2-1-خانواده و تعاملات آن.............................22

2-2- موقعيت هاي ايجاد كننده آسيب نوجوانان............26

2-2-1-دوره نوجواني..................................31

2-3-كمرويي..........................................34

2-3-1--تعريف كمرويي.................................34

2-3-2-شيوع كمرويي...................................46

2-3-3-پيامدهاي كمرويي...............................48

2-3-4-پيوستار كمرويي................................50

2-3-5-علل كمرويي...................................53

2-3-6-نظريه هاي كمرويي.............................60

2-3-6-1-نظريه روان تحليل گري........................60

2-3-6-2-نظريه اريكسون..............................60

2-3-6-3-نظريه اسنادي زيمباردو.......................61

2-3-6-4-نظريه شناختي آرنولد باس.....................61

2-3-7-كمرويي و ويژگي هاي روانشناختي.................62

2-3-8-ارتباط خانواده با ويژگي هاي روانشناختي........64

مساله را مورد بررسی و مطالعه قرار می دهیم.

**2-1-خانواده و تعاملات آن:**

خانواده اولین و مهمترین منبع جامعه پذیری کودک است. در سالهای اولیه تنها روابط در دسترس کودک، والدین او هستند. تعامل و رابطه هیجانی بین کودک و والدین انتظارات و پاسخهای آتی کودک در روابط اجتماعی را شکل می دهد. باورها، ارزشها و بازخوردهای یک فرهنگ از طریق فیلترهای خاص خانواده به کودک منتقل می شود (هترینگتون[[1]](#footnote-1) و پارک[[2]](#footnote-2)، 2005).برخی محققان بر این باورند که رفتار والدین تعیین کننده رفتار کودکان است. کودک در سنین اولیه با قرار گرفتن در شبکه روابط پیچیده خانواده، به شناخت خود ودنیای اطراف خود نایل می شود.تمامی متغیرهای مربوط به کودک مثل خودپنداره، عزت نفس، خویشتنداری و قابلیتهای ارتباطی ماحصل نظامهای آموزشی و تربیتی خانواده است(استافورد[[3]](#footnote-3)و بیر[[4]](#footnote-4)، 1993؛گولدنبرگ، 2007).

خانواده به عنوان مهم ترين واحد جامعه بيشترين تاثير را بر شكل گيري شخصيت فرزندان دارد.كودك به هنگام تولد هيچ درك و فهمي از موجوديت خود ندارد اما به تدريج گونه اي از آگاهي و دانش ابتدايي را در مورد خود به واسطه تعامل با محيط و به خصوص خانواده شكل مي دهد. رفتارها و تعاملات والدين باعث مي شود كه فرزندان انگاره و تصور خاصي را در مورد موجوديت خود شكل دهند.هر خانواده به شيوه مخصوص خود بر فرزند خود تاثير مي گذارد، از جمله عوامل مهمي كه بر شكل گيري شخصيت نوجوانان موثر است عبارتند ازعوامل فرهنگي، اجتماعي، اقتصادي و...(گولدنبرگ، 2001).

خانواده چيزي بيش از مجموعه افرادي است كه در يك فضاي مادي و رواني خاص به سر مي برند. خانواده يك نظام اجتماعي و طبيعي است كه ويژگي هاي خاص خود را دارد. نظام اجتماعي مجموعه اي از قواعد و اصول را ابداع و براي اعضاي خود نقش هاي متنوعي تعيين مي كند. رابطه اعضاي خانواده رابطه اي عميق و چند لايه است كه عمدتا بر اساس تاريخچه مشترك، ادراك ها و فرض هاي مشترك و دروني شده راجع به جهان، و اهداف مشترك بنا نهاده شده است. در چنين نظامي افراد توسط علايق و دلبستگي هاي عاطفي نيرومند، ديرپا و متقابل به يكديگر متصل شده اند. ارزش اصلي خانواده حاصل شبكه روابطي است كه توسط اعضاي آن به وجود آمده است (گلدنبرگ، 2000؛ ترجمه حسين شاهي، 1386).

از طرفي ارتباط مؤثر، سنگ بناي خانواده سالم و موفق است. به عبارتي وقتي خانواده از الگوهاي ارتباطي مؤثر استفاده مي كند، انتقال و درك واضحي از محتوا و قصد هر پيامي دارد و مسئوليت اجتماعي كردن فرزندان و دستيابي به نيازهاي روحي و رواني اعضاي خانواده و شركت در اجتماع را مي تواند به خوبي انجام دهد. نوع نظام خانواده و الگوهاي ارتباطي آن اثر مهمي بر اعضاي خانواده دارد زيرا شخصيت، يادگيري، توسعه و ابقا اعتماد به نفس و قدرت انتخاب و تصميم گيري منطقي افراد خانواده همه به نوع ارتباطات و نحوه انتقال اطلاعات بين اعضاي خانواده وابسته است (ابراهيمي، 1372).

بهداشت روان کودکان به ميزان کفايت اجتماعی و عاطفي که توسط خانواده در طی رشد تامين مي گردد، بستگي دارد. در خانواده اي كه عشق و علاقه به اندازه كافي مبادله مي شود، سلامت عاطفي اعضاي تا حد زيادي تامين مي گردد. خانواده اولين و مهمترين محيطي است كه فرد را از كيفيت روابط انساني آگاه مي كند. طبق نظر اكثر روانشناسان، تجربيات سالهاي اول زندگي كه غالبا در محيط خانواده اتفاق مي افتد، زيربناي شخصيت فرد را سازمان مي دهد. بدون ترديد،كودك در محيط خانواده با معيارهاي ارتباطي، اخلاقي، تربيتي و ارزش هاي اجتماعي آشنا مي شود. اين تجربيات، رفتارها، نگرش ها، آرمانهاي تحصيلي، اعتقادات و باورهاي مذهبي، سياسي و اقتصادي و نوع حرفه فرد را تا حدودي زيادي مشخص مي كند (احدي و بني جمالي، 1378).

از نظر پاترسون[[5]](#footnote-5) (1982)، مشکلات رفتاری کودک در ارتباطی تنگاتنگ با بافت تعامل خانواده دارد. دو رویکرد اساسی برای تشخیص وجود دارد: 1- رویکرد مقوله ای[[6]](#footnote-6) و 2- رویکرد ابعادی[[7]](#footnote-7). رویکرد مقوله ای که DSM از آن جمله است بیان می دارد که اختلالات تا حدی از هم مستقل است، بطوریکه می توان برای هر یک سبب شناسی و تصویر بالینی مجزایی را ترسیم کرد. با این وجود، تحقیقات اخیر، تردیدهایی را به وجود آورده است. رویکرد ابعادی دیدگاهی متفاوت دارد. در این رویکرد تعدادی بعد فرض می شوند (همچون افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و تکانشگری) که می توان آنها را از لحاظ تجربی اثبات کرد و در عین حال با یکدیگر همپوشی دارند. نکته مورد بحث در این رویکرد قانون نگر بودن آن است. روش شناسی این رویکرد اساسا بر پایه هنجارهای آماری و گروهی بوده و وضعیت یک کودک را تنها می توان در مقایسه با وضعیت سایر کودکان در گروههای بهنجار و مرضی، تعبیر و تفسیر کرد.(پاترسون،1982)

دوبس و پيرون (1999) معتقدند كه خانواده ها با وجود تشابه كلي، از ويژگي ها و ساختار متنوعي برخوردارند كه احتمال مي رود اين تفاوت ها در وضع رواني و رفتاري اعضاي آنها منعكس گردد. از نظر آنان خانواده محيط طبيعي كودك است و در رشد فرد تاثير به سزايي دارد. اما اين محيط به طور وسيعي از يك خانواده به خانواده ديگر تفاوت مي كند. به اين ترتيب كه خانواده ها از يك سو برحسب جوامعي كه در آنها به وجود آمده اند و از سوي ديگر براساس ساختار داخلي با يكديگر متفاوت هستند.

پدر و مادر (والدين) به عنوان نقطه ثقل خانواده بيشترين تاثير را در جهت دهي و ايجاد شرايط متنوع و مناسب برای فرزندان دارند. ويژگي هاي شخصيتي، ارتباطي، اخلاقي، اجتماعي و تربيتي ايشان مي تواند تاثير مستقيم بر وضعيت رواني فرزندان داشته باشد.زيرا مطالعات نشان داده اند مادراني كه تسلط بر نفس و حس اعتماد را خيلي زود به فرزندانشان القا مي كنند، فرزندان آنها از نظر شكوفايی و رشد شخصيت در سطح بالاتري قرار دارند(بيگدلي، 1375).

اكثر مطالعاتي كه در موررد خانواده و تاثير آن بر روي تحول گزارش شده است، تاكيد بر اين نكته دارد كه اصول كيفيت ارتباطات درون خانواده، پيش بيني كننده رفتار در دوره نوجواني است (اشتاين برگ، 1375). در واقع دو نوع مطالعات در اين زمينه وجود دارد. در يك سري از مطالعات، متغيرهاي خانوادگي به عنوان اثرات اصلي مورد توجه قرار گرفته اند و در بخش ديگر، عوامل خانوادگي به عنوان متغيرهاي پيش بيني كننده مورد توجه بوده اند. البته اثر متغيرهاي واسطه اي و تعديل كننده از هر نوع آن در اين مطالعات براي فهم متغيرهاي خانوادگي روي رفتار نوجوان مورد برسي قرار گرفته اند. در مطالعات سري اول، خانواده را به عنوان متغير مستقل و خصوصيات نوجواني را به عنوان متغير وابسته يا پس آيند مورد توجه قرار داده اند. در اين گونه موارد فرض بر اين است كه رفتار والدين، شخصيت و نگرش آنان روي رفتار نوجوانان تاثير مي گذارد.در فاصله سال هاي 1960-1950متغيرهاي پس آيند، به طور عمده روي شخصيت و پيشرفت نوجوان در جنبه مثبت، توجه محققان را به خود جلب كرده بود (بكر، 1964؛ مكوبي و مارتين، 1983). اين رويكرد با جنبه اجتماعي شدن رفتار كودك و نوجوان منطبق است كه براساس آن والدين داراي نگرش ها، ارزش ها، توجه و محبت نسبتا ثابتي هستند كه مي تواند باعث كنترل و شكل دهي رفتار و توانايي هاي كودكان و نوجوانان شود. اين نگرش هم با پارادايم روان تحليلي و هم رويكرد رفتارگرايانه منطبق است. اگرچه اغلب مطالعات انجام شده در اين زمينه به صورت رويكرد همبستگي و يا روش عرضي بوده است، ولي محققان به صورت دلخواه نتايج خود را به صورت رابطه هاي علت و معلولي تفسير كرده اند و در واقع يك رويكرد يك جهتي را در اجتماعي شدن مد نظر داشته اند (فراهاني،1382).

**2-2-موقعيت هاي ايجاد آسيب در نوجوانان:**

محققان موقعيت هاي ايجاد كننده آسيب در كودكان و نوجوانان را در خانواده، پس از انجام و برسي مطالعات به پنج دسته تقسيم كرده اند:

**مرگ والدين:** در بسياري از كشورهاي توسعه نيافته تولد كودك زندگي مادر را به طور قابل ملاحظه اي در معرض خطر قرار مي دهد. خطر افزايش اختلالات رفتاري و عاطفي همچون افسردگي،اضطراب و كمرويي در كودكاني كه يكي از والدين خود را به علت مرگ از دست داده اند،بسيار زياد است. پترسن و همكاران (1959) در مطالعات خود به اين نتيجه رسده اند كه در انواع مختلف فضاهاي خانوادگي بدون والدين و سرپرست ميزان اختلالات رفتاري و اختلالات روان نژندي ديده مي شود. در واقع اختلالات رفتاري فرزندان با فقدان يا اختلال در سرپرستي خانواده همبستگي دارد. اما در صورتي كه ديگر اعضاي حقيقي خانواده مراقبت از آنها را بر عهده گيرند كمتر احتمال دارد كه اين امر حادث گردد.

**بيماري جسمي والدين:** هنگامي كه يكي يا هردوي والدين به بيماري مزمن مبتلا شوند، اين امر به اندازه قابل ملاحظه اي بر سطح روابط عاطفي خانواده تاثير مي گذارد كه ممكن است تاثير بسيار زيادي نيز بر زندگي كودك داشته باشد.كووز (نقل از هومن، 1383) در مطالعه اي به اين نتيجه رسيده است كه خانواده هاي كم در آمد نسبت به خانواده هاي داراي درآمد متوسط مشكلات داخلي بيشتري دارند و از نابساماني هاي اجتماعي زيادتري رنج مي برندو به دليل نگراني هاي شديد مالي، رضايت مندي زناشويي كمتري دارند. درآمد ناكافي، احساس ناامني به دنبال دارد و تنش هاي خانوادگي را افزايش مي دهد كه اين تنش ها نيز به نوبه خود نابساماني هاي رواني همچون افسردگي و اضطراب را در كودكان و نوجوانان به همراه مي آورند.

**ناهماهنگي در روابط خانوادگي:** تعارض و ناهماهنگي در روابط و نزاع و تنش در خانواده، شايد عمده ترين منبع ايجاد استرس در كودكان كشورهاي توسعه يافته باشد. كودكاني كه در چنين شرايطي تربيت مي شوند، براي ابتلا به اختلالات رواني و رفتاري مانند كمرويي،افسردگي و اضطراب مستعدتر هستند. والديني كه نيازهاي عاطفي يكديگر را برآورده نمي كنند و در زندگي زناشويي دچار تعارض هستند، با كودكان خود به تندي برخود مي كنند و گاهي اوقات براي مراقبت از فرزندان خود به روش هاي نامناسبي متوسل مي شوند. پارك و بوريل (1997) معتقدند كه خشنودي از رابطه زناشويي تاثير زيادي بر سلامت رواني و رشد شخصيت زوج ها و فرزندان آن ها دارد. از نظر ايشان، بسياري از مطالعات، ارتباط ميان تعارض هاي زناشويي با اختلال در كيفيت ارتباطات بين فردي كودكان را مورد تاييد قرار مي دهند (مرادي، 1385).

رايان و آدمز (1991) نيز در پژوهشي به اين نتيجه رسيدند كه كاهش تفاهم زناشويي و افزايش تعارض ها و فشارهاي خانوادگي منجر به اختلالات رفتاري از قبيل اضطراب، افسردگي و كمرويي در فرزندان مي شود و رفتارهاي رشد يافته اجتماعي را در آنان كاهش مي دهد. كيام و اسميت (1998) نيز با مطالعه تفاهم زناشويي والدين بر رفتارهاي روان شناختي دختران و پسران10 تا 12 ساله به اين نتيجه دست يافتند كه كاهش رضايت از زندگي زناشويي والدين، پرخاشگري، افسردگي، اضطراب و كمرويي را در كودكان آنان افزايش مي دهد (گراهام[[8]](#footnote-8) نقل از هامبورگ و سارتريس، 1374).

طبق ديدگاه سيستمي آسيب شناسي خانواده، براي فهميدن رفتار يكي از اعضاي خانواده بايد رفتارهاي مكمل اعضاي ديگر خانواده را نيز ارزيابي نمود. زيرا هريك از آنها بر ديگري اثر مي گذارند و اين اثرها گاه متقابل و گاه چند سويه است (مينوچين، ترجمه ثنايي، 1375). اين بدان معني است كه پدر به گونه غيرمستقيم (يا مستقيم) يا در ارتباطات مادر-فرزند ميانجي گري نموده يا تغيير ايجاد مي كند و به همين ترتيب مادر نيز بر روابط پدر-فرزند به طور مستقيم يا غير مستقيم تاثير كمي و كيفي مي گذارد و مجموعه اين ارتباطات در نحوه شكل گيري شخصيت فرد در خانواده و فرايند اجتماعي شدن وي تاثير مي گذارد. به عبارت ديگر فضاي عاطفي خانواده، مجموعه اي از اشكال مختلف روابط و تبادل هاي رواني-عاطفي است كه بين اعضاي خانواده وجود دارد. وجود يك جو پذيرا از سوي والدين تاثير متفاوتي در رشد اجتماعي و شخصيت فرد بويژه در دوره كودكي و نوجواني برجاي مي گذارد (رس، الاويري و كورد، 1983؛ نقل از پارك و بوريل، 1997).

محمديان (1373) در مطالعه خود تحت عنوان"بررسي رابطه مشكلات خانوادگي والدين با مشكلات خانوادگي فرزندان آنان (پس از ازدواج) نظير كمرويي، اضطراب، افسردگي، به اين نتيجه دست يافت که ميان مشكلات عاطفي، رواني، فرهنگي، اجتماعي و اقتصادي خانوادگی والدين با مشكلات خانوادگي فرزندان رابطه وجود دارد.

بيماري رواني هريك از والدين با ميزان بالاي مشكلات عاطفي از قبيل كمرويي، افسردگي، اضطراب در فرزندان ارتباط دارد (دويين و همكاران، 1981؛ وين و سينگر، 1977؛ نقل از آزاد، 1377). برخي از كودكان و نوجوانان با وجود زندگي با والدين سالم (از لحاظ جسمي و رواني) كه روابط زناشويي رضايت بخش دارند، به دليل تربيت نادرست و شيوه هاي نادرست تربيتي توسط والدين، در معرض خطر قرار دارند. در برخي موارد اين وضعيت از فشارهاي اجتماعي-اقتصادي خاصي ناشي مي شود كه بر والدين وارد مي آيد. ممكن است والدين با بروز اختلال در انجام وظايف والديني و فرزندپروري، و نه خود بيماري رواني، نسبت به بيكاري، مضيقه مالي، وضعيت مسكن، شعل نامناسب و تحصيلات پايين واكنش منفي نسبت به فرزندشان نشان دهند. نداشتن تجربه نيز ممكن است موجب انجام نامناسب وظايف والديني در قبال فرزندان شود كه اين امر به نوبه خود منجربه مشكلات عاطفي در آنان همچون اضطراب، افسردگي وكمرويي مي شود. بسياري از والدين كه در خانواده هاي منزوي و كم فرزند تربيت شده اند، ممكن است تجربه كمي در تربيت فرزند كسب كرده باشند و اين در حالي است كه قبل از ازدواج، كمتر به آماده سازي براي دوران والديني اهميت داده مي شود (هومن، 1383).

اعمال مسامحه جسمي يا رواني والدين در مورد كودكان، موجب احساس ناخواسته بودن و بي ارزشي در آنها مي شود. اين احساس ها در مواجهه با موارد اضطراب هاي زندگي، موجب بروز اضطراب، افسردگي و كمرويي مي شود. گاهي اين محروميت به شكل سردي و توجيه عقلي در نگرش والدين تظاهر مي كند كه علي رغم تامين مراقبت ظاهري از ابراز محبت گرم و پربار مضايقه مي كنند.

از طرفي وقتي پدر و مادر راه رشد استقلال در اعتماد به نفس را از طريق سرپرستي و كنترل افراطي مي بندند و در مورد وضعيت كودك دلشوره مداوم از خود نشان مي دهند، فرزند آنها در كسب مهارت هاي رفتار سازشي براي مواجهه با پستي و بلندي هاي زندگي دچار تعلل شده و مضطرب مي شود. رفتار تعصب آميز در برقراري اصول مطلق و دقيق با معيارها و خواسته هاي فاقد انعطاف والدين كه براي تحت سلطه در آوردن كامل فرزندان صورت مي گيرد، مي تواند كمرويي و اضطراب را درآنها ايجاد كند. اين اضطراب و كمرويي، از افكار خصمانه و پرخاشگرانه اي ناشي مي شود كه بطور پنهان در كودكي كه به ظاهر مطيع است، پروش يافته است (كاستلو[[9]](#footnote-9) و كاستلو، 1992).

**2-2-1نوجواني:**

روانشناسي تحولي نشان داده است كه در چرخه تحول رواني آدمي، حوزه مهمي وجود دارد كه ميان دوره كودكي و دوره بزرگسالي قرار مي گيرد. نوجواني معرف دوره تغيير عميقي است كه كودكي را از بزرگسالي جدا مي كند. اين دوره واقعا به منزله دگرگون شدن است. نوجوان دائما در تغيير است و حتي خود وي نيز با مشكل بزرگ وضع و موقع خويش روبه رو است. اما اگر نوجواني در وهله اول دگرگون شدن و تغيير يافتن است، در عين حال دوره شكل گيري و مجهز شدن براي مواجه با مسائل زندگي نيز هست. مسائلي كه در زندگي روزمره و در اجتماع بزرگسالان مطرح مي شوند و وي بايد در مقابل آنها موضع مشخصي بگيرد. پس مهمترين پديده نوجواني مجهز شدن و متحول شدن شخصيت فرد است كه فراهم آوردن شرايط آن تحت اشكال مختلف در اعمال و رفتار نوجوان جلوه گر مي شود (منصور، 1378).

نوجواني به سال هايي اطلاق مي گردد كه كودكي را به بزرگسالي وصل مي كند. شروع نوجواني با تغييرات بدني همزمان مي شود و در نتيجه رديابي آن آسان تر است، در حايكه پايان آن برحسب شكل گيري ساخت هاي عقلي و تغييرات عاطفي و اجتماعي، نوساني تر در نظر گرفته شده است. به همين دليل، براي كساني كه به ضابطه هاي ظاهري تكيه كرده اند، شروع نوجواني را زيست شناختي و پايان آن را فرهنگي دانسته اند (كانچر[[10]](#footnote-10) و پترسن[[11]](#footnote-11)، 1984).

به همين دليل ميان روانشناسان از نظر طول دوره نوجواني اتفاق نظر وجود ندارد. معذالك عموما اين امر مورد قبول است كه در جوامعي كه ساختمان خانوادگي از نوع غربي است ميان ده، دوازده تا هجده سالگي است (منصور، 1378). البته لازم به ذكراست كه در برخي جوامع صنعتي، در مقايسه با جوامع غيرصنعتي دوره نوجواني را طولاني تر و حتي تا بيست و يك سالگي نيز در نظر گرفته اند (احدي و جمهري،1380).

اگرچه امروزه وجود دوره نوجواني مورد قبول همگاني است ولي در تبيين و شرح وقايع و تغييرات رواني و جسماني كه در اين دوره رخ مي دهد نظريه هاي مختلفي وجود داردكه در ميان آنها همگرايي چنداني نمي توان يافت (منصور، 1378). برخي اين دوره را همراه با طوفان و فشار[[12]](#footnote-12) دانسته و به آن عنوان تولد دوباره[[13]](#footnote-13) داده اند (هال[[14]](#footnote-14)، 1904؛ نقل از احدي و بني جمالي، 1378) و برخي وقايع اين دوره را وابسته به فرهنگ دانسته اند (مالينوسكي[[15]](#footnote-15)، 1935،1928،1927؛ميد[[16]](#footnote-16)،1928؛بنديكت[[17]](#footnote-17)،1938؛ نقل از آدامز[[18]](#footnote-18)،2000) و اين دوران را بدون تنش و هياهو و جنجال توصيف نموده اند. اريكسون[[19]](#footnote-19) (1950؛ نقل از كاپلان[[20]](#footnote-20) و سادوك[[21]](#footnote-21)، 2003) نياز اين دوره را همانند دوره هاي ديگر زندگي دربرگيرنده بحران[[22]](#footnote-22) هويت بهنجار مي داند و وضعيت رواني نوجوان را تابع چگونگي حل شدن بحران هاي موجود در دوره هاي قبلي و چگونگي مواجهه با بحران در اين دوره مي داند. اما آنچه در مجموع قابل استنباط و استنتاج است اينكه وجود ديدگاه هاي نظري متنوع در اين باره حاكي از اهميت اين دوره در نظر دانشمندان علوم انساني است.

قبل از دهه 1980 روانشناسان با نظريه پردازي در طي ساليان كوشيده اند كه استرس و منابع ايجاد كننده آن را در اين دوره توصيف و تبيين نمايند. موضوعات اساسي كه در راس اكثر مطالعات انجام شده بر روي گروه هاي نوجوان قرار داشته، مطالعه تاثير خانواده بر وضعيت رواني اين گروه ها بوده است. نكته قابل توجه در بسياري از متون نظري و عملي مربوط به اين حيطه است كه شرايط نامناسب عاطفي و تنش زاي محيط اجتماعي و خانواده اهميت به سزايي دارد. هيچ جامعه اي نمي تواند ادعاي سلامت كند، مگر آنكه از خانواده هايي سالم برخوردار باشد. بي هيچ شبهه اي مي توان گفت كه هيچ يك از آسيب هاسي اجتماعي فارغ از تاثير خانواده پديد نمي آيد (هومن، 1383) و اگر محيط خانواده محيط سالم و سازنده اي براي اعضا و فرزندان باشد و نيازهاي جسمي و رواني آنها را برآورده كند، از سرچشمه طبيعي كمك سيراب مي شوند و كمتر ممكن است به نهادهاي درماني خارج از خانواده احتياج پيدا كنند (ثنايي،1370).

**2-3-كمرويي:**

**2-3-1-تعريف كمرويي:**

يكي از مواردي كه در اين دوره مي تواند آسيب هاو مشكلات جدي براي نوجوان به همراه داشته باشد كمرويي است. كمرويي را مي توان به عنوان يك احساس ناراحتي يا بازداري درموقعيت هاي ميان فردی يا اجتماعي كه فرد را از پيگيري اهداف تحصيلي و اجتماعي اش بازمي دارد تعريف كرد. كمرويي به خود كانوني[[23]](#footnote-23) مفرط، نگراني و اشتغال ذهني مكرر همراه با افكار و احساسات مربوط يا واكنش هاي فيزيكي، شدت يافتن ضربان قلب و....منجر مي گردد (گودينو و لو،2010).

كمرويي متضمن نگراني بيش از حد در رابطه با ارايه خود[[24]](#footnote-24) در موقعيت هاي اجتماعي مي باشد. نظريه ارايه خود مبتني بر اين مفروضه است كه افراد در موقعيت هاي اجتماعي، در تلاش اند تا تصاوير خود و اطلاعات مربوط به هويت شان را كنترل كنند (فيليپس[[25]](#footnote-25) و پيتمن[[26]](#footnote-26)،2007). كمرويي، بازداري و كناره گيري اجتماعي، به كم گويي و خاموشي افراد به درگير شدن در تعاملات اجتماعي اشاره دارد (رابين، 2001).

از طرفي كمرويي يك امر معمول و رايج هيجاني است كه كمتر شناخته شده است. هر فردي ترديد، دودلي و يا كمرويي را در موقعيت هاي اجتماعي جديد تجربه مي كند. با وجود اين گاهي اوقات ممكن است كمرويي در رشد اجتماعي مطلوب كودك و نوجوان تداخل ايجاد و يادگيري آنها را محدود كند. كمرويي يك احساس مهم و همگاني است كه ممكن است گسترش يافته و توسط افراد به عنوان مكانيزم سازگاري براي كنار آمدن با تحريك اجتماعي جديد مورد استفاده قرار گيرد. كمرويي مي تواند به سبب كاهش ارتباط چشمي و فيزيكي متقابل و توداري و ساكت بودن، از طريق مشاهده مورد تشخيص قرار نگيرد. گفتار فرد كمرو اغلب نرم، ملايم و همراه با لرزش و ترديد است (اسنهالاتا و مارتي، 2003).

زيمباردو و هندرسون (1996) كمرويي را اينگونه تعريف مي كنند: كمرويي يك توجه افراطي به خود، اشتغال ذهني افكار،احساسات و واكنش هاي فيزيكي خود است كه مي تواند حداقل شامل يك ناراحتي اجتماعي ضعيف تا يك ترس اجتماعي بازدارنده و شديد باشد.

كمرويي يك توجه غير عادي و مضطربانه به خويشتن در يك موقعيت اجتماعي است كه در نتيجه آن فرد دچار نوعي تنش رواني-عضلاني شده،شرايط عاطفي و شناختي اش متاثر مي گردد و زمينه بروز رفتارهاي خام،ناسنجيده و واكنش هاي نامناسب در وي فراهم مي شود. به ديگر سخن پديده كمرويي به يك مشكل رواني اجتماعي و آزاردهنده شخصي مربوط مي شود كه به صورت يك ناتواني يا معلوليت ظاهر مي گردد.

كمرويي يعني توجه بيش از حد به خود، اعمال، گفتار يا حتي رفتار خود،ترس از مواجه شدن با ديگران،ترس و نگراني از مورد تاييد قرار نگرفتن و يا نگراني از مورد استهزا قرار گرفتن، جرات اظهار و بيان احساسات نداشتن، زياد به قضاوت ديگران اهميت دادن و مرور افكار غيرمنطقي و خودكار منفي هنگام مواجه شدن با يك موقعيت تازه و يا افراد ناآشنا است.فرد كمرو هشيارانه از مواجه شدن با افراد يا چيزهايي مشخص يا انجام كاري همراه آنان بيزار است.در گفتار يا كردار خود ملاحظه كار است، از ابراز وجود بيزار و به طور محسوسي ترسو است. البته گاهي هول و هراس خود را زير پوشش نوعي استهزا و تمسخر پنهان مي كند (زيمباردو، 1977؛ ترجمه پارسا، 1386).

محققان بسياري از جمله باس (1980) و زيمباردو (1987) عقيده دارند كه كمرويي مانند يك تجربه ذهني است كه با بيم، ترس،عصبانيت و برخوردهاي ميان فردي همراه است. اگرچه افراد كمرو در سخن گفتن و رفتاركردن بسيار محتاط وكم سخن هستند، اما در واقع ناراحتي و پريشاني زيادي را متحمل مي شوند.آنها در حد افراط توجه متمركز بر خود دارند و در باره تفكرات و واكنش هايشان اشتغال ذهني دايم دارند (هندرسون، زيمباردو، 1998).

كروزير(1991)عنوان مي كند كه يكي از مهمترين علايم تشخيص كمرويي داشتن اضطراب ذهني و اجتناب از رفتارهاي اجتماعي است. از نظر ليري (1991) كمرويي يك پديده اجتماعي است كه در موقعيت هاي اجتماعي رخ مي دهد و همراه با تجربيات همزمان عصبانيت، اجتناب، ترديد، دودلي، دست پاچگي و رفتاري ناشيانه است (جونز و همكاران، 1996).

به كلام ساده كمرويي يعني خود توجهي فوق العاده و ترس از مواجه شدن با ديگران، زيرا كمرويي نوعي ترس يا اضطراب اجتماعي است كه در آن فرد از مواجه شدن با افراد ناآشنا و ارتباطات اجتماعي گريزان است. در هر جامعه اي درصد قابل توجهي از كودكان و نوجوانان با اين اختلال رفتاري و عامل بازدارنده رشد شخصيت اجتماعي مواجه هستند كه مانع شكوفايي قابليت ها،خلاقيت ها و ايفاي مسؤليت مي شود (افروز، 1385).

از آنجایی که كمرويي یکی از مشکلات روانشناختی کودکان و نوجوانان است غالبا بر تمامی خانواده و کارکردهای مختلف آن تاثیر می گذارد. این افراد چالش های فراوانی را برای خانواده هایشان ایجاد می کنند و رفتارهایی از خود نشــان می دهند کـه تاثـیری منفی بر اطرافـیانشان (والدین، دوستان و معلمین) می گذارد و واکنش های ناخوشایند این افراد در پاسخ به رفتار آنها نیز متقابلا به خودشان باز می گردد (بلوم کویست، 1996؛ به نقل از علاقبند راد، 1383). كمرويي از طريق دو الگوي رفتاري مرتبط يعني رفتار محتاطانه و انزواي اجتماعي، قابل تشخيص است. در نوزادان، ضعف يا فقدان احتياط و دودلي در تقرب/ اجتناب با افراد غريبه كه خصوصيت قابل تشخيص در كمرويي است، مشاهده مي شود. تعداد دیگر از کودکان بزرگتر احساس نیاز کمتری را برای تقابل اجتماعی نشان داده و بیشتر ترجیح می دهند به تنهایی بازی کنند، در حالی که هیچ یک از تنش هایی را که یک کودک کمروی واقعی با آن ها روبه رو است، تجربه نمی کنند (اسنهالاتا و مارتی، 2003).

درپاره ای دیگر از کودکان، بازداری های مهمتری مشاهده می شود. کودکانی که همواره منزوی هستند و به رغم تمایل عمیق خود، شهامت نزدیک شدن به دیگران را ندارند، در حیاط مدرسه بازی نمی کنند، روزهای تعطیل، از مدرسه خارج نمی شوند و از فعالیت های گروهی امتناع می ورزند. اما گاهی بازخورد آن ها در چهارچوب خانوادگی(نسبت به والدین و خواهران و برادران) با آنچه در خارج از این چهارچوب مشاهده می شود در تناقض قرار می گیرد، به این معنا که ممکن است تا حد استبداد و سلطه جویی نیز پیش روند. در موارد افراطی، کودکانی که دارای این بازداری هستند در خارج از چهارچوب خانوادگی، کلمه ای حرف نمی زنند (لو و ونار، 1971).

از طرفي بازداری ارتباطی یا کمرویی بر شیوه ارتباطی فرد با اطرافیانش اثر می گذارد. این نوع بازداری را می توان به درجات مختلف در رفتار کودک مشاهده کرد. به عنوان مثال، پاره ای از کودکان ضمن آنکه تماس با کودکان دیگر را تا حدی حفظ کرده اند و از کار و بازی لذت می برند، با این حال بیش از اندازه آرام و مطیع هستند، حرف برانگیز نیستند و به عبارت دیگر بچه های عاقلی هستند (دادستان،1384).

افراد كمرو بيشتر احتمال دارد در مقايسه با افراد غير كمرو، موفقيت هاي خود را به فاكتورهاي بيروني نسبت دهند و شكست هاي خود را به عوامل دروني. آنها به شدت گرايش به سرزنش كردن خود دارند، به خصوص آنهايي كه به طور مزمن خجالتي هستند .هندرسون و زيمباردو مطرح كرده اند كه افزايش كمرويي با پيشرفت تكنولوژي و كاهش ارتباطات و تعاملات رو در رو مرتبط است. افزايش كاربرد ارتباطات غير مستقيم و كامپيوتري مانند تلفن، تلويزيون واينترنت ممكن است تعاملات اجتماعي را كاهش دهد و باعث افزايش انزواي اجتماعي گردد. از اين چشم انداز كمرويي مي تواند به عنوان يك نوع از آسيب شناسي اجتماعي ديده شود كه به خاطر فقدان اجتماعي شدن و تغيير در طبيعت ارتباطات ميان فردي تحت تاثير قرار مي گيرد (سندرس و چستر، 2008).

ميزان كمرويي مي تواند مسائلي را در زمينه هاي مختلف در حد ناراحتي هاي اجتماعي خفيف تا بيماري هراس اجتماعي براي افراد ايجاد كند. چنانچه بروز نگراني و اضطراب يا بازداري محدود به موقعيت هاي خاصي باشد، چنين كمرويي موقعيتي يك امر بسيار معمول و رايج است. موقعيت هاي خاصي كه موجب به راه انداختن چنين واكنشي مي گردد، اغلب موقعيت هايي است كه افراد با مراجع قدرت درگير هستند (معلمان، مديران، رهبران و...). گاهي موقعيت هايي وجود دارد كه اغلب واكنش هايي را در يك يا همه سطوح به راه مي اندازند؛ يعني شناخت، افكار مهم، عاطفه، احساسات معنادار و هدفمند، روانشناختي، دريافت معاني، در محدوده بدني يا رفتاري را تحت تاثير قرار مي دهد كه به كناره گيري از آن موقعيت دشوار منجر مي گردد و در مقايسه با كمرويي موقعيتي كمتر رايج است، اما مهم اين است كه ادامه شكل مزمن كمرويي در موقعيت هايي كه مستلزم برخورد با ديگران بوده و موجب اجتناب و يا ترس از آن موقعيت ها مي گردد، بيشتر مورد توجه و تبيين قرار گيرد (اسنهالاتا و مارتي،2003)

ترس ناشي از دستپاچگي و آشفتگي،در كودكان گستره سني 4 تا 5 سالگي و سپس در حدود 12 سالگي افزايش مي يابد.احساس متفاوت شدن،هسته اصلي كودك كمروي درمانده است.او از نزديكي به افراد ناآشنا يا محيط هاي جديد دچار ترس شديد مي شود.وقتي در فكر خودش تمايل پيدا مي كند به ديگري نگاه كرده و ارتباط چشمي برقرار نمايد در جرات خود براي رفتار مذكور،مشكل پيدا مي كند.اين نكته مي تواند به تعارض ميان ترس كودك و فرصت هاي يادگيري كه والدين فراهم مي كنند،منجر گردد (كروزير[[27]](#footnote-27) و بيردسي[[28]](#footnote-28)،2002).

مطالعات مربوط به فرزند خواندگي، مي تواند كمرويي را در كودكان فرزند خوانده بر مبناي جنبه بيولوژيكي مادراني كه جمع گرا و جامعه پذير هستند، پيش بيني كند. تفاوت هاي فيزيولوژيكي در ميان كودكاني با بازداري مفرط و عدم بازداري، با بالا بودن و يا ثبات ضربان قلب مشخص مي شود. در سنين 2 تا 5 سالگي، در كودكاني كه بازداري بيشتر ادامه مي يابد، در برخورد با همسالان جديد و بزرگسالان رفتار تودار و ساكت بودن را نشان مي دهند (رزنيك[[29]](#footnote-29) و ديگران، 1986).

برخي از كودكان به سبب خلق و خو، به كمرويي گرايش دارند. اين كودكان در مقايسه با كودكان ديگر در واكنش نشان دادن به موقعيت هاي جديد اجتماعي همراه با شرم و خجالت مستعدتر هستند. شواهد مربوط به پايه وراثتي يا ذاتي براي ميزان تغييرات مربوط به كمرويي ناشي از خلق و خو، به طور فزاينده اي رو به افزايش است. در حقيقت، در مقايسه كمرويي با هريك از رگه هاي شخصيتي، وراثت نقش بزرگتري را در كمرويي ايفا مي كند (دنيلز و پلومين،2007).

با وجود اين شواهد، بيشتر محققان تلاش دارند اثرات احتمالي ژنتيك را فقط به عنوان بخش كوچكي از خود برچسب زني كمرويي محسوب كنند. حتي گرايش ها و آمادگي هاي ارثي هم مي تواند مورد تغيير قرار گيرد. كودكان فرزندخوانده سبك هاي اجتماعي مربوط به والدين ناخوانده خود را ياد مي گيرند (دنيلز و پلومين، 1985) و نوپاياني كه دچار بازداري مفرط مي شوند،گاهي اوقات در نتيجه تلاش والدينشان، به مدت زياد، احساس آرامش احتماعي بالايي را تجربه مي كنند (رزنيك و ديگران، 1986).

والديني كه معتقد به ارزش هاي جامعه جمع گرا و اشتراكي هستند ممكن است كه فرندانشان را به همنوايي و انطباق با جمع تشويق كنند و آن ها را از ابراز رفتارهاي جسورانه منع كنند و اين شيوه تربيتي در سطوح بالاترمي تواند منجر به رفتارهاي بازداري و كمرويي شود(چن،2000). زيمباردو (1977) بيان كرده است كه فرزندان ارشد و تك فرزندان زمينه كمرو شدن را دارا هستند و اين اظهار با نظريه هاي كمرويي كه بر انگيزه به جا گذاشتن اثري مثبت بر ديگران به همراه فقدان اعتماد به توانايي انجام آن تاكيد دارد هماهنگ است (ليري[[30]](#footnote-30) و كووالسكي[[31]](#footnote-31)، 1995).

ويس (1988) دريافت كه والدين تايلندي رفتارهاي دروني شده فرزندانشان مانند كمرويي را در مقايسه با والدين آمريكايي كمترآزاردهنده و جدي ارزيابي مي كنند. نتايج پژوهش ها به طور باثباتي حاكي از آن است كه كودكان چيني در مقاسيه با كودكان آمريكاي شمالي خجالتي تر و بازدارتر هستند (چن، 1998).

برخي تفاوت هاي جنسي در رابطه با كمرويي گزارش شده است. به طور كلي تفاوت هاي جنسي كمي در كودكي وجود دارد و اين تفاوت ها از دوره نوجواني شروع به ظاهر شدن مي كند. نوجوانان دختر در مقايسه با نوجوانان پسر احتمالا كمي بيشتر كمرو هستند و اين تفاوت ها ممكن است در نتيجه فشارهاي اجتماعي باشد. چراكه مطالعات نشان مي دهد كه والدين، كمرويي را در پسران كمتر از دختران پذيرفتني مي دانند(سندرس و چستر، 2008). رابين، بورگس، هستينگز (2002) در يك تحقيق طولي از بچه هاي بين 2 و 4 ساله دريافتند كه تعامل بازداري كودك و رفتارهاي مادر در 2 سالگي، كمرويي اجتماعي در 4 سالگي را پيش بيني مي كند. به خصوص وقتي مادرها بيش از حد حمايت كننده بودند و يا به طرز استهزا آميزي رفتار مي كردند. اين يافته ها پيشنهاد مي كند كه رفتار مادري نقش مهمي را در ماندگاري كمرويي اجتماعي در كودك ايفا مي كند (لوت واك[[32]](#footnote-32)، فراري[[33]](#footnote-33) و چيك[[34]](#footnote-34)،2007).

از طرف دیگر ویژگی کناره گیری در کودک رفتار های حمایتی از سوی والدین را فرا می خواند (به خصوص اگر پدر و مادر، خود نیز مضطرب باشند) و به این ترتیب رفتار های حمایتی والدین،کناره گیری کودک را افزایش می دهد(هادسون و رپی، 2004).در یک بررسی طولی در رابطه با كمرويي و والدین، كمرويي در سن 2سالگی، حمایت والدین در سن 4 سالگی را پیش بینی کرده است. اما حمایت والدین در سن 2 سالگی نتوانسته است كمرويي در سن 4 سالگی را پیش بینی کند (رابین، نلسون، هستینگ و اسندرپف، 1999).

گزارش مادران در مورد كمرويي فرزندانشان و ترتيب تولدشان در يك تحقيق مورد بررسي قرار گرفته است. نتايج حاكي از آن است كه فرندان ارشد در مقايسه با فرزندان بعدي كمرو تر هستند. فرزندان ارشد دختر در مقايسه با فرزندان دختر بعدي توسط مادرانشان كمروتر ارزيابي شده اند اما فرزندان ارشد پسر در مقايسه با فرزندان پسر بعدي كمتر احتمال دارد كه كمرو ارزيابي شوند (كروزير و بيردسي، 2003).

از طرفي كمرويي مي تواند يك پاسخ سازش يافته بهنجار به يك تجربه اجتماعي بالقوه توانكاه باشد. با مقداري كمرويي،كودكان و نوجوانان مي توانند موقتا كناره گيري كرده و حس كنترل را به دست بياورند.معمولا به همان اندازه كه آنها در برخورد با افراد غريبه تجربه به دست مي آورند،كمرويي شان كاهش مي يابد.در صورت نبودن مشكلات ديگر،كودكان و نوجوانان كمرو به طور معناداري در معرض خطر مسائل رفتاري يا روانپزشكي از جمله اضطراب، افسردگي قرار نخواهند گرفت (چونگ و اوانس،2000).

در بعد عملي، كودكان و نوجوانان كمرو كمتر مهارت هاي اجتماعي را تمرين و تجربه مي كنند و روابط دوستانه شان كمتر رشد مي كند.آنها تمايل دارند از فعاليت هاي ورزشي، هنرهاي نمايشي و بحث و گفت وگو كه ممكن است خودشان كانون توجه قرار گيرند، اجتناب نمايند. آنها همچنين تمايل دارند كه به صورت غير دوستانه مورد ادراك قرار بگيرند و به احساس تنهايي گرايش دارند، داراي عزت نفس پاييني هستند و مشكلات گوارشي (معده اي و روده اي) در آنها از حد متوسط بالاتر است. كودكان كمرو، مستعدبيش اضطرابي در نوجواني هستند. بزرگسالان كمرو تمايل دارند كمتر در شبكه هاي اجتماعي باشند و نسبت به ديگران از حمايت شبكه هاي اجتماعي احساس رضايت كمتري مي كنند. تعداد زيادي از دانش آموزان كالج هرگز پيشرفت نمي كنند زيرا از صحبت در كلاس هراس دارند (اسنهالانا و مارتي، 2003).

علايم خلقي و عاطفي كمرويي ممكن است شامل موارد زير باشد:كمرويي خودآگاهانه، نگراني و سراسيمه بودن، ناامني و احساس كوچكی. علايم رفتاري ممكن است شامل موارد زير باشد: دشواري در برقراري ارتباط چشمي با ديگران، با اكراه و بي ميلي صحبت كردن، صحبت كردن با صداي ضعيف كه گاهي اوقات ممكن است قابل شنيدن نباشد، نگرش بدبياري، اجتناب از تقابل هاي اجتماعي و احساس مشكل در شروع صحبت. تجليات روانشناختي كمرويي احتمالا شامل موارد زير است: عرق شديد، خجالت، تپش قلب و افزايش آن، خشكي دهان، احساس دلشورگي و مشكلات گوارشي معده اي و روده اي (لوت واك، فراري، چيك،2007).

در برخي از دانش آموزان، بدون وجود زمينه خاص و نبود عامل موقتي كه مي تواند تا حدي خطرساز باشد، بازداري شديد و كمرويي مشاهده مي شود. اين دانش آموزان ممكن است در مهارت هاي اجتماعي ضعيف باشند يا خود انگاره پاييني داشته باشند (دنيلز و پلامين،2007).

دانش آموزاني كه كمرو هستند، خود را بيشتر سرزنش مي كنند، خودشان را كمتر دوست دارند و كمتر با خودشان صميمي اند و در مقايسه با همسالان غير كمرو، بيشتر منفعل هستند. اين گونه عوامل، تاثير منفي بر ادراك هاي ديگران مي گذارد. زيمباردو اظهار كرده است كه افراد كمرو در مقايسه با افراد غير كمرو، اغلب از سوي همسالانشان كمتر صميمي و دوست داشتني تلقي مي شوند و به سبب همه اين دلايل،ممكن است از طرف همسالان خود طرد شوندو براي رشد مهارت هاي اجتماعي شانس كمي داشته باشند (چونگ و اوانس،2000).

دانش آموزان كمرو در شروع بازي و ارتباط با همسالان،كمتر حالت رقابت جويي پيدا مي كنند. نوجواناني كه تا حدي گرايش به كمرويي دارند و كمتر براي خويش احتران قائلند در مقايسه با همسالان غير كمرو، بيشتر انفعالي هستند (زيمباردو و رادل، 1981).

لازمه كمرويي، اضطراب و بازداري رفتاري در موقعيت هاي اجتماعي است. اين علائم معمولا در موقعيت هاي جديد يا موقعيت هايي كه فرد را مود ارزيابي قرار مي دهند، و يا موقعيت هايي كه افراد برجسته و افراد ناخوانده حضور دارند،رخ مي دهد.كمرويي در نوجوانان با نشان دادن علاقه به مشاهده ديگران همراه با بي ميلي در صحبت كردن يا لذت بردن از آنها، ظاهر مي شود. براي مثال آنها ممكن است موقعي كه افراد ناآشنا در اطرافشان هستند،حتي وقتي خواسته شود با آنها صحبت كنند،همچنان ساكت و آرام باقي بمانند (دنيلز و پلامين،2007). افراد كمرو احساسات شديد مربوط به كمرويي را در موقعيت هاي اجتماعي تجربه مي كنند، افراد كمرو درباره موضوعات كوچك نگرانند، به خصوص وقتي احساس مي كنند، مرتكب خطا و اشتباه شده اند و در ذهنشان براي هر فكري كه به طور عادي كمرويي به دنبال ندارد، تصورات فراواني متداعي مي گردد،آنها زياد عذرخواهي مي كنند و براي اجتناب از درد، رفتارشان را توجيه مي كنند و رنج ناشي از انتقاد ديگران را مي پذيرند. احساس گناه در آنها بالا است و از خطاهاي واقعي يا تصوري يا اقدام هاي اشتباه آميزي كه پذيرفته اند،احساس شرمساري و خجالت دارند (اسنهالاتا و مارتي، 2003).

اين قبيل عوامل، اثر منفي را بر روي ادراك ديگران مي گذارد. زيمباردو گزارش مي كند كه افراد كمرو در مقايسه با افرادي كه كمرو نيستند، توسط همسالان اغلب كمتر صميمي و دوست داشتني ارزيابي مي شوند. به سبب اين دلايل، همسالان ممكن است نوجوانان كمرو را طرد كنند و آنها شانس كمي براي رشد مهارت هاي اجتماعي خود داشته باشند. در نوجواناني كه كمرويي به طور مفرط به سنين جواني گسترش مي يابد، آنها خودشان را منزوي تر توصيف مي كنند و دوستان كمي دارند و روابطشان با افراد جنس مخالف كمتر از همسالان آنهاست (رستيفو و بوگلز، 2007).

**2-3-2-شيوع كمرويي:**

کمرویی در میان دانش آموزان خردسال شایع تر از بزرگسالان است. ممکن است این پدیده در میان کودکان آشکارتر باشد، زیرا آنان عموما نسبت به بزرگسالان در معرض بررسی دقیق تر روزانه اعمالشان قرار دارند. اما کمرویی در میان بخش قابل ملاحظه ای از جمعیت بزرگسالان ادامه می یابد. برخی شواهد تحریک آمیز نشان می دهند که در دوران نوجوانی کمرویی بیشتری در میان دختران پدید می آید تا پسران. در یک نمونه گیری از دانش آموزان پايه چهارم، پنجم و ششم یک مدرسه ابتدایی حد متوسط افرادی که در حال حاضر کمرو بودند42 درصد بود-مانند نمونه اصلی. این دختران و پسران به طور مساوی خود را به عنوان کمرو معرفی می کردند. اما زمانی که به دانش آموزان پايه هفتم و هشتم می نگریم، نه فقط سطح متوسط کمرویی به 54 درصد افزایش می یابد بلکه این دختران نوجوان هستند که موجب این افزایش شده اند. شاید دلیل این امر آن باشد که نیاز به محبوب بودن در مدرسه و از نظر جسمانی جذاب بودن به گونه ای جا افتاده است که فشار بیشتری بر دختران وارد می شود تا پسران (زيمباردو،1990).

از طرف ديگر در سيستم آموزش و پرورش،مفهوم كمرويي نقش مهمي را ايفا مي كند.كمرويي يك هيجان پنهاني است كه ناديده گرفته شده است، درحاليكه در زندگي بسياري از افراد، موجب شكست، آشفتگي و هرج و مرج شده است. طبق تحقيقات انجام شده، بيش از 50 درصد افراد در زندگي خود كمرويي را در درجات مختلف تجربه مي كنند. به علاوه 80 درصد از مردم اعلام نموده اند كه در بعضي از موقعيت ها در زندگي شان احساس شرم و خجالت را تجربه كرده اند. به تعداد زيادي از اين افراد مي توان نسبت"كمرويي برون گرايانه"داد. اينها افرادي هستند كه در ميان عموم حاضر مي شوند؛ اما در درون، افكار دردناكي را تجربه يا احساس مي كنند. افراد كمرو، در رابطه با گسترش انواع مختلف مسائل روان شناختي از قبيل افسردگي و يا اضطراب، بيشتر آسيب پذيرترند. تعداد بسياري از مردم كمرويي را تجربه مي كنند و اين احتمال وجود دارد كه مقدار زيادي از رفتار كمرويي تثبيت شده و يا به صورت انواع ديگر پاسخ هاي غير انطباقي گسترش يابد. دو عامل در رابطه با اين كه بيشتر مردم خود را كمرو توصيف كنند مورد توجه مي باشد كه عبارتند از: فرهنگ و تكنولوژي. فهم آداب و سنن فرهنگي بسار مهم است، زيرا براساس آن مي توانيم كمرويي را توصيف و تبيين كنيم. آشكارا فرهنگ هاي مختلف براساس آنچه به عنوان هنجار ميان فردي و اجتماعي پذيرفته شده است، تعاريف متفاوتي را از كمرويي خواهند داشت. بنابراين، اين نكته مهم مي باشد كه وقتي با افراد داراي فرهنگ هاي متفاوت خاص خودشان برخورد مي كنيم اين نكته را مورد توجه قرار بدهيم (رابين، 2001).

آستين (2000) در مطالعه خود آشكار كرد كه 8 درصد جامعه دچار كمرويي هستند و 11 درصد دانش آموزان مدرسه ابتدايي در ارتباط هايشان نگراني و دلهره را تجربه مي كنند و به عبارت ديگر 20 درصد، اضطراب مربوط به كمرويي را تجربه مي كنند و بدين دليل بايد مورد كمك قرار بگيرند. زيمباردو و همكارانش در دانشگاه استانفورد زمينه يابي، با نمونه اي از 817 دانش آموز دبيرستاني انجام داده اند و از آنها پرسيده اند كه آيا خود را كمرو ارزيابي مي كنند و به كمرويي به عنوان يك مشكل مي نگرند؟ 40 درصد از پاسخ دهندگان خود را به شدت كمرو ارزيابي كردند، 63 درصد اذعان داشتند كه كمرويي براي آنها مشكل آفرين بوده است. تحقيقات بعدي اين يافته ها را تاييد كرده است. زمينه يابي استانفورد همچنين از پاسخ دهندگان پرسيده كه آيا قبلا هم كمرو بوده اند؟ اكثريت پاسخ دهندگان بر صدق اين سوال صحه گذاشتند (زيمباردو، 1990 ).

**2-3-3-پيامدهاي كمرويي:**

فيليپ زيمباردو(1982؛به نقل از موسوي،1388)،پيامدهاي زير را براي كمرويي عنموان مي كند.

1-مشكلات اجتماعي:افراد كمرونسبت به افراد غير كمرو از موقعيت هاي اجتماعي بهره مند نمي شوند،كمتر قرار ملاقات مي گذارند،از نظر كلامي و غير كلامي كمتر ابراز وجود مي كنند و علاقه كمتري به افراد ديگر نشان مي دهند.آنها توانايي خود را براي مقابله با موقعيت هاي اجتماعي دست كم مي گيرند و نسبت به موقعيت هاي اجتماعي بدبين هستند.از ملاقات و آميزش با ديگران اجتناب مي كنند زيرا گمان مي كنند مردم مدام از آنها انتقاد مي كنند و درصدد كشف خطاهاي وي هستند تا مسخره اش كنند(زيمباردو و هندرسون ،1996).

2-اشكال در تفكر:خجالتي بودن فرد كمرو موجب مي شود كه در حضور ديگران افكارش دچار ابهام و تيرگي شود و در برقراري رابطه مؤثر ناتوان گردد.

3-محدوديت در ارزيابي هاي مثبت:كمرويي باعث مي شود ديگران ارزيابي مثبتي از خصوصيات فرد نداشته باشند عليرغم آنكه وي داراي توانايي ها و ويژگي هاي مثبتي است.

4-ارزيابي منفي ديگران:نه تنها نكات مثبت فرد كمرو به چشم نمي آيد بلكه به دليل عدم برخورد گرم و صميمانه با ديگران،به طور غيرواقعي تصوير غلطي از او در ذهن ها شكل مي گيرد.به عنوان مثال گمان مي كنند او فردي سرد و بي عاطفه،خودخواه و جاه طلب است.

5-اشتغال ذهني:افراد كمرو اشتغال ذهني زيادي نسبت به خود و واكنش هاي ديگران دارند كه منجر به نگراني و درخود فرو رفتگي آنها مي شود.

6-بي جراتي:فرد كمرو نمي تواند به راحتي عقايد خود را مطرح سازد و از ارزش هاي منفي مورد قبولش دفاع كند.

7-عواطف ناخوشايند:معمولا كمرويي همراه با احساس افسردگي،گوشه گيري و تنهايي است.كمرويي مي تواند يك تاثير علي بر افسردگي داشته باشد.هم مستقيم و هم غير مستقيم از طريق تنهايي.افراد كمرو در ايجاد روابط اجتماعي ضعيف عمل مي كند كه منجر به اجتناب از مواجه هاي اجتماعي و در نتيجه تنهايي مي شود.

از نظر زيمباردو و هندرسون(1996)افراد كمرو به دليل نقص شبكه اجتماعي كه براي حفظ سلامتي ضروري است،دچار مشكلات مربوط به سلامت جسمي و روحي مي شوند.در شغل هاي نامناسب تر قرار مي گيرند،پيشرفت شغلي محدودي دارند و پول كمتري به دست مي آورند،چون كمتر درخواست ترفيع مي كنند.اگر كمرويي مزمن شود و تا سال هاي بعدي زندگي ادامه يابد ممكن است منجر به انزواي اجتماعي مزمن و آسيب رواني وابسته به آن و حتي بيماري مزمن و طول عمر كوتاه تر شود(زيمباردو و همدرسون،1996؛به نقل از موسوي،1388).

كمرويي به عنوان يك عامل خطرناك رواني-اجتماعي مي تواند پيامدهاي مهمي از لحاظ عملكرد اجتماعي داشته باشد و به آسيب ديدگي توانايي و مهارت اجتماعي منجر شود (گلدبرگ و اشميت،2001).

افراد كمرو در تعامل هاي اجتماعي و روابط بين فردي خود ناشيانه رفتار مي كنند و به عبارت ديگر فاقد مهارت هاي اجتماعي هستند و ميزان اضطراب و افسردگي در آنها بالاتر است (شيومي و ديگران،2000).

**2-3-4-پيوستار كمرويي:**

كمرويي بر مبناي شدت نشانه هاي گزارش شده طبقه بندي شده است و بر روي پيوستاري، از كمرويي موقعيتي تا مزمن در نوسان است. كمرويي موقعيتي، شامل تجربه نشانه هاي كمرويي در موقعيت هاي اجتماعي مخصوص است كه درخودپنداره فرد دروني و جذب نشده است. در انتهاي پيوستار كمرويي، افرادي هستند كه به دنبال تعاملات اجتماعي نيستند و ترجيح مي دهند كه تنها باشند. در ميانه اين پيوستار افرادي هستند كه احساس مي كنند در موقعيت هايي با انواع معيني از افراد مرعوب مي شوند و به شيوه ناشيانه اي رفتار مي كنند. ناراحتي آن ها به اندازه كافي قوي است كه زندگي اجتماعي و عملكردشان را مختل كند (هندرسون و زيمباردو، 1998). در انتهاي پيوستار افرادي هستند كه به شكل مزمني خجالتي هستند و ترس از ارزيابي منفي توام با آشفتگي هيجاني يا بازداري را تجربه مي كنند كه با شركت آن ها در فعاليت مورد علاقه و رفتار معطوف به هدف شان تداخل مي كند (هندرسون، 1997).

کمرویی پیوستار روانی گسترده ای را شامل می شود.می تواند از احساس عدم کفایت در حضور دیگران تا حوادث آسیب زای ناشی از اضطراب که زندگی یک فرد را ویران می کند را در بر گیرد.به گفتهه زیمباردو(1977)در انتهای این پیوستار افرادی قرار دارند که با کتاب خواندن و کار کردن با اشیا یا حضور در طبیعت احساس راحتی بیشتری می کنند تا با معاشرت با افراد دیگر.برخی از این افراد هر زمان که لازم باشد با دیگران ارتباط برقرار می کنند.طیف میانی پیوستار کمرویی در برگیرنده بخش اعظم افراد کمرو می باشد.این افراد در موقعیت های مشخص با افراد معینی احساس بی کفایتی و تری می کنند،ناراحتی شدید آنها به زندگی اجتماعی شان آسیب زده و عملکرد آنان را مختل می کند.آنان در کل به خاطر عدم تسلط بر مهارت های اجتماعی و یا فقدان اعتماد به نفس کمرو هستند.در انتهای دیگر پیوستار افرادی قرار دارند که ترس آنها از افراد دیگر هیچ حد و مرزی نمی شناسد(افراد مطلقا کمرو).این افراد هر زمان که برای انجام کاری در حضور جمع مورد خطاب قرار می گیرند،بی نهایت می ترسند و به قدری احساس نومیدی می کنند که تنها راه فرار و پنهان شدن را می یابند.در بدترین حالت کمرویی می تواند به روان رنجوری حاد منجر شود(زیمباردو،1977؛ترجمه پارسا،1386).

جكسون بويد (1999) در مقاله پژوهشي خود تحت عنوان "نوجوانان و كمرويي" فهرست جامع مطالعات پژوهشي قابل قبول در ارتباط با كمرويي را گردآوري و سازماندهي كرده است. به اعتقاد وي، كمرويي يك اختلال اضطرابي است و به احساس هاي هيجاني رنج آور و ترس از موقعيت هاي اجتماعي مربوط مي شود. اغلب به طور معمول، نوجوان در موقع حضور يك شخص سرشناس يا افراد ناخوانده، در موقعيت هاي جديدي كه بايد فعاليت نمايد و يا وجود افرادي كه او را تحت مراقبت و نظارت قرار مي دهند و يا احتمالا مورد ارزيابي قرار خواهند داد، كمرويي را از خودش ظاهر خواهد كرد (باس و كروزير، 1996).

مطالعه اي تحت عنوان"دانش آموزان كمرو يا منزوي" توسط "جري بروفي"انجام شد. او احساس كرد در ميان دانش آموزان كساني هستند كه در مقايسه با همسالانشان در كلاس فعال نبوده، ولي به خوبي از نظر تحصيلي و اجتماعي سازگار بودند، اما نسبتا ساكت و آرام بوده و تمايل داشتند به طور مستقل كار كنند. تعدادي از آنها دچار مسائل كمرويي يا گوشه گيري در درجات مختلف بودند و احتمالا تعداد كمي از آنها پيش آگهي اسكيزوفرني را داشتند. اين تحقيق بر روي نوجواناني كه عمدتا به عنوان كمرو (بازداري، پايين بودن اعتماد به نفس، اضطراب مفرط اجتماعي) يا گوشه گير (بي تفاوت، نداشتن ارتباط متقابل يا خيال پرداز) توصيف شده بودند، انجام گرفت. نتيجه تحقيق او نشان داد كه در صورت وجود شرايط محيطي و آمادگي وراثتي،كمرويي آغاز شده و موجب مساله مي گردد كه به دنبال آن نوجوان برچسب كمرويي مي خورد و در صورت دروني سازي، اين برچسب يك الگوي فراگير كمرويي در او ايجاد و احتمالا تثبيت مي گردد (چونگ و اوانس، 2000).

آستين، 2000 يافته هايش را در دومين سمينار تحقيقاتي بلاك هيلز در دانشگاه ايالت بلاك هيلز،ارائه كرد.او اعتقاد داشت كه افراد كمرو ممكن است احساس كنند دوست دارند تنها باشند، اما آن بخشي از رشد گروهي از آمريكاييان است كه ممكن است حتي براي رفتن به غذاخوري در بيرون از خانه، كمرو و خجالتي باشند. بنا به عقيده لئونارد آستين، دستيار پروفوسور دانشگاه بلاك هيلز، تعداد افرادي كه از كمرويي رنج مي برند در حال افزايش است. اين امر موجب ضعف در مسائل درون فرد، افسردگي، اضطراب مي شود (ساندرس و چستر، 2008).

اگر هيچ اقدامي براي كمك به ايجاد احساس آرامش در نوجوان كمرو انجام نگيرد،كمرويي مي تواند مسائلي را در زمينه هاي عزت نفس، اضطراب و افسردگي ايجاد كند (مير، 2003).

**2-3-5-علل كمرويي:**

در هيچ يك از يافته هاي موجود در منابع، در رابطه با علل كمرويي، به قدر كافي دلايل موجه بودن آنها نشان داده نشده است. با وجود اين، متخصصان عوامل احتمالي كمرويي را شناسايي كرده اند:آمادگي ژنتيكي فرد كمرو، پايين بودن ميزان دلبستگي كه تضمين كننده رابطه ميان والد و كودك است، نقص و كاستي در يادگيري مهارت هاي اجتماعي، تخريب، ناارزنده سازي، تمسخر و انتقاد و عيب جويي فراوان از كودك توسط والدين، هم شيرها و افراد ديگر(فيليپس و پيتمن، 2007).

در رابطه با بررسي هاي علت شناسي كمرويي به خصوص در گذشته،بيشتر بر روي مطالعات كودكان و دوران كودكي متمركز بوده است.اغلب تلاش هاي به عمل آمده در اين زمينه براي تعيين اين بود كه آيا كمرويي نتيجه فطرت و سرشت است يا نتيجه پرورش و اكتساب؟ شايان ذكر است،كمرويي نمي تواند منحصرا نتيجه يكي از عوامل باشد.مطالعات پژوهشي نشان مي دهد كه كمرويي نتيجه كنش متقابل ژن ها و محيط در درجات مختلف مي باشد (هندرسون و زيمباردو، 1996).

همانند بيشتر ديگر خصوصيات روان شناختي و يا اختلال هايي از قبيل اسكيزوفرني و اختلال هاي خلقي، در صورت وجود كمرويي در تاريخچه خانوادگي، احتمال اين كه فرزندان آن خانواده كمرو شوند، افزايش خواهد يافت. عوامل بيولوژيكي درگير در كمرويي شامل برانگيختگي بالاي مناطق سيستم ليمبيك مي باشد. سيستم عصبي سمپاتيك، شامل اعصاب خودكار است كه سبب تحريك بدن و بسيج نيرو در موقعيت هاي استرس زا است. در افراد كمرو،سيستم عصبي سمپاتيك بيشتر حساس است و بدين دليل در مقايسه با كساني كه سيستم عصبي سمپاتيك شان از حساسيت كمتري برخوردار بوده و دچار احساس اضطراب مفرط در موقعيت ها نمي گردند، افراد كمرو به سبب آمادگي زيستي در موقعيت ها،درد و رنج و نگراني و ناراحتي بيشتري را تجربه مي كنند (اسنهالاتا و مارتي، 2003).

تحريك سيستم عصبي سمپاتيك موجب تپش و افزايش تعداد ضربان قلب و تحريك پوستي مي گردد كه اين دو نشانه بيولوژيكي افرادي هستند كه در موقعيت هاي اجتماعي احساس كمرويي مي كنند. براساس يافته هاي جروم كاگان، نانسي اسنايدمن و همكارانشان در دانشگاه هاروارد، تفاوت هاي فيزيولوژيكي ميان نوزادان كمرو و غير كمرو از همان اوايل رشد از دو ماهگي به بعد قابل مشاهده است (هندرسون و زيمباردو، 1996).

اگر كودكي در دوره نوزادي كمرويي را به صورت ترس از خطرها و موقعيت هاي جديد، اجتناب از برخورد چشمي نشان دهد، احتمالا آن را به ارث برده است. كمرويي كه بعدا در دوران كودكي ظاهر مي شود، احتمالا شناخت يا عوامل محيطي پايه آن را تشكيل مي دهد. تعداد ديگري از شرايط محيطي كه با كمرويي همراه اند عبارت اند از: طرد و سورفتار محركات انگيزشي شده يا مدرسه جديد، اعمال استبداد والديني، ضربه خانوادگي، انتقاد يا تمسخر يا دچار ناتواني شدن (گودينو، لو، 2010).

تعدادي از كودكان، به كمرويي گرايش دارند و در مقايسه با كودكان ديگر، در موقعيت هاي جديد اجتماعي واكنش از خود نشان مي دهند. اين قبيل كودكان ممكن است كمرويي را فقط در انواع معيني از برخوردهاي اجتماعي نشان دهند. محققان هردو عامل طبيعت و سرشت و پرورش را در تفاوت هاي افراد در كمرويي دخيل مي دادند (اسنهالاتا و مارتي، 2003).

از طرفي برخي ديدگاه ها كمرويي را آموختني مي دادند. زمينه فرهنگي و محيط خانوادگي كودكان، الگوهايي را براي رفتار اجتماعي ارائه مي دهد.كودكان و نوجوانان چيني در مقايسه با كودكان و نوجوانان قفقازي در طول مراقبت روزانه متوجه مي شوند كه از نظر اجتماعي بايد بيشتر تودار و ساكت باشند و كودكان و نوجوانان سوئدي در مقايسه با كودكان آمريكايي، ناراحتي اجتماعي بيشتري را گزارش مي كنند و برخي از والدين از طريق برچسب گذاري كمرويي بر روي فرزندان خود، پيشاپيش خود رضايتمندي آن ها را مورد تقويت و تاييد قرار مي دهند. بزرگسالان ممكن است از طريق تملق، از پذيرش كمرويي فرزندانشان در پاسخ به تقابل هاي اجتماعي، طفره بروند كه بدين ترتيب رفتار كمرويي را در آنها تقويت مي كنند (دنيلز و پلامين، 2007).

رويكرد پرورشي در رشد كمرويي متنوع است و جهات مختلفي دارد. يك عامل عمده محيطي، تاثيرهاي والدين است. تاثيرگذاري والدين در رشد كمرويي در شخصيت كودك آنها ممكن است مستمر يا بي ثبات باشد. اين به نظريه بن بست مضاعف بر مي گردد. افزايش تعارض هاي دلبستگي از قبيل احساس دلبستگي توام با ناايمني، همچنين يك عامل احتمالي تاثيرگذار است. دلبستگي شديد به والدين ممكن است در موقعيت هاي ناآشنا، به اضطراب شديد غير معمول منجر گردد. در يك محيط خانوادگي كه نوجوان به طور مكرر توسط والدين يا ديگر همشيرهايش مورد انتقاد و سرزنش قرار بگيرد، ممكن است به اعتماد نفس پايين و ترس مفرط از نگراني و دستپاچگي دراو منجر گردد (اشميت و فاكس، 2001).

شواهد مربوط به اساس وراثتي و ذاتي مربوط به ميزان تغييرات گرايش كمرويي، روزبه روز بيشتر مي شود. در حقيقت، نقش وراثت در كمرويي در مقايسه با ديگر خصيصه هاي شخصيتي عظيم تر است (كروزير و بيردسي، 2003).

مطالعات مربوط به فرزند خواندگي، مي تواند كمرويي را در كودكان فرزند خوانده بر مبناي جنبه بيولوژيكي مادراني كه جمع گرا و جامعه پذير هستند،پيش بيني كند. تفاوت هاي فيزيولوژيكي در ميان كودكاني با بازداري مفرط و عدم بازداري، با بالا بودن و يا ثبات ضربان قلب مشخص مي شود. در سنين 2 تا 5 سالگي، در كودكاني كه بازداري بيشتر ادامه مي يابد، در برخورد با همسالان جديد و بزرگسالان رفتار تودار و ساكت بودن را نشان مي دهند (رزنيك و ديگران، 1986).

با وجود اين شواهد، اغلب محققان تاكيد دارند كه اثرهاي ژنتيكي تنها سهم كوچكي از خود برچسب زني كمرويي را برعهده دارند. حتي آمادگي هاي وراثتي مي تواند تغيير كنند.كودكان و نوجوانان فرزندخوانده، بعضي از سبك هاي اجتماعي والدين ناتني شان را كسب مي كنند (دانليز و پلامين، 1985) و كودكان و نوجوانان نوپايي كه دچار بازداري فوق العاده اي هستند، در بيشتر اوقات در طول تلاش والدينشان، بيشتر احساس راحتي اجتماعي مي كنند (رزنيك و ديگران، 1986).

عوامل زيادي در به وجود آمدن كمرويي مؤثرند. از نظر زيمباردو و هندرسون (1996) برخي از جنبه هاي كمرويي حاصل يادگيري است و زمينه هاي فرهنگي، محيط و شرايط خانوادگي و همچنين الگوهاي رفتاري و اجتماعي زمينه مساعدي ا براي بروز كمرويي ايجاد مي كند.

كمرويي يك پديده رواني اجتماعي است كه بر اثر روابط نادرست بين فردي و سازش نايافتگي اجتماعي در مراحل اولين رشد،در خانه و مدرسه پديدار مي گردد.محيط خانواده و تجارب اوليه كودك به خصوص در سنين پيش دبستاني و سال هاي آغازين مدرسه اصلي ترين نقش را در شكل گيري شخصيت كودك دارد.در اين الگوهاي رفتاري بزرگسالان،برنامه هاي تلويزيون،نحوه و ميزان ارتبطات عاطفي،كلامي و اجتماعي خردسالان با والدين و بزرگسالان خانواده بيشترين تاثير را در رشد مطلوب اجتماعي و يا پديدآيي اضطراب و كمرويي كودكان مي تواند داشته باشد.كمال جويي و آرمان گرايي فوق العاده والدين و انتظارات نامعقول آنان از فرزندان، واداركردن آنان به رفتارهاي كليشه اي و قالبي و عكس العمل هاي تصنعي در موقعيت هاي مختلف اجتماعي، سخت گيري بيش از حد از كودكان و نوجوانان و داشتن توقعات زياد از آنان ،تنبيه ها، تحقير ها و تهديدهاي ناروا و يا حمايت هاي افراطي و غير ضروري از فرزندان از اصلي ترين زمينه هاي رشد معيوب اجتماعي كودك و بروز كمرويي به شمار مي آيند (ويزدم[[35]](#footnote-35)، اگنر[[36]](#footnote-36)، 2007).

همچنين منابع مختلفي از قبيل طلاق كه در دوران كودكي ضربه آميز بوده و موجب استرس مي گردد، احتمالا مي تواند در دوران نوجواني موجبات كم حرفي وي را فراهم كند. همچنين كودكي كه در دوران اوليه زندگي خود، مهارت هاي اجتماعي لازم را براي برقراري حداقل ارتباط هاي ميان فردي كسب نكرده باشد، در سنين بعدي و در دوران نوجواني احتمالا بازداري اجتماعي از خود بروز مي دهد. همچنين ممكن است نوجوان تحت تاثير الگوهاي مثبت معدود، دچار كمرويي شود. يادگيري مشاهده اي مهارت هاي اجتماعي از طريق نگاه كردن به ديگر نوجوانان ممكن است در كمرويي وي دخيل باشد. يادگيري غيرمستقيم از طريق مشاهده نوجوانان كمرو نيزمي تواند به كمرويي در آنان منجر گردد (اسنهالاتا و مارتي،2003).

كروزير(2000) يكي از علل كمرويي را بنيان بيولوژيكي آن ميداند و عنوان مي كند كه بنيان بيولوژيكي مؤلفه ترس، اضطراب اجتماعي و كمرويي در فعاليت آميگدال و هيپوكمپ است. هنگام برانگيختگي هيجاني و رفتاري، بخش مشبك (BNS) تحريك شده و اين برانگيختگي به هيپوتالاموس و ساقه مفز گسترش مي يابد. سپس هيپوتالاموس دستگاه عصبي سمپاتيك را فعال مي كند و نشانه هاي فيزيولوژيكي مانند لرزيدن، افزايش ضربان قلب و تنوس ماهيچه اي ظاهر مي شود (رابين و بورگس،2001).

به اعتقاد زيمباردو (1988) كمرويي يك واكنش ناشي از ترس نسبت به وقايع اجتماعي است كه حاصل يكي از موارد زير مي باشد: دارا بودن تجربه منفي در گذشته از برخورد با مردم در موقعيت هاي مشخص، خواه از طريق تماس مستقيم يا مشاهده بلايي كه بر سر ديگران آمده است. عدم فراگيري مهارت هاي اجتماعي، انتظار عملكرد ناشايست داشتن، مدام نگران عملكرد منفي خود بودن به جهت ارزيابي منفي از جانب ديگران، همچنين مهاجرت و عوامل نژادي و فرهنگي و از دست دادن هويت (پارسا، 1386).

بخشي از علت افرايش ميزان كمرويي در نوجوانان مي تواند مربوط باشد به افزايش وابستگي به انواع ارتباط هاي غيرانساني كه ناشي از پيشرفت هاي عظيم در فناوري است. دانش آموزان و نوجوانان امروزه براي استفاده از بازي هاي ويديويي، بازي هاي سي دي رام رايانه اي،سايت هاي اينترنتي،دوست يابي از طريق ارتباط الكترنيكي و پيدا كردن اتاق هاي چت زني زمان زيادي را صرف مي كنند.كه همين امر مي تواند كمرويي را در آنها تشديد كند چراكه ممكن است جانشيني باشد براي روابطي كه افراد به طور مستقيم و متقابل با يكديگر برقرارمي نمايند (گودينو و لو،2010).

در اوايل نوجواني،كمرويي به حداكثر رشد خود مي رسد. برخوردهاي اجتماعي جديد در بيشتر اوقات، بخصوص در فرد كمرويي كه احساسش متمركز برخودش است، از علل دائمي كمرويي است. محققان تغيير سريع محيط اجتماعي و فشارهاي رقابتي در مدرسه و محيط كار را در گسترش كمرويي ميان عموم مردم دخيل دانسته اند. والديني كه دائما توجه خود را به اين جلب مي كنند كه ديگران در مورد فرزندشان چه فكر مي كنند، يا چگونه به فرزند كوچك خود استقلال بدهند، ممكن است احساس كمرويي را در فرزندانشان تشويق و تقويت كنند (لوت واك ، فراري و چيك، 2005).

**2-3-6-نظريه هاي كمرويي:**

**2-3-6-1-نظريه روان تحليل گري:**

فرويد يكي از نظريه پردازان روان تحليل گري است كه نظريه او به نوعي با جنبه هاي مختلف كمرويي ارتباط دارد. در اين نظريه نقش كمرويي در ارتباط با بازداري از اهميت زيادي برخوردار است. فرويد بازداري را مبين محدود شدگي كنش وري"من"دانسته است. بدين معنا كه "من"در سطح ساختاري دچار مشكل نيست، بلكه كنش وري آن دچار مشكل شده است (دادستان، 1387).

بنابراين وجود بازداري مستلزم تمايزيافتگي"من" از دنياي بيروني و حضور جدي از فعاليت است. فرويد معتقد است كه گاهي رخدادها واقعا تهديد كننده نيستند، بلكه سمبل و نمادهايي از تعارض حل نشدني آني كه سركوب شده اند هستند. به عنوان مثال چون در سنين 4 و 5 سالگي كودك امنيت خود را در وجود مادر مي بيند، جدايي سريع و ناگهاني از مادر و عدم امنيت، به اعتماد به نفس او لطمه زده و در نهايت كمرويي را در او تقويت مي كند (آزاد، 1384).

**2-3-6-2-نظريه اريكسون:**

براساس اين نظريه كمرويي ممكن است كه ناشي از ناتواني فرد در حل بحران باشد. در مرحله دوم كه حدود سنين 1 تا 3 سال است، مرحله"خود مختاري در برابر شرم و ترديد" ناميده مي شود، كودكان براي اولين بار مي توانند از مقداري حق انتخاب برخوردار شوند تا نيروي اراده برانگيخته شده را تجربه كنند.هنگامي كه والدين مانع از تلاش كودك براي بهره مند شدن از اراده خود انگيخته مي شوند،كودك احساس ترديد نسبت به خود و احساس شرم در برخورد با ديگران را پرورش مي دهد و ترديد در برابر صلاحيت و عدم كفايت،ممكن است منجر به كمرويي شود. در تطبيق با نظريه اريكسون، باس و آسكو (1989) عقيده دارند كه شروع كمرويي بر مبناي خودآگاهي در سنين 5 سالگي است كه كودك واكنش هاي ناشي از كمرويي را از خود نشان مي دهد (شولتز، 1998؛ ترجمه سيد محمدي، 1388).

**2-3-6-3-نظريه اسنادي زيمباردو:**

زيمباردو معتقد است كه افراد كمرو از نظر كلامي و غير كلامي كمتر ابراز وجود مي كنند.كمرويي اين افراد خودآگاه است و از همين مساله زجر مي كشند و افكار منفي آنها منجر به بروز واكنش هاي متقابل اجتماهي در مورد ديگران مي شود.آنها خود را شخصي نامناسب و نالايق مي پندارند و توانايي خود را در برخورد با موقعيت هاي اجتماعي ناچيز مي دانند.حتي زماني كه مي دانند توانايي برخورد مناسب و مؤثر را دارند از انجام آن سرباز مي زنند.آنها با تنبه خود به خاطر شكستشان نسبت به موقعيت هاي اجتماعي به طور معكوس واكنش نشان مي دهند،بدين معني كه شكست را به كارهاي غيرقابل كنترل نسبت مي دهند كه اين شيوه انتساب منجر به بروز كمرويي و خجالت آنها در برخي شرايط مي شود (زيمباردو و هندرسون، 1996).

**2-3-6-4-نظريه شناختي آرنولد باس:**

باس (1990) كمرويي را به دو نوع كمرويي ترسناك و كمرويي خودآگاه تقسيم مي كند. كمرويي ترسناك كه گاهي اضطراب از بيگانه ناميده مي شود در طول اولين سال زندگي آغاز مي گردد. واكنش هاي كمرويي ترسناك در كودكان و نوجوانان طبيعي رو به كاهش است، زيرا براي سازگار شدن با تهديدهاي بالقوه مفاهيم مناسبي را در ذهن خود رشد مي دهند.كمرويي ترسناك به دليل ويژگي هاي وراثتي است و در كودكاني كه با طبيعت بالاي ترس متولد مي شوند وجود ترس هاي مكرر را بيشتر مي كند. اين شكل كمرويي تا سن 3 تا 4 سال و قبل از اينكه كودكان بتوانند ديدگاه ديگران را درك كنند ادامه مي يابد. كمرويي خودآگاه با خود همچنين موضوع اجتماعي سروكار دارد. احساس اجتماعي در سن 4 تا 5 سالگي گسترش مي يابد و كودكان داراي خود اجتماعي مي شوند. ريشه كمرويي خودآگاه در شيوه تفكر افراد در مورد خود، بي كفايت دانستن خود و احساس نارضايتي از تعاملاتشان با ديگران است. چيك و كارنتير (1996) در مورد نظريه باس معتقدند كه رشد كمرويي خودآگاه، يك واكنش شناختي است كه در نتيجه خودآگاهي و توجه بيش از حد به خود به وجود مي آيد. بنابراين كمرويي بزرگسالان ناشي از خودآگاهي تجربه شده در دوران كودكي و اوايل نوجواني است (جونز و همكاران، 1996).

**2-3-7-كمرويي و ويژگي هاي روانشناختي:**

كمرويي در بعضي موارد مي تواند نشانه هاي افسردگي و اضطراب را در نوجوانان ايجاد كند.

نوجوان افسرده اغلب احساس بازنده بودن كه نتيجه هدف ها و توقعات بلند غير منطقي اوست مي كند. او ضرر و زيان را يا بد تعبير مي كند يا در آن مبالغه مي كند يا معاني بيش از حد تعميم يافته براي آن قائل مي شود. او نه تنها در تعميم زياده روي مي كند بلكه تمايل به بزرگ جلوه دادن گناهان شخصي و كوچك شمردن صفات شخصي دارد. مساله ديگر برچسب زدن نادرست است. شخص افسرده يك موقعيت را بد مي نامد؛ آنگاه فقط به اين نام گذاري تحريف يافته پاسخ مي دهد نه به موقعيت واقعي آن. نوجوان افسرده تمايل دارد خود را با ديگران مقايسه كند و اين موضوع خود موجب كاسته شدن از عزت نفس آنان مي شود. هرگونه مواجه آنان با شخصي ديگر، فرصتي براي ارزيابي منفي از خود مي شود. آنها موارد مثبت را به حداقل رسانده و موارد منفي را به حداكثر بالا مي برند (لوييتز و پست، 1989).

خصوصيات نوجوان مانند ژنتيك و عوامل بيولوژيك، خلق و خو،آسيب پذيري شناختي، خودانگاره و شخصيت كه در سطح 1 طبقه بندي شده اندکه در رشد و ابقاي افسردگي نوجوانان نقش مهمي را دارا هستند (الوي،2001). حدود 30 درصد از همه نوجوانان، افسردگي را تجربه كرده اند (لوينسون، رود و سيلي، 1998)، اما كمتر از نيمي از آنان درصدد درمان حرفه اي برآمدند (اوستون،2000). تحقيقات نشان مي دهد كه حدود 8 تا 10 درصد مردم آمريكا در دوره هاي از زندگي شان افسردگي اساسي را تجربه مي كنند و حدود 15 درصد از جمعيت به طور معناداري نشانه هاي افسردگي را تجربه مي كنند (براون، 1994؛ سكوندا، 1993) و حدود 26 درصد از جمعيت در دوره هايي از زندگي شان احساس انزوا و تنهايي را تجربه كردند (برادبوم، 1999).

نشانه هاي هيجاني افسردگي، خلق ملول را در بردارند كه شدت آن از نااميدي هاي معمولي و هيجان هاي غم انگيز گاه و بيگاه زندگي روزمره بيشتر است.اين ملالت مي تواند به صورت دلتنگي شديد يا بي علاقگي زياد به جنبه هاي قبلا لذت بخش زندگي، پديدار شود (سيد محمدي، 1385).

از طرفي اضطراب به طور گسترده اي به عنوان، حوادث و شرايط محيطي كه به طور عيني سلامت فيزيكي و رواني افراد را تهديد مي كند تعريف شده است(گرنت،2003 ).

بررسي هاي اخير نشان داده اند كه اختلال هاي اضطرابي داراي بيشترين فراواني در سطح كل جمعيت هستند.اگرچه اضطراب در وهله اول، به خصوص در قالب اضطراب بزرگسالي پديده اي رايج، شناخته شده و فراگير به نظر مي آيد، اما بررسي گام به گام آن از حد كودك شيرخوار و در طول مراحل كودكي و نوجواني، نشان دهنده اهميت و وسعت اين اختلال و تنوع شكل گيري و گوناگوني نشانه هاي آن است، تا جايي كه براي پاره اي از مؤلفان، رفتارهاي مرضي را مي توان به منزله انواع راه حل هايي دانست كه نوجوان در مقابل اضطراب اتخاذ مي كند (دادستان،1384).

حدود 30 درصد از همه نوجوانان افسردگي را تجربه كرده اند (لوينسون، رود و سيلي، 1998) اما كمتر از نيمي از آنان درصدد درمان حرفه اي برآمدند (اوستون، 2000).

حدود 8 تا 10 درصد مردم آمريكا در دوره هاي از زندگي شان افسردگي اساسي را تجربه مي كنند و حدود 15 درصد از جمعيت به طور معناداري نشانه هاي افسردگي را تجربه مي كنند (براون، 1994؛ سكوندا، 1993) و حدود 26 درصد از جمعيت در دوره هايي از زندگي شان احساس انزوا و تنهايي را تجربه كردند (برادبوم، 1999).

**2-3-8-ارتباط خانواده با ويژگي هاي روانشناختي:**

نتايج تحقيقات و شواهد گسترده نشان مي دهد كه عوامل خانوادگي در رشد و ابقاي افسردگي نوجوانان نقش مهمي را ايفا مي كنند (سندر[[37]](#footnote-37) و مك كارتي[[38]](#footnote-38)، 2005).

محيط خانوادگي، ارتباطات خانوادگي، زناشويي (كامينگز، كلر و ديويس، 2005)، رفتار والدين (الوي[[39]](#footnote-39)، آبرامسون[[40]](#footnote-40)، اسميت[[41]](#footnote-41)، گيب[[42]](#footnote-42) و نيرن[[43]](#footnote-43)، 2006) و دلبستگي (سكسون، گلنويل و كاسلو،2001) با رشد و ابقاي نشانه ها و اختلالات افسردگي و اضطرابي كودكي و نوجواني مرتبط است (بيرماهر،2000).

اين نتايج برآمده از تحقيقات گوناگون خانوادگي و جمعت شناختي و بررسي جنبه هاي گوناگون ارتباطات خانوادگي است (گودمن و گوتليب، 1999؛سندر و مك كارتي، 2005؛ شيبر،هوپس و ديويس،2001).

تحقيق بر روي خانواده و عوامل خانوادگي مرتبط با افسردگي و اضطراب نوجوانان، اغلب موارد شامل آسيب شناسي رواني، الگوهاي تربيتي، كاركرد زناشويي و ساختار خانوادگي آنها مي باشد (كوون و كوون، 2002؛ ديويس و كامينگز، 2006؛ گودمن و گاتليب، 1999؛ شيبر، 2001).

اختلالات افسردگي در كودكان و نوجوانان با مثلث شناختي توصيف شده توسط "بك"(1967) كه ريسك فاكتورها براي اختلالات اضطرابي، افسردگي عمده دوران كودكي،افسردگي عمده دوران نوجواني، وابستگي الكل در نوجوانان و اوايل بزرگسالي و اختلالات اجتماعي را پوشش دهد مرتبط شده است (وينتر[[44]](#footnote-44)، زويندرمن[[45]](#footnote-45) و گيكوپ[[46]](#footnote-46)، 2002).

اثر افسردگي والدين از طريق سه نسل مورد بررسي قرار گرفته است: بچه هايي كه در خانواده هايي بزرگ مي شوند كه دو نسل در آن ها افسرده هستند (والدين و پدربزرگ و يا مادر بزرگ) ريسك بالاتري براي آسيب شناسي رواني و ابتلا به افسردگي را دارا هستند در مقايسه با كودكاني كه در خانواده هايي بزرگ مي شوند كه فقط والدين آن ها افسرده هستند (گودمن و گاتليب، 1999).

فاكتورهاي ژنتيكي فقط بخشي از انتقال افسردگي از والدين به فرزندان را توضيح مي دهد، اما اين فاكتورها همه متغيرهاي دخيل در افسردگي را پوشش نمي دهد (رايس، هارولد و تاپار، 2002) لذا متغيرهاي محيطي همچنين نقش بسار مهمي را در اين زمينه ايفا مي كنند (گودمن و گاتليب، 1999). محيط هاي خانوادگي مي توانند،اثرريسك فاكتورهاي ژنتيك دررشد افسردگي نوجوانان را بيشتر و قوي تر كنند (الي، 2004). گاهي والدين پاسخ مناسب به نيازهاي فرزندشان نمي دهند و بدين طريق نشانه هاي افسردگي با وظايف والديني تداخل مي كند (گودمن و گاتليب، 1999).

براي مثال مادران افسرده در مقايسه با مادران غير افسرده بيشر رفتارهاي خصمانه و منفي و فارغ از تعهد و كمتر رفتارهاي اجتماعي مثبت از خود بروز مي دهند و اين نتايج برگرفته از يك فراتحليلي است كه از 46 مطالعه و بررسي مشاهده اي به دست آمده است (لووجوي، گرك زيك، اهارا و نيومن، 2000).

الگوي شناختي منفي والدين افسرده ممكن است انتقال افسردگي از والدين به نوجوان را توضيح دهد (الوي، 2001). علاوه بر آن جنبه هاي ديگر محيط خانوادگي مانند تعارضات زناشويي (كامينگز، 2005) و استرس (گودمن و گاتليب، 1999) ممكن است بخشي از ارتباط بين افسردگي والدين و نايج آن در نوجوان را توضيح دهد (داوني و كوين،1990؛ امري، وين تراب و نيل، 1982؛ راتر و كوين تون، 1984). زير سيستم والد-نوجوان خانواده بيشترين توجه تجربي و نظري را در ارتباط با رشد و ابقاي افسردگي نوجواني به خود اختصاص داده است (سندر و مك كارتي، 2005).

نتايج يك تحقيق نشان مي دهد كه نوجوانان افسرده و مضطرب بسيار كمتر از نوجوانان گروه كنترل غير افسرده و مضطرب دلبستگي ايمن را در مقياس خودگزارش دهي نشان مي دهند.ولي نهايتا دلبستگي ايمن نوجواناني با افسردگي خفيف به طور معناداري متفاوت با گروه كنترل غير افسرده نبوده است. اين يافته ها حاكي از آن است كه سوگيري منفي در طول دوره افسردگي ممكن است توجيه كننده بخشي از خودگزارش دهي منفي نوجوانان افسرده باشد (آرمستن،1990).

افرادي كه الگوي دلبستگي والديني شان از ناايمن از دوره كودكي به ايمن در دوره نوجواني تغيير جهت داده است،در مقايسه با آنهايي كه در هر دو دوره كودكي و نوجواني سبك دلبستگي ناايمن داشته اند يا ايمن در دوره كودكي و ناايمن در دوه نوجواني، پيش آگهي بهتري داشته اند (اسروف، 1999).

استيس، راگان و رندال (2004) دريافته اند كه فقدان درك والدين و كنترل روانشناختي آنها بر دختران نوجوان اغلب با افزايش نشانه هاي افسردگي و اضطراب و كمرويي و شروع افسردگي اساسي در دوسال آينده مرتبط است. آنها همچنين دريافته اند كه نشانه هاي افسردگي رفتاري آنها مي تواند منجر به كاهش حمايت اجتماعي مثبت از سوي همسالان شود.نوجوانان افسرده در مقايسه با گروه كنترل كمتر با پدرانشان صميمي هستند و كمتر پاسخ گوي كنترل و مقررات مادرانشان هستند (رستيفو و بوگلز، 2009).

نتايج تحقيق ديگري نشان مي دهد كه كنترل غيرمؤثر مادري ،با اعتماد به نفس پايين و نشانه هاي كمرويي اضطراب و افسردگي بالا در آنها مرتبط بوده است (ميلر، وارنر، ويكراماراتن و ويسمن، 1999). چندين مطالعه، ارتباط بين توجه و مراقبت والدين، كنترل و افسردگي نوجوانان را مورد بررسي قرار داده اند. در يك مطالعه ده ساله بر روي فرزندان والدين افسرده، نومورا، ويكراماراتن، وارنر، مافسون و ويسمن (2002) دريافته اند كه كنترل غيرمؤثر والدين افزايش ريسك ابتلا به اختلال افسردگي عمده و اضطراب در فرزندان آنها را در پي دارد (رستيفو و بوگلز،2009).

هال، واك،اكس و ميوس(2008)، طرد والدين و نشانه هاي افسردگي و خشم نوجوانان را در يك ارزيابي چهارساله مورد بررسي قرار داده اند.نتايج تحقيق نشان مي دهد كه طرد والدين،نشانه هاي افسردگي و كمرويي و اضطراب را در نوجوانان پيش بيني مي كند و نشانه هاي افسردگي نوجوانان منجر به طرد از جانب والدين مي شود.در واقع افسردگي نوجوانان طرد والدين را در پي دارد اما طرد والدين لزوما منجر به افسردگي نوجوانان نمي شود و فقط رفتار افسرده نوجوانان بر نوع واكنش والدين اثر مي گذارد.علاوه بر آن طرد والدين، نشانه هاي كمرويي و خشم در نوجوانان را پيش بيني مي كند (دنيلز و پلامين،2005).

جه، لورنز و كونگر (1994) به بررسي اين كه آيا محبت و حمايت عاطفي مادران، استرس و نشانه هاي افسردگي در دختران و پسران را پيش بيني مي كند پرداخته اند. نتايج تحقيق نشان داد كه ميزان گرمي و محبت عاطفي مادران نشانه هاي افسردگي در دختران را پيش بيني مي كند. علاوه براين آنها دريافته اند كه تفاوت هايي در خط سير نشانه هاي افسردگي و اضطراب در دختران و پسران وجود دارد.نشانه هاي افسردگي در دختران بعد از سن 13 سالگي افزايش مي يابد در حاليكه نشانه هاي افسردگي در پسران بعد از سن 13 سالگي نسبتا باثبات باقي مي ماند.پسران در مقايسه با دختران بيشتر حوادث زندگي پراسترس را قبل از سن 12 سالگي گزارش كرده اند،اما بعد از 13 سالگي اين الگو معكوس مي شود و طبق گزارش دختران افزايش قابل ملاحظه اي در حوادث پراسترس زندگي به خصوص بين 13 تا 15 سالگي رخ مي دهد (فيليپس و پيتمن، 2007).

محققان نتيجه گرفته اند كه دختران فقط حوادث پراسترس زندگي را در طول دوره نوجواني تجربه نمي كنند بلكه نسبت به اثر اين حوادث در مقايسه با پسران حساس تر و آسيب پذيرتر هستند.اين تفاوت هاي جنسيتي در تجربه حوادث زندگي پراسترس و آسيب پذيري نسبت به اين حوادث مي تواند توجيه كننده اين باشد كه چرا اثر حمايت مادران براي دختران مهمتر است تا براي پسران (رستيفو و بوگلز، 2009).

ساگرستانو، پيكوف، هولمبك و فندريچ (2003) دريافته اند كه گزارش نوجوانان از افزايش تعارض هاي بين والد-فرزند و كاهش توجه والدين با افزايش نشانه هاي افسردگي آنها مرتبط است (وارلا، 2004). چندين مطالعه تحولي فرض كرده اند كه دشواري بر سر گفت و گو و بحث درباره تثبيت خودمختاري در نوجوانان مي تواند آسيب پذيري به افسردگي و اضطراب و ديگر اختلالات را در آنها افزايش دهد (آلن، 1994؛ پاورز و ولش، 1999).

بر طبق الگوي پاورز و ولش،انتقال به دوره نوجواني منجر به افزايش ابراز خودمختاري در آنها مي شود كه خود منجر به افزايش تعارض با والدين و كاهش رفتار منفعل و مطيع در آنها مي گردد.خانواده هايي كه نمي توانند اين ميزان تعارض با فرزندانشان را تاب بياورند، ممكن است نتوانند حمايت لازم براي رشد احساس نياز به بحث برسر تعارض ها را براي آنان فراهم كنند (پاورز و ولش،1999). شواهد روشني وجود دارد مبني بر اين كه ناسازگاري و اختلافات زناشويي، با مشكلات سازگاري و آسيب شناسي نوجوانان از جمله افسردگي و اضطراب مرتبط است (كامينگز، 1994؛ امري،1982).

گاهي تعارض زناشويي در ميان زوج ها بيشترين اثر منفي را بر نوجوان مي گذارد و نشانه هاي افسردگي و اضطراب را در آنها ايجاد مي كند(كامينگز،1994؛هادسون،2005). در پاسخ به تعارض هاي والدين و ناسازگاري هاي بين آنها،نوجوانان آشفتگي هاي رفتاري مانند،احساس خشم،غم،كمرويي،احساس گناه،شرم و نگراني و واكنش هاي روانشناختي را نشان دادند(كامينگز، ويلسون، 1999). به عبارت ديگر تعارضات زناشويي و روانشناختي نقش بسيار مهمي را در انتقال مشكلات روانشناختي از والدين افسرده به نوجوانان ايفا مي كند. بدين طريق اين تعارضات ممكن است ريسك مشكلات در ميان نوجوانان والدين افسرده راافزايش دهد (داني و كوين،1990).

نومارا (2002) دريافته است كه افسردگي والدين، در مقايسه با ريسك فاكتورهاي محيط خانوادگي و ناسازگاري زناشويي پيش بيني كننده بسيار قوي تري براي افسردگي فرزندان است و اين نتايج حاكي از يك ارتباط قوي بين افسردگي والدين و افسردگي فرزندانشان است (رستيفو و بوگلز، 2009). با توجه به اثر منفي تعارضات زناشويي بر فرزندان، وقوع بعضي از اين تعارضات در محيط خانوادگي حتمي و ناگزير است و اين تعارضات ممكن است تعدادي از كاركردهاي مفيد در درون خانواده را مخدوش كند.كاركردهاي مفيدي مانند،حل ناسازگاري هاي درون خانواده و رشد مهارت هاي حل مساله كه به نوبه خود مي تواند ناسازگاري هاي رفتاري در نوجوانان مانند افسردگي،اضطراب و كمرويي را افزايش دهد (كامينگز، 1994؛ كامينگز و ويلسون، 1999).

خصومت لفظي و غيرلفظي بين والدين و تهديد به خشونت فيزيكي،احتمال پاسخ هاي خصمانه و نشانه هاي افسردگي در نوجوانان را افزايش مي دهد؛درحاليكه بحث ملايم و آرام بين والدين مي تواند احتمال پاسخ هاي خصمانه و نشانه هاي افسردگي در نوجوانان را كاهش دهد(كامينگز،گوك-موري و پاپ،2004).

چندين مطالعه محيط خانوادگي نوجوانان افسرده را مورد مطالعه قرار داده است. استارك، همفري، كروك و لويس(1990) محيط خانوادگي نوجوانان افسرده، نوجوانان مضطرب، نوجوانان مضطرب-افسرده و نرمال را در يك مطالعه مقايسه كرده اند و دريافته اند كه خانواده هاي نوجوانان افسرده، مضطرب و افسرده-مضطرب در مقايسه با گروه كنترل كمتر حمايت گر و بيشتر درگير تعارضات و ناسازگاري ها هستند و كمتر در فعاليت هاي تفريحي بيرون از منزل با فرزندانشان همراهي مي كنند و بيشتر درگير و گرفتار مسائل خودشان هستند. نوجواناني با تركيب افسردگي و اضطراب و مادرانشان در مقايسه با نوجوانان مضطرب و گروه كنترل درجه بالاتري از آشفتگي خانوادگي را تجربه مي كنند (رستيفو و بوگلز، 2009).

در يك مطالعه بر روي نوجوانان افسرده و مضطربي كه از مدرسه اخراج شده بودند،آنها و خانواده شان،محيط خانوادگي شان را داراي به هم پيوستگي و وابستگي كمتر و قابليت سازگاري و توافق كمتر توصيف كرده اند. نوجواناني كه در خانواده هاي بي قيد و بند بزرگ شدند و درگيري عاطفي كمتري داشتند به طور معناداري در مقايسه با نوجواناني كه در خانواده هايي با درگيري عاطفي زياد بزرگ شده اند افسرده تر بودند و نشانه هاي اضطرابي بيشتري را بروز دادند (برنستين، وارن، مسي و توراس، 1999).

جاكوبويتز، هازن، كيوران و هيچنس (2004) به بررسي اين موضوع پرداخته اند كه آيا آشفتگي مرزهاي خانواده در تعاملات كودكان مي تواند نشانه هاي افسردگي و اضطراب در نوجواني را پيش بيني كند. الگوي عدم پيوستگي و وابستگي (محبت و عاطفه و تماس چشمي و پاسخ هيجاني كم بين اعضاي خانواده) و الگوي خانوادگي به هم تنيده مي تواند نشانه هاي افسردگي در نوجواني را پيش بيني كند. دختران و پسران واكنش هاي متفاوتي به الگوهاي خانوادگي از خود نشان مي دهند. دختراني كه الگوي خانوادگي به هم تنيده را تجربه كرده اند نسبت به رشد نشانه هاي افسردگي آسيب پذيرتر بودند در حاليكه پسران مستعد رشد نشانه هاي بيش فعالي بودند (ويسدم و اگنور، 2007).

هاپس، بيگلان، شرمن، آرتورفريدمن و اوستين (1987) در يك مطالعه فرزندان مادران افسرده با آشفتگي هاي زناشويي و خانوادگي را با فرزندان مادران افسرده بدون آشفتگي ها زناشويي و خانوادگي مقايسه كرده اند و دريافته اند كه فرزندان مادران افسرده با آشفتگي هاي زناشويي و خانوادگي به طور معناداري تحريك پذيري و كج خلقي بالاتري را نشان مي دهند و احتمال اين كه در دوره نوجواني نشانه هاي افسردگي و اضطراب را تجربه كنند بسيار بالاتر است (رستيفوو بوگلز، 2009). تمام اين نتايج حاكي از آن است كه آشفتگي هاي زناشويي و خانوادگي ممكن است فاكتور بسيار مهمي در رابطه بين افسردگي والدين و نوجوانان باشد.

نومارا (2002) ناسازگاري و اختلافات خانوادگي (ناسازگاري بين والد-فرزند، پيوستگي و دلبستگي خانوادگي پايين، طلاق) و ريسك آن بر اختلالات روانپزشكي فرزندان والدين افسرده و غيرافسرده را در مطالعه اي مورد بررسي قرار داده است.نتيجه اين تحقيق نشان مي دهد كه افسردگي والدين در مقايسه با ناسازگاري خانوادگي براي رشد افسردگي عمده فرزندانشان نقش مهم تري را ايفا مي كند (كلارك و گرين ،2006).

نظريه يادگيري اجتماعي در مورد افسردگي، فرض مي كند كه رفتار افسرده ممكن است در محيط خانواده تقويت شود (ديوس، شيبر و هاپس، 2000). براي مثال مادران نوجوانان افسرده در مقايسه با مادران نوجوانان غير افسرده در پاسخ به افسردگي فرزندانشان در طول يك تكليف حل مساله نشانه هاي افسردگي آنها را تقويت مي كنند (شيبر، هاپس، آندرو، آلپرت و ديويس، 1998).

علاوه بر آن مطالعات حاكي از آن است كه نشانه هاي افسردگي در يك عضو خانواده مي تواند نشانه هاي ابراز خشم را در ديگر اعضاي خانواده كاهش دهد يا سركوب كند.براي مثال سطوح بالاي افسردگي در نوجوانان، سطوح پايين تعارض و خشم را در ديگر اعضاي خانواده نوجوان افسرده به همراه دارد(ددز،ساندرز،موريسون و ربگتز،1992). نوجوانان افسرده ممكن است تقويت كمتري را در مقايسه با نوجوانان غير افسرده براي رفتار مثبتشان از سوي والدينشان دريافت كنند.براي مثال مادران نوجوانان افسرده به ميزان بسيار كمي به فرزندانشان پاداش مي دهند و رفتار آن ها را تقويت مي كنند و زمينه اضطراب و تشويش را در آن ها فراهم مي كنند (كل و رم، 1986).

علاوه بر آن خانواده هايي با يك والد افسرده به انزوا بيشتر گرايش دارند و كمتر احتمال دارد كه فرزندانشان را به شركت در گروه هاي اجتماعي و فعاليت هاي بيرون از منزل تشويق كنند كه همين امر توانايي فرزندانشان را در رشد ارتباطات اجتماعي و يا دريافت حمايت هاي فراخانواده محدود مي كند و موجبات كمرويي را در آنان فراهم مي كند (كامينگز و ديويس،1994). علاوه براين الگوي شناختي منفي والدين افسرده ممكن است انتقال افسردگي از والدين به نوجوان را توضيح دهد (الوي، 2001).

افسردگي و اضطراب والدين، با افزايش ريسك ابتلا به اختلالات روانپزشكي شامل افسردگي، اضطراب،كمرويي به علاوه مشكلات هيجاني، رفتاري و اجتماعي فرزندانشان مرتبط است.اين ريسك فاكتورها شامل مهارت هاي مخدوش والديني،مهارت هاي اجتماعي ضعيف،الگوي شناختي والدين،محيط خانوادگي پراسترس و انتقال هاي ژنتيكي مي باشد.ويژگي هاي شخصيتي نوجوان،الگوي شناختي،خلق و خو و آسيب پذيري ژنتيكي مي تواند ريسك ابتلا به افسردگي، اضطراب و كمرويي را در نوجوانان افزايش دهد (رستيفو و بوگلز، 2009).

زيرسيستم والد-فرزند در زمينه افسردگي نوجوانان بيش از همه مورد بررسي قرار گرفته است. مطالعات انجام شده، از رابطه قوي بين ريسك ابتلا به نشانه هاي افسردگي و اضطراب در نوجواني با الگوي تربيتي والدين، حمايت پايين والدين، مشكلات دلبستگي، مشكل در رسيدن به خودمختاري و تعارضات بين والدين و نوجوانان حمايت كرده اند (ونارد[[47]](#footnote-47)، 1999).

در سطح ارتباطات زناشويي،مطالعات انجام شده از رابطه قوي بين تعارضات زناشويي و اثر بلافصل اين آشفتگي ها بر روي كودكان و نوجوانان به علاوه رشد اختلالات بعدي روانشناختي حمايت كرده است.شواهد و مدارك تحولي حاكي از آن است كه حل تعارضات والديني مي تواند به اصلاح و رفع اثر منفي بر فرزندان كمك كند. درسطح كل سيستم خانواده،الگوهاي خانوادگي بي قيد و بند و به هم تنيده با افزايش ريسك نشانه هاي افسردگي و اضطراب در فرزندان مرتبط است.محيط خانوادگي حمايت گر با سطح تعارضات پايين بين نوجوان-والد مرتبط است. نهايتا در سطح زيرسيستم فراخانواده،مطالعات حاكي از آن است كه حوادث پراسترس،مشكلات افتصادي و سياسي و اجتماعي و...ريسك ابتلا به احتلالات برون زاد و درون زاد را در نوجوانان افزايش مي دهد (استرن،2000). حمايت قوي سيستم خانواده از نوجوانان مي تواند از آنان در برابر ابتلاي به افسردگي و اضطراب حمايت كند(كامسيل[[48]](#footnote-48) و اپستين[[49]](#footnote-49)،1994؛ليسيترا-كلكلر و وس،1993).يك محيط خانوادگي پراسترس و پرهرج و مرج،ارتباطات ضعيف و نه چندان خوشايند بين والدين و نوجوان و نگرش هاي منفي والدين در مورد افسردگي، ممكن است در شروع افسردگي نوجوانان دخيل باشد(گاتليب و اويسون،1993؛بريج،1993). لازم به ذكر است كه گاهي ارزيابي نوجوانان از محيط خانوادگي شان ممكن است به مراتب بدتر از آنچه كه واقعا هست سنجيده شود (ليسيترا-كلكلر و وس، 1993). علاوه بر آن نوجواناني كه خودشان را نسبت به والدينشان دور و غير صميمي و يا وابسته مي بينند نشانه هاي افسردگي را در مقايسه با نوجواناني كه يك چنين احساسي ندارند بيشتر تجربه مي كنند (فرانك، پورمن، ون ايگرن و فيلد، 1997).

خانواده ها مي توانند به طور منفي بر سلامت رواني نوجوانان به واسطه بي ميلي و يا ناتواني شان در تشخيص نشانه هاي افسردگي آنها و همينطور بزرگ كردن مشكلات هيجاني شان اثر منفي بگذارند (ويسدم، كلارك و گرين، 2006). ونارد (1999) دريافته است كه دختران نوجواني كه خانواده هايشان افسردگي را به عنوان يك نقص و عيب تلقي مي كند،كمتر درصدد درمان حرفه اي و مشاوره بر مي آيند. خانوده هايي با نگرش منفي نسبت يه افسردگي ممكن است نشانه هاي افسردگي را در فرزندانشان تشديد كنند و بدين ترتيب رابطه بين والدين و نوجوان مخدوش مي شود (ويسدم و آگنور، 2006).

والدين در رشد و ابقاي نشانه هاي افسردگي فرزندانشان نقش مهمي دارند اما در دوره نوجواني،گروه مرجع و مهم نوجوان از والدين به همسالان تغيير جهت مي دهد (فارمن و بورمستر،1992؛ پترسن، سريگياني و كندي،1991). نوجوانان بيشتر وقتشان را با همسالانشان مي گذرانند و راهنمايي و تاييد آنها در مقايسه با والدين برايشان بسيار مهمتر است. ارتباطات خوشايند با همسالان مي تواند آسيب پذيري به افسردگي را در نوجوانان تخفيف دهد. نوجواناني كه از حمايت همسالانشان بيشتر برخوردارند ودوستان بيشتري دارند سطوح كمتري از افسردگي را نشان مي دهند.درحاليكه نوجواناني كه از حمايت همسالانشان برخوردار نيستند نشانه هاي افسردگي بيشتري را تجربه مي كنند (ليسيترا-كلكلر و وس،1993).

همسالان همچنين مي توانند به عنوان منبع استرس و افسردگي نوجوان عمل كنند.فشار از جانب گروه همسالان به همنوا شدن با استانداردهاي گروه مي تواند منجر به اضطراب بيشتر در آنها شود و تشويق آنها به فعاليت هايي با ريسك بالا مي تواند به افسردگي در آنها منجر شود.طرد از جانب همسالان با،اضطراب،احساس انزوا وعزت نفس پايين نوجوان مرتبط است (برنت، 1996). از دست دادن ارتباطات اصلي نوجوان به خصوص جدايي هاي عاطفي و رمانتيك، به طور معناداري در شروع نشانه هاي افسردگي آنها نقش بازي مي كند(مونرو،رود،سيلي و لوينسون، 1999).

هنگامي كه همسالان، نوجوان را به واسطه افسردگي اش مسخره مي كنند،كمتر احساس محبوب بودن مي كند و لذا نشانه هاي افسردگي اش بدتر و شديدتر ميشود.همچنين همسالان مي توانند به واسطه تقويت نگرش هاي منفي در مورد داشتن مشكلات هيجاني، وضعيت روحي او را تضعيف تر كنند (كنلي[[50]](#footnote-50)، گلر[[51]](#footnote-51)، مارتن[[52]](#footnote-52) و كوچر[[53]](#footnote-53)،1992). تحقيقات حاكي از آن است كه همسالان ممكن است بر روي رفتارهاي مربوط به سلامتي نوجوان به طور مثبت(از طريق حمايت اجتماعي)و به طور منفي(از طريق طرد و يا فشار به همنوايي) اثر بگذارند.

**منابع فارسي :**

آزاد،ح.(1384).آسيب شناسي رواني.تهران:انتشارات بعثت.

**ا**براهيمي،عصمت.(1372).بررسي تاثير اشتغال مادر بر سازگاري اجتماعي دختران.پايان نامه كارشناسي ارشد چاپ نشده دانشگاه تربيت معلم.دانشكده روان شناسي و علوم تربيتي.

احدي،ح.و بني جمالي،شكوه السادات.(1378).روان شناسي رشد:مفاهيم بنيادي در روان شناسي كودك.تهران:چاپ و نشر بنياد.

افروز،غلامعلی.(1385).روانشناسی کمرویی و روش های درمان.تهران:دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

اسنهالاتا،مارتي.(1385).كمرويي نوجوانان.ترجمه نادر باقري.تهران:به نشر.

بيگدلي،ناهيد.(1375).بررسي علل عمده طلاق در بين كساني كه حكم طلاق آنها صادر شده است.پايان نامه كارشناسي ارشد چاپ نشده.دانشگاه آزاد اسلامي.

پرواسي،پريسا،بررسي اثربخشي آموزش والدين در كاهش علايم اختلال سلوك فرزندان،الگوهاي ارتباطي و عكلكرد خانواده،پايان نامه كارشناسي ارشد روانشناسي باليني،دانشگاه علم و فرهنگ،شهريور 1389.

دادستان،پ.(1384).روانشناسي مرضي تحولي.تهران:نشر ليلي.

زيمباردو،ف.(1380).كمرويي چيست؟.ترجمه پارسا.نشرعلم.

شولتز،دوان و شولتز،سيدني الن.(1388).نظريه هاي شخصيت.ترجمه يحيي يسد محمدي.تهران:انتشارات ويرايش.

طهماسيان، كارينه،بررسي اثر آموزش مادران در كاهش اختلالات رفتاري كودكان،پايان نامه كارشناسي ارشد روانشناسي باليني،انستيتوي روان پزشكي تهران،1375.

فراهتی، مهرزاد.(1389).رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده با منبع کنترل،عزت نفس،کمرویی و مهارت های ارتباطی نوجوانان.پایان نامه کارشناسی ارشد.دانشگاه علم و فرهنگ.

گلدنبرگ،ا.گلدنبرگ،ه.(1385).خانواده درماني.ترجمه الهام ارجمند.نشر روان.

لطفي كاشاني،فرح؛وزيري،شهرام،روانشناسي مرضي كودك،تهران،نشر ارسباران،1383.

محمديان،ل.(1373).بررسي رابطه مشكلات خانوادگي والدين با مشكلات خانوادگي فرزندان آنها.پايان نامه كارشناسي ارشد مشاوره،رودهن:دانشگاه آزاد اسلامي.

مرادي،عليرضا،رابطه رفتارهاي بهنجار و نابهنجار نوجوانان 15 تا 18 ساله تهراني با وضعيت رواني،اجتماعي،اقتصادي،اخلاقي و خانوادگي،1385.

مینوچین، سالوادور، خانواده و خانواده درمانی، ترجمه باقر ثنایی. تهران، انتشارات رشد، 1387.

هامبورگ،د و ن،سارتريوس.(1374).سلامت و رفتار.ترجمه خليل ميرزايي.تهران:انتشارات جانزاده.

هالجين،ر.ويتبورن،س.(1385).آسيب شناسي رواني.ترجمه يحيي سيد محمدي.نشر روان.

**References:**

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E., & Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. Clinical Child and Family Psychology Review, 9(1), 23−64.

Alloy, L. B. (2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. Cognitive Therapy and Research, 25(4), 397−423.

Armsden, G. C. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. Journal of Abnormal Child Psychology, 18(6), 683−697.

Beck,A,T.Steer,R.A,&Brown,G.K.(1996).Monual for the Beck Depression Inventory II.San Antonio,TX:Psychological Coproation.

Becker,W.C.(1964),Consynuences of different kinds of parental discipline,in.M.L.Hoffman&L.W.Hoffman(Eds)Rewiew of child Development research(Vol.I).New York L Russell-sage Founlation.

Berndt, T. J. (1996). Transitions in friendships and friends’ influence. In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Bernstein, G. A.,Warren, S. L., Massie, E. D., & Thuras, P. D. (1999). Family dimensions in anxious-depressed school refusers. Journal of Anxiety Disorders, 13(5), 513−528.

Birmaher, B. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Archives of General Psychiatry, 57(1), 29−36.

Buss, A. H. (1986). A theory of shyness. Iu woH. Joues. J. M. cheek, & S. R. Briggs (Eds) , shyuess: ***Perspectives on re search and treatment***.(pp. 39-46). New York: Plenumpress.

Cheek,J.,& Buss,A.(1981) .Shyness and sociability, *Journal of Personality and Social Research* **41** (1981).

Cheek,J.M.,& Stahl,S.S.(1986). Shyness and verbal creativity, *Journal of Research in Personality* **20** (1986), pp. 51–60.

Chen, G. (1998).Child rearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian Toddlers: A cross-cultural study, *Developmental Psychology* **34** (4) (1998), pp. 677–686.

Chen,G.(2000). Social and emotional development in Chinese children and adolescents: A contextual cross-cultural perspective. In: F. Columbus, Editor, *Advances in psychology research*, Nova Science Publishers, Commack, NY (2000), pp. 229–251 Vol. 1,.

Chung,J.,Evans,M.(2002). Shyness and Symptoms of Illness in Young Children.

Cole, D. A., & Rehm, L. P. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. Journal of Abnormal Child Psychology, 14(2), 297−314.

Connolly, J., Geller, S., Marton, P., & Kutcher, S. (1992). Peer responses to social interaction with depressed adolescents. Journal of Clinical Psychology, 21, 365–370.

Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Interventions as tests of family systems theories: Marital and family relationships in children's development and psychopathology. Development and Psychopathology, 14(4), 731−759.

Crozier,W.,Birdsey,N.(2002).Shyness, sensation,seeking and birth-order position.

Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46(5), 479−48.

Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2004). Everyday marital conflict and child aggression. Journal of Abnormal Child Psychology, 32(2), 191−202.

Cummings, E. M., & Wilson, A. (1999). Contexts of marital conflict and children's emotional security: Exploring the distinction between constructive and destructive conflict from the children's perspective. In M. J. Cox & J.

Cumsille, P., & Epstein, N. (1994). Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. Journal of Family Psychology, 8, 202–214.

Dadds, M. R., Sanders, M. R., Morrison, M., & Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. Journal of Abnormal Psychology, 101(3), 505−513.

Daniels,D.,&Plomin,R.(2007).Origins of Individual differences in infant shyness. Institute for Behavioral Genetics, University of Colorado, Boulder.

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Interparental discord, family process, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), 2nd Edition. Developmental psychopathology, Vol. 3. (pp. 86−128). New Jersey: John Wiley and Sons.

Davis, B., Sheeber, L., & Hops, H. (2000). Coercive family processes and adolescent depression. In G. Patterson (Ed.), Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention (pp. 173−192).

Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. Psychological Bulletin, 108(1), 50−76.

Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. Psychological Bulletin, 92(2), 310−330.

Emery, R., Weintraub, S., & Neale, J. M. (1982). Effects of marital discord on the school behavior of children of schizophrenic, affectively disordered, and normal parents. Journal of Abnormal Child Psychology, 10(2), 215−228.

Fordham,K.,& Stevenson-Hinde,J.(1999). Shyness, friendship quality, and adjustment during middle childhood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **40** (5) (1999), pp. 757–768.

Garcia et al., 1991S. Garcia, L. Stinson, W. Ickes, V. Bissonnette and S.R. Briggs, [previous term](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B9853-512NGCS-GT&_user=10&_coverDate=12/31/2010&_alid=1475206630&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=59087&_sort=r&_st=13&_docanchor=&view=c&_ct=3222&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=584ae8706f7186c0fc7273d47c353ec1&searchtype=a#hit13)Shyness[next term](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B9853-512NGCS-GT&_user=10&_coverDate=12/31/2010&_alid=1475206630&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=59087&_sort=r&_st=13&_docanchor=&view=c&_ct=3222&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=584ae8706f7186c0fc7273d47c353ec1&searchtype=a#hit15) and physical attractiveness in mixes –sex dyads, *Journal of Personality and Social Psychology* **61** (1991), pp. 35–49.

Goekoop, J.G.,& Zwinderman, A.H.(2002). Multidimensional hierarchic ordering of psychopathology. Rasch-analysis in factor-analytic dimensions. Acta Psychiatrica Scandinavica90, 399–404.

Goldenberg, M., Goldenberg, E. (2007). Family therapy: an overview. London: penguin.

Goodman,S.H&Gotlib,I.H.(1999). Risk for psychopathology in the children of

depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of

transmission. Psychology Review, 106(3), 458−490.

Gudino,O.,Lau,A.(2010). Parental cultural orientation, shyness and anxiety in Hispanic children: An exploratory study.

Heterington. E. M. , Parke, R. (2005). Child psychology a contemporary view point. Mc Graw- Hill.

Henderson, P.(2002),Social fitness and technology use: Adolescent interview study, Stanford University and Shyness Institute, USA (2002).

Henderson,L.,& Zimbardo,P.(1998). Shame and anger in chronic shyness, Anxiety Disorders Association of America, USA (1998).

Hirshfeld-Becker,D.,& Biederman.J.,& Rosenbaum.J.(2007). Behavioral inhibition in preschool children.

Kaplan, H. , I. ,and Shaddocks, B. J. (2003). Synapses of psychiatry, (9th ed.). Baltimore: William & Wilkins.

Kashani, J. H., Suarez, L., Jones, M. R., & Reid, J. C. (1999). Perceived family characteristic differences between depressed and anxious children and adolescents. Journal of Affective Disorders, 52(1–3), 269−274.

[Leary](http://www.sciencedirect.com.lesley.ezproxy.blackboard.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V9F-4625JP7-5&_user=1075869&_coverDate=07%2F31%2F2003&_alid=1359737184&_rdoc=6&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5897&_sort=r&_docanchor=&view=c&_ct=2387&_acct=C000051322&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1075869&md5=6cbfb3d789deac70954f00b128493c53#bbib19), M.,& Kowalski, R.M. ( 1995). Social anxiety. , Guilford Press, New York.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implication. Clinical Psychology Review, 18, 765–794.

Lutwak,N., Ferrari,J.R M.,& Cheek,1999, Shame, guilt, and identity in men and women: the role of identity orientation and processing style in moral affects .

Maccoby,E.E,&Martin,J.A.(1983)Socialization in the context of the family:parent-child interaction.In P.H Mussen(series Ed.)&E.M.Hetherington (Vol,Ed.) Hand book of child Psychology:Vol.Socalization,Personality,and Social development

Masi, G.( 2003). Temperament in adolescents with anxiety and depressive disorders and in their families, *Child Psychiatry & Human Development* **33** (3) (2003), pp. 245–259.

Park,R.P.&Buriel,R.(1997)Handbook of child Psychology.V.3,Chapter8,William Domom,Editor in Chief,Nancy Eisenberg.

Patterson, G. R. , Chamberlin, P. and Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent- training program. Behavior therapy. 13, 633- 650.

Phillips,T.,Pittman,J.(2007). Adolescent psychological well-being by identity style.

Restifo,,k.,Bogels,S.(2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment.

Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002). The genetic etiology of childhood depression: A review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43(1), 65−79.

Rubin,K.(2001). Shyness and Behavioral Inhibition.University of Maryland,Collefe park,Maryland,USA.

Rubin,K.H & Asendorpf,J.(1999). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood, Erlbaum, Hillsdale, NJ (1993).

Rubin,K.H& Burgess.( 2001).Social withdrawal and anxiety. In: M.V. Vasey and M.R. Dadds, Editors, *The developmental psychopathology of anxiety*, Oxford University Press, New York, NY (2001), pp. 407–434.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. Psychological Medicine, 14(4), 853−880.

Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. Clinical Child and Family Psychology Review, 8(3), 203−219.

Saunders,P.L.,&Chester,A.(2008).Shyness and the internet:Social problem or panacea?.3

Sexson, S. B., Glanville, D. N., & Kaslow, N. J. (2001). Attachment and depression. Implications for family therapy. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 10(3), 465−486.

Sheeber, L. (2001). Family processes in adolescent depression. Clinical Child and Family Psychology Review, 4(1), 19−35.

Sheeber, L., Hops, H., Andrews, J., Alpert, T., & Davis, B. (1998). Interactional processes in families with depressed and non-depressed adolescents: Reinforcement of depressive behavior. Behaviour Research and Therapy, 36(4), 417−427.

Ustun, T. B. (2000). Cross-national epidemiology of depression and gender. Journal of Gender Specific Medicine, 3, 54–58.

Venarde, D.F. (1999). Medication and meaning: Psychotherapy patients’ subjective experiences of taking selective seratonin reuptake inhibitors (SSRIs). Unpublished doctoral dissertation, State University of New Jersey, Piscataway.

Winter,F.P.,& Zwinderman,H.,&Goekoop,G.(2002). Anxious-retarded depression: relation to family history of Depression.

Wisdom,J.P.,Agnor,C(2007) Family heritage and depression guides: Family and peer views influence adolescent attitudes about depression.

Wisdom, J. P., Clarke, G. N., & Green, C. A. (2006). What teens need: Barriers to seeking care for depression. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33(2), 133–145

Zimbardo, P.G. (1981). Shyness: what it is and what to do about it. , Addison-Wesley, Reading, MA.

1. - Hetherington,E. [↑](#footnote-ref-1)
2. - Park,R. [↑](#footnote-ref-2)
3. - Stafford. [↑](#footnote-ref-3)
4. - Bear,B. [↑](#footnote-ref-4)
5. -Patterson,J. [↑](#footnote-ref-5)
6. -categorical approach. [↑](#footnote-ref-6)
7. -dimensional approach. [↑](#footnote-ref-7)
8. Graham,J. [↑](#footnote-ref-8)
9. Costello,E. [↑](#footnote-ref-9)
10. Conger,J. [↑](#footnote-ref-10)
11. Peterson,C. [↑](#footnote-ref-11)
12. Storm&Stress. [↑](#footnote-ref-12)
13. Rebirth. [↑](#footnote-ref-13)
14. Hall,S. [↑](#footnote-ref-14)
15. Malinowski,B. [↑](#footnote-ref-15)
16. Mead,G. [↑](#footnote-ref-16)
17. Benedict,R. [↑](#footnote-ref-17)
18. Adams,S. [↑](#footnote-ref-18)
19. Erikson,E. [↑](#footnote-ref-19)
20. Kaplan,P. [↑](#footnote-ref-20)
21. Sadock,V. [↑](#footnote-ref-21)
22. Identity crisis. [↑](#footnote-ref-22)
23. Self-focus. [↑](#footnote-ref-23)
24. Self-presentation [↑](#footnote-ref-24)
25. Philips,T. [↑](#footnote-ref-25)
26. Pittman,J. [↑](#footnote-ref-26)
27. CROZIER,W. [↑](#footnote-ref-27)
28. Birdsey,N. [↑](#footnote-ref-28)
29. Reznick,B. [↑](#footnote-ref-29)
30. Leary,M. [↑](#footnote-ref-30)
31. Kowalski,R. [↑](#footnote-ref-31)
32. Lutwak,N. [↑](#footnote-ref-32)
33. Ferrari,R. [↑](#footnote-ref-33)
34. Cheek,M. [↑](#footnote-ref-34)
35. Wisdom,J. [↑](#footnote-ref-35)
36. Agnor,C. [↑](#footnote-ref-36)
37. Sander. [↑](#footnote-ref-37)
38. McCarty. [↑](#footnote-ref-38)
39. Alloy,L. [↑](#footnote-ref-39)
40. Abramsom,L. [↑](#footnote-ref-40)
41. Smith,J. [↑](#footnote-ref-41)
42. Gibb,B. [↑](#footnote-ref-42)
43. Neeren,A. [↑](#footnote-ref-43)
44. Winter,R. [↑](#footnote-ref-44)
45. Zwinderman,K. [↑](#footnote-ref-45)
46. Goekoop,J. [↑](#footnote-ref-46)
47. Venarde,D. [↑](#footnote-ref-47)
48. Cumsill,P. [↑](#footnote-ref-48)
49. Epsteine,N. [↑](#footnote-ref-49)
50. Connolly,J. [↑](#footnote-ref-50)
51. Gller,S. [↑](#footnote-ref-51)
52. Marton,P. [↑](#footnote-ref-52)
53. Kutcher,S. [↑](#footnote-ref-53)