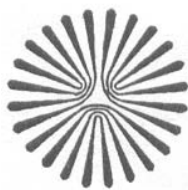


صلى الله عليه وسلم



دانشگاه پیام نور
دانشکده علوم انسانی
گروه روانشناسی

عنوان

بررسی اثر بخشی درمان شناختی، عاطفی و رفتاری گروهی بر تغییر سبک مقابله‌ای اجتنابی و هوش هیجانی کارمندان با گرایش‌های افسردگی صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران - مرکز تهران

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد
در رشته روانشناسی

استاد راهنما

آقای دکتر مرتضی ترخان

استاد مشاور

آقای دکتر فرهاد شقاقی

مؤلف

ناهید رحیمی

زمستان ۱۳۸۹

تقدیر و تشکر:

حمد و سپاس خدایی را که لطف بی پایانش همه را فراگرفته و باران رحمتش همه جا باریده که توفیق داد تا در محضر استادان گرانقدر این مقطع از تحصیل را نیز پشت سر بگذارم.

از استاد ارجمند و وارسته، جناب آقای دکتر مرتضی ترخان که با سعه صدر و گشاده رویی زحمت راهنمایی و ارشاد و تدوین این پایان نامه را در مراحل مختلف بر عهده داشتند صمیمانه سپاسگزارم و از خداوند متعال عمر با عزت و طولانی برایشان طلب می کنم.

همچنین از استاد بزرگوار و عزیز، جناب آقای دکتر فرهاد شقاقی که با حوصله زیاد و دقت و نکته سنجی زحمت مشاوره این پایان نامه را بر عهده داشتند و ارشادات ارزنده ای نمودند، تقدیر و تشکر می نمایم.

و از استاد ارجمند و عزیز، جناب آقای دکتر مجید صفاری نیا که با رویی گشاده و دقت فراوان زحمت داوری این پایان نامه را به عهده داشتند، بی نهایت سپاسگزارم.

از مدیران و کارمندان محترم صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران-مرکز تهران که در انجام این تحقیق صمیمانه همکاری نمودند نیز کمال سپاسگزاری را دارم.

تقدیم:

تقدیم به پدرم، سطر برجسته زندگیم
و تقدیم به مادرم، زیباترین غزل زندگیم
او که نهال امید را در جان من آنچنان نشاند که کودک عقل از توصیف و
ستایش این ره پوی بهشت جاویدان ناتوان است. عاشقانه دوستش دارم
و بر دستان پر مهرش بوسه می زنم.

تقدیم به همسر مهربانم، شهاب عزیز!

او که در اندیشه خوشبختی ام از هیچ تلاشی دریغ نکرده و با سوز
و گداز خود آفتاب هستی بخش باغ زندگیمان گشته است. او که مهرش
تمامی ندارد و ستاره چشمانش روشنی بخش روحم است و لبخندش
گرما بخش زندگیم. کسی که بدون حمایت‌های بی دریغش بی شک این
پایان نامه به سرانجام نمی رسید. همیشه دوستش خواهم داشت.

و به یگانه برادر زاده ام الینا

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول:	
۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بطن مسأله	۴
۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش	۹
۱-۴- اهداف پژوهش	۱۰
۱-۵- فرضیه های پژوهش	۱۱
۱-۶- متغیرهای مستقل و وابسته	۱۱
۱-۷- تعاریف نظری و عملیاتی	۱۱
۱-۷-۱- درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری	۱۱
۱-۷-۲- هوش هیجانی	۱۲
۱-۷-۳- سبک مقابله اجتنابی	۱۲
۱-۷-۴- افسردگی	۱۳
فصل دوم:	
۲-۱- درمان شناختی، عاطفی و رفتاری	۱۵
۲-۱-۱- رفتار درمانی شناختی:	۱۵
۲-۱-۲- راهبردهای عمده در رفتار درمانی شناختی	۱۵
۲-۱-۳- درمان گروهی	۱۶
۲-۱-۴- رفتار درمانی شناختی، رفتاری و عقلانی	۱۷
۲-۱-۵- REBT	۱۸
۲-۲- مقابله	۲۰
۲-۲-۱- انواع مقابله	۲۱

.....۳۲.....	۲-۲-۲- عوامل تأثیرگذار بر پاسخ‌های مقابله‌ای
.....۳۴.....	۲-۲-۳- رویکردهای شخصیتی در خصوص سبک‌های مقابله‌ای
.....۳۵.....	۲-۲-۴- الگوی سنتی مقابله
.....۳۷.....	۲-۲-۵- الگوهای فرآیندی مقابله
.....۳۹.....	۲-۲-۶- سبک‌های رویارویی یا مقابله‌ای
.....۴۲.....	۲-۳- هوش هیجانی:
.....۴۳.....	۲-۳-۱- توجهات اخیر به هوش هیجانی
.....۴۴.....	۲-۳-۲- سابقه نظری مفهوم هوش هیجانی
.....۴۴.....	۲-۳-۲-۱- دیدگاه توانایی (پردازش اطلاعات)
.....۵۰.....	۲-۳-۲-۲- دیدگاه شخصیتی-اجتماعی-هیجانی هوش هیجانی
.....۵۳.....	۲-۳-۲-۳- دیدگاه مختلط هوش هیجانی
.....۵۴.....	۲-۴- افسردگی
.....۵۷.....	۲-۴-۱- نظریه‌های افسردگی
.....۵۷.....	۲-۴-۱-۱- نظریه‌های زیست شناختی
.....۵۸.....	۲-۴-۱-۲- دیدگاه روان پوشی
.....۵۹.....	۲-۴-۱-۳- دیدگاه رفتاری در مورد افسردگی
.....۵۹.....	۲-۴-۱-۴- دیدگاه انسانگرایی - هستی گرایی
.....۶۱.....	۲-۴-۱-۵- دیدگاه شناختی در مورد افسردگی
.....۶۲.....	۲-۵- ارتباط افسردگی و هوش هیجانی
.....۶۴.....	۲-۶- مروری بر پژوهش‌های مرتبط با موضوع
.....۶۴.....	۲-۶-۱- پژوهش‌های داخلی
.....۶۹.....	۲-۶-۲- خارجی
.....۷۳.....	۳-۱- جامعه آماری

فصل سوم:

.....۷۳	۳-۲- نمونه آماری
.....۷۳	۳-۳- روش و چگونگی نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات
.....۷۴	۳-۴- روش و طرح پژوهش
.....۷۵	۳-۵- ابزار گردآوری اطلاعات
.....۷۵	۳-۵-۱- آزمون افسردگی بک
.....۷۵	۳-۵-۱-۱- شریه نمره گذاری پرسشنامه بک
.....۷۶	۳-۵-۱-۲- اعتبار و روایی پرسشنامه بک
.....۷۶	۳-۵-۲- پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ
.....۷۷	۳-۵-۲-۱- شریه نمره گذاری پرسشنامه شرینگ
.....۷۷	۳-۵-۲-۲- اعتبار و روایی پرسشنامه شرینگ
.....۷۷	۳-۵-۳- پرسشنامه سبکهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (WCQ)
.....۷۸	۳-۵-۳-۱- شریه نمره گذاری پرسشنامه فولکمن و لازاروس
.....۷۹	۳-۵-۳-۲- اعتبار و روایی پرسشنامه فولکمن و لازاروس
.....۷۹	۳-۵-۴- بسته آموزشی درمان شناختی، عاطفی و رفتاری الیس

فصل چهارم:

.....۸۱	۴-۱- مقدمه
.....۸۲	۴-۲- توصیف ویژگی های آزمودنی ها
.....۸۹	۴-۳- آزمون فرضیه ها

فصل پنجم:

.....۹۶	۵-۱- مقدمه
.....۹۶	۵-۲- تعیین فرضیه های پژوهش
.....۹۹	۵-۳- نتیجه گیری کلی
.....۱۰۰	۵-۴- محدودیتهای تحقیق
.....۱۰۱	۵-۵- پیشنهادهاى تحقیق

۱-۵-۵-پیشنهادهای پژوهشی

۲-۵-۵-پیشنهادهای کاربردی

منابع فارسی

منابع انگلیسی

۱:۱.....

۱:۲.....

۱:۳.....

۱:۶.....

فهرست جداول

	صفحه	عنوان
.....۳۸	۲-۱- انواع راهبردهای مقابله	جدول شماره ۱-۲-۱- انواع راهبردهای مقابله
.....۶۱	۲-۲- نمونه‌ای از تحریفات شناختی	جدول شماره ۲-۲- نمونه‌ای از تحریفات شناختی
.....۸۲	۴-۱- توزیع فراوانی مربوط به جنسیت بطور کلی	جدول شماره ۴-۱- توزیع فراوانی مربوط به جنسیت بطور کلی
.....۸۳	۴-۲- توزیع فراوانی مربوط به جنسیت در دو گروه آزمایش و کنترل	جدول شماره ۴-۲- توزیع فراوانی مربوط به جنسیت در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۸۴	۴-۳- توزیع فراوانی مربوط به تحصیلات در دو گروه آزمایش و کنترل	جدول شماره ۴-۳- توزیع فراوانی مربوط به تحصیلات در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۸۵	۴-۴- توزیع فراوانی مربوط به سابقه کار در دو گروه آزمایش و کنترل	جدول شماره ۴-۴- توزیع فراوانی مربوط به سابقه کار در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۸۶	۴-۵- توزیع فراوانی مربوط به سن در دو گروه آزمایش و کنترل	جدول شماره ۴-۵- توزیع فراوانی مربوط به سن در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۸۷	۴-۶- توزیع فراوانی مربوط به نمره افسردگی	جدول شماره ۴-۶- توزیع فراوانی مربوط به نمره افسردگی
.....۸۸	۴-۷- توصیف میانگین افسردگی در زنان و مردان	جدول شماره ۴-۷- توصیف میانگین افسردگی در زنان و مردان
.....۸۹	۴-۸- شاخص هلی توصیفی فرضی اول (سبک مقابله‌ی اجتنابی)	جدول شماره ۴-۸- شاخص هلی توصیفی فرضی اول (سبک مقابله‌ی اجتنابی)
.....۹۰	۴-۹- آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی	جدول شماره ۴-۹- آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی
.....۹۱	۴-۱۰- شاخص هلی توصیفی فرضی دوم (هوش هیجانی)	جدول شماره ۴-۱۰- شاخص هلی توصیفی فرضی دوم (هوش هیجانی)
.....۹۲	۴-۱۱- آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی	جدول شماره ۴-۱۱- آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی
.....۹۳	۴-۱۲- مقایسه نمره سبک مقابله‌ی اجتنابی در مردان و زنان	جدول شماره ۴-۱۲- مقایسه نمره سبک مقابله‌ی اجتنابی در مردان و زنان
.....۹۴	۴-۱۳- آزمون t مستقل مربوط به مقایسه نمره سبک مقابله‌ی اجتنابی در زنان	جدول شماره ۴-۱۳- آزمون t مستقل مربوط به مقایسه نمره سبک مقابله‌ی اجتنابی در زنان
.....۹۴	۴-۱۴- مقایسه نمره هوش هیجانی در مردان و زنان	جدول شماره ۴-۱۴- مقایسه نمره هوش هیجانی در مردان و زنان
.....۹۳	۴-۱۵- آزمون t مستقل مربوط به مقایسه نمره هوش هیجانی در مردان و زنان	جدول شماره ۴-۱۵- آزمون t مستقل مربوط به مقایسه نمره هوش هیجانی در مردان و زنان

فهرست نمودارها

عنوان صفحه

.....۸۲.....	نمودار شماره ۱-۴-درصد فراوانی مربوط به جنسیت بطور کلی
.....۸۳.....	نمودار شماره ۲-۴-درصد فراوانی مربوط به جنسیت در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۸۵.....	نمودار شماره ۳-۴-درصد فراوانی مربوط به تحصیلات در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۸۶.....	نمودار شماره ۴-۴-درصد فراوانی مربوط به سابقه کار در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۸۷.....	نمودار شماره ۵-۴-درصد فراوانی مربوط به سن در دو گروه آزمایش و کنترل
.....۹۰.....	نمودار شماره ۶-۴-نمودار پراکندگی نمرات سبک مقابله‌ای اجتنابی
.....۹۲.....	نمودار شماره ۷-۴-نمودار پراکندگی نمرات هوش هیجانی

چکیده

موضوع پژوهش حاضر، اثر بخشی درمان شناختی، عاطفی و رفتاری بر هوش هیجانی و سبک مقابله‌ای اجتنابی کارمندان با گرایش‌های افسردگی صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران-مرکز تهران می‌باشد.

جامعه آماری این پژوهش شامل ۹۳ نفر از کارمندان زن و مرد صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران-مرکز تهران با گرایش‌های افسردگی، هوش هیجانی پایین و سبک مقابله‌ای اجتنابی می‌باشند که از بین آنها ۳۰ زن و ۳۰ مرد به طور تصادفی انتخاب شدند. از هر جنسیت ۱۵ نفر به شکل تصادفی انتخاب و در گروه آزمایش و باقی آزمودنیها در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان شناختی، عاطفی و رفتاری با بسته آموزشی آلبرت الیس طی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل، هیچ درمانی ندیدند.

روش این پژوهش از نوع آزمایشی است و طرح تحقیق آن، طرح دو گروهی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. ابزار های اندازه‌گیری استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ و پرسشنامه سبکهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن میباشند.


در این پژوهش از شاخصهای آمار توصیفی (جدول-نمودار-میانگین - فراوانی و . . .) و برای تایید فرضیهها از آزمون تی مستقل تفاضل میانگینها با نمرات افتراقی استفاده شد . ه است. نتایج تحقیق نشان داد، هر چهار فرضیه تحقیق ت آید شدند. بدین صورت که درمان شناختی، عاطفی و رفتاری بر هوش هیجانی و سبک مقابله اجتنابی گروه آزمایش ت اثیر مثبت داشته و همچنین این دو لثثیر در زنان و مردان تفاوت ندارد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی، عاطفی و رفتاری - هوش هیجانی - سبک مقابله‌ای اجتنابی -

افسردگی

آدمهای بزرگ درباره ایدهها و افکار صحبت میکنند،
آدمهای معمولی درباره وقایع و حوادث صحبت میکنند
و آدمهای کوچک درباره اشخاص صحبت میکنند.

برایان تریسی



فصل اول
طرح تحقیق

۱-۱- مقدمه

هر انسانی در طول زندگی‌اش ممکن است به علت بروز مشکلات عاطفی، اجتماعی، شغلی، مالی و خانوادگی و یا حتی مشکلات جسمانی به ویژه بیماریهای مزمن حدی از افسردگی و مشکلات روانی را تجربه کند (هایگریس[□]، ۱۹۹۶).

ادلین، گلانتی و براون[□] (۱۹۹۹) معتقدند که سلامت دارای ابعاد متعدد جسمانی، شناختی، معنوی، شغلی، اجتماعی و هیجانی است و افراد زمانی از سلامت بالا برخوردارند که همه ابعاد سلامتی یکپارچه بوده و با هم کار کنند. از جمله ابعاد مهم سلامت که امروزه مورد توجه روانشناسان قرار گرفته مفهوم هوش هیجانی است. به نظر ادلین، گلانتی و براون (۱۹۹۹) افراد دارای سلامت هیجانی قادرند تا حالت شوخ طبعی خود را حفظ کنند، حالت‌های هیجانی خود را تشخیص دهند و به طور مناسب آنها را ابراز کنند. این توانایی درک حالت‌های هیجانی و ابراز آنها موضوعی است که مورد توجه قرار گرفته است و هوش هیجانی به عنوان مؤلفه‌های مهم تلقی می‌شود (سیاروشی، کان و کاپوتی[□]، ۲۰۰۰).

پیشرفت تکنولوژی موجب گردیده است که انسان کارها را سریعتر به انجام برساند. این سرعت مشکلاتی را برای انسان پدید آورده است. برای بررسی انسان در جامعه صنعتی، این سوال مطرح میشود که آیا این پیشرفت تکنولوژی موجب غلبه انسان بر مشکلاتش شده است؟ در جواب باید گفت بلی و خیر. بلی از آن لحاظ که پیشرفت صنعت، موجب گردیده که انسان بتواند با استفاده از جدیدترین و پیشرفتهترین ابزار، کارهایش را در نهایت دقت و سرعت انجام دهد. انسان به کمک کامپیوترهای بسیار مجهز و پیشرفته، موفق شده است مشکلترین مسائل ریاضی و آماری را در حداقل زمان حل کند و در نتیجه مقدار زیادی از وقت و نیروی خود را صرفه‌جویی کند.

از سوی دیگر، پیشرفت تکنولوژی مشکلات گوناگونی را نیز برای انسان بوجود آورده است. بدین معنی که سرعت و دقتی که در انجام امور بر اثر پیشرفت تکنولوژی عاید بشر شده، موجب

□ - Higuera

□ - Edlin , Gilanty & Brown

□ - Ciarrochi , Chan & Caputi

بروز برخی بیماریها و ناراحتیهای روانی و تضعیف روابط و ارزشهای انسانی گردیده است. انسان برای بهبود آسودن راحتی و تسهیلات، بسیاری از ارزشهای خود را از دست داده و خلاقیت و آزادی خود را تا حد زیادی وقف ماشین ساخته است.

انسان که اشرف مخلوقات است اکنون در برابر ماشینهای عظیم و بیجان سر تسلیم فرودآورده و از ماشین میخواهد برایش تصمیم بگیرد. با ادامه چنین وضعی انسان در راه خود تخریبی و از دست دادن هویت خویش به عنوان یک موجود برتر و دارای اراده گام بر میدارد. انسانها بقدری سرگرم و شیفته ماشین شدهاند که هویت انسانی خود را به تدریج فراموش کرده و با طبیعت زیبا بیگانه گشته اند.

عواقب ناخوشایند حاصل از پیشرفت سریع و غیر قابل کنترل تکنولوژی که زاینده دست خود بشر است، عده‌ای از متخصصان علوم انسانی را واداشته تا راه چاره‌ای برای آن بیاندیشد. عواملی نظیر احساس تنهایی، احساس پوچی و بی ارزشی و اشتغال به کارهای یکنواخت که از ارمغانهای زندگی صنعتی است، موجب خستگی و تقلیل کارآمدی فرد میگردد. مشاوران و روان درمانگران برای غلبه بر چنین حالات روانی تخصص دارند و میتوانند انسان درمانده را برای رها شدن از این گرفتاریها کمک کنند(می^۱، ۱۹۶۷؛ به نقل از سودانی ۱۳۷۵).

گروهی از درمانگران که به درمانگران شناختی معروفند، معتقدند تفکر یا به مفهوم وسیعتر شناخت نقش اساسی و مهمی را در چگونگی بروز رفتار آدمی ایفا میکند. اینکه انسان چگونه عمل کند، بستگی دارد به اینکه چگونه بیاندیشد و به طور کلی تا چه حد بر باورهای اشتباه یا ادراکهای غلطی که درباره منابع مشکلات روان شناختی دارد، تأکید ورزد(الیس و درایدن^۲، ۲۰۰۷).

پیش فرض رویکردهای استدلالی درباره تغییر رفتار آن است که افراد منطقی هستند و قادرند که رفتار خویش را از طریق دگگون ساختن نظامهای باور خویش تغییر دهند. نظام عقلانی، عاطفی و رفتاری الیس نمونه بارزی از این رویکرد درمانی است(الیس و درایدن، ۲۰۰۷).

هر گاه حادثه‌ای به وقوع بپیوندد، فرد با توجه به تمایلات خود از آن واقعه میتواند دو برداشت کاملا متضاد و متفاوت داشته باشد: یکی افکار و اعتقادات معقول که با رفتار سالم و منطقی همراه

¹ - May

² - Dryden, W.

است و دیگری افکار و اعتقادات نامعقول که به اضطراب و نگرانی می‌انجامد. لذا مشاور، براساس نظریه عقلانی، عاطفی و رفتاری برای تغییر افکار نامعقول از این روش درمانی استفاده میکند. ایجاد رابطه توأم با احساس امنیت و اعتماد برای دگرگونی در افکار نامعقول ضرورت دارد، از طرفی برخورد مسئولانه مشاور فرد را متقاعد می‌سازد که خود باعث ایجاد و ادامه مشکل است. فرد با کمک درمان شناختی از توقعات نامعقول خود آگاه میشود و پی میبرد که برای رهایی از اضطراب لازم است خود را از قید بایدها و نبایدها آزاد سازد (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶).

این روش یکی از فعالترین و مستقیمترین روشهای درمانگری است. زیرا برخلاف روشهای غیر دستورالعملی یا مراجع محوری، که بیمار مسئول یافتن راه حل مشکل خویش است، در درمانهای شناختی از طریق آموزش دادن، روشن ساختن مفاهیم و مسائل و از طریق توضیحات کلفی به بیمار کمک میشود تا بر مشکل فائق آید. بنابراین فعالانه و مستقیم به وی آموزش داده میشود که کدام واکنش می‌تواند در حل مشکل او سودمند واقع شود و در عین حال زیان کمتری متوجه او گرداند (پروچسکا[□]، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵).

۲-۱- بیان مسأله

یکی از روشهای موفق در درمان مشکلات عاطفی شناخت درمانی است. شناخت درمانی انواع متفاوتی دارد که یکی از انواع آن روش منطقی، عاطفی و رفتاری[□] است. درمان منطقی، عاطفی و رفتاری آلبرت ایس شیوه‌ای جامع در درمان است که مشکل فرد را از سه دیدگاه شناختی، عاطفی و رفتاری مورد نظر قرار می‌دهد و سعی میکند که با ایجاد شناخت مطلوب در فرد، تاثیرات مثبت و منطقی، عاطفی و رفتاری در او ایجاد کند تا فرد عاطفی برخورد کند و رفتار مطلوبی داشته باشد (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶).

درمان شناختی عاطفی و رفتاری یک رویکرد جامع برای درمان و نیز برای آموزش است که در آن رویکردهای شناختی، عاطفی و رفتاری به کار گرفته میشود.

[□] - Prochaska, J. N.

[□] - Rational Emotive Behaviour Therapy

آلبرت ایس فعالیت‌های بالینی خود را با روش روان تحلیلیگری آغا ز کرد ولی پس از مدتی متوجه شد کسب بینش نسبت به مشکلات که در فرایند روان تحلیلیگری مورد توجه است کمک چندانی به حل مشکلات فرد نمی کند باید راه حل مشکلات بیماران را در موقعیتهای کنونی که مسائل و مشکلات در آن بروز می کند، جستجو کرد.

پایه نظریه درمان منطقی- عاطفی ایس به ABC معروف است که طی آن در نقطه A رویدادهای برانگیزنده زندگی، مثل ناکامی در وارد شدن به دوره کارشناسی ارشد قرار دارد. نقطه B بیانگر عقایدی است که افراد برای پردازش رویدادهای برانگیزنده، در زندگی خویش به کار می‌برند. این عقاید می‌توانند منطقی باشند (مثل اعتقاد به این که ناکامی آزارنده و ناخوشایند بوده است) و یا غیرمنطقی (مثل اعتقاد به این که چقدر عدم موفقیت در وارد نشدن به دوره فوق لیسانس وحشتناک است). در نقطه C فرد پیامدهای عاطفی و رفتاری آنچه را که به تازگی روی داده است، تجربه می‌کند (ایس و درایدن، ۲۰۰۷).

اغلب افراد و بسیاری از درمانگران، به طور سنتی خیال می‌کنند که پیامدهای عاطفی وخیم رشد شخصیت، حاصل رویدادهای برانگیزنده‌ای است که فرد با آنها مواجه شده است؛ یعنی A مستقیم به C می‌انجامد (حق شناس و بهره در، ۲۰۰۹).

هدف اصلی ایس این بود که به افراد کمک کند تا از طریق شناخت افکار منطقی و غیرمنطقی خود بر مشکلات عاطفی خویش فائق آیند. به همین دلیل روش ابداعی او عقلانی- عاطفی نام گرفت. البته در سالهای اخیر ایس نام روش درمانی خود را به رفتاردرمانی عقلانی - عاطفی تغییر داده است.

اگر چه اساس نظریه او در حال حاضر نیز شناختی است، از آنجایی که ایس همواره تغییر در رفتار را از عناصر مهم فرآیند درمان تلقی می‌کرده است، این تغییر نام را ضروری دانسته و بر چگونگی تأثیر رفتار و شناخت بر یکدیگر توجه بسیاری کرده است. به نظر ایس اغلب مشکلات عاطفی و رفتارهای ناشی از آن از بیانات غیر منطقی مراجع به خود ناشی میشوند.

تفکرات غیر منطقی در مواجهه با رویدادها و احساس یأس و نومییدی در هنگام ناکامی فرد را دچار مشکلات عاطفی می‌کند (حق شناس و بهره در، ۲۰۰۹).

به طور کلی، مقابله کردن نیز به تلاشهای رفتاری و شناختی برای پیشگیری، نظم بخشیدن و فرونشاندن تنیدگی اطلاق میگردد (لازاروس[□] و فولکمن[□]، ۱۹۸۴).

گرچه مقابله کردن شامل فعالیتهای زیادی میشود، غالب راهبردهای مقابله ای[□]، منعکس کننده تلاش فرد برای بهبود یک موقعیت دشوار میباشد؛ موقعیتهایی از قبیل طراحی یک نقشه یا انجام عمل (مقابله مسأله مدار[□]) یا تلاشهای فرد برای کاهش احساسات ناخوشایند (مقابله هیجانمدار[□]) از قبیل گریه کردن، خیالپردازی کردن و پرداختن به رفتارهای عیبجویانه و بالاخره در پیشگرفتن فعالیتهایی که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگیزا میباشد (مقابله اجتنابی[□]) (پنلی[□] و توماکا[□]، ۲۰۰۲).

براساس نظر فولکمن و لازاروس رویارویی در واقع تلاشهای شناختی و رفتاری فرد برای غلبه پیدا کردن بر تنیدگیها، تحمل کردن و کاهش دادن اثر آن است. بر اساس این نوع تعریف دو رویارویی داریم: رویارویی متمرکز بر حل مسأله و رویارویی متمرکز بر هیجان. (فولکمن و لازاروس، به نقل از دافعی، ۱۳۷۶)

هوش هیجانی[□] طی گذشته بطور قابل توجهی نظر عموم را به خود جلب کرده است. مایر^{□□} و همکاران (۲۰۰۲) هوش هیجانی را به صورت مجموعه ای از تواناییها تعریف کرده اند که تسهیل کننده ادراک، بیان، جذب، فهم و تنظیم هیجان است. به علاوه رشد فکری و عاطفی را به میانگیزد (مایر و سالوی^{□□}، ۱۹۹۵).

بسیاری از درمانگران، ادعای توانایی افزایش هوش هیجانی را دارند. حتی اگر مدل های هوش هیجانی را که بر مبنای شخصیت می باشد، بپذیریم؛ این مفهوم که بتوانیم به سادگی خصوصیات اصلی و اساسی شخصیت را تغییر دهیم، صحیح نمی باشد. آیا افراد بدبین با شرکت در یک کارگاه آموزشی

□ - Lazarus, R. S.

□ - Folkman, S.

□ - Coping style

□ - Task-oriented coping

□ - Emotion-oriented coping

□ - Avoidance-oriented coping

- Penely

- Tomaka

□ - Emotional intelligence

□□ - Mayer, J. D.

□□ - Salovey, P.

می‌توانند خوش‌بین شوند؟ البته که خیر. اما حتی اگر نتوان هوش هیجانی افراد را تغییر داد، شاید بتوان به افراد مهارت‌های هیجانی را آموزش داد و به معلومات آن‌ها در این زمینه افزود. مثلاً می‌توان به افراد لغات بیان‌کننده هیجان‌ها را یاد داد و یا علت به وجود آورنده هیجان‌ها را شناساند. شاید بهترین جواب برای این سوال به وسیله پایه‌گذاران تئوری هوش هیجانی، "جان مایر" و "پیترسالوی" داده شود.

"مایر" عقیده دارد هوش هیجانی (EI) یک نوع ظرفیت روانی برای معنی بخشی و کاربرد اطلاعات هیجانی می‌باشد. افراد، در این مورد ظرفیت‌های مختلف دارند، بعضی در حد متوسط و بعضی دیگر ماهر یا خبره‌اند (اکبرزاده، ۱۳۸۳).

به عقیده "مایر" قسمتی از این ظرفیت غریزی است و قسمت دیگر حاصل تجارب زندگی است. قسمت اخیر می‌تواند به وسیله کوشش، تمرین و تجربه پیشرفت یابد.

"سالوی" نظر "مایر" را توسعه می‌دهد. یعنی عقیده دارد بسیاری از مهارت‌هایی که قسمتی از هوش هیجانی هستند، می‌توانند یاد گرفته شوند. "سالوی" اعتقاد دارد هوش هیجانی عبارت از یک سری مهارت‌ها و قابلیت‌هایی است که می‌تواند هم آموزش داده و هم یاد گرفته شود، به طوریکه یک شخص بتواند از نظر هیجانی بهتر تربیت یابد و این از ویژگی‌های مثبت هوش هیجانی است (مایر و سالوی؛ به نقل از خشنودی فر، ۱۳۸۴).

"گلמן"[□] نیز بر آن است که رشد هوش هیجانی از آغاز زندگی شروع میشود و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و می‌توان آن را با آموزش افزایش داد. به اعتقاد "گلמן"، زیربنای اصلی توانایی افراد، سیستم عصبی آن‌هاست. مدار مغزی مربوط، انعطاف‌پذیر بوده و همواره در حال تغییر است. این توانایی‌ها تا حد زیادی نشانگر مجموعه عادات و واکنش‌های افراد است که نقصان آن‌ها را می‌توان با آموزش و تلاش جبران نمود (گلמן، ۱۹۹۵، به نقل از طوسی، ۱۳۸۵).

"بار-آن"[□] نیز همسو با "گلמן" و "سالوی" و "مایر" معتقد است که هوش هیجانی در طول زمان قابل تغییر است و می‌توان با برنامه‌ای ویژه آن را افزایش داد. بنابراین با انگیزه و کوشش کافی،

[□] - Goleman, D.

[□] - Bar-on, R.

کارهای بسیار می‌توان انجام داد تا مهارت‌ها را بیاموزیم و قابلیت‌هایی را که قسمتی از هوش هیجانی می‌باشند، افزایش دهیم. "کوهن"[□] (۲۰۰۱) بیان می‌کند که هوش هیجانی ممکن است از هوش شناختی مهم‌تر باشد. زیرا، بسیاری از یادگیری‌ها نیازمند داشتن مهارت‌های اجتماعی و هیجانی می‌باشند. بنابراین این مهارت‌ها می‌توانند و باید آموزش داده شوند (گلمن، ۱۹۹۵؛ بهنقل از طوسی، ۱۳۸۵).

برخی از مؤلفه‌های هوش هیجانی همپوشی زیادی با تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری (مؤثرترین شیوه درمان در بسیاری از اختلالات روانی) دارند. از این‌رو می‌توانند بدون ایجاد ناهمخوانی، به‌عنوان یک مهارت در این نوع درمان‌ها وارد شوند. "بک" پیش‌بینی می‌کند که اسنادهای افراد افسرده شخصی هستند؛ به این معنی که هر چیز خوب را به شانس و هر چیز بد را به خود نسبت می‌دهند. به نظر می‌رسد افراد افسرده علاوه بر احساس ناتوانی، دارای عزت نفس ضعیفی هستند. آنان به نسبت سایر بیماران روانی به احتمال بیشتری پیامدهای منفی را به علل درونی، پایدار و کلی نسبت می‌دهند. بنابراین عزت نفس و اعتماد به نفس آن‌ها کمتر میشود (بک) [□] و همکاران، (۱۹۸۸).

"بک" علت افسردگی خودبه‌خودی را شکست و ناکامی و حتی عدم پیشرفت ذکر می‌کند که فرد را به ورطه افسردگی می‌کشاند. بنابراین لازم است که افراد افسرده تحمل فشار و تکنیک‌های حل مسأله را، حیطة سوم و چهارم هوش هیجانی، فرا گیرند تا بتوانند به نحو مؤثری با مشکلات کنار آیند و شکست و ناکامی را به راحتی بپذیرند.

بنابراین با عنایت به نظر "بک" درخصوص افسردگی و علت ابتلا به آن و ارتباطی که می‌توان میان آن با مؤلفه‌های هوش هیجانی یافت و با توجه به نظریه "لوینسون و همکارانش" که افسردگی را ناشی از فقدان مهارت‌های اجتماعی در افراد می‌داند، این فرض مطرح میشود که آیا افزایش هوش هیجانی از طریق آموزش مؤلفه‌های آن می‌تواند افسردگی و یا احتمال ابتلا به آن را در افراد کاهش دهد (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

[□] Cohen, D.

[□] Beck, A. T.