



پرونده

مسئولان مبارزه باموادمخدر،سازمان بهزیستی وکارشناسان حوزهاعتیاداماواگرهای پاک سازی دره فرحزاد وتبديل آن به «اکوپارک» رادر گفت وگو با «شهروند» بررسی کردند

اخراج «دوزخیان» از تبعیدگاه

🗞️**[مرضیه نوری]** مدتی است که طرح پاک سازی منطقه فرحزاد از معتادان بی خانمان آغاز شده است. مسئولان اعلام کرده اند قرار است معتادان این منطقه جمع آوری شوند و دره فرحزاد به اکوپارک تبدیل شود. چند روز بعد از پاک سازی این منطقه محسن فتاپور، سرپرست معاونت توسعه پیشگیری ودرمان بهزیستی استان تهران اعلام کرد که در طرح سه روزه حدود ۶۴۶ نفر دستگیر شدند، همه این افراد را بهزیستی غربالگری و ۴۲۹ نفر از آنان را در مراکز ماده ۱۶ جانمایی کرد. محمد مسعود زاهدیان، رئیس پلیس مبارزه بامواد مخدر ناجا در این باره به «شهروند» می گوید در آخرین مرحله جمع آوری معتادان در این منطقه نیروی انتظامی فقط ۴ نفر جمع آوری کرد که نشان دهنده این است که دیگر حضور معتادان در دره فرحزاد چشمگیر نیست. به گفته او نیروی انتظامی همه پاتوق های منطقه فرحزاد را شناسایی و پاک سازی کرد و دره فرحزاد هم مانند در که می تواند تبدیل به مکانی شود که مردم از طریق معابری که ایجاد خواهد شد، به دل طبیعت بروند و از آن استفاده کنند. اما به گفته کارشناسان حوزه اعتیاد و فعالان حوزه کاهش آسیب، منطقه فرحزاد به دلیل ویژگی های جغرافیایی، مکان مناسبی برای شکل گیری پاتوق های مصرف مواد است و پاک سازی آن از معتادان بی خانمان بسیار سخت است. معاون توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور پاک سازی این منطقه را غیرممکن نمی داند. نیروی انتظامی با تجهیزات و فرستادن تعداد زیادی نیرو به این منطقه می تواند متر به مترش را بازرسی و معتادان آن منطقه را دستگیر کند، «مسأله مهم این است که ما چقدر هزینه می کنیم و چه بهره ای می بریم.» مجید رضازاده معتقد است مهم نتیجه نهایی و بلندمدت کار است، نه نتیجه یک روزه و یک هفته ای و یک ماهه. نیروی انتظامی نمی تواند همیشه در آن منطقه حضور گسترده داشته باشد، شرایط جغرافیایی فرحزاد هم به گونه ای است که مصرف کنندگان مواد را به سمت خود می کشاند و جای بسیار مناسبی برای شکل گیری پاتوق است. او می گوید بهترین کاری که می توان در آن منطقه انجام داد، ارائه خدمات کاهش آسیب به مصرف کنندگان مواد است. همان کاری که سال هاست بهزیستی و سازمان های مردم نهاد در آن منطقه انجام می دهند. «شهروند» برای بررسی زوایای مختلف این موضوع نظرات تعدادی از کارشناسان و مسئولان دستگاه های دولتی مرتبط را در این باره پرسیده است.

مجید رضازاده، معاون توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور:

درمان اجباری بی اثر است حتی اگر مدت درمان صد سال باشد

مجید رضازاده معاون توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی معتقد است باهل دادن افراد به سمت دیگر و کسانی که به خدمات حمایتی نیاز دارند، مشکلی حل نمی شود. او می گوید برای معتادان متجاهر باید آنچه نیاز دارند، فراهم شود و هر اقدامی خلاف این مسیر، مشکل را پیچیده تر و عوارضش را ماندگارتر می کند.

●●● **با جمع آوری معتادان متجاهر در دره فرحزاد موافقید؟**

با جمع آوری، از جایی بیرون کردن و هل دادن به سمت دیگر افرادی که به خدمات حمایتی نیاز دارند، مشکلی را نمی توانیم حل کنیم، با این اقدام آسیب را از نقطه ای به نقطه دیگر منتقل می کنیم و باعث آسیب بیشتر به افراد نیازمند حمایت اجتماعی و جامعه می شویم. راه برخورد درست با افراد آسیب دیده، حمایت کردن است. باید آنچه نیاز دارند برای آنها فراهم کنیم. هر اقدامی برخلاف این مسیر، مشکل را پیچیده تر و عوارضش را ماندگارتر می کند.

●●● **به نظر شما با توجه به شرایط جغرافیایی خاص منطقه فرحزاد می توان آنجا را از وجود معتادان پاک کرد؟**

پاتوق های منطقه دره فرحزاد سخت در دسترس هستند و دقیقاً به همین دلیل هم ماندگار شده اند، اما کار نشد ندارد. نیروی انتظامی با تجهیزات و فرستادن تعداد زیادی نیرو به این منطقه می تواند متر به مترش را بازرسی و معتادان آن منطقه را دستگیر کند. اما مسأله مهم این است که ما چقدر هزینه می کنیم و چه بهره ای می بریم. مهم، نتیجه نهایی و بلندمدت کار است، نه نتیجه یک روزه و یک هفته ای و یک ماهه. نیروی انتظامی نمی تواند تا همیشه در آن منطقه حضور گسترده داشته باشد، شرایط جغرافیایی فرحزاد به گونه ای است که مصرف کنندگان مواد را به سمت خود می کشاند و جای بسیار مناسبی برای شکل گیری پاتوق است، بنابراین بهترین کاری که می توان در آن منطقه انجام داد، ارائه خدمات کاهش آسیب به مصرف کنندگان مواد است. همان کاری که سال هاست بهزیستی و سازمان های مردم نهاد در آن منطقه انجام می دهند.

●●● **مسئولان اعلام کرده اند می خواهند دره فرحزاد را به اکوپارک تبدیل کنند. فکر می کنید این اقدام می تواند راهگشا باشد؟**

راه اندازی پارک و ایجاد دسترسی به استراحتگاه ها و مکان های تفریحی حتما خوب است. براساس تئوری های علمی، هرچه دسترسی به مواد مخدر سخت تر شود، مصرف هم کمتر می شود، بنابراین هرچه زمینه های ایجاد بزه و آسیب در کشور کمتر شود، بهتر است و بحثی در این نیست، اما مسأله این است که راه اندازی اکوپارک باعث ریشه کن شدن معتادان متجاهر نمی شود. این افرادی که دند و مکان های دیگری پیدای کنند تا به کارشان ادامه بدهند، پاتوق های دیگری شکل می گیرد. این مسأله بارها در نقاط مختلف شهر ژرژ آمده شده است و در بلندمدت نتیجه بخش نبوده است. مناطقی که محل حضور معتادان بوده، بارها پاک سازی شده و نتیجه این بوده که یا معتادان بعد از گذشت مدتی دوباره به آن مناطق بازگشته اند یا در جای دیگری جمع شده اند. با هم می گویم هر حل این است که از افراد آسیب دیده ای که نیاز به حمایت دارند، حمایت کنیم و به آنها خدمات بدهیم.

متن می خواهد حاشیه را ببلعد

🗞️**[امیر خراسانی، جامعه شناس]** آنچه در روزهای اخیر در دره فرحزاد اتفاق افتاده، داستانی نادر و استثنایی نیست بلکه قاعده ای است که در مدل شهرسازی نهنه ایران بلکه بسیاری از کشورهای پیرامونی هم حاکم است. این قاعده را در کشورهای شیلی، مکزیک، برزیل و سن گالیور هم می توانید ببینید. حالا این قاعده چیست؟ «غلبه بر حاشیه.» معمولاً وقتی از حاشیه نشینی سخن به میان می آید تصور این است که در اطراف و کناف و پیرامون شهر سکونتگاه های غیر رسمی وجود دارد و مردم در آنجا در زاغه ها زندگی می کنند در حالی که این تصور درست نیست. کم نیست مواردی که حاشیه نشین ها در دل فضا های داخلی شهر حضور دارند و حجم زیادی را اشغال می کنند. در کشورهای بسیاری این وضع به چشم می خورد که هند نمونه بسیار خوبی در این زمینه است. در چنین شرایطی مدیریت شهری چه کاری می کند؟ چون زمین های داخل شهر و اجراض است. گروه های حاشیه ای را که عمدتاً معتادان، دست فروشان و تهیدستان هستند به سمت زمین های کمتر مرغوب حاشیه ای می راند. این روند معمولاً به بهانه های مختلف از جمله پروژه هایی که برای طبقه متوسط جذاب است آن قدر ادامه پیدا می کند که گروه های حاشیه ای به زمین های خلوت تر و کمتر



امسال برای هر فردی که

وارد درمان اجباری می شود،

روزانه مبلغ ۲۰ هزار تومان

تعیین شده است، یعنی

ماهان ۶۰۰ هزار تومان.

براساس پژوهش های

موجود، میزان اثربخشی

این شیوه در درمان

معتادان عددی بسیار

کوچک و نزدیک به صفر

است



داشته باشد. بیمار در این هشت ماه با تواتری که ابتدا سه بار در هفته، بعد دو بار در هفته،

بعد یک بار در هفته، بعد دو هفته یک بار و بعد ماهی یک بار است. به مرکز رفت و آمد می کند. مداخله های روانشناسی و مددکاری صورت می گیرد و در کلاس هایی شرکت می کند. ضمن اینکه خانواده هام درگیر درمان بیمار می شوند. در نهایت هم بعد از گذشت یک سال عضو انجمن فارغ التحصیلان آن مرکز به حساب می آید و تا همیشه به آنجا متصل باقی می ماند.

●●● **در درمان اجباری هم به افزایش مدت درمان توجه ویژه ای دارند، به طوری که ابتدا دوره درمان سه ماهه بود، بعداً ماه شد. سپس ستاد مبارزه با مواد مخدر اعلام کرد به دنبال آن است که طول دوره درمان را به یک سال افزایش دهد و در هفته گذشته هم سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر از تلاش برای افزایش دوره درمان اجباری به دو سال سخن گفت.**

هر چند به اثربخشی استمرار درمان در منابع علمی اشاره و گفته شده است که بعد از ۱ ماه درمان اعتیاد، نشانه های درمانی تازه در فرد ظاهر می شود و ادامه این فرآیند تا یک سال، این احتمال را بیشتر می کند که فرد در درمان باقی بماند و درمان در او نهادینه شود. اما آنچه در منابع علمی مدنظر است، با آنچه در مراکز درمان اجباری اتفاق می افتد، همخوانی ندارد. در مراکز درمان اجباری ابتدا معتادان را برای یک ماهانه کمی داشتند، اما متوجه شدند بی اثر است و فرد را فاصله بعد از خروج از مرکز دوباره سراغ مصرف موادمی رود. بنابراین فکر کردند احتمالاً اشکال در این است که مدت زمان درمان کوتاه است. گفتند سه ماه نگهداری کنیم، درمان می شوند و باز هم درمان نشدند. گفتند ۱ ماهش می کنیم، مشکل حل می شود. اما باز هم به نتیجه مطلوب نرسیدند و حالا می خواهند بیمار آن را یک سال ادامه دهند. فرآیند جواب بدهد که این مدت نگهداری هم فایده ای ندارد. اشکال اینجاست که فرد رانه با میل و اراده اش بلکه با زور و اجبار به این مراکز می آورند. فرد هیچ تمایلی به تغییر رفتار ندارد و انگار در زندان گرفتار شده است. درمان زمانی جواب می دهد که تغییر رفتار با خواست و اراده فرد صورت بگیرد. اما در این مراکز اراده فرد سرکوب و اختیار از او سلب می شد. بنابراین حتی اگر او صد سال هم در مرکز اجباری نگه دارند، به محض اینکه از آنجا خارج شود، شروع به مصرف می کند. هر چند به نظر می رسد بعضی مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر با مراجعه به منابع علمی و باتکیه بر اینکه استمرار درمان، نتیجه بخش است. این استراتژی را در پیش گرفته اند. اما به نکات اساسی و پایه ای این منابع بی توجه بودند.

●●● **مسئولانی که دستور جمع آوری معتادان متجاهر را صادر می کنند، می گویند به این دلیل است که این افراد هم از زندگی شهروندان هستند و مردم دوست ندارند آنان را در محلات شان ببینند. آیا معتادان نباید از حقوق شهروندی برخوردار باشند؟**

اگر از منظر قانونی بخواهیم به مسأله نگاه کنیم، فردی که تجار بهر به اعتیاد می کند، مجرم است و باید به مسئولان حق بدهیم که با فردی که خلاف قانون رفتار کرده است، برخورد کنند. اما این در صورتی است که مسئولان وظایف قانونی که در قبال مصرف کنندگان مواد به عهدشان گذاشته شد است؛ انجام داد بایشند. براساس قانون باید امکانان درمان را یگان برای بیمار آن بی بضاعت فراهم شود و مراکز کاهش آسیب به میزان کافی وجود داشته باشد. حمایت های اجتماعی از این افراد صورت گرفته باشد. اگر با وجود همه این اقدامات و حمایت ها باز هم فردی اصرار داشت که در ملامت مصرف کنند. آن وقت می توانیم بگویم او مجرم است اما مسأله این است که ما هیچ کدام از این امکانات را برای افراد مصرف کننده فراهم نکرده ایم. اگر فردی پول درمان نداشته باشد و بخواهد درمان شود، درمان برایش رایگان نیست. طر کند. بعد از آن بیمار هشت ماه دیگر هم در فرآیند درمان باقی می ماند. اما دیگر درمان اقامتی نیست، اگر فرد خانواده داشته باشد، نزد خانواده اش بازمی گردد. و اگر خانواده ای نداشته باشد، هم مراکز توانمند سازی که پیش بینی شده است، می روند تا سرنوشتی

●●● **هفته گذشته امیر عباس لطفی، سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر اعلام کرد در سال گذشته ۱۲۸ هزار و از ابتدای سال تاکنون ۱۵۸ هزار معتاد متجاهر جمع آوری شده است. محسن فتاپور، سرپرست معاونت توسعه پیشگیری و درمان بهزیستی استان تهران هم چند روز پیش اعلام کرد که از ابتدای سال تاکنون بیش از ۲۶ هزار معتاد متجاهر در استان تهران غربالگری شدند و بهزیستی آنها را جانمایی کرد و پذیرش شدند. این در حالی است که به گفته اسکندر مومنی، دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر حدود ۵۰۰ تا ۶۰ هزار معتاد متجاهر در کل کشور و ۱۵ هزار معتاد متجاهر در تهران داریم. تحلیل شما از این آمار و ارقام چیست؟**

من نمی دانم این آمار چقدر درست است، چون این آمار را ندارم. ما در حال راه اندازی سیستمی هستیم که هر بیماری که وارد پروسه درمان اجباری می شود، شناسه فردی داشته باشد. در آن صورت می توانیم بگویم این اعداد و ارقامی که برای دستگیری معتادان متجاهر مطرح می شود، بر افراد دلالت دارد یا بر تعداد دستگیری ها. بر اساس آمار و ارقامی که مطرح شده است، تحلیل ساده به نظر می رسد. احتمالاً یک فرد در یک سال چندین بار وارد فرآیند درمان اجباری شده، یعنی پس از آزادی به پاتوق رفته و دوباره دستگیر شده است که اتفاق عجیب هم نیست، چون وقتی بیمار آن وارد درمان اجباری می شوند، کار درمانی مرستی روی آنها انجام نمی شود. بنابراین طبیعی است که پس از پایان دوره درمان دوباره مصرف شان را شروع کنند.

●●● **از دیدگاه هزینه و اثربخشی آیا درمان اجباری مقرون به صرفه است؟ برای هر فردی که وارد چرخه درمان اجباری می شود، روزانه چقدر هزینه می شود؟**

امسال برای هر فردی که وارد درمان اجباری می شود، روزانه مبلغ ۲۰ هزار تومان تعیین شده است. یعنی ماهانه ۶۰ هزار تومان. بر اساس پژوهش های موجود میزان اثربخشی این شیوه در درمان معتادان عددی بسیار کوچک و نزدیک به صفر است. البته در منابع علمی هم آمده است که استفاده از فشار قانون برای کنترل رفتارهای پرخطر و اصلاح آن می تواند اثربخشی داشته باشد، اما باید خیلی دقیق از این ابزار فشار استفاده کرد. آن هم برای عده معدود و در مدت زمان کوتاه، یعنی نمی شود فردی را در مدت زمان طولانی با فشار قانون برای تغییر رفتار نگهداری کرد و انتظار داشت که اصلاً در او رخ دهد. حتی اگر فشار قانونی هم در میدان باشد، از زمانی به بعد فرد باید به مرحله ای برسد که با میل و اراده خود در روند درمان باقی بماند. مراکز درمان اجباری ماهانه ۱۰۰ هزار تومان برای نگهداری معتادان متجاهر هزینه می کنند، این در حالی است که در مراکز با عنوان «مراکز جامع درمان و باز توانی اعتیاد مبتنی بر استمرار درمان» که به تازگی سازمان بهزیستی راه اندازی کرده و در اصفهان در حال گذراندن مراحل پایلوت است، ماهیانه برای نگهداری و درمان بیمار آن ۵۰۰ هزار تومان هزینه می شود. این مراکز نتیجه جلسات مستمری است که همه مدت برای کل بهزیستی کشور از ابتدای انقلاب تاکنون داشتند. بعد از هشت جلسه بحث و گفت وگویی این افراد، این مراکز متولد شدند. البته ساختار عجیب و غریبی هم ندارند. بلکه مجموع مداخله های درمانی مختلف است که همه را باهم در یک مکان به بیمار آن ارائه می دهیم. این مراکز اجباری نیست و فرد با تمایل خود وارد فرآیند درمان می شود. دوره درمان یک سال است. بیمار ابتدا مرحله سم زدایی را طی می کند که حدود یک هفته تا دو هفته به طول می انجامد و به صورت اقامتی است. در مرحله بعد، فرد باید دوره اقامتی دیگری را که حدود چهار ماه است و در واقع قوانین و مقررات «تی سی» بر آن حاکم است، طی کند. بعد از آن بیمار هشت ماه دیگر هم در فرآیند درمان باقی می ماند. اما دیگر درمان اقامتی نیست، اگر فرد خانواده داشته باشد، نزد خانواده اش بازمی گردد. و اگر خانواده ای نداشته باشد، هم مراکز توانمند سازی که پیش بینی شده است، می روند تا سرنوشتی

مرغوب برونند؛ از گور، کوه و غار سردر بیاورند. یعنی از جایی سردر بیاورند که برای سرمایه گذاری جذاب نیست؛ مثلاً در یونوس آیرس حاشیه نشینان به کنار رودخانه های رانده شده اند که کاملاً آلوده است، جایی که هیچ سرمایه گذار عقلی سرمایه اش را آنجا نمی برد. در بسیاری از کشورهای آمریکا، جنوبی گروه های حاشیه نشین به تپه های اطراف شهرها پرتخته اند. مثال دیگر برای این شیوه مدیریت شهری، مصر است. در کننا، قاهره، شهری وجود دارد که در آن ۵۰۰ هزار نفر در گورستان زندگی می کنند یعنی شهر اساساً قبرستانی قدیمی است و مردم داخل قبرها برای خود آگونگ های کوچکی درست کرده اند و در آن زندگی می کنند. به همین دلیل است که می گویم، آنچه در دره فرحزاد در حال وقوع است، فرآیندی استثنایی نیست بلکه قاعده ای در مدیریت شهری است.

در دره فرحزاد چه اتفاقی در حال وقوع است؟ مدیریت شهری به خانواده های طبقه متوسط - کم قدرت مشارکت مالی در حیات شهری دارند یعنی عوارض پرداخت می کنند، پول تراکم می دهند... و عده دهاست که معتادان کارتزن خوبی را که آرامش مردم را سلب کرده اند، جمع آوری کند یا از این منطقه براند و به جای آنها، برایشان اکوپارک راه اندازی کند. ساکنان منطقه خوشحال و راضی اند، چون هم می توانند از محیط مفرح اکوپارک لذت ببرند، هم دیگر معتادان بی خانمان در منطقه شان حضور ندارند، ضمن اینکه قیمت