فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال پنجم، شماره هفدهم، بهار ۱۳۹۰
Journal of Research on Addiction, Vol. 5, No. 17, Spring 2011

مقاله پژوهشی
Research Article

بررسی و مقایسه وضعیت اختلال اضطراب اجتماعی و کمرویی در مردان معتاد و غیرمعتاد

آسیه اناری[۱]، مهدیه شفیعی‌تبار[۲]، حمیدرضا پور اعتماد[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۸/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۰۱

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه کمرویی و اختلال اضطراب اجتماعی در مردان معتاد و غیر معتاد انجام شد. **روش:** روش این پژوهش، از نوع علی مقایسه ای بوده و نمونه گیری به روش نمونه گیری هدفمند انجام شده است. بنابراین ۳۰ نفر از معتادانی که برای نخستین بار به مرکز خود معرف بهزیستی شهر اراک مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. سپس ۳۰ نفر نیز از مردان غیرمعتاد بدون سابقه اعتیاد که با گروه نمونه همتا شده بودند، به عنوان گروه مقایسه در نظر گرفته شدند و پرسشنامه کمرویی هندرسون- زیمباردو و مقیاس اضطراب اجتماعی لایبوتیز در هر دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آماری t استودنت برای گروه‌های مستقل تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مردان معتاد نسبت به مردان غیر معتاد، نمره بالاتری در اختلال اضطراب اجتماعی و کمرویی بدست آوردند. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج می توان چنین نتیجه گیری کرد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و کمرویی ممکن است برای کاهش اضطراب و اجتناب اجتماعی دست به مصرف مواد مخدر بزنند. استلزام‌های بالینی برای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد باید مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، هراس اجتماعی، کمرویی، معتاد، غیر معتاد

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه علوم شناختی جهاد دانشگاهی دانشگاه تربیت معلم. پست الکترونیک: asiehanari@yahoo.com
۲. مربی گروه روانشناسی دانشگاه اراک
۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی[1] (هراس اجتماعی[2]) یکی از اختلالات شایع روان‌شناختی است (لایبویتز[3]، ۱۹۹۹) و حداقل ۱۳/۳٪ از افراد در دوره‌ای از زندگی خود، از این اختلال رنج می‌برند (کسلر[4] و همکاران، ۱۹۹۴). انجمن روان‌پزشکی امریکا[5] هراس اجتماعی را ترس پایدار و قابل ملاحظه‌ای از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا کارکردی می‌داند که ممکن است در آن فرد با افراد نا آشنا مواجهه شود یا مورد تمسخر قرار گیرد (راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی- نسخه چهارم[6]). این اختلال با کمرویی[7]، رفتارهای بازداری، خود آگاهی، توجه انتخابی و خجالت‌زدگی رابطه دارد (بیدل[8] و موریس[9]، ۱۹۹۵؛ بیدل و راندال[10]، ۱۹۹۴؛ لری[11] و کوالسکی[12]، ۱۹۹۵). اضطراب زیاد در هراس اجتماعی معمولاً به رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود که بر روند عادی زندگی تأثیر مخربی بر جای می‌گذارند (دوستانیک[13]، دجریک[14]، داراگان- ساولنجیک[15] و ریسیویچ[16]، ۲۰۰۹).

بر خلاف هراس اجتماعی، کمرویی یک اختلال روان‌شناختی محسوب نمی‌شود بلکه یک رگه شخصیتی است که با رفتارهای اضطرابی و اجتنابی خفیف در موقعیت‌های اجتماعی همراه است؛ رفتارهایی که پیامدهای منفی دارد. میزان شیوع کمرویی نسبت به هراس اجتماعی بیشتر است (کوکس[17]، فلیت[18] و استاین[19]، ۲۰۰۴). کوکس و همکاران (۲۰۰۴) میزان شیوع آن را در زنان ۲۶٪ و در مردان ۱۹٪ برآورد نموده‌اند، اما مطالعات دیگر شیوع کمرویی را بین ۵۰-۴۰ ٪ گزارش کرده‌اند (کاردیوسی[20] و زیمباردو[21]، ۱۹۹۵).

1. social anxiety disorder
2. social phobia
3. Liebowitz
4. Kessler
5. American Psychiatric Association
6. DSM-IV
7. shyness
8. Beidel
9. Morris
10. Randhall
11. Leary
12. Kowalski
13. Dostanic
14. Djeric
15. Daragon- Saveljic
16. Raicevic
17. Cox
18. Fleet
19. Stein
20. Carducci
21. Zimbardo

اساسی‌ترین شباهت بین کمرویی و اختلال هراس اجتماعی وجود ترس، اضطراب یا احساس ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی است که با تپش قلب، سرخ شدن چهره و عرق کردن همراه است (بیدل، ترنر[1] و دانکو[2]، ۱۹۸۵؛ هندرسون[3]، ۱۹۹۲). افزون بر این، هم در در هراس اجتماعی و هم در کمرویی نقص مهارت‌های اجتماعی (مانند مشکلاتی در برقراری تماس چشمی و ادامه دادن مکالمه)، اجتناب از موقعیت‌ها و تعاملات اجتماعی و افکار معرف ترس از ارزیابی منفی دیده می‌شود (هیمبرگ[4]، هوپ[5]، داج[6] و بکر[7]، ۱۹۹۰؛ هربرت[8]، هوپ و بلاک[9]، ۱۹۹۲). با این وجود، تفاوت‌هایی هم بین آن‌ها وجود دارد؛ برخی پژوهش‌ها نشان داده است کمرویی از نظر شدت آسیب‌های کارکردی و شدت نشانه‌ها با هراس اجتماعی متفاوت است. افراد خجالتی کمتر از افراد مبتلا به هراس اجتماعی، رفتارهای اجتنابی نشان می‌دهند (هیسر[10]، ترنر و بیدل، ۲۰۰۳). همچنین دوره رفتارهای اجتنابی در افراد خجالتی، زودگذرتر از مبتلایان به هراس اجتماعی است (چاویرا[11]، استاین و مالکارن[12]، ۲۰۰۲). مطالعات نشان می‌دهند که کمرویی و هراس اجتماعی سازه‌هایی وابسته هستند که با کمال گرایی، همدلی، درون‌گرایی، خلق و خو، تیپ‌های شخصیتی، جهت‌گیری زندگی و سوءمصرف مواد همبستگی بالایی دارند (تریچ[13]، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های بسیاری وقوع هم‌زمان اختلال هراس اجتماعی و کمرویی را با اختلالات روان‌شناختی چون سوءمصرف مواد و الکل، اختلال افسردگی مهاد[14]، افسرده خویی، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال هراس خاص و وحشت‌زدگی را نشان داده‌اند (برای مثال؛ براللو[15] و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاتازلنیک[16] و جریست[17]، ۲۰۰۱؛ لاپیزیت[18] و اشنایر[19]، ۲۰۰۰؛ زیمرمان[20] و همکاران، ۲۰۰۴).

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

1. Turner
2. Dancu
3. Henderson
4. Heimberg
5. Hope
6. Dodge
7. Becker
8. Herbert
9. Bellack
10. Heiser
11. Chavira
12. Malcarne
13. Triche
14. Major Depression
15. Brunello
16. Katzelnick
17. Greist
18. Lipsitz
19. Schneire
20. Zimmermann

تقریباً از هر ۱۰۰۰ نفر ۶/۹ نفر به سوءمصرف مواد مبتلا می‌شوند (هال[1]، راس[2]، لینسکی[3]، لو[4] و دی جنارت[5]، ۲۰۰۰). اندروز[6]، هال، تیسون[7] و هندرسون (۱۹۹۹) معتقدند ۸/۷٪ از افراد مبتلا به هراس اجتماعی و کمرویی از مواد مخدر نیز استفاده می‌کنند. بنابراین در مقایسه با شیوع ۲/۲٪ در افراد غیرمعتاد، شیوع سوءمصرف مواد در مبتلایان به هراس اجتماعی بیشتر از جمعیت غیرمعتاد است (تیسون، هال، لینسکی و دی‌جنارت، ۲۰۰۰؛ شند[8]، دی‌جنارت، نلسون[9] و ماتیک[10]، ۲۰۰۹). راس و همکاران (۲۰۰۵)؛ لویس[11] و انیل[12] (۲۰۰۰) و شر[13]، بارثولو[14] و وود[15] (۲۰۰۰) نیز میزان شیوع هراس اجتماعی و کمرویی در معتادان را بیش از جمعیت غیرمعتاد برآورد نمودند.

برخی پژوهشگران بر این نظرند که اختلال وابستگی و سوءمصرف مواد، اختلال هراس اجتماعی و کمرویی پیش‌بینی کننده‌های مشترکی دارند. برای مثال آزار جنسی یا جسمانی در کودکی (افیفی[16]، براون ریچ[17]، کوکس[18] و سارین[19]، ۲۰۰۶؛ چارتیر[20]، والکر[21] و استاین[22] ۲۰۰۱)، عملکرد تحصیلی ضعیف در مدرسه (هاکینز[23]، کاتالانو[24] و میلر[25] ۱۹۹۴؛ چارتیر و همکاران، ۲۰۰۱)، خشونت و رفتار سرد والدین (راپ[26] و اسپنس[27]، ۲۰۰۴؛ هاکینز و همکاران، ۱۹۹۴) و طرد همسالان (گزل[28] و لد[29]، ۲۰۰۳؛ هاکینز و همکاران، ۱۹۹۴) از جمله عواملی هستند که می‌توانند هم به اختلال سوءمصرف مواد و هم به هراس اجتماعی و کمرویی منجر شوند.

1. Hall
2. Ross
3. Lynskey
4. Law
5. Degenardt
6. Andrews
7. Teeson
8. Shand
9. Nelson
10. Mattick
11. Lewis
12. O'Neil
13. Sher
14. Bartholow
15. Wood
16. Afifi
17. Brownridge
18. Cox
19. Sareen
20. Chartier
21. Walker
22. Stein
23. Hawkins
24. Catalano
25. Miller
26. Rapee
27. Spence
28. Gazelle
29. Ladd

افزون بر این، مطالعات انجام شده در خارج از کشور نشان می‌دهند کمرویی و هراس اجتماعی نیز یکی از پیش‌بینی کننده‌های مهم ابتلاء به سوءمصرف مواد هستند. این پژوهشگران معتقدند مصرف مواد به افراد مبتلا به هراس اجتماعی و کمرو کمک می‌کند تا با اجتناب و اضطرابی که در موقعیت‌های اجتماعی یا پیش از آن تجربه می‌کنند؛ مقابله نمایند. به بیانی دیگر این افراد برای خود درمانی دست به مصرف مواد، الکل و دارو می‌زنند. بنابراین، سوءمصرف مواد راه حل مقابله با مشکلات روانی- اجتماعی در این گروه به شمار می‌رود (سانتسو[1]، اسمیت[2]، فاکس[3] ۲۰۰۴؛ مانوزا[4] و همکاران، ۱۹۹۵؛ مان[5]، ۲۰۰۰؛ پیج[6]، ۱۹۹۰؛ چک[7] و باس[8]، ۱۹۸۱؛ کریجین[9] و راندال[10]، ۲۰۰۳).

در مطالعات متعدد انجام شده در جوامع مختلف مشخص شده است که نوع و مصرف مواد متفاوت بوده و حتی در مردان و زنان، در گروه‌های مختلف سنی و در طبقات مختلف جامعه نیز تفاوت وجود دارد (مکری، ۲۰۰۲). اگر چه در کشورهای غربی مصرف الکل و داروهای روانگردان از شیوع بالایی برخوردار می‌باشد؛ در برخی کشورهای مشرق زمین، از قبیل ایران، افیون و فرآورده‌های آن به عنوان مهم‌ترین ماده مصرفی شناخته شده است، هر چند مصرف مواد صنعتی نیز رو به افزایش است (شریعت پناهی و شهبازی، ۱۳۸۹).

در همین راستا، برخی تحقیقات (محمد رزاقی، رحیمی موقر، حسینی و مدنی، ۱۳۷۹؛ امانی، صادقیه اهری و محمدی واعظی، ۱۳۸۴) نشان می‌دهند که الگوی مصرف در کشور ما با کشورها و مناطق دیگر متفاوت است. چنانچه تعداد کل معتادین افزایش یافته و به نسبت مصرف کنندگان هروئین و معتادان تزریقی کشور افزوده شده است. به علاوه متوسط سن مصرف‌کنندگان کاهش یافته و بر پراکندگی اعتیاد در گروه‌های مختلف فرهنگی اجتماعی کشور افزوده شده است.

1. Santesso
2. Schmidt
3. Fox
4. Mannuzza
5. Mann
6. Page
7. Cheek
8. Buss
9. Carriagan
10. Randall

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

با توجه به آنچه ذکر شد و اهمیت شناخت اختلال‌های توأم با سوءمصرف مواد- جهت پیشگیری و درمان- لزوم بررسی تفاوت معتادین و افراد بهنجار از جهت کمرویی و هراس اجتماعی در جمعیت ایرانی، تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی در مصرف‌کنندگان مواد و اختلاف در الگوی مصرف در داخل کشور این پژوهش به بررسی مقایسه کمرویی و اختلال هراس اجتماعی در معتادان مراجعه کننده به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر اراک و افراد غیر معتاد پرداخته است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر معتادان خود معرف شهر اراک بودند. از این جامعه در یک بررسی توصیفی- مقطعی به روش نمونه گیری هدفمند[1]، ۳۰ نفر از مردان معتاد که از ۱۵ اسفند ۱۳۸۷ تا پایان خردادماه ۱۳۸۸ برای ترک اعتیاد برای نخستین بار به مرکز خود معرف بهزیستی شهر اراک مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. ۳۰ نفر نیز از مردان غیرمعتاد بدون سابقه اعتیاد که از نظر متغیرهایی چون سن، میزان تحصیلات، طبقه اجتماعی و وضعیت تأهل با گروه نمونه همتا شده بودند، به عنوان گروه مقایسه در نظر گرفته شدند.

با توجه به اینکه گروه نمونه و کنترل در ویژگی‌های جمعیت شناختی با یکدیگر همتا شده بودند؛ میانگین سن هر دو گروه ۲۸ سال بود و ۱۴ نفر مجرد و ۱۶ مرد متاهل در هر دو گروه آزمایش و مقایسه حضور داشتند. افزون بر این، در هر دو گروه ۷ نفر زیر دیپلم، ۷ نفر با تحصیلات فوق دیپلم، ۹ نفر دیپلم، ۶ نفر با مدرک لیسانس و یک فوق لیسانس وجود داشت. در گروه مردان معتاد ۱۱ نفر به مواد صنعتی و ۱۹ نفر به مواد افیونی اعتیاد داشتند.

1. purposive

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

ابزار:

۱- پرسشنامه کمرویی هندرسون- زیمباردو[1]: این پرسشنامه ۳۴ گویه دارد و توسط زیمباردو و هندرسون در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است. همسانی درونی این مقیاس توسط سازندگان ۰/۹۲ و اعتبار[2] باز آزمایی برای دو هفته ۰/۸۷ محاسبه شد. روایی[3] آزمون نیز در همبستگی با مقیاس تجدید نظر شده کمرویی چک و باس[4] ۰/۶۰ محاسبه شده است (هندرسون و زیمباردو، ۲۰۰۱). در این پرسشنامه نمره بالای ۶۰ را می‌توان به عنوان کمرویی در نظر گرفت. در این پژوهش همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

۲- مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز[5] (مقیاس هراس اجتماعی): این مقیاس در سال ۱۹۸۷ توسط لایبویتز ساخته شد. هیمبرگ و همکاران (۱۹۹۹) ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بسیار خوب گزارش نموده و آن را یکی از دقیق‌ترین مقیاس‌های موجود در سنجش اضطراب اجتماعی دانسته‌اند. این پرسشنامه ۴۸ گویه و ۲ خرده مقیاس اصلی (اضطراب اجتماعی و اجتناب اجتماعی) دارد. اعتبار این مقیاس ۰/۹۵، روایی آن با استفاده از پرسشنامه اضطراب بک ۰/۸۷ و اعتبار خرده مقیاس‌ها نیز در حد قابل قبولی گزارش شده است (هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۹). نمره ۶۵ را در این پرسشنامه می‌توان به عنوان نقطه برش[6] در نظر گرفت. همسانی درونی مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز در این مطالعه ۰/۸۲ محاسبه شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی و کمرویی معتادان و گروه بهنجار در جدول ۱ ارائه شده است.

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

1. Henderson-Zimbardo Shyness Questionnaire
2. reliability
3. validity
4. Revised Cheek and Buss Shyness Scale
5. Liebowitz Social Anxiety Scale
6. Cut off

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب اجتماعی و کمرویی در دو گروه معتاد و غیرمعتاد

	گروه معتاد		گروه بهنجار	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
اضطراب اجتماعی	۲۵/۶۴	۸۷/۷۷	۱۵/۴۳	۶۸/۴۳
کمرویی	۱۷/۷۵	۸۰/۵	۱۵/۱۸	۷۰/۳۳

همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمره اضطراب اجتماعی در افراد معتاد و بهنجار به ترتیب برابر ۸۸/۷۷ و ۶۸/۴۳ و میانگین نمره کمرویی در این دو گروه به ترتیب مساوی با ۸۰/۵ و ۷۰/۳۳ است. از این رو می‌توان گفت گروه معتاد هم در اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی) و هم در کمرویی نسبت به گروه بهنجار نمره بالاتری را بدست آورده‌اند.

در جدول ۲ فراوانی و درصد افرادی که در هر دو گروه نمره بالاتری از نقطه برش را در مقیاس‌های اضطراب اجتماعی و کمرویی به دست آورده‌اند؛ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که ۸۰ درصد از افراد گروه معتاد و ۴۶/۷ درصد از گروه بهنجار نمره بالاتری از نقطه برش را در مقیاس اضطراب اجتماعی بدست آورده‌اند. همچنین ۹۶/۷ از گروه معتاد و ۶۰ درصد از گروه بهنجار نمره بالاتر از نقطه برش را در مقیاس کمرویی گزارش کرده‌اند.

جدول ۲: فراوانی و درصد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و کمرویی در هر دو گروه

متغیر	گروه معتاد		گروه بهنجار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اضطراب اجتماعی	۲۴	۸۰	۱۴	۴۶/۷
کمرویی	۲۹	۹۶/۷	۱۸	۶۰

برای مقایسه نمره‌های اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی) و کمرویی دو گروه معتاد و بهنجار از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون t برای مقایسه نمره‌های اضطراب اجتماعی و کمرویی در دو گروه معتاد و بهنجار

متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین	درجه آزادی	آماره‌ی t	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	۱۹/۳۳	۵/۴۶	۴۷/۵۶	۳/۵۴	۰/۰۰۱
خرده مقیاس اضطراب اجتماعی	۱۰/۶	۲/۹	۵۰/۵۶	۳/۶۵	۰/۰۰۲
خرده مقیاس اجتناب اجتماعی	۸/۷۳	۲/۷۳	۴۶/۳۹	۳/۱۹	۰/۰۰۱
کمرویی	۱۰/۱۶	۱/۶۲	۵۶/۶۳	۲/۳۸	۰/۰۲

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره معتادان در هر دو متغیر اضطراب اجتماعی و کمرویی به طور معناداری بیش از نمره گروه غیرمعتاد در این متغیرها است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان هراس اجتماعی و کمرویی در افراد معتاد و جمعیت غیرمعتاد انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که میزان هراس اجتماعی و کمرویی در گروه معتاد به طور معناداری بیشتر از گروه غیر معتادین است. این یافته همسو با یافته‌های تیسون و همکاران (۲۰۰۰)؛ شند و همکاران (۲۰۰۹)؛ راس و همکاران (۲۰۰۵)؛ لویس و انیل (۲۰۰۰) و شر و همکاران (۲۰۰۰) است که میزان هراس اجتماعی و کمرویی را در جمعیت معتاد بیش از جمعیت غیرمعتاد برآورد کرده‌اند.

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند که هراس اجتماعی، کمرویی و اختلال سوءمصرف مواد از جمله اختلال‌هایی هستند که احتمال وقوع هم‌زمان در آن‌ها بسیار زیاد است (براناللو و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاتازلنیک و جریست، ۲۰۰۱؛ لاپیزیت و اشنایر، ۲۰۰۰؛ زیمرمان و همکاران، ۲۰۰۴). از این رو، می‌توان نمرات بیشتر گروه معتاد در هراس اجتماعی و کمرویی را به دلیل وقوع هم‌زمان این دو متغیر با سوءمصرف و وابستگی به مواد دانست. وقوع هم‌زمان و همبودی[1] اختلال سوءمصرف مواد، هراس اجتماعی و کمرویی می‌تواند با وجود پیش‌بینی کننده‌ها و عوامل زمینه ساز علّی مشترک مانند

1. comorbidity

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

آزار جنسی یا جسمانی در کودکی، عملکرد تحصیلی ضعیف در مدرسه، خشونت و رفتار سرد والدین و طرد همسالان (افیفی و همکاران، ۲۰۰۶؛ چارتیر و همکاران، ۲۰۰۱؛ راپ و اسپنس، ۲۰۰۴؛ هاکینز و همکاران، ۱۹۹۴؛ گزل و لد، ۲۰۰۳) تبیین شود.

به نظر می‌رسد بهترین تبیین نتیجه حاضر الگوی خوددرمانی (سانتسو و همکاران،۲۰۰۴؛ مانوزا و همکاران، ۱۹۹۵؛ مان، ۲۰۰۰؛ پیج، ۱۹۹۱؛ چک و باس، ۱۹۸۱؛ کریجین و راندال، ۲۰۰۳) شناخته شده در مبتلایان به هراس اجتماعی و کمرویی است. بدین معنی که مصرف مواد به افراد مبتلا به هراس اجتماعی و کمرو کمک می‌کند تا بتوانند از اضطراب و اجتناب اجتماعی خود در رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی جلوگیری کنند و یا این موقعیت‌ها را بهتر و راحت‌تر تحمل نمایند. از این رو، مصرف مواد مخدر تبدیل به نوعی مکانیزم مقابله برای مواجه افراد مبتلا به هراس اجتماعی و کمرویی با موقعیت‌های بی‌شمار اجتماعی می‌شود.

می‌توان با شناسایی افراد کمرو و مبتلا به هراس اجتماعی در سنین کودکی و نوجوانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی لازم، جهت مقابله با احساسات منفی که افراد را به سمت مصرف مواد مخدر با هدف خوددرمانی سوق می‌دهد؛ از تعداد مبتلایان به سوءمصرف مواد کاست.

تعداد کم گروه نمونه و کنترل بزرگ‌ترین محدودیت این پژوهش به شمار می‌رود؛ زیرا انتخاب حجم نمونه بر اساس نمونه گیری هدفمند صورت گرفت. افزون بر این با توجه به اینکه ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه (پرسشنامه کمرویی هندرسون- زیمباردو و مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز) برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفتند؛ اطلاعات کافی در مورد رواسازی این دو آزمون در دسترس نبود، از این رو در تعمیم نتایج این پژوهش باید جوانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر با حجم نمونه گسترده و با استفاده از ابزارهای دارای روایی و اعتبار قابل ملاحظه اجرا شده و نتایج آن در پیشگیری و درمان اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

امانی، فیروز؛ صادقیه اهری، سعید؛ محمدی، سعد الله؛ اعظمی، احد (۱۳۸۴). الگوی تغییرات مصرف مواد مخدر در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد ۸۲-۱۳۷۷. **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**، ۵(۳): ۲۲۴-۲۲۰.

حسن زاده، رمضان (۱۳۸۷). **روش‌های تحقیق در علوم رفتاری**. تهران: ساوالان.

وحدت شریعت پناهی، سیده مریم؛ شهبازی، شاهین (۱۳۸۹). الگوی مصرف مواد در معتادان گمنام. **توان‌بخشی**، ۱۱(۱): ۳۳-۲۹.

محمد رزاقی، عمران؛ رحیمی موقر، آفرین؛ حسینی، مهدی؛ مدنی، سعید (۱۳۷۹). **بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران**. معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل.

Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. **Child Abuse and Neglect,** 30: 1093–1103.

American Psychiatric Association task Force on DSM-IV. (2000). **Diagnostic and Statistical manual of mental disorder: DSM-IV-TR** (4th Ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrews, G., Hall, W., Teesson, M., Henderson, A. S. (1999). **The Mental Health of Australians.** Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra.

Beidel, D. C., & Morris, T. L. (1995). Social Phobia. In J. S. March (Ed). **Anxiety Disorders in children and Adolescents.** New York: Guilford press.

Beidel, D. C., & Randhall, J. (1994). Social Phobia. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds). **International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in children and Adolescents.** New York: Plenum press.

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive, and Behavioral Aspects of Social Anxiety. **Behavior Research & Therapy,** 23: 109-117.

Brunello, N., den Boer, J. A., Judd, Kasper, L. L. S., Kelsey, J. E., Lader, M., Lecrubier, Y., Lepine, J. P., Lydiard, R. B., Mendlewicz, J., Montgomery, S. A., Racagni, G., Stein, M. B., Wittchen, H.U. (2000). Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. **Journal of Affective Disorder.** 60 (1): 61–74.

Carducci, B. J., & Zimbardo, P. G. (1995). **Are you shy? Psychology Today,** November, 64-68.

Carrigan, M. B., Randall, C. L. (2003). Self-medication in social phobia: A review of the alcohol literature. **Addictive Behaviors,** 28(2): 269-284.

Chartier, M. J., Walker, J. R., Stein, M. B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. **Psychological Medicine,** 31: 307–315.

Chavira, D. A., Stein, M. B., & Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. **Anxiety Disorder,** 16: 585-598.

Cheek, J. M., & Buss, A. H. (1981). Shyness and Sociability. **Journal of personality and social psychology,** 41: 330-339.

Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self- criticism and social phobia in the U.S. national comorbidity survey. **Journal of Affective Disorders,** 82: 227-234.

Dostanic, A., Djeric, A., Daragan-Saveljic, J., Raicevic, S. (2009). Some aspects of social phobia and its relationship with substance use disorder. **European Psychiatry,** 24(1): 417-425.

Gazelle, H., Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: a diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. **Child Development,** 74: 257–278.

Hall, W., Ross, J. E., Lynskey, M. T., Law, M. G., Degenardt, L. J. (2000). How many dependent heroin users are there in Australia? **Medical Journal of Australia,** 173: 528–531.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y. (1994). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin,** 112: 64–105.

Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. **Psychol. Med.** 29 (1): 199–212.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobias and public speaking phobias. **Journal of Nervous and Mental Disease,** 178: 172-179.

Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. **Behaviour Research and Therapy,** 4: 209–221.

Henderson, L. (1992). Shyness Groups. In M. McKay & K. Paleg (Eds), **Focal Group psychotherapy.** Oakland: New Harbinger Press.

Henderson, L., & Zimbardo, P. (2001). **Shame and Anger in chronic shyness and social anxiety disorder** [Electronic version], from: http: //www.shyness.com/ documents/2001/Henderson-Zimbardo-shyness.pdf.

Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. **Journal of Abnormal psychology,** 101: 332-339.

Katzelnick, D. J., Greist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care. **J. Clin. Psychiatry,** 62 (Suppl. 1): 11–15.

Kessler, R.C, McGonale, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and month prevalence of DSM-IV-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. **Archives of General psychiatry,** 51: 8-19.

Leary, M. R., & Kowalski, R.M. (1995). **Social anxiety.** New York: Guilford press.

Lewis, B. A., & O'Neill, H. K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. **Addictive Behaviors**, 25: 295–299.

Liebowitz, M. R. (1987). Delineating social phobia. **Br. J. Psychiatry,** 150: 718–719.

Liebowitz, M. R. (1999). Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. **J. Clin. Psychiatry,** 60 (Suppl. 18): 22–26.

Lipsitz, J. D., Schneier, F. R. (2000). Social phobia. Epidemiology and cost of illness. **PharmacoEconomics** 18 (1):. 23–32.

Mann, S. G. (2000). Shyness and sociability: alcohol dependent United States Navy men. Dissertation Abstracts International: Section B. **The Sciences and Engineering,** 61 (1-B), 539

Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liembowitz, M. R. Kleine, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and Validity. **Archives of General Psychiatry,** 52: 230-237.

Mokri A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. **Arch Iranian Med,** 5(3): 184–90.

Page, R. M., (1990). Shyness and Sociability: A dangerous combination for illicit substance use in adolescent males? **Adolescence** 25: 803–806.

Rapee, R. M., Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. **Clinical Psychology Review,** 24: 737–767.

Ross, J., Teeson, M., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A. *et al.* (2005). The characteristics of heroin users entering treatment: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). **Drug and Alcohol Review,** 24: 411–418.

Santesso, D. L., Schimdt, L. A., & Fox, N. A. (2004). Are shyness and sociability still a dangerous combination for substance use? Evidence from an U. S. and Canadian sample. **Personality and Difference,** 37: 5-17.

Shand, F. L., Degenhardt, L., Nelson, E. C., Mattick, R. P. (2009). Predictors of social anxiety in an opioid dependent sample and a control sample. **Journal of Anxiety Disorders,** Article in Press.

Sher, K. J., Bartholow, B. D., and Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 68: 818–829.

Teesson, M., Hall, W., Lynskey M., Degenhardt, L. (2000). Alcohol-and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,** 34: 206–213.

Triche, A. B. (2006). **Characteristics of shy and socially phobia individuals.** A thesis submitted of B. A. in psychology, under graduate Honors program.

Zimmermann, G., Pin, M. A., Krenz, S., Bouchat, A., Farvat, B., Besson, J., Zullino, D. F. (2004). Prevalence of social phobia in a clinical sample of drug dependent patients. **Journal of Affective Disorders,** 83(1) 83-87.