

جامعه شناسی اعتیاد

مهدی اختر محقق

The Sociology of Addiction

Mehdi Akhtar Mohagheghi



ISBN: 964-06-5606-2



9 789640 656068

جامعه شناسی اعتیاد

مهدی اختر محقق

اطلاعات کتاب شناسی

اختر محققى ، مهدى ، ۱۳۵۸
جامعه شناسى اعتياد / نویسنده مهدى اختر محققى. - تهران : مهدى اختر محققى ، ۱۳۸۵ .
۱۰۶ ص .

ISBN: 964-06-5606-2

۱۰۰۰۰ ریال

فهرست نویسى بر اساس اطلاعات فیپا.

پشت جلد به انگلیسى:

The Sociology Of addiction
Mehdi Akhtar Mohagheghi

کتابنامه.ص ۱۰۳- ۱۰۶

۱. اعتياد .

۳۶۲/۲۹۳

HV ۸۵۰۱ / الف ۳۳ ج ۲

۳۵۸۶۶ - ۸۵ م

کتابخانه ملی ایران

ISBN : 964-06-5606-2

شابک: ۹۶۴-۰۶-۵۶۰۶-۲

عنوان : جامعه شناسى اعتياد

تالیف : مهدى اختر محققى

ناشر : مولف

تاریخ انتشار : ۱۳۸۵

نوبت چاپ : اول

تیراژ : ۱۰۰۰ نسخه

قیمت : ۱۰۰۰۰ ریال

info@akhtar.ir

ارتباط با مولف :

کلیه حقوق چاپ و نشر محفوظ می باشد .

فهرست مطالب

۷	پیشگفتار
۹	فصل اول : مبانی اعتیاد
=====	
۱۱	تاریخچه اعتیاد به مواد مخدر
۱۱	مواد مخدر در جهان
۱۲	تاریخچه مصرف مواد مخدر در ایران
۲۳	اعتیاد
۲۷	معتاد
۲۸	ماده مخدر
۲۹	نحوه ورود و توزیع مواد مخدر در ایران
۳۱	روشهای مصرف مواد مخدر و سرعت تاثیر آن در بدن
۳۱	آثار موادمخدر بر بدن
۳۵	فصل دوم : انواع مواد روان گردان
=====	
۳۷	تریاک
۴۰	کدئین
۴۱	مرفین
۴۳	هروئین
۴۵	پاپاورین
۴۵	پتیدین
۴۵	متادون
۴۷	نورجیزک
۴۹	شاهدانه هندی
۵۱	ماری جوانا
۵۲	حشیش

۵۳	بڼگ
۵۳	تی. اچ. سی
۵۳	دوغ وحدت
۵۴	کوکا
۵۴	کوکائین
۵۵	کراک
۵۵	ال اس دی
۵۶	کتامین
۵۶	قارچ ها
۵۷	جی اچ بی
۵۷	استروئیدها
۵۷	پی سی پی
۵۷	اکسی کنتین
۵۸	دی ام تی
۵۸	آمفی تامین
۵۸	شیشه یا کریستال
۵۹	اکستاسی
۶۰	توتون و تنباکو
۶۱	ناس
۶۱	خات
۶۱	کراتم
۶۲	پان
۶۲	مسکالین
۶۳	کافئین
۶۳	چسب و مواد فرار (مواد استنشاقی)
۶۴	الکل

۷۱	ابعاد اعتیاد
۷۱	علل اعتیاد به مواد مخدر
۷۲	نظرات جامعه شناسی
۷۳	نظریه ناهماهنگی در سازمان اجتماعی
۷۴	نظریه انحراف از هنجارها
۷۴	نظریه برچسب
۷۵	نظریه ستیز ارزشها
۷۵	کوزر و ساگارین
۷۶	فریمان و اسکات
۷۶	فاین استون
۷۷	دورکیم
۷۸	پرو
۷۹	داوید سون
۷۹	مرتون
۸۱	نظریه روان شناسان اجتماعی
۸۲	روان نژندی
۸۳	روان پریشی
۸۳	آبراهام مازلو
۸۳	لمبروزو
۸۴	آیزینگ
۸۵	فروید
۸۵	دلایل گسترش مواد مخدر در جهان
۹۳	خانواده و اعتیاد به مواد مخدر
۹۵	طبقه اجتماعی و مواد مخدر
۹۶	عواقب و پیامدهای اجتماعی اعتیاد

پیشگفتار

اعتیاد به مواد مخدر یکی از بزرگترین معضلاتی است که تمامی کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند. تجارت مواد مخدر به قدری پرسود است که مافیای مواد مخدر در تمامی دنیا ریشه دوانده است.

ایران به عنوان کشوری که در همسایگی خود بزرگترین تولید کنند تریاک دنیا وجود دارد بیش از تمامی کشورهای جهان از این بابت زیان می بیند چرا که هم به عنوان ترانزیت مواد مخدر از آن استفاده می شود و هم به علت همجواری با افغانستان راحتتر از سایر کشورها مواد مخدر به داخل آن راه می یابد.

متأسفانه در چند سال اخیر مصرف مواد مخدر از سمت مواد مخدر سنتی مانند تریاک و یا حشیش به سمت مواد مخدر صنعتی کشیده است، که این امر سبب کاهش قیمت و همچنین دسترسی آسانتر اقشار مختلف جامعه به آن می گردد. این مواد به قدری خطرناک هستند که گاهی فرد با مصرف حتی یکبار آنها به آن مواد معتاد می گردند. در این کتاب سعی شده است که به توصیف اعتیاد از زاویه جامعه شناسی پرداخته شود. همچنین اسامی و توضیح مختصری از مواد روان گردانی که در بازار مصرف در زمان نگارش این کتاب موجود بوده، اشاره شده است. چه بسا که در سالهای آینده مواد مخدر جدیدی به بازار عرضه گردد مانند شیشه که تا چند سال پیش این ماده در بازار مصرف وجود نداشته است.

مهدی اختر محقق

فصل اول مباني اعتياد

فصل دوم

انواع مواد روان گردان

فصل سوم
نظرات جامعه شناسي
پیرامون اعتیاد

The Sociology of Addiction

Mehdi Akhtar Mohagheghi

تاریخچه اعتیاد به مواد مخدر

بشر از ۷ هزار سال قبل از وجود یک ماده مخدر قوی در خشخاش آگاه بوده و در لوحه های گلی مکشوفه متعلق به ۵ هزار سال قبل از میلاد که از سومریان باقی مانده از تریاک نام برده شده است. در مصر نیز خشخاش کشت می شده است، در حدود ۴ هزار سال قبل کشیدن تریاک در چین رایج بوده است و در ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد تخم خشخاش از مصر به یونان برده شد و کشت خشخاش و کشیدن تریاک رواج یافت. در کتاب اوستا از گیاه شاهدانه هندی به عنوان یک ماده بی حس کننده نام برده شده است.

مواد مخدر در جهان

در حالیکه مبارزه جهانی علیه مواد مخدر افزایش یافته و دولتها و سازمانهای غیر انتفاعی هر روز حلقه این مبارزه را تنگ تر می کنند، سوداگران مرگ با بهره گیری از علوم و تغییرات مختلف در شکل و شیوه عرضه مواد مخدر، جهان را با مخاطرات جدی روبرو ساخته اند. جدیدترین تحرک باندهای ساخت و عرضه مواد افیونی، تهیه و تولید اشکال جدیدی از محرکهای بسیار قوی است که می تواند استفاده کننده را با مرگ مواجه سازد.

یکی از نمونه های بسیار شناخته شده اینگونه مواد اکستازی نام دارد. از زمانیکه شخص اکستازی را مصرف می کند سی تا چهل و پنج دقیقه طول می کشد تا تاثیرات شادی بخش و بعضی مواقع مرگ آور آن را تجربه کند. پژوهشگران اعلام کرده اند یک ساعت بعد از استفاده فرد به بالاترین سطح نشئگی می رسد. اگر این فرد مثل سایر مصرف کنندگان باشد. بدون هیچ دلیل خاصی احساس شادی و شغف بسیار زیادی به وی دست می دهد.

در حالیکه وجود انواع و اقسام مواد محرک را مانند : ال-اس - دی، شیشه و اکستازی امروزه جامعه را با یک خطر جدی و جدید مواجه ساخته است.

طبق گزارش جهانی سازمان ملل در سال ۲۰۰۴ تعداد ۱۳ میلیون نفر کوکائین و ۱۵ میلیون نفر معتاد به هروئین، مرفین و تریاک هستند و بر مصرف ترین ماده حشیش است که ۱۵۰ میلیون

نفر از مردم جهان این ماده را مصرف می‌کنند و پس از آن، محرک‌های نوع آمفتامین ۳۸ میلیون مصرف‌کننده دارد که ۸ میلیون نفر از آنها اکستازی مصرف می‌کنند.

مواد کشف شده بر اساس واحدهای مصرفی طبق گزارش جهانی مواد مخدر افزایش شدیدی داشته است به طوری که کشفیات از ۱۴ میلیارد دوز در سال ۱۹۹۰ به ۲۶ میلیارد دوز در سال ۲۰۰۰ رسیده است. هر چند در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲ نشانه‌هایی از ثبات در این روند به چشم می‌خورد. بیشترین میزان کشفیات از لحاظ میزان دوز مصرف در قاره آمریکا بوده است (۱۰/۴ میلیارد دوز) که به دنبال آن اروپا (۷/۴) آسیا (۵/۵) آفریقا (۲/۴) و اقیانوسیه (۰/۸) قرار دارند.

بر اساس همین گزارش تولید جهانی تریاک که از آن هروئین به دست می‌آید از اوایل دهه ۱۹۹۰ همچنان در حد ۴۰۰۰ تا ۵۰۰۰ تن با ثبات باقی مانده است اما به طور روز افزونی در افغانستان تمرکز پیدا کرده است.

در سال ۱۳۸۰ بیش از ۵۴ درصد از کشفیات موادمخدر جهان در ایران بود که انبار ۷۶ درصد تریاک، ۱۹ درصد هروئین و مروفین و ۵ درصد حشیش جهان معرفی شده است. گردش مالی مواد مخدر در جهان، سالانه به یک‌هزار و ۶۰۰ میلیارد دلار می‌رسد که ۵۰۰ میلیارد دلار آن، سود مافیای مواد افیونی است.

آمار رسمی در جهان بیانگر وجود ۲۳۰ میلیون معتاد و ۱۰ میلیون نفر قاچاقچی در جهان است که آمار واقعی آن بسیار بیشتر از این رقم است. تولید ۸۵ درصد مواد افیونی جهان در افغانستان، ایران را آسیب‌پذیرترین کشور در این زمینه کرده است. اکنون مواد مخدر طبیعی در ۱۲ نوع در جهان تولید می‌شود، اما موادمخدر صنعتی که آثار منفی ویران‌کننده‌تری دارد، در ۱۵۰۰ نوع تولید می‌شود.

تاریخچه مصرف مواد مخدر در ایران

سابقه دیرین استعمال مواد مخدر در ایران و بسیاری از کشورهای آسیایی به هزاران سال قبل می‌رسد. حشیش به صور گوناگون، به طور استنشافی یا خوراکی، خالص و یا مخلوط با مواد

دیگر مصرف می شده است. خوردن جوشانده گرز خشخاش نیز بعنوان دارو تا سالهای اخیر ادامه داشته است. لیکن استعمال تریاک به کمک وافور پدیده نسبتاً جدیدی است که سابقه آن از یکی دو قرن تجاوز نمی کند. در یکصد سال گذشته تریاک در ایران بواسطه تفریح و یا فرورفتن در حالات خلسه مورد استفاده قرار گرفته است. نزد کرمانیها، اصفهانیها و قشقاییها در شیراز و نزد کردها و آسوری ها در استانهای غربی وافور (وسیله استعمال تریاک) متعلق به افراد مسن بوده است. در مناطق مختلف کشور مواد مخدر و عمدتاً تریاک و حشیش به عمل می آمده و در داخل کشور مصرف می شده است.

از دوره رضا خان، دولت انحصار تجارت تریاک در داخل را به عهده گرفت و تدریجاً با افزایش جمعیت و تغییر ساختار اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی ایران در دهه های ۳۰ تا ۵۰ و افزایش درآمدها، ورود مظاهر فرهنگ غربی، تخلیه روستاها و گسترش شهرنشینی و حاشیه نشینی و سایر عوامل، مسئله مواد مخدر در ایران به طور ویژه شکل گرفت.

نگاهی به قیمت تریاک نشان می دهد که بعد از افغانستان ارزانترین بازار فروش این ماده در جهان و حتی منطقه، ایران است. در سال ۲۰۰۱ در حالیکه قیمت یک کیلو تریاک در عربستان سعودی ۱۳۳۳۰۰ دلار است، این قیمت در ایران تنها حدود ۱۰۰۰ دلار و حتی کمتر بوده است. بخش قابل ملاحظه ای از معتادین را مهاجرین افغانی یا مهاجرین دوران جنگ میان ایران و عراق که در حاشیه شهرها اسکان دارند تشکیل می دهند. آنها در پائین ترین سطح جامعه زندگی کرده و از کمترین خدمات اجتماعی برخوردارند و بهمین دلیل هم مورد تهاجم خطر اعتیاد قرار گرفته اند. استانهای خراسان، سیستان و بلوچستان و همچنین کرمان منطقه جغرافیایی با بالاترین درجه وابستگی به مواد مخدر می باشد. ۷۰ درصد صدمات اجتماعی نظیر طلاق حاصل اعتیاد خانواده می باشد. یکی از زمینه های اصلی کشش بسوی اعتیاد، بگفته کارشناسان وضعیت بی سرانجام جوانان است.

در تحقیقی که توسط سازمان ملی جوانان انجام شده نتایج زیر بدست آمده است.

این تحقیق که بر روی ۷۵۰۰۰ جوان چهارده تا نوزده ساله ساکن در مراکز استانهای سراسر کشور توسط سازمان ملی جوانان انجام شده نشان دهنده آن است که ۳۶ درصد جوانان از

نظر قدرت و امید به زندگی دچار مشکل هستند، ۴۲ درصد آنان اعتماد و عزت به نفس کافی ندارند، ۵۱ درصد دچار معضل روانی اضطراب و ۵۴ درصد آنان دچار سطوحی از افسردگی هستند. همچنین ۵۳ درصد جوانان دارای روحیه پرخاشگری، ۵۵ درصد خشم نهفته، ۴۴ درصد روحیات ضد اجتماعی، ۶۰ درصد درونگرایی و ۲۷/۵ درصد در معرض اعتیاد هستند. همچنین به گزارش سازمان ملی جوانان آستانه تحمل جوانان دائماً در حال کاهش است.

تریاک در افغانستان در نواحی عشایری به خصوص در بدخشان کشت می شود. قاچاقچیان با استفاده از شتر و یا پیاده از مرز عبور می کنند.

طول مرز ایران با افغانستان جمعاً در حدود ۹۰۰ کیلومتر است که قسمت اعظم آن با استان خراسان همجوار می باشد. وسعت منطقه و کثرت نقاطی که قاچاقچیان می توانند از آن عبور کنند به دشواری کادر مبارزه با قاچاق مواد مخدر می افزاید.

آسیب پذیرترین قسمت مرز در طول سلسله جبال واقع در جنوب و شمال تربت جام است. اکثر قاچاقچیان افغانی مسلح و بی باک هستند و چون مامورین دولت افغانستان ممانعتی به عمل نمی آورند در نتیجه عبور از مرز نسبتاً به آسانی انجام می گیرد.

عده ای از قاچاقچیان افغانی نیز از طریق پاکستان وارد ایران می شوند. بعضی از اهالی مرزنشین مخصوصاً ساکنین شهرهای تربت جام، بیرجند و زابل که ۱۸ کیلومتر با مرز افغانستان فاصله دارد و زاهدان که در حدود ۱۹ کیلومتری مرز پاکستان است معتاد به تریاک بوده و با قاچاقچیان همکاری می نمایند که امر مبارزه با مواد مخدر را مشکل تر می سازد.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی و سقوط رژیم سلطنتی طبق ماده لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تامینی و درمانی مصوب ۱۹ خرداد ۱۳۵۹ شورای انقلاب اسلامی، کلیه قوانین و مقررات مربوط به منع کشت خشخاش و استعمال مواد مخدر و مجازات مرتکبین جرائم راجع به مواد مذکور به استثنای تصویب نامه مورخ مردادماه ۱۳۳۸ راجع به فهرست مواد مخدر ملغی گردید و طبق مواد، ۲ و ۷ و ۱۱ قانون مذکور برای کشت خشخاش، وارد کننده، فروشنده، مخفی کننده، دایر کننده محل، در

صورت تکرار جرم و حامل بیش از یک کیلو تریاک و ۵ گرم مواد مخدر (هروئین، مرفین، کوکائین و مواد مخدر شیمیایی و صنعتی) مجازات اعدام پیش بینی شد.

سده‌های پیشین

مصرف مواد در ایران سابقه‌ای طولانی دارد و گیاهانی که تریاک و حشیش از آنها بدست می‌آیند از گیاهان بومی ایران بوده‌اند. به نظر می‌رسد اقوام ساکن فلات ایران با خواص روانگردان و دارویی این مواد آشنایی داشته‌اند. برای مثال طبق نوشته هرودوت، سکاها که از اقوام آریایی بودند از نوعی حمام بخار بنگ (حشیش) به عنوان جزئی از مراسم عزاداری استفاده می‌کردند. در پارسی کهن به تریاک ابیون می‌گفتند که افیون معرب آن است خواص خواب‌آور و ضد درد تریاک توسط دانشمندان مسلمان ایرانی مانند محمد زکریای رازی و ابوعلی سینا توصیف شده است. اما شواهد مربوط به سوء مصرف آن در موارد غیر پزشکی بسیار نادر است. ابوریحان بیرونی ظاهراً اولین دانشمند ایرانی است که به خاصیت اعتیادآور افیون اشاره کرده است. ولی شیوع ناگهانی سوء مصرف تریاک و حشیش در دوره صفویه رخ داد. در گذشته مواد مخدر و به ویژه تریاک جهت کاهش اضطراب بزرگان و رجال به کار می‌رفت و سپس میان قشرهای مختلف مردم رواج یافت تا آنجا که گسترش روزافزون و نگران‌کننده مواد افیونی شاه طهماسب اول را واداشت تا مبارزه‌ای جدی با اعتیاد و مواد مخدر آغاز کند. وی مقدار زیادی از تریاکهای سلطنتی را از بین برد و مبلغی نزدیک به ۵۰۰ تومان به دارایی دربار خود زیان وارد ساخت. پس از او شاه عباس این مبارزه را ادامه داده و مردم را از زیانهای تریاک آگاه کرد. وی برای کسانی که مبادرت به ترک اعتیاد نمی‌نمودند مقرراتی وضع کرده و متخلفان را به مجازات می‌رساند. وی برای اولین بار کارکنان دربار را به ترک اعتیاد وادار نمود و افرادی را که موفق به ترک اعتیاد نمی‌شدند از کار برکنار می‌کرد این اقدامات نه تنها در کاهش مصرف تریاک تاثیر نداشت بلکه روزه‌روز مصرف آن گسترش یافت در این دوران مکانهای مخصوصی به نام کوکنار خانه وجود داشته که به منظور کیف و نشئه، خشخاش را جوشانده و آب آن را می‌نوشیدند.

شواهد تاریخی مربوط به دوره قاجاریه، از شیوع سوءمصرف تریاک غالباً به صورت بلعیدن و گاهی هم به صورت دودکردن، در میان طبقات مختلف جامعه ایرانی حکایت می‌کند. اما سوءمصرف مشتقات شاهدانه هندی (حشیش) ظاهراً به طبقات خاصی محدود بود. در این دوره منبع اصلی تأمین حشیش افغانستان بود به طوری که بعد از جدا شدن هرات از ایران و پناهنده شدن عده‌ای از افغانی‌های هراتی به تهران، خرید و فروش و مصرف آن در این شهر افزایش یافت.

کشت خشخاش قبل از مشروطیت در ایران رواج داشته و محصول تریاک در سال ۱۲۸۱ حدود ۱۲ میلیون کیلوگرم برآورده شده است. کشت خشخاش و تولید و فروش آن در داخل و صدور آن به خارج از کشور شیوع داشته و تریاک مانند اجناس دیگر در مغازه‌ها خرید و فروش می‌شد.

کشت خشخاش و تولید داخلی تریاک در قرن هجدهم و نیمه اول قرن نوزدهم میلادی، بیشتر به منظور پاسخ گفتن به تقاضای روزافزون مصرف‌کنندگان داخلی بود. اما از نیمه دوم قرن نوزدهم میلادی کشت تریاک به عنوان یک محصول قابل صدور و ارزآور مورد توجه قرار گرفت. دلیل این موضوع را باید در افول تولید و صدور ابریشم، نیاز فزاینده کشور به ارز خارجی برای پرداخت بهای کالاهای جدید خریداری شده از غرب و نیز افزایش ناگهانی تقاضا برای تریاک در سطح جهانی به دنبال «جنگهای تریاک» و باز شدن اجباری دروازه‌های چین بر روی تریاک جستجو کرد. در شرایط بین‌المللی آن روز که صدور یا مصرف تریاک، نه در ایران و نه در اروپای آن زمان، ممنوع یا مکروه شمرده نمی‌شد، ایران با زحمت زیاد توانست اجازه صدور تریاک را به هندوستان از دولت انگلیس بگیرد. در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم ایران یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی تریاک محسوب می‌شد.

البته قسمت زیادی از تریاک تولیدی در داخل مملکت مصرف می‌شد و کل اقتصاد کشور نیز به تولید و صدور تریاک وابستگی پیدا کرده بود. اما با ظهور نهضت مشروطه و بیداری ایرانیان، عده‌ای از رهبران ملی و مذهبی مبارزه جدی با مصرف تریاک را وجهه همت خود قرار دادند. لیکن گرفتاری‌های سیاسی و وابستگی شدید اقتصاد کشور به ارز حاصل از

صادرات تریاک، هرگونه اقدام جدی را در زمینه مبارزه با کشت و سوء مصرف این ماده غیرممکن می‌نمود.

یکصد سال اخیر

اولین قانون رسمی ممنوعیت مصرف در سال ۱۲۹۰ هجری شمسی، در «قانون تحدید تریاک» به تصویب رسید. در این قانون فرصت هشت‌ساله‌ای برای مصرف شیر به طور کلی و مصرف تریاک غیر از کاربرد دارویی آن داده شده بود و پس از گذشت این زمان، مصرف ممنوع می‌شد. برای معتادان کارت سهمیه صادر شده و برای تریاک مصرفی آنان مالیات در نظر گرفته شده بود. این قانون در واقع دولت را به عامل اصلی توزیع تریاک تبدیل کرد به طوری که در سال ۱۳۰۵ تقریباً هشت درصد از کل درآمد دولت از محل فروش تریاک حاصل می‌شد. به دنبال تصویب این قانون نه تنها تقاضا برای تریاک کاهش پیدا نکرد بلکه تهیه و فروش غیرقانونی تریاک هم رواج یافت. تریاک به طور قاچاق صادر می‌شد و در عوض مرفین و مواد دیگر به طور محدود وارد می‌شد، به این دلیل در سال ۱۳۰۱ «قانون منع واردات مواد مخدر به ایران» به تصویب رسید.

به دلیل فشارهای بین‌المللی در سال ۱۳۰۷، قانون انحصار دولتی تریاک از تصویب مجلس شورای ملی گذشت که براساس آن کشت خشخاش فقط تحت نظارت دولت مجاز بود و دولت مکلف بود به تدریج اراضی زیر کشت را کاهش دهد و نیز موجبات کاهش و محو سوء مصرف مواد را در عرض ده سال در کشور فراهم سازد. علی‌رغم این قانون، مساحت اراضی زیر کشت در عرض ده سال تقریباً به یک و نیم برابر افزایش یافت و مقدار تریاک صادراتی رسمی از ۲۹۱٫۵ تن در سال ۱۳۰۷ به ۴۴۸٫۳ تن در سال ۱۳۱۷ افزایش یافت، زیرا وابستگی دولت به درآمد ناشی از تریاک موجب نادیده گرفتن قانون می‌شد. در این میان، به علت پائین بودن قیمت رسمی تریاک خریداری شده توسط دولت، توزیع و صدور قاچاق تریاک نیز رواج بیشتری یافت.

در فضای باز بعد از جنگ جهانی دوم، گروهی از پزشکان و روشنفکران «انجمن مبارزه با تریاک و الکل» را تشکیل و به طرق مختلف دولت را تحت فشار قرار دادند. در سال ۱۳۲۲

انجمن یاد شده طی گزارشی تعداد معتادان کشور را یک میلیون و پانصد هزار نفر (از جمعیت ۱۴ میلیونی کشور) برآورد کرد. بر اثر این فشارها « کمیسیون مبارزه با تریاک و الکل» در وزارت بهداشتی در سال ۱۳۲۵ تشکیل شد که سه کمیسیون فرعی منع کشت، درمان و مبارزه با قاچاق را شامل می‌شد. به دنبال آن در سال ۱۳۲۶ «مقررات تعطیل اماکن عمومی مصرف مواد مخدر» و در سال ۱۳۳۱ «قانون منع تهیه، خرید و فروش و مصرف نوشابه‌های الکلی و تریاک و مشتقات آن» به تصویب رسید.

در سال ۱۳۲۸ طی کنفرانسی که توسط سازمان ملل برگزار گردید اجازه کشت و تولید مجاز تریاک بین کشورهای مختلف تقسیم شد و بیشترین سهم به ترکیه (۵۰ درصد) و ایران (۲۵ درصد) واگذار گشت.

به دنبال گسترش ابعاد مسئله اعتیاد و کم شدن عایدات حاصل از صدور تریاک برای دولت (به علت مصرف داخلی و قاچاق مواد مخدر به خارج از کشور)، قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک در سال ۱۳۳۴ تصویب و با جدیت به اجرا گذاشته شد. با منع کشت خشخاش، برای اولین بار، قاچاق مواد مخدر از جمله هروئین و مرفین از خارج به داخل به صورت تجارت سودمندی درآمد و موجب تغییر تدریجی الگوی مصرف در کشور و رواج هروئین شد. برای مبارزه با این مشکل، «قانون تشدید مجازات قاچاقچیان» در سال ۱۳۳۸ به تصویب رسید که در آن ۱۵ درصد حق‌الکشف نیز برای مأموران در نظر گرفته شده بود. با اجرای این قانون زندانها از قاچاقچیان و معتادان پر شد و مشکلات و هزینه‌های زیادی را به همراه آورد. علی‌رغم این سختگیری‌ها، میزان قاچاق و تعداد معتادان افزایش چشمگیری را نشان داد. به طوری که مقدار تریاک و هروئین کشف شده به ترتیب از حدود ۵ تن و ۴٫۵ تن در سال ۱۳۳۸ به حدود ۱۳ تن و ۱۷ تن در سال ۱۳۴۴ افزایش یافت. و بر اساس گزارش پلیس بین‌الملل در سال ۱۳۴۷، ایران از لحاظ کشف مواد مخدر در دنیا به مقام اول رسید.

با ادامه کشت و صدور غیرقانونی مواد مخدر به ایران توسط ترکیه و پاکستان، دولت مجبور شد در ۱۳۴۷ با تصویب «قانون آزادشدن محدود کشت خشخاش» مجدداً کشت تریاک را در نواحی خاصی از کشور تحت نظارت و کنترل دولت آزاد اعلام کند. در مقابل با تصویب

«قانون تشدید مجازات قاچاق مواد مخدر» در سال ۱۳۴۸ مجازات قاچاقچیان تشدید شد که از جمله آن اعمال مجازات اعدام و محول شدن محاکمه افراد دستگیر شده به دادگاههای نظامی بود و جهت جلوگیری از اعتیاد کارکنان و کارگران، «قانون انفصال خدمت یا اخراج معتادان» در نظر گرفته شد. در سال ۱۳۵۰ برای معتادان مسن (پنجاه سال به بالا) و بیمار (با تجویز پزشک) نیز توسط دولت کارتهای جیره دولتی تریاک صادر شد. تعداد معتادان ثبت نام کرده در خرداد ۱۳۵۴ به ۱۶۹,۵۱۲ نفر رسیده بود که تریاک مورد نیاز آنان به ۱۸۰ تن در سال بالغ می‌شد. و تعداد معتادان غیررسمی نیز بین ۲۰۰ هزار تا ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده شد. همچنین در دهه پنجاه به تدریج به علت گسترش امکانات مسافرت و ورود تعداد زیادی از توریستهای جوان غربی، جنبه‌های تازه‌ای از فرهنگ مصرف مواد به کشور وارد شد و استعمال ماری‌جوانا وحشیش که تا پیش از آن صرفاً در اقشار خاص رواج داشت میان جوانان گسترش یافت.

در مطالعه میدانی وسیعی که در سال ۱۳۵۵ توسط محققان انجمن ملی توان‌بخشی انجام گرفت میزان شیوع مصرف مواد افیونی (به روش آزمایش ادرار) در تهران ۲/۵ درصد تخمین زده شد.

در دهه پنجاه، به خصوص پس از افزایش ناگهانی درآمد نفت، مقامات درمانی کشور طرحهای جدیدی را برای مراکز درمان و بازپروری معتادان تهیه کردند که مستلزم ایجاد درمانگاهها و مراکز نگهداری معتادان، و درمان با استفاده از متادون بود. با پیروزی انقلاب اسلامی و تغییر سیاستها و اولویتها این طرحها نیمه‌کاره رها شد.

نگرش دولت‌مردان انقلاب نسبت به پدیده اعتیاد منفی بود، برخی آن را نوعی رفتار ضدانقلابی تلقی می‌کردند که توسط ممالک استعمارگر ترویج می‌شد. از نظر این دسته با اتخاذ تدابیر قانونی و کیفری خشن و جدی، ایران می‌توانست و می‌بایست به سرعت و برای همیشه به این مسئله مهم خاتمه دهد.

در مرداد ماه ۱۳۵۹ با تصویب لایحه «تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادین»، ستادی تحت عنوان ستاد مرکزی

هماهنگی مبارزه با اعتیاد تأسیس شد که تعیین خط مشی و سیاست کلی، برنامه‌ریزی، تهیه استانداردها و ضوابط مربوط به مواد مخدر را بر عهده گرفت. علاوه بر اقدامات کاهش عرضه این ستاد که شامل ممنوع نمودن کشت تریاک و مبارزه با قاچاق مواد مخدر بود، به استناد مصوبه مورخ ۵۹/۳/۱۹ شورای انقلاب، نظام سهمیه‌بندی و توزیع دولتی تریاک ملغی گردید و به معتادان شش ماه فرصت داده شد تا برای ترک اقدام نمایند. بر این اساس حدود ۱۲۳,۰۰۰ نفر از جمعیت ۱۶۵,۰۰۰ نفری سهمیه‌بگیر در درمانگاههای عامل توزیع و کنترل سهمیه تریاک در یک دوره زمانی ۲/۵ ماهه و با تجویز پنج نوبت قرص تریاک به صورت کاهش تدریجی ترک داده شدند. همچنین کمیته‌های مبارزه با اعتیاد استانها و شهرستانها درمانگاههایی برای بازگیری(ترک) معتادان به مواد افیونی مهیا ساختند که در آنجا سم‌زدایی توسط قرص تریاک و محلول متادون صورت می‌گرفت. در جریان این برنامه حدود ۱۵۴,۰۰۰ نفر افراد غیرسهمیه‌بگیر بازگیری شدند. برنامه بازگیری در آذرماه ۱۳۵۹ به پایان رسید و از تاریخ ۱۳۵۹/۹/۱۹ اعتیاد جرم محسوب شد و همزمان خدمات درمانی اعتیاد از نظام بهداشت و درمان کشور برچیده شد و وزارت بهداشتی وقت، پرداختن به این موضوع را از حوزه فعالیتهای خود حذف و پزشکان بخش خصوصی نیز مجبور شدند از آن پس خدمات درمانی خود را به معتادان به طور محرمانه ارائه کنند. همین امر موجب فقدان نظارت بر فعالیت بخش خصوصی شده و کیفیت خدمات درمانی آنان را به سطح زیر استاندارد رسانید. از آن زمان تا سال ۱۳۶۲، اردوگاههای معتادان که زیر نظر سازمان زندانها تشکیل شده بود و توسط کمیته انقلاب اسلامی اداره می‌شد به اردوگاههای بازپروری و اردوگاههای کار نیز تغییر نام یافت، پذیرای معتادان دستگیر شده بودند.

در سال ۱۳۶۲، مراکز بازپروری به سازمان جدیدالتأسیس بهزیستی انتقال و به مراکز توانبخشی معتادان تغییر نام یافتند. این مراکز نیز موظف به پذیرش معتادانی بودند که توسط دادگاهها و بالاجبار برای ترک اعزام می‌شدند و معمولاً چند برابر ظرفیت واقعی، پذیرش نموده و با هزینه بسیار سنگینی روبرو بودند و نمی‌توانستند پاسخگوی نیازهای درمانی کشور برای معتادان باشند.

تا سال ۱۳۶۷ اقدامات انجام شده برای حل مشکل اعتیاد منحصرأ به فعالیتهای مقابله با عرضه اختصاص داشت. البته این فعالیتهای نیز با نوسانات چشمگیری در طول سالهای مختلف همراه بود.

با وجود فعالیتهای شدید بخش مقابله با عرضه، برداشت عمومی مبنی بر افزایش شیوع اعتیاد نقطه نظرات متفاوتی در مورد شیوه برخورد با مسئله اعتیاد را مطرح ساخت. برخی اعتقاد داشتند که باید میزان کنترل و مجازاتها را افزایش داد و برخی نیز به استفاده از راههای آموزشی و تربیتی معتقد بودند. در نهایت در سال ۱۳۶۷، مجدداً دیدگاههای سختگیرانه‌تر برتری یافت و بلافاصله پس از پایان جنگ ایران و عراق مجمع تشخیص مصلحت نظام، قانون جدید مبارزه با مواد مخدر را تصویب نمود که طبق آن، مجازاتهای شدیدی برای تولید، نگهداری و قاچاق مواد در نظر گرفته شده و مصرف مواد جرم تلقی می‌شد و مهلتی چند ماهه به معتادان داده شد تا نسبت به ترک اقدام نمایند. در این قانون به لزوم فراهم امکانات درمانی درازمدت و اقدامات پیشگیرانه توجهی نشده بود و طبقه‌بندی علمی مواد اعتیادآور نیز رعایت نشده بود. طبق این قانون ستاد مبارزه با مواد مخدر تشکیلات جدیدی یافت. بر اساس این قانون اموال ناشی از کشف و مصادره اموال قاچاقچیان جزء درآمدهای ستاد مبارزه با مواد مخدر درآمد. با این حال فعالیتهای ستاد بیشتر در جهت کاهش عرضه بود. بازداشت معتادان به طور گسترده‌تری ادامه یافت و مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی نیز به تدریج عدم کارایی خود را به ثبوت رساندند.

در اوایل دهه ۱۳۷۰ به تدریج در مجامع علمی و دانشگاهی کشور نگرش کاهش تقاضا گسترش یافت و اولین اقدامات اساسی کاهش تقاضا همچون تأسیس واحدهای درمان سرپایی معتادان از سال ۱۳۷۵ و اجرای برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در فاصله ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵ صورت پذیرفت. این حرکت تأثیر خود را در سیاست‌گذاران کشور برجای گذاشت و بالاخره مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۷۶، اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر را تصویب کرد که بر اساس آن اگرچه هنوز هم اعتیاد جرم بود اما به کلیه معتادان اجازه داده می‌شد که به مراکز

مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌شد مراجعه نمایند و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند.

رخداد دیگر، ارائه اولین برنامه پنج‌ساله کاهش تقاضای مصرف مواد توسط کارشناسان سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تابستان ۱۳۷۷ بود. همین امر موجب پیشبرد بیشتر فعالیتهای درمانی در بخش دولتی شد اگرچه هنوز هم بخش خصوصی به فعالیتهای درمانی فاقد استانداردهای لازم ادامه می‌داد. در همین زمان، گروههای خودیاری معتادان نیز گسترش بیشتری یافتند.

از سال ۱۳۷۸، همکاریهای ایران و سازمان ملل تحت عنوان برنامه داریوش در زمینه کاهش تقاضا آغاز شده که سهم بسزایی در پیشبرد برنامه‌های کاهش تقاضا در کشور در سالهای اخیر ایفا نموده است.

از سال ۱۳۷۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نقش بیشتری را در فعالیتهای کاهش تقاضا ایفا کرد و آموزش پزشکان بخش خصوصی در مورد روشهای علمی درمان اعتیاد را آغاز نمود. در همین زمان، سازمان بهزیستی کشور نیز به افزایش فعالیتهایش ادامه داد و تعداد درمانگاههای سرپایی آن سازمان در سراسر کشور از ۶۰ واحد نیز فراتر رفت. در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰، وزارت بهداشت اقدام به تأسیس مراکز سرپایی درمان اعتیاد و اختصاص تختهای بیمارستانی برای درمان اعتیاد کرد، تعداد مراکز سرپایی بهزیستی نیز به ۷۵ واحد رسید. تعداد اعضای گروه خودیاری معتادان گمنام از مرز ۳۰۰۰ نفر فراتر رفت.

در تابستان ۱۳۸۱، کمیته کشوری کاهش آسیب توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف کاهش آسیبهای ناشی از اعتیاد تزریقی علی‌الخصوص گسترش بیماری ایدز تأسیس شد.

در سال ۱۳۸۲ تعداد مراکز سرپایی سازمان بهزیستی به ۸۸ واحد رسیده است. تعداد مراکز سرپایی اعتیاد وزارت بهداشت نیز به بیش از ۴۳ واحد افزایش یافته است. در ضمن در تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیمارستانهای دانشگاهی کشور تختهایی برای درمان اعتیاد اختصاص یافته است. آخرین تحولات صورت گرفته در آن معاونت، دنبال کردن ادغام پیشگیری و درمان

سوء مصرف مواد در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور، تأسیس درمانگاههای درمان نگاهدارنده با متادون و طرح کاهش آسیب در معتادان خیابانی است.

اعتیاد

دانشمندان با توجه به رشته تخصصی خود (روانشناسی، پزشکی، جامعه‌شناسی و) تعاریف گوناگونی از اعتیاد کرده‌اند.

در روانشناسی اعتیاد عادت کردن به چیزی است. آثار آن به شرح زیر است:

- اعتیاد به مواد مخدر نیاز به مصرف یک ماده مخدر است که در صورت عدم مصرف آن حالات خاصی به وجود می‌آید که گاهی برای معتاد غیر قابل تحمل است.
- افزایش مصرف ماده مخدر برای ایجاد همان حالت و کیفیتی که در اولین بار استعمال مواد مخدر میسر شده است.

- اتکا جسمی و روانی به مواد مخدر که منجر به تلاش برای تهیه آن می‌شود. در پزشکی به جای اصطلاح اعتیاد معمولاً کلمه وابستگی به مواد مخدر به کار می‌رود و معتاد کسی است که از نظر روانی و جسمی به یک ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند.

وابستگی روانی حالتی است که شخص پس از مصرف ماده مخدر، احساس آرامش، رضایت و لذت می‌کند، وابستگی روانی مهمترین عامل مصرف مواد اعتیاد آور است.

وابستگی جسمی عبارت از حالت انطباقی در بدن فرد است که پس از استعمال مکرر مواد مخدر پدید می‌آید و در واقع بدن فرد نسبت به آن عادت می‌کند و در صورت عدم استعمال به خماری و دردهای جسمی دچار می‌شود.

امروزه در محافل دانشگاهی به جای «اعتیاد» از «وابستگی به مواد»^۱ نام برده می‌شود، هر چند که در میان مردم این بیماری «اعتیاد» و خود بیمار به عنوان معتاد شناخته شده است. بیمار وابسته به مواد علیرغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد قادر بر قطع مصرف آن نیست. مصرف مواد یک الگوی رفتاری ناسازگارانه و بیمار گونه است که بروز علائم

¹ substance dependence

رفتاری، روانی، شناختی و جسمی به اختلالهای بالینی در فرد مصرف‌کننده منجر می‌شود. این اختلالها عبارتند از:

- ۱- ایجاد تحمل: بیمار در دفعات بعدی مصرف مواد برای رسیدن به سطح قبلی روانی و جسمانی ناشی از اثر مواد باید مقادیر بیشتری از آن را مصرف کند.
 - ۲- بروز علائم ترک: هنگام عدم مصرف مواد علائم جسمانی و روانی ترک مانند بیقراری، اضطراب، بیخوابی، درد عضلات، اسهال و استفراغ ظاهر می‌شود.
 - ۳- تمایل بعدی: هوس، در بیشتر بیماران پس از قطع مصرف مواد وجود دارد ولی بیمار معمولاً قادر به کنترل هوس و ترک مصرف این کار نمی‌باشد.
 - ۴- بیمار برای تهیه مواد، هزینه، وقت و سرمایه‌های دیگران و خانواده را مصرف می‌کند.
 - ۵- در پی استمرار مصرف مواد با تغییرات روانی و رفتاری در بیمار، مشارکت وی در فعالیتهای خانوادگی، اجتماعی، تفریحی و شغلی کاسته می‌شود.
 - ۶- علیرغم آگاهی بیمار از عوارض جسمانی و روانی مصرف مواد، بیمار قادر به عدم استفاده از آن نمی‌باشد. در تعریف علمی برای اینکه فردی را بیمار وابسته به مواد بدانیم لازم است حداقل ۱۲ ماه الگوی مستمر مصرف مواد را داشته باشد.
- تعاریف گوناگون از اعتیاد
- اعتیاد یعنی خوگرفتن و وابسته شدن جسمی، روانی و عصبی فرد به مواد مخدر که ترک یا فرار از آن ناممکن و یا بسیار مشکل است.
 - اعتیاد یعنی مصرف نابجا و مکرر مواد مخدر که موجب وابستگی به آنها می‌شود. این وابستگی بدنی و روانی است، ترک مصرف مواد افیونی مشکلات و محرومیت‌های بدنی و روانی را در پی خواهد داشت.
 - اعتیاد عبارتست از وابستگی به عوامل یا موادی که تکرار مصرف آنها با کم و کیف مشخص و درمان معین از دیدگاه معتاد ضروری می‌نماید.
 - اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی، اقتصادی است که بر اثر فعل و انفعال تدریجی بین بدن

انسان و مواد شیمیایی تحت تاثیر یک سلسله شرایط و اوضاع و احوال خاص روانی، اقتصادی، اجتماعی و سستی به وجود می‌آید.

• اعتیاد نوعی وابستگی و عادت به مصرف دارو می باشد و در نتیجه مصرف که نیاز جسمی و روانی معتاد می باشد اخلاق عمومی، سلامت و رفاه خود، خانواده و اجتماع را به خطر می اندازد یا بعبارت دیگر، اعتیاد را می توان یک مسمومیت مزمن دانست که برای شخص و هم برای خانواده و جامعه اش مضر است.

• اعتیاد یعنی عادت کردن، خو گرفتن، حالتی که سبب مداومت در استعمال بعضی از داروها از قبیل تریاک، مرفین، هروئین، حشیش و الکل در انسان می شود. یا به عبارتی دیگر حالتی ناشی از استعمال منظم و پیگیر بعضی از مواد که شخص در صورت محرومیت از آنان دچار اختلالات عصبی و مزاجی می شود.

• اعتیاد عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر پیدا می کنند. منظور از اعتیاد، استفاده غیر طبی و مکرر داروست که به ضرر خود مصرف کننده یا دیگران می باشد.

• از نظر فارماکولوژی اعتیاد عبارت است از حالت مقاومت اکتسابی که در نتیجه استعمال متمادی دارو در بدن حاصل می‌شود به قسمی که استعمال مکرر دارو موجب کاسته شدن اثرات تدریجی می‌گردد و پس از مدتی شخص می‌تواند مقادیر سمی دارو را در بدن بدون ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن نرسد اختلالات جسمی و روانی موسوم به سندروم محرومیت بروز می‌کند.

در سال ۱۹۵۰ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه دادند:

• اعتیاد دارویی حالتی است که در اثر مصرف دوره‌ای یا مداوم یک ماده شیمیایی (طبیعی یا مصنوعی) که برای انسان یا جامعه مضر باشد ایجاد می‌گردد و ویژگی‌های آن به قرار زیر است:

۱- اشتیاق یا نیاز اجباری به استفاده مداوم آن ماده و ظهور رفتاری اجباری برای پیدا کردن آن به هر وسیله.

۲- تمایل به افزودن به مقدار مصرف به مرور زمان.

۳- پیدا شدن وابستگی‌های جسمی و روانی بر اثر استفاده از آن ماده.

این کمیته برای استفاده مداوم یا دوره‌ای مواد شیمیایی که برای فرد و جامعه مضر نبوده و نیز حالت ایجاد شده توسط آن خصوصیات بالا را نداشته باشد واژه عادت دارویی را در نظر گرفت. ولی به مرور زمان مشخص گردید که تعاریف خصوصاً برای عادت دارویی نارسا هستند و به همین دلیل در سال ۱۹۵۷ میلادی تعاریف توسط کمیته کارشناسان سازمان جهانی بهداشت مجدداً به این صورت تصحیح گردید که وابستگی روانی به یک دارو بدون پدیده محرومیت را عادت و وابستگی روانی و جسمی همراه با پدیده محرومیت را اعتیاد نامیده‌اند. اما تعاریف فوق نیز با شروع مصرف داروهائی از قبیل ال . اس . دی و آمفتامین‌ها نارسا شدند.

چون مصرف آمفتامین برای گروهی موجب افزایش فعالیت‌های روزانه می‌گشت و برای گروهی حمله جنون ایجاد می‌کرد به همین جهت در سال ۱۹۶۴ کمیته مزبور اصطلاح وابستگی دارویی را برای هر دو حالت فوق انتخاب کرد و چنین استدلال نمود که یک بیمار ممکن است نسبت به داروی خاص وابستگی روانی پیدا کند، در حالیکه بیمار دیگر نسبت به همین دارو، علاوه بر وابستگی روانی از لحاظ جسمانی نیز وابسته شود. کمیته مزبور وابستگی دارویی را حالتی ناشی از استعمال مکرر یک دارو به طور دوره‌ای یا مداوم می‌داند، که خصوصیات آن بسته به ماده مورد استفاده متغیر است و به همین دلیل ذکر شده است که نام شیمیایی مورد بحث در جلو عبارت وابستگی دارویی قید گردد.

با توجه به تعاریف فوق در رابطه با اعتیاد مشخصاً در چند مقوله با یکدیگر شریکند و آن اینک:

۱- وابستگی شدید وجود دارد.

۲- وابستگی جسمی و روانی است.

۳- قطع این وابستگی مشکلاتی را به همراه دارد.

معتاد

- معتاد فردی است که در اثر استعمال مکرر و مداوم متکی به مواد مخدر و یا دارو و یا سایر مواد است و دارای مشخصات چهارگانه زیر می باشد:
- اول: در اثر مصرف مکرر مواد و یا دارو عادت روانی ایجاد می شود و این عادت فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر و یا دارو به حد وسواس تشویق و ترغیب نماید.
 - دوم: برای نگهداری اثری که منظور و مطلوب معتاد است مقدار مواد مصرفی رو به افزایش رود.
 - سوم: که در اثر قطع مواد مخدر و یا دارو علائم خاصی در معتاد ظاهر می گردد که آن علائم بستگی به نوع مواد مخدر و یا داروی مصرفی دارد.
 - چهارم: اعتیاد به مواد مخدر و یا داروی مورد مصرف برای فرد و یا جامعه زیان آور باشد.
- معتاد عبارت است از شخصی که در نتیجه استعمال متمادی دارو در بدن وی حالت مقاومت اکتسابی ایجاد شده، به قسمی که استعمال مکرر آن موجب کاسته شدن تدریجی اثرات آن می گردد، بنابراین پس از مدتی شخص مقادیر بیشتری از دارو را می تواند بدون بروز ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن وی نرسد، اختلالات روانی و فیزیکی مرسوم به سندروم محرومیت حاصل می شود.
 - معتاد کسی است که برای حفظ تعادل بدن به مواد مخدر وابستگی پیدا نموده و برای ادامه این سلامتی خود مجبور است هر روز بتدریج به مقدار دارو بیافزاید تا تعادل قبلی را بدست آورد.
 - معتاد شخصی است که از چهار طریق خوردن، تزریق، دودکشیدن یا تنفس، یک یا چند ماده مخدر را به طور مداوم مصرف کند و در صورت قطع این عمل با مشکلات جسمی، روانی و رفتاری به تنهایی یا با هم روبرو گردد.

ماده مخدر

این مواد کند کننده فعالیت‌های سیستم اعصاب مرکزی، جزو گروه مواد سستی‌زا، مسکن درد و شدیداً اعتیاد آور می‌باشند. معمولاً ایجاد حالت سرخوشی و نشاط می‌کنند و بروز همین حالات و لذت پس از اولین مصرف باعث تداوم مصرف اعتیاد می‌شود. مخدر در حال حاضر از تنوع زیادی برخوردار است به همین جهت تقسیمات متعددی را از نظر منشاء شیمیایی و طبیعی و آثار مصرف و عوارض آن وجود دارد. برخی از این مواد به صورت طبیعی وجود دارند، مانند تریاک که از بوته خشخاش بدست می‌آید. بقیه به طور مصنوعی و شیمیایی در آزمایشگاه‌ها ساخته می‌شود. برخی از مخدرها مانند کدئین ارزش استفاده پزشکی و درمانی دارند، ولی مصرف بی‌رویه و نابجای آنها بدون تجویز پزشک، خطراتی را به دنبال دارد. به علت اینکه مصرف این گونه مواد مشکلات جدی فردی و اجتماعی را موجب می‌گردد، این داروها تحت کنترل شدید قانونی می‌باشند.

تعاریف گوناگون از ماده مخدر

- ماده مخدر ماده‌ای است شیمیایی یا طبیعی که نیروهای روانی را تحریک می‌کند و از طریق آثاری که در احساسات اندیشه یا ذهن انسان می‌گذارد در رفتار تاثیر می‌کند.
- مواد مخدر به موادی اطلاق می‌شود که از نظر شیمیایی خاصیت تخدیر کننده و به عبارت بهتر خاصیت نشئه آور داشته باشد.

- هر ماده‌ای که هنگام ورود به داخل بدن موجود زنده یک یا چند عمل آن موجود را تغییر دهد ماده مخدر نامیده می‌شود.

مواد مخدر را به اعتبارات متعددی می‌توان طبقه‌بندی کرد. مثلاً اگر آنها را به طبیعی، نیمه مصنوعی و مصنوعی گروه‌بندی کنیم، یا از نظر تاریخ کشت یا آشنایی بشر با آنها، کشف و ساخت دسته‌بندی کنیم، یا در دو گروه، یعنی گروه مواد مخدری که مصرف پزشکی دارد. یا گروه مواد مخدری که مصرف پزشکی ندارد، دسته‌بندی شوند، همه درست بوده، ولی در عین حال هیچیک طبقه‌بندی یا تعریفی جامع و مانع نمی‌باشند. اگر چه متخصصین، طبقه‌بندی‌هایی از جنبه‌های علمی و تجربی ارائه داده‌اند ولی بهترین نوع گروه‌بندی از طرف

سازمان بهداشت جهانی به عمل آمده که طبقه بندی مواد از جهت تاثیر آنها بر انسان است. این طبقه بندی به صورت زیر می باشد:

- مواد مخدر.
- توهم زاها.
- کانابیس یا شیر گیاه شاهدانه هندی.
- سستی زاها (مسکنها - خواب آورها).
- آرام بخش ها.
- چسب و مواد فرار (مواد استنشاقی).
- محرک ها.
- الککل ، توتون و تنباکو و قهوه.

نحوه ورود و توزیع مواد مخدر در ایران

در دنیا منطقه مشهور به «هلال طلایی» و «مثلث طلایی» عمده تولید مواد مخدر را دارا می باشند که مثلث طلایی بین لائوس، میانمار و تایلند است و هلال طلایی میان افغانستان و پاکستان می باشد. آن چه از آمار کشفیات مواد مخدر در کشور استنباط می شود این است که عمده مواد مخدر از دو استان خراسان و سیستان و بلوچستان وارد کشور می شود و این اطلاعات مبین آن است که مواد مخدر از طریق مرزهای افغانستان و پاکستان که دو رأس «هلال طلایی» می باشند وارد ایران گشته و سپس به سوی اروپا گسیل می شود. در استان سیستان و بلوچستان با وسعت ۱۸۷۵۰۲ کیلومتر مربع، ۱۵۰۰ کیلومتر مرز مشترک با افغانستان و پاکستان، فقر مالی و به تبع آن فقر فرهنگی حاکم بر منطقه، چندگانگی قومی و مذهبی در استان و نیز اشتراکات قومی در دو سوی مرز و عدم ثبات در کشورهای همجوار، موجب بروز زمینه و بستر مساعد جهت رواج و شیوع پدیده قاچاق در این خطه از خاک کشور شده است. در سال ۷۹ اعلام کرد که تاکنون نزدیک به ۵۰۰ نفر از نیروهای امنیتی در

درگیری با قاچاقچیان کشته شده اند و بیش از پنج هزار نفر زندانی در امور مربوط به موادمخدر، در زندانها به سر می برند.

عمده معامله کنندگان و تولیدکنندگان موادمخدر در سال گذشته، چند تن از اعضای شورای طالبان بودند. بطوریکه طبق آمارهای غیررسمی ۹۶٪ از تریاک تولیدی افغانستان زیر نظر طالبان کشت می شد. طالبان بمنظور کسب درآمد هر چه بیشتر، بخش وسیعی از کشتزارهای افغانستان را در حالیکه فقر و گرسنگی مردم را در تنگنا قرار داده بود، به اجبار زیر کشت تریاک بردند. بنا به گزارشهای سازمان ملل در سال ۱۹۹۶ در مناطق تحت کنترل طالبان بین ۵۵ تا ۵۸ هزار هکتار از زمینها به کشت خشخاش اختصاص داشته است و طالبان در همین سال ۲۲۵۰۰۰ تن تریاک خام تولید کرده اند که میتوان از آن ۱۱۰۰۰ تن هروئین بدست آورد. علیرغم سقوط طالبان، هنوز افغانستان عمده ترین تولید کننده مواد مخدر در جهان می باشد. در افغانستان یک میلیون نفر از طریق کاشت و فروش تریاک امرار معاش می کنند.

مراکز اصلی کشت در افغانستان، جلال آباد، قندهار بدخشان، و هلمند می باشند و مرغوبترین تریاک از همین مزارع به دست می آید. موادمخدر در افغانستان در بازار "ثقیل" واقع در شهر بدخشان معامله می شود و نیز تولیدات استان هلمند در بازار "فرمانداری سنگین" و تولیدات استانهای ارزگان و بادغیس در بازارهای "دهوار" و "مرغاب" به فروش می رسد. در "نیمروز"، در نواحی مرزی ایران و بخصوص "چهار برجک"، موادمخدر تحویل قاچاقچیان می شود. به نظر می رسد علیرغم وجود بازارهای گوناگون برای معاملات مربوط به موادمخدر، "چوتو" مهمترین بازار مواد مخدر در افغانستان است و "چوتو"، "خواجه علی بالا"، "خواجه علی پائین" و "ریک" دارای لابراتوارهای مجهز موادمخدر در افغانستان می باشند.

تعداد کثیری از پاکستانیها در کراچی، پيشاور، تربت، پنجگور، غالبدين و گردی جنگل اقدام به حمل و خرید و فروش موادمخدر می نمایند. از روز وقوع ۱۱ سپتامبر تا آغاز عملیات نظامی آمریکا به افغانستان، بسیاری قاچاقچیان مواد مخدر بهای محصولات خود را در افغانستان سخت کاهش دادند و انبارهای خود را بسرعت تخلیه و به پاکستان منتقل کردند.

روشهای مصرف مواد مخدر و سرعت تاثیر آن در بدن

خوردن: بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه.
تزریق کردن در رگ: بین ۱۵ تا ۳۰ ثانیه.
تزریق کردن در ماهیچه: بین ۳ تا ۵ دقیقه.
استنشاق: بین ۵ تا ۸ ثانیه.
ریختن در چشم: بین ۳ تا ۵ دقیقه.

آثار موادمخدر بر بدن

مهمترین محل اثر موادمخدر بر مغز است. در مغز گیرنده‌هایی وجود دارد که این مواد بر آنها اثر می‌کنند. این گیرنده‌ها به ۳ گروه تقسیم می‌شوند:

۱- اثر بر گروه اول سبب تنظیم و کاهش احساس درد، کاهش فعالیت مرکز تنفس، بی‌بوسه و اعتیاد می‌شود.

۲- اثر بر گیرنده‌های دوم سبب کاهش احساس درد، افزایش حجم ادرار و ایجاد حالت آرامش می‌شود.

۳- اثر موادمخدر بر گیرنده‌های سوم سبب کاهش احساس درد می‌شود. حدود بیست و پنج سال پیش مشخص شد که در بدن انسان موادی شبیه موادمخدر (مرفین) تولید می‌شود که مهمترین آنها به نام آندورفین‌ها و آنکفالین‌ها است. به طور طبیعی وقتی بدن دچار آسیب‌های دردزا و حوادث ناراحت‌کننده می‌شود مغز این مواد را ترشح می‌کند و سبب کاهش احساس درد و ناراحتی می‌شود.

اثر موادمخدر بر روی سیستم پاداش

در شرایط معمولی وقتی بشر از انجام دادن کاری لذت ببرد و به عبارتی دیگر پاداش بگیرد، از مناطق پائینی مغز او موادی به اسم دوپامین و نوراپی نفرین ترشح می‌شود و بر روی قشر و سایر مراکز حیاتی آن اثر می‌کند و احساس لذت و پاداش به او دست می‌دهد و سعی در تکرار آن عمل دارد.

یکی از آثار مهم موادمخدر فعال کردن همین سیستم است. بنابراین کسانی که یک بار با این مواد آشنا می‌شوند چون سیستم پاداش در مغز آنها تقویت شده، تمایلی شدید به تکرار مصرف آنها پیدا می‌کنند. از بین موادمخدر هروئین خیلی راحت تر در چربی حل می‌شود. مغز انسان مقدار زیادی چربی دارد، بنابراین در مقایسه با مرفین و مشتقات آن، هروئین پس از مصرف در طی زمان کوتاه تری روی مغز اثر می‌کند بنابراین آثار پاداش دهنده و خوشی آور و ضد درد سریع تری دارد. کدئین که از مشتقات تریاک است به آسانی در سیستم گوارش جذب شده و در بدن تبدیل به مرفین می‌شود. در یک مطالعه روشن شده که در معتادان، یکی از آثار مصرف موادمخدر کاهش جریان خون در بعضی از نواحی مغز است.

اعتیاد و اثر مواد مخدر بر دستگاه عصبی مرکزی

موادی که دستگاه عصبی مرکزی را تغییر می‌دهند مواد روان گردان هستند (الکل، نیکوتین، کوکائین) و موادی امثال اینها که اعتیاد به آنها مشکل بزرگ بعضی از جوامع امروزی است. همچنین کافئین که در قهوه و نوشابه‌ها یافت می‌شود از جمله مواد روان گردان هستند. تمام این مواد می‌توانند باعث وابستگی روانی مصرف کننده شوند و مهم تر از آن این است که باعث وابستگی جسمی نیز می‌شود.

اعتیاد پاسخی فیزیولوژیک است که مصرف پی در پی مواد مخدر موجب آن می‌شود و عملکرد طبیعی نورونها و سیناپس‌ها را تغییر می‌دهد. هنگامی که عملکرد نورون یا سیناپسی توسط مواد مخدر تغییر کرد از آن پس آن نورون یا سیناپس به طور طبیعی به کار خود ادامه نمی‌دهد مگر با بودن موادمخدر.

شخص با مصرف پی در پی مواد مخدر به آن معتاد می‌شود و بدن او نسبت به آن ماده مخدر عادت می‌کند. شخص معتاد باید با گذشت زمان مقدار ماده مخدر مصرفی اش را افزایش داده تا نیاز بدنش تامین شود.

نیکوتین ماده‌ای اعتیاد آور است که در برگهای گیاه تنباکو یافت می‌شود، این ماده بسیار سمی است و حدود ۶۰ میلی گرم از آن برای انسان مرگ آور است. نیکوتین سریعاً وارد

جریان خون شده و در بدن به گردش در می‌آید. عملکرد نیکوتین در مغز شبیه به عملکرد انتقال دهنده عصبی استیل کولین است.

نیکوتین به دلیل شباهت ساختاری با استیل کولین به محلهای مخصوصی در سلول عصبی که به طور طبیعی محل‌ها گیرنده‌های استیل کولین هستند متصل می‌شوند. این جایگاهها از مراکز کنترل مغز هستند که بسیاری از فعالیت‌های مغزی را کنترل می‌کنند. اتصال نیکوتین به سلولهای عصبی موجب تغییرات بسیاری می‌شود پس از مدتی بدن فرد سیگاری تنها در حضور نیکوتین به جای استیل کولین به طور طبیعی کار می‌کند و در حضور حذف نیکوتین حالت طبیعی بدن مختل می‌شود. هنگام بدست آمدن این حالت تنها راه برگشت بدن به حالت طبیعی کشیدن سیگار است.

داروهای روان گردان نوعی مواد مخدرند که در تسکین درد و القای خواب نقش بسزایی دارند. بسیاری از این مواد از گیاهان تیره خشخاش به دست می‌آیند.

مواد مخدري که از ترياک استخراج می‌شوند شامل: مرفین، هروئین، کدئین و... هستند. پزشکان برای تسکین درد بیماران گاه کدئین تجویز می‌کنند. مرفین نیز یکی از موثرترین تسکین دهنده‌های درد می‌باشد که امروزه در پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. گیرنده‌های درد محرکهایی که باعث درد می‌شوند را شناسایی می‌کنند.

درد در بدن نقش اهمیت زیادی دارد درد به ما می‌گوید که یکی از بافتهای بدن ما زخمی و یا آسیب دیده شده است. وقتی عضوی آسیب دیده می‌شود از انتهای اعصاب آسیب دیده آن پیام‌هایی انتقال داده می‌شود که باعث احساس درد می‌شود.

پیامهای عصبی حامل درد را به نخاع و سپس به مغز انتقال می‌دهند. پس از رسیدن پیام عصبی درد به طناب عصبی، پیام درد بوسیله گروهی از انتقال دهنده‌های عصبی به نام انکفالین‌ها سرکوب می‌شوند. زمانی که انکفالین‌ها به نورونهای نخاع می‌پیوندند از انتقال پیام به مغز جلوگیری می‌کنند.

=====

مواد مخدر عملکردی مشابه به انفالین‌ها دارند و به گیرنده‌های پروتئینی درد در طناب
عصبی می‌پیوندند و از انتقال پیام درد به مغز و احساس درد جلوگیری می‌کنند.

انواع مواد روان گردان

=====

تریاک^۱

تریاک قدیمی‌ترین و مشهورترین ماده مخدری است که، در لوحه‌های سومری متعلق به سه یا چهار هزار سال پیش از میلاد مسیح مطالبی پیرامون گیاه تریاک نوشته شده و آن را گیاه شادی بخش نامیده‌اند. متون آشوری، مصری و یونانی در مورد استفاده تریاک در زمانهای قدیم مطالب بسیاری دارند.

در کتاب ادیسه هومر آمده است که النا همسر شاه منلائو شربتی به تلماکو که از جستجوی بی حاصل پدر غمگین بود داد. هرودت، ارسطو و هیپوکرات در کتابهایشان از تریاک بسیار سخن گفته‌اند. زنان مصری از شربت تریاک برای فرونشاندن خشم و تسکین غم استفاده می‌کرده‌اند، از زمان ارسطو تا ویرژیل شاعر رومی و دیگر نویسندگان یونان و رم همواره از خشخاش و تریاک سخن گفته شده است و صحبت از آن در قرون وسطی نیز ادامه یافت.

برخی مطالعات نشان می‌دهد، این ماده در قرن هشتم (میلادی) در هند رایج شده و عده‌ای عقیده دارند، سابقه استفاده از آن در هند به دوازده قرن قبل از لشکر کشی اسکندر مقدونی می‌رسد. تریاک به شکل ماده قهوه‌ای تیره رنگ به گونه دلمه شده مانند پلاستیک وجود دارد. تریاک شیره الکالوئید داری است که از تیغ زدن گرز خشخاش و لخته شدن شیره خشخاش نارس بدست می‌آید. تخمدان حاوی دانه‌های خشخاش، بیضی شکل است که گلبرگهای صورتی رنگ دارد. وقتی این گلبرگها رو به پژمردگی می‌رود، با تیغ زدن تخمدان نارس، عصاره شیری رنگی شروع به تراوش می‌کند که در مجاورت هوا به صورت (دلمه) شده پس از گذشت یک شبانه روز به رنگ قهوه‌ای و گاهی سیاه در می‌آید و به حالت صمغی چسبیده بر جدار خارجی تخمدان باقی می‌ماند که آن را تراشیده و جمع‌آوری می‌کنند. خشخاش را در انگلیسی پوپی^۲ و در فارسی کوکنار و صمغ جمع‌آوری شده را تریاک که از تریاکا که از یونانی گرفته شده و در عربی افیون، ایون، تریاق، دریاق نیز از ریشه یونانی اپیون اقتباس شده است.

^۱ Opium^۲ Poppy

نحوه مصرف تریاک به صورت خوردن، کشیدن یا تزریقی است و دارای انواعی به شرح زیر است.

- ۱- تریاک خام، که عبارت از شیره خودبخود غلیظ شده گرزهای خشخاش که بدون توجه به میزان آن، جز برای بسته بندی و ارسال، دستکاری دیگری در آن نشده باشد.
 - ۲- تریاک عمل شده (پرورده)، تریاک پرورده محصولی است که از تریاک خام با یک رشته عملیات مخصوص حل کردن، جوشاندن، بودادن و تخمیر بمنظور تبدیل آن به عصاره برای استعمال غیر طبی تهیه می شود.
 - ۳- تریاک پزشکی، تریاکی که مقدار آن (دوز) مشخص بوده و برای مصارف درمانی و پزشکی کاربرد دارد. و در صنایع داروسازی هر کشوری آن را بصورت گرد یا دانه های ریز درآورده و یا با مواد بی اثر مخلوط کرده و مورد مصرف قرار می دهند.
 - ۴- سوخته، بقایای چسبیده به وافور و یا بقایای مصرف تریاک بصورت سیخ و سنگ است. رنگ آن قهوه ای مایل به سیاه و شبیه قیری است که با شن مخلوط شده باشد. مصرف آن بیشتر خوراکی است و معمولاً آن را در آب حل کرده و شربت آن را می خورند. بندرت افرادی یافت می شوند که سوخته را بدون حل کردن در آب بخورند.
 - ۵- شیره، بسیار شبیه تریاک است واز صاف کرده جوشانده سوخته تریاک و یا بندرت از جوشانده تریاک بدست می آید. میزان مرفین موجود در شیره بیشتر از تریاک است. رنگ شیره قهوه ای مایل به سیاه و کمی نرم تر از تریاک می باشد. معمولاً آن را بصورت خوراکی مصرف می کنند و یا با تریاک مخلوط کرده دود می کنند. بندرت شیره را بصورت دود کردن استفاده می کنند.
 - ۶- کوکنار، خشخاش را جوشانده و آب آن را به منظور کیف و نشئه می نوشند درگذشته به اماکنی که در آن کوکنار می خوردند کوکنار خانه می گفتند.
- در تریاک حدود ۲۵ نوع آکالوئید وجوددارند که ۶ نوع آن بیشتر از بقیه در تریاک یافت می شوند که عبارتند از: مرفین (۳ تا ۲۳ درصد)، کدئین (۰/۵ درصد)، پاپاورین (۰/۱ درصد)، نارسئین (۰/۱ درصد)، نارکوتین (۷ درصد)، تبائین (۰/۳ درصد).

هرچه مقدار مرفین موجود در تریاکی بیشتر باشد می‌گویند آن تریاک دارای مرغوبیت بیشتری است. مقدار مرفین در تریاکهای بازرگانی ۶ تا ۱۴ درصد می‌باشد.

مهمترین علائم مصرف تریاک و مشتقات آن عبارتند از: ۱- خواب‌آلودگی با حضور ذهن
۲- تسکین درد ۳- انبساط خاطر و آرامش ۴- احساس گنگ و مبهم به زمان و مکان
۵- بخواب رفتن با آرامش و تخیلات مطبوع ۶- سستی اراده و ضعف حرکات فعاله
۷- کاهش قوای جسمی.

اثرات دلپذیر و آرامش بخش تریاک بسته به مصرف دارو و تحمل شخص بمدت چهار تا شش ساعت ادامه می‌یابد و پس از آن مرحله خماری فرا می‌رسد که بصورت خمیازه و آبریزش از بینی، بیقراری، بی‌اشتهائی، افسردگی، تهوع و استفراغ می‌باشد.

بعد از کشیدن به اصطلاح چند "بست" تریاک، توجه فرد بر روی خودش متمرکز شده و گرایش شدیدی به آرامش پیدا می‌کند. درحقیقت اعصابش آرام و اراده‌اش سست شده و در تفکر و خیال فرو می‌رود و از معاشرت با دیگران تا حدودی پرهیز می‌کند و از وزن و زمان و فضا آزاد می‌شود. و دگرگونی در جهت یابی زمانی- فضائی در وی ایجاد می‌شود.

مصرف تریاک سبب می‌شود تا گذشته و آینده فرد با هم مخلوط شده و مجموعه "حال" را برایش ایجاد نماید و از زمان آزاد گردد. شخص معتاد به تریاک در خیال واهی خود پس از استعمال تریاک احساس می‌کند که دارای روشن بینی زیاد و قدرت فهم و قضاوت هوشیارانه و بینش و ادراک اصیل از دنیای اطرافش می‌باشد و از این که بدون هیچ سعی و کوششی دارای این حالت در تفکر و تصور گردیده ابتدا تعجب می‌کند. ولی رفته رفته در حالت کیف فرورفته و احساس خوشی و خوشبختی به وی دست می‌دهد و در نتیجه نسبت به محیط اطراف خود بیگانه و بی تفاوت می‌گردد. فرد معتاد به تریاک به سهولت می‌تواند، ساعات شبانه روز را با بی‌خوابی و رویاهای رضایتبخش ادامه دهد. و بتدریج در وی وابستگی و بندگی ایجاد شود و در فواصل بست یا پپ‌ها این فرد انرژی خود را از دست داده و اندوهگین و بی‌حوصله می‌شود و حالت یکنواختی در صدا و کندی در حرکاتش نمایان می‌شود. لاغری و ضعف عمومی در معتادان به تریاک رفته رفته شدیدتر می‌شود و

ضایعات فیزیکی و روانی و اجتماعی فرد بتدریج زیادت‌ر شده و موجب زوال و نابودی فرد می‌شود. یعنی با گذشت زمان تحمل فرد به مقدار مصرف تریاک بیشتر می‌شود و فواصل آن نیز کمتر شده و گروهی نیز در پایان به هروئین روی می‌آورند. از نظر اجتماعی، اگرچه معتادان سنتی به تریاک در هر نقطه کشور همچنان به فعالیت خود اجباراً ادامه می‌دهند ولی از هم‌پاشیدگی خانواده در اغلب موارد نتیجه اولیه این نوع اعتیاد محسوب می‌شود. مصرف مزمن داروهای مخدر توسط مادر در حین حاملگی که شامل تریاک برای جنین مضر است و سبب دیسترس داخل رحمی و کم‌وزنی نوزاد و گاهی مرگ جنین و نوزاد می‌شود و در مواردی که مادر حامله معتاد تمایل و سعی در ترک اعتیاد را دارد بایستی سقط زودرس را انجام داد. مصرف بیش از حد، موجب اختلالات سیستم تنفسی گردیده و تنفس به‌کندی و آهستگی صورت می‌گیرد و در نهایت احتمالاً متوقف شده و به مرگ منجر می‌شود. استفاده تریاک همراه با الکل می‌تواند، بسیار خطرناک باشد.

کدئین^۱

کدئین به عنوان یک مخدر آگونیست که اغلب بصورت کریستالهای سفید رنگ مشاهده یا به صورت ترکیب با استامینوفن، آسپیرین یا شربت‌های ضد سرفه استفاده می‌شود و به عنوان یک آرام‌کننده و ضد درد جزو مواد ناركوتیک و از مشتقات تریاک به‌شمار می‌رود. در ساخت با غلظت ۱/۱۰ درصد تا ۲ درصد تهیه می‌شود. اشکال مختلف کدئین در سراسر جهان موجود می‌باشد. کدئین فسفات سفید رنگ و بصورت کریستالهای سوزنی شکل که بصورت محلول معلق در آب و قابل حل در الکل دیده می‌شود. کدئین سولفات نیز بصورت کریستالهای سوزنی شکل بی‌رنگ یا سفید یافت می‌شوند که پودر آن قابلیت حلالیت در آب و کمی آن در الکل می‌باشد. اشکال مختلف دارویی دیگر قرص، شربت و کپسول می‌باشد. کدئین در شکل شربت که از راه خوراکی که تجویز می‌شود جهت تسکین سرفه‌های غیر خلطی و همچنین ترکیب آن با بعضی از داروها غیر ناركوتیک مسکن جهت تسکین درد

^۱ Codeine

تجویز می‌شود. کدئین می‌تواند از راه خوراکی زیرجلدی داخل ماهیچه ای و مقعدی مصرف گردد. اثر مصرف مقعدی یا رکتال بطور قابل ملاحظه ای موثر تر از اثر مصرف به روش خوراکی آن می‌باشد. مصرف کدئین بصورت وریدی ممکن است منجر به ورم ریه، تورم پوست و آزاد کردن مقادیر خطرناک هیستامین و اثرات گوناگون قلبی عروقی شود. زمانیکه کدئین بصورت خوراکی مصرف می‌شود حتماً باید یک لیوان پر آب و یا مقداری غذا با آن خورده شود تا کمترین اثر را روی سیستم گوارش داشته باشد. کدئین به سادگی در دستگاه گوارش جذب می‌شود و به سرعت به سرتاسر بافت‌های بدن از طریق سیستم عروقی انتشار می‌یابد و پس از بافتها بوسیله کبد و طحال و کلیه دفع می‌شود. آگونیست‌های مخدر و آنتاگونیست‌های مخدر بطور مشخص برگیرنده‌های مغزی و دیگر بافتها اثری می‌گذارند. این گیرنده‌ها بطور گسترده اما نه پراکنده در سراسر سیستم مرکزی اعصاب شاهده می‌شوند. انواع گیرنده‌های مخدر شامل گیرنده مو و کاپا و دلتا می‌باشند. تمرکز و انتشار آنها و انواع مختلف گیرنده‌ها براساس وجود آنها در سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد. گیرنده مو بطور گسترده در سرتاسر سیستم مرکزی اعصاب خصوصاً سیستم لمبیک یافت می‌شود و همچنین در بخشهای دیگری مثل تالاموس و مغز میانی نیز مشاهده می‌شود. گیرنده کاپا در طناب نخاعی و کورتکس مغزی یافت می‌شود. بی‌دردی یا فقدان احساس درد در اثر تغییرات سیستم درد در طناب نخاعی و رده‌های فوقانی سیستم مرکزی اعصاب ناشی می‌شود. بطور کلینیکال تحریک گیرنده مو سبب ایجاد حالت فقدان درد، سرخوشی، دپرسیون تنفسی، تنگی مردمک چشم و کاهش حرکات گوارش می‌گردد.

مرفین^۱

در سال ۱۸۰۴ م. اولین الکالوئید تریاک که شناخته شد مرفین نامگذاری کردند که از کلمه مورفئوس خدای رویای یونان باستان مشتق شده بود. مرفین ماده موثر و جزء اساسی تریاک بوده و ۷ تا ۱۴ درصد آن را تشکیل می‌دهد. به طور متوسط از هر ۱۰ کیلوگرم تریاک یک

^۱ Morphine

کیلوگرم مرفین تهیه می‌شود. به صورت گرد سفید یا کرم و گاهی قرمز آجری و مایع بدون رنگ وجود دارد. طعم آن تلخ و بوئی تند و زننده دارد. مرفین یکی از قویترین و قدیمی ترین داروهای خواب آور است، چنانچه مرفین را در آزمایشگاههای مجهز از تریاک استحصال نمایند پودر سفید رنگی بدست می آید، مرفین به دو صورت مایع و پودر مصرف می گردد و در جوامع صنعتی مصرفش توسط جوانان زیاد است.

از سال ۱۸۵۰م. که سرنگهای تزریقی زیر جلدی به بازار آمد، استفاده از آن گسترش بیشتری پیدا کرد. مورفین از تریاک استخراج می شود و یا مستقیماً از ساقه خشخاش بدست می آید و به صورت پودری کریستالی به رنگ قهوه ای روشن و یا سفید می باشد.

مرفین به اشکال قرص، کپسول، پودر یا محلول عرضه می شود و از طریق خوراکی، کشیدن از راه مجاری تنفسی و تزریق زیر پوستی و داخل سیاهرگی مورد استفاده قرار می گیرد. شروع مصرف مرفین را متخصصان به ماه غسل تعبیر می کنند. زیرا مرفین تمام احساسها را تغییر می دهد، و به تجربه های ادارکی، خلقی و حسی و اساساً ارتباطات شخص با دنیای خارج، ظاهر دلنشینی می بخشد. این لذت در ابتدا در مورد احساسات داخلی نامشخص، بسیار شدید است.

کارکرد ذهنی در سطوح بالا مانند قدرت استدلال نه تنها دچار اشکال نمی گردد، بلکه عملکرد آن با شور و هیجان زیاد توأم است. البته پس از مدتی مصرف، عادت پدیدار می گردد و شخص به ناچار مقدار مصرفی خود را افزایش می دهد. اضطراب که خود جزئی از درد و رنج وابسته به کمبود احتمالی در اعتیاد است، سبب می شود که شخص علاوه بر افزایش مقدار مصرفی خود، فواصل مصرف را کاهش داده و به این شکل از بروز علائم کمبود و اضطراب احتمالی جلوگیری نماید. البته افرادی هستند که مصرف روزانه خود را بدون افزایش قابل ملاحظه ادامه می دهند، و زندگی خود را براساس ریتم سرنگ ها قرار داده و به کار و زندگی معمولی خود مشغول می باشند. اما افراد دیگر قادر به تداوم کار و فعالیت نبوده و دائماً در پی بالا بردن مقدار مصرفی و پر کردن سرنگ های بعدی هستند. دراکثر موارد، به مرفین به طور خاص، موجب زوال سریع فیزیکی، روانی و اجتماعی می گردد، و افرادی که

قدرت ذهنی خود را حفظ کرده اند، رنج فراوان می کشند. زیرا دیگر از ماه غسل خبری نیست، بلکه فقط لحظات پر اضطراب و سختی وجود دارد که شخص به پرکردن سرنگ فردای خود می اندیشد. مرفین به صورت امروزی برای از بین بردن درد از قرن ۱۹ م. سابقه دارد و از حیث طبقه بندی فارماکولوژی، تضعیف کننده سیستم مرکزی اعصاب می باشد.

هروئین^۱

هروئین که نام شیمیایی آن "دی استیل - مرفین" است در سال ۱۹۰۰ به عنوان وسیله‌ای برای درمان مؤثر اعتیاد به مرفین ارائه شد. هروئین به طریق شیمیایی در لابراتوارهای خاص با ترکیب آنهیدریک، آسه‌تیک و مرفین تهیه می گردد. از هر یک کیلو مرفین ۹۰۰ گرم هروئین بدست می‌آید که ۳ تا ۵ برابر قویتر از مرفین بوده و از راه استنشاق و یا تزریق زیر جلدی و یا خوراکی به مصرف می رسد. گرچه هروئین خواب‌آوری کمتری دارد، اما قدرت مسموم کنندگی آن پنج برابر مرفین است. هروئین با عمل تقطیر از مرفین استخراج می‌شود. هروئین پودر کریستالی سفید رنگی است که در سال ۱۸۷۴ توسط دانشمند انگلیسی در بیمارستان سنت مری کشف شد. این ماده قوی را تترا استیل مرفین خواند شد تا اینکه در حدود سال ۱۸۹۰ دانشمند آلمانی بنام درسر و چند دانشمند دیگر مطالعات بیشتری روی آن انجام دادند و دریافتند که این مشتق دی استیل است و آن را برای معالجه اشخاص مبتلا به سل و سایر بیماریهای جهاز تنفسی و همچنین برای ترک اعتیاد به مرفین پیشنهاد کردند.

کارخانه بایر آلمان دست به تهیه تجارتي آن زد و به آن نام هروئین داد شاید بایر کلمه هروئین را از کلمه ای آلمانی به معنی عامل بسیار قوی و بسیار موثر که مقدار کم آن می تواند اثر زیاد داشته باشد، اقتباس کرده است. از طرفی شاید چون مصرف هروئین می‌تواند اثر اعتیاد مرفین را از بین ببرد (زیرا یک مخدر قوی تر اثرات فیزیولوژیکی مخدر قبلی را از بین می برد و خود جانشین آن می شود) در ضمن چون پس از مصرف هروئین البته فقط در شروع و اوایل مصرف آن اعمال روانی و جسمانی به شدت تقویت می‌شود و

^۱ Heroin

شخص می‌تواند کار چند روزه را در یک روز تمام کند به این ماده نام هروئین مشتق از کلمه به معنی قهرمان دادند. فردی که پس از سیر در مصرف انواع مواد مخدر به هروئین روی می‌آورد. ابتدا آن را استنشاق می‌کند، اما کمی بعد جهت تاثیر فوری و افزایش دادن اثر آن، به سرنگ روی می‌آورد و در رگ تزریق می‌کند. هروئین تزریق شده احساس لذت عمومی و سریع و شدید را تولید می‌کند. متخصصان این حالت را شبیه اوج در جماع توصیف نموده ولی در اصطلاح، معتادان آن را فلش یعنی چیزی شدید و آنی همانند نور فلش دوربین عکاسی می‌نامند. فلش عکس‌العملی است ناگهانی، زنده و عمیق که ارگانیسم نسبت به ورود ماده نشان می‌دهد. این حالت که حداکثر در حدود ۱۰ ثانیه طول می‌کشد برای معتاد همیشه عالی است. هروئین که قدرت خواب‌آوری کمتری دارد، تولید برانگیختگی‌های شدید و خشنی می‌کند، لیکن سهولت تفکر و تصور تریاک را تولید نمی‌نماید، شاید به همین علت است که مصرف این ماده بیشتر در بین مردها متداول است. بررسی‌های آماری نشان می‌دهد که در برابر هر پنج مرد معتاد فقط یک زن معتاد وجود دارد

روشهای مصرف هروئین شامل موارد زیر است.

تدخین: این روش معمولاً از سایر روشهای مصرف هروئین شایعتر است. در این روش، هروئین را روی زرورق (معمولاً زرورق پاکت سیگار) می‌ریزند و از زیر آن را با تکه ای مقوا یا دستمال کاغذی که آتش زده شده باشد کمی حرارت می‌دهند و دود حاصل را بلافاصله بوسیله یک لوله وارد ریه ها می‌کنند. وجود تکه های دستمال کاغذی یا تکه های مقوای نیم سوخته و یا زرورقی که رویه آلومینیومی آن سیاه شده باشد می تواند علامت مصرف تدخینی هروئین باشد.

انفیه: در این روش هروئین را مستقیماً بوسیله اسکناس لوله شده به داخل بینی می‌کشند. تزریق: در این روش هروئین را با آب لیمو، جوهرلیمو یا قرص ویتامین C در قاشق حل می‌کنند و کمی حرارت می‌دهند. سپس محتویات قاشق را از فیلتر سیگار با پنبه می‌گذرانند و به درون سرنگ کشیده و به وریدهای دست و پا یا سایر نقاط بدن تزریق می‌کنند. پس از مصرف هروئین یک حالت رویایی خوش و انبساط خاطر و آرامش درونی موقت در

فرد بوجود می‌آید. اثرات مذکور ۴ الی ۶ ساعت بیشتر دوام ندارد و پس از آن فرد معتاد مایل است ماده مصرف شده را بیشتر استعمال نماید. فرد در این حالت غیر ارادی، تحریک پذیر و حالتی بی‌قرار دارد، قیود اخلاقی و حسن عاطفی از بین می‌رود و به زندگی بی‌تفاوت است و بهر وسیله که شده می‌خواهد ماده مورد نیاز خود را تهیه نماید.

آثار مصرف هروئین، کاهش ضربان قلب، کاهش تنفس، کم کردن حرکات روده و مهار رفلکس سرفه، احساس گرما، به دنبال اولین مصرف معمولاً تهوع، استفراغ و خارش پیش می‌آید. یکی از ویژگیهای مصرف کنندگان، مردمک های بسیار ریزاست. گیجی و احساس سرخوشی که به دنبال آن افسردگی بارز می‌شود.

پاپاورین

پاپاورین از مشتقات مؤثر تریاک می‌باشد که سفید کریستالی است و از نظر زهرآگین بودن حد وسط مرفین و کدئین است. ماده ای است نشاط آور و محرک. کار عضلات صاف مثل روده را کند کرده و باعث شل شدن آنها می‌گردد. در برونشها و رگها انبساط ایجاد نموده و در آب نامحلول است و در الکل حل می‌شود.

پتیدین

پتیدین اثراتی مانند متادون دارد ولی قدرت ضد درد آن از مرفین کمتر است و عضلات بدن را سست و شل می‌کند.

متادون^۱

متادون دارویی افیونی (مخدر) با اثراتی کاملاً مشابه دیگر مواد افیونی (همچون تریاک، شیره، هروئین، مرفین و کدئین) است. مواد افیونی جزء مواد تضعیف کننده دستگاه عصبی به شمار

^۱Methadone

می‌آیند زیرا کارکرد مغز را کند می‌کنند. متادون به طور مصنوعی تولید می‌شود و به عنوان درمان جایگزین برای کسانی که به هروئین و سایر مواد افیونی معتاد هستند کاربرد دارد. مصرف دیگر آن برای درمان درد در صورت صلاحدید پزشک است. طول مدت اثر این دارو بسیار طولانی‌تر از هروئین و در حدود ۲۵ ساعت است. در برنامه درمان جایگزین، این دارو اغلب در آب حل شده یا به صورت شربت نوشیده می‌شود.

متادون با دو روش برای درمان اعتیاد به کار می‌رود:

- برنامه درمان جایگزین طولانی مدت که می‌تواند چندین ماه یا حتی چندین سال ادامه یابد و هدف آن کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و بهبود کیفیت زندگی فرد است.
- سم‌زدایی کوتاه مدت برای ۵ الی ۱۴ روز و گاهی تا شش ماه، برای کاهش علائم ناشی از ترک هروئین.

بسیاری از مردم معتقدند که بهتر است فرد معتاد به هروئین مصرف مواد خود را کاملاً کنار بگذارد (پرهیز کامل). چنین راه حلی هر چند برای بعضی معتادان به هروئین قابل دستیابی است، اما برای بسیاری با خطر عود مجدد مصرف هروئین همراه است. درمان‌کنندگان با متادون در سراسر جهان به بسیاری از انسانها یاری داده تا استفاده وسواس گونه هروئین را کاهش دهند. درمان با متادون همانند هر درمان دارویی دیگری به معنای شفای بیمار نیست. با این وجود تحقیقات نشان داده که این شیوه درمان سلامت افراد وابسته به هروئین را به چند طریق افزایش می‌دهد:

- با استفاده کمتر از هروئین که خود ممکن است به سایر مواد همراه آلوده شده باشد.
- متادون به صورت خوراکی مصرف می‌شود و خطرات ناشی از تزریق مشترک و آلودگی به ویروس هپاتیت B، هپاتیت C و ویروس نقص ایمنی که باعث بیماری ایدز است کاهش می‌یابد.

- استفاده منظم از متادون افراد را بسوی یک زندگی متعادل شامل تغذیه و خواب سالم هدایت می‌کند.

- استرس را کاهش می‌دهد. فرد مصرف‌کننده لازم نیست راجع به یافتن هروئین نوبت بعدی خویش مدام نگرانی داشته باشد.
 - طول اثر متادون بیش از هروئین است و با یک بار مصرف روزانه همان اثر بخشی را داراست.
 - به کاهش علائم متعاقب ترک یاری می‌رساند.
 - به صرفه است. هزینه درمان با متادون به مراتب از مصرف هروئین ارزانتر است.
- متادون در فرم خالص به هیچ یک از اعضای بدن آسیب نمی‌رساند (مگر دندانها در صورت عدم رعایت بهداشت). برای کسانی که به علت هپاتیت ویروسی دچار اختلال کارکرد کبدی هستند، استفاده از متادون با پایش دقیق کارکرد کبدی و رعایت میزان مصرف معمولاً مشکلی ایجاد نمی‌کند. افراد غیر معتاد چنانچه متادون مصرف کنند ممکن است به علائم مسمومیت، همانند علائمی که برای مصرف بیش از اندازه در بالا ذکر شد، دچار شوند.
- دادن متادون به کسی که در درمان نگاهدارنده نیست می‌تواند بسیار خطرناک باشد. حتی مقادیر کم متادون برای چنین شخصی می‌تواند همراه با خطر مسمومیت جدی و مرگ همراه باشد (مصرف متادون باید همیشه تحت نظر پزشک باشد). مصرف همزمان متادون با الکل و سایر مواد مخدر خطر مسمومیت را افزایش می‌دهد. مصرف مداوم الکل طی روزها و ماهها ممکن است به کاهش اثر متادون و بروز علائم ترک منجر شود.

نورجیزک^۱

یکی از داروهای ترک اعتیاد که امروزه در سطحی وسیع مورد استفاده مصرف‌کنندگان موادمخدر به منظور ترک اعتیاد قرار گرفته و می‌گیرد، نورجیزک است. این دارو برای اولین بار توسط یک شرکت داروسازی انگلیسی به صورت آمپول و قرص به بازار داروهای ترک اعتیاد عرضه شد. ظاهراً این دارو از ترکیب مرفین صنعتی، هیدروکلراید و دیگر داروهای شیمیایی ساخته شده است. نام تجاری این دارو نورجیزک است و نام‌های گوناگون در بین

^۱ Norgesic

مصرف‌کنندگان شایع است، پر جیزک، تمجیزک، سوپر جیزک، تیدی جیزک و اورجیزک می‌باشد و نام‌های ژنریک آن که در دسته بندی‌های دارویی از آن‌ها یاد می‌شود بوپرونرفین و نوپرونرفین می‌باشد.

داروهای مذکور به صورت ویالهای تزریقی ۳۰ و قرصهای ۱۰۰ میلی گرمی در بازار دارویی جهان عرضه می‌شود. حضور کورتون در این ماده تزریقی افراد را به علائمی چون صورت ماه شکل، کوهان در ناحیه فوقانی ستون فقرات، تجمع مایع در ناحیه شکم و صورت و وجود خطوط کم رنگ در ناحیه شکم و رانها گرفتار می‌سازد.

درمانگران اعتیاد می‌توانند به وسیله داروهای گروه مخدر (متادون و ...) و سایر داروهای درمان اعتیاد (کلونیدین) این بیماران را درمان کنند و علائم همراه آنان را نیز با علامت درمانی بهبود ببخشند. اما نکته مهم این است که بعلت عوارض قطع ناگهانی کورتون، این بیماران به ۴-۲ ماه درمان جایگزین مواد کورتونی قرص پرونیزولون با دوز ۷/۵ تا ۱۵ میلی گرم روزانه طی سه دور نیاز دارند. کورتون تجویز شده باید در طول مدت ۶-۲ ماه کاهش یابد، چرا که این بیماران با مصرف مداوم این آمپولها، مسیر طبیعی ترشح کورتون را خاموش کرده اند و به دنبال آغاز درمان اعتیاد و به علت عدم حضور کورتون در خون این بیماران، علائم بحران غده فوق کلیه ظاهر خواهد شد. در برخی موارد ممکن است این ویالهای حاوی مرفین، اورفنادرین سیترات و کورتون باشد. این کمبود نیز ناشی از این مسئله است که این ویالها به صورت کاملاً غیر استریل (در برخی مناطق در وان های حمام) و به صورت دست ساز تهیه و در ظروف مربوطه ریخته می‌شود.

این دارو به قدری مخرب، ویرانگر و وحشتناک است که در تصور نمی‌گنجد. بعد وحشتناک قضیه این است که مصرف‌کنندگان این دارو به منظور ترک مواد مخدر سستی نظیر تریاک و هروئین به مصرف آن روی آورده‌اند و یا توسط بعضی افراد که کارشان ترک اعتیاد است به آنها تجویز شده و بعد از مدتی چنان اعتیاد سنگینی به آن پیدا می‌کنند که ابعاد تخریب آن از تصور خارج است. به دلیل قدرت بالای این دارو شخص مصرف‌کننده بعد از چندبار استفاده طوری نشئه می‌شود که با مقادیر بسیار زیاد تریاک و حتی هروئین به آن نشئگی نمی‌رسد.

بعد از مدتی ترس او از تزریق از بین می‌رود و حتی نسبت به تزریق شرطی هم می‌شود زیرا عمل تزریق مقدمه‌ای است برای نشئه شدن. در این حالت او خودش عمل تزریق را انجام می‌دهد، رفته رفته نقطه تحمل یا تلورانس مصرف بالا می‌رود و از روزی یک یا دو عدد آمپول به تدریج به عددی می‌رسد.

از عوارض اعتیاد به این داروی خطرناک می‌توان به علاقه شدید به تزریق و شرطی شدن نسبت به آن، بی‌قراری شدید و تشنج، کمر درد، بی‌خوابی، ضعیف شدن و پوکی استخوان به گونه‌ای که با کوچکترین ضربه منجر به شکستگی استخوان می‌گردد، لکه‌های پوستی ناشی از آسیب‌های کبدی، پرخاشگری، بی‌حسی بدن و خواب رفتن اعضای بدن، فراموشی، برخورد با دیوار و عدم تشخیص موانع اشاره کرد.

شاهدانه هندی^۱

شاهدانه هندی، شاهدانه آمریکایی، کانابیس، حشیش، ماری‌جوانا، هفت کثیف از ۵۰۰۰ سال پیش هم برای مقاصد تفریحی و هم برای مقاصد طبی مورد استفاده بود. این ماده که منشاء آن را چین یا آشور دانسته‌اند، قرن‌ها برای بیماری‌هایی مانند روماتیسم، جراحات و بیماری‌هایی مربوط به مواد زائد بدن به کار می‌رفته است. در کشورهای غربی پس از دوره‌ای از رواج مصرف آن در دهه‌های ۶۰ و اوایل ۷۰ که آن را به یکی از نمودهای اعتراض اجتماعی جوانان بدل کرد، طی دو دهه گذشته مصرف آن به شدت افزایش یافته است، به طوری که در بعضی از کشورها مصرف آن حتی از سیگار هم بیشتر شده است. درعین حال اختلاف نظر عمده‌ای حتی بین پژوهشگران در مورد میزان اثرات مضر آن و اثرات مفید آن در درمان بعضی از بیماری‌ها و نحوه مواجهه با مصرف آن در سطح جامعه بروز کرده است. شاهدانه هندی از گونه مونث گیاه شاهدانه «کانابیس ساتیوا» به دست می‌آید. ماده اصلی روانگردان آن امگا ۹ تتراهیدروکانابینول (THC) است. محتوای THC در سرشاخه‌های گلدار گیاه در بالاترین حد است و به ترتیب در برگ‌ها، برگ‌های تحتانی، ساقه و دانه‌های

^۱ Cannabis

گیاه کاهش می یابد. فرآورده هایی که از این گیاه به دست می آید، شامل ماری جوانا (با محتوای THC ۵/۰ تا ۵ درصد) که از سرشاخه های گلدار و برگ های خشک شده گیاه به دست می آید، حشیش (با محتوای THC ۲ تا ۲۰ درصد) که از رزین خشک شده و گل های فشرده شده گیاه تهیه می شود و روغن حشیش که حاوی ۵ تا ۱۵ درصد THC است. شاهدانه هندی به صورت سیگار یا با قلیان کشیده می شود و گاهی آن را با توتون مخلوط می کنند. افرادی که حشیش یا ماری جوانا می کشند، معمولاً پک های عمیق می زنند و نفس خود را نگه می دارند تا جذب آن را به حداکثر برسانند. همچنین ماری جوانا یا حشیش ممکن است خورده شوند.

مصرف شاهدانه هندی باعث سرخوشی و آرامش، تغییرات ادراکی، تحریف درک زمان تشدید تجربیات حسی معمول مانند خوردن، تماشای فیلم و شنیدن موسیقی می شود. حشیش هنگام مصرف در محافل جمعی ممکن است باعث خنده و پرحرفی مسری شود. مصرف زیاد این ماده و نشئگی حاصل از آن باعث اختلال در توجه و حافظه کوتاه مدت، مهارت های حرکتی، زمان واکنش و فعالیت های مستلزم مهارت می شود. شایع ترین عارضه زودرس مصرف شاهدانه هندی در افرادی که بار اول از آن استفاده می کنند حمله اضطراب و وحشت زدگی است که یکی از دلایل رایج ادامه ندادن مصرف آن است. این حالت همچنین در افرادی که دائماً شاهدانه هندی مصرف کنند، هنگام مصرف بیش از حد معمول آن، دیده می شود. بعد از کشیدن حشیش در عرض چند دقیقه ضربان قلب ۵ تا ۲۰ درصد افزایش می یابد، فشار خون در حال نشسته افزایش و با ایستادن کاهش می یابد. این اثرات در یک فرد سالم عارضه چندانی ایجاد نمی کند و نسبت به آنها تحمل به وجود می آید. مسمومیت حاد شاهدانه هندی احتمال بسیار کمی دارد و تا به حال موردی از مسمومیت از آن در انسان گزارش نشده است. شاهدانه هندی بر حسب میزان مصرف باعث اختلال در کارکرد شناختی و رفتاری می شود که بالقوه می تواند باعث اختلال در رانندگی وسایل نقلیه یا کار با سایر ماشین ها که مستلزم مهارت است شود. یک پیامد احتمالی وخیم مصرف شاهدانه هندی در صورتی که در حد نشئگی استفاده شده باشد می تواند تصادفات رانندگی

باشد. گرچه در شبیه‌سازهای آزمایشگاهی اثر مصرف تفریحی شاهدانه هندی به مهارت‌های رانندگی معادل غلظت‌های ۰۷/۰ درصد تا ۱/۰ درصد الکل در خون بوده است. معمولاً از هر ده نفری که به مصرف شاهدانه هندی مبادرت می‌کنند، تنها یک نفر در حین ۴ تا ۵ سال بیشترین میزان مصرف به آن وابسته می‌شود. خطر این وابستگی کمتر از خطر وابستگی به نیکوتین (۳۲ درصد) و مواد افیونی (۲۳ درصد) و در حد مشابه الکل (۱۵ درصد) است. بعضی از گروه‌های اجتماعی بیشتر در معرض خطر ابتلا به عوارض زودرس یا دیررس مصرف حشیش یا ماری‌جوانا هستند، از جمله نوجوانانی که سابقه مشکلات تحصیلی دارند، مصرف حشیش را خیلی زود در سال‌های ابتدایی زندگی شروع می‌کنند، در معرض خطر مصرف سایر موادمخدر یا محرک هستند و یا به حشیش وابسته می‌شوند.

زنانی که حین بارداری به مصرف حشیش ادامه می‌دهند ممکن است در معرض خطر بالای به دنیا آمدن نوزادان کم‌وزن باشند و بالاخره در افراد دچار بیماری‌های ریوی مانند آسم و برونشیت یا بیماری‌های روانی مثل اسکیزوفرنی یا وابستگی به الکل و سایر موادمخدر مصرف حشیش ممکن است بیماری اصلی فرد را تشدید کند.

مواد مربوط به گیاه شاهدانه معمولاً از برگ، ساقه، ساقه جوان، جوانه‌ها و گل ویا صمغ درختچه شاهدانه هندی تهیه می‌گردد. تاثیر این نوع مواد هم‌گند ساز و هم‌توهم‌زا است و این فرآورده‌ها به طور کلی بر روی سیستم مرکزی اعصاب اثر می‌گذارند. عمده این مواد عبارتند از: الف- ماری‌جوانا. ب- حشیش. پ- بنگ. ت- تی.اچ.سی. ث- دوغ وحدت.

ماری‌جوانا^۱

ماری‌جوانا تنها ماده مخدری است که در هر جای دنیا چندین اسم دارد. ماری‌جوانا یا چرس نام آمریکایی آن است و در انگلستان به گراس، در فرانسه ادب، در هندوستان بنگه و گنج، در آفریقای جنوبی دگا، در سوریه و لبنان حشیشه الکیف، در ترکیه اسر یا اسرا، در آفریقای مرکزی کامبا، در اسپانیا و در دیگر کشورها به اسامی مختلفی چون وید، پات، شانگ، چاراز،

^۱Marijuana

مکونا و غیره شهرت دارد ماری جوانا ماده چسبنده ای است که بر روی شکوفه گل‌های ماده بعد از گرده افشانی گیاه بدست می‌آید و معمولاً آن را در کاغذ سیگار می‌پیچند و می‌کشند. و در رنگ‌های سبز متمایل به خاکستری و قهوه ای وجود دارد. دارای بوی تند و به صورت کشیدنی در پیپ یا سیگارهای دست پیچ استفاده می‌شود. اثر آن به صورت کشیدنی ۲ تا ۴ ساعت و در موارد خوردنی ۵ الی ۱۲ ساعت طول می‌کشد. در عین حال که موجب حالت سرخوشی و کیف می‌شود، غالباً هوشیاری و خود آگاهی مصرف کننده به هم می‌خورد و دچار تحریف ادراکات، عدم هماهنگی و توازن، گیجی، افزایش ضربان قلب و تنفس می‌گردد. فرد مصرف کننده آن تمایل به پر حرفی و خنده های بیش از حد دارد، و این آثار تا چندین ساعت پایدار است، ماری جوانا را در عین حال که ماده اعتیاد آور سبک است و حتی آن را مدخل ورود به دنیای مواد اعتیاد آور قوی معرفی کرده اند باید یک ماده توهم زا به حساب آورد، در میان افرادی که مصرفشان خیلی زیاد است میزان اختلالات عصبی و شخصیتی بیش از افراد عادی است. ماری جوانا وابستگی روانی نسبتاً خفیفی به دنبال دارد.

حشیش^۱

حشیش سرشاخه های گلدار پایه های ماده گیاه شاهدانه هندی می‌باشد که برنگ سبز مایل به قهوه ای است. بیشتر با توتون سیگار مخلوط و سپس دود می‌کنند. بصورت خوراکی همراه با برخی غذاها نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخی نیز با استفاده از چپق به مصرف حشیش مبادرت می‌کنند گاه با خالی کردن هویج و یا سیب زمینی وسیله ای شبیه چپق (پیپ) می‌سازند که به آن چلیم گفته می‌شود. فردی که حشیش مصرف کرده است دارای چشمانی قرمز است، سرخوشی، گیجی و بی توجهی به اطراف، افزایش ضربان قلب، گشاد شدن عروق سطح بدن، احساس گرما، خشکی دهان، ضعف عضلانی، لرزش خفیف و عدم تعادل در راه رفتن دارد. برخی افراد ممکن است پس از مصرف حشیش به رویدادهای اطراف بخندند و چنین خنده ای معمولاً طولانی و بی دلیل است. واکنش برخی هم ممکن

^۱ Cannabis

است بصورت بی‌توجهی به اطراف و با مات شدن در یک نقطه (میخ شدن) همراه باشد معمولاً مصرف‌کننده حشیش باعث پراش‌های شده و این افراد پرخوری می‌کنند. ممکن است به علت توهم‌هایی که به آنها دست می‌دهد حوادثی برای آنها بروز نماید زیرا محیط اطراف خود را بدرستی ادراک نمی‌کنند. آثار حشیش و ماری‌جوانا شبیه بهم است. هر چند با توجه به تجربیات هر فرد و موقعیتی که در آن مصرف کرده باشد، با تلقین دیگر مصرف‌کنندگان ممکن است واکنش افراد با هم تفاوت داشته باشد.

بنگ

بنگ مخلوطی از برگ و سرشاخه‌های گلدار و یا میوه دار شاهدانه هندی که گاهی به منظور تقلب از سرشاخه‌های نیز استفاده می‌شود. گاهی بنگ را در آب یا شیر حل کرده و به آن کمی قند اضافه می‌کنند و مانند دوغ وحدت می‌نوشند که به آن بنگ‌آب می‌گویند.

تی. اچ. سی

یک ترکیب حلال در حشیش است و به طور خالص، یک ترکیب شیمیایی است. THC مخفف (Tetra Hydro Cannabinol) یکی از عناصر فعال شاهدانه هندی است. تی اچ سی یک ماده قوی توهم‌زاست، و اثرات شیمیایی آن شباهتهایی به ال سی دی دارد که عبارتند از تغییرات در رفتار، اختلال در حس زمان و حواس بینایی و شنوایی، از خود بی‌خود شدن. با این همه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد احتمالاً این دو دارو از طریق مکانیسم‌های بیوشیمیایی مختلفی عمل می‌کنند و اثرات آنها روی عملکرد مغز متفاوت است.

دوغ وحدت

معجونی متشکل از جوهر حشیش و ماست رقیق شده که برخی درآویش و قلندران برای فرو رفتن در حالات خلسه مصرف می‌کنند.

کوکا^۱

استعمال کوکا قرن‌ها است در کشورهای پرو و بولیوی معمول بوده، برگ‌های رنگ کوکا را برای لذت و خوش بودن می‌جویند، مردم این کشورها برای قادر شدن به انجام کارهای سخت و جدی و راه رفتن و تحمل گرسنگی و تشنگی از جویدن کوکا یاری می‌گیرند. تا آنجا که به تاریخچه کوکا مربوط می‌شود، این عادت در میان ساکنان کوه‌های آند رایج بوده است. در تابوت‌های باستانی پرو، مجسمه‌های در حال استعمال کوکا کشف شده‌اند. روشن‌ترین علامتی که بر چهره معتادان کوکا دیده می‌شود فرو رفتگی گونه‌هاست که در اثر مکیدن برگ کوکا به وجود می‌آید.

کوکائین^۲

کوکائین، آکالوئید اصلی برگ کوکا است که از برگ‌های بوته‌ای به نام (Ergthroxglom Coca) بدست می‌آید، که مرکز اصلی رویش آن آمریکای جنوبی است. کوکائین به عنوان ماده موثر در سالهای ۶۰-۱۸۵۹ م. از برگ کوکا مجزا و استحصال شد. کوکائین پودر سفید نرم شفاف کریستالی با طعمی تلخ است که اغلب با پودر تالک، یا ملین‌ها یا شکر مخلوط می‌شود. معمولاً به صورت استنشاق، تزریقی، خوراکی یا دود کردن مصرف می‌شود. دود معمولی آن برای انفیه و استنشاق ۳۰ تا ۱۰۰ میلی گرم است و ۱۰ تا ۲۵ میلی گرم آن برای تزریق استفاده می‌گردد. کوکائین بی‌حس‌کننده موضعی است و به ندرت برای برخی از اعمال جراحی استفاده می‌شود.

اثرات کوتاه مدت آن مشابه آمفتامین است ولی با مدت زمان کوتاه‌تر، احساس افزایش انرژی، چابکی و سرخوشی زیاد می‌کند، از جمله اثرات آن پس از مصرف عبارت است از: افزایش ضربان قلب، نبض، تنفس، درجه حرارت بدن، فشار خون، گشادگی مردمک چشم، پریدگی رنگ، کاهش اشتها، تعرق شدید، تحریک و هیجان، بی‌قراری، لرزش به خصوص

^۱ Coca

^۲ Cocain

در دستها، توهمات شدید حسی، عدم هماهنگی حرکات، اغتشاش دماغی، گیجی، درد پا، فشار قفسه سینه، تهوع، تیرگی بینایی، تب، اسپاسم عضله، تشنج و مرگ.

کراک^۱

کراک را نیز از کوکائین تهیه و در اواخر تابستان و اوایل پاییز سال ۱۹۸۵ م. به بازار شهر نیویورک عرضه کردند. با پختن کوکائین همراه با جوش شیرین کراک حاصل می‌گردد. کراک خطرناکترین ماده اعتیاد آوری است که تا کنون به بازار آمده و به حدی وابستگی آور است که یک بار مصرف آن، فرد را معتاد می‌کند. به شکل حبه های سفید و یا قهوه ای رنگی می باشد. معمولاً با نشاسته، شکر، ویتامین C، پودر شیر و پودر تالک ترکیب می‌گردد. از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، محرک سیستم اعصاب مرکزی است. نحوه مصرف آن استنشاق از راه بینی، تزریق وریدی، دود کردن توسط پیپ، جویدن برگها، بکار بردن در غشاء مخاطی دهان، و مقعد است.

کراک یک محرک می باشد، اثراتش بسیار زود از میان می رود (حدود ۳۰ دقیقه) که سبب می گردد فرد احساس افسردگی و نا آرامی کند افزایش اعتماد بنفس، احساس نیرومندی و هوشیاری، سبب تپش قلب می گردد، فرد حراف و یا کم حرف می شود، از میان رفتن تمرکز، تنفس کم عمق و نامنظم، رفتار خشونت آمیز، رعشه، از اثرات دیگر مصرف کراک است.

ال اس دی^۲

ال اس دی مخفف "اسید لیزرژیک دی اتیل امید" ماده نیمه ترکیبی است که در لابراتور به دست می آید. این ماده به صورت طبیعی در چاودار آفت زده وجود دارد. بر روی آن قارچی به رنگ مس نشو و نما می‌کند که آرگو نامیده می‌شود. این قارچ حاوی اسیدی به نام اسید

^۱ Crack

^۲ LSD

لیزرژیک می‌باشد و مشتقات آن توهم‌زا می‌باشد. در کاغذهای مربعی شکل کوچک که معمولاً روی آنها طرح و نقوش مختلفی وجود دارد- بصورت قرصهای ریزی بنام MICRODOTS-DOTS، به صورت مایع، کپسول و ژلاتین نیز موجود می‌باشد. نحوه استعمال آن بصورت استنشاق، دود کردن، تزریق و خوراکی است. از عوارض مصرف آن تیره شدن مردمک چشم و ایجاد خطوط رنگین به هنگام بسته شدن چشمها در منطقه بینایی است. عمق تصاویر و اشیاء در نظر مصرف کننده تشدید شده و اشیای ثابت ممکن است در نظرش به حرکت درآیند، گاهی حالت تهوع، سرد شدن بدن و لرزش احساس می‌شود. قدرت شنوایی تشدید شده و زمزمه‌های نامفهوم به گوش می‌رسد. حس زمان و گذشت آن در حد بسیار زیادی کند می‌شود.

کتامین^۱

گرد سفید رنگ، بصورت قرص و یا مایع می‌باشد و بصورت خوراکی، استنشاق و تزریق مصرف می‌شود و دارای اثراتی مانند بی حس کننده قوی می‌باشد، القاء تجربه خارج از بدن، کرختی و توهم‌زا می‌باشد. دارای خطرانی مانند مشکلات بینایی، عدم توهمات وحشتناک و سبب احساس گم‌گشتگی و جدایی از واقعیت می‌گردد.

قارچ‌ها^۲

انواعی از قارچها در طبیعت وجود دارد که دارای خواصی همانند سایر مخدرها است این نوع قارچها بیشتر در نواحی استوایی و جنگلهای بارانی می‌رویند نحوه مصرف پخته همراه با غذا، دم کرده همراه با چای است. دارای اثری خفیف تر از ال اس دی داشته و تا ۴ ساعت باقی می‌ماند و خطرات آن شامل درد شکم، تهوع و مرگ در پی مصرف قارچهای سمی است.

^۱ Ketamin

^۲ Magic Mushrooms

جی اچ بی

جی اچ بی که مخفف GAMMA HYDROXYBUTYRATE است. مایع بی رنگ و بی بویی است، که بصورت کپسول می باشد طریقه مصرف آن بصورت خوردنی می باشد مقادیر کم آن اثرات شبیه الککل دارد و مصرف زیاد آن مانند اکستازی عمل می کند. خطرات آن شامل تهوع، خواب آلودگی، احساس گم گشتگی، تشنج و مشکلات تنفسی است.

استروئیدها^۱

استروئیدها مشتقات هورمون مردانه می باشند که رشد عضلات اسکلتی را افزایش می دهد. ورزشکاران برای بهبود عملکرد و ظاهر فیزیکی خود از آنها استفاده می کنند. استقامت را نیز افزایش می دهد. نحوه مصرف آن از طریق خوردن و تزریق است و خطراتی که به همراه دارد شامل افزایش فشار خون، کلسترل بالا، بیماری کلیه و کبد، صدمه به قلب، دیابت، یرقان، افسردگی، رفتارهای خشونت آمیز است.

پی سی پی

پی سی پی یک بی حس کننده می باشد. گرد سفید رنگ کریستالی، به صورت کپسول و قرص نیز وجود دارد. نحوه استعمال آن استنشاق، دود کردن و تزریق کردن است و دارای اثرات خوشی، ریلکس شدن، بی وزنی، عدم تمرکز، اضطراب، افسردگی می باشد.

اکسی کنتین^۲

اکسی کنتین مسکن درد می باشد که ماده فعال آن اکسیکدون است. بصورت مایع، قرص می باشد. و نحوه استعمال آن تزریق، استنشاق، جویدن، پخته به همراه غذا می باشد و دارای اثرات کند شدن تنفس، تهوع، استفراغ، یبوست، سردرد، گیجی، تعریق و ضعف می باشد.

^۱ Steroids

^۲ Oxycontin

دی . ام . تی

دی . ام . تی یکی از مواد توهم‌زا می‌باشد که معمولاً معتادین ال . اس . دی از این ماده استفاده می‌کنند. آثار آن شبیه ال . اس . دی است. کسانی که به دنبال راه‌گریز سریع از واقعیت‌ها هستند از آن مصرف می‌کنند. اگر از راه دهان مصرف شود تولید دل‌درد می‌کند. بنابراین از راه تزریق عضلانی و یا با ترکیب توتون و ماری‌جوانا استعمال می‌شود.

آمفی‌تامین^۱

آمفی‌تامین گرد سفید رنگ و یا خاکستری رنگ که بصورت کپسول یا قرص است. برای آنکه آفتی‌تامین قابل دود کردن گردد آن را کریستالیزه می‌کنند که در این صورت به آن شیشه می‌گویند. نحوه مصرف آن بطریقه استنشاق، دود کردن، تزریق و یا حل درون مایعات، خوراکی می‌باشد از اثرات آن هیجان‌زدگی، اعتماد بنفس بالا، افزایش هوشیاری، انرژی زیاد، کاهش اشتها، بی‌خوابی می‌باشد. در کوتاه مدت سبب احساس اضطراب، افسردگی و خستگی پس از استعمال آن می‌شود، افزایش ضربان قلب و تنفس، اختلال در دید، خشکی دهان، سرگیجه و خشونت، مرگ ناگهانی و سکته قلبی می‌شود و در دراز مدت سبب توهم، وحشتزدگی، کاهش وزن، آسیب به مغز و حافظه، تشنج و مرگ می‌گردد.

شیشه یا کریستال^۲

کریستال یا شیشه یکی از موادمخدر جدیدی است که در بازار قاچاق عرضه می‌شود آیس، شیشه یا کریستال نام‌های دیگر آن است. به این دلیل به آن در کشور ما شیشه گفته می‌شود که شکل ظاهری این ماده شبیه شیشه‌ای که خرد و پودر شده می‌باشد و یا تکه‌های ریز یخ و یا خرده‌های ریز نبات است. و در اروپا و آمریکا بیشتر به نام آیس شناخته می‌شود. شایبو که در آسیای جنوب شرقی رواج دارد نیز شباهت‌هایی با این ماده دارد. تحقیقات نشان

^۱ amphetamines^۲ glass

می‌دهد که مهمترین ترکیب این ماده مخدر آمفتامین است. مت آمفتامین از مشتقات کلاسیک آمفتامین است و در آزمایشگاههای غیرقانونی از داروهای ساده و ارزان ساخته می‌شود. این ماده با اشکال مختلف خوراکی، تزریقی یا استنشاقی و تدخینی مانند سیگار استفاده می‌شود. کریستال ماده ای شدیداً اعتیاد آور است و به شکل پودری سفیدرنگ، بدون بو و تلخ وجود دارد که به راحتی در نوشابه های الکلی و غیر الکلی حل می‌شود. این ماده نیز مانند اکستاسی، تاثیرات خطرناکی بر سلامتی انسان دارد.

افت حافظه، پرخاشگری و تهاجم، رفتارهای جنون آمیز و آسیب های قلبی و مغزی از عوارض مصرف آن است. با مصرف این ماده حالاتی مثل هیجان زدگی، بی‌تابی، تکلم صحیح و تند، کاهش خواب و اشتها و افزایش فعالیت های فیزیکی به وجود می‌آید.

اکستاسی^۱

اکستاسی یا MDMA برای اولین بار در سال ۱۹۱۲ توسط یک شرکت آلمانی بعنوان داروی اشتهاآور ساخته شد. استفاده غیر قانونی از آن در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در آمریکا رایج شد. اکستاسی غالباً به همراه مواد دیگر استفاده می‌شود، ولیکن به ندرت همراه با الکل از آن استفاده می‌شود چرا که برخی براین باورند که الکل اثر آن را خنثی می‌سازد. استفاده از این ماده بیشتر در اماکنی چون کلپهای شبانه، میهمانیهای آخر شب و در کنسرت های موزیک راک رایج است.

مصرف اکستاسی با ایجاد پدیده تحمل همراه است. مدت اثر این ماده ۶-۴ ساعت است. این ماده در فرم قرص و کپسول موجود است و از راه خوراکی استفاده می‌شود. استعمال کنندگان این ماده می‌گویند، این ماده احساس بسیار مثبتی را ایجاد می‌کند، حس نزدیکی به دیگران، از بین رفتن اضطراب و ایجاد آرامش فوق العاده را نیز بدنال دارد. همچنین نیاز به غذا خوردن، نوشیدن و خواب را از بین برده و لذا به فرد تحمل شرکت در میهمانی های ۲-۳ روزه را می‌دهد و لذا در برخی موارد ایجاد فرسودگی بیش از حد به همراه کم آب شدن بدن

^۱ ecstasy

می‌کند. از اثرات دیگر این دارو می‌توان به تهوع، توهّم، تب و لرز، تعریق، لرزش اندامها، دردهای عضلانی و تاری دید اشاره نمود.

توتون و تنباکو

توتون، برگهای خشک شده نوعی از گیاه تنباکو است که می‌تواند به صورت کشیدنی (دود کردن) و احیاناً جویدنی، توتون پیپ، قلیان و ... مورد استعمال قرار گیرد. تنباکو عموماً به نوع خاصی از این گیاه گفته می‌شود که جهت استعمال بصورت سیگار، سیگار برگ از آن استفاده می‌شود، تنباکو در میان قبایل آمریکای شمالی و مرکزی در قرن ۱۶ م. کشف گردید. این گیاه مصرف پزشکی ندارد و از نظر طبقه بندی فارماکولوژی موجب تحریک یا تضعیف سیستم مرکزی اعصاب می‌گردد.

ترکیبات خطرناک سیگار نیکوتین، تار و مونو اکسید کربن است. تار و دود سیگار موجب تحریک زیاد نسوج و همچنین ترشحات نایچه ها و بزاق دهان می‌گردد. تار موجود در سیگار در ریه ها جمع می‌گردد و موجب ناراحتی های دستگاه تنفسی از جمله برونشیت مزمن، تنگی نفس و آمفیزم ریوی می‌شود. دیگر از عوارض جسمی مصرف سیگار، افزایش فشار خون و ضربان قلب، گشاد شدن مردمک چشم، کاهش اشتها، اسهال، استفراغ و گیجی است. مسمومیت ناشی از نیکوتین در فرد ایجاد لرزش، استفراغ، اختلالات تنفسی و اغلب فلج شدن دستگاه تنفسی و تشنج شدید می‌نماید.

مونواکسید کربن موجود در سیگار علاوه بر آسیب رساندن به فرد سیگاری به اطرافیان وی نیز همان آسیب را می‌رساند. یک نخ سیگار کمتر از یک میلی گرم نیکوتین وارد خون می‌کند. چنانچه ۲ یا ۳ قطره از نیکوتین خورده شود، موجب مرگ آنی می‌گردد و این، سمیت زیاد این ماده را می‌رساند. وقتی که سیگار خورده شود، نیکوتین به آهستگی در معده جذب می‌گردد و از این رو است که اغلب می‌توان کودکان خردسالی را که اشتهاً سیگاری خورده اند، از مرگ نجات داد. تار موجود در سیگار ایجاد سرطان می‌کند که رایج ترین نوع آن سرطان دستگاههای هاضمه، ریه، دهان، گلو و حنجره است. علاوه بر آن عوارض جسمی

دیگری از جمله اختلالات و بیماریهای تنفسی، بسته شدن عروق و زخم معده بسیار رایج است. سیگار کشیدن موجب تنگ شدن عروق می‌شود، میزان ویتامین C را در بدن کم می‌کند و ایجاد زخمهای پوستی که به کندی خوب و ترمیم می‌شوند می‌نماید، درجه مصونیت بدن را در برابر بیماریها کاهش می‌دهد. تحقیقات نشان می‌دهد که هر نخ سیگار ۵/۵ دقیقه از عمر انسان را می‌کاهد. کودکان مادران سیگاری در زمان تولد از وزن کمتری برخوردارند و اغلب در خطر نارس به دنیا آمدن قرار دارند و از نظر ذهنی و رشد و نوع رفتار نیز در مقایسه با کودکان مادران غیر سیگاری در سطح پائین قرار دارند. بیشتر افراد سیگاری از نظر فیزیکی و روانی به مصرف دخانیات وابستگی پیدا می‌کنند.

ناس

ناس گیاهی است محرک و توان افزا شبیه حنا که برای مصرف مقدار کمی آهک به آن اضافه پس از تخمیر آن را در دهان و زیر لثه پائین قرار داده و می‌جوید و احساس گرمی و نشاط می‌کنند که پس از مدتی زبان و لثه آنها ترک می‌خورد که علامت مطمئنی برای شناسائی معتادان به آن می‌باشد دارای قیمت بسیار ارزانی است مصرف این مواد گیاهی بطور زیادی در میان افغانه و استانهای شرقی رواج دارد این گیاه دارای مقادیر زیادی نیکوتین است و عمدتاً آن را بصورت جویدنی استفاده می‌کنند.

خات

خات درختی است در عربستان و شمال آفریقا می‌روید و معتادین ساقه های جوان آن را می‌جویند. در عربستان جویدن آن یک تفنن اجتماعی است و به مصرف کننده احساس نشاط داده و تا حدودی از گرسنگی می‌کاهد، طعم آن تلخ و بیشتر در ابتدای شب مصرف می‌شود.

کراتم

درختی است در تایلند و مردم برگهای تازه آن را می‌جویند و یا خشک شده آن را مثل سیگار

می کشند خاصیت آن توان افزائی است و احساس نشاط و هوشیاری کاذب مختصری نیز در مصرف کننده ها پدید می آورد.

پان

پان، ماده ای غلیظ، سرخ رنگ و دست ساز است که از برگ درخت تانبول تهیه می شود. این ماده ترکیبی از تنباکو، آهک، خاکستر، ادویه جات معطر، ساخارین، مقدار زیادی فلفل و اسانسهای غیر مجاز می باشد. مشخص شده است که ترکیبات آرسنیک، کربنات منیزیوم و سرب نیز در آن وجود دارد. پان در قالب پودر، آدامس، باستیل و یا به صورت طومار در رنگهای مختلف با پوشش های آلومینومی کاغذهای مثلثی یا مربع شکل با تصاویر جذاب رنگی و با طعم و مزه های مختلف گیاهی از جمله نعناع عرضه می شود

کشورهای هندوستان و پاکستان پس از جوشاندن مواد ذکر شده آن را روی برگ تازه گیاه وین پیچانده که به آن گوتکا می گویند و مصرف کننده با جویدن آن احساس لذت و سرخوشی کاذب می کند مصرف پان یا گوتکا ابتدا در کشور هندوستان رایج بوده و بعد در پاکستان، اندونزی، سری لانکا و اخیراً مناطق مرزی شرق کشور، شیوع پیدا کرده است. عوارض آن در دو بعد جسمی و روانی گسترده شده است نیکوتین موجود در آن از طریق مخاط دهان جذب و باعث بدرنگ شدن دندانها شده و به مغز آسیب می رساند.

مسکالین

مسکالین ماده اصلی و فعال نوعی کاکتوس به نام پیوت است که به عنوان دارویی سحرآمیز برای درمان دردها مصرف می شود.

نحوه تهیه آن به این صورت است که تکه هایی از قسمت فوقانی این گیاه را بریده و پس از خرد کردن می جویند و یا با سائیدن آن را به صورت پودر درآورده و با ریختن به داخل کپسول، مورد استفاده قرار می دهند.

کافئین

کافئین محرکی است که مانند سایر آمفتامین‌ها اعتیادآور است و این قبیل داروها بهترین مسکنهایی هستند که انسان را از درد جسمانی راحت می‌کنند ولی درد اجتماعی دیگری چون اعتیاد خلق می‌کنند. البته غیر از عارضه اعتیاد عوارض دیگری نیز ایجاد می‌نمایند. مثلاً کسی که قهوه زیاد مصرف می‌کند و به بی‌خوابی و عدم تعادل عصبی دچار می‌شود و برای از بین بردن این اثرات به مواد خواب آور دیگری نیاز پیدا نموده و به آنها معتاد می‌شود.

چسب و مواد فرار (مواد استنشاقی)

در زندگی روزمره نمونه‌های زیادی وجود دارد که دارای موادی هستند که می‌توان آنها را از طریق بینی و دهان بالا کشید و استنشاق کرد. مواد استنشاقی در انواع چسب‌ها، بنزین، مواد پاک‌کننده لاک یا استون، لاک غلط‌گیری، گاز فندک، مایعات پاک‌کننده و براق‌کننده، رنگ‌های اسپری و تینر یافت می‌شوند و مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. این مواد مستقیماً از طریق آغشتن پارچه‌ای به آنها از راه بینی یا دهان وارد ریه می‌شوند و به مغز می‌رسند. گاهی برخی با کشیدن کیسه‌ای پلاستیکی بر سر و قرار دادن مواد یا پارچه آغشته به آن در زیر کیسه بتدریج و در زمان بیشتری مواد را استنشاق می‌کنند. گاهی از لوله و شیلنگ هم برای استنشاق استفاده می‌کنند.

تاثیر این نوع مواد بر فرد معمولاً شبیه مواد کند ساز است و عملکرد بدن را کاهش می‌دهند و تاثیری شبیه مواد بیهوش‌کننده دارند. انواع این مواد، در شرایط مختلف و افراد متفاوت واکنش‌های گوناگون ایجاد می‌کند. برخی ممکن است حالت نشنگی، نیروی بیشتر و اعتماد به نفس غیر واقعی احساس کنند. برخی در حواسشان تحریف‌هایی ایجاد می‌شود و گاه تا حد توهم پیش می‌روند، به همین خاطر ممکن است حوادث و درگیری‌هایی برای آنها ایجاد شود. برخی تلو تلو راه بروند و یا بریده بریده صحبت کنند. برخی نیز دچار دوبینی، وزوز گوش و سردرد و گاه شکم درد شوند. مصرف مقدار زیادی از این مواد موجب

وابستگی روانی می‌شود، همچنین به دستگاه تنفسی از دهان و بینی تا ریه، آسیب جدی وارد می‌کنند. از نظر روانی موجب اختلالات روانی رفتاری می‌شود.

مواد فرار پس از استنشاق از طریق ششها وارد عروق می‌شوند و سپس به دیگر اندامهای بدن به خصوص مغز و کبد می‌رسند. معمولاً پس از مصرف این مواد، به فرد احساس سرخوشی، سبک حالی، بی‌باکی و بی‌پروایی دست می‌دهد و خیالها روشن و واضح می‌شوند. تنفس، ضربان قلب و دیگر اعمال بدن به کندی می‌گراید. اگر مصرف‌کننده با قوطی پلاستیکی آن را از طریق بینی و دهان استنشاق کند، مرگ ناشی از خفگی ممکن است پیش‌آید، استنشاق و تنفس مداوم فرارها و چسب موجب آسیب به کبد و کلیه، پریدگی رنگ پوست، احساس ضعف و بی‌حالی، عدم توانایی تفکر صحیح، لرزش، عطش زیاد، کاهش وزن، تحریک پذیری، افکار پارانوئیدی، حالات تهاجمی و دشمنی می‌گردد. در مصرف طولانی استنشاق بنزین، میزان سرب خون را بالا می‌برد. مصرف دائمی و مکرر موجب تحمل و نیاز فرد به افزایش مصرف برای ایجاد اثر مطلوب می‌گردد و می‌تواند وابستگی روانی و جسمی ایجاد کند. علائم و نشانه‌های ترک عبارتند از احساس سرما، لرزش بدن، توهمات، سردرد، دردهای شکمی، گرفتگی و اسپاسم عضلانی.

الکل^۱

الکل خالص، مایعی شفاف است و معمولاً دارای ۹۶ تا ۹۷ درجه الکل خالص است. به این معنی که در ۱۰۰ حجم آن، ۹۷ حجم الکل و ۳ حجم آب و دیگر ناخالصی‌ها وجود دارد. الکل اتانول از دیر زمانی شناخته شده و در طبیعت تقریباً در همه جا یافت می‌شود. در بسیاری از انواع تخمیرها همیشه مقداری از این الکل به وجود می‌آید و مقدار کمی از آن نیز در آبهای طبیعی و معدنی یافت می‌شود.

برای تهیه الکل از شیوه‌های تخمیر مواد نشاسته‌ای و قندی، یا از شیوه‌های سنتز و مصنوعی استفاده می‌کنند. از نظر طبقه‌بندی فارماکولوژی، تضعیف‌کننده سیستم مرکزی

^۱ Alcohol

اعصاب است که جزء آرام بخشها و سستی زاها طبقه بندی می شود. در پزشکی مصارف زیادی دارد ولی به علت سو استفاده در مصرف آن، مشکلاتی را در جامعه بشری ایجاد می کند.

از جمله اثرات الککل افزایش خواب و گشاد شدن عروق است و به عنوان منبع انرژی را استفاده می شود. در دردهای بسیار شدید مانند دردهای سرطانی یا تخفیف اسپاسم های شدید عضلانی موثر است. هم چنین به صورت بخار در ماسکهای اکسیژن برای افرادی که دچار برخی ناراحتی های آسم، ریوی و اختلالات تنفسی هستند، استفاده می شود. همراه با مرفین در اعمال جراحی قلب باز و نیز در ضد عفونی و پانسمان جراحات مختلف پوست به کار می رود.

اثر اصلی و عمده کوتاه مدت الککل بر سیستم اعصاب مرکزی است و به عنوان خواب آور یا بی حس کننده عمل می کند. علاوه بر آن، اثراتی در هوشیاری فرد و اعمال و وظایف دستگاه مغز و اعصاب دارد. به طور کلی اثر الککل بستگی به میزان نوشیدن، اندازه، وزن بدن و وضعیت سلامت جسمی و روحی فرد مصرف کننده، تجربیات فرد از جمله درجه تحمل و وابستگی، خلق و خوی و درجه خلوص نوشیدنی محتوی الککل دارد.

مصرف نوشابه های الکلی در ابتدا موجب نوعی آرامش و رها شدن از قیودات و سرخوشی زیاد می گردد، ولی پس از مدتی اثرات واقعی آن از جمله ناهماهنگی در حرکات عضلات (آتاکسی)، اختلال در قضاوت، آسیب اعمال حرکتی و مهارتی، کندی واکنش و فعالیت دماغی و فکری تشدید حالت تهاجمی و پرخاشگری، تلوتلو خوردن، درهم و برهم حرف زدن، سوزش قلب، پرحرفی، دوتا دیدن اشیاء و افراد، گیج، گرگرفتگی، کرختی و بی حسی اعضای بدن و افزایش ادرار می باشد.

مصرف الککل حتی مصرف کم آن به خصوص اگر همراه با دیگر مواد اعتیاد آور باشد به مهارت رانندگی صدمه و آسیب می رساند. پس از ۸ تا ۱۲ ساعت که از مصرف زیاد آن بگذرد، سردرد، تهوع، لرزش و استفراغ ایجاد می شود. مصرف خیلی زیاد آن ممکن است موجب فلج شدن فعالیتهای مغزی و دستگاه تنفسی و در نتیجه مرگ می گردد. به طور کلی

این اثرات چنانچه همراه با مصرف آرام بخشها و دیگر داروهای تضعیف کننده باشد، تشدید می گردد. مصرف زیاد آن همراه با داروهای ضد افسردگی از جمله بار بیتوریک ها اغلب ممکن است، موجب مرگ فرد گردد. مصرف منظم و مستمر حداقل ۴ بار نوشابه های الکلی در روز ممکن است در بلند مدت و به تدریج موجب آسیب کبد، مغز، قلب، و دیگر اعضای بدن گردد. مصرف مداوم نوشابه های الکلی موجب سایروز کبدی، پانکریست و اختلالات کیسه صفرا، ناراحتی های گوارشی، زخم معده و اثنی عشر، گاستریت و برخی از سرطانها در دستگاه جهاز هاضمه می گردد. نقشهای دستگاه عصبی از جمله نارسایی های اعمال هوشی، حرکتی و بی ثباتی هیجانی، کاهش ادراک حسی و سرانجام از دست دادن حافظه و فراموشی، تیرگی بینایی در بیشتر افراد معتاد به الکل دیده می شود. شایع ترین اختلال سیستم عصبی در الکلیسم مزمن، آسیب قرنیه و اعصاب چشم است. آسیب به مغز و ضایعات نسوج مغز، ناراحتی های قلبی از جمله آریتمی و تکیکاردی از عوارض سوء مصرف است. الکل، رگهای کرونری قلب را کاهش می دهد.

مصرف مزمن و زیاد مشروبات الکلی موجب اضطراب، عصبانیت و تند خویی، تحریک پذیری دلیریوم، ترمنس و دپرسیون سیستم اعصاب مرکزی می گرد. از هم پاشیدگی زندگی خانوادگی، شغل و اجتماعی به طور کلی اعمال ضد اجتماعی و زوال ابعاد شخصیتی در نتیجه ادامه مصرف مشروبات الکلی پدیدار می گردد.

الکل اتانول یکی از داروهای اعتیاد آور محسوب می شود که به عنوان ماده آرام بخش برای خواص نشاط آور آن مصرف می شود. افزایش مقدار مصرفی آن به منظور ایجاد اثر مطلوب، ممکن است موجب ایجاد تحمل و وابستگی فیزیکی گردد. مصرف کنندگان مزمن یا افراد معتاد به آن ممکن است به مقدار ثابت مشروب بنوشند بدون اینکه مست شوند، در این صورت احتمال دارد که یک نوع وابستگی جسمی و روانی در آنان به الکل به وجود آید که قطع مصرف آن، نشانه های ترک را به صورت تحریک پذیری زیاد، تشنج، دلیریوم ترمنس، حالات بی قراری یا عصبانیت، بی خوابی، بد اشتها، عرق کردن و استفراغ ظاهر می سازد. الکل به عنوان داروی اعتیاد آور، قدرت ایجاد وابستگی جسمی و روانی را دارد.

با نوشیدن مشروبات الکلی، الکل بسرعت در معده و روده جذب شده و با انحلال در آب پلاسما وارد جریان خون می‌شود. الکل چند مرکز را در مغز تحت تاثیر قرار می‌دهد. این مراکز به ترتیب اثر عبارتند از:

۱- بافت خاکستری که بزرگترین قسمت مغز است. سلولهای این بافت، اطلاعات حسی شما را پردازش می‌کند، فرآیند تفکر و هوشیاری شما را به عهده دارد و آغازگر بیشتر حرکات ماهیچه‌ای شماست. الکل در این بخش، کار مراکز رفتارهای بازدارنده (نه نوروترانسمیترهای بازدارنده) را مختل می‌کند. در این صورت شخص پر حرف می‌شود، اعتماد به نفس بیشتری احساس می‌کند و دیگر چندان به قوانین بازدارنده اجتماعی پایبند نیست. پردازش اطلاعات حسی را کند می‌کند در نتیجه شخص در حسهای پنجگانه خود دچار مشکلاتی مانند تاری دید، کاهش شنوایی، بی‌حسی پوست و غیره می‌شود و آستانه درد نیز در او بالا می‌رود (درد را کمتر حس می‌کند) فرآیندهای فکری را متوقف می‌کند و این باعث می‌شود شخص نتواند بخوبی قضاوت یا فکر کند.

۲- دستگاه لیمبیک که احساسات و حافظه را کنترل می‌کند. وقتی الکل بر این بخش اثر می‌گذارد شخص دچار احساسات اغراق‌آمیز (مانند خشم، پرخاش، تهاجم) و ضعف حافظه می‌شود.

۳- مخچه که حرکت ماهیچه‌های بدن را هماهنگ می‌کند. به زبان ساده، مخچه با اثرگذاری بر سیگنال‌های حرکتی ماهیچه‌ها، دقیق و بی‌نقص بودن حرکات را کنترل می‌کند و مانع لرزش اعضاء یا ناشیانه بودن و بروز اشتباه در حرکات می‌شود. با تاثیر الکل بر این بخش، حرکات ماهیچه‌ای ناهماهنگ خواهد شد. علاوه بر هماهنگی حرکات ارادی، مخچه هماهنگی حرکات ظریف موردنیاز برای حفظ تعادل را نیز به عهده دارد، بنابراین با رسیدن الکل به مخچه، شخص تعادل خود را براحتی از دست می‌دهد. تلو تلو خوردن آدم مست به همین علت است.

۴- بصل النخاع یا ساقه مغز. تمامی اعمال غیرارادی بدن مانند تنفس، تپش قلب، دما و هشیاری را کنترل می‌کند. وقتی الکل به مراکز بالای بصل النخاع می‌رسد به شخص

=====

احساس خواب‌آلودگی دست می‌دهد که با افزایش BAC ممکن است به بیهوشی بینجامد. اگر BAC به قدری زیاد شود که بتواند بر این فعالیت‌ها اثر بگذارد شخص ممکن است به کندی نفس بکشد یا فشار خون و دمای بدن افت کند و در نهایت به کاهش و توقف این علائم حیاتی و مرگ بینجامد.

فصل سوم

=====

ابعاد اعتیاد

اعتیاد را می‌توان در دوبعد در نظر گرفت و تعریف کرد:

اعتیاد به معنای وسیع کلمه: اعتیاد یا عادت کردن به معنای خوگرفتن به چیزی است، اعمال عادت شده معمولاً بصورت خودکار بدون تفکر و اندیشه انجام می‌گیرد. از این روست که برخی عمل عادت را تابع یک اصل فیزیکی می‌دانند که از هوش و اراده فرد مجزا است و در ردیف اعمال غریزی حیوانات قرار می‌گیرد. زیرا حرکات و رفتار عادت شده برای بوقوع پیوستن، عصب، عضلات و اندامهای مخصوص را بدون دخالت اندیشه و دقت به کار می‌گیرند، اعصاب شخص همانطور که به دفعات اتفاق افتاده است گاهی علیرغم میل و رغبت، عمل عادت شده را خود به خود انجام می‌دهند.

اعتیاد به معنای اخص کلمه: انسان برای رفع احتیاجات فیزیولوژیکی خود احتیاج به مواد موجود در طبیعت و محیط خود دارد، این مواد برای برطرف کردن نیازها و غرایز اولیه در گرسنگی و تشنگی و برای سوخت و ساز بافتها به منظور تولید انرژی به مصرف می‌رسند. غرایز ثانویه، مانند احتیاج به محبت و دوستی، معاشرت، امنیت، اطمینان و احترام باید از راههای طبیعی خود تشخیص یابند و هیچگاه نباید از همان طریق به برطرف ساختن نیازهای اولیه بوسیله مواد موجود در محیط آن را برطرف کرد.

ارضای نشدن نیازهای ثانویه منجر به ایجاد فشارهایی می‌شود که گروهی برای برطرف کردن آنها از داروهای اعتیاد استفاده می‌کنند، طریقه مصنوعی رفع احتیاجات ثانویه سرانجام به اعتیاد منجر می‌شود و بنابراین اعتیاد به معنای اخص کلمه را تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداوم می‌دانند که شخص نسبت به یک ماده مخدر پیدا می‌کند.

علل اعتیاد به مواد مخدر

علل اعتیاد به مواد مخدر متعددند ولی به طور کلی بدو دسته شخصی علل زمینه و علل محرک تقسیم می‌شوند. علل زمینه ساز عواملی هستند که شرایط مساعدی را برای آغاز انحراف فراهم می‌سازند مثل پایبند نبودن به خانواده، به یک نظام ارزشی خاص وضع

اقتصادی، اخلاقی، فرهنگی و ... که در مجموع شکلی از خانواده از هم پاشیده را ترسیم می‌کند. نمونه‌هایی از این عوامل عبارتند از:

- ۱- مصرف بیش از حد و نابجای داروهای اعتیاد آور بوسیله والدین.
- ۲- استفاده مکرر از داروهای تخدیر کننده که کنجکاوی کودکان و نوجوانان را بر می‌انگیزد.
- ۳- محیط نامطلوب خانواده، خانواده از هم پاشیده ناشی از طلاق، مرگ یا غیبت‌های طولانی والدین.
- ۴- محیط متشنج خانواده ناشی از ناسازگاری والدین.
- ۵- تبعیض بین فرزندان، عدم وجود مهر و محبت و دلگرمی.
- ۶- اعمال تنبیه و عدم اجرای انضباط منطقی.
- ۷- تضاد در شیوه‌های تربیتی فرزندان.
- ۸- فقر خانواده.
- ۹- ناتوانی والدین در تصمیم‌گیری، هرج و مرج، بی‌ثباتی و آزادی مطلق در خانواده. علل محرکی که فرد را به سوی این انحراف سوق می‌دهد، شامل نارضایتی از شرایط موجود و یا شکست و نا کامیهای پیاپی است در واقع اعتیاد یک نوع مکانیزم دفاعی است که برخی جهت فرار از عذاب و موقعیت رنج آور خود بدان متوسل می‌شوند. مصرف مداوم مواد مخدر، ترک ناگهانی و یا کاهش مصرف مواد پس از ایجاد وابستگی نسبت به دارو سبب اختلالاتی می‌گردد که شامل بی‌قراری، اضطراب، افسردگی، خستگی مفرط، عدم تمرکز افکار، حالات گیجی و مشکلات گوارشی می‌باشد.

نظرات جامعه‌شناسی

جامعه‌شناسان برای تحلیل مسئله مواد مخدر نیز با همچون دیگر موارد بررسی انحراف، یا یکی از این چهار نظریه ناهماهنگی در سازمان اجتماعی، انحراف از هنجارها، برچسب اجتماعی و ستیزه ارزشها یا ترکیبی از هر چهار را به کار می‌گیرند.

نظریه ناهماهنگی در سازمان اجتماعی

از دیدگاه نظریه ناهماهنگی در سازمان اجتماعی وجود گسترده اعتیاد در برخی نقاط جامعه ناشی از مشخصات سازمان اجتماعی است. مصرف این مواد در برخی بخشهای جامعه تشویق می‌شود و امکان دسترسی به آن فراهم است. طرفداران این نظریه در این حالت جامعه را ناهماهنگ می‌دانند، زیرا بخشی از مردم قادر به درک و جذب هدفهای جامعه نیستند و یا نمی‌توانند با وصول به هدفهای مطلوب اجتماعی احساس رضایت و کفایت کنند در نتیجه به الکل و سایر مواد مخدر روی می‌آورند تا رضایتی که نتوانسته‌اند در رابطه با هدفهای جامعه کسب کنند از طریق دیگر به دست آورند.

طرفداران این نظریه از جهات دیگری نیز جامعه را ناهماهنگ نمی‌دانند در این حالت هنجارهای غالب اجتماعی مربوط به منع مواد مخدر قادر به تنظیم و نظارت بر مصرف این مواد نیست. از قدرت و نفوذ هنجارهای اجتماعی که مانع مصرف مواد مخدر هستند نظیر سایر هنجارها به هنگام تغییرات اجتماعی کاسته می‌شود. در کشورهای صنعتی با ظهور فرهنگ خاص جوانان و گسترش آن در برخی سالها به بسیاری از هنجارهای موجود جامعه بی‌اعتنایی شده است. گاه جوانان حتی به تجربه انواع جدیدی از مواد مخدر نیز که برای جامعه ناشناخته است دست می‌زنند. میزان مصرف مواد مخدر در شهرهایی که جمعیت آنها از گروههای نامتجانس تشکیل شده است و دچار تغییرات سریع اجتماعی می‌شود بیشتر است تا شهرهایی که هنوز حالت سنتی و روستایی خود را حفظ کرده‌اند. در واقع در شهرهای بزرگ همراه با افزایش هماهنگی در ساخت اجتماعی از نفوذ هنجارهای غالب بر مواد مخدر کاسته می‌شود.

طرفداران این نظریه معتقدند اگر جامعه قادر به جلوگیری از مصرف این مواد یا تهیه و توزیع آن نباشد، دچار ناهماهنگی است. البته تاکنون هیچ راه مؤثری پیدا نشده است که بتواند مصرف این مواد را به نظم درآورد و یا مانع تولید و ورود غیرمجاز آنها شود.

نظریه انحراف از هنجارها

نظریه انحراف از هنجارها مصرف مواد مخدر را انحراف از هنجارهای جامعه می‌داند. در اذهان مردم عادی مصرف‌کننده این مواد کسی است که احساس مسئولیت نمی‌کند و به چیزی جز ارضای اعتیاد خود نمی‌اندیشد و همسالان یا افراد بدخواه باعث انحراف او شده‌اند. مجریان قانون بیشتر این نظر را دارند که اعتیاد مانند امراض مسری است که از فرد معتاد یا بدخواه به دیگران سرایت می‌کند. جامعه‌شناسان این نظر را نسبتاً خام می‌دانند و می‌گویند معتاد کسی است که هنجارهای غالب جامعه را به خوبی جذب و درک و درونی نکرده است.

نظریه برچسب

جامعه‌شناسانی که معتقد به نظریه برچسب اجتماعی هستند معتقدند که برخی مواد مخدر برچسب غیرمجاز و برخی مجاز دریافت می‌کنند و اینکه کدام یک از مصرف‌کننده‌ها منحرف خوانده شود بستگی به این دارد که چه کسانی در جامعه در رأس قدرت قرار دارند. مثلاً در کشورهای غربی الکل ماده مخدری است که مورد قبول صاحبان قدرت اجتماعی است. بنابراین مصرف آن عادی و قابل قبول است. برعکس ماری‌جوانا که مصرف‌کنندگان آن بیشتر اعضای فاقد قدرت اجتماعی جامعه هستند ممنوع اعلام و به مصرف‌کننده آن برچسب منحرف زده می‌شود. به نظر اکثر کارشناسان الکل ماده مخدری است که به مراتب از سیگار خطرناکتر است. بنابراین، عکس‌العمل جامعه ارتباطی با صفات اصلی و ذاتی این مواد ندارد و به پایگاه اجتماعی مصرف‌کنندگان جامعه مربوط می‌شود. در این نظریه اطلاق کلمه منحرف عامل نیرومندی است که فرد منحرف را تعیین می‌کند. مثلاً ممکن است دانش‌آموزی ماده مخدری را مصرف کند، افراد جامعه شاهد باشند و برچسب منحرف بر او بزنند. دانش‌آموز عنوان منحرف را بپذیرد و از این زاویه به خود بنگرد و در آینده بر این اساس رفتار کند.

نظریه ستیز ارزشها

از دیدگاه نظریه ستیزه ارزشها مسئله مواد مخدر رابطه نزدیک با ستیزه ارزشها بین گروههای مختلف جامعه دارد. برخی گروهها موافق یک نوع و برخی موافق نوع دیگر آن هستند. ماده مخدری که از نظر یک گروه مجاز است همان ماده‌ای خواهد بود که اعضاء در روند اجتماعی شدن با آن آشنا شده‌اند و موادی خواهد بود که گروه به آن دسترسی دارد و با سبک زندگی آنان راحت‌تر منطبق می‌شود. مسئله مواد مخدر هنگامی در جامعه ظاهر می‌شود که یک گروه بخواهد ارزشهای خود را بر دیگر گروهها تحمیل کند. در این حالت ستیزه ارزشها عامل ایجاد مسئله خواهد بود. به نظر طرفداران این نظر ستیز ارزشها تا اندازه‌ای بالقوه مفید است، زیرا باعث خواهد شد که میان ستیزه‌کنندگان نوعی توازن و تعادل برقرار شود، مثلاً خواهد رسید که مجازاتهای بسیار شدیدی که جامعه برای مصرف‌کنندگان ماری‌جوانا در نظر گرفته است قدری ملایم‌تر شود.

کوزر و ساگارین

به نظر گروه دیگری از جامعه‌شناسان نظیر کوزر و ساگارین انحراف یکی از راههایی است که فرهنگ را آماده قبول برخی تغییرات می‌کند. بعید است که جامعه بتواند برای مدتی طولانی بدون تغییر باقی بماند، حتی جوامع بسیار دورافتاده پس از یک نسل دچار تغییراتی سریع می‌شوند. افزایش سریع جمعیت، تغییرات فنی، عبور از فرهنگ قبیله‌ای و یا سنتی به فرهنگ مدرن، یادگیری هنجارهای جدیدی را طلب می‌کند. تغییراتی فنی در کشورهای پیشرفته انطباق فرهنگ با تغییرات جدید را به میزان بیشتر الزامی می‌سازد. اما کمتر پیش می‌آید که حافظان نظم کهن و پذیرش هنجارهای نو و منسوخ شدن هنجارهای کهن را به جامعه اعلام کنند. البته در بسیار موارد از طریق تشکیل کنگره‌ها، انجمن‌های مذهبی و انجمنهای علمی و نهادهایی از این قبیل پذیرش هنجارهای تازه تسریع می‌شود، اما فعالیت آنها در اغلب موارد شامل تسریع هنجارهای جدیدی می‌شود که مورد اقبال عموم قرار گرفته است. نظر کارکردگرایان در مورد ایجاد هنجارهای جدید چنین است که وقتی اعضای جامعه

در جریان روابط با یکدیگر به این نتیجه برسند که به نحو مشابهی به مقتضیات اجتماعی جدید پاسخ گویند، هنجارهای جدید پدید می‌آید و نظر تضادگرایان این است که زمانی هنجارهای جدید در جامعه پدید می‌آید که یک گروه بتواند قواعد جدید گروه خود را بر گروههای دیگر تحمیل کند. از سوی دیگر رفتار انحرافی عده معدودی از اعضای یک گروه می‌تواند آغاز ایجاد هنجاری تازه شود. همین که تعداد بیشتری از اعضای گروه به آن رفتار دست بزنند و برخی سازمانهای اجتماعی به دفاع و توجیه آن رفتار بپردازند، پس از مدتی رفتار انحرافی ممکن است به صورت هنجار جدید درآید.

فریمان و اسکات

فریمان و اسکات معتقدند که هر چه درباره صفات شخصیتی معتادان مطالعه کنیم، به ریشه یا علت اعتیاد نزدیک نخواهیم شد. بیشتر تحقیقات محققان امروزه متوجه راههایی است که شخص با این مواد آشنا می‌شود و کشف طرقی است که به اعتیاد می‌انجامد. آنها می‌گویند برخلاف نظر همگانی شخص از طریق تماس با فروشنده مواد معتاد نمی‌شود، بلکه از طریق گروههای غیر رسمی نظیر میهمانیها، از طریق همسالان و نیز ارتباط با کسانی که در کافه ها کار می‌کنند با این مواد آشنا می‌شوند. گزارش ایزادور چاین در کتاب مواد مخدر، بزهکاری جوانان و سیاست دولت حاکی از آن است که نیمی از معتادان گفته‌اند که قبل از ۱۸ سالگی با یکی از مواد آشنا بوده‌اند. بر طبق اطلاعات این کتاب معتادان در نقاطی ساکن بوده‌اند. که تعداد معتادان آنها زیاد بوده است.

برخی جامعه‌شناسان معتقدند که استفاده از موادی نظیر هروئین و یا ماری‌جوانا در میان جوانان کاری مبارزه‌جویانه و وسوسه‌انگیز است.

فاین استون

فاین استون از دسته دیگری از معتادان سخن می‌گوید که به دلیل ارضای جسمی آن را انتخاب می‌کنند و به مراحل مختلف اعتیاد اشاره می‌کند. دسته اول کسانی هستند که فقط در

جستجوی کمی لذت و یا نشاط آن را مصرف می‌کنند و در آغاز دچار عکس العمل بدنی ناشی از قطع مواد نمی‌شوند. دسته دوم کسانی هستند که به دلیل آزرده‌گی خاطر آن قدر مواد مصرف می‌کنند که رنج و ناراحتی خود را فراموش کنند، اما هنوز به صورت مصرف‌کننده منظم درنیامده‌اند. دسته سوم کسانی هستند که به طور منظم مواد مصرف می‌کنند، و آن قدر مواد ذخیره می‌کنند که در صورت قطع ارتباط با فروشنده خیالشان آسوده باشد و معمولاً از منابع مختلف مواد را تهیه می‌کنند. این دسته مصرف‌کننده دائمی هستند. سلامت آنها شدیداً لطمه خورده و قادر به انجام وظایف شغلی خود نیستند و پس از مدتی شغل خود را از دست می‌دهند. مطالعه فاین استون نشان داده است که اقدام به مصرف مواد مخدر برای برخی جوانان کسب تجربه‌ای بی‌نظیر و رسیدن به حالتی فوق‌العاده است، به خصوص برای جوانانی که نتوانسته‌اند جای مناسبی برای خود در جامعه پیدا کنند و جوانانی که به دلیل کژرفتاری و یا ترک تحصیل فرصت‌های اجتماعی و تحصیل خود را از دست داده‌اند.

دورکیم

زیانهای بی‌هنجاری اگر محدود به دوران بحران و رونق باقی می‌ماند، آثار آن چندان مهم نبود. به نظر دورکیم مسئله بی‌هنجاری در دنیای جدید به صورت مزمن درآمده است و این وضع بسیار اسفبار است. به نظر او ورود جوامع به دنیای صنعت در قرن بیستم روابط انسانها را از نظارت نظم اخلاقی جامعه سنتی آزاد می‌کند.

در جامعه سنتی قدرت مذهب، تبعیت جامعه از حکومت‌های محلی و قدرت گروه‌های صنفی محدودیتهایی برای سودجویی اقتصادی مردم ایجاد می‌کرد. مذهب رنج‌های مردم فقیر را به نحوی پاداش می‌داد و از زیاده‌روی ثروتمندان با نشان دادن عقوبت‌های آن می‌کاست. تبعیت مردم از قدرتهای محلی و تنظیم ساختار دستمزدها توسط گروه‌های صنفی زیاده‌خواهی بخش اقتصادی را محدود می‌کرد. این محدودیتها خواهشهای اقتصادی مردم جوامع سنتی را مهار می‌کرد، ولی در جوامع پیشرفته و پیچیده و بسیار تخصصی شده امروز چندان اثر ندارد. مردم جوامع ساده با شناخت کامل از هم با یکدیگر روبرو می‌شدند و فعالیتهای

اقتصادی و اجتماعی مشابهی داشتند، روابط آنها بر انسجام مکانیکی استوار بود. وحدت اخلاق جمعی بروز می‌کرد و رشد فردیتها را مانع می‌شد.

وقتی اجتماع سنتی مورد هجوم نیروهای جامعه جدید قرار گرفت، اجتماعات ساده رو به تحلیل رفتند. افزایش و تراکم جمعیت زندگی اجتماعی را پیچیده‌تر کرد. ارتباطات از صورت برخورد با آشنا به صورت برخورد با بیگانه درآمد. رسوم و اعتقادات مذهبی مشترک که انسجام اجتماعی را باعث می‌شد رو به تحلیل رفت و جامعه نیاز به قواعد و مقررات جدیدی پیدا کرد. به نظر دورکیم علوم جدید می‌توانند نظم اخلاقی جدید را پدید آورند. اما ایجاد نظم اخلاقی جدید بدون سرکوب فردیت آدمها به کندی حاصل می‌شود. در نتیجه جامعه فاقد هنجارهای محدود کننده رفتار می‌شود و حالت بی‌هنجاری پدید می‌آید. به دنبال این وضعیت خودکشی و انواع انحراف افزایش می‌یابد. کاهش محدودیتهای مذهبی بر فعالیت اقتصادی اجتماعات پیچیده امروز حالت بی‌هنجاری را تسریع می‌کند. از طرف دیگر میل به توفیق اقتصادی بی‌آنکه از سوی هنجارهای اجتماعی وابسته به حکومتهای محلی و گروههای صنفی نظارت شود، هر روز بیشتر اوج می‌گیرد. وقتی توفیق اقتصادی به زیان دیگر جنبه‌های زندگی انسانی هر روز اهمیت بیشتری کسب کند، سودجویی آدمها از فشار هنجارهای محدود کننده آزاد شود، کسب سود فراتر از هر قاعده‌ای قرار می‌گیرد. وقتیفرد نتواند به هدفهای مورد احترام جامعه نایل شود و هنجاری نباشد که این‌گونه زیاده‌خواهیها را محدود کند، با واقعیت تلخ شکست روبروی شود و چه بسا برای رهایی خود به خودکشی و دیگر انحرافات اجتماعی از جمله مواد مخدر دست خواهد زد.

پرو

وی معتادان را بر اساس انگیزه‌هایشان به سه دسته تقسیم می‌کند

۱- تعدادی که بر اثر ابتلا به بیماریهای دردناک با موافقت پزشک معالج خود مجبور به استفاده مداوم مسکنهای قوی مانند مشتقات تریاک می‌باشند

۲- کسانی که زمانی به علت بیماری و موقتاً مجبور به استفاده از ماده ای مشخص بوده اند اما پس از بهبودی اثرات آن ماده در حافظه شخص باقی می ماند و فرد به مصرف خود ادامه می دهد.

۳- کسانی که برای فراموش کردن ناراحتی خود و یا تجزیه حسهای جدید آن را استفاده می کنند.

داوید سون

به عقیده داوید سون انگیزه شروع به مصرف مواد در بیشتر افراد بر اساس عامل کنجکاوی که تحت تاثیر مستقیم و غیر مستقیم صورت گرفته می باشد، عامل بعدی بدست آوردن تجربه های جدید می باشد و عامل سوم تقلید از بزرگسالان و تبلیغات.

مرتون

نظریه مرتون مقابل نظر کسانی است که ریشه کژرفتاری را به کششهای غریزی در وجود فرد مربوط می دانند و معتقدند چنانکه نیروهای نظم و نظارت اجتماعی کششهای غریزی را کنترل نکند و مانع نشود کژرفتاری روی می دهد. به نظر مرتون، ساخت اجتماعی در مراحل خاص شرایط فراهم می کند که شکستن قواعد حقوقی پاسخ طبیعی محسوب می شود. توضیح اینکه ساختهای اجتماعی فشارهای خاصی بر برخی افراد وارد می کند و آنها را وامی دارد که به کارهایی که از نظر جامعه نیز مجرمانه است اما سبب بقای فرد می شود دست زنند. در میان عناصر تشکیل دهنده ساخت اجتماعی مرتون دو عنصر را از لحاظ کژرفتاری مهمتر می شمارد. هرچند این دو در جامعه واقعی تفکیک ناپذیرند، اما به منظور تحلیل آنها را از هم تفکیک می کنیم.

یک عنصر از ساخت اجتماعی هدفها یا مقاصدی است که فرهنگ جامعه تعیین می کند. به صورت آرمانهای اجتماعی درمی آید، احساس مردم نسبت به آنها و میزانی که برای هدفها ارزش قائل می شوند یکسان نیست، برخی از این اهداف فرهنگی به سائقهای اولیه وجود

انسان برمی‌گردد، اما توسط آنها تعیین نمی‌شود. عنصر دیگر ساخت اجتماعی راههایی است که جامعه برای رسیدن به هدفها و آرمانهای فرهنگی توصیه می‌کند، هر گروه اجتماعی هدفهایش را با راههای مجاز و نهادی شده منطبق می‌سازد.

در عین حال راههای دیگری نیز هست که با هنجارها و دستورات اخلاقی جامعه تضاد دارد، اما بازدهی آنها سریع است. بسیاری از این راهها که رسیدن به هدف را آسان می‌سازد از نظر جامعه غیراخلاقی است. احتکار، دزدی و تقلب از جمله راههای سریع و فوری است که جامعه آنها را منع کرده است.

هرچند هدفها و راههای نیل به آنها در ترکیب با هم عمل می‌کنند، به این معنی نیست که همیشه رابطه پایدار و ثابت با یکدیگر دارند. تأکید بر هدفها ممکن است با تأکید بر وسایل رسیدن به آنها فرق داشته باشد. چنانچه رفتن از هرراهی برای رسیدن به هدف باز باشد نشاندنده آن است که جامعه دچار ناهماهنگی یا نابسامانی است.

شکل دیگری از ناهمگونی فرهنگی هنگامی پدید می‌آید که وسایل لازم برای رسیدن به هدفهای فرهنگی خود هدف شوند و هدف اصلی فراموش شود. در این صورت حوزه انتخاب راهها به شدت محدود می‌شود و گرچه ثبات جامعه تضمین می‌شود، ولی تغییر به سخره گرفته می‌شود. نمونه این وضع جامعه مذهبی متکی به سنت است که در آن به نظر افراد هرگونه انحراف از راههای پذیرفته شده هراس‌انگیز می‌نماید. وسواس شغلی کارمند اداری نمونه‌ای از این وضع است.

و بالاخره وضعیتهای دیگری در جامعه وجود دارد که در آنها بین هدفهای فرهنگی و راههای نهادی شده نیل به هدفها توازن وجود دارد. عناصر این گونه جوامع هماهنگی بسیار دارند و گروهها نسبتاً با ثبات هستند و راه بر تغییر نمی‌بندند.

تا زمانی‌که افراد با انتخاب هدفها و پیروی از راههای نهادی شده توفیق حاصل کنند، توازن میان عناصر فرهنگی حفظ می‌شود. رضایت افراد دو جانبه است، رضایت از رسیدن به هدفها و رضایت از طی کردن راههای نهادی شده. در نظام اجتماعی متوازن زیانهایی که فرد از این طریق متحمل می‌شود باید به نحوی که جامعه تعیین کرده است جبران شود.

توزیع نقش در پایگاه‌های اجتماعی باید به شکلی باشد که افراد در هر نقش و پایگاهی که هستند با پیروی از هدف و راه‌ها پاداش مناسب دریافت کنند. بنابراین هر جا که انحراف از هنجارها مشاهده شود نشانه آن است که اتحاد بین آرمانهای تعریف شده فرهنگی و راه‌های نهادی شده، گسسته شده است.

هیچ جامعه‌ای نیست که هنجارهای تنظیم‌کننده رفتار نداشته باشد، آنچه جوامع را متفاوت می‌سازد، میزان تاثیر رسمها، عادات و نظارتهای نهادی شده اجتماعی در رسیدن افراد به هدفهای فرهنگی است. افراد یک جامعه ممکن است به هدفهای اجتماعی توصیه شده توسط جامعه اعتقاد نیرومند پیدا کنند، اما جامعه برای رسیدن به هدفها از راههای نهادی شده حمایت کافی نکند. در چنین حالتی بخشهایی از جامعه رسمها و عادات دیگر ضد رسمها و عادات جامعه پدید می‌آورند و از راههای جدید سعی می‌کنند به اهداف دست پیدا کنند.

وقتی راههای نهادی شده رها می‌شوند، افراد ممکن است بین راههای جدید راههایی را انتخاب کنند که سریعتر و راحت‌تر آنها را به هدف می‌رساند. در چنین وضعیتی وحدت عناصر تشکیل دهنده ساخت سست می‌شود و حالت بی‌هنجاری (آنومی) پدید می‌آید.

کسانی ممکن است هنجارهای غالب را نپذیرفته و طرد کرده باشند. مثلاً شخصی ممکن است دچار بی‌هنجاری شود که آرزومند کسب رضایت و احساس کفایت از طریق وصول به هدفهای مطلوب اجتماعی است. اما راهی موجه و مشروع که مورد قبول جامعه باشد برایش وجود نداشته باشد. در این حالت ممکن است باور کند که مواد که مواد مخدر می‌تواند جانشین و راهی نسبتاً آسان برای کسب رضایت شخصی باشد و یا ممکن است یک فرهنگ فرعی مصرف مواد مخدر همچون وسیله‌ای برای رهایی یا خروج از فرهنگ مسلط و کسب تجربه‌هایی تازه و عملی مجاز محسوب شود.

نظریه روان‌شناسان اجتماعی

برخی از روان‌شناسان اجتماعی که درباره کجرویهای اجتماعی تحقیق کرده اند عوامل جسمانی زیر را در بی تاثیر نمی دانند.

- ۱- سن، نوع انحراف در سنهای مختلف متفاوت است.
- ۲- جنس، کجروی در زنان علل و روش شکل خاص خود را دارد و نسبت به جرائم مردان کمتر است.
- ۳- زشتی و زیبایی، نقص عضو بلندی یا کوتاهی بیش از حد معمول قد ممکن است از عوامل موثر در کجرویهای اجتماعی باشد زیرا کسانی که دارای نقص عضو باشند به علت احساس حقارت و دست کم گرفته شدن به وسیله جامعه برای ایجاد توجه یا حتی ترحم مردم نسبت به خودشان وادار به رفتارهای انحرافی می‌نمایند.
- ۴- قدرت عضلانی و جسمانی برخی از افراد تنومند و قوی مانند لوطی‌ها و جاهل‌های محل و باجگیران که در نتیجه قدرت عضلانی خود حقی برای خود تصور می‌کنند مرتکب انحرافات می‌شوند عکس این نکته نیز صادق است در میان افرادی که گدائی و.... می‌کنند اشخاص ضعیف‌الجثه نیز دیده می‌شوند.

روان‌نژندی

شکل دیگر انحراف ناشی از اختلال روانی است که فرد مبتلا به آن معمولاً مضطرب ناخشنود و ناراضی از دیگران است و مدام نسبت به وجود اعمال خود احساس حقارت و گناه می‌کند شخص ممکن است بداند که رفتارش غیر عادی و ناهنجار است ولی قادر به تغییر آن نیست اگرچه رفتار روان‌نژندی غیرطبیعی است که هم خود رنج می‌برد و هم برای دیگران و جامعه خوشایند نیست اما شخصیت آنان چندان به هم ریخته نیست و رابطه آنها با واقعیت قطع نمی‌شود و توهم و هذیان نیز ندارد ولی در اکثر آنها عاداتی مانند خشم سرکوب شده اتکاء و احتیاج زیاد به محبت دیگران و جلب توجه اضطراب و ترس به چشم می‌خورد که خود این علائم سبب ناسازگاری فرد با جامعه می‌شود. در میان معتادان افرادی با چنین شخصیتی بسیار دیده می‌شود.

در زمینه ارتباط رفتارهای مجرمانه و بیماریهای روان‌نژندی در طول دهه‌های گذشته کوششهای چندی به عمل آمده به عقیده وینیکات یکی از ویژگیهای سلامت روانی داشتن

حس توجه و نگرانی راجع به خود و دیگران نه فقط در رابطه نزدیک و عاشقانه بلکه در کلیه ارتباطات اجتماعی می باشد به نظر می رسد در اختلالات روان نژندی این حس توجه و نگرانی گاه بصورت تشدید متوجه خود و گاه دیگران می شود.

روان پریشی

نوعی اختلال روانی است که قسمت اعظم شخصیت فرد را در بر می گیرد و ارتباط بیمار با واقعیت قطع می شود به بیان دیگر ادراک فرد از واقعیت به گونه ای جدی دچار تحریف شده و کنشهای روان شناختی وی به شدت آشفته می گردد رفتارهای آنها بسیار غیر طبیعی به نظر می رسد اسکیزوفرنی و پرسو (جنون افسردگی - شیدایی) از این جمله اند. در میان افراد افسرده مصرف آفتامین ها بیش از سایر داروهای روان گردان مشاهده می گردد.

آبراهام مازلو

آبراهام مازلو روانشناس انسانگر که در هرم سلسله نیازهای خود نیاز به تعلق خاطر را مطرح نموده اظهار داشته است که انگیزه افزایش شگرف و سریع گروههای مختلف و انجمن ها ممکن است تا حدودی نیاز مبرم به برقراری تماس، روابط صمیمانه و تعلق باشد و یا نیاز بر احساسات شایع از خود بیگانگی، تنهایی، غربت و بی همدمی که بر اثر مشغله های فراوان، از بین رفتن روابط گروهی سنتی، پراکندگی خانواده ها، شکاف بین نسل ها، رشد تدریجی شهر نشینی و محو صمیمیت روستایی و در نتیجه کم شدن عمق دوستی هاست، باشد. اعتیاد در افراد مهاجر در شهرها را می توان با این نظریه سنجید.

لمبروزو

لمبروزو پزشک ایتالیائی که از موسسین مکتب تحقیقی است با پیروی از عقاید گال و بروکا مجموعه ۳۸۳ نفر مرده و ۵۹۰۷ نفر مجرم زنده را مطالعه کرد و برای کشف علل ارتکاب بزه مجرمین را از لحاظ قیافه طرز ساختمان جسمی وضع روانی و اجتماعی بررسی کرد.

لمبروزو افکار داروین را تأیید و مجرمین را با انسانهای اولیه حیوانات و اطفال مقایسه و می‌نویسد: جرایم در عصر جدید همان غرایز انسانهای قبل از تاریخ و دوران توحش است در کلیه فعالیتهای جسمی و روانی بزهکاران مادرزاد بی‌قاعدگی‌هایی وجود دارد که آنان را از دیگران متمایز می‌سازد علی‌رغم گذشت قرن‌ها فاصله زمانی با کلیه خصوصیات مربوط به آن دوره در میان انسانهای متمدن این دوره زندگی کرده و اعمال غیر عادی دارند.

نتیجه بررسیهای لمبروزو منجر به پیدائی این نظریه شد که هر جامعه ایده‌های پیدا می‌شوند که جانی مادرزاد بوده و خواه ناخواه مرتکب جنایت می‌شوند به نظر او چنین افرادی را می‌توان از روی علائم بدنی آنها بازشناخت.

داشتن پستی خمیده، دندانهای غیر عادی همتراز نبودن چهره، گوشهای بزرگ و چشمانی لوچ داشتن دید بسیار قوی و علاقمندی بسیار شدید به خونریزی عدم تغییر رنگ در مواقع هیجان و شرم داشتن خصوصیات معکوس مثلاً علاقه شدید مردان به انجام کارهای زنانه در مقابل درد بی تفاوتی و علاقه شدیدی به خالکوبی دارند به علت ترشح نادرست غدد داخلی در جوانی احساس پیری می‌کنند.

آیزینگ

هانس آیزینگ اظهار می‌دارد که توارث می‌تواند عاملی بسیار قوی در ارتکاب تبهکاری باشد به نظر او انگیزه نخستین انسان لذت جوئی و درد گریزی است بنابراین نمی‌توان به وسیله مجازاتهای قانونی این انگیز را مهار کرد چرا که در بیشتر موارد لذت جوئی به گذشت نیاز ندارد و آنی است حال آنکه مجازات با دیر کرد زمانی در انتظار فرد است بدین گونه به خاطر شکاف زمانی میان کجرفتار و مجازات کج رفتاری تکرار می‌شود و مجازات نمی‌تواند جلوی آن را بگیرد.

آیزینگ معتقد است که بین ویژگیهای شخصیتی چون برون‌گرایی و رفتار انحرافی رابطه وجود دارد فرد برون‌گرا ماجراجو و مغرور است سریعاً واکنش نشان می‌دهد. تمایل به پرخاشگری دارد زود از کوره در می‌رود احساسات وی در کنترلش نیست و بدون تأمل و

اندیشه عمل می‌کند او معتقد است که فرد تماماً محکوم ژنهای خود نیست بلکه ممکن است خصلتهای ژنتیکی را برای رفتار انحرافی آماده سازد. عده‌ای از محققین امروز وراثت را یکی از عوامل اصلی اعتیاد ذکر کرده‌اند.

فروید

از نظر فروید انسان برای رفع نیازهای حیاتی خود تجهیزاتی فطری دارد که او به این تجهیزات فطری غریزه می‌گوید و آنها را به دو قسمت تقسیم می‌کند. فروید بر این باور است که روان آدمی عرصه کشاکش این دو نیروی متضاد است نیروی زندگی موجب دوستی و عشق و تولید نسل است اما نیروی مرگ سبب کین، عداوت، مرگ و نیستی و انهدام نسل است.

کیفیت متعادل بودن و یا نا متعادل بودن شخصیت و وضع روانی هر فرد بستگی بر چگونگی این مبارزه دارد بدین شرح که اگر این تضاد روانی متعادل باشد زندگی انسان آرام است اما هر گاه در این نبرد نیروی زندگی بر نیروی مرگ پیروز شود انسان به کمروئی و گوشه نشینی روی خواهد آورد ولی اگر نیروی مرگ بر نیروی زندگی پیروز شود موجب خشنونت و پرخاشگری و ایجاد تمایل به اعمال وحشیانه و مخرب می‌شود و امیال و تمایلات او فقط با زجر و شکنجه دادن دیگران ارضا می‌شود اساس و ریشه این عوامل روانی در کودکی بوجود می‌آید و از همان زمان به شخصیت انسان شکل می‌دهد.

دلایل گسترش مواد مخدر در جهان

۱- فساد سیاسی

مشکل مواد مخدر را نمی‌توان به درستی درک و راهکارهای مقابله با آن را ارائه کرد مگر این که آن را به مثابه بخشی از یک مجموعه بزرگ تری به نام فساد سیاسی مورد ارزیابی و تحلیل قرار داد. سالنامه شفافیت بین الملل فساد را به صورت زیر تعریف کرده است:

سوء استفاده از قدرت عمومی به نفع منافع خصوصی، دونالدتر دلاپورتا فساد سیاسی را چرخه و دور باطلی از نوچه پروری - فساد سیاسی - نوچه پروری و مدیریت ضعیف - فساد سیاسی - مدیریت ضعیف بیان کرده است. فسادپذیری در امور اجتماعی از نظر لاسول از شکل گیری پدیده سیاستمداران سوداگر به وجود می آید که دلالت بر پیدایی گرایش آشکاری در شمار زیادی از افراد دارد که عمدتاً به دلیل سود شخصی وارد سیاست می شوند. ژان کارتیه برسون فساد سیاسی را ناشی از تداوم روندی می داند که در آن قدرت سیاسی با چالش ها و یا جایگزین های واقعی تهدید نمی شود. در نتیجه یک نوع رفتار اجتماعی و یک نوع تیپ کاری متولد می شود که تمامی هنجارهای اداری، کاری، فرهنگی و اجتماعی را از محتوا خالی کرده و تبدیل به ابزاری در خدمت منافع خصوصی می کنند. فساد سیاسی موجب حذف تدریجی کنترل اجتماعی بر رفتار فردی می شود و انواع فساد غاصبانه: تن دادن اجباری، سوداگریانه: به خاطر سود فردی، آشناپروانه: نصب غیرقابل توجیه دوستان و خویشان به مناصب دولتی، خودزا و حمایت گرایانه: حفاظت و تقویت فساد از طریق دسیسه چینی، سرکوب و... به شکل غالب انواع رفتارهای اجتماعی تبدیل می شود.

۲- شبکه های فساد امنیت و مبادله اجتماعی غیرقانونی

ژان کارتیه برسون معتقد است که در وضعیت فساد گسترده بین نخبگان، مبادلات اجتماعی غیررسمی و توافق بزرگ زادگان که غیرقانونی نیز هستند، باعث عمومیت یافتن مرزشکنی ها می شود. در این حالت فساد نه معرف یک رفتار فردی که به معنای یک نظام اجتماعی بوده و چیزی بیشتر از مبادله پولی را مطرح می کند و به تغییر ارزش های فرضی سیستم های (سیاسی، اقتصادی، اداری) و مدل های رفتاری و تیپ های شخصیتی می انجامد. در چنین شرایطی مرزهای میان حوزه های عمومی و خصوصی در هم می آمیزد و شبکه فساد صرفاً گسترش غیرقانونی ابهام قانونی است که در کلیه اشکال مختلف و اعمال فشار روی دولت قابل مشاهده است. این امر به کاهش اتکای بازیگران به مرزهای قانونی و سازمانی منجر می شود و این فرض در کلیه عرصه های اجتماعی جا می افتد که مرزهای قانونی در کلیه عرصه ها در هم ریخته شده و مابین قانونی و غیرقانونی در عمل تفکیک روشنی وجود

ندارد. بنابراین اغلب سازمان‌های قانونی معمولاً بخش آشکار یک کل بزرگتر می‌شوند که خود در پشت پرده قرار دارند. اگر چه کارکرد فساد در محفل‌های نسبتاً بسته‌ای اتفاق می‌افتد ولی شبکه فساد در طول زمان ارتباط میان جایگاه‌های قانونی تماس را سازمان می‌دهد و تبدیل به نوعی باشگاه اجتماعی می‌شوند.

شکل‌گیری تدریجی شبکه فساد سبب کنش‌های مکرر، توسط هم‌دستی در جرم، تلاش برای استمرار عادی‌سازی رفتار فسادآمیز و تثبیت روابط می‌شود و بدین ترتیب عرضه و تقاضای سازمانی و افراد مجزا را تمرکز می‌بخشد و قادر به جریان انداختن کالاهای مبادله شده ناهمگن و بسیار گوناگونی می‌شود که در بستر یک سری معاملات آلوده انجام می‌شوند: «کمک به صندوق‌های انتخاباتی، بازخرید یک روزنامه، پرداخت دستمزد یک همکار و مبادله اطلاعات، نصب مقامات اداری و هدایت شبکه‌های بازرگانی» در هم تنیده می‌شوند. ولی همه این‌ها حول هدف‌های خودپرستانه و ثروت‌فردی است که می‌تواند عملی شوند و ادامه یابند. به همین جهت شبکه‌های فساد با ایجاد آشنایی، امنیت، اعتماد و حمایت در حول اعضای خود نوعی هم‌دستی در جرم انفعالی و وفاداری‌های چندجانبه را در سطح جامعه ایجاد می‌کند و با خلق روابط پیچیده بین اشخاص، ادامه کاری و اعتمادسازی را به امری معمولی تبدیل می‌کند.

۳- جهانی شدن سازمانی جنایت

کمیسیون ضدمافیایی پارلمان ایتالیا در سال ۱۹۹۴ بیان می‌کند: سازمان‌های جنایی بین‌المللی برای تقسیم مناطق جهان، توسعه راهبردهای جدید بازار، تعیین شکل‌های همکاری دوجانبه و حل و فصل اختلافات در گستره‌ای به وسعت کره زمین، به موافقت‌نامه‌ها و تفاهم‌هایی دست یافته‌اند. ما با یک قدرت جنایی واقعی روبه‌رو هستیم که قادر است اراده خود را بر دولت‌های مشروع تحمیل کند. نهاد و نیروهای قانونی و نظم را از بنیان سست کند. موازنه ظریف اقتصادی و مالی را برهم زند و زندگی دموکراتیک را به نابودی بکشاند.

کاستلز معتقد است که شبکه سازی سازمان های جنایی قدرتمند و هم‌دستان آن‌ها در فعالیت های مشترک در سرتاسر جهان، پدیده ای جدید است که تأثیرات شگرفی بر اقتصاد، سیاست، امنیت و در نهایت کل جوامع ملی و بین‌المللی می‌گذارد: کسانوسترای سیسیل، مافیای آمریکا، یاکوزای ژاپن، ترایاد چین، قاچاقچیان هروئین ترکیه، پوسس جامائیکا و هزاران دارودسته جنایی منطقه ای و محلی در تمامی کشورها در یک شبکه جهانی متنوع گرد آمده‌اند. قاچاق مواد مخدر مهم‌ترین بخش این صنعت عالم گیر است. ولی می‌بایستی هر آن‌چه را که دقیقاً به دلیل ممنوعیتش در یک محیط نهادی خاص دارای ارزش افزوده می‌شود به این صنعت افزود: مواد رادیواکتیو، اعضای بدن انسان، مهاجرت های غیرقانونی، فحشا، آدم ربایی و...

به اعتقاد او قاچاق مواد مخدر تجارت درجه اول است تا حدی که قانونی شدن مواد مخدر شاید بزرگ‌ترین خطری است که گروه های سازمان یافته جنایی باید با آن مقابله کنند. آنها می‌توانند روی بی‌خردی سیاسی و اخلاق نابجای دولت هایی تکیه کنند که از پذیرش مهم‌ترین جنبه این مسأله یعنی تقاضا محرک عرضه است اجتناب می‌کنند. بنابراین با وجود زخم های روانی که زندگی روزمره بر مردم وارد می‌کند نیاز به مصرف مواد مخدر گسترش خواهد یافت و جنایت سازمان یافته راه های لازم را برای تأمین این تقاضا پیدا خواهد کرد.

۴- رانت، فساد، حامی پروری

پناهگاه اصلی رانت در نزاع برای کسب امتیاز ویژه» خلاصه می‌شود. قلمرو رانت جویی هم حوزه عمومی و هم حوزه دولتی را شامل می‌شود و منجر به تولید نوعی زندگی اقتصادی و نوعی تیپ شخصیتی می‌شود که معتقد به فعالیت های سودجویانه، نابهره ور و بی‌دردسر است. در حوزه دولتی، وقتی کارمندان و مسئولان دولتی به قول ماکس وبر بتوانند وظایف اساسی را در تنظیم زیرساخت ها، تدوین قانون و تأمین نظم برعهده داشته باشند و وقتی بتوانند به آسانی دستگاه اداری را دچار انحراف کنند، دسترسی به مقامات دولتی می‌تواند فرصت های مهمی به نفع شخص فراهم آورد. در این حالت خصوصی سازی به معنی حل این معما نیست چون هوچکرافت معتقد است که فرآیند مناسبات

اداری و روند تصمیم‌گیری‌های تعیین‌کننده‌طوری است که پناه‌گاه‌های عظیم رانتی را به آسانی مورد بهره‌برداری کسانی قرار می‌دهد که بهترین ارتباطات سیاسی را دارند. به عبارت دیگر برخلاف ساده‌سازی عمومی دولتمردان، تخصیص رانت‌ها مبتنی بر مجموعه‌ای از ملاحظات بازاری و غیربازاری شامل روابط نژادی، منطقه‌ای، حزبی، هم‌مدرسه‌ای و... است که بهترین راهنمای آن سیاست است، پدیده رانت از نظر جامعه‌شناختی به الگو شدن نوعی رفتار اجتماعی و نوعی تیپ شخصیتی در سطح جامعه منجر می‌شود که در آن به قول نی رفتاری منحرف شده از وظایف رسمی یک نقش عمومی به علت ملاحظات خصوصی از قبیل شخصی، خویشاوندی، حزبی، محفل خصوصی و... دستاوردهای پولی و شغلی به یک روش کار موفق روزمره و غیرمذموم تبدیل می‌شود. در چنین شرایطی به قول سیدل ابتدا انسانها در تجربه روزانه در می‌یابند که زور، رابطه و حلقه دوستان محفلی تعیین‌کننده‌تر از عقل، استعداد، ایمان و حقانیت است و با عادی شدن چنین روابطی ابتدا عزت و غرور عقلانی و حقانی انسان‌ها درهم می‌شکند و سپس این انسان‌ها شده یا در دام‌های فساد که هر روز اشکال متنوع‌تر و در دسترس‌تری به خود می‌گیرند می‌افتد و یا به حلقه پیروگرایی موجود می‌پیوندد. در این روند یک سیستم اجتماعی سازمان‌یافته در کل جامعه جاری می‌شود که به اعتقاد آکرمن، معیارهای تصمیم‌گیری کاملاً دل‌خواهی و ناشناخته و حلقه رسمی فرماندهی نامشخص است. رویه‌های حقوقی مبهم، تقاضا برای کارهای غیرقانونی را افزایش می‌دهد و گسترش فزاینده سازمان‌نیافتگی اجتماعی به اعتقاد کروگر منابع را به سمت فعالیت‌های غیر بهره‌ور از قبیل لابی‌گری و رشوه و... سوق خواهد داد و فعالیت تولیدی مبتنی بر رقابت جای خود را بر مزایده پشت پرده مقاطعه‌کاران برای دسترسی به منابع نادر مجوزها و مساعدت‌ها می‌دهد که در آن همه چیز از مدارک دانشگاهی تا بورس تحصیلی و مونتاژ اتومبیل و تولید قطعات یدکی تا... از طریق یک روند بند و بست پشت پرده صورت می‌گیرد. به اعتقاد لف عمومی شدن نظام رانت خواری به عنوان منشاء اصلی موفقیت در فعالیت اجتماعی موجب امحای کامل اجتماعی شدن در جامعه می‌گردد و انگیزه کمی برای اتخاذ راه بردهای بلندمدت در کشور بر جای می‌گذارد. در این حالت بهره‌جویی

بی‌دردسر به خصلت اصلی جامعه تبدیل می‌شود و درون دولت با استقلال از دولت یکی می‌شود و رگه‌های میهن‌پرستی، تعهدات آرمانی، وابستگی‌های حرف‌های در سطحی گسترده دچار استحاله و امحاء می‌شوند و فساد سیاسی، اداری، اخلاقی و فردی به صورت ابعادی از یک پدیده معین حاکمیت جامعه در می‌آیند.

۵- پدیده غارت در کشورها

وقتی در اواخر قرن بیستم مشخص شد که شیوه‌های رایج برای اداره جامعه به شکست انجامیده و حاصلی جز امحای جامعه با تمام متعلقات آن گذاشته است پدیده جدیدی در جهان رخ کرد که از آن می‌توان با عنوان غارت گسترده و سریع منابع عمومی نام برد. در این کشورها در یک روند مشابه دولتمردان به حاکمان بی‌چون و چرا در توزیع اولیه حقوق مالکیت تبدیل شده و در یک روند قانونی تحمیلی مانع از تعریف روشن حقوق مالکیت شده و موقعیت بسیار عالی را برای رانت جویان به منظور کسب حمایت در برابر واردات، یارانه‌های دولتی، وام‌های تقریباً رایگان و معافیت‌های مالیاتی فراهم کرده است و بخش خصوصی موجود نیز برای پرهیز از پرداخت مالیات و کسب حمایت دادگاه‌ها و دولت به زائدهای فاسد از همان روند اداری-دولتی تبدیل شده است.

در این شرایط شرکت‌های سرمایه‌گذاری غربی نیز این کشورها را بهترین لقمه برای کسب بیشترین سود، فرار از مالیات و آب کردن بنجل‌ترین رشته‌های تولیدی، وسایل مصرفی و... خود می‌یابند. در این روند غارت بی‌رحمانه چه از جانب مردم داخل کشور و چه از جانب دولت‌های خارجی، سازمان‌های جنایی جهانی و بین‌المللی به راحتی چه در قالب‌های خیرخواهانه: صنعت، کمک به بهداشت و... چه در قالب‌های مافیایی در این خوان گسترده و بی‌حفاظ وارد می‌شوند و تپه‌پیر پول‌های کثیف، دستیابی به اموال ارزشمند، کنترل تجارت‌های پر رونق و کم‌هزینه قانونی و غیرقانونی را به دست می‌گیرند. مارشال گلدمن معتقد است که در کشورهای انقلابی ما با عدم وجود یک سازمان اجتماعی خودگردان مواجه هستیم بنابر این علیرغم وجود دولت‌های سفت و سخت و اعمال فشارهای طاقت‌فرسا در واقعیت امر با یک پدیده عجیب عدم وجود واقعی دولت و عدم کارکرد واقعی قانون مواجه

هستیم. بنابراین در این کشورها ما با یک مشکل ساختاری مواجه می‌شویم که از آن می‌توان به عنوان خلأ نهادی دارای کارکرد نام برد. بنابر این هیچ ضابطه پذیرفته شده‌ای توسط جامعه برای تنظیم رفتار تجاری، نظام بانکی، سیستم مالیاتی و... وجود ندارد و همه چیز چه در درون دولت و چه در بیرون آن حول کلاه گذاشتن سر دولت و غارت منابع ملی معنا پیدا می‌کند. استرلینگ معتقد است که روند انباشت در این جوامع حول مال خود کردن اموال عمومی از طریق یک کارکرد رانتی شکل می‌گیرد بنابر این خصوصی سازی نیز در این کشورها معنای دیگری جز تداوم همان روال قبلی نمی‌دهد و عدم شفاف سازی قوانین، حسابرسی غیرقابل اعتماد و روند افسار گسیخته و کنترل ناچیز از خصلت‌های اصلی آن است. وید معتقد است که در این کشورها ما با یک نظام منحصر به فرد فساد هماهنگ مواجه می‌شویم.

یعنی رفتار اجتماعی به جای این که مبتنی بر استعداد، قانون مداری و رقابت باشد به اعتقاد «کاستلز» به یک درهم تنیدگی سیاست، تجارت و جنایت تبدیل می‌شود که مانورهای سوداگرانه گروه‌های تبهکار جهانی در این بازار آشفته خیلی راحت جا می‌افتند، دوام می‌آورند و گسترده می‌شوند. بنابر این کشورهای انقلابی به عنوان طعمه‌ای راحت برای در غلتیدن در گرداب ناشناخته سرمایه جهانی و در خدمت منبع آسان یاب و سکوی فعالیت‌های جنایی بین‌المللی که عواید آن به طور عمده در خدمت شبکه‌های مالی جهانی به گردش در می‌آید، تبدیل می‌شوند شبکه تبهکار جهانی، تاثیر بر اقتصاد، سیاست و فرهنگ مبارزه با موادمخدر می‌بایستی به عنوان بخشی از یک شبکه وسیع تر درک شود که می‌توان از آن با عنوان اقتصاد جنایی یاد کرد. این اقتصاد بسیار مخوف در طول دو دهه گذشته از چند جهت بستر بسیار مناسبی را برای رشد خود پیدا کرده است.

الف- جهانی شدن.

ب- فروپاشی کشورهای انقلابی سابق.

ج- بحران عمیق کشورهای در حال توسعه در دستیابی به توسعه متوازن.

الف- شبکه جنایی جهانی بر اثر این شرایط مساعد تاریخی تبدیل به شبکه‌های «انعطاف پذیر جنایی» گردید، که هم توان فرار از کنترل و هم توان ریسک پذیری بسیار بالا را به دست آورد و هم امکانات بسیار وسیعی را در سراسر جهان برای رسمی کردن فعالیت‌های خود کسب کرده است.

ب- خانه‌های امن در سراسر جهان از خانه‌های کوچک اروپا در افغانستان، قزاقستان و کلمبیا یا در روسیه در اختیار آن‌ها قرار گرفته است.

ت- فرصت تکنولوژیک و سازمانی برای برپایی شبکه‌های جهانی، جنایت سازمان یافته را دگرگون ساخته و به آن قدرت بخشیده است.

ج- گروه‌های تبهکار جهانی از راه‌های ظریف تری به قلمرو فرهنگی کشورها و ملت‌ها نفوذ کرده و خود را بخشی از فرهنگ ملی، نژادی و مذهبی آن‌ها کرده است. ترایادهای چین، قاجاقچیان هروئین افغانستان و کوکائین کلمبیا به طرز عمیقی با فرهنگ ملی، مذهبی و قومی مناطق خود عجین یافته و با توده‌های بسیار گسترده‌ای از مردم در ارتباط روزانه و عمیق قرار گرفته‌اند. به اعتقاد کاستلز هرچه جنایت سازمان یافته جهانی تر شود، مهم‌ترین اجزای آن بیشتر بر هویت فرهنگی خویش تأکید می‌کنند. به عبارت دیگر شبکه‌های جنایی به لحاظ توانایی تعیین‌کننده خود برای درآمیختن هویت فرهنگی با تجارت جهانی جلوتر از شرکت‌های چندملیتی هستند.

ح- از سوی دیگر گروه‌های سازمان یافته تبهکار با اغوای سیاست‌مداران با سکس، مواد مخدر، پول و یا در صورت لزوم ایراد اتهامات ساختگی، شبکه وسیعی از اطلاعات محرمانه و ارباب را فراهم ساخته‌اند که در هر لحظه و در هر کشوری قابل استفاده است.

د- شبکه‌های جنایی جهانی گذشته از تأکید، نفوذ و گسترش ارتباط خود با هویت‌های فرهنگی بومی، در ایجاد فرهنگ جدیدی در سراسر جهان بسیار فعال و مؤثر هستند.

تبهکاران به سرمشق نسل جوانی تبدیل می‌شوند که راه آسانی برای پیدا کردن کار مطمئن، غلبه بر فقر و سعادت اجتماعی پیدا نمی‌کنند و هیچ بختی نیز برای خوشبخت شدن در پیش روی خود نمی‌بینند.

به همین جهت بایستی در نظر گرفت که فعالیت‌های تبهکارانه در جهان امروز تاثیر مستقیم شگرفی هم بر اقتصادهای ملی، هم فرهنگ بومی و هم روانشناسی اجتماعی توده‌های مردم دارد. طوری که در بعضی از کشورها از جمله کلمبیا، پرو، بولیوی، نیجریه و افغانستان این تاثیر تعیین کننده است. امروز شبکه جهانی جنایت با توده‌های بسیار وسیعی از مردم افغانستان چه از طریق ارتباطات فرهنگی و قومی و چه در ارتباط با معاش روزمره آن‌ها پیوند تنگاتنگ روزانه برقرار کرده است و بزرگی اندازه سرمایه این شبکه جهانی، اقتصاد این کشور را در خود فرو برده است. عدم توجه عمیق به قاچاق موادمخدر از این منظر، می‌تواند فاجعه آمیز باشد.

خانواده و اعتیاد به مواد مخدر

خانواده اولین محیط تربیتی رشد کودک است و با اینکه در طول زمان بسیاری از کارکردهای خود را که نهادهای مختلف اجتماعی محول نموده، اما هیچ نهادی تا کنون نتوانسته است مهمترین کارکرد آن را به پرورش و تربیت فرزندان است به طور کامل به عهده بگیرد. اهمیت تاثیر خانواده بر رشد فرد به قدری است که همه نظریه‌های موجود توجه خود را بدان معطوف نموده‌اند. دیدگاه بیولوژیایی - فیزیولوژیایی به شباهت فرزند به والدین به لحاظ زیستی توجه دارد و تربیت وی را در محیط خانواده سبب شباهت او به ایشان می‌داند. نظریه روان‌پویشی به تاثیر قاطع والدین در شکل‌گیری شخصیت کودک در پنج سال اولیه رشد اشاره دارد. نظریه یادگیری رفتاری - اجتماعی که همه گونه رفتار آدمی را به یادگیری‌های او نسبت می‌دهد نیز به محیط خانواده توجه زیادی دارد. نظریه یادگیری مشاهده‌ای نیز که رفتار فرد را حاصل مشاهده رفتار دیگران می‌داند به نقش والدین به عنوان اولین الگوهای کودک توجهی خاص دارد. دیدگاه شناختی هم که هرگونه رفتار را نتیجه تعبیر و تفسیر اطلاعاتی می‌داند که فرد از محیط خارج دریافت می‌کند، معتقد است که معنی دادن به وقایع زندگی را اولین بار کودک در محیط خانواده می‌آموزد. سرانجام، رویکرد مربوط به نظام خانواده نیز توجه زیادی به الگوهای روابط خانوادگی مبذول می‌دارد.

با وجود اینکه خانواده مأمّن و مأوای هر کودک و نوجوان است اما خود در بروز بسیاری از مشکلات رفتاری منجمله اعتیاد نقش بسزایی بازی می‌کند. اعتیاد خود نتیجه تداخل پیچیده‌ای از عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی، زیست‌شناختی و احتمالاً تکوینی ژنتیک است، که خانواده تمامی آثار فوق را یک جا اعمال می‌نماید و بنابراین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

ایلنگورث نحوه نگرش والدین به کودک را در زمره عواملی می‌داند که کودک را در معرض خطر روانشناختی قرار می‌دهد، توجه بیش از اندازه، محافظت زیاد، وجود انضباط بیش از اندازه در محیط خانه و یا فقدان آن، وجود خصومت، اظهار نارضایتی، تحقیر، سرزنش، طعنه، استهزاء، فقدان تشویق و تمجید و عشق و همچنین عدم درک ذهن کودک در حال رشد در زمره این عوامل هستند.

به گزارش ماسن تحقیقات با ثبات قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهند که شیوه انضباطی به کار رفته درباره بزهکاران بیشتر سست و ناپایدار و یا بیش از اندازه محدود و همراه با تنبیه بدنی، به جای استدلال بوده است. روابط والدین فرزندی بیشتر مبتنی بر خصومت، فقدان روح همبستگی، طرد و بی‌تفاوتی و یا بی‌احساسی بوده و والدین برای نوجوانان خود کمترین آمال و آرزو را داشته و نسبت به وی متخاصم و خوددارای مشکلات متعدد شخصیتی بوده‌اند. والدینی که حمایت بیش از حد از فرزند خود می‌کنند نیز باعث پرتوقعی فرزند خود شده و اتفاقاً موجبات ناکامی بیشتر وی را در اجتماع فراهم می‌آورند. چنین افرادی فاقد قدرت خویشنداری بوده و نسبت به مسئولیت‌های خویش بی‌اعتنا هستند. شیوه تربیتی والدین در طول دوره نوجوانی نیز همچنان ادامه می‌یابد. بسیاری از والدین در این دوره نیز با نوجوان خود به مانند کودک رفتار می‌کنند و همچنان به امر و نهی‌های خود ادامه می‌دهند. این امر سبب احساس حقارت و آزرده‌گی نوجوان شده و باعث می‌گردد تا برای اثبات هویت خویش و اینکه دیگر کودک نیست به کشیدن سیگار، نوشیدن مشروبات الکلی و یا مصرف مواد مخدر روی آورد. چنین شیوه‌ای همچنین سبب می‌گردد تا نوجوان فاقد اعتماد به نفس دست رد به سینه دوستان نزده و با همنوایی با ایشان به اعمال انحرافی از جمله اعتیاد روی

آورد. دوره نوجوانی دوره ای بحرانی است و این واقعیت شناخته شده ای است که در این دوره بر میزان بزهکاری ها که در زمره آن اعتیاد به الکل و مواد مخدر قرار دارد، افزوده می شود. یکی از مهمترین وظایف این دوره برای نوجوان شکل دهی مجدد روابط با والدین است.

وجود ارتباطات خوب خانوادگی سبب می شود که نوجوان به هنگام ازدواج و تشکیل خانواده به عنوان فرد بزرگسال همچنان به خانواده نزدیک بماند، در حالیکه روابط نامساعد با والدین که سبب فقدان امور مشترک و داشتن دیدگاههای متفاوت درباره زندگی و عدم پذیرش نیازهای نوجوان توسط والدین ایجاد می شود، نوجوان را از خانواده دور و به دوستان بیشتر نزدیک می کند. بسیاری از نوجوانان قادر نیستند ارتباطات روشنی با والدین خود و سایر بزرگسالان برقرار نمایند و این امر منجر به ایجاد شکاف نسل و دوری ایشان از بزرگسالان می گردد. نقش آشکار خانواده آشفته و از هم گسیخته نیز در بروز مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان در بسیاری از مطالعات مورد تأکید قرار گرفته است. خانواده متزلزل دارای شرایط و اوضاع و احوال گوناگونی است که برخی نموده‌های آن را اختلافات خانوادگی، جدایی یا مرگ والدین تشکیل می دهد. در این خانواده ها مناسبات والدین با یکدیگر و با فرزندان طبیعی نیست و این امر می تواند به بروز بسیاری از مشکلات از جمله اعتیاد در فرزندان آنها منجر بشود. مطالعات انجام شده توسط مینده، لفکووتیز، فارنیگتون و امری ناسازگاری خانوادگی را عامل اصلی سبب شناسی در ایجاد رفتارهای ضد اجتماعی و بزهکاری معرفی نموده اند. فورمن اظهار می دارد که انسجام خانوادگی عامل پیش بینی مقاومت نوجوان و با وجدانی اوست. مورفی و موریاتی نیز عقیده دارند که آن همچنین سبب می گردد که فرد بتواند از عهده محیط و فشارهای درونیش برآید.

طبقه اجتماعی و مواد مخدر

وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده یعنی سطح سواد، نوع اشتغال، درآمد و محل سکونت نیز می تواند در بروز اعتیاد مؤثر باشد. گرچه متغیرهای اجتماعی - اقتصادی در تمامی طبقات

اثر خاص خود را دارند اما تاثیر آن در طبقات پائین به ویژه چشمگیرتر است. به عقیده ماسن میزان بزهکاری گزارش شده در بین نوجوانان طبقه اقتصادی - اجتماعی پائین بیشتر است. بیسوادی یا کم سوادی والدین نیز عامل موثری در گرایش نوجوانان به اعتیاد به حساب می آید. برانفن برنر اظهار داشته است که، افراد طبقه اجتماعی پائین کودکان خود را محدودتر بار می آورند و برای فرزندان خود استقلال کمتری قائلند، چنین شیوه پرورشی به فرزند می آموزد که به جای تعقل و تفکر در کارها بی اختیار عمل کند و به جای طرح ریزی برای آینده به امور زودگذر بپردازد و به جای جستجوی فعال برای کشف راههای مختلف انجام کار تنها گله و شکایت نموده و بهانه بگیرد.

پیرلین و اسکولر نیز عقیده دارند که افراد طبقه پائین فاقد مکانیزم های مقابله ای کار آمده هستند. در چنین افرادی صفاتی چون احترام به خود و احساس اهمیت کمتر است و بنابراین با احترام به خود پائین معتقدند که تاثیر کمی بر جریان زندگی خود دارند. شکی نیست که امکانات مالی خانواده می تواند بر میزان تحصیلات، بهداشت و رفاه، روابط خانوادگی، چگونگی صرف اوقات فراغت، محل سکونت و ... تاثیر بگذارد. محله های خراب و فاسد، تراکم منازل، شرایط نامساعد اقتصادی و کاری، فقر و سایر عوامل اقتصادی به طور مستقیم و غیر مستقیم نقش عمده ای در فراهم آوردن اساس جرم دارند.

عواقب و پیامدهای اجتماعی اعتیاد

۱- خطرات روحی و روانی: فرد معتاد، رابطه عاطفی و محبت آمیزی با خانواده خود ندارد و خانوادهاش آشفته دارد و همچنین در جامعه تحقیر می شود. معتادان غالباً دچار اضطراب، احساس تنهایی و خستگی، تنفر از زندگی، خمودگی، رکود فکر، گرایش به افسردگی، فقر در روابط عاطفی و احساس بیکفایتی هستند. همین حالات ناشی از اعتیاد، آنان را بیشتر در گرداب اعتیاد فرو می برد.

فرد معتاد تصور می‌کند که مواد مخدر اشکالات روانی او را برطرف می‌سازد، ولی متوجه نیست که بعد از اعتیاد نه تنها شخصیت او را وابسته ترمی سازد، بلکه به انزوای اجتماعی بیشتر می‌انجامد.

اعتیاد، مسئولیت‌پذیری و قید و بندها را از بین می‌برد و فرد معتاد به هیچ چیز، جز بدست آوردن مواد به هر قیمت ممکن فکر نمی‌کند و به شرع و عرف و اخلاق تعهد ندارد.

۲- صدمات جسمی: مواد مخدر صدمه فراوانی به بدن فرد می‌زند و سلامت جسمانی او را تهدید می‌کند و بیماریهای مختلف ریوی، گوارشی و غیره را به ارمغان می‌آورد. وقتی وابستگی روانی به مواد حاصل شد، دیگر حالت نشئه و لذت بخشی برای فرد معتاد مطرح نیست، بلکه مصرف ماده مخدر بصورت یک رفتار اجباری درآمده است.

۳- لطمات مادی: در بررسیهای انجام شده در شرکت تعاونی تخصصی ترک اعتیاد تهران در ایران روزانه ۴ میلیارد تومان صرف خرید مواد مخدر شامل تریاک و هروئین می‌شود. این رقم معادل ۵ میلیون دلار در روز است یعنی تقریباً ۱۰٪ در آمد نفتی کشور و با این رقم میتوان به یک میلیون خانوار فقیر در کشور ماهیانه ۱۲۰ هزار تومان پرداخت کرد و آنها را از فقر نجات داد.

فرد معتاد، گذشته از اینکه معمولاً توانایی فعالیت و کار کردن زیاد ندارد، تمایل و احتیاج شدید به مواد دارد به صورتیکه به هر وسیله ممکن آن ماده اعتیاد آور را بدست می‌آورد. نیازمندی به پول برای تأمین مواد، فرد معتاد را به ارتکاب انواع اعمال بزهکارانه از قبیل سرقت و قتل و جنایت، تن فروشی و حتی وادار کردن همسر و اعضای خانواده خود به اینکار ناچار می‌سازد. یکی دیگر از شایعترین این اعمال بزهکارانه، فروش مواد مخدر است که منجر به گرفتار کردن چندین قربانی دیگر در این گرداب می‌شود.

عوامل زمینه ساز مستعد کننده اعتیاد

اعتیاد یک بیماری زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی است عوامل متعددی در اتیولوژی سوء مصرف و اعتیاد موثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و

سپس اعتیاد می‌شوند. عوامل موثر بر فرد، محیط فرد و کلیه علل و عوامل درهم بافته‌ای هستند که بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند.

درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح ریزی شود.

بنابراین، آشنایی با عوامل زمینه ساز مستعد کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد:

- ۱- شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدامهای پیشگیرانه لازم برای آنان.
 - ۲- انتخاب نوع درمان و اقدامهای خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای لازم برای معتادان.
- عوامل مخاطره آمیز.

عوامل مخاطره آمیز مصرف مواد شامل عوامل فردی، عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی است.

عوامل مخاطره آمیز فردی عبارتند:

دوره نوجوانی: مخاطره آمیز ترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره نوجوانی است، نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است. در این دوره، میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج می‌رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزشهای خانواده را زیر سوال می‌برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزشهای جدید خود دارد. مجموعه این عوامل، علاوه بر حس کنجکاوی و نیاز به تحرک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف مواد می‌نماید.

ژنتیک: شواهد مختلفی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد. تاثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات فارماکوکینتیک و فارمادینامیک مواد در بدن می‌باشد که تعیین کننده تاثیر ماده بر فرد است. برخی از عوامل مخاطره آمیز دیگر نیز تحت نفوذ عوامل ژنتیکی هستند مانند برخی اختلالات شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری.

صفات شخصیتی: عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان، برخی از صفات بیشتر پیش بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را تصویر می‌کنند

که با ارزشها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابراز احساسهای دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی‌آید. این صفات عبارتند از: عدم پذیرش ارزشهای سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت در برابر پیشنهادهای خلاف دیگران، فقدان مهارتهای اجتماعی و انطباقی. از آنجا که اولین مصرف مواد، معمولاً از محیطهای اجتماعی شروع می‌شود هر قدر فرد قدرت تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

اختلالهای روانی: در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلالهای دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع‌ترین تشخیصها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، دیس تایمی، اختلال وسواسی-جبری، اختلال پانیک، مانیا، اسکیزوفرنی.

نگرش مثبت به مواد: افرادی که نگرشها و باورهای مثبت و یا خنثی به مواد مخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرشهای منفی دارند. این نگرشهای مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد.

موقعیتهای مخاطره‌آمیز فردی: بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیتهای یا شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌دهد. مهمترین این موقعیتهای عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، ترک تحصیل، بی‌سرپرستی یا بی‌خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماریها یا دردهای مزمن. حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنشهای حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می‌کند.

تاثیر مواد بر فرد: این متغیر وقتی وارد عمل می‌شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. چگونگی تاثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و تعامل آن با فرد و موقعیت فرد مصرف‌کننده است. تاثیر مواد بر فرد مصرف‌کننده، به میزان قابل توجهی، به

مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تأثیر مواد و مواد دیگری که هم زمان مصرف شده‌اند. مواد مختلف نیز تأثیرهای متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند، مثلاً: هروئین و کوکائین سرخوشی شدید، الکل آرامش و نیکوتین مختصری هشیاری و آرامش ایجاد می‌کند.

عوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی عبارتند از:

عوامل مربوط به خانواده: خانواده اولین مکان رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر اینکه، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و پاتولوژی است، منبعی برای تنش، شکل و اختلال نیز می‌باشد. نا آگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزه‌کاریها مانند سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. همچنین والدینی که مصرف کننده مواد هستند باعث می‌شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند.

تأثیر دوستان: تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد، برای گرفتن تایید رفتار خود از دوستان، سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه «همسالان» به خصوص، در شروع شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار موثر هستند. بعضی از دوستیها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد.

نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروههایی که مواد مصرف می‌کنند، بسیار آسان است. هر چند پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروهها بیشتر می‌شود.

عوامل مربوط به مدرسه: از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهم ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از راههایی زیر زمینه ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد: بی توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در مدرسه،

استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسئولان از نیازهای عاطفی و روانی به خصوص به هنگام بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنان.

عوامل مربوط به محل سکونت: عوامل متعددی در محیط مسکونی می‌تواند موجب گرایش افراد به مصرف مواد شود: فقدان ارزشهای مذهبی و اخلاقی، شیوع خشونت و اعمال خلاف، وفور مشاغل کاذب، آشفته‌گی و ضعف همبستگی بین افراد محل و حاشیه نشینی از جمله این عوامل هستند.

عوامل مخاطره آمیز اجتماعی این عوامل عبارتند از:

قوانین: فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.

بازار مواد: میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد. هر چه قیمت مواد کاهش یابد، تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه کنند افزایش می‌یابد. همچنین سهل الوصول بودن مواد به تعداد مصرف کنندگان آن می‌افزاید.

مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی: در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی‌شود، بلکه جزیی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخیص و وسیله احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و سوء مصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.

کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی: کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان، ماجراجویی، مورد تایید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروههای غیر سالم می‌شود.

عدم دسترسی به سیستمهای خدماتی، حمایتی، مشاوره ای و درمانی: در زندگی افراد، موقعیتهای و مشکلاتی پیش می‌آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می‌دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند فرد را از نظر

=====

روانی، مالی، شغلی، بهداشتی، اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می کند.

منابع و مآخذ

منابع فارسی

- مازلو آبراهام، انگیزش و شخصیت، ترجمه احمد رضوانی، ۱۳۷۲.
- اسعدی، سید حسن، پژوهشی بنیادی درباره مواد مخدر، ناشر مؤلف، ۱۳۸۲.
- اسعدی، سید حسن، مواد مخدر، آسیب‌ها و راهبردها، انجمن اولیا و مربیان، ۱۳۸۴.
- اردشیری، مهداد، فرهنگ اعتیاد و مواد مخدر، ۱۳۷۸.
- برونو، فرانکو، فرهنگ توصیفی روان‌شناسی، ترجمه مهشید یاسایی و فرزانه طاهری، طرح نو، ۱۳۷۰.
- پروین، لارنس، روان‌شناسی شخصیت و نظریه و تحقیق، ترجمه حدادی و پروین کدیور، خدمات فرهنگ رسا، ۱۳۷۲.
- روا، کلارنس، مباحث عمده در روانپزشکی، ترجمه جواد وهابزاده، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۷۳.
- سقاوت، جعفر، جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی.
- ستوده، هدایت الله، آسیب‌شناسی اجتماعی.
- سهرابی، فرامرز، سیگار در آینه تحقیق، انتشارات مدرسه، ۱۳۶۹.
- شیخی، حسین، کتاب‌شناسی اعتیاد، ۱۳۸۳.
- صبا، منوچهر، اعتیاد، مجموعه مقالات بیست و پنجمین کنگره‌ی پزشکی ایران - رامسر، بنیاد پهلوی، ۱۳۵۵.
- صالحی، ایرج، زنجیرهای اعتیاد.
- صدیق سروستانی، رحمت الله، جزوه آسیب‌شناسی.
- قنبرپور، علی اکبر، جامعه‌شناسی مبارزه با مواد مخدر، مقاله، ۱۳۸۵.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین، خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت الله پورافکاری، جلد اول، ذوقی، ۱۳۷۰.
- کی نیا، مهدی، مبانی جرم‌شناسی.

=====

میرزازاده شیرین، بررسی آثار سوء اعتیاد به ماده شادی‌آور اکستازی در میان جوانان.
مازلو، آبراهام، اچ، انگیزش و شخصیت، ترجمه احمد رضوانی، معاونت فرهنگی آستان
قدس رضوی، ۱۳۷۲.

منابع الکترونیکی

<http://www.salamat.ir>

<http://www.congress60.org>

<http://www.dchq.ir>

نمایه

سایر سایتهای مرتبط

منابع انگلیسی

- Clarke-Stewart.A.and Fridemen.S.Child Development: Infancy – through Adolescence. New York : john Wiley&Sons Inc., 1987.
- Gale , A. and Chapman A. Psychology and social problems : An – Introduction to Applied Psychology . New York : john Wiley & Sons Inc., 1989.
- Hamburg , D. and Sartorius ,N. Health and Behavior. Selected – perspectives . World Health Organization , Combridge University press, 1989.
- Hurlock , E. Developmental psychology (3rd ed.) . New York : Me –Graw – Hill Book Company , 1968.
- Illingworth ,R . The Normal Child (qth ed) . U.K. Churchill –livingstone Inc. , 1986.
- Mussen , P. Conger j and Kagan , j . Child Development and – personality (3rd ed.) . New York : Harper & Row., 1986.
- Mussen .P. Conger j and Kagan ,j. Child Development and personality (4th ed). New York : Harper & Row ., 1974.
- Vander Zanden ,J. Educational Psychology in Theory and Practice . – New York : Random House Inc ., 1980.