

هراس اجتماعی و تاثیر آن بر اعتیاد به موادمخدر

بهرام نیک بخش^۱، علی حمیدی^۲

چکیده

افزایش اعتماد به نفس اجتماعی قدم مهمی در راه پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر قلمداد می‌شود. می‌توان از اعتماد به نفس به عنوان یک عامل کلیدی در راستای مقابله با "هراس اجتماعی" و کاهش اعتیاد به موادمخدر استفاده کرد. اضطراب و کاهش اعتماد به نفس اجتماعی خود از دلایل کم رنگ شدن شناخت منابع و بالا رفتن انگیزه‌های گرایش به موادمخدر است. یکی از مسائل مهم اجتماعی افزایش عزت نفس افراد و کاهش میزان گرایش به موادمخدر، مقابله با فویبای اجتماعی، بخصوص در طیف سنی جوانان است. برای پیشگیری از ورود معضل موادمخدر در جامعه، احداث یک «پایگاه واکنش‌شناسی اجتماعی» لازم و ضروری است. این پایگاه با تزریق اعتماد به نفس و کاهش تب اضطراب اجتماعی در درون خانواده (ورفتار پرستاری اجتماعی ملازم با این نگرش) عمل خواهد کرد. در مقاله حاضر روش‌های پیشگیرانه اعتیاد بانگه اولویت‌بندی با استفاده از نظریه "تبادل اجتماعی" نظریه برچسب زنی^۳، "نظریه هراس اجتماعی"^۴، "بدیل-های اجتماعی"^۵، "دوراهی اجتماعی"^۶، "عادت‌واره‌های فردی"^۷، "سبک زندگی"^۸، "پارادایم‌های رفتاری"^۹، "از خود بیگانگی" و "کارکردگرایی مرتن" مرور می‌شود. پژوهش حاضر نگاه پیشگیرانه به اعتیاد و تاثیر هراس اجتماعی در این مسیر با استفاده از نظریه‌های جامعه‌شناختی است. این تحقیق از نوع توصیفی و کتابخانه‌ای است و در آن سعی شده است که علاوه بر بسط و بهبود نظریه‌های موجود، از زاویه‌ای تازه و از منظر اجتماعی به اعتیاد پرداخته شود. می‌توان گفت که هراس اجتماعی باعث تضعیف نمودن شقوق اصلی سرمایه اجتماعی یعنی "اعتماد" و "شادی اجتماعی" می‌شود. هراس اجتماعی به تدریج با سست کردن پایه‌های سرمایه اجتماعی موجی از بی‌اعتمادی فردی و گروهی را در جامعه بوجود می‌آورد. این بی-اعتمادی‌ها منجر به ضعف اراده فردی و افسردگی اجتماعی و سپس گرایش به موادمخدر می‌شود. مفهوم اضطراب اجتماعی چون با افسردگی و کسالت همراه است، باعث تمایل به مصرف موادمخدر در جامعه (بخصوص در جوانان) می‌شود. بنابراین، فرد بر سر یک "دوراهی اجتماعی" قرار می‌گیرد که بر حسب ذایقه و وضعیت خلق و خوی فعلی، گرایش و مسیر مطلوب خود را انتخاب می‌نماید.

کلید واژه‌ها: اعتیاد به موادمخدر، دوراهی اجتماعی، بدیل‌های اجتماعی، هراس اجتماعی

۱. نویسنده مسئول: مربی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیک:

nikbakhsh.b@gmail.com

۲. مربی، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

روند آسیب‌ها، مسائل و تهدیدهای اجتماعی در کشور به خصوص اعتیاد رو به رشد است. بنابراین، نقش فرد و نیز نقش ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و سیاسی در بروز و شیوع نابسامانی‌های اجتماعی از جمله گرایش به موادمخدر موثر است. افزایش و تقویت عزت ملی و اعتماد به نفس افراد می‌تواند در نگرش مثبت به مسائل اجتماعی جهت زدودن افکار مزاحم و مخل اجتماعی از جمله وسوسه‌های تمایل به مصرف موادمخدر تاثیر گذار باشد. تأکید بیشتر به مسائل فویبای اجتماعی و خودمداری افراد به جای امنیتی کردن موضوع موادمخدر می‌تواند در کاهش آن تأثیر گذار باشد. مهم‌ترین راهکار برچسب اجتماعی در جامعه نسبت به مفهوم حین‌گیری، اعتماد اجتماعی و تزریق روحیه امید و خودباوری گروهی و فردی است. مداوای حین‌گرایانه با برچسب قوی اجتماعی روبرو است و اگر نتوانیم با مقوله اعتماد اجتماعی این برچسب‌ها را حل و بی‌اثر کنیم، افزایش انزوای طلبی و کاهش عزت نفس افراد دور از انتظار نخواهد بود. برای پیشگیری از ورود و یروس موادمخدر در جامعه احداث یک "حفاظ ایمن" اعتماد آفرین ضروری است. این ایمنی خاطر با تقویت اعتماد به نفس و تقویت سطح اعتقادات در درون خانواده و رفتار حسنه اجتماعی ملازم با این اعتقادات بیمه خواهد شد. آن هم یک بیمه فردی و گروهی که بر مخاطرات و انحرافات اجتماعی نظیر اعتیاد پوشش مقابله‌ای خواهد داشت (نیک‌بخش، ۱۳۹۳)

بر اساس نظریه فویبای اجتماعی^۲ توجه به عوامل فردی و اجتماعی زمینه‌ساز اعتیاد، یک اصل ضروری است. دلشوره و ترس اجتماعی، شامل ترس شدید از حضور در موقعیت‌های اجتماعی است که دیگران شما را ارزیابی می‌کنند. چنین موقعیت‌های اجتماعی و فکر کردن به قضاوت‌های افراد درباره شما می‌تواند به اندازه‌ای ترساننده باشد که فرد را مضطرب و پریشان نماید. اختلال اضطراب یا هراس اجتماعی مربوط به حضور در ملاء عام و قضاوت شدن توسط افراد است. این افراد به خاطر این فویبا قادر به کاهش دلشوره و اضطراب اجتماعی خود نیستند بنابراین به عنوان افراد گوشه نشین اولین

1. safe shield

2. social phobia

جرقه‌های کاهش اعتماد به نفس و زمینه‌های گرایش به موادمخدر در اذهان آنان به شکل منفی تقویت خواهد شد. برای از میان بردن علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان با اجرای روش‌های گوناگونی از جمله تقویت همبستگی اجتماعی با چاشنی قوی احترام و اعتماد متقابل و افزایش میزان "سرمایه‌های اجتماعی" این اختلال را به عنوان پیش زمینه منفی گرایش به موادمخدر کنترل و درمان کرد.

اختلال هراس اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس بسیار متداول است. تعدادی از مردم با ترسشان به شکل قوی مبارزه می‌کنند. اما عده‌ای در این میدان هولناک و سهمگین سرافکننده انزوایی را پیش کشیده تا بتوانند خود را با استعمال موادمخدر پوشش مخفیانه دهند. اما موقعیت‌هایی که سبب بروز علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند متفاوت‌اند. برخی از مردم در موقعیت‌های گوناگون اجتماعی و شغلی دلشوره و هراس را تجربه می‌کنند. در این وضعیت فقدان راهنما و حمایت اجتماعی از سوی جامعه و والدین، افراد دارای فوبیا را ترغیب خواهد کرد که به گرایش و استعمال به موادمخدر روی آورند. برای سایر افرادی که با اختلال هراس اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس دست و پنجه نرم می‌کنند، دلشوره در موقعیت‌های اجتماعی خاص مانند گفت و گو با افراد، غذا خوردن در رستوران‌ها یا حضور در میهمانی‌ها ارتباط دارد. متداول‌ترین هراس اجتماعی جمع‌گریزی و سخنرانی کردن برای یک جمعیت است.

عوامل ایجاد هراس اجتماعی که در صورت عدم برنامه‌ریزی صحیح اجتماعی و آموزشی، عملاً بسترهای گوشه‌نشینی و گرایش به موادمخدر در جامعه را به وجود خواهد آورد (اسنو و اندرسون، ۲۰۰۱) عبارتند از: ترس از ملاقات با افراد جدید، در مرکز توجه قرار گرفتن، دیده شدن در حال انجام کار، گفت و گوهای عمومی، اجرای برنامه روی صحنه، مورد انتقاد قرار گرفتن و مسخره شدن، گفت و گو کردن با شخصیت‌های شناخته شده، مخاطب قرار گرفتن در کلاس، آزمایش شدن، غذا خوردن و نوشیدن در جمع، صریح و بی‌پرده حرف زدن در میهمانی‌ها و ملاقات‌ها و شرکت کردن در میهمانی‌ها یا گروه‌هایی‌های گوناگون. این موارد، مقدمات ابتلا به فوبیای اجتماعی و کاهش اعتماد به

نفس را به دنبال دارد که علائم و نشانه‌های روانی آن عبارتند از: اضطراب بیش از اندازه در زندگی روزمره اجتماعی، زندگی کردن با اضطراب و دلشوره روزها، هفته‌ها، ماه‌ها پیش از حضور در موقعیت اجتماعی خاص، ترس وحشتناک از قضاوت شدن توسط دیگران، ترس از انجام کاری که سبب خجالت و شرمساری آنان شود، پرهیز از قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی خاص و نوشیدن الکل پیش از حضور در موقعیت‌های اجتماعی جهت تمدد اعصاب. عدم اقدام در ایجاد اعتماد جهت آموزش و پر کردن این شکاف‌های اجتماعی به وجود آمده از سوی جامعه و خانواده‌ها در این زمینه، باعث گوشه‌نشینی افراد مبتلا به و سپس تشکیل و ایجاد محل‌های امن و در دسترس گروه خودی (معتادان تفتنی) به صورت شبکه‌ای خواهد شد. با توجه به مطرح شدن این بستر، شرایط برای شکستی مضاعف در بین جامعه هدف مربوط به این گروه‌ها (افراد مستعد اعتیاد) به وجود خواهد آمد (نیک بخش، ۱۳۹۵).

تاثیر هراس اجتماعی بر گرایش به موادمخدر

از زمانی که موادمخدر به عنوان یک مسئله اجتماعی شناخته شده است، کوشش‌هایی جهت تبیین این نکته صورت گرفته است که چرا برخی به مواد شیمیایی وابسته می‌شوند، در حالی که برخی دیگر وابسته نمی‌شوند. اضطراب اجتماعی، اضطراب یا هراسی است که در موقعیت‌های میان‌فردی یا عملکردی ایجاد می‌شود. افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا از ارزیابی منفی دیگران نسبت به خود و یا انجام عملی که باعث شرمندگی شود، بیمناک هستند. تحقیقات حاکی از آن است که اضطراب با احساسات، رفتارها و نشانه‌های عدم رضایت از دیگران همراه است. نظریه‌های شناختی در زمینه اضطراب بیانگر آن است که توجه انتخابی به تهدیدها، اضطراب را شدیدتر کرده و قضاوت در زمینه رویدادهای اجتماعی را به انحراف می‌کشاند (نادری، ۱۳۹۰ به نقل از دشت‌آبادی، دشت‌آبادی و رحیمی مقدم، ۱۳۹۴). ریچ و هوفمن^۱ (۲۰۰۴) معتقدند با وجود اینکه گام‌های بزرگی در فهم عوامل نگهدارنده این اختلال و درمان آن برداشته شده است

ولی هنوز راه زیادی تا فهم دلایل ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد. یکی از اساسی‌ترین آسیب‌های اجتماعی که نیروها و سرمایه‌های انسانی یک جامعه را به ویرانی می‌کشد اعتیاد است. زیان‌های ناشی از اعتیاد در زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی فرهنگی بسیار سنگین و جبران‌ناپذیر است. نوجوانان و جوانان هر مرز و بوم نیروی کار و آینده‌داران و والدین فردای جامعه خواهند بود و سوداگران اعتیاد این قشر را با توجه به مصائب و مشکلات فراوانشان که آسیب‌پذیرترند مورد هدف خود قرار داده‌اند. فرد مبتلا به هراس اجتماعی با مشکلات زیادی در حوزه کارکرد شخصی و اجتماعی روبرو است (ریچ و هافمن، ۲۰۰۴).

اهمیت آگاه‌سازی افراد در رابطه با خطرات مصرف و شناخت اثرات زیستی، شناختی، روانی و اجتماعی موادمخدر و ضرورت ایجاد نگرش مناسب، اهمیت به سزایی در پیشگیری از مصرف مواد دارد. سوءمصرف مواد به عنوان رفتاری است که به صورت اجتماعی آموخته می‌شود (دنیس و واندر، ۲۰۱۰). رفتار مصرف مواد از شناخت‌ها، نگرش‌ها و باورهای فرد تاثیر می‌پذیرد. تقویت مهارت خود توانمندسازی و آموزش مهارت‌های کنترل استرس و اضطراب در جهت تغییر نگرش و آگاهی نسبت به موادمخدر و محرک از اهمیت خاصی برخوردار است (کلارک^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از مهم‌ترین پیامدهای اختلالات اضطرابی، اعتیاد افراد به موادمخدر است. این اختلالات اضطرابی منجر به گرایش افراد به مصرف موادمخدر می‌شود. آموزش و فرهنگ‌سازی نخستین گام پیشگیری است و از این طریق می‌توان جوانان و مردم جامعه را از معضل مصرف مخدر دور کرد. حمایت از بهبود یافتگان اعتیاد نیز یکی دیگر از نکات بسیار مهم است که باید برای آن برنامه‌ریزی کرد. افراد ممکن است برای فرار از اضطراب به موادمخدر گرایش پیدا کنند. در آسیب‌شناسی اجتماعی رفتارهایی نظیر ولگردی و تکدی‌گری نشانه فاصله گرفتن از میانگین رفتار جامعه و زندگی به سبک خاص محسوب می‌شود. اعتیاد نشان دهنده یک آسیب روانی است (نیک بخش و رئیسی، ۱۳۹۴).

طبق تحقیق آرمانی کیا (۱۳۹۰) اضطراب در زنان ۳۰ درصد و در مردان ۱۹/۵ درصد است. اختلال هراس سبب تنگی نفس و سوء مصرف می شود و شامل افرادی است که دائماً در تشویش و نگرانی به سر می برند و احساس آرامش ندارند. اضطراب مرتبط با وسواس یکی از عوامل گرایش به موادمخدر است. افراد گرفتار این بیماری از اعتماد به نفس پایین و اضطراب بالایی برخوردارند لذا با مراجعه به مشاوره و روان پزشکی می توان از اعتیاد نیز پیشگیری کرد.

بیماری های عصبی، سرخوردگی و مشکلات روانی و حالات ناشی از آن ها نظیر اضطراب در موارد بسیاری موجب اعتیاد می شوند. زندگی قبل از اعتیاد معتادین از دو جهت یکی خود فرد و دیگری محیط اطراف فرد با مسائل روانی ارتباط دارد. بیشتر معتادین، حساس، زودرنج، متوقع، مضطرب و پوچ گرا هستند و همه چیز حتی زندگی را پوچ و بیهوده می دانند. افراد معتاد فاقد منطق، مطلق گرا، بهانه گیر، عصبانی و پرخاشگر هستند (باتلر و ماتیوس^۱، ۱۹۸۳). بر اساس نظریه ساترلند رفتارهای کجروانه از طریق معاشرت با اغیار یعنی داشتن روابط اجتماعی ناسالم با انواع خاصی از مردم منحرف آموخته می شود (لانديس^۲، ۲۰۰۱). رفتارهای منحرفانه فرد از جمله گرایش به موادمخدر ذاتی نیست بلکه از طریق تماس با اشخاص دیگر در فرایند ارتباطات یاد گرفته می شود (کی نیا، ۱۳۷۰ به نقل از نیک بخش و رئیسی، ۱۳۹۴).

بازبینی ظاهری افراد نسبت به خود در قضاوت های تایید یا عدم تایید خود تاثیر می گذارد. همین امر باعث می شود که روحيات سالم و یا پرخاشگرانه ملازم با اضطراب به خود بگیرند و سپس این بازبینی های ذهنی خود را با دیگران مطرح کنند. در صورت وجود خلأ رفتاری، گرایش های رفتاری نادرست از جمله گرایش به موادمخدر پیدا خواهند کرد (به نقل از طهماسبی مرادی، ۱۳۸۴). نتایج تحقیق فرجاد (۱۳۷۶) نشان داد که بیشتر معتادان مرد، دارای تحصیلات متوسطه، متأهل و دارای خانواده های سازمانی رهن و رهن و اجاره هستند. طبق تحقیق نیک بخش و حافظی (۱۳۹۰) یکی از مهم ترین دلایل انزوایی حتی در سالمندان احساس تنهایی و افسردگی است. بنابراین والدینی که خود

افسرده‌اند چگونه می‌توانند فرزندان سالم، با انگیزه و شاداب به جامعه تحویل دهند یا از روی آوری آنان به موادمخدر جلوگیری نمایند. بر این اساس، ضرورت پر کردن صحیح اوقات فراغت و ورزش در مهار نمودن این آسیب‌ها بیش از پیش آشکار می‌شود. طبق تحقیق نیک بخش، حافظی و جلیلی (۱۳۸۹) در خصوص تاثیر فقر بر انحرافات اجتماعی ۶۴ درصد از پاسخ‌گویان عوامل مختلفی مثل فقر فرهنگی و اقتصادی، دوستی با افراد ناباب و ناکامی را در بروز انحرافات اجتماعی دخیل دانسته بودند. بین متغیرهایی مثل انگیزه، ادراک، اعتقادات و رضایت درونی با گرایش آنان به موادمخدر ارتباط معناداری وجود دارد. از شایع‌ترین اختلالات روانی همبود با اعتیاد می‌توان به اختلال افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی اشاره کرد (آیاد و ماشان، ۲۰۰۳). به عقیده آبلارد و پارکر^۲ (۱۹۹۷) فرزندان که دارای والدین با انتظار بالا هستند فشار روانی باعث به وجود آمدن اضطراب اجتماعی و پیامدهای ناخوشایند مترتب بر آن می‌شود. الیزابت^۳ و همکاران (۲۰۰۶) سبک‌های مختلف رفتاری والدین را در چگونگی پرورش ذهنی فرزندان موثر می‌دانند. بافت و زمینه خانوادگی مهم‌ترین نقش را در پرورش فویبای اجتماعی و تبعات متاثر بر آن دارند. کلارک و همکاران (۲۰۰۵) بین سبک زندگی و اضطراب اجتماعی رابطه معناداری یافتند.

پاسخ بدن به اضطراب

اضطراب پاسخ بدن به مشکلی است که سیستم عصبی و ایمنی، قلب، عروق و غدد فوق کلیوی را درگیر می‌کند. اضطراب سبب افزایش میزان هورمون کورتیکوتروپین در مغز می‌شود. این هورمون هنگام پاسخ بیولوژیک بدن به عوامل اضطراب‌زا در مغز یافت می‌شود. تقریباً کلیه موادمخدر، سبب افزایش میزان هورمون کورتیکوتروپین در مغز می‌شوند. به گفته دانشمندان رابطه مستقیم بیولوژیکی میان اضطراب و اعتیاد به موادمخدر وجود دارد. اضطراب خفیف ممکن است تغییرات سودمندی در روح و جسم افراد ایجاد کند. به عنوان مثال، اضطراب می‌تواند توجه و ظرفیت فرد را در ذخیره‌سازی و

1. Ayyad & Mashaan
2. Ablard & Parker

3. Elizabeth

یکسان‌سازی اطلاعات با ارزش تحت تاثیر قرار دهد. اما اگر اضطراب طولانی مدت و مزمن شود کنترل و درمان آن بسیار دشوار خواهد بود. اضطراب اختلالی است که در مقاطع و سنین مختلف گریبان انسان می‌شود. بدن انسان برای مقابله با پریشانی روانی و جسمی به این اختلال واکنش نشان می‌دهد. باکینگهام^۱ (۱۹۹۹)، به نقل از نیک بخش و رئیسی، (۱۳۹۴) به این نتیجه رسید که پسران بیش از دختران در معرض انواع اضطراب و افت تحصیلی متاثر از آن قرار می‌گیرند. وی با بررسی برخی از متغیرها نشان داد که تاثیر عوامل اجتماعی و خانوادگی از قبیل از دست دادن پدر بیشتر از سایر متغیرها با عث اضطراب اجتماعی و افت تحصیلی می‌شود.

اضطراب و اعتیاد به موادمخدر

رویدادهای اضطراب‌آور می‌توانند نقش موثری در اعتیاد به موادمخدر و الکل داشته باشند. اضطراب نه تنها یکی از مهم‌ترین عوامل آغاز و ادامه اعتیاد به موادمخدر و الکل است بلکه می‌تواند سبب وابستگی دوباره فرد به موادمخدر شود. اضطراب یکی از مهم‌ترین عوامل مصرف مجدد دخانیات توسط افرادی است که مدت‌ها سیگار را کنار گذاشته‌اند. کودکانی که در معرض اضطراب شدید قرار دارند بیشتر از همسالانشان به موادمخدر و الکل معتاد می‌شوند. نتایج مطالعات نشان داده است که رابطه قدرتمندی بین اضطراب در سال‌های نخست زندگی و افزایش خطر ابتلا به افسردگی، رفتارهای خشن و اعتیاد به موادمخدر و الکل وجود دارد (دیویدسون^۲ و همکاران، ۱۹۹۷). تجربیات اضطراب‌آور سبب وابستگی مجدد افراد درمان شده به موادمخدر می‌شود. افرادی که توانسته‌اند از موادمخدر پرهیز کنند باید با دوری کردن از محیط‌های خطرناک، شناخت مشکلات روانی و گسترش رفتارهای مناسب، اضطراب را مدیریت کنند. می‌توان با آموزش‌های گوناگون و درمان‌های بالینی از وابستگی مجدد افراد به موادمخدر و الکل جلوگیری کرد. با استفاده از مهارت‌های حل و فصل مشکلات و حمایت‌های اجتماعی می‌توان در درمان موفق بود. اضطراب به معنای ترس، تشویش، نگرانی و فقدان آرامش

است. اضطراب می تواند سالم و یا ناسالم باشد. اضطراب ناسالم یکی از عوامل زمینه ساز در گرایش به مصرف موادمخدر است.

انواع اضطراب می تواند زمینه را برای گرایش به مصرف مواد فراهم کند. در زیر به برخی از انواع اضطراب اشاره می شود. الف) اضطراب فراگیر: اضطراب و نگرانی غیر منطقی مستمر و شدید درباره وقایع و رویدادهای آینده که حداقل به مدت شش ماه به طول انجامد، ب) هراس اجتماعی: اضطراب و نگرانی غیر منطقی از حضور در جمع، صحبت کردن با دیگران که در اغلب موارد منجر به اجتناب از حضور در اجتماع (عدم حضور در میهمانی ها و مجالس) و یا ناتوانی در سخن گفتن و پریشانی شدید در اینگونه موقعیت ها می شود، ج) استرس پس از حادثه: اختلال استرس پس از حادثه، نوعی اختلال اضطرابی است که در هنگام مواجه شدن با یک رویداد آسیب زا و پرخطر مانند بلایای طبیعی (سیل، زلزله، آتشفشان) و یا سوانح و حوادث انسانی (جنگ، تصادفات رانندگی، آزار و شکنجه جسمی یا روانی، تجاوز) در عده ای از افراد حاضر و یا قربانیان رویداد، ایجاد می شود. درمان استرس پس از حادثه غالباً دشوار بوده و بسیاری از مبتلایان به این اختلال ممکن است به مصرف مواد روان گردان روی آورند. لازم به ذکر است که مصرف مواد هیچ گونه تأثیر درمانی در زمینه درمان اختلال مذکور ندارد و تنها موجب تشدید عوارض اختلال مذکور و افزایش افسردگی و اضطراب در مبتلایان می شود.

نظریه خرده فرهنگ ها/کجروی فرهنگی در ارتباط با اعتیاد به موادمخدر و اضطراب

خرده فرهنگ ها الگوهایی از ارزش ها، هنجارها و رفتار در میان گروه های خاص می باشند. آن ها شبکه های مهم مرجع هستند که افراد و گروه ها از طریق آن ها جهان را می بینند و آن را تفسیر می کنند. فرد مضطربی که تعهد خاصی به جامعه ندارد و پیوندهای محکمی با خرده فرهنگ مصرف مواد دارد، بیشتر احتمال دارد که به مصرف موادمخدر روی آورد. اعضای خرده فرهنگ مواد، ارزش ها و هنجارهایشان را برای اشخاصی که جذب این نوع زندگی می شوند تبلیغ می کنند (آبادینسکی، ۱۳۸۲).

کنش متقابل نمادین/برچسب زنی

کنش متقابل نمادین یک رویکرد جامعه شناختی است که در دیدگاه‌هایی از قبیل برچسب‌زنی یا نظریه عکس‌العمل اجتماعی پدیدار می‌شود و فرض اصلی‌اش این است که مردم واقعیت را می‌سازند. نظریات و مطالعات جامعه‌شناختی به مصرف موادمخدر در وضعیت اجتماعی آن توجه می‌کنند. نظریه آنومی می‌گوید که افراد با عدم رضایت از نقشی که باید ایفا کنند از فشار ناشی از این دوگانگی صدمه می‌بینند و این فشار باهم‌نوا شدن، شورش کردن، ابتکارات غیرقانونی یا انزوای طلبی جواب داده می‌شود. براساس این نظریه، مصرف کنندگان موادمخدر از بین اهداف اجتماعی معمول و موقعیت‌های اجتماعی گوشه‌گیری را برمی‌گزینند. نظریه معاشرت افتراقی مدعی است که رفتار مصرف مواد، رفتار آموخته شده است و اولین یادگیری در یک گروه کوچک صمیمی رخ می‌دهد (نیک بخش، ۱۳۹۳). آموزش پیشگیری از اعتیاد به مصرف موادمخدر نیاز به یک کار گروهی دارد و نه تنها مراجع قانونی و انتظامی در آن سهیم هستند بلکه مشارکت فعال تک تک افراد جامعه را نیز می‌طلبد. در کنار آن تقویت اعتماد به نفس در فرزندان محرکی است که می‌تواند آن‌ها را برای انجام بهترین کارها ارشاد نماید. تقویت اعتماد به نفس، اشتغال و احساس مثبت فرزندان نسبت به خودشان و افزایش سرمایه اجتماعی به عنوان عامل کلیدی جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد امری ضروری است. اگر سرمایه اجتماعی به واسطه عدم اعتماد به بازیافتگان دچار خدشه شود لازم است که مجدداً مورد بررسی قرار گیرد. روش‌های مقابله با اضطراب و اعتماد به نفس بالا باعث می‌شود که فرد کمتر فریب دوستان ناباب را بخورد و در دام اعتیاد گرفتار نشود. به نظر می‌رسد بهترین راهکار جلوگیری از گرایش به موادمخدر، تقویت روحیه اعتماد به نفس و افزایش قدرت نه گفتن در افراد است. برای موفقیت هرچه بیشتر در پیشگیری، باید سازوکارها و امکانات لازم برای مشارکت مردم فراهم شود. با این کار امکان پیش‌بینی، برآورد واقعی و زمینه برای کاهش و یا حذف ضررهای بالقوه ناشی از خطر موادمخدر نیز فراهم می‌شود (شایگان و اصغرزاده، ۱۳۹۴).

سوء مصرف موادمخدر و اعتیاد یکی از مشکلات عمده کشورهای در حال توسعه

است. دامنه تأثیرات سوء مصرف مواد از آن رو حائز اهمیت است که عواقب وخیم آن تنها فرد مورد نظر را در بر نمی گیرد، بلکه معمولاً خانواده، دوستان و همکاران نیز در معرض آثار ویرانگر این پدیده قرار خواهند گرفت. سوء مصرف موادمخدر یکی از حالات آنومی در جامعه است (جهانگیری و غلام زاده نظنزی، ۱۳۹۰). نتایج به دست آمده از تحقیق حیدر نژاد، باقری بنجار و اصائلو (۱۳۹۱) نشان داد که بین جوانان معتاد و غیر معتاد از لحاظ میزان مشارکت اجتماعی در فعالیت‌های مختلف، اعتماد اجتماعی و روابط اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد.

با عنایت به این که پیشگیری خانواده محور به عنوان مؤثرترین روش پیشگیری از اعتیاد و جرائم موادمخدر است، لازم است شاخص‌های تعیین شده برای این نوع پیشگیری شامل هماهنگی گفتار و رفتار افراد الگو در خانواده، خودداری از دلسوزی‌های معتادپرور، معاشرت نکردن با خانواده‌های آلوده به موادمخدر و دوری از معاشرت با افراد معتاد و ناباب مورد توجه خانواده‌ها قرار گیرد (نوجوان و اصغری، ۱۳۹۳). عوامل مختلفی از جمله فقر مالی، مشکلات خانوادگی، اختلافات زناشویی، وجود الگوهای نامناسب برای همانندسازی و در نهایت مسأله بیکاری از عوامل عمده گرایش به اعتیاد می‌باشد. به طوری که زمینه نظری مطالعه نمایانگر آن است که دو دسته علل فردی و اجتماعی از عوامل عمده اعتیاد محسوب می‌شوند (معصومی زاده دزفولی، ۱۳۹۴). اعتیاد و سوء مصرف موادمخدر به مثابه یک مسأله اجتماعی پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در ارزیابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود. طبق تحقیق کامرانی (۱۳۹۴) بین میزان سرمایه اجتماعی افراد و اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد (کامرانی، ۱۳۹۴).

دوران بلوغ و نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی به شمار می‌رود. در این دوره سنی خصوصیات از قبیل تشخیص طلبی، اعلام استقلال، مخالفت جویی، خود نمایی و تابعیت از گروه‌های مرجع بروز می‌کند. نوجوان با دارا بودن ویژگی‌های خاص خود به دنبال هیجان است و در این راه اغلب به بیراهه کشیده می‌شود، نوجوانان و جوانان بیشتر از

گروه‌های دیگر در معرض خطر اعتیاد قرار دارند. خانواده به عنوان بالاترین نهاد خانوادگی نقش بسزایی در کنترل نوجوان نسبت به اعتیاد دارد. بلوغ و نوجوانی، اختلالات خانوادگی، تضاد بین والدین، دوستان ناباب، نابسامانی‌های زندگی، بیکاری، تنهایی و فشار عصبی از جمله خطرات بازگشت به مصرف موادمخدر به دنبال ترک اعتیاد است. خطر بازگشت به مصرف موادمخدر به دنبال ترک اعتیاد همواره مطرح است و این مسئله مقابله با مسئله اعتیاد را پیچیده تر می‌سازد. فرایند عود زمانی آغاز می‌شود که تفکرات، احساسات و رفتارهای فردی که در برنامه بهبودی قرار دارد دوباره تحریف و غیرمنطقی می‌شوند. فرایند عود غالباً شامل فعال نمودن سیستم انکارورزی به مثابه یک سپردفاعی غیرانعطاف پذیر، تمایل به تنهایی و انزوا، قضاوت‌های منفی، تصمیم‌گیری‌های نامناسب، ناتوانی در مواجهه با مشکلات و بروز فشارهای زندگی و استرس است. بنابراین، این مسئله همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده آنان بوده است. بر این اساس برنامه‌ریزی و تلاش جهت کاهش این مسئله باید به عنوان بخشی از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در جامعه مورد توجه قرار گیرد. در کشور ما نیز خصوصاً در سال‌های اخیر با وجود گسترش انواع برنامه‌های درمانی و تلاش در جهت کاهش تعداد مبتلایان به اعتیاد از طریق بازگرداندن آنان به زندگی سالم، همچنان شاهد آمار روز افزون معتادان و نیز اخبار ناخوشایند این مسئله در جامعه هستیم. کارشناسان امر علت اصلی شکست اغلب این برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب در معتادان را فراوانی بازگشت معتادان در کشور دانسته‌اند. لذا پرداختن به مسئله عود در درمان اعتیاد الزامی و از نیازهای اساسی در فرایند کنترل معضل اعتیاد در کشور است (شکری، سنگین استاد آبادی و علی آبادی، ۱۳۹۵). حمایت اجتماعی در جلوگیری از بازگشت معتادان امری مهم است. سودمندی حمایت اجتماعی ممکن است ناشی از اثر آن روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و مهارت‌های فردی باشد (اختری، خدایی، یاقوتی و فیض‌اللهی، ۱۳۹۵).

ساترلند و کرسی^۱ به مبحث چگونگی انتقال رفتار مجرمانه در قالب پیوند افتراقی

می پردازند. مصرف مواد مخدر هنگامی ایجاد می شود که پیوندهای کجروانه افراد بیش از پیوندهای معمولی اجتماع آنها باشد. طبق این نظریه، در اغلب موارد یادگیری انحراف از دیگران از طریق گروه های اولیه صورت می گیرد (راینگتن و واینبرگ^۱، ۱۳۸۳). بر اساس نظر میلر^۲ (۱۹۵۸) هنجارهای برخی از خرده فرهنگ های طبقه پایین، منشأ عدم دستیابی به موقعیت های عادی است. اعضای یک گروه نوجوان خیابانی هنجارهای خرده فرهنگ طبقه پایین را دنبال می کنند و علائق خاص خود را دارند (نیک بخش، ۱۳۹۳).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به موضوع مقاله حاضر مبنی بر نقش هراس اجتماعی و تاثیر آن بر اعتیاد به مواد مخدر، به اهمیت ایجاد شادی اجتماعی و روش های مقابله با اضطراب فردی و گروهی تاکید می شود. همچنین بر اهمیت خانواده (به عنوان نهاد اولیه) و جامعه در قالب نقش حمایتی پیشگیرانه به صورت همزمان تاکید می شود. زیرا در صورت عدم حمایت و ایفای نقش سازنده از سوی این نهادها، پیشگیری از اعتیاد دشوارتر می شود. پیشرفت و تکامل یک جامعه در گرو عدم انزوایی و عدم افسردگی اعضای آن جامعه است. بنابراین با یک نگرش تخصصی اجتماعی و همچنین با افزایش سرمایه های اجتماعی بخصوص خلق نشاط اجتماعی در جامعه می توان تا حدی از اعتیاد پیشگیری کرد. جهت جلوگیری از ورود ویروس مخربی بنام مواد مخدر در جامعه، نیاز به احداث یک پایگاه بهداشت روانی یا ایستگاه مقابله با افسردگی کاملاً ضروری است. این پایگاه ها با تقویت سطح خودباوری فردی باعث نگرش های اعتماد آفرین در درون خانواده ها می شوند. این پایگاه ها همچنین می توانند به بیمه سلامت جامعه کمک کنند.

ضرورت اجتماعی مرتبط با سلامت روان، منجر به ایجاد مسئله ای به نام روان درمانی و مقابله با هر گونه رفتار فویبایی شده است. اگر این فرصت روان درمانی برای همگان جهت مقابله با رفتارهای نامناسب فراهم باشد، به شکل کلی در جامعه نقش واکنش سنجی اجتماعی خواهد داشت و به سهولت می توان با نابود کردن ویروس اضطراب و هراس،

شادی اجتماعی را جایگزین افسردگی اجتماعی کرد. مفهوم اضطراب اجتماعی چون با افسردگی و کسالت همراه است به خودی خود در جامعه استعداد روی آوری به موادمخدر (بخصوص از سوی جوانان) را بارور می‌سازد. طبق تئوری پارسونز مبنی بر بدیل‌های اجتماعی و یا طبق نظریه تبادل اجتماعی هومنز، فرد بر سر یک دوراهی اجتماعی قرار می‌گیرد که بر حسب ذایقه و وضعیت خلق و خوی فعلی، گرایش و مسیر خود را انتخاب می‌نماید.

در راستای واکنش‌های اجتماعی به عنوان یک پایگاه بهداشت روانی در راه مداوای افسردگی اجتماعی، از نقش نهاد مهمی مثل خانواده باید به نحو مطلوب استفاده شود. غیر این صورت با پدیده‌ای به نام انزوای اجتماعی به شکل منفی (مطابق دیدگاه مرتن مبنی بر عدم هماهنگی بین وسایل و اهداف فرهنگی) مواجه خواهیم شد. با این ناهمخوانی‌های اجتماعی، بستر و زمینه گرایش به موادمخدر فراهم می‌شود. اگر این شکاف اجتماعی با عاملی به نام سرمایه اجتماعی تقلیل پیدا نکند، پس باید پذیرفت که اضطراب اجتماعی عادات واره‌های فردی را به نفع خود مصادره خواهد کرد. یکی از تبعات تغییر شکل منفی عادات واره‌های زندگی، کاتالیزور نمودن مسیر روی آوری به اعتیاد در بین افراد مبتلا به خواهد بود. بر این اساس مفهوم واکنش‌های اجتماعی در چنین مواقعی معنای دو چندانی پیدا خواهد کرد.

بر اساس پارادایم‌های رفتاری در دیدگاه جامعه‌شناختی، توجه به عوامل فردی و اجتماعی زمینه‌ساز اعتیاد امری مهم به نظر می‌رسد. در صورت انتخاب مسیر اضطراب-اعتیاد یک بی‌مسئولیتی اجتماعی برای تشدید افسردگی در بین جامعه هدف به وجود می‌آید که در صورت عدم نشانه‌گذاری صحیح، پیوند دو عامل به نام اضطراب-اعتیاد، تبدیل به یک معضل اجتماعی خواهد شد (الیزابت و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، پیشنهاد می‌شود که خلاءهای موجود نظارتی در جامعه به دقت شناسایی تا امکان پیشگیری از روی آوری به موادمخدر بهتر فراهم شود. یکی از مسائلی که بی‌ارتباط با ایجاد افسردگی و سرخوردگی جوانان نیست، بحث از کار انداختن موتور محرکه جامعه (جوانان) توسط بیگانگان است. بیگانگان از طریق شیوع و ترویج سبک زندگی غربی، نمادهای مد نظر

خود را از طریق شبکه‌ها و رسانه‌های جمعی به صورت جهت‌دار اشاعه می‌دهند. سپس با ایجاد افسردگی و کرختی اجتماعی نسبت به انفعال جامعه هدف خود (با مسیر جهت‌دار افسردگی منتهی به اعتیاد) یعنی جوانان وارد این کارزار خواهند شد. بنابراین، با ایجاد شادی و نشاط اجتماعی در جامعه می‌توان از این طریق کانال‌های افسردگی‌زا را شناسایی و مداوا کرد.

براساس نظریه مرتن^۱ عدم ارتباط بین وسایل و اهداف فرهنگی در جامعه باعث انزوای طلبی (به خاطر اضطراب و افسردگی) می‌شود. بنابراین، یکی از روش‌های موثر پیشگیری از اعتیاد تطابق و هماهنگی بیشتر بین وسایل و اهداف و محترم شمردن دسترسی عادلانه همه طبقات اجتماعی به این اهداف از جمله رفاهیات و سرگرمی‌های اجتماعی است. براساس نظریه سرمایه اجتماعی نقش خانواده و نحوه اعتماد به فرزندان جهت عدم تاثیر پذیری از افکار منفی و روان پریشانه بسیار مهم است. خانواده پل ارتباطی بین فرزندان و ساختار اجتماعی محسوب می‌شود و در صورت عدم اعتماد خانوادگی و معتاد بودن والدین این پل ارتباطی از بین خواهد رفت و فرزندان با قوانین، ارزش‌ها و هنجارهای یک جامعه بیگانه می‌شوند. به همین دلیل ناخواسته و ندانسته وسایل و اهداف نامشروع را در زندگی خود انتخاب می‌نمایند. در خصوص تاثیر هراس اجتماعی بر اعتیاد به موادمخدر باید گفت که هراس اجتماعی به تنهایی نمی‌تواند زمینه ابتلا به موادمخدر را فراهم نماید، بلکه در صورت بالا رفتن تب اضطراب اجتماعی و عدم تجویز نسخه درمانی مطلوب از سوی خانواده و نهادهای بهزیستی، تولد فرزندی ناخواسته به نام طفل مضطرب و معتاد به موادمخدر دور از ذهن نخواهد بود. هراس اجتماعی باعث تضعیف نمودن یکی از شقوق اصلی سرمایه اجتماعی یعنی اعتماد و شادی اجتماعی می‌شود و می‌توان از آن تحت عنوان موربانه‌ای یاد کرد که به تدریج با سست کردن پایه‌های سرمایه اجتماعی عملاً موجی از بی‌اعتمادی فردی و گروهی را در جامعه به وجود می‌آورد. به تدریج این بی‌اعتمادی‌ها منجر به ضعف اراده فردی و افسردگی اجتماعی و سپس گرایش به موادمخدر می‌شود. با شناخت و بررسی چهار ضلعی (هراس اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اعتیاد و افسردگی

فردی) می توان تا حدودی از بروز اعتیاد جلوگیری کرد. از مزایای اجتماعی ایجاد جو نشاط و شادابی اجتماعی در جامعه، می توان به افزایش مشارکت اجتماعی و کاهش فویبای اجتماعی اشاره نمود.

اعتیاد یکی از مهم ترین پدیده های جهانی است که در حال حاضر جوامع مختلف را در ابعاد متعدد مورد تهدید قرار می دهد. با توجه به رشد فزاینده شهرگرایی و صنعتی شدن مشاغل در زندگی اجتماعی امروز و فردگرایی، سطح توقعات، انتظارات و خواسته های فردی رو به افزایش است و در صورت عدم برآورده شدن این خواسته ها و انتظارات به صورت مشروع، شاهد یک آسیب اجتماعی بنام هراس اجتماعی (اضطراب) خواهیم بود. یکی از تاثیرات منفی این هراس اجتماعی (اضطراب)، اعتیاد است که به عنوان یک مقوله کاملاً شناور در تمامی طبقات اجتماعی شهر و روستا دیده می شود. فراوانی و دسترسی آسان به موادمخدر، نبود نظارت پر دوستان از طرف والدین، تحقیر جوانان، تعامل و معاشرت با دوستان ناباب، نبود تفریحات و سرگرمی های سالم، عوامل روان شناختی، لذت های نفسانی زودگذر و شکست عاطفی می توانند زمینه های ابتلا به موادمخدر را در جامعه فراهم نمایند (سریز و بولس، دورکین، پیولر، ۲۰۰۵). بنابراین، شناسایی راه های دسترسی به موادمخدر و برنامه ریزی جهت پیشگیری از اعتیاد و درمان آن امری ضروری است.

منابع

- اختری، فرزاد، خدایی، آمنه؛ یاقوتی، حسن و فیض اللهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در بازگشت به اعتیاد، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۱۰) ۵۴-۳۳.
- آبادینسکی، هووارد (۱۳۸۲). جامعه شناسی موادمخدر، ترجمه محمد علی زکریایی، تهران: آینه کتاب
- آرمانی کیا، علیرضا (۱۳۹۰). اعتیاد و عوامل موثر بر آن. همایش پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر، پردیس شهید بهشتی زنجان، ۲۵-۱۵
- جهانگیری، پرویز و غلامزاده نظنزی، امیرحسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین کنترل اجتماعی و گرایش به سوء مصرف موادمخدر در جوانان، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، ۲۶، ۱۵۵-۱۲۹.
- حیدر نژاد، علیرضا؛ باقری بنجار و و اصائلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیر معتاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۴)، ۹۴-۸۶.

- دشت آبادی، معصومه؛ دشت آبادی، قاسم و رحیمی مقدم، عظیمه (۱۳۹۴). نقش اضطراب در گرایش به اعتیاد، کنفرانس بین المللی روان شناسی و علوم اجتماعی.
- رایننگتن، ارل و مارتین واینبرگ (۱۳۹۳). رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی ایران، ترجمه صدیق سروستانی، تهران: دانشگاه تهران، موسسه انتشارات و چاپ
- شایگان، فریبا و اصغرزاده، سمیه (۱۳۹۴). جایگاه مشارکت مردم در پیشگیری اجتماعی از جرایم موادمخدر، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲(۵) ۸۶-۶۹.
- شکری، کیوان؛ سنگین، محمد صالح و علی آبادی، جمال (۱۳۹۵). پیشگیری از عود رفتاری اعتیاد در معتادان، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۹(۹) ۱۹۴-۱۸۴.
- طهماسبی مرادی، شهرزاد (۱۳۸۴). بررسی کارایی درمان شناختی^۰ هیپنوتسمی در ایجاد تصویر ذهنی مثبت و تاثیر آن بر علائم هراس اجتماعی دانشجویان مبتلا به هراس، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی
- فرجاد، محمد حسین (۱۳۶۶). آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات، تهران: انتشارات بدر
- فرجاد، محمد حسین (۱۳۷۶). عوامل روانی- اجتماعی مؤثر در ایجاد اعتیاد، اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد، تهران: امیر کبیر
- کامرانی، آسیه (۱۳۹۴). تاثیر میزان سرمایه اجتماعی بر اعتیاد به موادمخدر، کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی
- معصومی زاده دزفولی، خدیجه السادات (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین نابرابری های اجتماعی و رفتاری گرایش به اعتیاد، کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی
- نوجوان، کمال و اصغری، محمود (۱۳۹۳). تعیین روش های موثر بر اساس راهبردهای کاربردی پیشگیری از اعتیاد، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۳) ۱۴۶-۱۲۱.
- نیک بخش، بهرام (۱۳۹۳). روش های پیشگیری از اعتیاد با تأکید بر مقوله ورزش از منظر جامعه شناختی، مجله سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۲) ۹۶-۷۳.
- نیک بخش، بهرام (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر افت تحصیلی، مجله توسعه اجتماعی، ۹(۲) ۲۰۲-۱۸۳.
- نیک بخش، بهرام و حافظی، مهران (۱۳۹۰). علل انزوای اجتماعی سالمندان مقیم در خانه سالمندان اهواز. مجله توسعه اجتماعی، ۶(۲) ۳۴۰-۳۰۹.
- نیک بخش، بهرام و ریسی، شیمیا (۱۳۹۴). علل فعالیت های جرم خیز به عنوان یک آسیب اجتماعی، اولین کنفرانس بین المللی روان شناسی و علوم اجتماعی
- نیک بخش، بهرام، حافظی، مهران و جلیلی، امید (۱۳۸۹). تاثیر فقر بر انحرافات اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور اهواز، مجله توسعه انسانی، ۱(۲) ۱۴۰-۱۱۸.

- Ablard, K., & Parker, W. (1997). Parents achievement goals and perfectionism in their academically talented children. *Journal of Youth Adolescence*, 26(6), 651-667
- Ayyad, F. & Al-Mashaan, O. (2003). Self-esteem, depression and anxiety among addicts. *Journal of Social Sciences*, 31, 637-59.
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5(1), 51-62
- Clark, D. M; Ehlers, A; McManus, F; Hackman, A; Fennell, M; Campbell, H. (2005). Phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1058-1067
- Deffenbacher, J. L. (1980). *Worry and emotionality in test anxiety*. In I. G. Sarason (Ed.), *Test anxiety: Theory, research, and application* (pp. 111-128). Hillside, NJ: Erlbaum
- Dennis, J. P., & VanderWal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 241-253.
- Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S., & Macdermott, S. (2006). Social anxiety disorder in children and youth: A research update on etiological factors. *Counseling Psychology Quarterly*, 19 (2), 151-163.
- Gastel, W., Legerstee, J. S., & Ferdinand, R. F. (2009). The role of perceived parenting in familial aggregation of anxiety disorders in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 46° 53.
- Lindwall, M & Hassmén, P. (2004). The role of exercise and gender for physical self-perceptions and importance ratings in Swedish university students. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 14(6), 373-80.
- Series, H. Boeles, S. Dorkine, E. Peveler, R. (2005). Psychiatric complications of Ecstasy use. *Journal of Psychopharmacology*, 8(1), 60- 61.
- Snow, D., & Anderson, C. (2000). Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol addicted women. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(7), 8° 19.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., De Veagh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. S. (1997). *The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation*. *Psychological Medicine*, 27(1), 161-166