

جامعه‌شناسی مصرف مواد مخدر^۱

محمدعلی زکریایی

چکیده

در این مقاله که مروری بر نظریه‌ها و مطالعات جامعه‌شناختی سوءمصرف کنندگان مواد در وضعیت اجتماعی است، مراحل اعتیاد (بویژه درباره مصرف الکل، هرویین و کوکائین) مورد بازبینی قرار گرفته و تبیین‌هایی را در باره مصرف مواد ارایه کرده است. همچنین، نقش برخی از نظریه‌های جامعه‌شناختی بر اعتیاد افراد مورد بررسی قرار گرفته است که در آن نظریه آنومی می‌گوید افراد با عدم رضایت از نقشی که باید ایفا کنند از فشار ناشی از این دوگانگی صدمه می‌بینند. بر اساس این نظریه، مصرف‌کنندگان مواد گوشه‌گیری را از اهداف اجتماعی معمول و موقعیت‌های رقابتی بر می‌گزینند. نظریه تداعی افتراقی نیز مدعی است که رفتار مصرف مواد، رفتار آموخته شده است و اولین یادگیری در یک گروه کوچک صمیمی (مانند دوستان نوجوان) رخ می‌دهد. همچنین، نظریه کنترل اجتماعی بر این باور است که از روی میزان تعهدات اجتماعی افراد می‌توان رفتار بهنجار و کجروانه آنها را پیش‌بینی کرد. کنترل‌های درونی و بیرونی هم میزان تعهد را تعیین می‌کند. نظریه خرده‌فرهنگی، مصرف مواد را سازگاری با هنجارهای یک خرده‌فرهنگ کجروانه می‌داند و کنش متقابل نمادین مدعی است که بر چسب‌های جامعه به افراد و رفتارها مربوط است که نوع واکنش‌های اجتماعی آنان را بیش از هر انتساب ارثی دیگر، تعیین می‌کند.

کلید واژگان: مراحل اعتیاد، تبیین جامعه‌شناختی اعتیاد، نظریه‌های جامعه‌شناسی (نظیر آنومی، معاشرت افتراقی، کنترل اجتماعی، خرده‌فرهنگی و کنش متقابل نمادگرا)

مقدمه :

برای این که افراد انگیزه تداوم تجربه مصرف مواد مخدر را پیدا کنند، باید یاد بگیرند به شیوه صحیح از مواد استفاده کنند 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 (شورای مشورتی سوء مصرف مواد مخدر ۱۹۹۸:۳۱).

۱- این مقاله ترجمه ای از اثر زیر است :

Abadinsky, Howard. *Drugs: An Introduction*. Usa: wadsworth, ۲۰۰۱. p ۱۵۲ - ۱۷۰

از زمانی که موادمخدر به عنوان یک مسأله اجتماعی شناخته شده است، کوشش‌هایی برای تبیین این نکته صورت گرفته است که چرا برخی به مواد شیمیایی وابسته می‌شوند در حالی که دیگران در عین مصرف آنان وابسته نمی‌شوند. این تبیین‌ها از بر چسب‌هایی که مصرف‌کنندگان را صرفاً به عنوان افراد "خوب" یا "بدی" در نظر می‌گیرند که علاقمند به تباهی و فساد هستند، فراتر می‌روند. برخی معتقد هستند که این امر یک بیماری دارویی است در حالی که دیگران معتقد به آن هستند یک مشکل رفتاری است. برخی معتقد هستند که این امر، ریشه‌های ژنتیکی دارد. برخی دیگر عوامل محیطی را تعیین‌کننده آن می‌دانند. عده‌ای آن را در یک بافت فرهنگی بررسی می‌کنند. عده دیگری آن را واکنش سازگاری فردی می‌دانند. بعضی‌ها آن را یک بحران شخصیتی می‌بینند، درحالی که دیگران آن را مسأله ایروان‌شناختی می‌دانند (Pickens and Thompson ۱۹۸۴:۵۳). بعضی آن را در مدل زیستی، روانی، اجتماعی^۲ وابستگی به مواد، تابع تعامل عوامل روان‌شناختی، محیطی و فیزیولوژیکی می‌دانند (Donovan ۱۹۸۸).

نظریه‌های مربوط به مصرف مواد، معمولاً به رشته علمی شخص مشاهده‌گر بستگی دارد:

عصب‌شناسی و فارماکولوژی

نظریه‌های زیادی درباره مصرف مواد مخدر توسط رشته‌های گوناگون علوم ارایه شده که است ممکن است رقیب یا متضاد با یکدیگر به نظر برسند. اما، بررسی ما بر خصلت تکمیلی آنان تأکید دارد به یعنی هر یک تبیین خاصی برای مصرف مواد و توصیه‌های درمانی و راهکارهای اجرایی مهمی را در این مورد ارایه می‌کنند.

خلاصه عوامل (زمینه‌ای) خطرناک برای مصرف مواد مخدر در فرهنگ جامعه

- قوانین مساعد برای مصرف مواد مخدر
- هنجارهای اجتماعی مساعد برای مصرف مواد مخدر
- دسترسی به مواد مخدر
- محرومیت‌های اقتصادی شدید
- بی‌سازمانی محله زندگی

^۲ -biopsychosocial

عوامل بین فردی

- مصرف مواد مخدر توسط والدین و افراد خانواده
- دیدگاه‌های مثبت خانواده نسبت به مصرف مواد مخدر
- عملکردهای مدیریتی خانواده‌های نامنسجم
- تضاد و فروپاشی خانوادگی
- طرد از سوی
- تداعی با مصرف والدین مواد مخدر

عوامل رفتاری - روانی

- مشکلات مداوم / اولیه رفتار
- شکست‌های تحصیلی
- تعهد کم به مدرسه
- بیگانگی
- طغیان
- نگرش‌های مساعد به مصرف مواد مخدر
- مصرف مواد مخدر

عوامل زیستی و ژنتیکی

- استعداد خود برای مصرف مواد مخدر
- آسیب‌پذیری روانی - فیزیکی در مقابل اثرات مواد

نظریه جامعه‌شناختی

علوم رفتاری و اجتماعی به مطالعه رفتار خاص انسان می‌پردازند؛ از این رو، آزمون‌های ما از لحاظ اخلاقی دارای محدودیت هستند. ما می‌توانیم موش‌ها را تا بالاترین سطح استرس فیزیکی، مورد آزمایش قرار دهیم و واکنش آنان را به مورفین بسنجیم. اما، این کار در مورد انسان ناشدنی است و نمی‌توانیم افراد را در معرض مورفین قرار دهیم و منتظر آن باشیم که آیا او معتاد می‌شود یا نه. علوم رفتاری و اجتماعی ناچار هستند با روش‌های غیرمستقیم به مطالعه مصرف مواد مخدر 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 ۱۹۸۶). *موسسه ملی سوء مصرف موادمخدر (۱۹۸۷)* عواملی را که با مصرف مواد توسط جوانان همبستگی مثبت دارند، به‌طور خلاصه بیان کرده است. این عوامل، اغلب در محیط‌های اقتصادی - اجتماعی محروم یافت می‌شوند:

- خانواده‌هایی که اعضای آنان سابقه مصرف الکل و یا سابقه جرم و رفتار غیراجتماعی دارند.
 - سرپرستی ناقص والدین با واکنش‌هایی که از سهل‌انگاری تا خشونت در نوسان است.
 - پذیرش مواد توسط والدین یا مصرف مواد خطرناک توسط آنان.
 - دوستانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند.
 - بچه‌هایی که از دیرباز در مراحل ابتدایی تحصیل ناموفق بوده‌اند و به هنگام نوجوانی اصلاً به مدرسه علاقه‌ای ندارند.
 - بچه‌هایی که از خودبیگانه و شورشی هستند.
 - رفتار غیراجتماعی در اوایل نوجوانی و به ویژه رفتار پرخاشگرانه.
- برخی از مطالعات به این نکته پی‌برده‌اند که مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان متأثر از احساس خستگی مداوم و افسردگی است. همچنین پی‌برده‌اند که همانند جنبه‌های دیگر نوجوانی، معمولاً با اتمام این دوره به پایان می‌رسد. علاوه بر این، برخلاف برداشت معمولی، پژوهش‌ها دریافته‌اند که مصرف مواد مخدر به‌طور معمولی یک فعالیت گروهی است که جوانان آن را یکپارچه و متحد به‌طور اجتماعی انجام می‌دهند (Glassner and Laughlin ۱۹۸۹). این مسأله، در تضاد با برخی دیدگاه‌های روان‌شناختی بیان می‌کند که مصرف‌کنندگان نوجوان موادمخدر اجتماعی توانا هستند (یا توانایی پیشینی دارند). مطالعات جامعه‌شناختی اغلب دیدگاه‌های متضاد را درباره مصرف‌کننده نوجوان، که یا او را منزوی و منحرف و یا هم‌رنگ با جماعت می‌دانند، به چالش می‌کشند. جامعه‌شناسی همچنین به ما تذکر می‌دهد که مصرف موادی را که تابع موقعیت و زودگذر است از مصرف موادی که وابستگی و اعتیاد می‌آورند، جدا کنیم. در انگلستان تعداد خیلی کمتری از نوجوانانی که مواد غیرمجاز را به صورت منظم به کار

می برند، نظیر کسانی که سعی کرده‌اند از مواد مخدر دوری کنند، به ما یادآوری می‌سازند که یک فرد جوان با مصرف یک ماده مخدر غیرمجاز ضرورتاً لگوی مصرف مواد را برای همیشه اتخاذ نمی‌کند. (شورای مشورتی سوء مصرف موادمخدر ۱۹۹۸: XII) این امر راهکارهای اجرایی مهمی دارد.

رویکردهای درمانی که بر نظریه‌های جامعه شناختی (و روان‌شناسی اجتماعی) مبتنی هستند، معمولاً بر اجتماعی شدن درباره تأکید می‌کنند؛ یعنی اتخاذ ارزش‌های اجتماعی و یا تسلیم شدن به فرهنگی که به شدت مخالف مصرف مواد است. برای مثال، 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 آنان تحمیل می‌شود و اگر نوجوانان، اعضای شبکه‌های طرفدار جامعه و شبکه‌های حمایت اجتماعی باشند، بیشتر برگشت‌پذیر خواهند بود (Rhodes and Jason ۱۹۹۰: ۳۹۶).

مطالعه مراحل اعتیاد

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

الکل

فردالکلی معمولاً در فرایند معتاد شدن به الکل از چند مرحله می‌گذرد (Catanzarite ۱۹۹۲).
۱- نوشیدن معمولی^۱: در این الگوی اولیه، الکل برای تقویت موقعیت‌های اجتماعی دلیزیر 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. 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، آنان به هیچ ماده‌ای برای لذت

^۱ - Social drinking

بیشتر نیاز ندارند. مصرف‌کنندگان معمولی درباره وقت، مکان و شیوه نوشیدن، به عرف‌های اجتماعی توجه می‌کنند.

۲- نوشیدن زیاد^۱ : مصرف‌کننده افراطی الکل آن را برای فرار مصرف می‌کند. برای فرد این مرحله بحرانی، مستلزم یک مسأله حاد است. او به‌طور مداوم، سطوح بالایی از فشار را تجربه می‌کند و با نوشیدن الکل در پی فرار از این وضعیت است. الکی که خودش فشارهای بیشتری را تولید می‌کند و برای رفع آن‌ها فرد نیاز به الکل بیشتری دارد. برخی دیگر هنگامی به نوشیدن شدید پناه می‌برند که مشکلات فشارزای خاصی سراغ آنان می‌آید و در غیاب آن مشکلات، نوشیدن را کاهش می‌دهند.

با آمدن نشئگی به سراغ آنان 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. آنان از کار خودشان دفاع می‌کنند و تأثیر الکل در زندگی خود را انکار می‌نمایند.

۳- وابستگی به الکل^۲ : 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 می‌شود. در واقع، فرد برای «معمولی 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 (Gerstein and harwood ۱۹۹۰):

- 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 به هیچ وجه مواد در دسترس آنان نبوده باشد). الگوی کار در این جا 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 آنان بیشتر است. افرادی که مصرف الکل و تنباکو را شروع نمی‌کنند به مصرف

^۱ - Heavy drinking

^۲ - Depended drinking

ماری‌جوآنا هم نمی‌رسند. به همین صورت، کسانی که ماری‌جوآنا مصرف نمی‌کنند، به مصرف مواد شدید هم نمی‌رسند. (Golub and Johnson ۱۹۹۴:۴۰۴).

هرویین

زندگی فرد معتاد به هرویین می‌تواند به عنوان یک زندگی چند مرحله ای در نظر گرفته شود: **تجربه کردن:** معمولاً نوجوان با تجربه مواد متنوعی مانند الکل، سیگار، ماری‌جوآنا و احتمالاً باربیتو و آمفتامین‌ها، و مواد مخدر استنشاقی یا استفاده زیر پوستی از هرویین شروع می‌کند. **آغاز کردن:** مصرف کنندگان مواد مخدر با تزریق، استفاده از هرویین را 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: مصرف کننده حالا یک معتاد است و هویت اجتماعی را که با خرده فرهنگ مواد مخدر 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 مواد مخدر بر ضد فرامین دادگاه (برای اجتناب از زندانی شدن) یا درصدد 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 مواد مخدر 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 "سالخورگی" درباره دیگر رفتارهای انحرافی، یعنی جرایم به طور کل صادق است. روز نیاوم (۱۹۸۱:۱۴) می‌نویسد، سبک زندگی معتاد حول دو پدیده می‌چرخد؛ یکی استفاده از مواد به منظور کاهش علائم بیماری انزوطلبی و دوم، استفاده بی‌رویه از آن توسط معتادانی که درآمدهای قانونی داشته باشند؛ زیرا مصرف هرویین برای آنان 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، آنان به ندرت مقداری هرویین را برای روز بعد خود نگهداری می‌کنند. از این رو، اگر مواد در دسترس نباشد، معتاد باید روز را "تحت فشار" برای پول و گیر آوردن یک مثقال^۱ مواد 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 کاملاً وارد رگ می‌کند. بسیاری از مصرف‌کنندگان "بوت کردن"^۲ - عملی که برخی پژوهشگران آن را نظیر فعالیت جنسی می‌دانند - را لذت بخش تر و هیجان انگیز تر از انزال جنسی توصیف می‌کنند. پس از هر بار تزریق، احساس لذت برای مدت کوتاهی افزایش می‌یابد و پس از آن با شتاب فروکش می‌کند و معتاد شروع به تجربه بالاتری می‌کند. احساس خوش کلی او در حدود چهار ساعت طول می‌کشد. سپس این چرخه باید تکرار شود. اسم این چرخه "اعتیاد" است به شروع تقریباً گام به گام از یک مثقال به مثقال دیگر با فعالیت‌های ضروری مرتبط با هرویین در میان این گام‌ها^۳ مرتبط است (Rosenbaum ۱۹۸۱:۱۵). مصرف‌کننده هرویین، خطرهای اعتیاد را می‌داند. اما، این‌ها تجربه‌های پیش پا افتاده‌ای در امور اعتیاد هستند که او یا کسانی که داروهای آرام بخش مصرف می‌کنند یا از آن دوری می‌کنند، آن را می‌دانند (Duster ۱۹۷۰:۱۹۲). معتاد خودش را با اراده و با ثبات تلقی می‌کند: یعنی گرایش نهاد^۴ به دور کردن خود^۴ از تجربه دردسرهای شخصی.

کوکابین

مراحل چندگانه‌ای برای تبدیل شدن به مصرف‌کننده کوکابین وجود دارد.

^۱ - Fix

^۲ - booting

^۳ - Ego

^۴ - Self

مصرف آزمایشی^۱: افراد مصرف کوکابین را بدون کنجکاوی در یک موقعیت اجتماعی شروع می‌کنند؛ هنگامی 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 آنان طبیعی است و در ظاهر مشکلات مالی و بدنی ندارند حتی این مصرف می‌تواند باعث بهبود فعالیت‌های اجتماعی و شغلی آنان شود؛ اهل تداعی 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 “تکانه‌های” (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 کم خوابی شروع می‌شود. فعالیت‌های شغلی فرد مخدوش می‌شود 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.

مصرف بی‌رویه: فرد مصرف کننده به شدت معتاد می‌شود و روابط خود را صرفاً به حلقه دوستان معتاد محدود می‌کند. او ممکن است 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 جنبی مانند پارانوئا، مالیخولیا و عصبانیت مداوم شروع می‌شود. فرد دچار کم خوابی 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

قطع نظر از اختلاف‌های طبقاتی، مصرف‌کنندگان مواد ویژگی‌های مشابهی دارند. همه آنان در جامعه‌پذیری، مهارت‌های شناختی - عاطفی و رشد روانی مشکل دارند؛ این امر در عدم بلوغ، اعتماد به نفس پایین، آشوب‌های رفتاری و شخصیتهای و سایر ویژگی‌های ضد اجتماعی آنان

^۱ - Experimental use

^۲ - Compulsive use

مشهود است. ویژگی‌های آنان عبارت هستند از: تحمل پایین در برابر انواع نارحتی‌ها و دیرزایی 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، نیرنگ در رفتارها و بی‌تعهدی اجتماعی و فردی (یعنی ناتوانی آنان در پذیرش مسوولیت‌ها و مشکلات موجود بر سر راه فعالیت‌ها (۲۰ - ۱۹: Deleon ۱۹۹۴)).

پژوهش‌های اولیه (برای مثال، Washton and Gold ۱۹۸۷) و منابع مطبوعاتی گزارش کرده‌اند که اعتیاد به کوکابین، روند متفاوتی دارد، زیرا سرعت عمل این ماده خیلی زود به اعتیاد منجر می‌شود. جفری فگان و کولین چین (۱۹۹۱) در تحقیقات خود هیچ تفاوت معناداری بین اعتیاد به کوکابین پودر شده و کراک^۱ 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 به آزار به بچه‌های خودشان می‌شود. این امر همچنین باعث تولد نوزادانی می‌شود که خون آنان آلوده است؛ زیرا مادر آنان به کوکابین معتاد بوده است و عمل جنسی او با معتادان صورت گرفته است. فروشنده‌ای 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 آنان مواد تعارف کند (Williams ۱۹۸۹:۱۰۸). مصرف کراک افراد را تن پرور می‌کند. در عین حال میل به مواد مخدر بیشتر را در آنان به وجود می‌آورد. کشیدن کراک، زنان را بسوی رفتار جنسی سوق می‌دهد و لذا از این طریق به بیماری‌هایی مثل ایدز دچار می‌شوند. فوگان و چین (۱۹۹۱: ۳۲۷) هیچ تفاوت معناداری میان معتادان به کراک کوکابین^۲ (کوکابین پودر شده)، هرویین و سایر مواد از لحاظ روش‌ها، انگیزه‌ها و نحوه راهیابی به آنان پیدا نکردند. ۹۰ درصد معتادان از راه خانواده و دوستان معتاد می‌شوند. آندرو کوپ و جانسون (۱۹۹۴) در مطالعات خود به این نکته پی بردند که مصرف‌کنندگان پیر کراک تقریباً بیشتر از تزریق‌کنندگان هرویین بوده‌اند. این در حالی است که گرایش به کراک در میان مصرف‌کنندگان جوان نادر است.

^۱ - Crack

^۲ - HCL

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 (۱۹۱۷ - ۱۸۵۸) برای توصیف وضعیت اجتماعی غیرطبیعی به کار برده شده که در آن انسجام اجتماعی به وسیله بحران ای 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 مرتون این مفهوم را آمریکایی کرد. او استدلال می‌کند هیچ جامعه دیگری (مانند آمریکا) آن قدر به موفقیت‌های اقتصادی توجه نمی‌کند، طوری که به یک ارزش مطلق تبدیل شود. یعنی فشار برای دستیابی به 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 (۲۱۸: ۱۹۶۴) این هنگامی به وجود می‌آید که مردم با تضاد میان اهداف و وسایل دستیابی به آنان مواجه می‌شوند به فرد از جامعه‌ای که در واقعیت، آرمان‌های خود را نادیده می‌گیرد، بیگانه می‌شود. این فشار به ویژه در میان بخش‌های آسیب‌پذیر جمعیت ما که مواد مخدر 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 معمول، هم‌نوا می‌شوند.

۲- شورش: بعضی افراد عصیانگر از پذیرش ساختار اجتماعی معمول 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 آنان را تعریف می‌کند که برای دستیابی به موفقیت از وسایل غیرمشروع استفاده می‌کنند، به ویژه جرایم سازمان‌یافته مانند تجارت مواد مخدر.

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

دان والدرف (۱۹۷۳:۱۰) 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 معتقد هستند اعتیاد تا حدودی انحراف محسوب نمی‌شود، یعنی فعالیتی 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 یریل و جان کی (۱۹۹۵:۱۲) استدلال می‌کنند که پرداختن معتاد به هرویین، چیزی غیر از یک فرار نیست: آنان در طول هفته با فعالیت‌های زیادی مواجهه می‌شوند. لحظات کوتاه خوش پس از مصرف مقدار کمی هرویین فقط قسمتی جزئی از زندگی روزانه آنان را تشکیل می‌دهد. در زمان فراغت از مصرف مواد، آنان به نحوی در پی کاری هستند که طاقت فرسا، دشوار، پرمخاطره و سودآور باشد. آنان 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 (۱۹۷۰:۱۹) توضیح داده است: گاوچرانان و سرخپوستان، یکشنبه‌ها زندگی جذابتر از این ندارند. ماموران مردان بدی هستند شما را سارق زرنگ 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 می‌روی. اول باید مقداری پول گیر بیاوری. برای دزدی مجبوری به دیگران کلک بزنی و پلیس را سرکار بگذاری، این خیلی هیجان‌انگیز است! برترام ساکن و همکارانش (۱۹۷۸:۴۳۳) می‌نویسند، یک معتاد معمولی به هرویین به همان اندازه‌ای که یک صنعتگر به مهارتش افتخار می‌کند، به مهارت های خود در این کار افتخار می‌کند. او به جنب و جوش و هرویین فکر می‌کند درباره کارهای بزرگی که انجام داده است 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 است، صحبت می‌کند. زندگی از نظر او تقویت کردن خود است.

با وجود این، بر اساس نظریه های ریچارد کلوآرد و لوید اولین (۱۹۶۰)، اعتیاد به هرویین واقعاً یک شکست دوگانه است؛ یعنی عدم موفقیت در مسؤولیت‌های قانونی و در مسؤولیت‌های غیرقانونی. جرایم آنان 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 انزوایی روی می‌آورد.

مشکلات نظریه آنومی

چین و همکارانش (۱۹۶۴) پرسش‌نامه‌ای را برای بررسی نگرش‌های آنومیک به کار بردند. پرسش‌نامه بین دانش‌آموزان مدارس معمولی در هشت پایه در سه محله متفاوت از نظر میزان بزهکاری پایین، متوسط و بالا تقسیم شد. آنومی همبستگی شدیدی با مصرف هرویین دارد؛ اما چنان که پیش از این هم اشاره شد، توالی جرایم ناشی از مصرف مواد مخدر به هیچ وجه مشخص نبود. بر اساس نظر لووارد، بزهکاری اولیه بر وابستگی به مواد مخدر تقدم دارد. اما تحقیقاتشان به صورت مشخص این امر را تأیید نکرد. به هر حال مجرمان موفق و ماهر (نوآور) خیلی نادرتر از آن چیزی هستند که نظریه شکست دوگانه توصیف می‌کند. بنابراین این نظریه باید مورد نقد قرار گیرد (Lindesmith and Gagnon ۱۹۶۴).

به علاوه آنومی، مصرف کوکابین توسط افراد را تبیین نمی‌کند، چون این افراد انزوا طلب نیستند و در هر دوی فعالیت‌های مجرمانه و غیرمجرمانه خود، موفقیت‌های اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی را هم به دست آورده‌اند. همچنین، این نظریه تبیین قابل قبولی درباره میزان مصرف موادمخدر در میان پزشکان ارائه نمی‌کند یا برای کسانی که مصرف موادشان با نظریه قابلیت دستیابی، بهتر از نظریه آنومی قابل تبیین است. قابلیت دسترسی برای توضیح تراکم زیاد مصرف موادمخدر در نواحی یهودی‌نشین به کار رفته است: فقدان فرصت‌های اقتصادی قابل توجه، مردم را به طرف تجارت مواد مخدر سوق می‌دهد؛ یعنی منجر به دستیابی بیشتر به مواد غیرمجاز می‌شود (Lindsmith and Gagnon ۱۹۶۴). البته، دستیابی بیشتر به مواد می‌تواند نتیجه آنومی باشد؛ یعنی وجود تجارت مواد مخدر واکنشی ابداعی به وضعیت آنومیک تلقی گردد. فردریک شفر (۱۹۸۸) در پژوهش‌های خود که در قالب یک مدل روان‌کاوی بود، دریافت که انزوای طلبی انگیزه مصرف کوکابین را در بیماران مداوا شده، افزایش می‌دهد. آنان مواد را به دلیل ترس از شکست، مصرف می‌کنند: به طور ناخودآگاه یأس برایشان آشنا و دست یافتنی و موفقیت بیگانه و غیرقابل دستیابی به نظر می‌رسد (۱۹۸۸:۱۳۴). در مقابل این دیدگاه‌ها، اریک گوود نشان می‌دهد که «نظریه آنومی» هیچ ویژگی خاصی را در مورد مصرف و یا اعتیاد به مواد مخدر تبیین نمی‌کند (۱۹۸۹:۶۴). با وجود این، به نظر الیورت کیوری (۱۹۹۳:۱۴۵) وضعیت‌های آنومی با مصرف مواد مخدر همبستگی دارند و این وضعیت‌ها مصرف مواد را افزایش می‌دهند: «فقط تصور مادی نیست که جوانان و فقیران را نسبتاً خام می‌کند، بلکه آنان هنگامی هم که مواد و مصرف آن به هر منظوری زیاد باشد، در برابر مواد مخدر 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 ۱۹۹۵ a).

مدل سازگاری

بروس الکساندر وابستگی بی اختیار به مواد مخدر را در مقابل مصرف سرسری یا تفننی، به صورت کارکردی در نظر می‌گیرد. رفتار معتاد، تلاشی جهت مواجهه با شکست ناشی از همبستگی

است؛ یعنی شکست در دستیابی به انواع تأیید اجتماعی، شایستگی، اعتماد به نفس و استقلال شخصی که حداقل انتظارات افراد و جامعه است (۱۹۹۰:۳۹). در مدل سازگاری همان طور، که در رویکرد انزوای طلبی 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 [انزوای طلب] در موقعیت‌های رقابتی که در آن شکست تقریباً معلوم است به خدمت گرفته می‌شود (Alexander ۱۹۹۰:۴۵). 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. [بر اساس این دیدگاه] معتاد در کنترل مواد مخدر نیست یا حتی مواد را بی‌اراده مصرف نمی‌کند؛ یعنی رفتار فرد، ارادی و اختیاری است، اگر چه ممکن است در سطح خودآگاه نباشد.

تداعی افتراقی

همان طور که ادوین ساترلند (۱۹۷۳) می‌گوید، تداعی افتراقی، چگونگی انتقال رفتار مجرمانه را تبیین می‌کند. تداعی 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، وابسته به میزان، شدت، فراوانی و مداومت ارتباط است. با توجه به مصرف مواد مخدر، تداعی افتراقی می‌تواند به عنوان یک مقیاس در نظر گرفته شود. در یک طرف مقیاس تداعی‌های کجروانه و در طرف دیگر تداعی‌های معمولی اجتماعی انباشته می‌شود. در برخی دیدگاه‌های نظری، مصرف مواد هنگامی شروع می‌شود که تداعی‌های کجروانه (مصرف‌کنندگان مواد) بیشتر از تداعی‌های معمولی اجتماعی آنان باشد.

رابرت بورگس و رونالد آکر (۱۹۶۹) فرضیه اصلی ساترلند را در نظریه تقویت تداعی 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. این فقدان تقویت رفتاری این احتمال که سایر رفتارهای کجروانه، تقویت شوند و استحکام یابند را افزایش می‌دهد. اعضای گروه اجتماعی فرد، تقویت‌های اجتماعی مانند پایگاه، احترام و شأن اجتماعی را که رفتار کجروانه وابسته به آنان است، شکل می‌دهند.

در واقع، به نظر می‌رسد شروع مصرف مواد مخدر به طور کامل وابسته به تداوی با همالان باشد. توی دوستر (۱۹۷۰:۱۸۰) می‌نویسد، اولین منبع ارتباط با مواد مخدر (هرویین) معمولاً یک دوست است. مصرف کنندگان معمولی، اولین مزه تعارف مواد را از سوی معتادان تازه‌کار دریافت نمی‌کنند؛ اکثراً در پی ملاقات دوستی که در این راه دستگیر شده است و یا به صورت متقال مصرف می‌کند، به سوی هرویین سوق داده می‌شوند. فرد به ندرت برای اولین بار مواد مخدری می‌شود. بنابراین، شروع مصرف مواد مخدر بیشتر به شرایط تصادفی بستگی دارد، تا آرزوی چنین عملی توسط مصرف کننده تازه‌کار (P. Hughes ۱۹۷۷: ۸۴).

جیمز مادوکس و دیوید سموند (۱۹۸۱) در پژوهشی درباره معتادان به هرویین در سن انتونیو دریافتند که فقط ۴ درصد معتادان به‌طور مستقیم اولین بار هرویین را از فروشنده خریده‌اند همچنین مدل‌هایی در مورد شروع مصرف هرویین به وسیله ریچارد تیگ، مانول توویز و گرالدرت (۱۹۷۷) و چین و همکارانش (۱۹۶۴) هم گزارش شده است.

والدروف (۱۹۷۳:۳۱) الگوی مشابهی را یافت و نوشت مصرف هرویین یک پدیده اجتماعی است نه شخصی؛ یعنی افراد در یک موقعیت گروهی میان دوستان و آشنایان آن را شروع می‌کنند. دوسر (۱۹۷۰:۱۸۳) می‌نویسد تجربه اولیه مواد مخدر معمولاً در موقعیت گروهی رخ می‌دهد. در انگلستان هم وضعیت به همین شکل است. جوفری پیرسون (۱۹۸۷:۹) دریافت که اولین بار توسط یک دوست یا احتمالاً خواهر و برادر هرویین به فرد تعارف می‌شود، ولی 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 مواد مخدر است. در پرتو نقش تعیین کننده شبکه دوستان در گسترش مواد مخدر تصور طرحی موثر با راهکار اجرایی، برای کنترل دستیابی به مواد در این سطح بسیار مشکل است. خیلی ساده است نمی‌توان انتظار داشت یک فرد دوستش را به پلیس معرفی کند (شورای مشورتی سوء مصرف مواد مخدر ۱۹۹۸: ۳۰).

چه رابطه‌ای میان استفاده والدین از مواد محرک روان و استفاده بچه‌های آنان از این مواد وجود دارد؟ (روابط همالان ممکن است صرفاً به عنوان متغیر واسطه یا میانی در نظر گرفته شود). بر اساس نظریه تداعی افتراقی، والدین به طور مؤثر، مسؤول به وجود آمدن نوع رفتار بچه‌هایشان هستند. با وجود این، دنیس کاندل (۱۹۷۴:۲۳۵) دریافت که تأثیر والدین به نسبت کم است، به ویژه در مقایسه با تأثیر همالان؛ زیرا، هم زمینه تقویت و تأثیر اجتماعی قوانین را 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 ارایه می‌کنند. با وجود این، کندانل می‌گوید والدین می‌توانند تداعی افتراقی را تقویت کنند، به این معنا که وقتی دوستان نوجوانی که والدین او مواد مخدر 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 مواد مخدر خیلی زیاد می‌شود.

بر اساس نظر کوری جونز و رابرت باتز (۱۹۸۷:۱۵) مصرف مواد مخدر، به نوجوانان اجازه می‌دهد تا به رقابت با بزرگسالان بپردازند و در همین زمان علیه استانداردهای والدین شورش کنند. به این معنا که مواد مخدر را به منظور تسکین ناهم‌نوایی فوری و مورد انتظار والدین در برابر آنان به کار می‌برند و در رد والدین خود مواد خاصی را که مورد تأیید آنان نیست، مستمسک قرار می‌دهند. استفاده از مواد غیرمجاز فرصتی خاص را به نوجوان می‌دهد تا به طور هم زمان هم در برابر قوانین مصوب توسط والدین شورش کند و هم با نگرش‌های اصلی که توسط والدین بروز داده می‌شود، سازگاری کند. نظریه تداعی افتراقی و آنومی به تبیین آنچه پاتریک هوگز (۱۹۷۷:۸۸) با عنوان شیوع هرویین به آن اشاره می‌کند، کمک می‌کنند. او در مطالعه‌ای با مرکزیت شیکاگو نظریه شیوع هرویین در شکل خرد و کلان این شیوع را اثبات کرد. به این معنا که در شکل خرد شیوع هرویین، مصرف مواد مخدر چندگانه 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 داشته‌اند، و این امر منجر به شکسته شدن ثبات اجتماعی و مکانیسم کنترل اجتماعی موجود (آنومی) می‌گردد. به عبارت دیگر، نه تنها اعتیاد به هرویین شیوع پیدا می‌کند بلکه شکل‌های دیگر کجروی هم در این محله‌ها رواج می‌یابد. هوگز 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 "دائم‌الخمیر" یا "کوکایینی" 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 آنان اغلب اوقات خود را با سایر "عملی‌ها" و معتادان 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 آنان می‌دهد (Roffman and George ۱۹۸۸).

نظریه کنترل اجتماعی

نظریه‌های کنترل اجتماعی روی این نکته متمرکز هستند که چرا فقط عده کمی از مردم درگیر رفتارهای کجروانه از قبیل جرم و مصرف مواد مخدر می‌شوند، و 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 نظریه‌های کنترل اجتماعی "کجروی" هنگامی به وجود می‌آید که تعهد فرد به جامعه ضعیف شود، یا از بین برود (Hirschi ۱۹۶۹:۱۶). 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 روان‌کاوی است که به "فرامن"^۱ برمی‌گردد و احساس گناه را به وجود می‌آورد. مصرف بی‌رویه در دوران اولیه رشد یا اثرات نابهنجار والدین می‌تواند منجر به از بین رفتن الزام‌های 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 تأسف 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 آنان است. بنابراین، هم از نظر روان‌شناختی و هم جامعه‌شناختی، کنترل درونی متأثر از خانواده است (Hirschi ۱۹۶۹). به این معنا که تداعی نوجوانان با مواد مخدر یا هر جرم دیگر، همبستگی

^۱ - Superego

شدیدی با بیگانی از خانواده دارد (Brounstein et al ۱۹۹۰:۱۰). عاملی که می‌تواند با حضور یا عدم حضور کنترل بیرونی، تقویت یا تضعیف شود.

کنترل بیرونی، شامل عدم تأثیر 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 شوند 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 درگیر ریسک شود. 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، فقدان تعهد اجتماعی را نشان می‌دهد. برخی افراد به جای هم‌نوا شدن با هنجارهای معمولی، از طریق تداعی افتراقی، رفتار خود را بر اساس هنجارهای گروه مجرمان و بزه‌کارانی سازمان می‌دهند که به آن تعلق پیدا می‌کند. 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 بزرگ‌سالان و فراگیری فرهنگ مصرف مداوم، می‌تواند خانواده‌های مرفه را فقیرتر کند (Currie ۱۹۹۳:۱۰۳).

در مطالعات عمده‌ای درباره نیروی پیوندهای خانوادگی و رفتار مخاطرآمیز جوانان (سیگار کشیدن، کشیدن ماری‌جوآنا، عمل جنسی) محققان دریافته‌اند ریسک کمتر، همبستگی

شدیدی با انسجام خانوادگی دارد؛ یعنی پیوندهای خانوادگی مهم‌تر از روابط با همالان هستند (Hilbert ۱۹۹۷). در یک مطالعه طولی که برای 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 مواد مخدر)، دنیس کاندل و مارک داویز (۱۹۹۱:۴۵۹) هیچ رابطه‌ای بین عدم یکپارچگی^۱ و مصرف مواد مخدر، پیدا نکردند. در واقع آنان دریافتند مصرف مواد غیرمجاز به‌طور 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 مصرف کنندگان مواد غیرمجاز از نظر ساختاری با شبکه‌های غیرمصرف کنندگان مواد، شباهت‌های زیادی دارند. اختلاف بین این‌ها، روابط دوستی نزدیکتر برای مصرف کنندگان مواد نسبت به غیر مصرف کنندگان، است. این محققان می‌نویسند یافته‌های آنان به نظریه خرده فرهنگ (یا کجروی فرهنگی) نزدیکتر است تا نظریه کنترل اجتماعی. جورج ویلات (۱۹۸۳)، محقق روان‌کاو، دریافت که فرهنگ، نقش مهمی در پیدایش الکلیسم ایفا می‌کند. به این معنا که رفتارهای خانواده - اعتیاد به نوشیدن که کودک با آن اجتماعی می‌شود - بیشتر از کنترل اجتماعی (یا حتی فشار اجتماعی) بر فرد تأثیر دارند. این عقیده که مصرف مواد مخدر، به ویژه الکلیسم، نتیجه یادگیری یک عادت است که همانند یادگیری سایر تجربه‌ها است، با نظریه یادگیری رفتاری مصرف مواد مخدر سازگار است (Bandura ۱۹۶۹:۱۹۷).

نظریه خرده فرهنگ‌ها کجروی فرهنگی

برخی از جامعه‌شناسان، رفتار کجروانه را هم‌نوایی افراد با خرده فرهنگ‌هایی می‌دانند که آنان به آن تعلق دارند. خرده فرهنگ‌ها الگوهایی از ارزش‌ها، هنجارها و رفتار می‌باشند که در میان گروه‌های خاصی به سنت تبدیل می‌شوند. آنان شبکه‌های مهم مرجع هستند که افراد و گروه‌ها از طریق آنان جهان را می‌بینند و آن را تفسیر می‌کنند (Short ۱۹۸۱:۲۲). 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

^۱ - integration failure

را برای اشخاصی که جذب این نوع زندگی می‌شوند، تبلیغ می‌کنند؛ جامعه‌پذیری. فردی که به این نوع زندگی می‌پیوندد باید زندگیش در هماهنگی با خرده فرهنگ جدید به منزل 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 (۱۹۶۵) استدلال می‌کند که 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 عبارت هستند از:

- جاه طلبی
- احساس مسؤلیت شخصی
- مهارت‌های موفقیت
- توانایی به تعویق انداختن شادی و مسرت
- سخت‌کوشی و صرفه‌جویی
- برنامه‌ریزی عقلانی، از قبیل صرفه‌جویی در زمان و پس‌انداز پول
- توسعه طرز رفتار / نزاکت
- توجه به دارایی
- انجام تفریح سالم

براساس نظر جیمز شورت (۱۹۶۸) و والتر میلر (۱۹۵۸) هنجارهای برخی از خرده فرهنگ‌های طبقه پایین، منشا عدم دستیابی به موقعیت‌های معمولی هستند. اعضای یک گروه نوجوان خیابانی از هنجارهای خرده فرهنگ پایین حمایت می‌کنند و علایق کانونی‌شان عبارت هستند از (Miller ۱۹۵۸):

- دردرس: رفتار نقض کننده قانون
- سرسختی: توانایی جسمانی و جسارت
- زیرکی: توان فریب دادن دیگران، زرنگی
- هیجان: دلهره ریسک، ترس
- تقدیرگرایی: خوش شانس بودن
- استقلال: عدم وابستگی به قید و بندهای بیرونی

- مزاحمت: اغلب شامل دعوا و آزار جنسی در هنگام مست شدن است، یعنی رفتار مشکل‌آفرین برای زنان که اغلب عواقب بد جنسی در پی دارد.

رفتار دردسرها یکی از مواردی است که به آنان منزلت می‌دهد. سرسختی نه در خانواده‌های مردسالار، بلکه در خانواده‌های زن‌سالار گسترش می‌یابد و نتیجه آن بنا به ادعای میلر، فراگیر 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 که تحت کنترل خیلی ناچیزی 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 (۱۳:۱۹۵۸)، چین و همکارانش (۱۳:۱۹۶۴) می‌نویسند: پسرانی که معتاد می‌شوند، به طور قطع با خرده فرهنگ بزهکاری ارتباط داشته‌اند. اینکه آنان مصرف مواد را به طور منظم شروع کنند، نشانگر دوستانی است که در زندان و کانون اصلاح و تربیت داشته‌اند، یا مجازات تعلیقی داشته‌اند (۱۳:۱۹۶۴). آنان دریافتند که بدون استثنا معتادان از خانواده‌های فاقد پدر یا سلطه‌های پدرانه - خانواده‌های زن‌سالار - بیرون می‌آیند. آنان با آنچه دیگران خرده فرهنگ مجرمانه طبقه پایین نام‌گذاری کرده‌اند، تعریف می‌شوند (B. Johnson et al. ۱۹۹۰).

جان اودانل (۸۴:۱۹۶۹) می‌نویسد، مفهوم خرده فرهنگ مواد مخدر حاکی از این است که معتاد در ارتباط با دیگران است؛ تداعی 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، نتیجه نداشتن مصرف معمولی درآویش است، و با یک بار مصرف، تسکین می‌یابد و اینکه از راه تزریق اثر مواد تقویت می‌شود. یا می‌آموزد چطور مواد یا پول برای آنان را به دست آورد، مکان‌های جدید مواد کجا است، چگونه مواد را برای مصرف آماده کند و اطلاعات دیگری از این نوع. فرد معمولاً نگرش‌های جدیدی را هم می‌آموزد. او ممکن است یاد بگیرد خودش را

به عنوان یک معتاد تعریف کند، قضاوت‌های جدیدی را در مورد مصرف مواد یاد بگیرد و نگرش‌های منفی و جدیدی را در مورد قوانین یاد بگیرد که از مصرف مواد جلوگیری می‌کنند. وقتی یک مصرف کننده خودش را به عنوان یک معتاد تعریف می‌کند، جامعه هم او را به این شکل می‌شناسد؛ فرایندی که بر چسب زنی نام گرفته است (؟؟؟؟بخش بعدی).

خرده فرهنگ‌های مواد، انواع خیلی متفاوتی دارند برخی از آنان به مصرف ماده خاصی مرتبط هستند، در حالی که سایر آنها به نظر می‌رسد بخشی از یک خرده فرهنگ بزرگ باشند. پاتریک اولر (۱۹۸۵:۱) با مشاهده مشارکتی، نگاهی از درون به خرده فرهنگ‌های قاچاق ماری‌جوانا و کوکابین ارائه می‌کند که دو طبقه متوسط و بالا را در اجتماعات سواحل کالیفرنیا شمالی 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 مواد مخدر، به راحتی انجام دادن اعمال جنسی و تمرکز بر ارضای آنی کجروانه است.

مصرف کنندگان کوکابین به طور کلی، خرده فرهنگ قابل تشخیصی را از خود بروز نمی‌دهند. پژوهش‌های راجع به مصرف کنندگان کوکابین نشان داده‌اند که ظاهراً قالب خاصی^۱ برای مصرف کوکابین وجود ندارد (PCOC ۱۹۸۶)، مصرف کنندگان کوکابین بسادگی در رده مصرف کنندگان مواد مخدر 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، آنان دلالتان سهام، وکیلان و معمارانی هستند با درآمدهای کافی برای تغییر تدریجی به سمتی که شبی صد دلار و بیشتر را به خود اختصاص می‌دهند.

اکثر آنان از جهات دیگر، شهروندان قانون مداری هستند که از برچسب محروم بودن مبرا هستند، به رغم 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 مصرف کنندگان نوجوان و کسانی که به دلیل بالا بودن قیمت سراغ آن نمی‌رفتند، بیشتر و بیشتر می‌شود (National Institute on Drug Abuse ۱۹۸۶:۱). به نظر می‌رسد کوکابین کراک در محله‌های فقیرنشین نواحی شهری یک خرده فرهنگ مواد را به وجود آورده است.

^۱ typical

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 [جایی که مواد مصرف می‌شود] و خانه‌های کراک [جایی که مواد خریداری می‌شود (Frank et al ۱۹۸۷:۶)]. بلانچ فرانک و همکارانش (۱۹۸۱) می‌گویند رشد این نوع خرده فرهنگ‌ها به پر زرق و برق شدن و در نتیجه گسترش مصرف کراک کمک می‌کند.

هارولد ناینستون (۱۹۶۴) ویژگی‌های خرده فرهنگ سیاهان هروینی را در اوایل دهه ۱۹۵۰ بیان می‌کند. او دریافت معتاد کلیشه‌ای^۲ از خشونت دوری می‌کند، به طور لغات هیجانی را به کار می‌برد و از کار بیزار است. (این امر با مصاحبه فیستون با تعدادی از معتادان سفیدپوست که قیافه‌شان با خشونت‌گرایان خیابانی سازگار بود تضاد داشت). این معتادان که ناینستون (۱۹۶۴:۲۸۴) آنان را به اصطلاح “گربه‌ها” می‌نامد، سبک زندگی شان مبتنی بر لذت‌های آنی^۳ اکتسابی بود. لذت آنی، عملی است که به وسیله جامعه منع شده باشد. این عمل تجربه آنی بودن را گسترش داده است و تا حد ممکن فرد را از زندگی عادی و خسته کننده روزانه جدا می‌کند. برای یک “گربه” مصرف هرویین، نهایت لذت بردن است. نمونه مشابهی از این نوع معتادان هروینی توسط هاروی فلدمن (۱۹۷۷) که تحقیقش مربوط به اواخر دهه ۱۹۶۰ در اجتماعی معروف به شرق “هایلند” است، یافت شد.

کنش متقابل نمادین گرای/ برچسب زنی

کنش متقابل‌گرایی 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. آنان استدلال می‌کنند که افراد در واکنش به پاداش‌ها و تأییدها به

^۱ base houses

^۲ Stereotypical addict

^۳ -Kicks

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 ۱۹۷۵:۳۳)

کنش متقابل نمادین مصرف مواد مخدر 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 (۱۹۶۶:۶) می‌گوید: کجروی در هر نوع رفتاری، یک ویژگی ذاتی نیست، بلکه ویژگی است که توسط مردم به رفتاری که فرد به طور مستقیم و غیرمستقیم با آن تماس دارند، 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 آنان را برای مصرف انتخاب کنند، قانون شکن لقب می‌گیرند. زمانی مصرف‌کنندگان مواد مشخصی - آرام بخش‌ها و کوکائین - مطرود و کجرو قلمداد نمی‌شدند. بعد از قانون هریسون آنچه رفتار قانونی بوده، غیرقانونی شده است، و طبقه جدیدی از کجروان، کسب و کار سودآوری - تجارت مواد مخدر - را به وجود آورده‌اند. توماس سزازی (۱۹۷۶:۱۱) با استفاده از این دیدگاه استدلال می‌کند که قبل از ۱۹۱۴ (و قانون هریسون) مسأله مواد مخدر در ایالات متحده وجود نداشته است. بنابراین، جامعه مایل است کسانی را که الکل مصرف می‌کنند به عنوان بیمار نگاه کند؛ الکلیسم. اما کسانی را که با مواد غیرمجاز خواسته‌های خود را برآورده می‌کنند به عنوان مستحقان مجازات در نظر می‌گیرد؛ انگ‌خورده. دیدگاه نظریه‌پردازان کنش متقابل اجتماعی درباره مصرف مواد مخدر، راهکارهای اجرایی مهمی دارد.

در حالی که افراد مصرف‌کننده مواد مخدری از قبیل هرویین و کوکائین به طور تحقیرآمیزی برچسب می‌خورند، یعنی شغلی به آنان داده نمی‌شود و قوانین حقوقی در مورد آنان اجرا می‌شود، تأیید رایج بیمار سنتی در لقب به الکلیسم، انگی را که به آن مسأله ربط داده می‌شود، کاهش می‌دهد. مدل بیماری بودن الکلیسم این امکان را به صدها هزار الکلی 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 ۱۹۹۳:۷۰).

برچسب‌های ناشی از واکنش‌های اجتماعی - انگ خوردن - به افراد 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

سچور (۱۹۷۳:۱۲۴) می‌نویسد «اولین بار که فردی به عنوان یک گناهکار^۱ انگ می‌خورد، پذیرش چنین هویت جدیدی برای او مشکل است. در دوران نوجوانی، بسیاری از افراد با آشوبگری‌های معمولی و رفتارهای خصومت‌آمیز درگیر می‌شوند. هر چند، اکثر نوجوانانی که مواد مخدر را تجربه می‌کنند و یا اعمال غیرقانونی و شرم‌آوری را انجام می‌دهند، رفتارهای نگران‌کننده را افزایش نمی‌دهند (Baumrind ۱۹۸۷:۱۴). این امر به ما هشدار می‌دهد تا به‌طور غیرضروری به افراد به ویژه جوانان بر چسب نزنیم. عدم تاهل^۲ می‌تواند به‌طور سیاسی مقبول باشد، اما این امر می‌تواند حق انتخاب اقتصادی و اجتماعی یک شخص جوان را به طور کامل محدود کند، به نحوی که رفتار هم‌نوا را همانند یک بزرگ سال تقویت نکند. بر اساس نظر ادوین لمرت (۱۹۵۱:۷۶) فردی که به عنوان کجرو بر چسب خورده، رفتارش را در تطابق با واکنش اجتماعی، دوباره سازمان‌دهی می‌کند و شروع به کار گرفتن رفتار کجروانه‌اش می‌کند، یا نقشش را به عنوان یک وسیله دفاع و حمله بر آن استوار می‌کند و یا با مشکلات پنهان و آشکار که به وسیله واکنش‌های اجتماعی بعدی برای او درست می‌شوند، انطباق می‌یابد. این کجروی ثانویه، بهترین نمونه برای مصرف‌کنندگان مواد مخدری است که مجبور به رابطه داشتن با مصرف‌کنندگان دیگر هستند و علاوه بر این، برای حمایت از کجروی اولیه‌شان بایستی اغلب به جرم کردن (کجروی ثانویه) پناه ببرند؛ اعتیاد به مواد مخدر.

خلاصه

نظریه‌ها و مطالعات جامعه‌شناختی به مصرف مواد مخدر در وضعیت اجتماعی آن توجه می‌کنند. برای مثال، رده بندی مراحل اعتیاد به الکل، هرویین و کوکائین تبیین‌هایی را در مورد مصرف مواد مخدر 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. بر اساس این نظریه، مصرف‌کنندگان مواد مخدر مورد اخیر یعنی گوشه‌گیری را از اهداف اجتماعی معمول و موقعیت‌های رقابتی بر می‌گزینند. نظریه تداعی افتراقی مدعی است که رفتار مصرف مواد، رفتار آموخته شده است و

^۱ Wrong _ doer

^۲ Zero tolerance

اولین یادگیری در یک گروه کوچک صمیمی رخ می‌دهد. مصرف اولیه مواد مخدر 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 پیش بینی کرد. کنترل های درونی و بیرونی هم میزان تعهد را تعیین می‌کند. نظریه خرده فرهنگ، مصرف مواد را سازگاری با هنجارهای یک خرده فرهنگ کجروانه تبیین می‌کند. کنش متقابل نمادین مدعی است که بر چسب‌های جامعه به افراد و رفتارهاست که نوع واکنش‌های اجتماعی آنان را بیش از هر انتساب ارثی دیگر، تعیین می‌کند.

References

- ۱-Drug Misuse ۱-Advisory Council on the Misuse of Drugs (۱۹۹۸) and the Environment. London, England; Home Office.
- ۲-Alexander, Bruce K. (۱۹۹۰) "Alternatives to the War on Drugs". Journal of Drug Issues ۲۰ (۱): ۱-۲۷.
- ۳-Bandura Albert (۱۹۶۹) Principles of Behavior Modification. New York; Holt, Rinehart and Winston.
- ۴-Baumrind, Diana (۱۹۸۷) "Familial Antecedents of Adolescent Drug Use: A Development Perspective". Pages ۱۳-۴۴ in Etiology of Drug Abuse; Implications for Prevention, edited by Coryl LaRue Jones and Robert J. Battjes. Rockville, MD; National Institute on Drug Abuse.
- ۵-Bradsher, Keith "Low Ranking for Poor American Children" New York Times (August ۱۴): ۷.
- ۶-Bronstein, Paul J., Harry, David M. Altschuler and Louis H. Blair. (۱۹۹۰) Substance Use and Delinquency Among inner City Adolescent Males. Washington, DC: Urban Institute.
- ۷-Catanzarte, Anne M. (۱۹۹۲) Managing the chemically Dependent Nurse. Chicago : American Hospital Publishing
- ۸-Currie, Elliott (۱۹۹۳) Reckoning Drugs, the Cities, and the American Future. New York: Hill and Wang
- ۹-De Leon, George (۱۹۹۴) "The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model". Page ۱۶-۵۳ in Therapeutic Community: Advances in Research and Application, Nancy Jainchill. Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse.

- ۱۰-Donovan, Dennis M. (۱۹۸۸) "Assessment of Addiction Behaviors: Implications of and Emerging Biopsychosocial Model" Pages ۳-۴۸ in Assessment of Addictive Behaviors, edited by Dennis M. Donovan and G. Alan Marlatt. New York: Guilford.
- ۱۱-Drug Abuse and Drug Abuse Research (۱۹۹۱) Rockvill, MD: National Institute on Drug Abuse. ۱۹۸۷ Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse.
- ۱۲-Duster, Troy ۱۹۷۰ The Legislation of Morality: Law, Drugs, and Moral Judgment. New York : Free Press.
- ۱۳-Frank, Blanche, Gergory Rainone, Michael Maaranda, William Hopkins, Edmundo Morales, and Alan Kott ۱۹۸۷ "A Psycho-Social View of " 'Crack' in New York City. "Paper presented at the American Psychological Association Convention, New York City, August ۲۸.
- ۱۴-Grestein, Dean R. and Henrick J. Harwood, editors ۱۹۹۰ Treating Drug Treatment Systems. Washington, DC: National Academey Press.
- ۱۵-Gillbert, Susan ۱۹۹۷ "Youth Study Elevates Familys Role."New York Times (September ۱۰) : B۱۰.
- ۱۶-Glassner, Barry and Julia Loughin. ۱۹۸۹ Drugs in Adolescent Wolds : Burnouts to Straights. Houndmills, England: Macmillan.
- ۱۷-Golub, Andrew and Bruce D. Johnson ۱۹۹۴ "Cohort Differentces in Drug-Use Pathways to Crack Among Current Crack Abusers in New York City". Criminal Justice and Behavior ۲۱ (December): ۴۰۳ – ۲۲.
- ۱۸-Hirschi, Travis ۱۹۶۹ Causes of Delinquency. Berkeley: University of California Press.
- ۱۹-Hughes, Patrick H. ۱۹۷۷ Behind the wall of Respect. Chicago: University of Chicago Press.
- ۲۰-Johnson, Bruce D., Terry Williams Kojia A. Dei, and harry Sanabria "Drug abuse in the Inner City: Impact on Hard – Drug ۱۹۹۰ Users and the Community". Pages ۹-۶۷ in Drugs and Crime, edited by Michael Tonry and James Q. Wilson. Chicago : University of Chicago press.
- ۲۱-Lindesmith, Alfred C and John H. Gagnon ۱۹۶۴ "Anomie and Drug Addiction." Pages ۱۵۸-۸۸ in Anomie and Deviant Behavior, edited by Marshall B. Clinard. New York: Free Press.

- ۲۲-Miller, Walter B. ۱۹۵۸ "Cocaine Use in America" Prevention Networks (Aprill) : ۱-۱۰.
- ۲۳-National Institute on Drug Abuse (NIDA) ۱۹۸۴ "Behavioral Treatment of Drug Abuse (NIDA)" ۱۹۸۶ "Cocaine Use in America" Prevention Networks (Aprill): ۱-۱۰.
- ۲۴-Pickens, Roy W. and Travis Thompson ۱۹۸۴ "Behavioral Treatment of Drug Dependence." Pages ۵۳-۶۷ in Behavioral Intervention Techniques in Drug Dependence Treatment, edited by John Grabowski, Maxine L. Stixer, and Jack E. Henningfield Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- ۲۵- Quandagno, Jill S. and Robert J. Antonio. ۱۹۷۵ "Labeling Theory as an Oversocialized Conception of Man: The Case of Mental Illness." Sociology and Social Research ۶۰ (October) : ۳۰-۴۱.
- ۲۶-Quitting Caffeine Can Bring on the Blahs. ۱۹۹۱ Chicago Tribune (August ۱۸): ۲۴.
- ۲۷- Rhodes, Jean E. and Leonard Janson ۱۹۹۰ "A Social Stress Model of Substance Abuse". Journal of Consulting and Clinical Psychology ۵۸ (August) : ۳۹۵-۴۰۱.
- ۲۸-Roffiman, Roger A. and William H. George ۱۹۸۸ "Cannabis Abuse". Page ۳۲۵-۳۳ in Assessment of Addictive Behaviors, edited by Dennis M. Donovan and G. Alan Marlatt. New York: Guilford.
- ۲۹-Rosenbaum, Marsha ۱۹۸۱ Women on Heroin. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- ۳۰- Short, James F., Jr. ۱۹۶۸ Gang Delinquency and Delinquent Subculture. New York ; Harper and Row.
- ۳۱- Wallace, John ۱۹۹۳ "Modern Disease Models of Alcoholism and Other Chemical Dependencies: The New Biopsychosocial Models." Drugs and Society ۸ (۱) : ۶۹-۸۷.
- ۳۲-Washton, Arnold M. and Mark S. Gold ۱۹۸۷ "Recent Trends in Cocaine Abuse As Seen From the ۸۰۰ - Cocaine Hotline". Pages ۱۰-۲۲ in Cocaine : A Clinicians Handbook, edited by Arnold M. Washton and Mark S. Gold. New York : Guilford Press.
- ۳۳- Williams, Terry ۱۹۸۹ The Cocaine Kids: The Inside Story of a Teenage Drug Ring. Reading, MA: Addison - Wesley.