

«نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی»

سال هفتم - شماره ۲۷ - پاییز ۱۳۹۳

ص. ۵۰-۳۹

مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلالات درونی‌سازی ۵ تا ۱۱ سال

زینب خانجانی^۱

مریم شریعتی^۲

یادگار امین^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۰۱

چکیده:

هدف پژوهش حاضر مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلالات درونی‌سازی ۵ تا ۱۱ سال و روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان سنین ۵ تا ۱۱ سال شهرستان تبریز می‌باشند که به این منظور ۱۵۰ نفر از دختران و پسران سنین ۱۱-۵ سال پیش‌دبستانی و دبستانی شهرستان تبریز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از مناطق پنجگانه آموزش و پرورش انتخاب شدند. بدین ترتیب پنج گروه سنی شامل گروه سنی ۵ ساله، ۶ ساله، ۷ ساله، ۹ ساله و ۱۱ ساله در هر گروه سنی ۳۰ نفر (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) برگزیده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو ابزار شامل پرسشنامه علائم مرضی کودکان و مقیاس همدلی دادس استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون توکی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد کودکان سنین ۱۱-۵ سال از لحاظ تحول همدلی متفاوت هستند. بطوری که آزمون توکی نشان داد که این تفاوت‌ها بین دو گروه سنی ۵ و ۶ سال با گروه سنی ۷، ۹ و ۱۱ سال و هم‌چنین بین گروه سنی ۷ و ۹ سال با گروه سنی ۱۱ سال می‌باشد. از سویی کودکان ۱۱-۵ ساله از لحاظ شدت اختلالات درونی‌سازی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. نتایج آزمون توکی نشان داد که این تفاوت بین گروه سنی ۵ و ۶ سال با گروه‌های سنی ۷ و ۹ و ۱۱ سال و گروه سنی ۷ و ۹ سال با گروه سنی ۱۱ ساله می‌باشد. بنابراین با افزایش همدلی، میزان اختلالات درونی‌سازی کاهش می‌یابد.

واژگان کلیدی: تحول همدلی، اختلالات درونی‌سازی.

۱. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

۲. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز

۳. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز

مقدمه:

شروع انقلاب صنعتی و پیشرفت تکنولوژی، مسائل و مشکلات عدیده‌ای را پیش آورده که با روان انسان سازگاری نداشته و به عنوان عوامل مستعدکننده در بیماری‌های روانی به شمار می‌آید (میلانی‌فر، ۱۳۷۴). تراکم جمعیت، آلودگی‌های صوتی و محیطی، تعدد رشته‌های تحصیلی و مشاغل، مشکلات تصمیم‌گیری در ابعاد مختلف زندگی، سازگاری با تغییرات شغلی و اجتماعی، پیچیدگی ارتباطات انسانی و بین فردی و نقش‌های متعدد و چندگانه افراد در جامعه، از ویژگی‌های زندگی در زمان حاضر است که به عنوان عوامل بیرونی، سلامت روان^۱ فرد را به مخاطره می‌اندازد (گنجی، ۱۳۷۶). این تغییرات، اثرات عمیق و گسترده‌ای بر اقصاء مختلف جامعه، به ویژه؛ کودکان و نوجوانان بر جا گذاشته، به گونه‌ای که آن‌ها را با انواع مخاطرات روانی و رفتاری مواجه کرده است (کاکاوند، ۱۳۸۵).

اختلالات رفتاری کودکان، اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کند (شکوهی و پرنده، ۱۳۸۴). محققان دریافته‌اند که اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدائی مشاهده می‌شود و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد. اختلالات رفتاری به طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلاء به بیماری‌های روانی را در دوره‌ی بزرگسالی افزایش می‌دهد (پاندینا^۲، ۱۹۹۸). در واقع از اختلالات دوران کودکی طبقه بندی‌های مختلفی صورت گرفته است که یکی از آن‌ها طبقه‌بندی ابعادی است که توسط آخن باخ^۳ (۱۹۹۰) انجام شده است که او این اختلالات را به اختلالات درونی‌سازی^۴ و برونی‌سازی^۵ تقسیم کرده است.

این رویکرد آماری به طبقه‌بندی، به جای توصیف کودکان بر اساس قرارگرفتن در داخل یا خارج یک طبقه رفتاری، آنان را بر حسب جایگاه‌شان روی چند پیوستار متفاوت رفتاری توصیف می‌کند. اختلالات درونی‌سازی اختلالاتی هستند که معطوف به درون یا نهفته مانده یعنی نشانه‌های اصلی با رفتارهای بیش از حد کنترل شده مرتبط‌اند. اختلالات درونی‌سازی دسته‌ای از اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، انزواطلبی و کناره‌گیری اجتماعی، اختلالات خورد و خوراک را در بر می‌گیرند. دختران بیشتر دچار اختلالات درونی‌سازی و پسران بیشتر دارای اختلالات برونی‌سازی هستند. با نسبت دو به یک یا سه به یک، پسران بیشتر از دختران مشکلات برونی‌سازی را نشان می‌دهند (کوی، ۱۹۸۶ نقل از کندل، ۱۳۸۴).

-
1. Mental Health
 2. Pandina
 3. Achenbach
 4. Internalizing disorders
 5. Externalizing disorders

بر طبق آمار سال‌های اخیر، میزان شیوع اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی در سراسر جهان در حال افزایش است (بهرامی، ۱۳۸۱). میچل و کرولی^۱ (۲۰۰۲) نیز با مروری بر پژوهش‌های انجام شده بر برخی اختلالات درونی‌سازی مانند افسردگی کودکان و نوجوانان دریافتند که علیرغم پیشرفت‌های چشمگیری که در زمینه درمان‌های دارویی و روانشناختی در دهه گذشته انجام شده است، مطالعاتی که به منظور شناسایی و پیشگیری از این مشکلات در کودکان انجام می‌گیرد کافی نیست و نیاز به توجه بیشتری دارد.

در این میان همدلی^۲ سازه‌ای است که در سال‌های اخیر گسترش یافته و مطالعات حکایت از ارتباط آن با انواع اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی دارند. سازه همدلی در برگیرنده تعدادی از خصوصیات لازم برای سلامت روان‌شناختی در کودکان است. همچنین درباره اهمیت و ضرورت همدلی آمبروسیو، اولیور و بسچ^۳ (۲۰۰۹) معتقدند که همدلی صرفاً در دوره کودکی حائز اهمیت نبوده، بلکه در بزرگسالی نیز از تأثیرات مهمی برخوردار است. برای مثال مشخص شده است که همدلی برای درک ما از رفتارهای اجتماعی (دکتی^۴، ۲۰۰۲)، برای تنظیم رفتارهای اجتماعی خودمان و برای تحوّل اخلاقی ضروری است (پاسینگهام و ویس^۵، ۲۰۱۲).

اصطلاح همدلی برای اولین بار توسط تئودور لیپی^۶ در اوایل قرن بیستم به منظور تبیین تجربیات زیبایی‌شناختی به کار برده شد (ایکس^۷، ۲۰۰۳). از آن تاریخ تاکنون تلاش‌های گسترده‌ای به منظور ارائه ارائه یک تعریف عملی از سازه همدلی صورت گرفته است. ماحصل این تلاش‌ها تعاریف متنوعی را به دست داده است که همدلی را به عنوان پیش اجتماعی (مونک و لینگ^۸، ۲۰۰۶)، توانایی درک موقعیت‌های عاطفی و شناختی دیگران (دادس^۹ و همکاران، ۲۰۰۸)، احساسات همخوانی با موقعیت شخص دیگری (هافن^{۱۰}، ۲۰۰۰)، تجربه هیجانانگیز مشابه با دیگران و سهیم شدن در حالت‌های هیجانی دیگران (جینی، آلبیرو، بنلی و آلتو^{۱۱}، ۲۰۰۷) و هیجان مشاهده‌ای دیگر محور (لابلی، کارلو و روسچ^{۱۲}، ۲۰۰۴) مفهوم سازی کرده‌اند.

تنوع و اهمیت تأثیرات همدلی، پژوهشگران مختلف را بر آن داشته تا نسبت به بررسی این سازه و فرایند تحول آن در کودکان اقدام نمایند. بررسی روند تحوّل همدلی در کودکان می‌تواند زمینه‌ساز

1. Michael & Crowley
2. Empathy
3. Ambrosui, Oliver & Besche
4. Decety
5. Passingham & Wise
6. Theodore Lippi
7. Ickes
8. Muncer & Ling
9. Dadds & et al
10. Muncer & Ling
11. Gini & et al
12. Laible, Carlo & Roesch

شناسایی کمبودهای احتمالی در تحوّل همدلی و تدارک برنامه‌های لازم جهت ارتقای این سازه در کودکان شود (دادس و همکاران، ۲۰۰۸). در این راستا مشخص شده است که همدلی به موازات سن تغییر می‌یابد. به عبارت دیگر کودکان بزرگ‌تر در مقایسه با کودکان کوچک‌تر به سطوح بالاتری از همدلی دست می‌یابند، علاوه بر این مشخص شده است که دختران نسبت به پسران از سطوح بالاتری از همدلی برخوردارند (لابلی و همکاران، ۲۰۰۴). از سوی دیگر نتایج تحقیقات مؤید این است که فرایند تحول همدلی در همه کودکان به صورت یکسان اتفاق نمی‌افتد و برخی از کودکان نسبت به سایرین به سطوح بالاتری از همدلی دست می‌یابند. برای مثال مشخص شده است که کودکان پرخاشگر در قیاس با کودکان غیر پرخاشگر به سطوح پایین‌تری از همدلی دست می‌یابند. در این میان پرخاشگری از جمله اختلالات درونی‌سازی است که رابطه‌اش با همدلی توسط محققان بررسی شده است.

از سوی دیگر پژوهش‌ها ثابت کرده‌اند که بین سطح تحول همدلی کودکان با اختلالات برونی‌سازی و درونی‌سازی رابطه وجود دارد و کودکانی که همدلی بالاتری دارند، جامعه پذیرتر بوده (لابلی و همکاران، ۲۰۰۴) و کودکانی که همدلی پایین‌تری دارند، رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری در آن‌ها بالاتر (آمبوروسو و همکاران، ۲۰۰۹)، رفتارهای قلدرمابانه به ویژه در پسران بیشتر (جولیفی و فارینگتون^۱، ۲۰۰۱) و جامعه‌ستیزی بیشتری (وید، وید و بوگستل^۲، ۲۰۱۰) دارند.

برگین و جاسپر^۳ (۱۹۶۹) نشان دادند ارتباط معکوس بین اضطراب و همدلی وجود دارد. برای مثال سطوح سطوح بالای اضطراب خود گزارش شده با سطوح پایین همدلی همراه است. اما برخی مطالعات در نشان دادن ارتباط بین اضطراب و همدلی موفق نبوده‌اند (هایز و گلس^۴، ۱۹۹۱) و در برخی ارتباط بین اضطراب اضطراب القایی با کاهش همدلی مشخص شده است (باردلی، مولدر و لانگ^۵، ۲۰۰۵).

دادس و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان و همچنین تحول همدلی ۲۶۱۲ کودک سنین ۴ تا ۱۶ سال پرداختند. در این پژوهش سه گروه سنی ۳-۶، ۷-۱۱ و ۱۲-۱۶ سال وجود داشتند. نتایج پژوهش نشان داد که مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. همچنین مشخص شد که با افزایش سن، میزان همدلی افزایش می‌یابد و نمرات دختران در مقیاس همدلی بیشتر از پسران است.

دوریزه (۱۳۸۳) نیز نشان داد که بین همدلی مادران و دختران رابطه وجود دارد. همچنین بین همدلی مادران و اختلالات رفتاری دختران در شمال و جنوب شهر تهران به جزء اختلالات یادگیری تفاوت معنی‌داری دیده نشد. دوریزه (۱۳۸۲) در پژوهشی که با عنوان «بررسی رابطه‌ی همدلی مادران و دختران

-
1. Jolliffe & Farrington
 2. Wied, Wied & Bostel
 3. Bergin & Jasper
 4. Hayes & Gelso
 5. Bradley, Moulder & Loung

دانش آموز دبیرستانی و اختلالات رفتاری دختران شهر تهران» انجام داد، تعداد ۴۴۱ دانش آموز از نواحی آموزشی شهر تهران ۳۲۳ دانش آموز از دبیرستان‌های دولتی و ۱۱۸ دانش آموز از دبیرستان‌های غیرانتفاعی بررسی نمود. نتایج نشان داد بین همدلی مادران و دختران رابطه وجود دارد. هم چنین همدلی مادران و دختران با اختلالات رفتاری دختران رابطه دارد. بین همدلی مادران و دختران و اختلالات رفتاری دختران در شمال و جنوب شهر تهران به جز اختلال یادگیری تفاوت معنی‌دار دیده نشد. هم چنین بین همدلی مادران و دختران در مدارس دولتی و غیرانتفاعی تفاوت معنی‌دار دیده نشد.

از اهمیت این پژوهش می‌توان به روزآمد بودن و نوآوری آن اشاره نمود؛ چرا که بر اساس بررسی‌های انجام شده به نظر می‌رسد که این پژوهش اولین پژوهش مدون در خصوص بررسی روند تحول همدلی در کودکان ایرانی باشد. علاوه بر این، پیش‌بینی می‌شود که به مدد نتایج حاصل از این پژوهش بتوان کمبودها و خلاءهای موجود در روند تحول همدلی در کودکان ایرانی را شناسایی و نسبت به رفع آن و زمینه‌سازی جهت تحول بهتر این سازه در نزد این کودکان اقدام نمود؛ زیرا که براساس نتایج تحقیقات، می‌توان از طریق تعیین زودهنگام سطوح همدلی کودکان و تدارک برنامه‌های آموزشی برای کودکان و والدین آن‌ها، به ارتقای سطح همدلی در کودکان کمک نمود.

از سوی دیگر فقدان و یا حداقل کمبود داده در رابطه با ارتباط بین همدلی کودکان با اختلالات برونی‌سازی و درونی‌سازی در دوران کودکی مواجه هستیم؛ تا آنجا که بررسی‌های محقق نشان داده است که می‌توان گفت هیچ پژوهشی در ایران در این ارتباط صورت نگرفته، چنانچه این ارتباط اثبات شود؛ اطلاعات مهمی در زمینه بهداشت روانی کودکان فراهم می‌شود؛ زیرا می‌توان با برپایی جلسات مشاوره و آموزش‌های پیشگیرانه والدین - کودک زمینه تحول همدلی مناسب در هر سن را در کودکان فراهم نمود تا بدین ترتیب بتوان مانع رشد بسیاری از اختلالات به ویژه اختلالات درونی‌سازی در دوران کودکی و نوجوانی گردید.

همچنین در این راستا می‌توان پژوهش حاضر را به لحاظ ابعاد فردی، اجتماعی، آموزشی و برنامه‌ریزی حائز اهمیت دانست. از سویی در بعد فردی شناسایی و تشخیص زود هنگام اختلالات درونی‌سازی دانش‌آموزان در پیش‌گیری از مسائل و مشکلات آتی ناشی از این اختلالات مؤثر است. بنابراین با توجه به مباحث بالا، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلالات درونی‌سازی ۵ تا ۱۱ سال بود.

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

طرح این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود و همچنین از آنجا که در این طرح تغییرات تحولی در ۵ گروه سنی مورد بررسی قرار گرفته است؛ یعنی چندین گروه سنی بطور همزمان از لحاظ تغییرات تحولی بررسی شده‌اند، یک طرح مقطعی برای یک تحقیق تحولی محسوب می‌شود.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان سنین ۵ تا ۱۱ سال شهرستان تبریز می‌باشند که از مهدکودک‌ها، مراکز پیش‌دبستانی و دبستان‌های شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند. نمونه آماری از مراکز فوق‌الذکر بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از مناطق پنج‌گانه آموزش و پرورش انتخاب شدند. در انتخاب نمونه، از بین دختران و پسران به نسبت برابر انتخاب صورت گرفت. بر این اساس، پنج گروه سنی شامل؛ گروه سنی ۵ سال، گروه سنی ۶ سال، گروه سنی ۷ سال، گروه سنی ۹ سال و گروه سنی ۱۱ سال انتخاب شدند. در انتخاب حجم نمونه برای هر گروه سنی ۳۰ نفر (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) منظور شد. براین اساس با توجه به وجود ۵ گروه سنی، حجم نهایی نمونه ۱۵۰ نفر شد که با توجه به حداقل حجم گروه نمونه برای تحقیقات توصیفی که ۱۰۰ نفر می‌باشد، می‌توان انتظار داشت که حجم نمونه از کفایت لازم برخوردار خواهد بود.

ابزار سنجش

الف: پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو^۲، بر اساس طبقه بندی DSM-III به منظور غربال اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان سنین ۱۲-۵ سال طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ همزمان با چاپ چهارم DSM-IV مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است و در یک مقیاس ۴ امتیازی؛ هرگز، برخی اوقات، اغلب و بیشتر اوقات، نمره‌گذاری می‌شود. فرم والدین دارای ۹۷ سؤال است که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم دارای ۸۷ سؤال است که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است (محمداسماعیل، ۱۳۸۳).

پرسشنامه CSI-4 از محدود مقیاس‌هایی است که دارای ویژگی‌هایی همچون سادگی امر و سهولت اجرا است. این آزمون این امکان را فراهم می‌سازد که با کسب اطلاعات مفیدی در زمینه‌ی نوع و شدت نشانه‌های مرضی رفتاری- خلقی و شناختی کودکان و نوجوانان دارای مسائل رفتاری و هیجانی منابع اطلاعاتی کافی بدست آید. همچنین دو شیوه نمره گذاری برای CSI-4 طراحی شده است: ۱- شیوه نمره برش غربال کننده؛ ۲- شیوه نمره گذاری براساس شدت نشانه‌های مرضی.

1. Children Symptom Inventory
2- Sprafkin & Gadow

شیوه نمره برش غربال کننده که در اکثر پژوهش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد، در یک مقیاس ۴ امتیازی هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب=۲، بیشتر اوقات=۳، نمره گذاری می‌شود و نمره برش غربال کننده در اکثر اختلال‌ها از حاصل جمع تعداد سؤال‌هایی که به عنوان اغلب یا بیشتر اوقات پاسخ داده شده، بدست می‌آید.

این پرسشنامه در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، روایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در مطالعه‌ای که بر روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. مطالعات دیگری نیز همین ۳ اختلال را در فرم معلم مورد بررسی قرار دادند که حساسیت آن را برای اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال لجبازی- نافرمانی، ۰/۶۲، ۰/۵۱، ۰/۵۸ و ویژگی آن را نیز به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۹۱ تعیین نمودند (هاشمی نصرت‌آبادی، محمودعلیلو، رستمی و همکاران، ۱۳۸۹). در مطالعه دیگری که توسط اسپیرافکین و گادو (۱۹۹۴) بر روی فرم SLUG (CSI-3R) انجام شد، اعتبار پرسشنامه برای ۳۶ کودک دارای اختلال هیجانی به روش اجرای مجدد تست و با فاصله زمانی ۶ هفته به ترتیب برای اختلال ADD با و بدون بیش‌فعالی، اختلال لجبازی، اختلال سلوک و بدون پرخاشگری از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش شد. علاوه بر اعتبار، در بررسی‌هایی که در مورد روایی همگرایی فرم معلم SLUG انجام گرفت، دامنه همبستگی‌ها بین خرده مقیاس پرخاشگری مقیاس درجه بندی کانرز LOWA و نمره‌های شدت نشانه‌های مرضی اختلال لجبازی- نافرمانی، اختلال سلوک با و بدون پرخاشگری از ۰/۳۲ تا ۰/۳۹ گزارش شد (محمدزاده و نجفی، ۱۳۸۸).

ب: مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان: فرم درجه بندی والدین

این مقیاس یک مقیاس عینی مشتمل بر ۲۳ سؤال می‌باشد که در یک طیف ۹ درجه‌ای لیکرت بصورت کاملاً مخالفم ۴- تا کاملاً موافقم ۴+ نمره گذاری می‌شود. این مقیاس بر اساس شاخص همدلی برایانت انطباق‌سازی شده است و تنها مقیاسی است که قادر است همدلی کودکان سنین ۴ تا ۱۶ سال را ارزیابی نماید. روایی و پایایی مقیاس مزبور در پژوهش دادس و همکاران (۲۰۰۸) احراز شده است. دادس و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی روایی مقیاس، از روش‌های روایی همگرا و تحلیل عوامل استفاده کردند. نتایج روایی همگرا حکایت از روایی همگرایی مطلوب مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان: فرم درجه بندی والدین با «شاخص همدلی برایانت» داشت ($r=0/41$ ، $p \leq 0/01$). علاوه بر این، نتایج تحلیل عوامل مقیاس نشان داد که مقیاس شامل دو عامل شناختی و عاطفی می‌باشد. به منظور بررسی پایایی مقیاس نیز از روش همسانی درونی استفاده شد که بر این اساس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۸۱ برآورد گردید. در این راستا روایی مقیاس با روش‌های صوری و تحلیل عوامل بررسی شد. نتایج تحلیل عوامل نشان داد که مقیاس از دو عامل شناختی و عاطفی اشباع شده است. همچنین پایایی

مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس های همدلی شناختی و عاطفی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین برای تجزیه تحلیل داده‌های از روش‌های آماری توصیفی و روش تحلیل واریانس و توکی استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص های آماری آزمودنی‌ها را در نمره های همدلی و اختلالات درونی‌سازی نشان می‌دهد.

جدول ۱- شاخص‌های آماری متغیرهای همدلی اختلالات درونی‌سازی

شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	میانه	حداقل نمره	حداکثر نمره
همدلی	۴۱/۵۶	۱۱/۵۲	۴۱	۱۹	۶۷
اختلالات درونی‌سازی	۸/۱۴	۲/۸۸	۸	۳	۱۳

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اختلالات درونی‌سازی در سن و جنس

سن	جنسیت	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
۵ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۳/۹۳	۰/۸۸
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۲/۰	۱/۰
۶ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۵/۰	۰/۹۲
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۳	۱
۷ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۷	۰/۹۲
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۵	۱
۹ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۸/۰۶	۰/۹۶
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۶	۱
۱۱ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۸/۹۳	۰/۸۸
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۸/۴۰	۰/۸۲

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین اختلالات درونی‌سازی در دختران ۵، ۶، ۷، ۹ و ۱۱ ساله نسبت به پسران ۵ تمام‌سنین بیشتر است. یعنی میانگین اختلالات درونی‌سازی در دختران در تمامی‌سنین بیشتر از پسران است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در نمره همدلی بر حسب سن

سن	تعداد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد
۵	۳۰	۲۸/۵۳	۳۴/۷۲	۳۱/۶۳	۷/۲۳
۶	۳۰	۳۱/۴۳	۳۷/۶۲	۳۴/۵۳	۹/۸۸
۷	۳۰	۳۹/۲۷	۴۵/۴۶	۴۲/۳۶	۷/۶۵
۹	۳۰	۴۳/۰۷	۴۹/۲۶	۴۶/۱۶	۹/۱۱
۱۱	۳۰	۵۰/۰۳	۵۶/۲۲	۵۳/۱۳	۸/۷۲
کل	۳۰	-	-	۴۱/۵۶	۱۱/۵۲

نتایج جدول ۳ به خوبی بیانگر روند تحول همدلی در آزمودنی‌ها است. چنانچه مشاهده می‌شود در گروه‌های مذکور؛ گروه سنی ۱۱ سال بهترین عملکرد را در همدلی، داشته‌اند و گروه سنی ۵ سال به لحاظ همدلی در پایین‌ترین مرتبه قرار دارند. در واقع روند تحول همدلی در گروه‌های سنی مختلف صعودی است یعنی آنکه با افزایش سن عملکرد آزمودنی‌ها بهتر می‌شود و آزمودنی‌ها به سطوح بالاتر همدلی می‌رسند. به طور کلی ملاحظه می‌شود پایین‌ترین میانگین همدلی ($M=31/63$) متعلق به ۵ ساله‌ها می‌باشد و بالاترین میزان همدلی ($M=53/13$) متعلق به گروه سنی ۱۱ ساله می‌شود و این افزایش صعودی بین سنین ۵ و ۶ سه نمره بین سنین ۶ و ۷ هشت نمره، بین سنین ۷ و ۹ چهار نمره و بین سنین ۹ و ۱۱ شش نمره می‌باشد. یعنی بیشترین افزایش همدلی بین سنین ۷ و ۹ و ۶ سال و سپس ۱۱ و ۹ سال رخ داده است.

در راستای تحلیل داده‌های مربوط به این که تحول همدلی در کودکان ۵ تا ۱۱ سال متفاوت است، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ و ۵ درج شده است.

۴- نتایج تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی تاثیر سن بر همدلی

منابع واریانس	SS	df	MS	F	Sig
بین گروهی	۹۱/۸	۴	۲۲/۹		
درون گروهی	۱۰/۰۳	۱۴۵	۷۳/۵۵	۳۰/۹۷	۰/۰۰۰
کل	۱۹/۸۳	۱۴۹			

جدول ۵- آزمون پیگیری توکی برای مقایسه تحول همدلی در گروه های سنی ۵، ۶، ۷، ۹ و ۱۱ سال

سن (I)	سن (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری
۵ ساله ها	۶ سال	-۲/۹۰	۲/۲۱	۰/۶۸
	۷ سال	-۱۰/۷۳*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۹ سال	-۱۴/۵۳*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۱۱ سال	-۲۱/۵۰*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
۶ ساله ها	۵ سال	۲/۹۰	۲/۲۱	۰/۶۸
	۷ سال	-۷/۸۳*	۲/۲۱	۰/۰۰۵
	۹ سال	-۱۱/۶۳*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۱۱ سال	-۱۸/۶۰*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
۷ ساله ها	۵ سال	-۱۰/۷۳*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۶ سال	-۷/۸۳*	۲/۲۱	۰/۰۰۵
	۹ سال	-۳/۸۰	۲/۲۱	۰/۴۲۷
	۱۱ سال	-۱۰/۷۶*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
۹ ساله ها	۵ سال	۱۴/۵۳*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۶ سال	۱۱/۶۳*	۲/۲۱	۰/۴۲۷
	۷ سال	۳/۸۰	۲/۲۱	۰/۰۱۷
	۱۱ سال	-۶/۹۶*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
۱۱ ساله ها	۵ سال	۲۱/۵۰*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۶ سال	۱۸/۶۰*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۷ سال	۱۰/۷۶*	۲/۲۱	۰/۰۰۰
	۹ سال	۶/۹۶*	۲/۲۱	۰/۰۱۷

مندرجات جدول ۵ نشان می دهد بین گروه های سنی مختلف از لحاظ متغیر همدلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = 30/97$ و $P < 0/0001$) و آزمون توکی نیز نشان داد که این تفاوت ها بین گروه سنی ۵ و ۶ ساله با گروه های سنی ۷، ۹ و ۱۱ سال و همچنین گروه های سنی ۷ و ۹ با گروه سنی ۱۱ سال می باشد و بین گروه های سنی ۵ با ۶ و گروه های سنی ۷ با ۹ ساله تفاوت معنی داری از لحاظ نمره همدلی مشاهده نگردید.

همچنین در راستای تحلیل داده های مربوط به این که تحول همدلی در کودکان ۵ تا ۱۱ سال متفاوت است، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج در جدول ۶ درج شده است.

۶- نتایج تحلیل واریانس شدت اختلالات درونی سازی در کودکان سنین ۵ تا ۱۱ سال

منابع واریانس	SS	df	MS	F	Sig	شبهه
بین گروهی	۶۳/۷	۴	۱۵۷/۶			تفاوت معنی دار گروه ۵ و ۶ با ۷ و ۹ و ۱۱ ساله
درون گروهی	۲۴/۶۰	۱۴۵	۱/۷۰	۹۲/۷۱	۰/۰۰۰	تفاوت معنی دار گروه ۷ و ۹ و ۱۱ ساله
کل	۸۷/۳۳	۱۴۹				

نتایج جدول فوق بیانگر آن است که در اختلالات درونی سازی، تفاوت‌های معنی داری بین گروه‌های سنی مختلف وجود دارد ($F=92/71$ و $P<0/001$) و آزمون شفه نیز نشان داد که این تفاوت‌ها بین گروه سن ۵ و ۶ سال با گروه‌های سنی ۷، ۹ و ۱۱ سال و همچنین گروه‌های سنی ۷ و ۹ با گروه سنی ۱۱ سال می باشد و بین گروه‌های سنی ۵ با ۶ و گروه‌های سنی ۷ با ۹ تفاوت معنی داری از لحاظ نمره اختلالات درونی سازی مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

نخستین یافته پژوهش نشان داد که کودکان سنین ۱۱-۵ سال از لحاظ تحول همدلی متفاوت هستند. بطوری که آزمون‌های پی‌گیری حاکی از آن بود که این تفاوت‌ها بین دو گروه سنی ۵ و ۶ سال با گروه سنی ۷، ۹ و ۱۱ سال و همچنین بین گروه سنی ۷ و ۹ سال با گروه سنی ۱۱ سال می‌باشد به عبارت دیگر بین گروه‌های سنی نزدیک به هم مانند سنین ۵ با ۶ سال و ۷ با ۹ سال از لحاظ همدلی تفاوت معنی دار آماری وجود ندارد. برطبق نتایج به دست آمده از آمار توصیفی پایین‌ترین نمره همدلی متعلق به ۵ ساله‌ها و بالاترین آن متعلق به ۱۱ ساله‌ها می‌باشد. نقطه اوج افزایش همدلی در گذار از سنین ۶ سال به ۷ و از ۹ سال به ۱۱ سال می‌باشد. چراکه بالاترین تفاوت نمره بین همدلی را در این دو گروه سنی می‌توان مشاهده کرد.

این یافته‌ها با یافته‌های دوندی، سیمون و کالتران^۱ (۱۹۹۹)، دسی تی و هودگس^۲ (۲۰۰۴)، دسی تی و جکسون^۳ (۲۰۰۴) بار^۴ (۲۰۰۶) بارایانت^۴ (۱۹۸۲) همسو می‌باشد. در واقع همدلی به موازات سن تغییر می‌یابد یعنی کودکان بزرگ‌تر در قیاس با کودکان کوچک‌تر به سطوح بالاتری از همدلی دست می‌یابند (دادس و همکاران، ۲۰۰۸).

برخی از نظریه‌پردازان این حیطة معتقدند که نشانه‌هایی از همدلی خفیف را از دوران نوزادی می‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر برخی از جنبه‌های همدلی ممکن است قبل از تحول نظریه ذهن در کودک نمایان شود. مثلاً دوندی، سیمون و کالتران (۱۹۹۹) گریه واکنش نوزادان در پاسخ به گریه سایر نوزادان

1. Dondi, Simion & Caltran
2. Jackson
3. Barr
4. Bryant

را آغاز پاسخ همدلانه می‌دانند اما هافمن (۱۹۹۹) آن را ناشی از برخی ساز و کارهای آزادکننده درونی می‌داند و آن مرتبط با همدلی و یا یادگیری، کافی می‌داند. هافمن (۲۰۰۰) که مطالعات گسترده‌ای روی تحول همدلی انجام داده است که کودکان تحول همدلی را در طی چند مرحله طی می‌کنند ابتدا وارد پریشانی همدلانه شبه خود محورانه می‌شوند یعنی در اوایل سال دوم زندگی متوجه ناراحتی دیگران می‌شوند و سعی در تسکین آن دارند. زان-واکسلر و لادک-یارو^۱ (۱۹۸۲) دریافتند که نوباوگان ۱۴ - ۱۰ ماهه در مواجهه با پریشانی دیگران گریه می‌کنند، به تدریج آن‌ها با روش‌های خودشان را تسکین می‌دهند و سعی می‌کنند تا با شیوه‌های مورد نظر خود به دیگران کمک کنند. سپس در اواسط سال دوم وارد مرحله پریشانی همدلانه واقعی می‌شوند یعنی نسبت به حالت‌های درونی دیگران جدا از خود آگاهی پیدا می‌کنند و این باعث همدلی دقیق‌تر و کمک موثرتر می‌شود.

شاید بتوان افزایش همدلی از ۶ سال به ۷ سالگی و از ۹ سال به ۱۱ سالگی را به تحولات شناختی، اخلاقی و هیجانی مهمی که در گذار از سنین پیش دبستانی به سنین دبستانی و از سنین دبستانی به نوجوانی رخ می‌دهد نسبت داد. به نظر می‌رسد که کودکان در حول و حوش ۶ سالگی تحول عمیقی در حوزه‌های مختلف به دست می‌آورند، در حوزه شناختی وارد هوش منطقی می‌شوند و تفکر عملیات منطقی به دست می‌آورند که خود این مسئله تغییرات گسترده و موازی را در زمینه اخلاقی که منجر به اخلاق دیگر پیروی، همکاری و تعاونی با دیگران و در بعد هیجانی منجر به افزایش خودکنترلی و خود تنظیمی هیجانی در بعد شناخت اجتماعی رشد تفکر زنجیره‌ای و در نظر گرفتن باورها، عقاید، احساسات بیش از دو نفر نسبت به هم می‌شود (برایانت، ۱۹۸۲).

دومین یافته پژوهش حاضر حاکی از آن بود که کودکان ۱۱-۵ ساله از لحاظ شدت اختلالات درونی‌سازی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. نتایج آزمون پی‌گیری نشان داد که این تفاوت بین گروه سنی ۵ و ۶ سال با گروه‌های سنی ۷ و ۹ و ۱۱ سال و گروه سنی ۷ و ۹ سال با گروه سنی ۱۱ ساله می‌باشد. به طوری که هر چه بر سنین آزمودنی‌ها افزوده شده بر میزان اختلالات درونی‌سازی نیز افزوده شده است. میانگین‌ها نشان می‌دهند که پایین‌ترین شدت اختلالات درونی‌سازی متعلق به سنین ۵ و ۶ و بالاترین شدت اختلالات درونی‌سازی متعلق به ۱۱ ساله‌هاست.

این تفاوت گروه‌های سنی مختلف کودکان در انواع اختلالات درونی‌سازی در آمارها مشخص شده است، به طوری که مشخص شده سن شروع اغلب اختلالات اضطرابی که جزو دسته‌ی بزرگی از اختلالات درونی‌سازی هستند بین سنین ۱۲-۱۰ سالگی است. البته تفاوت‌هایی در بین زیر گروه‌های آن مشاهده می‌شود مثلاً محققان دریافته‌اند که اختلال اضطراب جدایی در گروه سنی ۷ سال شایع‌تر است. در حالی که فوبیای اجتماعی بیشتر در بین نوجوانان (اسپنس^۲، ۱۹۹۸).

1. Zahn-Waxler & Radke-Yarrow

2. Spence

مشاهدات بالینی گویای این نکته‌اند که معمولاً اضطراب تعمیم یافته به تنهایی در کودکان سیزده ساله و بزرگ‌تر دیده می‌شود (دادستان، ۱۳۸۶). بحران‌ها اضطرابی نیز اکثراً در دوره نوجوانی به بعد رخ می‌دهند (منبع قبلی) فراوانی مدرسه هراسی نیز به نظر می‌رسد که هنگام ورود به مدرسه (در حدود ۷ سالگی) و سپس در حدود پیش‌نوجوانی و نوجوانی بیشتر است. از سوی دیگر اختلال وسواسی-بی‌اختیاری معمولاً در نوجوانی یا نخستین سال‌های جوانی آغاز می‌شود اگرچه امکان بروز آن در خلال کودکی نیز وجود دارد. کانر این نکته را تأیید می‌کند که بندرت کودکان قبل از سنین چهارده تا پانزده سالگی را به علت وجود وسواس - بی‌اختیاری به مراکز درمان‌گری ارجاع می‌دهند.

یکی از تبیین‌های احتمالی برای افزایش اختلالات درونی‌سازی در سنین بالاتر کودکی به تجارب قبلی و حوادثی که در طی زندگی برای کودک رخ می‌دهد مرتبط است که در نهایت می‌تواند منجر به این دسته اختلالات شود. این موضع‌گیری براین فرض مبتنی است که بروز اختلالات درونی‌سازی از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی مستلزم پاره‌ای از موقعیت‌های زندگی است. بدین معنا که تراکم رویدادهای منفی یا سرخوردگی‌ها موجب افزایش بدبینی پاره‌ای از افراد نسبت به جهان و احساس ناامنی و ترس از خطرات قریب‌الوقوع می‌شود. و در نهایت آن‌ها را دچار انواع اختلالات درونی‌سازی می‌کند. در حالی که فقدان چنین تجربه‌هایی در کودکان کم سن و خردسال عملاً مانع بروز اختلالات درونی‌سازی به صورت نوجوانانه و بزرگسالانه‌ی آن می‌شود (هافمن، ۲۰۰۰).

کودکان نسبت به نوجوانان و بزرگسالان به خاطر سن کمی که دارند هنوز با تعداد زیادی حوادث ناگوار و یا خطرزا کمتر مواجه شده‌اند در نتیجه عدم کثرت رویدادهای منفی این که احساس خطر و ناامنی را در آن‌ها گسترش دهد یا احساس شکست و ناکامی و احساس درماندگی و استیصال را در آن‌ها ایجاد کند، موجب می‌شود که احتمال مواجه شدن با اختلالات درونی‌سازی شدید را در سنین پایین کاهش می‌دهد و این نسبت به مرور زمان با افزایش سن و در نتیجه افزایش چنین تجارب دردناک و آسیب‌زایی بیشتر می‌شود (دادستان، ۱۳۸۶).

با توجه به که این پژوهش بر روی گروه سنی ۱۱-۵ سال اجرا شده و وضعیت همدلی را در قبل از ۵ سالگی و بعد از ۱۱ سالگی مورد بررسی قرار نداده است؛ بنابراین در تعمیم نتایج کمال احتیاط می‌بایست صورت گیرد. همچنین در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از روش گزارش‌دهی والدین در مورد فرزندانشان استفاده شده که ممکن است مسئله سوگیری نتایج را مطرح سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی داده را از طریق فرم مربی نیز بدست آورد و نتایج آن با داده‌های بدست آمده از فرم والدین مقایسه شود. همچنین از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مانند مشاهده، مصاحبه با خود کودکان استفاده شود. از سوی دیگر این پژوهش یک طرح مقطعی در حیطه طرح‌های تحولی است و در مقایسه نتایج آن با طرح‌های طولی می‌بایست احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود با یک سرمایه‌گذاری انسانی و مالی

بیشتر یک طرح طولی به منظور بررسی تحول همدلی از ۱۱-۵ سالگی به مدت ۶ سال اجرا و نتایج آن با طرح فعلی مقایسه شود تا بدین ترتیب تمام متغیرهایی که در طول این ۶ سال احتمالاً در تحول همدلی مؤثر خواهد بود در نظر گرفته شود. از طرفی نیز پیشنهاد می‌شود کارکنان مدارس راهنمایی و دبیرستان‌ها در مورد نقش دانش‌آموزان در برقراری تعامل‌های مثبت یا منفی با همسالان بحث کنند و والدین آن‌ها برنامه‌های جامع پیشگیرانه‌ای در حوزه آموزش همدلی و آموزش درک دیدگاه دیگران و دیدگاه‌گیری و دیدن مسائل و مشکلات از دریچه چشم دیگران که خود موجب افزایش سطح تحول اخلاقی آنها نیز می‌شود برگزار نمایند.

منابع

- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۱). بهداشت روانی در قرن بیست و یکم و چالش‌های پیشرو، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۳۲(۱): ۱۸۱-۱۹۹.
- شکوهی یکتا، محسن؛ پرند، اکرم. (۱۳۸۴). *اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان*. انتشارات تیمورزاده. تهران.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۶). *روانشناسی مرضی کودک*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- درویزه، زهرا. (۱۳۸۳). بررسی رابطه همدلی مادران و دختران دانش‌آموزان دبیرستانی و اختلالات رفتاری دختران شهر تهران. *مجله مطالعات زنان*. ۱(۳): ۲۹-۵۸.
- کاکاوند، علیرضا. (۱۳۸۵). *روانشناسی مرضی کودک*. نشر ویرایش. تهران.
- کندال، فلیپسی (۱۳۸۴). *روانشناسی مرضی کودک*. اختلالات دوران کودکی. ترجمه بهمن داوودی، ایران. تهران: انتشارات رشد.
- گنجی، حمزه. (۱۳۷۶). *بهداشت روانی*، انتشارات ارسباران، تهران.
- محمدزاده علی، نجفی محمود. (۱۳۸۸). نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلالات نارسایی توجه در کودکان دبستانی. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۴(۱): ۵۹-۶۶.
- میلانی‌فر، بهروز. (۱۳۷۴). *روانشناسی کودکان استثنایی*، انتشارات قومس، چاپ پنجم، تهران.
- هاشمی نصرت آباد، تورج؛ محمودعلیلو، مجید، رستمی، غلام؛ نعمتی، حسین علی؛ سوگلی تپه فاطمه. (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای اجرایی سازمان بندی مجدد اندیشه در زیر مجموعه‌های اختلال فزون کنشی / نارسایی توجه بر اساس مدل بارکلی. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۲(۳۹): ۱-۳۵.
- محمداسماعیل، الهه. (۱۳۸۳). *بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی دانش‌آموزان ۶ تا ۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران*. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.

- Ambrosui, F. D. Oliver, M. D. Besche, V. (2009). The basic empathy scale: A french validation of a measure of empathy in youth. *Personality and Individual Differences* 46: 160-165.
- Bradley, M. M., Moulder, B., & Lang, P. J. (2005). When good things go bad: The reflex physiology of defense. *Psychological Science*, 16, 468-473.
- Barr, R. (2006). Developing social understanding in a social context. In K. McCartney & D. Phillips (Eds). *Blackwell Handbook of Early Child Development*, (pp188-207). Malden, MA: Blackwell.
- Bryant, B. (1982). An Index of Empathy for Children and Adolescents, *Child Development*, 53, 413-425.
- Bergin, J., & Jasper, L. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 477-481.
- Dadds, M. R., Hunter, K., Hawes, D., Frost, A.J., Vassallo, S., Bunn, P., Merz, S. & El Masry, Y. (2008). Measurement of empathy in children using parental ratings. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(2), 111-122.
- Dondi M, Simion F and Caltran, G. (1999). Can newborns discriminate between their own cry and the cry of another newborn infant? *Developmental Psychology*. 35:418-426.
- Decety, J., Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavior Cognitive Neuroscience Science Reviews*. 3(2): 71- 100.
- Decety, J., & Hodges, S. D. (2004). The social neuroscience of empathy. In P. A.M. Lange (Ed.), *Bridging social psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ickes, W. (1993). Empathic accuracy. *Journal of Personality*, 61, 587-610.
- Gadow, K. D., & Sparfkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories Manual*. Stony Brook, New York: Checkmate Plus.
- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoe, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggressive Behavior*, 33, 467-476.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on counter transference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 284-290.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Jolliffe, D. and Farrington, D. P. (2011) Is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables? *Journal of Adolescence*, 34, 59-71.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviors. *Journal of Adolescence*, 27, 703-716.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.
- Muncer, S. J., & Ling, J. (2006). Psychometric analysis of the empathy quotient (EQ) scale. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1111-1119.
- Pandina, R. (1998). *Risk and protective factor models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention*. Paper presented in National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, NIH Pub. No. 98-4293, 17-26.
- Passingham, R.E., Wise, S.P. (2012). *The Neurobiology of Prefrontal Cortex*. Oxford University Press, Oxford.

- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Wied, M., Gispens-dewied, C., Boxtel A. (2010). Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *Eur Journal Pharmacol*, 626(1): 97-103.
- Zahn-Waxler, C. & Radke-Yarrow, and M. (1982). The development of altruism: Alternative research strategies. In: *The development of prosocially behavior*, ed. N. Eisenberg. Academic Press.

