

مقایسه ناگویی خلقی در افراد با و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۱۱

فرشته روشنی*، محمود نجفی**، شهرام نقشبندی***، پرویز ملک زاده****

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های ناگویی خلقی در بزرگسالان با و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بود.

روش: روش پژوهش علی مقایسه‌ای و جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه تهران بود. برای غربالگری دانشجویان از لحاظ اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی از پرسشنامه کانرز بزرگسالان، برای ۵۸۰ دانشجو مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله دوم ۴۰ نفر از افرادی که در کرانه بالا قرار داشتند (یعنی افرادی که بالاترین نمره را در پرسشنامه کانرز کسب کرده بودند) به مصاحبه بالینی دعوت شدند، برای تشخیص اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی؛ مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک انجام شد. از بین افراد دعوت شده به مصاحبه، ۱۰ نفر بر اساس تشخیص روانپزشک کنار گذاشته شدند. در پایان، دو گروه ۳۰ نفره (۳۰ نفر = بیمار، ۳۰ نفر = عادی) با استفاده از مقیاس ناگویی خلقی تورنتو مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که نمرات افراد مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در مؤلفه‌های ناگویی خلقی شامل؛ ناتوانی در شناسایی احساسات و ناتوانی در توصیف احساسات به صورت معنی‌داری بیشتر از افراد عادی بود، اما از لحاظ تفکر برون-مدار تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که افراد با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی دارای برخی از ویژگی‌های ناگویی خلقی هستند و در پاسخ‌های هیجانی دچار نارسایی هستند. بنابراین توجه به مسائل هیجانی افراد با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بیش از پیش حائز اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، ناگویی خلقی.

roshanifereshteh.psy@gmail.com

m_najafi@semnan.ac.ir

naghshbandi@semnan.ac.ir

pmalekzadeh@semnan.ac.ir

* کارشناسی ارشد روانشناسی شناختی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** استادیار، گروه زبان شناسی همگانی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

**** استادیار، گروه آمار دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

نسبت آن ۱/۶ به ۱ است. در زن‌ها نشانگان نقص توجه بیشتر بروز می‌کند و علامت اصلی است (۷) و آن‌ها به ندرت در زیر گروه ترکیبی قرار می‌گیرند (۱۷) نظر به شایع بودن اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان، مطالعات متعدد و متنوعی در این حوزه انجام پذیرفته است. با این حال، درک درستی از این اختلال در بزرگسالان وجود ندارد و لذا تشخیص آن به ندرت انجام می‌پذیرد و اختلالات مرتبط با آن به اندازه‌ی کافی بررسی نمی‌شوند؛ بسیاری از این افراد هنوز تشخیص دریافت نکرده‌اند و در نتیجه، تعداد کمی به دنبال درمان هستند. نظریه بارکلی^۷ پیش‌بینی می‌کند که افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در تنظیم پاسخ‌های هیجانی نارسایی دارند که در واقع منبع اختلال در تعاملات بین فردی آن‌ها می‌باشد، چرا که توانایی ادراک و تفسیر مناسب احساسات و هیجانات خود و دیگران به منظور سازگاری با روابط بین فردی بسیار حیاتی است (به نقل از ۱۸). این نظریه همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که دریافتند بزرگسالان مبتلا به این اختلال، تجارب هیجانی شدیدتری نسبت به گروه کنترل دارند و سطح تجربه هیجانی با توانایی تشخیص عواطف و احساسات رابطه معکوس دارد (۱۹). متأسفانه تعامل بین ویژگی‌های ناگویی خلقی^۸ و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالان با وجود اهمیت و تأثیرگذاری آن، به ندرت مورد توجه پژوهشی قرار گرفته است. ساختار شخصیتی ناگویی خلقی به عنوان یک خصیصه شخصیتی پایدار در افراد سالم نگریسته می‌شود (۲۰). سیفئوس^۹ اصطلاح ناگویی خلقی را به عنوان نشانه‌های روانی بدنی‌ای که افراد مبتلا قادر به شناسایی و بیان هیجانات نیستند تعریف کرد. این اصطلاح از ریشه یونانی Alexi (هیچ‌کلامی) و Thymos (هیجان) گرفته شده است و در لغت به معنای «هیچ کلمه‌ای برای هیجان» است (به نقل از ۲۱). ناگویی خلقی با چندین

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ یک اختلال عصبی رشدی^۲ است (۱). که با سه نشانه اصلی؛ نقص توجه^۳، بیش‌فعالی^۴ و تکانشگری^۵ مشخص شده است (۶-۲). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۶ ۱۸ نشانه برای این اختلال ذکر شده که حداقل نشانه‌ها برای تشخیص در بزرگسالان پنج نشانه و برای کودکان و نوجوانان شش نشانه تعیین شده است. این نسخه معیار شروع نشانه‌ها را از قبل از ۷ سالگی به حضور پنج نشانه پیش از ۱۲ سالگی تغییر داد (۷). نکته مهم این است که اگر این اختلال به موقع تشخیص داده نشود به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالی تبدیل شده و پیامدهای جبران‌ناپذیری به بار می‌آورد (۸). این اختلال در ابتدا منحصر به کودکان بود اما در حال حاضر برچسب آن به صورت رسمی به بزرگسالان واجد ویژگی‌های مقتضی نیز تعلق می‌گیرد (۱). معمولاً این اختلال به عنوان اختلالی تشخیص داده می‌شود که فرد با آن متولد می‌شود و شروع آن هرگز در بزرگسالی نیست (۹). البته در بزرگسالی نشانه‌ها تغییر پیدا می‌کنند، بیش‌فعالی کمتر می‌شود اما نشانه‌های مربوط به نقص توجه ادامه پیدا می‌کنند (۱۰). اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی احتمالاً شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مزمن است که در بالغین تشخیص داده نمی‌شود (۱۱). این اختلال یک اختلال مزمن در سراسر طول زندگی است و بسیاری از وظایف بزرگسالان به واسطه نشانه‌های آن مختل می‌شود، چرا که تلاش مستمر، برنامه‌ریزی و سازماندهی، مرکز بسیاری از مسئولیت‌های بزرگسالان است (۴). در محیط‌های دانشگاهی این افراد نسبت به همسالانشان انگیزه و عملکرد تحصیلی پایین‌تری دارند (۱۲). از سویی دیگر، این اختلال احتمال بزهکاری، زندانی شدن، شکست‌های شغلی، طلاق و مشکلات ازدواج را افزایش می‌دهد (۱۳). همچنین ممکن است درگیر رفتارهای پرخطری نظیر مصرف مواد شوند (۱۴). به خصوص هنگامی که اختلال سلوک یا شخصیت ضد اجتماعی شکل می‌گیرد (۷). در رابطه با این اختلال تحقیقات مختلف شیوع متفاوتی را گزارش کرده‌اند، ۴ درصد (۳)، ۴/۴ درصد (۱۵)، ۲/۵ درصد (۷)، ۱۰/۳ درصد (۱۶). در جمعیت عادی، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در مردها شایع‌تر از زن‌ها است و

- 1-Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- 2-neurodevelopment disorder
- 3-attention deficit
- 4-hyperactivity
- 5-impulsivity
- 6- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder -5th edition
- 7-Barkley
- 8-alexithymia
- 9-Sifneos

خلقی به طور مثبت با افسردگی و اضطراب و ناتوانی در تنظیم هیجانات رابطه دارد. افرادی که ناگویی خلقی درون-گرا دارند، مشکلاتی در تشخیص و توصیف احساسات دارند که با سبک تفکر بیرونی رابطه‌ای ندارد. آن‌ها نیز مانند ناگویی خلقی نوع کلی، در تنظیم هیجانات دچار مشکل اند. بیرونی متمایز می‌گردد و با مشکلاتی در شناسایی و توصیف احساسات رابطه ندارد و هم چنین آن‌ها سطوح پایین تری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند و در مقایسه با دو مورد دیگر در مدیریت هیجان‌ها توانا ترند (۳۳). شیوع ناگویی خلقی در جمعیت عمومی بین ۷ تا ۱۰ درصد (۳۴) گزارش شده است، اما در افراد با شرایط پزشکی و روان‌پزشکی بالاتر است (۳۵). اکثر تحقیقات در جمعیت عمومی نشان می‌دهد مردان نسبت به زن‌ها ناگویی خلقی بالاتری را تجربه می‌کنند و بیشتر از زن‌ها تفکر برون مدار دارند (۳۶). شیوع ناگویی خلقی در مردان ۱۷-۹ درصد و در بین زنان ۱۰-۵ درصد گزارش شده است (۳۷) تحقیقات بر رابطه بین ناگویی خلقی با سبک‌های ناسازگار مدیریت هیجان تاکید می‌کنند، برای مثال این افراد با احتمال بیشتری از راهبرد فرونشانی استفاده می‌کنند و احتمال کمتری وجود دارد که از راهبرد ارزیابی مجدد شناختی در مقایسه با افراد غیرناگو استفاده کنند (۳۲). در واقع افرادی که عمدتاً از راهبرد فرونشانی استفاده می‌کنند در موقعیت‌های استرس‌آمیز بر احساسات درونی خود سرپوش می‌گذارند و با محدود کردن نمایش بیرونی هیجاناتشان، آن‌ها را مدیریت می‌کنند (۳۸). مطالعات نشان داده اند فرونشانی با مشکلاتی در شناسایی و توصیف احساسات رابطه دارد که هسته‌ی اصلی ناگویی خلقی است (۳۹). پژوهش‌های مختلف نقش ناگویی خلقی را در اختلالات روان‌شناختی گوناگون از جمله اختلال

ویژگی مشخص می‌شود: الف) دشواری در شناسایی احساسات^۱، ب) دشواری در توصیف احساسات^۲ و ج) تفکر برون مدار^۳. دشواری در شناسایی احساسات زمانی رخ می‌دهد که فرد در شناسایی هیجان‌ها و حس‌های بدنی یا در تمایز بین احساسات مختلف ضعیف است. نارسایی در توضیح احساسات به معنی ظرفیت کاهش یافته برای استفاده از زبان به منظور برقراری ارتباط بین احساسات و نماد احساسات است (۲۲). تفکر برون مدار زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تمایل دارد در رابطه با تمام امور مختلف به صورت بیرونی فکر کند که نقطه مقابل جهت‌گیری تفکر درونی می‌باشد (۲۳). در نظریات جدید، ناگویی خلقی به عنوان نقص در ابعاد تجربی-شناختی سیستم‌های پاسخ هیجانی و تنظیم هیجان بین شخصی در نظر گرفته می‌شود (۲۴). بر اساس تحقیقات مختلف مشخص شده در میان افرادی که دارای این ویژگی هستند شکایت‌های بدنی بسیار متداول است (۲۵) که گمان می‌شود معلول ناتوانی آن‌ها در تمایز گذاشتن بین پاسخ‌های بدنی در مقابل عواطف و بیماری‌های بدنی است (۲۶) زیرا که ابعاد عاطفی (اختلال در آگاهی و بیان هیجانات) و شناختی (سبک تفکر بیرونی) ناگویی خلقی مانع فهم و بازنمایی حالت‌های ذهنی و عاطفی می‌شود و بدین شکل با زندگی روانی فرد تداخل می‌کند (۲۷). همچنین سطوح بالای ناگویی خلقی با توانایی برقراری ارتباط صمیمانه و تداوم آن، رضایت زناشویی و جنسی ارتباط معکوس دارد (۲۸). چرا که آن‌ها نقایصی در آگاهی ذهنی، پردازش شناختی (۲۹) احساسات و برچسب زنی دقیق به آن‌ها دارند، که این خود را در دامنه لغات هیجانی اندک نشان می‌دهد (۳۰). برخی از پژوهش‌گران بین ناگویی خلقی اولیه که به صورت ناگهانی در اولین دوره‌ی زندگی به واسطه‌ی تثبیت و نقایص عصبی ساختاری به وجود می‌آید و ناگویی خلقی ثانویه که بعد از آسیب شدید به وجود می‌آید، تمایز قائل می‌شوند (۳۱). محققان دیگر چهار زیر مجموعه از ناگویی خلقی را با عنوان ناگویی خلقی کلی بالا^۴، ناگویی خلقی درون‌گرای بالا^۵، ناگویی خلقی برون‌گرای بالا^۶ و غیرناگویی خلقی^۷ را شناسایی کرده اند (۳۲). افرادی که ناگویی خلقی از نوع کلی دارند، در شناسایی و توصیف احساسات دشواری دارند و سبک تفکر برون مدار دارند. به علاوه این طبقه از ناگویی

- 1-difficulty identifying feelings
- 2-difficulty describing feelings
- 3-externally oriented thinking
- 4-general-high alexithymia
- 5-introvert-high alexithymia
- 6-extravert-high alexithymia
- 7-non-alexithymia

به مصاحبه، ۱۰ نفر بر اساس تشخیص روانپزشک کنار گذاشته شدند. برای گروه عادی اخذ نمره پایین در پرسشنامه کانرز و کسب نمره زیر برش در پرسشنامه سلامت عمومی^۱ برای راه پیدا کردن به مرحله بعدی پژوهش ضرورت داشت. بنابراین ۳۰ نفر از دانشجویانی که در کرانه پایین قرار گرفته بودند برای مرحله دوم پژوهش به کلینیک دعوت شدند. در پایان دو گروه ۳۰ نفره از نظر سن، جنس و تحصیلات هم‌تا شده و با استفاده از مقیاس ناگویی خلقی تورتو^۲ مورد مقایسه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که تمامی افراد دو گروه مقایسه پژوهش با رضایت کامل در این پژوهش شرکت کردند. در این تحقیق معیارهای ورود برای گروه عادی؛ کسب نمره پائین تر از نقطه برش ۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی و کسب نمره زیر نقطه برش در پرسشنامه کانرز بود و برای گروه بالینی، کسب نمره بالاتر از نقطه برش ۱۹ در پرسشنامه کانرز و تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی توسط روان‌پزشک بود. برای گروه بالینی معیار خروج عبارت بود از عدم ابتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی نوع کودکی علی‌رغم حضور تمام مؤلفه های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالی، داشتن نشانه‌هایی به غیر از نشانه‌های نوع ترکیبی این اختلال (داشتن نشانه‌های زیر گروه بی‌توجهی و بیش‌فعالی/ تکانشگری به صورت منفرد) و همچنین ابتلا به اختلالات دیگری که نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را ایجاد می‌کنند. به منظور مقایسه دو گروه در مؤلفه های ناگویی خلقی از تحلیل واریانس چند متغیره و به منظور مقایسه نمره کل ناگویی خلقی در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد.

ابزار

۱- مقیاس ارزیابی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالی کانرز^۳: این پرسشنامه نخستین بار توسط کانرز و همکارانش طراحی شد که ویژگی روان‌سنجی مناسبی دارد (به نقل از ۴۲). این ابزار برای ارزیابی نشانه‌های بیش‌فعالی و تکانشگری و اختلال توجه و تمرکز در بزرگسالان طراحی شده و به دو شکل خودگزارشی^۴ و ارزیابی مشاهده

سوءمصرف مواد (۴۰)، نابهنجاری جنسی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی عمده، اختلالات درد (۴۱) و آسم نشان داده اند (۲۴)، با وجود تاثیرات بسیار منفی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بر بزرگسالان، این اختلال در ایران مورد غفلت پژوهشی واقع شده است و تحقیقات بسیار محدود و پراکنده ای به آن پرداخته اند؛ بسیاری از این افراد هنوز تشخیص دریافت نکرده اند و در نتیجه، تعداد کمی به دنبال درمان هستند. علی‌رغم تحقیقات گسترده در مورد ناگویی خلقی، این ویژگی در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به ندرت مورد بررسی قرار گرفته است، در واقع هیچ پژوهشی در ایران به این موضوع نپرداخته است. لذا به دلیل ضرورت و اهمیت تشخیص و بررسی مشکلات مرتبط با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالان (از جمله ناگویی خلقی) جهت تقلیل و حذف آن ها به منظور تسریع فرایند درمان این اختلال و بهبود پیش آگهی آن، این پژوهش به مقایسه ناگویی خلقی در افراد با و بدون اختلال بیش‌فعالی نقص توجه پرداخت. با توجه به آنچه گفته شد سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین دو گروه بزرگسال عادی و دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از نظر ناگویی خلقی تفاوت وجود دارد یا خیر؟

روش

طرح پژوهش: با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه ناگویی خلقی در بزرگسالان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، روش پژوهش از نوع علی-مقایسه ای بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه تهران در تمام مقاطع تحصیلی سال ۹۵-۹۴ بود. بدین منظور نمونه ای متشکل از ۵۸۰ نفر، با روش نمونه گیری در دسترس از بین دانشجویان این دانشگاه انتخاب شدند. برای غربالگری دانشجویان از لحاظ اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، پرسشنامه کانرز بزرگسالان مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله دوم ۴۰ نفر از افرادی که در کرانه بالا قرار داشتند (یعنی افرادی که بالاترین نمره را در پرسشنامه کانرز کسب کرده بودند) به مصاحبه بالینی دعوت شدند، برای تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی؛ مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک در یک کلینیک خصوصی واقع در تهران انجام شد. از بین افراد دعوت شده

1-General Health Questionnaire (GHQ-28)

2-Toronto alexithymia scale

3- Conners' adult ADHD rating scale

4 - self-report

گزارش دهی ۲۰ سؤالی است که شامل سه زیر مقیاس؛ دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار می‌باشد و نمره گذاری آن براساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) انجام می‌شود. ۷ سؤال زیر مقیاس مشکل در شناسایی احساسات و ۵ سؤال زیر مقیاس مشکل در بیان احساسات را می‌سنجد و ۸ سؤال به زیر مقیاس تفکر برون مدار مربوط می‌باشد (به نقل از ۴۶). البته باید توجه داشت که در برخی سوالات به دلیل منفی بودن جهت سوالات، نمره گذاری به شیوه معکوس انجام می‌شود. این سوالات عبارتند از: گویه های ۴- ۵- ۱۰- ۱۸- ۱۹ (۴۷). نمره کل از جمع نمره‌های ۳ زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود که حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد؛ بالاتر بودن نمره فرد در زیر مقیاس ها و نمره کلی نشان دهنده ناگویی خلقی بالاتر است. بشارت نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ را تهیه و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله ۴ هفته ۰/۸۰ و ۰/۸۷ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس-های مختلف تأیید شد (۴۶).

۳- پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ^۸ تنظیم گردید، هدف آن تمییز قائل شدن بین افراد سالم و بیمار است. هر چه نمره فرد پایین تر باشد نشان دهنده سلامت عمومی بهتر است. گلدبرگ و ویلیامز^۹ ویژگی‌های روان سنجی نسخه‌های مختلف را در ۴۳ مطالعه که در کشورهای مختلف جهان انجام شده بود،

گر^۱ در دسترس است (۴۳). از نقاط قوت این ابزار آن است که بر پایه جامعه آماری بزرگ (۲۰۰۰ نفر) طراحی شده است. هم چنین با این پرسشنامه می‌توان سیر بهبودی را نیز سنجید (۴۴). پرسشنامه مورد استفاده این پژوهش نسخه ۳۰ سؤالی (۴۵) بوده است. زیر مقیاس؛ شاخص نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالان^۲ بالاترین قدرت غربالگری و ارزش تشخیصی را دارد زیرا که نسبت به سایر زیر مقیاس‌ها از حساسیت و ویژگی بیشتری برخوردار است. صادقی بازرگانی و همکاران در پژوهشی به تعیین روایی نسخه فارسی آن پرداختند؛ بدین صورت که این ابزار توسط دو متخصص دو زبانه به فارسی ترجمه شد و بعد از تغییرات جزئی توسط سه روان‌پزشک، دو همه‌گیرشناس و یک روانشناس، مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه شد و برای سازگاری و انطباق با نسخه اصلی، مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین سوالات آن که توسط ۸۰ بزرگسال مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی پاسخ داده شده بود به وسیله ۸۰ فرد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و ۱۶۰ بزرگسال سالم بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تأیید شد. همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای تمام زیر مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. اعتبار محتوای آن با توجه به ارزش اصلاح شده کاپا برای تمام آیت‌ها بالاتر از ۰/۷۶ بود. اعتبار هم‌زمان نسخه خودگزارشی و گزارش توسط مشاهده‌گران به طور کلی برای ارزیابی علائم نقص توجه/ بیش‌فعالی گزارش شده است. ارزیابی روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودگزارشی دهی کانرز نشان داد که این ابزار، با توجه به اعتبار و همسانی درونی^۳ بالا از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است. اعتبار بالای ۰/۸۸ بر اساس منحنی مشخصات عملکرد دریافت کننده (راک)^۴ نشان دهنده قدرت غربالگری این ابزار است. اعتبار سازه این مقیاس بر اساس محاسبه ضریب همبستگی تأیید شده است. این نسخه می‌تواند به عنوان مقیاس معتبر و پایا برای شناسایی و غربالگری علائم و رفتارهای مرتبط با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بزرگسالان مورد استفاده قرار گیرد (۴۵).

۲- مقیاس ناگویی خلقی تورنتو: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور^۵ ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی^۶، پارکر^۷ و تیلور تجدید نظر شد. این مقیاس، یک ابزار خود

1- observer-rated

2- adult ADHD index

3- consistency

4- receiver operating characteristic

5-Taylor

6- Bagby

7- Parker

8- Goldberg

9- Williams

بررسی نمودند و نشان دادند نسخه ۲۸ سؤالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت و ویژگی مناسب‌تری است. این نسخه مطابق با تحلیل عوامل که توسط گلدبرگ و هیلر انجام شد، ۴ عامل اساسی شامل مقیاس‌های علائم جسمانی (سوالات ۱-۷)، علائم اضطراب و اختلال خواب (سوالات ۸-۱۴)، اختلال کارکرد اجتماعی (سوالات ۱۵-۲۱) و مقیاس افسردگی (سوالات ۲۲-۲۸) استخراج گردید (۴۸). در این پژوهش نیز از نسخه ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است. نوربالا، باقری یزدی، اسدی لاری و واعظ مهدوی با نمونه ای متشکل از ۸۷۹ نفر به بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی پرداختند. بهترین نقطه برش با استفاده از روش نمره گذاری لیکرت نیز ۲۳ و

حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۷۰/۵ و ۹۲/۳ درصد بود. همچنین، بررسی روایی سازه و روایی هم‌زمان این پرسشنامه به ترتیب با زیر مقیاس‌های خود GHQ-28 و چک لیست ۹۰ سؤالی علائم مرضی (SCL-90-R) نشان-گر همبستگی معنی دار بین نمره های افراد در مقیاس های فرعی این دو آزمون بود. آن‌ها در نهایت به این نتیجه رسیدند که این پرسشنامه قابلیت استفاده به عنوان یک ابزار غربالگری مناسب را دارد (۴۹).

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها ذکر شده است.

جدول ۱) آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها

متغیرها	اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
دشواری در شناسایی احساس ها	۲۳/۷۰	۳/۹۵	۱۷/۲۶	۴/۶۱
دشواری در توصیف احساس ها	۱۵/۸۰	۳/۶۰	۱۱/۴۳	۳/۱۱
تفکر برون مدار	۲۰/۰۶	۴/۷۷	۱۹/۶۶	۵/۲۸

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین نمرات ناگویی خلقی در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی از افراد عادی بیشتر است. به منظور مقایسه‌ی ناگویی خلقی در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره^۱ استفاده شد. مفروضه نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد که برای همه متغیرهای مورد بررسی توزیع داده ها نرمال است ($P > 0.05$). یکی دیگر از پیش فرض های این تحلیل، یکسانی ماتریس واریانس ناگویی خلقی در بین گروه هاست و نتایج آزمون ام باکس^۲ ($F = 1/23, P > 0.05$)، $F = 7/880$ ، ام باکس) حکایت از یکسانی ماتریس واریانس ها داشت. همچنین نتایج آزمون لون^۳ نشان داد فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه ها برقرار است در نتیجه استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مجاز است.

به همین ترتیب نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره مؤلفه های ناگویی خلقی نشان داد در بین دو گروه از لحاظ ناگویی خلقی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p > 0.001$)، $F = 15/159$

1-multivariate analysis of variance
2- Mbox test
3- Levene's test
4- Wilks lambda

جدول ۲) اثرات بین آزمودنی ها در مؤلفه‌های ناگویی خلقی

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذورات
گروه	ناتوانی در شناسایی احساس ها	۶۲۰/۸۱۷	۱	۶۲۰/۸۱۷	۳۳/۵۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	ناتوانی در توصیف احساس ها	۲۸۶/۰۱۷	۱	۲۸۶/۰۱۷	۲۵/۲۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	تفکر برون مدار	۲/۴۰	۱	۲/۴۰	۰/۰۹۵	۰/۷۵۹	-

مؤلفه‌های ناتوانی در شناسایی احساس ها و ناتوانی در توصیف احساس ها در بین افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از افراد عادی کمتر است. به منظور مقایسه نمره کل ناگویی خلقی در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به مقادیر به دست آمده آماره ی F و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول ۲ ($P \leq 0/001$) میانگین نمرات مؤلفه‌های ناگویی خلقی به جز تفکر برون‌مدار در بین افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و افراد عادی تفاوت معنی‌داری دارد و با توجه به میانگین نمرات در جدول ۱ این تفاوت بدین صورت است که میانگین نمرات

جدول ۳) نتایج آزمون t برای مقایسه نمره کل ناگویی خلقی در دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	معنی داری
ناگویی خلقی	ADHD	۵۹/۵۳	۸/۶۲	۴/۴۹	۵۸	۰/۰۰۱
	عادی	۴۷/۹۶	۱۱/۱۳			

نتایج نشان داد که بین بزرگسالان با و بدون اختلال نقص-توجه/ بیش‌فعالی از نظر توانایی شناسایی احساسات تفاوت وجود دارد، بدین ترتیب که نمره ویژگی دشواری در شناسایی احساسات در افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بیشتر از افراد عادی بود. که با نتایج پژوهش راپورت، فریدمن، تزلیپس و ون ورهیس^۳ (۱۹)، دانفرانسکو^۴ و همکاران (۱۸) همخوان بود. در تبیین این نتایج با توجه به یافته‌های راپورت و همکاران (۱۹) می‌توان گفت افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی تجارب هیجانی شدیدتری نسبت به گروه کنترل دارند که سطح تجربه هیجانی با توانایی تشخیص عواطف و احساسات رابطه معکوس دارد و می‌تواند به صورت نارسایی در ادراک و شناسایی احساسات نمود پیدا کند. همچنین نتایج نشان داد بین بزرگسالان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از نظر توانایی توصیف

با توجه به مقادیر جدول ۳ بین افراد دارای اختلال نقص-توجه/ بیش‌فعالی و افراد عادی در نمره کل ناگویی خلقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد بدین صورت که نمره ناگویی خلقی در افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از افراد عادی بیشتر بود ($T((58) = 4/49, P = 0/001$).

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های ناگویی خلقی در افراد با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بود. نتایج نشان داد که بزرگسالان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به صورت کلی نسبت به افراد بدون اختلال نقص توجه/ بیش-فعالی در سطح قابل توجهی دارای ویژگی‌های ناگویی خلقی بودند که با نتایج پژوهش ایدل^۱ و همکاران که نشان دادند ۲۲ درصد از بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش-فعالی دارای ویژگی‌های ناگویی خلقی هستند (۵۰) و همچنین نتیجه پژوهش ا... قلی لو، ابولقاسمی، دهقان و ایمانی (۲) و مچوزاک، میلر، کلمیر و ماسون^۲ (۵۱) همخوان بود.

1- Edell
2- Matuszak, Miller, Kemmelmeier & Mason
3- Rapport, Friedman, Tzelepis, Van Voorhis
4- Donfrancesco

کمربندی قدامی، قشر پری فرونتال مغز و اختلال در نوروترانسمیترهای دوپامین زا (۵۲).

در پایان لازم به ذکر است که این پژوهش نیز همانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی بود؛ نظر به این که پژوهش بر روی دانشجویان انجام شده، می‌بایست در تعمیم یافته‌ها به جمعیت عمومی با احتیاط عمل کرد، همچنین فقدان پیشینه پژوهشی کافی در این حیطه نیز از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود که در واقع اشاره به ضرورت پژوهش بیشتر در این زمینه دارد. پیشنهاد می‌شود به دلیل اهمیت بالینی و نظری این اختلال و ویژگی‌های ناگویی خلقی پژوهش‌های بیشتری به آن پردازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مداخله، درمان و تقلیل ویژگی‌های ناگویی خلقی در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی پرداخته شود. از پیشنهادات کاربردی این پژوهش این است که بستر آموزشی مناسب برای این افراد در زمینه بینش نسبت به ماهیت ویژگی‌های ناگویی خلقی، مدیریت هیجان، رفع یا تعدیل ویژگی‌های ناگویی خلقی و راهبردهای مواجهه مساله مدار فراهم شود چرا که آن‌ها با افزایش آگاهی هیجانی در جهت کنترل و مدیریت ویژگی‌ها تلاش خواهند کرد و حس خودکارآمدی‌شان در برخورد با موقعیت‌های فشار زای آتی افزایش پیدا می‌کند.

تشکر و قدردانی: در پایان از زحمات دکتر گل میرزائی، روان-پزشک محترم پژوهش، دکتر منوچهر وفایی و مساعدت دانشجویان دانشگاه تهران در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- O'Malley G, McHugh L, Mac Giollabhui N, Bramham J. Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and psychosocial factors. *European Psychiatry*. 2016; 31: 29-36.
- 2- Allah-Gholilo K, Abolghasemi A, Dehghan H, Imani H. The Association of Alexithymia and Sense of Coherence With Life Satisfaction in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2015; 17(4).
- 3- Cubillo A, Halari R, Smith A, Taylor E, Rubia K. A review of fronto-striatal and fronto-cortical brain abnormalities in children and adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and new evidence for dysfunction in adults with ADHD

احساسات تفاوت وجود دارد، بدین ترتیب که نمره مشکل در بیان احساسات در افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بیشتر از افراد عادی بود. این نتایج با نتایج پژوهش دانفرانسیسکو و همکارانش (۱۸) ناهمخوان بود زیرا که آن‌ها نشان دادند بین بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و افراد عادی از نظر توانایی توصیف و بیان احساسات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. از دیگر نتایج این پژوهش این بود که بین بزرگسالان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از نظر تفکر برون مدار تفاوت وجود دارد، بدین-صورت که از لحاظ تفکر برون مدار در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت این نتایج با نتایج پژوهش دانفرانسیسکو و همکارانش (۱۹) ناهمخوان بود زیرا که آن‌ها نشان دادند بین بزرگسالان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از نظر توانایی توصیف و بیان احساسات تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به عبارتی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد ناگویی خلقی کلی، مشکل در شناسایی و بیان احساسات در افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بیشتر از افراد عادی بود؛ اما بین تفکر برون مدار در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در تبیین این نتایج بر اساس چهار زیر مجموعه از ناگویی خلقی که چن و همکاران (۳۲) معرفی کرده اند می-توان گفت که گروه دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی پژوهش ما، احتمالاً افراد دارای ویژگی‌های زیر مجموعه ناگویی خلقی درون‌گرا بوده اند، افراد این زیر مجموعه مشکلاتی در تشخیص و توصیف احساسات و تنظیم هیجانات دارند اما فاقد سبک تفکر بیرونی هستند. نتایج پژوهش ما با نظریه بارکلی که معتقد است منبع اختلال در تعاملات بین‌فردی افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، در تنظیم و ابراز هیجانات و احساسات است همخوانی دارد (به نقل از ۱۹). علاوه بر مواردی که ذکر شد در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش‌های اخیر که به اساس نورولوژیکی ناگویی هیجانی و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی پرداخته اند می‌توان گفت افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در برخی از ساختارهای مغزی دچار نقص هستند که در شکل‌گیری نشانه‌های ناگویی خلقی نیز دخیل اند. از جمله؛ لوب فرونتال، جسم پینه‌ای و قشر

- alexithymia: a pilot study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2013; 5(4): 361-7.
- 19- Rapport LJ, Friedman SL, Tzelepis A, Van Voorhis A. Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 2002; 16(1): 102.
- 20- Tolmunen T, Heliste M, Lehto SM, Hintikka J, Honkalampi K, Kauhanen J. Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive psychiatry*. 2011; 52(5): 536-41.
- 21- Jonason PK, Krause L. The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2013; 55(5): 532-7.
- 22- Müller J, Bühner M, Ziegler M, Şahin L. Are alexithymia, ambivalence over emotional expression, and social insecurity overlapping constructs? *Journal of psychosomatic research*. 2008; 64(3): 319-25.
- 23- Lundh L-G, Johnsson A, Sundqvist K, Olsson H. Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*. 2002; 2(4): 361.
- 24- Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*. 2007; 89(3): 230-46.
- 25- Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto A-M, Mielonen R-L, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*. 2008; 70(6): 716-22.
- 26- Walker S, O'Connor DB, Schaefer A. Brain potentials to emotional pictures are modulated by alexithymia during emotion regulation. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2011; 11(4): 463-75.
- 27- Dimaggio G, Carcione A, Nicolò G, Lysaker PH, d'Angerio S, Conti ML, et al. Differences between axes depend on where you set the bar: associations among symptoms, interpersonal relationship and alexithymia with number of personality disorder criteria. *Journal of personality disorders*. 2013; 27(3): 371-82.
- 28- Hesse C, Floyd K. Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50(4): 451-6.
- 29- Pollatos O, Gramann K. Attenuated modulation of brain activity accompanies emotion regulation deficits in alexithymia. *Psychophysiology*. 2012; 49(5): 651-8.
- 30- Wotschack C, Klann-Delius G. Alexithymia and the conceptualization of emotions: A study of language use and semantic knowledge. *Journal of research in Personality*. 2013; 47(5): 514-23.
- 31- Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A, Porichi E, Efstathiou V, Kaloudi E, et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with during motivation and attention. *Cortex*. 2012; 48(2): 194-215.
- 4- Feinberg TE, Farah MJ. *Patient-based approaches to cognitive neuroscience*: Mit Press. 2000.
- 5- Marchetta ND, Hurks PP, Krabbendam L, Jolles J. Interference control, working memory, concept shifting, and verbal fluency in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropsychology*. 2008; 22(1): 74.
- 6- Masunami T, Okazaki S, Maekawa H. Decision-making patterns and sensitivity to reward and punishment in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Psychophysiology*. 2009; 72(3): 283-8.
- 7- Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub. 2013.
- 8- Rajabi S. Efficacy of neurofeedback in the correct bran's wave's amplitude and the visual-motor continous performance with ADHD. *Journal of Psychology*. 2015: 53-70.
- 9- Resnick RJ. Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults: They don't all outgrow it. *Journal of clinical psychology*. 2005; 61(5): 529-33.
- 10- Kibiuk LV, Stuart D, Miller M. *Brain facts: A primer on the brain and nervous system*: The Society For Neuroscience. 2008.
- 11- Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 1998; 21(4): 761-74.
- 12- Wixted EK, Sue IJ, Dube M, Sarahjane L. Cognitive Flexibility and Academic Performance in College Students with ADHD: An fMRI Study. 2016.
- 13- Wasserstein J, Wasserstein A, Wolf LE. Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *ERIC Digest*. 2001.
- 14- Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2000; 9: 711-26.
- 15- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*. 2006; 163(4): 716-23.
- 16- Garnier-Dykstra LM, Pinchevsky GM, Caldeira KM, Vincent KB, Arria AM. Self-reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among college students. *Journal of American College Health*. 2010; 59(2): 133-6.
- 17- Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with ADHD: a narrative review. *Clinical psychology review: University of British Columbia*. 2015.
- 18- Donfrancesco R, Di Trani M, Gregori P, Auguanno G, Melegari MG, Zaninotto S, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and

- ADHD rating scales: observer and self-report screening versions. *Journal of Clinical Research & Governance*. 2014; 3(1): 42-7.
- 46- Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*. 2007; 101(1): 209-20.
- 47- Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994; 38(1): 23-32.
- 48- Ebrahimi AE, Moulavi H, Mousavi SG, BoranaManesh A, Yaghoubi M. Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. 2007.
- 49- Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Mahdavi V, Reza M. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2011; 16(4): 479-83.
- 50- Edel M, Rudel A, Hubert C, Scheele D, Brüne M, Juckel G, et al. Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *European journal of medical research*. 2010; 15(9): 403.
- 51- Matuszak J, Miller G, Kemmelmeier M, Mason N. A Pilot Study of the Impact of Stimulant Pharmacotherapy in College Students with ADHD on Alexithymia and Psychological Mindedness. *Open Journal of Medical Psychology*. 2013; 2(04): 139.
- 52- Heshmati R. The Study of Alexithymia and Coherence Self Knowledge in Patients with Psychotic Disorders, Non-psychotic and Normal People Tehran: Tehran University. 2009.
- psoriasis: a case-control study. *Annals of general psychiatry*. 2014; 13(1): 38.
- 32- Chen J, Xu T, Jing J, Chan RC. Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC psychiatry*. 2011; 11(1): 33.
- 33- Mason O, Tyson M, Jones C, Potts S. Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2005; 78(1): 113-25.
- 34- Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, Karukivi MR, Joukamaa MI. Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General hospital psychiatry*. 2013; 35(3): 239-45.
- 35- Han S, Pistole MC. College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development*. 2014; 55(1): 16-29.
- 36- Pérusse F, Boucher S, Fernet M. Observation of couple interactions: Alexithymia and communication behaviors. *Personality and Individual Differences*. 2012; 53(8): 1017-22.
- 37- Joukamaa M, Taanila A, Miettunen J, Karvonen JT, Koskinen M, Veijola J. Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 63(4): 373-6.
- 38- Grynberg D, Chang B, Corneille O, Maurage P, Vermeulen N, Berthoz S, et al. Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): systematic review, unanswered questions and further perspectives. *PloS one*. 2012; 7(8): 42429.
- 39- Kessler H, Kammerer M, Hoffmann H, Traue HC. Regulation von Emotionen und Alexithymie: Eine korrelative Studie. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik- Medizinische Psychologie*. 2010; 60(05): 169-74.
- 40- Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. *Addictive behaviors*. 2009; 34(3): 237-45.
- 41- Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of Emotion Regulation Difficulties and Positive/Negative Affectivity in Explaining Alexithymia-Health Relationship: An overview. *J Soc Sci Res*. 2010; 7(1): 20-31.
- 42- Christiansen H, Kis B, Hirsch O, Philipsen A, Henneck M, Panczuk A, et al. German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales-self-report (CAARS-S) I: Factor structure and normative data. *European Psychiatry*. 2011; 26(2): 100-7.
- 43- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington Google Scholar: American Psychological Association; 1994.
- 44- Conners CK, Erhardt D, Sparrow EP, editors. Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): technical manual 1999: MHS North Tonawanda.
- 45- Sadeghi-Bazargani H, Amiri S, Hamraz S, Malek A, Abdi S, Shahrokhi H. Validity and reliability of the Persian version of Conner's adult

Comparison of Alexithymia in Individuals with and without Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder

Roshani, F., Najafi, M *, Naqshbandi, Sh., Malekzade, P.

Abstract

Introduction: The main objective of this research was to compare Alexithymia features in individuals with and without Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD).

Method: The Method of study was expo-facto and the statistical population included all students of University of Tehran. Conners' Adult Rating Scales (CAARS) was used to screen 580 students in terms of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). In the second stage, 40 participants who gained the highest scored (i.e. in Conners' scales) were invited to clinical interview. The diagnostic interview based on Utah Rating Scale (DSM-5) was conducted by a psychiatrist to diagnose ADHD. 10 patients out of the total 40 individuals who have been invited to the interview, were excluded according to the psychiatric diagnosis. At the end, two groups of 30 people (30= patients, 30= normal) were compared together by using Toronto Alexithymia Scale (TAS).

Results: The results of multivariate analysis of variance showed that scores of people with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) in components of alexithymia contains; difficulty in identifying and describing feelings was significantly higher than normal population but there was no significant difference in externally oriented thinking.

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded people with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) have some features of alexithymia and in emotional responses are inferiority. Therefore, attention to the emotional issues of people with attention deficit / hyperactivity disorder is more important than the past.

Keywords: Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD), Alexithymia.

*Correspondence E-mail:
m_najafi@semnan.ac.ir