

نقش دلبستگی در افراد دارای اختلال بیش فعالی / کم توجهی

الهه سرآبادانی

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، ایران، زنجان.

نام نویسنده مسئول:

الهه سرآبادانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۵

چکیده

اگر چه نظریه دلبستگی به نظر میرسد علاقه و ارتباط خانوادگی است، پژوهش های بسیار کمی در رابطه با نقش دلبستگی در اختلال بیش فعالی / کم توجهی است، به ویژه اینکه چگونه والدین به فرزندان خود که دارای اختلال هستند واکنش نشان میدهند. همچنین شواهدی وجود دارد که سبک های دلبستگی با کیفیت زندگی ارتباط دارد. رابطه خاص کودک- والد را تحت تاثیر دلبستگی والدین است. طبق نظریه دلبستگی، رفتار مادرانه و واکنش های مادر نسبت به فرزند خود تحت تأثیر سبک دلبستگی مادر قرار دارد؛ چرا که آنها بر اساس تجارب دوران کودکی خود از والدین به واکنش های هیجانی فرزندان خویش، پاسخ می دهند و شخصیت آنها را رقم می زنند. مادران با دلبستگی ایمن بیشتر از مادران نا ایمن، گرم، حمایت کننده و حساس هستند و در حل مسائل به کودکان خود کمک بیشتری می کنند. کودکانی که دچار اختلال بیش فعالی / کم توجهی به دلیل داشتن اختلال در نحوه ارتباط برقرار کردن با افراد دیگر دچار نقص هایی هستند که سبک های دلبستگی این افراد در مقایسه با افرادی که این اختلال را ندارند متفاوت است. این پژوهش سلامت دلبستگی در افراد دارای اختلال بیش فعالی / کم توجهی و دلبستگی در افراد سالم را مورد مطالعه قرار داده است.

واژگان کلیدی: رشد، دلبستگی، بیش فعالی / کم توجهی.

مقدمه

این که کودک مراقب خود را که معمولاً مادر اوست می جوید و به او می چسبد، موید وجود دلبستگی میان آنها است. نوزادان معمولاً تا پایان ماه اول عمر خود شروع به نشان دادن چنین رفتاری میکنند و این رفتار برای تسریع نزدیکی به فرد مطلوب طراحی شده است. اصطلاح پیوند را گاه مترادف با دلبستگی به کار میبرند، در حالیکه اینها دو پدیده متفاوت هستند. احساس مادر درباره نوزادش با دلبستگی فرق دارد. مادر به طور طبیعی نوزاد را منبع احساس امنیت تلقی نمی کند و به او تکیه نمی کند، در حالیکه در دلبستگی چنین است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). در بحث سلامت روان، رابطه مادر و کودک از اهمیت ویژه ای برخوردار است، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم تنیده می شود که هر گونه تغییر در یکی، بر دیگری نیز اثر می گذارد و این تعامل ادامه خواهد یافت. اختلال های روانشناختی مادر بر رابطه او با فرزندش تاثیر می گذارد؛ تغییر رفتار کودک مادر را متاثر می نماید (صالحی، سالاری فر و هادیان، ۱۳۸۳).

استدلال می شود که نظریه دلبستگی به توضیح مکانیزم های داخلی پیوند اجتماعی کمک می کند، شیوه ای که تجارب گذشته بر برقراری روابط با دیگران تاثیر می گذارد (میکولینسر و شاور، ۲۰۰۷). اختلال بیش فعالی/کم توجهی یک اختلال روانپزشکی است که در کودکان پیش دبستانی، کودکان، نوجوانان و بزرگسالان سراسر جهان را مبتلا کرده و مشخصه آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش فعالی است. بر اساس شرح حال خانواده ها، تعیین ژنوتیپ و مطالعات تصویربرداری عصبی شواهد روشنی برای پایه زیستی اختلال بیش فعالی/کم توجهی وجود دارد. هر چند چندین ناحیه مغز و چندین عصب - رسانه (ناقل عصبی) در بروز علائم دخیل دانسته شده اند اما همچنان دوپامین کانون پژوهش های مربوط به علائم اختلال بیش فعالی/کم توجهی است. به دلیل مصرف بالای دوپامین در قشر جلو پیشانی و پیوندهای متقابل آن با سایر نواحی مغز درگیر در توجه بازداری، تصمیم گیری، مهار پاسخ، حافظه کاری و گوش بزرنگی، نقش این ناحیه مطرح شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

بحث

دلبستگی و رشد

جان بالبی، روانکاو انگلیسی (۱۹۰۷ تا ۱۹۹۰) نظریه دلبستگی را ارائه کرده است. بالبی مبنایی تکاملی و داروینی برای دلبستگی قایل بود و می گفت این رفتار، حمایت بزرگسالان از فرزندانشان را تضمین می کند. دلبستگی را می توان جو هیجانی حاکم بر روابط کودک با مراقبش تعریف کرد. این که کودک مراقب خود را که معمولاً مادر اوست می جوید و به او می چسبد، موید وجود دلبستگی میان آنها است. نوزادان معمولاً تا پایان ماه اول عمر خود شروع به نشان دادن چنین رفتاری می کنند و این رفتار برای تسریع نزدیکی به فرد مطلوب طراحی شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). دلبستگی یک پیوند عاطفی است که با تمایل به جستجو و در مجاورت یک فرد یا شی ماندن، به ویژه در موقعیت های استرس زا مشخص می شود که بالبی برای اولین بار آن را از کردارشناسی طبیعی وام گرفت و در آن نشان داد که دلبستگی کودک به مادر تنها در جهت برآورده شدن نیازهای تغذیه ای نمی باشد (بالبی، ۱۹۷۳).

استدلال می شود که نظریه دلبستگی به توضیح مکانیزم های داخلی پیوند اجتماعی کمک می کند، شیوه ای که تجارب گذشته بر برقراری روابط با دیگران تاثیر می گذارد و دلبستگی به عنوان میانجی در برابر استرس نقش دارد (میکولینسر و شاور، ۲۰۰۷). سیستم دلبستگی به خصوص در پاسخ به استرس، مانند زمانی که کودک ترسیده یا درد دارد، در چنین شرایط استرس زا، کودک به دنبال مراقبت اولیه و آرامش است (اینسورث، ۱۹۹۱؛ هازان و شاور، ۱۹۹۴). در نتیجه رابطه ای شکل می گیرد که در آن رفتارهایی مانند لبخند و گریه برای رسیدن به هدف تلاش می کنند؛ سیستم دلبستگی احساس امنیت را تضمین می کند (بالبی، ۱۹۶۹).

بالبی در مطالعات خود بر روی دلبستگی و جدایی شیرخواران، به این نتیجه رسید که دلبستگی شامل یک نیروی انگیزشی محوری است و دلبستگی مادر-کودک یک واسطه ضروری تعامل انسان است که در آینده پیامدهای مهمی برای کارکرد شخصیت و رشد دارد. نوزادان به خاطر یگانه گرا (منوتروپیک) بودنشان تمایل دارند به یک نفر دلبسته شوند، اما ممکن است با چند نفر نظیر پدر یا نامادری هم این رابطه برقرار سازند.

دلبستگی به تدریج شکل می گیرد و موجب می شود که نوزاد تمایل داشته باشد در کنار کسی به سر برد که او را قویتر، داناتر و قادر به رفع اضطراب یا رنج و عذاب خود می داند. به این ترتیب دلبستگی، احساس امنیت را برای نوزاد فراهم می کند. این فرآیند با تعامل مادر و نوزاد تسهیل می شود و آنچه مهمتر است، مقدار فعالیتی است که با هم انجام میدهند، نه مدتی که با هم به سر می برند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). معمولاً نوزادان در حال رشد به تدریج یک مدل دلبستگی برای خود و دیگران به خصوص مراقبین توسعه می دهند. نشانه ها به نوزادان کمک می کنند تا یاد بگیرند که کدام نوع از رفتار قابل قبول است یا نه. برای مثال ممکن است آنها هر وقت که گریه کنند سریعاً توسط مراقبان مراقبت شوند. این نوع رفتار از طریق زیست شناسی ریشه دارد و توسط نشانه های زیست محیطی، مانند نیاز به حفاظت و مراقبت فعال می شود که می توان گفت که رفتارهای دلبستگی جدید، تابع بخشی از بقاء ژنتیکی برنامه ریزی شده است (بل و اینسورث، ۱۹۷۲).

مراحل دلبستگی

در نخستین مرحله دلبستگی که گاه مرحله پیش دلبستگی خوانده میشود (از تولد تا هشت یا دوازده هفتگی) کودکان سر خود را به طرف مادرشان بر می گردانند، با چشمهایشان او را در میدانی به عرض صد و هشتاد درجه تعقیب می کنند، به طرف صدای مادر خود میروند و حرکات منظمی در پاسخ به صدای مادر انجام میدهند. در دومین مرحله که گاه دلبستگی در حال تشکیل خوانده میشود (از هشت یا دوازده هفتگی تا شش ماهگی)، نوزادان به یک یا چند نفر از افراد محیط خود دل بسته اند. در مرحله سوم که گاه دلبستگی حتمی خوانده میشود (از شش تا بیست و چهار ماهگی) وقتی نوزاد از مراقب یا مادر خود جدا میشود گریه میکند و سایر پیامهای حاکی از رنج و عذاب را از خودشان نشان میدهد؛ شیرخوار وقتی که به سمت مادر بر میگردد، دست از گریستن بر میدارد و چنان محکم به او می چسبد که گویی می خواهد از بازگشت او کاملاً مطمئن شود. در مرحله چهارم (از بیست و پنج ماهگی به بعد) کودک مادرواره (mather figure) را مستقل از خود می بیند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

موقعیت ناآشنا

مری اینزورث مشاهدات بالبی را بسط داد و دریافت که تعامل مادر با کودکش در دوره دلبستگی تاثیر چشمگیری بر رفتار فعلی و آتی کودک دارد. الگوهای مختلف دلبستگی در کودکان وجود دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). آزمایش اندازه گیری ایمنی دلبستگی با عنوان موقعیت غریب توسط ماری اینزورث و همکاران وی در جریان طرح ریزی موقعیت غریب چنین استدلال کردند که نوباوگان و کودکان نو پای دلبسته ایمن باید از والد به عنوان تکیه گاه امنی استفاده کنند که می توانند با اتکا به او اتاق باز ناآشنایی را کاوش کنند و وقتی والد او را ترک می کند، بزرگسالی غریبه باید کمتر از والد تسلی بخش باشد.

۴ سطح از دلبستگی را با توجه به آزمایش موقعی غریب بدست آوردند عبارتند از:

(۱) دلبستگی ایمن: والد تکیه گاه امن است و وقتی بچه از آنها جدا میشود ممکن است گریه کنند یا نکنند. والد که برگردد و به طور فعال بدنال تماس با او هستند و گریه فوراً کاهش می یابد. ۶۰٪ بچه ها ایمن هستند.

(۲) دلبستگی دوری جو/اجتنابی: والد وقتی که حضور دارد بچه به حضور والد بی اعتنا است و به فرد غریبه مانند والد خود واکنش نشان میدهد. ۱۵٪ بچه ها نا ایمن دوری جو هستند.

(۳) دلبستگی مقاوم: بچه قبل از جدایی به بدنال نزدیکی با والد خود است و به کاوش نمی پردازد. بعد از اینکه والد آنها را ترک کرد ناراحت می شوند و بعد از برگشت وی عصبانی هستند. به راحتی نمی توان آنها را آرام کرد. ۱۰٪ بچه ها نا ایمن مقاوم هستند.

(۴) دلبستگی آشفته/ سردرگم: این حالت دلبستگی بیشترین نا ایمنی را نشان می دهد، هنگام بازگشت والد رفتارهای سردرگم و متضاد نشان میدهند. ۱۵٪ بچه ها نا ایمن آشفته هستند. (برک، ۲۰۱۴).

بزرگسالانی که سبک دلبستگی مضطرب-دو دل دارند معمولاً افکار عشقی وسواس گونه درباره فرد مورد علاقه داشته و از حسادت شدید رنج میبرند و میزان طلاق در آنها بالا است. افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی با اینکه احساس تنهایی می کنند اما به روابط نزدیک توجهی ندارند. به نظر می رسد این افراد از صمیمیت می ترسند و هنگامی که در روابطشان دچار تعارض یا

تنش می شوند کناره گیری می کنند. فروپاشی روابط در این افراد شایع است. افراد دارای سبک دلبستگی ایمن توجه زیادی به روابطشان نشان می دهند و در رفتارشان انحصار طلبی یا احساس طرد شدگی دیده نمی شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

اختلال های دلبستگی

از نظر روان تحلیلگران نخستین رابطه کودک اساس شخصیت او را تشکیل می دهد و می تواند ویژگی های شخصیتی کودک را متأثر سازد. هدف چنین ارتباطی در نوزادان و بزرگسالان حفظ تقرب جویی هیجانی، جسمانی و احساس امنیت است (انیس ورس، ۱۹۸۰). برقراری پیوندهای عمیق با شخص مهم زندگی (مادر برای نوزاد انسان) ارزش حیاتی دارد و این توانایی به صورت ذاتی در او وجود دارد (بارون و پارکر، ۲۰۰۴).

مشخصه اختلال های دلبستگی، آسیب زیستی- روانی- اجتماعی است که بر اثر محرومیت از مادر، فقدان مراقبت او یا جایگزین او و فقدان تعامل با او یا مراقب دیگر به وجود می آید. ریشه سندرم های رشد ناکافی، کوتولگی روانی- اجتماعی اختلال اضطراب جدایی، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلالات افسردگی، بزهکاری، مشکلات تحصیلی، و هوش مرزی، در تجارب منفی دلبستگی دیده شده است. نارسا بودن مراقبت مادرانه به دلیل: (۱) ابتلای مادر به بیماری روانی، (۲) بستری شدن طولانی کودک، یا (۳) مرگ ابژه اصلی دلبستگی، سبب صدمات هیجانی در کودک می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

اختلال بیش فعالی / کم توجهی

اختلال بیش فعالی / کم توجهی (ADHD) یک اختلال روانپزشکی است که در کودکان پیش دبستانی، کودکان، نوجوانان و بزرگسالان سراسر جهان را مبتلا کرده و مشخصه آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش فعالی است. بر اساس شرح حال خانواده ها، تعیین ژنوتیپ و مطالعات تصویر برداری عصبی شواهد روشنی برای پایه زیستی اختلال بیش فعالی / کم توجهی وجود دارد. هر چند چندین ناحیه مغز و چندین عصب- رسانه (ناقل عصبی) در بروز علائم دخیل دانسته شده اند اما همچنان دوپامین کانون پژوهش های مربوط به علائم اختلال بیش فعالی / کم توجهی است. به دلیل مصرف بالای دوپامین در قشر جلو پیشانی و پیوند های متقابل آن با سایر نواحی مغز درگیر در توجه بازداری، تصمیم گیری، مهار پاسخ، حافظه کاری و گوش بزنگی، نقش این ناحیه مطرح شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر ۳ نشانه اساسی بی توجهی، فزن کنشی و برانگیختگی؛ اغلب با عنوان تحریک پذیر، مداخله جو، پر جنب جوش، نامرتب، پرخاشگر، پر تنش و هیجانی مشخص می شوند و دارای انواع مشکلات ثانوی دیگر می باشند (فاراوون و بیدرم، ۲۰۰۹). اهم این مشکلات عبارتند از: سطح پایین کارآمدی تحصیلی، سطح پایین حرمت خود، تضاد ورزی، رفتارهای ضد اجتماعی، طرد شدگی از سوی همسالان، اختلال های روابط خانوادگی، نارسایی های خاص شناختی و فراشناختی، نارسایی های خاص حسی- حرکتی و مشکلات خواب (دادستان، ۲۰۱۰).

اختلال بیش فعالی / کم توجهی به عنوان یک مسئله برای پزشکان، روانشناسان، والدین و معلمان مطرح هست. زیرا ویژگی رفتاری کودکان مبتلا از قبیل ناتوانی در مهار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی قراری حرکتی معضل اساسی برای والدین، همسالان و متولیان آموزشگاهی به شمار می آید و به فرآیند تحول استعداد های ذهنی و مهارت های اجتماعی- عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می کند. فراوانی مشکلات مختلف تحصیلی، شغلی و غیره در بزرگسالی این کودکان به طورمعنا داری از جمعیت عادی بیشتر است (جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان، ۱۳۸۷). عوامل ایجاد کننده اختلال بیش فعالی / کم توجهی دقیقاً معلوم نیست، عواملی که مطرح شده اند عبارتند از: (۱) عوامل ژنتیک- (۲) عوامل مربوط به رشد- (۳) آسیب مغزی- (۴) عوامل عصبی- شیمیایی- (۵) عوامل عصبی- فیزیولوژیک- (۶) عوامل روانی- اجتماعی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

فرنادز و همکاران (۲۰۰۸) تجزیه و تحلیل پیچیده ای از فعالیت خود کار مغز در اختلال بیش فعالی / کم توجهی انجام دادند. نتایج کاهش فعالیت در لوب قدامی و تاخیر رشد در تکامل کورتکس لب پیشانی مغز را نشان می دهد. نارسایی در بازداری رفتاری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی در کودکان اختلال بیش فعالی / کم توجهی محسوب میشود، این کودکان از مهارت

کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود برخوردار نیستند و نمی توانند رفتار خود را برای زمان طولانی تنظیم کنند (کردستانی، ۱۳۹۳).

علاوه بر این، حضور کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کم توجهی در خانواده درخواست های مضاعفی را بر والدین و بالاخص مادران این کودکان تحمیل می کند و باعث افزایش فشار روانی و انواع مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی و خلق منفی در این والدین می شود. کودک دارای اختلال بیش فعالی/کم توجهی هویتی منفرد و جداگانه ندارد و کل خانواده را در معرض خطر افزایش عواقب منفی، همچون مشکلات سلامت جسمانی و روانی و تجارب منفی قرار می دهد.

از دیگر مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، نافرمانی و قانون شکنی نیز به عنوان یکی از جدی ترین مشکلات این کودکان است که تأثیرات منفی بسیاری بر سیستم خانواده و سلامتی والدین شان بر جای می گذارد (کردستانی، ۱۳۹۳). از طرفی خانواده و فضای حاکم بر آن نقش مؤثر و تعیین کننده ای در رشد روانی، شکل گیری شخصیت و سلامت روانی اعضای خانواده به ویژه کودکان دارد (جانستون و جی مش، ۱۳۸۵).

در بحث سلامت روان، رابطه مادر و کودک از اهمیت ویژه ای برخوردار است، زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم تنیده می شود که هر گونه تغییر در یکی، بر دیگری نیز اثر می گذارد و این تعامل ادامه خواهد یافت. اختلال های روانشناختی مادر بر رابطه او با فرزندش تاثیر می گذارد تغییر رفتار کودک مادر را متأثر می نماید (صالحی، سالاری فر و هادیان، ۱۳۸۳). سلامت روانی و احساس سلامت شخص تا حد زیادی به کیفیت روابط و دلبستگی او به دیگران بستگی دارد و مساله اصلی در تمامی، ایجاد و تنظیم اینگونه روابط است. در یک تعامل دلبستگی معمول، فرد به دنبال صمیمیت و عاطفه است و شخص مقابل یا این درخواست را اجابت یا رد میکند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

همه گیرشناسی اختلال بیش فعالی/کم توجهی

بیش فعالی/کم توجهی حدود ۵-۸٪ کودکان سنین مدرسه را مبتلا میکند و ۸۵٪-۶۵٪ افرادی که در کودکی این تشخیص را دریافت می کنند در نوجوانی واجد ملاک های اختلال هستند و تا ۶۰٪ آنها علائم شان تا بزرگسالی ادامه می یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). پژوهش های دهه های اخیر، حاکی از آن است که اغلب نشانه ها تا پایان کودکی در نوجوانی و در ۶۰٪ از موارد به ویژه مشکلات بی توجهی، تا بزرگسالی ادامه می یابد (کسلر، آدلر و باریکلی، ۲۰۰۶؛ والدیزان و ایزاگیرگان، ۲۰۰۹). شیوع این اختلال در کودکان ایرانی ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه بین ۳ تا ۶٪ گزارش شده است (خوشابی، پور اعتماد، محمدی، هومن و بیگلریان، ۲۰۰۹). ۳۳٪ از مراجعان به مراکز درمانی روانشناختی در ایران را به خود اختصاص می دهند (بهنیا، ۲۰۰۲). مطالعات همه گیرشناسی حاکی است که بیش فعالی/کم توجهی تقریباً در ۵/۲ درصد بزرگسالان وجود دارد و در پسرها به نسبت ۲ بر ۱ تا ۹ بر ۱ از دخترها شایعتر است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

سبب شناسی

یافته های موجود حاکی از آن است که علل اختلال بیش فعالی/کم توجهی عمدتاً منشأ ژنتیک دارد و میزان توارث آن حدود ۷۵٪ است. اکثر این کودکان دچار شواهدی از آسیب ساختمانی در دستگاه عصبی مرکزی نشان نمی دهند. در برخی موارد عوامل موثر در بروز این اختلال ممکن است شامل مواجهه با مواد سمی در دوره پیش از تولد، زود رس بودن، تهاجم مکانیکی پیش از تولد به دستگاه عصبی جنین باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

دلبستگی و بیش فعالی/کم توجهی

بالبی (۱۹۷۳) دلبستگی به عنوان رابطه عاطفی یک کودک با یک فرد خاص که در هنگام آشفستگی به آن نزدیک شده است تعریف می کند. او روابط دلبستگی را به عنوان یک پایگاه امن در نظر گرفت تا پرورش یابد و استقلال فردی افزایش یابد (اینزورث، بلهارد، واترز و وال، ۱۹۷۸؛ بالبی، ۱۹۸۸؛ بری، باروکلف و ودرن، ۲۰۰۷). به عنوان یک نتیجه از تعامل بین کودک و مراقبان در دوران طفولیت و دوران کودکی، نوجوانان، بازنمایی ذهنی خود را در ارتباط با دیگران توجه و انتظارات در مورد اینکه چگونه

دیگران در روابط اجتماعی رفتار میکنند. این مدل‌های دلبستگی، توجه، تفسیر، حافظه و پیش‌بینی‌های مربوط به تعاملات بین فردی را هدایت میکند (بالبی، ۱۹۷۳؛ کسیدی، ۱۹۹۹؛ پیترموناکو و فید لمن بارت، ۱۹۹۷).

بزرگسالان مدل‌هایی از دلبستگی را حفظ می‌کنند که بر اساس دلبستگی که با فرد مراقبت‌کننده در ابتدای زندگی داشته، پایه‌گذاری می‌شود. هر چند آنها همچنین به تجربه‌ها در روابط خاص بعدی اتصال دارند (هازن و شاور، ۱۹۸۷؛ کارنلی، پیتر موناکو و جافر، ۱۹۹۴؛ پیترموناکو و فلدمن بارت، ۱۹۹۷). هازن و شاور (۱۹۸۷) اولین مدل از رشد و دلبستگی در کودکان مطرح کردند. دلبستگی با ۳ سبک: ایمن، اضطرابی و اجتنابی بود. بارثولومئو و هورو و تیز (۱۹۹۱) یک مدل بر این مدل افزودند و مدل دلبستگی چهارگانه را بر اساس دو بعد توسعه دادند: تصویر انتزاعی فرد از خود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد و تصویر انتزاعی فرد از طرف دیگر، که می‌تواند مثبت یا منفی نیز باشد (گریفین و بارثولومئو، ۱۹۹۴). با توجه به این مدل (بارثولومئو و هورو ویتز، ۱۹۹۱) مردمی که دلبستگی ایمن داشتند یک تصویر مثبت از خود و دیگران داشتند و آنها خود را به عنوان دوست داشتنی می‌بینند و انتظار می‌رود دیگران را به طور کلی می‌پذیرند و پاسخ می‌دهند.

بنابراین آنها با صمیمیت و استقلال احساس راحتی می‌کنند. افرادی که دارای معیار ارزشمندی هستند (مثبت بودن منفی خود) و ارزیابی مثبت دیگران، به عنوان مشکوک شناخته می‌شوند. این افراد با تلاش برای پذیرفتن دیگران ارزشمند و تلاش برای رفع اشکال در پذیرش خود هستند. سبک سوم دلبستگی سبک ناتوان، ترسان با حسن‌ناتوانی و غیر قابل قبول بودن در مورد خود با انتظارات دیگران غیر قابل اعتماد و رد می‌شود. اجتناب از مشارکت با دیگران در نهایت منجر به سیری انکار ناپذیر توسط افرادی می‌شود که خود را دوست داشنی و ارزشمند دانند اما منافع منفی نسبت به دیگران دارند. آنها خود را در برابر ناامیدی از طریق اجتناب از روابط نزدیک با دیگران و حفظ روحیه و عدم آسیب‌پذیری محافظت می‌کنند. اگر ارتباط والد-کودک تضعیف شود دلبستگی ناایمن از کودک به یکی یا هر دو مراقبت‌کننده را ممکن است و فرد در بزرگسالی آن را ممکن بروز دهد. هنگامی که یک رویداد ایجاد شود و فرد در معرض تهدید قرار گیرد سیستم دلبستگی، یکی از مدل‌ها و عملکرد بر اساس آن فعال می‌شود (میکالینسر و شاور، ۲۰۰۷).

با وجود اینکه برخی از مطالعات نشان می‌دهد که سبک دلبستگی می‌تواند در مدت زمان کوتاهی تغییر کند (بالدوین و فهر، ۱۹۹۵؛ پالگ، بارلدز و جرسلم، ۲۰۰۶). به طور کلی سبک دلبستگی در طول زمان نسبتاً پایدار است (بالبی، ۱۹۹۸؛ کالینز و رد، ۱۹۹۰؛ لویز و کورملی، ۲۰۰۲). مطالعات متعدد نشان داد که اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی در کودکان با دلبستگی ناایمن همراه است (استیفیل، ۱۹۹۷؛ اردمن، ۱۹۹۸؛ کلارک، آنگر، چاهو، جانسون و استیفیل، ۲۰۰۷؛ فرنس، موری و پارپر-اوکیل، ۲۰۰۹؛ نیدر هومر، ۲۰۰۹). برخی از مطالعات حتی نشان می‌دهد که دلبستگی‌های مختلف نقش مهمی در بعضی افراد در ایجاد بیش‌فعالی/کم‌توجهی موثر است.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان دادند که دانش‌آموزان عادی در مقوله‌های مراقبت با محبت مادر، مراقبت با محبت پدر نسبت به دانش‌آموزان اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی نمرات بیشتری بدست آوردند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت سبک دلبستگی دانش‌آموزان عادی از طرف مادر و پدر همراه با مراقبت‌کنندگی بیشتر و کنترل کمتر و دانش‌آموزان اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی همراه با کنترل‌کنندگی بیشتر و مراقبت‌کنندگی کمتر است (بی‌کندم، ۲۰۰۱). نظریه پردازان هیجان اذعان می‌کنند که سازماندهی‌های هیجانی (صفت وجهت‌گیری) اساساً ریشه در دلبستگی و تجربیات اجتماعی‌سازی هیجانی دارد (مگی، هنزیکری، مسیاس و کالور، ۲۰۰۳).

هنگامیکه کودک در معرض استرس جدایی یا خطر باشد سیستم دلبستگی فعال می‌شود. در این حالت فعال‌سازی، هر کودک یک سیگنال بسیار موثر از سیگنال‌ها را برای فعال شدن سیستم مراقبت از مراقبت‌کنندگان فراهم می‌کند. شکل دلبستگی توسط سیگنال دلبستگی فرزند سعی خواهد کرد کودک را تنظیم کند. در نتیجه این روال، کودک یک سیستم داخلی (IWM) را ایجاد می‌کند. (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰). افراد متعددی ناامید بیشتر به مشکلات عاطفی تنظیم رفتار، رفتار می‌کنند (کاسیدلی، ۱۹۹۴). مشکلات خودتنظیمی مانند (کنترل انس، مهار، حل و فصل) نیز عناصر مرکزی اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی است که بعضی اوقات حتی به عنوان اختلال خود ارزیابی مفهوم است (بارکلی، ۱۹۹۷؛ آلسن، ۱۹۹۶؛ تیتز، ۲۰۰۰).

از این رو می توان نتیجه گرفت که تعاملات اولیه بین مراقبین اولیه و کودک بر اختلال خود تنظیمی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کم توجهی تاثیر میگذارد (آلسن، ۱۹۹۶؛ استیفل، ۱۹۹۷). علاوه بر این پژوهش ها نشان می دهد که دلبستگی ایمن تاثیر مثبتی بر شایستگی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کم توجهی دارد (کلارک، آنگر، چاهو، جانسون و استیفل، ۲۰۰۲). دلبستگی ایمن با افزایش کارایی در وظایف مربوط به توجه و افزایش توجه همراه است (فیرن، ۲۰۰۴؛ ماسیلن و اسپیکر، ۱۹۹۰). ماتاس، آرت و اسرووف شورد پژوهشی نشان دادند شوق بیشتر، استقامت، تمایل بیشتری به همکاری و همچنین اثر بخشی بیشتر در فرزندان با دلبستگی ایمن را نسبت به کسانی که به طور ناایمن دلبسته هستند دارند (ماناس، اندرو و اسرووف، ۱۹۹۰). به همین ترتیب امنیت دلبستگی در اوایل دوران کودکی با کنترل امواج شناختی، جهت گیری کار و تاخیر در رضایت در سن ۶ سالگی همراه است (جاکسون، هاس، فندریچ، کروسی و زیگنهیان، ۱۹۹۷؛ آلسون، باتس و بایلس، ۱۹۹۰).

درمقابل دلبستگی ناایمن در اوایل دوران کودکی نشان دهنده ارتباط قوی با اختلالات بعدی یا آسیب روانی است (ایجنودورم، اسچنگل، بکرمانز و کارنگیورد، ۱۹۹۵؛ کاسیدلی و ماهر، ۲۰۰۱). در نمونه ای از ۱۰۰ کودک ۸ ساله تورل و همکاران رابطه بین دلبستگی غیر طبیعی و علائم اختلال بیش فعالی/ کم توجهی را نشان داد. این علائم یک سال پس از ارزیابی دلبستگی ارزیابی شد (تورل، ریدل و بوهلین، ۲۰۱۲). این انجمن همچنان بدون در نظر گرفتن مشکلات رفتاری خارجی، اندازه گیری شده با استفاده از پرسشنامه رفتار کودکان و همچنین عملکرد اجرایی ادامه یافت (راتر، تیزارد و تیمور، ۱۹۷۰). استقلال عملکرد توابع شناختی نشان می دهد که علائم اختلال بیش فعالی/ کم توجهی خود را با دلبستگی غیر طبیعی همراه با نقص شناختی مرتبط است که در طول اختلال بیش فعالی/ کم توجهی اتفاق بیفتد. پژوهشگران نشان دادند که اگر چه همپوشانی قوی بین مشکلات رفتاری و خارجی و اختلال بیش فعالی/ کم توجهی وجود دارد، اما تجزیه و تحلیل عامل ها یک تفاوت مفهومی بین دو ساختار را تایید می کند (پیلو، پلهام، هوزا، مولینا و استالتز، ۱۹۹۸). بنابراین در بررسی ارتباط بین دلبستگی و اختلال بیش فعالی/ کم توجهی، کنترل کردن برای رفتارهای بیرونی رفتار ضروری است.

پژوهش کلارکل و همکاران نشان داد که کودکان با اختلال بیش فعالی/ کم توجهی با احتمال بیشتری نسبت به افراد گروه کنترل بازنمایی هایی دلبستگی نا ایمن دارند (کلارکل، آنگر، چاهود، جانسون و استیفل، ۲۰۰۲). کودکان با بازنمایی های دلبستگی نا ایمن به طور کلی به دلیل گوش بزنگی در مورد در دسترس بودن مظاهر دلبستگی و نیز احساسات پوچی و انزوای عاطفی خود، برای ناسازگاری مستعد هستند (بارهایم، دان، اشل، ساگلیس چوارتز، ۲۰۰۷). یانگر، کوربی و پری (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند کودکان دلبسته ایمن مشارکت و همکاری اجتماعی بیشتری با همسالان دارند. باعزت و همکاران در پژوهشی نشان دادند که دانش آموزان دارای نارسا خوانی و اختلال رفتاری در مقایسه با دانش آموزان عادی از سبک دلبستگی نا ایمن برخوردار هستند. دانش آموزان نارسا خوان، دارای سبک دل بستگی ناایمن- اجتنابی و دانش آموزان مبتلا به اختلال رفتاری، دارای سبک نا ایمن، دو سوگرا بودند (با عزت، پیوستگار و ایزدی فرد، ۲۰۰۹). امیری در پژوهشی نشان داد بین کیفیت دلبستگی کودک- مادر با علائم اختلال بیش فعالی/ کمبود توجهی با متغیر میانجی شدت افسردگی؛ افسردگی کودک و شدت افسردگی مادر با علائم اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه با متغیر میانجی مشکلات رفتاری کودک، رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. کیفیت دلبستگی کودک-مادر با شدت افسردگی کودک رابطه مستقیم و منفی با شدت افسردگی مادر رابطه معنا داری بدست نیامد (امیری، ۲۰۱۱).

نتیجه گیری

امنیت دلبستگی در اوایل دوران کودکی با کنترل امواج شناختی در سن ۶ سالگی همراه است. در مقابل دلبستگی ناایمن در اوایل کودکی نشان دهنده ارتباط قوی با اختلالات بعدی یا آسیب روانی است. در پایان باید به این نکته اشاره کرد که افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی/ کم توجهی به لحاظ سبک دلبستگی و نوع مراقبت و محافظت والدین نسبت به افراد عادی در مرتبه پایین تری قرار دارند و تفاوت هایی دارند که به نوعی می تواند پیش بینی کننده مشکلات این کودکان در زمینه اجتماعی و ارتباطی و در نهایت عاطفی و شناختی باشد.

منابع و مراجع

- [۱] برک، لورا. (۲۰۱۴). روان شناسی رشد. ترجمه سید محمدی. تهران: ارسباران.
- [۲] جانستون، ش؛ و جی مش، آ. (۱۳۸۵). خانواده های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعال (قسمت اول). ترجمه فرشاد قدیری، محمود نجفی، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۵۴-۵۵. ۱۶-۳.
- [۳] جنتیان، س؛ نوری، آ.، شفتی، ع.، مولوی، ح. و سماواتیان، ح. (۱۳۸۷). اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر شدت علائم/اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه در دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه بیش. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۲، شماره ۲.
- [۴] صالحی، م؛ سالاری فر، م.، و هادیان، م. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلال روان پزشکی با گروه گواه. مجله اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲.
- [۵] سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت، و روئیز، پدرو (۲۰۱۵). کاپلان و سادوک خلاصه (روان پزشکی علوم رفتاری / روان پزشکی بالینی). ج ۲. ترجمه فرزین رضائی، تهران: ارجمند.
- [۶] سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت، و روئیز، پدرو. (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی (علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی)، ترجمه فرزین رضایی، ویراست دهم.
- [۷] کردستانی، د. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش رفتاری والدین بر سلامت عمومی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و کاهش مشکلات برون ریخته این کودکان. مجله علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۳.
- [8] Amiri, M. (2011). *Structural model of relationship quality and attachment disorder, attention deficit / hyperactivity in school children Isfahan* [dissertation]. Isfahan: faculty of education sciences and psychology, Isfahan University; [person] .
- [9] Answorth, M.D.S. (1991). *Attachment and other affectional bonds across the life cycle*. In C. M. Parkes, J. Stevenson- Hind, & P. marris (eds), *attachment across the life cycle*. New York: Routledge. 33-51.
- [10] Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: psychological study of the strange situation*. Hillsdale N.J.: Erlbaum.
- [11] Baezat. F., Peivastegar, M., Eizadfar, R. (2009) *Compersion of attachment styles between conduct disorder, dyslexic and normal student*. jornal of behavior sience. vol (3). No (3). 231-236.
- [12] Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). *Attachment styles among young adults: A test of a four category model*. Journal of Personality and Social Psychology. 61. 226-244.
- [13] Barhaim, Y., Dan, O., Eshel, Y., Sagischwartz, A. (2007). *predicting children anxiety from early attachment relationships*. jornal of anxiety disorders. 21. 1061-1068.
- [14] Barkley, RA. (1997) *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD*. psychol Bull. 121: 65-94.
- [15] Baldwin, W. & Fehr, B. (1995). *On the instability of attachment style ratings*. Personal Relationships. 2. 247-261.
- [16] Baron, R., & Parker, J. (2004). *Handbook of emotion intelligence*. Sanfarnacisco, Jossey Boss.
- [17] Barhami, Y., Dan, O., Eshel, Y., Sagischwartz, A. (2007). *Predicting children anxiety from early attachment relationships*. Journal if anxiety Disorder. 21. 1061-1068.
- [18] Behniya F. (2002). Qualitative valuation on behavioral disorders among student with learning disabilities referred occupational therapy centers quarerly. journal of thought and behavior.
- [19] Bekendam, C. (2001). *Dimensions of emotional intelligence: attachment, affect regulation, alexithymia and empathy*. Disserlation abstracts international. 58 (4b).
- [20] Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Routledge.

- [21] Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, volume I: Separation anxiety and anger*. London: The Hogarth Press. Basic Book.
- [22] Bowlby, J. (1969). *Attachment, Attachment and loss*. New York: Basic book.
- [23] Bowlby, J. (1996). *Attachment and loss*. Attachment: New York: Basic book.
- [24] Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss*. New York: Basic book.
- [25] Bell, S. M., Anisworth, D.M.S. (1972) Infant crying and maternal responsiveness. *child development*. 43. 1171-1190.
- [26] Berry, K., Barrowclough, C. & Wearden, A. (2007). *A review of the role of adult attachment in psychosis: Unexplored issues and questions for further research*. *Clinical Psychology Review*. 27. 458-475.
- [27] Carnelly, K.B., Pietromonaco, P.R. & Jaffe, K. (1994). *Depression, working models of others, and relationship functioning*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66. 127-140.
- [28] Cassidy, J. & P.R. Shaver (1999). *The nature of a child's ties*. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications*. 3-20. New York: The Guilford Press.
- [29] Cassidy, J. (1994). *Emotion regulation: influence of attachment relationships*. *Monogr Soc Res child Dev*. 59. 228-49.
- [30] Cassidy, J., Mohr, JJ. (2001). *Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the lifespan*. *clin psycho sci pract*. 8. 275-298.
- [31] Clarke, L, J., Chahoud, K., Johnson, S. & Stiefel, I. (2007). *Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment in security*. *clinical child psychology and psychiatry*. 7. 179-198.
- [32] Clark, L., Ungre, J., Chahoud, K., & Jonson, S. (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity*. *clin child psychol psychiatry*. 7. 179-198 .
- [33] Collins, N.L. & Read, S.J. (1990). *Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58. 644-663.
- [34] Dadsetan, P. (2010). *developmental psychopathology (from infancy through adulthood)*. Tehran: samt publication. 2. 221-237.
- [35] Erdman, P. (1998). *Conceptualizing ADHD as a contextual response to parental attachment*. *The American Journal of Family Therapy*. 26. 177-185.
- [36] Faraone, SV, & Biederman, J. (2009). *what is the prevalence of adult ADHD result of apopulation screen*. 9 (2). 384-391.
- [37] Fearn, R.M.N. (2004). *Attachment BJ, Attention. protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity*. *Child Dev*. 75. 1677-1693.
- [38] Franc, N., Maury, M. & Purper-Ouakil, D. (2009). *ADHD and attachment processes: are they related? Encephale*, 35, 256-61.
- [39] Griffin, D.W. & Bartholomew, K. (1994). *The metaphysics of measurement: The case of adult attachment*. *Advances in Personal Relationships*. 5. 17-52.
- [40] Hazan, C. & Shaver, P.R. (1994). *Attachment as an original framework for research on close psychological Inquiry*. 5. 1-22.
- [41] Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. *Journal of Personality and social psychology*. 52. 511-524.
- [42] Insworth, MD. (1980). *objective relations, dependency and attachment: A theoretical review of infant mother relationship*. *Developmental psychit*. 40 (30). 969-1025.
- [43] Ijzendoorn, MH van., Schuengel, C., Bakerman, S & Karenenburg, MJ. (1999). *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitant, and sequelae*. *Dev psychopathol*. 225 -250 .
- [44] Jacobsen T , Huss M , Fendrich M , Kruesi MJ , Zigenhain U . (1997) *children "s ability to delay gratification: longitudinal relations to mother- child attachment*. *J Genet psychol*. 158. 411-426 .

- [45] Kessler, RC., Adler, L., & Barkley, R. (2006). *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: result from the national comorbidity survey replication*. Am J psychiatry. 163 (4). 716-723 .
- [46] Khoshabi, K., Pour Etemad, H., Mohammadi, M., Houman, A ., Biglarian, A , & Towfigh, N. (2002). *prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and other co existing disorder among school students in Tehran University of social welfare and rehabilitation science*.
- [47] Lopez, F.G., & Gormley, B. (2002). *Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns*. Journal of Counseling Psychology. 49. 355-364.
- [48] Maslin-Cole, C , & Spieker, SJ. (1990). *attachment as a basis for independent motivation: A view from risk and nonrisk samples*. In : Greenberg MT , Cicchetti D, Cummings EM , editors . *Attachment in Preschool Years: Theory Research and Interventions*. Chicago : University of Chicago press. 245-272 .
- [49] Matas, L., Arend, RA., Sroufe, LA . (1978). *continuity of adaptation in the second year: the relationship between quality of attachment and later competence* . child Dev . 49. 547-557 .
- [50] Magi, C., Hunziker, J., Mesias, W, & Culver, CL . (2003). *adult attachment styles and emotional biases*. International journal of behavioral development. 24. 125-139 .
- [51] Mikulincer, M .& Shaver P.R. (2007). *Attachment in adulthood : structure, dynamics, and change*. New York: Guilford press .
- [52] Niederhofer, H. (2009). *Attachment as a component of attention-deficit hyperactivity disorder*. Psychology Rep. 104 (2). 645-648.
- [53] Olson, SL. (1996). *Developmental perspectives*. In: Sandberg, editor. *Hyperactive Disorder*. Child. Camb. Monogr. Child Adolesc. Psychiatry. Cambridge: Cambridge University press. 149 -194 .
- [54] Olson, SL., Bates, JE., Btes, K. (1990). *Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament*. J Abnorm child psychol. 18. 317-334 .
- [55] Pietromonaco, P.R. & Feldman Barrett, L. (1997). *Working models of attachment and daily social situations*. Journal of personality and social psychology. 73(6). 1409-1423.
- [56] Pielage, S.B., Barelds, D.P.H. & Gerslma, J. (2006). *The (in)stability of the Relationship Questionnaire*. Manuscript submitted for publication.
- [57] Pillow, DR., Pelham, WE.JR ., Hoza, B., Molina, BS, & Stultz, CH. (1998). *Confirmatory factor analyses examining attention deficit hyperactivity disorder symptoms and other childhood disruptive behaviors*. J Abnorm child psychol. 26. 293-309.
- [58] Ratter, M ., Tizard, J , & Whimore, K. (1997). *education, health and behavior*. London: longman group.
- [59] Stiefel, I. (1997) *can disturbance in attachment contribute to attention deficit hyperactivity disorder is ? A case discussion* clin child psychol psychiatry. 2. 45-64 .
- [60] Teeter, PA .(2000). *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context* . New York: Guilford press.
- [61] Torell, LB., Rydell, AM, Bohlin, & G. (2012) *parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood*. attach hum Dev. 14. 517-532 .
- [62] Valdizan, JR ., Izaguerri, G , & Racia, AC. (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Rev Neural. 48 suppl 2: S 959 .
- [63] Yunger, J ., Corby, B , & Perry, D. (2005). *Dimensions of attachment in middle childhood*. In: A. Kerns & R. A. Richardson (Eds). *Attachment in middle childhood* (pp.89-114). New York: Guilford press.