

A Comparative Survey on Children Behavior Problems from Obsessive Compulsive and Healthy Mothers

Seyed Mohamad Mousavi¹,
Mahshid Ahmadi²

¹ Psychiatry & Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 4, 2010 ; Accepted September 21, 2011)

Abstract

Background and purpose: The prevalence of behavioral problems in children with mentally ill parents is higher than children with healthy parents. This study focused on the effects of mothers' obsessive-compulsive disorder on children's behaviors.

Materials and methods: In this case control study, 50 children aged 6-11 years from obsessive-compulsive mothers referred to Bandar Abbas psychiatric centre were compared with 50 children with mentally healthy mothers at the same age based on Achenbach child behavior questionnaire.

Results: Somatic complaints, anxiety and depression, social problems, externalization and internalization scores, were meaningfully higher in case group. No significant differences in isolation, attention problems, thought problems, antisocial behaviors were seen in either group.

Conclusion: behavioral problems in children from obsessive-compulsive mothers are more common, compared with children from healthy mothers. Child psychological counseling and psychiatric management are required along with mothers' treatment.

Key words: Obsessive compulsive disorder, child behavioral problems, achenbach questionnaire

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(86): 94-99 (Persian).

بررسی مقایسه ای مشکلات رفتاری در کودکان با مادران دچار اختلال وسواسی- جبری و مادران سالم

سید محمد موسوی^۱مهشید احمدی^۲

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات رفتاری در کودکان با والدین مبتلا به اختلالات روانپزشکی بسیار شایع تر از آنهایی است که والدین غیر مبتلا دارند. مطالعه کنونی به منظور بررسی تاثیر اختلال وسواسی- جبری مادران در رفتارهای ناهنجار کودکان انجام شده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مورد- شاهدهی در کل ۱۰۰ کودک شرکت داشتند. پنجاه کودک ۶ تا ۱۱ ساله که مادرانشان به دلیل اختلال وسواسی- جبری به مرکز روانپزشکی بندرعباس مراجعه کرده بودند و با انجام مصاحبه روانپزشکی و نیز آزمون استاندارد ییل- براون اختلال در آن‌ها تایید شده بود و پنجاه کودک با همان سن و با مادران سالم که سلامت روانی آن‌ها با مصاحبه روانپزشکی و نیز آزمون‌های استاندارد شخصیت مینه سوتا و سلامت عمومی تایید شده بود بر اساس آزمون رفتاری اکنباخ مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها: مقیاس‌های شکایات جسمانی ($p=0/045$)، اضطراب و افسردگی ($p=0/023$)، مشکلات اجتماعی ($p=0/012$)، در کودکان با مادران وسواسی- جبری افزایش معنی‌داری داشت و برون‌گرایی و درون‌گرایی در این کودکان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p=0/001$). انزوا طلبی، اختلال توجه، مشکلات تفکر و بزهکاری در کودکان دو گروه تفاوت مشخصی از نظر آماری نداشت. نمره کلی اختلالات رفتاری در کودکان با مادران دچار اختلال وسواسی- جبری به‌طور معنی‌داری بیشتر بود.

استنتاج: اختلالات رفتاری در کودکان با مادران وسواسی- جبری شایع‌تر است و ضمن درمان مادران بایستی به کودکان آن‌ها نیز توجه درمانی کافی شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی- جبری، مشکلات رفتاری کودکان، آزمون اکنباخ

مقدمه

اختلالات روانپزشکی نه تنها خود فرد، بلکه خانواده و جامعه را نیز دچار مشکل می‌کند (۱). اختلالات رفتاری در جوامع مختلف شیوع نسبتاً یکسانی دارد (۲). بسیاری از کودکانی که اختلالات رفتاری دارند وقتی به دوران بزرگسالی رسیدند، اختلال آن‌ها تا حدود زیاد و یا به طور کلی برطرف می‌شود. لیکن در تعدادی از موارد اختلال در بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد (۳). کودکان با والدین دچار اختلالات روانپزشکی، مشکلات

E-mail: smhdmooosavi@yahoo.com

مؤلف مسئول: سید محمد موسوی- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات روانپزشکی

۱. مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۱۰/۶ تاریخ تصویب: ۹۰/۶/۳۰

رفتاری بیش تری دارند (۴). کودکان با مادران افسرده بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات رفتاری اضطرابی هستند (۵). بیماری جسمی یا روانی والدین می تواند در بروز رفتارهای ناهنجار در فرزندان نقش داشته باشد که یکی از آن ها اختلال وسواسی-جبری است (۶،۷). اختلال وسواسی-جبری در دهه های اخیر شیوع بیشتری داشته است که به نظر به تشخیص بیشتر بیماری مربوط است (۸). در دهه های اخیر هر چند وضعیت اقتصادی کلی در جوامع بهبود یافته است، لیکن اختلالات رفتاری کودکان کمتر نشده است (۹). در بروز این اختلالات فرضیه های متعددی ابراز شده، که هیچ یک توجیه کننده نمی باشد (۱۰) و هر یک وجهی از رفتارهای ناهنجار کودکان و نوجوانان را بررسی می کند (۲۰-۱۱). ازسوی دیگر در همبستگی اختلالات روانپزشکی مادران و اختلالات هیجانی و رفتاری فرزندان به عامل ژنتیک و تغییرات نورویولوژیک نیز اشاره شده است (۲۹-۲۱).

آزمون های متعددی برای بررسی اختلالات رفتاری کودکان ابداع شده است، که یکی از این آزمون ها، آزمون اکنباخ می باشد (۳۰). از آنجایی که اختلالات رفتاری کودکان در مادران دچار اختلال وسواسی-جبری به طور خاص، کمتر مورد بررسی قرار گرفته و نیز این مشکلات در پژوهش های قبلی تقسیم بندی نشده اند و به علاوه تشخیص و مداخله درمانی هر چه زودتر، در بهبودی بیشتر این اختلالات مؤثر است، این پژوهش در مرکز روانپزشکی بندرعباس انجام شد.

مواد و روش ها

در یک مطالعه مورد-شاهدی، تعداد ۵۰ کودک ۶ تا ۱۱ ساله که مادران آن ها بر اساس ملاک های DSM-4-R و مصاحبه تشخیصی روانپزشکی و نیز، پس از آن با انجام آزمون ییل-براون دچار اختلال وسواسی-جبری بودند و طی سال ۱۳۸۹ به مرکز روانپزشکی بندرعباس مراجعه نمودند و موافق همکاری بودند به

روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پنجاه مادر سالم که سلامت روان آن ها با مصاحبه روانپزشکی و آزمون های استاندارد MMPI و GHQ تایید شد و دارای کودک ۶ تا ۱۱ ساله بودند پس از کسب نظر موافق برای همکاری به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. به مادران هر دو گروه پرسشنامه اختلالات رفتاری اکنباخ داده شد و در صورت بی سواد بودن مادر، پرسشنامه توسط روانپزشک تکمیل شد. پرسشنامه اختلالات رفتاری کودک اکنباخ در سال ۱۹۷۹ برای سنجش اختلالات رفتاری و نیز تطابق کودک با محیط ابداع شد. این آزمون حاوی ۱۱۳ سوال با نمره صفر تا ۲ است. در صورت عدم وجود حالات و رفتارهای پرسش شده نمره صفر و در صورتی که همیشه وجود داشته باشد، نمره ۲ داده می شود، نمره کلی کمتر از ۶۶ طبیعی، ۶۶ تا ۷۰ مرزی و بالاتر از ۷۰ پاتولوژیک است. مقیاس های این آزمون عبارتند از: انزوا طلبی، شکایات بدنی، اضطراب و افسردگی، ناهنجاری های اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، بزهکاری و رفتارهای پرخطرگرانه. علاوه بر آن دو حوزه کلی درون سازی و برون سازی مشکلات نیز وجود دارد. روایی ابزار پژوهش با استفاده از روش اعتبار محتوی ارزیابی و تایید شد. پایایی نیز در سال ۱۳۸۱ توسط تهرانی دوست و همکاران (۳۱)، در پژوهشکده علوم شناختی و رفتاری با استفاده از فرم هنجاریابی شده، تایید گردیده است. در مواردی که کودک دچار بیماری بارز جسمی یا روانپزشکی یا عقب ماندگی ذهنی بود از پژوهش حذف شد. نمونه گیری ۷ ماه طول کشید و در نهایت داده های آماری توسط آزمون Chi-square و t-test و نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

از نظر توزیع جنسیتی در گروه کودکان با مادران سالم ۴۷ درصد دختر و ۵۳ درصد پسر و در گروه با

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی اختلالات رفتاری در کودکان

گروه‌های مورد و شاهد			
اختلالات رفتاری کودکان	گروه دارای مبتلا به اختلال وسواسی- مجبری	گروه دارای مادران سالم	سطح معنی‌داری
فاقد اختلال	۳۹	۷۳	۰/۰۰۱
مرزی	۳۵	۱۹	۰/۰۰۱
دارای اختلال	۲۶	۸	۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی مشکلات رفتاری کودکان مادران مبتلا به اختلال وسواسی- مجبری در مرکز روانپزشکی بندرعباس انجام شده است. براساس یافته‌های پژوهش، مشکلات رفتاری کودکان با مادران دچار اختلال وسواسی- مجبری در مقیاس‌های شکایات جسمانی، اضطراب و افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات درون‌سازی، مشکلات برون‌سازی و مجموع مشکلات بیشتر از گروه شاهد بوده است. لیکن در مشکلات توجه، تمرکز و بزهکاری تفاوتی بین دو گروه وجود نداشته است. در عمده پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده، اولاً به یک بیماری خاص روانپزشکی در مادر و تاثیر آن بر رفتارهای ناهنجار کودک کمتر پرداخته شده است، البته می‌توان گفت در این میان اختلال افسردگی مادر به‌عنوان یکی از موارد خاص مطرح است، چون به آن به عنوان یک بیماری، اختصاصاً توجه شده و بررسی‌هایی در ارتباط با تاثیر آن بر رفتارهای نامناسب کودک انجام گردیده است (۳۲، ۱۸). وجه مشترک دیگر اکثریت قریب به اتفاق مطالعات، بررسی مشکلات یا اختلالات رفتاری به‌طور کلی بوده است و اگر هم به موارد خاص پرداخته شده، در اغلب موارد خشونت، پرخاشگری و سوء مصرف مواد کودکان و نوجوانان به عنوان رفتارهای ناهنجار مدنظر بوده است (۳۳) و بر خلاف این مطالعه کمتر به تقسیم بندی این مشکلات توجه شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج به‌دست آمده از مطالعه Bartels و نیز Halpern که سهم محیط و ژنتیک را در مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی بررسی کرده‌اند (۳۵، ۳۴)

مادران دچار اختلال وسواسی مجبری ۴۴ درصد دختر و ۵۶ درصد پسر بودند ($p > 0/05$). میانگین سنی کودکان گروه مورد $9/7 \pm 2/7$ و در گروه شاهد $9/8 \pm 2/8$ سال بود ($p > 0/05$). فرزندان مادران دچار اختلال وسواسی مجبری مشکلات برون‌سازی و درون‌سازی بیشتری در مقایسه با گروه شاهد داشتند که این اختلاف معنی‌دار بود (جدول شماره ۱). در مقیاس انزوا طلبی دو گروه تفاوت بارزی با یکدیگر نداشتند ($p = 0/078$)، مقیاس شکایات جسمانی در گروه مورد به طور مشخصی نسبت به گروه شاهد افزایش داشت ($p = 0/045$)، اضطراب و افسردگی در گروه مورد افزایش معنی‌داری داشت ($p = 0/023$)، مشکلات اجتماعی به نحو بارزی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد بیشتر بود ($p = 0/012$)، مشکلات تفکر در گروه مورد و شاهد تفاوت مشخصی نداشت ($p = 0/098$)، اختلال توجه در کودکان گروه مورد و شاهد از نظر آماری تفاوتی نداشت ($p = 0/089$)، در مقیاس بزهکاری گروه‌های مورد و شاهد تفاوت بارزی نداشت ($p = 0/087$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: شاخص‌های مرکزی مشکلات رفتاری در گروه‌های

مورد و شاهد			
اجزای پرسشنامه اختلالات رفتاری کودکان	گروه مورد	گروه شاهد	سطح معنی‌داری
انزوا	$4/12 \pm 2/34$	$3/11 \pm 1/3$	۰/۰۷۸
شکایات جسمی	$2/14 \pm 1/34$	$0/11 \pm 0/3$	۰/۰۴۵
اضطراب/ افسردگی	$6/72 \pm 2/34$	$3/45 \pm 0/3$	۰/۰۲۳
مشکلات اجتماعی	$3/22 \pm 1/34$	$3 \pm 0/3$	۰/۰۱۲
مشکلات تفکر	$1/22 \pm 0/14$	$1/01 \pm 0/2$	۰/۰۹۸
مشکلات توجه	$1/12 \pm 2/34$	$1/11 \pm 0/3$	۰/۰۸۹
بزهکاری	$3/18 \pm 1/12$	$2/91 \pm 0/3$	۰/۰۸۷
درون‌سازی	$13/12 \pm 3/12$	$7/4 \pm 1/3$	۰/۰۰۱
برون‌سازی	$14/13 \pm 2/3$	$9/13 \pm 3/02$	۰/۰۰۱
مجموع مشکلات	$27/12 \pm 2/3$	$16/9 \pm 4/4$	۰/۰۰۱

از نظر نمره کلی اختلالات رفتاری، کودکان بدون اختلال در گروه شاهد بیشتر بودند ($p = 0/001$) و در گروه مادران دچار اختلال وسواسی مجبری، فراوانی اختلالات رفتاری افزایش معنی‌داری داشت ($p = 0/001$) (جدول شماره ۲).

مختلف مهم است. یکی از دلایل این است که در مداخلات پیشگیرانه و نیز درمانی می‌توان در مواردی که مشکل وجود دارد تمرکز کرد تا از اتلاف زمان و انرژی جلوگیری شود. این کودکان در موقعیت‌های خاص و بحران‌ها همکاری کمتری دارند، روش‌های غیرانطباقی حل مسئله در آن‌ها شایع است اختلالات تحصیلی در آن‌ها بیش از کودکان دیگر می‌باشد (۴۰)، پیشگیری و درمان در مورد این کودکان قابل توجه و درمان مادران آن‌ها مهم است. پس لازم است نوع و شدت اختلال به وجود آمده کاملاً مشخص شود. دیده شده حتی مداخلات درمانی کوتاه مدت در بهبود رفتارهای کودک و به‌طور غیرمستقیم در بهبود رفتارهای مادر موثر است (۴۱). از سوی دیگر اختلالات رفتاری مادر می‌تواند به همان صورت در کودک و در نسل بعد نیز ادامه یابد (۳۷) لذا توجه دقیق و با جزییات کامل به آن‌ها کاملاً ضروری است.

همانگ است. هر چند در آن بررسی‌ها نیز تنها به دو عامل کلی دقت شده است. نتایج مطالعات Weaver و همکاران و همچنین Olive و همکاران که به اختلال روانپزشکی مادر و تاثیر آن در رفتارهای کودک پرداخته‌اند با نتایج ما مطابقت دارد (۳۶،۳۲)، اگرچه در آن مطالعات به اختلالات روانپزشکی مادر به طور اجمالی اشاره شده است. تاثیر اختلالات روانپزشکی مادر در رفتارهای ناهنجار کودک، هر چند به طور کلی، در مطالعات دیگری بررسی شده که تاییدی بر یافته‌های این مطالعه است (۴-۶، ۱۳، ۱۸، ۲۱). بررسی مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی کودکان در مطالعات قبلی با نتایج این پژوهش همانگی دارد (۳۹-۳۷). مطالعه‌ای که دال بر بررسی تاثیر اختلال روانپزشکی مادر در بروز شکایات جسمی و اختلالات تفکر به‌طور خاص باشد در بررسی مقالات ما یافت نشد. دقت به انواع ناهنجاری‌های رفتاری و تقسیم آن به مقیاس‌های متفاوت از جنبه‌های

References

- Bradford R. Quality of life in young people: rating and factor structure of the quality of life profile, adolescent version. *J Adolesc* 2002; 25(3): 261-274.
- Mattison RE, Carison GA, Cantwell DP. Behavioral and emotional problems reported by parents of children age 6 to 16 in 31 societies. *J Emotion Behav Disord* 2007; 15(3): 130-142.
- Gershng BS, Baer L, Wilson K. A Connection between symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behav Res Ther* 2003; 41(9): 1029-1041.
- Wamboldt MZ, Reiss D. Exploration of parenting environments in the evolution of psychiatric problem in children. *Am J Psychiatry* 2006; 163(6): 951-953.
- Weller EB, Rowan A, Elia J. Aggressive behavior inpatient with ADHD, conduct disorder and PDD. *J Clin Psychiatry* 2000; 60(15): 5-11.
- Jung HH, Kim CH, Chang JH, Park YG, Chung SS, Chang JW. Bilateral anterior cingulotomy for refractory obsessive compulsive disorder: long-term follow-up results. *Stereotact Funct Neurosurg* 2006; 84(4): 184-189.
- Cohen BE, Marmar CR, Nelson TC, Schiller NB, Ali S, Whooley MA. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in patients with coronary heart disease. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(11): 1214-1220.
- Sutor B, Hansen MR, Black JL. Obsessive-compulsive treatment inpatient with down syndrome. *Down Syndr Res Pract* 2006; 10(1): 1-3.

9. Scott S. National dissemination of effective parenting programs to improve child outcomes. *Br J Psychiatry* 2010; 196(1): 1-3.
10. Brook DW, Brook JS, Rosen Z. Early risk factor for violence in Colombian adolescents. *Am J Psychiatry* 2003; 160(8): 1470-1478.
11. Rosenzweig JM, Bernnan EM, Huffsutter K. Child care and employed parents of children with emotional or behavioral disorders. *J Emotio Behav Disord* 2008; 16(2): 78-89.
12. Donatelli JL, Seidman LJ, Goldstein JM, Tsuang MT, Buka SL. Children of parents with affective and nonaffective psychosis: a longitudinal study of behavior problems. *Am J Psychiatry* 2010; 167(11): 1333-133.
13. Keyes M, Legrand LN, Iacono WG, McGue M. Parental smoking and adolescent behavior problems: an adoption study of general and specific effects. *Am J Psychiatry* 2008; 165(10): 1338-1344.
14. Moss HB, Lynch KG, Hardie TL. Family functioning and peer affiliation in children of fathers with antisocial personality disorder and substance dependence: association with problem behaviors. *Am J Psychiatry* 2002; 159(4): 607-614.
15. Monshouwer K, van Dorsselaer S, Verdurmen J. Cannabis use and mental health in secondary school children. *Br J Psychiatry* 2006; 188(2): 148-153.
16. Asasthi A. Preserve and strengthen family to promote mental health. *Indian J Psychiatry* 2010; 52(2): 113-126.
17. Pilwsky DJ, Wickramaratne PJ, Rush J. Children of currently depressed mothers. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(1): 126-136.
18. Aggarwal Sh, Prabhu HRA, Anand A. Stressful life events among adolescents: the development of new measure. *Indian J Psychiatry* 2007; 49(2): 96-102.
19. Boisjoli R, Lacuoure FE. Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys. *Br J Psychiatry* 2007; 191(5): 415-419.
20. Rutter M. Child psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(9): 785-789.
21. Radaue J, Van Den Heuvel OA. Meta-analytical comparison of Voxel-based morphometry studies in obsessive compulsive disorder Vs other anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(7): 701-711.
22. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008; 165(4): 429-442.
23. Siever LJ, Weinstein LN. The neurobiology of personality disorders: implications of psychoanalysis. *Am J Psychoanal Assoc* 2009; 57(2): 361-398
24. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 2010; 167(1): 24-39.
25. Young SN. The Neurology of human social behavior: an important but neglected topic. *J Psychiatry Neurosci* 2008; 33(5): 391-392.
26. Terao T. Aggression, suicide and lithium treatment. *Am J Psychiatry* 2007; 156(2): 1356-1357.
27. Berman ME, McClokey MS, Fanning JR. Serotonin augmentation reduces response to attack in aggressive individuals. *Journal of Psychological Science* 2009; 20(6): 714-730.
28. Kebir O, Tabbane K, Sengupta S. Candidate genes and neuropsychological phenotypes in children with ADHD: review of association studies. *J Psychiatry Neurosci* 2009; 34(2): 88-101.
29. Bayer JK, Sanson AV, Hemphill ShA. Children mood, fears and worries: development of an early childhood parent questionnaire. *J Emotion*

- Behavio Disord (JEBD) 2006; 14(1): 41-49.
30. Uhing BM, Mooney P, Ryser CR. Differences in strength assessment scores for youth and parent rating scale of the BERS-2. J Emotion Behavio Disord (JEBD) 2005; 13(3): 181-187.
 31. Mohamadi MR, Mesgarpour B, Sahimi Izadian E. Psychological tests and psychiatric medications in children and adolescents. Tehran: Teymourzadeh, Tabib; 2007. p. 161-168.
 32. Weaver ChM, Shaw DS, Dishion TJ. Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problem: The medication role of maternal depression. Journal of Infant Behavior and Development 2008; 31(4): 594-605.
 33. Chun H, Mobley M. Gender and grade-level compararison in the structure of problem behaviors among adolescents. J Adolesc 2010; 33(1): 197-207.
 34. Bartels M, Hudziak JJ, Boomsma DI. A study of parent rating of internalizing and externalizing problem behavior in 12 year-old twin. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003; 42(11): 1357-1359.
 35. Halpern LF. The relations of coping and family environment to pre schoolers problem behavior. Journal of Applied Developmental Psychology 2004; 25(4): 399-421.
 36. Olive PH, Guerin DW, Coffman JK. Big five personality traits, parenting behaviors and adolescents' behavior problems: a medication model. J Indiv Differ 2009; 47(6): 631-636.
 37. Guilamo V. Intergenerational transmission of child problem behaviors: a longitudinal population- based stydy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48(2): 138-145.
 38. van Aken C, Verhoeven JM, van Aken MAG. The longitudinal relation between parenting and toddlers' attention problem and aggressive behaviors. Journal of Infant Behavior and Development 2008; 31(3): 432-446.
 39. Elden RD, Edward EP, Leonard KE. A conceptual model for the development of externalizing behavior problem among kindergarten children of alcoholic families role of parenting and children's self regulation. Journal of Developmental Psychology 2007; 43(5): 1187-1201.
 40. Gardner F, Shaw DS, Dishion ThJ. Randomised prevention trial of conduct problems: effects of proactive parnting and links to toddler disruptive behaviors. J Fam Psychol 2007; 21(3): 398-406.
 41. Colsmam M, Wulfert E. Conflict resolution style as an indicator of adolescents' substance use and other problem behaviors. J Addictive behaviors 2002; 27(4): 633-648.