

# سفره ای به اسم متادون

تاثیر فرهنگ سفره در اعتیاد یا ترک اعتیاد

دکتر حسین رجایی-روانپزشک

[www.foroghclinic.com](http://www.foroghclinic.com)

مقدمه

دوست نازنینم دکتر فرید کرمی در شماره ی پیش نشریه مان، مقاله ای به اسم «فرهنگ سفره» به چاپ رساند. واقعیت این است که سفره خورپروری، فی نفسه مثل اعتیاد به هر ماده و رفتاری، سندرم های وابستگی سیاسی اجتماعی فرهنگی خاص خود را ایجاد می کند، واجد علایم محرومیت یا ترک (چه در سفره خور و چه در سفره گستر) می باشد و درمان خاص خود را در عرصه های اجتماعی، اقتصادی و بین المللی ایجاب می کند.

در سالهای پایانی دوره هشت ساله ی اصلاحات، دولتیان متوجه شدند که توسعه و مردم سالاری، بدون برچیدن سفره و سفره های درشت و کوچک امکان پذیر نخواهد بود و بدون قطع تاثیر پول هنگفت عاید از صادرات نفت بر بودجه ی کشوری، حل تمامی معضلات کشور، افسانه ای محال خواهد بود. دولت هشتم، در حدود بیش از چهل میلیارد دلار (1) از منابع حاصل از فروش نفت را در خزانه باقی گذاشت و اگر تفکر آن دولت، سیطره اش را بر اقتصاد و تصمیم گیری های کلان، باقی می گذاشت، قرار بود(نه تنها مثل کشورهای توسعه یافته ی نفتی همچون ممالک اسکانندیناوی بلکه کشورهای غیر دموکراتیک اما توسعه گرایی همچون عربستان سعودی) با نام منابع متعلق به نسل های آینده، این پولهای هنگفت، دست نخورده باقی بمانند.

اما با شکست تفکر مزبور، عزم دولتیان جزم گردید که این دلارهای نفتی بر سفره ی مردم گذاشته شوند و گذشت آنچه دوباره در این شش سال بر سر اقتصاد و سیاست رفت.

اما همچنان که نویسنده ی مقاله ی الهام بخش، سفره ی مادر و سفره های نوزاد را در بخش بهداشت و درمان مورد تحلیل و بررسی قرار داده بود، ما هم در اینجا بنا داریم که اثرات سفره (و در اصل سفره ی بزرگ زیرزمینی کشورمان) و فرهنگ سفره پروری را، صرفاً" در حوزه ی درمان اعتیاد (و به طور خاص متادون درمانی یا درمان نگهدارنده با آگونست) مورد توجه و کاوش قرار دهیم و حرفهای عمده تر و اساسی تر (همچون داستان پارادوکسیکال کوچکتر کردن دولت، هدفمندی متناقض نمای یارانه ها و حتی خروج تصدی گری ان جی او های قدیمی و استخوان دار مثل نظام پزشکی از تعرفه گذاری خصوصی) را واگذار کنیم به کسانی که شاید هیچوقت فرصت اظهار نظر دوباره را پیدا نکنند. البته چنین مباد!

## متن

**نخست: «چه پیش آمده است؟»**

**دوم: «چه کار کرده ایم؟»**

**سوم: «چه باید کرد؟»**

متن این مقاله را سه بخش کرده ایم: در بخش اول به شرایط فعلی کشور و وضعیت اسفناک پیش آمده و اپیدمی اعتیاد در جامعه مان اشاره ای خواهیم کرد. در بخش دوم به جایگزینی نگاه آسیب شناختی به تلقی جرم انگارانه در خصوص پدیده ی اعتیاد (البته با نقایص و کمبود های خاص خودش) پرداخته می شود و در قسمت سوم آنچه از دید علمی برای حل معضل اعتیاد در حوزه ی سیاست ورزی های دولتی در بخش درمان لازم است، مورد بحث قرار خواهد گرفت و در عین حال در تمام فصول نیم نگاهی به سفره و سفره ها خواهیم انداخت و در قسمت پایانی سعی خواهد شد به سوالات متداول در ارتباط با این بحث، پاسخ داده شود.

## چه پیش آمده است؟

از دهه های چهل و پنجاه که خزانه کشور از دلارهای نفتی انباشته می گشت و مصادف با مدرنیزاسیون آمرانه ی جامعه ی ایرانی بود، پدیده ی اعتیاد گسترش

روز افزون می یافت، اما در دهه های شصت و هفتاد بود که اعتیاد در جامعه ی ایرانی مهار گسیخته شد و سیاست های تأدیبی و اقتدار گرایانه دیگر جواب ندادند.

شکی ندارم که همه ی خوانندگان این سطور به اصل «بقای ماده و انرژی» باور دارند. در اجتماع نیز موضوع به همین منوال است: هیچ انرژی ای (حتی انرژی های مخرب که در اینجا منظورم انرژی های حاصل از غریزه ی مرگ فرویدی هستند) از بین نمی روند، بلکه از شکلی به شکل دیگر در می آیند. انرژی های ناشی از غریزه ی مرگ در ایران به شکل اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر، بالاخره خود را نشان دادند و سهم مردم از سفره ی منابع زیرزمینی عظیم انرژی که صرف تولید و سازندگی نشد به جیب زمینداران و قاچاقچیان مواد مخدر صادر شده از افغانستان و یا تولید کننده های مواد روانگردان صنعتی (شیمیایی) لابراتورهای زیرزمینی داخلی یا خارجی سرزیر شد.

انقلاب اسلامی سال ۵۷، تغییرات عمده ای را در سیاست، اقتصاد، فرهنگ و اجتماع موجب گردید. در تمامی جوامع بشری از لحاظ جغرافیایی و تاریخی، مصرف و سوء مصرف مواد روانگردان چیزی دایمی و همیشگی است، همچنانکه مصرف و سرو الکل در جوامع غربی (نه البته حتماً به شکل الکلیم) مسئله ای عادی است. منتهی مصرف الکل بعد از انقلاب به معضلات حیثیتی منجر می شد و از طرفی، کتمان و جمع وجور کردن رفتار ناشی از مصرف الکل کار آسانی نبود و حمل تریاک و پنهان ساختن آن خیلی راحت تر بود. از طرف دیگر، منش و رفتار معتاد مواد افیونی در جامعه ای که حاکمیت آن به مذهبیان واگذار شده بود، قابل تحمل تر بود و حتی به سرکوب غرایزی که در جامعه ی بعد از انقلاب، فی نفسه، منشاء گناه محسوب می شدند، یاری می رساند و بقول معروف استفاده کنندگان را خوشتندارتر می کرد.

از طرفی درگیر مسائل دیگری هم شده بودیم: جنگ و تحریم های اقتصادی و قطع رابطه با بخش بزرگی از جهان و غافل از گسترش سرسام آور اعتیاد در جامعه و حتی در بازماندگان مجروح جنگ. این بود که چشم باز کردیم و به وضعیت بحرانی فعلی بر خوردیم: می گویند یک ششم مواد مخدر تولیدی در جهان فقط در ایران مصرف می شود.

درست است که امروزه سوژه ی ژورنالیسم بین المللی و پروژه های تخیلی سینمایی شده ایم و کمی هم در مورد واقعیت های جامعه ی ایرانی بزرگنمایی می شود و هر چند ما مشکلات فرهنگی عدیده ای داریم، اما آن دیوهای هم نیستیم که در فیلم "سیصد" در مردمان اغراق کرده اند. اما همان واقعیت های اجتماعی مان که طعمه ی اغراق و بزرگنمایی هم شده

باشند، بشدت تکان دهنده هستند. آمار رسمی و اعلام شده از طریق دولت در چند سال پیش که ممکن است کمتر از یک ششم آمار واقعی معتادین امروز نیز باشد، بخودی خود سر به فلک برده است (۲) و کوچه و خیابانهای شهرهای کوچک و بزرگ کشور، مزین به خیل معتادین بیکار شده است و روزی نیست که همکاران روانپزشک نگارنده، چندین مورد سایکوز (جنون) ناشی از مواد مخدر صنعتی را در مطب های خود زیارت نمی کنند و تازه می دانند که کار مصرف کننده های شیشه فقط در موارد مزمن و عارضه داده شده، به درمانگران کشیده می شود.

از همه این صحبت ها تنها یک نتیجه عاید می شود: ما در شرایط استثنائی از نظر تاریخی در خصوص پدیده اعتیاد بسر می بریم. چرایش را می گذاریم که بطور تلویحی در بخش های بعدی و یا در نوشته های جداگانه باز کنیم، چرا که بشدت مناقشه آمیز است و تلقی نویسنده شاید از طرز نگاه رسمی و مقبول که بیشتر به توطئه ی جهانی علیه کشورمان اشاره دارد، تفاوت داشته باشد و در این مقال ننگد.

## دوم

قبل از انقلاب هم نگاه آسیب شناختی به اعتیاد (حتی در طبقات روشنفکر و تحصیل کرده) ریشه نوانده بود. بنظر می رسد که هنوز یک معضل مهم نشده بود. اولین نگاه تاریخی از این نوع به اعتیاد و معتادین به ده سال قبل مربوط می شود. دولت آن موقع زنگ های خطر را بشدت بصدا در آورد. تشکیل مرکز ملی مطالعات اعتیاد از همت آن دولت بود و ایده ی تاسیس مراکز درمان سوء مصرف مواد به آن دوران بر می گردد. معضل بزرگی کشور را به چالش و چاره اندیشی واداشته بود. زمانی که حتی اعدام چند قاچاقچی مواد مخدر برایمان نقطه ضعفی حقوق بشری محسوب می گردید، با وجود عدم هماهنگی قوه قضائیه با تفکر اصلاحی چنبره انداخته بردولت مصمم گردیدیم که به تنهایی در رفع ریشه ای بحران از بطن اجتماع قدم هایی را برداریم.

این بود که از پتانسیل علمی بنظر انباشته شده در بخش پزشکی یاری طلبیده شد. مراکز درمان سوء مصرف مواد براه افتادند و با سوبسید دولتی داروهای آگونیست تقویت گردیدند. لقمه ی بزرگ بتدریج برگردانده شد و نیازی به مدرک روانپزشکی برای متقاضیان تاسیس مراکز احساس نشد. اینها همزمان هم بود با اتفاقاتی دیگر: تفکر اصلاحی در دولت جاخالی داد و با یک تیر دو نشان زده شد. معضل بیکاری بخش بزرگی از پزشکان عمومی،

پرستاران و تحصیل کردگان دیگر هم ( با همان شیوه ی دکاندار و شاگرد) در همین یک قدم می توانست حل شود.

بتدریج شرایط تاسیس این مراکز چنان لاغر شد که شاید امروز مراکزی وجود داشته باشند که از بدو راه اندازی آنها تا بحال، پای پر محبت هیچ روانپزشک و روانشناس بالینی به کفشان نخورده باشد، مگر بعنوان بیمار! پزشکان عمومی با آموزش های یک دو هفته ای مسئول فنی این مراکز می شوند تا بکوشند که حیثیت و آبروی کشور بیشتر از اینها دیگر خدشه دار نشود. در هر کوچه ای هم این مراکز مثل مور و ملخ سر بر آورده اند و سالی یا دو سال یکبار پذیرای تعدادی بازرس دانشکده ی علوم پزشکی هستند. بازرسانی که اگر این مقاله را بخوانند، شاید تنها نوشته ای در مورد اعتیاد باشد که در عمرشان خوانده باشند.

در حال حاضر در کشور بجز یک یا دو مورد دولتی (با نقایص خاص خود) مراکز TC یا جوامع درمانبخش (therapeutic community) نداریم مراکز درمان سوء مصرف مواد تنها جاهایی هستند که رقبای مغازه های داروهای سنتی ( و با اصطلاح گیاه دارویی) و همچنین شرکت های نامرئی وارد کننده ی داروهای ترک اعتیاد که از طریق شبکه های تلویزیونی ماهواره ای در هر خانه ای شنونده و بیننده پیدا کرده اند، شده اند. دانشگاه های علوم پزشکی و شبکه های بهداشت و درمان چپ و راست مثل ریگ به آنها جواز می دهند. یکی دو بازدید از ساختمان محل احداث و بازرسی از چند تا اطاق و روئیت چند مدرک از قبیل پرستاری و روانشناسی بالینی و... که در همان نگاه اول نیز دارندگان این مدارک، ضعف بنیه ی علمی کشور را به رخ می کشند. (۳) و تازه ، همگی فرعی و برای خالی نبودن عریضه جمع شده اند و موضوع اصلی نخود برره است، یعنی سهمیه ی آگونست که متاع و خوراک اصلی این سفره است.

بی انصاف هم نباشیم، این مراکز توانسته اند بناچار تنها در اقلیتی از معتادین، اعتیاد به مواد نشئه آور را به اعتیاد کم ضررتر به داروهایی نظیر متادون و بوپرونورفین تبدیل کنند، که البته فلسفه ی اصلی درمان با آگونست هم، پیشگیری از جرم و جنایت های همراه اعتیاد و نیز پیشگیری از رفتارهای خطر آفرین همچون تزریقات آلوده ی وریدی و همچنین کاستن از ریسک ابتلای معتادین IV به HIV بوده است. بنابراین باز هم همان ملودرام همیشگی تاریخی در کشور، دارد تکرار می شود: "چه می خواستیم، چی شد؟" قرار بود بسیج سراسری که داعیه دارش جامعه ی رشد کرده ی پزشکی باشد، برای ریشه کنی اعتیاد در جامعه شکل بگیرد. ما ایرانیان به سفره و فرهنگ سفره ای عادت کرده ایم. از همه ی آن رویا ها و نقشه های آینده، فقط سفره ای به اسم متادون بجا مانده است و خوش بینانه

ترین سناریوی آن هم این است که متادون با واسطه‌ی مراکز درمان سوءمصرف مواد از کارخانه‌های دارو سازی و دانشگاه‌های علوم پزشکی به شکم معتادین سرازیر شود. دور باشند سناریوهای دیگری که با بد بینی بیشتر می‌شود دید. اما یادمان باشد که در فرهنگ سفره، هیچ چیزی بعید نیست!

## سوم: چه باید کرد؟

اولاً باید درست دید. در تمامی آمارها چه آمار رسمی مبنی بر یک میلیون و دویست هزار نفر معتاد و هشتصد هزار نفر سوءمصرف کننده و چه آمارهای مخدوشی(۴) که مثلاً نگارنده چند سال پیش از کارشناسان و روانپزشکان مرکز ملی مطالعات اعتیاد گرفته است (رقم سه میلیون و دویست هزار نفر معتاد) تعداد پائین تر سوءمصرف کنندگان از معتادین (وابسته‌ها به مواد)، شک بر انگیز است و اصولاً باید نسبت سوءمصرف کننده‌ها به وابسته‌ها بیشتر باشد. اگر بخواهیم چرایی معکوس شدن این نسبت را در این برآوردها، خیلی سریع و با استفاده از عقل سلیم Common sense (و نه پژوهش گسترده) پاسخ بدهیم، باید بگوئیم که کتمان مصرف بوسیله‌ی سوء مصرف‌گران که (هنوز به تحمل و وابستگی نرسیده‌اند و تجربه‌ی علائم ترک را نداشته‌اند و بنابراین) چهره و اندام و سایکوموتور آنها نمی‌تواند شناساننده‌ی رفتارشان باشد، در جامعه‌ای که بتازگی از تلقی جرم انگارانه به اعتیاد به نگاه آسیب شناختی تغییر وضعیت داده است، موجب این ابهام در ارزیابی می‌گردد. همچنین اگر بخواهیم درست تر ببینیم، باید اذعان کنیم که نسبت بسیار کمی از معتادین برای ترک به مراکز رسمی (تاسیس شده با جوازهای دولتی) مراجعه می‌کنند. از کمپ‌های تاسیس گردیده تحت نظارت بهزیستی که می‌گذریم که مقاله‌ای جداگانه با آه و ناله‌ی فراوانتر را می‌طلبد.

ثانیاً، وقتی درست دیدیم و درست تر ارزیابی کردیم، آنوقت است که روش مقابله‌ای صحیحی انتخاب می‌کنیم. باز در اینجا نگاه پیشگیرانه بماند به فرصتی دیگر؛ چرا که در نگاه پیشگیرانه که مبحث بسیار مهمی است، ناگزیر خواهیم بود از ساختار اقتصادی کشور تا سیاست‌های فرهنگی و بین‌المللی، از فضاها‌ی آموزشی کشور گرفته تا تئوری محرومیت-پرخاشگری جان دالرد **Frustration-Aggression**، از فقدان لبخندهایی که در لبان جوانان می‌بینیم تا ایست‌های بازرسی در خیابانها، دعوت کنیم که در این چند صفحه خودی نشان بدهند و طوری بشود که خود این چند صفحه هم دیگر نتواند خودی نشان بدهد.

اما حتی در ابتدای نگاه به بخش درمان صحیح اعتیاد نیز ناگزیر باید بلافاصله بگوئیم: این معضل عظیمی که با صرف میلیاردها دلار ما را به این نقطه ی سیاه و بحرانی و وضعیت فلاکت بار رسانده است با هزینه کردن چندین هزار یا میلیون تومان، درست شدنی نخواهد بود. (۵)

مراکز درمان سوءمصرف مواد که به تقلید از کشورهای توسعه یافته در کشور ما تاسیس شده اند، حتی در اشکال ابتدایی هم به این صورت نبودند. فلسفه ی اصلی جوامع درمانبخش که ابتدائاً جدا کردن معتاد از اجتماع است. در مدت جداسازی که بطور متوسط ممکن است شش ماه طول بکشد، روزها و هفته های اول صرف درمان علائم ترک و فرصتی می شود برای سم زدایی. در مدت باقیمانده ی اقامت در **TC** معتادین علاوه بر مدارا و یاد گرفتن چگونگی کنار آمدن با وسوسه ی مصرف مواد در اصل تمرین می کنند که این بار بدون استفاده از ماده مخدر در اجتماع بسر ببرند. در صورت لزوم تحت نظارت مرکز (**TC**) حرفه و فن می آموزند. اگر احیاناً در سالهای اعتیاد مهارت های معاشرت و دوست یابی را فراموش کرده باشند، دوباره به آن فنون مسلح می گردند.

تعارضات روانشناختی بیماران که در شروع روند سوءمصرف مواد در آنان نقش داشته است، با کمک درمانگران باید مورد هدف بهبودی قرار گیرد. اگر چنانچه مشکلات روانی، عاطفی (وحتی جنسی) بروز کرده باشد، روانپزشکان در رفع آنها خواهند کوشید.

بنابراین برای هر کدام از این مراحل، اگر تراکم و ترافیکی از لحاظ تعداد بیماران پیش بیاید؛ یعنی مثلاً هر روانپزشک نتواند برای هر بیمار روزانه بیش از چند دقیقه وقت بگذارد، ممکن است تمامی این اقدامات با یک آن غفلت بیمار در مصرف مجدد ماده بباد برود و آن درمانگر مسئول انگاشته خواهد شد. پای قاچاقچیان خرده پا نیز نباید در قالب همراه بیمار یا عیادت کننده به چنین مراکزی باز شود و امکان فرار آنها که مثلاً "قراردادی شش ماهه برای اقامت بسته اند، نباید بسهولت مورد غفلت واقع شود.

پس میبینیم که اقدامات حفاظتی خاصی که نیازمند صرف هزینه هایی جدی است، لازم خواهد بود. در همین جا نباید فراموش کنیم که **TC**ها نه صرفاً مراکز تأدیبی و حفاظتی هستند و نه صرفاً مراکز مراقبتی و درمانی، ولی در عین حال هر دوی اینها هم لازم است باشند و همچنین در یک مرکز مثلاً "پنجاه نفره شاید به چندین روانپزشک و پزشک عمومی، ده پرستار و روانشناس بالینی و... نیاز باشد، بطوری که روانشناسان و پرستاران و پزشکان کشیک نیز در اوقات شب و روزهای تعطیل در مرکز حضور داشته باشند.

اگر بخواهیم که از طولانی تر شدن مطلب جلوگیری کنیم، در مورد مراکز روزانه ی درمان سوءمصرف مواد، فقط باید به همین مطالب این را اضافه کنیم که در طول ۲۴ ساعت شبانه روز، برای بیمارانی که بطور سرپایی تحت درمان مرکز هستند، همین پرسنل باید هر لحظه در دسترس باشند، بطوریکه با یک بحران، مثلاً **suicide** یا خودکشی یک بیمار به مرکز فراخوانده شوند و یا با یک خودرو، اکیپ مورد نظر به محل بحران فرستاده شود. پرستار مرکز باید بدقت مدد جویانی را که برای گرفتن آگونیست غیبت کرده اند، پیگیری کند و در صورت لزوم به محل کار یا منزل بیمار عزیمت نماید. مدد کار اجتماعی که از بابت آموزش های بیمار در خصوص حرفه و غیره، خیالش راحت شده است شاید لازم شود که با بیمار برای پیدا کردن کار مناسب همراهی و همکاری کند و در صورت لزوم بیمار را در محل کار جدیدش تضمین خواهد کرد. اکثر امکانات ورزشی و هنری و مطالعاتی و..... نیز برای مدد جویان باید فراهم شود و...و...و.....

این رویای شیرین را که معلوم نیست که اولین بار به مخیله چه کسی راه یافته بود، در همین جا قطع می کنیم. هیچکدام از ما حتی خواب این امکانات را تا بحال ندیده ایم و همچنانکه گفتم اینها همه نیازمند صرف هزینه و وقت و پرسنل و هوشمندی و انرژی انسانی و... مهمتر از همه عزمی جدی است و گرنه با این دیدگاه که سفره ای را که در جایی گسترده شده بود، جمع کنیم و در مکانی دیگر و با اسمی متفاوت تر و نجات دهنده تر بگستریم، راه به جایی نخواهیم برد. (۶) راه چاره هر چه باشد، فعلاً" که باید از جمع کردن سریع همین سفره های متادون شروع کنیم.

## سوالات

در مقدمه گفتیم که با مطالعه ی این نوشته، سوالاتی برای خوانندگان طرح خواهند شد. در شش جای مقاله با رقم های ۱ تا ۶ علامت زده ایم که بنظر جاهای سوال برانگیزی خواهند رسید و به سوالهای احتمالی پاسخ داده ایم:

۱-سوال: برای یک دولت هشت ساله، چهل و چند میلیارد دلار مگر رقم پس انداز بالایی است؟

پاسخ: مسلماً نه! اولاً آن دولت وارث بدهی های کلان دولت های قبلی بود و مشکلات اقتصادی فراوانی برایش بجا مانده بود. ثانياً شاید پس انداز منابع حاصل از فروش نفت حتی بمیزان یک دلار هم برای دولت اصلاحات، کار ساده ای نبود. برای دولتی که می توانست در سالهای پایانی دوره ی خود، با به سفره مردم گذاشتن این پولها، توده ی مردم را از خود راضی نگه دارد، این کار فقط یک بدعت در تاریخ اقتصاد سیاسی کشور بود و در اصل عملی سمبولیک محسوب می شود.

۲-سوال: آیا ممکن است احدی از خوانندگان نشریه، همین چند جمله را بزرگنمایی شرایط موجود در زمینه ی اعتیاد بوسیله ی نویسنده ی مقاله تصور کند؟

پاسخ: ابداً! اگر خوانندگان نشریه، گروه اجتماعی خاصی بودند که هر صبح کارشان در فضایی بریده از جامعه و پشت میله ها یا درب هایی آهین شروع می شد، ممکن بود به این سطور اعتراض کنند. اما خوانندگان این صفحه ها، خوشبختانه یا بدبختانه پزشک هستند و چه بسا پزشکان معالج اعتیاد و روانپزشکان و... آنها خوب می دانند که تازه، نویسنده در انعکاس شرایط ویژه کشور کمی هم احتیاط بخرج داده است. (بدبختانه را بخاطر این در اینجا آوردم که مبادا در این کوری آماری، همنوایی گوینده و شنونده، خطایی Bias را بار آورد که صدای معترض را در خود خفه کند!)

۳-سوال: چرا کمبود و ضعف بنیه ی علمی کشور؟ آیا این یک توهین به سطح علمی خوانندگان نشریه هم نیست؟

پاسخ: ممکن هم هست که باشد. اما تاثیرات گسترش نگاه سفره ای به کنکور، اشغال رانتهی کرسی های هیئت های علمی دانشگاهها و نگاه فرصت طلبانه به مدارک علمی نه بعنوان ابزارهایی برای ارتقا و گسترش سطح و فرهنگ تولید، بلکه بمثابه ی پله هایی برای صعود به میدانهای دست اندازی به سفره های رنگین تر و فتح قلعه های بلع لقمه های لذیذ تر، شاید امروز در همین حوزه هم دارد خودش را نشان می دهد.

در مقابل این سوال متقابلاً پرسیده می شود که با توجه به ساختارهای ایده آل علمی و منطقی مراکز درمان سوءمصرف مواد که در متن توصیف گردیدند و با عنایت به اینکه میدانیم که حتی یک مرکز اینچنینی را در کشورمان سراغ نداریم، آیا حتی ایده و رویای راه اندازی چنین مراکزی تا بحال به مخیله ی یکی از بنیانگذاران مراکز (و یا بهتر بگویم) سفره های کوچک ترک اعتیاد، راه یافته است؟ اگر راه یافته باشد، در همین جا از همان عزیز، جانانه عذر خواهی می شود!

۴-سوال: چرا آمارهای مخدوش؟

پاسخ: دوست خوش برخورد بنده جناب آقای دکتر مهرداد راسخی (معاون اداره ی دارو و غذای دانشکده ی علوم پزشکی استان البرز) که شیر جریان آب باریکه ی سفره ی متادون در دستان مهربان وی می چرخد، یک روز با همان منش پر حوصله و مهمان نواز خودش همراه با چایی و شکلات، داشت برایم آمار مراجعین مراکز ترک اعتیاد حوزه ی استحفاظی خودش، تفکیک های سنی- جنسیتی، انواع مواد صنعتی و سنتی و... از این قبیل چیزها را، که زحمت کشیده بود و بر پایه ی گزارشات مستقل هر کدام از مراکز تنظیم کرده بود، می خواند؛ اما چون شکلاتهایش فوق العاده خوش مزه بودند، مجبور شدم که شلیک خنده هایم را بخورم و به ایشان نگویم که "دکتر! بی خیال!". بعدها دیدم که این خنده و آن کنایه، فقط سوءظن دوستی را از دوستی دیگر بر می انگیزد (یعنی ایشان را از آن به بعد، تنها به آمارهای مرکز خود بنده، بی اعتماد می ساخت).

۵- سوال: خب حالا منظور از اینها که گفتید چیست؟

پاسخ:بتازگی با همسر بیچاره ی یکی از بیماران مرکز ترک اعتیاد خودم (یعنی مرکز فروغ)، مصاحبه می کردم و از او (با چند بچه قدو نیم قد) چنین شنیدم: " آقای دکتر، الان دیگر، یارانه هایمان را هم خودش می گیرد و می برد تا برای خودش مواد بخرد!"

۶- سوال: آیا واقعاً خود نگارنده، مشکل شخصی با متادون درمانی ندارد؟

پاسخ: یک روز که با کیسه های خالی متادون، از پله های دانشکده ی علوم پزشکی کرج داشتم پائین می رفتم، به سرور گرامی، جناب آقای دکتر صداقت ( رئیس نظام پزشکی کرج) بر خوردم که در حال بالا رفتن از پله ها بود. ایشان پرسیدند: " اینها چیه؟" گفتم: "ما ترک اعتیاد هستیم دیگه، آقای دکتر!" فرمودند: "انشالله که خود اعتیاد نباشید!" امروز شک دارم که واقعاً ما هم خود اعتیاد نباشیم!

**موخره**

و شما که بیشتر می خوانید

سپید مانده های کاغذ شعرم را،

تا سیه پاره هاش

و نگفته ها را،

از

بغض آلوده هاش،

باور کنید!

۹۰/۵/۳۱

کرج