

# The Comparison of Empathy and Emotional Facial Recognition among Children Diagnosed with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder

Rezvan Khani, B.A.<sup>1</sup>,  
Sayed Abbas Haghayegh, Ph.D.<sup>2</sup>

Received: 06. 12.2018

Revised: 12.15.2018

Accepted: 05.24.2019

# مقایسه همدلی و بازشناسی هیجانی چهره بین کودکان واجد اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای

رضوان خانی<sup>۱</sup>، دکتر سید عباس حقایق<sup>۲</sup>

تجدیدنظر: ۱۳۹۷/۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۲

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۶/۲۹

## چکیده

## Abstract

**Objective:** Conduct disorder and oppositional defiant disorder are similar and different in several aspects. The purpose of this study was to compare empathy and emotional facial recognition among children diagnosed with these disorders. **Method:** In this comparative study, 400 students (aged seven to 12 years) were selected via convenience sampling from 11 schools in Isfahan, Iran. Based on the cut-off point of the Children Symptom Inventory (CSI-4) and after the removal of unreliable questionnaires, 41 students were diagnosed with oppositional defiant disorder and 19 with conduct disorder. Then, the empathy questionnaire (Auyeung et al., 2009) and the Emotional Perception Test were administered. **Results:** Findings indicated that emotional facial recognition, in two indices of fear and hatred, significantly differed between the two groups ( $p < 0.05$ ). However, there was no significant difference between empathy and other indicators of emotional facial recognition in conduct disorder and oppositional defiant disorder. **Conclusion:** There seem to be certain differences in the emotional recognition of some faces between these two disorders, which may play a role in the communication problems of these children with those around them.

**Keywords:** *Conduct disorder, oppositional defiant disorder, empathy, emotional facial recognition*

**هدف:** اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجوه تشابه و تمایز زیادی دارند. هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه همدلی و بازشناسی هیجانی چهره بین کودکان واجد تشخیص این دو اختلال بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای بوده است. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰۰ نفر از دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ ساله از بازده مدرسه شهر اصفهان انتخاب شده بر اساس نقطه برش پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (اسپرافکین، لانی و گادو، ۱۹۹۴) بعد از حذف پرسش‌نامه‌های فاقد ملاک تشخیص، ۴۱ نفر واجد اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۱۹ نفر واجد اختلال سلوک تشخیص داده شدند. پرسشنامه همدلی (آیونگ و همکاران، ۲۰۰۹) و آزمون بازشناسی هیجانی چهره (اکمن و فرایزن، ۱۹۷۶) برای این تعداد اجرا شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهشی حاکی از آن بود که بین بازشناسی هیجانی چهره در دو شاخص ترس و تنفر بین گروه اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری هست ( $P < 0.05$ ). همدلی و سایر شاخص‌های بازشناسی هیجانی چهره در افراد با اختلال سلوک و افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری را نشان نداده است. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌آید که در بازشناسی هیجانی برخی خلق‌ها در چهره دیگران، تفاوت‌هایی بین افراد مبتلا به این دو اختلال وجود دارد که ممکن است در مشکلات ارتباطی این کودکان با اطرافیان خود نقش داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، همدلی، بازشناسی هیجانی چهره.

1. M.A. student of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Najafabad, Najafabad, Iran

2. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Najafabad, Najafabad, Iran. **E-mail:** abbas\_haghayegh@yahoo.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی.

۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی.

## مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای با الگویی از رفتارهای مداوم و غیرقابل انطباق و با تحریک‌پذیری و خشم شناخته می‌شود. معمولاً این اختلال از دوران کودکی شروع می‌شود و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (بارک و رومان، ۲۰۱۸). این کودکان اغلب دوستی ندارند و روابط بین فردی خود را رضایت‌بخش نمی‌دانند. آنان علی‌رغم هوش کافی به دلیل عدم مشارکت، مقاومت در مقابل پذیرش انتظارات محیطی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند (سادوک و سادوک، روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۶). این اختلال بیشتر در خانواده‌هایی دیده می‌شود که مسئولیت‌نگهداری و تربیت کودکان به عهده افراد مختلف بوده است. همچنین در خانواده‌هایی که سابقه اختلالات خلقی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، بیش‌فعالی یا سوءمصرف مواد وجود دارد، بیشتر از خانواده‌های فاقد این اختلالات مشاهده می‌شود (اسکور، وان ریجن، وید، گازن واسواب، ۲۰۱۶). ملاک‌های تشخیصی این اختلال، حداقل به مدت شش ماه بایستی ادامه یابد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه رضایی، فخرایی، قرمند، نیلوفری، هاشمی و شاملو، ۱۳۹۳). رفتارهای خشم و پرخاشگری هم مانند اطاعت و عدم اطاعت در تمام کودکان متداول است و تنها زمانی مشکلات بالینی عمده‌ای را ایجاد می‌کند که به حد کافی مکرر و شدید باشند که زندگی روزمره کودک را با خانواده مختل کنند (لاچمن، باری، پاول، باکسمیرو هولمز، ۲۰۰۸). کودکانی که هم پرخاشگرند هم از سوی گروه همسالان خود کاملاً طرد می‌شوند، در معرض خطر زیادی از پیامدهای منفی در نوجوانی هستند (میتوس و لاچمن، ۲۰۱۴، ترجمه شریفی درآمدی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب است، بخشی از تاریخچه تحولی اختلال‌های سنین جوانی و بزرگسالی محسوب می‌شود (استرینگریز، زاوس، لی بن لاف، موگان والی، ۲۰۱۲). این اختلال می‌تواند هزینه‌های

کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری، سازگاری اجتماعی کمتری دارند (سیگوردسون، والاندر، سوند، ۲۰۱۴)، عاطفه منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و سازگاری عاطفی ضعیف‌تری نسبت به کودکان بهنجار دارند (گرانرو، لوواز، ازپلتا، ۲۰۱۵). رفتارهای برون‌ریز<sup>۱</sup> به‌عنوان اعمال یا فعالیت‌های مخرب آشکار تعریف می‌شوند و اغلب همراه با پرخاشگری شدید و ناتوانی در ایجاد روابط متقابل با همسالان و بزرگ‌ترها است (یانگ، ۲۰۱۲). دلیل عمده ارجاع تعداد کثیری از کودکان به مراکز بهداشت روانی، اختلال‌های روانی از نوع برون‌ریز است (موسسه ملی خدمات مراقبتی و بهداشتی، ۲۰۱۳). حل مشکلات این گروه‌های سنی نه‌تنها جنبه درمان دارد، بلکه نوعی پیشگیری محسوب می‌گردد (مک کارتنی و فیلیپس، ۲۰۰۶).

اختلال سلوک<sup>۲</sup> یک اختلال روان‌پزشکی نسبتاً شایع در دوران کودکی و نوجوانی است (سالواتور و دیک، ۲۰۱۸) که با الگوی پایداری از رفتارهای تکراری و مخرب شناسایی می‌شود که با آنها حقوق اساسی دیگران یا هنجارها و قواعد و مقررات اجتماعی نادیده گرفته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه رضایی و همکاران، ۱۳۹۳). این رفتارها در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی فرد نقص شدیدی را به وجود می‌آورند و در بیشتر موقعیت‌ها دیده می‌شوند. برای تشخیص اختلال سلوک سه مشخصه رفتاری یا بیشتر باید حداقل ۱۲ ماه وجود داشته باشد و حداقل یکی از آنها باید حداقل به مدت ۶ ماه مشاهده شود (پیچپر، واید، وانریجن، وانگوزن، سواب و میوس، ۲۰۱۶). اختلال سلوک کودکان در محیط مدرسه و در ناتوانی کودک از دوست‌یابی و ارتباط با دیگران آشکارا خودش را نشان می‌دهد. اغلب معلمان برخی مشکلات عاطفی، هیجانی از جمله علائم اضطراب، اجتناب اجتماعی و حرمت نفس ضعیف را در این کودکان گزارش می‌کنند (فورلانگ، مک گیلووی، بای واتر، ۲۰۱۴).

سنگینی بر دوش کودک، خانواده و جامعه تحمیل کند (مفیت، اسکوت، ۲۰۰۸).

اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای به لحاظ رشدی با هم همپوشانی دارند و معیارهایی که برای توصیف رفتارهای چالشی و خطرناک عنوان می‌شود، در این دو اختلال مشابه هم هستند (یانگ، ۲۰۱۲). کودکان با اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای در تعامل با هم‌سالان، فعالیت مشترک با هم‌سالان، ارائه راهبردهای مسالمت‌آمیز، حل مسئله و توسعه مهارت‌های اجتماعی نسبت به هم‌سالان عادی دچار مشکلات جدی هستند (کاتولی، ژان، گیلهم، تارا، کارن، ۲۰۱۳). برخی از متخصصان معتقدند که تفاوت بین اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای هرگز کیفی نیست بلکه یک تفاوت صرفاً کمی است (دادز، کاوچی و وایمالورا، ۲۰۱۲). درحالی‌که برخی دیگر، این دو اختلال را، دو اختلال جدا از یکدیگر می‌دانند و پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات و سرپیچی جدی از قوانین را، دو علامت اختصاصی اختلال سلوک و متمایزکننده از اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌دانند (میتوس و لاجمن، ۲۰۱۴، ترجمه شریفی درآمدی و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو اختلال شایع در محیط‌های خدمات بهداشت روان است که در ابعاد علت‌شناسی، علامت‌شناسی و درمان وجوه تشابه و تمایز زیادی دارند (سنتیوانی و بالاز، ۲۰۱۸). در ذیل دو ویژگی همدلی<sup>۴</sup> و بازشناسی هیجانی چهره<sup>۵</sup> که در هر دو اختلال کمابیش وجود دارد، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

همدلی ظرفیت بنیادین افراد است که به تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی کمک می‌کند. این توانایی در زندگی اجتماعی افراد نقش اساسی بر عهده دارد (ریف، کتلا، ویفرینک، ۲۰۱۰). رشد همدلی در ابتدای تولد قبل از ظهور توانایی‌های کلامی شروع می‌شود (تاسیگنات، ایوگن، جکسون، ۲۰۱۷). از آنجایی که همدلی یک ظرفیت

فردی برای فهم رفتار دیگران و احساسات آنهاست، فرد را با احساسات و افکار دیگران هماهنگ می‌کند و او را با دنیای اجتماعی ارتباط می‌دهد (دسوزا، مک‌دونالد، راشبی، دیموسکا و جیمز، ۲۰۱۱). آموزش و ایجاد همدلی از طریق افزایش درک فرد یا ارتقای آگاهی وی از خود و دیگران، افزایش پاسخ‌های همدلانه با استفاده از تنظیم هیجان و گرفتن چشم‌انداز که منجر به افزایش دقت در همدلی می‌شود بازخورد مثبتی را برای فرد فراهم می‌آورد. (ریس، ۲۰۱۵). تعداد زیادی از مطالعات ضعف و ناتوانی در تنظیم عواطف و هیجانات را علت بنیادی اختلال‌های رفتاری از جمله اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای می‌دانند (پاسالیچ، دادز، هاوز، ۲۰۱۱). بررسی رفتارهای جامعه پسند و ضد اجتماعی کودکان بیانگر آن است که عامل تمایلات همدلانه کودکان، نقش مهمی در ایجاد این تفاوت‌ها ایفا می‌کند. با این توصیف تعجب‌آور نیست اگر بسیاری از متخصصان کمبود همدلی را دلیل اصلی رفتارهای نامناسب کودکان می‌دانند. (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶)

بازشناسی هیجانی چهره یکی از عوامل مهم در ساختار اجتماعی و هدایت رفتار اجتماعی است (ریچولی، ملتروف، تاوب، رابا، ۲۰۱۶). برای تبیین واکنش‌های هیجانی افراد، باید از دیدگاه آنها نسبت به هیجانات و موضوعات هیجانی آگاه شد (تگارد، ۲۰۰۶). بازشناسی غیرعادی از حالات هیجانی چهره، یک عامل مهم در رابطه اجتماعی ضعیف و رفتارهای سازشی است. به دلیل اهمیت تظاهرات چهره‌ای هیجان‌ها در برقراری روابط اجتماعی، نقص در این توانایی به شدت بر کیفیت ارتباطات اثر می‌گذارد (فاران، برانسون و کینگ، ۲۰۱۱). پردازش صحیح هیجان چهره یکی از ملزومات اساسی برای اجتماعی شدن و گسترش روابط بین‌فردی و ایجاد بسیاری از ناهنجاری‌ها در سطح اجتماعی به‌خصوص در بین کودکان بوده، بررسی‌های اخیر از نتایج مفید روش‌های درمانی که منجر به بهبود مهارت‌های

مسئولان مدارس ۴۰۰ دانش‌آموز در فاصله زمانی پانزده فروردین تا پانزده اردیبهشت ۹۶ که بر اساس تشخیص معلمان همکاری بیشتری داشتند، انتخاب شدند. دفترچه پرسش‌نامه‌ها به دانش‌آموزان تحویل داده شد تا توسط والدین در منزل پاسخ داده شود. از این تعداد ۲۰ نفر به صورت ناقص پاسخ داده بودند و ۱۴۵ نفر نیز دفترچه پرسش‌نامه را در زمان مقرر به معلم مربوطه در مدرسه تحویل نداده بودند. حجم نمونه نهایی شامل ۲۳۵ نفر بوده که بر اساس نمره برش پرسش‌نامه علائم مرضی کودک (نقطه برش اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۴ و نقطه برش اختلال سلوک ۳ می‌باشد)، ۴۱ نفر واجد اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۱۹ نفر واجد اختلال سلوک تشخیص داده شدند. در طول روند نمونه‌گیری ملاک‌های ورود و خروج ذیل لحاظ شد:

ملاک‌های ورود: ۱- واجد تشخیص بودن اختلال سلوک بر اساس نقطه برش و واجد تشخیص نبودن هم‌زمان برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای (برای گروه اختلال سلوک) ۲- واجد تشخیص بودن اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس نقطه برش و واجد تشخیص نبودن هم‌زمان برای اختلال سلوک (برای گروه اختلال نافرمانی مقابله‌ای) ۳- رضایت آگاهانه والدین از شرکت فرزندان‌شان در پژوهش.

ملاک خروج: پاسخ ندادن به پرسش‌نامه‌ها به صورت کامل.

#### ابزار

پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان: سیاهه علائم مرضی کودک، یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اسپرافکین و گادو به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی برای کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی کرده‌اند. سیاهه مذکور دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین ۹۷ سؤال دارد که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم حاوی اطلاعاتی از محیط تحصیلی و کارکرد آموزشی کودک با ۷۷ سؤال که جهت غربال ۱۳ اختلال

بازشناسی هیجان‌ها در کودک می‌شود، حمایت می‌کنند (دادز، کاوچی و ایمالورا، ۲۰۱۲). کودکان دارای اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای به احتمال زیاد به دلیل نقص در پردازش هیجان چهره در مهارت‌های بین‌فردی دچار مشکل می‌شوند. تظاهرات چهره‌ای نقش پررنگی در تعدیل رفتارهای بین‌فردی ایفا می‌کنند و احتمال بروز انحرافات اجتماعی در نوجوانانی که در این پردازش دچار مشکل هستند، زیاد است (یوکرمن و همکاران، ۲۰۱۰).

در پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام شده در زمینه این دو اختلال، می‌توان به پژوهش جوادیان (۱۳۹۶) در مورد خودتنظیمی در کاهش اختلال سلوک؛ فرزانه (۱۳۹۵) در مورد توانایی بازشناسی هیجان چهره در کاهش اختلال سلوک؛ اسماعیل‌پور، میر، زارعی (۱۳۹۵) در مورد رابطه مشکلات دل‌بستگی در ایجاد اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ معاش اصل (۱۳۹۴) در مورد رابطه سبک فرزندپروری بر ایجاد اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سنتیوانی و بالاز (۲۰۱۸) در مورد ساختار کیفیت زندگی بر اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای اشاره کرد. ولی پژوهشی در زمینه مقایسه همدلی و بازشناسی هیجانی چهره در اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای گزارش نشده است. لذا با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر به دنبال مقایسه سطح همدلی و بازشناسی هیجانی چهره در بین کودکان واجد تشخیص این دو اختلال بود.

#### روش

##### جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

به لحاظ نوع طرح، این پژوهش یک پژوهش مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری آن را دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ ساله واجد تشخیص اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. به منظور انتخاب نمونه پژوهش، ابتدا یازده مدرسه در مقطع ابتدایی از نواحی چهار و پنج شهرستان اصفهان انتخاب شد. پس از هماهنگی با

تصاویر مورد نظر که سیاه و سفید هستند، در اندازه ۱۸ در ۲۵ سانتی‌متر به فاصله ۱۵ ثانیه روی رایانک به نمایش درآمده و از آزمودنی‌ها خواسته شده است که پاسخ‌های خود را انتخاب کنند. نمره‌گذاری آزمون از طریق شمارش پاسخ‌های درست است (اکمن و فریزن، ۱۹۷۶).

پرسش‌نامه همدلی: پرسش‌نامه همدلی توسط آیونگ، ویلرایت، آلیسون، آتکینسون، سامارائیکرام و بارون-کوهن (۲۰۰۹) ساخته شده که دارای ۵۵ ماده بوده و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً درست تا کاملاً غلط) پاسخ داده می‌شود. هدف این مقیاس بررسی میزان همدلی در کودکان است. در مطالعه آیونگ و همکاران (۲۰۰۹) همسانی درونی ماده‌های همدلی بهر ۹۳ درصد و ماده‌های تحلیل بهر ۷۸ درصد محاسبه شده است. پایایی بازآزمایی بعد از ۶ ماه برای همدلی بهر ۸۶ درصد و تحلیل بهر ۰/۸ درصد گزارش شده است. در مطالعه نقی‌زاده (۱۳۹۱) روایی صوری این پرسش‌نامه مورد تأیید پنج استاد دانشگاه قرار گرفت و برای آزمون اعتبار آن از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای پرسش‌نامه همدلی کودکان ۶۴ درصد به دست آمد که بیانگر اعتبار قابل قبول این ابزار است. هر چه امتیاز کلی هر خرده مقیاس بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان همدلی و توانایی تحلیل بیشتر در کودک خواهد بود و برعکس (آیونگ، ویلرایت، آلیسون، آتکینسون، سامارائیکرام و بارون-کوهن، ۲۰۰۹). در این پژوهش از پرسش‌نامه همدلی بهر استفاده شده است.

#### روش اجرا

بعد از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش ناحیه چهار و پنج استان اصفهان، تعداد ۴۰۰ نفر از مدارس نسیم، بعثت ۱، اشرفی اصفهانی، شهید بابایی، میلاد، محجوب، قبه، گلشیرازی و شهید قانعیان، انتخاب شدند. سوالات پرسش‌نامه علائم مرضی کودک، سوالات همدلی و سوالات مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی به همراه راهنمای پژوهش در قالب یک دفترچه تهیه و به

رفتاری و هیجانی طراحی شده است. روایی و محتوای پرسش‌نامه به‌عنوان یک ابزار شناسایی و غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار گرفته است. روایی و اعتبار پرسش‌نامه در بررسی‌های متفاوت توسط پژوهشگران محاسبه شده است. در پژوهش سوج (۲۰۰۹) روایی پرسش‌نامه با فرم رفتاری کودک آخنباخ و پرسش‌نامه تشخیصی کودکان همبستگی مثبتی نشان داده که نشانه روایی سازه آن است. محمد اسماعیل (۱۳۸۳) اعتبار فرم والدین را با روش بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آورده و روایی آن نیز با استفاده از نظر متخصصان مبنی بر صحت ترجمه و انطباق آن با متن اصلی مورد تأیید قرار داده است. در این پژوهش از فرم والد استفاده شده است. در این پرسش‌نامه عبارات هرگز، گاهی اوقات، صفر و عبارات اغلب و بیشتر اوقات یک نمره‌گذاری می‌شوند (زینالی، خانجانی، سهرابی، ۱۳۹۴).

آزمون بازشناسی هیجانی چهره: این آزمون توسط اکمن و فرایزن در سال ۱۹۷۶ تهیه شده است و یکی از رایج‌ترین و معتبرترین آزمون‌ها در زمینه بازشناسی هیجان چهره است. در این پژوهش ۶۰ تصویر (تصاویر مربوط به شش هیجان پایه) از مجموعه ۱۱۰ تصویری آزمون انتخاب و از آن برای بررسی بازشناسی هیجان‌های چهره استفاده شده است. اکمن با تهیه صدها تصویر و نمایش آن برای آزمودنی‌ها، مجموعه تصاویر هر یک از ۱۱۰ چهره تصویر را که بیش از ۷۰ تا ۱۰۰ درصد پاسخ دهندگان یکی از هیجان‌های شش‌گانه را در آن شناسایی کرده بودند، انتخاب کرد که به‌نوعی مؤید روایی تصاویر مزبور است. برای بررسی پایایی، تصاویر هر یک از چهره‌هایی که به نظر نویسندگان نشان‌دهنده بهترین حالت ابراز شش هیجان بود، به دو گروه متفاوت داده شد. شایان‌ذکر است که ۶۰ تصویر مورد استفاده در این پژوهش به‌طور میانگین از ۹۱ درصد پاسخ‌دهی در گروه استاندارد برخوردار بود.

آنها از تحلیل واریانس استفاده شده است. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS-23 انجام شده است.

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول ۱ و یافته‌های توصیفی در جدول ۲ مربوط به همدلی و بازشناسی هیجانی چهره به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. بر اساس جدول ۲، میانگین سن افراد در گروه نافرمانی مقابله‌ای برابر با ۱۰/۴۲ سال و انحراف استاندارد آن ۱/۳۴ است در حالی که در گروه مبتلا به اختلال سلوک میانگین ۱۰/۹۴ سال و انحراف استاندارد ۱/۰۲ به دست آمده است.

دانش‌آموزان داده شد که به منزل ببرند و والدین پاسخ دهند و در مدت زمان یک هفته دفترچه تکمیل شده را به معلم مربوطه تحویل دهند. سپس واجدین تشخیص اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای شناسایی شد و به‌صورت انفرادی آزمون بازشناسی هیجانی چهره برای آنها اجرا شد. در نهایت اطلاعات پرسش‌نامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج بررسی شد.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

آمار توصیفی داده‌های حاصل از این پژوهش مانند میانگین و فراوانی ارائه شده و برای تحلیل استنباطی

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش

درصد	فراوانی	سلوک	درصد	فراوانی	نافرمانی مقابله‌ای
۸۹/۵	۱۷	جنسیت پسر	۵۶/۱	۲۳	جنسیت پسر
۱۰/۵	۲	دختر	۴۳/۹	۱۸	دختر
۹۴/۷	۱۸	پدر و مادر	۸۰/۵	۳۳	پدر و مادر
۵/۳	۱	مادر	۹/۸	۴	مادر
-	-	پدر	۷/۳	۳	پدر
-	-	پدر بزرگ و مادر بزرگ	۲/۴	۱	پدر بزرگ و مادر بزرگ
۷۳/۷	۱۴	وضعیت اشتغال آزاد	۵۶/۱	۲۳	وضعیت اشتغال آزاد
-	-	سربست	۱۲/۲	۵	سربست
۲۱/۱	۴	دولتی	۱۹/۵	۸	دولتی
۵/۳	۱	خصوصی	۱۲/۲	۵	خصوصی
۶۸/۴	۱۳	وضعیت اقتصادی - کمتر از ۱/۵ میلیون	۷۰/۷	۲۹	وضعیت اقتصادی - کمتر از ۱/۵ میلیون
۳۱/۶	۶	بین ۱/۵ تا ۳ میلیون	۲۲	۹	بین ۱/۵ تا ۳ میلیون
-	-	بیشتر از ۳ میلیون	۷/۳	۳	بیشتر از ۳ میلیون
۱۰/۵	۲	تعداد خواهر و برادر ۰	۱۷/۱	۷	تعداد خواهر و برادر ۰
۴۷/۴	۹	۱	۵۱/۲	۲۱	۱
۲۶/۳	۵	۲	۱۴/۶	۶	۲
۵/۳	۱	۳	۱۲/۲	۵	۳
۵/۳	۱	۴	۲/۴	۱	۴
-	-	۵	۲/۴	۱	۵
۵/۳	۱	۶	-	-	۶
۵۷/۹	۱۱	ترتیب ولادت ۱	۵۶/۱	۲۳	ترتیب ولادت ۱
۳۱/۶	۶	۲	۲۶/۸	۲۲	۲
۵/۳	۱	۳	۹/۸	۴	۳
۵/۳	۱	۴	۴/۹	۲	۴
-	-	۵	۲/۴	۱	۵
۱۰۰	۱۹	کل	۱۰۰	۴۱	کل

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر گروه‌ها	نافرمانی مقابله‌ای	سلوک
همدلی	۲۹/۷۱	۲۶/۴۲
	انحراف استاندارد	۶/۱۲
غم	۷/۷۶	۷/۷۹
	انحراف استاندارد	۲/۰۷
خشم	۵/۹۸	۵/۵۲
	انحراف استاندارد	۲/۹۶
شادی	۹/۴۱	۹/۶۸
	انحراف استاندارد	۰/۵۸
تعجب	۸/۵۶	۸/۲۶
	انحراف استاندارد	۱/۸۸
ترس	۴/۲۲	۲/۵۷
	انحراف استاندارد	۲/۰۴
تنفر	۶/۶۳	۵/۲۶
	انحراف استاندارد	۲/۵۵

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، میانگین نمره‌های همدلی (۲۹/۷۱)، خشم (۵/۹۸)، تعجب (۸/۵۶)، ترس (۴/۲۲) و تنفر (۶/۶۳) در گروه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از کودکان مبتلا به اختلال سلوک است. درحالی‌که میانگین نمره‌های غم (۷/۷۹) و شادی (۹/۶۸) در

گروه کودکان مبتلا به سلوک بیشتر از گروه کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای است. قبل از تحلیل نهایی دو پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها (با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف) و برابری واریانس‌ها (با استفاده از لوین) بررسی شد که تفاوت معناداری در متغیرهای پژوهش به دست نیامد ( $P > 0.05$ ) و لذا به منظور مقایسه میانگین نمره‌های دو گروه از تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
غم	۰/۰۱۴	۱	۰/۰۱۴	۰/۰۰۳	۰/۹۵۴
خشم	۲/۶۲۱	۱	۲/۶۲۱	۰/۳۸۶	۰/۵۳۷
شادی	۰/۹۴۴	۱	۰/۹۴۴	۱/۵۱۸	۰/۲۲۳
تعجب	۱/۱۵۲	۱	۱/۱۵۲	۰/۳۲۵	۰/۵۷۱
ترس	۳۴/۹۴۴	۱	۳۴/۹۴۴	۶/۸۰۹	۰/۰۱۲
تنفر	۲۴/۴۰۴	۱	۲۴/۴۰۴	۴/۹۶۳	۰/۰۳
همدلی	۱۴۰/۲۱۴	۱	۱۴۰/۲۱۴	۳/۸۲	۰/۰۵۵

نتایج در جدول ۳ نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سلوک در متغیرهای تنفر و ترس از شاخص‌های بازشناسی هیجانی چهره با یکدیگر تفاوت دارند؛ به‌گونه‌ای که به‌طور معنی‌داری میانگین نمره‌های کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای در این دو شاخص بیشتر از کودکان مبتلا به اختلال سلوک است؛ درحالی‌که تفاوت این دو گروه در متغیر همدلی و سایر شاخص‌های غم، خشم، شادی و تعجب معنی‌دار به دست نیامده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، تفاوت بین میانگین نمره‌های همدلی در دو گروه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

نتایج در جدول ۳ نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سلوک در متغیرهای تنفر و ترس از شاخص‌های بازشناسی هیجانی چهره با یکدیگر تفاوت دارند؛ به‌گونه‌ای که به‌طور معنی‌داری میانگین نمره‌های کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای در این دو شاخص بیشتر از کودکان مبتلا به اختلال سلوک است؛ درحالی‌که تفاوت این دو گروه در متغیر همدلی و سایر شاخص‌های غم، خشم، شادی و تعجب معنی‌دار به دست نیامده است.

ماهیت این دو اختلال هماهنگی دارد. در اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر عدم متابعت و نافرمانی مشاهده می‌شود ولی در اختلال سلوک، علاوه بر این موارد، طیف گسترده‌ای از رفتارهای قانون‌شکنانه مانند دزدی، تجاوز، آزار حیوانات و غیره مشاهده می‌شوند که با سطح پایین توانایی همدلی در این افراد ارتباط مستقیمی دارد.

بر اساس این نتایج، تفاوت بین میانگین نمره‌ها در شاخص‌های بازشناسی هیجانی چهره در دو گروه کودکان مبتلا به اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای در شاخص‌های ترس و تنفر معنادار (میانگین این دو شاخص در گروه مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از اختلال سلوک است) و در شاخص‌های غم، خشم، شادی و تعجب معنادار نیست. بر اساس پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که مقایسه بازشناسی هیجانی چهره بین کودکان دارای اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای به‌منظور تشخیص صحیح هیجان در کاهش اختلالات رفتاری است. فقدان هیجان یا عدم بازشناسی صحیح زمینه‌ساز مشکلات و اختلالات رفتاری می‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت حالات چهره اطلاعات بسیار مهم و قابل اعتمادی در مورد احساسات فرد نشان می‌دهد و در شناخت انگیزه‌های واقعی رفتار افراد، کمک زیادی می‌کند (فرج زاده و هاشم زاده، ۲۰۱۸). زیاد بودن نمره شناسایی ترس در گروه اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به اختلال سلوک با واقعیت‌های زیستی تا اندازه‌ای هماهنگ است. کودکان دچار اختلال سلوک در برابر محرک‌های آزاردهنده فیزیکی تحمل بیشتری نشان می‌دهند و پاسخ‌دهی تنبیهات بدنی در کاهش رفتارهای قانون‌شکنانه اندک است (سنتیوانی و بالا، ۲۰۱۸). تحقیقات تجربی درباره بازشناسی هیجانی چهره از زمان چارلز داروین تا کنون به شش نوع هیجان که به هیجان‌های پایه نیز شهرت یافته‌اند و شامل شادی، غم، ترس، خشم، تنفر و تعجب است، پرداخته‌اند. جلوه‌های هیجانی چهره یکی از

و اختلال سلوک معنادار نیست. در تبیین این بخش از یافته‌ها مبنی بر مقایسه همدلی در اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای بر اساس مبانی نظری باید بیان نمود که بسیاری از اختلالات رفتاری از جمله سلوک و نافرمانی مقابله‌ای در بی‌توجهی به همدلی و کمبود آن ریشه دارد. همدلی یک ساختار روان‌شناختی است که به افراد امکان می‌دهد تا احساسات دیگران را درک کنند و به اشتراک بگذارند. توانایی برای به اشتراک گذاشتن حالت‌های احساسی به مکانیسم‌های اجتماعی پایه‌ای نظیر توانایی درک ماهیت هیجانی رفتارهای دیگران است (سیواسلوچندران، اکلند، ابدال و مارتین، ۲۰۱۸). همدلی تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، عوامل مربوط به جنسیت (ایزابیل، ۲۰۰۹)، یادگیری و عوامل فرهنگی قرار می‌گیرد (وریک و وندرمارک، ۲۰۰۹). همدلی از بدو تولد به‌عنوان یک توانایی حضور دارد و تا نوجوانی متحول می‌شود و ادامه می‌یابد. سبک فرزند پروری و نوع ارتباط با کودک و آموزش زمینه‌ساز این تحول است. همدلی یکی از مهم‌ترین مهارت‌ها و پل ارتباطی با دیگران است. هر فردی برای حضور مؤثر در جامعه و ارتباطات خود باید آن را کسب کند. همدلی باعث می‌شود بتوانیم عقاید مختلف را بپذیریم و درک کنیم و رفتارهای خود را متناسب با شخصیت و موقعیت افراد انتخاب کنیم. اگر در روابط خود همدلی نداشته باشیم، حس ناامنی و بی‌اعتمادی را به دیگران منتقل می‌کنیم همچنین باعث تشدید و افزایش تعارضات در روابط می‌شویم. مبتلایان به اختلال‌های رفتاری (اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای) مشکلات متعددی در همدلی دارند. (گلیسون، جنسن - کمبل و ایکز، ۲۰۰۹). افزایش همدلی به کاهش اختلالات رفتاری و بهبود روابط بین‌شخصی کمک می‌کند (لوت و شیفلد، ۲۰۰۷). اگرچه در این پژوهش تفاوت معناداری بین همدلی گروه اختلال سلوک و گروه نافرمانی مقابله‌ای مشاهده نشد، ولی سطح آن در گروه اختلال سلوک نسبت به نافرمانی مقابله‌ای پایین‌تر است. این نتایج با



تفاوت معنادار بین هیجان ترس و تنفر در دو گروه اختلال (نافرمانی مقابله‌ای و سلوک) و اینکه اختلال مقابله جویی دفاعی در صورت عدم درمان می‌تواند زمینه‌ساز اختلال سلوک باشد، پیشنهاد می‌شود از مداخلات لازم جهت کاهش حساسیت نسبت به حالات هیجانی چهره استفاده شود.

### تشکر و سپاسگزاری

از تمامی دانش‌آموزان، والدین، مسئولین محترم مدارس و کارکنان آموزش و پرورش که در این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌شود.

### پی‌نوشت‌ها

1. Externalized behaviors
2. Conduct disorder
3. Oppositional defiant disorder
4. Empathy
5. Facial emotional recognition

### منابع

- اسماعیل پور، خ؛ میر، ا؛ زارعی، ا. (۱۳۹۵). رابطه مشکلات دلبستگی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان. سلامت روانی کودک، دوره سوم، (۳ پیاپی ۸)، صص ۷۳-۸۳.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه رضاعی و همکاران (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.
- جوادیان، ه. (۱۳۹۶). مقایسه مؤلفه‌های خودتنظیمی در نوجوانان با و بدون اختلال سلوک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- زینالی، ش؛ خانجانی، ز؛ سهرابی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و پرخاشگری نوجوانان ۱۴-۱۶ سال. مجله سلامت و بهداشت. سال پنجم. شماره پنج، صص ۴۰-۵۲.
- سادوک، ب؛ سادوک، و؛ روثیز، پ. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه رضایی، ف. (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند.
- فرزانه، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش جلوه‌های چهره‌ای هیجان‌های بنیادی بر کاهش نشانه‌های اختلال سلوک زود آغاز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- معاش اصل، س. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و علائم اختلال سلوک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- میتوس، و؛ لاجمن، ج. (۲۰۱۴). اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکی. ترجمه شریفی درآمدی، پ؛ شاهی، م؛ شکورصفت صدیقی، ز. (۱۳۹۳). تهران: انتشارات آوای نور.
- نقی‌زاده، ش. (۱۳۹۱). مقایسه میزان همدلی کودکان سالم و عقب‌افتاده ذهنی، مطالعه موردی: شهرستان سقز. پایان‌نامه کارشناسی دانشگاه پیام نور.

پیام‌های غیر کلامی انتقال یافته از صورت، نمود یکی از پیچیده‌ترین حالت‌های ذهنی است که یکی از توانمندی‌های عمده در تعاملات اجتماعی محسوب می‌شود (مونتیژ و هم کاران، ۲۰۱۳). یک عامل مهم در روابط اجتماعی درک و بازشناسی هیجان‌های دیگران است و چهره مهم‌ترین عضو بدن در تجلی هیجان‌ها محسوب می‌شود (کاهانا-کالمن و گلدمن، ۲۰۰۸) بر این اساس، نقصان یا هرگونه کژکاری در تفسیر صحیح اطلاعات هیجانی برخاسته از جلوه‌های چهره می‌تواند یکی از دلایل عمده تعارض‌های اجتماعی و بین‌شخصی باشد (لبر، هایدینریچ، استانگیر و هافمن، ۲۰۰۹). بازشناسی صحیح حالات هیجانی در چهره با توجه به عملکردهای فردی و میان‌فردی قابل توجهی که داراست کارکرد تحولی مهمی در کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود (سنگ، پوتنام، نولی، ۲۰۱۳). توانایی بازشناسی صحیح هیجان در چهره به میزان زیادی به فراوانی و شدت قرار گرفتن در معرض حالات هیجانی مختلف بستگی دارد (کیس، ۲۰۱۲). والدین می‌توانند با تکرار موقعیت‌هایی که در آن با ارائه برجسب‌های هیجانی که با حالات هیجانی که به کودک نشان داده می‌شود، مطابقت دارند، در شکل‌دهی بازشناسی هیجان نقش اساسی ایفا کنند (سالیوان، کارمودو، لویس، ۲۰۱۰). والدینی که حالات احساسی را برجسب زده و شکل می‌دهند، کودکان آنها از لحاظ هیجانی شایسته‌تر عمل می‌کنند (فروزتی و سنگ، ۲۰۰۸) و نشانه‌های اختلالات رفتاری (اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای) به‌مراتب در آنها کمتر است.

استفاده از عکس به‌منظور بازشناسی هیجان در چهره، یکی از محدودیت‌های پژوهش بود، زیرا برخی از محققان بر این باورند که چهره افراد در محیط واقعی به دلیل پویایی‌های موجود در چهره با آنچه در عکس مشاهده می‌شود، متفاوت است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از تصاویر ویدئویی که با آنچه در محیط واقعی است، شباهت بیشتری دارد، استفاده شود. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر

- Auyeung, B; Wheelwright, S; Allison, C; Atkinson, M; Samarawickrema, N; & Baron-cohen, S. (2009). The childrens empathy quotient and systemizing quotient: sex hen, S .differences in typical development and in autism spectrum conditions. *Journal autism developmental disorders*, 39, 1509-1521.
- Burke, J; & Romano, A. (2018). Oppositional defiant disorder. Developmental pathways to disruptive, impulse-control and conduct disorder, 21-25.
- Cutuli, A; Jane, E; Gillham, B; Tara, M; & Karen, J. (2013). Preventing adolescents externalizing and internalizing symptoms: effects of the penn resiliency program. *The international journal of emotional education*, (5) 2, 67-79.
- Dadds, M. R., Cauchi, A.J., & Wimalaweera, S. (2012). Outcomes moderators, and mediators of empathic emotion recognition training for complex conduct problems. *Childhood psychiatry research*, 199, 201-207.
- De Sousa, A.; Mcdonald, S.; Rushby, J.; Li, S.; Dimoska, A.; & James, C. (2011). Empathy after traumatic brain injury: the role of understanding deficits in responsivity. *Cortex*, 47(5), 526-537.
- Ekman, P.; & friesen, W. (1976). *Pictures of facial affect*. paloalto. CA: consulting psychologists press.
- Farajzadeh, N.; & Hashemzadeh, M. (2018). Exemplar-based facial expression recognition. *Information sciences*, 460, 318-330.
- Farran, E.K.; Branson, A.; & King, B.J. (2011). Visual search for basic emotional expressions; impaired detection of anger, fear and sadness but a typical happy face advantage in Austin. *Research in Autism spectrum disorders*, 445-462.
- Fruzzetti, A. E.; & Shenk, C. (2008). "Fostering validating responses in families ". *Social Work in Mental Health*, 6, 215-227.
- Furlong, M.; Mcgilloway, S.; & Bywater, T. (2014). Cochrane review: behavioural and cognitive behavioural group - based parenting programmes for early -onset conduct problems in children aged 3 to12 years. evidence-based child health: a *Cochrane review journal*, 8, 318-692.
- Gleason, K. A.; Jensen-Campbell, L. A.; & Icke, S.W. (2009). The role of empathic Accuracy in adolescent, peer relations and adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35 (8), 997-1011.
- Granero, R.; Louwaars, L.; & Ezpeleta, L. (2015). Socioeconomic status and oppositional Defiant Disorder in preschoolers: parenting practices and executive functioning as mediating variables. *Frontiers in Psychology*, 4 (6), 1-33.
- Isabel, L. (2009). Empathy and recognition of facial expression of emotion in sex Offenders, non-sex offenders and normal controls. *Psychiatry Research*, 165, 252-262.
- Jolliffe, D.; & Farrington, D. P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Journal of aggressive behavior*, 32, 540-550.
- Kahana-Kalman, R.; & Goldman, S. (2008). Intermodal matching of emotional expressions in young children with autism. *Res Autism Spectrum Disorder*, 2, 301-310.
- Keyes, H. (2012). Categorical perception effects for facial identity in robustly represented familiar and self faces: The role of configural and featural information. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 65, 760-772.
- Leber, S.; Heidenreich, T.; Stangier, U.; & Hofmann, S. G. (2009). Processing of facial affect under social threat in socially anxious adults: mood matters. *Depression Anxiety*, 26, 196-206.
- Lochman, J. E.; Barry, T. D.; Powell, N.; Boxmeyer, C.; & Holmes, K. (2008). Externalizing conditions. In ML, Wolraich; D.D., Drotar; P.H., Dworkin & E.C., Perrin (Eds.). *Developmental and behavioral pediatrics*, Philadelphia: Elsevier, 603-626.
- Lovett, B. T.; & Sheffield, R. A. (2007). Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: A critical review. *Clinical Psychology Review, Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 881- 893.
- McCortuney, K.; & Philips, D. (2006). *Blackwell handbook of early children development*. Black well publishing.
- Moffitt, T. E.; & Scott, S. (2008). Conduct disorders in childhood and adolescence. In M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 543 – 564). Oxford; Blackwell.
- Montis, I.; Brune, M.; Fresan, A.; Font, V.; Villanueva, J.; & Saracco, R. (2013). Recognition of facial expression of the emotions and their relation to attachment styles and psychiatric symptoms. Preliminary study. Psychiatric residents. *Salud Mental*, 36,95-100.
- National institute for health and care excellence. (2013). *antisocial behavior and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management* (Nice clinical guideline 158), Nice.
- Pasalich, D.S.; Dadds, M. R.; & Hawes, D.J. (2011). Do callous unemotional traits moderate the relative importance of parental coercion versus warmth in child conduct problems? An observational study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52,1308-1315.

- Pijper, J.; De Wied, M.; Van Rijn, S.; Van Goozen, S.; Swaab, H.; & Meeus, W. (2016). Callous unemotional traits, autism spectrum disorder symptoms and empathy in boys with defiant disorder or conduct disorder. *Psychiatry research*, 245, 340-345.
- Repacholi, B.A.; Meltzoff, A.N.; Toub, T.S.; & Ruba, A.L. (2016). Infants' generalization about other people's emotions: foundation for trait-like attributions. *Developmental psychology*, 52(3), 364-378.
- Rieffe, C.; Ketelaar, L.; & Wiefkerink, C.H. (2010). Assessing empathy in young children: construction and validation of an empathy questionnaire (EMQUE). *Personality and Individual Differences*, 49(5), 362-367.
- Riess, H. (2015). The Impact of Clinical Empathy on Patients and Clinicians: understanding Empathy's Side Effects. *Empathy and Moral Behavior*, 6, 50-53.
- Salvatore, J.; & Dick, D. (2018). Genetic influences on conduct disorder. *Neuroscience & Biobehavioral reviews*, 91, 91-101.
- Schoorl, J.; van Rijn, S.; Wied, M.; Goozen, S.; & Swaab, H. (2016). The role of anxiety in cortisol stress response and cortisol recovery in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 73, 217-223.
- Shenk, C.E.; Putnam, F.W., & Noli, J.G. (2013). Predicting the accuracy of facial affect recognition: the interaction of child maltreatment and intellectual functioning. *Journal of Experimental Child Psychology*, 114, 229-242.
- Sivaselvachandran, S.; Acland, E.; Abdallah, S.; & Martin, L. (2018). Behavioral and mechanistic insight into rodent empathy. *Neuroscience & Biobehavioral reviews*, 91, 130-137.
- Sigurdson, J.F.; Wallander, J.; & Sund, A.M. (2014). Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? *Child Abuse & Neglect*, 38, 10, 1607-1617
- Stringaris, A.; Zavos, H.; Leibenluft, E.; Maughan, B.; & Eley, T. C. (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal psychiatry*, 169 (1), 47-54.
- Sullivan, M.W.; Carmody, D.P.; & Lewis, M. (2010). How neglect and punitiveness Influence emotion knowledge. *Child Psychiatry, Human Development*, 41, 285-298.
- Suveg, C.J. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety disordered youth: secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family. *Modalities-anxiety disorders*, 23(3), 341-349.
- Szentivanyi, D.; & Balazs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental health & prevention*, 10, 1-8.
- Thagard, P. (2006). *Hot thought: mechanisms and applications of emotional cognition*. London: the mit press.
- Tousignant, B.; Eugene, F.; & Jackson, P.L. (2017). A developmental perspective on the neural bases of human empathy. *Infant behavior and development*, 48, 5-12.
- Uekermann, J.; Kraemer, M.; Abdel-Hamid, M.; Schim melmann, B.G.; Hebebrand, J.; Daum, I.; Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(5), 734-743.
- Vreek, G.; & Vander mark, I.L. (2009). Empathy, an integrative model. *New ideas In Psychology*, 21, 177-207.
- Young, J.F.; Makover, H.B.; Cohen, J.R.; Mufson, L.; Gallop, R.J.; & Benas, J.S. (2012). Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: anxiety outcomes and impact of comorbidity. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 41(5), 640- 653.



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی