

# The effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment (CBT) on Improvement of Emotional Intelligence of Students with Behavioral Disorders

\*Mehran Soleymani<sup>1</sup>, Ramin Rahimi<sup>2</sup>, Samira Vakili<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD in Psychology of Exceptional Children, Assistant Professor of Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran;

2. MA in Psychology and Education of Exceptional Children, Urmia Islamic Azad University, Urmia, Iran;

3. PhD in Psychology and Education of Exceptional Children, Assistant Professor, Islamic Azad University Science and Research Branch, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author Address: Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

Email: [mehransoleymani21@gmail.com](mailto:mehransoleymani21@gmail.com)

Received: 2015 August 14; Accepted: 2017 July 10

## Abstract

**Background & Objective:** This study investigated behavioral disorders which are problematic for children, family, and community. These include behaviors which are inappropriate regarding age group and can be severe, chronic or continuous ranging from hyperactive and aggressive to dissociated behaviors. Most of them occur due to a person's disability in proper analysis of self and problem situations, lack of problem-solving skills to resolve life issues effectively, inappropriate usage of non-cognitive and emotional capacities. According to researches, some features of emotional intelligence in people with behavioral disorders are deficient. Emotional intelligence as a kind of social intelligence indicates a person's ability to encounter and cope with psychological and social stressors. Emotional intelligence is of significant influence on one's life since it involves the capacity of flexibility, problem-solving, dealing with stress and impulses. In cognitive-behavioral approach, treatment is targeted toward providing an opportunity for new adaptive learning. So, this study aims to investigate the effectiveness of cognitive – behavioral therapy (CBT) on the improvement of emotional intelligence of students with behavioral disorders.

**Methods:** This is a quasi-experimental research with pretest-posttest design and control group. The statistical population was all high school male students with behavioral disorders in Uremia city. A sample of 30 students of 13-15 was selected by random availability sampling method. They distributed randomly in experimental and control group. The criteria of engagement were: 1. Diagnosis of behavioral disorders according to Rotter's children behavioral disorder test, clinical evaluation, and interview, 2. Absence of visual and hearing impairments and lack of abnormal IQ (according to health profiles of students based on initial assessment), 3. Age of 13-15. After conducting pretest, the experimental group participated in 10 sessions of 90 minutes of cognitive behavioral education. Then posttest was done for both groups. Furthermore, due to ethical considerations, the control group received the same educational interventions, after completing the study and conducting posttest. To evaluate behavioral disorders Rotter's children behavioral disorder test and to evaluate emotional intelligence, Schutte's self-report emotional intelligence test (SSEIT) was used as pretest-posttest. The results were analyzed by analysis of covariance method. The interventions in treatment sessions are as below: First: educating structure of courses, building a ladder of current problems and measuring them by behavior thermometer; Second: educating automatic thoughts, the influence of negative thoughts and recording them in thought bulb papers; Third: educating types of cognitive distortions, the task of identifying cognitive distortions related to negative automatic thoughts; Fourth: educating cognitive evaluation, challenging thoughts (gathering evidence), balanced thinking and recording; Fifth: training primary believes, their development, identifying and testing them by thought detector; Sixth: educating negative thoughts management using distraction techniques, positive self – talk, thoughtful pause, reduction of tape sound; Seventh: educating emotions and emotional self-awareness, and the relation of emotions with behaviors and thoughts and record their intensity with a feeling thermometer; Eighth: training emotional control by muscle relaxation, quick relaxation, breath control, relaxing imaging setting; Ninth: educating behavioral modifications using behavior analysis techniques, regular desensitization, encounter, and self – rewarding; Tenth: educating problems of action without thinking, the dominance of feelings, disability in problem-solving; and, training problem-solving skills, practicing skills through mental imagery, and modeling.

**Results:** The results indicated that there is a significant difference between experiment and control groups both in general emotional intelligence and some of its features including optimism, emotional regulation, psychological evaluation, social skills, and sensitive application ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to research findings one may conclude that cognitive behavior treatment is effective on enhancing emotional intelligence and its features among the students with behavioral disorders.

**Keywords:** Cognitive Behavior Treatment, Behavioral Disorders, Emotional Intelligence.

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری \*مهران سلیمانی<sup>۱</sup>، رامین رحیمی<sup>۲</sup>، سمیرا وکیلی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران؛  
 ۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران؛  
 ۳. دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، تهران، ایران.  
 \*آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.  
 \*وابایان: mehransoleymani21@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۳ مرداد ۱۳۹۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۹ تیرماه ۱۳۹۶

### چکیده

**هدف:** اختلال‌های رفتاری اختلالات ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای کودک و خانواده و جامعه مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند. براساس پژوهش‌ها برخی از ابعاد هوش هیجانی در افراد دارای اختلالات رفتاری کاستی‌هایی دارد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری است.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان پسر دارای اختلالات رفتاری در مدارس شهر ارومیه تشکیل دادند. از بین آن‌ها از طریق نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس ۳۰ دانش‌آموز پسر ۱۳ تا ۱۵ ساله انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان شناختی رفتاری صورت گرفت. هر دو گروه با استفاده از مقیاس هوش هیجانی شوت سال ۱۹۹۸، برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند. جهت مقایسه پس‌آزمون هر دو گروه، از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی از هیجانان، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجانان تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری مؤثر است. **کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی رفتاری، اختلالات رفتاری، هوش هیجانی.

در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای داشته و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (۱). بسیاری از محققان اختلالات رفتاری<sup>۱</sup> را اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای می‌دانند که برای خانواده، محیط و کودک و نوجوان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کند (۲). به‌طور کلی اختلالات رفتاری در کودکان، رفتارهایی را شامل می‌شود که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید و مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش‌فعاله و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه‌گیرانه است (۳). در نظام تشخیصی رایج مانند انجمن روان‌پزشکی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی، اختلالات رفتاری برخلاف فقدان شواهد واضح برای تفکیک کامل آن‌ها، پدیده‌های تشخیصی مجزایی تلقی می‌شوند (۴).

روان‌شناسان در دهه‌های اخیر در بررسی اختلالات رفتاری به این نتیجه رسیدند که بسیاری از این اختلال‌ها ریشه در ناتوانی فرد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت‌های دشوار و ناآگاهی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب و نیز استفاده از ظرفیت‌های غیرشناختی و هیجانی، دارد (۵). بر همین اساس طبق نظر باران، مجموعه ظرفیت‌های غیرشناختی و توان‌ها و مهارت‌هایی را که بر توانایی‌های فرد برای موفقیت و کنار آمدن با مطالبات و فشارهای محیطی تأثیر می‌گذارد، با عنوان هوش هیجانی مطرح می‌سازد. همچنین گلمن هوش هیجانی را شامل توانایی‌هایی مثل برانگیختن خود، مقاومت در مواجهه شدن با ناکامی‌ها، کنترل تکانه‌ها و به‌تأخیر انداختن خوشی‌ها، تنظیم خلق خود، همدلی کردن و امیدوار بودن تعریف می‌کند که به‌عنوان ظرفیت‌های شناختی احساسات خود و دیگران و برانگیختن خود و مدیریت صحیح هیجان‌ها خود در روابط مختلف با سایر افراد بیان می‌دارد (۶). هوش هیجانی بخشی از موفقیت‌های زندگی را پیش‌بینی می‌کند. مواجهه و انطباق با فشارهای روانی و اجتماعی، سلامت روانی، برخی پیشرفت‌های شغلی و پختگی در مهارت‌های اجتماعی از این جمله‌اند (۷).

گلمن بیان می‌کند هوش هیجانی در زندگی آثار بسیار زیادی را به دنبال دارد؛ به‌طوری‌که این ظرفیت موجب انعطاف‌پذیری و توانایی حل مشکل و مقابله مؤثر با اضطراب‌ها و تکانه‌ها می‌شود (۶). مطالعات نشان داده که بروز رفتارهای مخرب در دانش‌آموزان با نقص در هوش هیجانی ارتباط دارد. هوش هیجانی نیز به‌عنوان شکلی از هوش اجتماعی معرف توانایی شخص در مواجهه و انطباق با فشارهای روانی و اجتماعی است (۷). در پژوهشی سیاروچی و دین و آندرسون روی ۱۱۱ دانش‌آموز دبیرستانی ۱۲ تا ۱۵ ساله دریافتند، نوجوانان با رفتار مخرب در هوش هیجانی به‌خصوص در توانایی درک و فهم و مدیریت هیجان‌ها نقش دارند. این تفاوت در مؤلفه‌های هوش هیجانی در دانش‌آموزان با رفتار مخرب و غیرمخرب و با نمره‌های بیشتر در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نوجوانان با رفتار مخرب ارتباط داشت. محققان نتیجه گرفتند که هوش هیجانی هم بر مؤلفه‌های رفتاری و هم بر مؤلفه‌های عاطفی رفتار دانش‌آموز

در کلاس تأثیر می‌گذارد (۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد دارای ناسازگاری‌های رفتاری در بعضی ابعاد هوش هیجانی نظیر حل مسائل اجتماعی (مک‌گیور، به نقل از منبع ۹)، همدلی (کریچ و بکر، به نقل از منبع ۹)، شایستگی اجتماعی (برگرون و الینت، به نقل از منبع ۹)، انعطاف‌پذیری (ساتکر و همکاران، به نقل از منبع ۹)، کنترل تکانه (استرابر و همکاران، به نقل از منبع ۹) و خودتنظیمی (مارتین، به نقل از منبع ۹) با دیگران متفاوت بوده‌اند. از سوی دیگر سطوح عالی این توانایی با نشاط، سلامتی، بهزیستی، عملکرد تحصیلی خوب و سازگاری با تغییرات (ماسکت و سورس، به نقل از منبع ۹) در این افراد همراه است (۹). همین نیاز به انطباق و سازگاری با تغییرات و فشارهای روانی و اجتماعی به‌خصوص در افراد با اختلالات رفتاری، باعث شده توجه پژوهشگران و روان‌شناسان به طرف درمان شناختی رفتاری افزایش یابد؛ لذا در سال‌های اخیر، درمان شناختی رفتاری<sup>۲</sup> با مراجعان کودک و نوجوان، توجه و حمایت چشمگیری را از جانب محققان و بالینگران دریافت کرده است. این روش درمانی تاکنون در مشکلات و اختلالات مختلف کودک و نوجوان از جمله افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری، اختلال‌های خوردن و غیره به‌کار گرفته شده است (۱۰). هاوتون و کریک بیان می‌کنند در رویکرد شناختی رفتاری تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) می‌شود. حل مسئله، جزء مهم و جداناپذیر درمان را تشکیل می‌دهد. تمامی جنبه‌های درمانی برای بیمار توضیح داده می‌شود. درمانگر و بیمار سعی می‌کنند ارتباط متقابل باهم برقرار کرده و برای مقابله با مسائلی که به‌صورت دقیق مشخص شده، همراه باهم راهبردهایی را وضع کنند (۱۱).

طبق نظر زیدنر و همکاران، در زندگی امروز نفهمیدن احساسات دیگران، فقدان کنترل خود در موقعیت‌های مشکل‌زا و شکست در مدیریت مثبت با دیگران منجر به استرس و ناشادی و اختلال‌های کلینیکی می‌شود (۹). بر اساس پژوهش‌های ماسکت و سورس انواع بیماری‌های روانی شامل افسردگی و اختلالات شخصیت (به‌نقل از ۹) و رفتارهای برونی‌سازی مانند پرخاشگری و مشکلات رفتاری (۱۲) همراه است. همین‌طور نتایج پژوهش‌ها و فوکوس مشخص کرد که هوش هیجانی با پرخاشگری، رفتارهای بزهکارانه، تنش و افسردگی و اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبیرستانی همبستگی منفی معنادار دارد (۱۳). همچنین با کنترل ضعیف تکانه‌ها (۱۴) و اضطراب زیاد و مصرف بیشتر الکل و مواد مخدر همراه است (۱۵). با توجه به اینکه اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده شده و بین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسند (۲) و نیز آمار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۸/۱۱ درصد تا ۷/۲۵ درصد متغیر بوده (۱) که عدد درخور توجهی است؛ همچنین بر اساس مشکلات فراوان بحث‌شده چه مربوط به موقعیت‌های کنونی و چه در بزرگسالی این افراد، ضرورت انجام پژوهش حاضر احساس می‌شود. از سوی دیگر انجام اینگونه پژوهش‌ها

<sup>2</sup> Cognitive- Behavioral Therapy (C.B.T.)

<sup>1</sup> Behavioral Disorders

ضمن فراهم کردن شواهد تجربی مبنی بر اثربخشی یا تأثیر نداشتن درمان‌های جایگزین، می‌تواند به ایجاد تنوع در گزینه‌های درمانی برای درمانگران و خانواده‌های این نوع افراد منجر شود.

همین‌طور براساس نتایج پژوهش‌های مطرح‌شده در رابطه بین هوش هیجانی و اختلالات رفتاری و نیز ویژگی‌های درمان‌شناختی رفتاری نظیر فعال بودن، متمرکز بر مشکل و هدفدار بودن، آموزش مهارت‌های مقابله و تأکید بر بازخورد (۱۶)، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری است.

## ۲ روش بررسی

پژوهش حاضر به صورت شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر دارای اختلالات رفتاری، مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ شهر ارومیه (منطقه انزل) تشکیل دادند. بدین صورت که ابتدا براساس نظرخواهی از معلمان و مشاوران مدارس خواسته شد تا از میان دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی تحت پوشش خود، دانش‌آموزان مشکوک به اختلالات رفتاری را به هسته مشاوره منطقه معرفی کنند. تعداد ۵۰ نفر معرفی شدند. در مرحله بعد روی این افراد آزمون راتر اجرا شد. سپس از بین تعداد ۳۹ دانش‌آموزی که نمره حدنصاب تشخیص اختلال رفتاری را کسب کردند، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه عبارت بود از: ۱. داشتن شرایط تشخیصی اختلالات رفتاری براساس آزمون اختلالات رفتاری راتر<sup>۱</sup> سال ۱۹۷۶، ارزیابی و مصاحبه بالینی؛ ۲. نداشتن مشکلات بینایی و شنوایی؛ ۳. نداشتن بهره هوشی کمتر از بهنجار (باتوجه به دفترچه سلامت پرونده دانش‌آموز و سنجش اولیه)؛ ۴. دارا بودن سن بین ۱۳ تا ۱۵ سال؛ ۵. رضایت والدین (با پرکردن فرم رضایت‌نامه تهیه‌شده) جهت شرکت در پژوهش. همچنین از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

۱. مقیاس اختلالات رفتاری<sup>۲</sup> (BSC): به منظور غربال دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری از مقیاس اختلالات رفتاری راتر سال ۱۹۷۶ استفاده شد که مؤلفه‌های پرخاشگری- بیش‌فعالی، اضطراب- افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، اختلال کمبود توجه، لکنت زبان، تیک، انگشت مکیدن و ناخن جویدن، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع را در دانش‌آموزان بررسی می‌کند. برای نمره‌گذاری، صدق نمی‌کند (نمره صفر)، تا حدودی صدق می‌کند (نمره ۱)، صدق می‌کند (نمره ۲) درج می‌شود. اعتبار این آزمون را باروش دونیمه‌کردن پرسشنامه حدود ۰/۸۹ و روایی آن را از طریق اجرا روی ۹۱ نفر و کسب درصد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روان‌پزشکی ۷۶/۷ گزارش کرده‌اند. در ایران آزمون راتر را مهریار و همکاران ترجمه کرده و در شیراز هنجاریابی شد که به جهت ارزیابی اختلالات کودکان توسط

محققان بسیاری به کار رفته است. اعتبار بازآزمایی با فاصله ۲۰ روز این پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش شده است (۱). در این پژوهش از فرم معلم استفاده شد که دارای ۳۰ سؤال است.

۲. پرسشنامه هوش هیجانی شوت<sup>۳</sup>: این پرسشنامه را شوت و همکاران در سال ۱۹۹۸ براساس مدل نظری هوش هیجانی سالوی و مایر سال ۱۹۹۰ و برای سنجش هوش هیجانی نوجوانان ساختند. شوت و همکاران با استفاده از تحلیل عامل و تحلیل مؤلفه‌های اصلی پاسخ ۳۱۶ آزمودنی به ۶۲ ماده مقیاسی که بر مبنای این مدل ساخته بودند، چهار عامل به دست آوردند. عامل اول شامل ۳۳ ماده و دارای ارزش ویژه ۷۹/۱۰ بود. عامل دوم تا چهارم به ترتیب ارزش ۵۸/۳، ۹۰/۲، ۵۳/۲ را نشان دادند. در مجموع ۳۳ ماده عامل اول در سه طبقه قرار گرفتند:

۱. ارزیابی و ابراز هیجان (مانند فکر می‌کنم درک پیام‌های غیرگفتاری دیگران مشکل است)؛ ۲. تنظیم هیجان (مانند من به دنبال فعالیت‌هایی هستم که مرا خوشحال می‌کنند)؛ ۳. بهره‌برداری از هیجان (مانند زمانی که تغییری در حالت هیجانی خود احساس می‌کنم، دوست دارم به ایده‌های نو دست پیدا کنم). قدرت عامل اول و اصل صرفه‌جویی مفهومی مواد این عامل منجر به انتخاب ۳۳ ماده برای تهیه مقیاس نهایی شد. آزمودنی حدی از توافق با مخالفت خود را با هریک از جملات، در مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) نشان می‌دهد. این آزمون را خسروجاوید ترجمه و هنجاریابی کرد. خسروجاوید پژوهش خود را بر ۲۳۴ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی شهر تهران و با اجرای فرم ۳۳ ماده‌ای این مقیاس به انجام رسانید. مطالعه این مقیاس در میان نوجوانان برای هوش هیجانی کل، روایی ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۶ و ۰/۵۵ و پایایی مقیاس هوش هیجانی کل بر مبنای آلفای درونی ۰/۸۱ به دست آمد. تحلیل عامل مقیاسی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، سه عامل تنظیم هیجان (آلفای ۰/۷۸) و ارزیابی و ابراز هیجان (آلفای ۰/۶۷) و بهره‌برداری از هیجان (آلفای ۰/۵۰) را بیان کرد. همچنین نتایج این پژوهش بیانگر همبستگی منفی و معنادار هوش هیجانی با متغیرهای ملاک نظیر آلکسی تایمی و افسردگی و حالت اضطراب بود که این مسئله نشان‌دهنده اعتبار ملاکی این آزمون است (۱۰).

در گروه آزمایش، ۱۰ جلسه درمانی گروهی به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی ۱۵ نفر از آزمودنی‌ها اجرا شد. ۱۵ نفر در گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. پروتکل درمانی در این پژوهش عبارت است از پروتکل اقتباسی از کتاب درمان شناختی رفتاری با کودکان و نوجوانان، پل استالارد، ترجمه عزیزاده و همکاران در سال ۱۳۸۹ و کتاب درمان شناختی رفتاری اضطراب در کودکان، بروس چورپیتا سال ۲۰۰۷، ترجمه حلمی در سال ۱۳۹۰ که به اختصار به شرح ذیل است (۱۸، ۱۹).

<sup>3</sup> Schutte

<sup>1</sup> Rutter

<sup>2</sup> Behavior Scale for Children

جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری اجرا شده

تعداد	شرح جلسات
اول	آموزش ساختار جلسات و ساخت نردبان مشکلات رفتاری جاری و اندازه‌گیری شدت آن‌ها با حرارت‌سنج رفتار.
دوم	آموزش افکار خودکار (خودآیند) و تأثیر افکار خودکار منفی و مثبت آن‌ها در برگه حباب‌های افکار.
سوم	آموزش تحریف‌های شناختی و انواع آن‌ها و تکلیف تشخیص تحریف‌های شناختی مرتبط با افکار خودآیند منفی.
چهارم	آموزش ارزشیابی شناختی، به چالش کشیدن افکار (جمع‌آوری مدارک) و انجام تفکر متعادل و مثبت تفکر متعادل.
پنجم	آموزش باورهای اساسی، نحوه شکل‌گیری آن‌ها، شناسایی و به چالش کشیدن آن‌ها توسط ردیاب فکر.
ششم	آموزش کنترل افکار منفی به وسیله تکنیک‌های حواس‌پرتی، خودگویی مثبت، توقف فکر، کم‌کردن صدای نوار.
هفتم	آموزش هیجان‌ها و خودآگاهی هیجانی و ارتباط هیجان با افکار و رفتار و ثبت احساسات و شدت با دماسنج احساس.
هشتم	آموزش کنترل هیجانی با تکنیک آرمیدگی عضلانی و آرمیدگی سریع و تنفس کنترل شده و تجسم مکان آرام‌بخش.
نهم	آموزش ایجاد تغییر در رفتار با تکنیک‌های تحلیل رفتار، حساسیت‌زدایی منظم، مواجهه و خودپاداش‌دهی.
دهم	آموزش مشکلات عمل‌کردن بدون تفکر، غلبه احساسات، ناتوانی در یافتن راه‌حل‌های مختلف و آموزش مهارت حل مسئله و تمرین مهارت‌ها به صورت تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و سرمشق‌دهی.

۳ یافته‌ها

بعد از جلسات درمانی مجدداً گروه آزمایش و گروه کنترل براساس آزمون هوش هیجانی شوت ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. همچنین بعد از انجام پژوهش و پس‌آزمون، مداخلات صورت‌گرفته در گروه آزمایش، روی گروه کنترل نیز اجرا شد.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره مهارت‌های هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مرحله	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر
۸/۴۱	۵۲/۲۰	۹/۸۷	۴۵/۸۶	آزمایش	خوش‌بینی - تنظیم هیجان
۹/۱۲	۴۷/۲۶	۸/۶۰	۴۷/۱۳	کنترل	
۶/۹۵	۳۳/۵۳	۶/۵۰	۲۹/۵۳	آزمایش	ارزیابی از هیجانان
۶/۴۸	۲۹/۹۳	۵/۵۶	۳۰/۷۳	کنترل	
۷/۰۶	۴۳/۴۶	۷/۶۷	۳۷/۶۶	آزمایش	مهارت‌های اجتماعی
۹/۴۷	۴۰/۹۳	۸/۰۰	۴۰/۳۳	کنترل	
۴/۶۴	۲۴/۰۰	۳/۷۷	۲۱/۶۰	آزمایش	کاربرد هیجانان
۴/۶۵	۲۱/۷۳	۴/۳۰	۲۱/۴۰	کنترل	
۲۳/۳۴	۱۵۳/۲۰	۲۳/۲۸	۱۳۴/۴۰	آزمایش	هوش هیجانی کل
۲۴/۲۹	۱۳۹/۲۰	۲۲/۸۹	۱۳۹/۶۰	کنترل	

آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای مطالعه شده مربوط به هوش هیجانی، تفاوت معناداری وجود دارد. پس از حصول اطمینان از رعایت مفروضه‌های آماری و وجود تفاوت معنادار بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل براساس نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه، به منظور بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر رشد هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آورده شده است.

باتوجه به جدول ۲ میانگین نمره مهارت‌های هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری این تفاوت از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون پرداخته شد.

براساس نتایج آزمون لوین، فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش‌آزمون متغیرهای مربوط به هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، تأیید شد.

نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه برای بررسی تفاوت دو گروه در هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	F	مقدار p	Eta
خوش‌بینی/تنظیم هیجان	۱۸/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
ارزیابی از هیجان‌ات	۲۰/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
مهارت‌های اجتماعی	۱۴/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۹
کاربرد هیجان‌ات	۴/۵۸	<۰/۰۴۰	۰/۱۶
نمره هوش هیجانی کل	۳۱/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۷

براساس جدول ۳ با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر هوش هیجانی و مؤلفه‌های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی از هیجان‌ات، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجان‌ات تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ).

#### ۴ بحث

یافته‌ها نشان دادند با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان‌ات، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجان‌ات تفاوت معناداری وجود دارد ( $p > 0.05$ )؛ به طوری که میزان میانگین متغیرهای مربوط به هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان‌ات، مهارت‌های اجتماعی، کاربرد هیجان‌ات در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قاسم‌زاده و همکاران؛ قربانی و محمدخوانی و صرامی؛ کیانی و قاسمی و پورعباس؛ کافی، افشار، مقتدایی و آریاپور؛ گارنفسکی و کرابی و اسپینون؛ هرینگتون و پیکلس هم‌خوانی دارند (به نقل از ۲۰) و همگی بیانگر این نکته هستند که درمان شناختی‌رفتاری براساس هدف خود، به افراد کمک کرده که رابطه جدیدی با افکار خویش ایجاد کنند. همچنین این درمان آن‌ها را قادر ساخته تا کنترل شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی بخشند و بتوانند کنترل و آگاهی خود را در قبال هیجان‌اتشان افزایش دهند؛ در نتیجه بتوانند با هیجان‌ات منفی خود مانند اضطراب مقابله کنند (۲۱). روش شناختی‌رفتاری، افکار منفی همچون مقصدانستن خویش و سرزنش خود را نقد و افکار منطقی از جمله ارزیابی مجدد مثبت را جایگزین می‌کند؛ بنابراین فرد با استفاده از این راهبردها، سرزنش خویش و دیگران را که در آن‌ها قضاوت منفی درباره خود و دیگران وجود دارد، کنار گذاشته و در ارزیابی هیجان‌ات دیگران و مهارت‌های اجتماعی (که هر دو از مؤلفه‌های هوش هیجانی هستند) موفق‌تر عمل کرده است. همچنین توانسته در بهبود تنظیم هیجان‌ات تأثیر مثبتی داشته باشد (۲۰). در مقایسه نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش سیاروچی و همکاران که نوجوانان دارای رفتار مخرب، در هوش هیجانی به‌خصوص در توانایی درک و فهم و مدیریت هیجان‌ات دارای نقص بوده و این امر هم به مؤلفه‌های رفتاری و هم مؤلفه‌های عاطفی رفتار دانش‌آموز در کلاس تأثیر می‌گذارد (۱۰)، می‌توان گفت در این پژوهش درمان شناختی‌رفتاری باعث ارتقای راهبردهای مسئله‌مدار کارآمدتر در دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری و ایجاد راهبردهای

هیجان‌مدار بهینه‌تر، همین‌طور سبب ایجاد توانایی بیشتر در ارزیابی و کنترل و کاربرد هیجان‌ات خود و دیگران شده است (۹). یافته‌های باستین و همکاران مشخص کرد، هوش هیجانی زیادت، با راهبرد مسئله‌مدار کارآمدتر و رضایت زندگی بیشتر و اضطراب کمتر رابطه دارد (۱۰). می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر تأییدکننده تأثیر درمان شناختی‌رفتاری در بهبود راهبردهای حل مسئله بوده است. که از طریق آموزش راه‌های اثربخش‌تر تعبیر و تفسیر و تفکر درباره تجربه‌های شخصی، به درمان‌جو یاری داده تا بر واکنش‌های هیجانی اضطراب و افسردگی و ناسازگاری خویش غلبه کند. همچنین با توجه به نتایج پژوهش مایر که دریافت نوجوانان با هوش هیجانی زیادت، توانایی بیشتری برای تعیین هیجان‌های خود و دیگران داشته و از آن اطلاعات برای هدایت رفتار بهره می‌برند و در برابر فشار همسالان بیشتر ایستادگی می‌کنند (۶) و نیز یافته‌های رایلی و شوت در بررسی خود بیان کردند نوجوانانی با هوش هیجانی کم، بیشتر از مواد مخدر و الکل استفاده می‌کنند و مشکلات قانونی و سازگاری بیشتری داشتند (۸)، می‌توان گفت درمان شناختی‌رفتاری با تأثیر بر توانایی‌ها و مهارت‌های پیشرفته در شناخت دقیق خود و قوت و ضعف شخصی باعث ارتقای سطح هوش هیجانی و برخورد مؤثرتر با استرس شده است (۹). دستکاری ویژگی‌های شناختی و رفتاری دانش‌آموزان از دیدگاه استرن موجب ارتقای قدرت ابزار هیجان آنان شده و یاد داده که چگونه روابط میان‌فردی معناداری داشته باشند. همچنین بتوانند با دیگران به درستی و بدون مشکل ارتباط برقرار کرده و توانایی‌های خود را ارزیابی کنند. علاوه بر آن با افزایش توان حل مسئله و بهره‌برداری بهتر از هیجان‌ات توانسته توانایی اداره مطلوب خلق‌و‌خو و قدرت تحلیل احساسات خود و دیگران و تنظیم هیجان‌ات را فراهم آورد (۲۲). براساس پژوهش‌های عارفی و رضویه، کودکان دارای اختلالات رفتاری در مقایسه با کودکان دیگر از نظر شیوه تفکر متفاوت هستند (۲۳)؛ لذا درمان شناختی‌رفتاری باعث شده گروه آزمایش از راهبردهای مثبت بیشتری در مقایسه با گروه کنترل استفاده کنند و طبق پژوهش اسکینا و کلوی، حل مسئله خلاقانه‌تری برای مهار رفتارهای ناسازگارانه خود انجام دهند. در نهایت اینکه عمده تمرینات شناختی‌رفتاری از طریق ایفای نقش، آموزش هم‌نوی و همدلی با احساسات دیگران مانند شناسایی حالات چهره‌ای و حالات بدنی خود و استفاده از راهبردهای آرمیدگی، شاخص‌های روان‌شناختی کنترل هیجان و کنترل تکانه را افزایش داده است (۲۳). از نقاط قوت مطالعه می‌توان به نبودن موضوع پژوهش اشاره کرد که از جنبه تازه‌ای به تأثیرات درمان شناختی‌رفتاری پرداخته و جزو

شناختی رفتاری جزو برنامه‌های مستمر در نظام آموزشی قرار گیرد تا از اثرات نامطلوب اختلالات رفتاری در روند تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان کم کرده یا جلوگیری کند. به عبارت دیگر، به‌کارگیری درمانگری شناختی رفتاری در ارتقای هوش هیجانی از یک سو منجر به بهبود کارکردهای شناختی می‌شود و از سوی دیگر، رفع نارسایی‌های غیرشناختی و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار مناسب، توانمندی‌هایشان را افزایش می‌دهد.

## ۶ تشکر و قدردانی

از همه‌ی استادانی که در جهت اجرا و انجام پژوهش یاری رساندند و از تمامی آموزگاران و والدین و دانش‌آموزانی که در این مطالعه شرکت کردند و نیز از اداره‌ی آموزش و پرورش منطقه‌ی انزل ارومیه، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

درمان‌های نو و به‌سرعت در حال گسترش است. با این حال نبودن باعث شده در بحث نتایج، پژوهش‌های اندکی برای مقایسه یافت شود؛ لذا در کنار نقاط قوت پژوهش که با نتایج دیگر پژوهش‌های اندک یافت شده همسویی داشت، در بررسی نتایج می‌توان دریافت که درمان شناختی رفتاری بیشتر بر مؤلفه‌ی ارزیابی هیجان مؤثر بوده تا مؤلفه‌های به‌کارگیری و کاربرد هیجان‌ها که با عنوان قدرت تنظیم احساسات خود که توانایی است متکی بر حس خودآگاهی فرد. کنترل درست هیجان‌ها، افزایش تحمل کافی و کنترل خشم، کاهش اهانت و زدوخوردها، کاهش رفتار پرخاشگرانه یا آسیب‌رساننده به خود و افزایش احساسات مثبت در قبال شخص خود و مدرسه و خانواده و بهتر کنار آمدن با فشار روانی و کاهش تنهایی و اضطراب اجتماعی را موجب می‌شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر درمان شناختی رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری بود. از این رو با توجه به یافته‌های حاصل و نیز ویژگی‌های این نوع درمان به لحاظ توانایی اجرا در گروه، می‌تواند با تجهیز مشاوران مدارس به درمان

## References

1. Khodam H, Modanlou MM, Ziaei T, Keshtkar AA. Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2009; 4(14): 29-37. [Persian][[Link](#)]
2. Teymouri S, AtaeiFar R. Relationship between parental stress and children's affective and behavioral disorders. *Andisheh va Raftar (Applied Psychology)*. 2010; 4 (16): 17-26. [Persian][[Link](#)]
3. Zadehmohammadi A, Malek Khosravi GH, Sadrossat SJ, Birashk B. The Effect of active music therapy in reducing behavioral problems of orphan children and adolescents in residential centers. *Journal of psychology*. 2006; 10 (2): 222-231. [Persian][[Link](#)]
4. Imani R, Moheb N. The relationship between mothers' emotional maturity and their primary school children's behavioral disorder. *Woman & Study of Family* . 2010; 2 (6) : 29-49. [Persian][[Link](#)]
5. Karimi M, Keikhavani S, Mohammadi MB. Efficacy of Social Skills Training on Behavior Disorders among elementary school children. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2010; 18 (3) : 61- 68. [Persian][[Link](#)]
6. Livarjany S, Ghaffari S. The investigation of relationship between emotional intelligence and social skills with the educational progress of the second- grade high school students. (Journal of instruction and evaluation) *Journal of Educational Sciences*. 2010; 3 (9) : 71- 88. [Persian][[Link](#)]
7. Khalili Azar H. Comparision emotional intelligence between normal and gifted students and its relationship with academic achievement. *Curriculum planning knowledge & research in educational sciences*. 2007;21 (14) : 107-124. [Persian][[Link](#)]
8. Mohammadi D, Torabi S, Qaraei B. The Relationship between Coping Styles and Emotional Intelligence in Students. *IJPCP*. 2008; 14 (2): 176-183. [Persian][[Link](#)]
9. Soori A. EQ variable of the criminals and ordinary people (a comparative study). *Quarterly of criminal intelligence researchs*. 2014;1 (33): 75-90. [Persian] [[Link](#)]
10. Rajabi Z, Najafi M, Rezaei AM. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on aggression in children. *Quarterly clinical psychology*. 2013; 3 (10) : 55-71. [Persian][[Link](#)]
11. Hasan Abadi S, Mohammadi MR, Ahgar G. The Cognitive Behavioral Therapy (CBT) vs Drug Therapy Effect in Reducing Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Disability studies*. 2012; 1 (2): 19-30. [Persian][[Link](#)]

12. Santesso LD, Dana LR, Schmidt LA, Segalowitz SJ. Frontal electroencephalogram activation asymmetry, emotional intelligence, and externalizing behaviors in 10-year-old children. *Child psychiatry and human development*. 2006 Mar 1;36(3):311-28. [[Link](#)]
13. Tett RP, Fox KE. Confirmatory factor structure of trait emotional intelligence in student and worker samples. *Personality and Individual Differences*. 2006 Oct 1;41(6):1155-68. [[Link](#)]
14. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*. 1998 Aug 1;25(2):167-77. [[Link](#)]
15. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Parker JD. Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2006 Mar 1;28(1):57-68. [[Link](#)]
16. Mohammadi SD, Qaraei B. Assesment of Relationship between Behavioral Disorders and Emotional Intelligence. *Journal of Kerman University of medical Sciences*. 2007; 14 (4) : 176-183. [Persian] [[Link](#)]
17. Hajati F. A. S, Akbarzadeh N, Khosravi Z. The Effec of Cognitive Behavioral therapy integrated program with positivism approach on violence prevention in adolescents of the city of Tehran. *Quarterly Journal of Psychological Studies, Faculty of Education and Psychology, University of Al Zahra (SA)*. 2008; 4 (3) :36-56. [Persian][[Link](#)]
18. Stallard P. A cognitive behavior therapy workbook for children and young people. Alizadeh H, Rohi A, Godarzi A. (Persian translators). First edition. [Tehran]: Danjeh publisher; 2009, pp: 15-229.
19. Chorpita B. Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. Helmi K. (Persian translator). First edition. [Tehran]: Arjmand publisher; 2010, pp: 265-328.
20. Bagherinia H, yamini M, javadielmi L, nooradi T. Comparison of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-based Therapy in Improving Cognitive Emotion Regulation in Major Depressive Disorder. *Armaghane danesh*. 2015; 20 (3) :210-219. [Persian][[Link](#)]
21. Moghimian M, Amini R. Comparison of the Effect of Gestalt Therapy and Ellis Cognitive-Behavioral Therapy on Assertiveness of Nursing Students. *Iran Journal of Nursing*. 2014 Aug;27(89):1-1. [Persian][[Link](#)]
22. Narimani M, Eyvazi N, Abolghasemi A. Effectiveness of Teaching Emotional Intelligence in Preventing Students' Tendency to Substance a Abuse. *Research on Addiction*. 2014 Jan 1;8(30):9-19. [Persian][[Link](#)]
23. Ganjeh SAR, Dehestani M, Zadeh Mohammadi A. Comparison of Effectiveness of Problem-Solving Skills and Emotional Intelligence Training on Decreasing Aggression in Male High School Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2013; 14 (2) : 38-50. [Persian][[Link](#)]

