

## مقایسه همدلی شناختی و عاطفی در کودکان با اختلال رفتاری برونی‌سازی شده و عادی با در نظر گرفتن نقش جنسیت

رقبه عبدالرحیم پور\*

منصور بیرامی\*\*

تورج هاشمی نصرت آباد\*\*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه همدلی شناختی و عاطفی (سرد و گرم) در کودکان با اختلال رفتاری برونی‌سازی شده و کودکان عادی با در نظر گرفتن نقش جنسیت بود. روش این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه دانش آموزان دوره ابتدایی (سنین ۸ تا ۱۲ سال) شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۷\_۹۸ بودند. از این جامعه تعداد ۱۰۰ کودک مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) و ۱۰۰ کودک عادی (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) فرم معلم انتخاب شدند. به منظور سنجش همدلی شناختی و عاطفی از مقیاس همدلی دادس استفاده گردید. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که همدلی شناختی و عاطفی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده نسبت به کودکان عادی متفاوت می‌باشد ( $F=15/10$ ،  $p>0/05$ )، همچنین همدلی شناختی و عاطفی در بین دختران و پسران نیز متفاوت می‌باشد ( $F=34/79$ ،  $p>0/05$ ). با توجه به یافته‌ها نتیجه‌گیری می‌شود همدلی شناختی و عاطفی در کودکان با اختلال رفتاری برونی‌سازی شده ضعیف‌تر از کودکان عادی است و دختران در همدلی شناختی و عاطفی عملکرد بهتری نسبت به پسران دارند. این یافته‌ها به درک بهتر این اختلال و ارائه راهکارهای مختلف درمانی کمک می‌کند.

### واژه‌های کلیدی:

اختلالات برونی‌سازی شده، جنسیت، همدلی شناختی، همدلی عاطفی.

\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Email: abdolrahimpour\_r@yahoo.com

\*\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

\*\*\* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۲۷ آذر ۱۳۹۹

تاریخ اصلاحیه: ۱۲ آبان ۱۳۹۹

تاریخ دریافت: ۳۰ مهر ۱۳۹۹

## مقدمه

خسروشاهی، ۱۳۹۶). در این راستا، همدلی به عنوان قابلیت درک دیگران و تجربه احساسی آن‌ها و دادن پاسخ مناسب به آن موقعیت توصیف می‌شود (میلون<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). همدلی مفهومی چندبعدی است که در مورد ۲ بعد آن توافق نسبی وجود دارد. همدلی سرد یا شناختی مربوط به درک حالت‌های ذهنی دیگران است و همدلی گرم یا عاطفی به پاسخ‌های شخصی در برابر حالت‌های عاطفی دیگران گفته می‌شود (موروسان<sup>۱۵</sup> و همکاران ۲۰۲۰)؛ بنابراین، همدلی شناختی بر نقش‌پذیری یا پذیرش دیدگاه در تعامل‌های اجتماعی متکی است (سیگلمن و رایدر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۸) در مقابل همدلی عاطفی گرایش به تمرکز بر مشارکت فرد در پاسخ عاطفی با دیگری است که می‌تواند از رفتارهایی که باعث آسیب به دیگری می‌شود جلوگیری کند. در واقع همدلی ظرفیت فردی برای فهم رفتار دیگران و احساسات آن‌ها است. همدلی فرد را با احساسات و افکار دیگران هماهنگ و او را با دنیای اجتماعی پیوند می‌زند (کاف، براون، تایلر و هوات<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۶). برخی از مطالعات معتقدند کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برونی سازی شده در شناسایی احساسات، درک علل و پیامدهای احساسات و تفسیر نیت‌های رفتاری دیگران دچار مشکل هستند (هوسا، ولکیت، نادر-گروسوس و نول<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های انجام‌شده نشان‌دهنده سطوح پایین همدلی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی سازی شده است (برای مثال: (کریستوفنی<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ باز، اورلیتسکی، روث-هنانیا، زهن-وسکرو دیویو<sup>۲۰</sup>، ۲۰۲۰؛ دیسامپس، ورهولپ و متیس<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۸، لاگهی، لونیگرو، پالینی و بایوکو<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۸). این کودکان با محدودیت در پردازش‌های عصبی موردنیاز برای رمزگشایی احساساتی مثل شادی، غم و ترس مواجه‌اند و این محدودیت موجب تأخیر در پاسخ‌های همدلانه‌ای می‌شود که برای درک و پیوند عاطفی با حالت‌های احساسی و ذهنی دیگران ضروری است (اولبر<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). کریستوفر، ساندرز، جاکوبویتز، بورتون و هازن<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۳) نشان دادند که همدلی می‌تواند دل‌بستگی ایمنی بیشتری را در کودکان رشد دهد که خود بر رفتارهای کودکان در نوپایی اثر

بر اساس رویکرد ابعادی اختلالات درونی‌سازی شده<sup>۱</sup> و برونی‌سازی شده<sup>۲</sup> دو سازه ابعادی تجربی هستند که به‌وفور طبقه‌بندی اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان در قالب این دو مقیاس صورت پذیرفته است (لاندرس، دانس، بلامی، دانس و هاوک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). اختلال رفتاری برونی‌سازی شده از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوره کودکی است که ۵ تا ۱۰ درصد از کودکان را در سراسرجهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (دیجکو-ونسیک، جانسز و جوزفیک<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). مشخصه‌های این کودکان شامل برانگیختگی، خشونت کلامی و فیزیکی، تحریک‌پذیری، تکانشگری، بی‌ثباتی عاطفی، کمبود توجه، پرخاشگری، مشاجره با دیگران، نافرمانی، انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال، آسیب زدن به دیگران، دزدی، دروغ‌گویی، عدم رعایت قوانین و بزهکاری است (ویدن، ویلس، کوتویتز و کامپس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶؛ رومرلوپز-لوپز، کوسدا-کوند، الورز-جاستیکا-ارز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). نشانه‌های این دسته از مشکلات در رفتار بیرونی کودکان ظاهر می‌شوند و نمایانگر عمل منفی کودک بر محیط بیرونی هستند. از این‌رو، بیش از آنکه بر خود فرد اثر بگذارد، موجب ایجاد مشکل برای دیگران خواهد شد و می‌تواند آثار مخربی بر کودک، خانواده، اطرافیان کودک (معلمان، همسالان و...) و در مجموع بر کل جامعه داشته باشند (ولترینگ، ایشاک، هودگسون، گرانیگ و زلازو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). کودکان با اختلال رفتاری برونی سازی شده با مشکلاتی همچون عزت‌نفس پایین، مشکلات سازگاری در مدرسه، شکست تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی-شناختی ضعیف روبه‌رو هستند و اغلب رفتارهای پرخاشگرانه آن‌ها به طرد شدن از گروه همسالان منجر می‌شود (بیشوپ، اوکاگو و اودوکویا<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). اختلالات رفتاری برونی سازی شده شامل: اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (ADHD)<sup>۹</sup>، اختلال سلوک (CD)<sup>۱۰</sup> و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)<sup>۱۱</sup> است (دوس، هتمن و دوپفتر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶).

یکی از متغیرهای تأثیرگذار در روابط بین کودکان با مراقبان و نحوه مراقبت از کودکان در برابر بسیاری از مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی همدلی<sup>۱۳</sup> است (خانجانی و بهادری

13. Empathy  
14. Milone  
15. Morosan  
16. Sigelman & Rider  
17. Cuff, Brown, Taylor & Howat  
18. Hossa, Volckaet, Grosbois & Noel  
19. Cristofani,  
20. Paz, Orlitsky, Roth-Hanania, Zahn-Waxler & Davidov  
21. Deschamps, Verhulp & Matthys  
22. Laghi, Lonigro, Pallini & Baiocco  
23. Olber  
24. Christopher, Saunders, Jacobvitz, Burton & Hazen

1. Internalizing  
2. Externalizing  
3. Landers, Bellamy, Danes & Hawk  
4. Dejko-Wańczyk, Janusz & Józefik  
5. Weeden, Wills, Kottwitz & Kamps  
6. Romer -Lopez, Quesada-Conde, Alvarez & Justicia- Arraez  
7. Weltering, Lishak, Hodgson, Granic & Zelazo  
8. Bishop, Okagbue & Odukoy  
9. Attention Deficit Hyperactivity Disorder  
10. Conduct Disorder  
11. Obedien Defensive Disorder  
12. Dose, Hautmann & Doepfner,

بررسی همدلی در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون‌سازی شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین همدلی شناختی و عاطفی (سرد - گرم) در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برون‌سازی شده و کودکان عادی با در نظر گرفتن نقش جنسیت تفاوت وجود دارد.

### روش

پژوهش حاضر بر اساس اهداف و روش جمع‌آوری داده‌ها توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان دوره ابتدایی (سنین ۸ تا ۱۲ سال) مبتلا به اختلالات رفتاری برون‌سازی شده و عادی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل می‌داد که از این جامعه با توجه به پیشینه پژوهش و مطالعات قبلی تعداد ۱۰۰ کودک مبتلا به اختلالات رفتاری برون‌سازی شده (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) و ۱۰۰ کودک عادی (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) انتخاب شد. برای انتخاب آزمودنی‌ها ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله از بین نواحی پنجگانه شهرستان تبریز یک ناحیه (ناحیه ۳) و از این ناحیه ۳ مدرسه دخترانه و ۳ مدرسه پسرانه انتخاب شد، پس از مراجعه به مدارس و بعد از کسب رضایت و ارائه توضیحات لازم، در هر مدرسه ۵ کلاس (دوم تا ششم ابتدایی) انتخاب و پرسشنامه SCL-4 فرم معلم بین معلمان پخش شد. بعد از تحلیل پرسشنامه‌ها، دانش‌آموزانی که نمره آن‌ها در ۳ مقیاس ADHD یا ODD یا CD یا همبود باهم نقطه برش را رد کرده بود به‌عنوان کودک مبتلا به اختلال رفتاری برون‌سازی شده و دانش‌آموزانی که نمرات آن‌ها در هیچ‌یک از مقیاس‌ها نقطه برش را رد نکرده بود به‌عنوان کودک عادی انتخاب شدند. سپس پرسشنامه همدلی از طریق کودکان به والدین آن‌ها فرستاده شد تا تکمیل نمایند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن سن ۸ تا ۱۲ سال، ابتلا به یکی از اختلالات ADHD یا ODD یا CD یا همبود، عدم ابتلا به اختلالات روانی دیگر، عدم ابتلا به اختلالات یادگیری، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی بود. ملاک‌های خروج: دامنه سنی خارج از ۸ تا ۱۲ سال، وجود اختلالات روانی دیگر به غیر اختلالات برون‌سازی شده، اختلالات یادگیری، داشتن عقب‌ماندگی ذهنی و عدم پاسخگویی به تمام سؤالات پرسشنامه همدلی. لازم به ذکر است که بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش از طریق پرونده دانش‌آموزان و اطلاعات به‌دست‌آمده از مشاوران و معاونت مدارس و غربالگری نهایی صورت پذیرفت.

می‌گذارد و باعث کاهش رفتارهای ضداجتماعی در تعامل با همسالانش و مشکلات برون‌سازی می‌شود. دسچامپس، بین و متسیس<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) معتقدند همدلی در مدیریت موفق روابط متقابل والدین و کودک ضروری است و باعث ایجاد رفتارهای جامعه‌پسند از جمله کمک کردن به دیگران و مانع از بروز رفتارهای آزارنده می‌شود. پاز و همکاران (۲۰۲۰) معتقدند بی‌عاطفه بودن و بی‌اعتنایی نسبت به دیگران در کودکان با اختلال رفتاری برون‌سازی شده باعث استفاده ابزاری از دیگران برای رسیدن به اهداف شخصی خود می‌شود (از طریق پرخاشگری) زیرا فرد نسبت به آسیبی که به دیگران وارد می‌شود بی‌تفاوت است. درواقع کودکانی که همدلی بالاتری دارند، جامعه‌پذیرتر هستند و کودکانی که همدلی پایین‌تری دارند، رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری در آن‌ها بالاتر است (جولیف و فارینگتون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

در زمینه همدلی تفاوت‌های جنسیتی بین زنان و مردان دیده می‌شود درواقع زنان در مقایسه با مردان در شناسایی و پاسخ‌دهی هیجانی بهتر عمل می‌کنند همچنین زنان در طی شناخت اجتماعی مناطق هیجانی بیشتری را در مغزشان به کار می‌گیرند و رفتار نوع‌دوستانه بیشتری نشان می‌دهند (کریستو - مور<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از نظریه‌های که بر وجود تفاوت‌های جنسیتی فیزیولوژیکی در مغز و ذهن تأکید دارد، نظریه تفاوت جنسیتی همدلی - سیستم سازی است. این نظریه فرض می‌کند که مغز مرد و زن رویکرد متفاوتی برای فهم جهان دارند. مغز زنان همدل شده است و آن‌ها به سمت فهم و پیش‌بینی هیجانات در افراد دیگر سوق یافته‌اند، یعنی همدلی سائق برای شناسایی و واکنش به احساسات و افکار دیگران شده است. درحالی‌که مغز مردها سیستمی شده است و آن‌ها به فهم قواعد و قوانین پایه موجود در یک سیستم گرایش یافته‌اند و از این توانایی برای تحلیل، فهم، ساخت و پردازش پیرامون خود استفاده می‌کنند (بارن - کوهن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

با توجه به این مسئله که اختلالات رفتاری برون‌سازی شده در کودکان جنبه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد، پیش‌آگهی نامطلوب، آثار مخرب آن در آینده، میزان شیوع آن، پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برون‌سازی شده در مؤلفه‌های روان‌شناختی با کودکان عادی تفاوت‌هایی دارند که شناسایی این مؤلفه‌ها به درمانگران و مراقبان آن‌ها در درمان و مدیریت رفتاری آن‌ها کمک می‌کند؛ بنابراین با توجه به محدود بودن پژوهش‌های داخلی در زمینه

3. Christov-Moore  
4. Baron - Cohen

1. Deschamps, Been & Matthys  
2. Jolliffe & Farrington

## ابزار سنجش

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4):<sup>۱</sup> این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیروافکین و گادو<sup>۲</sup>، بر اساس طبقه‌بندی DSM-III به منظور غربال اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان سن ۵-۱۲ سال طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ هم‌زمان با چاپ چهارم DSM-IV مورد تجدیدنظر 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 ۸۷ 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. در یک مقیاس ۴ امتیازی هرگز: ۰، گاهی اوقات: ۱، اغلب: ۱، بیشتر اوقات: ۱ نمره‌گذاری می‌شود و نمره برش غربال کننده در اکثر اختلال‌ها از حاصل جمع تعداد سؤال‌هایی که به‌عنوان اغلب یا بیشتر اوقات پاسخ داده شده، به دست می‌آید. در مطالعه‌ای که به روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳، ۰/۷۷ گزارش شد. مطالعات دیگری نیز همین ۳ اختلال را در فرم معلم مورد بررسی قرار دارند که حساسیت آن را برای اختلال کاستی توجه - بیش‌فعالی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی لجبازی - نافرمانی، ۰/۶۲، ۰/۵۱، ۰/۵۸ و ویژگی‌های آن را نیز به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۹۱ تعیین نمودند. در مطالعه دیگری که توسط اسپیروافکین و گادو (۱۹۹۴) بر روی فرم SLUG (CSI-3R) انجام گرفت، اعتبار پرسشنامه برای ۳۶ کودک دارای اختلال نافرمانی 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 درجه‌بندی کانرز LOWA و نمره‌های شدت نشانه‌های مرضی اختلال لجبازی - نافرمانی، اختلال سلوک با و بدون پرخاشگری از ۰/۳۲ تا ۰/۳۹ گزارش شد (خانجانی، شریعتی و امین، ۱۳۹۳).

۲. مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان<sup>۳</sup> (فرم درجه‌بندی والدین): این مقیاس یک مقیاس عینی مشتمل بر ۲۳ سؤال می‌باشد که در یک طیف ۹ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم -۴ تا کاملاً +۴ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس بر اساس شاخص همدلی برایانت انطباق سازی شده است و تنها مقیاسی است که قادر است همدلی کودکان سن ۴ تا ۱۶ سال را ارزیابی نماید. دادس<sup>۴</sup> 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 درجه‌بندی والدین با شاخص همدلی برایانت داشت (4/0r، p< ۰/۰۱). 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 اساس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۸۱ برآورد گردید. همچنین پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های همدلی شناختی و عاطفی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد (خانجانی و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

## یافته‌ها

جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی به‌ویژه میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد.

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها در گروه‌ها

گروه کودکان عادی	گروه کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده	شاخص‌های آماری	جنسیت	متغیر
۳۴/۸۴	۲۹/۵۴	میانگین	پسر	همدلی شناختی
۸/۱۲	۱۰/۱۴	انحراف معیار		
۳۸/۹۲	۳۴/۶۸	میانگین	دختر	همدلی عاطفی
۷/۰۴	۹/۳۴	انحراف معیار		
۹۸/۶۸	۷۸/۱۶	میانگین	پسر	همدلی عاطفی
۱۴/۰۳	۱۶/۱۵	انحراف معیار		
۱۱۶/۵۸	۱۰۷/۵۶	میانگین	دختر	همدلی عاطفی
۱۴/۲۲	۱۲/۷۲	انحراف معیار		

3. Children's Cognitive and Affective Empathy Scale  
4. Dadds

1. Child Symptom Inventory-4  
2. Sprafking, Gadow

و عاطفی معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن می‌باشد. برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون M باکس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون ام باکس (۳۶/۱۳) در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر نیست. برای بررسی مفروضه کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرها از آزمون مجذور خی بارتلت استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره مجذور خی بارتلت (۱۶۱/۸۶) در سطح  $p < 0/01$  معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین بین متغیرهای پژوهش رابطه معنی‌دار وجود دارد.

نظر به این که کلیه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیره به جز پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است لذا برای تحلیل داده‌های مربوط به سؤال اصلی پژوهش از روش تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون اثر پیلائی استفاده شد که نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است:

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه ترکیب متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه

منبع تغییر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلائی	۰/۱۳۴	۱۵/۱۰	۲	۱۹۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۴
جنسیت	اثر پیلائی	۰/۲۶۳	۳۴/۷۹	۲	۱۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۳
گروه * جنسیت	اثر پیلائی	۰/۰۲۲	۲/۱۹	۲	۱۹۵	۰/۱۱۵	۰/۰۲۲

چراکه F محاسبه شده (۳۴/۷۹) در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار است. با این حال اثر تعاملی جنسیت و گروه معنی‌دار نیست. فلذا برای بررسی اینکه گروه‌ها در کدامیک از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه گزارش شده است.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه کودکان عادی در همدلی شناختی و همدلی عاطفی بیشتر از کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برونی‌سازی شده است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه دختران در همدلی شناختی و همدلی عاطفی بیشتر از پسران است.

در راستای تحلیل داده‌های مربوط به سؤال اصلی پژوهش از روش تحلیل واریانس عاملی چند متغیره استفاده شد. در این راستا ابتدا پیش‌فرض‌های این روش مورد بررسی قرار گرفت؛ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در پژوهش از آزمون کالموگروف-اسمیرن استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرن جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای همدلی شناختی (۱/۲۳) و همدلی عاطفی (۱/۳۴) معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که توزیع متغیرهای وابسته در گروه‌ها نرمال است. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای همدلی شناختی

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که همدلی شناختی و عاطفی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده نسبت به کودکان عادی متفاوت می‌باشد چراکه F محاسبه شده (۱۵/۱۰) در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار است. از طرفی همدلی شناختی و عاطفی در بین دختران و پسران نیز متفاوت می‌باشد

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌ها در متغیرهای وابسته

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	همدلی شناختی	۱۱۳۷/۶۴	۱	۱۱۳۷/۶۴	۱۴/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۷
	همدلی عاطفی	۱۰۹۰۷/۶۴	۱	۱۰۹۰۷/۶۴	۲۷/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۱۲
جنسیت	همدلی شناختی	۱۰۶۲/۶۰	۱	۱۰۶۲/۶۰	۱۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۷
	همدلی عاطفی	۲۷۹۶۶/۱۲	۱	۲۷۹۶۶/۱۲	۶۹/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶

همدلی شناختی در هر دو گروه پسران و دختران مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده ضعیف‌تر از کودکان عادی می‌باشد. همچنین مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد همدلی عاطفی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد همدلی شناختی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده نسبت به کودکان عادی متفاوت می‌باشد چراکه F محاسبه شده در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار است. همچنین با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱،

مختلف اجتماعی و شناختی کاهش می‌دهد، او پیش‌بینی کرد این کودکان همدلی کمتری نشان خواهند داد و توانایی آن‌ها در نظر گرفتن دیدگاه فرد دیگر کاهش خواهد یافت که پایه عصبی شناختی دارد و ناشی از کمبود آن‌ها در کنترل بازداری است (مارتون و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به این نظریه، مهارت خود نظارتی پیش‌نیاز همدلی و دیدگاه‌گیری است؛ زیرا کودکان نیاز به مهار پاسخ‌ها (بازداری) دارند تا بتوانند دیدگاه شخص دیگری را از خود جدا کنند و تجربه عاطفی شخص دیگری را درک کنند.

همچنین نتایج نشان‌دهنده این است که همدلی عاطفی (گرم) در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده ضعیف‌تر از کودکان عادی است. این یافته با پژوهش‌های دیسامپس، ورهولپ و متیس (۲۰۱۸)، اولبر و همکاران (۲۰۱۸)، پاز و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. فرا تحلیل جولیف و فارینگتون<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) نیز نشان داد که بین رفتارهای ضداجتماعی و میزان همدلی گرم رابطه معکوس وجود دارد که این یافته تأییدی بر اهمیت همدلی گرم در ایجاد رفتارهای مثبت و اجتماعی است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که میزان بالای همدلی گرم موجب سرکوبی رفتار ضداجتماعی و افزایش احتمال رفتار جامعه‌پسند می‌گردد. این موضوع به این دلیل است که توانایی تجربه یا ادراک هیجانات منفی اشخاص دیگر (مثل ترس و ناراحتی) موجب برانگیختن شخص با همدلی بالا برای انجام اعمالی در جهت رفع ناراحتی و هیجانات منفی می‌گردد. این رفتارها ممکن است به دلایل انسان دوستانه (مانند یاری‌رساندن به دیگران) یا خودخواهانه (مانند کاهش تنیدگی ناشی از همدلی) انجام گیرد. همچنین ممکن است فردی با همدلی قوی از طریق رفع نیازمندی و ایجاد لذت در دیگران به‌طور جانشینی لذت را تجربه کند و جانشینی هیجانات و عواطف دیگران است، اطلاعات بسیار دقیق در اختیار فرد قرار می‌دهد و قدرت به فعل رساندن تمایلات انسان دوستانه و جامعه‌پسند را دارد. از طرفی همدلی پایین، احتمال رفتار ضداجتماعی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، پایین بودن میزان همدلی، از اینکه فرد، متقابلاً از احساس‌های مثبت دیگران به‌خوبی بهره‌مند شود، جلوگیری می‌کند زیرا در حس کردن و درک این عواطف، کم‌توان است (دیسامپس، ورهولپ و متیس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). در واقع همدلی به‌عنوان انگیزه داخلی مهم در مهار رفتارهای پرخاشگرانه و آسیب‌زننده نقش مهمی دارد (پاز و همکاران، ۲۰۲۰).

نسبت به کودکان عادی متفاوت می‌باشد چراکه  $F$  محاسبه‌شده در سطح  $P < 0.05$  معنادار است. همچنین با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، همدلی عاطفی در هر دو گروه پسران و دختران مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده ضعیف‌تر از کودکان عادی می‌باشد. از طرفی مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد همدلی شناختی در بین پسران و دختران متفاوت می‌باشد چراکه  $F$  محاسبه‌شده در سطح  $P < 0.05$  معنادار است. همچنین با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، همدلی شناختی در پسران ضعیف‌تر از دختران می‌باشد. مندرجات جدول ۳ همچنین نشان می‌دهد همدلی عاطفی در بین دختران و پسران متفاوت می‌باشد چراکه  $F$  محاسبه‌شده در سطح  $P < 0.05$  معنادار است. همچنین با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، همدلی عاطفی در پسران ضعیف‌تر از دختران می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه همدلی شناختی و عاطفی (همدلی سرد - گرم) در کودکان با اختلال رفتاری برونی‌سازی شده و عادی بود. نتایج نشان داد همدلی شناختی (سرد) در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری برونی‌سازی شده ضعیف‌تر از کودکان عادی است. این یافته با پژوهش‌های مارتون، ونیر، روگرس مور و تنوک<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، لگهی و همکاران (۲۰۱۸)، موروسان و همکاران (۲۰۲۰) و کریستوفنی و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. باتاگلیس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۵) ذکر کرده‌اند که کودکان و نوجوانان با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده رفتارهای پرخاشگرانه از خود بروز می‌دهند، این رفتارها باعث می‌شود که آن‌ها میزان همدلی شناختی پایین‌تری را نسبت به هموعان خود تجربه نمایند. همچنین اولبر و همکاران (۲۰۱۸) عنوان کردند که توانایی همدلی عامل مؤثر در بازداری رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی در دوران کودکی و نوجوانی بوده که پیشرفت کافی آن، مکانیسم‌های عاطفی و شناختی را ایجاد می‌کند که به افراد امکان می‌دهد تا احساسات دیگران را درک کنند، دیدگاه دیگران را بپذیرند و نسبت به درد و رنج دیگران پاسخگو باشند. همدلی پایین احتمال رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی را افزایش می‌دهد زیرا فردی که از حس همدلی چندان بهره‌ای نبرده باشد، بدون ارزیابی تأثیر رفتار بر احساس دیگران عمل می‌کند (موروسان و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان به نظر بارکلی (۲۰۰۶) اشاره کرد که معتقد است که فقدان مهار رفتاری (بازداری) در این کودکان توانایی آن‌ها را در زمینه‌های

3. Jolliffe & Farrington  
4. Deschamps, Verhulp & Matthys

1. Marton, Wiener, Rogers, Moore & Tannochock.  
2. Battagliese, Caccetta, Luppino, Baglioni, Cardi, Mancini & Buonanno

پژوهش‌های آتی در بازه سنی گسترده‌تر انجام شود. همچنین پژوهش‌های آتی نقش تعدیل‌کننده هوش، طبقات اقتصادی-اجتماعی و بافت خانواده را بررسی کرده یا در صورت امکان گروه‌ها را از نظر این متغیر هم‌تاسازی کنند.

### منابع

خانجانی، ز.، شریعتی، م.، و یادگار، ا. (۱۳۹۳). مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلالات درونی‌سازی ۵ تا ۱۱ سال. *نشریه علمی - پژوهشی آموزش و ارزشیابی*, ۷(۲۷), ۳۹-۵۴.

خانجانی، ز.، و بهادری خسروشاهی، ج. (۱۳۹۶). بررسی تحول همدلی، اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی دردانش آموزان دختر و پسر ۵ تا ۱۱ سال. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*, ۱۸(۳۰), ۲۱۸-۱۹۵.

Baron - Cohen, S., Lutchmaya, S., Knickmeyer, R. (2004). *Prenatal testosterone in mind: amniotic fluid studies*. MIT Press.

Baron - Cohen. (2009). Autism: the empathizing systemizing (E-S) theory. *J Cogn Neurosci*, 1156(1), 68-80.

Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. L., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive behavioral therapy for externalizing disorder: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behavior Research and Therapy*, 75, 60\_71.

Bishop, S. A., Okagbue, H. I., & Odukoya, J. A. (2020). Statistical analysis of childhood and early adolescent externalizing behaviors in a middle low income country. *Heliyon*, 6(2), e03377.

Christopher, C., Saunders, R., Jacobvitz, D., Burton, R., Hazen, N. (2013). Maternal empathy and changes in mother's permissiveness as predictors of toddler's early social competence with peers: A parenting intervention study. *Journal of child and family studies*, 22(6), 769 - 778.

Christov-Moore, L., Simpson, E.A., Coude, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., Ferrari, P.F. (2014). Empathy ender effects in brain and behavior. *Neurosci Biobehav Rev*. 46, 27-604.

Cristofani, C., Sesso, G., Cristofani, P., Fantozzi, P., Inguaggiato, E., Muratori, P., ... & Ruglioni, L. (2020). The Role of Executive Functions in the Development of Empathy and Its Association with Externalizing Behaviors in Children with Neurodevelopmental Disorders and Other Psychiatric Comorbidities. *Brain Sciences*, 10(8), 489.

Cuff, B. M.P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of concept. *Emotion review*, 8, 144-153.

با توجه به یافته‌ها پسران در همدلی شناختی و عاطفی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به دختران داشتند. این یافته همسو با یافته‌های وندیرگرفف، کارلو، کروکییتی، کووت و برنج (۲۰۱۸)، کریستو-مور و همکاران (۲۰۱۴)، دادس و همکاران (۲۰۰۸) است. در این راستا ویکنتا مستر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) طی یک مطالعه طولی همدلی را در دختران و پسران بررسی کردند و دریافتند دختران نسبت به پسران هم سن خود همدل‌تر هستند و این تفاوت با افزایش سن افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، زنان از لحاظ زیستی و فیزیولوژیکی نیز در میزان همدلی برتر از مردان هستند. به‌طوری‌که زنان از ویژگی‌های همدلانه مانند: توانایی گفتاری بالاتر، مهارت‌های ارتباطی، تماس چشمی و مهارت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند (بارون-کوهن، لوتچمای و نیکمیر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). همچنین ساختار مغز زنان با مردان متفاوت است در واقع مغز زنان برای ارتباطات هیجانی، ارتباط اجتماعی و نشان دادن یک سبک‌شناختی همدلانه طراحی شده است و بالعکس مغز مردان برای مشغولیت با اشیا و نشان دادن یک سبک‌شناختی سیستم‌سازی شده، طراحی شده است (ایبانز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) که نشان‌دهنده یک‌جهت‌گیری زیستی در زنان برای همدلی کردن با هیجانان است. برخی از پژوهشگران، تجربیات خاص اجتماعی سازی جنسیتی را مطرح می‌کنند که دختران را به سمت رفتارهای دلسوزانه، مراقبت از فرزندان و در مقابل پسران را به سمت رفتارهای مردانه، مسئولیت خانواده، شکار و رقابت سوق می‌دهد (لیپر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). بر اساس نتایج این پژوهش، همدلی در کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده آسیب می‌بیند بنابراین پیشنهاد می‌شود با تدارک برنامه‌های آموزشی معطوف به مهارت‌های هیجانی-اجتماعی در ارتقای سطح همدلی در کودکان تلاش نمود.

پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله می‌توان به محدود بودن نمونه به دانش‌آموزان دوره ابتدایی اشاره کرد که تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را به سایر دوره‌های تحصیلی با مشکل مواجه می‌کند. بعلاوه در کنترل بهره هوش منحصراً به نظر معلمان توجه گردید و به دلیل محدودیت زمان امکان سنجش بهره هوشی کودکان به صورت عینی وجود نداشت. همچنین عدم هم‌تاسازی دانش آموزان بر اساس طبقات اقتصادی-اجتماعی و بافت خانواده نیز جز محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید. با توجه به این محدودیت‌ها توصیه می‌شود

4. Ibanez  
5. Leaper

1. Van Der Graaff, Carlo, Crocetti, Koot & Branje  
2. Vicenta Mestre, Samper, Dolores Frias & Maria Tur  
3. Baron - Cohen, Lutchmaya & Knickmeyer

- system. *Children and youth services review*. 81, 413 – 421.
- Leaper, C. (2015). Gender and social – cognitive development. In R.M. Lerner (Ed). *Handbook of child psychology and development science* (7 th ed. pp 1-47). New jersey, Us: John wiley & Sons.
- Marton, L., Wiener, J., Rogers, M. Moore, C.H., & Tannochock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with ADHD. *Abnorm child psychol*. 37, 107-118.
- Milone, A., Cerniglia, L., Cristofani, Ch., Inguaggiato, E., Levantini, V., Masi, G., paciello, M., Simone, F., & Muratorio, p. (2019). Empathay in youths with conduct disorder and callous- unemotional traits. *Neural plasticity*. ID 9638973.
- Morosan, L., Ghisletta, P., Badoud, D., Toffel, E., Eliez, S., Debbane, M. (2020). Logitudinal relationship between reflective functioning, empathay, and externalizing behaviors during adolescence and young adulthood. *Child psychiatry & human development*. 51(1), 59-70.
- Olber, E., Tobon, A., Laroso, A., Tammayo, V.R., Isabel, C. & Lopera, P. (2018). empathic skills and theory of mind inb female adlescents with counduct disorder. *Brazilian journal of psychiatry*. 40, 78-82
- Paz, Y., Orlitsky, T., Roth-Hanania, R., Zahn-Waxler, C., & Davidov, M. (2020). Predicting externalizing behavior in toddlerhood from early individual differences in empathy. *Journal of child psychology and psychiatry*.
- Romer-Lopez, M. Quesada-conde, A. B. Alvarez, G. & Justicia- Arraez, A. (2017). The relationship between executive functions and externalizing behavior problems in early childhood education. *procedia – social and behavioral scinces*. 778-783.
- Sigelman, C. K. & Rider, E.A. (2018). Life – span human development. USA: Cengage learning.
- Van der Graaff, J., Carlo, G., Crocetti, E., Koot, H.M., Branje, S. (2018). Prosocial behavior in adolescence: Gender differences in development and links with empathy. *j Youth Adolescence*. 47, 1086-1099.
- Vicenta Mestre, M., Samper, P., Dolores Frias, M., Maria Tur, A. (2009). Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. *The spanish journal of psychology*. 12(1), 76 – 83.
- Weeden, M., Wills, H. P., Kottwitz, E., & Kamps, D. (2016). The effects of a class–wid behavior intervention for students with emotional and behavioral disorders. *Behavioral disorders*, 42(1), 285- 293.
- 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.
- Dejko–Wańczyk, K., Janusz, B., & Józefik, B. (2020). Understanding the Externalizing Behavior of School-Age Boys: The Role of a Mother’s Mentalization and Attachment. *Journal of Child and Family Studies*, 29(1), 155-166.
- Deschamps, P. K., Verhulp, E. E., & Matthys, W. (2018). Proactive aggression in early school-aged children with externalizing behavior problems: A longitudinal study on the influence of empathy in response to distress. *The American journal of orthopsychiatry*, 88(3), 346-353.
- Deschamps, P.K.H., Been, M. Matthys, W. (2014). Empathy and empathy induced prosocial behavior in 6 – and 7 – years- old with autism spectrum disorder. *Journal autism dev disord*, 44(7).
- Dose, C., Hautmann, C., & Doepfner, M. (2016). Functional Impairment in Children With Externalizing Behavior Disorders: Psychometric Properties of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report in a German Clinical Sample. *J. atten. disord*.
- Gambin, M., & Sharp, C. (2016). The differential relations between emathay and intrrnalizing and externalizing sympoms in inpatient adolescents. *Child psychiatry & human development*. 47(1), 966-974.
- Hossa, M., Volckaet, A., Grosbois, N. N. & Noel, M. (2017). Differential impoct of on excutive function and a social cognition training on preschoolers with externalizing behavior problems. *Journal of behavioral and brain science*, 7, 598-620.
- Ibanez, A., Huepe, D., Gempp, R., Gutierrez, V., Riverra – Rei, A., Toledo, M.I. (2013). Empathay, sex and fluid intelligence as predictors of theory of mind. *pwrns Individ Dif*. 54(5), v21 – 616.
- Jolliffe, D., & Farrington, D.P. (2011). is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables? *Journal of adolescence*, 34, 59-71.
- Laghi, F., Lonigro, A., Pallini, S., & Baiocco, R. (2018). Emotion Regulation and Empathy: Which Relation with Social Conduct?. *The Journal of Genetic Psychology*, 179(2), 62-70.
- Landers, A. L., Bellamy, J. L. Danes, S.M., & Hawk, S. W. (2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American indian children in the child welfare

رقیه عبدالرحیم پور، منصور بیرامی، تورج هاشمی نصرت آباد

Weltering, S., lishak, V., hodgson, N., granic, I., & zelazo, Ph. (2015). Executive function in children with externalizing and comorbid internalizing behavior problems. *journal of child psychology and psychiatry*.

---

## Comparison of Cognitive and Affective Empathy Between Children with Externalized Behavioral Disorder and Normal Children: Considering the Role of gender

Roghayeh Abdolrahimpour\*  
Mansour bayrami\*\*  
Touraj Hashemi Nosratabad\*\*\*

---

### Abstract

The aim of this study was to compare cognitive and affective empathy (Hot - Cold) between children with externalized behavioral disorder and normal children by considering the role of gender. The method of this study was descriptive and causal-comparative. The statistical population included all primary school students (8 to 12 years old) in Tabriz in the 2018- 2019 academic year. From this population, 100 children with externalized behavioral disorder (50 girls and 50 boys) and 100 normal children (50 girls and 50 boys) were selected by random multistage cluster sampling model using the CSI-4 teacher form questionnaire. In order to measure cognitive and affective empathy, Dads empathy scale was used. The results of multivariate analysis of variance showed that cognitive and affective empathy in children with externalized behavioral disorders is different from normal children ( $p<0/05, F=15/10$ ) also cognitive and affective empathy are different between girls and boys ( $p<0/05, F=34/79$ ). According to the results, cognitive and affective empathy are weaker in children with externalized behavioral disorders than in normal children and girls had better performance in cognitive and affective empathy than boys. These findings help to better understand this disorder and variety of therapies.

**Keywords:** Externalized Disorders, Gender, Cognitive and Affective Empathy.

---

\* **Corresponding Author:** M A in Clinical Child and Adolescent psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz , Tabriz, Iran. **Email:** abdolrahimpour\_r@yahoo.commail.com.

\*\* Professor of Psychology department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

\*\*\* Professor of Psychology department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.