

پیش بینی همدلی بر اساس مولفه های کارکردهای اجرایی در کودکان دارای نشانه های
اختلال کمبود توجه / بیش فعالی

**Predicting of Empathy Based on The Components of Executive Functions in Children
with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Symptoms**

Roghaye Abdolrahimpour*

M A in Clinical Child and Adolescent psychology,
Faculty of Educational Sciences and Psychology,
University of Tabriz, Tabriz, Iran.

abdolrahimpour_r@yahoo.com

Dr. Mansour bayrami

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

Dr. Touraj Hashemi Nosratabad

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

رقیه عبدالرحیم پور (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم
تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

دکتر منصور بیرامی

استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه
تبریز، تبریز، ایران.

دکتر تورج هاشمی نصرت آباد

استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه
تبریز، تبریز، ایران.

Abstract

The aim of the present study was to predict empathy based on the Component's executive functions in children with attention-deficit / hyperactivity disorder symptoms. The method of this study was descriptive and correlation. The statistical population included elementary school male students (ages 8 to 12 years) with attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in Tabriz in the academic year of 2019-2020, 120 children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms were selected by cluster random sampling. Multi-stage was selected using the Child Behavior Rating Scale (Swanson, Nolan & Pelham,1980). Strop test (Raydli, 1995), continuous performance test (Razveld, et al, 1996), and children's cognitive and emotional empathy scale (Dadss, et al, 2008) were used to collect data. The results of path analysis showed that response inhibition and sustained attention have a significant role in predicting cognitive and emotional empathy ($P<0.05$). Based on these findings, it can be concluded that deficits in executive functions can lead to a lack of empathy in children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، پیش بینی همدلی بر اساس مولفه های کارکردهای اجرایی در کودکان دارای نشانه های اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی بود. روش این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود جامعه آماری شامل دانش آموزان پسر دوره ابتدایی (سنین ۸ تا ۱۲ سال) دارای نشانه های اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود که تعداد ۱۲۰ کودک دارای نشانه های اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای با استفاده از مقیاس درجه بندی رفتار کودکان (سوانسون، نولان و پلهام، ۱۹۸۰) انتخاب شد. جهت جمع آوری داده ها از آزمون استروپ (رایدلی، ۱۹۹۵)، آزمون عملکرد پیوسته (رازولد و همکاران، ۱۹۹۶) و مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان (دادس و همکاران، ۲۰۰۸) استفاده شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد بازداری پاسخ و توجه پایدار نقش معنی دار در پیش بینی همدلی شناختی و عاطفی دارند ($P<0/05$). بر اساس این یافته ها می توان نتیجه گرفت که نقص در کارکردهای اجرایی می تواند زمینه ساز نارسایی در ابراز همدلی در کودکان دارای نشانه های اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی شود.

Keywords: Empathy, Executive Functions, Attention Deficit / Hyperactivity.

واژه های کلیدی: همدلی، کارکردهای اجرایی، کمبود توجه/ بیش فعالی.

اختلالات روان‌پزشکی به دلیل ماهیت وراثتی، زیستی و روانی بسیار پیچیده هستند و رفتار، احساسات و شناخت فرد مبتلا را دچار مشکلاتی می‌کنند (مولر^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی^۲ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی است که با علائم پایدار عدم توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی مشخص می‌شود، تقریباً ۵ تا ۷ درصد از کودکان در سن مدرسه را تحت تاثیر قرار می‌دهد (موز، گویرتس، شفر و بلوچ^۳، ۲۰۱۹). یکی از مشکلاتی که کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در زندگی روزمره با آن مواجه‌اند، مشکلات در عملکرد اجتماعی است (فریتی، کینگ، هیلتون، روندون و جارت^۴، ۲۰۱۹). کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی پذیرش اجتماعی پایینی دارند که بیشتر در روابط با همسالانشان آشکار می‌شود (بریگورفورنر، روسلو، باکسول، گارکیا، کولومر و میراندا^۵، ۲۰۱۷)، از مشکلات در روابط دوستی (دوستی متقابل) رنج می‌برند (استنسنگ، بلسکی، شالیکا و ویچستروم^۶، ۲۰۱۶) و محبوبیت چندانی ندارند که این مسئله به رفتارهای خطرناک و آزارنده آن‌ها منجر می‌شود (گارنر^۷ و همکاران، ۲۰۱۰).

طبق پژوهش‌های انجام شده، عامل شناخت اجتماعی در تبیین مشکلات در رفتارهای اجتماعی نقش مهمی دارد. مروری بر شناخت اجتماعی در کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی شواهدی از شناسایی نادرست عواطف از روی حالات چهره یا جملات گفتاری و کمبود در شناخت اجتماعی پیچیده‌تر (نظریه ذهن و همدلی) را نشان می‌دهد (اوکرم، گرامر، عبدالحمید، سچلمان، هیراند^۸، ۲۰۱۰). یکی از مولفه‌های شناخت اجتماعی که ارتباط آن با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی مورد بررسی قرار گرفته است همدلی^۹ است. همدلی توانایی کلیدی و مهم جهت موفقیت در تعامل‌های اجتماعی محسوب می‌شود (والتر^{۱۰}، ۲۰۱۲). در این راستا، همدلی به‌عنوان قابلیت درک دیگران و تجربه احساسی آن‌ها و دادن پاسخ مناسب به آن موقعیت توصیف می‌شود (میلون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). همدلی مفهومی چندبعدی است که در مورد ۲ بعد آن توافق نسبی وجود دارد. همدلی سرد یا شناختی مربوط به درک حالت‌های ذهنی دیگران است و همدلی گرم یا عاطفی به پاسخ‌های شخصی در برابر حالت‌های عاطفی دیگران گفته می‌شود (دی آمپروزو، الیور، دیدون و بش^{۱۲}، ۲۰۰۹). همدلی شناختی بر نقش‌پذیری یا پذیرش دیدگاه در تعامل‌های اجتماعی متکی است (سیگلمن و رایدر^{۱۳}، ۲۰۱۸) در مقابل همدلی عاطفی گرایش به تمرکز بر مشارکت فرد در پاسخ عاطفی با دیگری است (کاف، براون، تاپلر و هوات^{۱۴}، ۲۰۱۶). بنابراین همدلی عاطفی (گرم) می‌تواند نتیجه همدلی شناختی (سرد) باشد. همدلی از طریق توانایی سهیم شدن در حالات هیجانی دیگری و آگاهی از احساسات فرد دیگر زمینه بهبود روابط اجتماعی را فراهم می‌سازد و او را با محیط اجتماعی پیوند می‌زند (اولبر، بوتون، لارسو، تمایو، ایزابل و لوبرا^{۱۵}، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های انجام شده نشان دهنده سطوح پایین همدلی در کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی است، این مطالعات نشان داد که کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی از نظر معلم و والدین کمتر همدل ارزیابی می‌شوند (موز و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع کودکان با بی‌توجهی و تحریک‌پذیری بالا ممکن است نتوانند به جنبه‌هایی از چهره که اطلاعات خاص هیجانی را ارائه می‌دهند توجه کنند و یا ممکن است حالات طبیعی چهره را بد قضاوت کنند و متعاقب آن دشواری‌هایی در تفسیر صحیح هیجانات دیگران نشان دهند (دان و

¹ Mueller

² attention deficit hyperactivity disorder

³ Maoz, Gvirts, Sheffer & Bloch

⁴ Ferretti, King, Hilton, Rondon & Jarrett

⁵ Berenguer, Roselló, Baixauli, García, Colomer & Miranda

⁶ Stenseng, Belsky, Skalicka & Wichstrøm

⁷ Garner

⁸ Uekermann, Kraemer, Abdel-Hamid, Schimmelmann, Hebebrand

⁹ empathy

¹⁰ Walter

¹¹ Milone

¹² D- Ambrosio, Oliver, didon & besche

¹³ Sigelman & Rider

¹⁴ Cuff, Brown, Taylor & Howat

¹⁵ Olber, Tobon, Laroso, Tammayo, Isabel & Lopera

راز^۱، ۲۰۱۸؛ سیرانو، اوون و هالول^۲، ۲۰۱۸). مارتون، وینر، روگرس، مورو و تننوک^۳ (۲۰۰۹) در بررسی همدلی در کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی دریافتند که در این کودکان روابط اجتماعی به طور مشابه مختل می‌شود زیرا کمبود مهار رفتاری و نقص در کارکردهای اجرایی باعث می‌شود که بدون صرف زمان برای پردازش اطلاعات اجتماعی و افکار و احساسات دیگران عمل کنند. یکی دیگر از سازه‌های شناختی که به نقش آن در رفتارهای اجتماعی توجه شده است، کارکردهای اجرایی^۴ است (توبون^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). کارکردهای اجرایی به طور کلی به عنوان مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و فراشناختی سطح بالا تعریف می‌شود که کنترل آگاهانه احساس، فکر و عمل را برعهده دارند (رومر-لوپز، کوسادا کوند، آوارز و جاستیکیا اروز^۶، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های انجام شده برخی نابهنجاری‌های عصب‌شناختی نظیر نابهنجاری در شکنج پیش‌پیشانی^۷، اینسولای قدامی^۸ و نواحی پشتی میانی قشر پیشانی^۹ را در سبب‌شناسی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی مطرح کرده‌اند (آرون، کای، بدر و رایبیز^{۱۰}، ۲۰۱۵). مهارت‌هایی مثل بازداری پاسخ، توجه پایدار، حافظه فعال، انعطاف‌پذیری ذهنی، برنامه‌ریزی، تنظیم هیجان، مهارت حل مسئله و خودآگاهی که تحت عنوان کارکردهای اجرایی از آن‌ها یاد می‌شود به این مناطق مربوط می‌شوند (هوانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). مدل‌های نظری نشان دهنده این است که افراد با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی دارای کمبودهای اساسی در کارکردهای اجرایی هستند (لندیس، گارکيا، هارت و گرازیانو^{۱۲}، ۲۰۲۰). همچنین شواهد پژوهشی متعدد حاکی از نقص در کارکردهای اجرایی از جمله بازداری پاسخ^{۱۳} و توجه پایدار^{۱۴} در کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی است (دورسکی و لانگبرگ^{۱۵}، ۲۰۱۹؛ تنناب^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۹ و تارلی، آلدرسون، پاتروس، آرینگتون و رابرت^{۱۷}، ۲۰۱۹). توجه پایدار عبارت است از توانایی حفظ پاسخ هدفمند در طی یک فعالیت مداوم و تکرار شونده که از تداخل اطلاعات جلوگیری کرده و به فرد کمک می‌کند فقط به محرک هدف پاسخ دهد. بازداری پاسخ، توانایی توقف یا خودداری کردن از پاسخ یا به عبارت دیگر توانایی فکر کردن قبل از عمل کردن است (لین، لیو و پرز^{۱۸}، ۲۰۱۹).

نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان دهنده ارتباط بین کارکردهای اجرایی و همدلی است. گوکن، فردریکسون و پتیردیس^{۱۹} (۲۰۱۶) همبستگی مثبت بین کارکردهای اجرایی و همدلی در کودکان اوتیسم یافتند، که نشان دهنده نقش کارکردهای اجرایی در تنظیم همدلی در اختلالات رشدی-عصبی است. زی، توما و سوچان^{۲۰} (۲۰۱۴) پژوهش خود را که باهدف روشن ساختن چگونگی تفاوت همدلی شناختی و عاطفی در گروه‌های سنی انجام دادند، بیان کردند این تفاوت‌ها با اختلال در کارکردهای اجرایی ارتباط دارد. براساس دیدگاه اجتماعی-شناختی نقص در کارکردهای اجرایی باعث کاهش تمایز بین خود و دیگران می‌شود و مانع به اشتراک‌گزارای حالات عاطفی منطبق با حالات عاطفی دیگران باشد می‌شود، برای نمونه کاهش بازداری پاسخ منجر به مشغولیت فرد با دیدگاه خود می‌شود و به دنبال آن باعث کاهش همدلی می‌شود. نتایج پژوهش کاسکیا و بار^{۲۱} (۲۰۱۶) نشان می‌دهد مهارت بالا در کارکردهای اجرایی با همدلی بالا همراه است، آن‌ها بیان کردند کارکردهای اجرایی می‌تواند از طریق مهارت‌هایی مانند جلب و حفظ توجه بر توانایی همدلی تاثیر بگذارد، توجه به وضعیت

¹ Dan & Raz,

² Serrano, Owens & Hallowell

³ Marton, wiener, rogers, moore & tannochock

⁴ executive functions

⁵ Tobón, Ibañez, Velilla

⁶ Romer -Lopez, Quesada-conde, Alvarez & Justicia- Arraez

⁷ prefrontal gyrus

⁸ anterior insula

⁹ dorsomedial prefrontal cortex

¹⁰ Aron, Cai, Badre & Robbins

¹¹ Hwang

¹² Landis, Garcia, Hart & Graziano

¹³ response inhibition

¹⁴ statistical populatin

¹⁵ Dvorsky & Langberg

¹⁶ Tenenbaum

¹⁷ Tarle, Alderson, Patros, Arrington & Roberts

¹⁸ Lin, Lie & Perez

¹⁹ Gökçen, Frederickson & Petrides

²⁰ Ze, Thoma & Suchan

²¹ Cascia & Barr

عاطفی فرد دیگر و نشانه‌های محیطی (زبان بدن، حالات صورت و تن صدا...) توانایی فرد در دیدگاه‌گیری (در نظر گرفتن دیدگاه دیگران) در موقعیت‌های مختلف را بهبود می‌بخشد و به دنبال آن توانایی تنظیم احساسات و دادن پاسخ مناسب به دیگران بهبود می‌یابد. کریستوفنی^۱ و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی نقش کارکردهای اجرایی در همدلی و رفتارهای اجتماعی پرداخته بودند دریافتند که کارکردهای اجرایی از جمله بازداری می‌توانند به فرد در بهبود رفتارهای اجتماعی از جمله توانایی همدلی کمک کنند. چند مدل همدلی، کارکردهای اجرایی را به عنوان یک عنصر اساسی در همدلی به خصوص در همدلی شناختی در نظر گرفته است (دی وال و پرستون^۲، ۲۰۱۷). هیس^۳ (۲۰۱۸) الگوی همدلی با سیستم دوگانه را ارائه داد، سیستم اول که به طور خودکار عمل می‌کند و در اوایل زندگی توسعه می‌یابد، سیستم دوم شامل پردازش کنترل شده است و دیرتر از سیستم اول توسعه می‌یابد از آن جا که پردازش کنترل شده شامل ذهن خوانی است، منحصر به انسان می‌باشد، بنابراین به نظر می‌رسد توانایی‌های شناختی انسان مانند کارکردهای اجرایی در همدلی می‌تواند تاثیر گذار باشد. یان، هانگ، لیو و سو^۴ (۲۰۱۹) در یک فراتحلیل رابطه بین همدلی و کارکردهای اجرایی را در کودکان بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند که کارکردهای اجرایی از جمله بازداری پاسخ، حافظه فعال و شناخت پذیری با همدلی شناختی بیشتر از همدلی عاطفی ارتباط دارد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که کارکردهای اجرایی می‌توانند نگرش‌های همدلی را تعدیل کند (بیلیویوس، کولسر، اسمیت، تراپنل و کورنلسون^۵، ۲۰۱۸).

نظر به اهمیت روابط همدلانه در زندگی اجتماعی، عدم تصریح روابط بین کارکردهای اجرایی و همدلی شناختی و عاطفی در پژوهش‌های علمی و عدم پژوهش داخلی در بررسی رابطه کارکردهای اجرایی و همدلی در کودکان دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در این راستا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی همدلی شناختی و عاطفی بر اساس مولفه‌های کارکردهای اجرایی (بازداری پاسخ و توجه پایدار) در کودکان دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی بود.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی (سنین ۸ تا ۱۲ سال) دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل می‌داد که از جامعه مورد مطالعه تعداد ۱۲۰ کودک دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان نمونه انتخاب شد. به این منظور پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه تبریز و اداره آموزش پرورش شهر تبریز، از بین نواحی پنجگانه شهر تبریز یک ناحیه (ناحیه ۳) و از این ناحیه ۴ مدرسه پسرانه انتخاب شد. پس از مراجعه به مدارس و بعد از کسب رضایت و ارائه توضیحات لازم، در هر مدرسه یک کلاس از هر پایه (دوم تا ششم) مقیاس درجه‌بندی رفتار کودکان (SNAP-IV) از طریق کودکان به والدین آن‌ها فرستاده شد تا تکمیل گردد. بعد از تحلیل پرسشنامه‌ها دانش‌آموزانی که نمره آن‌ها در این مقیاس بالاتر از نقطه برش (در حداقل ۶ آیتم برای هر یک از خرده مقیاس‌های کمبود توجه/ بیش‌فعالی نمره ۲ (اغلب اوقات) یا بیشتر) بود به عنوان کودک دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی وارد پژوهش شدند. سپس با هماهنگی با معلمان و تعیین وقت قبلی آزمون رایانه‌ای عملکرد پیوسته و استروپ، روی این کودکان اجرا شد. همچنین پرسشنامه همدلی توسط والدین آن‌ها تکمیل گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال، دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، عدم ابتلا به اختلالات یادگیری، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، عدم مشکلات بینایی، شنوایی یا حرکتی و عدم وجود بیماری‌هایی پزشکی نظیر دیابت، صرع یا بیماری‌های قلبی که در روند پژوهش اختلال ایجاد می‌کرد و ملاک‌های خروج: دامنه سنی خارج از ۸ تا ۱۲ سال، ابتلا به اختلالات یادگیری، عقب‌ماندگی ذهنی، مشکلات بینایی، شنوایی یا حرکتی و وجود بیماری‌هایی پزشکی نظیر دیابت، صرع یا بیماری‌های قلبی که در روند پژوهش اختلال ایجاد می‌کرد، عدم پاسخگویی به تمام سوالات پرسشنامه همدلی و عدم همکاری در فرایند پژوهش بود. بررسی ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش از

¹ Cristofani

² de Waal & Preston

³ Heyes

⁴ Yan, Hong, Liu, Su

⁵ Bilevicius, Kolesar, Smith, Trapnell, Kornelsen

طریق پرونده سلامت دانش آموزان و اطلاعات به دست آمده از مشاوران و معاونت مدارس و غربالگری نهایی صورت پذیرفت. لازم به ذکر است که تمام ملاحظات اخلاقی از قبیل رعایت اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، اصل رضایت آگاهانه در این پژوهش رعایت شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار SPSS20 و AMOS24 انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس درجه بندی رفتار کودکان (SNAP-IV):^۱ این آزمون اولین بار توسط سوانسون، نولان و پلهام^۲، در سال ۱۹۸۰ و بر اساس نشانه‌های اختلال در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ساخته شد. با ویرایش‌های جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در این آزمون نیز تغییراتی به وجود آمد. ویرایش چهارم این مقیاس دارای یک فرم واحد جهت پاسخگویی والدین و معلمان است که شامل ۱۸ سؤال می‌باشد که ۹ سؤال آن مربوط به زیر مقیاس کمبود توجه و ۹ سؤال مربوط به زیر مقیاس بیش‌فعالی/ تکانشگری است. نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای از صفر (هرگز/ به ندرت) تا ۳ (همیشه) انجام می‌گیرد. هنجاریابی این مقیاس توسط بوسینگ و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام شده است و ضریب آلفای کرون باخ جهت کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیر مقیاس کمبود توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین صدالسادات، هوشیاری، زمانی و صدالسادات (۱۳۸۶) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران پرداختند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ بوده و روایی محتوایی آن توسط متخصصان قابل قبول است. همچنین ضریب پایایی این آزمون به شیوه باز آزمایی ۰/۸۲، به شیوه آلفای کرون باخ، ۰/۹۰ و به شیوه دونیمه کردن ۰/۷۶ است.

مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان (CCE):^۳ این مقیاس یک مقیاس عینی مشتمل بر ۲۳ سؤال می‌باشد که در یک طیف ۹ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم ۰ تا کاملاً ۸ نمره گذاری می‌شود. این مقیاس بر اساس شاخص همدلی برایانت انطباق سازی شده است و تنها مقیاسی است که قادر است همدلی کودکان سنین ۴ تا ۱۶ سال را ارزیابی نماید. دادس^۴ و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی روایی مقیاس، از روش‌های روایی همگرا و تحلیل عوامل استفاده کردند. نتایج روایی همگرا حکایت از روایی همگرایی مطلوب مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان: فرم درجه بندی والدین با شاخص همدلی برایانت داشت ($r = 0.4, p < 0.01$). علاوه بر این، نتایج تحلیل عوامل مقیاس نشان داد که مقیاس شامل دو عامل شناختی و عاطفی می‌باشد. به منظور بررسی پایایی مقیاس نیز از روش همسانی درونی استفاده شد که بر اساس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۸۱ برآورد گردید. همچنین پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های همدلی شناختی و عاطفی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

آزمون عملکرد پیوسته (CPT):^۵ برای اندازه گیری توجه پایدار از آزمون رایانه ای عملکرد پیوسته راز ولد^۶ و همکاران (۱۹۵۶) استفاده شد. این آزمون باهدف سنجش ضایعه مغزی ساخته شد ولی به تدریج دامنه استفاده از آن گسترش یافت، به طوری که در دهه ۱۹۹۰ در ارزیابی کودکان بیش‌فعال همراه با کمبود توجه به کار رفت. هدف این آزمون سنجش نگهداری توجه و زود انگیزگی در این کودکان است. نسخه فارسی آزمون عملکرد پیوسته یک آزمون نرم‌افزاری است که با کمک رایانه اجرا می‌شود. این آزمون متشکل از دو مجموعه محرک (اعداد و حروف) است که هر یک از آن‌ها از ۱۵۰ محرک تشکیل شده است. از این تعداد، ۳۰ محرک (۲۰ درصد از کل محرک‌ها) محرک هدف می‌باشند که از آزمودنی انتظار می‌رود با مشاهده آن‌ها پاسخ دهد (کلیدی را فشار دهد) در این تکلیف، آزمودنی‌ها با یک مجموعه از محرک‌های پی در پی در یک دوره زمانی مشخص مواجه می‌شوند که وظیفه آن‌ها ارائه پاسخ در برابر ادراک محرک هدف است برای یافتن اختلال در عملکرد توجه پایدار استفاده می‌شود. متغیرهایی که از اجرای این آزمون به دست می‌آیند عبارتند از: تعداد پاسخ‌های صحیح، خطای حذف (تعداد دفعاتی که آزمودنی به اشتباه در برابر محرک غیر هدف کلید را فشار می‌دهد) و زمان واکنش (میانگین زمان‌های پاسخ به محرک هدف). هادیان فر و همکاران (۱۳۷۹) پایایی این آزمون را از راه بازآزمایی با فاصله زمانی ۲۰ روزه

¹ parent rating scale (SNAP-IV)

² Swanson, Nolan & Pelham

³ childrens cognitive and emotion scale (CCE)

⁴ Dadss

⁵ continuous performance test (CPT)

⁶ Razveld

برای قسمت‌های مختلف در دامنه بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ گزارش کردند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. همچنین آن‌ها روایی مطلوبی از راه روایی سازی ملاکی برای این آزمون گزارش کردند.

آزمون استروپ (ST): به منظور سنجش بازداری پاسخ در این پژوهش از آزمون رایانه ای استروپ استفاده شد. آزمون (رنگ-واژه) استروپ اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط رایدلی^۲ استروپ به منظور اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف پذیری ذهنی ساخته شد. آزمون استروپ یکی از مهم‌ترین آزمون‌هایی که به منظور اندازه‌گیری بازداری پاسخ مورد استفاده پژوهشگران واقع شده است. در این آزمون ۴۸ کلمه رنگی همخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه همخوان است: رنگ قرمز، زرد، سبز و آبی) و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان نیست: به عنوان مثال کلمه آبی= که با رنگ قرمز نشان داده می‌شود)، با فاصله ارائه محرک ۸۰۰ میلی ثانیه ارائه می‌شود. تکلیف آزمودنی این است که تنها، رنگ صحیح را انتخاب کند. به منظور نمره دهی و تفسیر نتایج حاصل از این آزمون، نمرات زیر به صورت مجزا برای گروه کلمات همخوان و ناهمخوان محاسبه می‌شوند: تعداد خطا، تعداد صحیح، زمان واکنش و نمره تداخل. پژوهش‌های انجام شده پیرامون این آزمون نشانگر اعتبار و روایی مناسب آن در سنجش بازداری در بزرگسالان و کودکان می‌باشد. اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (مشهدی، حمیدی، سلطانی فر و تیموری، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

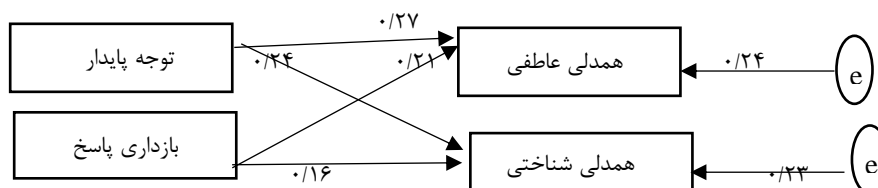
در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است:

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرها

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
همدلی عاطفی	۱۲۰	۱۰۳/۷۰	۲۰/۸۹	۱			
همدلی شناختی	۱۲۰	۳۵/۶۵	۹/۰۹	**۰/۴۷	۱		
توجه پایدار	۱۲۰	۱۳۵/۱۰	۱۰/۹۹	**۰/۲۷	**۰/۳۱	۱	
بازداری پاسخ	۱۲۰	۳۹/۲۷	۷/۳۸	**۰/۲۳	**۰/۲۴	**۰/۲۰	۱

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد توجه پایدار و بازداری پاسخ با همدلی شناختی و عاطفی رابطه مثبت و معنی دار دارند ($p < 0/01$). در راستای تعیین روابط متغیرهای پیش بین (توجه پایدار و بازداری پاسخ) با متغیرهای ملاک (همدلی شناختی و عاطفی) از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در این راستا پیش فرض‌های این روش شامل هم خطی چندگانه، اسقلال منابع خطا، نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از شاخص‌های VIF, Tolerance و آزمون دوربین واتسون و آزمون کالموگروف-اسمیرنف بررسی و مورد تایید قرار گرفتند. براین اساس، روابط علی متغیرهای مورد مطالعه در قالب مسیر علی ۱ مورد تحلیل قرار گرفت.

مسیر علی ۱: روابط بین متغیرهای پیش بین و ملاک



¹ stroop test (ST)

² Raydli

همان‌طور که در مدل مشاهده می‌شود توجه پایدار، قادر است ۲۷ درصد از واریانس همدلی عاطفی و ۲۴ درصد از واریانس همدلی شناختی را پیش‌بینی کند. همچنین بازداری پاسخ، قادر است ۲۱ درصد از واریانس همدلی عاطفی و ۱۶ درصد از واریانس همدلی شناختی را پیش‌بینی کند. همچنین ۲۴ درصد از واریانس همدلی عاطفی و ۲۳ درصد از واریانس همدلی شناختی به واسطه توجه پایدار و بازداری پاسخ قابل پیش‌بینی است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

NFI	CFI	GFI	X2/df	df	X2	RMSEA
۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۹۲	۴	۸۲	۳۲۸	۰/۰۴

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری برازش مطلوب دارد چرا که شاخص‌های برازش مدل، جملگی در حد مطلوب قرار گرفته‌اند به نحوی که مقدار ریشه میانگین مجذور خطای برآورد (RMSEA) در حد مطلوب (کمتر از ۰/۰۵) و نسبت X^2/df نیز در حد مطلوب (کمتر از ۶) و شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازش تطبیقی (CFC) و شاخص برازش هنجار شده (NFI) مطلوب (بزرگتر از ۰/۹۰) قرار دارند.

علاوه بر این برای تعیین اثر هر یک از متغیرهای پیش‌بینی در تغییرات همدلی شناختی و عاطفی از روش بوت استرپ به شرح جدول ۳ استفاده شد:

جدول ۳: اثر مستقیم متغیرهای پیش‌بینی بر همدلی شناختی و عاطفی

سطح معناداری	t	اندازه اثر	حدود بوت استرپ		متغیر وابسته	متغیر مستقل
			حد بالا	حد پایین		
۰/۰۰۳	۳/۰۴	۰/۲۷	۰/۳۳۱۶	۰/۲۳۱۶	همدلی عاطفی	توجه پایدار
۰/۰۰۸	۲/۷۰	۰/۲۳	۰/۱۹۱۸	۰/۲۷۱۱	همدلی شناختی	توجه پایدار
۰/۰۲	۲/۳۲	۰/۲۱	۰/۱۶۴۱	۰/۲۴۱۶	همدلی عاطفی	بازداری پاسخ
۰/۰۵	۱/۸۷	۰/۱۶	۰/۱۲۴۹	۰/۲۰۱۹	همدلی شناختی	بازداری پاسخ

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد، الف) اثر توجه پایدار بر همدلی عاطفی با اندازه اثر (۰/۲۷) در سطح ($P < ۰/۰۵$) مثبت و معنی‌دار است. ب) اثر توجه پایدار بر همدلی شناختی با اندازه اثر (۰/۲۳) در سطح ($P < ۰/۰۵$) مثبت و معنی‌دار است. ج) اثر بازداری پاسخ بر همدلی عاطفی با اندازه اثر (۰/۲۱) در سطح ($P < ۰/۰۵$) مثبت و معنی‌دار است. د) اثر بازداری پاسخ بر همدلی شناختی با اندازه اثر (۰/۱۶) در سطح ($P < ۰/۰۵$) مثبت و معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در همدلی و کارکردهای اجرایی نقص دارند (موز و همکاران، ۲۰۱۹؛ دورسکی و لانگبرگ، ۲۰۱۹؛ تنبام و همکاران، ۲۰۱۹). با این حال مطالعات محدودی به بررسی رابطه کارکردهای اجرایی و همدلی در این کودکان پرداخته است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی همدلی شناختی و عاطفی بر اساس کارکردهای اجرایی بازداری پاسخ و توجه پایدار در کودکان دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی انجام گرفت.

نتایج نشان داد همدلی شناختی و عاطفی به واسطه بازداری پاسخ قابل پیش‌بینی است، به عبارت دیگر کودکانی که در بازداری پاسخ عملکرد بهتری دارند در همدلی شناختی و عاطفی نیز عملکرد بهتری دارند و بالعکس اگر در بازداری پاسخ دچار نقص باشند، در همدلی شناختی و عاطفی نیز دچار نارسایی خواهند شد. این یافته همسو با یافته‌های کریستوفنی و همکاران (۲۰۲۰)، فریسن (۲۰۱۹)، زی و

همکاران (۲۰۱۴) است. در تبیین این یافته می‌توان به نظر بارکلی (۲۰۰۶) اشاره کرد که معتقد است که فقدان مهار رفتاری (بازداری) در کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، توانایی آن‌ها را در زمینه‌های مختلف اجتماعی و شناختی کاهش می‌دهد. وی عنوان کرده است که این کودکان همدلی کمتری نشان می‌دهند و توانایی آن‌ها در دیدگاه‌گیری دچار نقص بوده و این نقص پایه عصبی شناختی دارد و ناشی از ناتوانایی آن‌ها در کنترل بازداری است (مارتون و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به این نظریه، مهارت خود نظارتی پیش‌نیاز همدلی و دیدگاه‌گیری است؛ زیرا کودکان نیاز به مهار پاسخ‌ها (بازداری) دارند تا بتوانند دیدگاه شخص دیگری را از خود جدا کنند و تجربه عاطفی شخص دیگری را درک کنند. در طی روند همدلی، بازداری پاسخ با کاهش تکانه و مهار پاسخ‌های خودکار به احساسات دیگران می‌تواند به دادن پاسخ‌های مناسب با موقعیت کمک کند (یان و همکاران، ۲۰۱۹). همسو با این یافته، نتایج پژوهش زی و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان دهنده رابطه معنا دار بین همدلی شناختی و بازداری پاسخ است، آن‌ها بیان کردند اینکه فرد بتواند دیدگاه شناختی خود را مهار کند یک پیش شرط است که بتواند از دیدگاه دیگران استفاده کند، در واقع کاهش بازداری موجب مشغولیت فرد به دیدگاه خود می‌شود که به دنبال آن منجر به کاهش همدلی می‌شود. همچنین در تبیینی دیگر، دواش و شامای-تسواری^۱ (۲۰۱۴) بیان کرده اند که همدلی عاطفی با قشر انسدادی، آمیگدالا و سینگولیت قدامی و همدلی شناختی با مناطقی مانند قشر پیشانی داخلی و شکمی مرتبط است، همچنین قشر پیشانی پیشانی مربوط به کارکردهای اجرایی است. از آن جایی که تحقیقات اخیر در مورد اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی علائم تکانشگری و بازداری ضعیف را با نقص در همان مناطق مغزی مرتبط می‌داند (فریسن، ۲۰۱۹). نشان دهنده رابطه بازداری پاسخ با همدلی شناختی و عاطفی در این کودکان است.

همچنین نتایج نشان دهنده این است که همدلی شناختی و عاطفی به واسطه توجه پایدار قابل پیش‌بینی است، به عبارت دیگر کودکانی که در توجه پایدار عملکرد بهتری دارند در همدلی شناختی و عاطفی نیز عملکرد بهتری دارند و بالعکس اگر در توجه پایدار دچار نقص باشند، در همدلی شناختی و عاطفی نیز دچار نارسایی خواهند شد. این یافته همسو با یافته‌های یان و همکاران (۲۰۱۹)، فریسن (۲۰۱۹) و عبدالحمید^۲ و همکاران (۲۰۱۹) است. در راستای تبیین این یافته می‌توان همدلی را فرایندی روانی تعریف کرد که ناشی از آگاهی، استدلال، بینش شناختی فرد است (عبدالحمید و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین دسیتی و میر (۲۰۰۸) مطرح کرده اند که همدلی از دو مسیر یعنی پردازش اطلاعات از پایین به بالا (تطبیق مستقیم بین ادراک و عمل) و بالا به پایین (تنظیم و کنترل) کار می‌کنند، این دو مسیر پردازش به هم پیوسته هستند. در این مدل کارکردهای اجرایی به عنوان عامل تنظیم کننده بوده و به عنوان زمینه‌ای اساسی برای رشد همدلی در نظر گرفته می‌شود (یان و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت کارکردهای اجرایی از طریق مهارت‌هایی مانند جلب توجه و حفظ توجه توانایی فرد را در دیدگاه‌گیری (در نظر گرفتن دیدگاه دیگران) در موقعیت‌های مختلف می‌تواند بهبود بخشد (کاسکیا و بار، ۲۰۱۷). همچنین می‌توان همدلی را ناشی از توانایی فرد به توجه پایدار بر جزئیات رویداد دانست (هیس، ۲۰۱۸). فریسن (۲۰۱۹) که به بررسی رابطه همدلی و کارکردهای اجرایی پرداخته اند، بیان کردند در شرایطی که توجه شرکت کنندگان منحرف می‌شود پاسخ‌های همدلی متفاوت است و این نشان می‌دهد که نحوه حضور فرد در احساسات فرد دیگر، پاسخ همدلی بعدی را پیش‌بینی می‌کند. در واقع برای اینکه فرد همدلی بکند، ابتدا باید به وضعیت عاطفی فرد دیگر توجه کند.

در زمینه عصب‌شناسی، مطالعاتی که با استفاده از FMRI انجام شده است بیان کرده که فعالیت نواحی مختلف پیشانی در پاسخ همدلانه و کارکردهای اجرایی در گیر است (یان و همکاران، ۲۰۱۹). آسیب ناحیه پیشانی سبب می‌گردد فرد نتواند پیام‌های هیجانی را درک کرده و به آن‌ها پاسخ دهد. همچنین تحقیقات در روانشناسی رشد نیز به ارتباط بین کارکردهای اجرایی و شناخت اجتماعی به ویژه ظرفیت درک شرایط روانی خود و دیگران اشاره دارد (فریسن، ۲۰۱۹). کارکردهای اجرایی بالا پیش شرط همدلی بالا خواهد بود (هیس، ۲۰۱۸). به طور کلی بین نقص کارکردهای اجرایی با عدم توانایی کودکان در برقراری ارتباط با دیگران و درک و همدلی با آن‌ها رابطه وجود دارد. هرچه مشکلات در کارکردهای اجرایی بیشتر باشد، همدلی کاهش می‌یابد به عبارت دیگر افراد با محدودیت شدید در کارکردهای اجرایی، در همدلی دچار نارسایی بیشتر خواهند شد (کریستوفنی و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع کارکردهای اجرایی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند روابطشان را با دیگران برنامه ریزی کنند، تکانشی عمل نکنند، اطلاعات عاطفی دیگران را حفظ کرده و در صورت لزوم آن‌ها را به روز کنند، تفاوت دیدگاه خودشان با دیگران را درک کنند و همدلی بیشتری نشان دهند.

¹ Dvash & Shamay-Tsoory

² Abdel-Hamid

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه به دانش‌آموزان پسر دوره دبستان اشاره کرد که در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر دوره‌های تحصیلی و نیز دانش‌آموزان دختر باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین با وجود اینکه سعی شد به صورت شهودی و بر اساس تشخیص معلم دانش‌آموزانی که از نظر بهره‌هوشی تفاوت آشکاری با سایر دانش‌آموزان داشتند از پژوهش خارج شوند، به دلیل محدودیت زمان امکان سنجش بهره‌هوشی کودکان به صورت عینی وجود نداشت. با توجه به این محدودیت‌ها توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی نقش تعدیل‌کننده جنسیت و هوش را بررسی کنند. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش استفاده از پرسشنامه برای تشخیص کودکان دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی بود، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای کاهش خطای تشخیص از روش‌های عینی‌تر مثل مصاحبه تشخیصی، گرفتن شرح حال و معاینه وضعیت روانی استفاده شود. و رابطه سایر مولفه‌های کارکردهای اجرایی با همدلی نیز بررسی شود.

بر اساس یافته‌های این پژوهش نقص در کارکردهای اجرایی می‌تواند زمینه ساز نارسایی در ابراز همدلی در کودکان دارای نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی شود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش همدلی در این کودکان برنامه‌هایی جهت تقویت کارکردهای اجرایی به کار برده شود.

منابع

- خانجانی، زینب؛ شریعتی، مریم و یادگار، امین. (۱۳۹۳). مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلالات درونی‌سازی ۵ تا ۱۱ سال. *نشریه علمی - پژوهشی آموزش و ارزشیابی*, ۷(۲۷), ۳۹-۵۴.
- صدرالسادات، جلال؛ هوشیاری، زهرا؛ زمانی، رضا و صدرالسادات، لیلا. (۱۳۸۶). تعیین مشخصات روان‌سنجی مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV، اجرای والدین. *مجله توان‌بخشی*, ۸(۴), ۵۹-۶۵.
- مشهدی، علی؛ حمیدی، ندا؛ سلطانی، فر؛ عاطفه و تیموری، سعید. (۱۳۹۰). بررسی بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف در خودماندگی: کاربرد آزمون استروپ رایانه‌ای. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*, ۱(۲), ۸۷-۱۰۴.
- هادیان فرد، حبیب؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۷۹). تهیه و ساخت فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته. *مجله روان‌شناسی*, ۴(۴), ۳۸۸-۴۰۴.
- Abdel-Hamid, M., Niklewski, F., Heßmann, P., Guberina, N., Kownatka, M., Kraemer, M., ... & Kis, B. (2019). Impaired empathy but no theory of mind deficits in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Brain and behavior*, 9(10), e01401.
- Aron, A. R., Cai, W., Badre, D., & Robbins, T. W. (2015). Evidence supports specific braking function for inferior PFC. *Trends Cogn Sci*, 19(12), 711-712.
- Berenguer, F. C., Roselló, B., Baixauli, F. I., García, C. R., Colomer, D. C., & Miranda, A. (2017). ADHD Symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind. *Psicothema*, 29(4), 514-519.
- Bilevicius, E., Kolesar, T. A., Smith, S. D., Trapnell, P. D., & Kornelsen, J. (2018). Trait emotional empathy and resting state functional connectivity in default mode, salience, and central executive networks. *Brain sciences*, 8(7), 128.
- Cascia, J., & Barr, J. J. (2017). Associations among vocabulary, executive function skills and empathy in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(4), 627-637.
- Cristofani, C., Sessa, G., Cristofani, P., Fantozzi, P., Inguaggiato, E., Muratori, P., ... & Ruglioni, L. (2020). The Role of Executive Functions in the Development of Empathy and Its Association with Externalizing Behaviors in Children with Neurodevelopmental Disorders and Other Psychiatric Comorbidities. *Brain Sciences*, 10(8), 489.
- Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion review*, 8(2), 144-153.
- D- Ambrosio, F., Oliver. M., didon, D., & besche,c. (2009).The basic empathy scale: A french validation of a measure of empathy in youth. *Personality and individual difference*. 46, 160-165.
- Dan, O., & Raz, S. (2018). Response patterns to emotional faces among adolescents diagnosed with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(12), 1123-1130.
- de Waal, F. B., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(8), 498-509.
- Dvash, J., & Shamay-Tsoory, S. G. (2014). Theory of mind and empathy as multidimensional constructs: Neurological foundations. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 282-295.
- Dvorsky, M. R., & Langberg, J. M. (2019). Predicting impairment in college students with ADHD: the role of executive functions. *Journal of Attention Disorders*, 23(13), 1624-1636.
- Ferretti, N. M., King, S. L., Hilton, D. C., Rondon, A. T., & Jarrett, M. A. (2019). Focus: Attention Science: Social Functioning in Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *The Yale journal of biology and medicine*, 92(1), 29.

Predicting of Empathy Based on The Components of Executive Functions in Children with Attention ...

- Friesen, K. (2019). Empathy and Executive Functioning in Children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (Master's thesis, Werklund School of Education). University of Calgary.
- Garner, A. A., Marceaux, J. C., Mrug, S., Patterson, C., & Hodgins, B. (2010). Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1097-1107.
- Gökçen, E., Frederickson, N., & Petrides, K. V. (2016). Theory of mind and executive control deficits in typically developing adults and adolescents with high levels of autism traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 2072-2087.
- Heyes, C. (2018). Empathy is not in our genes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 95, 499-507.
- Hwang, S., Meffert, H., Parsley, I., Tyler, P. M., Erway, A. K., Botkin, M. L., ... & Blair, R. J. R. (2019). Segregating sustained attention from response inhibition in ADHD: An fMRI study. *NeuroImage: Clinical*, 21, 101677.
- Landis, T. D., Garcia, A. M., Hart, K. C., & Graziano, P. A. (2020). Differentiating Symptoms of ADHD in Preschoolers: The Role of Emotion Regulation and Executive Function. *Journal of Attention Disorders*, 1087054719896858.
- Lin, B., Liew, J., & Perez, M. (2019). Measurement of self-regulation in early childhood: Relations between laboratory and performance-based measures of effortful control and executive functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, 47, 1-8.
- Maoz, H., Gvirts, H. Z., Sheffer, M., & Bloch, Y. (2019). Theory of Mind and empathy in children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 23(11), 1331-1338.
- Marton, L., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C. H., & Tannochock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with ADHD. *Abnormal child psychology*, 37:107-118.
- Milone, A., Cerniglia, L., Cristofani, Ch., Inguaggiato, E., Levantini, V., Masi, G., Paciello, M., Simone, F., & Muratorio, P. (2019). Empathy in youths with conduct disorder and callous-unemotional traits. *Neural plasticity*. ID:9638973.
- Müller, A., Vetsch, S., Pershin, I., Candrian, G., Baschera, G. M., Kropotov, J. D., ... & Eich, D. (2019). EEG/ERP-based biomarker/neuroalgorithms in adults with ADHD: Development, reliability, and application in clinical practice. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1-11.
- Olber, E., Tobon, A., Laroso, A., Tammayo, V. R., Isabel, C., & Lopera, P. (2018). Empathic skills and theory of mind in female adolescents with conduct disorder. *Brazilian journal of psychiatry*, 40, 78-82.
- Romero-López, M., Quesada-Conde, A. B., Bernardo, G. Á., & Justicia-Arráez, A. (2017). The relationship between executive functions and externalizing behavior problems in early childhood education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 778-783.
- Serrano, V. J., Owens, J. S., & Hallowell, B. (2018). Where children with ADHD direct visual attention during emotion knowledge tasks: relationships to accuracy, response time, and ADHD symptoms. *Journal of attention disorders*, 22(8), 752-763.
- Sigelman, C. K., & Rider, E. A. (2018). Life – span human development. USA: Cengage learning.
- Stenseng, F., Belsky, J., Skalicka, V., & Wichstrøm, L. (2016). Peer rejection and attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Reciprocal relations through ages 4, 6, and 8. *Child development*, 87(2), 365-373.
- Tarle, S. J., Alderson, R. M., Patros, C. H., Arrington, E. F., & Roberts, D. K. (2019). Working memory and behavioral inhibition in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): an examination of varied central executive demands, construct overlap, and task impurity. *Child Neuropsychology*, 25(5), 664-687.
- Tenenbaum, R. B., Musser, E. D., Morris, S., Ward, A. R., Raiker, J. S., Coles, E. K., & Pelham, W. E. (2019). Response inhibition, response execution, and emotion regulation among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 47(4), 589-603.
- Tobón, C., Ibañez, A., Velilla, L., Duque, J., Ochoa, J., Trujillo, N., ... & Pineda, D. (2015). Emotional processing in Colombian ex-combatants and its relationship with empathy and executive functions. *Social neuroscience*, 10(2), 153-165.
- Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B. G., Hebebrand, J., Daum, I., ... & Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 34(5), 734-743.
- Walter, H. (2012). Social cognitive neuroscience of empathy: concepts, circuits, and genes. *Emot. Review*, 4(1): 9-17.
- Yan, Z., Hong, S., Liu, F., & Su, Y. (2020). A meta-analysis of the relationship between empathy and executive function. *PsyCh Journal*, 9(1), 34-43.
- Ze, O., Thoma, P., & Suchan, B. (2014). Cognitive and affective empathy in younger and older individuals. *Aging & mental health*, 18(7), 929-935.