Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 3/ Autumn 2017
Page: 58-64

The Relationship between Gender Difference and the History of Psychiatric Disorders in the Family with Oppositional defiant disorder among Primary School Students in Sanandaj in 2014

Fayegh Yousefi[1], Sara Shahvesi[2], Mohammad Shahvesi[2], Karo Servatyari[2*]
1- Ph.D in Child Psychology, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2- Medical student, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
(Corresponding Author) Tel: 00988733664659, Email: **k.servatyari@muk.ac.ir**

Abstract

Background and Purpose: Oppositional defiant disorder (ODD) is the one of the most common clinical disorders in children and adolescents affected by various factors. The aim of this study was to determine the Relationship between Gender Difference and the History of Psychiatric Disorders in the Family with Oppositional defiant disorder among Primary School Students in Sanandaj in 2014.

Method: In this cross-sectional study. The study population consisted of primary school students living in the sanandaj city in 2014. The sample size of this study were 377 students who selected by stratified random sampling method. Instruments of this study were Child Symptom Inventory questionnaire whose validity and reliability were proven. Data was analyzed by SPSS-18. Independent-samples t-test was used to analyze the differences. $P<0.05$ was considered statistically significant.

Findings: Among 377 students, 62.6% (236 students) were male and 37.4% (141 students) were female. Results showed that 11.1% of samples had a history of psychiatric disorders in their parents. The mean score defiant disorder among boys and girls statistically significant difference was also statistically significant mean defiant disorder with a history of parental separation ($p\leq0.002$).

Conclusion: Factors such as sexual and Psychiatric Disorders in the Family have an impact on the prevalence of ODD, so parenting tutorials about this disorder can be useful by relevant institutions

Keywords: Oppositional defiant disorder (ODD), Primary students, Sanandaj.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۶
صفحات: ۶۴-۵۸

ارتباط بین تفاوت جنسیتی و سابقه اختلال روان‌پزشکی در خانواده با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین دانش‌آموزان ابتدائی شهر سنندج در سال ۱۳۹۳

فایق یوسفی[۱]، سارا شاه ویسی[۲]، محمد شاه ویسی[۲]، کارو ثروت یاری[۲*]

۱- دکتری تخصصی روان شناسی کودک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول):

تلفن: ۰۰۹۸۸۷۳۳۶۶۴۶۵۹، پست الکترونیکی: k.servatyari@muk.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای (**ODD**) یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان می‌باشد که تحت تاثیر عوامل مختلف می‌باشد هدف از انجام این تحقیق تعیین ارتباط بین تفاوت جنسیتی و سابقه اختلال روان‌پزشکی در خانواده با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین دانش‌آموزان ابتدائی شهر سنندج در سال ۱۳۹۳ می‌باشد.

روش: در مطالعه مقطعی حاضر، جامعه مورد مطالعه شامل دانش‌آموزان مقطع ابتدایی ساکن در شهر سنندج در سال ۱۳۹۳ بود. تعداد نمونه شامل ۳۷۷ دانش‌آموز بودند که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. از پرسشنامه علائم مرضی کودکان استفاده شد، که روایی و پایایی آن اثبات شده بود. اطلاعات از طریق نرم‌افزار آماری **SPSS-18** مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت؛ برای آنالیز تفاوت‌ها از **Independent- samples t-test** استفاده شد و سطح معناداری (**P<0.05**) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از تعداد ۳۷۷ دانش‌آموز مورد مطالعه ۶۲/۶ درصد (۲۳۶ نفر) پسر و ۳۷/۴ درصد (۱۴۱ نفر) دختر بودند. نتایج مطالعه نشان داد که ۱۱/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سابقه اختلال روان‌پزشکی در والدین آن‌ها وجود داشت. میانگین نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین دختر و پسر تفاوت معنی‌دار داشت (**p≤0.001**) و همچنین شیوع اختلال نافرمانی در کودکان والدینی که دارای سابقه ی اختلالات روان پزشکی بودند، بیشتر دیده شد (**P=0.08**).

نتیجه‌گیری: عواملی مانند جنسیت و سابقه اختلال روان‌پزشکی در خانواده بر شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارند، بنابراین آموزش والدین در خصوص این اختلال توسط نهادهای مرتبط، می‌تواند مفید باشد.

کلید واژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دانش‌آموزان ابتدایی، سنندج

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (**ODD**)[1] یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان (استینر[2] و رمسینگ[3]، ۲۰۰۷) که خود به‌صورت الگوهای تکراری و مداوم از مقابله، مخالفت و بی‌اعتنایی، نافرمانی و سرکشی و رفتارهای درهم گسیخته البته بدون نقض جدی هنجارهای اجتماعی یا حقوق دیگران که بایستی برای حداقل ۶ ماه به‌طور مداوم وجود داشته باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷). این اختلال بر اساس دسته‌بندی جهانی **ICD-10** جزء اختلالات رفتاری-روانی محسوب می‌شود (کاواناق[4]، کوین[5]، دونسان[6]، گراهام[7]، بالبونا[8]، ۲۰۱۷) و بر اساس ارزیابی‌ها و ملاک‌های تشخیصی به‌کاربرده شده‌ی مختلف این اختلال در سنین پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه دربازه‌ی گسترده بین ۲ تا ۱۶٪ گزارش‌شده است. در همین زمینه در سال ۲۰۰۲ در استرالیا تحقیقات نشان داد که شیوع آن در بین بچه‌های ۱ تا ۱۴ ساله بیشتر است (بیدرمن[9]، میک[10]، فراون[11]، براتن[12]، دویل[13]، اسپنسر[14]، ۲۰۰۲). شیوع این اختلال در پسرها بیشتر از دختران می‌باشد (شاپیرو[15]، ۲۰۱۵) تظاهرات این اختلال ممکن است در مدرسه و در مقابل سایر بزرگ‌سالان یا افراد همسال ظاهر نشود ولی به‌طور حتم در خانه و با افرادی که کودک به‌خوبی با آن‌ها آشناست، ظاهر می‌شود (کانینو[16]، بیرد[17]، روبیوستیپک[18]، براوو[19]، ۱۹۹۵). بر اساس سیستم طبقه‌بندی**DSM-IV** اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل موارد زیر است (وبستر[20]، رید[21]، ۲۰۱۰): ۱) خودسری و سرپیچی مداوم در پیروی از دستورالعمل ها یا بی‌اعتنایی به افراد بزرگ‌سال ۲) انجام کارهای عمدی از روی لجاجت به‌طور مداوم در محدوده‌های خاصی ۳) ناتوانی در پذیرفتن مسئولیت‌ها و مقصر دانستن دیگران برای این شکست‌ها ۴) ناراحتی و رنجش از اندیشه و تفکر دیگران ۵) از دست دادن مکرر راه‌های بازگشت به حالت عادی.

به‌طوری‌که تعاملات خانوادگی ضعیف شامل فرزند پروری بی‌ثبات و مبنی بر تنبیه، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دل‌بستگی ناایمن، اختصاص زمان اندک به کودک و فقدان روابط مثبت با او به‌عنوان عوامل خطر برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نظر گرفته‌شده است (لنگوا[22]، هونورادو[23]، براش[24]، ۲۰۰۷). اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین بچه‌های مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش فعالی (**ADHD**)[25] بیشترین شیوع را دارد به‌طوری‌که مطالعات نشان داده است که حدود ۶۵ درصد از بچه‌های **ADHD** اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند (سندرس[26]، مارکی دادس[27]، ترنر[28]، ۲۰۰۳). به علت مشکلات رو به رشدی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زندگی کودک و اطرافیان ایجاد می‌کند کنترل کردن این اختلال از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (گلدمن[29]، جنل[30]، بزمان[31]، اسلانت[32]، ۱۹۹۸)

1- Oppositional Defiant Disorder
2- Steiner H
3- Remsing L
4- Cavanagh M
5- Quinn D
6- Duncan D
7- Graham T
8- Balbuena L
9- Biederman J
10- Mick E
11- Faraone SV
12- Braaten E
13- Doyle A
14- Spencer T
15- Shapiro JP
16- Canino G
17- Bird H
18- Bird H
19- Bravo M
20- Webster-Stratton C
21- Reid MJ
22- Lengua LJ
23- Honorado E
24- Bush NR
25- Attention deficit hyperactivity disorder
26- Sanders MR
27- Markie-Dadds C
28- Turner KM
29- Goldman LS
30- Genel M
31- Bezman RJ
32- Slanetz PJ

چراکه این رفتارها می‌تواند به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای بزهکاری، سوءمصرف مواد، نافرمانی و افت تحصیلی در آینده باشد (آن گلد[1]، کوستلو[2]، ۲۰۰۱). بنابراین از رایج‌ترین روش‌های درمانی این اختلال برنامه فرزند پروری مثبت و مداخلات خانوادگی با استفاده از آموزش مستقیم والدین درزمینه‌ی مهارت‌های اداره کودک و فهم بهتر نشانه‌های این اختلال است (ترنر[3]، ساندرس[4]، ۲۰۰۶).

با توجه به شیوع بالای این اختلال و همچنین تأثیرات آن بر سلامت کودکان و خانواده‌های آن‌ها لذا هدف از این پژوهش، تعیین ارتباط بین تفاوت جنسیتی و سابقه اختلال روان‌پزشکی در خانواده با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین دانش‌آموزان ابتدائی شهر سنندج در سال ۱۳۹۳ می باشد.

روش

در این مطالعه مقطعی **(Cross- Sectional)**، جامعه مورد مطالعه شامل دانش‌آموزان مقطع ابتدایی ساکن در شهر سنندج بودند که معیار ورودی دانش‌آموزان مقطع ابتدائی و معیار خروجی آن دانش‌آموزانی که دارای اختلالات روان‌پزشکی، به جزء اختلال نافرمانی بودند. جامعه آماری از طریق روش نمونه‌گیری **Stratified random sampling method** و بر اساس جدول مورگان، ۳۷۷ نفر نمونه از ۲۷۵۵۲ نفر جامعه آماری **(377 out of 27552)** انتخاب گردیدند.

ابزار گرداوری اطلاعات

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (**Child Symptom Inventory**):

این پرسشنامه بر اساس ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV** توسط پروفسور اسپر افکین و پروفسور گاداو در دانشگاه استونی بروک در سال ۱۹۹۴ تدوین شده است. این پرسشنامه، دارای دو چک‌لیست والد و معلم است. چک‌لیست والد، **97** سؤال دارد و **17** اختلال را می‌سنجد و چک‌لیست معلم با **77** سؤال، **13** اختلال را موردسنجش قرار می‌دهد که ۱۲ سؤال آن مربوط به ارزیابی اختلال نافرمانی کودکان است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در دانشگاه استونی بروک به تأیید رسیده است در ایران نیز ضریب پایایی ابزار با روش آزمون مجدد محاسبه شد و در چک‌لیست والد **(r=96)** که در رابطه با چک‌لیست معلم **(r=93)** بوده است. اعتبار پرسشنامه که بر اساس ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV** می‌باشد توسط اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی ا انستیتو روان‌پزشکی تهران تأییدشده است. اعتبار همبستگی بین داده‌های مرحله اول فرم معلم با نتایج داده‌های مرحله اول فرم والد محاسبه شد که برابر ۰/۸۹ می‌باشد که با ۹۵ درصد اطمینان اعتبار چک‌لیست تأیید شد. همچنین درجه همبستگی بین نتایج داده‌های مرحله‌ی دوم فرم معلم با مرحله‌ی دوم فرم والد برابر ۰/۹۳ می‌باشد که با ۹۹ درصد اطمینان اعتبار چک‌لیست تأیید شد (ون گوزن[5]، متیس[6]، کوهن کتنیس[7]، وستنبرگ[8]، ون انگلند[9]، ۱۹۹۹).

روش جمع‌آوری داده‌ها

در مرحله اول، هماهنگی لازم با اداره آموزش‌وپرورش جهت گردآوری اطلاعات انجام شد. ازآنجاکه مدارس آموزش‌وپرورش شهر سنندج به دو منطقه اول و دوم تقسیم‌شده است ، لذا تعداد مدارس

1- Angold A
2- Costello EJ
3- Turner KM
4- Sanders MR

5- van Goozen SH
6- Matthys W
7- Cohen-Kettenis PT
8- Westenberg H
9- van Engeland H

هر منطقه به نسبت کل مدارس محاسبه گردید و در مرحله بعد مدارس فوق از میان کل مدارس هر منطقه، به شکل تصادفی تعیین گردید و تعداد نمونه‌ها به نسبت تعداد دانش‌آموز هر مدرسه و بر اساس جنسیت آن‌ها، مشخص گردید. سپس، نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در هر مدرسه انتخاب شدند و پرسشنامه فرم معلم **(CSI-4)** به معلمین مربوطه داده شد که در مورد نمونه‌های انتخابی پر کنند. در این خصوص قبل از اجرا معلمین توجیه شدند که بر اساس پرسشنامه نظر خویش را در مورد دانش‌آموز خویش بنویسند. در نهایت، اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری **18**- **SPSS** گردیدد برای آنالیز تفاوت‌ها از **Independent- samples t-test** استفاده شد، درکلیه مراحل انجام طرح سطح معناداری (**P<0.05**) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که از میان ۳۷۷ دانش‌آموز موردبررسی ۲۳۶ نفر (۶۲/۶ درصد) پسر و ۱۴۱ نفر (۳۷/۴ درصد) دختر بودند ۴۲ نفر (۱۱/۱ درصد) از افراد مورد مطالعه سابقه اختلال روان‌پزشکی در والدین آن‌ها وجود داشت. ۳۶ در نفر (۹/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه سابقه فوت والدین در آن‌ها وجود داشت.

جدول ۱: تعیین تفاوت میانگین نمره اختلال نافرمانی با توجه به ویژگیهای زیر

		فراوانی (نفر)	میانگین	انحراف معیار ±	df	T	P
جنسیت	پسر	۲۳۶	۶/۸۸	۵/۲۴	۳۷۵	-۲/۲۲	۰/۰۲
	دختر	۱۴۱	۸/۰۹	۴/۹۷			
سابقه اختلال روان‌پزشکی در خانواده	ندارد	۳۳۵	۷/۱۷	۵/۰۸	۳۷۵	-۱/۷۴	۰/۰۸
	دارد	۴۲	۸/۶۴	۵/۶۹			
سابقه فوت والدین	ندارد	۳۴۱	۷/۲۰	۵/۱۳	۳۷۲	-۱/۳۰	۰/۱۹۳
	۳۳	۸/۴۲	۵/۳۵				

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره اختلال نافرمانی در بین دختر و پسر تفاوت معنی‌داری ازلحاظ آماری داشته است ($p\leq0.002$) همچنین میانگین نمره اختلال نافرمانی باسابقه اختلال روان‌پزشکی در خانواده تفاوتی معنی‌داری ازلحاظ آماری نداشته است ($p=0.08$) همچنین میانگین نمره اختلال نافرمانی باسابقه فوت والدین تفاوتی معنی‌داری ازلحاظ آماری نداشته است ($p=0.193$).

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه ما اختلال نافرمانی مقابله‌ای با جنس در افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌دار آماری داشت **(p=0.02)**. در مطالعه مولر[1] (۲۰۰۱) که در هلند انجام‌شده بود و در آن مطالعه اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دختران و پسران مقطع ابتدایی بررسی‌شده بود مشخص شد که جنسیت اثرات متفاوت قابل‌توجهی در بروز انواع علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بچه‌ها دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی و مطابقت

1- Moeller TG

دارد. همچنین با نتایج مطالعه مک‌درموت[1] (۱۹۹۶) و مطالعه ارشان[2] و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی و مطابقت دارد.

در مطالعه حاضر اختلال نافرمانی مقابله‌ای باسابقه اختلال روان‌پزشکی در خانواده افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌دار آماری نداشت **(p=0.08)** در مطالعه‌ای که توسط اسپلیتز[3] و همکاران (۱۹۹۹) با هدف بررسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران انجام‌شده بود افرادی که اختلالات روان‌پزشکی در خانواده آن‌ها وجود داشت بیشتر به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مبتلا شده بودند که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد اما با نتایج مطالعه ون‌گوزن و همکاران (۱۹۹۹) که این رابطه را مثبت نشان داده بودند همخوانی ندارد. دلیل عدم همخوانی را می‌توان به این مسئله ربط داد که در مطالعه حاضر در یک جامعه نسبتاً سنتی انجام‌شده درحالی‌که مطالعه ون‌گوزن و همکاران در اروپا انجام‌شده همچنین دلیل دیگر این اختلاف را به زمان انجام مطالعات که در زمان‌های متفاوتی انجام‌شده است.

در مطالعه حاضر اختلال نافرمانی مقابله‌ای باسابقه فوت والدین در افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد **(p<0.05)**. در مطالعه‌ای که توسط لاهی[4] و همکاران با هدف بررسی اختلال نافرمانی در کودکان و نوجوانان انجام‌شده بود عواملی مانند جدایی و فوت والدین را به‌عنوان عوامل کمتر تأثیرگذار نام می‌برد که بامطالعه حاضر همخوان می‌باشد. جدایی و فوت والدین به‌عنوان دو عامل مهم و اساسی در کودکان سن دبستان می‌تواند نقش اساسی در رشد کودک داشته باشد که باید به‌طورجدی مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در اختلال نافرمانی مقابله ای عواملی مانند جنسیت، و سابقه اختلالات روان پزشکی در خانواده بر آن تأثیر دارند؛ بنابراین باتوجه به اهمیت دوران کودکی در شکل‌گیری رفتار و شخصیت یک فرد و همچنین اهمیت اختلال نافرمانی مقابله‌ای، برنامه ریزی در جهت شناسایی و کاهش خطرات ناشی از آن و عوامل به وجود آورنده آن و همچنین انتقال آن به والدین و کسانی که به طور مستقیم با کودکان در ارتباط هستند، ضروری به‌نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به خاطر حمایت از طرح زیر اعلام می‌دارد. این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره‌ی دکتری عمومی دانشجویان محمد شاه ویسی و سارا شاه ویسی با همین عنوان می‌باشد.

1- McDermott
2- Erşan EE
3- Speltz ML
4- Lahey BB

Reference

Angold, A., & Costello, E. J. (2001). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity. *Conduct disorders in childhood and adolescence*, 126-168.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., . . . Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of psychiatry, 159*(1), 36-42.

Canino, G., Bird, H., Rubiostipec, M., & Bravo, M. (1995). Child psychiatric epidemiology - what we have learned and what we need to learned. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 5*(2), 79-92.

Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., & Balbuena, L. (2017). Oppositional defiant disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal of attention disorders, 21*(5), 381-389.

Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., & Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European child & adolescent psychiatry, 13*(6), 354-361.

Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J., & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Jama, 279*(14), 1100-1107.

Lahey, B. B., Applegate, B., Barkley, R. A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Kerdyk, L., . . . Newcorn, J. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *American journal of psychiatry, 151*(8), 1163-1171.

Lengua, L. J., Honorado, E., & Bush, N. R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of applied developmental psychology, 28*(1), 40-55.

McDermott, P. A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*(1), 53-66.

Moeller, T. G. (2001). *Youth aggression and violence: A psychological approach*: Routledge.

Organization, W. H. (2007). International Classification of Mental andy of Child and Adolescent Psychiatry. *Behavioural Disorders, 46*(1), 126-141.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. (2003). *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence* (Vol. 1): Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland Queensland.

Shapiro, J. P. (2015). *Child and adolescent therapy: Science and art*: John Wiley & Sons.

Speltz, M. L., McClellan, J., Deklyen, M., & Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(7), 838-845.

Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(1), 126-141.

Turner, K. M., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior therapy, 37*(2), 131-142.

Van Goozen, S. H., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Westenberg, H., & van Engeland, H. (1999). Plasma monoamine metabolites and aggression: two studies of normal and oppositional defiant disorder children. *European Neuropsychopharmacology, 9*(1), 141-147.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2010). *The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders*: Guilford Press.