

Analysis of Emotional-sentimental Actions in Addiction Treatment (A Qualitative Study based on Grounded Theory Approach)

Morteza Pedaryan Joni

*PhD Candidate Sociology, Islamic Azad University, Dehaghan Branch, Dehaghan, Iran
mopedriyan.42@gmail.com*

Feridon Vahida*

*Professor, Department of Social Sciences, University of Isfahan, Iran
fvahida@yahoo.com*

Reza Esmaeili^c

*Assistant Professor, Department of Planning Management, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Iran
r.esmaeili@khuif.ac.ir*

Introduction

The phenomenon of addiction is one of the great problems of human societies. Drug and psychotropic addiction are considered as the fourth global crises along with the three global crises of poverty, environmental destruction, and nuclear threat. Drugs are complex and multifaceted phenomena that are influenced by multiple physical, psychological, social, spiritual, and cultural factors, so the application of any treatment program that emphasizes these dimensions can be effective. Therefore, the present study, considering emotional activities as one of the effective factors in the treatment of addiction, seeks to study the treatment process of addiction at this center to analyze the experiences of those who have improved with this method in Isfahan Abolfazli Board as one of the therapist group that focused on treatment through emotional activities.

Material & Methods

The research method was qualitative based on the theory of systematic approach. The participants of the study were twenty-three individuals recovered by emotional actions in Abolfazli Board of in Isfahan. The sampling method in this study was purposive. Depth interviewing and participatory observation techniques were used to collect research data and three methods of open coding, axial and selective coding were used to analyze the data.

In order to validate the research, current accreditation techniques were used in the field theory method, including control or accreditation by members of analytical systems and external evaluator or inspector technique.

Discussion of Results & Conclusions

The research findings indicated that emotional interactions in the treatment of addiction in the study position revolved around a core category called 'rituals as the bedrock of emancipatory affective actions' and several major categories of components of the paradigm model research were causal conditions like emotional communication, rhythmic movements, shaman personality and sense of freedom; contextual conditions such as religious rituals, excitement and

arousal; interventionist conditions of music, poetry, space and place, mourning, vectors of emotion; action-interactions including spiritual connection, phase taking and perspiration. The main outcomes were physical and mental therapy of people with drug addiction.

The most important result of the present study was a situation in which the rituals serve as a bedrock for emotional activities leading to the treatment of addicts and their relief from the disease. In other words, the main context for the formation and activity of Abolfazli Board as one of the addiction treatment centers acting in a distinct and largely unique way in the treatment of addiction was the rituals and activities associated with this phenomenon.

Setting up rituals and performing them provided the basis for the emergence of emotional actions that, in addition to establishing the spiritual connection of the person referred to with sacred power, provided a context for their mobility and physical activity that led to high sweating resulting in the removal of toxins from their bodies and unwilling to take drugs. Therefore, it can be said that the treatment of addiction occurs in the context of rituals, through emotional actions, a treatment that liberates the consumer from the troubles, mental and physical limitations of drug abuse.

*Corresponding author

Copyright©2019, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.

All that is happening in the context of rituals that are influenced by emotional activities is a topic that is the main focus and goal of most addiction treatment methods and that is the detoxification of the body of addicts.

In other words, detoxification, or the removal of drug-related toxins from the body of addicts, is a subject that is followed in most addiction treatment modalities. But, what sets the detoxification process apart from other methods in the context of the study is the use of emotional actions and persistently high sweating that occurs in the healing room with the characteristics mentioned earlier. Therefore, it should be said that people's involvement in emotional activities at the center of leaving Abolfazli, in addition to the mental, emotional actions, and behavioral changes that occur for the clients, is the most important consequence and a purely biological and chemical phenomenon known as detoxification of these individuals through high sweating, which ultimately results in their treatment.

Keywords: Addiction, Rituals, Emotional-emotional Actions, Treatment.

References

- Anselm, S. & Carbon, J. (2012) *Foundations of Qualitative Research, Techniques, and Processes of Background Theory Production*. Translated by Ebrahim Afshar. Tehran: Ney Publishing
- Alavi, S. S. Ferdosi, M. Jannatifard, F. Eslami, M. Alaghemandan, H. & Mehrdad, S. (2012) "Behavioral Addiction Versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views." *International Journal of Preventive Medicine*, 3 (4): 290-294.
- Bustani, D. & Mohammadpour, A. (2009) "Semantic Reconstruction of Boys' Gender Orientation Toward Girls (Providing a Theory)." *Strategic Studies in Women*, 44: 172-142 (in Persian).
- Blaikie, N. (2007) *Approaches to Social Inquiry*. London: Polity Press.
- Cecchini, M. & Lopresti, V. (2007) "Drug Residues Store in the Body Following Cessation of Use: Impacts on Neuroendocrine Balance and Behavior – Use of the Hubbard Sauna Regimen to Remove Toxins and Restore Health." *Medical Hypotheses*, 68: 868-879.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015) *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Creswell, J. W. (1998) *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. CA: Sage.
- Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000) "Determining Validity in Qualitative Research." *Theory into Practice*, 39 (3): 124-130.
- Faramarzi, S. (2010) "The Effect of Shi'a Religious Rituals on Prevention of Social Deviations (Addiction) in Meshkinshahr City." MA Thesis, University of Isfahan.
- Ferasatkah, M. (2016) *Qualitative research method in social sciences with emphasis on grounded theory (GTM Grounded Theory)*. Tehran: Agah publishing (in Persian).
- Headquarters Against Drugs. (2018) *Compilation of Policy Documents Including Comprehensive Document on Social Support and Treatment of Addiction Comprehensive Research Document and Strategic Document on Counter Narcotics Supply*. Tehran: Donyaye Daroun publishing (in Persian).
- Headquarters Against Drugs. (2018) *People's Attitudes toward Drugs and Psychotropic Drugs and Their Use, Office of Research and Education*. Tehran: Donyaye Daroun publishing (in Persian).
- Hochschild, A. R. (1979) "EmotionWork, Feeling Rules and Social Structure." *American Journal of Sociology*, 85 (3): 551-75.
- Hashemi, A. (2004) *Addiction to the Social Crisis and Threat to National Security, Special Letter from the Best Written Works on Drugs and Its Abuse, Headquarters Against Drugs*. Tehran: Presidency (in Persian).
- Hemati, R. & Rabbani, A. (2008) "Controversy over the Problem of Credibility in Qualitative Research." *Journal of Faculty of Literature & Humanities, Tarbiat Moallem University of Tehran*, 16 (61): 275-273 (in Persian).
- Rabbani Khorasgani, A. & Kianpour, M. (2009) "Sociology of Emotion." *Journal of Applied Sociology*, 34 (2): 64-35 (in Persian).
- Mohammadpour, A. Rezaei, M. Partovi, L. & Sadeghi, R. (2009) "Semantic Reconstruction of Family Changes in a Theoretical Approach: (Case Study: Mangor and Gork State)." *Research Family*, 5 (19): 330-309 (in Persian).
- Iman, M. T. (2012) *Qualitative Research Methodology*. Qom: Domain and University Research (in Persian).
- Sedighi, S. K. (2002) "The Effectiveness of Community-Based Therapy on the Psychological Profile of Substance Abusers in Isfahan." MA Thesis, University of Isfahan.
- Neuman, L. W. (2000) *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. London: Sage Publication.

- Schiff, J. W. & Moore, K. (2006) "The Impact of the Sweat Lodge Ceremony on Dimensions of Well-Being." *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 13 (3): 48-69.
- Shields, M. Beckmann, S. Tennant, F. & Wisner, R. M. (1995) "Reduction of drug residues: applications in drug rehabilitation." Abstracts of the 123rd Annual Meeting of the American Public Health Association.
- Shott, S. (1979) "Emotion and Social Life: A Symbolic Interactionist Analysis." *American Journal of Sociology*, 84 (6): 1317-34.
- Silverman, D. (2005) *Doing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- UNODC. (2010) *Global Illicit Drug Trends*. New York: United Nations.
- Yarmohammadi, V. Ghaemi, M. & Ghanadi, F. (2012) "The Impact of Therapeutic Community Approach on the Treatment of Addiction and Associated Mental Disorders." *Journal of Clinical Psychology Studies*, 6: 39-1 (in Persian).
- Yokogawa, K. Ishizaki, S. & Ohkuma Miyamoto, K. (2002) "Influence of lipophilicity and lysosomal Accumulation on Tissue Distribution Kinetics of Basic Drugs; A Physiologically Based Pharmacokinetic Model." *Methods Find Clin Pharmacol*, 24: 81-93.





پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران
سال هشتم، شماره پیاپی (۲۶)، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۸
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۷
صص ۱۰۵-۱۲۶

واکاوی کنش های احساسی - عاطفی در درمان اعتیاد مطالعه کیفی با روش نظریه زمینه‌ای

مرتضی پدریان جونی، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، ایران

mopedriyan.42@gmail.com

فریدون وحید، استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه اصفهان، ایران*

fvahida@yahoo.com

رضا اسماعیلی، استادیار، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی، دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان،

ایران

r.esmaeili@khuif.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف واکاوی کنش‌های احساسی - عاطفی در درمان اعتیاد و با استفاده از روش کیفی و استراتژی نظریه زمینه‌ای انجام شده است و مشارکت‌کنندگان در پژوهش، بیست و سه نفر از بهبودیافتگان شهر اصفهان هستند. برای گردآوری داده‌ها از تکنیک مصاحبه عمیق و مشاهده مشارکتی و به منظور تحلیل اطلاعات از سه شیوه کدگذاری باز، محوری و گزینشی استفاده شده است. طبق یافته‌های مقاله، در درمان اعتیاد کنش‌های احساسی - عاطفی حول یک مقوله هسته به نام «مناسک به مثابه بستر کنش‌های عاطفی رهایی‌بخش» و چند مقوله اصلی به تفکیک اجزای مدل پارادایمی پژوهش شکل گرفته‌اند که شامل این موارد هستند: درزمینه وضعیت علی: ارتباطات عاطفی، حرکات ریتمیک، شخصیت شمن و احساس آزادبودن، درزمینه وضعیت زمینه‌ای: مناسک دینی، ایجاد شور و هیجان و برانگیختن احساسات و درخصوص وضعیت مداخله‌گر: موسیقی، شعر، فضا و مکان، عزاداری، ناقلان احساس، عمل - تعامل‌ها، ارتباط معنوی، گرفتن فاز و تعریق زیاد. براساس این نتایج، پیامد اصلی این کنش‌ها نیز درمان جسمی و روحی افراد معتاد است.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، مناسک، کنش‌های احساسی - عاطفی، درمان

* نویسنده مسؤول: ۰۳۱۳۶۶۸۷۹۹۷

Copyright©2019, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.

[Doi: 10.22108/srsp.2019.117803.1425](https://doi.org/10.22108/srsp.2019.117803.1425)

مقدمه و بیان مسئله

پدیده اعتیاد یکی از معضلات بزرگ جامعه بشری است؛ به طوری که با وجود دستاوردهای بزرگ بشر در عرصه های مختلف علمی، فناوری، اقتصادی و اجتماعی، جامعه جهانی در حالی به قرن بیست و یکم وارد شده که تهدیدهای ناشی از مسائل و مشکلات اجتماعی بر پیشرفت و سعادت انسان ها سایه افکننده و رفاه آنان را در ابعاد مختلف، با خطر مواجه ساخته است. در کنار سه بحران جهانی فقر، نابودی محیط زیست و تهدید هسته ای اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان ها به صورت بحران چهارم جهانی قلمداد شده است؛ به گونه ای که هیچ کشوری در جهان از شوک های ناشی از اعتیاد، در ابعاد فردی، خانوادگی، بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی مصون نیست (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶ ب: ۹).

بر مبنای آمار ارائه شده سازمان های بین المللی از جمله برنامه بین المللی کنترل مصرف مواد سازمان ملل متحد، نزدیک به ۲۷۵ میلیون نفر در سرتاسر جهان، یعنی تقریباً ۵/۶ درصد جمعیت بالغ ۱۵-۶۴ ساله، دست کم یک بار در سال ۲۰۱۶ مواد مخدر مصرف کرده اند. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی تقریباً ۴۵۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۵ در نتیجه مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده اند. طی سال های ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۷، تولید جهانی تریاک با ۱۰۵۰۰ تن، یعنی با ۶۵ درصد افزایش، به بیشترین میزان خود رسیده است؛ در حالی که در ابتدای قرن بیستم، سازمان ملل متحد با احداث یک دفتر مقابله با مواد مخدر، سنجش و نظارت بر میزان تولید جهانی تریاک را آغاز کرده است. تولید جهانی کوکائین در جهان به بیشترین میزان رسیده و مطابق یک پیش بینی ۱۴۱۰ تن هروئین (کوکائین) تولید شده است. در سال ۲۰۱۶ تولید کوکائین به نسبت سال پیش از خود، ۲۵ درصد افزایش یافته است (UNODC, 2018: 9-13). اعتیاد به مواد و سوء مصرف مواد، به یک معضل اجتماعی، روانی و بهداشتی تبدیل شده است که کشورهای مختلف و جوامع

مختلف بشری را به شدت تهدید می کند؛ بنابراین، باتوجه به گسترش پدیده اعتیاد و افزایش تعداد افراد مبتلا به آن، لازم است از لحاظ پیش گیری و درمان اعتیاد چاره اندیشی شود؛ زیرا احتمالاً این امر به کاهش آسیب های ناشی از آن منجر می شود. در دنیای فعلی برای درمان اعتیاد رویکردها و روش های متعددی به وجود آمده و براساس فرآیند اعتیاد، در کشورهای مختلف برای آن شیوه های درمانی متفاوتی به کار رفته است که این شیوه های درمان، گاهی مفید و کارا و گاهی با اثربخشی کمتری به حیات خود ادامه می دهند. پدیده درمان اعتیاد پیچیدگی مضاعفی دارد و وجود شیوه های درمان متفاوت، مانند این موارد، این مسئله را نشان می دهند: شیوه فردی و گروهی، اجباری و داوطلبانه، تمرکز بر نگرش و رفتار، استفاده از دارو یا بدون دارو، استفاده از شیوه های پزشکی مانند تعویض خون، شیوه های سریع و فوق سریع با استفاده از روش های روان شناسی و روان کاوی، استفاده از عقلانیت و حوزه های شناختی یا استفاده از شیوه های احساسی و عاطفی. در همین زمینه، ستاد مبارزه با مواد مخدر با تدوین اسناد سیاست گذاری شامل سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد، به دنبال دستیابی به شیوه های درمانی و تئوریزه کردن این روش ها با تأکید بر روش های بومی درمان منطبق با فرهنگ ملی - دینی است و در این خصوص، نبود پژوهش های بومی در حوزه درمان، بازتوانی و زیان کاهی اعتیاد را از نقاط ضعف درمان اعتیاد می دانند. مطابق سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان، نقاط ضعف درمان اعتیاد این موارد هستند: دانش کم سیاست گذاران، دید ارزش داورانه و نگرش منفی به درمان و شیوه های پذیرفته نشده آن، وضعیت فرهنگی، مبری کردن خود، انگ پدیده اعتیاد و دلایل دیگر، تصمیم گیری های شخصی و غیر علمی و عاطفی و هیجانی بودن (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶ الف: ۲۷ و ۲۶).

باتوجه به این مسائل، پژوهش حاضر به درمان اعتیاد و چگونگی انجام این کار توجه کرده است. اعتیاد به دو گونه

کار گرفته می‌شوند.

چارچوب مفهومی

با در نظر گرفتن تفاوت‌های پارادایمی دو روش کمی و کیفی، در پژوهش‌های کیفی برای تدوین و آزمون فرضیه‌ها به جای استفاده از چارچوب نظری از چارچوب مفهومی برای استخراج سؤال یا سؤالات پژوهش استفاده می‌شود. چارچوب مفهومی مجموعه مفاهیم مرتبطی هستند که بر مفاهیم و موضوع‌های عمده مدنظر تمرکز دارند و آنها را در قالب یک نظام منسجم و مرتبط معنایی به همدیگر پیوند می‌دهند (ماکسول، ۲۰۰۴، به نقل از محمدپور و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۱۳) بر این اساس، در این مقاله برای تدوین چارچوب مفهومی از رویکرد جامعه‌شناسی تفسیری یا تفسیرگرایی اجتماعی استفاده شده است. مطابق اصل اساسی این رویکرد، باتوجه به خلاق بودن و نیز سیال بودن ماهیت انسان و واقعیت اجتماعی نمی‌شود مسیر و روش خاصی را برای درک واقعیت‌ها یا ایجاد تغییر در آنها پیشنهاد کرد (Neuman, 2006 and Blaikie, 2007) به این ترتیب، چون منبع و مرجع نهایی هرگونه ساخت‌وساز و تغییر واقعیت‌های اجتماعی همان انسان است، پس درک انسان از واقعیت‌ها، تغییر این واقعیت‌ها و چگونگی معنادار کردن آنها اهمیت دارد. همچنین، براساس این رویکرد، تفسیر و درک مردم از دنیای پیرامون خود در بستر زندگی روزمره شکل می‌گیرد؛ بنابراین، معنای تولیدشده وابسته به بستر است و در درون آن معنادار می‌شود (محمدپور و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۱۳). در پژوهش حاضر نیز سعی بر این بوده است که با استفاده از رویکرد تفسیری، کنش‌های احساسی - عاطفی درمان اعتیاد از طریق درک تجربه بهبودیافتگان واکاوی شود؛ به عبارت دیگر، می‌شود رویکردهای مسلط در درمان اعتیاد را به سه دسته اصلی شناختی - عقلانی (مراکز TC)، عقلانی - احساسی (کنگره شصت و زیرشاخه‌های آن و انجمن معتادان گمنام) و عاطفی - احساسی تقسیم‌بندی کرد (ترک ابوالفضلی‌ها) و این پژوهش، به‌طور مشخص بر رویکرد

مصرفی و رفتاری تقسیم می‌شود که اعتیاد مصرفی ورود هر نوع مواد (اعم از سنتی یا صنعتی) از طرق مختلف به بدن (اعم از خوراکی، تدریسی، استنشاقی، تزریقی، جذب، پوششی و شنیداری) و اعتیاد رفتاری انجام هر نوع رفتار یا عمل وابسته‌کننده است؛ مانند: سکس، نظربازی، خودارضایی، قمار، فضای مجازی و ... (Alavi et al., 2012: 109). پژوهشگران، در این مطالعه به دنبال دستیابی به شیوه درمان اعتیاد مصرفی هستند؛ یعنی هدف ما بررسی شیوه درمان رفتار یا تغییر رفتار مصرفی است. برای این کار، از میان انواع شیوه‌های درمان و گروه‌های درمانی فعال ملی و بین‌المللی مبدع درمان اعتیاد، یک گروه از گروه‌های درمانگر را با نام «هیئت ابوالفضلی» یا «ترک ابوالفضلی» به صورت مطالعه موردی انتخاب و آن را ارزیابی کرده‌ایم.

باتوجه به پیچیدگی و چندوجهی بودن موضوع مصرف مواد مخدر و تأثیرپذیری آن از عوامل متعدد جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و فرهنگی احتمال دارد هر برنامه درمانی تأکیدکننده بر این عوامل، بر ابعاد اعتیاد تأثیر داشته باشد (یارمحمدی‌واصل و همکاران، ۱۳۹۱: ۲). در همین زمینه، این مقاله با مدنظر قراردادن کنش‌های احساسی - عاطفی به شکل یکی از عوامل اثرگذار در درمان اعتیاد، درصدد است با استفاده از واکاوی تجربه بهبودیافتگان هیئت ابوالفضل شهر اصفهان، به‌طور مشخص به این سؤالات پاسخ دهد: ۱. فرایند درمان اعتیاد در هیئت ابوالفضل، چه مراحل و روندی دارد که این هیئت را از سایر مراکز و گروه‌های درمانی اعتیاد متمایز می‌کند؛ ۲. برای درمان اعتیاد، وضعیت علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر مرتبط با عمل - تعامل کنشگران مدنظر مطالعه چه وضعیتی است؛ ۳. عمل - تعامل‌ها یا راهبردهای اصلی کنشگران در بستر مدنظر کدام‌اند؛ ۴. مهم‌ترین کنش‌های احساسی - عاطفی مدنظر در درمان اعتیاد که این گروه درمانگر (هیئت ابوالفضل) بر آن تمرکز و تأکید دارد، چه مواردی هستند و ۵. چگونه و با استفاده از چه مکانیسم یا سازوکاری کنش‌های احساسی - عاطفی در درمان اعتیاد به

کنش های احساسی - عاطفی در درمان، برانگیختگی عواطف و احساسات در مناسک بسیار زیاد و در جامعه شناسی عواطف، حوزه مناسک بسیار قوی تر و پررنگ تر است. در دیدگاه جامعه شناسی عواطف مناسکی نگاه ها اصولاً بر کارکردهای مثبت عواطف در مناسک متمرکز هستند. این دیدگاه، عمدتاً به دیدگاهی خوش بینانه به عواطف و احساسات توجه دارد؛ بنابراین، در این مقاله سعی شده است با استفاده از رویکرد تفسیری و روش نظریه زمینه ای، کنش های احساسی - عاطفی در درمان اعتیاد، از طریق کنکاش در تجربه زیسته بهبودیافتگان بررسی شود. برای انجام این کار، از رویکردهای مختلف به این شکل استفاده شده است: از رویکرد تفسیری و نظریه زمینه ای به صورت یکی از روش های اصلی رویکرد کیفی استفاده شده و همچنین، برای ایجاد حساسیت نظری، از رویکرد ساختمندی جامعه شناسی احساسات، به شکل چارچوب مفهومی پژوهش و برای گسترش دید پژوهشگر نسبت به ایده ها و مفاهیم پدیدار شونده در فرایند پژوهش بهره برده شده است.

پیشینه پژوهش

با عنایت به عنوان پژوهش حاضر و براساس مطالعات انجام شده، تا آنجا که در توان نویسنده بوده، پیشینه دقیقاً مرتبطی با موضوع یافت نشده است؛ به بیان دیگر، می شود گفت فقر پیشینه پژوهش در این موضوع، بدیع و نوآوردن این مقاله را نشان می دهد؛ با این حال، می شود برخی از پژوهش های مرتبط با پژوهش ما و نتایج آنها را این طور شرح داد:

صدیقی (۱۳۸۱) با هدف بررسی اثربخشی مرکز TC^۴ در درمان معتادان، پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخش اجتماع درمان مدار بر نیم رخ روانی سوء مصرف کنندگان مواد در اصفهان» انجام داده است. براساس روش بررسی آزمایش و نتایج پژوهش، میان دو گروه گواه و آزمایش، از لحاظ تأثیر

عاطفی - احساسی متمرکز است. در این رویکرد درمانی در هنگام درمان دو حوزه بسیار مهم احساسات و عواطف و به دنبال آن، مناسک دینی در برانگیختگی این احساسات به طور تعیین کننده ای نقش دارند؛ بنابراین، می شود گفت این رویکرد آشکارا در حوزه جامعه شناسی احساسات و عواطف قرار می گیرد. با عنایت به تقسیم بندی جامعه شناسی احساسات به دو رویکرد «اثبات گرایی»^۱ و «ساختمندی اجتماعی»^۲ پژوهش حاضر را می شود در چارچوب رویکرد ساختمندی اجتماعی جامعه شناسی احساسات بررسی کرد. براساس رویکرد ساختمندی اجتماعی انسان ها قادرند احساسات خود را مدیریت و کنترل کنند. در این دیدگاه، احساسات تولیداتی فرهنگی - اجتماعی هستند که در جوامع مختلف شکل های متفاوتی به خود می گیرند (هوشیلد^۳، ۱۹۷۹)، به نقل از ربانی خوراسگانی و کیانپور، ۱۳۸۸: ۴۱). طبق ادعای شات، یکی از نظریه پردازان رویکرد ساختمندی، تعریف کنشگر از موقعیت عامل اصلی در تجربه یک احساس است. با توجه به این نکته، به تصور شات «فعل و انفعالات فیزیولوژیکی برای تجربه احساسات لازم هستند؛ اما به خودی خود تثبیت کننده آنها نیستند؛ زیرا این تعاریف و تفاسیر کنشگر است که به فعل و انفعالات فیزیولوژیکی اهمیت یا بی وزنی احساسی می دهد» (Shoot, 1979: 1324). با در نظر گرفتن این موضوع، باید گفت در رویکرد ساختمندی ضمن توجه به متفاوت بودن ویژگی های فرهنگی با احساسات نشئت گرفته از تولیدات اجتماعی و فرهنگی مختص هر جامعه، تعریف کنشگر از یک موقعیت و عمل او در این موقعیت، در تجربه وی از یک احساس یا کنش احساسی عاملی تعیین کننده است.

همچنین، براساس طبقه بندی انواع جامعه شناسی احساسات و عواطف، این پژوهش بر وجه دیگر کنش احساسی - عاطفی، یعنی رویکرد درمانی عواطف مناسکی - آئینی استوار است. به دلیل محوری و مبنایی بودن نقش

^۱ Positivism

^۲ Social Constructionism

^۳ Hochschild

^۴ Addiction Treatment Center

پژوهش با استفاده از تمرینات جسمانی، آموزه‌های روان‌شناسی و یک رژیم متعادل، می‌شود به‌طور طبیعی سموم ذخیره‌شده در بدن را خارج کرد.

شیف و مور^۳ (2006) در پژوهش خود، تأثیر اتاقک تعریق و مناسک مربوط به آن را بر ابعاد بهبودی بررسی کرده‌اند. آنها این کار را با استفاده از روش شبه - آزمایشی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با استفاده از گروه آزمایش و گواه انجام داده‌اند. براساس نتایج این مطالعه، مناسک سنتی اتاقک تعریق تغییر مثبتی در مشارکت‌کنندگان ایجاد می‌کند که در چند حیطه بهبودی، درمان جسمی، روحی، احساسی و روانی اندازه‌گیری می‌شود. برای بیشتر مردمان بومی، در مناسک دینی ارتباط با روح نقطه شروع سفر درمانی است و براساس میزان زمان شروع درمان در اثر این ارتباط روحانی، مناسک و مراسم اتاقک تعریق، تغییرات مثبتی در احساس فرد نسبت به زندگی و ارتباط با آن ایجاد می‌کنند.

در جمع‌بندی نتایج پژوهش‌های پیشین، می‌شود گفت این پژوهش‌ها با تمرکز بر مؤلفه‌های روان‌شناختی، مناسک و سم‌زدایی اعتیاد را درمان کرده‌اند؛ بنابراین، تأکید آنها بر این مؤلفه‌ها با رویکرد استفاده‌شده در پژوهش حاضر مرتبط است. همچنین، در این پژوهش برخلاف مطالعات قبل، بر کنش‌های احساسی و عاطفی در بستر مناسک تمرکز کرده‌ایم که این امر، از طریق تعریق فعل و انفعالات فیزیولوژیک، برای سم‌زدایی انجام شده و در پژوهش‌های پیشین، به‌صورت هم‌زمان به این موضوع توجه نشده است.

میدان مطالعه

میدان مطالعه پژوهش، یکی از مراکز درمانی اعتیاد شهر اصفهان به نام هیئت ابوالفضل است که از آغاز تأسیس آن در سال ۱۳۷۶ تاکنون، بنا بر ادعای مسئولش، تاکنون نزدیک به ۲۰ هزار نفر در آن درمان شده‌اند. گروه درمانگر ساختاری

TC بر نیم‌رخ روانی سوء‌مصرف‌کنندگان مواد تفاوت معناداری وجود دارد.

فرامرزی (۱۳۸۹) در مقاله «بررسی تأثیر مناسک مذهبی شیعه (عاشورا) در پیشگیری از انحرافات اجتماعی (اعتیاد)» این مسئله را با روش پیمایش در شهرستان مشکین‌شهر کاویده است. در این مقاله، پژوهشگر نقش اعتقادات و باورهای دینی را در کاهش سوء‌مصرف بررسی کرده و به این نتیجه رسیده است که افراد پذیرنده اصول مذهبی نسبت به این اصول احساس تعهد می‌کنند؛ به همین دلیل، احتمال گرایش به مواد مخدر در میان آنان کمتر است. گذشته از آن، بین انجام مناسک دینی، مراسم مذهبی و انحرافات اجتماعی رابطه وجود دارد. همچنین، طبق نتایج این مقاله متغیرهای میزان مشارکت در مراسم عاشورا، بُعد مناسک دین‌داری، همبستگی گروه، کنترل درونی و بُعد پیامد دین‌داری، در مجموع قادر بوده‌اند به میزان زیادی از اعتیاد زندانیان پیشگیری کنند.

کچینی و لوپرستی^۱ (2007) در مطالعه خود، ضمن توجه به نقش تعریق و سونا در زمینه سم‌زدایی، با استفاده از روش آزمایشی جامعه آماری مدنظرشان را ارزیابی کرده‌اند. نتایج حاصل از کار آنها نشان می‌دهد تعریق و سونا در سم‌زدایی افراد مصرف‌کننده مواد مخدر به میزان زیادی اثرگذار است و این رابطه، با مدت زمان ماندن در اتاق تعریق یا سونا و میزان دمای آن با سم‌زدایی رابطه مستقیم دارد.

کار^۲ (2007) در یک پروژه با عنوان «سم‌زدایی طبیعی» با هدف چگونگی سم‌زدایی و درمان به شیوه‌های طبیعی و به‌صورت تعریق، با کمک مطالعه تجربی ده هزار مصرف‌کننده مواد مخدر را در مقیاس بین‌المللی ارزیابی کرده است. مطابق نتیجه مطالعات او از طریق سم‌زدایی می‌شود سموم مواد مخدر ذخیره‌شده در ساختار کبد را (که مانع درمان معتادان است) از طریق سونا و عرق کردن دفع و افراد مصرف‌کننده را نسبت به مواد مخدر بی‌میل کرد؛ به عبارت دیگر، مطابق نتیجه این

¹ Ceechini & LoPresti

² Carr

³ Schiff & Moore

مقدسات دینی القا می‌کند.

۳. ورود به اتاق شفا: در این مرحله، افراد مصرف‌کننده، درمان‌شده‌های قبلی و افراد معمولی به‌صورت گروهی به اتاق شفا وارد می‌شوند. اتاق شفا مکانی است که از لحاظ احساسی وضعیت خاصی دارد؛ به‌طوری‌که می‌شود آن را این‌طور توصیف کرد: الف. تزئین اتاق با استفاده از پارچه‌نوشته‌ها و تصاویر، نوعی حالت ذهنی با گرایش به ائمه اطهار، به‌خصوص ابوالفضل (ع) را در ذهن افراد تداعی می‌کند که بیانگر نوعی برانگیختگی دینی در افراد است و این حس، در میان بیشتر افراد برانگیخته می‌شود و ب. دومین ویژگی وجود نور بسیار کم اما سبزرنگ در اتاق است. امروزه ثابت شده است رنگ همانند نور سرعت، طول موج، حالات ارتعاشی و تداخلی، خاصیت بومی و در رابطه با مغز و قوه بینایی اثر ذهنی و روانی دارد و به همین دلیل، قادر است به اشیاء بُعد و صمیمیت ببخشد (استوار، ۱۳۹۱: ۵). باتوجه‌به روان‌شناسی رنگ‌ها رنگ سبز در یک تعامل میان فرد و محیط، در درون فرد نوعی آرامش پدید می‌آورد؛ به این ترتیب، فرد معتاد با وجود تلاطم و به‌هم‌ریختگی درونی خود، با حضور در این فضا و تعامل میان مکان، فضا، گروه و فرد، نوعی احساس آرامش خاص پیدا می‌کند که این مسئله، ممکن است در فرد نوعی برانگیختگی احساسی - عاطفی ایجاد کند. این برانگیختگی مثبت ایجادشده نیز فرد را بر می‌انگیزد که از نظر احساسی - عاطفی تغییراتی روحی و جسمی را در خود شروع کند.

۴. دمای اتاق: دمای اتاق، بدون انجام حرکات ورزشی به حدود ۵۷ درجه می‌رسد و در هنگام آغاز حرکات نمایشی و مناسک عزاداری بیش از ۶۰ درجه می‌شود که این زمان، مهم‌ترین مرحله از سم‌زدایی افراد است؛ زیرا مواد مخدر از لحاظ مولکولی و ساختاری در چربی‌ها حل می‌شوند. مواد مخدر چربی‌دوست و خود از انواع چربی هستند و از نظر فیزیولوژی، کبد محل تجمع، ذخیره‌سازی و سوخت‌وساز چربی‌ها است (Cecchini & Lopresti, 2007: 870 & 871 and)

نسبتاً ساده با ترکیب این عناصر دارند: ۱. رهبر گروه، شمن یا کاریزما، ۲. خدمت‌گزاران، ۳. افراد درمان‌شده، ۴. افراد بیمار و ۵. دوستان و علاقه‌مندان به این گروه درمانی.

در این مرکز، مراحل درمان مبتنی بر حوزه‌های کنش‌های عاطفی - احساسی با استفاده از مناسک دینی، یعنی به‌کارگیری نوعی ساختار مذهبی نوستالژیک در مصرف‌کننده مواد مخدر است؛ بنابراین، مراحل درمان به این صورت است: ۱. دادن دارو: داروهای مدنظر را می‌شود به ۲ دسته تقسیم‌بندی کرد: الف. داروهای عام: این دارو برای همه افراد واردشونده به اتاق شفا داده می‌شود و داروی نگهدارنده نام دارد که شامل دیکلوفناک^۱ و قرص ASA^۲ است تا بدن فرد در دمای بالای ۵۵ درجه، مقاومت کند. بر اثر تعریق، مقدار آب میان‌بافتی و به‌تبع آن، آب داخل خون کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه، با افزایش غلظت خون، احتمال بروز لخته‌شدن خون نیز افزایش می‌یابد؛ بنابراین، مصرف قرص ASA، باتوجه‌به ساختار دارویی ضدچسبندگی پلاکت‌ها مانع از چسبندگی یا ایجاد لخته‌شدن خون می‌شود. همچنین، این دارو آثار ضدالتهابی و ضد درد نیز دارد و ب. دارو برای افراد بیمار: به‌جز آن داروی عام، براساس نوع مواد مصرفی و میزان مصرف، از داروهای متعددی نظیر کلونیدین^۳ و لیتوم^۴ استفاده می‌شود که این داروها یک ساعت قبل از رفتن به اتاق شفا مصرف می‌شوند.

۲. مناسک داروخوران: مصرف دارو با نوعی مناسک دینی خاص انجام می‌شود؛ به این صورت که پس از نشستن فرد رو به قبله، دارو بدون لمس دست مصرف‌کننده در دهان او گذاشته و هم‌زمان، در این مرحله با لمس سر بیمار ذکر و اورادی خوانده می‌شود. ظرفی که در آن به بیماران آب داده می‌شود، با نوشته‌ها و مضامین خاص دینی تزئین شده است که به فرد نوعی معنویت و احساس عاطفی را نسبت به

¹ Diclofenac

² Acetylsalicylic Acid (aspirin)

³ Clonidine

⁴ Lithium

مثلاً ارشد و بالا و پایین بودن ندارد؛ ر. نداشتن مکانیسم تنبیه: هیچ مکانیسم وسازوکار تنبیهی وجود ندارد؛ ز. نداشتن هیچ گونه مسئولیتی برای انجام فعالیت‌های روزمره بیماران: معنادان مجبور نیستند اعمالی چون این موارد را انجام دهند: شستن ظروف، آشپزی، نظافت و

روش پژوهش

در این مقاله، روش نظریه زمینه‌ای به صورت یکی از روش‌های اصلی پژوهش به کار رفته و به همین دلیل، این پژوهش از نوع کیفی است. نظریه زمینه‌ای، طرح پژوهش کیفی است که در آن، پژوهشگر براساس تولید یک تبیین عام (نظریه) از یک فرایند، کنش یا تعامل را آغاز می‌کند و این مسئله، بر مبنای دیدگاه شماری از مشارکت‌کنندگان شکل می‌گیرد (استراوس و کربین، ۱۹۹۸، به نقل از ایمان، ۱۳۹۱: ۷۱ و ۷۰). رویکرد مدنظر ما از نوع سیستماتیک یا نظام‌مند^۱ و نظریه زمینه‌ای است. در رویکرد سیستماتیک، پژوهشگر نظریه زمینه‌ای از طریق عمل نظام‌مند پژوهش، معانی موجود در داده‌ها را کشف می‌کند و طی مراحل کدگذاری سه‌گانه معین (باز،^۲ محوری^۳ و گزینشی^۴) معانی کشف‌شده را در ظرف‌های مقوله‌ای تقریباً مشخص می‌ریزد و مدل پارادایمی و در مقیاس بالاتر، نظریه محدود به واقعیت خاص را ارائه می‌دهد (فراست‌خواه، ۱۳۹۵: ۱۲۰).

نویسنده در پژوهش کیفی برای گردآوری اطلاعات، با افرادی تماس برقرار می‌کند که در زمینه موضوع مدنظر مطالعه یا جنبه‌هایی از آن، اطلاعات و شناخت مناسب و نسبتاً کافی داشته باشند. در این مقاله، مشارکت‌کنندگان ۲۳ نفر از بهبودیافتگان رویکرد احساسی - عاطفی درمان اعتیاد در هیئت ابوالفضل شهر اصفهان هستند.

(Yokogawa et al., 2002). گذشته از آن، فرآیند مطابقت دمای درون و بیرون بدن انسان، ۲۰ دقیقه پس از ورود به فضا و دمای جدید انجام می‌شود. دمای بیشتر از ۶۰ درجه، فعالیت سریع‌تر قلب و افزایش ضربان آن را در پی دارد و در این وضع، کبد فعال می‌شود و ضمن سوزاندن چربی‌ها، از طریق خون، دما را به سطح پوست و از طریق کلیه‌ها به ادرار منتقل می‌کند. در چنین فرآیندی، بدن به دلیل ذخیره‌سازی مواد مخدر در کبد و ساختار چرب و متمایل آنها به چربی، شکستن مولکول‌های چربی و سموم ذخیره‌شده در آن و آزادسازی چربی و سموم کبد را آغاز می‌کند. کبد برای دفع این مواد به دو روش عمل می‌کند: الف. انتقال این سموم و چربی‌های شکسته‌شده به داخل خون و ارسال آنها به تمام سطوح بدن از طریق رگ‌ها و سپس، خروج آنها از منافذ پوستی به شیوه تعریق و ب. انتقال این چربی‌ها و سموم به کلیه و خروج آنها از بدن به صورت ادرار (Shields et al., 1995 and Cecchini & Lopresti, 2007: 873).

۵. خصوصیات و ویژگی‌های این شیوه درمان: این شیوه درمان در مقایسه با سایر مراکز اقامتی و درمانی چند ویژگی و خصوصیت دارد که در مراکز دیگر کمتر دیده می‌شوند و آنها عبارت‌اند از: الف. احساس آزادی: در این مرکز افراد کاملاً آزاد هستند و بنا به درخواست خود، در هر زمان قادرند بدون کوچک‌ترین مانعی مرکز را ترک کنند؛ ب. نبود اجبار: در این مرکز هیچ نوع اجباری برای اعمال و رفتار وجود ندارد و شاید بشود گفت نوعی آزادی عمل مثبت وجود دارد؛ ج. شخصیت‌دادن به افراد: در این مرکز به حرف افراد گوش داده می‌شود؛ زیرا به گفته یکی از درمان‌شده‌ها معتاد به دنبال گوشی برای شنیدن حرف‌هایش است؛ چ. پذیرایی عاطفی: در این مرکز پذیرایی عاطفی وجود دارد؛ ح. همدردی: با معنادان احساس همدردی می‌شود؛ خ. وجهه اجتماعی مثبت: اسم این مرکز هیت است و به همین دلیل، از لحاظ بار معنایی بار ارزشی منفی ندارد و افراد احتمالاً به این موضوع دیدگاهی مثبت دارند؛ د. نداشتن کنترل: این مرکز ساختار قشربندی یا

¹ Systematic Approach

² Open Coding

³ Axial Coding

⁴ Selective Coding

جدول ۱- مشخصات مشارکت کنندگان پژوهش

ردیف	سن	نوع مواد مصرفی	مدت مصرف	تحصیلات	وضعیت تأهل	مدت درمان	شغل
۱	۴۱	شیشه، تریاک و شیره	۱۷ سال	فوق لیسانس	متاهل	۵ سال	کارمند
۲	۴۵	تریاک و شیره	۹ سال	ابتدایی	متاهل	۱۸ سال	آزاد
۳	۳۲	هروئین و کراک	۷ سال	دیپلم	مجرد	۱۵ سال	بیکار
۴	۴۲	شیره و تریاک	۱۵ سال	دیپلم	متاهل	۱۶ سال	آزاد
۵	۳۵	تریاک، شیره و شیشه	۸ سال	دیپلم	مجرد	۱۹ سال	آزاد
۶	۶۶	تریاک و شیره	۴۰ سال	ابتدایی	متاهل	۷ سال	آزاد
۷	۶۱	تریاک	۴ سال	سیکل	متاهل	۸ سال	آزاد
۸	۳۵	هروئین و شیشه	۴ سال	فوق دیپلم	متاهل	۵ سال	آزاد
۹	۴۴	تریاک و شیره	۲۰ سال	ابتدایی	متاهل	۴ سال	آزاد
۱۰	۴۵	شیره	۱۵ سال	بی سواد	متاهل	۱۷ سال	آزاد
۱۱	۴۸	هروئین، شیشه، کراک، تریاک و شیره	۲۰ سال	ابتدایی	متاهل	۴ سال	آزاد
۱۲	۲۹	شیشه، کراک، هروئین، شیره و تریاک	۱۳ سال	ابتدایی	مجرد	۷ سال	آزاد
۱۳	۴۳	شیره و تریاک	۱۹ سال	فوق لیسانس	متاهل	۷ سال	کارمند
۱۴	۴۱	هروئین، شیشه، تریاک و شیره	۲۰ سال	سیکل	متاهل	۶ سال	آزاد
۱۵	۴۱	کراک، شیره، شیشه، متادون و قرص	۲۰ سال	سیکل	مجرد	۸ سال	آزاد
۱۶	۴۹	تریاک و شیره	۲۰ سال	سیکل	متاهل	۱۲ سال	آزاد
۱۷	۳۵	شیره	۶ سال	دیپلم	متاهل	۱۷ سال	آزاد
۱۸	۳۸	شیره و تریاک	۱۸ سال	بی سواد	متاهل	۴ سال	آزاد
۱۹	۴۰	شیره و شیشه	۱۰ سال	دانشجو	متاهل	۱۳ سال	آزاد
۲۰	۴۸	کراک، شیشه، هروئین، حشیش و تریاک	۳۰ سال	ابتدایی	مطلقه	۷ سال	آزاد
۲۱	۴۰	شیشه، هروئین، تریاک و شیره	۲۳ سال	ابتدایی	مجرد	۴ سال	آزاد
۲۲	۵۳	نگاری، هروئین و شیره	۲۵ سال	ابتدایی	متاهل	۱۵ سال	آزاد
۲۳	۴۷	هروئین	۱۳ سال	دکتری	مطلقه	۲ سال	آزاد

گزینش نمونه در طی فرایند جمع آوری و تحلیل داده‌ها و با مد نظر قرار دادن درجه اشباع مقوله‌ها و شکل‌گیری مدل پارادایمی انجام شده است.

تکنیک‌های اصلی استفاده شده برای جمع‌آوری اطلاعات، مشاهده مشارکتی^۲ و مصاحبه عمیق^۳ بوده است؛ یعنی ضمن شرکت پژوهشگر در فرایند درمان افراد مدنظر، او از طریق مشاهده جزئیات، فرایند درمان و کنش افراد را هم ثبت کرده و با هریک از مشارکت‌کنندگان (بهبودیافتگان با روش درمانی) مصاحبه‌ای عمیق انجام داده است. متن حاصل از این

شیوه نمونه‌گیری استفاده شده از نوع هدفمند - نظری^۱ است و نمونه‌گیری نظری براساس مفاهیمی شکل می‌گیرد که در فرایند تحلیل ظهور و تکوین می‌یابند. این نوع نمونه‌گیری خصوصیت انباشتی دارد و مبتنی بر نمونه‌های قبلی و بر مبنای مفهوم «مقایسه» است (استراوس و کرین، ۱۳۹۱: ۲۲۱-۲۱۹). در پژوهش حاضر نیز با توجه به ماهیت ظهوریابنده پژوهش کیفی، برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از شیوه نمونه‌گیری هدفمند و در ادامه، با عنایت به روش تحلیل داده‌های کیفی (نظریه زمینه‌ای) از شیوه نمونه‌گیری نظری با سه روش کدگذاری (باز، محوری و گزینشی) استفاده شده است؛ به عبارت دیگر،

^۲ Participant Observation

^۳ In - Depth Interview

^۱ Purposive -Theoretical Sampling

یافته‌های پژوهش را تأیید کرده‌اند. این امر به این معناست که اطلاعات کدگذاری‌شده، برای تأیید در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شده است و آنها ضمن تأیید کدها و مفاهیم استخراج‌شده، موارد مبهم را اصلاح کرده‌اند (اعتباریابی به دست اعضا). همچنین، پژوهشگر با مراجعه مستمر به داده‌های خام و درگیری مداوم با اطلاعات، فرایند کدگذاری، استخراج مفاهیم و مقوله‌های پژوهش و نیز ساخت‌بندی مدل پارادایمی پژوهش را با این اطلاعات مقایسه و ارزیابی کرده (مقایسه‌های تحلیلی) و یک نفر کارشناس نظریه زمینه‌ای هم بر مراحل مختلف کدگذاری، مفهوم‌سازی و استخراج مقولات نظارت داشته است.

یافته‌های پژوهش

مفاهیم حاصل‌شده در مراحل کدگذاری باز و محوری در قالب تعدادی مقوله اصلی مقوله‌بندی و در مرحله کدگذاری گزینشی به استخراج مقوله هسته «مناسک به مثابه بستر کنش‌های عاطفی رهایی‌بخش» منجر شده‌اند. این مفاهیم به این شکل تقسیم‌بندی می‌شوند:

عوامل علی: شرایط علی یا سبب‌ساز، معمولاً آن دسته عواملی هستند که بر پدیده‌ها اثر دارند (استراوس و کربین، ۱۳۹۱: ۱۵۳). در این بخش، مهم‌ترین عوامل علی تأثیرگذار بر کنش‌های احساسی - عاطفی در درمان اعتیاد در بین مشارکت‌کنندگان پژوهش، ارائه و تشریح می‌شوند:

ارتباطات عاطفی: یکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌دهنده به عمل - تعامل افراد مدنظر مطالعه، روابط عاطفی بین مسئول و کارکنان هیئت با مراجعه‌کنندگان و همچنین، به تبع آن، بین مراجعه‌کنندگان است. در این مرکز از نظر عاطفی از افراد پذیرایی می‌کنند؛ یعنی با آنها این گونه برخورد می‌شود: در آغوش کشیده می‌شوند؛ احساس مثبت در آنها ایجاد می‌شود؛ به آنها توجه می‌کنند و صورت و دست و پای آنها را می‌بوسند. مشارکت‌کنندگان پژوهش، ارتباطات عاطفی را این گونه روایت می‌کنند:

مشاهدات و همچنین، پیاده‌سازی مصاحبه با این افراد، مواد اصلی ما برای استخراج مفاهیم، مقوله‌ها و ارائه مدل پارادایمی پژوهش بوده است.

تحلیل داده‌ها باتوجه به ساختار آنها در رویکرد سیستماتیک نظریه زمینه‌ای بر مبنای سه شیوه کدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شده است (استراوس و کربین، ۱۳۹۱: ۱۲۶). در مرحله کدگذاری باز، پژوهشگر بیشتر با مفاهیم سروکار دارد؛ اما کانون اصلی کدگذاری محوری، مقولات هستند و در مرحله کدگذاری گزینشی ارتباط بین مقوله‌ها و به عبارت دیگر، قضایا بروز و ظهور پیدا می‌کنند. در مقاله حاضر نیز گذشته از تحلیل مصاحبه‌ها به صورت سطر به سطر، در مرحله کدگذاری باز، کدها و مفاهیم اولیه استخراج و در مرحله کدگذاری محوری، کدهای مرتبط، از لحاظ مفهومی و ویژگی‌ها به محوریت یک مقوله اصلی سازمان‌دهی شده‌اند. کدگذاری گزینشی نیز با استفاده از گزینش مفاهیم و موضوعاتی بوده است که در استخراج مقوله اصلی پژوهش مؤثر به نظر می‌رسیده‌اند.

ارزشیابی انتقادی از جمله بایسته‌های هر نوع پژوهش کمی، کیفی و ترکیبی است. یکی از ابعاد مهم این ارزشیابی میزان انطباق شواهد و قرائن به دست‌آمده، با نتیجه‌گیری‌های پژوهشگر یا اطمینان از بیان صحیح واقعیت در یافته‌ها و نتیجه‌گیری‌ها است (همتی و ربانی‌خوارسگانی، ۱۳۸۷: ۲۳۸). برای اعتباریابی^۱ پژوهش یا به عبارت دیگر، دستیابی به اعتماد لازم به منظور تأیید علمی آن، از تکنیک‌های رایج اعتباریابی در روش نظریه زمینه‌ای استفاده شده است که شامل کنترل یا اعتباریابی به دست اعضا^۲ (Creswell, 1998; Patton, 2002 & Silverman, 2005)، مقایسه‌های تحلیلی^۳ (بوستانی و محمدپور، ۱۳۸۸) و تکنیک ارزیاب یا بازرس خارجی^۴ (Creswell, 1998) (Creswell & Miller, 2000) هستند. براساس این مطلب، تعدادی از مشارکت‌کنندگان در مراحل کدگذاری صحت

¹ Credibility

² Member Check

³ Analytical Comparison

⁴ Auditing

در بعضی مواقع، در هنگام اجرای مناسک به این حالت، چند نفر به صورت زنده شعرخوانی می کنند. در آن مرحله، رهبر گروه به دلیل داشتن صدای زیبا اشعاری متناسب با وضع گروه می خواند و در این مرحله، دعا هم خوانده می شود. انجام این چهار نوع حرکت، به نوع موسیقی درحال پخش وابسته است. در هر چهار حالت، برانگیختگی احساسات با شدت و قدرت انجام می شود.

شخصیت شمن: رهبر گروه نقش کاریزماتیک یا شمن را دارد و در برگزاری مناسک دینی، انتقال هیجان و درمان رفتارهای انحرافی نقش او تعیین کننده است. هرچه رهبر گروه از اعتبار و اعتماد بیشتری در میان هواداران خود برخوردار باشد، تأثیرگذاری او برای تحریک و برانگیختگی هیجانانگیز احساسات و به دنبال آن، کمک به درمان بیشتر خواهد بود. رهبر این گروه، خود یک سابقه طولانی از مصرف مواد مخدر دارد و همه نوع رفتارهای انحرافی و کج روی ها را به طور کامل آزموده و تجربه زیسته او آمیخته ای از انواع هنجارشکنی ها و نابهنجاری هاست؛ بنابراین، در زمینه کج روی ها یک دنیا تجربه دارد. این «تجربه های زیسته» عامل مهمی است که یک فرد، توانایی ارتباط با افراد مبتلا به این کج روی ها را پیدا کند. این تجربه، برای برقراری یک ارتباط هم دردانه درخصوص درمان رفتارهای انحرافی بسیار تأثیرگذار است:

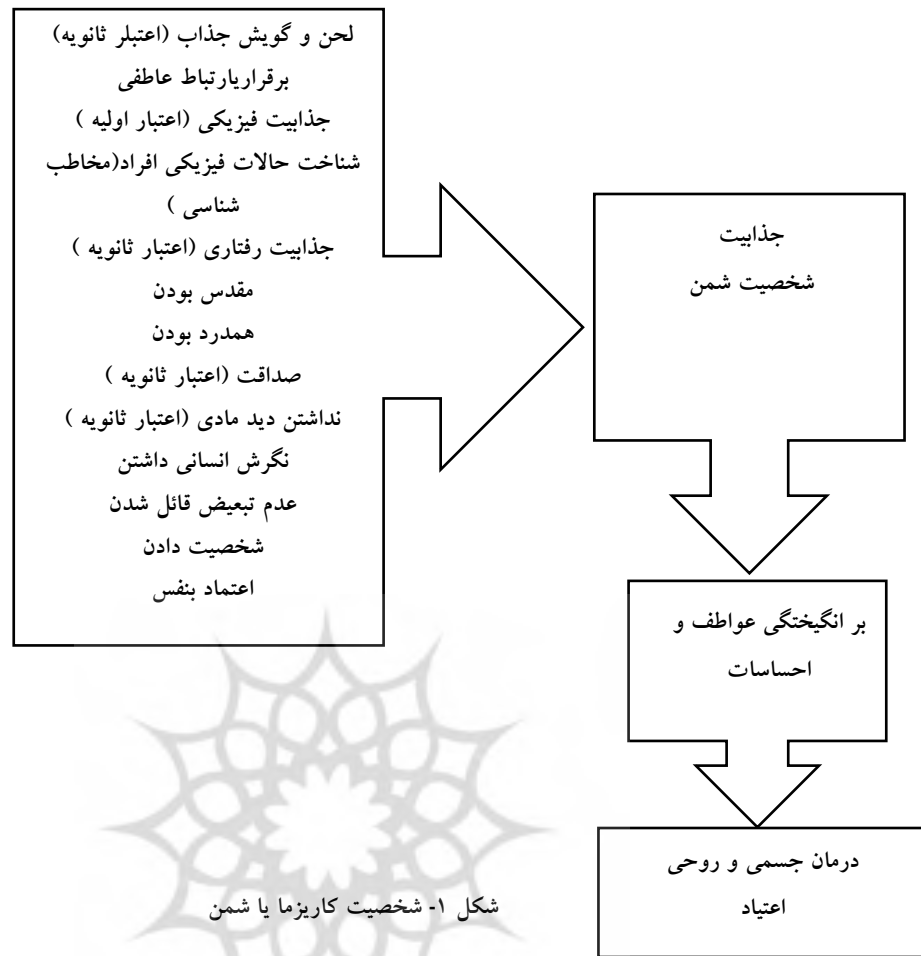
«شخصیتش خیلی مهمه. حاج مرتضی تو روحیه بچه ها خیلی تأثیر داره. این شعرها را که می خونه، این حرفها را که می زنه، نمی دونم، مثلاً ۱۳ سال پیش چهار تا کلمه حرف زد تو هیئت که هنوز یادمه، اینها خیلی تأثیر داره. حرف زدن طرف با طرف دیگه فرق می کنه؛ چون خودش این کاره بوده، معتاد را درکش می کنه. می دونه الان معتاد این ساعت چشه، چی می خواد و دردش چی یه. معتاد را درک می کنه. شما که معتاد نبودین، نمی تونید درکشون کنید. حاجی طلّاس؛ وصفش نگفتنی یه؛ خودش برای خودش یک دنیاست. اصلاً به محض اینکه حاجی را می بینی، عزمت را جزم می کنی که خوب بشی».

«بله، اول تحویل گرفتنشون، روبوسی کردنشون، یک حالتی داره؛ انگار زده باشی به گل؛ یک همچین حالتی داره».

«اومدم اینجا؛ خوب، جو اینجا را هم دیده بودم؛ از جوش هم خوشم اومده که با آدم این جورى برخورد می کنن. من موقعی که از این در اومدم داخل، حاج آقا یک نگاهی به من کرد و اون خنده رو لبش بود. شاید بهت بگم که انگار پدر خودم جلوم بود. استقبالی که حاجی از من کرد، تو خونه مون کسی همچین استقبالی از من نمی کرد. حاجی وقتی میاد تو اتاق دست مریض را می گیره و یک لحظه که حواسشون نیست، دست او را می بوسه، این بوسیدن خیلی اثر داره؛ آدم منقلب می شه».

حرکات ریتمیک: عامل دیگری که در برانگیختن

احساسات و عواطف نقش بازی می کند، نوع حرکات ریتمیک افراد است. افراد در اتاق شفا حرکات ریتمی انجام می دهند؛ یعنی به صورت چرخ، دایره وار به دو دایره تقسیم می شوند و سپس بعد از قرارگرفتن «ناقلان احساس» در وسط دایره، افراد دیگر گرد او حلقه می زنند. این حرکت، نوعی رفتار ریتمیک توأم با چرخش و حرکت بدن از سمت پایین و بالا آمدن را به وجود می آورد که حالت نوعی رقص مذهبی به خود می گیرد. این رفتار چون در دو گروه ایجاد می شود، این دو گروه برای تحریک احساسات با یکدیگر به نوعی رقابت می کنند که این نکته تأمل برانگیز است. رفتارهایی چون افزایش حرکات، سینه زدن و خواندن اشعار با صدای بلندتر برای رقیب، در تحریک احساسات افراد دو گروه به شکل تعیین کننده ای تأثیر دارد. شیوه دوم حرکت، به صورت مربع شکل است و در آن، افراد به یک گروه تبدیل می شوند و بعد از قرارگرفتن ناقل احساس در وسط، به صورت حرکت مربعی شکل مناسک را اجرا می کنند. در حالت سوم، افراد به شکل ایستاده و ثابت، ضمن توجه به شمایل عکس های نصب شده در اتاق، سینه زنی را آغاز و مناسک را اجرا می کنند. در نوع چهارم، افراد پس از نشستن دوزانو بر روی زمین، هم زمان با پخش موسیقی عزاداری به پاهای خود می زنند؛ سپس ناقل احساس در وسط قرار می گیرد و با حرکات سر، به نوعی خلسه دچار می شود.



بدی، این جور نیست. آقا اصلاً شما با این آهنگ پاشو برقص، کسی باهات کار نداره یا با این آهنگ گریه کن».

عوامل زمینه‌ای: مجموعه خاصی از عوامل که (شکل‌های عوامل) در یک زمان و مکان خاص جمع می‌آیند تا مجموعه اوضاع و احوال یا مسائلی را به وجود آورند که اشخاص با عمل - تعامل‌های خود، به آنها پاسخ می‌دهند (استراوس و گرین، ۱۳۹۱: ۱۵۴). در رابطه با پژوهش حاضر و کنش‌های احساسی - عاطفی درمان اعتیاد، مهم‌ترین عوامل زمینه‌ای را می‌شود به این شرح توضیح داد:

مناسک دینی: یکی از مهم‌ترین کارکردهای مناسک دینی ایجاد شور و هیجان است که این شور و هیجان، برانگیختگی احساسات و عواطف را در پی دارد. معمولاً برگزاری مناسک عناصری دارد که این عناصر به دنبال خود یک ساختار ایجاد

احساس آزاد بودن: احساس آزادی از دیگر عوامل

تأثیرگذار بر عمل - تعامل کنشگران در موقعیت مدنظر است که به نوعی وجه تمایز آن در مقایسه با سایر مراکز درمانی اعتیاد محسوب می‌گردد. این افراد احساس آزادی را درک و تجربه می‌کنند؛ به عبارت دیگر، در این مرکز محدودیت یا مانعی برای افراد تعریف نشده است. یکی از افراد مشارکت‌کننده چنین گفته است:

«بله، الان من دوست دارم برم بیرون و این در بازه؛ خیلی مهمه؛ این باز بودن در خیلی مهمه. من الان تازه واردم که اومدم اینجا. اگر در می‌خواهد بسته شود، یک نفر باید بگذارند داخل اینجا. اگر تردد را چک بکند، بدو نباشد (مطمئن) نصف این جمعیت نمی‌یاد. من بهتون قول می‌دم نمایان. این در بالاخره براشون بازه. یکی هم اینکه حصر نمی‌کنن چیزی را؛ یعنی آقا حتماً باید توی این اتاق بشینی، حتماً باید این کار را انجام

یک عالم دیگه؛ جوری که اینا دورت بودن و نمی‌دیدیشون؛ یک همچین حالتی بود».

برانگیختن احساسات: شاید بشود گفت یکی از مهم‌ترین

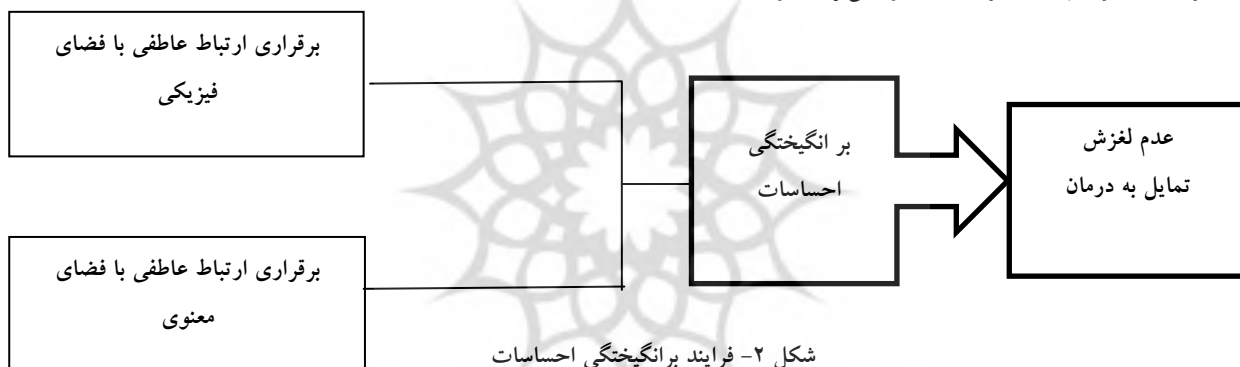
عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار بر کنش افراد در موقعیت مدنظر، برانگیختن احساسات آنها از طریق مناسک معنوی و ایجاد شور و هیجان در اتاق درمان است که به‌نوعی زمینه حضور آنها در هیئت و درمان اعتیاد را به شکل مطلوب و مؤثر فراهم می‌کند؛ به عبارت دیگر، برانگیختن احساسات افراد، به‌جز تضمین تداوم حضور افراد در هیئت، به اعمال و کنش‌هایی منجر می‌شود که برای درمان اعتیاد آنها ضروری است و در درجه نخست اهمیت قرار دارد.

می‌کنند و نتیجه این امر، شکل‌گیری یک مناسک با کارکرد نهایی ایجاد شور و هیجان و برانگیختن احساسات و عواطف است.

ایجاد شور و هیجان: در این مرکز، شور و هیجان اتاق

درمان، یکی از مهم‌ترین کنش‌های احساسی در فرایند درمان اعتیاد است و دلیل اصلی ایجاد آن را می‌شود اجرای مناسک معنوی دانست. این شور و هیجان، به‌نوعی محرک اصلی برانگیختگی احساسات در بین افراد است. مشارکت‌کنندگان پژوهش این موضوع را این گونه روایت می‌کنند:

«اصلش اون شور است. کاری باهات می‌کنه که رها بشی از اینجا؛ والا به قول گفتنی خود شخص کاری نمی‌کرد. اون شوری که بچه‌ها ایجاد می‌کنند، تو سر و صورت و جلوی چشمت بودن، اون شور می‌بردت تو



شکل ۲- فرایند برانگیختگی احساسات

«با این ریتم عزاداری و این موسیقی جفت‌شده با آن، یک احساسی به آدم دست می‌ده که انگار تمام وجودت داره باهات می‌خونه».

«یکهو تو دلم هم آهنگ‌هایی که داشت تو اتاق پخش می‌شد را داشتم زمزمه می‌کردم. اوادم بیرون و گفتم چرا این‌جوری شدم».

«بوی سیب را که گذاشتن، من بوی سیب که می‌دانستی، اصلاً تو یک حال دیگه رفتم برای خودم ... وسط آهنگ بوی سیب بود که افتادم؛ بیهوش شدم. آوردنم بیرون و با ماساژ دوباره یک‌خورده حال اوادم. گفتم چرا این‌جوری شدم».

«سی‌دی‌هایی که حاجی می‌داد، برای تداوم درمان خیلی اثر داشت، خیلی خیلی؛ یعنی من تو ماشین و توی محل کارم و توی کامپیوترم که بود، گوش می‌دادم».

عوامل مداخله‌گر: عوامل مداخله‌گر، عوامل تأثیرگذار بر

راهبردهای کنش یا عمل - تعامل‌ها را تسهیل یا محدود می‌کنند؛ یعنی این عوامل عناصر علی را تخفیف یا تغییر می‌دهند (استراوس و کربین، ۱۳۹۱: ۱۵۳). در حیطه میدان مدنظر ما مهم‌ترین عوامل مداخله‌گر در رابطه با کنش‌های احساسی - عاطفی درمان اعتیاد به این شرح است:

موسیقی: عامل مهم مؤثر دیگر در برانگیختن احساسات،

موسیقی است. موسیقی به دلیل نوع ساختار خود، در تهییج احساسات و عواطف و تحریک آن بسیار مفید و مؤثر است و در صورت همراهی با ریتم توأم با عزاداری و آمیخته با مناسک دینی تأثیری مضاعف خواهد داشت. مشارکت‌کنندگان درباره تأثیر موسیقی چنین سخن گفته‌اند:

مناسک خود را این گونه آغاز می‌کنند: ابتدا ذکر صاحب‌الزمان را می‌خوانند و سپس با شروع کردن به چرخیدن و گفتن ذکر یا الله، یا الله، با استفاده از سایر اذکار و اوراد، حرکات چرخشی و ریتمیک خود را شروع می‌کنند. این مرحله، حدود بیست دقیقه طول می‌کشد که همان فرآیند تطابق بدن با وضعیت گرمای اتاق شفا است. پس از این مرحله، به مرحله موسیقی ریتمیک خاصی وارد می‌شوند که از آن با نام «بوی سیب» یاد می‌کنند و از نظر افراد هیئت، زیباترین مرحله اتاق شفا و احساسی‌ترین، هیجانی‌ترین و عاطفی‌ترین مرحله درمان است. در این مرحله، افراد همراه با موسیقی درحال پخش از طریق باندهای تعبیه‌شده در اتاق، حرکات نمایشی مناسکی را انجام می‌دهند و ضمن هم‌خوانی با موسیقی سینه‌زنی می‌کنند. در این مرحله، شخص ضمن هدایت رفتار و حرکات ریتمیک، تمام تلاش خود را می‌کند که این مرحله با بیشترین هیجان اجرا شود. این مرحله، برای مدیریت احساسات، تنظیم هیجان‌ات و جهت‌دهی به آنها است و رهبر گروه با ایستادن بر بلندی آن را به‌خوبی انجام می‌دهد. در این مرحله، رهبر خود را در فضای احساسی درگیر می‌کند و ضمن حرکات احساسی، احساسات را همراه با افزایش انرژی احساسی و دادن شور و هیجان منتقل می‌کند.

ناقلان احساس: ناقلان احساس کسانی هستند که از طریق تحریک و دستکاری وظیفه انتقال احساس و عواطف خود به گروه را بر عهده دارند و در مناسک دینی اصطلاحاً به این وظیفه «میان‌داری» گفته می‌شود. نقش این ناقلان در خلق شور و هیجان گروه بسیار اساسی و تعیین‌کننده است و در مرکز مدنظر نیز تعدادی از افراد نقش انتقال‌دهنده احساسات و ایجاد شور و هیجان را بر عهده دارند. اینان افرادی هستند که با حرکات، همخوانی، برقراری ارتباط چهره‌به‌چهره و گفتار، احساسات خود را به دیگران منتقل می‌کنند و این عمل، در برانگیختگی احساسات افراد بسیار اهمیت دارد. انتقال احساسات از طریق کلامی، نمایشی، دیداری و رفتاری صورت می‌گیرد. مشارکت‌کنندگان درباره نقش ناقلان احساس چنین نقل می‌کنند:

«من خودم حالا هنوز هم که هنوز، بعضی وقتا تو اتاق که

فضا و مکان: فضا و مکان تزئین‌شده هیئت در برانگیختگی احساسات افراد به‌شدت تأثیرگذار است. این فضا با استفاده از پرچم‌ها و پارچه‌نوشته‌ها از ابتدای ورود به هیئت (در ورودی) تا سالن و اتاق شفا با نوعی تزئین با گرایشات مذهبی و مناسک عزاداری آمیخته است که برای فرد واردشونده به آن فضا احساسات مذهبی و معنوی را بر می‌انگیزند و یک نوع ارتباط عاطفی را با مخاطب خود برقرار می‌کنند. اتاق شفا از لحاظ برانگیختگی احساسات نقش تعیین‌کننده‌ای دارد؛ زیرا تمام مناسک درمان در این اتاق انجام می‌شود. طبق مطالب گفته‌شده، این اتاق از نظر دیداری، شنیداری، بویایی و لامسه ویژگی‌هایی دارد که برای افراد بسیار جذاب است. نخستین نکته اینکه ورود به اتاق، همراه با حالتی از «تعلیق و انتظار» است که این تعلیق و انتظار، احساس خاصی را در افراد ایجاد می‌کند. نکته دوم اینکه حالت قدسی دادن به اتاق و عنوان «اتاق شفا» به افراد یک حس معنوی خاص القا می‌کند. به باور افراد درمان‌شده، اتاق یک حالت طراوت، سرزندگی و حس زنده‌بودن به افراد تلقین می‌کند؛ چنانکه گویی دوباره متولد شده‌اند. در اتاق شفا با نیروهای ماوراءالطبیعه و افراد قدیس ارتباط معنوی برقرار می‌شود که این ارتباط، حاصل مناسک دینی است. این ارتباط معنوی در زمینه پایداری افراد معتاد بر هدف و تمایل به پرهیز از مواد، به‌شدت تأثیرگذار است. مشارکت‌کنندگان درخصوص تجربه خود از اتاق شفا این گونه سخن می‌گویند:

«می‌دونی، اتاق برای من به حس و حالی داره که هیچ‌جا نداره. حالی که تو اتاق به من دست می‌ده، به چیز دیگه است.»

«اصلاً اتاق با هیچ‌جا قابل مقایسه نیست. وقتی بوی سیب را می‌خوانند، به حس عجیبی به من دست می‌ده؛ اتاق انگار به قطعه از بهشته؛ نورش، بوی گلابش و گرمایش با همه جا فرق می‌کنه.»

«هروقت میام تو اتاق، احساس می‌کنم به یک مکان جدید وارد شدم و هر بار چیزهای جدید و نو می‌بینم.»

«اصلاً از اتاق خسته نمی‌شم؛ یعنی اتاق خسته‌کننده نیست که هیچ، بلکه بعضی وقت‌ها من را به‌زور از اتاق بیرون می‌کنند.»

عزاداری: افراد، با توسل‌جستن به ائمه اطهار، مراسم و

۱۵۲). در مقاله حاضر، پدیده اصلی «درمان اعتیاد» است و این مسئله، گذشته از پاسخ دادن به این سؤال، نشان دهنده کنش و عمل - تعامل افراد بیماری است که به محض قرارگرفتن در آن موقعیت، برای درمان خود انجام می دهند. این افراد با توجه به وضع جسمی و روحی شان «مهمان بیمار» خوانده می شوند و منظور از مهمان بیمار، فرد مبتلا به بیماری اعتیاد است که برای درمان به هیئت مراجعه می کند. گفتنی است فرایند مراجعه این افراد به هیئت نیز به دلیل تأثیرپذیری آنها از احساسات و عواطف شکل می گیرد؛ به عبارت دیگر، مراجعه این افراد یکی از نقطه عطف های زندگی آنان است که به دلیل اثرگذاری برانگیختگی احساسات و عواطف اتفاق می افتد و افراد معتاد به آن «آخر خط» می گویند. از نظر آنان «آخر خط» یعنی نقطه ای که فرد از مواد مخدر نفرت داشته باشد و این مواد، دیگر برای او لذت بخش نباشند. به اعتقاد معتادان، عواملی که در شکل گیری و رساندن فرد به نقطه عطف نقش بازی می کنند، این موارد هستند: ۱. خستگی از مواد، ۲. احساس حقارت، ۳. تأثیرگذاری خانواده، ۴. نفرت از مواد و ۵. ترس از رسوایی اجتماعی.

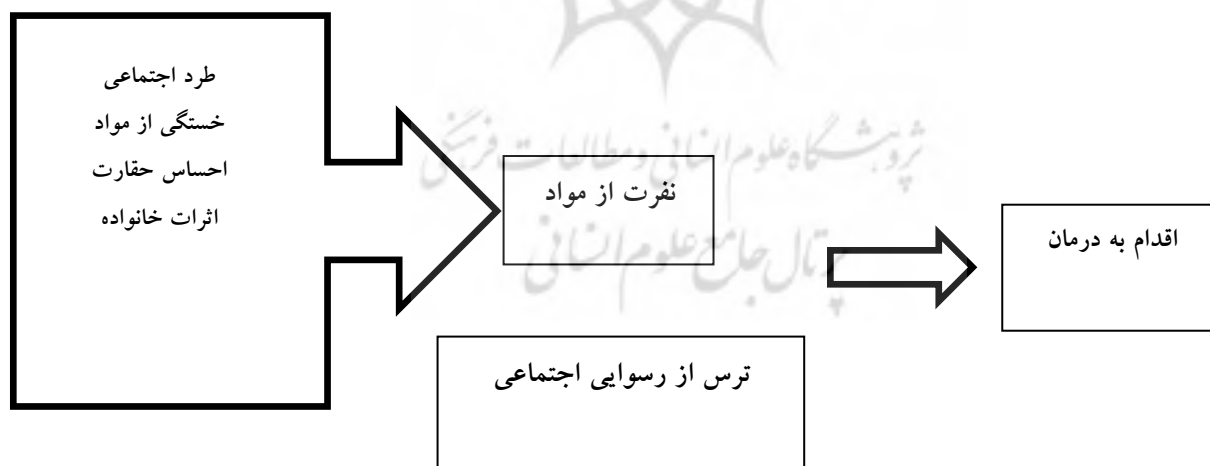
می رم و مثلاً می بینم مریض داره اون وسط تقلا می کنه، تا اونجا که می شه کمکش هم می کنم. بهش شور می دیم، به قول خودمون فاز مثبتش می دیم که بگیره و بیشتر تقلا کنه».

«اون روز هم یه چند تا جوون بودن. قدیما اونجا را خوب می تابوندن (اداره می کردند)؛ مریض ها را نمی گذاشتن قسر در برن. چراغ ها را خاموش می کردند. مریض های جوونشون رو می تابوندن (وادار به چرخش می کردن) تا قرص ها را که با چایی خوردند، سریع عمل کنه تو معده. آقا ما یکی دو دور زدیم، دیدیم خیره؛ هرچی می خواهی بایستی، یکی انگار هلمون می داد اون وسط».

«اگر مثلاً می بینه من تقلا می کنم، اونم می خواد بیاد. حالا اسمش رو بذاریم شادی، اسمش رو بذاریم جهش، پرش، سینه زدن، عزاداری کردن و هر چیزی که هست، من رو آوردن تو؛ دورم حلقه زدند و گفتند اصلاً نشین، بلند شو».

پدیده: پدیده واژه ای است که به این پرسش پاسخ

می دهد: «موضوع چیست». این امر به دنبال دیدن شکل های تکرارشونده رویدادها یا اعمال، افعال و تعامل های نمایان کننده چیزی است که افراد به صورت فردی یا جمعی، در هنگام گیرافتادن در موقعیتی خاص و در پاسخ به آن موقعیت، به شکل لفظی یا عملی انجام می دهند (استراوس و کرین، ۱۳۹۱):



شکل ۳- فرایند اقدام به درمان

بیان دیگر، عمل - تعامل های راهبردی، کنش هایی با نیت عمدی اند که برای حل یک مسئله انجام می شوند و با انجام آنها پدیده شکل می گیرد. شایان ذکر است عمل - تعامل به

عمل - تعامل: عمل - تعامل ها برای اشاره به تاکتیک های راهبردی، طرز عمل عادی یا روتین افراد و چگونگی مدیریت موقعیت ها در مواجهه با مسائل و امور به کار برده می شوند؛ به

دیگه نفهمیدم؛ فقط اینجاش یادم بود. شب اول دیگه نفهمیدم، نزدیک‌های ساعت ۴ و اون وقتا بود که اومدم دیدم همه افتادن. دیدم یکی داره سینه می‌زنه. همه تو عالم خودشون بودند. خب شب اول نمی‌دونستم کجا رفتم. رفتم تو یک عالم دیگه که تو اون فاز بودم. گفتم شفا می‌خوام. گفتم خسته شدم. فقط یک صحنه از کربلا اومد جلوی چشمم که داشتن دستش را می‌بریدند. من انگار اونجا ایستاده بودم ... تو فاز یهو بیهوش شدم. دوباره بلند شدم. یه چیزی بهم می‌گفت (نیروی معنوی). دوباره بلند می‌شدم و بازگو می‌کردم؛ مثلاً به محمد می‌گفتم داری مادرت را اذیت می‌کنی».

تعریق زیاد: نکته دیگر درارتباط با اتاق درمان، دمای زیاد

اتاق و تعریق زیاد است؛ زیرا در این اتاق برای شکل‌گیری فرآیند سم‌زدایی میزان تعریق بدن را افزایش می‌دهند که این تعریق به دو روش انجام می‌شود: ۱. افزایش دمای اتاق تا ۶۰ درجه و ۲. حرکات آرام و تند ناشی از مناسک دینی که هر دو حالت هم به افزایش تعریق کمک می‌کنند. این تعریق، با توجه به ساختار چربی‌گونه مواد و ذخیره‌سازی آنها در کبد و منافذ پوستی به خوبی فرد را در سم‌زدایی یاری می‌دهد. با در نظر گرفتن بحث فیزیولوژیکی مطرح شده درخصوص کبد و مواد مخدر و همچنین، خاصیت کبد در زمینه حل کردن مواد مخدر، این فرایند تعریق، افزایش فعالیت کبد و به دنبال آن، شکستن مولکول‌های چربی و دفع آنها از طریق تعریق و ادرار را به همراه دارد. مطابق تجربه یکی از افراد، روند این موضوع چنین است:

«اتاق شفا خیلی گرمه؛ اما این گرما لذت‌بخشه. دو تا بخاری می‌سوزه، خیلی عرق می‌ریزیم و تقلا می‌کنیم. وقتی سینه می‌زنیم، انگار آب‌پاشی می‌شه».

پیامد: هرگونه اقدام فرد معتاد، اعم از انجام دادن یا پرهیز از عمل - تعامل معین، در پاسخ به امر یا مسئله‌ای یا برای اداره یا حفظ موقعیتی خاص، پیامدهایی را پدید می‌آورد که برخی از این پیامدها خواسته و برخی ناخواسته‌اند (استراوس و گرین، ۱۳۹۱: ۱۵۶). پیامد اصلی عمل - تعامل مشارکت‌کنندگان پژوهش، درمان جسمی و روحی آنها است.

گفتار و اعمال درونی فرد نیز اطلاق می‌شود (استراوس و گرین، ۱۳۹۱: ۱۵۶ و ۱۵۵). در زمینه درمان اعتیاد، می‌شود مهم‌ترین راهبردها یا عمل - تعامل مشارکت‌کنندگان، یعنی عناصر تشکیل‌دهنده کنش‌های احساسی - عاطفی آنها را این گونه توضیح داد:

ارتباط معنوی: در اتاق درمان با نیروهای معنوی و ماوراءالطبیعه ارتباط برقرار می‌شود که این ارتباط، حاصل مناسک دینی و فرآیند جامعه‌پذیری دینی است و برای افراد نوعی حس نوستالژیک به همراه دارد. در افراد معتاد، این ارتباط معنوی درخصوص تمایل به مصرف مواد به شدت تأثیرگذار است:

«وقتی من سردر هیئت را می‌بینم، انگار یک لرزه‌ای به جانم می‌افتد؛ عکس‌ها انگار با آدم حرف می‌زنند. به خودم گفتم انگار وارد هیئت شدم، نه کمپ».

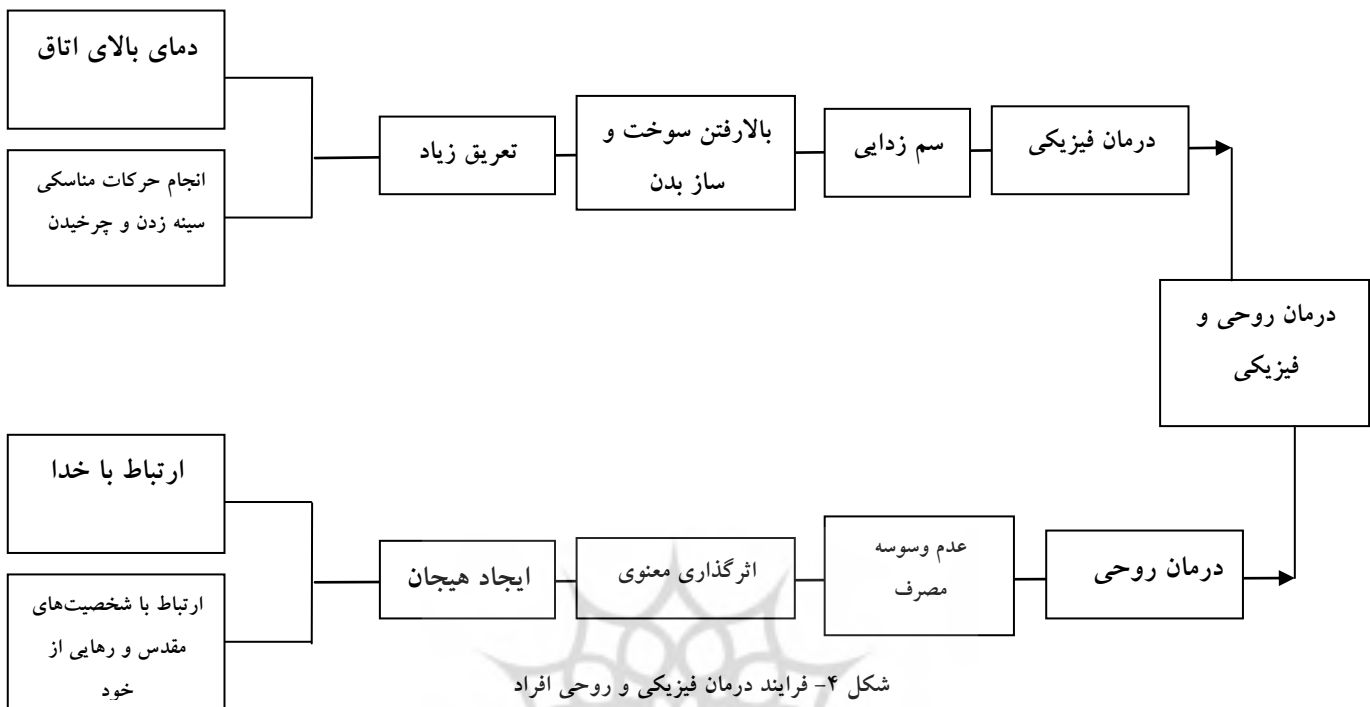
«تا اومدم و فضا را دیدم، دلم یهو شکست. دلم هری ریخت به هم. وقتی چشمم به عکس ابوالفضل افتاد، یک شرم خاصی احساس کردم».

«اینجا انگار با جاهای دیگه فرق می‌کنه؛ فضاش خیلی معنوی یه. دلم برای دیدن این مکان خیلی تنگ می‌شه».

گرفتن فاز: یکی از پدیده‌های محتمل ایجادشونده بعد از تحریک و تهییج احساسات و عواطف، پدیده‌ای است که افراد از آن با مفهوم «فاز» یاد می‌کنند. فاز به حالتی گفته می‌شود که فرد در یک وضعیت خاصی قرار می‌گیرد و پس از برقراری ارتباط با نیروهای معنوی برتر، برای مدتی ارتباط او با این جهان قطع می‌شود. در این حالت، فرد شفا می‌یابد و او را از مسائلی آگاه می‌کنند یا نوید شفا یافتن به او می‌دهند. این فاز گرفتن معمولاً برای افرادی اتفاق می‌افتد که برای نخستین بار به هیئت آمده و در چرخه درمان قرار گرفته‌اند. در مصاحبه، برخی افراد اذعان کرده‌اند بعد از چهارده یا هفت-هشت سال آمدن به هیئت و اتاق شفا در حسرت رسیدن به آن فاز هستند؛ چنانکه حاضرند همه هستی خود را بدهند تا یک لحظه به آن مرحله برسند:

«رفتم اون وسط ایستادیم و شروع کردیم به سینه‌زدن. یکی دو تا نفس کشیدیم؛ یک‌ذره بدنمون حال بیاد. اصلاً

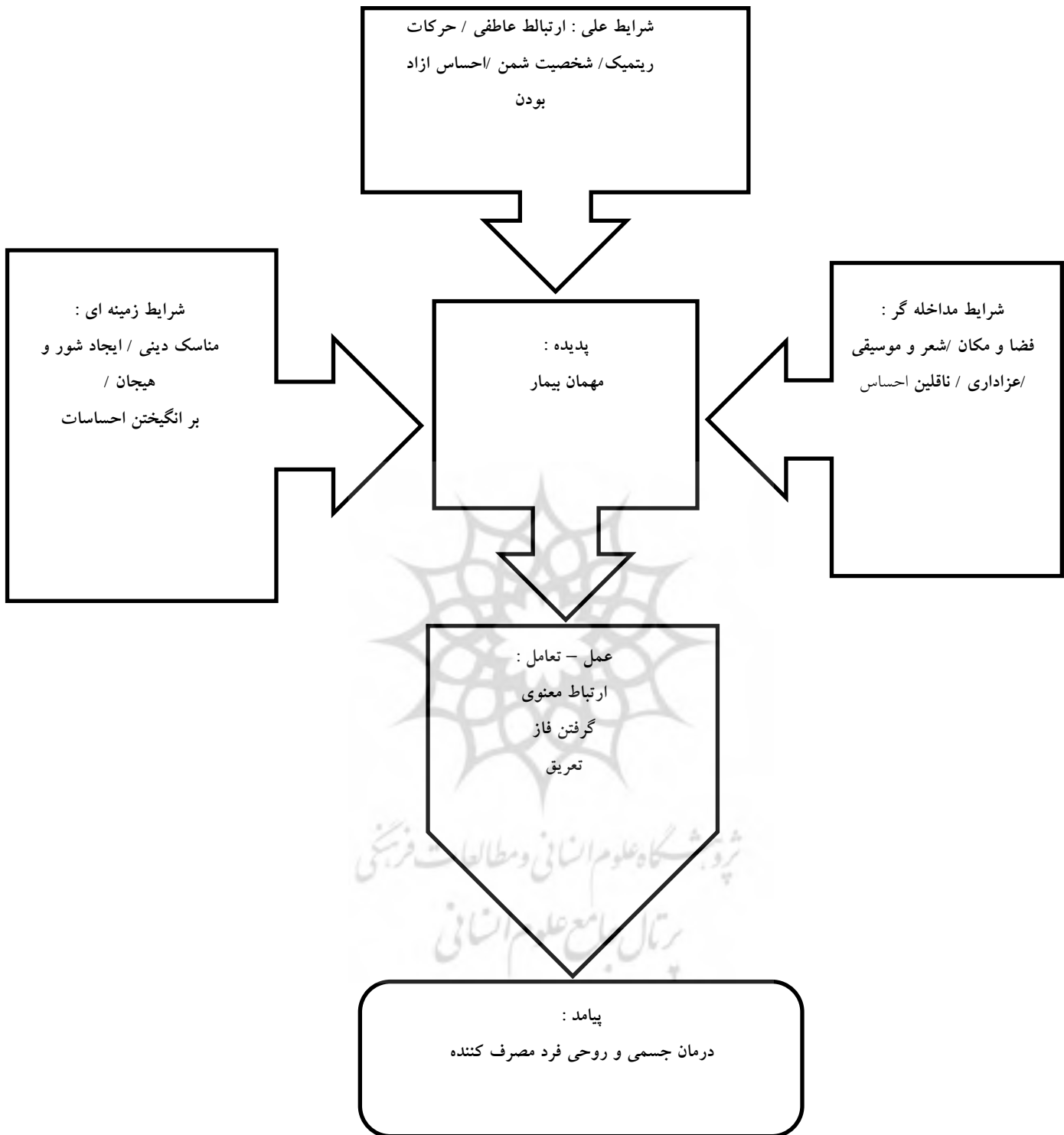
درمان فیزیکی و روحی افراد مراجعه کننده به هیئت ابوالفضل، در یک فرایند و به کمک شرح این شکل اتفاق می افتد:



شکل ۴- فرایند درمان فیزیکی و روحی افراد

تمایلشان به آن از بین می رود. در این مرکز، از لحاظ روحی و روانی افراد به دلیل اثرپذیری از فضای معنوی و مناسک و ارتباطی که با خدا و شخصیت های معنوی پیدا می کنند، کمتر برای مصرف مواد وسوسه می شوند و به عبارتی به مرحله ای می رسند که دیگر مواد آنها را صدا نمی زند؛ در نتیجه، می شود گفت درمان فیزیکی و روحی افراد معتاد در بستر مناسک و با استفاده از کنش های عاطفی و برانگیختن احساس، از طریق تعریق زیاد و سم زدایی بدن تحقق پیدا می کند.

بر اساس مطالب مطرح شده، اصل درمان در این مرکز درمانی مبتنی بر حوزه های کنش های عاطفی و احساسی است که با استفاده از مناسک دینی و به کار بردن نوعی ساختار نوستالژیک در ذهن معتاد به وقوع می پیوندد؛ بنابراین، می شود گفت درمان فیزیکی و روحی افراد مراجعه کننده، در یک فرایند دومی یا با دو فاز اصلی اتفاق می افتد. درمان فیزیکی افراد بیشتر به دلیل فعل و انفعالاتی است که بر اثر تعریق زیاد بدن انجام می شود و از این طریق، ضمن دفع سم مواد مخدر و کاهش علاقه مندی آنها به مصرف مواد،



شکل ۵- مدل پارادایمی پژوهش

مقوله مرکزی

اصلی پژوهش را نشان می‌دهد. این مقوله مرکزی از دل

مقوله مرکزی که گاه آن را مقوله هسته خوانده‌اند، مضمون

پژوهش بیرون می‌آید؛ اما باز هم یک مفهوم انتزاعی است. با

قدری اغراق، مقوله مرکزی حاصل شده، تمام تحلیل را در قالب چند کلمه خلاصه می‌کند و این چند کلمه به ما می‌گویند کل پژوهش درباره چیست (استراوس و کربین، ۱۳۹۱: ۱۶۷). در این مقاله، بر مبنای تحلیل اطلاعات در مرحله کدگذاری گزینشی، مقوله‌های اصلی پژوهش با توجه به مقوله هسته، یعنی «مناسک به مثابه بستر کنش‌های عاطفی رهایی‌بخش» دسته‌بندی شده‌اند؛ زیرا این مقوله‌ها قادرند فرایند درک و تفسیر مشارکت‌کنندگان را درخصوص کنش‌های عاطفی - احساسی درمان اعتیاد تحلیل کنند. مقوله مرکزی پژوهش، بستر اصلی شکل‌گیری و فعالیت هیئت ابوالفضل، به صورت یکی از مراکز درمانی اعتیاد است که به کمک مناسک و فعالیت‌های مرتبط با این پدیده انجام می‌شود؛ به عبارت دیگر، تمام اتفاقات این مرکز ریشه در مناسک دارد. درحقیقت، در مرکز ابوالفضل، تمام فعالیت‌ها و کنش‌های عاملان انسانی در قالب بستری از مناسک انجام می‌شود که به طور مشخص، مذهبی، معنوی و بر پایه اعتقادات دینی افراد هستند. برپایی مناسک و اجرای آن، زمینه بروز و ظهور کنش‌های احساسی - عاطفی است که به جز ایجاد ارتباط معنوی میان فرد مراجعه‌کننده با نیروی قدسی، زمینه‌ای برای تحرک و فعالیت فیزیکی ایجاد می‌کند و به تعریق زیاد و در نتیجه، دفع سموم از بدن و در ادامه، بی‌میلی به مصرف مواد می‌انجامد؛ به این ترتیب، می‌شود گفت درمان اعتیاد در میدان مدنظر ما در بستر مناسک و به واسطه کنش‌های احساسی - عاطفی رخ می‌دهد. این درمان به گونه‌ای فرد معتاد را از گرفتاری‌ها، قیدوبندها و محدودیت‌های جسمی و روحی اعتیاد رها می‌کند.

نتیجه

آسیب‌های اجتماعی از پیچیده‌ترین پدیده‌های اجتماعی قلمداد می‌شوند و در این میان، شاید بشود گفت اعتیاد و درمان آن، از پیچیده‌ترین آسیب‌های اجتماعی است؛ با این حال، دلایل

گرایش به اعتیاد نسبت به درمان آن کمتر پیچیده است. دانستن چگونگی درمان اعتیاد و انتخاب شیوه مناسب درمان برای کسب نتایج بادوام و اثربخش‌تر، خود از پیچیدگی‌های این پدیده است. پژوهش حاضر، با هدف واکاوی کنش‌های احساسی - عاطفی درمان اعتیاد انجام شده است و براساس یافته‌های آن، افراد معتاد در یکی از مهم‌ترین نقاط عطف زندگی خود که به آن «آخر خط» می‌گویند، با اثرپذیری از برانگیختگی‌های احساسات و عواطف و عوامل دیگری از جمله خستگی از مصرف مواد، احساس حقارت، فشار خانواده و ترس از رسوایی اجتماعی از مصرف مواد متنفر می‌شوند و مواد مخدر دیگر برای آنها لذت‌بخش نیست؛ بنابراین، تصمیم به درمان اعتیاد می‌گیرند و به هیئت ابوالفضل مراجعه می‌کنند. مطابق مطالب ذکر شده، رویکرد درمانی اصلی این مرکز، مبتنی بر حوزه‌های کنش‌های عاطفی - احساسی با استفاده از مناسک دینی و به کار بردن نوعی ساختار نوستالژیک ذهنی در فرد معتاد است.

مهم‌ترین نتیجه این مقاله، به وضعیتی درباره میدان مدنظر مربوط است که در آن، مناسک به مثابه بستری برای کنش‌های احساسی - عاطفی به درمان اعتیاد افراد و رهایی آنها از این بیماری منجر می‌شود؛ به عبارت دیگر، باید گفت بستر اصلی شکل‌گیری و فعالیت هیئت ابوالفضل، به عنوان یکی از مراکز درمانی منحصربه‌فرد، بر ترک اعتیاد براساس مناسک و فعالیت‌های مرتبط با این پدیده متمرکز است. برپایی مناسک و اجرای آن، زمینه بروز و ظهور کنش‌های احساسی - عاطفی را فراهم می‌کند که این مسئله، به جز ایجاد ارتباط معنوی بین فرد مراجعه‌کننده با نیروی قدسی، به کمک اموری چون تعریق زیاد و در نتیجه، دفع سموم زمینه‌ای را برای تحرک و فعالیت فیزیکی این افراد و در ادامه، بی‌میلی به مصرف مواد مخدر ایجاد می‌کند. با توجه به این مسائل، می‌شود گفت درمان اعتیاد در میدان مدنظر، در بستر مناسک و به کمک کنش‌های احساسی - عاطفی اتفاق می‌افتد و این درمان، فرد را از گرفتاری‌ها، قیدوبندها و محدودیت‌های جسمی و روحی

اعتیاد رها می‌سازد.

هیچ‌کدام از پژوهش‌های پیشین، به‌طور مشخص درمان اعتیاد را با این روش مطالعه و بررسی نکرده‌اند؛ به همین دلیل، مقایسه نتایج مقاله حاضر با این پژوهش‌ها چندان امکان‌پذیر نیست؛ با این حال، می‌شود گفت نتیجه این پژوهش در زمینه فرایند تعریق، سم‌زدایی و درمان اعتیاد با نتایج پژوهش کار (2002)، شیف و مور (2006) و کچینی و لوپرستی (2007) همسو است. درحقیقت، باید گفت در این پژوهش‌ها و پژوهش حاضر نتیجه نهایی حاصل‌شده، درمان افراد به کمک سم‌زدایی از بدن آنهاست.

بر مبنای نتایج حاصل و همچنین، در رابطه با عنوان و اهداف مدنظر مقاله، باید به موضوع مهمی اشاره کرد و آن، کنش‌های احساسی - عاطفی است که در این بستر اتفاق می‌افتند و به درمان افراد منجر می‌شوند؛ به عبارت دیگر، باید گفت آنچه در میدان مطالعه، اهمیت کنش‌های احساسی - عاطفی را در درمان اعتیاد نشان می‌دهد، درگیر شدن این افراد در این نوع کنش‌ها و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم کنش‌های احساسی - عاطفی در تغییرات جسمی، ذهنی و رفتاری افراد مدنظر است. این تأثیرها را بر مبنای مبانی نظری مرتبط با این موضوع و همچنین، اتفاقات محتمل در میدان مدنظر، می‌شود این گونه تحلیل و تفسیر کرد:

بر مبنای رویکرد احساسی - عاطفی، در درمان اعتیاد کنش‌های عاطفی - احساسی در شکل‌گیری رفتار انسان به‌طور تعیین‌کننده و اساسی نقش دارند و ظاهراً نقطه عطف زندگی انسان با این کنش‌ها تعیین می‌شود؛ به این ترتیب، این رویکرد با تحریک حوزه‌های عاطفی - احساسی فرد معتاد، او را به سوی درمان راهنمایی می‌کند. باتوجه به این مطالب، براساس فرض اصلی این دیدگاه، عامل مهم گرایش به اعتیاد کنش‌های عاطفی - احساسی هستند؛ بنابراین، درمان اعتیاد هم، چه به‌منظور درمان و چه پیشگیری باید از طریق این کنش‌ها انجام شود. برای تحریک کنش‌های عاطفی و برانگیختن کنش‌های احساسی شیوه‌های مختلفی وجود دارد

که در این مقاله بر یکی از این شیوه‌ها تأکید شده است و مرکز درمانی مدنظر، از این شیوه برای درمان افراد استفاده می‌کند. این روش، به کمک حضور فرد در مناسک مذهبی و درگیر شدن او در کنش‌های احساسی و عاطفی انجام می‌شود و چون یکی از مهم‌ترین کارکردهای مناسک، ایجاد شور و هیجان و به دنبال آن، تهییج کنش‌های عاطفی و برانگیختن احساسات است، این برانگیختگی احساسات و عواطف، احتمالاً به شکلی مهم در تصمیم‌سازی افراد نقش بازی می‌کند. در واقع، باید گفت حضور فرد در این مناسک، ممکن است ضمن به همراه داشتن برانگیختگی عواطف و احساسات، با استفاده از یک ساختار معنوی به فرد معتاد کمک کند تا درمان شود.

در هیئت ترک ابوالفضل نیز کارکرد اصلی مناسک، یعنی ایجاد شور و هیجان و تهییج کنش‌های احساسی - عاطفی افراد، برای دو هدف اصلی و عمده انجام می‌شود. هدف نخست این است که از این طریق و به کمک یک ساختار معنوی افراد را به تأثیرپذیری از شعائر و آیین‌های مذهبی وادار کند و این امر، به‌نوعی ادای دین این افراد نسبت به نادیده‌گرفتن باورها و عقایدشان در دوره اعتیاد محسوب می‌شود. این مرکز، به این شیوه سعی دارد احساسات و عواطف معتادان را با مسائل مذهبی درگیر و از لحاظ احساسی آنها را به فرایند درمان وارد کند. دوم اینکه این کنش‌های احساسی - عاطفی و حرکات ریتمیکی که در این فضا و با اثرپذیری از این احساسات و عواطف اتفاق می‌افتد، فرایندی کاملاً بیولوژیک و شیمیایی است و دفع سموم را از بدن این افراد به دنبال دارد.

در خصوص مطالب مطرح‌شده، شاید بشود گفت در بیشتر روش‌های درمان اعتیاد، به همه اعمال محتمل این مرکز در بستر مناسک و اثرپذیری از کنش‌های احساسی - عاطفی، توجه می‌کنند؛ زیرا این کار، یعنی سم‌زدایی هدف اصلی محسوب می‌شود. باتوجه به این مطالب، سم‌زدایی یا دفع سموم مربوط به مواد مخدر، موضوعی است که در بیشتر

صدیقی، ک. (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی اجتماع درمان‌مدار بر نیم‌رخ روانی سوء‌مصرف‌کنندگان مواد در اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

فراست‌خواه، م. (۱۳۹۵). روش پژوهش کیفی در علوم اجتماعی با تأکید بر نظریه پریاپه (گراندد تئوری GTM)، تهران: آگه.

فرامرزی، س. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر مناسک مذهبی شیعه (عاشورا) در پیشگیری از انحرافات اجتماعی (اعتیاد) در شهرستان مشکین‌شهر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان.

محمدپور، ا؛ رضایی، م؛ پرتوی، ل. و صادقی، ر. (۱۳۸۸). «بازسازی معنایی تغییرات خانواده به شیوه نظریه زمینه‌ای (مطالعه موردی ایلات منگور و گورک)»، خانواده‌پژوهی، س ۵، ش ۱۹، ص ۳۰۹-۳۳۰.

همتی، ر. و ربانی‌خوراسگانی، ع. (۱۳۸۷). «مناقشات مربوط به مسئله اعتبار در پژوهش‌های کیفی»، فصلنامه دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم تهران، س ۱۶، ش ۱۶، ص ۲۷۵-۲۷۳.

یارمحمدی‌واصل، م؛ قائمی، ف. و قنادی، ف. (۱۳۹۱). «تأثیر رویکرد اجتماع درمان‌مدار در درمان اعتیاد و اختلال‌های روانی همراه»، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، س ۲، ش ۶، ص ۱-۳۹.

Alavi, SS, Ferdosi, M, Jannatifard, F, Eslami, M, Alaghemandan, H, Mehrdad, S. (2012) "Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views". *International Journal of Preventive Medicine*, 3(4): 290-294.

Blaikie, N. (2007) *Approaches to Social Inquiry*, London: Polity Press.

Cecchini, M, Lopresti, V. (2007) "Drug residues Store in the Body Following Cessation of Use: Impacts on Neuroendocrine Balance and Behavior – Use of the Hubbard Sauna Regimen to Remove Toxins and Restore Health". *Medical Hypotheses*, 68: 868-879.

روش‌های درمان اعتیاد پیگیری می‌شود؛ اما در بستر مدنظر ما مسائلی چون استفاده از کنش‌های احساسی - عاطفی و در ادامه، تعریق زیاد در اتاق شفا این فرایند را از سایر روش‌ها متمایز می‌کند. با در نظر گرفتن این نکات، باید گفت در مرکز ترک ابوالفضل، درگیری افراد در کنش‌های احساسی - عاطفی به‌جز دگرگونی‌های ذهنی، احساسی و رفتاری افراد، پیامد و نتیجه مهم دیگری نیز دارد و آن پدیده‌ای کاملاً زیستی و شیمیایی به نام سم‌زدایی است که از طریق تعریق زیاد، درنهایت، به درمان منجر می‌شود.

منابع

استراوس، ا. و کربین، ج. (۱۳۹۱). مبانی پژوهش کیفی، فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای، ترجمه: ابراهیم افشار، تهران: نشر نی.

استوار، م. (۱۳۹۱). رنگ، تهران: رازنامه.

ایمان، م. ت. (۱۳۹۱). روش‌شناسی پژوهش‌های کیفی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

بوستانی، د. و محمدپور، ا. (۱۳۸۸). «بازسازی معنایی جهت‌گیری جنسیتی پسران نسبت به دختران (ارائه یک نظریه زمینه‌ای)»، مطالعات راهبردی زنان، ش ۴۴، ص ۱۷۲-۱۴۲.

ربانی‌خوراسگانی، ع. و کیانپور، م. (۱۳۸۸). «جامعه‌شناسی احساسات»، جامعه‌شناسی کاربردی، س ۲۰، ش ۳۴ (۲)، ص ۶۴-۳۵.

ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۶ الف). تدوین اسناد سیاست‌گذاری شامل سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد، سند جامع پژوهش‌ها و سند راهبردی مقابله با عرضه مواد مخدر، تهران: دنیای درون.

ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۶ ب). نگرش مردم به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و شیوه مصرف آنها، دفتر پژوهش‌ها و آموزش، تهران: دنیای درون.

- Creswell, J. W. (1998) *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. CA: Sage.
- Creswell, J. W & Miller, D. L. (2000) "Determining Validity in Qualitative Research". *Theory Into Practice*, 39(3): 124-130.
- K.Yokogawa, Ishizaki, S. Ohkuma and K. Miyamoto. (2002) "Influence of Lipophilicity and Lysosomal Accumulation on Tissue Distribution Kinetics of Basic Drugs; A Physiologically Based Pharmacokinetic Model". *Methods Find Clin Pharmacol*, 24: 81-93.
- Kelark, C. (2007) "Neuroticism and Common Disorders; Meaning and Utility of Complex Relationship". *Literature Review in Clinical Psychology Review*, 33(5):686-697.
- Neuman, L.W. (2006) *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Patton, M. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*, London: Sage Publication.
- Schiff, JW. Moore, K. (2006) "The Impact Of The Sweat Lodge Ceremony on Dimensions of Well-Being". *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 13(3): 48-69.
- Shields, M. Beckmann, S. Tennant, F. Wisner, RM. (1995) *Reduction of drug residues: applications in drug rehabilitation*. Abstracts of the 123rd Annual Meeting of the American Public Health Association.
- Shott, S. (1979) "Emotion and Social Life: A Symbolic Interactionist Analysis". *American Journal of Sociology*, 84(6): 1317-34.
- Silverman, D. (2005) *Doing qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- UNODC. (2018) *Global Illicit Drug Trends*. New York: United Nations.

