

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

Mücahit ÖZTÜRK *, Kemal SAYAR **, Mustafa GÜVELİ ***, Işıl UĞURAD **, Burçin ACAR ****, Mustafa SOLMAZ **

ÖZET

Bu çalışmada amacımız aile içinde önemli bir çalkantıya yol açtığını gözlemlediğimiz Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun annelerde depresyon ve anksiyeteyi ne ölçüde tetiklediğini ortaya çıkarmaktır. Araştırmaya DSM-IV ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 40 çocuk annesiyle, kontrol grubu olarak anksiyete bozuklukları tanısı alan 40 çocuk annesi alınmıştır. Deneklere Beck depresyon, Beck anksiyete ölçeği ve SCL 90-R belirti tarama listesi uygulanmış, majör depresif bozukluk tanısı SCID-I görüşmesi ile konmuştur. DEHB olan çocukların annelerinde Beck depresyon, Beck anksiyete ölçek puanları ve SCL 90-R'nin global belirti endeksi, pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti endeksi kontrol grubu annelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. DEHB olan çocukların annelerinin % 32.5'i ve kontrol grubu annelerinin % 12.5'i Majör Depresif Bozukluk tanısı almıştır ve aradaki fark anlamlıdır. Sonuç olarak, DEHB annelerde önemli bir sıkıntıya yol açmaktadır ve annedeki psikopatolojinin çocuğun tedavisiyle aynı anda ele alınması, daha iyi bir sonuç elde etmek için gereklidir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anne, depresyon, anksiyete

Düşünen Adam; 2000, 13(3): 170-174

SUMMARY

The aim of this study is to assess the impact of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), which is known to cause much turmoil in the family, on the depression and anxiety levels of mothers with ADHD children. Forty mothers of children with DSM-IV diagnosis of ADHD and 40 controls who were mothers of children with a DSM-IV diagnosis of an anxiety disorders were recruited in the study. The subjects were assessed with Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and SCL-90-R. Major Depressive Disorder was diagnosed according to SCID-I. Depression and anxiety scores of SCL-90-R. The prevalence of Major Depressive Disorder in the mothers of ADHD children was 32.5 % which was significantly higher than the control group (12.5 %). It is understood that ADHD causes a great burden in the mothers and the psychopathology of mothers should be handled concomitantly with the therapy of the child in order to provide a better outcome.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, mother, depression, anxiety

GİRİŞ

Majör Depresif Bozukluğun toplum örneklemelerinde

deki nokta yaygınlığı kadınlar için % 5 ile 9 arasında, erkekler için % 2-3 arasında değişmektedir. Her yıl depresif bozukluğu olan 16.000 hastanın intihar

* Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı, ** Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Uzmanı, *** Beykoz Devlet Hastanesi Psikiyatri Uzmanı, **** Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Psikiyatri Asistanı

ettiği bildirilmiştir. Depresyon diabet, koroner arter hastalığı, hipertansiyon gibi bazı kronik hastalıklardan daha fazla yeti yetimine ve sıkıntıya yol açmaktadır (1,2,3). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'nin temel özelliği ise kalıcı ve sürekli bir dikkatsizlik örüntüsü ve/ya da benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hiperaktivite/impulsivitenin olmasıdır. Bu bozukluğun okul yaşı çocuklarındaki yaygınlığının % 3-5 arasında olduğu öngörülmektedir (1). Kadın olmanın depresyon riskini artırdığı bilinmektedir. Aile içinde önemli bir sıkıntı yaratabilen DEHB'li çocukların annelerinde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalar, sağlıklı çocuk annelerine göre daha yüksek bir yaygın bildirmişlerdir (4,5). DEHB'li çocukların annelerinin demografik açıdan eşleştirilmiş kontrollere göre çocuklarına hükmetmekte yetersiz kaldıklarını düşündükleri, iyi anne olmadıkları hissine daha çok kapıldıkları ve daha fazla olumsuz duygulanım gösterdikleri bulunmuştur (6). DEHB'li çocukların anne babalarının aile algılarını inceleyen bir çalışma, bu anne ve babaların aile ortamlarını klinik veya yeti yitimi olmayan kontrollere göre daha az destekleyici ve daha çok stres verici olarak algıladıklarını, kontrol gruplarına göre anne ve babanın anlamlı ölçüde daha fazla depresif semptomatoloji gösterdiğini ve DEHB ailelerinde boşanma oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (4). Bir başka çalışmada da DEHB olan çocukların anneleri daha fazla depresyon, evlilik sorunu ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık bildirmişlerdir (5). DEHB'li çocukların annelerinde Zung depresyon ölçeği ile yürütülen bir çalışmada % 17.9 oranında major depresyon saptanmıştır (7). Annelerinin depresyonu olan 8-11 yaş arası DEHB çocuklarının uzun süreli izleminde, anneleri depresif olmayan çocuklara göre daha fazla davranış sorunu gösterdikleri bulunmuştur (8). Bu durum DEHB'ye eşlik eden davranım bozukluğunun annelerde depresif semptomatolojiyi tetikleyebileceğini düşündürmektedir. Sekiz yıllık bir izlem çalışmasının, başlangıcında ve sonunda, hiperaktif çocuklar sağlıklı kontrollere göre anneleriyle ilişkilerini daha olumsuz ve kontrol edici olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada DEHB'li çocuk anneleri normal kontrollere göre daha fazla psikolojik bozukluk bildirmişlerdir (9).

Bu çalışmada amacımız aile içinde önemli bir sıkıntıya yol açtığını gözlemlediğimiz DEHB'nun an-

nelerde depresyon ve anksiyeteyi ne ölçüde tetiklediğini ortaya çıkarmaktır. DEHB'li çocuk annelerinin genel psikopatoloji, depresyon ve anksiyete düzeylerinin bir klinik kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı ölçüde yüksek olup olmadığını araştırmak istedik. Bu amaçla anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinden bir kontrol grubu oluşturmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmaya Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'nde DSM-IV ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 5-12 yaşları arasında 40 çocuğun annesiyle, kontrol grubu olarak aynı poliklinikte DSM-IV ölçütlerine göre anksiyete bozuklukları tanısı alan aynı yaş grubunda 40 çocuğun annesi alınmıştır. Anksiyete bozuklukları grubunda 20 çocuk sosyal fobi, 10 çocuk seperasyon anksiyetesi ve 10 çocuk obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almıştı. Çalışma 1999 yılının Ocak ayı ile 2000 yılının Şubat ayı arasında gerçekleştirilmiş, çalışmaya alınan deneklere çalışmanın amacı anlatılmış ve rızaları alınmıştır. Okuma yazması olmayan denekler çalışma dışı tutulmuşlardır. Psikopatoloji, depresyon veya anksiyete düzeylerindeki yüksekliğin DEHB annelerine özgül olup olmadığını sınanması için özellikle psikiyatri başvurusu olan çocukların annelerinden bir kontrol grubu oluşturulmuştur. Deneklerde majör depresif bozukluğun varlığı iki uzman psikiyatrin SCID-I görüşmesi ile konulmuştur. Denekler aşağıdaki ölçeklerle değerlendirilmişlerdir.

Beck Depresyon Ölçeği: Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir (10). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (11). Hisli (11) poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 17 puanı BDÖ için kesim noktası olarak belirlemiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği: Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirleyen bir öz bildirim

ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir (12). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (13).

SCL-90-R: Belirti tarama listesi (SCL-90-R) kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik tarama amacı olup son şekline Derogatis tarafından getirilmiştir (14). Ölçek, psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle 9 ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır: 1. Somatizasyon, 2. Obsesif-Kompulsif, 3. Kişilerarası duyarlılık, 4. Depresyon, 5. Anksiyete, 6. Düşmanlık, 7. Fobik Anksiyete, 8. Paranoid düşünce, 9. Psikotiklik. Her madde 0-4 arasında puanlanır. Ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel göstergesi bulunmaktadır. "Genel Belirti Düzeyi", "Pozitif Belirti Toplamı" ve "Pozitif Belirti Düzeyi"dir. SCL-90-R Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik/güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (15).

SCID: SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) ya da DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik eğitim görmüş bir görüşmecinin DSM tanıları koymasını sağlayan bir araçtır. Özgül soruların yanısıra, açık uçlu sorular da vardır. SCID'in DSM-IV için Türkçe çeviri ve uyarlaması yapılmıştır. Puanlama tanı eşikini neyin aştuğunu, neyin var olmakla beraber eşik altı kaldığını gösterir (16,17).

İstatistiksel işlemler SPSS for Windows paket programında kategorik verilerin karşılaştırılması için ki kare testi, kategorik olmayan verilerin karşılaştırılmasında iki yönlü t testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan DEHB annelerinin yaş ortalaması 32.5±6.49, kontrol grubu annelerinin yaş ortalaması 34.9±6.5 idi. DEHB annelerinin eğitim süresi ortalaması 6.37±2.4 kontrol grubu annelerinin eğitim süresi ortalaması 7.35±3.05 idi. İki grubun yaş ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0.809, p=0.119).

Tablo 1. Beck depresyon ve anksiyete ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	DHB n: 40	Kontrol grubu n: 40	t	df	P
BDÖ	21.02±11.45	13.10±12.02	2.99	77	0.004
BAÖ	22.62±13.39	9.85±7.22	5.30	77	0.000

BDÖ: Beck depresyon ölçeği BAÖ: Beck anksiyete ölçeği

Tablo 2. SCID I'e göre majör depresif bozukluk tanı oranlarının karşılaştırılması.

SCID I'e göre majör depresif bozukluk	DEHB n: 40	Kontrol grubu n: 40	χ^2	P
Var	13 (% 32.5)	5 (% 12.5)	4.58	0.032
Yok	27 (67.5)	35 (% 87.5)		

Tablo 2. SCID I'e göre majör depresif bozukluk tanı oranlarının karşılaştırılması.

	DEHB n: 40	Kontrol grubu n: 40	t	df	p
Depresyon	1.48±0.86	0.96±0.91	2.51	77	0.014
Anksiyete	1.13±0.84	0.79±0.72	1.91	77	0.050
Fobik anksiyete	0.61±0.59	0.56±0.51	0.361	77	0.71
Obsesif-kompulsif	1.45±0.97	0.96±0.74	2.56	77	0.013
Somatizasyon	1.54±0.97	1.04±0.82	2.65	77	0.01
Kişiler arası duyarlılık	1.38±1.02	0.84±0.80	2.60	77	0.011
Paranoid düşünce	1.29±0.82	0.89±0.81	2.18	77	0.032
Düşmanlık	1.37±0.87	0.84±0.80	3.2	77	0.002
Psikotiklik	0.67±0.60	0.45±0.38	1.72	77	0.089
Global belirti endeksi	1.23±0.71	0.81±0.67	2.67	77	0.009
Pozitif belirti toplamı	48.95±18.67	40.07±22.34	1.92	77	0.051
Pozitif belirti endeksi	2.09±0.66	1.63±0.54	3.37	77	0.001

DEHB olan çocukların annelerinde Beck depresyon ve anksiyete ölçek puanları kontrol grubu annelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (r=0.004, p=0.000) (Tablo 1). DEHB çocuk annelerinin % 32.5'i, kontrol grubu annelerinin % 12.5'i majör depresif bozukluk tanısı aldı. İki grup arasında depresif bozukluk tanı oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2= 4.58$, p=0.032) (Tablo 2). SCL 90-R depresyon, anksiyete, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, paronoid düşünce ve düşmanlık alt ölçeklerinde DEHB olan çocukların anneleri kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldı (Tablo 3). SCL 90-R'nin global belirti endeksi, pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti endeksi DEHB çocuk annelerinde kontrol grubuna oranla daha yüksekti. Ancak bu yükseklik global be-

lirti endeksinde istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.009$) iken, pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti endeksinde anlamlılığa oldukça yakındı ($p=0.058$, $p=0.069$).

TARTIŞMA

Günümüze kadar yapılan çok sayıda araştırma DEHB oluşumunda nörolojik ve genetik faktörlerin önemli rolü olduğunu saptamıştır (18). DEHB tedavisinde stimulanların yoğun ve başarılı bir şekilde kullanılmasına karşın, ebeveynin tedavideki rolü yadsınmaz. Hiperaktif çocukların annelerinin normal çocukların annelerine göre çocuğun uyumuna daha negatif katkı sağladıkları gözlenmiştir (5). Bu nedenle anne baba çocuk üçlüsünün uyumlu etkileşimini engelleyen her sorununun çözümü gerekmektedir.

Brown ve Pacini DEHB olup klinik başvurusu olan ve normal erkek çocukların ebeveynlerini inceledikleri kontrollü bir çalışmada, DEHB olan çocukların ebeveyninde depresif belirti yaygınlığının kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (4). Çalışmamızda da benzer şekilde DEHB olan çocukların anneleri klinik başvuruda anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların anneleriyle karşılaştırılmış ve DEHB olan çocukların anneleri Beck depresyon ve anksiyete ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Hiperaktif çocukların annelerini normal çocukların anneleriyle karşılaştıran bir başka çalışma hiperaktif çocukların anneleri daha fazla oranda depresyon belirtisi bildirmişlerdir (5). Çalışmamızda belirti tarama listesi alt ölçeklerinden depresyon alt ölçeğinde DEHB olan çocukların anneleri kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. McCormick DEHB olan çocukların annelerinin % 17.9'unda depresyon saptamıştır (7). Bu oran çalışmamızda elde ettiğimiz % 32.5 oranına göre daha azdır. Ancak sözü geçen çalışma Zung depresyon ölçeği kullanılarak tanısalla yaklaşımda bulunmuş ve klinik görüşme yapılamamıştır. Bu nedenle yapılandırılmış tanısalla görüşmenin uygulandığı çalışmamızın depresyon oranı daha anlamlıdır.

Yıkıcı davranış bozukluğu olan çocukların annelerinin kişilik özelliklerinin incelendiği çalışmada davranım bozukluğu olan çocukların annelerinde yüksek oranda antisosyal, histriyonik davranışlar ve

uyumsuzluk tespit edilmiş, DEHB olan çocukların annelerinde ise belirgin bir kişilik özelliği tespit edilmemiştir (19). Çalışmamızda annelerin kişilik özellikleri değil, ruhsal belirtileri araştırılmıştır. SCL 90-R belirti tarama listesinde DEHB olan çocukların anneleri kontrol grubu annelerine göre 7 alt ölçekte istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Annedeki kişilik özelliğinin çocuktaki psikopatoloji ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışma deseni daha çok etyolojiye yöneliktir. Bu nedenle sonuç şaşırtıcı değildir. Oysa çalışmamız ve benzer diğer çalışmalarda etyolojik varsayım değil çocuktaki klinik durum ile annedeki psikopatoloji arasındaki çok yönlü ilişki anlaşılmasına çalışılmaktadır.

Hiperaktivitenin eşler arası anlaşmazlığın olduğu ya da düşmanca ebeveyn-çocuk ilişkisinin sergilendiği ailelerin çocuklarında daha çok görüldüğü bildirilmiştir (20). Çalışmamızda DEHB olan çocukların annelerinde SCL 90-R düşmanlık alt ölçeği puanları kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunması dikkat çekicidir. Hiperkinetik ve motor beceri bozukluğu olan çocukların annelerini inceleyen bir çalışmada, bu çocukların annelerinin olumlu duygusal aktarım gösteremediklerini bildirmektedir (6). Annedeki depresyonun çocuk davranışlarına üzerine etkisini araştıran bir başka çalışmada annedeki depresyon ile çocukta davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği belirtileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (8).

Çalışmamızda kullandığımız SCL 90-R belirti tarama listesinde ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren Genel Belirti Düzeyi, Pozitif Belirti Toplamı ve Pozitif Belirti Düzeyinde DEHB olan çocukların annelerinin kontrol grubuna oranla daha yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu gibi ailesel özelliklerin de önemli rol oynadığı düşünülen bir kontrol grubu seçilmiş olmasına karşın aradaki farkın anlamlılığı sonucu daha ilginç kılmaktadır. Annelerdeki olumsuz davranış örüntülerinin çocukta var olan yıkıcı, zedeleyici ve katlanmasız güç davranış örüntülerine bağlı olarak geliştiğini söylemek yanlış olmaz (18).

DEHB olan çocukların aile içinde oluşturdukları sorunlar, ebeveyni özellikle de ülkemizde çocukla bi-

şinci derecede ilgilenen kişi olan anneyi oldukça yıpratabilmektedir. Bu nedenle çocukla sağlıklı iletişim kurabilmesi ve sorunla baş edebilmesi için annenin ruh sağlığının bozul olmaması gerekir. Çalışmamızda bu annelerdeki depresyon ve anksiyete belirtilerinin fazlalığı ve % 32.5'inin klinik olarak majör depresif bozukluk tanısı alması, DEHB tedavisinde çocuğun bireysel tedavisi yanında başta anne olmak üzere ebeveynin ruhsal muayeneden geçirilmesi ve gerekirse tedaviye alınması gereğini göstermektedir. Bu yaklaşımın ebeveynin DEHB ile baş edebilme gücünü artıracacağı ve çocukta gelişecek ikinci ruhsal belirti riskini azaltacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliđi (1994): Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (ev. Ed. E Körođlu) Hekimler Yayın Birliđi, Ankara, 1998.
2. Regier DA, Hirschfeld ILM, Goodwin FK ve ark.: The NIMH depression awareness, recognition, and treatment program: structure, aims and scientific basis. *Am J Psychiatry* 145:1-7, 1988.
3. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B and Kleinman A: *World Mental Health*. Oxford University Press, 1995.
4. Brown RT, Pacini JN: Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *J Learn Disabil* 22(9):581-7, 1989.
5. Begera MS, Barkley RA: Hyperactive and normal girls and boys: mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *J Clin Psychol Psychiatry* 26(3):439-52, 1985.
6. Virtanen TA, Moilanen IK, Ihalainen MM: What causes stress for mothers of children with MBD? *Scand J Soc Med* 19(1):47-52, 1991.

7. McCormick LH: Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Fam Med* 27:176-179, 1995.
8. Fergusson DM, Lynskey MT: The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviours. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 28(3):116-23, 1993.
9. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C ve ark.: The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 32(2):233-55, 1991.
10. Beck AT, Waed CH, Mendelson M: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:561-571, 1961.
11. Hisli N: Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliđi üzerine bir alıřma. *Psikoloji Dergisi* 6(22):118-122, 1988.
12. Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark.: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56:893-897, 1988.
13. Ulusoy M: Beck Anksiyete Ölçeđinin Psikometrik Özellikleri, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
14. Derogatis LR: SCL-90-R Administration, scoring and procedure manual for the revised version. Baltimore, 1977.
15. Dag İ: Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2 (1):5-12, 1991.
16. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I)*, Clinical Version American Psychiatric Press, Inc Washington, 1997.
17. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: *DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme* (ev. A. orapođlu) Hekimler Yayın Birliđi, Ankara, 1999.
18. Barkley RA: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Second Edition. The Guilford Press, New York, 1998.
19. Lahey BB, Russo MF, Walker JL, Piacentini JC: Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behavior disorders. *J Consult Clin Psychol* 57(4):512-515, 1989.
20. Tallmadge J, Barkley RA: The interactions of hyperactive and normal boys with their fathers and mothers. *Child Psychology* 11:565-579, 1983.