



جامعہ شہنشاہی مواد مخدر

#

#

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

جامعه شناسی مواد مخدر

هووارد ابادینسکی
محمد علی زکریایی

ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
پژوهشکده ملی مطالعات مواد مخدر ایران#



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر

#

جامعه شناسی موادمخدر • مترجم: محمد علی زکریایی • مدیر هنری
و طرح جلد: گروه هنری نگار • ناشر: دبیرخانه ستاد مبارزه با
موادمخدر • نوبت چاپ: اول ، اسفندماه ۱۳۸۲ • شمارگان: ۲۰۰۰
جلد

همه حقوق برای ناشر محفوظ است.

#

این اثر حاصل ترجمه فصل هفتم از کتاب درآمدی برموادمخدر
(Drugs An, Introduction) نوشته (Howard Abadinsky) می باشد
که چاپ چهارم آن در سال ۲۰۰۱ میلادی توسط انتشارات Wadsworth
منتشر شده است.

فهرست

۷	<u>جامعه شناسی مصرف موادمخدر</u>
۸	<u>خلاصه عوامل خطرساز برای مصرف موادمخدر</u>
۸	- <u>فرهنگ و جامعه</u>
۸	- <u>عوامل بین فردی</u>
۹	- <u>عوامل رفتاری - روانی</u>
۹	- <u>عوامل زیستی و ژنتیکی</u>
۹	<u>نظریه جامعه شناختی</u>
۱۲	<u>مطالعه مراحل اعتیاد</u>
۱۲	- <u>الکل</u>
۱۳	- <u>هرویین و کوکائین</u>
۱۸	<u>ویژگی های مصرف کنندگان مواد</u>
۲۰	<u>آنومی</u>
۲۱	<u>واکنش های بی هنجاری</u>
۲۴	<u>مشکلات تئوری آنومی</u>
۲۶	<u>مدل سازگاری</u>
۲۷	<u>معاشرت افتراقی</u>
۳۱	<u>نظریه کنترل اجتماعی</u>
۳۵	<u>نظریه خرده فرهنگ ها/ کجروی فرهنگی</u>
۴۱	<u>کنش متقابل نمادین / برچسب زنی</u>
۴۵	<u>خلاصه</u>

جامعه‌شناسی مصرف موادمخدر

برای اینکه افراد انگیزه تداوم تجربه مصرف موادمخدر را پیدا کنند، باید یاد بگیرند به شیوه صحیح از مواد استفاده کرده و اثرات آن را به طور خوشایند تجربه کنند. این امر (از یک سو) تا اندازه‌ای به طبیعت ژنتیکی، که خوشایند بودن استفاده از مواد را تعیین می‌کند و (از سوی دیگر) به میزان بیشتری به ارتباط با یک شبکه مصرف مواد بستگی دارد که قبلاً فرد در متن آن با این اعمال و ادراکات جامعه‌پذیر شده است. Advisory council on the misuse of Drugs (1998:31)

از زمانی که موادمخدر به عنوان یک مساله اجتماعی شناخته شده است، کوشش‌هایی جهت تبیین این نکته صورت گرفته، که چرا برخی به مواد شیمیایی وابسته می‌شوند، در حالی که دیگران در عین مصرف آنها وابسته نمی‌شوند. این تبیین‌ها از بر چسب‌هایی که مصرف‌کنندگان را صرفاً به عنوان افراد "خوب" یا "بدی" در نظر می‌گیرند، که علاقه‌مند به تباهی و فساد هستند، فراتر می‌روند. برخی معتقدند که این امر یک بیماری دارویی است، در حالی که عده‌ای دیگر آن را یک مشکل رفتاری می‌دانند و برخی معتقدند که این امر ریشه‌های ژنتیکی دارد. برخی دیگر عوامل محیطی را تعیین‌کننده آن می‌دانند. عده‌ای آن را در یک بافت فرهنگی بررسی می‌کنند و عده دیگری آن را واکنش سازگاری فردی می‌دانند. بعضی‌ها

آن را یک بحران شخصیتی می‌بینند، در حالی که دیگران آن را مساله‌ای روان‌شناختی می‌دانند (Pickens and Thompson, 1984:53). بعضی آن را در مدل زیستی، روانی و اجتماعی^۱ تابع تعامل عوامل روان‌شناختی، محیطی و فیزیولوژیکی می‌دانند (Donovan 1988).

نظریه‌های مربوط به مصرف مواد، معمولاً به رشته علمی شخص‌مشاهده‌گرستگی دارد. عصب‌شناسی و فارماکولوژی. نظریات زیادی درباره مصرف موادمخدر توسط رشته‌های گوناگون علوم ارائه شده که ممکن رقیب یا متضاد یکدیگر به نظر برسند. اما بررسی ما بر خصلت تکمیلی آنها تاکید دارد، یعنی هر یک تبیین خاصی برای مصرف مواد و توصیه‌های درمانی و راهکارهای اجرایی مهمی در این مورد ارائه می‌کنند.

خلاصه عوامل زمینه‌ای خطر ساز برای مصرف موادمخدر

فرهنگ و جامعه

- ۱- قوانین مساعد برای مصرف موادمخدر
- ۲- هنجارهای اجتماعی مساعد برای مصرف موادمخدر
- ۳- دسترسی به موادمخدر
- ۴- محرومیت‌های اقتصادی شدید
- ۵- بی‌سروسامانی محله‌ای^۲

عوامل بین فردی

- ۱- مصرف موادمخدر توسط والدین و افراد خانواده

1-biopsychosocial
2-neighborhood disorganization

- ۲- دیدگاه‌های مثبت خانواده نسبت به مصرف موادمخدر
- ۳- عملکردهای مدیریتی خانواده‌های نامنجم
- ۴- تضاد و فروپاشی خانوادگی
- ۵- طرد از سوی
- ۶- معاشرت با مصرف کننده موادمخدر

عوامل رفتاری - روانی

- ۱- مشکلات مداوم / اولیه رفتار
- ۲- شکست‌های تحصیلی
- ۳- تعهد کم به مدرسه
- ۴- بیگانگی
- ۵- طغیان
- ۶- نگرش‌های مساعد به مصرف موادمخدر
- ۷- مصرف موادمخدر

عوامل زیستی و ژنتیکی

- ۱- استعداد فرد برای مصرف موادمخدر
- ۲- آسیب‌پذیری روانی - فیزیکی در مقابل اثرات مواد

نظریه جامعه‌شناختی

علوم رفتاری و اجتماعی به مطالعه رفتار خاص انسان می‌پردازند، از این رو آزمون‌های ما به لحاظ اخلاقی دارای محدودیت هستند. ما می‌توانیم موش‌ها را تا بالاترین سطح استرس فیزیکی، مورد آزمایش قرار دهیم و واکنش آنها را به مرفین بسنجیم. اما این کار در مورد انسان نشدنی است و نمی‌توانیم افراد را در معرض مرفین قرار دهیم و منتظر این

باشیم که آیا او معتاد می‌شود یا نه. علوم رفتاری و اجتماعی ناچارند با روش‌های غیرمستقیم به مطالعه مصرف موادمخدر بپردازند.

نظریه‌های جامعه‌شناختی به بررسی ساختارهای اجتماعی و رفتار اجتماعی می‌پردازند، بنابراین مصرف مواد را در یک بافت اجتماعی مطالعه می‌کنند. یک دیدگاه جامعه‌شناختی اغلب مصرف مواد را محصول وضعیت‌ها و روابط اجتماعی می‌داند که باعث ایجاد ناامیدی، ناکامی، محرومیت و احساس عمومی از خودبیگانگی در میان بخش‌های آسیب‌پذیر جمعیت می‌شوند. (Biernacki 1986) موسسه ملی مصرف موادمخدر (Drug Abuse 1987) عواملی را که با مصرف مواد توسط جوانان همبستگی مثبت دارد، به‌طور خلاصه بیان کرده است. این عوامل که اغلب در محیط‌های اقتصادی - اجتماعی محروم یافت می‌شوند، عبارتند از:

- ۱- خانواده‌هایی که اعضای آنها سابقه مصرف الکل و یا سابقه جرم و رفتار غیراجتماعی دارند.
- ۲- سرپرستی ناقص والدین با واکنش‌هایی که از سهل‌انگاری تا خشونت در نوسان است.
- ۳- پذیرش مواد توسط والدین یا مصرف مواد خطرناک توسط آنها.
- ۴- دوستانی که موادمخدر مصرف می‌کنند.
- ۵- بچه‌هایی که از دیرهنگام در مراحل ابتدایی تحصیل ناموفق بوده و به‌هنگام نوجوانی اصلاً به مدرسه علاقه‌ای ندارند.
- ۶- بچه‌هایی که از خودبیگانگی و شورشی هستند.
- ۷- رفتار غیراجتماعی در اوایل نوجوانی و به‌ویژه رفتار پرخاشگرانه.

برخی از مطالعات به این نکته پی برده‌اند که مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان متأثر از احساس خستگی مداوم و افسردگی است. همچنین پی برده‌اند که همانند جنبه‌های دیگر نوجوانی، معمولاً با اتمام این دوره به پایان می‌رسد. علاوه بر این، برخلاف برداشت معمولی، پژوهش‌ها دریافته‌اند، مصرف مواد مخدر به طور معمولی یک فعالیت گروهی است که جوانان یکپارچه و متحد^۱ به طور اجتماعی انجام می‌دهند. (Glassner and Laughlin 1989 این مساله، در تضاد با برخی دیدگاه‌های روان‌شناختی بیان می‌کند که مصرف کنندگان نوجوان توانایی پیشینی دارند. مطالعات جامعه شناختی اغلب دیدگاه‌های متضاد در باب مصرف کننده نوجوان، که یا او را منزوی و منحرف و یا هم‌رنگ با جماعت می‌دانند را به چالش می‌کشند. جامعه‌شناسی همچنین تاکید دارد مصرف موادی را که تابع موقعیت و زودگذر است از مصرف موادی که وابستگی و اعتیاد می‌آورند، جدا کنیم. در انگلستان، تعداد بسیار اندک نوجوانانی که مواد غیرمجاز را به صورت منظم به کار می‌برند و آنها که از مواد مخدر دوری می‌کنند، یادآوری این نکته است که فرد جوان با مصرف یک ماده مخدر غیرمجاز ضرورتاً الگوی مصرف مواد را برای همیشه اتخاذ نمی‌کند.

(Advisory council on the misuse of drugs 1998:xii) این

امر راهکارهای اجرایی مهمی دارد.

رویکردهای درمانی که بر نظریه‌های جامعه شناختی (و روان‌شناسی اجتماعی) مبتنی هستند، معمولاً بر اجتماعی شدن مجدد تاکید دارند؛ یعنی اتخاذ ارزش‌های اجتماعی و یا تسلیم شدن به فرهنگی که به شدت مخالف مصرف مواد است.

به عنوان مثال بر طبق الگوی فشار اجتماعی، نوجوانان مصرف مواد را هنگامی شروع می‌کنند که در مقابل فشارهایی قرار می‌گیرند که در درون خانواده، مدرسه، گروه همسالان و اجتماع بر آنها تحمیل می‌شود و اگر نوجوانان اعضای شبکه‌های طرفدار جامعه و شبکه‌های حمایت اجتماعی باشند، بیشتر برگشت‌پذیر خواهند بود. (Rhodes and Jason 1990:396)

مطالعه مراحل اعتیاد

جامعه‌شناسان مراحل را که طی آن مصرف‌کنندگان کوکابین، هرویین و الکل معتاد می‌شوند، مطالعه و نام‌گذاری کرده‌اند.

الکل

فرد الکلی معمولاً در فرایند معتاد شدن به الکل از چند مرحله می‌گذرد. (Catanzarite 1992).

نوشیدن در میان جمع: در این الگوی اولیه، الکل جهت تقویت موقعیت‌های اجتماعی دلیلی به کار می‌رود و برای آرامش و سرگرمی است. به نظر برخی افراد، نوشیدن الکل یک بعد عرفی هم دارد. یک لیوان شراب در کنار وعده غذایی یا به عنوان بخشی از یک مراسم مذهبی. برخی دیگر شراب را بعد از کار همراه با همکارانشان می‌نوشند؛ نوشیدن با رفقا (boys). در اینجا فرد میزان کمی شراب می‌خورد تا اندازه‌ای که کنترل خود را از دست ندهد و یاوه‌گویی نکند. مصرف‌کنندگان معمولی، الکل را عامل تقویت احساسات می‌دانند، آنها به هیچ ماده‌ای برای لذت بیشتر نیاز ندارند. مصرف‌کنندگان معمولی

درباره وقت، مکان و شیوه نوشیدن به عرف‌های اجتماعی توجه می‌کنند.

نوشیدن زیاد: مصرف کننده افراطی الکل آن را برای فرار مصرف می‌کند. برای فرد این مرحله بحرانی، مستلزم یک مساله حاد است. او بطور مداوم، سطوح بالایی از فشار را تجربه می‌کند و با نوشیدن الکل در پی فرار از این وضعیت می‌باشد. الکی که خودش فشارهای بیشتری را تولید می‌کند و برای رفع آنها الکل بیشتری نیاز است. برخی دیگر هنگامی به نوشیدن شدید پناه می‌برند که مشکلات فشارزای خاصی سراغ آنها می‌آید و در غیاب آن مشکلات، نوشیدن را کاهش می‌دهند.

با آمدن نشئگی به سراغ آنها هر دو نوع مصرف‌کننده، عرف‌های اجتماعی، از قبیل آداب احترام به خانواده، دوستان و همکاران را در اثر جنبه‌های منفی مصرف الکل به هم می‌زنند. آنها از کار خودشان دفاع می‌کنند و تاثیر الکل در زندگی خود را انکار می‌نمایند.

وابستگی به الکل: فرد اکنون به الکل معتاد شده است و از پیامدهای آن رنج می‌برد (ناتوانی در انجام امور اجتماعی)، فکری، یا جسمی او قادر به کنترل رفتار خود نیست و به خاطر مصرف الکل، اذیت و نگران می‌گردد. در واقع فرد برای "ترمال بودن" به الکل نیاز دارد.

هرویین و کوکائین

اعتیاد به هرویین و کوکائین مدت‌ها مورد مطالعه بوده است و دو دسته نتایج را در پی داشته است.^۳

1-Heavy drinking
2-depended drinking
3-Gerstein and harwood 1990

۱- مصرف اولیه، ماهیتا تجربی است و در دوران نوجوانی آغاز می‌شود.

۲- به ندرت افراد بعد از ۲۵ سالگی شروع به مصرف می‌کنند (مگر اینکه اصلا مواد در دسترس آنها نبوده باشد). الگوی کار در اینجا یک روند معمولی دارد، یعنی از تنباکو و الکل به ماری‌جوانا و سپس به سوی سایر مواد غیرقانونی مثل هرویین و کوکائین (البته اکثر مصرف‌کنندگان تازه کار، خیلی هم زیاده روی نمی‌کنند). هر چه شروع مصرف مواد زودتر باشد، احتمال وابستگی به آنها بیشتر است. افرادی که مصرف الکل و تنباکو را شروع نمی‌کنند به مصرف ماری‌جوانا هم نمی‌رسند. به همین صورت، کسانی که ماری‌جوانا مصرف نمی‌کنند، به مصرف مواد شدید هم نمی‌رسند. (Golub and Johnson 1994:404)

هرویین

زندگی فرد معتاد به هرویین می‌تواند به عنوان یک زندگی چند مرحله‌ای در نظر گرفته شود.

تجربه کردن: معمولا نوجوان با تجربه مواد متنوعی مانند الکل، سیگار، ماری‌جوانا و احتمالا باربیتو و آمفتامین‌ها و موادمخدر استنشاقی یا استفاده زیر پوستی از هرویین شروع می‌کند.

آغاز کردن: مصرف‌کنندگان موادمخدر، استفاده از هرویین را با تزریق شروع می‌کنند. اگر چه استفاده اولیه اغلب همراه با اثرات ناخوشایند از قبیل استفراغ است، اما فرد یاد می‌گیرد از تزریقات بعد لذت ببرد و مصرف هرویین به محور وجود او بدل می‌شود.

وابستگی مناسب تر به نظر می‌رسد: مصرف‌کننده حالا یک معتاد است و هویت اجتماعی را که با خرده فرهنگ موادمخدر

مرتبط است به خود می‌گیرد و این خرده فرهنگ، زندگی او را به سمت حفظ اعتیاد به هرویین سوق می‌دهد.

عدم تزریق: زندگی معتاد اکنون با جرم، دستگیری و زندانی شدن توصیف می‌شود. او درگیر مشارکت در برنامه‌های مربوط به موادمخدر بر ضد فرامین دادگاه (برای اجتناب از زندانی شدن) یا درصد کاهش عادت شدید تا سطح کنترل‌پذیری است، یا با بیماری‌های فیزیکی شدید مواجه می‌گردد.

بلوغ: در بعضی موارد، وقتی معتاد به سن چهل سالگی نزدیک می‌شود، بیشتر از سنین ۲۰ سالگی به مصرف متناوب مواد روی می‌آورد، در نتیجه، معالجات یا مصرف موادمخدر را به طور کلی ترک می‌کند یا صرفاً برای تسکین دردهایی که دوباره به سراغ او می‌آید، مصرف می‌کند و یا می‌میرد. تعداد معتادان پیر (بالای ۴۰ سال) در میان جمعیت مصرف کنندگان هرویین پایین است.

این پدیده "سالخوردگی" درباره دیگر رفتارهای انحرافی، یعنی جرایم در کل صادق است.

مارشال روزنباو (1981:14) می‌نویسد، سبک زندگی معتاد حول دو پدیده می‌چرخد. یکی استفاده از مواد به منظور کاهش علائم بیماری انزوای طلبی و دوم، استفاده بی‌رویه از آن، معتادانی که درآمدهای قانونی داشته باشند، مصرف هرویین برای آنها بسیار گران تمام می‌شود. با وجود این، فرد معتاد هر روز، سه، چهار یا پنج بار به هرویین نیاز دارد و در کنار آن، مقداری از درآمد خود را بایستی به سایر نیازهایش مانند خوراک، پوشاک و مسکن اختصاص بدهد. اگر معتاد، فروشنده هم باشد، یا آن طور که باید و شاید سامان یافته باشد، می‌تواند روز خوبی را

شروع کند. با این حال کمتر معتادی می‌تواند آینده نزدیک خود را طرح‌ریزی کند. بنابراین آنها به ندرت مقداری هرویین را برای روز بعد خود نگهداری می‌کنند. بنابراین اگر مواد در دسترس نباشد، معتاد باید روز را "تحت فشار" برای پول و گیر آوردن یک مثقال (Fix) شروع کند.

بعد از ارتباط با گروه واسطه و خرید هرویین، می‌بایست به عنوان بخشی از یک فرآیند عرفی جذب شود. معتاد باید مکان مناسبی بیابد تا در آن مواد را مصرف کند که این مکان اغلب محفل دوستان اوست. او مواد را داخل سرنگ می‌ریزد. معتاد معمولاً با تزریق مواد در خون، اجازه می‌دهد که خون وارد سرنگ شده و با هرویین مخلوط گردد و بعد آن را فشار می‌دهد و سپس کاملاً آن را وارد رگ می‌کند.

بسیاری مصرف‌کنندگان "بوت کردن" (booting)-عملی که برخی پژوهشگران آن را نظیر فعالیت جنسی می‌دانند- را لذت بخش تر و هیجان‌انگیز تر از انزال جنسی توصیف می‌کنند. هر بار پس از تزریق، احساس لذت برای مدت کوتاهی افزایش می‌یابد و پس از آن به شتاب فروکش می‌کند و معتاد شروع به تجربه بالاتری می‌کند. احساس خوشی او حدود چهار ساعت طول می‌کشد، سپس این چرخه باید تکرار شود. اسم این چرخه "اعتیاد" است- شروع تقریباً گام به گام از یک مثقال به مثقال دیگر- با فعالیت‌های ضروری مرتبط با هرویین در میان این گام‌ها. (M. Rosenbaum 1981:15).

مصرف‌کننده هرویین، خطرات اعتیاد را می‌داند، اما اینها تجارب پیش و پا افتاده‌ای در امور اعتیاد هستند که او یا مردمانی که داروهای آرام بخش مصرف می‌کنند یا از آن دوری می‌کنند، آن را می‌دانند (Duster 1970:192). معتاد خودش را با

اراده و با ثبات تلقی می‌کند: یعنی گرایش نهاد (ego) به دور کردن خود (self) از تجربه در دسرهای شخصی.

کوکابین

مراحل چندگانه‌ای برای تبدیل شدن به مصرف کننده کوکابین وجود دارد.

مصرف‌آزمایشی^۱: افراد مصرف کوکابین را بدون کنجکاوی در یک موقعیت اجتماعی شروع می‌کنند که دوستان مزه چشیدن آن را تعارف می‌کنند. اکثر دوستان فرد آن را مصرف نمی‌کنند و فرد کوکابین را فقط زمانی مصرف می‌کند که برای تقویت احساسات او تعارف می‌شود. روابط آنها طبیعی است و در ظاهر مشکلات مالی و بدنی ندارند. حتی این مصرف می‌تواند باعث بهبود فعالیت‌های اجتماعی و شغلی آنها شود (اهل معاشرت شدن یا برون‌گرایی).

مصرف غیرارادی^۲: فرد شروع به خرید کوکابین می‌کند و دوستان مصرف کننده زیادی پیدا می‌کند. به دنبال آن به تنهایی نیز مصرف می‌کند و برای تقویت وضعیت و فعالیت‌های خودش و غلبه بر افسردگی که مرتبط با "تکان‌های" (crash) ناشی از تداوم کوکابین است، مصرف را افزایش می‌دهد. به دنبال آن تخریب‌های اجتماعی و همچنین مشکلات مربوط به سلامتی در نتیجه سوء تغذیه و کم‌خوابی شروع می‌شود. فعالیت‌های شغلی فرد مخدوش شده و فرد مصرف کننده از ارتباط با دوستان غیرمعتاد دوری می‌کند. او با مشکلات مالی شدیدی روبرو می‌شود که نتیجه آن تقویت و رشد اعتیاد به کوکابین است.

1-Experimental use
2-compulsive use

مصرف بی‌رویه^۱: فرد مصرف‌کننده به شدت معتاد می‌شود و روابط خود را صرفاً به حلقه دوستان معتاد محدود می‌کند. ممکن است او به فروش کوکابین یا فعالیت‌های غیرقانونی و سودآوری برای حمایت از وابستگی‌اش به کوکابین دست بزند. به دنبال آن فروپاشی زندگی او شروع می‌شود، از قبیل خشونت خانوادگی و طلاق. آسیب‌های روانی جذبی مانند پارانوئا، مالیخولیا و عصبانیت مداوم شروع می‌شود. فرد دچار کم‌خوابی می‌شود و روند تغذیه او به هم می‌خورد. قیافه ظاهری و نحوه پوشش و آراستگی او به هم می‌خورد. اضطراب و فشار یعنی عدم کنترل و ناتوانی در ترک کردن آن، اغلب به دلیل فشار خانواده، دوستان، همکاران و یا قوانین موجود بیشتر و بیشتر می‌شود.

ویژگی‌های مصرف‌کنندگان مواد

صرف نظر از اختلاف‌های طبقاتی، مصرف‌کنندگان مواد ویژگی‌های مشابهی دارند. همه آنها در جامعه‌پذیری، مهارت‌های شناختی - عاطفی و رشد روانی مشکل دارند. که این امر در عدم بلوغ، اعتماد به نفس پایین، آشوب‌های رفتاری و شخصیتی و سایر ویژگی‌های ضداجتماعی آنها مشهود است. ویژگی‌های آنها عبارتند از: تحمل پایین در برابر انواع ناراحتی‌ها، دیرازایی و ناتوانی در کنترل احساسات. به ویژه خصومت، گناه و اضطراب کنترل ضعیف انگیزه‌ها (به ویژه انگیزه‌های جنسی و پرخاشگرانه) آزمون ضعیف پیامد فعالیت‌ها، خودسنجی‌های غیرواقعی به دلیل شکاف بین امکانات فردی و آرزوها، دروغ‌گویی زیاد، فریب در رفتارها و بی‌تعهدی اجتماعی و فردی (یعنی ناتوانی آنها در پذیرش مسوولیت‌ها و مشکلات موجود بر سر فعالیت‌ها (Deleon 1994: 19 - 20) .

پژوهش‌های اولیه (برای مثال Washton and Gold 1987) و منابع مطبوعاتی گزارش کرده‌اند که اعتیاد به کوکائین، روند متفاوتی دارد، زیرا سرعت عمل این ماده خیلی زود به اعتیاد منجر می‌شود. جفری فگان^۱ و کولین چین^۲ (۱۹۹۱) در تحقیقات خود هیچ تفاوت معناداری بین اعتیاد به کوکائین پودر شده و کراک (Crack) پیدا نکردند. با این حال، معتادان به کراک اغلب قادر به ترک آن نیستند. بنا به دلایل ناشناخته‌ای کراک بیشتر از هرویین در میان زنان رواج دارد. و این منجر به افزایش معنی‌دار عدم توجه و آزار و بچه‌های خود می‌شود. این امر همچنین باعث تولد نوزادانی می‌شود که خون آنها آلوده است، زیرا مادر آنها به کوکائین معتاد بوده و عمل جنسی او با معتادان صورت گرفته است. فروشنده ای با توصیف خانه‌های پر از دختران جوان ۱۴، ۱۵ و ۱۶ ساله معتاد به کراک می‌گوید، بعضی دختران روزها و روزها در اینجا می‌مانند، بسیار مصرف می‌کنند و با مردان عمل جنسی برقرار می‌کنند، با هر مردی که به آنها مواد تعارف کند (t. Williams 1989:108). مصرف کراک افراد را تن پرور می‌کند. در عین حال میل به موادمخدر بیشتر را در آنها به وجود می‌آورد. کشیدن کراک، زنان را بسوی رفتار جنسی سوق می‌دهد. و لذا از این طریق به بیماری‌های مثل ایدز دچار می‌شوند. فوگان و چین (1991: 327) هیچ تفاوت معناداری میان معتادان به کراک و کوکائین HCL (کوکائین پودر شده)، هرویین و سایر مواد از لحاظ روش‌ها، انگیزه‌ها و نحوه راهیابی به آنها پیدا نکردند. ۹۰ درصد معتادان از راه خانواده و دوستان معتاد می‌شوند. آندرو گلوب^۳ و جانسون^۱ (1994)

1-Jeffry Fagan
2-Ko-lin Chin
1-Andrew Golub

در مطالعات خود به این نکته پی بردند که مصرف‌کنندگان پیرکراک تقریباً بیشتر از تزریق‌کنندگان هرویین بوده‌اند. این در حالی است که گرایش به کراک در میان مصرف‌کنندگان جوان نادر است.

اکنون اجازه دهید به بررسی برخی نظریه‌های جامعه‌شناختی بپردازیم که به تبیین مصرف مواد می‌پردازند.

آنومی

این مفهوم از یونان باستان سرچشمه می‌گیرد و به معنای "فقدان قانون" است، آنومی توسط امیل دورکیم^۲ (1858 - 1917) برای توصیف وضعیت اجتماعی غیرطبیعی به کار برده شده که در آن انسجام اجتماعی به وسیله بحران‌هایی از قبیل رکود اقتصادی ضعیف می‌شود. این بحران‌ها باعث می‌شود فرد بدون در نظر گرفتن جامعه به دنبال منافع شخصی خود باشد. در سال ۱۹۳۸ رابرت مرتن^۳ این مفهوم را آمریکایی کرد. او استدلال می‌کند هیچ جامعه دیگر (به مانند آمریکا) آن قدر به موفقیت‌های اقتصادی توجه نمی‌کند، طوری که به یک ارزش مطلق تبدیل شود. یعنی فشار جهت موفقیت منجر به حذف موانع اجتماعی بر سر راه دستیابی به موفقیت می‌شود.

در ایالات متحده "خوبی" (جاه‌طلبی‌ها) باعث فساد (کجروی) می‌شود. بر اساس نظر مرتن (1964: 218) این هنگامی به وجود می‌آید که مردم با تضاد میان اهداف و وسایل دستیابی به آنها مواجه می‌شوند. فرد از جامعه‌ای که در واقعیت، آرمان‌های خود را نادیده می‌گیرد، بیگانه می‌شود. این فشار به

2-Bruce Johnson

3-Emile Durkheim

4-Robert Merton

ویژه در میان بخش‌های آسیب‌پذیر جمعیت ما که موادمخدر مصرف می‌کنند، شایع است.

واکنش‌های بی‌هنجاری

فشاری که منجر به بی‌هنجاری می‌شود به چهار شیوه توسط افرادی که آن را تحمل می‌کنند، جواب داده می‌شود.

۱- هم‌نوایی: اغلب افراد، آرزوهای خود را کاهش می‌دهند و با هنجارهای اجتماعی هم‌نوا می‌شوند.

۲- شورش: بعضی افراد عصیانگر، از پذیرش ساختار اجتماعی سرباز می‌زنند و درصدد ایجاد یک نظم اجتماعی جدید از طریق فعالیت سیاسی یا جایگزینی سبک زندگی جدید بر می‌آیند.

۳- بدعت‌گرایی: بعضی به نوگرایی گرایش می‌یابند. مرتن این چنین آنها را تعریف می‌کند که برای دستیابی به موفقیت از وسایل غیرمشروع استفاده می‌کنند، به ویژه جرایم سازمان‌یافته مانند تجارت موادمخدر.

۴- انزواطلبی: پاسخ نهایی که مصرف موادمخدر را تبیین می‌کند، انزواطلبی است. افرادی که از هر فعالیتی جهت دستیابی به اهداف اجتماعی دوری می‌کنند و طرفدار کجروی می‌شوند. پناه بردن به مصرف موادمخدر به معنای اجازه می‌دهد، وقت و انرژی خود را برای دستیابی به اهداف قابل حصول صرف کند و مصرف را بیشتر کند.

دان والدف^۱ (1973:10) می‌نویسد: پناه بردن به هرویین نیازمند یک زندگی فعال است. آن طور که روان‌شناسان ادعا کرده‌اند معتاد ممکن است افسرده و روان پریش باشد و یا مواد

را برای فرار از بعضی واقعیت‌های زندگی‌اش مصرف کند. اما او در مورد الزامات زندگی که نیازمند توانایی و مهارت قابل ملاحظه‌ای است، فعال می‌شود. برخی معتقدند اعتیاد تا حدودی انحراف محسوب نمی‌شود، یعنی فعالیت‌های پاره وقت که هر از گاهی فرد را به خود جذب می‌کند اما کل زندگی او را در بر نمی‌گیرد. در مقابل، برخی دیگر معتقدند اعتیاد، معتاد را درگیر زندگی فعالی می‌کند که اهداف مشخص دارد و درصدد برآوردن نیازهای جسمی خاصی است. گرچه انگیزه افراد برای مصرف هرویین یا شیوه‌های روی آوردن به هرویین بین معتادان، متفاوت است. فرد به طور واضح یک سابقه جذاب را تجربه می‌کند، زندگی فعالی دارد و بخش مهمی از یک گروه اجتماعی است.

ادوارد پربل^۱ و جان کیسی^۲ (1995:12) استدلال می‌کنند که پرداختن معتاد به هرویین، چیزی غیر از یک فرار نیست: آنها در طول هفته با فعالیت‌های زیادی مواجه می‌شوند. لحظات کوتاه خوشی پس از مصرف مقدار کمی هرویین فقط قسمت جزیی از زندگی روزانه آنها را تشکیل می‌دهد. در زمان فراغت از مصرف مواد، آنها به طور معمول در پی‌کاری هستند که طاقت فرسا، دشوار، پرمخاطره و سودآور باشد. آنها همیشه در حرکت، هوشیار، انعطاف‌پذیر و کارآمد هستند.

بعضی از معتادان به هرویین، زندگی را یک ریسک تلقی می‌کنند. به طوری که یک معتاد در سان فرانسیسکو برای جان اروین^۳ (1970:19) توضیح داده است: گاوچران‌ها و سرخ‌پوستان، یکشنبه‌ها زندگی جذابتر از این را ندارند. ماموران مردان بدی

2-Edward Preble

3-Jon Casey

1-Jon Irwin

هستند شما را سارق زرنگی تلقی می‌کنند و تعقیب و گریز هرروز ادامه دارد. از خواب بیدار می‌شوی تا معتادان را بکشی یا به دنبال مقدار بیشتری مواد برای مصرف بروی، اول باید مقداری پول گیر بیاوری. برای دزدی مجبوری به دیگران کلک بزنی و پلیس را سرکار بگذاری، این خیلی هیجان‌انگیز است!

برترام ساکن^۱ و همکارانش (1978:433) می‌نویسند، یک معتاد معمولی به هرویین به همان اندازه‌ای که یک صنعتگر به مهارتش افتخار می‌کند، به مهارت‌های خود در این کار افتخار می‌کند. او به جنب و جوش و هرویین فکر می‌کند درباره کارهای بزرگی که انجام داده برای سایر معتادان صحبت می‌کند و در مورد پابندیش به هرویین و اینکه منجر به تشویق و تحسین همسرش از او و مهارتش در این کار شده، صحبت می‌کند. زندگی از نظر او تقویت کردن خود است.

با وجود این، بر اساس نظریات ریچارد کلوار^۲ و لویداهلین (۱۹۶۰)، اعتیاد به هرویین واقعاً یک شکست دوگانه است؛ یعنی عدم موفقیت هم در مسوولیت‌های قانونی و هم در مسوولیت‌های غیرقانونی. جرایم آنها معمولاً دارای ریسک زیاد و نتیجه خیلی کم است در این مورد، نخستین واکنش به آنومی، ابداع است؛ وقتی فرد از کاهش وضعیت بی‌هنجاری شکست می‌خورد به انزوای طلبی روی می‌آورد.

مشکلات تئوری آنومی

چین^۳ و همکارانش (1964) پرسش‌نامه‌ای را برای بررسی نگرش‌های آنومیک به کار بردند، پرسش‌نامه بین دانش‌آموزان مدارس معمولی در هشت پایه در سه محله متفاوت از نظر

2-Bertram Sackman

3-Richard Cloward

1-Chein

میزان بزهکاری پایین، متوسط و بالا تقسیم شد. آنومی، همبستگی شدیدی با مصرف هرویین دارد، اما چنان که قبلاً هم اشاره شد، توالی جرایم ناشی از مصرف موادمخدر به هیچ وجه مشخص نبود. بر اساس نظر کلوار و اهلین بزهکاری اولیه بر وابستگی به موادمخدر تقدم دارد. اما تحقیقاتشان به صورت مشخص این امر را تایید نکرد. به هر حال مجرمان موفق و ماهر (نوآور) خیلی نادرتر از آن چیزی هستند که نظریه شکست دوگانه توصیف می‌کند. از این رو به نظر می‌رسد این نظریه باید مورد نقد قرار گیرد. (Lindesmith and Gagnon 1964)

و البته، آنومی، مصرف کوکائین توسط افراد را تبیین نمی‌کند، چون این افراد انزوا طلب نبوده و در هر دوی فعالیت‌های مجرمانه و غیرمجرمانه خود، موفقیت‌های اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی را به دست آورده‌اند. همچنین تبیین قابل قبولی درباره میزان مصرف موادمخدر در میان پزشکان ارائه می‌کند، برای آنها که مصرف موادشان با نظریه قابلیت دستیابی، بهتر از نظریه آنومی قابل تبیین است، دستیابی برای توضیح تراکم زیاد مصرف موادمخدر در نواحی یهودی‌نشین به کار رفته است: فقدان فرصت‌های اقتصادی قابل توجه، مردم را به طرف تجارت موادمخدر سوق می‌دهد، یعنی منجر به دستیابی بیشتر به مواد غیرمجاز می‌شود. (Lindesmith and Gagnon 1964) البته دستیابی بیشتر به مواد می‌تواند نتیجه آنومی باشد، یعنی وجود تجارت موادمخدر واکنشی ابداعی به وضعیت آنومیک تلقی گردد.

فردریک شفر^۱ (1988) در پژوهش‌های خود که در قالب یک مدل روان‌کاوی است، دریافت که انزواطلبی، انگیزه مصرف

کوکابین را در بیماران مداوا شده، افزایش می‌دهد و آنها مواد را به دلیل ترس از شکست، مصرف می‌کنند. به طور ناخودآگاه یاس برایشان آشنا و دست یافتنی و موفقیت بیگانه و غیرقابل دستیابی به نظر می‌رسد (1988:134) در مقابل این دیدگاه‌ها، اریک گوود^۱ نشان می‌دهد که «نظریه آنومی» هیچ ویژگی خاصی را در مورد مصرف و یا اعتیاد به موادمخدر تبیین نمی‌کند (1989:64). با وجود این، به نظر الیوت کیوری^۲ (1993:145) وضعیت‌های آنومی با مصرف موادمخدر همبستگی دارند و این وضعیت‌ها مصرف مواد را افزایش می‌دهند: «فقط تصور مادی نیست که جوانان و فقیران را نسبتا خام می‌کند، بلکه آنها هنگامی که مواد و مصرف آن به هر منظوری زیاد باشد، در برابر موادمخدر خام می‌شوند». این امر با افزایش شکاف میان مرفه‌ترین و فقیرترین شهروندان جامعه وخیم‌تر می‌شود. در میان ۱۶ کشور صنعتی جهان، در ایالات متحده، شکاف عظیم‌تری میان فقیران و ثروتمندان وجود دارد، و کودکان فقیر وضعیتشان بدتر از هر جایی است (Brads 1995 a).

مدل سازگاری

بروس الکساندر^۳ وابستگی بی اختیار به موادمخدر را در مقابل مصرف سرسری یا تفننی، به صورت کارکردی در نظر می‌گیرد. رفتار معتاد، تلاشی جهت مواجه شدن با شکست ناشی از همبستگی است. یعنی شکست در دستیابی به انواع تایید اجتماعی، شایستگی، اعتماد به نفس و استقلال شخصی که حداقل انتظارت افراد و جامعه است (1990:39). در مدل

2-Erich Goode
3-Elliott Currie
1-Bruce Alexander

سازگاری همان طور که در رویکرد انزواطلبی هم توضیح داده شد، فرد هویت و زندگی معتادی را با وجود رنج، بیماری و داغ اجتماعی آن به بی‌هویتی ترجیح می‌دهد. به نظر الکساندر، شخصی که در هماهنگی با دیگران و ساختار اجتماعی موفق است، در معرض خطر وابستگی به مواد مخدر قرار نمی‌گیرد. (این دیدگاه بخش مهمی از نظریه کنترل اجتماعی است که در زیر مورد بحث قرار می‌گیرد). وابستگی به مواد به عنوان یک استراتژی، جهت تحرک افراد (انزواطلب) در موقعیت‌های رقابتی که در آن شکست تقریباً معلوم است به خدمت گرفته می‌شود (Alexander 1990:45). این مدل در مقابل مدلی قرار می‌گیرد که وابستگی به مواد را بیماری تلقی می‌کند، زیرا این دیدگاه معتاد را به عنوان شخص سالمی در نظر می‌گیرد که مشکل جسمی و روانی ندارد و فقط از نظر اجتماعی شکست خورده است. براساس این دیدگاه، معتاد در کنترل موادمخدر نیست یا حتی مواد را بی‌اراده مصرف نمی‌کند، یعنی رفتار فرد، ارادی و اختیاری است، اگر چه ممکن است در سطح خودآگاه نباشد.

معاشرت افتراقی

همان طور که ادوین ساترلند^۱ (1973) می‌گوید، معاشرت افتراقی، چگونگی انتقال رفتار مجرمانه را تبیین می‌کند. معاشرت افتراقی جزو نظریه‌های یادگیری است که بر اساس آن، رفتار مجرمانه آموخته می‌شود و یادگیری اساسی در درون گروه‌های نخستین فرد رخ می‌دهد. یادگیری موثر به میزان شدت، فراوانی و مداومت ارتباط وابسته است. با توجه به مصرف موادمخدر، معاشرت افتراقی می‌تواند بعنوان یک مقیاس در نظر

گرفته شود. در یک طرف، مقیاس معاشرت‌های کجروانه و در طرف دیگر معاشرت‌های معمولی اجتماعی انباشته می‌شود. در برخی دیدگاه‌های نظری، مصرف مواد هنگامی شروع می‌شود که معاشرت‌های کجروانه (مصرف‌کنندگان مواد) بیشتر از معاشرت‌های معمولی اجتماعی آنها باشد.

رابرت بورگس^۱ و رونالد آکر^۲ (1969) فرضیه اصلی ساترلند را در نظریه تقویت معاشرت افتراقی، صورت بندی کردند. به این صورت که اگر هنجارهای اجتماعی و قوانین به صورت واقعی، هم‌نوایی با رفتارهای قانونی را برای فرد تقویت نکنند، او بزهکار می‌شود، چون رفتار با تقویت مثبت شکل می‌گیرد. اگر رفتارهای قانونی تقویت نشوند استحکام‌شان را از دست می‌دهند و وضعیت عدم تقویت رفتار به وجود می‌آید. فقدان تقویت رفتاری این احتمال را که سایر رفتارهای کجروانه، تقویت شده و استحکام یابند، را افزایش می‌دهد. اعضای گروه اجتماعی فرد، تقویت‌های اجتماعی مانند: پایگاه، احترام و شان اجتماعی را که رفتار کجروانه وابسته به آنها است، را شکل می‌دهند.

در واقع به نظر می‌رسد شروع مصرف موادمخدر به طور کامل وابسته به معاشرت با هم‌سالان باشد. تروی داستر^۳ (۱۹۷۰:۱۸۰) می‌نویسد، اولین منبع ارتباط با موادمخدر (هرویین) معمولاً یک دوست است. مصرف‌کنندگان معمولی، اولین مزه تعارف مواد را از سوی معتادان تازه‌کار دریافت نمی‌کنند: اکثراً در پی ملاقات دوستی که در این راه دستگیر شده و یا به صورت مثقال مصرف می‌کند به سوی هرویین سوق

2-Robert Burgess

3-Ronald Akers

1-Troy Duster

داده می‌شوند. فرد به ندرت برای اولین بار خریدار موادمخدر می‌شود. بنابراین شروع بیشتر به شرایط تصادفی بستگی دارد تا آرزوی چنین عملی توسط مصرف‌کننده تازه‌کار (P. Hughes 1977: 84).

جیمز مادوکس^۱ و دیوید دسموند^۲ (1981) در پژوهشی درباره معتادان به هرویین در سن آنتونیو دریافتند که فقط ۴ درصد معتادان به طور مستقیم اولین بار هرویین را از فروشنده خریده‌اند. همچنین مدل‌هایی در مورد شروع مصرف هرویین به وسیله ریچارد رتیگ^۳، مانوئل تورز^۴ و گرالدرت^۵ (1977) و چین^۶ و همکارانش (1964) هم گزارش شده است.

والدورف^۷ (1973:31) الگوی مشابهی را یافت و نوشت مصرف هرویین یک پدیده اجتماعی است، نه شخصی، یعنی افراد در یک موقعیت گروهی میان دوستان و آشنایان مصرف را شروع می‌کنند. داستر^۸ (1970:183) می‌نویسد تجربه اولیه موادمخدر معمولاً در موقعیت گروهی رخ می‌دهد. در انگلستان هم وضعیت به همین شکل است. جوفری پیرسون^۹ (1987:9) دریافت که اولین بار توسط یک دوست یا احتمالاً خواهر و برادر، هرویین به فرد تعارف می‌شود. این کار توسط یک آشنای دوست داشتنی یا معشوقه صورت می‌گیرد.

ارتباط میان مصرف اولیه و روابط دوستانه یا خانوادگی، مشکل جدی در جلوگیری از مصرف موادمخدر است. در پرتو

2-James Maddux
3-David Desmond
4-Richard Rettig
5-Manual Torres
6-Gerald Garrett
7-Chin and His Colleagues
8-Waldorf
1-Duster
2-Geoffrey Pearson

نقش تعیین کننده شبکه دوستان در گسترش موادمخدر تصور طرحی موثر با راهکار اجرایی، برای کنترل دستیابی به مواد در این سطح بسیار مشکل است. خیلی ساده است نمی توان انتظار داشت یک فرد دوستش را به پلیس معرفی کند.

(Advisory council on Drug Misuse 1998:30)

چه رابطه‌ای میان استفاده والدین از مواد روان‌گردان و استفاده بچه‌های آنها از این مواد وجود دارد؟ (روابط همسالان ممکن است صرفاً به عنوان متغیر واسطه یا میانی در نظر گرفته شود). بر اساس نظریه معاشرت افتراقی، والدین به طور موثر، مسوول به وجود آمدن نوع رفتار بچه‌هایشان هستند. با وجود این، دنیس کاندل^۱ (1974:235) دریافت که تاثیر والدین به ویژه در مقایسه با تاثیر همسالان نسبتاً کم است زیرا همسالان هم زمینه تقویت و تاثیر اجتماعی قوانین و هم زمینه رفتار مورد قبول گروه دوستان را فراهم می‌کنند.

برای نوجوانان، این نوع تقویت به طور معمولی مناسب تر از آن چیزی است که والدین ارائه می‌کنند، با وجود این، کندال می‌گوید والدین می‌توانند معاشرت افتراقی را تقویت کنند، بدین معنا که وقتی دوستان نوجوانی که والدین او موادمخدر را مصرف نمی‌کنند از مواد غیرمجاز استفاده می‌کنند، احتمال اینکه آن نوجوان هم از آن مواد استفاده کند، کم است، در حالی که اگر والدین نوجوان هم مصرف کننده مواد باشند احتمال استفاده نوجوان از موادمخدر، خیلی زیاد می‌شود.

بر اساس نظر کوری جونز^۲ و رابرت باتیز^۳ (1987:15) مصرف مواد مشخصی، به نوجوانان اجازه می‌دهد تا به رقابت با

3-Denise Kandel
1-Coryl Jones
2-Robert Batties

بزرگسالان بپردازند و در همین زمان علیه استانداردهای والدین شورش کنند. بدین معنا که موادمخدر را جهت تسکین ناهمنوایی فوری و مورد انتظار والدین در برابر آنها به کار می‌برند و در رد والدین خود مواد خاصی را که مورد تایید آنها نیست، مستمسک قرار می‌دهند. استفاده از مواد غیرمجاز فرصتی خاص را به نوجوان می‌دهد تا به طور هم‌زمان هم در برابر قوانین گذارده شده توسط والدین شورش کند و هم با نگرش‌های اصلی که توسط والدین بروز داده می‌شود، سازگاری کند. نظریه معاشرت افتراقی و آنومی به تبیین آنچه پاتریک^۱ هیوز (1977:88) با عنوان شیوع هرویین به آن اشاره می‌کند، کمک می‌کند. او در مطالعه‌ای با مرکزیت شیکاگو نظریه شیوع هرویین در شکل خرد و کلان این شیوع را اثبات کرد، بدین معنا که در شکل خرد شیوع هرویین، مصرف موادمخدر چنگانه توسط گروه دوستان، زمینه مساعدی را برای رشد اعتیاد به هرویین فراهم می‌کند، در حالی که شکل کلان شیوع هرویین به طور کلی در محله‌هایی رخ می‌دهد که اخیراً تغییر جمعیتی سریعی داشته و این امر منجر به شکسته شدن ثبات اجتماعی و مکانیسم کنترل اجتماعی موجود می‌گردد. به عبارت دیگر نه تنها اعتیاد به هرویین شیوع پیدا می‌کند، بلکه شکل‌های دیگر کجروی هم در این محله‌ها رواج می‌یابد. هیوز می‌گوید، ارایه مداوای سریع می‌تواند شبکه‌های جدید مصرف هرویین را قبل از شیوع پیدا کردن از بین ببرد.

هویت بخشی به خود به عنوان یک "عملی" یا "دائم‌الخرم" یا "کوکابینی" اغلب نتیجه گرفتار آمدن در یک شبکه اجتماعی است که اعضای دیگر هم همین وضع را دارند. برای برخی این

گروه، گروه مرجع اولیه می‌شود و آنها اغلب اوقات خود را با سایر "عملی‌ها" و معتادین سپری می‌کنند و ارتباطات خود را با غیرمصرف کنندگان قطع می‌کنند. مواد نماد یگانگی و پیوند گروهی می‌شود و احساس تعلق به مواد و حمایت قوی را برای ادامه مصرف به آنها می‌دهد. (Roffman and George 1988).

نظریه کنترل اجتماعی

نظریه‌های کنترل اجتماعی روی این نکته متمرکزند که چرا فقط عده کمی از مردم درگیر رفتارهای کجروانه‌ای از قبیل جرم و مصرف موادمخدر می‌شوند. جواب‌شان هم این است که در این امر میزان تعهد فرد به جامعه عامل تعیین کننده است. جوانانی که تعهد و ارتباطات محکمی را با والدین و مدرسه دارند، احتمالاً کمتر درگیر رفتار مجرمانه می‌شوند. بر اساس نظریات کنترل اجتماعی "کجروی" هنگامی به وجود می‌آید که تعهد فرد به جامعه ضعیف شود یا از بین برود (Hirschi 1969:16). میزان این تعهد اجتماعی از بررسی قید و بندهای درونی و بیرونی تعیین می‌شود، به عبارت دیگر، کنترل‌های درونی و بیرونی مشخص می‌کنند که ما به طرف رفتار کجروانه یا کاملاً قانونی برویم.

کنترل درونی، شامل نظریه روان‌کاری است که به "فرامن" (Superego) برمی‌گردد و احساس گناه را به وجود می‌آورد. مصرف بی‌رویه در دوران اولیه رشد یا اثرات نابهنجار والدین می‌تواند منجر به از بین رفتن الزامات درونی جامعه شود؛ آسیب‌شناسی اجتماعی، (مدارک دیگر هم درباره اینکه نقطه فشارهای عصبی با آسیب‌شناسی اجتماعی پیوند دارد وجود دارند). رفتار کجروانه که هر نوع تأسّف نابی را از بین می‌برد،

می‌تواند با این نظریه تبیین شود. بر اساس نظریه کنترل اجتماعی کجروان خیلی کم جامعه‌پذیر شده‌اند، و خانواده واحد اصلی جامعه‌پذیر کردن آنهاست. بنابراین هم از نظر روان‌شناختی و هم جامعه‌شناختی، کنترل درونی متأثر از خانواده است (Hirschi 1969). بدین معنا که معاشرت نوجوانان با موادمخدر یا هر جرم دیگر، همبستگی شدیدی با بیگانگی از خانواده دارد (Brounstein et al 1990:10)، عاملی که می‌تواند با حضور یا عدم حضور کنترل بیرونی، تقویت یا تضعیف شود.

کنترل بیرونی، شامل عدم تاثیر اجتماعی است که با حوزه عمومی و یا بی‌اعتنایی و ترس از تنبیه ارتباط دارد. به عبارت دیگر، مردم معمولاً به احتمال اینکه دستگیر یا تنبیه می‌شوند از رفتار مجرمانه دوری می‌کنند، یعنی از حوزه عمومی جدا شده و به زندان می‌افتند (و در موارد استثنایی جریمه نقدی می‌شوند). با وجود این، قدرت بازدارندگی موثر - نیروی قانون - بر اساس دو بعد اندازه‌گیری می‌شود؛ خطر در مقابل پاداش.

خطر کردن، وابسته به توان سیستم قضایی برای شناسایی، بازداشت و محکوم کردن خلاف‌کاران است. میزان ریسک در برابر پاداش‌های بالقوه سنجیده می‌شود. با وجود این، هم پاداش و هم ریسک وابسته به وضعیت اقتصادی - اجتماعی فرد است. به عبارت دیگر هر چه فرد کمتر از دست بدهد، بیشتر می‌خواهد، یعنی درگیر ریسک می‌شود و هر چه بیشتر پاداش به دست آورد بیشتر می‌خواهد درگیر ریسک شود. این نظریه توضیح می‌دهد که چرا در شرایط اقتصادی ضعیف، توجه بیشتری به رفتار مجرمانه خاصی پدید می‌آید. با وجود این، پاداش‌های بالقوه و ادراک ریسک پایین، می‌تواند تبیین کند که

چرا افراد در وضعیت‌های اقتصادی‌تر در رفتار مجرمانه پول‌ساز از قبیل جرایم گروهی درگیر می‌شوند.

نظریه کنترل اجتماعی ادعا نمی‌کند که فقط شخص دارای روابط اجتماعی ضعیف، درگیر مصرف مواد مخدر می‌شود. در مقابل، استمرار مصرف مواد و فقدان تعهد اجتماعی را نشان می‌دهد. برخی افراد به جای هم‌نوا شدن با هنجارهای معمولی، از طریق معاشرت افتراقی، رفتار خود را بر اساس هنجارهای گروه مجرمان و بزه‌کارانی سازمان می‌دهند که به آن تعلق پیدا می‌کنند. این امر به احتمال قوی در محیط‌هایی رخ می‌دهد که سازماندهی اجتماعی نسبی وجود دارد، یعنی جایی که کنترل‌های خانوادگی و جمعی در اعمال هم‌نوایی موثر نیستند. چنین فرایندهایی همچنین به تبیین اینکه چرا مواد مخدر بعضی اوقات در جوامع مرفه‌تر شیوع پیدا می‌کنند، کمک می‌رساند. فقط خانواده‌ها و فرهنگ‌های مستحکم می‌توانند به طور اساسی از مصرف مواد جلوگیری کنند. بنابراین سستی خانواده‌ها، عدم وجود بزرگ سالان و فراگیری فرهنگ مصرف مداوم، می‌تواند خانواده‌های مرفه را فقیرتر کند (Currie 1993:103).

در مطالعات عمده‌ای درباره نیروی پیوندهای خانوادگی و رفتار مخاطره‌آمیز جوانان (سیگار کشیدن، نوشیدن، ماری‌جوانا، عمل جنسی) محققین دریافته‌اند ریسک، کمتر همبستگی شدیدی با انسجام خانوادگی دارد. یعنی پیوندهای خانوادگی مهم‌تر از روابط با هم‌سالان هستند. (S. Gilbert 1997). در یک مطالعه طولی که جهت آزمون نظریه کنترل اجتماعی طراحی شده بود، به ویژه آن جنبه از این نظریه که روابط بین شخصی ضعیف را با کجروی، مرتبط می‌داند (در این مورد مصرف

موادمخدر)، دنیس کاندل^۱ و مارک داویز^۲ (1991:459) هیچ رابطه‌ای بین عدم یکپارچگی (integration failure) و مصرف موادمخدر، پیدا نکردند. در واقع آنها دریافتند مصرف مواد غیرمجاز بطور قطع با صمیمیت میان اعضای شبکه‌های دوستان مردان ارتباط دارد، این صمیمیت یا ناشی از توهم خود فرد است و یا به تعاملش با دوستان اطلاق می‌شود. علاوه بر این، شبکه‌های مصرف‌کنندگان مواد غیرمجاز از نظر ساختاری با شبکه‌های غیرمصرف‌کنندگان مواد، شباهت‌های زیادی دارند. اختلاف بین این‌ها، روابط دوستی نزدیکتر برای مصرف‌کنندگان مواد نسبت به غیرمصرف‌کنندگان است. این محققین می‌نویسند، یافته‌های آنها به نظریه خرده فرهنگ (یا کجروی فرهنگی) نزدیکتر است تا نظریه کنترل اجتماعی. جورج وایلان^۳ (1983) (محقق روان‌کاو) دریافت که فرهنگ، نقش مهمی در پیدایش الکلیسم ایفا می‌کند، بدین معنا که رفتارهای خانواده - اعتیاد به نوشیدن که کودک با آن اجتماعی می‌شود - بیشتر از کنترل اجتماعی (یا حتی فشار اجتماعی) بر فرد تأثیر دارد. این عقیده که مصرف موادمخدر، به ویژه الکلیسم، نتیجه یادگیری یک عادت است که همانند یادگیری سایر تجربه‌هاست با نظریه یادگیری رفتاری مصرف موادمخدر سازگار می‌باشد (Bandura 1969:197).

1-Denise kandel
2-Mark Davies
3-George Vaillant

نظریه خرده فرهنگ ها / کجروی فرهنگی

برخی از جامعه شناسان، رفتار کجروانه را هم‌نوایی افراد با خرده فرهنگ‌هایی می‌دانند که آنها به آن تعلق دارند. خرده فرهنگ‌ها الگوهایی از ارزش‌ها، هنجارها و رفتار می‌باشند که در میان گروه‌های خاصی به سنت تبدیل می‌شوند. آنها شبکه‌های مهم مرجع هستند که افراد و گروه‌ها از طریق آنها جهان را می‌بینند و آن را تفسیر می‌کنند (Short 1981:22). فردی که تعهد خاصی به جامعه ندارد، اما پیوندهای محکمی با خرده فرهنگ مصرف مواد دارد، بیشتر محتمل است که به مصرف مواد روی آورد. اعضای خرده فرهنگ مواد، ارزش‌ها و هنجارهایشان را برای اشخاصی که جذب این نوع زندگی می‌شوند، تبلیغ می‌کنند؛ جامعه‌پذیری. فردی که به این نوع زندگی می‌پیوندد باید زندگی در هماهنگی با خرده فرهنگ جدید به منظور یک عضو خوب نظم مجدد پیدا کند، تا مورد تأیید اعضا باشد. خرده فرهنگ‌ها پاداش‌ها و مجازات‌هایی را برای موقعیت‌های حساس به منظور حفظ وفاداری اعضا به کار می‌گیرند.

آلبرت کوهن^۱ (۱۹۶۵) استدلال می‌کند، خرده فرهنگ‌های مشخص طبقات پایین، ارزش‌های طبقه متوسط را نفی می‌کنند. این انکار، یک ضعف جدی است، چون ویژگی‌های فرهنگی طبقه متوسط کشور، برای موفقیت ما ضروری هستند. این ویژگی‌ها عبارتند از:

- ۱- جاه طلبی
- ۲- احساس مسوولیت شخصی
- ۳- مهارت‌های موفقیت

- ۴- توانایی به تعویق انداختن شادی و مسرت
 - ۵- سخت‌کوشی و صرفه‌جویی
 - ۶- برنامه‌ریزی عقلانی، از قبیل صرفه‌جویی در زمان و پس‌انداز پول
 - ۷- توسعه طرز رفتار / نزاکت
 - ۸- توجه به دارایی
 - ۹- انجام تفریح سالم
- بر اساس نظر جیمز شورت^۱ (1968) و والتر میلر^۲ (1958) هنجارهای برخی از خرده‌فرهنگ‌های طبقه پایین، منشا عدم دستیابی به موقعیت‌های معمولی می‌باشند. اعضای یک گروه نوجوان خیابانی از هنجارهای خرده فرهنگ طبقه پایین حمایت می‌کنند و علایق کانونی‌شان عبارتند از: (Miller 1958)
- ۱- دردسر: رفتار نقض‌کننده قانون
 - ۲- سرسختی: توانایی جسمانی و جسارت
 - ۳- زیرکی: توان فریب دادن دیگران، زرنگی
 - ۴- هیجان: دلهره ریسک، ترس
 - ۵- تقدیرگرایی: خوش‌شانس بودن
 - ۶- استقلال: عدم وابستگی به قید و بندهای بیرونی
 - ۷- مزاحمت: اغلب شامل دعوا و آزارجنسی در هنگام مست شدن است، یعنی رفتار مشکل‌آفرین برای زنان که اغلب عواقب بد جنسی در پی دارد.
- رفتار دردسرزا یکی از مواردی است که به آنها منزلت می‌دهد، سرسختی نه در خانواده‌های مردسالار، بلکه در خانواده‌های زن‌سالار گسترش می‌یابد و نتیجه آن بنا به ادعای میلر، فراگیر

2-James Short
3-Walter Miller

شدن هم جنس بازی در میان فرهنگ طبقه پایین است. همچنین قماربازی در فرهنگ طبقه پایین متداول است و ناشی از این عقیده است که زندگی، مجموعه نیروهایی است خیلی کم تحت کنترل است و یا اصلاً کنترلی بر آن وجود ندارد؛ تقدیرگرایی. استقلال اغلب به این مفهوم بیان می‌شود که "هیچ کس نمی‌خواهد مرا به جلو هل دهد" و "من می‌خواهم به او بگویم همین طوری باش". با وجود، این چنین عقایدی با الگوهای واقعی رفتار متضاد هستند، به عبارت دیگر بر اساس نظر میلر بسیاری از افراد طبقه پایین خواهان کنترل شدید از سوی محیط‌های اجتماعی از قبیل نیروی نظامی زندان و برنامه‌های درمان اعتیاد می‌باشند: کنترل شدن برابر است با محافظت شدن (1958:13) چین و همکارانش (1964:13) می‌نویسند: پسرانی که معتاد می‌شوند، به طور قطع با خرده فرهنگ بزهکاری ارتباط داشته‌اند. اینکه آنها مصرف مواد را به طور منظم شروع کنند نشانگر دوستانی است که در زندان، کانون تربیت و اصلاح داشته و یا مجازات تعلیقی داشته‌اند (1964:13). آنها دریافتند که بدون استثنا معتادان از خانواده‌های فاقد پدر یا سلطه‌های پدرانه - خانواده‌های زن سالار - بیرون می‌آیند. آنها با آنچه دیگران خرده فرهنگ مجرمانه طبقه پایین نام گذاری کرده‌اند، تعریف می‌شوند (B.Johnson et al.1990) که در آن خرده فرهنگ موادمخدر یکی از اجزای اصلی می‌باشد. جان اودانل^۱ (1969:84) می‌نویسد، مفهوم خرده فرهنگ موادمخدر حاکی از این است که معتاد در ارتباط با دیگران است؛ معاشرت افتراقی:

در این ارتباط، یادگیری رخ می‌دهد. این یادگیری تکنیک‌ها و روش‌هایی دارد. برای مثال یک تازه کار می‌تواند از معتاد کهنه کار یاد بگیرد که گوشه‌گیری در اویش نتیجه نداشتن مصرف معمولی است و با یک بار مصرف، تسکین می‌یابد و اینکه از راه تزریق اثر مواد تقویت می‌شود، یا بیاموزد چطور مواد یا پول را به دست آورد، مکان‌های جدید مواد کجاست؟ چگونه مواد را برای مصرف آماده کند و اطلاعات دیگری از این نوع فرد معمولاً نگرش‌های جدیدی را هم می‌آموزد، او ممکن است یادبگیرد خودش را به عنوان یک معتاد تعریف کند. قضاوت‌های جدیدی را در مورد مصرف مواد یادبگیرد و نگرش‌های منفی و جدیدی را در مورد قوانین یادبگیرد که از مصرف مواد جلوگیری می‌کند.

وقتی یک مصرف‌کننده خودش را به عنوان معتاد تعریف می‌کند، جامعه هم او را به این شکل می‌شناسد؛ فرایندی که بر چسب زنی نام گرفته است. خرده فرهنگ‌های مواد، انواع متفاوتی دارند برخی از آنها به مصرف ماده خاصی مرتبط هستند، در حالی که سایر آنها به نظر می‌رسد بخشی از یک خرده فرهنگ بزرگ باشند.

پاتریشیا آدلر^۱ (1985:1) با مشاهده مشارکتی، نگاهی از درون به خرده فرهنگ‌های قاچاق ماری‌جوآنا و کوکائین را ارائه می‌کند که دو طبقه متوسط و بالا در اجتماعات سواحل کالیفرنیا شمالی را احاطه کرده است. او می‌گوید: این خرده فرهنگ‌ها رهنمودهایی برای نحوه توزیع و قاچاقچیان ارائه می‌کنند، قواعد، نقش‌ها و اعتبار اعضای‌شان را ترسیم می‌کنند و زندگی اجتماعی‌شان هم به معنای مصرف بی‌رویه و مفرط

1-Patricia Adler

موادمخدر، به راحتی انجام دادن اعمال جنسی و تمرکز بر ارضای آنی کجروانه می‌باشد.

مصرف کنندگان کوکایین به طور کلی، خرده فرهنگ قابل تشخیصی را از خود بروز نمی‌دهند. پژوهش‌های راجع به مصرف کنندگان کوکایین نشان داده‌اند که ظاهراً قالب خاصی (typical) برای مصرف کوکایین وجود ندارد (Pcoc 1986). مصرف کنندگان کوکایین به سادگی در رده مصرف کنندگان موادمخدر قرار نمی‌گیرند.

بخش عمده‌ای از مصرف کنندگان، افراد حرفه‌ای موفق و تحصیل کرده‌ای هستند که در ۲۰ یا ۳۰ سال اولیه زندگی‌شان تحرک اجتماعی صعودی داشته‌اند. آنها دلالتان سهام، وکلا و معمارانی هستند با درآمدهای کافی برای تغییر تدریجی به سمتی که شبی صدلار و بیشتر را به خود اختصاص می‌دهند. اکثر آنها از جهات دیگر، شهروندان قانون مداری هستند که از برچسب محروم بودن مبرا می‌باشند، علی‌رغم اینکه خودشان می‌دانند که عمل‌شان غیرقانونی است. اکثر این افراد مرد هستند. البته تعداد زنان هم در حال افزایش است. به محض اینکه قیمت‌ها کاهش یابد تعداد مصرف‌کنندگان نوجوان و آنهایی که به دلیل بالا بودن قیمت سراغ آن نمی‌رفتند بیشتر و بیشتر می‌شود. (National Institute on Drug Abuse 1986:1) به نظر می‌رسد کوکایین کراک در محله‌های فقیرنشین نواحی شهری یک خرده فرهنگ مواد را به وجود آورده است. الگوهای خرده فرهنگی، شامل یک نوع زبان صنفی و مجموعه‌ای از اصطلاحات است. اینها فعالیت‌هایی را توصیف می‌کنند که افراد در ارتباط با کراک بایستی انجام دهند، یعنی جلب مشتری برای مصرف انواع ترکیبات کراک و وسایل مورد نیاز برای

مصرف، و ایجاد خانه‌های فساد (base houses) (جایی که مواد مصرف می‌شود) و خانه‌های کراک (جایی که مواد خریداری می‌شود؛ Frank et al 1987:6). بلانچ فرانک^۱ و همکارانش (1981) می‌گویند، رشد این نوع خرده فرهنگ‌ها به پر زرق و برق شدن و در نتیجه گسترش مصرف کراک کمک می‌کند.

هارولد فاینستون^۲ (1964) ویژگی‌های خرده فرهنگ سیاهان هرویینی را در اوایل دهه ۱۹۵۰ بیان می‌کند. او دریافت معتاد کلیشه‌ای (Stereotypical addict) از خشونت دوری می‌کند. عمداً لغات هیجانی را به کار می‌برد و از کار بیزار است. (این امر با مصاحبه فاینستون با تعدادی از معتادان سفیدپوست که قیافه‌شان با خشونت‌گرایان خیابانی سازگار بود، تضاد داشت). این معتادان که فاینستون (1964:284) آنها را به اصطلاح "گره‌ها" می‌نامد، سبک زندگی شان مبتنی بر لذت‌های آنی (Kicks) و اکتسابی بود. لذت آنی، عملی است که به وسیله جامعه منع شده باشد. این عمل تجربه آنی بودن را گسترش داده و تا حد ممکن فرد را از زندگی عادی و خسته کننده روزانه جدا می‌کند. برای یک "گره" مصرف هرویین، نهایت لذت بردن است. نمونه مشابهی از این نوع معتادان هرویینی توسط هاروی فلدمن^۳ (1977) یافت شد که تحقیق وی مربوط به اواخر دهه ۱۹۶۰ در اجتماعی معروف به شرق "هایلند" است.

1-Blanche frank
2-Harold Finestone
1-Harvey Feldman

کنش متقابل نمادین/ برچسب زنی

کنش متقابل نمادین یک رویکرد جامعه شناختی است که در دیدگاه‌هایی از قبیل برچسب زنی یا نظریه عکس‌العمل اجتماعی، پدیدار می‌شود و فرض اصلی‌اش اینست که مردم واقعیت‌هایشان را می‌سازند:

طرفداران کنش متقابل نمادین اظهار می‌کنند، مقولاتی را که افراد برای تغییر جهان و حتی تجربه خود به کار می‌برند با تعریف‌هایی که به طور اجتماعی حاصل شده‌اند، سازمان می‌یابد. آنها استدلال می‌کنند که افراد در واکنش به پاداش‌ها و تاییدها به تدریج انتظارات گروه را درونی می‌کنند. این درونی کردن تعاریف اجتماعی به مردم اجازه می‌دهد تا رفتار خودشان را از دیدگاه گروه ارزیابی کنند و در ادامه دیدی به فرد داده می‌شود تا خودش را به عنوان یک ابژه اجتماعی دریابد. (Quadagno and Antoni 1975:33)

کنش متقابل نمادین مصرف موادمخدر را تبیین نمی‌کند، چون بر رفتار عامل اجتماعی متمرکز نیست بلکه بر چگونه نگریسته شدن یک رفتار یا شخص، توسط دیگران - جامعه - متمرکز است. بنابراین کی اریکسون^۱ (1966:6) می‌گوید: کجروی در هر نوع رفتاری، ویژگی ذاتی نیست بلکه نوعی ویژگی است که توسط مردم به رفتاری که فرد به طور مستقیم و غیرمستقیم با آن تماس دارد، نسبت داده می‌شود. مواد مضر خاصی - الکل و تنباکو - می‌توانند به طور قانونی تولید و توزیع شوند، در حالی که سایر مواد غیرقانونی محسوب می‌شوند و افرادی که آنها را برای مصرف انتخاب کنند، قانون‌شکن لقب می‌گیرند. زمانی مصرف‌کنندگان مواد مشخصی - آرام بخش‌ها

و کوکایین - مطرود و کجرو در نظر گرفته نمی‌شدند. بعد از قانون هریسون آنچه رفتار قانونی بوده، غیرقانونی شده است و طبقه جدیدی از کجروان، کسب و کار سودآوری - تجارت موادمخدر - را به وجود آورده‌اند. توماس ساز^۱ (1976:11) با استفاده از این دیدگاه استدلال می‌کند که قبل از ۱۹۱۴ (و قانون هریسون) مساله موادمخدر در ایالات متحده وجود نداشته است. بنابراین جامعه مایل است آنها را که الکل مصرف می‌کنند به عنوان بیمار نگاه کند؛ الکلسم. اما آنها را که با مواد غیرمجاز خواسته‌های خود را برآورده می‌کنند به عنوان مستحقین مجازات در نظر می‌گیرد؛ انگ‌خورده. دیدگاه نظریه‌پردازان کنش متقابل اجتماعی درباره مصرف موادمخدر، راهکارهای اجرایی مهمی دارد.

در حالی که افرادی که موادمخدری از قبیل هرویین و کوکایین مصرف می‌کنند به‌طور تحقیرآمیزی برچسب می‌خورند، یعنی شغلی به آنها داده نمی‌شود و قوانین حقوقی در مورد آنها اجرا می‌شود. تأیید رایج بیمار سنتی در لقب به الکلسم، انگلی را که به آن مساله ربط داده می‌شود کاهش می‌دهد. مدل بیماری بودن الکلسم این امکان را به صدها هزار الکی می‌دهد تا توان خود را جهت به دست آوردن مجدد عزت نفس و اعتماد به نفس درک کنند و شروع کنند به کنترل و بازسازی زندگی اسفبارشان (Wallace 1993:70).

برچسب‌های ناشی از واکنش‌های اجتماعی به افراد - انگ خوردن - باعث صدمه دیدن تصور آنان از خودشان، هویت کجروانه و انبوهی از انتظارات منفی اجتماعی می‌شود، علاوه بر این، صدمه دیدن تصور از خود می‌تواند به پیش‌بینی معطوف

به آرزوی جرم در فرد شود. ادوین شور^۱ (1973:124) می‌نویسد "اولین بار که فردی به عنوان یک گناهکار (Wrong _ doer) انگ می‌خورد، پذیرش چنین هویت جدیدی برای او مشکل است. در دوران نوجوانی، بسیاری از افراد با آشوبگری های معمولی و رفتارهای محبت‌آمیز درگیر می‌شوند. اگرچه اکثر نوجوانانی که موادمخدر را تجربه می‌کنند و یا اعمال غیرقانونی و شرم‌آوری را انجام می‌دهند، رفتارهای نگران‌کننده را افزایش نمی‌دهند (Baumrind 1987:14). این امر به ما هشدار می‌دهد تا بطور غیرضروری به افراد بویژه جوانان بر چسب نزنیم. عدم تساهل (Zero tolerance) می‌تواند بطور سیاسی مقبول باشد، اما این امر می‌تواند حق انتخاب اقتصادی و اجتماعی یک شخص جوان را کاملاً محدود کند به طریقی که رفتار هم‌نوا را همانند یک بزرگ سال تقویت نکند.

براساس نظر ادوین لمرت^۲ (1951:76) فردی که به عنوان کجرو بر چسب خورده، رفتارش را در تطابق با واکنش اجتماعی، دوباره سازمان‌دهی می‌کند، و به کار گرفتن رفتار کجروانه‌اش را آغاز می‌کند و یا نقشش را به عنوان یک وسیله دفاع و حمله بر آن استوار می‌کند و یا با مشکلات پنهان و آشکاری که به وسیله واکنش های اجتماعی بعدی برای او درست می‌شوند، انطباق می‌یابد. این کجروی ثانویه، بهترین نمونه برای مصرف کنندگان موادمخدری است که مجبور به رابطه داشتن با مصرف کنندگان دیگر هستند و علاوه بر این، برای حمایت کجروی اولیه‌شان بایستی اغلب به جرم کردن (کجروی ثانویه) پناه ببرند؛ اعتیاد به مواد مخدر.

1-Edwin Schur
2-Edwin Lemert

خلاصه

نظریات و مطالعات جامعه‌شناختی به مصرف موادمخدر در وضعیت اجتماعی آن توجه می‌کنند. برای مثال این نظریات، رده‌بندی مراحل اعتیاد به الکل، هرویین و کوکائین و تبیین‌هایی را در مورد مصرف موادمخدر ارائه می‌کنند. نظریه آنومی می‌گوید افراد با عدم رضایت از نقشی که باید ایفا کنند از فشار ناشی از این دوگانگی صدمه می‌بینند و این فشار با هم نوا شدن، شورش کردن، ابتکارات غیرقانونی یا انزوای طلبی جواب داده می‌شود. براساس این نظریه، مصرف‌کنندگان موادمخدر گوشه‌گیری را از اهداف اجتماعی معمول و موقعیت‌های رقابتی برمی‌گزینند. نظریه معاشرت افتراقی مدعی است که رفتار مصرف مواد، رفتار آموخته شده است و اولین یادگیری در یک گروه کوچک صمیمی رخ می‌دهد. مصرف اولیه موادمخدر به طور عملی همیشه همراه با دوستان نوجوان انجام می‌گیرد، این امر سندی برای این نظریه است. نظریه کنترل اجتماعی می‌گوید از میزان تعهدات اجتماعی افراد رفتار بهنجار و کجروانه را می‌توان پیش‌بینی کرد. کنترل‌های درونی و بیرونی هم میزان تعهد را تعیین می‌کند. نظریه خرده‌فرهنگی، مصرف‌مواد را در سازگاری با هنجارهای یک خرده‌فرهنگ کجروانه تبیین می‌کند. کنش متقابل نمادین مدعی است که برچسب‌های جامعه به افراد و رفتارهاست که نوع واکنش‌های اجتماعی آنها را بیش از هر انتساب ارثی دیگر، تعیین می‌کند.

مرور سوالات

- ۱- تفاوت عمده میان نظریه‌های آزمایشگاه در علوم طبیعی و علوم رفتاری چیست؟
- ۲- طبق نظر موسسه ملی موادمخدر، هفت عامل مرتبط با اعتیاد جوانان کدامند؟
- ۳- سه مرحله اصلی شکل‌گیری هرویین و کوکائین به راه اعتیاد کشیده می‌شوند؟
- ۴- طی چه مراحل مصرف‌کنندگان هرویین و کوکائین به راه اعتیاد کشیده می‌شوند؟
- ۵- نظریه آنومی چگونه مصرف مواد را توضیح می‌دهد؟
- ۶- معاشرت افتراقی چگونه رواج مصرف مواد را تبیین می‌کند؟
- ۷- نظریه کنترل اجتماعی چگونه کج رفتاری مصرف مواد را شرح می‌دهد؟
- ۸- رابطه میان خرده فرهنگ جرم و مصرف موادمخدر چیست؟
- ۹- نظریه‌های کنش متقابل نمادین و برجسب زنی، چطور مشکل مواد را بررسی می‌نمایند؟