

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس حالت و ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان دبیرستان های نمونه استان بوشهر

دکتر یوسف دهقانی^{۱*}

ناصر زارع^۲

دکتر سعید موسی گلستانه^۳

دکتر عبدالحسن دولاح^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی در دانشجویان بود. بدین منظور نمونه ای به تعداد ۳۴۰ نفر (۱۷۵ دختر و ۱۶۵ پسر) با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای انتخاب و به وسیله پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸)، هوش هیجانی سیبیریا-شرینک (۱۹۹۹) و خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۲) ارزیابی شدند. داده های جمع آوری شده با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شد. نتایج نشان داد که هوش معنوی و مولفه های آن رابطه مثبت و معناداری با خودکارآمدی دارند. همچنین بین هوش هیجانی و چهار مولفه آن (خودآگاهی، خودکنترلی، مهارت های اجتماعی و خودانگیزی) با خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. افزون بر این، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که دو مولفه هوش معنوی (تفکر وجودی انتقادی و معناسازی شخصی) و چهار مولفه هوش هیجانی (خودآگاهی، خودکنترلی، مهارت های اجتماعی و خودانگیزی) پیش بینی کننده معناداری برای خودکارآمدی دانشجویان بودند.

واژه های کلیدی: هوش معنوی، هوش هیجانی، خودکارآمدی

۱. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه خلیج فارس بوشهر.

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۳. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه خلیج فارس بوشهر.

۴. استادیار گروه پرستاری، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مقدمه

یکی از مباحث عمده در روانشناسی امروز که توجه بسیاری از پژوهشگران و روانشناسان را به خود جلب کرده است عزت نفس می باشد به طوری که نظریه های متعددی به دنبال راهکارهای افزایش عزت نفس و یا پرورش آن بوده اند (امامی، ۲۰۰۶).

منظور از عزت نفس حالت تغییرات زود گذر عزت نفس در افراد است که شامل سه مولفه عزت نفس عملکردی، اجتماعی و ظاهری می باشد. عزت نفس حالت ارزش فرد را در موقعیت های بین فردی منعکس می کند. مطالعات بیانگر رابطه عزت نفس بالا و عملکرد بهتر است (بامیستر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

بر اساس نظریات ارائه شده و پژوهش های انجام گرفته در دهه های اخیر، رویکردهای درمانی متعدد نیز به عزت نفس و راهکارهای افزایش آن توجه کرده اند. از جمله ی این شیوه ها، درمان شناختی رفتاری است (امامی، ۲۰۰۶). در طی پنجاه سال گذشته درمان های شناختی رفتاری، جزء مهمی از درمان های روانشناختی موثر برای بسیاری از مشکلات رفتاری بوده است. به اعتقاد پوپ^۲ (۱۹۸۸) نیز افزایش عزت نفس با بهبود یک یا چند بعد در درون فرد همراه است. وی معتقد است که می توانیم درمان شناختی رفتاری می تواند درمان موثری در افزایش عزت نفس کلی و عزت نفس تحصیلی باشد.

ترس از ارزیابی منفی از جمله عوامل شناختی مهم در اختلالات اضطراب اجتماعی هستند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی باورهای منفی در زمینه سایر افراد و موقعیت های اجتماعی دارند و گمان می کنند که مردم آنها را منفی ارزیابی خواهند نمود (لیری^۳، کووالسکی^۴ و کمپل^۵، ۱۹۸۸، استوپا^۶ و کلارک^۷، ۲۰۰۰). ترس از ارزیابی منفی همچنین به عنوان یکی از سه نوع ترس عمده ای که ممکن است با سایر ترس ها، اضطراب ها و امراض همراه باشد نیز تعریف شده است (توزی^۸ و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین نگرانی از ارزیابی نامناسب دیگران نیز با مفهوم ترس از ارزیابی منفی قابل تبیین است به عنوان عامل بازدارنده درون فردی عمل می کند و بازتاب گسترده ای از پدیده های روانی اجتماعی خود را نشان می دهد (اسچلنگر^۹، ۱۹۸۰).

هر چند روان شناسان توانسته اند با استفاده از اصول رویکرد شناختی موفقیت های زیادی در مشاوره و روان درمانی کسب کنند، اما تلفیق دو رویکرد شناختی رفتاری می تواند تاثیرهای

1. Baumeister
2. Pope
3. Leary
4. Kowalski
5. Campbell
6. Stupa
7. Clarck
8. Tozzi
9. Schlenker

سریع تر و عمیق تری را در مراجعان ایجاد کند. از طریق تلفیق این دو رویکرد بسیاری از نقص‌های موجود در هر یک بر طرف شده و روش کامل تر و کاربردی تری بوجود آمده است (صاحبی، ۱۳۸۳).

رفتار درمانی شناختی، درمانی سازمان یافته و جهت بخشی است. مساله مدار و معطوف به عوامل تداوم بخش مشکلات می‌باشد. و بیمار به عنوان کسی که نقش برابر در درمان دارد می‌نگرد (خجسته، ۱۳۸۱).

در ایران، امامی، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۸۵) در مقایسه اثر بخشی شیوه شناختی - رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان دریافتند که آموزش شناختی رفتاری عزت نفس دانش آموزان را به طور موثری افزایش می‌دهد و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان موثر است. همچنین محمدی، عابدی و خانجانی (۱۳۸۷) نشان دادند که هنر روان درمانگری شناختی - رفتاری می‌تواند عزت نفس نوجوانان را افزایش دهد. در بافت روابط میان فردی نگرانی افراد از ارزیابی نامناسب دیگران از آنها و بازتاب آن در گستره ای از پدیده‌های اجتماعی - روان شناختی مانند هم‌رنگی، رفتار حمایت کننده اجتماعی، ابراز وجود، اسنادهای خودیاری دهنده، اضطراب اجتماعی، خود ناتوان سازی، تغییر نگرش و اطاعت اجتماعی در خور توجه است (اسچلنکر، ۱۹۸۰).

در افرادی که ترس از ارزیابی منفی بالا دارند به شیوه ای رفتار می‌کنند که از مواجهه با ارزیابی‌های منفی دیگران، برخوردار باشند. به عنوان افرادی که ترس از ارزیابی پایینی برخوردار هستند وقتی برای باور هستند که تلاش آنها در انجام تکالیف خسته کننده و تکراری با تایید دیگران همراه می‌شود، در انجام دادن آن تکالیف جدیت و پشتکار بیشتری از خود نشان می‌دهند (واتسون و فرند، ۱۹۶۹). این افراد در حالیکه نسبت به تجربه ارزیابی‌های منفی احساس نگرانی شدید می‌کنند (اسمیت و ساراسون^۱، ۱۹۷۵)، همواره تلاش می‌کنند که از اطلاعات تهدید کننده ناشی از مقایسه اجتماعی اجتناب کنند (فرند و گیلبرت^۲، ۱۹۷۳). علاوه بر این، این افراد، یک رابطه مثبت نامتقارن - رابطه ای فرد یا افراد در آن متمایل هستند بیشتر دوست داشته شوند تا دوست بدارند - را بر یک رابطه متعادل ترجیح می‌دهند (اسمیت و کمپل^۳، ۱۹۷۳) در نهایت این افراد در روابط خود با دیگران - بویژه در گفتگوهای چهره به چهره - نسبت به گزینش عبارت‌های مثبت از خود نشان می‌دهند (لری، ۱۹۸۳).

بنابراین پژوهش در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی - رفتاری بر عزت نفس حالت، ترس از ارزیابی منفی و عملکرد روانی اجتماعی دانش آموزان مدارس نمونه شهرستان دشتی تاثیر دارد؟

1. Sarason
2. Gillbert
3. Campbell

روش

این پژوهش از جمله پژوهش‌های شبه تجربی دارای طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح عواملی که می‌تواند اعتبار درمانی را کاهش دهد همانند جنسیت، سن و میزان تحصیلات کنترل شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان پسر دبیرستان نمونه شهرستان دشتی بود که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. ابتدا به صورت تصادفی از بین دبیرستان‌های نمونه پسرانه، یک مدرسه و در نهایت بر اساس لیست دانش‌آموزان، ۳۰ نفر برای جایگزینی در دو گروه برگزیده و در گروه تحت آموزش با رویکرد شناختی رفتاری (۱۵ نفر)، گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس عزت نفس حالت: اولین بار توسط هیترتون^۱ و پولیوی^۲ (۱۹۹۱) طراحی شده است. در این مقیاس تغییرات زودگذر خودآزمایی، سنجیده می‌شود (کراکر^۳، کورنول^۴ و ماژور^۵، ۱۹۹۳). البته بین اندازه‌های عزت نفس صفت و عزت نفس حالت همبستگی بالایی وجود دارد. مطالعات روان‌سنجی بیانگر آن است که مقیاس عزت نفس حالت، از خلق مجزا می‌باشد (باگوزی^۶ و هیترتون، ۱۹۹۴). این مقیاس نسبت به تغییرات آزمایشگاهی عزت نفس حساس می‌باشد (کراکر و همکاران، ۱۹۹۳) و از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است ($a=0/92$). پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ ذکر شده است همچنین پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲. و با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله سه ماهه بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۱ گزارش شده است و در مجموع شواهد روان‌سنجی خوبی برای این پرسشنامه به دست آمده است (هیترتون و پولیوی، ۱۹۹۱). در پژوهش حسینی و خیر (۱۳۹۰) میزان ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عزت نفس عملکردی ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس عزت نفس اجتماعی ۰/۷۱ گزارش شده است که بیانگر پایایی مطلوب آن می‌باشد.

در مورد روایی همزمان، مقیاس عزت نفس حالت با مقیاس افسردگی مربوط به پیری^۷،

1. Heatherton
2. Polivy
3. Crocker
4. Cornwell
5. Major
6. Bagozzi
7. Geriatric Depression Scale.

همبستگی (۰/۵۵ تا ۰/۳۱) نشان داد (شائو، تامپسون^۱، چانگ^۲، و وو^۳، ۲۰۱۱). این مقیاس یک ابزار مناسب برای ارزیابی عزت نفس حالت می‌باشد (شائو و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹). در تحلیل عاملی مقدار ویژه برای عامل عزت عملکردی (۷/۰۵)، برای عزت نفس ظاهری (۲/۳۴) و برای عزت نفس اجتماعی (۱/۹۹) استخراج شده است (شائو و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹).

روایی همگرا و واگرای این ابزار با استفاده از ابزارهای عزت نفس روزنبرگ^۴، مقیاس عدم کفایت جانیس - فیلد^۵، مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو - کرون^۶، مقیاس افسردگی بک^۷، مقیاس اضطراب صفتی /حالتی اسپیلبرگر^۸، مقیاس عواطف چندگانه اتکینسون^۸ و پولیوی و مقیاس خویشتن داری هرمن^۹ و پولیوی تایید شده است (هیترتون و پولیوی، ۱۹۹۱). در پژوهش حاضر برای تعیین روایی پرسشنامه یاد شده آن با نمره پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ همبسته گردید و مشخص شد که رابطه مثبت معنی داری بین آنها وجود دارد ($r=۰/۵۷$ ، $p<۰/۱۰$).

فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی: فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی دارای ۱۲ ماده پنج گزینه‌ای به روش لیکرت است که در آن گزینه یک (به هیچ وقت در مورد من صدق نمی‌کند) و پنج (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) می‌باشد. بررسی گروهی از دانشجویان مقطع کارشناسی به کمک این مقیاس نشان داد که این ابزار همبستگی بالایی ($r=۰/۹۶$) با فرم اصلی این مقیاس دارد. همچنین روشن شد که فرم کوتاه این مقیاس همسانی درونی بالایی دارد (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰). بررسی پایایی به روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته در پژوهش یاد شده، ضریب ۰/۷۵ را نشان داد (میلر، ۱۹۹۵). در پژوهش دیگری ویکس و همکاران (۲۰۰۵) همسانی درونی یا آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کردند (به نقل از داداش زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

مقیاس عزت نفس روزنبرگ: مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۴ (۱۹۶۵) یک مقیاس ده سوالی است که مبتنی بر روش خود گزارش دهی است و احساس کلی فرد از خودارزشی یا خویشتن پذیری را روی طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱=کاملاً مخالف تا ۴=کاملاً موافق، اندازه می‌گیرد. روزنبرگ برای ساخت این مقیاس آن را در مورد ۵۰۲۴ دانش آموز دبیرستانی در ایالت نیویورک اجرا و ضرایب پایایی و روایی آن را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۷ گزارش کرد (به نقل از

1. Thompson
2. Chang
3. woo
4. Rosenberg
5. Janis - Field
6. Marlowe - Crowne
7. Spielberger
8. Atkinson
9. Herman
10. Rosenberg Self- Esteem Scale

مارتین آلبو، نونز، ناوارو و گریژالوو، ۲۰۰۷). این مقیاس یک ابزار ساده و کوتاه واجد قابلیت اعتماد (همسانی درونی و بازآزمایی) و روایی (همگرا و واگرا) می‌باشد و برای هر گروه سنی با میزان تحصیلات در سطح پنج ابتدایی قابل اجرا و پرمصرف‌ترین ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری درک عزت نفس کلی به عنوان ارزیابی کلی شخص از ارزشمندی او به عنوان یک انسان است (روزنیرگ، ۱۹۷۹) ضریب اعتبار درونی این مقیاس را ۰/۸۴ و ضریب همبستگی بازآزمایی آن را ۰/۸۴ گزارش کرده است. محمدی (۱۳۸۴) شاخص‌های روان‌سنجی این مقیاس را در جامعه ایرانی مناسب گزارش کرده است علیزاده (۱۳۸۳) نیز با اجرای این مقیاس در مورد دانشجویان کارشناسی ارشد و دکترا، پایایی و ضریب آن را به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش کرد.

شیوه اجرا

در مرحله‌ی اجرا ابتدا در پیش‌آزمون هر دو گروه (آموزش شناختی رفتاری و یک گروه کنترل) به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز، پرسشنامه‌ی عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی را تکمیل نمودند و به آنان یادآوری شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند؛ لذا برای اطمینان بیشتر به هر کدام از افراد یک کد تخصیص می‌یابد. پس از آن یک گروه (گروه آزمایش) به مدت دو ماه تحت آموزش‌های مربوط قرار گرفت. پس از پایان دوره‌ی دو ماهه‌ی آموزش، هر دو گروه در پس‌آزمون شرکت کردند و مجدداً پرسشنامه‌ی عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی را تکمیل نمودند. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه‌ی دو ساعته در دو روز در هفته برگزار شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از شاخصها و متغیرها به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد. براین اساس میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای وابسته دانش‌آموزان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش می‌شود.

1. Martin - Albo
2. Nunez
3. Navarro
4. Grijalvo

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

عوامل	شاخص آماری	پیش آزمون	پس آزمون
گروه آزمایش	تعداد	۱۵	۱۵
	میانگین	۲۰٫۶۵	۱۷٫۹۱
	انحراف استاندارد	۲٫۸۳	۲٫۳۸
گروه کنترل	تعداد	۱۵	۱۵
	میانگین	۱۸٫۶۹	۱۷٫۵۱
	انحراف استاندارد	۲٫۴۵	۲٫۳۷
کل	تعداد	۳۰	۳۰
	میانگین	۱۹٫۶۷	۱۷٫۷۱
	انحراف استاندارد	۲٫۶۴	۲٫۳۷
گروه آزمایش	تعداد	۱۵	۱۵
	میانگین	۱۴٫۹۳	۱۶٫۸۰
	انحراف استاندارد	۱٫۸۶	۲٫۵۶
ترس از ارزیابی منفی	تعداد	۱۵	۱۵
	میانگین	۱۷٫۴۰	۱۷٫۴۷
	انحراف استاندارد	۲٫۷۱	۲٫۹۶
کل	تعداد	۳۰	۳۰
	میانگین	۱۶٫۲۰	۱۷٫۱۰
	انحراف استاندارد	۲٫۶۳	۱٫۸۳

همچنان که ملاحظه می‌شود در عزت نفس حالت میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان شناختی رفتاری باعث پرورش عزت نفس حالت دانش آموزان شده است. از سوی دیگر در متغیر ترس از ارزیابی منفی، میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می‌دهد. و می‌توان به این توصیف دست زد که درمان شناختی رفتاری تا حدودی باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان شده است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای

متغیرها شاخص	عملکردی	اجتماعی	ظاهری	ارزیابی
Z	۰/۶۱	۰/۶۶	۰/۵۹	۰/۹۸
P	۰/۸۴	۰/۷۷	۰/۸۶	۰/۲۸
سطح معناداری	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول ۲ و سطوح معناداری بدست آمده هریک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، فرضیه صفر تایید شده و داده‌های تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون هریک از متغیرها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۳. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در گروه کنترل و آزمایش

متغیرها شاخص	عملکردی	اجتماعی	ظاهری	ارزیابی
۱ df	۱	۱	۱	۱
۲ df	۲۸	۲۸	۲۸	۲۸
F	۰/۳۲	۱/۰۹	۰/۰۹	۰/۰۲
sig	۰/۵۷	۰/۲۳	۰/۹۲	۰/۹۴

همان گونه که مشاهده می شود فرض تساوی واریانس ها برای همه متغیرها برقرار است ($p > ۰/۰۵$). با توجه به مجموع پیش فرض های مطرح شده مشاهده می گردد که داده های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کوواریانس را دارا می باشند و می توان تفاوت های دو گروه را در متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد.

همچنین با توجه به خروجی تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی ضرایب رگرسیون مشاهده گردید که تعامل بین متغیر آزمایش و همراه (پیش آزمون) معنادار نمی باشد لذا شیب خط رگرسیون برای دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است. فرضیه ۱: درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان تاثیر دارد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیری ابعاد عزت نفس در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig
اثر بیلابی	۰/۶۲	۱۲/۵۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	
تفاوت دو گروه با کنترل اثر لامبدای ویلکس	۰/۳۷	۱۲/۵۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	
پیش آزمون اثر هتلینگ	۱/۶۴	۱۲/۵۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	
بزرگترین ریشه روی	۱/۶۴	۱۲/۵۹	۳	۲۳	۰/۰۰۱	

نتایج جدول ۴. نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل روش شناختی رفتاری «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای وابسته دانش آموزانی که باروش شناختی رفتاری آموزش دیده اند با دانش آموزان گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۳۷، $p < ۰/۰۵$). برای بررسی اینکه بین کدام یک از مؤلفه ها تفاوت معنادار ایجاد شده است از آزمون تحلیل کوواریانس یک راه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

فرضیه ۲: درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه های عزت نفس حالت دانش آموزان تاثیر دارد.

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری ابعاد عزت نفس در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig
اثر بیلابیلی	۰/۳۸	۴/۸۲	۳	۲۳	۰/۰۱	
تفاوت دو گروه با کنترل اثر لامبدای ویلکس	۰/۶۱	۴/۸۲	۳	۲۳	۰/۰۱	
پیش آزمون اثر هتلینگ	۰/۶۳	۴/۸۲	۳	۲۳	۰/۰۱	
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۳	۴/۸۲	۳	۲۳	۰/۰۱	

نتایج جدول ۵ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی دار برای عامل روش شناختی رفتاری «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های عزت نفس دانش آموزانی که با روش شناختی رفتاری آموزش دیده اند با دانش آموزان گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۶۱، $p < ۰/۰۵$).

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری متغیرها	منع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری
عزت نفس عملکردی	گروه	۷۳/۹۸	۱	۱۰/۲۶	۰/۰۰۴
عزت نفس اجتماعی	گروه	۵۸/۲۱	۱	۷/۱۹	۰/۰۱۱
عزت نفس ظاهری	گروه	۴۸/۱۱	۱	۵/۶۹	۰/۰۱۴

نتایج جدول ۶ نشان می دهد با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیر مولفه های عزت نفس دانش آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴-۱۶ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای ابعاد عزت نفس در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ مولفه عزت نفس) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه های عزت نفس گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

فرضیه ۳: درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان تاثیر دارد.

جدول ۷. آزمون تحلیل کوواریانس برای سوال دوم

شاخص آماری متغیرها	SS	df	F	sig	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۳	۱	۴/۰۱	۰/۰۵	۰/۱۲
گروه	۴۲/۰۵	۱	۱۲/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲
خطا	۸۷/۶۶	۲۷			
کل	۸۰/۲۲	۳۰			

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات ترس از ارزیابی منفی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P > 0.05$). بنابراین با توجه به نتایج جدول ۷ نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان تاثیر داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۳۲ بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل‌های آماری فرضیات پژوهش، مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه‌های عزت‌نفس، دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش که درمان شناختی - رفتاری را دریافت کرده بودند، نسبت به گروهی که هیچ‌نوع درمانی را در این زمینه دریافت نکرده بودند (گروه کنترل)، تایید می‌گردد ($P > 0.017$). این یافته با یافته‌های مطالعات صادقی، احمدی و عابدی (۱۳۸۱)، محمدی (۱۳۸۹)، در داخل کشور، و دیهارت^۱ و پلهام^۲ (۲۰۰۷)، تگلوسی^۳ و راثمن^۴ (۲۰۰۱)، جویت^۵ (۲۰۰۴)، پرینز^۶، پائول^۷ و املکاپ^۸ (۲۰۰۴)، در خارج از کشور در رابطه با اثر بخشی درمان شناخت - رفتاری همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت دانش‌آموزانی که عزت‌نفس پایینی دارند با دیدن موفقیت دیگران، احساس ناکامی می‌کنند و همین موضوع باعث دوری از اجتماع و اطرافیان می‌شود. از طرف دیگر پرسش‌ها، پیشنهادات و توصیه‌های مکرر اطرافیان و حتی دوستان و آشنایان باعث رنجش آنها شده و بنابراین ترجیح می‌دهند که از محیط دور باشند و منزوی می‌شوند. گاهی هم خود را در موقعیتی احساس می‌کنند که نمی‌دانند چکار کنند. بنابراین دچار سردرگمی و درماندگی شده و همه پیشنهادات منطقی و غیر منطقی دیگران عمل کرده و بیشتر دچار کاهش عزت‌نفس و درماندگی می‌شوند. این مسائل نشان می‌دهد، آموزش شناختی - رفتاری به خوبی می‌تواند خطاهای ادراکی افراد نابارور را اصلاح کند و تاثیر مثبتی بر افکار آنها گذاشته به گونه‌ای که آنها بتوانند با این مشکل به صورت منطقی مقابله کنند و راهکارهای مناسب تری را برای آن اتخاذ نمایند و در نتیجه عزت‌نفس آنها افزایش می‌یابد.

تحلیل‌های آماری فرضیات پژوهش، مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه‌های عزت‌نفس

1. Dyhart
2. Pelham
3. Tglsy
4. Rothman
5. Juit
6. Persian
7. Paul
8. Amlkap

و ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان گروه‌های آزمایش که درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم را دریافت کرده بودند، نسبت به گروهی که هیچ نوع درمانی را در این زمینه دریافت نکرده بودند (گروه کنترل)، تایید می‌گردد (p/۰۱۷ >۰). این یافته با یافته‌های مطالعات صادقی، احمدی و عابدی (۱۳۸۱)، محمدی (۱۳۸۹)، در داخل کشور، و دیهارت و پلهام (۲۰۰۷)، تگلوس و راثمن (۲۰۰۱)، جویت (۲۰۰۴)، پرینز، پائول و املکاپ (۲۰۰۴)، در خارج از کشور در رابطه با اثر بخشی درمان شناخت - رفتاری همسو است.

دانش آموزانی که عزت نفس پایینی دارند با دیدن موفقیت دیگران، احساس ناکامی می‌کنند و همین موضوع باعث دوری از اجتماع و اطرافیان می‌شود. از طرف دیگر پرسش‌ها، پیشنهادات و توصیه‌های مکرر اطرافیان و حتی دوستان و آشنایان باعث رنجش آنها شده و بنابراین ترجیح می‌دهند که از محیط دور باشند و منزوی می‌شوند. گاهی هم خود را در موقعیتی احساس می‌کنند که نمی‌دانند چکار کنند. بنابراین دچار سردرگمی و درماندگی شده و همه پیشنهادات منطقی و غیر منطقی دیگران عمل کرده و بیشتر دچار کاهش عزت نفس و درماندگی می‌شوند. این مسائل نشان می‌دهد، آموزش شناختی- رفتاری به خوبی می‌تواند خطاهای ادراکی افراد نابارور را اصلاح کند و تأثیر مثبتی بر افکار آنها گذاشته به گونه‌ای که آنها بتوانند با این مشکل به صورت منطقی مقابله کنند و راهکارهای مناسب تری را برای آن اتخاذ نمایند و در نتیجه عزت نفس آنها افزایش می‌یابد.

تحلیل‌های آماری فرضیات پژوهش، مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان گروه‌های آزمایش که درمان شناختی - رفتاری مدیریت خشم را دریافت کرده بودند، نسبت به گروهی که هیچ نوع درمانی را در این زمینه دریافت نکرده بودند (گروه کنترل)، تایید می‌گردد (p/۰۵ >۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یک عامل قوی در پیدایش ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان، عامل بازخورد اجتماعی است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد دانش آموزان نمونه مورد پژوهش بسیاری از رفتار دیگران را سوء تعبیر کرده و گاهی پیش می‌آید که در جمع نمی‌دانند چه برخوردی داشته باشند، زیرا پیوسته نگران نگاه و اندیشه دیگران هستند. برخی از آزمودنی‌ها اظهار می‌داشتند که رفتار خوب یا بد دیگران را سوء تعبیر می‌کنند. بنابراین نتایج این تحقیق نشان از تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب و ترس از ارزیابی منفی افراد بوده به طوری که این آموزش‌ها توانسته باورهای غیر منطقی و خطاهای ادراکی آنها را اصلاح نموده و آنان بتوانند اعتماد به نفس لازم را به دست آورند. بنابراین، این آموزش‌ها را می‌توان برای دیگر افراد با مشکلات متفاوت نیز استفاده نمود.

این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش دین^۱ و داک^۲ (۲۰۰۹) همسو بوده که نشان از تأثیر مشاوره شناختی بر کاهش ترس مددجویان بوده به طوری که این آموزش‌ها توانسته با اصلاح خطاهای

1. Dean

2. Dok

ادراکی و غیر منطقی، سطح سلامت روانی آنها را افزایش داده و سازگاری با محیط و احساس رضایت آنها را از زندگی خود بهتر نماید.

در تبیین این یافته می‌توان گفت دانش آموزانی که عزت نفس پایینی دارند با دیدن موفقیت دیگران، احساس ناکامی می‌کنند و همین موضوع باعث دوری از اجتماع و اطرافیان می‌شود. از طرف دیگر پرسش‌ها، پیشنهادات و توصیه‌های مکرر اطرافیان و حتی دوستان و آشنایان باعث رنجش آنها شده و بنابراین ترجیح می‌دهند که از محیط دور باشند و منزوی می‌شوند. گاهی هم خود را در موقعیتی احساس می‌کنند که نمی‌دانند چکار کنند. بنابراین دچار سردرگمی و درماندگی شده و همه پیشنهادات منطقی و غیر منطقی دیگران عمل کرده و بیشتر دچار کاهش عزت نفس و درماندگی می‌شوند. این مسائل نشان می‌دهد، آموزش شناختی- رفتاری به خوبی می‌تواند خطاهای ادراکی افراد ناباور را اصلاح کند و تأثیر مثبتی بر افکار آنها گذاشته به گونه‌ای که آنها بتوانند با این مشکل به صورت منطقی مقابله کنند و راهکارهای مناسب تری را برای آن اتخاذ نمایند و در نتیجه عزت نفس آنها افزایش می‌یابد.

تحلیل‌های آماری فرضیات پژوهش، مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان گروه‌های آزمایش که درمان شناختی- رفتاری مدیریت خشم را دریافت کرده بودند، نسبت به گروهی که هیچ نوع درمانی را در این زمینه دریافت نکرده بودند (گروه کنترل)، تایید می‌گردد ($p < 0.05$).

بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت که یک عامل قوی در پیدایش ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان، عامل بازخورد اجتماعی است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد دانش آموزان نمونه مورد پژوهش بسیاری از رفتار دیگران را سوء تعبیر کرده و گاهی پیش می‌آید که در جمع نمی‌دانند چه برخوردی داشته باشند، زیرا پیوسته نگران نگاه و اندیشه دیگران هستند. برخی از آزمودنی‌ها اظهار می‌داشتند که رفتار خوب یا بد دیگران را سوء تعبیر می‌کنند. بنابراین نتایج این تحقیق نشان از تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب و ترس از ارزیابی منفی افراد بوده به طوری که این آموزش‌ها توانسته باورهای غیر منطقی و خطاهای ادراکی آنها را اصلاح نموده و آنان بتوانند اعتماد به نفس لازم را به دست آورند. بنابراین، این آموزش‌ها را می‌توان برای دیگر افراد با مشکلات متفاوت نیز استفاده نمود.

منابع

آتش پور، سید حمید (۱۳۸۳). اعتماد و خودباوری. اصفهان، حوزه معاونت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

احمدی، سعید (۱۳۸۳). رابطه بین عزت نفس مدیران و اثربخشی آنان در مدارس راهنمایی ناحیه ۲ شهر مشهد؛ پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد.

امامی، طاهره، فاتحی زاده مریم و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دوشیوه شناختی- رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان. دو ماهنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد، ۱۹، ۶۵-۷۴.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۳). روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

خجسته، مهرداد (۱۳۸۱)، درمان شناختی- رفتاری افسردگی. مجله چشم انداز پیشگیری، شماره ۱۲، ۲۳-۲۸.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۲). کارایی روش‌های شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی در درمان اسکیزوفرنی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و سوم؛ شماره ۱ صفحه ۱۰۲-۷۷.

داداش زاده، حسین؛ یزداندوست، رخساره؛ غرایب، بنفشه و نژادفرید، علی اصغر (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی؛ مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هجدهم، شماره ۱.

صادقی، احمد؛ احمدی، سیداحمد و عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت خشم به شیوه عقلانی- رفتاری عاطفی بر کاهش پرخاشگری. مجله روانشناسی، ۲۱، ۶، ۱، ۶۱-۵۲.

کاظمینی، تکتم؛ رجبی، محسن (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود عزت‌نفس و خوداثربندی دانشجویان؛ فصلنامه علوم رفتاری، ۱۸، ۴، ۱۸-۱۱.

کیانی پور، عمر (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی و مقایسه موسیقی درمانی و شناخت درمانی گروهی بر کنترل خشم. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

ملکی، صدیقه و فلاحی، حسن. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش گروهی مهارت کنترل خشم بر پرخاشگری دانش آموزان پسر ۱۵-۱۲ سال، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، ۲۴، ۶۹.

محمدی، مریم. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش شناختی رفتاری بر کاهش کمرویی در دختران نوجوان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

مهرابی زاده هنرمند، مهناز، بساک نژاد، سودابه، شهنی بیلاق، منیجه، شکرکن، حسین و حقیقی، جمال (۱۳۸۴) بررسی روابط ساده و چندگانه ترس از موفقیت، عزت‌نفس، کمال‌گرایی و ترس از ارزیابی منفی با نشانگان وانمودگرایی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشگاه شهید چمران، علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۱۲(۳)، ۲۴-۱.

نصری، مریم (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری در افزایش میزان عزت‌نفس دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

- Coppersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Dehart J., & polham. s. (2007). Behavioral Management Leads To Reduction in Aggression in a Child and Adolescent. Psychiatric Inpatient unit university of Queensland, Australia.
- Dean, Anjella J., & Duke, Suzanne G. (2009). Behavioral Management Leads To Reduction in Aggression in a child and Adolescent. Psychiatric Inpatient Unit, University of Queensland, Reduction in Aggression in a Child and Adolescent. Psychiatric Inpatient Unit, University of Queensland, Australia.
- Franken, H. A., Hendriks, V.M., Haffmans, P.M.J. & Van der Meer, C.W. (2001). Coping style of substance abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 229-306
- Juit, S. (2001). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, Practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kim, K. (2001). Group cognitive- behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Research and Therapy*, 3, 31-6.
- Puklek, M. (2004). Development of the two forms of social anxiety in adolescence. *Horizons of Psychology*, 13, 27-40.
- Pirinz, M, Paul, S and Amlkap, C.S. (2004). The effects of gestalt and cognitive- behavioral therapy group intervention on the assertiveness and self – steem of women with physical disabilities facing abuse. Doctoral dessionation, Wayne State University.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 308-316.
- Saboonchi , F., & Lundh ,L.(1997). Perfectionism, Felf-Consciousness and Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 22, 921-928.
- Schlenker, B.R. (1980). *Impression management: The selfconcept, social identity, and interpersonal relations*. Monterey, CA:Books/Cole.
- Smith, R. E., & Campbell, A. L. (1973). Social anxiety and strain toward symmetry in dyadic attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 101-107.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behavior Research and Therapy*, 38, 273-283
- Taylor, T.L., & Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescent? A systematic review. *Journal of Children and Youth Services Review*, 29, 823-839
- Teglasi, Hedwig & Rothman, lee. (2001). *Stories A Classroom-Based Program to therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association. Reduce Aggressive Behavior, University of Mary Land, collage park, MD USA.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

آموزش اثربخشی تاب آوری با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی دانش آموزان دختر هنرستان‌های ناحیه ۳ اهواز

فاطمه سید موسوی^{۱*}

دکتر منصور سودانی^۲

چکیده

هدف از انجام پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی دانش آموزان دختر هنرستان‌های ناحیه ۳ اهواز بود. به همین منظور تعداد ۶۰ نفر از دانش آموزان است که واجد یک انحراف معیار پایین تر از میانگینی در پرسشنامه تاب آوری و کیفیت زندگی بودند که از طریق روش نمونه گیری تصادفی - خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تاب آوری کانرو دیویدسون و پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ آیتمی بودند. طرح پژوهشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و با دوره پی گیری بود. تحلیل داده ها در سطح ۰/۰۵ با تحلیل کواریانس صورت گرفت و نتایج حاصل میزان کیفیت زندگی در گروه آزمایش بین دانش آموزان دختر نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل به طور معنی داری بهبود یافت. این نتایج در دوره پیگیری کماکان ادامه داشت.

واژه‌های کلیدی: تاب آوری، آموزه‌های دینی، کیفیت زندگی

۱. گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

قرآن کریم اساساً برای هدایت و دعوت مردم به یگانه‌پرستی و آموزش ارزش‌های تازه و روش‌های جدید تفکر و زندگی به آنان و ارشاد رفتارهای بهنجاری که صلاح فرد و خیر جامعه در آن باشد و نیز راهنمایی آنها به راه‌های درست تربیت و پرورش نفس به نحوی که منجر به کمال انسانی - که متضمن سعادت انسان در دنیا و آخرت است - شود، نازل شده است. «قُلْ هُوَ الَّذِي أَمَّنَا هُدًى وَ شَفَاءً» «... بگو این برای کسانی که ایمان آورده‌اند از هدایت و درمان است.» (فصلت: ۴۴) کسانی که تاریخ اسلام را مطالعه و مراحل مختلف دعوت اسلامی را از روزهای آغازین دنبال می‌کنند و کیفیت تغییر شخصیت افرادی را که در مکتب پیامبر (ص) احکام اسلامی را فرامی‌گرفتند و می‌بینند، می‌توانند مقدار تأثیر عظیمی را که قرآن و دعوت اسلامی در نفوس پیروان پیامبر (ص) اکرم بر جای گذاشته است را بوضوح مشاهده کنند.

علی‌رغم کوشش‌های فراوانی که جوامع جدید در زمینه‌های تعلیم و تربیت و ارشاد جوانان به عمل می‌آورند تا از آنها افرادی شایسته و مفید بسازند، اما این کوشش‌ها نتیجه مطلوب و موردانتظار را بیار نمی‌آورد و همچنین جرایم انحراف‌های روز افزونی که در همه جوامع وجود دارد دلیل روشنی بر شکست روش‌های تربیتی جدید و عجز آنها در پرورش افراد شایسته برای خدمت به کشور و جامع خود می‌باشد. اخیراً کوشش‌های زیادی در زمینه روان‌درمانی افرادی که دچار اضطراب‌های شخصیتی و بیماری‌های روانی هستند انجام شده است. در این زمینه روش‌های مختلفی برای روان‌درمانی به وجود آمده است، اما هیچ‌کدام موفقیت مورد انتظار را درباره از بین بردن و یا پیشگیری از بیماری‌های روانی سبک نکرده است. در تحقیق روشن شده است که تعداد بیماران درمان یافته از یک گروه مورد مطالعه که تحت مداوای روان‌درمانگران قرار نداشتند با تعداد بیمارانی که از طریق روان‌درمانی معالجه شده‌اند مساوی بوده است. این تحقیق نشان داده است که حال برخی از این بیماران معالجه شده توسط روان‌درمانگر و خیمر شده است.

علاوه بر این، پرداختن به درمان بیماری‌های روانی چندان مهم نیست، بلکه مهمتر این است که از بروز آنها پیشگیری، و یا حتی الامکان از افزایش آنها کاسته شود. اصولاً موضوع پیشگیری از رفتارهای انحرافی، یکی از مسائل مهمی است که روان‌شناسان و جامعه‌شناسان درگیر آن هستند، اگرچه تلاش‌هایشان در این زمینه بسیار اندک و محدود است (نجاتی، ۱۳۸۷).

از این گذشته امروز اختلافات زیادی میان مکاتب مختلف روان‌درمانی در نوع نگرش آنها به ماهیت انگیزه‌های اساسی محرک رفتار و ماهیت تهدیدهای اضطراب‌انگیز و مسبب ایجاد عوارض بیماری‌های روانی و عقلانی وجود دارد که وصول به یک توافق کلی در میان این مکاتب، پیرامون یک نظریه تکامل یافته درباره شخصیت و سازگاری آن با عوامل مسبب ناسازگاری و روش‌های روان‌درمانی را مشکل می‌کند. اصولاً هر یک از این مکاتب از زاویه معین و محدودی به انسان می‌نگرند. بنابراین نمی‌توانند با دیدی کلی و همه‌جانبه به انسان نگاه کنند و همین موضوع موجب ناتوانی این مکاتب در فهم درست و دقیق انسان است، اما ظاهراً بتازگی گرایش‌هایی پیدا شده که طرفدار توجه بیشتر به دین برای سلامت روان