

در اوهایو در سال ۲۰۱۲، ۶۸۰ مورد مرگ بر اثر مصرف بیش از حد هروئین ثبت شد که نسبت به سال قبل ۶۰ درصد رشد داشته است. یکی از مسئولان بهداشت عمومی به روزنامه ی محلی گفت که سینسیناتی و حومه 'هر روز شاهد یک مرگ بر اثر مصرف بیش از حد هستند. آن طرف رودخانه ی اوهایو هم اوضاع به همان تیره تاریست. بین سال های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۲، مرگ و میر بر اثر مصرف هروئین در کنتاکی ۵۵۰ درصد افزایش داشته و پیوسته روند صعودی را طی کرده است. تنها در دسامبر گذشته، پنج اتاق اورژانس در شمال کنتاکی ۱۲۳ بیمار با مصرف بیش از حد هروئین را نجات دادند؛ حداقل ۷۴۵ مورد از این قبیل در سال ۲۰۱۴ به این اورژانس ها مراجعه کرده اند. که نسبت به سال قبل ۲۰۰ مورد افزایش داشته است.

برای معتادین، این ولع شدید به مواد است که تمام رویه ی معمول رفتاریشان را تحت الشعاع قرار میدهد. در مصاحبه هایی که در سراسر کنتاکی شمالی انجام گرفت، معتادین و خانواده هایشان، جنونی که بر این افراد مسلط میشود را تشریح کردند. بعضی از آنها تعریف کردند که چطور وقتی در حال رانندگی بین دو ایالت در بزرگراه 75 ( بزرگراهی بین سینسیناتی و تولدو در آمریکا- مترجم) بیرون از سینسیناتی بوده اند، همان پشت فرمان، یا وقتی در پارکینگ فروشگاه زنجیره ای (کروگر) کنار میزدند، مواد تزریق میکردند. یا مادری که غصه دار میراث جواهراتش است که برای تامین پول مواد به فروش رفتند، یا کلبه ی خانوادگی که تکه تکه از هم گسسته شد تا وقتی تمام قطعاتش به فروش رفت

در یکی از بخش های ایالت کنتاکی، معتادین تا حدی فلزات و اسباب و اثاثیه از منازل، کلیساها، و انبارهای غله چپاول کردند، که کلانتر آن ناحیه مجبور به تشکیل گروه ویژه برای رسیدگی به این موضوع شد

یکی دیگر از معتادین روی مبل خانه به علت مصرف بیش از حد بیهوش شد، و پدر و مادرش به این فکر کردند که شاید باید رهایش کنند تا بمیرد

میزان بالای موارد مصرف بیش از حد هروئین در کنتاکی شمالی بین سالهای ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۴، تعداد موارد مصرف بیش از حد هروئین ثبت شده در پنج اتاق اورژانس خارج از سینسیناتی (اتاق اورژانس های کاوینگتون، فورت توماس،

اجوود ، فلورانس و گرنت کاونتی - که همگی زیرمجموعه ی مرکز درمانی سنت الیزابت هستند - مترجم) ۶۶۹ درصد افزایش داشته است.

منبع: مرکز بهداشتی درمانی سنت الیزابت

دلیل تسلیم شدن مغز نه بی ارادگی و شکست اخلاقی بلکه شیمی است. در آزمایشگاه هایی که در مورد اعتیاد به مواد مخدر مطالعه می کنند محققان دریافتند که مغز بوسیله ی ترشح ناگهانی و مکرر دوپامین که نتیجه ی مصرف هروئین است شرطی و وابسته می شود. دکتر روبن بالر، محقق مؤسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر می گوید: "مغز ما به گونه ای طراحی نشده است که از پس این وضعیت برآید. این یک مشکل مهندسی (ساختاری) است." دکتر مری ژان کریک به مدت ۵۰ سال مغز افراد درگیر اعتیاد را مطالعه کرده است. در دهه ۱۹۶۰ ، او یکی از سه دانشمندی بود که مشخص کرد متادون می تواند یک درمان نگهدارنده ی موفق برای افراد معتاد به افیون باشد. در طول سالیان ، سیاستگذاران مبارزه با مواد مخدر ( در متن به کلمه ی «سزار مواد مخدر» اشاره می شود که «سزار» اصطلاحیست در سیاست آمریکا که به کسانی که از طرف مقامات بالای سیاسی برای کنترل و اجرا یا نظارت بر سیاسته در مورد خاصی منصوب می شوند - مترجم) از هر دو حزب سیاسی به دانشگاه راکفلر نیویورک، جایی که او استاد و رئیس آزمایشگاه زیست شناسی بیماریهای مربوط به اعتیاد است می آیند تا با او مشورت کنند. به اعتقاد کریک ، هیچ اختلاف نظری در مورد چگونگی تاثیرگذاری اعتیاد به مواد افیونی بر مغز وجود ندارد.

کریک می گوید: " {عملکرد این مواد} باعث ایجاد تغییراتی در نواحی مختلف مغز می شود. از جمله نواحی تنظیم کننده های حس رضایت ، حافظه و یادگیری ، پاسخگویی به استرس ، پاسخ هورمونی و همچنین عملکرد اجرایی که در تصمیم گیری موثر است - به عبارت ساده تر ، اینکه چه زمانی بله و چه زمانی نه بگوید. "

یک معتاد به هروئین که وارد یک مرکز توانبخشی می شود از نظر جدیت و خطیر بودن مورد 'مانند یک مورد اقدام به خودکشی است که وارد بخشی از یک بیمارستان روانی می شود. اعتیاد شامل جنبه های گوناگونی از جمله تمایل ژنتیکی، شیمی در هم ریخته ی مغز عوامل محیطی و تعدادی از اختلالات روانی بالقوه است- و نیاز به مداخله فوری پزشکی دارد. طبق گفته ی مراکز درمانی ، تجویز دارو همراه با مشاوره 'موثرترین شکل درمان اعتیاد به مواد افیونی است. استاندارد با این وجود ، روش های درمان معمول و استاندارد در ایالات متحده 'بیش از علم شیمی' بر قدرت اراده تاکید دارند.



دکتر ماری ژان کریک ، محقق پیشگام که آزمایشگاه زیست شناسی بیماریهای مربوط به اعتیاد را در دانشگاه راکفلر شهر نیویورک اداره میکند. دیمن شولر 'خبرگزاری هافینگتون پست

برای ورود به سیستم درمانی مواد مخدر ، با وضع کنونی اش ، ریسک کردن از روی ایمان قلبی لازم است. این سیستم تا حد زیادی فارغ از یافته های علم پزشکی عمل میکند. داده های بررسی شده توسط دیگران محققان 'و شیوه های مبتنی بر شواهد علمی' بر نحوه کار موسسات بازپروری تسلط چندانی ندارند. تعداد بسیار کمی از مدارک پزشکی اطمینان بخش در این موسسات به چشم

میخورند که فقط برای تزئین دیوارها استفاده میشوند. مواد مخدر ، کوکائین و الکل هر یک به روشهای مختلفی روی مغز تأثیر می گذارند، با اینحال مراکز ترک اعتیاد معمولاً فرقی بین انواع اعتیاد قائل نمی شوند.

در رویکرد سری دوزی وار این مراکز (که همه را در یک قالب میریزند) با معتادان به هروئین مانند هر معتاد دیگری رفتار می شود و اینکه تقریباً ۹۰ درصد این مراکز بر اساس اصل خودداری مطلق از استعمال اداره میشوند ، به این معنیست که معتادان به هروئین به طور سیستماتیک از دسترسی به سابوکسون (Suboxone - داروی ترکیبی ترک اعتیاد - مترجم) و سایر مواد شبه افیونی ( مسکن های شیمیایی و طبیعی شبیه به مورفین - مترجم) منع می شوند. به طور میانگین ، بازپروری ۲۴ ساعته ی خصوصی برای ۳۰ روز' تقریباً ۳۱۵۰۰ دلار هزینه دارد. معتادین ترکیب دیوانه واری از سختگیری نظامی وار که به نفع خودشان است' سخنرانی های انگیزشی برای کمک به خودشان و شبهای کسل کننده در مقابل تلویزیون را تجربه می کنند. قوانینی که برای القاء نظم و انضباط وضع شده اند به همه ی ابعاد زندگی آنها حاکم هستند حتی اینکه چه زمانی می توانند عزیزان خود را ببینند یا تختخوابشان هر روز صبح چگونه باید مرتب شود. یک برنامه ی بازپروری میتواند در آن واحد هم بسیار سفت و سخت و هم شدیداً بی نظم به نظر برسد.

بعد از گذشت چند هفته از برنامه ، معتادان به افیون ممکن است جوری بدرخشند که گویی تولدی دوباره یافته اند و اظهار کنند که همه چیز برایشان واضح شده است. اما این احساس قدرت و عزت نفس فقط به درون مرکز توانبخشی محدود می شود.

حس اعتماد بنفس غالباً بعد از ترک مرکز بازپروری رنگ می بازد، هنگامیکه آنها بار دیگر با زندگی واقعی روبرو میشوند در حالیکه مغزشان هنوز گیج است و به مسیرهای مختلف منحرف میشود ' و نسبت به محرک های بیرونی بیش از حد حساس است و در نهایت آنها را به سمت استفاده مجدد سوق خواهد داد. نشانه هایی از محرک هایی از قبیل بوی شخصی که به مواد مخدر ربط پیدا میکند یا شنیدن داستان مبارزه ی دیگر معتادان با اعتیادشان میتواند منجر به شروع به استعمال دوباره شود.

کریک اینگونه توضیح میدهد: "مغز تغییر می کند، و اگر شما فقط مصرف مواد مخدر را متوقف کنید بهبود نخواهد یافت' چرا که مغز واقعاً تغییر کرده است. ممکن است مغز بعضی از افراد به مرور

زمان خوب شود. اما پیدا کردن شخصی که پس از یک چرخه طولانی اعتیاد به مواد افیونی 'عملکرد مغزی کاملاً عادی داشته باشد ، آن هم بدون درمان خاص دارویی' سخت است. "

روش درمانی ای که تنها بر پایه ی خودداری از مصرف مواد مخدر استوار است و احتمال دارد میزان موفقیت بالاتری در میان معتادان به مشروبات الکلی داشته باشد ' واقعاً به معتادین مواد افیونی کمکی نخواهد کرد.

دکتر کریک میگوید: "زمان آن رسیده است که همه از خواب بیدار شوند و بپذیرند که درمان مبتنی بر پرهیز فقط برای کمتر از ۱۰ درصد معتادان به مواد افیونی موثر است. دکتر کریک در ادامه می افزاید: تمام مطالعات قابل اعتماد و آینده نگرانه نشان داده اند که بیش از ۹۰ درصد معتادین به مواد افیونی در درمان مبتنی بر منع استعمال' در مدت کمتر از یک سال مجدداً به مصرف مواد روی می آورند." در دنیای ایده آل دکتر کریک ، پزشکان با بیماران مشورت می کنند

و بر پیشرفت آنها نظارت می کنند تا تعیین کنند که آیا سابوکسن یا متادون یا برخی رویکردهای پزشکی دیگر در آن مورد خاص بهترین شانس موفقیت را دارا هستند.

مطالعه ای که در سال ۲۰۱۲ توسط مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد در دانشگاه کلمبیا انجام میشد به این نتیجه رسید که سیستم درمانی (و بازپروری) به "رفع اشکال بنیادی و قابل توجهی" نیاز دارد و این پرسش را مطرح کرد که آیا "سطح پایین مراقبتی که معمولاً در آمریکا به معتادین ارائه میشود را میتوان مصداق نوعی قصور پزشکی دانست یا خیر".

این مطالعه نشان داد از آنجاییکه مدارس(دانشکده های) پزشکی در ایالات متحده عمدتاً بیماری های مربوط به اعتیاد را نادیده می گیرند ، اکثر کادر درمانی که در خط مقدم هستند از مهارت و آموزش کمی برخوردارند ، و در نتیجه از ارائه ی حداقل مراقبت های پزشکی ناتوانند. همین پرسنل هم هستند که مخالف بازبینی های اساسی در سیستم اند. همانطور که در مطالعه اشاره شد ، آنها به "تکنیک های مداخله با استفاده از رویارویی و اجبار وفادارند - تکنیکهایی که با روشهای بر پایه کسانی که دارای "جهت گیری قوی به نفع روش ۱۲ مرحله ای" هستند' به شواهد مغایرت دارند." روشهایی که بر پایه ی تحقیقات علمی هستند به دیده ی تحقیر نگاه می کنند.

محققان چندین دهه است که در پزشکی مربوط به اعتیاد به پیشرفت هایی دست یافته اند. اما تلاش هایی که در زمینه ی ادغام علم با سیاستها و روشهای درمانی صورت گرفته اند بارها و بارها

بوسیله ی سیاست هراس افکنی با مانع مواجه شده اند. در اوایل دهه ۱۹۷۰، دولت نیکسون مدیریت (اعتیاد) بوسیله متادون را تبلیغ کرد تا بحران قریب الوقوع بهداشت عمومی که با آن مواجه بود را از سر باز کند. با اینحال<sup>۱</sup> به دلیل ترس از سوء استفاده از متادون، مقرراتی وضع شد که توزیع آن را به کلینیک های تخصصی محدود میکرد و این روش به یک روش تبدیل شد. کلینیک های متادون از آن زمان به بعد توسط معترضان محلی (NIMBY ها<sup>۲</sup> مخفف – not in my backyard که اصطلاحاً به معترضانی اطلاق می شود که فقط به موضوع<sup>۳</sup> پروژه یا ساخت و سازی اعتراض می کنند که در محیط زندگی و اطراف آنها انجام شود<sup>۴</sup> و اگر همان فعالیت در مکانی دیگر انجام شود اعتراضی نخواهند کرد – مترجم) و سیاستمدارانی هدف حمله قرار گرفته اند که این کلینیک ها را چیزی فراتر از مکان هایی آزاردهنده و مزاحم نمی بینند. در اواخر دهه ۹۰، شهردار آن زمان نیویورک رودی جولیان<sup>۵</sup> (رودی جولیان در زمان واقعه یازده سپتامبر نیز شهردار نیویورک بود و به خاطر تلاشهایش در آن زمان نیز از شهرت خاصی در بین مردم آمریکا برخوردار است – مترجم) برای کاهش دوره های ترک اعتیاد بوسیله ی متادون که در آن زمان بر روی ۲۰۰۰ معتاد در حال انجام بود تلاش ناموفقی انجام داد<sup>۶</sup> و دلیلش این بود که علیرغم موفقیت این دارو به عنوان یک روش درمانی، این روش راه حلی غیراخلاقی بود و در ضمن در کمک به استخدام معتادین پس از ترک شکست خورده بود.

به داروی جدیدی با نام بوپرنورفین که در دهه ۱۹۷۰ ارائه شد، به عنوان جایگزین ایمن تری برای متادون نگاه می شد چرا که ریسک مصرف بیش از حد در آن کمتر بود. این دارو که با نام "بوپ" شناخته می شد<sup>۷</sup> در اصل برای تسکین درد تایید شده بود، اما معتادینی که آگاه بودند شروع به استفاده از آن به عنوان راهی برای بازپروری دارویی از طریق بازار سیاه کردند. مصوبات دولتی از آنچه این معتادان قبلاً عملاً آزمایش کرده بودند عقب افتاده بودند و مجبور بودند خود را به آنها برسانند. پس از آنکه

بوپرنورفین در اواسط دهه ۹۰ در فرانسه به عنوان یک روش درمانی پذیرفته شد، سایر کشورها شروع به استفاده از آن برای درمان معتادان به هروئین کردند. هر جا که بوپرنورفین به عنوان بخشی از سیاست های عمومی {برای درمان اعتیاد}، استفاده شده است<sup>۸</sup> نرخ آمار مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد را به طرز چشمگیری کاهش داده و شانس پاک باقی ماندن معتادان به هروئین را بهبود بخشیده است.

در سال ۲۰۰۲، سازمان غذا و داروی ایالات متحده هر دو داروی بوپرنورفین (سابوتکس) و بوپرنورفین-نالوکسون (سابوکسون) را برای درمان وابستگی به مواد افیونی تایید کرد. سابوکسون ترکیبی است از بوپ با نالوکسون، دارویی که پیراپزشکان برای احیای قربانیان مصرف بیش از حد مواد داشته اند از آن استفاده می کنند. این داروها همان چیزی هستند که آگونیست های جزئی خوانده می شود این بدان معناست که میزان تأثیرگذاری آنها سقفی دارد و دوزهای اضافی باعث نمی شود تفاوتی در احساس فرد معتاد ایجاد شود.

در حالی که بوپرنورفین معمولی در صورت تزریق می تواند حس نشئگی ایجاد کند، سابوکسون به گونه ای فرموله شده است که دستکاری کردنش سخت تر باشد. اگر یک معتاد بوسیله تزریق از آن نادرست استفاده کند، نالوکسان شروع به اثر می کند و می تواند باعث شود که فرد علائم ترک اعتیاد را تجربه کند- که کاملاً برعکس احساس خوب است.

**دن کروین در حال نوشتن نامه به هروئین. او در تعطیلات ۴ جولای در سال ۲۰۱۳ به علت مصرف بیش از حد درگذشت. حق قانونی عکس متعلق به خانواده کروین است (این قسمت قاعدتا زیرنویس عکس بوده که خود عکس را توی متن پیدا نکردم صفحه ۲۱ پی دی اف).**

در ایالات متحده، نوعی از سابوکسون که در برابر سوءاستفاده مقاوم تر است بازار را در دست دارد، که آن را تبدیل به دارویی کرده است که گسترده ترین میزان تجویز را در میان درمانهای دارویی ترک اعتیاد به مواد مخدر افیونی را داراست. نه سابوکسون و نه متادون در درمان اعتیاد معجزه نمی کنند. بلکه فقط برای معتادان زمانی فراهم میکنند تا بتوانند به زندگیشان سر و سامان بدهند، به دنبال مشاوره گرفتن باشند و به مغزشان اجازه بدهند که التیام پیدا کند. اجازه دادن به آنها می گذرانند مغز برای بهبودی پزشکان توصیه می کنند که کم کردن مصرف این داروها با بیشترین احتیاط انجام شود. این روند می تواند سالها طول بکشد، چرا که اعتیاد یک بیماری مزمن است و درمان موثر آن نیز می تواند طولانی و طاقت فرسا باشد.

پزشکان و محققان اغلب اعتیاد را از دیدگاه پزشکی با بیماری دیابت مقایسه می کنند. داروهایی که برای یک معتاد تجویز می شود را میتوان با انسولین مقایسه کرد که بیماران دیابتی برای زندگی به نیاز دارند.



دکتر بنکول جانسون، استاد و رئیس گروه روانپزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه مریلند، می گوید: "اگر کسی وابستگی به هروئین داشته باشد و امکان ارائه متادون یا سابوکسن به آنها وجود نداشته باشد، در آنصورت من فکر میکنم این یک مورد باشد احتمال تلاش کردن و موفق شدن [برای ترک دادن آنها] بسیار پایین است."

او ادامه میدهد: "مقالات بسیار زیادی در این باره منتشر شده اند- درباره تأثیر متادون و سابوکسن. این موضوع دیگر حتی محل بحث نیست. واقعیت اینست که این بهترین روش برای ترک دادن افراد از اعتیاد به مواد افیونی و روش استاندارد درمان است." (قسمت قرمز رنگ دوباره تکرار شده که دیگر تکرار نکردم در ترجمه، پایان صفحه ۲۲ پی دی اف) اما همانطور که مطالعه ای توسط «مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد» خاطرنشان کرد، روشهای درمانی به طور کلی تغییر چشمگیری نکرده است. دکتر ای.توماس. مک للان، همبنیانگذار موسسه تحقیقات بازپروری، نیز همین نکته را ذکر میکند و میگوید: "مشکل همینجاست."

او عقیده دارد که روشهای درمانی "قبل از اینکه کسی واقعا علم اعتیاد را درک کرده باشد.." تعیین شده اند. و میگوید "ما از اول بر اساس مدل اشتباهی شروع کردیم."

نتیجه [این روند اشتباه] برای خانواده ها، می تواند ناامیدکننده و شکستی با هزینه گزاف باشد. مک للان، که از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۱ معاونت دفتر سیاست ملی کنترل مواد مخدر کاخ سفید را بعهده داشت، به یاد می آورد که اخیراً با پدر و مادر ناامید یک پسر معتاد به مواد افیونی صحبتی داشته است.

پسر پنج دوره اقامت در مراکز بازپروری شبانه روزی را پشت سر گذاشته بود، که برای خانواده هزینه ای بیش از ۱۵۰۰۰ دلار در پی داشت. وقتی مک للان نام بوپرنورفین را به میان می آورد، پدر خانواده می گوید که هرگز چیزی در موردش نشنیده است.

رابرت لوبران، مدیر بخش درمان دارویی "سازمان فدرال خدمات مربوط به سومصرف مواد و بهداشت روان"، عقیده دارد که اکثر [مجریان] دوره های بازپروری، روش های درمانی مبتنی بر علم پزشکی مانند سابوکسن را به دلیل "افسانه های رایج و اطلاعات غلط"، قبول نکرده اند. در سال مالی ۲۰۱۴، SAMHSA (سازمان فدرال خدمات مربوط به سومصرف مواد و بهداشت روان)، که به تامین بودجه درمان مواد مخدر کمک میکند، بودجه ای تقریباً ۳.۴ میلیارد دلاری در را به طیف گسترده ای از خدمات، برنامه ها و کمک های مالی مربوط به درمانهای سلامت رفتاری



اختصاص داد. لوبران اعتقاد دارد که هیچ مبلغی از این پولها برای برنامه های مختص درمان اختلالات مواد افیونی بوسیله سابوکسن و متادون استفاده نشده است. او می گوید تصمیم به استفاده از این کمک های مالی بلوکه شده در انحصار دولت است و آنها را در جایی که مناسب می داند خرج میکند. کنتاکی رویکرد نابسامان و نامصممی به سابوکسون دارد، به گونه ای که در سال ۲۰۱۳، تنها حدود ۶۲ معتاد به مواد افیونی در این ایالت قادر بودند در مراکز بازپروری - که بودجه آنها از مالیاتی که مردم میپردازند تامین میشود- دارویی را دریافت کنند که طبق گفته پزشکان، مطمئن ترین راه برای نجات جان آنهاست.

سال گذشته این تعداد به ۳۸ مورد کاهش یافت، در حالیکه مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد مواد همچنان در حال اوج گرفتن است.

### معافیت لازم است

چشم پوشی یا معافیت فدرال ( معافیتی که دولت میتواند در مواقعی به برخی از ایالات اعطا کند تا با نادیده گرفتن بخشی از قوانین بیمه بهداشت و درمان آمریکا، و در صورت توافق طرفین، به آزمایش و برنامه ریزی برنامه های بهداشت و درمانی جدید بپردازند - مترجم) لازم است تا پزشکان بتوانند محصولات حاوی بوپرنورفین مانند سابوکسن را تجویز کنند. در کنتاکی ۵۱۸ پزشک وجود دارند که از این معافیت برخوردارند، که بیشتر در شهرهایی مانند لوئیزویل و لکسینگتون مستقر هستند.

در چندین ایالت که در تقلا هستند تا همه گیر شدن این بیماری را مدیریت کنند، هزاران نفر از معتادان به سابوکسن دسترسی ندارند. گزارش هایی از پزشکان و کلینیک ها رسیده است مبنی بر اینکه در کنتاکی ،اوهایو، نیویورک و ورمونت برای دریافت این دارو لیستهای انتظار وجود دارد. در یکی از شهرستان (بخش) های ایالت اوهایو ، تعداد بیماران در لیست انتظار یکی از کلینیکها به بیش از ۵۰۰ نفر می رسد. تعداد کمی از پزشکان تصمیم می گیرند که برای تجویز این دارو، مجوز بگیرند و کسانی که این کار را تحت قوانین سفت و سخت فدرال انجام میدهند، تعداد بیمارانی که مورد معالجه قرار می دهند را محدود میکنند. بعضی از آنها تصمیم میگیرند که اصلا معتادین را

مورد معالجه قرار ندهند. طبق داده های آماری ایالتی، بیش از ۴۷۰ پزشک در کنتاکی مجوز دارند، اما فقط

۱۸ درصد از آنها هستند که ۸۰ درصد کل نسخه های سابوکسن را پر می کنند. هیچ توضیح واحدی وجود ندارد که چرا بازپروری و درمان اعتیاد در باتلاق نوعی عصر تاریک علمی گیر افتاده است، و چرا معتادان از کمکی که پزشکی مدرن می تواند به آنها ارائه دهد محروم می شوند. پزشکان خانواده معتادین را به عنوان یک عامل مزاحم یا مسئولیت اضافه قلمداد می کنند و نمی خواهند آنها در اتاقهای انتظار مطبشان تجمع کنند. در فرهنگ آمریکایی، کمک به خود، مفهوم ریشه داری است. [از این دیدگاه] اعتیاد به هروئین فقط یک بیماری نیست بلکه یک جرم است. معتادان خوش شانس هستند که در همین میزان هم خدمات دریافت میکنند.

### فصل ۳

یک تخت مخصوص سم زدایی در شمال کنتاکی. جیسون چرکیس / هافینگتون پست (زیرنویس عکس صفحه ۲۳ پی دی اف)

از جمله گزینه های توانبخشی در کنتاکی که از راه درآمدهای مالیاتی تامین بودجه می شوند، شبکه ای متشکل از ۱۵ مرکز بازپروری است - هشت مرکز برای مردان و هفت مرکز برای زنان - که حدود یک دهه پیش ایجاد شده و به عنوان بازپروری کنتاکی (Recovery Kentucky) معروف است (ترجمه ی دقیق تر آن کنتاکی بازپروری است که ترجمه ی روان و مصطلحی نیست - مترجم). این شبکه نماینده ی اصلی تلاشهای این ایالت برای بازپروری اعتیاد است که سالانه هزاران معتاد را می پذیرد.

اگر کسی از صدها پرسنل ۱۵ مرکزی که این برنامه را اجرا میکنند تخصص پزشکی داشته باشد، تعدادشان بسیار اندک است و به دلیل همین عدم رویکرد پزشکی در این مراکز، [مسئولین] ایالت دقیقاً مشخص نمیکند که این مراکز چه چیزی را به عنوان "درمان" ارائه می دهند. مایک تاونزند، رئیس بازپروری کنتاکی می گوید: "ما به این برنامه به عنوان یک برنامه آموزشی، و کمک به خود نگاه می کنیم."

شبکه بازپروری کنتاکی Recovery Kentucky از روش ۱۲ مرحله ای استفاده می کند که پیشگام آن سازمان «الکلی های ناشناس» بوده است (سازمانی غیرانتفاعی و بین المللی که به الکلی های کمک میکند تجارب خود را با یکدیگر تقسیم کرده و حمایت روحی به یکدیگر ارائه دهند – مترجم). مراکز درمانی این شبکه هم، از روی مراکز «محل شفا/ Healing Place» در لوئیزیولن الگوبرداری شده است. مایک تاونزند ادامه میدهد: "مراجعین با

با افرادی مانند خودشان و در شرایط مشابه همکاری می کنند تا مهارت های اجتماعی را فراگیرند ، و با اصول اساسی که هسته ی برنامه های بازپروری «الکلی های ناشناس» و مصرف کنندگان مواد مخدر ناشناس» هستند، به گونه ای که "مطابق با اصول تبلیغاتی این مرکز باشد" آشنا شوند. "مراجعین ما همچنین اصول مسئولیت پذیری را یاد میگیرند و از ذهنیت "خیابانی" دور میشوند. کارین هاسکال ، رئیس و مدیر عامل موسسه Healing Place (مکان شفا) گفت که او هرگز اجازه نمی دهد که سوبوکسون در برنامه درمانی اش استفاده شود چرا که او برنامه ریزی ۱۲ مرحله ای آنها "الگوی عاری از دارو است. و بین نوعی درمان بدون دارو و استفاده از سابوکسن منافات دارد. " برای سیاست گذاران ، محروم کردن از معتادان بهترین روش درمان تایید شده توسط علم، هیچ هزینه ی سیاسی در بر ندارد. اما حفظ وضع موجود که در آن بازگشت دائمی به مواد مخدر، بخشی طبیعی از سفر یک معتاد هروئین به سمت بهبودی قلمداد می شود، هزینه انسانی در بردارد. بازگشت به اعتیاد برای یک معتاد به هروئین فقط یک پس روی کوچک نیست، بلکه می تواند کشنده باشد. معتادی که به تازگی پاک شده است، برنامه بازپروری را با هوس های فیزیکی هنوز قوی، اما قدرت تحملی کمتر ترک میکند. تزریق همان مقدار هروئین که معتاد قبل از درمان به آن عادت داشته میتواند خیلی راحت تر تبدیل به دز (میزان) کشنده شود. سه بخش کنتاک شمالی – یعنی کمپبل ، کنتون و بون – یکی از سخت ترین آسیب ها را از بحران هروئین کشور متحمل شده است. طبق گزارش پزشکی قانونی، در سال ۲۰۱۳، این شهرستانها دارای ۹۳ مورد مصرف بیش از حد هروئین منجر به مرگ بوده اند.

هیچ مرکزی برای جمع آوری پیش زمینه موردهای مصرف بیش از حد منجر به مرگ وجود ندارد، و به همین دلیل هافینگتون پست برای جمع آوری اطلاعات بیشتر درباره این تلفات به روشهای مختلفی متکی بوده است. مراکز پزشکی قانونی محلی و کارمندان آنها در شناسایی قربانیان و تهیه سوابق بسیار مفید بودند. اعضای خانواده [درگذشتگان] بطور مستقل شناسایی هستند و اطلاعات مربوط به عزیزانشان را نقل می کردند. اسناد دادگاهها، همچنین سوابق دایره اصلاح و تادیب ،

زندانبانان زندانها ، وکلای مدافع و مقامات اصلاح و تربیت در کنتاکی و اوهایو نیز مفید واقع شدند. هافینگتون پست توانست به تاریخچه مربوط به ۷۴ نفر از ۹۳ قربانی دست پیدا کند.

از این ۷۴ نفر ، ۵۳ مورد تجربه ای از روند درمان ۱۲ مرحله ای که متکی بر پرهیز از مصرف داروست، داشتند. ارتباط آنها با چنین برنامه هایی دامنه ای از اقامت های متعدد طولانی مدت در مراکز بازپروری و سم زدایی تا درمانهای سرپایی، و حضور در جلسات معتادین به مواد مخدر ناشناس (اسم موسسه - مترجم) که به دستور دادگاه دادگاه انجام میشد را شامل میشود.

اینها معتادانی بودند که می خواستند ترک کنند ، یا حداقل اصل موضوع را درک کرده بودند. آنها به مراکز بازپروری نظامی وار، یا مراکز توانبخشی خارج از ایالت که بر پایه ی تعلیمات انجیل کار میکردند میرفتند. بعضی از آنها

مدیریت جلسات را برعهده داشتند یا به معتادان گروه های کلیسایی را با قدرت روش ۱۲ مرحله ای آشنا میکردند. آنها در جلسات مطالعه ی شبانه ی ۱۲ مرحله ای شرکت می کردند. یکی از آنها حتی با حامی (حامی که از طرف موسسه برای ارتباط با و راهنمایی و ارائه حمایت روحی به معتاد انتخاب می شود) خود زندگی می کرد.

کایلا هوبنر وقتی به مادرش از یکی از مراکز بازپروری ۱۲ مرحله ای نامه مینویسد، نگران است که اگر به خانه برگردد اعتیادش عود کند. او اندکی بعد، بر اثر مصرف بیش از حد درگذشت. (کلیه حقوق قانونی متعلق به خانواده هوبنر است).

در نامه هایی که کایلا هوبنر از یک مرکز بازپروری در پرستونبرگ کنتاکی، با افتخار در مورد این موضوع صحبت کرد که چگونه با برنامه [ی بازپروری] اخت شده است، اما نگران است که همه ی اینها کافی نباشد. او در اوایل سال ۲۰۱۳ اینگونه می نویسد: "من کاملاً آماده ام تا پاک بمانم." "باور کنید می دانم که وقتی از اینجا بیرون بیایم و به دنیای واقعی برگردم چقدر اوضاع سخت خواهد شد. اینجا جای من امن است." اینها احساساتی بود که او اغلب در طول زمان حضورش در مرکز بازپروری در حضور خانواده و دوستانش تکرار می کرد.

در نامه بعدی، او اعتراف کرد: "من خیلی از زمانی که از اینجا بروم و به خانه برگردم میترسم. دو هفته بعد از فارغ التحصیلی از برنامه ی بازپروری، او در حمام یک پمپ بنزین به علت مصرف بیش از حد درگذشت.

در ازای همه افرادی که فارغ التحصیل برنامه های ۱۲ مرحله ای مبتنی بر پرهیز از مصرف دارو هستند و به سوی مواد مخدر برمیگردند، بسیاری دیگر قبل از اتمام برنامه آن را نیمه کاره رها می کنند.

مراکز بازپروری در سراسر ایالت کنتاکی

نرخ رها کردن نیمه کاره ی برنامه توسط مراجعین را تا ۷۵ درصد به هافینگتون پست گزارش کرده اند.

خانه کرایسالیس، یکی از مرکز بازپروری لکزینگتون برای زنان، که بیشتر آنها را مادران تشکیل می دهند، طبق گفته ی مسئولینش نسبت به اکثر مراکز دیگر، با نرخ انصرافی در حدود ۴۰ درصد، به موفقیت بیشتری دست پیدا کرده است. اما از میان کسانی که دوره را با موفقیت به اتمام می رسانند، تقریباً نیمی از آنها ظرف مدت یک سال به مصرف مجدد مواد مخدر روی می آورند. تعداد زیادی از آنها، اگر نه همه شان ، قبلاً تجربه ی اقامت در مراکز بازپروری را داشته اند. (این مرکز بخشی از آن شبکه ی بازپروری کنتاکی، اما بودجه عمومی / از محل مالیات - دریافت می کند).

جنیفر استمپر، مدیر بازپروری خانه کرایسالیس می گوید: مادران می توانند تا دو سال در این مرکز بمانند. خانه کرایسالیس سابوکسن ارائه نمی دهد، اما مادرانی را که از این دارو استفاده میکنند را می پذیرد - اگرچه استمپر می گوید که این افراد کمتر از ۵ درصد ساکنین مرکز را تشکیل می دهند. علیرغم نرخ شکست های کلینیک ، او به این فکر نمیکند که دسترسی به این دارو را آسان تر کند. او می گوید: "من نمی دانم چگونه به این سؤال پاسخ دهم، ما ذاتاً یک برنامه ی مبتنی بر پرهیز از مصرف دارو ارائه میدهم." ارائه دهندگان خدمات بازپروری ایالتی تصور چندانی از شرایطی که بیمارانشان هنگامی که از درب مرکز بیرون می روند در آن قرار میگیرند ندارد. کارین هاسکال از مرکز Healing Place میگوید که از میزان بازگشت به اعتیاد فارغ التحصیلان مرکز بی اطلاع است. وقتی از دایان هاگ ، مدیر بزرگترین مرکز بازپروری اعتیاد دارای مجوز در بخش جفرسون پرسیده شد که بعد از ترک مرکز چه اتفاقی برای معتادان می افتد، او چنین پاسخ داد: "من از کجا چنین اطلاعاتی داشته باشم؟" در حال حاضر،

مطمئن ترین راهی که هاگ و دیگران از سرنوشت ساکنان پیشین مراکز بازپروری تحت نظرشان خبر دار میشوند، این است که آیا بعد از عود اعتیادشان به مرکز برمیگردند یا خیر.

نرخ بالای ترک نیمه کاره برنامه ها در این مراکز، نه باعث بحران داخلی و نه باعث بازنگری در این برنامه ها شده است.

استمپر این رها کردن برنامه از سوی معتادان را تحت عنوان "کناره گیری باانتخاب شخصی" رد میکند. عدم موفقیت یک معتاد، نتیجه ی عدم آمادگی اش برای درمان قلمداد میشود، و هرگز نشانه ای از این نیست که ممکن است خود روش درمان مشکلی داشته باشد. تونی وایت، مدیر **Morehead Inspiration Center** (مرکز الهام بخش مورهد) که یکی از مراکز مختص مردان در مجموعه مراکز بازپروری کنتاکی است می گوید: "ما از این که آنها برگردند و دوباره امتحان کنند استقبال می کنیم."

به منظور رصد کردن دستاوردهای مراکز بازپروری کنتاکی ، مقامات ایالتی قراردادی را با دانشگاه کنتاکی برای انجام نظرسنجی سالانه منعقد کرده است. در این گزارش در سال ۲۰۱۴، محققان ادعا کردند که ۹۲ درصد کل معتادان به مواد مخدر که از طریق ریکآوری کنتاکی درمان شده اندشش ماه پس از ترخیص، هنوز عاری از مواد مخدر بودند. اگر این رقم دقیق باشد، این موفقیت حیرت انگیزی برای صنعتی که نامش یا شکست گره خورده محسوب میشود.

با این حال، این نظرسنجی و یافته های آن تمام تصویر را به ما نشان نمی دادند. رابرت واکر ، استادیار مرکز تحقیقات مواد مخدر و الکل این دانشگاه و یک طراح این تحقیق اعتراف کرد که تیم او معتادان را در اوایل بهبودی مورد بررسی قرار داده است. "شما هستید احتمالاً برخی از اثرات دوران ماه غسل [بعد از ترک اعتیاد] را شاهد هستیم. "اگر ۱۸ ماه بعد مجدداً پیگیری میکردیم ، احتمالاً همین ارقام را نمی دیدیم. او میگوید که "سؤال بزرگتر این است" که معتادان تا چه پس از ترخیص، ه پاک بودن خود متعهد می مانند.

یکی دیگر از دلایل احتمالی برای این که پژوهشگران دانشگاه کنتاکی با چنین نرخ موفقیت بالایی روبرو شدند میتواند این باشد که این نظرسنجی معتادانی که در طی چند ماه اول برنامه را نیمه کاره رها کردند یا از برنامه اخراج شدند را در نظر نگرفته است.

این بدان معنیست که درصد قابل توجه، و بالقوه اکثریتی از معتادان به هروئین که توسط این مراکز با بودجه دولتی تحت درمان هستند، اصلاً به حساب نیامده اند.

دکتر اینگولید اولسن، مدیر پزشکی موسسه اطلاعات رفتارشناسی در بالتیمور، که این مطالعه را برای هافینگتون پست بررسی کرده است می گوید: "حتماً هیات داوران مقالات در هنگام بررسی تحقیق، روی چنین نکته ای انگشت می گذاشتند." وی ادامه میدهد: "این موضوع شکافی که بین این تحقیق و تحقیقات با کیفیت بالا که در این حیطه انجام شده اند را نشان می دهد."

واکر هم میگوید که فکر می کند تیم تحقیقاتی انگلیسی خودش، باید همه معتادانی که وارد ریکآوری کنتاکی می شوند را در نظر بگیرد. او میگوید اگر همه چیز به میل من بود، من آنه [آن معتادان دیگر] را هم در نظر می گرفتم.

"ما همه را در نظر می گرفتیم." اما او توضیح میدهد که پارامترهای مطالعه به او مربوط نمیشود و توسط بازپروری کنتاکی – که موضوع مطالعه هم هست – تعیین شده است.

تاوونزند [از مسئولین بازپروری کنتاکی] عقیده دارد که معتادانی که در مراحل اولیه برنامه را رها کردند، آماده ی پذیرفتن روش ۱۲ مرحله ای نبوده اند، پس حساب نمیشوند.

اما هیچ کس نمی خواهد معتاد هروئین باشد. اینها افرادی هستند که آنقدر ناامید بوده اند که به دنبال کمک باشند، که در لیست های انتظار طولانی منتظر مانده اند، یا کسانی که اگر به دستور دادگاه بستری شده باشند در صورت ترک برنامه، با حبس مواجه می شده اند. یک مطالعه دقیق هر معتادی را که سعی بر معالجه در مراکز درمانی مورد تحقیق داشته است را در برمیگیرد.

دکتر جانسون از دانشگاه مریلند می گوید: "این نتیجه واقعی خواهد بود. و نه نتیجه یک تعداد انتخابی از افرادی که به برنامه متعهد شده اند."

آنچه معتادان با آن روبرو هستند، یک درب چرخان است، چرخه ای در از انتظار

برای معالجه، خود معالجه، رها کردن، عود و بازگشت به اعتیاد و پس از آن

انتظار و بازگشت برای معالجه ی بیشتر. مانند بسیاری دیگر از معتادان، تبتا

رولند، معتاد ۲۴ ساله اهل بورینگتون، می خواست ترک کند، اما احساس میکرد که در معالجه به بن بست خورده است. او به مادرش پیام داد: "از زندگی خیلی متنفرم. خیلی بدبختم و احساس می کنم گیر کردم. بیشتر از هر چیزی تو این دنیا از این اوضاع متنفرم .. و از این که میبینم تو بیشتر از این عذاب بکشی، متنفرم."



مادرش نوشت: "چه کاری می‌تونم انجام بدم تا کمکی که بهش نیاز داری رو بهت برسونم؟؟؟ هر کاری...!!" رولند پاسخ داد: "نمیدونم و همین‌ه که خیلی منو میترسونه." پیام تبتا رولند به مادرش قبل از اینکه بر اثر مصرف بیش از حد مواد مخدر از دنیا برود (زیرنویس عکس صفحه ۳۰)

رولند در یک برنامه درمان سرپایی (بدون بستری شدن و فقط با رفت و آمد به مراکز و کلینیک‌ها – مترجم) شرکت کرده بود، بارها سم زدایی شده بود، دو مرکز بازپروری طولانی مدت متفاوت را از میانه‌ی برنامه ترک کرده بود، و یک هفته قبل از مرگ بر اثر مصرف بیش از حد در ۱۶ آوریل ۲۰۱۳، اقامت در مرکز Recovery Works در جرج تاون را به اتمام رسانده بود.

برای مراکز بازپروری و درمانی، این درب گردان ممکن است از نظر مالی سودآور باشد. جانسون میگوید: "این نوعی از سیستم خدماتی است که به شکست خوردن در ارائه خدمت، پاداش هم میدهد. وقتی به یک برنامه درمانی ملحق شوید، X هزار دلار پرداخت می‌کنید. وقتی شکست بخورید، برمی‌گردید – و X هزار دلار دیگر می‌پردازید. چرا که همه اینها تقصیر شماست."

جانسون برای تحقیقات خود افتخارات متعددی کسب کرده است، از جمله در سال ۲۰۰۱، توسط موسسه هازلدن، یک مرکز ارائه دهنده بازپروری اعتیاد به مواد و الکل مستقر در مینسوتا، که به محبوبیت روش ۱۲ مرحله‌ای کمک کرده است، به این دلیل که "دانش علمی معالجه‌ی اعتیاد را افزایش داده است." وی در مصاحبه اخیرش، روش ۱۲ مرحله‌ای معمول را "درمان ناکافی" خواند.

الایزا کلونتز به عنوان مسئول اجرایی برنامه‌های مبتنی بر پرهیز برای اعتیاد به مواد افیونی در کنتاکی و به عنوان مشاور این رشته در بخش‌های خصوصی و دولتی این ایالت فعالیت کرده است. او عقیده دارد که این مدل [۱۲ مرحله‌ای] برای درمان دارویی از نظر میزان رواج، هم رده با مدل مبتنی بر ایمان برای آموزش مسائل جنسی است. او میگوید: "آنها به الگوی پرهیز اعتقاد دارند چون چیزی است که بارها تمرین شده است. کهنه کارهای زیادی وجود دارند که اکنون سالهاست که چنین برنامه‌هایی را برگزار می‌کنند."

کلونتز که حالا به عنوان مدیر یکی از برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد فعالیت می‌کند که برای معتادان، از جمله آنهایی که [در پروسه‌ی درمان] دارو مصرف میکنند، مشاوره ارائه می‌دهند، در ادامه می‌افزاید: "ذهنیت آنها فقط، پرهیز، پرهیز، و پرهیز است ... همیشه اینگونه بوده است."

از ابتدای همه گیر شدن اعتیاد به هروئین، ۱۱۰ تختخواب در مرکز Grateful Life Center - زندگی سپاسگزار- تبدیل به یکی از پرخواهان ترین املاک و مستغلات در کنتاکی شمالی شده است. این مرکز بازپروری مخصوص مردان، که بخشی از شبکه بازپروری کنتاکی است، در ارلانگر، مکانی که کمی با زندان کانتون فاصله دارد، واقع شده است. معتادان می توانند تقریباً هفت ماه یا بیشتر در این برنامه بمانند، مدتی بیش از اکثر مراکز. تعدادی از معتادانی که از این مرکز ترخیص می شوند می توانند برای اسکانشان کمک دریافت کنند، البته در صورتیکه واجد برخی شرایط باشند. این مرکز توسط یک وکیل مدافع اداره می شود، و محلی است که قضات و دایره اصلاح و تربیت تمایل دارند معتادانی را که تحت نظر آنها هستند به آنجا بفرستند. این مرکز یکی از اولین مکانهایی است که والدین معتادین با آن تماس میگیرند تا ببینند تختخواب خالی دارد یا خیر.

اگر شما یک معتاد به هروئین باشید که می خواهید ترک کنید، مایک گرینول، ناظر میزان مصرف در این مرکز، اولین شخصی است که با او صحبت خواهید کرد. در یک یکشنبه شب اواخر ماه مارس ، گرینول 61 ساله، هنوز پشت میزش و در حال انجام کارهای اداری است. او قبل از اینکه گرفتار الکل و مواد مخدر شود مدیر یک کلوپ شبانه بود. یک رادیوی کوچک در کنارش دارد که روی ایستگاه آهنگهای راک کلاسیک تنظیم شده، و تصویر عیسی مسیح بر روی دیوار بالای سرش چسبانده شده است.

از او در مورد یکی از ساکنان سابق مرکز سؤال کردم ، کیت لیلارد ۲۹ ساله که در اکتبر ۲۰۱۳ در اثر مصرف بیش از حد درگذشت. لیلارد یک دهه با هروئین مبارزه کرد و در مرکز زندگی با حس قدردانی() و همچنین خانه شفابخشی () در لوئیزویل مورد معالجه قرار گرفته بود.

او دارای تاریخچه ی نگران کننده ای از در زمینه توانبخشی ، سم زدایی ، و بازگشت به مواد بود. روز قبل از درگذشتش، او به تماشای پسر ۷ ساله اش در یک نمایش کاراته رفت. مادر و خواهرش او را که در اثر مصرف بیش از حد مواد فوت کرده بود در اتاق اجاره ایش در خانه ای آرام پیدا کردند.

گرینول اعتراف میکند که سرنوشت لیلارد منحصر بفرد نیست. او می گوید که دو سوم از معتادان این برنامه را رها کرده و یا از آن اخراج می شوند. او تخمین می زند که فقط در حدود ۱ نفر از هر ۵ نفری که برنامه را به اتمام می رسانند "شانس واقعی" برای دور ماندن از مواد مخدر دارند. و ادامه داد که "این در صورتیست که خوشبین باشیم."

وی در ادامه "زندگی با قدردانی" را با زندگی تفنگداران نیروی دریایی مقایسه میکند: "فقط ۱۵ درصد برتر میتوانند طولانی مدت دوام بیاورند."

آیا ممکن بود سابوکسن لیلارد را نجات دهد؟

گرینول می گوید: "امکان دارد. اما این که هوشیاری (عدم اعتیاد) نیست. فقط زنده ماندن است." او به طرز موکدانه ادامه میدهد: "اما با اینحال شما پاک و هوشیار نیستید."

در حالی که مبارزه وسیع تر با مواد مخدر مورد تجدید نظر قرار می گیرد - حتی در ایالت های محافظه کار مانند کنتاکی - مقامات به این نتیجه رسیده اند که حبس کردن معتادین به عنوان اولین راهبرد، نه تنها هزینه ی زیادی را تحمیل میکند، بلکه سیاست بدی هم هست.

دادگاه های مواد مخدر که متهمان را به جای زندانی کردن به مراکز بازپروری منتقل می کنند، امروزه همه جا فراگیر شده اند. اما این سیستم قضایی در حال اصلاح، معتادان را به درون یک سیستم درمانی اصلاح نشده هل میدهد، که هنوز هم رگه هایی از رویه ها - و تعصبات - غیر انسانی متعلق به بیش از نیم قرن پیش را در خود دارد.

جان پترسون در اواسط دهه ۱۹۵۰، کمی بعد از بازگشتش از ارتش به خانه اش در لس آنجلس به هروئین معتاد شد. او تقلای زیادی کرد تا در کالج بماند و مواد مخدر را ترک کند. حتی سعی کرد در منزل با شربت سرفه کودئین سم زدایی کند. وی به طور منظم به کلینیکی در بلوار وست پیکو مراجعه میکرد که در آنجا مایع قهوه ای مرموزی که به او گفته شده بود می تواند او را درمان کند به وی تزریق میشد. این تزریقها چیزی جز یک فریب دردناک نبودند. پترسون ۸۱ ساله می گوید: "من هیچ کس را نمی شناختم

که پاک شده باشد و پاک مانده باشد. این غیرممکن بود."

پیترسون به موسیقی بلوز شاد و سرحالی به نام "استراحت کردن" از چارلی پارکر که در کاماریلو پخش می شد. آن موسیقی برای او چیزی بیش از یک آوای گیرا بود - یک کد بود: کاماریلو یک بیمارستان روانی دولتی بود که در دهه ۱۹۴۰، پارکر برای معالجه اعتیاد به هروئین خود به آن فرستاده شده بود. یک دهه بعد، کاماریلو هنوز نزدیکترین درمان در دسترس برای اعتیاد به مواد مخدر بود. پیترسون تصمیم گرفت که او هم می تواند مثل پرنده (نام مستعار چارلی پارکر خواننده بلوز - مترجم) از پس این کار بربیاید.

او در حالیکه تخت تاثیر دوری از مواد شرایط بسیار بدی داشت، وارد این مرکز شد که به سبک اسپانیایی ساخته شده بود و در ۶۰ مایلی شمال لس آنجلس قرار داشت.

در اتاقی که پترسون با ۵۰ بیمار در آن زندگی میکرد، او تنها معتاد به مواد مخدر بود. نه یکبار پزشکی او را معالجه کرد، نه پرستاری در کنار او حضور داشت، نه روانپزشکی خواست که داستان او را بشنود. به نظر کارکنان، او به یاد می آورد که تنها چیزی که او را در نظر کارمندان متمایز می میکرد، این بود که او کمی عاقل تر از بقیه بیماران به نظر می رسید. به جای تحت معالجه قرار گرفتن، وظایف کارمندان به او محول می شد. به او دستور میدادند که بیماران را در طول درمان با شوک الکتریکی مهار کند. کارمندان به او میگفتند: "اینجا یا شوک می دهی یا به خودت شوک میدهند."

بیماران را مجبور می کردند قبل از خواب برهنه شوند و لباس هایشان را خارج از خوابگاه بگذارند. پترسون می گوید که بعد از خاموشی، برخی از ساکنان به افراد ضعیف تر و آسیب پذیر تجاوز می کردند. بهترین دوست وی یک متهم به قتل بود که برای محاکمه شدن از نظر روحی و ذهنی ناتوان تشخیص داده شده بود.

پترسون مجبور شد تا کاری که با دیگران میکرد را با دوستش هم انجام دهد و او را برای شوک تراپی مهار کند و محکم نگه دارد. اما دوستش معضل پترسون را درک میکرد، و از پترسون در برابر تهدید حملات شبانه محافظت میکرد. پترسون میگوید: "شما ۵۰ مرد را که به درجات مختلفی از جنون گرفتارند در اتاقی میگذارید و در را قفل میکنید، بنابراین اتفاقات اجتناب ناپذیری پیش میاید و کسی که آنجاست فقط سعی میکند که دوام بیاورد."

پس از ورود به مرکز، پترسون تا زمان اتمام مدت سه ماهه ی درمانش ندارد اجازه ی خروج از آنجا را ندارد. او به یاد می آورد: - دقیقاً ۹۲ روز و پنج ساعت، "با عقل من که جور در نمیومد، اصلاً روش درمانی نبود. نمیدونم شما بهش چی میگین." اعتیاد پترسون بلافاصله پس از ترک کاماریلو (Camarillo) عود کرد. در آن زمان، معتادان اگر تختی خالی در بیمارستان پیدا میکردند تا سم زدایی شوند خیلی خوش شانس بودند.

صد سال پیش، دولت فدرال مبارزه با مواد مخدر را با قانون هریسون آغاز کرد، که طبق آن هروئین و سایر مواد مخدر به عنوان مصادیق جرم شناخته شده اند. از آن پس پزشکان از رسیدگی به معتادان، که تا آن زمان یک عمل معمول بود منع شدند، و به عنوان حامیان مواد مخدر سرزنش می شدند. فضای درمان و بازپروری

عمدتاً خالی شد و معتادان را در دستان مراجع قانون یا درمانهای جادویی فرصت طلبان رها کرد.

زندانها و محبس ها پر از معتادان به هروئین شده بودند. آنها به حدی مورد نفرت نگهبانان بودند که در اوایل دوره رکود اقتصادی، دولت فدرال دو نمونه مرکز را فقط برای معتادان تأسیس کرد. (یکی از این دو در لکزینگتون ساخته شده است.) آنها به "مزارع مواد مخدر" معروف شدند، مکانهایی که معتادان در آنها به عنوان بخشی از روند درمانی، به چراندن و مراقبت از دام در مراتع می پرداختند. این به اصطلاح بیمارستان ها هنوز تمام نشانه های زندان را در خود داشتند و حداقل ۹۰ درصد ساکنان آنها بعد از ترخیص مجدداً به سمت اعتیاد باز میگشتند.

تا به امروز، زندانی شدن برای درصد زیادی از معتادان راه استاندارد معالجه است.

با توجه به گزینه های موجود در آن زمان برای پترسون و دیگر معتادان، به راحتی می توان درک کرد که چرا سازمان «معتادان به مواد مخدر ناشناس» - که در سال ۱۹۵۳ به عنوان شاخه ای از الکی های ناشناس تأسیس شد- به چنین موفقیتی دست پیدا کرد. فلسفه بنیانگذار الکی های ناشناس، بیل ویلسون (یا بیل دبلیو) که تحلیلگر سابق وال استریت و یک الکی در حال بهبود بود، پیشنهاد همدلی و وعده ی پاکی پایدار بود. سازمان ویلسون از دل جنبش های مسیحی انجیلی بیرون آمد. درمان او سلول زندان یا طرحی برای به جیب زدن پول معتادان نبود، بلکه فضایی برای ملاقات، و جایی بود که مردم مشکلات خود را به اشتراک گذاشته و به آسیب پذیری و ضعفهایشان اعتراف میکردند. وحشتناکی این روش بسیار کمتر، و هزینه اش بسیار مقرون به صرفه تر از درمان با شوک الکتریکی بود.

«کتاب بزرگ» (نام کتاب)، که برای اولین بار در سال ۱۹۳۹ منتشر شد، به کوتاهی یک سرود مذهبی بود. با یاری جستن های پرشور از قدرت ایمان که با وزن و ضرباهنگی مانند کلمات یک فروشنده ی سیار بیان می شدند، به تکثیر سایر موسسات مبتنی بر روش ۱۲ مرحله ای کمک کرد، از جمله هازلدن، که در سال ۱۹۴۹ در مینسوتا تأسیس شد.

هازلدن، به نوبه خود، به الگویی برای مراکز سراسر کشور تبدیل شد.

نانسی کمپبل، مورخ و استاد انستیتوی پلی تکنیک رنسیلر (Rensselaer) می گوید:

"تاریخچه ی روش ۱۲ مرحله ای زاییده ی قشر سفیدپوست، طبقه متوسط، و پروتستان است، افرادی که می خواهند مورد احترام باشند." نوعی از اجتماع و شکلی از تعلق را ارائه می دهد که به شما وعده داده می شود که بر اساس خواسته ی شما بنا شده است، اینکه میخواهید نرمال باشید، می خواهید مورد احترام باشید، میخواهید در جریان اصلی جامعه سهیم باشید."

در اواسط دهه ۶۰، دولت فدرال تصمیم گرفت که درمان اعتیاد باید به صورت گسترده تری در دسترس باشد. با روش هایی که ممکن به نظر اصلاح طلبان امروز آشنا برسند، مقامات دولتی شروع به تجدید نظر در سیاست های حبس معتادان کردند. احکام اجباری دیگر مقبولیت نداشتند و یک قانون فدرال جدید، با نام مصوبه توانبخشی معتادین به مواد مخدر، به قضات اختیار داد که متهمین را به سمت معالجه سوق دهند. این قانون همچنین با تشویق جوامع محلی برای افتتاح مراکز معالجه خودشان، زمینه را برای سیستم فعلی فراهم کرد.

کمپل در ادامه می گوید: "تلاشها در راستای دور شدن از درمان متمرکز به روش مزارع مواد مخدر، و در راستای تحصیل آن در هر شهر یا شهرستان کوچکی انجام میشد."

"و چه کسی بهترین موقعیت را برای ارائه چنین خدمات درمانی در زمانی که [این قانون] لازم الاجرا شد دارا بود؟ برنامه های ترک اعتیاد ایمن محور و ۱۲ مرحله ای، علیرغم اینکه در آن زمان، یعنی اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ این مراکز تجربه کمی در رابطه با معتادان به مواد مخدر داشتند."

در پی اختصاص بودجه فدرال و گسترش مداوم پوشش بیمه خصوصی برای اعتیاد، که از تعداد صرفاً انگشت شمار در دهه ۵۰، به هزاران نفر در چند دهه بعد افزایش یافت، تعداد مراکز بازپروری رشد زیادی پیدا کرد. این مراکز جدید شروع به الگوبرداری از مراکزی کردند که مدتها بود به معالجه معتادین به مشروبات الکلی مشغول بودند، که عمدتاً بر اساس روش ۱۲ مرحله ای کار میکردند. معتادان بهبودیافته، نیروی کار ارزان و تبلیغات مسیحی لازم برای شکل دادن به برنامه ی این مراکز را فراهم میکردند.

روش بازپروری شبانه روزی، زبان موسسه الکلی های ناشناس را برگزید، اما از کتاب بزرگ نه به عنوان یک راهنمای معنوی بلکه به عنوان یک

متن اجباری استفاده کرد - که این عمل متناقض با ذات داوطلبانه ی موسسه الکلی های ناشناس بود. جلسات الکلی های ناشناس، با صندلی های تاشو و قهوه ی مجانی، فضایی عاری از پیش داوری

برای معتادان فراهم میکردند که در مورد چالش ها و مشکلاتشان صحبت کنند. اما مراکز بازپروری برای نظم و دیسیپلین دادن طراحی شده بودند.

چیز دیگری نیز در راه نهادینه کردن روش ۱۲ مرحله ای و تبدیلیش به موسسات بازپروری از دست رفت: آمادگی بیل ویلسون برای پذیرا شدن مداخلات پزشکی. از ابتدای کار، ویلسون قصد داشت تا با بهترین و آخرین نوآوریهای پزشکی کار کند، نه اینکه جایگزینی برای آنها ارائه دهد یا ضد آنها باشد. در سال ۱۹۶۵، او دکتر وینسنت دال را به عضویت هیئت امنای AA (اختصار برای موسسه الکلی های ناشناس) درآورد. دال، به همراه دکتر ماری نیسواندر و دکتر کریک، پیشگام درمان بوسیله متادون برای معتادان به هروئین بود.

این سه دانشمند در یکی از مقالاتشان در اواسط دهه ۶۰ درباره ی محدودیت های مداخله های غیر پزشکی نوشتند. آنها فرد معتاد را بعنوان کسی که به "ناتوانی در عملکرد" دچار است و زندگی معتاد را به عنوان چرخه ای از بازگشت به اعتیاد و پشیمان شدن توصیف کردند. اما آنها دریافتند که درمان با متادون جواب میدهد.

آنها نوشتند: "وضعیت فعلی این بیماران به حدی نسبت به شرایط قبلیشان بهبود چشمگیری پیدا کرده و این پیشرفت نیز به حدی به زمان ورودشان به برنامه نزدیک است، که شکی نیست که این بیماران پاسخ قابل توجهی به درمان داده اند."

کریک به یاد می آورد که ویلسون خواستار معالجه مشابهی برای اعتیاد به مشروبات الکلی بود. کریک می گوید: "بیل می گفت: 'وینس، لطفاً یک درمان نگهدارنده با استفاده از متادون برای اعتیاد به الکل ایجاد کنید. AA بسیار مفید است، اما همانطور که میدانی، خیلیها به سمت مواد برمیگردند، و اصل مطلب همین است."

دال در مورد این اتفاق در مقاله سال ۱۹۹۱ خودش نیز نوشت: "[ویلسون] پیشنهاد کرد که در تحقیقات آینده ام باید به دنبال چیزی شبیه متادون باشم، دارویی که ولع گاهاً مقاومت ناپذیر معتادان به الکل را تسکین دهد و آنها را قادر سازد تا در AA به سمت بهبود اجتماعی و عاطفی پیشرفت کنند."

قدم دوازدهم معتادان را به منتقل کردن پیام برنامه به معتادان دیگر دعوت میکند، که بعنوان گامی اساسی برای بهبودی شخص در نظر گرفته می شود.



اما بسیاری از افراد معمولی ای که از روش ۱۲ مرحله ای استفاده کرده اند، پیام سختگیرانه و انعطاف ناپذیری را از فلسفه مکتوب ویلسون گرفته اند. کتاب بزرگ می گوید که کسانی که نمی توانند این برنامه را مو به مو اجرا کنند "اساساً از صادق بودن با خودشان ناتوانند." "به نظر می رسد که آنها اینگونه به دنیا آمده اند."

چارلز ددریچ، فروشنده ای با صدای خش دار و یک الکلی، با استفاده از این حساسات خشن یک امپراطوری بنا کرد. پس از شرکت در جلسات AA در اواخر دهه ۱۹۵۰ در کالیفرنیا جنوبی، بر این عقیده شد این جلسات به اندازه کافی سختگیرانه نیستند. یک معتاد به چیزی بیشتر از یک انجمن برادری احتیاج داشت. او نیاز داشت که به چالش کشیده شده، و "بزرگ شود". بعد از یک تجربه با ال اس دی (نوعی ماده مخدر روانگردان - مترجم)، ددریچ یک اجتماع ترک مواد مخدر برای معتادین هروئین را در سانتا مونیکا تشکیل داد.

ددریچ به این نتیجه رسیده بود که معتادان فاقد بلوغ یا توانایی لازم برای از پس مسئولیتهایی که آزادی بر دوش آنها می گذارد هستند، آنها باید شکسته شوند تا از نو ساخته شوند.

ددریچ در یک سخنرانی ضبط شده در روزهای اول تشکیل این اجتماع گفت: "آسایش برای بزرگسالان نیست." "آسایش بزرگسالان را نابود میکند."

جان پترسون اولین نفری بود که به سمت سیننون حرکت کرد، اسمی که محل این اجتماع با آن خوانده می شد. این روش برای او ثمربخش بود، هرچند که برای بسیاری دیگر اینگونه نبود.

"آسایش برای بزرگسالان نیست. آسایش بزرگسالان را از بین می برد." چارلز ددریچ، بنیانگذار سینانون (زیرنویس عکس بوده یا فقط تکرار نقل قول در صفحه ۳۸)

در سیننون، هوشیاری نه تنها با پشتیبانی متقابل، بلکه از طریق شستشوی مغزی مدیریت شده از طرف یک گروه انجام می شد. اگر معتاد قوانین را زیر پا می گذاشت، با تحقیر در ملا عام روبرو میشد، مانند مجبور شدن به پوشیدن علامتی در اطراف گردنش تراشیده شدن سرش. هسته ی درمانی این روش نوعی از گروه درمانی مقابله ای بود که به «بازی» معروف بود.

بازی، یک نمایش تماشایی و شبیه دادگاه بود که معتادان در آن بصورت دایره وار نشسته و علیه هم رده های خود اقامه دعوی میکردند خود مرتکب شد و به امید دستیابی به موفقیت بر سر یکدیگر داد میزدند. ددریچ یک بار با افتخار این فوران کلمات در بازی را با عنوان "حمام احساسی" توصیف کرد.

زمانی بود که این شوک درمانی کلامی هر هفته سه روز، و هر بار یک ساعت یا بیشتر به طول می انجامید. بازی بعدها به نسخه های طولانی تری تکامل پیدا کرد که در طی چند روز بی وقفه ادامه داشتند. محرومیت از خواب هم قرار بود به عنوان یک داروی تقویت کننده ذهن عمل کند.

بسیاری از نسخه های سختگیرانه تر در پیچ فقط منحصر به سیننون بود، اما ایده اصلی او - که معتادان با مجازات یکدیگر، خود را بهبود می بخشند - در کل سیستم درمانی ایالات متحده و به ویژه در زندان ها طرفدارانی بدست آورده است.

آزمون های عذاب آور و آزار دهنده سیننون برای بسیاری از معتادان که عاجزانه به دنبال وعده درمان بودند جذابیت داشت.

اوایل دهه ۱۹۶۰، تعدادی از اعضای سابق سیننون و سایرین شروع به برپایی شعبه هایی با نسخه های خودشان از مدل سیننون کردند. سرانجام به آنها لقب "انجمن های درمانی" دادند. هوارد جوزفر، عضو اولیه سینانون میگوید:

"به نظر خشن می رسد، اما شما باید به یاد داشته باشید که ما جمعی از معتادان به مواد مخدر بودیم، معتادان در حال بهبود، و این نوع مجازات ها برای بسیاری از ما راهی برای عبور شد." (این جمله دو بار در متن تکرار می شود)

هوارد جوزفر، ۷۶ ساله، در دهه ۶۰ یکی از اولین اعضا خانه ققنوس در شهر نیویورک، که از الگوی سیننون پیروی میکرد بود.

او در آنجا به کار خود ادامه داد و مدیر منطقه ای آنها شد.

موسسه دیتاپ، که آن هم در نیویورک تاسیس شد، اسمش اختصاری اش را از حروف اول عبارت "معتادان به مواد مخدر که تسلیم ترغیب می شوند." گرفته بود. طی آنچه که نهایتاً در دیگر جوامع درمانی هم معمول شد، معتادانی که می خواستند به دیتاپ وارد شوند، ابتدا باید روی "صندلی اکتشاف (یا صندلی دورنما - مترجم -)" می نشستند و برای دریافت کمک التماس میکردند. این برنامه همچنین نسخه های ماراتن وار از «بازی» را توسعه داد. در سالهای اولیه مرکز، اگر معتاد تهدید میکرد که دیتاپ را ترک می کند، کارمندان او را درون تابوت قرار داده و مراسم تشییع جنازه برایش برپا میکردند.

یکی از بنیانگذاران دیتاپ، یک کشیش کاتولیک وابسته به کلیسای روم، به نام ویلیام اوبراین، معتادان را به عنوان نوزادانی نیازمند در نظر میگرفت - یک باور دیگر که از سیننون وام گرفته شده

است.

او در نوشته اش با نام معتادانی که زنده ماندند: تاریخ شفاهی استفاده از مواد مخدر در آمریکا، ۱۹۲۳-۱۹۶۵، که در سال ۱۹۸۹ توضیح می دهد: شما مشکل مواد مخدر ندارید بلکه مشکل شما مانند مشکلات نوزادان است. " شما از تمام آزادی مورد نظرتان برخوردار بودید، و نتوانستید از پس آن برآیید. حالا برای ۵ ماه اول کاری که به شما میگویند را انجام می دهید. این دستورات از طرف معتادان سابق که برای آنها الگو به شمار می آیند صادر می شوند. اطاعت از آنها بسیار ساده تر است چرا که چند ماه قبل در همان جایگاه بوده اند.

دیوید دیچ ، عضو سابق سیننون که به همراه او برای یکی از بنیانگذاران دیتاپ بود، حالا فلسفه ی این مرکز را داری کم و کاستی میداند: " باعث شد که برخی از افراد به این روش ایمان بیاورند، بدون اینکه تمایل به دیدن توده های بزرگی که این روش برایشان موفقیت آمیز نبوده داشته باشند. " گفت "آنهايي که بخشی از حلقه ی کوچک افراد خیلی نزدیک به رتبه های بالا میشدند بهترین آمار موفقیت را داشتند، اما اکثریت عظیمی که در این روش مشارکت کردند -همانطور که در مورد تمام روشهای درمانی این اختلال صادق است -دوباره به سمت مواد مخدر بازگشتند. "

مؤمنان حقیقی ارتقاء درجه پیدا میکردند و اگر کنترلی رویشان انجام نمیشد، معتادان مرددتر را مورد آزار و اذیت قرار میدادند.

دیچ می گوید: "دریافت پاداش وابسته به تحصیل رتبه درون انجمن بود، و این رتبه با خودش قدرت به همراه می آورد -عموماً قدرت تسلط بر دیگران. " او دیتاپ را ترک کرد و سپس به شیکاگو نقل مکان کرد، جایی که در زمینه بهداشت عمومی مشغول به کار شد. در زمینه نظارت بر انواع برنامه های دارویی از جمله انواع نوآورانه ای که نسخه های ملایم تری از "جامعه های درمانی" با استفاده از متادون ترکیب کرده و ارائه می دادند. او در حال حاضر استاد برجسته روانپزشکی بالینی در دانشگاه کالیفرنیا، سن دیگو ، و مدیر مرکز تحقیقات جنایی و اعتیاد، حیطة ی آموزشی و کاربردی است.

در اوایل دهه ۷۰، نسخه هایی از «بازی» و دیگر تکنیک های ناشیانه اصلاح رفتار که بر روی معتادان استفاده میشد، توجه کنگره آمریکا را به خود جلب کردند. گزارشی از زیرمجموعه دادگستری سنا در مورد

حقوق مبتنی بر قانون اساسی، رویکردهای افراطی این جوامع درمانی را با تکنیکهای "بسیار پیشرفته‌ی" شستشوی مغزی " که در اوایل دهه ۵۰ توسط کره شمالی انجام می شدند مقایسه کرد. به کنگره هشدار داده شد که این تکنیک ها بر روی نوجوانان هم اعمال می شوند.

گوش دهید (فایل صوتی: زخم های درمان اعتیاد نوجوانان - صفحه ۴۰ پی دی اف)  
"و چیز بعدی که یادم می آید ، والدینم بودند که از من خداحافظی کردند و من شروع به گریه کردم ، حسی مثل "صبر کنید ... اینجا چه خبر است؟" - پتی پین

43:38 0:00

این خشم رسمی اما به زودی از بین رفت، و سیاستهای گسترده برای تغییر اوضاع هنوز به آهستگی در حال پیشرفت هستند. برنامه هایی که با الگوبرداری از "جامعه های درمانی"، به دنبال شکستن روحیه معتادان از طریق اقدامات تنبیهی هستند، تا به امروز تأثیرگذار باقی مانده اند. تحقیر، تخریب و تحریک معتادان و میل به "برنامه ریزی مجدد" آنها هنوز بخشی از روشهای درمانی جریان اصلی است.

آن فلچر ، نویسنده «درون مرکز بازپروری» (inside rehab)، که یک مطالعه کامل در مورد صنعت درمان اعتیاد در ایالات متحده است و در سال ۲۰۱۳ منتشر شده، به یاد می آورد که مراکز بازپروری معتادانی که برای همراه شدن با برنامه شان دودل هستند را زیر عنوان موردهایی در "مرحله پایانی منحصر به فرد " طبقه بندی میکنند. این موضوع تا حدی نهادینه شده بود که ساکنان شروع به انتقاد از خودشان به این طریق کردند.

زکری اسمیت، ساکن کنتاکی شمالی، به علت مشکلات مربوط به قرص و ماری جوانا در سال ۲۰۰۶ به یک مدرسه شبانه روزی مخصوص این مشلات در کارولینای جنوبی رفت.

مادرش شارون، به یاد می آورد که او مجبور بود حق نشستن روی صندلی، نوشیدن هرچیزی غیر از شیر یا آب ، و برقراری تماس های تلفنی را به دست می آورد. برای به دست آوردن رتبه های بالاتر، او مجبور به ارائه یک سری اعترافات بود، اما به نظرشان او به اندازه کافی قانع کننده نبود. شارون یک جلسه "درمانی" را به یاد می آورد که طی آن والدین مجبور به فریاد کشیدن بر سر صندلی ها می شدند تا "عصبانیت خود را خالی کنند." اسمیت در ژوئن ۲۰۱۳ بر اثر مصرف بیش از حد هروئین درگذشت.

در سال ۲۰۰۷، دفتر پاسخگویی دولت آمریکا گزارشی را در مورد بررسی مرگ و میر چند نوجوان که در برنامه های ترک اعتیاد شرکت کرده بودند منتشر کرد که آزمونهای پایداری بخشی از درمان آنها بود. در زمان شهادت

در برابر کنگره، مقامات GAO (دفتر پاسخگویی دولت آمریکا) به نقل از بروشور یکی از برنامه ها نقل کردند، که تبلیغ می کرد که پنج روز اول "شامل روزها و شبهای توام با استرس جسمی و روانی و همراه با راهپیمایی اجباری، پیاده روی در شب و آب و غذای محدود خواهد بود. جوانان از نظر ذهنی و جسمی از ظواهر مادی و همه وسایل فریب زدوده می شوند."

دختر جوانی که معتاد به مواد مخدر بود پس از اینکه روز سوم طاقتش تمام شد درگذشت. والدین دختر یک وام ۲۵۰۰۰ دلاری گرفته بودند تا از پس پرداخت هزینه این برنامه برآیند.

دکتر مک للان، از انستیتوی تحقیقات بازپروری، موردی که در موسسه ی برجسته ای که در سال ۲۰۱۴ با آن روبرو شد را به یاد می آورد و می گوید که د آنجا اگر معتادان قوانین را نقض میکردند به عنوان مجازات باید پوشک میپوشیدند. این کشفی تکان دهنده نبود - او

موسسات دیگری را می شناخت که از پوشک به عنوان نوعی مجازات استفاده می کنند. مایا سزاوالیتز، روزنامه نگاری که صنعت بازپروری را پوشش می دهد - به ویژه با کتابش در سال ۲۰۰۶، با نام کمک به هر قیمتی: چگونه صنعت نوجوانان بزهکار (اشاره به اینکه بازپروری تبدیل به صنعت و بیزنس شده است - مترجم)، والدین را فریب میدهد و به بچه ها میزند - می گوید که تکنیک های مبتنی بر اجبار هنوز هم به عنوان روش درمانی دیده می شوند. اعتیاد بیماری ای است که هنوز بسیار تابو و ناشناخته است و چون هنوز اعتیاد را بیش از آنکه به عنوان بیماری ببینیم، به عنوان جرم و جنایت می بینیم، این نگرش در روش معالجه ما هم متجلی می شود. " او در ادامه میگوید: "آنچه در آخر نصیب ما شده است، چیزی است که اگر در هر بخش دیگری از نظام پزشکی وجود داشت رفتار بالینی کاملاً ناخوشایند تلقی می شد، [اما در اینجا] در واقع به عنوان خود درمان دیده می شود."

(پاراگرافی که با رنگ قرمز مشخص شده اینجا دوباره تکرار می شود).

طبق گفته دیچ، رویکردهای به سبک سیننون هنوز به ویژه در بین مدیران بازپروری مددکاری زندانها محبوبیت دارد.

در اکتبر ۲۰۱۳، او به مادر جسی براون مشاوره داد، معتاد ۲۹ ساله ای اهل آیداهو که به عنوان پیش شرط آزادی زودتر از موعدش از زندان، مجبور شد وارد یک "جامعه درمانی" درون خود زندان شود که از نظر روانی رفتار بی رحمانه ای با معتادان داشت. سالها قبل، براون در یک تصادف رانندگی دچار آسیب دیدگی مغزی شد. حافظه کوتاه مدت او از دست رفته بود و او با کوچکترین نشانه ی استرس از نظر روحی در هم میشکست. اما اگر او در این برنامه شرکت نمی کرد و وحشت و تحقیر در ملا عام را تحمل نمیکرد، مجبور بود دوران محکومیتش را به طور کامل سپری کند.

پس از ثبت نام در برنامه ی ترک اعتیاد زندان، براون دیگر مجاز نبود در طول روز روی تخت خود بنشیند یا در طول وعده های غذایی صحبت کند. زندانیان در این برنامه نسخه ای از «بازی» معروف سیننون را انجام میدادند.

سرگروه ها و شرکت کنندگان دیگر بازی "افرادی را از بین افراد اتاق انتخاب می کردند و در مورد اینکه آنها با قوانین مطابقت ندارند صحبت میکردند. "هرچقدر هم که این اتهامات غیرواقعی بودند، شما مجبور به پذیرش تقصیر خودتان و عذرخواهی از "خانواده" بودید. "اگر عذرخواهی شما به اندازه کافی صادقانه تلقی نمیشد، ممکن بود حق تلفن زدن را برای روزها، حتی هفته ها از دست بدهید، یا مجبور شوید علامتی خجالت آور را دور گردن خود بیاندازید. این نسخه از بازی تمام روز ادامه داشت.

براون بیش از دو روز در برنامه دوام نیاورد. مادرش، که هراس داشت او مجازات شود، با دیچ تماس گرفت و با کمک او پرونده خود را برای مدیران زندان مطرح کرد. مقامات ریسک موافقت با این کار را پذیرفتند، و به براون اجازه داده شد که در کلاس دیگری ثبت نام کند تا بتواند آزادی زودتر از موعدش را بدست آورد.

دیچ می گوید: سوال این نیست که آیا براون می توانست در این برنامه موفق شود یا نه؟ بلکه اینکه "آیا او اصلا می توانست تا آخر آن زنده بماند؟"

براون حضور در یک "جامعه درمانی" با شکنجه مقایسه میکند. او ادامه میدهد: "حسی به شما میداد که انگار که اسیر جنگی هستید."

(زیرنویس عکس) مرکز "زندگی با قدردانی – Grateful Life" در ارلانگر، کنتاکی. جیسون چرکیس/

خبرگزاری هافینگتون پست

ایده اصلی معالجات مواد مخدر در کنتاکی این است که معتادان نه تنها باید با اعتیادشان روبرو شوند و مقابله کنند، بلکه با یکدیگر نیز رو در رو شوند. صبح یک روز دوشنبه اواخر ماه مارس، کسی که مورد این رودرویی قرار میگرفت، یک مرد کم حرف ۴۴ ساله بود. او در گوشه ی اتاقی در طبقه دوم مرکز "زندگی قدردان"، با شلوار جین و تی شرت، به نظر منزوی و فراموش شده می رسید. در اطراف او دهها معتاد فرد خودش نشسته بودند - هیئت منصفه ای متشکل از معتادانی مانند خودش اما بسیار جوانتر - که مشتاق هستند حقش را کف دستش بگذارند. او متهم شد که فنجان قهوه اش را بدون مراقبت رها کرد است.

این رویه انضباطی از جوهره ی «بازی» سیننون بیرون آمده بود و از سوء ظن متقابل و غریزه مجازاتی که در سیستمهای بازپروری مواد مخدر تعبیه شده است سرچشمه میگردد. "زندگی قدردان" این جلسات محاکمه که کارمندان آنها را "انجمن" می نامند چندین بار در هفته برگزار میکند. هر جلسه می تواند تا دو ساعت طول بکشد. حضور در جلسات برای همه به جز افراد تازه وارد، حضور در این جلسات اجباری است.

در آن روز، این مردان در صندلی های ناهمگونی در امتداد دیوار به ردیف نشسته بودند. اتاق با رنگ کسل کننده ای رنگ آمیزی شده بود - رنگی که که یکی از کارمندان آن را "زرد اضطراب آور." می نامید. بیش از نیمی از اتاق خالی و تاریک بود. ساعت روی دیوار طوری بود که انگار سال ۱۹۸۳ از میان وسایل یک مدرسه ابتدایی به رایگان به آنجا آورده شده باشد.

یکی از کارمندان با صدای بلند گفت: "صبح بخیر، انجمن!" همگی همصدا به او سلام کردند. بعد از آن دعای آرامش قرائت شد. وقتی دعا به آخر رسید، تبدیل به یک سرود دسته جمعی شده بود. ساکنان جوانتر، با شلوار جینهای گشاد و تی شرت، بی قرار به نظر می رسیدند و هنوز آثار اعتیاد در ظاهرشان نمایان نشده بود. مسن ترها، با شانه های گرد و چهره های درمانده، دستانشان را روی زانوهایشان استراحت می دادند، انگار که خود را برای یورش آماده میکنند. مرد ۴۴ ساله با اتهام فنجان قهوه اش، بدشانسی آورده بود و باید با کنی هام ۲۲

ساله روبرو می شد، که معادل مفتش اعظم یا رئیس دادگاه در این مرکز بود.

کنی هام در خارج از مرکز زندگی سپاسگزار. جیسون چرکیس / هافینگتون پست (زیرنویس عکس صفحه ۴۳)

هام اولین معتاد به هروئینی بود که کارکنان «زندگی قدردان» دو ماه پیش از آن به من معرفی کرده بودند و دلیل خوبی هم برای این کار داشتند. او نزدیکترین نمونه یک مؤمن واقعی بود که این برنامه



می توانست تولید کند. برای هام، یک فنجان قهوه رها شده فقط یک فنجان قهوه رها شده نبود. علامتی هشدار دهنده برای اختلال عملکرد و آشفتگی درونی بود. اثباتی بر این بود که شیاطین درونی این مرد در حال خودنمایی بودند.

مرد مذکور اعتراف کرد که خودش میداند که نباید یک فنجان کثیف را در یک محل عمومی رها کند، اما در آن لحظه حواسش نبوده است و حضور ذهن نداشته است. او گفت که از اینکه وقتی گیر افتاد در مورد این کارش دروغ گفته است هم پشیمان است. هام ولی گویا به قصد کشت ضربه میزد و حمله میکرد. او رو به تخته وایتبرد کرد، جایی که یکی دیگر از معتادان داشت نظرات گروه را روی آن ثبت میکرد و در دو ستون شلوغ، مجازاتهای پیشنهادی را مینوشت، و با صدای کشدار و آهسته اش دستور داد:

روی تابلو بنویس "حس ارزشمندی" و "خدا". هام مصمم شده بود که این معتاد، به اندازه کافی به خودش و به خدا ایمان ندارد. حمله ها شروع شد.

معتاد دیگری از متهم پرسید: "شما به وجود خدا اعتقاد دارید؟" "آیا به قدرت بالاتر اعتقاد دارید؟" او پاسخ داد: "بله، آقا." این پاسخ کوتاه او به عنوان نشانه ای از ایمان ضعیفش در نظر گرفته شد، و پیشنهاد شد که به عنوان مجازات، متنی هزار کلمه ای درباره موضوع "فقط خدا می تواند مرا قضاوت کند" بنویسد، دوباره در کلاس های مبتدی «کتاب بزرگ» در مرکز بازپروری شرکت کند، و نزدیک به دوجین تکلیف دیگر با هدف بررسی عمق اعتقادات و عزت نفسش انجام دهد.

هام قهرمانی کوشا و با حرارت برای این برنامه بود، اما او به انتخاب خودش به آن مرکز نیامده بود. وی در اکتبر سال ۲۰۱۳ به عنوان پیش

شرط به آزادی مشروطش فرستاده شده بود. بیش از نیمی از ساکنان به علت دستور دایره ی اصلاحات و قضات به این مرکز فرستاده شده اند. چند سال قبل، هام یک بورس تحصیلی جزئی بیس بال در یک کالج کوچک کنتاکی به دست آورده بود، اما پس از چند ترم به دلیل اعتیادش انصراف داد. بعد از اینکه دوست دوران کودکی اش به علت مصرف بیش از حد مواد در اتاق خواب هام درگذشت، سیر سقوط هام شروع شد. او

زیر پل و در یک مرکز بی خانمانها میخوابید و

چندین بار سعی کرد با مصرف بیش از حد هروئین و زاناکس خودکشی کند.

او دیگر خودش را مانند یک روح تصور میکرد. تلاشهایی برای درمان نیز انجام داد، که همه آنها به عود کردن اعتیادش ختم شدند.

در ابتدای ورودش به مرکز، به هام اجازه داده نمی شد که مطالب غیرعرفانی مانند رمان یا روزنامه ها را همراه داشته باشد- محدودیتی به ارث رسیده از مدلهای "جامعه درمانی" قدیمی تر - یا لباس های نرمال کوچه و خیابان را بپوشید. وی در کلاسه‌های لباس بیمارستانی آبی روشن شرکت میکرد، نوعی خوار کردن در ملا عام، که تازه واردان در معرض آن قرار میگرفتند. بعدها هم، اگر او نمیتوانست در کلاس حضور یابد یا قانون دیگری را نقض میکرد، ممکن بود دوباره مجبور شود به عنوان مجازات آن لباسها را بپوشد. با وجود محرومیت ها، Grateful Life از زندان بهتر بود و به معتادان فرصت تفکر میداد.

بسیاری این مرکز و کارکنان آن را به عنوان منبع الهام قرار میدادند. شبهایشان را با پر کردن دفترشان از خاطرات، یا با نوشتن مقالاتی بر اساس قسمتهایی از کتاب بزرگ، نقاشی کردن مجسمه ها و شعرهایی با مضمون شیطنانی بودن سپری میکردند.

هام پله های ترقی ر رتبه های درون سازمان طی کرد، و با فارغ التحصیل شدن از محل های اقامت سبک پادگانی با تختخواب های سفری و دوش های جمعی به قسمت های خصوصی تر مجموعه راه پیدا کرد. او در طبقه سوم در اتاقی بی تجملات با یک معتاد دیگر اشتراکاً زندگی میکرد. اتاق او تقریباً تمیز بود، با لحافی قهوه ای روی تخت کوچکش و دیوارهای آبی کمرنگ که روی آنها هیچ چیز به غیر از نقاشی یک اسب به چشم نمیخورد، که از طرف یک هتل در لوئیزویل به مرکز اهدا شده بود. (تصاویر اسب در همه جای مرکز «زندگی با قدردانی» به چشم میخوردند.) تنها وسایل شخصی هام عبارت بود از یک ساعت / سی دی پلیر کوچک در بالای کمدش، و یک دستگاه قهوه ساز کوچک که مادرش برایش خریده بود.

وی دفترهایش را با کارهای کلاسی بر اساس برنامه ۱۲ مرحله ای پر میکرد.

در وسط یک صفحه، او با جوهر پرنرنگه نوشته بود، "من باید روی این مراحل کار کنم!!" بالاتر از این کلمات هم نوشته بود، "خود را بنویسید ناراحتیایی که در یک روز با آن روبرو می شوید را بنویسید و بررسی کنید که مسئله واقعاً چیست."

و درست در زیر آن نوشته بود، "هر سؤالی داشتید پرسید، فکر نکنید که این کاری احمقانه است." در صفحه دیگر با حروف بزرگ نوشته بود، "جوانی هدر رفته"، که ادای احترامی بود به یک گروه راک که او خوب می شناخت.

نقشی که هام در زندگی قدردان ایفا کرد باعث شد تا احساس اهمیت کند. اما با وجود اینکه خودش را وقف برنامه کرده بود هنوز بخش کوچکی وجودش نگران بود که این جلسات گروهی و جلسات گروه «معتادان مواد مخدر ناشناس» کافی نباشند.

در طی یک کلاس توانبخشی در اوایل فوریه، روی که بر روی موضوع آسیب پذیری تمرکز داشت، یک دانشجوی سرگروه دیگر درمورد قدرت درستکاری خودش در مقابل وسوسه های آینده با فخرفروشی صحبت میکرد. او در حالیکه جلوی وایتبرد ایستاده بود میگفت: "اگر هنوز نگران بودن در خیابان ها هستی، رفیق، تو، به اندازه کافی به خدا اعتماد نداری."

اما هام، که تقریباً وسط کلاس با کلاسوری روی پایش نشسته بود، این حرفها را قبول نداشت. او حرفهای جوان را قطع کرد و شروع به صحبت در مورد محدودیت های ایمان خودش کرد. او می دانست، که ایمان تنها برای جلوگیری از استفاده ی مجدد مواد مخدر کافی نیست.

هام رو به دیگران گفت: "گفتنش سخته رفیق. همه ما معتاد هستیم. همه ما این رفتارها را داریم. فقط باید اراده و زندگی خودت رو در دستان خدا قرار بدی و بهش عمل کنی. او اظهار داشت که لازمه هوشیاری، مراقبت دائم است. "اینجوری نیست که بگی سه روز این کار رو میکنم، دو روز ولش میکنم! دارم بهتون میگم، این کوفتی شوخی بردار نیست!"

I would rather know how

he feels, that he feels he can be strong enough to get through this, because it's a lifelong battle he's going to have. I want to know how he feels, if he feels like he can do it. On the other hand, I don't want to know. What if he says, 'I can't do it'?"

در آن زمان، هام حق حضور در جلسات معتادان مواد مخدر ناشناس در خارج از کمپ را به دست آورده بود.

یک هفته بعد از آن کلاس در فوریه، معتادی که او را به جلسات می رساند دوباره شروع به مصرف کرد و از «زندگی با قدردانی» اخراج شد، همینطور کارمندی که مصرف مجدد او را گزارش نکرده بود.

کمی بعد، معتاد میانسالی که به خاطر فنجان ف قهوه به مشکل خورده بود اخراج شد، چرا که به گفته ی مدیریت،

"داشت وقت ما را تلف میکرد و به قوانین اهمیت نمیداد یا از آنها پیروی نمیکرد."

مادر هام، سیندی، می خواست که وی تا زمانی که ممکن است در برنامه بماند. او میگفت: "من فقط می ترسم، و فکر کنم که این ترس همیشه با من خواهد بود، [که] او آنقدر جوان است که می توانند دوباره به سر جای اولش برگردد، که مغز او هنوز بهبود نیافته باشد." "و فکر نمی کنم کنی واقعاً راحت باشد که با من در مورد بدترین حالی که داشته صحبت کند. مثل این است که به مادرتان تمام کارهای بدی که انجام داده اید را اعتراف کنید. ترجیح می دادم که با من در مورد احساساتش حرف بزند، و اینکه احساس می کند که می تواند آنقدر قوی باشد که بتواند این مرحله را پشت سر بگذارد، چون این این یک نبرد مادام العمر است. می خواهم بدانم احساسش چیست، آیا احساس میکند که از پس این کار برمی آید یا نه. از طرف دیگر، دلم نمیخواهد بدانم. اگر بگویم، "من نمی توانم این کار را انجام دهم؟" آن وقت چه؟

بهار آن سال، چند هفته قبل از فارغ التحصیلی هام، او به نظر آرام می رسید، شاید هم از روزهای طولانی که باید ساکنان تازه وارد را آموزش میداد خسته بود.

او میگفت: "ما هر روز روی یک فرد جدید کار می کنیم." "من می خواهم اطلاعاتی که وقتی به اینجا وارد شدم به دست آوردم را به آنها انتقال بدهم." او با لباس بیمارستان در راهروها رفت و آمد میکرد، نه به این خاطر که مجازات شده باشد، بلکه به عنوان راهی که نشان دهد چه مسیری را طی کرده است.

هام از دست ظاهر و رفتار عجیبش خلاص شد. چتری هایش را کوتاه کرد تا جلوی چشمانش را نگیرند، و شیوه اش مستقیم تر و رک تر شد.

یک شب دیروقت، در کتابخانه طبقه دوم، هام با حرفهایش به یک تازه وارد قوت قلب میداد. این تازه وارد در مرکز دیگری سم زدایی کرده انجام داده بود، اما در سه هفته ای که برای ورود به زندگی با قدردانی منتظر شده بود، اعتیادش عود کرده بود. او هنوز در مرحله اولیه برنامه بود، و در یک تختخواب دو طبقه ای در اتاق اشتراکی میخوابید و اظهار میکرد بودن در مرکز برایش بهترین اتفاق ممکن است.

هام به مرد جوان گفت که ممکن است هنوز نفهمیده باشد، اما نهایتاً متوجه خواهد شد. بدون اینکه خود متوجه شود، برنامه به صورت ناگهانی برایش جا می افتد. و هام به او قول داد که آن احساس، ارزش همه ی سختی ها را خواهد داشت. او گفت: "واقعاً نعمتیه رفیق." "تا قبل از وسطای برنامه شگفت زده خواهی شد. و همونطور که گفتم، فقط دستات رو بذار زیر چونه ت و تماشا کن. خیلی

زیباست." این توصیفی که هام از درمان ۱۲ مرحله ای برای او ارائه داد، برای هر کسی که در این جامعه ی درمانی بود آشناست.

وقتی هام برنامه زندگی با قدردانی را به پایان رساند، می توانست به عنوان کارمند آنجا بماند، اما او تصمیم گرفت این کار را نکند. او از قبل یک پروژه طراحی فضای آزاد را شروع کرده بود و اتاقی اشتراکی در یک خانه با ساکنین غیرمعتاد در نزدیکی کاوینگتون پیدا کرده بود. احساس خوبی داشت. در اولین شب بیرون از مرکز بازپروری، او تا دیروقت بیدار ماند، هیجان زده تر از آن بود که بتواند بخوابد.

او جلسات و مراقبتهای پس از درمان مرکز زندگی قدردان را ادامه داد. اما کمتر از سه ماه پس از زندگی اش به تنهایی، تلفنش زنگ زد. یکی از دوستان قدیمی از او میپرسید که آیا می خواهد نشئه شود؟

آنها دو نفری با ماشین به سینسیناتی رفتند، ۱۰۰ دلار هروئین خریدند و در توپوتا کمری هفت ساله هام با هم مواد را تزریق کردند. هام

بعداً دلیل این بازگشتش به مواد را یک روز بد کاری به علاوه ی دلایل دیگر دانست.

او در حالیکه تحت فشار بودنش را توصیف میکرد گفت: "دقیقاً مانند طوفانی بود که بر سر من فرود آمد."

کمی بعد در همان شب، او در جلسه معتادین به مواد مخدر ناشناس شرکت کرد. روز بعد، باقیمانده هروئین را تزریق کرد.

هام در مورد آموزه های زندگی با قدردانی گفت: "من از پکیج معنوی یا وسایلی که به شما می دهند استفاده نکردم."

هام آن هفته آزمایش اعتیاد را انجام داد و می دانست که رد خواهد شد. یک هفته بعد، او خود را به افسر آزادی مشروط خود معرفی کرد و خیلی زود در زندان ایالتی کامپل زندانی شد. اما قبل از آن، به گرینول، ناظر میزان مصرف در زندگی قدردان تماس گرفت. هام التماس می کرد که مجدداً وارد برنامه شود. گرینول درخواست او را رد کرد. گرینول میگوید: "خیلی ناراحت کننده است." "من واقعاً فکر می کنم او آدم خیلی خوبی است. بارها و بارها سعی کرد با من تماس بگیرد. متأسفانه به او گفتم که دیگر در برنامه ما جایی ندارد و باید با افسر آزادی مشروطش تماس بگیرد. شما باید به روند درمان وفادار باشید. باید در برابر اعمالتان پاسخگو باشید. لب کلام این است که بالاخره باید از یک جایی مرد شوید. گرینول میگوید که هام ممکن است سرانجام بتواند که بازگردد و در نسخه

کوتاهتری از برنامه شرکت کند. اما یک لیست انتظار سه ماهه وجود دارد. گرینول با لحن نیمه شوخی میگوید که یک موقع می خواست تی شرتهایی با این شعار برای مرکز آماده کند: "از هر ۱۰ نفر یک نفر موفق می شود. آیا شما یکی از آنها هستید؟" در اواخر سپتامبر، هام دوباره به زندگی با قدردانی منتقل شد تا یکبار دیگر تلاشش را بکند. او برنامه را تمام کرد و در شب کریسمس به خانه مادرش در فلورانس بازگشت.

## فصل پنجم

With each attempt, there was only a flicker on the digital readout, maybe just part of a 5, maybe half of a 0. Merrick kept administering the test and pretending to see readings that weren't there, and he laughed at the futility of the exercise.

جیسون مریک با معتادان در کنتاکی شمالی کار می کند. جیسون چرکیس / هافینگتون پست (زیرنویس عکس اول فصل پنجم صفحه ۵۱)

شش سال پیش، جیسون مریک یکی از اولین معتادانی بود که تحت درمان مرکز زندگی با قدردانی که در آن زما تازه تاسیس شده بود قرار گرفت. بعد از تمام کردن برنامه، او بعنوان کارمند در آنجا مشغول به کار شد، و اکنون شبهای آخر هفته کار می کند. در یک شنبه اواخر ماه مارس، این مرد قوی الجثه ۴۳ ساله، پشت میز ورودی نشسته بود، و حواسش را برای جلوگیری از دردسرهای احتمالی جمع کرده بود. هنگامی که ساکنان پس از شرکت در جلسات NA (معتادین ناشناس) و AA (الکلی های ناشناس) بیرون از محل به داخل میامدند و با دقت چک میشدند، لابی ساختمان پر از چهره های غیرواضح و زخم های نه چندان پنهان بود. کار مریک مثل یک نگهبان جلوی درب کلوبهای شبانه بود، منتها جای بررسی کارت های شناسایی (نگهبان های این کلوب ها کارتهای شناسایی افراد را پیش از ورود چک میکنند تا افراد زیر سن قانونی و... وارد کلاب نشوند - مترجم)، هر کسی را چک کند، علامتهای بازگشت به مصرف را چک میکند. "مشروب خوردی؟"

"تاریخ پاک شدند کیه؟"

"امشب نشئه شدی؟"

در مورد برخی از ساکنان شک داشت، و به آنها دستور میداد یک دستگاه آزمایش بازدم پلاستیکی نفس بکشند. با هر تلاش نور دیجیتال روی آن فقط سوسو می زد شاید فقط بخشی از عدد ۵ را نشان میداد، یا شاید نیمی از ۰. مریک به آزمایش کردن ادامه می داد و وانمود به خواندن چیزهایی میکرد که در واقع آنجا نبودند، و به بیهودگی کل این کارها پوزخند میزد.

مریک با آرامش با مردی ۲۲ ساله صحبت میکرد که به آن میز ورودی نزدیک شده بود و بخاطر اینکه در کنار برادر کوچکترش ابراز احساس گناه میکرد.

او یکی دیگر از ساکنانی که اخیراً نتوانسته بود سر وقت برای حضور در کلاسهای صبحگاهی اش از خواب بیدار شود را توبیخ میکرد، و به او دستور داد که به عنوان مجازات لباسش را عوض کند و لباس بیمارستان بپوشد.

در طول هفته، او در روزهایی که نباید کار کند هم به مرکز سر میزند.

به نظر می رسد او نام و پیش زمینه ی بیش از ۱۰۰ نفر معتادی که مرکز زندگی با قدردانی را خانه مینامند میداند. و او می داند که چند نفر

شکست خورده اند. اخیراً، او دست به گریبان است

اخیراً، او درگیر نگرانی ها و سئوالات مربوط به موسسه بوده است.

او میگوید: "این مکانی است که زندگی مرا به معنای واقعی کلمه نجات داد، من را از قبر بیرون آورد و روی پاهای خودم قرار داد، به من محلی برای زندگی، یک سال به من غذا داد و هنوز هم به من مکانی میدهد تا به آدمهای در حال بهبودی که دوستشان دارم نزدیک بمانم." اما او تعداد زیادی از ساکنان را دیده است

که برنامه را رها کرده و برخی از آنها مرده اند.

مریک کمک کرد تا یک نمایشگاه برای یادبود ساکنان سابق که موفق نشده اند تا پایان راه بروند برپا شود. چهره یک مرد در میان عکس ها و آگهی های تحریم روزنامه ها و جملات روحش شاد بیشتر از بقیه به چشم می آید. در این عکس که گرفته شده در محل مرکز گرفته شده، او به پهنای صورت لبخند می زند. او گواهی با نام "زندگی کردن مطابق با قوانین زندگی" که از طرف مرکز زندگی با قدردانی به او داده شده را رو به دوربین گرفته است.



او معتاد به هروئین بود و مریک او را به خوبی به خاطر می آورد. او یک روز بعد از اینکه مریک او را به خاطر دستکاری در یک فرم پزشکی و حاضر شدن با حال نشئگی اخراج کرد، به خاطر مصرف بیش از حد مواد درگذشت.

جیسون مریک میگوید: "فکر میکنم ما به اندازه ی کافی برای این بچه های معتاد به هروئین کارآمد و مؤثر عمل نمیکنیم."

مستند کامل درباره سابوکسن را اینجا تماشا کنید. جیمز دولیتل (لینک)  
زندگی با قدردانی، در ابتدا برای معالجه معتادانی مثل مریک طراحی شده بود، مردان مسن تری که بیشتر روند خودویرانگریشان را توسط الکل انجام داده اند.

اما اکثر معتادانی که اکنون به مرکز مراجعه میکنند بسیار شبیه کنی هام و پاتریک کیجی هستند. به عنوان رئیس گردهمایی کنتاکی شمالی با نام «حمایت مردم از بهبودی»، مریک

برای دسترسی بیشتر به نالوکسن فعالیت هایی انجام داده است، دارویی که می تواند قربانی مصرف بیش از حد هروئین را احیا کند، او به طرز خستگی ناپذیری کیت های نالوکسن رایگان توزیع میکند، و موسسات پزشکی را تحت فشار قرار داده است تا معتادان را تحت درمان با سابوکسون قرار دهند. مریک میگوید: "این الگو که برای اعتیاد به الکل طراحی شده اعتیاد به هروئین را به طرز موثری هدف قرار نمیدهد." "در یک جهان ایده آل در ، ما باید یک مدل ۱۲ مرحله ای داشته باشیم که با درمان بوسیله کمک های پزشکی ترکیب شده باشد."

حداقل ذهن برخی از مقامات عالی ناظر بر روند پاسخگویی کنتاکی به همه گیر شدن مصرف مواد افیونی به اندازه مریک برای پذیرش درمان های دارویی باز است. ون اینگرام، مدیر اجرایی دفتر سیاستگذاری کنترل مواد مخدر کنتاکی می گوید: "نظر من این است که هرکاری که آنها را پاک می کند، آنها را خوب می کند، همان کاریست که ما باید انجام دهیم." "من فکر می کنم که ما نباید درب را روی هر نوع درمان موثری ببندیم."

دکتر آلن برنزل، مدیر پزشکی سازمان سلامت رفتاری و ناتوانی های ذهنی و رشدی، در نوامبر سال گذشته در مقابل قانونگذاران ایالتی شهادت داد که ترکیب دارو و مشاوره "مناسب ترین نوع درمان" است.

اما چنین تأییدهای رسمی در بحث سیاست برنده نیستند. اخیرا پول بادآورده ای که طریق توافقات ایالتی با شرکت های داروسازی به خاطر اتهام فساد به دست آمد، بیش از ۳۰ میلیون دلار بودجه

جدید در اختیار برنامه های درمان و پیشگیری اعتیاد قرار داد. هیچ قسمتی از این پول صرف برنامه های ترک اعتیاد با کمک راه حل های پزشکی و دارویی نمی شود.

در همان جلسه دادرسی که برنزل شهادت داد، کیتی استین، سناتور ایالتی نماینده کنتاکی شمالی، داروهایی مانند سابوکسن را با "دست و پا بسته بودن" مقایسه کرد. آدری هاینس، دبیر کابینه خدمات بهداشت و خانواده، گفت دپارتمان او در حال لابی برای تشدید محدودیت های سابوکسن است.

از جمله غیرمنعطف ترین منتقدان سابوکسن افرادی هستند که بیشترین قدرت برای دیکته کردن گزینه های درمانی و بازپروری را دارند. دادگاه مواد مخدر در بخشهای کمبل، بون و کنتون در کنتاکی شمالی بر سر امتناعشان از قرار دادن سابوکسن در دسترس معتادانی که به آنجا مراجعه میکنند، پافشاری زیادی دارند. قاضی گرگوری بارتلت، که اولین دادگاه مواد مخدر در منطقه را در سال ۱۹۹۸ برگزار کرد و در حال حاضر ریاست دادگاه مواد مخدر بخش کانتون را به عهده دارد، اجازه نمی دهد که سابوکسن بخشی از برنامه درمانی متهمان باشد. استدلال او هم این است: متهمین در دادگاه او "باید کاملاً از هر نوع دارو و مواد مخدری پاک باشند."

بارتلت فکر می کند که یک راه حل برای معضل همه گیر شدن هروئین ممکن است یک سم زدایی اجباری در یک مرکز سم زدایی باشد، پس از سم زدایی، متهمان برای گفتگو در مورد گزینه های بعدی درمان به دادگاه برگردانده شوند.

اما وقتی ذکر شد که سم زدایی بدون مصرف دارو می تواند به مصرف بیش از حد منجر شود، بارتلت کوتاه آمد و جوابی نداشت: "حتماً شما درست میگویید و من حرف شما را در این مورد میپذیرم."

"من متخصص اینکه چه راهی جواب میدهد و چه راهی جواب نمیدهد متخصص نیستم."

قاضی کارن توماس، که دادگاه جنایی مواد مخدر را در بخش کمپبل اداره می کند، می گوید که متهمان معتاد به مواد مخدر افیونی که او با آنها سر و کار دارد فقط یک یا دو بار در پروسه ی بازپروری شکست نخورده اند، بلکه ممکن است ۱۰ تا ۱۵ در درمان شکست خورده باشند و عود اعتیاد به معنای رفتن به زندان است. او

گنجاندن سابوکسن را به عنوان بخشی از احکام صادره مجاز نمیداند. توماس میگوید که اگر متهمی که گناهکار شناخته شده بخواهد که زندانی نشود و از گزینه ی درمانی استفاده کند، او به آن شخص

دستور می دهد که در صورتی که در حال مصرف سابوکسن است استفاده از آن را قطع کند و یا اگر یک برنامه درمانی متادون محور را دنبال میکند، از آن برنامه بیرون بیاید. قاضی کارن توماس می گوید: "وقتی از سابوکسن و متادون صحبت می کنید، صحبت می کنید، دارید از جایگزینی یک ماده افیونی با دیگری صحبت میکنید، جایگزین کردن یک اعتیاد با اعتیاد دیگر."

مستند کامل درباره سابوکسن را اینجا تماشا کنید. جیمز دولیتل. (توضیح لینک) توماس می گوید: "من می فهمم که آنها در مورد کاهش دادن آسیبها صحبت می کنند." این چیزها در سیستم دادرسی کیفری فایده ای نمیکنند. "قاضی توماس در مصاحبه ای که بعداً داشت، افزود: "به نظر خیلی بی رحمانه میرسد، اما من

حق انتخاب را از آنها میگیرم. این ساختاری است که من با آن راحت هستم." توماس فقط سیاست دادگاههای ایالتی را دنبال می کند. اخیراً نوشته ای بیرون یکی از دادگاه های بخش کانتون خطاب به همه ی "مصرف کنندگان سابوکسن." نصب شده بود که هشدار میداد: "اگر می خواهید از آزادی مشروط یا قضازدایی (یا جرم زدایی، که در سیستم قضایی به پروسه ای گفته می شود که طی آن متهم، بخصوص بزهکاران نوجوان یا اطفال، با استفاده از شرایط خاص و جایگزین، وارد روند عادی سیستم دادرسی و کیفری نشود و از طولانی شدن روند دادرسی نیز جلوگیری میکند - مترجم) استفاده کنید و در حال استفاده از سابوکسین هستید، باید تا زمان صدور حکم باید مصرف آن را قطع کرده باشید."

نوشته ی نصب شده در خارج از دادگستری کنتون. جیسون چرکیس / هافینگتون پست (زیرنویس عکس)

بزرگترین مانع بر سر راه تجویز سابوکسن برای بسیاری از معتادان، زندانی شدن است. با اینکه دست پیدا کردن به سابوکسن در دنیای بیرون هم بسیار سخت است، اما گرفتن نسخه آن در پشت میله ها تقریباً غیرممکن است.

در میان ۹۳ مورد تلفات ناشی از مصرف بیش از حد مواد در کنتاکی شمالی در سال ۲۰۱۳، تعداد زیادی از آنها اندکی پس از ترک زندان در گذشته بودند.

شاوین هاپر در طی سه هفته پس از آزادی اش از زندان سه بار اوردوز (مصرف بیش از حد) کرد؛ بار سوم مرگبار بود. مایکل گلیز ۱۰ روز پس از ترک زندان مصرف بیش از حد مواد داشت. آماندا سو واتسون یک هفته بعد از انتقال از زندان به خانه ای مخصوص نگهداری این افراد بر اثر مصرف بیش

از حد مواد درگذشت. هنری لی یک روز پس از آزادی از زندان ایالتی کنتون مصرف بیش از حد منجر به مرگ داشت، دسی سندلین در روز آزادی اش مصرف بیش از حد داشت، دسی سندلین به دلیل اعتیاد به هروئین همیشه در حال رفت و آمد به مرکز بازپروری بود. او در روز آزادیش از زندان بر اثر مصرف بیش از حد هروئین درگذشت. (تمام حقوق متعلق به خانواده سندلین است.) (این جمله در متن هم دو بار تکرار شده بود)

بريانا بالارد ۳۰ ساله، پس از مصرف بیش از حد مواد در سال ۲۰۱۱ توسط ماموران اورژانس احیا شد، اما پس از آن به دلیل مصرف بیش از حد دستگیر شد. او در ۱ فوریه ۲۰۱۳، از زندان ایالت کانتون آزاد شد و سه روز بعد در اتاق خواب خانه مادرش در ویلا هیلز کنتاکی بر اثر مصرف بیش از حد درگذشت. مادر او، دتی الیور، گفت که بالارد در زندان به دنبال معالجه اعتیادش بود، اما هیچ کمکی دریافت نکرد.

وی می گوید: "او می دانست که مشکل مواد مخدر دارد و می خواست به خاطر پسرش بهتر شود. " او می خواست معالجه شود. او به معالجه احتیاج داشت، و خودش می دانست که به آن احتیاج دارد."

چندین معتاد هروئین دیگر که در سال ۲۰۱۳ درگذشتند، مانند بالارد در زمان مرگشان هنوز در حال سر و کله زدن با اتهامات ناشی از مصرف بیش از حد قبلی بودند. این یک شوخی بی رحمانه سیستم قضایی کنتاکی است که زندانی شدن به خاطر مصرف بیش از حد هروئین احتمالاً ساده تر از گرفتن نسخه سابوکسون برای جلوگیری از آن مصرف است.

هنگامی که اعتیاد به مواد افیونی همه گیر شد، مایک تاونزند، که سیستم بازپروری کنتاکی را به مدت یک دهه مدیریت کرده است، گفت که دلیلی برای ارائه ی چیزی بیش از برنامه ۱۲ مرحله ای فعلی نمی بیند. استدلال او این بود که هنگامی که یک معتاد موفق به غلبه بر درد جسمی ناشی از ترک کردن مواد شود، مغز او بهبود یافته است و ادامه ی روند بهبودی، معنوی و روانی است. فرقی نمی کند که مواد مخدر مورد نظر هروئین باشد، یا کوکائین یا الکل. او میگوید: این فقط نقطه نظر من است. "من دکتر نیستم."

در حالی که تحقیقات مهم پزشکی از نظرات وی پشتیبانی نمی کند، قدرت تاونزند در سیستم بازپروری کنتاکی بیشتر از هر دیگری است.

او نه تنها مدیریت بازپروری کنتاکی را بر عهده دارد، بلکه طبق ایمیل هایی که از طریق درخواست سوابق قابل دسترس از مراجع بدست آمده، او به عنوان مشاور غیر رسمی سیاستهای مواد مخدر

جین بشییر، بانوی اول کنتاکی هم خدمت میکند. که این خانم هم به نوبه خود صاحب یک کرسی در آنچه به عنوان هیئت مشاور بازپروری کنتاکی شناخته می شود، می باشد.

تاوونز می گوید بازپروری کنتاکی، هرگز

استفاده از سابوکسون را در برنامه خود نخواهد گنجاند. وقتی از وی سؤال شد، گفت که از موفقیت این روش در کاهش نرخ مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد، خبر ندارد. او گفت: "به من چند تحقیق در مورد نتایج سابوکسن نشان دهید."

مدیران شرکت Transitions Inc، شرکتی که مرکز زندگی با قدردانی، یکی از زیرمجموعه های شبکه بازپروری (ریکاوری) کنتاکی، را اداره می کند،

می گویند که می خواهند رویکرد علمی تری را در پیش گیرند. در سال ۲۰۱۱، این شرکت در حرکتی که خودش آن را به عنوان یک شروع بسیار محدود توصیف میکند، شروع به ارائه سابوکسن در برنامه های سم زدایی، کمپ های بازپروری کوتاه مدت تر برنامه های درمان سرپایی کرد- که جزو بازپروری کنتاکی نیستند و بنابراین تحت استانداردهای آن عمل نمیکنند.

مدیران شرکت Transitions میگویند که اگر بتوانند بر تعصب ضد سابوکسن در بازپروری کنتاکی غلبه کنند، این دارو را در مرکز زندگی با قدردانی نیز ارائه خواهند کرد. کارن هارگت، معاون مدیر اجرایی شرکت Transitions می گوید: "برخی [از مخالفان] اعضای قدیمی AA (الکلی های ناشناس) و طرفداران کتاب بزرگ هستند." "اینها همان افرادی هستند که به من می گفتند که اگر داروی ضدافسردگی میخوری پس هوشیار/ پاک نیستی.

این عدم درک است. کمبود دانش است."

مک مک آرتور مدیر اجرایی شرکت Transitions با این حرفها موافق است. او میگوید: "این یک مساله ی ایدئولوژیکی است، مساله ی پزشکی نیست. مساله ی قانونی هم نیست. دیدگاه فلسفی افرادی است که نهضت بازپروری کنتاکی را آغاز کرده اند."

مک آرتور میگوید که فقط با گفتن این حرف به هافینگتون پست که طرفدار ادغام سابوکسن در برنامه های زندگی با قدردانی است، خودش را در معرض خطر توبیخ از طرف همکارانش در حوزه بازپروری قرار داده است. او می گوید: "داریم خودمان را توی دردسر می اندازیم دوست من."

نمایی از کلبه های مرکز «بازپروری جواب میدهد» که پاتریک کیجی برای غلبه بر اعتیاد خود در آنجا تلاش میکرد. جیسون چرکیس /هافینگتون پست (زیرنویس عکس)

کلینیک هازلدن در مینه سوتا شاید تأثیرگذارترین مرکز بازپروری کشور باشد، که نه تنها بخاطر امکانات توانبخشی اش بلکه بخاطر قسمت انتشارات دانشگاهی اش شایان ذکر است.

این مرکز که در اواخر دهه ۱۹۴۰ در یک مزرعه تأسیس شد، نظم و رفتار حرفه ای را به روش ۱۲ مرحله ای وارد کرد. ادغام اخیر هازلدن با مرکز بتی فورد، این مرکز را به یک نیروی حتی قوی تر هم تبدیل کرده است. مدیران این مرکز

در اوایل سال ۲۰۱۳ هنگامی که بوپرنورفین را به برنامه درمانی معتادان به مواد افیونی اضافه کردند، به سرتیتر اخبار تبدیل شدند.

چند سال پیش، دکتر ماروین سپالا ۵۸ساله، مدیر ارشد پزشکی کلینیک، متوجه شد که نه تنها تعداد بیشتر و بیشتری معتادان به مواد افیونی

به مرکز مراجعه میکنند، بلکه این معتادان علیه شعار هزلدن می شوریدند و برای قاچاق مواد مخدر به داخل محوطه کمپ توطئه چینی میکردند. ساکنان پیشین هم چند هفته تا چندماه پس از ترک مرکز می میردند.

با توجه به سابقه طولانی هازلدن در زمینه درمان معتادان، سپالا می توانست سرسختانه به شعار موسسه بچسبد. اما او مایل به در نظر گرفتن گزینه های جایگزین بود. خود او به عنوان اولین ساکن نوجوان مرکز، در اواسط دهه ۱۹۷۰ به دلیل اعتیاد به مواد مخدر و الکل به هازلدن آمده بود. او میگوید: "من خودم را خیلی زیاد سرزنش میکردم. من واقعاً از خودم متنفر بودم. نفهمیدم که چرا آن کارها را انجام میدادم."

تجربه او در هازلدن تجربه ی قدرتمندی بود. او با آدمهایی درست مثل خودش ملاقات کرد، با همان ولع شدید به مواد و شرمی که در پی آن احساس میشود. با اینحال، پنج روز پس از فارغ التحصیلی از کلینیک دوباره مواد مخدر مصرف کرد. و یک سال و نیم دیگر و کمک یک گردان بزرگسال فهمیم لازم بود تا او از طریق یک برنامه ۱۲ مرحله ای دیگر دوباره پاک شود. حالا او به عنوان یک پزشک،

می دانست که باید افرادی که کلینیک را ترک کرده بودند شو خانواده هایشان را پیدا میکرد و از احوالشان با خبر میشد، تا ببیند

که هازلدن کجای کار راه را اشتباه می رود.

افرادی که مرکز را ترک کرده بودند به سپالا و تیمش گفتند که احساس میکنند در کلینیک نادیده گرفته میشوند، و برنامه، که انواع اعتیاد را در بر میگرفت، نتوانسته بود با آنها ارتباط برقرار کند. سپالا میگوید: "میزان نادیده گرفتن وابستگی به مواد افیونی از طرف ما

خیلی زیاد بود." "این حقیقت که افرادی به خاطر عود اعتیاد و بازگشت به مصرف در حال مرگ بودند هم به طور کامل مورد توجه قرار نمیگرفت." احتمال مرگ در معتادان به هروئینی که مجدداً شروع به مصرف میکنند، بیش از مصرف کنندگان سایر مواد مخدر است، اما هازلدن این واقعیت را در برنامه خود نگنجانده است.

سپالا فکر کرد که اگر قرار باشد به این معتادان هم رسیدگی کند و از بازگشت اعتیادشان جلوگیری کند، لازم است که هازلدن در برنامه اش تحول اساسی ایجاد و شروع به تجویز بوپرنورفین و دیگر داروها کند.

او می دانست بزرگترین چالش پیش رو، مقاومت کارکنان خودش خواهد بود. او گفت. "فرهنگ واقعی ۱۲ مرحله ای واقعاً در کل سازمان ما در سراسر کشور حکمفرماست."

او تمام سال ۲۰۱۲ را صرف برنامه ریزی برای ادغام داروهای مدیریت و تلاش برای جلب موافقت کارکنان کرد که جوری که بعداً فهمید بعضی هایشان حتی از درمان معتادان به هروئین به خودداری میکردند.

گروه کوچکی از کارمندان هنوز فکر می کردند که معتادان به هروئین به ندرت شانس برای بهتر شدن دارند و بنابراین هازلدن نباید برای درمان آنها تلاش کند.

در یکی از اولین جلسات کارمندان در رابطه با این موضوع، همکار سپالا که جلسه را اداره می کرد از افراد حاضر در اتاق یک سؤال ساده پرسید: چه کسی در اینجا تا حالا از شاهد مرگ یکی ساکنان سابق در اثر مصرف بیش از حد مواد افیونی بوده است؟ سه چهارم کارمندان دست خود را بالا بردند. سپالا ادامه میدهد: "ما گفتیم به همین دلیل است که میخواهیم این کار را بکنیم." "ما در حال تلاش برای نجات جان انسانها هستیم. این یک بحران است. ضروری است که ما هرکاری که از دستان بر می آید را دهیم، بنابراین نمی توانیم تصمیم خود را بر اساس فلسفه یا ترجیح شخصی بگیریم. باید این تصمیم را بر پایه علم، و بر پایه پژوهش قرار دهیم."



"این یک بحران است. ضروری است که ما هر کاری که می‌توانیم انجام دهیم، بنابراین مبنای تصمیم ما نمیتواند فلسفه یا اولویت‌های شخصی باشد." دکتر ماروین سپالا، رئیس کلینیک هازلدن

سپالا از جدیدترین تحقیقات در مورد درمان معتادان هروئین با بوپرنورفین به خوبی آگاه بود. او در یک کلینیک سرپایی در پورتلند اورگان کار کرده بود، که به معتادان هم دارو و هم فلسفه روش ۱۲ قدمی را ارائه میداد.

او دیده بود که چگونه معتادان، به آن برنامه پایبند می‌مانند.

موفقیت در پورتلند یک مورد خلاف قاعده یا غیرعادی نبود. در نوامبر ۲۰۰۴، مرکز Stanley Street Treatment and Resources، که یک مرکز غیر انتفاعی در فال ریور ماساچوست است، سابوکسن را در ترکیب درمانهای سم زدایی، درون کمپ و سرپایی خود قرار داد. در سال ۲۰۱۴، بیش از ۳۰۰ معتاد

در برنامه ثبت نام کرده بودند. گزارش می‌دهد نانسی پائول، مدیر عامل این مرکز نرخ بازگشت به اعتیاد را حدود ۱۰ درصد گزارش کرده است.

سپالا و کارمندانش با کلینیکی در واشنگتن دی سی، مشورت کردند. یک سزار (توضیح سزار در صفحات قبل آورده شد) سابق مواد مخدر؛ و ویلیام وایت، یک مورخ و محقق مورداحترام که درباره ارزش AA مطلب نوشته است.

وایت در یک ایمیل واکنشش به برنامه هازلدن است را توضیح داد: "این یک سورپریز خوشحال کننده است که یک برنامه درمان ترک اعتیاد پیشرو، به دانش نوظهور درمان اعتیاد ارج مینهد و انقدر متعهد به بهبود نتایج بازپروری باشد که مایل است خود را در معرض جنجال‌های احتمالی قرار دهد که ممکن است بر منافع تجاری اش هم تاثیر بگذارند."

سپالا تیمی را هم برای مطالعه سایر کلینیک‌ها در سراسر کشور اعزام کرد.

کارمندان او به مراکزی در اورگان و میزوری رفتند که ترکیبی از درمان‌های دارویی و روش ۱۲ مرحله‌ای ارائه می‌دادند. تیم با خوشبینی بازگشت. سپالا می‌گوید: "آنها در عمل دیدند که چطور این روش واقعاً می‌تواند کار کند."

پس از شروع معالجه با کمک روشهای پزشکی در سال ۲۰۱۳، نرخ رها کردن نسخه بهسازی شده ی برنامه توسط معتادان به مواد افیونی افت چشمگیری داشت.

آمار فعلی، که ۱ ژانویه ۲۰۱۳ تا ۱ ژوئیه ۲۰۱۴ را در برمیگیرد، نرخ ترک نیمه کاره برنامه را ۷.۵ درصد، در مقایسه با نرخ ۲۲ درصدی برای معتادان به مواد افیونی که در برنامه نیستند نشان می دهد. در سال اول، هیچ معتادی در مدل جدید برنامه بر اثر مصرف بیش از حد فوت نکرده است. خانه ققنوس (Phoenix House)، یکی دیگر از غول های دنیای بازپروری، از دهه ۱۹۶۰ با الگو گرفتن از مدل سیننون شروع به کار کرد. این مرکز مستقر در شهر نیویورک قبلاً بوپرنورفین را بطور پراکنده سم زدایی ساکنان معتاد به مواد افیونی اش استفاده کرده بود. این مرکز اکنون، به طرز چشمگیری در حال افزایش استفاده از بوپرنورفین در بیش از ۱۲۰ برنامه در چندین ایالت است. این تغییرات تحت نظر دکتر اندرو کلودنی انجام می شود، که یک سال و اندی پیش بعنوان مدیر ارشد پزشکی خانه ققنوس منصوب شد. از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۶، کلودنی در بخش بهداشت نیویورک سیتی کار میکرد، در این مدت وی

درصد افزایش دسترسی به بوپرنورفین به عنوان راهی برای کاهش بود مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد مواد بود.

کلودنی می گوید که در خانه ققنوس، آنها دیگر این هنجار را نمی پذیرند که معتادان از برنامه های کوتاه مدت مبتنی بر خودداری از مصرف ترخیص شوند، که چند روز بعد دوباره به سمت مواد برگردند. او میگوید: "در برنامه کوتاه مدت شبانه روزی ما، می خواهیم تعداد قابل توجهی از بیماران در حالی موسسه را ترک کنند که در حال مصرف بوپرنورفین هستند."

"و ما در حال بررسی توانایی خودمان برای انجام این کار هستیم."

کلودنی اظهار داشت که شیوع اخیر اعتیاد به مواد افیونی، نقایص سیستم درمانی ایالات متحده را بیشتر از قبل آشکار میکند.

در اواخر دهه ۶۰ و ۷۰، این بیماری در شهرهای بزرگ همه گیر شد، اما در آن زمان معتادان به کلینیکهای تازه تاسیس متادون دسترسی داشتند.

اکنون مرگ و میر بر اثر مصرف مواد افیونی در حومه شهرها و جوامع روستایی رخ می دهد، که در آنجا کلینیک های متادون انگشت شمار و دور از دسترس هستند. این امر نیاز به یک مدل پزشکی جدید و مشهودتر ایجاد می کند. او میگوید: "ما با این حجم از افراد مبتلا به این بیماری که نیاز به درمان دارند مواجه هستیم." "دارویی وجود دارد که می تواند به ما در مقابله با این مشکل، و در کاهش میزان مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد به میزان چشمگیری به ما کمک کند، و مردم به سختی می توانند به آن دسترسی پیدا کنند."

رویکرد ضد دارویی که توسط ایالات متحده در پیش گرفته شده است، این کشور را از بقیه کشورهای توسعه یافته جدا میکند. فرانسه اثربخشی بوپرنورفین را سالها پیش به رسمیت شناخت. بین سالهای ۱۹۹۵ و ۱۹۹۹، همزمان با پذیرش گسترده بوپرنورفین در روند درمان، درصد مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد در این کشور ۷۹ درصد کاهش داشت.

مصرف این دارو به همراه درمان با متادون و لایحه ی ابتکاری تبادل سوزن (ابتکاری که طی آن در ایستگاههای مترو، به معتادان به طور مجانی کیت سوزن های تزریق نو و داروهای جایگزین مواد مخدر ارائه می شد. مترجم)، به کاهش نیمی از میزان ابتلا به ایدز در میان معتادین تزریقی کمک کرد.

تا سال ۲۰۰۴، تقریباً همه معتادان به هروئین در استرالیا تحت درمان با متادون یا بوپرنورفین بودند و این کشور میزان مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد را کاهش داده بود.

حتی در زندانهای ایران، معتادان می توانند به برنامه های متادون محور دسترسی داشته باشند. در سال ۲۰۰۵، سازمان بهداشت جهانی متادون و بوپرنورفین را به لیست داروهای ضروری اش افزود. فرانسه به این دلیل با موفقیت از مدل پزشکی استقبال کرد، که در آنجا هیچ سیستم ۱۲ مرحله ای، مانند سیستم موجود در ایالات متحده وجود نداشت، و مخالفت سیاسی که با دعوای بی پایان بر سر متادون پیچیده تر هم میشود در آنجا وجود ندارد. اینها گفته های دکتر مارک آوریاکومب، استاد روانپزشکی اعتیاد دانشگاه بورد و روانپزشک اعتیاد بیمارستان شارل پرنس است. تیم تحقیقاتی او به طور گسترده ای در مورد بوپرنورفین تالیفات داشته است و آزمایش بر روی این دارو در محیط آزمایشگاهی را در اواسط دهه ۸۰ میلادی شروع کردند.

"همه موافق بودند که ما نمی توانیم به آنچه در حال انجامش بودیم ادامه دهیم. مردم راضی نبودند، از جمله افرادی که بیشترین گرایش را به روشهای مبتنی بر پرهیز از مصرف دارو داشتند." مارک آوریاکومب، استاد روانپزشکی/اعتیاد دانشگاه بوردو

پذیرش بوپرنورفین در فرانسه هم خیلی سریع نبود. تا حدی از ترس اینکه این دارو می تواند به همان اندازه هروئین یا مسکن اعتیاد آور باشد و اولین پزشکانی که آنرا تجویز میکردند، توسط هم صنفان خود تحت "فروشنندگان مواد مخدر طبقه متوسط/بالا" نامیده می شوند. این نگرشها زمانی از بین رفتند که معتادان و پزشکان دیدند که استفاده از بوپرنورفین فقط به معنای جایگزین کردن یک ماده مخدر با یک دارو یا ماده ی مخدر دیگر نیست — بلکه کار میکند و موثر است. آریکومب میگوید: "بوپرنورفین

در صف اول درمان قرار گرفت." او در ادامه میگوید که این دارو به تغییر دیدگاه افکار عمومی و قانونگذاران در مورد معتادان کمک کرده است.

مقاله ای در شماره ماه مه مجله پزشکی نیوانگلند، خواستار استفاده گسترده تر از روشهای بازپروری با کمک دارو، که معمولاً به عنوان MAT شناخته می شوند، در ایالات متحده شد. این مقاله توسط دکتر نورا ولکوو، مدیر مؤسسه ملی ایالات متحده در مورد سوء مصرف مواد مخدر - که قبل از اینکه FDA (سازمان غذا و داروی آمریکا) در سال ۲۰۰۲ سابوکسن را تأیید کند، به تحقیقات در مورد این دارو کمک کرده است - به همراه فریدن و دو نفر دیگر نوشته شده است. بالتیمور به عنوان نمونه ای از پیشرفت در این مورد در نظر گرفته شد. نویسندگان مطالعه ای را ذکر کرده اند که نشان می دهد که «قانون بوپرنورفین بالتیمور» که با بودجه دولتی و با هدف افزایش دسترسی به درمانهای دارویی به اجرا درآمده بود، باعث تقریباً ۵۰ درصد کاهش در میزان مرگ و میر بر اثر مصرف بیش از حد در این شهر در بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۹ شده است.

فریدن به هافینگتون پست گفت که درمانهای اعتیاد بر مبنای کمک بسیار حیاتی هستند. آنها "این درمانها پتانسیل زیادی دارند و هنوز پتانسیل آنها کاملاً به صورت بالفعل درنیامده است." "بنابراین ما می خواهیم میزان را

تعداد بیمارانی که تحت معالجه دارویی مواد مخدر قرار دارند را افزایش دهیم."

"بنابراین ما می خواهیم میزان را تعداد بیمارانی که تحت معالجه دارویی مواد مخدر قرار دارند را افزایش دهیم."

دکتر تام فریدن ، مدیر مراکز کنترل و جلوگیری از بیماری ها

با این حال، بسیاری از ایالات در آمریکا، همچنان به اندازه کنتاکی به روش مبتنی بر پرهیز از مصرف دارو وفادار هستند، و تعداد پزشکانی که این داروها را تجویز میکنند کافی نیست. در یک مطالعه در دانشگاه واشنگتن که بر اساس داده های سال ۲۰۱۲ در این ماه منتشر شد، محققان دریافتند که ۳۰ میلیون آمریکایی در مناطق مختلفی زندگی می کنند که حتی یک پزشک با مجوز تجویز سابوکسن وجود ندارد.

اکثر این شهرستانها در مناطق روستایی واقع شده اند. از اواسط ژانویه، در ویرجینیا غربی که به سختی تحت تاثیر شیوع اعتیاد به هروئین قرار گرفته، طبق گفته اداره مبارزه با مواد مخدر، فقط

۲۳۵ پزشک وجود دارند که مجوز تجویز بوپرنورفین دارند. ۱۸۳ نفر در نوادا، ۸۹ نفر در آرکانزاس، و ۶۰ نفر در آیووا. در تگزاس، ایالتی با تقریباً ۲۷ میلیون جمعیت، فقط ۱۰۴۶ پزشک دارای مجوز برای تجویز این داروها هستند.

آمار فدرال ارائه شده در مجمعی در ماه ژوئن نشان می دهد که از میان ۶۲۵۰۰۰ پزشک واجد شرایط در سراسر کشور، فقط ۲۵۰۰۰ نفرشان مجاز به تجویز بوپرنورفین هستند. فقط ۲.۵ درصد از کل پزشکان مراقبت های اولیه روند صدور این جواز را پشت سر گذاشته اند. سناتور آن زمان، کارل لوین در این جلسه گفت که "هرچقدر تاکید کنم کم است." "اگر پزشکان مراقبت های اولیه نتوانند بیماری اعتیاد را تشخیص دهند و ندانند که چگونه مداخله کنند، پیشرفتمان آهسته تر از آنی خواهد بود که باید باشد."

"و تا زمانی که ما تعداد کمی پزشک داریم که مجاز به تجویز بوپرنورفین هستند، یک سلاح اصلی در مبارزه با ویرانی های اعتیاد را از دست خواهیم داد." پزشکان مراقبت های اولیه که مایل به معالجه معتادان به مواد افیونی هستند، توسط مقررات فدرال از نظر تعداد معتادانی که می توانند معالجه کنند با محدودیت مواجه هستند.

پزشکان دارای مجوز در طول سال اول خود می توانند هر بار فقط برای ۳۰ بیمار سابوکسن یا بوپرنورفین تجویز کنند و در سالهای بعد از آن می توانند هر بار برای ۱۰۰ نفر این دارو را تجویز کنند.

معالجه ی مخفیانه بیماران میتواند به معنای تحت تعقیب قرار گرفتن از طرف اداره ی مبارزه با مواد مخدر باشد.

دکتر پرستون گزوی برای یک دهه است که در ایالت های بالتیمور و هوارد مریلند تجویز سابوکسن را انجام داده است. بعد از اینکه یک دکتر همکار او در سال ۲۰۱۲ به شدت بیمار شد، گزوی جای او را پر کرد و شروع به معالجه بیماران او که تحت درمان با سابوکسن بودند کرد.

او که نگران این بود که اگر درمان دارویی این معتادان به طور ناگهانی قطع شود چه بر سر آنها خواهد آمد، از مرز ۱۰۰ بیمار مجاز خودش عبور کرد.

چند ماه بعد، دو مأمور لباس شخصی اداره مبارزه با مواد مخدر با نامه ای از وزارت دادگستری در دفتر وی ظاهر شدند که به آنها اجازه می داد پرونده بیماران او را بررسی کنند.

گزوی میگوید: "اولین کاری که باید انجام دهید این است که نبض خود را بگیرید و نفس عمق بکشید." او در ذهنش مدام با خود تکرار میکرد: من اشتباه نکرده ام. اما او داشت ۱۰ معتاد بیشتر از حد مجاز قانونی را معالجه میکرد.

ماموران ۴۵ دقیقه از او در باره شیوه ی طبابتش، و در مورد پرونده های بیمارانش که به طور تصادفی از میان دیگر پرونده ها انتخاب کرده بودند، سؤال کردند. آنها به او هشدار دادند که باید درمان آن ۱۰ معتاد را قطع کند.

گزوی میگوید که هنوز این کار را نکرده است. وی در حال حاضر ۱۰۶ بیمار تحت درمان سابوکسن دارد.

وی می گوید: "من که نمیتوانم کسی را فقط به این دلیل که از ظرفیت مجازم رد شده ام و حال او هم به نظر خوب می آید از لیست بیمارانم بیرون کنم."

در مریلند، تا حدی به خاطر قانون بالتیمور، ۸۸۸ پزشک دارای گواهی تجویز بوپرنورفین هستند. این از بسیاری از ایالات پرجمعیت تر پزشکان دارای مجوز بوپرنورفین بیشتری دارد، مانند همسایه اش ویرجینیا که ۴۵۶ پزشک با این مجوز دارد. با این وجود گزوی می گوید که هنوز مجبور است روزانه به دو تا پنج معتاد که با مطبش تماس میگیرند تا این دارو را درخواست کنند، جواب منفی بدهد.

البته مأموران DEA (اداره مبارزه با مواد مخدر - مترجم) به او خیلی سخت نگرفته اند. ورمونت، ایالتی با لیست انتظار طولانی برای بازپروری مبتنی بر دارو، جواز یکی از پزشکان را بخاطر نامه نگاری اداری ناقص، به حالت تعلیق درآورد.

در همین حین که پزشکان زیر ذره بین اداره مبارزه با مواد مخدر هستند، طبق گزارش سال ۲۰۱۴ SAMHSA (توضیح در صفحات قبل)، ایالتها مقررات بیشتری را برای محدودیت شدیدتر دسترسی به داروها وضع میکنند. یازده برنامه Medicaid (نوعی از بیمه درمانی آمریکا- مترجم) محدودیت مادام العمر را مدتی که معتادان میتوانند از برنامه های درمان اعتیاد بوسیله سابوکسن استفاده کنند قرار داده اند، که این زمان بین یک تا حداکثر سه سال است.

محدودیت هایی هم درمورد دوز مورد مصرف یک معتاد وجود دارد. چنین محدودیت هایی بر اساس این فرض غلط شکل گرفته اند که یک بازه ی زمانی مشخص برای درمان اعتیاد وجود دارد. محققان در این گزارش نوشته اند که این محدودیتهای دولتی ظاهراً بر خلاف روند متعارف پزشکی عمل

میکنند. آنها نتیجه گیری میکنند که: "به نظر می رسد چنین محدودیتهایی در مورد داروهای ترک اعتیاد مغایر با شواهد بالینی و بهترین روشهای پزشکی هستند.

رونی کاتز، یک مقام سابق بهداشت عمومی در پورتلند مین، تأثیر مخرب محدودیت دو ساله ای که دولت برای مصرف سابوکسن وضع کرده را یادآوری میکند. او میگوید که برای مشمولان Medicaid از آغاز سال ۲۰۱۳ دیگر تجویز این دارو قطع شد و بسیاری از آنها به مصرف مجدد مواد مخدر روی آوردند.

او ادامه میدهد: "این افراد ناگهان بدون دوز کافی دارو رها شدند." "آنها باید کاری میکردند. این کار این افراد را دوباره به سطح کوچه و خیابان برگرداند. ما قطعاً اثرات این تصمیم را شاهد بودیم."

## دسترسی نابرابر به روشهای درمان اعتیاد از طریق Medicaid

علی رغم اهمیتی که Medicaid برای دسترسی به مراقبت های بهداشتی و درمانی قائل است، بسیاری از ایالت ها سیاست های متناقضی در قبال پرداخت هزینه داروهای مورد استفاده در درمان اعتیاد به مواد افیونی دارند. جامعه داروهای اعتیاد آمریکا، برنامه Medicaid هر ایالت را مورد بررسی قرار داد تا تعیین کند که کدام داروها تحت پوشش قرار می گیرند و آیا محدودیتی اعمال میشود یا خیر. این تحقیق نشان داد که برنامه های Medicaid بسیاری از ایالات هزینه داروهایی مانند متادون را تقبل نمیکند، برای دوز مصرفی بوپرنورفین محدودیت تعیین میکنند، یا تقاضای انجام مشاوره میکنند که ممکن است غیرقابل انجام باشد.

منبع: انجمن پزشکی اعتیاد آمریکا

داده های جمع آوری شده از طریق نظرسنجی در ۳۷ ایالت تکمیل شده اند. قسمت پاسخ برای ایالتهایی که پاسخی به این نظرسنجی نداده اند یا به همه سؤالات نظرسنجی پاسخ نداده اند، یا هزینه های Medicaid را به طور کامل در منابع ثانویه مثل وبسایتشان درج نکرده اند خالی گذاشته شده است.

فشار مقررات باعث شده است که راه برای نیروهای فرصت طلب، مانند کلینیک های پول پرست و پزشکان مشکوک خالی باز شود. بازار سیاه پر جنب و جوشی هم شکوفا شده است. همانطور که



NPR (رادیوی ملی - مترجم) در سال ۲۰۱۲ اعلام کرد، "خیابان تنها بازاری است که پاسخگوی میزان تقاضا" برای سابوکسن است.

این یک مشکل قدیمی است. در دهه ۱۹۷۰ معتادان به دلیل محدودیت قانونی شدید و دسترسی محدود به درمانگاه ها، معتادان به خوددرمانی با متادون غیرقانونی روی آوردند. در حالی که هر تجارت غیرقانونی دارو موجب نگرانی است، اما شواهد ناچیزی مبنی بر استفاده از سابوکسن به عنوان شروع و دروازه ای به مصرف مواد مخدر در آمریکا وجود دارد. معتادان می گویند که مصرف این دارو فقط به آنها کمک می کند که دوباره احساس عادی داشته باشند. معتادی که این کار را هم با و هم بدون داروی تجویزی انجام داده است حس "نشگی" بعد از استفاده از دوز اول این دارو را مشابه نوشیدن یک فنجان قهوه واقعا قوی توصیف میکند. این دارو به شما کمک می کند

معتاد دیگری در مطالعه ای در مورد استفاده ی غیرقانونی از دارو، برای محققان اینگونه توضیح داد: "به وضعیت روحی کمک میکند، میدانید، به من کمک می کند تا احساس عادی بودن کنم اینطور نیست که از آن استفاده کنم تا نشئه شوم."

در یک مطالعه آمریکایی در سال ۲۰۰۹، محققان دریافتند که بیشتر معتادانی که مورد بررسی قرار گرفته بودند از بازار سیاه سابوکسن خریداری می کردند تا ترک کنند. هفتاد و چهار درصد آنها از سابوکسن استفاده می کردند

تا علائم ناشی از ترک را در خود کاهش دهند، در حالی که شصت و چهار درصد از آن استفاده می کردند چون از پس هزینه درمان دارویی برنمی آمدند. محققان این تحقیق خاطرنشان کردند که دلایل متداول برای عدم ثبت نام در برنامه های بازپروری مبتنی بر بوپرنورفین / نالوکسون هزینه و در دسترس نبودن پزشکان واجد شرایط است. "این دارو حتی وقتی در بازار سیاه خریداری شده باشد، صرف نظر از اهداف کاربر، باز هم هدف مورد نظر را محقق میکند - که همان کاهش آسیب است.

یک زن ۲۲ ساله معتاد به پرکوست به محققان تحقیقی در سال ۲۰۱۱ گفت که بدنمی و تابو بودن درمان دارویی برای اعتیاد باعث تشویق او به خرید بوپرنورفین در بازار سیاه شده است. او میگوید: "می خواستم سعی کنم این کار را به تنهایی انجام دهم چون نمی خواستم خانواده ام از اول بدانند

که من [قرص های ضد درد] مصرف میکنم. " بنابراین می توانستم بدون اینکه مشخص باشد، مثلاً اینکه به بازپروری و اینجور چیزها بروم، هر وقت دلم بخواهد استفاده آنها را قطع کنم. " خلاء حاصل از عدم وجود یک مدل پزشکی در ایالات متحده، مدلی که فارغ از دردهای معمول رفتن به کمپ های بازپروری باشد، از چشم سیاستگذاران پنهان نمانده است. فریدن میگوید: "اگر بوپرنورفین در خیابان خریداری می شود و برای خوددرمانی مورد استفاده قرار می گیرد، این بازتاب نیازی است که برای برنامه های درمان دارویی بهتر وجود دارد. "

Dr. Herbert Kleber, a professor of psychiatry at Columbia University and director of the New York State Psychiatric Institute's Division on Substance Abuse, argues that the robust black market is a sign that the benefit of the medication outweighs the risk. "There is no medication without risk. People die every year from aspirin. People have penicillin allergies," he said.

دکتر هربرت کلبر، استاد روانپزشکی در دانشگاه کلمبیا و مدیر بخش سوءاستفاده از داروی انسیتو روانپزشکی ایالت نیویورک، استدلال می کند که بازار قوی سیاه نشانه آن است که سود این دارو از خطر آن بیشتر است. او میگوید: "هیچ داروی بدون خطری وجود ندارد. مردم هر ساله بر اثر مصرف آسپرین می میرند. افرادی هستند که به پنی سیلین آلرژی دارند. " کلبر از زمان تاسیس یک کلینیک متادون در دهه ۶۰، در زمینه استفاده از درمان های دارویی پیشگام بوده است. او جزو اولین کسانی بود که یک کلینیک سابوکسن را در ایالات متحده افتتاح کردند.

او پیشنهاد کرد که در مکان هایی مانند ویرجینیای غربی و کنتاکی، که معتادان ممکن است چندین ساعت از نزدیکترین پزشک معالج که بتواند دارو تجویز کند فاصله داشته باشند، شاید آسان تر کردن قوانین، امری ضروری باشد.

کلبر می گوید: "با اینکه شاید تعداد بسیاری از بیماران با استفاده از بوپرنورفین تنها بهبود پیدا کنند، اما تعداد زیادی، احتمالاً اکثر آنها، در کنار دارو به مشاوره هم احتیاج خواهند داشت. " دکتر برنزل، مدیر بخش سلامت رفتاری، رشد و ناتوانی های فکری سازمان پزشکی کنتاکی برای

که ناظر بر درمان اعتیاد به مواد مخدر در ایالت است، می گوید که او از وجود هیچ معتادی که از سابوکسن به عنوان داروی آغازین برای شروع به استفاده از سایر مواد مخدر استفاده کرده باشد با خبر نیست.

معتادان فعلی و سابق در حومه لوئیزویل، در لکسینگتون و در کنتاکی شمالی گفته اند که سابوکسن را از دوستانشان خریده اند، نه برای اینکه نشئه شوند بلکه به این دلیل که وقتی به تنهایی سعی میکنند ترک کنند، با عوارض ناشی از ترک دست و پنجه نرم کنند.

زندانیانی در زندان کانتون در حالی دستگیر شده اند که سعی داشته اند مخفیانه دارو را به داخل مرکز قاچاق کنند. سرپرست زندان تری کارل این اتفاق را به عنوان نشانه ای سازنده میداند: او اکنون می خواهد درمان زندانیان با تجویز قانونی سابوکسن را شروع کند.

کارل می گوید: "من طرفدار این کار هستم." "استفاده از دارو، برای جلوگیری از مرگ؟ قطعاً!" او تلاش کرده تا بخشی از زندان را به یک مرکز بازپروری مواد مخدر تبدیل کند. اما این برنامه اش بخاطر کمبود بودجه و ازدحام جمعیت با مشکل مواجه شده است.

از اوایل اوت، او ۷۱۰ زندانی در ساختمانی که گنجایش ۶۰۲ نفر را دارد جا داده است.

وی می گوید که یک چهارم آنها موارد بازگشت به اعتیادی هستند که از پرونده های دادگاه مواد مخدر به اینجا فرستاده شده اند.

طبق گفته کارل، قاضیان درباره سابوکسن اطلاعات کافی ندارند. او در تابستان گذشته اظهار کرد که "چیزی شبیه به این که آنها همیشه برای شروع کردن مردد هستند. و اگر بخواهم با شما صادق باشم باید بگویم که امسال سال انتخابات هم است. آنها نمی خواهند کاری انجام دهند که باعث ناراحتی افکار عمومی شود."

در نوامبر ۲۰۱۳، نیویورک تایمز "سویه تاریک بازپروری اعتیاد" را منتشر کرد، نوشته ای که صدها مورد مرگ و میر در ایالات متحده را به بوپرنورفین و سابوکسن ربط داده بود.

قابل توجه ترین ادعای این نوشته، که در اینترنت به صورت گسترده ای بازتاب داشت و نقل میشد، این ادعا بود که "این داروی مواد مخدر از زمان عرضه اش به بازار در سال ۲۰۰۳،" "مظنون اصلی" در ۴۲۰ مورد مرگ و میر گزارش شده به سازمان غذا و داروی آمریکاست.

اما اظهار نظر محتاطانه تری که ۱۲۰ پاراگراف بعد آمده توجه بسیار کمتری دریافت کرده است: سازمان غذا و دارو بر خلاف این فرض اولیه که دارویی که بعنوان مظنون اصلی مطرح شده بود در واقع دلیل مرگ بوده باشد، هشدار میدهد.

مورگان لسینسکی سخنگوی سازمان غذا و داروی آمریکا، به هافینگتن پست گفت که فرد که "مظنون اصلی" را تعیین میکند، لزوماً لازم نیست قبل از معرفی سابوکسن به عنوان مقصر، گزارش کالبد شکافی یا آزمایشگاه را خوانده باشد. همچنین کسی که این ادعا را مطرح میکند لازم نیست واجد شرایط خاصی باشد. لسینسکی توضیح میدهد که "در مورد مرگ"، هیچ یقینی وجود ندارد که یک محصول خاص مورد سوظن باعث مرگ شده باشد. "ممکن است واقعه یا مرگ مربوط به یک بیماری زمینه ای در حال معالجه بوده باشد، یا ممکن است در اثر محصول دیگری که همزمان استفاده شده اتفاق افتاده باشد، یا ممکن است به دلایل دیگری رخ داده باشد."