

第一章 緒論

第一節 研究動機

壹、過動兒的親子互動

注意力缺陷過動症兒童於發展過程中 (Attention deficit hyperactivity disorder, 以下簡稱過動兒), 比一般兒童具注意力、衝動控制與活動量的問題, 因而出現較多學習與適應問題 (American Psychiatric Association, 1994)。根據美國 DSM-IV (Diagnosis Statistic Manual-IV) 診斷標準, 過動兒之盛行率為 3% 至 5%; 國內高雄醫學院精神科王雅琴醫師在 1993 年的研究, 顯示過動兒在高雄地區國小學童的盛行率為 9.9% (Wang, Chong, Chou, & Yang, 1993); 洪儷瑜 (2001) 針對全國北中南東及離島地區共 4340 位學生作分析, 其盛行率為 5%。反觀海峽對岸中國大陸的狀況, 在學過動兒童盛行率是 1.3%~13.6%, 在北京城是 7% (Tao, 1992), 可見過動兒之盛行率頗高, 值得國人研究過動兒的相關問題。

有關過動兒負向互動問題的起因, 為過動兒尋求感覺刺激、惹麻煩、唱反調, 易有攻擊性、破壞性, 處在低挫折忍受與衝動之狀態下, 非僅於同輩中不受歡迎 (劉彥君 & 雷根玲, 1996), 用 Thomas 與 Chess (1977) 之觀點而言, 他們屬難帶的小孩, 易導致父母產生強烈的父母角色之羞辱感 (Klasen, 2000)。

因過動兒急於尋求刺激 (sensation seeking)，東摸西摸、亂跑、亂動，且因聚焦能力不佳及注意力短暫(short attention span)，無法遵守指令，父母習以提醒、嘮叨、叮嚀他們(Goldstein & Barkley, 2004)，以直接指示來互動，故家有過動兒，親子互動型態易被扭曲(Chi & Hinshaw, 2002)；父母習以直接、反覆、嘮叨，甚至以吼叫、命令或打罵之負向說話方式拒絕過動兒(Bickett, Milich, & Brown, 1996)，此種充滿威脅或負面口氣的互動型態，非僅影響品質，之後更減少語言互動時間，其中合併對立反抗症之過動兒童(Oppositional defiant disorder)父母，更因不滿子女的嚴重問題行為，更以命令式、貶抑式口吻等負向親子互動方式對應，故研究顯示家有過動兒，足讓父母抓狂(Pelham & Lang, 1999)。

過動兒有情緒發展遲緩問題，其父母比其他肢體障礙兒童有壓力，但只因過動兒外表正常，肢障孩童早已有的社會支持，過動兒卻無，故父母顛顛兢兢，常覺處於緊繃(alert)狀態，無法正常生活，甚而懷疑自我的親職能力(Cronin, 2004)。Baker 研究 205 位學齡前發展遲緩兒童父母時發現，家中一旦有發展遲緩兒，父母出現壓力之機會，比一般兒童家庭高(Baker et al., 2003)，故在臨床上，不難看到許多過動兒父母，處於無奈與無助的壓力狀態中。

根據 Bushing 等的研究，父母對過動兒概念不足時，

其孩童將來之癒後不佳(Bussing, Zima, Gary, & Garvan, 2003)，臨床上，看到國內許多父母缺乏過動兒之醫學概念(medical model)或資訊錯誤，易視過動兒為故意兒，習以打罵方式回應，而非採體諒與支持的教育方式。

貳、負向互動的結果

當過動兒父母經常用對立、彼此打斷或負向口氣對待家中過動兒時，此作法易激發孩童的負向情緒反應(Saile, Roding, & Friedrich-Loffler, 1999)，因此許多問題孩童的互動研究報告強調有過動兒的家庭，多數出現明顯的負向親子互動或孩童明顯不服管教(less compliance) (Barkley, Karlsson, & Pollard, 1985; Cunningham & Barkley, 1979)，長久下來必影響父母的心理壓力狀態。

從父母親立場而言時，並非每位父母都會激發孩童負面情緒，但低自尊(Mash & Johnston, 1983)、有壓力、愛用控制或威脅、欠缺善用報償及行為技巧(facilitating)的父母，較易激發孩童不良的行為，引發負面互動關係(Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001)。

負向親子互動的結果，易讓過動兒失去自信心，根據英國心理分析大師 Winnicott (1988)之說法，反社會傾向的小孩，源於剝奪，兒童的抱怨個性、白日夢、發呆、說謊、吸大姆指、摸擦大腿，背後屬情緒上的剝奪，這些兒童缺乏所謂足夠好的母親(good enough mother)，故不夠好的母親，足以影響親子互動(Winnicott, 1988)；根據

Maslow 的人格形成理論(Ryckman, 1985)，人基本需求包括：生理、安全、歸屬感、被愛、自尊、自我實現，然而，許多有反社會傾向之注意力缺陷過動兒童，在成長中，經歷缺乏愛，屢遭被忽略之成長歷程，結果在人際互動上出現缺陷，另外，因缺乏父母建設性互動因應的結果，孩童終至出現暴力傾向(Melnick & Hinshaw, 2000; Peris & Hinshaw, 2003)，孩童因明顯的自卑、畏縮，難建立穩定自我實現關係，故孩童早年穩定的父母－子女互動，為未來穩定同儕關係的前身(Rutter, 1995)。

孩童的自信心發展，須靠一對少壓力、經常對孩童有溫暖情感且合理回應之父母來幫忙達成，意即出現問題孩童的前提，首先是不穩定的父母情緒狀態與不利的大環境因素，譬如，社會地位低落與生活環境壓力大(Webster-Stratton & Fjone, 1989)，再次就是孩童本身的特質。

最近 Burke 等追蹤 177 位過動兒時發現，對立反抗症，長大出現情感性精神症與其他行為問題的機率高，而行為規範障礙症是只有遇到不利的大環境因素時，才會演變為憂鬱症(Burke, Loeber, Lahey, & Rathouz, 2005)，Jester 等在最近研究報告中也發現，正常兒童出現暴力傾向，等長大後自然減緩，但有共病現象又合併暴力傾向的兒童，則不一定會自然減緩，主因家庭缺乏情緒支持 (low emotional support) 與認知刺激不足，導致過動兒的暴力

傾向(Jester et al., 2005)，可見家庭親子互動因素對偏差兒童的影響。

參、互動問題對父母的影響

以親子互動系統(transactional system)來說，親子是互相影響的(Vitacco & Rogers, 2001; Woodward, Taylor, & Dowdney, 1998)，兒童的個別差異會直接影響父母對兒童的期待，且改變對兒童的因應模式(Woodward et al., 1998)，並塑造(shape)父母對兒童問題的解決模式或合理的因應情緒，直接影響兒童本身的問題嚴重度與治療的合作度(Hoza et al., 2000)。

爭議點是先有兒童的個別差異，才有父母的因應情緒？還是先有父母情緒，才出現兒童的差異？Walker 覺得此種親子互動問題，以壓力理論(diathesis-stress model)而言，採壓力的累積理論，指先有兒童的個別差異，後有普遍父母都會產生情緒因應，相反的，壓力的特別效應理論，則主張先有父母情緒問題，才出現有嚴重的問題兒童。

多數研究支持過動兒本身與父母雙方是互為影響的(Danforth, 1991; Mash, 1982)，只是在時間點上，誰先誰後，仍無定論(Walker, Downey, & Bergman, 1989)，但Biederman於1992年，以結構式會談診斷140位過動兒，發現140位過動兒的822位一等親中，有情感性精神症、行為規範障礙、藥物濫用或焦慮症，且過動兒之家庭背

景，多屬低社經地位或母親具身心適應症狀(Biederman et al., 1992)。

負向互動問題也源於父母因素，包括：父母的社經狀況，一等親中有無精神病患、有無藥酒濫用、母親本身有無心理問題、父母婚姻問題與父母社會化(socialization)程度因素，都直接影響父母的心理狀態，導致負向親子互動體系(Eddy, Toro Trallero, Salamero Baro, Castro Fornieles, & Cruz Hernandez, 1999)，但 Breen(1988)則提出相反見解，主張過動兒父母，並非本身憂鬱或照顧過動兒引起憂鬱現象，故到底是父母本身有問題，還是過動兒是壓力源，引起父母壓力問題，至目前為止之文獻探討，仍具爭議。

肆、研究嚴重過動兒親子互動之重要性

Barnow 等人的研究說明，過動兒父母就算他們愛小孩，但無形中小孩卻生活在父母的拒絕中(Barnow, Lucht, Hamm, John, & Freyberger, 2004)，在我的臨床工作中，也不難發現國內過動兒父母，也許因對過動兒了解有限，還是可能因中國父母強調孩童乖巧，不乖巧就被反覆教訓或叮嚀(Nucci, 1997)，尤其當看到子女成績漸漸下滑時，父母開始感受壓力，以為孩童故意偷懶，為孩童找家教或補習班，卻不知研究報告指出，低支持而高壓控制的家長，其子女會出現數學成績不佳之反效果，並進一步影響雙方的角色適應問題(Gadeyne, Ghesquiere, & Onghena,

2004)。

當過動兒在嚴格強調教訓、管教之文化因素影響下，可能因父母採取高壓控制，經常忽略、拒絕過動兒的情緒需求，中間經歷對立親子互動，日久產生更多問題過動青少年，此現象除以國內父母對過動兒有誤解與無知來解釋之外，實令人疑惑中間到底發生何種互動過程？

國外有許多針對過動兒及過動兒合併其他疾病的共病現象研究報告，更有不少過動兒長大後的追蹤研究，但國內有關過動兒的報告寥寥無幾，共病現象(Comorbidity)報告也很少，檢索博碩士論文系統中，有關過動兒的九篇論文中，除一篇探討國小教師對過動兒之歸因外，並無專門探討過動兒與親子互動關係之研究論文。

國外研究發現家有過動兒，出現明顯的負向親子互動，到底台灣過動兒家庭，有負向親子互動的問題嗎？在我們的文化背景下，過動兒父母會否因照顧過動兒，而出現憂鬱嗎？或從另外角度思考，外國人覺得權威、控制化的教養方式，對孩童發展不利；但是中國父母則強調早早訓練(training)，深覺訓練可讓孩童在學業上更進步(Chao, 1994)，故國外所謂過動兒必有負向親子互動問題(Cunningham & Barkley, 1979)或共病一定會影響過動兒之嚴重度(Johnston, 1996)的議題，在國內卻不一定會發生。也許強調嚴格管教的中國文化，屬保護因子，可能中國過動兒因習慣被叮嚀，反而會有更好的發展，不一定導

致父母有更大的壓力與造成精神心理上的問題。

Klein 在 1987 年的報告中強調，幼童一歲時的親子互動，可預測孩童四與五歲的成長結果，此等親子互動的預測變項，勝過以孩童的問題行為作變項，去預測孩童的成長結果 (Klein, Wieder, & Greenspan, 1987)，故改善親子互動，或可避免兒童的偏差成長，問題是成功的成長，需內在基因 (nature) 與外在環境 (nurture) 互相調整 (Rettew & McKee, 2005)，內在基因或天生氣質是根深柢固、無法改變的，可改變的是父母與學校的態度，父母對兒童需求敏感與作正向反應，對孩童的成長，絕對有意義 (Kochanska, Aksan, & Carlson, 2005)。

學校的輔導工作，如果提早注重後天大環境的意義，加強學校對學生的家庭輔導，甚至有專家找出文化中的保護因子，必能避免後來精神疾病的演變。故醫學界與教育界須藉由過動兒親子互動資料，更了解過動兒親子互動關係上之需求，由此種研究結果，進而研擬介入的模式，使醫師、心理師、學校行政系統、老師及家長的長期密切合作，作為學界及實務界之典範 (prototype)，應屬有意義的研究，故本研究嘗試探討國內有共病現象與無共病現象之過動兒父母之壓力與身心適應狀況，並比較兩組的差異。

第二節 研究目的與待答問題

壹、研究目的

本研究擬針對某一醫院兒童青少年精神科複診中，有共病現象之過動兒與無共病的過動兒父母做研究，探討兩組父母的親職壓力與身心適應。

貳、待答問題

依據上述研究目的，所擬定之待答問題如下：

- 一、過動兒父母比一般父母有無親職壓力？
- 二、有共病現象與無共病現象之過動兒父母比較，有無親職壓力上之差異？
- 三、有共病現象與無共病現象之過動兒父母比較，有無身心適應症狀上之差異？
- 四、親職壓力與身心適應症狀，有無相關？

參、統計假設 (statistical hypothesis)

本統計假設中的對立假設 (alternative hypothesis) 如下：

- 一、與正常兒童父母比較，過動兒父母，有親職壓力問題。
- 二、有共病現象與無共病現象之過動兒父母相較，較有親職壓力上之差異。
- 三、有共病現象與無共病現象之過動兒父母相較，較

有身心適應症狀上之差異。

四、親職壓力與身心適應症狀，有相關。

第三節 名詞釋義

壹、注意力缺陷過動兒 (attention deficit hyperactivity disorder)

過動兒的許多症狀，一般正常兒童在某些時候，也可能以不同的程度表現出來，因此，並非「好動」的兒童就是「過動」兒童。依據美國精神醫學會 1994 年修訂的精神疾病診斷統計手冊第四版(DSM-IV)草案標準，訂有詳細的診斷項目：

A. (一) 或 (二) 任何一項：

(一) 不專注：出現下列不專注的症狀至少六項，且持續六個月以上，此問題造成個體的不適應，且和他(她)的成熟度不一致：

1. 經常無法注意細節，在學校功課、工作的活動上，經常因粗心而犯錯。
2. 經常無法持續注意力在功課、一件事或遊戲太久。
3. 經常表現出似乎不注意聽別人告訴他(她)的話。
4. 經常無法組織一件事情或活動。
5. 對於需要持續花心力的活動，經常表現出逃避或強烈的不喜歡。
6. 經常失掉(或忘掉)一些重要的東西(如作業、鉛筆、書本、文具或活動所需要的玩具)。

7.經常容易為外界的刺激所干擾而分心。

8.經常忘記日常生活所需的事物。

9.該作的事都需要別人提醒。

(二) 過動-衝動:出現下列過動-衝動的症狀至少六項，且持續六個月以上，此問題造成個體的不適應，且和他(她)的成熟度不一致：

1.經常手或腳動個不停，或在椅子上坐不住(身體蠕動不停)。

2.在教室或其他需要坐在椅子上的情境，會離開座位。

3.經常表現出當時情境所不允許的到處亂跑或亂爬。

4.經常無法安靜的參與一項遊戲或休閒活動。

5.經常說話很多。

6.經常表現出像被一部機器驅動著，無法靜下來。

7.經常在問題還未被說完，就把答案衝口而出。

8.經常無法排隊等候，或在一項活動、遊戲時，和別人輪流等自己的機會。

9.經常干擾或打斷別人。

B.以上症狀在七歲之前開始出現症狀。

C.症狀必須出現在兩個或兩個以上的情境(學校、工作或家庭)。

D. 症狀會造成臨床上顯著的痛苦，這些問題會妨害個人在社會、學業、或職業上的功能。

E. 排除普遍性發展障礙、精神分裂、或其他精神疾病、情緒性疾病、焦慮性疾病、分離性疾病或人格疾病。

本研究擬以 Mini kid 國際兒童青少年會談手冊 (Mini kid, Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescent) 診斷過動兒，此會談手冊是依據美國精神醫學會 1994 年修訂的精神疾病診斷統計手冊第四版 (DSM-IV) 之標準所訂定，研究樣本必須排除自閉症、精神分裂症、智能障礙者、腦性麻痺或兒童身體有障礙者。

貳、共病現象 (Comorbidity)

除了有過動兒診斷之外，還有合併其他診斷時，便定義為有共病現象，一般而言，過動兒合併對立反抗症 (oppositional defiant disorder) 與行為規範障礙症 (conduct disorder) 的比率很高 (Kuhne, Schachar, Tannock, 1997)。本研究擬以 Mini kid 國際兒童青少年會談手冊來診斷不同疾病，所診斷之疾病包括：過動兒、憂鬱症、輕鬱症、強迫症、對立反抗症、行為規範障礙、適應障礙症、暴食症、厭食症，有共病現象表示過動兒合併其他診斷。

參、父母親因素

影響親子互動關係之因素很多，包括孩童本身與父母因素，父母因素包括父母的婚姻關係、親子互動型態、家庭生活壓力、父母之認知狀態、父母之心理功能等，本研究之父母親因素，因人力與時間的限制，故只探討親職壓力與身心適應症狀因素。

親職壓力部份，請父母完成親職壓力量表 (parenting stress index)，分量表在兒童引發父母有親職壓力部份，包括過動/無法專注，子女增強父母、情緒/心情、接納性、適應性、強求性共六項；父母分量表部份，包括親職能力、親職角色投入、親職角色限制、憂鬱、夫妻關係、社會孤立、父母健康狀況共七項，分量表得分愈高，表示壓力愈大。

父母身心適應症狀指父母身心適應問題量表 (symptom check list-90, SCL-90) 的表現，其分量表包括：父母身體化症 (somatization)、強迫症 (obsessive-compulsive)、人際敏感 (interpersonal sensitivity)、憂鬱 (depression)、焦慮 (anxiety)、敵意 (hostility)、恐懼焦慮 (phobic anxiety)、偏執狂 (paranoid ideation)、精神病 (psychoticism)、其他問題、症狀嚴重指標、症狀困擾指標、症狀總數共十三項，分量表得分越高，表示精神問題越嚴重。