اعتیاد و ایجاد مکانیزم انکار در سیستم اجتماعی را نشان می‌دهد» (اسعدی، ۱۳۷۹: ۵۳). به‌تبع 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 دستگیرشده به زندان قصر و دادگاه ویژه روانه شدند» (روزنامه اطلاعات، ۱۳۵۹/۹/۲۲؛ روزنامه انقلاب اسلامی، ۱۳۵۹/۲/۲۳).

«قاعده مهلت شش‌ماهه درمان مصوبه تیر ۵۹ نشان می‌دهد که گفتارهای پزشکی در جهت سازش با دستگاه حقوقی در راستای جرم‌زایی به کار گرفته می‌شوند و در تعامل با دستگاه‌های قضایی تلاش در جهت بیماری‌شناختن 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 معتادان از مجازات مشروط شده، روند درمان و مراجعه آن‌ها را به درمانگاه‌ها با مسئله روبه‌رو کرد. «نظارت کمیته‌های مبارزه با اعتیاد بر درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها و ورود دستگاه‌های اجتماعی و مذهبی به حوزه درمان اعتیاد و تبدیل مکان‌هایی که کاربری پزشکی نداشته به مکان‌های ترک اعتیاد به‌مثابه 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 به‌مثابه امری در اقتصاد اعتیاد و همچنین شکنجه به‌مثابه سرکوب و اعمال قدرت بر بدن معتاد مشروعیت می‌بخشند، خود از گفتارهای پزشکی به‌مثابه معالجه و درمان مشروعیت می‌گیرند. این در حالی است 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 قوت‌گرفتن قاچاقچی، پرشدن معتادان خرده‌پا در زندان و گسترش اعتیاد و همچنین فضا برای اعدام برخی معتادان، از نتایج و پیامدهای نبود تعادل بین جرائم و مجازات‌ها در لایحه تشدید مجازات در خرداد 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.

براساس این گفتمان، معتاد و خانواده، احساساتی همچون شرم، بی‌ابرویی، تهدید، تحقیر، عبرت‌آموزی، بی‌اعتمادی، جرم، گناه، توبیخ و توهین، اصلاح را تجربه می‌کنند. ذهن معتاد به‌گونه‌ای ساخته شده که همواره معتقد به همدستی همواره مراکز بازپروری با خانواده در تعقیب و کنترل خودش برای اثبات معتادبودن است. به همین دلیل یکی از توهّمات معتاد متأثر از همین کارکرد پلیسی خانواده است. در همین راستا فرد بسیاری از موارد را در کمپ، ساختگی و از پیش تعیین شده تصور می‌کند.

حتی جشن داخل کمپ را که به مناسبت تولد پاک‌پاکی یکی از افراد بود، فکر می‌کردم که به مناسبت ورود من به کمپ، با برنامه‌ریزی خانواده‌ام صورت داده شده است و این‌ها هم ساختگی است (حامد، ۳۵ساله). فکر می‌کردم که از طریق کیس کامپیوتر داخل مغازه مرا کنترل می‌کنند. حتی یک بار آن را باز کردم و سعی کردم به همسرم ثابت کنم. بعدها در جلسات معتادان گمنام تنها کاری که توانستم بکنم این بود که چند نفری را پیدا کنم که آن‌ها هم توهّم داشتند و مرا درک می‌کردند (امید، ۲۹ساله).

ذهن معتاد در حال مصرف به‌گونه‌ای ساخته شده که در آن اعتیاد بی‌بندوباری، فساد و کارتن‌خوابی است، پس تا زمانی که به کارتن‌خوابی نرسیده، توهّم کنترل بر مصرف دارد و باوری به معتادبودنش ندارد. فکر می‌کردم که معتاد کسی است که توی جوی آب هست و چون می‌دیدم لباسم تمیز است و پول هم دارم، پس معتاد نیستم. (سهیل، ۲۲ساله).

ذهن مسئولان کمپ که خودشان معتاد هستند بدین شکل ساخته شده که معتاد درگیر غرور، تنبلی و بی‌مسئولیتی است، پس با خدمت‌کردن در کمپ می‌تواند از تنبلی و بی‌مسئولیتی رها شده و غرورش شکسته شود. به همین دلیل از ابزار اجبار، تحقیر و محرومیت جهت تغییر و عبرت‌آموزی معتاد بهره می‌گیرند و آن را با تکنیک انضباط متأثر از گفتمان بازار که شرح آن داده خواهد شد، تلفیق کرده و به‌عنوان روش کمپ‌داری به کار می‌برند.

در کمپ گفته می‌شود که با خدمت‌کردن، غرور فرد شکسته می‌شود و خوب می‌شود. از افرادی که جای خواب ندارند و نیاز دارند در کمپ بمانند، برای مسئولیت‌های داخل کمپ استفاده می‌کنند و در مقابلش جای خواب به آن‌ها می‌دهند. القابات کمپ این است که ما عاجزکننده‌های قهاری هستیم که خانواده را به عجز رساندیم و متوسل به کارتن‌خوابی شدیم. خود مسئولان کمپ به افراد عذاب‌و‌جدان می‌دهند (سهیل، ۲۲ساله).

در امتداد این گفتمان‌ها، محرومیت، اجبار و انضباط داخل کمپ موجبات احساس رنجش معتادان را ایجاد کرده است.

ذهن خانواده معتاد به‌گونه‌ای ساخته شده که در مقابل او از مکانیزم‌هایی همچون انکار، نصیحت، التماس و ترحم، بی‌آبرویی، ترس، بی‌اعتمادی، تبعیض، احساس گناه دادن، سرزنش، توبیخ و توهین، تحقیر، شرم، کنترل‌های غیرمحسوس و پلیس‌بازی، تخریب و سوءاستفاده و مفت‌بری بهره می‌گیرد و معتاد را دروغگو، انکارکننده، عصبی و گوشه‌گیر می‌بیند.

پذیرش اعتیاد برایم سخت بود. افراد معتاد از نظر من آدم‌های بدبخت، بیچاره، بی‌سواد، بی‌فرهنگ و بی‌تربیتی بوده و والدین بدی دارند. اعتیاد برادرم باعث سرافکنگی، بی‌آبرویی و ننگ ما بود (خواهر، ۴۸ساله).

وقتی از طریق خواهرم متوجه اعتیاد پسرم شدم، در خودم فروریختم و شکستن زانوهایم را حس کردم. با پسر شروع به جنگ و ستیز کردم. مسئول اعتیادش را دوستش می‌دانستم و به نابودی‌اش فکر می‌کردم و اینکه نگذارم به اعتیادش ادامه بدهد. سه یا چهار سال در خفا اعتیاد داشت. فکر می‌کردم که اگر به انژیو هم بیایم یا هر جایی که بگویم فرزندم معتاد است، بی‌آبرویی و بی‌حیثیتی است. فکر می‌کردم معتاد آدم پست و پلید و غیرقابل اعتمادی است، آخرش کارتن‌خواب می‌شود و بی‌بندوبار است. معتاد فردی است که نمی‌تواند آینده‌ای داشته باشد و ناتوان است (مادر، ۵۳ساله).

### قالب معرفتی دوم: گفتار اجتماعی، رویکردی فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی به اعتیاد از طریق نقد گفتارهای مبارزاتی دوره قبلی، اعتیاد به‌مثابه فقدان دانش و ایمان (۱۳۶۴-۱۳۷۴)

گفتار اعتیاد تحت‌تأثیر گفتار اجتماعی است. «حقیقت» اعتیاد، فقدان کار فرهنگی و عرصه تقاضا دانسته می‌شود. کار فرهنگی به‌مثابه تبلیغات و ایمان‌سازی است. تبلیغات رسانه‌ها منفی، تحریک‌کننده و تشدیدکننده اعتیاد است. اعتیاد را به‌مثابه فقدان دانش، ایمان و فراموش شدن فضایل دینی معرفی می‌کنند و از این طریق زمینه‌ای فراهم می‌شود که در آن اعتیاد توسط دانش و از طریق سمینارهای متعدد علمی مورد محاصره قرار گیرد. مرجع استناد این گفتار، نقد بر رویکردهای مبارزاتی و گفتارهای حقوقی در دوره قبلی است (سمینار بررسی مسائل اعتیاد، ۱۳۶۵).

به‌واسطه 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، عرضه و تقاضا معرفی شود. 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 جامعه‌پذیری در حل مسئله اعتیاد تأکید می‌شود. تربیت اجتماعی به‌مثابه آموزش‌های دینی قلمداد شده و از این طریق به گفتارهای مذهبی تعبیر و تقلیل داده می‌شود (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۶/۲/۲۴).

قواعد قانون مبارزه با موادمخدر سال ۶۷، از طریق صدور احکام اعدام و مصادره اموال، شرایط بالارفتن قیمت مواد را فراهم آورد. بالارفتن قیمت مواد نیز موجب همدستی کارکنان زندان در انتقال مواد از طریق رشوه و تبدیل معتاد به خرده‌فروش شد. این مسئله نشان می‌دهد که اجرای قانون در مورد موادمخدر به‌مثابه سیاست تنبیهی، در این دوره به دنبال ریشه‌کن کردن اعتیاد نیست، زیرا زمینه ارتکاب جرم در قالب خرده‌فروشی را فراهم می‌آورد و اینکه بین اقتصاد اعتیاد، سبک مجازات‌ها 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 شکل‌گیری معتادان خرده‌پا گردید (مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). همچنین، در نتیجه تشدید مجازات‌ها و تفکیک مجازات‌ها براساس مواد سنتی و صنعتی و سیاست‌های اعمالی بر معتادان 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 همچون تزریق فراهم شد. قواعد قانون مذکور با اصل قانونی‌بودن مجازات نیز منافات داشت، زیرا در آن سرنوشت محکوم مبتنی بر قدرت بی‌چون‌وچرا و هوس قاضی بود و حقوق متهم هرچه بیشتر نادیده گرفته شده بود (جاهد، ۱۳۷۶).

ورود موادمخدر به‌مثابه جرم بدون توجه به قصد و انگیزه مرتکب و امکان ضبط تمامی اموال مجرم اعم از قاچاق و مشروع در قواعد قانون فوق که در تناقض با اصل ۴۷ قانون اساسی نیز بود، نشان‌دهنده تمرکزناشتن این قانون بر علل جرم است؛ زیرا شناسایی علل جرم، نیازمند شناخت از زندگی معتاد به‌مثابه مجرم و تکنیک بازپروری اوست. درحالی‌که رویه‌های طرد و کنارگذاری در این دوره، در قالب اعمال کارهای سخت و طاقت‌فرسا به‌مثابه مکانیزم تنبیه در اردوگاه‌ها و مراکز بازپروری، بر بدن معتاد کنترل دارد و همچنین به‌واسطه اجرای برنامه‌های زمان‌بندی‌شده به‌مثابه مکانیزم‌های انضباطی، زندگی او را کنترل می‌کند. پس قدرت در این دوره در پی شناخت معتاد و بازپروری او نیست، بلکه هدفش کنترل بدن و زندگی او به‌طور هم‌زمان است.

براساس این گفتمان، معتاد و خانواده احساساتی همچون ناتوانی، بی‌دانشی، بی‌ایمانی، بی‌بندوباری و نصیحت را تجربه می‌کنند. ذهن معتاد لغزش کرده، براساس گفتمان انجمن معتادان گمنام که در امتداد گفتمان انقلابی و اجتماعی قرار گرفته، ساخته شده است؛ زیرا مصرف از نگاه او، کار بد، فساد و بی‌ایمانی است، پس روح معتاد لغزش کرده در عذاب می‌رود، زیرا دانسته کار بدی را انجام داده است.

برنامه معتادان گمنام به تو می‌گوید که این کار (مصرف) بد است. وقتی لغزش می‌کنی، گویی روح در عذاب می‌رود، زیرا می‌دانستی که بد بوده ولی این کار را انجام دادی. احساسات خیلی بالاتر از عذاب وجدان است. پس از لغزش، به راهنما اعتراف کردم و او به من پیشنهاد آمرزش کرد و طلب استغفار کردم (حامد، ۳۵ساله).

متأثر از این گفتمان‌ها، ذهن مسئولان کمپ ساخته شده، پس در کمپ از روش آزمون وجدان جهت کنترل معتاد استفاده می‌شود. همچنین بیکارگی در کمپ نیز موجب لاقیدی و هرزگی شده است. این بیکارگی، کمپ را به محیط فراغت و پشیمانی مبدل کرده است.

در کمپ از هر بیست نفر فقط سه یا چهار نفر فعالیت دارند و بقیه ورق و تخته‌بازی می‌کنند. کارشان بخور و بخواب است. اصطلاح «تبر» برای بیکاران شکل گرفته است (مرتضی، ۲۶ ساله).

ذهن خانواده براساس گفتمان انقلابی، اجتماعی و بازار به‌گونه‌ای ساخته شده که اعتیاد ضعف ایمان، بی‌دوباری و فساد و همچنین بیماری است. پس، با همدستی مسئولان کمپ، او را به کمپ اجباری می‌فرستند. به‌عبارتی، همدستی آگاهانه و سازمان‌یافته‌ای بین خانواده و اعضای کمپ که هر دو به‌مثابه قربانیان اعتیاد هستند، شکل گرفته و تعبیر آن‌ها از این مسئله، کار نیک است.

در حال حاضر من راهنما هستم و بسیاری از خانواده‌ها رهجوهای بنده هستند و می‌بینم که فرزندان‌شان را مرتب به کمپ می‌فرستند و آن‌ها نیز بلافاصله پس از بیرون‌آمدن از کمپ لغزش می‌کنند و خانواده‌ها دوباره آن‌ها را به کمپ می‌فرستند. این افراد حتی دیگر از زندگی بیرون از کمپ و از مصرف مجدد مواد می‌ترسند. خانواده‌ای هست که فرزندش به‌مدت چهار سال در کمپ بوده است. برای اینکه خانواده خیالش راحت باشد که فرد دست به دزدی نمی‌زند و یا بیرون، سرما و گرما نمی‌کشد و باعث نمی‌شود که زندگی بقیه افراد خانواده از بین برود، چاره‌ای جز فرستادن او به کمپ ندارد. به‌گونه‌ای که کمپ حکم خانه دوم را برای این افراد پیدا کرده است (مادر، ۵۴ ساله).

### قالب معرفتی سوم: گفتار اقتصادی، رویکردی اقتصادی به حوزه درمان اعتیاد و ورود بخش خصوصی از طریق همدستی گفتار حقوقی با گفتار فرهنگی-اجتماعی، زمینه‌سازی اعتیاد به‌مثابه بیماری (۱۳۷۴-۱۳۸۱)

گفتار اعتیاد تحت‌تأثیر گفتار اقتصادی است. گفتارهای حقوقی و گفتارهای فرهنگی-اجتماعی با هم زمینه ورود بخش خصوصی را فراهم می‌آورند. در گفتارهای حقوقی اعتیاد، «حقیقت» اعتیاد جرم است. مطابق ماده ۱۵ قانون مصوب ۱۳۷۴ مجمع تشخیص مصلحت، هنوز پروتکل درمانی مشخص یا مراکز درمانی ویژه‌ای برای مراجعه به معتادان پیش‌بینی نشده بود، زیرا ارائه خدمات درمانی به معتادان می‌توانست از مصادیق نقض قانون یا کمک به مجرمان 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 خانواده‌ها و تقاضای آن‌ها به‌مثابه مشتریان را جهت ایجاد مراکز درمان فراهم آوردند. بدین ترتیب، عرصه‌ای ایجاد شد که مراکز خصوصی درمان اعتیاد راه‌اندازی و فعال شوند. پس، در این گفتمان، گفتارهای حقوقی مقوم رویکرد پزشکی و روان‌شناختی با هدف توسعه بخش خصوصی در راستای اقتصاد اعتیاد است. مرجع استناد این گفتار، بخش‌بندی بین پیشگیری و درمان در عرصه تقاضا و ایجاد رقابت بین آن‌ها از طریق گفتارهای فرهنگی و پزشکی است. در این دوره، همواره

کشمکشی بین دستگاه‌های اجرایی و دولتی با دستگاه قضایی وجود دارد که این کشمکش در راستای محدودسازی دولت و خصوصی‌سازی امر درمان اعتیاد است. مراکز درمانی زیرنفوذ دستگاه قضایی بوده و کارکرد پلیسی دارند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۷).

از عواملی که در محتوای اصلاحیه قانون مبارزه با موادمخدر سال ۷۶ وجود دارد و در جهت توسعه خصوصی‌سازی و شکل‌گیری بازار پزشکی آزاد در بحث اعتیاد زمینه‌سازی می‌کند، می‌توان به جرم‌بودن اعتیاد به شکل مشروط، محدودکردن ترک توسط بازه زمانی مهلت شش‌ماهه، تأکید بر مراکز پزشکی در ترک اعتیاد به نسبت مراکز بازپروری، پشتوانه قانونی پیدا کردن وزارت بهداشت به‌مثابه دستگاه اجرایی، اختیار یافتن دانشگاه‌های پزشکی جهت تأسیس مراکز درمانی، پرداخت هزینه‌های مربوط به معتادان بی بضاعت توسط دولت، چند برابر شدن مجازات‌های مبنی بر جرمه نقدی و نصف‌شدن مدت‌زمان حبس‌ها، تغییر حکم اعدام به مصادره اموال، تبدیل حبس و تقلیل مدت اقامت مجرم به مابه‌ازای مالی، مستثنی‌شدن خرید، ساخت، تولید، فروش، ارسال، نگهداری، ورود، صدور، مصرف و حمل مواد ممنوعه توسط مصارف پزشکی و تحقیقاتی اشاره کرد (مهریار، ۱۳۷۷). در این قانون نیز گفتار پزشکی به‌مثابه ابزار جرم‌شناسی، مشروعیت‌بخشی و پوشاندن خطای حقوقی و مجازاتی مطرح شد و در تعامل با دستگاه‌های قضایی، در جهت بیماری‌شناختن اعتیاد و تحقق سودآوری‌های اقتصادی تلاش کرد.

اصلاحیه قانون مصوب سال ۷۶، در راستای سازش بین دستگاه‌های انتظامی و اجرایی با مجرمان و محکومان قانون مبارزه با موادمخدر تسهیل‌گری می‌کند. قواعد برنامه سوم توسعه نیز در تلاش برای خصوصی‌سازی حوزه اعتیاد از طریق محدودسازی دولت در کنار توسعه گفتارهای پزشکی و تأسیس مراکز درمانی است و به حمایت از مؤسسات غیردولتی، توسعه اردوگاه‌های کار و مراکز بازپروری و اصلاح قوانین تأکید دارد (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۷۶). شورای عالی برنامه‌ریزی نیز در جهت توسعه فعالیت‌های کاهش تقاضا در قالب گفتارهای پزشکی و زمینه‌سازی برای شکل‌گیری اعتیاد به‌مثابه بازار تلاش می‌کند (مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). اجرایی‌نشدن طرح درمان معتادان جزء تعهدات بیمه‌ها، نشان‌دهنده سطح رفاه اجتماعی و حمایت‌نکردن دولت از امر درمان معتادان 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 شده و زمینه توسعه و قدرت آن را بدون مداخله دولت فراهم آورد (قهفرخی، ۱۳۹۰: ۵۰۳).

براساس این گفتمان، معتاد و خانواده احساساتی همچون بی‌اخلاقی، ترس، ترحم را متأثر از «حقیقت» اعتیاد تجربه می‌کنند. ذهن معتاد و خانواده براساس سه گفتمان انقلابی، اجتماعی و اقتصادی به شکل ترکیبی به‌گونه‌ای برساخته شده که در موقعیت‌هایی اعتیاد را جرم و در موقعیت‌هایی دیگر آن را بیماری بازنمایی می‌کند و این بازنمایی از طریق واکنش‌های معتاد در کمپ مشهود است.



معتاد در دوره فیزیکی کمپ، می‌خواهد وانمود کند که بیچاره هستم و بعد می‌خواهد بگوید که زندان رفته و زورمند است. در هر دو حالت، دغدغه دیده‌شدن دارد (ایلیا، ۴۷ساله).

براساس گفتمان اقتصادی 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. همچنین، براساس گفتمان بعدی، یعنی بازار که در آن نشانه‌های اقتصادی دیده می‌شود که مسئله رقابت را ایجاد می‌کند و درعین‌حال می‌پذیرد که انحصار عملاً بخشی از منطق این رقابت است، بر ساخت ذهن معتاد به‌گونه‌ای بوده است که مهم‌ترین اصل آن‌ها یعنی رقابت برجسته است. با مصرف، انرژی بالا می‌رود و احساس قدرت می‌آید. تمام چیزهایی که در دنیای واقعی نداری و یا از دست داده‌ای، به دست می‌آید، چون محرومیت و رقابتی نیست. احساس امنیت، اعتماد و توانایی داری و همه چیز تحت کنترل است، نشاط داری و احساس تنهایی و انزوایت گرفته می‌شود (حمید، ۵۴ساله).

#### قالب معرفتی چهارم: گفتار بازار، توسعه خصوصی‌سازی و شکل‌گیری پزشکی آزاد در امر درمان، اعتیاد به‌مثابه بیماری و بازار (۱۳۸۱-۱۳۹۴)

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، به‌گونه‌ای که از سال ۸۱ تا سال ۹۶ حدود بیست‌هزار نفر نیروی کار اعم از پزشک، روان‌شناس، مددکار، مشاور و روان‌پرستار در حوزه اعتیاد اشتغال یافته‌اند.

تربیت ۹۵ درصد از پزشکان حوزه اعتیاد در بخش خصوصی و تشکیل هویت صنفی آن‌ها به‌واسطه سهمیه متادون و از طرفی کنارکشیدن بخش دولتی به دلیل عدم پوشش بیمه‌های دولتی در حوزه درمان اعتیاد و در نظر نگرفتن بودجه برای کلینیک‌های دولتی در وزارت بهداشت و ستاد نشان می‌دهد که بخش خصوصی از طریق تعلق دولت توانسته تمام کارویژه‌های دولت را از طریق کلینیک‌ها و کمپ‌ها جذب و همچنین کنترل ملت را نیز از طریق سیاست اجتماعی کردن مبارزه با اعتیاد در سال ۹۱ به دست گیرد (دفتر برنامه‌ریزی دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر، ۹۴-۱۳۸۵). در کلینیک‌ها، پزشکان و در کمپ‌ها و سمن‌ها، خود معتادان و رویکردهای انجمن معتادان گمنام احاطه دارند. قدرت دست این‌هاست، چون از لحاظ اقتصادی در مدل اقتصادی مسلط، زنده می‌مانند. نظارت بخش دولتی، در حد اعمال بوروکراسی‌های دست‌وپاگیر و ظاهری تقلیل یافته است. پس دولت هم ابژه و هم فضای وقوع بخش خصوصی گردیده است. کلینیک‌ها، کارکرد تحویل و فروش متادون و به عبارتی داروخانه را پیدا کرده‌اند.

در سال ۸۲ سیاست‌های سازمان بهزیستی به سمتی می‌رود که هرچه بخش خصوصی فعال‌تر باشد، بودجه بیشتری به استان‌ها تعلق می‌گیرد و این امر بین آن‌ها رقابت ایجاد می‌کند. البته این در حالی است

که بین مسئولان مجوزها در استان‌ها تمایل به انحصاری کردن وجود دارد. مثال دیگر از تجلی رقابت، در بحث سمن «تولد دوباره» در سال ۸۴ است. در این سال، کمپ‌ها از نظارت سمن تولد دوباره بیرون آمده و به شکل مستقل و غیرمتمرکز آغاز به کار می‌کنند که خود می‌تواند ایجادکننده انگیزه رقابت بین آن‌ها باشد. رویکرد اجتماع‌محور که در سال ۸۲ با کمک بهزیستی، خیرین، بخش خصوصی و مردم و با تشکیل حدود ۴۵۰۰ تیم در کلیه استان‌ها جهت پیشگیری ایجاد می‌شود، با ممانعت متخصصان به دلیل کاسته شدن از قدرتشان مواجه می‌گردد. این امر نشان‌دهنده شورش دانش علمی در مقابل دانش محلی است. همچنین، در این راستا می‌توان به تبدیل انژیوی «تولد دوباره» در سال ۸۴ از یک سمن محلی اجرایی که مرکزدار می‌کرد، به یک سمن دانش‌محور که برنامه برای کشور تولید می‌کند، اشاره کرد. در این دوره، پزشکی در مراجع فرهنگی، حقوقی- قضایی و سیاسی نفوذ دارد، نه آنکه مراجع سیاسی بر پزشکی نفوذ داشته باشد.

در حساسیت‌زدایی از خانواده در قالب رهاکردن معتاد و اعتیاد و یا پذیرش آن‌ها، دو دیسکورس بسیار مؤثر بوده‌اند: یکی دیسکورس انجمن معتادان گمنام و دیگری دیسکورس روان‌شناسی سلامت. انجمن معتادان گمنام از طریق بیماری‌انگاری معتاد، جلوه‌دادن اعتیاد به‌مثابه مسئله‌ای طبیعی و ترغیب خانواده به تمرکز روی خودش و تغییر باورهایش، و روان‌شناسی سلامت نیز از همین طریق و با هدف جلوگیری از طلاق و روابط فرازنشویی تلاش می‌کنند. پزشکان و روان‌پزشکان بحث بیمه‌نداشتن معتادان در بیمارستان‌های دولتی را در کنار بلدنبودن بیمارستان‌ها و بدبینی آن‌ها نسبت به معتادان و همچنین هزینه‌های گزاف بستری در بیمارستان‌های خصوصی را در کنار شوک و رفتارهای مشابه با بیماران روانی درمورد معتادان در این بیمارستان‌ها، به‌عنوان دلایل عقلانی انتخاب کمپ‌های اجباری ذکر می‌کنند. واگذاری مدیریت سمن‌ها و کمپ‌ها به خود معتادان نمایانگر آن است که در درون نظام اقتصادی- سیاسی مسلط، معتادان در شبکه قدرت، هم در موضع اطاعت از قدرت و هم در موضع اعمال قدرت هستند. تأثیر گفتمان انجمن معتادان گمنام بر ذهن معتادان و خانواده‌های آنان بیشتر از توصیه‌های روان‌پزشکی است 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 معتادان گمنام است؛ یعنی مواردی که هم در گروه معتادان و هم در گروه خانواده معتادان فقدان آن‌ها وجود دارد.

براساس این گفتمان، معتاد و خانواده احساساتی همچون انکار، انگ‌زنی، رقابت، تبعیض، مفت‌بری، زائیدبودن، ندامت، عذاب وجدان، بزرگ‌نمایی توأم با خشم، پلیس‌بازی و کنترل نامحسوس را تجربه می‌کنند. ذهن معتاد براساس گفتمان‌های مسلط بر جامعه که همواره مبتنی بر تفاوت، تمایز و تقسیم‌بندی دوتایی معتاد و غیرمعتاد، آدم عادی و غیرعادی، بیمار و غیربیمار، مجرم و غیرمجرم بوده‌اند، ساخته شده است. حتی در معتاد بهبودیافته نیز این حس تمایز و بزرگ‌نمایی به‌گونه‌ای دیگر وجود دارد و این امر مانع از ارتباط و احساس تعلق او به جامعه گردیده است.

اعتیاد، بی‌خدایی است، چون فقط خدا نجاتش می‌دهد. معتادان بنده‌های برگزیده و متفاوت خدا هستند و با یک معتاد می‌توان خدا را اثبات کرد، چون اعتیاد از خلأ و بی‌خدایی می‌آید. نقاط مشترک افراد بهبودیافته همان نور است. عین آمار، معتادان می‌دانند که بنده خاص خدا هستند. خلأ معنوی همان کثافت‌کاری معتاد است (الهه، ۴۲ساله).

ذهن کمپ‌داران براساس گفتمان‌های مسلط بر «حقیقت» اعتیاد ساخته شده است. به‌گونه‌ای که در کمپ‌ها، افراد قلدر و ناآرام و همچنین افرادی که سابقه شرارت و کارتن‌خوابی دارند، در ابتدا از طریق محبت‌کردن، کنترل می‌شوند. در مرحله بعدی، آن‌ها را قرصی و تبدیل به رباط می‌کنند. به‌گونه‌ای که این افراد در برابر برخی کنش‌های معین، واکنش‌های معین و ثابتی از خود نشان می‌دهند.

زیادماندن در کمپ خیلی بد است. فردی دو سال است که در این کمپ بستری شده و دیوانه شده و با گل‌های روی دیوار حرف می‌زند و اعتمادش از بین رفته است. از سه روز تا شش‌ماهگی‌اش را در حال شمارش است. فردی را که کمپ را به هم می‌ریزد و دعوا راه می‌اندازد، بعد از یک ماه قرصی می‌کنند تا اینکه تبدیل به رباط شود؛ دیگر هیچ حس و واکنشی ندارد (سپهیل، ۲۲ساله).

ذهن معتاد متأثر از گفتمان بازار و در امتداد آن است. مهم‌ترین اصل این گفتمان و اقتصاد حاکم بر آن، ترغیب برای رقابت و انحصارگرایی است.

مصرف مواد حس قدرت و شجاعت را به من می‌داد. قوای جنسی را زیاد می‌کرد. شیشه را برای این مصرف می‌کردم که زود به خواسته‌هایم برسم. دوست داشتم با پایپ‌های خاص، شیک و باکلاس مصرف کنم و افرادی را که این‌طور مصرف می‌کردند دوست داشتم. گرفتن فندک و پایپ و بالا و پایین رفتن مواد، به من حس مدیریت و کنترل می‌داد و لذت می‌بردم (حامد، ۳۵ساله).

تحت تأثیر مفهوم «تمایز» که متعلق به گفتمان بازار است، ساختار و ترکیب جمعیتی کمپ‌ها ساخته شده است. ناهمگونی افراد در کمپ، مانع از هرگونه همبستگی در میان آن‌ها می‌شود که پیرو آن، کنترل بر کمپ ممکن شده و همچنین تشکیل گروه‌های مختلف موجب ردوبدل شدن تجربیات، جرم‌زایی و تغییر کارکرد کمپ‌ها به زندان شده است.

عدم تفکیک در کمپ بد است، چون بودن بزرگ‌ترها در کنار کوچک‌ترها مشکلات اجتماعی و نگاه‌های جنسی ایجاد می‌کند (سپهیل، ۲۲ساله).

کمپ مثل زندان است و احساس تفاوت در آن وجود دارد، چون تقسیم‌بندی وجود ندارد؛ زنی که گلوله توی کمرش است و شیشه تولید می‌کند نیز آنجا بود (لیلا، ۳۹ساله).

ذهن معتادان براساس گفتمان بازار که در آن خانواده با کمپ‌ها در دستگیری و اقامت معتادان همدستی دارد، ساخته شده است. معتادان از این همدستی رنجش دارند و در امتداد آن، به رشوه‌های دوستانه تا باج‌گیری‌های صریح در ارتباط با خودشان اشاره می‌کنند.

هرکسی که مریض می‌آورد، از رئیس کمپ درصد می‌گیرد و با اینکه کمپ تمایلی است، ولی به‌اجبار فرد را می‌آورند و چند دوره نگه می‌دارند. منطق این نگهداری آن است که فرد پاک

می‌ماند، خانواده خیالش راحت می‌شود که فرزندش در خیابان نیست و صاحب کمپ هم پول بیشتری به دست می‌آورد؛ به عبارتی، همه سود می‌برند. مسئول کمپ به ما بچه‌های طردی می‌گوید و ابراز می‌کند که برای ثواب ما را در کمپ نگهداری می‌کند. به گونه‌ای که پدیده «مارکوپولو» یا «بیوی» کمپ‌ها شکل گرفته است؛ یعنی افرادی که مرتب در رفت و بازگشت به کمپ‌ها هستند (علیرضا، ۲۷ساله).

گفتمان انجمن معتادان گمنام با این فرض که فرد می‌تواند از بدو تولد و از شکم مادرش درگیر این بیماری بوده باشد، در اشتراک و امتداد با گفتمان اقتصادی و بازار قرار می‌گیرد که اعتیاد را یک بیماری می‌دانند که خودخواسته نیست و از این طریق آن را امری طبیعی جلوه می‌دهند و نه امری اجتماعی. براساس این پیش‌فرض‌ها، زمینه بی‌مسئولیتی و توجیه‌کردن، ترس از برگشت به بیماری و تصور کارتن‌خوابی در زمان بهبودی برای فرد معتاد فراهم می‌آید. همچنین، در موقعیت‌هایی، این بیمارانگاری برای معتاد تولید انگ می‌کند و احساس حقارت و ترحم را در او ایجاد می‌نماید.

بیماری بودن اعتیاد من را از بار مسئولیت یک‌سری چیزهایی که خودم خراب کردم خلاص می‌کند. دیگر عذاب وجدان ندارم، چون گردن بیماری می‌اندازم (حسن، ۵۶ساله).  
در مواردی بیماری گفتن اعتیاد حس خوبی را به فرد نمی‌دهد، زیرا موجب می‌شود که دیگران به او ترحم کنند. اینکه به فرد گفته می‌شود تا آخر عمر بیمار است، در او ترس از مصرف دوباره را ایجاد می‌کند. با خود می‌گویم که نکند در آخر کارتن‌خواب بشوم (لیلا، ۳۹ساله).

براساس گفتمان انجمن معتادان گمنام، ذهن معتاد بهبودیافته ساخته شده است. او اعتیاد را یک بیماری کاملاً انسانی-معنوی قلمداد می‌کند، به گونه‌ای که دروغ را لغزش معنوی می‌داند. اصل گمنامی در این گفتمان، از معتاد در مقابل گفتمان‌های مسلط بر «حقیقت» اعتیاد که همگی اعتیاد را بی‌آبرویی دانسته‌اند، محافظت می‌کند.

چون خانواده و جامعه اعتیاد را نمی‌شناسند، اعتیاد برایشان بی‌آبرویی و ترحم است. گمنامی را نباید شکاند. چنانچه متوجه شوند که کسی معتاد است، فکر می‌کنند که زمان مصرف، دزدی و روسپی‌گری کرده است (لیلا، ۳۹ساله).

براساس تمامی گفتمان‌های مسلط بر «حقیقت» اعتیاد که همواره اعتیاد را به مصرف مواد تقلیل داده‌اند و درگیر کنترل، تعقیب، سوءظن و انگ‌زنی به معتاد بوده‌اند، ذهن زنان مصرف‌کننده به گونه‌ای ساخته شده که دائم درگیر قضاوت و مورد سوءظن قرار گرفتن از سوی دیگران است و این عامل مانع از پاک‌ی یا مطرح‌شدن آنان در زمان پاک‌ی شده است.

آمار پاک‌ی مردها بعد از خروج از کمپ بیشتر است. چون بزرگ‌ترین مشکل زن مصرف‌کننده مصرف‌کردن است. از خانه فراری می‌شود برای اینکه مصرف‌کننده در شرایط فعلی بهزیستی پر از بچه‌های روابط نامشروع است. تدبیر جامعه ایران امروز نیز در این مورد، گذاشتن طرح عقیم‌سازی زنان و طرح جمع‌آوری زنان متجاهر معتاد است. زن مصرف‌کننده فردی دیده می‌شود که همه کار می‌کند (سوگند، ۲۷ساله).

بازنمایی گفتمان جنسیتی و بازار به شکل ترکیبی، احساس تمایز و رقابت زن را در گروه همجنس ایجاد کرده که این احساسات از نگاه تحقیرآمیز او نسبت به جنس زن نشئت می‌گیرد.

فکر می‌کردم زن یعنی حریم خصوصی نداشتن و ضعیف‌بودن، و من همه این‌ها را در مادرم می‌دیدم و می‌گفتم من این‌ها نیستم، پس نمی‌خواهم زن باشم. دوست داشتم در جمع زنان و هم‌جنسانم، یک تمایزی داشته باشم. می‌خواستم خارج از چرخه طبیعت زن و در سختی‌ها مردانه باشم (سوگند، ۲۷ساله).

ذهن خانواده پس از ورود به گروه خانواده‌های معتادان گمنام براساس دو گفتمان انجمن معتادان گمنام و روان‌شناسی سلامت، ساخته می‌شود. خانواده می‌پذیرد که معتاد جزو تقدیر اوست، زیرا این گفتمان‌ها، بیماری اعتیاد را ذاتی و امر طبیعی جلوه می‌دهند که به واسطه امر اجتماعی فهمیده نمی‌شود.

در گروه خانواده معتادان گمنام به من گفته شد که فرزند تو با بیماری متولد شده و من که تا آن زمان همه تقصیر را گردن اجتماع و خود می‌انداختم، به این نتیجه رسیدم که این بیماری ریشه در وجود انسان دارد. امروز فرزند معتادم را جزو تقدیر خودم و مصلحت خدا گذاشتم (پدر، ۴۸ساله).

طبق گفتمان بازار، ذهن خانواده به گونه‌ای ساخته می‌شود که بیشترین مسئولیت را نسبت به معتاد دارد و در امتداد آن، گفتمان انجمن معتادان گمنام از طریق جلوه‌دادن اعتیاد به مثابه امر طبیعی، خانواده را از احساس تقصیر، تسکین می‌دهد و این‌چنین از خانواده حساسیت‌زدایی می‌شود. گفتمان روان‌شناسی سلامت نیز که همواره خانواده را برای رهاکردن معتاد ترغیب می‌کند، با دیسکورس انجمن معتادان گمنام در این باور، گره دارد. این‌گونه است که خانواده‌ها که ذهنشان متأثر از این گفتمان‌ها به شکل ترکیبی ساخته شده، مرتب معتاد را به کمپ می‌سپارند یا از خانه بیرون می‌کنند.

من معتادم را از خانه بیرون انداختم و افراد خانواده را در این امر با خودم همدست کردم. سه روز بیرون بود و گفتم تا زمانی که خوب نشود، به خانه راهش نمی‌دهم. پا روی احساسات مادری‌ام گذاشتم که توانستم قبل از کمپ پسر را از خانه بیرون کنم (مادر، ۶۲ساله).

براساس اصل گمنامی در گفتمان انجمن معتادان گمنام، ذهن خانواده‌ها به گونه‌ای ساخته شده که در مواردی به انکار معتادبودن فرد از سوی آن‌ها در مواقع حساسی همچون ازدواج یا در روابط فرازنشویی منجر می‌شود.

اصول برنامه خانواده معتادان گمنام به من می‌گفت که باید گمنامی اعتیاد فرزندم را حفظ کنم، پس در مراسم خواستگاری او اعتیادش را فاش نکردم و بهانه بی‌پولی را آوردم (مادر، ۵۳ساله).

## ۵. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که قدرت، نه تنها گفتمان‌های مسلط «حقیقت» اعتیاد از سال ۱۳۵۷ تاکنون را شکل داده، بلکه همواره ذهنیت معتادان و خانواده‌ها را متأثر از همین گفتمان‌ها ساخته است.

تکنیک‌ها و روندهای قدرت را از پایین‌ترین لایه، یعنی از طریق مطالعه طردها و تفسیرهای خود معتادان، تحلیل کردیم و مطالعه این روند نشان داد که چطور قدرت‌های عمومی‌تر یا منافع اقتصاد سیاسی توانسته‌اند به بازی این تکنولوژی‌های قدرت در حوزه اعتیاد که بی‌نهایت کوچک‌اند، یعنی معتادان به‌مثابه ابژه‌ها راه پیدا کنند و از این طریق بازنمایی و بازتولید شوند.

همواره از طریق تقسیم‌بندی‌های دوتایی و نشانه‌گذاری در تمامی این گفتمان‌ها، امکان شکل‌گیری شیوه‌های دیگر بودن معتاد، هم برای خود معتادان و هم برای خانواده و اجتماع منتفی شده است. دانش با چرخش گفتمان اعتیاد از جرم به بیماری، موجب به‌کارگیری و تمرکز بر «تکنولوژی‌های خود» جهت ابژه‌سازی معتاد شده و پیرو آن، با بیمارانگاری معتاد مکانیزم‌های قدرت از بیرون متوجه درون و ذهن او شده است. کارگزاران «تکنولوژی‌های خود»، پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران و خود معتادان بوده‌اند که همواره در همدستی با هم و از طریق درونی‌سازی مکانیزم‌های قدرت، معتاد و خانواده را به پذیرش و تسلیم رهنمون شده‌اند. به‌گونه‌ای که برنامه‌های بی‌شمار مشاوره، راهنمایی، درمان در بسیاری از بخش‌های زندگی کنونی معتاد و به‌ویژه در زمانی که تحریم‌های دستگاه سیاسی-قضایی دیگر راه به جایی نمی‌برند، ابزار بسیار نیرومندی برای کنترل اجتماعی معتادان شده‌اند.

در دهه‌های اخیر، از طریق این گفتمان‌ها همواره کوشیده شده تا اعتیاد همچون حقیقتی ناشناخته در اعماق روح معتاد کشف شود، به‌جای آنکه به این اندیشیده شود که «حقیقت» اعتیاد بر مبنای گفتمان، تا چه حد حقیقی و صادق است. پس معتاد در تمامی این دهه‌ها، در درون خود و در برون جامعه همواره در محاصره قدرت بوده است، به‌گونه‌ای که «جامعه» و «ذهن» به‌مثابه دیوارهای زندان او در این برهه از تاریخ عمل کرده‌اند. نتیجه آنکه «خود» معتاد غیر از هم‌بسته تاریخی تکنولوژی‌های برساخته طی این چند دهه تاریخی پس از انقلاب ۱۳۵۷ در ایران چیزی نبوده است.

در توهمات افراد مصرف‌کننده شیشه که طبق اظهارات آن‌ها این توهمات در اتفاقات و تجربیات دوران کودکی ریشه دارد، چالش‌هایی که فرد با گفتمان‌های مسلط چند دهه اخیر داشته، به‌نوعی بازنمایی می‌شود که بعضاً از سرکوب‌های خانواده و جامعه حکایت می‌کند. این موارد نشان می‌دهد که مصرف، پاسخ به ذهنی است که براساس گفتمان خانواده و جامعه شکل گرفته و در مواردی آزار دیده است و همچنین نشان‌دهنده رابطه اعتیاد با جامعه‌شناسی کودکی است که کنکاش و بررسی دقیق‌تر در این حوزه را الزامی و ضروری می‌کند.

تجربه زنان معتاد، نشان‌دهنده برساخت ذهن آنان با مکانیزم‌های قدرتی مبتنی بر جنسیت در گفتمان بازار که عبارت‌اند از تمایز، رقابت و کالاشدگی و... و رویکردهای تبعیض جنسیتی در گفتمان جنسیتی مسلط بر «حقیقت» اعتیاد از سال‌های ۱۳۵۷ تا کنون است که مطالعه اعتیاد زنان را در ارتباط با دو حوزه جامعه‌شناسی انتقادی و جنسیتی در ایران الزامی و ضروری می‌کند. مواردی همچون تمایلات همجنس‌گرایانه در کمپ به دلیل داشتن روابط جنسی متعدد و سوءاستفاده‌های جنسی از زنان معتاد در

زمان اعتیادشان و...، همگی نشان‌دهنده رابطه اعتیاد با سکسوالیته است که کنکاش و بررسی دقیق‌تر در حوزه جامعه‌شناسی سکس در ایران را در طی این دهه‌ها الزامی و ضروری می‌کند.

### منابع

- آرنت، هانا (۱۳۹۴) *توتالیتاریسم*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر ثالث.
- آگامبن، جورج (۱۳۹۵) *وضعیت استثنایی*، ترجمه پویا ایمانی، تهران: نشر نی.
- اسمارت، بری (۱۳۸۵) *میشل فوکو*، ترجمه چاووشیان و جوافشانی، تهران: نشر کتاب آمه.
- بر، ویوین (۱۳۹۴) *برساخت‌گرایی اجتماعی*، ترجمه اشکان صالحی، 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 و امیر هوشنگ مهریار (۱۳۸۶) *اعتیاد: پیشگیری و درمان*، تهران: نشر پیکان.
- فیلیپس، لوئیز و ماریان یورگنسن (۱۳۸۹) *نظریه و روش در تحلیل گفتمان*، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل (۱۳۹۰) *گفتمان و حقیقت*، ترجمه علی فردوسی، تهران: نشر دیبایه.
- فوکو، میشل (۱۳۹۰) *باید از جامعه دفاع کرد*، ترجمه رضا نجف‌زاده، تهران: نشر رخ‌داد نو.
- فوکو، میشل (۱۳۸۹) *تولد زیست سیاست*، ترجمه رضا نجف‌زاده، تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل (۱۳۷۸) *تولد زندان*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل (۱۳۸۴) *پیدایش کلینیک*، ترجمه یحیی امامی، تهران: نشر نقش و نگار.
- فوکو، میشل (۱۳۸۳) *اراده به دانستن*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل (۱۳۷۷) *تاریخ جنون*، ترجمه فاطمه ولیانی، تهران: نشر هرمس.
- فوکو، میشل (۱۳۷۸) *نظم گفتار*، ترجمه باقر پرهام، تهران: نشر آگه.
- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۰) *اعتیاد در ایران*، تهران: نشر ثالث.
- انجمن معتادان گمنام (۱۳۷۹) «جزوه اطلاعات عمومی».
- ابراهیمی، محمدرضا (۱۳۹۲) «بررسی نقش پذیرش اجتماعی جوانان در کاهش آمادگی به اعتیاد»، طرح تحقیقاتی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- برجعی، احمد (۱۳۸۹) «اثر بخشی روان درمانی مثبت در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی.
- پیرزاد، حجت‌الله (۱۳۹۴) «بررسی نقش عملکرد خانواده و نظام ارزشی در پیش‌بینی گرایش به مواد مخدر در دانش‌آموزان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی.
- جهانتاب، محمد (۱۳۹۴) «بررسی میزان آگاهی جوانان شهر تهران از پدیده اعتیاد»، خلاصه کتاب‌ها و طرح‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر.

حسینی، سیداسماعیل (۱۳۹۴) «رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دلبستگی با گرایش به موادمخدر با میانجی‌گری ذهن‌آگاهی و خودکنترلی در بین دانشجویان پسر دانشگاه تبریز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز.

حکیمی، داریوش (۱۳۹۴) «بررسی رابطه خشم و پرخاشگری با وضعیت گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر مدارس متوسطه تبریز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه آزاد تبریز.

دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست‌جمهوری، کتاب سال ستاد مبارزه با موادمخدر، سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۶.

سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۸) «برنامه درمان معتادان»، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (۱۳۸۳) «لابحه برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی».

سلیمی‌کیا، سمیه (۱۳۹۴) «اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان متادون در مراکز درمانی سوءمصرف مواد شهر سنندج»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه آزاد واحد سنندج.

علی‌زاده، مهناز (۱۳۹۶) «برساخت اعتیاد و روند ابژه‌سازی معتاد در دهه‌های پس از انقلاب اسلامی ایران»، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

علی‌زاده، مهناز (۱۳۹۶) «قالب‌های معرفتی اعتیاد و ابژه‌سازی معتاد در ایران پس از انقلاب ۱۳۵۷»، مقاله پذیرش‌شده دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی در مجله مطالعات جامعه‌شناختی دانشگاه تهران.

فرامرزی، مهدی (۱۳۹۱) «بررسی چگونگی بازنمایی مسئله اعتیاد و معتادان در فیلم‌های سینمایی ایران پس از انقلاب اسلامی»، طرح تحقیقات ستاد مبارزه با موادمخدر به نظارت اسماعیل سعدی‌پور.

فیروزی ارنان، رسول (۱۳۹۴) «رابطه بین باورهای دینی و بحران هویت با گرایش به موادمخدر»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز.

کدیور، مریم (۱۳۹۴) «اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ارتقای هوش هیجانی، بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان.

کاظمی، مسعود (۱۳۹۳) «تأثیر مجازات اعدام در بازدارندگی ارتکاب جرائم موادمخدر و روان‌گردان‌ها»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جرم‌شناسی دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات شاهرود.

مرادی، شیدا (۱۳۹۴) «بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر افکار و سوسه‌انگیز معتادان مصرف‌کننده موادمخدر تحت درمان با متادون»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی دانشگاه آزاد سنندج.

ناصری، اسماعیل (۱۳۹۳) «کارآمدی طرح‌واره درمانی دوجبهی در درمان مردان وابسته به موادمخدر مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی»، پایان‌نامه دکتری روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی.



ولیان، امیرعلی (۱۳۹۴) «بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری خانواده‌ها با گرایش به اعتیاد به موادمخدر در بین دانش‌آموزان پسر (پایه سوم متوسطه) شهرستان ایوان غرب»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه شهید بهشتی تهران.

Ferentzy, Peter(2002) "Foucault and Addiction", *Telos: Critical Theory of the Contemporary* 2002. (125):167-191,

Pereir, Margaret (2013) *Governing Drug Use among Young People: Crime, Harm and Contemporary Drug Use Practices*, School of Justice, Faculty of Law, Queensland University of Technology.