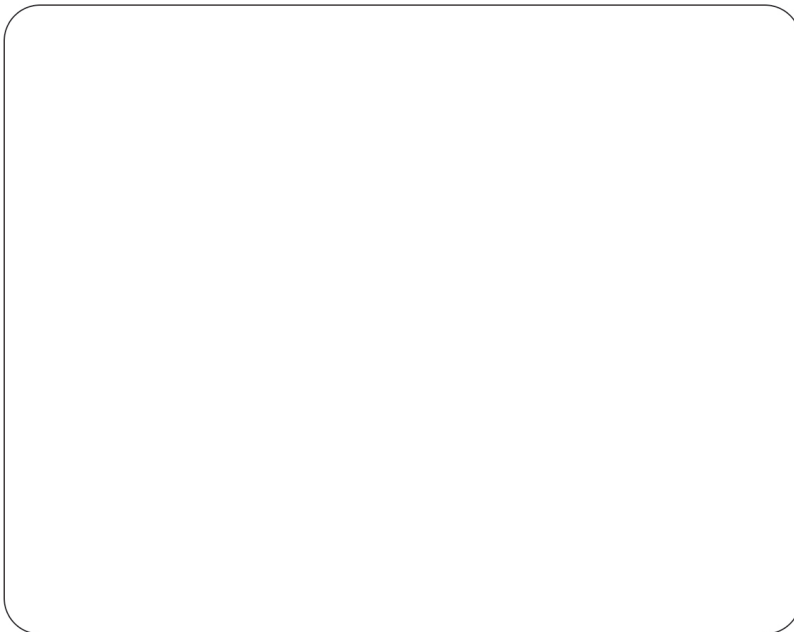


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دیباجه‌ای بر نظریه‌های اعتیاد به مواد مخدر

- مؤلف: دکتر نوذر نخعی، استاد پزشکی اجتماعی با همکاری دکتر امین شمسی
- طراحی و صفحه‌آرایی: امین استوارزاده
- ویراستار: فاطمه تویسرکانی راوری
- مدیر هنری و اجرایی: محمد مهدی کاربخش
- نوبت چاپ: دوم/۱۳۹۸
- تیراژ: ۵۰۰
- ناشر: انتشارات مهرتا
- چاپ و صحافی: کارمانیا
- شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۵۲۲۹-۶-۷
- قیمت: ۰۰۰۰۰۰ ریال



نشانی: کرمان، بلوار کشاورز، نبش
کوچه شماره ۹، مجتمع تجاری اداری
فولاد کرمان (افق)، طبقه دوم، واحد
۲۲، تلفن: ۰۳۴ - ۳۲۱۲۵۷۹۱

پیش‌گفتار.....	۵
مقدمه مؤلف.....	۶
مقدمه.....	۸

فصل اول | نظریه‌های زیست‌شناختی

نظریه‌های زیست‌شناختی.....	۱۴
عوامل ژنتیکی.....	۱۴
سیستم‌های مغزی مرتبط با مصرف مواد.....	۱۶
سیستم‌های پاداش‌دهی مغز.....	۱۷
تنوع در واکنش به نشانه‌های پاداش.....	۱۷
فرضیه گیرنده‌های دوپامینی.....	۱۸
اطلاعات بیشتر درباره سیستم‌های انتقال عصبی.....	۲۰
سازگاری‌های عصبی تقویت‌کننده ناتعادلی ناشی از مصرف مواد.....	۲۱
حفظ ثبات.....	۲۲
عدم تعادل متابولیک.....	۲۴
آسیب زودهنگام.....	۲۵

فصل دوم | نظریه‌های روان‌شناختی

نظریه‌های روان‌شناختی.....	۲۸
تقویت رفتار.....	۲۸
کمبود شخصیت.....	۳۳
مستعدبودن به رفتارهای مشکل‌دار.....	۳۵
برخی نظریه‌های روان‌شناختی دیگر.....	۳۸
خوددرمانی با مواد.....	۳۸
هیجان‌طلبی / نوجویی.....	۳۹
تکانش‌گری و دیگر صفات تنظیم رفتاری.....	۴۰

فصل سوم | نظریه‌های جامعه‌شناختی

نظریه‌های جامعه‌شناختی	۴۴
نظریه آنومی	۴۵
نظریه خودکنترلی و کنترل اجتماعی	۴۷
نظریه خرده‌فرهنگی‌ها و یادگیری اجتماعی	۵۶
نظریه تعامل‌گزینشی / اجتماعی شدن	۵۹
نظریه تضاد	۶۵

فصل چهارم | نظریه‌های تلفیقی

نظریه تأثیر سه‌گانه	۷۶
مراحل روابط علل و معلولی	۷۶
جریان‌ات تأثیرگذار	۷۸
نظریه پنج مرحله‌ای	۸۰
نظریه عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده	۸۳
خلاصه‌ای از نظریات	۸۸
منابع	۹۶

مقدمه

برای درک دلایل پدیده‌ای هم‌چون اعتیاد^۱ یا وابستگی^۲ به مواد، به نظریه نیاز داریم. نظریه، توضیح دسته‌بندی کلی پدیده‌ها است، به منظور درک یا مشاهده عمیق‌تر و پویاتر واقعیت‌ها، در قیاس با آن‌چه که از تجربیات روزمره به دست می‌آید. کلمه «کلی» در این‌جا بسیار حائز اهمیت است، چرا که دانشمندان معمولاً از اصطلاح «نظریه» برای شرایط یا رویدادی خاص مانند؛ ترور یک شخصیت استفاده نمی‌کنند، بلکه



تصویر ۱: علی‌رغم تبعات استفاده از مواد، چرا افراد به آن روی می‌آورند؟

نظریه به‌طور کلی دلیل ترور را شرح می‌دهد. متخصصان فیزیک نجومی نظریه‌ها و یا توضیحاتی در مورد تولد، حرکت و مرگ ستارگان، زیست‌شناسان نظریه‌هایی در مورد تغییرات ژنتیکی موجودات زنده در طول زمان و جامعه‌شناسان و دانشمندان علوم سیاسی نظریه‌هایی در مورد رأی‌دادن دارند. یکی از گونه‌های اصلی نظریه و یا توضیح مصرف مواد می‌تواند شرح این موضوع باشد

که چرا مردم به مواد روی می‌آورند؟ (تصویر ۱) دو پیش‌شرط کاملاً ضروری برای مصرف مواد وجود دارد: یکی؛ گرایش، آمادگی^۳ و زمینه انجام این کار و دیگری؛ دسترسی^۴ به ماده. هر یک از این دو پیش‌شرط

1- addiction
2- dependency
3- predisposition
4- availability

برای توضیح مصرف مواد ضروری‌اند، اما هیچ‌کدام کافی نیستند. اگر مواد در منطقه خاصی موجود نباشد، حتی در صورت گرایش، مصرف مواد امکان‌پذیر نیست. به همین ترتیب، در صورت عدم وجود تمایل و استعداد، مصرف صورت نمی‌گیرد و به طور کلی در دسترس بودن مواد به تنهایی مصرف آن را توجیه نمی‌کند. در این کتاب، به طور عمده بر پیش‌نیازها، زمینه‌ها و انگیزه‌های تأثیرگذار بر مصرف مواد خواهیم پرداخت.

هزاران سال است که بشر انگیزه انواع رفتارهای غیرعادی و انحرافی

را مورد پرسش قرار می‌دهد. فیلسوفان

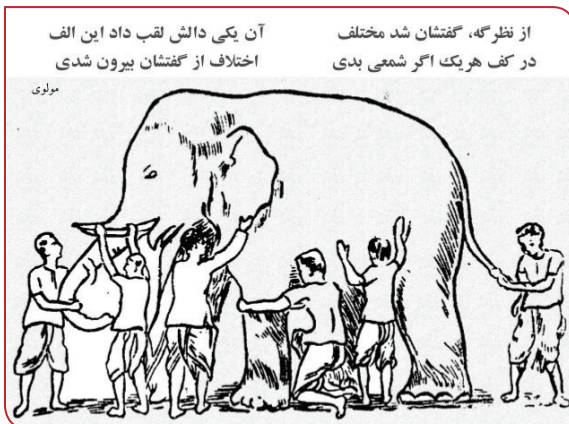
یونان باستان نیروهای شیطانی را تنها

عامل انحراف مطرح می‌کردند. در پایان

درس جرم‌شناسی که در دانشکده‌ای در جنوب

شرقی ایالات متحده برگزار شد، فرانک

اشمالجر^۱ از دانشجویان



تصویر ۲: هر تخصصی فقط گوشه‌ای از سبب‌شناسی مواد را

تبیین کرده و از سایر زوایا غافل مانده است.

خود خواست به منطقی‌ترین نظریه جرم و جنایت فکر کنند:

زیست‌شناختی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی. اکثریت قریب به اتفاق این

کلاس هیچ‌یک از این سه مورد را انتخاب نکردند و به جای آن «فرب

شیطان» را به عنوان معتبرترین نظریه انتخاب کردند (۱، ص ۸۸).

در مقابل؛ تقریباً تمامی رفتارشناسان، روان‌شناسان و جامعه‌شناسان

به توضیحات مادی که ریشه در عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و

زیست‌شناختی دارد، توجه می‌کنند. هر یک از رشته‌ها از دیدگاه تخصصی

خود به سبب‌شناسی اعتیاد نگاه می‌کنند و این موضوع سبب شده تا هر تخصصی فقط گوشه‌ای از سبب‌شناسی مواد را تبیین کند و از سایر زوایا غافل بماند (تصویر ۲)، البته ذکر این نکته حائز اهمیت است که؛ سه نظریه مذکور و چه نظریه تأثیر نیروهای شیطنی همگی را باید در سبب‌شناسی مصرف مواد مدنظر قرار داد. اغلب نظریه‌های مصرف مواد در تناقض و یا رقابت با یکدیگر نیستند، بلکه اکثر آن‌ها جنبه‌های متفاوت پدیده‌ای را پوشش می‌دهند که می‌توانند به‌جای این‌که در تضاد با یکدیگر باشند، به‌عنوان مکمل هم در نظر گرفته شوند. همان‌طور که در مورد نظریه‌های جرم و جنایت مطرح می‌شود، سه پارادایم گسترده برای مصرف مواد وجود دارد: (۱) نظریه‌های زیست‌شناختی^۱، (۲) نظریه‌های روان‌شناختی^۲ و (۳) نظریه‌های جامعه‌شناختی^۳؛ هر کدام بر روی طیف متفاوتی از عوامل به‌عنوان تعیین‌کننده‌های مهم در ایجاد انگیزه مصرف و سوءمصرف مواد در میان مردم تمرکز دارند، البته، حتی در هر یک از این انواع گسترده، طیفی از نظریه‌های خاص وجود دارد. تمام نظریه‌های زیست‌شناختی و تقریباً تمام نظریه‌های روان‌شناختی، فردگرا^۴ هستند به این شکل که بر تفاوت‌های میان افراد متمرکز می‌شوند: شخص X از جهتی با شخص Y تفاوت دارد (تجارب گوناگونی نسبت به شخص Y داشته است) و بنابراین، احتمال استفاده شخص X از مواد نسبت به شخص Y بیشتر است. در مقابل، اکثر نظریه‌های جامعه‌شناختی به جای تمرکز بر روی تفاوت‌های فردی به تمرکز بر روی تفاوت گروه‌ها (افرادى که به گروه X تعلق دارند، نسبت به افرادی که به گروه Y تعلق دارند، متفاوت هستند) و یا تفاوت‌های ساختاری (ساختارهای بزرگ‌تر و یا شرایطی که افراد در آن قرار می‌گیرند، مانند؛ شهرها، محله‌ها، دوره‌های زمانی، شرایط اجتماعی یا کشورها متفاوت هستند) تمایل دارند. در همین

1- biological theories
2- psychological theories
3- sociological theories
4- individualistic

حین، برخی از جامعه‌شناسان، توضیحات فردگرایانه‌تری را منتشر کرده‌اند که در این فصل، به برخی از آن‌ها اشاره خواهیم کرد. از آن جایی که اکثر این نظریه‌ها تنها یک تکه از پازل را توضیح می‌دهند، بیشتر آن‌ها به جای متناقض بودن مکمل یک‌دیگر هستند. با این حال برخی از نظریه‌ها با هم در تعارض هستند، یعنی اگر یکی از آن‌ها درست باشد، یک یا چند نظریه دیگر را نقض می‌کند و لذا درک جامع ما از مفاهیم نظریه‌های مختلف بسیار مهم است.

فصل اول:

نظریه‌های زیست‌شناختی

◀ نظریه‌های زیست‌شناختی

نظریه‌های زیست‌شناختی فرض را بر این می‌گذارند که مکانیسم‌های فیزیکی خاصی در افراد وجود دارد که در صورت قرار گرفتن این افراد در معرض مواد، آنها را به تجربه و یا سوءمصرف آن وادار یا ترغیب می‌کند. برخی از آنها ذاتی^۱ هستند، یعنی بر مبنای مکانیسم‌هایی است که در هنگام تولد وجود دارد و خاص هر فرد است؛ برخی دیگر تا حدی محیطی^۲ هستند: یعنی عوامل ذاتی در ترکیب با عوامل محیطی رفتارهای مصرف مواد را ایجاد می‌کند. دو مورد از این توضیحات نظریه‌های ژنتیکی^۳ و نظریه عدم تعادل متابولیک^۴ هستند.

◀ عوامل ژنتیکی

ژن‌ها به عنوان واحد اصلی وراثت، بخش خاصی از مولکول DNA در کروموزوم هستند که ماهیت یک صفت ارثی را مشخص می‌کنند. برای نمونه سرخ‌شدن پوست و گرگرفتگی برخی از اقوام آسیایی، در نتیجه مصرف الکل که میزان تمایل به مصرف آن را می‌کاهد، به خاطر تنوع ژنتیکی از نظر آنزیم‌های متابولیزه‌کننده الکل است. این واکنش به نوبه خود، احتمال مشکلات مرتبط با مصرف الکل را کاهش می‌دهد (۲ و ۳). به طور کلی، عوامل ژنتیکی بین ۳۰ تا ۶۰ درصد واریانس در اعتیاد به مواد مختلف را تشکیل می‌دهد (۴ و ۵).

بیشتر تحقیقاتی که تلاش می‌کنند یک عامل ژنتیکی را برای سوءمصرف مواد نشان دهند، روی اعتیاد به الکل تمرکز دارند. تحقیقات نشان می‌دهد که؛ میزان گرایش به الکل در کودکان به فرزندخواندگی گرفته شده، به پدر و مادر واقعی آنها نزدیک‌تر است، تا به پدر و مادرخوانده آنها (۶، ص ۶۲). یک پژوهش نشان می‌دهد که؛ فرزندان

1- constitutional

2- environmental

3- genetic theories

4- theory of metabolic imbalance

الکلی‌ها بر خلاف میزان ۱۰ درصد برای جمعیت عادی، به میزان ۳۰ تا ۴۰ درصد الکلی می‌شوند.

برخی از کارشناسان چنین نتیجه می‌گیرند که؛ میزان وراثت‌پذیری^۱ (شانس به ارث‌بردن این اختلال) اعتیاد به الکل، مشابه دیابت و بیماری زخم معده است (۶، ص ۶۲). حال که کل توالی DNA انسان «رمزگشایی»^۲ شده است، این احتمال وجود دارد که؛ در طول دهه‌های آینده دانشمندان، بیش از پیش به ارتباطی ژنتیکی در مورد اعتیاد به الکل پی ببرند. هیچ یک از محققانی که درباره ارتباط ارثی اعتیاد به الکل تحقیق می‌کنند، ادعا ندارند که عامل ژنتیک تنها عامل یا حتی عامل اصلی اعتیاد به الکل است، در عوض آن‌ها استعداد ژنتیکی برای اعتیاد به الکل را مسلم می‌دانند. وراثت تنها یکی از چند عامل است. وراثت به تنهایی باعث اعتیاد فرد به الکل و نوشیدن مخرب نوشیدنی‌های الکلی نمی‌شود، با این حال عوامل ژنتیکی در ترکیب با دیگر عوامل ممکن است احتمال این فرآیند را افزایش دهد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که؛ پسران و دختران الکلی‌ها نسبت به فرزندان افراد غیرالکلی، گرایش کمتری به تأثیرپذیری از الکل دارند، هماهنگی آن‌ها کمتر تضعیف‌شده است، بدن آن‌ها واکنش هورمونی کمتری دارد و آن‌ها با دریافت میزان معینی از الکل، به نسبت احساس مستی کمتری دارند. به گفته پژوهشگرانی مانند؛ مارک شکایت^۳، جک مندلسون^۴ و بارارا لکس^۵، ۴۰ درصد از فرزندان افراد الکلی از این سه جهت، حساسیت بسیار کمتری را به الکل نشان می‌دهند، در حالی‌که این میزان در مورد اعضای گروه‌های شاهد تنها ۱۰ درصد بوده است. البته اخیراً تأثیر ژنتیک (امکان انتقال برخی صفات اکتسابی از طریق

1- heritability

2- decoded

3- Marc Schuckit

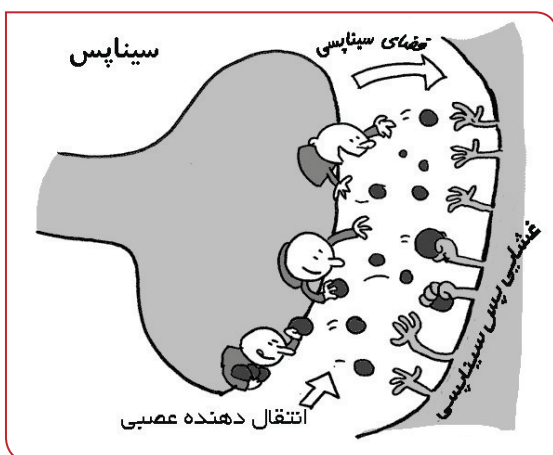
4- Jack Mendelson

5- Barbara Lex

نسل‌ها) بر افزایش خطر ابتلا به اعتیاد مطرح شده است (۷).

سیستم‌های مغزی مرتبط با مصرف مواد

برای درک ماهیت پیامدهای مصرف مکرر مواد، مکانیسم‌هایی درباره «سیم‌کشی»^۱ سیستم‌های مغز مطرح شده است. مغز انسان از میلیاردها



تصویر ۳: عملکرد انتقال دهنده عصبی

سلول عصبی (نورون)^۲ ساخته شده است. این سلول‌های عصبی برای پردازش اطلاعات به طور مداوم با یکدیگر در ارتباط هستند. اتصالات میان سلول‌های عصبی بخش‌های مختلف مغز است که بر مغز تأثیر می‌گذارد. انتقال‌دهنده‌های عصبی^۳

رسانه‌ای برای انتقال پیام‌های الکتروشیمیایی هستند (تصویر ۳). سوء مصرف مواد می‌تواند ترکیبات شیمیایی مغز را مختل کند، زیرا از نظر اندازه و شکل با مواد شیمیایی طبیعی مغز شباهت دارند و در نتیجه بر فرآیندهای تفکر و رفتار تأثیر می‌گذارد. برخی از مواد با اتصال به گیرنده‌های سلول‌های عصبی دریافت‌کننده، می‌توانند مانع انتقال عصبی شوند و تولید انتقال‌دهنده‌های عصبی خاصی را متوقف کنند. هرکدام از این تغییرات در تعادل شیمیایی سلول‌های مغز فرد منجر به احساسات غیرمعمول می‌شود (احساس نشئگی)^۴. با گذشت زمان مصرف

1- wiring

2- neurons

3- neurotransmitters

4- expect

مداوم مواد منجر به سازگاری عصبی مغز می‌شود، ظاهراً مغز انتظار دارد، مواد سلول‌های عصبی خاصی را اشغال کند، تا کارکردی طبیعی داشته باشد (۸).

با توجه به این که تفاوت‌های فردی در شیمی اعصاب وجود دارد، برخی از افراد نسبت به دیگران اثرات شدیدتر یا ضربه سنگین‌تری را تجربه می‌کنند.

سیستم‌های پاداش دهی مغز

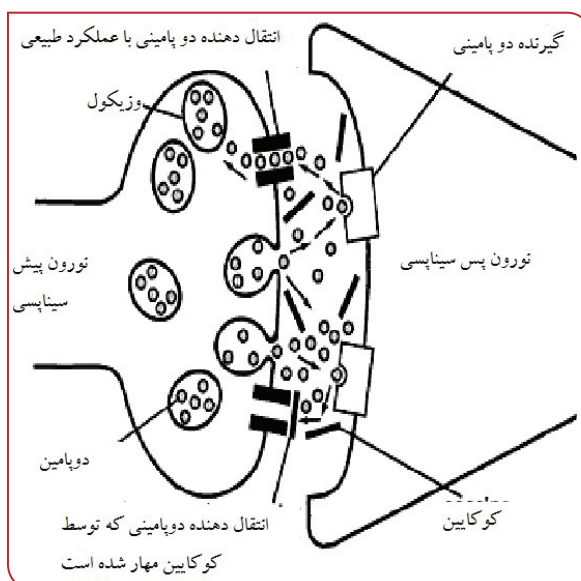
بسیاری از پاداش‌هایی که به صورت طبیعی رخ می‌دهند مانند؛ ارتباط جنسی، غذا خوردن، بازی‌های ویدیویی و هم‌چنین سوءمصرف مواد سیستم‌های پاداش دهی یکسانی را در مغز فعال می‌کنند که مسیرهای دوپامین مزولیمبیک^۱ از این موارد هستند (۹-۱۴). دوپامین از طریق سیستم‌های گوناگون عصبی، بر جنبه‌های رفتارهای اعتیادآور مانند؛ انگیزش، پاداش و انگیزه تأثیر می‌گذارد. تقریباً مصرف تمام مواد باعث افزایش فعالیت دوپامین در هسته آکومبنس می‌شوند.

تنوع در واکنش به نشانه‌های پاداش

گری^۲ (۱۹۸۲) دو سیستم انگیزشی مغزی را شامل؛ سیستم رویکرد رفتاری^۳ و سیستم بازداری رفتار^۴ که بر تفاوت‌های رفتاری افراد در واکنش به نشانه‌های پاداش اثر می‌گذارند، مشخص می‌کند. این سیستم‌های به هم وابسته بر روی احتمال اجتناب یا دوری فرد از موقعیت‌هایی که شامل نشانه‌های جدید و یا تهدیدآمیز می‌شوند و یا احتمال شرکت او در رفتار مخاطره‌آمیز و جدید مانند؛ مصرف مواد در واکنش به نشانه‌های پاداش، تأثیر می‌گذارند.

فرضیه گیرنده‌های دوپامینی

احتمالاً مشهورترین فرضیه در مورد مبادی عصبی بیولوژیکی اعتیاد، فرضیه‌ای مبنی بر دریافت ناکافی دوپامین است. برای نمونه؛ ولکو^۱ و همکارانش (۲۰۰۱) اظهار می‌کنند که برخی افراد نسبتاً گیرنده‌های دوپامینی D_2 کمتری دارند و این مسئله ممکن است آن‌ها را مستعد سوء مصرف مواد و رفتارهای اعتیادآور دیگر کند. این موضوع با تحقیقات فیزیولوژیکی درباره تفاوت افراد از نظر گیرنده‌های انتقال‌دهنده عصبی مطابقت دارد (تصویر ۴)، اگرچه مکانیسم‌های فیزیولوژیکی دقیق



همچنان مورد بحث هستند، این فرضیه ارائه شده است که در برخی افراد، سطوح پایین گیرنده‌های D_2 ممکن است منجر به سندرم نقص پاداش^۲ شود (۱۵)، یعنی برخی افراد به خاطر خصوصیات شیمی اعصاب، مشکلاتی در احساس پاداش یا لذت از فعالیت‌های عادی

تصویر ۴: عملکرد دوپامین

دارند و این مسئله آن‌ها را مستعد جست‌وجو برای رفتارهای جایگزین می‌کند، تا سطح پایین فعال‌سازی مدار پاداش مغز را جبران کنند (۱۶)، به عبارت دیگر؛ این افراد ممکن است رفتارهایی اتخاذ کنند که احساس فیزیولوژیکی پاداش را ایجاد می‌کند مانند؛ مصرف مواد، غذا خوردن، قمار

1- Volkow

2- Reward deficiency syndrome

یا رفتارهای هیجان‌طلبانه دیگر. این موضوع دست‌کم در شرایطی که چنین فعالیت‌هایی به راحتی در دسترس باشد و جایگزین جامعه‌پسندی برای آن‌ها وجود نداشته باشد، اتفاق می‌افتد. محرومیت از مادر در اوان طفولیت نیز به عنوان یکی از عوامل سندرم نقص پاداش مطرح می‌شود. در تحقیقات متعددی ارتباط بین محرومیت از مادر و استعداد اعتیاد به مواد متفاوت در دوران جوانی به اثبات رسیده است (۱۷).

به نظر می‌رسد این سندرم در نتیجه تغییر مسیرهای پاداش مغز ایجاد می‌شود. به احتمال زیاد در ژن‌های رمزگذاری‌کننده تولید گیرنده‌های دوپامین افرادی که دارای سندرم نقص پاداش هستند، تغییراتی وجود دارد. یک‌گونه آلل^۱ که در کاهش تعداد گیرنده‌های دوپامین نقش دارد آلل $DRD2 A1$ است (۱۵). می‌توان بر این باور بود که؛ نقص گیرنده‌های دوپامین نشان‌دهنده این موضوع است که؛ فرد از نظر بیولوژیکی نمی‌تواند از محرک‌هایی که عموماً توسط دیگران به عنوان پاداش تجربه می‌شود، به سطح مطلوب احساس لذت برسد و لذا این فرد با نوعی احساس عدم تعادل^۲ روبرو می‌شود، برای نمونه؛ برانگیختگی^۳ کمتر یا بیش از حد معمول، خوشحالی، غم یا اضطراب ذهنی بیش از حد. بنابراین برای رسیدن به یک سطح مطلوب ذهنی این افراد ممکن است به فعالیت‌های احساسی یا رفتارهای خطرناکی مانند؛ سوء مصرف مواد روی آورند، البته ذکر این نکته مهم است که عوامل گوناگون دیگری مانند؛ صفات وراثتی، گروه‌های اجتماعی، عوامل فرهنگی، اجتماعی و محیطی ممکن است بر اتخاذ چنین رفتارهایی تأثیر بگذارند.

افرادی که در مجموع احساس خوبی از خود ندارند (احساس عدم تعادل روانی) و نمی‌توانند از نظر بیولوژیکی به یک سطح مطلوب احساسی و خوشایندی برسند، ممکن است به دنبال فعالیت‌ها یا افرادی بروند که

به آن‌ها کمک کند، به‌نوعی به چنین احساسی دست یابند. برخی افراد ممکن است دست کم به طور موقت به کمک والدین، سرپرستان یا افراد مهم دیگر به چنین احساسی برسند. این افراد می‌توانند از این طریق به نوعی وضعیت انگیزتگی/عاطفی فیزیولوژیک «طبیعی» دست یابند. در وضعیتی مشابه، هنگامی که برخی از جوانان دچار احساس ناخوشی در مدرسه می‌شوند، حتی اگر سیم‌کشی عصبی الکترونیکی شیمیایی آن‌ها کمتر از حد مطلوب باشد، ممکن است با حمایت معلمانی که به خاطر رفتارهای خوب به آن‌ها پاداش می‌دهند، تعدیل شوند. با این حال این جوانان بر خلاف احساس آرامش شخصی در اغلب اوقات، هم‌چنان ممکن است از نظر انگیزتگی یا عاطفی نوعی احساس دل‌سردی داشته باشند (۱۸).

برخی افراد که نوعی احساس عدم تعادل دارند، ممکن است از طریق مشارکت مداوم در رفتارهای جامعه‌پسند به تعادل عاطفی یا انگیزتگی رسیده و آن را حفظ کنند که می‌تواند شامل؛ ورزش منظم (هر چند این کار نیز ممکن است به صورت افراطی انجام شود)، مشغول‌بودن شدید به تکالیف یا سرگرمی‌ها، زمان‌بندی بسیار ساختارمند یا احتمالاً فعالیت‌های مراقبتی باشد. داشتن زمان آزاد ممکن است برای چنین افرادی خطرناک باشد. برخی محققان سیستم‌های عصبی بیولوژیکی را به عنوان تعیین‌کننده کلیدی سوءمصرف مواد مطرح می‌کنند (برای نمونه؛ ۸، ۱۸ و ۱۹).

◀ اطلاعات بیشتر درباره سیستم‌های انتقال عصبی

علاوه بر سیستم‌های دوپامین، چند انتقال‌دهنده عصبی دیگر نیز در افزایش اثر تقویت‌کننده و لذت‌بخش سوءمصرف مواد دست دارند. سایر انتقال‌دهنده‌های عصبی دخیل در سوءمصرف مواد، عبارت‌اند از: سروتونین^۱

حفظ هیجان و پردازش خواب)، نوراپی نفرین^۱ (پردازش هیجانی، حسی، هشیاری)، استیل کولین^۲ (پردازش حافظه حسی- حرکتی، سیستم عصبی خودکار^۳، انتقال‌دهنده عصبی بازدارنده اصلی در سیستم عصبی مرکزی)^۴ و گلوتمات^۵ (حافظه، عملکرد تحرکی اصلی در سیستم عصبی مرکزی و سیستم عصبی فرعی^۶).

مصرف مواد، آزادسازی نوروپپتید مواد را نیز فعال می‌کند. گیرنده‌های مواد که در سر تا سر مغز گسترده شده‌اند، به میزان زیادی با سیستم دوپامین تداخل دارند و ممکن است نسبت به دوپامین در رابطه با «دوست‌داشتن» در مقابل «خواستن» ماده مخدر تأثیرگذارتر باشند (۲۰). برخی از محققان بر این باورند که؛ شاید یک مدار مجزا برای لذت‌بردن از مواد وجود داشته باشد (۲۱). برخی از انتقال‌دهنده‌های نوروپپتید در سوءمصرف موادی مانند مت‌انکفالین^۷، دینورفین^۸، نوروپپتید وای^۹ و عامل انتشار کورتیکوتروپین^{۱۰} و همچنین سایر مواد دخیل بوده‌اند (۲۲).

۴ سازگاری‌های عصبی تقویت‌کننده ناتعادلی ناشی از مصرف مواد

بررسی‌های تصویربرداری از افرادی که دارای ضایعاتی در قشر اوربیتوفرونتال^{۱۱} هستند، نشان داده که؛ این قسمت از مغز در تنظیم رفتار اجتماعی ازجمله؛ فرآیندهای ارزیابی و واکنش به پاداش‌های اجتماعی (۲۳-۲۵) و همچنین حافظه و یادگیری محرک و پاداش در ارتباط است.

1- norepinephrine

2- acetylcholine

3- automatic nervous system [ANS] processing

4- GABA (major inhibitory neurotransmitter in the central nervous system [CNS])

5- glutamate

6- peripheral nervous system [PNS]

7- met-enkephalin

8- dynorphin

9- neuropeptide Y (NPY)

10- corticotropin-releasing factor (CRF)

11- orbitofrontal cortex (OFC)

این قسمت از مغز هم‌چنین در تنظیم رفتارهای انگیزشی گوناگون مانند؛ مصرف مواد، تغذیه و نوشیدن دخیل است، برای نمونه؛ بشاره^۱ و همکارانش متوجه نوعی اختلال تصمیم‌گیری در افراد وابسته به مواد شدند، یعنی افرادی که به مواد وابستگی دارند، به احتمال زیاد پاداش‌های فوری را انتخاب می‌کنند، درحالی‌که ممکن است عواقب منفی در آینده به دنبال داشته باشد (۲۶-۲۸) و تصمیم‌گیری آن‌ها با افرادی که دارای ضایعاتی در قشر اوربیتوفرونتال هستند، یکسان است.

علاوه بر این، بررسی‌های تصویربرداری مغزی نشان داده که قشر اوربیتوفرونتال در انتظار پاداش مواد، وسوسه مواد و قضاوت یا تصمیم‌گیری مؤثر بر مصرف اجباری مواد دخیل است (۲۵ و ۲۹). برای نمونه؛ تحقیق ولوکوو^۲ و همکارانش نشان می‌دهد که؛ به دنبال استفاده مکرر از مواد، انطباق عصبی در قشر اوربیتوفرونتال مغز رخ می‌دهد و این تغییرات در درک ادامه مصرف اجباری مواد و تحریک به استفاده از مواد با وجود پیامدهای آن، نقشی کلیدی دارد (برای بررسی به ۲۹ و ۳۰ رجوع کنید). آن‌ها فرض را بر این گذاشتند که؛ به نظر می‌آید فرآیندهای عصبی دخیل در مصرف اجباری مواد شامل؛ مسیرهای مزوکورتیکال^۳ با فرآیندهای عصبی دخیل در تجربه لذت ذهنی مصرف اولیه و ابتدایی مواد متمایز باشد (۳۱). مفهوم کلی تحقیقات آن‌ها این است که به نظر می‌رسد؛ ادامه مصرف مواد به صورت عادت یا به اجبار چیزی بیش از تابع اثرات مدار پاداش دوپامین است، یعنی مصرف اجبارگونه مواد شامل اختلال فرآیندهای کنترلی و مهارکننده شناختی است که بر تنظیم رفتار اثر می‌گذارد (۳۱).

حفظ ثبات^۴

حفظ ثبات که توسط کووب^۵ و همکارانش ارائه شد، توضیح دیگری

1- Bechara

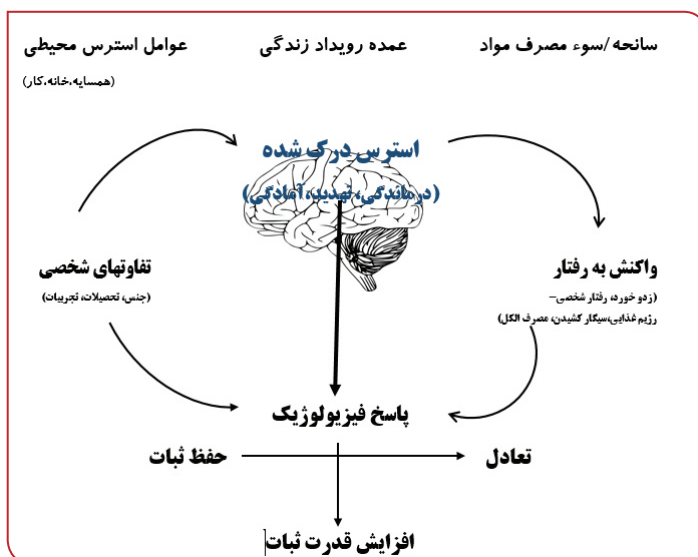
2- Volkow

3- mesocortical pathways

4- allostasis

5- Koob

درباره سوء مصرف مواد به خاطر اختلال در سیستم انتقال دهنده عصبی - هورمونی است که در نتیجه مصرف مکرر مواد به وجود می‌آید (۸). با ترشح هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک^۱ از غده هیپوفیز، محور هیپوفیز فوق کلیوی فعال می‌شود. هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک به نوبه خود با ترشح هیپوتالاموس CRF^۲ در سیستم حمل هیپوفیزی کنترل می‌شود (تصویر ۵).



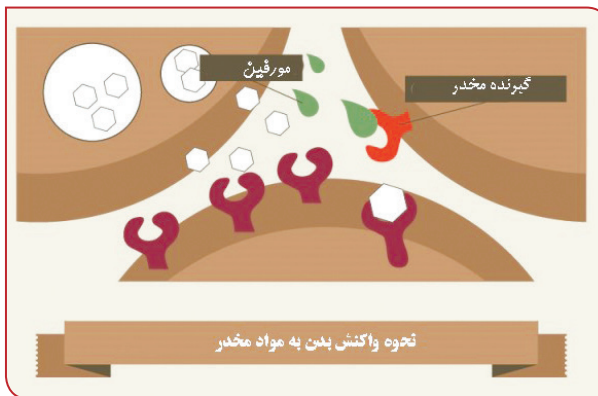
تصویر ۵: حفظ ثبات و عملکرد بدن

ترشح آدرنوکورتیکوتروپیک منجر به آزادسازی گلوکوکورتیکوئیدها^۳ می‌شود که میزان دسترسی هیپوتالاموس و تأثیر آن در آمیگدال^۴ را افزایش می‌دهد. گیرنده‌های گلوکوکورتیکوئید در مناطق مختلفی از مغز به ویژه VTA قرار دارند. به احتمال زیاد انتقال گلوکوکورتیکوئید ممکن است مانع ترشح دوپامین شود. ممکن است به منظور افزایش دسترسی به دوپامین و کنترل ابتدایی احساس اضطراب و استرس، به طور مداوم به

مصرف مواد روی آورده شود. آن‌گاه ممکن است نقاط مجموعه‌ای هموستاز جدیدی ایجاد شود. این واکنش انطباقی بدن و مغز یا توانایی دستیابی به ثبات از طریق فرآیندهای تغییر به عنوان فرآیند کسب پایداری شناخته می‌شود (۳۲).

◀ **عدم تعادل متابولیک^۱**

نظریه دوم فرض را بر این می‌گذارد که؛ عدم تعادل متابولیک یک عامل احتمالی در حداقل یک گونه از سوءمصرف یا اعتیاد به مواد است. این نظریه که به وسیله دو پزشک به نام‌های وینسنت دل^۲ و ماری نیس‌وند^۳ (۳۳ و ۳۴) مطرح شده است، استدلال می‌کند که؛ افراد معتاد به هروئین از بیماری یا اختلال متابولیکی بسیار شبیه به بیماران دیابتی رنج



می‌برند. هنگامی که برخی از افراد شروع به مصرف مواد می‌کنند، یک فرآیند بیوشیمیایی فعال می‌شود و این افراد همان‌طور که بدن افراد دیابتی نیازمند

انسولین است، از نظر **تصویر ۶: نحوه عملکرد مورفین در سلول**

انسولینیکی شروع به درخواست مواد می‌کنند. دوزهای مکرر مواد چرخه متابولیکی آن‌ها را کامل می‌کند. ماده مخدر مانند تثبیت‌کننده عمل می‌کند و کمبودهای موجود را عادی می‌کند (تصویر ۶). درست همان‌طور که فرد دیابتی نمی‌تواند مصرف انسولین را متوقف کند، فردی

1- metabolic imbalance

2- Vincent Dole

3- Marie Nyswander

که دچار سوءمصرف مواد است، هرگز نمی‌تواند مصرف مواد را کنار بگذارد، زیرا بدن او به درخواست مواد ادامه می‌دهد. تاکنون هیچ مکانیسم بیولوژیکی دقیقی در رابطه با عدم تعادل متابولیک مشخص نشده است. بهترین چیزی که در رابطه با این نظریه می‌توان گفت این است که؛ برنامه درمانی مبتنی بر آن، یعنی نگهداری متادون، به نسبت مشخصی به افراد معتاد کمک کرده است، نسبتی که از آن‌چه طرفداران آن ادعا می‌کنند پایین‌تر، اما از آن‌چه منتقدان آن ادعا می‌کنند، نیز بالاتر است. در این‌جا کافی است بدانید که؛ عدم تعادل هورمونی به عنوان عاملی مؤثر در مصرف مواد در برخی افراد شناخته‌شده، اگرچه وجود آن هرگز به صورت تجربی معین نشده است. تنها مدرک تأییدکننده این است که؛ برخی معتادان به گونه‌ای رفتار می‌کنند که گویی از نوعی عدم تعادل متابولیک رنج می‌برند. با مقایسه افکار اولیه و نوشته‌های بعدی طرفداران نظریه عدم تعادل متابولیک در این مورد، مشخص می‌شود که؛ آن‌ها به نحوی از اصرار بر اهمیت این عامل عقب‌نشینی کرده‌اند (۳۵). این نظریه ممکن است تنها با موارد بالینی مطابقت داشته باشد و در سطح نظری، اتیولوژیک (علی) مطابقت نداشته باشد. در واقع، این تئوری تنها از این جهت ممکن است مناسب باشد که تأمین متادون معتادان برای ادامه زندگی را توجیه می‌کند.

◀ آسیب زود هنگام

برخی افراد در معرض آسیب زود هنگام قبل یا بعد از تولد قرار داشته‌اند. برای نمونه؛ به احتمال زیاد سوءاستفاده فیزیکی یا عاطفی در اوایل دوران کودکی ممکن است بر تکامل عادی اثر منفی داشته باشد و به خاطر این‌که در این دوران مغز به سرعت رشد می‌کند، منجر به عدم تعادل شود. استرس و بدرفتاری زود هنگام اتفاقات عصبی بیولوژیکی را ایجاد می‌کند که ممکن است منجر به تغییرات بلندمدتی در رشد مغز شود.

پیامدهای منفی ممکن است شامل؛ کاهش اندازه جسم پینه‌ای^۱ (در نتیجه کاهش ارتباطات نیم‌کره‌های قشر مغز)؛ رشد ضعیف نئوکورتکس^۲ چپ و قشر کمر بند قدامی، هیپوکامپ و آمیگدال^۳ (احتمالاً کمبود تراکم سیناپسی کلی در این سازه‌ها)؛ افزایش تحریک‌پذیری الکتریکی در ساختارهای لیمبیک؛ کاهش فعالیت کاربردی ورمیس مخچه^۴ منطقه اصلی برای یک‌پارچه‌سازی حسی چند مدلی و واسطه‌گری واکنش به استرس؛ (۳۶) و احتمالاً واکنش‌های کمتر هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۵ به استرس (۳۷) باشد که ممکن است از طریق یک مکانیسم فرآیند مخالف به وجود بیاید (۳۸). کودکانی که بد رفتاری در آن‌ها درونی‌سازی شده، ممکن است سطح هورمون کورتیزول آن‌ها نسبتاً بالا (۳۷) و هم‌چنین احتمالاً بازده سرتونرژیک پایین‌تر باشد (۳۸). در سنین جوانی مشکلات در برقراری ارتباط احساسی و دیدگاهی در زمینه‌های مختلف ممکن است برداشت‌های نادرست شناختی را افزایش دهد که به نوبه خود می‌تواند رفتارهای پرخطر مانند؛ مصرف مواد را تسهیل کند.

1- hippocampus

2- neocortex

3- amygdala

4- the cerebellar vermis

5- hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA)

فصل دوم:

نظریه‌های روان‌شناختی

◀ نظریه‌های روان‌شناختی^۱

نظریه‌هایی که به عوامل روان‌شناختی وابسته هستند، به دو نوع اساسی تقسیم می‌شوند: مواردی که بر مکانیسم تقویت تأکید دارند و نظریه‌هایی که بر شخصیت مصرف‌کنندگان و سوءاستفاده‌کنندگان مواد تأکید دارند، به‌ویژه افراد معتادی که بدون هیچ پرهیزی از مواد استفاده یا سوءاستفاده می‌کنند.

مکانیسم‌های تقویت کاملاً مستقیم هستند: افراد تمایل دارند پاداش را به حداکثر و تنبیه را به حداقل برسانند. آن‌ها به خاطر پاداش و تشویق‌هایی که در گذشته دریافت کرده‌اند، به انجام کاری مبادرت می‌کنند. مصرف‌کنندگان مواد به مصرف تشویق شده‌اند و بنابراین مصرف را ادامه می‌دهند. همان‌طور که انتظار می‌رود، نظریه‌های شخصیت، بر نقش مهم عوامل شخصیتی در استفاده و سوءاستفاده از مواد تأکید می‌کنند، درحالی‌که نظریه‌های تقویت این عوامل را کم‌رنگ می‌کنند. از نظر نظریه‌پردازان مختلف؛ خصوصیات دقیق شخصیتی تعیین‌کننده استفاده و سوءاستفاده از مواد متفاوت است که در این‌جا به طیفی از این عوامل شخصیتی استناد می‌شود:

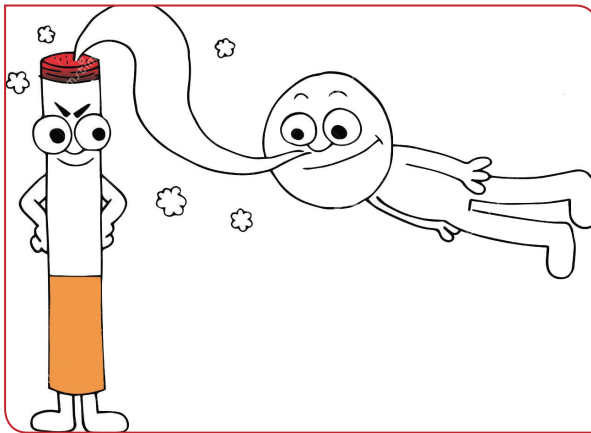
◀ تقویت رفتار^۲

طرفداران این نظریه، تصور تفاوت‌های شخصیتی بین افراد مصرف‌کننده و غیرمصرف‌کننده را بی‌اهمیت می‌دانند و بر نقش تقویت رفتار تأکید دارند. در این نظریه، محیط مسبب نوع رفتار در نظر گرفته می‌شود، نه رویدادهای درونی افراد. برخی حیوانات تحت شرایط آزمایشگاهی مناسب بعضی از مواد را استفاده می‌کنند و این موضوع ضرورت استناد به متغیرهای روان‌پویشی در ایجاد اعتیاد را به تردید می‌اندازد (۴۰ و ۳۹). علاوه بر این، طبق آزمایش‌های انجام‌شده مستقل از عوامل شخصیتی،

1- psychological theories

2- reinforcement

کسانی که به آن‌ها مواد افیونی داده می‌شود، بدون آگاهی از این که چه موادی مصرف کرده‌اند، به مصرف دوباره آن تمایل نشان می‌دهند و تمایل آن‌ها با مصرف افزایش می‌یابد. در برخی از جنبه‌های فرآیند مصرف مواد، در نظر گرفتن متغیرهای شخصیت ضروری نیست، اگرچه، این موضوع در علم بدیهی است که نمی‌توان یک متغیر را با عددی^۱ ثابت توضیح داد. به‌طور کلی اگر دو شخص میزان یکسانی از یک ماده بسیار قوی را استفاده کنند (میزان ثابت) و تنها یکی از آن‌ها به ماده اعتیاد پیدا کند (متغیر)، نمی‌توان استدلال کرد که آن ماده تقویت‌کننده، مصرف مداوم را توضیح می‌دهد، چرا که در این صورت تفاوت رفتاری در نظر گرفته نمی‌شود، در نتیجه عوامل و یا متغیرها نیز باید همراه با تقویت رفتار در نظر گرفته شوند. دو نوع تقویت متفاوت وجود دارد: تقویت مثبت و تقویت منفی و متعاقباً دو نظریه متفاوت برای ذکر تقویت به عنوان مکانیسمی برای مصرف مداوم مواد وجود دارد. در واقع، برخی از رویکردها از هر دو مکانیسم



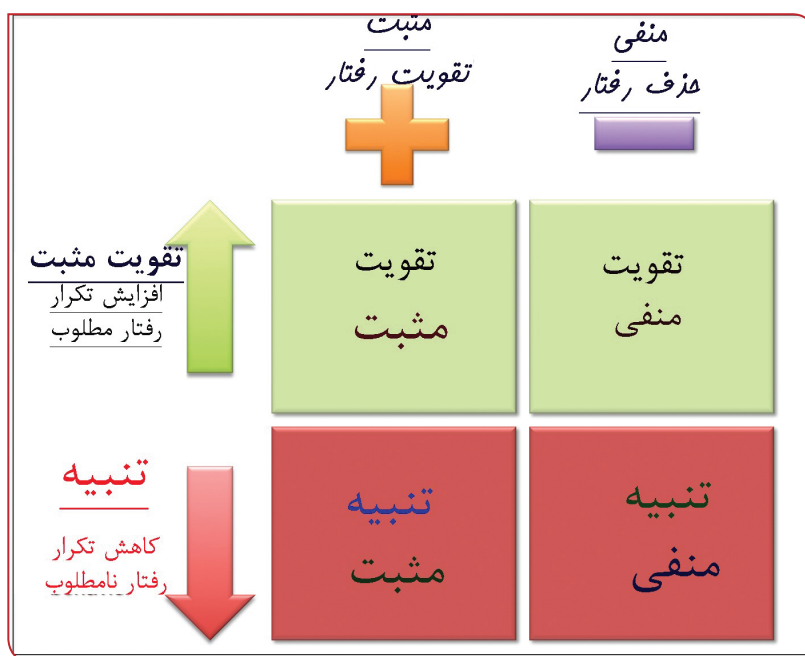
(انواع متفاوت تقویت برای مواد مختلف و مصرف‌کنندگان متفاوت آن‌ها) استفاده می‌کنند (تصویر ۷). تقویت مثبت زمانی ایجاد می‌شود که؛ شخص حس خوشایندی دریافت می‌کند و به این

تصویر ۷: تقویت مثبت باعث افزایش مصرف مواد می‌شود.

خاطر برای تکرار چیزی که سبب این حس خوب شده است، تشویق می‌شود. به‌طور خلاصه؛ «مکانیسم لذت می‌تواند احتمال تکرار یک رفتار را بیشتر کند» (۴۱)، یعنی در رابطه با مواد، نشئگی لذت‌بخش است

◆ دیباچه‌ای بر نظریه‌های اعتیاد به مواد ◆

و احتمال تکرار عملی که لذت‌بخش است، افزایش می‌یابد. بر اساس این دیدگاه، دلیل مصرف مداوم تمام موادی که خوشحالی را تحریک می‌کنند، «اثرات تقویت‌کننده بسیار قوی» آن‌ها است (۳۹). چیزی که از آن به عنوان اعتیاد اشاره می‌شود، تنها یک نقطه پایان در زنجیره مصرف‌کنندگان است که نشان‌دهنده «سابقه کافی از دریافت تقویت و طلب میزان بالاتر مواد در مصرف‌کننده» است (۳۹). این موضوع



تصویر ۸: افزایش رفتار و حذف یک رفتار

هم‌چنین به این معناست که؛ ادامه پیدا کردن استفاده و سوءاستفاده مستمر یا حتی اجبارگونه مواد، مستلزم مکانیسم اعتیاد فیزیکی و جسمی نیست. بسیاری از مصرف‌کنندگان تقویت می‌شوند، به این معنی که اولین بار و دفعات بعد از آن لذت را تجربه می‌کنند، هر قدر احساس شدیدتر باشد، انگیزه ادامه مصرف بیشتر می‌شود.

تقویت منفی زمانی به وجود می‌آید که؛ شخص برای رهایی و اجتناب

از رنج، کاری را انجام می‌دهد و به این ترتیب تشویق می‌شود و انگیزه پیدا می‌کند که هر کاری منجر به رهایی یا کاهش رنج او شده، انجام دهد. در دنیای اعتیاد و مصرف مواد، زمانی که کسی از لحاظ فیزیکی به مواد خاصی وابستگی پیدا می‌کند، هنگام ترک مصرف آن دردهای شدیدی را متحمل می‌شود و برای کاهش این درد، مقدار مشخصی مواد مصرف می‌کند و با متوقف‌شدن درد احساس رهایی می‌کند. چنین تجربه‌ای به شخص معتاد انگیزه می‌دهد، تا آن‌چه را لازم است برای از بین‌بردن درد ترک انجام دهد (تصویر ۸)، درحالی‌که تقویت مثبت می‌تواند با هر نوع مواد لذت‌بخش و در واقع با هر حس خوشایندی ایجاد شود (۴۱)، نظریه مکانیسم تقویت منفی عامل اصلی در سوءمصرف مواد را تا حد زیادی منحصر به موادی می‌داند که وابستگی فیزیکی ایجاد می‌کنند، به‌ویژه تریاک.

استدلالی که به تقویت منفی استناد می‌کند، به این شرح است که؛ ابتدا سرخوشی به عنوان نیرویی محرک غالب می‌شود. از این‌رو، چند هفته اول استفاده از مواد، مرحله «ماه غسل» اعتیاد نامیده شده است، اگرچه فرد مصرف‌کننده بدون این‌که خبردار باشد، وابستگی فیزیکی^۱ پیدا می‌کند. از آن‌جایی که تحمل بدن نسبت به مواد بالا می‌رود، فرد مصرف‌کننده برای ادامه سرخوشی میزان دوز مصرفی را افزایش می‌دهد، تا جایی که در نهایت معتاد می‌شود. اگر مصرف به دلیل دستگیری، عدم عرضه مواد و یا بی‌پولی قطع شود، علائم دردناک ترک مواد، بدن فرد معتاد را خرد می‌کند. از آن‌جایی که مصرف‌کننده پی می‌برد که مقداری از مواد می‌تواند این علائم را کاهش دهد، در طول زمان میل شدیدی در او برای مصرف مواد ایجاد می‌شود.

برخی معتقدند؛ افراد معتاد فقط برای داشتن حال طبیعی به مصرف مواد ادامه می‌دهند (۳۷)، درحالی‌که بسیاری از افراد معتاد، سرخوشی را عامل اصلی در ادامه مصرف مواد به حساب می‌آورند. در پژوهشی بر روی

افراد معتادی که همگی حداقل یک‌بار در روز کوکائین مصرف می‌کردند، ۹۸ درصد (۶۳ نفر از ۶۴ فرد مصاحبه شده) گفتند که؛ حداقل یک‌بار در ماه سرخوشی یا نشئگی را تجربه می‌کنند و ۴۲ درصد آن‌ها هر روز این تجربه را داشتند (۳۹). در این نمونه، سرخوشی به طور آگاهانه درخواست و طلب می‌شد. ۹۳ درصد گفتند که؛ می‌خواهند روزی یک‌بار نشئگی را تجربه کنند و ۶۰ درصد می‌خواستند تمام مدت نشئه باشند (۴۲).

معتادان به مواد ممکن است در دو دسته؛ نگهدارندگان^۱ و جویندگان^۲ خوشی^۲ باشند. نگهدارندگان تنها به اندازه‌ای از مواد استفاده می‌کنند که از پریشانی حاصل از ترک مواد اجتناب کنند. برخی از افراد معتاد منبع مالی نداشته و تمایلی به زندگی مجرمانه برای دستیابی به هروئین کافی و رسیدن به سرخوشی ندارند، آن‌ها تنها برای رفع رنج ترک مواد از عادت خود «پرستاری» می‌کنند (۴۲). افراد معتاد برای رسیدن به نشئگی می‌خواهند چنان مقادیر قابل توجهی از مواد را مصرف کنند که ممکن است زندگی آن‌ها را واقعاً و به طور کامل تغییر دهد. آن‌ها مجبور می‌شوند که سخت کار کنند و خطر آسیب‌دیدن و دستگیر شدن را به جان بخرند، اما تمام مصرف‌کنندگان حاضر نیستند برای نشئه‌شدن مرتکب جرم شوند. همه افراد معتاد بر این عقیده نیستند که این کار ارزش دستگیر شدن و به خطراتادن جنبه‌های با ارزش زندگی مانند؛ کار، خانواده و آزادی رفت‌وآمد را به هر جایی که می‌خواهند، داشته باشد. آن‌ها ترجیح می‌دهند عادت خود را حفظ کنند، تا این‌که آن‌چه را دارند برای رسیدن به نشئگی به خطر بیندازند. این افراد رابطه خود را با جامعه معمولی حفظ می‌کنند و تنها هر از چند گاهی این رابطه را سست می‌کنند (۴۲) در مقابل، افراد معتاد جویای سرخوشی، از مواد به مقدار کافی و در وعده‌های مکرر استفاده می‌کنند تا به سرخوشی برسند. این عادت بیش از حد پرهزینه است و از این‌رو، معمولاً تأمین آن

1- maintainers

2- euphoria-seekers

مستلزم فعالیت‌های غیرقانونی است. علاوه بر این، سبک زندگی معتادان جویای سرخوشی به اندازه‌ای مخرب است که معمولاً داشتن کار قانونی را غیرممکن می‌سازد. چنین شخصی باید به فعالیت‌های مجرمانه متوسل شود. تحمل کردن سبک زندگی فرد معتاد برای فرد غیرمعتاد بسیار دشوار است، بنابراین زندگی زناشویی و خانواده به خطر می‌افتد، مگر این که همسر فرد معتاد نیز اعتیاد داشته باشد. علاوه بر این، از آن جایی که مصرف بالای مواد، باعث کاهش میل جنسی می‌شود، داشتن روابط صمیمی دشوار است. به طور خلاصه؛ معتاد جویای سرخوشی، فعالیت‌ها و تعهدهای معمولی را قربانی جست‌وجوی لذت‌بخش سرخوشی می‌کند (۴۲).

◀ کمبود شخصیت^۱

چندین نظریه روان‌شناختی در زمینه مصرف مواد وجود دارد که به کمبود شخصیت و نابسندگی روانی^۲ وابسته‌اند. زندگی عاطفی و روانی افراد خاصی که مواد را جذاب می‌دانند، دچار اختلال است. این افراد مواد را برای فرار از واقعیت، به عنوان وسیله‌ای برای اجتناب از مشکلات زندگی استفاده می‌کنند (۴۳)، اگر چه مصرف مواد با پوشاندن برخی از مشکلات زندگی باعث وفق دادن شخصیت نابسند با شرایط موجود می‌شود، اما این انطباق به ویژه از یک نظر منفی است: مشکلات هیچ‌گاه برطرف نمی‌شوند و تنها پوشانده می‌شوند و در عین حال مصرف مواد به خودی خود بسیاری از مشکلات جدی‌تر را به وجود می‌آورد، البته تمام مصرف‌کنندگان مواد درجه یکسانی از نابسندگی و نقص‌های شخصیتی ندارند، با این حال هر قدر شخصیت نابسندتر باشد، احتمال گرفتار شدن به مواد و استفاده بیشتر که در نهایت منجر به اعتیاد می‌شود، نیز بالاتر می‌رود. به طور خلاصه؛ سوءمصرف مواد برای افراد ضعیف نوعی عصای

1- Inadequate personality

2- psychological pathology, defect

زیر بغل است، اما برای افراد قوی، تجربه مواد به جای سوءمصرف منجر به دوری می‌شود. برای نظریه‌پردازان شخصیت ناکافی یا کمبود شخصیت، سوءمصرف مواد نوعی مکانیسم دفاعی یا انطباقی و وسیله‌ای برای از بین بردن احساس حقارت است (۴۴).

یکی از زیرشاخه‌های نظریه کمبود شخصیت، رویکرد عزت‌نفس (احترام



به خود) یا دیدگاه خودتحقیری^۱ است. در این نظریه مصرف و سوءمصرف مواد، مانند رفتار منحرفانه و مجرمانه به طور کلی به

عزت‌نفس پایین و نگرش‌های خود (تصویر ۹: عزت‌نفس پایین و بدنامی اجتماعی از دلایل سوءمصرف مواد است).

پس‌زنی^۲ بازمی‌گردد (تصویر ۹). عزت‌نفس پایین می‌تواند در نتیجه طردشدن توسط هم‌سالان، بی‌توجهی والدین، انتظارات بالا برای موفقیت^۳، افت تحصیلی، نواقص فیزیکی، بدنامی اجتماعی^۴، به عنوان مثال؛ عضویت در گروه‌های ناهنجار اجتماعی و محله، اختلال در هویت جنسی، خودکم‌بینی و توانایی پایین مقابله ایجاد شود (۴۵). برای برخی از افراد فعالیت‌ها و عضویت در گروه‌هایی که به صورت هنجاری پذیرفته شده‌اند، منشأ تجربه‌های دردناکی است، اگرچه فعالیت‌ها و عضویت‌های ناسالم و ناپسند در مقابل، منبع مؤثری برای تقویت نفس هستند. مصرف مواد دقیقاً بستر این فعالیت و عضویت در گروه ناسالم را فراهم می‌کند و به فرونشاندن احساسات دردناکی که از خودانکاری سرچشمه گرفته‌اند، کمک

1- Self derogation

2- Self rejecting

3- high expectations for achievement

4- social stigmata

می‌کند. از آن جایی که مصرف‌کنندگان مواد غیرقانونی دوستان بیشتری نسبت به افراد غیر مصرف‌کننده دارند (۴۶)، پذیرش نظریه‌هایی که باور دارند مصرف مواد در نتیجه طرد اجتماعی به وجود می‌آید، دشوار است. علاوه بر این در سال‌های اخیر ساختار عظیم نظریه عزت‌نفس^۱ که مطرح می‌کند؛ «عزت‌نفس پایین دلیل مجموع مشکلات اجتماعی از جمله؛ عملکرد تحصیلی ضعیف و اختلافات زناشویی تا خشونت، جنایت و سوءمصرف مواد است» (۴۷) به طور جدی مورد تردید قرار گرفته است. اکثر محققان دیگر بر این باور نیستند که خودشناسی ضعیف، دلیل رفتارهای بدی که به آن نسبت داده می‌شود مانند سوءمصرف مواد باشد.

◀ مستعدبودن به رفتارهای مشکل‌دار^۲

در سومین نوع نظریه روان‌شناختی مصرف مواد، محققان این پدیده را به عنوان شکلی از رفتار مشکل‌ساز و ناسالم می‌دانند. در جامعه‌شناسی و روان‌شناسی اجتماعی (شاخه‌ای از روان‌شناسی که بیشترین تأثیر را از جامعه‌شناسی می‌گیرد) اصطلاح «منحرف‌آ» هیچ معنای منفی، تحقیرآمیز و بیمارگونه‌ای در خود ندارد، در عوض به نوعی از رفتار اشاره دارد که؛ مطابق با هنجارهای اجتماعی نیست و به این خاطر توسط اکثریت محکوم می‌شود. به همین ترتیب، رفتار «مشکل‌دار» نیز لزوماً بد یا بیمارگونه نیست. این اصطلاح تنها به معنای رفتاری است که به احتمال قوی شخصی را که به آن عمل می‌کند، دچار مشکل خواهد کرد. روان‌شناسان اجتماعی دریافته‌اند که؛ مصرف‌کنندگان مواد رفتارها، ارزش‌ها، شخصیت‌ها و هنجارهایی دارند که به طور قابل توجهی جدا از اکثریت غیرمصرف‌کننده می‌باشند و این رفتارها به نوبه خود باعث می‌شود که مصرف‌کنندگان دست به رفتارهایی بزنند که آن‌ها نیز خارج از مسیر متعارف هستند.

البته این تفاوت‌ها آماری بوده و مطلق نیستند. ممکن است بسیاری از مصرف‌کنندگان و غیرمصرف‌کنندگان در بسیاری از جهات به یکدیگر مشابه و در جنبه‌های بسیار مهم دیگر کاملاً نسبت به یکدیگر متفاوت باشند. با این حال تفاوت‌های آماری موجود در برخی موارد بسیار تکان‌دهنده هست. تمام افرادی که مستعد رفتار مشکل‌دار هستند در منتهی‌الیه این طیف قرار نمی‌گیرند، یعنی تا حدی نامتعارف و خطرپذیر نیستند که نتوانند در جامعه‌ای بانزاکت دوام بیاورند. در واقع، افراد نسبتاً نامتعارف و افراد نسبتاً خطرپذیر معمولاً در میان خلاق‌ترین، نوآورترین و موفق‌ترین افراد جامعه هستند؛ هنرمندان، نویسندگان، دانشمندان و دانشگاہیان. غیرمعمول و خطرپذیر بودن و داشتن تحمل کافی برای هر دو، احتمالاً جامعه سرکوب‌کننده خواهد بود و تغییرات اجتماعی کند و یا موجود نخواهد بود (۴۸). بسیاری از نوجوانانی که مستعد به مشکل‌سازی می‌باشند، باهوش و در مدرسه موفق هستند و آینده کاری موفق‌تری در پیش رو دارند. این مفهوم خارج از بافت اجتماعی و فرهنگی خاص معنایی ندارد، جامعه‌ای که برای افراد نامتعارف فضایی فراهم می‌کند، می‌تواند به همان اندازه که رفتارهای نامتعارف آن‌ها را مجازات می‌کند، از مشارکت‌های قابل توجه آن‌ها نیز سود ببرد، اما واقعیت این است که علی‌رغم سایر مسائلی که برابر هستند، نوجوانی که مستعد به مشکل‌سازی است، بیشتر در معرض مصرف طیف وسیعی از مواد قرار دارد تا نوجوانی که از قوانین پیروی می‌کند، با احتیاط رفتار می‌کند و کمتر خطر می‌کند. تحقیقات زیادی در زمینه رفتارها و شخصیت‌های مصرف‌کنندگان صورت گرفته است (۴۹-۵۱) که نشان می‌دهد؛ مصرف‌کنندگان در مقایسه با افراد غیرمصرف‌کننده بیشتر سرکش، مستقل، پذیرای تجارب جدید، متمایل به خطرپذیری، پذیرای رفتارهای منحرفانه و تخلف از هنجارهای اخلاقی و فرهنگی، پذیرای عدم قطعیت، جویای لذت، اهل خوشی، متمایل به داشتن همدم، ناپیرو و غیرمتعارف هستند. مصرف‌کنندگان کمتر به مذهب گرایش دارند، کمتر به والدین و خانواده وابستگی دارند و کمتر

موفقیت‌گرا^۱ و محتاط^۲ هستند. این شخصیت خود را در طیف وسیعی از رفتارها آشکار می‌کند که نه تنها اکثر آن‌ها غیرمتعارف هستند، بلکه برای فرد و جامعه متعارف نیز مشکل‌ساز هستند: رفتار جنسی زود هنگام، با شریک‌های جنسی متعدد، عدم موفقیت در مدرسه و کار و حداقل کمی رفتار بزهکارانه.

محققانی که بر شخصیت نامتعارف^۳ به عنوان یک عامل کلیدی در مصرف مواد تأکید دارند، می‌توانند اعتبار رویکرد خود را با مطالعات طولی نشان دهند، یعنی آن‌ها می‌توانند قبل از مصرف مواد، با درجه بالایی از دقت پیش‌بینی کنند که کدام یک از نوجوانان از مواد استفاده خواهند کرد و کدام‌یک از آن‌ها این کار را نخواهند کرد. از لحاظ شخصیتی، فرد جوانی که کمتر احتمال دارد مواد را تجربه یا مصرف کند «کسی است که به دستاوردهای دانشگاهی ارزش می‌گذارد و انتظار کسب آن‌ها را دارد، خیلی نگران استقلال نیست، به جای مورد انتقاد قرار دادن جامعه آن را بدون مشکل می‌داند، ارتباط خود را با مذهب حفظ می‌کند و برخورد غیرمصالحه‌پذیری با تخلفات هنجاری دارد و با توجه به عواقب منفی رفتار مشکل‌ساز کمتر به آن جذب می‌شود.» نوجوانی که احتمال بیشتری برای تجربه و مصرف مواد دارد «الگویی برعکس از خود نشان می‌دهد. تأکید بر خودمختاری، بی‌علاقگی به اهداف نهادهای متعارف اجتماعی از جمله مسجد و مدرسه، نگاه بدبینانه به جامعه کلان و داشتن ظرفیت و تحمل بیشتر برای تخلفات» (۵۲). به عبارت دیگر «یک واژه خلاصه که اساس تفاوت‌های مصرف‌کنندگان و غیرمصرف‌کنندگان را بیان کند، می‌توان متعارف‌بودن - غیرمتعارف‌بودن نامید» (۵۲) به این مفهوم که هر قدر فرد جوان نامتعارف‌تر باشد، احتمال مصرف مواد در او بیشتر است و علاوه بر این، هر قدر وی نامتعارف‌تر باشد، گرفتارشدن او در مواد

1- achievement oriented

2- cautious

3- unconventional personality

جدی‌تر خواهد بود. نوجوانانی که کمتر نامتعارف هستند، به کشیدن سیگار و قلیان گرایش دارند، اما کمتر به سوی مصرف مواد دیگر کشیده می‌شوند. نوجوانانی که در حد متوسط نامتعارف هستند، به نوشیدن الکل، کشیدن ماری‌جوانا و تجربه سایر مواد از جمله؛ تریاک متمایل هستند. نوجوانان بسیار نامتعارف، خیلی بیشتر در معرض گرفتار شدن، نه تنها الکل و ماری‌جوانا و تریاک، بلکه به سایر مواد خطرناک‌تر هستند. ممکن است این توضیح برای مصرف‌کنندگان معمولی و یا ویژه مواد صدق کند (به‌طور عمده مصرف‌کننده «تفریحی» مواد)، اما این‌که چرا برخی از مصرف‌کنندگان تفریحی مواد به مصرف‌کنندگان معتاد، سوءاستفاده‌گر و شدیداً نیازمند مواد تبدیل می‌شوند، نیازمند یک نظریه جدا و یا معرفی عوامل بیشتر است. ممکن است چیزی که باعث مصرف مواد می‌شود با چیزی که باعث سوءمصرف مواد می‌شود، تفاوت داشته باشد.

◀ برخی نظریه‌های روان‌شناختی دیگر

◀◀ خوددرمانی با مواد

فردی که از دیگران شنیده؛ مصرف مواد افراد را شادتر می‌کند، به خاطر تسکین یک وضعیت عاطفی منفی یا به امید یک وضعیت عاطفی مورد نظر ممکن است به مصرف مواد یا ادامه مصرف روی آورد یا برای کسانی که در دوره بازیابی هستند، ممکن است باعث بازگشت یا عود شود. مشخص‌شده است؛ در میان جوانانی که در معرض خطر هستند، خشم و افسردگی با سوءمصرف مواد و وابستگی به آن ارتباط دارد (۵۳). در میان بزرگسالان، مشخص‌شده که؛ چندین حالت عاطفی منفی از جمله؛ خشم و افسردگی، غم و اندوه، خستگی، اضطراب، احساس گناه، دلهره و پیش‌بینی حوادث استرس‌زا، بر عود مصرف تأثیر می‌گذارد (۵۴) و (۵۵). با وجود این‌که سوءمصرف مواد و اختلالات خلق‌وخوی همراهی زیادی دارند (۵۶ و ۵۷)، ترتیب تقدم و تأخر در «شبکه علت و معلولی» مصرف مواد و خلق‌وخو مشخص نیست. به عبارت دیگر؛ همراه با وجود

زمینه‌های عاطفی قبلی که ممکن است منجر به مصرف مواد شود، این احتمال وجود دارد که وضعیت‌های عاطفی منفی به خاطر سوءمصرف مواد ایجاد شود (۵۸). اگر وضعیت خلق‌وخو بر مصرف مواد مقدم باشد، نشان‌دهنده نوعی آسیب‌پذیری بیولوژیکی از پیش موجود برای مصرف مواد است، یعنی وجود افرادی که به منظور «خوددرمانی» به مصرف مواد روی می‌آورند.

فرضیه خود درمانی درباره اختلالات اعتیادآور توسط چندین محقق تکمیل شده است (برای نمونه؛ ۶۱-۵۹). این رویکرد نظری نشان می‌دهد که؛ افراد از مواد به عنوان وسیله‌ای برای کنترل احساسات ناخوشایند استفاده می‌کنند. خود درمانی برای از بین بردن یا فرار از این احساسات یا برای دستیابی به احساسات مطلوب، ممکن است فرد را برای استفاده از مواد یا تکرار آن تحریک کند (۵۹ و ۶۰). در مورد این مسئله که افراد به مواد به عنوان وسیله‌ای برای خود درمانی یا دفع وضعیت‌های عاطفی منفی روی می‌آورند، شواهدی تجربی وجود دارد (برای نمونه ۵۹، ۶۲، ۶۳، ۶۴ و ۶۵). مفهوم حفظ ثبات که پیش از این توضیح داده شد، نشان‌دهنده زیربنای عصبی بیولوژیکی مفهوم خود درمانی است (۸).

«هیجان‌طلبی / نوجویی»^۱

به نظر مونوآمین اکسیداز^۲؛ دوپامین درون مغز را کاهش می‌دهد و هم‌بستگی بیولوژیکی با هیجان‌طلبی تکانشی دارد، به‌طوری‌که دوپامین را به هیجان‌طلبی، تکانش‌گری و مصرف مواد پیوند می‌دهد. زاکرمن^۳ هیجان‌طلبی را به عنوان «صفت جست‌وجوی هیجان‌ات و تجربیات متنوع، نو، پیچیده و شدید و تمایل به خطرهای مالی، اجتماعی، فیزیکی برای رسیدن به چنین تجربه‌ای» تعریف می‌کند (۶۶).

1- Sensation Seeking/Novelty Seeking

2- monoamine oxidase (MAO)

3- Zuckerman

هیجان‌طلبی با رفتارهای پرخطر گوناگونی مانند؛ رانندگی پرخطر (۶۷)؛ مصرف الکل (۶۷ و ۶۸) و رفتارهای پرخطر جنسی (۶۹-۷۱) مرتبط است. پژوهش‌گران حیوانات نیز دریافته‌اند که؛ هیجان‌طلبی یا نوجویی، بیشتر با افزایش خطر مصرف مواد ارتباط دارد (۷۲ و ۷۳). پیازا^۱ و همکارانش (۱۹۸۹) فعالیت حرکتی^۲ نوجویانه یک گروه تصادفی موش را در محیطی جدید مورد مشاهده قرار دادند، سپس هر موش بر پایه میزان فعالیت در محیط جدید، در دسته‌های واکنش‌گر قوی و واکنش‌گر ضعیف دسته‌بندی شد. در ادامه موش‌ها مورد آزمایش قرار گرفتند، تا میزان تمایل آن‌ها بر اداره آمفتامین مشخص شود. پیازا و همکارانش دریافتند که واکنش‌گران قوی نسبت به واکنش‌گران ضعیف تمایل به مصرف آمفتامین بیشتری دارند. با این حال، باید توجه داشت که در تحقیقات انسانی، هیجان‌خواهی همیشه به صورت خطی با مصرف مواد ارتباط داشته است (۷۴).

◀ تکانش‌گری^۳ و دیگر صفات تنظیم رفتاری

یکی دیگر از صفات مرتبط با مصرف مواد تکانش‌گری یا عدم بازداری رفتاری^۴ است (۷۵ و ۴۹). تکانش‌گری به تمایل برای واکنش فوری به محرک بدون در نظر گرفتن پیامدها یا سایر گزینه‌های رفتاری مختلف گفته می‌شود. پری، جرمن، مدن و کارول^۵ (۲۰۰۵) پژوهشی بر روی موش‌ها انجام دادند. موش‌ها بر اساس عملکرد آن‌ها در دسته‌های تکانش‌گر ضعیف و قوی طبقه‌بندی شدند. در ادامه، این موش‌ها برای ارزیابی تمایل به مصرف مواد مورد آزمایش قرار گرفتند. احتمال مصرف کوکائین در موش‌هایی که تکانش‌گری بیشتری داشتند، بیشتر بود و

1- Piazza

2- locomotor activity

3- impulsivity

4- lack of behavioral inhibition

5- Perry, German, Madden, and Carroll

آنها این کار را با سرعت بسیار بیشتری انجام می‌دادند. محققان این یافته را چنین تفسیر کردند که؛ تکانش‌گری یک عامل خطر مرتبط با اختلالات مصرف مواد در انسان است (برای نمونه؛ ۷۶ و ۷۷).
در نهایت این که نگرش‌های سرشتی^۱ مانند؛ عدم رعایت آداب و رسوم، عصیان‌گری و تحمل انحرافات با رفتارهای ضدهنجاری مانند مصرف مواد ارتباطی آشکار دارد.

فصل سوم:

نظریه‌های جامعه‌شناختی

◀ نظریه‌های جامعه‌شناختی^۱

نظریه‌های روان‌شناختی و بیولوژیکی تمایل به تأکید بر عوامل فردگرایانه دارند، اگرچه محققان ارائه‌کننده این نظریه‌ها معمولاً اشاره می‌کنند که عوامل گسترده‌تری نیز دخیل‌اند. برای نمونه دو روان‌شناس مدافع نظریه استعداد مشکلات رفتاری (۷۸، ص ۱۰۵)، محیط یا به بیان مشخص‌تر «سیستم محیطی ادراک‌شده»^۲، به‌خصوص پدر و مادر و دوستان را در مدل خود ادغام کردند، با این حال تمرکز آن‌ها بر روی ویژگی‌های فردی قرار دارد.

در مقابل، جامعه‌شناسان تمایل دارند در نظریات خود، بر عوامل ساختاری گسترده‌تری متمرکز شوند. برای بسیاری از آنان، عامل حیاتی باید مورد بررسی قرار گیرد نه ویژگی‌های فردی، بلکه شرایط، روابط اجتماعی یا ساختارهای اجتماعی هستند که فرد در آن قرار داشته یا دارد. به‌طور دقیق‌تر می‌توان گفت، فرد درون ساختارهای خاص قرار گرفته است. (نظریه‌های جامعه‌شناختی در این بخش در جدول ۱-۱ به صورت خلاصه ارائه شده است).

حوزه جامعه‌شناسی برای کمک به توضیح مسئله مصرف مواد، هفت نظریه جامعه‌شناختی را به عنوان مبنا مطرح می‌کند که تا حدی با هم تداخل دارند:

(۱) آنومی، (۲) کنترل اجتماعی، (۳) خودکنترلی، (۴) یادگیری اجتماعی، (۵) اجتماعی‌شدن گزینشی/ تعامل گزینشی، (۶) آشفتگی اجتماعی و (۷) تضاد. هم‌پوشانی این نظریات تا حدی زیاد است که برخی از نظریه‌پردازان گاهی با تأیید یک نظریه از تمام نظریات دیگر نیز پشتیبانی می‌کنند.

1- sociological theories

2- perceived environmental system

جدول ۱-۱: برخی نظریه‌های جامعه‌شناختی مصرف مواد

نظریه	عامل توضیحی	استدلال‌کنندگان
نظریه آنومی	انفصال بین ابزار و اهداف	رابرت مرتون، ریچارد کلوارد و لوید اوهلین
نظریه کنترل اجتماعی	عدم وجود پیوستگی (رابطه) با جامعه متعارف	تراویس هیرشی و دیگران
نظریه خودکنترلی	پدر و مادر بی‌کفایت منجر به عدم کنترل بر خود می‌شوند.	مایکل گاتفردسون و تراویس هیرشی
یادگیری اجتماعی و نظریه خرده‌فرهنگی‌ها	انحراف روابط اجتماعی	ادوین ساترلند؛ رونالد ایکرز. هوارد بکر
اجتماعی شدن / تعامل گزینشی	تمایل به عدم رعایت آداب و رسوم، تأثیرگرفتن از گروه هم‌سالان	بروس جانسون، دنیس کندل
آشفته‌گی اجتماعی	آشفته‌گی اجتماعی و محله‌ای	عده زیادی
نظریه تضاد	تفاوت در قدرت، منابع و فرصت‌ها	الیوت کری، هری لوین و بسیاری دیگر

◀ نظریه آنومی^۱

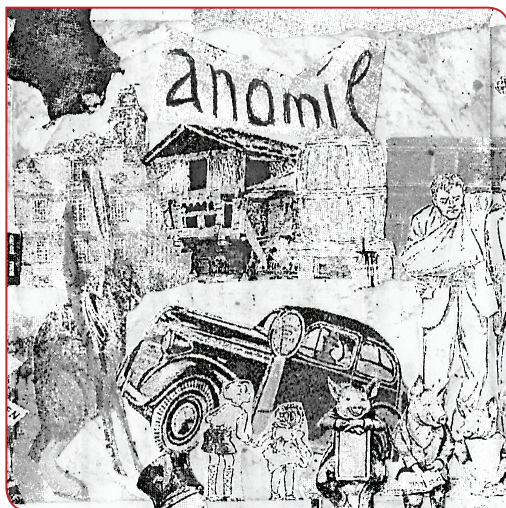
در سال ۱۹۳۰ یک جامعه‌شناس به نام رابرت مرتون^۲ نظریه‌ای موسوم به نظریه آنومی را برای رفتار ناهنجار مطرح کرد. از نظر وی رفتارهای ناهنجار شامل مصرف غیرقانونی مواد زمانی رخ می‌دهد که راه‌های دستیابی به موفقیت مادی مسدود شده باشد. نظریه آنومی

1- anomie

2- Robert K. Merton

همان‌طور که مرتون آن را مطرح کرد، چنین استدلال می‌کند که؛ در یک جامعه مادی، دست‌آوردگرا و رقابتی، موفقیت به عنوان امری قابل دسترس برای همه اعضا تشویق می‌شود، درحالی‌که در واقع تنها برای بخش کوچکی از جامعه قابل دسترس است (تصویر ۱۰).

افرادی که موفق نمی‌شوند برای کنارآمدن با شکست خود منحرف شده یا سازگاری‌های ناپسندی را اتخاذ می‌کنند، کسانی که در دستیابی به اهداف مادی جامعه، خواه از مسیر مورد تأیید جامعه یا تأییدنشده، مأیوس شده‌اند به افرادی انزواطلب و کناره‌گیر^۱ تبدیل



تصویر ۱۰: نظریه آنومی

می‌شوند. در این دسته برخی از فعالیت‌های انطباقی بیماران روانی، اوتیست‌ها، افراد منفور و از طبقه پست اجتماع، رانده‌شدگان، ولگردها، کولی‌ها، آواره‌ها، افراد دائم‌الخمر و معتادان به مواد جای می‌گیرند (۷۹). در نسخه گسترش‌یافته این نظریه چنین بیان می‌شود؛ افرادی که برای دستیابی به موفقیت، هم از ابزار قانونی (مشروع) و هم از ابزار غیرقانونی (نامشروع) استفاده کرده و در هر دو مورد شکست خورده‌اند، به احتمال زیاد به مواد معتاد می‌شوند. در واقع اعتیاد یک شکست دو جانبه است، شکستی که به دنبال آن معتاد به دنیای بی‌دغدغه اعتیاد پناه می‌برد. نظریه آنومی توسط برخی برای مصرف و سوءمصرف مواد به کار گرفته شده است (۸۰، صفحات ۱۸۴ - ۱۷۹)، اما برخی دیگر بر این باورند که؛ این نظریه همه جوانب را پوشش نمی‌دهد. در واقع نقدهای متعددی به

1- retreatist

نظریه آنومی و کاربرد آن برای توجیه مصرف و سوءمصرف مواد وارد شده است. (۸۱، یکی از کامل‌ترین آن‌هاست). این دیدگاه در اواخر دهه ۶۰ تحت تأثیر این نقدها که در سرتاسر دهه ۷۰ و اوایل تا اواسط دهه ۸۰ نیز ادامه داشتند، دچار افت شد. در آن زمان بسیاری از پژوهش‌گران بر این باور بودند که این دیدگاه هیچ ارتباطی با درک درست از علت یا علت است استفاده از مواد ندارد و کاملاً بی‌اعتبار و مردود است (۸۱، ص ۱۸۰). مدل معتاد غالب در نظریه آنومی فردی معتاد به تریاک است که در حالتی رؤیایگونه و خواب‌آلوده چپ‌می‌کشد، در صورتی که جهان اعتیاد به هیچ‌وجه بی‌دردسر نیست. جهان اعتیاد بی‌رحم و خردکننده است و برای زنده‌ماندن به مهارت‌های زیاد و حداکثر تلاش نیاز دارد (۸۲). هم‌چنین نه فقیرترین اعضای جوامع ضعیف، یا به صورت واضح‌تر «شکست‌خورده‌گان»^۱، بلکه افرادی که از نظر مالی و شغلی چند پله از آن‌ها بالاتر هستند، به هروئین روی می‌آورند. از نظر بسیاری نظریه آنومی هیچ ویژگی قابل توجهی را در مورد مصرف، سوءمصرف یا اعتیاد به مواد توضیح نمی‌دهد. با این حال در اواخر دهه ۸۰، نظریه آنومی به نوعی احیاء شد، محققان دید تازه‌ای به این نظریه پیدا کردند، در برخی از مفاهیم و مفروضات تجدید نظر کردند و خطوط تحقیقی تازه‌ای را دنبال کردند (۸۳ و ۸۴).

◀ نظریه خودکنترلی و کنترل اجتماعی

نظریه پیوند یا کنترل اجتماعی^۲ و نظریه خودکنترلی^۳ یا «نظریه عمومی جرم و جنایت»^۴ دو نظریه عمده‌اند که پیروان آن تلاش می‌کنند، تا رفتار مجرمانه و منحرفانه و هم‌چنین به تفصیل مصرف و سوءمصرف مواد را توضیح دهند. برخلاف رویکرد گروه‌محور و ساختارگرای اکثر

جامعه‌شناسان، این دو نظریه فردگرا هستند. این دو نظریه استفاده گسترده‌ای از مفهوم کنترل دارند و بر این که چرا برخی افراد از هنجارها و قوانین جامعه پیروی می‌کنند، تمرکز می‌کنند. هر دو فرض را بر این می‌گذارند که انحراف و به تفصیل، مصرف مواد نیاز به توضیح ندارد. افراد اگر به حال خود رها شوند، همه منحرف و قانون‌شکن خواهند بود و از مواد استفاده می‌کنند؛ آن‌ها به‌سادگی هر کاری را که به نظرشان طبیعی و راحت است، انجام می‌دهند. آن‌چه واقعاً نیاز به توضیح دارد، این است که؛ چرا برخی افراد از هنجارها منحرف نمی‌شوند قانون را نقض نمی‌کنند، مواد مصرف نمی‌کنند یا نشئه نمی‌شوند؟ البته این دو نظریه با هم تفاوت‌های قابل توجهی دارند.

بنابر نظریه کنترل اجتماعی؛ آن‌چه باعث بسیاری از انحرافات مانند مصرف مواد می‌شود، عدم وجود کنترل‌های اجتماعی برای تشویق به انطباق با جامعه است. بسیاری از ما دست به اعمال منحرفانه یا مجرمانه نمی‌زنیم، زیرا رابطه یا پیوندهای محکمی با افراد، باورها، فعالیت‌ها و نهادهای اجتماعی عام داریم، اگر این پیوندها سست شوند یا از بین بروند، ما از قوانین جامعه آزاد خواهیم شد و ممکن است منحرف شویم که این شامل مصرف مواد نیز

می‌شود. این به معنای آن نیست که مصرف‌کنندگان مواد با خرده‌فرهنگ‌های نامتعارفی پیوند دارند که آن‌ها را به سمت مواد جذب می‌کند،

بلکه نبود پیوند با بخش‌های اصلی جامعه است که آن‌ها را به مصرف مواد سوق می‌دهد. نبود این پیوندها، مصرف تفریحی و غیرقانونی را توجیه می‌کند (تصویر ۱۱).



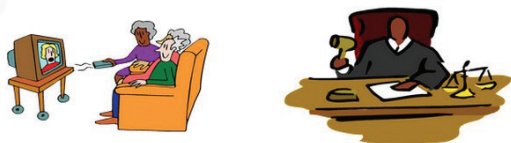
نظریه کنترل اجتماعی هیرشی است
که تأکید عمده اولیه آن بر خانواده می‌باشد

تصویر ۱۱: هسته اولیه کنترل اجتماعی

در واقع این میزان و شدت بزهکاری^۱، انحراف و رفتار مجرمانه شامل مصرف تفریحی و غیردارویی مواد است که اهمیت دارد. درست همان‌طور که اکثر ما در طول زندگی خود حداقل یک بار وارد عملی غیرقانونی می‌شویم، نسبت بسیار بالایی از جمعیت در نهایت حداقل یک بار مواد را خارج از چارچوب دارویی استفاده می‌کنند. نظریه اجتماعی ادعا نمی‌کند افرادی که پیوند محکمی با جامعه متعارف دارند، هرگز در هیچ عمل منحرفانه‌ای، هرچند ناچیز شامل مصرف مواد به صورت تفریحی شرکت

سازمان‌های کنترل اجتماعی

رسمی: پلیس، دولت، دادگاه و غیره
غیر رسمی: خانواده، رسانه، گروه همسالان و غیره



تصویر ۱۲: سازمان‌های کنترل اجتماعی

نخواهند کرد. با این حال ادعا دارد که میزان انحراف و کنترل اهمیت دارد. هر قدر که فرد پیوند بیشتری با جامعه متعارف^۲ داشته باشد، احتمال شرکت در رفتارها و اعمال ناقض ارزش‌ها و هنجارها در او پایین‌تر می‌آید. پیوندهای محکم ما را به صورت مطلق از رفتارهای منحرفانه ناچیز مصون نمی‌دارد، اما احتمال آن را کمتر می‌کند (تصویر ۱۲). نظریه کنترل اجتماعی بر هم‌نوایی و انطباق فرد با اصول حاکم بر جامعه تأکید دارد، هر قدر که فرد سرمایه‌گذاری و سهم بیشتری از نظر زمانی، احساسی، انرژی، مالی و مواردی از این دست در فعالیت‌ها و مشارکت‌های متعارف دارد، احتمال متعارف‌شدن رفتار فرد بیشتر می‌شود. یک سهم می‌تواند هر چیزی مانند؛ یک رابطه دوستانه و عاطفی، رابطه خوب با پدر و مادر، یک خانواده، فرزندان، تحصیلات، یک کار رضایت‌بخش و یا یک حرفه باشد که فرد بر آن ارزش می‌نهد. فردی که در این امور

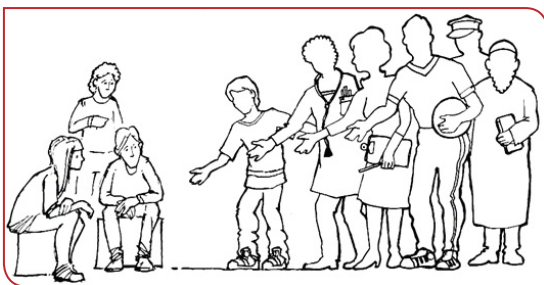
1- delinquency

2- conventional society

دارای ارزش مثبت، سرمایه‌گذاری کند، کمتر احتمال شرکت در رفتارهای تهدیدکننده و تضعیف‌کننده آن‌ها را دارد.

هر چه پیوند ما با افراد متعارف؛ پدر و مادر، معلم‌ها، روحانیون و کارفرماها بیشتر باشد، احتمال کمتری وجود دارد که ما قوانین جامعه را شکسته و از مواد استفاده کنیم و هر چه ما بیشتر به نهادهای متعارف؛

خانواده، مدرسه، مذهب و کار متعهد باشیم، احتمال کمتری وجود دارد که قوانین جامعه را شکسته و از مواد استفاده کنیم. هر چه بیشتر در فعالیت‌های



تصویر ۱۳: سیستم‌های حمایتی

متعارف؛ خانوادگی، آموزشی، مذهبی و شغلی شرکت داشته باشیم، احتمال کمتری وجود دارد که قوانین جامعه را شکسته و از مواد استفاده کنیم (تصویر ۱۳) و هر قدر باور ما به هنجارهای نهادهای متعارف؛ خانواده، مدرسه، مذهب و شغل بیشتر باشد، احتمال کمتری وجود دارد که قوانین جامعه را شکسته و از مواد استفاده کنیم. مصرف مواد با پیوند یا پای‌بندی به افراد، نهادهای، فعالیت‌ها و باورهای متعارف محدود می‌شود (۸۵).

نظریه خودکنترلی^۱ توضیح دیگری درباره مصرف مواد یا دیگر رفتارهای نامتعارف منحرفانه یا مجرمانه ارائه می‌کند. نظریه خودکنترلی تا حد زیادی به نظریه کنترل اجتماعی شباهت دارد، با این حال این دو بسیار متفاوت هستند. نظریه خودکنترلی بسیاری از فرضیاتی را که توسط نظریه کنترل اجتماعی ساخته شده‌اند، رد می‌کند.

یک جامعه‌شناس به نام تراویس هیرشی^۲ که از پیروان بزرگ نظریه

1- self control

2- Travis Hirschi

کنترل اجتماعی بود، در اواخر دهه هشتاد همراه با مایکل گاتفردسون^۱ شروع به ایجاد یک دیدگاه کاملاً متفاوت و تا حدی متناقض کرد. در سال ۱۹۹۰ این دو جامعه‌شناس نظریه خودکنترلی را در قالب کتابی به نام «نظریه عمومی جرم و جنایت»^۲ ارائه کردند.

نظریه خودکنترلی در این فرض که؛ مصرف مواد و جرم و جنایت به خاطر راحت‌بودن آن است با نظریه کنترل اجتماعی اشتراک دارد، یعنی در نبود کنترل، بیشتر مردم با این موارد درگیر خواهند شد. پس لازم است شرح داده شود که چه اتفاقی می‌افتد که کنترل‌ها از بین می‌رود. با این حال در این‌جا دو نظریه مذکور اختلاف دارند. برای شروع باید گفت که؛ تصور پیروان نظریه خودکنترلی از جرم و جنایت تنها شامل خود جرم و جنایت نمی‌شود، بلکه هم‌چنین شامل اعمال غیرقانونی، نامشروع، منحرف و مبتنی بر نفع شخصی است. محققان، جرم و جنایت را نیرو یا حيله‌ای در تعقیب برای منافع شخصی توصیف می‌کنند (۸۵). گاتفردسون و هیرشی^۳ چنین استدلال می‌کنند که؛ مصرف مواد و جرم و جنایت فعالیت‌های یکسانی هستند، چرا که هر دو مورد ارائه‌کننده لذت فوری، آسان و کوتاه مدت خاص و اساساً رفتارهای یکسانی هستند. آن‌ها نمایانگر دست‌یابی به خواسته فرد بدون در نظر گرفتن پیامدهای قانونی یا اجتماعی آن می‌باشند. نشئه‌شدن لذت‌بخش است، چرا نباید این کار را کرد؟ دزدی کردن شما را به آن‌چه می‌خواهید، می‌رساند، پس این کار را انجام دهید! هر دو رفتار نمایان‌گر سطوح پایین خودکنترلی هستند.

در مقایسه با شهروندان مطیع قانون و کسانی که مواد مصرف نمی‌کنند، مصرف‌کنندگان مواد شخصیت‌هایی تکانه‌ای، لذت‌گرا، خودمحور، غیرحساس، پذیرای ریسک، کوتاه‌بین، غیرکلامی، هیجانی و بی‌ملاحظه‌ای

1- Michael Gottfredson

2- A General Theory of Crime

3- Gottfredson and Hirschi

هستند که تحمل سرخوردگی را ندارند. به طور خلاصه؛ توضیح «نظریه عمومی» جرم و جنایت در مورد استفاده از مواد این است که؛ دلیل جذب شدن برخی از افراد به مواد، نبود کنترل بر خود است. آن‌ها مسیر راحت و بر مبنای خودکامگی را انتخاب می‌کنند و افرادی هیجانی و لذت‌گرا هستند. آن‌ها به عواقب و آسیب‌های احتمالی که مصرف مواد یا هر چیز دیگری برای خود آن‌ها و دیگران دارند، فکر نمی‌کنند، به‌ویژه مصرف‌کنندگان مواد سنگین میان‌برها را انتخاب می‌کنند و دست به هر کاری می‌زنند که رضایت فوری را به همراه داشته باشد. آن‌ها افرادی غاصب، استثمارگر، دروغ‌گو، دزد، متقلب، بی‌پروا، بی‌دقت و خشن هستند و هیچ نگرانی در مورد عواقب درازمدت اعمال خود ندارند. مصرف مواد به سادگی نشان‌دهنده جهت‌گیری اصلی آن‌ها نسبت به زندگی است. آن‌ها بدون در نظر گرفتن این که اعمال آن‌ها به دیگران و یا حتی در درازمدت به خود آن‌ها آسیب می‌زند، برای به دست آوردن آن چه می‌خواهند یا به آن‌ها احساس خوبی بدهد، دست به هر کاری می‌زنند، از این‌رو کنترل‌های معمول که مانع بقیه مردم می‌شود، در زندگی آن‌ها قابل اعمال نیست.

چه چیز باعث خودکنترلی ضعیف می‌شود؟ در این جا نیز نظریه کنترل اجتماعی و خودکنترلی با هم اختلاف دارند. بنا بر نظریه خودکنترلی، اجتماعی‌سازی ناکافی والدین منجر به نبود کنترل بر خود می‌شود.

اجتماعی‌سازی ناکافی والدین عاملی است که در گذشته اعمال شده است، اما در تمام طول عمر تأثیرگذار است، در حالی که کنترل اجتماعی عاملی است که تنها در زمان حال اجرا می‌شود. والدینی که محبت شدیدی به فرزندان خود ندارند، نمی‌توانند یا مایل نیستند بر رفتار فرزندان خود نظارت داشته باشند و با عدم موفقیت در تشخیص این که فرزندان آن‌ها درگیر کارهای خلاف می‌شوند، احتمال بیشتری وجود دارد که فرزندان آن‌ها هم به رفتار مجرمانه و هم به افراط در مصرف مواد روی آورند. از این‌رو، همان‌طور که دیدیم، عاملی باعث خودکنترلی می‌شود

که در سال‌های بسیار ابتدایی زندگی صورت می‌گیرد، در حالی که کنترل اجتماعی را می‌توان کمابیش در طول عمر فرد اعمال کرد (تصویر ۱۴).

مهم‌ترین دلیل این که نظریه خودکنترلی و نظریه کنترل اجتماعی متفاوت هستند، این است که؛ به منظور اعمال نیروهای کنترل اجتماعی، ضروری است که فرد برای شروع به سطوح مهمی از دست‌آوردها رسیده باشد و این امر نیازمند کنترل بر خود است. به عبارت دیگر؛ اگر افراد فاقد کنترل بر خود باشند، نمی‌توانند به نقطه‌ای برسند که کنترل اجتماعی مؤثر واقع شود. بنا بر نظریه کنترل



تصویر ۱۴: خانواده از مهم‌ترین واحدهای خودکنترلی می‌باشد.

اجتماعی افرادی که سهم یا سرمایه‌ای در انطباق با جامعه داشته باشند مانند؛ یک خانه، ازدواج، فرزندان یا تحصیلات دانشگاهی احتمالاً بیشتر با هنجارهای جامعه انطباق می‌یابند. فردی که فاقد خودکنترلی باشد، چگونه می‌تواند به چنین شرطی دست یابد؟ واقعیت این است که؛ آن‌ها نمی‌توانند نبود کنترل بر خود، دستیابی به یک‌خانه، نگه‌داشتن یک شغل، حفظ یک ازدواج معنی‌دار، داشتن یک رابطه با ارزش با فرزندان یا موفقیت در مدرسه برای ورود و ماندن در دانشگاه و فارغ‌التحصیل شدن را اگر نگوئیم غیرممکن، بسیار دشوار می‌کند، بنابراین نظریه، خودکنترلی نسبت به کنترل اجتماعی مقدم و فراگیرتر است، بنابراین در کتاب نظریه عمومی جرم و جنایت که نظریه خودکنترلی را بیان می‌کند، نویسنده همکار کتاب یعنی تراویس هیرشی^۱ وجود نظریه‌ای که زمانی آن را پذیرفته بود، تصدیق می‌کند.

یک بار دیگر اشاره می‌کنیم؛ خودکنترلی مانند تمام عوامل یا متغیرهای دیگر یک زنجیره است که میزان و شدت آن اهمیت دارد. این نظریه چنین پیش‌بینی می‌کند که خودکنترلی و مصرف مواد با یکدیگر ارتباط معکوس یا منفی دارند: هر قدر میزان خودکنترلی پایین‌تر باشد، احتمال سوءمصرف مواد بیشتر

می‌شود؛ هر قدر میزان خودکنترلی بیشتر باشد، احتمال سوءمصرف مواد کمتر است (تصویر ۱۵). این موضوع به معنای آن نیست که تمام مصرف‌کنندگان مواد فاقد



تصویر ۱۵: خودکنترلی

کنترل بر خود هستند، بلکه تنها به این معنا است که؛ احتمال اداره آن‌ها با کنترل بر خود کمتر است. این نظریه هم‌چنین پیش‌بینی می‌کند که؛ احتمال خودکنترلی فردی که برای تجربه مواد را مصرف می‌کند، بیشتر از مصرف‌کننده‌ای است که گاه‌به‌گاه مواد مصرف می‌کند و احتمال خودکنترلی فردی که گاه‌به‌گاه مصرف می‌کند، بیش از فردی است که به طور مرتب مصرف می‌کند؛ به همین ترتیب احتمال خودکنترلی فردی که در آخر هفته ماری‌جوانا مصرف می‌کند، بیش از افراد معتاد به کراک یا هروئین است و مواردی از این دست. نظریه خودکنترلی نیز مانند تمام توضیحات و نظریات جامعه‌شناسی به جای اظهارات مطلق، اظهاراتی نسبی یا تطبیقی دارد: هر قدر میزان کنترل بر خود بیشتر باشد، احتمال سوءمصرف مواد کمتر است.

گاتفردسون و هیرشی^۱ چنین استدلال می‌کنند که؛ نظریه آن‌ها به استثنای دو مورد: نظریه آشفتگی اجتماعی^۲ و نظریه فعالیت‌های روزمره^۳،

1- Gottfredson and Hirschi
2- social disorganization
3- routine activities theory

تمام توضیحات دیگر درباره مصرف مواد شامل؛ نظریه آنومی و یادگیری را نسخ می‌کند. نظریه خودکنترلی مقیاس کوچک نظریه آشفتگی اجتماعی است. در نظریه آشفتگی اجتماعی، عامل اصلی استفاده از مواد، همانند عموم جرم‌ها و انحراف‌های دیگر، عدم تمایل یا ناتوانی اعضای محله برای نظارت و کنترل تخلف است که باعث رشد آن می‌شود. همین امر در مورد بی‌کفایتی والدین نیز صدق می‌کند. هر قدر والدین در نظارت و کنترل رفتار فرزند خود ناتوان یا بی‌میل باشند، به همان اندازه فرزند آن‌ها کنترل کمتری بر خود خواهد داشت و در نتیجه به مواد روی آورده، دزدی می‌کند و در رفتارهای خشونت‌آمیز شرکت می‌کند. آشفتگی اجتماعی محلی، نبود کنترل از سوی والدین و کنترل اندک فرد بر خود، اساساً سطوح مختلف یک عامل هستند.

نظریه فعالیت‌های روزمره چنین استدلال می‌کند که؛ انحراف و جرم و جنایت بسته به میزان وجود سه عامل رخ می‌دهد: یک مجرم با انگیزه^۱، چیزی که ارزش تخلف را داشته باشد؛ یک هدف مناسب^۲. برای نمونه؛ مقداری پول نقد و کسی که از آن‌چه به خاطرش دست به تخلف زده شده باشد، حفاظت می‌کند (یک نگهبان توانا^۳، مانند؛ حضور یک افسر پلیس). نظریه فعالیت‌های روزمره چنین استدلال می‌کند که؛ میزان تخلف فرد به اندازه وجود هدف مناسب و نبود یک نگهبان توانا یا به طور خلاصه، به میزان وجود فرصت برای تخلف بستگی دارد. میزان مصرف مواد به میزان قابل دسترس بودن آن و نبود کنترل اجتماعی بر این موضوع ارتباط دارد. بار دیگر این نظریه به این موضوع نمی‌پردازد که؛ کدام دسته از افراد از فرصت‌های موجود استفاده می‌کنند و تنها به این می‌پردازد که؛ به تعداد کافی مجرم با انگیزه در جمعیت وجود دارد تا سازمان‌های جنایی را سالم و قوی نگه دارد. در هر صورت، نظریه

فعالیت‌های روزمره توسط محققان در حوزه مصرف مواد زیاد مورد استفاده قرار نگرفته است و بیشتر در مورد جرم‌های پول‌ساز کاربرد دارد.

◀ نظریه خرده‌فرهنگی‌ها^۱ و یادگیری اجتماعی

این نظریه که؛ رفتار مجرمانه یا انحرافی از یادگیری حاصل می‌شود، اولین بار توسط جامعه‌شناسی به نام ادوین ساترلند^۲ در ویرایش سوم از اصول جرم‌شناسی او منتشر شد (۱۹۳۹). او این صورت‌بندی را نظریه پیوند افتراقی نامید، زیرا مکانیسم کلیدی در تبدیل به رفتار مجرمانه و انحرافی این واقعیت است که؛ فرد به شکل ناهمسانی با محافل اجتماعی پیوند دارد که اعضای آن جرم و جنایت را به صورتی مطلوب تعریف می‌کنند. اصول اصلی نظریه مذکور این است که؛ جرم و جنایت و انحراف در شرایط صمیمی و تعامل رودررو با افراد مهم یا کسانی که به فرد نزدیک هستند، آموخته می‌شود. فرد تا حدی در رفتار مجرمانه و انحرافی دخیل می‌شود که تعاریفی که برای تخلف از قانون دریافت می‌کند، مطلوب باشند. بنا بر گفته ساترلند، کلید این فرآیند نسبت میان تعاریف مطلوب و نامطلوب درباره تخلف از قانون و هنجارهاست. وقتی تعاریف مطلوب از تعاریف نامطلوب بیشتر باشند، فرد به سوی انحراف و جرم و جنایت کشیده می‌شود.

رویکرد یادگیری اجتماعی تاکنون توسط چندین جامعه‌شناس توسعه یافته است که نظریه پیوند افتراقی ساترلند را با اصول رفتارگرایی در روان‌شناسی ترکیب کرده‌اند. نظریه یادگیری اجتماعی بر این باور است که؛ رفتار به وسیله مجازات^۳ و پاداش مدل‌سازی می‌شود. مجازات و پاداش‌های گذشته و حال برای یک عمل خاص، اعمالی را که فرد دنبال می‌کند، مشخص می‌سازند. ساختارهای مجازات و پاداش در قالب

1- subcultural

2- Edwin Sutherland

3- punishment

گروه‌های خاص ایجاد شده‌اند. افراد در تعامل با اعضای گروه‌ها یا محافل اجتماعی خاص تعاریف خوب یا بد رفتارها را یاد می‌گیرند. بر اساس این نظریه یادگیری اجتماعی با تقویت‌های مثبت و منفی که فرد در نتیجه رفتار خود کسب می‌کند و همچنین با مشاهده رفتار دیگران شکل می‌گیرد.

موضوع اصلی نظریه خرده‌فرهنگی این است که وارد شدن در یک گروه اجتماعی خاص با برخورد موافقت‌آمیز نسبت به مصرف مواد عامل اصلی پرورش میل به مصرف مواد در فرد است، در حالی که وارد شدن به گروهی که برخوردی منفی با مصرف مواد دارد، فرد را از چنین عملی دلسرد می‌کند. در برخی از محافل اجتماعی مصرف مواد معمول است و تشویق می‌شود، اما در برخی دیگر تقبیح و حتی تنبیه می‌شود. در واقع، فرض ساترلند بر این بود که؛ در اصل ارتباط اجتماعی انحرافی یا مجرمانه



می‌تواند از هم‌نشینی با یک فرد مانند یک دوست و یا گروه کوچکی از افراد مانند؛ باندی بزه‌کار تحت تأثیر قرار گیرد. در مقابل، نظریه خرده‌فرهنگی فرآیند شکل‌گیری روابط اجتماعی را در ادغام افراد در گروه‌ها و یا محافل اجتماعی می‌داند که تحول هویت، ارزش‌ها،

تصویر ۱۶: ارتباطات ناسالم با دوستان

هنجارها و رفتارها از نتایج آن است. نظریه ساترلند یکی از قوی‌ترین نظریه‌ها در زمینه پیدایش انحرافات است که تا به امروز قدرت تبیین زیادی دارد (تصویر ۱۶). ساترلند در قالب نظریه‌اش معتقد بود که؛ انحرافات عموماً در قالب گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده آموخته می‌شود. این گروه‌ها بسیار متنفذتر از مأموران و مسئولان رسمی مانند

معلم‌ان، کشیشان، افراد پلیس یا ابزارهای ارتباط جمعی نظیر فیلم و روزنامه می‌باشند.

اولین کاربرد اصولی نظریه خرده‌فرهنگی برای مصرف مواد توسط هاوارد اس. بکر^۱ (۱۹۶۳، ۱۹۵۵، ۱۹۳۵) صورت گرفت که بر فرآیند تبدیل شدن به یک مصرف‌کننده ماری‌جوانا تمرکز داشت. تمرکز بکر بر افراد مصرف‌کننده‌ای بود که دیگران را به مصرف مجبور می‌کردند و بیشتر متمرکز بر چگونگی کشیده شدن به سوی تجربه و مصرف ماری‌جوانا و ادامه مصرف آن برای رسیدن به لذت بود.

رفتار منحرف زمانی می‌تواند پدیدار شود که افراد از کنترل اجتماعی رها شوند و به گروه‌های کوچک‌تر علاقه‌مند شوند (ص ۶۰) که همان خرده‌فرهنگ و یا به گفته بکر «گروه خرده‌فرهنگی»^۲ است.

به طور خلاصه، مشارکت فرد در خرده‌فرهنگ‌های مصرف‌کننده ماری‌جوانا عامل اصلی مصرف است. افراد به تنهایی مصرف مواد را شروع نمی‌کنند. نظریه‌های فردگرا نمی‌توانند مصرف را شرح دهند، با نبود محفل‌های اجتماعی که اعضای آن روش مصرف را به فرد مبتدی توضیح دهند، برای او مواد فراهم کرده و الگوی او باشند، ویژگی‌های افراد هیچ نقشی در مصرف نخواهند داشت. بکر یادآوری می‌کند که مصرف مواد، به‌ویژه مصرف مداوم، تنها می‌تواند در ارتباط با دیگران اتفاق بیفتد. جوامع مدرن با خرده‌فرهنگ‌های متفاوت ساخته شده‌اند و رفتاری که در یک جایگاه خرده‌فرهنگی خاص به عنوان رفتار به‌هنجار شناخته شده است، ممکن است در جایگاه خرده‌فرهنگی دیگر به عنوان رفتار انحرافی در نظر گرفته شود.

1- Howard S. Becker

2- subcultural group

◀ نظریه تعامل‌گزینشی / اجتماعی شدن^۱

واژه «تعامل‌گزینشی» به این واقعیت اشاره دارد که؛ مصرف‌کنندگان بالقوه مواد به صورت تصادفی وارد محافل اجتماعی مصرف‌کنندگان مواد نمی‌شوند. آن‌ها به افراد و محافل خاصی-گروه‌های خرده‌فرهنگی- جذب می‌شوند، زیرا ارزش‌ها و فعالیت‌های شخصی آن‌ها با کسانی که مواد مصرف می‌کنند، سازگار است. در مصرف مواد یک عنصر پویا وجود دارد: حتی قبل از این که فرد برای بار اول از مواد استفاده کند برای این کار «آماده‌شده»^۲ یا آن را «آغاز کرده است»^۳ یا به عبارتی از پیش اجتماعی‌سازی شده



تصویر ۱۷: خرده‌فرهنگ والدین در برابر خرده‌فرهنگ مواد

است، زیرا ارزش‌های او پیش از مصرف با ارزش‌های خرده‌فرهنگ مواد سازگار شده است. فرد در نتیجه اجتماعی‌سازی، دوستانی را انتخاب می‌کند که این ارزش‌ها را به اشتراک می‌گذارند و احتمال زیادی وجود دارد

که به مصرف مواد و مصرف‌کنندگان مواد جذب شود (تصویر ۱۷). علاوه بر این، زمانی که فرد دوستانی را برمی‌گزیند که از مواد استفاده می‌کنند، او با یک گروه مصرف‌کننده مواد که با خرده‌فرهنگ و ارزش‌های مصرف مطابق و سازگار است، رابطه اجتماعی برقرار می‌کند. به همین دلیل آن را مدل روابط اجتماعی / تعامل‌گزینشی می‌نامند. بروس جانسون^۴ (۸۶)

آن را مدل خرده‌فرهنگی و دنیس کندل^۱ (۸۷) آن را مدل روابط اجتماعی می‌نامد. این، هم دیدگاه ارتباط اجتماعی و هم دیدگاهی خرده‌فرهنگی است، اما از استدلال کلاسیک بکر^۲ پیروی نمی‌کند و یک فرآیند ارتباط اجتماعی نسبتاً متفاوت از مدل سنتی است. جانسون (۸۶) برای تحقیق خود در یک زمینه دانشگاهی از مدل‌های خرده‌فرهنگی و روابط اجتماعی استفاده کرد. او نشان داد که؛ استفاده از مواد به این دلیل رخ می‌دهد که نوجوانان به تدریج با گروه‌های نامتعارف‌تری ارتباط اجتماعی برقرار می‌کنند. به طور خلاصه جانسون چنین استدلال می‌کند که هرچه نوجوانان از خرده‌فرهنگ والدین خود بیشتر جدا و بیگانه شوند و هرچه با خرده‌فرهنگ هم‌سالان خود بیشتر درگیر شوند، احتمال تجربه و مصرف انواع مواد بالاتر می‌رود. خرده‌فرهنگ هم‌سالان، نقطه انتقالی را میان خرده‌فرهنگ والدین و خرده‌فرهنگ مواد ارائه می‌کند.

جانسون در پژوهش خود دریافت؛ اگر فرد دوستانی داشته باشد که ماری‌جوانا مصرف کنند، خود او نیز به مصرف ماری‌جوانا گرایش پیدا می‌کند، اگر فرد چنین دوستانی نداشته باشد، چنین گرایشی نیز در او وجود نخواهد داشت. هر قدر فرد دوستان مصرف‌کننده ماری‌جوانای بیشتری داشته باشد، احتمال مصرف منظم ماری‌جوانا و خرید و فروش آن و در نتیجه مصرف مواد قوی بیشتر می‌شود. علاوه بر این داشتن دوستانی که ماری‌جوانا مصرف می‌کنند و مصرف منظم مواد رابطه زیادی با بی‌بندوباری جنسی (داشتن رابطه جنسی زود هنگام و شریک‌های جنسی متعدد)، گرایش سیاسی، تصمیم برای رهاکردن دانشگاه و شرکت در اعمال خلاف قانون دارد. توجه داشته باشید که استفاده از ماری‌جوانا به صورت ابزاری در این فرآیند دخیل است و همچنین احتمال درگیر شدن در فعالیت‌های متعدد مرتبط با مواد را تا حد زیادی افزایش می‌دهد، اما پژوهش جانسون نشان می‌دهد که؛ تنها اثر فیزیولوژیکی مصرف مواد

1- Denise Kandel

2- Becker's

باعث این عواقب نمی‌شود، بلکه مشارکت در خرده‌فرهنگی که ماری‌جوانا مستلزم آن است این عواقب را به وجود می‌آورد. مصرف ماری‌جوانا معیار یا شاخصی برای مشارکت در خرده‌فرهنگ است و هر قدر فرد مشارکت بیشتری در خرده‌فرهنگ مواد داشته باشد، ارتباط اجتماعی بیشتری با آن برقرار کرده و تحت تأثیر ارزش‌های آن قرار می‌گیرد و در فعالیت‌های آن بیشتر مشارکت دارد.

به عنوان یک قاعده کلی افراد در همه سنین از جمله نوجوان‌ها تمایل دارند به گروه‌هایی جذب شوند که با ویژگی‌های آن‌ها انطباق دارد یا یکسان است و از گروه‌هایی که ویژگی‌های ناسازگار و غیرمشابه دارند، دوری می‌کنند. با این حال در اوایل نوجوانی افراد تمایل به «سرگردانی»^۱ دارند، یعنی استفاده یا عدم استفاده اولیه از مواد و به طور عمده آجیو و شراب، عمدتاً به عوامل موقعیتی و تصادفی بستگی دارد. اگر آن‌ها در محافلی باشند که مشروبات الکلی نوشیده می‌شود، احتمال روی آوردن آن‌ها به مشروبات الکلی بیشتر خواهد بود. در اوایل نوجوانی جوّ کلی هم سن و سالان به شدت بر الگوهای مصرف مواد تأثیر می‌گذارد و نوجوانان کم سن و سال انگیزه‌چندانی برای انتخاب یک گروه هم سن و سال که منعکس‌کننده منافع و تمایلات آن‌ها باشد، ندارند. ارتباط اجتماعی نوجوانان توسط تعدادی از «عوامل»^۲ مختلف شکل می‌گیرد. نظریه‌پردازان ارتباط اجتماعی چهار عامل اصلی ارتباط اجتماعی را به این ترتیب بیان می‌کنند: والدین، هم سن و سالان، مدرسه و رسانه. دو مورد از این عوامل ارتباط نزدیکی با مصرف مواد دارند: والدین و هم‌سن و سالان. نوجوانان تمایل دارند تعاریف و ارزش‌ها را درونی‌سازی کرده و در رفتارهایی که توسط عده قابل توجهی از دیگران تأیید و تصویب می‌شود، مشارکت داشته باشند. والدین در مورد ارزش‌ها و رفتارهای بلندمدت گسترده‌تر و اهدافی که در طول زندگی قرار می‌گیرند مانند مذهب و سیاست بیشترین تأثیر

را می‌گذارند و در مورد ارزش‌ها و رفتارهای فوری‌تر، هم سن و سالان بیشترین تأثیر را دارند (۸۷، ص ۲۵۷).

تأثیر والدین بر مصرف مواد نوجوانان، قابل توجه است: فرزندان والدینی که از مواد قانونی استفاده می‌کنند (سیگار و قلیان) نسبت به والدینی که به صورت کامل از مواد پرهیز می‌کنند، به احتمال بیشتر از مشروبات قوی و مواد غیرقانونی استفاده می‌کنند. با این حال تأثیر گروه هم سن و سالان بر روی مصرف مواد حتی شدیدتر است. نوجوانان به ویژه آن دسته که سن و سال بیشتری دارند، تمایل دارند تا حدودی بر مبنای شباهت‌ها در سبک زندگی، ارزش‌ها و رفتار با یکدیگر در ارتباط باشند و استفاده یا عدم استفاده از مواد یکی از این شباهت‌ها است. دوستان معمولاً الگوهای مصرف مواد را به اشتراک می‌گذارند: افرادی که مواد مصرف می‌کنند، تمایل دارند با افرادی مانند خود دوست شوند و برعکس. در میان تمام ویژگی‌های مشترک دوستان به جز موارد واضح اجتماعی و جمعیت‌شناختی مانند؛ سن و سال، جنسیت، نژاد و طبقه اجتماعی استفاده یا عدم استفاده از مواد بیشترین احتمال به اشتراک گذاری را دارد (۸۷ و ۸۸).

تعامل و ارتباط اجتماعی گزینشی گروه هم سن و سال، احتمالاً نشان‌دهنده قدرتمندترین عامل مربوط به مصرف مواد در میان نوجوانان است. تقلید و نفوذ اجتماعی نقش قابل توجهی را در شروع و ادامه مصرف مواد میان نوجوانان ایفا می‌کند. با گذشت زمان مشارکت در گروه‌ها و محافل اجتماعی خاص، ارزش‌ها و الگوهای فعالیت خاصی را تقویت می‌کند. معاشرت با دوستانی که فرد از هم‌نشینی با آن‌ها لذت می‌برد، ارزش‌ها و رفتار مشترک با آن دوستان را تقویت می‌کند.

هرقدر این پیوند صمیمی‌تر باشد، احتمال حفظ ارزش‌ها و رفتارهای مشترک بیشتر می‌شود، اگرچه باید توجه داشت که نوجوانان دوستان خود را به صورت اتفاقی انتخاب نمی‌کنند، اتفاقاً آن‌ها تا حدی «از قبل» برای شرکت در گروه‌های خاص اجتماعی شده‌اند. آن‌ها گروه‌های خاص

را انتخاب می‌کنند و یا توسط گروه‌های خاص به دلیل فرآیند ارتباط اجتماعی انتخاب می‌شوند و شرکت در این گروه‌ها نیز همین‌طور آن‌ها را به مصرف مواد نزدیک یا دور می‌کند.

مدل کندل^۱ از مصرف مواد توسط نوجوانان مدلی پویاست، زیرا او تجزیه و تحلیل خود را تنها با مصرف مواد - یعنی نقطه‌ای که فرد ماده‌ای روان‌گردان و یا مصرف مداوم را تجربه کرده است - به پایان نمی‌رساند. کندل به پیامدهای مصرف مواد علاقه‌مند است. برای او، تمرکز بر روی یک ماده مخدر مغالطه‌آمیز است. نوجوانان مواد مختلفی را مصرف می‌کنند و این کار را با الگوهای خاص «معین فرهنگی»^۲ و «تعریف شده»^۳ برای مراحل پیشروی انجام می‌دهند. مصرف مواد در دفعات کمتر، شرطی ضروری، اما برای پیشرفت به مرحله‌ای بالاتر که نشان‌دهنده گرفتارشدن به مواد جدی‌تر است، کافی نیست (۸۷، ص ۱۲۰ و ۱۲۱). در مراحل ابتدایی مصرف مواد یعنی اوایل نوجوانی مهم‌ترین مواد مورد استفاده سیگار، قلیان و شراب هستند و مهم‌ترین عامل مصرف مواد، جو حاکم بر گروه هم‌سالان است. هر قدر مصرف مواد کمتر جدی گرفته شود و متداول‌تر باشد، نقش موقعیت‌های تصادفی و نگرش‌های گسترده خرده‌فرهنگی هم‌سالان و رفتارهای مرتبط با مصرف پررنگ‌تر می‌شود. در این‌جا بیشتر نوجوانان در ارتباط با مصرف مواد «سرگردان»^۴ هستند. نگرش‌ها و باورهای مصرف‌کنندگان تفاوت قابل‌توجهی با غیرمصرف‌کنندگان ندارد. در این نقطه، اکثر نوجوانان نسبت به مواد سبک‌تر، به‌ویژه سیگار و قلیان به‌راحتی قابل اغوا هستند.

در مراحل بعد عوامل مختلفی وارد ماجرا می‌شوند. در مورد ماری‌جوانا، برای افرادی که در اواسط سنین نوجوانی هستند، نگرش‌ها نسبت به مواد بسیار اهمیت دارد، تأثیر هم‌سن و سالان، قوی باقی می‌ماند و تأثیر

والدین نسبتاً ضعیف است. در اواخر نوجوانی سه عامل که قبلاً اهمیت کمتری داشتند، بسیار با اهمیت می‌شوند. اولین عامل فشار روحی و روانی است: نوجوانانی که مشکلات بیشتری دارند تمایل به پیشرفت از ماری‌جوانا به‌سوی مواد قوی‌تر دارند و نوجوانانی که مشکلات کمتری دارند، تمایل کمتری نیز دارند.

دومین عامل رابطه با والدین است: هر قدر فرد نوجوان با والدین خود بیگانه‌تر باشد، احتمال پیشرفت او از ماری‌جوانا به مواد خطرناک بیشتر است. روابط صمیمی با پدر و مادر مانند یک «سپر»^۱ فرد نوجوان را

از مصرف انواع جدی‌تر مواد حفظ می‌کند (تصویر ۱۸) و در نهایت در حالی که جو هم سن و سالان به مرور زمان کاهش می‌یابد، داشتن دست کم یک دوست خاص که از



تصویر ۱۸: رابطه صمیمی با خانواده باعث محافظت از نوجوانان می‌شود. می‌کند، بسیار مهم

می‌شود. در این جا فرد نوجوان از محافل هم سن و سالانی که به مصرف مواد خطرناک‌تر تمایل ندارند، جدا شده و به سمت افراد خاصی که از این مواد استفاده می‌کنند، جذب می‌شود. این فرد نوجوان از حالت «سرگردان» خارج شده و اکنون یک «جست‌وجوگر»^۲ است.

◀ نظریه تضاد^۱

رویکرد این چشم‌انداز به صورت متمایزی کلان است. این نظریه دامنه وسیعی را مورد بررسی قرار می‌دهد عوامل ساختاری بزرگ‌تر، نیروهایی که نه تنها بر فرد، بلکه بر اعضای کل اجتماعات، شهرها، محله‌ها و جوامع تأثیر می‌گذارد. نظریه تعارض کمابیش در موارد سوءمصرف مزمن، سنگین و از روی اجبار هروئین و کراک اعمال می‌شود و در موارد مصرف الکل، تنباکو و ماری‌جوانا کاربرد اندکی دارد. از آن جا که نظریه تضاد تنها بخشی از حوزه کلی سوءمصرف مواد را توضیح می‌دهد، یک توضیح کامل در مورد سوءمصرف مواد نیست. هیچ توضیحی نمی‌تواند کامل باشد، اما این نظریه به مسائلی می‌پردازد که افراد بسیاری بیشترین نگرانی‌ها را درباره آن‌ها دارند.

پیروان نظریه تضاد چنین استدلال می‌کنند که سوءمصرف مزمن و سنگین کراک و اعتیاد به هروئین ارتباط زیادی با طبقه اجتماعی،



تصویر ۱۹: اعتیاد به مواد سنگین ارتباط زیادی با طبقه اجتماعی، درآمد، قدرت و محل سکونت دارد.

درآمد، قدرت و محل سکونت دارد (تصویر ۱۹). مصرف مواد کسانی که در طبقه کارگری و سطوح پایین‌تر اجتماع هستند، به میزان قابل توجهی بیشتر از اعضای ثروتمند جامعه

است. نکته مهم این است که؛ این مورد به خاطر تأثیر تعدادی از شرایط ساختاری کلیدی به وجود می‌آید، شرایطی که ریشه در اقتصاد و سیاست دارد.

برخی از نسخه‌های این نظریه توسط بخش قابل توجهی از

سیاست‌مداران و مفسران چپ میانه آفریقایی - آمریکایی مانند؛ کشیش جسی جکسون^۱ و کشیش آل شارپتون^۲ تأیید شده است. جامعه‌شناسی به نام الیوت کری^۳ در بیانیه‌ای به نام «مواد، شهرها و آینده آمریکا» (۸۹) و هری ژن لوین^۴ در مقاله «چه چیز باعث سوءمصرف کراک و هروئین می‌شود؟ فقط فقر» (۹۰) این دیدگاه را بیان می‌کنند. از نظر گودی^۵، این دیدگاه جامع‌ترین و رضایت‌بخش‌ترین توضیح را برای برخی از تحولات اخیر در حوزه سوءمصرف مواد در کشورهای در حال پیشرفت دنیا ارائه می‌کند. ارتباط همیشگی میان درآمد و اقامت در یک محله از یک‌سو و سوءمصرف و اعتیاد به مواد از سوی دیگر توسط این تحولات تشدید شده است. پس این تحولات مهم اخیر چه مواردی هستند؟ ذیلاً مطالعه موردی آمریکا جهت پی‌بردن به مضمون این تئوری ارائه می‌شود:

اولین زمینه‌ای که از اوایل دهه هفتاد در آمریکا رخ داد، این بود که؛ فرصت‌های اقتصادی برای بخش‌های نسبتاً غیرماهر و بی‌سواد جامعه کاهش یافت. در سال ۱۹۷۰، سرپرست‌های خانواده هنوز می‌توانستند با وجود میزان آموزش، مهارت و تحصیلات بسیار پایین خود با کار کردن در یک شغل، خانواده خود را حمایت کنند و از سطح فقر بالاتر باشند. این مورد به ویژه در مورد خانواده‌هایی که بیش از یک عضو آن‌ها شاغل بودند، صدق می‌کرد. امروزه احتمال این موضوع بسیار کمتر است. در حال حاضر نان‌آوران کمتری می‌توانند بدون آموزش، مهارت و تحصیلات، درآمد کافی برای حمایت از خانواده و فرار از فقر داشته باشند. مشاغل ییدی (کارگری ساده) که درآمد مناسبی داشته باشند، دیگر وجود ندارد. مشاغل موجود برای افراد غیرماهر، نیمه‌ماهر، بدون تحصیلات یا با تحصیلات متوسط، مشاغلی بدون آینده، با حداقل دست‌مزد و در سطح

1- Reverend Jesse Jackson
2- Reverend Al Sharpton
3- Elliott Currie
4- Harry Gene Levine
5- Goode

فقر هستند. به عبارت دیگر؛ پایین‌ترین سطح نیروی کار به طور فزاینده‌ای در حال تبدیل به افرادی فقر زده‌اند. یکی از پیامدهای این اتفاق جذابیت رو به رشد فروش مواد است.

به عنوان یک نتیجه - که دومین مورد از تحولات اخیر مذکور است - افراد فقیر، فقیرتر و از قضا هم‌زمان افراد ثروتمند هم ثروتمندتر می‌شوند. بین سال‌های ۱۹۴۵ و ۱۹۷۳ حداکثر و حداقل درآمد سالانه اقشار جامعه تقریباً به یک‌میزان رشد داشت. با این حال از سال ۱۹۷۳، درآمد قشر یک‌پنجم بالایی جامعه به میزان سالانه ۱/۳ درصد رشد داشت، درحالی‌که درآمد پایین‌ترین قشر به میزان سالانه ۰/۷۸ درصد کاهش داشت (۹۱). عوامل دیگری مانند مالیات و استحقاقات (شامل پرداخت‌های رفاهی) این مسئله را به هیچ عنوان تغییر نمی‌دهد. ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که از نظر درآمد به طور فزاینده‌ای در حال قطبی‌شدن است، به طور مثال؛ در حال حاضر درآمد ۱ درصد بالایی جامعه به اندازه ترکیب درآمدی ۴۰ درصد فقیرترین اقشار جامعه است. درآمد ۱۳۰۰۰ خانواده ثروتمند کشور تقریباً به اندازه مجموع درآمد ۲۰ میلیون خانواده فقیر است و همچنین در طول ۳۰ سال گذشته، متوسط دست‌مزد ۱۰۰ مدیر عامل برتر از میزان ۱/۳ میلیون دلار (۳۹ برابر حقوق یک کارگر متوسط) به میزان ۳۷/۵ میلیون دلار (بیش از هزار برابر حقوق یک کارگر متوسط) افزایش داشته است.

این تحولات در درجه اول یک پدیده نژادی نیست. درواقع، تفاوت درآمد میان خانواده‌های افریقایی - آمریکایی و سفیدپوست از زمان پایان جنگ جهانی دوم تاکنون تغییر زیادی نداشته است. تغییر در این‌جا است که میان سفیدپوستان و سیاه‌پوستان، فرد فقیر، فقیرتر و فرد ثروتمند ثروتمندتر می‌شود. در زوج‌های متأهلی که هر دو شاغل هستند، تفاوت درآمد افراد سفیدپوست و سیاه‌پوست عملاً ناپدید شده است. با این حال در میان سیاه‌پوستان، طبقه محرومی در حال رشد است که اعضای آن بیشتر و بیشتر در فقر غوطه‌ور می‌شوند. از قضا هم‌زمان با رشد طبقه

متوسط سیاه پوست، سهم طبقه محروم فقیرنشین بیشتر و بیشتر می‌شود و این یکی دیگر از عواقب قطبی‌شدن ساختار طبقاتی جامعه است که باعث افزایش جذابیت و مناسب‌بودن فروش مواد به عنوان وسیله‌ای برای امرار معاش می‌شود.

نه تنها افراد فقیر، فقیرتر می‌شوند، بلکه مشاهده غنای افراد ثروتمند به عنوان محرکی برای برخی از بخش‌های فقیر عمل می‌کند تا تلاش کنند از طریق وسایل غیرقانونی یا غیرمشموع به آن سطح غنا دست یابند، یا به آن تظاهر کنند. عامل دیگری که احتمال روی آوردن برخی از اعضای بخش‌های فقیر به خرید و فروش مواد به عنوان وسیله‌ای جذاب و مناسب برای امرار معاش را افزایش می‌دهد، تحول سوم، به ویژه در رابطه با موضوع توزیع مواد غیرقانونی است: آشفتگی اجتماعی و انحطاط سیاسی. در نتیجه افول اقتصادی طبقه کارگر و دوقطبی‌شدن اقتصاد، هم‌چنین مهاجرت اعضای غنی‌تر از جامعه، محله‌هایی که در آن افراد فقیر و به‌ویژه اقلیت زندگی می‌کنند، به‌طور فزاینده‌ای در حال آشفتگی و ناتوانی سیاسی هستند (۹۰). در نتیجه این محله‌ها توانایی کمتری برای مقابله با جرم و جنایت و خریدوفروش مواد دارند. ارتباط میان این محله‌ها و ساختار قدرت شهری ضعیف‌تر، شکننده‌تر و حتی متناقض شده است. رهبران چنین جوامعی به جای این‌که با شهرداری متحد شوند، به‌طور فزاینده‌ای تبدیل به دشمنان آن می‌شوند، یا آموخته‌اند که نمی‌توانند از منابعی که زمانی از آن‌ها توسعه یافته‌اند، انتظار داشته باشند. همانند دو مورد تحولات دیگر، این تحول نیز خریدوفروش مواد را در چنین جوامعی جذاب‌تر می‌کند.

در چنین محله‌هایی، مجرمان و دلالان مواد دست به تهاجم‌هایی می‌زنند که در جوامع مرفه‌تر و سازمان‌یافته‌تر که پیوندهای محکم‌تری با جایگاه قدرت دارند، ممکن نخواهد بود. در محله‌های متحد، منسجم و به‌خصوص مرفه، اثری از ساختمان‌های متروکه‌ای که به مکانی برای مصرف مواد تبدیل شده‌اند، وجود ندارد. گوشه و کنار خیابان تبدیل به

بازارهای فضای باز برای خرید و فروش مواد نشده است. پلیس به طور معمول شکایات شهروندان در مورد خرید و فروش مواد را نادیده نمی‌گیرد. از دلالتان مواد رشوه نمی‌گیرد، تا آن‌ها را بدون ترس از انتقام آزاد بگذارد که دست به سرقت و فروش مواد و سوءاستفاده از شهروندان بزنند و عابران بی‌گناه قربانی جنگ‌های میان جنایت‌کاران نمی‌شوند. دلیل این که جرائم سازمان‌یافته در برخی از جوامع تثبیت می‌شود این است که؛ از جنایت‌کاران حمایت کرده یا آن‌ها را تأیید می‌کنند یا این که ساکنان آن جامعه بیش از حد بی‌روحیه، ترسیده یا ناتوان شده‌اند که در این مورد هیچ کاری نمی‌کنند. جایی که ساکنان آن بتوانند نیروهای سیاسی مرتبط را برای اقدام در برابر فعالیت‌های جنایی بسیج کنند، احتمال خرید و فروش گسترده، آزاد و سازمان‌یافته مواد وجود ندارد، در مقابل زمانی که جامعه بدون روحیه، آشفته و از نظر سیاسی عقیم شود، احتمال رشد خرید و فروش مواد بسیار، بیشتر می‌شود. حقیقت این است که بسیاری از جوامع فقیرنشین و اقلیت از کاهش فرصت اقتصادی و تأثیر سیاسی در طول یک نسل گذشته یا بیش از آن رنج می‌برند، در نتیجه خرید و فروش مواد ریشه‌دار شده و رشد کرده است (۹۲).

این سه تحول فروپاشی بخش اعظم ساختار اقتصادی که بخش پایین یا طبقه کارگر جامعه در آن قرار داشتند، قطبی شدن اقتصادی ساختار طبقاتی آمریکا و فروپاشی اقتصادی و سیاسی جوامع فقیرتر، به‌ویژه اقلیت فقیرنشین در ایجاد تحول چهارم نقش داشته‌اند: احساس ناامیدی، از خود بیگانگی، افسردگی و انومی در میان بسیاری از ساکنان جوامع فقیرنشین. این شرایط به خصوص سوءمصرف مواد را جذاب و مورد توجه ساخته است. برای برخی از افراد نشئه‌شدن - و نشئه‌شدن به‌طور مکرر - در طول زندگی افسرده‌کننده تبدیل به نقطه‌ای برای هیجان، لذت و خیال‌پردازی شده است. بیشتر افراد که در جوامع رو به زوال زندگی می‌کنند، در مقابل چنین جذبه‌ای مقاومت می‌کنند. اکثر این افراد از مواد استفاده نمی‌کنند. نظریه‌های ساختاری یا کلان‌گرایی ما توضیح نمی‌دهد که

چرا برخی از اعضای جوامع رو به زوال به مواد رو می‌آورند، اما در مورد برخی دیگر - اکثر ساکنین - چنین اتفاقی نمی‌افتد و آن‌ها چنان در مقابل سوءمصرف مواد تسلیم شده‌اند که زندگی اکثریت را ناامن، خطرناک و غیرقابل پیش‌بینی می‌کند، در نتیجه ناامیدی و یأس از واقعیت روزمره زندگی برای طبقات محروم، خرده‌فرهنگ سوءمصرف مواد شدیداً شکوفا می‌شود.

یک فرض اساسی رویکرد تضاد در مورد سوءمصرف مواد این است که؛ دو شکل یا نوع مصرف مواد وجود دارد که هم‌پوشانی دارند، اما از نظر مفهومی با یکدیگر متفاوت هستند: نوع اول که در برگیرنده اکثر قریب به اتفاق مصرف‌کنندگان غیرقانونی مواد می‌شود، مصرف «گابه‌گاه»^۱ یا «تفریحی»^۲ است. این نوع مصرف طیف گسترده‌ای از ساختار طبقاتی را در بردارد، اما احتمالاً در طبقه متوسط بیشتر دیده می‌شود. می‌توان این نوع مصرف را به عنوان مصرف «کنترل‌شده»، به منظور لذت و مصرف به صورت آزمایشی توصیف کرد و اگر یک یا دو بار در هفته یا در ماه تکرار شود، به عنوان مصرف مواد در خدمت فعالیت‌های لذت‌بخش دیگر شناخته می‌شود. عوامل متنوعی باعث این نوع مصرف مواد می‌شود: عدم رعایت آداب و رسوم، ماجراجویی، کنجکاوی، خوش‌گذرانی، تمایل به خطر کردن، معاشرتی‌بودن^۳ و همان‌طور که پیش از این ذکر شد، مشارکت در یک گروه خرده‌فرهنگی. کمتر پیش می‌آید که چنین مصرف‌کنندگانی مشکلاتی واقعی و عینی برای جامعه ایجاد کنند، به استثنای این واقعیت که هر چند به این افراد اغلب به عنوان یک مشکل و معضل نگاه می‌شود.

نوع دوم مصرف مواد؛ سوءمصرف^۴ است. مصرف مواد سنگین یا مصرف مزمن و از روی اجبار مواد که اغلب به سرحد وابستگی و اعتیاد می‌رسد.

1- casual

2- recreational

3- sociability

4- abuse

این نوع مصرف معمولاً با آسیب‌های شخصی و اجتماعی همراه است. درصد نسبتاً پایین از افرادی که به صورت تفریحی مواد را مصرف می‌کنند، تبدیل به سوءمصرف‌کنندگان مواد می‌شوند. برای تمام مواد غیرقانونی یک هرم توزیع مصرف‌کننده وجود دارد که در پایین آن هرم



تصویر ۲۰: هرم مصرف‌کننده

تعداد زیادی غیرمصرف‌کننده، مصرف‌کنندگان آزمایشی، تعداد کمتری مصرف‌کننده تفریحی در میانه و در قله آن تعداد کمی سوءمصرف‌کننده مزمن مواد قوی وجود دارند (تصویر ۲۰). همان‌طور که قبلاً ذکر شد مواردی مانند؛ ناامیدی، یأس، از خود بیگانگی، فقر و آشفتگی و

فروپاشی اجتماعی محرک گرایش به نوع دوم مصرف مواد هستند. افراد با مصرف مواد به خود و کل جامعه آسیب می‌رسانند. مصرف مواد منجر به عوارض پزشکی، مسمومیت با مواد، جرم و جنایت، خشونت، بازداشت‌شدن و حتی مرگ می‌شود. کارشناسان چنین استدلال می‌کنند که؛ در افراد فقیر جوامع دچار آشفتگی، احتمال انتقال از نوع اول مصرف مواد (تفریحی) به نوع دوم (سوءمصرف)^۱، به مراتب بیشتر از افراد مرفه در جوامع سالم است (۸۹، ۹۳ و ۹۰). هم‌چنان که سوءمصرف مواد به خاطر تحولات سیاسی شرح داده‌شده، تسهیل می‌شود با گسترش آن در جامعه، حتی در آشفتگی بیشتر جامعه نیز نقش خواهد داشت. ساکنان مناطق فقیرنشین در یک حلقه بازخورد به دام می‌افتند. ناتوانی و آشفتگی جامعه به سوءمصرف و خریدوفروش مواد در جامعه کمک می‌کند و به نوبه خود باعث آشفتگی و ناتوانی بیشتر این جوامع می‌شود.

اگر بخواهیم روشن و واضح بگوییم: با وجود سوءمصرف شیشه و هروئین

در برخی از اعضای تمام طبقات اقتصادی، احتمال روی آوردن اعضای طبقه اقتصادی ضعیف به این مواد بیشتر است. نکته اصلی این است که مصرف مواد زندگی افرادی را که فاقد منابع و امکانات برای مقابله مؤثر هستند، به نسبت افرادی که به چنین منابعی دسترسی دارند، به صورت جدی‌تری مختل می‌سازد. محله‌های فقیر، به ویژه در مقابل نفوذ دلالان و افزایش سوءمصرف مواد آسیب‌پذیر هستند. در حال حاضر محله‌ها و افراد فقیر و اقلیت، با بسیاری از مشکلات رو به رو هستند. سوءمصرف مواد یک مشکل اصلی دیگر است که وضعیت را وخیم‌تر می‌کند. احتمال این که اعضای جوامع مرفه‌تر از ارتباط با شهرداری، فرمانداری، نفوذ سیاسی، پول برای تأمین آن‌ها، حساب بانکی، تحرک، خودمختاری و مواردی از این دست - انواع منابع شخصی و سازمانی برای مقابله با مشکلاتی که با آن‌ها روبرو می‌شوند - برخوردار باشند، بیشتر است، بنابراین سوءمصرف مواد توسط

بعضی از اعضای این جوامع به اندازه جوامع ناتوان و فقیر ویرانگر نیست. به همین ترتیب جوامعی که در آن زندگی می‌کنند از



تصویر ۲۱: چرایی سوء مصرف مواد، دست در دست مشکلات اقتصادی دارد. جانب افرادی که دارای قدرت هستند

کمک‌های موردنظر را دریافت می‌کنند، احتمال قربانی شدن آن‌ها در برابر بسیاری از غارت‌گران و استثمارگرانی که افراد ناتوان و آسیب‌پذیر را طعمه خود می‌کنند، کمتر است.

در مقابل، در آمریکا دولت‌های فدرال، ایالتی و محلی با جوامع اقلیت و فقیر برخوردی ناعادلانه دارند و کارآفرینان و توسعه‌دهندگان آن‌ها را نادیده می‌گیرند. بانک‌ها تمایلی به اعطای وام برای ایجاد کسب‌وکار در این

جوامع ندارند. فروشگاه‌هایی که افتتاح می‌شوند به خاطر نبود بودجه کافی اغلب شکست می‌خورند. صاحب‌خانه‌ها خانه‌ها را ترک می‌کنند و این ساختمان‌ها تبدیل به جایی برای مصرف مواد معتادان می‌شود. این آسیب‌پذیری و ناتوانی چنین محله‌هایی است که آن‌ها را هدف جنایات کوچک و سازمان‌یافته دلالان مواد کوچک و بزرگ و مقامات و افسران پلیس فاسد قرار می‌دهد. ناتوانی و آسیب‌پذیری باعث افزایش سوءمصرف مواد در چنین جوامعی و ویرانی زندگی اعضای آن می‌شود. به طور خلاصه؛ وقتی درباره «چرایی سوءمصرف مواد» می‌پرسیم، پاسخ ما باید با مسائل اقتصادی و سیاسی گره خورده باشد (تصویر ۲۱) (۹۴، صفحات ۳۹-۳۲)

فصل چهارم:

نظریه‌های تلفیقی

◀ نظریه تأثیر سه‌گانه

◀◀ مراحل روابط علت و معلولی

نظریه TTI^۱ متغیرهای مستقل پیش‌بینی‌کننده رفتار را در سه مرحله تأثیرگذاری دسته‌بندی می‌کند: خیلی دور^۲، دور^۳، نزدیک^۴. علل مرحله خیلی دور یا بسیار دورگسترده، عمیق و نسبتاً پایدار هستند و افراد کمترین کنترل را بر این علل دارند مانند؛ محیط فرهنگی، اگرچه آنها فراگیرترین اثرات (تأثیرگذار بر چندین رفتار) را دارند، ولی اغلب تغییر آن توسط فرد یا یک برنامه بسیار دشوار است، البته باید توجه داشت که اگر بتوان آنها را تغییر داد، می‌توانند بزرگ‌ترین و مؤثرترین تأثیرات را بر روی گستره وسیعی از رفتارها بگذارند. از این دسته عوامل می‌توان به سیاست، مذهب، رسانه‌های گروهی، شبکه‌های اجتماعی، ماهواره، اینترنت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، رشد اقتصادی و سیاست‌هایی غذایی (۹۵)، در دسترس بودن پارک‌های تفریحی، سن، قومیت و شخصیت اشاره کرد. علل مرحله خیلی دور هم‌چنین در دسترس بودن مدارس خوب و برنامه‌های تربیتی آموزش و پرورش، ارزش‌های والدین و فعالیت‌های فرهنگی را نیز در بر می‌گیرد. عوامل مرحله خیلی دور می‌توانند در هر منطقه‌ای با منطقه دیگر تفاوت‌های عمده‌ای داشته باشند، به طور مثال؛ ممکن است ماهواره بر ساکنان شهری تأثیر متفاوتی نسبت به ساکنان مناطق روستایی داشته باشند.

تأثیرات دور متغیرها عواملی هستند که افراد تا حدی می‌توانند آنها را کنترل کنند. اولین مرحله علل دور در سطح اتصال فردی - اجتماعی است که به طور مثال شامل؛ خودکنترلی عمومی، رابطه نزدیک با والدین، الگوهای منحرف و یا شرکت در مراسم مذهبی می‌شود. این مرحله باورها و انتظارات خاصی را نیز که از ارتباط میان افراد و پیرامون آنها به وجود

1- theory of triadic influence

2- ultimate

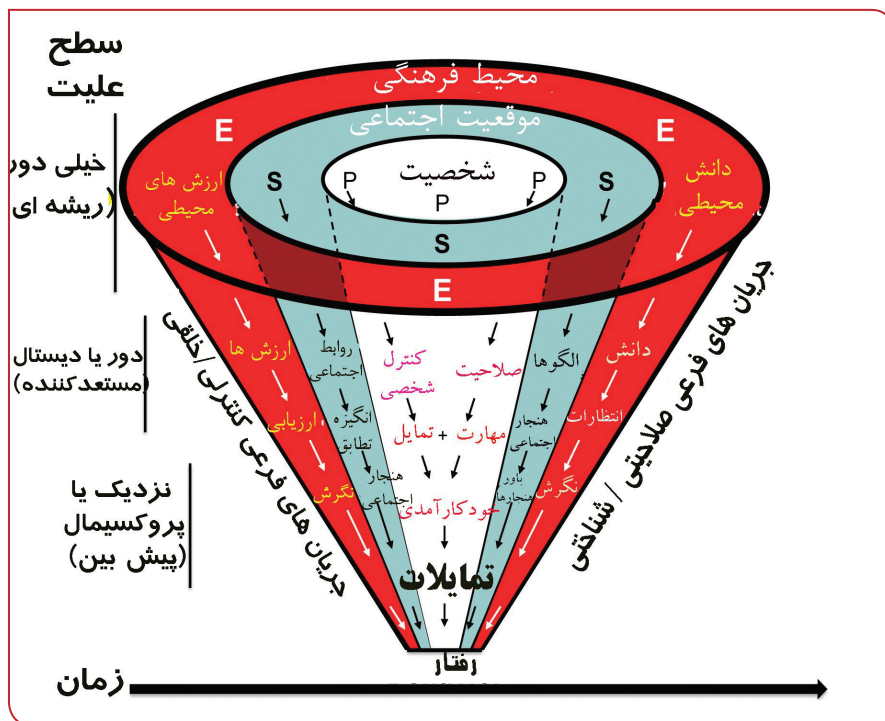
3- distal

4- proximal

می‌آید، شامل می‌شود. به طور مثال؛ انتظارات سخت‌کوشی در مدرسه همراه با ارتباط با همسالانی که موفقیت تحصیلی را اولویت قرار داده‌اند، می‌تواند رفتار و باورهای فرد را تحت تأثیر قرار دهد. پیش‌بینی‌کننده‌های مرحله نزدیک (مانند خصوصیات شخصیتی) پیشروهای سریع‌تری برای رفتار مختص و تحت کنترل یک فرد هستند، اگرچه همچنان تحت تأثیر عوامل خیلی دور و دور که پیش‌تر توضیح داده شد، قرار می‌گیرند. تمام این سه مرحله بر روی رفتار تأثیر می‌گذارند، اگرچه مرحله نزدیک معمولاً پیش‌بینی‌کننده مستقیم‌تری از رفتارهای خاص است، برای مثال؛ اگر نوجوانی تمایل داشته باشد در یادگیری مهارتی به خواهر یا برادر کوچک‌تر خود کمک کند، عمل کردن او به این رفتار می‌تواند قابل پیش‌بینی باشد. یک مثال دقیق‌تر این است که؛ اگر یک نوجوان برای مسئولیت‌پذیری نسبت به حفظ محیط زیست، یک دوچرخه و کلاه ایمنی خریداری کند، احتمال این که او با دوچرخه به مدرسه برود، بسیار بیشتر می‌شود. بسیاری از عوامل می‌توانند برای تأثیرگذاری در تصمیم او برای دوچرخه‌سواری نقش داشته باشند. به طور مثال؛ یک تأثیر نزدیک این است که؛ اگر او تمایل و مهارت (خودکارآمدی) سوارشدن بر دوچرخه خود را داشته باشد، احتمال این که این کار را انجام دهد، بسیار بیشتر است. عامل دیگر می‌تواند تأثیر دور، مانند هنجارهای موجود در مورد دوچرخه‌سواری باشد. اگر باور همسالان او چنین باشد؛ کسانی که دوچرخه‌سواری می‌کنند، استطاعت مالی برای خرید ماشین را ندارند و یا چون از لحاظ قانونی منع شده‌اند، نمی‌توانند این کار را بکنند، بنابراین احتمال این که او دوچرخه‌سواری کند، کمتر می‌شود. مثالی از تأثیر مرحله خیلی دور نسبت به رویکرد دوچرخه‌سواری می‌تواند در جامعه‌ای که او در آن زندگی می‌کند، این باشد که؛ آیا این منطقه به حمل‌ونقل پایدار دوچرخه‌سواران ارزش می‌گذارد و برای آنها مسیرهای امن و تفریحی دوچرخه‌سواری فراهم می‌کند یا خیر؟

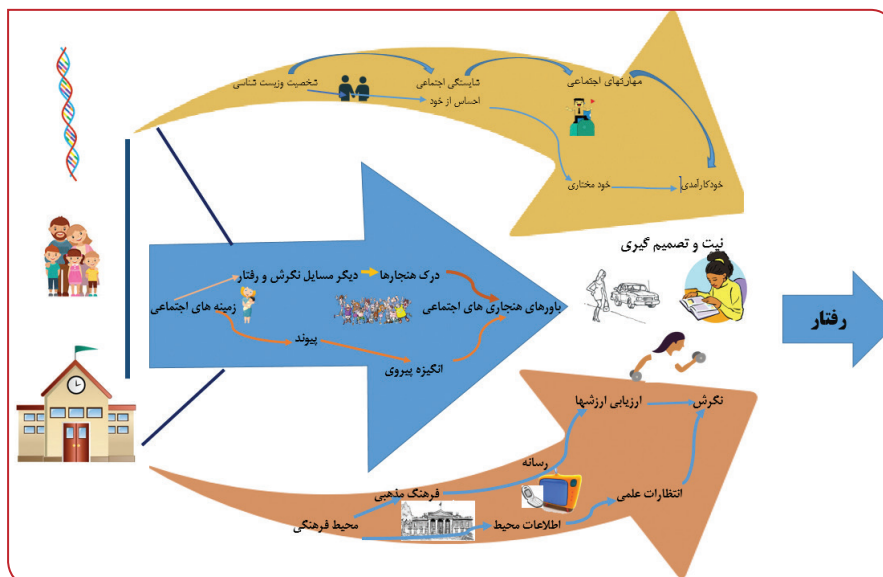
◀ جریان‌های تأثیرگذار^۱

تأثیرات درون فردی^۲: تصویر ۲۲ نشان می‌دهد که علل رفتاری می‌توانند به سه جریان تأثیرگذار درون فردی، اجتماعی و فرهنگی - محیطی تقسیم شوند که در نهایت منجر به تمایلات و رفتارها می‌شوند. جریان درون فردی TTI (سمت چپ تصویر ۲۲) در مرحله خیلی دور یا دور، با خصوصیات نسبتاً پایدار بیولوژیکی، مانند سطوح تستوسترون و ویژگی‌های شخصیتی از جمله؛ تجربه‌پذیری، هوشیاری، برون‌گرایی، سازگاری و روان‌رنجوری (اضطراب، تنش، خصومت و ...) آغاز می‌شود (تصویر ۲۳).



تصویر ۲۲: جریان‌ات تأثیرگذار نظریه تأثیر سه گانه

- 1- streams of influence
- 2- intrapersonal



تصوی ۲۳: نظریه سیستم زیست محیطی نظریه تأثیر سه گانه

اثرات اجتماعی^۱. یک اثر دیگر در جریان بین فردی وجود دارد که از آن با عنوان اثرات اجتماعی یا موقعیت اجتماعی یاد می‌کنیم. جریان‌های اجتماعی یا بین فردی با ویژگی‌هایی از مرحله خیلی دور آغاز می‌شود که در محیط اجتماعی پیرامون فرد و تا حد زیادی از کنترل او خارج هستند مانند؛ مدرسه، ویژگی‌های معلم و شیوه‌های فرزندپروری در زمان کودکی فرد. در متغیرهای روابط فردی - اجتماعی در محیط اجتماعی پیرامون فرد، از جمله؛ قدرت پیوندهای بین فردی با الگوهای اطراف مانند؛ معلمان، والدین و دوستان، سپس جریان از طریق متغیرهایی ادامه پیدا می‌کند که انگیزه مطابقت یافتن با الگوهای رفتاری متفاوت، به عنوان مثال؛ این که بیشتر با خانواده مطابقت داشته باشند، یا معلمان و یا همسالان خود و ادراک این که چه رفتارهایی را در این الگوها با ارزش هستند، شامل می‌شود.

سومین جریان TTI جریان محیطی - فرهنگی است که از الگویی

مشابه به دو جریان قبلی استفاده می‌کند. این جریان با ویژگی‌های فرهنگی گسترده از جمله؛ سیاسی، اقتصادی، مذهبی، قانونی، رسانه‌جمعی و محیط‌های سیاسی آغاز می‌شود که تا حد زیادی خارج از کنترل فرد هستند (۹۶). سومین جریان در متغیرهایی وجود دارد که ماهیت تعاملات مردم با نهادهایی هم‌چون نهادهای سیاسی، قانونی، مذهبی و سیستم‌های حاکم و اطلاعات و ارزش‌هایی را که آنها از فرهنگ خود کسب می‌کنند (به طور مثال، آن‌چه از قرارگرفتن در معرض رسانه‌جمعی یاد می‌گیرند)، در برمی‌گیرد.

◀ نظریه پنج مرحله‌ای

عوامل اجتماعی موقعیتی و محیطی به احتمال زیاد در سطح پایین یا مراحل اولیه مصرف مواد تأثیرگذاری بیشتری دارند، در حالی که عوامل درون‌فردی پیش‌بینی‌کننده در مراحل پیشرفته‌تر مصرف هستند. پیش از این که مصرف آزمایشی تبدیل به سوءمصرف مواد شود، فرد به طور کلی در طول یک دوره زمانی در معرض وقایع متعددی قرار می‌گیرد (۹۷). بدیهی است که همه افراد مصرف مواد را تجربه نمی‌کنند و همه افرادی که مواد را تجربه کرده‌اند به مصرف مشکل‌ساز یا سوءمصرف مواد روی نمی‌آورند، بنابراین چه چیزی تداوم رفتار ناسازگارانه‌ای مانند سوءمصرف مواد را تقویت می‌کند؟ برخی از افراد در نتیجه عوامل متعدد خطر نسبت به دیگران بیشتر مستعد دچارشدن به فرآیند اعتیاد هستند و افراد مستعد در انتخاب نوع ماده یا مواد مصرفی تفاوت دارند. این واقعیت که عوامل پیش‌بینی‌کننده متفاوت، ممکن است در نقاط مختلفی از پیشینه مصرف مواد فرد عمل کنند، نشان‌دهنده عملکرد مراحل مختلف مصرف مواد است، می‌توان حتی پیش از این که فرد مواد را امتحان کند مراحل را مشخص کرد (۸۸-۱۰۰). فلای و همکارانش (۹۸) نظریه‌ای درباره مراحل توسعه مصرف سیگار تدوین کردند که در مورد مصرف مواد دیگر نیز به کار گرفته شده است.

◀◀ مرحله اول

در مرحله اول فردی که هنوز مصرف را شروع نکرده وارد یک مرحله آماده‌سازی می‌شود که در آن مرحله عوامل اجتماعی اقتصادی، شخصیتی، خانوادگی و گروه هم‌سن‌وسالان نقش دارند. احتمال مصرف مواد در افراد خطرپذیری که عزت‌نفس پایینی دارند و کسانی که خانواده یا هم‌سن‌وسالان آن‌ها مواد مصرف می‌کنند یا در برابر مصرف مواد نگرشی تحمل‌پذیر دارند، بیشتر است. علاوه بر این، امکان دارد که عوامل عصبی بیولوژیکی نیز در این موضوع نقش داشته باشند، برای نمونه؛ احتمالاً مشکلات مرتبط با تولید دوپامین در منطقه تگمنتال شکمی^۱ و یا مشکلات مربوط به پردازش عاطفی در ساختار توسعه‌یافته (۱۰۱). در مقابل؛ جوانانی که رابطه نزدیکی با والدین خود دارند، والدین آن‌ها تحصیل کرده‌اند و ارتباط خوبی با یک‌دیگر دارند و جوانانی که رابطه خوبی با معلمان خود دارند و به عملکرد خود در مدرسه اهمیت می‌دهند، تقریباً بعید است که به مواد فکر کنند.

◀◀ مرحله دوم

در مرحله دوم که فرد ممکن است در طول آن مواد را آزمایش کند، تأثیر اجتماعی گروه هم‌سن‌وسال‌ها درجه اول اهمیت را دارد. فشار مستقیم مکرر هم‌سن‌وسال‌ها بر احتمال مقابله موفق از طریق امتناع یا دیگر مهارت‌ها تأثیر می‌گذارد. هر قدر فشار تأثیرگذار بیشتر باشد، احتمال موفقیت در مقابله و امتناع کمتر می‌شود. هر چند، بدیهی است که رواج مصرف مواد و تأیید آن توسط هم‌سن‌وسال‌ها، بدون هیچ تلاش واقعی برای تأثیرگذاری بر فرد، نقشی تعیین‌کننده در تمایل فرد برای مصرف مواد دارد. نظارت ضعیف والدین احتمال برخورد با هم‌سن‌وسال‌هایی را که مواد مصرف می‌کنند، افزایش می‌دهد. پیشنهاد مصرف مواد از سوی هم‌سن‌وسال‌ها و کنجکاو در مورد اثرات مواد که

به وسیله منابع اطلاعاتی اجتماعی، برای نمونه؛ تبلیغات تسهیل می‌شود، ممکن است منجر به تمایل فرد برای آزمایش مواد شود. همچنین ممکن است تصور در دسترس بودن و ایمن بودن مواد نیز اهمیت داشته باشد (۱۰۲). جوانانی که ارتباط متعارفی با هم سن و سال‌های خود دارند، هم سن و سال‌ها و والدین آن‌ها با یکدیگر ارتباط مثبتی دارند، در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، یا محیط خانوادگی دل‌پذیری دارند، احتمالاً بعید است که به مواد روی آورند.

◀◀ **مرحله سوم**

در مرحله سوم فرد یک فاز آزمایشی می‌شود که در آن نتایج مورد انتظار (مانند؛ تجربه لذت یا کاهش استرس یا اثرات منفی) عادات استفاده و تقویت فیزیولوژیکی شکل می‌گیرد. همچنین خاطرات معاشرتی یا معاشرت‌های ضمنی در رابطه با مواد نیز شروع به شکل‌گیری می‌کند (۷۱). نوجوانانی که از تجربه اولیه مواد لذت نمی‌برند، از نظر ذهنی برای ادامه مصرف تشویق نمی‌شوند. همچنین احتمال ادامه مصرف مواد برای نوجوانانی که در فعالیت‌های متعارف شرکت می‌کنند، مانند تیم‌های ورزش مدرسه نسبتاً کمتر است.

◀◀ **مراحل چهارم و پنجم**

در مرحله چهارم و پنجم فرد نوجوان، در نهایت به مصرف‌کننده‌ای مرتب (مثلاً به طور مرتب دست‌کم یک بار در هفته) و بزرگ‌سالی که به طور مرتب مصرف می‌کند (برای نمونه؛ مصرف هر روزه یا در دوره‌های پشت سر هم) تبدیل می‌شود. نوجوانانی که به سلامتی خود به عنوان یک دارایی با ارزش اهمیت می‌دهند، شخصیت اجتماعی قوی‌تری دارند، با تناوب کمتری مصرف می‌کنند و آن دسته که به دنبال مسیرهای اجتماع‌پسند و متعارف مقابله با مواد هستند، نسبت به کسانی که فاقد چنین ارزش‌ها و صفاتی هستند، احتمال بیشتری برای ترک مصرف دارند.

◀ نظریه عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده

عواملی که سبب افزایش احتمال مصرف مواد می‌شوند، عوامل خطر و به آنهایی که منجر به کاهش این احتمال می‌شوند، عوامل محافظت‌کننده گفته می‌شوند. عوامل خطر باعث ایجاد تمایل به مصرف



مواد در فرد می‌شود، ولی عوامل محافظت‌کننده عکس آن عمل می‌کند. شناسایی عوامل خطر و محافظت‌کننده یکی از مهم‌ترین مراحل در تعیین نحوه پاسخ فرد به مواد است، اگرچه مطالعات متعدد عوامل فردی و محیطی

تصویر ۲۴: عوامل محافظت‌کننده

را که به گونه‌ای نقش محافظت‌کننده یا خطرآفرین دارند، مشخص کرده است، ولی این عوامل جامع و مطلق نیستند (۱۰۳ و ۱۰۴)، چه بسا یک عامل برای یک فرد خطرآفرین و برای دیگری بی‌تأثیر باشد. خلاصه‌ای از عوامل خطر و محافظت‌کننده در جدول شماره ۲ آورده شده است (تصویر ۲۴ و ۲۵).



تصویر ۲۵: در دسترس بودن مواد یک عامل خطر اساسی محسوب می‌شود.

جدول ۲: عوامل خطر و محافظت‌کننده

اجزای الگوی سلامت عمومی	عوامل خطر	عوامل محافظت‌کننده
فردی	مهارت‌های اجتماعی ضعیف مشکلات فیزیکی و ذهنی کودکان بسیار وابسته (به والدین) اعتماد به نفس کم احساس ماجراجویی: تمایل به انجام کارهای مخاطره‌آمیز اجتماعی و فیزیکی برای تجربه کردن یک احساس جدید مواجهه زود هنگام با مواد داشتن والدین وابسته به مواد نداشتن اعتقادات مذهبی عدم علاقه به مدرسه، فرار از مدرسه فقدان موفقیت تحصیلی داشتن نظر مثبت به رفتارهای ناشی از مصرف مواد	مهارت‌های اجتماعی پسندیده همانند مهارت‌های زندگی (تصمیم‌گیری، حل مشکلات، مهارت‌های انطباق، مهارت‌های جمعی و بین‌فردی) داشتن شخصیت مستقل و توانایی انطباق با فشارهای روحی برخوردار بودن از شخصیت و خلق و خوی پسندیده (خوش‌بینی) احساس یگانگی و وحدت، بصیرت، توانایی ذهنی، اعتماد به نفس، زندگی هدفدار، اراده راسخ و ثبات قدم خوشحال بودن از رفتن به مدرسه موفقیت در مدرسه آرزوهای سالم
محیط	خانواده خانواده‌های از هم گسیخته به علت جدا شدن، طلاق یا مرگ والدین با فقدان مهارت‌های سرپرستی مصرف مواد توسط والدین، خواهر و برادر خشونت در خانواده و رانده شدن	علايق و دل‌بستگی‌ها تعلقات اجتماعی، دل‌بستگی‌های مثبت که سبب افزایش صمیمیت‌ها و عواطف می‌شود کم‌بودن اتفاقاتی که در زندگی سبب فشار روحی می‌شود

اجزای الگوی سلامت عمومی	عوامل خطر	عوامل محافظت‌کننده
محیط	محرومیت‌های شدید اقتصادی که منجر به عدم دسترسی به نیازهای اساسی همانند؛ مسکن، فرصت‌های تحصیلاتی و استفاده از خدمات سلامتی و اجتماعی می‌شود. جامعه فقدان فعالیت‌های تفریحی و سرگرمی عدم تقویت ارزش‌های دینی و فرهنگی رواج مصرف مواد مصرف مواد در هم‌سن‌وسالان نبود ارزش‌های مثبت در مدرسه عدم کفایت قوانین محرومیت‌های شدید اقتصادی (بیکاری بالا، نداشتن خانه و مسکن کافی و فراوانی جرم) در دسترس بودن مواد و ارزان بودن آن نبود محدودیت سنی برای خرید مواد	مهارت‌ها پایش و نظارت والدین فضای خانوادگی توأم با حمایت و صمیمیت مهارت‌های اثربخش والدین منابع کم‌نبودن مایحتاج زندگی درآمد کافی و مسکن منابع اجتماعی در دسترس بودن امور رفاهی و تفریحی در دسترس بودن خدمات اجتماعی و سلامتی در دسترس بودن فرصت‌های شغلی و توانایی بهبود وضعیت اقتصادی خدمات سلامتی و اجتماعی همسایگان خوب هنجارهای فرهنگی و مذهبی ارزش‌های مثبت و تقویت‌کننده هنجارها سیاست‌های مؤثر و اعمال قوانینی که دسترسی به مواد را محدود و توزیع آن را کنترل نماید، وضع مالیات و تعیین مکان‌هایی که مصرف مواد مطلقاً ممنوع باشد.

خلاصه‌ای از نظریات

عوامل متعددی در ایجاد انگیزه برای مصرف مواد نقش دارند. هیچ عامل یا متغیری به تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی این پرسش باشد که چرا بعضی افراد از مواد استفاده و برخی دیگر استفاده نمی‌کنند؟ نظریه‌های اصلی در مورد مصرف و سوءمصرف مواد را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: نظریه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی.

نظریه‌های زیست‌شناختی بر مبنای تفاوت‌های ذاتی بین افرادی که به مواد روی می‌آورند و کسانی که چنین گرایشی ندارند، می‌باشد. یکی از این نظریه‌ها ژنتیک است. پیشرفت‌هایی در مرتبط‌سازی ساختن استعداد ژنتیکی و اعتیاد به الکل ایجاد شده، اما ژنتیک تنها یک عامل در میان عوامل بسیار دیگر است. نظریه دیگر؛ علت سوءمصرف مواد را عدم تعادل متابولیک بیان می‌کند. ارائه‌دهندگان دوز نگه‌دارنده متادون چنین استدلال می‌کنند که؛ وقتی افرادی با عدم تعادل متابولیک شروع به مصرف هروئین می‌کنند، فرآیند فیزیولوژیکی در بدن آن‌ها آغاز می‌گردد که باعث می‌شود بدن آن‌ها «طلب» مواد داشته باشد و در نتیجه آن‌ها را در معرض اعتیاد به هروئین قرار می‌دهد. هیچ مدرک مطمئنی از این نظریه حمایت نمی‌کند، اما به نظر می‌رسد حفظ دوز متادون یکی از برنامه‌های درمانی باشد که اعتیاد به مواد و رفتار مجرمانه را کاهش می‌دهد.

نظریه‌های روان‌شناختی بر یکی از این سه عامل تمرکز دارند: تقویت مثبت و یا منفی و دو نظریه شخصیتی، یعنی شخصیت نابسند و مستعد مشکلات رفتاری. آیا مصرف‌کنندگان و سوءمصرف‌کنندگان از مواد دارای «شخصیت‌هایی نابسند» هستند؟ شخصیت افرادی که از مواد استفاده می‌کنند، بی‌شک از دیگران متفاوت است. با این حال، این تفاوت‌ها باید قبل از شروع مصرف ایجاد شده باشند، زیرا روابط اجتماعی با گروه‌های مصرف‌کننده به احتمال زیاد شخصیت فرد یا دست‌کم ارزش‌های او را تغییر می‌دهد. این نظریه‌پردازان استدلال می‌کنند؛ یکی از خصوصیات مشترک در گروه‌های منحرف و غیرمتعارف، خودباختگی یا به عبارتی؛ عزت‌نفس پایین است. در مقابل؛ نظریه‌پردازان دیگر استدلال می‌کنند؛

مصرف‌کنندگان، بعد از اعتیاد این کار را برای جلوگیری از علائم دردناک قطع مصرف هروئین ادامه می‌دهند. برخی دیگر نیز ادعا می‌کنند؛ ادامه مصرف به خاطر لذتی است که مصرف‌کنندگان از مواد تقویت‌کننده می‌برند. البته همه یا تقریباً همه افرادی که از مواد تقویت‌کننده استفاده می‌کنند، با این لذت روبرو می‌شوند، اما همه آن‌ها مصرف این مواد را ادامه نمی‌دهند. واضح است که عوامل دیگری نیز نقش دارند. دیدگاه «استعداد مشکل رفتاری» رویکرد نسبتاً متفاوتی به مصرف مواد دارد. احتمال روی آوردن به مواد در افرادی که دارای نوع خاصی از شخصیت و رفتار هستند، نسبت به دیگران بیشتر است. این موضوع را می‌توان از پیش با توجه به میزان عدم رعایت آداب و رسوم تشخیص داد: فردی که در یک زمینه از جریان اصلی ارزش‌ها و رفتارهای جامعه منحرف‌شده، ممکن است در سایر زمینه‌ها نیز منحرف شود (۱۰۵). مصرف‌کنندگان مواد از عرف جامعه بیگانه بوده و نسبت به آن دیدگاهی انتقادی دارند؛ سرکش‌تر، مستقل، تجربه‌پذیر، لذت‌طلب و خطرپذیر هستند، به گروه هم‌سن‌وسالان خود گرایش دارند و پیامدهای زندگی واقعی برای آن‌ها کمتر اهمیت دارد. شواهد بسیاری وجود دارد که ارتباط میان صفات، ارزش‌ها و رفتارهای حاکی از عدم رعایت آداب و رسوم و رد نهادهای اجتماعی و استفاده از مواد را نشان می‌دهد (۸۷). با این حال مشکل این جاست که؛ آیا این ویژگی‌های شخصیتی ماهیتی خرده‌فرهنگی دارند؟ جامعه‌شناسان ویژگی‌های شخصیتی را به عنوان ارزش‌های مشخص‌کننده محافل اجتماعی می‌دانند و منشأ آن‌ها را در گروه خرده‌فرهنگی می‌بینند. در مقابل، روان‌شناسان بر منشأ محرک‌های فکری فردی تأکید دارند. بعید است که این اختلاف به زودی حل شود، با این حال از نظر آماری تفاوت‌های قابل توجهی میان مصرف‌کنندگان مواد و افراد دیگر وجود دارد که به مصرف مواد ارتباط پیدا می‌کند و با بیشتر شدن مصرف مواد این تفاوت‌ها افزایش می‌یابد. از این رو نمی‌توان چنین تفاوت‌هایی را نادیده گرفت.

تمام دیدگاه‌های جامعه‌شناختی به مسئله مصرف و سوءمصرف مواد پرداخته‌اند: نظریه آنومی، نظریه کنترل اجتماعی و خودکنترلی، نظریه یادگیری و خرده‌فرهنگی، نظریه تعامل‌گزینشی/اجتماعی‌شدن و نظریه تضاد.

نظریه آنومی چنین توضیح می‌دهد که؛ ارتباط اجتماعی افراد به منظور موفقیت در خواسته‌ها، نیازها و انتظارات مادی خود است و زمانی که در دستیابی به موفقیت شکست می‌خورند، به مصرف مواد روی می‌آورند. آن‌ها در نتیجه این شکست به حالت خوشی و فراموشی ناشی از مواد پناه می‌برند. یکی از روش‌های انطباق با شکست در دستیابی به موفقیت از طریق روش قانونی و مشروع، رسیدن به موفقیت از طریق سازمان‌های غیرقانونی و نامشروع، مثلاً خریدوفروش مواد است.

نظریه‌پردازان کنترل اجتماعی چنین استدلال می‌کنند که؛ فعالیت‌های مجرمانه، منحرفانه و متخلفانه به خاطر فقدان یا ضعف پیوند یا انطباق با عرف جامعه است. نظریه‌پردازان خودکنترلی چنین استدلال می‌کنند که؛ بی‌کفایتی یا ضعف والدین منجر به خودکنترلی ضعیف در فرد می‌شود و این ضعف به صورت میل خودخواهانه لذت‌گرایی افراطی کوتاه‌مدت نمایان می‌شود.

مصرف مواد در محیطی گروهی آموخته و تقویت می‌شود. مصرف‌کنندگان آینده مواد با مصرف‌کنندگان فعلی در تعامل هستند و تعاریف مناسب در مورد تجربه مواد را می‌آموزند که تأثیر زیادی بر تجربیات و رفتار آینده آنان دارد. افراد می‌آموزند که چطور دود کنند، استنشاق کنند و یا تزریق کنند؟ چگونه آثار مواد را تشخیص داده و از آن لذت ببرند؟ چگونه از تأمین مواد مطمئن شده و چگونه مصرف خود را از جامعه متعارف مخفی نگه‌دارند؟ تمام این موارد بخشی از نکاتی است که در خرده‌فرهنگ مصرف‌کننده مواد آموزش داده می‌شود.

با این حال تفکرات خرده‌فرهنگی و تعامل به این پرسش نمی‌پردازند که؛ چرا برخی از افراد مواد مصرف می‌کنند و برخی دیگر نه؟ در

این‌جا باید از رویکرد تعامل‌گزینشی / اجتماعی‌شدن استفاده کرد. عوامل شخصیتی به ویژه استعداد مشکلات رفتاری باید با عوامل خرده‌فرهنگی و گروهی ترکیب شود. پس‌زمینه اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی، رفتاری، ارزشی و والدین؛ مشخص‌کننده کشش افراد جوان به یک‌دیگر است. (جذب‌شدن به محافل هم‌سن‌وسالان که ارزش‌ها و رفتار آن‌ها با شرایط و روحیات فرد سازگار است). زمانی که فرد به صورت‌گزینشی در چنین محافل یا گروهایی عضو می‌شود، احتمال مصرف مواد به سرعت افزایش می‌یابد. روابط اجتماعی افراد جوان از طریق محافل اجتماعی که در آن شرکت دارند، مطابق با ارزش‌های مطلوب برای مصرف مواد ایجاد می‌شود. هر قدر این ارزش‌ها سازگارتر و هر چه تعامل شدیدتر و متمرکزتر باشد، احتمال استفاده از مواد بیشتر می‌شود. علاوه بر این مشارکت در محافلی که از مواد استفاده می‌کنند، الگوهایی برای استفاده از مواد ارائه می‌کنند، در نتیجه در این‌جا تقلید نیز نقش دارد. برخلاف آنچه نظریه شخصیت نابسند تفسیر می‌کند، چنین نیست که نوجوانان به صورت مستقل و جادویی برای مشکل روانی که ممکن است داشته باشند، راه‌حلی ابداع کنند و سپس با عجله به دنبال یک ماده شیمیایی بروند تا آن مشکل را کاهش دهند. مصرف‌کنندگان آینده به این دلیل به مواد روی می‌آورند که دوستان آن‌ها مواد مصرف می‌کنند و آن را تأیید می‌کنند و به این دلیل که آن‌ها از هم‌سن‌وسال‌هایی که مصرف نمی‌کنند و فعالانه انگیزه مصرف را پایین می‌آورند، تقریباً جدا شده‌اند. با این حال همان‌طور که نظریه‌پردازان این دیدگاه تأکید می‌کنند؛ اهمیت ابعاد، عوامل و متغیرهای خاص به نسبت مراحل زندگی نوجوان، سابقه مصرف مواد و نوع مواد مصرفی تغییر می‌کند (۸۷ و ۱۰۶). پویایی یا نتیجه علی مصرف یا عدم مصرف مواد مختلف تا حدودی برای هر مرحله متفاوت است. در اوایل نوجوانی، آبحو و شراب مواد انتخابی هستند و در این‌جا عوامل مربوط به هم‌سن‌وسال‌ها، تنها یک برخورد ساده با گروهی از مصرف‌کنندگان برجسته‌ترین تأثیر را دارد. علاوه بر این والدین

الگویی برای مصرف الکل ایجاد می‌کنند و احتمال روی آوردن به الکل در فرزندان والدینی که الکل مصرف می‌کنند، بیشتر است. هشدارها برای عدم مصرف الکل در مورد نمونه‌های والدین تأثیر کمی داشته است. هنگامی که در یک گروه اجتماعی خاص، فرآیند روابط اجتماعی شکل گرفت، چنین روابط اجتماعی نوجوان را برای مصرف جدی‌تر مواد آماده می‌کنند. در ابتدا سیگار کشیدن و مشروبات قوی و کمی بعد ماری‌جوانا. در نوجوانان میان‌سال، ارزش‌ها و باورهای عمومی، به‌ویژه در مورد مواد نقش برجسته‌تری را نسبت به گروه هم‌سن‌وسالان ایفا می‌کند. در این مرحله تفاوت‌های شدید میان ارزش‌ها و سبک زندگی پیش‌بینی‌کننده استفاده از ماری‌جوانا هست و این تفاوت‌ها در نتیجه سطوح بالاتر استفاده و مشارکت افزایش می‌یابد (۱۰۷، ص ۲۰۸).

معمولاً مصرف‌کنندگان ماری‌جوانا نسبت به دیگران مشارکت کمتری در نقش‌ها، ارزش‌ها و فعالیت‌های متعارف دارند. در اواخر نوجوانی، ممکن است فرد از ماری‌جوانا به مواد خطرناک‌تر روی آورد. در این فرآیند تأثیر والدین، به‌ویژه از نظر میزان صمیمیت والدین با فرد نوجوان همانند؛ نمونه دوستی که الگویی برای مصرف مواد غیرقانونی ارائه می‌کند، بسیار اهمیت می‌یابد، حتی با وجود این که تأثیر تعمیم‌یافته هم‌سن‌وسالان رفته‌رفته کم‌رنگ می‌شود، چنین فرض می‌شود که در این زمان مشکلات روانی نقش برجسته‌ای دارند و پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد جدی‌تر و خطرناک‌تر از ماری‌جوانا می‌باشد. این مدل نشان می‌دهد که؛ توضیح مصرف مواد موضوع ساده‌ای نیست. عوامل متعددی نقش کلیدی دارند که هر کدام در یک سیستم منسجم یا الگوی علی جای می‌گیرد و هر کدام با توجه به زمان و مراحل زندگی فرد و مواد مورد بحث، نقشی نسبتاً متفاوت ایفا می‌کند. نمی‌توان هر نظریه ساده درباره مصرف مواد را جدی گرفت.

دیدگاه تضاد توجه ما را بر سطح «کلان» یا بزرگ مسئله علیت قرار می‌دهد؛ نیروهای ساختاری بزرگ‌تری بر مصرف، سوءمصرف یا فروش

مواد تأثیر گذاشته یا تعیین‌کننده آن هستند. تفاوت‌های موجود در کنترل منابع سیاسی و اقتصادی به ما کمک می‌کند تا درک کنیم، چرا احتمال روی آوردن اعضای برخی از جوامع و محله‌ها به مواد و قربانی شدن آن‌ها بیشتر است. تحولات اخیر به ویژه فروپاشی سطوح پایین طبقه کارگر، قطبی شدن اقتصاد و تشدید آشفتگی اجتماعی، سیاسی و اقتصادی در محله‌های فقیر روندهای همیشه موجود را تسریع کرده‌اند. در طول زمان، هم‌چنان که افراد فقیر، فقیرتر می‌شوند، جوامع آن‌ها به طور فزاینده‌ای از نظر سیاسی ناتوان‌تر می‌شود. دلالتان مواد در این جوامع جایگاه بیشتری به دست می‌آورند و ساکنان آن خرید و فروش مواد را یک گزینه شغلی جذاب می‌دانند.

سیاستمداران یاد گرفته‌اند که؛ می‌توان تقاضاهای رهبران چنین جوامعی را بدون هیچ پیامدی نادیده گرفت. زوال فیزیکی جامعه، افول اقتصادی ساکنان آن و کاهش نفوذ سیاسی همه در افزایش سوءمصرف مواد برخی از ساکنان این جوامع و نهادینه شدن خرید و فروش مواد در خیابان‌های آن نقش دارند. (نظریه تضاد تا حدی به نظریه آشفتگی اجتماعی وابسته است). طبیعتاً این رویکرد توضیح نمی‌دهد که؛ چرا برخی از اعضا برخلاف اکثریت اعضای چنین محله‌هایی به مصرف و یا خرید و فروش مواد روی می‌آورند؟ همانند اکثر نظریه‌های دیگر، نظریه تضاد نیز باید به کمک نظریه‌های دیگر تکمیل شود.

برخلاف استدلال برخی از نظریه‌پردازان (برای نمونه؛ ۱۰۸) اعتبار یک دیدگاه نظری به معنای ردّ دیگری نیست. هر دیدگاه بخشی از یک پدیده بزرگ و پیچیده را توضیح می‌دهد. هیچ نظریه‌ای در مورد مصرف یا سوءمصرف مواد نمی‌تواند به تنهایی هر آن‌چه را ممکن است بخواهیم در مورد موضوع مواد بدانیم، توضیح دهد. فرآیندهای کلان ممکن است با پدیده‌های خرد ارتباطی داشته یا نداشته باشند و برعکس توضیح اعتیاد به الکل هیچ اطلاعاتی در مورد اعتیاد به هروئین ارائه نمی‌کند؛ پرداختن به مصرف مواد به صورت آزمایشی هیچ اطلاعاتی در مورد وابستگی به

آن ارائه نمی‌کند؛ فرآیندهای خرده‌فرهنگی ممکن است در محرک‌های فکری اعمال شوند و مواردی از این دست. در تلاش برای پاسخ به «چرایی مصرف مواد» باید به جای دیدگاهی جزمی و محدود، رویکردی گسترده و التقاطی اتخاذ کرد.

منابع

1. Schmallegger F. Trial of the Century: People of the State of California v. Orental James Simpson. 1996.
2. Suzuki K, Matsushita S, Ishii T. Relationship between the flushing response and drinking behavior among Japanese high school students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1997;21(9):1726-9.
3. Wall TL, Thomasson HR, Schuckit MA, Ehlers CL. Subjective feelings of alcohol intoxication in Asians with genetic variations of ALDH2 alleles. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1992;16(5):991-5.
4. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, Van den Brink W. Pathological gambling: a comprehensive review of biobehavioral findings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2004;28(2):123-41.
5. Lessov CN, Swan GE, Ring HZ, Khroyan TV, Lerman C. Genetics and drug use as a complex phenotype. *Substance use & misuse*. 2004;39 (10-12):1515-69.
6. Schuckit MA. Biological, psychological and environmental predictors of the alcoholism risk: a longitudinal study. *Journal of studies on alcohol*. 1998;59(5):485-94.
7. Kolata G. Oncogenes give breast cancer prognosis. *Science*. 1987;235(4785):160-1.
8. Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*. 2001;24(2):97-129.
9. Bardo MT. Neuropharmacological mechanisms of drug reward: beyond dopamine in the nucleus accumbens. *Critical Reviews™ in Neurobiology*. 1998;12(1-2).
10. Berridge KC, Robinson TE. The mind of an addicted brain: neural sensitization of wanting versus liking. *Current Directions in Psychological Science*. 1995;4(3):71-6.
11. Di Chiara G. Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behavior and addiction. *Behavioural brain research*. 2002;137(1):75-114.
12. LeDoux JE. *Synaptic self: How our brains become who we are*: Penguin; 2003.
13. Wise RA. Cognitive factors in addiction and nucleus accumbens function: some hints from rodent models. *Psychobiology*. 1999;27(2):300-10.

14. Wise RA. Neurobiology of addiction. Current opinion in neurobiology. 1996;6(2):243-51.
15. Blum K, Noble EP, Sheridan PJ, Montgomery A, Ritchie T, Jagadeeswaran P, et al. Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. Jama. 1990;263(15):2055-60.
16. Noble EP, Blum K, Ritchie T, Montgomery A, Sheridan PJ. Allelic association of the D2 dopamine receptor gene with receptor-binding characteristics in alcoholism or gene ism. Archives of general psychiatry. 1991;48(7):648-54.
17. Delavari F, Shebani V, Nakhaee N. Maternal Separation and the Risk of Drug Abuse in Later Life. Addiction & Health Journal 2016. 2016.
18. Sussman S, Unger JB. A "drug abuse" theoretical Integration: A transdisciplinary speculation. Substance use & misuse. 2004;39(10-12):2055-69.
19. Tarter RE, Kirisci L, Mezzich A, Cornelius JR, Pajer K, Vanyukov M, et al. Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. American Journal of Psychiatry. 2003.
20. Kelley AE, Berridge KC. The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. The Journal of neuroscience. 2002;22(9):3306-11.
21. Peciña S, Berridge KC. Hedonic hot spot in nucleus accumbens shell: where do μ -opioids cause increased hedonic impact of sweetness? The Journal of neuroscience. 2005;25(50):11777-86.
22. Coombs RH. Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment: John Wiley & Sons; 2004.
23. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. Cerebral cortex. 2000;10(3):295-307.
24. Beer JS, Heerey EA, Keltner D, Scabini D, Knight RT. The regulatory function of self-conscious emotion: insights from patients with orbitofrontal damage. Journal of personality and social psychology. 2003;85(4):594.
25. London ED, Ernst M, Grant S, Bonson K, Weinstein A. Orbitofrontal cortex and human drug abuse: functional imaging. Cerebral cortex. 2000;10(3):334-42.
26. Rolls ET. The functions of the orbitofrontal cortex. Brain and cognition. 2004;55(1):11-29.

2. Bechara A, Damasio H. Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*. 2002;40(10):1675-89.
28. Bechara A, Dolan S, Hindes A. Decision-making and addiction (part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychologia*. 2002;40(10):1690-705.
29. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*. 2002.
30. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex*. 2000;10(3):318-25.
31. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J, Goldstein RZ. Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiology of learning and memory*. 2002;78(3):610-24.
32. McEwen BS. Sex, stress and the hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of aging*. 2002;23(5):921-39.
33. Dole VP. Addictive behavior. *Scientific American*. 1980.
34. Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *Jama*. 1965;193(8):646-50.
35. Dole VP, Nyswander ME. Heroin addiction—a metabolic disease. *Archives of internal medicine*. 1967;120(1):19-24.
36. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2003;27(1):33-44.
37. Cicchetti D, Rogosch FA. The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and psychopathology*. 2001;13(04):783-804.
38. Fishbein D. The importance of neurobiological research to the prevention of psychopathology. *Prevention Science*. 2000;1(2):89-106.
39. McAuliffe WE, Gordon RA. Reinforcement and the combination of effects: summary of a theory of opiate addiction. *NIDA research monograph*.

1980;30:137.

40. Sells S. Opioid Dependence: Mechanisms and Treatment. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1984;172(2):109.

41. Bejerot N. Addiction to pleasure: a biological and social-psychological theory of addiction. NIDA research monograph. 1980;30:246.

42. McAuliffe WE, Gordon RA. A test of Lindesmith's theory of addiction: The frequency of euphoria among long-term addicts. American Journal of Sociology. 1974;795-840.

43. Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. Psicologia educacional: Interamericana; 1980.

44. Wurmser L. Phobic core in the addictions and the paranoid process. International journal of psychoanalytic psychotherapy. 1979;8:311-35.

45. Kaplan H. Beyond Society: The Idea of Community in Classic American Writing. Social Research. 1975:204-29.

46. Kandel D, Davies M. Friendship networks, intimacy, and illicit drug use in young adulthood: A comparison of two competing theories*. Criminology. 1991;29(3):441-69.

47. Goode E. The heavy cost of chronic stress. New York Times. 2002;17.

48. Sunstein CR, Thaler RH. Libertarian paternalism is not an oxymoron. The University of Chicago Law Review. 2003:1159-202.

49. Jessor R. Marijuana: A review of recent psychosocial research. Handbook on Drug Abuse Washington, DC: National Institute on Drug Abuse. 1979;337:355.

50. Robins J. The lost children: A study of charity children in Ireland, 1700-1900: Institute of Public Administration; 1980.

51. Smith GM, Fogg CP, Simmons R. Psychological antecedents of teenage drug use. Research in community and mental health: An annual compilation of research. 1979;1:87-102.

52. Jessor R, Jessor S. A social-psychological framework for studying drug use. NIDA research monograph. 1980;30:102.

53. Sussman S, Dent CW, Galaif ER. The correlates of substance abuse and dependence among adolescents at high risk for drug abuse. Journal of Substance Abuse. 1997;9:241-55.

54. Marlatt G, Gordon J. Relapse Prevention: Maintenance strategies in addictive behaviour change. New York, NY: Guilford. 1985.
55. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. Journal of Substance Abuse Treatment. 1991;8(4):277-91.
56. Kushner MG, Sher KJ. Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history of alcoholism. Addictive behaviors. 1993;18(5):543-52.
57. Newcomb M, Earleywine M. Intrapersonal Contributors to Drug Use The Willing Host. American Behavioral Scientist. 1996;39(7):823-37.
58. Johnson VE. I'll quit tomorrow: A practical guide to alcoholism treatment (Rev. ed.). New York: Harper & Row Kurtz, E(1979) Not-od: Ahisto of alcoh
lics anon mous Center City, MN: Hazelden Kurtz, E(1982) Why AA works:
The intellectual significance of alcoholics anonymous Journal of fitudies on
Alcohol. 1980;43(1):38-80.
59. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. American journal of Psychiatry. 1985;142(11):1259-64.
60. Markou A, Kosten TR, Koob GF. Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. Neuropsychopharmacology. 1998;18(3):135-74.
61. Uhlenhuth E, Johanson C, Kilgore K, Kobasa S. Drug preference and mood in humans: preference for d-amphetamine and subject characteristics. Psychopharmacology. 1981;74(2):191-4.
62. Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. American Journal of Public Health. 1987;77(2):178-82.
63. Henry B, Feehan M, McGee R, Stanton W, Moffitt TE, Silva P. The importance of conduct problems and depressive symptoms in predicting adolescent substance use. Journal of abnormal child psychology. 1993;21(5):469-80.
64. Swanson J, Linskey A, Quintero-Salinas R, Pumariega A, Holzer C. Depressive symptoms, drug use and suicidal ideation among youth in the Rio Grande Valley: A binational school survey. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992;31(4):669-78.

65. Teichman M, Barnea Z, Ravav G. Personality and substance use among adolescents: a longitudinal study. *British journal of addiction*. 1989;84(2):181-90.
66. Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking: Cambridge university press; 1994.
67. Ames SL, Zogg JB, Stacy AW. Implicit cognition, sensation seeking, marijuana use and driving behavior among drug offenders. *Personality and Individual Differences*. 2002;33(7):1055-72.
68. Zuckerman M, Ball S, Black J. Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal, and situational motivation on smoking. *Addictive behaviors*. 1990;15(3):209-20.
69. Donohew L, Zimmerman R, Cupp PS, Novak S, Colon S, Abell R. Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: Implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and individual differences*. 2000;28(6):1079-91.
70. McCoul MD, Haslam N. Predicting high risk sexual behaviour in heterosexual and homosexual men: The roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and individual differences*. 2001;31(8):1303-10.
71. Stacy AW, Ames SL, Grenard JL. Word association tests of associative memory and implicit processes: Theoretical and assessment issues. *Handbook of implicit cognition and addiction*. 2006:75-90.
72. Bardo MT, Donohew R, Harrington NG. Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. *Behavioural brain research*. 1996;77(1):23-43.
73. Piazza PV, Deminière J-M, Le Moal M, Simon H. Factors that predict individual vulnerability to amphetamine self-administration. *Science*. 1989;245(4925):1511-3.
74. Simon TR, Stacy AW, Sussman S, Dent CW. Sensation seeking and drug use among high risk Latino and Anglo adolescents. *Personality and Individual Differences*. 1994;17(5):665-72.
75. Earleywine M, Finn PR. Sensation seeking explains the relation between behavioral disinhibition and alcohol consumption. *Addictive behaviors*. 1991;16(3-4):123-8.
76. de Wit H, Richards JB, editors. Dual determinants of drug use in humans: reward and impulsivity. 50th Nebraska Symposium on Motivation,

Mar, 2002, University of Nebraska, Lincoln, NE, US; Presented at the aforementioned symposium; 2004: University of Nebraska Press.

77. Fillmore MT. Drug abuse as a problem of impaired control: current approaches and findings. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews. 2003;2(3):179-97.

78. Jessor R, Chase JA, Donovan JE. Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. American Journal of Public Health. 1980;70(6):604-13.

79. Barber B, Merton RK. Social stratification 1957.

80. Cloward RA, Ohlin LE, Fyvel T. Delinquency and Opportunity. A theory of delinquent gangs. JSTOR; 1962.

81. Lindesmith AR, Gagnon J. Anomie and drug addiction. Anomie and deviant behavior. 1964:158-88.

82. Preble E, Casey JJ. Taking care of business—the heroin user's life on the street. International journal of the addictions. 1969;4(1):1-24.

83. Adler F, Laufer WS. The legacy of anomie theory. New Brun. 1995.

84. Messner SF, Rosenfeld R. Political restraint of the market and levels of criminal homicide: A cross-national application of institutional-anomie theory. Social Forces. 1997;75(4):1393-416.

85. Hirschi T, Stark R. Hellfire and delinquency. Social Problems. 1969:202-13.

86. Johnson BD. Toward a theory of drug subcultures. NIDA research monograph. 1980;30:110-9.

87. Kandel DB. Developmental stages in adolescent drug involvement. NIDA research monograph. 1980;30:120-7.

88. Kandel D. Adolescent marijuana use: Role of parents and peers. Science. 1973;181(4104):1067-70.

89. Currie E. Shifting the balance: On social action and the future of criminological research. Journal of research in crime and delinquency. 1993;30:478-.

90. Levine HG, editor Just Say Poverty: What Causes Crack and Heroin Abuse. Talk presented for a plenary session on Drugs and the Underclass for the Drug Policy Foundation Annual Meeting, Washington, DC, November;

1991.

91. Cassidy JF. Review: Receiver function studies in the southern Canadian Cordillera. *Canadian Journal of Earth Sciences*. 1995;32(10):1514-9.

92. Akbarsha M, Manivannan B, Hamid KS, Vijayan B. Antifertility effect of *Andrographis paniculata* (Nees) in male albino rat. *Indian journal of experimental biology*. 1990;28(5):421-6.

93. Johnson BD, Elmoghazi E, Dunlap E, editors. Crack abusers and noncrack drug abusers: A comparison of drug use, drug sales, and nondrug criminality. Annual Meeting of the American Society of Criminology, Baltimore, MD, November; 1990.

94. Goode JG, Maskovsky J. New poverty studies: The ethnography of power, politics, and impoverished people in the United States: NYU Press; 2001.

95. Egger G. Health, "illth," and economic growth: medicine, environment, and economics at the crossroads. *American journal of preventive medicine*. 2009;37(1):78-83.

96. Minkler M, Wallace SP, McDonald M. The political economy of health: A useful theoretical tool for health education practice. *International Quarterly of Community Health Education*. 1994;15(2):111-25.

97. Wills TA, Pierce JP, Evans RI. Large-scale environmental risk factors for substance use. *American Behavioral Scientist*. 1996;39(7):808-22.

98. Flay BR, d'Avernas JR, Best JA, Kersell MW, Ryan KB. Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. *Pediatric and adolescent behavioral medicine*. 1983;10:132-83.

99. Leventhal H, Cleary PD. The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological bulletin*. 1980;88(2):370.

100. Sussman S, Dent CW, Mestel-Rauch J, Johnson CA, Hansen WB, Flay BR. Adolescent Nonsmokers, Triers, and Regular Smokers: Estimates of Cigarette Smoking Prevalence: When Do Overestimations Occur and by Whom? 1. *Journal of Applied Social Psychology*. 1988;18(7):537-51.

101. Coombs RH, Howatt WA. The addiction counselor's desk reference: John Wiley & Sons; 2005.

102. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring

the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2004. Volume II: College Students & Adults Ages 19-45, 2004. National Institutes of Health. 2005.

103. Jadidi N, Nakhaee N. Etiology of drug abuse: a narrative analysis. Journal of addiction. 2014;2014.

104. Nakhaee N, Jadidi N. Why do some teens turn to drugs? a focus group study of drug users' experiences. Journal of Addictions Nursing. 2009;20(4):203-8.

105. Robins LN, Davis DH, Wish E. Detecting predictors of rare events: Demographic, family, and personal deviance as predictors of stages in the progression toward narcotic addiction. The origins and course of psychopathology: Springer; 1977. p. 379-406.

106. Kandel DB, Andrews K. Processes of adolescent socialization by parents and peers. International Journal of the Addictions. 1987;22(4):319-42.

107. Kandel DB, Logan JA. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. American journal of public health. 1984;74(7):660-6.

108. Gottfredson MR, Hirschi T. A general theory of crime: Stanford University Press; 1990.