

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های هوش هیجانی مادران

زیبده باباجان زاده^۱

قدرت الله عباسی^۲

رمضان حسن زاده^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۰۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های هوش هیجانی مادران صورت پذیرفت. پژوهش حاضر یک پژوهش آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه می‌باشد. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر از مادران دارای کودک پیش دبستانی ۷ تا ۵ سال می‌باشد که به صورت نمونه گیری غیر تصادفی دردسترس از بین چهار مرکز پیش دبستانی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه- دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. و به سوالات پرسشنامه هوش هیجانی تجدید نظر شده شو (MSEIS) پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس کوواریانس چند متغیری استفاده گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های هوش هیجانی مادران کودکان پیش دبستانی تأثیر معنادار دارد ($p < 0.01$). نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد در مولفه‌های تنظیم هیجان، درک هیجانات متغیر هوش هیجانی درماتشناختی رفتار یاتر بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد ($p < 0.01$) و تنها در مولفه بکارگیری هیجانات بین درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی داری وجود نداشت. ($p > 0.01$)

کلیدواژه‌ها: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، هوش هیجانی، کودکان پیش

دبستانی

^۱ دانشجوی دکتری گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

^۲ استادیار گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول) asfajir@gmail.com

^۳ استاد گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. rhasanzadehd@yahoo.com

مقدمه

رفتار والدین و به ویژه مادران در سنین پیش دبستانی می‌تواند کودک را آماده فراگیری مهارت‌های مقابله و استفاده از آنها کند. در واقع رابطه والد کودک در سنین پیش دبستانی می‌تواند نقش مهمی در آسیب پذیر شدن یا منعطف شدن کودکان داشته باشد. در محیط خانوادگانه والدین در تنظیم هیجان‌های خود، یکپارچه‌سازی است که بر هوش هیجانی کودکان اثر می‌گذارد. هوش هیجانی مادران یکی از عوامل مهم و تعیین کننده رفتارهای هیجان محور آنهاست. شواهد زیاد نشان داده‌اند که رابطه هیجانی سالم میان والد و کودک با بروندهای اجتماعی مثبت همراه است (الیاس، توبیاس و فردلاندر^۱، ۲۰۱۱). هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌هاست که به فرد کمک می‌کند تا احساسات خود و دیگران را بشناسد، درک کند و در نهایت، به فرد کمک می‌کند تا احساسات خود را تنظیم کند (مایر، ۲۰۰۱). هوش هیجانی عبارت است از توانایی پردازش اطلاعات هیجانی که شامل درک و فهم و مدیریت هیجانی است، هوش هیجانی ظرفیت و توانایی ایجاد نتایج مثبت در روابط با خود و دیگران است (مایر و سالوی^۲، ۲۰۰۳). بنظر می‌رسد هوش هیجانی نقش محوری در مواجهه کارآمد داشته باشد. مایر و سالوی (۲۰۰۳) بر این باورند که افراد با هوش هیجانی بالاتر مواجهه موفق‌تری دارند، چرا که آنها با دقت حالات هیجانی خود را درک و ابراز می‌کنند، می‌دانند چگونه و چه هنگام احساسات خود را بیان نمایند (مایر، ۲۰۰۳) و به گونه‌ای کارآمد حالت‌های خلقی خود را تنظیم کنند. از سویی دیگر باران^۳ (۲۰۰۰) کنترل‌استرس، ادراک و ابراز هیجان، مدیریت هیجان و توانایی انطباق را عناصر اصلی هوش هیجانی می‌داند. به بیان دیگر مواجهه انطباقی، ممکن است همانند هوش هیجانی در عمل، چیره شدن بر هیجان‌ها، رشد هیجانی و تمایز شناختی و هیجانی شمرده شود که به فرد اجازه می‌دهد تا در یک دنیای پر از چالش رشد کند. بطور کلی توانایی هیجانی در تشخیص پاسخ‌های هیجانی مناسب به هنگام رویارویی با رویدادهای روزمره، ایجاد انگیزش مثبت درباره رخدادهای زندگی را در پی دارد. مداخله‌های متعددی در زمینه افزایش هوش هیجانی بکار رفته است که از جمله آن می‌توان به قصه‌درمانی، فراشناخت درمانی و واقعیت‌درمانی اشاره کرد (سالیوان، سارمودی و لوئیس^۴، ۲۰۱۵).

¹. Elias, Tobias & Friedlander

². Mayer & Salovey

³. Bar on

⁴. Sullivan, Carmody & Lewis

یکی از درمان‌های موثر در ارتقا هوش هیجانی و تنظیم هیجان درمان شناختی رفتاری می‌باشد (دفن باخر^۱، ۲۰۱۱). رویکرد شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است و در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته ای استفاده می‌شود درمان‌های شناختی رفتاری شامل آموزش آرمیدگی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازسازی شناختی می‌باشد (ادموندسون و گر^۲، ۲۰۱۵). درمان شناختی بر شناسایی مشکل، تولید راه حل جایگزین، پیشبینی عواقب اعمال و در نظر گرفتن دیدگاه‌های مختلف تأکید می‌شود. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مراجع قادر می‌شود افکار منفی و معیوبراتشخیص داده و بکوشد تا به جای آن افکار مناسبی را جایگزین کند. با این فنون به مراجعه کنندگان آموزش داده می‌شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای بنگرند. مهارت‌های شناختی آموزش داده شده در این درمان کمک می‌کند که افراد به عواقب رفتارهای خود فکر کنند و با شناخت عواقب رفتار خود بتوانند به طور موثر و صحیح‌تری هیجانان خود را ابراز کنند (فونگ، گرسین، چانوها تچیسون^۳، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف درمان شناختی رفتاری تغییر و اصلاح افکار فرد را مبنا قرار نمی‌دهد بلکه به دنبال تغییر کارکردهای تجربه‌درونی (افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی) مرتبط با هیجان است تا دیگر موجب گرفتاری فرد نشوند (کهو^۴، ۲۰۱۶).

از جمله درمان‌های اخیر در حوزه موج سوم روانشناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ می‌باشد این رویکرد درمانی بخشی از آنچه امروز موج سوم درمان شناختی رفتاری نامیده می‌شود به حساب می‌آید (هایز^۶، ۲۰۰۴). (هریس^۷، ۲۰۰۸). بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مردم نمی‌توانند هیجانانی را که دارند انتخاب کنند اما می‌توانند چگونگی ارتباط و پاسخ دادن به رویدادهای خصوصی خود (مثل افکار، احساسات) انتخاب کنند. درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پر معنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کند.

¹. Deffenbacher

². Edmondson & Conger

³. Fung, Gresteen, Chan & Hotchison

⁴. Kehoe

⁵. Acceptance And Commitment Therapy

⁶. Hayes

⁷. Harris

هدف کلیدرمان مبتنی بر پذیرش و تعهدافزایش انعطاف پذیری روانشناختی است. انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از توانمندی بیش تر برای ارتباط با لحظه اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن وقتی در جهت ارزش‌های زندگی خود حرکت می‌کنیم. انعطاف پذیری روانشناختی از طریق شش فرایند اصلیدرمان مبتنی بر پذیرش و تعهدحاصل می‌شود. هر یک از این حوزه‌ها به‌جای آنکه فقط روشی برای آسیدیدگی باشند. به‌عنوانیک مهارت روانشناختی مثبت مفهوم پردازی شده‌اند. پذیرش پذیرش جایگزینی برای اجتناب تجربه ای است. پذیرش عبارت است از به آغوش کشیدن آگاهانه و فعال تجربه‌های درونی است؛ بدون این که بی جهت برای تغییر شکلی اِسامد آن‌ها تلاش کنیم. این خود داری به خصوص وقتی اهمیت دارد که تلاش برای تغییر رویدادهای درونی منجر به آسیب روانشناختی می‌شود. به عنوان مثال به بیماران مضطرب آموزش داده می‌شود که اضطراب را مثل یک احساس به طور کامل و بدون حالت تدافعی تجربه کنند. پذیرش (و گسلش شناختی) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهدپایان راه نیست؛ بلکه پذیرش روشی برای افزایش اقدامات مبتنی بر ارزش است.

گسلش شناختی فنون گسلش شناختی با هدف تغییر کارکردهای نامطلوب افکار یا دیگر رویدادهای درونی انجام می‌شود و هدف آن تغییر شکل یا بسامد افکار و حساسیت موقعیتی نیست. به عبارتی دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهدتلاش می‌کنیم تا نحوه ارتباط شخص با افکارش را عوض کنیم؛ آن هم به وسیله ایجاد بافتاری که در آن کارکرده ای نامطلوب افکار کاهش می‌یابد. بدر این راستا فنون زیادی برای اهداف مختلف بالینی تدوین شده است. به عنوان مثال فکر منفی را می‌توان به نحوی غیر جدی مشاهده و آن را با صدایی بلند تکرار کرد تا اینکه فقط صدایی بی هیجان از آن باقی بماند. می‌توان فکر را مثل یک شیء دید و شکل و اندازه و رنگ و سرعت آن را بررسی کرد. فردی می‌تواند از ذهنش به خاطر ایجاد چنان فکر جالبی تشکر کند و به فرایند فکر خود برچسب بزند (من این فکر را دارم که خوب نیستم). چنین ابزاری برای کاهش معنای تحت اللفظی افکار است تا فکر به عنوان چیزی که به آن ارجاع می‌دهد درک نکنیم (مثلاً من خوب نیستم) بلکه آن را دقیقاً همان طور که تجربه می‌کنیم ادراک کنیم (من خوب نیستم یک فکر است). نتیجه گسلش به جای آن که تغییر فوری در بسامد رویدادهای درونی باشد معمولاً کاهش در باور یا وابستگی به آن‌ها است. بودن در زمان حال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهدتماس مداوم و غیر قضاوت گرانه با رویدادهای محیطی و روانشناختی را بهبود می‌بخشد. هدف آن است که مراجعان دنیا را بی واسطه تر تجربه کنند و

رفتار آن‌ها منطقی‌تر شود تا در نتیجه اقدامات آن‌ها تناسب بیشتری با ارزش‌های زندگی‌شان پیدا کند. این هدف محتاج انجام دو چیز است: یکی این که معیار ما برای انتخاب و تداوم رفتار، بیشتر کارآمدی آن باشد و دیگر این که از زبان به عنوان ابزاری برای معطوف کردن توجه به رویدادها و توصیف آنها استفاده کنیم نه آن که به وسیله آن فقط رویدادها را پیش بینی و قضاوت کنیم. ادراکی از خود که «خود به عنوان فرایند» نامیده می‌شود به طور فعالانه تشویق می‌شود؛ یعنی توصیف مداوم غیر قضاوت‌گرانه و گسلیده افکار، احساسات و دیگر رویدادهای درونی. خود به عنوان بافتار بر اساس چهارچوب‌های ارتباطی نظیر من در برابر تو، حال در برابر گذشته و اینجا در برابر آنجا، زبان انسان منجر به ادراک خود به عنوان منبع یا چشم انداز می‌شود، همچنین سویه معنوی و تعالی یافته انسان را تولید می‌کند. این ایده یکی از دانه‌هایی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد *RFT* از آن رشد کرده‌اند و اکنون شواهد روزافزونی نشان از اهمیت آن برای کارکردهای زبانی مثل همدلی، نظریه ذهن، ادراک خود دارد. خود به عنوان بافتار مهم است چون از این نظرگاه فرد می‌تواند از جویبار تجربه‌های خود آگاه شود بدون آن که به آن‌ها وابسته یا درون تجربه خاصی غرق شود. این چنین است که گسلس و پذیرش پرورش می‌یابد. خود به عنوان بافتار در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های توجه آگاهی (*mindfulness*)، استعاره‌ها و فرایندهای تجربه‌ای پرورش می‌یابد.

ارزش‌ها

ارزش‌های ویژگی‌های انتخاب شده اقدامات عمده هستند. این ویژگی‌ها را نمی‌توان به عنوان یک شیء به دست آورد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تمرین‌های گوناگونی استفاده می‌شود تا به مراجع کمک کنیم جهت‌راندگی‌ها را در ابعاد گوناگون انتخاب‌کنند (مثلاً خانواده، شغل و غیره). از طرف دیگر از این تمرین‌ها برای بی‌اثر سازی آن فرایندهای کلامی استفاده می‌شود که منجر به انتخاب اقدام بر اساس اجتناب، جلب موافقت اجتماعی یا آمیختگی می‌شود (یک انسان خوب برای "Y" ارزش قائل است یا مادرم از من خواست تا برای Z ارزش قائل باشم و نظیر این‌ها). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش، گسلس و بودن در زمان حال به خودی خود هدف نیستند بلکه آن راه را برای زندگی ارزشمند و پویا باز می‌کنند.

اقدام متعهدانه در نهایت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجع را به تدوین الگوهای بزرگ‌تر و بزرگ‌تری از اقدام موثر تشویق می‌کند که با ارزش‌های منتخب او در ارتباط هستند. با توجه به این نکته در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شباهت بسیاری با رفتار درمانی سنتی دارد و تقریباً هر روش تغییر رفتار

مرتبط و مناسب نظیر مواجهه، آموزش مهارت، روش‌های شکل دهی به رفتار و هدف گذاری را می‌توان در پروتکل‌درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وارد کرد. بر خلاف ارزش‌ها که می‌توان به طور مداوم در جهت آن‌ها حرکت کرد ولی هرگز به عنوان یک شیء قابل دسترسی کامل نیستند، اهداف عینی که با ارزش‌ها مطابق اند را می‌توان به دست آورد. پروتکل‌درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تقریباً همیشه شامل کاردرمانی و تکلیف خانگی مرتبط با اهداف تغییر رفتار کوتاه، میان مدت و بلند مدت است.

به طور کلی هر یک از این فرایندها از یکدیگر حمایت کرده و همگی با هدف انعطاف پذیری روانشناختی اجرا می‌شوند: یعنی فرایندی که در آن به عنوان یک انسان آگاه با لحظه حال تماس پیدا کرده و با هدف حرکت در جهت ارزش‌های زندگی بر رفتار خود پافشاری کرده یا آن را تغییر می‌دهیم. شش فرایند ذکر شده را می‌توان در دو طبقه قرار داد: فرایندهای توجه آگاهی و پذیرش که شامل پذیرش، گسلس شناختی، تماس با لحظه حال و خود به عنوان بافتار هستند. در واقع این شش فرایند یک معنای رفتاری کاربردی برای توجه آگاهی فراهم می‌کند. فرایندهای تغییر رفتار و تعهد شامل تماس با لحظه حال، خود به عنوان بافتار، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه است. تماس با لحظه حال و خود به عنوان بافتار در هر دو گروه جا می‌گیرند چون همه فعالیت‌های روانشناختی انسان‌های آگاه شامل بودن در زمان حال است. (هایس و استروسول، ۱، ۲۰۱۲). هدف اصلی درمان فوق، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است. انعطاف پذیری روانشناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشند، و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده باشد. نتیجه انعطاف‌پذیری در نهایت کاهش اجتناب از تجربه هیجانات ناخوشایند خواهد بود که می‌تواند هوش هیجانی و تنظیم هیجان را بهبود بخشد (هیبر تو ویلیام، استوریو ویلسون، ۲، ۲۰۱۵).

با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های هوش هیجانی مادران صورت گرفته است.

¹. Hayes & Strosahl

². Hulbert Williams, Storey & Wilson

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل تمامی مادران مراجعه کننده به مراکز پیش دبستانی شهر بابل که دارای فرزند ۷ تا ۵ سال می‌باشند.

۴۵ نفر از مادران به صورت نمونه گیری غیر تصادفی دردسترس از بین چهار مرکز پیش دبستانی انتخاب شدند.

مجموع نمرات فرد در مولفه‌ها، نمره هوش هیجانی کل آزمون را تشکیل می‌دهد. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۳۳ تا ۶۶ باشد، نشانه هوش هیجانی فرد در حد پایین می‌باشد. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۶۶ تا ۱۰۰ باشد، هوش هیجانی فرد در حد متوسط می‌باشد. چنانچه نمره محاسبه شده ۱۰۰ به بالا باشد، هوش هیجانی فرد در حد بالا می‌باشد لذا افرادی که نمره نشانه هوش هیجانی پایین داشتند (نمره پایین تر از ۶۶) انتخاب شدند بر این اساس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه - دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود شامل کسب نمره پایین تر از ۶۶ در پرسشنامه هوش هیجانی شوت (۱۹۹۸)، میزان تحصیلات حداقل دیپلم و دارا بودن کودک ۷ تا ۵ سال می‌باشد. معیارهای خروج وجود اختلال روانی شدید روانی در مادر و مصرف داروهای روان گردان، غیبت مادر حداقل دو جلسه در جلسات آموزشی و داشتن سابقه شرکت همزمان والدین در جلسات آموزشی مشابه می‌باشد. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارتند از:

مقیاس هوش هیجانی تجدید نظر شده شوت (MSEIS)

این مقیاسیک آزمون خودسنجی ۴۱ سوالی است که برای سنجش هوش هیجانی خصیصه‌ای ساخته شده است (آستین، ساکلوفسکی و ایگان، ۲۰۰۴). آزمودنی‌ها به سوالات این مقیاس بر مبنای رتبه‌بندی پنج لیکرت (۱- کاملاً موافقم تا ۵- کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهند. پرسشنامه هوش هیجانی شوت (۱۹۹۸) در واقع نسخه تجدید نظر شده مقیاس هوش هیجانی شوت (۱۹۹۸) است. ضریب اعتبار (همسانی درونی) کل آزمون ۰/۸۵ گزارش شده است و سه عامل خوش بینی/ تنظیم هیجان، بکارگیری هیجانات و درک هیجانات برای آن شناسایی شده است. ضرایب اعتبار از راه همسانی درونی برای این عامل‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۹ و ۰/۷۶ می‌باشد. روایی آزمون از طریق همبستگی آن با آزمون بهره هوشی بارآن (۱۹۹۹) برآورد و میزان آن ۰/۶۷ گزارش شده است. بخشی - پور، زارعان و رودسری (۱۳۸۷) در پژوهشی به بررسی مشخصات روانسنجی مقیاس هوش هیجانی

تجدید نظر شده شوت (*MSEIS*) پرداختند. نتایج پژوهش نشان دهنده ویژگی‌های نسبتاً مناسب روانسجی پرسشنامه هوش هیجانی شوت بود (به نقل از جواهری کامل، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر پایایی برای بدست آوردن پایایی از روش آلفای کرونباخ که مقدار آن ۸۳/۰ بوده استفاده شده است.

گروه آزمایشی اول در معرض درمان شناختی رفتاری طی ۸ جلسه یک و نیم ساعته (در مجموع ۱۲ ساعت) قرار گرفتند. برنامه گروه درمانی شناختی رفتاری بر اساس راهنمای درمانی اسمیت (۲۰۰۴) انجام شد. گروه آزمایشی دوم طی ۸ جلسه یک و نیم ساعته (در مجموع ۱۲ ساعت) در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای درمانی هایس، استروسلو ویلسون (۱۹۹۱) قرار گرفت. پس از پایان مداخله درمانی و بعد از دو ماه آزمون هوش هیجانی از هر سه گروه اخذ گردید. محتوی جلسات درمان به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی - رفتاری اسمیت (۲۰۰۴)

پیش آزمون، معارفه و آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، معرفی کلی الگوی درمان شناختی - رفتاری و هوش هیجانی بر اساس مدل درمانی توماس اسمیت، آموزش اندازه گیری و ارزیابی هیجان در اعضای گروه، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه اول
وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آشنایی با اجزای عمل خود یعنی تفکر، تغییرات فیزیولوژی و رفتار، آموزش مدل <i>ABC</i> شامل رویداد فعال کننده، باور یا تفکر و پیامد هیجانی، شرح ویژگی‌های افکار و باورهای خودآیند و روش‌های تفکر، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف	جلسه دوم
وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه آشنایی با پیامدهای رفتاری و هیجانی، آموزش شناسایی نوع ارتباط بین افکار و باورها و روش رسیدن به باورهای اصلی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه سوم
وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آموزش تغییر باورهای فردی، آشنایی با ویژگی‌های باورهای مخالف، آموزش مهارت‌های تغییر افکار و باورهای منفی و نا کارآمد، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه چهارم
وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آموزش قاطعیت، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه پنجم
وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، آموزش حل مساله، پرداختن به باورهای بینابینی، بررسی تاثیر تنش و بیقراری بر رفتار پر خاشگروانه، آموزش مهارت‌های آرامش بخشی و تنش زدایی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی	جلسه ششم
وارسی تکالیف خانگی، تعیین دستور جلسه، تمرین قاطعیت به صورت نقش آفرینی، تمرین تن آرامی عضلانی، ایجاد نگرش راه حل‌های مختلف برای حل مسئله، آموزش تحلیل سود و زیان، دریافت بازخورد ارائه تکلیف	جلسه هفتم
وارسی تکالیف خانگی، مرور جلسات گذشته، گرفتن بازخورد اعضا نسبت به جلسات گذشته، ایجاد هماهنگی با شرکت کنندگان جهت برنامه‌های پیگیری	جلسه هشتم

جدول ۲: شرح مختصر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هایس، استروسلو ویلسون (۱۹۹۱)

<p>پیش آزمون، معارفه و آشنایی اعضای گروه، بیان اهداف و قوانین گروه، تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی دربارهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>جلسه اول</p>
<p>سنجش مشکلات درمان جویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربهٔ اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیهٔ فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی دریافت بازخورد، ارائه تکلیف شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون این‌که با آن‌ها مبارزه یا عمداً از آن‌ها جلوگیری شود.</p>	<p>جلسه دوم</p>
<p>بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها. آموزش جدا سازی شناختی، آگاهی روانی و خود تجسمی دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>جلسه سوم</p>
<p>بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف پذیری روانی و هیجانان مثبت منجر شود. دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی، بازخورد، ارائه تکلیف خانگی</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمان جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیهٔ فهرستی از موانع پیشرو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت دریافت بازخورد، ارائه تکلیف</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>بررسی تکالیف خانگی، ارائهٔ راهکارهای عملی در رفع موانع ضمنی به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی دریافت بازخورد و ارائه تکلیف</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها. درخواست از درمان جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مرتبط، ایجاد هماهنگی با شرکت‌کنندگان جهت برنامه‌های پیگیری</p>	<p>جلسه هشتم</p>

یافته ها

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های هوش هیجانی مادراناز تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. اما در ابتدا پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل واریانس را بررسی نمودیم. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کالموگروف - اسمیرنف استفاده شد. در جدول ۱، نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها گزارش شده‌اند.

جدول ۱: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش

متغیر	وضعیت	آماره Z کالموگروف-اسمیرنف	سطح معنی داری
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۰/۸۲	۰/۴۱
	پس آزمون	۰/۸۵	۰/۵۴
بکارگیری هیجان‌ات	پیش آزمون	۰/۶۹	۰/۳۸
	پس آزمون	۰/۵۶	۰/۴۳
درک هیجان‌ات	پیش آزمون	۰/۷۰	۰/۲۶
	پس آزمون	۰/۶۵	۰/۳۱
هوش هیجانی	پیش آزمون	۰/۵۵	۰/۴۴
	پس آزمون	۰/۵۸	۰/۵۶

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهند که آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنف در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد. لذا توزیع متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل نرمال است. برای بررسی پیش فرضهمگنی واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیرمعنی‌دار این آزمون نشانگر همگن بودن واریانس متغیر پژوهش در گروه‌ها می‌باشد. در جدول ۲، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
تنظیم هیجان	۰/۴۴	۱	۲۸	۰/۵۹
بکارگیری هیجان‌ات	۰/۳۶	۱	۲۸	۰/۶۱
درک هیجان‌ات	۰/۳۲	۱	۲۸	۰/۵۷
هوش هیجانی	۰/۴۸	۱	۲۸	۰/۶۵

باتوجه به جدول ۲ آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش (۰/۳۲) در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد ($p > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابر یا همگن است.

همسو با گفته‌های تاباچنیک و فیدل^۱ (۱۹۹۱؛ نقل از دنسی و رییدی، ۱۹۹۹) محقق از بین آماره‌های چهارگانه (پیلایی^۲، لامبدا ویکلز^۳، هاتلینگ^۴ و ریشه ری^۵) آماره‌ها لامبدا ویکلز را برای محاسبه F انتخاب کرده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد سطوح معنی داری آماره لامبدای ویکلز بیانگر آن هست که بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر هوش هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = ۱۰/۱۴, P < ۰/۰۱$). میزان تاثیر یا تفاوت برابر ۰/۸۶ می‌باشد. معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدا ویکلز، اثر هاتلینگ، بزرگترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلایی موید این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یک یاز مولفه‌های هوش هیجانی در بین گروه‌های پژوهش وجود دارد.

جدول ۳: نتایج کلیت تحلیل کوواریانس چند متغیره

آزمون	مقدار	F	$d. fl$	$d. fl$	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۸۶	۱۰/۱۴	۱۴	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
لامبدای ویکلز	۰/۱۳	۱۰/۱۴	۱۴	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
اثر هاتلینگ	۳/۲۴	۱۰/۱۴	۱۴	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
بزرگترین ریشه	۳/۲۴	۱۰/۱۴	۱۴	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
روی						

نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در هوش هیجانی در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

1 - Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S.

2 - Pillai's Trace

3 - Wilks' Lambda

4 - Hotelling's Trace

5 - Roy's Largest Root

تحلیل کوواریانس چند متغیری بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در هوش هیجانی F جدول ۴، آماره

مجموع مجدورات	متغیر وابسته	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدورات اتا	
۶۷/۶۰	۱	۶۷/۶۰	۱۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	گروه تنظیم هیجان
۴۲/۶۰	۱	۴۲/۶۰	۱/۷۷۳	۰/۱۵۱	۰/۰۴۵	بکارگیری هیجان‌ات
۳۸/۰۲۵	۱	۳۸/۰۲۵	۲۱/۱۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	درک هیجان‌ات
۹۴۰/۹۵۰	۱	۹۴۰/۹۵۰	۳۱/۹۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	هوش هیجانی

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ دو گروه در مولفه‌های تنظیم هیجان ($F=17/77, p<0/01$)، درک هیجان‌ات ($F=21/193, p<0/01$) و متغیر هوش هیجانی ($F=31/907, p<0/01$) با یکدیگر تفاوت معنادار دارند بر اساس مندرجات جدول ۴ این تفاوت به صورتی است که میانگین گروه درمان شناختی رفتاری در پس آزمون در این دو مولفه هوش هیجانی بیشتر از میانگین نمرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. در مولفه بکارگیری هیجان‌ات ($F=1/773, p>0/01$) بین گروه‌های آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. با توجه به نتایج بدست آمده فرضیه ما مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری بر پذیرش و تعهد اثر متفاوتی بر هوش هیجان‌ات کودکان پیش دبستانی دارد تایید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

برای بررسی این فرضیه که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر افزایش مولفه‌های هوش هیجانی مادران کودکان پیش دبستانی متفاوت است از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد در مولفه‌های تنظیم هیجان، درک هیجان‌ات متغیر هوش هیجانی درمان شناختی رفتاری بیشتر نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با یافته‌های باقری نیا، یمینی، جوادی و نورادی (۱۳۹۴) و پارکر (۲۰۰۸) همخوان است. درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر اساس 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 تکرار شونده را فزونی بخشند و بتوانند کنترل و آگاهی خود را در قبال هیجان‌ات شان افزایش دهند؛ در نتیجه بتوانند با هیجان‌ات منفی خود مانند اضطراب مقابله کنند (تت و فوکس، ۲۰۰۶). روش شناختی رفتاری، افکار منفی هم چون مقصر دانستن 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) موفق تر عمل کنند. همچنین توانسته در بهبود تنظیم هیجان‌ات تأثیر مثبتی داشته باشد. از سوی دیگر درمان شناختی رفتاری باعث ارتقای راهبردهای مسئله مدار و ایجاد راهبردهای هیجان مدار بهینه تر در مادران می‌گردد. در عین حال درمان شناختی رفتاری سبب ایجاد توانایی بیشتر در ارزیابی و کنترل و کاربرد هیجان‌ات خود و دیگران شده است. یافته‌های باستین و همکاران (۲۰۰۸) مشخص کرد، هوش هیجانی زیادت، با راهبرد مسئله مدار کارآمدتر و رضایت زندگی بیشتر و اضطراب کمتر رابطه دارد. درمان شناختی رفتاری در بهبود راهبردهای حل مسئله بوده است. که از طریق آموزش راههای اثر بخش تر تعبیر و تفسیر و تفکر درباره تجربه‌های شخصی، به درمان جویاری داده تا بر واکنشهای هیجانی اضطراب و افسردگی و ناسازگاری خویش غلبه کند. همچنین با توجه به نتایج پژوهش مایر که دریافتن و جوانان 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 هم سالان بیشتر ایستادگی می‌کنند (سامرفلد^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

درمان شناختی رفتاریو درمان پذیرش و تعهد 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 (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). علاوه بر آن با افزایش توان حل مسئله و بهره برداری بهتر از هیجان‌ات می‌تواند توانایی اداره مطلوب خلق و خو و قدرت تحلیل احساسات خود و دیگران و تنظیم هیجان‌ات را در مادران فراهم آورد.

در نهایت این که عمده تمرینات شناختی رفتاری از طریق ایفای نقش، آموزش هم نوایی و همدلی با احساسات دیگران مانند شناسایی حالات چهره ای و حالات بدنی خود و استفاده از راهبردهای آرمیدگی، شاخص های روانشناختی کنترل هیجان و کنترل تکانه را افزایش داده است (پارکر، ۲۰۰۸). درمان شناختی رفتاریو درمان پذیرش و تعهد بیشتر بر مؤلفه ارزیابی هیجان مؤثر بوده تا مؤلفه‌های به کارگیری و کاربرد هیجان‌ات که با عنوان قدرت تنظیم احساسات خود که توانایی است متکی بر حس خودآگاهی فرد، کنترل در ست هیجانها، افزایش تحمل کافی و کنترل خشم، کاهش رفتار پر

^۱. Summerfeldt

خاشگرانه و افزایش احساسات مثبت در قبال خود، فرزند و خانواده و بهتر کنار آمدن با فشار روانی و کاهش تنهایی را موجب می‌شود (پارکر، ۲۰۰۸).

نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای هوش هیجانی مادران دارای کودک پیش دبستانی ۷ تا ۵ سال بود. از اینرو با توجه به یافته‌های حاصل و نیز ویژگی‌های این نوع درمان به لحاظ توانایی اجرا در گروه، می‌تواند با تجهیز مشاوران مدارس به درمان شناختی رفتاری جزو برنامه‌های مستمر در نظام آموزشی قرار گیرد تا از اثرات نامطلوب اختلال رفتاری در روند تحصیلی کودکان تا اجتماعی مادران دارای کودک پیش دبستانی ۷ تا ۵ سال کم کرده یا جلوگیری کند. به عبارت دیگر، به‌کارگیری درمانگری شناختی رفتاری در ارتقای هوش هیجانی از یکسو منجر به بهبود کارکردهای شناختی می‌شود و از سوی دیگر، رفع نارسایی‌های غیرشناختی و اتخاذ راهبردهای مقابله هیجان مدار مناسب، توانمندی‌هایشان را افزایش می‌دهد.

کتابنامه

- بخشی پوررودسری، عباس، زارعان، مصطفی و اسداله پور، امین (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس هوش هیجانی تجدیدنظر شده شاته. *مجله روانشناسی*. ۱۱۲(۴): ۴۲۹-۴۴۴
- بک، جودیت اس. (۲۰۰۴). شناخت درمانی برای بیماران مشکل آفرین، ترجمه حمیدپور، حسن و همکاران، ۱۳۹۱. انتشارات ارجمند. تهران.
- بک، جودیت اس. (۲۰۰۸). شناخت درمانی، اصول و مفاهیم فراتر از آن، ترجمه محمدی، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۱، انتشارات ارجمند، تهران
- پورمحمدی، سمیه‌باقری، فریبرز (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر پردازش‌شناختی خودکار، *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۱(۳): ۱۴۳-۱۶۰
- ترخان، مرتضی (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده. *مطالعات روانشناختی* (۱۳) ۳: ۱۶۸-۱۵۹
- لیهی، رابرت. (۲۰۰۳). تکنیک‌های شناختی رفتاری؛ ترجمه فتی، لادن. (۱۳۹۰). تهران؛ انتشارات دانژه.
- لیهی، رابرت. (۲۰۱۲). برنامه‌ها و مداخلات شناختی-رفتاری برای افسردگی و اختلالات اضطرابی، ترجمه شاره، حسین و همکاران (۱۳۹۶). مشهد، انتشارات فرا انگیزش.
- سادوک، ویرجینیا و کاپلان، هارولد (۱۳۹۰). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. (رضائی، فرزین، مترجم). (چاپ دوم، تهران: ارجمند). تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی (۲۰۰۷).
- سالک‌ووس کیس. پال. م، هاوتون. کیت، کرک، جوان. (۱۹۹۹). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده (۱۳۸۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- فری، مایکل. (۲۰۰۱). شناخت درمانی گروهی. ترجمه صاحبی، علی (۱۳۸۲). مشهد، انتشارات جهاد دانشگاهی.
- نایب حسین زاده، سپیده.، فتح‌الله زاده، نوشین.، سعادت، نادره و رستمی، مهدی (۱۳۹۵) اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود شحقتی مادران- کودکان ناتوان آموز
- شپذیر، مجله مطالعات روان شناختی. ۱۱۲(۳) ۳۴۷-۳۵۶

Austin. E. J. Saklofske. D. H. Egan. V. (2004). *Correlates of trait emotional intelligence: results from Canadian and Scottish groups. Personality and Individual Differences*. nts. 49(11): 663-673

Bar-On, R, (1999). "The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI)", *Psicothema*, 18:13-25.

Bar-on, R. (2001). *Emotional and social intelligence insight the emotional quotient inventory*, In Bar-on, R. Parker, D. A. *The handbook of Emotion*

Baucom, D. H. (2016). *Cognitions in marriage: The relationship between Standards and attributions*. *Journal of Family Psychology*, 10(2), 209-22.

Ciarrochi, J. V. , Chan, Y. A. , & Bajgar, J. (2001). *Measuring emotional intelligence in adolescents*. *Journal of Personality and Individual Differences*, 31, 1105-19.

Ciarrochi, J. V. , Dean, F. P. , & Anderson, S. (2002). *Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health*. *Personality and Individual Differences*, 32, 192-209.

Elias MJ, Tobias SE, Friedlander BS. (2011). *Emotionally intelligent parenting: How to raise a self disciplined, responsible, and socially skilled child*. New York: Hyperion

Feros, D. L. , Lane, L. , Ciarrochi, J. & Blackledge, J. T. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study*. *Psycho-Oncology*, 22(2): 459-464.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantan.

Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. *Behavior Therapy*, 35(4): 639-665.

Hayes, S. C. , Levin, M. E. , Plumb-Villardaga, J. , Villatte, J. L. & Pistorello, J. (2013). *Acceptance and Commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy*. *Behavior Therapy*, 44(2): 180-198.

Hayes, S. C. , Pistorello, J. & Levin, M, E. (2012). *Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change*. *The Counseling Psychologist*, 40(7): 976-1002.

Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2010). *A prical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Press

Hulbert-Williams, N. J. , Storey, L. & Wilson, K. G. (2015). *Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy*. *European Journal of cancer care*, 24(1), 15-27

Kehoe CE. (2016). *Parents meta-emotion philosophy, emotional intelligence, and relationship to adolescent emotional intelligence [dissertantion]*. Swinburne University of Technology.

Mayer JD, (2001). *Emotional intelligence meets traditional stand of intelligence, Intelligence*. (27): 267-298

Mayer JD and Salovey P. (2003). *The intelligence of emotional intelligence, intelligence*, 17(4), 433-442.

Mayer, J. ,& Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence? New York: Basic Books*.

Mayer, J. ,& Salovey, P. (2002). *Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. Personality Assessment*, 79 (2), 306-315

Mayer , J. D. , Salovey , P. , & Caruso , D. R. (2000) . "Competing models of emotional intelligence .In R. J. strenberg (Ed.) , *Handbook of human intelligence* . New York : Cambridge University Press

Parker, J. D. (2008). *Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Personality and individual Differences*, 45, 174-180

Salovey, P. , Mayer, J. , Bedell, B. T. , & Detweiler, J. D. (2000). *Current directions in emotional intelligence research. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), Handbook of emotions (2nd ed.) pp. 504-520. New York, The Guildford Press*.

Schutte. NS. Malouff. JM. Thorsteinsson. EB. Bhullar. SE. (2007). *35A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. Personality and Individual Differences*, Vol. 42, No. 6. pp. 921-933.

Sullivan W M, Carmody D P, Lewis M. (2015). *How neglect and punitiveness influence emotion knowledge. Child Psych Human Dev*. 41(3): 285-298

Turkuile, M. M, Vanlankveld, J. J, Groot, E. D, Melles, R, Neffs, J & Zandbergen, M, (2007). *Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognosis fors, Behavioral Research and therapy*, 45(2):359-73.

Warwick, J. ,& Nettelbeck, T. (2004). *Emotional intelligence is ...? Australlia: University of Adelaide*.

Zaki J, Williams WC. (2013) *Interpersonal emotion regulation. Emotion*. 13(5):803-10.

