

۸۷/۱/۱۰۰۶۴۲

۸۷/۱۰/۴

۲۴

۵۲۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۰۶۰۸۲

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی



IMAM KHOMEINI
INTERNATIONAL UNIVERSITY

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

دانشکده علوم اجتماعی

گروه روان‌شناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی عمومی

عنوان:

بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری مایکن
بام در کاهش علائم کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی

استاد راهنما: دکتر محمد رضا جلالی

استاد مشاور: دکتر حسن حمید پور

پژوهشگر: سمیه سادات حسینی

پاییز ۱۳۸۷

۱۳۸۷ / ۹ / ۲۴

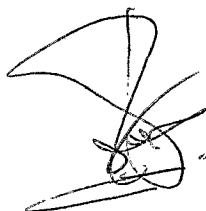
کتابخانه اطلاعات روان‌شناسی
تسبیح درکن

۱۰۶۰۸۳

بسمه تعالی

دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) - قزوین

جلسه دفاعیه پایان نامه کارشناسی ارشد خانم سمیه سادات حسینی دانشجوی رشته روان شناسی
عمومی تحت عنوان بررسی اثر بخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری مایکن بام در
کاهش علائم کمرویی و گوشه گیری اجتماعی در تاریخ ۱۳۸۷/۸/۱۸ برگزار گردید و این پایان -
نامه با نمره ۱۹/۷۵ و با درجه عالی مورد تأیید هیأت داوران قرار گرفت.



استاد راهنما: آقای دکتر محمد رضا جلالی



استاد مشاور: آقای دکتر حسین حمید



داور داخلی: آقای دکتر حسن شمس اسفندآباد



داور خارجی: آقای دکتر حسن عشایری



نماینده تحصیلات تکمیلی: آقای دکتر غروسی

تقدیم به

مادر که مهرش شهرة آفاق است. در نگاهش احساس و عاطفه
موج می زند و قلب پر مهرش سرچشمه زیبایی ها و نیکویی
هاست.

پدر که نصیحتش ذکر ملقه عشاق است و تلاش و فداکاری تمسین
برانگیزش برای آسایش و آرامش خانواده مرا به وجد آورده و
موفقیت امروزه ثمره مهربانی ها و نوازش های بی انتهایش
است.

خلاصه پژوهش

کمرویی و گوشه گیری اجتماعی در کودکان در تمامی جوامع، یک معضل اجتماعی است. روش های متفاوتی برای کاهش این عارضه در کودکان پیشنهاد شده است. این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری مایکن بام در کاهش علائم کمرویی در کودکان انجام شد. جامعه آماری عبارت بود از کلیه دانش آموزان مقطع دبستان که در سال تحصیلی ۸۶-۸۷ در دبستان های شهر قزوین مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهشی شامل ۶۰ نفر از دانش آموزان بود که با استفاده از روش نمونه گیری قضاوتی انتخاب و از طریق اجرای چک لیست رفتاری محقق ساخته کمرویی به عنوان دانش آموزان کمرو شناسایی شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه شامل ۳۰ نفر) قرار گرفتند. چک لیست رفتاری کمرویی قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (بازی درمانی شناختی - رفتاری) اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از برنامه نرم افزاری SPSS انجام گرفت و به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری t استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که نمره کمرویی آزمودنی های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از آزمودنی های گروه کنترل است. همچنین این نمره آنها نسبت به نمره پیش آزمون، تغییر و تفاوت معناداری نشان داد.

واژه های کلیدی

بازی درمانی شناختی - رفتاری، کمرویی، گوشه گیری اجتماعی، رویکرد مایکن بام، خودگویی مثبت.

تقدیر و تشکر

نون وَالْقَلَمِ وَمَا يَسْطُرُونَ

روزی که یگانه خالق هستی، به قداست قلم و آنچه خواهد نگاشت سوگند یاد کرد، ناتوانی کلی نگارنده را در بیان شوق مُعَلِّم به آموختن، می دانست و یقین داشت که مُتَعَلِّم اشتیاق را به امتیاج پاسخ خواهد گفت؛ اما با تمام این، امروز این همیشه شاگرد که مرهون ارشاد بی دریغ همیشه معلم خود بوده و هست، بهانه ای به نام رساله یافته تا واژه مقیر "سپاس" را به محضر فرزانی استاد ارجمند، جناب آقای دکتر محمد رضا جلالی هدیه نماید و زحمات بی دریغشان را ارج نهد.

و بهره مندی از راهنمایی های جناب آقای دکتر مسن حمیدپور را سپاس گزارد.

دلیل راه شو ای فضر پی فبسته که من پیاده می روم و همراهان سوارانند

مافظ

مَنْ عَلَّمَنِي مَرَفًا فَقَدْ سَيَّرَنِي عَبْدًا (هرکس کلامی به من بیاموزد، مرا بنده خود ساخته است). امام علی (ع)

در انتهای آموختنم (در این مقطع) از آنان که کلام های بیشماری از علم و عملشان آموخته ام - اساتید محترم گروه روان شناسی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) - قدردانی می کنم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: معرفی پژوهش
۲	۱-۱- مقدمه.....
۵	۱-۲- بیان مسأله.....
۱۶	۱-۳- سؤال پژوهش.....
۱۶	۱-۴- فرضیه پژوهش.....
۱۶	۱-۵- اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۱۸	۱-۶- هدف پژوهش.....
۱۸	۱-۷- متغیرهای پژوهش.....
۲۱	۱-۸- تعریف عملیاتی متغیرها.....

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

	۱-۲- مبانی نظری پژوهش
	۱-۱-۱- بخش اول: آشنایی با مبانی نظری روش درمانی.....
۲۳	۱-۱-۲- آشنایی با درمان شناختی تعلیم خودآموزی کلامی.....
۲۳	۲- نقش گفتار در تنظیم رفتار کودک.....
۲۶	۳- اهمیت بازی در تحوّل اجتماعی کودکان از نظر ویگوتسکی.....
۲۹	۲-۱-۲- بخش دوم: بهره گیری از مقوله بازی در درمان
	۱- در مورد بازی و بازی درمانی.....
۳۱	۲- روند شکل گیری و تکامل بازی درمانی.....
۳۳	

۳۴	.....۳- بازی درمانی بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری
	.....۳-۱-۲- بخش سوم: بررسی کمرویی و عوامل مرتبط با آن
۳۸	.....۱- ماهیت کمرویی
۴۲	.....۲- شیوع کمرویی
۴۲	.....۳- علل به وجود آورنده کمرویی
۴۴	.....۴: اثر عوامل محیطی و وراثتی بر کمرویی
۴۷	.....۵: تفاوت های عصب شناختی در افراد کمرو و غیر کمرو
۴۹	.....۶: نشانه های کمرویی
۴۹	.....۱. نشانه های رفتاری
۴۹	.....۲. نشانه های فیزیولوژیکال
۴۹	.....۳. نشانه های شناختی
۵۰	.....۴. نشانه های عاطفی
۵۰	.....۷- دیدگاه های تبیین کمرویی
۵۰	.....۱- دیدگاه زیستی
۵۰	.....۲- رویکرد شناختی
۵۰	.....۳- دیدگاه روابط متقابل
۵۰	.....۴- دیدگاه فروید
۵۱	.....۵- دیدگاه اریکسون
۵۱	.....۶- دیدگاه هورنای
۵۱	.....۷- دیدگاه رفتار گرایی
۵۲	.....۶- اثر جنسیت بر ادراک و بروز نشانه های کمرویی

- ۵۳ ۷- کمرویی و فرهنگ
- ۵۶ ۸- شناخت در اضطراب کودکان
- ۵۹ ۹- روش های کاهش علایم کمرویی
- ۵۹ ۱- تقویت خودپنداره و خود باوری دوباره
- ۶۰ ۲- خانواده و تربیت اجتماعی
- ۶۰ ۱۰- وجوه مختلف کمرویی

۲-۱-۴- بخش چهارم ارتباط کمرویی با اختلال ها و برخی عوامل مؤثر

- ۶۵ ۱- رابطه کمرویی با هراس اجتماعی
- ۶۶ ۲- رابطه کمرویی با سایر اختلال ها
- ۶۸ ۳- رابطه کمرویی با خود باید و شایدی و خود واقعی
- ۷۰ ۴- تفاوت سبک های اسنادی در افراد کمرو و غیر کمرو
- ۷۵ ۵- نقش ترتیب تولد در کمرویی کودکان
- ۷۷ ۲-۲- پیشینه پژوهش

۳- فصل سوم: روش شناسی پژوهش

- ۸۱ ۱-۲- روش پژوهش
- ۸۱ ۲-۲- نوع پژوهش
- ۸۱ ۳-۲- جامعه پژوهش
- ۸۱ ۴-۲- نمونه و روش نمونه گیری
- ۸۲ ۵-۳- ابزار پژوهش
- ۸۳ ۶-۳- روش اجرا

۳-۷- شیوه برگزاری جلسه های آموزشی و درمانی..... ۸۴

۳-۸- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات..... ۸۷

۴- فصل چهارم: یافته های پژوهش

۴-۱- بخش توصیفی..... ۸۹

۴-۲- بخش استنباطی..... ۹۲

فصل پنجم: تبیین (بحث و نتیجه گیری)

۵-۱: بحث و نتیجه گیری..... ۱۱۰

۵-۲: محدودیت های پژوهش..... ۱۱۸

۵-۳: پیشنهادهای پژوهش..... ۱۲۰

۵: پیشنهادهایی برای کمک به افراد کمرو..... ۱۲۱

منابع

فهرست منابع..... ۱۲۴

پیوست ها

پیوست شماره یک: چک لیست رفتاری کمرویی..... ۱۳۳

فهرست جدول ها

صفحه	عنوان
۸۹	جدول الف: شاخص های جمعیت شناختی کودکان
۹۰	جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون پس آزمون گروه آزمایش و کنترل
۹۰	جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی های پسر در گروه آزمایش و کنترل
۹۱	جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد دختران گروه آزمایش و کنترل
۹۲	جدول ۴- مقایسه نمره های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون کمرویی
۹۲	جدول ۵- مقایسه نمره های دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون کمرویی
	جدول ۶- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون گروه آزمایش دختران (نمره های درمانگر
۹۳	به رفتارهای اجتماعی کودکان)
	جدول ۷- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون گروه آزمایش پسران (نمره های درمانگر
۹۳	به رفتارهای اجتماعی کودکان)
۹۴	جدول ۸- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (گروه آزمایشی دختران)
۹۴	جدول ۹- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (گروه آزمایشی پسران)
۹۴	جدول ۱۰- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (گروه کنترل دختران)
۹۵	جدول ۱۱- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (گروه کنترل پسران)
	جدول ۱۲- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه آزمایشی) در
۹۵	خرده مقیاس وابستگی
	جدول ۱۳- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه کنترل) در

- ۹۶ خرده مقیاس وابستگی
جدول ۱۴- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه آزمایش) در
- ۹۶ خرده مقیاس وابستگی
جدول ۱۵- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه کنترل) در خرده
- ۹۷ مقیاس وابستگی
جدول ۱۶- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه آزمایش) در
- ۹۷ خرده مقیاس تنهایی
جدول ۱۷- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه کنترل) در
- ۹۸ خرده مقیاس تنهایی
جدول ۱۸- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه آزمایش) در
- ۹۸ خرده مقیاس تنهایی
جدول ۱۹- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه کنترل) در خرده
- ۹۹ مقیاس تنهایی
جدول ۲۰- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه آزمایش) در
- ۹۹ خرده مقیاس بی تفاوتی
جدول ۲۱- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه کنترل) در
- ۱۰۰ خرده مقیاس بی تفاوتی
جدول ۲۲- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه آزمایش) در
- ۱۰۰ خرده مقیاس بی تفاوتی
جدول ۲۳- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه کنترل) در خرده
- ۱۰۱ مقیاس بی تفاوتی

- جدول ۲۴- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه آزمایش) در
خرده مقیاس کناره گیری
۱۰۱
- جدول ۲۵- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه کنترل) در
خرده مقیاس کناره گیری
۱۰۲
- جدول ۲۶- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه آزمایش) در
خرده مقیاس کناره گیری
۱۰۲
- جدول ۲۷- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه کنترل) در خرده
مقیاس کناره گیری
۱۰۳
- جدول ۲۸- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه آزمایش) در
خرده مقیاس انفعالی
۱۰۳
- جدول ۲۹- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه کنترل) در
خرده مقیاس انفعالی
۱۰۴
- جدول ۳۰- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه آزمایش) در
خرده مقیاس انفعالی
۱۰۴
- جدول ۳۱- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه کنترل) در خرده
مقیاس انفعالی
۱۰۵
- جدول ۳۲- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه آزمایش) در
خرده مقیاس طرد
۱۰۵
- جدول ۳۳- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (دختران گروه کنترل) در
خرده مقیاس طرد
۱۰۶

- جدول ۳۴- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه آزمایش) در
خرده مقیاس طرد ۱۰۶
- جدول ۳۵- مقایسه نمره های پیش آزمون با پس آزمون کمرویی (پسران گروه کنترل) در خرده
مقیاس طرد ۱۰۶
- جدول ۳۶- مقایسه نمره های پس آزمون کمرویی دختران گروه آزمایش با پسران گروه آزمایش ۱۰۷
- جدول ۳۷- مقایسه نمره های پس آزمون کمرویی دختران گروه کنترل با پسران گروه کنترل ۱۰۷
- جدول ۳۸- مقایسه نمره های پیش آزمون کمرویی دختران گروه آزمایش با دختران گروه کنترل ۱۰۸
- جدول ۳۹- مقایسه نمره های پیش آزمون کمرویی دختران گروه کنترل با پسران گروه کنترل ۱۰۸

فصل اول:

معرفی پروہس

۱-۱- مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و نیازمند برقراری ارتباط با دیگران. بسیاری از نیازهای عالی انسانی و شکوفا شدن استعدادها و خلاقیت هایش فقط از طریق تعامل بین فردی و ارتباطات اجتماعی می تواند فعلیت یابد.

بدون تردید در دنیای پیچیده امروز، یعنی در عصر ارتباطات سریع و پیوندهای اجتماعی، ضرورت هرچه بیشتر تعاون و همکاری و همفکری های علمی، حضور فعال فرهنگی؛ پدیده کمروبی یک معلولیت اجتماعی است. چه بسا افرادی با بسیاری از قابلیت ها و استعدادها، به دلیل کمروبی قادر در به فعلیت رساندن توانمندی های خود نیستند. بنابراین پرداختن به پدیده کمروبی و بررسی میانی روان شناختی آن حائز اهمیت است چرا که اکثریت قریب به اتفاق مردم در مواردی از زندگی اجتماعی خود به گونه ای دچار کمروبی می شوند؛ روند تحولات اجتماعی گویای این حقیقت است که مسأله کمروبی غالباً با گذشت زمان، فشردگی و پیچیدگی روابط بین فردی و تشدید فشارهای اجتماعی، گوشه گیری ها و تکروی ها گسترده تر و شدیدتر می شود. باید توجه داشت که کمروبی می تواند به تدریج به صورت نوعی بیماری روانی (روان نژندی) در آید. بنابراین برای جلوگیری از تداوم یا شدیدتر شدن آسیب های ناشی از این مشکل اجتماعی نیاز به مداخله های روان شناختی است.

پدیده کمروبی به عنوان یک معلولیت اجتماعی، چنانچه به موقع تشخیص داده نشود و درمان نگردد ممکن است آثار نامطلوبی به همراه داشته باشد و رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی فرد را به طور جدی متأثر سازد. کمروبی یک ناتوانی و معلولیت فراگیر اجتماعی است و در هر جامعه ای درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و عامل بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی، مواجه هستند.

عوامل متعددی در ایجاد و حفظ کمروبی و رفتارهای گوشه گیرانه دخالت دارند؛ عواملی نظیر محرومیت ها و آسیب های اجتماعی، ناسازگاری های شغلی، فشارهای گروهی، مقایسه ها و برتری طلبی های فردی، قومی و نژادی، تقویت شخصیت انفعالی، پرخاشگری ها، کنترل شدید اجتماعی. جوامع انسانی هر قدر که پیشرفته باشند و نیازهای اقتصادی و اجتماعی و دیگر نیازهای افراد به آسانی برآورده شود باز هم در زندگی افراد، موقعیت هایی پیش خواهد آمد که عزت نفس و احترام به خود

آن‌ها را به چالش بطلبد و تهدیدشان کند. از این رو توجه به این عوامل مؤثر در شخصیت و بررسی پیامدهای آن در افراد و کاوش راه حل‌هایی برای درمان و حل مشکلات رفتاری در افراد، ضرورت دارد.

کمرویی نیز همانند بسیاری دیگر از مشکلات رفتاری در افراد یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی - روانی و روانی - اجتماعی است. که به دلایل عدیده در دوران رشد به تدریج پدیدار می‌شود. از این رو در بحث درمان نیز باید اذعان داشت برای کمرویی، درمانی فوری وجود ندارد. کمرویی با دارو برطرف نمی‌شود. اساس درمان کمرویی تغییر در حوزه شناختی (شناخت درمانی) و تحول در رویه زندگی و حیات اجتماعی است، تغییر در شیوه تفکر، یافتن نگرش تازه نسبت به خود و محیط اطراف، برخورداری از قدرت انجام واکنش‌های نو در برابر اطرافیان و تعامل‌های بین فردی، تغییر در باورها و نظام‌های ارزشی که کمرویی را تقویت می‌کند و سرانجام دستیابی به کانون اصلی اضطراب در فرد کمرو، تقویت انگیزه و افزایش مهارت‌های اجتماعی و توانایی‌های تحصیلی، شغلی و حرفه‌ای، اصلی‌ترین روش‌های درمانی کمرویی است (ولف و همکاران^۱، ۲۰۰۷). رویکردهای مداخله‌ای متعددی نیز برای کمک به این کودکان وجود دارد از قبیل رویکردهای شناختی، رفتاری، روان‌کاوی و رفتار درمانی شناختی. اما در این بین یکی از رویکردهایی که اثرات مفید قابل توجهی بر جای گذاشته رویکرد رفتار درمانی شناختی است. این رویکرد جهت استفاده در مورد کودکان با بازی همراه می‌شود (گرین و همکاران^۲، ۲۰۰۸). کودک در بازی نه تنها احساسات اجتماعی خود را آشکار می‌سازد، بلکه فرصت می‌یابد که آن‌ها را رشد و گسترش دهد. از آن‌جا که بازی نشانه‌هایی از شیوه زندگی کودک، و همچنین رابطه او با محیط و هموعانش را نشان می‌دهد، از این رو باید از بازی کودک استفاده بیشتری برای درک و جهت دادن مجدد او، به عمل آورد (اورمن^۳، ۲۰۰۴). در بازی درمانی این عقیده وجود دارد که اسباب بازی‌ها و بازی در رابطه درمانی با کودکان ضروری هستند (لندرت^۴، ۲۰۰۲).

¹ - Wolfe, C.D & al

² - Green, J.A.K & al

³ - Owerman, W H

⁴ - Landreth, G L

بازی درمانی شناختی - رفتاری یکی از رویکردهای روان درمانی کودکان است که در آن درمانگر با توجه به نوع مشکل کودک، اسباب بازی ها و ابزار خاصی را برمی گزیند. موضوع یا داستان بازی را با توجه به نیازهای هیجانی و نقص های شناختی یا رفتاری کودک انتخاب می کند و با مشارکت فعال خود ضمن بازی، الگوی جدید مورد نیاز شناختی و رفتاری را به کودک می آموزد و امکان یادگیری و تمرین این الگوها را به وسیله بازی برای وی فراهم می آورد (هندرسون^۱، بی تا).

در این پژوهش سعی شده رفتار درمانی - شناختی را با بازی منطبق کنیم تا از این طریق جلسه های درمانی جذابیت بیشتری برای کودکان داشته و ارتباط مناسبی با آنها برقرار شود. به عبارت دقیق تر شکلی از بازی درمانی شناختی - رفتاری را بر روی کودکان اعمال می کنیم.

¹ - Henderson, L

۱-۲- بیان مسأله

کمرویی مشکلی است که از گذشته تاکنون به جهات بسیار مختلف دامنگیر افراد مختلف بوده و هست. این مشکل به دلایل متعدّد مورد توجه قرار نگرفته است، و عامّه مردم کمتر از آن به عنوان یک معضل و مشکل یاد می کنند. غافل از این که انزوای طلبی و کمرویی در بطن جامعه فرد را با مشکلات زیادی اعم از عدم توانایی ایجاد رابطه با دیگران و به تبع آن ناتوانی در یادگیری و کسب آگاهی ها و مهارت های مختلف مواجه می کند. شاید از دلایلی که والدین و حتی معلمان مدارس به این مشکل توجه نمی کنند برداشت غلطی است که از عملکرد افراد خجالتی دارند. این باور نادرست که کودک کمر و مؤدب است، درد سر ایجاد نمی کند و تربیت او راحت تر است، موجب متقاعد شدن والدین شده که کمرویی و گوشه گیری اجتماعی را به عنوان یک مشکل ندانسته و به این ترتیب از مشکلاتی که کودک در آینده با آن مواجه خواهد شد غافل بمانند.

در زمینه علل به وجود آورنده گوشه گیری و کمرویی نظریه های بسیاری وجود دارد و هر یک از نظریه پردازان به جنبه های خاصی از آن پرداخته اند و متناسب با آن روش های خاصی برای درمان آن ارائه داده اند. به عنوان مثال رویکرد روان کاوی برای درمان از روش هیپنوتیزم، تداعی آزاد و غیره استفاده می کند تا از این طریق به ناخودآگاه و علل زیربنایی مسأله پی برده و با رفع آن علل و زمینه ها، درمان را شکل دهد. رویکرد رفتار گرایی انزوای طلبی را حاصل یادگیری و برنامه تقویتی فرد می داند و برای درمان آن نیز روش های بسیاری از قبیل تقویت رفتار ناهمساز را پیشنهاد می کند. از دیگر رویکردهایی که به علل این اختلال توجه کرده، رویکرد شناختی - رفتاری است که ترکیبی از رویکرد رفتاری و شناختی است. پژوهشگران شناختی معتقدند که علت کمرویی اشکالاتی است که در شناخت های این کودکان وجود دارد. به عنوان مثال براچ و همکارانش نشان داده اند کمرویی با نوعی سبک اسنادی ناسازگارانه برای رویدادهای بین فردی مرتبط است. سوگیری اسنادی در این کودکان یکی از علل کمرویی آنها در نظر گرفته می شود (برایچ و بلکین، ۲۰۰۱). این کودکان همچنین "سوگیری تقویت خود" را معکوس می کنند و در شکست ها بیشتر خود را سرزنش می کنند (هندرسون و زیمباردو، ۱۹۹۸). به طور کلی پژوهشگران بسیاری بیان کرده اند شناخت های آسیب دیده یا پردازش های شناختی نابهنجار در کودکان مضطرب و کمر و وجود دارد. با این حال پژوهش

های انجام شده در زمینه درمان، نشان داده است رفتار درمانی شناختی در درمان این مشکلات مناسب بوده است. این روش در تبدیل شناخت های منفی این کودکان به شناخت های مثبت مؤثر بوده است (آلفانو و همکاران، ۲۰۰۲؛ کندال و همکاران، ۱۹۸۲)

رفتار درمانی شناختی رشد و توسعه جدیدی در درمان روان شناختی به شمار می آید و امروزه علاقه زیادی به استفاده از این رویکرد وجود دارد. هاوتون^۱ سه دلیل عمده برای این علاقه مطرح کرده است:

(۱) نخست آنکه روش های شناختی - رفتاری، برعکس سایر شکل های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات - که در تمامی اختلال های روانی از اهمیت آشکاری برخوردارند - سروکار دارد.

(۲) دوم این که این روش شکافی را که بسیاری از درمان گران بین روش های صرفاً رفتاری و روان درمانی های پویا احساس می کنند، پر می سازد.

(۳) در نهایت این که این روش های جدید درمانی، برعکس روان درمانی های پویا، پایه های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت های بالینی از خود نشان می دهند (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۲).

درمان شناختی- رفتاری بر نقش فرآیندهای شناختی در آسیب شناسی مسایل روانی تأکید می کند. با این حال این رویکرد یک نظریه یکپارچه ای نیست. چندین الگو در این حوزه قرار دارند. گروهی از نظریه های شناختی، آسیب های شناختی و گروهی دیگر نقص های شناختی را مسلم می دانند (سیلورمن و همکاران، ۲۰۰۱).

روش هایی که در رفتار درمانی شناختی بیشترین توجه را به خود جلب کرده اند، روش هایی هستند که تحت عنوان " بازسازی شناختی " قرار می گیرند. درمان هایی که در این محدوده قرار می گیرند، عمدتاً بر این فرض استوارند که اختلال های هیجانی، ناشی از الگوهای ناسازگار فکری اند. این الگوها باید تغییر کنند و بازسازی شوند. سه شیوه عمده در بازسازی شناختی قابل ذکر است:

^۱ - Hawton, H

^۲ - Silverman, S & al