

اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده بر اختلال سلوک کودکان با رگه‌های برجسته بی‌رحمی - بی‌احساسی

## The Effectiveness of Modified Behavior Therapy on Conduct Children with Callous-Unemotional Traits

Seyedeh Leila Fakhimi  
MA. Clinical Psycholog in Child &  
Adolescent University of Tabriz

Zeinab Khanjani, PhD  
University of Tabriz

زینب خانجانی  
استاد گروه روان‌شناسی  
دانشگاه تبریز، ایران

سیده لیلا فخمی\*  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان  
دانشگاه تبریز، ایران

Touraj Hashrmi Nosratabad, PhD  
University of Tabriz

تورج هاشمی نصرت‌آباد  
استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران

### چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده بر نشانه‌های اختلال سلوک با ویژگی برجسته بی‌رحمی - بی‌احساسی و طرح پژوهش از نوع کاربردی و با توجه به شیوه جمع‌آوری داده‌ها شبه‌تجربی تک آزمودنی با خطوط پایه منفرد بود. نمونه موردنظر ۳ نفر از کودکان دارای نشانه‌های اختلال سلوک بود که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ در مدارس شهرستان تبریز مشغول به تحصیل بودند و به شیوه در دسترس و هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. برای شناسایی کودکان واجد رگه بی‌رحمی - بی‌احساسی از سیاهه بی‌رحمی - بی‌احساسی (فریک، ۲۰۰۳) استفاده شد. همچنین برای اجرای رفتاردرمانی تعدیل‌شده از بسته آموزشی محقق ساخته برگرفته از آموزه‌های میلر و دیگران (۲۰۱۴) و واچ بوش و دیگران (۲۰۱۹) و جهت ارزیابی نشانه‌های اختلال سلوک از مقیاس اختلال‌های رفتار ایذایی (پلهم، ناژی، گرینزلید و میلیچ، ۱۹۹۲) در مراحل خط پایه و مداخله استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش ترسیم نمودارها و محاسبه درصد بهبودی و اندازه اثر نشان داد که رفتاردرمانی تعدیل‌شده در کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال سلوک با ویژگی برجسته بی‌رحمی - بی‌احساسی اثربخش است. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت استفاده از رفتاردرمانی تعدیل‌شده دارای تلویحات عملی در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک است که برای والدین، مشاوران و بالینگران قابل توصیه است.

**واژه‌های کلیدی:** رفتاردرمانی تعدیل‌شده، اختلال سلوک، بی‌رحمی - بی‌احساسی

### Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of modified behavior therapy on conduct disorder symptoms in children with callous-unemotional traits. In the single-case experimental design with multiple baselines, three boys with conduct disorder were selected by Available and purposeful according to the inclusion and exclusion criteria. For this purpose, Inventory of Callous-Unemotional Traits (Frick, 2003) was used to identify children with callous-unemotional traits. Modified Behavioral Therapy for the implementation of a self-made training package derived from the teachings of Miller et al (2014) and Waschbusch et al (2019), and Parent Disruptive Behavior Disorders Rating Scales (Pellham, Gnagy, Greenslade & Milich, 1992) for investigating conduct disorder symptoms in the baseline and intervention stages were used. Data analysis by using graphs and calculation of improvement percentage and effect size showed that modified behavior therapy has a clinical effect on reducing conduct disorder symptoms. Based on research findings, it can be said that the use of modified behavior therapy has practical implications for reducing conduct disorder symptoms, and is recommended for parents, counselors, and clinicians.

**Keywords:** modified behavior therapy, conduct disorder, callous-unemotional traits

received: 21 August 2021

accepted: 10 April 2022

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱

\*Contact information: fakhimileila@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول است.

## مقدمه

اختلال سلوک<sup>۱</sup> یکی از مهم‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی مرتبط با کودکی و نوجوانی است که در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup> در طبقه اختلال‌های اخلاک‌گرا<sup>۳</sup>، مهار برانگیختگی<sup>۴</sup> و سلوک قرار می‌گیرد. به‌طور کلی اختلال‌های این طبقه تشخیص‌هایی را در برمی‌گیرند که برای افرادی که مشکل تنظیم هیجان و رفتار دارند و اختلال آن‌ها حقوق اساسی دیگران را نقض می‌کنند، مقرر می‌شود. هرچند افراد مبتلا به سایر اختلال‌های روانی نیز ممکن است در تنظیم هیجان‌ها و رفتارهایشان با مشکل مواجه شوند، اما ویژگی متمایزکننده افرادی که در این طبقه قرار می‌گیرند وجود تعارض‌های قابل‌ملاحظه با هنجارهای اجتماعی و صاحبان قدرت است (ویتبورن و هال‌جین، ۲۰۱۳).

اختلال سلوک با الگوی تکراری و مداومی از رفتار مشخص می‌شود که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارهای اجتماعی به‌طور نامتناسب با سن نقض می‌شود (موری و فارینگتون، ۲۰۱۰). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا برای تشخیص اختلال سلوک وجود حداقل سه رفتار نامناسب نظیر زورگویی و قلدری، تهدید و ارباب‌دیگران، بیرون ماندن از خانه به‌رغم تأکید والدین و فرار از مدرسه قبل از سن ۱۳ سالگی ضروری است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). الگوی تکراری و پابرجای رفتاری که طی آن حقوق اولیه دیگران زیر پا گذاشته می‌شود و الگوهای رفتاری که با سن فرد متناسب نیست، سبب نقض قوانین شده و عملکرد فرد در حوزه شغلی، اجتماعی و تحصیلی را با آسیب مواجه می‌کند. نمونه‌های رفتاری این اختلال شامل پرخاشگری به‌طرف مردم یا حیوان‌ها، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی و تخلف جدی از قوانین است. افزون بر این، در تشخیص این اختلال عنوان می‌شود که کودک باید دست‌کم سه مشکل رفتاری را طی یک

سال گذشته و دست‌کم یک مشکل رفتاری را در شش ماه گذشته داشته باشد (دادز، کائوچی، میوالورا، هاوز و برنان، ۲۰۱۲). میزان شیوع این اختلال در پسرها و دخترهای زیر ۱۸ سال به‌ترتیب ۶ تا ۱۶ درصد و ۲ تا ۹ درصد برآورد شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). با توجه به افزایش نرخ شیوع اختلال سلوک در دهه گذشته (تاگز و برادی، ۲۰۱۹) و با در نظر گرفتن اینکه پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب است و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکل‌های دیگری همچون اختلال یادگیری، اختلال خلقی، اضطراب، اختلال شخصیت ضداجتماعی (علی‌اکبری دهکردی، ۲۰۱۵)، عدم توانایی جامعه‌پذیری، عدم توانایی برقراری ارتباط صحیح با دیگران، شکست‌های تحصیلی و شغلی، کاهش اعتمادبه‌خود (سلطانی کوهبانی، علیزاده، هاشمی، صرامی و سلطانی کوهبانی، ۲۰۱۳)، شروع زود هنگام رفتار جنسی، مصرف الکل، سیگار کشیدن، مصرف مواد غیرمجاز، اعمال بی‌باک و مخاطره‌جو (متیس و لاکمن، ۲۰۱۰) قرار می‌گیرند، درمان این کودکان در دوره کودکی از اهمیت بسیاری برخوردار است. درمان اختلال سلوک بر اساس روی‌آوردی که در سبب‌شناسی این اختلال مطرح می‌شود متفاوت است. برخی از روی‌آوردها که به تغییر فردی اهمیت می‌دهند، شامل درمان فردی و گروهی، درمان‌های شناختی و رفتاری و دارودرمانی‌هاست (شیرجنگ، مهریار، جاویدی و حسینی، ۲۰۱۸). برخی دیگر معطوف به خانواده‌اند و هدف آن‌ها تغییر الگوهای تعامل با دیگر فرایندهای خانوادگی در خانه است. فنونی هم‌چون خانواده‌درمانی و آموزش مدیریت والدین<sup>۶</sup> از این نوع‌اند. با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد که هیچ‌یک از این درمان‌ها در کودکان مبتلا به اختلال سلوک یه بهبودی کامل منتهی نشده است و با توجه به عدم تحول کافی کودکان و نوجوانان، درمان‌های رفتاری<sup>۷</sup> مؤثرتر از سایر درمان‌ها هستند. این نوع مداخله بیشترین پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده و اثربخشی

1 - conduct disorder

2 - diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition

3 - disruptive behavior

4 - impulse control

5 - american psychiatric association

6 - parent management training

7 - behavioral therapy

مبتلا به اختلال سلوک با ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی با خلق این کودکان سازگار نیست و در کاهش رفتارهای مخرب آن‌ها تأثیر نمی‌گذارد (هاوس و دادز، ۲۰۰۵). همچنین بررسی ویژگی‌های عصب‌روان‌شناختی<sup>۳</sup> کودکان دارای ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی نشان داده که این کودکان به تنبیه پاسخ مناسب نشان نمی‌دهند؛ بنابراین اثربخشی آموزش والدگری مثبت و به‌طور کلی روش‌های پاداش‌دهنده به جای محروم‌کننده یا محرومیت‌سازی<sup>۴</sup> می‌تواند روی این کودکان مؤثرتر باشد (اورتیز، هاوس، لوربر، لیزر و بروتمن، ۲۰۱۸؛ ملک‌پور، مولوی، عابدی، عسگری و لعلی، ۲۰۱۲).

با توجه به شواهد متناقض در این زمینه، میلر، هاس، واچ بوش، ویلوغبی و پلهام (۲۰۱۴) نوعی درمان رفتاری به نام رفتاردرمانی تعدیل‌شده<sup>۵</sup> مبتنی بر تقویت حداکثری و تنبیه حداقلی را ابداع و اثربخشی آن در درمان اختلال سلوک را تأیید کرده‌اند. در این راستا نتایج پژوهش واچ‌بوش و دیگران (۲۰۲۰) در مورد اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده بر کاهش رگه بی‌رحمی - بی‌احساسی کودکان مبتلا به اختلال سلوک نیز یافته‌های میلر و دیگران (۲۰۱۴) را تأیید کردند. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال سلوک دائماً در معرض تنبیه قرار می‌گیرند، نسبت به تنبیه بی‌احساس شده و در مقابل تنبیه واکنش مناسب نشان نمی‌دهند (فایانو و دیگران، ۲۰۰۹). همچنین این کودکان ظرفیت اندکی برای پاسخ‌دهی به تقویت‌کننده‌های مثبتی دارند که غالباً به دنبال رفتارهای اجتماع‌پسند می‌آیند و توانایی کمی برای اجتناب از تنبیه‌ها و مجازات‌های مرتبط با رفتارهای ضداجتماعی دارند، از این‌رو در یادگیری اقدام به رفتارهای اجتماع‌پسند یا اجتناب از رفتارهای ضداجتماعی ناتوان‌اند (کازدین، ۲۰۰۶)؛ بنابراین در رفتاردرمانی تعدیل‌شده کوشش می‌شود با استفاده از برخی تکنیک‌ها (مثل افزایش مهارت‌های حل مسئله، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بهبود مهارت‌های

آن در زمینه‌های مختلفی به اثبات رسیده است. از جمله درمان‌های رفتاری رایج می‌توان به آموزش مهارت اجتماعی، مدیریت وابستگی<sup>۱</sup> و اقتصاد ژتونی اشاره کرد. همچنین کنترل مشروط که در آن بر اساس اصول شرطی‌سازی کنشگر می‌توان رفتار کودک را به‌وسیله سازمان‌دهی پیامدهای رفتار وی شکل داد، یکی دیگر از فنون رفتاری سودمند برای اختلال سلوک به‌شمار می‌آید (فریک، ۲۰۱۲).

با وجود پیشینه نظری مستحکم در مورد سودمندی درمان‌های رفتاری اختلال سلوک، پیشینه پژوهشی در این قلمرو متناقض است. برای مثال در پژوهشی مشخص شد که مادران شرکت‌کننده در یک دوره آموزشی ۶ هفته‌ای که به شکل گروهی برگزار شد در ارتباط با فرزندانشان تنیدگی و مشکل کمتری داشتند و توانستند با اتخاذ سبک والدگری مناسب از میزان رفتارهای نامناسب کودکان خود بکاهند (کانرز، ادوارد و گران، ۲۰۰۷). علاوه بر این، روش‌هایی مانند روش آموزش مهارت‌های اجتماعی والدینی و آموزش مهارت‌های والدین و کودکان (دی‌روزیر و گلیوم، ۲۰۰۷؛ زینالی، خانجانی و سهرابی، ۲۰۱۶؛ کشاورز و کاکاوند، ۲۰۱۷؛ یحیی محمودی، ناصح، صالحی و تیزدست، ۲۰۱۳) و همچنین آموزش مهارت حل مسئله به‌طور معناداری در درمان مشکل‌های رفتاری کودکان مؤثر بوده است (باباپور، هاشمی نصرت‌آباد و پروینی، ۲۰۱۶؛ محمدی، شادبافی، پاکروح و وفادار، ۲۰۲۰؛ وایز، داس و هاولی، ۲۰۰۵).

اما بررسی مسیرهای تحولی اختلال سلوک و رفتارهای بی‌رحمی - بی‌احساسی<sup>۲</sup> نشان می‌دهد روش‌هایی که در آن عنصری از تنبیه یا محروم کردن وجود دارد برای کودکان مبتلا به اختلال سلوک با ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی مناسب نیست و باید در درمان این کودکان تجدیدنظر شود (فریک و کورنل، ۲۰۰۳). همچنین درمان‌های رفتاری مبتنی بر نظم (مانند استفاده از زمان وقفه) بر روی کودکان

1 - contingency management

2 - callous-unemotional behaviors

3 - neuropsychological characteristics

4 - time out

5 - modified behavioral therapy

یادگیری و افزایش تقویت و کاهش تنبیه) حس همدلی را در این کودکان احیا کنند (میلر و دیگران، ۲۰۱۴).  
بر این اساس با توجه به تناقض در پیشینه پژوهشی و عدم بررسی اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده در ایران مسئله اصلی این است که آیا رفتاردرمانی تعدیل‌شده بر کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال سلوک با ویژگی برجسته بی‌رحمی - بی‌احساسی اثربخش است؟

## روش

این پژوهش با توجه به هدف از نوع کاربردی و با توجه به شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع شبه‌تجربی بود که در قالب طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خطوط پایه منفرد اجرا شد. با توجه به اینکه در طرح‌های تک‌آزمودنی تعداد افراد نمونه می‌توانند از ۲ تا ۱۰ نفر باشند (جیهانجیانی، کاتلر، لیتون و چیانگ، ۲۰۱۹)، در این پژوهش به دلیل پاندمی کرونا، ۳ نفر از کودکان دارای نشانه‌های اختلال سلوک با ویژگی بی‌رحمی - بی‌احساسی که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ در مدارس تبریز مشغول به تحصیل بودند، به شیوه هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین منظور با مراجعه به مدارس انتخابی و توضیح طرح پژوهشی و نشانه‌های اختلال سلوک به معلمان از آن‌ها خواسته شد کودکان مشکوک به اختلال سلوک را معرفی کنند. در ادامه از والدین این کودکان خواسته شد به مقیاس درجه‌بندی اختلال‌های رفتار ایدایی<sup>۱</sup> (پلهام، ناژی، گرینزلید و میلیچ، ۱۹۹۲) و سیاهه رگه‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی<sup>۲</sup> (فریک، ۲۰۰۳) پاسخ دهند. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها از میان ۱۱ کودک معرفی شده، ۳ نفر که نمره بالاتر از نقطه برش را در هر دو پرسشنامه کسب کرده و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش (داشتن نشانه‌های اختلال سلوک با گه برجسته بی‌رحمی - بی‌احساسی، دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال، عدم ابتلا به اختلال‌های عصبی-تحوالی یا سایر اختلال‌های روان‌پزشکی مانند اضطراب و افسردگی، عدم دریافت سایر روش‌های درمانی یا مصرف داروهای

روان‌پزشکی به‌طور همزمان، رضایت والدین، مدارس و خود کودک برای شرکت در برنامه مداخله‌ای) بودند و ملاک‌های خروج از پژوهش (بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمانی و عدم مشارکت در فرایند پژوهش) را نداشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. مجدداً پس از اخذ رضایت از والدین و کودکان مقیاس اختلال‌های رفتار ایدایی جهت تکمیل به والدین ارائه شد. سپس بسته درمانی در ۱۰ جلسه روی کودکان اجرا شد. نحوه ورود کودکان به برنامه درمانی بدین صورت بود که در جلسه اول یکی از کودکان برای مداخله انتخاب شد. همزمان با جلسه دوم مداخله روی کودک اول، کودک دوم وارد برنامه شد و در جلسه سوم درمان کودک اول و جلسه دوم درمان کودک دوم، کودک سوم وارد برنامه شد. هم‌چنین در پایان جلسه‌های زوج برنامه مداخله‌ای (جلسه‌های ۲، ۴، ۶، ۸ و ۱۰) مجدداً مقیاس اختلال‌های رفتار ایدایی جهت تکمیل به والدین تحویل داده شد. کودک اول: پسری ۱۰ ساله و فرزند اول خانواده است و یک برادر ۶ ساله دارد. کودک در مقطع چهارم ابتدایی مشغول به تحصیل بود و تحصیلات پدر و مادر او دیپلم و وضعیت اقتصادی خانواده متوسط است. نشانه‌های بارز کودک با توجه به اظهارات والدینش بدین شرح بود: تحریک‌پذیری بیش‌ازحد، ناتوانی در مهار خشم، زورگویی، دروغ‌گویی، دزدی از کلاس، حیوان‌آزاری، ناسزاگویی به والدین و ناسازگاری با همسالان. کودک دوم: پسری ۹ ساله و فرزند دوم خانواده است و یک برادر ۱۱ ساله دارد. کودک در مقطع سوم ابتدایی مشغول به تحصیل بود و تحصیلات پدر لیسانس و مادر او دیپلم و وضعیت اقتصادی خانواده متوسط است. نشانه‌های بارز کودک با توجه به اظهارات والدینش بدین شرح بود: تحریک‌پذیری بیش‌ازحد، پرخاشگری و زورگویی، زودرنجی و کنجکاو جنسی.

کودک سوم: پسری ۱۰ ساله و فرزند دوم خانواده است و یک خواهر ۱۲ ساله دارد. کودک در مقطع سوم ابتدایی مشغول به تحصیل بود و یک سال به دلیل اختلافات والدین دیر به مدرسه رفته است. به گفته

تناسب ماده‌ها با عوامل است. اعتبار کل مقیاس ۰/۹۱ و ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها برای نارسایی توجه ۰/۸۳، فزون‌کنشی /برانگیختگی ۰/۷۹، پرخاشگری با انسان‌ها و حیوان‌ها ۰/۴۹، تخریب وسایل ۰/۱۹، دزدی و فریب ۰/۴۰ و نقض جدی قوانین ۰/۱۷ است. در مجموع نتایج نشان داد که مقیاس مذکور یک ابزار چندبعدی و مناسب برای سنجش نارسایی توجه /فزون‌کنشی و اختلال رفتار ایدایی (اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک) است.

### سیاهه رگه‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی

(فریک، ۲۰۰۳). این سیاهه یک ابزار خودگزارش دهی ۲۴ ماده‌ای است که برای ارزیابی ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی طراحی شده و سه بُعد بی‌رحمی<sup>۴</sup> (۱۱ ماده)، فقدان حس همدردی<sup>۵</sup> (۸ ماده) و بی‌احساسی<sup>۶</sup> (۵ ماده) را می‌سنجد. در پژوهش ایسو، ساساگاو و فریک (۲۰۰۶) ضرایب آلفای کرونباخ کل سیاهه ۰/۷۷ و زیرمقیاس‌های بی‌رحمی، فقدان حس همدردی و بی‌احساسی را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳ و ۰/۶۴ بود. در پژوهش پالیزبان، مهرابی‌زاده هنرمند و ارشدی (۲۰۲۰) نیز ضرایب آلفای کرونباخ کل سیاهه ۰/۶۵ و زیرمقیاس‌های بی‌رحمی، فقدان همدلی و بی‌احساسی به ترتیب برابر با ۰/۵۶، ۰/۶۱ و ۰/۵۵ و ضرایب دینیمه‌سازی کل سیاهه ۰/۵۶ و زیرمقیاس‌های آن ۰/۵۱، ۰/۶۳ و ۰/۴۹ به دست آمد. علاوه بر این نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی گویای برازندگی نسبتاً خوب ساختار سه‌عاملی سیاهه ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی است.

### بسته رفتاردرمانی تعدیل‌شده<sup>۷</sup>. این بسته

درمانی محقق ساخته و با استناد به پژوهش‌ها در خصوص بررسی تأثیر روش‌های اصلاح رفتار در کودکان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی /سلوک همراه با ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی بود (هس و دیگران، ۲۰۱۱). مقاله بررسی موردی یک کودک مبتلا به اختلال سلوک (کیمونیس و آرمسترانگ، ۲۰۱۲)، پژوهش مقدماتی اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده بر کاهش ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی کودکان

مادر کودک وقتی پسرش ۶ ساله بود به دلیل اختلاف با خانواده همسرش به مدت ۱/۵ سال آنها را ترک کرده بود و بعد از اینکه متوجه شد فرزندانش در معرض بزهکاری و آسیب‌های اجتماعی قرار گرفته‌اند تصمیم به بازگشت به خانه گرفته است. نشانه‌های بارز کودک با توجه به اظهارات مادرش بدین شرح بود: پرخاشگری نسبت به اطرافیان (برای مثال یک‌بار با سنگ سر هم‌کلاسی خود را شکسته است) و حیوانات (برای مثال انداختن سیگارت روی گربه یا کندن بال‌های پروانه)، ناسزاگویی و کتک‌زدن اطرافیان، فریاد زدن بیش از حد که منجر به آسیب به تارهای صوتی‌اش شده است، دزدی، دروغ‌گویی و دست انداختن دیگران.

در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد:

### مقیاس درجه‌بندی اختلال رفتار ایدایی

(پلهام و دیگران، ۱۹۹۲). این مقیاس به منظور غربالگری کودکان دارای اختلال‌های رفتار ایدایی طراحی شده و دارای سه مقیاس اختلال نارسایی توجه /فزون‌کنشی<sup>۱</sup> (۱۸ ماده)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۲</sup> (۸ ماده) و اختلال سلوک<sup>۳</sup> (۱۵ ماده) و در مجموع ۴۵ ماده است که ۴ ماده آن در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا حذف شده است. مقیاس نارسایی توجه /فزون‌کنشی شامل دو زیرمقیاس کم‌توجهی (۹ ماده) و فزون‌کنشی /برانگیختگی (۹ ماده) است. مقیاس اختلال سلوک چهار زیرمقیاس پرخاشگری با انسان‌ها و حیوان‌ها (۷ ماده)، تخریب وسایل (۲ ماده)، دزدی و فریب (۳ ماده) و نقض جدی قوانین (۳ ماده) دارد. در پژوهش پلهام و دیگران (۱۹۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های نارسایی توجه /فزون‌کنشی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال ۰/۹۶، ۰/۹۵ و ۰/۷۵ بود.

فرح‌بخش، عابدی و کاوهی سدهی (۲۰۱۲) ویژگی روان‌سنجی این مقیاس را با استفاده از تحلیل عاملی، آلفای کرونباخ، گاتمن و دو نیمه‌سازی بررسی کردند. بارهای عاملی نارسایی توجه /فزون‌کنشی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک نشان‌دهنده

1 - attention deficit hyperactivity disorder  
2 - oppositional defiant disorder  
3 - conduct disorder  
4 - callousness

5 - uncaring  
6 - unemotional  
7 - modified behavior therapy

رفتاردرمانی (سیف، ۲۰۱۸) تهیه شده است. خلاصه محتوای بسته درمانی محقق ساخته که به تأیید سه تن از اساتید روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز رسیده است، در جدول ۱ آمده است.

مبتلا به اختلال سلوک (میلر و دیگران، ۲۰۱۴)، مقاله اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل شده بر کاهش ویژگی‌های بی‌رحمی - بی‌احساسی کودکان مبتلا به اختلال سلوک (واج بوش و دیگران، ۲۰۱۹) و کتاب تغییر رفتار و

جدول ۱  
خلاصه محتوای بسته رفتاردرمانی تعدیل شده

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی والدین با اختلال سلوک و علائم آن و برنامه رفتاردرمانی تعدیل شده به منظور برجسته کردن لزوم چنین برنامه‌های آموزشی و ایجاد انگیزه و جلب همکاری آن‌ها
دوم	آشنایی والدین با اصول برنامه اقتصاد ژتونی و کاربرد آن در مدیریت رفتار کودک
سوم	آموزش تنظیم قرارداد رفتاری با کودک و تدوین قوانین خانواده جهت مدیریت رفتارهای کودک
چهارم	آشنایی والدین با اهمیت عینی کردن درخواست‌های خود از کودک و استفاده از پاداش‌ها برای انجام رفتارهای مطلوب توسط کودک
پنجم	آشنایی والدین با اهمیت دستور دادن عینی، واضح و روشن به کودک و استفاده از روش تعلیق بر اساس اصول رفتاردرمانی تعدیل شده برای مدیریت رفتار کودک
ششم	آشنایی والدین و کودک با مهارت‌های اجتماعی و اهمیت آن در زندگی روزمره
هفتم	آشنایی والدین و کودک با رفتارهای منفی و مهارت‌های اجتماعی که این رفتارها را هدف قرار می‌دهد
هشتم	آشنایی والدین و کودک با فنون همدلی (گوش دادن، انعکاس، توجه به زبان بدنی، ابراز وجود و پرهیز از نام‌گذاری و برجسب زدن به افراد)
نهم	آشنایی والدین و کودک با مهارت‌های مهار خشم و اهمیت آن در زندگی روزمره
دهم	آشنایی والدین و کودک با مهارت‌های مقابله با مشکلات بین فردی و نحوه استفاده از آن در زندگی روزمره.

### یافته‌ها

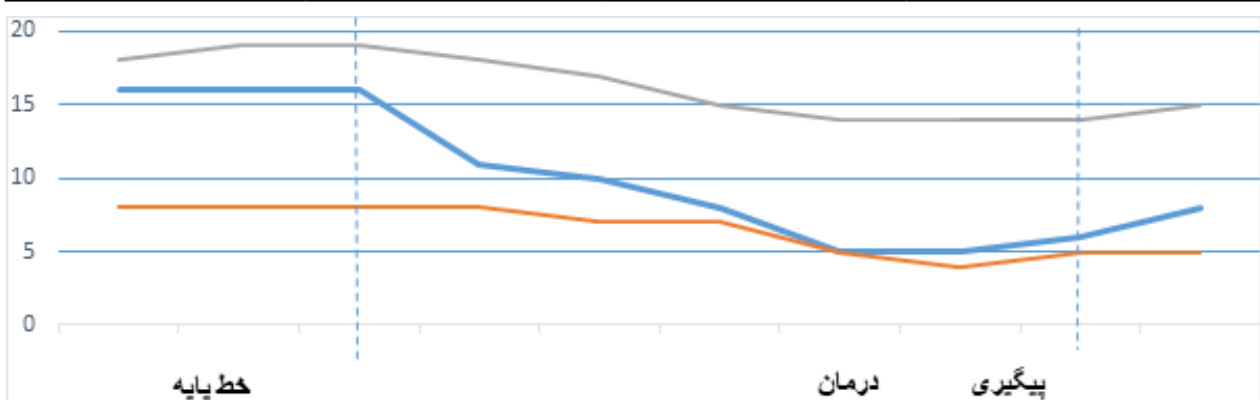
تغییرهای مربوط به نشانه‌های اختلال سلوک، قبل از شروع فرآیند درمان، پس از درمان و بعد از مرحله پیگیری اندازه‌گیری شده و داده‌ها در جدول‌های ۲ تا ۵ و نمودارهای ۱ تا ۴ ارائه شده است.

در این پژوهش برای توصیف روند اثربخشی مداخله‌های درمانی از روش‌های آمار توصیفی (ترسیم نمودار) استفاده شد. از برآورد اندازه اثر و درصد بهبودی نیز برای بررسی معناداری بالینی تغییرها استفاده شد.

جدول ۲  
درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس پرخاشگری

کودک سوم	کودک دوم	کودک اول	مراحل مداخله
۱۸	۸	۱۶	خط پایه اول
۱۹	۸	۱۶	خط پایه دوم
۱۹	۸	۱۶	خط پایه سوم
۱۸/۶۶	۸	۱۶	میانگین مرحله خط پایه
۱۸	۸	۱۱	نمره پایان جلسه دوم
۱۷	۷	۱۰	نمره پایان جلسه چهارم
۱۵	۷	۸	نمره پایان جلسه ششم
۱۴	۵	۵	نمره پایان جلسه هشتم
۱۴	۴	۵	نمره پایان جلسه دهم
۱۵/۶	۶/۲	۷/۸	میانگین مرحله درمان
۲/۱۲	۱/۶۰	۴/۶۰	انحراف استاندارد
٪ ۲۶/۳	٪ ۵۰	٪ ۶۸/۷	درصد بهبودی

	۴۸/۳۳٪		میانگین درصد بهبودی
۱/۴۴	۱/۱۲	۱/۷۸	اندازه اثر
	۱/۴۴		میانگین اندازه اثر
۱۴	۵	۶	پیگیری اول
۱۵	۵	۸	پیگیری دوم



نمودار ۱: سیر نمره‌های کودکان در پرخاشگری

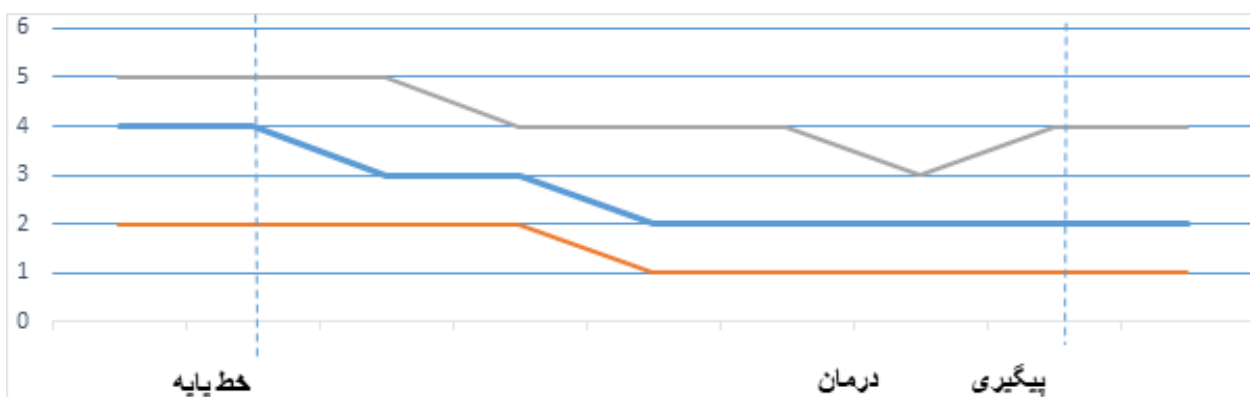
بهبودی (۴۸/۳۳٪) پایین‌تر از ۵۰٪ و میانگین اندازه اثر (۱/۴۴) بالاتر از ۰/۵۱ است چنین استنباط می‌شود که رفتاردرمانی تعدیل‌شده در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک اثربخش است و این اثربخشی از نظر بالینی برای اندازه اثر معنادار است درحالی‌که برای درصد بهبودی معنادار نیست.

برون‌داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی تعدیل‌شده منجر به کاهش پرخاشگری در هر سه کودک شده است (کودک اول: درصد بهبودی ۶۸/۷٪ و اندازه اثر ۱/۷۸؛ کودک دوم: درصد بهبودی ۵۰٪ و اندازه اثر ۱/۱۲؛ کودک سوم: درصد بهبودی ۲۶/۳٪ و اندازه اثر ۱/۴۴). با توجه به اینکه میانگین درصد

جدول ۳

درصد بهبودی (درمان و پی‌گیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس تخریب وسایل

مراحل مداخله	کودک اول	کودک دوم	کودک سوم
خط پایه اول	۴	۲	۵
خط پایه دوم	۴	۲	۵
میانگین مرحله خط پایه	۴	۲	۵
نمره پایان جلسه دوم	۳	۲	۵
نمره پایان جلسه چهارم	۳	۲	۴
نمره پایان جلسه ششم	۲	۱	۴
نمره پایان جلسه هشتم	۲	۱	۴
نمره پایان جلسه دهم	۲	۱	۳
میانگین مرحله درمان	۲/۴	۱/۴	۴
انحراف استاندارد	۰/۹۰	۰/۵۳	۰/۷۶
درصد بهبودی	۵۰٪	۵۰٪	۴۰٪
میانگین درصد بهبودی		۴۶/۶٪	
اندازه اثر	۱/۷۷	۱/۱۳	۱/۳۱
میانگین اندازه اثر		۱/۴۰	
پیگیری اول	۲	۱	۴
پیگیری دوم	۲	۱	۴



نمودار ۲. سیر نمره‌های کودکان در تخریب وسایل

بهبودی (۴۶/۶٪) پایین‌تر از ۵۰٪ و میانگین اندازه اثر (۱/۴۰) بالاتر از ۰/۵۱ است چنین استنباط می‌شود که رفتاردرمانی تعدیل‌شده در کاهش رفتار تخریب وسایل کودکان مبتلا به اختلال سلوک اثربخش است و این اثربخشی از نظر بالینی برای اندازه اثر معنادار است درحالی‌که برای درصد بهبودی معنادار نیست.

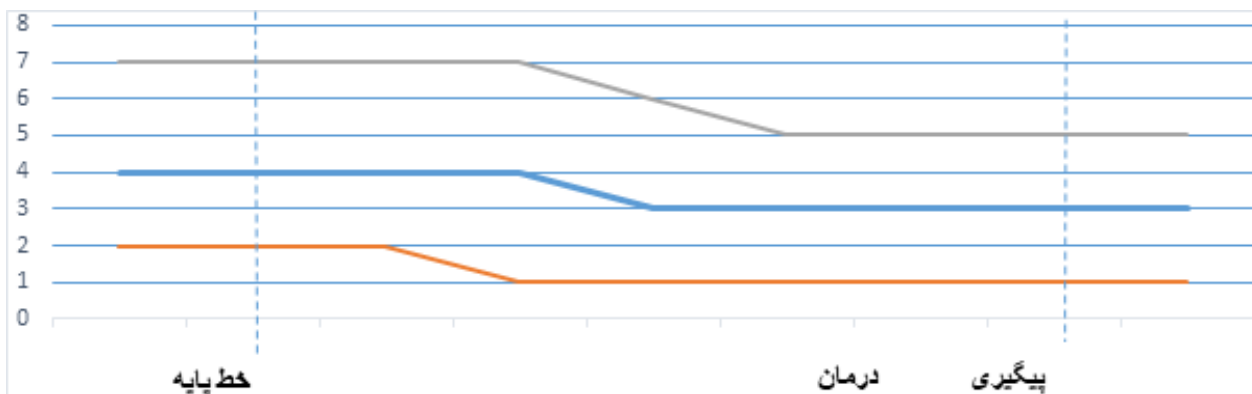
برون‌داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی تعدیل‌شده منجر به کاهش رفتار تخریب وسایل در هر سه کودک شده است (کودک اول: درصد بهبودی ۵۰٪ و اندازه اثر ۱/۷۷؛ کودک دوم: درصد بهبودی ۵۰٪ و اندازه اثر ۱/۱۳؛ کودک سوم: درصد بهبودی ۴۰٪ و اندازه اثر ۱/۳۱). با توجه به اینکه میانگین درصد

جدول ۴

درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس فریب و دروغ‌گویی

مراحل مداخله	کودک اول	کودک دوم	کودک سوم
خط پایه اول	۴	۲	۷
خط پایه دوم	۴	۲	۷
میانگین مرحله خط پایه	۴	۲	۷
نمره پایان جلسه دوم	۴	۲	۷
نمره پایان جلسه چهارم	۴	۱	۷
نمره پایان جلسه ششم	۳	۱	۶
نمره پایان جلسه هشتم	۳	۱	۵
نمره پایان جلسه دهم	۳	۱	۵
میانگین مرحله درمان	۳/۴	۱/۲	۶
انحراف استاندارد	-۰/۴۹	-۰/۵۳	-۰/۹۵
درصد بهبودی	٪۲۵	٪۵۰	٪۲۸/۶
میانگین درصد بهبودی		٪۳۴/۵	
اندازه اثر	۱/۲۲	۱/۵۱	۱/۰۵
میانگین اندازه اثر		۱/۲۶	
پیگیری اول	۳	۱	۵
پیگیری دوم	۳	۱	۵





نمودار ۳: سیر نمره‌های کودکان در فریب و دروغ‌گویی

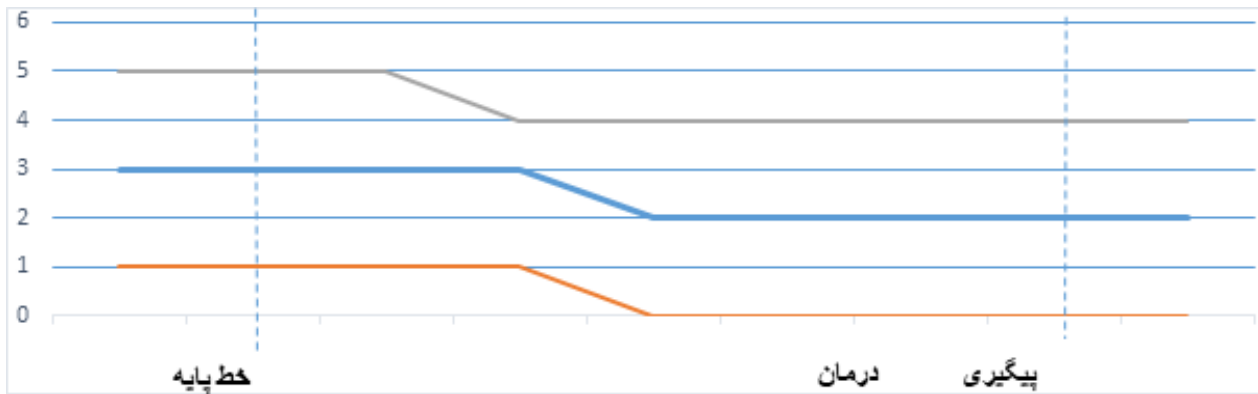
برون داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که رفتار درمانی تعدیل شده منجر به کاهش رفتار فریب و دروغ‌گویی در هر سه کودک شده است (کودک اول: درصد بهبودی ۲۵٪ و اندازه اثر ۱/۲۲؛ کودک دوم: درصد بهبودی ۵۰٪ و اندازه اثر ۱/۵۱؛ کودک سوم: درصد بهبودی ۲۷٪ و اندازه اثر ۱/۰۵). با توجه به اینکه میانگین درصد بهبودی

میانگین اندازه اثر (۱/۲۶) بالاتر از ۰/۵۱ است چنین استنباط می‌شود که رفتار درمانی تعدیل شده در کاهش فریب و دروغ‌گویی کودکان مبتلا به اختلال سلوک اثربخش است و این اثربخشی از نظر بالینی برای اندازه اثر معنادار است در حالی که برای درصد بهبودی معنادار نیست.

جدول ۵

درصد بهبودی (درمان و پیگیری) و اندازه اثر (درمان) برای هر سه آزمودنی در مقیاس نقض قوانین

مراحل مداخله	کودک اول	کودک دوم	کودک سوم
خط پایه اول	۳	۱	۵
خط پایه دوم	۳	۱	۵
میانگین مرحله خط پایه	۳	۱	۵
نمره پایان جلسه دوم	۳	۱	۵
نمره پایان جلسه چهارم	۳	۱	۴
نمره پایان جلسه ششم	۲	۰	۴
نمره پایان جلسه هشتم	۲	۰	۴
نمره پایان جلسه دهم	۲	۰	۴
میانگین مرحله درمان	۲/۴	۰/۴	۴/۲
انحراف استاندارد	۰/۵۳	۰/۵۳	۰/۵۳
درصد بهبودی	٪۳۳	٪۱۰۰	٪۲۰
میانگین درصد بهبودی		٪۵۱	
اندازه اثر	۱/۱۳	۱/۱۳	۱/۵۱
میانگین اندازه اثر		۱/۲۵	
پیگیری اول	۲	۰	۴
پیگیری دوم	۲	۰	۴



نمودار ۴: سیر نمره‌های کودکان در نقض قوانین

بر کم برآورد کردن احتمال تنبیه بر اثر سوءرفتار و عدم حساسیت این کودکان به روش‌های درمانی که در آن عنصری از تنبیه یا محروم کردن وجود دارد، بهترین روش برای اصلاح رفتار این کودکان استفاده از روش‌های درمانی تقویت‌محور با حذف روش‌های تنبیهی است که به بهترین شکل از طریق رفتاردرمانی تعدیل‌شده محقق می‌شود. تکنیک‌های رفتاردرمانی تعدیل‌شده که شامل آموزش مستقیم، الگوسازی، نقش بازی کردن و تمرین مفاهیم کلیدی ارتباط، مشارکت، همکاری و تقویت اجتماعی است به این کودکان می‌آموزد در موقعیت‌های گوناگون واکنش سازش‌یافته نشان دهند و نشانه‌های رفتاری خود را که سازش آن‌ها را مختل می‌کند، بهبود بخشند (واچ‌بوش و دیگران، ۲۰۱۹).

علاوه بر این آموزش‌هایی که خانواده‌ها در طی جلسه‌های رفتاردرمانی تعدیل‌شده دریافت می‌کنند به والدین می‌آموزد چگونه با استفاده از کاربرد مهندسی رفتار و اصول یادگیری اجتماعی و رشد مهارت‌های نظارتی و تقویت ژتونی رفتارهای مخرب کودکان را اصلاح کنند. هم‌چنین با استفاده از دستورات مناسب، والدین می‌توانند احتمال پیروی کودک از دستورات را افزایش دهند. در طول رفتاردرمانی تعدیل‌شده والدین یاد می‌گیرند چگونه از دستورات مناسب که برای کودکان واضح است و میزان سازش‌یافتگی را به حداکثر می‌رسانند، استفاده کنند. چارچوب آموزش والدین در رفتاردرمانی تعدیل‌شده یک چارچوب

برون‌داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی تعدیل‌شده منجر به کاهش رفتار نقض قوانین در هر سه کودک شده است (کودک اول: درصد بهبودی ۳۳٪ و اندازه اثر ۱/۱۳؛ کودک دوم: درصد بهبودی ۱۰۰٪ و اندازه اثر ۱/۱۳؛ کودک سوم: درصد بهبودی ۲۰٪ و اندازه اثر ۱/۵۱). با توجه به اینکه میانگین درصد بهبودی (۵۱٪) بالاتر از ۵۰٪ و میانگین اندازه اثر (۱/۲۵) بالاتر از ۰/۵۱ است چنین استنباط می‌شود که رفتاردرمانی تعدیل‌شده در کاهش نقض قوانین کودکان مبتلا به اختلال سلوک اثربخش است و این اثربخشی از نظر بالینی نیز معنادار است.

### بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی تعدیل‌شده در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان با ویژگی‌های برجسته بی‌رحمی - بی‌احساسی اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های میلر و دیگران (۲۰۱۴) و واچ‌بوش و دیگران (۲۰۲۰) به‌طور مستقیم و با یافته‌های باباپور و دیگران (۲۰۱۶)، زینالی و دیگران (۲۰۱۶)، کشاورز و دیگران (۲۰۱۷)، محمدی و دیگران (۲۰۲۰) و یحیی‌محمودی و دیگران (۲۰۱۳) به‌طور غیرمستقیم همسو و با یافته‌های ملک‌پور و دیگران به‌طور غیرمستقیم (۲۰۱۲) ناهمسو است.

در تبیین این یافته با استناد به پژوهش‌های قبلی می‌توان گفت با توجه به ویژگی‌های شخصیتی و عصب‌روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال سلوک با ویژگی‌های برجسته بی‌رحمی - بی‌احساسی مبنی

رفتاردرمانی تعدیل‌شده را آشکار ساخت و از آنجایی که اکثر مشاوران و والدین با این روی‌آورد درمانی جدید برای اختلال سلوک آشنا نیستند پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی در مراکز مشاوره و در کارگاه‌های آموزشی به مشاوران و درمانگران کودک آموزش داده شود. همچنین والدین را آگاه ساخت که همواره استفاده از روش‌های منفی کاهنده رفتارهای مخرب برای کودکان دارای نشانه‌های اختلال سلوک مناسب نیست و لازم است بیشتر از تقویت‌های مثبت استفاده کرد.

### منابع

- Aliakbari Dehkordi, M. (2015). The comparison of externalized behavioral problems in over weighting and normal boys: With emphasis on conduct disorder. *Journal of Health Psychology, 4*(16), 7-18. [In Persian].
- Babapoor, J., Hashemi Nosratabadi, T., & Parvini, P. (2017). *The effectiveness of social problem solving on symptoms of conduct disorder according to the modulatory effects of parenting styles*. Master's thesis. University of Tabriz. [In Persian].
- Conners, N. A., Edwards, M. C., & Grant, A. S. (2007). An evaluation of a parenting class curriculum for parents of young children: Parenting the strong-willed child. *Journal of Child and Family Studies, 16*(3), 321-330.
- Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Research, 199*(3), 201-207.
- DeRosier, M. E., & Gilliom, M. (2007). Effectiveness of a parent training program for improving children's social behavior. *Journal of Child and Family Studies, 16*(5), 660-670.
- Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire. *Journal of Child and Family Studies, 15*(5), 595-614.
- Fabiano, G. A., Chacko, A., Pelham Jr., W. E., Robb, J., Walker, K. S., Wymbs, F., & Pirvics, L. (2009). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy, 40*(2), 190-204.

چندوجهی است که هدف آن کودک، تعامل کودک - والد، ساختار خانواده و یا راهکارهای مداخله‌ای است (میلر و دیگران، ۲۰۱۴). به‌طور کلی مقررات خانواده و نظارت مؤثر بر فرزندان از مؤثرترین عوامل پیشگیری و مهار رفتارهای مخرب و خلاف قانون کودکان و نوجوانان است.

همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های برون‌سازي - به‌ویژه کودکان مبتلا به اختلال سلوک - غالباً در مهار رفتار کودکان با مشکل مواجه هستند و اغلب از لحاظ سبک‌های تربیتی خود بیش از حد دستوری و منفی عمل می‌کنند که همین امر باعث عدم کارایی روش‌هایی می‌شود که آنها برای مهار رفتار کودک خود به‌ار می‌گیرند (فابیانو و دیگران، ۲۰۰۹). در این راستا گالت-شرمن (۲۰۱۲) معتقد است بین شیوه تربیتی والدین و رفتارهای قانون‌شکنانه فرزندان ارتباط دوسویه برقرار است؛ لذا، ترمیم مشکل‌های کودکان توسط کسی که خود، درون چرخه نگرانی‌ها قرار دارد می‌تواند به‌نحوی این چرخه معیوب را دچار نوسان و آسیب کند؛ بنابراین جایگزینی روش‌های پاداش‌دهنده به‌جای محروم کردن یا محرومیت‌سازی در رفتاردرمانی تعدیل‌شده می‌تواند بسیاری از مشکل‌های اجتماعی و هیجانی کودکان مانند بی‌اعتمادی، خرابکاری، نقض قوانین و دروغ‌گویی را کاهش دهد (اروتیز و دیگران، ۲۰۱۸).

این پژوهش به‌رغم وجود نتایج امیدوارکننده مانند هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که تعمیم‌پذیری آن را با مشکل مواجه می‌کند؛ از جمله این محدودیت‌ها حجم پایین نمونه و محدود بودن نمونه به پسران مقطع ابتدایی و نیز استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی روی نمونه‌های بیشتر و حتی‌الامکان به‌صورت بین‌گروهی انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در بازه سنی گسترده‌تر انجام شده و از نمونه دختران نیز در برنامه رفتاردرمانی تعدیل‌شده استفاده کنند. با توجه به نتایج این پژوهش که اثربخشی

- the problems of derelict female students. *Journal of School Psychology*, 6(3), 85-101. [In Persian].
- Kimonis, E. R., & Armstrong, K. (2012). Adapting parent-child interaction therapy to treat severe conduct problems with callous-unemotional traits: A case study. *Clinical Case Studies*, 11(3), 234-252.
- Malekpour, M., Molavi, H., Abedi, A., Asgari, K., & Lali, M. (2017). *A comparison of the effectiveness of parent management training, problem solving skills training and the eclectic training in symptoms of conduct disorder in elementary school students*. Doctoral Dissertation, University of Isfahan. [In Persian].
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Miller, N. V., Haas, S. M., Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., Helseth, S. A., Crum, K. I., & Pelham Jr, W. E. (2014). Behavior therapy and callous-unemotional traits: Effects of a pilot study examining modified behavioral contingencies on child behavior. *Behavior Therapy*, 45(5), 606-618.
- Mohammadi, E., Shadbafti, M., Pakrouh, L., & Vafadar, Sh. (2020). Treatment based on problem-solving training on externalized behavioral symptoms. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 10(22), 1-7. [In Persian].
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642.
- Ortiz, C., Hawes, D. J., Lorber, M., Lazer, S., & Brotman, L. M. (2018). Are callous-unemotional traits associated with differential response to reward versus punishment components of parent-training? A randomized trial. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 3(3), 164-177.
- Palizian, A., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Arshadi, N. (2020). Psychometric properties of Youth's Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU-YV) in male teenagers. *Clinical Psychology and Personality*, 15(1), 201-211. [In Persian].
- Pelham Jr, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical psychology Review, 29(2), 129-140.*
- Farahbakhsh, K., Abedi, A., & Kavehi Sedehi, S. (2013). *Standardization of Parent Disruptive Behavior Disorders Rating Scale in Isfahan preschool students*. Master's thesis. Allameh Tabatabaie University. [In Persian].
- Frick, P. J. (2012). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. UK: Springer Science & Business Media.
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 457-470.
- Gault-Sherman, M. (2012). It's a two-way street: The bidirectional relationship between parenting and delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(2), 121-145.
- Haas, S. M., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., King, S., Andrade, B. F., & Carrey, N. J. (2011). Treatment response in CP/ADHD children with callous/unemotional traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 541-552.
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 737-741.
- Jhangiani, R., Cuttler, C., Leighon, D. C., Chiang, I. A. (2019). *Research Methods in Psychology*. United States: Kwantlen Polytechnic University.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 436-445.
- Keshavarz, S., & Kakavand, A. (2017). The effectiveness of social problem-solving pattern training on reducing

- Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., Haas, S. M., Ride-nour, T., Helseth, S., Crum, K. I., & Pelham, W. E. (2020). Effects of behavioral treatment modified to fit children with conduct problems and callous-unemotional (CU) traits. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Retrieved 10 March 2021 from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2019.1614000>
- Weisz, J. R., Doss, A. J., & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology*, 56, 337-363.
- Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2013). *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. New York, NY: McGraw-Hill
- Yahya Mahmoudi, N., Naseh, A., Salehi, S., & Tizdast, T. (2013). The effectiveness of group story-based social skills training on children externalizing behavior problems. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologist*, 9(35), 249-257. [In Persian].
- the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31(2), 210-218.
- Saif, A. A. (2018). *Behavior modification and behavior therapy: Theories and methods*. Tehran: Dowran. [In Persian].
- Shirjang, L., Mahriar, A., Javidi, H., & Hosseini, S. E. (2018). The effectiveness of social skills training with parents on oppositional defiant disorder symptoms in children. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologist*, 15(58), 127-137. [In Persian].
- Soltanikouhbanani, S., Alizadeh, H., Hashemi, J., Sarami, G., & Soltanikouhbanani, S. (2013). Effectiveness of working memory computer assisted program on executive functions in students with mathematic disorder. *Psychology of Exceptional Individual*, 3(16), 1-20. [In Persian].
- Tkacz, J., and Brady, B. (2019). The increasing rate of childhood mental illnesses and associated healthcare costs in the United States: Trends over the past decade. *Value in Health*, 22, S231.

