

Comparison the Effect of Group Counseling Based on Existential and Cognitive_Behavioural Approaches on the Degree of Shyness of Students

Mehrab Bashirpur. M.A.

School Sounseling Allameh Tabatabaei University Tehran

Hosein Salimi Bajestani. Ph.D.

Assistant Profesor of Allameh Tabatabaei University Tehran

Kumars Farahbakhsh. Ph.D.

Assistant Profesor of Allameh Tabatabaei University Tehran

Abstract

This study was conducted to investigate the effectiveness and comparison of group counseling based on existential or cognitive-behavioural approaches on the degree of shyness of boy students. This study was a pre-post test experimental design. The population of this research encompasses all the students of Schools of Barug city. By cluster sampling between schools in Barug two schools were selected randomly. Conducting Shyness Questionnaire, 30 students were selected and assigned to three groups randomly. 8 sessions of existential group counseling were implemented for one group and 8 sessions of cognitive-behavioral group counseling were implemented for another group. The control group received no intervention. For analyzing the data, ANCOVA and Post hoc Scheffe Test were applied. ANCOVA showed significant difference in studied groups. Post hoc Scheffe Test showed significant difference between the control group and existential group. As well as is significant difference between the control group and cognitive-behavioral group and the means of experimental groups (existential and cognitive-behavioral) was greater than the control group ($P < 0.01$).

Keywords: Group counseling, existential approach, cognitive-behaviour, shyness.

مقایسه میزان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی و شناختی - رفتاری بر کاهش کمرویی دانش آموزان پسر دبیرستانی

محراب بشیرپور

کارشناس ارشد مشاوره مدرسه از دانشگاه علامه طباطبائی تهران

حسین سلیمی بجهستانی

استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی تهران

کیومرث فرحبخش

استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی تهران

چکیده

این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی و شناختی - رفتاری بر میزان کمرویی دانش آموزان پسر دبیرستانی در باروق انجام شد. این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری همه دانش آموزان مدارس متوسطه شهر باروق بودند. از میان دبیرستان‌های پسرانه، از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مدرسه انتخاب شد و با اجرای پرسشنامه کمرویی سموعی ۳۰ دانش آموز که کمرویی بالاتری داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی به مدت هشت جلسه روی یک گروه اجرا شد و روی گروه دیگر هشت جلسه رویکرد شناختی - رفتاری اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و شفه، تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه‌های مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین گروه گواه و گروه آزمایشی وجودی و نیز بین گروه آزمایشی شناختی - رفتاری و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین گروه‌های آزمایشی وجودی و شناختی - رفتاری از گروه گواه بیشتر است ($P < 0.01$).

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی، رویکرد وجودی، شناختی - رفتاری، کمرویی.

مقدمه

تهدیدآمیز بودن درمان دارویی کمرویی هشدار می‌دهند (آهو^۷، ۲۰۱۰). زیمباردو (۱۹۷۷) بر این باور است که کمرویی توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنش‌های جسمانی خود است که می‌تواند حداقل شامل یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا یک ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد.

افراد کمرو نه فقط تصویری منفی از خود در ذهن دارند، بلکه درباره خود به قضاوت‌های غیرطبیعی می‌پردازند و احساس می‌کنند که دیگران آنها را قبول ندارند (لیزژیک، اکیوز، دوگان و کوگو^۸، ۲۰۰۴؛ به نقل از منتظرغیب و قدسی، ۱۳۸۸). کمرویی از بسیاری جنبه‌ها با اضطراب یا هراس اجتماعی (طاهری‌فر، فتی و غرایب، ۱۳۸۹، هیسر، ترنر و بیدل^۹، ۲۰۰۳) همپوشی دارد. همچنین یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که کمرویی با مقادیر متفاوتی از اضطراب، افسردگی (دیل و اندرسون^{۱۰}، ۱۹۹۹)، عزت‌نفس پایین و احساس تنهایی (جونز، بریگز و اسمیت^{۱۱}، ۱۹۸۶) رابطه دارد. نتایج پژوهش درخشانی، حسینیان و یزدی (۱۳۸۵) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی (ابراز وجود) کمرویی دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد. چیک و باس^{۱۲} (۲۰۰۶) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند که کمرویی با مردم‌آمیزی پایین یکسان نیست؛ در حالی که مردم‌آمیزی با دیگران به صورت یک برتری در مقابل تنهایی است. یافته‌های پژوهشی که در پاکستان انجام شد نشان داد که ایجاد انگیزه و دلگرمی دادن ممکن است بر کاهش کمرویی و افزایش اعتماد به نفس پایین پسران غلبه کند (اجمل و همکاران، ۲۰۱۱).

برای کاهش کمرویی در افراد از رویکردهای نظری مختلفی که در روان‌شناسی وجود دارد، می‌توان استفاده کرد. از جمله عواملی که باعث می‌شود افراد دچار کمرویی شوند، باورها و افکار منفی، غیراصیل بودن (دروغ گفتن) و برملاایی این دروغ و مشکلات در آزادی و انتخابی است که افراد در مورد خود و محیط اجتماعی‌شان دارند. از آنجا که تأکید بر آگاهی و اصالت و تجربه بی‌واسطه خود، انتخاب و پذیرفتن مسئولیت کارها از مؤلفه‌های اساسی مشاوره وجودی است، و نیز در رویکرد شناختی - رفتاری تأکید بر بالا بردن شناخت و تغییر باورهای منفی و غلط است، به نظر می‌رسد که بتوان از این رویکردها برای کاهش کمرویی افراد استفاده کرد.

مدرسه یکی از مهمترین نهادهای سازمان‌یافته و رسمی جامعه است که باید با فراهم نمودن محیطی سالم، امکان شکوفایی جسم و روان دانش‌آموزان جامعه را فراهم کند و آنان را نسبت به خود، خانواده و اجتماع مسؤول سازد. برای تحقق این هدف سلامت دانش‌آموزان باید تأمین گردد. بدیهی است که یک دانش‌آموز کمرو، خجالتی و ناسالم از نظر برقراری ارتباط نمی‌تواند نشاط، امنیت خاطر و ثبات را در کلاس درس و محیط آموزش دریافت کند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۱۳۷۹).

یکی از مشکلات عمده که تأثیر بازدارنده و مهمی بر کارآمدی و پویایی جوانان دارد و از شکل‌گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی در آنان جلوگیری می‌کند، مشکل در برقراری ارتباط اجتماعی در جوانان است. عده‌ای توانایی برقراری ارتباط صحیح با دیگران را ندارند (گلدفريد و دیویسون^۲، ۲۰۰۰). در حالی که مدت‌هاست که علاقه‌ای بر تمرکز علمی روی تعاملات مثبت و منفی پیدا شده است و به نوجوانانی که از تعامل پرهیز می‌کنند، بسیار کمتر توجه شده است (رایین و کاپلان^۳، ۲۰۱۰). یکی از مهمترین دلایل، مشکل در برقراری ارتباط و کمرویی دانش‌آموزان است. در سی سال گذشته کمرویی یک مسأله خیلی مهم و مورد علاقه بوده و پژوهشگران را به پژوهش برای درک این پدیده سوق داده است (لیری^۴، ۱۹۸۶، زیمباردو^۵، ۱۹۷۷، کویدمیر و دمیر^۶، ۲۰۰۸). احساس خجالت و کمرویی از مشکلاتی است که اغلب جوانان در ذهن دارند و یکی از مهمترین دلایل مشکل در برقراری ارتباط دانش‌آموزان است، که به مشکلاتی از قبیل افت تحصیلی و ناتوانی در استفاده از توانایی‌های بالقوه منجر فرد می‌شود (منتظرغیب و قدسی، ۱۳۸۸).

در هر جامعه درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی روبه‌رو هستند که در بسیاری از مواقع، اصلی‌ترین مانع شکوفایی قابلیت‌ها، خلاقیت‌ها و ایفای مسئولیت‌هاست (افروز، ۱۳۸۱). بسیاری از روان‌شناسان و روانپزشکان برجسته آمریکایی پیگیر اثبات این حقیقت هستند که رفتارها و هیجانات ساخته‌شده فرهنگ و اجتماع هستند و در مورد

1. World Health Organization
3. Rubin & Coplan
5. Zimbardo
7. Aho
9. Heiser, Turner & Beidel
11. Jones, Briggs & Smith

2. Goldfried & Davison
4. Leary
6. Koydemir & Demir
8. Lizgic, Akyuz, Dogan & Kugu
10. Dill & Anderson
12. Cheek & Buss

روی معلمان صورت گرفت، نشان داده شد که درمان وجودی، احساس ناکامی و عدم پیشرفت و فرسودگی شغلی را به مقدار قابل توجهی کاهش داده و باعث بهبود عملکرد و همچنین احساس کنترل درونی می‌شود. براندس^۷ (۲۰۰۵) به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر هویت‌یابی، خودکارآمدی، عصبانیت و منبع کنترل دانش‌آموزان پرداخت که نتایج نشان داد که گروه‌درمانی وجودی باعث رشد و بهبود هویت‌یابی و افزایش خودکارآمدی و درونی‌تر شدن منبع کنترل آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است، همچنین آنان یاد گرفتند که عصبانیت خود را مهار کنند. آلیسون^۸ (۲۰۰۸) به بررسی رابطه معنای وجودی و کمرویی دانشجویان و نیز تعیین نقش منبع کنترل در این بین پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد دانشجویانی که درک معنای وجودی و منبع کنترل درونی بالایی دارند، کمرویی کمتری را تجربه می‌کنند. از طرفی پژوهش راضی (۱۳۹۰) نشان داد که درمان وجودی منبع کنترل درونی را افزایش داده است. گادی (۲۰۰۵)، در پژوهش خود نشان داد که اثربخشی درمان وجودی بر سطوح اضطراب اجتماعی (مرتبط با کمرویی)، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران ریوی بیشتر از رویکرد شناختی - رفتاری است.

در مطالعه‌ای که فورد^۹ (۱۹۹۶) بر روی معناداران انجام داد به این نتیجه رسید که آموزش روانی مبتنی بر اصول وجودی تغییرات رفتاری معناداری در معناداران ایجاد می‌کند. این افراد پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را در ایجاد معنا، خودیاری و تلاش برای در اختیار گرفتن اداره زندگی پیدا کردند. مارگیتا^{۱۰} (۲۰۰۶) اثربخشی درمان وجودی را بر افسردگی افراد بالای ۶۰ سال مورد آزمون قرار داد و به این نتیجه رسید که آموزش مفاهیم وجودی بر کاهش افسردگی بعد از ۶۰ سالگی مؤثر است. حسین‌آبادی (۱۳۹۰) اثربخشی گروه‌درمانی وجودی را بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم عزت‌نفس و احساس شرم در بهبود سلامت روان را بررسی کرد. نتایج نشان داد گروه‌درمانی به شیوه وجودی انسان‌گرایانه توانایی بهبود سلامت روان، عزت‌نفس و کاهش احساس شرم زندانیان را دارد. بودن با دیگران و دنیا یک بعد از هستی و یک جنبه مهم از درک وجودی ویژگی‌های انسانی است. این امر گویای آن است که ما بیشتر در ذات بالقوه خود سیر می‌کنیم که این نیز یکی از ابعاد اساسی هستی و «خود» شخص است. وقتی که با

روانشناسی وجودی سعی دارد بیشتر از قرار دادن زندگی زیر یک سیستم عقلی و گروه‌های سازمان‌یافته، احساس و روح خود زندگی را جذب کند. به‌علاوه روانشناسی وجودی در نظر دارد اندیشه‌های فلسفی اساسی در فهم روان‌شناختی ما را در برگیرد و به مراجعان کمک می‌کند تا درک کنند با داشتن تنگناهای مختلف هم می‌توانند روی پای خودشان بایستند (جاکوبسن^۱، ۲۰۰۷). روان‌درمانی وجودی که رویکردی فلسفی درباره مردم و وجودشان دارد به مضامین و موضوعات مهم زندگی می‌پردازد. این رویکرد بیشتر نوعی نگرش نسبت به برخی مضامین محسوب می‌شود تا یک رشته فنون و روش. این مضامین عبارت‌اند از: اصالت، دروغ، همدلی، مرگ و زندگی، آزادی، مسؤلیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنایابی و کنار آمدن با بی‌معنایی. رویکرد وجودی بیش از رویکردهای دیگر به آگاهی انسان‌ها در مورد خودشان می‌پردازد و آنان را به‌گونه‌ای هدایت می‌کند تا آن سوی مشکلات و وقایع را ببینند (سزاس^۲، ۲۰۰۵).

درمان وجودی یک سیاحت پدیدارشناختی است که دیدگاه جبرگرایانه به طبیعت انسانی را محکوم می‌کند و مراجعان را در یافتن ارزش، معنی‌داری و داشتن هدف در زندگی کمک می‌کند (سلیگمن^۳، ۲۰۰۶؛ فرناندو^۴، ۲۰۰۷). این رویکرد مبتنی بر نظامی از روش‌ها نیست، بلکه به‌جای آن تلاشی صادقانه برای درک جهان‌بینی مراجع از طریق رویارویی درمانی است. وجودگرایان خاطرنشان می‌کنند که انسان‌ها موجودات آزادی هستند که قادرند شیوه بودنشان را انتخاب کنند با توجه به این امر (انتخاب) پیش‌فرض مسؤلیت‌پذیری به‌وجود می‌آید که می‌تواند به‌عنوان یک کاتالیزور برای ایجاد تغییر عمل کند (اود^۵، ۲۰۱۱). در پژوهش‌های زیادی اثربخش بودن این رویکرد بر متغیرهای مختلف روان‌شناسی بررسی شده است:

غفاری، بهروزی‌فر و نارویی (۱۳۸۹) در پژوهشی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر میزان شناخت فرد از خویشتن و تلاش برای رشد شخصی را مورد آزمایش قرار دادند و نتایج نشان‌دهنده افزایش شناخت فرد از خویشتن و تلاش برای رشد بیشتر بود. حسین‌آبادی (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان داد که گروه‌درمانی به شیوه وجودی انسان‌گرایانه توانایی بهبود سلامت روان، عزت‌نفس و کاهش احساس کمرویی زندانیان را دارد. در پژوهشی که لوسترا، بروورز و تومیک^۶ (۲۰۰۹) بر

1. Jacobsen
3. Seligman
5. Odde
7. Brendas
9. Ford

2. Szasz
4. Fernando
6. Loostra, Brouwers & Tomic
8. Alison
10. Margiotta

رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز در کودکان و نوجوانان انجام داد، نتایج تحلیل حدود ۲۴۰ کار پژوهشی نشان داد که این رویکرد بر کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز مؤثر بوده است. گونزالز - پرندهز^{۱۱} (۲۰۰۹) اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر خشم و تصورات پارانوئیدی در گروهی از مردان که به دنبال سلامت روان بودند، بررسی کرد. نتایج از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش میزان خشم و تصورات پارانوئیدی حمایت کرد.

لو و چان^{۱۱} (۲۰۱۰) از درمان شناختی - رفتاری گروهی برای درمان اضطراب استفاده کردند. نتایج آنها نشان داد که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه هم از نظر آماری و هم از نظر بالینی بهبود معناداری در میزان اضطراب داشته‌اند و این نتیجه در سه و شش ماه بعد از درمان هم پابرجا بود. گیلیام، نوربرگ و ماریسون^{۱۲} (۲۰۱۱) در پژوهشی برای بررسی اثربخشی شناختی - رفتاری گروهی بر اختلال احتکار^{۱۳} به این نتیجه دست یافتند که استفاده از رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های این اختلال مؤثر بوده است.

بیشتر مقایسه‌هایی که در مورد رویکرد وجودی و شناختی - رفتاری انجام شده، مربوط به متغیرهای دیگری است. در پژوهشی که به منظور مقایسه اثربخشی درمان عقلانی - هیجانی و درمان وجودی بر سطح رضایت زناشویی انجام شد اگرچه هر دو روش در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بود و تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش وجود داشت؛ اما ثبات اثر درمان وجودی بیشتر از درمان عقلانی - هیجانی بود (غفاری و همکاران، ۱۳۸۹).

با مطالعه تحقیقات گذشته که اغلب آنها در خارج صورت گرفته، به این نتیجه می‌رسیم که دو رویکرد وجودی و شناختی - رفتاری در بهبود بسیاری از مسائل روانی تأثیر می‌گذارد. از آنجا که در ایران در رابطه با مسأله کمرویی و مقایسه اثربخشی رویکرد وجودی و شناختی - رفتاری تحقیقات محدودی صورت گرفته، پژوهشگران قصد دارند میزان اثربخش بودن هر کدام از این دو رویکرد را بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی بررسی نمایند و نیز مقایسه‌ای بین میزان اثربخشی دو رویکرد انجام دهند. انتظار می‌رود نتایج پژوهش حاضر

افراد کمرو کاردرمانی انجام می‌دهیم، بررسی این بعد از وجود اهمیت دارد. این امر به درک اساسی از اینکه ما موجوداتی هستیم که به‌طور ذاتی از امکانات و زندگی و شیوه‌های بودن و روابط به وجود آمده‌ایم، اشاره دارد که در غیر این صورت قابل مشاهده نیست و یا به‌صورت ثابت و غیرقابل تغییر دیده می‌شود و باعث می‌شود، ما نتوانیم ارتباط برقرار کنیم و خود و روابطمان را ببینیم.

رویکرد دیگری که می‌توان برای کاهش کمرویی افراد به کار برد، رویکرد شناختی - رفتاری است. درمان شناختی - رفتاری یکی از رویکردهای روان‌شناسی است و هدف آن شناسایی و به چالش کشیدن رفتارها و افکار غیرمنطقی برای رساندن فرد به سلامت روانی کلی و از درمان‌های کوتاه‌مدت با اثربخشی بالا است (نایس^۱، ۲۰۱۰، به نقل از ویلیامز^۲، ۲۰۱۱).

تیین منطقی این نظریه به این شکل است که در نقطه^۳ A رویدادهای برانگیزنده زندگی، مثل طرد شدن از جانب یک معشوق قرار دارد. نقطه^۴ B بیانگر عقایدی است که افراد برای پردازش رویدادهای برانگیزنده، در زندگی خویش به کار می‌برند. این عقاید می‌توانند منطقی و یا غیرمنطقی باشند. در نقطه^۵ C فرد، پیامدهای عاطفی و رفتاری آنچه را که به‌تازگی روی داده است، تجربه می‌کند (پروچاسکا و نورکراس^۶، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹). این پیامدهای عاطفی و رفتاری در نتیجه رویداد فعال‌کننده (A) اتفاق نمی‌افتد، بلکه این پیامدها تحت تأثیر باورهای (B) فرد رخ می‌دهد. اگر رویداد فعال‌کننده نامطلوب باشد باورهای غیرمنطقی رشد می‌کنند (کوری^۷، ۲۰۰۵، ترجمه عسگری، خدابخشی، دارینی و عسگری، ۱۳۸۷). یکی^۸ (۲۰۰۷)، به نقل از غفاری و پورغزین، ۱۳۸۵) نتیجه گرفت که بازسازی شناختی به وسیله مواجهه ذهنی با موقعیت‌های خشم برانگیز برای درمان خشم و اضطراب در میان دانش‌آموزان مؤثر بوده است. نتایج مطالعه اورسون نشان می‌دهد که بین تظاهرات خشم و بروز فشار خون ارتباط مثبت وجود دارد. رضانی (۱۳۷۳) در پژوهش خود نشان داد که شیوه‌های ابراز وجود مبتنی بر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری کمرویی دانشجویان را کاهش می‌دهد. در فراتحلیلی که اوزبای^۹ (۲۰۱۱) برای اثربخش بودن

1. Nice
3. activating event
5. dispute
7. Corey
9. Özabacı
11. Lau & Chan
13. hoarding disorder

2. Williams
4. belief
6. Prochaska & Norcross
8. Reicki
10. Gonzalez-prenedes
12. Gilliam, Norberg & Morrison

روش اجرا و تحلیل

پس از انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها از گروه‌های آزمایش و گواه، پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه‌های آزمایش بعد از اجرای پیش‌آزمون، در ۸ جلسه هفتگی دو ساعتی در آزمایشگاه مدرسه تحت درمان وجودی و شناختی - رفتاری قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مداخله از گروه‌ها پس‌آزمون به عمل آمد. پس از اجرای پیش‌آزمون، جلسات آموزش برای گروه‌ها اجرا گردید که محتوای جلسات به شرح زیر است: به‌طور کلی مشاوره گروهی وجودی هشت هفته به طول انجامید. **جلسه اول:** آشنایی با شرکت‌کنندگان و روشن کردن اصول کار گروهی و توضیح مفهوم کمرویی **جلسه دوم:** بررسی تکالیف و صحبت اعضا در مورد توانایی‌ها و ضعف‌های خود، پرداختن به مفهوم اضطراب و شیوه‌های بودن و تبیین کمرویی براساس این دو مفهوم. **جلسه سوم:** بحث در مورد مفهوم آگاهی و زمان حال و بیان تجارب اعضا در مورد کمرویی. **جلسه چهارم:** بحث در مورد مفهوم آزادی و انتخاب و تلاش برای پی بردن اعضا به اینکه قادرند تصمیمات جدید و بهتری نسبت به موقعیت‌های غیرقابل تغییر اتخاذ کنند. **جلسه پنجم:** ارائه توضیحاتی در مورد مسؤلیت‌پذیری و ارتباط آن با آزادی و انتخاب و سعی بر تبیین کمرویی براساس این مؤلفه‌ها. **جلسه ششم:** در این جلسه به مفهوم اصالت و اصیل بودن در زندگی پرداخته شد. در پایان جلسه به اعضا تکلیفی در مورد آغاز کردن گفت‌وگو با دیگران و نشان دادن خود بیانی نیرومند در روابطشان ارائه گردید، به‌طوری که افراد باید سعی کنند کاملاً اصیل باشند و به هیچ وجه از دروغ استفاده نکنند. **جلسه هفتم:** از افراد در مورد علت و معنای زندگی و مفهوم مرگ سؤالاتی پرسیده شد و سپس به توضیح این دو مفهوم پرداخته شد. سعی شد تا با بالا بردن آگاهی اعضا در مورد این مفاهیم، درک آنها به‌گونه‌ای افزایش یابد تا در مقابله با کمرویی خود بدون استرس بی‌خیال شوند. **جلسه هشتم:** افراد مروری مختصر بر جلسات درمان داشتند و در این جهت به یکدیگر بازخوردهایی می‌دادند. در ضمن آموزش‌هایی در جهت نحوه انتقال یافته‌ها به خارج از محیط گروه ارائه گردید. در پایان پس‌آزمون اجرا شد. در پایان هر جلسه تکالیفی داده و در شروع جلسه بعدی بررسی می‌شد. در همین زمان گروه آزمایشی دوم در جلسات رویکرد شناختی - رفتاری شرکت می‌کردند که تعداد و زمان جلسات آن مثل گروه اول بود. **جلسه اول:** آشنایی با شرکت‌کنندگان و روشن کردن اصول کار گروهی و توضیح مفهوم کمرویی **جلسه دوم:** صحبت در مورد تأثیر افکار و شناخت‌ها بر

بتواند به دانش و آگاهی ما در این زمینه بیفزاید و پیشینه‌ای برای پژوهش‌های آتی باشد و از طرفی نقطه آغاز و محرکی برای علاقه‌مندان در این حیطه شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری، همه دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر باروق بودند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای بود. به این صورت که محقق دو مدرسه را از مدارس باروق انتخاب و سپس در مدارس انتخاب شده پرسشنامه کمرویی سموعی را اجرا کرد. در نهایت ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که نمرات پایینی را کسب کرده‌اند به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (وجودی و شناختی - رفتاری) و یک گروه گواه، که تعداد هر گروه ۱۰ نفر بودند، قرار داد. سپس به مدت ۸ هفته گروه‌های آزمایشی در جلسات شناختی - رفتاری و مشاوره گروهی وجودی شرکت کردند. زمان هر جلسه ۲ ساعت بود که یک بار در هفته برگزار شد. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمایش از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد تا اثربخشی متغیر مستقل بر متغیر وابسته و مقایسه گروه‌ها اندازه‌گیری شود.

ابزار سنجش

آزمون کمرویی سموعی: این آزمون را سموعی (۱۳۸۲) ساخته است و ۴۴ سؤال دارد که نحوه نمره‌گذاری برای سؤالات با محتوای مثبت از صفر به چهار و برای سؤالات با محتوای منفی برعکس، یعنی از چهار به صفر است. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شده است. پایایی آن در سطح $P < 0/001$ به روش دو نیمه کردن معنی‌دار بوده است. برای روایی همزمان ضمن اجرای پرسشنامه کمرویی، به‌طور همزمان با مصاحبه روان‌شناختی، در سطح $0/01$ معنی‌دار بوده است. پایایی از نوع بازآزمایی، اجرای مجدد پرسشنامه به فاصله زمانی ۳ هفته $0/97$ و در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار محاسبه گردیده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ $0/82$ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی خوب آن است. نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات به این صورت است که شرکت‌کننده پس از خواندن پرسشنامه، مناسب‌ترین گزینه‌ای را که با روحیه او مرتبط است طبق گزینه‌های زیر انتخاب می‌کند (همیشه=۴، بیشتر اوقات=۳، گاهی اوقات=۲، هرگز=۰). دو نمونه از سؤالات پرسشنامه: ۱- آیا به راحتی می‌توانی با افراد تازه‌وارد صحبت کنی؟ ۲- آیا تداوم صحبت کردن برای شما مشکل است؟

گروه ارائه گردید. در پایان پس‌آزمون اجرا شد. در پایان هر جلسه تکالیفی داده و در شروع جلسه بعدی بررسی می‌شد.

یافته‌ها

نتایج مربوط به فرضیه‌های پژوهش در زیر ارائه شده است. با توجه به جدول ۱ ملاحظه می‌شود که میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته، که باید معناداری این افزایش میانگین بررسی شود. با توجه به این جدول میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه وجودی به ترتیب برابر با ۹۱/۱، ۱۱۰/۸ برای گروه شناختی - رفتاری ۸۱/۶۰، ۱۱۶/۱۰ و برای گروه گواه ۹۲/۴۰، ۹۳/۱۰ بوده است.

با توجه به اینکه طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بوده است برای بررسی اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شده است:

یکی از پیش‌فرض‌های آزمون کواریانس همگنی واریانس‌هاست. نتایج آزمون لوین نشان داد که سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است، پس می‌توان گفت که مفروضه تساوی واریانس‌ها برقرار است ($P > 0/05$).

رفتارهای ما و سعی بر افزایش خودهشیاری اعضا. جلسه سوم: بحث در مورد ساختار شناختی و الگوی A-B-C ایس و افکار غیرمنطقی. جلسه چهارم: استفاده از فن تصویرپردازی عقلانی - هیجانی در ارتباط با موقعیت‌های اجتماعی و آموزش به افراد تا درک کنند که افکار آنها پیامدهای هیجانی و رفتاری در پی دارد. جلسه پنجم: بررسی خطاهای شناختی و رابطه آن با تفکر غیرمنطقی. جلسه ششم: بر روی شیوه‌های مبادله تعارفات روزمره بحث شد و نیز گفت و گوهایی در مورد سرزنش گروه‌های درونی افراد در بین اعضا و رهبر گروه انجام شد. تمرین‌هایی در مورد آغاز کردن گفت‌وگو با دیگران و نشان دادن خودبینی نیرومند در روابطشان اجرا گردید. جلسه هفتم: پس از بررسی تکلیف، اعضا تمرین‌های مربوط به تقاضا کردن و ارائه پاسخ‌های مناسب (به دور از خجالت) و مهارت‌های مربوط به ابراز احساسات مثبت و منفی را در جلسه گروهی اجرا کردند. و نیز تمرین‌هایی برای حمله به احساس‌های کمرویی آنها در این موقعیت‌ها طراحی گردید. جلسه هشتم: افراد مروری مختصر بر جلسات درمان داشتند و در این جهت به یکدیگر بازخوردهایی می‌دادند. در ضمن آموزش‌هایی در جهت نحوه انتقال یافته‌ها به خارج از محیط

جدول ۱- شاخص‌های آماری گروه‌های مورد مطالعه

گروهها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
پیش‌آزمون مشاوره وجودی	۹۱/۱	۲/۷۷۹	۱۰
پس‌آزمون مشاوره وجودی	۱۱۰/۸	۳/۴۱۲	۱۰
پیش‌آزمون شناختی - رفتاری	۸۱/۶۰	۱/۸۸۱	۱۰
پس‌آزمون شناختی - رفتاری	۱۱۶/۱۰	۳/۲۵۷	۱۰
پیش‌آزمون گروه گواه	۹۲/۴۰	۲/۵۰۴	۱۰
پس‌آزمون گروه گواه	۹۳/۱۰	۱/۹۵۲	۱۰

جدول ۲- تحلیل کوواریانس گروه‌ها در کاهش کمرویی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	Eta
پیش‌آزمون	۲۵۸/۱۶۰	۱	۲۵۸/۱۶۰	۳/۲۱۶	۰/۰۸۵	۰/۱۱۰
بین گروه‌ها	۳۰۷۶/۴۳۲	۲	۱۵۳۸/۲۱۶	۱۹/۱۶۱	۰/۰۰	۰/۵۹۶
درون گروه‌ها	۲۰۸۷/۲۴۰	۲۶	۸۰/۲۷۸			
کل	۳۴۶۵۸۰	۳۰				
کل تصحیح شده	۵۲۴۶/۶۶۷	۲۹				

($P < 0/01$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که میانگین گروه شناختی - رفتاری بیشتر از گروه گواه بوده و بین آنها تفاوت معنادار وجود دارد که حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی - رفتاری است. بنابراین فرضیه دوم تحقیق نیز با عنوان مشاوره شناختی - رفتاری بر کاهش کمروبی تأثیر دارد، تأیید می‌شود ($P < 0/01$). در ضمن با توجه به همین جدول تفاوت بین میانگین‌های گروههای شناختی - رفتاری و وجودی معنادار نیست. بنابراین فرضیه سوم تحقیق تأیید نمی‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که در میزان اثربخش بودن بین دو نوع مشاوره گروهی مبتنی بر رویکردهای شناختی - رفتاری و وجودی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروهها وجود دارد یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است ($F: 19/161, P < 0/01$). با توجه به اینکه تفاوت گروهها در پس‌آزمون معنادار بوده است از آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه زوجی تفاوت میانگین‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. با توجه به جدول ۳ میانگین گروه وجودی بیشتر از گروه گواه بوده و بین آنها تفاوت معنادار وجود دارد. این به آن معناست که مشاوره گروهی وجودی بر کاهش کمروبی تأثیر معنادار داشته است، بنابراین فرضیه اول با عنوان مشاوره گروهی - وجودی بر کاهش کمروبی تأثیر دارد، تأیید می‌شود

جدول ۳- آزمون شفه برای مقایسه زوجی میانگین‌ها

P	تفاوت میانگین	میانگین گروهها	گروهها
0/001	17/70	110/8	93/10 کنترل مشاوره وجودی
0/000	23	116/10	93/10 کنترل شناختی - رفتاری
0/456	5/30	116/10	110/8 مشاوره وجودی شناختی - رفتاری

شیوه‌ای که در آن فرد، دیگری را همان‌گونه که هست بپذیرد و بتواند به او محبت کند، بی‌آنکه انتظار دریافت پاداشی داشته باشد، در واقع شیوه‌ای است که در یک تعامل پویا و اصیل فرد را به سوی تکامل و تعالی نفس هدایت می‌کند و سطح فکری فرد را نسبت به روابط انسانی افزایش می‌دهد و کمروبی فرد را کاهش می‌یابد. براساس تفکر رویکرد وجودی، انسانی که زندگی خالصانه ندارد، تابع ارزش‌های قالبی است که آنها را صادقانه و خالصانه برنگزیده است. در این نوع زندگی ارزش‌ها همچون واقعیاتی عینی جلوه داده می‌شوند و شخصی که تابع این شکل از زندگی است حتی نمی‌داند که این ارزش‌ها انتخابی هستند. انتخاب آگاهانه و مسؤولانه فرد را با شیوه‌های مختلف بودن آگاه می‌کند. بنابراین فرد از بودن واقعی خود و برقراری ارتباطات اصیل با دیگران خودداری نمی‌کند، از مواجهه با خود و واقعیت‌های موجود نمی‌ترسد و می‌تواند خود را تعالی دهد و با برقراری ارتباطات اصیل بر کمروبی خود غلبه کند و بدون ترس، وجود اصیل خودش را بیان کند. مشاوره وجودی به فرد کمک می‌کند تا آگاهی خود را درباره نحوه بودن در دنیا، بودن با خود و نیز بودن با دیگران و همچنین ارتباط خود با دیگران گسترش دهد و دیدی جامع به مسائل درونی خود داشته باشد. در این نوع درمان مشاور سعی می‌کند به عمیق‌ترین سطح مراجع برسد و خطر کند و در

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی و رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش کمروبی دانش‌آموزان بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد وجودی بر کاهش کمروبی دانش‌آموزان تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسین‌آبادی (۱۳۹۰)، گادی (۲۰۰۵) و آلیسون (۲۰۰۸) همسو است. نتایج پژوهش آلیسون (۲۰۰۸) نشان داد دانشجویانی که درک معنای وجودی و منبع کنترل درونی بالایی دارند کمروبی کمتری را تجربه می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که مؤلفه‌های وجودی به‌طور مستقیم فرد را با هستی و فرایندهای وجودی درگیر می‌کند، درمان دشوار و طولانی‌مدت خواهد بود، اما به دلیل عمق و غنای آن باثبات است. فرد در درمان وجودی به فرایند تغییر به‌صورت آگاهانه می‌نگرد. این فرایند همیشه مستلزم آن است که فرد اجازه دهد، قسمتی از او که تا به حال پنهان مانده و یا سرکوب شده است، به حیطة آگاهی و تحلیل بیاید تا مجالی برای انتخاب آگاهانه‌تر ایجاد شود و رشد گسترده‌تر و عمیق‌تر صورت گیرد. ویژگی عمده درمان وجودی که تأکید بر آزادی مراجع است، فرد را به‌سوی انتخاب آزادانه و آگاهانه، و پذیرش مسؤولیت انتخاب‌ها سوق می‌دهد.

با آگاهی از این افکار غیرمنطقی و با جایگزین نمودن افکار منطقی به جای آنها می‌توانند کمرویی خود را کاهش دهند و راحت‌تر عقاید، احساسات و خواسته‌های خود را بیان کنند.

فرضیه سوم تحقیق این بود بین اثربخش بودن فنون مشاوره وجودی گروهی و فنون رویکرد شناختی - رفتاری گروهی در کاهش کمرویی تفاوت وجود دارد. اما یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو رویکرد در میزان تأثیرگذاری وجود ندارد، بنابراین فرضیه سوم تحقیق تأیید نمی‌شود. تحقیقاتی که اثربخشی این دو رویکرد را بر روی کمرویی مقایسه کرده باشد، یافت نشد. در همین راستا نتایج پژوهش بهروزی‌فر (۱۳۸۷) که به بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد اصالت وجود انسان‌گرایانه و شناختی - رفتاری بر روی عزت‌نفس (مرتبط با کمرویی) زندانیان پرداخت نشان داد که بین میانگین نمره عزت‌نفس گروه‌های آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی بین دو شیوه درمانی تفاوت معناداری دیده نشد، ولی دو ماه بعد در پیگیری، پایداری درمان وجودی بر درمان شناختی - رفتاری تأیید شد. پژوهش حسن‌آبادی (۱۳۸۶)، مؤید پایداری رویکرد وجودی نسبت به رویکرد شناختی - رفتاری است که با نتایج این پژوهش همسو نیست. علت این ناهم‌سویی را می‌توان تفاوت در جامعه‌های دو پژوهش دانست. با توجه به اینکه جامعه مورد نظر در پژوهش حسن‌آبادی (۱۳۸۶)، زندانیان بوده‌اند و زندانی بودن یک فرد عزت‌نفس را در وی کاهش می‌دهد، در نتیجه رویکرد وجودی با عمق و غنایی که دارد با ارائه مؤلفه‌هایی همچون معنایابی، مرگ، آزادی و اصالت، به‌طور مستقیم فرد را با هستی و فرایندهای وجودی درگیر کرده و با بهره‌مند کردن افراد از فلسفه‌ای عمیق، در افزایش عزت‌نفس پایداری از رویکرد شناختی - رفتاری عمل می‌کند. ولی در مورد دانش‌آموزان که فعال و پرجنب و جوش هستند این‌گونه نیست.

این پژوهش با محدودیت‌های خاصی نیز روبه‌رو بود. از آنجا که نمونه مورد بررسی در این پژوهش دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان شهر باروق بوده است، در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود که برای تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر از هر دو جنس به‌عنوان نمونه استفاده نمایند. همچنین با توجه به آنکه هر دو رویکرد وجودی و شناختی - رفتاری در کاهش کمرویی تأثیر معنادار داشته است، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی خود از ترکیب هر دو رویکرد استفاده کنند، تا این نتیجه حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می‌تواند اثربخش‌تر از به‌کارگیری آنها به‌صورت جداگانه باشد یا خیر؟

آبهای گل‌آلود مراجع بدون اینکه غرق شود، سیر کند و به مراجعان کمک کند تا مسائل خود را به عمیق‌ترین شکل ممکن مورد کاوش قرار دهند. مشاوره وجودی به معنای جرأت داشتن برای اهمیت دادن به انسان در دنیای بی‌تفاوتی است (کوری، ۲۰۰۸؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد اهمیت دادن به مراجعان در این سطح خاصیت درمانی داشته باشد و در کاهش کمرویی مراجعان تأثیر داشته باشد.

فرضیه دوم تحقیق این بود که رویکرد شناختی - رفتاری به کاهش کمرویی منجر می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد کاربرد رویکرد شناختی - رفتاری میزان کمرویی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. بنابراین فرضیه دوم تحقیق نیز تأیید می‌گردد. نتایج پژوهش حاضر با تحقیق اسکولینگ و املکمپ (۱۹۹۶) همسو است که آنها سه روش درمانی ترکیبی، یعنی اول شناختی - رفتاری و بعد نمایشی، اول نمایشی و بعد شناختی - رفتاری، و سپس هر دو روش را با هم در زمینه ترس از نشان دادن نشانه‌های بدنی کمرویی به‌کار بردند و مشخص شد که هر سه روش مؤثر است و تفاوتی در نتایج آنها پیدا نشد (به نقل از امیدوار، ۱۳۸۹). اجمل و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که کمرویی با عزت‌نفس رابطه عکس دارد و از طرفی بهروزی‌فر (۱۳۸۷) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر عزت‌نفس تأثیر معنادار دارد و آن را افزایش می‌دهد. همچنین نتایج این تحقیق با پژوهش رضانی (۱۳۷۳) همسو است. با در نظر گرفتن همبستگی بالای کمرویی با هراس اجتماعی، نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش رحمانیان، میرزائیان و حسن‌زاده (۱۳۸۵)، وکیلیان، هاشم‌آبادی و طباطبایی (۱۳۸۷)، داداش‌زاده، یزداندوست، غرایبی و اصغرنژاد (۱۳۹۱) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در گروه‌های شناختی - رفتاری افراد بسیار فعال هستند و برای انجام تمرین‌ها و بازی نقش و رفتارهای جسورانه از آمادگی کافی برخوردار هستند. علاوه بر این تمرین‌ها، تعاملات در گروه، به اعضای گروه کمک می‌کند که رفتارهای جدیدی را امتحان کنند و روش‌های جدید رفتار کردن را به‌جای روش‌های قدیمی به‌کار گیرند. همچنین تکالیف خانگی به افراد کمک می‌کند، چشم‌اندازی جدید را در ارتباط با رفتارهای جسورانه کسب نمایند (آدام ریتا، ۲۰۱۰). عاملی دیگر را که می‌توان برای تبیین این یافته مورد بحث قرار داد، روش‌های تغییر باورهاست که در کاهش کمرویی کاربرد دارد. از آنجا که رویکردهای شناختی - رفتاری در طول جلسات درمانی به روش‌های مختلف افکار و عقاید غیرمنطقی مؤثر در بروز رفتار را مورد چالش قرار می‌دهند، افرادی که کمرو هستند،

منابع

- افروز، غ. (۱۳۸۱). روان‌شناسی کمرویی و روش‌های درمان آن. تهران: انتشارات فرهنگ اسلامی، چاپ ششم.
- امیدوار، ا. (۱۳۸۹). روان‌شناسی کمرویی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ اول.
- بهروزی فر، ج. (۱۳۸۷). مقایسه بین دو شیوه گروه درمانی شناختی - رفتاری و اصالت وجود - انسان‌گرایانه بر عزت‌نفس زندانیان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.*
- پروچاسکا، ج.او. و ونورکراس، ج.س. (۱۳۸۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- حسن‌آبادی، ح. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی سه شیوه گروه‌درمانی عقلانی - هیجانی، وجودی - انسان‌گرایانه و معنوی - مذهبی در افزایش عزت‌نفس زندانیان مشهد. *پایان‌نامه دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.*
- حسین‌آبادی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی وجودی - انسان‌گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم عزت‌نفس و احساس شرم در بهبود سلامت روان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.*
- داداش‌زاده، ح.، یزدان‌دوست، ر.، غرابی، ب.، و اصغرنژادفرید، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه‌درمانی بر میزان سوء‌گیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۸(۱)، ۴۱-۵۱.*
- درخشانی، ص.، حسینیان، س.، و یزدی، م. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی به شیوه گروهی بر کاهش کمرویی نوجوانان دختر مقطع متوسطه شهر تهران. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۱۹، ۲۳-۳۴.*
- راضی، ا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه وجودی بر منبع کنترل و رضایت زناشویی زنان متأهل ۲۰-۴۵ ساله. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.*
- رحمانیان، ز.، میرزائیان، ب.، و حسن‌زاده، ر. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز. *دو ماهنامه دانشگاه شاهد، ۱۹، ۹۶.*
- رضائی، ح.ر. (۱۳۷۳). کاربرد تکنیک‌های آموزش ابراز وجود در درمان کمرویی و عدم قاطعیت دانشجویان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.*
- سازمان بهداشت جهانی. (۱۳۷۹). *واژه‌نامه ارتقای سلامت*. ترجمه محمد پوراسلامی، سعید ایبار، حمیده سرمست. تهران: دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- سموعی، ر. (۱۳۸۲). *آزمون کمرویی*. چاپ مؤسسه تحقیقات علوم رفتاری سینا (روان تجهیز). ۱۰۳.
- طاهری فر، ز.، فتی، ل.، و غرابی، ب. (۱۳۸۹). الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی در دانشجویان بر پایه مؤلفه‌های شناختی - رفتاری. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۶، ۱، ۴۵-۳۴.*
- غفاری، ا.، بهروزی فر، ج.، و نارویی، پ. (۱۳۸۹). تأثیر گروه‌درمانی وجودی بر میزان شناخت فرد از خویش و تلاش برای رشد شخصی. *دانشگاه فردوسی مشهد: پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.*
- غفاری، ف.، و پورغزنین، ط. (۱۳۸۵). ارتباط شدت سندرم قبل از قاعدگی با خشم در دختران نوجوان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۹، ۵۹-۵۳.*
- کوری، ج. (۱۳۸۷). *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی*، ترجمه عسگری، خدابخشی، دارینی و عسگری. تهران: شنبم دانش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- کوری، ج. (۱۳۸۹). *نظریه و کاربریت مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- منتظرغیب، ط.، و قدسی، ا. (۱۳۸۸). رابطه هوش هیجانی با میزان کمرویی دانشجویان دانشگاه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. سال ۳، شماره ۴، ۸۶-۱۰۱.*
- وکیلیان، س.، قنبری‌هاشم‌آبادی، ب.، و طباطبایی، س. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر افزودن آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌درمانی شناختی - رفتاری در درمان هراس اجتماعی دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی، ۱۰(۲)، ۳۸-۹۷.*
- Adamrita, C.S. (2010). The effects of gestalt and cognitive- behavioral therapy group intervention on the assertiveness and self- steem of women with physical disabilities facing abuse. *In partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of philosophy, Wayne State University.*
- Aho, K. (2010). The Psychopathology of American Shyness: A Hermeneutic Reading. *Journal for the Theory of Social Behavior, 40:2*
- Ajmal, M., Butt, M., Moosa, S., & Rahman, F. (2011). Effects of shyness on the self-esteem of 9th grade female students. *International Journal of Business and Social Science, 12, 150-156.*
- Alison., K. (2008). *Existential meaning in college students: Relations with internalized shame and locus of control*. University of Houston, 47 pages; AAT 3309548.
- Brendas, O. (2005). The effects of existential-phenomenological group counseling on identity style, self- efficacy, aggressive tendencies and locus of control of students in an alternative high school. *Dissertation for the degree of doctora, of Wayne state university.*

- Cheek, J.M., & Buss, A.H. (2006). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(18): 330-339.
- Dill, J.C., & Anderson, C.A. (1999). *Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living*. In T. E. Joiner & J.C. Coyne (Eds.), *the interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (pp. 93-125). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernando, D.M. (2007). Existential theory and solution-focused strategies: Integration and application. *Journal of Mental Health Counseling*, 29, 226-241.
- Ford, G.G. (1996). An existential model for promoting life change confronting the disease concept. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, Issue 2, March-April 1996, Pages 151-158.
- Gilliam, C.M., Norberg, M., & Morrison, S. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Research and Therapy*, 3, 1-6.
- Godoy, D.V. (2005). The effect of psychotherapy provided as part of a pulmonary rehabilitation program for the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Bras. Pneumol*, 31, 6.
- Goldfried, M., & Davison, G.C. (2000). *Clinical behavior* the New York: Holt. *Rinehart & Winston*, 20(2): 215-220.
- González-Prendes, A.A. (2009). The effects of cognitive-behavioral therapy on trait anger and paranoid ideation. *Research on Social Work Practice*, 19(6), 686.
- Heiser, N.A., Turner, S.M., & Beidel, D.C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209-221.
- Jacobsen, Bo. (2007). Authenticity and over basic existential dilemmas: foundational concepts of existential psychology and therapy. *existential analysis*, 18, 2, 288-296.
- Jones, W.H., Briggs, S.R., & Smith, T.G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Koydemir, S., & Demir, A. (2008). Shyness and Cognitions: An Examination of Turkish University Students. *The Journal of Psychology*, 142(6), 633-644.
- Lau, W., & Chan, C. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1067.
- Leary, M.R. (1986). *Affective and behavioral components of shyness: Implications for theory, measurement, and research*. In W.H. Jones, J.M. Cheek, & S.R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 27-38). New York: Plenum. preventing and Overcoming Shyness from Infancy to Adulthood.
- Loostra, B., Brouwers, A., & Tomic, W. (2009). Feelings of existential fulfillment and burnout among secondary school teachers. *Teaching and Teacher Education*, 25, Issue 5, 752-757.
- Margiotta, D.T. (2006). Existential themes in late life depression. *Doctoral Dissertation of philosophy*, The University of the Rockies, United States Colorado.
- Odde, D. (2011). *Motivation and Existence: Motivation in Kierkegaard and Heidegger Existential Analysis*, 22.1, January 56.
- Özabac, N. (2011). Cognitive behavioural therapy for violent behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 33, 1989-1993.
- Rubin, Kenneth. H., Coplan, Robert. J. (2010). *The Development of Shyness and Social Withdrawal Publications*. 336 pp. (ED512326).
- Seligman, L. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies, and skills* (2nd ed.). Saddle River, NJ, Pearson Education.
- Szasz, T. (2005). *What is existential therapy not?*. Syracuse university press. *What is Existential Therapy Not. Existential Analysis* 16 (January), 127-130.
- Williams, H. (2011). Intensity cognitive behavioral therapy for individuals who self-harm?. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 6, 165-174.
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness: What it is what to do about it?*. Reading, MA: Perseus Press.