

خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (قسمت اول)

مروری بر پژوهش‌های انجام شده و پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی

نویسندگان: شارلوت جانستون و اریک جی مش

مترجمان: فرشاد قدیری و محمود نجفی

چکیده

مجموعه حاضر، دانش موجود درباره‌ی ویژگی‌های خانوادگی کودکان دارای نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۱ (AD/HD) را تلفیق و موشکافانه ارزیابی می‌کند. شواهد حاکی از آن است که اختلال AD/HD با آشفتگی‌های خانوادگی و زناشویی، روابط ناکارآمد والد - کودک، عدم شناخت والدین از رفتار کودک، خودکارآمدی ضعیف در فرزندپروری، استرس بالای فرزندپروری و آسیب روانی والدین، بخصوص هنگامی که AD/HD با اختلال سلوک همراه است، مرتبط می‌باشد. با این وجود، دانش اندکی درباره‌ی مکانیزم‌های تحولی زیر بنای این ارتباطات و چگونگی تأثیرپذیری ویژگی‌های خانواده و کودک وجود دارد. علاوه بر این، تأثیر عواملی همچون جنسیت، فرهنگ و زیرگروه‌های AD/HD در مورد ارتباط بین AD/HD و عوامل خانوادگی ناشناخته است. در پایان پیشنهادهایی برای ضرورت انجام پژوهش‌هایی پیرامون گسترش و بسط دیدگاه آسیب‌شناسی روانی تحولی AD/HD ارائه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: AD/HD، خانواده، تعاملات والد-کودک، مشکلات سلوکی^۲.

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی^۳ یکی از اختلال‌های جدی و

جمعی است که تقریباً ۴ تا ۶ درصد کودکان به آن مبتلا هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و با گستره‌ای از آسیب‌های شایع و دراز مدت همراه است (بارکلی^۴، ۱۹۹۸). در سال‌های اخیر، در شناخت ماهیت این اختلال پیشرفت‌های چشمگیری حاصل شده است. مطالعات مولکولی و رفتاری نشان می‌دهد که ژن‌ها در این اختلال نقش دارند (فاراوان^۵ و همکاران، ۱۹۹۱، کوتسی^۶، و استیونسون^۷، ۲۰۰۰؛ سانوهارا^۸ و همکاران، ۲۰۰۰). در مورد نقایص مربوط به شناخت این اختلال نظریه‌های متعددی ارائه شده است (هر چند پیشرفت‌هایی در فهم ماهیت شناختی و زیستی این اختلال انجام شده، اما نظریه و پژوهش نظام‌دار و قاطعی در مورد جنبه‌های اجتماعی و بین‌فردی آن ارائه نشده است). اگر چه خانواده‌های کودکان AD/HD بیش از یک ربع قرن مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (باتل^۹ و لیبسی^{۱۰}، ۱۹۷۲، کمیل^{۱۱}، ۱۹۷۳) لذا اخیراً توجه به این موضوع کاهش یافته است و بسیاری از سوال‌های مربوط به خانواده‌های کودکان دارای AD/HD بی‌پاسخ مانده است. همچنین در سطح توصیفی، میزان مشکلاتی که این خانواده‌ها در حیطه‌های روابط خانوادگی و سازگاری والدین تجربه می‌کنند، نامشخص است.

دی گارمو^{۱۵} و ناتسون^{۱۶}، ۲۰۰۰). سپس، ویژگی‌های خانواده و چگونگی ارتباط آنها با AD/HD در چارچوب و آسیب‌شناسی روانی تحولی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در پایان نتیجه‌گیری و پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی ارائه شده است. امید به اینکه با مفهوم سازی نقش خانواده در AD/HD در چارچوب تحولی و بررسی نتایج و محدودیت‌ها، بتوانیم مسایل مبهم را روشن و مواردی که به پژوهش بیشتر نیاز است را مشخص کنیم. در جمع‌آوری و یافتن مقاله و پژوهش‌های انجام شده از خلاصه مقالات (مثلاً چکیده‌های روانشناسی) و مقاله‌های دارای کلمات کلیدی مربوط به AD/HD و سایر مطالعات انجام شده استفاده شده است (فریک^{۱۷}، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶؛ والن^{۱۸} و هانکر^{۱۹}، ۱۹۹۹). مطالعه‌ی حاضر بر مقاله‌های نوشته شده در طی ۲۰ سال گذشته با تأکید بر جدیدترین یافته‌ها، متمرکز است. با این وجود، بر حسب نیاز، از نوشته‌های پیشین نیز استفاده کرده‌ایم. یافته‌های اکثر مطالعات از خانواده‌هایی به دست آمده است که پسران آنها در سن مدرسه ابتدایی دارای نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی-تکانشی بوده‌اند. همچنین به پژوهش‌هایی که به دختران، افراد جوان‌تر یا مسن‌تر و یا به زیرگروه‌های AD/HD پرداخته‌اند، نیز اشاره شده است. نتایج بعضی از مطالعات حاکی از آن است که اثر جنسیت، فرهنگ و زیرگروه‌های AD/HD در مورد رابطه‌ی بین عوامل خانوادگی و AD/HD ناشناخته مانده است.

مفهوم سازی خانواده‌ها و اختلال AD/HD

چارچوب آسیب‌شناسی روانی تحولی پیش‌بینی می‌کند که ویژگی‌های AD/HD، عوامل خطر ساز و حمایتی نظیر عوامل خانوادگی و زیست‌شناختی چگونه بر سیر و تحول این اختلال تأثیر می‌گذارد (هیشاو^{۲۰}، ۱۹۹۴؛ کازدین^{۲۱} و



همین‌طور، ما به درستی نمی‌دانیم که مشکلات خانواده‌ها تا چه حد به مشکلات سلوک مربوط است که اغلب با AD/HD همراه است. مسأله دیگر این است که مفهوم سازی تحولی درباره‌ی چگونگی تأثیرگذاری عوامل خانوادگی بر AD/HD مورد بی‌توجهی قرار گرفته است.

مجموعه‌ی حاضر، پژوهش‌های مربوط به خانواده‌های دارای کودک AD/HD را گردآوری کرده و موشکافانه مورد ارزیابی قرار داده است. ابتدا مختصری در مورد چارچوب آسیب‌شناسی روانی تحولی ارائه می‌شود که در آن عوامل خانوادگی به طرق مختلفی با AD/HD مرتبط هستند (راتر^{۲۲} و سروف^{۱۳}، ۲۰۰۰). از چنین چارچوبی برای بیکپارچه کردن پژوهش‌های موجود و بررسی ویژگی‌های پویا و تحولی در تشریح ارتباط بین خانوادگی و AD/HD کودک استفاده می‌شود. مطالعه حاضر متشکل از بخش‌هایی است که جنبه‌های مختلف زندگی خانواده را نشان می‌دهد. برای هر جنبه ابتدا نشانه‌ها را با توجه به ارتباط بین عامل خانواده و کودک AD/HD و سپس اثر همراهی مشکلات سلوک را با این اختلال بررسی می‌کنیم. تأکید اساسی بر اختلال سلوک است، چون مشخص شده است که اختلال سلوک با اختلال AD/HD و ویژگی‌های خانواده مرتبط است (پاترسون^{۲۴}،

کاگان^{۲۲}، ۱۹۹۴؛ راتر و سروف، ۲۰۰۰). با توجه به چنین مدلی است که این امکان فراهم می‌شود تا کودکان در طول زمان به انحاء مختلف به این اختلال مبتلا شوند. از طرفی، ممکن است کودکانی باشند که AD/HD آنها از طریق عوامل خطر ساز زیست شناختی تعیین شود تا عوامل محیطی و دیگر مسایل خانوادگی از طرف دیگر. محیط خانوادگی خطر ساز، زمانی که با حداقل آمادگی‌های زیستی کودک همراه شود، ممکن است به عنوان عامل تعیین کننده‌ی نشانه‌های AD/HD عمل کند. در هر یک از موارد، طبیعت و محیط خانوادگی کودک کنش متقابل (تأثیر متقابل) دارند. به عبارت دیگر شرایط و ویژگی‌های فردی هر کودک، در نشانه شناسی AD/HD، با هم عمل می‌کنند و تأثیر دو طرفه دارند. بسیاری از متخصصان معتقدند که علت ناهمگن AD/HD، عوامل مختلفی است، چرا که ژن‌ها و محیط به طرق متفاوتی بر یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذارند و نیمرخ رفتاری یک اختلال را نشان می‌دهند (کمب، ۲۰۰۰؛ فاراوان و بیدرمن، ۱۹۹۸؛ راتر و سروف، ۲۰۰۰ و تیلور، ۱۹۹۹).

بسیاری از پژوهشگران اظهار می‌دارند که در این چارچوب تحولی، رایج‌ترین شاهراه در دسر AD/HD این است که کودکان با ژن AD/HD به دنیا می‌آیند و یا شاید مادرزادی آن را کسب کرده‌اند و یا نوعی آمادگی زیستی در ابتلاء به این اختلال دارند (مثلاً جیلیس^{۲۳}، گیلگر^{۲۴}، پنینگتون^{۲۵} و دیفریز^{۲۶}؛ گودمن^{۲۷} و استیونسون، ۱۹۸۹؛ میلبرگر^{۲۸}، بیدرمن^{۲۹}، فاراوان، گایت^{۳۰} و تسوانگ^{۳۱}، ۱۹۹۷). آمادگی زیستی ابتلاء به AD/HD نسبتاً شدید است (لوی^{۳۲}، هی^{۳۳}، مکلوگین^{۳۴}، وود^{۳۵} و والدسن^{۳۶}، ۱۹۹۶). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که بندرت می‌توان ژنتیک را تنها عامل AD/HD دانست زیرا

همسانی دوقلوهای یک تخمکی (MZ) به ۱۰۰ درصد نمی‌رسد (فاراوان و بیدرمن، ۲۰۰۰، کونتسی و استیونسون، ۲۰۰۰). بیش از ۵۰ درصد از کودکان دارای AD/HD، نابهنجاری‌های زیستی را که فرض می‌شود ارثی باشند، نشان نمی‌دهند (سوانسون^{۳۷} و همکاران، ۱۹۹۸). حتی با در نظر گرفتن آمادگی زیستی قوی ابتلاء به AD/HD، محیط خانوادگی بعنوان عاملی مهم در رشد، بروز و پیامدهای این اختلال محسوب می‌شود. ماهیت فشارزا، سخت و مزاحم (ناخوانده) بودن اختلال AD/HD کودک منجر به واکنش منفی اعضای خانواده می‌شود و روابط خانوادگی و روانشناختی والدین را مختل می‌کند. در این چارچوب، مشکلات خانوادگی خانواده‌های دارای کودکان AD/HD نتیجه‌ی ویژگی‌های این اختلال است. در بررسی‌های طرفی که آمادگی زیستی کودک و عوامل خطر ساز خانوادگی را مرتبط می‌کند، باید توجه داشت که AD/HD ممکن است خطر ژنتیکی مشترکی بین اعضای خانواده باشد. در این حالت، پویایی‌های متغیرهای خانوادگی و AD/HD کودک هم از طریق تأثیرات متقابل و هم ویژگی‌های ژنتیکی والدی و کودک اثر می‌پذیرد (بیدرمن، فاراوان و همکاران، ۱۹۹۵). حتی اگر مشکلات خانواده نتیجه‌ی AD/HD و یا آسیب پذیری ژنتیکی مشترک باشد، باز هم شرایط خانوادگی با ویژگی‌های کودک تأثیر متقابل دارد. در مسیر تحول، بدکارکردی خانواده، ممکن است به عنوان عاملی خطر ساز محسوب شود که با آمادگی کودک به بروز و تداوم نشانگان AD/HD تعامل کند. در این صورت، عوامل خانوادگی نه به عنوان علت اصلی بلکه به عنوان عامل مؤثر در روند تحول، با AD/HD مرتبط می‌شود. در بعضی مواقع ممکن است کودکی آمادگی زیستی نسبتاً اندکی به اختلال AD/HD داشته باشد، اما محیط خانوادگی آشفته

بی پاسخ، رفتارهای بیش فعالی، تکانشگری و بی توجهی کودک را تا حد بالینی وخیم تر می کند (گارلسون^{۳۸}، ژاکوب و تیز^{۳۹} و سراف، ۱۹۹۵). همان گونه که رفتارهای فرزندپروری حساس و پاسخگو باعث رشد مهارت های خودگردانی کودک می شود (کرنبرگ^{۴۰}، سپلتز^{۴۱} و دکلین^{۴۲}، ۱۹۹۳؛ کوچانسکا^{۴۳}، ۱۹۹۳؛ اولسون^{۴۴}، بیتس^{۴۵} و بیلز^{۴۶}، ۱۹۹۰). ناتوانی والدین در هماهنگ کردن رفتارهایشان با نیازهای کودک باعث بروز رفتارهای بازداری زدایی و کنترل نشده در بعضی کودکان می شود. ویژگی های کودک و خانواده با هم عمل می کنند، همان گونه که خلق بی توجه و تکانشی نوزادان مشکلاتی را برای والدین در درک و حساسیت به نوزادان مؤثر است، این امکان نیز وجود دارد که در محیط های خانوادگی حساس و پاسخگو - که عوامل حمایتی به شمار می آیند - رشد خودگردانی کودک تسهیل شود و در نتیجه حتی کودکانی که آمادگی زیستی برای AD/HD دارند ممکن است نشانه های اختلال آنها ضعیف شود و یا خاتمه یابد. شاید به دلیل تمرکز زیست شناختی در بیشتر پژوهش های حاضر، مربوط به AD/HD به این مسأله کمتر پرداخته شده است. بعضی پژوهشگران تأکید می کنند که محیط های خانوادگی نه تنها بر رشد نشانه شناسی AD/HD بلکه بر مشکلات سلوک که همزمان با این اختلال رخ می دهند نیز تأثیر دارند (فریک^{۴۷}، ۱۹۹۴؛ موفیت^{۴۸}، ۱۹۹۰). طرقی وجود دارند که در آنها ماهیت AD/HD کودک با فرزندپروری و عوامل خانوادگی که در بروز، پیشگیری و رشد مشکلات سلوکی نقش دارد تعامل می کند (لوپر^{۴۹}، گرین^{۵۰}، لاهی^{۵۱}، فریک و مکیورنت^{۵۲}، ۲۰۰۰).

این شاهراه ها، ارتباط بین عوامل خانوادگی و مشکلات سلوکی را با AD/HD به عنوان یک عامل خطر ساز یا

آسیب پذیر پیش بینی می کند (تیلور، چادویک^{۵۳}، هبتینستال^{۵۴}، دانکارتس^{۵۵}، ۱۹۹۶). خطر AD/HD از طریق دو مکانیسم است که احتمال دارد همزمان عمل کنند؛ ۱. بی توجهی و تکانشی بودن کودک را به اعمال فرزندپروری کمتر از حد بهینه مرتبط با مشکلات سلوکی (نظیر عدم ثبات و کنترل ضعیف رفتار کودک) حساس تر می کند. ۲. AD/HD کودک ممکن است به عنوان یک عامل فشارزا، در فرزندپروری مناسب، آسفتگی و اختلال ایجاد کند.

در بین شاهراه هایی که ذکر شد اثرات فرزندپروری و محیط خانوادگی فرض می شود که در تظاهرات رفتاری و ژنوتیپی آشکار می شود. با وجود این، ویژگی های محیط خانوادگی، طی رشد در ساختار زیستی کودک تغییراتی ایجاد می کند که شباهت زیادی با زیر ساخت های پیشنهاد شده نه تنها در سطح پردازش شناختی و روان شناختی بلکه در ساختار، عملکرد و سازمان های فرایندهای عصب شناختی زیربنای تظاهرات رفتاری نیز تأثیر دارد. به طور خلاصه، چارچوب آسیب شناسی روانی تحولی شاهراه های احتمالی را معرفی می کند که از طریق آن عوامل خانوادگی با رشد AD/HD و هر همبندی مشکلات سلوکی با آن مرتبط می شود. تشخیص شاهراه ها به فرضیه های گوناگونی بستگی دارد؛ از جمله توجه به ژنتیک در برابر علت شناسی محیطی AD/HD، اهمیت AD/HD در برابر مشکلات سلوک در روند رشد و وجود و عدم تأثیر محیط خانواده بر بروز AD/HD با در نظر گرفتن این شاهراه ها و فرضیه ها به بررسی پژوهش های موجود درباره ی خانواده های کودکان دارای AD/HD می پردازیم.

روابط خانوادگی: گزارش والدین از عملکرد خانواده
در این بخش، پژوهش هایی را بررسی می کنیم که جهت



نیافتند (بیرن، دی و ولف و مودن، ۱۹۹۸؛ کانینگهام، بینس^{۶۳} و سیگل، ۱۹۸۸). علاوه بر ناهمسانی یافته‌ها، ماهیت مقطعی و همیشگی بودن این پژوهش‌ها اطلاعات اندکی را در مورد شاهراه‌های تحولی و علت اصلی این رابطه در اختیار پژوهشگران قرار می‌دهد.

همبود با مشکلات سلوکی. پس از پژوهش لونی و همکاران در سال ۱۹۷۰، مشکلات سلوک که متمایز از AD/HD است نیز مورد توجه قرار گرفته است. پاترنت^{۶۴}، لونی و لانگهورن^{۶۵} (۱۹۷۶) اظهار داشتند که متغیرهای خانوادگی نظیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سبک فرزندپروری با پرخاشگری رابطه قوی دارد تا با نشانه‌های AD/HD تیلور، سکاچار، تورلی و ویسلبرگ (۱۹۸۶) در نمونه‌ای از کودکان انگلیسی مراجعه کننده به کلینیک دریافتند که نافرمانی کودک و نه بیش‌فعالی با کارآیی خانواده (نظیر بی‌ثباتی بین والدین، صمیمیت کمتر و **انتقاد رابطه** داشت. چندین پژوهش دیگر در **مقیاس‌های پرسشنامه‌ی کارآیی خانواده بین گروه‌های پسران دارای ODD، AD/HD، یا ODD، VD** مراجعه کننده به کلینیک، گروه‌های کنترل شده روان‌پزشکی و گروه‌های کنترل بدون مشکل تفاوت معنی داری نیافتند (فورود و همکاران، ۱۹۹۹، پاترنت، لونی و روبرتس، ۱۹۹۵؛ سکاچر^{۶۶} و واچسمات^{۶۷}، ۱۹۹۱). ستورمونت، سپورگین و زنتال (۱۹۹۶) کودکان

شناخت خانواده‌ها را در ابعاد چگونگی تعامل، تعارض، توصیف نوع فرزندپروری، روش تربیتی و نوع نگرش تربیتی به کودک از مقیاس‌های گزارش‌دهی والدین استفاده کرده‌اند. مطالعات نشان داده است که در بین نمونه‌های جامعه و افراد مراجعه کننده به کلینیک، دختران و پسران پیش دبستانی و در سنین دبستان محیط‌های خانوادگی پراسترس‌تر و دارای تعارض (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۹؛ براون و یسینی، ۱۹۸۹؛ دو پاول، مک‌گوری، اکرت و وان براکل، ۲۰۰۱؛ گادو و همکاران، ۲۰۰۰ سکاھیل و همکاران، ۱۹۹۹) فرزندپروری ضعیف‌تر (شلتون^{۵۶} و همکاران، ۱۹۹۸)، باورهای فرزند پروری کمتر قاطع (هینشاو، زوپان، سمیل، نیگ و ملینک، ۱۹۹۷) وجود دارد. بعلاوه بیدرمن، میلیگر^{۵۷}، فاراوان، کیبلی، گایت^{۵۸}، مایک^{۵۹}، آبلون^{۶۰}، وارپورتون^{۶۱} و ریید^{۶۲} (۱۹۹۵). در یک نمونه ۱۴۰ نفری از کودکان پسر دارای AD/HD و ۱۲۰ نفر گروه کنترل، به این نتیجه رسیدند که از بین مقیاس‌های متعدد خانواده و آسیب‌شناسی روانی والدین، تنها تعارض والدینی با عملکرد کودک رابطه داشت. عملکرد کودک با استفاده از چک‌لیست رفتاری کودک و کنترل کردن وضعیت اقتصادی-اجتماعی، هوش بهر کودک و ژنوتیپ والدین ارزیابی شد. سایر پژوهش‌ها بین کارآیی ضعیف خانواده و اختلال AD/HD ارتباطی

دارای AD/HD و AD/HD همراه با پرخاشگری و کودکان بدون مشکل را با هم مقایسه کردند. اگر چه AD/HD با کارآیی خانواده ارتباط داشت (مادران دارای کودکان AD/HD از تنبیه بیشتری استفاده می کردند و پدران نیز نسبت به والدین کودکان بدون مشکل سهل گیرتر بودند) اما تفاوت های بین گروه های همبود و AD/HD به تنهایی معنادار نبود.

در نمونه های جامعه که برای تشکیل گروه های کودکان دارای AD/HD و مشکلات سلوکی از نقطه برش نمرات استفاده می شد، تفاوت های گروهی در کارآیی خانواده ناهمسان بودند. مکجی^{۶۸}، ویلیامز و سیلوا^{۶۹} (۱۹۸۴) در یک نمونه ی همه گیرشناسی دریافتند که هر دو گروه کودکان دارای پرخاشگری و بیش فعالی به تنهایی در کارآیی خانواده با گروه های کنترل تفاوت داشتند، اما یکی از گروه های همبود با گروه های کنترل تفاوت معنی داری نداشت. همچنین در پژوهش سزاتمازی^{۷۰}، بویل^{۷۱} و آفرد^{۷۲} (۱۹۸۹) در نمونه ی جامعه ی کانادایی و پژوهش ستورمونت، سپرورگین و رزنتال (۱۹۹۵) در نمونه ی پیش دبستانی ها (که والدینشان آنها را بیش فعالی و پرخاشگر می دانستند) بین کودکان AD/HD، با مشکلات سلوکی و کودکان دارای چند اختلال در ابعاد کارآیی خانواده و روش های فرزند پروری تفاوتی مشاهده نشد.

برعکس، در نمونه های جامعه که از رویکرد ابعادی و طرح های طولی برای بررسی مشکلات سلوک و بی توجهی استفاده شد، اثرات همبودی بر مقیاس های خانواده همسان تر است. فرگوسن^{۷۳}، لینسکی^{۷۴} و هورود^{۷۵} (۱۹۹۷) اظهار داشتند که اگر چه مشکلات توجه در ۸ سالگی با بسیاری از مشکلات خانواده مرتبط است، در یک تحلیل طولی آشکار شد که مشکلات سلوکی کودک و

خانواده بهتر پیامدهای بعدی را پیش بینی می کند تا نشانه های AD/HD آگوست، ریلموتو، جوپس و هکتتر دریافتند که روش های مادران (و نیز تاریخچه روانپزشکی والدین و گرفتاری های کلی خانواده) تداوم ODD را پیش بینی می کند، حتی زمانی که نشانه های خفیف AD/HD و ODD کنترل شود. با این وجود این عوامل خانوادگی تداوم AD/HD را پیش بینی نمی کنند. وودوارد، تیلور و داودنی^{۷۶} (۱۹۹۸) دریافتند که زمانی که مشکلات سلوکی کودک و سلامت روانی والدین کنترل می شود، بین والدین پسران مبتلا به AD/HD خفیف و شدید در اعتقادات فرزند پروری مستبد و حساسیت والدینی تفاوت معنی داری وجود نداشت. با وجود این، مقابله والدینی ضعیف و بکارگیری روش های پرخاشگرانه با AD/HD مرتبط است. آگوست^{۷۷}، مکدنالد^{۷۸}، ریلماتو^{۷۹} و سکار^{۸۰} (۱۹۹۶) در مورد تعامل بین آمادگی کودک و عوامل خانوادگی اظهار داشتند که اگر چه کارآیی خانواده و روش های اصولی در یک دوره ی سه ساله کمکی به پیش بینی عملکرد سازگاری کودک نمی کند، اما این متغیرهای خانوادگی با مشکلات سلوکی کودک در تعامل هستند.

مهمترین عامل در پیش بینی پیامدهای بعدی در کودکان دارای نشانه های ضعیف اختلال سلوک، کارآیی خانوادگی است. اما چنین تعاملی برای کودکان بیش فعالی به دست

مهمترین عامل در پیش بینی پیامدهای بعدی در کودکان دارای نشانه های ضعیف اختلال سلوک، کارآیی خانوادگی است.

نمی آید. در نتیجه سال های اولیه مدرسه ی ابتدایی، تأثیرهای خانواده، پیامدهای بعدی را تنها برای کودکانی که هنوز مشکلات سلوکی نشان نداده اند، تعدیل می کند. بر

عکس نشانه‌های AD/HD و مشکلات سلوکی شدید، تأثیر خانواده را در تعیین پیامدهای بعدی در این سن را خنثی می‌کند.

کولدر^{۸۱}، اوچ من^{۸۲} و ولز^{۸۳} (۱۹۹۷) دریافتند که در پیش‌بینی پرخاشگری کودک، کنترل ضعیف والدین با سطح فعالیت کودک در تعامل است به طوری که چنین مشکلاتی در فرزند پروری در کودکانی منجر به پرخاشگری می‌شود که سطوح بالایی از پرخاشگری را دارند. پژوهش‌ها درباره‌ی گزارش والدین از کارآیی خانواده توسط خانواده‌های دارای کودکان AD/HD در برابر مشکلات سلوک بدون نتیجه بوده و تفاوت معناداری را بین کارآیی خانواده و AD/HD در برابر مشکلات سلوک نشان نمی‌دهند. برعکس، طرح‌های طولی که نشانه‌های AD/HD را در طول یک پیوستار بررسی می‌کنند، در نمونه‌هایی از جامعه شاهراه‌های دیگری را پیشنهاد می‌کنند که از طریق آنها مشکلات خانوادگی بخصوص در سال‌های اولیه مدرسه به رشد و تداوم مشکلات سلوکی کمک می‌کند اما با نشانه‌های AD/HD هیچ ارتباطی ندارد. اختلاف و ناهمسانی دریافته‌ها ناشی از بکاربردن رویکرد پیوسته در مقابل مقوله‌ای نسبت. AD/HD، استفاده از نمونه‌های جامعه در مقابل نمونه‌های بالینی، بکار بردن طرح‌های مقطعی در مقابل طولی و یا مجموعه‌ای از این عوامل است که ناشناخته مانده است. بعضی از پژوهش‌ها تأثیر زیر گروه‌های AD/HD را در رابطه بین کارآیی خانواده و AD/HD کودک بررسی کرده‌اند. پاترینایت، لونی و رابرت (۱۹۹۶) دریافتند که هر دوی زیرگروه AD/HD و همبود با ODD/CD پیش‌بینی‌کننده‌ی گزارش مادران از کارآیی خانواده هستند. گروه‌های فرعی AD/HD و گروه‌های همبودی یا ODD یا CD نسبت به گروه‌های AD/HD، به تنهایی، انحراف بیشتری در کارآیی

خانواده داشتند. با این وجود، خانواده‌های کودکان دارای زیرگروه‌های AD/HD، بدون توجه به مشکلات سلوک، در مقایسه با خانواده‌های بدون کودکان AD/HD مشکلات بیشتری داشتند. خانواده‌های دارای کودکان بی‌توجه و بیش‌فعالی - تکانشی از این نظر در سطح متوسط قرار گرفتند. لويس^{۸۴} (۱۹۹۲) دریافت که اگر چه نمرات همه‌ی گروه‌ها طبیعی بود اما خانواده‌های پسران دارای نشانگان بی‌توجهی در مقایسه با خانواده‌های پسران دارای نشانگان بی‌توجهی - بیش‌فعالی و AD/HD همراه با پرخاشگری کارآیی بهتری داشتند. این مطالعات حاکی از آن است که ترکیب نشانگان بی‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشی نسبت به بی‌توجهی تنها ارتباط قوی تری با کارآیی خانواده دارد. بدیهی است که پژوهش‌های طولی بیشتری نیاز است تا اثرات متقابل عوامل خانوادگی، نشانه‌شناسی نوع خاص AD/HD و مشکلات سلوک را آزمون کند و منشأ تفاوت‌های موجود در شاهراه‌های تحولی در کودکان دارای نیم‌رخ‌های نشانه‌های متفاوت را بیابد. به منظور تعیین نقش کارآیی از آغاز تا تداوم مشکلات کودک، چنین پژوهش‌هایی باید از حداقل سن ممکن شروع به ریشه‌یابی علل کنند.

مشاهدات تعامل‌های والد - کودک

سوگیری‌های نهفته بسیاری در گزارش‌های والدین از کارآیی خانواده وجود دارد و شواهد عینی الگوهای تعامل خانواده مرتبط با AD/HD حاصل مطالعات مشاهده‌ای است



(دانفورت، بارکلی و استوکس^{۸۵}، ۱۹۹۱). در این بخش شواهدی از پژوهش‌های مشاهده‌ای تعاملات والد-کود

مادران کودکان دارای AD/HD در مقایسه با گروه کنترل بیشتر منفی‌گرا و به لحاظ اجتماعی کمتر تعاملی هستند و کودکان مبتلا به AD/HD کمتر مطیع و فرمانبردار و بیشتر منفی‌گرا می‌باشند

در خانواده‌های دارای کودکان AD/HD را بررسی می‌کنیم که اساساً بر تعامل‌های مادر-پسر در موقعیت‌های آزمایشگاهی متمرکز است.

مشکلات تعاملات والد-کود در خانواده‌های کودکان دارای AD/HD در گستره تحولی وسیعی - از سنین پیش دبستانی تا نوجوانی مورد مشاهده قرار گرفته است. به طور کلی مادران کودکان دارای AD/HD در مقایسه با گروه کنترل بیشتر منفی‌گرا و به لحاظ اجتماعی کمتر تعاملی هستند و کودکان مبتلا به AD/HD کمتر مطیع و فرمانبردار و بیشتر منفی‌گرا می‌باشند (بارکلی، کارلسون و پولارد، ۱۹۸۵؛ کمپل، بروکس، اوینگ، زوموسکی و پیرس، ۱۹۸۶؛ کانینگهام و بارکلی، ۱۹۷۹، دویال^{۸۶}، ۲۰۰۱). این مشکلات بویژه در کودکان سنین پایین ظاهر می‌شود (مش و جانسون، ۱۹۸۲). تعاملات توأم با تعارض در هر دو گروه پسران و دختران AD/HD (بارکلی، ۱۹۸۹، بیفزاو بارکلی، ۱۹۸۵) یا مادران و پدران مشاهده شده است (تالمیج و بارکلی، ۱۹۸۳).

سایر پژوهش‌های مشاهده‌ای بر جنبه‌های یکپارچه رفتار فرزند پروری تمرکز کرده‌اند. بعنوان مثال، ویسلر (۱۹۹۸) مادران پسران دارای AD/HD را در سازماندهی تکلیف آموزشی شامل اصلاح نیازهای مربوط به تکلیف و

کمک به بهبود مهارت کودک ضعیف‌تر از مادران پسران بدون مشکل درجه بندی کرد. بوهرمستر، کامپارو، کریستن، گندالس و هینشاو (۱۹۹۲) با مشاهده تعاملات سه وجهی مادر-پدر-کود شاهد بحث‌هایی در مورد مشکلات معمولی تربیت کودک در خانواده‌های دارای AD/HD و بدون مشکل بودند. درجه بندی‌ها نشان داد که تعاملات خانواده‌های پسران دارای AD/HD در مقایسه با پسران بدون مشکل آزارنده، پر توقع و آشفته تر است.

به طور خلاصه پژوهش‌های مشاهده‌ای به طور با ثباتی دریافتند که کودکان مبتلا به AD/HD و والدینشان، هر دو دارای رفتارهای کنترل کننده و منفی‌گرا بودند. اگر چه این مشکلات در دامنه‌ی سنی کودکی مشاهده شده است، برخی شواهد حاکی از آن است که مشکلات تعاملی پسران کم سن تر با مادرانشان شدید نیز است. با این وجود، بدون طرح‌های طولی، چنین شواهد مقطعی از کاهش مشکلات با افزایش سن کودک به بهترین شکل نشان دهنده‌ی اهمیت شاهره تحولی است به گونه‌ای که در این شاهره رفتارهایی همچون بیش‌فعالی و تکانشگری با افزایش سن کاهش می‌یابد (هارت، لاهی، لوبر، اپل‌گیت و فریک، ۱۹۹۵). این امکان نیز وجود دارد که تلاش‌های قبلی ناموفق والدین در کنترل رفتار کودک باعث کاهش این تلاش‌ها شود و قطع تعاملات والد-کود راهبردی است که ممکن است فواید کوتاه مدتی برای والدین داشته باشد، اما در دراز مدت برای والد و کودک گران تمام می‌شود.

همبودی با مشکلات سلو

مشاهدات تعامل‌های والد-کود در کودکان دارای AD/HD با و بدون همبودی با مشکلات سلو نتایج متضادی را منعکس می‌کند. جانستون (۱۹۹۶) گومز و سانسون (۱۹۹۴) تعامل‌های مادر-کود را در کودکان

مدرسه رو و دارای AD/HD و AD/HD همراه با مشکلات سلوک و گروه‌های بدون مشکل، مشاهده کردند و همان‌گونه که انتظار می‌رفت دریافتند که بالاترین درجه رفتار منفی کودک در گروه همبود و بعد از آن در گروه AD/HD بود، کودکان گروه کنترل پایین‌ترین میزان رفتارهای منفی را نشان دادند. گومز و سانسون به این نتیجه رسیدند که مادران در گروه همبود منفی‌گرا و کمتر پاداش‌دهنده بودند، مادران گروه کنترل با مادران گروه کودکان AD/HD به تنهایی هیچ تفاوت معناداری نداشتند. برعکس در پژوهش جانستون بین رفتارهای والدین سه گروه هیچ تفاوتی یافت نشد و والدین در هر گروه AD/HD نسبت به والدین کودکان بدون مشکل راهبردهای فرزندپروری ضعیف‌تری داشتند. با این وجود، شاو اوونز، جیووانیلی و بینسلو (۲۰۰۱) در نمونه‌ای با خطر بالا، دریافتند که مادران کودکان ۶ ساله دارای AD/HD همراه با ODD/CD در مقایسه با مادران کودکان دارای AD/HD یا بدون مشکل، زمانی که کودک ۲ ساله بود، رفتارهای طردکننده، افسرده ساز و پرخاشگرانه داشته‌اند.

لیندال (۱۹۹۸) مشاهدات و خودگزارش‌دهی‌ها را تلفیق کرد تا خانواده‌های دارای پسران بدون مشکل و دارای ODD، AD/HD و یا هر دو را با هم مقایسه کند. گروه‌های ODD و همبود (AD/HD همراه با ODD) در انسجام خانوادگی، زورگویی، طردکنندگی و فرزندپروری بی‌ثبات با گروه‌های کنترل تفاوت داشتند. اگر چه خانواده‌های دارای کودکان AD/HD نسبت به گروه‌های کنترل زورگویی-طردکنندگی بیشتری داشتند، اما منسجم‌تر و با ثبات‌تر از خانواده‌های دارای کودکان AD/HD همراه با ODD بودند. تحلیل افتراقی نشان داد که اگر چه تعارض، گروه‌های بالینی و بدون مشکل را از هم تمیز می‌دهد اما

تعاملات خانوادگی مثبت خانواده‌های کودکان دارای AD/HD را از ODD و گروه‌های همبود بهتر تشخیص می‌دهد.

یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌های مربوط به تعاملات نوجوان-والد ناهمسان است. بارکلی، فیشر^{۸۷}، اولبراک^{۸۸} و سمالیش^{۸۹} (۱۹۹۱) نوجوانان بدون مشکل، نوجوانانی که همه‌ی معیارهای تشخیصی AD/HD را نداشتند، نوجوانان دارای AD/HD و نوجوانان دارای AD/HD همراه با ODD را با هم مقایسه کردند. نتایج حاصل از گزارش‌های مادران و مشاهدات رفتار مادر نشان داد که مادران و نوجوانان همبودی نسبت به گروه‌های ارتباطات منفی‌تر و تعارض بیشتری داشتند. با وجود این، گزارش‌های نوجوانان از تعارض و رفتار مشاهده شده‌ی آنها در بین گروه‌ها تفاوتی نداشت و یا تفاوت غیر منتظره بود. نکته‌ی جالب این‌که مشکلات سلوکی کودک و مهر مادر که در ۸ سالگی ارزیابی شد، پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم مشکلات سلوکی در نوجوانی بود. تحلیل تعامل‌های مادر-نوجوان نشان داد که تعارض مادر با نوجوان در گروه‌های همبود به احتمال زیاد ادامه می‌یابد اما در سایر گروه‌ها مادران با پاسخ‌های قاطع به درخواست‌های منفی نوجوانان تعارض را سرکوب می‌کنند (فلچر، فیشر، بارکلی و سمالیش، ۱۹۹۶). بارکلی، آناستابلوس، گاورمونت و فلچر (۱۹۹۲) تعامل‌های والد-نوجوان را در نوجوانان دارای AD/HD مراجعه‌کننده به کلینیک، نوجوانان AD/HD همراه با ODD و گروه کنترل مشاهده کردند، نتایج به دست آمده از مقیاس‌های پرسشنامه‌ای و مشاهدات نشان داد که گروه همبود نسبت به گروه کنترل تعامل‌های توأم با تعارض بیشتری داشتند، گروه AD/HD به تنهایی در سطح متوسط بود و با گروه همبود و بدون مشکل تفاوت معنی‌داری نداشت.



است که ارزیابی‌های مشاهده‌ای از تعامل‌های والد-کودک در خانواده‌های دارای کودکان AD/HD، در مورد اینکه چگونه و چه زمانی AD/HD و مشکلات سلوکی و یا هر دو ممکن است مربوط با این تعامل‌ها باشد، دانش اندکی به دست می‌دهد. نتایج اغلب پیوستاری از اختلال را نشان می‌دهد که در صورت وجود مشکلات سلوکی، تعارض والد-کودک به بیشترین حد خود می‌رسد. والدین کودکان دارای AD/HD در مقایسه با کودکان بدون مشکل تعاملات توأم با تعارض بیشتری دارند. تعدادی از مطالعات طولی انجام شده با شاهراه تحولی - که از طریق آن مشکلات خانواده بیشتر منجر به مشکلات سلوکی می‌شود تا - AD/HD همسان است. عدم همسانی در نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که شاهراه‌های متعددی در مورد رابطه بین AD/HD، مشکلات سلوکی و تعامل‌های والد-کودک مؤثر است و تعیین ویژگی‌های کودکان و خانواده‌ها که تحت تأثیر شاهراه‌های مختلفی است، به صورت یک چالش باقی مانده است.

روابط زناشویی

تعاملات زناشویی توأم با تعارض ممکن است به طور مستقیم (مثل سرمشق‌دهی) و غیرمستقیم (مثل فرزندپروری بی‌ثبات) کودکان را تحت تأثیر قرار دهد (امری، ۱۹۹۲؛ فینچام، گریج و اسپورن، ۱۹۹۴) در نتیجه به عنوان همبسته‌های AD/HD کودک مورد بررسی قرار گرفته است. اگرچه والدین کودکان دارای AD/HD نسبت به والدین کودکان بدون مشکل تعارض بیشتر و رضایت زناشویی کمتری را گزارش کرده‌اند، اما در دامنه سنی مختلف و سطوح متفاوت AD/HD (بفرا و بارکلی، ۱۹۸۵، مورفی و بارکلی، ۱۹۹۶، شلتون و همکاران، ۱۹۹۸). این نتیجه‌گیری کلی بدون استثناء نیست. زات ماری و بویل

دو پژوهش این موضوع را بررسی کردند که رفتارهای والدین تا چه اندازه مشکلات سلوکی را در کودکان AD/HD پیش‌بینی می‌کند. اندرسون، هینشاو و سیمبل (۱۹۹۴) در نمونه‌ای متشکل از کودکان دارای AD/HD و بدون مشکل، به منظور پیش‌بینی رفتار پرخاشگری کودکان در یک تا دو ماه بعد، تعامل‌های مشاهده شده مادر - پسر و آسیب‌شناسی روانی مادر را ترکیب کردند. فرزندپروری منفی حتی زمانی که اثرات آسیب‌شناسی روانی مادر و رفتارهای منفی کودک کنترل شود، نافرمانی و دزدی کودک را پیش‌بینی می‌کند. جانستون، موری، هینشاو، پلهام و هوزا دریافتند که در خانواده‌های دارای پسران AD/HD، مشکلات سلوکی با پاسخگو و حساس بودن مادر به کودک مرتبط است، در حالی که نشانه‌شناسی کودک AD/HD با رفتار مادر مرتبط نبود.

به طور خلاصه، ناهمسانی اساسی بر یافته‌ها به این معنی

(۱۹۸۹) اظهار داشتند که در نمونه‌ای از جامعه، والدین کودکان حایز ملا [های AD/HD نسبت به گروه کنترل مشکلات زناشویی بیشتری را گزارش نکردند. اگر چه کامپارو، کریستن بوهر مستر و هینشاو (۱۹۹۴) دریافتند که والدین پسران AD/HD کودکان را به دلیل مشکلات خانوادگی سرزنش می‌کنند، اما عملکرد زناشویی این خانواده‌ها و گروه کنترل تفاوتی نداشت. هر چند اکثر شواهد حاکی از ارتباط بین AD/HD و بدکارکردی زناشویی است، اما یافته‌ها کاملاً همسان نیستند.

در بررسی عملکرد زناشویی خانواده دارای کودکان AD/HD، باید بین پژوهش‌های رضایت زناشویی در خانواده‌های دو والدی و طلاق گرفته (تک والدی) تمیز قایل شد. ناتوانی در یافتن ارتباط بین AD/HD و رضایت زناشویی ممکن است ناشی از میزان بالای طلاق یا جدایی بین این خانواده‌ها باشد بطوری که زوج‌های دارای بیشترین نارضایتی در این مطالعات شرکت نکرده‌اند. با وجود این، در تضاد با آنچه گفته شد، نرخ طلاق و جدایی در خانواده‌های دارای کودکان AD/HD بالاتر از گروه کنترل نیست (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۱؛ برون و پاسینی، ۱۹۸۹؛ فاراوان و بیدرمن، کتان و شوانگ، ۱۹۹۱، مک جی و همکاران، ۱۹۸۹).

همبودی با مشکلات سلو [

آیا ناهمسانی‌ها در ارتباط بین عملکرد زناشویی و AD/HD کودکان [را می‌توان از طریق همبندی با مشکلات سلو [توضیح داد؟ به نظر می‌رسد که پاسخ مثبت است. بارکلی و همکاران (۱۹۹۲) به این نتیجه رسیدند که والدین نوجوانان دارای AD/HD همراه با ODD نسبت به گروه‌های کنترل و AD/HD به تنهایی سازگاری زناشویی ضعیف‌تری دارند. لندال (۱۹۹۸) نیز دریافت که به طور کلی والدین پسران دارای ODD و AD/HD همراه با ODD نسبت به

والدین پسران بدون مشکل - که با والدین پسران دارای AD/HD تفاوتی ندارند - مشکلات زناشویی بیشتری دارند. نتایج پژوهش جانستون و برنز (۱۹۹۳) نشان داد که زوج‌های دارای کودکان پرخاشگر همراه با AD/HD نسبت به والدین کودکان غیر پرخاشگر همراه با AD/HD با کنترل هنگام بحث در رفتارهای AD/HD منفی‌گراتر بودند.

در تضاد با این پژوهش‌ها، جانستون (۱۹۹۶) دریافت که اگر چه رضایت زناشویی در گروه‌های کنترل بیشتر بود، اما بین والدین دارای AD/HD همراه با پرخاشگری بالا و پایین تفاوتی وجود نداشت. استورمونت، اسپورگین و زنتال (۱۹۹۵) به این نتیجه رسیدند که اگر چه مادران کودکان پرخاشگر و بیش فعال - پرخاشگر پیش دبستانی نسبت به مادران کودکان بیش فعالی تعارض‌های زناشویی بیشتری را گزارش کردند، اما هیچ یک از دو گروه بیش فعال به تنهایی و گروه همبود هیچ تفاوتی با گروه کنترل نداشتند. سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین عملکرد زناشویی در خانواده‌های دارای پسران AD/HD با یا بدون همبود با مشکلات سلو [تفاوتی وجود ندارد (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۱، بارکلی، مک مورای، اول برا [و رایبیز، ۱۹۸۹، بیدرمن، مونیر^{۹۰} و نی^{۹۱} ۱۹۸۷، پرینز، میرز، هولدن^{۹۲}، تارنوسکی و رابرتز، ۱۹۸۳، ریوز، وری، الکایندوزاتکین، ۱۹۸۷، سکاچارو و واپس ماس، ۱۹۹۱).

با توجه به ناهمسانی بین پژوهش‌های انجام شده، این فرض که بدکارکردی زناشویی با همبودی مشکلات سلو [در خانواده‌های دارای AD/HD رابطه‌ی قوی دارد، باید با احتیاط تعبیر شود. در حقیقت ناهمسانی یافته‌ها در این حیطه، باعث می‌شود که نتوانیم در مورد رابطه‌ی بین نشانه‌های AD/HD یا سلوکی و مشکلات زناشویی در کودکان دارای AD/HD به نتیجه‌گیری قطعی برسیم.

بنابراین، کسب اطلاعات در مورد چگونگی تعاملات این جنبه از کارآیی خانواده با AD/HD در جریان تحول، نیازمند انجام پژوهش‌های طولی گسترده‌ای است.

ارتباط بین روابط خانوادگی و AD/HD

یافته‌ها در مورد ارزیابی ارتباط بین روابط خانوادگی، AD/HD کودکی و مشکلات سلوک ناهمسان است. اگر چه بسیاری از شواهد حاکی از آن است که کودکان دارای AD/HD بویژه آنهایی که همزمان مشکلات سلوک نیز دارند، در روابط خانوادگی مشکلاتی دارند، اما با این پژوهش‌ها همسان و هم‌رأی نیستند. جدای از مشکل ناکافی بودن شواهد در مورد میزان و ابعاد کارآیی خانواده که در خانواده‌های کودکان دارای AD/HD مسأله‌زا است سؤال‌های مهمتری نیز در مورد مکانیسم‌ها و فرایندهای تحولی که ارتباطات متفاوت موجود را تعیین می‌کنند، وجود دارد.

با وجود این، برخی پژوهش‌ها جهت تأثیر رابطه‌ی بین خانوادگی و AD/HD کودک را مورد بررسی قرار داده‌اند. در این پژوهش‌ها فرض شده است که تأثیر خانواده و فرزندپروری بر رشد AD/HD به چگونگی ارزیابی رفتار والدین اوایل کودکی در بروز بعدی AD/HD بستگی دارد. ویتور، کرامر و ناتسون (۱۹۹۳) با استفاده از گزارش‌های گذشته، مردان بزرگسال دارای تاریخچه‌ی AD/HD در کودکی را با برادرانشان و گروه کنترل مقایسه کردند. نتایج علاوه بر حمایت از تأثیر مستقیم فرزندپروری در رشد AD/HD نشان داد که شاهراه پیچیده‌تری با ترکیبی از آسیب‌پذیری و نقایص فرزندپروری نیز نقش دارد.

هیچ تفاوتی در روابط خانوادگی مردان AD/HD و برادرانشان یافت نشد. اما مردان AD/HD نسبت به گروه کنترل تنبیه بیشتر و فرزندپروری مشارکتی کمتری را به یاد می‌آورند (برادران مردان AD/HD بین این دو گروه قرار

می‌گرفتند). در تضاد با این عقیده که عوامل خانوادگی با مشکلات سلوک ارتباط دارند، در این پژوهش بیش‌فعالی کودکی و نه پرخاشگری با بکار بردن تنبیه فیزیکی توسط والدین مرتبط بود. مطالعات تارور، بهرینگ، بارکلی و کارلسون (۱۹۸۵) همسان با این یافته‌هاست. آنها تعاملات مادر - کودک و مادر - فرزند را مورد مشاهده قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که اگر چه پسران دارای AD/HD منفی‌گراتر از برادرانشان بودند، اما رفتار مادر در کودکان AD/HD و دیگر فرزندان تفاوتی نداشت.

مطالعات که از نظر روش‌شناسی قوی هستند، در بررسی تأثیر خانواده و فرزندپروری بر روی AD/HD و چگونگی ارتباط آنها در طول زمان از طرح‌های طولی استفاده می‌کنند. کارلسون و همکاران (۱۹۹۵) در نمونه‌ای از خانواده‌های با وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف، یک مطالعه طولی از نوزادی تا سال‌های اولیه مدرسه انجام دادند و دریافتند که فقدان صمیمیت فیزیکی مادر در نوزادی، حتی با کنترل اثرات خلق و خوی اولیه کودک، حواس‌پرتی و بیش‌فعالی کودک را در ادامه زندگی پیش‌بینی می‌کند.

در این مطالعه مشخص شد که فرزندپروری در سنین پایین تأثیرات زیادی بر AD/HD کودک دارد و نشان می‌دهد که در شاهراه تحولی، تأثیرات خانواده بر AD/HD ممکن است در طول زمان کاهش یابد. این یافته‌ها، نتایج پژوهش جکوب ویتز و سروف (۱۹۹۷) را تأیید می‌کند، در تضاد با این یافته‌ها، واکسچلاک و هانس (۱۹۹۹) در پیگیری ۱۰ ساله از کودکان آمریکایی - آفریقایی‌های در معرض خطر بالا، به این نتیجه دست یافتند که عدم پاسخگویی مادر در تعاملات مادر - نوزاد، حتی پس از کنترل عوامل خطر ساز خانوادگی زیستی شناختی و فرزندپروری، ODD و CD بعدی کودکان را پیش‌بینی می‌کند و نه AD/HD پیگیری ۱۳

ساله گروهی از کودکان پیش دبستانی که مادرانشان آنها را دارای مشکل تشخیص داده بودند، نشان داد که آشفستگی‌ها و ناملايمات خانواده (نظير طبقه‌ی اجتماعی، افسردگی مادر و استرس فرزندپروری) و رفتارهای منفی مادر در ۳ سالگی، به جز در چند مورد و مستقل از نشانه‌شناسی اولیه کودک، تداوم نشانه‌های بیش‌فعالی و پرخاشگری کودکان را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مشکلات خانوادگی در گروه کنترل که در آغاز کودکان بدون مشکل بودند، بروز هر دو نوع مشکل را پیش‌بینی می‌کرد. پژوهش‌های طولی، نقش فرزندپروری را در شروع و بروز مشکلات سلوکی و AD/HD تأیید می‌کند. اما در مورد آیا AD/HD و مشکلات سلوکی با فرزندپروری و عوامل خانوادگی الگوهای تعامل یکسانی دارند یا خیر، به نتیجه‌ی قطعی نرسیده است. علاوه بر این پژوهش‌ها خاطر نشان می‌سازند که مشکلات خانواده خطر جهانی (عمومی) در رشد بروز مشکلات کودک است و فقط منحصر به کودکان AD/HD نیست.

پژوهش‌های انجام شده پیرامون اثرات آموزش رفتاری والدین نیز حاکی از تأثیر رفتار فرزندپروری بر AD/HD کودک است. تغییر رفتار فرزندپروری منجر به کاهش مشکلات سلوکی کودکان AD/HD می‌شود (پولارد، وارد، بارکلی، ۱۹۸۳، استری هورن و ویدمن، ۱۹۸۹) اما این درمان نشانه‌های AD/HD را چندان تغییر نمی‌دهد (بیسترمین و همکاران، ۱۹۸۹) حتی زمانی که اثرات نشانه‌شناسی AD/HD آشکار است، اساساً ضعیف می‌کنند (کولکو، باکستین، و بارون، ۱۹۹۹، گروه MTA، ۱۹۹۹) و بنابراین، اگر چه تغییر رفتار والدین، بر مشکلات سلوکی و نشانه‌های AD/HD تأثیر دارد، اما این پژوهش‌ها با شواهدی که در آن عوامل فرزندپروری در تغییر مشکلات سلوکی مؤثر هستند، همسانی بیشتری دارد. هر چند این

پژوهش‌ها مفید هستند اما پیرامون پیامد این درمان‌ها درباره‌ی منشأ مشکلات سلوکی در کودکان AD/HD به نتیجه‌ی روشنی دست نیافته‌اند. پژوهش‌ها در مورد تأثیر AD/HD کودک بر کارآیی خانواده نشان می‌دهد که چندین استدلال در مورد اثر درمان کودک بر رفتار فرزندپروری وجود دارد. برای مثال هومفریز، کینسبورن و سوانسون (۱۹۷۸)، بارکلی و کاتینگهام (۱۹۷۹) به این نتیجه رسیدند که زمانی که کودکان درمان شده بودند، در جریان بازی آزاد، مطیع‌تر و مادران کمتر رهنمودی بودند و با احتمال بیشتری به تعاملاتشان پاسخ می‌دادند. پژوهش‌های بارکلی و همکاران (بارکلی، ۱۹۸۸ و ۱۹۸۹، بارکلی، کارلسون، پولارد و مورفی، ۱۹۸۵، بارکلی و کارلسون، سترلکی و مورفی، ۱۹۸۴) بر روی دختران و پسران پیش‌دبستانی و مدرسه‌رو مؤید این است که وقتی کودک AD/HD درمان می‌شود، رفتار والدین بهبود می‌یابد. با این وجود نتایج کاملاً همسان نبودند. بعنوان مثال اثرات درمان کودک بر رفتار والدین تنها در طول تعاملات مربوط به تکلیف و در سطوح بالای درمان آشکار بود.

سکاچر، تیلور، ویسبرگ، تورلی و راتر (۱۹۸۷) اثرات میشل فنی‌وات را بر کارآیی خانواده بررسی کردند. پسران دارای AD/HD یا ODD-CD به دو گروه تقسیم شدند: ۱. کسانی که به درمان پاسخ رفتاری مثبت دادند و ۲. کسانی که به درمان پاسخ رفتاری مثبت ندادند. اگر کودک به درمان پاسخ نمی‌داد تحت شرایط دارونما و درمان هیچ تفاوتی در کارآیی خانواده بوجود نمی‌آمد و این یعنی تأثیرات کودک بر والدین برعکس، اگر کودکان به درمان پاسخ مثبت می‌دادند، کارآیی خانواده در شرایط درمان و در مقایسه با شرایط دارونما بهبود می‌یافت. اینها، هالامانف و بل (۱۹۸۲) به کودکان آموزش دادند تا رفتارهای حواس‌پرتی

تعدیل شود. مسایل نگران کننده در این مورد عبارت اند از: کوتاه مدت بودن درمان، ساختگی بودن تعامل های آزمایشگاهی، حجم نسبتاً کوچک نمونه ها، ناتوانی در تمیز نشانه شناسی AD/HD در مقابل مشکلات سلوک و ناهمسانی اثرات در مقیاس ها و موقعیت ها. باید به خاطر داشت که اثبات اثر کودک در رفتار والد لزوماً به این معناست که علت اصلی مشکلات خانواده های کودکان دارای AD/HD است (کارلسون و همکاران، ۱۹۹۹) اما لزوماً به معنای رابطه ی علت و معلولی نیست.

و مشغول به انجام تکلیف از خود نشان دهند و اثرات اینگونه دستکاری رفتار کودک بر زنان را بررسی کردند. همان گونه که انتظار می رفت زنانی که با کودکان حواس پرت در تعامل بودند نسبت به زنانی که با کودکان مشغول به انجام تکلیف تعامل می کردند پر توقع و کنترل کننده تر بودند. به طور کلی پژوهش هایی که در آنها رفتار کودک دستکاری می شد، نشان می دهند که انحراف در رفتار کودک می تواند در تعامل های والد- کودک آشفته گی ایجاد کند.

نتایج این پژوهش ها در مورد تأثیر AD/HD کودک بر والدین باید از طریق محدودیت های نظری و روش شناسی

زیر نویس ها:

- | | | | |
|--|----------------|----------------|---------------|
| 1. Charlotte Johnston | 24. Gilger | 47. Frick | 70. Szatmari |
| 2. Eric J. Mash | 25. Pennington | 48. Moffitt | 71. Boyle |
| 3. Attention - Deficit / Hyperactivity | 26. Defries | 49. Loeber | 72. Offord |
| 4. Barkley | 27. Goodman | 50. Green | 73. Fergusson |
| 5. Faraone | 28. Milberger | 51. Lahey | 74. Lynsky |
| 6. Kuntsi | 29. Biederman | 52. Mc Burnett | 75. Horwood |
| 7. Stevansson | 30. Guite | 53. Chadwick | 76. Dowdney |
| 8. Sunohard | 31. Tsuang | 54. Heptinstal | 77. August |
| 9. Battle | 32. Levy | 55. Danckaerts | 78. MacDonald |
| 10. Lacey | 33. Hay | 56. Shelton | 79. Realmuto |
| 11. Campbell | 34. Mehaughlin | 57. Milberger | 80. Skare |
| 12. Rutter | 35. wood | 58. Guite | 81. Golder |
| 13. Sroute | 36. Waldwan | 59. Mick | 82. Lochman |
| 14. Patterson | 37. Swanson | 60. Ablon | 83. Wells |
| 15. De Garmo | 38. Garlson | 61. Warburton | 84. Lewis |
| 16. Knutson | 39. Jacobvitiz | 62. Reed | 85. Stokes |
| 17. Frick | 40. Greenberg | 63. Benness | 86. Dupaul |
| 18. Whalen | 41. Speltz | 64. Paternite | 87. Fisher |
| 19. Henker | 42. Deklyen | 65. Langhorne | 88. Edelbrock |
| 20. Hinshaw | 43. Kochanska | 66. Schachar | 89. Smallish |
| 21. Kazdin | 44. Olson | 67. Wachsmuth | 90. Munir |
| 22. Kagan | 45. Bates | 68. Mc Gee | 91. Knee |
| 23. Gills | 46. Bayles | 69. Silva | 92. Holden |