



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

روانشناسی بالینی

عنوان:

اثربخشی تلفیق گروه درمانی رفتاری – عقلانی – هیجانی و آموزش
مهارت‌های اجتماعی بر کمرویی دختران نوجوان

استاد راهنما:

آقای دکتر بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی

استاد مشاور:

آقای دکتر جواد صالحی فردی

پژوهشگر:

فاطمه اکبری کریزی

تابستان 90

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: مقدمه
2	1-1- بیان مسأله
6	1-2- هدف پژوهش:
6	1-3- اهمیت و ضرورت پژوهش:
8	1-4- فرضیات پژوهش:
8	1-4-1- فرضیه اصلی:
8	1-4-2- فرضیات فرعی:
8	1-5- تعریف اصطلاحات، مفاهیم کلیدی و متغیرها:
8	1-5-1- تعاریف نظری
9	1-5-2- تعاریف عملیاتی
	فصل دوم: موضع گیری های نظری و یافته های پژوهشی در خصوص موضوع
11	گستره نظری موضوع:
11	2-1- گستره اول: کمرویی
11	2-1-1- تعریف کمرویی
12	2-1-2- شیوع کمرویی
13	2-1-3- شاخص ها و علائم کمرویی
14	2-1-3-1- شاخص های جسمی و فیزیولوژیک کمرویی
14	2-1-3-2- شاخص های شناختی کمرویی
15	2-1-3-3- شاخص های روانی - حرکتی کمرویی
15	2-1-3-4- شاخص های رفتاری کمرویی
16	2-1-4- علت شناسی کمرویی:
17	2-1-5- پیامد ها و اثرات کمرویی
18	2-1-6- شباهت و تفاوت فوبی اجتماعی با کمرویی
20	2-1-7- کمرویی و سن بلوغ

22	8-1-2 دیدگاه‌های موجود درباره کمرویی
22	دیدگاه فروید
22	دیدگاه اریکسون
22	دیدگاه انسانگرایی
23	دیدگاه الیس
23	دیدگاه شناختی
24	9-1-2 درمان کمرویی
25	2-2-2 گستره دوم: گروه درمانی
25	1-2-2-1 تاریخچه گروه درمانی
27	2-2-2-2 تعریف گروه درمانی
28	3-2-2-3 تفاوت گروه درمانی و مشاوره گروهی
29	4-2-2-4 اهداف گروه درمانی
29	3-2-3 گستره سوم: آموزش مهارت‌های اجتماعی
30	4-2-4 گستره چهارم: رفتاردرمانی عقلانی هیجانی
33	1-4-2 راهکارهای مصاحبه با مراجعان در درمان عقلانی عاطفی
36	2-4-2 تصورات غیرمنطقی
37	3-4-2-3 فنون REBT
39	5-2 یافته‌های پژوهشی در خصوص موضوع
39	1-5-2 تحقیقات خارج از ایران
43	2-5-2 تحقیقات انجام شده در داخل ایران
48	جمع‌بندی
	فصل سوم: روش پژوهش
50	1-3 نوع و روش پژوهش
50	2-3 جامعه آماری:
50	3-3 نمونه و روش نمونه‌گیری:
50	4-3 حجم نمونه:
51	5-3 ابزارهای اندازه‌گیری و روش گردآوری داده‌ها:
51	1-5-3 معرفی ابزارها

- 51-1-1-3-5-3 پرسشنامه کمرویی..... 51
- 51-1-2-3-5-3 مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی 51
- 53-1-3-3-5-3 پرسشنامه باورهای غیر منطقی (IBQ) 53
- Error! Bookmark not defined**..... 3-5-2 طرح پژوهشی و روش جمع آوری داده ها
- 54-1-2-3-5-2 روش اجرای تحقیق 54
- 54-2-2-3-5-2 برنامه زمان بندی و طول مدت اجرای پژوهش:..... 54

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

- 4-1 توصیف جمعیت شناختی آزمودنی ها:..... 56
- 4-2 بخش دوم: آزمون فرضیه‌ها 57
- 58..... فرضیه اصلی
- 65..... فرضیه های فرعی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- 5-1 نتیجه‌گیری و تفسیر هریک از نتایج به دست آمده 74
- 5-2 محدودیت های پژوهش 79
- 5-3 پیشنهادات 80
- 5-3-1 پیشنهادات پژوهشی 80
- 5-3-2 پیشنهادات کاربردی 80

عنوان	صفحه
فهرست جداول	
جدول 1-2 دلایل مراجعه 140 دانشجوی به مرکز مشاوره ی دانشگاه	13
جدول 2-2 درصد کمرویی در شرایط و موقعیت های مختلف	21
جدول 4-1 فراوانی تعداد اعضای گروه های نمونه	56
جدول 4-2 : شاخص های توصیفی گروه ها به تفکیک متغیرها، پیش آزمون ، پس آزمون و پی گیری.....	57
جدول 3 - 4. آزمون اثرات بین گروهی.....	58
جدول 4 - 4. آزمون لون برای همگنی واریانس ها	59
جدول 5 - 4. آزمون اثرات بین گروهی.....	60
جدول 6 - 4. تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کمرویی، مهارت اجتماعی و باورهای غیر منطقی در مرحله پس ازآزمون و پی گیری بین گروه گواه و آزمایش تلفیقی.....	60
جدول 7 - 4. میانگین های تعدیل شده کمرویی	61
جدول 8 - 4. میانگین های تعدیل شده مهارتهای اجتماعی	61
جدول 9 - 4. میانگین های تعدیل شده باور های غیر منطقی.....	61
جدول 10-4 آزمون اثرات بین گروهی.....	65
جدول 11-4- تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کمرویی در مرحله پس ازآزمون و پی گیری بین گروه گواه و آزمایش تلفیقی، گروه آموزش مهارتهای اجتماعی و گروه درمانی REBT	62
جدول 12 - 4. میانگین های تعدیل شده کمرویی	66
جدول 13 - 4. آزمون معنی داری مقایسه های چند جانبه بین میانگین ها در هر دو مرحله پس آزمون و پی گیری.....	67
جدول 14 - 4 ماتریس همبستگی بین کمرویی و مهارتهای اجتماعی و باورهای غیرمنطقی	675
جدول 15-4-رگرسیون گام به گام	65
جدول 16 - 4 معادله رگرسیون گام به گام	69
جدول 17- 4. آزمون اثرات بین گروهی.....	69
جدول 18 - 4. آزمون اثرات بین گروهی.....	67
جدول 19 - 4. آزمون اثرات بین گروهی.....	70
جدول 20 - 4. تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کمرویی، مهارت اجتماعی و باورهای غیر منطقی در مرحله پس ازآزمون و پی گیری بین گروه گواه و آزمایش آموزش مهارتها.....	68

جدول 21 - 4	میانگین های تعدیل شده کمرویی	69
جدول 22 - 4	میانگین های تعدیل شده مهارتهای اجتماعی	69
جدول 23 - 4	میانگین های تعدیل شده باور های غیر منطقی	72
جدول 24 - 4	آزمون اثرات بین گروهی	70
جدول 25 - 4	آزمون اثرات بین گروهی	70
جدول 26 - 4	آزمون اثرات بین گروهی	71
جدول 27 - 4	تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کمرویی، مهارت اجتماعی و باورهای غیر منطقی در مرحله پس ازآزمون و پی گیری بین گروه گواه و آزمایش REBT	71
جدول 28 - 4	میانگین های تعدیل شده کمرویی	72
جدول 29 - 4	میانگین های تعدیل شده مهارتهای اجتماعی	64
جدول 30 - 4	میانگین های تعدیل شده باورهای غیرمنطقی	72

پیوست ها

پیوست (1) مقیاس کمرویی

پیوست (2) مقیاس باورهای غیرمنطقی

پیوست (3) مقیاس مهارتهای اجتماعی

پیوست (4) راهنمای عملی درمان تلفیقی

فصل اول:

مقدمه

1-1 بیان مسأله

کمرویی خود توجهی فوق العاده و ترس از مواجه شدن با دیگران است. کمرویی نوعی ترس یا اضطراب اجتماعی است که در آن فرد از مواجه شدن با افراد آشنا و ارتباطات اجتماعی گریز دارد. حالت کمرویی وارد شدن فرد را به امکان جدید و یا محیطهایی از قبیل کسب و کار و تجارت تازه را برای فرد سخت می نماید. کمرویی دامنه گسترده ای دارد که از ترسهای مختصر و ترس بی مورد از مردم تا روان رنجوری حاد ادامه دارد. (حسینی، 1382)

کمرویی نوعی ناتوانی در فرایند اجتماعی است. درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان، جوانان و حتی بزرگسالان با نوعی از اختلال رفتاری ناشی از کمرویی روبرو هستند که تا اندازه ای گویای شخصیت روانی آنهاست. یک مسئله که در کار بالینی مکرراً اتفاق می افتد برخورد با افرادی است که به علت عدم داشتن مهارتهای بین فردی و اجتماعی نمی توانند در موقعیت های اجتماعی به خوبی ظاهر گشته و حق خود را بگیرند و به همین خاطر در زمینه هایی که مستلزم ارتباط با افراد دیگر است عملکرد مناسبی از خود نشان نمی دهند. این افراد که به آنها کمرو و بی قاطعیت گفته می شود قادر به ابراز احساسات واقعی خود، رد خواهشهای نامعقول دیگران و دفاع از حقوق خود نمی باشند. مشکلات بین فردی آنها باعث می شود که برنامه ریزی درستی برای زندگیشان نداشته باشند و در نتیجه از نیروهای بالقوه خود نمی توانند استفاده نمایند.

با مشاهده اعمال و رفتار اجتماعی افراد کمرو این نتیجه بدست می آید که کمرویی غالباً با گذشت زمان، فشردگی و پیچیدگی روابط فردی و تشدید فشارهای اجتماعی ناشی از رقابت ها، گوشه گیری ها، تکرورها، عزلت گزینها و تنهایی ها گسترش می یابد و به حدی می رسد که به تدریج به نوعی اختلال رفتاری تبدیل می شود.

شیوع کمرویی به ویژه در دوره بلوغ از سایر مراحل رشد بیشتر است و به این دلیل حایز اهمیت بیشتر است. کمرویی موجب رفتارهای منفی می شود. اهمیت و لزوم توجه به چنین مسئله ای باعث می شود که درصدد پیدا کردن راه حل های مناسب برای حل این رفتار منفی برآییم.

این اختلال همراه با ناتوانی در عملکرد اجتماعی می باشد که ممکن است حداقل در برخی از افراد، بازتابی از کمبود مهارتهای واقعی باشد. بنابراین، با توجه به شیوع گسترده کمرویی و همچنین با توجه به این که در عصر حاضر پیوندهای اجتماعی، ضرورتی اجتناب ناپذیر است؛ می توان گفت که کمرویی یک معلولیت اجتماعی است و باید به دنبال راههایی برای درمان اثربخش این معلولیت بود. باید توجه داشت که کمرویی مشکلی است که در ارتباطات اجتماعی ظاهر می شود و افراد کمرو مهارتهای برقراری ارتباط کمی دارند؛ به همین دلیل در این پژوهش بر گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش مهارتهای اجتماعی تاکید می شود. تحقیقات نشان داده است که افراد کمرو به علت اینکه از مهارت های اجتماعی مناسب استفاده نمی کنند، در تعاملات اجتماعی مضطرب، دست و پا چلفتی و بازداری شده هستند؛ رفتار های غیر کلامی شان بین آنها و دیگران فاصله می اندازد؛ آنها با افکار منفی و خود تردیدی ها اجازه می دهند تا حواس شان را از پاسخدهی به تعاملات

اجتماعی منحرف سازد؛ از خود گویی های مثبت استفاده موثر و مفید نمی کنند، در باره ی نقاط ضعف خود اغراق می کنند و به نقاط قوت خود کم بها می دهند، به عوامل بیرونی اجازه می دهند تا زندگی آنها را کنترل کند (مونرو^۱، گورسکی^۲، بروچ^۳، کالینز^۴ و برگت^۵، 1989؛ فرانکل^۶، 1990، گارسیا^۷، استیونسون^۸، بریگز^۹، 1991؛ روبرتسون^{۱۰}، توک تنگ^{۱۱}، 1986؛ ملکپور^{۱۲} و چیک^{۱۳}، 1990، سولانو^{۱۴}، 1998؛ به نقل از محمد خانی، 1384). وقتی افراد یاد می گیرند تعاملات اجتماعی شان را تحت کنترل خود در آورند می توانند بر کمرویی غلبه کنند (برویج^{۱۵} و پیرل^{۱۶}، 1995؛ به نقل از محمد خانی، 1384).

کمرویی به عنوان یک احساس شایع، مجموعه ای از علایم رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیکی را شامل می شود. کمرویی یک احساس هیجانی رنج آور از موقعیت های اجتماعی است. مطالعات نشان داده است روز به روز بر تعداد افرادی که در ارتباط با دیگران مشکل دارند، دستخوش ترس از برخوردهای اجتماعی و کمرویی اند و هنگام ورود به جمع نمی دانند چه بگویند افزوده می شود. همچنین شاهد افزایش روزشمار افرادی هستیم که احساس ناتوانی برای گفتگو با مردم و عدم همکاری با آنها دارند و نیز قادر به تصمیم گیری برای مسائل روزمره نیستند، که همه آنها باعث شیوع اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی خواهد شد. این مسائل باعث طرد از اجتماع و تکرار چرخه ای معیوب خواهد شد. میزان رنج افراد از کمرویی در حال افزایش است، به طوری که نزدیک به 50 درصد افراد کمرویی را در خود گزارش میکنند و 80 درصد (به نقل از واناجا^{۱۷}، 1385) نیز اعلام کرده اند که در بعضی مواقع، در زندگی شان احساس شرم و خجالت را تجربه کرده اند.

یکی از مشکلاتی که افراد کمرو با آن مواجه اند این است که آنها تمایل ندارند به راحتی احساسات، افکار و رفتار خود را نشان دهند که دلیل این رفتار را می توان ترس ناخودآگاه آنها از این موضوع دانست که ممکن است سایرین رفتار، افکار و احساسات آنان را تایید نکنند. کمرویی می تواند مشکلات دیگری از قبیل ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب با دیگران، ناتوانی در تصمیم گیری و ناتوانی در بروز احساسات را ناشی گردد. گوشه گیری، کم رویی و انزوا طلبی عارضه ای است که باعث می شود کودک و نوجوان از برقرار کردن ارتباط با افراد و محیط خارج دوری کنند. نوجوانی که کم رو و گوشه گیر است، معمولاً از حضور در فعالیت های جمعی سرباز می زند. رفتار کم رویی و انزوا طلبی، یکی از رفتارهای نسبتاً شایع است که فرد

1 Monroe A

2 Gorsky

3 - Bruch

4 Collins

5 Berger

6 Franklin

7 garcia

8 stvenson

9 Briggs

10 robertson

11 -tok Teng

12 - Melchior

13 Cheek

14 Solano

15 browich

16 pirelli

17 Vanaja.M

را به شدت آزار می دهد و اگر درمان نشود نوجوان را به سمت و سوی مشکلات دیگری مثل عدم اعتماد به نفس، افسردگی، اضطراب و زود رنجی سوق خواهد داد. عدم احساس توانمندی و کمی عزت نفس و نیز ناتوانی در بروز احساسات، بیان افکار و نظریات، خود باعث جدایی فرد از فعالیت های گروهی است. نوجوانان و جوانان گاهی به علت داشتن نقایص بدنی و یا به علت مسائل و دشواری های خانوادگی، شکست ها، محرومیت ها و ناکامی های دوران گذشته زندگی، تمسخر و استهزای دوستان و همسالان، سرزنشهای مکرر معلمان و شاگردان، و یا به دلیل طرد شدن ها و بی توجهی ها و یا داشتن مسائل روانی دیگر، اعتماد به نفس خود را از دست داده، دچار احساس حقارت می شوند و تصور می کنند دیگران برتری هایی دارند که آنها ندارند و در انجام امور ناتوان تر از دیگران هستند و مسئولیت هیچ کاری را به تنهایی نمی توانند بپذیرند

طبق نظر متخصصان، کمروبی یکی از جدی ترین مسائل کودکان و نوجوانان می باشد که از همان دوران اولیه رشدی قابل مشاهده بوده و می تواند به ایجاد مشکلات در زمینه های مختلف سلامت روانی از قبیل کاهش اعتماد به نفس، عزت نفس و خود پنداره پایین، احساس کم ارزشی، احساس گناه، مشکلات ارتباطی، ضعف مهارتهای اجتماعی، مسائل تحصیلی، حالت عصبی، مسائل روان پزشکی و... منجر گردد. هر چند یک کودک کمرو ممکن است به ظاهر هیچ گونه ناراحتی برای معلمان ایجاد نکند، ولی به سبب رنجش ناشی از احساس ناامنی و بی کفایتی در خود یکی از ناشادترین کودکان خواهد بود که پیوسته به دنیای درون خود پناه می برد. پیامد های جبران ناپذیر کمروبی در زمینه های مختلف رشدی به عنوان یک عامل بازدارنده در رشد و گسترش ظرفیتهای، استعدادها و توانمندی های افراد غیر قابل انکار است بر همین اساس همواره مطالعاتی در جهت کمک به رفع این مشکل و نیز درمان آنها صورت می گیرد.

دوره نوجوانی در زندگی انسان از اهمیت خاصی برخوردار است. اهمیت آن مربوط به بحرانهایی است که در این زمان برای انسان به وجود می آید. کمبود اعتماد به نفس و کمروبی بیانگر ترس و اضطراب درونی است. به همین دلیل نوجوانان ناگهان درون گرا می شوند و در خود فرو می روند و احساس ترس از شکست و مسخره شدن در آنها شکل می گیرد و ممکن است تمام وجودشان را در بر گیرد. اینجاست که نوجوان به انزوا روی می آورد و تنهایی را بر می گزیند، لذا به دوری از جمع گرایش پیدا می کند و این چنین گرایشی به علت ترس و دلهره ای است که در فرد به وجود می آید.

مدرسه، به عنوان اولین جایگاه رسمی تجربه ی اجتماعی کودکان، می تواند نقش تعیین کننده ای در تقویت کمروبی یا پرورش مهارت های اجتماعی آنان ایفا کند. متأسفانه در بسیاری از موارد کمروبی کودکان در محیط مدرسه و فضای کلاس درس تقویت می گردد و چنین رفتار ناخوشایندی در شخصیت کودک تثبیت می شود. در غالب موارد، اولیای مدرسه رفتار انفعالی و آرام و سکوت مضطربانه ی کودک یا کودکان کمرو و ناتوان را به عنوان یک صفت پسندیده و ویژگی رفتاری مطلوب تلقی می نمایند، بعضاً با تأیید و تشویق های خود، به طور مستقیم و غیرمستقیم سعی می کنند آن را تقویت نمایند. واقعاً جای بسی تعجب و تأسف است که در بسیاری از مدارس ما گاهی بالاترین نمره ی انضباط از آن کمروهاست!گاهی

برخی کمرویی را نشانه ادب می دانند یا کمرویی دختران را نشانه حیا میدانند با این تلقی نادرست، به کمرویی بچه ها دامن میزنند.

الیس معتقد است که مشکل کمرویی و احساس بی عرضه بودن از لحاظ فراوانی و شیوع، حکم سرماخوردگی را در روان شناسی دارد. مشکل هیجانی کمرویی که نام های مختلفی میتوان بر آن گذاشت شامل عدم اعتماد به نفس، ترس از ابراز وجود و احساس ناامنی می شود (الیس^۱ و بکر^۲، 1382). از طرف دیگر یک شیوه انطباقی برای توجیه کمرویی تبیین سازگاران ی کمرویی، یک مهارت مقابله ای برای کمرویی به عنوان مثال گفتن چیزی مثل این عبارت است: «گاهی اوقات احساس کمرویی طبیعی است ولی من می توانم یاد بگیرم که علی رغم این احساس خود را اجتماعی تر کنم». تبیین کمرویی با این عبارات که «کمرویی بخشی از شخصیت من است ممکن نیست تغییر بکنم»، «علت کمرویی من این است که دیگران مرا درک نمی کنند». سازگار نیست. افراد کمرو با پذیرفتن اینکه همیشه کمرو خواهند ماند و زندگی اجتماعی آنها به ابتکار دیگران وابسته است نگرش بدبینانه ای را اتخاذ می کنند (تلاگسی^۳ و هافمن^۴، 1982، نقل از محمد خانی، 1384).

به دلیل اینکه بسیاری از افراد کمرو باورهای غیرمنطقی درباره خود دارند و از اعتماد به نفس کمی د برخوردارند با سایر افراد برخوردارند، تصور می شود که رفتار درمانی عقلانی هیجانی می تواند در افزایش اعتماد به نفس و بهبود خود پنداره شان موثر باشد و همچنین با کمک این شیوه درمانی فرد می تواند به اصلاح باورهای غیرمنطقی بپردازد.

از طرفی به دلیل اینکه مشکل فرد کمرو در موقعیت های اجتماعی بروز می کند و افراد کمرو ترس افراطی از برخوردهای اجتماعی و حضور در اجتماع دارند، پژوهشهایی صورت گرفته که حاکی از تاثیر مثبت آموزش مهارتهای اجتماعی بر درمان کمرویی افراد خجالتی می باشد. اجتماعی شدن مناسب کودکان و نوجوانان و آموزش مهارتهای اجتماعی لازم به آنان همواره به عنوان یکی از اهداف نظام رسمی تعلیم و تربیت بوده است. چرا که رشد و تحول اجتماعی در سایه اجتماعی شدن حاصل شده که موجب سازگاری و برقراری ارتباط سالم و مناسب کودکان و نوجوانان با اطرافیان می گردد و از این رهگذر آنان را قادر به شکوفایی توانایی های بالقوه شان می سازد (درخشانی و همکاران، 1385). دوره دبیرستان دوره بلوغ و نوجوانی و همچنین دوره گذر به بزرگسالی است و در دوره نوجوانی، فرد بیشتر از قبل نیاز به تکمیل مهارتهای اجتماعی و ارتباط با گروه همسالان دارد. به همین دلیل دوره نوجوانی برای اجرای این پژوهش انتخاب شده است

در مورد تاثیر تلفیق آموزش مهارتهای اجتماعی و رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر کمرویی پژوهشی در دسترس نبود ولی با توجه به اینکه تصور می رود که هر دو شیوه درمان بر کمرویی تاثیر مثبت دارند، این پژوهش با هدف بررسی اینکه آیا تلفیق این دو شیوه درمان تاثیر بهتری از اجرای تنها یک شیوه درمان به تنهایی دارد

¹ Ellis

² beker

³ Tela gsi

⁴ haffman

2-1 - هدف پژوهش:

در این مطالعه میزان اثربخشی تلفیق گروه درمانی رفتاری عقلانی عاطفی و آموزش مهارت‌های اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد تا مشخص شود که آیا تلفیق این دو نوع درمان می‌تواند اثربخش تر از انجام این دو نوع درمان به تنهایی باشد. با توجه به این که اساس درمان کمرویی تغییر در باورها و ارزشها و کسب مهارت‌های اجتماعی مناسب می‌باشد و همچنین فرض بر این است که کمرویی در بین دختران بیشتر از پسران است که می‌تواند به این دلیل باشد که کمرویی دختران توسط والدین و جامعه تقویت می‌شود. فرض بر این است که تلفیق رویکرد درمانی REBT و آموزش مهارت‌های اجتماعی در درمان کمرویی دختران نوجوان اثربخش تر است.

3-1 - اهمیت و ضرورت پژوهش:

بازبینی نتایج حاصل از بررسی های متعددی - همچون زیمباردو^۱، 1977، زیمباردو و نوروود^۲، 1975، لازاروس^۳، 1982، کاسپی^۴، الدر^۵ و بم^۶، 1988 - نشان می‌دهد که درصد قابل ملاحظه ای از گروه های مختلف سنی از کمرویی رنج می‌برند با وجود اینکه در کشور ما ایران، برآوردهای رسمی و مستدلی در این باره وجود ندارد و تجربه ی والدین، دست اندرکاران آموزش و پرورش و متخصصان بالینی نشان می‌دهد که افراد زیادی به این مشکل مبتلا هستند. شیوع کمرویی بویژه در نوجوانی و جوانی بیش از سایر مراحل رشد است. شیوع بالای کمرویی در نوجوانان و جوانان و عوارض و پیامدهای منفی آن، اهمیت و لزوم توجه به این مسأله و جستجوی راه حل های مناسب برای تدبیر آن را دو چندان می‌کند.

کمرویی تجربه ای است که اغلب اثرات منفی عمیقی بر زندگی فرد کمرو یا خجالتی به جای می‌گذارد. کمرویی می‌تواند به عنوان طرحواره ای شخصی^۷ عمل کند که کیفیت جمع آوری و پردازش اطلاعات اجتماعی و یا اطلاعات مربوط به خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع کمرویی به عنوان «سبک شناختی»^۸ است که رفتار های بیانی و اسنادهایی که فرد را با دیگران مرتبط می‌سازد، متأثر می‌کند (زیمباردو، 1982).

زیمباردو (1977) معتقد است که پیامد های منفی کمرویی از حیطة فردی خارج هستند و افرادی را که فرد کمرو با آنها در تعامل است نیز در بر می‌گیرند کمرویی می‌تواند در بروز روحیه پایین شغلی، اعتماد و ابتلا به مصرف الکل، اختلال

1 Zimbardo
2 Norwood
3 Lazarus
4 Caspi
5 Elder
6 Bem
7 - Self - schama
8 - Cognitive style

کنش جنسی، هم‌رنگی، افسردگی و حتی پرخاشگری (حتی پرخاشگری غیر منطقی که ممکن است به جنایتهای ناگهانی منجر شود) نقش داشته باشد.

یکی از دلایل به کارگیری تلفیق آموزش مهارت های اجتماعی و رفتاردرمانی عقلانی عاطفی در درمان کمرویی این است که این اختلال همراه با مشکلاتی در عملکرد اجتماعی می باشد که ممکن است حداقل در برخی از افراد، بازتابی از کمبود مهارتهای اجتماعی باشد. و از طرفی معمولاً افراد کمرو در باورها و نگرش ها و بازخورد خود نسبت به روابط اجتماعی مشکل دارند.

تحقیقات نشان داده اند کسانی می توانند با طرد شدگی کنار بیایند که روابط اجتماعی را فرصتی برای نزدیک شدن به دیگران و سهیم شدن در احساسات خوشایند آنها تلقی می کنند (گلد فراید^۱، پاداوار^۲ و رابینز^۳، 1984). افراد کمرو و تنها به احتمال زیاد تعاملات اجتماعی را تجربه ای تهدید کننده تلقی می کنند که از طریق آن مورد ارزیابی و قضاوت دیگران قرار می گیرند. این نوع نگرش به اضطراب و دفاعی بودن منجر می شود. افراد تنها به جای اینکه از کنار دیگران بودن خوشنود باشند بیشتر بد بین و نگران هستند (گوسویک^۴ و جونز، 1981؛ هانسون و جونز، 1981؛ جونز، سانسون و هلم^۵، 1983). ارزش تبیین های منطقی بر کمرویی در مطالعه ای توسط گلاس و شیبیا (1986) نشان داده شده است. همچنین کنترل سبک تفکر و تفسیرهایی که از موقعیت اجتماعی خود به عمل می آوریم در ابتلا و ادامه کمرویی بسیار مهم است و نیز برای برخورداری از روابط بین فردی رضایت بخش تقویت مهارتهای اجتماعی بسیار مفید رفع کمرویی است. (گلاس و شیبیا، 1986؛ به نقل از محمد خانی، 1384). اشیل برگر و ساراسون، (1973) نشان داده اند که رضایت مندی، عزت نفس اجتماعی، نگرانی، اجتناب اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی درمردان کمرو یک مشخصه جالب توجه است. استن^۶، یاکوبس^۷ و کوچران^۸ به نقل از (رضانی، 1373) در درمان کمرویی از روش های بازسازی شناختی استفاده می کند که نتایج آنها نشان داد که درمان بخشی درمان تا مرحله پی گیری هم نیز ادامه داشته است. الدر، ادلستین و فرموو (1981) در مورد اثر شناختهای ناسازگارانه بر کمرویی تحقیق کردند به این نتیجه رسیدند که اضطراب اجتماعی بالا و خود ارزیابی ناقص ممکن است به علت نقص مهارتها و یا شناخت های ناسازگارانه باشد. رضانی (1373) در پژوهشی با عنوان کاربرد تکنیک های آموزش ابراز وجود با استفاده از روشهای باز سازی شناختی و روش عقلانی عاطفی ایس و تکنیک های اصلاح برداشت در درمان کمرویی سعی در درمان کمرویی از طریق افزایش قدرت ابراز وجود و کاهش اضطراب و نگرانی داشتند که نتایج آنها مثر ثمر بود. نتایج پژوهشی که

¹ Goldfried

² Padawer

³ Robinnes

⁴ Goswick

⁵ Helm

⁶ Stone

⁷ Jackobs

⁸ Cochran

توسط پائول سن¹ و همکارانش (2006) انجام شد، نشان داد که ارتباط معنی دار مثبتی بین منفعل بودن (ضعف در روابط اجتماعی) در دبیرستان و کمرویی وجود دارد.

در تبیین اهمیت پرداختن به کمرویی بد نیست بدانیم که در تحقیقی که توسط لویز اسمیت در سال 2003 صورت گرفت به این نتیجه رسید که در جوامع امریکایی افرادی که دچار کمرویی شدید هستند نسبت به افراد غیر کمرو گرایش بیشتری به مصرف مواد دارند. همچنین در نوجوانان و جوانان کمرویی می تواند به عنوان باری اضافی بر انبوه مشکلات مربوط به دوران بلوغ افزوده شود و توانایی های سازشی آنها را بیش از پیش مخدوش سازد.

4-1- فرضیات پژوهش:

1-4-1- فرضیه اصلی:

تلفیق گروه درمانی REBT و آموزش مهارت های اجتماعی، باعث کاهش معنی دار کمرویی دختران نوجوان می شود.

2-4-1- فرضیات فرعی:

1- بین میزان مهارت های اجتماعی، کمرویی و باورهای غیرمنطقی رابطه وجود دارد.

2- آموزش مهارت های اجتماعی باعث کاهش کمرویی دختران نوجوان می شود.

3- گروه درمانی REBT باعث کاهش کمرویی دختران نوجوان می شود.

5-1- تعریف اصطلاحات، مفاهیم کلیدی و متغیرها:

1-5-1- تعاریف نظری

کمرویی: ترس یا اضطراب اجتماعی که در آن فرد از مواجه شدن با افراد نا آشنا و ارتباطات اجتماعی گریز دارد (افروز، 1373).

گروه درمانی: گروه درمانی شکلی از روان درمانی است که در آن، دو یا بیشتر بیمار با یک یا بیشتر درمانگر یا مشاور کار می کنند (وانگر²، 2006).

درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری (REBT): یک نظام انسان گرایانه، علمی و فلسفی نسبتا جامع است، که در قالب رابطه $a - b - c$: a: حادثه فعال کننده b: افکار، عقاید و باور ها c: عواقب و پیامد ها) انسان و امور و را توجیه می کند (شفیع آبادی، 1377).

مهارت های اجتماعی¹ (SST): رفتارهای انطباقی یاد گرفته شده ای که فرد را قادر می سازند تا با افراد دیگر روابط متقابل داشته باشد و از خود پاسخهای مثبت بروز دهد و همچنین از رفتار نامناسب اجتناب کند (الیوت گرشام²، 1993).

¹ Paulsen

² Wanger

2-5-1- تعاریف عملیاتی

کمرویی: نمره ای است که هر یک از آزمودنی ها در یکی از چهار سطح (1 بدون کمرویی 2 کمرویی متوسط 3 کمرویی بالا 4) بسیار کمرو در مقیاس کمرویی رافی کسب می کنند .

گروه درمانی: جمعی متشکل از یک یا چند درمانگر و 4 نفر یا بیشتر مراجع برای رسیدن به اهداف درمانی خاص با استفاده از رویکرد درمانی ویژه.

درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری (REBT): شیوه درمانی ابداعی البرت الیس، رواندرمانگر آمریکایی که در زمره ی درمانگران شناختی، رفتاری قرار دارد. که در این پژوهش طی 8 جلسه 2 ساعته اجرا گردید.

مهارتهای اجتماعی: نمره ای است که فرد در مقیاس سنجش مهارتهای اجتماعی³ که توسط ماتسون⁴، روتاتوری⁵ و هلسل⁶ در سال 1983 ساخته شد کسب می کند.

¹ Social Skills training

² Elliott Gresham

³ Matson Evaluation of Social Skills

⁴ Matson

⁵ Rotatori

⁶ Helsel

فصل دوم

موضوع‌گیری‌های نظری و یافته‌های پژوهشی در خصوص موضوع

گستره نظری موضوع:

با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و همچنین شیوع کمروبی در این دوران، لزوم درمان و آموزش مهارت‌های برقراری ارتباطات اجتماعی احساس می‌گردد. در این فصل ابتدا به تبیین گستره‌های نظری موجود که عبارتند از مفهوم کمروبی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، گروه درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌پردازیم و سپس به بررسی تحقیقات صورت گرفته خواهیم پرداخت.

1-2- گستره اول: کمروبی^۱

1-1-2- تعریف کمروبی

علیرغم عمر نسبتاً طولانی توجه علمی به کمروبی - از زمان داروین^۲ (1890؛ به نقل از زیمباردو، 1982؛ به نقل از نعمت‌ا... زاده، 1372) - شاید بتوان گفت که هنوز هم تعریف واضح و منسجمی از کمروبی ارائه نشده است. هریس^۳ (1984) اظهار می‌کند کمروبی بیش از آنکه واژه‌ای روانشناختی باشد، واژه‌ای مربوط به علوم اجتماعی است. بطور کلی، از دیدگاه اجتماعی، افراد کمرو کسانی هستند که در موقعیت‌های اجتماعی ناراحت بنظر می‌رسند و از مشارکت در تعامل‌های اجتماعی اجتناب می‌ورزند، علیرغم اینکه واقعاً تمایلی به این کار ندارند.

پژوهشگران متعددی تلاش کرده‌اند تا تعریفی عینی از کمروبی ارائه کنند.

پیلکونیز (1977) کمروبی را «تمایل به اجتناب از روابط اجتماعی و شکست در مشارکت متناسب با موقعیت‌های اجتماعی» تعریف می‌کند. کروزی^۴ (1979) کمروبی را «اضطراب و ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی، به ویژه موقعیت‌هایی که دربرگیرنده ارزیابی به وسیله افراد برتر است» تعریف می‌کند. مطابق با تعریف کروزی^۴ (1977) این اضطراب و ناراحتی منجر به سکوت، گوشه‌گیری، نقص رفتار آشکار، شرم، غم، اشتغال خاطر با خویشتن و مشکلاتی در بیان و تبادل افکار می‌شود. باس^۵ (1980) کمروبی را «واکنش به تنش، نگرانی، احساس ناراحتی و مهار رفتارهای اجتماعی مورد انتظار، تعریف می‌کند». جونز^۶، بریجز^۷ و اسمیت^۸ (1986؛ به نقل از نعمت‌ا... زاده، 1382) کمروبی را ناراحتی، پاسخ‌های اضطرابی، شرم و احتیاط در حضور دیگران تعریف می‌کنند.

¹ - Shyness

² Darwin

³ - Herrise

⁴ - Crozier

⁵ - Buss

⁶ Jones

⁷ Briggs

⁸ Smith

به نظر می‌رسد همه این تعریف‌ها به نوعی بر رابطه بین تهدیدهای موجود در موقعیت‌های بین فردی یا اجتماعی و کمرویی تاکید دارند. بعلاوه کمرویی را به عنوان رفتاری در نظر می‌گیرند که در موقعیتی بین فردی و اجتماعی رخ می‌دهد. ترنر^۱، بیدل^۲ و تاونسلی^۳ (1990) به برخی از وجوه تشابه بین فوبیای اجتماعی^۴ و کمرویی اشاره می‌کنند و معتقدند هیچ یک از توصیف‌های مختلف کمرویی را نمی‌توان برای افتراق آن از فوبیای اجتماعی بکار برد. با این وجود شیوع فوبیای اجتماعی 2 درصد جمعیت (ترنر، بیدل و تاونسلی، 1990) و شیوع کمرویی بیش از 40 درصد جمعیت (زیمباردو، 1982) است (نعمت ا... زاده، 1372).

زیمباردو (1982) اظهار می‌دارد « کمرویی تمایلی آموخته شده به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، شکست در مشارکت مناسب در تعاملها و برخوردهای اجتماعی، احساس اضطراب و ناراحتی حین تعامل با دیگران، و فقدان ارزش شخصی است». در مقایسه با تعریف‌هایی که به آنها اشاره کردیم، این تعریف به سبب شناسی کمرویی - که آن را ناشی از تجربه‌های یادگیری می‌داند نیز اشاره دارد. بنظر زیمباردو (1982) این جامعه است که می‌طلبد کودکی که در آن رشد می‌کند و به بزرگسالی می‌رسد کمرو و خجالتی باشد. در واقع بنظر وی کمرویی حاصل نوعی برنامه ریزی اجتماعی است که از طریق خانواده، نظام آموزش و پرورش و سایر نهادها اعمال می‌شود (نعمت ا... زاده، 1372).

افروز در کتاب خود کمرویی را «خودتوجهی» فوق العاده و ترس از مواجه شدن با دیگران؛ ترس یا اضطراب اجتماعی که در آن فرد از مواجه شدن با افراد نا آشنا و ارتباطات اجتماعی گریز دارد، تعریف کرده است. در مجموع کمروئی یعنی خود توجهی بیش از حد و ترس از مواجه شدن با دیگران و افراد جدیدی که فرد در زندگی روزمره به آنها نیاز دارد.

2-1-2- شیوع کمرویی

نکته مهم در مورد کمرویی این است که بیشتر افراد این تجربه را به صورت مشترک دارند. در تحقیقی که توسط فیلیپ زیمباردو (1977) انجام شد، بیش از 80٪ مردم آمریکا گفتند که کمرو هستند. تنها 7٪ مردم ادعا دارند که هرگز کمرویی را تجربه نکرده‌اند. اکثر مردم در برخی از موقعیت‌های معین مانند تقاضای کمک از دیگری، در رویارویی با جنس مخالف یا هنگامی که در جشن بزرگی شرکت می‌کنند، احساس خجالت و کمرویی می‌نمایند و این، مشکل بسیاری از افراد جوان است! جدول شماره 1-1 این واقعیت را بهتر نشان می‌دهد

¹ Turner

² Beidel

³ Townsey

⁴ Social phobia

چنانچه مشاهده می شود، بیشتر از نیمی از دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره، به کمرویی، خجالت و احساس حقارت مبتلا هستند. شاید همین امر باعث شود که آنها در برقراری و تماس با سایر افراد اعم از دوستان، اقوام و سایر افراد جامعه خود دچار مشکل شوند (اکبری، 1383).

در پژوهشی که توسط واناجا (1385) صورت گرفت 11.11٪ دانش آموزان مقطع دبیرستان کمرویی متوسط داشتند. طبق گفته دکتر لئونارد آستین¹ استاد یار دانشگاه یلک هیلز²، میزان رنج افراد جامعه از کمرویی در حال افزایش است. یافته ها نشان می دهند بیش از 50 درصد افراد فکر می کنند که تنها خودشان کمرویی را تجربه می کنند (واناجا، 1385).

جدول 1-2 دلایل مراجعه 140 دانشجو به مرکز مشاوره ی دانشگاه³

درصد	دلایل
67	مشکل برقراری تماس با مردم
56	کمرویی و احساس خجالت و حقارت
39	نداشتن اتکا به نفس و شجاعت در کارها
39	ترس از سخن گفتن در جمع
21	احساس کمبود محبت
11	احساس تنهایی
8	بی ارادگی و احساس زبونی
7	وحشت دایم از شکست
6	احساس بیهودگی و نومییدی

3-1-2- شاخص ها و علائم کمرویی

کمرویی شاخص های مختلفی دارد. این شاخص ها را به منظور سهولت بحث به شاخص های جسمی و فیزیولوژیک، شناختی، روانی حرکتی و رفتاری تقسیم می کنند. در این قسمت به اختصار این شاخص ها را شرح می دهیم.

¹ - Leonard, Austin.

² - Black, Hills

1-3-1-2- شاخص‌های جسمی و فیزیولوژیک کمرویی

بنظر می‌رسد که ناراحتی جسمی یکی از مهمترین جنبه‌های کمرویی باشد. پیلکونیز (1977) از دانشجویان خجالتی تحت بررسی خود خواست تا اهمیت نسبی پنج جنبه کمرویی خود را درجه بندی کنند. از پنج جنبه درجه بندی شده، ناراحتی درونی در مقام دوم و بعنوان دومین جنبه ناراحت کننده - پس از شکست در دادن پاسخ متناسب با شرایط اجتماعی - ارزیابی شد.

کاگان^۱، رزنیک^۲ و اسنایدمن^۳ (1987) گسترده ترین بررسی را در زمینه همبسته‌های غیر ارادی کمرویی انجام دادند. آنان در مطالعه 6 ساله خود به این نتیجه رسیدند که ضربان قلب کسانی که مهار رفتاری دارند - افراد خجالتی و کمرو - بیشتر از گروه بهنجار است. ترنز، بیدل و تاونسلی (1990) بر اساس یافته‌های موجود معتقدند که افراد کمرو و کسانی که تشخیص فوبیای اجتماعی دارند در موقعیت‌های اجتماعی پاسخ‌های مشابهی دارند. این پاسخ‌ها شامل علائم اضطرابی، تپش قلب، تعریق، سرخ شدن چهره، لرزش، انقباض عضلانی، تنگی نفس و گاه ضرورت یافتن ادرار کردن است.

افراد کمرو از نظر زیستی و فیزیولوژیک هر کدام نشانه‌های مشترکی دارند که در اکثر آنها مشاهده می‌شود، واضح است که نشانه‌های فیزیولوژیک در افراد کمرو عموماً روان تنی است که در اثر شرایط خاص روانی حاکم بر رفتارها ظاهر می‌شود، این علائم فیزیولوژیکی عبارتند از تشدید ضربان قلب، سرخ شدن چهره، حالت‌های اضطرابی، اختلال در ریتم تنفسی، تنش عضلانی، تغییر در تن صدا، اختلال در کنش‌های بعضی غدد درون ریز و برون ریز و... البته برخی از ویژگی‌های بالینی و رفتاری اینگونه افراد به سادگی قابل تشخیص نیست (اکبری، 1383).

2-3-1-2- شاخص‌های شناختی کمرویی

کروزیر، 1979، جونز، بریچر و اسمیت، 1986 مطرح کردند که ترس از ارزیابی منفی محور اصلی تفکر کمرو است بعلاوه افراد کمرو گزارش می‌کنند که شاخصهای منفی درباره موقعیت‌های اجتماعی دارند (ترنز و بیدل، 1989؛ به نقل از نعمت‌ا... زاده، 1372). پیلکونیز (1977) در مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی اثر جنبه‌های مختلف کمرویی انجام داد، دریافت که متوسط نمره گذاری ترس از ارزیابی منفی دیگران در یک مقیاس 1 تا 5 درجه‌ای «3/14» است. وی اظهار داشت که ترس از ارزیابی منفی یکی از مشکلات متوسط افراد خجالتی است.

¹ Kagan

² Reznick

³ Snidman