

تأثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه

دکتر احمد حاجبی*، دکتر میترا حکیم شوشتری**، دکتر نیلوفر خواجه‌الدین***

چکیده

مقدمه: به دلیل عوارض جانبی داروها و تأثیر کوتاه‌مدت دارودرمانی در درمان اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه (ADHD) این بررسی با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال یادشده در کاهش علائم بیماری انجام شده است.

مواد و روش کار: این بررسی از آبان ۱۳۸۱ تا شهریور ۱۳۸۲ در درمانگاه کودکان بیمارستان روانپزشکی ایران انجام شد. ۱۸ کودک پیش‌دبستانی (۱۲ پسر، ۶ دختر) مبتلا به ADHD با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به کمک مقیاس‌های اندازه‌گیری کانرز والدین و رابطه والد-کودک پیش از آموزش و پس از آن ارزیابی شدند. داده‌های گردآوری شده به کمک آزمون آماری t تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نمره‌های مقیاس ارزیابی کانرز والدین و آزمون تعامل والد-کودک پیش از آموزش مدیریت رفتاری والدین و پس از آن تفاوت معنی‌داری را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت رفتاری والدین می‌تواند در بهبود علائم کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD مؤثر باشد.

:

-

اختلال دوران کودکی و نوجوانی است که با علائم پایدار افزایش فعالیت و رفتارهای تکانه‌ای مشخص

اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه^۱ (ADHD) یک

* روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری،

E-mail: Hadjebi_A_A@yahoo.com

انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).

** روانپزشک، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان. استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

*** روانپزشک، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

1- Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

(آناستوپولوس^{۲۰}، شلتون^{۲۱} و دوپاول^{۲۲}، ۱۹۹۳؛ استری هورن^{۲۳} و ویدمن^{۲۴}، ۱۹۸۹) و اثرات مثبت درمانی آن در پیگیری‌های بعدی نیز دیده می‌شود (پیسترمن، مک‌گراث و فایرستون، ۱۹۸۹).

در کشور ما داروی در دسترس برای درمان ADHD ریتالین می‌باشد که تجویز آن بر پایه معیارهای FDA^{۲۵} در کودکان زیر شش سال ممنوع است. از این رو نیاز به بررسی میزان اثربخشی درمان‌های غیر دارویی مانند آموزش مدیریت رفتاری والدین در کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD بیشتر نمایان می‌شود.

هدف این بررسی تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت رفتاری به والدین (شیرازی و علاقبندراد، ۱۳۷۹) در بهبود علایم رفتاری کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD است.

این بررسی از نوع آزمایشی می‌باشد. جامعه پژوهش کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD بودند که از آبان ۱۳۸۱ تا شهریور ۱۳۸۲ به درمانگاه کودکان بیمارستان روانپزشکی ایران مراجعه نمودند. نوزده کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس^{۲۶} انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش، همکاری و شرکت پدران و مادران در نشست‌های آموزشی مدیریت رفتاری بود. کودکان مبتلا به صرع، درخودماندگی^{۲۷} و کم‌توانی ذهنی به دلیل احتمال اثرات مداخله‌گر از بررسی کنار گذاشته شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین^{۲۸} و مقیاس رابطه

می‌شود. این کودکان بیش از سایر همسالان خود مشکلات تحصیلی دارند، از اجتماع طرد می‌شوند و یا دچار رفتارهای ضداجتماعی در طی سال‌های مدرسه شده، با مشکلات زیادی در سال‌های پس از آن روبرو می‌شوند (سونوگا-بارک^۱، دالی^۲ و تامپسون^۳، ۲۰۰۱).

میزان شیوع این اختلال بر پایه معیارهای تشخیصی DSM از ۲٪ تا ۱۲/۶٪ گزارش شده (اندرسون^۴، ویلیامز^۵ و مک‌گی^۶، ۱۹۸۷؛ برد^۷، کانینو^۸، رویو-استیک^۹، ۱۹۸۸؛ کاستلو^{۱۰}، کاستلو و ادلبروک^{۱۱}، ۱۹۸۸؛ زات‌ماری^{۱۲}، افورد^{۱۳} و بویل^{۱۴}، ۱۹۸۹) و در پسرها شایع‌تر از دخترها است (مک‌گی، فری‌هان^{۱۵} و ویلیامز، ۱۹۹۰). بررسی‌های انجام شده تأثیر سودمند داروهای محرک را بر عملکرد مدرسه، تعاملات اجتماعی و علایم رفتاری نشان داده‌اند ولی نگرانی پدران، مادران و پزشکان به علت عوارض جانبی داروها از یک سو و در دست نبودن یافته‌های پژوهشی که نشان‌دهنده تأثیر بلندمدت داروها باشد، از سوی دیگر، مشکلاتی را در هنگام تجویز این داروها پدید می‌آورد (سونوگا و همکاران، ۲۰۰۱). افزون بر آن اگر چه درمان دارویی به بهبود عملکرد روزانه کودکان ADHD کمک می‌کند ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد (ناتان^{۱۶}، ۱۹۹۲). بنابراین روش‌های درمانی دیگری از جمله آموزش والدین، درمان‌های شناختی-رفتاری و روش‌های تعدیل رفتار مورد توجه قرار گرفته است (همان‌جا). از آن‌جا که میانگین نمره‌های مربوط به اختلال‌های یادگیری در کودکان مبتلا به ADHD بیشتر از کودکان عادی می‌باشد (علاقبندراد و مؤمنی، ۱۳۷۹)، روش عصبی-روانی دلاکاتو برای درمان این کودکان پیشنهاد شد که از مزایای آن کاهش همزمان مشکلات یادگیری کودکان مبتلا به ADHD است (مؤمنی و بهرامی، ۱۳۸۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تغییر تعامل‌های رفتاری والدین در بهبود علایم کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD مؤثر است (پیسترمن^{۱۷}، فایرستون^{۱۸} و مک‌گراث^{۱۹}، ۱۹۹۲). پدران و مادران کودکان مبتلا به ADHD نسبت به کودکان غیرمبتلا نیاز به مهارت‌های والدینی اختصاصی‌تری دارند. آموزش والدین بیش از سایر مداخله‌های خانوادگی عمومیت دارد

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| 1- Sonuga-Barke | 2- Daley |
| 3- Thompson | 4- Anderson |
| 5- Williams | 6- McGee |
| 7s- Bird | 8- Canino |
| 9- Rubio-Stipec | 10- Costello |
| 11- Edelbrock | 12- Szatmari |
| 13- Offord | 14- Boyle |
| 15- Freehan | 16- Nathan |
| 17- Pisterman | 18- Firestone |
| 19- McGrath | 20- Anastopoulos |
| 21- Shelton | 22- Dupaul |
| 23- Strayhorn | 24- Weidman |
| 25- Food and Drug Administration | |
| 26- convenience sampling | 27- autism |
| 28- Connors Parent Rating Scale | |

شناختی - رفتاری برای یاری و مدیریت این کودکان است (شیرازی و علاقبندراد، ۱۳۷۹). در پایان جلسه‌های آموزشی، پدران و مادران دوباره هر دو مقیاس را تکمیل نمودند. داشتن نمره بالاتر از ۶۵ در مقیاس کانرز پدران و مادران و نمره ۹ در مقیاس رابطه والد-کودک به معنی نمره بالاتر از نمره برش در نظر گرفته شد (وامبولت و همکاران، ۲۰۰۱).

داده‌های گردآوری شده در مرحله پیش از آموزش و پس از آن به کمک آزمون‌های آماری کولموگروف-اسمیرنوف^{۱۲} (K-S) و آزمون t مقایسه شدند.

میانگین سنی ۱۸ کودک مورد بررسی (۱۲ پسر و ۶ دختر)، ۵/۳ سال (انحراف معیار ۱/۰۲) بود. میزان تحصیلات والدین آنها در ۷۲ درصد موارد، دیپلم یا پایین‌تر و در ۲۸ درصد موارد بالاتر از دیپلم بود. چون شمار نمونه‌ها کمتر از سی مورد بود، داده‌ها به کمک آزمون K-S تحلیل شد، و بر این اساس، هیچکدام از متغیرهای آزمون کانرز والدین و رابطه والد-کودک معنی‌دار نبود. هم‌چنین آزمون t تفاوت نمره‌ها را در همه متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار نشان داد (جدول ۱).

والد-کودک^۱ بود. مقیاس کانرز والدین برای ارزیابی وضعیت رفتاری کودکان و نوجوانان ۳ تا ۱۷ ساله از نظر شدت علائم ADHD طراحی شده، دارای ۴۸ پرسش است (گویت^۲، کانرز^۳ و اولریش^۴، ۱۹۷۸). این آزمون به اثرات درمان حساس است (پولارد^۵، وارد^۶ و بارکلی^۷، ۱۹۸۳). ابزار دیگر پژوهش، مقیاس رابطه والد-کودک بود که ابزار بررسی روابط کودکان با والدین آنها می‌باشد. پایایی درونی^۸ این مقیاس با آلفای کرونباخ ۷۲ و اعتبار سازه^۹ آن با $r=0/46$ نشان داده شده است (وامبولت^{۱۰}، وامبولت و گاوین^{۱۱}، ۲۰۰۱).

در این پژوهش، همه کودکان پیش‌دبستانی که بر پایه معیارهای DSM-IV و تشخیص بالینی روانپزشک کودک و نوجوان تشخیص ADHD داشتند و دارای معیارهای ورود بودند، انتخاب شدند. نخست ۱۹ کودک پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD مورد بررسی قرار گرفتند که یک مورد به علت شرکت نکردن منظم پدر و مادر در جلسات آموزش مدیریت رفتاری، از پژوهش کنار گذاشته شد. والدین دو مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین و رابطه والد-کودک را تکمیل و سپس به مدت هشت هفته در جلسه‌های هفتگی یک ساعته آموزش مدیریت رفتاری شرکت نمودند. در هر گروه سه والد شرکت داشتند. گفتنی است که این روش درمان یک رویکرد شناختی رفتاری و شامل آموزش روش‌های

جدول ۱- نتایج آزمون t درباره متغیرهای مورد بررسی

سطح معنی‌داری	نمره t	۹۵٪ حدود اطمینان		خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	
		حد پایین	حد بالا				
۰/۰۰۱	۶/۳۰۷	۲۱/۰۶	۱۰/۵۰	۲/۵۰	۱۰/۶۱	۱۵/۷۸	Paired A ₁ A ₂
۰/۰۰۱	۵/۴۰۶	۱۳/۵۹	۵/۹۶	۱/۸۱	۷/۶۷	۹/۷۸	Paired B ₁ B ₂
۰/۰۱	۳/۳۳۹	۱۴/۷۸	۳/۳۳	۲/۷۱	۱۱/۵۱	۹/۰۶	Paired C ₁ C ₂
۰/۰۰۱	۹/۸۶۲	۱۷/۹۴	۱۱/۶۲	۱/۵۰	۶/۳۶	۱۴/۷۸	Paired D ₁ D ₂
۰/۰۰۵	۲/۵۵۱	۹/۶۴	۰/۹۱	۲/۰۷	۸/۷۸	۵/۲۸	Paired E ₁ E ₂
۰/۰۰۱	۷/۹۶۸	۲۰/۲۴	۱۱/۷۶	۲/۰۱	۸/۵۲	۱۶	Paired F ₁ F ₂
۰/۰۰۱	۷/۰۲۲	۸/۸۱	۴/۷۴	۰/۹۷	۴/۱۰	۶/۷۸	Paired In ₁ In ₂

- 1- Parent-Child Relationship Scale
- 2- Goyette
- 3- Conners
- 4- Ulrich
- 5- Pollard
- 6- Ward
- 7- Barkley
- 8- internal consistency
- 9- construct validity
- 10- Wamboldt
- 11- Gavin
- 12- Kolmogorov-Smirnov

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای آزمون کانرز والدین و رابطه والد - کودک پیش از آموزش والدین و پس از آن

متغیر	پیش از آموزش		پس از آموزش		سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مشکلات سلوک	۶۸/۳۳	۱۲/۴۳	۵۲/۵۶	۸/۲۵	۰/۰۰۱
مشکلات یادگیری	۶۱/۱۷	۱۱/۰۴	۵۱/۳۹	۱۰/۴۲	۰/۰۰۱
علامه سایکوسوماتیک	۶۲/۳۹	۱۶/۹۰	۵۳/۳۳	۱۱	۰/۰۰۱
علامه تکانه‌ای - بیش‌فعالی	۶۳/۳۳	۱۰/۰۳	۴۸/۵۶	۸/۱۹	۰/۰۰۱
علامه اضطراب	۵۴/۴۴	۸/۴۷	۴۹/۶۷	۶/۸۸	۰/۰۰۵
شاخص بیش‌فعالی	۶۵/۵۶	۱۰/۲۱	۴۹/۵۶	۹/۳۹	۰/۰۰۱
تعامل والد - کودک	۱۱/۳	۴/۵۲	۴/۵۶	۳/۶۵	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول‌های ۲ و ۳ نشان‌دهنده اثربخشی آموزش والدین بر روی نمره‌های متغیرهای مشکلات سلوک، شاخص بیش‌فعالی، علامه تکانه‌ای - بیش‌فعالی و نمره‌های آزمون رابطه والد - کودک است. هم‌چنین تأثیر آن در مواردی که میانگین نمره‌های متغیرها پیش و پس از آموزش والدین پایین‌تر از نقطه برش بود چشمگیر بود.

جدول ۳- مقایسه شماره افراد دارای نمرات بالای نقطه برش در متغیرهای آزمون کانرز والدین و رابطه والد - کودک پیش از آموزش والدین و پس از آن

متغیر	تعداد نمرات بالای نقطه برش	
	پیش از آموزش	پس از آموزش
مشکلات سلوک	۱۲	۰
مشکلات یادگیری	۴	۲
علامه سایکوسوماتیک	۶	۳
علامه تکانه‌ای - بیش‌فعالی	۶	۰
علامه اضطراب	۲	۰
شاخص بیش‌فعالی	۸	۱
تعامل والد - کودک	۹	۲

نگرش والدین نسبت به کودکان در گزارش مشکلات رفتاری آنها نقش دارد (تارور - بهرینگ^۱، بارکلی و کارلسون^۲، ۱۹۸۵). این پژوهشگران تعامل والد - کودک را در هنگام بازی و کار با کودکان بیش‌فعال و همشیره‌های عادی آنها مقایسه کردند و دریافتند که بسیاری از پدران و مادران از مهارت‌های فرزندپروری بی‌بهره نیستند، بلکه نگرش آنها نسبت به بچه‌های بیش‌فعال منفی‌تر است و مشکلات رفتاری بیشتری را از این کودکان گزارش می‌کنند.

در این بررسی نمره مقیاس رابطه والد - کودک پس از آموزش والدین کاهش چشمگیری یافت که با یافته‌های پژوهش پیسترمن و همکاران (۱۹۸۹) هم‌سو است. آنها نمره‌های مقیاس رابطه والد - کودک را پیش از درمان، پس از درمان و سه ماه بعد از آن مقایسه نمودند و اثرات مثبت درمان را گزارش کردند. در پژوهش دیگری تعاملات مادر - کودک در دختران و پسران مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه با گروه کنترل مقایسه و نشان داده شد که روابط والدین با کودکان مبتلا به بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه منفی‌تر است (بفرا^۳ و بارکلی، ۱۹۸۵).

1- Tarver-Behring
3- Befera

2- Karlsson

راهنمایی‌های خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۲/۱۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۴/۱۰
پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۴/۱۰

شیرازی، الهام؛ علاقبندراد، جواد (۱۳۷۹). درمان اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی (ADHD) با رویکرد شناختی- رفتاری. *تازه‌های علوم شناختی*، سال دوم، شماره ۳ و ۴، ۲۹-۳۴.

علاقبندراد، جواد؛ مؤمنی، فرزاد (۱۳۷۹). ارتباط اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه با اختلال یادگیری در پسران ۱۲-۷ ساله. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۲ و ۳، ۳۲-۳۶.

مؤمنی، فرزاد؛ بهرامی، هادی (۱۳۸۱). بررسی کارآیی روش عصبی- روانی دلاکاتو در درمان کودکان بیش‌فعال. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۴، ۷۸-۷۳.

Anastopoulos, A. D., Shelton, I. L., & Dupaul, G. J. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.

Anderson, J. C., Williams, S., & McGee, R. (1987). DSM-III disorders in pre-adolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

Befera, M. S., & Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys: Mother child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 26, 439-452.

Bird, H. R., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.

این پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری والدین باعث کاهش علائم ADHD در فرزندان آنها می‌شود و میانگین نمره‌های متغیرهای مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین پیش از آموزش و پس از آن تغییر معنی‌دار نشان داد. این یافته با گزارش پژوهش پیسترمن و همکاران (۱۹۸۹) که نمره‌های آزمون کانرز والدین را پیش از آموزش والدین و پس از آن مقایسه نمودند، هم‌سو است. آنها اثرات مثبت درمان را پس از درمان و سه ماه پس از آن گزارش کردند.

درمان‌های رفتاری برای کودکان مبتلا به ADHD در بهبود یادگیری، عملکرد تحصیلی، رفتارهای تکانشی، فعالیت حرکتی، توجه و تمرکز تأثیر دارند (بفرا و بارکلی، ۱۹۸۵؛ جیتلمن- کلین^۱ و کلین^۲، ۱۹۷۶). نکته‌ای که بررسی حاضر را تا اندازه‌ای با سایر بررسی‌های انجام شده متفاوت می‌کند این است که همه متغیرهای مقیاس اندازه‌گیری کانرز والدین را مورد توجه قرار داده است ولی در سایر بررسی‌ها علائم روان- تنی، اضطرابی و مشکلات یادگیری کمتر بررسی شده‌اند.

به‌طور کلی این پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت رفتاری والدین می‌تواند در کاهش علائم کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD مؤثر باشد. از این رو با توجه به محدودیت‌های یاد شده در درمان این کودکان در کشور ما، بهره‌گیری بیشتری از این روش به درمانگران پیشنهاد می‌شود.

محدودبودن شمار آزمودنی‌های پژوهش به دلیل تک‌مرکزی بودن آن و کوتاه‌بودن مدت پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌شمار می‌روند.

پیشنهاد می‌شود بررسی‌های گسترده‌تری در چندین مرکز با نمونه بزرگتر انجام شود، تداوم اثر این روش درمانی در مدت زمان بیشتری پایش شود و میزان اثربخشی آن با دارو و دارونما مقایسه گردد.

بدینوسیله از همکاری صمیمانه سرکار خانم دکتر شیرازی و سرکار خانم دکتر پناغی که با

- Costello, E. J., Costello, A. J., & Edelbrock, C. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care: Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.
- Firestone, P. (1982). Factors associated with children's adherence to stimulant medication. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 447-457.
- Gittelman-Klein, R., & Klein, D. F. (1979). Methylphenidate effects in learning disabilities: Psychiatric changes. *Archives of General Psychiatry*, 23, 655-661.
- Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on revised Conner's Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Lewis, M. (2002). *A comprehensive textbook of child and adolescent psychiatry*, (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McGee, R., Freehan, M., & Williams, S. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.
- Nathan, W. A. (1992). Integrated multimodal therapy of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Bulletin Meninger Clinical*, 56, 283-312.
- Pisterman, S., Firestone, P., & McGrath, P. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 62, 397-408.
- Pisterman, S., McGrath, P., & Firestone, P. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 628-635.
- Pollard, S., Ward, E. M., & Barkley, R. A. (1983). The effects of parent training and Ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. *Child and Family Therapy*, 5, 51-69.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry*, (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., & Thompson, M. (2001). Parent based therapies for preschooler attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.
- Strayhorn, J. M., & Weidman, C. S. (1989). Reduction of attention deficit and internalizing symptoms in preschooler through parent-child interaction training. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 888-896.
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 30, 219-230.
- Tarver-Behring, S., Barkley, A., & Karlsson, J. (1985). The mother-child interactions of hyperactive boys and their normal siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 202-209.
- Wamboldt, M. J., Wamboldt, F. S., Gavin, L., & McTaggart, S. (2001). A parent-child relationship scale derived from the child and adolescent psychiatric assessment (APA). *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 945-952.