

مقایسه اثربخشی قصه‌درمانگری کودکان، آموزش رفتاری والدین و روش  
تألیفی آموزش رفتاری والدین توأم با قصه‌درمانگری در کاهش مشکلات  
برونی‌سازی شده کودکان

Comparing the Efficacy of Therapeutic Storytelling, Behavioral  
Parent Training and Combining Behavioral Parent Training  
& Therapeutic Storytelling, in Reducing Externalized  
Problems among Children

A. Naseh, M. A. ✉

N. Mahmoudi

دریافت مقاله: ۸۸/۱۱/۲۲  
دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۴/۶  
پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۸

اشکان ناصح ✉

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

ندا محمودی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

**Abstract**

The purpose of this study was to compare the effectiveness of therapeutic storytelling (TST), behavioral parent training (BPT), and behavioral parent training followed therapeutic storytelling in reducing externalizing problems among children. The Child Behavioral Checklist (CBCL) was administered to a sample of 352 mothers of male primary school students in Rasht.

**چکیده:**

این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی قصه‌درمانگری کودکان، آموزش رفتاری والدین و روش تألیفی آموزش رفتاری والدین توأم با قصه‌درمانگری، بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده انجام گرفته است. فهرست رفتاری کودکان (CBCL) در یک نمونه ۳۵۲ نفری از مادران دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهرستان رشت اجرا شد.

✉Corresponding author: Private Practice  
Tel: +98131-7237750  
Email: [ashcan.naseh@yahoo.com](mailto:ashcan.naseh@yahoo.com)

✉نویسنده مسئول: رشت، گل‌سار، خیابان ۸۰، طبقه فوقانی داروخانه  
دکتر کبابی، مرکز تخصصی مشاوره کودک و نوجوان گیل  
تلفن: ۰۱۳۱-۷۲۳۷۷۵۰  
پست الکترونیکی: [ashcan.naseh@yahoo.com](mailto:ashcan.naseh@yahoo.com)

36 children who achieved the highest scores in CBCL externalizing scale were randomly assigned to three TST, BPT and TST+BPT groups. The interventions were held for 4 weeks. Quantitative data were analyzed using one - way ANOVA, post - hoc test (Scheffe), and pretest - posttest (t - test). There were significant differences between the output created by TST, BPT and TST+BPT groups. Children who attended the therapeutic storytelling sessions showed the smallest reduction in externalizing problems and the effectiveness of add-on TST with BPT was supported. Both BPT and BPT+TST interventions were effective but no significant change was found on measures of TST group. The findings provide practical support for prevention and treatment of children's externalizing problems.

**Keywords:** Therapeutic storytelling, Behavioral parent training, Children's Externalizing problems.

۳۶ نفر از کودکانی که بالاترین نمره‌ها را در مقیاس برونی‌سازی شده فهرست رفتاری کودکان دریافت کرده بودند، به تصادف در سه گروه قصه‌درمانگری، آموزش رفتاری والدین و روش تألیفی جایگزین شدند. مداخلات طی چهار هفته انجام شد.

داده‌های کمی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکراهه، آزمون تعقیبی (شفه) و آزمون t برای گروه‌های همبسته تحلیل شد. بین نتایج گروه‌های قصه‌درمانگری، آموزش رفتاری والدین و روش تألیفی، تفاوت، معنادار بود. کودکانی که در جلسات قصه‌درمانگری شرکت کرده بودند، کمترین کاهش را در مشکلات برونی‌سازی شده نشان دادند و اثر افزودن قصه‌درمانگری به آموزش رفتاری والدین مورد تأیید قرار گرفت. هر دو روش آموزش رفتاری والدین و مداخله تألیفی، اثربخش بودند لیکن تغییر معناداری در اندازه‌های مربوط به گروه قصه‌درمانگری مشاهده نگردید. یافته‌های این پژوهش واجد کاربردهای بالینی در قلمرو پیشگیری و درمان مشکلات برونی‌سازی شده کودکان است.

**کلیدواژه‌ها:** قصه‌درمانگری، آموزش رفتاری والدین، مشکلات برونی‌سازی شده کودکان

## مقدمه

در گستره روان‌شناسی مرضی تحولی<sup>۱</sup>، اختلال‌های برونی‌سازی شده<sup>۲</sup> از شایع‌ترین علل مراجعه کودکان و نوجوانان به کلینیک‌های سلامت روانی به‌شمار می‌روند (لیستاگ- لوند، برد میر و تایان، ۲۰۰۵؛ کاستین، لیچت، هیل- اسمیت، ونس و لوک، ۲۰۰۴). در زمینه تعاریف و مصادیق دقیق این اختلال‌ها اختلاف نظرانی وجود داشته است (کیل و پریس، ۲۰۰۶)، لیکن در یک چارچوب برابر نهادی<sup>۳</sup> این مفهوم اشاره به رفتارهایی دارد که اساساً در تعارض با خواسته‌ها و انتظارات گروه اجتماعی و اطرافیان فرد قرار می‌گیرد و عمدتاً جهت‌گیری آن‌ها برونی است (هم‌چون رفتارهای

پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه) در حالی که مشکلات و اختلال‌های درونی‌سازی شده<sup>۴</sup>، غالباً احساسات و رفتارهایی فزون - مهارشده<sup>۵</sup> و رنج‌آور (نظیر حالات افسرده‌وار و اضطرابی) را شامل می‌شوند که عمدتاً در درون فرد تجربه می‌شوند (توربر و هالینگزورث، ۱۹۹۲؛ آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱).

نشانه‌ها و مشکلات برونی‌سازی شده در صورت پا برجا ماندن و ایجاد نارسایی‌های معنادار بالینی در روال زندگی روزانه شخص، غالباً در چارچوب مقوله اختلال‌های نارسایی توجه و اختلال‌های رفتار اغتشاش‌گر<sup>۶</sup> مشتمل بر اختلال نارسایی - توجه/ فزون‌کنشی (ADHD)<sup>۷</sup>، اختلال رفتار هنجاری (CD)<sup>۸</sup>، اختلال تضادورزی مبارزه‌طلبانه (ODD)<sup>۹</sup> و یا اختلال رفتار اغتشاش‌گر تصریح نشده، در DSM-IV-TR (۲۰۰۰) تشخیص بالینی دریافت می‌کنند (هادزیاک، کولپند، استنجر و وادزورث، ۲۰۰۴؛ دنیتا، الیزابت و ویلیام، ۲۰۰۵). اختلال‌های برونی‌سازی شده در کودکان، عامل خطر عمده برای مشکلات همسازی<sup>۱۰</sup> در آینده (مک‌کی، کلتی، راکو، جونز و فرهند، ۲۰۰۸)، بزهکاری در نوجوانی و رفتار مجرمانه و پرخاشگری در بزرگسالی محسوب می‌شود (فارینگتون، ۱۹۸۹؛ فارینگتون، ۲۰۰۱ و لیو، ۲۰۰۶). هم‌چنین این کودکان به‌گونه‌ای قابل ملاحظه در معرض طردشدگی توسط همسالان، شکست تحصیلی و ابتلا به اختلال‌های خلقی (باررا، بیگلن، تیلر، گان، سمولکوفسکی، بلاک و دیگران، ۲۰۰۲) و تعارض با والدین (پترسون و هالی، ۱۹۹۸) قرار دارند.

آمارهای شیوع مشکلات رفتاری کودکان، در سنین مختلف و پژوهش‌های همه‌گیری شناختی متفاوت، متکثرند (کاسپی<sup>۱۱</sup>، مافیت<sup>۱۲</sup>، نیومن<sup>۱۳</sup> و سیلوا<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۶؛ به‌نقل از فرزندفرد، ۱۳۸۷). شیوع این مشکلات در فرهنگ‌های مختلف، ۷٪ تا ۲۶٪ تخمین زده شده و نسبت کودکانی که مشکلات رفتاری آنان به مدت ۲ تا ۷ سال تداوم داشته، بین ۲۳٪ تا ۶۱٪ برآورد شده است (آنگلد<sup>۱۵</sup> و کاستلو<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۵؛ به‌نقل از فرزندفرد، ۱۳۸۷).

در خصوص تفاوت‌های جنسی، با توجه به تعاریف مقوله‌ای، میزان بروز ODD در ابتدای کودکی در دختران و پسران مشابه است اما در اواخر سال‌های پیش دبستانی و آغاز ابتدایی، در پسران بیشتر است. در رابطه با CD، میزان بروز در کودکی در پسران چهار برابر دختران گزارش شده است (زوکولیلو<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۳؛ به‌نقل از قنبری، ۱۳۸۵). در حوزه علت‌شناسی اختلال‌های برونی‌سازی شده، در حد دانش کنونی، این اختلال‌ها را می‌توان برآیند و محصولی بر همکنش طیفی از متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی دانست که در نقش عوامل زمینه‌ساز، نگهدارنده و تسریع‌کننده عمل می‌کنند (هیگز، سود، دیراگو، یاکونو و مک‌گی، ۲۰۰۹). بر این مبنا به نظر می‌رسد که به‌رغم اهمیت عوامل زیست‌شناختی هم‌چون عوامل سرشتی و ژنتیک (بردلی، ۲۰۰۰)، عوامل مزاجی (همان منبع)، سطح پایین برپایی فیزیولوژیک (مارتیوس<sup>۱۸</sup>، راین<sup>۱۹</sup>، ونبلز<sup>۲۰</sup> و مدنیک<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۷؛ به‌نقل از قنبری، ۱۳۸۵) و آسیب‌دیدگی‌ها و بیماری‌های جسمانی دوران پیش - تولدی و کودکی (دادستان، زیر چاپ)، هم‌چنین عوامل نامساعد محیط خانوادگی از جمله سبک‌های تربیتی ناکارآمد والدینی، جو

ارتباطی منفی والد - فرزندی (هالنشتین، ۲۰۰)، منفی‌گرایی مادرانه بیش از حد (کمبل، ۱۹۹۴) و نیز نارسایی در مهارت‌های اجتماعی (آلبرت، ۲۰۰۵) در ظهور، گسترش، تداوم یا تشدید نشانه‌های برونی‌سازی شده، واجد نقشی کلیدی هستند.

امروزه به واسطه این یافته‌ها و نتایج پژوهش‌هایی که از عدم کاهش ارتجالی و هم‌چنین احتمال به وخامت‌گراییدن و تداوم این نشانه‌ها تا بزرگسالی حمایت می‌کنند، توجه فزاینده‌ای به بررسی روش‌های پیشگیری و درمان این نشانگان در قالب مداخله در سطح والدین و کودکان و هم‌چنین شناسایی چارچوب‌های مناسب، جهت اجرای هرچه مؤثرتر این مداخلات معطوف شده است (لیو، ۲۰۰۶؛ استوارت و شانکمن، ۲۰۰۹)، در این میان به نظر می‌رسد در حوزه فعالیت‌های مرتبط با کودک، چارچوب قصه و تمثیل، گزینه منحصر به فردیست، چرا که کاربرد داستان و داستان‌گویی از دیرباز در حوزه تعلیم و تربیت و پرورش کودکان مورد توجه و تأیید بوده و همواره کمتر ابزاری وجود داشته که از چنین تنوع و قابلیت‌های برخوردار باشد (بتلهایم<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۹؛ به‌نقل از بهروزکیا، ۱۳۸۳؛ روشن، ۱۹۹۷).

از جمله دوآن<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۸؛ به‌نقل از یوسفی‌لویه، متین و یوسفی‌لویه، ۱۳۸۷) معتقد است، افراد به وسیله داستان‌هایی که می‌شنوند شکل داده می‌شوند و در واقع قصه‌ها فضای مطلوبی برای آموزش و بالا بردن خودفهمی و افزایش کارآیی روابط بین فردی فراهم می‌آورند. هم‌چنین جانسون (۲۰۰۷) بر این باور است که قصه‌گویی درمان‌گرانه و کاربرد استعاره، ابزاری نیرومند برای کمک به کودکان جهت درک احساسات و رفتارشان است و قصه‌گویی به کودکان یاری می‌رساند تا احساسات انتزاعی خود را در چارچوبی عینی درک نمایند. از منظر وی، وضعیت سوم شخص در قصه برای کودکان محیطی غیرتهدید کننده فراهم می‌نماید تا رویدادها و احساسات مختلف خود را به‌گونه‌ای مناسب‌تر تجربه و پردازش نمایند و قدرت چارچوب سوم شخص ظرفیت سوگواری برای فقدان‌ها، لمس احساسات و طرق جدید اندیشیدن درخصوص خود و جهان پیرامون را در آن‌ها ارتقا می‌بخشد و تجربه‌های هیجانی پریشان‌کننده طی پردازش‌های بین دو نیمکره‌ای، تعدیل و مهار می‌شوند. قصه‌گویی می‌تواند در زمینه بهبود روابط اجتماعی نیز ابزاری مؤثر باشد، قصه‌ها می‌توانند در راستای یادگیری نحوه تنظیم هیجان‌ات، جهت دادن به انگیزه‌ها و احساسات به سوی واکنش‌ها و رفتارهای مثبت و سازنده و تمرین تبادلات عاطفی و شناختی سالم‌تر با اعضای خانواده و گروه همسالان به کودکان کمک نمایند (تگلاسی و روتمن، ۲۰۰۱؛ جانسون، ۲۰۰۷).

و اما در قلمرو پژوهش‌های تجربی، در حیطه درمانگری‌های مؤثر اختلال‌های برونی‌سازی شده، ادبیات پژوهش از تأثیر دارودرمانگری در مشکلات برونی‌سازی شده از جمله اثربخشی داروهای ریتالین<sup>۲۴</sup>، دکستروآمفتامین<sup>۲۵</sup> و استراترا<sup>۲۶</sup> بر نشانگان ADHD (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ویتینگر، ۲۰۰۷ و بیدرمن، ۲۰۰۳) و داروهایی هم‌چون هالوپریدول<sup>۲۷</sup>، ریسپریدون<sup>۲۸</sup> و اولانزاپین<sup>۲۹</sup> بر

نشانه‌های مرتبط با تحریک‌پذیری و پرخاشگری و نارسایی در مهار برانگیختگی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ویتینگر، ۲۰۰۷؛ توماس، ۲۰۰۶ و مور و جفرسون، ۲۰۰۴) حمایت می‌کنند. درحوزه مداخله‌گری‌های روان‌شناختی و غیردارویی نیز، اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی (از جمله: کازدین<sup>۳۰</sup>، سیگل<sup>۳۱</sup> و باس<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۲؛ به‌نقل از گیمپل و هالند، ۲۰۰۲؛ کازدین، ۱۹۹۸؛ به‌نقل از تویسرکانی، ۱۳۸۷؛ وبستر - استراتون، رید و هاموند، ۲۰۰۱ و سیم، وایت ساید، دیتنر و ملون، ۲۰۰۶)، مداخلات شناختی - رفتاری (از جمله: هین شاو، هنکر و والن، ۱۹۸۴؛ لوچمن<sup>۳۳</sup> و ولز<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۶؛ به‌نقل از دیویسون، ۲۰۰۵؛ دورلاک، رابین و کانگ، ۲۰۰۱؛ استالارد، ۲۰۰۳ و کاستین و دیگران، ۲۰۰۴) و بیش از همه مداخله‌های مبتنی بر آموزش رفتاری والدین (از جمله: مک‌لری و ریدلی، ۱۹۹۹؛ پاور، راسل و سافر، ۲۰۰۲؛ میلر و پرینز، ۲۰۰۲؛ کازدین و ویز<sup>۳۵</sup>، ۱۹۹۸؛ به‌نقل از کاستین و دیگران، ۲۰۰۴؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ هاتمن، اشتین، هانیش، اچلبیرگر، پلاک، والتر و دیگران، ۲۰۰۹؛ بیرامی، ۲۰۰۹؛ فتحی، ۱۳۸۴؛ احسان‌منش، ۱۳۷۲؛ قنبری، ۱۳۸۵ و فرزادفرد، ۱۳۸۷) مورد تأیید قرار گرفته است.

در حوزه بررسی اثربخشی قصه و قصه‌گویی و آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه در زمینه مشکلات برونی‌سازی شده اگرچه پژوهش‌های تجربی بسیار اندکند (از جمله: شتمن، ۱۹۹۹؛ پینتر، کوک و سیلورمن، ۱۹۹۹؛ تگلوسی و روتمن، ۲۰۰۱؛ کرسول<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۱؛ به‌نقل از هفتر، ۲۰۰۳؛ کوک، تیلر و سیلورمن، ۲۰۰۴؛ سیدی، ۱۳۸۲؛ چهارمحالی، ۱۳۸۵ و تویسرکانی، ۱۳۸۷) اما اثربخشی آن در حد پژوهش‌های انجام گرفته شده به ویژه هنگامی که در ترکیب با روش‌های دیگر مورد استفاده قرار گرفته، مثبت و امیدوارکننده بوده است.

در عین حال، علی‌رغم حمایت تجربی از دارودرمانگری، درمانگری‌های مبتنی بر آموزش والدین، شناخت - رفتار درمانگری و آموزش مهارت‌های اجتماعی، هنوز برخی از خانواده‌ها به نتایج مثبتی بر مبنای این روش‌ها دست نمی‌یابند، به عنوان مثال یافته‌ها دلالت بر آن دارد که حدود ۴۰ - ۳۰٪ والدین تحت درمان با روش آموزش رفتاری والدین - این روش در تقسیم‌بندی دوازده‌گانه انجمن روان‌پزشکی آمریکا به عنوان یکی از روش‌های درمان واجد اعتبار تجربی ثبت شده است (چمپلس<sup>۳۷</sup> و هولون<sup>۳۸</sup>، ۱۹۹۵؛ به‌نقل از کاستین و دیگران، ۲۰۰۴) - در دستیابی به بهبودی معنادار بالینی ناکام می‌مانند (وبستر - استراتون، ۱۹۹۴؛ به‌نقل از کاستین و دیگران، ۲۰۰۴).

پس نظر به اهمیت دوران کودکی، شیوع بالای مشکلات برونی‌سازی شده در این دوره - به‌ویژه در پسران - و نارسایی‌های وخیم و قابل ملاحظه‌ای که این مشکلات می‌تواند در قلمرو کنش‌وری‌های تحصیلی، اجتماعی، ارتباطی و دیگر زمینه‌های مهم زندگی فرد در حال و آینده ایجاد نماید و در عین حال محدودیت‌های اثربخشی حتی مطرح‌ترین روی‌آوردهای درمانگری موجود، تدارک، معرفی و مقایسه طرح‌های پیشگیرانه و درمانگرانه مؤثرتر در این حوزه که به عوامل علت‌شناختی بیشتری

پوشش دهند و برای خانواده‌ها و سازمان‌یافتگی‌های متنوع‌تری کارآیی داشته باشند، محرز می‌نماید. در این میان به نظر می‌رسد درگیر و شریک نمودن خود کودک در روند تغییر و بهبودی به موازات آموزش والدین آن هم با ابزار کم نظیری هم‌چون قصه، اقدامی موجه و مؤثر باشد. در این راستا در پژوهش حاضر اثربخشی روش تألیفی آموزش رفتاری والدین توأم با قصه‌درمانگری در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان با روش قصه‌درمانگری و روش آموزش رفتاری والدین مقایسه گردید.

## روش

این پژوهش به دلیل بررسی و مقایسه تأثیر روش‌های درمانگری بر نشانه‌ها و مشکلات برونی‌سازی شده کودکان، راهبرد درمانی مقایسه‌ای<sup>۳۹</sup> محسوب می‌شود و از لحاظ روشی که دنبال می‌کند، آزمایشی است.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان پسر ۹ - ۶ ساله در حال تحصیل در دبستان‌های غیرانتفاعی شهرستان رشت که مادرانشان به‌گونه‌ای قابل ملاحظه از مشکلات رفتاری آن‌ها شکایت دارند، است. برای تعیین نمونه، ابتدا از بین دبستان‌های غیرانتفاعی پسرانه این شهرستان، پنج دبستان به صورت تصادفی انتخاب، سپس تمامی مادران دانش‌آموزان سال‌های اول تا سوم مدارس مذکور که به‌گونه‌ای قابل ملاحظه از رفتار فرزند خود ناراضی بوده و حاضر به شرکت در پژوهش نیز بودند به عنوان نمونه اولیه، فهرست رفتاری کودکان سنین ۶ تا ۱۸ سال<sup>۴۰</sup> (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) را تکمیل کردند که در مجموع ۳۵۲ پرسشنامه قابل تصحیح جمع‌آوری شد. پس از آن، دانش‌آموزانی که دارای شرایط زیر بودند مشخص شدند:

۱- نمره مقیاس برونی‌سازی شده (رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه) بالای خط برش ( $T > 63$ ) در فهرست رفتاری کودکان آشنباخ؛

۲- نمره مقیاس درونی‌سازی شده (اضطراب/ افسردگی، انزوا / افسردگی و شکایت‌های جسمانی) زیر خط برش ( $T < 63$ ) در فهرست رفتاری کودکان آشنباخ؛

۳- ابراز رضایت نهایی برای شرکت در طرح از جانب والدین و کودکان.

این تعداد مشتمل بر ۶۳ دانش‌آموز بود، آن‌گاه از این میان به واسطه فراهم نبودن امکانات اجرایی لازم جهت پوشش دادن به کلیه این افراد، از میان آن‌ها ۳۶ نفر که بیشترین نمره‌ها را دریافت کرده بودند، انتخاب و به‌گونه‌ای تصادفی در سه گروه مساوی ( $n = 12$ ) جایگزین شدند (ارائه برنامه‌های درمانی برای ۲۷ نفر باقی‌مانده به دوره‌ای دیگر مؤکول شد).

## شیوه اجرا

پس از سازماندهی نهایی گروه مادران و کودکان، جلسه‌های مداخله ظرف مدت چهار هفته (هر هفته دو جلسه دو ساعته) طبق برنامه زمان‌بندی شده برای هریک از گروه مادران و کودکان برگزار شد. در گروه تألیفی، قصه‌درمانگری برای کودکان و آموزش رفتاری برای والدین‌شان به موازات هم برگزار گردید. تمام مادران پیش و پس از برنامه‌های مداخله، فهرست رفتاری کودکان را تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که در طول پژوهش یک مادر از گروه BPT و یک زوج مادر - کودک از گروه BPT+TST به دلیل بیش از ۳ جلسه غیبت، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

در گروه آموزش رفتاری، والدین بر مبنای پروتکل درمانی آموزش مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار (بلوم کویست<sup>۴۱</sup>، ۱۹۹۶) با دستور جلسات: مدیریت استرس در والدین؛ بهبود مهارت‌های تعاملی مثبت در خانه؛ تسهیل یادگیری فرمانبری در خانه؛ بالا بردن مهارت‌های رفتاری اجتماعی و مسئله‌گشایی عمومی در کودکان؛ بالا بردن توانایی کودکان در مقابله با خشم؛ بهبود مهارت‌های تحصیلی خود فرمان در کودکان؛ بالا بردن عزت‌نفس کودکان؛ مرور و جمع‌بندی، تحت آموزش قرار گرفتند. در گروه قصه‌درمانگری، برای کودکان پس از یک جلسه مقدماتی، طی هر جلسه یک جلد از مجموعه شش جلدی «دعوا نکنیم، گفتگو کنیم» (ژیرارد<sup>۴۲</sup>، ۲۰۰۰) با عناوین: دو تا پرنده و یک کرم خاکی؛ گربه شکمو و موش کوچولو؛ یک گرگ دشمن یک گرگ دیگر؛ یک موش کور و چندتا میمون؛ شترهای دوکوهانه و یک شتر یک‌کوهانه و خوک چاقالو و خوک کوچولو، به گونه‌ای تعاملی خوانده شد. جلسه آخر به مرور و جمع‌بندی اختصاص داده شد (در هر یک از این قصه‌ها، یک داستان با چند سرانجام خوشونت‌آمیز و نهایتاً یک سرانجام صلح‌آمیز با درونمایه همکاری، گفتگو، مشارکت، کنترل خشم و حل مسئله گنجانده شده و مجال برای گفت‌وشنود فعال در خصوص محتوای قصه‌ها فراهم می‌شد).

## ابزارهای پژوهش

در این پژوهش نشانه‌ها و مشکلات برونی‌سازی شده بر اساس تکمیل (توسط مادران) فهرست رفتاری کودکان از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشناباخ<sup>۴۳</sup> (آشناباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) تعیین شد. در این فهرست رفتاری از مجموع نمره‌های زیر مقیاس‌های اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی و شکایت‌های جسمانی، مقیاس مشکلات درونی‌سازی شده و از مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه مقیاس مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده بدست می‌آید و مجموع نمره‌های سایر زیرمقیاس‌ها معرف قلمروهای دیگر مشکلات کودکان هستند.

پایایی آزمون - بازآزمون و پایایی بین مصاحبه‌گران در فهرست رفتاری کودکان (CBCL) برای نمرات بدست آمده از مصاحبه‌گران مختلف و گزارش‌های والدین با فاصله زمانی هفت روز بین ۰/۹۳

تا ۱ بوده است. دامنه ضرایب آلفای مقیاس‌های صلاحیت برای CBCL از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده، هم‌چنین نمرات CBCL بین ۱۲ تا ۲۴ ماه ثابت داشته و اعتبار محتوای این نظام سنجش نیز طی چهار دهه مطالعه و بررسی مورد حمایت قرار گرفته است (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). به‌علاوه مواد نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ از توان مناسبی برای متمایز کردن گروه بهنجار و بالینی برخوردار است ( $p < 0/01$ ) و اعتبار ملاک و سازه این نظام نیز به‌وسیله تحلیل رگرسیون و پژوهش‌های بین فرهنگی، ژنتیک، بیوشیمیایی و بررسی‌های طولی مورد تأیید قرار گرفته است (همان منبع). این ابزار در ایران نیز هنجاریابی شده و همسانی درونی، همبستگی‌های مربوط به توافق متقابل بین پاسخ‌دهندگان، روایی ملاکی و سازه و قدرت تمایزگذاری بین گروه بالینی و بهنجار در حد رضایت‌بخش گزارش شده است. هم‌چنین نقاط برش برای مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده و مشکلات کلی با آن‌چه توسط آشنباخ و همکارانش محاسبه شده بود برابر بوده است (مینایی، ۱۳۸۴).

در بخش تحلیل نتایج در این پژوهش در وهله نخست جهت اطمینان از همسانی گروه‌ها پیش از شروع مداخلات، آزمون آنالیز واریانس یک‌راهه انجام شد، در گام بعدی جهت بررسی تفاوت‌های احتمالی اثربخشی اعمال سطوح مختلف متغیر مستقل، تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها با روش آنالیز واریانس یک‌راهه مورد مقایسه قرار گرفت، آن‌گاه به جهت انجام مقایسه‌های دوتایی بین گروه‌ها به واسطه نابرابری تعداد اعضای گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد و در گام آخر اثربخشی مستقل هر یک از مداخلات با آزمون  $t$  برای گروه‌های همبسته بررسی شد.

## یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات کلی مشکلات برونی‌سازی شده کودکان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱: شاخص‌های مربوط به نمرات کلی مشکلات برونی‌سازی شده کودکان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	تعداد		میانگین		انحراف استاندارد		کمترین		بیشترین	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
قصه درمانگری	۱۲	۱۲	۲۰/۵۸	۱۹/۴۱	۲/۱۹	۲/۴۲	۱۸	۱۷	۲۴	۲۵
آموزش والدین	۱۱	۱۱	۱۹/۵۴	۱۳/۱۸	۱/۵۷	۳/۶۲	۱۸	۶	۲۳	۱۸
روش تألیفی	۱۱	۱۱	۲۰	۹/۰۹	۲/۴۰	۲/۵۴	۱۸	۶	۲۵	۱۴



برای رد فرض نامساوی بودن میانگین‌ها و واریانس‌های نمره‌های پیش‌آزمون سه گروه پیش از اعمال متغیر مستقل، آزمون آنالیز واریانس یکراهه انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ با توجه به مقادیر  $F$  و سطح معناداری نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و میانگین‌های گروه‌های قصه‌درمانگری، آموزش رفتاری والدین و روش تألیفی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F = 0/713$  و  $p < 0/05$ ).

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یکراهه برحسب نمرات پیش‌آزمون سه گروه در مشکلات برونی‌سازی شده

منبع تغییر	درجه آزادی	مجموع مجذورها	میانگین مجذورها	نسبت $F$	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۲	۶/۲۳	۳/۱۱	۰/۷۱۳	۰/۴۹۸
درون گروه‌ها	۳۱	۱۳۵/۶۴	۴/۳۷		
کل	۳۳	۱۴۱/۸۸			

با پذیرش همسانی میانگین‌ها و واریانس‌ها در سه گروه پیش از اعمال مداخله‌ها، برای پاسخگویی به سؤال اول پژوهش مبنی بر بررسی تفاوت اثربخشی سه روش قصه‌درمانگری، آموزش رفتاری والدین و روش تألیفی در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان، برحسب تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، گروه‌ها با روش آنالیز واریانس یکراهه با یکدیگر مقایسه گردیدند که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یکراهه برحسب تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه در مشکلات برونی‌سازی شده

منبع تغییر	درجه آزادی	مجموع مجذورها	میانگین مجذورها	نسبت $F$	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۲	۵۴۴/۷۲	۷۲۷/۳۶	۳۱/۰۱۷	۰/۰۰
درون گروه‌ها	۳۱	۲۷۲/۲۱	۸/۷۸		
کل	۳۳	۸۱۶/۹۴			

با توجه به معنادار شدن نسبت  $F$  ( $F = 31/017$  و  $p < 0/01$ ) با احتمال  $0/99$  مشخص می‌شود که حداقل میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری دارند، پس اثربخشی روش‌های مختلف مداخله‌گری در

کاهش نشانه‌های برون‌سازی شده متفاوت است. برای مقایسه‌های دو به دو بین گروه‌ها با توجه به نابرابری حجم گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

بر مبنای جدول ۴ و با توجه به معناداری کلیه مقایسه‌های زوجی ( $p < 0.01$ ) و با نظر به میانگین‌های پس‌آزمون گروه‌ها، مشاهده می‌شود که روش مداخله تألیفی (TST+BPT) بیشترین اثربخشی و روش (TST) کمترین اثربخشی را در کاهش از مشکلات برون‌سازی شده کودکان داشته است.

$$\text{Efficacy}_{\text{TST+BPT}} > \text{Efficacy}_{\text{BPT}} > \text{Efficacy}_{\text{TST}}$$

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه دو به دو گروه‌ها بر حسب

مشکلات برون‌سازی شده کودکان

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها		
۰/۰۰	۱/۲۳	۴/۶۵	آموزش والدین	قصه‌درمانگری
۰/۰۰	۱/۲۳	۹/۷۴	روش تألیفی	
۰/۰۰	۱/۲۲	-۴/۶۵	قصه‌درمانگری	آموزش والدین
۰/۰۰	۱/۲۶	۵/۰۹	روش تألیفی	
۰/۰۰	۱/۲۳	-۹/۷۴	قصه‌درمانگری	روش تألیفی
۰/۰۰	۱/۲۶	-۵/۰۹	آموزش والدین	

برای پاسخ به پرسش‌های دوم تا چهارم پژوهش مبنی بر اثربخشی مستقل هر یک از مداخلات، از آزمون t برای گروه‌های همبسته استفاده شد.

جدول ۵: مقایسه میانگین پیش‌آزمون هر گروه با پس‌آزمون آن گروه

در مشکلات برون‌سازی شده

سطح معناداری	درجه آزادی	t	میانگین خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۰۸	۱۱	۱/۹۰	۰/۶۱	۲/۱۲	۱/۱۶	قصه‌درمانگری
۰/۰۰	۱۰	۶/۵۲	۰/۹۷	۳/۲۳	۶/۳۶	آموزش والدین
۰/۰۰	۱۰	۱۱/۶۲	۰/۹۳	۳/۱۱	۱۰/۹۰	روش تألیفی

همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج جدول ۵ حاکی از اثربخشی معنادار دو روش آموزش رفتاری والدین و روش تألیفی است ( $p < 0.01$ )، اما قصه‌درمانگری نتوانسته است تغییرات معناداری ایجاد نماید ( $p < 0.05$ ).

## بحث

نتایج این پژوهش در چارچوب مداخله‌های مبتنی بر آموزش والدین برای کاهش نشانه‌های برونی‌سازی شده کودکان همسو با پژوهش‌های پیشین (مانند پاور، راسل و سافر، ۲۰۰۲؛ بیرامی، ۲۰۰۹؛ فتحی، ۱۳۸۴؛ قنبری، ۱۳۸۵؛ فرزادفرد، ۱۳۸۷) است. در زمینه اثرگذاری مداخله مبتنی بر آموزش رفتاری والدین چنین به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری با فراهم کردن عامل حمایت اجتماعی به تعدیل تنیدگی در رفتارهای والدگری منجر شده است (بلسکی<sup>۴۴</sup>، ۱۹۸۴؛ کرنیک<sup>۴۵</sup> و گرینبرگ<sup>۴۶</sup>، ۱۹۹۰؛ به‌نقل از فرزادفرد، ۱۳۸۷). مداخله آموزشی می‌تواند با ایجاد حس صلاحیت و افزایش سطح حرمت خود در ایفای صحیح نقش والدینی بر اثر حمایت شبکه اجتماعی، تنیدگی را کاهش دهد و والدگری را ارتقا بخشد.

هم‌چنین مشارکت مادران در گروهی که همگی مشکلات مشابهی را تجربه می‌کنند احتمالاً باعث شده تا به شناخت‌های جدیدی نسبت به وضعیت خود دست یابند. در ضمن رویدادهای درون‌گروهی مانند پالایش، به هم پیوستگی گروهی، کنش حمایتی، یادگیری‌های مشاهده‌ای و بین شخصی، به‌علاوه احساس منحصر به فرد نبودن مشکل، آزادی تجربه کردن و القای امیدواری نیز احتمالاً از جمله عواملی بودند که در بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران و به تعاقب نظام ارتباطی والد - فرزندی نقش داشتند.

با توجه به فراوانی زیاد رفتارهای نامناسب کودکان مبتلا به اختلال‌های برونی‌سازی شده، اغلب والدین نگاهی توأم با بدبینی نسبت به کودکان خود دارند و آن‌ها را طرد می‌کنند، در چنین فضایی غالباً رفتارها و جنبه‌های مثبت عملکرد کودک نادیده انگاشته می‌شود. در این راستا پترسون و هالی (۱۹۹۸) به چرخه معیوب روابط والد - کودک اشاره کرده که منجر به تشدید نشانه‌های برونی‌سازی شده کودکان و افزایش احساس خشم و استیصال در والدین می‌گردد. تشریح چنین چرخه‌هایی و تشویق والدین در راستای شکستن آن‌ها احتمالاً در برقراری روابط صمیمانه‌تر با کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان نقش داشته است.

هم‌چنین آموزش فنون و مهارت‌های "تحلیل رفتار"، "مدیریت مشکلات ارتباطی"، "زمینه‌سازی جهت برقراری تفاهم"، "اصول صحیح استفاده از تشویق و تنبیه"، "مهار خشم" و غیره در چارچوب بحث‌های گروهی، تبادل نظر و بیان افکار و تعمیم این اصول به فضای خانه احتمالاً یک عامل مهم در افزایش صمیمیت، کاهش تعامل‌های منفی و در نتیجه کاهش نشانه‌های برونی‌سازی شده در کودکان بود.

اما در خصوص عدم اثربخشی معنادار روش قصه‌درمانگری در پژوهش حاضر که ناهمسو با ادبیات پژوهشی (از جمله شتمن، ۱۹۹۹؛ پینتر، کوک و سیلورمن، ۱۹۹۹؛ کرسول، ۲۰۰۱؛ به‌نقل از هفتر، ۲۰۰۳؛ کوک، تیلر و سیلورمن، ۲۰۰۴؛ سیدی، ۱۳۸۲؛ چهارم‌حالی، ۱۳۸۵ و توپسرکانی،

۱۳۸۷) است به نظر می‌رسد، دو مقوله قابل طرح باشد؛ نخست آن که هنوز مطالعات تجربی گزارش و منتشر شده معتبر در زمینه تأثیرگذاری قصه‌گویی صرف بر اختلال‌های رفتاری و نشانه‌های برونی‌سازی شده کودکان بسیار اندک است و در عین حال گاه اثر قصه‌درمانگری در کاهش مشکلات رفتاری در جمعیت خاصی (از جمله کروزیپر، تینکانی، ۲۰۰۵؛ که بر روی کودکان اتیستیک، پژوهشی انجام داده‌اند)، دال بر اثرگذاری کلی قصه در کنترل اختلال‌های رفتاری قلمداد گردیده است. در عین حال برخی گزارش‌ها مبنی بر اثرگذاری قصه‌درمانگری صرف، در کاهش مشکلات رفتاری و نشانه‌های برونی‌سازی شده، تنها مبتنی بر نمونه‌هایی با حجم بسیار کم می‌باشد (از جمله پژوهش پینتر، کوک و سیلورمن، ۱۹۹۹؛ که تنها با حجم نمونه ۴ نفر صورت گرفته است)، لیکن با توجه به همسویی برخی پژوهش‌ها در راستای تأیید اثربخشی قصه‌درمانگری، علل احتمالی ناهمخوانی نتیجه پژوهش حاضر به دلایل زیر نسبت دادنی است:

۱. تفاوت سن کودکان (به عنوان مثال، نمونه پژوهش چهارمحالی (۱۳۸۵) را کودکان پیش‌دبستانی و نمونه پژوهش پینتر و دیگران (۱۹۹۹) را کودکان ۷-۵ ساله تشکیل می‌دادند)؛
۲. تفاوت در جنسیت کودکان (به عنوان مثال، نمونه پژوهش تویسرکانی (۱۳۸۷) را دختران دبستانی تشکیل می‌دادند)؛
۳. تفاوت در متغیرهای اقتصادی - اجتماعی خانواده‌ها در نمونه‌های مختلف؛
۴. تفاوت در محتوا و درون‌مایه قصه‌ها و توأم بودن یا نبودن با نمایش عروسکی، موسیقی و غیره (در پژوهش حاضر از بحث گروهی و به طور محدود از نمایش‌های عروسکی استفاده شد لیکن از بازی نقش، نقاشی، موسیقی و برون‌ریزی در قالب نمایش استفاده‌ای نشد)؛
۵. تفاوت در ابزار سنجش و به تعاقب تعریف دقیق مشکلات رفتاری به زعم مؤلفین مختلف؛
۶. تفاوت در طرح پژوهش و آزمون‌های آماری به کار برده شده؛
۷. و بالاخره تفاوت در نحوه و کیفیت اجرای جلسات توسط درمانگران و اندازه گروه‌ها (در پژوهش حاضر گروه‌ها ۱۲ - ۱۱ نفره تشکیل می‌شدند).

البته بررسی اثر متغیرهای فوق‌الذکر و همین‌طور ارزیابی دقیق تأثیر قصه‌درمانگری در زمینه مشکلات برونی‌سازی شده کودکان، نیازمند طراحی و اجرای پژوهش‌های دیگری است و طرح این دلایل در حد پژوهش حاضر از سطح گمانه‌زنی و پیشنهاد فراتر نمی‌رود. در زمینه روش مداخله‌گری تألیفی معرفی شده در این پژوهش، با توجه به پژوهش‌های رسمی منتشر شده بسیار محدودی که دست به چنین تألیفی زده‌اند (از جمله پینتر، کوک و سیلورمن، ۱۹۹۹؛ لازم به ذکر است که در پژوهش مذکور نیز دو روش BPT و TST به موازات هم برگزار نمی‌شدند، بلکه پی در پی و یکی پس از دیگری اجرا می‌شده است)، طرح همسویی یا ناهمسویی، طبیعتاً چندان معنایی نخواهد داشت، لیکن بر مبنای عقل سلیم انتظار می‌رود که ترکیب دو روش، که والد و کودک را توأم در

ایجاد تغییرات مثبت، شریک و سهیم نماید منجر به نتایج مطلوب‌تری به نسبت اعمال هر یک از روش‌ها به تنهایی گردد که این نتیجه‌گیری توسط پژوهش حاضر نیز تأیید گردید. به هر حال معناداری اثر افزودن قصه‌درمانگری گروهی کودکان به برنامه آموزش والدین در حد پژوهش حاضر، تأییدی بر قابلیت تسهیل‌گری قصه و تمثیل و آموزش مهارت‌های اجتماعی در این چارچوب، به عنوان ابزار مکمل تربیتی و درمانی است و خطوط ارزشمندی را جهت توانمندتر کردن برنامه‌های آموزش والدین در راستای مداخلات پیشگیرانه و درمانگرانه در حوزه مشکلات برونی‌سازی شده کودکان ترسیم می‌نماید. در این راستا به نظر می‌رسد این امر به عوامل زیر نسبت دادنی است: از آن‌جا که بسیاری از کودکان مبتلا به مشکلات برونی‌سازی شده، نارسایی‌های قابل ملاحظه‌ای در روابط اجتماعی دارند، گروه چارچوبی عالی برای یادگیری و تمرین مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی برای آنان به شمار می‌رود (کوری<sup>۴۷</sup> و کوری<sup>۴۸</sup>، ۱۳۸۲). به این منظور احتمالاً طرح قصه‌های هدفدار با ارائه الگویی از شیوه‌های مناسب برخورد با موقعیت‌های مختلف در قالب گروه توانسته است با ایجاد زمینه و بستر مساعدتر در کودکان به بهبود مهارت‌های ارتباطی و جلب همکاری آنان در خانه و مدرسه منجر شود.

هم‌چنین رویدادهای درون گروهی در محیطی امن و تحت نظارت، به شناخت بیشتر کودکان نسبت به خود و همسالان منجر می‌شود و آموزش اصول "احترام به حقوق اشخاص"، "درک احساسات دیگران"، "توجه به پیامدها"، "مهارت خشم"، و غیره در قالب داستان‌ها و همانندسازی با شخصیت‌های داستانی احتمالاً منجر به هدایت کودکان به سمت تعاملات مثبت‌تر با همسالان خواهد شد. ارتقاء کیفیت رابطه با همسالان در این کودکان نکته‌ای بسیار حایز اهمیت است تا آن‌جا که میکرز<sup>۴۹</sup> (۱۹۸۶؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۲) بهبود و افزایش آن را به مقدمه پایان درمانگری قلمداد می‌نماید.

به‌علاوه گروه می‌تواند مجالی برای سهیم شدن در تجربه‌های یکدیگر و یاد گرفتن از همسالان، تغییر احساسات انزوا و تنهایی، کسب بینش نسبت به رفتارهای خود و دیگران و هم‌چنین آزمودن و تجربه گزینه‌های جدید رفتاری را فراهم کند (شتمن، ۱۹۹۹؛ به نقل از تویسرکانی، ۱۳۸۷).

ضمن آن‌که قصه‌ها احتمالاً در کودکان انگیزه و شهامت تغییرکردن را القا نموده‌اند که این فرآیند با دریافت حمایت و تشویق از جانب گروه و خانواده به‌گونه‌ای مضاعف ترغیب شده است و احتمالاً افزایش مثبت‌گرایی کودک منجر به گسست حلقه معیوب رفتارهای منفی - واکنش‌های منفی در نظام والد - فرزند گردیده که تعاملات مثبت دو طرفه را افزایش داده است.

در عین حال به نظر می‌رسد قصه‌ها و استعاره‌ها به مثابه یک هنر بی‌نظیر با ارتباط برقرار کردن با عمیق‌ترین لایه‌های شخصیت کودک، به آن‌ها جهت درک احساسات و رفتارشان یاری رسانده‌اند و تجربه و پردازش مناسب‌تر رویدادها و احساسات را برایشان ممکن ساخته‌اند و موجب ترغیب آن‌ها

جهت آزمون طرق جدید اندیشیدن در خصوص خود و جهان پیرامونشان گشته‌اند. در نهایت به نظری رسد هنگامی که این تحولات مطلوب در کودکان با تعاملات گرم و پذیرنده و توجه مثبت والدین و تصحیح الگوهای فرزندپروری قرین شد اثر جمعی مؤلفه‌های اثربخش دو روش منجر به تحقق یافتن بهترین نتایج گردید.

### پی‌نوشت‌ها

1. Developmental psychopathology
2. Externalizing disorders
3. Antithetic
4. Internalizing disorders
5. Over controlled
6. Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders
7. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
8. Conduct Disorder
9. Oppositional Defiant Disorder
10. Adjustment problems
11. Caspi, A.
12. Moffitt, T. E.
13. Newman, D. L.
14. Silva, P. A.
15. Angold, A.
16. Costello, E. J.
17. Zoccolillo, M.
18. Martius, A.
19. Raine, A.
20. Venables, P. H.
21. Mednick, S. A.
22. Bettelheim, B.
23. Doan, R. E.
24. Ritalin
25. Dextroamphetamine
26. Strattera
27. Haloperidol
28. Risperidone
29. Olanzapine
30. Kazdin, A. E
31. Siegel, T. C
32. Bass, D.
33. Lochman, B.
34. Wells, N.
35. Weisz, J. R.
36. Creswell, C.
37. Chambless, D.L.
38. Hollon, S. D.
39. Comparative Treatment Strategy
40. Child Behavior Checklist for Age 6 to 18 (CBCL)
41. Bloomquist, M. L.
42. Girardet, S .
43. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)
44. Belsky, J.
45. Cornic, K. A.
46. Greenberg, M.T.
47. Corey, M. S.
48. Corey, G.
49. Meeks, J. E.

### منابع

آشنباخ، ت.، و رسکورلا، ل. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ* (ترجمه ا. مینایی). تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).

- احسان‌منش، م. (۱۳۷۲). *کارروزی والدین کودکان مبتلا به اختلال سلوک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.
- بتلهایم، بی. (۱۳۸۴). *کودکان به قصه نیاز دارند* (ترجمه ک. بهروزکیا). تهران: نشر افکار. (انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۹).
- بلوم کویست، ام. ال. (۱۳۸۳). *مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار* (ترجمه ج. علاقبندراد). تهران: انتشارات سنا. (انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۶).
- تویسرکانی‌راوری، م.، یونسی، س. ج.، و یوسفی لویه، م. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک کودکان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۳، ۶۳ - ۷۶.
- چهارمحالی، ف. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی قصه‌گویی در کاهش اختلالات رفتاری آشکار کودکان پیش‌دستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- دادستان، پ. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی* (جلد دوم). تهران: انتشارات سمت.
- دادستان، پ. (زیر چاپ). *روان‌شناسی بالینی کودک*.
- ژیرارد، اس. (۱۳۸۴). *دعوا نکنیم، گفتگو کنیم* (مجموعه شش جلدی، ترجمه ف. مهری). تهران: انتشارات با فرزندان. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰).
- سیدی، ط. (۱۳۸۲). کاربرد قصه‌گویی در درمان مشکلات رفتاری - عاطفی، پرخاشگری. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲۳، ۱۳ - ۳۵.
- فتحی، ن. (۱۳۷۴). تأثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش علایم اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.
- فرزادفرد، س. ز.، و هومن، ح. (۱۳۸۷). نقش آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسان ایران*، ۱۵، ۲۸۹ - ۲۷۷.
- قنبری، س. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش رفتاری والدین در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- کوری، ام. اس.، و کوری، جی. (۱۳۸۲). *گروه درمانی* (ترجمه س. بهاری، ب. رنجگر و دیگران). تهران: نشر روان. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).
- یوسفی‌لویه، م.، متین، آ.، و یوسفی‌لویه، م. (۱۳۸۷). قصه‌درمانی و اختلال‌های روان‌شناختی کودکان. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵ - ۸۴، ۲۸ - ۱۲.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT, University of Vermont, Research Center of Children, Youth and Families.

Albert, M. N. (2005). *Examination the social skills differences among at-risk youth diagnosed with leaning disability conduct disorder and serious emotional disturbance*. Unpublished Doctoral Dissertation, Boston University, Massachusetts [On-Line]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb>

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington: Author.

Barrera, M., Biglan, A., Taylor, T. K., Gunn, B. K., Smolkowski, K., Black, C., Ary, D. V., & Flower, R. C. (2002). Aggression and antisocial behavior in children. *Prevention Science*, 3, 83 - 94.

- Beyrami, M. (2009). The effect of the parent management training to mothers of school-boys with externalizing disorders on their general health and parenting styles. *The Quarterly Journal of Fundamental of Mental Health*, 11(2), 105–114.
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(11), 3 – 8.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: The Guilford Press .
- Campbell, S. (1994). Hard to manage pre-school boys: Externalizing, social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147–166.
- Cook, J. W., Taylor, L. A., & Silverman, P. (2004). The application of therapeutic storytelling techniques with preadolescent children. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 11(2), 243-248 .
- Costin, J., Lichte, C., Hill-Smith, A., Vance, A., & Luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1), 344–351.
- Crozier, S., & Tincani, M. J. (2005). Using a modified social story to decrease disruptive behavior of a child with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2, 150–157.
- Davison, C. G. (2005). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley .
- Denita, M. R., Elizabeth, C., & William, J. K. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders. *School Psychology Review*, 34, 702–709.
- Durlak, J. A., Rubin, L. A., & Kahng, R. D. (2001). Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents with externalizing problems . *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 203–210.
- Farrington, D. P. (1989). Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Journal of Violence and Victims*, 4, 79–100.
- Farrington, D. P. (2001). *Predicting adult official and self-reported violence*. New York: Cambridge University press.
- Gimpel, G. A., & Holland, M. L. (2002). *Emotional and behavioral problems of young children*. New York: Guilford Press.
- Hautmann, C., Stein, P., Hanisch, C., Eichelberger, I., Plock, J., Walter, D., & Dopfner, M. (2009). Parent management training for children with externalizing problem behavior. *Psychotherapy Research*, 19(2), 224–233.
- Heffner, M. (2003). *Experimental support for the use of story-telling to guide behavior*. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, West Virginia [On-Line]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Hicks, B. M., South, S. C., Dirago, A. C., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders . *Archives of General Psychiatry*, 66(6), 640–648.
- Hinshaw, S. P., Henker, B., & Whalen, C. K. (1984). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: Effects of cognitive-behavioral training and methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 55–77.



- Hollenstein, T. (2004). Rigidity in parent-child interaction and the developmental of externalizing and internalizing early childhood. *Journal of Abnormal Child psychology*, 32 (4), 595-607.
- Hudziak, J. J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the child behavior checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1299-1307.
- Johnson, M. (2007). The art of therapeutic story-telling [On-Line]. Available: <http://www.macmh.org/programs-services>.
- Keil, V., & Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare setting. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779.
- Listug-Lunde, L., Bredmeier, K., & Tyan, W. D. (2005). Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 124-130.
- Liu, J. (2006). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103.
- McKee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D. J., & Forhand, R. (2008). Parenting and child externalizing behaviors. *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 255-270.
- Mcleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: Evaluation of a psycho-educational group. *Educational Counseling*, 38, 3-10.
- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (2002). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108, 291-307.
- Moore, D. P., & Jefferson, J. W. (2004). *Handbook of medical psychiatry* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: Mosby.
- Painter, L. T., Cook, J. W., & Silverman, P. S. (1999). The effect of therapeutic storytelling and behavioral parent training on noncompliant behavior in young boys. *Child & Family Behavior Therapy*, 21(2), 47-66.
- Peterson J., & Hawley, D. (1998). Effects of stressors on parenting attitudes and family functioning in a primary prevention program. *Family Relations*, 47, 221-227.
- Power, T. J., Russell, H. S., & Soffer, S. (2002). Role of parent training in the effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Manage Health Outcomes*, 10, 117-126.
- Rowshan, A. (1997). *Stress: An owner's manual*. Oxford: New World Publications .
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry*. New York: Lippincott Williams, Wilkins .
- Shechtman, Z. (1999). Bibliotherapy: An indirect approach to treatment of childhood aggression. *Child Psychiatry and Human development*, 30, 35-39.
- Stewart A., & Shankman, S. (2009). Subthreshold condition as precursors for full syndrome disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1485-1494.
- Sim, L., Whiteside, S., Dittner, C., & Mellon, M. (2006). Effectiveness of a social skills training program with school age children. *Journal of Child and Family Studies*, 15(4), 408-417.
- Stallard, P. (2003). *Think good-feel good: A cognitive-behavior therapy for children and young people*. Chi Chester: John Wiley & Sons , Ltd.

- Teglasi, H., & Rothman, L. (2001). Stories: A classroom program to reduce aggressive behavior. *Journal of School Psychology, 39(1)*, 71–94.
- Thomas, C. R. (2006). Evidence-based practice for conduct disorder symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*, 109–114.
- Thurber, S., & Hollingsworth, D. K. (1992). Validity of the Achenbach and Edelbrock youth self-report with hospitalized adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 249–257.
- Webster-stratton, C., Raid, J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42(7)*, 943-952.
- Wittinger, N. S. (2007). Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 179–187.