

## خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (قسمت دوم) مروری بر پژوهش‌های انجام شده و پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی

نویسنده: چارت جانستون و اریک مش \* ترجمه: فرشاد قدیری / محمود نجفی

### استرس خانواده

با در نظر گرفتن مشکلاتی که در تعاملات خانوادگی وجود دارد، دور از انتظار نیست که والدین کودکان دارای AD/HD نسبت به والدین گروه مورد مقایسه استرس بیشتری را گزارش کنند. پژوهش‌هایی در این حیطه توسط آبدین (۱۹۸۶، ۱۹۹۰) و با استفاده از شاخص استرس فرزندپروری در کودک، والد، ویژگی‌های تعاملات و شرایط کلی زندگی انجام شده است. مش و جانستون (۱۹۸۳a) معتقدند که استرس فرزندپروری در همه‌ی حیطه‌ها در مادران دارای AD/HD به خصوص در مادران کودکان پیش دبستانی به طور معناداری بالاست. بعلاوه گزارش مادران از استرس فرزندپروری با مشکلات مشاهده شده در تعامل‌های کودکان دارای AD/HD بخصوص در مادران کودکان پیش دبستانی به طور معناداری بالاست. بعلاوه گزارش مادران از استرس فرزندپروری با مشکلات مشاهده شده در تعامل‌های کودکان دارای AD/HD و خواهر و برادرانشان مرتبط بود (مش و جانستون، ۱۹۸۳b). افزایش استرس خانوادگی مرتبط با AD/HD در کودکان سنین مختلف، پسر و دختر، کودکان دارای سطوح متفاوت نشانه‌شناسی و به طور کلی برای مادران و پدران شده است (بیکر ۱۹۹۴، بک یونگ<sup>۱</sup> و تارنوسکی، ۱۹۹۰؛ برین و بارکلی، ۱۹۸۸؛ بایرن و همکاران ۱۹۹۸، دوپال و همکاران ۲۰۰۱؛ شلتون و همکاران ۱۹۹۸). با این وجود، بعضی پژوهش‌ها این یافته را تأیید نمی‌کنند (مورفی و بارکلی، ۱۹۹۶).

علاوه بر استرس فرزندپروری، بسیاری از پژوهش‌ها استرس کلی زندگی یا رفتاری‌های روانی - اجتماعی را در خانواده‌های کودکان دارای AD/HD بررسی کرده‌اند. اگر مورفی و بارکلی (۱۹۹۶) دریافتند که از نظر وقایع منفی

زندگی، هیچ تفاوتی بین خانواده‌های کودکان AD/HD و گروه کنترل وجود ندارد، بیدرمن، میلبرگر، فاورن، کیلی، گایت، مایک، آیلون، واربرتون و رید (۱۹۹۵) به این نتیجه رسیدند که با افزایش رفتاری‌های کلی زندگی (نظیر آسیب‌شناسی روانی مادر و پایگاه اقتصادی - اجتماعی) نسبت غیر عادی AD/HD نیز افزایش می‌یابد. با توجه به عمومیت رفتاری‌های خانوادگی بعنوان یک عامل خطر ساز، این پژوهش نشان داد که بین رفتاری خانوادگی و عملکرد کودک در خانواده‌های گروه کنترل نیز رابطه وجود دارد.

### هم‌مرزی با مشکلات سلوک

میزان رابطه‌ی AD/HD و مشکلات سلوک با استرس فرزندپروری مشخص نیست. آناستوپولوس، گاومونت، شلتون و دوپال (۱۹۹۲) با استفاده از تحلیل رگرسیون سلسه مراتبی نشان دادند که پرخاشگری کودک، شدت نشانه‌های AD/HD، وضعیت سلامتی و آسیب‌شناسی روانی مادر همگی واریانس بالای مادران از استرس فرزندپروری را تعیین می‌کنند. با وجود این تحلیل زیرگروه‌ها نشان داد که استرس فرزند پروری در مادران دارای کودکان AD/HD همراه با ODD نسبت به مادران کودکان دارای AD/HD بیشتر است.

در مورد رفتاری خانوادگی یا استرس کل زندگی، بسیاری از شواهد حاکی از این است که این عوامل خانوادگی با مشکلات سلوک کودکان AD/HD رابطه‌ای ندارد. جانستون (۱۹۹۶) لوینگ و همکاران (۱۹۹۶) بارکلی و همکاران (۱۹۸۹) نشان دادند که استرس زندگی مادران کودکان دارای AD/HD پرخاشگر و غیر پرخاشگر تفاوتی ندارد. سکاچاروتوک<sup>۲</sup> سکاچار و وچسماک به این نتیجه رسیدند که خانواده‌های دارای کودکان CD و AD/HD همراه با CD در مقایسه با خانواده‌های دارای

توانمند بودن) و مشکلات سلوک در خانواده‌های دارای کودکان AD/HD را مورد بررسی قرار دادند. نتیجه‌ی جالب این که مادرانی که وقت بیشتری را به کار مشغول بودند، بار کمتری از مراقبت کودک، بهزیستی فرزندپروری بیشتر و مشکلات سلوکی کمتری در کودک را گزارش کردند. در مقابل، زمانی را که پدران صرف کار می‌کردند با مشکلات سلوک کودک مرتبط بود به طوری که افزایش بار مراقبت مادران از کودک و کاهش در بهزیستی فرزندپروری مادران را به دنبال داشت.

### ارتباط بین استرس خانواده و AD/HD

با وجود ارتباط بین استرس خانواده با فرزندپروری و AD/HD کودک، چگونگی این ارتباط مشخص نیست. فیشر (۱۹۹۰) مش و جانستون (۱۹۹۰) بیش از ۱۰ سال قبل، ادبیات تأثیر استرس فرزندپروری را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که موجزترین توضیح این است که ویژگی‌های کودک AD/HD منجر به استرس خانواده یا فرزندپروری می‌شود. این پژوهش حاکی از آن است که استرس خانوادگی یا فرزندپروری ممکن است مشکلات موجود کودک را وخیم‌تر کند و بعضی از اثرات رفتار کودک بر استرس فرزندپروری نیز ممکن است به طور غیرمستقیم ناشی از ناسازگاری زناشویی باشد. با این وجود، در اطلاعات و یافته‌های موجود ضعف و ناهمسانی وجود دارد. به عنوان مثال، مش و جانستون (۱۹۸۳a) نتیجه گرفتند که والدین کودکان کم‌سن نسبت به والدین کودکان با سن بالاتر، استرس فرزندپروری بیشتری دارند. در مقابل توضیحات مربوط به تأثیر کودک، بیستمن و همکاران (۱۹۹۲) به این نتیجه دست یافتند که اگر چه استرس فرزندپروری پس از آموزش به والدین، کاهش می‌یابد، اما این کاهش با بهبود رفتارهای کودک ارتباطی ندارد. اخیراً ولز و همکاران (۲۰۰۰) بیان کردند که بین اثرات درمان‌های رفتاری، دارویی رفتاری - دارویی و مراقبت اجتماعی بر استرس فرزندپروری خانواده‌های دارای کودکان AD/HD تفاوتی وجود ندارد. سرانجام مش و جانستون (۱۹۸۳c) با بیان این نکته که استرس کل زندگی جدای از AD/HD کودک در مشکلات خانواده نقش دارد، اظهار داشتند که

کودکان AD/HD و گروه‌های کنترل رفتاری‌های روانی- اجتماعی بیشتری (نظیر فقر، بیکاری، مشکلات بهداشت روانی) را تجربه کرده‌اند. پژوهش بعدی نشان داد که خانواده‌های دارای کودکان AD/HD نسبت به گروه کنترل رفتاری‌های بیشتری داشتند. نتایج پژوهش ریوز و همکاران (۱۹۸۷) نیز نشان داد که خانواده‌های کودکان دارای هم مرضی در مقایسه با خانواده‌های کودکان دارای AD/HD، اضطراب یا گروه کنترل رفتاری‌های بیشتری داشتند. گزارش مادران نشان داد که استرس زندگی در دو گروه AD/HD و همبود بیشتر از گروه کنترل بود. موفیت (۱۹۹۰) در یک پژوهش طولی بر روی پسران ۱۳-۵ ساله به این نتیجه دست یافت که پسران دارای AD/HD همراه با بزهکاری نسبت به پسران دارای AD/HD به تنهایی یا گروه کنترل رفتاری‌های خانوادگی بیشتری داشتند.



نتایج پژوهش تایت و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داد که رویدادهای زیان‌آور زندگی با ODD و CD کودکی مرتبط است نه با AD/HD. مطالعات چندی که پیرامون رابطه‌ی بین استرس و AD/HD مشکلات سلوک، نقش وضعیت اقتصادی و شغلی را بررسی کرده‌اند، در فهم این رابطه بر اهمیت متغیرهای چندگانه شامل جنبه‌های برون خانوادگی زندگی والدین تأکید کرده‌اند. بالدوین<sup>۳</sup>، برون<sup>۴</sup> و میلان (۱۹۹۵) در پژوهشی که بر روی نمونه‌ای با وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که مسایل اقتصادی باعث بیشترین استرس در خانواده می‌شود، اما AD/HD کودک و مقابله‌ی والدین نیز نقش دارد - حتی زمانی که شرایط اقتصادی کنترل شود. هاهاروی (۱۹۹۸) روابط بین وضعیت شغلی، میزان زمان مراقبت از کودک، بهزیستی فرزندپروری (نظیر استرس و

تغییرات در خودکارآمدی والدین با بهبود رفتار کودکان AD/HD هیچ ارتباطی نداشت.

### هم مرضی با مشکلات سلوک

ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که تنها یک پژوهش تأثیر هم‌ایندی مشکلات سلوک را بر احساس توانمند بودن در فرزندپروری مورد بررسی قرار داده است. جانستون (۱۹۹۶) دریافت که با وجود این که در رفتارهای فرزندپروری کودکان بدون مشکل و کودکان دارای AD/HD همراه با پرخاشگری بالا و پایین تفاوت‌های جزئی وجود دارد، والدین گروه AD/HD دارای پرخاشگری بالا، نسبت به والدین گروه AD/HD بدون پرخاشگری (یا با پرخاشگری پایین)، احساس توانمندی متغیری را در فرزندپروری گزارش کردند. در حالی که مادران کودکان بدون مشکل بالاترین سطح احساس توانمندی در فرزندپروری را گزارش کردند. به طور کلی مشخص شد که احساس توانمندی در فرزندپروری با AD/HD و مشکلات سلوک رابطه دارد، اما شاهرایی که از طریق آن، چگونگی تأثیرگذاری این ارتباط را مشخص کند هنوز مورد بررسی و پژوهش قرار نگرفته است.

### انتظارات والدین و اسنادهای رفتار کودک

سونگا-بارک و گولدفوت (۱۹۹۵) دریافتند که مادران پسران دارای AD/HD نسبت به مادران دارای کودکان بدون مشکل، انتظار کمتری از بهبود و رشد کودکانشان دارند. با وجود هم‌تراز نکردن کودکان براساس بهره هوشی این تفاوت‌ها حاکی از آن است که یا مادران توانایی‌های کودکانشان را دست کم می‌گیرند و یا کودکان کمتر از توانایی و قابلیت‌های خود عمل می‌کنند. سایر پژوهش‌ها بر اسنادهای والدین از رفتارهای کودکان AD/HD تمرکز کرده‌اند. جانستون و فریمن (۱۹۹۷) و جانستون، رینولدز، فریمن و گلر (۱۹۹۸) اسنادهای رفتار کودکان را در والدین کودکان دارای AD/HD و بدون مشکل مقایسه کردند. نتایج نشان داد که والدین کودکان دارای AD/HD نسبت به والدین کودکان بدون مشکل، رفتارهای کودکان خود را ثابت، تغییر ناپذیر و غیرقابل کنترل می‌دانستند و واکنش‌های منفی بیشتری به این رفتارها نشان می‌دادند. در

استرس زندگی مادران و احساس توانمند بودن در فرزندپروری، حتی اگر تأثیر رفتار کودک کنترل شود، رفتار مادران در تعامل با کودکان را پیش‌بینی می‌کند.

### شناخت‌های والدینی

#### احساس توانمندی در فرزندپروری

با توجه به وجود استرس و مشکلات والد-کودک در خانواده‌های دارای کودک AD/HD، این مهم است که بدانیم نگرش والدین به خودشان بعنوان یک والد چگونه است. شلتون و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند که مادران کودکان پیش‌دبستانی بیش فعال - پرخاشگر نسبت به مادران کودکان بدون مشکل، کارآمدی و رضایت فرزندپروری کمتری دارند. هم‌چنین مش و جانستون (۱۹۸۲a) به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان دارای AD/HD به خصوص کودکان مسن‌تر در مقایسه با مادران کودکان بدون مشکل احساس توانمندی کمتری در فرزند پروری داشتند. اگر چه این یافته‌های مقطعی بیانگر شاهرای اثرات ناموفق فرزند پروری است اما در طرح‌های طولی نیز باید تایید شود. مش و جانستون در حمایت از ماهیت ارتباط درونی ویژگی‌های والد-کودک، وجود ارتباط بین احساس توانمندی در فرزندپروری و رفتار فرزندپروری مادران (مش و جانستون، ۱۹۸۳) و رفتار کودکان دارای AD/HD با خواهر و برادرانشان را تأیید کردند (مش و جانستون، ۱۹۸۳b).

سرانجام، سوبول، آشبورن، ارن و کانینگهام (۱۹۸۹) اظهار داشتند که مادران گروه کنترل، علل رفتار کودکانشان را بی‌ثبات و غیر قابل پیش‌بینی می‌دانستند و کمتر امیدوار بودند که در کنترل و اراده‌ی فرزندشان موفق شوند.

در تضاد با این یافته‌ها، جانستون و پلهام (۱۹۹۰) در خانواده‌های کودکان AD/HD بین احساس توانمند بودن در فرزندپروری و رفتار کودک و مادر هیچ ارتباطی نیافتند. بک و همکاران (۱۹۹۰) نیز هیچ تفاوتی در احساس توانمند بودن در فرزندپروری مادران دارای پسران AD/HD و بدون مشکل نیافتند. پسترمن و همکاران (۱۹۹۲) نشان دادند که اگر چه احساس توانمند بودن در فرزندپروری در خانواده‌هایی که آموزش دیدند افزایش یافت، اما این

والدین در خانواده‌های دارای کودکان AD/HD مرتبط است. با این وجود، تأثیر رفتار هم‌مرض بر اسناد نشانه‌های AD/HD هنوز روشن نیست.

### رابطه بین شباهت‌های والدین و AD/HD

پژوهش‌ها حاکی از آن است که الگوهای خاصی از شناخت‌های والدین با AD/HD کودک مرتبط است، اما چگونگی این ارتباط مشخص نیست. تحقیقاتی که به منظور درک شناخت‌های والدین، خود رفتار کودک را دستکاری می‌کنند، نشان می‌دهند که رفتارهای کودکان ممکن است ناشی از الگوهای متفاوتی از شناخت‌های والدین باشد (مثلاً بوندی و مش، ۱۹۹۹؛ جانستون و فریمن، ۱۹۹۷؛ سوپول<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). اسنادهای والدین برای رفتارهای کودکان AD/HD با وضعیت درمان کودک نیز مرتبط است. برای مثال جانستون و همکاران (۲۰۰۰) و جانستون و لیونگ (۲۰۰۱) به این نتیجه رسیدند که وقتی کودک دارودرمانی شده بود، مادران رفتارهای مثبت کودک را ثابت و نشانه‌های AD/HD و ODD را ناشی از عوامل بیرونی، بی‌ثبات و قابل کنترل توسط کودک ارزیابی کردند. اگر چه این مطالب برای درمان AD/HD کاربردهای جمعی دارند، اما مؤید این مطلب است که رفتار کودک و تغییرات رفتاری کودک بر شناخت‌های والدین تأثیر دارد. نقش اسنادهای والدین در تعیین پاسخ‌های کودکان به انتخاب‌های متنوع درمان سؤال مهمی برای پژوهش‌های آینده است (موریسی - کین و پرینز، ۱۹۹۹). اینکه شناخت‌های والدین متغیر به رفتارهایی در رفتار AD/HD کودک می‌شود، هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است. با این وجود، مطالعات در مورد مشکلات برونی شده کودک اثبات کرده‌اند که شناخت‌های والدین به واسطه‌ی تأثیر شناخت بر رفتار والدین، رفتار کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بعنوان مثال هور و میلیچ (۱۹۹۴) مادرانی که رفتارهای مشکل دار فرزندانشان را حساسیت به دارونما می‌دانستند مورد مطالعه قرار دادند. با استفاده از یک آزمایش، قبل از تعاملات مادر - پسر به مادران گفته شد که پسران آنها دارونما دریافت کرده‌اند. در تأیید انتظارات مادر، مادران در موقعیت دارونما (sugar) پسرانشان را هنگام عامل بیش فعال‌تر و انتقادی ارزیابی کردند در حالی که

مقابل والدین کودکان دارای AD/HD، رفتار کودکان را بی‌ثبات و تغییر پذیر می‌دانستند. بعلاوه، والدین AD/HD کمتر خود را مسوول رفتار کودک می‌دانستند (خود را مسوول رفتار کودک نمی‌دانستند).

### مادران کودکان پیش‌دبستانی

**بیش فعال - پرفاشگر نسبت به مادران کودکان بدون مشکل، کارآمدی و رضایت فرزندی کمتری دارند**

اگر چه پژوهش پیرامون انتظارات و اسنادهای والدین از رفتار کودک به تازگی آغاز شده است، اما تفاوت‌های به دست آمده در این مورد نشان می‌دهد که این مسأله موضوع تحقیقی جمعی در آینده است.

### هم‌مرضی با مشکلات سلوک

فریمن، جانستون، بارث<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) و فریمن (۱۹۹۹) تأثیر هم‌مرضی AD/HD و ODD را بر اسنادهای والدین کودکان AD/HD مورد بررسی قرار دادند. رفتارهای ODD نسبت به رفتارهای AD/HD توسط کودک قابل کنترل‌تر بودند (نشانه‌های AD/HD و بیش‌فعالی - تکانشی عمدی و قابل کنترل‌تر از نشانه‌های بی‌توجهی بودند). رفتارهای ODD یا AD/HD بعنوان رفتارهایی ثابت و تغییر ناپذیر با واکنش‌های منفی فرزندی مرتبط بود. هنگامی که کودک دارای رفتارهای ODD یا AD/HD بود، اسناد نشانه‌های AD/HD به مسوولیت‌پذیری والدین و کنترل کودک افزایش می‌یافت (جانستون و پاتنود<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴). اما در مطالعه‌ی فریمن و همکاران (۱۹۹۲) اسناد نشانه‌های AD/HD به مسوولیت‌پذیری والدین و کنترل کودک کاهش یافت. بارکلی و همکاران (۱۹۹۲) به این نتیجه رسیدند که مادران نوجوانان دارای AD/HD همراه با ODD نسبت به مادران دارای نوجوان AD/HD به تنهایی، دید بدی نسبت به رفتار نوجوانانشان دارند. اما مادران نوجوانان بدون مشکل با هیچ یک از این دو گروه تفاوتی نداشتند. بنابراین همسان با پژوهش‌های انجام شده پیرامون پرخاشگری کودک (مثل دیکس و اچمن، ۱۹۹۰) مشکلات سلوک با اسنادهای منفی

بارکلی، ۱۹۹۶؛ لکاهیل و همکاران، ۱۹۹۹؛ شلتون و همکاران، ۱۹۹۸). بیدرمن و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند که مشکلات سلوکی و خلقی، سوءاستفاده از مواد و اختلال‌های اضطرابی و AD/HD در بستگان درجه یک کودکان دارای AD/HD بیشتر از گروه کنترل است. همچون حیطه‌های دیگر، در این مطالعات مشخص نشده تا چه اندازه این مشکلات خاص کودکان AD/HD، زیرگروه‌های AD/HD و یا همبود با مشکلات سلوک است.



### هم‌مرزی با مشکلات سلوک

به طور کلی پژوهش‌ها حاکی است که آسیب‌شناسی روانی در والدین دارای کودکان AD/HD همراه با مشکلات سلوک از والدین دارای کودکان AD/HD به تنهایی، بیشتر است (بارکلی و همکاران، ۱۹۸۹، ۱۹۹۱، فاورن و همکاران، ۱۹۹۱، فورد و همکاران، ۱۹۹۹، لاهی و همکاران، ۱۹۸۸، لاهو، روسو، والکر و بیاستین، ۱۹۸۹، اسکاچرو و اسماچ، ۱۹۹۰). با این وجود، اثرات این هم‌مرزی همیشه روشن و ثابت نیست. مک‌گی و همکاران (۱۹۸۴) در یک نمونه همه‌گیرشناسی به این نتیجه رسیدند که بین میزان آسیب‌شناسی روانی والدین دارای پسران AD/HD، پرخاشگر و همبود هیچ تفاوتی وجود ندارد، هر چند، آسیب‌شناسی روانی در گروه‌های بالینی نسبت به گروه‌های کنترل بیشتر بود. اگر چه بارکلی و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند که مشکلات روان‌شناختی در مادران دارای AD/HD + ODD مراجعه کننده به کلینیک بیشتر از گروه‌های کنترل است، اما مادران دارای کودکان AD/HD به تنهایی در سطح متوسط قرار گرفتند و با گروه کنترل هم‌مرض تفاوت معناداری نداشتند. اگر چه جانستون (۱۹۹۶)، نیگ و هیشاو (۱۹۹۸) دریافتند که مشکلات

پسران‌شان در موقعیت دارونما واقعاً آرام‌تر بودند.

گام مهم بعدی این است که تعیین کنیم آیا تفاوت‌های موجود در اسنادهای والدین کودکان دارای AD/HD و بدون مشکل با واکنش‌های متفاوت والدین به کودکان و متعاقب آن رفتارهای متفاوت کودکان مرتبط است. پژوهش اخیر جانستون، سکولار، اوهان و گراتر، آندرو<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نشان داد که اسنادها و واکنش‌های والدین به رفتار کودک در والدین کودکان بدون مشکل نسبت به والدین کودکان دارای AD/HD قوی‌تر است. بنابراین طبق این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای دیگری به جز اسنادها، احتمالاً در روابط عاطفی و چگونگی پاسخ‌های فرزندپروری خانواده‌های کودکان دارای AD/HD مهمتر هستند. بررسی اثرات متقابل رفتار والد و کودک و شناخت‌های والدین در خانواده‌های دارای کودکان AD/HD نیازمند پژوهش‌های بیشتری است. چنین تحقیقی باید زمانبندی تحولی این تأثیرات و اثر تعاملی بالقوه مشکلات سلوک را هدف قرار دهد.

### عملکرد روان‌شناختی والدین

#### سازگاری کلی

در این بخش ابتدا پژوهش‌های مربوط به والدین دارای AD/HD را بررسی می‌کنیم که به سطوح کلی آسیب‌شناسی روانی پرداخته‌اند و یا از مقیاس‌های چند بعدی آشفته‌گی‌های روان‌شناختی استفاده کرده‌اند، سپس به مطالعاتی می‌پردازیم که بر جنبه‌های خاص عملکرد روان‌شناختی (نظیر افسردگی، سوء مصرف الکل) تمرکز کرده‌اند. نگرانی کلی در این حیطه این است که ویژگی‌های پدران از طریق گزارش مادران ارزیابی شده است (لاهی و همکاران، ۱۹۹۸). گزارش مادران از پدران غایب (مثل همسر سابق) نیز خالی از سوگیری نیست، اگر چه گزارش مادران از این موقعیت‌ها با گزارش آنها از پدران غایب، مطابقت دارد (فنیفز، مک‌بارنت و اسمیت، ۱۹۹۹). اما اطلاعات حاصل از گزارش پدران بهتر است.

به طور کلی پژوهش‌ها حاکی از افزایش مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان دارای AD/HD در گستره سن کودکی در نمونه‌های جامعه و مراجعه کنندگان به کلینیک است (بفرا و بارکلی، ۱۹۸۵؛ مورفی و

AD/HD کودک بدون استثناء نیست.

بعنوان مثال، برین و بارکلی (۱۹۸۸) بین افسردگی مادران کودکان AD/HD و کودکان بدون مشکل هیچ تفاوتی نیافتند، هرچند مادران هر دو گروه در مقایسه با گروه کودکان دارای مشکلات روان‌پزشکی افسردگی کمتری داشتند. نتایج برای پدران نیز متغیر بود. بعنوان مثال، اگر چه کاینگهام و همکاران (۱۹۸۸) بین افسردگی والدین کودکان AD/HD و گروه کنترل تفاوتی نیافتند اما براون و همکاران (۱۹۸۸) در پدران کودکان AD/HD افسردگی بیشتری را مشاهده کردند. براون و پسین (۱۹۸۹) گزارش کردند که والدین کودکان AD/HD نسبت به والدین دو گروه کودکان دارای اختلالات یادگیری و رشدی و گروه کنترل بدون مشکل، افسردگی بیشتری دارند. یافته‌ها پیرامون ارتباط بین اختلالات عاطفی والدین و AD/HD کودک، زمانی که مشکلات سلوک کنترل شده باشد، ناهمسان است.

### هم‌مرضی با مشکلات سلوک

متأسفانه، ارتباط بین اختلالات عاطفی والدین و AD/HD کودک، زمانی که اختلالات سلوک را در نظر می‌گیریم، همسان و ثابت نمی‌ماند. استورمونت-اسپورگین و زنتال (۱۹۹۵) هیچ تفاوتی بین افسردگی مادران در کودکان پیش‌دستانی بیش‌فعال، پرخاشگر، بیش‌فعال - پرخاشگر و بدون مشکل نیافتند. فرگوسن و لیسکنی (۱۹۹۳) به این نتیجه رسیدند که افسردگی مادران با مشکلات سلوک و توجه در کودکان همبسته است، البته زمانی که وضعیت زناشویی و اقتصادی - اجتماعی کنترل می‌شد این روابط معنادار نبود. به طور کلی فارون و بیدرمن (۱۹۹۷) با مروری بر مطالعات انجام شده در مورد افسردگی والدین و AD/HD کودک نتیجه گرفتند که شواهد مستدلی برای ارتباط خانوادگی این اختلال وجود دارد. آنها بیان کردند که اگر چه این ارتباط، در خانواده‌های کودکان AD/HD همراه با CD قوی‌تر است، اما بسیاری از شواهد حاکی از آن است که افسردگی عامل خطر ساز مرتبط با AD/HD کودک به شمار می‌آید.

### سوء مصرف از الکل

اگر چه بعضی از پژوهش‌ها اعتیاد والدین به الکل را

روان‌شناختی در پدران دارای کودکان AD/HD همبود بیشتر از گروه کنترل است، اما تفاوت پدران کودکان دارای AD/HD به تنهایی کمتر مشخص است، مادران کودکان هر دو گروه دارای AD/HD به تنهایی و همبود نسبت به گروه کنترل مشکلات بیشتری داشتند. نیگ و هشاو همچنین به این نتیجه رسیدند که روان‌آزردگی مادر، پرخاشگری کودک را تنها برای کودکان دارای AD/HD پیش‌بینی می‌کند نه برای گروه کنترل، به نظر می‌رسد که بین بدکارکردی مادر و آسیب‌پذیری کودک تعامل وجود دارد. سرانجام، کوهن، سکاچار و تانوک (۱۹۹۷) به این نتیجه دست یافتند که آسیب‌شناسی روانی بالا تنها در مادران کودکان همبود AD/HD و CD وجود دارد نه همبود با ODD.

به طور کلی یافته‌ها پیرامون نقش دقیق آشفته‌گی‌های روان‌شناختی بر مشکلات سلوک کودک پیچیده است. اگر چه میزان آشفته‌گی‌های والدین همیشه در گروه‌های هم‌مرض بالاست اما این امر خود دلیلی است بر این که آشفته‌گی در گروه‌های AD/HD به تنهایی، بیشتر از گروه کنترل است.

### افسردگی و اضطراب

بیدرمن، نی، آرمتونو و همکاران (۱۹۸۷) فارون، بیدرمن، چن و میلبرگر (۱۹۹۵) نشان دادند که اختلالات عاطفی در خویشاوندان پسران دارای AD/HD بیشتر از خانواده‌های بدون مشکل است. پرین و لاس (۱۹۹۶) به این نتیجه رسیدند که اختلالات اضطرابی در بستگان مؤنث (زن) کودکان دارای AD/HD بالاست. چندین پژوهش نشان داد که افسردگی در مادران کودکان دارای AD/HD در مقایسه با گروه کنترل بدون مشکل بیشتر است (بفرا، بارکلی، ۱۹۸۵، براون، یوردن، گلینگر من<sup>۱</sup>، جنکینز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸، کاینگهام و همکاران، ۱۹۸۸). هر چند مطالعه‌ی اخیر نشان داده است که افسردگی ممکن است خاص مادرانی باشد که کودکانشان مجموعه‌ای از زیرگروه‌های AD/HD را دارند و یا خاص مادرانی باشد که دارای بیش از یک کودک بیش‌فعال هستند (وست، هاگتون، دوگلاس، وال و ویتین، ۱۹۹۹).

با این وجود، رابطه‌ی بین اختلالات عاطفی والدین و

احتمال خطر سوء مصرف مواد در خویشاوندان کودکان دارای AD/HD همراه با CD، بیشتر از کودکان AD/HD همراه با ODD، به تهابی و گروه‌های کنترل بهنجار است. اگر چه کاپرمن، اسلکوسر، لیدرال و ریچ (۱۹۹۹) نتیجه گرفتند که اعتیاد والدین به الکل با خطر بالای AD/HD و CD مرتبط بود، اما فرزندپروری نامناسب تنها با CD مرتبط بود نه با AD/HD. در نمونه‌های جامعه این امکان نیز وجود دارد که ارتباط سوء مصرف الکل والدین و با AD/HD کودک ضعیف‌تر از ارتباط آن با مشکلات سلوک باشد. کاربونا و همکاران (۱۹۹۸) به این نتیجه رسیدند که بهترین وجه افتراقی پسران دارای پدران الکلیک و غیر الکلیک پرخاشگری فیزیکی و اضطراب پایین است نه بیش‌فعالی.

پلهام و همکارانش روابط علی بین مصرف الکل والدین، رفتار فرزندپروری و نشانگان AD/HD کودک و ODD/CD را بررسی کردند. لانگ، پلهام، جانستون و گرلنتر (۱۹۸۹) در نمونه‌ای از بزرگسالان جوان به این نتیجه رسیدند که تعامل با استرس و مصرف الکل را حداقل برای جنین مذکر افزایش می‌دهد. این یافته‌ها در تحقیق پلهام و همکاران (۱۹۷۷) در والدین کودکان بدون مشکل بخصوص پدران و مادران مجرد نیز تکرار شد. با این وجود، چنین نتایجی در نمونه‌ای از والدین دارای کودکان AD/HD و یا کودکان ODD/CD یافت نشد (پلهام و همکاران، ۱۹۹۸). تحلیل نشان داد که یافتن اثرات مصرف الکل ناشی از مشکلات هم مرضی در کودک نبود بلکه به دلیل این بود که اثرات آن تحت تأثیر تاریخچه الکلیسم خانواده است. تنها، والدین دارای تاریخچه سوء مصرف الکل پس از تعامل با کودک الکل مصرف کردند. همچنین این محققان تأثیر الکل بر رفتار فرزند پروری را مورد بررسی قرار دادند (لانگ، پلهام، اتکسون و مورفی، ۱۹۹۹). نتایج این مطالعات نشان داد که اثرات الکل و رفتار فرزندپروری دوجانبه است. تعامل با کودکان دارای ADHD، مشکلات سلوک، به علل ماهیت فشارزا بودن رفتارهای کودک، می‌تواند مصرف الکل را دست کم در والدینی که در معرض خطر مشروب خواری هستند، افزایش دهد. مصرف الکل در والدین منجر به رفتارهای نامؤثر فرزندپروری و به

با مشکلات عمومی رفتار کودک مرتبط می‌دانند. (سی، اف. وست و پرینز، ۱۹۹۸)، اما میزان رابطه آن با الکل مورد سؤال است، کادورت و استوارت (۱۹۹۱) در نمونه‌هایی از جامعه، بین اعتیاد والدین به الکل (الکلیسم والدین) و AD/HD کودک رابطه‌ای نیافتند. سزاتاماری، آفورد و همکاران (۱۹۸۹) بیان کردند که مشکلات مصرف الکل در خانواده‌های کودکان دارای AD/HD نسبت به گروه کنترل بیشتر است.

مارتین و همکاران (۱۹۹۴) پسران پدران با و بدون سابقه اعتیاد به الکل را مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که پسرانی که پدرانشان دارای سابقه اعتیاد به الکل بودند، پرخاشگری، بی‌توجهی و تکانشگری بالایی داشتند، اما در بیش‌فعالی تفاوتی نداشتند. کانینگهام و همکاران (۱۹۸۸) گادو و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه دست یافتند که والدین دارای کودکان AD/HD نسبت به والدین گروه کنترل میزان بالایی از مصرف الکل را گزارش کردند، هرچند گادو و همکاران دریافتند که میزان بالای مصرف الکل فقط در والدین کودکانی است که ترکیبی از زیرگروه‌های AD/HD را دارند.

**هیچ تفاوتی بین افسردگی مادران در کودکان پیش‌دبستانی بیش‌فعال، پرخاشگر، بیش‌فعال - پرخاشگر و بدون مشکل وجود ندارد**

مولینا، پلهام و لانگ (۱۹۹۷) والدین پسران دارای AD/HD و بدون مشکل را از نظر مصرف الکل و انتظارشان از تأثیر الکل مورد مقایسه قرار دادند. اما هیچ تفاوتی مشاهده نکردند. با این وجود، مادران کودکان دارای AD/HD معتقد بودند که مصرف الکل تعاملات منفی آنها با کودک را افزایش می‌دهد. از جمله نتایج دیگر این مطالعه این بود که علت تفاوت در رفتار مصرف الکل در گروه‌های کنترل و بالینی تا حدی مربوط به وضعیت اقتصادی - اجتماعی است بنابراین در چنین تحقیقاتی به ویژگی‌های دموگرافی نیز باید توجه داشت.

#### **هم‌مرضی با مشکلات سلوک**

نتایج پژوهش فارون و همکاران (۱۹۹۱) نشان داد که

## ADHD

نتایج بعضی از مطالعات نشان می‌دهد که ADHD در بستگان کودک دارای اختلال بیشتر است. ( فارون ، بیدرمن و میلیرگر ، ۱۹۹۴). بیدرمن ، فارون و همکاران (۱۹۹۵) در نمونه‌ای از ۸۴ والد با سابقه ADHD در کودکی ، به این نتیجه رسیدند که ۵۷ درصد از کودکان آنها ADHD دارند . ۸۴ درصد از والدین حداقل یک کودک دارای ADHD داشتند . این میزان ADHD در کودکان بالاتر از میزان گزارش شده در مطالعات بستگان درجه‌ی اول ADHD است. به نظر می‌رسد که بزرگسالان دارای این اختلال سبب‌شناسی خانوادگی قوی دارند.

میزان بالای ADHD در والدین کودکان دارای این اختلال بیانگر این است که در توجیه این رابطه چندین مکانیسم نقش دارد. اگر چه یک مؤلفه ژنتیکی مشترکی در مورد این ارتباط وجود دارد ، اما مکانیسم‌هایی روان‌شناختی و محیطی نظیر آشفتگی‌های روان‌شناختی و اعمال فرزندپروری نیز در این ارتباط نقش دارد. راکلیدج و کاپلان (۱۹۹۷) ، به این نتیجه دست یافتند که در میان مادران کودکان دارای ADHD ، مادرانی که خودشان نیز ADHD داشتند در مقایسه با مادران بدون ADHD ، افسردگی ، اضطراب ، عزت نفس ضعیف ، استرس بیشتر و راهبردهای مقابله‌ای ضعیف‌تری دارند. نتایج و تحقیق وینستین ، آفل و وینستین (۱۹۹۸) نشان داد که مادرانی که خودشان ADHD داشتند و دارای کودک ADHD نیز بودند در مقایسه با مادرانی که خودشان ADHD نداشتند اما دارای کودک ADHD بودند و یا مادران کودکان بدون مشکل ، مشکلات شخصیتی و روانپزشکی بیشتری را گزارش کردند. با این وجود هر دو گروه از مادران که کودک ADHD داشتند ، نسبت به مادرانی که کودکانشان مشکل نداشتند ، سوء استفاده جنسی و الکلیسم خانوادگی بیشتری را گزارش کردند.

آرنولد ، الری و ادواردز (۱۹۹۷) در مورد چگونگی تعامل ADHD بزرگسال با مهارت‌های فرزندپروری به یافته‌های جالبی دست یافتند. آنها زوج‌های مراجعه کننده به کلینیک را که دارای کودک ADHD بودند ، مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که مشارکت پدر

تبع آن بیش‌فعالی ، بی‌توجهی و تکانشگری کودک می‌شود. علی‌رغم دقت این مطالعات در مشخص کردن مکانیزم‌های ارتباطی مصرف الکل در والدین و مشکلات کودک ، ADHD و مشکلات سلوک با هم اشتباه می‌شوند. بنابراین بررسی اعتیاد بیرونی این یافته‌های مقایسه‌ای و مشخص کردن شاهراه‌های ارتباطی ADHD در برابر مشکلات سلوک با مشروب خواری والدین نیازمند تحقیقات بیشتری در آینده است.

## رفتار ضد اجتماعی

## هم‌مرزی با مشکلات سلوک

پژوهش‌ها در مورد رابطه‌ی ADHD و رفتار ضداجتماعی والدین ، حضور مشکلات سلوک را نیز مدنظر قرار داده‌اند. بیشتر این پژوهش‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ی رفتار ضد اجتماعی والدین با مشکلات سلوک قوی‌تر از رابطه آن با ADHD است و به عنوان مثال ، فریک ، کوپر ، سیلورستون و کونز (۱۹۹۵) به این نتیجه رسیدند که رفتار ضد اجتماعی مادر در کودکان مراجعه کننده با نشانه‌های سلوک مرتبط بود نه با ADHD . بیدرمن ، مونیز و کنی (۱۹۸۷) و بیدرمن و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند که اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بستگان کودکان دارای هم‌مرزی ADHD و ODD/CD نسبت به کودکان ADHD به تنهایی بیشتر از گروه کنترل بود. با این وجود ، کادروت و استیوارت (۱۹۹۱) دریافتند که ارتکاب جرم (جنایتکاری) در والدین حقیقی ، پیش‌بینی کننده‌ی ADHD در پسران فرزند خوانده است . در حالی که مشکلات روانپزشکی در والدین غیرحقیقی ، پیش‌بینی کننده‌ی مشکلات سلوک است. بنابراین اگر چه شواهد حاکی از آن است که رفتار ضد اجتماعی بیشتر با مشکلات سلوک مرتبط است تا با ADHD ، اما یافته‌ها ناهمسان است. مطالعات موجود آگاهی اندکی در مورد شاهراه تحولی زیر بنایی این ارتباط به دست می‌دهد.

ارتباط قوی عوامل خانوادگی با مشکلات سلوک و ADHD به صورت پیوستار است



بین بیش‌فعالی و بی‌توجهی کودک و والد در مادران نیز به دست آمد. بنابراین، با وجود ناهمسانی‌های جزئی، بیشتر مطالعات بدون در نظر گرفتن مشکلات سلوک حاکی از خطر بالای ADHD در خانواده‌های دارای کودک ADHD هستند.

### رابطه‌ی بین عملکرد روان‌شناختی والدین و ADHD

تحقیقات حاکی از آن است که در میان جنبه‌های متعدد عملکرد روان‌شناختی والدین، قوی‌ترین ارتباط بین ناسازگاری والدین و مشکلات سلوک کودک یافت شده است. اگر چه ADHD که با مشکلات سلوک همراه نباشد، ارتباط آن با عملکرد روان‌شناختی والدین ضعیف‌تر است. به نظر می‌رسد که ADHD والدین بیشتر با ADHD کودک مرتبط است تا مشکلات سلوک. با این وجود، شواهد مبنی بر همسانی شاهراه‌های تحولی با تأثیر تبدیلی آن اندک است. اثرات عملکرد روان‌شناختی والدین حداقل از طریق رفتارهای فرزندپروری میانجی می‌شود.



### نتیجه‌گیری و پیشنهادهایی برای تحقیقات آینده

از آنچه که مرور شد، دو نکته مهم به دست می‌آید. اول اینکه در یافته‌های به دست آمده، همسانی وجود ندارد. دوم اینکه، تحقیقات کافی در مورد روند تحولی ADHD با چگونگی ارتباطات ویژگی‌های خانوادگی و ADHD کودک وجود ندارد. قبل از پرداختن به این دو نکته‌ی مهم، به تعدادی از یافته‌های همسان اشاره می‌کنیم. با توجه به مطالعات انجام شده در مورد تعاملات والد - کودک و سوء مصرف الکل، شواهد مستدلی وجود دارد مبنی بر اینکه ADHD کودک می‌تواند بر رفتار والدین و سازگاری تأثیر بگذارد.

فاقد ADHD در فرزند پروری با فرزندپروری اثر بخش‌تر (کارآمد) مرتبط بود. اما در مشارکت پدر دارای ADHD در فرزندپروری، فرزندپروری ناکارآمد را پیش‌بینی می‌کرد. تفسیر واضح این یافته‌ها این است که ADHD پدران به توانایی و قابلیت آنها به عنوان پدری مؤثر و کارآمد صدمه می‌زد. ADHD در والدین باعث آسیب‌هایی در عملکرد والدینی می‌شود که فراتر از تأثیر ADHD کودک است. دو مورد درمانی از این فرضیه که ADHD والدین باعث ADHD یا مشکلات سلوک کودک می‌شود، حمایت می‌کند. ایوانز، والانو و پلهام (۱۹۹۴) مادری را توصیف کردند که ADHD او، باعث می‌شد تا نتواند رفتار کودک را کنترل کند. درمان تحریک روانی مادر نه تنها باعث کاهش نشانه‌های ADHD در او شد، بلکه توانایی‌اش را کنترل و مدیریت رفتار کودک را افزایش داد.

دالی و فریچ (۱۹۹۵) نیز مادری را توصیف کردند که ADHD داشت و بی‌قراری و حواس‌پرتی‌اش باعث می‌شود تا نتواند به خوبی نیازهای غذایی کودک‌اش را تأمین کند. درمان دارویی ADHD مادر، توانست تا حدی به او کمک کند تا نوزاد ۲ ماهه‌اش را رشد دهد.

### هم‌مرضی با مشکلات سلوک

فیک، لاهی و چریست، لوبر و گرین (۱۹۹۱) با مروری بر ارتباط بین ADHD والدین و هم‌مرضی ADHD کودک با مشکلات سلوک، به این نتیجه رسیدند که ADHD در میان بستگان پسران دارای ADHD بیشتر است در حالی که پسران CD دارند، هر چند رابطه‌ی اخیر با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی معنادار نبود. بیدرمن، مونیر و کنی (۱۹۸۷) فارون و همکاران (۱۹۹۵) و اسپچکار و وایچموت (۱۹۹۰) همگی اظهار داشتند که ADHD با و بدون هم‌مرضی ODD/CD در میان خانواده‌های با یک کودک ADHD نسبت به گروه‌های کنترل بیشتر است. همچنین لانی، پاترینت، شوارتز و رابرتز (۱۹۹۷) دریافتند که تاریخچه رفتاری بی‌توجهی - بیش‌فعالی کودکی پدر، پیش‌بینی‌کننده‌ی خاص بی‌توجهی و بیش‌فعالی در پسران بود، اما تاریخچه پدر از پرخاشگری و بی‌توجهی - بیش‌فعالی، هیچ‌کدام پرخاشگری پسران را پیش‌بینی نمی‌کند. این رابطه،

آشنایی با این اختلال، ممکن است، نشانه‌های بیشتری را در خودشان گزارش کنند (اگر چه فارون، بیدرمن، میک، ۱۹۹۷ هیچ تفاوتی در نشانه‌های گزارش شده توسط والدین دارای کودک ADHD و بدون کودک ADHD نیافتند). نگرانی روش‌شناختی دیگر مربوط به مطالعاتی است که گروه‌های ADHD و ADHD همراه با مشکلات سلوک را مقایسه کرده‌اند و در میان این گروه‌ها، نشانه‌های ADHD را شدیدتر یافته‌اند.

**با این وجود هر دو گروه از مادران که کودک ADHD داشتند، نسبت به مادرانی که کودکانشان مشکل نداشتند، سوء استفاده جنسی و الکلیسم خانوادگی بیشتری را گزارش کردند**

تفاوت تنها در نشانه‌های ADHD گزارش شده است (بارکلی، و همکاران، ۱۹۹۱، گامز و سانسون، ۱۹۹۴، لیونگ و همکاران، ۱۹۹۶، استورمونت - اسپورگین و زنتال، ۱۹۹۶). بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهند که مشکلات خانوادگی بیشتر در گروه‌های هم‌مرض، ممکن است ناشی از هم‌مرضی مشکلات سلوک و یا شدت بالای نشانه‌شناسی و ADHD باشد.

مسئله دیگر تأثیر بین عوامل خانوادگی و هم‌مرضی مشکلات سلوک است. کارلسون، تام و هوگان (۱۹۹۹) با مروری بر تحقیقات در مورد خانواده‌های دارای کودکان ODD و CD در تفسیر این ادبیات تحقیقی، مشکل هم‌مرضی با ADHD را مطرح کردند. آنها خاطر نشان ساخته‌اند که تعداد کمی از مطالعات ODD و CD را متمایز کرده‌اند و پیشنهاد کرده‌اند که CD به طور جداگانه با مشکلات خانوادگی مرتبط است اما ODD ممکن است قبل از اینکه مشکلات خانوادگی ظاهر شوند، با ADHD ترکیب شود. تفاوت‌های مشاهده شده در تحقیقات موجود ممکن است ناشی از نمونه‌های متفاوت باشد.

تحقیق در مورد نقش عوامل خانوادگی در ADHD بندرت تأثیر محیط فراتر از خانواده بخصوص بافت فرهنگی و قوی را در نظر گرفته است. بعنوان مثال، در کار با شناخت‌های اجتماعی والدین، با در نظر گرفتن ماهیت

همچنین با توجه به مطالعات انجام شده می‌توان گفت که تاریخچه خانواده بر ADHD و مشکلات سلوک اثر دارد. به عبارتی، همان‌گونه که مشکلات سلوک والدین و کودک رابطه دارند، ADHD کودک و والدین نیز با هم مرتبط هستند. سایر ویژگی‌های خانواده، نظیر تأثیر استرس زندگی یا آشفتگی زناشویی خاص ADHD یا مستقیماً علت بروز در آن نیست. سرانجام اینکه، نتیجه‌ی کلی که از این تحقیقات می‌توان گرفت، این است که ارتباط قوی عوامل خانوادگی با مشکلات سلوک و ADHD به صورت پیوستار است. با این وجود، بسیاری از تحقیقات از این نتایج حمایت نمی‌کند.

### ناهمسانی یافته‌ها

کلی‌ترین نتیجه‌ای که از این تحقیقات به دست می‌آید، این است که در دانش ما از خانواده‌های دارای کودکان ADHD ناهمسانی‌های زیادی وجود دارد. بعضی شواهد حاکی از آن است که بین عوامل خانواده، ADHD و مشکلات سلوک هیچ ارتباطی وجود ندارد. بعضی تحقیقات دیگر نشان می‌دهد که ADHD و مشکلات سلوک به طور مساوی با عوامل خانوادگی مرتبط هستند. سایر تحقیقات نشان می‌دهند که ارتباط عوامل خانوادگی با ADHD قوی‌تر از ارتباط آن با مشکلات سلوک است. چنین ناهمسانی‌هایی به سادگی با بیان متفاوت بودن روش‌های تحقیق یا نمونه‌ها قابل توضیح نیست. بنابراین در نتیجه‌گیری باید بسیار محتاط بود و قبل از اینکه به این نتیجه برسیم که آیا بین عوامل خانوادگی با ADHD و مشکلات سلوک و یا هر دو رابطه وجود دارد یا خیر، تحقیقات بیشتری نیاز است.

مسائل نظری و روش‌شناختی ممکن است تا حدی ناهمسانی یافته‌ها را توضیح دهد. مثلاً وقتی تشخیص ADHD یا مشکلات سلوک مبتنی بر گزارش‌های والدین باشد، این سؤال وجود دارد که چگونه مشکلات خانوادگی چنین گزارش‌هایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال برخی شواهد حاکی از آن است که مادران افسرده بعضی اوقات ادراک منفی از نشانه‌شناسی کودک دارند (فرگوسن، لینسکی، هورود، ۱۹۹۳، جانستون و شورت، ۱۹۹۳). مسأله دیگر این است که والدین دارای کودکان ADHD به دلیل

رابطه‌ی عوامل خانوادگی با ADHD باید متشابهات و تفاوت‌ها را در بین زیرگروه‌های این اختلال بررسی کند. سرانجام اینکه تحقیقات آینده باید علاوه بر تعاملات مادر - پسر و والدین، تعاملات سایر اعضای خانواده و روابط برادران و خواهران را نیز مد نظر قرار دهد.

### فقدان رویکرد آسیب‌شناسی روانی تحولی

مسئله‌ی حایز اهمیت دیگر فقدان تحقیقی است که بیانگر رویکرد آسیب‌شناسی تحولی به ADHD باشد. بیشتر مطالعات موجود از نوع همبستگی است. در نتیجه اطلاعات کمی را در مورد چگونگی رابطه‌ی بین عوامل خانوادگی و مشکلات ADHD در طول زمان به دست می‌دهد. ناهمخوانی یافته‌های تحقیقی بیانگر تفاوت‌های فردی این زمینه است که چگونه و چه زمانی عوامل خانوادگی با رشد ADHD و مشکلات سلوک مرتبط می‌شوند. همانگونه که در مقدمه نیز یادآور شد، عوامل خانوادگی و ویژگی‌های کودک در روش‌های مختلفی با هم تعامل می‌کنند و در نتیجه مسیرهای تحولی متفاوتی برای آشکار کردن نشانه‌شناسی ADHD و مشکلات سلوک وجود دارد.

به منظور درک و فهم این شاهراه‌های متفاوت نیاز است که گام‌های تجربی و نظری در این مورد برداشته شود. بی‌تردید به مدل‌های نظری و تحولی بیشتری در مورد عوامل خانوادگی و ADHD نیاز داریم، بیشتر مدل‌های نظری موجود در این حوزه، بر سهم زیست‌شناسی خانواده (فارون و بیدرمن، ۲۰۰۰) یا سهم محیطی خانواده در رشد ADHD و مشکلات سلوک تمرکز کرده‌اند (پاترسون و همکاران، ۲۰۰۰). با وجود ارزش این مدل‌ها، مدل‌های دیگری که بر تأثیر مستقیم، غیر مستقیم و یا دوطرفه محیط خانواده با ADHD تأکید کند نیز مورد نیاز است. ارزش و اهمیت هر یک از این مدل‌های نظری نه تنها در ضرورت آنهاست بلکه در توانایی‌شان در راهنمایی تحقیقات بعدی و حرکت روبه جلو ما در پیشبرد دانش است. از نظر تجربی، به تحقیقاتی نیاز است که چگونگی زمان تأثیر این شاهراه‌های متفاوت بر کودکان را بررسی کند، چنین رویکردی، نه تنها شاهراه‌های متفاوت را برای کودکان متفاوت ADHD شناسایی می‌کند بلکه یافته‌ها را هماهنگ و ما را در نتیجه‌گیری غنی و قاطع در مورد ویژگی‌ها و

اجتماعی چنین شناخت‌هایی، لازم است که به نوع فرهنگ و تعمیم‌پذیری توجه بیشتری شود. بوسینگ، اسچونیرگ و پدوین (۱۹۹۸). مدل‌های توضیحی ADHD که برای مادران سفیدپوست آمریکایی آفریقایی تبار دارای کودکان ADHD بکار رفت را مقایسه کردند. نتایج نشان داد که مادران آمریکایی آفریقایی تبار اطلاعات کمتری در مورد ADHD داشتند، کمتر احتمال داشت که این اختلال را ژنتیکی و یا پزشکی بدانند و یا درمان پزشکی آن را بپذیرند. این اثرات نژادی و قومی حتی با کنترل وضعیت اقتصادی - اجتماعی نیز تأثیر دارد. بنابراین در دیدگاه آسیب‌شناسی تحولی که در این مرور قابل دفاع است، در نظر گرفتن بافت اجتماعی و فرهنگی وسیع ADHD در مطالعات خانواده‌های کودکان دارای ADHD مورد تأکید است (الماروف، ۲۰۰۰).



علاوه بر فرهنگ، جنسیت و زیرگروه‌های ADHD نیز باید در نظر گرفته شوند. مطالعات آینده نیز باید بر چگونگی پویایی عوامل خانواده و کودک، که ممکن است منجر به ویژگی‌های متفاوت این کودکان شود، تمرکز کند. به عنوان مثال، پژوهش اخیر حاکی از آن است که توزیع نسبی تأثیرات ژنتیکی و خانوادگی مشترک و غیر مشترک ممکن است در بین دختران و پسران دارای ADHD متفاوت باشد (ری، والدمن، های، لوی، ۱۹۹۹). بنابراین مدل‌های توضیح دهنده رابطه‌ی خانواده با ADHD ممکن است نیاز باشد که جداگانه برای دو جنس بررسی شود. بعضی تحقیقات انجام شده در مورد ماهیت نوع بی‌توجهی ADHD حاکی از آن است که این نوع زیرگروه ADHD نیز ممکن است خود یک اختلال متفاوت باشد (بارکلی، ۱۹۹۷) و بنابراین مدل‌های توضیح دهنده

مقطعی یا آزمایشگاهی که سؤالات خاصی را در مورد تأثیرات شاهرها هدف قرار دهد. برای مثال، مطالعاتی که رفتار والدین یا کودک را در محیط آزمایشگاهی دستکاری می‌کنند در کسب اطلاعاتی راجع به این سؤال که آیا فرایند علی از کودک به والدین است یا برعکس، اطلاعاتی به دست می‌دهد.

همچنین مطالعات متمرکز بر مهارت‌های فرزندپروری و بزرگسالان دارای ADHD، بخصوص در رابطه با تعاملاتشان با کودکان نوجوان، اطلاعات مفیدی را در باره شاهرهای غیر زیست‌شناختی از تأثیر ADHD در بین اعضای خانواده و مقایسه‌ی تعاملات والدین دارای کودکان ADHD و برادر خواهران آنها افزایش می‌دهد و ممکن است اطلاعاتی در باره‌ی اثرات بنیادی ویژه در تعاملات با کودکان ADHD را به دست دهند. به طور کلی، مطالعاتی که در این حیطه انجام می‌شود، اگر دقیق باشند، هر یک تا حدی در حل معمای شاهرهای تحولی چندگانه کمک می‌کند.

خلاصه اینکه، ما بحث کردیم که چالش اولیه برای تحقیقات آینده در باره‌ی خانواده‌های کودکان دارای ADHD این است که ماهیت و زمان تأثیراتی را که در رابطه‌ی ویژگی‌های کودک و والدین نقش دارند، تصریح شود. اگر چه تعداد کمی از مطالعات آزمایشی و طولی به این موضوع پرداخته‌اند، اما تحقیقات آینده باید آن را مد نظر قرار دهند. به منظور کشف راه‌هایی که در آن آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی، فرزندپروری و ویژگی‌های والدین و تجارب کودکی در طول زمان با ایجاد و با تغییر شاهرها تحولی ADHD تعامل می‌کند، مهارت‌های بیشتری نیاز است. ما معتقدیم چنین تحقیقی در آگاه‌سازی از چگونگی مداخله و تلاش‌های پیشگیرانه برای خانواده‌ها و کودکانی که از آسیب‌های ADHD رنج می‌برند، مفید خواهد بود.

عملکرد خانواده‌های کودکان دارای ADHD یاری می‌کند. یک رویکرد پیشنهادی این است که از طرح‌های طولی استفاده کنیم. اگر چه ارزیابی و سنجش مشکلات سلوک و ADHD در سال‌های اولیه‌ی کودکی دشوار است، اما بازناسی اهمیت فرآیندهایی نظیر تنظیم و هیجان دلبستگی و رشد زبان می‌تواند در شناسایی انواع فرآیندهایی که احتمال دارد پیشرو در نشانه‌هایی باشد که در کودکان دوره‌ی دبستان شناسایی می‌شوند، کمک کند. چنین طرح‌هایی اگر از مقیاس‌های وسیع و چندگانه عصب‌شناختی، روان‌شناختی و ویژگی‌های اجتماعی استفاده کنند و اطلاعات مربوط به ترکیب ژنتیکی اعضای خانواده را (نظیر نمونه‌های DNA) را در نظر بگیرند، بسیار مفید خواهند بود.

**بهترین وجه افتراقی پسران دارای پدران الکلیک و غیر الکلیک پرفاشگری فیزیکی و اضطراب پایین است نه بیش‌فعالی**

مثلاً چنین طرح‌هایی ممکن است در مورد کودکانی که در معرض خطر ADHD هستند اما به دلیل محیط خانوادگی حمایت‌کننده به اختلال مبتلا نشده‌اند و یا در مورد اینکه عوامل خطر ساز محیطی ممکن است عملکرد عصب‌شناختی کودکان با و بدون آسیب‌پذیری به ADHD را تغییر دهد، اطلاعاتی به دست دهند.

همچنین طرح‌های طولی که در دوره‌ی ADHD والدین (در یک یا هر دو والد)، تعاملات والد-کودک و رشد کودک را مطالعه می‌کنند، ممکن است سهم عوامل ژنتیکی، فرزندپروری و یا هر دو را روشن کند. رویکرد دوم تحقیق در این حوزه که مکمل رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی ذکر شده در بالا است، عبارت است از مطالعات

**زیرنویس‌ها:**

- |            |                  |                |
|------------|------------------|----------------|
| 1. Young   | 5. Barth         | 9. Chen        |
| 2. Tannock | 6. Patenaude     | 10. Clingerman |
| 3. Baldwin | 7. Sobol         | 11. Jenkins    |
| 4. Brown   | 8. Gruter-Andrew |                |