

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال یازدهم، شماره ۳(۳۳)، پاییز ۱۳۹۹

صص ۲۲-۱۳

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.206260.1292

مقایسه ناگویی خُلقی در کودکان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

یوسف دهقانی*

نزهت‌الزمان مرادی**

عایشه چابری**

سارا خیراندیش**

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسه ناگویی خُلقی در کودکان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بود. روش مطالعه علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و عادی شهر اصفهان بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. در ابتدا مقیاس تشخیصی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان (فرم والدین) (CCARSS) و پرسشنامه کانرز (فرم معلم) (CPRS) برای هریک از کودکان تکمیل گردید. در مرحله دوم ۱۲۰ نفر از کودکانی که در کرانه بالاتری قرار داشتند (یعنی افرادی که بالاترین نمره را در پرسشنامه کانرز کسب کرده بودند) به مصاحبه بالینی دعوت شدند. در نهایت ۱۰۰ نفر؛ ۵۰ نفر عادی (۱۵ دختر و ۳۵ پسر) و ۵۰ نفر بیش‌فعال (۱۱ دختر و ۳۹ پسر) با استفاده از مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS) مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که نمرات کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در مؤلفه‌های ناگویی خُلقی شامل ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر برون‌مدار به‌صورت معناداری بیشتر از کودکان عادی بود. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دارای برخی از ویژگی‌های ناگویی خُلقی هستند و در پاسخ‌های هیجانی دچار نارسایی هستند. بنابراین، توجه به مسائل هیجانی افراد با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بیش‌ازپیش حائز اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، کودکان، ناگویی خُلقی

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ یک اختلال عصبی رشدی است که مشخصه اصلی آن الگوی پایدار فقدان توجه و یا بیش‌فعالی تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، فراوان‌تر و شدیدتر است (کیوکا، ۲۰۱۹) مطابق ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، الگوی بادوام بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی - تکانشگری است که با عملکرد و سطح رشد فرد تناسب ندارد. برای مطرح کردن این تشخیص باید نشانه‌های کم‌توجهی و بیش‌فعالی پیش از ۱۲ سالگی به مدت شش‌ماه در کودکان و پیش از ۱۷ سالگی به مدت پنج‌ماه در بزرگسالان و نوجوانان وجود داشته باشد. همچنین اختلال باید در دو یا چند موقعیت وجود داشته باشد و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشند.

شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان ۵ تا ۸ درصد و بزرگسالان ۲/۵ درصد است (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). کیم، لی، سانگ، جانگ و پاک (۲۰۱۹) در یک مطالعه مروری سیستماتیک و متآنالیز، شیوع جهانی این اختلال را ۵/۲ درصد اعلام کردند. همچنین شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در ایران ۶/۷ درصد گزارش شده است (بهرامی، یوسفی، بهرامی، فراضی و بهرامی، ۱۳۹۵).

بارکلی^۲ (۱۹۹۷؛ به نقل از دانفرانسیسکو و همکاران، ۲۰۱۳) پیش‌بینی می‌کند که افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دارای نقص در تنظیم پاسخ‌های هیجانی هستند. طبق مدل مفهومی تنظیم هیجان گرتز و رومر (۲۰۰۴)، آگاهی هیجانی، وضوح هیجانی، پذیرش هیجانی، کنترل تکانه، انجام فعالیت‌های هدفمند و توانایی به‌کارگیری راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان از جمله مؤلفه‌های اساسی تنظیم هیجان است. براین‌اساس، نقص در خودتنظیمی عاطفی به دلیل اختلال در بازدارندگی رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی است. همچنین مطالعات مختلف در زمینه ادراک هیجانی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

بیانگر نقص در شناخت هیجانی چهره افراد است (کولین، بیندرا، راجو و گیلبرگ، ۲۰۱۳). براساس مدل تنظیم هیجان گرتز و رومر (۲۰۰۴) علی‌رغم شواهد مختلف مبنی بر این که افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ممکن است در حوزه‌های مرتبط با احساسات دچار اختلال شوند، علائم این اختلال نشان‌دهنده وجود نوعی دشواری در پذیرش و بیان احساسات است. با ویژگی نقص در تنظیم هیجان، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی سریع عصبانی و خشمگین، به‌راحتی ناامید، بیش‌ازحد تحریک‌پذیر، به‌راحتی هیجان‌زده شده و با دیگران بحث و جدل و قشقراق راه می‌اندازند و به‌راحتی دیگران را آزار می‌دهند. این ویژگی‌ها نشان می‌دهد که آن‌ها با احساسات خود در تماس نیستند و دچار مشکل در پردازش احساسات و احتمالاً دارای ناگویی خلقی^۳ نیز هستند (ادل و همکاران، ۲۰۱۵).

ناگویی خلقی، بیانگر مشکل در درک، پردازش یا توصیف احساسات و نقص جامع در پردازش شناختی و تنظیم هیجان می‌شود (ام‌سی‌جیلیوری، بکرا و هارمس، ۲۰۱۹؛ پرتی، سانکیسینی، کادونی و کارتا، ۲۰۱۳). ناگویی خلقی به معنای واقعی کلمه، ناتوانی در خواندن عواطف گفته می‌شود (تیلور و باگی، ۲۰۱۳) و با چهار عامل اصلی دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و حس‌های بدنی در ارتباط با برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، تجسم ضعیف و سبک شناختی بیرونی یا تفکر عینی مشخص شده است (پرتی و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات متعدد نیز نشان داده است افرادی که ناگویی خلقی دارند، دچار اختلال در توانایی شناسایی حالات احساسی چهره، در مقایسه با افراد غیرناگویی خلقی هستند (گرین، بویس و هاسکینگ، ۲۰۲۰). همچنین ناگویی خلقی با مشکلاتی همچون ایجاد و حفظ روابط بین شخصی و کاهش مهارت‌های اجتماعی (هادجی - میثائیل، مک‌آلیستر، ریلی، هیمان و بنت، ۲۰۱۹)، همدلی پایین (همینگ، تیلور، هادوک، شاو و پرات، ۲۰۱۹) و افزایش خشم و پرخاشگری (هان، سیمون، سیمون و ولکر، ۲۰۱۹) در ارتباط است. در یک مطالعه مروری و سیستماتیک، پس از بررسی ۲۲ پژوهش بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ به این نتیجه دست یافتند که افراد مبتلا به ناگویی خلقی

3. alexithymia

1. attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD)
2. Barkley, R. A.

در پردازش خودکار محرک‌های هیجانی، در سطح نوروبیولوژی و رفتاری مشکل دارند (دونگس و سوسلو، ۲۰۱۷).

به‌طور خاص نیز، تحقیقات مختلف نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی در مقایسه با کودکان معمولی اشتباهات بیشتری را هنگام تطبیق احساسات صورت با زمینه مناسب مرتکب می‌شوند (آرون، اسنودگرس، بلاین و پارک، ۲۰۱۸). در بزرگ‌سالی نیز، برخی مطالعات نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی دقت کمتری نسبت به کودکان عادی در انجام وظایف تشخیصی عاطفی نشان دارند (لیورس، کاتینهو و توربرگ، ۲۰۲۰).

علی‌رغم این که مطالعات مختلفی در ارتباط با ناگویی‌خُلقی در پژوهش‌های داخلی صورت گرفته است، تاکنون راجع به ناگویی‌خُلقی و اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی کودکان در ایران مطالعه‌ای صورت نگرفته است و در پژوهش‌های خارجی نیز به‌صورت بسیار محدود و پراکنده به این موضوع پرداخته‌اند. بنابراین، با توجه به ارتباط ناگویی‌خُلقی با افزایش خشم و پرخاشگری، همدلی پایین و کاهش مهارت‌های اجتماعی و همچنین نظر به این که ناگویی‌خُلقی اثرات منفی بر بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی می‌گذارد و ممکن است یکی از عوامل خطر اصلی نقص در تنظیم هیجان (ادل و همکاران، ۲۰۱۵) و همچنین یک عامل خطر ساز در ابتلا به مشکلات روان‌شناختی باشد و موجب پیامدهای جبران‌ناپذیری برای فرد و خانواده شود، پژوهش حاضر با هدف مقایسه ناگویی‌خُلقی در کودکان با و بدون اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی صورت گرفت. بنابراین، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین دو گروه کودکان با و بدون اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی از نظر ناگویی‌خُلقی تفاوت معنادار وجود دارد یا خیر؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی دارای اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی و عادی شهر اصفهان که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌داد. نمونه مورد مطالعه ۲۰۰ نفر بودند که ۱۰۰ نفر از آن‌ها،

دانش‌آموزان عادی و ۱۰۰ نفر دارای اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی بودند. برای انتخاب نمونه دانش‌آموزان عادی از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابتدا از بین مناطق پنج‌گانه شهر اصفهان، مناطق ۲ و ۵، سپس ۱۵ مدرسه، ۲۵ کلاس انتخاب و از هر کلاس چهار نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و در مطالعه شرکت داده شدند. برای انتخاب نمونه دانش‌آموزان نقص‌توجه/ بیش‌فعال با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و از مرکز اختلالات رفتاری شهر اصفهان تعداد ۱۰۰ نفر که ملاک‌های لازم جهت حضور در پژوهش داشتند، انتخاب و مورد تحقیق قرار گرفتند. دو گروه از لحاظ سن، جنس و تحصیلات همتا شدند. در این تحقیق معیارهای ورود برای گروه عادی کسب نمره زیر نقطه برش در پرسشنامه کانرز بود و برای گروه نقص‌توجه/ بیش‌فعال، کسب نمره بالاتر از نقطه برش ۱۹ در پرسشنامه کانرز و تشخیص اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی توسط روان‌پزشک بود. معیار خروج نیز عبارت بود از: ابتلا به اختلالات دیگری که نشانه‌های اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی را ایجاد می‌کند.

شیوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که برای اجرای مطالعه طی جلسه‌ای در خصوص اهداف مطالعه توضیح داده شد. در انتهای جلسه مذکور، رضایت‌نامه‌ای مبنی بر تمایل والدین به شرکت فرزندشان در مطالعه از آن‌ها دریافت شد. در ادامه معلمان دانش‌آموزانی که والدین‌شان رضایت داده بودند، پرسشنامه کانرز را برای هر یک از کودکان تکمیل نمودند. در مرحله دوم (نمونه دانش‌آموزان دارای نقص‌توجه/ بیش‌فعالی)، ۱۲۰ نفر از افرادی که بالاترین نمره را در پرسشنامه کانرز کسب کرده بودند) به مصاحبه بالینی دعوت شدند، برای تشخیص اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک در کلینیک آفتاب اصفهان انجام شد. از بین افراد دعوت شده به مصاحبه، ۲۰ نفر براساس تشخیص روان‌پزشک کنار گذاشته شدند. در پایان دو گروه ۱۰۰ نفره (دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی) از نظر سن، جنس و تحصیلات همتا شده و با استفاده از مقیاس ناگویی‌خُلقی تورنتو مورد مقایسه قرار گرفتند. لازم به‌ذکر است که تمامی افراد دو گروه مقایسه پژوهش با رضایت کامل در این پژوهش شرکت کردند و پرسشنامه‌های پژوهش توسط مربیان با

۰/۷۰ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (کانرز، ۱۹۹۰). در مطالعه حاضر روایی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مذکور به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۱ حاصل شد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۳ (TAS): این پرسشنامه توسط باگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) ساخته شده و دارای ۲۰ آیتیم بوده که هدف آن بررسی میزان ناگویی هیجانی یا دشواری در بروز هیجان‌ها است. پایایی بازآزمایی این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ و روایی هم‌زمان این مقیاس نیز برحسب همبستگی با مقیاس هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز تأییدکننده وجود سه عامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی بود (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه حاضر، روایی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های تشخیص احساسات به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۱، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و ۰/۶۸ و تفکر برون‌مدار ۰/۶۹ و ۰/۷۶ به‌دست آمد.

همکاری والدین آنان تکمیل شدند. به‌منظور مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های ناگویی خُلقی از تحلیل واریانس چندمتغیره و به‌منظور مقایسه نمره کل ناگویی خُلقی در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس تشخیصی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کودکان (فرم والدین^۱) (CCARSS): این پرسشنامه توسط کانرز در سال ۱۹۶۰ ساخته شده است که شامل ۴۸ سؤال می‌باشد و پنج زیرمقیاس: سلوک، روان‌تنی- تکانشگری، بیش‌فعالی- نقص توجه، اضطراب و مشکلات یادگیری را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (هیچ‌کدام=۰ و خیلی زیاد=۴) انجام می‌شود (کانرز، ارهارت و اسپارو، ۱۹۹۹). در مطالعه کاتال، جیورتن، لچيون و میولمانس (۲۰۱۴) پایایی برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۵۸ و ۰/۵۵ گزارش شده است. در تحقیق حاضر، ضرایب روایی همسانی درونی و آلفای کرونباخ مطلوب و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۴ به‌دست آمد.

پرسشنامه کانرز^۲ (فرم معلم) (CPRS): در این تحقیق از فرم ۳۹ سؤالی استفاده شده است. این پرسشنامه چهار گزینه‌ای است و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس بر پایه بررسی‌های انجام شده، از روایی و پایایی خوبی برخوردار است. رضایی، میرلو و نظری (۱۳۹۴) در مطالعه خود پنج عامل بیش‌فعالی- تکانشگری، مشکل سلوک، ناهم‌نوایی اجتماعی، تنش- اضطراب و اشکال در توجه را شناسایی کردند که نشان می‌دهد عوامل به‌دست آمده با نتایج تحلیل عوامل در جوامع دیگر هماهنگ است. این یافته مؤید روایی مقیاس است. دامنه ضریب همسانی درونی آن‌ها از طریق محاسبه آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ (مقیاس اشکال در توجه) تا ۰/۹۲ (مقیاس بیش‌فعالی) به‌دست آمد. کانرز، پایایی بازآزمایی فرم معلم را در طول یک‌ماه تا یک‌سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره‌گذاری معلمان را

2. Canners Parent Rate Scale (CPRS)
3. Toronto Alexithymia Scale (TAS)

1. Conners Children ADHD rating scale-self (CCARSS)

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
دشواری درشناسایی احساس‌ها	۲۴/۱۵	۳/۵۶	۱۸/۲۳	۴/۴۵
دشواری در توصیف احساس‌ها	۲۶/۷۳	۳/۶۱	۱۹/۱۲	۳/۰۹
تفکر برون‌مدار	۲۱/۲۹	۴/۶۴	۱۹/۸۱	

بررسی قرار گرفت و نتایج آزمون ام‌باکس حکایت از یکسانی ماتریس واریانس‌ها داشت ($F=۰/۸۸۵$, $P>۰/۰۵$). در نهایت، نتایج آزمون لوین نشان داد فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها برقرار است؛ در نتیجه، استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مجاز است. تحلیل در خصوص نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مؤلفه‌های ناگویی خُلقی نشان داد بین دو گروه از لحاظ ناگویی تفاوت معناداری وجود دارد ($P>۰/۰۰۱$, $F=۱۴/۱۳۴$, $Wilks\ Lambda=۰/۴۴۵$). در جدول ۲ اثرات بین‌آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های ناگویی خُلقی ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات ناگویی خُلقی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی از دانش‌آموزان عادی بیشتر است. در چهارچوب تعیین معناداری تفاوت میان گروه‌ها (نقص‌توجه/ بیش‌فعالی و عادی) از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) استفاده شد. پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های آزمون مذکور مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنف بررسی شد. نتایج نشان داد که برای تمامی متغیرهای مورد بررسی، توزیع داده‌ها نرمال است ($P>۰/۰۰۱$). پیش‌فرض یکسانی ماتریس واریانس ناگویی خُلقی در بین گروه‌ها نیز مورد

جدول ۲- اثرات بین‌آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های ناگویی خُلقی

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
گروه	ناتوانی در شناسایی احساس‌ها	۵۴۲/۲۱۳	۱	۵۴۲/۲۱۳	۳۳/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	ناتوانی در توصیف احساس‌ها	۲۱۴/۶۲۱	۱	۲۱۴/۶۲۱	۲۷/۲۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	تفکر برون‌مدار	۲۶۱/۵۶	۱	۲۶۱/۵۶	۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶

احساس‌ها، ناتوانی در توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار در بین افراد دارای اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی از افراد عادی کمتر است. در ادامه به‌منظور مقایسه نمره کل ناگویی خُلقی نیز در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به مقادیر به‌دست آمده آماره F و سطح معناداری نمایش داده شده در جدول ۲ ($P<۰/۰۰۱$) میانگین نمرات همه مؤلفه‌های ناگویی خُلقی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری دارد و با توجه به میانگین نمرات در جدول ۱ این تفاوت بدین صورت است که میانگین نمرات مؤلفه‌های ناتوانی در شناسایی

جدول ۳- نتایج آزمون t برای مقایسه نمره کل ناگویی خُلقی در دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	معناداری
ناگویی خُلقی	بیش‌فعال/ نقص‌توجه	۶۴/۱۷	۹/۵۱			
	عادی	۴۶/۶۱	۱۱/۲۹	۵/۱۲	۵۸	۰/۰۰۱

با توجه به مقادیر جدول ۳ بین افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و افراد عادی در نمره کل ناگویی خُلقی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین‌صورت که نمره ناگویی خُلقی در افراد دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از افراد عادی بیشتر بود ($t=125, P=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر که برای اولین بار در پژوهش‌های داخلی با هدف مقایسه ناگویی خُلقی در کودکان با و بدون اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی صورت گرفت، نشان داد کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به‌صورت کلی و در همه مؤلفه‌ها (ناتوانی در شناسایی احساس‌ها، ناتوانی در توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار) دارای سطوح بالاتری از ویژگی‌های ناگویی خُلقی نسبت به کودکان عادی هستند که با نتایج مطالعه دانفرانسیسکو و همکاران (۲۰۱۳) و مانسوزاک، میلر، کلمیر و ماسون (۲۰۱۳) هم‌سو بود. دانفرانسیسکو و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود به بررسی ناگویی خُلقی در کودکان ۸-۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کودکان عادی پرداختند و نتایج نشان داد که ناگویی خُلقی به‌صورت کلی به‌طور قابل‌توجهی با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مرتبط است.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر تفاوت معنادار توانایی شناسایی احساسات در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و کودکان عادی است که با نتایج پژوهش دانفرانسیسکو و همکاران (۲۰۱۳) هم‌خوان است. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه بارکلی اشاره کرد. در واقع، بارکلی در سال ۱۹۹۷ پیش‌بینی می‌کند که افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارای نقص در تنظیم پاسخ‌های هیجانی هستند. در این‌راستا، نتیجه مطالعه کیم و همکاران (۲۰۱۹) بیانگر تجارب هیجانی شدید افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نسبت به گروه کنترل و همچنین رابطه معکوس سطح تجربه هیجانی با توانایی تشخیص احساسات است که می‌تواند به صورت نارسایی در ادراک و شناسایی احساسات ظاهر شود. از طرفی، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، دارای ویژگی تکانشگری هستند. افراد تکانشگر، در بیان احساسات خود

به‌صورت کلامی مشکل دارند. یکی از دلایل این مشکل این است که این افراد در فهمیدن و تشخیص احساسات خود با شکست مواجه می‌شوند. در واقع، یکی از ویژگی‌های ناگویی خُلقی، ناتوانی در جلوگیری از واکنش‌های تکانشی در زمان مواجهه با احساسات منفی است (کیم و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین این یافته با نظریه کریستال^۱ (۱۹۷۹)؛ به‌نقل از دانفرانسیسکو و همکاران، ۲۰۱۳) از این لحاظ که نشان می‌دهد عدم آگاهی از احساسات ممکن است منجر به رفتارهای غیرقابل کنترل شود، هم‌خوانی دارد. از طرفی یافته پژوهش حاضر، مبنی بر تفاوت معنادار توانایی شناسایی احساسات در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، با یافته پژوهش کولین و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر نقص در شناخت هیجانی چهره در افراد با اختلال نقص توجه/بیش‌فعال است. در واقع، با توجه به نتیجه پژوهش ذکر شده می‌توان این‌گونه تبیین کرد که کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به‌دلیل نقص در شناخت هیجانی چهره افراد، قادر به شناسایی احساسات دیگران نیستند. از دیگر نتایج این مطالعه، تفاوت معنادار توانایی توصیف و بیان احساسات در کودکان با و بدون اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود که با نتیجه مطالعه دانفرانسیسکو و همکاران (۲۰۱۳) هم‌سو بود. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که مشکل در توصیف و بیان احساسات با بیش‌فعالی و تکانشگری همراه است. کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به‌دلیل ضعف در تمرکز و دقت، تعامل مطلوبی با دیگر کودکان نداشته و معمولاً در تعاملات با هم‌سالان و بزرگ‌ترها بازخوردهای هیجانی منفی دریافت می‌کنند، نمی‌توانند نه هیجانات خود را خوب تشخیص دهند و نه این‌که در شناخت هیجانات دیگران قوی باشند (کالاگر، ۲۰۰۳). همچنین براساس نظریه بارکلی (۱۹۹۷) افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بیان هیجانات خود دچار مشکل هستند. همچنین نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات مرتبط با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مثل بی‌توجهی یا تکانشگری به تنهایی منجر به خشم و پرخاشگری نمی‌شود، بلکه به شدت تحت‌تأثیر نقصی بنیادی در توانایی تنظیم هیجان است (اولیور، نیگ، کاساوق و بیکس، ۲۰۱۲). از طرفی، بر مبنای مدل مفهومی تنظیم

1. Krystal, H.

با تمامی مؤلفه‌های ناگویی خُلقی رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته بیانگر این مطلب است که افرادی که از واقعیت خود و دیگران تفسیری سازمان‌یافته و قاعده‌مند دارند، از تفکر صرفاً عینی و برون‌مدار کمتر استفاده می‌کنند. در واقع، این افراد در زندگی، تفکری براساس احساسات و هیجانات درونی و بیرونی دارند و به‌طور مطلوبی می‌توانند هیجانات خود را تنظیم کنند (تیلور و باگی، ۲۰۱۳). همچنین طبق نظریه بارکلی (۱۹۹۷) اختلال در بازداری رفتار کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه همراه با بیش‌فعالی سبب نقص در چهار کارکرد اجرایی مغز می‌شود: حافظه کاری و بلندمدت، درونی‌سازی گفتار، رفتار و بازسازی و خودتنظیمی عاطفی. نقص توجه و تمرکز مرحله انتقالی از مشکلات مربوط به نقص بازداری به حافظه کاری و به‌طور کلی، خودتنظیمی است. در واقع می‌توان این‌گونه تبیین کرد که نقص‌های شناختی از جمله حواس‌پرتی، نقص در تمرکز، توجه انتخابی و حافظه و سرعت پردازش اطلاعات در کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی، باعث ضعف در شناسایی و توصیف احساسات و تمرکز بیشتر بر جنبه‌های بیرونی رویدادها و به‌طبع آن سبک تفکر برون‌مدار در این کودکان می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر، بیانگر اهمیت ویژه ناگویی خُلقی در کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی است. براین اساس، نیاز است که بستر آموزشی متناسب با سن رشدی برای این دانش‌آموزان در زمینه پیش نسبت به ماهیت ویژگی ناگویی خُلقی، مدیریت هیجان، رفع یا تعدیل ویژگی‌های ناگویی خُلقی و آموزش در خصوص پذیرش پیامد رفتارهای خود، فراهم شود. چرا که آن‌ها با افزایش آگاهی هیجانی در جهت کنترل و مدیریت ویژگی‌ها، به روش‌های مختلف بازی‌درمانی و قصه‌درمانی که زبان ذاتی و طبیعی ارتباط کودک با جهان پیرامون است، تلاش خواهند کرد و حس خودکارآمدی‌شان در برخورد با موقعیت‌های فشارزای آتی افزایش پیدا می‌کند. این پژوهش همانند پژوهش‌های دیگر، دارای محدودیت‌هایی مانند تعمیم‌پذیری به سایر گروه‌های سنی و کودکان با سایر اختلالات است. همچنین پژوهش حاضر به دلیل طرح آن که از نوع پس‌رویدادی است، مشکلاتی در زمینه نتیجه‌گیری‌های علی دارد. بنابراین، در تفسیر یافته‌های پژوهش باید احتیاط صورت گیرد. یکی از مهم‌ترین موضوعات در تحقیقات علی-مقایسه‌ای

هیجان‌گرتز و رومر (۲۰۰۴) تنظیم هیجان براساس مؤلفه‌های متفاوت؛ اما وابسته به هم مفهوم‌بندی می‌شوند. آگاهی هیجانی، وضوح هیجانی، پذیرش هیجانی، کنترل تکانه، انجام فعالیت‌های هدفمند و توانایی به‌کارگیری راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان از جمله مؤلفه‌های اساسی این مدل هستند. بنابراین، با توجه به نظریه بارکلی (۱۹۹۷) و مدل گرتز و رومر (۲۰۰۴) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که با ویژگی نقص در تنظیم هیجان، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی سریع عصبانی و خشمگین، به‌راحتی ناامید، بیش‌ازحد تحریک‌پذیر، به راحتی هیجان زده شده و با دیگران بحث و جدل و قشقرق راه می‌اندازند و به‌راحتی دیگران را آزار می‌دهند و این ویژگی‌ها نشان می‌دهد که آن‌ها با احساسات خود در تماس نیستند و دچار مشکل در پردازش احساسات و احتمالاً دارای ناگویی خُلقی نیز هستند. همچنین نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که بین کودکان با و بدون اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی از لحاظ تفکر برون‌مدار تفاوت معنادار وجود دارد که با نتایج پژوهش دانفرانسیسکو و همکاران (۲۰۱۳) هم‌سو بود. براساس نظریه بارکلی (۱۹۹۷) سطوح بالای تفکر برون‌مدار ممکن است با کم‌توجهی به احساسات و رویدادهای درونی در کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی ارتباط داشته باشد و در نتیجه، از طریق تفکر است که حوادث و اشیا خارجی جهت پیدا می‌کنند (دانفرانسیسکو و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین مشکلات شناختی از عمده‌ترین مشکلات افراد دارای این اختلال است. از دلایل بروز اختلال در مشکلات شناختی این افراد، اشکال در فعالیت ناحیه‌ی پیشانی است. در اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی حجم ناحیه پیشانی کاهش می‌یابد که این خود باعث اختلال در فرآیند پردازش اطلاعات و کند شدن زمان واکنش می‌شود (ماهون، ریچاردسون و کروستی، ۲۰۱۱). از طرفی، اختلال در پردازش اطلاعات هیجانی نقش مهمی در شکل‌گیری ناگویی خُلقی دارد و پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند که افراد با ناگویی خُلقی بالا در مقایسه با افراد با ناگویی خُلقی پایین در تکالیفی که نیازمند هماهنگی محرک‌های هیجانی کلامی و غیر کلامی با پاسخ‌های هیجانی کلامی و غیر کلامی است، ضعیف‌تر عمل می‌کنند. در این راستا، نتایج پژوهش حسینی مهدی‌آبادی، رستمی و یاراحمدی (۱۳۹۵) نشان داد که سبک پردازش اطلاعات منطقی

American Psychiatric Association (2013). *American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association.*

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research. 38(1)*, 23-32.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin. 121(3)*, 65-94.

Berking, M., Poppe, C., Luhmann, M., Wupperman, P., Jaggi, V., & Seifritz, E. (2012). Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 43(3)*, 931-937.

Catale, C., Geurten, M., Lejeune, C., & Meulemans, T. (2014). The Conners Parent Rating Scale: Psychometric properties in typically developing 4-to 12-year-old Belgian French-speaking children. *European Review of Applied Psychology. 64(5)*, 221-227.

Ciocca, M. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder in athletes. *Clinics in Sports Medicine. 38(4)*, 545-554.

Collin, L., Bindra, J., Raju, M., Gillberg, C., & Minnis, H. (2013). Facial emotion recognition in child psychiatry: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities. 34(5)*, 1505-1520.

Conners, C. K. (1990). *Manual for Conners' Rating Scales*. Toronto: Multi Health System, Inc.

Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow E. (1999). *Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS) technical manual*. N. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Donfrancesco, R., Di Trani, M., Gregori, P., Aaguanno, G., Melegari, M. G., Zaninotto, S., & Luby, J. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and alexithymia: a pilot study. *ADHD Attention Deficit and*

کنترل متغیرها برای رسیدن نتایج متغیر است و امکان این کنترل در تحقیقات علی-مقایسه‌ای به علت وقوع متغیرها در گذشته بسیار ناچیز است. به خصوص کنترل متغیرهای مزاحم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که ممکن است باعث نتایج غیرواقعی شوند و به همین علت، در تفسیر نتایج تحقیق علی-مقایسه‌ای باید احتیاط کرد. همچنین نمونه این پژوهش فقط شامل دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از نمونه‌ای با دانش‌آموزان دختر و با در نظر گرفتن انواع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مورد تحقیق قرار گیرد. علاوه‌براین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به مداخلات روان‌شناختی از جمله آموزش و مدیریت هیجانات به روش بازی‌درمانی و قصه‌درمانی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پرداخته شود.

منابع

بهرامی، م.، یوسفی، ف.، بهرامی، ا.، فراضی، ع.، و بهرامی، ع. (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی و عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان دبستانی شهر کامیاران در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۳(۳)*، ۱-۱۱.

حسینی مهدی‌آبادی، م.، رستمی، چ.، و یاراحمدی، ی. (۱۳۹۵). بررسی رابطه سبک‌های پردازش اطلاعات و ناگوی خُلقی (مطالعه موردی زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه). *مجله علوم پزشکی زانکو. ۱۷(۵۵)*، ۳۲-۴۵.

رضایی، م.، میرلو، م.، و نظری، م. ع. (۱۳۹۴). تحلیل عوامل اکتشافی و هنجاریابی مقیاس درجه‌بندی کانرز- فرم معلم در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر زنجان. *اندیشه‌های نوین تربیتی. ۱۱(۱)*، ۳۹-۵۵.

سادوک، ب. ج.، سادوک، و.، و روئیز، پ. (۱۳۹۵). کاپلان و سادوک. خلاصه روان‌پزشکی (علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی). جلد سوم. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۵.

References

Aaron, R. V., Snodgrass, M. A., Blain, S. D., & Park, S. (2018). Affect labeling and other aspects of emotional experiences in relation to alexithymia following standardized emotion inductions. *Psychiatry Research. 262*, 115-123.

- K. (2019). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in narcolepsy: A systematic review. *Sleep Medicine*, in press, journal pre-proof, Available online 3 August 2019.
- Lyvers, M., Cutinho, D., & Thorberg, F. A. (2020). Alexithymia, impulsivity, disordered social media use, mood and alcohol use in relation to facebook self-disclosure. *Computers in Human Behavior*. 103, 174-180.
- Mahone, E. M., Ranta, M. E., Crocetti, D., O'Brien, J., Kaufmann, W. E., & et al (2011). Comprehensive Examination of Frontal Regions in Boys and Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 17(6), 1047-1057.
- Matuszak, J., Miller, G., Kimmelmeier, M., & Mason, N. (2013). A pilot study of the impact of stimulant pharmacotherapy in college students with ADHD on alexithymia and psychological mindedness. *Open Journal of Medical Psychology*. 2(4), 139-142.
- McGillivray, L., Becerra, R., & Harms, C. (2019). Alexithymia stability and therapeutic outcome in an Australian psychiatric outpatient sample. *Clinical Psychologist*. 23(1), 37-46.
- Oliver, M. L., Nigg, J. T., Cassavaugh, N. D., & Backs, R. W. (2012). Behavioral and cardiovascular responses to frustration during simulated driving tasks in young adults with and without attention disorder symptoms. *Journal of Attention Disorders*. 16(6), 478-480.
- Preti, A., Sancassiani, F., Cadoni, F., & Carta, M. (2013). Alexithymia affects pre-hospital delay of patients with acute myocardial infarction: Meta-analysis of existing studies. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 9, 69-73.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 61(1), 99-133.
- Hyperactivity Disorders*. 5(4), 361-367.
- Donges, U. S., & Suslow, T. (2017). Alexithymia and automatic processing of emotional stimuli: a systematic review. *Reviews in the Neurosciences*. 28(3), 247-264.
- Edel, M. A., Edel, S., Kruger, M., Assion, H. J., Juckel, G., & Brune, B. (2015). Attachment, recalled parental rearing, and ADHD symptoms predict emotion processing and alexithymia in adults with ADHD. *Annals of General Psychiatry*. 4(1), 1-9.
- Gallagher, N. (2003). Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior disorders. *Bridges*. 1(4), 1-17.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26(1), 41-54.
- Greene, D., Boyes, M., & Hasking, P. (2020). The associations between alexithymia and both non-suicidal self-injury and risky drinking: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 260, 140-166.
- Hadji-Michael, M., McAllister, E., Reilly, C., Heyman, I., & Bennett, S. (2019). Alexithymia in children with medically unexplained symptoms: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 123, 48-55.
- Hahn, A. M., Simons, R. M., Simons, J. S., & Welker, L. E. (2019). Prediction of verbal and physical aggression among young adults: A path analysis of alexithymia, impulsivity, and aggression. *Psychiatry Research*. 273, 653-656.
- Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behavior. *Journal of Affective Disorders*. 254, 34-48.
- Kim, J., Lee, G., Sung, S. M., Jung, D. S., & Pak,

Empowering Exceptional Children Journal

Iranian council for exceptional children

Volume 11, Issue 3(33), Fall 2020

PP 13-22

Comparison of alexithymia in children with and without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Yousef Dehghani*¹

Nozhatozaman Moradi²

Ayeshah Pabarzi²

Sara Kheirandish²

Abstract

The main objective of this research was to compare alexithymia in children with and without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). The Method of study was expo-facto. The statistical population of this study consisted of all primary school male students with ADHD and normal students in Esfahan City who were selected by cluster random sampling method. At first, the Conner's Parents Rating Scale (CPRS, 1960) and Conner's Teacher Rating Scale (CTRS, 1997) for each of the children were completed. In the second phase, 120 children who were on the high end (those who had the highest score in the Conner's questionnaire) were invited to clinical interviews. Finally, two groups of 100 people; 50 with ADHD (11 girls and 39 boys) and 50 normal (15 girls and 35 boys) were compared using the Toronto Alexithymia Scale (TAS) (Bagby, Parker & Taylor, 1994). The results of multivariate analysis of variance showed that the scores of children with ADHD in the components of alexithymia, inability to identify emotions, inability to describe emotions and external thinking style were significantly more than normal children. Based on the findings of the study, it can be concluded that children with ADHD have some morphological characteristics and are inadequate in emotional responses. Therefore, attention to the emotional issues of people with ADHD is considered more important than past.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, alexithymia, children, alexithymia

*1. **Corresponding Author:** Assistant professor, Department of Psychology, Persian Gulf University, Boushehr, Iran
2. MA of Psychology, Department of Psychology, Persian Gulf University, Boushehr, Iran