

تأثیر آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان

علی‌رضا شاه‌حسینی‌نیا^۱، آتوسا کلانتر هرمزی^۲، کیومرث فرح‌بخش^۳

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۸/۲۲

هدف: این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان پسر پایه ششم ابتدایی جنوب غرب استان تهران انجام گرفت. روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه ششم ابتدایی شهرستان شهریار که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در مدارس مشغول به تحصیل بوده‌اند با روش نمونه‌گیری تصادفی، انتخاب و در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. به منظور انتخاب اعضای هر دو گروه از سیاهه رفتاری کودک (CBCL) استفاده شد. دانش‌آموزان گروه آزمایش تحت آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($a = 0/01$) کاهش معناداری یافته است اما در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشده است. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مؤثر است. چرا که قصه‌ها از جمله عوامل و محرک‌های جذاب و با اهمیت هستند و این توانایی را دارند که در آموزش مهارت‌ها و افزایش آگاهی‌های کودکان مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: همدلی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، قصه‌گویی.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، email: Alireza.shahhoseini63@yahoo.com.

۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی؛ email: at.kalantar@yahoo.com.

۳. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی، email: k.farahbakhsh@yahoo.com.

مقدمه

زندگی هر انسانی پراز فراز و نشیب است. هیچ روزی مانند روز قبل نیست و هر روز مسائل و موضوعات جدیدی در زندگی انسان رخ می‌دهد. هر چه سرعت تغییر و تحولات در جوامع افزایش می‌یابد و از شکل ساده و ابتدایی خود فاصله می‌گیرند و به سمت صنعتی شدن حرکت می‌کنند مسائل و مشکلات آنان نیز بیشتر خواهد شد. به دنبال این تغییر شیوه زندگی و تجددگرایی و همزمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی قابل تشخیص، در سال‌های اخیر نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودک به طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلالات روان‌شناختی تأکید می‌کنند. از آنجا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کنند، تشخیص هر چه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از مسائل پیشگیرانه بهداشت همگانی است (تیگز، ۲۰۱۰). پیش‌تر برخی از پژوهشگران بر این عقیده بوده‌اند که مشکلات کودکان ناشی از نارسایی‌های تحول است، که با گذشت زمان پشت سر گذاشته خواهد شد. واقعیت این است که اگر چه فرایند تحول و تغییرات سریع همراه آن نمی‌تواند فاقد ناپایداری رفتاری باشد، اما باید توجه داشت که بسیاری از کودکانی که در سال‌های نخستین کودکی واجد مشکلات عاطفی و رفتاری هستند نه تنها به سادگی از آن عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این امر تا پایان دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم پیدا کند (گیمپ و هالند^۲، ۲۰۰۲).

همه روزه در مدارس، دانش‌آموزانی مشاهده می‌شوند که به علت دعوا و رفتارهای پرخاشگرانه تنبیه می‌شوند و با عکس‌العمل اولیای مدارس مواجه می‌گردند. نوجوانان پرخاشگر معمولاً قدرت کنترل خود را ندارند و رسوم و اخلاق جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند را زیر پا می‌گذارند و در اغلب موارد والدین و اولیای مدارس با آن‌ها درگیری پیدا

1. Tiggs, P.L.

2. Gimpe, A. & Holland, L.

می‌کنند و حرکات آن‌ها گاهی به حدی باعث آزار و اذیت اطرافیان می‌شود که به اخراج آن‌ها از مدرسه می‌انجامد (صاحبی، ۱۳۹۳). براساس پذیرش این واقعیت که مشکلات عاطفی و رفتاری اغلب به طور طبیعی کاهش نخواهند یافت، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری میزان شیوع اختلالات دوران کودکی را موجب شده، که بین ۵ تا ۲۵ درصد برآورد شده است. این بررسی‌ها عمدتاً بر کودکانی متمرکز بوده که دارای اختلالات برون‌سازی^۱ شده بوده‌اند، این اختلالات با نشانه مهم پرخاشگری و همچنین آسیب به دیگران، تأثیر گسترده‌ای بر کودک، خانواده، معلمان و جامعه دارد (کریستیس، ۲۰۱۰^۲، به نقل از صفری، فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۱). از میان اختلالات برون‌سازی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)^۳ از مهم‌ترین اختلالات روانی است که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان دبستانی یا اوایل سن مدرسه، و در مرحله پیش از نوجوانی بروز می‌کند. اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می‌شود و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترهاست (سادوک و کاپلان^۴، ۲۰۰۵، ترجمه محمد اسماعیل، ۱۳۸۳). براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان پزشکی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (چالش‌گری) نوعی اختلال شایع روان پزشکی است که حداکثر تا اوایل نوجوانی با الگوی رفتاری مکرر منفی‌گرایانه، خصومت، خلق خشمگین، تحریک‌پذیری، رفتار جرو بحث جویانه و سرکشانه، کینه‌ورزی، بدجنسی و مردم‌آزاری مشخص می‌شود که دست کم باید شش ماه ادامه یابد. مشخصه اصلی این اختلال، عبارت است از سطوح بالای واکنش‌پذیری هیجانی و عدم تحمل ناکامی که معمولاً به مناقشات فراوان با والدین، معلمان و سایر افراد منجر می‌شود (گنجی، ۱۳۹۳).

پژوهش‌های مختلف بیان داشته‌اند که کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام

1. externalizing.

2. Christis.

3. oppositional defiant disorder.

4. Sadok, B. & Kaplan, S.

تقاضاهای بزرگترها هستند (اوهان و جانسون^۱، ۲۰۰۵). به علاوه در کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است قضاوت اخلاقی^۲ آسیب ببینند. مشکلات یاد شده موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده^۳ و حملات ناکامی می‌شوند، پیش‌آگهی اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده احتمالاً در معرض خطر رشد مشکلات دیگری چون اختلال سلوک، بیش‌فعالی-کمبود توجه، اختلالات یادگیری، بیش‌اضطرابی، مصرف مواد و الکلیسم و نیز اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات خلقی و رفتارهای بزهکارانه در دوران بلوغ و بزرگسالی قرار می‌گیرند (سادوک، بنیامین، سادوک و ویرجینیا^۴، ۲۰۰۴؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۸). همچنین آنان به احتمال زیاد در احساس همدلی، مشکل دارند و ممکن است تعاملات اجتماعی معمول را سوء تعبیر کنند و افراد را دشمن تلقی کرده و در پاسخ به آن‌ها به پرخاشگری متوسل شوند (دیموسکا^۵، ۲۰۱۲؛ به نقل از پرند و خانزاده، ۱۳۹۳).

شیوع و شدت آسیب‌های این اختلال در کودکان، مؤکد لزوم یافتن روش‌هایی جهت مداخله درمانی است. در سال‌های گذشته متخصصان بهداشت روانی برنامه‌های مختلفی برای پیشگیری از مشکلات روانی اجتماعی طراحی و اجرا کرده‌اند. به طور کلی این راهبردهای پیشگیرانه در دو دسته اساسی قرار می‌گیرند: راهبردهای متمرکز بر محیط و راهبردهای متمرکز بر فرد. راهبردهای متمرکز بر محیط سعی می‌کنند از طریق ایجاد تغییر در قوانین، هنجارها، رفع تبعیض و ایجاد فضای مثبت از بروز ناهنجاری‌های اجتماعی جلوگیری کنند. در مقابل راهبردهای متمرکز بر فرد تلاش می‌کنند از طریق افزایش توانایی مقابله‌ای افراد ظرفیت آنان را جهت مقابله با ناسازگاری‌ها، چالش‌ها و ناملازمات زندگی روزمره ارتقاء دهند. به عبارتی دیگر افراد را در

1. Ohan, J. L. & Johnston, C.

2. moral judgment.

3. depressed mood.

4. Benjamin, C. & Virginia, D.

5. Dimoska, D.

برابر مشکلات مصون سازی نمایند. یکی از بهترین و مؤثرترین رویکردهای متمرکز بر فرد، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی است. آموختن و به کارگیری این مهارت‌ها نقش مهمی در سلامت روان دارد زیرا فرد را قادر می‌سازد تا ارزش‌ها را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند و انگیزه لازم جهت انجام رفتار سالم را داشته باشد و انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران، پیشگیری از بیماریهای روانی و مشکلات بهداشتی رفتاری را افزایش می‌دهد. از مهم‌ترین این مهارت‌ها، مهارت همدلی است. (محمدخانی و موتابی، ۱۳۹۰).

توانایی همدلی یعنی این که بتوانیم زندگی دیگران را حتی زمانی که در آن شرایط قرار نداریم، درک کنیم. باعث می‌شود انسان‌های دیگر را وقتی با ما تفاوت دارند، بپذیریم و به آن‌ها احترام بگذاریم. آن‌ها که این مهارت را بیشتر می‌آموزند؛ به دیگران علاقمندند؛ افراد مختلف را تحمل می‌کنند؛ پرخاشگری کمتری دارند و دوست داشتنی‌ترند. همدلی روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد و به ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده و پذیرنده نسبت به انسان‌های دیگر منجر می‌شود (امامی نائینی، ۱۳۸۳). متخصصان علوم رفتاری بر این باورند که همدلی مهارتی است که می‌توان آن را پرورش داد. شواهد تجربی این نکته را آشکار کرده‌اند که همدلی در فرایند تحول و براساس تجربه‌های کودک آموخته می‌شود و انسان از رفتارها و واکنش‌های دیگران چگونگی انجام آن را می‌آموزد. در سال‌های پیش دبستانی، همدلی محرک مهمی در پدیدآیی رفتارهای نوع دوستانه به حساب می‌آید (فشفاخ و فشفاخ^۱، ۱۹۶۹، ایزنبرگ و فابس^۲، ۱۹۹۸، به نقل از بگیان کوله مرز، پژوهی‌نیا و رضازاده، ۱۳۹۲). براساس مهارت همدلی انسان‌ها قادر خواهند بود افکار و رفتار دیگران را آن گونه که هست، نه آن گونه که دوست دارند، درک کنند و متناسب با آن، عکس العمل نشان دهند (علوی‌گنابادی، ۱۳۸۹). در پژوهشی که استرایر و رابرتز^۳ (۲۰۰۶) بر روی کودکان ۵ ساله انجام دادند، گزارش کردند همدلی با خشم و پرخاشگری آن‌ها

1. Feshfach, N. & Feshfach, S.
2. Eisenberg, N. & Fabes, R. A.
3. Strayer, J. & Roberts, W.

همبستگی منفی دارد و در عین حال ارتباط قوی بین همدلی و فرایند اجتماعی شدن کودکان مشاهده کردند. همچنین آنان در تحقیقی دیگر نیز گزارش داده‌اند کودکانی که همدلی بالایی دارند، پرخاشگری کلامی و بدنی پائینی نشان می‌دهند. دیویس^۱ (۱۹۹۴) در نتیجه انجام پژوهشی گزارش کرد که بین ضعف در همدلی و نگرش‌های منفی و رفتارهای پرخاشگرانه ارتباط وجود دارد.

از آن جا که هدف کلی در آموزش مهارت‌های زندگی، ایجاد تغییر در رفتار، یا ایجاد یک رفتار و مهارت جدید است، لذا شیوه‌های معمول آموزش مثل سخنرانی، کارایی لازم را نخواهند داشت. پژوهشگران به استفاده از شیوه‌های آموزش پویا و غیرمستقیم تأکید دارند به ویژه هنگامی که آموزش مهارت برای سنین کودکان و نوجوانان صورت می‌گیرد (امامی نائینی، ۱۳۸۳). قصه‌گویی یکی از بهترین شیوه‌ها در مشاوره با کودکان است، به طوری که آنان می‌توانند با احساسات و افکار و رفتارهایی مقابله کنند که هنوز نمی‌توانند با مشاور به طور مستقیم درباره آنها صحبت کنند. داستان‌گویی یکی از کارکردهای روان‌شناختی پایه است. همه‌ی افراد تجربه‌هایشان را به شکلی از قصه‌ها سازمان می‌دهند. تا به این ترتیب به رویدادها معنی داده و در خصوص موقعیت‌هایی که پیش خواهد آمد، پیش‌بینی کرده و فعالیت‌هایشان را هدایت کنند. قصه‌ها به کودکان راه‌حل‌هایی ارائه می‌کنند که غیرمنتظره و شگفت‌انگیز و در عین حال شدنی و مثبت‌اند (سالواتور^۲، ۲۰۰۴، یوسفی لویه و متین، ۱۳۸۵).

استفاده از قصه‌ها به مثابه یک فن درمانی فقط به درمان روان‌شناختی کودکان منجر نمی‌شود، فرض بر این است که تغییر در زبان و ادبیات قصه‌های زندگی، فرصت‌های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می‌کند. تلاش پژوهشگران و درمانگران منجر به استفاده از ادبیات و قصه‌ها در قصه‌درمانی شده است (دسوشیو^۳،

1. Davis, M.

2. Salvatore, F.

3. Desocio, J. E.

۲۰۰۵). اگر کودک قصه‌ای را بشنود که ارزش شنیدن داشته باشد، مشتاق یادگیری کلیدهایی می‌شود که نمادها را برای آن‌ها می‌گشایند و معنا می‌کنند. کودک کاملاً با شخصیت‌ها و حوادث مستقل داستان همراه می‌شود و آن‌ها را با دیگر رویدادهای روزمره زندگی خود همسان می‌پندارد. شنیدن قصه امکان تصویرسازی را برای کودک فراهم می‌کند. کودک با شنیدن قصه، صحنه‌ها، اعمال و شخصیت‌های آن را خلق می‌کند و این بر رشد شناختی و اجتماعی کودک تأثیر مثبت دارد (گرین^۱، ترجمه آدینه‌پور، ۱۳۷۸). کودکان از طریق داستان‌ها و افسانه‌ها با حقایق و تجربه‌های زندگی آشنا می‌شوند (شعاری نژاد، ۱۳۷۸). تأثیرپذیری از شخصیت‌های قصه، تقویت قدرت فهم و بیان، پرورش خلاقیت، آموزش زبان و افزایش گنجینه‌ی واژگان کودکان نیز از دیگر تأثیرهای آموزشی و تربیتی داستان سرایی به شمار می‌رود (میرزاییگی، ۱۳۸۰). براساس نظریه بندورا^۲ کودک می‌تواند از طریق تجربه جانشینی، با قهرمان قصه همانندسازی^۳ کند، پیامدهای رفتار را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد و آن را خود الگو برداری نموده و به کار برد. (الیسون و جودیت^۴، ترجمه انگجی، ۱۳۸۳). همایی، کجیاف و سیادت (۱۳۸۶)، در پژوهشی تأثیر قصه‌گویی بر سازگاری کودکان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که قصه‌گویی بر افزایش سازگاری کودکان مؤثر است. مالکا^۵، (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافت، ترکیب قصه با گروه درمانی می‌تواند باعث افزایش خود پنداره، ایجاد اعتماد و یافتن هدف، تفریح، افزایش مهارت حل مسئله و کاهش تنهایی کودکان شود. هنی و کزوفسکا^۶ (۲۰۰۲) در پژوهشی از قصه‌درمانی برای کاهش اضطراب و افزایش احساس مسلط بودن و شایستگی و امیدواری کودکان استفاده کردند که نتایج فرضیات تحقیق را تأیید کرده است.

1. Green, E.

2. Bandura, A.

3. identification.

4. Elison, SH. & Jodiet, G.

5. Malka, M.

6. Hanney, L & Kozlowska, K.

پژوهش‌های فرید برگ^۱ (۱۹۹۴) درخصوص کارایی و اثربخشی قصه‌ها در درمان اضطراب جدایی و ترس به نتایج مثبتی منجر شده است. وب و برت^۲ (۱۹۹۵) نیز در پژوهشی کارایی قصه‌درمانی را در مراقبت از خردسالان دارای اختلال رفتاری و هیجانی مورد بررسی قرار دادند و نتایج، سودمندی قصه‌درمانی را تأیید کرده است. هم چنین مونتهرو و رنی^۳ (۲۰۰۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که فن قصه‌گویی و کتاب‌درمانی جهت اصلاح اعمال کودکان و ترغیب آن‌ها به انجام کارهای صحیح تأثیر زیادی دارد.

براساس آن چه گفته شد، برآن شدیم تا در این پژوهش از روش قصه‌گویی برای آموزش همدلی در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده کنیم. لذا سؤال اساسی در این پژوهش این است که آیا آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مؤثر باشد؟

روش پژوهش

این پژوهش، نیمه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. لازم به ذکر است که در این طرح متغیر مستقل، مداخله درمانی آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی و متغیر وابسته میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان: این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه ششم ابتدایی شهرستان شهریار است، که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در مدارس آموزش و پرورش این شهرستان مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۳۰ نفر دانش‌آموز پسر پایه ششم ابتدایی شهرستان شهریار هستند که دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی

1. Fridberg, R. D .

2. Webb, M. & Berrt, M .

3. Montero, K. & Renee, K.

مقابله‌ای می‌باشند و در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در مدارس مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای از میان ۱۳۸ مدرسه ابتدایی ناحیه یک شهریار و در نهایت از میان ۱۰ کلاس پایه ششم ابتدایی انتخاب شده است. از میان بیش از ۳۰۰ پرسش‌نامه به دست آمده، تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که بالاترین نمرات را در اختلال نافرمانی مقابله‌ای کسب نموده بودند، مشخص شدند. با توجه به اصول اخلاقی و قانونی تحقیق و طبق وظیفه محقق، جلسه توجیهی برای والدین ۳۰ نفر دانش‌آموز مشخص شده، برگزار شد و موافقت آن‌ها جلب شد. آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی با اهداف و محتوای ذیل برای گروه آزمایش به اجرا درآمد:

اهداف	موضوع	جلسه
<p>بی تفاوتی چیست؟ وقتی بی تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی تفاوت هستند چه می‌کنند؟ وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ کجا باید بی تفاوت باشیم؟</p>	<p>دانش‌افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب</p>	<p>قصه اول: خروس کدخدا</p>
<p>همدردی چیست؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی همدردی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است که همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟</p>	<p>دانش‌افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب</p>	<p>قصه دوم: ماجرای گوزن سلطان جنگل</p>

اهداف	موضوع	جلسه
<p>همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی همدلی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است که همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ فرق بی‌تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟</p>	<p>دانش‌افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب</p>	<p>قصه سوم: ماجرای نیما احمدی</p>
<p>موانع همدلی کدام هستند؟ با گفته‌های دوستانتان همدلی کنید. همدلی دوستانتان را ارزشیابی کنید. چه مهارت‌هایی به همدلی کمک می‌کنند؟ چه مواردی از همدلی جلوگیری می‌کنند؟ برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟</p>	<p>دانش‌افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب</p>	<p>قصه چهارم: ماجرای سهند و پدر بزرگ</p>
<p>برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری یعنی چه؟ دومورد خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ آیا نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران تأثیر می‌گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت‌هایی احتیاج داریم؟</p>	<p>دانش‌افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب</p>	<p>قصه پنجم: یکی به من کمک کنه</p>
<p>خطاهای تفسیری کدامند؟ هریک از خطاهای تفسیری خودتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ نتیجه خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟</p>	<p>دانش‌افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب</p>	<p>قصه ششم: ایمان و عینک سیاه</p>

اهداف	موضوع	جلسه
همدلی به چه مهارت‌هایی احتیاج دارد؟ فنون گوش دادن، انعکاس، توجه به زبان بدنی، ابراز وجود، پرهیز از نام‌گذاری، برجسب زدن، تشخیص‌گذاری، پاسخ‌رفلکسی فنون بالا را در رفتارهای خود و دوستانتان دنبال کنید. نتیجه کاربرد فنون را در رفتارهای خود و دوستانتان نام ببرید. ترکیب فنون در همدلی خود و دوستانتان چگونه رخ می‌دهد؟	دانش‌افزایی کاربستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	قصه هفتم: اتاق ۲۰۲
همدلی چگونه تقویت می‌شود؟ به همدلی خودتان و گروه بازخورد بدهید. احساس خودتان را در قبال توانایی همدلی خودتان ارزیابی کنید. برای اینکه همدلی خودتان را ادامه دهید باید چگونه عمل کنید. همدلی را به عنوان یک مهارت کلی در خودتان توصیف کنید.	دانش‌افزایی کاربستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	قصه هشتم: مراد و چراغ جادو

ابزار پژوهش

سیاهه رفتاری کودک (CBCL)^۱: این پرسشنامه شامل ۱۱۳ سؤال است که به توصیف مشکلات رفتاری-هیجانی کودک می‌پردازد و توسط آخنباخ^۲ (۱۹۹۱) ساخته شده است. پرسشنامه CBCL فرمی از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ است که توسط والدین، براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته تکمیل می‌شود. در این پرسشنامه مقیاس‌هایی براساس اختلالات-تنظیم شده است که عبارتند از: مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه / فزون‌کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات

1. Child behavior Checklist .

2. Achenbach, T. M.

هنجاری. سؤالات مقیاس‌های این پرسشنامه به صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. البته برای سؤال ۱۱۳ که حالت توضیحی دارد اگر والدین بیش از یک مورد مشکل را ذکر کنند فقط مشکلی را که بالاترین نمره را دریافت می‌کند در رده مشکلات کلی به شمار می‌آید. با وجود این که تعداد سؤالات ۱۱۳ می‌باشد، اما سؤال ۵۶ خود شامل ۸ سؤال درباره مشکلات فیزیکی است که مجموع سؤالات را در واقع به ۱۲۱ می‌رساند. این پرسشنامه به صورت فردی و گروهی و بدون محدودیت زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. دامنه نمرات آزمون از ۰ تا ۲۲۶ است که نمره بیشتر نشانگر اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر و نمره کمتر بیانگر نافرمانی مقابله‌ای کمتر است. برای محاسبه نمره کل تمام سؤالات با هم جمع می‌شوند. در صورتی که پاسخ سؤال ۱۱۳ با سؤالات دیگر هم پوشانی داشته باشد نمره آن در نظر گرفته نمی‌شود. آخنباخ در سال ۱۹۹۱ پایایی فرم CBCL را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه کرده است. آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱)، به نقل از یزدخواستی، (۱۳۸۸) بر اساس تحلیل عاملی که بر روی سؤالات مربوط به مشکلات عاطفی-رفتاری CBCL انجام دادند، مقیاس‌ها یا خرده‌آزمون‌هایی را استخراج کردند و آن‌ها را مقیاس‌ها س مبتنی بر تجربه نام نهادند. این خرده‌آزمون‌ها عبارتند از: اضطراب/افسردگی؛ گوشه‌گیری؛ شکایات‌های بدنی؛ مشکلات اجتماعی؛ مشکلات در تفکر؛ مشکلات توجه؛ رفتارهای پرخاشگرانه؛ رفتارهای بزهکارانه؛ مشکلات جنسی؛ درونی‌سازی؛ برونی‌سازی. هنجاریابی این پرسشنامه بر روی نمونه ایرانی توسط مینایی (۱۳۸۵) انجام شد که ضمن انطباق لازم به لحاظ زبانی، فرهنگی و اجتماعی، برای روایی آن از روایی محتوایی و نیز اعتبار سازه استفاده شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه نیز ۰/۸۳ برای نمره کل آزمون به دست آمد و به طور کل هنجاریابی ایرانی آن مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است.

شیوه‌ی کار در این پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب گروه آزمایش و گواه،

برنامه آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی برای دانش‌آموزان گروه آزمایش انجام گرفت. بدین صورت که ۸ قصه محقق ساخته در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (۲ بار در هفته)، برای دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا شد و از این طریق تحت آموزش همدلی قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی، پس‌آزمون با فاصله ۱۱ روز در هر دو گروه، اجرا شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهشی دواروش آمار توصیفی و استنباطی به کار گرفته شده است. در بخش آمار توصیفی از جدول میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی جهت آزمون فرضیه تحقیق از آزمون کوواریانس استفاده شده است. نتایج داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ و ۲، اطلاعات جمعیت شناختی (سن و تحصیلات پدر)، مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل و مقایسه آن‌ها و در جدول ۳، یافته‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه ارائه می‌شود.

جدول ۱- توزیع فراوانی سن آزمودنی‌ها

گروه	فراوانی	انحراف استاندارد	میانگین
آزمایش	۱۵	۰.۲	۱۱
کنترل	۱۵	۰.۲	۱۱

با توجه به اطلاعات جدول فوق میانگین سنی برای هر دو گروه آزمایش و گواه ۱۱

سال است.

جدول ۲- جدول توزیع فراوانی تحصیلات والدین در دو گروه آزمایش و کنترل

تحصیلات پدر	فراوانی		درصد		درصد تراکمی	
	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
کمتر از دیپلم	۸	۹	۵۳/۳۳	۶۰	۱۰۰	۱۰۰
دیپلم	۵	۳	۳۳/۶۶	۲۰	۴۶/۶۶	۴۰
فوق دیپلم	۱	۲	۶/۶۶	۱۳/۳۳	۲۰	۲۰
لیسانس	۱	۱	۱۳/۳۳	۶/۶۶	۱۳/۳۳	۶/۶۶
تحصیلات مادر						
کمتر از دیپلم	۶	۵	۴۰	۳۳/۳۳	۱۰۰	۱۰۰
دیپلم	۸	۹	۵۳/۳۳	۶۰	۴۶/۶۶	۶۰
فوق دیپلم	۰	۰	۰	۶/۶۶	۶/۶۶	۶/۶۶
لیسانس	۱	۱	۶/۶۶	۰	۶/۶۶	۰

با توجه به داده‌های جدول فوق با توجه به فراوانی و درصد به دست آمده، در پدران گروه آزمایش بیشترین درصد (۵۳/۳۳) را افرادی به خود اختصاص داده‌اند که تحصیلات آن‌ها کمتر از دیپلم بوده است و درصد قابل توجه بعدی به افرادی که در سطح دیپلم بوده‌اند تعلق دارد و در گروه کنترل بیشترین درصد (۶۰) را افرادی به خود اختصاص داده‌اند که تحصیلات آن‌ها کمتر از دیپلم بوده است و درصد بالای پس از آن به افرادی که در سطح دیپلم بوده‌اند تعلق دارد. در مادران گروه آزمایش بیشترین درصد (۵۳/۳۳) را افرادی به خود اختصاص داده‌اند که تحصیلات آن‌ها، دیپلم بوده است و درصد بالای پس از آن به افرادی که در سطح کمتر از دیپلم بوده‌اند، تعلق دارد و در گروه کنترل بیشترین درصد (۶۰) را افرادی به خود اختصاص داده‌اند که تحصیلات آن‌ها کمتر از دیپلم بوده است و درصد بالای پس از آن به افرادی که در سطح کمتر از دیپلم بوده‌اند تعلق دارد.

جدول ۳- یافته‌های توصیفی اختلال نافرمانی مقابله‌ای آزمودنی‌ها

پس آزمون		پیش آزمون		شاخص‌های آماری
گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	
۱۳۶	۱۰۵	۱۳۲	۱۵۱	میانگین
۱۵	۱۹	۱۸	۱۷	انحراف معیار

میانگین و انحراف معیار محاسبه شده در پیش آزمون نشان می‌دهد که تفاوت زیادی بین نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه وجود ندارد. میانگین و انحراف معیار محاسبه شده در پس آزمون نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش از گروه گواه کمتر است.

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس استفاده شده است. پس از اجرای این آزمون، مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار است. هم‌چنین به منظور بررسی همگنی (همگنی شیب) از آزمون تعاملی بین متغیر کمکی و متغیر مستقل استفاده شده است. نتایج نشان داد تعامل معنادار نبوده و بنابراین مفروضه همگنی شیب‌ها برقرار است ($F = ۱/۴۲$ ، $P = ۰/۲۴۴$). پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، آزمون کوواریانس یک‌راهه اجرا شد.

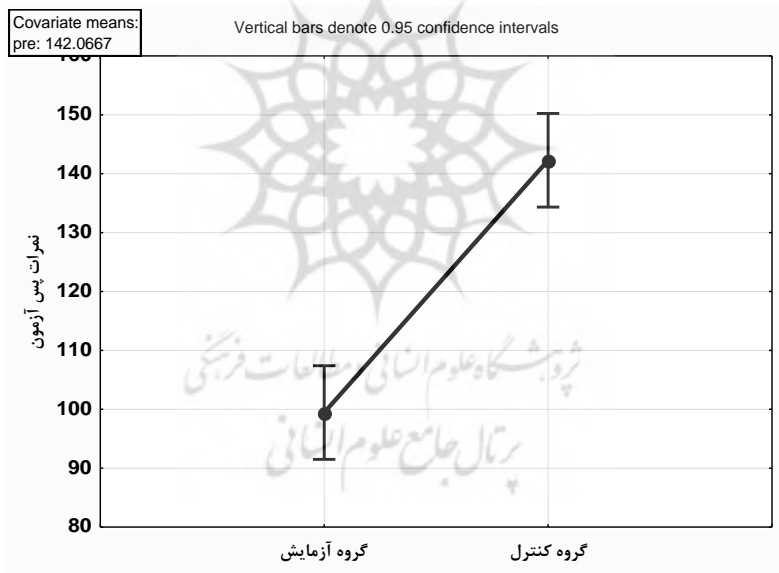
نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای متغیر اختلال نافرمانی

اندازه‌اثر	سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اثرات
۰/۰۶۸	۰/۱۷۳	۱/۹۵	۳۸۰/۵۹	۱	۳۸۰/۵۶	عرض از مبدأ
۰/۴۰۶	۰/۰۰۰	۱۸/۴۵	۳۵۹۲/۶۱	۱	۳۵۹۲/۶۱	پیش‌آزمون ODD
۰/۶۶۵	۰/۰۰۰۱	۵۳/۷۱	۱۰۴۵۷/۵۵	۱	۱۰۴۵۷/۵۵	گروه
			۱۹۴/۶۹	۲۷	۵۲۵۶/۷۲	خطا

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود نتیجه آزمون تک متغیری برای متغیر

اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($a = 0/01$) معنا دار است ($n = 2 = 0/665$ جزئی، $P = 0/0001$ ، $F(27, 1) = 53/71$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل، بین میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. البته با توجه به رقم مجذوراتا، ($0/66$) شدت ارتباط بین عامل آزمایش و متغیر وابسته را نشان می‌دهد که میزان بسیار بالایی است و به نوعی ۶۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته (اختلال نافرمانی مقابله‌ای) به دلیل تأثیر متغیر مستقل است. وجود این تفاوت‌های معنادار در شکل زیر به روشنی منعکس شده است.

نمودار مقایسه میزان تأثیر آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای



نمودار بالا گویای میزان تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان کاهش ODD افراد نمونه است. در نمونه بالا با توجه به فاصله‌های اطمینان ۹۵ درصدی، نیز می‌توان مشاهده کرد که بین میزان ODD افراد گروهی که تحت آموزش همدلی بودند،

با افرادی که این آموزش را دریافت نکرده بودند تفاوت معناداری وجود دارد چون فاصله‌های اطمینان ۹۵ درصدی با هم همپوشی ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین تأثیر آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است. در این راستا مشخص شد آموزش همدلی از طریق قصه‌گویی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مؤثر است. یافته‌های این پژوهش همسوبا نتایج پژوهش‌های وزیری و لطفی عظیمی (۱۳۹۰)، صباغ زاده، صباغ زاده و هاشمی آذر (۱۳۹۰)، اشرف پوری زیور، پورابراهیم و یوسفی لویه (۱۳۸۹)، آراد (۲۰۰۴)، فشباخ (۱۹۶۹)، استرایور رابرتز (۲۰۰۶)، کاش و کرینبرگ (۲۰۱۱)، لووت و شفیلد (۲۰۰۷) و یو، آنگ، لو، فوو کار^۱ (۲۰۱۱) بود. یافته‌های پژوهش وزیری و لطفی عظیمی (۱۳۹۰) نشان داد که آموزش همدلی در کاهش پرخاشگری نوجوانان مؤثر واقع شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که آموزش همدلی در مدارس، به ویژه در سنین نوجوانی، با فراهم کردن توانایی درک دیگران می‌تواند به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه منجر شود. یافته‌های پژوهش صباغ زاده و هاشمی آذر (۱۳۹۰) نشان داد که آموزش همدلی بر کاهش پرخاشگری پسران بی سرپرست تحت پوشش بهزیستی استان تهران مؤثر واقع شده است. نتایج پژوهش اشرف پوری زیور، پورابراهیم و یوسفی لویه (۱۳۸۹) به تأثیر قصه‌درمانی به شیوه گروهی در کاهش نشانه‌های اختلال لجبازی-نافرمانی اشاره دارد. یافته‌های پژوهش آراد^۲ (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که قصه‌گویی در درمان اختلال سلوک نوجوانان مؤثر واقع شده است. یافته‌های پژوهش فشباخ^۳ (۱۹۶۵)، کاش و کرینبرگ^۴ (۲۰۱۱)، لووت و شفیلد^۱ (۲۰۰۷) و

؟؟؟؟؟؟

2. Arad, L.

3. Feshbach, S.

4. Kusche, K. A. & Greenberg, M.

یو، آنگ، لو، فوو کار^۲ (۲۰۱۱) حاکی از آن است که افزایش مهارت همدلی بر کاهش سطوح پرخاشگری کودکان و نوجوانان مؤثر واقع شده است، محققین به این نتیجه دست یافتند که پرورش مهارت همدلی را می‌توان به عنوان یکی از راه‌های مهار پرخاشگری و خشونت مطرح کرد و با افزایش این مهارت به صورت آموزش و تقویت آن، می‌توان از احتمال وقوع رفتارهای پرخاشگرانه کاست.

در عصر حاضر، انواع عوامل محیطی در چگونگی شکل‌گیری شخصیت و بهداشت روان کودکان و نوجوانان تأثیر به‌سزایی دارند. برخی از محرک‌ها مانند محرک‌های محیطی و شرایط خانوادگی می‌توانند با الگوسازی و سرمشق‌دهی نامناسب مسیر رشد پرخاشگری و خشونت در کودک و نوجوان را هموار کنند و با توجه به وجود این عوامل تأثیرگذار، افزایش نشانه‌های اختلالات برون‌سازی شده‌ای چون اختلال نافرمانی مقابله‌ای (چالش‌گری) در کودکان و نوجوانان دور از ذهن نخواهد بود. در میان انواع محرک‌های محیطی کنونی، الگوها و قهرمانانی نیز به کودکان معرفی می‌شوند که برای رسیدن به خواسته‌ها و اهداف خود از رفتارهای نابهنجار استفاده می‌کنند. این الگوها در راه دست‌یابی به هدف خود مرزهای اخلاقی را می‌شکنند و بدون توجه به این که ممکن است دیگران در این بین چه آسیب‌هایی را متحمل شوند به سوی خواسته خود پیش می‌روند. برای کنترل و کاهش تأثیر این محرک‌های نامناسب، آموزش مهارت همدلی می‌تواند با تأثیری که بر کاهش رفتارهایی چون پرخاشگری، بزهکاری و خودخواهی دارد، مانند پادزهر عمل کند. غالباً این الگوها در قالب‌های جذاب و سرگرم‌کننده به کودک و نوجوان معرفی و ارائه می‌شود و این عامل میزان تأثیرگذاری و مورد پذیرش قرار گرفته شدن آن‌ها را افزایش می‌دهد. قصه نیز از عوامل و محرک‌های با اهمیت، جذاب و سرگرم‌کننده‌ای است که این توانایی را دارد که هم چون هوا، در تار و پود جسم و روح کودک رسوخ کند و آگاهی و ناخودآگاهی وی را تحت تأثیر آموزش قرار دهد. در این پژوهش

1. Lovett, B. T. & Sheffield, R. A.

2. Yeo, L. S., Ang, R. P., Loh, S., Fu, K. J., & Karre, J. K.

استفاده از قصه‌گویی توانست باعث افزایش اثربخشی آموزش مهارت همدلی شود. این پژوهش در راستای اهداف خود با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است. از جمله این‌که، برخی از سؤالات پرسشنامه (ابزار پژوهش) در اجرای تحقیق، محقق را با مقاومت‌ها و سؤالاتی از جانب والدین دانش‌آموزان مواجه کرده بود و هم‌چنین این‌که نتایج حاصل از این تحقیق از نظر تعمیم‌دهی محدود به دانش‌آموزان پسرپایه ششم ابتدایی بوده است. نتایج این پژوهش، این فرصت را به مشاوران مدارس ابتدایی و مشاوران کلینیک‌ها می‌دهد که از مجموعه داستان‌های همدلی، برای کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان استفاده کنند. براساس یافته‌ها^۱ پژوهش حاضر و محدودیت‌هایی که ذکر شد پیشنهاد می‌شود که این پژوهش برای سایر سنین و دختران اجرا شود.

منابع

- اشرف پوری ز، پورابراهیم ت. و یوسفی لویه م. (1389). تأثیر قصه‌درمانی به شیوه گروهی در کاهش نشانه‌های اختلال لجبازی-نافرمانی کودکان. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی.
- امامی نائینی، نسرن. (1389). همدلی. تهران: انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- الیسون، شیلا. و جودیت، گری. (2003). بازی‌های خلاق. ترجمه لیلا انگجی. تهران: انتشارات جوانه.
- بگیان کوله مرزم م. ج.، پژوهی نیاش. و رضازاده ب. (1392). اثربخشی آموزش همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خودتنظیمی عاطفی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD. روان‌شناسی مدرسه. (2): 28-6.
- پرند، ا. و حسین‌خانزاده، ع. (1393). اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکان. تهران: انتشارات ارجمند.
- رضاعی، فرزین. (1388). خلاصه روان‌پژشکی. تهران: انتشارات ارجمند.
- شعاری نژاد، علی اکبر. (1378). ادبیات کودکان. تهران: انتشارات کودکان.
- صاحبی، علی. (1393). قصه‌درمانی. تهران: انتشارات ارجمند.
- صباغ‌زاده ز، صباغ‌زاده ف. و هاشمی آذر، ژ. (1390). بررسی تأثیر آموزش همدلی بر کاهش پرخاشگری پسران بی‌سرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران. روان‌شناسی مدرسه. (2): 38-17.
- صفری س. فرامرزی س. و عابدی ا. (1391). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان. روان‌شناسی بالینی. (4): 24-13.
- علوی‌گنابادی، جعفر. (1389). مهارت‌های زندگی با نگاه دینی (خودآگاهی، همدلی و حل مسئله). مشهد:

- دانشگاه علوم اسلامی رضوی.
- گرین، الین. (2006) هنر و فن قصه‌گویی. ترجمه طاهره آدینه‌پور. تهران: انتشارات ابجد.
 - گنجی، مهدی. (1393). *راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.
 - محمداسماعیل، الهه. (1383). *قصه‌درمانی*. تهران: انتشارات دانژه.
 - محمدخانی، شهرام. موتابی، فرشته. (1390). *راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی*. تهران: معاونت مشاوره و بهداشت روان.
 - مینایی، اصغر. (1385). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک. پژوهش در حیطه کودکان استثنائی، (6) 2، 603-622.
 - میرزایی، علی. (1380). *تقش هنر در آموزش و پرورش و بهداشت روان کودکان*. تهران: انتشارات مدرسه.
 - همایی ر، کجباف م. ب. و سیادت ع. (1386). تأثیر قصه‌گویی بر سازگاری کودکان. مطالعات روان‌شناختی دوره پنجم، شماره 2. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا (س).
 - یزدخواستی، فریبا. (1389). *سبک‌های تعاملی و آزمون‌های روان‌شناختی*. اصفهان: نشر پیام علوی.
 - یوسفی لویه م. و متین آ. (1385). *تأثیر قصه‌درمانی بر راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری*. پژوهش در حیطه کودکان استثنائی، (6) 2، 32-12.
 - Arad, L. (2004). If your mother were on animal, what animal would She be Creating play stories in family therapy: the Animal Attribution Story-telling technique. *Family process*.
 - Davis, M. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Madison, WI: Brown & Benchmark.
 - Desocio, J. E. (2005). 'Accessing Self-Development Through Narrative Approaches in Child and Adolescent Psychotherapy', *Child and Adolescent Psychiatric Nursing*.
 - Feshbach, S. (1969). The relationship between empathy and aggression in two age groups. *Developmental Psychology*, 1 (7), 102-107.
 - Fridberg, R.D., (1994). Story telling and cognitive therapy with children. *Journal of cognitive psychotherapy*. *Anternational quarterly*. 8 (3), 209.
 - Gimpe A. & Holland L. (2002). Empathy-related responding in children. In M. Killen and J. G. Smetana (Eds); *Handbook of Moral Development* (pp. 517-549). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
 - Hanney, L., & Kozlowska, K., (2002). Healing trauma ionized children: Creating illustrated story books in family therapy. *family Prosses*. *Journal of cognitive psychotherapy*. *anternational quarterly*. 8 (3), 209.
 - Kusche, C. A & Greenberg, M. T (2011). *Paths inyour classroom: promoting emotional literacy and alleviating emotional distress..* New York: Teacher College press, 140-161.
 - 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*.

- Malka, M. (2010). *lonely children and adolescent: Self-perception and social*. focus On Autism and other Developmental Disabilities, 2, 150-157.
- Montero, K., & Renee, K. (2002). Bridging communication with the story technique west wing publishing cm/hype lexes.
- Ohan J.L , Johnston C. (2005) Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Chipsychiatry HumDev*.
- Strayer, J & Roberts, W. (2006). Empathy, emotional expressiveness and prosocial behavior. *Child Development*, 67, 449-470.
- Tiggs P.L. (2010) Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders.[Dissertation]. Capella University.
- Webb, M., & Berrt, M. (1995). The importance of stories in the act caring. *Pastoral psychology* 43 (3), 215-225.
- Yeo, L. S., Ang, R. P., Loh, S., Fu, K. J., & Karre, J. K. (2011). Prosocial development. In W. Damon & N. Eisenberg, *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*. New York.

