

Phenomenology of the Lived Experiences of Recovering Addicts and Their Families in Social Networks

Mahin Sheikh Ansari 

Postdoctoral Graduate, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Iran
mahin.sh.ansari@gmail.com

Abstract

This research tries to gain a better understanding of the social phenomenon of addiction through a phenomenological studying of the lived experience of recovering addicts and their families. The data has been collected by documentary and qualitative methods. The samples in the direct observation method were the meetings of recovering addicts NA, Congress60, and families of addicts. Samples in the in-depth interview method were recovered addicts, psychologists and psychiatrists. The results of the research show one of the causes of addiction is "experiential avoidance". These results show that after the first use, the addict feels that "his life has just started" and "I found peace" while the addict's family experiences moments of fear and panic, and blames him. For the reason, the addict and his family become outside of the scope of each other's understanding and this becomes a factor for the continuation of his addiction and relapse. These results show families learn in support group meetings, that by changing their lifestyle and behaving correctly with their addict, which they express with the term "let go with love," they help to their addict's recovery or at least organize their own lives so they do not become victims of their addict. The results show some addicts have been able to get treatment and stay in recovery by participating in the meetings of NA or the Congress60. Also, families and therapists are faced with the two paradoxes: considering an addict as a criminal or not after committing a crime, and their voluntary or forced withdrawal.

Keywords: Addiction, Addiction treatment, Camp, Experiential avoidance, Lived experience, Relapse of addiction.



Social Problems of Iran

Journal, Vol. 16, No. 1, Spring 2025, 121-160

Received: 3/11/2024 Accepted: 17/1/2025

ISSN: 2476-6933

2476-695X© The Author(s). Published by Kharazmi University



Extended Abstract

1. Introduction

According to published statistics, more than 90% of addicts relapsed after treatment in 2018, and this figure rose to over 94% by 2024. This alarming increase in relapse rates highlights the persistent challenges in addiction recovery. The reasons for addiction and relapse generally remain consistent across cases. Sheikh Ansari (2019) posits that individuals who resort to addictive substances often suffer from what he terms as a 'mental illness of addiction.' This illness is not merely a personal failing but rather a condition rooted in the individual's social network and relational dynamics. One primary reason for relapse is that after ceasing substance use, individuals often find themselves reintegrated into the same unhealthy social environment that initially fueled their addiction (Sheikh Ansari, 2019: 227). Those affected by the 'mental illness of addiction' typically lack the resilience needed to confront life's realities. Furthermore, they struggle to find energy and vitality in their lives, perceiving existence as dull and meaningless, and are constantly in search of an illusory sense of fulfillment (Sheikh Ansari, 2019: 128). Hayes (1999) attributes this phenomenon, which he calls the 'panic of life,' to the process of socialization within the family, linking it to a concept known as 'experiential avoidance.' Experiential avoidance is defined as the tendency to evade or suppress contact with unpleasant private experiences such as distressing thoughts, emotions, and bodily sensations (Bach et al., 2014: 16). This study aims to explore the lived experiences of recovering substance users and their families (considered integral components of the individual's social network) using a phenomenological approach. The goal is to achieve a more nuanced understanding of how interactions within this network contribute to addiction and relapse.

2. Methodology

This research adopts an interpretive phenomenological approach, emphasizing the lived experiences and subjective realities of the participants. Data were collected using documentary analysis, direct observation, and in-depth interviews. Heidegger (2024) highlights the relational nature of human existence, asserting that Dasein is not merely an isolated 'I' but inherently involves connections with others ('you'), indicating that existence is fundamentally shared and mediated through relationships (Heidegger, 2024: 328). Therefore, the direct observation method focused on public recovery meetings such as NA (Narcotics Anonymous), Congress60 sessions, and family support groups including Nar-Anon, Cmanon, and co-travelers. In-depth interviews were conducted with a diverse group of clinical psychologists, psychiatrists, and peer mentors from

specialized addiction treatment camps (Chitgar, Neday-Aramesh, Verdij). The validity of this study was ensured by employing triangulation through multiple data sources (family members, peer mentors, psychologists) and a combination of data collection methods (document analysis, interviews, observations).

3. Findings

The study revealed that individuals who are susceptible to addiction often display signs of the ‘mental illness of addiction’ even before their initial substance use. This finding underscores the notion that addiction is not solely a consequence of substance exposure but is often rooted in unresolved psychological and social issues. Zafar, a peer support worker at NA, commented: ‘People who become addicted had their personality development stalled at a stage. I didn’t have the ability to cope with life, so I needed a drug to help me get through it.’ Additionally, the research highlights a growing trend among young people to turn to stimulants as a quick fix to cope with academic pressures. A psychologist from the Vardij Camp noted: ‘Most individuals admitted here have at least a high school diploma and are primarily users of stimulant drugs. They use these substances as performance enhancers for exams, under the belief that they can quit afterward. However, this intention often fails as dependency develops.

Moreover, the study indicates that family dynamics play a critical role in the development and perpetuation of addiction. Some families, in their effort to protect their children, inadvertently deprive them of the ability to make independent choices and face real-life challenges. This overprotectiveness can foster experiential avoidance, wherein individuals avoid confronting difficulties, leading to addiction as an escape. Azim, a peer support mentor, remarked: ‘Another issue is how children are raised. They grow up without responsibility. They are not allowed to live, go out, or build relationships.’

When addiction becomes evident, the family often reacts with fear, confusion, and anger, further alienating the addicted individual. This sense of isolation can push the addict toward peers who also misuse substances, reinforcing the addiction cycle. Peer mentors within recovery communities emphasize that inappropriate family responses during this critical period can significantly hinder recovery. As Azim observed: ‘If the family doesn’t know how to deal with addicts, their presence can be more harmful than their absence.

4. Conclusion

This study concludes that the contrasting perceptions between addicts and their families—where the addict feels that life has ‘just begun’ after initial use while the family experiences fear and panic—creates a communicative gap that perpetuates addiction. Families who participate in support groups such as Cmanon, Nar-Anon, or co-travelers often learn to adopt healthier behavioral strategies, summarized as

‘letting go with love.’ This philosophy involves maintaining an open home environment, establishing clear behavioral boundaries, providing emotional support without enabling addiction, and releasing control by entrusting the situation to a higher power. The research also underscores the persistent dilemma faced by families and therapists: balancing the perception of the addict as a criminal after unlawful acts against the need for compassionate, voluntary treatment. Participation in NA or Congress60 meetings has enabled some addicts to maintain long-term recovery. However, even those who have achieved sustained sobriety continue to battle the fear of relapse, demonstrating that recovery is an ongoing process rather than a definitive outcome.

Keywords: Addiction, Addiction Treatment, Recovery, Experiential Avoidance, Lived Experience, Relapse.

پدیدارشناسی تجربه معتادین در حال بهبودی و خانواده آن‌ها در شبکه روابط اجتماعی

مهین شیخ‌انصاری^۱ 

چکیده

این پژوهش سعی دارد با مطالعه پدیدارشناسانه تجربه زیسته فرد مصرف‌کننده در حال بهبودی و خانواده او، درک بهتری از پدیده اجتماعی اعتیاد و بازگشت به آن به دست آورد. داده‌های تحقیق با ترکیبی از تکنیک‌های مشاهده و مصاحبه جمع‌آوری شدند. مشارکت‌کنندگان در مشاهده مستقیم، جلسات همدردی NA، کنگره ۶۰ و خانواده‌های مصرف‌کنندگان بودند. در مصاحبه عمیق نیز، مشارکت‌کنندگان شامل ۱۱ نفر از روان‌پزشکان، روان‌شناسان و هم‌تایان بودند. نتایج نشان داد که برخی از خانواده‌ها فرصت تجربه کردن را از فرزندان خود سلب کرده‌اند و این «اجتناب تجربه‌ای» یکی از دلایل اعتیاد فرزندان آنان به شمار می‌رود. بر اساس این نتایج، فرد مصرف‌کننده پس از اولین مصرفش احساس می‌کند «زندگی‌اش تازه روبه‌راه» شده و «به آرامش رسیده» است. درحالی‌که خانواده او پس از آگاهی از اعتیادش، لحظاتی پُر از نگرانی و هراس را می‌گذراند و او را شماتت و سرزنش می‌کند. این عواطف منفی که آنان نسبت به یکدیگر دارند، باعث می‌شود تا از حوزه درک و فهم متقابل یکدیگر خارج شوند و این امر، باعث تداوم مصرف و بازگشت او به اعتیاد می‌گردد. برخی از خانواده‌ها در جلسات همدردی یاد می‌گیرند که با تغییر سبک زندگی خود و با رفتار صحیح با فرد مصرف‌کننده که آن را در قالب اصطلاح «رها کردن با عشق» بیان می‌کنند، به درمان او کمک کنند و یا حداقل به زندگی خود سروسامان بدهند که قربانی فرد مصرف‌کننده‌شان نشوند. همین نتایج نشان می‌دهند که برخی از مصرف‌کنندگان با شرکت در جلسات همدردی NA و کنگره ۶۰ توانسته‌اند درمان شوند و پاک بمانند. همچنین، برخی از خانواده‌ها و فعالان حوزه درمان با دو پارادوکس مجرم‌دانستن یا ندانستن فرد مصرف‌کننده پس از ارتکاب جرم و درمان داوطلبانه یا اجباری او روبرو هستند. کلیدواژگان: اعتیاد، اجتناب تجربه‌ای، بازگشت به اعتیاد، تجربه زیسته، درمان اعتیاد.

۱. پژوهشگر مستقل و پست‌دکتری دانشگاه تهران، تهران، ایران / mahin.sh.ansari@gmail.com



تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۸

فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال شانزدهم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۱۲۱ تا ۱۶۰

ISSN: 2476-6933

2476-695X© The Author(s). Published by Kharazmi University



۱. بیان مسئله

پژوهش‌های علوم اجتماعی در بسیاری از کشورها نقش اساسی در سیاست‌گذاری‌ها در زمینه مبارزه با اعتیاد دارند. در فرانسه، یکی از محورهای استراتژی ملی، افزایش دانش و تخصص در زمینه اعتیاد است. این استراتژی بر پایه یک برنامه مطالعاتی معین چندساله و مشاهده تغییرات ایجادشده در الگوی مصرف قرار دارد. سوئیس هم کشوری است که سیاست‌گذاری‌های خود در زمینه مقابله با مواد مخدر را تحت تأثیر نتایج و یافته‌های پژوهش‌های علمی قرار داده است (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰: ۸۵). این در حالی است که در تحقیقی به سفارش دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، نقاط ضعف در «زیرساخت‌های مبارزه با اعتیاد، ناشی از کمبود پژوهش‌های بنیادین و بومی در حوزه درمان، بازتوانی و کاهش آسیب‌های اعتیاد برشمرده شده است (روشن پژوه، ۱۳۹۶: ۳۳).

بر اساس آمارهای منتشرشده در سال ۱۳۹۷ بیش از ۹۰ درصد (رحیمی، ۱۳۹۷) و در سال ۱۴۰۳ بیش از ۹۴ درصد از معترضان پس از درمان دوباره به مصرف مواد روی می‌آوردند (رحمانی، ۱۴۰۳) که دلایل اعتیاد و بازگشت به اعتیاد آن‌ها معمولاً یکسان است. با توجه به این مسائل، پژوهش در زمینه دلایل اعتیاد و بازگشت به آن دارای اهمیت ویژه‌ای است. شیخ‌انصاری (۱۳۹۸: ۲۲۷) در این باره مطرح می‌کند فردی که به سمت مصرف مواد اعتیادآور می‌رود، «بیماری ذهنی اعتیاد» دارد و این بیماری را از شبکه روابط اجتماعی خود گرفته است و یکی از دلایل بازگشت اعتیاد او، این است که پس از قطع مصرف مواد اعتیادآور، دوباره در همان شبکه روابط اجتماعی ناسالم قرار می‌گیرد. نتایج تحقیقات او نشان می‌دهد که شبکه روابط اجتماعی و فعالیت‌های مصرف‌کنندگان در حال بهبودی در کنگره ۶۰ و NA یکی از عوامل مؤثر در «درمان» اعتیاد و «پاکی» آن‌ها است (شیخ‌انصاری، ۱۴۰۲: ۱۰۱). در این راستا، برخی محققان، انجمن معترضان گمنام و گروه‌های خودیاری را از جمله نقاط قوت در حوزه درمان اعتیاد برشمرده‌اند (روشن پژوه، ۱۳۹۶: ۲۵).

با توجه به اهمیت پژوهش‌های علوم اجتماعی در سیاست‌گذاری‌های حوزه اعتیاد، ضرورت انجام مطالعات بنیادین و کاربردی در زمینه چالش‌های مرتبط با بهبودی بیش از پیش احساس می‌شود. چنین پژوهش‌هایی می‌توانند نقش مهمی در طراحی راهبردهای موثر درمانی و پیشگیریانه داشته باشند. این پژوهش می‌کوشد با مطالعه پدیدارشناسانه تجربه زیسته مصرف‌کننده در حال بهبودی و خانواده او (به عنوان بخشی از شبکه روابط اجتماعی فرد مصرف‌کننده)، فهم بهتری از نقش تعاملات میان آن‌ها در اعتیاد، بازگشت به اعتیاد و پاکی ماندگار به دست آورد.

۲. ملاحظات نظری

افرادی که «بیماری ذهنی اعتیاد» دارند، تاب و توان مواجهه با واقعیت های زندگی را ندارند و از سوی دیگر نمی توانند انرژی و نشاط لازم را از زندگی خود به دست آورند و زندگی برای آن ها بی ملاحظ و بی مایه است. آنان همواره به دنبال سرایی از زندگی هستند (شیخ انصاری، ۱۳۹۸: ۱۲۸) و از نظر هستی شناس کاهل لویناس^۱ به شمار می روند (شیخ انصاری، ۱۴۰۳: ۲۸). لویناس (۱۳۹۲) می نویسد: «... زحمت عمل کردن که شخص کاهل از آن پا پس می کشد ... امتناع از مبادرت کردن، داشتن و پرداختن است. کاهلی بیزاری عاجزانه و دلمرده وار از بار خود وجود است. کاهلی هراسی است از زیستن که (درعین حال) کم از نوعی زندگی نیست ... کاهلی، در غنای انضمامی اش، نوعی پرهیز از آینده است، بنابراین آن تراژدی هستی که کاهلی آشکارش می کند عمیق تر است. کاهلی خستگی از آینده است. آغاز، آن را همچون مجالی برای زایشی تازه، لحظه ای تازه و شادمانه، زمانی تازه نمی طلبد؛ آغاز پیش از برآمدن خود کلمه کاهلی آن را به صورت زمان حال خستگی تحقق بخشیده است» (لویناس، ۱۳۹۲: ۴۳-۴۴).

هیز^۲ (۱۹۹۹) علت «هراس از زندگی» را در شیوه جامعه پذیری فرد در خانواده و «اجتناب تجربه ای» می داند. او می گوید: «اجتناب تجربه ای» تلاش برای از بین بردن یا مقاومت در برابر تماس با افکار، احساسات، حواس و سایر رویدادهای خصوصی نامطلوب است. وقتی افراد تلاش می کنند خود را از تجربیات خصوصی ناخوشایند خلاص کنند، این راهبرد نه تنها اغلب شکست می خورد بلکه درواقع می تواند آن رویداد نامطلوب را افزایش دهد. اغلب از سوی اجتماع این پیغام به افراد داده می شود که به دنبال خوشبختی و آرامش باشند و از هیجانات و افکار ناخوشایند اجتناب کنند. (باخ^۳ و موران، ۱۳۹۳: ۱۶).

«اشکال عمده این اجتناب تجربه این است که یک زندگی پُرشور و سرزنده مستلزم وجود تجربیاتی نظیر ناراحتی، خشم و سایر احساساتی است که ما ناخوشایند و ناراحت کننده خطاب می کنیم. هر شخصی که مشتاق یک زندگی معنادار باشد، می داند که لازم است گاهی اوقات مشکل و ناکامی نیز وجود داشته باشد. وقتی فرد به اهداف بلندمدت شخصی ارزشمند متعهد شده است، اجتناب از کشمکش های عاطفی و دشواری های

1. Levinas

2. Hayes

3. Bach

واقعی غیرممکن است» (باخ و موران، ۱۳۹۳: ۱۶). دورزن^۱ (۲۰۰۲) این اجتناب تجربه‌ای را «فلسفه زندگی به دنبال سرابی از زندگی بودن» نامیده که باعث فلاکت و خودویرانگری فرد می‌شود (کوپر^۲، ۱۳۹۳: ۱۶۳). به عبارتی، داشتن فلسفه سرابی از زندگی «زندگی بدون تجربه احساسات ناخوشایند مانند ترس، غم، شکست، زحمت و...» به امتناع از پرداختن، عمل کردن و رویارویی با مشکلات زندگی منجر می‌شود. این نوع تفکر می‌تواند به خودویرانگری فرد از جمله اعتیاد منجر شود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: کاهل لویناس، بیماری ذهنی اعتیاد و اجتناب تجربه‌ای

کاهل لویناس	نشانه‌های بیماری ذهنی اعتیاد	اجتناب تجربه‌ای
- کاهلی امتناع از داشتن، پرداختن و عمل کردن است. - کاهلی خستگی از آینده است. - کاهل به دلیل امتناع از آغاز کردن (خستگی و یا هراس از آینده) تجربه لحظه‌ای تازه و شادمانه را از خود می‌گیرد.	- تحمل روبه‌رو شدن با واقعیت‌های زندگی را ندارند. - توانایی این‌که از فعالیت‌های روزمره خود انرژی و نشاط لازم را به دست بیاورند، ندارند. زندگی برای آن‌ها بی‌مایه و بی‌ملاط است. - به دنبال سرابی از زندگی هستند.	- اجتناب از رویارویی با زندگی (تجربیات ناخوشایند) - تجربه نکردن یک زندگی پُر شور و سرزنده به دلیل اجتناب از مشکلات و سختی‌های زندگی - فلسفه زندگی آن‌ها، به دنبال سرابی از زندگی بودن است.

۳. پیشینه تجربی

پژوهش‌های زیادی درباره تأثیر عوامل خانوادگی بر اعتیاد و بازگشت به اعتیاد انجام شده است. از جمله علیپور اسدآبادی و نامدارپور (۱۴۰۲) یکی از عوامل مؤثر بر بازگشت مجدد زنان به مواد مخدر را خانواده ناکارآمد دانسته‌اند. فولادیان و محمدی (۱۴۰۲) در مطالعه‌ای در بین نمونه‌ای ۱۰۰ نفری که ۵۰ نفر ترک قطعی و ۵۰ نفر بازگشت مجدد به اعتیاد را داشتند، به این نتیجه رسیدند که این دو گروه از نظر حمایت خانوادگی به نفع گروه ترک قطعی تفاوت معناداری داشته‌اند.

1. Deurzen

2. Cooper

یزدانی، ساروخانی و وثوقی (۱۴۰۲) در مصاحبه با ۲۱ نفر با سابقه سه بار و یا بیشتر برگشت به اعتیاد، توجه به افول ارتباطات خانوادگی را در جهت کاهش میزان بازگشت اعتیاد ضروری دانسته‌اند. نعمتی سوگلی تپه و خالدیان (۱۴۰۱) در یک مطالعه کیفی با نمونه‌ای از ۱۷ نفر که بازگشت مجدد به اعتیاد داشتند، یکی از علل مؤثر در بازگشت به اعتیاد را عوامل خانوادگی دانستند. رهبری غازانی، حاجلو و آقاجانی (۱۴۰۲) در یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل نشان دادند که توانمندسازی خانواده در پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد اثربخش بوده است. شیخ‌انصاری و گودرزی (۲۰۱۵) در یک مطالعه کیفی نشان دادند که جوانان قبل از مصرف ماری جوانا درباره فواید و عوارض آن در اینترنت جستجو می‌کنند و آگاهی خانواده از این امر به پیشگیری از اعتیاد در بین جوانان کمک می‌کند.

پيله‌وری و جوادى (۱۳۹۸) نشان دادند که بینش و ادراک مصرف‌کنندگان و خانواده‌ها در خصوص ماهیت اعتیاد موجب ایجاد عواطف منفی در ایشان می‌شود. عواطف منفی نیز منجر به تعاملات ناکارآمدی می‌گردد که زمینه بازگشت را فراهم می‌آورد. نتایج پژوهش جهاندارلاشکی (۱۴۰۲) نشان داد که اعتیاد هر عضوی از خانواده، بقیه اعضای خانواده را در معرض هم‌نشینی با یک معتاد (کچرو) قرار می‌دهد. در چنین خانواده‌هایی، سایر اعضا یا فرد مصرف‌کننده را طرد و به عنوان عضوی بی‌کفایت و مایه شرمساری بر ساخت می‌کنند و یا در مواجهه با این پدیده سایر اعضا نیز درگیر مسئله اعتیاد خواهند شد. جلیلیان (۱۳۸۸) نشان داد که هرچه شبکه روابط ناسالم افراد قبل و بعد از اعتیاد قوی‌تر و وسیع‌تر باشد، شدت درگیری آن‌ها در اعتیاد بیشتر خواهد بود. در بین افراد مورد مطالعه، معتادان در سه گروه معتاد با درگیری کم، معتاد با درگیری متوسط و معتاد با درگیری شدید از لحاظ بعضی ابعاد شبکه روابط سالم و ناسالم متفاوت از هم هستند.

در جمع‌بندی مطالعات پیشین می‌توان گفت ارتباطات خانوادگی ضعیف و ناکارآمد از دلایل تداوم و بازگشت به اعتیاد هستند و آگاهی و توانمندسازی خانواده در پیشگیری از اعتیاد بسیار اثربخش است (جدول ۲). این پژوهش، با رویکردی پدیدارشناسانه، به مطالعه تجربه زیسته مصرف‌کنندگان در حال بهبودی، خانواده آنان و هم‌تایان^۱ می‌پردازد تا فهم عمیق‌تری درباره علل اعتیاد و بازگشت به اعتیاد به دست آورد و فهم ما را از راهکارهای مؤثر در پیشگیری و درمان اعتیاد و پاک‌ی ماندگار ارتقا دهد.

۱. به معتادان بهبودیافته که در سمت مددکار، مدرس و یا مدیر در مراکز ترک اعتیاد - کمپ و... فعالیت می‌کنند «همتا» اطلاق می‌شود.

جدول شماره ۲: نقش عوامل خانوادگی در اعتیاد و بازگشت به اعتیاد در تحقیقات پیشین

عوامل خانوادگی	پژوهشگران
خانواده ناکارآمد	علیپور اسدآبادی و نامدارپور (۱۴۰۲)
عدم حمایت خانواده	فولادیان و محمدی (۱۴۰۲)
افول ارتباطات خانوادگی	یزدانی، ساروخانی، وثوقی (۱۴۰۲)
تعاملات ناکارآمد بین فرد معتاد و خانواده به دلیل بینش نادرست به اعتیاد که باعث ایجاد عواطف منفی می‌شود.	پیلهوری و جوادی (۱۳۹۸)
عوامل خانوادگی	نعمتی‌سوغلی‌تپه و خالدیان (۱۴۰۱)
برساخت فرد مصرف‌کننده به عنوان عضو بی‌کفایت و مایه شرمساری	جهاندارلاشکی (۱۴۰۲)
شبکه روابط ناسالم	جلیلیان (۱۳۸۸)
خانواده‌ها با آگاهی از مطالبی که جوانان در اینترنت جستجو می‌کنند، می‌توانند به گرایش فرزندان خود به مصرف مواد پی ببرند. توانمندسازی خانواده در پیشگیری از اعتیاد نوجوانان با والدین وابسته به مواد مؤثر است.	شیخ‌انصاری و گودرزی (۲۰۱۵) رهبری‌غازانی، حاجلو، و آقاجانی (۱۴۰۲)

۴. روش‌شناسی

به لحاظ روشی این پژوهش، پدیدارشناسی تفسیری است و بر اساس رویکرد فلسفی هایدگر به «هستی‌شناسی» بنا شده است. هایدگر (۱۴۰۳) می‌گوید: «پدیدارشناسی از حیث موضوعش علم هستی‌هستندگان یا هستی‌شناسی است» (هایدگر، ۱۴۰۳: ۱۳۹). هایدگر دستیابی به معنای هستی و یا تحلیل هستی دازاین را در هرروزینگی میانه - فعالیت‌های روزانه - او می‌داند که با هستی‌اش مناسبت دارد. هایدگر تأکید می‌کند که تحلیل ما از هستی دازاین نباید بر وجوه افتراقی او باشد. هایدگر (۱۴۰۳) می‌نویسد: «مبدأ یا آغازین‌نگاه تحلیل ما مخصوصاً نباید چنان باشد که دازاین، به عنوان وجودی خاص و معین برحسب وجوه افتراقش تفسیر شود، بل در این تفسیر، دازاین باید آن‌گونه که بدو و غالباً هست برحسب نامتفاوتی و همسانی‌اش از پوشیدگی به درآید ... دازاین باید ... در «میانگین» آن تحلیل شود ... زیرا دازاین در «میانگین» یا هرروزینگی میانه با «هستی» خود مناسبت دارد» (هایدگر، ۱۴۰۳: ۱۵۱-۱۵۲).

اما هایدگر شناخت چیزی بدون ارجاع به زمینه‌ای که در آن حادث می‌شود را رد می‌کند (سجویک،^۱ ۱۳۸۸: ۱۹۱). او بیان می‌کند: ... ما وجودی داریم که در آن در پیوند با دیگران زندگی می‌کنیم: دازاین تنها «من» نیست بلکه «تو» هم هست. این وضع وضعی هستی‌شناسانه است. این که جهان ما جهانی اشتراکی است، شرطی اساسی است برای تبدیل آن به آنچه است ... دازاین در بدو امر در جهان مشترکش با دیگران است که به شیوه‌ای میانه مکشوف می‌شود (سجویک، ۱۳۸۸: ۱۹۳، نقل از هایدگر).

- در جمع‌بندی، روش پدیدارشناسانه این پژوهش بر مبنای دو اصل زیر قرار گرفته است:
- وجوه افتراقی مصرف‌کنندگان در حال بهبودی مانند مشخصه‌هایی چون سن، جنسیت، سطح تحصیلات، پایگاه اجتماعی در این پژوهش در نظر گرفته نشده است.
- هستی مصرف‌کننده در حال بهبودی در فعالیت‌ها و اشتغالش با عالم اطراف -هرروزیگی میانه- او و علاوه بر آن در پیوند و کنش با دیگران -خانواده و فعالان حوزه درمان که با فرد مصرف‌کننده در کنش هستند- به شیوه‌ای میانه مکشوف می‌شود و قابل فهم و دسترسی است.

بر این اساس، گروه هدف این پژوهش علاوه بر مصرف‌کنندگان در حال بهبودی، شامل خانواده‌های آنان و فعالان هم‌تا در حوزه درمان و روان‌شناسان در کمپ‌ها و کلینیک‌های تخصصی هستند که با مصرف‌کننده در حال بهبودی در پروسه اعتیاد و یا بهبودی در کنش هستند (شبکه روابط اجتماعی). داده‌های این پژوهش با استفاده از روش مطالعاتی-اسنادی و روش کیفی با تکنیک‌های مشاهده مستقیم و مصاحبه عمیق جمع‌آوری شدند. همان‌طور که سجویک (۱۳۸۸: ۱۸۷) گفته است، پدیدارشناسی درصدد است این امکان را فراهم آورد تا پدیده بتواند خودش را درست همان‌گونه که هست به ما اعلام کند.

بر این اساس در تکنیک مشاهده مستقیم جلسات عمومی (همدردی)^۲ معتادان گمنام NA، مسافران کنگره^۳ ۶۰ و جلسات همدردی خانواده‌ها در سیمانان^۴، نارانان^۵ و هم‌سفران^۶ کنگره ۶۰ و جلسات خانواده در کمپ چیتگر به عنوان گروه هدف انتخاب شدند، مصرف‌کنندگان

1. Sedgwick

۲. در جلسه باز یا عمومی انجمن معتادان گمنام - NA - ورود برای همه آزاد است.

۳. در کنگره ۶۰ - جمعیت احیای انسانی - به معتادان در حال بهبودی «مسافر» گفته می‌شود.

۴. جلسه‌های خانواده معتادان گمنام به مواد محرک

۵. جلسه‌های خانواده معتادان گمنام به مواد مخدر

۶. در کنگره ۶۰ یک نفر از اعضای خانواده معتاد و یا دوستانش، او را در قطع مصرف همراهی می‌کنند که به او «هم‌سفر» اطلاق می‌شود.

در حال بهبودی و خانواده‌ها در این جلسات شرکت می‌کنند تا احساسات و تجارب خود را با دیگران به اشتراک بگذارند. گروه هدف در مصاحبه عمیق ۷ نفر از میان فعالان هم‌تا در حوزه درمان شامل مدیران، مددکاران، مدرسان و کارمندان در کمپ‌های ترک اعتیاد چیتگر، وردیج و ندای آرامش ورامین، با روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) انتخاب شدند. همچنین از میان روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کمپ وردیج و کلینیک‌های تخصصی ترک اعتیاد دی، ققنوس و ثامن ۴ نفر که حاضر به همکاری بودند، برای مصاحبه عمیق انتخاب شدند.

اعتبار به سطح اعتماد به نتایج تحقیق اشاره دارد و مثلث‌سازی یکی از رویه‌های اعتبارسنجی در روش‌های کیفی به شمار می‌رود. «روش‌های متنوع» و «منابع متنوع» دو شیوه مهم از رویه مثلث‌سازی هستند (لیندلف^۱ و تیلور^۲، ۱۳۸۸: ۳۰۲). آن‌ها درباره شیوه «منابع متنوع» می‌نویسند: «مثلاً می‌توان داده‌های حاصل از اظهار نظر پدران و مادران درباره راه‌های مطلوب دسترسی کودکان‌شان به اینترنت را باهم مقایسه کرد» (لیندلف و تیلور، ۱۳۸۸: ۳۰۲). در شیوه «روش‌های متنوع» از روش‌های گوناگون برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده می‌شود. اعتبار این تحقیق از طریق دو شیوه مثلث‌سازی شامل «منابع متنوع» (خانواده، هم‌تایان، روان‌شناسان) و «روش‌های متنوع» (اسنادی-مطالعاتی، مصاحبه عمیق و مشاهده مستقیم) برای جمع‌آوری داده‌ها، تضمین شده است.

شیوه دیگر سنجش اعتبار یک تحقیق، «گزارش‌دهی شفاف» یا «توصیف‌گرهای با استنباط پائین» (محمدپور، ۱۳۸۹: ۱۶۸) است که به معنای توصیف دقیق و غنی از زمینه و مصاحبه‌شوندگان است که به خوانندگان این امکان را می‌دهد که درک بهتری از داده‌ها و تفسیرها پیدا کنند. به عبارت دیگر، با بیان «عبارات کلمه به کلمه مانند نقل قول مستقیم» اعتبار مقاله را تضمین می‌کنند (محمدپور ۱۳۸۹: ۱۶۸، نقل از جانسون^۳ و کریستنسن^۴، ۲۰۰۸). محققان با ارائه نقل قول‌های مستقیم از مصاحبه‌شوندگان و شرکت‌کنندگان در جلسات عمومی و همدردی، سعی کرده‌اند، اعتبار تحقیق را ارتقاء دهند. همچنین شیوه دیگر اعتبارسنجی که در تحقیقات کیفی مورد استفاده قرار می‌گیرد، «قابلیت بازتولیدپذیری» (اشتراوس^۵ و کربین^۶

1. Lindlof

2. Taylor

3. Johnson

4. Christensen

5. Strauss

6. Corbin

۱۳۹۰: ۲۸۳) یا «همخوانی» است. این به معنای آن است که نتایج تحقیق با نتایج تحقیقات انجام شده در موضوع‌های مشابه، همخوانی داشته باشد. محققان از این شیوه نیز برای تأمین اعتبار تحقیق بهره برده‌اند.

جدول شماره ۳: اسامی مستعار معتادان بهبودیافته و فعالان در حوزه درمان در مصاحبه عمیق

مصرف‌کننده بهبودیافته	سال‌های اعتیاد	مدت زمان پاک‌ی تا زمان مصاحبه	تجربه کارتن خوابی	موقعیت آن‌ها بعد از بهبودی از اعتیاد
پرویز	۲۱ سال	۱۲ سال و ۱۰ ماه	داشته است	مدرس ماتریکس در کمپ چیتگر
صادق	۲۸ سال		داشته است	مدیر کمپ ندای آرامش ورامین
ظفر	۱۲ سال		داشته است	یکی از مسئولان دفتر مرکزی NA
پوریا	۵ سال	-	تجربه طرد از خانواده	انجام کارهای دفتری کمپ چیتگر
محرم	۱۵ سال	۱۳ سال و یک ماه	داشته است	مددکار کمپ چیتگر
عظیم	-	۵ سال	داشته است	کارمند جمعیت خیریه تولدی دیگر
دژاکام	۱۷ سال	از سال ۱۳۶۷ تاکنون	نداشته است	مؤسس کنگره ۶۰
علی، مجید، اعظم، اکرم و...	بیش از ۱۰ سال		داشته‌اند	سخنرانان جلسات عمومی NA کنگره ۶۰ (در مشاهده مستقیم)
از اعضای خانواده				
بهروز	پدر یک مصرف‌کننده بهبودیافته به شیشه و سخنران فعال در جلسات سیمانان	شهلا	مددکار کمپ چیتگر که همسرش مصرف‌کننده بهبود یافته است	
روان‌شناسان و روان‌پزشک	کمپ وردیج، کلینیک‌های ثامن، ققنوس و دی (۴ نفر)			

۵. یافته‌ها

طبق یافته‌های تحقیق، سه مرحله گروه‌بندی برای تجربه زیسته فرد مصرف‌کننده و خانواده او تعریف شده است: (۱) پیش از مصرف و اوایل مصرف مواد اعتیادآور، (۲) پس از آگاهی خانواده از اعتیاد فرد و (۳) پذیرش هویت فرد به عنوان فردی که سوء مصرف دارد.

۵-۱. تجارب زیسته پیش از مصرف و اوایل مصرف مواد اعتیادآور

• تجربه زیسته فرد مصرف‌کننده پیش و پس از اولین مصرف

نتایج تحقیق نشان داد که فرد مصرف‌کننده پیش از اولین مصرف خود، «بیماری ذهنی اعتیاد» داشته است. ظفر، یکی از مسئولان هم‌تا در NA ناتوانی خود در کنار آمدن با زندگی را، دلیلی برای مصرف مواد اعتیادآور می‌داند. ظفر می‌گوید:

«کسانی که معتاد می‌شوند، شخصیتشان در یک مرحله از رشد متوقف شده است. توانایی این‌که با زندگی کنار بیایم را نداشتیم و لازم بود که یک ماده مخدر مصرف کنم تا با زندگی کنار بیایم.»

پرویز مدرس هم‌تا به عنوان بخشی از تجربه شخصی اش گفت:

«فرد معتاد الگوهای ناسالم وابستگی را یاد می‌گیرد. این الگوهای ناسالم وابستگی را در خانواده یاد می‌گیرد و برای همین است که هنگامی بزرگ بشود، معتاد می‌شود. چون برای احساس امنیت به مواد و مصرف روی می‌آورد... من خودم یک تجربه دارم، زمانی از فرزند یکی از دوستانم پرسیدم که بزرگ‌ترین ترس تو چیست، گفت این‌که دوستم چیزی بخواهد و من بگویم ندارم. من همان موقع فهمیدم در او الگوی وابستگی است و ممکن است معتاد شود. او اکنون شیشه می‌کشد.»

نتایج این تحقیق نشان داد جوانانی که به دنبال راه‌های سهل‌الوصول برای اجتناب از «سختی درس خواندن» هستند، از طریق اینترنت یا دوستان خود با مواد محرک آشنا می‌شوند. روان‌شناس کمپ وردیج می‌گوید:

«اکثر کسانی که در اینجا پذیرفته می‌شوند، از دیپلم به بالا هستند و بیشتر مصرف‌کننده مواد محرک و شیمیایی هستند. گرایش به استفاده از این مواد به خاطر این است که بتوانند امتحان‌شان را خوب بدهند و موفق شوند. پیش خودشان می‌گویند که بعد از امتحان می‌گذاریم کنار، یا می‌خواهند راه صدساله را یک‌شبه طی کنند و به موقعیت‌های بالایی برسند.»

دژاکام (همتا) مؤسس کنگره ۶۰ می گوید:

«مصرف شیشه برای خیلی از مراجعه کنندگان ما کارکرد داشته است. پروژه های چند میلیونی را با آن انجام داده اند.»

مشاهدات مستقیم در جلسات همدردی هم سفران، نارنان و سیمانان نشان می دهند که برخی از والدین مصرف کنندگان در حال بهبودی، تحصیل کرده هستند.

• تجربه زیسته خانواده پیش از مصرف فرزندان

نتایج نشان داد که برخی از خانواده ها برای حمایت و مراقبت از فرزندان شان فرصت «انتخاب»، «تجربه کردن و رویارویی با مشکلات» را از فرزندان خود گرفته اند. بر اساس این نتایج، «اجتناب تجربه ای» یکی از دلایل اعتیاد است. عظیم کارمند همتا می گوید:

«یک موضوع دیگر، طرز تربیت بچه ها است که باعث شده بدون مسئولیت بزرگ شوند. به بچه ها اجازه نمی دهند زندگی کنند، در خیابان بروند، ارتباط برقرار کنند، پاستوریزه هستند.»
بهروز که فرزندش مصرف کننده بهبود یافته است، در جلسه سیمانان می گوید:

«درست است که افراد معتاد نتیجه خانواده های از هم گسسته هستند، ولی ۲۰ تا ۳۰ درصد هم از خانواده هایی هستند که نرمال اند. اما رفتارهای خانواده صحیح و سالم نیست... آمده بودم که راه حل مشکل را پیدا کنم، بعد فهمیدم که من خودم بخشی از مشکل و باید کاری کنم. ما معمولاً دوست داریم آنچه را که دوست داریم بشنویم. می پرسیدم من چه اشتباهی کردم. بعد فهمیدم که رفتارهایی که فکر می کردم حمایت است، غلط بوده است و با حمایت های بی جای خودم من اعتماد به نفس و خودباوری را از او گرفته بودم. من آنچه را که برای خودم می خواستم، برای فرزندم می خواستم و دخالت های بی جا می کردم. من مرکز و محور بودم و هرچه را برای خودم (خوب) می دانستم برای پسر می خواستم.»
خانمی میان سال در جلسه سیمانان می گوید:

«سلام دوستان فاطمی هستم... من اعتماد به نفس فرزندم را گرفتم، (اختیار) همه کارهایش را گرفتم.»

عظیم کارمند همتا نیز می گوید:

«زیربنای تمام کارهای ما ترس است. ما صبح که می خواهیم بیدار شویم، مادرمان می گوید، بیدار شو دیرت می شود. ازدواج می کنیم که تنها نباشیم، بچه دوم می آوریم که بچه اول تنها

نباشد... با عشق کارهایمان را انجام نمی دهیم. مثلاً می توانیم بچه هایمان را بیدار کنیم و بگوییم بیدار شو چه روز قشنگی است امروز.»
معصومه در جلسه ناران می گوید:

«سلام من معصومه هستم ۴۰ سالمه. من حالم خیلی بد است. من خیلی بیمارم را سرزنش کردم.»

معصومه گریه می کند و پس از این که آرام شد، می گوید:

«امروز با خودم روبرو شدم که چرا من با دیگران و غریبه ها این قدر خوبم و منطقی حرف می زنم، ولی با نزدیکانم نمی توانم... به هر حال او عزیز من است و نتیجه تربیت و کار من است و باید کنار بیایم.»

نتایج تحقیق نشان داد بعضی از خانواده های مرفه برای تفریح در مهمانی های خود «گل» سرو می کنند. این خانواده ها سبک زندگی ناسالم و پُرخطری را به فرزندان خود آموزش می دهند. آن ها به جای این که به فرزندان خود بیاموزند که با فعالیت های روزانه، ورزش و تفریحات سالم به نشاط لازم برسند، به آن ها یاد می دهند که با مصرف مواد محرک نشاط لازم را به دست آورند (جدول شماره ۱).
روان شناس کمپ وردیج می گوید:

«مشکل دیگری که وجود دارد، این است که افراد گل مصرف می کنند و فکر می کنند گل محرک نیست مثل سیگار است. درحالی که گل همان تخریبی را به مغز می زند که شیشه هم می زند. در اینجا بیشتر جوانانی که هستند، گل مصرف کرده اند. خانواده ها مثل مشروب در مهمانی های خود گل سرو می کنند.»

مصرف کنندگان مواد در اوایل مصرفشان احساس می کنند که قادر به حل مشکلات خود هستند و یا به آرامش رسیده اند. این احساسات نشان دهنده بیماری ذهنی اعتیاد آن ها پیش از مصرف است. عظیم کارمند همتا درباره تجربه اولین مصرفش می گوید:

«اگر از معتادان پرسی اغلب می گویند که اولین بار که مواد کشیدیم، حالم بد شد، ولی دوباره می کشند چون می گویند که خدا را لمس کردیم به آرامش رسیدیم.»

ظفر می گوید:

«وقتی مواد مصرف می کردم، بهتر می توانستم با دیگران ارتباط برقرار کنم.»

در جمع بندی می توان گفت مصرف کنندگان مواد اعتیاد آور (ظفر، عظیم و...) توانایی رویارویی با زندگی را نداشته و بعد از مصرف مواد احساس کردند که زندگی آنها «تازه رله شده» یا به «آرامش» رسیدند. آنها برای فرار از احساسات ناخوشایند، به سمت مصرف مواد اعتیاد آور کشیده شدند. برخی از مصرف کنندگان در حال بهبودی در کمپ وردیج برای موفقیت در امتحانات، انجام پروژه و به دست آوردن نشاط، مصرف مواد محرک را به جای تلاش، کوشش، ورزش و تفریحات سالم انتخاب کردند. تراژدی در اینجا است که آنها هم زمان فرصت شغف و نشاطی که از رویارویی با واقعیت های زندگی و حل مشکلات و تفریحات سالم حاصل می شود را از خود گرفتند و زندگی خود را بی مایه کردند (باخ و موران، ۱۳۹۳: ۱۶؛ لویناس، ۱۳۹۲: ۴۲-۴۳).

از سوی دیگر خانواده ها در جلسات همدردی مطرح کردند که آنها برای این که از فرزندان خود حمایت کنند، فرصت تجربه کردن را از آنها گرفته اند (جدول شماره ۴). به عبارتی، اجتناب تجربه ای یکی از دلایل اعتیاد فرزندان آنها است. در بعضی از کشورها از جمله اسکاتلند و هلند گروه های خودیاری با حضور یک تسهیلگر برای دانش آموزان به صورت روتین ماهانه برگزار می شوند و بچه های در معرض آسیب مشخص می شوند و به طور ویژه برنامه های مشاوره برای آنها گذاشته می شود (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰: ۶۷-۷۲). شهلا مددکار کمپ چیتگر در جمع خانواده های مصرف کنندگان در حال بهبودی در این باره می گوید:

«همسرم اعتیاد داشت. پسر ۱۴ ساله بود که فهمیدم سیگار می کشد. او یک روز به من گفت، می گویند که کسی که هرئین بکشد می رود توی هوا. ما پنهان می کردیم مصرف پدرشان را. ولی آنها می فهمیدند که یک چیز غیرعادی است... بعد شانس آوردم همان زمان با انجمن معتادان گمنام آشنا شدم. همسرم تصمیم به ترک گرفت و رفتار ما تغییر کرد. قبلاً همسرم پسر را تعقیب می کرد که کجا می رود و (او را) کتک می زد که چرا پارک رفتی یا سیگار می کشی. ولی همسرم عوض شد. رفتار ما عوض شد و پسر من طرز تفکرش درست شد. اگر رفتارمان عوض شود، بچه های ما هم عوض می شوند. خانواده هایی که از توشان معتاد درمی آید، وابسته هستند بلد نیستند که نه بگویند. من در حرف به فرزندم می گفتم که اگر به تو کسی گفت سیگار بکش نگیر. ولی خودم در عمل بلد نبودم به کسی نه بگویم و بچه هایم هم یاد نگرفتند که به کسی نه بگویند.»

تجارب زیسته شهلا مددکار کمپ چیتگر، در راستای نتایج تحقیق شیخ انصاری و گودرزی (۲۰۱۵) و رهبری غازی و همکاران او (۱۴۰۲) نشان می دهد که والدین با آگاهی از

رفتار فرزندان، می‌توانند از وجود «بیماری ذهنی اعتیاد» آگاه شوند و با توانمندسازی خانواده از اعتیاد فرزندان خود پیشگیری کنند.

جدول شماره ۴: بیماری ذهنی اعتیاد و اجتناب تجربه‌ای خانواده‌ها

- توانایی این‌که با زندگی کنار بیام را نداشته‌ام. - بزرگ‌ترین ترس من این بود که دوستم چیزی بخواهد و من نداشته باشم. - به‌دست‌آوردن نشاط با مصرف گل (به‌دست‌آوردن نشاط). - هر کس هروئین می‌کشد می‌رود توی هوا (سرابی از زندگی). - بعد از مصرف زندگی من رله شد (سرابی از زندگی). - بعد از مصرف به آرامش رسیدم. خدا را لمس کردم (سرابی از زندگی).	نشانه‌های بیماری ذهنی اعتیاد
- به بچه‌ها اجازه نمی‌دهند زندگی کنند، در خیابان بروند، بچه‌ها بدون مسئولیت بزرگ می‌شوند، تمام کارهایش را در دست گرفتم. - فکر می‌کردم حمایت می‌کنم، ولی هر آنچه خودم می‌خواستم بر او تحمیل کردم. - اعتماد به نفس او را گرفتم.	اجتناب تجربه‌ای

۲-۵. تجارب زیسته پس از آگاهی خانواده از اعتیاد فرد

• تجربه زیسته خانواده پس از اطلاع از اعتیاد یکی از اعضای خانواده

نتایج نشان داد طرح‌واره‌های شرم، شکست و احساس گناه بر روابط خانواده و فرد مصرف‌کننده تأثیرگذارند. در بافت فرهنگی ما، وجود مصرف‌کننده مواد اعتیادآور اغلب به این معنا تلقی می‌شود که والدین او در تربیت فرزندان کوتاهی کرده‌اند و مقصر شناخته می‌شوند و آن‌ها احساس شکست می‌کنند. از طرفی، بر اساس باورهای فرهنگی مبنی بر نظم کیهانی، افراد گناهکار یا کسانی که حق دیگران را پایمال کرده‌اند، مستوجب عواقبی در این دنیا هستند. این باورها، احساس شکست، گناه و شرم والدین را تشدید می‌کند. طبق نتایج، والدین فرزند خود را ناسپاس و ناخلف می‌دانند. خانواده‌ها در ضمیر ناخودآگاهشان نسبت به اعضای مصرف‌کننده احساس تنفر پیدا می‌کنند و کینه به دل می‌گیرند. آن‌ها فرد مصرف‌کننده را مایه ننگ و آبروریزی خانواده می‌دانند و به دلیل اعتیاد او، احساس تنهایی و انزوا را در جامعه تجربه می‌کنند. بهروز در جلسهٔ سیمانان می‌گوید:

«من می خواستم مشاوره کنم، ولی به دلیل باورهای مردم که اعتیاد یک ننگ است یا شکست و احساس شرم. نمی توانستم با کسی مشورت کنم.»
بهرروز در ادامه می گوید:

«... ما رفتارمان با تنفر بود. از ترس این که حیثیت و یا آبرویمان را خیلی دوست داشتیم، خیلی از ما به خاطر آبرویمان، دوست داشتیم بره زیر ماشین و برنگردد.»
مادری که فرزندش مصرف کننده بود، به طور صریح به محقق می گوید:

«آدم های ضعیف باید بمیرند... پسر من می گوید تو باعث اعتیاد من شدی. در کنگره ۶۰ به پسر من گفته اند که مادر تو بخشی از مشکل است و باید در جلسات هم سفران شرکت کند.»

تحقیقات پیله وری و جوادی (۱۳۹۸) در راستای نتایج این تحقیق نشان داده است که «بینش و ادراک مصرف کنندگان و خانواده ها در خصوص ماهیت اعتیاد موجب ایجاد عواطف منفی در ایشان می شود. عواطف منفی نیز منجر به تعاملات ناکارآمدی می گردد که زمینه بازگشت را فراهم می آورد» (جدول شماره ۲).

مشاوره های نادرست روان شناسان هم در رفتار نادرست خانواده ها تأثیرگذار هستند. بهروز در جلسه سیمانان در این باره می گوید:

«اولین مشاوره با روان شناس را در سال ۸۳ کردم. هیچ وقت یادم نمی رود. گفت و پیشنهاد کرد که توانایی مالی ات چطور است، بیرش کشوری که این مسائل نیست تا دور شود.»

• تجربه زیسته فرد مصرف کننده پس از آگاهی خانواده از اعتیاد او

نتایج تحقیق نشان داد که فرد مصرف کننده پس از آن که خانواده از اعتیاد او آگاه می شوند، در جمع آن ها احساس تنهایی را تجربه می کند. او درحالی که به توانایی ها و قابلیت های خود باور دارد و وابستگی خود را به مواد اعتیادآور انکار می کند، با رفتارهای خانواده که از روی کینه و نفرت است، مواجه می شود. این امر موجب دوری او از خانواده و گرایش او به سمت افراد مصرف کننده می شود. یکی از مادران در جلسه سیمانان می گوید:

«پسر من ورزش می رفت و بسیار خودش را بااراده می دانست. بکن یا نکن تأثیر ندارد. من صحبت کردم قبول نمی کرد و می گفت من استثنا هستم. باید رها کنیم تا خودشان به این مسئله برسند. الان پسر من خودش دوست دارد و در بهبودی است. باید او را رها کنیم. حتی از ذهن خودمان دور کنیم. در یک جایی خدا به او کمک می کند.»

زن جوان دیگری می گوید:

«معتادان در انکار هستند و قبول ندارند که معتاد هستند. من برادرم شیشه که می کشید، می گفتم من با بقیه فرق می کنم. ولی الان به او می گویم، هیچ فکر می کردی تو هم دچار توهم شوی؟ گفت نه!»

عظیم در این باره می گوید:

«من وقتی مصرف می کردم، در کثیف ترین جا که نمی شد یک لحظه تحمل کرد، با یک عده دور هم مصرف می کردیم. ولی اون جا حالم خوب بود، چون وقتی می گفتم امروز جیب یکی را زدم، می گفتند آفرین برایم دست می زدند... ولی وقتی خانه می رفتم شمات، سرزنش و سرکوب بود که حالم را بد می کرد. بدترین چیز شمات، سرزنش، سرکوب احساسات و تنبیه از هر نوعی است.»

همتایان، رفتار نادرست خانواده را در این مرحله یکی از عوامل تداوم اعتیاد می دانند. عظیم می گوید:

«نیمه آگاهی خانواده بدتر است. رفتار نادرست خانواده بسیار برای معتاد مخرب است. خانواده اگر نداند چگونه برخورد کند، بودنش بدتر از نبودنش است.»

بهر روز در جلسهٔ سیمانان در مورد رفتار نادرست خود با فرزندش می گوید:

«زمانی که متوجه شدم پسرم معتاد است یا شک کردم، مدت ها رفتارم نادرست بود. من به دنبال ثابت کردن اعتیاد او بودم، یا به دنبال این که چه مصرف می کند، با چه کسی می گردد. کنترل های شدید که وقت و انرژی را می گرفت. تا بیدار بود بیدار بودم. کنترل می کردم، چه کار می کند و... دیدم تلاش هایم فایده ای ندارد.»

نتایج تحقیق نشان داد که برخی از خانواده ها نقش خود را در اعتیاد فرزندشان انکار می کنند. این خانواده ها تمایلی به شرکت در جلسات خانواده و همکاری با مشاوران ندارند و تنها راهکار را در فرستادن فرزندشان به کمپ یا کلینیک های تخصصی ترک اعتیاد می بینند. محرم، مددکار همتا، می گوید:

«کنترل بیش از حد، پیش بینی آینده، مقایسه با دیگران، تحقیر، به رخ کشیدن گذشته، تنبیه، تحریک غیرت و... بین علی زبردست تو بود الان بین به کجا رسیده ... دیگر این که خانواده ها در مقابل مشاوره گارد می گیرند و می گویند ما که مشکل نداریم، معتاد که نیستیم، اوست که مشکل داره.»

پوریا در مورد احساسات خانواده اش نسبت به خود می گوید:

«بیشتر خانواده ها پیگیری نمی کنند. مثلاً مادر خود من فرهنگی است و شرکت در کلاس های مشاوره در کمپ را لازم نمی داند. یک دلیل هم این است که اعتماد و باور خود را به فرد معتاد از دست داده اند. مشکلات و ناامیدی نسبت به آینده و همین طور شرمساری هم از اعتیاد فرزندشان.»

پرویز، مدرس همتا، مهم ترین مانع درمان را عدم همکاری خانواده می داند و می گوید:

«مهم ترین مانع بهبودی بچه ها، خانواده و عدم همکاری آن ها است. خانواده فرزند معتاد خود را به کمپ می آورد و با فخر می گوید که پول سه ماه برای درمان او را می دهد. فرزند معتاد می گوید که خانواده ام می خواهند از شر من راحت شوند. وقتی از خانواده می خواهیم که از مشاور کمک بگیرد، می گوید مگر من معتاد هستم و فراق کنی می کند. تمام مشکلات خانواده را گردن معتاد می اندازد.»

تحقیق جهاندار لاشکی (۱۴۰۲) در راستای نتایج این تحقیق نشان داده است که در خانواده هایی که فرد معتاد دارند، سایر اعضا یا او را طرد و به عنوان عضوی بی کفایت و مایه شرمساری بر ساخت می کنند و یا در مواجهه با این پدیده سایر اعضا نیز درگیر مسئله اعتیاد خواهند شد (جدول شماره ۲).

به نظر می رسد رسانه ها در شکل گیری تصورات نادرست درباره نحوه درمان اعتیاد نقش دارند. روان شناس کمپ وردیج در این باره گفت:

«فیلم ها هم در جانداختن طرز تفکر نادرست تأثیرگذار هستند. از جمله فیلم لامپ سبز آن ها تغییر رفتار را در معتاد نمی بینند و فقط ترک فیزیکی را ملاحظه می کنند.»

در جمع بندی باید گفت که هنگامی که فرد مصرف کننده احساس می کند «زندگی اش تازه رله» شده است و احساسات خوشایندی مانند «آرامش و لذت» را تجربه می کند، خانواده او در حال تجربه احساسات ناخوشایندی مانند شرم، گناه، نگرانی و ترس است. علاوه بر این، رفتار خانواده با او معمولاً همراه با تحقیر، سرزنش، کینه و نفرت است و هنگامی که او را برای درمان به کمپ می برند، فرد مصرف کننده احساس می کند آن ها از وجودش شرمسارند و می خواهند از شر او راحت شوند. خانواده او را مایه آبروریزی و ننگ می داند و آرزوی مرگش را می کند. این تجربه های متفاوت در احساسات و عواطف منفی نسبت به یکدیگر، باعث می شود آن ها از حوزه درک و فهم متقابل یکدیگر خارج شوند و این مسئله، عاملی برای

تداوم مصرف و بازگشت او به اعتیاد می‌گردد (جدول شماره ۵). عظیم، پرویز و محرم که تجربه چندین قطع مصرف مواد ناموفق را داشتند، ناآگاهی و رفتار نادرست خانواده را برای درمان فرد مصرف‌کننده، مخرب‌تر از نداشتن خانواده می‌دانستند. در این راستا، بر اساس نتایج تحقیقات یزدانی، ساروخانی و وثوقی (۱۴۰۲)، نعمتی سوگلی تپه و خالدیان (۱۴۰۱) و علیپور اسدآبادی و نامدارپور (۱۴۰۲) به ترتیب اُفول ارتباطات خانوادگی، عوامل خانوادگی و خانواده ناکارآمد از دلایل بازگشت به اعتیاد هستند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۵: تعاملات بین فرد مصرف‌کننده و خانواده او؛ علل تداوم و بازگشت به اعتیاد

آنچه فرد مصرف‌کننده تجربه می‌کند	آنچه خانواده تجربه می‌کند
• به رُخ کشیدن گذشته، تحقیر شدن، شمات و سرزنش. • عدم همکاری و پیگیری خانواده در درمان او. • احساس این‌که خانواده می‌خواهد از شر او راحت شوند و از اعتیاد او شرمسار است. • احساس این‌که خانواده او را مسئول تمام مشکلات می‌داند. • خانواده او را درک نمی‌کند. • احساس تنهایی در جمع خانواده.	• آشفتگی، بی‌خوابی و... • احساساتی چون شرم، ترس، کینه و نفرت. • تجربه مشاوره‌های غلط روان‌شناس. • آرزوی مرگ برای عضو مصرف‌کننده خانواده. • سردرگمی در چگونگی رفتار صحیح با مصرف‌کننده. • انزوا و تنهایی در اجتماع.

۳-۵. تجارب زیسته پذیرش هویت فرد دارای سوءمصرف مواد

• تجربه زیسته فرد سوءمصرف‌کننده پس از پذیرش اعتیاد خود

فرد مصرف‌کننده در ادامه اعتیاد خود نه تنها احساس تنهایی و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کند، بلکه به تدریج لذت مصرف از مواد اعتیادآور جای تمامی لذت‌های زندگی را برای او می‌گیرد. صادق مدیر هم‌تاکمپ ورامین می‌گوید:

«بعضی از معتادان ترسشان از ترک ریخته است و برای این‌که بتوانند لذت اولین مصرف را تجربه کنند، به کمپ می‌آیند. دیگر این‌که آن‌ها روابط جنسی بدون مصرف شیشه را نمی‌توانند تصور کنند.»

مصرف‌کنندگان در حال بهبودی در کلینیک ثامن مطرح می‌کنند:

«همه چیز ما را وسوسه می کند. وقتی باران می آید یا حتی در عروسی، اول دوست داریم مواد مصرف کنیم، بعد در عروسی شرکت کنیم». عظیم کارمند همتا می گوید:

«به نظر من فکرکردن در طول روز به مصرف، بیشتر از خود مصرف برای معتاد لذت بخش است». علاوه بر این، در ادامه اعتیاد، مصرف مواد دیگر برای آنان لذت بخش نیست. یکی از مصرف کنندگان کلینیک ثامن می گوید:

«من همه چیزم را از دست دادم، مانده است یک جان که آن هم تمام شود برود». ظفر یکی از مسئولان همتا NA می گوید:

«هر شب گریه می کردم، ولی فکرکردن به حال و روزم باعث می شد که بیشتر به طرف مصرف مواد بروم ... وقتی عمومیم به من گفت که اگر ترک کنی به تو پول می دهم. به فکر این بودم، پول را بگیرم که مدت زمانی که از عمرم مانده است، راحت مصرف کنم. تا بمیرم و راحت شوم». پرویز مدرس همتا در این باره می گوید:

«من هر صبح به مواد مخدری که در جلوبیم بود، نگاه می کردم و گریه می کردم. آخه این چیه که این قدر من را خوار و وابسته به خودش کرده است؟»

• تجربه زیسته خانواده پس از پذیرش هویت عضو خانواده به عنوان یک فرد سوء مصرف کننده

نتایج تحقیق نشان داد خانواده ها، با توجه به این که سال ها از اعتیاد عضو مصرف کننده خانواده می گذرد، هویت او را به عنوان یک فردی که اعتیاد دارد، پذیرفته و زندگی شان تحت تأثیر اعتیاد او تغییر کرده است. همه آنها سعی می کردند با ظاهری آراسته و مرتب در جلسات سیمانان، نارنانان و یا هم سفران شرکت کنند و به دلیل تجربه لحظات پُر از بیم و هراس بیش از مصرف کنندگان در حال بهبودی به سمت دعا، مراقبه و معنویت گرایش داشتند.

همچنین، برخی از اعضای خانواده خشونت فیزیکی و یا کلامی فرد مصرف کننده را علیه خود تجربه کرده اند. دختر جوان ۳۰ ساله، خواهر یک مصرف کننده که درمان شده است، در جلسه سیمانان از روزهای تلخ و پُر از هراس و بیمی صحبت کرد که تجربه کرده است. او از بدبینی برادرش نسبت به مادرشان و این موضوع که در خانواده آنها احترام به والدین بسیار اهمیت دارد، یاد کرد. اما برادرش تحت تأثیر ماده محرک شیشه، به پدرش ناسزا گفته است. او همچنین از شکسته شدن تمام ظروف کریستال توسط برادرش صحبت کرد و افزود وقتی

در خانه تنها بود و برادرش به خانه می آمد، از ترس به پشت بام خانه پناه می بُرد. صبح ها نیز او و مادرش همواره به دنبال فرصتی بودند که از خانه خارج شوند تا با برادرش روبه رو نشوند. او می گوید:

«خیلی طول کشید تا متوجه شدیم برادرم معتاد به شیشه است و این رفتار تحت تأثیر مصرف شیشه است.»

او درباره اولین تجربه خود و مادرش از شرکت در جلسهٔ سیمانان صحبت می کند و می گوید:

«صبح زود جلوی درب مکان جلسه حاضر بودیم. با سروو وضعی آشفته و وقتی ظاهر آراسته خانواده ها را در جلسه و حرف های دیگران را درباره این که باید بیمارتان را به خدا بسپارید و زندگی خودتان را بکنید، شنیدیم، تعجب کردیم.»

مادری جوان از ساعات تلخ و دردناکی که او و همسرش شب گذشته تجربه کرده بودند، صحبت می کند:

«همسرم به پسرَم گفته بود که اگر ساعت ۱۲ شب بگذرد دیگر خانه نیاید و در را بر روی او بسته بود... همسرم وقتی به پارک کنار منزلمان رفته بود، دید که پسرمان زیر پتو در کنار معتادان دیگر خوابیده است.»

او گریه کرد و نتوانست به صحبتش ادامه دهد. مادر دیگری می گوید:

«من روزهای بسیار سختی را گذرانده ام. پسرَم در جلوی (چشم) من با چاقو شکمش را پاره کرد و روده هایش بیرون آمد و وقتی به پلیس ۱۱۰ زنگ زدم نیامد. ولی شکر خدا الآن کنار گذاشته است.»

مشاهدات مستقیم نشان داد که گاهی رفتارهای فرد مصرف کننده برای خانواده چنان آزاردهنده می شود که اعضای خانواده نمی توانند احساسات ناخوشایند خود را نسبت به او کنترل کنند و برخلاف آموخته هایشان، رفتاری نامناسب از خود بروز می دهند. پس از آن، احساس گناه و مسئولیت می کنند و هم زمان ترکیبی از خشم، عصبانیت و گناه را نسبت به فرد مصرف کننده تجربه می کنند. معصومه در جلسهٔ نارائان دربارهٔ احساسات خود می گوید:

«من حالم خیلی بد است، من خیلی بیمارم را سرزنش کردم.»

با این حال، سریع به خودش یادآور می شود که باید با این شرایط کنار بیاید. چون فرد

مصرف کننده عزیز او است و اعتیاد او به دلیل تربیت او است. زهرا زن ۴۵ ساله در جلسه نارنان درباره احساسات خود گفت:

«خدا را سپاسگزاری می کنم برای شرکت در جلسات. من خیلی عصبانی بودم و عصبانی هستم از دست بیمارم. وقتی کسی را می بینم که مصرف می کند، از دست بیمارم عصبانی می شوم. وقتی کسی را می بینم که ترک کرده و بعد از مدتی او را با قیافه داغون می بینم، از دست بیمارم عصبانی می شوم. بعد از مدتی که در جلسات شرکت کردم، توانستم عصبانیت خودم را کنترل کنم. ولی الآن دوباره مدتی است که عصبانی هستم.»

زهرا، سریع به خود یادآور می شود که او نباید از دست بیمار خود عصبانی شود. چون خانواده در برابر رفتار فرد مصرف کننده ناتوان است.

«من فراموش کردم که ما در برابر معتاد عاجز هستیم و از معتادمان انتظار داریم که رفتار عاقلانه انجام بدهد. ولی فهمیدیم که معتاد هر کاری می تواند انجام بدهد.»

به نظر می رسد تجارب تلخ ناشی از اعتیاد فرد مصرف کننده (کتک خوردن، شکستن لوازم و...) اثرات منفی پایدار بر زندگی خانواده ها می گذارد. چنان که نیلوفر، شرکت منظم در جلسات همدردی را برای حفظ آرامش خود ضروری می داند و زنی میان سال در سیمانان، به مادران توصیه می کند که حتی فکرکردن به واقعیت تلخ اعتیاد فرزند را از ذهن خود دور کنند و او را رها کنند و به خدا بسپارند.

در جلسه همدردی نارنان، نیلوفر، دختر جوانی که پدرش مصرف کننده مواد مخدر است و تجربه کتک خوردن از او را دارد، بیان کرد که شرکت در جلسات، تماس با راهنما، دعا و مراقبه به او کمک کرد تا امسال زیبایی های بهار را ببیند و احساس آرامش کند. ولی سریع به خود یادآوری می کند که این آرامش پایدار نیست، می گوید:

«اما باید در جلسات مرتب شرکت کنیم وگرنه ذهن ما مسائل را Delete می کند.»

زن میان سالی در جلسه سیمانان می گوید:

«باید او را رها کنیم. حتی از ذهن خودمان دور کنیم. در یک جایی خدا به او کمک می کند.»

راهکارهای خانواده ها در جلسه های همدردی برای کمک به بهبودی فرد سوء مصرف کننده

در این راستا مشاهدات مستقیم در جلسات سیمانان نشان می دهد خانواده ها به این نتیجه رسیده اند که با تغییر سبک زندگی خود و رفتار صحیح با فرد مصرف کننده «رها

کردن با عشق» می‌توانند به بهبودی او کمک کنند و یا حداقل با سروسامان دادن به زندگی خود، از قربانی شدن سایر اعضای خانواده جلوگیری کنند.
محرم، مددکار همتا، درباره «رهاکردن با عشق» می‌گوید:

«این به معنای به خدا سپردن است. یعنی حمایت‌های سالم کن در ارتباط با مصرف حمایت نکن. بگو من در ارتباط با حضور اجتماعی مؤثر در اجتماع به تو کمک می‌کنم. باید محترمانه به او گفته شود. معتاد به دنبال بهانه است و راه‌انداختن یک بازی است که تقصیر خودش را به عهده دیگران بیندازد. خانواده باید در دام او نیفتد. «رهاکردن با عشق» یعنی به خدا سپردن و دعاکردن.»

بهرروز و برخی دیگر از والدین با شرکت در جلسات همدردی سیمانان موفق شدند به درمان فرد مصرف‌کننده خود کمک کنند. بر اساس نتایج تحقیق، هدف برخی از اعضای خانواده از شرکت در این جلسات، دیگر صرفاً کمک به درمان فرد مصرف‌کننده خود نیست، بلکه از آن فراتر رفته است. آن‌ها در سمت‌های راهنما، مسئول مالی، مسئول نشریات، مدیر گروه و... در جلسات کمیته‌های خدماتی این انجمن‌ها فعالانه شرکت می‌کنند. بهروز به عنوان سخنران، فعالانه در جلسات سیمانان شرکت می‌کرد و تجارب خود و دیگر والدین را با خانواده‌ها به اشتراک می‌گذاشت.
او درباره رفتار صحیح با فرد مصرف‌کننده می‌گوید:

«ما می‌خواهیم به این پرسش‌ها پاسخ بدهیم. ما باید چه کار بکنیم؟ بیمار چه باید بکند؟ ما باید بدانیم که به جای بیمار نمی‌توانیم کاری بکنیم. مواد محرک چندین برابر لذت‌های طبیعی برای او لذت دارد. اصلاً توی گوشش نمی‌رود، شنوای هیچ حرفی نیست. در بهبودی مثلاً یک ماه از کمپ آمده شروع به یادآوری گذشته می‌کنیم. الآن می‌باید زن بگیری و دکتر بشوی غیر از صدمه‌زدن و احساس گناه در آن به وجود آوردن هیچ چیز نیست. بعد از پاکی شنوا هستند. باید حواسمان جمع باشد و مراقب باشیم که نصیحت نکنیم، سرزنش نکنیم، مقایسه نکنیم. ما باید بپذیریم که بخشی از مشکل هستیم. چه بیمار ما مصرف کند یا نکند، باید در کنارش زندگی کنیم. ما باید وارد بازی بیمارمان نشویم. یعنی تا بیدار است بیدار بمانیم یا به دنبال اثبات اعتیاد او باشیم و یا این‌که بفهمیم چی می‌کشد... نصیحت و سرزنش نباشد. در ضمن باید حدود مرزها را رعایت کنیم. مثلاً در خانه نباید مصرف کند، از ساعت ۱۰ به بعد در خانه بسته است. معمولی برخورد کنیم همیشه در خانه باز باشد. رفتارهای درست ما خیلی تأثیرگذار است. ما اگر رفتارهای خودمان را اصلاح کنیم، آن‌ها هم

به فکر می افتند و تغییر خواهند کرد. در زمان مصرف در انکار مطلق هستند. فکر می کنند معتاد نیستند. سه چیز به خانواده ها کمک می کند: ۱. امید، ۲. توکل و ۳. دعا. همان طور که ما خدا داریم او هم دارد. در خانه من باز بود برای پسر، چه مصرف کند، چه مصرف نکنند، دوباره مصرف کند. هیچ وقت بیمارمان را با بیمار دیگر مقایسه نکنیم. این خیلی ظالمانه است، چون هر فرد با فرد دیگر متفاوت هستند. ماشاءالله، ان شاءالله نداریم. باید رفتارمان مناسب باشد. چون حساس است و احساسات جریحه دار می شود. عادی رفتار کنیم. بپذیریم در خانه باشد، آسیب های اجتماعی اش به مراتب کمتر است. بیمار خود را «با عشق رها» کنیم. مگر این که به خود یا اجتماع آسیب بزند. مثلاً می بینید که پول نمی دهید، ولی خیلی شیک و پیک می گردد و شک می کنید که شاید مواد می فروشد. آن موقع باید ببرید کمپ یا اطلاع بدهید.»

پرویز مدرس هم تا درباره نقش خانواده در بهبودی فرد مصرف کننده می گوید:

«خانواده باید آگاه باشد و بداند چگونه برخورد کند. معتادان به دو دسته تقسیم می شوند. عده ای که تمایل دارند اعتیاد را ترک کنند و عده ای دیگر که نمی خواهند ترک کنند. به خانواده باید آموزش داده شود که به فرزند معتاد خود با چه ندهد؟ ما به خانواده ها می گوییم که الگوهای رفتاری خود را درست کنند و زندگی کنند، به این صورت که فرد معتاد هم آموزش می دهند.»

در جلسات سیمانان، الگوی رفتاری صحیح با مصرف کننده در قالب اصطلاحات کلیدی به خانواده ها پیشنهاد می شد (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۶. رویکرد رفتار صحیح با فرد مصرف کننده در جلسات سیمانان

اصطلاحات کلیدی	توضیحات
وارد بازی بیمار نشدن	رفتار خانواده با او باید واکنشی نباشد، نباید به دنبال این باشد که: چه چیز مصرف می کند، چگونه مواد تهیه می کند یا کجا مصرف می کند ... بر نشانه های اعتیاد او تمرکز نکند بلکه به دنبال راه حلی برای درمان او باشد.
خانواده، خود بخشی از مشکل است.	والدین بپذیرند که رفتارهای نادرست آنها در اعتیاد فرزندشان نقش داشته است و برای درمان او، ابتدا باید سبک زندگی خود را تغییر بدهند.
باچندان	تسلیم تهدیدهای فرد مصرف کننده نشوند.

حمایت سالم	از تحقیر و سرزنش او بپرهیزد و رفتاری دور از کینه و نفرت با او داشته باشد. در خانه همیشه به روی او باز باشد و خانواده آماده باشد تا هر کمکی که برای درمان او نیاز است را فراهم کند. همچنین، باید حدود مرزهایی را نیز برای او تعیین کند (مانند ساعت ورود و خروج از خانه، مصرف نکردن در خانه و...).
رهاکردن با عشق	از او حمایت سالم کنند. خانواده بپذیرد که حضور او در خانه و رفتار عادی با او، آسیب‌های اجتماعی او را کاهش می‌دهد. مگر این‌که رفتار او به جامعه آسیب برساند (مواد بفروشد و یا ...). در آن صورت باید مداخله کند و با او اتمام حجت کند که یا رفتار او را اصلاح کند یا او را به اجبار به کمپ بفرستد. برای او دعا کند و او را به خدا بسپارد. اگر کارتن خواب است، برای او دعا کنند و بدانند که او هم خدایی دارد.
قربانی فرد مصرف‌کننده نشویم	به زندگی خود سروسامان بدهند تا سایر اعضای خانواده قربانی اعتیاد فرد مصرف‌کننده نشوند.

• پارادوکس مجرم دانستن یا ندانستن فرد مصرف‌کننده پس از ارتکاب جرم

با توجه به نتایج تحقیق، خانواده‌ها با این چالش‌ها روبه‌رو هستند که آستانه تحمل و مدارای آن‌ها با فرد مصرف‌کننده تا چه حدی باید باشد؟ و هنگامی که او مرتکب جرم می‌شود آیا باید مانند سایر مجرمان مجازات شود؟

در جلسه خانوادگی کمپ چیتگر، زنی که کمتر از ۴۰ سال داشت، می‌گوید:

«چهار سال است که همسرم معتاد است و نگذاشتم کسی بفهمد. من همیشه سرپوش روی اشتباهات و دروغ‌هایش گذاشتم و به همین دلیل خودم هم دروغ‌گو شدم. مثلاً اگر دعوت می‌کردند، می‌گفتم او مریض است.»

شهلا مددکار کمپ چیتگر در ادامه حرفش می‌گوید:

«من هم همین‌طور، همه می‌گفتند همسرت چقدر لاغر شده، می‌گفتم معده‌اش درد می‌کند. نباید جار زد، ولی در ضمن باید گذاشت که شخص با عواقب کارش روبه‌رو شود. اگر معتاد را تهدید می‌کنید، مثلاً به طلاق یا ترک خانه، اول فکر کنید به عواقب طلاق، ولی اگر تهدید کردید عمل کنید. دیگر این‌که باید بدانید، معتاد بر اثر مصرف مواد، شخصیتش سوءاستفاده‌گر می‌شود. نباید به او پول بدهید. اگر دادید، حداقل از مصرف او رنج نبرید. چرا باید هم پول بدهید و هم رنج ببرید. اگر دزدی کرد باید دستگیر شود. باید با عواقب کارش روبه‌رو شود.»

صادق، مدیر همتای کمپ ورامین می گوید:

«خانواده‌ها باید تسلیم فرزند معتادشان نشوند. اگر گفت پول به من بده وگرنه شیشه را می شکم، ندهند. معتاد فرد ترسویی است و دادویدادش فقط مال خانواده‌اش است. اگر گفت شیشه را می شکم، زنگ بزنند پلیس ۱۱۰ بیاد او را ببرند. او دیگر جرئت نمی کند این کار را بکند.»

بهر روز می گوید:

«رهاکردن با ول کردن فرق می کند. «رهاکردن با عشق» یعنی این که مقایسه نکنیم، بیمارمان را سرزنش نکنیم، حمایت نابجا نکنیم، نگذاریم احساسات غلبه کند. ولی در شرایطی که احساس کردیم که به خانواده و خودش ممکن است آسیب برساند، باید مداخله کنیم. باید از روان شناس کمک بگیریم، یا از دو نفر به غیر از پدر و مادر. مثلاً از دخترخاله و دایی و یا دوست که با او صحبت کنند و اتمام حجت کنند که یا خودش را اصلاح می کند یا او را به کمپ می برند. اگر برخورد ما با مشکل اعتیاد او، واکنشی نباشد، مشکلات ما را آزار نمی دهند.»

بر اساس نتایج تحقیق، بسیاری از مصرف کنندگان بهبودیافته یا در حال بهبودی و روان شناسان بر این باورند که مصرف کننده مواد اعتیادآور برای درمان بدون بازگشت به اعتیاد، باید به «آخر خط برسد» و داوطلبانه برای درمان اقدام کند و برخی نیز معتقدند «رسیدن به آخر خط» به چه قیمتی؟

• پارادوکس درمان «داوطلبانه» یا درمان «اجباری»

برخی از همتایان و روان شناسان معتقدند «به آخر خط رسیدن» برای فرد مصرف کننده زمانی است که او دیگر نتواند هزینه های اعتیادش را تأمین کند. آن ها بر این باورند که او نمی تواند عاقلانه فکر کند و داوطلبانه برای درمان اقدام کند. به همین دلیل، باید با انجام اقداماتی فرد مصرف کننده را به این مرحله رساند. برخی دیگر معتقدند «به آخر خط رسیدن» برای فرد مصرف کننده زمانی است که او از مصرف مواد بیزار شده باشد و داوطلبانه برای درمان اقدام کند. روان پزشک کلینیک ثامن می گوید:

«به آخر خط رسیدن» معتاد به چه قیمتی؟ دیروز مادر یک معتاد پیش من آمد، خیلی ناراحت و شرمند بود. بعد از اصرار من و با کلی شرمندگی گفت که دیشب پسر من تجاوز کرده است! یا بیماری دارم که برای ۳ هزار تومان تن فروشی کرده است. وقتی به اینجا رسید باید با تکنیک مداخله جانشونی آخر خط را برایشان به وجود بیاوریم.»

عظیم درباره «به آخر خط رسیدن» و ترک داوطلبانه اعتیاد می گوید:

«وقتی منبع تغذیه قطع شود، حمایت های ناسالم از معتاد را باید قطع کنند... کسی که مواد می کشد، یعنی فکر درست ندارد. چگونه انتظار داریم که درست فکر کند و برود ترک کند.» صادق نیز می گوید:

«من معتقدم که در ترک اعتیاد اراده، تصمیم و خواستن اصلاً معنا ندارد و منتفی است. باید شرایط برای ترک اعتیاد مهیا باشد. مثلاً از کمپ که خارج می شوند، باید همه چیز برای آن ها آماده باشد.»

روان شناس کلینیک دی با ترک داوطلبانه فرد مصرف کننده مخالف است و می گوید:

«بیماری که تحت کنترل محرک ها است قدرت تفکر برای ترک ندارد. او معمولاً دچار توهم می شود. مثلاً توهم این را دارد که ممکن است پدر و مادرش او را بکشند و همیشه یک چاقو در زیر بالشش نگه می دارد و یا توهمات دیگر دارد. بیمار خودش نمی تواند تصمیم برای ترک بگیرد. معتاد را باید هل داد.»

روان شناس کلینیک ققنوس درباره این که چه زمانی فرد مصرف کننده تصمیم به قطع مصرف می گیرد، می گوید:

«هنگامی که خسته شده و یا به عجز برسد، یا با اجبار خانواده می آیند. یا به علت اعتیاد در معرض اخراج هستند. یا شناخت به دست می آورند که اگر زیاد مصرف کنند چه ضررهایی را می بینند.»

پدري در جلسه سيمانان می گوید:

«وقتی من در یک جلسه مشترک با پسر در سیمانان بودم، او گفت که من وقتی به خانه برگشتم بعد از مدتی متوجه شدم که... هیچ فامیلی ندارم، هیچ پولی ندارم و تنهای تنهایم، دیدم که کسی را ندارم، فکر کردم باید کاری کنم.»

او ادامه داد که پسر خودش به خانه برگشت و به کمپ رفت. یکی از مصرف کنندگان در حال بهبودی کلینیک ثامن درباره «به آخر خط رسیدن» می گوید:

«آخر خط برای هر کس فرق می کند. یکی وقتی احساس می کند در جمع بدون دلیل عرق می ریزد یا چرت می زند، برایش آخر خط است. برای معتادی دیگر شاید به آخر خط رسیدن، مرگ در جوی های کنار خیابان باشد.»

نتایج تحقیق نشان داد برای برخی از مصرف کنندگان مواد اعتیادآور، کمپ ها توقفگاهی هستند که بتوانند درباره خود و اعتیادشان فکر کنند. زنی که در گذشته کارتن خواب بوده است، در جلسه عمومی معتادان گمنام می گوید:

«پس از اقامت در کمپ متوجه شدم که با فرزندانم چه کار کرده ام.»

او اکنون در یک آشپزخانه کار می کند و دخترانش ازدواج کرده اند و به طور مرتب در جلسات نارائان شرکت می کند تا پاک بماند.

جدول شماره ۷. «به آخر خط رسیدن» و «ترک اعتیاد»

ظفر	هر شب گریه می کردم ولی فکرکردن به حال و روزم باعث می شد که بیشتر به طرف مصرف مواد بروم.
پرویز	من هر صبح به مواد مخدری که در جلویم بود نگاه می کردم و گریه می کردم، آخر این چیه که این قدر من را خوار و وابسته به خودش کرده است.
عظیم	وقتی منبع تغذیه قطع شود (به آخر خط می رسد)، حمایت های ناسالم باید از او قطع شود.
روان شناس کلینیک ققنوس	هنگامی که خسته شده و یا به عجز برسد - در معرض اخراج باشد- شناخت به دست بیاورد که مصرف مواد برایش ضرر دارد (اقدام برای ترک اعتیاد می کند).
مصرف کننده شیشه	دیدم هیچ پولی ندارم و تنهای تنهایم... فکر کردم باید کاری کنم.
روان شناس کلینیک دی	بیماری که تحت کنترل محرک ها است قدرت تفکر و تصمیم برای ترک ندارد.
مصرف کننده در کلینیک ثامن	آخر خط برای هر کس فرق می کند. برای یکی وقتی احساس می کند در جمع بدون دلیل عرق می ریزد یا چرت می زند و برای معتادی دیگر شاید به آخر خط رسیدن مرگ در جوی های کنار خیابان باشد.

در جمع بندی می توان گفت، برای درمان قطعی و بدون بازگشت، از یک طرف فرد مصرف کننده باید به مرحله ای برسد که از مصرف مواد بیزار شده باشد و با اراده خود برای درمان اقدام کند تا احتمال بازگشت مجدد به اعتیاد او کمتر باشد. اما از سوی دیگر، افرادی که دچار سوء مصرف مواد هستند، معمولاً در شرایطی نیستند که بتوانند داوطلبانه برای درمان اقدام کنند. بر اساس نتایج تحقیق، خستگی و بیزاری از مواد، نقش مهم تری از ترک داوطلبانه در درمان اعتیاد و

پاکی ماندگار دارد. صادق، مدیر کمپ ندای آرامش می گوید که برخی از مصرف کنندگان به منظور تجربه مجدد لذت ناشی از اولین مصرف خود، حتی حاضر هستند به طور داوطلبانه برای ترک مصرف به کمپ مراجعه کنند و یا برای تجربه دوباره نشئگی آماده اند تا همه چیز خود را فدا کنند. صادق مدیر همتا کمپ ورامین می گوید:

«در اینجا من معتادی دارم که می گوید من برای نشئگی و چرتی که قرص به من می دهد، حاضرم همه چیزم را بدهم... بعضی از معتادان ترسشان از ترک ریخته است و برای این که بتوانند لذت اولین مصرف را تجربه کنند، به کمپ می آیند. دیگر این که آن ها روابط جنسی بدون مصرف شیشه را نمی توانند تصور کنند.»

• تجربه زیسته مصرف کنندگان پس از اقدام به قطع مصرف و پیوستن به انجمن معتادان گمنام

در مصاحبه با معتادان بهبود یافته در چهره و لحن گفتار تمامی آن ها ترس و عدم اطمینان از «پاک ماندن» دیده می شد. انگار زمین زیر پایشان سُست است و هر لحظه ممکن است خالی شود. یکی از مددکاران همتا، به محقق گفت یکی از همتایان عضو انجمن معتادان گمنام سال هاست که به تهران نمی آید، زیرا از این می ترسد که با دیدن مکان هایی که در گذشته برای تأمین مواد مخدر به آنجا مراجعه می کرده، وسوسه شود. در کمپ چیتگر یک جوان ۳۵ ساله در حال بهبودی که یکی از اقوام خود را برای درمان به کمپ آورده بود، گفت که مهمانش صبح زود از خواب بیدار شده است و یک گرم و نیم هروئین کشیده است و بوی آن همه خانه را برداشته است. در چهره او کاملاً اضطراب نمایان بود. او در ادامه می گوید:

«من ترک کردم، ولی خوب او که کشید سرم درد گرفت. بویش تمام خانه را برداشته بود.»

در صحبت تمامی معتادان بهبود یافته NA چنین جمله هایی دیده می شد که «در این هفته خیلی مشکل داشتم اما خدا را شکر توانستم جلوی وسوسه ام را بگیرم و تحمل کنم و...» این جمله ها را کسانی می گفتند که حداقل ۵ سال از بهبودی آن ها می گذشت. علاوه بر آن نتایج این تحقیق نشان داد برای درمان علاوه بر «آخر خط رسیدن» به «امید» هم نیاز است. اکثر مصرف کنندگان در حال بهبودی با آشنایی با همتایان در NA و کنگره ۶۰ به درمان و پاک ماندن امیدوار شده اند. ظفر می گوید:

«بعد از چند بار ترک ناامید شدم و چند بار به دلیل خرید مواد دستگیر شدم و به صورتی بودم که تمام بدنم عفونت کرد. در زندان از ترس مرگم و به دلیل این که پدرم در قوه قضاییه بود، من را به خانواده تحویل می دهند.»

زمانی که ظفر با تاکسی برای درمان به کمپ می‌رود، راننده تاکسی تصادفاً عضو NA است و به او پیشنهاد می‌کند که در جلسات همدردی انجمن معتادان گمنام شرکت کند. ظفر با شرکت در این جلسات و شنیدن صحبت‌های همتایان، به درمان اعتیاد خود امیدوار می‌شود. مجید سخنان هم‌تا در جلسه عمومی معتادان گمنام می‌گوید:

«من خیلی زود معتاد شدم، من دبیرستانی بودم با مواد مخدر آشنا شدم، من وقتی دیپلم گرفتم تریاکی بودم و صبح‌ها مصرف می‌کردم... خیلی سریع یک معتاد خیابانی شدم و کارهایی که فکر نمی‌کردم برای مواد انجام دهم، دادم... من فهمیدم هیچ چیز معتاد را عوض نمی‌کند مگر خود معتاد بخواهد و NA که خط‌مشی زندگی ما را تغییر داده بود.»

علی سخنان هم‌تا در جلسه عمومی معتادان گمنام می‌گوید:

«علی‌ام، یک معتاد! خدا را شکر می‌کنم که امروز اینجا هستم، در جمع شما هستم تا پاک بمانم، من هفته پیش پدرم را از دست دادم. پدرم مصرف‌کننده الکل بود، من در خانواده بیمار و معتاد بزرگ شدم... من در وضعیت آشفته وارد - جلسه انجمن معتادان گمنام- شدم. گفتم چرت‌وپرت است... وقتی وارد شدم، گفتند، بمون صبر کن، همه چیز درست می‌شود. می‌خواستم ضرب‌الاجل همه چیز درست شود. ولی نمی‌دانم چه نیرویی بود که من را در این برنامه نگه داشت... من فکر می‌کردم یک ماه تا دو سه ماه بمانم همه چیز درست می‌شود، ولی گفتند این طور نیست، باید بمانی، من حول و حوش ۴ سال طول کشید تا برنامه برایم - ۱۲ قدم NA - جا بیفتد.»

۶. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف دستیابی به درکی عمیق‌تر از نقش تعاملات میان مصرف‌کنندگان در حال بهبودی و خانواده‌های آنان در فرآیندهای اعتیاد و بازگشت به اعتیاد انجام شد. با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی، این تحقیق به بررسی تجربیات زیسته مصرف‌کنندگان در حال بهبودی و خانواده‌هایشان پرداخت، با این فرض که خانواده‌ها به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از شبکه اجتماعی مصرف‌کنندگان محسوب می‌شوند. داده‌ها از طریق روش‌های کیفی شامل مشاهده مستقیم و مصاحبه‌های عمیق با مصرف‌کنندگان در حال بهبودی، اعضای خانواده، همتایان، روان‌شناسان و روان‌پزشکان جمع‌آوری شد. گروه‌های هدف شامل جلسات بهبودی عمومی NA و کنگره ۶۰ و جلسات حمایت خانواده (نارانان، سیمنان) و کمپ‌های تخصصی درمان اعتیاد (چیتگر، ندای آرامش، وردیج) بودند.

نتایج نشان داد افرادی که به مصرف مواد روی می‌آورند، پیش از اولین تجربه مصرف، نشانه‌های «بیماری ذهنی اعتیاد» را نشان می‌دهند. بسیاری از این افراد توانایی مقابله با چالش‌های زندگی را ندارند و برای فرار از احساسات ناخوشایند خود به مصرف مواد پناه می‌برند. علاوه بر این، خانواده‌ها اغلب به صورت ناخواسته با حمایت‌های بیش از حد از فرزندان خود، زمینه‌ساز شکل‌گیری اعتیاد می‌شوند و فرصت تجربه کردن و مواجهه مستقل با مشکلات را از آنان سلب می‌کنند. این پویا به مفهومی به نام «اجتناب تجربه‌ای» مرتبط است.

مطالعه نشان داد پس از اولین تجربه مصرف، معتادان غالباً احساس می‌کنند که به آرامش رسیده‌اند، با دیگران بهتر ارتباط برقرار می‌کنند یا زندگی‌شان تازه آغاز شده است، در حالی که خانواده‌ها به طور هم‌زمان ترس، وحشت، شرم و سردرگمی را تجربه می‌کنند. این تفاوت در تجربه‌ها منجر به شکاف در درک متقابل و در نهایت تشدید چرخه اعتیاد می‌شود. اعتیاد او آرامش را از خانواده می‌گیرد و بر سرنوشت اعضای دیگر خانواده تأثیر می‌گذارد. خانواده نسبت به آینده او احساس نگرانی و هراس می‌کند و از سرعجز و ناتوانی، شروع به کنترل، تحقیر و سرزنش او می‌کند و گاهی آرزوی مرگ او را دارد. از سوی دیگر، معتادان خود را افرادی توانا و درک نشده می‌دانند که این امر منجر به دوری بیشتر از خانواده و جذب به سمت هم‌نشینان مصرف‌کننده می‌شود. به عبارت دیگر، فرد مصرف‌کننده به قابلیت‌ها و توانایی‌های خود باور دارد و خود را سوء مصرف‌کننده نمی‌داند. رفتار نادرست خانواده باعث دوری او از خانواده شده و او را به سمت افراد مصرف‌کننده سوق می‌دهد. تجربه احساسات متفاوت و عواطف منفی خانواده و فرد مصرف‌کننده نسبت به یکدیگر، باعث می‌شود آن‌ها از حوزه درک و فهم متقابل یکدیگر خارج شوند و این مسئله، عاملی برای تداوم مصرف و یا بازگشت به اعتیاد او می‌گردد.

خانواده‌هایی که در جلسات حمایتی مانند نارائان یا سیمانان شرکت می‌کنند، به تدریج می‌آموزند که برای حمایت از فرد معتاد، او را «با عشق رها کنند». این رویکرد شامل حفظ مرزها، پرهیز از کینه‌ورزی، بازنگه داشتن در خانه، ارائه حمایت عاطفی پایدار و سپردن سرنوشت فرد به خداست. آن‌ها جلسات همدردی «رهاکردن با عشق» و «حمایت سالم» از مصرف‌کننده را در چند مورد خلاصه می‌کردند: (۱) پذیرش مسئولیت و نقش خانواده در اعتیاد فرزندان؛ (۲) اجتناب از هرگونه رفتار همراه با کینه و نفرت با او؛ (۳) بازگذاشتن در خانه به روی او؛ (۴) تعیین حدود مرزها برای او؛ و (۵) دعاکردن و سپردن او به خدا.

ممدکار کمپ چیتگر الگوی رفتار مناسب پس از قطع مصرف مواد اعتیادآور را این گونه شرح داد: (۱) به دنبال مواد، وسایل او را نگردید؛ (۲) او را تحقیر و یا با فرد دیگر مقایسه نکنید؛ (۳) آن‌ها اشتباهاتی خواهند کرد و سپس تلاش می‌کنند تا آن اشتباهات را توجیه کنند، از توجیهات آن‌ها حمایت نکنید.

برخی از هم‌تایان، «رها کردن با عشق» را این گونه معنی می‌کردند که خانواده باید از فرد مصرف‌کننده حمایت سالم کند، اما به او باج ندهد. با به‌کارگیری این اصول، خانواده‌ها بهتر می‌توانند با شرایط کنار بیایند و از قربانی شدن خود در برابر اعتیاد جلوگیری کنند. هم‌تایان نیز تأکید می‌کنند که رفتار نادرست خانواده، که اغلب ناشی از ناآگاهی است، می‌تواند روند بهبودی را بیشتر از نبود حمایت خانوادگی مختل کند.

همچنین پژوهش به چالشی پایدار اشاره دارد که خانواده‌ها و درمانگران با آن مواجه‌اند: معضل درک فرد معتاد به عنوان مجرم پس از ارتکاب جرم و انتخاب بین درمان داوطلبانه یا اجباری. مصرف‌کنندگان در حال بهبودی و سوسه برای مصرف مجدد مواد اعتیادآور را تجربه می‌کنند. در مصاحبه با هم‌تایان در چهره و لحن گفتار تمامی آن‌ها ترس و عدم اطمینان از پاکی ماندگار دیده می‌شد. در صحبت آن‌ها چنین جمله‌هایی دیده می‌شد که «در این هفته خیلی مشکل داشتم. اما خدا را شکر توانستم جلوی وسوسه‌ام را بگیرم و تحمل کنم». این جمله‌ها را اشخاصی می‌گفتند که حداقل ۵ سال از بهبودی آن‌ها می‌گذشت. با وجود این چالش‌ها، برخی از معتادان با شرکت در جلسات حمایتی مانند NA و کنگره ۶۰ موفق به دستیابی به بهبودی بلندمدت شده‌اند. با این حال، بسیاری از آنان همچنان از بازگشت به اعتیاد هراس دارند، زیرا وسوسه مصرف حتی پس از دوره‌های طولانی پاکی همچنان ادامه دارد.

در نهایت، این پژوهش بر اهمیت گذار از سرزنش و کنترل به پذیرش و حمایت ساختاریافته در خانواده‌ها تأکید دارد. توانمندسازی خانواده‌ها برای توسعه راهبردهای مقابله‌ای سالم از طریق مشارکت در گروه‌های حمایتی نه تنها فرآیند بهبودی مصرف‌کنندگان را تسهیل می‌کند، بلکه از قربانی شدن خانواده‌ها در برابر اعتیاد جلوگیری می‌نماید. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی بلندمدت مشارکت خانواده در برنامه‌های بهبودی اعتیاد و راهبردهای کاهش اجتناب تجربه‌ای به عنوان روشی برای پیشگیری از بازگشت بپردازند.

منابع

- اشتراوس، انسلم و کرین، جولیت (۱۳۹۰). مبانی پژوهش کیفی (ابراهیم افشار، مترجم). تهران: نی
- باخ، پاتریشیا و موران، دنیل ج. (۱۳۹۳). در عمل؛ مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد (سارا کمالی و نیلوفر کیان‌راد، مترجمین). تهران: انتشارات ارجمند.
- پیله‌وری، اعظم و جوادی، محمدحسین (۱۳۹۸). زمینه و شرایط خانوادگی مؤثر بر عود اعتیاد یک پژوهش کیفی. تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۸(۲)، ۱۱۷-۱۰۷.
- جلیلیان، فرشته (۱۳۸۸). بررسی شبکه روابط/پیوندهای اجتماعی غیررسمی سالم و ناسالم در بین جوانان معتاد ۳۵-۱۸ سال مراکز ترک اعتیاد. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۳(۹)، ۱۳۸-۱۱۵.
- جهاندارلاشکی، زینب (۱۴۰۲). واکاوی درگیری خانواده در اعتیاد: مطالعه‌ای کیفی. مطالعات راهبردی زنان، ۲۵(۱۰۱)، ۱۹۹-۱۷۷.
- روشن پژوه، محسن (۱۳۹۶). تدوین اسناد سیاست‌گذاری شامل سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد؛ سند جامع تحقیقات و سند راهبردی مقابله با عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها. تهران: دنیای درون.
- رحمانی، اسماعیل (۱۴۰۳، ۲۴ مرداد). بازگشت ۹۴ درصد معتادان درمان شده به اعتیاد نگران‌کننده است. خبرگزاری ایسنا. <https://www.isna.ir/news/1403052416876>
- رحیمی، حسین (۱۳۹۷، ۱۹ خرداد). بازگشت ۹۰ درصد معتادان بعد از ترک به مصرف دوباره. خبرگزاری مهر. <https://www.mehrnews.com/news/4315725>
- رهبری‌غازانی، نسرين، حاجلو، نادر و آقاجانی، سیف‌الله (۱۴۰۲). اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر تغییر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۷(۶۷)، ۷۹-۱۰۰.
- سجویک، پیتر (۱۳۸۸). دکارت تا دریدا مروری بر فلسفه اروپایی (محمدرضا آخوندزاده، مترجم). تهران: نی.
- شیخ‌انصاری، مهین (۱۳۹۸). نظریه شبکه روابط اجتماعی در اعتیاد: معتاد از منظر لویناس. تهران: جامعه‌شناسان.
- شیخ‌انصاری، مهین (۱۴۰۲). سازوکارهای درمانی انجمن معتادان گمنام و کنگره ۶۰: شبکه روابط اجتماعی جایگزین برای معتادان در حال بهبودی. مجله مطالعات اجتماعی ایران (ویژه‌نامه تحلیل شبکه)، ۳(۱۷)، ۱۵۲-۱۱۹.
- شیخ‌انصاری، مهین (۱۴۰۳). هستی‌شناسی معتاد (نظریه شبکه روابط اجتماعی در اعتیاد). مجله جامعه‌شناسی ایران، ۲۵(۱)، ۲۸-۵.
- علیپوراسدآبادی، فرشته و نامداریپور، فهیمه (۱۴۰۲). شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد زنان بهبودیافته به مواد مخدر: یک مطالعه کیفی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۷(۶۸)، ۴۷-۶۸.
- فولادیان، مجید و محمدی، مهلا (۱۴۰۲). مقایسه عوامل مرتبط با بازگشت به اعتیاد در دو گروه با ترک قطعی و عود مجدد به مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۷(۶۷)، ۳۷۷-۳۵۵.
- کوپر، میک (۱۳۹۳). درمان‌های وجودی (سیدمحمد کلانتر گوشه، مترجم). تهران: آوای نور.
- لویناس، امانوئل (۱۳۹۲). از وجود به موجود (مسعود علیا، مترجم). تهران: ققنوس.

- لیندلف، تامس و تیلور، برایان (۱۳۸۸). روش تحقیق کیفی در علوم ارتباطات (عبدالله گیویان، مترجم). تهران: همشهری.
- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۰). اعتیاد در ایران. تهران: ثالث.
- محمدپور، احمد (۱۳۸۹). فراروش: بنیان‌های فلسفی و علمی روش تحقیق ترکیبی در علوم اجتماعی و رفتاری. تهران: جامعه‌شناسان.
- نعمتی سوگلی تبه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). عوامل مؤثر بر عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراند تئوری. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۶ (۶۴)، ۳۰۷-۲۷۹.
- هایدگر، مارتین (۱۴۰۳). هستی و زمان (سیاوش جمادی، مترجم). چاپ دوازدهم، تهران: ققنوس.
- یزدانی، محمدرضا، ساروخانی، باقر و وثوقی، منصور (۱۴۰۲). تحلیل جامعه‌شناختی افول ارتباطات درون خانوادگی و بازگشت به اعتیاد (شهر گرگان ۱۴۰۰-۱۴۰۱). فصلنامه علمی مطالعات راهبردی ارتباطات، ۳ (۷)، ۵۰-۳۳.
- Sheikh Ansari, Mahin. & Godarzi Mitra (2015). The Factors affecting the tendency of youth to consume marijuana in the age of pervasive media, Amity Journal of Media & Communication Studies Copyright 2015 by ASCO 2015, 5(1-2), 40-54.

References in Persian

- Alipourasadabadi, Fereshteh, & Namdarpour, Fahima (2023). Identification of Factors Influencing the Relapse of Women Recovered from Substance Addiction: A Qualitative Study. Scientific Quarterly of Research on Addiction, 17(68), 47-68. (in Persian)
- Bach, Patricia, A. & Moran, Daniel J. (2014). In practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. (Sara Kamali, & Nilofar Kianrad, Trans.). Tehran: Arjmand Publications. (in Persian)
- Cooper, Mick (2014). Existential therapies. (Seyed Mohammad Kalantar Gosheh, Trans.). Tehran: Avai Noor Publications. (in Persian)
- Fouladiyan, Majid, & Mohamadi, Mahla (2023). The Comparison of the Addiction Relapse-Related Factors between the two Groups of Individuals with permanent withdrawal and Relapse to Drug Use. Scientific Quarterly of Research on Addiction, 17(67), 377-355. (in Persian)
- Heidegger, Martin (2024). Being and Time. (Siavash Jamadi, Trans.). Tehran: Qafnos Publications. (in Persian)
- Jaliliyan, Freshte (2009). Examining the network of healthy and unhealthy informal social ties/relationships among young addicts aged 18-35 years old in addiction treatment centers. Scientific Quarterly of Research on Addiction, 3 (9), 115-138. (in Persian)
- Lashaki Jahandar, Zeynab (2023). Analysis of family involvement in addiction: a qualitative study. Women's Strategic Studies, 25(101), 177-199. (in Persian)
- Levinas, Emmanuel (2013). Existence and Existents. (Masoud Alia, Trans.).

- Tehran: Qafnos Publications. (in Persian)
- Lindlof, Thomas R., & Taylor, Bryan C. (2009). Qualitative communication research methods. (Abdolla Givian, Trans.). Tehran: Hamshahri Publications. (in Persian)
 - Madani Ghafarakhi, Saeed (2011). Addiction in Iran. Tehran: Saless Publication. (in Persian)
 - Mohammadpour, Ahmad (2010). Meta Method: Philosophical and practical foundations of mixed methods research in social and behavioral sciences. Tehran: Sociologists Publications. (in Persian)
 - Nemati Sogli Tappeh, Fatema, & Khaledian, Mohammad (2022). The Qualitative Study of Factors Affecting Relapse to Drug Abuse and Addiction with a Grounded Theory Approach. Scientific Quarterly of Research on Addiction, 16(64), 307-279. (in Persian)
 - Pilehvari, Azam, & Javadi, Seyed Mohammad Hossein (2019). Affective Context and Familial Conditions on Drug Addiction Relapse: A Qualitative Study. Qualitative research in health sciences. 8(2), 107-117. (in Persian)
 - Rahbari Ghazani, Nasreen, Hajloo Nader, & Aghajani, Seyfollah (2023). The Effectiveness of Family Empowerment Based on Short-Term Solution-Oriented Therapy in Changing the Emotional Atmosphere of the Family and the Preventing of Addiction in Adolescents with Substance-Dependent Parents. Scientific Quarterly of Research on Addiction, 17(67), 79-100. (in Persian)
 - Rahimi, Hosean (2018, June 9). 90% of addicts relapse after quitting. MEHR News Agency. <https://www.mehrnews.com/news/4315725> (in Persian)
 - Rahmani, Esmail (2024, August 14). The return of 94% of treated addicts to addiction is worrying. ISNA News Agency <https://www.isna.ir/news/1403052416876> (in Persian)
 - Roshanpajouh, Mohsen (2017). Development of policy documents including the comprehensive social support and addiction treatment document; Comprehensive research document, and strategic document to combat the supply of drugs and psychotropic substances. Tehran: Inner world Publications. (in Persian)
 - Sedgwick, Peter (2009). Descartes to Derrida: A Review of European Philosophy. (Mohammad Reza Akhoundzadeh, Trans.). Tehran: Ney Publication. (in Persian)
 - Sheikh Ansari, Mahin (2019). Theory of Social Relations Network in Addiction: Addict from Levinas perspective. Tehran: Sociologists Publications in collaboration with Methodologists Publications. (in Persian)
 - Sheikh Ansari, Mahin (2023). Therapeutic Mechanisms of Narcotics Anonymous and Congress 60: Alternative Social Network for Recovering Addicts. Journal of Iranian Social Studies (Special Issue of Network Analysis), 3(17), 119-152. (in Persian)

- Sheikh Ansari, Mahin (2024). Ontology of the Addict: Social relations Network Theory in Addiction. Iranian Journal of Sociology. 25 (1). 5-28.(in Persian)
- Sheikh Ansari, Mahin, & Godarzi, Mitra (2015). The Factors affecting the tendency of youth to consume marijuana in the age of pervasive media, Amity Journal of Media & Communication Studies Copyright 2015 by ASCO 2015,(5, 1 – 2), 40-54.
- Strauss, Anselm. L., & Corbin, Juliet (2011). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for grounded theory. (Abraham Afshar, Trans.). Tehran: Ney Publication. (in Persian)
- Yazdani, Hamid Reza, Saroukhani, Bagher, & Vosooqhi, Mansoor (2023). Sociological Analysis of decline of Intra-family Communication and Addiction Relapse (Gorgan, 2021-2022). Scientific quarterly of strategic communication studies, 3(7), 33-50. (in Persian)

