

اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی و همدلی کودکان با اختلال هیجانی-رفتاری (مطالعه تک‌بررسی)

- ساناز بیگم حسینی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- رضا سلطانی شال، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- عباسعلی حسین‌خانزاده*، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۵۹ - ۷۰

چکیده

زمینه و هدف: کودکان با اختلالات هیجانی رفتاری، به دلیل مواجهه با آسیب‌های روان‌شناختی دچار اختلال در حیطه‌های مختلف می‌شوند. با توجه به ارتباط کنش‌های اجرایی و همدلی با سبک والدگری و تعاملی، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی و همدلی کودکان دارای اختلال هیجانی رفتاری انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع تک‌آزمودنی با طرح A-B-A است. جامعه آماری، کودکان پسر با اختلال هیجانی رفتاری استان قزوین در سال ۱۳۹۸ و نمونه پژوهش شامل ۳ نفر از دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در مقطع اول ابتدایی که در ارزیابی چندبعدی، دارای اختلال تشخیص داده شده بودند، با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جلسات درمانی ۱۲ جلسه ۱ ساعته هفتگی بر اساس برنامه مداخله مبتنی بر تعامل والد کودک برگزار شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه فهرست رفتاری کودک آخنباخ فرم والدین، پرسشنامه کنش‌های اجرایی کولیج، و پرسشنامه همدلی کودکان بود که بعد از رسم نمودار، با روش تحلیل دیداری آماری و با کمک درصد بهبودی و روند تغییرات، اثربخشی متغیر مستقل بر وابسته بررسی و تحلیل شد.

یافته‌ها: نشان داد که این مداخله در هر ۳ آزمودنی به کاهش نارسایی کنش‌های اجرایی و بهبود همدلی در مراحل مداخله و پیگیری منجر شد.

نتیجه‌گیری: این درمان در بهبود اختلالات هیجانی رفتاری و همچنین ارتقاء همدلی و کاهش نقص کنش‌های اجرایی در آن اختلالات مؤثر است، بنابراین به عنوان یک روش مکمل برای درمان‌های اصلی در حوزه آموزش و توانبخشی قابلیت استفاده دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال هیجانی رفتاری، تعامل والد-کودک، کنش‌های اجرایی، همدلی

مقدمه

اختلالات هیجانی- رفتاری^۱ در کودکان به پاسخ‌های هیجانی رفتاری متفاوت با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی که موجب اختلال در عملکرد ارتباطی- اجتماعی و تحصیلی فرد شده و دست‌کم در دو موقعیت متفاوت بروز کند و به طور هم‌زمان با سایر اختلال‌ها مثل نارسایی توجه^۲، سازش نایافتگی و اسکیزوفرنی همراه شود، گفته می‌شود (۱) و شامل کلیه رفتارهای غیرعادی، تکراری و آزاردهنده مانند ناخن جویدن، کندن مو، مکیدن انگشت و تیک پر خاشگری است که در دو مقوله برون‌نمود و درون‌نمود در فرد مبتلا طبقه‌بندی می‌شود (۲). دانش‌آموزان به دلیل عوارض ناشی از این اختلال، قدرت یادگیری و تمرکز کمتر و متعاقباً دچار افت تحصیلی (۳) و عملکرد اجتماعی شده و عواقب جبران‌ناپذیری را برجا می‌گذارند (۲). نشانه این اختلال در کودکی با دروغ گفتن و دزدی شروع و در سنین بالاتر شدیدتر شده و به دزدی‌های بزرگ‌تر و تجاوز منتهی می‌شود که بسته به توانایی شناختی و جسمانی و نمود یافتگی فرد نشانه‌ها متفاوت می‌شود و این مشکلات معمولاً در سنین اولیه تحول و سال‌های پیش از دبستان شروع و در کودکی میانه تا نوجوانی (۸-۱۵ سالگی) (شدت می‌گیرند (۴) و احتمال رفتار مجرمانه و اختلال مصرف مواد در دوره بزرگسالی را بالا می‌برد (۵).

به دلیل شرایط فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و روانی متفاوت حاکم بر زندگی کودکان در جوامع مختلف (۶) و وجود تعاریف و ابزارهای متفاوت جهت سنجش، برآورد میزان شیوع واقعی، متفاوت است (۷) ولی گفته شده که میزان قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند (۸). شیوع این اختلالات به تفکیک مشکلات درون‌نمود ۹/۷ درصد و برون‌نمود ۲۵/۲ درصد (۹) و در کودکان ایرانی به طور کلی ۲۳ درصد (۱۰) است که در کودکان مقطع اول ابتدایی بیشتر از مقاطع دیگر و ۲/۴۷ درصد گزارش شده است (۲). اختلالات رفتاری یکی از چند اختلال دوران کودکی است که در آن کنش‌های اجرایی^۳ بیشترین آسیب را دیده است (۱۱)، پژوهش‌ها نیز نقص در کنش‌های اجرایی که مجموعه‌ای از فرآیندهای عالی شناختی و وابسته به ساختار و عملکرد لوب پیشانی است و شامل نگهداشت، تغییرپذیری یک مجموعه، مهار تداخل و تکانه، مهار پاسخ و برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی و

حافظه کاری (۱۲) و توجه و تمرکز، مهار هیجان و افکار و اعمال (۱۳) است را در افراد با اختلالات مختلف نشان می‌دهند (۱۴) و (۱۵). دوره کودکی برای رشد کنش‌های اجرایی دوره بسیار حیاتی است (۱۶). ارتباط معنادار کنش‌های اجرایی با همدلی (۱۷)، توانایی هیجانی مهمی است که به تجربه و درک درست احساس طرف مقابل کمک می‌کند (۱۸). تحول و نمودهای این سازه از اوایل زندگی فرد شروع می‌شود که تأثیر بسزایی در زندگی اجتماعی دارد (۱۹) و عده‌ای فاقد آن هستند (۲۰). همچنین ارتباط منفی بین همدلی و اختلال برون‌نمود و پر خاشگری (۲۱ و ۲۲) و مشکلات رفتاری در کودکان و صفات سنجگلی و اختلال‌هایی مثل فزون‌کنشی و اختلال رفتار هنجاری نیز تأیید شده است (۲۳).

با توجه به عامل مشترک تأثیرگذار (سبک والدگری) در ایجاد اختلال رفتاری (۱۰)، نقص همدلی (۲۳) و کنش‌های اجرایی کودک (۲۴)، در این پژوهش، درمانی با محوریت اصلاح سبک والدگری مبتنی بر تعامل والد-کودک^۴ به کار برده شده که بر سه دیدگاه نظری دلبستگی بالبی، یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا و شرطی‌سازی کنشگر اسکینر متکی است (۲۵) که در آن والدین با شناسایی پیشایندها و پیامدهای رفتاری نامطلوب کودکانشان و با نادیده گرفتن انتخابی و توجه راهبردی و تشویق‌های کلامی و انواع پاداش‌ها و طرح‌های انضباطی مثل محروم‌سازی و جریمه کردن کودکان، رفتارهای کودک را مهار یا تقویت می‌کنند (۲۶). این مداخله توسط شیلا آبیگر^۵ تدوین شده و در ایران روی گروه سنی ۴ تا ۷ ساله و در خارج از ایران روی گروه‌های سنی زیر ۱۲ سال با اختلال‌های متنوع در اقلیت‌های قومی و فرهنگی مختلف (۲۵ و ۲۷ و ۲۸) و در پژوهشی بر روی مادران کودکان با اختلال هیجانی رفتاری اجرا شده است (۲۹). همگی اثربخشی این درمان را تأیید کرده‌اند. در مطالعاتی که به بررسی اثربخشی آموزش‌های مختلف بر بهبود کنش‌های اجرایی و همدلی گروه‌های مختلف پرداخته‌اند، همگی افزایش معنادار همدلی و کاهش مشکلات کنش‌های اجرایی را نشان داده‌اند (۳۰-۳۷).

با توجه به اینکه عمده جمعیت هر کشوری متشکل از کودکان و نوجوانان است و افزایش نرخ شیوع اختلال‌های هیجانی- رفتاری در کودکان با افزایش سال (۳۹) و الزام جلوگیری از انتقال این اختلال‌ها به مرحله بزرگسالی که درمان را

1. Emotional-behavioral disorder

2. Attention deficit

3. Executive function

4. Parent Children Interaction Therapy (PCIT)

5. sheila Eyberg

عصب‌شناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۷ ساله مورد استفاده قرار گرفته که هر اختلال دارای خرده‌مقیاس مشخص و مجزاست. سه مورد از این خرده‌مقیاس‌ها با ۱۹ گویه به ارزیابی کنش‌های اجرایی در سه حوزه سازمان‌دهی (۸ سؤال اول)، تصمیم‌گیری - برنامه‌ریزی (۸ سؤال دوم) و بازداری پاسخ (۳ سؤال آخر) می‌پردازد. آزمون به وسیله والدین و به صورت لیکرتی پاسخ داده می‌شود (هیچ وقت - گاهی اوقات معمولاً - همیشه) و نمرات بین صفر تا ۵۷ متغیر است. نمره کمتر نشان دهنده کنش اجرایی با کمترین نقص و نمرات بیشتر میزان نقص کنش اجرایی را بیان می‌کند. پایایی به دست آمده برای خرده‌مقیاس سازمان‌دهی و تصمیم‌گیری - برنامه‌ریزی ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس بازداری ۰/۶۶ گزارش شده است. همسانی درونی دو خرده‌مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همسانی درونی به طور جداگانه برای سازمان‌دهی ۰/۸۱، تصمیم‌گیری - برنامه‌ریزی ۰/۸۲ و بازداری ۰/۵۲ گزارش شده است (۴۳).

■ **پرسشنامه همدلی کودکان**^۲: دارای ۱۱ سؤال و با نمره‌گذاری لیکرتی از ۱ تا ۴ (کاملاً درست، کمی درست، کمی غلط، کاملاً غلط) با هدف سنجش میزان همدلی در کودکان خردسال است. در پایان نامه نقی‌زاده (۴۴) درستی‌آزمایی صوری این پرسشنامه به تائید اساتید دانشگاهی قرار گرفت و برای آزمون اعتماد این پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۴ به دست آمد که بیانگر اعتبار قابل قبول این ابزار هست. دامنه نمرات از ۱۱ تا ۴۴ متغیر است و کسب نمره بالاتر از ۲۷ به معنای همدلی بالا و حد متوسط (نمره بین ۱۸ تا ۲۷) همدلی متوسط و نمرات بین ۱۸ تا ۱۱ همدلی پایین را نمایش می‌دهد.

■ **فهرست رفتار کودک**^۳: این پرسشنامه متشکل از ۱۱۵ سؤال از حالات روانی، مشکلات کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله از دیدگاه والدین را در ۸ عامل اضطراب / افسردگی، انزوا / افسردگی، شکایت‌های جسمانی، شکایت‌های اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، و نادیده گرفتن قواعد و رفتارهای پرخاشگرانه مورد ارزیابی قرار می‌دهد که به شکل لیکرتی (۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲) است. علاوه بر سنجش مشکلات رفتاری سه نمره شامل مشکلات درون‌نمود و مشکلات برون‌نمود و مشکلات کلی را هم نشان می‌دهد. که در تفسیر نمرات آزمون آخنباخ در آن مقیاس‌ها، نمره T کمتر از ۶۰ محدوده

سخت و غیرممکن می‌کند (۳۸) و شیوع دو برابری این اختلال در پسران نسبت به دختران (۳)، همچنین نقش تعیین‌کننده سال‌های اول مدرسه، در موقعیت‌های تحصیلی و سلامت روانی کودکان و اهمیت برنامه‌ریزی و استفاده از درمان‌های هدفمند و وجود خلأ پژوهشی در این زمینه؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک بر کنش‌های اجرایی و همدلی کودکان با اختلال هیجانی رفتاری انجام شد تا زمینه‌ای جهت استفاده کارآمد از این پروتکل درمانی به منظور پیشگیری و حداقل کردن مشکلات این کودکان فراهم شود.

روش

این پژوهش از نوع تک‌آمودنی با طرح A-B-A است. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان پسر هفت‌ساله با اختلال هیجانی - رفتاری در مقطع اول ابتدایی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ شهر قزوین و والدین آنها بود. در نمونه مقدماتی ابتدا به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای یک ناحیه از آموزش و پرورش استان قزوین، سپس یکی از مدارس ابتدایی پسرانه آن ناحیه به شکل تصادفی انتخاب شد و برای غربالگری اولیه نمونه آزمایشی، از طریق نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف ابتدا به وسیله معرفی کادر مدرسه ۶۰ نفر از دانش‌آموزان در حال تحصیل در مقطع اول دبستان که نشانه‌های این اختلال را داشتند انتخاب شدند و پرسشنامه فهرست رفتاری کودک به مادران آنها داده شد. دانش‌آموزانی که نمره آنها بالاتر از نمره برش پرسشنامه مذکور بود و همچنین در معرفی معلم و کادر آموزشی و مصاحبه درمانگر هم تائید شده بودند، پس از همگن‌سازی، تعداد ۳ نفرشان که معیارهای ورود و خروج پژوهش را داشتند انتخاب شدند که ۱ نفر با مشکلات برون‌نمود، ۱ نفر با مشکلات درون‌نمود و ۱ نفر هم با مشکل کلی اختلال هیجانی رفتاری بودند. تعداد نمونه، بر اساس طرح‌های تجربی تک‌بررسی قبلی، انتخاب شد (۴۰-۴۲).

ابزار سنجش

■ **پرسشنامه کنش‌های اجرایی کولیج**^۱: آزمون عصب روان‌شناختی کولیج جهت تشخیص چندین اختلال

1. The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI).

2. The Children's Empathy Quotient and Systemizing Quotient
3. Child Behavior Checklist (CBCL)

نرمال و غیر بالینی، نمره بین ۶۰-۶۳ محدوده مرزی- بالینی و نمره بزرگتر از ۶۳ محدوده بالینی را بیان می‌کند. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از آزمون بازآزمایی ۰/۹۴ و روایی محتوایی، ملاکی و سازه این سؤالات، مطلوب و ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۴۵)؛ ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، کودک و معلم به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ و ۰/۸۲ و در مورد روایی سازه همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش هیجانی رفتاری با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین و معلم و کودک به ترتیب ۰/۶۲-۰/۸۸، ۰/۰-۰/۹۱ و ۰/۵۱-۰/۸۵ است (۴۶).

■ **برنامه مداخله‌ای:** درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک توسط شیدا آیرگ براساس سابقه‌ای که او در زمینه نظریه‌های روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین او همچنین نظریه کنشگر داشته به عنوان یک برنامه کوتاه‌مدت طرح‌ریزی

شده است (۴۷) که برای آموزش رفتاری به والدین یک برنامه درمانی مبتنی بر شواهد و پژوهش و از پشتوانه تجربی کافی برخوردار است و برای کودکان کم سن دارای اختلال هیجانی - رفتاری با تأکید بر تغییر الگوهای تعاملی و اصلاح و بهبود کیفیت رابطه والد کودک ارائه و پیشنهاد شده است. این آموزش‌ها شامل دو دسته مهارت کودک مدار^۱ و والد مدار^۲ است، علیرغم کوتاه بودن طول مدت درمان این مداخله متغیر است به این معنی که نتیجه مطلوب زمانی حاصل می‌شود که والدین در هر دو مهارت ذکر شده به حد کفایت ماهر شده باشند و رفتار کودک هم در حد قابل قبول و طبیعی بهبود پیدا کرده باشد (۴۷). در پژوهش حاضر این برنامه به شیوه انفرادی اجرا شد، جلسات آموزشی در قالب ۱۲ جلسه یک ساعته (۱۲ هفته) در مدرسه ادیبان واقع در شهر محمدیه قزوین برگزار شد.

خلاصه جلسات مدل درمانی شیدا آیرگ به اختصار در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱) مراحل و جلسات درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (نجمی و جانقربان، ۱۳۹۵)

جلسه	موضوع	هدف و تکالیف
۱	ارزیابی کارکرد کودک و خانواده قبل از درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اعضا شرکت‌کننده، بیان اهداف و چهارچوب‌های اساسی برنامه درمانی، عقد قرارداد و گرفتن رضایت‌نامه برای شرکت منظم و مشارکت در فعالیت‌های درمانی، انجام ارزیابی اولیه.
۲	آموزش مهارت‌های تعامل کودک مدار	فقط والدین در این جلسه حاضر می‌شوند و مهارت‌های انجام دانی مثل تمجید عنوان‌دار و بی‌عنوان، بازتاب دادن، توصیف رفتاری به علاوه اطلاعات و مهارت‌های پرهیزی: دستور+پرسش+انتقاد را آموزش می‌بینند.
۳ و ۴	هدایت و آماده‌سازی مهارت‌های تعامل کودک مدار	اجرای مهارت انجام دانی و پرهیزی والدین با کودک و بررسی تکلیف جلسه قبلی در جلسه چهارم.
۵	آموزش مهارت‌های تعامل والد مدار آموزش دستور دادن فقط به والدین	بررسی تکلیف جلسه قبلی، اجرای کودک مدار ۱۰ دقیقه و استفاده از فنون دستور دادن ^۳ (CT) در طول روز.
۶	آموزش و هدایت مهارت دستور دادن والدین و کودک	بررسی تکلیف جلسه قبل، اجرای CDI ^۱ ۱۰ دقیقه و استفاده از فنون CT در طول روز.

1. Children Directed Interaction (CDI)

2. Parent Directed Interaction (PDI)

3. Command Training (CT)

جلسه	موضوع	هدف و تکالیف
۷	آموزش محروم‌سازی همراه با چارت تشویقی (TIC) فقط به والدین	۱۰ دقیقه CDI، استفاده از فنون CT در طول روز، این هفته TIC به‌عنوان تکلیف منزل انجام نشود.
۸	هدایت و آموزش محروم‌سازی به والدین و کودک	۱۰ دقیقه CDI استفاده از فنون TIC در طول روز.
۹	هدایت و آموزش محروم‌سازی به والد و کودک و توضیح قوانین منزل	بررسی تکلیف جلسه قبل، ۱۰ دقیقه CDI استفاده از TIC در طول روز برای نافرمانی و یک قانون منزل.
۱۰	هدایت و آموزش محروم‌سازی همراه با تعلیق امتیازات (TSP) والدین و کودک	۱۰ دقیقه CDI، استفاده از مهارت TSP در طول روز برای نافرمانی و قوانین منزل.
۱۱	هدایت و آموزش محروم‌سازی همراه با تعلیق امتیازات (TSP) والدین و کودک توضیح رفتار در اماکن عمومی	۱۰ دقیقه CDI، استفاده از مهارت TSP در طول روز برای نافرمانی و قوانین منزل و رفتار در اماکن عمومی.
۱۲	ارزیابی کارکرد کودک و خانواده پس از درمان	ارزیابی با استفاده از سیاهه رفتار کودک آبیگر ^۱ (ECBI)، نظام مشاهده‌ای رمزگذاری دوجانبه روابط والد کودک ^۲ (DPICS-III) و پرسشنامه مربوط به سنجش متغیرهای وابسته.
جلسات حمایت‌کننده در صورت نیاز		

روش اجرا

بعد از دریافت مجوز از دانشگاه محل تحصیل و اداره آموزش و پرورش استان برای ورود به مدرسه، اقدام به شناسایی نمونه‌های مورد پژوهش و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کننده‌ها جهت شروع پژوهش و اجرای طرح درمانی شد و مراحل مختلف کار، اهداف پژوهشی و مدت زمان برای شرکت در جلسات دوره آموزش مشخص شده و اقدامات لازم صورت گرفت و نمونه‌ها به همراه والدینشان با رویکرد تعامل والد کودک آبیگر تحت آموزش قرار گرفتند. لازم به توضیح است این پژوهش به دلیل دارا بودن کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش، تمام اصول اخلاقی را رعایت کرده است. بعد از تعیین خط پایه آزمودنی‌ها و اندازه‌گیری‌های مکرر در طول مداخله و مرحله پیگیری داده‌ها و تغییرات متغیرها به کمک نمودارهای عملکرد هر آزمودنی با نمودار خط پایه خودش مورد مقایسه قرار گرفت. در طرح پژوهش حاضر، در

تجزیه تحلیل داده‌ها با روش تحلیل دیداری آماری و درصد بهبودی، تغییرات ناشی از برنامه درمانی بر اساس سطح (بزرگی متغیر وابسته)، روند (الگوی تغییرات متغیر وابسته طی پژوهش) و تغییرپذیری مشاهدات (همان میزان ثبات و تداوم متغیر وابسته) تحلیل شد.

یافته‌ها

برای محاسبه درصد بهبودی این فرمول استفاده شد:

$$100 \times [\text{نمره پیش آزمون} - (\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون})]$$

در جدول ۲، میانگین نمرات خام شرکت‌کننده‌ها در پرسشنامه‌های فهرست رفتاری آنباخ به تفکیک مشکلات کلی، درون‌نمود و برون‌نمود، کنش‌های اجرایی کولنج و همدلی کودکان در خط پایه و مراحل مداخله و پیگیری، و در جدول ۳ درصدهای بهبودی متغیرها در هر کدام از آزمودنی‌ها

1. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

2. Dyadic Parent-child Interaction Coding System-Third Edition (DPICS-III)

اجرایی، کاهش اختلال و نقص، و در میزان همدلی افزایش، و در میزان انواع اختلالات هیجانی - رفتاری کاهش را نشان می دهد.

در ۳ مرحله آورده شده است. با توجه به تغییرات و سیر نمرات در جدول ۲ از پیش آزمون تا پیگیری و همچنین بررسی روند و درصدهای بهبودی نمرات شرکت کنندگان در کنش های

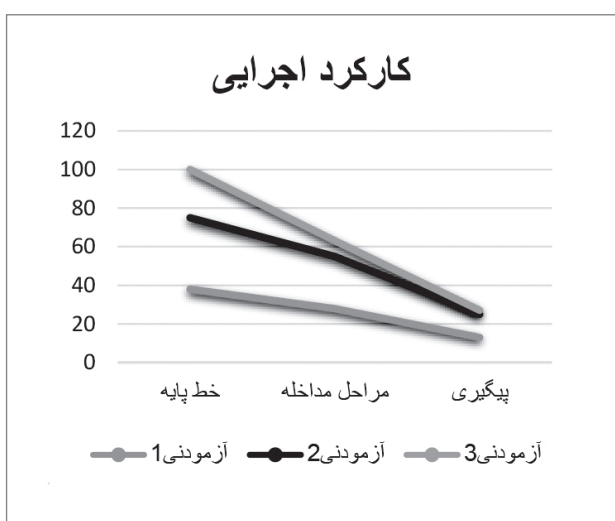
فرضیه اول

درمان مبتنی بر تعامل والد کودک کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال هیجانی - رفتاری را بهبود می بخشد.

جدول ۲) میانگین نمرات خام شرکت کنندگان در ۳ مرحله

شماره شرکت کننده ها	زمان	اختلال هیجانی رفتاری			کنش اجرایی	همدلی
		کلی	درونی	بیرونی		
آزمایش ۱ (ع-م)	خط پایه	۸۳	۷۱	۷۸	۳۸	۲۷
	مراحل مداخله	۶۹	۶۰	۷۴	۲۸	۳۰
	پیگیری	۵۱	۴۲	۵۵	۱۳	۳۴
آزمایش ۲ (الف-ر)	خط پایه	۶۰	۶۱	۵۸	۳۷	۲۶
	مراحل مداخله	۴۹	۵۱	۵۱	۲۷	۲۹
	پیگیری	۴۰	۳۲	۳۲	۱۲	۳۵
آزمایش ۳ (ا-ج)	خط پایه	۷۳	۶۰	۶۸	۲۵	۳۰
	مراحل مداخله	۶۰	۵۰	۶۴	۸	۳۳
	پیگیری	۵۱	۳۳	۴۵	۲	۳۹

نمودار ۱) روند تغییرات در کارکردهای اجرایی نمونه ها در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری



نمرات کنش های اجرایی در جدول ۳، در نمونه آزمایش اول، ۶۶ درصد، در آزمودنی دوم ۶۷ درصد و در آزمودنی سوم ۹۲ درصد بهبودی و کاهش نقص در مرحله پیگیری و نمودار ۱ روند بهبودی کنش های اجرایی آزمودنی ها را نشان می دهد. درصدهای بهبودی در جدول ۳ و همچنین شیب نزولی خط سیر درمان در نمودار ۱ بیانگر مؤثر بودن این درمان بر بهبود کنش های اجرایی آزمودنی هاست.

در نمودار ۱ به ترتیب، روند بهبودی آزمودنی ۱ (ع-م) با اختلال کلی و آزمودنی ۲ (الف-ج) با اختلال درون نمود و آزمودنی ۳ (الف-ر) با اختلال برون نمود در کنش های اجرایی نمایش داده شده است. بر اساس داده ها میزان نقص در کنش های اجرایی (ع-م) به طور میانگین در خط پایه ۳۸ بوده که در طول مداخله این نقص به ۲۸ و در پیگیری به ۱۳ کاهش یافته است؛ نقص (الف-ج) نیز به ترتیب از ۲۵، به ۸ و در آخر به ۲ کاهش یافته است؛ و همچنین (الف-ر) از ۳۷ به ۲۷ و در آخر به ۱۲ کاهش نقص داشته است. شیب نزولی خط سیر درمان در نمودار ۱ مشهود است. بنابراین فرضیه اول تأیید می شود.

فرضیه دوم

درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک همدلی را در کودکان با اختلال هیجانی - رفتاری افزایش می‌دهد.

نمودار ۲) روند تغییرات در مهارت همدلی نمونه‌ها در طول مراحل



جدول ۳، نمرات درصد بهبودی همدلی در نمونه آزمایشی اول ۲۶٪، دوم ۳۵٪ و سوم ۳۰٪، بهبودی و افزایش را در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و نمودار ۲ روند بهبودی مهارت همدلی را در آزمودنی‌ها نمایش می‌دهند. شیب صعودی خط سیر درمان و همچنین روند بهبودی در نمودار آزمودنی‌ها بیانگر مؤثر بودن این درمان بر افزایش همدلی در آنها است.

نمودار ۲، روند بهبودی آزمودنی‌ها در مهارت همدلی را نشان می‌دهند، (ع-م) با میانگین خط پایه همدلی ۲۷ وارد پژوهش شده و در طول درمان و پس‌آزمون میانگین اندازه‌گیری‌های مکرر از همدلی به ۳۰ و در مرحله پیگیری به ۳۴ رسیده و (الف-ج) نیز به ترتیب از ۳۰ به ۳۳ و در نهایت به ۳۹ رسیده است و (الف-ر) نیز از ۲۶ به ۲۹ و در نهایت به ۳۵ رسیده است. سیر صعودی نشان دهنده اثربخشی این درمان در افزایش همدلی در این آزمودنی‌هاست.

جدول ۳) درصد بهبودی شرکت‌کننده‌ها در سه مرحله در متغیرها

همدلی	کنش‌های اجرایی	اختلال هیجانی رفتاری			زمان	شرکت‌کننده‌ها
		بیرونی	درونی	کلی		
۱۱٪	-۲۶٪	-۵,۱۳٪	-۱۵,۴۹٪	-۱۶,۸۷٪	پیش‌آزمون	آزمایش ۱ (ع-م)
۱۳٪	-۵۳٪	-۲۵,۶۸٪	-۳۰٪	-۲۶٪	پس‌آزمون	
۲۶٪	-۶۶٪	-۲۹٪	-۴۰,۸۵٪	-۳۸,۵۵٪	پیگیری	
۱۲٪	-۲۷٪	-۱۲,۰۷٪	-۱۶,۳۹٪	-۱۸,۳۳٪	پیش‌آزمون	آزمایش ۲ (الف-ر)
۲۱٪	-۵۵٪	-۳۷,۲۵٪	-۳۷,۲۵٪	-۱۸,۳۷٪	پس‌آزمون	
۳۵٪	-۶۷٪	-۴۴,۸۳٪	-۴۷,۵۴٪	-۳۳,۳۳٪	پیگیری	
۱۰٪	-۶۸٪	-۵,۸۸٪	-۱۶,۶۷٪	-۱۷,۸۱٪	پیش‌آزمون	آزمایش ۳ (ا-ج)
۱۸٪	-۷۵٪	-۲۹,۶۹٪	-۳۴٪	-۱۵٪	پس‌آزمون	
۳۰٪	-۹۲٪	-۳۳,۸۲٪	-۴۵٪	-۳۰,۱۴٪	پیگیری	

در نمودارهای آزمودنی‌ها تغییر در کنش‌های اجرایی مشهود و چشمگیر است، میانگین میزان تغییرات در متغیر مذکور به دنبال درمان بالای ۵۰٪ بود، در نتیجه اولین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و این نتیجه همسو با یافته‌های پژوهش اکبری‌زاده و همکاران (۲۹)، سیفی و همکاران (۳۱)، ارغوانی و موسوی و خضری مقدم (۳۲)، هاشمی و علیزاده (۳۰)، و طاهری (۳۳) است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی و همدلی کودکان با اختلال هیجانی - رفتاری اجرا شد تا به بررسی فرضیه‌های پژوهشی بپردازد. اولین یافته پژوهش حاکی از اثربخشی این درمان به طور معنادار در مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی آزمودنی‌ها بود،

در تبیین بهبودی کنش‌های اجرایی حاصل از درمان، می‌توان گفت به دلیل عدم تحول پیشرفته این مهارت تا سن شش سالگی (۴۸) و نقش والدین و مراقبین اصلی کودک به عنوان لوب جبهه‌ای او به شکل رهنمود دادن یا محدودیت ایجاد کردن برای کودک، کنش‌های اجرایی به صورت تجربه و مهار بیرونی عمل می‌کند و به تدریج کودک به واسطه تقلید، این توانمندی را از بزرگسالان یاد گرفته و با افزایش سن به طور مستقل آنها را به کار می‌بندد و همین موضوع باعث ارتقا این کنش‌ها می‌شود. بر اساس نظریه مداخله دوسطحی برای کودکان با نقص در کنش‌های اجرایی اولین قدم مداخله در سطح محیط و قدم دوم مداخله در سطح فرد است (۴۹)؛ در این مدل درمانی همسو با این نظریه با هدف قرار دادن الگوهای تعامل به جای رفتارهای جدا از هم این مداخله محیطی صورت گرفت و با ارائه آموزش‌هایی مانند مهارت‌های کودک‌مدار به والدین، الگوهای تعاملی والد با کودک اصلاح شده و در مشاوره انفرادی با والد و کودک در هر جلسه درمان، مشاوره‌های لازم در مورد حل مشکلات احتمالی آنها ارائه می‌شود. از آنجایی که علت خیلی از رفتارهای نامطلوب کودک برای توجه‌طلبی منفی است با آموزش فن توجه منفی و راهبردی برای مهار آن رفتارها به والدین و تنظیم انتظارات متناسب با توانایی‌های کودک و چگونگی ایجاد و تثبیت یک رفتار جدید در کودک (۲۶) و آموزش مهارت‌های والد‌مدار از قبیل نحوه مسئولیت دادن به کودک و نمایش پیامد رفتار درست و نادرست به او و استفاده به موقع از سرخ و هشدار و استفاده از چارت‌های تشویقی در میدان دید کودک، به تقویت و ارتقا بازدارنده پاسخ، مهار احساس و خشم و توجه پایدار و سازمان‌دهی رفتار، تصمیم‌گیری و فراشناخت که از اجزاء کنش‌های اجرایی اوست، کمک می‌شود.

دومین یافته پژوهشی نیز فرضیه دوم را تأیید کرد که درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، میزان همدلی را در نمونه‌های آزمایشی به طور معناداری افزایش داد، چون هر سه نمونه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری رشد بالای ۲۵ درصدی در میزان همدلی داشتند. این یافته‌ها هم‌سو با یافته‌های پژوهش عثمانی و شکری (۳۶) و خباز و همکاران (۳۴) و رضایی و خانبانی (۳۵) و وزیری و لطفی (۳۷) است که نشان دادند با آموزش و درمان و افزایش توانش همدلی میزان رفتارهای پرخطر و علائم اختلال هیجانی- رفتاری در دانش‌آموزان نمونه کاهش یافت. بر اساس یافته‌های قبلی

که همه مداخلات اولیه که باعث بهبود همدلی در کودکان با مشکلات رفتاری شود، قابل پشتیبانی هستند (۵۱ و ۵۰) و حتی یک رویکرد مداخله‌گرانه هدفمند احتمالاً مؤثرتر است (۵۲)؛ می‌توان گفت که این درمان چون منجر به افزایش همدلی شده و به دنبال آن میزان اختلال هیجانی- رفتاری را کاهش و حتی بهبود بخشیده، می‌توان گفت هدفمند و قابل پشتیبانی است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که نقص همدلی در کودکان با اختلال هیجانی- رفتاری به دلیل پایین بودن میزان این توانایی در والدین این کودکان است به طوری که در حین مداخله این عدم همدلی نمود داشت. فلسفه نگاه مثبت و به دور از قضاوت که از ویژگی‌های دیگر این درمان بود (۴۷)، به این مفهوم است که درمانگر تمامی اصولی که به والدین آموزش می‌دهد باید خودش در خصوص آنها به کار ببرد یعنی موقع ارائه منطق درمان با همدلی با والد شروع و با احترام به تلاش والدین و ارائه مشوق‌ها و درک آنها بدون قضاوت و نصیحت و انتقاد و سرزنش برای جلوگیری از شرمندگی شدن و پذیرش همان‌گونه که هستند و به جای ناکارآمد جلوه دادن، آنها را تشویق به ماهرشدن کند. با ارائه بازخورد مثبت در حین پیشرفت درمان، حس مسئولیت‌پذیری و انگیزه را افزایش داده و به نوعی همدلی را برای آنها ایفای نقش کند و یاد می‌گیرند که چگونه بیانات کلامی و غیرکلامی و احساسات کودک را در طول بازی و یا حتی تنبیه و در زمان محرومیت و تعلیق امتیاز به دنبال نافرمانی و عدم رعایت قوانین و فرمان‌ها بازتاب دهند و رفتار کودک را توصیف کنند؛ این فن یکی از فنون آموزش توانش همدلی است (۵۳) که به کودک در شناخت احساسات و هیجاناتش کمک می‌کند و با مشاهده این روند بر اساس نظریه یادگیری مشاهده‌ای بندورا که پایه نظری این درمان است، کودکان به دلیل تکرار این توانش و مشاهده حس درک شدن از سوی والدین، آن را می‌آموزند و تقلید کرده و با به‌کارگیری آن در ارتباطات شخصی خود، سازش‌نا یافتگی بین فردی آنها به میزان خیلی زیادی کاهش می‌یابد و به این واسطه به درک احساس دیگران و بازتاب دادن آن و همدلی با والدین و حتی همسالان خود نائل می‌آیند و ارتباط مؤثر در آنها شکل می‌گیرد و به این طریق میزان اختلال هم کاهش می‌یابد. در تعمیم نتایج پژوهش حاضر به دلیل وجود محدودیت‌هایی از قبیل تأثیر سبک پرورشی و انضباطی معلم و حجم کم نمونه که منجر به عدم در نظر گرفتن عامل هوش

References

1. Concil for Exceptional children. Report of the CEC advocacy and governmental relations committee regarding the new proposed us federal definition of serious emotional disturbance Reston, VA: Author. 1991.
2. Jari M, Kelishadi R, Ardalan G. Prevalence of Behavioral Disorders in Iranian Children. HSR. 2016; 12 (1): 109-13.
3. Ghaem H, Afrashteh S, Nami Nazari L, Kargarian S, Nejatollahi R. Prevalence of behavioral disorders and its related factors among primary school students Dashtestan county, 2016. J Birjand Univ Med Sci. 2018; 25 (2):142-51. [Persian]
4. Shafipour S, Sheikhi A, Mirzaei M, Kazemnezhad Leili E. PARENTING STYLES AND ITS RELATION WITH CHILDREN BEHAVIORAL PROBLEMS. SID. 2015; 25 (76): 49-56. [Persian]
5. Hossein Khanzadeh AA. Psychology and education of children and adolescents with special needs. Tehran: Avaie Noor. 2017: 285-320. [Persian]
6. Jahani H, Barzegari Esfeden Z, Jani MR, Razmara MR, Shahani S, Momeni K, et al. The prevalence of behavioral disorders among school children in Qaen. 2016-2017. JPEN. 2018; 5 (1): 38-45.
7. Jalilian F, Rakhshani F, Ahmadpanah M, Zinat Motlagh F, Moieni B, Moghimbeigi A, et al. Prevalence of Behavioral Disorders and Its Associated Factors in Hamadan Primary School Students. Avicenna J Clin Med. 2013; 19 (4): 62-8. [Persian]
8. Kordnoghi R, Moradi S, Delfan Beiranvand A. The Role of Empathy, Communication Skills and Conflict Resolution in Reducing Adolescents' Aggressive Behavior: Violence at Schools. bjcp. 2018; 12 (2): 172-85. [Persian]
9. Santos LM, Queirós FC, Barreto ML, Santos DN. Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. Brazilian Journal of Psychiatry; 38 (1): 46-52.
10. Mohammadi M, Vaisi Raiegani AA, Jalali R, Ghobadi A, Abbasi P. Prevalence of Behavioral Disorders in Iranian Children. J Mazandaran Univ Med Sci. 2019; 28 (169): 181-91. [Persian]
11. Karamali Esmaeili S, Alizadeh Zareei M. The Neural Substrates of Executive Functions and its Importance in Education and Rehabilitation. J Except Educ. 2014; 5 (127): 37-44..

و سطح اقتصادی و اجتماعی نمونه‌ها شد و همین طور عدم پاسخگویی صحیح و بدون کاستی و جانب‌دارانه والدین و معلمان به پرسشنامه‌ها به دلیل ترس از برچسب‌زنی و پیامدهای منفی آن، باید احتیاط کرد و پیشنهاد می‌شود این مطالعه، در صورت امکان با حجم نمونه بیشتر از نمونه‌های بالینی با دو جنسیت و با در نظر گرفتن سطوح مختلف اجتماعی و اقتصادی و میزان تحصیلات و شغل والدین، و برای افزایش دقت و صحت تغییرات در متغیرها از آزمون‌های عملی در کنار پرسشنامه‌های مداد کاغذی استفاده کرده و اجرا شود. همچنین به منظور نتیجه بهترین درمان، پروتکل درمانی مبتنی بر تعامل معلم-کودک روی معلمان به طور هم‌زمان اجرا شود تا هم تأثیر روش تربیتی و سبک پرورشی معلم در همگی یکسان باشد و هم بتوان با مقایسه نتایج، به واسطه خطای آماری کمتر و معناداری واقعی با اطمینان بیشتری نظر داد. می‌توان گفت این درمان به عنوان یک درمان مکمل و پیشگیرانه در مراکز و نهادها و دستگاه‌های آموزشی و اجتماعی توسط مربیان، درمانگران و متخصصان در این حوزه قابلیت استفاده دارد و می‌تواند کمک قابل توجهی به سطح بهداشت روانی جامعه کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه گیلان استخراج شده و دارای شناسه اخلاق IR.GUMS.REC.1398.305 است. از شرکت‌کنندگان در این پژوهش و مدیریت آموزش و پرورش و مدیریت دبستان ادیبان قزوین به خاطر همراهی و همکاری صادقانه‌شان تشکر و قدردانی می‌شود.

12. Fattahi Andebil A, Saberi H, Kazemi Kavaki A. Effectiveness of Cognitive behavioral group Play therapy and Transcranial Direct Current Stimulation on Executive Function of Working Memory And Response Inhibition of Children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*. 2018; 4 (14): 73–90.
13. Gal MD; Borg W; Gal J. Quantitative and qualitative research methods in psychology. (1942). Nasr, AF; Areezi HR; Pakseresht MJ et al. (Persian translator). Second edition. Tehran: Shahid Beheshti University; 2017.
14. Moin N, Asadi Gandomani R, Amiri M. The Effect of Neurofeedback on Improving Executive Functions in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *jrehab*. 2018; 19 (3): 220–7.
15. Tye C, Bedford R, Asherson P, Ashwood KL, Azadi B, Bolton P, et al. Callous-unemotional traits moderate executive function in children with ASD and ADHD: A pilot event-related potential study. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 2017; 26: 84–90.
16. Purpura DJ, Schmitt SA, Ganley CM. Foundations of mathematics and literacy: The role of executive functioning components. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2017; 153: 15–34.
17. Pijper J, de Wied M, van Rijn S, van Goozen S, Swaab H, Meeus W. Executive Attention and Empathy-Related Responses in Boys with Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder, With and Without Comorbid Anxiety Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018; 49 (6): 956–65.
18. MacDonald HZ, Price JL. The role of emotion regulation in the relationship between empathy and internalizing symptoms in college students. *Mental Health & Prevention*. 2019; 13: 43–9.
19. Narimani M, Fallahi V, Habibi Y, Zardi B. Assess the psychometric properties of empathy and sympathy questionnaire in students. *Journal of School Psychology*. 2017; 6 (21): 115–29.
20. Yarigoli B, Bahadorikhosroshahi J. Comparative Study of the Concept of Empathy from the Perspective of Psychology and Islamic Foundations. *Islamic Life Journal*. 2018 ; 2 (3): 155–63.
21. Noten MMPG, Van der Heijden KB, Huijbregts SCJ, Van Goozen SHM, Swaab H. Indicators of affective empathy, cognitive empathy, and social attention during emotional clips in relation to aggression in 3-year-olds. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2019; 185: 35–50.
22. Khanjani Z, Bahadori Khosroshahi J. Investigation of empathy development, internalization and externalization disorders in male and female students 5 to 11 years. *J counseling Culture and psychotherapy*. 2017; 8 (30): 195–218.
23. Mahmoodnejad M, Karbalaie Mohammad Meigooni A, Sabet M. Prediction of suicidal ideation and interpersonal violence among labor children based on childhood trauma, emotion regulation difficulties and callous-unemotional traits. *JPA's*. 2018; 25 (1):1–22.
24. Alizade H, Sharifi Daramadi P, Abdolmohammadi K, Rezayi S, Dashtjerdi Kazemi M. Neurocognitive Executive Functions: Development and Interaction with Environmental Factors. *J Child Ment Health*. 2019; 6 (2): 218–31.
25. McNeill Ch B, Hambury Keygin T. Parent-children interaction thrapy. Najmi B, Janqorban N. (Persian translator). Tehran: Arjmand. 2016.
26. Ghasemi N, Nori L, Abdi Zarrin S. The Effect of Parent Management Training (PMT) on the Reduction of Behavioral Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Child Ment Health*. 2019; 6 (2):1–12.
27. Luby J, Lenze S, Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53 (3):313–22.
28. Puliafico AC, Comer JS, Pincus DB. Adapting Parent-Child Interaction Therapy to Treat Anxiety Disorders in Young Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2012; 21 (3): 607–19.
29. Akbarizadeh A, Hasanzadeh S, Kamkari K, Lavasani M. The Effectiveness of Blended Teaching Method of Face to Face and Virtual for PCIT Based on Eyberg's Approach on the Relationship Between Mother and Child with Behavioral Disorders. *Journal of Applied Psychological Research*. 2020; 11 (1): 1–14.
30. Hashemi Malekshah sh, Alizadeh H, Pezeshk S, Soheili F. The effectiveness of Adlerian parent training on executive functions in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *J Advances in Cognitive Science*. 2017; 18 (472): 88–99.
31. Saifi S, Ebrahimi Qavam S, Ashaeri H, Farrokhi N, Dortaj F. The Effectiveness of Brain Compatible Learning on the Components of Planning and Problem Solving of Executive Functions in Elementary School Students. *Educational Psychology*. 2017; 13 (43): 101–18.

32. Arghavani M, Mosavi Nasab MH, Khezri Moghadam N. The Effectiveness of Cognitive Empowerment on Executive Functions (Inhibition, Updating and Shifting) in Students with Learning Disorder. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2017; 5 (8): 205-22.
33. Taheri M. The effect of executive function-based play therapy on the ability to plan and selectively pay attention to children with attention deficit hyperactivity disorder. *J New Developments in Behavioral Sciences*. 2017; 2 (9): 37-49. [Persian]
34. Khabaz M, Alizadeh H, Delavar A, Ebrahimi Ghavam S. Develop a curriculum to increase social interest (parent-child) and evaluate its effectiveness in increasing the social interest of students with coping disobedience disorder. *Journal of Teaching and Learning Studies*. 2017; 8 (2): 122-42. [Persian]
35. Rezayi S, Rezayi M. Developing Mind Reading Skills Training Program and Study of its Effectiveness on Empathy and Systematic Quotient of High Functional Autistic Children (HFA). *IJPN*. 2017; 4 (5) :9-15.
36. Osmani H, Shokri L. Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder. *J Exceptional Children Empowerment*. 2019; 10 (1):125-36..
37. Vaziri S, Lotfi Azimi A. The effect of empathy training in decreasing adolescents aggression. 2011; 8 (30):167-75.
38. Farmer RF, Gau JM, Seeley JR, Kosty DB, Sher KJ, Lewinsohn PM. Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016; 164: 38-46.
39. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *J Methods Psychiatr Res*. 2012; 21 (3): 169-84.
40. Alavi SM, Rafieinia P, Makvand Hosseini S, Sabahi P. The Effectiveness of Unified Trans diagnostic Treatment on Social anxiety symptoms and Difficulty in Emotion Regulation: Single-Subject Design. *Journal of Psychological Studies*. 2020; 16 (2): 7-24.
41. Azimigarsi S, Arjmandnia A, Mohseni Ezhei A, Asgari M. Effectiveness of Hydrotherapy on Communication Skills of Children with Autism Spectrum Disorder: A Single Case Study. *J Child Ment Health*. 2020; 6 (4): 35-50.
42. Khanjani Z, Aliloo MM, Fakhari A, Abdolpour G. THE EFFECTIVENESS OF META-COGNITIVE THERAPY ON ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. *Stud Med Sci*. 2016; 27 (3): 222-30.
43. Alizadeh H, Zahedipour M. Executive Functions in Children With and Without Developmental Coordination Disorder. *Advances in Cognitive Sciences*. 2004; 6 (3): 49-56.
44. Naghizadeh, Sh. Comparison of empathy of healthy and mentally retarded children, case study [undergraduate thesis]. Department of Educational Sciences. Payam Noor University. [Saqez, Iran]. 2012. [Persian].
45. Akhenbach, T. and Rascurella, L. A handbook of school age forms based on the Achenbach system of measurement experience. Minaei A. (Persian translator) Tehran: Exceptional Education Organization, Exceptional Children Research Institute. 2005. [Persian].
46. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *IJPCP*. 201; 17 (1):60-70.
47. McNeil C, Hembree-Kigin TL. Parent-Child Interaction Therapy [Internet]. Najmi SB, Janqorban N. (Persian translator). First Edition. Tehran: Arjmand book; 2017.
48. Karamshahi A, Abedi A, Yarmohamadian A. Development of Executive Function in ADHD Preschool And Primary Schoolchildren Course (5 - 12) Years of Age In Isfahan. *Advances in Cognitive Sciences*. 2014; 16 (1): 58-66.
49. Dawson P., Guyer R. Executive Functions in Children and Adolescents Assessment and Intervention Guide. Ebrahimi A, Abedi A, Faramarzi S, Behrooz M. (Persian translator). First edition. Isfahan: Neveshteh. 2014.
50. Skeem JL, Scott E, Mulvey EP. Justice Policy Reform for High-Risk Juveniles: Using Science to Achieve Large-Scale Crime Reduction. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014; 10 (1):709-39.
51. Hunnikin LM, Wells AE, Ash DP, van Goozen SHM. The nature and extent of emotion recognition and empathy impairments in children showing disruptive behaviour referred into a crime prevention programme. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020; 29 (3): 363-71.

52. Hunnikin LM, van Goozen SHM. How can we use knowledge about the neurobiology of emotion recognition in practice? Journal of Criminal Justice. 2019; 65: 101537.
53. Deputy of Management Development and Human Resources. Life Skills. Tehran: Samt. 2012. [Persian]. Available from <http://217.218.215.4/Portal/File/ShowFile.aspx?ID=94ade56f-cba5-45aa-97d8-c44fc3edd3a4>