



**CUDRAS**

Center for Universal Drug Researches  
Approaches & Studies



ویژه نامه

۴ تیر الی ۱۰ تیر ۱۴۰۰

هفته مبارزه با مواد مخدر

در آستانه ۲۶ ژوئن (روز جهانی مبارزه با مواد مخدر) دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد شعار «برای نجات زندگی، حقایق درباره مواد مخدر را به اشتراک بگذاریم» را برای سال ۲۰۲۱ انتخاب کرده است. این دفتر همچنین از همه افراد، سازمان‌ها، گروه‌ها و دولت‌ها درخواست کرده تا در گام نخست خودشان «واقعیت‌های موجود درباره مواد مخدر» را فرا گیرند و در گام دوم «اطلاعات تأیید شده و علمی درباره مواد مخدر» را با دیگران به اشتراک بگذارند. به نظر می‌رسد اصلی‌ترین دلیل انتخاب این شعار برای سال جاری میلادی، از سوی دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل، کمبود اطلاعات دقیق و مستند پیرامون موضوع مواد مخدر و اعتیاد از یکسو و افزایش یافتن «ادعاهای بی‌اساس و مبنا و خرافی» درباره همین موضوع است. در واقع اگر اطلاعات دقیق و مستند در خصوص مواد مخدر و اعتیاد در جامعه منتشر شود، در عین افزایش مصونیت جامعه در برابر مواد مخدر از گرفتار شدن افراد در دام اطلاعات نادرست و بی‌مبنا نیز جلوگیری خواهد شد.

بر این اساس و با توجه به آغاز هفته مبارزه با مواد مخدر، موسسه پژوهشی کادراس تلاش‌های خود را بر همین مبنا متمرکز کرده و می‌کوشد علاوه بر انتشار عمومی این ویژه‌نامه هفته مبارزه با مواد مخدر در روزهای مختلف این هفته گزارش‌هایی تحلیلی، روزآمد و دقیق و مستند را با محوریت «ترویج واقعیت‌های موجود درباره اعتیاد» نگاشته و از طریق رسانه‌های مختلف به اطلاع هم‌میهنان برساند. همچنین گفتنی است این موسسه سعی خواهد کرد در یکسال آینده نیز ترویج حداکثری واقعیت‌های مصونیت بخش در جامعه را در دستور کار خود نگه دارد.

عنوانین مطالب ویژه‌نامه هفته مبارزه با مواد مخدر عبارت اند از، «جایگاه مبانی دینی و معنویت در پیشگیری از اعتیاد»، «اشتراک گذاری حقایق و سواد سلامت در حوزه مواد مخدر»، «پیشگیری از اعتیاد در خانواده و محیط‌های آموزشی»، «معتادان متجاهر؛ از درمان مقطعی تا درمان واقعی»، «دیپلماسی مخدری؛ آغاز و انجام»، «اجتماعی سازی مبارزه با مواد مخدر» و «جهان در چالش قانونی سازی مصرف مواد مخدر» که در ادامه به مطالعه آن خواهید پرداخت.



### جایگاه مبانی دینی و معنویت در پیشگیری از اعتیاد

دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد برای سال ۲۰۲۱ جهانیان را با شعار «برای نجات زندگی، حقایق درباره مواد مخدر را به اشتراک بگذاریم.» به مبارزه با مواد مخدر دعوت کرده است. به این معنا که حقایق و واقعیت واقعی در مورد مواد مخدر را از منابع مورد اعتماد کسب کرده و سپس جامعه جهانی آنها را به اشتراک گذارد. در همین راستا ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران نیز روز جمعه ۴ تیر ماه را به عنوان نخستین روز هفته مبارزه با مواد مخدر با نام «یاریگران زندگی - مبانی دینی و معنویت - پیشگیری از اعتیاد» انتخاب شده است. موسسه کادراس نیز نخستین مقاله ویژه خود برای هفته مبارزه با مواد مخدر را تحت عنوان «جایگاه مبانی دینی و معنویت در پیشگیری از اعتیاد» به انتشار می‌رساند.

اشتراک‌گذاری حقایق بخش مهمی از رسالت جهانی در مورد مضرات منفی مصرف مواد در جهان است که امروزه به واسطه تبلیغات گسترده در مورد عدم اعتیادآور نبودن برخی از مواد و تدوین سیاست‌های متناقض بسیار مورد چالش قرار گرفته است. همچنین اشتراک‌گذاری حقایق بخش مهمی از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در جهان است که نوع تفکر و جهت فکری به ویژه نوجوانان و جوانان در مورد مصرف مواد را جهت خواهد داد. با این نگاه، مبانی دینی و معنویت از چنان پتانسیلی در اشتراک‌گذاری حقایق و واقعیت‌ها در مورد مصرف مواد مخدر برخوردار است که با آموزش آن به نسل جوان می‌توان امیدوار به دریچه‌ای جدید و همچنین عامل معناداری قوی در پیشبرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و حتی درمان اعتیاد بود.

استدلال بر این است که برای مصرف انواع مواد وجود دو پیش شرط، تمایل به مصرف و در دسترس بودن مواد ضروری است. نظریه‌های مختلفی در توضیح علل مصرف مواد در زیست‌شناسی، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی ارائه شده است، یکی از مدل‌های بحث‌برانگیز در بین دانشمندان «مدل بیماری» است. تز اصلی این مدل این است که اعتیاد یک پدیده بیولوژیکی است و بنابراین از نظر ژنتیکی از والدین به فرزندان منتقل می‌شود. یکی از جنبه‌های مثبت این مدل کمک به رفع طرد و سرزنش اجتماعی فرد معتاد است و این دیدگاه را تقویت می‌کند که مصرف‌کنندگان مواد قربانیانی هستند که نیاز به کمک دارند نه سرزنش. بر خلاف مدل بیماری در اعتیاد، مدل کمتر نام‌آشنای اخلاقی با مولفه کلیدی تاکید بر اراده افراد در اعتیاد نیز دارای اعتبار است. بر اساس «مدل اخلاقی» افراد به اراده خود معتاد می‌شوند. این مدل به دلیل تعصب و قضاوت کورکورانه مورد انتقاد جدی قرار گرفته، هر چند از نکات برجسته مدل اخلاقی این است که مسئولیت درمان و توانبخشی را هم بر عهده فرد معتاد می‌داند و اراده او را در بهبودی از اعتیاد بسیار مهم ارزیابی می‌کند. اما سوال مهم این است که جایگاه مبانی دینی و معنویت در پیشگیری از اعتیاد چیست؟ نگاه اسلام به مصرف انواع مواد چگونه است؟ از منظر اسلام روح فرد مبتلاء به سوء مصرف مواد دچار چه تحولی می‌شود؟ در رابطه او با خدا چه اتفاقی رخ می‌دهد؟

با توجه به این امر که انسان موجودی زیستی-روانی-اجتماعی و معنوی است؛ نیاز است تا با این رویکرد در بررسی آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد به موازات عنایت به مولفه‌های روانشناختی، جامعه‌شناختی و زیست‌شناختی به رابطه دین و معنویت نیز توجه ویژه شود. امروزه مفاهیم سلامت معنوی و بهزیستی معنوی وارد حوزه آکادمیک شده و بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در واقع درمان بیماری‌های روانی و بهداشت روان و جسم مانند اعتیاد باید با باورها و رفتارهای معنوی همراه باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند داشتن نگرش مذهبی، خودکارآمدی پایدار و باورهای مذهبی با کاهش استرس‌های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری مانند کشیدن سیگار، مصرف الکل و مواد در ارتباط است. به گونه‌ای که دینداری و معنویت از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند.

خودکارآمدی به معنای اعتقاد محکم فرد به توانایی‌های خود است که باعث تحریک انگیزش و منابع شناختی فرد در رشته‌های عملی که برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار خاص لازم است، می‌شود. خودکارآمدی بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فرد می‌شود و از موثرترین عوامل تعیین‌کننده عملکرد افراد به ویژه در کنترل، پایش و پیشگیری برنامه‌های کنترل مواد و اعتیاد است.

چهار منبع اصلی داوری شخص درباره خودکارآمدی عبارتند از: تجربیات موفق قبلی، تشویق و ترغیب کلامی، تجربه‌های جانشینی و انگیزش فیزیولوژیکی. رفتار سوء مصرف مواد از یک سو به وسیله الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه‌ی روابط بین فردی آموخته می‌شود و از سوی دیگر تحت تاثیر عوامل درون فردی مانند

خودکارآمدی و باورهای فردی قرار می‌گیرد بر این اساس بین افراد دارای اختلالات مصرف مواد مخدر با افراد دارای اختلالات مصرف مواد محرک و روان‌گردان در میزان خودکارآمدی تفاوت وجود دارد. افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد عادی و افراد وابسته به مواد محرک از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند.

خودکارآمدی بالا در افراد سلامت معنوی را تقویت و از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد استفاده می‌شود. سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های مثبت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. به نظر می‌رسد نوجوانانی که دارای بهره سلامت معنوی پایینی هستند و نمرات پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت دینی به دست می‌آورند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری دارند.

بر این اساس گسترش باورهای خودکارآمدی در واقع شناخت‌هایی که باعث شروع تغییرات رفتارهای سلامتی می‌شوند با تلاش بیشتر فرد در تحمل موانع و شکست‌های زندگی همراه است. در خودکارآمدی، اعتقاد فرد بر این است که به واسطه‌ی آن می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را به طور موفقیت‌آمیزی اجرا کند. در این راستا هوش معنوی یکی از مفاهیمی است که در کنار توجه روانشناسان به حوزه دین و معنویت توسعه یافته و راهکارها و راهبردهای استفاده از هوش معنوی را در حل مشکلات اجتماعی و فردی مانند اعتیاد را آموزش می‌دهد.

هوش معنوی شامل داشتن حس معنا و مأموریت نسبت به زندگی و ارزش‌ها، حس تقدس در زندگی، درک متعادل‌تر از ارزش مادیات و اعتقاد بهتر شدن دنیا است، در واقع مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربست آنها موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه سلامت روان افراد می‌شود. بدین معنا هوش معنوی به ما اجازه می‌دهد تا آنجایی که ممکن است موقعیت را تغییر و یا بهتر کرده و در واقع با استفاده از نگرش‌ها و باورهای مذهبی شکل گرفته در چارچوب هوش معنوی به فرد اجازه اداره شرایط یا موقعیت‌های نامناسب (مانند حضور در جمع دوستان و همسالانی که سیگار یا مواد کم خطر مصرف می‌کنند) داده می‌شود.

باید در نظر داشت، سبک زندگی هر فردی نقشی مهم در گرایش یا عدم گرایش او به اعتیاد دارد. با توجه به نقش آموزه‌های الهی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر، امروزه نظر بسیاری بدان جلب شده است. با طبقه‌بندی قوانین اسلام، می‌توان به اصولی دست یافت که در گستره وسیعی راه دست‌یابی به زندگی سالم را برای همگان امکان‌پذیر می‌کند. تجربه نشان می‌دهد، کسانی که ارتباط روحی خود را از راه عبادت با خدا حفظ کرده‌اند از عزت نفس و سلامت روحی و روانی بالاتری برخوردارند. بر اساس دیدگاه یادگیری اجتماعی، فرد رفتارهای نامطلوب را از خانواده، دوستان و محیط یاد می‌گیرد. اگر فردی که تشخیص وابستگی به مواد دارد، با فعالیت‌های مذهبی یا

شبکه‌ای از دوستان که مواد مصرف نمی‌کنند و نگرش‌هایشان هم مصرف مواد را تحمل نمی‌کند، ارتباط برقرار کند، نگرش‌های ضد مواد را یاد می‌گیرد و این نگرش‌ها در او تقویت می‌شود. تجربیات نشان می‌دهند که در شکل‌گیری وابستگی به مواد مخدر شیوه زندگی، روابط اجتماعی، دلبستگی‌ها و عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی ایفا می‌کنند.

محیط زندگی فرد و روابط اجتماعی او در شکل‌گیری شخصیت او و بروز رفتارهای ناسالم و مخرب تاثیر مهمی دارد. اگر این محیط سالم باشد بی‌شک فرد شخصیت سالمی در آینده خواهد داشت. همچنین محدوده روابط فرد با اطرافیان تعیین کننده رفتارهای درست و غلط وی در آینده خواهد بود. بر اساس تجربه افرادی بوده‌اند که در خانواده ناسازگاری پرورش یافته‌اند اما به دلیل همنشینی با دوستان سالم و مذهبی به فردی سالم در جامعه تبدیل شده و در مقابل فردی در خانواده سالم و مذهبی رشد یافته اما به دلیل مراوده با دوستان و اطرافیان ناباب با مشکل روبرو شده‌اند.

سبک زندگی از دیدگاه اسلام به مجموعه‌ای از موضوعات مورد قبول اسلام در عرصه زندگی اشاره دارد که بر اساس آن معیار رفتار ما باید مبتنی بر اسلام و آموزه‌های اسلامی باشد. خدامحوری و حاکمیت ارزش‌های اسلامی در زندگی از مهمترین معیارهای سبک زندگی مورد تایید در اسلام است. در این سبک زندگی، زندگی فردی و اجتماعی افراد باید مبتنی بر اسلام و رهنمودهای قرآنی باشد. اسلام با احکام جاودانه خود سبکی آرمانی و در عین حال واقع‌گرایانه را پیشنهاد نموده است که مبتنی بر نگرشی متعالی به هستی انسان است و در مقابل انسان را موجودی مسئول و مختار می‌داند که سرنوشت او به دست خودش رقم می‌خورد. در این سبک زندگی غایت آموزه‌های دینی رهایی از سبک زندگی غیر اسلامی که ایمان و عمل صالح، ملاک و معیار اساسی آن است. به عنوان مثال بر اساس مطالعات انجام شده فردی که مبتلاء به اعتیاد انواع مواد است، دچار نوعی نقص در اراده خود می‌باشد. نه اینکه آن فرد را بدون اراده بدانیم، بلکه محیط خانوادگی و اجتماعی فرد کمک کرده تا او دچار نقص در اراده در برابر مصرف مواد شود. به همین دلیل امروزه در درمان افراد دچار به سوء مصرف مواد تاکید بر بهبود نقص اراده و رفتارهای اعتیادگونه آنها می‌شود و یکی از مهمترین ابزارهای دستیابی به این هدف بازآفرینی دوباره باورها و ارزش‌های مذهبی در آنها عنوان شده است.

از این رو، آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد را می‌توان با انتخاب سبک زندگی متناسب با جامعه کنترل کرد. در این میان پیشگیری و کنترل اعتیاد به ویژه در میان نوجوانان امری ضروری است. نوجوانی که مرحله‌ای حساس شامل گروه سنی ۱۹-۱۰ سال است با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی همراه است که نوجوان را در معرض استرس‌های فراوانی قرار می‌دهد. امروزه شیوع رفتارهای پرخطر به خصوص در نوجوانان و جوانان به یکی از مهمترین نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده است. با وجود انجام برنامه‌های وسیع اما در سه

دهه گذشته رفتارهای مخاطره‌آمیز در سطح جهان دارای رشد بالایی بوده است و در نتیجه هزینه پزشکی و مراقبتی آن رو به افزایش است. پیشگیری نیز موثرترین راه مقابله با اعتیاد امروزه در بسیاری از کشورهای جهان در حال اجرا است. رفتارهای پرخطر سنین نوجوانی و جوانی عمدتاً گرایش به سیگار، مصرف برخی مواد که با تبلیغاتی همچون اعتیادآور نبودن همراه بوده است مانند گل، اعتیاد و حتی سوء مصرف مواد است. شناخت این الگوهای رفتاری و اجتناب از انجام آنها منجر به فراهم شدن زندگی سالم و ارتقای سلامتی در نوجوانان و جوانان می‌شود.





# SHARE FACT ON DRUGS

## Save lives

### اشتراک گذاری حقایق و سواد سلامت در حوزه مواد مخدر

امروز ۲۶ ژوئن و روز جهانی مبارزه با مواد مخدر است، روزی که از سوی سازمان ملل متحد تمامی کشورها دعوت به همکاری بین‌المللی برای جهانی عاری از مواد مخدر شده‌اند. هر ساله دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل با توجه به شرایط و نیازهای جهانی با شعار و نامگذاری ویژه‌ای به استقبال این روز می‌رود؛ امسال نیز این دفتر روز جهانی مبارزه با مواد مخدر را به موضوع «برای نجات زندگی»، «حقایق درباره مواد مخدر را به اشتراک بگذاریم.» اختصاص داده است. امری که نشان از اهمیت اشتراک حقایق در مورد مواد مخدر و پیامدهای فردی و اجتماعی مصرف آن دارد.

انتخاب این عنوان از سوی دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل نشان از نیاز واقعی بشر امروز از شناخت واقعیت و ماهیت واقعی مواد و تاثیری که می‌تواند بر زندگی فرد داشته باشد، دارد. چرا که در نتیجه تبلیغات سوء انجام شده مصرف برخی از مواد قبح‌چندانی ندارد و حتی ادعای عدم اعتیادآور دارد، در حالی که با بررسی‌های جدی می‌توان حقایق بیشماری از پیامدهای منفی مصرف مواد مانند ماری‌جوانا به جامعه جهانی و به ویژه نسل جوان ارائه داد. بر این اساس دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل به همگان دو توصیه مهم دارد: واقعیت‌ها درباره مواد مخدر را بدانید و اطلاعات را تنها از منابع تایید شده مانند دفتر مقابله با جرم و مواد به اشتراک گذارید. اهمیت این موضوع به حدی است که امروزه در برنامه‌های جهانی مبارزه با مواد درک حقایق در حوزه مواد را با مفهوم سواد سلامت گره زده‌اند؛ بدین معنا که هر فردی با ارتقای سواد سلامت خود می‌تواند از بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد از خود محافظت کند.



مفهوم سواد سلامت برای اولین بار در سال ۱۹۷۴ در رابطه با آموزش بهداشت و اهمیت تدوین حداقل استانداردهای سواد سلامت در محیط مدرسه ظاهر شد. سواد سلامت مجموعه اطلاعاتی در مورد سلامتی مربوط به منابع و خدمات موجود، پردازش، درک و استفاده از آنها است و ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات خدمات سلامتی برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد سلامتی ضروری می‌باشد. برخورداری از سواد سلامت با به کارگیری مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های سلامتی مرتبط بوده و لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی باز نمی‌گردد.

سازمان بهداشت جهانی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نمود. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر را جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود.

نتایج مطالعات نشان از آن دارد که افراد دارای سواد سلامت پایین با وضعیت‌های سلامتی ضعیف‌تر، نابرابری‌های گسترده‌تر و هزینه‌های بالاتر سیستم‌های سلامتی همراه می‌باشند و در نتیجه سواد سلامت پایین با نتایج بهداشتی ضعیف‌تر و استفاده ضعیف از خدمات بهداشتی ارتباط دارد و مجموعه‌ای از عوامل مانند جنسیت، سطح تحصیلات، محل زندگی و وضعیت اقتصادی از مهمترین عواملی است که می‌توان در مقوله سواد سلامت در نظر گرفت. شواهد نشان از آن دارد که سواد سلامت پایین ممکن است با رفتارهای خطرپذیر سلامتی مانند سیگار کشیدن و مصرف مشروبات الکلی یا مصرف مواد همراه باشد.

بهبود سواد سلامت عاملی تاثیرگذار در افزایش کیفیت رفتارهای بهداشتی مانند اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از اعتیاد است، چرا که سواد سلامت پایین با پیامدهایی چون انجام کمتر رفتارهای پیشگیری کننده، انجام کمتر فعالیت بدنی و مصرف دخانیات در ارتباط است. بنابراین می‌توان گفت گرایش به اعتیاد با کیفیت زندگی و سطح سواد سلامت در ارتباط است. به این معنا که آمادگی به اعتیاد با میزان سواد سلامت و مولفه‌های آن مانند دسترسی، مهارت، خواندن، فهم، ارزیابی، تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات رابطه مستقیمی دارد. به عنوان مثال آگاهی از حقایق واقعی مضرات مصرف سیگار و مواد مخدر و خطراتی که مصرف آن می‌تواند برای زندگی فرد داشته باشد دارای ارتباط معناداری با سواد سلامت است، همچنین نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان از آن دارد زنان با سواد سلامت بالاتر، گرایش کمتری به اعتیاد دارند و آسیب‌پذیری آنها از تنش‌ها محیطی کمتر است. به عبارتی می‌توان گفت سواد سلامت به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات در این حوزه را راحت‌تر به دست آورده و پردازش و درک کنند و در نتیجه تصمیم‌گیری آگاهانه‌تری نیز داشته باشند.





## پیشگیری از اعتیاد در خانواده و محیط‌های آموزشی

یکی از مهم‌ترین سوالات در حوزه اعتیاد این است که «خانواده چه نقشی در گرایش فرد به سوی اعتیاد دارد؟»؛ شواهد نشان می‌دهد خانواده می‌تواند نقش مهمی در شکل‌گیری الگوهای ذهنی که منجر به رفتار و تفکر اعتیادآور می‌شود، داشته باشد. چرا که این الگوها در ذهن فرد بر اساس تجارب گذشته شکل گرفته و حاوی پیام‌هایی از والدین، خواهر، برادر، همسر یا حتی دوستان است. برخی از این الگوها به عنوان افکار و الگوهای تحریف شده ذهنی هستند که می‌توان به آن تفکر اعتیادآور گفت، در واقع با ابتلاء فرد به سوء مصرف مواد یا وابستگی به هر رفتار اعتیادآوری مانند، پرخوری، اینترنت، بازی‌های رایانه‌ای، قمار و... نوعی از سبک خاص تفکر در او درونی می‌شود که می‌توان از زمان کودکی و نحوه ارتباط فرد با خانواده آن را دنبال کرد.

اخیراً نتیجه تحقیقات نشان داده، مشکلات بیولوژیکی والدین و اعتیاد والدین، به خصوص والدین مصرف‌کننده الکل، نقش مهمی در شکل‌گیری مشکلات کودکان و وابستگی آنها به الکل دارد. موضوع قابل توجه وجود والدین معتاد یا والدینی که مستعد اعتیاد هستند. اگر فرد در خانواده‌ای رشد یابد که یکی از والدین او معتاد باشد احتمال اینکه او به اعتیاد روی آورد نسبت به دیگران افزایش می‌یابد. والدین درگیر با اعتیاد اغلب فرزندان را بزرگ می‌کنند که شاخص‌های تفکر اعتیادآور در آنها دیده می‌شود. برخی معتقدند، اعتیاد، طرز تفکر مختص به آن را دارد و شکل‌گیری شخصیت اعتیادآور از والدین به فرزندان منتقل می‌شود. به گونه‌ای که منطق و تفکر اعتیادآور از کودکی در این خانواده‌ها آموزش داده می‌شود و فرد در دوران مهم زندگی خود یعنی کودکی ثانویه و نوجوانی مستعد ارتباط با افراد معتاد می‌شود.

بر این اساس، اهداف اصلی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد معمولاً به دو موضوع مهم مربوط می‌شود: اول تاخیر در شروع مصرف مواد؛ دوم، کاهش دفعات و میزان مصرف مواد میان کسانی که شروع به مصرف کرده‌اند. مصرف زود هنگام انواع مواد، شانس گرایش فرد به اعتیاد را افزایش می‌دهد. چرا که مصرف مواد عملکرد مغز را تغییر می‌دهد و همین امر شکل‌گیری تفکر اعتیادآور را در فرد تقویت می‌کند. بنابراین، پیشگیری از مصرف زود هنگام انواع مواد و نوشیدنی‌های الکلی ممکن است در کاهش خطرات ناشی از مصرف انواع مواد بسیار موثر باشد. در نوجوانان طلاق و جدایی والدین و مشکلات اقتصادی خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهد و مهمترین عوامل خطری که می‌تواند موجبات گرایش آنها به مصرف مواد را فراهم کند، عبارتند از: طلاق والدین و جابجایی و تغییر مدرسه.

طی سال‌های اخیر پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در زمینه پیشگیری از اعتیاد مبتنی بر یافته‌های علمی به دست آمده و مدل‌های جدیدی نیز مطرح شده است که از جمله آنها می‌توان به مدل‌های مبتنی بر عوامل خطر و حفاظت کننده اشاره کرد. مهمترین جنبه مثبت این مدل‌ها در ارزش پیش‌بینی آنها است. به این معنا که کودکان و نوجوانانی که در معرض عوامل خطر ساز بیشتری مانند، مشکلات مربوط به خانواده، نگرش‌ها و رفتارهای والدین به مواد و اختلافات خانوادگی قرار دارند، احتمال تجربه مصرف مواد و سایر مشکلات مرتبط در آنها افزایش پیدا می‌کند. همچنین تقویت عوامل محافظتی مانند تقویت مهارت‌های زندگی مانند مهارت تاب‌آوری، دلبستگی و پیوند عاطفی قوی با والدین، ارتباط قوی بین والدین و فرزندان و غیره نیز می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از گرایش به اعتیاد داشته باشد.

همچنین، تغییر مقطع آموزشی موقعیت‌های اجتماعی، خانوادگی و آموزشی جدیدی روبروی نوجوان می‌گشاید که نقطه شروع آن می‌تواند ورود به مقطع راهنمایی باشد، چرا که اغلب در این دوره فرد در معرض موادی مانند سیگار و الکل قرار می‌گیرد. هنگامی که نوجوان وارد دبیرستان می‌شود، ممکن است با همسالانی آشنا شود که او را در معرض مستقیم مصرف مواد مخدر قرار دهند. وقتی افراد به پایان دوره دبیرستان می‌رسند، مستقل‌تر زندگی می‌کنند با ورود آنها به دانشگاه، به طور کامل از ساختار محافظتی خانواده و حتی مدرسه جدا و وارد دنیای جدیدی می‌شوند که تنها ایستارها و مهارت‌های آموزش دیده در آنها می‌تواند راهگشا باشد.

باید گفت، میزان مشخصی از ریسک‌پذیری امری طبیعی در پروسه رشد به سوی بزرگسالی است. میل به تجربه چیزهای جدید و حرکت به سوی مستقل شدن امری سالم و پذیرفته شده است، اما همین امر هم می‌تواند فرد را به سوی مصرف مواد کشانده و برای او جذابیت ایجاد کند. بر اساس مطالعات، قسمت‌هایی از مغز انسان که قسمت قضاوت و تصمیم‌گیری را کنترل می‌کنند، تا زمانی که افراد در اوایل و حتی اواسط دهه ۲۰ زندگی خود نباشند به طور کامل توسعه و تکامل نمی‌یابند و همین امر توانایی یک نوجوان را در ارزیابی دقیق خطرات مصرف مواد را محدود خواهد کرد و باعث می‌شود فرد در برابر فشار همسالان مصرف کننده مواد آسیب‌پذیرتر باشد. در

نتیجه گرایش به اعتیاد در این مقطع از آنجا که هنوز قسمت‌هایی از مغز در حال توسعه و تکامل است، توانایی بیشتری برای اختلال و حتی تخریب عملکرد مغزی به ویژه در مناطقی که وظیفه ایجاد انگیزه، حافظه، یادگیری و قضاوت دارد را ایجاد می‌کند.

افسردگی، عدم موفقیت در مدرسه، بیکاری، روابط ناخوشایند با همسالان و اعضای خانواده و اعتماد به نفس پایین در دوره بلوغ و حتی بزرگسالی به ویژه در گروه‌های پرخطر مانند مهاجران، افراد بی خانمان و نوجوانان تحت درمان دارویی و یا مبتلا به اختلالات روانی از عوامل مهمی است که آنها را به سوی مصرف مواد و الکل سوق می‌دهد.

بر این اساس، خانواده به عنوان نهادی که زمینه و بستر آموزش و رشد روانی و اجتماعی فرزندان را فراهم می‌سازد نقش مهمی در وضعیت روانی فرزندان دارد و از اعضای تشکیل شده که به یکدیگر وابسته‌اند و رفتارشان به صورت کاملاً مجزا از کل سیستم خانواده قابل بررسی نیست. همچنین والدین به عنوان قوی‌ترین عوامل موثر بر الگوهای تعاملی خانواده به شمار می‌آیند. آنها با ایجاد روابط عاطفی سالم و سازنده، ابراز محبت و پذیرش تعاملات صحیح و شیوه‌های برخورد مناسب می‌توانند بهترین و موثرترین شیوه اجتماعی شدن و مبنای یک تربیت صحیح را فراهم آورند. از طرفی، ریشه بسیاری از نابهنجاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی را می‌توان در روابط اعضای خانواده و روش‌های تربیتی والدین جستجو کرد. اکثر مشکلات رفتاری فرزندان در خانواده منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به ویژه والدین است. به عبارتی، وجود مشکلات رفتاری فرزندان به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر است و به روش‌های تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آنان با فرزندان ارتباط دارد. آمارها نشان از آن دارد که بخش مهمی از افرادی که گرایش‌های مصرف مواد و رفتارهای پرخطر در آنها بیشتر است از ناکارآمدی خانواده و روابط خانوادگی رنج می‌برند. بررسی دلایل شروع مصرف مواد و همچنین الگوهای درمانی موجود حکایت از نقش بالای خانواده و ارتباط والدین در فرزندان دارد. تا جایی که امروزه تحت از خانواده درمانی در درمان بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد استفاده می‌شود.

امروزه مدل خانواده درمانی در افراد مبتلا به اعتیاد کمک می‌کند تا چرخه اعتیاد به ویژه در افرادی که با یک خانواده معتاد روبرو هستند، به نوعی قابل درمان باشد. چرا که بر اساس تحقیقات، چرخه نسبی اعتیاد از والدین به فرزندان و سپس از فرزندان به دوستان و اطرافیان، همان جامعه نزدیک فرد، شکل می‌گیرد. در این چرخه اعضای خانواده «زبان اعتیاد» را یاد گرفته و هنگامی که آنها روابط خود را به خارج از خانواده گسترش می‌دهند، با افرادی که با زبان آنها آشنا هستند و به گونه‌ای آنها را درک می‌کنند، ارتباط برقرار می‌کند. نکته مهم در این است که جستجوی افرادی که دارای این زبان مشترک هستند انتخابی آگاهانه نیست، بلکه یک رابطه عمیق عاطفی است. به عنوان مثال وقتی از شخص پرسیده می‌شود، چرا با فرد معتاد ارتباط برقرار می‌کنی؟ پاسخ این است: او

با همان زبان من صحبت می کند. زبان او، همان جهان ذهنی فرد است که تفکر اعتیادآور از دوران کودکی به واسطه والدین در او شکل گرفته است.

خانواده درمانی موثر می تواند به عنوان یک رویکرد انگیزشی در درمان افراد وابسته با مواد به کار رود، به گونه ای که باعث ایجاد انگیزه و آمادگی لازم برای تغییر در رفتار فرد مصرف کننده مواد شود. در سه دهه گذشته مداخلات مبتنی بر خانواده در درمان سوء مصرف مواد گسترش چشمگیری داشته است. هدف اصلی خانواده درمانی این است که حل مشکلات موجود را تسهیل نموده و رشد سالم خانواده را با تمرکز بر ارتباط بین فردی و اعضای مهم خانواده و شبکه اجتماعی بهبود بخشد.

با توجه به اینکه جوانان در این دوره از زندگی علاقه زیادی به تجربه های هیجانات جدید و احتمالاً خطرناک دارند؛ این احتمال وجود دارد که زندگی آنها تحت تاثیر عوامل آسیب زای اجتماعی و محیطی قرار گیرد. از این رو آموزش مهارت های زندگی شامل، مهارت های مدیریت خود و مهارت های اجتماعی می تواند بسیار موثر باشد. مهارت های خود مدیریت انفرادی شامل، قدرت تصمیم گیری و حل مسئله، آگاهی از تاثیرهای اجتماعی و مقاومت در برابر آنها، مقابله با اضطراب، افسردگی، خشم و ناکامی، مشخص نمودن هدف، خود رهبری و تقویت خویشتن می باشد. به نظر می رسد آموزش مهارت های زندگی تاثیر مثبت در پیشگیری از گرایش به مصرف انواع مواد به ویژه میان جوانان و نوجوانان داشته باشد. به نحوی که با افزایش دانش درباره مضرات مواد و کسب مهارت های مناسب، مقابله با مواد به امری ضروری در زندگی تبدیل می شود. آموزش مهارت های زندگی برای مقابله در برابر مشکلات زندگی، به ویژه کاهش مصرف مواد که از برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد است، لازم و ضروری است. کسانی که رضایت را به دست نمی آورند و کیفیت زندگی خود را نامطلوب می دانند، مطمئناً از روابط اجتماعی و دوستانه خود با دیگران در بیشتر محیط های کاری ناراضی و زمینه را برای مصرف مواد مساعد می کنند.

آموزش مهارت های زندگی، توانایی لازم برای کسب مهارت بالا را از طریق فنونی مانند، خود آگاهی، مثبت اندیشی، ابراز وجود، رشد و افزایش اعتماد به نفس و عزت به نفس، مهار و پایش خشم، حل مسئله و تصمیم گیری، مدیریت تنش، ایجاد محیطی مثبت و انعطاف پذیری در اختیار افراد قرار داده است. توانایی در کسب مهارت های زندگی در برابر مشکلات و رضایت مندی از زندگی به فرد کمک می کند تا از عهده مشکلات به خوبی برآید. به این معنا که، در بستری سالم و مثبت، بسیاری از مشکلات کوچک به خودی خود برطرف می شود و به تعارض ها نیز به عنوان یک مسئله نگاه می شود که افراد می توانند این مشکلات و ناراحتی ها را با کم کردن توقعات خود برطرف نمایند. تاثیر مستقیم مولفه های مهارت زندگی در پایش شرایط ناخوشایند زندگی و بحران زا باعث ارائه راهکارهای موثر در هنگام وقوع مشکل و در نتیجه بهبود عملکرد خانواده می شود.



### معتادان متجاهر؛ از درمان مقطعی تا درمان واقعی

مواجهه با پدیده یکسانی مانند اعتیاد با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی کشورها با یکدیگر امری غیرممکن است. هر کشوری دارای حافظه تاریخی و ویژگی‌های تاریخی، اجتماعی و فرهنگی مختص به خود است که تفاوت‌های میان کشورها را رقم زده است. اما در حوزه درمان اعتیاد بیشتر روش‌های درمانی برگرفته از دیگر کشورها است؛ جدای از تفاوت‌های کلی ایرانیان با مردمان سایر کشورها، این تفاوت‌ها میان استان‌ها، شهرها و مناطق مختلف کشور نیز مشهود است. بنابراین عدم توجه کافی به ویژگی‌ها و خصایص عمومی ایرانیان و خاص مردم هر منطقه در برنامه‌های طراحی شده حوزه درمان اعتیاد، منجر به هدر رفتن هزینه‌های بسیار شده است. در واقع زمانی که فردی وارد مسیر درمان اعتیاد می‌شود، نگرش و دیدگاه او تحت تاثیر روش درمانی قرار می‌گیرد، بنابراین اگر این روش‌ها متناسب با ویژگی‌های خاص مانند خصایص فرهنگی و اجتماعی‌اش نباشد، ممکن است با مشکلات جدی روبرو شود. به عنوان مثال برخی از روش‌های درمانی که در بسیاری از کشورها انجام و در کشور ما هم طرفدار دارد، در برخی از حوزه‌ها با فرهنگ و اجتماع ما ناهمخوان است و بدون لحاظ کردن چالش‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه در اجرای این روش‌ها عدم تناسبی در باور و عمل افراد متقاضی ترک شکل می‌گیرد که مشارکت آنها در فرایند درمان را با مشکل روبرو می‌کند.

یکی از مهمترین ویژگی فرهنگی ایرانیان این است که انعکاس رفتارشان نزد دیگران بسیار مهم و در مواقعی رفتارشان را بر اساس عکس‌العمل دیگران تنظیم می‌کنند. همین امر در مورد افراد معتاد نیز صادق است؛ پیش‌بینی افراد وابسته به مواد از نحوه مواجهه اعضای خانواده و اجتماع، دوستان؛ همسایه‌ها و اعضای فامیل و ... در برابر اعتیادشان و نیز پیامدهایی که به تبع آن رخ می‌دهد، آنها را به ظاهر سازی وامی‌دارد، انکار مصرف یکی از



نموده‌های این ظاهرسازی است. به نوعی می‌توان گفت این رفتار آنها برای دور نگه داشتن خود از خطراتی که تصور می‌کنند با آشکارشدن آنچه در درون واقعیت آنها وجود دارد، ممکن است در رفتار دیگران با آنها تاثیر گذارد و در نتیجه پیامدهای بیشتری داشته باشد. پیش‌بینی در مورد نحوه برخورد اعضای خانواده در مورد اعتیاد یکی از اعضا مانند جدایی همسر، طرد توسط خانواده؛ اجبار برای ترک، اخراج از محل کار و غیره.. از جمله موقعیت‌هایی است که می‌تواند افراد وابسته به مواد را وادار به ظاهرسازی و کتمان اعتیاد کند.

این ویژگی فرهنگی و اجتماعی می‌تواند تبعات گوناگونی در درمان اعتیاد در کشور داشته باشد، به ویژه این امر زمانی آشکار می‌شود که فرد معتاد مجبور شود برای بهبودی مشکل خود را بروز دهد و تجربه درمان‌گران نشان داده حتی در مواردی که در مورد ماده مصرفی فرد معتاد از او سوال می‌شود نیز سعی می‌کند با پنهان‌سازی نوع مواد مصرفی، موادی مانند تریاک و متادون را که با پذیرش بیشتری از سوی جامعه و دوستان مواجهه است به عنوان ماده مصرفی خود معرفی کند. همچنین حتی در مواقعی که لازم است فرد در مورد خساراتی که به تبع مصرف مواد به وجود آورده و یا حوادثی خصوصی که مصرف مواد برای او خانواده‌اش ایجاد کرده، صحبت کند احتمال کتمان و ظاهرسازی بسیار بالا است.

در واقع افرادی که برای درمان و ترک به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند، چون با دیگر افراد معتاد احساس همدردی و یک تجربه مشترک دارند، صمیمیت بیشتری بین این افراد به وجود می‌آید و در نتیجه ارتباط دوستانه افراد در حال درمان بیشتر می‌شود، اما نکته بسیار مهم در روابط نابرابر بین افراد در حال ترک با روان‌پزشکان، پزشکان، روانشناسان، درمان‌گران و مشاورانی است که در کلینیک‌های درمان سوء مصرف مواد کار می‌کنند. در واقع این رابطه میان معتادان در حال درمان و درمان‌گردان مانند رابطه فرادست و فرودستی است که باعث شد تا افراد معتاد نتوانند با آنها ارتباط موثری بگیرند و مدام در تلاشند تا رابطه خود را کنترل کرده و از پاسخ‌های دقیق طفره و حتی برخی از مشکلات خود را کتمان و در این شرایط جلب اعتماد بیمار و هدایت او به سمت درمانی موثر و پایدار سخت خواهد بود.

نکته بسیار مهمی که در درمان اعتیاد همواره به عنوان موضوعی که در شکست پروسه درمان مورد اغفال قرار گرفته، عدم آموزش صحیح و مهارت کافی به افراد در حال درمان برای ورود به جامعه است. افراد معتاد و حتی پس از بهبودی خود را جدای از سایر افراد جامعه می‌بینند، در نتیجه نیاز به افراد یا گروه‌هایی دارند که خود را در آن آشنا و بتوانند حرف دل را بزنند و این نشان از نقص برنامه‌های حوزه درمان دارد.

رویکرهای درمانی کاهش آسیب نیز در کشور مبین فضایی از بهبودی و ادامه اعتیاد اما به شکل دارویی برای بیماران و خانواده‌های آنها نیز همواره باعث مشکلات متعددی شده است. در واقع این دوگانگی ناشی از محدودیت‌های درمان است، چرا که اغلب بیمارانی که به کلینیک‌های درمان سوء مصرف مواد مراجعه می‌کنند،

عملاً در همین حوزه کاهش آسیب و نه درمان قطعی اعتیاد خود باقی می‌مانند. در حالی که مراجعین به ترک و خانواده‌های آنها با انگیزه درمان قطعی مراجعه و پس از مدتی که سیر بهبودی مشاهده نمی‌شود، اشتیاق خود را برای ترک از دست می‌دهند، در نتیجه این مراکز با کاهش تعداد بیماران مراجعه کننده و افزایش غیرواقعی از پرونده‌های فعال، عدم انگیزه کارکنان به جهت عدم خروج بیماران خود از چرخه اعتیاد و تمایل ناخواسته و ناخودآگاه برای حفظ و باقی ماندن بی‌ثمر برخی در درمان شده و همین موجب می‌شود چرخه سیکل معیوب درمان ادامه و متعاقب آن عود در اعتیاد افزایش یابد.

در این میان، معتادان متجاهر (معتادان خیابانی) در زمره طرد شدگان اجتماعی قرار دارند، چرا که خیابان و کارتن محلی برای سکونت و ادامه زندگی آنها شده است. در واقع نداشتن شغل، نبود حمایت‌های دولتی و نابرابری بر جمعیت این گروه افزوده و جرم‌های متعاقب این آسیب اجتماعی را در کشور بیشتر کرده است.

یکی از دغدغه‌های پیوسته نهادهای متولی امر مبارزه با اعتیاد در کشور جمع‌آوری همین معتادان متجاهر از سطح شهرها و به ویژه محلات پاتوق آنها بوده است. امری که همواره با مشکلات ویژه همراه بوده است. این مشکل زمانی که ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۵ مسئولیت مدیریت معتادان متجاهر را به سازمان بهزیستی سپرد بیشتر نمایان شد.

به نظر می‌رسد فرایند مدیریت معتادان متجاهر دارای اجزایی است که مهمترین آن غربالگری و نظام ارجاع است که باید با حمایت دستگاه‌های متولی امر و همچنین سازمان‌های مردم نهاد مورد بازنگری قرار گیرد. بر اساس قانون فرد زمانی معتاد متجاهر شناخته می‌شود که تحت درمان نبوده، داوطلب در زمان نباید و در ملاء عام اقدام به مصرف مواد کند؛ به این ترتیب اینکه صرفاً بخواهیم فردی را در خیابان‌ها صرفاً به دلیل تابلو بودن چهره و یا بی‌سرپناهی با برچسب معتاد متجاهر جمع‌آوری کنیم صحیح نیست، زیرا اولاً ممکن است این فرد تحت درمان باشد و ثانیاً ممکن است چنانچه به این فرد فرصت درمان داده شود نسبت به آن تمایل نشان دهد. بنابراین بر اساس ماده ۱۶ سازمان بهزیستی موظف است معتادان متجاهر سطح شهر را جمع‌آوری و آنها را به ترک و درمان اجباری برد. امری که تاکنون چندان نتیجه بخش نبوده است. در اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر و در بندهای ۱۵ و ۱۶ این قانون نیز دیده می‌شود. در ماده ۱۵ معتادان مکلف شده‌اند برای ترک به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی یا سازمان‌های مردم نهاد مراجعه کنند و معتادانی که داوطلبانه برای درمان مراجعه نکنند، مجرم شناخته می‌شوند. از سوی دیگر افرادی که برای درمان داوطلب نمی‌شوند، در آن صورت مشمول ماده ۱۶ قانون می‌شوند یعنی قانون‌گذار پیش‌بینی کرده است تا با استفاده از فشار قانون این افراد را نیز با اخذ قرار مناسب به الگوهای درمان اختیاری یعنی همان مراکز ماده ۱۵ سوق داد (تبصره ۲ ماده ۱۶)؛ یعنی قاضی او را ملزم کند که برای

درمان خود اقدام کند و اینجاست که تنها پس از این مراحل اگر بازهم فرد معتاد حاضر نشد برای درمان خود اقدام کند و متجاهر شناخته شد وی را به مراکز ماده ۱۶ یا درمان اجباری ارجاع داد.

با مروری به سیاست گذاری های سه دهه اخیر در کشور، می توان گفت که جهت گیری کلی سیاست های مخدري در ایران با شیب مناسبی تغییرات بنیادینی را تجربه کرده است: این سیاست ها از رویکردهای مقابله ای و کیفرمحور نسبت به مصرف کننده در طی فرآیند مثبتی به سمت سیاست های حمایتی از مصرف کننده به عنوان بیمار [یا قربانی] تغییر مسیر داده است؛ در عین حال ایران در بخش مقابله با موادمخدر یکی از سختگیرانه ترین سیاست های مقابله ای را به مورد اجرا گذاشته است و بزرگترین کشفیات اویپوئیدی جهان را در کنار بیشترین هزینه انسانی برای مقابله با قاچاق به نام خود ثبت کرده است. در کنار کاهش عرضه [مقابله] ایران موفق شده است یکی از وسیع ترین برنامه های کاهش آسیب جهان را (حتی به قولی بزرگترین آنها) در سطح ملی به مورد اجرا بگذارد. برنامه هایی که گاهی عنوان بهترین تجربه های جهانی را یدک می کشند. اما برغم این موفقیت ها در زمینه «کاهش عرضه» و «کاهش آسیب»، اعتیاد همچنان سرمنشأ آسیب های اجتماعی در ایران است. باید پرسید چرا برغم سرمایه گذاری وسیع در حوزه مقابله و تلاش برای کاهش عرضه، اجرای برنامه های وسیع کاهش آسیب همچنان اعتیاد در حال قربانی گرفتن است؟ پاسخ در ناموزونی سیاست گذاری های مواد مخدر است. ناموزونی ریشه در چند عامل دارد و خود موجب بروز وضعیتی خاص شده است. تجربه جهانی نشان می دهد، برای تدوین استراتژی کلانی که همه اجزا «کاهش عرضه»، «کاهش تقاضا» و «کاهش آسیب» را در خود داشته باشد، نیازمند همگن کردن اجزا بوروکراتیک و تلاش برای فرموله کردن راهکارهایی در سطح ملی هستیم. تنها در چنین وضعیتی است که مرجع ملی مقتدر و خلاق مسئول تدوین «استراتژی ملی مبارزه با موادمخدر» دست به تعیین الویت هایی خاص با توجه به وضعیت کشور می زند. در فقدان چنین استراتژی کلانی است که وجوهی از سیاست های موادمخدر در دوره های مختلف غلبه پیدا می کند و مابقی اضلاع به فراموشی سپرده می شود.

در واقع، در نتیجه چنین سیاست گذاری های ناموزونی، در دوره ای سیاست های سختگیرانه - مقابله ای با نگاه امنیتی غلبه پیدا می کند و در دوره ای دیگر همه درمان معضل اعتیاد تنها و تنها به پزشکان و روان شناسان سپرده می شود و «پزشکی کردن» اعتیاد محور همه سیاست هایی قرار می گیرد که هیچ نگاهی به آینده ندارد و هیچ فکری برای توقف روند افزایشی جامعه مصرف کنندگان ندارد.

گفتنی است، همواره ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان بهزیستی اقدامات و برنامه هایی برای معتادان پرخطر در دست اجرا داشته اند اما به نظر می رسد نیاز است تا برخی از سیاست ها و برنامه ها مجدداً مورد ارزیابی قرار گیرد.

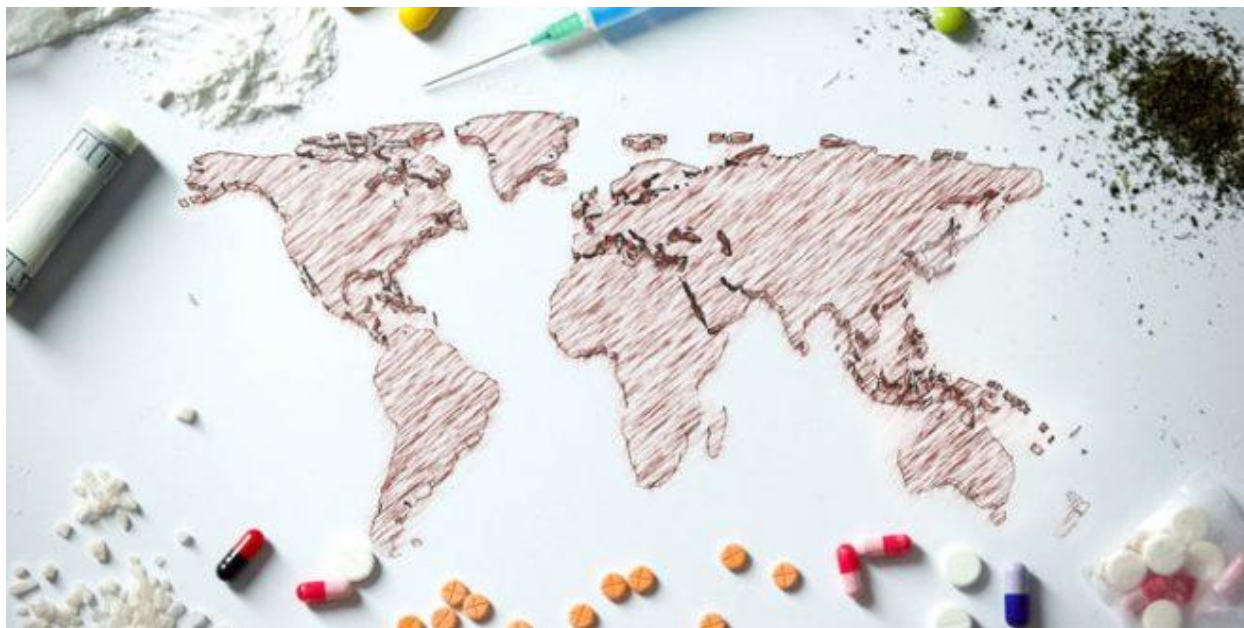
(۱) انجام طرح جمع آوری معتادان متجاهر که از سال ۱۳۹۵ به سازمان بهزیستی واگذار شد هر چند از تعداد این معتادان به ویژه در محله های پاتوق کم کرد اما در بلند مدت مجدداً شاهد بازگشا آنها به جامعه بوده ایم. سوال

مهم این است که آیا درمان اجباری معتادان متجاهر و جمع‌آوری اجباری آنها از شهرها توانسته تا کنون اثرات موثری داشته باشد؟ چرا با گذشت چند سال از اجرای این طرح همچنان شاهد افزایش آمار معتادان متجاهر در شهرها هستیم؟ بسیاری معتقدند انجام اینگونه طرح‌ها در صورتی مفید است که امکانات لازم درمانی و همچنین حمایت‌های کامل پس از درمان را محیا کند؛ صرف جمع‌آوری معتادان متجاهر، درمان اجباری شش ماهه و حتی بیشتر و سپس رهاسازی مجدد آنها و بازگشت به جامعه نه تنها این مشکل را حل نکرده بلکه در امنیت جامعه و خانواده‌ها نیز تاثیر منفی داشته است. به نظر می‌رسد تا زمانی که زیرساخت‌ها برای انجام طرح جمع‌آوری معتادان متجاهر مانند مکانی جهت نگهداری تحت کنترل آنها همراه با درمان توسط روانشناسان و متخصصین ترک اعتیاد فراهم نشود انجام اینگونه طرح‌ها شاید در کوتاه مدت موثر باشد اما در بلند مدت به شکست خواهد انجامید و نتیجه آن عود بالای اعتیاد در این دسته از معتادان است.

۲) به طور کلی سیاست مخدري کشور ما به ویژه در حوزه درمان و پیشگیری عموماً دارای روبه‌ای دولتی است و اگر نهادی غیردولتی نیز فعال است، همواره نیاز به حمایت بخش دولتی برای ادامه فعالیتش وجود داشته است، تجربه نظام درمان انگلستان در کنترل اعتیاد معتادان خیابانی می‌تواند باری ایران نیز موثر باشد. پس از گسترش مواد روان‌گردان و ظهور انواع مواد جدید در انگلستان و افزایش شمار معتادان نظام درمان این کشور استراتژی ده ساله‌ای تدوین کرد که قرار شد تمام سیاست‌ها و راهبردها بر اساس آن تدوین شود. در چارچوب این استراتژی فرد معتاد یک بیمار است که اقدام به بهبودی برای او باید داوطلبانه و اختیاری باشد و قوانین کیفری نیز تا حدودی در این حوزه تعدیل شدند. برای معتادان خیابانی نیز این نتیجه حاصل شد که درمان اجباری آنها نه تنها تاثیری ندارد بلکه عود اعتیاد را در آنها افزایش خواهد داد؛ بنابراین با نگاهی دو جانبه علاوه بر اینکه باید نظام درمان تمام تلاش خود را برای بهبودی فرد معتاد کند اما باید این امر خودخواسته باشد و تنها درمان جسمی هم فایده ندارد؛ از این رو در مراکز درمان خصوصی دو نوع درمان بستری و سرپایی رواج یافت و در عین حال اگر معتاد خیابانی تمایل به درمان و ترک نداشت باید مورد حمایت قرار گیرد؛ به این صورت که در چارچوب سیاست‌های کاهش آسیب و ارائه خدمات مشاوره‌ای علاوه بر هدایت فرد به سوی درمان، اعتیاد او به نحوی کنترل شود که خطری برای دیگر اعضای جامعه ایجاد نکند. به عنوان مثال معتادان خیابانی می‌تواند با مراجعه به مراکز خصوصی در محلات خود علاوه بر گرفتن مشاوره از داروهای جایگزین استفاده کنند تا مصرف مواد اعتیادآور پرخطر میان آنها مانند هروئین کنترل شود. تجربه انگلستان نشان می‌دهد در کشور ما نیاز به نگاهی جامع وجود دارد تا علاوه بر حمایت از ترک معتادان متجاهر، خدمات کاهش آسیب به آنها نیز ارائه شود.

۳) از سال ۲۰۱۶ به بعد نظام درمان و بهداشت انگلستان به سوی این روند حرکت کرد که وضعیت معتادان پرخطر و به ویژه خیابانی را به آژانس‌های خیابانی بخش خصوصی و واحدهای وابستگی مواد و جامعه واگذار کند و در واقع با تقویت نقش محلات و افزایش مشارکت و مسئولیت اجتماعی شهروندان این پدیده را با یاری یکدیگر

کنترل کنند. بنابراین در چارچوب این قانون، افراد بی‌خانمان معتاد به ویژه در محلات باید تحت خدمات ویژه مانند مراکز روزانه خدمات، پناهگاه‌های شبانه، مراکز شبانه اقامت و تهیه داروهای کنترل کننده اعتیاد قرار گیرند. تجربه انگلستان و اثرات مثبت آن در کنترل معتادان خیابانی نشان می‌دهد که افزایش اختیارات سازمان‌های مردم نهاد و حمایت دولت‌ها از آنها می‌تواند نقش مهمی در اجرای سیاست‌های مداخله‌گرانه در کاهش آسیب و درمان معتادان پرخطر داشته باشد. امری که در کشور ما مورد اغفال قرار گرفته است و نهادهای دولتی مسئول اصلی اجرای سیاست‌های مبارزه، کنترل و درمان اعتیاد در کشور هستند. هر چند در چند سال اخیر حرکت‌های به سوی درمان اجتماع محور و افزایش مشارکت اجتماعی شهروندان در این حوزه حاصل شده اما برای رسیدن با نتایجی مشخص نیاز به برنامه‌ریزی بلندمدت است.



## دیپلماسی مخدری؛ از آغاز تا انجام

جدیدترین معنای «دیپلماسی»، هدایت روابط بین‌المللی یک کشور به نحوی است که منافع ملی آن کشور تأمین شود. اما وقتی این مفهوم با موصوف مخدری آورده می‌شود شاهد سطحی جدید از دیپلماسی هستیم که معطوف به مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد است. در واقع دیپلماسی مخدری به معنای «مدیریت روابط خارجی کشور از رهگذر دیدار حضوری، مذاکره، ارتباط‌گیری توسط نمایندگان دولت و سازمان‌های بین‌المللی برای مقابله سازمان یافته با مواد مخدر» است.

از سیاست مخدری تا دیپلماسی مخدری

پیش از اینکه ابعاد مفهوم دیپلماسی مخدری بررسی شود، باید به مفهوم بنیادی آن یعنی «سیاست مخدری [۱]» اشاره کنیم. در واقع مفهوم دیپلماسی مخدری، سیاست مخدری را مفروض می‌گیرد. بدین معنا که ابتدا دولت‌ها باید در سطح داخلی به موضوع مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد و مهار و کنترل این پدیده فکر کنند و اهدافی را برای خود در این زمینه تعیین نمایند. در مرحله بعد می‌توانند در این باره با دیگر دولت‌ها گفت‌وگو و مذاکره داشته باشند و سعی کنند به صورت دسته جمعی در این زمینه فعالیت کنند.

در چند دهه اخیر مفاهیم فرهنگ و قدرت در نیل به اهداف و نیز توسعه روابط بین دولت‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار شده‌اند؛ به گونه‌ای که امروز دیگر شاهد تشکیل اتحادیه‌های فرهنگی و اجتماعی در پهنه جهان گستر هستیم این اتحادیه‌ها با ایجاد کردن امکان گفت‌وگو میان دولت‌ها درباره چالش‌ها و تعارضات بین‌المللی است.

بنابراین، سیاست خارجی کشورها بر اساس نوع روابط دیپلماتیک و قرابت‌های تاریخی، مرزی، فرهنگی و تمدنی شکل می‌گیرد. سیاست خارجی ایران چهار دهه است که از سوی جامعه بین‌المللی با نوساناتی همراه بوده است؛ به فراخور تغییراتی که در مشی سیاست خارجی از سوی تهران ایجاد شده، قضاوت‌ها در مورد جهت‌گیری سیاست خارجی کشور ما گاهی تعدیل و گاهی تشدید شده است. بنابراین دستگاه دیپلماسی کشور ما به صورت تخصصی در حوزه‌های مختلف از جمله مقابله سازمان‌یافته با مواد تحت این قضاوت‌ها و تغییر رویه‌ها بوده است.

همچنین گفتنی است جمهوری اسلامی ایران در طول عمر خود تلاش چشمگیری را در راستای مبارزه با انواع مواد مخدر داشته است. هزینه قابل توجهی که ایران هر ساله صرف مقابله با مواد مخدر می‌کند تقریباً با بودجه عمرانی کشور برابری می‌کند و از این حیث سرمایه مالی بزرگی از کشورمان صرف مقابله با این پدیده شوم می‌شود. همچنین ۴ هزار شهید و حدود ۱۵ هزار تن مجروح در درگیری‌های میان نیروهای پلیس و مرزبانان ایرانی با قاچاق‌چیان و سوداگران مرگ از سال ۱۳۵۷ تا کنون به ثبت رسیده است. این آمار نشان می‌دهد جمهوری اسلامی ایران تلاشی صادقانه در زمینه مبارزه با مواد مخدر داشته است.

از سوی دیگر برنامه‌های ایران در ۴۲ سال گذشته تأثیر قابل توجهی بر سلامت جهانیان داشته است. زیرا آنطور که سازمان‌های بین‌المللی نیز تصریح می‌کنند ایران سالانه ۹۰ درصد تریاک و هروئین کشف شده در جهان را کشف و ضبط می‌کند.

اکنون بر اساس وضعیت کنونی جهان و منطقه در مقابله با مواد و پیچیده‌تر شدن ابعاد آن، وظیفه دستگاه دیپلماسی است تا بر سر بهبود روابط مخدری، دیپلماسی منطقه‌ای و بین‌المللی خود را فعال‌تر سازد. با وجود تمام جهت‌گیری‌های جمهوری اسلامی و انتقاداتی که در مورد روش مقابله با عرضه از سوی جامعه بین‌المللی مطرح بوده، اما در حوزه مواد مخدر ایران بدون کوچکترین تغییری از استراتژی «جهان بدون مواد» پیروی کرده است؛ گواه این امر نیز میزان کشفیات سالانه انواع مواد و آمار شهدایی است که در جنگ با مواد حاصل شده است. تمام این موارد نشان از پایداری و غیرقابل چانه‌زنی دیپلماسی مخدری کشور ما در سیاست مبارزه با مواد دارد.

همچنین، مرزهای شرقی ایران همواره به واسطه همسایگی با ابرتولید کننده مواد مخدر جهان در تهدید بوده است؛ افغانستان علی‌رغم دریافت کمک‌های مختلف در چاقوب مبارزه با مواد مخدر، برنامه‌های کشت جایگزین و حتی امحاء مزارع خشخاش با روند فزاینده کشت و تولید مواد روبرو بوده و امروزه به عنوان بزرگترین تولید کننده تریاک دنیا، می‌تواند جایگاه ویژه‌ای در فعال شدن دیپلماسی مخدری منطقه‌ای ایران داشته باشد.

همچنین از آنجاکه کشت، تولید و قاچاق مواد مخدر امری جهانی و سازمان‌یافته به حساب می‌آید، مقابله با آن (ضمن اینکه برای هر کشور دارای ابعاد داخلی و مخصوص به خود است) مستلزم مبارزه و هماهنگی جهانی نیز هست؛ در واقع فصل مشترکی که ضرورت فعال‌سازی دیپلماسی مخدری را دوچندان کرده، مبارزه با مواد است و



تحقق این شعار نیاز به شکل‌گیری جریانی فکری و عملی در سطح جهان و منطقه دارد که تنها در چارچوب ارتقای دیپلماسی مخدري امکان‌پذیر است؛ چرا که تجربه چندین دهه مبارزه یک‌جانبه کشورها نشان از آن دارد که سیاست‌های مخدري به اندازه کافی کارساز نبوده و نیاز است تا در چارچوب سازمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای برای مبارزه با مواد مخدر متحد شوند.

با توجه به سازمان‌یافتگی، بزرگ مقایس بودن، گسترش فزاینده بازارهای مواد غیرقانونی و نیز شمار روبه‌افزایش مصرف‌کنندگان مواد در جهان، دولت‌های حکمران در سطح جهان نمی‌توانند مقابله با این پدیده را صرفاً در سطح ملی و منفرد از دیگران به انجام برسانند. جمهوری اسلامی ایران نیز به عنوان کشوری که هم از منظر موقعیت ژئوپلیتیک و هم مواجهه با بحران داخلی اعتیاد و قاچاق مواد با موضوعات عدیده‌ای روبرو بوده، امروزه نیاز به همکاری منطقه‌ای و بین‌المللی را بیش از گذشته احساس می‌کند. در واقع وجود موانعی مانند سیاست‌های سخت‌گیرانه در مورد مجازات قاچاقچیان مواد، رویه‌های غیرمسالمت‌جویانه‌ای مانند تحریم، تهدید به حمله و انزواسازی علیه جمهوری اسلامی و همچنین غلبه حدود دو دهه سیاست مقابله با عرضه در کنار به حاشیه راندن دیگر رویکردها در مبارزه با مواد از آسیب‌هایی بوده که گشایش سیاست مخدري ایران را با مشکلاتی روبرو کرده است؛ از این رو با تغییراتی که امروزه در روش‌ها و رهیافت‌های جمهوری اسلامی در مبارزه با مواد از مقابله با عرضه تا مجازات قاچاقچیان (کاهش مجازات اعدام) و همچنین توجه ویژه به استراتژی پیشگیری از اعتیاد در کشور در حال شکل‌گیری است، ضرورت ارتقای دیپلماسی مخدري بیش از گذشته احساس می‌شود.



## اجتماعی سازی مبارزه با اعتیاد

امروزه در کنار تلاش‌های دولت‌ها برای مقابله با اعتیاد و مواد مخدر شاهد شکل‌گیری روندی موازی در این راستا هستیم که اگرچه دولت‌ها در آن نقش مهمی دارند، اما مسئولیت اصلی برعهده آنها نیست. موضوع «اجتماعی سازی مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر» روند جدید را تشکیل می‌دهد که عمدتاً بر ورود و نقش آفرینی سازمان‌های مردم‌نهاد و محلی در زمینه آگاهی‌بخشی، آموزش‌های پیشگیرانه و مصونیت‌بخش و نیز نهایتاً کمک به کنترل متقاضیان ترک، متمرکز است.

امروزه در بیشتر کشورهای پیش‌روی جهان نقش اقشار مختلف اجتماعی از طریق نهادهای جامعه مدنی در امر مبارزه با مواد مخدر به یک لازمه و امری بدیهی مبدل شده است.

اگرچه طبق تعریف سیاست مخدوری به معنای «تلاش‌های نظام یافته دولت‌ها در زمینه مبارزه با مواد و اعتیاد» است، اما همانطور که گفته شد، از یکسو با مشخص شدن محدودیت‌های دولت‌ها در امر مبارزه و از سوی دیگر چابکی و کارآمدی سمن‌ها و انجمن‌های محلی، امروزه محور دومی به سیاست مخدوری به معنی رسمی کلمه افزوده شده است. این محور جدید عمدتاً بر تقویت نهادهای جامعه مدنی و سمن‌ها و سوق دادن انرژی و دسترسی آنها به مردم به مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد متکی است. «هدف برنامه‌های اجتماع محور در مقابله با مواد مخدر به طور کلی واگذاری عملکردهای خدماتی و رفاهی این حوزه به افراد، خانواده‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های بزرگتر جامعه است. در چنین حالتی امکان ایجاد ساختاری مناسب بر مبنای شناخت مشکلات حقیقی اجتماع و اجرای مداوم، ارزشیابی واقع‌بینانه، اصلاح ساختارها و ارتقاء برنامه‌های عملیاتی بیش از پیش فراهم

می‌شود. می‌توان امیدوار بود با قرارگیری امر مبارزه با مصرف مواد مخدر در کانون اقدامات اجتماعات صمن توانمندسازی اعضای اجتماعات امکان بیشتری برای بسترسازی سلامت اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد مخدر ایجاد شود.»

در این معنا مشارکت اجتماعی دلالت بر گسترش روابط بین گروهی در قالب انجمن‌های داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که معمولاً خصلتی محلی و غیر دولتی دارند که در قالب سیاست اجتماعی، مشارکت و درگیر ساختن مردم در فرایندهای مختلف مبارزه با مواد مخدر مبارزه با مواد مخدر را هدف خود می‌دانند.

به نظر می‌رسد جلب همکاری و حمایت مردم و جامعه به برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر برای دولت‌ها از این طریق بسیار میسرتر و ممکن‌تر از زمانی است که دولت‌ها بخواهند به عنوان یکه‌تاز عرصه سیاست‌گذاری تنها بر ظرفیت و توان خود تأکید کنند. واگذار کردن اصل مبارزه به مردم در اصلی‌ترین روشی است که طبق این برنامه «فرآیند تحقیق، برنامه‌ریزی، تخصیص منابع، نحوه هزینه کردن و تشخیص اولویت‌های مبارزه با مصرف مواد مخدر» عمدتاً به انجمن‌های محلی و سمن‌ها سپرده می‌شود که بدون واسطه با مردم در ارتباط هستند. روش به طور کلی ۷ فایده اساسی دارد که باعث می‌شود نسبت به روش تکروی دولت‌ها از اولویت بیشتری برخوردار شود؛ اولاً از این طریق هم در سطح محلی و هم در سطح ملی آگاهی مردم درباره بازیگران کلیدی و گروه‌های اصلی افزایش می‌یابد. دوم کیفیت و کمیت اطلاعات موجود در سطح محلی ارتقای محسوسی را تجربه می‌کند. سوم از آنجاکه مردم بومی و نهادهای محلی از نزدیک با مقتضیات هر منطقه آشنا هستند و محدودیت‌ها و تنگناهای آن را بهتر از قدرت مرکزی می‌فهمند، روش‌های مفیدتری را نیز برای رویارویی با این مشکلات در پیش خواهند گرفت. چهارم از این روش می‌توان امکانات توسعه‌ای موجود را به نحوی موثر و کارآمد مورد شناسایی قرار داد. پنجمین مزیت این روش تقویت اعتماد به دولت و در عین حال نهادهای محلی است. ششمین فایده این روش تکامل و حمایت از راه‌کارهای خشونت‌پرهیز و آشتی‌جویانه برای حل تعارض‌های محلی است. هفتمین نکته برجسته در این زمینه را نیز می‌توان اضافه شدن انرژی مردم به ظرفیت دولتی برای مقابله با مواد مخدر دانست.

به بیان دیگر با توجه به اینکه کشورمان در آستانه دهه‌ای جدید از حیات خود قرار دارد، به منظور حرکت به سوی پیشگیری از اعتیاد، استفاده از توان و ظرفیت اجتماع برای افزایش کیفیت سیاست مخدری کشور به شدت مورد نیاز امروز است.



## جهان در چالش قانونی سازی مصرف مواد مخدر

در ۱۰ سال گذشته و به ویژه با مشخص شدن محدودیت‌ها و کاستی‌های سیاست مخدری «جنگ با مواد» گروهی از دولت‌های جهان به منظور اصلاح سیاست مخدری خود اقدام به «قانونی سازی» مصرف شخصی و تفننی این برخی اقلام مواد مخدر همچون کانابیس روآورده اند. هزینه های مادی و انسانی بالای سیاست مقابله با عرضه و نیز پاره ای از نقاط اغفال و ناکارآمدی‌های این سیاست از جمله «شکل‌گیری بازار سیاه مواد مخدر»، «شکل‌گیری و تداوم چرخه قاچاق و تروریسم مخدری» و نیز «محدود باقی ماندن تسلط دولت بر فرایند قاچاق، صدور و فروش مواد» به این نقطه رسیده که برخی از دولت‌های جهان ضمن دست کشیدن از جرم انگاری مالکیت و برخورداری از این مواد یا حمل آنها (البته در حدی مشخص و محدود) و یا مصرف شخصی و تفننی آن، اقدام به تعیین نماینده‌های انحصاری تولید و فروش مجاز این مواد کرده اند. گفته می‌شود این امر باعث خواهد شد که مالیات بسته شده بر این مواد به حوزه آموزش‌های عمومی و پیشگیری از اعتیاد سوق پیدا کند و دولت‌ها بتوانند کنترل بیشتری بر فرایند سیاه مواد مخدر داشته باشند.

بدین ترتیب در سال‌های گذشته آنتیگوا و باربادوس، آرژانتین، ارمنستان، سه ایالت استرالیا، بلیز، بولیوی، شیلی، کلمبیا، کاستاریکا، کرواسی، جمهوری چک، استونی، آلمان، ایتالیا، جامائیکا، مکزیک، هلند، پاراگوئه، پرو، لهستان، پرتغال، روسیه، آفریقای جنوبی، اسپانیا، سوئیس، اروگوئه و ۱۷ ایالت از آمریکا اقدام به جرم زدایی و قانونی سازی مصرف برخی اقلام مواد مخدر کرده اند. به طور عمده کانابیس دچار این وضعیت شده است.

این وضعیت درحالیست که به نظر می‌رسد تجربه موفق برخی کشورها در زمینه «پیشگیری از اعتیاد» آلترناتیو مناسب تری برای سیاست جنگ با مواد بوده است. در واقع بسیاری از کشورها از افراط در زمینه مقابله یک طرفه با عرضه مواد مخدر، از جمله سخت‌گیری و نشان دادن داغ و درفش به جامعه و برخورد با قاچاق‌چیان که به توسعه بازار سیاه و بازتولید اقتصاد مخدری انجامیده است، به جای آنکه به سوی حذف علت اصلی شکل‌گیری و کشتش بازاری مواد مخدر که همانا وجود «تقاضای مواد مخدر» است، به حذف معلول، یعنی «مبارزه با عرضه» پرداخته‌اند. مبارزه با عرضه معلول وجود تقاضا و جذابیت اقتصادی فعالیت‌های سازمان یافته تولید کنندگان و توزیع کنندگان مواد مخدر است.

با کنار گذاشتن سیاست مبارزه با عرضه، اگرچه بخشی از بازار سیاه مواد موضوعیت خود را از دست می‌دهد و بازار قانونی با محدودیت‌های مصرح در قوانین جدید جایگزین آن می‌شود و در نتیجه تسلط دولت‌ها بر بازار و فرایندهای معطوف به مواد مخدر افزایش می‌یابد، اما تقریباً هیچ‌گونه اثری میزان تقاضای مواد مخدر ندارد و در بهترین حالت میزان تقاضا را در حد موجود نگه می‌دارد.

درحالی که اصلی‌ترین حلقه برای مبارزه با مواد مخدر «تقاضای مواد» است؛ زیرا تا تقاضایی نباشد، اساساً زنجیره‌های کشت، تولید، ترانزیت و فروش مواد نیز تشکیل نخواهد شد. از این رو به نظر می‌رسد اصلی‌ترین راهکار برای مقابله با مواد مخدر و اعتیاد رویکرد پیشگیری است؛ زیرا تنها این رویکرد تقاضای مواد مخدر را نشانه گرفته و درصدد کاهش دادن آن است. بنابر آمار جهانی از هر یک دلاری که در حوزه پیشگیری هزینه می‌شود، بین ۷ تا ۱۰ دلار از هزینه‌های اجتماعی اعتیاد و مواد مخدر خاصه در خصوص درمان معتادان جلوگیری می‌شود.